



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

ნათია შავდია

ხელნაწერის უფლებით

დისერტაცია შესრულებულია

საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი - ვასილ ტყეშელაშვილი,

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

თბილისი

2023 წელი

სააგტორო უფლებები

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

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ავტორი - ნათია შავდია

ნათია შავდია © თბილისი, 2023

ანოტაცია

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

ავტობიოგრაფია

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

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

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

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

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

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

პროფესიული გამოცდილება: 2011-2013 წლებში ვმუშაობდი სამედიცინო ცენტრ „ციტო“-ში სტომატოლოგიური და პედიატრიული კლინიკის მენეჯერად; 2013 წელს - ენდოკრინოლოგიური კლინიკის მენეჯერად; 2014-2016 წლებში - ჰოლდინგ „გლობალმედ ჯორჯია“-ს მენეჯერად; საზღვარგარეთ მკურნალობის ცენტრის კოორდინატორად.

სამედიცინო წარმომადგენლების ჯგუფის მენეჯერად (გაყიდვების დეპარტამენტი); 2017-2018 წლებში იმუნო-ქიმიოთერაპიული კლინიკა "ნეო-მედი“-ს - კლინიკური კვლევის კოორდინატორად; 2019 წელი - კლინიკური ონკოლოგიის ინსტიტუტის სამედიცინო ხარისხის კონტროლის და დოკუმენტაციის ანგარიშგების მენეჯერი.

მადლიურების გამოხატვა

მადლობას ვუხდი საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების

სკოლას,

ჩემს ხელმძღვანელს პროფ. ვასილ ტყეშელაშვილს

სარჩევი

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

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

ნაშრომში გამოყენებული შემოკლებები, ტერმინები და აბრევიატურები

ჯანმო - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია;

გაერო - გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია;

INCB - ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭო;

UICC (Geneva) - კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლის საერთაშორისო კავშირი;

IARC (Lyon) - კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტო;

ENCR (Lyon) - კიბოს რეგისტრთა ევროპის ქსელი;

ESMO - ევროპის სამედიცინო ონკოლოგიის საზოგადოება;

ლანცეტის კომისია - ლანცეტის კომისია პალიატიური მზრუნველობაზე;

NCDC - დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი;

NCI - აშშ-ის კიბოს ეროვნული ინსტიტუტი;

რეტროსპექტრული კვლევა - შეისწავლება წარსულში მომხდარ ამბები;

პროსპექტრული კვლევა - შეისწავლება ამჟამად მიმდინარე ამბები;

ECOG Performance Status - ჯანმრთელობის ფუნქციური სტატუსის შეფასების შკალა;

PMI (ტმი) - ტკივილის მართვის ინდექსი - ქრონიკული ტკივილის მართვის ეფექტურობის შესაფასებელი;

NRS - ტკივილის რიცხობრივი შეფასების შკალა - ტკივილის შეფასების ინსტრუმენტი;

VAS - ვიზუალური ანალოგიის შკალა - ტკივილის შეფასების ინსტრუმენტი.

ტკივილის მართვის სამსაფეხურიანი კიბე - ტკივილის სიძლიერის მიხედვით დასანიშნი ანლგეზიური საშუალებები;

აასს - არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალება;

მწვავე ტკივილი - ტკივილი, რომლის ხანგრძლივობა 1 კვირაზე ნაკლებია;

ქრონიკული ტკივილი - ტკივილი, რომლის ხანგრძლივობა 3 თვეს აღემატება; საბაზისო ტკივილი - მუდმივი ხასიათის ტკივილი;

წამლის „დამხმარე (დამატებითი) დოზა - საბაზისო ტკივილის „საბაზისო დოზით“

მართვის ფონზე ტკივილის შეტევების მართვისათვის დანიშნული დამხმარე დოზა;

კლინიკური ჯგუფი - როცა ონკოლოგიური პაციენტი მიჩნეულია განუკურნებლად და მხოლოდპალიატიურ მზრუნველობას საჭიროებს;

ესენციური წამლები - სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი, აუცილებელი წამლები;

Crude Rate - ავადობისა და გარდაცვალების უხეში მაჩვენებელი;

Age-Specific Rate - ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი;

Age-Standardized Rate – ASR - ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი;

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

Age-Adjusted Rate- AAR - ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი;

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

Standardized Rate Ratio- SRR - სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება;

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

Cumulative Risk-CR - კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი;

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

Odds Ratio- OR - შანსთა თანაფარდობის მაჩვენებელი;

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

გადარჩენის მაჩვენებელი - პაციენტების პროცენტულ რაოდენობა, რომლებიც

მკურნალობის შედეგად გადარჩენ დაინტერესებული პერიოდის ბოლომდე (მაგ., ხუთწლიანი პერიოდი).

შესავალი

პრობლემის აქტუალობა, კვლევის საკითხები:

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

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

- შემთხვევაში, ოპიოიდებით მკურნალობისადმი მათ დამოკიდებულებასა და სხვა საკითხებზე;
4. საქართველოში ოპიოიდების მარეგულირებელი დოკუმენტების შესაწავლა და ანალიზი;

კვლევის პიპოთება:

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

კვლევის მიზანი:

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

ამისთვის საჭიროა შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტა:

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

სამიზნე ჯგუფები, კვლევის ინსტრუმენტი და მეთოდები:

შესწავლილი იქნა შემდეგი სამიზნე ჯგუფები:

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

მაჩვენებლები და დადგენილი იქნა კიბოთი ავადობის, 5 ძირითადი სტრუქტურა, სქესის მიხედვით, საქართველოში. მონაცემთა ბაზები დამუშავდა სტატისტიკურად პროგრამული პაკეტის Microsoft Excel-ის გამოყენებით. ჩატარდა 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 (აჰლბომ ა., ნორელ ს. / Ahlbom A., Norell S., 1984; ბოილ პ., პარკინ დ. / Boyle P., Parkin D.M., 1988; გარდისის ლ., / Gardis L., 2004; ფოს ფ., ფაინ დ., / Fos P., Fine D., 2005; აგოსტინა რ., / Agostina R. et al., 2006; ბჰოპალ რ. / Bhopal R., 2008). მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლები წარმოდგენილია ცხრილების სახით, ხოლო პროგრამული პაკეტის PowerPoint-ის საშუალებით გამოსახული იქნა გრაფიკულად. გამოანგარიშებული იქნა შემდეგი სტატისტიკური მაჩვენებლები:

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

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

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

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

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

კვლევის შედეგების სამეცნიერო სიახლე და პრაქტიკული ღირებულება:

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

1. სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და 5 ძირითადი ლოკაციის სარანგო ადგილი 2015-2019 წლებში საქართველოში, რეგიონებში და თბილისში მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში. 2008 წლის იგივე მონაცემებთან შედარებით დადგინდა, რომ მოსახლეობის რაოდენობის შემცირების მიუხედავად, იზრდება ავადობის მაჩვენებელი ყველა ლოკაციის კიბოსთვის;
2. პირველად იქნა დადგენილი, რომ 2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში კიბოს დიაგნოსტირება ნულოვან სტადიაში იყო მიზერული (0.2%). შემთხვევათა ნახევარზე მეტი დიაგნოსტირებული იქნა III-IV სტადიაში. საყურადღებო კიბოს ვერიფიკაციის ყველაზე მაღალი სიხშირე IV კლინიკურ სტადიაში.
3. 2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში, კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიერ, სულ რეგისტრირებული იქნა 35 ლოკაციის კიბოს 52,179 შემთხვევა, მათ შორის უცნობი და არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკაციების 989 შემთხვევა, მათგან 737 (74.5%)- IV სტადიაში. პირველად იქნა დადგენილი, რომ კიბოს ლოკაციებიდან IV სტადიაში 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.-ში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში კიბო I სტადიაში დიაგნოსტირებული იქნა შემთხვევათა 22.1%-ში, II-18.5%-ში, III - 19.7%-ში, IV-24.1%-ში. რეგიონებიდან მაღალი სიხშირით IV სტადიაში კიბო დიაგნოსტირებული იქნა გურიაში (ASR=56,2%₀₀₀₀; AAR=85.7%₀₀₀₀; CR₆₄=3.6. CR₇₄= 6.4), თბილისში (ASR=54,2%₀₀₀₀; AAR=79.2%₀₀₀₀; CR₆₄=3.2; CR₇₄= 6.5), აჭარაში (ASR=54,2%₀₀₀₀; AAR=79.2%₀₀₀₀; CR₆₄=3.4; CR₇₄= 5.7), რაჭა-ლეჩებულები (ASR=46,2%₀₀₀₀; AAR=75.5%₀₀₀₀; CR₆₄=2.9; CR₇₄= 5.2, სამეგრელო-ზემო სვანეთში (ASR=43,0%₀₀₀₀; AAR=62,9.5%₀₀₀₀; CR₆₄=2.9; CR₇₄= 5.1).
5. გამოვლენილი იქნა 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 პაციენტების მკურნალობა და ტკივილის სინდრომის მართვა.
6. კიბოს სტადირების მქონე 44,119 ონკოლოგურ პაციენტში III და IV კლინიკური 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 კიბოსმიერი ტკივილი კიბოს მკურნალობის პროცესში პაციენტებს აღენიშნებათ შემთხვევათა 62.7-66.4%-ის სიხშირით ($p<0.001$);
8. პირველად გამოვლინდა, რომ ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში პაციენტთა 73.9%-75.3%-ს საშუალო და ძლიერი ტკივილი ჰქონდა, რომელიც ჯანმო-ს ტკივილის მართვის რეკომენდაციით ოპიოიდებით მართვას საჭიროებდენ;
9. საქართველოში პირველად დადგინდა, რომ ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკივილი იყო როგორც ადრეულ/შუალედურ სტადიებზე - 43,7%-ს, ისე IV სტადიაზე - 56,3%; ადრეულ და შუალედურ სტადიებზე ტკივილი უფრო ხშირი იყო ქალებში (50.5%), ვიდრე მამაკაცებში (37.8%), ხოლო IV სტადიაზე - პირიქით, ტკივილი უფრო ხშირი იყო მამაკაცებში (62.2%), ვიდრე ქალებში (49,5%);
10. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკივილი ყველაზე ხშირია ფილტვის (92.5%), კუჭ-ნაწლავისა (78.5%) და შარდ-სასქესო ტრაქტის სისმივნეების დრის ($p<0.001$);

11. პირველად დადგინდა, რომ პალიატიური ქიმიო-სხივური თერაპიისას ტკივილის სიხშირე 1,7-ჯერ მეტია, ვიდრე რადიკალურის დროს ($p<0.001$). ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მკურნალობის დროს საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილი ჰქონდა პაციენტთა 87.6%-ს ($p<0.001$);
12. პირველად დადგინდა, რომ კიბოს მკურნალობის დროს საშუალო და 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;
13. პირველად გამოვლინდა, რომ კიბოსმიერი ტკივილის მქონებს ანალგეზიით ტკივილი მოეხსნა შემთხვევათა 23%-46.8%-ში ($p<0.001$), ტკივილის მართვის ინდექსმა შეადგინა 29.4%-36.9% ანუ მკურნალობა იყო დაბალ ეფექტიანი; სულ საშუალო და ძლიერი ტკივილის დროს ოპიოიდი დაენიშნა პაციენტთა 13.7%-ს; ყველა პაციენტი მიჩნეული იქნა ინკურაბელურად/ტერმინალურად და გადაყვანილი IV კლინიკურ ჯგუფში;
14. პირველად დადგინდა, რომ ტკივილის სინდრომი შემთხვევათა 43.7%-ში ($p<0.001$) უკავშირდებოდა ქიმიოთერაპიას. ქიმიოთერაპიის მიმდინარეობის დროს საშუალო და ძლიერი ტკივილი ჰქონდა 75,3%-ს. ქიმიოთერაპიისას ტკივილი 65.1%-ში გრძელდება 1 კვირამდე ($OR=1.8$, 95%CI – 1.12-2.8, $p<0.001$), რის გამოც ნაჩვენები იყო ოპიოიდური პრემედიკაცია;
15. სხივური თერაპიის შემდეგ 10-15 დღეში ვითარდება სხვადასხვა სიძლიერი ტკივილი, მათ შორის ძლიერი. საკითხი საჭიროებს დამატებით შესწავლას;
16. ტკივილის მქონე პაციენტთა ლეტალობამ 1 თვეში შეადგინა 11.9%, არმქონეებში კი - 2.5% ($p<0.001$); საშუალო და ძლიერი ინტენსიონის ტკივილი ჰქონდა გარდაცვლილი 31 პაციენტის 90%-ს. აღნიშნულის გამო კიბოსმიერი ტკივილის სინდრომი სავარაუდოდ შეიძლება განვიხილოთ დაავადების გავრცელების პრედიკტორათ, თუმცა იგი საჭიროებს შემდგომ გაღრმავებულ კვლევას;
17. კიბოსმიერი ტკივილის ეფექტიანი მართვის მიუხედავად, მისი სიხშირე 1 თვეში შემცირდა მხოლოდ 49,8%-ით და შეადგინა საწყისი რაოდენობის 50,2%;
18. საშუალო და 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, ონკოლოგის 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 მსოფლიოში ხორციელდება სტადიების და TNM სისტემის კლასიფიკატორებით. ონკოლოგიურ პაციენტთა კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფა გამოიყენებოდა მხოლოდ საბჭოთა კავშირში და, როგორც გადმონაშთი, ხმარებაშია ნაკლებად განვითარებულ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში, მათ შორის საქართველოში. დღემდე კიბოსმიერი საშუალო და ძლიერი 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, არაჰიმანურია 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 ტკივილები აქვს, რომლებიც ჯანმო-ს ტკივილის მართვის რეკომენდაციების შესაბამისად ოპიოიდებით მართვას საჭიროებენ;

- ✓ კიბოსმიერი საშუალო და ძლიერი ტკივილის მქონე პაციენტების ტკივილის კუპირება ძირითადათ (79%) არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებით ხდება; შედეგად ტკივილის მართვის ინდექსი 36.9%-ია, პაციენტები კი ვერ იღებენ სათანადო დაბმარებას და ტანჯვას განიცდიან, რითაც უარესდება მათი ცხოვრების ხარისხი და კიბოს გამო ჩატარებული მკურნალობის ეფექტიანობა, კარგავენ გადარჩენისა და სიცოცხლის გახანგრძლივების შანსებს;
- 3. სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარების მოქმედი რეგულაციები საჭიროებს ნარკოტიკულ საშუალებებზე 1961 წლის ერთიანი კონვენციის რეკომენდაციების (PPSG 2013) და ჯანმო-ს ტკივილის მართვის სტანდარტების (Health Organization, 2011), ეროვნული კანონებთან ჰარმონიზაციას, რომელიც დაეფუძნება ტკივილის მართვის სამედიცინო ჩვენებებს.

ნაშრომის აპრობაცია:

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

სამუშაო პუბლიკაციები:

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

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

თავი 1.

ლიტერატურის მიმოხილვა:

კიბოსმიერი ტკივილის სიხშირე და მისი მართვის ბარიერები

1.1. ზოგადი მიმოხილვა

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

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

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

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

ცხრილი 1.

ტკივილის პრევალენტობა ონკოლოგიურ პაციენტებში (17)

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

NRS – ტკივილის რიცხობრივი შეფასება.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. პაციენტებთან დაკავშირებული ბარიერები

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

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

მითები ტკივილის გამჯღვნებაზე და მის მართვაზე

პაციენტები კიბოსმიერი ტკივილის გამჯღვნებაზე და მართვაზე უარს უკავშირებენ შემდეგ მითებს (12,47,48): 1. ტკივილი კიბოს დროს გარდაუვალია; 2. ტკივილის ექიმთან გამჯღვნების შემთხვევაში მკურნალობის გადადების შიში; 3. კიბოსმიერი ტკივილი გაყუჩებას არ ემორჩილება; 4. თუ ტკივილი მკურნალობას დაემორჩილა, იმუნიტეტი ქვეითდება; 5. რწმენა, რომ "კარგი პაციენტი" ტკივილს არ უჩივის; 6. ოპიოიდების გვერდითი ეფექტების (გულისრევა/ლებინება, ყაბზობა, ქავილი, ინსომნია) დაუმღევლობის შიში; 7. ოპიოიდებისადმი დამოკიდებულების განვითარების შიში; 8. ტოლერანტობის შიში; 9. რწმენა, რომ ტკივილის მატება დაავადების პროგრესირების ნიშანია;

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

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

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

ტკივილის მართვის თავისებურებები სქესის მიხედვით

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

მითები ტკივილის ანალგეზიის შესახებ

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

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

უმეტესობა აცხადებდა, რომ იცოდნენ გამაყუჩებელები, თუმცა 50%-მა ვერ დაასახელა. ტრენინგი ტკივილის შესახებ საჭიროდ ჩათვალა პაციენტთა <30%-მა. პაციენტთა უმრავლესობამ (97.1%) ტრენინგი მიიჩნია სასარგებლოდ, თუმცა პრიორიტეტი მიანიჭეს პერსონალურ სესიებს (41.2%). ამრიგად, ტრენინგი ტკივილის მართვის შესახებ უნდა ჩატარდეს ტკივილის მართვის დაწყებამდე და ორიენტირებული უნდა იყოს ამ დარგში პაციენტის ცოდნაზე და დამოვიდებულებაზე; იგი უნდა მოიცავდეს ტკივილის შეფასების, ცრუ რწმენის დაძლევისა და მართვის დაგეგმვას (57).

დადგენილია, რომ ტკივილის შესახებ განათლება პაციენტებისთვის მნიშვნელოვნად ამცირებს ტკივილის დონეს, ზრდის კმაყოფილებას ტკივილის მართვით და ხელს უშლის მითებს. ტკივილისა მართვის შესახებ სწავლებაში აქტიური მონაწილეობა უნდა მიიღონ ექთნებმაც, რომლებმაც პაციენტებს უნდა აუხსნან ტკივილის მართვის არსი, მიზანი, რეჟიმი და ა.შ. (57-59). აღიარებულია, რომ პაციენტის ინტერესებზე დაფუძნებული სასაწავლო პროგრამის შემუშავება კიბოსმიერი ტკივილის მართვის გაუმჯობესების მნიშვნელოვანი საშუალებაა (51, 53); დადგენილია, რომ კიბოს მქონე პაციენტების ტრენინგმა ტკივილის არსისა და სწორი მართვის შესახებ, ტკივილი შეიძლება შეამციროს შემთხვევათა 30%-მდე (57). ტკივილის მრავალგანზომილებიანი ბუნების გათვალისწინებით საგანმანათლებლო პროგრამები უნდა დაეფუძნოს კონკრეტული ქვეყნის მოსახლეობის სოციო-ეკონომიკურ, ფსიქო-კულტურულ და სხვა ფაქტორებს.

ასაკის გავლენა კიბოსმიერ ტკივილზე

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

M3G-ის დაგროვება შეინიშნება, რომელიც ნეიროტოქსიკურ ეფექტებს იწვევს:

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

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

კიბოსმიერი ტკივილის მკურნალობის ხელმისაწვდომობა

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

1.3. სამედიცინო პერსონალთან დაკავშირებული ბარიერები

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

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

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

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

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

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

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

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

ექიმების მიერ ტკივილის შეფასების მდგომარეობა

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

სტანდარტიზებული შეფასების მეთოდების იშვიათი გამოყენება, ანალგეზის ეფექტურობაზე ცოდნისა და რწმენის ნაკლებობით ან/და ყოველდღიურ ცხოვრებაში მისი გავლენის არასწორი შეფასებით აიხსნა (80); აქვე აღნიშნულია, რომ კიბოსმიერი ტკივილის შეფასებისა და მართვისთვის გადამწყვეტია პროფესიონალთა შესაბამისი ცოდნა და დამოკიდებულება; დადგინდა, რომ ექიმებს პერმანენტულად აქვთ ცოდნის დეფიციტი; ამის გამო ონკოლოგიურ პაციენტებს ვერ მიეწოდება დროული და ხარისხიანი სერვისები. უცნობია, თუ რატომ არ სურთ ექიმებს ტკივილის NRS-ით ან VAS-ით შეფასება. მიზეზი შესაძლოა იყოს მრავალი, მათ შორის ექიმების მიერ ტკივილის ანალგეზის ეფექტურობის ცოდნის დეფიციტი, პაციენტთა ცხოვრებაზე ტკივილის გავლენის მნიშვნელობის შეუფასებლობა ან ორგანიზაციული ფაქტორების არასწორი შეფასება (81). მაგ., ექიმები დატვირთვის გამო განიცდიან დროის მუდმივ დეფიციტს. ასეთმა კვლევამ, შესაძლოა დაადასტუროს, რომ ექიმთა ზედმეტი დატვირთვა ტკივილის ხარისხიანი მართვის ერთერთი მნიშვნელოვანი ბარიერია. გროსმანი ს.ა. / Grossman SA. სტატიაში (81) კიბოსმიერი ტკივილის არასწორი მართვა: ბარიერები და დაძლევის საშუალებები აღნიშნავს, რომ სამედიცინო პერსონალთან ასოცირებული ბარიერები დაძლევადია, თუ 1. პაციენტებს ავუზსნით კიბოსმიერი ტკივილის მართვის მნიშვნელობას; 2. ყოველ პაციენტში გამოვიკვლევთ კიბოსმიერი ტკივილის ეტიოლოგიას; 3. შევაფასებთ ყველა სამკურნალო ვარიანტის გამოყენებას; 4. მოხდება პაციენტების ინფორმირება მისაღები ოპიატების ექვივალენტობაზე; 5. რეგულარულად შევაფასებთ ტკივილს ქულებში და ავსახავთ ბარათში; 6. საუბრები ტკივილის შესამსუბუქებლად. ამ კარგად გაწერილი გეგმის მიუხედავად, მისი რეალიზება, განსაკუთრებით დაბალი /საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში ვერ ხერხდება; ექსპერტები თანხმებიან (79), რომ კიბოსმიერი ტკივილის შესახებ დაგროვილი ცოდნის, წამლებისა და ტექნიკის სწორი გამოყენებით პაციენტთა უმეტესობა სასურველ ანალგეზიას მიიღებს.

ექიმების დამოკიდებულება ტკივილის მართვისადმი

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

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

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

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

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

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

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

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

დადგენა/აღმოფხვრა შესაძლებელია შესაბამის ქვეყანაში სათანადო კვლევის ჩატარებით.

1.4. ოპიოდების მარეგულირებელ დოკუმენტებთან ასოცირებული ბარიერები

1.4.1. ოპიოდების მარეგულირებელი დოკუმენტები სხვადასხვა ქვეყანაში

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ცხრილი N2

ოპიოიდური ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობის რეგულაციური ბარიერები და ინდიკატორები

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

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

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

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

1.4.2. ოპიოდების მარეგულირებელი დოკუმენტები ყოფილ საბჭოთა კავშირში

XX საუკუნეში ყოფილი საბჭოთა კავშირი, დანარჩენი მსოფლიოდან განსხვავდებოდა როგორც ეკონომიკური განვითარების მოდელითა და დონით, რომელიც ეკონომიკური გამოწვევების ნაცვლად, პასუხობდა იდეოლოგიურს, ისე იგივე პრინციპებზე დაფუძნებული სამედიცინო განათლებისა და ჯანმრთელობის დაცვის სერვისებით; ამის კარგი მაგალითია, იმ პერიოდის იდეოლოგიური პრინციპი, რომ „საბჭოთა პაციენტი, მსოფლიოში ყვალაზე ჯანმრთელი ავადმყოფი იყო“. ამ პრინციპიდან გამომდინარე, საბჭოთა სამედიცინო განათლება და ჯანდაცვის სისტემა არ აღიარებდა ტკივილის საფუძველზე განვითარებულ ტანჯვას და შესაბამისად მისი მოხსნის საჭიროებასაც. ასეთივე დამოკიდებულება იყო კიბოსთან ასოცირებული ტკივილების ოპიოდებით მართვის მიმართაც, რომელსაც იშვიათად იყენებდნენ და ისიც მხოლოდ სიცოცხლის ბოლოს; კიბოსმიერი ტკივილის მართვისადმი ასეთი არაადეკვატური დამოკიდებულების ფაქტობრივი მტკიცებულება არის, იმ დროის წამყვანი საბჭოთა ონკოლოგების, მ. გერშანოვიჩისა და მ. პაიკინის რედაქციით 1980 წელს გამოქვეყნებული წიგნი (103) „შორს წასული ავთვისებიანი სიმსივნეების მქონე ავადმყოფების სიმპტომური მკურნალობი“-ს შესახებ, რომელშიც მინიმალურად განიხილავება ძლიერი ტკივილის მართვა. წიგნის ავტორები კოლეგებს ურჩევენ, რომ ძლიერი ტკივილის შემთხვევში გამოიყენონ ოთხი აბი აცეტილსალიცილის მჟავა პარაცეტამოლთან კომბინაციაში, რომელიც ეფექტურია და ნაკლებად ოპიოდები, რადგან ეს უკანასკნელი იწვევს ინტოქსიკაციას;, მოდუნებას, სუნთქვის დათრგუნვას, გუსრევა/ღებინებას, ყაბზობას. ამასთან, ექიმებს ურჩევენ, რომ მორფინის ერთჯერადი საინექციო დოზა კანქვეშ გაკეთების დროს არ უნდა იყოს 20 მგ-ზე ანუ ორ ამპულაზე მეტი, ხოლო დღიურ დოზა - მაქსიმუმ 50 მგ-ზე მეტი ანუ ხუთი ამპულა (103). უმაღლეს სამედიცინო სკოლებში, ტკივილი და მისი მართვა, როგორც საგანი არ ისწავლებოდა, ისე როგორც პალიატიური მზრუნველობა, რომელიც პაციენტებზე მზრუნველ მრავალდარგოვან გუნდში რელიგიურ მსახურსაც გულისხმობდა, რაც არსებულ საბჭოთა ათეისტურ იდეოლოგიისთვის მიუღებელი იყო. ამის დასტურია იმ დროის ონკოლოგიის საუკეთესო სახელმძღვანელოთა სარჩევი და შინაარსი (104,105,106). საბჭოთა სამედიცინო რეგულაციებით ოპიოდების დანიშვნა შეიძლებოდა მხოლოდ იმ ინკურაბელური ონკოლოგიური პაციენტებისთვის, ვისაც მინიჭებული ჰქონდა IV კლინიკური ჯგუფი (103-107). კლინიკური ჯგუფები შემოიღებული იყო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის

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

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

თავი 2.

კვლევის მასალები და მეთოდები

2.1. კიბოთი ავადობის კვლევის მასალები და მეთოდები საქართველოში

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

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

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

ავადობისა და სიკვდილიანობის ინდიკატორების კალკულაციისას გამოყენებული იქნა შემდეგი ფორმულები:

უხეში მაჩვენებლი (Crude rate- C)

უხეში (ინტენსიური) მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$C = (R/N)^* 100,000 = (\sum A_i = 1 r_i / \sum A_i = 1 n_i) * 100,000$$

სადაც

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

ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირე (Age-specific rate - ai)

ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებელი (ai) თითოეული ასაკობრივი

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

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR)

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$ASR = \sum A_i = 1 ai * w_i / \sum A_i = 1 w_i$ სადაც ai- არის ასაკისათვის სპეციფიური მაჩვენებელი,

wi- არის i ასაკობრივი ჯგუფისათვის სტანდარტული (მსოფლიო სტანდარტი)

პოპულაციის რაოდენობა.

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

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

სადაც

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

$$SE (ASR) = \sqrt{[\sum_{Ai=1} (ai * w_{2i} * 100,000 / ni)] / \sum_{Ai=1} wi}$$

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR]

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი (AAR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

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

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

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

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

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR)

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გამოითვალი ფორმულით: $SRR = ASR1 / ASR2$

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SRR) 95% CI SRR გამოთვლილი იქნა ფორმულით: $95\% \text{ CI SRR} = (ASR1/SR2)1 \pm 1.96 / \sqrt{\chi^2}$ სადაც $\chi^2 = (ASR1 - ASR2) / \sqrt{(SE(ASR1)^2 + SE(ASR2)^2)}$

კუმულაციური რისკი (Cumulative Risk- CR)

0-74 წლის პერიოდისთვის, კუმულაციური რისკის (CR0-74) მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით: $CR(0-74) = 100 * [1 - \exp(-\text{Cum. Rate}(0-74) / 100)]$

სადაც Cum. Rate (0-74) არის კუმულაციური სიხშირე 0-74 წლის პერიოდისათვის და გამოთვლილი იქნა ფორმულით: $\text{Cum. Rate}(0-74) = \sum_{15i=1}^{15} ai * ti / 1000$ სადაც ai – არის ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი i ასაკობრივი ჯგუფისათვის ti პერიოდში (წლებში). ვინაიდან ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებლები შეისწავლება 5 წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, როგორც წესი თითოეული ასაკობრივი ჯგუფისათვის $ti=5$.

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

კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალის

მაჩვენელები, კუმულაციური რისკის მაჩვენებლების ანალოგიურად გამოითვლება

კუმულაციური სიხშირის მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალის

მაჩვენებლებიდან. კუმულაციური სიხშირის მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი

ინტერვალი (95% CI Cum. Rate) გამოთვლილი იქნა ფორმულით: 95% CI Cum. Rate = Cum. Rate \pm (1,96 * SE Cum.Rate) სადაც SE Cum.Rate = $\sqrt{[\sum Ai=1 (ai * ti^2 / ni) / 1000]} * 10$

გადარჩენის მაჩვენებელი. მის გასათვლელად გამოიყენება როგორც პირდაპირი, ისე არაპირდაპირი მეთოდები (NCDC.ge). გადარჩენის მაჩვენებლების გასათვლელად ყველაზე მარტივია პირდაპირი მეთოდის გამოყენება; იგი აჩვენებს იმ პაციენტების პროცენტულ რიცხვს, რომლებიც მკრნალობის შედეგად გადარჩენ დაინტერესებული პერიოდის ბოლომდე (მაგ., ხუთწლიანი ან ათწლიანი პერიოდი). მეთოდი არ ითვალისწინებს დაკვირვების პერიოდში (მაგ. ხუთწლიანი) პაციენტების ჯგუფში გადარჩენის არსებულ განსხვავებებს; კაპლან-მეიერის მეთოდი ყველაზე პოპულარულია გადარჩენის ალბათობის შეფასების არაპირდაპირი მეთოდებიდან. თითოეული შემთხვევისთვის (სიკვდილისთვის) ის ითვალისწინებს გამოვლენის მომენტს (რაც სავარაუდოდ შემთხვევით მოხდება) კვლევის დროს (მაგალითად, 5 წელი) და აერთიანებს გადარჩენის ალბათობას, რაც გამოითვლება შემდგომი დროის ინტერვალებისთვის. ყოველი დროის ინტერვალი, რომელიც უმეტესად არათანაბარია, განისაზღვრება, როგორც დროის მონაკვეთი ორ მომდევნო მოვლენას (სიკვდილს) შორის (<https://test.ncdc.ge/>). გადარჩენის კონცეფციის მიხედვით, 1 ან 5 წლის შემდეგ პაციენტი ცოცხალი იქნება, თუმცა დაავადება შეიძლება განმეორდეს ან არ განმეორდეს. გადარჩენის მერიდიანის პერიოდი არის დროის საშუალო ხანგრძლივობა (მკურნალობის დაწყებიდან ან დიაგნოსტიკის დროიდან), რომლის დროსაც პაციენტები გადარჩებიან.

2.2. რეტროსპექტული კვლევის სამიზნე ჯგუფები და მეთოდები

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

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

საქართველოს ონკოლოგიური პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში ინკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკივილის სიხშირის, მისი

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

ცხრილი 3.

სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებშიც ჩატარდა ონკოლოგიურ პაციენტთა რეტროსპექტული კვლევა

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

კვლევაში ჩართული 354 ონკოლოგიური პაციენტები წარმოადგენდა ყველა ასაკობრივ ჯგუფს (იხ. დანართი 6); მათი ასაკი მერყეობდა 22–94 წლის ფარგლებში. საშუალო ასაკი იყო 63.2 წელი. 51 წლამდე იყო 36 (10.2%) პაციენტი, 51–70 წლის ფარგლებში - 234 (66.1%), 70 წლის ზემოთ იყო 84 (23.7%) ავადმყოფი (Chi-Square 214.33; p<0.05).

კვლევა დაიწყო 2019 წლის ბოლოს უნივერსალური სამედიცინო ცენტრიდან, ყოფილი ა. ღვამიჩავას სახელობის ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის არქივში დაცული სამედიცინო ბარათების კვლევით; კერძოდ, იმ პაციენტთა ისტორიების შესწავლით, რომლებმაც კიბოს გამო ჩაიტარეს რადიკალური და/ან პალიატიური მკურნალობა სხვადასხვა მეთოდით. არქივში დაცული სამედიცინო ბარათების შესასწავლად შემუშავდა სპეციალური კითხვარი 1. (იხ დანართი 7); მის შედგენაში მონაწილეობდენ უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის (ყოფილი პროფესორ ა. ღვამიჩავას ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის) ონკოლოგები და პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტები. კითხვარის ადაპტირება აპრობაციით მოხდა 2019 წლის დეკემბერში უნივერსალურ სამედიცინო ცენტრის ქიმიო- და სხივური თერაპიის დეპარტამენტში.

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

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

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

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

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

2.3. პროსპექტული კვლევის სამიზნე ჯგუფები და მეთოდები

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

პროსპექტული კვლევა წარიმართა 2 ნაწილად:

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

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

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

2.4. ქრონიკული ტკივილის შეფასების ინსტრუმენტები

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

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

ქრონიკული ტკივილის მართვის ეფექტურობის შესაფასებელად პრაქტიკაში ყველაზე მეტი აღიარება მოიპოვა ტკივილის მართვის ინდექსის (ტმი, PMI) დადგენამ (18). ამისთვის გამოითვლება ტკივილის ქულა, შემდეგ მკურნალობის ქულა. ქულები გაანგარიშდება შემდეგი სახით:

სუსტი ტკივილი = 1 ქულას (NRS >4),

საშუალო = 2 (NRS 4,5,6),

ძლიერი 3 (NRS 7-10);

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

შემდეგ გამოითვლება ტკივილისა და მკურნალობის ქულების შეფარდება. თუ ტკივილის მართვის ინდექსის (ტმი) დადებითია, შედეგი მიუთითებს ადეკვატურ მკურნალობაზე, თუ ტმი-ის შედეგი უარყოფითია - პირიქით. კვლევის ბოლოს, ექიმები, რომლებიც საარქივო მასალის მოძიებაში და მათ შესახებ დაავადებათა კონტროლის ერთიან ბაზაში (ცოცხალი იყო თუ არა) გადამოწმებაში, ასევე კითხვარის პილოტურ აპრობაციაში, გამოთქვამდნენ თავიანთ მოსაზრებებს კვლევის შედეგად მიღებულ მონაცემებზე, გამოიკითხენ სხვა ექიმებთან (იხ. დანართი 16) ერთად (60 ექიმი) ტკივილის მართვის შესახებ. ტესტირება მოიცავდა 7 კითხვას (იხ. დანართი 7), რომელიც შედარდა 2006 წელს იგივე კითხვარით 138 პროფესიონალის შედეგს (110).

2.5. ოპიოიდების მოქმედი მარეგულირებელი დოკუმენტები საქართველოში იპიოიდების ხელმისაწვდომობის დასადგენად გაანალიზდა მის მოხმარების მოქმედი ყველა რეგულაციური დოკუმენტი:

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

კანონები:

პაციენტის უფლებებს (2000წ.,),

ჯანმრთელობის დაცვის (2002წ.,),

საექიმო საქმიანობის შესახებ (2005წ.,);

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

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

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

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

განხილული დოკუმენტაციის ჩამონათვალი მოყვანილია ქვემოთ.

კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ; 2000	აპრილი, 2007	საქართველოს პარლამენტი
კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ; 2002	აპრილი, 2007	საქართველოს პარლამენტი
კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ; 2005	აპრილი, 2007	საქართველოს პარლამენტი
კანონი „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქო-ტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ (კონსოლიდირებული 2012)	აპრილი, 2007 ივლისი, 2012	საქართველოს პარლამენტი
ბრძანება N32/ო-102, 2000,,ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმპტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტინგენტის საჭიროებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემის და გამოყენების დროებითი წესის დამტკიცების შესახებ	25.08.2008 (N 199/п - 883) 28.01.2010 (N18/п - N96)	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და შინაგან საქმეთა სამინისტრო
ბრძანება N465/ო, 1999 სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების, ამ ნივთიერებათა წამლის ფორმების, მათი შემცველი კომბინირებული პრეპარატების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმების დამტკიცების, მათი დანიშვნისა და გამოწერის დროებითი წესების შესახებ	28.01.2010 (№17/n)	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
ბრძანება N157/ნ, 2008 ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე	26.02.2010 (N 55/n)	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
სახელმწიფო პროგრამა "პალიატიური მზრუნველობა ინკურაბელურ პაციენტებში"	15.02. 2011 (N77) 31.10. 2013(N279)	საქართველოს მთავრობა

თავი 3.

კიბოს ეპიდემიოლოგიური დახასიათების კვლევის შედეგები

3.1. კიბოს ზოგადი ეპიდემიოლოგიური დახასიათება საქართველოში

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

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

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

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

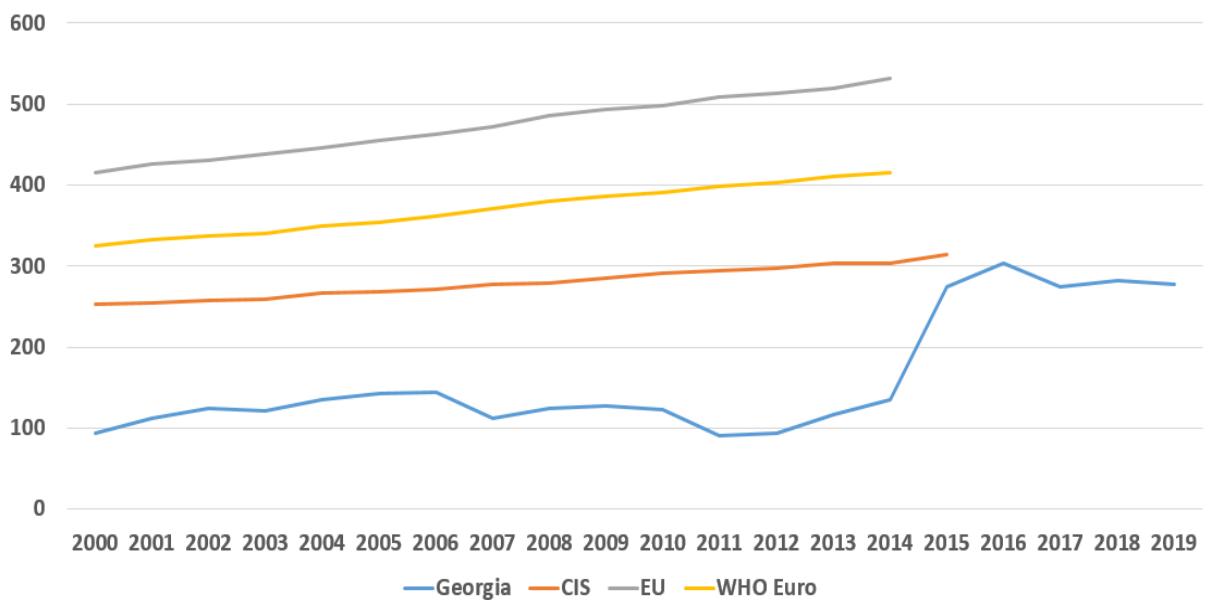
საქართველოში კიბოს რეგისტრის ორგანიზებით, შესაძლებელი გახდა ავთვისებიანი სიმსივნეების შესახებ ხარისხიანი მონაცემების მიღება; მოცემული დოკუმენტი მოიცავს, საქართველოს მასშტაბით 2015-2019 წლებში რეგისტრირებული ყველა ლოკაციის ორგანოს კიბოს სტატისტიკურ მონაცემებს.

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

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

დიაგრამა 1.

კიბოს ინციდენტობა 100.000 მოსახლეზე საქართველოში და სხვა ქვეყნებში



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

ცხრილი 4.

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

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

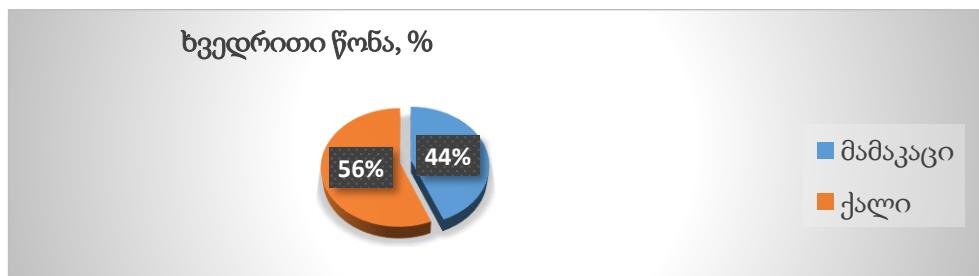
ცხრილი 4-დან ჩანს, რომ საქართველოში კიბოს სიხშირის დინამიკა თანაბარია, თუმცა დროში შეინიშნება ავადობის კლების ტენდენცია, სიკვდილიანობის - პირიქით.

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

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

დიაგრამა 2.

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



წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 5.

კიბოთი ინციდენტობა სქესის მიხედვით 2015-2019 წლებში საქართველოში

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

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

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

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

Confidence level 95%

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

ცხრილი 5-ის მონაცემებით დასტურდება, რომ ქალები უფრო ხშირად ავადდებიან კიბოთი, ვიდრე მამაკაცები ($Z=17.8$; $P<0.001$).

