



საქართველოს უნივერსიტეტი
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა
სადოქტორო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

ხელნაწერის უფლებით

მიხეილ ჩხაიძე

**ტერმინალურ ფაზაში კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში
სიკვდილის მექანიზმების შეფასება**

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებელი

სადოქტორო დისერტაციის 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 ტყეშელაშვილი, მედიცინის მეცნიერებათა

დოქტორი, პროფესორი

შიდა ექსპერტი: იოსებ აბესაძე, მედიცინის აკადემიური

დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი

გარე ექსპერტი: რემა ღვამიჩავა, მედიცინის აკადემიური

დოქტორი, პროფესორი

გარე ექსპერტი: ვლადიმერ კუჭავა, მედიცინის მეცნიერებათა

დოქტორი, პროფესორი

გარე ექსპერტი: ოთარ გერზმავა, მედიცინის მეცნიერებათა

დოქტორი, პროფესორი

დისერტაციის დაცვა შედგება 2022 წლის 31 მარტს 03:00 (pm) საათზე

ონლაინ რეჟიმში Zoom პლატფორმით

დისერტაციის გაცნობა შეიძლება საქართველოს უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში

სადისერტაციო მაცნე დაიგზავნა 2022 წლის 8 მარტს

სადისერტაციო საბჭოს მდივანი:

სადოქტორო საფეხურის მენეჯერი

ნათია მანჯიკაშვილი

პრობლემის აქტუალობა, კვლევის საკითხები:

მსოფლიო ლიტერატურაში კარგად არის ცნობილი და დღესაც შეისწავლება ძირითადი ლოკალიზაციების კიბოს გავრცელების გეოგრაფიული და სქესობრივი თავისებურებანი, დიაგნოსტიკის, სკრინინგისა და ადრეული გამოვლინების, მკურნალობის, 5-წლიანი გადარჩენისა და პალიატიური მზრუნველობის საკითხები. ასევე გრძელდება კიბოს განვითარების, გარემო ფაქტორებთან და ცხოვრების წესთან დაკავშირებული, რისკების შესწავლა.

ამავე დროს, დღემდე ნაკლები ყურადღება ეთმობა ონკონკურაბელური პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების, სიცოცხლის ბოლო წლებში, თვეებში და დღეებში ცხოვრების ხარისხის, მათ საჭიროებებისა და უფლებების დაცვის შესწავლას. იან ბონჰმანის მიხედვით „კიბო კლავს სხვისი ხელებით“ (Ян Бонхман, 1972; 1976; 1989).

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების ადვოკატობის მიზნით, აღნიშნული ასპექტების მნიშვნელობიდან და აქტუალობიდან გამომდინარე, დამატებით შესწავლასა და დაზუსტებას საჭიროებს შემდეგი საკითხები: საქართველოში კიბოს ინციდენტობისა და მისი მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურის დადგენა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემთა ბაზის მიხედვით; კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების თანატოლოგიური მზრუნველობის სერვისების ხვედრითი წონის დადგენა; კიბოს პირველადი ლოკალიზაციებისა და გავრცელების ხარისხის მიხედვით პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების და მათი გარდაცვალების ძირითადი მიზეზების შესწავლა; ონკონკურაბელური პაციენტების სიცოცხლის ბოლოს გარდაცვალების ნიშნებისა და სიმპტომების შესწავლა; ტერმინალურ ფაზაში პაციენტების თანატოლოგიური მზრუნველობისა და ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად საჭირო აქტივობების დადგენა.

კონცეფციის ჰიპოთეზა:

საკვლევი საკითხების დამატებითი შესწავლა შესაძლებელს გახდის განხორციელდეს კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების ადვოკატობა, კერძოდ- ხელიშეწყობა პაციენტების პალიატიური მზრუნველობისა და ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად საჭირო აქტივობების გათვალისწინებას ონკოლოგიური დაავადებების სადაზღვევო პროგრამებში.

კვლევის მიზანი:

კიბოს პირველადი ლოკალიზაციებისა და გავრცელების ხარისხის მიხედვით ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შესწავლა, სიცოცხლის ბოლო წლებში ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად საჭირო აქტივობების ანალიზი, კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების ადვოკატობისა და მათი სადაზღვევო პაკეტების გაუმჯობესების ხელშეწყობა.

კვლევის ამოცანები:

ამ რთული და კომპლექსური მიზნის მისაღწევად დასახული ამოცანები:

1. 2015-2019 წლებში თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველო თბილისის გარეშე) 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურის დადგენა სქესის მიხედვით;
2. კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შეფასების მიზნით 2019-2021 წლებში საქართველოში და თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეებისა და მათი დინამიკის შესწავლა 2014-2020 წლებში.
3. 2014-2021 წლებში კიბოს დიაგნოზით პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა ხვედრითი წონის დადგენა.
4. კიბოს ტერმინალურ ფაზაში დაავადების პროგრესირების ნიშნების დაზუსტება, პაციენტების პალიატიური მზრუნველობისა და ფსიქოლოგიური დახმარების საჭიროებების დადგენა

ქ.თბილისის პალიატიური მზრუნველობის კლინიკაში 2019 წელს ონკონკურაბელური პაციენტების რეტროსპექტული შესწავლით.

5. კიბოს პირველადი ლოკალიზაციებისა და გავრცელების ხარისხის მიხედვით პაციენტების სიკვდილის მექანიზმებისა და მათი გარდაცვალების ძირითადი მიზეზების დაზუსტება (ქ.თბილისის პალიატიური მზრუნველობის კლინიკებში 2019 წელს ონკონკურაბელური პაციენტების ისტორიების შესწავლით);
6. კიბოს პირველადი ლოკალიზაციებისა და გავრცელების ხარისხის მიხედვით პაციენტების სიცოცხლის ბოლოს გარდაცვალების ნიშნებისა და სიმპტომების შესწავლა (ქ.თბილისის პალიატიური მზრუნველობის კლინიკებში 2021 წელს ონკონკურაბელური პაციენტების პროსპექტული Follow-up კვლევით);

კვლევის შედეგების სამეცნიერო სიახლე და პრაქტიკული ღირებულება:

1. სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა 2015-2019 წლებში თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მცხოვრებ მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და თითოეული ლოკალიზაციის სარანგო ადგილი.
2. 2018-2019 წლების 2020 წლის მონაცემების საფუძველზე დადგენილი იქნა, რომ COVID-19 პანდემიის პირველ ტალღასთან დაკავშირებით თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითი წონის მატება არ ყოფილა რეგისტრირებული.
3. დადგენილი იქნა, რომ კიბოს ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტების მხოლოდ 10% იღებს საქართველოს პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალურ თანატოლოგიურ სერვისს, ხოლო თბილისში ანალოგიური სერვისის მიმღებთა რაოდენობა შეადგენს 15%. ანუ კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა უმრავლესობა (85-90%) გარდაიცვლება ბინაზე რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღების გარეშე.
4. გამოვლენილი იქნა, რომ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური და ნევროლოგიური პაციენტების ანამნეზში HCV გვხვდება ერთნაირი სიხშირით. საყურადღებოა, რომ ანამნეზში HCV ორივე ჯგუფში ფიქსირდება 4/5-ზე მეტ პაციენტში! ასევე ონკოლოგიურ პაციენტებში არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა HCV-ს სიხშირეებს შორის სქესისა და კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების თანატოლგენეზში HCV-ს როლის შესწავლა საჭიროებს შემდგომი კვლევების ჩატარებას.
5. კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტებში შესწავლილი იქნა სიცოცხლის ბოლო დღეებში სიმპტომებისა და ნიშნების სიხშირეები სისტემების მიხედვით. კიბოს ტერმინალურ სტადიაში სიკვდილის მექანიზმების შემდგომი, უფრო ღრმა შესწავლის მიზნით რეკომენდებულია დამატებითი კვლევების ჩატარება. თანატოლგენეზის შემდგომი, ღრმა შესწავლის მიზნით რეკომენდებული იქნა კვლევის შესაბამისი ინსტრუმენტის შექმნა და სიცოცხლის ბოლო დღეებში სიმპტომებისა და ნიშნების Follow-up კვლევა სისტემების მიხედვით.
6. გამოვლენილი იქნა ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში სასუნთქი, გულ-სისხლძარღვთა, საჭმლის მომნელებელი, საშარდე, კანისა და ძვალ-სახსროვანი სისტემებისა და ფსიქო-ემოციური თავისებურებები კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით.
7. დადგენილი იქნა, რომ დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესიის განვითარების რისკი საგრძნობლად მატულობს უროლოგიური, ღვიძლის, ძუძუს და გინეკოლოგიური კიბოს დროს.
8. დადგენილი იქნა, რომ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიურ პაციენტებს დღე-ღამის განმავლობაში მიღებული და შარდის სახით გამოყოფილი სითხის ოდენობების მიხედვით ორგანიზმში ყოველდღიურად უგროვდებათ სითხე ($p < 0.001$), რაც განაპირობებს პლევრაში და

- მუცლის ღრუში სითხის დაგროვებას. კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით დადგენილი იქნა პლევრაში ექსუდატის და მუცლის ღრუში ასციტის განვითარების რისკის ოდენობები.
9. გამოითქვა ვარაუდი, რომ პლევრაში და მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება არის თანატოგენუზის თანხმლები პროცესი და არ წარმოადგენს ონკოლოგიური პაციენტებისათვის დამახასიათებელ სპეციფიკურ პათოლოგიას.
 10. დადგენილი იქნა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში დაავადების მეტასტაზური გავრცელების სიხშირე ძვლებში, რასაც თანსდევს ძლიერი ტკივილი, ასევე ძვლის მეტასტაზებთან დაკავშირებული პათოლოგიური მოტეხილობის სიხშირე.
 11. დადგენილი იქნა ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში ღვიძლის უკმარისობის განვითარების რისკის ოდენობა (OR = 15.1, 95%CI OR = 2.6 - 86.6).
 12. დადგენილი იქნა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში მხედველობის, სმენის, წონასწორობისა და თავბრუსხვევის პრობლემების, მიოკლონუსის, მოუსვენრობის, დეზორიენტაციის, დაბნეულობის, გაურკვეველობის დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით, შფოთვის, დელერიუმის, დეპრესიის, დაღლილობის, გადაქანცვის, დაქვეითებული ფიზიკური ძალის, სისუსტის გაძლიერების და გადაქანცვის, ძილიანობის, ძილად მივარდნის მთელი დღის განმავლობაში, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითების, ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენციის და ცნობიერების სრული დაკარგვის სიხშირეები და რისკის ოდენობები.
 13. პირველად იქნა დადგენილი, რომ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების უმრავლესობას (ლოკალიზაციების მიხედვით 52%-81%) სქესის მიუხედავად, სიცოცხლის ბოლოს უმაღლესი ინტენსიობის ხარისხის ტკივილის (8,4-10,0 ბალის) განცდით ტანჯვა-წამებაში აღმოხდებოდა სული ($p < 0,001$)!
 14. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების უმრავლესობაში ჯერ კიდევ არ ხდება ძლიერი ტკივილის მართვა. ძლიერი ტკივილით გამოწვეული პაციენტთა ტანჯვა-წამების შემსუბუქების, დაავადების პროგრესირების შეფერხების, სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ხარისხის გაზრდის და, შესაბამისად, კიბოს კონტროლის ადვოკატობის მიზნით რეკომენდებულია ტკივილის სინდრომის მართვისას ოპიოიდური ჯგუფის მედიკამენტებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების უფრო ფართო გამოყენება.
 15. რეკომენდებულია სამედიცინო პერსონალის (ექიმებისა და ექთნების) გადამზადება ტკივილის სინდრომის მართვის საკითხებში.
 16. ტკივილის მართვაში მსოფლიო ლიდერების, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO-ს) რეკომენდაციების დანერგვით შესაძლებელია ამ პრობლემის გადაჭრა და ტკივილის პრაქტიკულად 100%-ით გაკონტროლება, რითაც მიღწეული იქნება ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის ადვოკატობა.
 17. კვლევის შედეგად მიღებულ სამეცნიერო სიახლეს აქვს როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკული ღირებულება. კერძოდ: ხელიშეწყობა კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტების ადვოკატობას, მათი სადაზღვევო პაკეტების გაუმჯობესებას და, შესაბამისად, სიცოცხლის ბოლო წლებში პაციენტების ცხოვრების ხარისხის ამაღლებას.
 18. რეკომენდებულია კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურულ ცვლილებებზე COVID-19 პანდემიის შესაძლო ზემოქმედების შემდგომი შესწავლა.
 19. კვლევის შედეგად წარმოჩენილი იქნა თანატოლოგიის, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დარგის შემდგომი განვითარების მნიშვნელობა და, შესაბამისად, აღნიშნული მიმართულებით სამეცნიერო კვლევების წარმოების აუცილებლობა.

