

გინეკოლოგიური კიბოთი ავადობის ტვირთი



საქართველოს უნივერსიტეტი

ჯანმრთელობის მეცნიერებათა სკოლა

ხელნაწერის უფლებით

დინა ქურდიანი

თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის შეფასება პოპულაციური რეგისტრის
მონაცემების საფუძველზე

(სპეციალობა - 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

დისერტაცია

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის

აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი:

ვასილ ტყეშელაშვილი

პროფესორი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

თბილისი

2020

საავტორო უფლებები:

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე:

“თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის შეფასება პოპულაციური რეგისტრის
მონაცემების საფუძველზე”

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის აკადემიური დოქტორის ხარისხის მოსაპოვებლად

დინა ქურდიანი © თბილისი, 2021 წლის დეკემბერი

ანოტაცია

გაანალიზებულ იქნა 2015-2019 წლებში დარეგისტრირებული გინეკოლოგიური კიბოს კიბოს 5432 შემთხვევა საქართველოში და 2120 შემთხვევა ქ.თბილისში.

შესწავლილ იქნა ქ. თბილისის ქალთა მოსახლეობაში გინეკოლოგიური კიბოს 2015-2019 წწ. ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების განსაზღვრა; გინეკოლოგიური კიბოს 3-წლიანი გადარჩენის შესწავლა; ონკოგინეკოლოგიურ პაციენტებში მკურნალობის შემდგომ პერიოდში რეციდივებისა და მეტასტაზების განვითარების ტენდენციების შესწავლა; ქ. თბილისის ქალთა მოსახლეობაში გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის მაჩვენებლების განსაზღვრა.

ქალებში კიბოს ინციდენტობის საერთო სტრუქტურაში, ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე, 2015-2019 წლებში საქართველოში გინეკოლოგიური კიბოს ლოკალიზაციებიდან რანგით მესამე ადგილი ეკავასაშვილოსნოს ყელის (ASR=13,4; 95% CI ASR= 12,8-14,1), მეოთხე - საშვილოსნოს ტანის (ASR=11,3; 95% CI ASR= 10,8-11,9), მეექვსე-საკვერცხის (ASR=9,8; 95% CI ASR= 9,3-10,3).

ქალებში კიბოს ინციდენტობის საერთო სტრუქტურაში, ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე (საქართველოს სტანდარტი 2014), 2015-2019 წლებში საქართველოში გინეკოლოგიური კიბოს ლოკალიზაციებიდან რანგით მეოთხე ადგილი ეკავასაშვილოსნოს ყელის (AAR=18,6; 95% CI AAR= 18,0-19,3), მეხუთე-საშვილოსნოს ტანის (AAR=18,5; 95% CI AAR= 18,0-19,1), მეექვსე-საკვერცხის (AAR=15,1; 95% CI AAR= 14,6-15,6) კიბოს.

2015-2019 წლებში საქართველოში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგენდა 1,1 (95% CI CR₆₄= 1,1-1,2), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 1,4 (95% CI CR₇₄= 1,41,5).

საშვილოსნოს ტანის კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი შეადგენდა, შესაბამისად, 0,8 (95% CI CR₆₄= 0,8-0,9) და 1,5 (95% CI CR₆₄= 1,4-1,5), ხოლო საკვერცხის- 0,7 (95% CI CR₆₄= 0,7-0,8) და 1,2 (95% CI CR₆₄= 1,1-1,2).

ქალებში კიბოს ინციდენტობის საერთო სტრუქტურაში, ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე, 2015-2019 წლებში თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ლოკალიზაციებიდან რანგით მესამე ადგილი ეკავა საშვილოსნოს ყელის (ASR=16,0; 95% CI

ASR= 14,7-17,3), მეოთხე - საშვილოსნოს ტანის (ASR=15,2; 95% CI ASR= 14,1-16,4), მეექვსე-საკვერცხის (ASR=11,0; 95% CI ASR= 10,0-12,0).

სტანდარტიზებულ სიხშირეთა შეფარდების მაჩვენებლის (SRR) მიხედვით თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,3) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს. SRR-ის მიხედვით თბილისში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,6-ჯერ (SRR=1,6), ხოლო საკვერცხის კიბო 1,2-ჯერ (SRR=1,2) აღემატებოდა საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციების კიბოთი ავადობის დონეებს.

გინეკოლოგიური კიბოს 3 ძირითადი ლოკალიზაციის- საშვილოსნოს ყელისა და ტანის და საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის სიხშირეების სტანდარტიზებული ინდიკატორებით შედგენილ ეპიდემიოლოგიურ რუკებზე წარმოჩენილია საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით მაღალი რისკის ლოკაციები. საქართველოს საშუალო ინციდენტობის მაჩვენებლებზე მაღალი სიხშირით დაფიქსირდა კიბოს შემთხვევები შემდეგ რეგიონებში და მუნიციპალიტეტებში: საშვილოსნოს ყელის-ქვემო და შიდა ქართლში, თბილისში, ბათუმში, ქობულეთში, ოზურგეთში, ჭიათურაში, სიღნაღში; საშვილოსნოს ტანის-აჭარაში, გურიასა და მცხეთა-მთიანეთში, თბილისში, ბათუმში, შუაქვემო, ლანჩხუთში, ოზურგეთში, ქუთაისში, საჩხერეში; საკვერცხის-აჭარაში, გურიაში, მცხეთა-მთიანეთში, სამეგრელო-ზემო სვანეთსა და შიდა ქართლში, თბილისში, ბათუმში, ქობულეთში, ლანჩხუთში, ოზურგეთში, წყალტუბოში, ჭიათურაში, ხონში; გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგიური რუკები შესაძლებელია გამოყენებული იქნას კიბოს კონტროლის, მათ შორის სკრინინგის პროგრამა საჭიროებს მოდიფიცირებას.

თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელმა კაპლან-მაიერის მრუდებით საშუალოდ შეადგინა 70,5%. გინეკოლოგიური კიბოს ლოკალიზაციებიდან უკეთესი 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები დაფიქსირდა საშვილოსნოს ტანისა (78,7%) და ყელის (75,2%) კიბოს შემთხვევებში. საკვერცხის კიბოს დროს 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელმა შეადგინა 55,2%.

საქართველოსა და თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს DALYs ინდექსის მიხედვით 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით საქართველოში დაკარგულია 39,459.1 ქალი/წელი სიცოცხლე, თითოეულმა პაციენტმა საშუალოდ დაკარგა 7,3 წელი, ხოლო თბილისში დაკარგულია, შესაბამისად, 11,521.3 ქალი/წელი სიცოცხლე, თითოეულმა პაციენტმა

საშუალოდდაკარგა 5,8 წელი. გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით დაკარგული წლების საქართველოს DALYs საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით მაღალი დანაკარგები აღინიშნა სამცხე-ჯავახეთში(9,6), აჭარაში (8,4), სამეგრელო- ზემო სვანეთში (8,1), შიდა ქართლში (7,9), იმერეთში (7,7) და ქვემო ქართლში (7,7).

2015-2019 წლებში თბილისის ქალთა პოპულაციაში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტებისა და ამ მიზეზით გარდაცვალების ტვირთის დესკრიპტული და ანალიზური ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგებზე დაფუძნებით, იმ მოტივით, რომ გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის გამოვლენილი #1 სარანგო ადგილის მქონე ლოკალიზაცია - საშვილოსნოს ტანი, და #1 მკვლეელი ლოკალიზაცია - საკვერცხე, ჩართული იყვნენ სკრინინგის და ადრეული გამოვლენის ეროვნულ პროგრამაში, რეკომენდებულია სკრინინგის და დიაგნოსტიკის პროგრამის მოდიფიცირება და რეგიონული და მუნიციპალური პროგრამების მომზადება.

ავტობიოგრაფია

დავიბადე 1974 წლის 22 მარტს ქ.თბილისში

განათლება:

- 2018-2021 საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებათა და საზოგადოებრივი ჯანდცვის სკოლის დოქტორანტურა.
- 2008 LKH - გრაცის საუნივერსიტეტო კლინიკა ავსტრია - სპეციალიზებული ინტერშიპი ონკოგინეკოლოგიაში.
- 2003 ფელოუშიპი თურქეთში, ქ. ანკარაში დოქტორ უორლსტანის ონკოლოგიურ საავადმყოფოში.
- 2000–2004 თბილისის სახელწიფო სამედიცინო აკადემიის რეზიდენტურა, სპეციალობა ონკოლოგია, სუბსპეციალობა - ონკოგინეკოლოგია.
- 1992-1999 თბილისის სახელმწიფო აკადემია, სამკურნალო ფაკულტეტი.

პროფესიული გამოცდილება :

2000-2004 წწ. ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრი, ონკოგინეკოლოგიური განყოფილება, ექიმი რეზიდენტი

2006 წლიდან დღემდე ალიანსი კიბოს წინააღმდეგ -ვიცეპრეზიდენტი

2005 წლიდან დღემდე ონკოგინეკოლოგი თბილისი ონკოლოგიური დისპანსერი

2016 წლიდან დღემდე ევექსის კლინიკები - ონკოგინეკოლოგი

2021 წლიდან დღემდე კლინიკა მიზოუნი - ონკოგინეკოლოგი

2019-2021 წლამდე ევროპის ონკოგინეკოლოგთა ორგანიზაციის საბჭოს წევრი(შვეიცარია)

2021 -ადმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის კვლევის ცენტრი დამფუძნებელი

2021 წლიდან დღემდე - თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მოწვეული პედაგოგი რეზიდენტურა მეან-გინეკოლოგია, სუბსპეციალობა ონკოგინეკოლოგია

2014 წლიდან დღემდე საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა ,შრომის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო - ექსპერტი - ონკოგინეკოლოგიაში

კონფერენციები

2021 წლის ოქტომბერი - ტურკისტანი (ყაზახეთი), ონკოლოგთა და რადიოლოგთა კონგრესი - მომხსენებელი

2019 წლის სექტემბერი - Nursultan (Kazakhstan), World Cancer Leaders Summit მომხსენებელი

2019 წლის ნოემბერი - Athens (Greece), ESGO 2019 მომხსენებელი

2017 წლის ნოემბერი - Vienna (Austria), ESGO 2017 (Ovarian Cancer Session) მომხსენებელი

2017 წლის ოქტომბერი - Almaty (Kazakhstan), IGCS 2017 (Cervical Cancer Session)

მომხსენებელი

2014 წლის ნოემბერი - Rome (Italy), ENYGO Teach the Teachers & Complications in Oncogynecology Workshop მომხსენებელი

2014 წლის მაისი - Cape Town (South Africa), 3th IGCS meeting on Gynecological Cancer მომხსენებელი

2013 წლის ნოემბერი - Tbilisi (Georgia), Workshop on Cervical Cancer Screening Policies and management მომხსენებელი

2011 წლის მაისი - Amsterdam (Netherlands), ENYGO Teach the Teachers Workshop

2010 წლის ოქტომბერი - Prague (Czechia), 13th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society

2010 წლის მაისი - Berlin (Germany), 5th Meeting of European Federation for Colposcopy

2009 წლის სექტემბერი - Berlin (Germany), 15th ESMO Congress

2008 წლის იანვარი - Brussels (Belgium), European Cervical Cancer Summit meeting

2008 წლის მარტი - Florence (Italy), 13th World Congress of Gynecological Endocrinology

2007 წლის ოქტომბერი - Prague (Czechia), 13th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society

2007 წლის ოქტომბერი - Berlin (Germany), 15th International Meeting of the European Society of Gynecological Oncology

2007 წლის აპრილი - Salzburg (Austria), Weill Cornell Seminar-OB/GYN/Reproductive Medicine

პუბლიკაციები 10 სამეცნიერო ნაშრომი, მათ შორის 4 მაღალი იმპაქტ-ფაქტორის მქონე ჟურნალებში (5-წლიანი IF – 2.929; წყარო: <https://ijgc.bmj.com/pages/about/>):

1. Querleu D, Cibula D, Concin N, Fagotti A, Ferrero A, Fotopoulou C, Knapp P, Kurdiani D, Ledermann J, Mirza MR, Morice P, Ponce J, Van der Steen-Banasik E, Taskiran C, Wimberger P, Zalewski K, Sessa C. Laparoscopic radical hysterectomy: a European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) statement. Int J Gynecol Cancer 2020 01 27;30(1):15.
2. ლობჯანიძე თ., გვაზავა თ., ქურდიანი დ., აბესაძე ნ., შავდია ნ., ჩხაიძე მ., გუდავაძე ს., ტყემელაშვილი ვ. 2015-2019 წლებში კიბოს ინციდენტობა საქართველოს ქალთა მოსახლეობაში რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით; სტუდენტთა ნაციონალური და საერთაშორისო

გაერთიანებული სამეცნიერო კონფერენცია: საზოგადოების ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა (თბილისი, 30.04.2021).

3. Kahramanoglu I, Meydanli MM, Taranenka S, Ayhan A, Salman C, Sancı M, Demirkiran F, Ortac F, Haidopoulos D, Sukhin V, Kaidarova D, Stepanyan A, Farazaneh F, Aliyev S, Ulrikh E, Kurdiani D, Yalcin İ, Mavrichiev S, Akilli H, Sarı ME, Pletnev A, Aslan K, Bese T, Kairbayev M, Vlachos D, Gultekin M. SATEN III-Splitting Adjuvant Treatment of stage III ENdometrial cancers: an international, multicenter study. Int J Gynecol Cancer. 2019 Oct;29(8):1271-1279.
4. Dostalek L, Åvall-Lundqvist E, Creutzberg CL, Kurdiani D, Ponce J, Dostalkova I, Cibula D. ESGO Survey on Current Practice in the Management of Cervical Cancer. Int J Gynecol Cancer. 2018 Jul;28(6):1226-1231.
5. Gültekin M, Urmancheeva A, Stepanyan A, Kurdiani D, Farzaneh F, Motlagh AG, Kairbayev M, Kaidarova D, Aliyev S. Central Asia and East Europe Trial Group. Int J Gynecol Cancer. 2018 May;28(4):848-849.
6. Kurdiani D., Tkheshelashvili V. Ovarian Cancer Burden in Georgia. PARIPEX - INDIAN JOURNAL OF RESEARCH for 15th November, 2021 issue.
7. Kurdiani D., Tkheshelashvili V., Tananashvili D. Gynecological Burden in Georgia. International Journal Of Gynecological Cancer (ბეჭდვამია) 2021 issue

ნაშრომის აპრობაცია:

სადისერტაციო ნაშრომის ფრაგმენტები მოხსენებულია საქართველოს უნივერსიტეტის 1-ლ სტუდენტთა ინტერკონტინენტურ სრულად თავისუფალ ონლაინ სამეცნიერო კონფერენციაზე (თბილისი, 21.07.2020); სტუდენტთა ნაციონალურ და საერთაშორისო გაერთიანებულ სამეცნიერო კონფერენციაზე: საზოგადოების ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა (თბილისი, 30.04.2021); საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის სამეცნიერო-საკონსულტაციო სადისერტაციო საბჭოს ონლაინ სხდომაზე (თბილისი, 28.07.2021); ყაზახეთის ქალაქ ტურკისტანში მე-7 ონკოლოგთა და რადიოლოგთა კონგრესზე (ტურკისტანი 15.10.2021); სამეცნიერო-საკონსულტაციო სადისერტაციო საბჭოს ონლაინ წინასწარ დაცვაზე (თბილისი, 05.11.2021);