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

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

ცხრილი 6.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში ყოველ 100.000 მამაკაცზე ავადობის მონაცემების საქართველოში (იხ. ცხრილი 6) შედარებამ 2008 წლის იგივე მონაცემებთან აჩვენა (118), რომ გაიზარდა ყველა ლოკაციის კიბოს სიხშირე და ეს ეხება როგორც აბსოლუტურ რიცხვებს, ისე უხეშ მაჩვენებლებს (100,000 მამაკაცზე). მამაკაცებში 2008 წელს დარეგისტრირდა ყველა ლოკაციის 2904 ახალი შემთხვევა, რამაც 100.000 მამაკაცზე შეადგინა 139,7, ხოლო 2015-2019 წლებში (სულ 22.875) საშუალოდ რეგისტრირდებოდა 4575 ახალი შემთხვევა; ინციდენტობამ 100.000 მამაკაცზე კი 257.7 შეადგინა; ცვლილებებია დროში იყო კიბოთი ინციდენტობის სტრუქტურაშიც; კერძოდ, პროსტატის კიბო III რანგიდან ავიდა II, შარდის ბუშტის კიბო X ადგილიდან ავიდა II და სხვა; 2015-2019 წლებში მხოლოდ ფილტვის კიბო დარჩა პირველ ადგილზე. ასევე აღინიშნა ყველა ლოკაციის კიბოთი ინციდენტობის ზრდაც; ფილტვის კიბო ყოველ 100.000 მამაკაცზე 2008 წლის

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

ცხრილი 7.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 8.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 9.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 10.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 11.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

ცხრილი 12

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 13.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

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

ცხრილი 14.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 15.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

ცხრილი 16.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

ცხრილი 17.

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

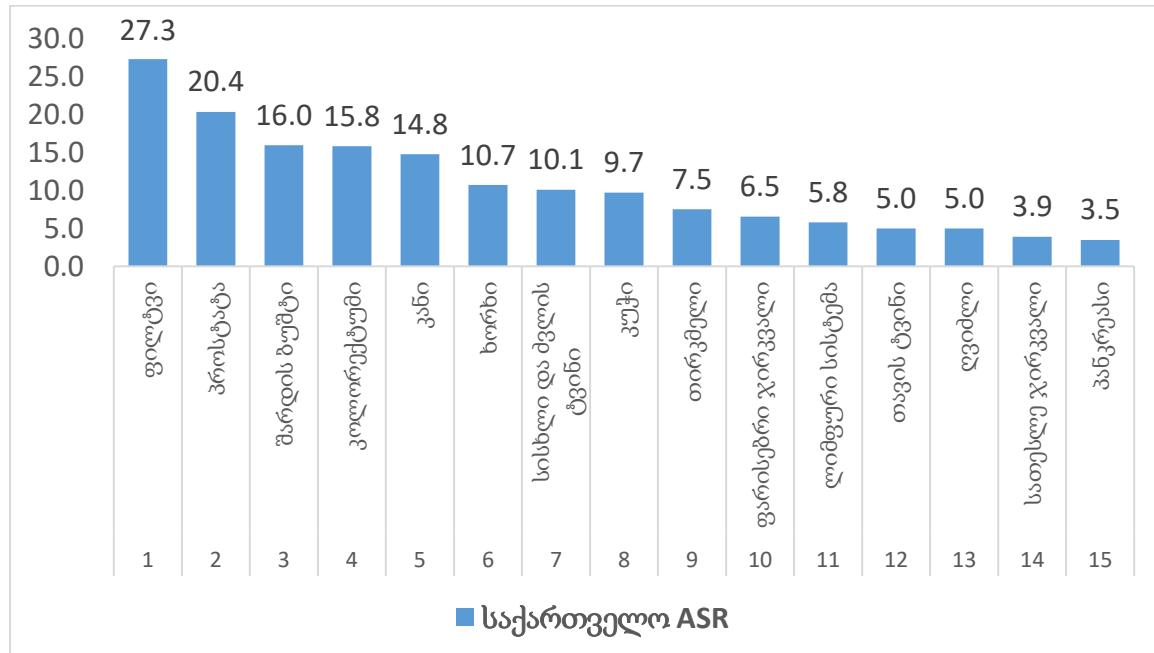
#	ლოკაცია	CR ₆₄	95% CI CR ₆₄		CR ₇₄	95% CI CR ₇₄	
1	ფილტვი	1,7	1,6	1,8	3,3	3,1	3,4
2	პროსტატა	0,6	0,6	0,7	2,3	2,2	2,4
3	კანი	0,6	0,6	0,7	1,6	1,4	1,7
4	შარდის ბუშტი	0,8	0,7	0,9	1,7	1,6	1,9
5	კოლორექტული	0,8	0,7	0,9	1,7	1,6	1,8
ყველა ლოკაცია		9,7	9,5	9,9	18,2	17,9	18,6

წყარო: კვლევის შედეგები

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

დიაგრამა 2.

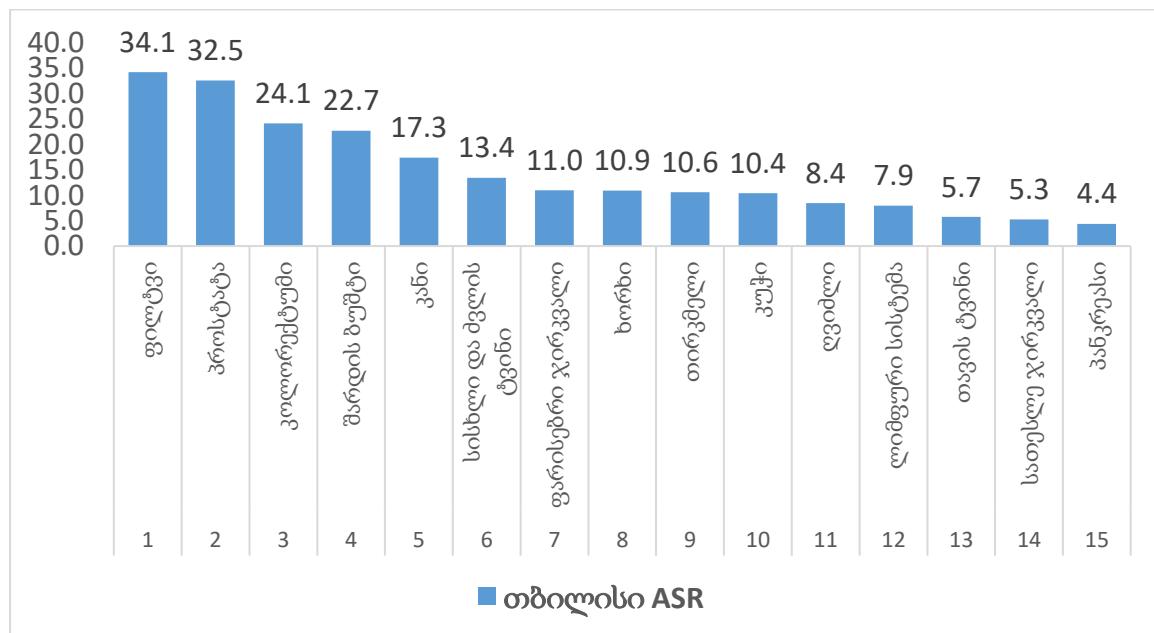
კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR)
ყოველ 100,000 მამაკაცზე საქართველოში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 3.

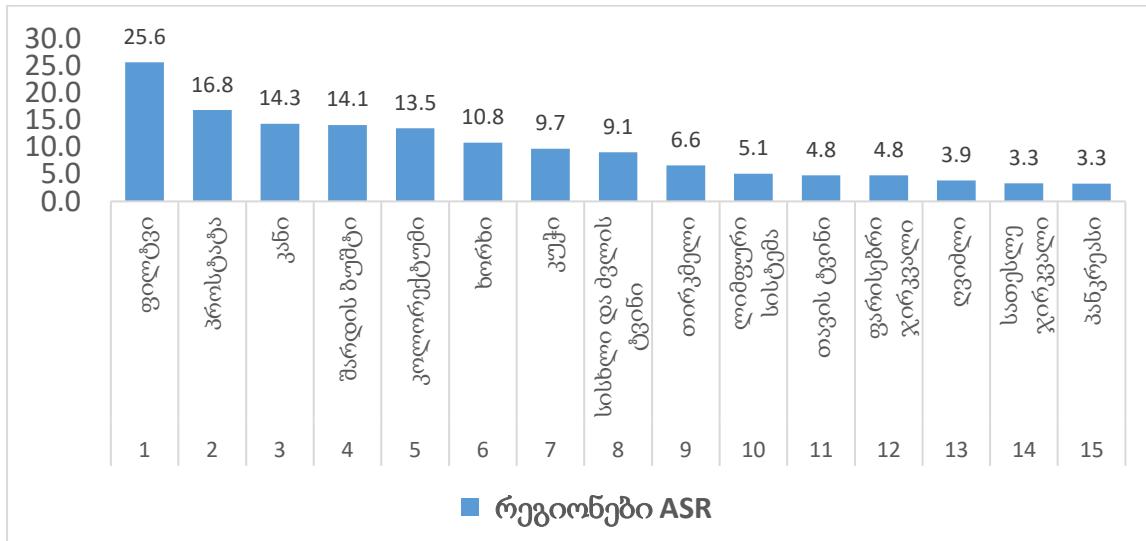
კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR)
100,000 მამაკაცზე თბილისში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 4.

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



წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ცხრილი 18.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

2008-დან 2015-2019 წლამდე შეიცვალა ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურა, ძუძუს კიბოთი ავადობა 52,6-დან 95,7-მდე გაიზარდა, ხოლო ფარისებრი ჯირკვლი XII ადგილიდან გადავიდა II-ზე.

ცხრილი 19.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 197 (ცხრილი 19). კიბოს ლოკაციების მიხედვით რანგით I ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (ASR=63,2; 95% CI ASR= 61,8-64,5), II - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=34,4; 95% CI ASR= 33,3-35,5), III -

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

ცხრილი 20.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

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

ცხრილი 21.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

ცხრილი 22.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 23.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 24.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

ცხრილი 25.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

ცხრილი 26.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 27.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 28.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 29.

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

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

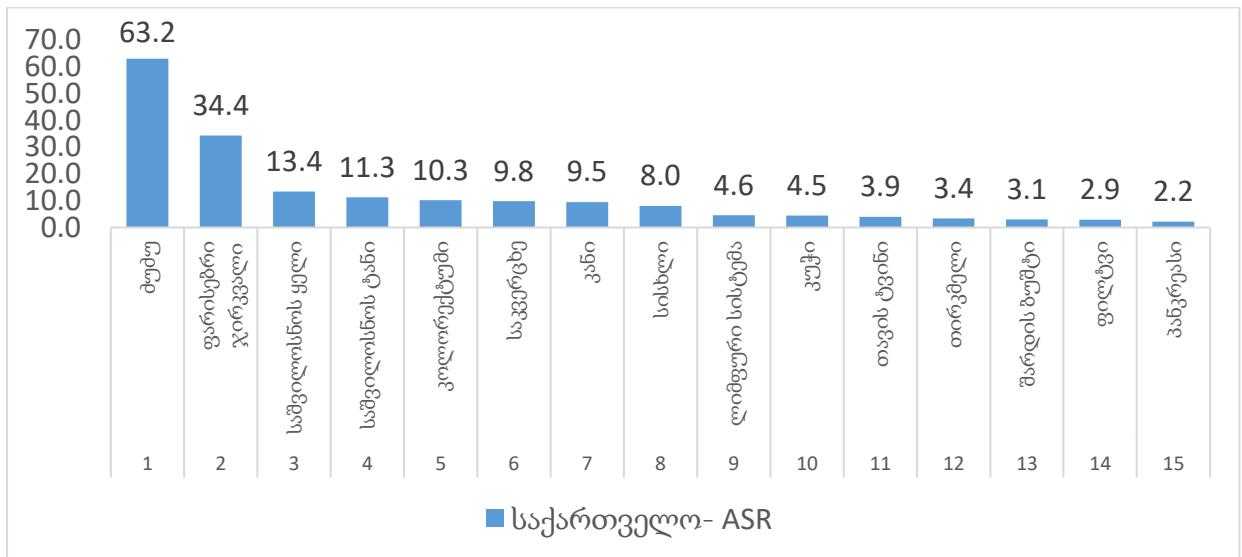
წყარო: კვლევის შედეგები

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

ჰქონდა ძუძუს კიბოს ($CR_{64}=4,2$; 95% CI $CR_{64}= 4,0-4,3$), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯენუფში ოდნავ მატულობს ($CR_{74}=5,9$; 95% CI $CR_{74}= 5,8-6,1$).

დიაგრამა 6.

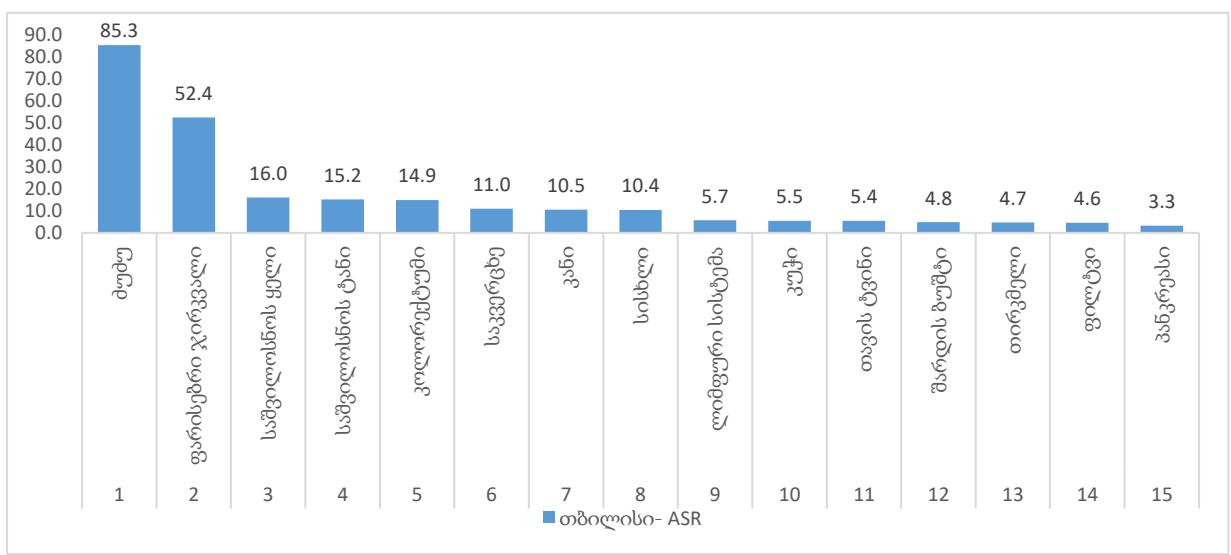
კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR)
100,000 ქალზე 2015-2019 წწ. საქართველოში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 7.

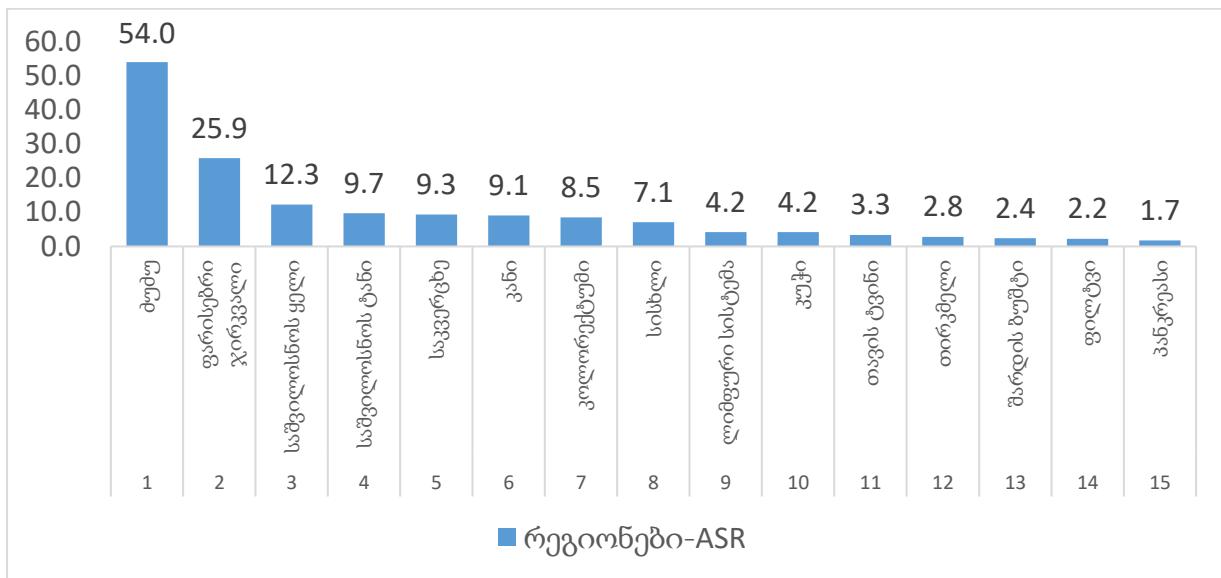
კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR)
ყოველ 100,000 ქალზე 2015-2019 წწ. თბილისში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 8.

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



წარმო: კვლევის შედეგები

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

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

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

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

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

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

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

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

დიაგრამა 9.

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

კიბოს შემთხვევების აბსოლუტური რაოდენობა

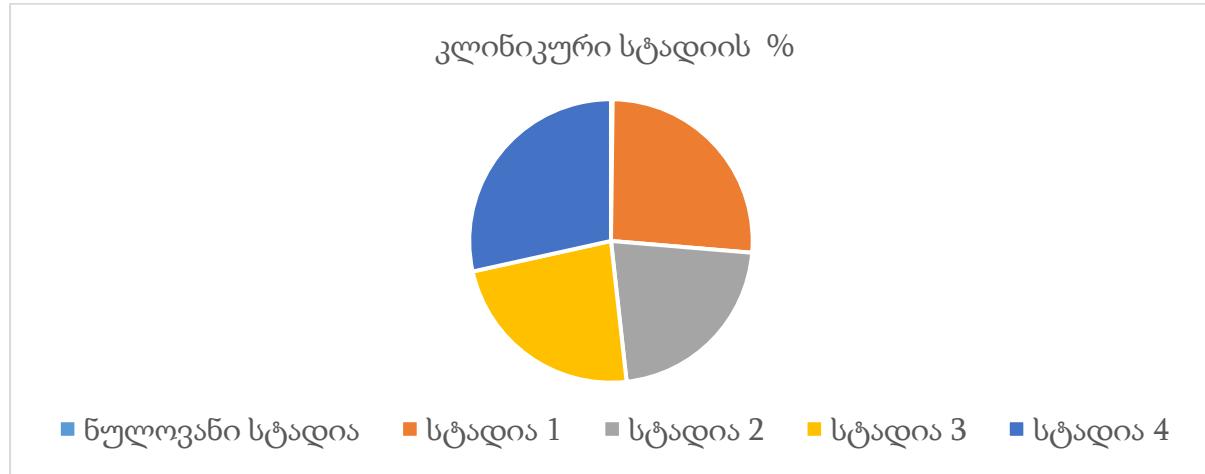


■ ნულოვანი სტადია ■ სტადია 1 ■ სტადია 2 ■ სტადია 3 ■ სტადია 4

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 10.

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



წყარო: კვლევის შედეგები

კიბოს სტადიების განაწილება ლოკაციების ნაჩვენებია ცხრილებში 30.1 და 30.2.

ცხრილი 30.1.

კიბოს კლინიკური სტადიების განაწილება ლოკაციების მიხედვით

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

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

ცხრილი 30.2.

კიბოს სტადიების განაწილება ლოკაციების მიხედვით (გაგრძელება)

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

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

ცხრილი 31.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

ცხრილი 32.

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

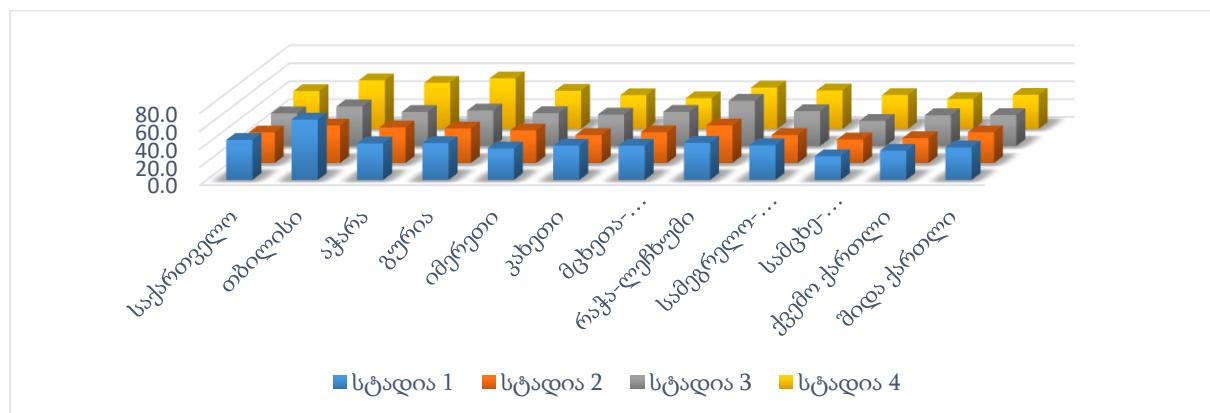
#	სტადია	AAR	95%CI	CR 0-64	95%CI	CR 0-74	95%CI
1	სტადია 1	62,0	61,2 62,9	3,2	3,1 3,2	4,7	4,6 4,8
2	სტადია 2	52,0	51,3 52,7	2,2	2,2 2,3	3,9	3,8 4,0
3	სტადია 3	55,3	54,6 56,0	2,5	2,4 2,6	4,3	4,2 4,4
4	სტადია 4	67,6	66,8 68,3	2,7	2,6 2,7	5,0	4,9 5,1
5	გაშლილი სტადია	0,6	0,5 0,6	0,0	0,0 0,0	0,0	0,0 0,1
6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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

დიაგრამა 11.

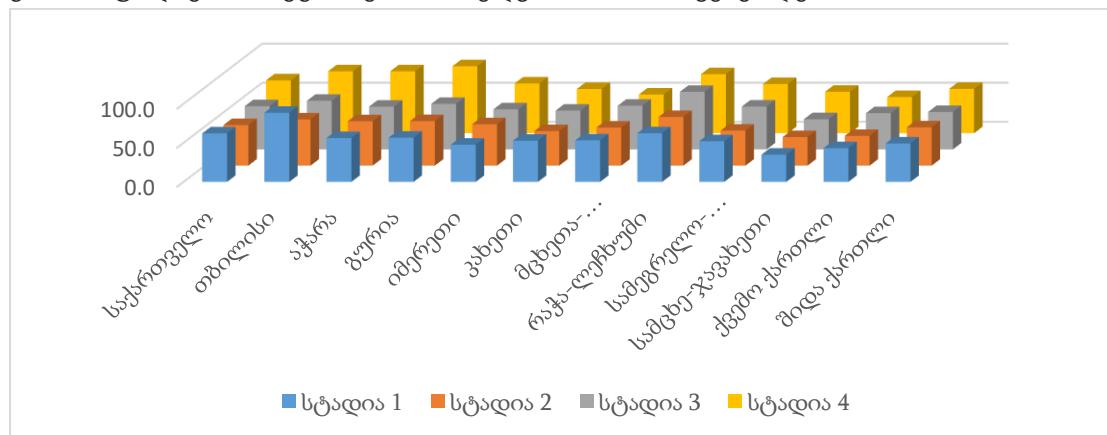
კიბოს სტადიები რეგიონების მიხედვით ASR მაჩვენებლებით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 12.

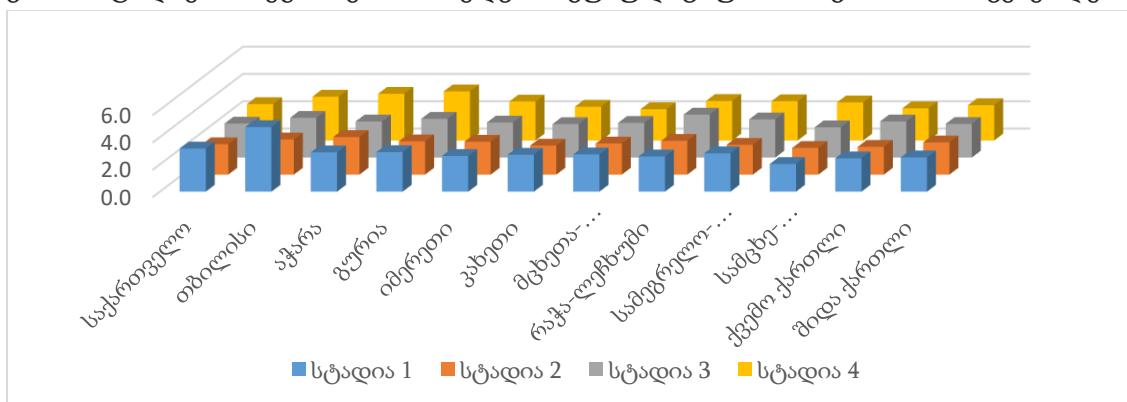
კიბოს სტადიები ს რეგიონების მიხედვით AAR მაჩვენებლებით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 13.

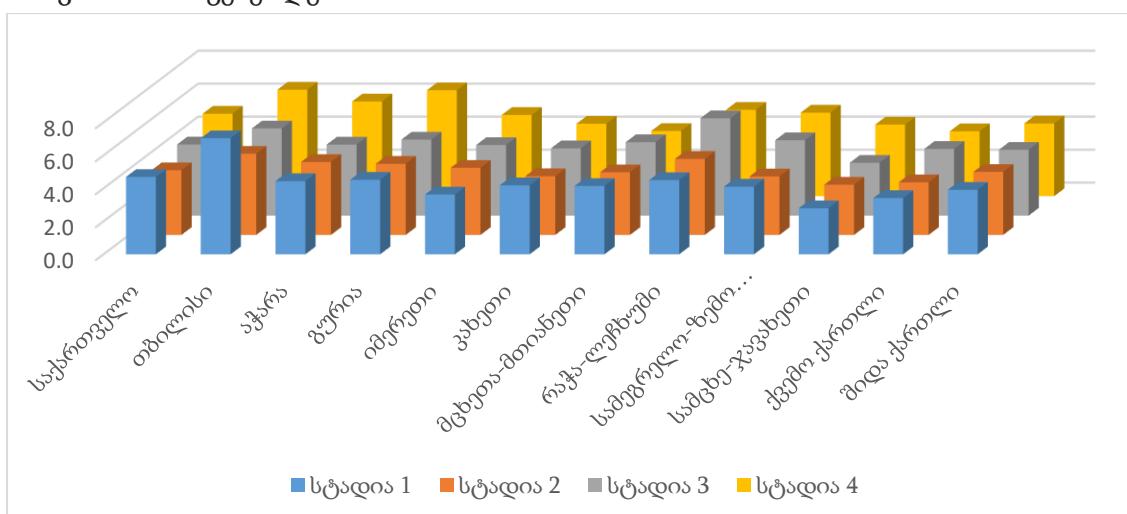
კიბოს სტადიები რეგიონების მიხედვით კუმულაციური რისკის CR₆₄ მაჩვენებლებით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 14.

კიბოს კლინიკური სტადიები საქართველოს რეგიონების მიხედვით კუმულაციური რისკის CR₇₄ მაჩვენებლებით



წყარო: კვლევის შედეგები

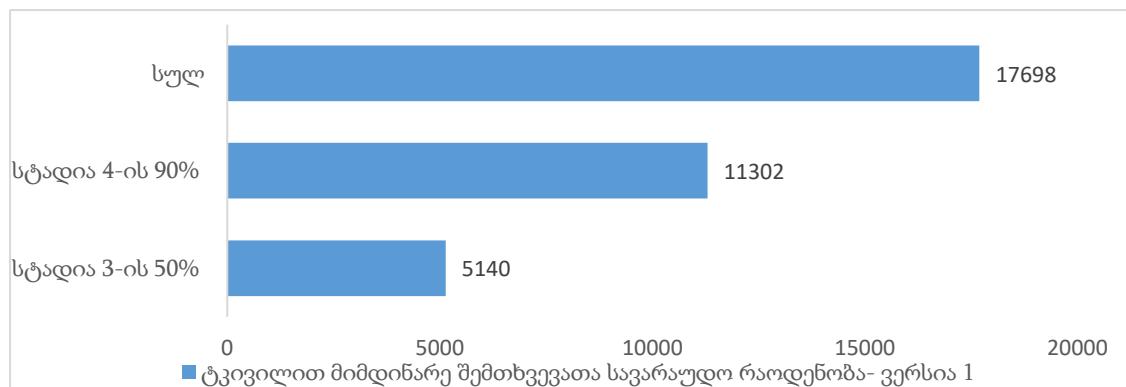
2025-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში კიბო 1-ლ სტადიაში დიაგნოსტირებული იყო 22.1%-ში, II-ში 18.5%-ში, III-ში 19.7%-ში, IV-ში 24.1%-ში. რეგიონებიდან მაღალი სიხშირით IV სტადიაში კიბო დიაგნოსტირებული იქნა გურიაში (ASR=56,2%₀₀₀₀; AAR=85.7%₀₀₀₀; CR₆₄=3.6; CR₇₄= 6.4), თბილისში (ASR=54,2%₀₀₀₀;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

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

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

დიაგრამა 15.

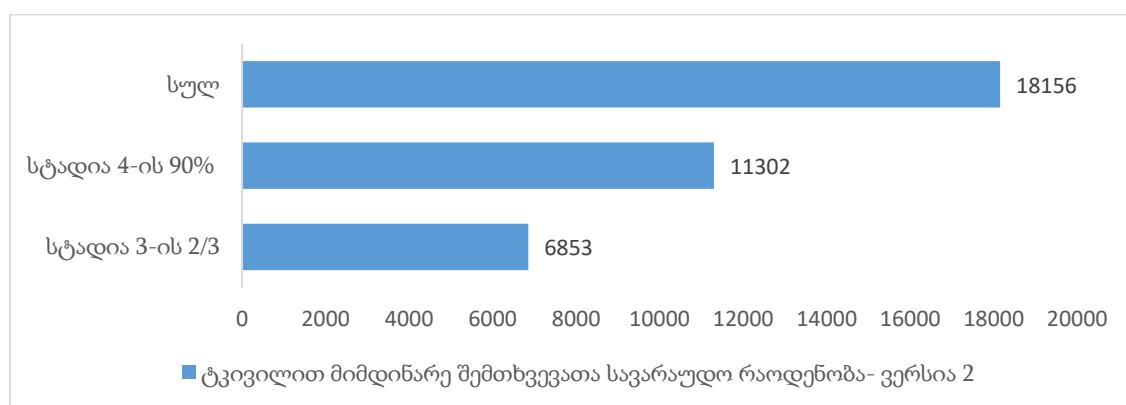
ტკივილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 1



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 16.

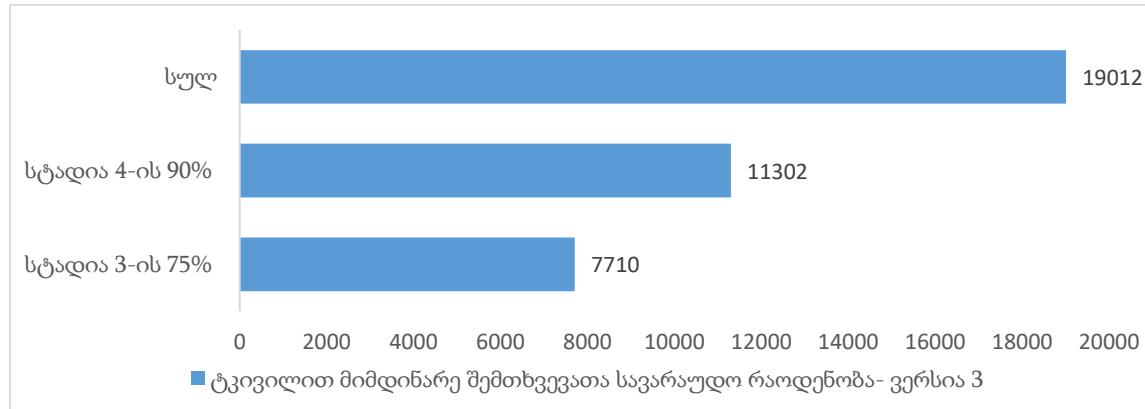
ტკივილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 2



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 17.

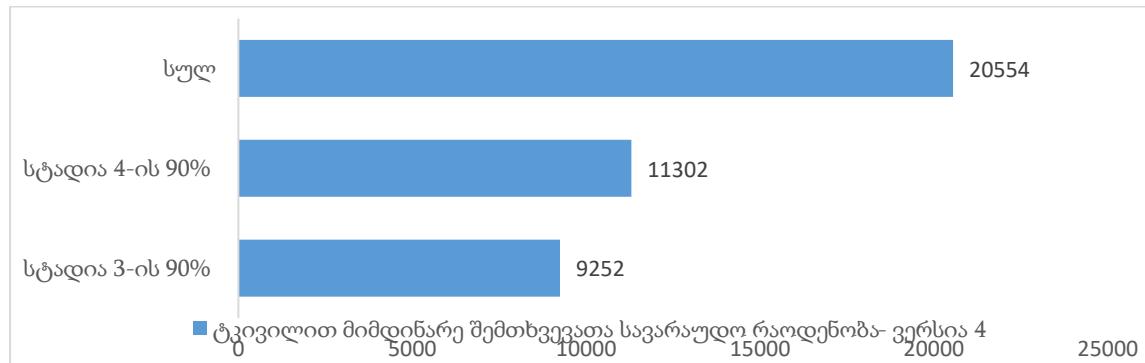
ტკივილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 3



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 18.

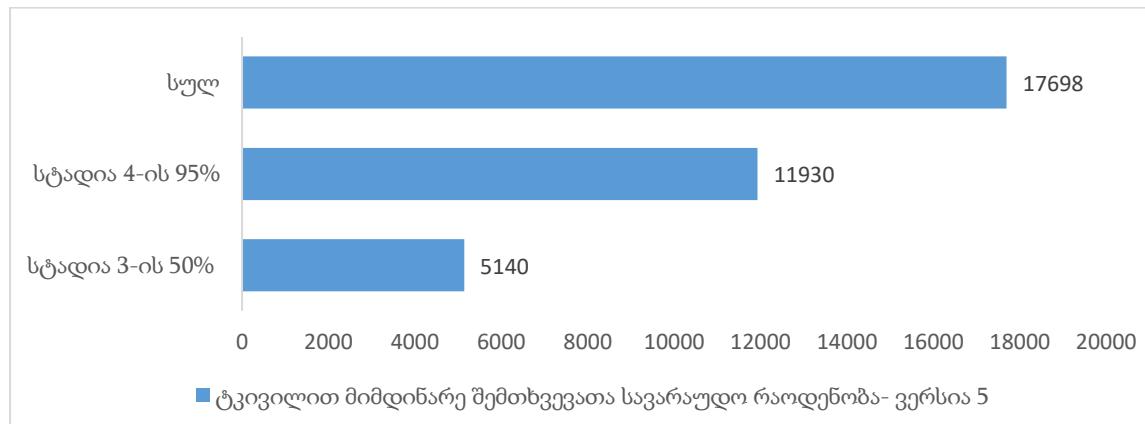
ტკივილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 4



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 19.

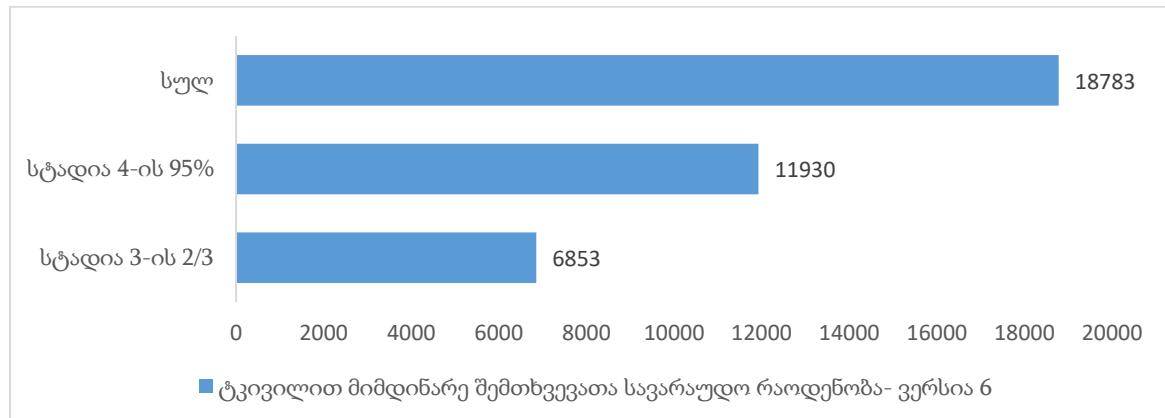
ტკივილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 5



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 20.

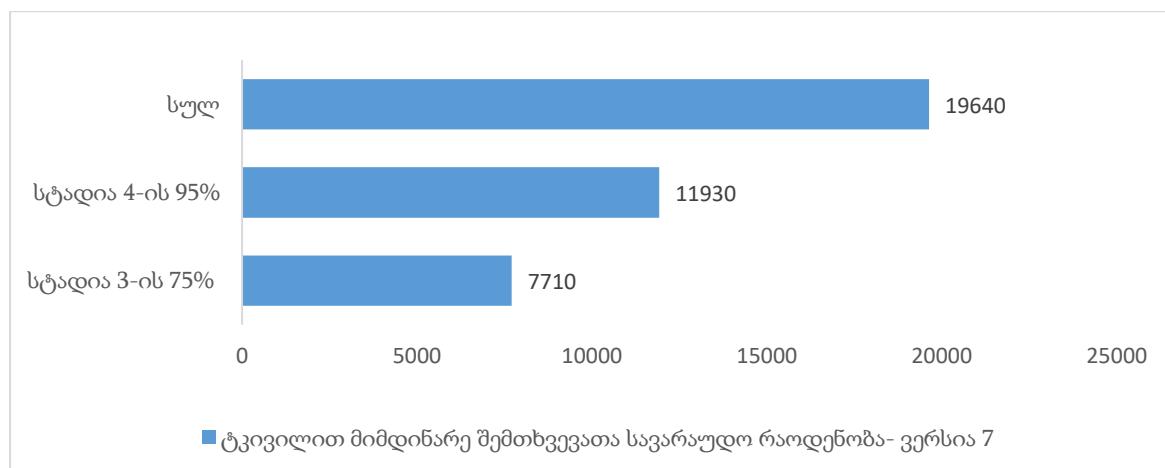
ტკივილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 6



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 21.

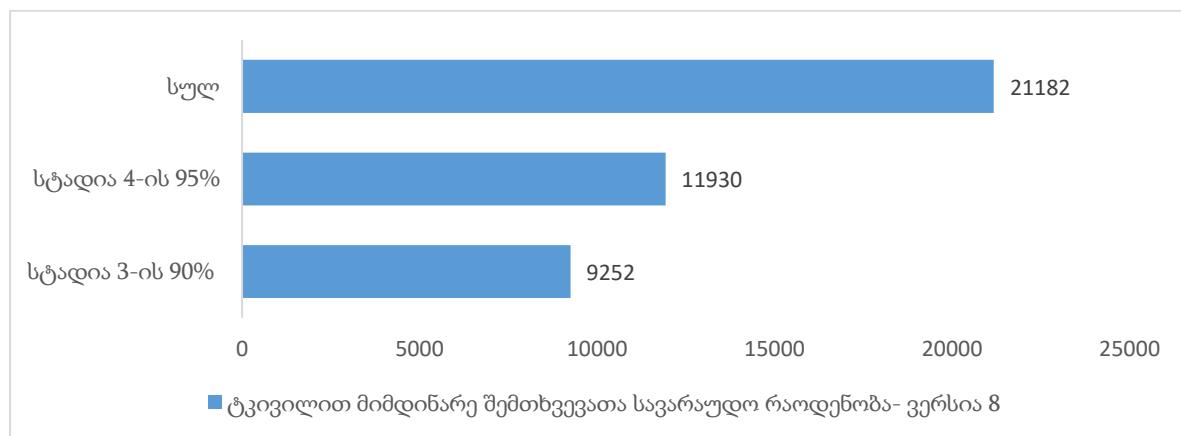
ტკივილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 7



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 22.

ტკივილით მიმდინარე შემთხვევათა სავარაუდო რაოდენობა. ვერსია 8



წყარო: კვლევის შედეგები

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

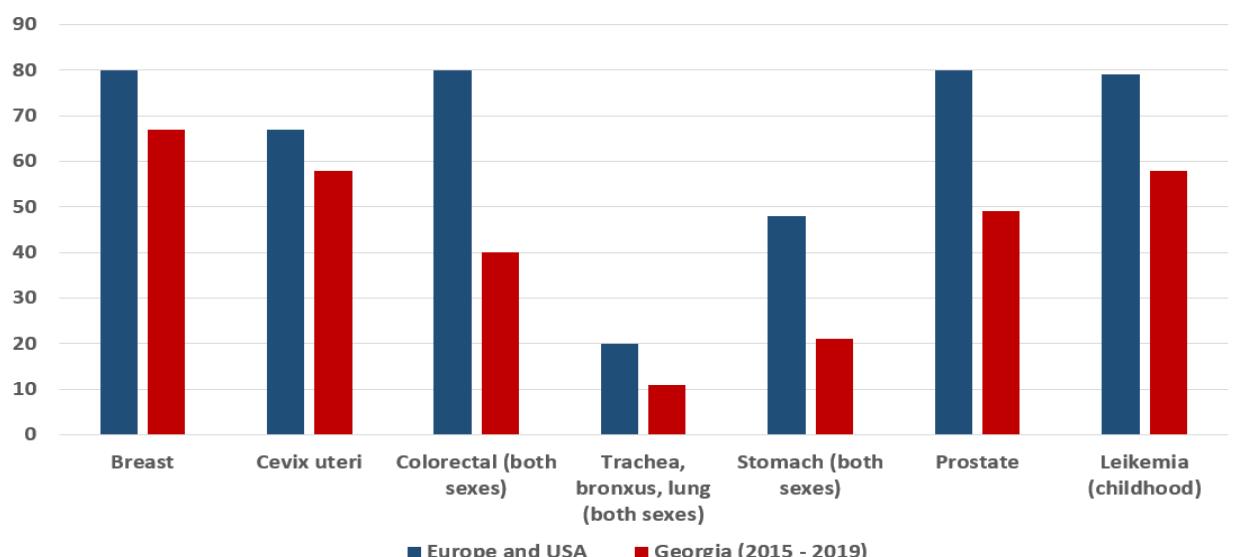
ამრიგად, ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის სიხშირე და სიძლიერე საჭიროებს შესწავლას, სავალდებულო რეგისტრაციას და აქტიურ Follow-up მონიტორინგს.

3.3. კიბოს ხუთწლიანი გადარჩენადობა საქართველოში

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

დიაგრამა 23.