20. კვლევის შედეგად პირველად იქნა გამოკვეთილი თანატოლოგის დარგში სასწავლო პროგრამების შემუშავების და რეზიდენტურაში ექიმი თანატოლოგის და ექთანი თანატოლოგის კადრების მომზადების ხელშეწყობის აუცილებლობა.
21. კიბოს ადვოკატობის მიზნით ხელი შეეწყობა თითოეული ონკოლოგიური პაციენტის ფიზიკური სტატუსის (ECOG, 5 ბალიანი შკალით) და ტკივილის სინდრომის ხარისხის (10 ბალიანი შკალით), განსაკუთრებით ECOG4-ის დროს, ცვლადების Follow-up რეგისტრაციას.
22. კიბოს ადვოკატობის მიზნით ხელი შეეწყობა თითოეული ონკოლოგიური პაციენტისათვის მკურნალობის შემდგომი Follow-up სერვისების (სკრინინგ-დიაგნოსტიკური, სამკურნალო-რეაბილიტაციური, მზრუნველობის, ტკივილის სინდრომის კუპირების), განსაკუთრებით ECOG4-ის დროს (თანატოლოგიური სერვისი), მიწოდებისათვის გაიდლაინების მომზადებას და სახელმწიფო პროგრამებითა და კერძო სადაზღვევო პაკეტებით შესაბამისი სერვისების მიღებას.

დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები:

1. კანის შეფერილობის ცვლილებები (ანემიური), სხეულის ტემპერატურის დაცემა, არტერიული წნევის დაცემა, ლიმფისა და სისხლის ცირკულაციის შენელება, სატურაციის შემცირება, სხეულში (განსაკუთრებით ქვემო კიდურებში) სითხის შეგუბება, ასციტი, ექსუდატის დაგროვება პლევრის ღრუში, თირკმლების უკმარისობა, კახექსია, კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა, დისპნოე, სინკოპე დიდი ალბათობით წარმოადგენენ თანატოლოგენეზის საერთო თანხმლებ პროცესებს.
2. კიბოს პროგრსირებისა და ტერმინალურ ფაზაში გამოკვეთილი მიმდინარე სპეციფიური სიკვდილის მექანიზმებია სიმსივნური ინტოქსიკაცია, ღვიძლის უკმარისობა, საშარდე სისტემის (შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის) ან დიგესტიური ტრაქტის (ნაწლავების) კომპრესია და ინფილტრაცია, მათთან დაკავშირებული ურემიის ან გაუვალობის განვითარება, პერმანენტული ტკივილის სინდრომი.
3. ტერმინალურ ფაზაში პერმანენტული ტკივილის სინდრომი შემთხვევათა 2/3-ში წარმოადგენს კიბოსათვის დამახასიათებელ სპეციფიურ სიმპტომთა კომპლექსს, რომელშიც ტკივილის გაუსაძლის ფიზიკურ ტანჯვასთან ერთად ჩათრეულია პაციენტთა ფსიქო-ემოციური და სულიერი განცდები.

კვლევის ახალი მიმართულება:

მოწოდებულია საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში კვლევის ახალი მიმართულება - თანატოლოგია.

ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა:

დისერტაცია შედგება შესავალის, 6 თავის, კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგების, დასკვნების, პრაქტიკული რეკომენდაციების, გამოყენებული ლიტერატურის, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სიის, 2 დანართისაგან (თანდართული CD). დისერტაცია დაწერილია 305 გვერდზე, APA-ს მოთხოვნების დაცვით და შეიცავს 31 ცხრილსა და 223 დიაგრამას. გამოყენებული ლიტერატურის სია შეიცავს 106 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 ონლაინ კონფერენციაზე (თბილისი, საქართველო, 26-30 აპრილი, 2020), საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის სამეცნიერო-საკონსულტაციო სადისერტაციო საბჭოს ონლაინ სხდომაზე (თბილისი, 07.03.2022).

სამიზნე ჯგუფები, კვლევის ინსტრუმენტი და მეთოდები:

თბილისში და საქართველოს რეგიონებში კიბოს ინციდენტობის შესწავლის მიზნით გაანალიზებული იქნა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 5 წლის (2015-2019) მონაცემთა ელექტრონული ბაზა. გაანალიზებული იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 2015-2019 წლების მონაცემთა ელექტრონული ბაზა კიბოს 52,178 რეგისტრირებული შემთხვევის შესახებ. შესწავლილი იქნა 5 წლის მონაცემები კიბოთი ავადობის შესახებ საქართველოში, თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველო თბილისის გარეშე), მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში კიბოს ლოკალიზაციებისა და პაციენტთა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. ინციდენტობის აბსოლუტური რაოდენობის მიხედვით, დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდებით, გამოანგარიშებული იქნა სტანდარტიზებული მაჩვენებლები და დადგენილი იქნა საქართველოში 15 ძირითადი კიბოთი ავადობის სტრუქტურა სქესის 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 კონტროლის საერთაშორისო კავშირის (UICC, Geneva) მიერ რეკომენდებული მეთოდიკით. მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლები წარმოდგენილი იქნა ცხრილების სახით და გამოსახული იქნა გრაფიკულად. გამოანგარიშებული იქნა შემდეგი სტატისტიკური მაჩვენებლები: ავადობისა და გარდაცვალების უბეში 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 მიზეზით გარდაცვალების შეფასების მიზნით 2019-2021 წლებში ჩატარებული იქნა კვლევა. პირველ რიგში შესწავლილი იქნა საქსტატის მიერ რეგისტრირებული აბსოლუტური მაჩვენებლების მიხედვით საქართველოში (340,521 გარდაცვლილი მოქალაქე) და თბილისში (88,025 გარდაცვლილი მოქალაქე) ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეები და მათი დინამიკა 2014-2020 წლებში.

გაანალიზებული იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) მონაცემთა ელექტრონული ბაზა საქართველოში და თბილისში, შესაბამისად, 2014-2021 წლებში კიბოს დიაგნოზით პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალურ სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა და გარდაცვალების შესახებ. 2019 წელს, ანუ COVID-19 პანდემიამდე ბოლო წელს, როგორც საქართველოში, ისევე თბილისში, სხვა წლებთან შედარებით აღინიშნა ყველაზე სრულყოფილი რეგისტრაციული მონაცემები: ყველა და კიბოს მიზეზით გარდაცვლილთა და კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა შესახებ.

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით პირველ ეტაპზე ჩატარებული იქნა რეტროსპექტიული კვლევა. შესწავლილი იქნა სს "უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის" პალიატიურ კლინიკაში 2019 წელს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების ავადმყოფობის ისტორიები სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის საშუალებით.

რეტროსპექტრულად მოპოვებული იქნა ინფორმაცია ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 150 ონკოლოგიური (შესასწავლი ჯგუფი) და 150 ნევროლოგიური (საკონტროლო ჯგუფი) პაციენტის შესახებ. კითხვარის საშუალებით რეტროსპექტრულად მოპოვებული მონაცემების საშუალებით შეიქმნა მონაცემთა ელექტრონული ბაზა.

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით მე-2 ეტაპზე ჩატარებული იქნა პროსპექტრული კვლევა. აკად. ზ. კახიანის სახელობის კლინიკა რედში (2021) სიცოცხლის ტერმინალურ სტადიაში მყოფი ონკოლოგიური (ძირითადი საკვლევი ჯგუფი- 50 პაციენტი) და ცირკულატორულ-ნევროლოგიური (საკონტროლო ჯგუფი, გადატანილი ცერებრო-ვასკულარული ინსულტის გამო, ძირითადად კომატოზურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები, სიმსივნური ინტოქსიკაციის გარეშე-44 პაციენტი) 94 პაციენტის სიცოცხლის ბოლო დღეების აქტიური Follow-up კვლევა. ტერმინალური პაციენტების მონიტორინგისას, თითოეულ პაციენტზე სასიცოცხლო მაჩვენებლების რეგისტრაცია განხორციელდა ცვლადების რეგისტრაციით სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის გამოყენებით. კითხვარის საშუალებით რეტროსპექტრულად მოპოვებული მონაცემების საშუალებით შეიქმნა მონაცემთა ელექტრონული ბაზა. მონაცემთა ბაზები დამუშავებული იქნა პროგრამული პაკეტის SPSS-ის საშუალებით.

კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგები:

თბილისში და საქართველოს რეგიონებში კიბოს ინციდენტობის შესწავლის მიზნით გაანალიზებული იქნა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 5 წლის (2015-2019) მონაცემთა ელექტრონული ბაზა. შესწავლილი იქნა 5 წლის (2015-2019) მონაცემები კიბოთი ავადობის შესახებ საქართველოში, თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველო თბილისის გარეშე), მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით.

2015-2019 წლებში რეგისტრირებული იქნა კიბოს 52,178 შემთხვევა, მათ შორის 29,303 (56%) შემთხვევა ქალებში და 22,875 (44%) - მამაკაცებში. დადგენილი იქნა სტატისტიკურად სარწმუნო ტენდენცია: საქართველოში ქალები უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები ($Z=17,8$; $P<0,001$).

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

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

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=27,3), მეორე - პროსტატის (ASR=20,4), მესამე- შარდის ბუშტის (ASR=16,0), მეოთხე - კოლორექტუმის (ASR=15,8), მეხუთე- კანის კიბოს (ASR=14,8).

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 258.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (AAR=38,8), მეორე - პროსტატის (AAR=30,9), მესამე- შარდის ბუშტის (ASR=23,3), მეოთხე - კანის (AAR=23,2), მეხუთე- კოლორექტუმის კიბოს (AAR=23,1).

AAR მაჩვენებლებით ძალზე მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის, კოლორექტუმისა და კანის კიბოს გავრცელების სიხშირებს შორის საქართველოს მამაკაცთა პოპულაციაში. ამასთან ერთად ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით მე-4 და მე-5 სარანგო ადგილებს ცვლიან კოლორექტუმისა და კანის კიბოს ინციდენტობები.

2015-2019 წლებში საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 10,5, რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იზრდება და შეადგენს 20,0.

2015-2019 წლებში საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR₆₄=1,8), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იმატებს (CR₇₄=3,5).

2015-2019 წლებში თბილისში რეგისტრირებული იქნა მამაკაცთა კიბოთი დავადების 7,595 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 302 .

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 244.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=34,1), მეორე - პროსტატის (ASR=32,5), მესამე- კოლორექტუმის (ASR=24,1), მეოთხე - შარდის ბუშტის (ASR=22,7), მეხუთე- კანის კიბოს (ASR=17,3).

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 244.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (AAR=34,1), მეორე - პროსტატის (AAR=32,5), მესამე- კოლორექტუმის (ASR=24,1), მეოთხე - შარდის ბუშტის (AAR=22,7), მეხუთე- კანის კიბოს (AAR=17,3).

2015-2019 წლებში თბილისში მამაკაცთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 13,0, რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იზრდება და შეადგენს 25,8.

2015-2019 წლებში თბილისში მამაკაცთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR₆₄=2,2), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ორჯერ იმატებს (CR₇₄=4,4).

კუმულაციური რისკის მაჩვენებლების მიხედვით თბილისში მამაკაცთა 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის (CR₆₄=1,3), კოლორექტუმის (CR₆₄=1,2) და პროსტატის (CR₆₄=1,1) კიბოთი დავადების კუმულაციურ რისკებს შორის. ამავე დროს, 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში უკვე პროსტატის კიბოს კუმულაციური რისკი იზრდება 4-ჯერ (CR₇₄=4,6) და აღნიშნული ლოკალიზაციების კიბოს გარდა ასევე აჭარბებს ფილტვის კიბოს განვითარების რისკს (CR₇₄=4,4).

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა)

რეგისტრირებული იქნა მამაკაცთა კიბოთი დავადების 15,225 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოს რეგიონებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 240.

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 166.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=25,6), მეორე - პროსტატის (ASR=16,8), მესამე- კანის (ASR=14,3), მეოთხე - შარდის ბუშტის კოლორექტუმის (ASR=14,1), მეხუთე- კოლორექტუმის კიბოს (ASR=13,5).

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 240.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (AAR=37,4), მეორე - პროსტატის (AAR=26,9), მესამე- კანის (ASR=23,4), მეოთხე - შარდის ბუშტის (AAR=21,0), მეხუთე- კოლორექტუმის კიბოს (AAR=20,2).

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 9,7, რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იზრდება და შეადგენს 18,2.

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა კიბოთი დაავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს ($CR_{64}=1,7$), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იმატებს ($CR_{74}=3,3$).

კუმულაციური რისკის მაჩვენებლების მიხედვით საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის ($CR_{64}=0,8$), კოლორექტუმის ($CR_{64}=0,8$), პროსტატის ($CR_{64}=0,6$) და კანის ($CR_{64}=0,6$) კიბოთი დაავადების კუმულაციურ რისკებს შორის. ამავე დროს, 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში უკვე პროსტატის კიბოს კუმულაციური რისკი იზრდება თითქმის 4-ჯერ ($CR_{74}=2,3$) და აჭარბებს აღნიშნული ლოკალიზაციების კიბოს განვითარების რისკს და ჩამორჩება მხოლოდ ფილტვის კიბოს რისკის მაჩვენებლებს ($CR_{74}=3,3$).

