



საქართველოს უნივერსიტეტი  
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა  
სადოქტორო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

*ხელნაწერის უფლებით*

ნათია შავდია

**ტკვილის მართვის ორგანიზაციული  
ბარიერები კიბოს მკურნალობის პროცესში**

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური  
ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი ნაშრომის

**სადისერტაციო მაცნე**

(სპეციალობა - 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

თბილისი

2022

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლაში.

სადისერტაციო საბჭოს შემადგენლობა:

თავმჯდომარე: ოთარ ვასაძე, მედიცინის აკადემიური

დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: ვასილ ტყემელაშვილი, მედიცინის

მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

შიდა ექსპერტი: იოსებ აბესაძე, მედიცინის აკადემიური

დოქტორი, ასისტენტ-პროფესორი

გარე ექსპერტი: რემა ლვამიჩავა, მედიცინის აკადემიური

დოქტორი, პროფესორი

გარე ექსპერტი: დიმიტრი კორძაია, მედიცინის მეცნიერებათა

დოქტორი, პროფესორი

გარე ექსპერტი: ოთარ გერზმავა, მედიცინის მეცნიერებათა

დოქტორი, პროფესორი

დისერტაციის დაცვა შედგება 2023 წლის 31 იანვარს 03:00 (pm)

საათზე

ჰიბრიდულ რეჟიმში Zoom პლათფორმით, UG, მე-4 კორპუსი,

აუდიტორია 519

დისერტაციის გაცნობა შეიძლება საქართველოს უნივერსიტეტის

ბიბლიოთეკაში

სადისერტაციო მაცნე დაიგზავნა 2022 წლის 31 დეკემბერს

სადისერტაციო საბჭოს მდივანი:

სადოქტორო საფეხურის მენეჯერი ნათია მანჯიკაშვილი

### *პრობლემის აქტუალობა, კვლევის საკითხები:*

ბოლო დროს აღინიშნება კიბოს სიკვდილიანობის (WHO, 2018) კლება და კიბოსგან გადარჩენადობა მატება (Siegel RL, et al. 2019); თუმცა, არ მცირდება ტკივილის სიხშირე, რომელიც მკურნალობის დროს შემთხვევათა 55%-ია (Marieke H. J, 2018). World Cancer 2020 წლის ანგარიშით კიბოთი დაავადებულ პაციენტთა გადარჩენის მაჩვენებლის ზრდის პარალელურად, იზრდება ტკივილის სიხშირეც, რაც პრევენციული სტრატეგიების, ექიმების ცოდნისა და ჯანდაცვის სისტემის ნაკლოვანებების შედეგია. ეს ყოველივე კი ყველაზე მეტად განვითარებად ქვეყნებშია (Li Z., 2018) აქედან გამომდინარე, საქართველოში, რომელიც საბჭოთა და დასავლური მედიცინის ნარევია, შეიქმნა განსხვავებული გარემო, სადაც მნიშვნელოვანია კიბოს მკურნალობის დროს ტკივილის სიხშირისა და მართვის ბარიერების დადგენა. ამისთვის საჭიროა შემდეგი საკითხების შესწავლა:

- კიბოს ავადობის დადგენა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემთა ბაზის გამოყენებით;
- სამედიცინო ბარათებიდან კიბოს მქონე პაციენტების მკურნალობის დროს ტკივილის შეფასებისა და მართვის ეფექტიანობის შესწავლა, აგრეთვე იგივე საკითხების დაზუსტება იმავე პაციენტთა სატელეფონო გამოკითხვით;
- კიბოს მკურნალობის პროცესში პაციენტების გამოკითხვა ტკივილის სიხშირის, სიმძლიერის, დანიშნული ანალგეტიკების, მიღებული შედეგებისა და ტკივილის მართვის ზოგიერთი ბარიერის დასადგენად;
- საქართველოში სამედიცინო ოპიოიდების მოქმედი მარეგულირებელი დოკუმენტების შესაწავლა და ანალიზი.

### *კონცეფციის ჰიპოთეზა:*

კვლევა შესაძლებელს გახდის კიბოს მკურნალობისას ტკივილის ადეკვატური შეფასებისა და მართვის ბარიერების გამოვლენას, საგანმანათლებლო პროგრამების შექმნას, ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის ბარიერების აღმოფხვრის დაგეგმვას - ტკივილის ადრეულ გამოვლენას, სწორ შეფასებასა და მართვას, რაც ათასობით პაციენტს ტკივილის ტვირთს - ტანჯვა-წამებას შეუმსუბუქებს;

### *კვლევის მიზანი:*

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

### *კვლევის ამოცანები:*

1. კიბოს ინციდენტობის შედარება და დახასიათება 2015-2019 წლებში საქართველოში;
2. კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის დროს ტკივილის სიხშირისა და სიმძლიერის დადგენა სხვადასხვა ჯგუფებში (ასაკი, სქესი, კიბოს ლოკაცია, მკურნალობის სახეობები), დანიშნული ანალგეზიური საშუალებებისა და მიღებული შედეგების შეფასება;
3. პაციენტებთან და ექიმებთან ასოცირებული ტკივილის მართვის ბარიერების გამოვლენა;
4. სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარების რეგულირებასთან ასოცირებული ბარიერების დადგენა.

### *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 ავადობის 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 ქვეყანაში მოსახლეობის რაოდენობის შემცირების მიუხედავად, იზრდება ავადობის მაჩვენებელი ყველა ლოკაციის კიბოსთვის;
2. პირველად იქნა დადგენილი, რომ 2015-2019 წწ. საქართველოში ორივე სქესში კიბოს დიაგნოსტიკა ნულოვან სტადიაში იყო მხოლოდ 0.2%. შემთხვევათა 50%-ზე მეტი დიაგნოსტიკებული იქნა III-IV სტადიაში. განსაკუთრებით საყურადღებო კიბოს ვერიფიკაციის ყველაზე მაღალი სიხშირე IV სტადიაში.
3. 2015-2019 წწ. საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში, კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიერ, სულ რეგისტრირებული იქნა 35 ლოკაციის კიბოს 52,179 შემთვევა, მათ შორის უცნობი და

არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკაციების 989 შემთხვევა, მათგან 737 (74.5%)- IV სტადიაში. პირველად იქნა დადგენილი, რომ კიბოს ლოკაციებიდან IV სტადიაში დიაგნოსტირების 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. საქართველოს მოსახლეობაში კიბო I სტადიაში დადგენილი იქნა 22.1%-ში, II- 18.5%-ში, III- 19.7%-ში, IV -24.1%-ში, ხოლო დანარჩენ 15.5%-ში სტადია დადგენილი არ იყო. რეგიონებიდან მაღალი სიხშირით IV სტადიაში კიბო დიაგნოსტირებული იქნა გურიაში (ASR=56,2%<sup>0000</sup>; AAR=85.7%<sup>0000</sup>; CR<sub>64</sub>=3.6. CR<sub>74</sub>= 6.4), თბილისში (ASR=54,2%<sup>0000</sup>; AAR=79.2%<sup>0000</sup>; CR<sub>64</sub>=3.2; CR<sub>74</sub>= 6.5), აჭარაში (ASR=54,2%<sup>0000</sup>; AAR=79.2%<sup>0000</sup>; CR<sub>64</sub>=3.4; CR<sub>74</sub>= 5.7), რაჭა-ლეჩხუმში (ASR=46,2%<sup>0000</sup>; AAR=75.5%<sup>0000</sup>; CR<sub>64</sub>=2.9; CR<sub>74</sub>= 5.2) და სამეგრელო-ზემო სვანეთში (ASR=43,0%<sup>0000</sup>; AAR=62,9.5%<sup>0000</sup>; CR<sub>64</sub>=2.9; CR<sub>74</sub>= 5.1).
5. გამოვლენილი იქნა გარემოება, რომ კიბოს პოპულაციური რეგისტრი ონკოლოგიურ პაციენტებში დღემდე არ აფიქსირებს ტკივილის სინდრომს, მის სიმძლიერეს და არ უწევს Follow-up მონიტორინგს. არ რეგისტრირდება კლინიკური ჯგუფები, რომლის მიხედვითაც საქართველოში წარმოებს ონკოლოგიურ პაციენტების მკურნალობა და ტკივილის სინდრომის მართვა.
6. კიბოს სტადირების მქონე 44,119 პაციენტში III და IV სტადიების დროს, ტკივილის სიხშირის მოდელირებით, პირველად იქნა განსაზღვრული ტკივილის სინდრომის მინიმალური (19,000 შემთხვევა, 43.1%) და მაქსიმალური (29,000 შემთხვევა, 65.7%) სავარაუდო ოდენობები.
7. პირველად იქნა დადგენილი, რომ საქართველოში ტკივილის სინდრომი კიბოს მკურნალობისას პაციენტებს აღენიშნებათ შემთხვევათა 62.7-66.4%-ის სიხშირით ( $p < 0.001$ );
8. პირველად დადგინდა, რომ კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის დროს პაციენტთა 73.9%-75.3%-ს საშუალო და ძლიერი ტკივილი ჰქონდა, რომელიც ჯანმო-ს ტკივილის მართვის მე-3 საფეხურის მიხედვით ოპიოიდებით მართვას საჭიროებდენ;
9. პირველად დადგინდა, რომ ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის დროს ტკივილი იყო როგორც I-III- სტადიებზე -