საქართველოში ზოგიერთი ორგანოს კიბოს 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი~



წყარო: საქართველოს მოსახლეობის კიბოს რეესტრი.

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

ცხრილი 33.

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

N	ყველა ლოკაციის კიბო	3-წლიანი გადარჩენის %
1	ფარისებრი ჯირკვალი	92,8
2	In situ	89,1
3	ჰოჯკინის ლიმფომა	74,5
4	თირკმელი/თირკმლის მენჯი	69,3
5	საშვილოსნოს ტანი	66,7
6	კანის სხვა სიმსივნეები	66,5
7	ძუძუ (ქალებში)	66,0
8	შარდის ბუშტი	56,9
9	საშვილოსნოს ყელი	56,9
10	ხორხი	50,8
11	არაჰოჯკინის ლიმფომა	47,9
12	პროსტატა	46,6
13	ლეიკემია	43,9
14	მეზოთელიური/რბილი ქსოვილები	43,2
15	კოლორექტული	41,4

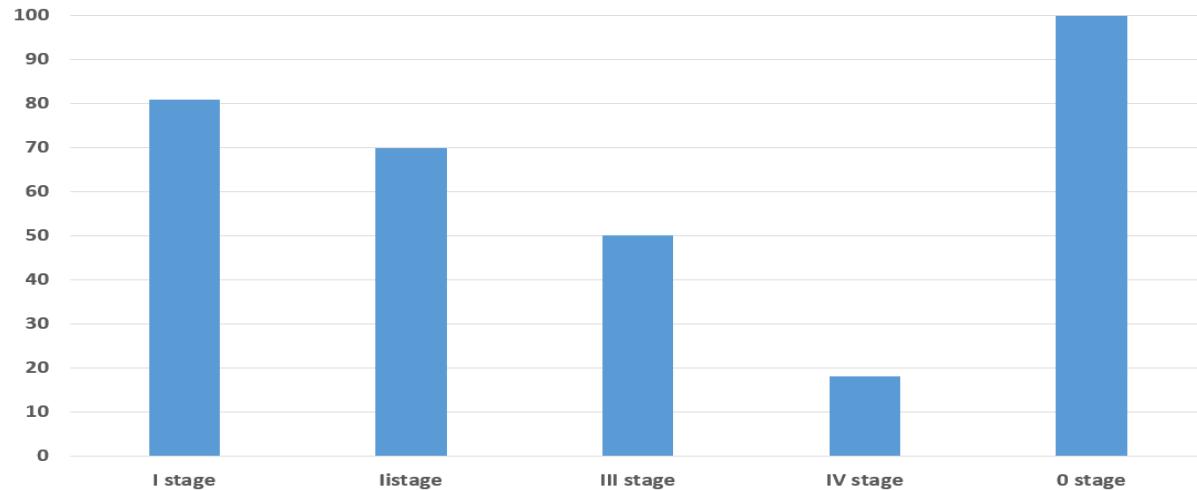
საშუალო გადარჩენის მაჩვენებელი ყველა ლოკაციისთვის - 50,1%; წყარო: საქართველოს მოსახლეობის კიბოს რეესტრი.

33-ე ცხრილიდან ჩანს, რომ საქართველოში ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის მკურნალობის თვალსაზრისით ყველაზე მაღალი 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები აქვთ ფარისებრ ჯირკვალს (92,8%), Cancer In situ (89,1%), ჰოჯკინის ლიმფომას (74.5%), თირკმელისა და თირკმლის მენჯს (69.3%) და საშვილოსნოს ტანს (66,7%). დადგინდა, რომ საქართველოში კიბოს პოპულაციის რეესტრის გამოთვლით ხუთ წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი კიბოს ყველა ლოკაციისთვის საშუალოდ შეადგენს 50.1%-ს (გამოთვლილია პირდაპირი გაანგარიშებით). მოსახლეობის კიბოს რეესტრით, კიბოს დიაგნოზის დადგენა ადრეულ სტადიაზე დადებითად კორელირებს

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

დიაგრამა 24.

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



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

ცხრილი 34.

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

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

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

<https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId= High survival rate 51882; NCDC>

ცხრილი 34-დან ჩანს, რომ საქართველოში ძუმუს კიბოს ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი 66.0%-ა, რაც არ არის ცუდი, მაგრამ სხვა ქვეყნებთან შედარებით დაბალია. ამიტომ საჭიროა მაჩვენებლების შემდგომი გაუმჯობესება, რადგან სხვა ქვეყნების მაგალითზე შესაძლებელია. მსგავსი მდგომარეობა არის საშვილოსნოს ყელის კიბოს ხუთწლიანი გადარჩენის დროსაც, რომელიც 32-ე ადგილზეა; საშვილოსნოს ყელის კიბოს ხუთწლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი 56.9%-ია; ამ მაჩვენებლით საქართველო დაბალი გადარჩენის ქვეყნების ჯგუფში მიეკუთვნება.

ცხრილი 3.

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

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

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

<https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId= High survival rate 51882; NCDC>

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

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

მიზნით განვიხილავთ საქართველოში კიბოს მკურნალობის მეთოდებს და მათ სიხშირეს.

3.4. კიბოს მკურნალობის მეთოდები საქართველოში

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

ცხრილი 36.

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

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

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

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

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

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

ცხრილი 37.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

თავი 4.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკივილის

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის შედეგები

4.1. ტკივილის სიხშირე ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში

(სამედიცინო ბარათებით)

მკურნალობის პროცესში ტკივილის სიხშირის დასადგენად შესწავლილი იყო 354

კიბოს გამო ნამკურნალები პაციენტის არქივში დაცული სამედიცინო ბარათები.

საშუალო ასაკი იყო 63.2 წელი. 51 წლამდე იყო 52 (14.8%) პაციენტი, 51-70 წლის ასაკში - 228 (64.4%), 70 წლის ზემოთ - 74 (20.9%; Chi-Square 196.81; p<0.05).

სამედიცინო ბარათების ტკივილის შესახებ კვლევამ (იხ. ცხრილი 38) აჩვენა, რომ 354

კიბოს მქონე პაციენტიდან ტკივილი დაფიქსირებული ჰქონდა 138 პაციენტს ანუ შემთხვევათა 39%-ს (Chi-Square 17.19; p <0.001).

ცხრილი 38.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკივილის სიხშირე სამედიცინო ბარათების მიხედვით

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 39.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკივილის სიხშირე და

სტატისტიკური ანალიზი (სამედიცინო ბარათებით)

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 40.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობისას ტკივილის სიხშირე სტადიების მიხედვით (სამედიცინო ბარათებით)

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

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

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

ცხრილი 41.

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

ასაკი	პაციენტი	ფიქსირებული ტკივილი
50 წლამდე	33	100%
50 – 69 წელი	226	100%
70 და მეტი	95	100%
ყველა ასაკი	354	100%
წყარო: კვლევის შედეგები		

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

ცხრილი 42.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის დროს ტკივილის სიძლიერე (სამედიცინო ბარათებით)

ტკივილის სიძლიერე	ფიქსირებული ტკივილი
სუსტი	30
საშუალო	34
ძლიერი	17
უცნობია	57
სულ	138
წყარო: კვლევის შედეგები	

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

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

ცხრილი 43.

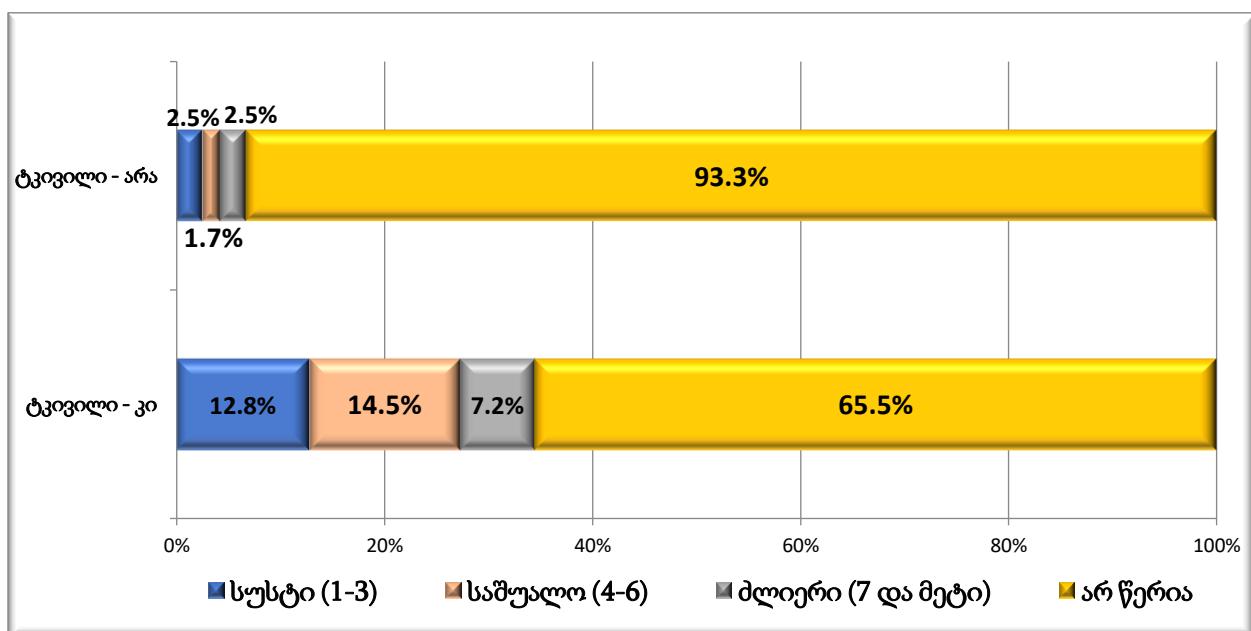
კიბოსმიერი ტკივილის სიძლიერის სიხშირე (სამედიცინო ბარათებით)

ჯგუფი	n; %	ტკივილის სიძლიერე				სულ
		სუსტი	საშუალო	ძლიერი	არ წერია	
ტკივილი - ვი	n=	30	34	17	154	235
	%	12.8	14.5	7.2	65.5	100.0
ტკივილი - არა	n=	3	2	3	111	119
	%	2.5	1.7	2.5	93.3	100.0
სულ	n=	33	36	20	265	354
	%	9.3	10.2	5.6	74.9	100.0
Test		Test value		P		
Pearson Chi-Square		9.29		0.026		
Likelihood Ratio		13.32		0.004		
Linear-by-Linear Association		8.11		0.004		

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 25.

კიბოსმიერი ტკივილის სიძლიერე სამედიცინო ბარათების მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

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

ცხრილი 44.

კიბოსმიერი ტკივილის მართვისთვის დანიშნული ანალგეზიური საშუალებები (სამედიცინო ბარათებით)

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

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

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

ცხრილი 45.

კიბოსმიერი ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეზიური საშუალებების შედეგები (სამედიცინო ბარათებით)

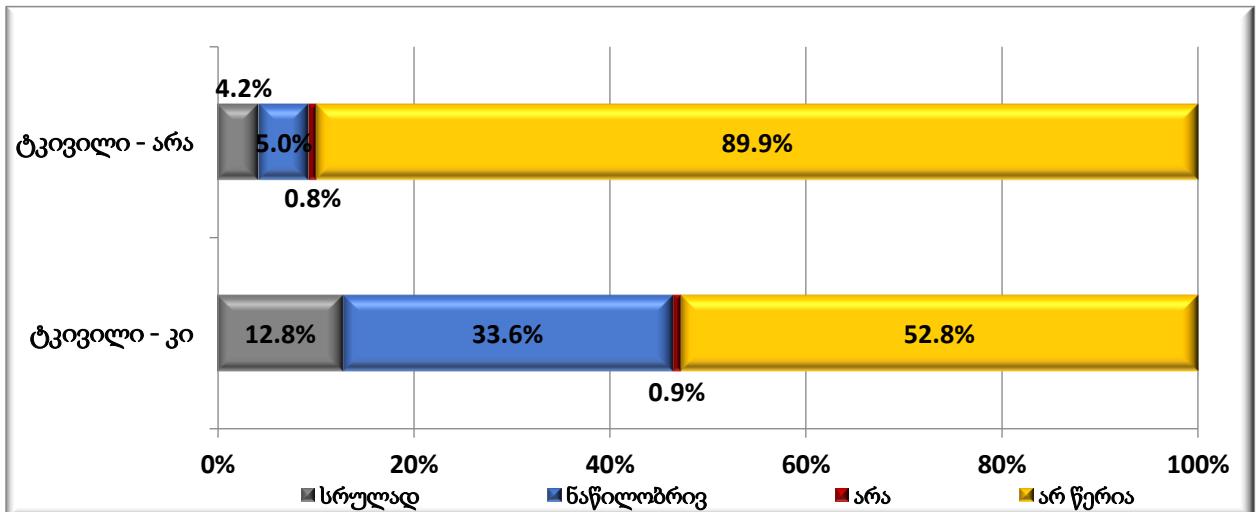
ჯგუფი	n; %	ტკივილის მოხსნის ხარისხი				სულ
		სრულად	ნაწილობრივ	არა	უცნობია	
ტკივილი - კი	n=	30	79	2	124	235
	%	12.8	33.6	0.9	52.8	66.6
ტკივილი - არა	n=	5	6	1	107	118
	%	4.2	5.0	0.8	89.9	33.4
სულ	n=	35	85	3	231	353
	%	9.9	24.0	0.9	65.2	100.0
Test		Test value	p			
Pearson Chi-Square		49.43	<0.001			
Likelihood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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

დიაგრამა 26.

კიბოსმიერი ტკივილის გაუჩებისთვის დანიშნული ანალგეტიკების შედეგები
(სამედიცინო ბართებით)



წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

კიბოს მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდის დროს ტკივილის სიხშირის კვლევით დადგინდა, რომ რადიკალურად ნამკურნალები 175 პაციენტიდან ტკივილი ჰქონდა 40-ს (22,9%), ხოლო პალიატიური თერაპიის 179 შემთხვევიდან ტკივილი - 98 (54.7%) პაციენტს ($p <0.05$) ანუ 2-ჯერ მეტს დაუდგინდა (იხ. ცხრილი 46). ტკივილი ყველაზე ხშირი იყო პალიატიური სხივური (100%) და ქიმიო-სხივური თერაპიის დროს (54.3%), ხოლო რადიკალური მკურნალობის დროს - ნეო/ადიუვანტური ქიმიო- და სხივური თერაპიის კომბინაციის დროს, რაც შემთხვევათა 45.8%-ში ($p <0.05$) დადგინდა. რადიკალური მკურნალობის დროს 40 პაციენტიდან ტკივილის სიძლიერე ეწერა 23-ს

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

ცხრილი 46.

ონკოლოგიურ პაციენტთა ტკივილის სიძლიერე მკურნალობის ტიპიდან გამომდინარე (სამედიცინო ბარათებით)

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

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

ამრიგად, კიბოს მქონე პაციენტთა საარქივო ისტორიების კვლევამ აჩვენა, რომ

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

ბარათებიდან მიღებული მონაცემების სარწმუნოების მიუხედავად, ზოგიერთი

მონაცემი სათუოს ხდის შედეგებს, რის გამოც საჭიროა მათი გადამოწმება იმ

პაციენტებთან, ვიზუალურ იგი შეივსო.

4.2. ტკივილის სიხშირე ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში

(ტელეფონით გამოკითხულებში)

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

ცხრილი 47.

კიბოს მკურნალობის დროს ტკივილის სიხშირე ტელეფონით გამოკითხულებში

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

წყარო: კვლევის შედეგები

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

ექიმის მიერ ტკივილის უგულველყოფას აღწერს კიდევ ერთი 65 წლის მამაკაცი (P83): „ექიმთან მისვლისას ექთნები ჩემზე სულ ამბობდნენ, რომ ტკივილს შეგნებულად ვაჭარბებდი, რადგან ნარკოტიკი დაენიშნათ, თუმცა არც არავის უკითხავს, როგორი ტკივილი მქონდა. ექიმი მეუბნებოდა, რომ ტკივილი ამ დროს ჩვეული ამბავია, რის გამოც საჭირო იყო მოთმინება, მკურნალობის შემდეგ კი ტკივილი გამივლიდა... ტკივილის გამო დანიშნული მქონდა ანალგინი დიმედროლით, რადგან უფრო ძლიერი წამლის შემთხვევაში, შეიძლება ნარკომანობამდე მივსულიყავი.....". ტკივილის მქონე პაციენტების სამედიცინო ბარათებიდან და იგივე პაციენტების ტელეფონით გამოკითხვის შედეგად მიღებული მონაცემები მოყვანილია ცხრილში 48 და დიაგრამაზე 27. ცხრილი 48-დან კარგად ჩანს, რომ კიბოსმიერი ტკივილის მქონე 235 პაციენტის ჩივილი მათ სამედიცინო ბარათებში ექიმებმა დააფიქსირეს მხოლოდ 138 ისტორიაში ანუ შემთხვევათა 58.7%-ში, ხოლო 97 პაციენტის ანუ 41.3%-ში კიბოსმიერი ტკივილის შესახებ ინფორმაცია რეგისტრირებული საერთოდ არ იყო. ეს მნიშვნელოვანი სხვაობა სამედიცინო ბარათებიდან და ტკივილის მქონე პაციენტთა გამოკითხვის შედეგად მიღებულ ინფორმაციას შორის ასახული 27-ე დიაგრამაზე.

ცხრილი 48.

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

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

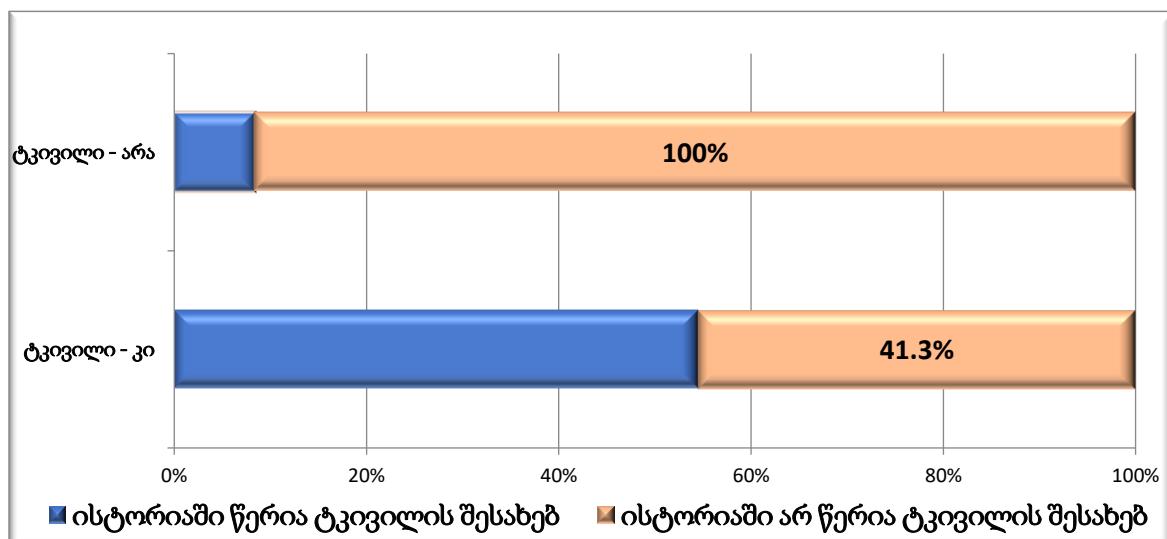
წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

დიაგრამა 27.

235 ონკოლოგიური პაციენტის სამედიცინო ბარათში ტკივილის რეგისტრაცია



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

ცხრილი 49.

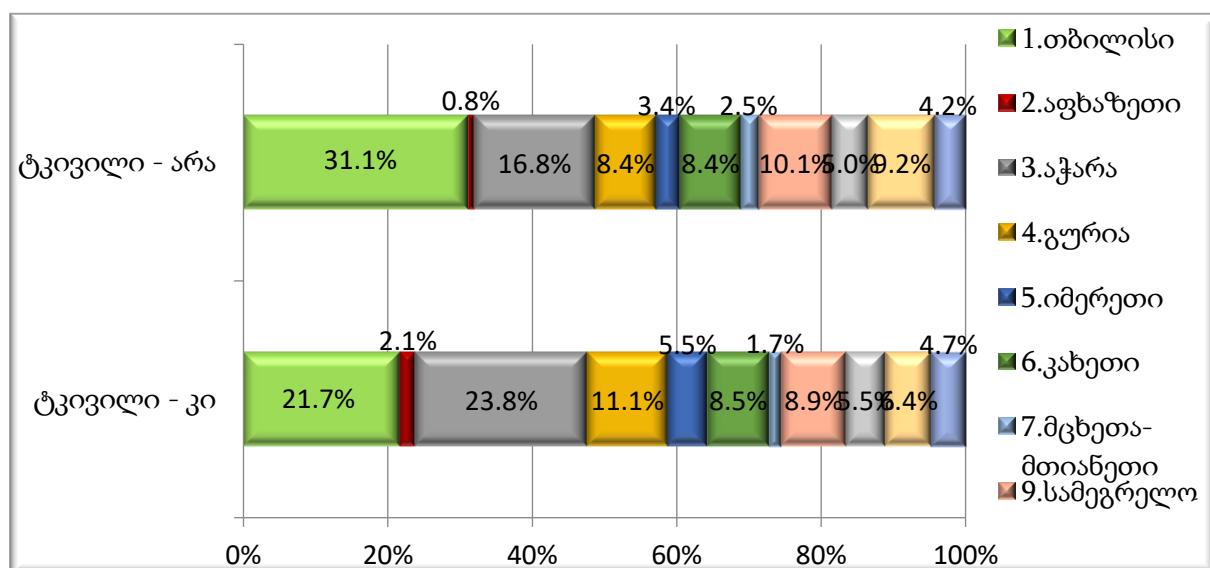
კიბოსმიერი ტკივილის სიხშირე რეგიონებში (ტელეფონით გამოკითხულებში)

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

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 28.

კიბოსმიერი ტკივილის სიხშირე საქართველოს რეგიონების მიხედვით



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

ცხრილი 50.

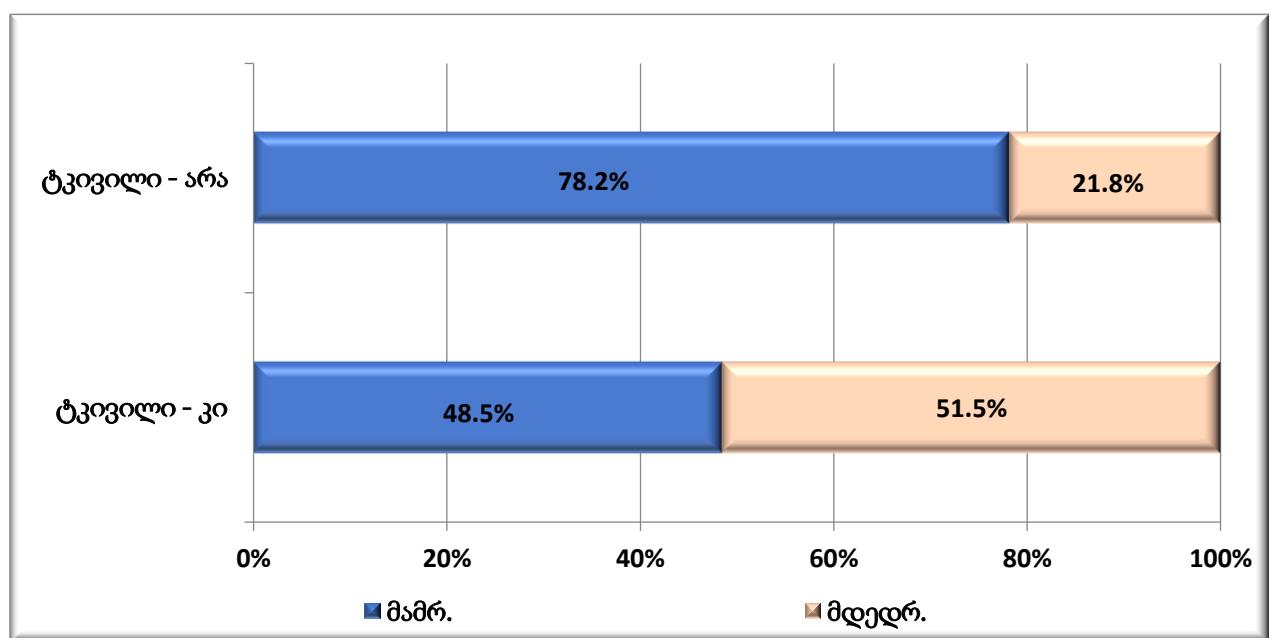
კიბოს მკურნალობისას ტკივილის სიხშირე ორივე სქესისთვის (ტელეფონით გამოკითხულებში)

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

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 29.

კიბოს მკურნალობისას ტკივილის სიხშირე სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები.

სქესის მიხედვით ტკივილის შედარებამ აჩვენა, რომ 207 ქალიდან ტკივილი ჰქონდა 114-ს ანუ 55.1%-ს, 147 მამაკაციდან - 121-ს ანუ 85.8%-ს. ამდენად კაცებში ტკივილი (82.3%) 1.6-ჯერ მეტია ($p<0.001$), ვიდრე ქალებში (55.1%).

ცხრილი 51.

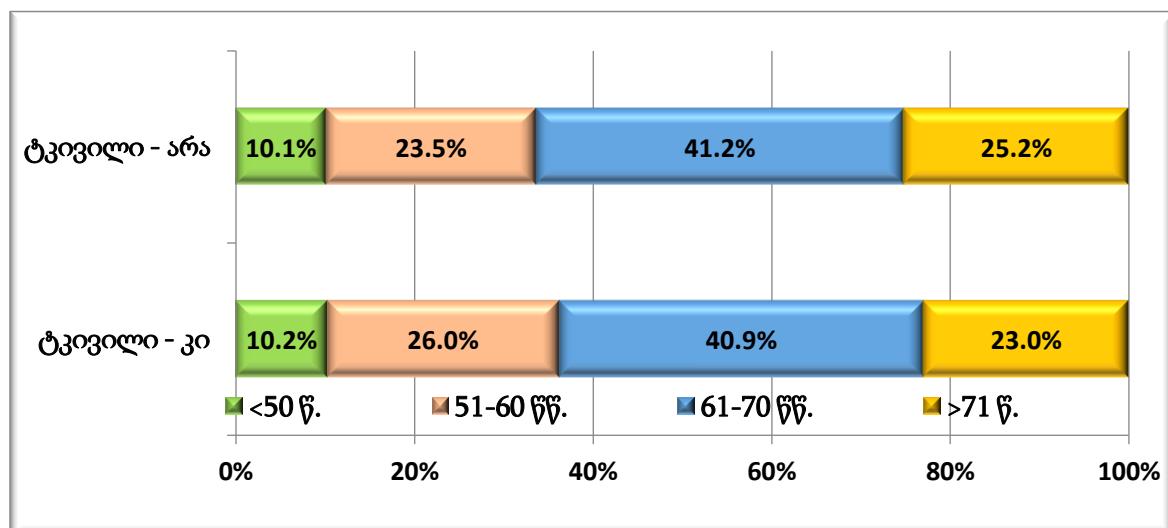
კიბოსმიერი ტკივილის სიხშირე ასაკის მიხედვით ტელეფონით გამოკითხულებში

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

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 30.

კიბოს მცურნალობის დროს ტკივილის სიხშირე ასაკის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

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

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

ცხრილი 52.

ტკივილის სიხშირე კიბოს ლოკაციის მიხედვით (ტელეფონით გამოკითხულებში)

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

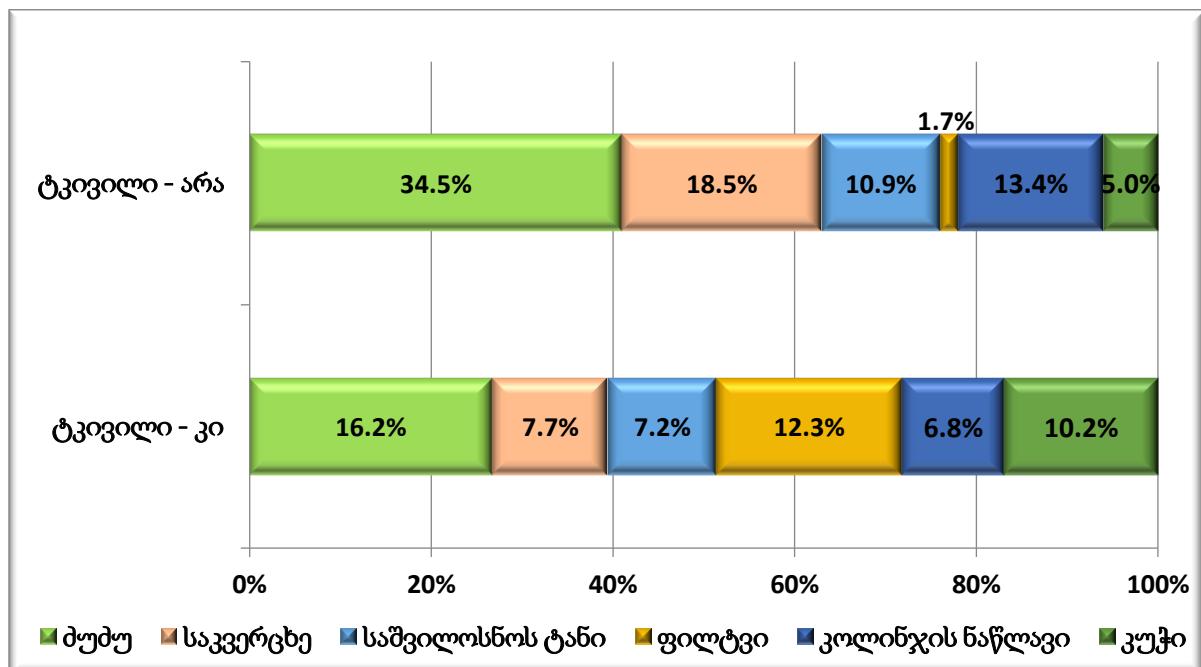
შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის სარწმუნო იყო:

ძუძუს (OR=2.7, 95%CI – 1.6-4.6, p<0.001 (II ჯგუფი - 41.0% vs. I ჯგუფი - 26.8%);
 საკვერცხის (OR=2.7, 95%CI – 1.4-5.3, p=0.003 (II ჯგუფი - 18.5% vs. I ჯგუფი - 7.7%);
 ფილტვის (OR=8.2, 95%CI – 1.9-35.1, p=0.005 (I ჯგუფი - 24.4% vs. II ჯგუფი - 0.9%);
 კოლორექტუმის დროს (OR=2.1, 95%CI – 1.02-4.4, p=0.045 (II ჯგუფი - 13.4% vs. I ჯგუფი - 6.8%).

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

დიაგრამა 31.

ტკივილის სიხშირე კიბოს ლოკაციების მიხედვით ტელეფონით გამოკითხულებში



წყარო: კვლევის შედეგები

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

ცხრილი 53.

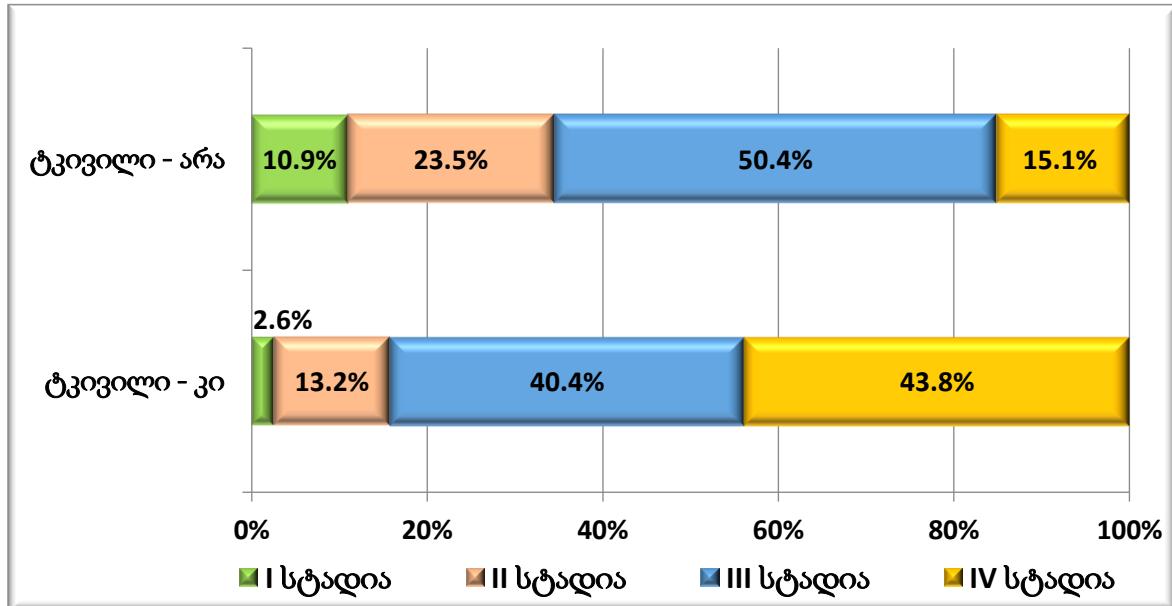
კიბოს მკურნალობისას ტკივილის სიხშირე სტადიების მიხედვით ტელეფონით გამოკითხულებში

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

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 32.

ტკივილის განაწილება კიბოს სტადიების მიხედვით ტელეფონით გამოკითხულებში



წყარო: კვლევის შედეგები

შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის I სტადიისთვის სარწმუნოა ($OR=4.7$, 95%CI – 1.7-12.7, $p=0.003$ (მეორე ჯგუფი - 10.9% vs. პირველი ჯგუფი - 2.6%); II სტადიაზეც სარწმუნოა ($OR=2.0$, 95%CI – 1.2-3.6, $p=0.016$ (II ჯგუფი - 23.5% vs. I ჯგუფი - 13.2%); III სტადიაზე არ იყო ($OR=1.4$, 95%CI – 0.94-2.1, $p=0.095$ (II ჯგუფი - 50.4% vs. I ჯგუფი - 40.4%). IV სტადიისთვის სარწმუნო იყო ($OR=2.8$, 95%CI – 1.6-4.9, $p<0.001$ (I ჯგუფი - 43.8% vs. II ჯგუფი - 15.1%).

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

გამოკითხული 235 ტკივილის მქონე პაციენტიდან I-II სტადია ჰქონდა 37-ს (15,7%), III სტადია – 95- ს (40,4%) ანუ ადრეულ/საშუალო სტადიებზე ტკივილი სულ ჰქონდა 132-ს პაციენტს ანუ 56,2%-ს, IV სტადიაზე - 103 პაციენტს (43,8%). მკურნალობის დროს ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილი I-III სტადიაზე IV სტადიასთან შედარებით ხშირია ქალებშიც 53,8%/46,2% და მამაკაცებშიც - 60,0%/40% (იხ. ცხრილი 54). კიბოს მკურნალობისას I-III სტადიაზე ტკივილის სიხშირე შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს დაავადების ამ ეტაპზე ხშირ და გახანგრძლივებულ ინფუზიურ და/ან აგრესიულ ქიმიო-ჰორმონო-იმუნურ ან სხივური თერაპიასთან კომბინაციასთან, რადგან კიბოს IV სტადიაზე დამზოგავი პალიატიური თერაპია ტარდება.

ცხრილი 54.

ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის სიხშირე სქესისა და სტადიების მიხედვით
(ტელეფონით გამოკითხულებში)

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

წყარო: კვლევის შედეგები

ცხრილი 55.

ტკივილის სიხშირე მკურნალობის ტიპებით ტელეფონით გამოკითხულებში

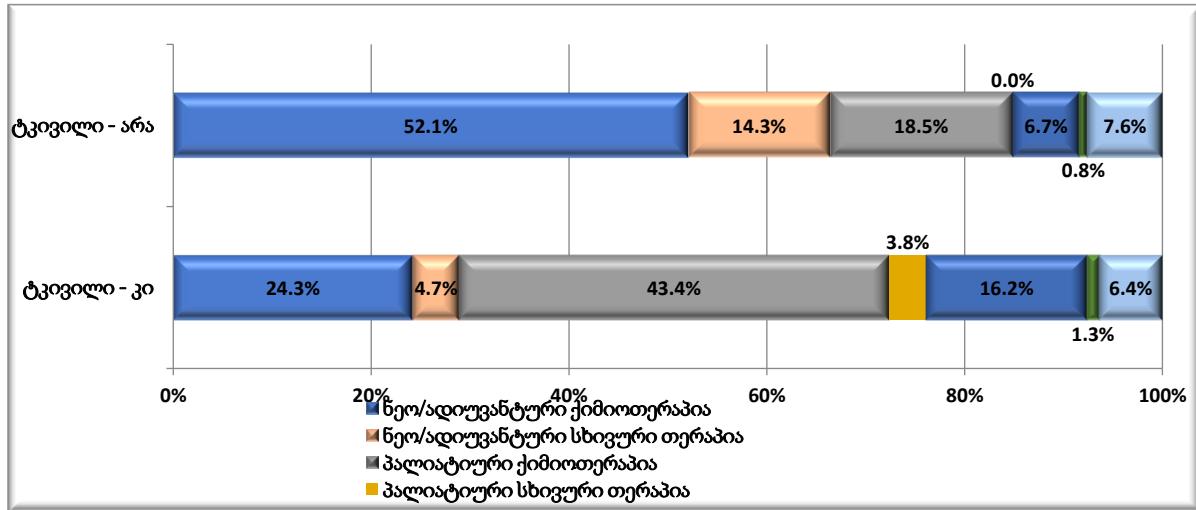
ჯგუფი	n; %	მკურნალობის ტიპი						
		ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-რო	ნეო/ადიუვანტური სხივური	პალიატიური ქიმიო-რო	პალიატიური სხივური	პალიატიური ქიმიო-სხივური	პორმონული	ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-და სხივური
ტკივილი - კიმიო-რო	n=	57	11	102	9	38	3	15
	%	24.3	4.7	43.4	3.8	16.2	1.3	6.4
ტკივილი - არა კიმიო-რო	n=	62	17	22	0	8	1	9
	%	52.1	14.3	18.5	0.0	6.7	0.8	7.6
სულ	n=	119	28	124	9	46	4	24
	%	33.6	7.9	35.0	2.5	13.0	1.1	6.8
Test			Test value			P		
Pearson Chi-Square			21.72			<0.001		
Likelihood Ratio			21.38			<0.001		
Linear-by-Linear Association			21.19			<0.001		

წყარო: კვლევის შედეგები

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

დიაგრამა 33.

ტკივილის სიხშირე მკურნალობის ტიპებით ტელეფონით გამოკითხულებში



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ცხრილი 56.

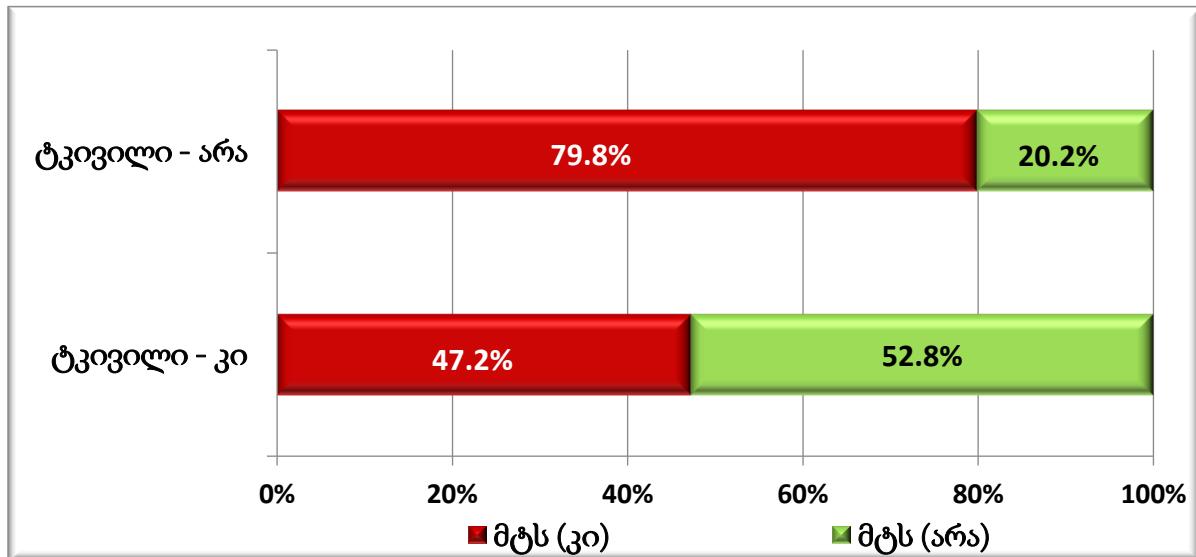
მეტასტაზირებული კიბოს თერაპიისას ტკივილის სიხშირე გამოკითხულებში

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

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 34.

~მეტასტაზირებული კიბოს მკურნალობის დროს ტკივილის სიხშირე ტელეფონით გამოკითხულებში



წყარო: კვლევის შედეგები.

4.3. ტკივილის სიძლიერე და მართვა ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში (ტელეფონით გამოკითხულებში)

ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის დროს ტკივილის სიხშირის დასადგენად, გარდა ბარათების კვლევისა, საჭიროა სხვა წყაროების შესწავლაც, რადგან ექიმები ზოგჯერ მას უგულველყოფენ. ზოგიერთი ექიმის აზრით, პალიატიური ქიმიო- ან სხივურ თერაპია, რომლის მიზანი ხშირად ტკივილის კუპირება არის, მისი ფიქსაცია არ მიაჩნიათ საჭიროდ. ზოგი თვლის, რომ ტკივილის სიძლიერის ფიქსირებისას მისი ადეკვატური მკურნალობა კლინიკური ჯგუფების გამო შეუძლებელია. ამიტომ, უნდა ვიცოდეთ, თუ როგორ და რა შედეგებით იმართება სხვადასხვა სიძლიერის ტკივილი. აღნიშნულის შესახებ ონკოლოგიური პაციენტები გამოიკითხენ ტელეფონით. დადგინდა, რომ 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან 235-ს ანუ 66.4%-ს ჰქონდა ტკივილი, რაც 1,7-ჯერ უფრო მეტი იყო, ვიდრე ექიმებმა ბარათებში ჩაწერეს - 39%; ამასთან, ბარათების მიხედვით ტკივილის სიძლიერე 138 პაციენტიდან მხოლოდ 81 ჰქონდა დაუდგინდა. პაციენტთა უმეტესობას - 136 პაციენტს (57.9%) ჰქონდა (ცხრილი 57) საშუალო სიძლიერის ტკივილი (OR=39.5, 95%CI – 14.1-110.6, p<0.001 (I ჯგუფი - 67.9%

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

ცხრილი 57.