საქართველოში მამაკაცთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით 1-ლი ადგილი უკავია ფილტვის კიბოს ($ASR=27,3$). ფილტვის კიბოს ასევე 1-ლი სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში ($ASR=34,1$), ისე რეგიონებში ($ASR=25,6$). ამავე დროს, ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გვიჩვენებს, რომ თბილისში ფილტვის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,3) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-2 ადგილი უკავია პროსტატის კიბოს ($ASR=20,4$). პროსტატის კიბოს ასევე მე-2 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში ($ASR=32,5$), ისე რეგიონებში ($ASR=16,8$). ამავე დროს, SRR-ის მიხედვით თბილისში პროსტატის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,9-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,9) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-3 ადგილი უკავია შარდის ბუშტის კიბოს ($ASR=16,0$). შარდის ბუშტის კიბოს მე-4 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში ($ASR=24,1$), ისე რეგიონებში ($ASR=14,1$). SRR-ის მიხედვით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,7-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,7) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-4 ადგილი უკავია კოლორექტუმის კიბოს ($ASR=15,8$). მაშინ როდესაც ამ ლოკალიზაციის კიბოს თბილისში უკავია მე-3 სარანგო ადგილი ($ASR=24,1$), ხოლო რეგიონებში - მე-5 ($ASR=13,5$). SRR-ის მიხედვით თბილისში კოლორექტუმის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,8-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,8) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სიხშირეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-5 ადგილი უკავია კანის კიბოს ($ASR=14,8$). კანის კიბოს ასევე მე-5 სარანგო ადგილი უკავია თბილისში ($ASR=17,3$), მაშინ როდესაც რეგიონებში კანის კიბო არის მე-3 სარანგო ადგილზე ($ASR=14,3$). SRR-ის მიხედვით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,2-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,2) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქტატის მონაცემებით აღნიშნულ 7 წლიან პერიოდში (2014-2020) საქართველოში ყველა მიზეზით სულ გარდაიცვალა 340,521 მოქალაქე, მათ შორის თბილისში - 88,025. საქართველოში ყველა მიზეზით ყოველწლიურად საშუალოდ გარდაიცვლებოდა 48,646 მოქალაქე, თბილისში - 12,575.

COVID-19 პანდემიის 1-ლ წელს (2020), პანდემიამდე 6 წლიან პერიოდში (2014-2019)

საქართველოში ყველა მიზეზით ყოველწლიური გარდაცვალების საშუალო სტანდარტულ მაჩვენებელს აღემატებოდა 2,206 შემთხვევით, მათ შორის თბილისში 1,520, ხოლო რეგიონებში სულ - 686 შემთხვევით.

COVID-19 პანდემიის 1-ლ წელს (2020) აღნიშნული რაოდენობებით გარდაცვალების შემთხვევების მატება თბილისში და რეგიონებში სავარაუდოდ შესაძლებელია სწორედ დაკავშირებულია COVID-19-თან, რაც თანხვედრაშია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებთან (12.06.2021,

<https://www.moh.gov.ge/>): COVID-19-ის მიზეზით გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობამ 2020 წელს

შეადგინა 2505. სამწუხაროდ, ვერ ხერხდება მათ შორის თბილისში მცხოვრებთა იდენტიფიცირება.

საქართველოში 2018-2019 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ყოველწლიური საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 4255.0 ± 96.2 . თბილისში 2018-2019 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ყოველწლიურმა საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 1476.0 ± 5.7 .

საქართველოში COVID-19 პანდემიამდე ყოველწლიურად (2018-2019), ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითმა წონამ შეადგინა 9% , ხოლო პანდემიის 1-ლ წელს (2020) - 5%.

2018-2019 წლებში საქართველოში ყოველწლიურად ყველა მიზეზით საშუალოდ რეგისტრირდებოდა გარდაცვალების 46,591 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 4,255 (9%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 42,336 (91%) შემთხვევა.

2020 წელს საქართველოში რეგისტრირებული იქნა გარდაცვალების 50,537 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 2,405 (5%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 48,132 (95%) შემთხვევა.

თბილისში COVID-19 პანდემიამდე ყოველწლიურად (2018-2019), ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითმა წონამ შეადგინა 12% , ხოლო პანდემიის 1-ლ წელს (2020) - 6%.

2018-2019 წლებში თბილისში ყოველწლიურად ყველა მიზეზით საშუალოდ რეგისტრირდებოდა გარდაცვალების 12,335 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 1,476 (12%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 10,859 (88%) შემთხვევა.

2020 წელს თბილისში რეგისტრირებული იქნა გარდაცვალების 13,878 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 801 (6%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 13,077 (94%) შემთხვევა.

შესწავლილი იქნა საქართველოში და თბილისში, შესაბამისად, 2014-2021 წლებში კიბოს დიაგნოზით პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა და გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა. 2019 წელს კიბოს დიაგნოზით პალიატიურ დაწესებულებებში სულ 469 პაციენტმა მიიღო რეფერალური სერვისი, მათ შორის 51 (10,9%) პაციენტმა - პალიატიური დახმარება, ხოლო უმრავლესობამ - 418 (89,1%) პაციენტმა- თანატოლოგიური. თბილისში სულ 239 პაციენტმა მიიღო რეფერალური სერვისი, მათ შორის 18 (7,5%) პაციენტმა - პალიატიური დახმარება, ხოლო უმრავლესობამ - 221 (92,5%) პაციენტმა- თანატოლოგიური. 2019 წელს, ანუ COVID-19 პანდემიამდე ბოლო წელს, როგორც საქართველოში, ისევე თბილისში, სხვა წლებთან შედარებით აღინიშნა ყველაზე სრულყოფილი რეგისტრაციული მონაცემები: ყველა და კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა და კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა შესახებ.

2019 წელს საქართველოში კიბოს ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტების მხოლოდ 10%-მა მიიღო პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური თანატოლოგიური სერვისი, მაშინ როდესაც თბილისში ანალოგიური სერვისის მიმღებთა რაოდენობამ შეადგინა 15%. ანუ კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა უმრავლესობა (85-90%) გარდაიცვალა ბინაზე რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღების გარეშე.

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის (შემთხვევათა 84,6%), მათ შორის თანატოლოგიური (შემთხვევათა 85,9%) და პალიატიური (74,5) რეფერალური სერვისები პაციენტებისათვის ძირითადად მიწოდებული იყო თბილისის პალიატიურ კლინიკებში.

თბილისში პალიატიური მზრუნველობის (შემთხვევათა 41,6%), მათ შორის თანატოლოგიური (შემთხვევათა 42,6%) და პალიატიური (34,2) რეფერალური სერვისები პაციენტებისათვის ძირითადად მიწოდებული იყო სს "უნივერსალურ სამედიცინო ცენტრში". ამასთან ერთად, თბილისის 39 კლინიკიდან პალიატიური მზრუნველობის რეფერალური სერვისების 70,2% 2019 წელს მიწოდებული იქნა 5 შემდეგი კლინიკის მიერ:

1. სს უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი- 41,8%
2. შპს ქ.თბილისის ონკოლოგიური დისპანსერი- 9,8%
3. შპს აკადემიკოს ფრიდონ თოდუას სამედიცინო ცენტრი- 8,8%

4. ს.ს.ი.პ. ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი- 5,8%
5. შპს აკად. ზ. კახიანის სახელობის კლინიკა რედი- 4,0%

2019 წელს საქართველოში სულ გარდაიცვალა 46,569 პაციენტი, მათ შორის 4,187 (9%) კიბოს მიზეზით, რომელთაგან მხოლოდ 418 (0,9%) მიიღო პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისი, რამაც შეადგინა საქართველოში კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა მხოლოდ 10%. კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით პირველ ეტაპზე ჩატარებული იქნა რეტროსპექტიული კვლევა. შესწავლილი იქნა სს "უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის" პალიატიურ კლინიკაში 2019 წელს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების ავადმყოფობის ისტორიები. სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის საშუალებით რეტროსპექტიულად მოპოვებული იქნა ინფორმაცია ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 150 ონკოლოგიური (შესასწავლი ჯგუფი) და 150 ნევროლოგიური (საკონტროლო ჯგუფი) პაციენტის შესახებ. ონკოლოგიური პაციენტებიდან 1 (0,7%) შემთხვევაში რეგისტრირებული იქნა დაავადება მე-3, ხოლო 149 (99,3%) შემთხვევაში - მე-4 კლინიკურ სტადიაში. მათგან 15 პაციენტის (10,0%) ფიზიკური მდგომარეობა შეესაბამებოდა ECOG-3, ხოლო 135 (90,0%) - ECOG-4. საკონტროლო ჯგუფში 8 პაციენტის (5,3%) ფიზიკური მდგომარეობა შეესაბამებოდა ECOG-3, ხოლო 142 (94,7%) - ECOG-4. ECOG სტატუსის მიხედვით საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებს შორის არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება ($\chi^2=2.3$; $p=0.128$). შესასწავლ ჯგუფში სქესის მიხედვით 80 (53,3%) პაციენტი იყო მამაკაცი, ხოლო 70 (46,7%) - ქალი, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში 54 (36,0%) პაციენტი იყო მამაკაცი, ხოლო 96 (64,0%) - ქალი.

საკვლევ ჯგუფში შემავალ პაციენტთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 65,9 წელი, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის - 76,1 წელი.

ორი ჯგუფში ერთიდაიგივე სიხშირით აღინიშნება სხეულის მასის ინდექსის დაბალი მაჩვენებლები, ნორმალური სხეული ტემპერატურა, ნორმის ქვემო ზღვარზე არტერიული წნევა (სისტოლური და დიასტოლური), მომატებული პულსაცია, გახშირებული სუნთქვა, შემცირებული სატურაცია და ღამის ძილის ხანგრძლივობა.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური და ნევროლოგიური პაციენტების ანამნეზში HCV გვხვდება ერთნაირი სიხშირით. საყურადღებოა, რომ ანამნეზში HCV ორივე ჯგუფში ფიქსირდება 4/5-ზე მეტ პაციენტში! ასევე არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა HCV-ს სიხშირებს შორის ონკოლოგიურ პაციენტებში სქესისა და კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების თანატოგენეზში HCV-ს როლის შესწავლა საჭიროებს შემდგომი კვლევების ჩატარებას.

მამაკაც პაციენტებში პირველადი კიბო ძირითად ლოკალიზებული იყო ფილტვებში (32%), საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოებში (15%), ღვიძლში (11%), შარდ-სასქესო ორგანოებში (14%).

ქალ პაციენტებში პირველადი კიბო ძირითად ლოკალიზებული რეპროდუქციული სისტემის ორგანოებში (50%), მათ შორის სასქესო ორგანოებში (26%) და ძუძუმში (24%), ასევე საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოებში (23%).

ასევე არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო HCV-ს სიხშირებს შორის სხვაობა ონკოლოგიურ პაციენტებში სქესის მიხედვით და კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით.

განალიზებული იქნა ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების ფიზიკური მდგომარეობა ძირითადი სისტემების მიხედვით.

სპონტანური სუნთვა აღინიშნებოდა პაციენტთა 29%-ს საკვლევ ჯგუფში და 52% საკონტროლო ჯგუფში. საკვლევ ჯგუფში ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა აღინიშნა, შესაბამისად, პაციენტთა 25% და 36%, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში 40% და 3%. ონკოლოგიურ პაციენტებში სქესის მიხედვით ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა სტატისტიკურად სარწმუნოდ ($\chi^2 = 19.40$; $p < 0.001$) უფრო მეტი სიხშირით (2,2-ჯერ) აღინიშნებოდა მამაკაც პაციენტებში (55%) ვიდრე ქალებში (25%), რაც სავარაუდოდ შესაძლებელია

დაკავშირებული იყო იმ გარემოებასთან, რომ ქალებთან შედარებით მამაკაც პაციენტებში პრევალირებდა ფილტვის კიბოს სიხშირე.

ონკოლოგიურ პაციენტთა 89,3%-ს აღენიშნებოდა დისპნოე (სუნთქვის გამწვანება, რასაც თან სდევს ჰაერის უკმარისობა), 70,0%-ს - ქოშინი, 84,7%-ს - სუნთქვის გართულება (ექსპულატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული), ხოლო 58,0%-ს მშრალი, შეუჩერებელი ხველა.

ონკოლოგიურ პაციენტთა 55,6%-81,8%, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით აღენიშნებოდა ქოშინი. ამავე დროს, ქოშინის ალბათობა 3,5-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს, ძუძუს კიბოსთან შედარებით (OR=3,5; 95% CI OR= 1.1-10.9).

დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს მშრალი ხველა, რომელიც არ ჩერდება აღენიშნებოდა 2.9-ჯერ მეტი სიხშირით ფილტვის კიბოსთან შედარებით (OR=2.9; 95% CI OR=1.1-7.6), 3.5-ჯერ- ძუძუს კიბოსთან (OR=3.5; 95% CI OR=1.2-10.4) და უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=3.5; 95% CI OR=1.1-11.1). ღვიძლის კიბოს დროს 4.5-ჯერ მაღალია მშრალი ხველის, რომელიც არ ჩერდება, ალბათობა ძუძუს კიბოსთან შედარებით (OR=4.5; 95% CI OR=1.04-20.2).

ონკოლოგიურ პაციენტთა 64,0%-ს აღენიშნებოდა სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით, 22,7%-ს - ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით, 82,0%-ს - პლევრაში ექსპულატის დაგროვება, ხოლო 87,3%-ს - სუნთქვის ცვლილებები, პირით სუნთქვა ხდება არარეგულარული და ხმაურიანი, რომელიც რაღაც ეტაპზე შეჩერდება.

ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე მაღალი სიხშირით აღენიშნა ფილტვისა (32,3%) და დიგესტიური ორგანოების (29,6%) კიბოს დროს. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით ხველების სიხშირის ალბათობა 6.2-ჯერ მაღალია უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=6.2; 95% CI OR=1.01-54.2).

პლევრაში ექსპულატის დაგროვება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე მაღალი სიხშირით აღენიშნა დიგესტიური ორგანოების (92,6%) და ფილტვის (90,9%) კიბოს დროს. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს პლევრაში ექსპულატის დაგროვების სიხშირის ალბათობა 5.0-ჯერ მაღალია უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=5.0; 95% CI OR=1.06-23.6).