- 43,7%-ს, ისე IV სტადიაზე – 56,3%; I-III სტადიებზე ტკივილი ხშირი იყო ქალებში (50.5%), ვიდრე მამაკაცებში (37.8%), IV სტადიაზე - პირიქით, ტკივილი ხშირი იყო მამაკაცებში (62.2%), ვიდრე ქალებში (49,5%);
10. მკურნალობის დროს ტკივილი 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 ტკივილის სიხშირე 1,7-ჯერ მეტია, ვიდრე რადიკალურის დროს ( $p<0.001$ ). პალიატიური მკურნალობისას საშუალო/ძლიერი ტკივილი ჰქონდა 87.6%-ს ( $p<0.001$ );
  12. პირველად დადგინდა, რომ კიბოს მკურნალობის დროს საშუალო/ძლიერი ტკივილის 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 ტკივილის მქონეებს ანალგეზიით ტკივილი მოეხსნა 23%-46.8%-ში ( $p<0.001$ ), ტკივილის მართვის ინდექსმა შეადგინა 29.4%-36.9% ანუ მკურნალობა იყო დაბალ ეფექტიანი; სულ საშუალო/ძლიერი ტკივილის დროს ოპიოიდი დაენიშნა 13.7%-ს; ყველა მათგანი მიჩნის ინკურაბელურად და ტერმინალურად და გადაყვავიყვანეს IV კლინიკურ ჯგუფში, რის გამოც შეუწყდათ მკურნალობა და წაერთვათ მდგომარეობის გაუმჯობესების შანსი;
  14. პირველად დადგინდა, რომ ტკივილის სინდრომი 43.7%-ში ( $p<0.001$ ) უკავშირდებოდა ქიმიოთერაპიას. ქიმიოთერაპიის დროს საშუალო და ძლიერი ტკივილი ჰქონდა 75,3%-ს. ქიმიოთერაპიის დროს ტკივილი 65.1%-ში გრძელდება 1 კვირამდე ( $OR=1.8, 95\%CI - 1.12-2.8, p<0.001$ );
  15. სხივური თერაპიის შემდეგ 10-15 დღეში ვითარდება სხვადასხვა სიმძლიერი ტკივილი, მათ შორის ძლიერი. საკითხი საჭიროებს დამატებით შესწავლას;
  16. ტკივილის მქონე პაციენტთა ლეტალობამ 1 თვეში შეადგინა 11.9%, არმქონეებში – 2.5% ( $p<0.001$ ); ტკივილი ჰქონდა გარდაცვლილი 31 პაციენტის 90%-ს; ამდენად, ტკივილი სავარაუდოდ წარმოადგენს დაავადების პროგრესირების პრედიკტორს, რაც გაღრმავებულ კვლევას საჭიროებს;

17. კიბოსმიერი ტკივილის ეფექტიანი მართვის მიუხედავად, მისი სიხშირე 1 თვეში შემცირდა მხოლოდ 49,8%-ით და შეადგინა საწყისი რაოდენობის 50,2%;
18. საშუალო/ძლიერი ტკივილის 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 ტკივილით გამოწვეული ტანჯვის შემცირებას, მკურნალობის ეფექტიანობის გაზრდას, პაციენტთა გადარჩენისა და სიცოცხლის ხანგრძლივობის შანსების 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, ტკივილის სინდრომის მართვის საკანონმდებლო და ქვემდებარე სარეგულაციო აქტებიდან.
  - ✓ ონკოლოგიური დიაგნოზების კლასიფიცირება მთელ მსოფლიოში ხორციელდება კლინიკური სტადიების და TNM სისტემის კლასიფიკატორებით. ონკოლოგიურ პაციენტთა კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფა გამოიყენებოდა მხოლოდ საბჭოთა კავშირში და, როგორც გადმონაშთი, დღესაც ხმარებაშია ნაკლებად განვითარებულ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში, მათ შორის საქართველოში. დღემდე კიბოსმიერი საშუალო და ძლიერი ტკივილის 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 ტკივილის 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. ტკივილის სინდრომი დიდი ალბათობით წარმოადგენს კიბოს პროგრესირების პროგნოზულ ფაქტორს და საჭიროებს შემდგომ კვლევას.
    - ✓ კიბოსმიერი ტკივილი 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 ინტენსივობის ტკივილები აქვს, რომლებიც ჯანმო-ს ტკივილის მართვის რეკომენდაციების შესაბამისად ოპიოიდებით მართვას საჭიროებენ;
    - ✓ კიბოსმიერი საშუალო/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 მოცულობა და სტრუქტურა:*

დისერტაცია შედგება შესავალის, 5 თავის: ლიტერატურის მიმოხილვის, კვლევის მასალების და მეთოდების, კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგების (3 თავი), კვლევის შედეგებისა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დასკვნების, ძირითადი დასკვნების და რეკომენდაციების, ბიბლიოგრაფიისა და 17



დანართისგან, ასევე დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სიისგან. დისერტაცია დაწერილია 230 გვერდზე, APA-ს მოთხოვნების დაცვით და შეიცავს 113 ცხრილსა და 68 დიაგრამას. გამოყენებული ლიტერატურის სია შეიცავს 138 წყაროს. თანდართულ CD-ზე ჩაწერილია სადოქტორო დისერტაციისა და მაცნეს (ქართულ და ინგლისურ ენებზე) ელექტრონული ვერსიები, გამოყენებული კითხვარები, მონაცემთა ელექტრონული ბაზა, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო ნაშრომები.

*ნაშრომის აპრობაცია:*

სადისერტაციო ნაშრომის ფრაგმენტები მოხსენებულია საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის საერთაშორისო კონფერენციაზე - ონლაინ (თბილისი, საქართველო, 26-30/IV/2020), ტკივილის მსოფლიო ინსტიტუტის (WIP) 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, 23.12.2022).

*სამიზნე ჯგუფები, კვლევის ინსტრუმენტი და მეთოდები:*

კიბოს ავადობის შესწავლის მიზნით, საქართველოში, გაანალიზდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 2015-2019 წწ. მონაცემთა ელექტრონული ბაზა კიბოს 52,178 რეგისტრირებული შემთხვევის შესახებ. შესწავლილი იქნა 5 წლის მონაცემები კიბოთი ავადობის მამაკაცთა და ქალთა შორის ლოკაციებისა და საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. ინციდენტობის აბსოლუტური რაოდენობით, დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდებით, გამოანგარიშდა სტანდარტიზებული მაჩვენებლები და დადგენილი იქნა 5 ძირითადი კიბოთი ავადობის სტრუქტურა, სქესის მიხედვით, საქართველოში. 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; Agostina R. et al., 2006; Bhopal R.,

2008). მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლებით შედგენილი იქნა ცხრილები, პროგრამული პაკეტის PowerPoint-ის საშუალებით კი - გრაფიკები. გამოანგარიშებული იქნა შემდეგი სტატისტიკური მაჩვენებლები: ავადობის უხეში მაჩვენებელი (Crude Rate); ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი (Age-Specific Rate); ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR); ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI ASR); ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR]; ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI AAR); სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio-SRR); სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SRR); კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი (Cumulative Risk-CR); კუმულაციური რისკის (CR64, CR74) მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI CR). კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 2015-2019 წწ. მონაცემებით შესწავლილი იქნა კიბოს გადარჩენადობის 5-წლიანი მაჩვენებლები (პირდაპირი გაანგარიშებით) და ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის მეთოდები ძირითადი ლოკაციის კიბოსთვის. კიბოსმიერი ტკივილის მართვის მდგომარეობის დასადგენად, შემუშავებული კითხვარით რეტროსპექტულად შესწავლილი იყო არქივებში დაცული 354 კიბოს გამო ნამკურნალები პაციენტის სამედიცინო ბარათი; კითხვარში შედიოდა დიაგნოზი, სტადია, მკურნალობის მეთოდები, ტკივილის სიხშირე, სიმძიერე, ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული პრეპარატები, შედეგები. შემდგომში, იგივე ონკოლოგიური პაციენტები გამოიკითხენ მკურნალობის დამთავრებიდან 1 თვეში კითხვარით ტელეფონის დახმარებით. ამ პროცესში პაციენტებთან გადამოწმდა მიღებული ინფორმაცია, ასევე საკითხები, რომლებიც შესაძლოა ასოცირებული ყოფილიყო პაციენტებთან. მიღებული მონაცემებით შეიქმნა ელექტრონული ბაზა dBase N1, რომელიც დამუშავდა პროგრამული პაკეტის SPSS-ის საშუალებით. ონკოლოგიური პაციენტების მკურნალობის დროს ტკივილის რეალურ დროში გამოსავლენად, ექიმებთან და პაციენტებთან ტკივილის შესახებ დაკავშირებული ზოგიერთი საკითხის გასარკვევად, თბილისისა და ბათუმის სხვადასხვა კლინიკებში პროსპექტულად შესწავლილი იყო ექიმთან მიღების დროს 354 პაციენტი, რომლებიც გამოიკითხენ შემუშავებული კითხვარი 2-ით. შედეგები გადამოწმდა კითხვარი 4-ით. მიღებული

მონაცემებით შეიქმნა მონაცემთა ელექტრონული ბაზა dBase N2, რომელიც დამუშავდა პროგრამული პაკეტის SPSS-ის საშუალებით.

*კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგები:*

კიბოს ინციდენტობის შესასწავლად საქართველოში დამუშავდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 2015-2019 წწ. მონაცემთა ელექტრონული ბაზა. გაანალიზდა 5 წლის მონაცემები კიბოთი ავადობის შესახებ საქართველოში, თბილისში და რეგიონებში, მამაკაცთა და ქალთა მოსახლეობაში კიბოს 5 ლოკაციისთვის. 2015-2019 წწ.-ში რეგისტრირებული იქნა კიბოს 52.178 შემთხვევა, მათგან 29.303 (56%) ქალებში და 22.875 (44%) - მამაკაცებში. დადგინდა, რომ საქართველოში ქალები უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები ( $Z=17,8$ ;  $P<0,001$ ).

2015-2019 წლებში უხეში მაჩვენებლებით, საქართველოში 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 258. ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 183.

კიბოს ლოკაციებით პირველ სარანგო ადგილზეა ფილტვის კიბო (ASR=27,3), II - პროსტატის (ASR=20,4), III- შარდის ბუშტის (ASR=16,0), IV - კოლორექტუმის (ASR=15,8), V - კანის (ASR=14,8). ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წწ.-ში საქართველოში 100.000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 258.

კიბოს ლოკაციებით პირველ სარანგო ადგილზეა ფილტვის კიბო (AAR=38,8), II - პროსტატის (AAR=30,9), III - შარდის ბუშტის (ASR=23,3), IV - კანის (AAR=23,2), V - კოლორექტუმის კიბო (AAR=23,1).

AAR მაჩვენებლებით ძალზე მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის, კოლორექტუმისა და კანის კიბოს გავრცელების სიხშირებს შორის საქართველოს მამაკაცთა მოსახლეობაში. ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით IV და V ადგილებს ცვლიან კოლორექტუმისა და კანის კიბოს ავადობები.