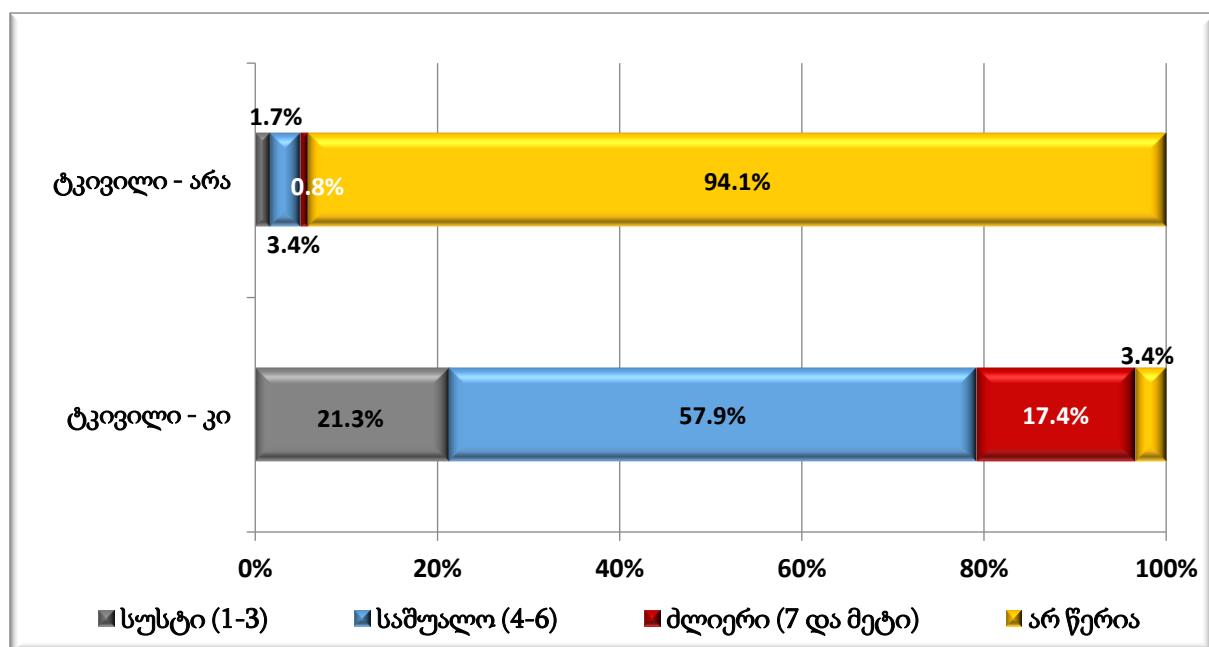
კიბოს მკურნალობის დროს ტკივილის სიძლიერე ტელეფონით გამოვითხულებში

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

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 36.

კიბოსმიერი ტკივილის სიძლიერე ტელეფონით გამოვითხულებში



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის შეკითხვაზე, თუ რა სიძლიერის ტკივილი იყო, პაციენტის პასუხი - „სუსტი (1-3 ქულა) ტკივილი“ სარწმუნოა და შეადგენს - OR=15.8, 95%CI – 3.8-66.2, p<0.001 (I ჯგუფი - 21.3% vs. II ჯგუფი - 1.7%); მეორე კითხვის პასუხი - „საშუალო (4-6 ქულა)“ სიძლიერის ტკივილი სარწმუნოა და შეადგენს - OR=39.5, 95%CI – 14.1-110.6, p<0.001 (I ჯგუფი - 67.9% vs. II ჯგუფი - 3.4%); მესამე კითხვის პასუხისთვის შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის - „ძლიერი (7+ ქულა)“ სარწმუნოა და შეადგენს - OR=24.9, 95%CI – 3.4-183.7, p<0.001 (I ჯგუფი - 17.4% vs. II ჯგუფი - 0.8%); IV კითხვის პასუხი - „არ ვიცი“ სარწმუნოა და შეადგენს - OR=454.0, 95%CI – 160.6-1283.6, p<0.001 (I ჯგუფი - 94.1% vs. II ჯგუფი - 3.4%).

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

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

ცხრილი 58.

ტკივილის გამო დანიშნული ანალგეტიკები ტელეფონით გამოკითხულებში

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

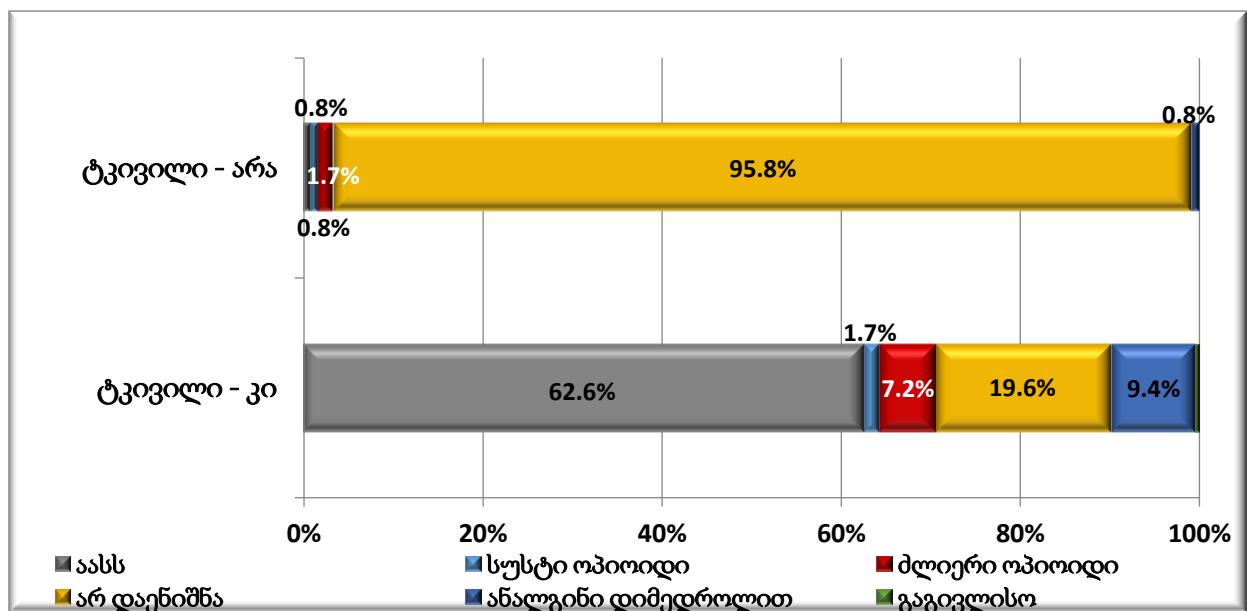
Likelihood Ratio	222.52	<0.001
Linear-by-Linear Association	110.98	<0.001

წყარო: კვლევის შედეგები

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

დიაგრამა 37.

კიბოსმიერი ტკივილის გამო დანიშნული ანალგეზიური საშუალებები



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ჯგუფი - 95.8% vs. I-ლი ჯგუფი - 19.6%); დაენიშნა „ანალგინი დიმედროლით“ - სარწმუნოა ($OR=12.2$, 95%CI – 1.6-91.6, $p=0.016$ (I ჯგუფი - 9.4% vs. II ჯგუფი - 0.8%). შევნიშნავთ, რომ გარდა პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებისა ანალგინი დიმედროლით, ტკივილის მართვის არცერთი სქემით არ ინიშნება. პასუხის „გაგივლისო“ - შედარება ჯგუფებს შორის ვერ მოხერხდა, რადგან II ჯგუფში (მკურნალობის დროს ტკივილის არმქონე პაციენტები) ასეთი პასუხი არ გვხვდება. ამრიგად, საშუალო და ძლიერი ტკივილის მქონე 177 ონკოლოგიური პაციენტიდან ოპიოიდები დაენიშნა მხოლოდ 19 პაციენტს ანუ შემთხვევათა 8,1%-ს (იხ. ცხრილი 58). პაციენტებს ოპიოიდი დაენიშნა მას შემდეგ რაც ისინი ინკურაბელურად აღიარეს და IV კლინიკურ ჯგუფში გადაიყვანეს. იმის დასადგენად, თუ როგორ ფასდებოდა ტკივილის სიძლიერე ექიმების მიერ, პაციენტები გამოიკითხენ ტკივილის სიძლიერის შეფასების ინსტრუმენტების შესახებ (იხ. ცხრილი 59, დიაგრამა 38). დადგინდა, რომ ექიმებმა კიბოსმიერი ტკივილის სიძლიერე 153 (65.1%) პაციენტს შეუფასეს პირადი „გამოცდილებით“ ($OR=35.1$, 95%CI – 14.8-83.4, $p<0.001$), ხოლო საერთაშორისოდ აღიარებული ტკივილის რიცხობრივი შეკალით შეფასებით მხოლოდ 5 პაციენტს (იხ. ცხრილი 59).

ცხრილი 59.

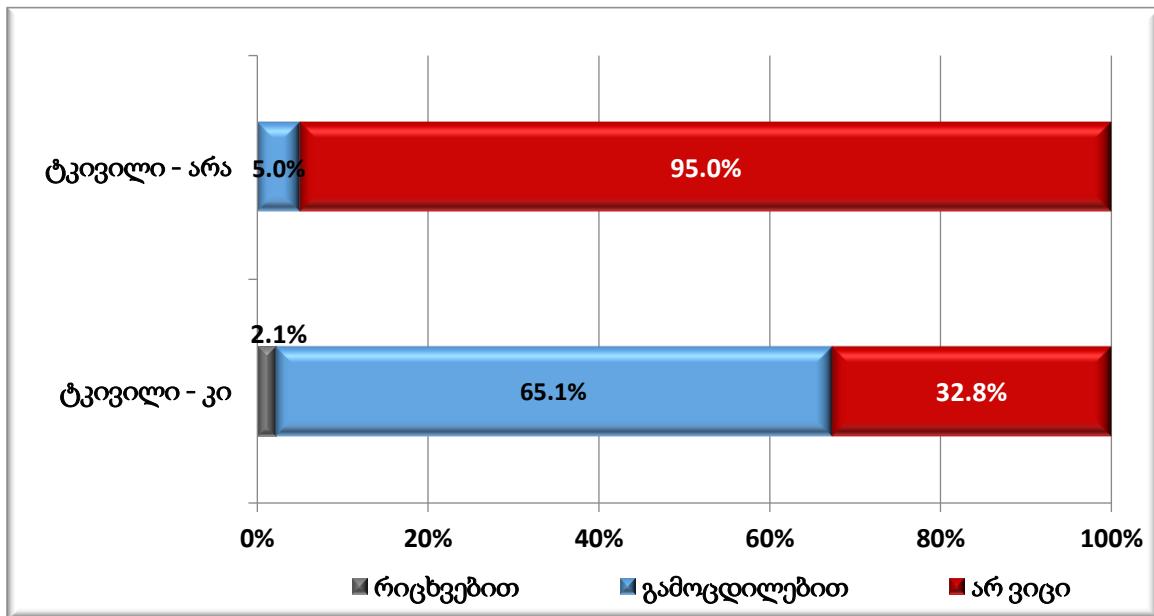
ექიმის მიერ ტკივილის შეფასებისთვის გამოყენებული საშუალებები (ტელეფონით გამოკითხულებში)

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

წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 38.

ექიმის მიერ ტკივილის შეფასებისთვის გამოყენებული საშუალებები



წყარო: კვლევის შედეგები.

ამრიგად, საქართველოში ექიმები მკურნალობის პროცესში მყოფი პაციენტების ტკივილის შესაფასებლად არ იყენებენ (95%) ტკივილის რიცხობრივ შკალას.

ტკივილის სამართავად არ იყენებენ ჯანმო-ს ტკივილის კუპირების სამსაფეხურიან სქემას, რის გამოც ტკივილის სამართავად არ ინიშნება ადეკვატური ანალგეზიური პრეპარატები. ამიტომ, საჭირო გახდა დაგვედგინა, თუ რამდენად ნეგატიურად აისახებოდა ტკივილის მართვისთვისადმი ასეთი მიღება. პაციენტებს დაესვათ კითხვა - ანალგეტიკით ტკივილი მოეხსნათ თუ არა? ტკივილის მართვის მიზნით დანიშნული ანალგეტიკების სტატისტიკური შედეგები ასახულია ცხრილში 60 და დიაგრამაზე 39.

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

შანსთა ფარდობა ჯგუფებს შორის ამ კითხვაზე დანიშნული ანალგეზიური საშუალებით ტკივილი მოიხსნა პასუხისათვის - „კი“ სარწმუნოა და შეადგენს - OR=35.2, 95%CI – 4.8-258.0, $p<0.001$ (I-ლი ჯგუფი - 23.0% vs. II-2 ჯგუფი - 0.8%);

ტკივილი ნაწილობრივ მოეხსნა 139 პაციენტს ანუ 59.1%-ს.

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

ცხრილი 60.

ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეტიკების შედეგები

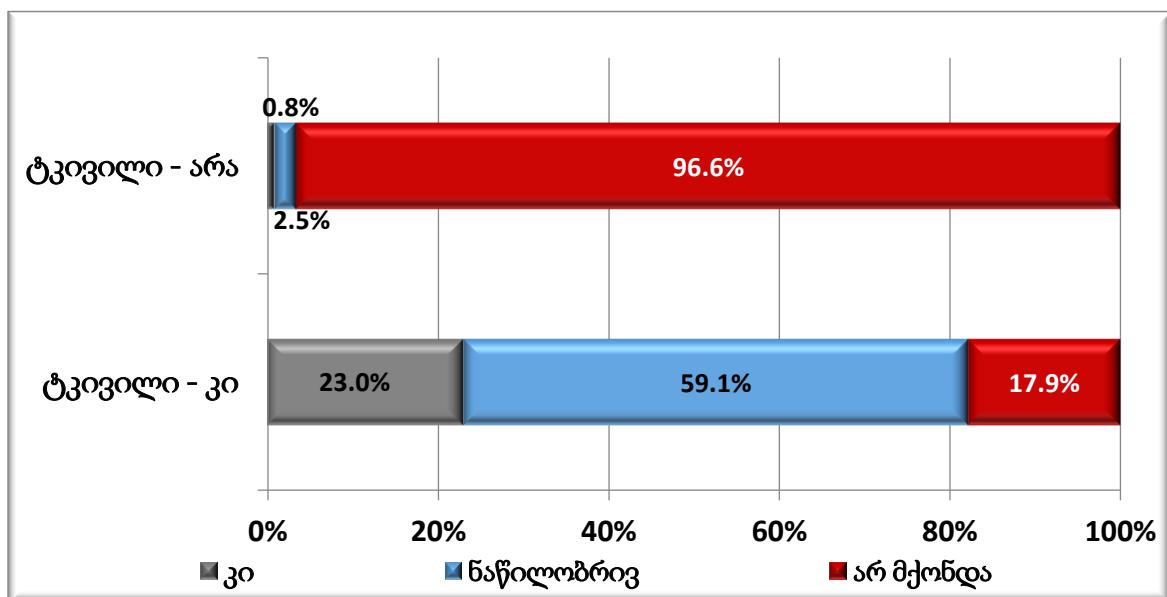
ჯგუფი	n; %	ტკივილის მართვის შედეგი			
		კი	ნაწილობრივ	არა	სულ
ტკივილი - კი	n=	54	139	42	235
	%	23.0	59.1	17.9	66.4
ტკივილი - არა	n=	1	3	115	119
	%	0.8	2.5	96.6	100.0
სულ	n=	55	142	157	354
	%	15.5	40.1	44.4	100.0
Test	Test value	P			
Pearson Chi-Square	198.58	<0.001			
Likelihood Ratio	230.59	<0.001			
Linear-by-Linear Association	155.48	<0.001			

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

დიაგრამა 39.

კიბოსმიერი ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეტიკები
(ტელეფონით გამოკითხულებში)



წყარო: კვლევის შედეგები.

აღინიშნული იყო, რომ ბარათებში ყველა სახის ტკივილის სამართავად დაწიშნული საშუალებების ეფექტიანობა იყო მხოლოდ 24,7%.

ტკივილის გაყიდვების მიზნით დაწიშნული პრეპარატების ადეკვატურობისა და ეფექტიანობის დასადგენად გაანგარიშდა ტკივილის მართვის ინდექსი (ტმი, PMI), რომელიც გულისხმობს ტკივილის სიძლიერისა და მკურნალობის ქულების ერთმანეთან შეფარდებას. 235 ტკივილის მქონე პაციენტისთვის დადგინდა შემდეგი ტკივილის მართვის ინდექსი:

სუსტი ტკივილისთვის (ტმი) - 100%,

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

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

ყველა სიძლიერის ტკივილისთვის ტკივილის მართვა ეფექტიანი იყო 29.4%-ში, რაც 4.7%-ით მეტია, ვიდრე ბარათებში იყო - 24.7%.

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

ცხრილი 61.

ონკოპაციენტთა ტკივილის სიძლიერე მკურნალობის დროს და მისი დამთავრებიდან 1 თვეში (ტელეფონით გამოკითხულებში)

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

ცხრილი 62.

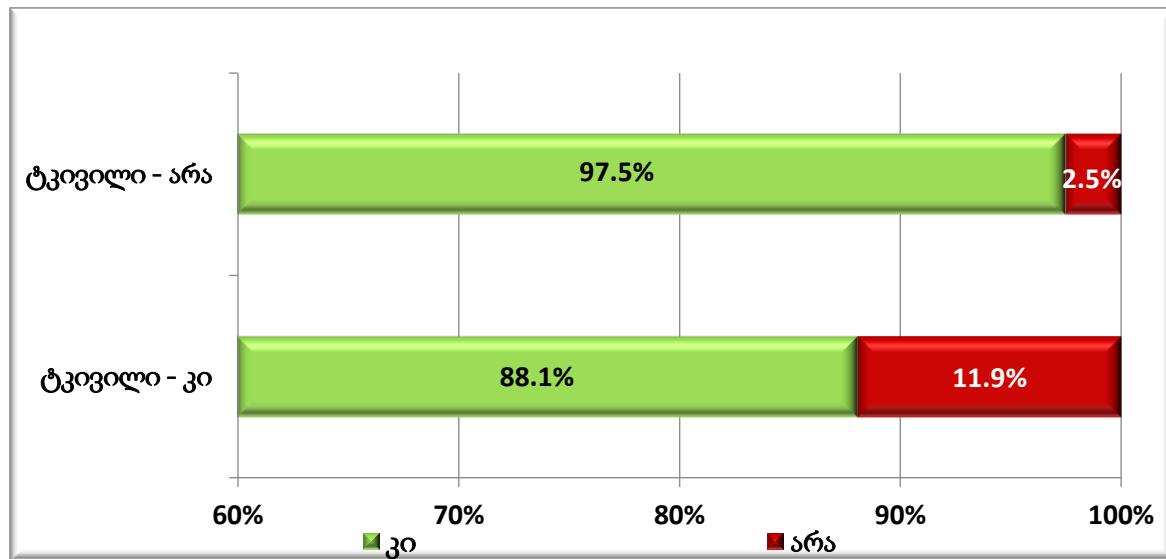
ცოცხალი და გარდაცვლილი პაციენტების რიცხვი მკურნალობის დამთავრებიდან 1 თვეში

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 40.

ცოცხალი და გარდაცვლილი პაციენტების განაწილება ტკივილის სიხშირის მიხედვით



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

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

ცხრილი 63.

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

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

პალიატიური თერაპია (ქიმიო- სხივური ცალკე და ერთად) ჩაუტარდა 179 პაციენტს, მათგან ტკივილი ჰქონდა 83,2%-ს (იხ. ცხრილი 64). ამ პაციენტებიდან საშუალო ტკივილი ჰქონდა 65,1%-ს, ძლიერი კი - 21,5%-ს. პალიატიური ქიმიო-სხივური თერაპიის დროს ტკივილი 1,7-ჯერ ($p<0,001$) ხშირია, ვიდრე რადიკალური თერაპიის დროს. კიბოს რადიკალური მკურნალობისას საშუალო და ძლიერი ტკივილი ჰქონდა - 55,8%-ს, პალიატიური მკურნალობისას საშუალო/ძლიერი ტკივილი 1,6-ჯერ ხშირია ($86,6\%, p<0,001$), ვიდრე რადიკალური თერაპიისას.

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

ცხრილი 64.

ტკივილის სიხშირე კიბოს პალიატიური მკურნალობის დროს (ტელეფონით გამოვითხულებში)

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

წყარო: კვლევის შედეგები. შენიშვნა: ტკივილის სიძლიერის პროცენტი გამომდინარეობს ტკივილის საერთო რიცხვიდან

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

ცხრილი 65.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

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

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

ცხრილი 66.

ტკივილის სიხშირე და სიძლიერე ქიმიოთერაპიის დროს ტელეფონით გამოკითხულებში

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ცხრილი 67.

ქიმიოთერაპიის პროცესში ტკივილის სიძლიერის სიხშირე

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

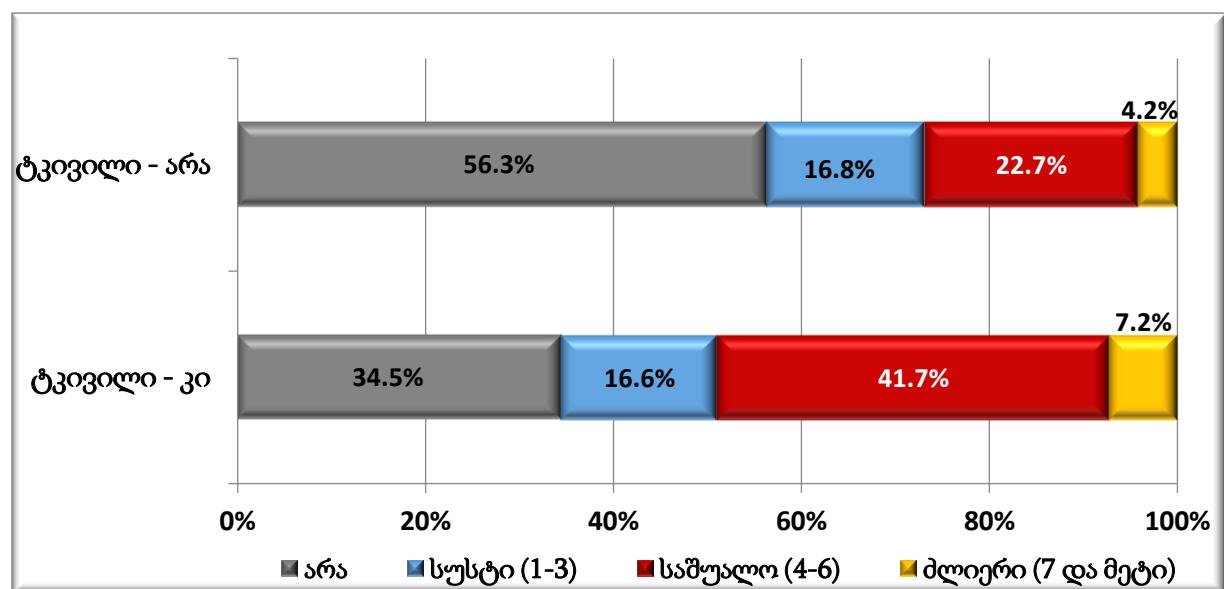
წყარო: კვლევის შედეგები.

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

საკვლევ ჯგუფებს შორის შანსთა ფარდობა პასუხისმოგვის ტკივილი არ იყო სარწმუნოა ($OR=2.5$, 95%CI – 1.6-3.9, $p<0.001$ (II ჯგუფი - 56.3% vs. I ჯგუფი - 34.5%); 67 ცხრილიდან განსაკუთრებით აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ტკივილის არ მქონე 119 პაციენტიდან ქიმიოთერაპიის დროს ტკივილი დაეწყო 52 პაციენტს ანუ 43.7%-ს. მათგან 20 (38.5%) პაციენტს ჰქონდა სუსტი ტკივილი, 27-ს (51.8% -საშუალო, ხოლო 5-ს (9.6%) - ძლიერი ტკივილები.

დიაგრამა 41.

ქიმიოთერაპიის პროცესში ტკივილის სიძლიერის სიხშირე



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ტკივილი „საშუალოა“ - სარწმუნოა ($OR=2.4$, 95%CI–1.5-4.0, $p<0.001$) ძლიერი ტკივილი - სარწმუნო არ იყო ($OR=2.4$, 95%CI – 1.5-4.0, $p<0.001$). 41-ე დიაგრამაზე ჩანს, რომ ქიმიოთერაპიამდე ტკივილის მქონე პაციენტებში ძლიერი ტკივილი 2-ჯერ მეტია - 41.7%, ვიდრე იმათში, ვისაც ტკივილი არ ჰქონდა - 22.7% ($p<0.001$).

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

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

ცხრილი 68.

ქიმიოთერაპიის დროს ტკივილის აღმოცენების დრო ტელეფონით გამოკითხულებში

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

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

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

ამრიგად, ქიმიოთერაპიის დროს პაციენტთა უმრავლესობას (73.4%) ტკივილი ეწყებათ პირველ დღეებში, ხოლო შემდეგ კლებულობდა, რაც გათვალისწინებული უნდა იყოს. ჯგუფებს შორის შანსთა ფარდობა პასუხისმომსმებელთა შედეგებით განვითარებოდა ტკივილი ქიმიოთერაპიის პროცეში:

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

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

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

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

ცხრილი 69.

ქიმიოთერაპიის პროცესში ტკივილის ხანგრძლივობა

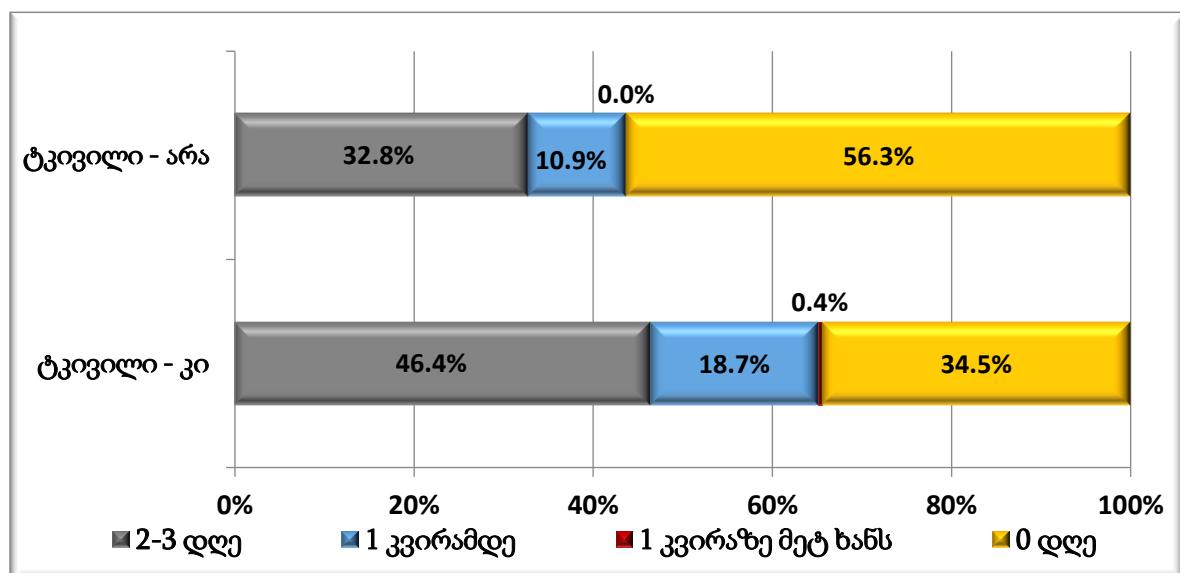
ჯგუფი	n; %	პასუხი შეკითხვაზე				სულ
		1-3 დღე	4-7 დღე	1 კვირა +	0 დღე	
ტკივილი - კი	n=	109	44	1	81	235
	%	46.4	18.7	0.4	34.5	66.4
ტკივილი - არა	n=	39	13	0	67	119
	%	32.8	10.9	0.0	56.3	33.6
სულ	n=	148	57	1	148	354
	%	41.8	16.1	0.3	41.8	100.0
Test		Test value		p		
Pearson Chi-Square		16.00		0.001		
Likelihood Ratio		16.27		0.001		
Linear-by-Linear Association		13.29		<0.001		

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

დიაგრამა 42.

ქიმიოთერაპიის პროცესში ტკივილის ხანგრძლივობა



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

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

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

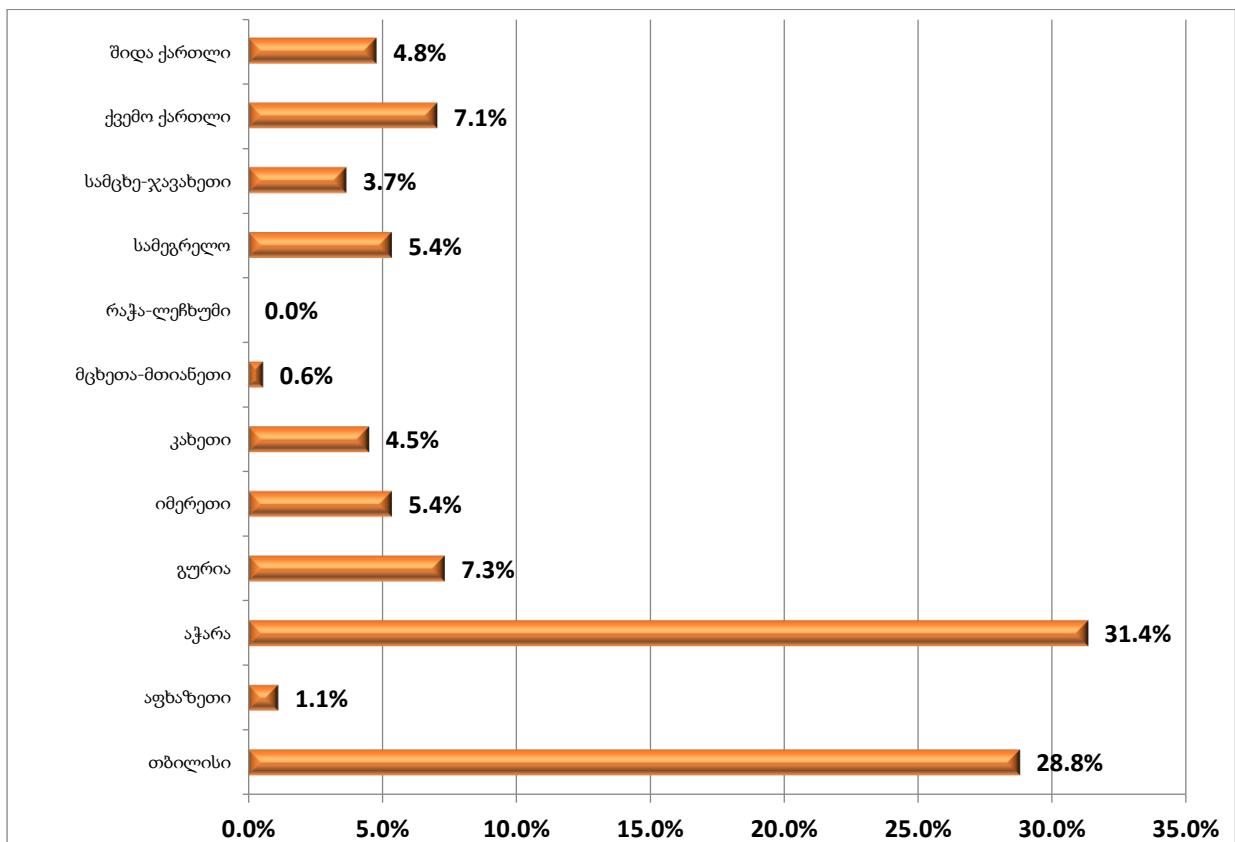
ონკოლოგიურ პაციენტთა რეტროსპექტული კვლევა ასოცირდება პაციენტების მოგონებებთან, რის გამოც გამორიცხული არ არის დაშვებული იყოს გარკვეული უზუსტობები. შესაბამისად, აუცილებელის სამედიცინო ბარათებიდან მიღებული ინფორმაციების გადამოწმება-დაზუსტება. ამ მიზნით, ონკოლოგთან პაციენტების ვიზიტის დროს ზემოთ აღნიშნული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

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

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

დიაგრამა 43.

ონკოლოგიურ პაციენტთა განაწილება საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები.

43-ე დიაგრამაზე ჩანს, რომ პაციენტები წარმოადგენენ ქვეყნის ყველა რეგიონს, თუმცა სხვადასხვა სიხშირით; მათგან, ყველაზე მეტი პაციენტი იყო აჭარიდან - 31.4%, შემდეგ თბილისიდან - 28.8%; აღმოსავლეთ საქართველოდან - 20.7% და დასავლეთ საქართველოდან 19.2%. ამრიგად, პაციენტები წარმოადგენენ ყველა რეგიონს, რის გამოც მიღებული მონაცემები შესაძლებელია განზოგადეს მთელ ქვეყანაზე. ინკოლოგიურ პაციენტთა გამოკითხვით დადგინდა, რომ კიბოს მკურნალობის დროს 354 პაციენტიდან ტკივილი ჰქონდა 222 პაციენტს ანუ 62.7%-ს, არ ჰქონდა 132-ს ანუ 37.3%-ს (იხ. ცხრილი 70, დიაგრამა 44); ამრიგად, კიბოს მკურნალობის დროს ტკივილის სიხშირე 1.7-ჯერ მეტია იმ პაციენტებთან შედარებით, ვისაც იგი არ აქვს ($\chi^2=22.88$, $p<0.001$).

ცხრილი 70.

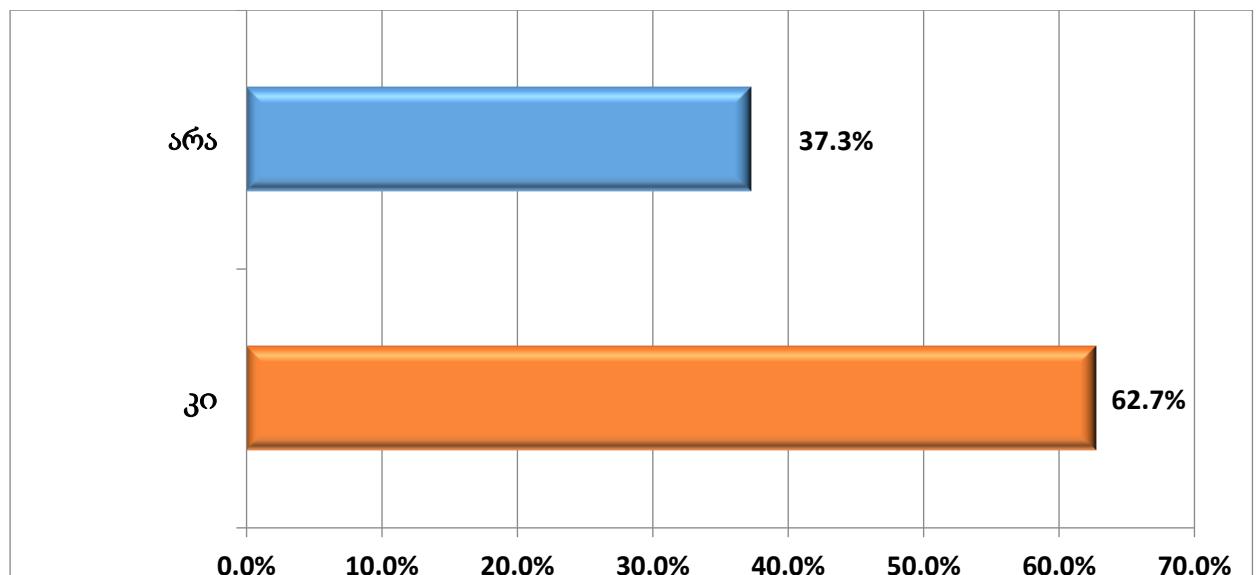
მკურნალობისას კიბოს მქონე პაციენტებში ტკივილის სიხშირე

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 44.

მიმდინარე მკურნალობის პროცესში ონკოლოგიური პაციენტთა ტკივილის სიხშირე



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

ცხრილი 71.

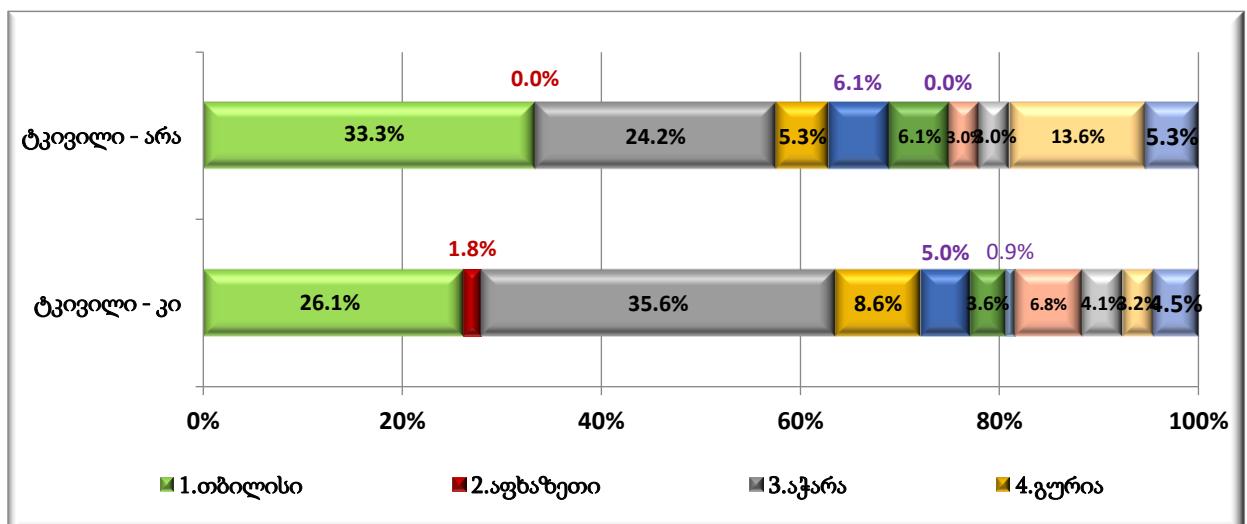
ექიმთან ვიზიტისას პაციენტთა ტკივილის სიხშირე რეგიონების მიხედვით

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 45.

მკურნალობისას კიბოს მქონე პაციენტთა ტკივილის სიხშირე რეგიონების მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ცხრილი 72.

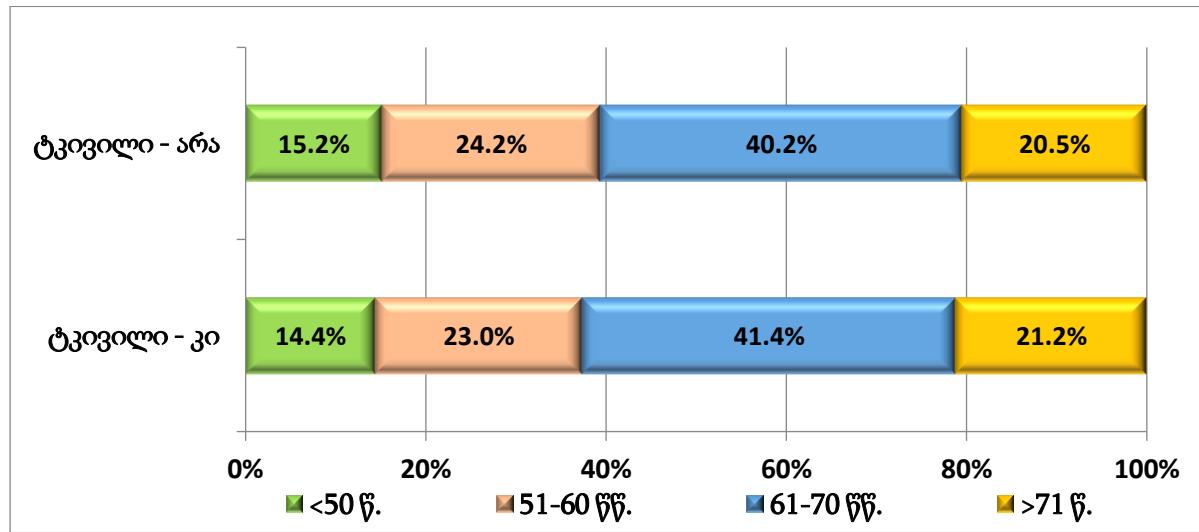
მკურნალობისას ონკოლოგიურ პაციენტთა ტკივილის სიხშირე ასაკობრივ ჯგუფებში

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 46.

მკურნალობისას ონკოლოგიურ პაციენტთა ტკივილის სიხშირე ასაკობრივ ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ცხრილი 73.

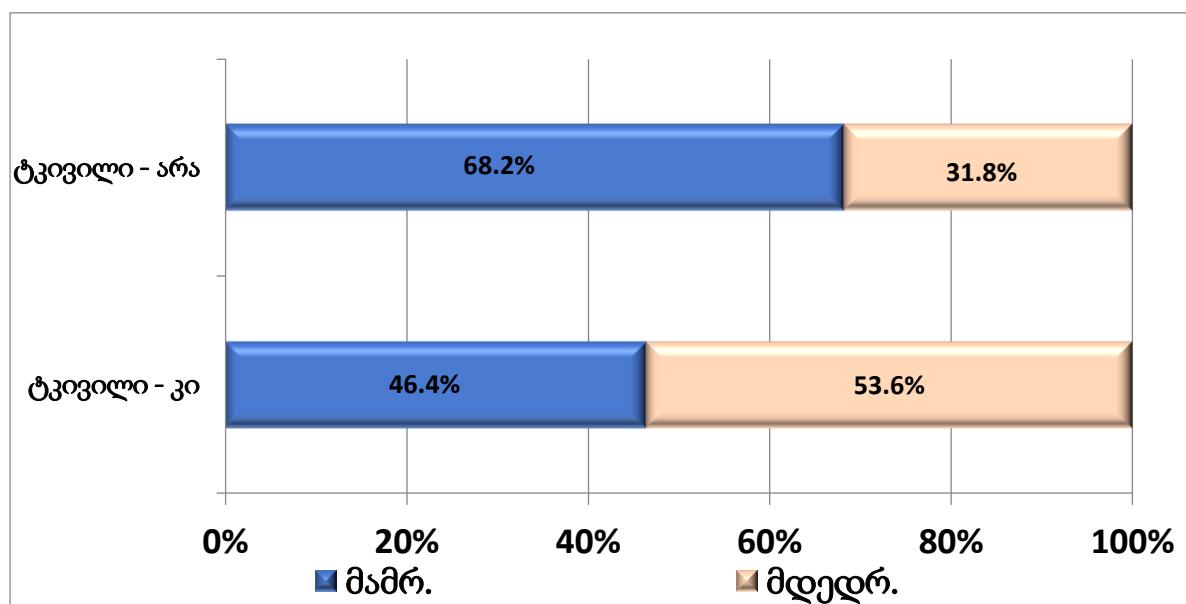
კიბოსმიერი ტკივილის განაწილება სქესის მიხედვით

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 47.