სარჩევი

	ანოტაცია.....	3
	ავტობიოგრაფია.....	5
	ნაშრომის აპრობაცია.....	8
	ნაშრომში მოყვანილი გრაფიკული ნახატების ჩამონათვალი.....	10
	ნაშრომში მოყვანილი ცხრილების ჩამონათვალი.....	11
	ნაშრომში მოყვანილი დიაგრამების ჩამონათვალი.....	15
	ნაშრომში გამოყენებული ტერმინები და აბრევიატურები.....	19
	შესავალი	21
	პრობლემის აქტუალობა	21
	კვლევის მიზანი	25
	კვლევის ამოცანები	25
თავი 1	ლიტერატურის მიმოხილვა	26
თავი 2	კვლევის მასალა და მეთოდები	48
თავი 3	გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგია თბილისსა და საქართველოში	56
3.1	გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები საქართველოში	56
3.2	გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა 2015-2019 წლებში თბილისში, საქართველოს რეგიონებსა და მუნიციპალიტეტებში	61
3.3	გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები თბილისში	77
3.4	საქართველოში გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგიური რუკები	89
3.5	თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს 2015-2019 წწ. ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შედარება საქართველოს დანარჩენი რეგიონების 2015-2019 წწ. და თბილისის 1988-1992 წწ. ასაკით სტანდარტიზებულ მაჩვენებლებთან.....	97
თავი 4	გადარჩენის ანალიზი	100
4.1	საქართველოში და თბილისში სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოს 3 წლიანი გადარჩენის ანალიზი	100
4.2	საქართველოსა და თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს 3 წლიანი გადარჩენის ანალიზი	104
4.3	საქართველოსა და თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს გადარჩენის ანალიზი დაავადების სტადიის მიხედვით	109
თავი 5	რეციდივები და მეტასტაზები	116
5.1	რეციდივებისა და მეტასტაზირების შემთხვევათა ანალიზი საქართველოში	116

5.2 რეციდივებისა და მეტასტაზირების შემთხვევათა ანალიზი თბილისში	122
თავი 6 გინეკოლოგიური კიბოს გლობალური ტვირთის მაჩვენებლები საქართველოსა და თბილისში	129
რეზიუმე	135
დასკვნები	136
პრაქტიკული რეკომენდაციები	142
გამოყენებული ლიტერატურა	145

ნაშრომში მოყვანილი გრაფიკული ნახატების ჩამონათვალი

სურათი L1. სიკვდილიანობის სტრუქტურა, საქართველო (ჯანმო-ს შეფასება, 2016).....	26
სურათი L2. ყველა ლოკალიზაციის ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების ახალი შემთხვევების ასაკ-სპეციფიური მაჩვენებელი და %-ული წილი ქალებში, საქართველო, 2017	28
სურათი L3. ქალთა შორის ყველაზე გავრცელებული ხუთი ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადება.....	29
სურათი L4. საშვილოსნოს ყელის კიბო 2020 წლის სტატისტიკა.....	31
სურათი L5. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მსოფლიოში და რეგიონების მიხედვით, 2015	33
სურათი L6. კიბოს ახალი შემთხვევების სტრუქტურა ყველა ასაკის ქალებში	37
სურათი L7. საკვერცხის კიბოს მსოფლიო ეპიდემიოლოგიური რუკა	38
სურათი L8. საკვერცხის კიბოს ასაკით სტანდარტიზებული ინციდენტობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები მსოფლიოში (2018 წ.)	38
სურათი L9. საკვერცხის კიბოს გენეტიკური ფაქტორების სტრუქტურა	39
სურათი L10.DALY-ის გამოთვლის სქემა	55
სურათი 1. საქართველოში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა (ASR-ის მიხედვით)	89
სურათი 2. საქართველოში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა (ASR-ის მიხედვით)	90
სურათი 3. საქართველოში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ტანის კიბოს	

ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა (ASR-ის მიხედვით)	91
სურათი 4. საქართველოში 2015-2019 წლებში საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა (ASR-ის მიხედვით)	92
სურათი 5. საქართველოში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა მუნიციპალიტეტების მიხედვით (ASR-ის მიხედვით)	93
სურათი 6. საქართველოში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა მუნიციპალიტეტების მიხედვით (ASR-ის მიხედვით)	94
სურათი 7. საქართველოში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა მუნიციპალიტეტების მიხედვით (ASR-ის მიხედვით)	95
სურათი 8. საქართველოში 2015-2019 წლებში საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა მუნიციპალიტეტების მიხედვით (ASR-ის მიხედვით)	96
<i>ნაშრომში მოყვანილი ცხრილების ჩამონათვალი</i>	
ცხრილი L1 კიბოთი ავადობის ინციდენტობისა და გარდაცვალების შემთხვევათა მაჩვენებლები	32
ცხრილი L2. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის უარესი მაჩვენებლების მქონე ქვეყნების პირველი ოცეული მსოფლიოში (1990-2015 წწ.)	33
ცხრილი L3. საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის უარესი მაჩვენებლების მქონე ქვეყნები მსოფლიოში (1990-2015 წწ.)	34
ცხრილი L4. საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის უარესი მაჩვენებლების მქონე ქვეყნები მსოფლიოში (1990-2015 წწ.)	35
ცხრილი L5. ავთვისებიანი საკვერცხის კიბოს სიხშირე (2015-2018 წწ.)	36
ცხრილი L6. ავთვისებიანი საკვერცხის კიბოს განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (2015-2018 წწ.)	37
ცხრილი L7. ყველაზე ხშირად გამოვლენილი მუტაციები	40
ცხრილი L8. კიბოს ახალი შემთხვევების ხვედრითი წილი, რომლებიც საჭიროებს	

სხვადასხვა სახის სამდეცინო მომსახურებას	47
ცხრილი 1. საქართველოში ქალთა პირველი 10 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე უხეში და ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით	58
ცხრილი 2. საქართველოში ქალთა 10 ძირითადი ლოკალიზაციის (ჩაშლილი გინეკოლოგიით) კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე უხეში და ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით	59
ცხრილი 3. საქართველოში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით	59
ცხრილი 4. საქართველოში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით	60
ცხრილი 5. საქართველოში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკები (CR0-64 და CR0-74).....	61
ცხრილი 6. გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული სიკვდილობის მაჩვენებელი (ASMR) საქართველოში (2015-2019 წწ.)	61
ცხრილი 7. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით	62
ცხრილი 8. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით	65
ცხრილი 9. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR)	68
ცხრილი 10. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საკვერცხის კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR)	71
ცხრილი 11. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების	

მიხედვით გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა AAR-ით, CR0-64-ითა და CR 0-74-ით	75
ცხრილი 12. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობა ინციდენტობა AAR-ით, CR0-64-ითა და CR 0-74-ით	75
ცხრილი 13. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობა ინციდენტობა AAR-ით, CR0-64-ითა და CR 0-74-ით	76
ცხრილი 14. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საკვერცხის კიბოს ინციდენტობა AAR-ით, CR0-64-ითა და CR 0-74-ით	76
ცხრილი 15. თბილისში ქალთა პირველი 10 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე უხეში და ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით	79
ცხრილი 16. თბილისში ქალთა 10 ძირითადი ლოკალიზაციის (ჩაშლილი გინეკოლოგიით) კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე უხეში და ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით	80
ცხრილი 17. თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით	80
ცხრილი 18. თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით	81
ცხრილი 19. თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკები (CR0-64 და CR0-74)	81
ცხრილი 20. გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული სიკვდილობის მაჩვენებელი (ASMR) თბილისში (2015-2019 წწ.)	82
ცხრილი 21. თბილისში, საქართველოს საშუალო მაჩვენებლებთან შედარებით, ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის პროპორციული შეფარდების	

მაჩვენებლები (PIR)	83
ცხრილი 22. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) და შეკვეცილი (45-74 და 50-74) ასაკით სტანდარტიზებული (TASR) მაჩვენებლების მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე	84
ცხრილი 23. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) და შეკვეცილი (35-74 და 40-74) ასაკით სტანდარტიზებული (TASR) მაჩვენებლების მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე	85
ცხრილი 24. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) და შეკვეცილი (35-74, 40-74 და 45-74) ასაკით სტანდარტიზებული (TASR) მაჩვენებლების მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე	85
ცხრილი 25. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) და შეკვეცილი (35-74 და 40-74) ასაკით სტანდარტიზებული (TASR) მაჩვენებლების მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე	88
ცხრილი 26. ქ. თბილისში და საქართველოს დანარჩენ რეგიონებში გინეკოლოგიური კიბოს 2015-2019 წწ.-ში მიღებული ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შედარება	97
ცხრილი 27. ქ. თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს 1988-1992 წწ. და 2015-2019 წწ.-ში მიღებული ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შედარება	99
ცხრილი 28. გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები საქართველოში (2015-2017 წწ. ინციდენტობის მაჩვენებლების მიხედვით).	102
ცხრილი 29. გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები თბილისში (2015-2017 წწ. ინციდენტობის მაჩვენებლების მიხედვით)	103
ცხრილი 30. გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები საქართველოში	105

ცხრილი 31. გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები თბილისში	106
ცხრილი 32. გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები საქართველოში (2015-2017 წწ. ინციდენტობის მქონე პაციენტებში და კიბოს სტადიის მიხედვით)	111
ცხრილი 33. გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები თბილისში (2015-2017 წწ. ინციდენტობის მქონე პაციენტებში და კიბოს სტადიის მიხედვით)	113
ცხრილი 34. 2015-2019 წწ. საქართველოში ქალებში გამოვლენილი კიბოს შემთხვევებში რეციდივების სიხშირე კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით ...	116
ცხრილი 35. საკვერცხის კიბოსა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივების საფრთხეთა ფარდობები	121
ცხრილი 36. მეტასტაზური გინეკოლოგიური კიბოს აბსოლუტური და პროცენტული მაჩვენებლები 2015-2019 წწ. საქართველოში სულ და ICD კოდების მიხედვით მთელ კონტინგენტში და რეციდივების შემთხვევებში	121
ცხრილი 37. 2015-2019 წწ. თბილისში ქალებში გამოვლენილი კიბოს შემთხვევებში რეციდივების სიხშირე კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით	122
ცხრილი 38. საკვერცხის კიბოსა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივების საფრთხეთა ფარდობები	126
ცხრილი 39. მეტასტაზური გინეკოლოგიური კიბოს აბსოლუტური და პროცენტული მაჩვენებლები 2015-2019 წწ. საქართველოში სულ და ICD კოდების მიხედვით მთელ კონტინგენტში და რეციდივების შემთხვევებში	127
ცხრილი 40. გინეკოლოგიური კიბოს YLD, YLL და DALY მაჩვენებლები საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში	130
ცხრილი 41. საშვილოსნოს ყელის კიბოს YLD, YLL და DALY მაჩვენებლები საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში	131
ცხრილი 42. საშვილოსნოს ტანის კიბოს YLD, YLL და DALY მაჩვენებლები საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში	132

ცხრილი 43. საკვერცხის კიბოს YLD, YLL და DALY მაჩვენებლები საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში	133
--	-----

ნაშრომში მოყვანილი დიაგრამების ჩამონათვალი

დიაგრამა 1. საქართველოში კიბოთი ავადობის სტრუქტურა 2015-2019 წლებში აბსოლუტური პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით	56
დიაგრამა 2. ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით საქართველოში (2015-2019 წწ.)	57
დიაგრამა 3. 2015-2019 წწ. გინეკოლოგიური კიბოთი მაღალი ავადობის საქართველოს რეგიონები და მუნიციპალიტეტები	64
დიაგრამა 4. 2015-2019 წწ. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი მაღალი ავადობის საქართველოს რეგიონები და მუნიციპალიტეტები	67
დიაგრამა 5. 2015-2019 წწ. საშვილოსნოს ტანის კიბოთი მაღალი ავადობის საქართველოს რეგიონები და მუნიციპალიტეტები	70
დიაგრამა 6. 2015-2019 წწ. საკვერცხის კიბოთი მაღალი ავადობის საქართველოს რეგიონები და მუნიციპალიტეტები	73
დიაგრამა 7. თბილისში კიბოთი ავადობის სტრუქტურა 2015-2019 წლებში აბსოლუტური პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით	77
დიაგრამა 8. ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით თბილისში (2015-2019 წწ.)	78
დიაგრამა 9. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკისათვის სპეციფიური სიხშირის მაჩვენებლები (ai) ყოველ 100,000 ქალზე	84
დიაგრამა 10. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის ასაკისათვის სპეციფიური სიხშირის მაჩვენებლები (ai) ყოველ 100,000 ქალზე	85
დიაგრამა 11. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის ასაკისათვის სპეციფიური სიხშირის მაჩვენებლები (ai) ყოველ 100,000 ქალზე	86
დიაგრამა 12. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში საკვერცხის კიბოს	

ინციდენტობის ასაკისათვის სპეციფიური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	
ყოველ 100,000 ქალზე	87
დიაგრამა 13. თბილისსა და დანარჩენ საქართველოში 2015-2019 წლებში	
გინეკოლოგიური კიბოს ასაკით სტანდარტიზებულ მაჩვენებელთა	
შეფარდება (SRR)	98
დიაგრამა 14. თბილისში 2015-2019 წწ. და 1988-1992 წწ. გინეკოლოგიური კიბოს	
ასაკით სტანდარტიზებულ მაჩვენებელთა შეფარდება (SRR)	100
დიაგრამა 15. საქართველოში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი საკვერცხის, ს/ყელის,	
ს/ტანის, ძუძუსა და ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს მქონე პაციენტების	
გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები	101
დიაგრამა 16. თბილისში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი საკვერცხის, ს/ყელის, ს/ტანის,	
ძუძუსა და ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს მქონე პაციენტების	
გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები	103
დიაგრამა 17. საქართველოში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური,	
საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს მქონე	
პაციენტების გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის	
მრუდები	104
დიაგრამა 18. თბილისში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური,	
საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს მქონე	
პაციენტების გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის	
მრუდები	106
დიაგრამა 19. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და	
თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევაში	107
დიაგრამა 20. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და	
თბილისში გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს	
შემთხვევებისთვის	108
დიაგრამა 21. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და	
თბილისში გამოვლენილი საშვილოსნოს ტანის კიბოს	
შემთხვევებისთვის	108

დიაგრამა 22. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი საკვერცხის კიბოს შემთხვევებისთვის	109
დიაგრამა 23. საქართველოში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს მქონე პაციენტების გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები დაავადების სტადიის მიხედვით	110
დიაგრამა 24. თბილისში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს მქონე პაციენტების გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები დაავადების სტადიის მიხედვით	112
დიაგრამა 25. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს I სტადიის შემთხვევებისთვის	114
დიაგრამა 26. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს II სტადიის შემთხვევებისთვის	114
დიაგრამა 27. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს III სტადიის შემთხვევებისთვის	115
დიაგრამა 28. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს IV სტადიის შემთხვევებისთვის	115
დიაგრამა 29. საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის კიბოს რეციდივების შანსებთან	118
დიაგრამა 30. საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის კიბოს რეციდივების შანსებთან	119
დიაგრამა 31. საკვერცხის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის კიბოს რეციდივების შანსებთან	119
დიაგრამა 32. 2015-2019 წწ. საქართველოში გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, რაშილოსნოს ტანის, საკვერცხისა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივების დადგომის კაპლან მაიერის მრუდები	120

დიაგრამა 33. საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის კიბოს რეციდივების შანსებთან	123
დიაგრამა 34. საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის კიბოს რეციდივების შანსებთან	124
დიაგრამა 35. საკვერცხის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის კიბოს რეციდივების შანსებთან	125
დიაგრამა 36. 2015-2019 წწ. თბილისში გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, საკვერცხისა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივების დადგომის კაპლან მეიერის მრუდები.	126
დიაგრამა 37. საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა თბილისსა და საქართველოში	128
დიაგრამა 38. საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა თბილისსა და საქართველოში	128
დიაგრამა 39. საკვერცხის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა თბილისსა და საქართველოში	129
დიაგრამა 40. YLD მაჩვენებლები ყველა ლოკალიზაციის გინეკოლოგიური კიბოსათვის თბილისსა და საქართველოში	134
დიაგრამა 41. YLL მაჩვენებლები ყველა ლოკალიზაციის გინეკოლოგიური კიბოსათვის თბილისსა და საქართველოში	134
დიაგრამა 42. DALY მაჩვენებლები ყველა ლოკალიზაციის გინეკოლოგიური კიბოსათვის თბილისსა და საქართველოში	135

ნაშრომში გამოყენებული ტერმინები და აბრევიატურები

WHO- ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია

IARC - კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტო

IACR- კიბოს რეგისტრთა საერთაშორისო ასოციაცია

ENCR - კიბოს რეგისტრთა ევროპის ქსელი

UICC - კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლის საერთაშორისო კავშირი

Incidence - ინციდენტობა

Crude Rate - უხეში მაჩვენებელი

Age-Specific Rate -ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი

SEER - Surveillance, Epidemiology and End Results (პროგრამა აშშ-ში)

ASR - Age-Standardized Rate - ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი

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

TASR - Truncated Age-Standardized Rate - შეკვეცილი ასაკით სტანდარტიზებული

მაჩვენებელი

95% CI TASR - შეკვეცილი ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი

ინტერვალი

AAR - Age-Adjusted Rate- ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი

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

SRR - Standardized Rate Ratio- სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება

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

ინტერვალი

SIR – standardized Incidence Ration - სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების

მაჩვენებელი

95% CI SIR - სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებლის სარწმუნოობის

95%-იანი ინტერვალი

CR- Cumulative Risk - კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი

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

Ratio Frequency - პროპორციული სიხშირის მაჩვენებელი

X2 (chi square) - სტატისტიკური სარწმუნოობის კრიტერიუმი

P- (Probability) - ალბათობა

PIR – Proportional Incidence ratio - ინციდენტობის პროპორციული შეფარდება

YLL – Years of Life Lost -ცხოვრების დაკარგული წლები

YLD – Years Lived with Disability - უუნაროდ გატარებული ცხოვრების წლები

DALY – Disability Adjusted Life Lost - უუნარობით კორექტირებული ცხოვრების წლები

სდი – Socio-Demographic Index (SDI) - სოციალ-დემოგრაფიული ინდექსი (სდი - კომბინირებული ინდიკატორია და გამოთვლილია ერთ სულ მოსახლეზე შემოსავლის, განათლების დონისა და შვილების რაოდენობის მიხედვით).