2015-2019 წწ.-ში მამაკაცთა კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში საქართველოში იყო 10,5, რომლის ოდენობა 75 წლამდე თითქმის 2-ჯერ იზრდება და 20,0 შეადგენს

2015-2019 წწ.-ში მამაკაცთა კიბოთი დაავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკაციების

მიხედვით საქართველოში ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR64=1,8), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკამდე თითქმის 2-ჯერ იმატებს (CR74=3,5). 2015-2019 წწ.-ში თბილისში რეგისტრირებული იქნა მამაკაცთა კიბოთი დაავადების 7.595 შემთხვევა. საანალიზო 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლებით, თბილისში ყოველ 100.000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 302. ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წწ.-ში თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 244.

კიბოს ლოკაციებით პირველ ადგილზეა ფილტვის კიბო (ASR=34,1), II - პროსტატის (ASR=32,5), III - კოლორექტუმის (ASR=24,1), IV - შარდის ბუშტის (ASR=22,7), V - კანის კიბო (ASR=17,3). ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 244.

კიბოს ლოკაციებით პირველი იყო ფილტვის კიბო (AAR=34,1), II - პროსტატის (AAR=32,5), III - კოლორექტუმის (ASR=24,1), IV - შარდის ბუშტის (AAR=22,7), V - კანის კიბო (AAR=17,3). 2015-2019 წწ.-ში თბილისში მამაკაცთა კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იყო 13,0, რომლის ოდენობა 75 წლამდე თითქმის 2-ჯერ იზრდება და შეადგენს 25,8. 2015-2019 წწ.-ში თბილისში მამაკაცთა კიბოთი დაავადების მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR64=2,2), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ორჯერ იმატებს (CR74=4,4). კუმულაციური რისკის მაჩვენებლებით თბილისში მამაკაცთა 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში არის მცირე სხვაობა შარდის ბუშტის (CR64=1,3), კოლორექტუმისა (CR64=1,2) და პროსტატის (CR64=1,1) კიბოთი დაავადების კუმულაციურ რისკებს შორის. 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში პროსტატის კიბოს კუმულაციური რისკი 4-ჯერ იზრდება (CR74=4,6) და აღნიშნული ლოკაციების კიბოს გარდა აჭარბებს ფილტვის კიბოს განვითარების რისკს (CR74=4,4). 2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში რეგისტრირებული იქნა მამაკაცთა კიბოთი დაავადების 15.225 შემთხვევა. საანალიზო პერიოდში, უხეში მაჩვენებლებით, რეგიონებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 240.

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

კიბოს ლოკაციებით პირველი იყო ფილტვის კიბო (ASR=25,6), II - პროსტატის (ASR=16,8), III - კანის (ASR=14,3), IV - შარდის ბუშტის (ASR=14,1), V - მსხვილი ნაწლავის კიბო (ASR=13,5).

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

კიბოს ლოკაციებით პირველი იყო ფილტვის კიბო (AAR=37,4), II - პროსტატის (AAR=26,9), III - კანის (ASR=23,4), IV - შარდის ბუშტის (AAR=21,0), V - კოლორექტუმის კიბოს (AAR=20,2).

2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში მამაკაცთა კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იყო 9,7, რომელიც 75 წლამდე თითქმის 2-ჯერ იზრდება და შეადგენს 18,2. 2015-2019 წწ.-ში რეგიონებში მამაკაცთა კიბოთი დაავადების მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ლოკაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR64=1,7), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის 2-ჯერ იმატებს (CR74=3,3).

კუმულაციური რისკით რეგიონებში მამაკაცთა 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში არის მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის (CR64=0,8), კოლორექტუმის (CR64=0,8), პროსტატის (CR64=0,6) და კანის (CR64=0,6) კიბოთი დაავადების კუმულაციურ რისკებს შორის.

ამასთან, 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში პროსტატის კიბოს კუმულაციური რისკი 4-ჯერ (CR74=2,3) იზრდება და აღნიშნული ლოკაციების კიბოს განვითარების რისკზე მეტია და მხოლოდ ფილტვის კიბოს რისკის მაჩვენებლებს (CR74=3,3) ჩამორჩება.

მამაკაცთა ძირითადი ლოკაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში პირველია ფილტვის კიბო (ASR=27,3), როგორც თბილისში (ASR=34,1), ისე რეგიონებში (ASR=25,6). ავადობის

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გვიჩვენებს, რომ თბილისში ფილტვის კიბოს ავადობის სიხშირე 1,3-ჯერ მეტია (SRR=1,3), ვიდრე რეგიონებში.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში II პროსტატის კიბო (ASR=20,4), ისე როგორც თბილისში (ASR=32,5) და რეგიონებში (ASR=16,8). SRR-ით თბილისში პროსტატის კიბოს ავადობის სიხშირე 1,9-ჯერ მეტია (SRR=1,9) ვიდრე რეგიონებში.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში III შარდის ბუშტის კიბო (ASR=16,0), რომელიც IV თბილისში (ASR=24,1) და რეგიონებში (ASR=14,1). SRR-ით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს ავადობა 1,7-ჯერ მეტია (SRR=1,7), ვიდრე რეგიონებში.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში IV მსხვილი ნაწლავის კიბო (ASR=15,8), რომელიც თბილისში III (ASR=24,1), რეგიონებში - V (ASR=13,5). SRR-ით თბილისში კოლორექტუმის კიბოს ავადობა 1,8-ჯერ მეტია (SRR=1,8) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეზე.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში მე-5 კანის კიბო (ASR=14,8), ისე როგორც თბილისში (ASR=17,3), რეგიონებში კი - III ადგილზე (ASR=14,3). SRR-ის მიხედვით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს ავადობა 1,2-ჯერ მეტია (SRR=1,2) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეზე.

2015-2019 წწ.-ში საქართველოში კიბოს ახალი შემთხვევის რაოდენობა მერყეობდა 10.000-11.000-ის ფარგლებში, 2008 წელს, როცა მოსახლეობა მეტი იყო, რეგისტრირდებოდა 7.000 შემთხვევა ანუ 1.5-ჯერ ნაკლები. საქართველოში 2008 წელს კიბოს ავადობა 100.000 მოსახლეზე იყო 143,0, ხოლო 2019 წლისთვის ეს მაჩვენებელი გაიზარდა თითქმის 2-ჯერ და 100.000 მოსახლეზე 277.9 შეადგინა.

2015-2019 წლებში საქართველოში კიბოს დიაგნოსტიკება ნულოვან სტადიაში იყო მიზერული (0.2%). 50%-ზე მეტი დიაგნოსტიკებული იქნა III-IV სტადიაში. საყურადღებოა კიბოს ვერიფიკაციის მაღალი სიხშირე IV სტადიაში.

კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიერ, 2015-2019 წლებში საქართველოში ორივე სქესში, სულ რეგისტრირდა 35 ლოკაციის კიბოს 52,179 შემთხვევა, მათ შორის უცნობი და არამკაფიოდ განსაზღვრული 989, მათგან 737 (74.5%)- IV სტადიაში.

კიბოს ლოკაციებიდან IV სტადიაში დიაგნოსტიკების 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.

ყურადღებას იპყრობს ის გარემოება, რომ 14.5%-ში კიბოს სტადია უცნობია! გარდა ამისა, 0.8%-ს დარეგისტრირებული არ აქვს სტადია, 0.2%-ში მითითებულია გაშლილი სტადია.



2015-2019 წლებში საქართველოში ორივე სქესში კიბო I სტადიაში დიაგნოსტირებული იქნა 22.1%-ში, მე-2-ში- 18.5%-ში, მე-3-ში- 19.7%-ში, IV-24.1%-ში. რეგიონებიდან მაღალი სიხშირით IV სტადიაში კიბო დიაგნოსტირდა გურიაში (ASR=56,2‰; AAR=85.7‰; CR<sub>64</sub>=3.6. CR<sub>74</sub>= 6.4), თბილისში (ASR=54,2‰; AAR=79.2‰; CR<sub>64</sub>=3.2; CR<sub>74</sub>= 6.5), აჭარაში (ASR=54,2‰; AAR=79.2‰; CR<sub>64</sub>=3.4; CR<sub>74</sub>= 5.7), რაჭა-ლეჩხუმში (ASR=46,2‰; AAR=75.5‰; CR<sub>64</sub>=2.9; CR<sub>74</sub>= 5.2) და სამეგრელო-ზემო სვანეთში (ASR=43,0‰; AAR=62,9.5‰; CR<sub>64</sub>=2.9; CR<sub>74</sub>= 5.1).

აღსანიშნავია, რომ კიბოს პოპულაციური რეგისტრი ონკოლოგიურ პაციენტებში დღემდე არ არეგისტრირებს ტკივილის სინდრომს, მის სიმძლიერეს და არ უწევს Follow-up მონიტორინგს. ასევე არ რეგისტრირდება კლინიკური ჯგუფები, რომლის მიხედვითაც საქართველოში წარმოებს ონკოლოგიურ პაციენტების მკურნალობა და ტკივილის სინდრომის მართვა.

განხორციელდა III და IV სტადიის კიბოს მქონეებში ტკივილის სიხშირის მოდელირება. სტადირების მქონე 44,119 პაციენტში 8 ვერსიის მიხედვით განისაზღვრა ტკივილის სავარაუდო ოდენობები. დადგენილი იქნა საქართველოში ონკოლოგიურ III და IV სტადიის მქონე პაციენტებში ტკივილის სიხშირის მინიმალური (19,000 შემთხვევა, 43.1%) და მაქსიმალური (29,000 შემთხვევა, 65.7%) სავარაუდო ოდენობები.

ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის სიხშირე და ინტენსიობა საჭიროებს შემდგომ შესწავლას, სავალდებულო რეგისტრაციას და აქტიურ Follow-up მონიტორინგს.

კიბოს ადრეულ/შუალედურ სტადიებზე გამოვლენა დადებითად კორელირებს 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლებთან და პირიქით. საქართველოში 2015-2019 წწ.-ში კიბოს 5-წლიანი გადარჩენა მაღალი იყო ფარისებრ ჯირკვალის (92,8%), Cancer In situ (89,1%), ჰოჯკინის ლიმფომის (74.5%), თირკმელის/მენჯის (69.3%), საშვილოსნოს ტანისა (66,7%) ძუძუს (66.0%) კიბოს შემთხვევაში. საქართველოში 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი ყველა ლოკაციისთვის შეადგენს 50.1%.