კიბოსმიერი ტკივილის განაწილება სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ცხრილი 74.

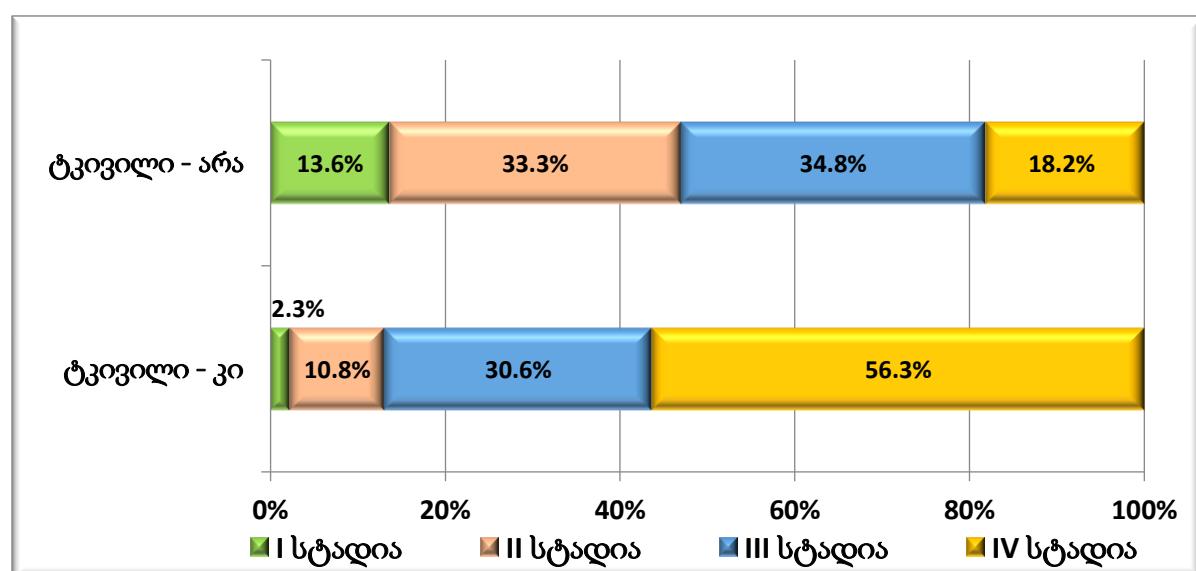
მკურნალობისას კიბოს მქონე პაციენტთა ტკივილის სინდრომი სტადიების მიხედვით

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 48.

მკურნალობისას კიბოს მქონე პაციენტთა ტკივილის სინდრომი სტადიების მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ადრეულ/შუალედურ სტადიებზე, ტკივილი ქალებში უფრო ხშირია (50.5%), ვიდრე კაცებში (37.8%), IV სტადიაზე - პირიქით,, ტკივილი ხშირია კაცებში (62.2%), ვიდრე ქალებში (49.5%). დადგინდა, რომ კიბოს სტადიურობის ზრდასთან ერთად, იზრდება მკურნალობის პროცესში არსებული ტკივილის სიხშირეც.

ცხრილი 75.

ექიმთან ვიზიტისას გამოკითხული პაციენტების ტკივილის სიხშირე სქესისა და სტადიების მიხედვით

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ცხრილი 76.

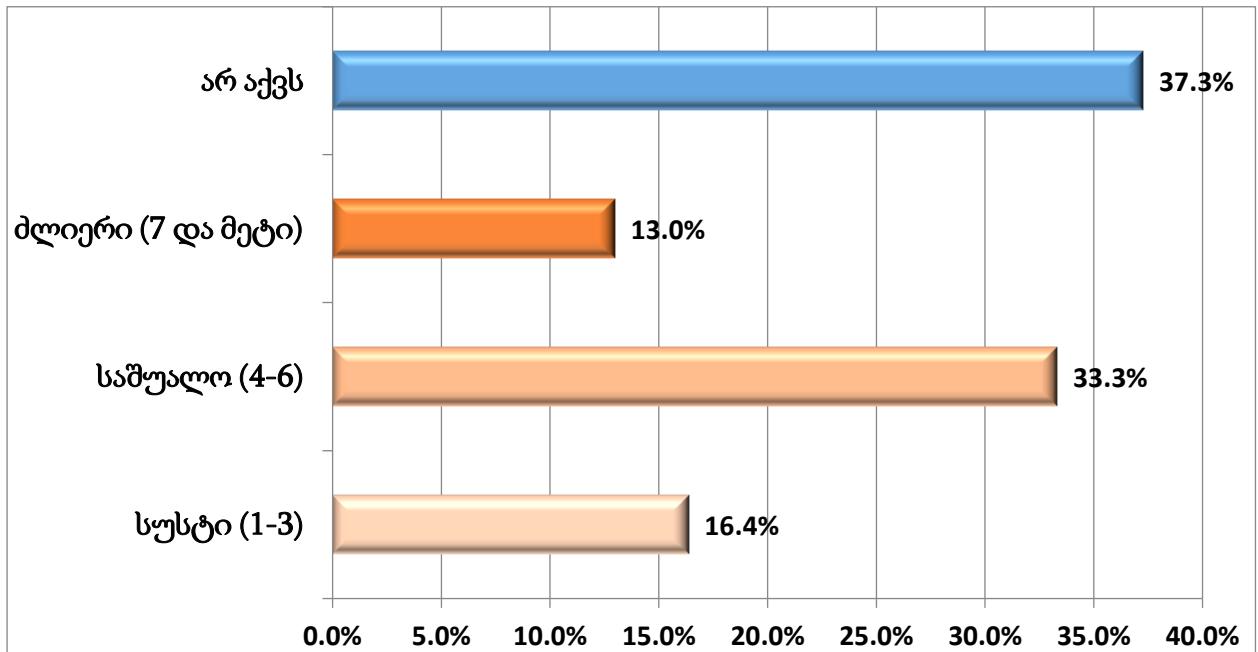
ექიმთან ვიზიტის დროს გამოკითხული პაციენტების ტკივილის სიძლიერის სიხშირე

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 49.

მკურნალობისას კიბოს მქონე პაციენტთა ტკივილის სიძლიერე



სულ საშუალო/ძლიერი ტკივილი ჰქონდა 164 პაციენტს (46.3%), რომელიც ჯანმო-ს ტკივილის მართვის სქემით ოპიოიდოთერაპიას საჭიროებდენ ($\text{Chi}^2=62.14$, $p<0.001$). ტკივილის მქონე 103 ქალიდან (იხ. ცხრილი 77) საშუალო სიძლიერის ტკივილი ჰქონდა 47 პაციენტს (45.6%), ხოლო ძლიერი - 25 პაციენტს (24.3%). ქალებში საშუალო და ძლიერი ტკივილი დაუდგინდა 69.9%-ს. მამაკაცებში სიხშირით ყველაზე მეტი იყო საშუალო სიძლიერის ტკივილი - 71 პაციენტი (59.7%), რაც 1.3-ჯერ მეტია, ვიდრე ქალებში. ძლიერი ტკივილი დაუდგინდა 21 (17.6%) მამაკაცს (იხ. ცხრილი 77).

ცხრილი 77.

ონკოლოგთან ვიზიტის დროს 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. Chi-Square 62.14; $p<0.001$

მამაკაცებში საშუალო/ძლიერმა ტკივილებმა სულ შეადგინა 77.3%. ორივე სქესისთვის საშუალო და ძლიერი ტკივილი ჯამურად ჰქონდა 73.9% ანუ ჯანმო-ს ტკივილის

მართვის სქემით მათ ესაჭიროებოდათ ოპიოდებით მართვა, რაც მოქმედი რეგულაციებით არ შეიძლება. ონკოლოგთან ვიზიტის დროს პაციენტები გამოიკითხენ მკურნალობის მეთოდებისა და არსებული ტკივილის შესახებაც (იხ. ცხრილი 78, დიაგრამა 50). კიბოს მკურნალობის მეთოდებიდან ტკივილის სინდრომი ყველაზე ხშირი იყო პალიატიური ქიმიოთერაპიის დროს - 34.7%, შემდეგ კი - ნეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის დროს - 21.2% და ნეო/ადიუვანტური სხივური და პალიატიური სხივური თერაპიის დროს - 15.3% (Chi-Square 68.05; p<0.001). ნეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის დროს ტკივილის შანსი სარწმუნოდ დაბალი იყო (OR=1.9, 95%CI – 1.2-3.1, p=0.008 (II ჯგუფი - 37.9% vs. 1 ჯგუფი - 21.2%), ისე როგორც ნეო-ადიუვანტური სხივური თერაპიის დრო (OR=3.8, 95%CI – 2.3-6.3, p<0.001 (II ჯგუფი - 37.9% vs. 1 ჯგუფი - 21.2%). პალიატიური ქიმიოთერაპიის დროს სარწმუნოდ იზრდება ტკივილის განვითარების შანსი (OR=4.1, 95%CI – 2.3-7.6, p<0.001 (1 ჯგუფი - 34.7% vs. II ჯგუფი - 11.4%);

ცხრილი 78.

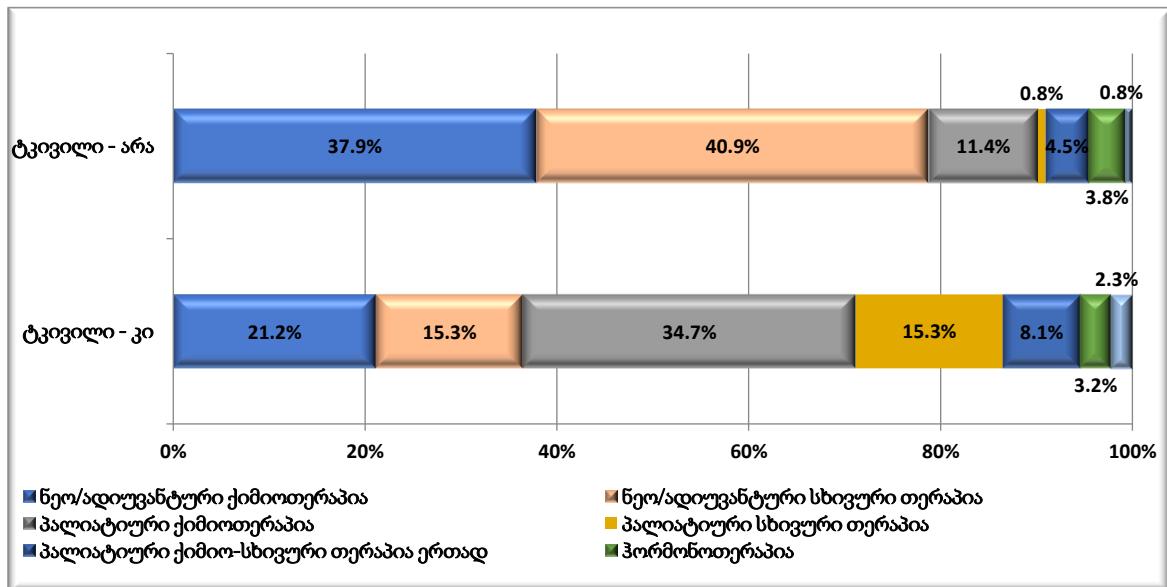
მკურნალობისას კიბოსმიერი ტკივილის სიხშირე მკურნალობის ტიპის მიხედვით

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 50.

კიბოს მქონე პაციენტთა ტკივილის სიხშირე მკურნალობის ტიპის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

ცხრილი 79.

ექიმთან ვიზიტისას პაციენტების მკურნალობის მეთოდები და ტკივილის სიხშირე

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

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

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

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

ცხრილი 80.

ექიმთან ვიზიტის დროს პაციენტების ტკივილის სიძლიერე მკურნალობის მიხედვით

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ამრიგად, 129 ტკივილის მქონე პაციენტიდან 94 ჰქონდა საშუალო და ძლიერი ტკივილი ანუ 87.6%-ში, როცა საჭიროა ოპიოიდებითერაპია. პალიატიური მკურნალობის ცალკეული ტიპების მიხედვით საშუალო/ძლიერი ტკივილის შემთხვევები 85.3-დან 88.9%-ის ფარგლებში მერყეობს (იხ. ცხრილი 80). ექიმთან ვიზიტისას გამოკითხულ პაციენტებში ტკივილის კვლევამ კიბოს ლოკაციების და სისტემების მიხედვით აჩვენა, რომ იგი ყველაზე ხშირია ფილტვების (92.5%), კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა (78.5%) და შარდ-სასქესო ორგანოების კიბოს დროს (იხ.ცხრილი 81). საშუალო ტკივილის სიძლიერე სხვდასხვა ლოკაციების კიბოს დროს ასევე ყველაზე ხშირია ფილტვის, შარდ-სასქესო და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კიბოს დროს, ძლიერი ტკივილი - ძუძუს (36.1%) კიბოს შემთხვევაში.

ცხრილი 81.

ექიმთან ვიზიტისას პაციენტების ტკივილის სიხშირე კიბოს ლოკაციების მიხედვით

ლოკაცია	სულ	ტკივილი	NRS >4	NRS 4-6	NRS ≤7	საშუალო ძლიერი
თავისა/კისრის	44/100%	20/45.5%	12/60%	6/30%	2/10%	8/38.1%
ფილტვები	42/100%	39/92.5%	2/5.1%	29/74.4%	8/20.5%	37/94.9%
ძუძუ	85/100%	36/42.4%	7/19.4%	16/44.4%	13/36.1%	29/80.6%
გენიტალია	61/100%	38/62.3%	14/36.8%	16/42.1%	8/21.1%	24/63.2%
კუჭ-ნაწლავი	65/100%	51/78.5%	13/25.5%	31/60.8%	7/13.7%	38/74.5%
შარდ/სასქესო	25/100%	19/76.0%	1/5.3%	14/73.7%	4/21.1%	18/94.7%
კანი/მელანომა	19/100%	11/64.7%	7/63.6%	2/18.2%	2/18.2	4/36.4%
სისხლმბადი	5/100%	2/40%	1/50%	1/50%	-	1/50%
სარკომა	4/100%	3/755	1/33.3%	2/66.7%	-	2/66.7%
უცნობი	4/100%	3/75%	-	1/33.3%	2/66.7%	3/100%
სულ	354/100	222/62.7%	58/26.1%	118/53.2%	46/20.7%	164/73.9

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 82.

ექიმთან ვიზიტისას ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული პრეპარატები

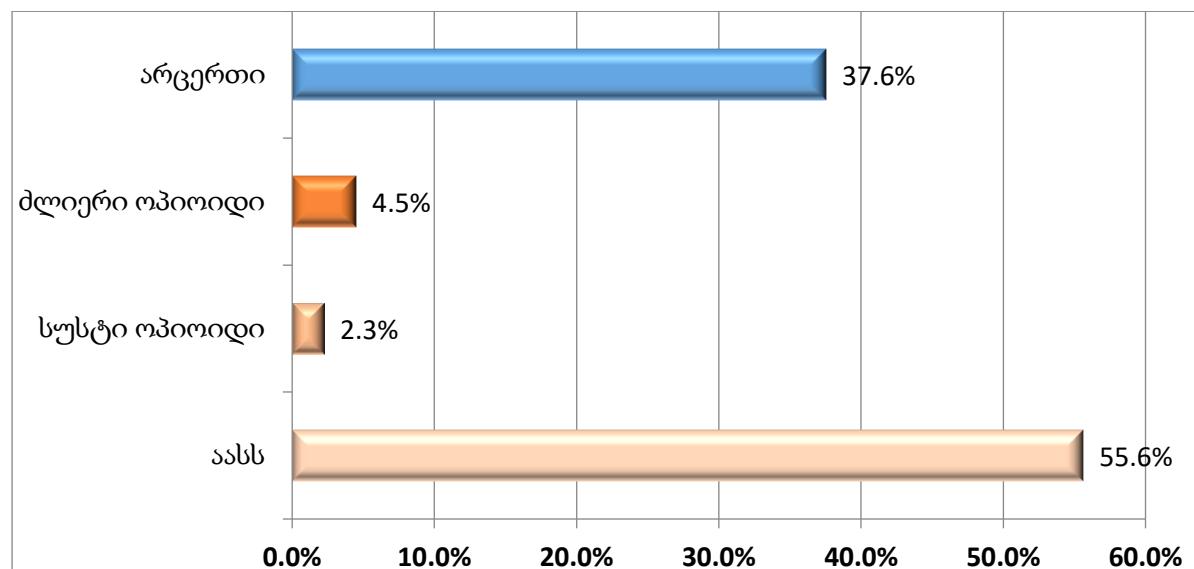
დაინიშნულება	Observed N	%	Expected N	Residual	Chi-Square
აასს	197	55.6	88.5	108.5	288.01
სუსტი ოპიოიდი	8	2.3	88.5	-80.5	
ძლიერი ოპიოიდი	16	4.5	88.5	-72.5	
არცერთი	133	37.6	88.5	44.5	

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

დიაგრამა 51.

ონკოლოგიური პაციენტების ტკივილის მართვისთვის დანიშნული პრეპარატები



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

ცხრილი 83.

კიბოს მქონე პაციენტთა ტკივილის მართვისთვის დანიშნული წამლების ეფექტიანობა

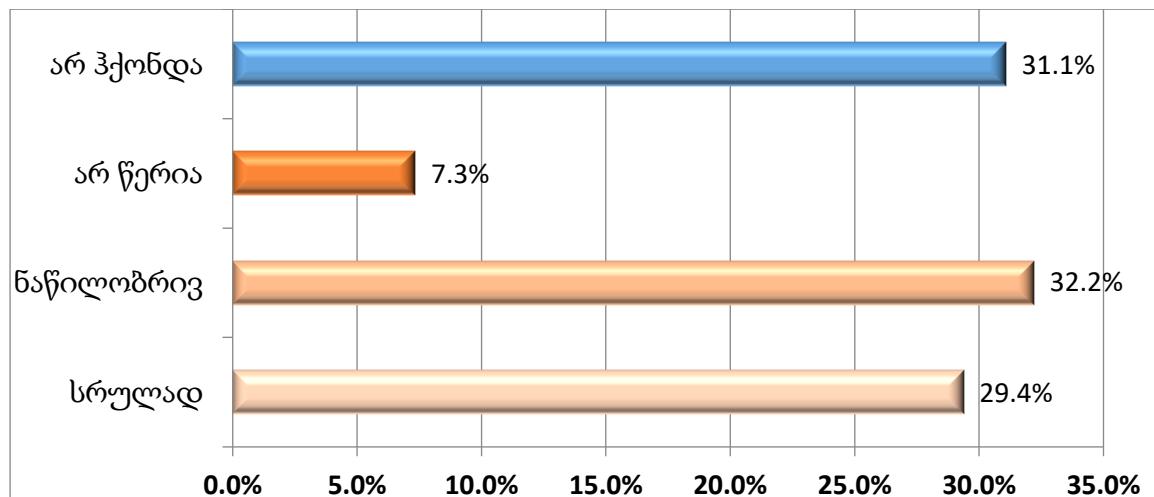
ტკივილი მოებსნა	Observed N	%	Expected N	Residual	Chi-Square
სრულად	104	29.4	88.5	15.5	59.42
ნაწილობრივ	114	32.2	88.5	25.5	
უცნობია	26	7.3	88.5	-62.5	
ტკივილი არ აქვს	110	31.1	88.5	21.5	
სულ	354	100			

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 83-დან ჩანს, რომ ტკივილი სრულად მოებსნა 104 პაციენტს ანუ შემთხვევათა 29.4%-ს, ხოლო ნაწილობრივ 114 პაციენტს ანუ 32,2%-ს (Chi2=59.42, p<0.001).

დიაგრამა 52.

გამოკითხული ონკოლოგიური პაციენტების ტკივილის მოხსნის ხარისხი



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

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

დამინიშნა, მითხრა, ტკიცილს უნდა გაუძლოო. ექიმს ვუთხარი, რომ მტკივა, მითხრა, რომ ტკიცვლს გაუძელიო. მას შემდეგ, რაც ეს ვად ვარ „მგონი არ არის ისეთი ტკიცილი, რომელიც არ განმიცდია" (P2).

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

ცხრილი 84.

ონკოლოგიური პაციენტების მიერ ტკიცილის შესახებ ექიმთა ინფორმირების სიხშირე

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ცხრილი 85.

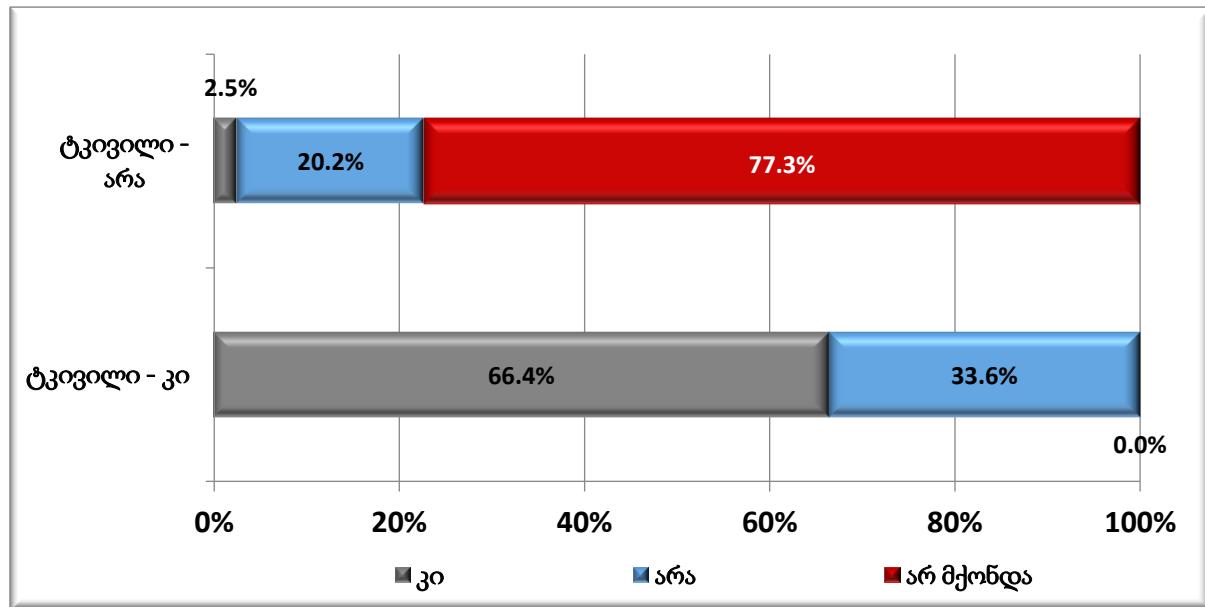
ტკივილის მქონე პაციენტების მიერ ექიმისთვის ტკივილის შესახებ ინფორმაცირების სიხშირე (ტელეფონით გამოკითხულებში)

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 53.

ტკივილის მქონე პაციენტების მიერ ექიმთა ინფორმირების სიხშირე ტკივილის შესახებ



წყარო: კვლევის შედეგები.

შანსი იმისა, რომ 235 ტკივილის მქონე პაციენტმა ექიმს აცნობოს ტკივილი 15,8-ჯერ აღემატება იმათ, რომლებმაც არ აცნობეს ექიმს ($OR=15.8$, $95\%CI - 4.6-54.1$; $p<0.001$).

ამრიგად, ბარათებში ექიმების მიერ ტკივილის არასრულ რეგისტრაციაში პაციენტთა

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

ცხრილი 86.

პაციენტების არგუმენტები, რის გამოც ექიმებს არ ატყობინებდენ ტკივილის შესახებ

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ცხრილი 87.

კიბოსმიერი ტკივილის მქონე პაციენტების მიზეზები, რომლის გამიც პაციენტებმა ექიმს არ აცნობეს ტკივილის შესახებ

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

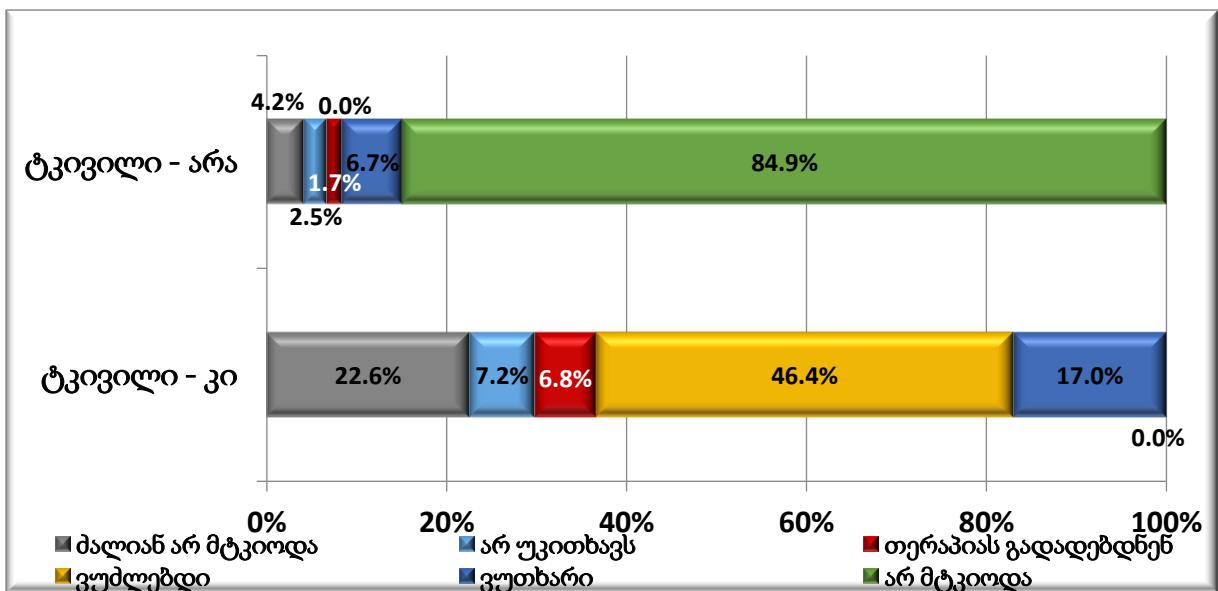
Test	Test value	P
Pearson Chi-Square	284.26	<0.001
Likelihood Ratio	345.24	<0.001
Linear-by-Linear Association	136.60	<0.001

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

დიაგრამა 54.

ტკივილის მქონე პაციენტების მიზეზები ექიმებისთვის ტკივილის არ შეტყობინების შესახებ



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

ცხრილი 88.

პაციენტების პასუხები კითხვაზე - ამჟამად, ტკივილს თუ მკურნალობთ

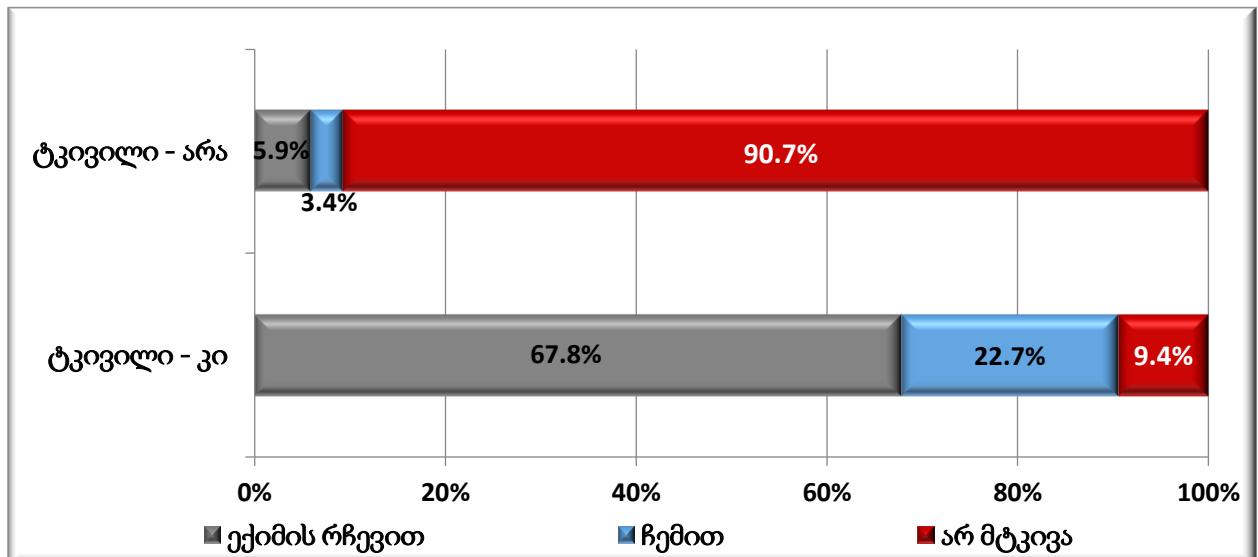
ჯგუფი	n; %	ვისი რჩევით მკურნალობთ			სულ
		ექიმის რჩევით	ჩემით	არ მტკივა	
ტკივილი - კი	n=	158	53	22	235
	%	67.8	22.7	9.4	100.0
ტკივილი - არა	n=	7	4	107	119
	%	5.9	3.4	90.7	100.0
სულ	n=	165	99	29	354
	%	47.0	16.2	36.8	100.0
Test		Test value	P		
Pearson Chi-Square		223.28	<0.001		
Likelihood Ratio		244.51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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

დიაგრამა 55.

ონკოლოგიურ პაციენტთა პასუხი - ამჟამად, ტკივილს მკურნალობთ თუ არა?



წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 89.

ონკოლოგიურ პაციენტთა პასუხი, თუ რა რატომ არ მართავენ ტკივილს

ჯგუფი	n; %	პასუხი ტკივილის არ მკურნალობის მიზეზები					სულ
		არ მტკივა ძალიან	ძლიერი ტკივილისას გავიკეთებ	ვუძლებ	ვმკურ ნალობ	არ მტკივა	
ტკივილი - ვი	n=	15	20	2	192	6	235
	%	6.4	8.5	0.9	81.7	2.6	100.0
ტკივილი - არა	n=	0	79	0	17	23	119
	%	0.0	66.4	0.0	14.3	19.3	100.0
სულ	n=	15	99	2	209	29	354
	%	4.24	27.97	0.56	59.04	8.19	100.0
Test		Test value		P			
Pearson Chi-Square		191.17		<0.001			
Likelihood Ratio		204.94		<0.001			
Linear-by-Linear Association		40.43		<0.001			

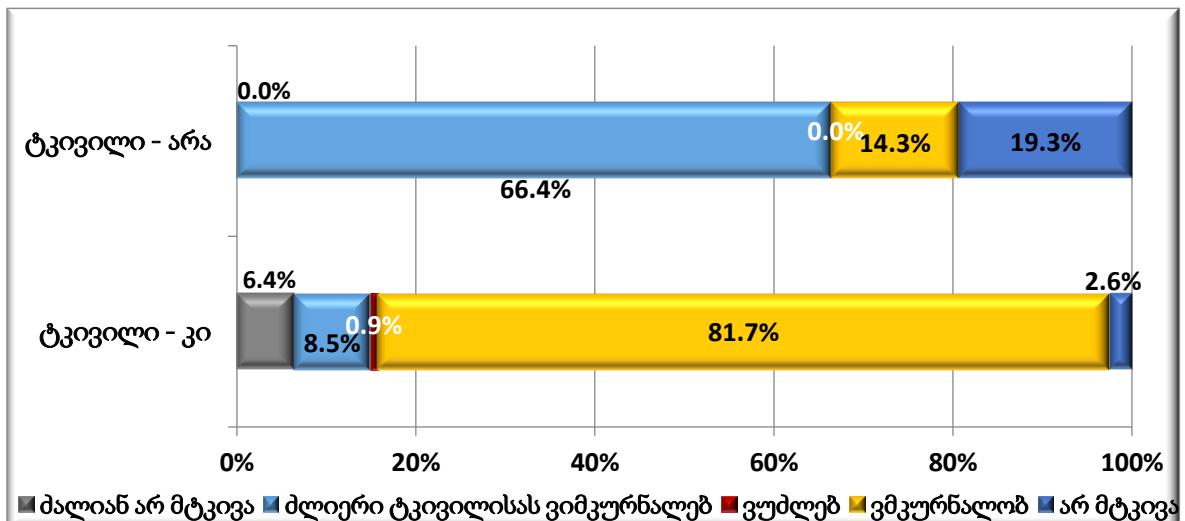
წყარო: კვლევის შედეგები.

235 ტკივილის მქონე პაციენტიდან მკურნალობის შემდეგ 37 (5.7%) იტარებდა თვითმკურნალობას (ცხრილი 89). შანსთა ფარდობა „ძალიან არ მტკივა“ - ვერ დადგინდა; ძლიერი ტკივილი - სარწმუნოა ($OR=21.2$, $95\%CI-11.7-38.5$, $p<0.001$ (II ჯგუფი - 66.4% vs. 1 ჯგუფი - 8.5%); „ვუძლებ“ ვერ შეფასდა. ვმკურნალობ სარწმუნოა

(OR=26.8, 95%CI–14.6-49.3, p<0.001 (I ჯგუფი - 81.7% vs. II ჯგუფი - 14.3%); „არ მტკივა“ (OR=9.1, 95%CI – 3.6-23.2, p<0.001 (II ჯგუფი - 19.3% vs. I ჯგუფი - 2.6%).

დიაგრამა 56.

ტკივილის მქონე პაციენტთა პასუხი კითხვაზე თუ რატომ არ მკურნალობენ ტკივილს



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

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

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

გახდება ტკივილის ოპიოიდებით მართვასთან და მის ეფექტიანობასთან ასოცირებული მითების ნეიტრალიზება.

ცხრილი 90.

ონკოპაციენტების მიერ ტკივილისას მორფინის გაკეთების პოტენციალი

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ცხრილი 91.

ტკივილის მქონე პაციენტების მიერ ტკივილის დროს მორფინის გაკეთების სურვილი

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

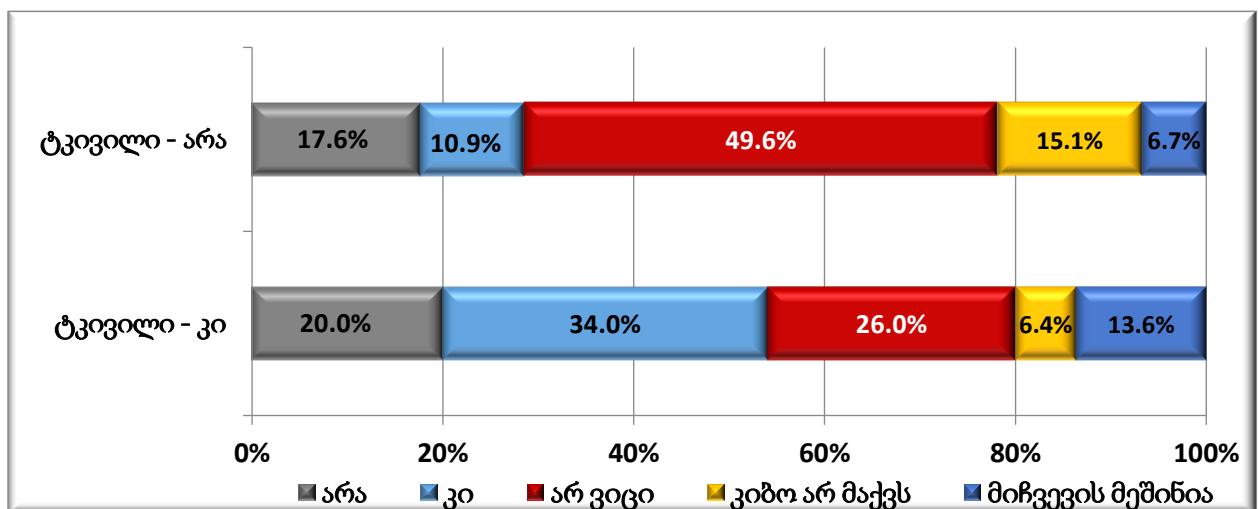
წყარო: კვლევის შედეგები.

235 ტკივილის მქონე პაციენტიდან 80 (34%) მზად იყო ემკურნალა მორფინით. „არა“ - სარწმუნო არ იყო (OR=1.2, 95%CI-0.7-2.1, p=0.607 (1 ჯგუფი - 20.0% vs. II ჯგუფი -

17.6%). „კი“ სარწმუნოა ($OR=4.2$, 95%CI–2.2-8.0, $p<0.001$ (I ჯგუფი - 34.0% vs. II ჯგუფი - 10.9%); „არ ვიცი“ 1.9-ჯერ აღემატება შანს ($OR=1.9$, 95%CI–1.2-3.0, $p=0.005$ (II ჯგუფი - 49.6% vs. I ჯგუფი - 34.0%). „კიბო არ მაქვს“ - სარწმუნოა ($OR=2.6$, 95%CI–1.3-5.4, $p=0.009$ (II ჯგუფი - 15.1% vs. 1 ჯგუფი - 6.4%); მიჩვევის მეშინია“ სარწმუნო არ იყო ($OR=2.2$, 95%CI–0.97-4.9, $p=0.060$ (II ჯგუფი - 26.9% vs. 1-ლი ჯგუფი - 3.4%).

დიაგრამა 57.

ტკივილის მქონე პაციენტების მიერ საჭიროებისას მორფინის გაკეთების სურვილი



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

92-ე ცხრილიდან ჩანდა, რომ კიბოსმიერი ტკივილის მქონე პაციენტთა შემთხვევათა 34% მზად იყო, ტკივილის დროს ოპიოიდოთერაპია ჩაეტარებინა, 66%-მა სხვადასხვა მოტივით, მათ შორის მითების გამო, უარს აცხადებდენ ან თავს იკავებდენ ოპიოიდების გამოყენებისგან. ექიმთან ვიზიტისას კიბოს მქონე პაციენტებს ვკითხეთ: „ტკივილის ოპიოიდებით მართვაზე ოჯახი ახდენდა თუ არა გავლენას“ (იხ. ცხრილი 92, დიაგრამა 59).

ცხრილი 92.

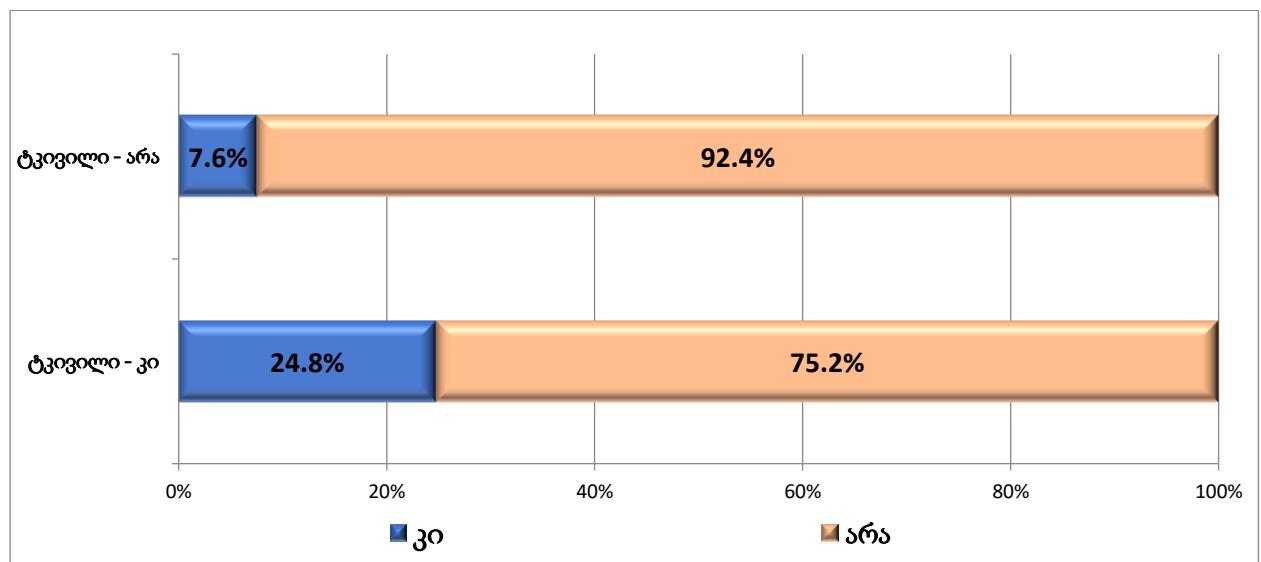
პაციენტების პასუხი „ტკივილის ოპიოიდებით მართვაზე ოჯახის გავლენის შესახებ

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

პაციენტების პასუხი ტკივილის ოპიოიდებით მართვაში ოჯახის გავლენაზე



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

ცხრილი 93.