შესავალი

პრობლემის აქტუალობა

1992 წელს მსოფლიო ჯანდაცვის მიერ შემუშავდა დაავადების ისეთი მნიშვნელოვანი მახასიათებელი, როგორცაა დაავადების გლობალური ტვირთი (Global Burden of Disease) და მისი გამსაზღვრელი DALY-ის კოეფიციენტი, რომელიც ასახავს საზოგადოების მიერ დაინვალიდებისა და ნაადრევი სიკდილის შედეგად გამოწვეული დაკარგული წლების რაოდენობას.

გინეკოლოგიური კიბოს გლობალური ტვირთისა და სოციალურ-ეკონომიკური მაჩვენებლების გამოყენებით შესაძლოა დადგინდეს ის ფინანსური ზარალი ან მოგება, რომელიც დაკავშირებულია ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება-გაუარესებასთან, რაც ესოდენ მნიშვნელოვანია ისეთი განვითარებადი ქვეყნისთვის, როგორც საქართველო.

ქვეყანაში გინეკოლოგიური კიბოს გლობალური ტვირთის ჩამოყალიბების საფუძველს წარმოადგენს სტატისტიკური მონაცემები პოპულაციის ჯანმრთელობის შესახებ.

ყველაზე მარტივი და მრავალმხრივი გამოყენებული მეთოდია ინდივიდების მონაცემთა შეჯერება ქალთა მოსახლეობის პროპორციის შესაბამისად (ასაკობრივი ჯგუფები) ინფორმაციის შეგროვება ხორციელდება დაავადებების გლობალური ტვირთის განმსაზღვრელი კვლევების საშუალებით.

ქალთა კიბოს სიკვდილიანობის დაავადობის მაჩვენებელი, ასევე სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა (life expectancy) მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობაზე. სოციალურ-ეკონომიური დეტერმინანტების კვლევა კი საჭიროებს მრავალი ტიპის ინტერვენციას, რათა გაუმჯობესდეს და განმტკიცდეს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რაც, თავის მხრივ, გავლენას იქონიებს მოსახლეობის ცხოვრების სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შეჩერებასა და დარგში არსებული ადამიანური და მატერიალური რესურსები შენარჩუნების მიზნით საქართველოს მთავრობამ დაიწყო ჯანდაცვის რეფორმა, რომლის სტრატეგიული გეგმის მთავარი პრიორიტეტებია დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, ონკოლოგიური დაავადებების პრევენცია, ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობის გაუმჯობესება.

სწორედ ამ ჭრილში მიგვაჩნია, რომ ამ მონაცემების შეგროვება საშუალებას მოგვცემს, აღრიცხვიანობის გარდა, განხორციელდეს დინამიკური დაკვირვება გინეკოლოგიურ კიბოზე. ამ უკანასკნელით კი დაზუსტდება ჯანმრთელობის ის დანაკარგები, რომელიც მოსდევს არამართო ნაადრევ სიკვდილს, არამედ თავად დაავადებასაც. სწორედ ეს მაჩვენებელი არის დაავადების გლობალური ტვირთი და მისი განმსაზღვრელი DALY-ის კოეფიციენტი, რომელთა საშუალებითაც შესაძლოა დადგინდეს ის ფინანსური ზარალი ან მოგება, რომელიც დაკავშირებულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება-გაუარესებასთან, რაც ესოდენ მნიშვნელოვანია ქვეყნისთვის.

გლობალური გავრცელების ტენდენციები.

დაავადების გავრცელების ძირითადი ინდიკატორებია: ASIR - Age-Standardized Incidence Rate - ასაკ-სტანდარტიზებული ინციდენტობის მაჩვენებელი; ASDR - Age-Standardized Death Rate - ასაკ-სტანდარტიზებული საკვდილიანობის მაჩვენებელი; YLL - Years of Life Lost - სიცოცხლის დაკარგული წლები; YLD - Years Lived with Disability - შრომისუნაროდ გატარებული წლები DALY - Disability Adjusted Life Lost - შრომისუნარობით დაკარგული წლები; სდი - Socio-Demographic Index (SDI) - სოციალ-დემოგრაფიული ინდექსი. სდი კომბინირებული ინდიკატორია და გამოთვლილია ერთ სულ მოსახლეზე შემოსავლის, განათლების დონისა და შვილების რაოდენობის მიხედვით.

2015 წელს, ონკოლოგიური დაავადებების 17.5 მილიონი ახალი შემთხვევა გამოვლინდა, ხოლო სიკვდილიანობამ 8.7 მილიონს მიაღწია. 2005-2015 წლებში ონკოლოგიურ დაავადებათა ახალი შემთხვევები 33%-ით გაიზარდა, აქედან 16% განპირობებული იყო მოსახლეობის დაბერებით, 13%-მოსახლეობის ზრდით, ხოლო 4% - ასაკ-სპეციფიკური მაჩვენებლის ზრდით, რაც რისკის-ფაქტორების ინტენსივობის ზრდას უკავშირდება (Global Burden of Disease Cancer Collaboration [GBDCC]/ დაავადების გლობალური ტვირთი კიბოს კოლაბორაცია GBDCC, 2017).

ეს შთამბეჭდავი მონაცემები ადასტურებენ იმ ფაქტს, რომ „კიბოსთან ბრძოლა“ ჯერჯერობით ვერ მოვიგეთ. თუმცა, ბოლო პერიოდში, პერსონალიზებული მედიცინის და ინოვაციური მკურნალობის (იმუნოთერაპია) მეთოდებით მიღწეულმა წარმატებებმა მნიშვნელოვნად გაზარდა კიბოსგან გადარჩენის შესაძლებლობები. ონკოლოგიური დაავადების გამოსავალი მაღალი და დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში განსხვავებული აღმოჩნდა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების არათანაბარი

ხელმისაწვდომობის გამო. გადარჩენის მაჩვენებლები განსხვავებულია მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებს შორისაც, რაც გამოწვეულია იმ სხვაობით, რომელიც არსებობს განათლების, ეფექტური მკურნალობის, სადაზღვევო სტატუსის, სპეციალიზებულ ზრუნვაზე ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით.

ავადობისა და სიკვდილიანობის შესამცირებლად კიბოს პრევენციის სრული პოტენციალი ძალიან შორს არის რეალიზებისგან, ხოლო მის მისაღწევად არსებული ძალისხმევა კი არასაკმარისია დაბალი-შემოსავლის მქონე ქვეყნებში (Vineris & Wild/ვინერის და უაილდ, 2014). „კიბო ჰყოფს“ (კიბოს მკურნალობის ხელმისაწვდომობა არათანაბარია მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალ-დემოგრაფიული ფენისთვის) - ამის შესახებ არსებულმა მოსაზრებებმა გამოიწვია საერთაშორისო ჯანდაცვის საზოგადოების გლობალურ ონკოლოგიაზე ფოკუსირება (Hanahan/ჰანაჰან, 2014; Horton&Gauvreau/ჰორტონ და გოვრო, 2015).

მსგავსი მიდგომა ასახულია მდგრადი განვითარების მესამე მიზანში - „2030 წლისთვის არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილიანობის ერთი მესამედით შემცირება პრევენციის, მკურნალობის, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და კეთილდღეობის გზით“ (United Nations [UN]/გაერო, 2015).

დაავადებათა გლობალური ტვირთის კიბოს თანამშრომლობის ჯგუფის მიერ შეფასდა კიბოს სიკვდილიანობა, ავადობა, დაავადების მიზეზით გამოწვეული შრომისუუნაროდ გატარებული წლები, სიცოცხლის დაკარგული წლები და შრომისუუნარობით დაკარგული წლები 32 ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებისთვის 195 ქვეყანაში, 25 წლიანი პერიოდისთვის, 1990-2015 წლებში (GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators [GBD2015MCDC]/ GBD2015 სიკვდილიანობისა და სიკვდილის მიზეზების კოლაბორატორები GBD2015MCDC, 2016). დაავადებათა გლობალური ტვირთის კვლევებში ქვეყნების კატეგორიზაცია მათი სოციალ-დემოგრაფიული ინდექსის (სდი) მიხედვით მოხდა.

ონკოლოგიურ დაავადებათა გავრცელების თავისებურებები ხშირად მსგავსია ერთნაირი სოციალ-ეკონომიკური ინდექსის მქონე ქვეყნებში. სდი-ის მიხედვით ქვეყნები 5 ძირითად ჯგუფად იყოფა: დაბალი, დაბალი-საშუალო, საშუალო, მაღალი-საშუალო და მაღალი სდი-ის მქონე ქვეყნები.

გასული საუკუნის ბოლო დეკადებში, თბილისში ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა დაახლოებით 3000 და კვდებოდა 2000 ქალი. ქ. თბილისში კიბოს დიაგნოზით რეგისტრირებულ ავადმყოფთა კონტიგენტის რაოდენობა აღემატებოდა 7000-ს. ამავე დროს,

როგორც ცნობილია, კიბოთი ადამიანი ძირითადად ავადდება პროფესიული და შემოქმედებითი განვითარების ოპტიმალურ ასაკში (45-64 წ.), როდესაც მისი საქმიანობა იძლევა მაქსიმალურ ეფექტს, რის გამოც კიბო უდიდეს ეკონომიკურ ზარალს აყენებს ქვეყანას და აფერხებს საზოგადოების სოციალური განვითარების ტემპებს (ტყეშელაშვილი, 2002). გასული საუკუნის ბოლოდან ქ.თბილისში შემცირდა ონკოლოგიური დაავადებების I-II სტადიებში გამოვლინება და მკვეთრად მოიმატა შორსწასული შემთხვევების სიხშირემ. უკანასკნელ წლებში, ქ. თბილისში ონკოლოგიურ სფეროში შექმნილმა მძიმე მდგომარეობამ კიდევ უფრო აქტუალური გახადა პრევენციული მიმართულების განვითარების აუცილებლობა. ვინაიდან დღემდე სრული მოცულობით არ ხორციელდებოდა სკრინინგ-დიაგნოსტიკური პროგრამა, პაციენტთა აღნიშნული კონტიგენტის დიდ ნაწილში დაავადება არ არის გამოვლენილი ადრეულ სტადიებში, პირიქით ხშირია III-IV სტადიების შემთხვევები ($\approx 60-70\%$), შესაბამისად პაციენტებს ხშირად ვერ უტარდებათ რადიკალური მკურნალობა ოპტიმალური სქემით და, დიდი ფინანსური დანახარჯების მიუხედავად, იშვიათად თუ მიიღწევა ავადმყოფთა სიცოცხლის გახანგრძლივება და მაღალია ამ მიზეზით გამოწვეული გარდაცვალების სიხშირე.

გინეკოლოგიური კიბოს დაავადების გლობალური ტვირთი IARC მონაცემებით შეადგენს 19%-ს ახალი კიბოს 5,1 მილიონ შემთხვევაში. 2020 წელს აღწერილ იქნა 2,9 მილიონი გარდაცვალების შემთხვევა. აქედან, გინეკოლოგიური კიბოს სტრუქტურა შემდეგია:

1. საშვილოსნოს ყელის კიბო - 493,000 ახალი შემთხვევა, 273,000 სიკვდილი;
2. საშვილოსნოს ტანის კიბო - 199,000 ახალი შემთხვევა, 50,000 სიკვდილი;
3. საკვერცხის კიბო - 204,000 ახალი შემთხვევა, 125,000 სიკვდილი;
4. საშოს კიბო, ვულვას და ქორინოკარცინომას ერთად აღებული შეადგენს 45,900 ახალ შემთხვევას.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს 80% მოდის განვითარებად ქვეყნებზე და 2/3 საშვილოსნოს ტანის კიბოზე. აქედან გამომდინარე საჭიროა შეიქმნას პოლიტიკური და კიბოს ადვოკატირება ისე, რომ განვითარებად ქვეყნებში მოხდეს დაავადების გლობალური ტვირთის შემსუბუქება.

2019 წელს საქართველოში სულ რეგისტრირებული იყო კიბოს ყველა ლოკალიზაციის 10339 ახალი შემთხვევა (ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე - 277.9), მათ შორის 4578 შემთხვევა (44.3%) რეგისტრირებულია კაცებში, ხოლო, 5761 შემთხვევა (55.7%) - ქალებში.

2019 წელს საქართველოში, ქალებში კიბოს ავადობის ხუთი უპირატესი ლოკალიზაციას წარმოადგენდა:

1. სარძევე ჯირკვალი - 1629 ახალი შემთხვევა, 84,4 100000 ქალზე;
2. ფარისებრი ჯირკვალი - 855 ახალი შემთხვევა, 44,3 100000 ქალზე;
3. კოლორექტუმი - 335 ახალი შემთხვევა, 17,4 100000 ქალზე;
4. საშვილოსნოს ტანი - 327 ახალი შემთხვევა, 16,9 100000 ქალზე;
5. საშვილოსნოს ყელი - 311 ახალი შემთხვევა, 16,5 100000 ქალზე;

ყოველივე ზემოთთქმულიდან გამომდინარე ჩამოყალიბდა წინამდებარე კვლევის მიზანი.

კვლევის მიზანი

წინამდებარე კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოს კიბოს რეგისტრის მონაცემების საფუძველზე თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობისა და სტრუქტურის დაზუსტება და ტვირთის დადგენა.