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 78,0%-ში რეგისტრირებული იქნა ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, 2,7%-ში სიკვდილისწინა ხრიალი, ხოლო 13,3%-ში- სუნთქვის გაჩერება.

ტერმინალურ ფაზაში სუნთქვის გაჩერება საკვლევ ჯგუფში დაფიქსირდა მამაკაც პაციენტების შემთხვევათა 78,7%-ში, ხოლო ქალების- 67,1%-ში ($\chi^2 = 2.01$; $p=0.022$). ტერმინალურ ფაზაში სუნთქვის გაჩერების რისკი მამაკაცებში 3-ჯერ მაღალი იყო ქალ პაციენტებთან შედარებით (OR=3.00, 95% CI OR= 1.03-8.74).

ონკოლოგიურ პაციენტთა 44,0%-ს აღენიშნებოდა გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობა, 39,3%-ს - გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა. ანუ ტერმინალურ ფაზაში პაციენტთა 83,3%-ს დაავადების პროგრესირება მიმდინარეობს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობის ფონზე და შემთხვევათა 70%-ში ვითარდება სინკოპე.

უროლოგიური კიბოს დროს გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის სიხშირის ალბათობა 3.9-ჯერ მაღალია დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=3.9; 95% CI OR=1.2-12.5).

ტერმინალურ ფაზაში, როგორც საკვლევ ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით, ისე საკონტროლო ჯგუფში პაციენტების გასაშუალებული არტერიული წნევის სისტოლური და დიასტოლური მაჩვენებლები დაფიქსირებული იქნა ნორმის ქვედა ზღვარის დონეზე და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტთა გარდაცვალებას წინ უძღვის არტერიული წნევის დაცემა.

ამავე დროს, როგორც საკვლევ ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით, ისე საკონტროლო ჯგუფში პაციენტებს აღენიშნებოდათ ტაქიკარდია და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტებს ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნებოდათ დაქვეითებული სატურაცია და, შესაბამისად, ტაქიკარდიას ჰქონდა კომპენსატორული ხასიათი.

სინკოპეს განვითარების რისკი ფილტვის კიბოს დროს 2.7-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=2.7; 95% CI OR=1.1-8.6).

ონკოლოგიურ პაციენტთა 100% თითქმის სიცოცხხლის ბოლომდე აგრძელებდა საკვების მიღებას და მათ 98,0%-ს აღენიშნებოდა კუჭის მოქმედება.

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 82,7%-ს აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება, 80,7%-ს - დისფაგია, 81,3%-ს - წონის დაკლება, 78,0%-ს - წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა, 86,7%-ს - კახექსია, რაც დასტურდებოდა BMI-ით.

ონკოლოგიურ პაციენტთა 67,3%-ს აღენიშნებოდა პირისა და ტუჩების სიმშრალე, 59,3%-ს - გულსრევა, ხოლო 48,7%-ს - ღებინება. ამავე დროს, ონკოლოგიურ პაციენტთა 63,3%-ს აღენიშნებოდა ყაბზობა, 28,7%-ს დიარეა, 38,7%-ს - სიმსივნის კომპრესიით განპირობებული გაუვალობა, ხოლო 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა.

ტერმინალურ ფაზაში ყაბზობის ალბათობა დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს 3.8-ჯერ მაღალი იყო უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=3.8; 95% CI OR=1.2-12.0).

სიმსივნური კომპრესიით განპირობებული გაუვალობის სიხშირე დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით მეტასტაზური სიმსივნური კომპრესიით განპირობებული გაუვალობის ალბათობა უფრო მაღალი იყო 4.2-ჯერ ფილტვის კიბოს (OR=3.8; 95% CI OR=1.4-12.5), 3.7-ჯერ - ძუძუს კიბოს (OR=3.7; 95% CI OR=1.1-14.3), 3.3-ჯერ - გინეკოლოგიური კიბოს (OR=3.3; 95% CI OR=1.02-14.3) და 4.4-ჯერ - უროლოგიური კიბოს დროს (OR=4.4; 95% CI OR=1.2-16.7).

ძუძუს კიბოს შემთხვევებში დეარეას ალბათობა უფრო მაღალი იყო 4.4-ჯერ ფილტვის კიბოსთან (OR=4.4; 95% CI OR=1.5-12.5), 3.3-ჯერ - დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან (OR=3.3; 95% CI OR=1.2-11.1) და 3.5-ჯერ - გინეკოლოგიური კიბოსთან შედარებით (OR=3.5; 95% CI OR=1.1-11.1).

კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვის სიხშირეებში, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით, სტატისტიკური სხვაობა ($p>0.05$) არ იქნა გამოვლენილი.

ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში ასციტის განვითარების ალბათობა უფრო მაღალი იყო 7.7-ჯერ დიგესტიური სისტემის სხვა ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=7.7; 95% CI OR=1.3-50.0).

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 82,7%-ს აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება, 80,7%-ს - დისფაგია, 81,3%-ს - წონის დაკლება, 78,0%-ს - წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა, 86,7%-ს - კახექსია, რაც დასტურდებოდა BMI-ით.

ძუძუს კიბოს შემთხვევებში სისუსტის გაძლიერებისა და გადაქანცვის ალბათობა უფრო მაღალი იყო 10.0-ჯერ უროლოგიური კიბოსთან (OR=10.0; 95% CI OR=1.6-99.9), 3.6-ჯერ - დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან (OR=3.6; 95% CI OR=1.14-11.1) და 7.7-ჯერ - ღვიძლის კიბოსთან შედარებით (OR=7.7; 95% CI OR=1.2-99.0).

ონკოლოგიურ პაციენტთა 63,3%-ს აღენიშნებოდა ყაბზობა, 28,7%-ს დიარეა, 38,7%-ს - სიმსივნის კომპრესიით განპირობებული გაუვალობა, ხოლო 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა.

ფილტვის კიბოს შემთხვევებში პირისა და ტუჩების სიმშრალის განვითარების ალბათობა ფილტვის კიბოს დროს (80,6%) უფრო მაღალი იყო 3.3-ჯერ, ძუძუს კიბოსთან (OR=3.3; 95% CI OR=1.1-9.8), 3.0-ჯერ - გინეკოლოგიურ კიბოსთან (OR=3.0; 95% CI OR=1.04-8.8) და 4.2-ჯერ - უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=4.2; 95% CI OR=1.3-13.2).

დიგესტიური ორგანოების კიბოს შემთხვევებში მადის დაქვეითების ალბათობა 10.4-ჯერ უფრო მაღალი იყო უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=10.4; 95% CI OR=1.5-72.2).

დისფაგიის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 94-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, ღვიძლი კიბოსთან შედარებით დისფაგიის ალბათობა 4.3-ჯერ უფრო მაღალი იყო ფილტვის კიბოს (OR=4.3; 95% CI OR=1.2-15.6), 6.7-ჯერ ძუძუს კიბოს (OR=6.7; 95% CI OR=1.4-32.5) და 5.0-ჯერ - უროლოგიური კიბოს დროს (OR=5.0; 95% CI OR=1.01-24.8).

კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნა ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 40,0%-ს და პაციენტ ქალთა 52,9%-ს ($\text{Chi}^2 = 1.57; p=0.058$).

ამავე დროს, კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვის რისკი 1,7-ჯერ მაღალი იყო ქალ პაციენტებში ($\text{OR}=0,60, 95\% \text{ CI OR} =0,31-1,14$).

ასციტი დაფიქსირებული იქნა შემთხვევათა 68,7%-ში, ციებ-ცხელება - 67,3%-ში, ხოლო ღვიძლის უკმარისობა 83,3%-ში. მუცლის ღრუს ორგანოებიდან კატასტროფული სისხლდენა არცერთ შემთხვევაში არ ყოფილა რეგისტრირებული.

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებს, დაავადების ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობისას შემთხვევათა 88,1%-ში აღენიშნებოდათ ღვიძლის უკმარისობა, ხოლო დაავადების ციებ-ცხელების გარეშე მიმდინარეობისას ღვიძლის უკმარისობა დაფიქსირდა შემთხვევათა 73,5% ($\text{Chi}^2 = 5.10; p = 0.024$).

ტერმინალურ ფაზაში ციებ-ცხელების ალბათობა ძუძუს კიბოს დროს 4.0-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=4,0; 95\% \text{ CI OR} =1,1-18,8$), ხოლო გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევებში ციებ-ცხელების ალბათობა 9.0-ჯერ მაღალი იყო ძუძუს კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=9,0; 95\% \text{ CI OR} =1,4-58,9$).

ტერმინალურ ფაზაში ღვიძლის უკმარისობის ალბათობა ძუძუს კიბოსთან შედარებით 4.0-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოს ($\text{OR}=4,0; 95\% \text{ CI OR} =1,1-18,8$) და 9.0-ჯერ მაღალი - გინეკოლოგიური კიბოს დროს ($\text{OR}=9,0; 95\% \text{ CI OR} =1,4-58,9$).

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებს, დაავადების ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობისას შემთხვევათა 74,3%-ში აღენიშნებოდათ მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება, ხოლო დაავადების ციებ-ცხელების გარეშე მიმდინარეობისას ასციტი დაფიქსირდა შემთხვევათა 57,1% ($\text{Chi}^2 = 4.49; p = 0.034$).

ტერმინალურ ფაზაში ციებ-ცხელება აღენიშნა პაციენტ მამაკაცთა 40,0% და ქალთა 52,9% ($\text{Chi}^2 = 1,78; p=0.037$). ამავე დროს ტერმინალური ფაზის ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობის რისკი ქალებში 1,9-ჯერ მაღალია მამაკაცებთან შედარებით ($\text{OR}=1,9; 95\% \text{ CI OR}=1,04-3,7$).

სიმსივნური ინტოქსიკაცია მაღალი სიხშირით აღინიშნება კიბოს ყველა შესწავლილი ლოკალიზაციის დროს, განსაკუთრებით კი ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში (100,0%).

შესწავლილი იქნა საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში დღე-ღამის განმავლობაში მიღებული და შარდის სახით გამოყოფილი სითხის რაოდენობები.

24 საათის განმავლობაში მიღებული და გამოყოფილ სითხის რაოდენობებს შორის სხვაობამ ონკოლოგიურ პაციენტებში საშუალოდ შეადგინა 183,7 მლ, საკონტროლო ჯგუფში- 158,5 მლ. ანუ ონკოლოგიურ პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, აღინიშნა ყოველდღიურად 25,2 მლ-ით მეტი სითხის დაგროვება ორგანიზმში, რასთანაც არის სავარაუდოდ დაკავშირებული ონკოლოგიურ პაციენტებში ასციტის და/ან ექსუდატური პლევრიტის და/ან ქვემო კიდურების შეშუპების განვითარება ($Z\text{-ტესტი} = -1.65; p=0.049$).

ონკოლოგიურ მამაკაც პაციენტებში, ქალებთან შედარებით, აღინიშნა ყოველდღიურად 34,2 მლ-ით მეტი სითხის დაგროვება ორგანიზმში. ორგანიზმში სითხის დაგროვების ოდენობებს შორის სქესის მიხედვით აღნიშნული სხვაობა სტატისტიკურად სარწმუნოა ($Z\text{-ტესტი} = -2.01; p = 0.022$). სითხის დღე-ღამური ბალანსსა და ორგანიზმში დაგროვებული სითხის ოდენობებს შორის სხვაობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო ($p > 0.05$).

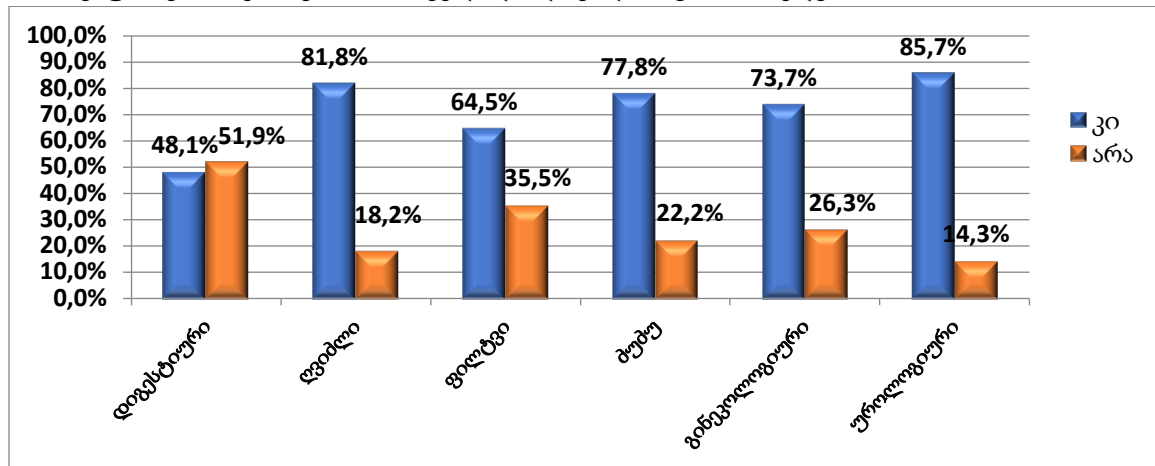
ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 83,3%-ს აღენიშნებოდა შარდვაზე ჩივილები, 88,7%-ს - გამოყოფილი შადის რაოდენობის შემცირება, 71,3%-ს - საშარდე გზების (შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის) სიმსივნური კომპრესია, 78,7% - თირკმლების უკმარისობა, 68,0% - ქვემო კიდურების შეშუპება, 80,7%-ს ურემია.