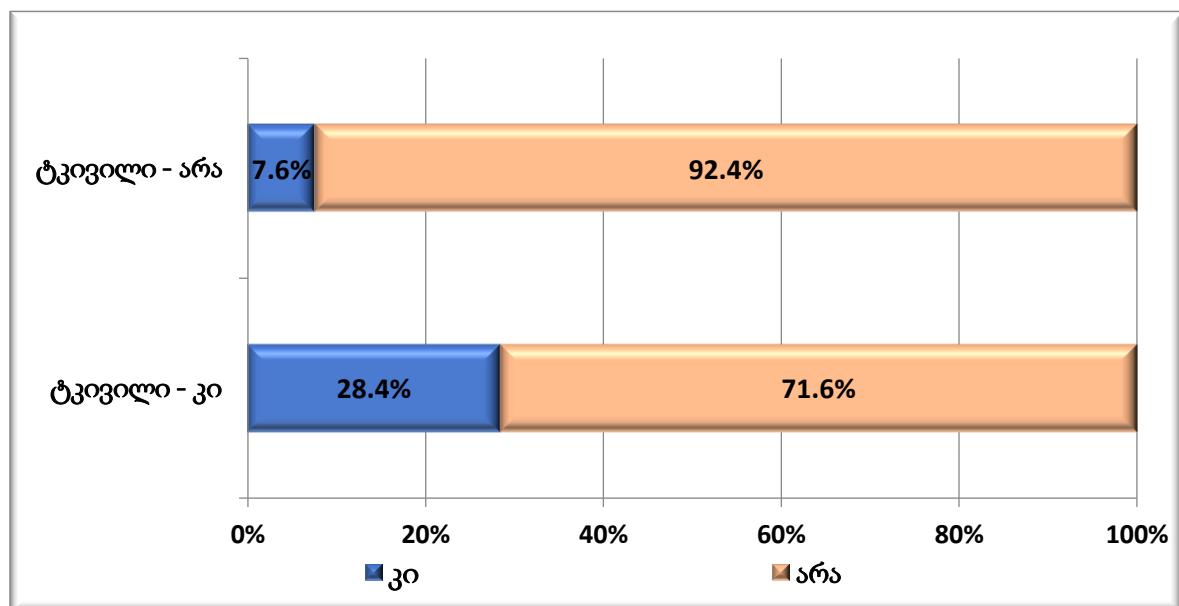
პაციენტთა პასუხები - ოჯახი წინააღმდეგია თუ არა ოპიოიდების დანიშვნის

ჯგუფი	n; %	ოჯახის დამოკიდებულება		
		კი	არა	სულ
ტკივილი - კი	n=	63	159	222
	%	28.4	71.6	62.7
ტკივილი - არა	n=	10	122	132
	%	7.6	92.4	37.3
სულ	n=	73	281	354
	%	20.6	79.4	100.0
Test		Test value	P	
Pearson Chi-Square		21.88	<0.001	
Likelihood Ratio		24.63	<0.001	
Linear-by-Linear Association		21.82	<0.001	

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 60.

კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობისდროს ოჯახი იყო თუ არა ოპიოიდების დანიშვნის წინააღმდეგი



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

4.6. ექიმებთან ასოცირებული კიბოსმიერი ტკივილის მართვის ბარიერები
 კვლევა მოიცავდა სხვადასხვა ონკოლოგიურ კლინიკაში ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ექიმების მიერ ტკივილის გამოვლენის, მისი სიძლიერის დადგენის, დანიშვნული ანალგეტიკებისა და მიღებული შედეგების ადეკვატურობის შეფასებას და შესაძლო ბარიერების იდენტიფიცირებას.
 ექიმებთან ასოცირებული კიბოსმიერი ტკივილის მართვის გამოვლენის მიზნით ჩატარდა როგორც რეტროსპექტული, ისე პროსპექტული კვლევა (იხ. ცხრილი 94).

ცხრილი 94.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ანუ 39%-ს. იგივე პაციენტთა გამოკითხვით კი ტკივილი სინდრომი დაუდგინდა 235 ონკოლოგიურ პაციენტს ანუ შემთხვევათა 66.4% ($\chi^2 = 38.0$; $p < 0.0001$). ამრიგად, გამოკითხულ კიბოს მქონე პაციენტთა შორის ტკივილი 1.7-ჯერ ($235 : 138 = 1.7$) მეტი იყო, ვიდრე ბარათებში ეწერათ. ამიტომ, კიბოს მქონე პაციენტები გამოიკითხენ იმის შესახებ, თუ რამდენად ხშირად ეკითხებოდა მათ ექიმი ტკივილის შესახებ (იხ. ცხრილი 95).

ცხრილი 95.

ექიმების მიერ პაციენტებისთვის ტკივილზე დასმული კითხვის სიხშირე

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

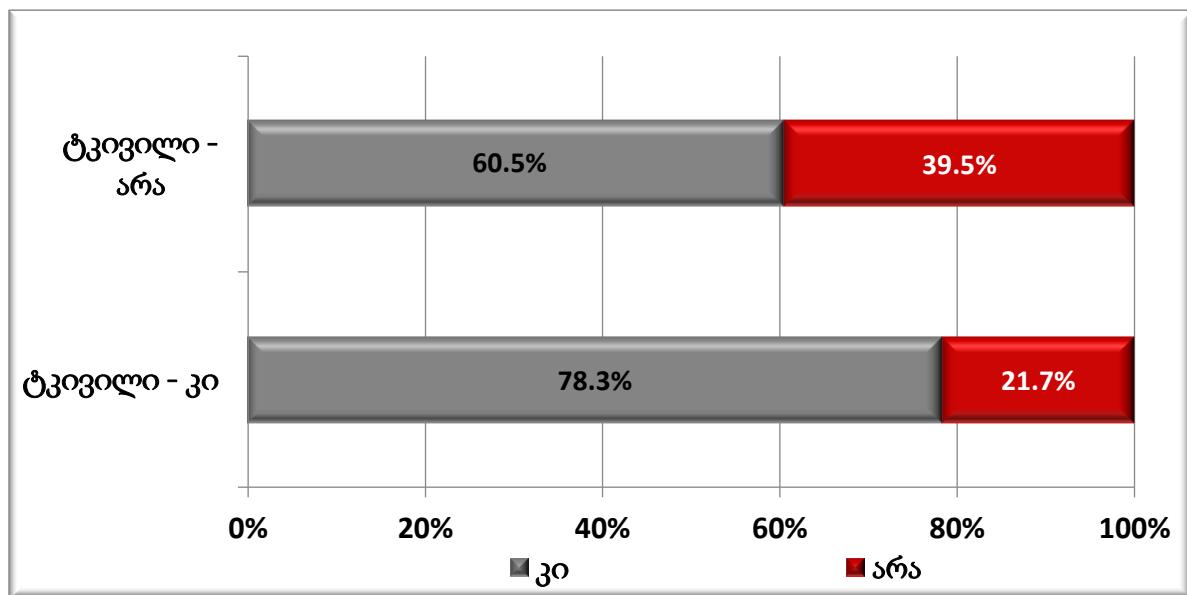
ტკივილის სწორი მართვის საჭიროებიდან გამომდინარე, მიღებული შედეგებით პაციენტთა 27.7%-ს ონკოლოგებმა არ დაუსვეს შეკითხვა ტკივილის. შესახებ; ეს ფაქტი პაციენტებმა გამოიყენეს არგუმენტათ, რომ ექიმისთვის არ გაემხილათ ტკივილის არსებობა. ამრიგად, გამოვლინდა კვლევის მეორე მიგნება, რომ ექიმები ონკოლოგიურ პაციენტებს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

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

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

დიაგრამა 61.

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



წყარო: კვლევის შედეგები.

ამრიგად, ონკოლოგებმა ანამნეზის შეგროვების დროს ონკოლოგიურ პაციენტებს, ტკივილის მაღალი რისკის გამო, როგორც მკურნალობის პროცესში (62.7%), ისე მის გარეშე აუცილებლად უნდა დაუსვან შეკითხვა ტკივილის არსებობის შესახებ. კვლევის შემდეგი მნიშვნელოვანი ნაწილი შეეხო კიბოსმიერი ტკივილის სიძლიერის ადეკვატურ შეფასებას, რადგან სწორედ მასზეა დამოკიდებული, თუ რა სიძლიერის ტკივილგამაყუჩებელი უნდა დაინიშნოს პაციენტს.

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

ცხრილი 96.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ცხრილი 97.

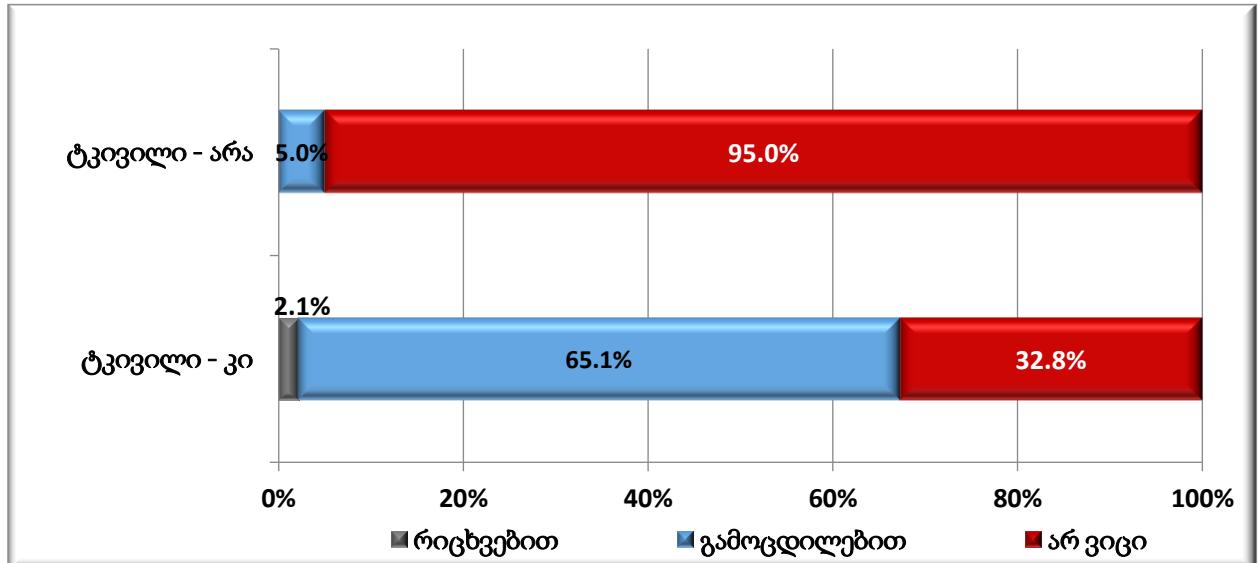
ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის სიძლიერის შეფასება სამედიცინო ბარათებით

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

დიაგრამა 62.

ონკოლოგიურ პაციენტებში ექიმების მიერ ტკივილის სიძლიერის შეფასების მეთოდი

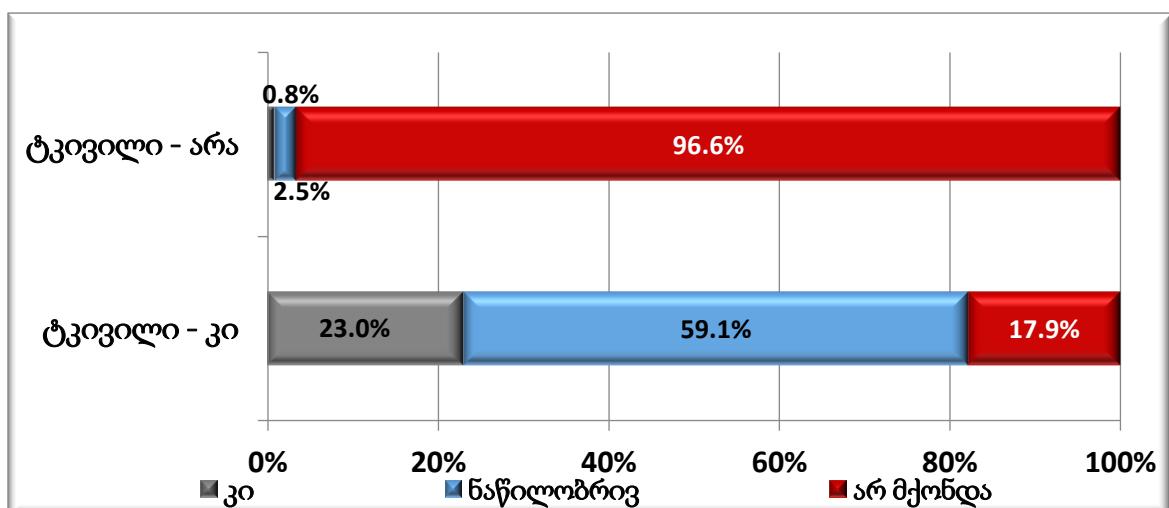


წყარო: კვლევის შედეგები.

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

დიაგრამა 63.

პაციენტთა ტკივილის მართვისთვის დანიშნული ანალგეტიკები ბარათებით



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

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

ცხრილი 98.

ონკოპაციენტთა ინფორმირება ტკივილის ეფექტიანი მართვის შესახებ

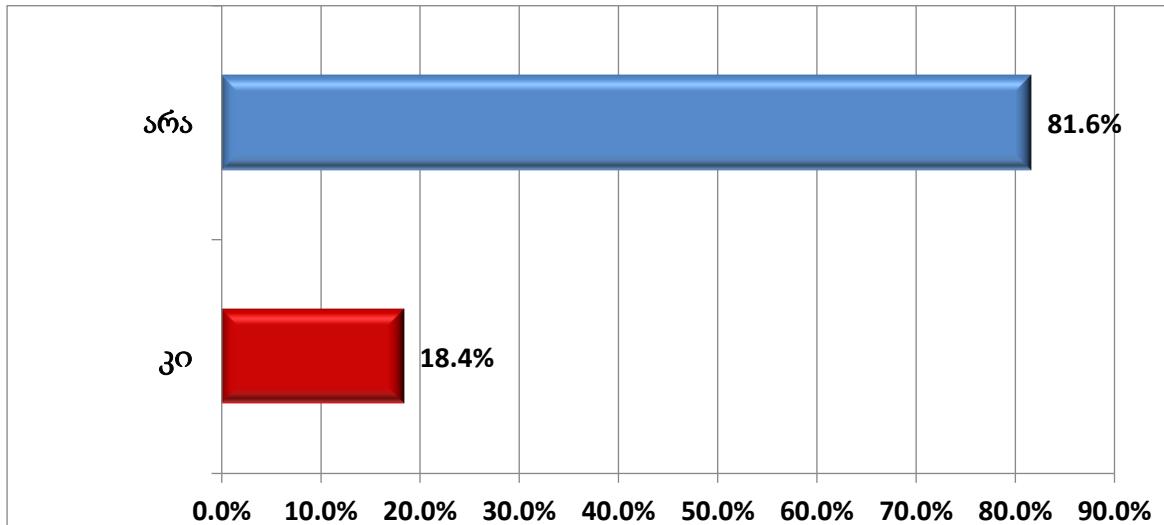
ინფორმირებული იყავით თუ არა ტკივილის შესახებ:	Observed N	%	Expected N	Residual	Chi-Square
კი	3	0.8	177.0	-174	342.10
არა	351	99.2	177.0	174	
სულ	354	100			

წყარო: კვლევის შედეგები.

354 კიბოს მქონე პაციენტიდან ტკივილის მართვის შესახებ ინფორმაცია ჰქონდა 3-ს ანუ 0.8%-ს, 351 პაციენტი ანუ 99.2% ინფორმირებული არ იყო (Chi-Square 342.10; $p<0.001$). თუმცა, ექიმი ვალდებულია პაციენტს მკურნალობამდე აცნობოს დაგეგმილი მკურნალობისა და მოსალოდნელი შედეგების შესახებ, რაც დასტურდება „პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობით სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე“. კიბოს მქონე პაციენტთა დაბალი ინფორმირება ტკივილის შესახებ უფრო აძლიერებს ექიმების ვალდებულებას მკურნალობამდე მიაწოდონ პაციენტებს ტკივილის მართვაზე და მის ეფექტიანობაზე სათანადო ინფორმაცია. დიაგრამა 64-დან ჩანს, რომ კიბოს მქონე პაციენტების ოჯახი პაციენტზე ოპიოიდების მართვასთან დაკავშირებით გავლენას ახდენდენ ყოველ მეხუთე პაციენტზე ანუ 18.4%-ში.

დიაგრამა 64.

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



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

ცხრილი 99.

ექიმთა ტესტირების შედეგები ტკივილის შეფასებასა და მართვაში

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

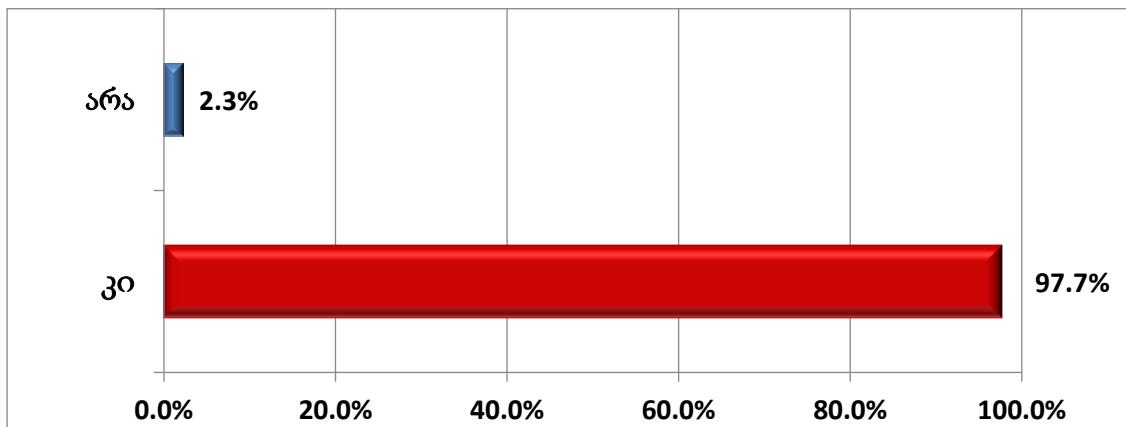
უნდა აღინიშნოს, რომ ექიმების 85%-მა იცოდა ტკივილის სიძლიერის რიცხობრივი შეფასება, ხოლო ნაწილმა კი - ჯანმო-ს ტკივილის მართვის რეკომენდაციები (68.3%), თუმცა, ვერ იყენებდენ კლინიკურ ჯგუფებთან ასოცირებული შეზღუდვების გამო. შედეგად, ტკივილის ადეკვატური მართვა 222 პაციენტიდან შესაძლებელი გახდა მხოლოდ 33.3%-ში;

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

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

დიაგრამა 65.

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

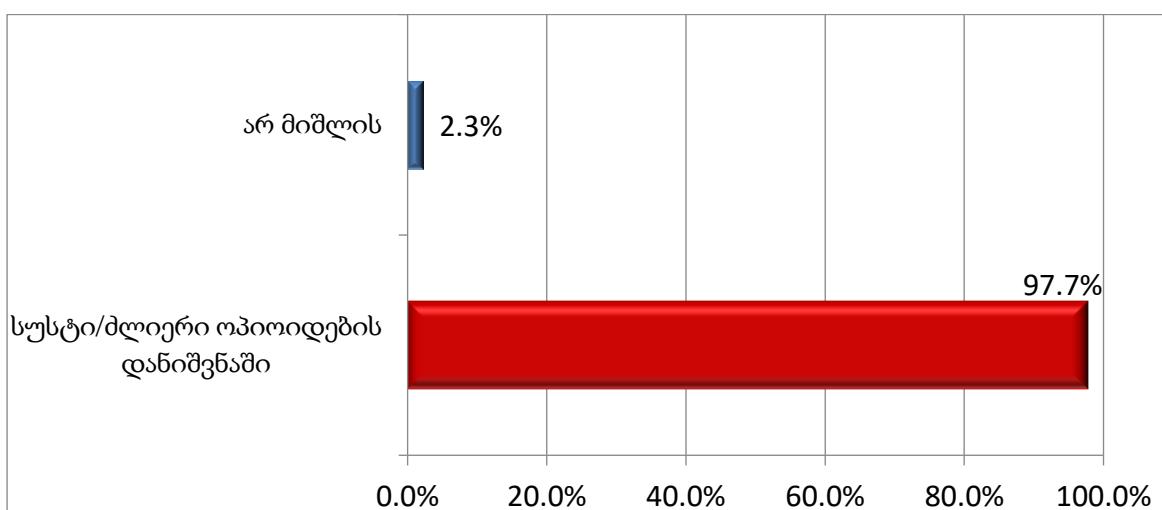


წყარო: კვლევის შედეგები.

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

დიაგრამა 66.

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



წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

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

4.7. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში ტკივილის რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის შედეგების შედარება
ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის დროს ტკივილის სიხშირის, გამოვლენის, სიძლიერის, დანიშნული ანალგეტიზიური წამლებისა და მიღებული ეფექტიანობის

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

ცხრილი 100.

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის ტკივილის მქონე პაციენტების განაწილება რეგიონების მიხედვით

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ცხრილი 102.

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

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

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

ცხრილი 103.

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის მიხედვით კიბოსმიერი ტკივილის მქონე პაციენტების მეტასტაზების განაწილება

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 104.

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის კიბოსმიერი ტკივილის მქონე პაციენტების განაწილება სქესის მიხედვით

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

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

ცხრილი 105.

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის მონაწილე კიბოსმიერი

ტკივილის მქონე პაციენტთა განაწილება კიბოს სტადიების მიხედვით

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 106.

რეტროსპექტული და პროსპექტული კვლევის მონაწილე კიბოსმიერი

ტკივილის მქონე პაციენტთა კლინიკური ჯგუფების მიხედვით განაწილება

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

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

ცხრილი 107.

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

მეთოდი	კითხვარი #1,3		კითხვარი #2		OR	95%CI		P	
	n=	%	n=	%		Low	High		
ნეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპია	57	24.3	47	21.2	1.1	0.7	1.6	0.772	NS
ნეო/ადიუვანტური სხივური თერაპია	11	4.7	34	15.3	0.7	0.3	1.6	0.331	NS
პალიატიური ქიმიოთერაპია	102	43.4	77	34.7	1.2	0.8	1.7	0.336	NS
პალიატიური სხივური თერაპია	9	3.8	34	15.3	0.2	0.1	0.5	<0.001	
პალიატიური ქიმიო-სხივური	38	16.2	18	8.1	1.9	1.03	3.4	0.042	
ჰორმონოთერაპია	3	1.3	7	3.2	0.4	0.1	1.6	0.188	NS
ნეო/ადიუვანტური ქიმიო- სხივური	15	6.4	5	2.3	2.8	1.0	7.8	0.052	NS
სულ	235	66.4	222	62.7	1.2	0.9	1.6	0.286	NS

წყარო: კვლევის შედეგები.

ცხრილი 108.

კიბოსმიერი ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეტიკები

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ცხრილი 109.

კიბოსმიერი ძლიერი ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული პრეპარატები

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

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

ცხრილი 110.

საშუალო ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეტიკები

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

ამრიგად, კიბოსმიერი საშუალო სიძლიერის ინტენსივობის ტკივილის კუპირების მიზნით ონკოლოგები ძირითადათ აარასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს ნიშნავდენ - 82.1%-94.9%, რადგან უფრო ძლიერი ანალგეტიკების დანიშვნა მოქმედი რეგულაციებით აკრძალულია.

ცხრილი 111.

კიბოსმიერი სუსტი ტკივილის კუპირებისთვის დანიშნული ანალგეტიკის მიხედვით
პაციენტების განაწილება

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

წყარო: კვლევის შედეგები.

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

5. ოპიოიდების რეგულირება საქართველოში

5.1. სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარება საქართველოში

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

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

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

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

დაიხარჯა 9 კილოგრამი ოპიოიდი, რაც გავრცელებული კიბოს მქონე პაციენტების მეოთხედს თუ დააკმაყოფილებს, ისიც მინიმალურ დონეზე გათვლილი.

ამდენად, საქართველოში 2020 წელს ტკივილის მართვისთვის გამოყოფილი სამედიცინო ოპიოიდების წლიური მოხმარება ნორმასთან შედარებით 4-ჯერ ნაკლები იყო, რომელშიც არ შედიოდა კიბოს ადრეული/შუალედური სტადიების მკურნალობის პროცესში ტკივილის სამართავად ხანმოკლე დროით, ან ზოგჯერკი ხანგრძლივად საჭირო ოპიოიდების რაოდენობა.

ცხრილი 112.

2013-2020 წწ.-ში ოპიოიდების მოხმარება საქართველოში,

Incb ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის ანგარიში (136).

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

საქართველოში ტკივილის მართვისთვის გამოყოფილი ოპიოიდების რაოდენობის შესაბამისობის შესაფასებლად გამოვიყენეთ ნარკოტიკების კონტროლის (Incb) საერთაშორისო საბჭოს მიერ დადგენილი ოპიოიდების ხარჯვის მაჩვენებელს „განსაზღვრული დღიური დოზით - სტატისტიკური მიზნებისთვის (S-DDD)“.

მოწოდებული დადგენილების მიხედვით ოპიოიდების მოხმარება არის:

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

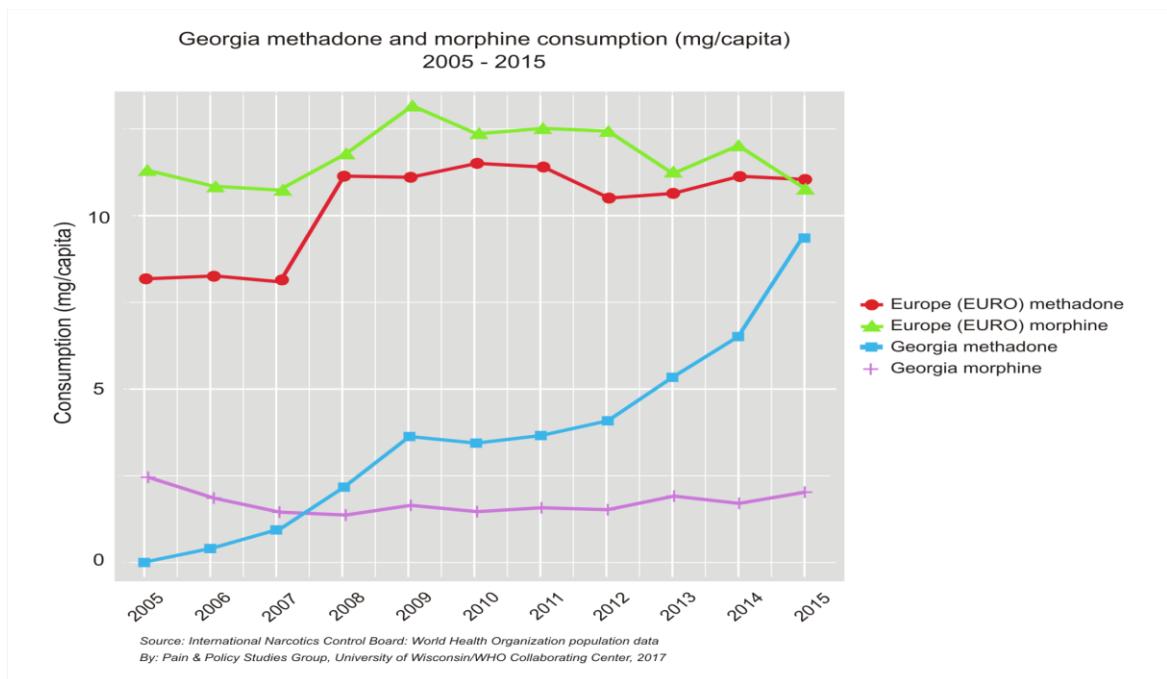
ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს დადგენილებიდან გამომდინარე, ჩნდება კითხვა, რამდენად საკმარისია საქართველოში კიბოსმიერი ტკივილის სწორი მართვისთვის მოხმარებული მორფინის დღიური დოზა?

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

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

დიაგრამა 67.

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



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

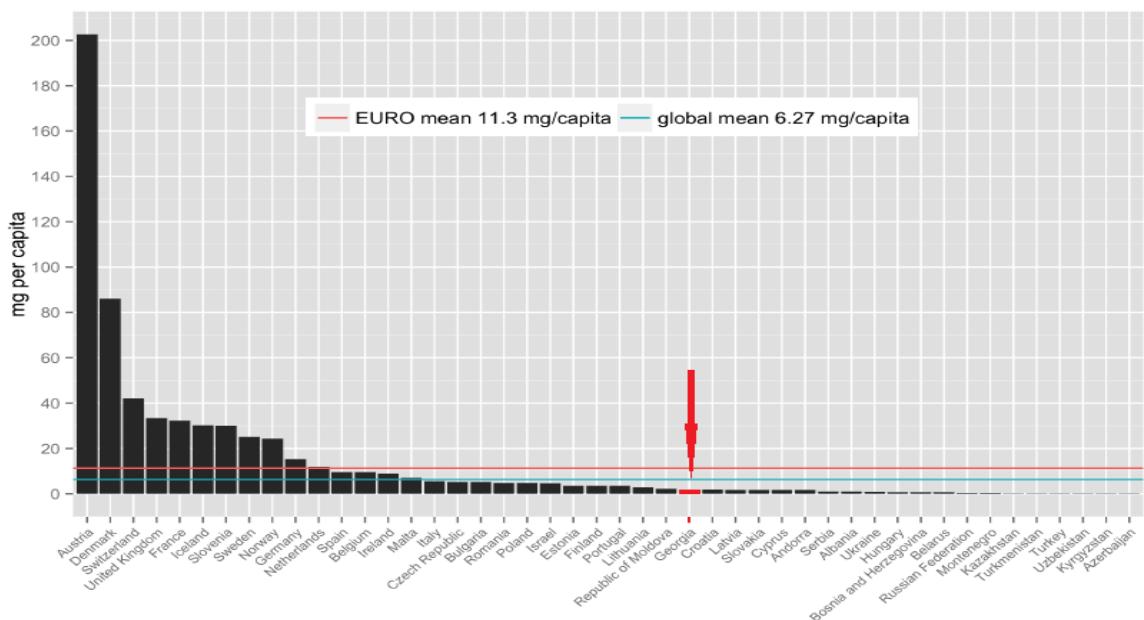
იდენტური მონაცემების შედარებით საქართველოში ორივე ოპიოიდის მოხმარება მცირეა; თუმცა დინამიკი მეტადონის მოხმარება უფრო მეტად იზრდება, რომელიც ევროპულ მაჩვენებელს უახლოვდება, მორფინის მოხმარება დროში თითქმის არ იცვლება.

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

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

დიაგრამა 68.

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



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

დიაგრამაზე 68-დან ჩანს, რომ საქართველოში მორფინის მოხმარება ევროპის ქვეყნებთან შედარებით მინიმალურია 2013-2020 წლებში ოპიოიდების მოხმარების დინამიკამ აჩვენა (იხ. ცხრილი 112), რომ საქართველოში მეტადონის მოხმარება 23 კგ-დან 2020 წლისთვის გაიზარდა 6.5 ჯერ და 146 კგ-ს მიაღწია.

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

ცხრილი 113.

2021/2022 წლისთვის განსაზღვრული კვოტა საქართველოსთვის (136)

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

2022 წლისთვის საქართველოში მეტადონის მოხმარების საჭიროება განსაზღვრულია 250 კგ-ით (100 კგ-ით გაზრდა), მაშინ როდესაც ტკივილის მართვისთვის აუცილებელი ოპიოიდების საჭიროება განსაზღვრულია 13 კილოგრამით; თუმცა, ოპიოიდების ეს რაოდენობა ტკივილის მქონე მხოლოდ ტერმინალური სტადიის კიბოს მქონე პაციენტთა საჭიროებაზე (35 კგ) 2.7-ჯერ ნაკლებია. ამრიგად, საქართველოში არის ოპიოიდების მოხმარების დაბალი მაჩვენებელი, რომელიც გამოწვეულია მისი რეგულირების მკაცრი პოლიტიკით, რის გამოც შეუძლებელია კიბოსმიერი საშუალო და ძლიერი ტკივილის ადეკვატური მართვა. ამ შედეგების საფუძველზე შეიძლება ითქვას, რომ ქვეყანაში შესაძლებელია ოპიოიდების საჭიროების მქონე ადამიანების ადეკვატური დახმარება. მაგალითად, „დამოკიდებულების სინდრომის“ მქონე ადამიანებისთვის მეტადონის გამოყენება ჩანაცვლებითი თერაპიის მიზნით, რომლის ხარჯვა 23 კგ-დან (2013 წ.) 250 კგ-მდე (2022 წ.) მოიმატა.

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

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

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

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

5.2. სამედიცინო ოპიოიდების მოქმედი მარეგულირებელი დოკუმენტები

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

კონტიგენტის საჭიროებისთვის ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემისა და გამოყენების დროებითი წესების“ დამტკიცების შესახებ; იგი დღემდე ფარავს ოპიოიდების დანიშვნას და გამოწერის წესებს. ბრძანებით მკაფრად კონტროლდება ოპიოიდების მიმოქცევა და იზღუდება მათი მოსარგებლე პაციენტთა კატეგორია; N465/ო ბრძანებით ოპიოიდის მისაღებად საჭიროა:

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

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

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

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

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

ბრძანებით ასევე პრობლემურია ოპიოიდის მარაგი და მისი გაცემა:

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

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

საქართველოს კანონებში - ჯანმრთელობის დაცვის (2002), პაციენტის უფლებების (2000) და საექიმო საქმიანობის შესახებ (2005) მომხდარი ცვლილებებით აღიარებულია პალიატიური მზრუნველობა. კანონებში ჯანმრთელობის დაცვისა და პაციენტის უფლებების შესახებ ჩაიწერა: „პალიატიური მზრუნველობა არის აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა სიმპტომების მოხსნა და ა.შ.

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

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

2007 წელს სახელმწიფომ აიღო ვალდებულება, რომ უზრუნველყო საჭიროების მქონე პაციენტების ოპიოიდებით ხელმისაწვდომობა საჭირო დოზებით და ფორმებით: „სახელმწიფო უზრუნველყოფს ნარკოტიკული საშუალებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების ხელმისაწვდომობას საჭირო რაოდენობითა და ფორმით, სამედიცინო, სამეცნიერო და კანონმდებლობით ნებადართული სხვა მიზნებისათვის, საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად. 2012 წელს კანონში (მუხლი N1 პუნქტი 3.ე), რომელიც განსაზღვრავს კანონის მიზნებს, რეგულირების სფეროს და პრინციპებს და პრევენციულ ზომებზე იყო საუბარი, ჩაიწერა სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის ვალდებულება, სახელდობრ: „სამედიცინო მიზნებისათვის ნარკოტიკულ საშუალებათა აღკვატური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

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

2012 წელს კანონში „ნარკოტიკული საშუალებების ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ განხორციელდა ცლილებები: გაუქმდა სტიგმის შემცველი ტერმინი სომატონარკომანი; შეიცვალა „დამოკიდებულების“ შინაარსობრივად გაუმართლებელი განსაზღვრება; გაუქმდა ფიზიკური დამოკიდებულება, როგორც დამოკიდებულების მონოკრიტერიუმი. ამრიგად, საქართველოს კანონის თანახმად ტკივილის მართვა პაციენტებში უნდა ხდებოდეს უწყვეტად ეთიკური სტანდარტების შესაბამისად, აუცილებელი წამლები, როგორიცაა მორფინი, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა საჭიროების მქონე

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

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

ა) ქრონიკული ინკურაბელური პაციენტისთვის გამოწერილი 1 რეცეპტი (ფორმა) შეიძლება შეიცავდეს ნარკოტიკული საშუალების 7 დღის სამყოფ რაოდენობას;

ბ) პრეპარატის მართებული დანიშვნა/გამოწერაზე პასუხისმგებელია ექიმი, რომელიც გასცემს რეცეპტს და დაწესებულების ხელმძღვანელი, ან მის მიერ დანიშნული პასუხისმგებელი პირი, რომელიც აწარმოებს მონიტორინგს. 2010 წელს დაემატა „მეწარმე ფიზიკურ პირად რეგისტრირებული პირველადი ჯანდაცვის ექიმი სოფლად, რომელიც ახორციელებს სოფლის მოსახლეობისთვის ამბულატორიული მომსახურებას, რეცეპტის გამოწერაზე პასუხისმგებელია ერთპიროვნულად, რასაც ადასტურებს რეცეპტის ბლანკზე ხელმოწერითა და პირადი ბეჭდის დასმით (26.02.2010 N55/ნ).

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

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

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

სხვადასხვა ნარკოტიკების, მათი ფორმების და ამ ფორმების თანაფარდობის თაობაზე. ამავე ბრძანებაში, 2010 წელს შევიდა ცვლილება, სადაც სოფლის ექიმს მიეცა ოპიოდიბის დანიშვნის/გამოწერის ერთპიროვნული უფლება (26.02.2010 N 55/6).

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

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

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

შესაძლებელი გახადა ოპიოიდების დანიშვნა და გამოწერა საჭიროების მქონე

სომატური პაციენტებისთვისაც.

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

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

ტკივილის სწორი მართვისა და ხელმისაწვდომის გასაუმჯობესებლად ჯანმო-მშეიმუშავა სტრატეგია:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ტკივილის მართვისადმი ამ დამოკიდებულებამ საფუძველი გაუმყარა საბჭოთა მენტალობის ექიმების არასწორ დამოკიდებულებას ქრონიკული ტკივილის შეფასებისა და ოპიოიდებით მართვისადმი.

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

დამოკიდებულების შესახებ; ამან გავლენა იქონია ყველაზე, მათ შორის პაციენტთა და მათი ოჯახის განწყობაზეც. ჩამოყალიბდა „მანკიერი წრე (127), რომელიც „კეთილმსურველ ექიმსაც კი ხშირად უარს ათქმევინებს დაეხმაროს პაციენტს და შეუმსუბუქოს დაავადების და ტკივილის ერთობლიობით გამოწვეული მძიმე ტანჯვა; ამ მოწყვლადი ადამიანების დახმარება და ტკივილის შემსუბუქება ჯანდაცვის პოლიტიკისთვის წამყვანია (128), ისე როგორც ტკივილის მართვა. ამ ფონზე უქიმთა განათლების დონე უცვლელია მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს რიგი სამედიცინო ლიტერატურა ტკივილის მართვის შესახებ ქართულ ენაზე (127-130). თუ მხედველობაში მივიღებთ, რომ საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (2002) ტერმინალურ სტადიას განსაზღვრავს უკურნებელი დაავადების „სიკვდილის წინა სტადიად“ - ნიშნავს, რომ თუ პაციენტი არ კვდება, ტკივილის გაყუჩება არ შეუძლია;. ასეთი მიღვომა კანონის უხეში დარღვევა წამლებზე ხელმისაწვდომობისა და ცხოვრების ხარისხზე მისი გავლენის, ასევე ლახავს დამკვიდრებულ ბიოეთიკურ პრინციპებს (133,134). ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებს და მას ტანჯვისა და წამების ობიექტად აქცევს (135).
ამრიგად, ძლიერი ოპიოიდური ანალგეტიკების დანიშვნა შესაძლებელია იმ პაციენტებისთვის, ვისაც სამკურნალო თუ სასიცოცხლო რესურსი აღარ აქვთ და ოპიოიდები ენიშნებათ სიკვდილის წინ, რამაც წარმოშვა მითი ექიმებში და საზოგადოებაში, რომ მორფინი არის კიბოს ბოლო სტადიის წამალი (136) და მისი დანიშვნა ასოცირდება გარდაუვალ სიკვდილთან. კიბოს ადრეულ და შუალედურ სტადიებზე მკურნალობის პროცესში ძლიერი ტკივილის მართვა ოპიოიდებით დროებით ან ხანგრძლივად, ხშირად სიცოცხლის ბოლომდე აუმჯობესებს ადამიანის ცხოვრების ხარისხს, აქტივობას. ფუნქციონირებას. მითუმეტეს, რომ ძლიერი ტკივილი შესაძლოა განვითარდეს ქრონიკული დაავადების ყველა ეტაპზე (17), რაც კვლევითაც დადგინდა.
სამწუხაროდ, ჩვენ რეალობაში ოპიოიდები ინიშნება არა სიცოცხლის ხარისხის გასაუმჯობესებლად, რომ პაციენტის სოციალური და ფიზიკური აქტივობა შენარჩუნდეს, არამედ სიცოცხლის ბოლოს, როცა პაციენტის მდგომარების აღარ გაუმჯობესდება; ამიტომ, მოსახლეობაში არის მითები მორფინის შესახებ. ამრიგად, განათლების დეფიციტმა, მორფინის სიცოცხლის დასასრულს დანიშვნის წესმა, რაც არ ეფუძნება ფარმაკოლოგიურ მოქმედებას, მის შესახებ შექმნა მითები, რომელიც მხარდაჭერილია მკაცრი და უსამართლო რეგულაციებით.

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

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

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

კვლევის შედეგები და მტაიცებულებები:

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

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

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

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

მამაკაცთა მოსახლეობის კიბოთი 5 მირითადი ლოკაციის ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში I ფილტვის კიბო (ASR=27,3); იგი პირველია თბილისშიც (ASR=34,1) და რეგიონებშიც (ASR=25,6). ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) აჩვენებს, რომ თბილისში ფილტვის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატება (SRR=1,3) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში რანგით II ადგილზეა პროსტატის კიბო (ASR=20,4); იგი ასევე მეორეა თბილისში (ASR=32,5) და რეგიონებში (ASR=16,8). SRR-ით თბილისში პროსტატის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,9-ჯერ მეტია (SRR=1,9) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეზე; მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში საქართველოში მესამე ადგილზეა შარდის ბუშტის კიბოს (ASR=16,0). შარდის ბუშტის კიბო IV ადგილზეა თბილისში (ASR=24,1) და რეგიონებში (ASR=14,1). SRR-ით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2015-2019 წლებში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი, 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში, ლოკაციების მიხედვით

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

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

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

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

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) საქართველოში, თბილისში და რეგიონებში კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში 1-ლ ადგილზეა ძუძუს კიბო (ASR=63,2). იგი ასევე პირველია თბილისში (ASR=85,3) და რეგიონებში (ASR=54,0).

ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) აჩვენებს, რომ თბილისში ძუძუს კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,6-ჯერ მეტია (SRR=1,6) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეზე;

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

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

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

4. სამედიცინო ბარათებში 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან მკურნალობის პროცესში ტკივილი ფიქსირებული ჰქონდა 138 პაციენტს ანუ 39%-ს (Chi-Square 17.19; $p<0.001$); სამედიცინო ბარათებით 207 კიბოს მქონე ქალიდან ტკივილი ჰქონდა 62-ს (30%), ხოლო 147 ონკოლოგიური მამაკაციდან - 76-ს (51.7%) ანუ კაცებში (51.7%) ტკივილი 1,7-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე ქალებში (30%) (Chi-Square 10.17; $p <0.001$); სამედიცინო ბარათებით მკურნალობის დროს ტკივილი ადრეულ (I-III) სტადიებზე ხშირია ქალებში (59,7%), ვიდრე - კაცებში (44.7%) და პირიქით, IV სტადიაზე კაცებში ტკივილი (55,3%) 1.4-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში (40.3%; $p <0.001$); კიბოსმიერი ტკივილის სიხშირე სტადიების მიხედვით იყო: I სტადიის დროს 19 პაციენტიდან ტკივილი ჰქონდა - 5-ს (26.3%), II სტადიისას 59 პაციენტიდან - 11-ს (18.6%), III სტადიისას 155 პაციენტიდან - 55-ს (35.5%) და IV სტადიის დროს 121 პაციენტიდან - 67-ს (55.4%); 138 ტკივილის მქონე პაციენტიდან მისი სიძლიერე დაუდგინდა 81 (58,7%) პაციენტს, 57-ს (41,3%) კი - არა (OR=7.3, 95%CI – 3.4-15.7, $p<0.001$); 81 პაციენტიდან სუსტი 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% -ს (OR=3.0, 95%CI – 0.9-10.5,

p=0.086);

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

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

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

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

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

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

გამოკითხული, ტკივილის მქონე 235 პაციენტიდან 177-ს (75.3%) საშუალო და/ან ძლიერი ტკივილი ჰქონდა; მათგან ოპიოიდები დაენიშნა 17 (9.6%) პაციენტს, 160 (90.4%) კი -დარჩა ადეკვატური დახმარების გარეშე (Chi-Square 186.90; p<0.001); ტელეფონით გამოკითხულთა შორის, ტკივილი კაცებში (85.8%) 1.6-ჯერ ხშირი იყო (p<0.001), ვიდრე ქალებში (55.1%) ((Chi-Square 33; p <0.001));

ონკოლოგიური პაციენტების ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება ტკივილის სიხშირეც, რომელიც ყველაზე მეტია 51-70 წლის ასაკში (66.8%; p <0.001); გამოკითხულ 159 (44.9%) პაციენტს მიაჩნდა, რომ ექიმები ტკივილის სიძლიერის აფასებდენ პირადი გამოცდილებით, 190 (53.7%) პაციენტმა კი არ იცოდა, თუ როგორ აფასებდენ ექიმები ტკივილს (Chi-Square 166.39; p<0.001)

ტკივილის მქონე 235 პაციენტიდან I-II სტადია ჰქონდა 15,7%-ს, III სტადია – 40,4% (ჯამურად I-III ჰქონდა 56,2%-ს, IV სტადია - 43.8%-ს ($p<0.001$); კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობისას ტკივილი სარწმუნო იყო ძუძუს $OR=2.7$, 95%CI – 1.6-4.6, $p<0.001$), საკვერცხის ($OR=2.7$, 95%CI – 1.4-5.3, $p=0.003$); ფილტვის ($OR=8.2$, 95%CI – 1.9-35.1, $p=0.005$) და კოლინჯის კიბოს დროს ($OR=2.1$, 95%CI – 1.02-4.4, $p=0.045$); კიბოს მკურნალობისას ტკივილი I სტადიაზე ჰქონდა 2.6%-ს ($OR=4.7$, 95%CI – 1.7-12.7, $p=0.003$); II-ზე - 13.2% ($OR=2.0$, 95%CI – 1.2-3.6, $p=0.016$); III-ზე - 40.4% ($OR=1.4$, 95%CI – 0.94-2.1, $p=0.095$). IV სტადიაზე - 43.8% ($OR=2.8$, 95%CI – 1.6-4.9, $p<0.001$); კიბოს მკურნალობის მეთოდებიდან, პალიატიური ქიმიო-სხივური თერაპიის დროს ტკივილი 1,7-ჯერ ($p<0.001$) მეტია, ვიდრე რადიკალურის დროს. რადიკალური მკურნალობისას საშუალო/ძლიერი ტკივილი ჰქონდა 55,8%-ს, პალიატიური თერაპიისას - საშუალო /ძლიერი ტკივილი 1,6-ჯერ უფრო ხშირია (86,6%, $p<0.001$), ვიდრე რადიკალური თერაპიის დროს. ტელეფონით გამოკითხული კიბოს მქონე პაციენტები, ქიმიოთერაპიის დროს 75,3%-ში აღნიშნავდენ საშუალო/ძლიერ ტკივილს ($p<0.001$); ტკივილი გრძელდებოდა 2-3 დღე ($OR=1.8$, 95%CI – 1.12-2.8, $p<0.001$), რის გამოც საჭირო იყო ოპიოიდებით მართვა. კიბოს მქონე პაციენტთა ქიმიოთერაპიის პროცესში მის დაწყებას უკავშირდება ტკივილის შემთხვევათა 43.7%-ში ($p<0.001$); ქიმიოთერაპიის დაწყებამდე ტკივილის მქონე პაციენტებში ძლიერი ტკივილი 2-ჯერ ხშირია - 41.7%, ვიდრე მკურნალობის დაწყებამდე ტკივილის არმქონებში - 22.7% ($p<0.001$). გამოკითხული ტკივილის მქონე პაციენტების ტკივილის სიხშირე, მიუხედავად მისი მართვის ადეკვატურობისა, 1 თვეში 235 პაციენტიდან შემცირდა 117-ით (49,8%) და შეადგინა 118 (50,2%); 235 ტკივილის მქონე პაციენტიდან, დანიშნული ანალგეტიკებით ტკივილი მოეხსნა 23%-ს, ნაწილობრივ - 59.1%-ს, უშედეგო იყო 17.9%-ში; ტკივილის მართვის ინდექსმა შედგინა მხოლოდ 29.4% ($p<0.001$);

6. ექიმთან ვიზიტისას, 354 კიბოს მქონე პაციენტიდან მკურნალობის დროს ტკივილი ჰქონდა 222-ს (62.7%, Chi2=22.88; $p<0.001$). მათგან სუსტი ტკივილი ჰქონდა 58 (26.1%) პაციენტს, საშუალო - 118-ს (33.3%) და ძლიერი - 46-ს (13%);

222 ტკივილის მქონე პაციენტიდან ქალი იყო 119 (51.5%), მამაკაცი - 103 (48.5%; Chi-Square 15.84; p<0.001). 193 ქალიდან ტკივილი ჰქონდა 103-ს (53.4%), 161 მამაკაციდან - 119-ს (73.9%); მამაკაცებში ტკივილი 1.4-ჯერ (73.9% : 53.4%) მეტია, ვიდრე ქალებში (p<0.005);

ექიმთან ვიზიტისას, 222 ტკივილის მქონე პაციენტიდან ტკივილი მოქმედი 104-ს (46.8%), ნაწილობრივ - 118-ს (53.2%) (Chi2=59.42, p<0.001); საშუალო და ძლიერი ტკივილის მქონე 164 (73.9%) პაციენტიდან ოპიოიდი დაენიშნა 24-ს (14.6%), დანარჩენ 140 (85.4%) პაციენტს დაენიშნა აასს (Chi-Square 288.01; p<0.001); ტკივილის მართვის ინდექსი იყო 36.9%;

ტკივილის მქონე 222 პაციენტის ტკივილი უპირატესად არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებით იმართებოდა, მათგან საშუალო სიძლიერის ტკივილი იყო 82.1%-ში, ძლიერი - 60%-ში (p<0.001); საშუალო ტკივილის დროს, ტკივილის მართვის ინდექსი იყო - 6.8%, ძლიერი ტკივილისას - 34.8%-ში (p<0.001); კიბოსმიერი ტკივილის მქონე პაციენტთა განაწილება რეგიონებისა (Chi-Square 0.624) და ასაკობრივ ჯგუფების მიხედვით სარწმუნო არ იყო (Chi-Square 0.298); კიბოს სტადიის ზრდასთან ერთად იზრდება ტკივილის სიხშირეც; I სტადიაზე ტკივილი ჰქონდა 2.3%-ს (OR=2.2, 95%CI – 0.8-6.2, p=0.124); II სტადიაზე - 10.8%-ს (OR=4.1, 95%CI – 2.4-7.2, p<0.001); III სტადიაზე - 30.6%-ს (OR=1.5, 95%CI – 0.97-2.4, p=0.071). IV სტადიაზე - 56.3%-ს (OR=5.8, 95%CI – 3.5-9.7, p<0.001);

222 ტკივილის მქონე პაციენტიდან, ტკივილი ადრეულ/მუალედურ სტადიებზე ჰქონდა 97 (43,7%) პაციენტს, IV სტადიაზე – 125-ს (56,3%); ადრეულ/მუალედურ სტადიებზე, ტკივილი ქალებში უფრო ხშირია (50.5%), ვიდრე მამაკაცებში (37.8%), IV სტადიაზე პირიქით, ტკივილი ხშირია მამაკაცებში (62.2%), ვიდრე ქალებში (49,5%); კიბოს მკურნალობის მეთოდებიდან ტკივილი ხშირია პალიატიური ქიმიოთერაპიის დროს - 34.7%, წეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპიისა - 21.2% და წეო/ადიუვანტური სხივური და პალიატიური სხივური თერაპიის შემთხვევაში - 15.3% (Chi-Square 68.05; p<0.001);

გამოკითხული პალიატიური თერაპიის მიმღები 129 პაციენტიდან, საშუალო და ძლიერი ტკივილი ჰქონდა 94-ს (87.6%), რომელთა სიხშირე სხვადასხვა მეთოდის დროს 85.3-88.9%-ის ფარგლებში მერყეობდა (Chi2=59.42, p<0.001);

გამოკითხულ პაციენტებში ტკივილი ხშირია ფილტვის (92.5%), კუჭ-ნაწლავისა (78.5%) და შარდ-სასქესო ტრაქტის კიბოს დროს, საშუალო სიძლიერის ტკივილი -

ფილტვის, შარდ-სასქესო და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კიბოს დროს, ძლიერი ტკივილი - ძუძუს (36.1%) კიბოს შემთხვევაში ($p<0.001$).

7. 235 კიბოსმიერი ტკივილის მქონე პაციენტიდან, ექიმს ტკივილი არ გაუმხილა 33.6%-მა (Chi-Square 258.32, $p<0.001$);
 კიბოსმიერი ტკივილის მქონე 235 პაციენტიდან 22.6%-მა ექიმს ტკივილი არ აცნობა, რადგან „ძალიან არ ტკიოდა“ ($OR=6.6$, 95%CI–2.6-17.1, $p<0.001$), 7.2%-მა - „ექიმა არ ჰკიოთხა“ ($OR=3.0$, 95%CI–0.87-10.5), 6.8%-ს „მკურნალობის გადადების“ შეემინდა ($OR=4.3$, 95%CI–0.97-18.9), 46.4%-ს „ტკივილს უძლებდა“ (Chi-Square 284.26; $p<0.001$);
 ტკივილის მქონე 235 პაციენტიდან, ექიმს ტკივილი თავისი ნებით აცნობა 17%, 83%-მა კი არ აცნობა, რადგან არ იცოდა ტკივილის მართვის შესაძლებლობები ($p<0.001$);
 ტკივილის მქონე 235 პაციენტიდან, ექიმის რჩევით ტკივილის მართვას აგრძელებდა 67.8% ($OR=32.8$, 95%CI – 14.6-73.9, $p<0.001$), 22.7% ეწეოდა თვითმკურნალობას (Chi-Square 223.28; $p<0.001$);
 354 პაციენტიდან ძლიერი ტკივილის დროს მორფინის გამოყენებაზე მზად იყო 26.3%, 73.7% კი - სხვადასხვა მოტივით თავს იკავებდა (Chi-Square 74.84; $p<0.001$);
 354 კიბოს მქონე პაციენტის გამოკითხვით, ტკივილის დროს მორფინით მართვაზე 19.2% უარს ამბობდა; 33.9% - „არ იცოდა“ გაიკეთებდა თუ არა, 11.3% - ეშინოდა მორფინზე მიჩვევის; 9.3% - აცხადებდა, რომ მას „კიბო არ ჰქონდა“;
 235 ტკივილის მქონე პაციენტის გამოკითხვით, 20% წინააღმდეგი იყო ტკივილის მორფინით მართვის; 26% „არ იცოდა“ გაიკეთებდა თუ არა; 13.6% - ეშინოდა მიჩვევის, 6.4% - „კიბო არ მაქვს“ (Chi-Square 39.10; $p<0.001$).
 მორფინით ტკივილის მართვის საჭიროებისას, 354 პაციენტის ოჯახიდან, 18.4%-ს არ სურდა ოპიოიდის დანიშვნა; 235 ტკივილის მქონე პაციენტის ოჯახიდან კი - 28.4%-ს. ოპიოიდის დანიშვნაზე თანახმა იყო 71.6% ($OR=4.8$; 2.4-9.8; $p<0.001$);
 8. ექიმები კიბოსმიერი ტკივილის მქონე პაციენტებს კითხვას ტკივილის შესახებ არ უსვამდენ 21.7%-ში, ტკივილის არმქონეებს კი 39.5%-ში ($OR=2.4$, 95%CI – 1.5-3.8, $p<0.001$);
 ექიმები პაციენტთა ინფორმირებას ტკივილის შესახებ ახდენდენ იშვიათად - 0.8%-ში (Chi-Square 342.10; $p<0.001$);
 ექიმებმა ტკივილის სიძლიერე, ტკივილის რიცხობრივი შკალით შეუფასეს 5 (1.4%) პაციენტს, სხვებს - პირადი გამოცდილების საფუძველზე (Chi-Square 166.39; ; $p<0.001$);

ექიმები ტკივილს მართვდნენ პირადი შეხედულებით (99.1%), რომელიც შედეგებზეც აისახა: ტკივილი მოეხსნა 23%-ს, ნაწილობრივ - 59.1%-ს, არ მოეხსნა - 17.9%-ს ($\text{Chi}^2=59.42$, $p<0.001$); ტკივილის მართვის ინდექსი იყო მხოლოდ 36.9%; პაციენტების მკურნალობის დროს, ტკივილის ოპიოიდებით მართვის საჭიროების დროს, ოჯახი ექიმებზე გავლენის მოხდენას ცდილობს 18.4%-ში ($\text{Chi}^2=141.74$, $p<0.001$); მკურნალობის პროცესში, ტკივილის ოპიოიდებით მართვას ძირითადად ზღუდავს (97.7%) II კლინიკური ჯგუფი ($\text{Chi}^2=322.72$, $p<0.001$); საქართველოს კანონმდებლობა აღიარებს სამედიცინო მიზნებისთვის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის აუცილებლობას, ექიმების მიერ სერვისის უწყვეტი მიწოდებით, თუმცა კანონქვემდებარე აქტებით ოპიოიდების დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ უკურნებელი პაციენტებისთვის და ექიმს სერვისის მიწოდება შეუძლია, ბოლო 6 თვის მანძილზე, თუ დაავადების ტერმინალური ფაზა დადასტურებულია.

ამრიგად, ტკივილის მართვა ასოცირდება ექიმთა განათლებასთან, პაციენტთა ცნობიერებასთან და სამედიცინო ოპიოიდების მოხმარების რეგულირებასთან; უკანასკნელი მორგებულია არა სამედიცინო ჩვენებაზე, არამედ დიაგნოზზე და სიცოცხლის სავარაუდო პერიოდზე. შესაბამისად, უნდა განხორციელდეს ისეთი ცვლილებები, რომელიც უზრუნველყოფს მკურნალობის პროცესში ტკივილის ადეკვატური მართვას და ადამიანთა ფუნდამენტური უფლებების დაცვას, ხოლო სახელმწიფო ამით შეასრულებს საერთაშორისო საზოგადოების წინაშე აღებულ ვალდებულებას.

დასკვნები:

1. სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და 5 ძირითადი ლოკაციის სარანგო ადგილი 2015-2019 წლებში საქართველოში, რეგიონებში და თბილისში მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში. საქართველოში ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100.000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 183. კიბოს ლოკაციების მიხედვით რანგით I ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=27,3; 95% CI ASR= 26,4-28,2), II - პროსტატის (ASR=20,4; 95% CI ASR= 19,6-21,1), III - შარდის ბუშტის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 15,3-16,7), IV - კოლორექტუმის (ASR=15,8; 95% CI ASR= 15,1-16,5), V - კანის კიბოს (ASR=14,8; 95% CI ASR= 14,1-15,4).
2. ქალაქ თბილისში და საქართველოს რეგიონებში მცხოვრებ მამაკაცთა პოპულაციაში სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა 2015-2019 წლებში კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და თითოეული ლოკაციის სარანგო ადგილი: I და II სარანგო ადგილები როგორც თბილისში, ისე რეგიონებში ეკავათ, შესაბამისად, ფილტვისა და პროსტატის კიბოს, ამავე დროს ამ ლოკაციების კიბოთი ავადობის სიხშირეები თბილისში, შესაბამისად, 1,3-ჯერ და 1,9-ჯერ აღემატებოდა რეგიონებში რეგისტრირებულ ავადობის დონეებს; IV სარანგო ადგილი როგორც თბილისში, ისე რეგიონებში ეკავა შარდის ბუშტის კიბოს; III და V ადგილები შესაბამისად ეკავათ თბილისში კოლორექტუმისა და კანის კიბოს, ხოლო რეგიონებში პირიქით -კანისა და კოლორექტუმის კიბოს.
3. 2015-2019 წწ.-ში საქართველოში რეგისტრირებული იქნა ქალთა ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადების 29,303 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 197. კიბოს ლოკაციების მიხედვით რანგით I ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (ASR=63,2; 95% CI ASR= 61,8-64,5), II - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=34,4; 95% CI ASR= 33,3-35,5), III - საშვილოსნოს ყელის (ASR=13,4; 95% CI ASR= 12,8-14,1), IV - საშვილოსნოს ტანის (ASR=11,3; 95% CI ASR= 10,8-11,9), V- კოლორექტუმის (ASR=10,3; 95% CI ASR= 9,7-10,8) კიბოს.
4. ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) საქართველოში, თბილისში და რეგიონებში კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით 1-ლი ადგილი უკავია ძუძუს კიბოს (ASR=63,2). ძუძუს კიბოს ასევე 1 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში

(ASR=85,3), ისე რეგიონებში (ASR=54,0). ამავე დროს, ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გვიჩვენებს, რომ თბილისში ძუძუს კიბოს ავადობის სიხშირე 1,6-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,6) რეგიონებში ამ ლოკაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

5. 2008 წლის იგივე მონაცემებთან შედარებით დადგინდა, რომ ქვეყანაში მოსახლეობის რაოდენობის შემცირების მიუხედავად, იზრდება ავადობის მაჩვენებელი ყველა ლოკაციის კიბოსთვის. საქართველოში კიბოს ინციდენტობამ 100.000 მოსახლეზე 2008 წელს შეადგინა 143,0%000, ხოლო 2019 წელს, კიბოს რეგისტრირებულ შემთხვევათა რაოდენობა გაორმაგდა და შეადგინა 277.9%000, რაც ძირითადად დაკავშირებულია საქართველოში კიბოს პოპულაციური რეგისტრის შექმნასთან;
6. საქართველოში 2018-2019 წლებში საშუალოდ ყოველწლიურად ყველა მიზეზით რეგისტრირდებოდა 46,591 გარდაცვალების შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 4,255 (9%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 42,336 (91%) შემთხვევა. 2018-2019 წლებში ქ. თბილისში ყოველწლიურად ყველა მიზეზით რეგისტრირდება გარდაცვალების 12.335 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 1,476 (12%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 10,859 (88%) შემთხვევა.
7. 2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში კიბოს დიაგნოსტირება ნულოვან სტადიაში ისეთი მიზერულია (0.2%), რომ არც კი აისახება გრაფიკულად. შემთხვევათა ნახევარზე მეტი დიაგნოსტირებული იქნა III-IV კლინიკურ სტადიაში. განსაკუთრებით საყურადღებო და შემამფოთებელია კიბოს ვერიფიკირების ყველაზე მაღალი სიხშირე IV კლინიკურ სტადიაში.
8. 2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში, კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიერ, სულ რეგისტრირებული იქნა 35 ლოკაციის კიბოს 52,179 შემთხვევა, მათ შორის უცნობი და არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკაციების 989 შემთხვევა, მათგან 737 (74.5%)- IV სტადიაში. კიბოს ლოკაციებიდან IV კლინიკურ სტადიაში 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. 2015-2019 წლებში საქართველოს მოსახლეობის ორივე სქესში კიბო I სტადიაში დიაგნოსტირებული იქნა 22.1%-ში, II-ში-18.5%-ში, III-ში-19.7%-ში, IV-ში-24.1%-ში. საქართველოს რეგიონებიდან მაღალი სიხშირით IV კლინიკურ სტადიაში კიბო

დიაგნოსტირებული იქნა გურიაში (ASR=56,2%₀₀₀₀; AAR=85.7%₀₀₀₀; CR₆₄=3.6. CR₇₄= 6.4),
თბილისში (ASR=54,2%₀₀₀₀; AAR=79.2%₀₀₀₀; CR₆₄=3.2; CR₇₄= 6.5), აჭარაში (ASR=54,2%₀₀₀₀;
AAR=79.2%₀₀₀₀; CR₆₄=3.4; CR₇₄= 5.7), რაჭა-ლეჩხუმში (ASR=46,2%₀₀₀₀; AR=75.5%₀₀₀₀;
CR₆₄=2.9; CR₇₄= 5.2) და სამეგრელო-ზემო სვანეთში (ASR=43,0%₀₀₀₀; AAR=62,9.5%₀₀₀₀;
CR₆₄=2.9; CR₇₄= 5.1).

10. კიბოს პოპულაციური რეგისტრი ონკოლოგიურ პაციენტებში არ არეგისტრირებს ტკივილის სინდრომის შემთხვევებს, მათ სიძლიერეს და არ უწევს Follow-up მონიტორინგს. ასევე არ რეგისტრირდება კლინიკური ჯგუფები, თუმცა საქართველოში მათი მიხედვით წარმოებს ონკოლოგიურ პაციენტების მკურნალობა და ტკივილის სინდრომის მართვა.
11. კლინიკური სტადირების მქონე 44,119 ონკოლოგურ პაციენტში III და IV სტადიების დროს, ტკივილის სიხშირის მოდელირებით განსაზღვრული იქნა ტკივილის სინდრომის მინიმალური (19,000 შემთხვევა, 43.1%) და მაქსიმალური (29,000 შემთხვევა, 65.7%) სავარაუდო ოდენობები.
12. საქართველოში კიბოსმიერი ტკივილი კიბოს მკურნალობის პროცესში პაციენტებს აღენიშნებათ 62.7-66.4%-ის სიხშირით ($p<0.001$); კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის პროცესში პაციენტთა 73.9%-75.3%-ს საშუალო და ძლიერი ტკივილი ჰქონდა, რომელიც ჯანმო-ს ტკივილის მართვის რეკომენდაციით საჭიროებდა ოპიოიდებით მართვას;
13. კიბოს მქონე პაციენტთა მკურნალობის დროს ტკივილი იყო როგორც ადრეულ და შუალედურ სტადიებზე - 43,7%-ს, ისე IV სტადიაზე – 56,3%; ადრეულ და შუალედურ სტადიებზე ტკივილი უფრო ხშირი იყო ქალებში (50.5%), ვიდრე მამაკაცებში (37.8%), ხოლო IV სტადიაზე - პირიქით, ტკივილი უფრო 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 სისმივნეების დროს ($p<0.001$);
15. ტკივილის სინდრომის 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 პროცესში საშუალო და 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 23%-46.8%-ში ($p<0.001$), ტკივილის მართვის ინდექსმა შეადგინა 29.4%-36.9% ანუ მკურნალობა იყო დაბალ ეფექტიანი; საშუალო და 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 პროცესი 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 ნაჩვენები იყო ოპიოიდური პრემედიკაცია; სხივური თერაპიის შემდეგ 10-15 დღეში ვითარდება სხვადასხვა სიძლიერის ტკივილი, მათ შორის ძლიერი. საკითხი საჭიროებს დამატებით შესწავლას;
19. კიბოსმიერი ტკივილის ეფექტიანი მართვის მიუხედავად, მისი სიხშირე 1 თვეში შემცირდა მხოლოდ 49,8%-ით და შეადგინა საწყისი რაოდენობის 50,2%; ტკივილის სინდრომის მქონე პაციენტთა ლეტალობამ 1 თვეში შეადგინა 11.9%, არმქონეებში კი - 2.5% ($p<0.001$); საშუალო და ძლიერი ტკივილი ჰქონდა გარდაცვლილი 31 პაციენტის 90%-ს, რის გამოც ტკივილი შესაძლოა განვიხილოთ დაავადების პროგრესირების სავარაუდო პრედიკტორათ, თუმცა იგი საჭიროებს შემდგომ გაღრმავებულ შესწავლას;
20. საშუალო/ძლიერი ტკივილის სინდრომის დროს ოპიოიდების დანიშვნის მთავარ ბარიერს შემთხვევათა 97.7%-ში წარმოადგენს პაციენტების კლასიფიცირება კლინიკური ჯგუფების მიხედვით ($p<0.001$), რომელიც პოსტსაბჭოთა წვეენების 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 მთელ მსოფლიოში ხორციელდება კლინიკური სტადიების და TNM სისტემის კლასიფიკატორებით. ონკოლოგიურ პაციენტთა კლინიკურ ჯგუფებად დაყოფა (საბჭოთა ნოუჰაუ) გამოიყენებოდა მხოლოდ საბჭოთა კავშირში და, როგორც გადმონაშთი, დღესაც ხმარებაშია ნაკლებად განვითარებულ პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში, მათ შორის საქართველოში. დღემდე კიბოსმიერი საშუალო/ძლიერი ტკივილის ოპიოიდებით მართვა ვერ მოხერხდა (97.7%) პაციენტთა მენეჯმენტში 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 სინდრომის მართვა ამცირებს მკურნალობის ეფექტიანობას, პაციენტებს ართმევს გადარჩენისა და სიცოცხლის გახანგრძლივების შანსებს, წირავს მათ ტანჯვა-წამებისათვის, არაპუმანურია 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 დაწერგვის 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 დაწერგვით 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, კლინიკური სტადიებისა და TNM სისტემების მიხედვით შემთხვევების კლასიფიცირება-რეგისტრაციის, პაციენტებზე აქტიური Follow-up დაკვირვების, ECOG სტატუსისა და ტკივილის სინდრომის მონიტორინგის საკითხებში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. WHO (2018). Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Available from: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. CA Cancer J Clin. 2019 Jan;69(1): 7-34.
3. World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention. Edited by Christopher P. Wild, Elisabete Weiderpass, Bernard W. Stewart. Lyon, 2020;
4. Haumann, J., Joosten, E. B. A., van den Beuken-van, M. H. (2017). Pain prevalence in cancer patients: Status quo or opportunities for improvement? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 11(2), 99– 104. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000261>. Crossref Pub MedWeb of Science®Google Scholar
5. He QH, Liu QL., Li Z., Li KZ., Xie YG. Impact of epidural analgesia on quality of life and pain in advanced cancer patients. *Pain Manag Nurs*. 2015;16(3):307–313.
6. Deng D, Fu L, Zhao YX, et al. The relationship between cancer pain and quality of life in patients newly admitted to Wuhan Hospice Center of China. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012;29(1):53–59.
7. [Li Z, Aninditha T, Griene B, Francis J, Renato P, Serrie A, Umareddy I, Boisseau S, Hadjiat Y](#). Burden of cancer pain in developing countries: a narrative literature review. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2018 Nov 2;10:675-691. doi: 10.2147/CEOR.S181192. eCollection 2018.
8. Kim YS, Do H, Lee JW, et al. Patient reporting pain intensity immediately after surgery can be associated with underlying depression in women with breast cancer. *Psychooncology*. 2016; 25(3):308–315.
9. International Association for the Study of Pain. (2011). IASP Taxonomy. <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>.
10. Gress, K. L., Charipova, K., Kaye, A. D., Viswanath, O., & Urits, I. (2020). An Overview of Current Recommendations and Options for the Management of Cancer Pain: A Comprehensive Review. *Oncology and Therapy*, 8(2), 251– 259. <https://doi.org/10.1007/s40487-020-00128-y>. CrossrefPubMedWeb of Science®Google Scholar
11. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Serçe S, Tuna D, Pirbudak Çöçelli L, Sevinç A. Pain and quality of life in Turkish cancer patients. *Nurs Health Sci*. 2013;15(4):437–443.
12. Kwon JH. [Overcoming barriers in cancer pain management](#). *J Clin Oncol*. 2014 Jun 1;32(16):1727-33. doi: 10.1200/JCO.2013.52.4827. Epub 2014 May 5. Review. Erratum in: *J Clin Oncol*. 2014 Jun 1;32(16):2117.
13. Rau KM, Chen JS, Wu HB, et al. The impact of pain control on physical and psychiatric functions of cancer patients: a nation-wide survey in Taiwan. *Jpn J Clin Oncol*. 2015;45(11):1042–1049.
14. M.Shavdia, N.Ninashvili, Natia Shavdia. Cancer pain assessment and treatment in 1494 advanced cancer patients. *Pain Practice*, Vol.12, Suppl.1, February 2012, p.39 /6th World Congress, WIP-2012, Miami, USA, February 4-6. 2012;

15. [Running A, Seright T. Current Pain and Headache Reports](#) 16(4):325-31.May,2012 with 150 Reads <https://www.researchgate.net/publication/225065907> Integrative Oncology managing Cancer Pain withComplementary and Alternative Therapies DOI:[10.1007/s11916-012-0275-x](https://doi.org/10.1007/s11916-012-0275-x) · Source: PubMed.
16. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. (2010). Adult cancer pain. J Natl Compr Canc Netw 8(9). <http://www.nccn.org/JNCCN/toc/2010september.asp#adult>.
17. Marieke H. J. van den Beuken-van Everdingen, Sander M. J. van Kuijk,, Elbert A. J. Joosten. Treatment of Pain in Cancer: Towards Personalised. Medicine. [Cancers \(Basel\)](#). 2018 Dec; 10(12): 502. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6316711/>;
18. van den Beuken-van Everdingen M.H., de Rijke J.M., Kessels A.G., Schouten H.C., van Kleef M., Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: A systematic review of the past 40 years. Ann.Oncol. 2007;18:1437–1449.doi:10.1093/annonc/mdm056. [PubMed][CrossRef] [Google Scholar];
19. van den Beuken-van Everdingen, M.H.; Hochstenbach, L.M.; Joosten, E.A.; Tjan-Heijnen, V.C.; Janssen, D.J. Update on Prevalence of Pain in Patients with Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Pain Symptom Manag.* 2016, *51*, 1070–1090. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed];
20. Lou, F., & Shang, S. (2017). Attitudes towards pain management in hospitalized cancer patients and their influencing factors. *Chinese Journal of Cancer Research*, 29(1), 75. <https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604> CrossrefPubMedWeb of Science®Google Scholar
21. Buchman DZ, Ho A, Illes J. You present like a drug addict: patient and clinician perspectives on trust and trustworthiness in chronic pain management. *Pain Med.* 2016;17(8):1394–1406.
22. Fact Sheets by Population [webpage on the Internet].Population Fact Sheets. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx. Accessed August 3, 2017.
23. Javier FO, Irawan C, Mansor MB, Sriraj W, Tan KH, Thinh DHQ. Cancer Pain Management Insights and Reality in Southeast Asia: Expert Perspectives From Six Countries. *J Glob Oncol.* 2016;2(4):235–243.
24. Hong SH, Roh SY, Kim SY, et al. Change in cancer pain management in Korea between 2001 and 2006: results of two nationwide surveys. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(1):93–103.
25. Al Qadire M, Tubaishat A, Aljezawi MM. Cancer pain in Jordan: prevalence and adequacy of treatment. *Int J Palliat Nurs.* 2013;19(3):125–130.
26. Samira Orujlu, Hadi Hassankhani, Azad Rahmani et all., Barriers to cancer pain management from the perspective of patients: A qualitative study. Nursing Open, Volume 9, Issue 1, Pages: 541-549, January 2022; <https://onlinelibrary.Wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.1093>
27. von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, et al: Physician attitudes and practice in cancer pain management: A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med* 119:121-126, 1993
28. Harrington CB, Hansen JA, Moskowitz M, Todd BL, Feuerstein M. It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors--a systematic review. *Int J Psychiatry Med.* 2010;40(2):163–181.

29. Abesadze G., Abesadze A. Shavdia M., Ghvamichava R., Metivishvili G., Natia Shavdia. Cancer patients and distribution of information regarding the diagnoses. Joint ECCO 15-34th Multidisciplinary Congress, Abstracts. Europ. Jornal of Cancer; Oxford, Vol. 7, # 2, September 2009; p. 194;
30. International Journal of Caring Sciences May-August 2018 Volume 11 | Issue 2| Page 1323 www.internationaljournalofcaringsciences.org
31. Foley KM. The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide. *J Pain Symptom Manage.* 1991;6(5):289–297.
32. Mayer DK, Travers D, Wyss A, Leak A, Waller A. Why do patients with cancer visit emergency departments? Results of a 2008 population study in North Carolina. *J Clin Oncol.* 2011;29(19):2683–2688.
33. Fortner BV, Demarco G, Irving G, et al. Description and predictors of direct and indirect costs of pain reported by cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25(1):9–18.
34. Kimberly L., Pargeon MA. Barriers to Effective Cancer Pain Management: A Review of the Literature *Journal of Pain and Symptom Management. Volume 18, Issue 5*, November 1999, Pages 358-368 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(99\)00097-4](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(99)00097-4)
35. Pflughaupt M, Scharnagel R, Gossrau G, Kaiser U, Koch T, Sabatowski R. Physicians' knowledge and attitudes concerning the use of opioids in the treatment of chronic cancer and non-cancer pain. *Schmerz.* 2010 Jun;24(3):267-75. doi: 10.1007/s00482-010-0913-3.
36. A Kapoor, A Kalwar, MK Singhal, RK Nirban. Challenges in the management of cancer pain in elderly population: A review. Clinical Cancer 2015 | Volume : 4 | Issue : 2 | Page : 111-119- ccij-online.org
37. He QH, Liu QL, Li Z, Li KZ, Xie YG. Impact of epidural analgesia on quality of life and pain in advanced cancer patients. *Pain Manag Nurs.* 2015;16(3):307–313.
38. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. *Pain.* 2007;132(3):312–320.
39. Breivik H, Cherny N, Collett B, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol.* 2009;20(8):1420–1433.
40. Deng D, Fu L, Zhao YX, et al. The relationship between cancer pain and quality of life in patients newly admitted to Wuhan Hospice Center of China. *Am J Hosp Palliat Care.* 2012;29(1):53–59.
41. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Serçe S, Tuna D, Pirbudak Çöçelli L, Sevinç A. Pain and quality of life in Turkish cancer patients. *Nurs Health Sci.* 2013;15(4):437–443.
42. Oliveira KG, von Zeidler SV, Podestá JR, et al. Influence of pain severity on the quality of life in patients with head and neck cancer before antineoplastic therapy. *BMC Cancer.* 2014;14(1):39.
43. Kwon JH, Oh SY, Chisholm G, et al. Predictors of high score patient-reported barriers to controlling cancer pain: a preliminary report. *Support Care Cancer.* 2013;21(4):1175–1183.
44. Saini S, Bhatnagar S. Cancer pain management in developing countries. *Indian J Palliat Care.* 2016;22(4):373.

45. Foley KM, Wagner JL, Joranson DE, Gelband H [database on the Internet]. Pain Control for People with Cancer and AIDS. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, editors. Disease Control Priorities in Developing Countries [Internet]. 2nd ed. Washington, DC: World Bank; 2006 [cited February 20, 2017]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11800/>. Accessed October 9, 2018.
46. Ovayolu N, Ovayolu Ö, Serçe S, Tuna D, Pirbudak Çöçelli L, Sevinç A. Pain and quality of life in Turkish cancer patients. *Nurs Health Sci*. 2013;15(4):437–443.
47. Jacobsen R., Liubarskienė Z., Idrup C et al. Barriers to cancer pain management: a review of empirical research Medicina (Kaunas) 2009; 45(6) - <http://medicina.kmu.lt>.
48. Lee GL, Pang GS, Akhileswaran R, et al. Understanding domains of health-related quality of life concerns of Singapore Chinese patients with advanced cancer: a qualitative analysis. *Support Care Cancer*. 2016;24(3):1107–1118.
49. Mallah H, Mousa R, Fadl NB, Musmar S, Ball S, Nugent K. Pain Severity and Adequacy of Pain Management in Terminally Ill Patients with Cancer: An Experience from North Palestine.Indian J Palliat Care. 2019 Oct-Dec;25(4):494-500. doi: 10.4103/IJPC.IJPC_39_19.
50. Penalba V., Deshields T.L., Klinkenberg D. Gaps in communication between cancer patients and healthcare providers: Symptom distress and patients' intentions to disclose. *Support Care Cancer*. 2018 doi: 10.1007/s 00520-018-4442-4. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)];
51. Street R.L., Jr., Tancredi D.J., Slee C., et all., A pathway linking patient participation in cancer consultations to pain control. *Psychooncology*. 2014;23:1111–1117. doi:10.1002/pon. 3518. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
52. Egan, M., Cornally, N. (2013). Identify barriers to pain management in long term care. *Nursing Older People*, 25(7), 25-31.
53. Jacobsen, R., Samsanaviciene, J., Liuabarskiene, Z., Sciuopokas A. (2010). Barriers to pain management among Lithuanian cancer patients. *Pain Practice*, 10(2), 145-157.
54. Jerant, A., Franks, P., Tancredi, DJ., Saito, N, Kravitz, RL. International Journal of Caring Sciences May-August 2018 Volume 11 |Issue 2| Page 1327 www.internationaljournalofcaringsciences.org (2011). Tendency to adhere to providerrecommended treatments and subsequent pain severity among individuals withcancer. *Patient Prefer Adherence*, 5, 23-31.
55. Oldenmenger W.H., Geerling J.I., Mostovaya I., Vissers K.C.P., de Graeff A., Reyners A.K.L., van der Linden Y.M. A systematic review of the effectiveness of patient-based educational interventions to improve cancer-related pain. *Cancer Treat. Rev.* 2018;63:96–103. doi:10.1016/j.ctrv. 2017.12. 005
56. Prevost V, Delorme C, Heutte N, et al. Evaluation of patients' needs to design and assess a patient education program in cancer pain. *J Pain Res*. 2019;12:1813–1823. Published 2019 Jun 6. doi:10.2147/JPR.S197920
[A. Deniz](#), [K.Timur](#), [A. Emre](#), [T. Deniz](#); Cancer Pain Prevalence and its Management. [Asian Pacific Journal of Cancer Prevention](#). [Vol. 15 Issue 20](#)/ Pages.8557-8562/2014/1513-7368; (pISSN)/2476-762X(eISSN)
57. Bartoszczyk, D.A., Stephanie, Gilbertson W. (2015). Interventions to nurse-related barriers in cancer pain management. *Oncol Nurs Forum*, 42(6), 634–641.