2015-2019 წწ.-ის კიბოს 5-წლიანი სიცოცხლის გადარჩენის მაჩვენებლებით, საქართველო დაბალი გადარჩენის ქვეყნების რიგს მიეკუთვნება. ეს ნიშნავს, რომ კიბოს მკურნალობა საჭიროებს მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას. კიბოს 5-წლიანი გადარჩენის დაბალი მაჩვენებლები აღინიშნება განვითარებად ქვეყნებში,



სადაც მკურნალობის პროცესში ხშირია ტკივილი, რომელიც გავლენას ახდენს მკურნალობის შედეგებზე.

2019 წელს კიბოს მქონე პაციენტებს საქართველოში ჩაუტარდა 15971 სხვადასხვა სახის მკურნალობა. მათგან ქირურგიული იყო - 7316 (40.8%), ქიმიო-, ჰორმონო-, იმუნო-, სხივური თერაპია - 8655 (54,2%). ამრიგად, 2019 წელს მედიკამენტური და სხივური მკურნალობამ უფრო მეტ პაციენტს ჩაუტარდა, ვიდრე ქირურგიული. საერთაშორისო ექსპერტების პროგნოზით, საქართველოში 2018-2030 წლებში, კიბოს ახალი შემთხვევების რიცხვი ქალებში გაიზრდება 5%-ით, ხოლო მამაკაცებში - 7%-ით. ონკოლოგიური პაციენტების სამედიცინო ბარათების კვლევით გამოვლინდა, რომ კიბოს მკურნალობის პროცესში 354 პაციენტიდან ტკივილი ჰქონდა 138-ს ანუ 39%-ს (Chi-Square 17.19;  $p < 0.001$ ); იგივე პაციენტთა სატელეფონო გამოკითხვით, ტკივილი დაუდგინდა 235-ს ანუ 66.4%-ს (Chi-Square 38;  $p < 0.001$ ), რაც პროსპექტული კვლევის შედეგის მსგავსია. კერძოდ, 354 პაციენტიდან ტკივილი ჰქონდა 222-ს ანუ 62.7%-ს (Chi<sup>2</sup>=22.88,  $p < 0.001$ ). რაც შეეხება ბარათებში ტკივილის ფიქსაციას, იგი არ ეწერა 97 პაციენტს ანუ 41.3%-ს (OR=13.0, 95%CI=6.5-26.2,  $p < 0.001$ ). ეს ნიშნავს, რომ ექიმები მიზეზთა გამო არ წერენ ტკივილს. ასეთ მიზეზად ასახელებენ პაციენტთა მიღებისას სტრესული გარემოს, მკურნალობით ტკივილის მოხსნას, მკურნალობაზე ყურადღების კონცენტრირებას და ა.შ. ანუ ექიმები სათანადოდ არ აფასებდენ ტკივილის ნეგატიურ გავლენას ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, ფსიქო-ემოციურ სტატუსზე, რაც მიუთითებს მათი ცოდნის დეფიციტზე ტკივილის შესახებ;

ბარათებით, მკურნალობის დროს 138 ტკივილის მქონე პაციენტიდან ტკივილის სიმძლიერე დადგენილი ჰქონდა მხოლოდ 81 პაციენტს ანუ 58,7%, რაც 235 ტკივილის მქონე პაციენტთან მიმართებით 34.5%-ს, დანარჩენ 65.5%-ს (OR=7.3, 95%CI – 3.4-15.7,  $p < 0.001$ ) ტკივილის სიმძლიერე არ განესაზღვრა (დიაგრამა 2). ტკივილის მქონე 81 პაციენტიდან სუსტი ტკივილი 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% (OR=3.0, 95%CI – 0.9-10.5,  $p = 0.086$ ), დანარჩენი 41.4% კი უცნობი იყო; ტკივილის სიმძლიერის ასეთი შეფასებით, ბუნებრივია შეუძლებელია რეალურ სიმძლიერეზე მსჯელობა. ამიტომ, დასადგენი იყო თუ როგორ აფასებდენ ექიმები ტკივილს სიმძლიერეს. ბარათებში კიბოს

მკურნალობის დროს ტკივილის სიძლიერის განსაზღვრის კვლევით გაირკვა, რომ 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან ტკივილის რიცხოზრივი შეფასების შესახებ კითხვა დაესვა მხოლოდ 5 (1.4%) პაციენტს (Chi-Square 166.39;  $p < 0.001$ ). მათგან, ტკივილის სიძლიერე ბარათში ეწერა 2 (0.6%) პაციენტს (Chi-Square 346.05;  $p < 0.001$ ), რათა ძლიერი ტკივილისა და ტერმინალური მდგომარეობის გამო IV კლინიკური ჯგუფი მიენიჭებიათ და ოპიოიდებით მართვა დაენიშნათ. ტკივილის შეფასების შესახებ მონაცემები დაზუსტდა იგივე პაციენტთა გამოკითხვითაც 159 ონკოლოგიურმა პაციენტმა ანუ 44.9%-მა აღნიშნა, რომ ონკოლოგს მისთვის ტკივილის სიძლიერის რიცხოზრივი შეფასების შესახებ კითხვა არ დაუსვამს და ამიტომ მიაჩნია, რომ ონკოლოგები ტკივილს სიძლიერეს აფასებდნენ პირად გამოცდილებაზე დაყრდნობით, 190 პაციენტისთვის ანუ 53.7%-ის უცნობი დარჩა, თუ რა გზით აფასებდნენ ექიმები ტკივილის სიძლიერეს (Chi-Square 166.39;  $p < 0.001$ ). ამრიგად, ექიმები კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკივილის სიძლიერეს აფასებდნენ პირად გამოცდილებით და თითქმის არ იყენებდნენ (1.4%) ტკივილის შეფასების რიცხოზრივ შკალას (Chi-Square 346.05). შესაბამისად, კიბოსმიერი ტკივილის მართვის დროს ექიმები ანალგეზიურ საშუალებებს ნიშნავდნენ არაადეკვატურად, რაც აისახა ტკივილის მართვის ეფექტურობაზე. კერძოდ, დანიშნული ანალგეტიკებით ტკივილი „მოეხსნა“ 12.8%-ს (OR=3.3, 95%CI – 1.3-8.8,  $p = 0.016$ ) „ნაწილობრივი“ – 33.5%-ს (OR=9.5, 95%CI – 4.0-22.6,  $p < 0.001$ ), დანარჩენი კი „უცნობია“ 52.8% (OR=8.0, 95%CI – 4.2-15.3,  $p < 0.001$ ) (იხ. დიაგრამა 3). ყველა სახის ტკივილის სამართავად დანიშნული პრეპარატების ეფექტურობამ შეადგინა 24,7%.

ამრიგად, ბარათებში ონკოლოგები ტკივილის მქონე პაციენტებს ანალგეტიკებს უნიშნავდნენ არა ტკივილის სიძლიერის მიხედვით, არამედ პირადი შეხედულებით; შედეგად, ტკივილის მართვა იყო ნაკლებად ეფექტური, რაც ამ ნაწილში ექიმებს ცოდნის დეფიციტზე მიუთითებს.

ტკივილის მქონე პაციენტთა გამოკითხვით გაირკვა, რომ ექიმები უპირატესად ყურადღებას ამახვილებენ კიბოს მკურნალობაზე და ნაკლებად ტკივილის შეფასებაზე და მართვაზე. ასეთი მიდგომა ზოგჯერ ტკივილის არასწორ შეფასებას იწვევს. აღნიშნულის შესახებ განაცხადა 64 წლის მამაკაცმა „ჩემს ექიმს ხშირად ვეუბნებოდი, რომ ქიმიოთერაპიის მიუხედავად ტკივილები მაინც

მქონდა,, ექიმი კი ჯიუტად მიმტკიცებდა, რომ მკურნალობას მიტარებდა და საჭირო იყო დრო და მოთმინება... ხოლო ტკივილის შემსუბუქებაზე არც კი მესაუბრებოდა " (P105).

ტელეფონით გამოკითხვისას 235-ვე პაციენტს ტკივილის სიძლიერე შეუფასდა რიცხობრივი შკალით. მათგან სუსტი ტკივილი ჰქონდა 50 პაციენტს ანუ 21.3%-ს (OR=15.8, 95%CI – 3.8-66.2, p<0.001), საშუალო - 136-ს ანუ 57.9%-ს (OR=39.5, 95%CI – 14.1-110.6, p<0.001), ძლიერი - 41-ს ანუ 17.4%-ს (OR=24.9, 95%CI – 3.4-183.7, p<0.001). სულ საშუალო და ძლიერი ტკივილი ჰქონდა 177 პაციენტს ანუ 75.3%-ს (Chi-Square 290.14, p<0.001). ყველა მათგანს, ჯანმო-ს ტკივილის მართვის მესამე საფეხურის შესაბამისად ესაჭიროებოდათ ოპიოიდებით მართვა. სამწუხაროდ, სუსტი ან ძლიერი ოპიოიდი 177 პაციენტიდან დაენიშნა მხოლოდ 21 პაციენტს ანუ 11.9%-ს, დანარჩენი 156 პაციენტი ანუ 88.12% დარჩა ადეკვატური ტკივილგაყუჩებითი დახმარების გარაშე ამასთან, ყველა პაციენტს ოპიოიდები დაენიშნა IV კლინიკურ ჯგუფში გადაყვანის შემდეგ, რომლის გამოც შეუწყდათ კიბოს სპეციფიკური მკურნალობა. ყველა დანარჩენ პაციენტს დაენიშნა: აასს - 147 პაციენტს (62.6%), ანალგინი დიმედროლით - 20-ს (8.5%) (Chi-Square 186.9, p<0.001), კიბოსმიერი ტკივილის სამართავად დანიშნული ასეთი არაადეკვატური ანალგეზიური საშუალებების შედეგად 235 ტკივილის მქონე პაციენტიდან ტკივილი მოეხსნა 54-ს ანუ 23.0%-ს, ნაწილობრივ - 139-ს ანუ 59.1%-ს, 42 (17.9%) პაციენტს კი - იგივე სიძლიერის ტკივილი დარჩა (Chi-Square 198.58, p<0.001). (ცხრილი 4), 235 ტკივილის მქონე პაციენტისთვის ტკივილის მართვის ინდექსი დადებითი იყო 29.4%-ში, რაც 4.7%-ით მეტია, ვიდრე სამედიცინო ბარათებში - 24.7%. ამრიგად, ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეტიკური წამლები ეფექტური იყო 29,4%-ში, არაადეკვატურად დაინიშნა შემთხვევათა 70.6%-ში. პროსპექტული კვლევის დროს, 222 კიბოსმიერი ტკივილის მქონე პაციენტიდან სუსტი ტკივილი დაუდგინდა 58-ს ანუ 26.1%-ს, საშუალო - 118-ს ანუ 53.2%,-ს, ძლიერი - 46-ს ანუ 20.7%-ს (Chi-Square 62.14, p<0.001). ამრიგად, ყველაზე ხშირი იყო საშუალო სიძლიერის ტკივილი, როგორც ტელეფონით გამოკითხულთა შორის. საშუალო და ძლიერი ტკივილი სულ ჰქონდა 164 პაციენტს ანუ 73.9%-ს, რომლებიც ოპიოიდოთერაპიას საჭიროებდენ.