კვლევის ამოცანები

კვლევის მიზნის მისაღწევად დასახულ იქნა შემდეგი ამოცანები:

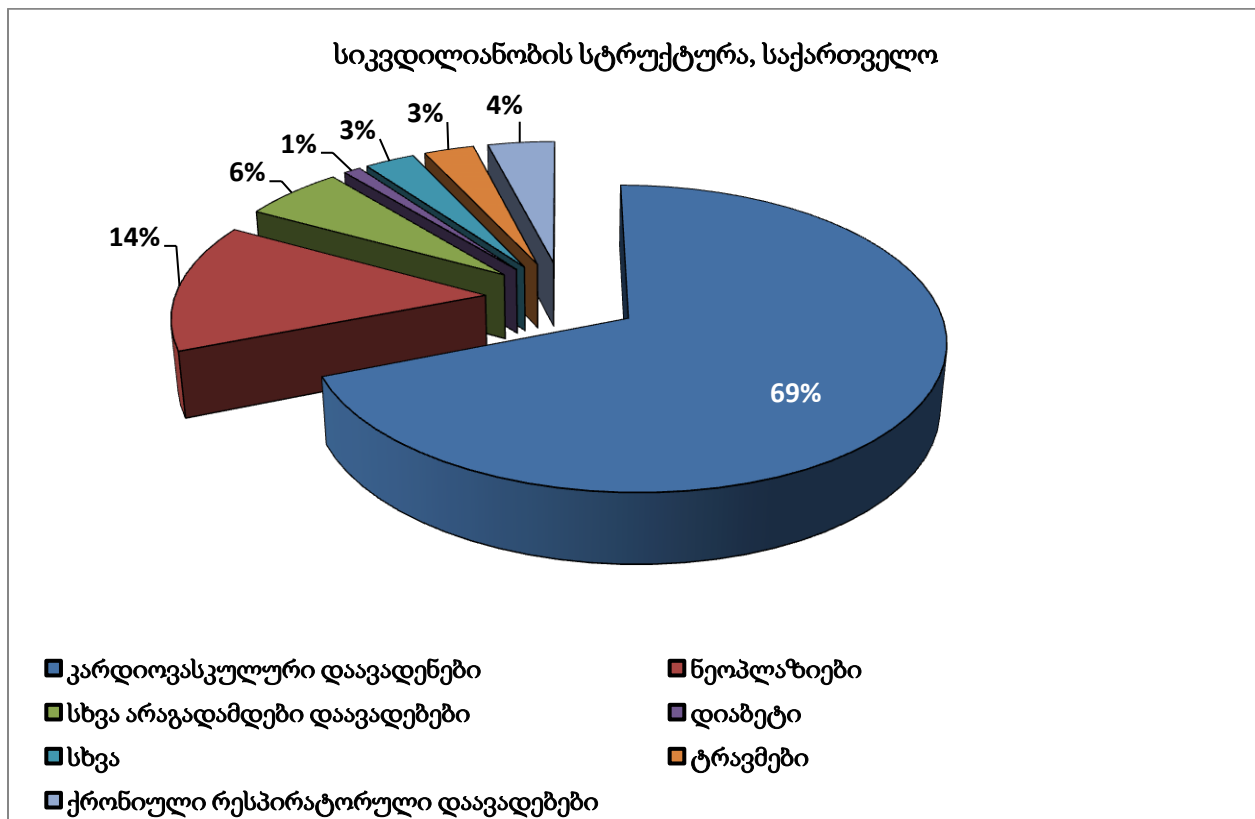
1. ქ. თბილისის ქალთა მოსახლეობაში გინეკოლოგიური კიბოს 2015-2019 წწ. ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების განსაზღვრა;
2. გინეკოლოგიური კიბოს 3-წლიანი გადარჩენის შესწავლა;
3. ონკოგინეკოლოგიურ პაციენტებში მკურნალობის შემდგომ პერიოდში რეციდივებისა და მეტასტაზების განვითარების ტენდენციების შესწავლა;
4. ქ. თბილისის ქალთა მოსახლეობაში გინეკოლოგიური კიბოს გლობალური ტვირთის მაჩვენებლების განსაზღვრა.

თავი I

ლიტერატურის მიმოხილვა

კვლევის თემატიკას ყველაზე საინტერესოდ ეხმიანება ეროვნული მოხსენება, რომელიც მომზადდა საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველოს მიერ (2016-2017 წწ. ეროვნული მოხსენება, 2018).

საქართველოში ისევე, როგორც მსოფლიოს ქვეყნების უმეტესობაში, სიკვდილიანობის ტვირთი ძირითადად არაგადამდებ დაავადებებზე მოდის (სურათი #L1).



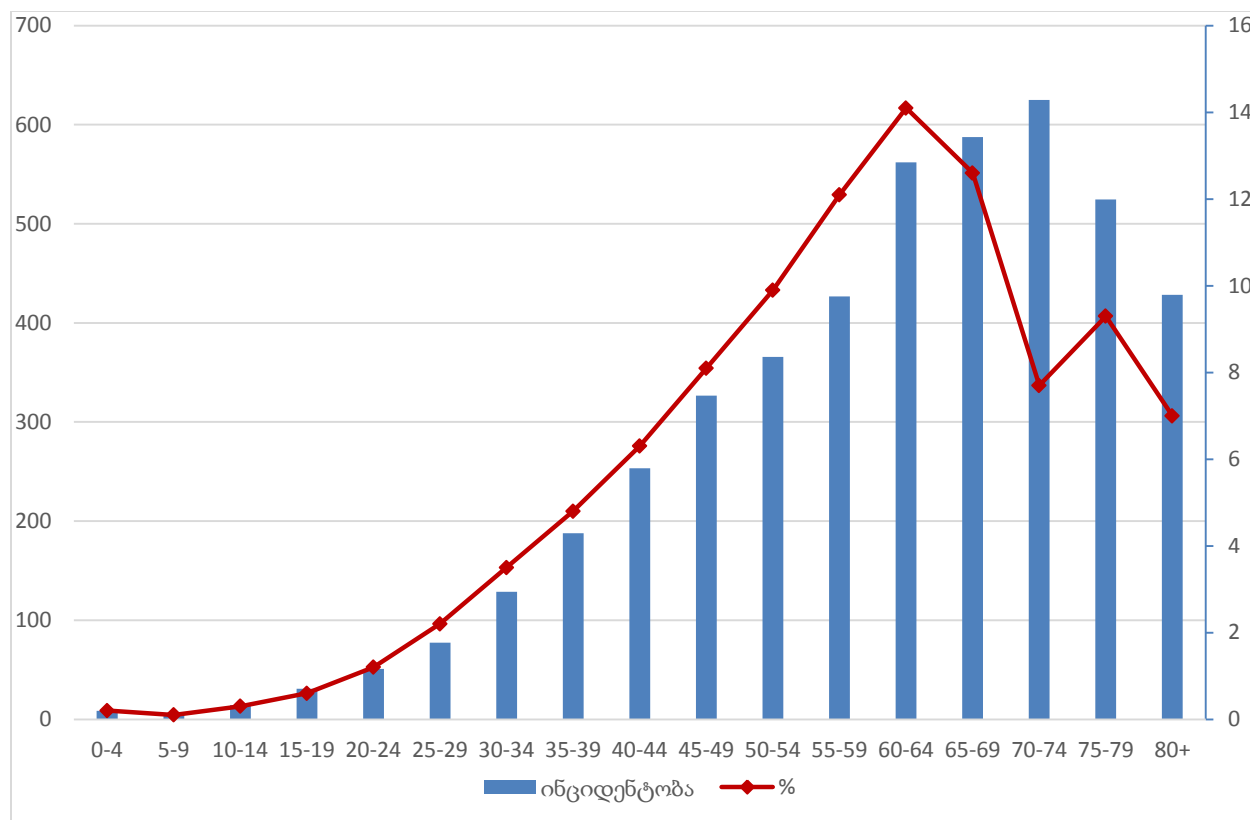
სურათი L1. სიკვდილიანობის სტრუქტურა, საქართველო (ჯანმო-ს შეფასება, 2016)

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია ავადობის ტვირთის გასაზომად იყენებს ინვალიდობით დაკორექტირებულ სიცოცხლის წლებს (DALYs), რომელიც ასახავს მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე როგორც სიკვდილიანობის, ისე ავადობის ზეგავლენას.

DALYs ითვლის ნაადრევი სიკვდილით, დაინვალიდებით ან ავადმყოფობის გამო დაკარგულ წლებს. ევროპის რეგიონში ცხოვრობს მსოფლიოს მოსახლეობის 14% და მასზე მოდის ავადობის გლობალური ტვირთის 10% (საშუალოდ 171 DALYs 1000 მოსახლეზე). დაბალი და საშუალო განვითარების ქვეყნების მოსახლეობა შეადგენს ევროპის რეგიონის მოსახლეობის 54%-ს, თუმცა ამ ქვეყნებში აღირიცხება რეგიონის ავადობის ტვირთის 67% (215 DALYs 1000 მოსახლეზე). დაგეგმილია, რომ ავადობისა და სიკვდილიანობის მიმდინარე ტენდენციების გაგრძელების შემთხვევაში 2030 წლისთვის რეგიონში ავადობის ტვირთი შემცირდება 23%-ით (GBDCC, 2017; ვინერის და უაილდ, 2014).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, საქართველოში 2010-2016 წლებში 3%-ით შემცირდა ყველა მიზეზით გამოწვეული ავადობის ტვირთი (DALYs). შემცირდა გადამდები, დედათა, პერინატალური და კვებითი მდგომარეობებით გამოწვეული ავადობის ტვირთი (8.0%-2010 და 6.6%-2016), თუმცა მოიმატა არაგადამდები დაავადებებით ავადობის ტვირთის ხვედრითმა წილმა (83.3% - 2010 და 85.3% - 2016; ეროვნული მოხსენება 2016-2017). საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაწილეობით საქართველოში 2013 წელს მიმდინარეობდა ავადობის გლობალური ტვირთის კვლევა - აგტკ (Global Burden of Disease Study – GBD), რომელიც წარმოადგენს სიკვდილიანობის და დაავადებების, ტრავმების და რისკ-ფაქტორებით გამოწვეული მდგომარეობების გამო დაკარგული ჯანმრთელობის რაოდენობრივად შედარებადი სიდიდეების გაზომვის სისტემურ მეცნიერულ მეთოდს. ავადობის გლობალური ტვირთის კვლევის დასკვნები ეყრდნობა დაინვალიდებით კორექტირებული სიცოცხლის წლების (Disability-Adjusted Life Year - DALY) ოდენობას, რომელიც წარმოადგენს სიკვდილის შედეგად სიცოცხლის დაკარგული წლების (Years of life lost - YLLs) და შეზღუდული შესაძლებლობებით გატარებული წლების (Years Lost due to Disability - YLDs) ჯამს (GBDCC, 2017).

2017 წელს ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების 57% გამოვლინდა ქალებში (2016 – 56%). ინციდენტობის მაჩვენებელმა 100 000 მამაკაცზე 212.5 შეადგინა (2016 – 227.1), ხოლო 100 000 ქალზე - 254.4 (2016–270.4). ონკოლოგიური დაავადებების მხოლოდ 40.2% გამოვლინდა პირველ და მეორე სტადიაზე (2016 – 39%; ეროვნული მოხსენება 2016-2017).

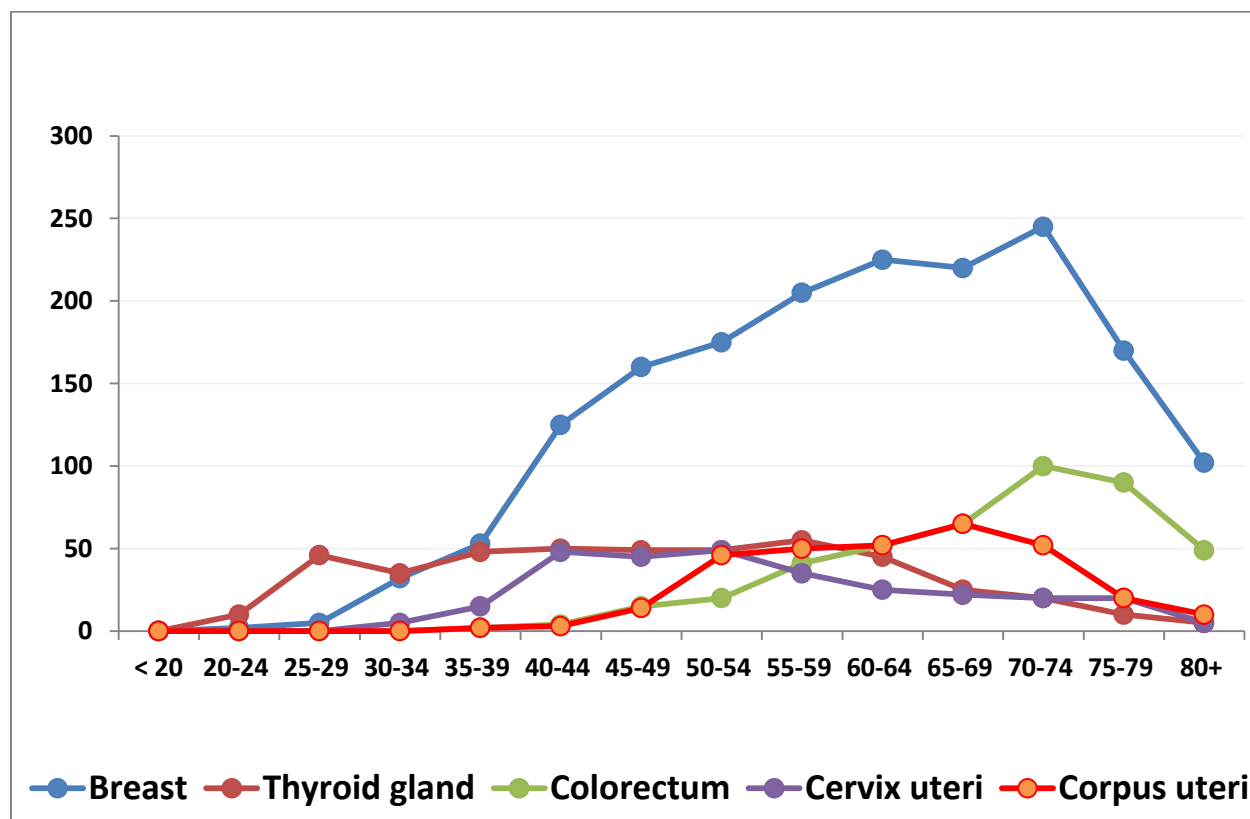


სურათი L2. ყველა ლოკალიზაციის ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების ახალი შემთხვევების ასაკ-სპეციფიური მაჩვენებელი და %-ული წილი ქალებში, საქართველო, 2017

კიბოს განვითარების რისკი ასაკთან ერთად მატულობს. ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში კიბოს ახალი შემთხვევების დაახლოებით 58%, ხოლო დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში მხოლოდ 40% (საქართველოც ამ კატეგორიას მიეკუთვნება) 65 წლის ასაკში ან უფრო გვიან ვლინდება (Ferlay/ფერლაი, 2004; Ferlay/ფერლაი, 2008). ეს სხვაობა მეტწილად უკავშირდება ქვეყნებს შორის არსებულ განსხვავებებს მოსახლეობის შიდა ასაკობრივი სტრუქტურის თვალსაზრისით. რეპროდუქციის ასაკში ქალთა შორის საქართველოში კიბოთი ავადობა თითქმის ორჯერ მაღალია მამაკაცთა ავადობასთან შედარებით, ხოლო 65 წლიდან ავადობა სჭარბობს (სურათი L2).

2016-2017 წელს ქალთა შორის ყველაზე გავრცელებული ხუთი ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადება იყო: ძუძუს, ფარისებრი ჯირკვლის, საშვილოსნოს ტანის, კოლორექტუმის, საშვილოსნოს ყელის კიბო. კიბოს რეგისტრის მონაცემებით, ძუძუს კიბო

ყველაზე გავრცელებული ლოკალიზაციის კიბოა ქალებში. ძუძუს კიბოს ინციდენტობის მაჩვენებლები 100 000 ქალზე 97.5-ს შეადგენდა 2015 წელს, 2016 წელს - 91.9-ს და 2017 წელს - 79.6.



სურათი L3. ქალთა შორის ყველაზე გავრცელებული ხუთი ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადება.

რაც შეეხება ქალთა შორის ყველაზე ფართოდ გავრცელებული ონკოლოგიური დაავადებების ასაკობრივ თავისებურებებს, ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის და კოლორექტალური კიბოს შემთხვევაში ის შესაბამისობაშია სხვა ქვეყნებში არსებულ ტენდენციებთან, თუმცა ფარისებრი ჯირკვლის კიბო გამონაკლის სწარმოადგენს, მისი საკმაოდ ფართო გავრცელებით 20–35 ასაკობრივ ჯგუფში (სურათი L3).