შარდვაზე ჩივილები, სიმპტომები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 110-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს შარდვის დარღვევების ალბათობა ძუძუს კიბოსთან შედარებით 4.0-ჯერ მაღალი დიგესტიური ორგანოების კიბოს ($\text{OR}=4,0; 95\% \text{ CI OR}=1,1-18,8$), 3.4-ჯერ - ფილტვის კიბოს ($\text{OR}=3,4; 95\% \text{ CI OR}=1,01-11,2$) და 9.0-ჯერ მაღალი - გინეკოლოგიური კიბოს დროს ($\text{OR}=9,0; 95\% \text{ CI OR}=1,4-59,0$).

გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირება მაღალი სიხშირით აღინიშნება კიბოს ყველა შესწავლილი ლოკალიზაციის დროს, განსაკუთრებით კი უროლოგიური კიბოს შემთხვევებში (92,9%).

დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესიის განვითარების რისკი 9.0-ჯერ მაღალია უროლოგიური კიბოს (OR=9.0, 95% CI OR =1.6-33.3), 4.8-ჯერ - ღვიძლის კიბოს (OR=4.8, 95% CI OR =1.1-11.1), 3.7-ჯერ ძუძუს კიბოს (OR=3.7, 95% CI OR =1.02-14.3) და 3.0-ჯერ - გინეკოლოგიური კიბოს დროს (OR=3.0, 95% CI OR =1.04-11.1).

დიაგრამა 1. კიბოს ტერმინალურ ფაზაში შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

ონკოლოგიურ პაციენტთა 64%-ს აღენიშნებოდა კანის ნორმალური ფერი, ხოლო 36%-ს ანემიური, მოლურჯო, მუქი ყავიფერი, მონაცრისფრო-მიწისფერი, მოყვითალო ან მომწვანო ელფერის, მაშინ როდესაც საკონტროლო ჯგუფში შემავალ პაციენტთა უმრავლესობას (99%) კანის ფერი ჰქონდა ანემიური.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მამაკაცთა 61%-ს აღენიშნებოდა კანის ნორმალური ფერი, ხოლო 39%-ს ანემიური, მოლურჯო, მუქი ყავიფერი, მონაცრისფრო-მიწისფერი, მოყვითალო ან მომწვანო ელფერის, მაშინ როდესაც პაციენტ ქალთა 66%-ს კანის ფერი ჰქონდა ნორმალური, ხოლო 34%-ს - პათოლოგიური შეფერილობის.

ონკოლოგიურ პაციენტთა კანის შეფერილობაში სქესის მიხედვით არ იქნა გამოვლენილი სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა (Chi2 = -0.53; p = 0.297).

დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით კანის სხვა ფერის (მონაცრისფრო, მოყვითალო, მომწვანო) ალბათობა 4.4-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოს (OR=4.4; 95% CI OR =1.4-13.6) და 3.7-ჯერ - ღვიძლის კიბოს დროს (OR=3.7; 95% CI OR =1.01-13.3).

დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს კანისა და თვალების გაყვითლების ალბათობა 6.3-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოსთან (OR=6.3; 95% CI OR =1.5-27.0) და 6.9-ჯერ - უროლოგიური კიბოსთან შედარებით (OR=6.9; 95% CI OR =1.5-71.7), ხოლო ფილტვის კიბოს დროს კანისა და თვალების გაყვითლების ალბათობა 15.0-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოსთან (OR=15.0; 95% CI OR =1.6-138.0) და 16.7-ჯერ - უროლოგიური კიბოსთან შედარებით (OR=16.7; 95% CI OR =2.5-112.2).

დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით კანის გამონაყარის ან ქავილის ალბათობა 3.3-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოს (OR=3.3; 95% CI OR =1.2-11.1), 4.6-ჯერ გინეკოლოგიური (OR=4.6; 95% CI OR =1.3-16.7) და 4.8-ჯერ - უროლოგიური კიბოს დროს (OR=4.8; 95% CI OR =1.5-14.3).

კანის ტემპერატურა შემთხვევათა ჯგუფში მხოლოდ 17%-ში იყო ნორმალური, 74%-ში შეგრილებული (66%) ან შეცივებული (8%), ხოლო 9%-ში ცხელი, განსაკუთრებით ხელეზზე და ფეხეზზე. მაშინ როდესაც კანის ტემპერატურა საკონტროლო ჯგუფში 100%-ში იყო შეგრილებული.

ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა კანის ტემპერატურა შემთხვევათა 19%-ში იყო ნორმალური, 74%-ში შევრილებული (65%) და შეციებული (9%), ხოლო 7%-ში ცხელი, განსაკუთრებით ხელებზე და ფეხებზე.

ონკოლოგიურ პაციენტ ქალთა კანის ტემპერატურა შემთხვევათა 14%-ში იყო ნორმალური, 78%-ში შევრილებული (67%) და შეციებული (9%), ხოლო 10%-ში ცხელი, განსაკუთრებით ხელებზე და ფეხებზე.

ძვლებში კიბოს მეტასტაზების განვითარებისას, შემთხვევათა 19,2%-ში ვითარდება პათოლოგიური მოტეხილობა, მაშინ როდესაც კიბოს მეტასტაზების გარეშე ძვლების პათოლოგიური მოტეხილობა აღინიშნება მხოლოდ შემთხვევათა 6,5%-ში და ეს განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\text{Chi}^2=5.45$; $p=0.020$).

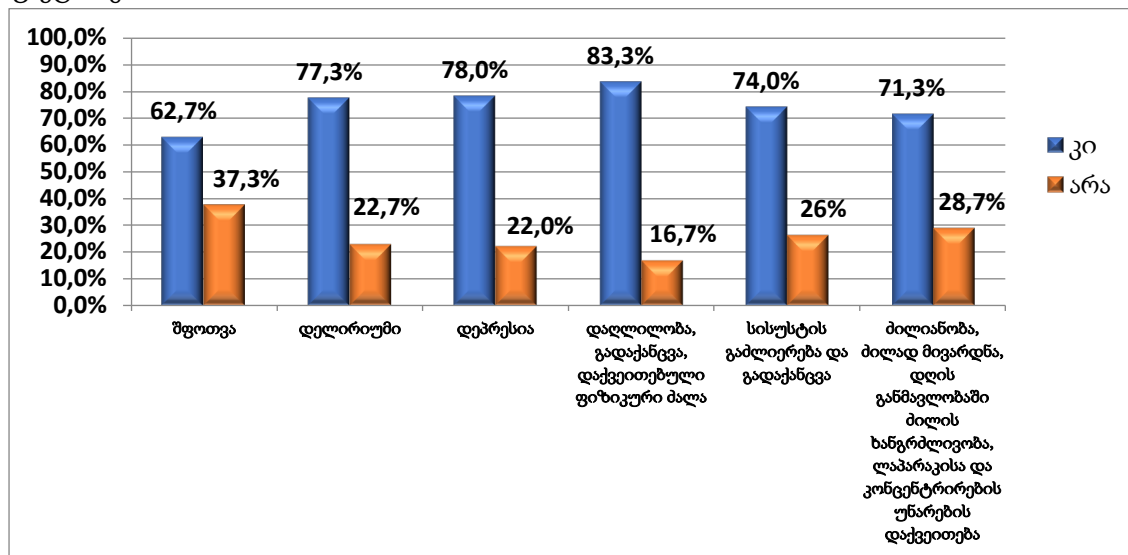
პათოლოგიური მოტეხილობა უფრო მაღალი სიხშირით დაფიქსირდა მამაკაცებში (18,8%), ვიდრე ქალ (5,7%) პაციენტებში. ქალებთან შედარებით მამაკაც პაციენტებში 3,8-ჯერ მაღალია პათოლოგიური მოტეხილობის რისკი ($\text{OR}=3,8$; 95% CI $\text{OR} =1,2-12,1$; $\text{Chi}^2 =2,27$; $p=0.012$).

ძუძუს კიბოს დროს პათოლოგიური მოტეხილობის რისკი 3.6-ჯერ მაღალია დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან ($\text{OR}=3.6$; 95% CI $\text{OR} =1.1-11.1$) და 10.0-ჯერ უროლოგიური კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=10.0$; 95% CI $\text{OR} =1.6-99.9$), ხოლო ძუძუს კიბოსთან შედარებით პათოლოგიური მოტეხილობის ალბათობა 7.7-ჯერ მაღალი იყო პაციენტებში ღვიძლის კიბოს დიაგნოზით ($\text{OR}=7.7$; 95% CI $\text{OR} =1.2-99.0$).

ძუძუს დროს მეტასტაზები ძვლებში და მასთან ასოცირებული ძლიერი ტკივილის ალბათობა 2.9-ჯერ მაღალია დიგესტიური ორგანოების ($\text{OR}=2.9$; 95% CI $\text{OR} =1.02-10.1$) და 3.4-ჯერ - გინეკოლოგიურ კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=3.4$; 95% CI $\text{OR} =1.1-10.7$), ხოლო ღვიძლის კიბოსთან შედარებით მეტასტაზები ძვლებში და მასთან ასოცირებული ძლიერი ტკივილის ალბათობა 3.7-ჯერ მაღალია ფილტვის კიბოს ($\text{OR}=3.7$; 95% CI $\text{OR} =1.04-16.7$), 4.8-ჯერ - უროლოგიური ($\text{OR}=4.8$; 95% CI $\text{OR} =1.1-20.0$) და 5.3-ჯერ - ძუძუს კიბოს დროს ($\text{OR}=5.3$; 95% CI $\text{OR} =1.02-33.3$).

ძალზე მნიშვნელოვანი და საინტერესოა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-ემოციური მდგომარეობის შეფასება.

დიაგრამა 2. კიბოს ტერმინალურ ფაზაში პაციენტთა ფსიქო-ემოციური მდგომარეობის ამსახველი ფაქტორები



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 62,7%-ს აღენიშნებოდა შფოთვა, 77,3%-ს - დელირიუმი, 78,0%-ს - დეპრესია, 83,3%-ს დადლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა, 74,0%-ს - სისუსტის გაძლიერება და გადაქანცვა, ხოლო 71,3%-ს - მილიანობა, ძილად მივარდნა მთელი დღის განმავლობაში, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება.

შფოთვა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 70,4%-ში, ღვიძლის - 54,5%-ში, ფილტვის - 77,4%-ში, ძუძუს - 50%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.

დელერიუმი ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 66,7%-ში, ღვიძლის - 90,9%-ში, ფილტვის - 83,9%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 84,2%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.

დეპრესია ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 88,9%-ში, ღვიძლის - 90,9%-ში, ფილტვის - 87,1%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.

დადლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 76,3%-ს და პაციენტ ქალთა 91,4%-ს. სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არის სარწმუნო ($\chi^2=2,40$; $p=0,008$). დადლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ონკოლოგიურ პაციენტ ქალებში აღინიშნება 3,3-ჯერ მეტი სიხშირით (OR=0,3; 95% CI OR= 0,11-0,80).

დადლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 96,3%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 87,1%-ში, ძუძუს - 77,8%-ში, გინეკოლოგიური - 89,5%-ში, უროლოგიური 85,7%-ში.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების 81,3% თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე, 88,0% - კარგავს მგრძნობელობას კანზე კონტაქტისას, 72,7%-ს აღენიშნება დაბნეულობა და დეზორიენტაცია, 12,0%-ს - მიოკლონუსი, ხოლო 6,7%-ს ცნობიერების სრული დაკარგვა.

ძილიანობა, ძილად მივარდნა, დღის განმავლობაში ძილის ხანგრძლივობა, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 81,5%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 71,0%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 78,6%-ში.

იმ საკითხების უინტერესობა, რომლებიც ადრე მისთვის მნიშვნელოვანი იყო, ინტერესის დაკარგვა გარე სამყაროს, მიმდინარე მოვლენების მიმართ ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 51,9%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 58,1%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 78,9%-ში, უროლოგიური 50,0%-ში.

სურვილი გაჩენა, რომ ახლოს ჰყავდეს მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და მნახველებთან გატარებული დროის შეზღუდვა, ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 77,8%-ში, ღვიძლის - 81,8%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 44,4%-ში, გინეკოლოგიური - 63,2%-ში, უროლოგიური 42,9%-ში.

მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 77,8%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.

დაბნეულობა/გაურკვევლობა დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 74,1%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 67,7%-ში, ძუძუს - 88,9%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.

ესმის ან ხედავს ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის. ეს მოჩვენებები (?) ხშირად მოიცავს გარდაცვლილთა მისალმებას ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 33,3%-ში, ღვიძლის - 36,4%-ში, ფილტვის - 45,2%-ში, ძუძუს - 44,4%-ში, გინეკოლოგიური - 63,2%-ში, უროლოგიური 57,1%-ში.

ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 55,6%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 72,2%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.

პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 77,8%-ში, ღვიძლის - 90,9%-ში, ფილტვის - 83,9%-ში, ძუძუს - 77,8%-ში, გინეკოლოგიური - 84,2%-ში, უროლოგიური 85,7%-ში.

ცნობიერების სრული დაკარგვა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 14,8%-ში, ღვიძლის - 9,1%-ში, ფილტვის - 3,2%-ში, ძუძუს - 11,1%-ში, გინეკოლოგიური - 5,3%-ში, უროლოგიური 0%-ში.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების 64,0% კარგავს იმ საკითხებისადმი ინტერესს, რომლებიც მისთვის მნიშვნელოვანი იყო, 63,3%-ს უჩნდება სურვილი ახლოს ჰყავდეს მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და ზღუდავს სხვა მნახველებთან გატარებულ დროს, 68,0%-ს აღენიშნება მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები.