მკურნალობის დროს, ისე როგორც ტელეფონით გამოკითხულთა შორის, ექიმები კიბოსმიერი ტკივილის კუპირებისთვის ყველაზე ხშირად მიშნავდენ აასს - 55.6%-ში, რაც ყველა ტკივილის მქონე პაციენტთა 88.7%-ს შეადგენს. საშუალო და ძლიერი ტკივილის

მქონე 164 პაციენტიდან, რომლებიც ჯანმო-ს ტკივილის მართვის რეკომენდაციებით, ასევე საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ტკივილის მართვის გაიდლაინის შესაბამისად ოპიოიდების დანიშნავენა ესაჭიროებოდათ, იგი მხოლოდ 24 პაციენტს ანუ 6.8%-ს დაენიშნა (ცხრილი 4). რაც ნიშნავს, 164 საშუალო/ძლიერი ტკივილის მქონე პაციენტიდან ადეკვატური დახმარება მიიღო 24 პაციენტმა ანუ 14.6%-მა, 140 (85.4%) პაციენტი კი დახმარების ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეზიური საშუალებები 222 ტკივილის მქონე პაციენტიდან ეფექტიანი აღმოჩნდა 104 პაციენტისთვის ანუ 46.8%-ს, როცა ტკივილი მოიხსნა სრულად, 118 პაციენტს ანუ 53.2% ტკივილი მოეხსნა ნაწილობრივ, 4 პაციენტმა - შედეგი ვერ მიიღო ( $\chi^2=59.42, p<0.001$ ).

ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული საშუალებების ადეკვატურობა დადგინდა ტკივილის მართვის ინდექსის გაანგარიშებით. დადგინდა, რომ საშუალო ტკივილის დროს მართვის ინდექსი პოზიტიური იყო 6.8%-ში (118 პაციენტი), ძლიერი ტკივილის დროს 34.8%-ში (46 პაციენტი), ხოლო 222 ყველა ტიპის ტკივილის შემთხვევაში მართვის ინდექსი დადებითი იყო 36.9%-ში, რაც 7.6%-ით მეტია, ვიდრე ტელეფონით გამოკითხულ პაციენტებში (29.3%), თუმცა გაცილებით ნაკლებია, რომლის მიღწევაც შესაძლებელი არის.

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევით, კიბოს მქონეთა მკურნალობის დროს ძალიან ხშირია ტკივილი (66.4-62.7%), განსაკუთრებით საშუალო/ძლიერი ხასიათის (75.3-73.9%), რომლებიც ოპიოიდებით მართვას საჭიროებენ, არსებული ტკივილის მართვა დაბალ ეფექტურია (29.3-36.9%), რის გამოც აუცილებელია ახალი მიდგომების შემუშავება. ამისთვის საჭიროა ტკივილის გავრცელების თავისებურებებისა და მართვის ბარიერების გამოვლენა.

კიბოსმიერი ტკივილის ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით კვლევის შედეგები სარწმუნო არ იყო. თუმცა, დადგინდა, რომ ტელეფონით გამოკითხული 235 ტკივილის მქონე პაციენტიდან <50 წლამდე ტკივილი ჰქონდათ 10.2%-ს, 51-60 წლის ასაკში - 26.0%-ს, 61-70 წლის ასაკში - 40.9%, 70 წლის ზემოთ ტკივილის სიხშირე კლებულობს - 23.0%. მსგავსი შედეგები იქნა მიღებული მიმდინარე მკურნალობისას 222 ტკივილის მქონე პაციენტის კვლევითაც. კერძოდ, 50 წლამდე პაციენტებს ტკივილი ჰქონდა 14.4%-ში, 51-60 წლის ასაკში - 23%-ს, 61-70 წლის ასაკში - 41.4%-ს 70

წლის ზემოთ კი მხოლოდ - 21.2%-ს. ამრიგად, ტკივილის მქონე პაციენტთა ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება ტკივილის სიხშირეც, რომელიც მაქსიმუმს 51-70 წლის ასაკში აღწევს (66.8-64.4%), ხოლო 70 წლის ზემოთ შესამჩნევად კლებულობს. სქესის მიხედვით ტკივილის სიხშირის კვლევამ აჩვენა, რომ ტელეფონით გამოკითხული 207 ქალიდან ტკივილი ჰქონდა 114 (55.1%) ქალს, 147 მამაკაციდან კი - 121-ს (82.3%). მიმდინარე მკურნალობის დროს 193 კიბოთი დაავადებული ქალიდან ტკივილი ჰქონდა 103-ს ანუ 53.4%-ს, 161 მამაკაციდან კი - 119-ს ანუ 73.9%-ს (Chi-Square 15.84;  $p < 0.001$ ). შესაბამისად, მკურნალობის დროს მამაკაცებში ტკივილი მინიმუმ 1.4-ჯერ (73.9%/53.4%) მეტია, ვიდრე ქალებში. სქესის მიხედვით შესწავლილი იქნა ტკივილის სიძლიერეც. დადგინდა, რომ 103 ტკივილის მქონე ქალს ყველაზე ხშირად ჰქონდა საშუალო სიძლიერის ტკივილი - 47-ს ანუ 45.6% (ცხრილი 5); მამაკაცებშიც ყველაზე მეტი იყო საშუალო სიძლიერის ტკივილი - 71 ანუ 59.7%, რაც 1.3-ჯერ მეტია, ვიდრე ქალებში. მამაკაცებში საშუალო/ძლიერი ტკივილი ჯამურად ჰქონდა 98 მამაკაცს ანუ 82.4%-ს, ქალებში - 72 ქალს ანუ 69.9%-ს. ასეთი სიძლიერის ტკივილების სამართავად, ჯანმო-ს ტკივილის მართვის სქემიდან და საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ტკივილის მართვის გაიდლაინიდან (ფ.ძოწენიძე, თ.რუხაძე, ი.აბესაძე, 2012) გამომდინარე საჭიროა ოპიოიდოთერაპია.

გამოკითხულ პაციენტებს, კიბოს სტადიის ზრდასთან ერთად აღენიშნებოდათ ტკივილის სიხშირის ზრდაც. I სტადიაზე ტკივილი ჰქონდა 2.6%-ს, II-ზე - 13.2%, III-ზე 3-ჯერ მეტს - 40.4%-ს, IV-ზე უფრო მეტს - 43.8% (Chi-Square 36.22;  $p < 0.001$ ). 235 ტკივილი ადრეულ/შუალედურ სტადიებზე ჰქონდა 56,2%-ს, ხოლო IV სტადიაზე - 43.8%.

ცხრილი 5. მიმდინარე მკურნალობისას კიბოს მქონე პაციენტების ტკივილის 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

მსგავსი ტენდენციები დადგინდა მიმდინარე მკურნალობისას გამოკითხულებშიც. კერძოდ, I სტადიაზე ტკივილი ჰქონდა 2.3%-ს, II-ზე - 10.8%, III-ზე 3-ჯერ მეტს - 30.6%-ს, IV-ზე - 56.3% (Chi-Square 67.42;  $p < 0.001$ ). 222 ტკივილის მქონე პაციენტიდან I–III სტადიებზე ტკივილი ჰქონდა 43,7%-ს, IV სტადიაზე კი –56,3%-ს. კიბოს მკურნალობის დროს, გამოკითხული 235 პაციენტის სქესისა და სტადიის მიხედვით ტკივილის კვლევამ აჩვენა, რომ ადრეულ/შუალედურ სტადიებზე, ისე როგორც IV სტადიაზე, ტკივილი ხშირი იყო ქალებშიც (53,8% / 46,2%) და მამაკაცებშიც (60,0% / 40%). კიბოს თერაპიის დროს I-III სტადიაზე ტკივილის სიხშირე შესაძლოა კავშირში იყოს დაავადების ამ ეტაპზე აგრესიულ მედიკამენტურ ან მათ ხანგრძლივ ინფუზიებთან, ასევე სხივურ თერაპიასთან კომბინაციასთან, რადგან IV სტადიაზე ხშირად დამზოგავი პალიატიური თერაპია ტარდება. მიმდინარე მკურნალობის დროს 222 ტკივილის მქონე პაციენტიდან I-III სტადიაზე ტკივილი ხშირი იყო ქალებში (50.5%), ვიდრე მამაკაცებში (37.8%), IV სტადიაზე კი პირიქით, ტკივილი ხშირი იყო მამაკაცებში (62.2%), ვიდრე ქალებში (49,5%). ამრიგად, მკურნალობის პროცესში კიბოს სტადიის ზრდასთან ერთად, იზრდება ტკივილის სიხშირეც, რომელიც ადრეულ და შუალედურ სტადიებზე უფრო ხშირია ქალებში (50,5%), ვიდრე კაცებში (37,8%), IV სტადიაზე პირიქით, ტკივილი ხშირია მამაკაცებში (62,2%), ვიდრე ქალებში (49,5%). ცალკეული ორგანოს კიბოს დროს ტკივილის მქონეთა და არმქონეთა შედარებით დადგინდა, რომ ტკივილი ხშირია ფილტვის (93.5%), კუჭის (80%) და კოლორექტუმის (50%) კიბოს დროს, შედარებით ნაკლებია - ძუძუს (48.1%), საკვერცხის (45%) და საშვილოსნოს ტანის კიბოს (40.5%) შემთხვევაში (Chi-Square 68.57;  $p < 0.001$ ). სხვადასხვა ორგანოს კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის დროს ყველაზე ხშირი იყო საშუალო სიძლიერის (NRS =4-6) ტკივილი, კერძოდ ფილტვის (69%), კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა (69,1%) და ძუძუს (44,7%) კიბოს დროს. მსგავსი ტენდენცია დადგინდა მიმდინარე მკურნალობის პროცესშიც. საშუალო და ძლიერი ტკივილი ხშირი იყო ფილტვისა (94.9%), ძუძუსა (80.6%) და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის (74.5%) კიბოს შემთხვევაში. მკურნალობის სახეობიდან გამომდინარე ტკივილის სიხშირე განსხვავდებოდა 119 ნეო-ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის დროს



ტკივილი ჰქონდა 47.9%, 28 ნეო-/ადიუვანტური სხივური თერაპიისას - 39.3%, 124 პალიატიური ქიმიოთერაპიისას - 82.3%, 46 პალიატიური ქიმიო-სხივური თერაპიიდან ტკივილი ჰქონდა 82.6%, 24 ნეო-/ადიუვანტური ქიმიო- სხივური თერაპიის დროს კი - 62.5%.