2011 წლიდან ქვეყანაში მოქმედებს კიბოს სკრინინგ-პროგრამები, მიზნობრივი პოპულაცია:

1. ძუძუს კიბოს სკრინინგი 40-70 წლის ქალებისთვის;
2. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი 25-60 წლის ქალებისთვის;
3. პროსტატის კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის მამაკაცებისთვის;
4. კოლორექტული კიბოს სკრინინგი 50-70 წლის მოსახლეობისთვის.

„არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის“ (STEPS-2016; GBDCC, 2017)

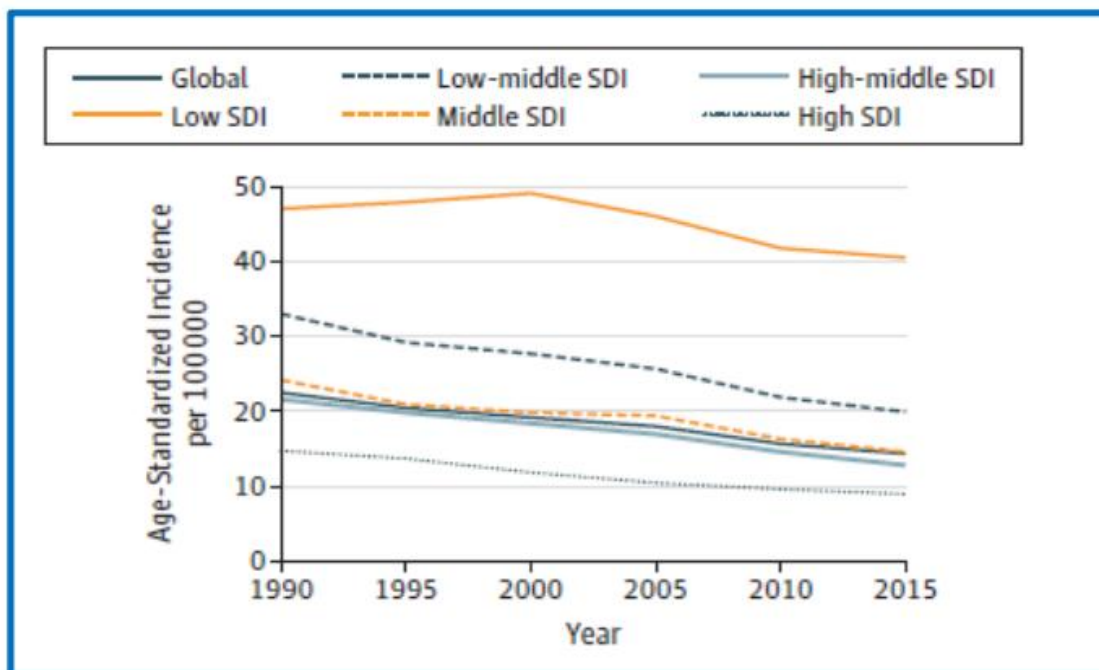
მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი სიცოცხლის განმავლობაში 30-49 წლის ქალთა მხოლოდ 23.9%-მა ჩაიტარა (Cainet/კაინე, 2017).

საშვილოსნოს ყელის კიბო

2015 წელს გლობალურად 526,000 ქალს დაესვა საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოზი და დაავადების შედეგად გარდაიცვალა 239,000 პაციენტი; დაავადებამ 7 მილიონი DALY გამოიწვია, რომლის 96% დაკავშირებული იყო YLL-თან და 4% - YLD-თან. ყოველი 68 ქალიდან საშუალოდ ერთს 79 წლამდე ასაკში განუვითარდა საშვილოსნოს ყელის კიბო. კიბოს განვითარების შანსი ყველაზე მაღალი იყო დაბალი სდი-ის ქვეყნებში (ყოველი 24 ქალიდან საშუალოდ ერთი შემთხვევა), ხოლო ყველაზე დაბალი - მაღალი სდი-ის ქვეყნებში (ყოველი 115 ქალიდან საშუალოდ ერთი შემთხვევა; Adewole/ადევოლე, 2015; Arrossi/აროსი, 2007; Basile/ბასილე, 2006; Kim/კიმ, 2008). 2015 წელს საშვილოსნოს ყელის კიბო მსოფლიოს 11 ქვეყანაში ქალთა შორის ყველაზე ხშირად დიაგნოსტირებული კიბო იყო, ხოლო 50 ქვეყანაში კი კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის წამყვანი მიზეზი (GBDCC, 2017).

1990 წლიდან საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასაკით სტანდარტიზებული ავადობა სტაბილურად მცირდებოდა მრავალ ქვეყანაში, გარდა დაბალი სდი-ის მქონე ქვეყნებისა (Gustafsson/გუსტაფსონ, 1997a; Gustafsson/გუსტაფსონ, 1997b). 2005-2015 წლებში ასაკით სტანდარტიზებული ავადობა გლობალურად 26%-ით შემცირდა. აღნიშნულ პერიოდში ყველა სდი-ის ქვეყანაში ASIR შემცირდა (სურათი L4.; GBDCC, 2017).

2020 წელს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ახალგამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობა შეადგენდა 13,800-ს, რაც ყველა ონკოლოგიური შემთხვევის 0,8%-ს შეადგენდა. 5-წლიანი გადარჩენის ფარდობითმა მაჩვენებელმა შეადგინა 66.1%. გარდაცვალებულთა რაოდენობა კი შეადგენდა 4,290-ს, რაც კიბოთი გარდაცვალების შემთხვევათა 0.7%-ს წარმოადგენს (ცხრილი 1).



წყარო: GBDCC, 2017

სურათი L4. საშვილოსნოს ყელის კიბო 2020 წლის სტატისტიკა

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი იყო 7,4 წელიწადში 100,000 ქალზე, სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კი - 2,2 ყოველ 100,000 ქალზე წელიწადში. ეს მაჩვენებლები ასაკთან შესაბამისობაშია და ემყარება 2013–2017 წლების ინციდენტობისა და 2014–2018 წლების სიკვდილის შემთხვევებს.

სიცოცხლის მანძილზე კიბოს განვითარების რისკი: 2015–2017 წლების მონაცემებზე დაყრდნობით, ქალების დაახლოებით 0,6 პროცენტს დაუსვეს დიაგნოზი საშვილოსნოს ყელის კიბოთი.

2017 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში საშვილოსნოს ყელის კიბო აღენიშნებოდა დაახლოებით 291,704 ქალს (<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html>).

საშვილოსნოს ყელის კიბოს გავრცელების კუთხით ყველაზე მაღალი მაჩვენებლებით გამოირჩევა აფრიკა (ცხრილი #L1). მსოფლიოში ამ ლოკალიზაციის კიბოს უარესი მაჩვენებლების მქონე ქვეყნების პირველ ოცეულში 19 სწორედ ამ კონტინენტის წარმომადგენელია.

ცხრილი L1. კიბოთი ავადობის ინციენტობისა და გარდაცვალების შემთხვევათა მაჩვენებლები.

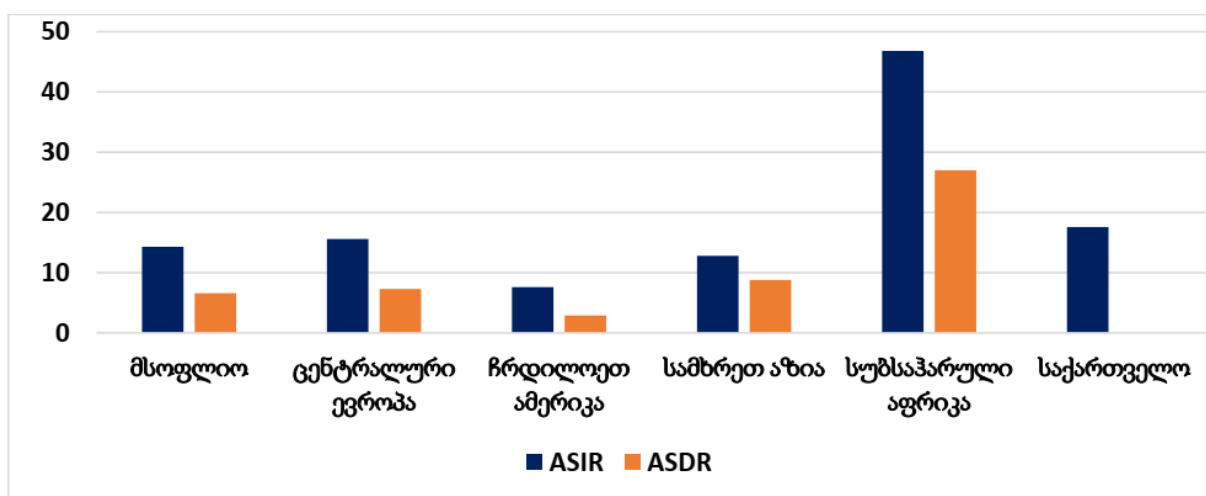
#	კიბოს ლოკალიზაცია	ინციდენტობა, აბს. მაჩვენებელი, 2020 წ.	სიკვდილობა, აბს. მაჩვენებელი, 2020 წ.
1.	მკერდი (ქალები)	276,480	42,170
2.	ფილტვი	228,820	135,720
3.	წინამდებარე ჯირკვალი	191,930	33,330
4.	კოლორექტუმი	147,950	53,200
5.	მელანომა	100,350	6,850
6.	შარის ბუშტი	81,400	17,980
7.	არა-ჰოჯკინის ლიმფომა	77,240	19,940
8.	თირკმელი	73,750	14,830
9.	საშვილოსნოს ტანი	65,620	12,590
10.	სისხლი	60,530	23,100
-	-	-	-
20.	საშვილოსნოს ყელი	13,800	4,290

2015 წელს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ASIR და ASDR ყველაზე დაბალი იყო მაღალი შემოსავლების მქონე ჩრდილოეთ ამერიკაში, ხოლო ყველაზე მაღალი - სუბსაჰარულ აფრიკაში (სურათი #L5).

ცხრილი L2. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის უარესი მაჩვენებლების მქონე ქვეყნების პირველი ოცეული მსოფლიოში (1990-2015 წწ.)

#	ქვეყანა	ASR 100,000 ქალზე	#	ქვეყანა	ASR 100,000 ქალზე
1	ესვატინი	75.3	11	გუინეა	45.5
2	მალავი	72.9	12	ბურკინა ფასო	45.1
3	ზამბია	66.4	13	მალი	43.9
4	ზიმბაბვე	62.3	14	სამხრეთ აფრიკა	43.5
5	ტანზანია	59.1	15	მოზამბიკი	42.8
6	ბურუნდი	57.4	16	ბოლივია	38.5
7	უგანდა	54.8	17	სენეგალი	37.8
8	ლესოტო	52.1	18	ლიბერია	37.2
9	მადაგასკარი	51.6	19	ანგოლა	36.1
10	კომოროსი	50.9	20	კენია	33.8

წყარო: Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin



სურათი L5. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები მსოფლიოში და რეგიონების მიხედვით, 2015.

საშვილოსნოს ტანის კიბო

საშვილოსნოს ტანის კიბო მეექვსე ადგილს იკავებს ქალის ონკოლოგიურ დაავადებებს შორის და 15 ადგილს ოკოლოგიური დაავადებების სტრუქტურაში, 2018 წელს დაფიქსირდა 380,000-ზე მეტი ახალი შემთხვევა. ენდომეტრიუმის კიბოს ყველაზე მაღალი მაჩვენებლის ტოპ 25 ქვეყანა, მოცემულია ქვემოთ ცხრილში L3:

ცხრილი L3. საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის უარესი მაჩვენებლების მქონე ქვეყნები მსოფლიოში (1990-2015 წწ.)

#	ქვეყანა	ASR 100,000 ქალზე	#	ქვეყანა	ASR 100,000 ქალზე
1	ბელარუსი	24.9	12	სინგაპური	19.1
2	სამოა	24.8	15	ჩეხეთი	18.9
3	ჩრდ.მაკედონია	24.3	16	რუსეთი	18.7
4	ლიეტუვა	24.0	17	ბარბადოსი	18.6
5	კანადა	23.6	18	ირლანდია	18.5
6	საბერძნეთი	21.5	18	სლოვენია	18.5
7	უკრაინა	21.4	20	უნგრეთი	18.2
8	აშშ	20.1	20	ახალი კალედონია	18.2
9	სლოვაკეთი	19.7	22	ბულგარეთი	18.0
10	ხორვატია	19.6	23	მალტა	17.8
11	სერბეთი	19.2	24	ლატვია	17.4
12	იამაიკა	19.1	24	პუერტო რიკო	17.4
12	პოლონეთი	19.1			

წყარო:Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin

2020 წელს საშვილოსნოს ტანის კიბოს ახალგამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობა შეადგენდა 65,620-ს, რაც ყველა ონკოლოგიური შემთხვევების 3,6%-ს შეადგენდა. 5-წლიანი გადარჩენის ფარდობითმა მაჩვენებელმა შეადგინა 81.2%. გარდაცვალებულთა რაოდენობა კი შეადგენდა 12,590-ს, რაც კიბოთი გარდაცვალების შემთხვევათა 2.1%-ს წარმოადგენს. ახალი შემთხვევებისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100,000 ქალზე გათვლით კი იყო შემდეგი: საშვილოსნოს ტანის კიბოს ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი იყო 27.8 წელიწადში 100,000 ქალზე. სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 4.9 წელიწადში 100,000 ქალზე. ეს მაჩვენებლები ასაკით სტანარტიზებულია და ემყარება 2013–2017 წლების ინციდენტობისა და 2014–2018 წლების სიკვდილობის მაჩვენებლებს.

სიცოცხლის მანძილზე კიბოს განვითარების რისკის შეფასებისას, 2015–2017 წლების მონაცემების თანახმად დადგინდა, რომ ქალების დაახლოებით 3.1 პროცენტს დაუსვეს საშვილოსნოს ტანის კიბოს დიაგნოზი.

საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის აბსოლუტურმა მაჩვენებელმა ამერიკის შეერთებულ შტატებში შეადგინა დაახლოებით 793,486 ქალი.

საქართველოს კიბოს რეგისტრის მონაცემებით, ქალებში ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე გავრცელებული კიბოს ხუთეულში საშვილოსნოს ტანის კიბო მეოთხე ადგილს იკავებს. 2015-2017 წლებში 100000 ქალზე რეგისტრირებული ინციდენტობის მაჩვენებლებით

საშვილოსნოს ტანის კიბოს უხეში მაჩვენებელი შეადგენდა 20.3-ს, 19.9-ს და 17.2-ს, შესაბამისად. ახალი შემთხვევების რაოდენობა პრევალირებს 50-70 წლამდე ასაკობრივი ჯგუფებში.

საკვერცხის კიბო

საკვერცხის კიბო სიხშირის მიხედვით ქალებში მეშვიდე ადგილს, ხოლო კიბოს საერთო სტრუქტურაში მე-18 ადგილს იკავებს. 2018 წელს დაფიქსირდა თითქმის 300,000 ახალი შემთხვევა. საკვერცხის კიბოს ყველაზე მაღალი მაჩვენებლის ტოპ 25 ქვეყანა, მოცემულია ქვემოთ მოცემულ ცხრილში L4.

ცხრილი L4. საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის უარესი მაჩვენებლების მქონე ქვეყნები მსოფლიოში (1990-2015 წწ.)

#	ქვეყანა	ASR 100,000 ქალზე	#	ქვეყანა	ASR 100,000 ქალზე
1	სერბეთი	16.6	13	რუსეთი	11.1
2	ბრუნეი	16.0	15	ბულგარეთი	10.9
3	ბელარუსი	15.4	16	ფილიპინები	10.6
4	პოლონეთი	14.7	17	ბოსნია და ჰერცეგოვინა	10.5
5	ლატვია	14.3	17	ახალი კალედონია	10.5
6	უნგრეთი	13.2	17	სინგაპური	10.5
7	უკრაინა	12.3	20	რუმინეთი	10.4
8	ფიჯი	12.2	21	ესტონეთი	10.3
8	ლიეტუვა	12.2	22	ინდონეზია	9.7
10	ხორვატია	12.1	22	გაერთიანებული სამეფო	9.7
11	სლოვაკეთი	11.6	24	ჩეხეთი	9.5
12	ირლანდია	11.4	24	იაპონია	9.5
13	მოლდოვა	11.1			

წყარო:Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin

ცხრილებში გამოყენებულია ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლები. ეს არის დაავადების მაჩვენებლის შემაჯამებელი საზომი, რომელიც მოსახლეობას ექნებოდა სტანდარტული ასაკობრივი სტრუქტურის არსებობის შემთხვევაში. სტანდარტიზაცია აუცილებელია ასაკთან მიმართებაში განსხვავებული პოპულაციების შედარებისას, რადგან ასაკი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს კიბოთი სიკვდილის რისკზე.