დაბნეულობა და დეზორიენტაცია ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 74,1%-ში, ღვიძლის - 81,8%-ში, ფილტვის - 83,9%-ში, ძუძუს - 55,6%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.

მიოკლონიუსი აღენიშნება ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 16,3%-ს და პაციენტ ქალთა 7,1%-ს. სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არის სარწმუნო ($\text{Chi}^2=1,67$; $p=0,048$). მიოკლონიუსი ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცებში აღინიშნება 2,5-ჯერ მეტი სიხშირით ($\text{OR}=2,5$; 95% CI $\text{OR}= 1,02-7,42$).

მიოკლონიუსი ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 7,4%-ში, ღვიძლის - 9,1%-ში, ფილტვის - 19,4%-ში, ძუძუს - 5,6%-ში, გინეკოლოგიური - 5,3%-ში, უროლოგიური 14,3%-ში.

მხედველობაში ცვლილებები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 63,0%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 58,1%-ში, ძუძუს - 77,8%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.

სმენის პრობლემები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 63,0%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 54,8%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.

წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 74,1%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 80,6%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 78,9%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.

განწყობის ან პიროვნების ცვლილებები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 81,5%-ში, ღვიძლის - 54,5%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 50,0%-ში.

მეხსიერების პრობლემები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 92,6%-ში, ღვიძლის - 81,8%-ში, ფილტვის - 80,6%-ში, ძუძუს - 72,2%-ში, გინეკოლოგიური - 94,7%-ში, უროლოგიური 85,7%-ში.

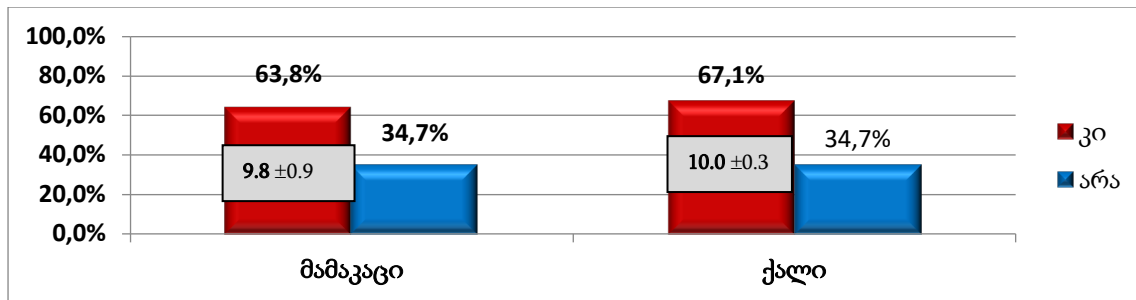
ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების 67,3% აღენიშნება მხედველობის პრობლემები, 66,0%-ს - სმენის პრობლემები, 73,3%-ს - წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები, 65,3%-ს - განწყობის ან პიროვნების ცვლილებები, 83,3%-ს - მეხსიერების პრობლემები.

მხედველობაში ცვლილებები აღენიშნება ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 60,0%-ს და პაციენტ ქალთა 75,7%-ს. სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არის სარწმუნო ($\text{Chi}^2=2,03$; $p=0,021$). მხედველობის ცვლილებები ონკოლოგიურ პაციენტ ქალებში აღინიშნება 2,1-ჯერ მეტი სიხშირით ($\text{OR}=0,48$, 95% CI $\text{OR}=0,24-0,98$).

წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები აღენიშნება ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 18,8%-ს და პაციენტ ქალთა 7,1%-ს. სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არ არის სარწმუნო ($\text{Chi}^2=1,59$; $p=0,055$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების მხოლოდ 1,3%-ს იქნა რეგისტრირებული კომა. კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით კომა ყველაზე მაღალი სიხშირით (9,1%) აღინიშნა ღვიძლის კიბოს დროს.

დიაგრამა 3. კიბოს ტერმინალურ ფაზაში პაციენტთა სქესის მიხედვით ტკივილის სინდრომის სიხშირე და მისი ინტენსიობის ხარისხი 10 ბალიანი შკალით



წყარო: კვლევის შედეგები

მიღებული იქნა მნიშვნელოვანი და საგანგაშო მონაცემები: ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების საშუალოდ 2/3-ს და მეტს (ლოკალიზაციების მიხედვით 52%-81%) სქესის მიუხედავად, სიცოცხლის ბოლოს უმადლესი ინტენსიობის ხარისხის ტკივილის (9,4-10,0 ბალის) განცდით ტანჯვა-წამებაში აღმოხდა სული ($p < 0,001$)!

ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს ტკივილის სინდრომის ალბათობა 5.0-ჯერ მაღალია ფილტვის კიბოსთან ($OR=5.0$; 95% CI $OR= 1.2-20.0$) და 8.3-ჯერ მაღალი - გინეკოლოგიურ კიბოსთან შედარებით ($OR=8.3$; 95% CI $OR= 2.2-33.3$).

ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის შემთხვევაში, დაავადებით გამოწვეული ტკივილი და ტანჯვა იწვევს სისუსტეს, თუმცა აღნიშნული სიმპტომების შემსუბუქება შესაძლებელია ოპიოიდური ჯგუფის საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების გამოყენებით.

WHO-ს მონაცემებით, ათობით მილიონი ადამიანი იტანჯება გაუყურებელი ტკივილით, 5,5 მილიონ პაციენტში ჯერ კიდევ არ ხდება საშუალო და ძლიერი ტკივილის მართვა. სიმსივნის შორს წასული ფორმებით დაავადებულ ონკოლოგიურ პაციენტთა 80%-ზე მეტი ტკივილით იტანჯება, რაც ხშირად განპირობებულია უშუალოდ სიმსივნის ინფილტრაციით. ტკივილი მნიშვნელოვნად აქვეითებს ცხოვრების ხარისხს და წარმოადგენს სიმსივნის პროგრესირების კლინიკურ ინდიკატორს. კიბოსმიერი ტკივილი შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული და საჭიროებს შესაბამის მართვას.

ტკივილის მართვაში მსოფლიო ლიდერების, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO-ს) რეკომენდაციების დანერგვით შესაძლებელია ამ პრობლემის გადაჭრა და ტკივილის პრაქტიკულად 100%-ით გაკონტროლება, რითაც მიღწეული იქნება ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის ადვოკატობა.

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით მეორე ეტაპზე ჩატარებული იქნა პროსპექტული კვლევა. სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის საშუალებით შესწავლილი იქნა აკად. ზ.კახიანის სახ. პალიატიურ კლინიკა "რედში" 2021 წლის მაისი-ივნისში ჰოსპიტალიზებული დაავადების ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 96 პაციენტი, მათ შორის 50 ონკოლოგიური (შემთხვევების ჯგუფი) და 44 ნევროლოგიური (საკონტროლო ჯგუფი) პაციენტი. ჩატარდა შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევა.

ECOG სტატუსის მიხედვით (დიაგრამა 169) პაციენტების უმრავლესობა, როგორც შესასწავლ (96,0%), ისე საკონტროლო (97,7%) ჯგუფებში იყო მე-4 ჯგუფი ($p > 0.005$).

კიბოს პირველადი ლოკალიზაციებიდან პრევალირებდა ფილტვის (22%), ძუძუს (16%), დიგესტიური ორგანოების (12%), ღვიძლის და ნაღვლის ბუშტის (10%) და გინეკოლოგიური (10%) კიბო. ყველა ონკოლოგიურ პაციენტს (100%) აღნიშნებოდა მე-4 კლინიკური სტადია.

17 ონკოლოგიურ პაციენტს (34%) ჩატარებული ჰქონდა რადიკალური, 5-ს - არარადიკალური (10%) ოპერაცია, ხოლო 28-ს (56%) არ ჰქონდა ჩატარებული ოპერაციული მკურნალობა.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 60%-ს ჩატარებული ჰქონდა მედიკამენტური თერაპია, 6%-ს - სხივური თერაპია და 100%-ს - პალიატიური თერაპია.

შემთხვევათა ჯგუფში დაფიქსირდა 2 ტრაქეოსტომა, 2 კოლოსტომა, 1 ნეფროსტომა, 1 პარაცენტეზი; კონტროლის ჯგუფში ყველა 18 სტომა წარმოადგენდა ტრაქეოსტომას. χ^2 -ტესტი = 10.29; $p = 0.001$

პაციენტების უმრავლესობას შესასწავლ (66,0%) და, განსაკუთრებით, საკონტროლო (90,9%) ჯგუფში ანამნეზში უფიქსირდებოდა HCV ($\chi^2 = 8.4$; $p = 0.004$), მაშინ როდესაც ორივე ჯგუფში ყველა პაციენტი (100%) იყო COVID-19 უარყოფითი.

გასაშუალებული სხეულის მასის ინდექსი, როგორც შემთხვევების (14.4), ისე საკონტროლო ჯგუფში (15.5) იყო ნორმაზე 3-4 კგ-ით ნაკლები. ამავე დროს გასაშუალებული სმი 1 კგ-ით ნაკლები იყო ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (Z -ტესტი = 7.4; $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების 52%-ს აღენიშნებოდა ერთროციტოპენია, 40%-ს - ლეიკოციტოპენია, ხოლო 38%-ს - თრომბოციტოპენია.

მე-2 ტიპის შაქრიანი დიაბეტი აღენიშნა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების მხოლოდ 2%-ს, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში - პაციენტთა 16%-ს ($\chi^2 = 5.8$; $p = 0.016$).

შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში ნორმის ფარგლებში იყო გასაშუალებული არტერიული წნევის მაჩვენებლები. ამავე დროს საკონტროლო ჯგუფში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ აღინიშნა როგორც სისტოლური (სისტოლური T/A - Z -ტესტი = 5.4; $p < 0.001$), ისე დიასტოლური (დიასტოლური T/A - Z -ტესტი = 4.3; $p < 0.001$) წნევის მცირედ უფრო მაღალი მჩვენებლები.

მართალია ორივე ჯგუფში სატურაცია დაბალია ნორმაზე, თუმცა ონკოლოგიურ პაციენტებში სატურაციის მაჩვენებელი მიახლოებული იყო ნორმასთან (94.2) და სტატისტიკურად სარწმუნოდ აღემატებოდა საკონტროლო ჯგუფის გასაშუალებულ ანალოგიურ მაჩვენებელს (90.4) ($Z = 4.2$; $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების პალიატიურ კლინიკაში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობამ შეადგინა 8,1 დღე, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების კლინიკაში დაყოვნება სტატისტიკურად სარწმუნოდ ხანგრძლივი იყო ($Z = 3.5$; $p < 0.001$) და შეადგინა 19,9 დღე.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების სუნთქვის საშუალო სიხშირემ შეადგინა 19,3 წუთში, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების - 19,9 ($Z = 2.2$; $p = 0.030$).

ნორმალური კანის ფერი ჰქონდა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების 18%-ს, ანემიური- 14%-ს, მოლურჯო- 14%-ს, მუქი ყავისფერი- 18%-ს, მონაცისფრო მიწისფერი- 12%-ს, მოყვითალო- 14%-ს, მომწვანო- 10%-ს.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების 52%-ს კანის ტემპერატურა ჰქონდა შევრილებული, 32%-ს - ნორმალური და მხოლოდ 16%-ს - ცხელი, განსაკუთრებით ხელისა და ფეხის გულეზზე.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 50 ონკოლოგიური პაციენტიდან 27-ს (54%) აღენიშნებოდა სპონტანური სუნთქვა, ხოლო 23-ს (46%) - ვეზიკულური სუნთქვა. საკონტროლო ჯგუფის 44 პაციენტებში ანალოგიურმა მაჩვენებლებმა შეადგინა 41 (93,2%) შემთხვევაში სპონტანური, ხოლო 3-ში (6,8%) - ვეზიკულური სუნთქვა. ვეზიკულური სუნთქვის სიხშირე ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში სტატისტიკურად სარწმუნოდ მაღალი იყო ($\chi^2 = 25.0$; $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 42,0%-ს აღენიშნებოდა დისპნოე; 14%-ს მშრალი ხველა, რომელიც არ ჩერდება; 28,0%-ს - სუნთქვის გართულება, ექსუდატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული; 42%-ს - სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით; 10%-ს - ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით; 28%-ს პლევრალით ექსუდატის დაგროვება; 52%-ს - სუნთქვის ცვლილებები, პირის სუნთქვა უხდებათ არარეგულარული და შესაძლოა ხმაურიანი, რაღაც ეტაპზე შეჩერებით.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ არცერთ ონკოლოგიურ პაციენტში არ დაფიქსირებულა კუსმაულის, ბიოტის და გროკოს სუნთქვა; 46%-ში დაფიქსირდა ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, ხოლო 44,0%-ში - სუნთქვის გაჩერება.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით 15-ჯერ მაღალი იყო შემდეგი სახის სუნთქვის ცვლილებები: სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით ($OR = 15.2$; 95%CI $OR = 4.2 - 54.7$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით, 17-ჯერ დაბალია პლევრაში ექსუდატის დაგროვების რისკი (OR = 0.06, 95%CI OR=0.03 - 0.15).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ (52%) და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებს (43,2%) შორის სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა სუნთქვის ისეთი სახის ცვლილებების სიხშირეებში, როდესაც პირის სუნთქვა ხდება არა რეგულარული და შეიძლება გახდეს ხმაურიანი და რაღაც ეტაპზე შეჩერდეს - არ ყოფილა გამოვლენილი (OR = 1.42, 95%CI OR= 0.72 - 2.82).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით, 250-ჯერ დაბალია გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის რისკი (OR = 0.004, 95%CI OR=0.001 - 0.019).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ არცერთ ონკოლოგიურ პაციენტში არ ყოფილა დაფიქსირებული გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა (0%), 6,0%-ს აღენიშნა გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობა, ხოლო 8,0%-ს- სინკოპე.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების უმრავლესობა (98,0%) საკვებს იღებდა პერ ორალურად, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში პაციენტების უმრავლესობა (84,1%)- ნაზო-გასტრალურად. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა პერ-ორალური კვების ხასიათის ალბათობა 259-ჯერ აღემატებოდა საკონტროლო ჯგუფში პაციენტების პერ-ორალური კვების ალბათობას (OR = 259.0, 95%CI OR=43.0-1558.0).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება (100,0%), დისგაფია (84,0%), წონის დაკლება (94,0%), წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა (90,0%) და კახექსია (96,0%).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 32,0% უჩიოდა გულისრევას, 30,0% კი - ლებინებას.