ტკივილის ალბათობა სარწმუნო იყო ნეო-/ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის (OR=3.4, 95%CI-2.1-5.4,  $p<0.001$ ), პალიატიური ქიმიოთერაპიისა (OR=3.4, 95%CI-2.0-5.7,  $p<0.001$ ) და პალიატიური ქიმიო-სხივური მკურნალობის შემთხვევაში (OR=2.7, 95%CI-1.2-5.9,  $p=0.016$ )). კიბოს 175 რადიკალურად ჩატარებული ქიმიო-სხივური თერაპიის დროს ტკივილი ჰქონდა 86-ს (49,1%); მათგან საშუალო (45.3%) და ძლიერი (10.5%) ტკივილი ჯამურად აღენიშნა 55,8%-ს. 179 პალიატიური მკურნალობის პროცესში ტკივილი ჰქონდა 149 (83,2%) პაციენტს, რომლის დროსაც საშუალო (65.1%) და ძლიერი (21.5%) ტკივილი აღენიშნა 86,6%-ს ( $p<0,001$ ). ამრიგად, პალიატიური თერაპიის დროს ტკივილი 1,7 ჯერ მეტია, ვიდრე რადიკალურის დროს (Chi-Square 21.72;  $p<0,001$ ). იგივე ტენდენციები დადგინდა პროსპექტული კვლევით. 203 რადიკალური მკურნალობიდან ტკივილი ჰქონდა 93 (45.8%) პაციენტს; მათგან საშუალო (43%) და ძლიერი (11.8%) ტკივილი სულ დაუდგინდა 54.8%-ს. პალიატიური თერაპიის 151 შემთხვევიდან ტკივილი ჰქონდა 129 (85.4%) პაციენტს; მათგან საშუალო (60.5%) და ძლიერი (27.1%) ტკივილი ჯამურად ჰქონდა 87.6%-ს. ამრიგად, პალიატიური თერაპიის (85.4%) პროცესში ტკივილი 1.9-ჯერ მეტია, ვიდრე რადიკალურის დროს (45.8%) (Chi-Square 68.05;  $p<0.001$ ). რადიკალური თერაპიის - ნეო-ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის დროს ტკივილი ჰქონდა 48,-ს (Chi-Square 62.14;  $p<0.001$ ). ტკივილი ყველაზე ხშირი იყო პალიატიური ქიმიოთერაპიისას - 3.7% (OR=4.1, 95%CI - 2.3-7.6,  $p<0.001$ ) და პალიატიური სხივური თერაპიის - 97.1% დროს (OR=23.7, 95%CI - 3.2-175.3,  $p<0.001$ ), პალიატიური თერაპიის ცალკეული მეთოდების დროს საშუალო/ძლიერი ტკივილი 85.3-88.9%-ის ფარგლებში მერყეობს.

ბოლო დროს გახშირდა ქიმიოთერაპიის ხანგრძლივი და აგრესიული ტრანსფუზიები. შედეგად, გაიზარდა გვერდითი ეფექტები, მათ შორის ტკივილიც. დადგინდა, რომ მედიკამენტური და სხივური თერაპიის ფონზე ტკივილი არ ჰქონდა 81-ს ანუ 34.5%-ს (OR=2.5, 95%CI-1.6-3.9,  $p<0.001$ ), 154 (65.5%) პაციენტს კი აღენიშნა სხვადასხვა სიძლიერის ტკივილი. 154 პაციენტიდან საშუალო ტკივილი ჰქონდა 63.3%-ს



(OR=2.4, 95%CI-1.5-4.0, p<0.001), ძლიერი - 11.0% (OR=2.4, 95%CI-1.5-4.0, p<0.001). ამრიგად, ქიმიო-სხივური თერაპიის პროცესში ტკივილი არ ჰქონდა 81 პაციენტს ანუ 34.5%-ს. პაციენტთა უმრავლესობას ჰქონდა საშუალო ტკივილი - 63.3%-ს (OR=2.4, 95%CI-1.5-4.0, p<0.001). ჯამურად საშუალო/ძლიერი ტკივილი ჰქონდა 115-ს ანუ 74.7%

დადგინდა, რომ ქიმიოთერაპიის პროცესში ტკივილის მქონე 154 პაციენტიდან ტკივილი პირველ 3 დღეში დაეწყო 109 ადამიანს ანუ 70.8%-ს (OR=1.8, 95%CI – 1.12-2.8, p<0.001), 1 კვირამდე დროში კი 44 პაციენტს ანუ 28.6%-ს (OR=1.9, 95%CI – 0.97-3.6, p=0.065).

ამრიგად, პაციენტთა 70.8%-ს (OR=1.8, 95%CI-1.12-2.8, p<0.001) ტკივილი ეწყება ქიმიოთერაპიის პირველ 3 დღეებში.

ასევე დადგინდა (ცხრილი 9), რომ მკურნალობამდე ტკივილის არმქონე 119 პაციენტიდან ქიმიოთერაპიის დაწყებიდან 1-3 დღეში ტკივილი დაეწყო 39 პაციენტს ანუ 32.8%-ს (OR=1.8, 95%CI – 1.12-2.8, p<0.001), 1 კვირამდე დროში კი - 13 პაციენტს ანუ 10.9%-ს (OR=1.9, 95%CI – 0.97-3.6, p=0.065). ამრიგად, ქიმიოთერაპიის დაწყებიდან 1 კვირაში ტკივილი განუვითარდა 52 პაციენტს ანუ 43.7%-ს (Chi-Square 16.27; p<0.001).

ონკოლოგიურ პაციენტთა გამოკითხვით, რომელიც ქიმიოთერაპიის გვერდითი ეფექტს - ტკივილს სინდრომს ეხებოდა, არ ითვალისწინებდა იგივეს სხივური თერაპიისთვის. თუმცა, ასეთი პაციენტები გამოკითხვისას აღნიშნავდნენ, რომ მათაც ჰქონდათ სხივური მკურნალობის შემდგომი ჩივილები. კერძოდ, პირის ღრუს წყლულები, ყლაპვის დროს ტკივილები, სტომატიტი, მუკოზიტი და სხვა. ჩვენ შევძელით 25 პაციენტის გამოკითხვა თავ-კისრისა და ხორხის კიბოს სხივური თერაპიის შემდგომ პერიოდში.

დადგინდა, რომ 19-ს (76%) ჰქონდა სხივურ თერაპიასთან ასოცირებული ტკივილი და ყლაპვის გაძნელება. სხივური თერაპიის დასრულებიდან 10-15 დღეში 17-დან 13 (76,5%) პაციენტს სტომატიტი, ტკივილი, ყლაპვის გაძნელება და მუკოზიტი დაეწყოთ. ვფიქრობთ, რომ საკითხი საჭიროებს გაღრმავებულ კვლევას.

აღსანიშნავია, რომ დანიშნული ანალგეტიკების ადეკვატურობის მიუხედავად, მკურნალობი დამთავრებიდან 1 თვეში ტკივილის მქონეთა რიცხვი შემცირდა 117-ით (49.8%) და დარჩა -118 (50.2%). შემცირება შეეხო ყველა სიმძლიერის ტკივილს. ასეთ კვება გამოწვეული უმდა იყოს ქიმიო-სხივური თერაპიის ეფექტით და ნაწილობრივ - ტკივილის მართვით.

ონკოლოგიურ პაციენტთა გამოკითხვის მომენტისთვის ტკივილის მქონე 235 პაციენტიდან გარდაცვლილი იყო 28 (11.9%), ტკივილის არმქონე 119 ადამიანიდან - 3 (2.5%) ანუ 31 გარდაცვლილიდან 28-ს ანუ 90%-ს ჰქონდა ტკივილი (OR=5.2, 95%CI - 1.6-17.6, p=0.008), რის გამოც ტკივილი შესაძლოა დაავადების პროგრესირების გარკვეულ პრედიქტორათ განვიხილოთ, რაც დამატებით კვლევას საჭიროებს.

აღინიშნა, რომ ტკივილის მართვის ინდექსი 36.9% იყო. იბადება კითხვა, ვინ არის ამ შედეგის მიზეზი: პაციენტები, ექიმები, კანონმდებლები თუ ყველა ერთად. გამოიკითხა ყველა მათგანი. პაციენტებს დაესვათ კითხვა - აცნობთ თუ არა ექიმს ტკივილის შესახებ? დადგინდა, რომ 235 პაციენტიდან ტკივილი არ აცნობა 33.6%-მა, 66.4%-მა კი თავისი ინიციატივით შეატყობინა (Chi-Square 258.32, p<0.001), ამრიგად, ექიმების მიერ ტკივილის არასრულ რეგისტრირებაში პაციენტებთა წილად მოდის 33.6% (OR=15.8, 95%CI-4.6-54.1; p<0.001), რომელიც ტკივილის დროული გამოვლენის ბარიერია.

კითხვაზე: რატომ არ აცნობთ ექიმს ტკივილის შესახებ? 235 კიბოსმიერი ტკივილის მქონედან 22.6%-მა განაცხადა, რომ „მალიან არ ტკიოდა“, 7.2%-მა თქვა, რომ „ექიმმა არ კითხა“, 6.8%-ს „მკურნალობის გადადების“ შეეშინდა, 46.4% - „ტკივილს უძლებდა“ (Chi-Square 284.26; p<0.001). ამრიგად, ტკივილის შესახებ თავისი ნებით ექიმს აცნობა 17%-მა (p<0.001), 83% ასეთი სურვილი არ ჰქონდათ, რადგან არ იცოდა ტკივილის მართვის შესაძლებლობები.