2020 წელს საკვერცხის კიბოს ახალგამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობა შეადგენდა 21,750-ს, რაც ყველა ონკოლოგიური შემთხვევების 1,2%-ს შეადგენდა. 5-წლიანი გადარჩენის

ფარდობითმა მაჩვენებელმა შეადგინა 48.6%. გარდაცვალებულთა რაოდენობა კი შეადგენდა 13,940-ს, რაც კიბოთი გარდაცვალების შემთხვევათა 2.3%-ს წარმოადგენს.

ახალი შემთხვევებისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100,000 ქალზე გათვლით კი იყო შემდეგი: საშვილოსნოს ტანის კიბოს ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი იყო 11.2 წელიწადში 100,000 ქალზე. სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 6.7 წელიწადში 100,000 ქალზე. ეს მაჩვენებლები ასაკით სტანარტიზებულია და ემყარება 2013–2017 წლების ინციდენტობისა და 2014–2018 წლების სიკვდილობის მაჩვენებლებს.

სიცოცხლის მანძილზე კიბოს განვითარების რისკის შეფასებისას, 2015–2017 წლების მონაცემების თანახმად დადგინდა, რომ ქალების დაახლოებით 1.2 პროცენტს დაუსვეს საკვერცხის კიბოს დიაგნოზი.

საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის აბსოლუტურმა მაჩვენებლებმა ამერიკის შეერთებულ შტატებში შეადგინა დაახლოებით 233,364 ქალი.

2015-2018 წწ. საქართველოში ჩატარებული ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით საკვერცხის ავთვისებიანი ახალწარმონაქმების სიხშირე სტადიურობის მიხედვით მოყვანილია ცხრილში L5.

ცხრილი L5. ავთვისებიანი საკვერცხის კიბოს სიხშირე (2015-2018 წწ.)

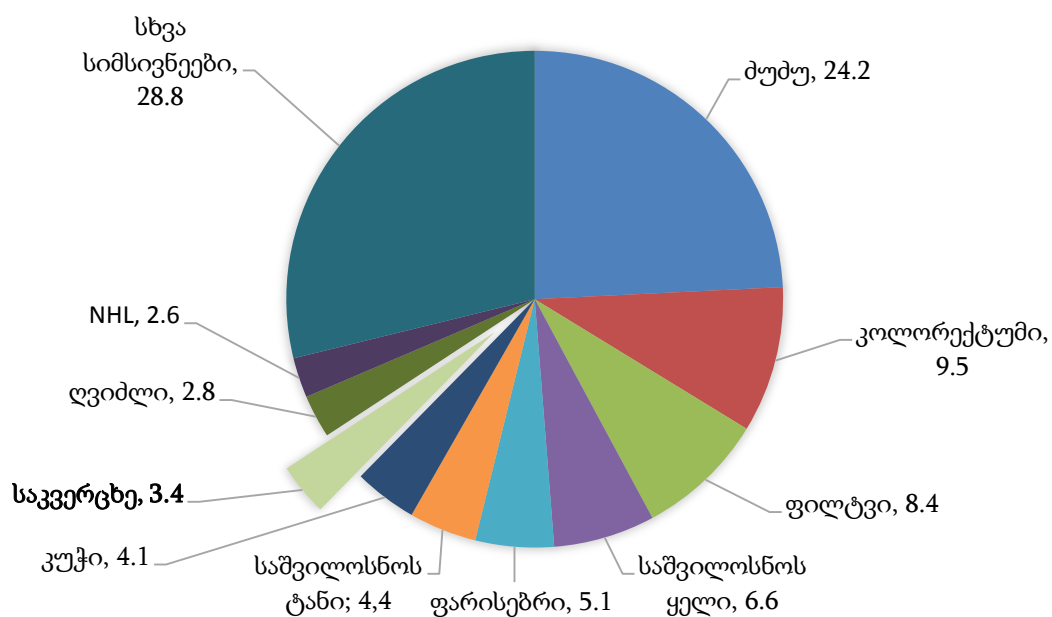
	2015	2016	2017	2018
I სტადია	62	45	60	34
II სტადია	25	22	23	15
III სტადია	145	107	110	100
IV სტადია	70	53	47	65
უცნობია	7	3		6
შეუვსებელი	15	21	20	19
	% სტადიის			
I სტადია	19.1	13.9	18.5	10.5
II სტადია	7.7	6.8	7.1	4.6
III სტადია	44.8	33.0	34.0	30.9
IV სტადია	21.6	16.4	14.5	20.1
უცნობია	2.2	0.9	0.0	1.9
შეუვსებელი	4.6	6.5	6.2	5.9

ამავე კვლევის მიხედვით საკვერცხის კიბოს შემთხვევათა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით მოყვანილია ცხრილში L6.

ცხრილი L6. ავთვისებიანი საკვერცხის კიბოს განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (2015-2018 წწ.)

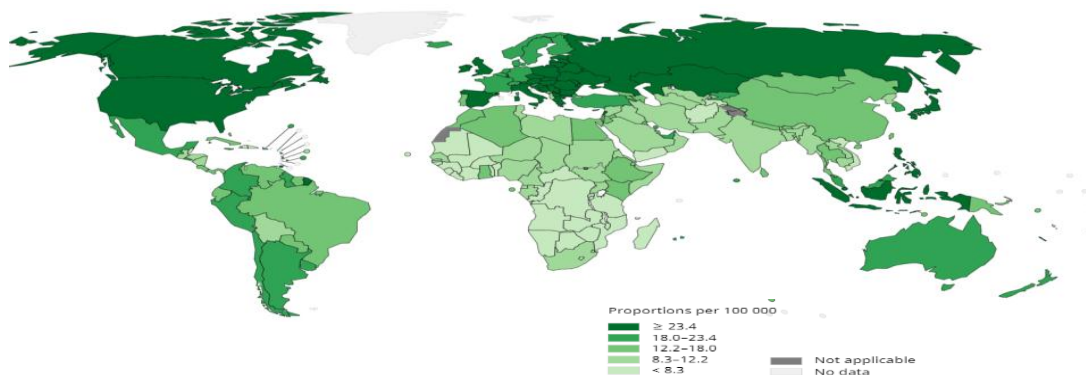
	ასაკობრივი განაწილება			
	2015	2016	2017	2018
0-14		1	1	1
15-29	6	4	7	7
30-69	253	193	204	182
70+	65	53	48	49
სულ	324	251	260	239
	ინციდენტობა			
	2015	2016	2017	2018
0-14	0.0	0.1	0.1	0.1
15-29	1.8	1.2	2.0	2.0
30-69	68.6	54.0	58.9	54.1
70+	6.5	5.3	4.8	4.9
სულ	137.7	108.5	112.8	103.1

2018 წლის მონაცემებით კიბოს ახალი შემთხვევების სტრუქტურა ყველა ასაკის ქალებში მოყვანილია სურათზე L6, ხოლო მსოფლიო ეპიდემიოლოგიური რუკა - სურათზე L7.



წყარო: IACR. GLOBCAN Cancer Today 2018. <http://gco.iarc.fr/today>. Accessed April 2019. 2. Bray F et al. *CA Cancer J*

სურათი L6. კიბოს ახალი შემთხვევების სტრუქტურა ყველა ასაკის ქალებში



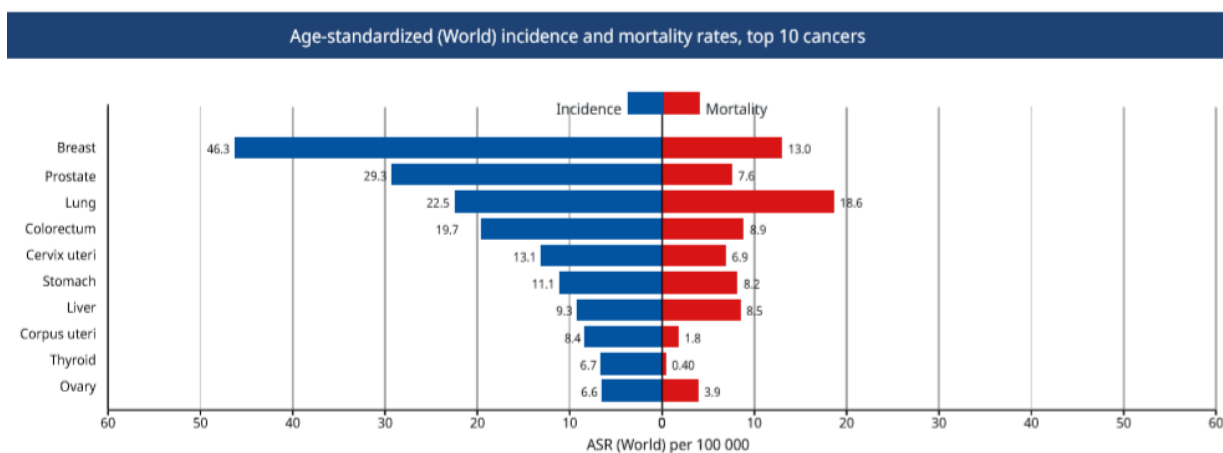
წყარო: IACR. GLOBCAN Cancer Today 2018. <http://gco.iarc.fr/today>. Accessed April 2019. 2. Bray F et al. *CA Cancer J*

სურათი L7. საკვერცხის კიბოს მსოფლიო ეპიდემიოლოგიური რუკა

საკვერცხის კიბოს განვითარების სიხშირე ყველაზე მაღალია ჩრდილოეთ ევროპაში, სადაც შემთხვევების სიხშირე 3.1-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე სამხრეთ და დასავლეთ აფრიკაში.

სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ასევე ყველაზე მაღალია ჩრდ. ევროპაში, სადაც სიკვდილიანობის სიხშირე 3.6-ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე აღმოსავლეთ აზიაში. საკვერცხის კიბოს ინციდენტობა დაბალია ჩინეთში, ინდოეთსა და შუა აღმოსავლეთში.

ქალთ რეპროდუქციული სისტემის სიმსივნეებს შორის საკვერცხის კიბო ხასიათდება სიკვდილიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლით (სურათი L8).



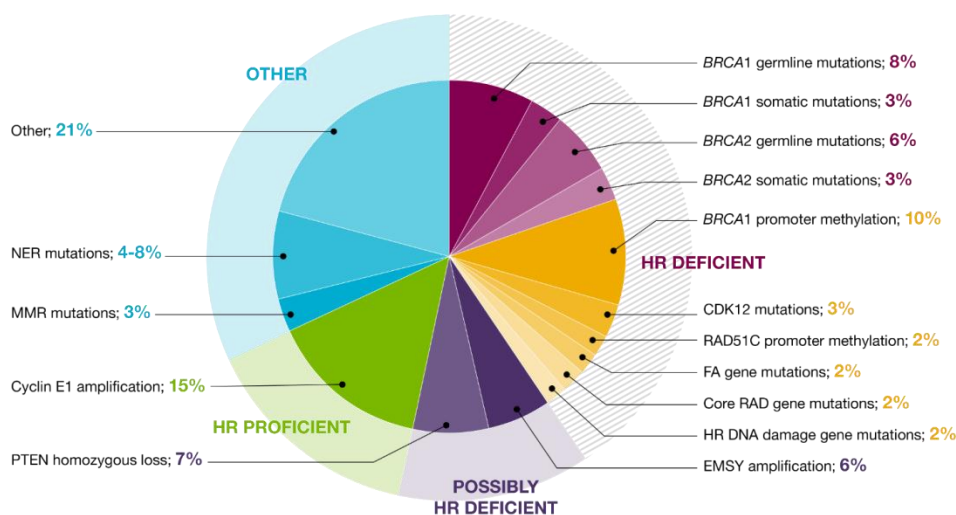
წყარო: 1. IACR. GLOBCAN Cancer Today 2018. <http://gco.iarc.fr/today>. 2. Bray F et al. *CA Cancer J Clin.* 2018;68:394-424

სურათი L8. საკვერცხის კიბოს ასაკით სტანარტიზებული ინციდენტობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები მსოფლიოში (2018 წ.)

როგორც ამ სურათიდან ჩანს, 2018 წელს მსოფლიოს მასშტაბით, საკვერცხის კიბოსთან ასოცირებული სიკვდილიანობის შემთხვევები შეადგენდა 3.9% (IACR. GLOBOCAN Cancer Today/გლობოკანი კიბო დღეს, 2019. Bray/ბრეი, 2018).

საკვერცხის კიბოს აგრესიულობას მიაწერენ მისი წარმოქმნის გენეტიკურ ფაქტორებს. BRCA მუტაციები ასოცირებულია კიბოს მომატებულ რისკთან. BRCA1 or BRCA2 მუტაციები მნიშვნელოვნად ზრდის ძუძუსა და საკვერცხის კიბოს რისკებს. საკვერცხის კიბოს განვითარების რისკი იზრდება იმ ქალებში, რომლებსაც სპეციფიური მემკვიდრეობითი გენური დარღვევები აქვთ. საკვერცხის კიბო გენური დარღვევის-BRCA მუტაციის მქონე ქალების 40%-ზე მეტს უვითარდება, მაშინ, როცა ზოგად პოპულაციაში ეს რისკი 1.4 %-ს შეადგენს. საკვერცხის კიბო იწვევს იმაზე მეტ სიკვდილიანობას, ვიდრე ქალის რეპროდუქტიული სისტემის სხვა რომელიმე სიმსივნე. ყოველწლიურად საკვერცხით გამოწვეული სიკვდილობა ევროპაში 42.700 აღწევს. კიბოს აღმოსაჩენად რომელიმე სკრინინგული პროგრამის ეფექტურობა დადგენილი არ არის.

საკვერცხის კიბოს შემთხვევების 85% სპორადულია, ხოლო 15% მემკვიდრული, განსაკუთრებით *BRCA1* და *BRCA2* გენის მუტაციასთან ასოცირებული შემთხვევები (სურათი L9).



წყარო Konstantinopoulos PA, et al. *Cancer Discov.* 2015;5(11):1137-54

სურათი L9. საკვერცხის კიბოს გენეტიკური ფაქტორების სტრუქტურა.

BRCA1 და BRCA2 გენებში აღმოჩენილი იქნა ათასობით მუტაცია. BRCA1 და BRCA2 მემკვიდრული მუტაციების სიხშირე ვარირებს ეთნიკური ჯგუფებისა და გეოგრაფიული მდებარეობის მიხედვით (იხ. ცხრილი L7)

ცხრილი L7. ყველაზე ხშირად გამოვლენილი მუტაციები

დასახელება	ლოკაცია	მუტაციის სიხშირე ეთნიკურ კუთვნილებასთან ერთად $\geq 2\%$
<i>BRCA1</i>		
1	5385insC	ცენტრალური და დასავლეთ ევროპა, ადგილობრივი ამერიკელები
2	187delAG	ყველა, გარდა აფრიკისა
3	C61G	ცენტრალური და დასავლეთ ევროპა
4	3036del4	დასავლეთ ევროპა
5	R1443X	დასავლეთ ევროპა
6	3875del4	დასავლეთ ევროპა
7	Exon13ins6kb	დასავლეთ ევროპა
8	IVS6-11T>G	დასავლეთ ევროპა
9	4814del4	დასავლეთ ევროპა
<i>BRCA2</i>		
10	617delT	ცენტრალური ევროპა

წყარო: Hall /პალ 2009

BRCA1/2 გენების მუტაციები იწვევს თანდაყოლილი სიმსივნის წინასწარ განწყობის სინდრომს - ძუძუსა და საკვერცხის კიბოს განვითარების მაღალ რისკს.

იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ მანამდე არ არსებობდა არანაირი კვლევები BRCA1/2 ქართველი მკვლევარების მიერ ქართულ პოპულაციაში შესწავლილ იქნა BRCA1 გენის 5382insC, 185delAG მუტაციები. BRCA2 გენის 6174delT მუტაცია გვხვდება მაღალი სიხშირით სხვადასხვა პოპულაციებში (ყველაზე ხშირია აშკენაზი ებრაელებში). საქართველოს სხვადასხვა რეგიონიდან, 40 წელს ქვემოთ მყოფი, 100 ძუძუს კიბოთი დაავადებული ქართველი ქალის, რომელთაც ჰყავდათ ძუძუს ან საკვერცხის კიბოთი დაავადებული სულ მცირე ერთი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავი, პჯრ-ით გენოტიპირება გრძელდებოდა შვიდი წლის განმავლობაში. შესწავლილ ქართველ ქალებში, ზემოხსენებული მუტაციების არსებობა არ გამოვლენილა. ეს მონაცემები განსხვავდება აშკენაზი ებრაელებისა და სხვადასხვა ევროპული და არაევროპული პოპულაციების მონაცემებისგან, სადაც აღნიშნული მუტაციები, განსაკუთრებით BRCA1 გენის 5382insC მუტაცია, არის მეტად გავრცელებული. იმ ფაქტის გამო, რომ ქართველ ქალებში არ იქნა ნანახი, სხვადასხვა პოპულაციებისათვის დამახასიათებელი, დაავადების გამომწვევი ყველაზე გავრცელებული მუტაციები, გონივრულია BRCA1/2 გენების სექვენირება იმ მუტაციების გამოსავლენად, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან ქართულ პოპულაციაში ძუძუსა და საკვერცხის კიბოს მემკვიდრულ ფორმებზე. ეს მოგვცემს შესაძლებლობას, შევიმუშავოთ რეკომენდაციები სახელმწიფო სკრინინგის პროგრამებისთვის.

საკვერცხის კიბოს სიმპტომები არასპეციფიურია და შესაძლოა მიეკუთვნოს სხვა, ნაკლებად სერიოზულ მდგომარეობებს. ამ მიზეზით, შემთხვევები ხშირად დიაგნოზირდება გვიან სტადიებზე, როცა გადარჩენადობის მაჩვენებელი გაცილებით დაბალია.

თუმცა, ბოლო 35 წლის მანძილზე 5 წლიანი გადარჩენა გახანგრძლივდა იმის მიხედვით, თუ როგორია მკურნალობის რეკომენდებული მოდელები (ქირურგიული და ქიმიოთერაპიული) და მათი კომბინაცია.

კულვის კიბო

2020 წელს საშვილოსნოს ტანის კიბოს ახალგამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობა შეადგენდა 6,120-ს, რაც ყველა ონკოლოგიური შემთხვევების 0,3%-ს შეადგენდა. 5-წლიანი

გადარჩენის ფარდობითმა მაჩვენებელმა შეადგინა 70.4%. გარდაცვალებულთა რაოდენობა კი შეადგენდა 1,350-ს, რაც კიბოთი გარდაცვალების შემთხვევათა 0.2%-ს წარმოადგენს.

ახალი შემთხვევებისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 100,000 ქალზე გათვლით კი იყო შემდეგი: ვულვის კიბოს ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი იყო 2.6 წელიწადში 100,000 ქალზე. სიკვდილიანობის მაჩვენებელი იყო 0.6 წელიწადში 100,000 ქალზე. ეს მაჩვენებლები ასაკით სტანარტიზებულია და ემყარება 2013–2017 წლების ინციდენტობისა და 2014–2018 წლების სიკვდილობის მაჩვენებლებს.

სიცოცხლის მანძილზე კიბოს განვითარების რისკის შეფასებისას, 2015–2017 წლების მონაცემების თანახმად დადგინდა, რომ ქალების დაახლოებით 0.3 პროცენტს დაუსვეს საშვილოსნოს ტანის კიბოს დიაგნოზი.

გინეკოლოგიური კიბოს DALYs

საქართველოსთვის გინეკოლოგიურ ნოზოლოგიაზე გამოთვლილი გლობალური ტვირთის YLD ინდექსები 2017 წელს იყო შემდეგი (Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington [IHME-UW] / ჯანდაცვის გაზომვისა და შეფასების ინსტიტუტი, ვაშინგტონის უნივერსიტეტი [IHME-UW], 2017):

1. საკვერცხის კიბოს YLD - 8.31 100,000 ქალზე (95%CI - 5.62-11.32);
2. საშვილოსნოს ტანია YLD - 18.64 100,000 ქალზე (95%CI - 11.9-25.3);
3. ძუძუს კიბო YLD - 60.42 100,000 ქალზე (95%CI - 41.9-82.19);
4. საშვილოსნოს ყელის კიბო YLD - 11.86 100,000 ქალზე (95%CI - 8.09 -16.11).

2017 წელს DALY-ის ინდექსები გინეკოლოგიურ ნოზოლოგიებისთვის კი იყო შემდეგი (IHME-UW, 2017):

1. საშვილოსნოს ყელის კიბოს წილი - 1,1% DALY-ის საერთო მაჩვენებლიდან (0.96-1.25%); წლიური ცვლილება - 0.42%;
2. საკვერცხის კიბოს წილი - 0.8% DALY-ის საერთო მაჩვენებლიდან (0.7-0.9%); წლიური ცვლილება - 3.27%.
3. საშვილოსნოს ტანის კიბოს წილი - 0,71% DALY-ის საერთო მაჩვენებლიდან (0.61-0.81%); წლიური ცვლილება-3,35%.

სიკვდილიანობისთვის კი -(IHME-UW, 2017):

1. ძუძუს კიბო - საერთო სიკვდილიანობის 1.8% (1,53%-2,034%); წლიური ცვლილება - 0.028%;
2. საკვერცხის კიბო - საერთო სიკვდილიანობის 0.58% (0.5%-0,679%); წლიური ცვლილება - 0,53%.

საშვილოსნოს ყელის კიბოზე საინტერესო სტატისტიკა ჰყავს მოყვანილი ლ. ჩარკვიანს, ი. კობიაშვილს და ი. ბოხმანს (ჩარკვიანი, კობიაშვილი, ბოხმანი, 1988). საქართველოში 1980 წელს ქალებში 100,000 ქალზე გამოვლენილი ინციდენტობის მაჩვენებლები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით იყო შემდეგნაირი:

1. 30 წლამდე - 0.5;
2. 30-39 წლამდე - 7.7;
3. 40-49 წლამდე - 20.3;
4. 50-59 წლამდე - 34.4;
5. 60-69 წლამდე - 28,1;
6. 70 წლის შემდეგ - 23.6.

სტანდარტიზაციის მაჩვენებელი იყო 9.4.

საქართველოში 1971-1982 წლის ქალებში 100,000 ქალზე ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლები კი იყო შემდეგნაირი:

1. 1971-1974 - 12.8
2. 1975-1978 - 12.3
3. 1979-1982 - 11.0
4. 1971-1982 - 12.0

ასევე შესწავლილ იქნა მდგომარეობა რეგიონებში. მაქსიმალური მაღალი ციფრები იყო დაფიქსირებული აფხაზეთში - 23.3%, მინიმალური - მთიან რეგიონში, რაჭა-ლეჩხუმში - 5.3%.

ამავე ნაშრომში აღწერილია ის ფაქტიც, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბო 5 წლამდე არის ძალიან იშვიათი (საქართველო - 0,03%). საშვილოსნოს კიბოს მანიფესტირებული დაავადება

საქართველოში ხშირია 55-59 წლის ასაკში (40.7%). 80 წლის ზემოთ ქალებში საქართველოში აღნიშნულ წლებში სიხშირე შეადგენდა 10.4%-ს. ამავე წლებში (70-იან და 80-იან წლებში) მოხდა ჰისტოტიპების გამოყოფაც:

კერძოდ, საქართველოში 1975-1979 წწ. დაავადებულთა რაოდენობა შეადგენდა 901-ს, აქედან:

1. გარქოვანებული ბრტყელუჯრედული კარცინომა - 210 პაციენტი (23.3%);
2. გაურქოვანებული - 210 პაციენტი (23.3%);
3. სხვა დიფერენცირების - 75 პაციენტი (8.3%);
4. ადენოკარცინომა - 50 პაციენტი (5.5%);
5. არადიფერენცირებული - 62 პაციენტი (6.9%).

1980-84 წწ. დაავადებულთა რაოდენობა შეადგენდა 1105-ს, აქედან:

1. გარქოვანებული ბრტყელუჯრედული კარცინომა - 744 პაციენტი (67.3%);
2. გაურქოვანებული - 403 პაციენტი (36.5%);
3. სხვა დიფერენცირების - 237 პაციენტი (21.4%);
4. ადენოკარცინომა - 102 პაციენტი (9.2%);
5. არადიფერენცირებული - 136 პაციენტი (12.3 %).

სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში 100.000 ქალზე შეადგენდა:

1. 1970-1974 - 9,9%;
2. 1975-1979 - 10.1 %;
3. 1980-1984 - 10.2 %.

1964-1982 წლებში ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში ჩატარებულ იქნა 1000 პაციენტზე პოსტოპერაციული სტადირება რადიკალური გაფართოებული ექსტირპაციით (ჩარკვიანი და თანაავტ., 1988):

1. პირველი სტადია - 52,5% (Pt1a - 4,1%; Pt1b - 48,4 %)
2. მეორე სტადია - 24,0 % (Pt2a - 16,3%; Pt2b - 7.7 %)
3. მესამე სტადია - 23,4 % (Pt1aN1 - 0,2; Pt1bN1 - 12.4%; Pt2aN1 - 5.9%; Pt2bN1 - 4.9%).

გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევათა დაახლოებით 1/4 მოდის განვითარებულ ქვეყნებზე. გინეკოლოგიური კიბოს დაავადების გლობალური ტვირთი ყველაზე მკეთრად ასახულია საშვილოსნოს ყელის კიბოზე (Kulasingam&Havrilesky/კულასინგამ და ჰავრილესკი, 2012; Sankaranarayanan & Ferlay/სანკარანარაიანან და ფერლი, 2006).

სკრინინგ-პროგრამების სიმრავლის მიუხედავად, გინეკოლოგიური კიბოს გლობალური ტვირთის 60% მოდის განვითარებულ ქვეყნებზე ამის მიზეზებად სახელდება სკრინინგ პროგრამების არაორგანიზებულობა განვითარებულ ქვეყნებში (Bhatla /ზჰატლა, 2012). ასევე პრობლემაა კიბოს ადვოკატირება, მკურნალობა და ვაქცინაცია (Brown&Trimble/ბრაუნ და ტრიმბლ, 2012; Goldie/გოლდი, 2005; Sankaranarayanan/სანკარანარაიანან, 2009). პრობლემას წარმოადგენს კოლპოსკოპიური მეთოდოლოგიის დანერგვა, ადამიანური რესურსი, ვაქცინების პრობლემა, გინეკოლოგიური კიბოს კონტროლი-კიბოს რეესტრი (Bosch/ზოშ, 1995; Bosch/ზოშ, 2002; Denny/დენი, 2012; Sankaranarayanan/სანკარანარაიანან, 2012). ამას კი მიყვავართ აღნიშნულ პრობლემამდე.

განვითარებადი ქვეყანა მსოფლიო ბანკის კლასიფიკაციით ყოველთვის ხასიათდება ცხოვრების დაბალი სტანდარტიზაციით (ჯანდაცვის სერვისების მიუწვდომლობა, დაბალი ხარისხის სანიტარული მდგომარეობა, ნუტრიციული პრობლემები, ჰაერის დაბინძურება; World Bank/მსოფლიო ბანკი, 2012).

გინეკოლოგიური კიბო დაავადების გლობალური ტვირთი კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (International Agency for Research on Cancer [IARC]/კიბოს კვლევის საერთაშორისო ცენტრი, 2012) მონაცემებით შეადგენს 19%-ს - 5,1 მილიონ ახალ კიბოს შემთხვევაში (Boyle&Levin/ბოილ და ლევინ, 2008). 2002 წელს აღწერილია 2,9 მილიონი სიკვდილის შემთხვევა. საშვილოსნოს ყელის კიბო ახლადგამოვლენილ შემთხვევათა რიცხვი შეადგენდა 493000-ს, აქედან 273 000-ში დაფიქსირდა სიკვდილი (Armstrong/არმსტრონგ, 2010; Walboomers/უალბუმერს, 1999; Wright&Kuhn/რაით და კუნ, 2012). საშვილოსნოს ტანის კიბოს ახლად გამოვლენილ შემთხვევათა რაოდენობამ შეადგინა 199 000, ხოლო სიკვდილის შემთხვევების რაოდენობამ-50 000 (Fader/ფადერ, 2009; Gehrig/გერიგ, 2008); საკვერცხის კიბოსთვის ეს მაჩვენებლები შესაბამისად იყო 204 000 და 125 000 (Bast/ბასტ, Hennessy/ჰენესი, 2009; Buys/ბაის, 2005; Buys/ბაის, 2011; Gubbels/გაბელს, 2010; ჰენესი, 2009; Jelovac&Armstrong/იელოვაც და არმსტრონგ, 2011; Menon/მენონ, 2009; მენონ, 2012; Pavlik & van Nagell/პაველი და ვან ნაგელ, 2012); ვაგინის, ვულვისა და ქორიოკარცინომისათვის

ერთად ასეთ შემთხვევათა რიცხვი იყო 45 900 (American College of Obstetrics and Gynecology [ACOG]/მეანობისა და გინეკოლოგიის ამერიკული კოლეჯი, 2011; Pearson/პირსონ, 2008).

საშვილოსნოს ყელის კიბოს 80% და საშვილოსნოს ტანის 2/3 მოდის განვითარებად ქვეყნებზე (Havrilesky/ჰავრილესკი, 2009). ასევე საჭიროა კიბოს ადვოკატირების პოლიტიკა შეიქმნას ისე, რომ მოხდეს დაავადების გლობალური ტვირთის გამოსწორება განვითარებად ქვეყნებში (Parkin/პარკინ, 2005; Price/პრაის, 2012).

საშვილოსნოს ტანის კიბოს - აღნიშნული დიაგნოზის მქონე დაავადებების იწვევს 2/3 დაავადებების გლობალურ ტვირთს ჰისტომორფოლოგიური ტიპებიდან 90% მოდის ებდომეტრიოდულ ადენოკარცინომაზე, პაპილარულ ადენოკარცინომაზე, ნათელუჯრედოვან კიბოზე, მუცინოზურ კიბოზე (Soliman/სოლიმან, 2005;). მაღალი ინციდენტობა დაფიქსირდა ჩრდილოეთ ამერიკაში (20 შემთხვევა 100 000 მოსახლეზე), როდესაც ევროპაში იგი ვარირებს 11-14 დიაგნოზში 100000 მოსახლეზე; სამხრეთ ამერიკაში იდენტიფიცირებული შედეგები ევროპის მაჩვენებლების ანალოგიურია (ფადერ, 2009).

გინეკოლოგიური კიბოს სხვა ლოკალიზაციებიდან საშო არის იშვიათი და შეადგენს გინეკოლოგიური კიბოს 2%-ს (პირსონ, 2008; Van den Bosch/ვან დენ ბოშ, 2012).

2002 წელს მთელს მსოფლიოში აღწერილია 13200 შემთხვევა. აქედან 9000 შემთხვევა მოდის განვითარებულ ქვეყნებზე, საშუალო ასაკი შეადგენს 60 წელს. იშვიათია 40 წლამდე ქალბატონებში, ძირითადი ლოკალიზაცია - საშოს ზედა მესამედი, ძირითადი მორფოლოგიური ტიპი - ნათელუჯრედოვანი კიბო (პირსონ, 2008; Anorlu/ანორლუ, 2010).

ვულვის კიბო შეადგენს გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევათა 3%-ს (Eva/ევა, 2012).