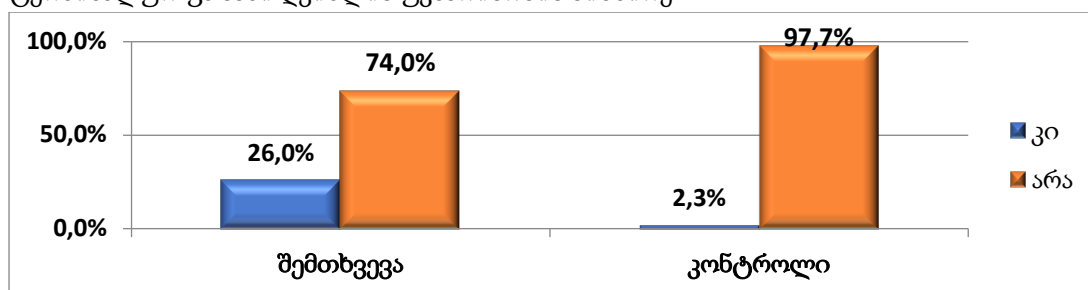
ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 63,3%-ს აღენიშნებოდა ყაბზობა, 38,7%-ს - სიმსივნის კომპრესიით გამოწვეული გაუფალობა, 28,7%-ს - დიარეა, 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 8,0%-ს აღენიშნებოდა მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება, 6,0%-ს- ციებ-ცხელება, ხოლო 26%-ს- ღვიძლის უკმარისობა.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი როგორც ონკოლოგიურ (8,0%), ისე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (2,3%), მუცლის ღრუში სითხის დაგროვების სიხშირეებს შორის არ იქნა გამოვლენილი სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა (OR = 0.35, 95%CI OR=0.05 - 2.65).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიურ პაციენტთა 26,0%-ს და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტთა 2,3%-ს აღენიშნებოდა ღვიძლის უკმარისობა. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში 15.1-ჯერ იზრდება ღვიძლის უკმარისობის განვითარების რისკი (OR = 15.1, 95%CI OR = 2.6 - 86.6).

დიაგრამა 4. კიბოსა (შემთხვევა) და ცირკულატორული სისტემის დაავადებების (კონტროლი) ტერმინალურ ფაზაში ღვიძლის უკმარისობის სიხშირე



წყარო: კვლევის შედეგები

ონკოლოგიური პაციენტები დღე-ღამეში იღებდნენ მეტი რაოდენობით სითხეს ($Z = -6.4, p < 0.001$), მეტი რაოდენობით გამოყოფნენ სითხეს შარდის სახით ($Z = -6.8, p < 0.001$) და მათ ყოველდღიურად საშუალოდ 120 მლ-მდე მეტი ოდენობით სითხე უგროვდებოდათ ორგანიზმში ($Z = -4.5, p < 0.001$). ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 2,0%-ს აღნიშნებოდა შარდვაზე ჩივილები, 32%-ს- გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირება.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 8,0%-ს და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების 2,3%-ს აღნიშნა თირკმლების უკმარისობა. თუმცა სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა აღნიშნულ ჯგუფებში თირკმლების უკმარისობის განვითარების რისკებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($OR = 0.4, 95\%CI OR = 0.1 - 2.6$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 54,0%-ს აღნიშნებოდა კანისა და თვალების სკლერის სიყვითლე, 42,0%-ს - კანზე გამონაყარი ან ქავილი, ხოლო 26,0%-ს - გვამური ლაქები.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ 24 ონკოლოგიურ პაციენტს (48,0%) აღნიშნებოდა დაავადების მეტასტაზური გავრცელება, მათ შორის 14-ს (28,0%) - ძვლებში, 1-ს (2,0%) გულ-მკერდის არეში, 2-ს (4,0%) - მუცლის არეში, 3-ს (6,0%) - კიდურების და 4-ს (8,0%) - წელის არეში.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 50 ონკოლოგიურ პაციენტში ძვლების პათოლოგიური მოტეხილობა არ დაფიქსირებულა, 14 პაციენტს (28,0%) აღნიშნებოდა დაავადების მეტასტაზური გავრცელება ძვლებში, რომელსაც თანახლდა ძლიერი ტკივილი.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებს შემთხვევათა 24,0%-ში აღნიშნებოდა შფოთვა, 32,0%-ში - დელერიუმი, 30,0%-ში - დეპრესია, 90,0%-ში - დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა, 26,0%-ში - ძილიანობა, ძილად მივარდნა, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტები შემთხვევათა 38,0%-ში თანდათანობით ხდებოდა სულ ნაკლებად მგრძობიარე შეხებაზე ან ხმაზე; 2,0%-ში ესმით ან ხედავენ ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის, ეზრებოდათ გასამგზავრებლად ან ესაღმებოდათ გარდაცვლილებს; 36,0%-ში სრულად კარგავენ ცნობიერებას; 44,0%-ში - არიან დაბნეულები და დეზორიენტირებულები.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტები შემთხვევათა 8,0%-ში აღნიშნავენ მხედველობაში ცვლილებებს, 8,0%-ში - სმენის პრობლემებს, 48,0%-ში წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემებს, 22,0%-ში - მესხიერების პრობლემებს, ხოლო 8,0%-ში ვარდებოდათ კომაში.

ამავე დროს, გლაზგოს შკალით კომის სიმძიმე უფრო მაღალია საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (8,8) ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებთან (13,6) შედარებით ($Z = -13.69, p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში ძილიანობა, ძილად მივარდნა ერთნაირი სიხშირით აღინიშნა როგორც ონკოლოგიურ პაციენტებში (26,0%), ისე საკონტროლო ჯგუფის (29,5%) პაციენტებში ($OR = 0.8, 95\%CI OR = 0.34-1.80$).

დაბნეულობა, გაურკვევლობა დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით აღინიშნა შემთხვევათა 22,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 61,4%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 5.5-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ($OR = 0.18, 95\%CI OR = 0.08-0.38$).

ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია აღინიშნა შემთხვევათა 6,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 36,4%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 9.1-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ($OR = 0.11, 95\%CI OR = 0.04-0.34$).

ცნობიერების სრული დაკარგვა აღინიშნა შემთხვევათა 36,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 68,2%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 3.8-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ($OR = 0.26, 95\%CI OR = 0.13-0.54$).

ტენდენცია, როდესაც პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძობიარე შეხებაზე ან ხმაზე აღინიშნა შემთხვევათა 38,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 6,8%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 8.4-ჯერ მაღალია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 8.4, 95%CI 2.8-25.0).

დაბნეულობა და დეზორიენტაცია აღინიშნა შემთხვევათა 44,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 68,2%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 2.7-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 0.37, 95%CI OR = 0.18-0.75).

სმენის პრობლემები აღინიშნა შემთხვევათა 8,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 2,3%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. თუმცა სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესწავლილ ჯგუფებს შორის სმენის პრობლემების მხრივ არ ყოფილა გამოვლენილი (OR = 3.74, 95%CI OR = 0.58-24.3).

მეხსიერების პრობლემები აღინიშნა შემთხვევათა 22,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 4,5%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს მეხსიერების პრობლემები ალბათობა 5.9-ჯერ მაღალია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR=5.9, 95%CI OR=1.59-22.1).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის სინდრომის სიხშირემ შეადგინა 68,0%, ხოლო ტკივილის ინტენსივობამ შეადგინა 8.4 ბალი.

სხვა სიტყვებით, ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 2/3-ს 8.4-ბალიანი ინტენსივობის ძლიერი ტკივილის პირობებში ტანჯვა-წამებით აღმოხდა სული.

ძირითადი დასკვნები:

1. სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა 2015-2019 წლებში თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მცხოვრებ მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და თითოეული ლოკალიზაციის სარანგო ადგილი: პირველი და მეორე სარანგო ადგილები როგორც თბილისში, ისე საქართველოს რეგიონებში ეკავათ, შესაბამისად, ფილტვისა და პროსტატის კიბოს, ამავე დროს ამ ლოკალიზაციების კიბოთი ავადობის სიხშირეები თბილისში, შესაბამისად, 1,3-ჯერ და 1,9-ჯერ აღემატებოდა რეგიონებში რეგისტრირებულ ავადობის დონეებს; მეოთხე სარანგო ადგილი როგორც თბილისში, ისე რეგიონებში ეკავა შარდის ბუშტის კიბოს; მესამე და მეხუთე ადგილები შესაბამისად ეკავათ თბილისში კოლორექტუმისა და კანის კიბოს, ხოლო რეგიონებში პირიქით -კანისა და კოლორექტუმის კიბოს.
2. თბილისში 2018-2019 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ყოველწლიური საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 1476.0 ± 5.7 . ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში თბილისში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითმა წონამ COVID-19 პანდემიამდე შეადგენდა 12% , ხოლო პანდემიის 1-ლ წელს (2020) - 6%. ამდენად, COVID-19 პანდემიის პირველ და მეორე ტალღებთან დაკავშირებით კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითი წონის მატება არ ყოფილა რეგისტრირებული.
3. კიბოს ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტების მხოლოდ 10% იღებს საქართველოს პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალურ თანატოლოგიურ სერვისს, ხოლო თბილისში ანალოგიური სერვისის მიმღებთა რაოდენობა შეადგენს 15%. ანუ კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა უმრავლესობა (85-90%) გარდაიცვლება ბინაზე რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღების გარეშე.
4. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ პაციენტებს ეცვლებათ კანის შეფერილობა და უმცირდებათ ტემპერატურა. თუ ცერებრო-ვასკულარული დაავადების ტერმინალურ ფაზაში პაციენტების უმრავლესობას კანის შეფერილობა უხდებათ ანემიური (99%) და ტემპერატურა შეგრილებულ-შეციებული (100%), ონკოლოგიურ პაციენტებში ანემიურთან ერთად კანი ხშირად იღებს მოლურჯო, მუქ ყავიფერ, მონაცრისფრო-მიწისფერ, მოყვითალო ან მომწვანო ელფერს (36%), და ტემპერატურა შეგრილებულ-შეციებულის გარდა (74%) შესაძლოა იყოს ცხელი (10%), განსაკუთრებით ხელებზე და ფეხებზე.

5. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნება დისპნოე (სუნთქვის გაძნელება, რასაც თან სდევს ჰაერის უკმარისობა), ქოშინი, სუნთქვის გართულება (ექსუდატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული), მშრალი, შეუჩერებელი ხველა, ქოშინი, სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით, ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით, პლევრაში ექსუდატის დაგროვება, სუნთქვის ცვლილებები, პირით სუნთქვა ხდება არარეგულარული და ხმაურიანი, რომელიც რაღაც ეტაპზე შეჩერდება. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 78,0%-ში რეგისტრირებული იქნა ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, 2,7%-ში სიკვდილისწინა ხრიალი, ხოლო 13,3%-ში- სუნთქვის გაჩერება.
6. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ პაციენტებში, როგორც ონკოლოგიურ პაციენტთა ჯგუფში, ისე საკონტროლო ჯგუფში, გასაშუალებული არტერიული წნევის სისტოლური და დიასტოლური მაჩვენებლები დაფიქსირებული იქნა ნორმის ქვედა ზღვარის დონეზე და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტთა გარდაცვალებას წინ უძღვის არტერიული წნევის დაცემა. ორივე ჯგუფში პაციენტებს აღენიშნებოდათ ტაქიკარდია და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტებს ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნებოდათ დაქვეითებული სატურაცია და, შესაბამისად, ტაქიკარდიას აქვს კომპენსატორული ხასიათი. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით, 250-ჯერ დაბალია გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის ალბათობა.
7. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება, დისფაგია, წონის კლება, წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა, კახექსია, პირისა და ტუჩების სიმშრალე, გულისრევა და ლებინება. ამავე დროს, ონკოლოგიურ პაციენტთა 38,7%-ს აღენიშნება სიმსივნის კომპრესიით განპირობებული გაუვალობა, ხოლო 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა.
8. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით არ ყოფილა გამოვლენილი თირკმლების უკმარისობის განვითარების რისკის სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა. დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით შარდსაწყვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესიის განვითარების რისკი საგრძნობლად მატულობს უროლოგიური, ღვიძლის, ძუძუს და გინეკოლოგიური კიბოს დროს.
9. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტები საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით დღე-ღამის განმავლობაში იღებდნენ მეტი რაოდენობით სითხეს ($p< 0.001$), მეტი რაოდენობით გამოყოფნენ სითხეს შარდის სახით ($p< 0.001$) და მათ ყოველდღიურად მეტი ოდენობით სითხე უგროვდებოდათ ორგანიზმში ($p< 0.001$).
10. სავარაუდოა, რომ პლევრაში და მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება არის თანატოგენეზის თანხმლები პროცესი და არ წარმოადგენს ონკოლოგიური პაციენტებისათვის დამახასიათებელ სპეციფიკურ პათოლოგიას. პლევრაში ექსუდატის დაგროვება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე მაღალი სიხშირით აღინიშნა დიგესტიური ორგანოების (92,6%) და ფილტვის (90,9%) კიბოს დროს. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს პლევრაში ექსუდატის დაგროვების სიხშირის ალბათობა 5.0-ჯერ მაღალია უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით ($OR=5.0$; 95% CI $OR=1.06-23.6$). ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში ასციტის განვითარების ალბათობა უფრო მაღალი იყო 7.7-ჯერ დიგესტიური სისტემის სხვა ორგანოების კიბოსთან შედარებით ($OR=7.7$; 95% CI $OR=1.3-50.0$).
11. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 48,0%-ს აღენიშნებოდა დაავადების მეტასტაზური გავრცელება, მათ შორის 28,0%-ს - ძვლებში. ძვლებში კიბოს მეტასტაზების განვითარებას თანსდევს ძლიერი ტკივილი და მეტასტაზურ შემთხვევათა 19,2%-ში ვითარდება პათოლოგიური მოტეხილობა.

12. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში 15.1-ჯერ იზრდება ღვიძლის უკმარისობის განვითარების რისკი (OR = 15.1, 95%CI OR = 2.6 - 86.6). სიმძიმური ინტოქსიკაცია მაღალი სიხშირით აღინიშნება კიბოს ყველა შესწავლილი ლოკალიზაციის დროს, განსაკუთრებით კი ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში (100,0%).
13. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტებს მაღალი სიხშირით აღინიშნებათ მხედველობის, სმენის, წონასწორობისა და თავბრუსხვევის პრობლემები.
14. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტებს მაღალი სიხშირით (16,3%) აღინიშნებათ მიოკლონუსი. ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცებში ეს სიმპტომი ვლინდება 2,5-ჯერ მეტი სიხშირით (OR=2,5; 95% CI OR= 1,02-7,42).
15. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებს მაღალი სიხშირით აღინიშნებათ შფოთვა (62,7%), დელირიუმი (77,3%), დეპრესია (78,0%), დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა (83,3%), სისუსტის გაძლიერება და გადაქანცვა (74,0%), ასევე- ძილიანობა, ძილად მივარდნა მთელი დღის განმავლობაში, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება (71,3%). დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ონკოლოგიურ პაციენტ ქალებში აღინიშნება 3,3-ჯერ მეტი სიხშირით (OR=0,3; 95% CI OR= 0,11-0,80). ტერმინალურ ფაზაში ძილიანობა, ძილად მივარდნა ერთნაირი სიხშირით აღინიშნა როგორც ონკოლოგიურ პაციენტებში (26,0%), ისე საკონტროლო ჯგუფის (29,5%) პაციენტებში (OR = 0.8, 95%CI OR = 0.34-1.80).
16. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით, 5.5-ჯერ ნაკლებია მოუსვენრობის, დეზორიენტაციის, დაბნეულობის, გაურკვევლობის დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით, განვითარების ალბათობა (OR=0.18, 95%CI OR = 0.08-0.38). მეხსიერების პრობლემები 5.9-ჯერ მაღალია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR=5.9, 95%CI OR=1.59-22.1).
17. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტები მაღალი სიხშირით კარგავენ იმ საკითხებისადმი ინტერესს, რომლებიც მათთვის ადრე მნიშვნელოვანი იყო (64,0%); უჩნდებათ სურვილი ახლოს ჰყავდეთ მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და ზღუდავენ სხვა მნახველებთან გატარებულ დროს (63,3%); აღინიშნებათ მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები (68,0%); თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძობიარე შეხებაზე ან ხმაზე (38,0%); ესმით ან ხედავენ ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც ფიზიკურად იქ არ არის, ეშვადებიან გასამგზავრებლად ან ესალმებიან გარდაცვლილებს (2,0%).
18. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებს შემთხვევათა 6,0%-ში აღინიშნებათ ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია და 36,0%-ში- ცნობიერების სრული დაკარგვა. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ალბათობა 9.1-ჯერ ნაკლებია (OR=0.11, 95%CI OR=0.04-0.34), ხოლო ცნობიერების სრული დაკარგვის ალბათობა - 3.8-ჯერ ნაკლები (OR=0.26, 95%CI OR=0.13-0.54).
19. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების საშუალოდ 2/3-ს და მეტს (ლოკალიზაციების მიხედვით 52%-81%) სქესის მიუხედავად, სიცოცხლის ბოლოს უმადლესი ინტენსიობის ხარისხის ტკივილის (8,4-10,0 ბალის) განცდით ტანჯვა-წამებაში აღმოხდა სული ($p < 0,001$)!
20. კანის შეფერილობის ცვლილებები, ტემპერატურის დაცემა, არტერიული წნევის დაცემა, ლიმფისა და სისხლის ცირკულაციის და სატურაციის შემცირება, სხეულში (განსაკუთრებით ქვემო კიდურებში) სითხის შეგუბება, ასციტი, ექსუდატის დაგროვება პლევრის ღრუში, თირკმლების უკმარისობა, კახექსია, კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა, დისპნოე, სინკოპე დიდი ალბათობით წარმოადგენენ თანატოგენეზის საერთო თანხმლებ პროცესებს.
21. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური და ნევროლოგიური პაციენტების ანამნეზში HCV გვხვდება ერთნაირი სიხშირით. საყურადღებოა, რომ ანამნეზში HCV ორივე ჯგუფში ფიქსირდება 4/5-ზე მეტ პაციენტში! ასევე ონკოლოგიურ პაციენტებში არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა HCV-ს სიხშირებს შორის სქესისა და კიბოს

პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების თანატოგენეზში HCV-ს როლის შესწავლა საჭიროებს შემდგომი კვლევების ჩატარებას.

22. კიბოს პროგრსირებისა და ტერმინალურ ფაზაში გამოკვეთილი მიმდინარე სპეციფიური სიკვდილის მექანიზმებია სიმსივნური ინტოქსიკაცია, ღვიძლის უკმარისობა, საშარდე სისტემის (შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის) ან დიგესტიური ტრაქტის (ნაწლავების) კომპრესია, მათთან დაკავშირებული ურემიის ან გაუვალობის განვითარება, ტკივილის სინდრომი.
23. ტერმინალურ ფაზაში პერმანენტული ტკივილის სინდრომი შემთხვევათა 2/3-ში წარმოადგენს კიბოსათვის დამახასიათებელ სპეციფიურ სიმპტომთა კომპლექსს, რომელშიც ტკივილის გაუსაძლის ფიზიკურ ტანჯვასთან ერთად ჩათრეულია პაციენტთა ფსიქო-ემოციური და სულიერი განცდები.

პრაქტიკული რეკომენდაციები:

1. რეკომენდებულია კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურულ ცვლილებებზე COVID-19 პანდემიის შესაძლო ზემოქმედების შემდგომი შესწავლა.
2. კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა უმრავლესობა (85-90%) გარდაიცვლება ბინაზე რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღების გარეშე, რისთვისაც რეკომენდებულია რიგი ღონისძიებების გატარება:
 - 2.1. თანატოლოგიური საწოლების გაზრდის ხელშეწყობა;
 - 2.2. თანატოლოგიური სერვისების კლინიკებში და ბინაზე მიწოდებისათვის შესაბამისი სადაზღვევო პროგრამის და გაიდლაინების მომზადების ხელშეწყობა;
 - 2.3. თანატოლოგიის დარგში კადრების (ექიმი თანატოლოგის, ექთანი თანატოლოგის, მომვლელის) მომზადების ხელშეწყობა.
3. ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში შემთხვევათა 2/3-ში ჯერ კიდევ არ ხდება ძლიერი ტკივილის მართვა. ძლიერი ტკივილით გამოწვეული პაციენტთა ტანჯვა-წამების შემსუბუქების, დაავადების პროგრესირების შეფერხების, სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ხარისხის გაზრდის და, შესაბამისად, კიბოს კონტროლის ადვოკატობის მიზნით რეკომენდებულია ტკივილის სინდრომის მართვისას ოპიოიდური ჯგუფის მედიკამენტებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების მზარდი დოზირების სქემით უფრო ფართო გამოყენება.
4. რეკომენდებულია სამედიცინო პერსონალის (ექიმებისა და ექთნების) გადამზადება ტკივილის სინდრომის მართვის საკითხებში.
5. ტკივილის მართვაში მსოფლიო ლიდერების, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO, Geneva, 2018) რეკომენდაციებისა და გაიდლაინების დანერგვით შესაძლებელია ამ პრობლემის გადაჭრა და ტკივილის პრაქტიკულად 100%-ით გაკონტროლება, რითაც მიღწეული იქნება ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის ჯანმრთელობის ადვოკატობა.
6. კიბოს ტერმინალურ სტადიაში სიკვდილის მექანიზმების შემდგომი, უფრო ღრმა შესწავლის მიზნით რეკომენდებულია თანატოლოგიის მიმართულებით დამატებითი კვლევების ჩატარება.
7. თანატოგენეზის შემდგომი, ღრმა შესწავლის მიზნით რეკომენდებულია კვლევის შესაბამისი ინსტრუმენტის შექმნა და სიცოცხლის ბოლო დღეებში სიმპტომებისა და ნიშნების Follow-up კვლევა სისტემების მიხედვით.
8. რეკომენდებულია კიბოს პოპულაციურმა რეგისტრმა (NCDC), თითოეული ონკოლოგიური პაციენტის გარდაცვალებამდე (ECOG5), აწარმოოს ფიზიკური სტატუსის (ECOG შკალით) და ტკივილის სინდრომის ხარისხის (10 ბალიანი შკალით), განსაკუთრებით ECOG4-ის დროს, ცვლადების Follow-up რეგისტრაცია.
9. კიბოს კონტროლის ადვოკატობის მიზნით რეკომენდებულია ონკოლოგიური პაციენტებისათვის მკურნალობის შემდგომი Follow-up სერვისების (სკრინინგ-დიაგნოსტიკური, სამკურნალო-რეაბილიტაციური, მზრუნველობის, ტკივილის სინდრომის კუპირების), განსაკუთრებით ECOG4-ის დროს (თანატოლოგიური სერვისის), მიწოდებისათვის

გაიდლაინების მომზადება და სახელმწიფო პროგრამებითა და კერძო სადაზღვევო პაკეტებით თითოეული პაციენტისათვის თითოეულ ეტაპზე შესაბამისი სერვისის მიღების უზრუნველყოფა.

10. რეკომენდებულია ტკივილის სინდრომის კუპირების საკითხი შევიდეს კიბოს კონტროლის ყოველწლიურ ანგარიშში (NCDC). ყოველწლიური მონიტორინგის მიზანი: პერმანენტული ტკივილის სინდრომის 100%-იანი კუპირების მიღწევა.

დისერტაციის თემასთან დაკავშირებული პუბლიკაციების ნუსხა

1. Evaluation of the Physical Condition and Death Mechanisms of Cancer Patients in Their Terminal Stage. Review (in English and Georgian). Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 4, Supplement 6, p. 4-25. July 2020 (Authors Mikheil Chkhaidze, Vasil Tkeshelashvili)
2. Female Cancer Incidence in Georgia by Regions and Municipalities in 2015-2019 (Poster Resume). Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 5, Supplement 9, 2p. (Authors Tamar Lobzhanidze, Tamar Gvazava, Dina Kurdiani, Nino Abesadze, Natia Shavdia, Mikheil Chkhaidze, Salome Gudavadze, Vasil Tkeshelashvili) (ბეჭვდაში)
3. Female Thyroid Cancer Incidence in Georgia by Regions and Municipalities in 2015-2019. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 5, Supplement 9, 2p. (Authors Nino Abesadze, Tamar Lobzhanidze, Dina Kurdiani, Tamar Gvazava, Natia Shavdia, Mikheil Chkhaidze, Salome Gudavadze, Vasil Tkeshelashvili) (ბეჭვდაში)
4. Female Breast Cancer Incidence in Georgia by regions and municipalities in 2015-2019. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 5, Supplement 9, 2p. (Authors Tamar Gvazava, Tamar Lobzhanidze, Dina Kurdiani, Nino Abesadze, Natia Shavdia, Mikheil Chkhaidze, Salome Gudavadze, Vasil Tkeshelashvili) (ბეჭვდაში)
5. Gynecological Cancer Incidence in Georgia by Regions and Municipalities in 2015-2019. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 5, Supplement 9, 2p. (Authors Dina Kurdiani, Tamar Lobzhanidze, Tamar Gvazava, Nino Abesadze, Natia Shavdia, Mikheil Chkhaidze, Salome Gudavadze, Vasil Tkeshelashvili) (ბეჭვდაში)
6. Evaluation of Death Mechanisms in Terminal Phase of Cancer. European Journal of Biomedical and Life Sciences, #1, 2022, p. 26-43 (Authors Mikheil Chkhaidze, Vasil Tkeshelashvili)