პაციენტებს დაესვათ კითხვა: საჭიროების დროს გაიკეთებდნ თუ არა მორფინს? 19.2% უარი განაცხადა, 33.9%-მა „არ იცის“, 11.3%-ს - მიჩვევის ეშინია. 9.3%-მა აღნიშნა, რომ „კიბო არ აქვს“. პაციენტთა საერთო რაოდენიდან მორფინის გაკეთებისგან თავს იკავებდა 73.7%, 235 კიბოსმიერი ტკივილის მქონე პაციენტიდან ცოტა ნაკლები - 66%.

კითხვაზე: „ტკივილის ოპიოიდებით მართვაზე ოჯახი ახდენდა თუ არა გავლენას“ - 222 ტკივილის მქონე პაციენტიდან 24.8%-მა დაადასტურა ასეთი გავლენა (OR=4.0; 2.0-8.2; p<0.001), ხოლო ტკივილის არმქონე 132 პაციენტის ოჯახიდან ასეთი გავლენას მხოლოდ 7.6%-ში იყო.

ჩატარებული კვლევით დადგინდა ექიმებთან ასოცირებული ტკივილის მართვის ბარიერები: ტკივილის სიხშირის არასრული (39%) რეგისტრაცია (Chi-Square 17.19; p<0.001) და მისი სიძლიერის ხშირად (41,3%) არ განსაზღვრა (OR=7.3, 95%CI-3.4-15.7, p<0.001); ტკივილის სიძლიერის შეფასება პირადი აღქმის საფუძველზე (98.6%) და არა რიცხობრივი შკალით - 1.4%)გ (Chi-Square 166.39;

p<0.001). ტკვილის მართვა პირადი შეხედულების საუბველზე (98.6%) და არა ჯანმო-ს ტკვილის მართვის სქემით, რის გამოც ტკვილი მართვის ინდექსი მხოლოდ 36.9%; ტკვილის მართვის შესახებ პაციენტთა დაბალი ინფორმირება - 99.2% (Chi-Square 342.10; p<0.001) და ტკვილის მქონე პაციენტებისგან ანამნეზის შეკრებისას 21.7%-ში ტკვილის შესახებ კითხვის არ დასმა (OR=2.4, 95%CI – 1.5-3.8, p<0.001).

მიღებული მონაცემებით დადგინდა, რომ კიბოს მკურნალობის პროცესში პაციენტთა 2/3-ს ჰქონდა საშუალო/ძლიერი (NRS 4-10) ტკვილები; მათ სამართავად ოპიოიდებს ექიმები არ ნიშნავენ მანამდე, სანამ ისინი ინკურაბელური და ტერმინალური არ გახდებიან. ონკოლოგთა 97.7%-მა (Chi2=322.72, p<0.001) დაადასტურა, რომ ასეთი მიდგომა მომდინარეობს კლინიკური ჯგუფების ჩვენებიდან. კერძოდ, კიბოს მკურნალობის დროს ოპიოიდების დანიშვნა მოქმედი რეგულაციით აკრძალულია. კლინიკური ჯგუფების არსებობა უკავშირდება მრავალი პაციენტის ტანჯვა-წამებას. აი რას წერს ტკვილების მქონე 54 წლის მამაკაცი (p228): კიბოს ოპერაციის გამო გაუტკივარებისას, სავარაუდოდ ექიმმა შეცდომით გამიკეთა პირველი ჩხვლეტა, შემდეგ მეორე და გამიყუჩდა. ოპერაციის მერე, დამეწყო ისეთი ტკვილები, რომ მთელ ჩემს ჩონჩხს ვხედავდი თვალებში და ყოველი წერტილი მტკიოდა. ამას ვერ აღწერ, 10 ქულიან შკალაზე ალბათ ეს ტკვილები იყო ოცი (!) სხვანაირად ვერ აგიწერთ, კლინიკაში 3-4 დღე მორფით მიჩერებდენ... მერე გამწერეს, მორფი არ დამინიშნეს, რადგან კიბო აღარ გაქვსო.. ყოველდღე, ზოგჯერ 2-ჯერ ვიძახებდი ფასიან სასწრაფოს, რომ დაეყუჩებინათ ის საშინელი ტკვილი... ტკვილების გამო სამჯერ მქონდა სუიციდის მცდელობა. სასწრაფოს ექიმები მიჩერებდენ კლინიკაში მისვლას, მორფის დასანიშნად... მივდიოდი და არ მინიშნავდენ ... ასე გაგრძელდა 2 წელი, მქონდა სასტუმროს ბიზნესი და გამაკოტრა, ტკვილების 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 დამინიშნა მორფი, რადგან მხოლოდ ეს მიჩერებდა ამ აუტანელ ტკვილებს, ახლა კი 2022 წლის სექტემბერია, მე ისევ ცოცხალი ვარ და ისევ მორფზე ვარ. უკვე 8-9 ახლობელი ადამიანი და ნათესავი დავკრძალეთ იგივე

დიაგნოზით, მე კი მორფის წყალობით ვარ ჯერ კიდევ და არც მეტყობა, რომ ავადმყოფი ვარ.

ყურადღებას იპყრობს ის გარემოება, რომ შემთხვევათა 14.5%-ში კიბოს კლინიკური სტადია უცნობია /არ არის რეგისტრირებული! გარდა ამისა, შემთხვევათა 0.8%-ს დარეგისტრირებული არ აქვს კლინიკური სტადია, 0.2%-ში მითითებულია გაშლილი სტადია. აღსანიშნავი ის გარემოება, რომ კიბოს პოპულაციური რეგისტრი ონკოლოგიურ პაციენტებში დღემდე არ არეგისტრირებს ტკივილის სინდრომის შემთხვევებს, მათ ხარისხს და არ უწევს Follow-up მონიტორინგს. ასევე არ რეგისტრირდება კლინიკური ჯგუფები, რომლის მიხედვითაც საქართველოში წარმოებს ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის სინდრომის მართვა. კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის დროს ტკივილის მართვის შეზღუდვების კვლევით დადგინდა, რომ საქართველოს კანონები (2012 წლის) აღიარებენ სამედიცინო მიზნებისთვის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის აუცილებლობას ექიმების მიერ სერვისის უწყვეტი მიწოდებით, ხოლო კანონქვემდებარე აქტები (2008 წ.) ზღუდავენ ოპიოიდების დანიშვნას მხოლოდ უკურნებელი პაციენტებისთვის, ისიც დაავადების ტერმინალურ ფაზაში (2018 წელი). ექიმს სერვისის მიწოდება შეუძლია მხოლოდ ბოლო 6 თვის მანძილზე, თუ დაავადების ტერმინალური ფაზა დადასტურებულია. აქედან გამომდინარე, ტკივილის მართვა მორგებულია არა სამედიცინო ჩვენებაზე, არამედ კლინიკურ ჯგუფზე და სიცოცხლის სავარაუდო პერიოდის პროგნოზზე. სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარების მოქმედი რეგულაციები საჭიროებს ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციის რჩევების (PPSG 2013) და საერთაშორისო სტანდარტების (Health Organization, 2011), ეროვნულ კანონებთან ჰარმონიზაციას, რაც დაეფუძნება ტკივილის მართვის სამედიცინო ჩვენებებს. ამრიგად, სამედიცინო ოპიოიდების მოქმედი რეგულირების დოკუმენტების ანალიზით მიღებული მტკიცებულებები გვაძლევს საფუძველს, რომ იგი წარუვდგინოთ უფლებამოსილ სამსახურებს, რომ ადამიანის ძირითადი უფლებების დაცვის და კიბოს მქონე ადამიანთა ჯანმრთელობის ადვოკატობის და ტანჯვის პრევენციის მიზნით მოხდეს ერთობლივი ძალისხმევის მობილიზება სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების გადასაჭრელად სამეცნიერო ფაქტებზე დაფუძნებით.

*ჩატარებული კვლევის შედეგებით მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ძირიადი დასკვნები:*

1. სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა ავთვისებიანი სიმსივნეების 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. თბილისში და 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 ქ. 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 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). ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გვიჩვენებს, რომ თბილისში ძუძუს კიბოს ინციდენტობის 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 საქართველოში კიბოს დიაგნოსტირება ნულოვან სტადიაში იყო მიზერული (0.2%). 50%-ზე მეტი დიაგნოსტირებული იქნა III-IV სტადიაში. საყურადღებოა კიბოს ვერიფიკაციის მაღალი სიხშირე IV სტადიაში.
8. 2015-2019 წლებში საქართველოში, კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიერ, სულ რეგისტრირებული იქნა 35 ლოკაციის კიბოს 52,179 შემთხვევა, მათ შორის უცნობი და არამკაფიოდ განსაზღვრული 989 შემთხვევა, მათგან 737 (74.5%) - IV სტადიაში. კიბოს ლოკაციებიდან IV სტადიაში დიაგნოსტირების 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. 2025-2019 წლებში საქართველოში ორივე სქესში კიბო 1-ლ სტადიაში დიაგნოსტირებული იქნა 22.1%-ში, მე-2-ში- 18.5%-ში, მე-3-ში- 19.7%-ში, მე-4-ში-24.1%-ში. რეგიონებიდან მაღალი სიხშირით მე-4 სტადიაში კიბო დადგენილი იქნა გურიაში (ASR=56,2‰; AAR=85.7‰; CR<sub>64</sub>=3.6. CR<sub>74</sub>= 6.4), თბილისში (ASR=54,2‰; AAR=79.2‰; CR<sub>64</sub>=3.2; CR<sub>74</sub>= 6.5), აჭარაში (ASR=54,2‰; AAR=79.2‰; CR<sub>64</sub>=3.4; CR<sub>74</sub>= 5.7), რაჭა-ლეჩხუმში (ASR=46,2‰; AAR=75.5‰; CR<sub>64</sub>=2.9; CR<sub>74</sub>= 5.2) და სამეგრელო-ზემო სვანეთში (ASR=43,0‰; AAR=62,9.5‰; CR<sub>64</sub>=2.9; CR<sub>74</sub>= 5.1).
10. კიბოს პოპულაციური რეგისტრი ონკოლოგიურ პაციენტებში არ არეგისტრირებს ტკივილს, მის სიძლიერეს და არ უწევს Follow-up მონიტორინგს. არ რეგისტრირდება კლინიკური ჯგუფები, თუმცა მათი მიხედვით ხდება მკურნალობა და ტკივილის მართვა.
11. სტადიების მქონე 44,119 ონკოლოგიურ პაციენტში III-IV სტადიების დროს, ტკივილის სიხშირის მოდელირებით დადგინდა ტკივილის მინიმალური (19,000 შემთხვევა, 43.1%) და მაქსიმალური (29,000 შემთხვევა, 65.7%) სავარაუდო ოდენობები.
12. კიბოსმიერი ტკივილი მკურნალობის დროს პაციენტებს ჰქონდათ 62.7-66.4%-ში (p<0.001); კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის დროს პაციენტთა 73.9%-75.3%-ს საშუალო/ძლიერი ტკივილი ჰქონდათ, რომელიც ჯანმო-ს ტკივილის მართვის სქემით ოპიოიდებით მართვას საჭიროებდა;
13. კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკივილი იყო როგორც ადრეულ/შუალედურ სტადიებზე - 43,7%-ს, ისე IV სტადიაზე – 56,3%; I-III სტადიებზე ტკივილი ხშირი იყო ქალებში (50.5%), ვიდრე მამაკაცებში (37.8%), IV სტადიაზე - ტკივილი ხშირი იყო მამაკაცებში (62.2%), ვიდრე ქალებში (49,5%);
14. მკურნალობის პროცესში ტკივილი ყველაზე ხშირია ფილტვის (92.5%), კუჭ-ნაწლავისა (78.5%) და შარდ-სასქესო ტრაქტის სისმსივნეების დროს (p<0.001);
15. ტკივილის სიხშირე პალიატიური ქიმიო-სხივური თერაპიისას 1,7-ჯერ მეტია, ვიდრე რადიკალურის თერაპიის დროს (p<0.001).