58. Bennett, MI., Bagnall. A.M, José Closs, S. (2009). How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis. *Pain*, 143(3), 192-9.
59. Tranvag E.J., Norheim O.F., Ottersen T. Clinical decision making in cancer care: A review of current and future roles of patient age. *BMC Cancer*. 2018;18:546. doi: 10.1186/s12885-018-4456-9. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
60. Nygaard H.A., Naik M., Ruths S., Kruger K. Clinically important renal impairment in various groups of old persons. *Scand. J. Prim. Health Care*. 2004;22:152–156. doi: 10.1080/02813430410006468-1. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
61. Sverrisdottir E., Lund T.M., Olesen A.E., Drewes A.M., Christrup L.L., Kreilgaard M. A review of morphine and morphine-6-glucuronide's pharmacokinetic-pharmacodynamic relationships in experimental and clinical pain. *Eur. J. Pharm. Sci.* 2015;74:45–62. doi: 10.1016/j.ejps.2015.03.020. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
62. Ashby M., Fleming B., Wood M., Somogyi A. Plasma morphine and glucuronide (M3G and M6G) concentrations in hospice inpatients. *J. Pain Symptom Manag*. 1997;14:157–167. doi: 10.1016/S0885-3924(97)00020-1. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
63. Smith G.D., Smith M.T. The excitatory behavioral and antianalgesic pharmacology of normorphine-3-glucuronide after intracerebroventricular administration to rats. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 1998;285:1157–1162. [PubMed] [Google Scholar]
64. Paladini A., Fusco M., Coaccioli S., Skaper S.D., Varrassi G. Chronic Pain in the Elderly: The Case for New Therapeutic Strategies. *Pain Phys*. 2015;18:E863–E876. [PubMed] [Google Scholar]
65. Fainsinger R.L., Nekolaichuk C., Lawlor P., Hagen N., et al. An international multicentre validation study of a pain classification system for cancer patients. *Eur. J. Cancer*. 2010;46:2896–2904. doi: 10.1016/j.ejca.2010.04.017. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
66. Jacobsen R, Møldrup C, Christrup L, Sjøgren P. Patient-related barriers to cancer pain management: a systematic exploratory review. *Sc J Caring Sci* 2009;23(1):190-208.
67. Li YX, Yu JQ, Tang L, et al. Cancer pain management at home: voice from an underdeveloped region of China. *Cancer Nurs*. 2013;36(4):326–334.
68. WHO, WHO Expert Committee on the Selection, and Use of Essential Medicines, World Health Organization. WHO model list of essential medicines: 16th list (updated) March 2010; 2010 [cited July 24, 2017]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70643/1/a95060_eng.pdf. Accessed July 27, 2017.
69. Anderson KO, Richman SP, Hurley J, Palos G, Valero V, Mendoza TR, et al. Cancer pain management among underserved minority outpatients – perceived needs and barriers to optimal control. *Cancer* 2002;94:2295-304.
70. Berry DL, Wilkie DJ, Thomas CR, Fortner P. Clinicians communicating with patients experiencing cancer pain. *Cancer Invest* 2003;21:374-81

71. Kimberlin C, Brushwood D, Allen W, Radson E, Wilson D. Cancer patient and caregiver experiences: communication and pain management issues. *J Pain Symptom Manage* 2004;28: 566-78.
72. Edwards, HE., Nash, RE, Jake, M., et al. (2011). Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. *Nursing and Health Sciences*, 3(3), 149 – 159.)
73. Amoatey Odonkor C, Addison W, Smith S, Osei-Bonsu E, Tang T, Erdek M. Connecting the dots: a comparative global multi-institutional study of prohibitive factors affecting cancer pain management. *Pain Med*. 2017;18(2):363–373.
74. Buchman DZ, Ho A, Illes J. You present like a drug addict: patient and clinician perspectives on trust and trustworthiness in chronic pain management. *Pain Med*. 2016;17(8):1394–1406.
75. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(6):1094–1106.
76. Kim YS, Park H, Park E.C. Park K. Attitude and knowledge of physicians about cancer pain management: Young doctors of South Korea in their early career. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 2011;41:783–791. Doi:10.1002/pon.3518. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)];
77. Te Boveldt N.D., Vernooy-Dassen M.J., Jansen A., Vissers K.C., Engels Y. Pain is not systematically registered in Dutch medical oncology outpatients. *Pain Pract*. 2015;15:364–370. doi: 10.1111/papr.12180. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)];
78. Besse K., Vernooy-Dassen M., Vissers K., Engels Y. The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration. *Pain Pract*. 2016;16:148–153. doi: 10.1111/papr.12270. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)];
79. Kasasbeh M.A.M., McCabe C., Payne S. Cancer-related pain management: A review of knowledge and attitudes of healthcare professionals. *Eur. J. Cancer Care (Engl.)* 2017;26 doi: 10.1111/ecc.12625. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)];
80. Shvartzman P., Friger M., Shani A., Barak F., Yoram C., Singer Y. Pain control in ambulatory cancer patients—can we do better? *J. Pain Symptom Manag*. 2003;26:716–722. doi: 10.1016/S0885-3924(03)00220-3. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
81. [Grossman SA](#)., Undertreatment of cancer pain: barriers and remedies. *Support Care Cancer*. 1993 Mar;1(2):74-8.
82. Shaiova, Lauren MD., Difficult Pain Syndromes: Bone Pain, Visceral Pain, and Neuropathic Pain; *The Cancer Journal: September-October 2006 - Volume 12 - Issue 5 - p 330-340*
83. Deandrea S., Montanari M., Moja L., Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann. Oncol.* 2008;19:1985–1991. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
84. Greco M.T., Roberto A., Corli O., Deandrea S., Bandieri E., Cavuto S., Apolone G. Quality of cancer pain management: An update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *J.Clin.Oncol.* 2014;32:4149–4154. doi:10.1200/JCO.2014.56.0383. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
85. Breuer B., Fleishman S.B., Cruciani R.A., Portenoy R.K. Medical oncologists' attitudes and practice in cancer pain management: A national survey. *J. Clin. Oncol.* 2011;29:4769–4775. doi: 10.1200/JCO.2011.35.0561 . [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

86. Martens M.J.M., Janssen D.J.A., Schols J., van den Beuken-van Everdingen M.H.J. Opioid Prescribing Behavior in Long-Term Geriatric Care in the Netherlands. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2018;19:974–980. doi: 10.1016/j.jamda.2018.07.009. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
87. Hoang H.T., Sabia M., Torjman M., Goldberg M.E. The importance of medical education in the changing field of pain medicine. *Pain Manag.* 2014;4:437–443. doi: 10.2217/pmt.14.37. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
88. Marieke H. J. van den Beuken-van Everdingen, Sander M. J. van Kuijk et al Treatment of Pain in Cancer: Towards Personalised Medicine. *Cancers (Basel).* 2018 Dec; 10 (12): 502. Published online 2018 Dec 10. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6316711/>
89. Scholten, Willem. 2013. Access to Opioid Analgesics: Essential for Quality Cancer Care. In *Cancer Pain*, edited by Magdi Hanna and Zbigniew (Ben) Zylicz, 249–62. Springer London.
90. Maurer, Martha A., Aaron M. Gilson, S. Asra Husain, and James F. Cleary. 2013. Examining Influences on the Availability of and Access to Opioids for Pain Management and Palliative Care. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 27 (3): 255–60. <https://doi.org/10.3109/15360288.2013.816407>.
91. Wolfert, Marla Z., Aaron M. Gilson, June L. Dahl, and James F. Cleary. 2010.- Opioid Analgesics for Pain Control: Wisconsin Physicians' Knowledge, Beliefs, Attitudes, and Prescribing Practices. *Pain Medicine (Malden, Mass.)* 11 (3): 425–34. <https://doi.org/10.1111/j.15264637.2009.00761.x>.
92. Upshur C., Luckmann R., Savageau J. Primary care provider concerns about management of chronic pain in community clinic populations. *J Gen Intern Med*, 2006 Jun;21(6):652-5. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00412.x.
93. Minozzi, Silvia, Laura Amato, and Marina Davoli. 2013. Development of Dependence Following Treatment with Opioid Analgesics for Pain Relief: A Systematic Review. *Addiction (Abingdon, England)* 108 (4): 688–98. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04005.x>.
94. Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes - Supplement-AR15_availability_English.Pdf. n.d.
95. WHO |WHO Model Lists of Essential Medicines| 2017;
96. SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY. n.d. Accessed July 29, 2018.
97. Human Rights Watch – Global State of Pain Treatment. Access to Palliative Care as a Human Right. [cited February 20,2017]. Available rom: <https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf>
98. Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors [database on the Internet]. Cancer: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 3). Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2015 [cited February 20, 2017]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343628/>. Accessed November 1, 2015.

99. Burden of cancer pain in developing countries: A narrative literature review. [ClinicoEconomics and Outcomes Research](#) November 2018, Volume 10:675–691.
DOI: [10.2147/CEOR.S181192](https://doi.org/10.2147/CEOR.S181192).
100. WHO. Access to Controlled Medications Programme. Available from http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/AccessControlledMedicinesProgr.FrameWork.pdf. Accessed September 10, 2018.
101. Cherny, N. I., J. Baselga, F. de Conno, L. Radbruch. 2010. Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in Europe: A Report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative. *Annals of Oncology*. [https://doi.org/10.1093/annonc/mfp581](https://doi.org/10.1093/annonc/mdp581).
102. Lebaron V, Beck SL, Maurer M, Black F, Palat G. An ethnographic study of barriers to cancer pain management and opioid availability in India. *Oncologist*. 2014;19(5):515–522.
103. Гершанович М., Райкин М. Симптомацеское лечение больных злокачественными новообразованиями в далепо зашедших стадиях, Медицина.1980. Москва, 200 с
104. Клиническая онкология. Под. ред. Н.Блохина, Б.Петersona. М.,Москва, 1979, 648 с.
105. Петерсон Б., Медицина,1980. Медицина, Москва, 448 с.
106. Общая онкология. Руководство для врачей.Под. ред. Н.Напалкова. Л. Медицина, 1989.648 с.
107. Клинические группы и учет онкологических больных. <https://studfile.net/preview/5509917/page:18/>:
108. Delegates to the International Pain Summit of the International Association for the Study of Pain (2010). "Declaration of Montreal". Archived from the original on 13 May 2011.
109. Cancer in Georgia, 2015-2019; Treatment p. 56-67; NCDC.Ge <https://test.ncdc.ge> › Handlers › GetFile (<https://test.ncdc.ge>);
110. Numeric pain Raiting Scale. [https://www.physio-pedia.com/Numeric Pain Rating Scale](https://www.physio-pedia.com/Numeric_Pain_Rating_Scale);
111. შავდია მ., შავდია ნათია, ყაჯრიშვილი მ. საქრთველოში ონკოლოგიურ პაციენტთა ქრონიკული ტკივილის არასწორი მართვის მიზეზები. თსსუ შრომათა კრებული. ტ. XII, 2008, თბილისი, გვ. 184-186.
112. ბრძანება N32/ო-N102 ”ნარკოტიკული ანალგეტიკებით სიმტომურ მკურნალობაზე მყოფი კონტიგენტის საჭიროებისთვის ნარკოტიკული სამუალებების შენახვის, აღრიცხვის, დანიშვნის, გამოწერის, გაცემისა და გამოყენების დროებითი წესების დამტკიცების შესახებ (Joint Decree of MLHSA an MIA 32-102.Pdf, 2000);
113. ძოწენიძე ფ. სადოქტორო ნაშრომი „ქრონიკული ტკივილის მართვაში არსებული ბარიერების შეფასება და მათი ზემოქმედება სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე“, თბილისი, 2018, 250 გვ.
114. ჩხაიძე მ. სადოქტორო ნაშრომი „ტერმინალურ ფაზაში კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში სიკვდილის მექანიზმებისა შეფასება“, თბილისი, 2022, 268 გვ.
115. საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს გაიდლაინი ქრონიკული ტკივილის მართვა, ფ.ძოწენიძე, თ.რუხაძე, ი.აბესაძე, 2012;
116. Babin, E, Sigston, E, Hitier, M, Dehesdin, D, Marie et all. Quality of life in head and neck cancers patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome. *Eur Arch Oto-*

- Rhino-Laryngol 2008;265:265–70. <https://doi.org/10.1007/s00405-007-0561-0>. Search in Google Scholar
117. NCDC.ge;
118. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage* 2016;51(6):1070–1090.e9. [CrossRefexternal icon](#) [PubMedexternal icon](#);
119. Jensen MP, Chang HY, Lai YH, Syrjala KL, Fann JR, Gralow JR. Pain in long-term breast cancer survivors: frequency, severity, and impact. *Pain Med* 2010;11(7):1099–106. [CrossRefexternal icon](#) [PubMedexternal icon](#)
120. M. Shayne Gallaway, Julie S. Townsend, Daniel Shelby, Mary C. Puckett. Pain Among Cancer Survivors. Original Research, Volume 17, July 9, 2020;
121. Anne K. C. Söderlund Schaller, Anna Peterson and Emmanuel Bäckryd., Pain management in patients undergoing radiation therapy for head and neck cancer – a descriptive study. the journal Scandinavian Journal of Pain <https://doi.org/10.1515/sjpain-2020-0067>;
122. ღვამიჩავა რ., შავდია მ. ონკოლოგია, ჯისია, თბილისი, 2010, 674 გვ.;
123. Lou, F., Shang, S. (2017). Attitudes towards pain management in hospitalized cancer patients and their influencing factors. *Chinese Journal of Cancer Research*, 29 (1) 75 <https://doi.org/10.21147/j.issn.1000-9604> Crossref PubMed Web of Science®/Google Scholar;
124. Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes : Indispensable, Adequately Available and Not Unduly Restricted 2016;
125. Bennett, Daniel S, Daniel B Carr. 2002. Opiophobia as a Barrier to the Treatment of Pain. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 16 (1): 105–9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14650454>.
126. PPSG Glossary. n.d. Opiophobia | Pain & Policy Studies Group. Accessed July 30, 2018. <http://www.painpolicy.wisc.edu/glossary/opiophobia>.
127. Human Rights Watch (Organization), and Diederik. Lohman. 2009.
128. King, Nicholas B, Veronique Fraser. n.d. Untreated Pain, Narcotics Regulation, and Global Health Ideologies. Accessed March 17, 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001411>.
129. ღვამიჩავა რ., აბესაძე ი., შავდია მ. და სხვები. პალიატიური მზრუნველობა - სამედიცინო და ორგანიზაციული ასპექტები, თბილისი, 2005, 138 გვ.;
130. პალიატიური მზრუნველობა (სახელმძღვანელო ექიმებისთვის), დ.კორძაიას რედაქციით, პოლიგრაფი, თბილისი, 2005, 235 გვ.;
131. აბესაძე ი., და თანაავტორები. პალიატიური მზრუნველობა, თბილისი, 2016.;
132. მეტივიშვილი გ., პალიატიური მზრუნველობა, თბილისი, 2016.;
133. Reddy, Bhavani S. 2006a. The Epidemic of Unrelieved Chronic Pain: The Ethical, Societal, and Regulatory Barriers Facing Opioid Prescribing Physicians. *Journal of Legal Medicine* 27 (4): 427–42. <https://doi.org/10.1080/01947640601021048>.
134. McCormick Thomas. n.d. Bioethic Tools: Principles of Bioethics. Accessed July 30, 2018. <https://depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html>.

135. Manfred Nowak, Anand Grover. 2008. UN Human Rights Experts Call upon CND to Support Harm Reduction|Human Rights Watch.|| 2008. <https://www.hrw.org/news/2008/2/10/unhuman-rights-experts-call-upon-cnd-support-harm-reduction>.
136. Estimated world requirements of narcotic drugs for 2020, Georgia
137. Health Organization 2011;
138. <https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2019/Narcotic-Drugs-Technical-Publication-2019-web.pdf>

დანართი N 1.



საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის
ბიოსამედიცინო კვლევების ეთიკურ საკითხთა საბჭოს
„ბიოეთიკის საბჭო“

მისამართი: კოსტავას ქ. 77^ა; I კორპუსი. თბილისი, საქართველო, 0175

ტელეფონი: +995 598 84 39 72

საკონტაქტო პირი: მირანდა ნონიკაშვილი

E-mail: m.nonikashvili@ug.edu.ge

ბიოეთიკის საბჭო

სამეცნიერო კვლევის სათაური: კიბოსმიერი ტკივილის მართვის ბარიერები
მკურნალობის პროცესში

სამეცნიერო კვლევის ავტორი (სახელი, გვარი): ნათია შავდია

აკადემიური სტატუსი (მონიშნეთ): სტუდენტი მაგისტრანტი დოქტორანტი სხვა

კვლევის სამეცნიერო ხელმძღვანელი

ვასილ ტყეშელაშვილი, მედ. მეცნ. დოქტორი, პროფესორი.

(სახელი, გვარი, სამეცნიერო ხარისხი, აკადემიური თანამდებობა)

სამეცნიერო კვლევის ჩატარების ვადები

კვლევის დაწყების თარიღი: 2018

კვლევის დასრულების თარიღი: 2021

13-3696

27/05/2020

საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა,
ბიოსამედიცინო კვლევების ეთიკურ საკითხთა საბჭო
ქალბატონ ნათია შავდიას, კვლევის სათაური: „კიბოსმიერი ტკივილის მართვის
ბარიერები მკურნალობის პროცესში“

ეთიკის კომიტეტის სახელით, გაცნობებთ რომ თქვენს მიერ გამოსაყენებელი
საკვლევი ინსტრუმენტი არ ეწინააღმდეგება კვლევის ეთიკურ პრინციპებს და მოიცავს
ისეთ მნიშვნელოვან წინაპირობებს, როგორიცაა პიროვნების პატივისცემა და მისი
უფლებების დაცვა (მკვლევარი ვალდებულია მიიღოს ინფორმირებული თანხმობა)
და სოციალური სამართლიანობა (კვლევის შედეგებისა და სარგებლის თანაბარი
განაწილება), რის გამოც ეთიკის საბჭო მხარს უჭერს წარმოდგენილი კვლევის
განხორციელებას.

დასკვნა ძალაშია ხელმოწერის შემდეგ ერთი წლის განმავლობაში. თუ თქვენს
კვლევაში რაიმე ცვლილებას შეიტანეთ, შესწორებისთვის უნდა წარუდგინოთ
ცვლილებები ბიოსამედიცინო კვლევების ეთიკურ საკითხთა საბჭოს.

საქართველო, თბილისი, 0171, მ. კოსტავას ქ. #77ა, ტელ (995 32) 255 22 22 *5522 ელ-
ფოსტა: ug@ug.edu.ge ვებ-გვერდი: www.ug.edu.ge Georgia, Tbilisi, 0171, M. Kostava str #
77a. Tel.: (995 32) 255 22 22 *5522 E-mail ug@ug.edu.ge Web Page: www.ug.edu.ge

პროფესორი ოთარ თოიძე, ბიოსამედიცინო კვლევების ეთიკურ საკითხთა საბჭოს
თავმჯდომარე, ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა,
კვლევის კოდი: UGREC-08-20

დანართი N 2. რეტროსპექტულ კვლევაში ჩართულ კიბოს მქონე პაციენტთა ავთვისებიანი სიმსივნეთა ლოკაციების ჩამონათვალი

ლოკალიზაცია	Observed N	%	Expected N	Residual	Chi-Square
ბუძუ	79	22.3	9.83	69.17	918.41
საკვერცხე	40	11.3	9.83	30.17	
არაჰემინის ლიმფომა	11	3.1	9.83	1.17	
ფალოპის მილი	1	0.3	9.83	-8.83	
საშვილოსნოს ტანი	30	8.5	9.83	20.17	
სათესლე ჯირკვალი	3	0.8	9.83	-6.83	
ყბის ქვეშა ჯირკვლი	2	0.6	9.83	-7.83	
სწორი ნაწლავი	6	1.7	9.83	-3.83	
ღვიძლი	3	0.8	9.83	-6.83	
ვულვა	1	0.3	9.83	-8.83	
ხორხი	16	4.5	9.83	6.17	
ჰოჯკინის ლიმფომა	8	2.3	9.83	-1.83	
ფილტვი	31	8.8	9.83	21.17	
კოლინჯის ნაწლავი	32	9.0	9.83	22.17	
კანი	9	2.5	9.83	-0.83	
კუჭი	30	8.5	9.83	20.17	
ფატერის დვრილი	1	0.3	9.83	-8.83	
თირკმელი	2	0.6	9.83	-7.83	
სარკომა	1	0.3	9.83	-8.83	
ლეიკემია	2	0.6	9.83	-7.83	
საშვილოსნოს ყელი	4	1.1	9.83	-5.83	
პანკრეასი	13	3.7	9.83	3.17	
ზედა ყბა	1	0.3	9.83	-8.83	
ფარისებრი ჯირკვალი	1	0.3	9.83	-8.83	
უცნობი ლოკალიზაცია	2	0.6	9.83	-7.83	
შარდის ბუშტი	1	0.3	9.83	-8.83	
პროსტატა	8	2.3	9.83	-1.83	
ასოს თავი	1	0.3	9.83	-8.83	
თავის ტვინი	1	0.3	9.83	-8.83	
ყბა-ყურა ჯირკვალი	4	1.1	9.83	-5.83	
საყლაპავი	2	0.6	9.83	-7.83	
ქოლანგიო-კარცინომა	1	0.3	9.83	-8.83	
მელანომა	2	0.6	9.83	-7.83	
ნაღვლის ბუშტი	3	0.8	9.83	-6.83	
პირის ღრუ	0	0.0	9.83	-9.83	
ენა	1	0.3	9.83	-8.83	
ყია	0	0.0	9.83	-9.83	
ყური	0	0.0	9.83	-9.83	
ტუჩი	0	0.0	9.83	-9.83	

ცხვირ-ხახა	1	0.3	9.83	-8.83	
სანალოლე გზები	0	0.0	9.83	-9.83	

დანართი N3. რეტროსპექტულ კვლევაში ჩართულ კიბოს მქონე პაციენტთა

კიბოთი დაზიანებულ ორგანოთა ჩამონათვალი (ბაზებში შესატანი რიცხვი)

- | | | | |
|------------------------|----------------------|------------------------|--------------------|
| 1. ძუძუ | 12. ჰოჯკინის ლიმფომა | 23. ზედა ყბა | 34. ნალვლის ბუშტი |
| 2. საკვერცხე | 13. ფილტვი | 24. ფარისებრი ჯირკვალი | 35. პირის ღრუ |
| 3. არაჰოჯკინის ლიმფომა | 14. კოლინჯი | 25. უცნობი | 36. ენა |
| 4. ფალოპის მილი | 15. კანი | 26. შარდის ბუშტი | 37. ყია |
| 5. საშვილოსნოს ტანი | 16. კუჭი | 27. პროსტატა | 38. ყური |
| 6. სათესლე ჯირკვალი | 17. ფატერის დვრილი | 28. ასოს თავი | 39. ტუჩი |
| 7. ყბის ქვეშა ჯირკვლი | 18. თირკმელი | 29. თავის ტვინი | 40. ცხვირ-ხახა |
| 8. სწორი ნაწლავი | 19. სარკომა | 30. ყბა-ყურა ჯირკვალი | 41. სანალოლე გზები |
| 9. ღვიძლი | 20. ლეიკემია | 31. საყლაპავი | |
| 10. ვულვა | 21. საშვილოსნოს ყელი | 32. ქოლანგიო- | |
| 11. ხორხი | 22. პანკრეასი | კარცინომა | |
| | | 33. მელანომა | |

დანართი 4. რეტროსპექტულ კვლევაში ჩართულ ონკოლოგიური პაციენტთა

ჩატარებული მკურნალობის ტიპები

თერაპია	Observed N	%	Expected N	Residual	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
ნეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპია	119	33.6	50.57	68.43	300.72	1	.000
ნეო/ადიუვანტური სხივური თერაპია	28	7.9	50.57	-22.57			
პალიატიური ქიმიო-	124	35.0	50.57	73.43			
პალიატიური სხივური თერაპია	9	2.5	50.57	-41.57			
პალიატიური ქიმიო-სხივური ერთად	46	13.0	50.57	-4.57			
ჰომონოთერაპია	4	1.1	50.57	-46.57			

ნეო/ადიუვანტური ქიმიო- და სხივური ერთად	24	6.8	50.57	-26.57		
სულ	354	100				

დანართი 5. რეტროსპექტულ კვლევაში ჩართულ ონკოლოგიურ

პაციენტთა განაწილება რეგიონების მიხედვით

რეგიონი	Observed N	%	Expected N	Residual	Chi-Square
თბილისი	88	24.9	32.18	55.82	219.99
აფხაზეთი	6	1.7	32.18	-26.18	
აჭარა	76	21.5	32.18	43.82	
გურია	36	10.2	32.18	3.82	
იმერეთი	17	4.8	32.18	-15.18	
კახეთი	30	8.5	32.18	-2.18	
მცხეთა-მთიანეთი	7	2.0	32.18	-25.18	
რაჭა-ლეჩხუმი	0	0.0	32.18	-32.18	
სამეგრელო	33	9.3	32.18	0.82	
სამცხე-ჯავახეთი	19	5.4	32.18	-13.18	
ქვემო ქართლი	26	7.3	32.18	-6.18	
შიდა ქართლი	16	4.5	32.18	-16.18	

დანართი 6. რეტროსპექტულ კვლევაში ჩართულ ონკოლოგიურ პაციენტთა

განაწილება საკობრივი ჯგუფების მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფები	Observed N	%	Expected N	Residual	Chi-Square
<36	7	2.0	32.18	-25.18	214.33
36-40	3	0.8	32.18	-29.18	
41-45	10	2.8	32.18	-22.18	
46-50	16	4.5	32.18	-16.18	
51-55	32	9.0	32.18	-0.18	
56-60	57	16.1	32.18	24.82	
61-65	79	22.3	32.18	46.82	
66-70	66	18.6	32.18	33.82	

71-75	47	13.3	32.18	14.82	
76-80	26	7.3	32.18	-6.18	
>80	11	3.1	32.18	-21.18	

დანართი N 7

საქართველოს უნივერსიტეტი

უნიკალური კოდი N

ტკივილის მართვის ბარიერები კიბოს მკურნალობის პროცესში

კითხვარი N 1 (ივსება არქივის ისტორიიდან)

ინიციალი:

ისტ. N

მცხოვრები:

ტელეფონი:

ასაკი:

მკურნალობა დასრულდა:

სქესი: 1. ქალი; 2. კაცი.

დიაგნოზი:

სტადია: 1, 2, 3, 4,

კლინიკური ჯგუფი: 1. II. 2. IV;

ამჟამად მტს-ი: 1.არა; 2.ვი.

ჩატარდა: 1. ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-; 2. ნეო/ადიუვანტური სხივური თერაპია; 3: პალიატიური ქიმიო-; 4. პალიატიური სხივური თერაპია; 5. პალიატიური ქიმიო-სხივური ერთად. 6. ჰორმონოთერაპია; 7. ნეო/ადიუვანტური ქიმიო- და სხივური ერთად.

ისტორიაში ტკივილი წერია: 1. ვი; 2. არა.

ტკივილი რიცხობრივად შეფასდა: 1.ვი; 2.არა;

ტკივილი 10 ქულიანი შვალით: 1.სუსტი (1-3); 2.საშუალო (4-6); 3. ძლიერი (7+). 4.არ წერია.

ექიმმა ტკივილი შეაფასა როგორც: 1. სუსტი; 2. საშაუალო; 3. ძლიერი. 4. არ წერია.

რომელი ანალგეტიკი დაენიშნა: 1. ასს; 2. სუსტი ოპიოიდი; 3. ძლიერი ოპიოიდი; 4. არ წერია;

ანალგეტიკით ტკივილი მოეხსნა: 1. სრულად; 2. ნაწილობრივ; 3.არა; 4. არ წერია.

მკვლევარი:

თარიღი:

დანართი N 8.

საქართველოს უნივერსიტეტი

უნიკალური კოდი N (კითხვარი 1-ს გაგრძელება)

ტკივილის მართვის ბარიერები კიბოს მკურნალობის პროცესში

კითხვარი N 3 (ივსება სატელეფონო გამოკითხვით

მკურნალობის დასრულებიდან 1 თვეში)

პაციენტი: 1. ცოცხალია; 2.მოკვდა.

საუბრის თარიღი:

მკურნალობისას ტკივილი იყო: 1.კი; 2.არა. უთხარით ექიმს ტკივილის შესახებ: 1. კი;
2.არა; 3. არ მქონდა.

რატომ არ უთხარით ექიმს ტკივილის შესახებ: 1.ძალიან არ მტკივოდა; 2. არ უკითხავს; 3.

თერაპიას გადადებდნენ; 4. ვუძლებდი; 5. ვუთხარი; 6. არ მტკიოდა.

გკითხათ ექიმმა ტკივილის შესახებ: 1.კი; 2.არა.

ექიმმა ტკივილი შეგიფასათ: 1.რიცხვებით; 2. გამოცდილებით; 3. არ ვიცი;

მკურნალობისას 10 ქულიანი შკალით ტკივილი იყო: 1.სუსტი (1-3); 2. საშუალო (4-6); 3.
ძლიერი (7 და+). 4. არ მქონდა;

ექიმმა ტკივილის გამო დაგინიშნათ: 1. აასს; 2. სუსტი ოპიოიდი; 3. ძლიერი ოპიოიდი; 4.
არ დაუნიშნა; 5. ანალგინი დიმედროლით; 6. გაგივლისო;

დანიშნული ანალგეტიკით ტკივილი მოიხსნა: 1.კი; 2. ნაწილობრივ; 3. არ მქონდა.

ამჟამად, როგორი ტკივილია: 1.სუსტი (1-3); 2. საშუალო (4-6); 3. ძლიერი (7 და+); 4. არ
მაქვს. ამჟამად, ტკივილს მკურნალობთ: 1. ექიმის რჩევით; 2.ჩემით; 3. არ მტკივა.

რატომ არ მკურნალობთ ტკივილს: 1.ძალიან არ მტკივა; 2. ძლიერი ტკივილის დროს
ვიმკურნალებ; 3. ვუძლებ; 4. ვმკურნალობ; 5. არ მტკივა.

ტკივილის ეფექტურ მართვაზე ინფორმირებული ხართ: 1.კი; 2.არა.

ძლიერი ტკივილისას მორფინს გაიკეთებთ: 1. არა; 2. კი; 3. არ ვიცი; 4. კიბო არ მაქვს; 5.

მიჩვევის მეშინია;

ქიმიო-ს დროს ტკივილი იყო: 1. არა; 2.სუსტი (1-3); 3.საშუალო (4-6); 4. ძლიერი (7 და+).

ქიმიო-ს დროს ტკივილის ხანგრძლივობა იყო: 1. 1-5 დღე; 2.6-10 დღე; 3. 11-15 დღე; 4. 0
დღე

მკვლევარი:

თარიღი:

დანართი N 9.

საქართველოს უნივერსიტეტი

უნიკალური კოდი N

ტკიცილის მართვის ბარიერები კიბოს მკურნალობის პროცესში

კითხვარი N2 (ივსება მკურნალი ექიმის მიერ)

ინიციალი:

ისტ N

ტელეფონი

ასაკი

სქესი: 1.ქალი 2.ვაცი. დიაგნოზი:

კლ. ჯგუფი: 1. II; 2. IV;

სტადია: 1, 2, 3, 4;

მტს არის - 1. არა; 2. კი;

რა მკურნალობა უტარდება: 1.ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-; 2.ნეო/ადიუვანტური სხივური:

3: პალიატიური ქიმიო-; 4. პალიატიური სხივური; 5. ქიმიო-სხივური ერთად; 6.

ჰორმონოთე-რაპია; 7. ნეო/ადიუვანტური და პალიატიური სხივური ერთად.

აქვს თუ არა ტკიცილი: 1. კი; 2.არა.

რიცხვობრივად ტკიცილი არის: 1. სუსტი (1-3); 2.საშუალო (4-6); 3. ძლიერი (7+); 4.

ტკიცილი არ აქვს.

რომელი ანალგეტიკი დაენიშნა: 1. აასს; 2. სუსტი ოპიოიდი; 3. ძლიერი ოპიოიდი; 4.

არცერთი. ანალგეტიკით ტკიცილი მოეხსნა: 1. კი; 2. ნაწილობრივ; 3. არ იყო; 4. არ ჰქონდა

ტკიცილის გამო რატომ არ დაენიშნა ანალგეტიკი: 1. პაციენტს არ უნდოდა; 2. ოჯახს არ

უნდოდა; 3. ტკიცილი არ ჰქონდა; 4. დაენიშნა;

ტკიცილის მართვაში გიშლით IV კლინიკური ჯგუფი: 1. კი 2. არა.

რაში გზუდავთ IV კლინიკური ჯგუფი: 1. სუსტი/ძლიერი ოპიოიდების დანიშვნაში; 2. არ მიშლის.

ტკიცილის მართვაში გზღუდავთ თუ არა ოჯახის წევრები: 1. კი; 2. არა.

ოჯახი რომელი ანალგეტიკის წინააღმდეგია: 1. სუსტი/ძლიერი ოპიოიდების; 2.

არცერთის;

საჭიროებისას დაგვიკავშირდით n.shavdia@yahoo.com ან მობილურზე 599225459 ნათია.

ექიმი: _____ თარიღი:

დანართი N 10.

საქართველოს უნივერსიტეტი

უნიკალური კოდი N (კითხვარი 2-ის გაგრძელება)

ტკივილის მართვის ბარიერები კიბოს მკურნალობის პროცესში

კითხვარი N 4 (ივნის ბარათიდან პროაქტიური გამოკითხვიდან 1 თვეში)

პაციენტი: 1. ცოცხალი; 2.გარდაიცვალა.

ისტ N თარიღი: 2020 წ.

ისტორიაში ფიქსირებულია თუ არა ტკივილი: 1.კი; 2. ტკივილი არ აქვს.

ტკივილის სიძლიერე შეფასებულია თუ არა რიცხობრივად: 1.კი; 2. ტკივილი არ აქვს.

რა სიძლიერის ტკივილია დაფიქსირებული: 1.სუსტი (1-3); 2.საშუალო (4-6); 3. ძლიერი (7+); 4. არ აქვს ტკივილი.

რომელი ანალგეტიკი დაენიშნა: 1. აასს; 2. სუსტი ოპიოიდი; 3.ძლიერი ოპიოიდი; 4.

ტკივილი არ აქვს.

დანიშნულმა ანალგეტიკმა ტკივილი მოხსნა: 1.კი; 2. ნაწილობრივ; 3. ტკივილი არ აქვს.

ამჟამად თო აქვს ტკივილი (მობილურით): 1.კი; 2. ზოგჯერ; 3. ტკივილი არ აქვს;

ამჟამად თუ გაქვთ ტკივილი რა სიძლიერისაა: 1.სუსტი (1-3); 2.საშუალო (4-6); 3. ძლიერი (7+); 4. არა.

მკვლევარი:

დანართი N 11. პროსპექტულ კვლევაში მონაწილე ონკოლოგიურ

პაციენტთა საცხოვრებელი ადგილები (ბაზებში შესატანი რიცხვი)

რეგიონი	Observed N	%	Expected N	Residual	Chi-Square
თბილისი	102	28.8	32.18	69.82	437.81
აფხაზეთი	4	1.1	32.18	-28.18	
აჭარა	111	31.4	32.18	78.82	
გურია	26	7.3	32.18	-6.18	
იმერეთი	19	5.4	32.18	-13.18	
კახეთი	16	4.5	32.18	-16.18	
მცხეთა-მთიანეთი	2	0.6	32.18	-30.18	
რაჭა-ლეჩხუმი	0	0.0	32.18	-32.18	
სამეგრელო	19	5.4	32.18	-13.18	
სამცხე-ჯავახეთი	13	3.7	32.18	-19.18	
ქვემო ქართლი	25	7.1	32.18	-7.18	
შიდა ქართლი	17	4.8	32.18	-15.18	

დანართი N 12. პროსპექტულ კვლევაში მონაწილე ონკოლოგიურ პაციენტთა

საცხოვრებელი ადგილები (ბაზებში შესატანი რიცხვი)

- | | | | | |
|-------------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| 1. თბილისი | 13. რუსთავი | 25. ჩხოროწყუ | 37. ადიგენი | 49. |
| | | | | თეთრიწყარო |
| 2. აბაშა | 14. ქარელი | 26. თელავი | 38. კასპი | 50. ჭიათურა |
| 3. ზუგდიდი | 15. ხონი | 27. გარდაბანი | 39. ახალციხე | 51. სამტრედია |
| 4. სოხუმი | 16. ზესტაფონი | 28. ქედა | 40. | 52. საჩხერე |
| | | | | დედოფლისწყარო |
| 5. ფოთი | 17. ოზურგეთი | 29. ხელვაჩაური | 41. ხაშური | 53. მესტია |
| 6. გურჯაანი | 18. სიღნაღი | 30. ბათუმი | 42. ხარაგაული | 54. ახალგორი |
| 7. ლანჩხუთი | 19. მარნეული | 31. ქობულეთი | 43. გალი | 55. ხობი |
| 8. ბოლნისი | 20. მცხეთა | 32. ხულო | 44. მარტვილი | 56. ჩოხატაური |
| 9. ვანი | 21. ყვარელი | 33. შუახევი | 45. წალენჯიხა | 57. ოჩამჩირე |
| 10. დუშეთი | 22. წყალტუბო | 34. სენაკი | 46. საგარეჯო | 58. გაგრა |

- | | | | | |
|---------------|----------------|-------------|-------------|--------------|
| 11.ნინოწმინდა | 23. ახმეტა | 35. ასპინძა | 47. თიანეთი | 59. გულრიფში |
| 12. გორი | 24. ახალქალაქი | 36. დმანისი | 48. ქუთაისი | |

დანართი 13. პროსპექტულ კვლევაში ჩართულ ონკოლოგიურ პაციენტთა

განაწილება საკობრივი ჯგუფების მიხედვით

ასაკობრივი ჯგუფები	Observed N	%	Expected N	Residual	Chi-Square
<36	7	2.0	32.18	-25.18	214.33
36-40	3	0.8	32.18	-29.18	
41-45	10	2.8	32.18	-22.18	
46-50	16	4.5	32.18	-16.18	
51-55	32	9.0	32.18	-0.18	
56-60	57	16.1	32.18	24.82	
61-65	79	22.3	32.18	46.82	
66-70	66	18.6	32.18	33.82	
71-75	47	13.3	32.18	14.82	
76-80	26	7.3	32.18	-6.18	
>80	11	3.1	32.18	-21.18	

დანართი N 14. პროსპექტულ კვლევაში ჩართულ კიბოს მქონე პაციენტთა ავთვისებიანი სიმსივნეთა ლოკაციების ჩამონათვალი

ლოკალიზაცია	Observed N	%	Expected N	Residual	Chi-Square
ძუძუ	85	24.0	9.83	75.17	777.76
საკვერცხე	36	10.2	9.83	26.17	
არაჰიგინის ლიმფომა	3	0.8	9.83	-6.83	
ფალოპის მილი	0	0.0	9.83	-9.83	
საშვილოსნოს ტანი	18	5.1	9.83	8.17	
სათესლე ჯირკვალი	0	0.0	9.83	-9.83	
ყბის ქვეშა ჯირკვლი	0	0.0	9.83	-9.83	
სწორი ნაწლავი	10	2.8	9.83	0.17	
ღვიძლი	2	0.6	9.83	-7.83	
ვულვა	0	0.0	9.83	-9.83	
ხორხი	25	7.1	9.83	15.17	
ჰოჯკინის ლიმფომა	2	0.6	9.83	-7.83	
ფილტვი	42	11.9	9.83	32.17	
კოლინჯის ნაწლავი	24	6.8	9.83	14.17	

კანი	16	4.5	9.83	6.17	
კუჭი	14	4.0	9.83	4.17	
ფატერის დვრილი	0	0.0	9.83	-9.83	
თირკმელი	5	1.4	9.83	-4.83	
სარკომა	4	1.1	9.83	-5.83	
ლეიკემია	0	0.0	9.83	-9.83	
საშვილოსნოს ყელი	7	2.0	9.83	-2.83	
პანკრეასი	12	3.4	9.83	2.17	
ზედა ყბა	1	0.3	9.83	-8.83	
ფარისებრი ჯირკვალი	2	0.6	9.83	-7.83	
უცნობი ლოკაცია	4	1.1	9.83	-5.83	
შარდის ბუშტი	6	1.7	9.83	-3.83	
პროსტატა	14	4.0	9.83	4.17	
ასოს თავი	0	0.0	9.83	-9.83	
თავის ტვინი	4	1.1	9.83	-5.83	
ყბა-ყურა ჯირკვალი	3	0.8	9.83	-6.83	
საყლაპავი	0	0.0	9.83	-9.83	
ქოლანგიო-კარცინომა	0	0.0	9.83	-9.83	
მელანომა	3	0.8	9.83	-6.83	
ნაღვლის ბუშტი	2	0.6	9.83	-7.83	
პირის ღრუ	2	0.6	9.83	-7.83	
ენა	3	0.8	9.83	-6.83	
ყია	2	0.6	9.83	-7.83	
ყური	1	0.3	9.83	-8.83	
ტუჩი	1	0.3	9.83	-8.83	
ცხვირ-ხახა	0	0.0	9.83	-9.83	
სანაღვლე გზები	1	0.3	9.83	-8.83	

დანართი 15. პროსპექტულ კვლევაში ჩართულ ონკოლოგიური

პაციენტებისთვის ჩატარებული მკურნალობის ტიპები

რა მკურნალობა უტარდება:	Observed N	%	Expected N	Residual	Chi-Square
ნეო/ადიუვანტური ქიმიოთერაპია	97	27.4	50.57	46.43	191.72
ნეო/ადიუვანტური სხივური თერაპია	88	24.9	50.57	37.43	
პალიატიური ქიმიო-	92	26.0	50.57	41.43	
პალიატიური სხივური თერაპია	35	9.9	50.57	-15.57	

პალიატიური ქიმიო-სხივური ერთად	24	6.8	50.57	-26.57	
ჰორმონოთერაპია	12	3.4	50.57	-38.57	
ნეო/ადიუვანტური ქიმიო-და სხივური ერთად	6	1.7	50.57	-44.57	

დანართი N 16.

ექიმები რომლებმაც თანხმობა განაცხადეს კვლევაში მონაწილეობაზე:

1. უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი (თბილისი): ონკოლოგები: ლუდმილა იარკინა, მელაძე თამუნა, ლერა კუპრაძე, მარინა თევზაძე; ხათუნა პარვაია, გულიკო პაპუაშვილი, მაია ვაშაყმაძე; ეთერი სურმავა. რადიოლოგები: ნინო გორგაძე, აჩიკო კაპანაძე, ნანა ათუაშვილი, აჩიკო პავლიაშვილი, ლალი თოლომაშვილი, მედიკო ჩიხლაძე, ნანი ქიმერიძე;
2. საროველის სამედიცინო ცენტრი (ქუთაისი): ონკოლოგი სოფო ბაძერაძე.
3. მედცენტრი (ბათუმი): ონკოლოგები: მემედ ჯინჭარაძე, ხათუნა შოთაძე, ნინო სემიონოვა, ქეთი ასანიძე, რადიოლოგები: ციცინო გოქვაძე, სულიკო ჯიჯავაძე, მაია ირემაძე; არქივის გამგე ხათუნა თავართქილაძე;
4. ნეო მედი (თბილისი): ონკოლოგები თამარ ჩანახჩიდი, ლიკა მოქია, ნია შავდია. არქივის გამგე ნაზი ბიბიჭაძე;
5. სხივური მედიცინის ცენტრი: რადიოლოგები ირაკლი ზუმბაძე, გიორგი ორვოდაშვილი.
6. კლინიკა ავერსი (თბილისი): ონკოლოგი ნინო მჭედლიძე, მენეჯერი სალომე ჩაგანავა.
7. თსსუ პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა (თბილისი): ონკოლოგი ირაკლი კოხრეიძე, მალხაზ ბარკალაია, ნინო ჩხეიძე;
8. პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტები: ეკა აბზიანიძე, ეკა თოდაძე, თამუნა ბულია, ლადო ფანცხავა, გურანდა აბუაშვილი, პროფ. ხათუნა ჭავა, პროფ. ნინო გეგეშიძე, მიხეილ ჩხაიძე, ლევან ბაბუხაძია, თამარ ლეთოდიანი, გიორგი მოდებაძე, გალაქტიონ ტაბიძე, ნაზი ბარიშვილი, ნინო ლაგაზაური.
9. კლინიკური ონკოლოგის ინსტიტუტი: ონკოლოგი: გიორგი მეტივიშვილი.
10. რაიონკოლოგი/ოჯახის ექიმები: მედეა ნაჭეებია (თბილისი), თამარ ხაცკავაძე (სამტრედია), მარიამ თვალავაძე (მარტვილი), ზაზა ჭიპაშვილი ლადო ფანცხავა,

(რუსთავი), ირინა ფოჩხუა (ზუგდიდი), მერაბ ერემეიშვილი, მარა გონგლაძე,
მამუკა მიქაძე (ქუთაისი), ლალი ქავთარაძე (დუშეთი), ზეიკო მგელიაშვილი.

დანართი N 17.

ქრონიკული ტკივილის შეფასების ტესტი

ტკივილის მახასიათებლები	პასუხი	პასუხი	პასუხი	პასუხი
ტკივილის დაყუჩების წინ თუ ადგენთ პათოფიზიოლოგიურ ტიპია	დიახ	ზოგჯერ	არა	არ ვიცი
მორფინის ნახევარ დაშლის პერიოდია იყენებთ თუ არა ტკივილის მართვის სამსაფეხურიან სქემას	4 სთ	3 სთ	2 სთ	არ ვიცი
თუ იყენებთ ტკივილის ვიზუალური ანალოგიის ან რიცხობრივ შეფასებას	დიახ	ზოგჯერ	არა	არ ვიცი
ოპიოიდის დანიშვნის წინ ადგენთ თუ არა ტკივილის გამომწვევ მიზეზს	დიახ	ზოგჯერ	არა	არ ვიცი
იცით თუ არა ტკივილის ადექვატური დოზის შერჩევა	დიახ	ზოგჯერ	არა	არ ვიცი
იცით თუ არა ოპიოიდების გვერდითი ეფექტები და მათი მართვა	დიახ	ზოგჯერ	არა	არ ვიცი