- პალიატიური მკურნალობისას საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილი ჰქონდა პაციენტთა 87.6%-ს ( $p < 0.001$ );
16. კიბოს მკურნალობის დროს საშუალო/ძლიერი ტკივილის 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 ტკივილის მქონე პაციენტებს ანალგეზიით ტკივილი მოეხსნა შემთხვევათა 23%-46.8%-ში ( $p < 0.001$ ), ტკივილის მართვის ინდექსმა შეადგინა 29.4%-36.9% ანუ მკურნალობა იყო დაბალ ეფექტიანი; საშუალო/ძლიერი ტკივილის დროს ოპიოიდი სულ დაენიშნა პაციენტთა 13.7%-ს; ყველა ეს პაციენტი მიჩნეული იქნა ინკურაბელურ-ტერმინალურად, გადაყვანილი IV კლინიკურ ჯგუფში და შეუწყდათ სპეციალური მკურნალობა;
  18. ტკივილის 43.7%-ში ( $p < 0.001$ ) უკავშირდებოდა ქიმიოთერაპიას. ქიმიოთერაპიის მიმდინარეობის დროს საშუალო და ძლიერი ტკივილი ჰქონდა პაციენტთა 75,3%-ს. ქიმიოთერაპიის დროს ტკივილის სინდრომი პაციენტთა 65.1%-ში გრძელდება 1 კვირამდე ( $OR = 1.8$ , 95%CI – 1.12-2.8,  $p < 0.001$ ), რის გამოც ნაჩვენებია იყო ოპიოიდური პრემედიკაცია; სხივური თერაპიის შემდეგ 10-15 დღეში ვითარდება სხვადასხვა სიძლიერის ტკივილი, მათ შორის ძლიერი. საკითხი საჭიროებს დამატებით შესწავლას;
  19. კიბოსმიერი ტკივილის სიხშირე 1 თვეში შემცირდა 49,8%-ით და საწყისი რაოდენობის 50,2% შეადგინა; ტკივილის სინდრომის მქონე პაციენტთა ლეტალობამ 1 თვეში შეადგინა 11.9%, არმქონეებში კი - 2.5% ( $p < 0.001$ ); საშუალო/ძლიერი ინტენსივობის ტკივილი ჰქონდა გარდაცვლილი 31 პაციენტის 90%-ს, რის გამოც ტკივილის სინდრომი სავარაუდოდ წარმოადგენდეს დაავადების პროგრესირების პრედიკტორს, რაც საჭიროებს შესწავლას;
  20. საშუალო/ძლიერი ტკივილის დროს ოპიოიდების დანიშვნის მთავარ ბარიერს 97.7%-ში წარმოადგენს პაციენტების კლასიფიცირება კლინიკური ჯგუფების მიხედვით ( $p < 0.001$ ), რომელიც პოსტსაბჰოთა 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, ტკივილის სინდრომის მართვის საკანონმდებლო და ქვემდებარე სარეგულაციო აქტებიდან.
  - 1.1 ონკოლოგიური დიაგნოზების კლასიფიცირება მსოფლიოში ხდება სტადიების და TNM სისტემის კლასიფიკატორებით. ონკოლოგიურ პაციენტთა კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფა გამოიყენებოდა მხოლოდ საბჭოთა კავშირში და, როგორც გადმონაშთი, დღესაც ხმარებაშია ნაკლებად განვითარებულ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში, მათ შორის საქართველოში. დღემდე კიბოსმიერი საშუალო/ძლიერი ტკივილის ოპიოიდებით მართვა ვერ ხერხდება (97.7%) კლინიკური ჯგუფების გამოყენების გამო, რადგან კანონქვემდებარე აქტით ოპიოიდის დანიშვნა სამედიცინო მიზნებით დასაშვებია უკურნებელი პაციენტებისთვის ტერმინალურ ფაზაში ბოლო 6 თვის მანძილზე.
  - 1.2 ონკოლოგიურ პაციენტთა კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფა და მის მიხედვით ტკივილის 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 ტკივილის მართვაში დამკვიდრებული ნეგატიური პრაქტიკის დასაძლევად, რაც უკავშირდება "კლინიკური ჯგუფების" მიხედვით ოპიოიდების დანიშვნას, რომელიც არ ეფუძნება ტკივილის 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

ტკივილის 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 ტკივილის სიძლიერის ჩასაწერად შეტანილი იქნას გრაფა; ექიმებმა პაციენტების სამედიცინო მომსახურებაზე ინფორმირებული თანხმობის (ფორმა N IV-300-12/ა) მიღების დროს გააცნონ მათ კიბოსმიერი ტკივილის მართვის პრინციპები;
3. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკივილის მართვაში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO, Geneva, 13,1387) ტკივილის მართვის სამსაფეხურიანი სქემის დანერგვით შესაძლებელია პრობლემის გადაჭრა, რითაც მიღწეული იქნება კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობისას ტკივილის ადეკვატური მართვა და ტანჯვა-წამების შემცირება.
4. უმაღლეს სამედიცინო სკოლებში დამამთავრებელ კურსებზე დაინერგოს ტკივილის მართვის პროგრამა, ასევე განახორციელდეს ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისთვის ტკივილის მართვის საბაზისო განათლების მხარდაჭერა. ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს ტრეინინგებით გასაფართოებელი აქვთ ცოდნა კიბოს კონტროლის ადვოკატობის, ძირითადი ლოკაციების კიბოს სკრინინგის, ადრეული და დროული დიაგნოსტიკის, სტადიებისა და TNM სისტემების შემთხვევების კლასიფიცირება-რეგისტრაციის, პაციენტებზე აქტიური Follow-up დაკვირვების, ECOG სტატუსისა და ტკივილის მონიტორინგის საკითხებში.

#### *სამეცნიერო კუბლიკაციები:*

1. ნათია შავდია, ფ.ძოწენიძე. კიბოსმიერი ტკივილი და მისი ოპიოიდებით მართვის მდგომარეობა საქართველოში Experimental and Clinical Medicine, N8, 2022, p. 88-92. Tbilisi.
2. ნათია შავდია, ვ.ტყეშელაშვილი, ნ.ნინაშვილი, მ.შავდია. ექიმებთან ასოცირებული კიბოსმიერი ტკივილის მართვის ბარიერები. თსსუ შრომათა კრებული, ტომი 55, 2021, გვ.157-160 [www.tsmu.edu](http://www.tsmu.edu)

3. ნ. შავდია, მ.შავდია. პაციენტებთან დაკავშირებული კიბოსმიერი ტკივილის მართვის ბარიერები; თსსუ, შრომათა კრებული, ტომი 54, 2020, გვ. 162-167;
4. მ.შავდია, ნათია შავდია, მ.ყაჯრიშვილი. საქართველოში ონკო-პაციენტთა ქრონიკული. ტკივილის არასწორი მართვის მიზეზები. თსსუ შრომათა კრებული, 2008, ტომი XII, გვ.184-186.
5. Natia Shavdia, M. Shavdia. Pharmacological Management of neuropathic cancer pain. V საერთ. კონფ.: ტკივილის მულტიდისციპლინური მართვა: თანამედროვე მიდგომები. თბ., 28/09/2019;
6. 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 /11<sup>th</sup> World Congress of Pain; 2022;
7. Natia Shavdia, V.Tkeshelashvili, Nia Shavdia. Frequency of pain and its management in the treatment of oncology patients in Georgia. Pain Practice, Vol. 22, Suppl.1, p.87, /11<sup>th</sup> World Congress of Pain;
8. 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 Jour. of Health Sciences and Public Health, 2021, Vol. 5, Sup. 9, p. 73-74
9. T.Lobzhanidze, T.Gvazava, D.Kurdiani, N.Abesadze, Natia Shavdia et al. Female Cancer Incidence in Georgia by Regions and Municipalities in 2015-2019., Caucasus Jour. of Health Sciences and Public Health, 2021, Vol. 5, Supplement 9, p. 67-68; [www.caucasushealth.ge](http://www.caucasushealth.ge)
10. N.Abesadze, T.Lobdzanidze, D. Kurdiani, T.Gvazava, Natia Shavdia et al., 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](http://www.caucasushealth.ge)
11. T.Gvazava, T.Lobzhanidze, D.Kurdiani, N.Abesadze, Natia Shavdia et al., Female Breast Cancer Incidence in Georgia by regions and municipalities in 2015-2019. Caucasus Jour. of Health Sciences and Public Health, 2021, Vol. 5, Suppl. 9, p. 71-72.
12. D.Kurdiani, T.Lobdzanidze, T.Gvazava, N.Abesadze, N.Shavdia et al. Gynecological 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. 73-74 [www.caucasushealth.ge](http://www.caucasushealth.ge)
13. M.Shavdia, N.Ninashvili, Natia Shavdia. Cancer pain assessment and treatment in 1494 advanced cancer patients. Pain Practice, Vol.12, Suppl.1, 2012, p.39 /.