ფიქსირდება 26800 შემთხვევა და აქედან განვითარებულ ქვეყნებზე მოდის 15 700. სამხრეთ ამერიკაში, ევროპაში და ჩრდილოეთ ამერიკაში ინციდენტობის მაჩვენებელმა შეადგინა 1,5 არის 100,000 მოსახლეზე (ჰორტონ და გოვრო, 2015). რაც შეეხება განვითარებად ქვეყნებს, იგი შეადგენს 1.0-ს 100000 მოსახლეზე. შემთხვევათა 50% დიაგნოსტირებულია 70 წლის ასაკში. დაავადება კი პიკს აღწევს 75 წლის ასაკში. ლოკალიზაციების უმეტესობა წარმოადგენს დიდ სასირცხო ბაგეს (Kobayashi/კობაიაში, 2008; Wilson/უილსონ, 2004). ქორინოკარცინომა მიეკუთვნება იშვიათი გინეკოლოგიური სიმსივნეების რიცხვს-0,6%. მთელს მსოფლიოში ფიქსირდება 5800 ახალი შემთხვევა და აქედან 5400 მოდის განვითარებულ ქვეყნებზე. ასაკ-სტანდარტიზირებული ინციდენტობის მაჩვენებელია შემდეგი (IARC, 2008; Jones/ჯოუნს, 2005): სამხრეთ ამერიკა და ჩრდილოეთ ევროპა - 0.04 ყოველ 100 000

მოსახლეზე; სამხრეთ აზია - 0.43 ყოველ 100 000 მოსახლეზე; ვიეტნამი - 1.7 ყოველ 100 000 მოსახლეზე.

ვარაუდობენ, რომ მომავალში კიბოს ავადობა გაიზრდება. კიბოს პრევენციის, ადრეული დიაგნოსტიკის, სამკურნალო და პალიატიური მზრუნველობის მიზნით რესურსების ადეკვატური განაწილება კიბოს ლოკალური ტვირთის დეტალურ ცოდნას მოითხოვს (Economist Intelligence Unit/ეკონომისტის ანალიტიკური ერთეული, 2009).

2015წელს დაავადებათა გლობალური ტვირთის ფარგლებში ჩატარებული კვლევის შედეგები გვიჩვენებს, რომ მნიშვნელოვანი პროგრესია მიღწეული კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლაში. თუმცა, კვლევის შედეგები ხაზს უსვამს არასაკმარისი ინტერვენციებს კიბოს პრევენციის თვალსაზრისით, რომელიც მოიცავს: თამბაქოს კონტროლს, ვაქცინაციას, ფიზიკური აქტივობისა და ჯანსაღი კვების ხელშეწყობას. აღნიშნული მიმართულებით აქტივობების გაძლიერება საჭიროა ჩვენს ქვეყანაშიც.

ატომური ენერგიის საერთაშორისო სააგენტოს (IAEA) მიერ მოწოდებული მეთოდოლოგია), საქართველოში კიბოს ახალი შემთხვევების 51% საჭიროებს ქირურგიულ მკურნალობას, 72% ქიმიოთერაპიას, ხოლო 57% რადიოთერაპიას. კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემებით, ქირურგიული მკურნალობა ჩატარდა ახალ შემთხვევათა 55%-ში, მედიკამენტური თერაპია - 18%-ში, რადიოთერაპია - 11%-ში.

კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტის შეფასებით, ქვეყნების მიხედვით კიბოს ახალი შემთხვევების ხვედრითი წილი, რომლებიც საჭიროებს სხვადასხვა სახის სამდეცინო მომსახურებას მოყვანილია ცხრილში L8.

ცხრილი L8. კიბოს ახალი შემთხვევების ხვედრითი წილი, რომლებიც საჭიროებს სხვადასხვა სახის სამდეცინო მომსახურებას.

ქვეყანა	ქირურგიული ჩარევა (%)	ქიმიოთერაპია (%)	რადიოთერაპია (%)
სომხეთი	42	67	52
ბელარუსი	51	70	55
ლიტვა	51	75	60
მოლდოვა	65	74	59
რუსეთი	51	70	55
უზბეკეთი	42	71	56
თურქეთი	51	75	60

თავი 2.

კვლევის მასალა და მეთოდები

თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობისა და სტრუქტურის დაზუსტება:

A. თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა და 3-წლიანი გადარჩენა

პოპულაციური რეგისტრის მონაცემების საფუძველზე:

1. თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა პოპულაციური რეგისტრის მონაცემების საფუძველზე;
2. თბილისში გინეკოლოგიური კიბოთი დაავადებული პაციენტების 5 წლიანი გადარჩენა პოპულაციური რეგისტრის მონაცემების საფუძველზე.

B. თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს მკურნალობის შემდგომ პერიოდში რეციდივებისა და მეტასტაზების განვითარების სიხშირისა და რისკების დადგენა 2015-2019 წლებში:

1. პოპულაციური რეგისტრის მონაცემების საფუძველზე თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივებისა და მეტასტაზების განვითარების სიხშირის დადგენა;
2. თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივებისა და მეტასტაზების განვითარების დროის, რისკებისა და ძირითადი გავრცელების მეორადი ლოკალიზაციების დადგენა.

C. თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთი პოპულაციური რეგისტრის მონაცემების საფუძველზე.

კვლევის ინსტრუმენტი და მეთოდოლოგია (რეზიუმე):

2015-2019 წლების მონაცემთა ელექტრონულ ბაზები. მოხდა რეგისტრის მონაცემთა ანალიზი.

SPSS-ს გამოყენებით შესწავლილი იქნა გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკით-

სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები, ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლები (ASR). 3-

წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები შესწავლისას გამოყენებული იქნა Kaplan-Maier-ის

მრუდები და Cox-ის მრავალფაქტორული ანალიზი. შესწავლილი იქნა გინეკოლოგიური

კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში ინვალიდობით კორექტირებული სიცოცხლის წლები

(DALY). რეტროსპექტიული Follow-up ანალიზით შესწავლილი იქნა გინეკოლოგიური კიბოს

მკურნალობის შემდგომ პერიოდში რეციდივებისა და მეტასტაზების განვითარების

ძირითადი გავრცელების ზონები (მეორადი ლოკალიზაციები), გინეკოლოგიური კიბოს პროგრესირების, რეციდივების განვითარებისა და მეტასტაზების გავრცელების ადრეული დიაგნოსტიკისა და პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების შესაძლებლობები. მომზადდა გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის ამსახველი საქართველოს ეპიდემიოლოგიური რუკა.

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 მეთოდით (Ahlbom/ალბომ, 1984; ბოილ, 1988; Gardis/გარდის, 2004; Fos/ფოს, 2005; Agostina/აგოსტინა, 2006; Bhopal/ბჰოპალ, 2008).

მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლები წარმოდგენილი იქნა ცხრილების სახით, ხოლო პროგრამული პაკეტის PowerPoint-ის საშუალებით გამოსახული იქნა გრაფიკულად.

დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევის დროს ასევე გამოყენებული იქნა აშშ-ში მოქმედი SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) პროგრამა, რომლის

მეთოდოლოგიას იყენებენ და, შესაბამისად, რეკომენდაციას აძლევენ კიბოს კონტროლის დარგში მსოფლიოს ლიდერი ორგანიზაციები: ამერიკის კიბოს საზოგადოება (ACS, Atlanta), ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტები, მათ შორის კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტი (NIH/NCI, Washington DC, Bethesda), დაავადებათა კონტროლის ცენტრები (CDC, Atlanta), და ა.შ.

გამოანგარიშებული იქნა შემდეგი სტატისტიკური მაჩვენებლები:

1. ავადობისა და გარდაცვალების უბეში მაჩვენებელი (Crude Rate);
2. ასაკ-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. შეკვეცილი ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Truncated Age Standardized Rate - TASR)
6. შეკვეცილი ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI TASR)
7. ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR]
8. ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI AAR)
9. სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR)
10. სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SRR)
11. სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებელი (Standardized Incidence Ratio - SIR)
12. სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SIR)
13. კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი (Cumulative Risk-CR)
14. კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI CR)
15. პროპორციული სიხშირის (Ratio Frequency) მაჩვენებელი
16. შეფარდებითი სიხშირის (Relative Frequency) მაჩვენებელი

ავადობისა და სიკვდილიანობის ინდიკატორების კალკულაციის დროს გამოყენებული იქნა შემდეგი ფორმულები: უხეში მაჩვენებელი (Crude rate- C) უხეში (ინტენსიური) მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

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

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

ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირე (Age-specific rate - ai) ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებელი (ai) თითოეული ასაკობრივი ჯგუფისათვის (i) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$ai = (ri / ni) * 100,000$$

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$ASR = \sum_{i=1} A_i ai * w_i / \sum_{i=1} A_i w_i$$

სადაც ai არის ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი, w_i - i ასაკობრივი ჯგუფისათვის სტანდარტული (მსოფლიო სტანდარტი) პოპულაციის რაოდენობა.

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI ASR) 95% CI ASR გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

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

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

$$SE (ASR) = \sqrt{[\sum_{i=1} A_i (ai * w_i^2 * 100,000 / ni)] / \sum_{i=1} A_i w_i}$$

შეკვეცილი ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Truncated Age-Standardized Rate - TASR) შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (TASR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$TASR = \sum_{i=1} A_i ai * w_i / \sum_{i=1} A_i w_i$$

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI TASR) 95% CI TASR გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$95\% \text{ CI TASR} = TASR \pm 1.96 * SE (TASR)$$

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

$$SE (TASR) = \sqrt{[\sum_{i=1} A_i (ai * w_i^2 * 100,000 / ni)] / \sum_{i=1} A_i w_i}$$

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR] წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებელი (AAR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$AAR = \sum_{i=1} A_i ai * w_i$$

სადაც ai- არის i ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი, w_i - არის სტანდარტული პოპულაციის i ასაკობრივი ჯგუფის ხვედრითი წონა.

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI AAR) 95% CI AAR გამოითვლება ფორმულით:

$$95\% \text{ CI AAR} = \text{AAR} \pm (1.96 * \text{SE AAR})$$

სადაც SE – სანდარტული ცდომილება (Standard Error) - გამოითვლება ფორმულით:

$$\text{SE AAR} = \text{AAR} / \sqrt{R}$$

სადაც R არის შემთხვევების (ავადობის, გარდაცვალების) აბსოლუტური რაოდენობა.

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$\text{SRR} = \text{ASR1} / \text{ASR2}$$

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SRR) 95% CI SRR გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$95\% \text{ CI SRR} = (\text{ASR1} / \text{ASR2}) \pm 1.96 / \sqrt{\chi^2}$$

სადაც

$$\chi = (\text{ASR1} - \text{ASR2}) / \sqrt{(\text{SE}(\text{ASR1})^2 + \text{SE}(\text{ASR2})^2)}$$

სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებელი (Standardized Incidence Ratio - SIR) სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებელი (SIR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$\text{SIR} = (\sum_{Ai=1} r_i / \sum_{Ai=1} e_i) * 100$$

სადაც

a_i – არის i ასაკობრივ ჯგუფში დაავადების ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი,

n_i – არის რისკის ქვეშ პერსონა/წელის რაოდენობა,

e_i – არის i ასაკობრივ ჯგუფში დაავადების შემთხვევების სავარაუდო რაოდენობა,

r_i – არის i ასაკობრივ ჯგუფში დაავადების შემთხვევების რეალური რაოდენობა.

სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SIR) 95% CI SIR გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$95\% \text{ CI SIR} = \text{SIR} \pm (1.96 * \text{SE SIR})$$

სადაც

$$\text{SE SIR} = (100 * \sqrt{\sum_{Ai=1} r_i}) / (\sum_{Ai=1} a_i * n_i / 100,000)$$

კუმულაციური რისკი (Cumulative Risk- CR) 0-74 წლის პერიოდისათვის, 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:

$$\text{Cum. Rate} (0-74) = \sum_{i=1}^{15} a_i * t_i / 1000$$

სადაც a_i – არის ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი i ასაკობრივი ჯგუფისათვის t_i პერიოდში (წლებში). ვინაიდან ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებლები შეისწავლება 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, როგორც წესი თითოეული ასაკობრივი ჯგუფისათვის $t_i=5$.

კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI CR) კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალის მაჩვენებლები, 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:

$$95\% \text{ CI Cum. Rate} = \text{Cum. Rate} \pm (1,96 * \text{SE Cum. Rate})$$

სადაც

$$\text{SE Cum. Rate} = \sqrt{[\sum_{i=1}^n (a_i * t_i^2 / n_i) / 1000]} * 10$$

შეფარდებითი სიხშირისა (Relative Frequency) და პროპორციული სიხშირის (Ratio Frequency) მაჩვენებლები შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$\text{შეფარდებითი სიხშირე} = R/T$$

ხოლო პროპორციული სიხშირის მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$\text{პროპორციული სიხშირე} = R / (T-R)$$

სადაც

R - არის შესასწავლი შემთხვევების რაოდენობა შესასწავლ ქვეჯგუფში, ხოლო

T - არის შესასწავლი შემთხვევების საერთო რაოდენობა შესასწავლ ჯგუფში.

გლობალური ტვირთის ინდექსები

DALY ინდექსი გამოითვალა ფორმულით:

$$DALY = YLL + YLD$$

სადაც YLL - არის სიცოცხლის დაკარგული წლები (Years of Life Lost), YLD - არის დაინვალიდებით დაკარგული სიცოცხლის წლები (Years of Life Lived with Disability).

სიცოცხლის დაკარგული წლები – YLL გამოითვალა ფორმულით:

$$YLL = \sum_x d_x$$

სადაც d_x - არის სხვაობა საქართველოში ქალების სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობასა (საქსტატის მონაცემებით 2020 წელს იგი შეადგენდა 78.2 წელს; GEOSTAT, 2020) და პაციენტის გარდაცვალების ასაკს შორის.

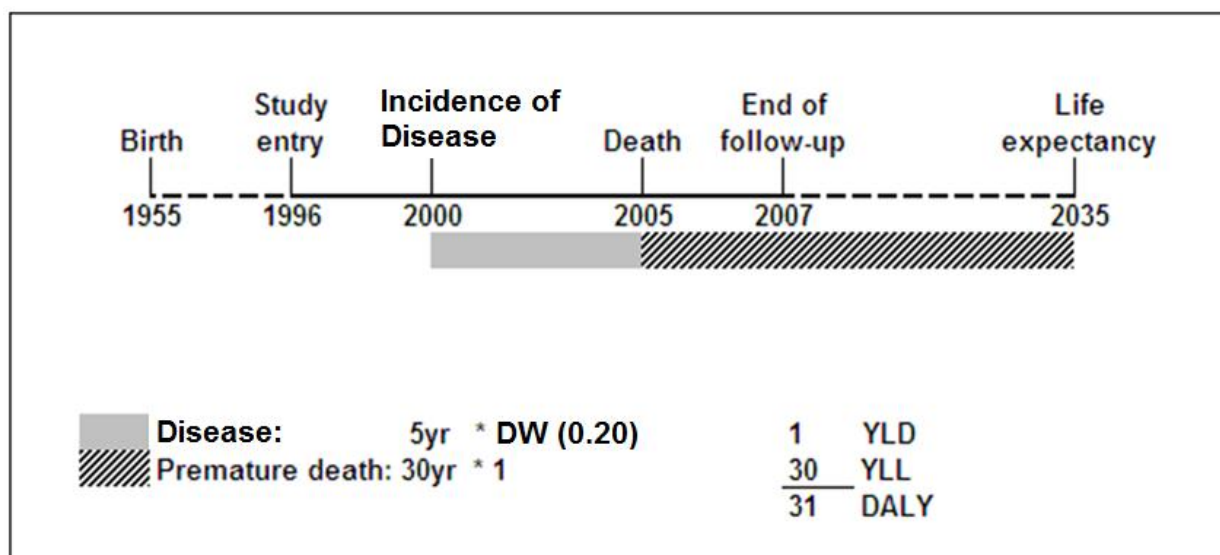
ინვალიდობით დაკარგული წლები (Years of Life Lived with Disability) – YLD გამოითვალა ფორმულით:

$$YLD = \sum_{x,y} i_{x,y} dw_y d_{x,y}$$

სადაც d_y - არის წლების რაოდენობა, რომელიც გავიდა დაავადების ინციდენტობიდან კვლევის თარიღამდე, ხოლო dw_y - ინვალიდობის წონა (disability weight). ამ კოეფიციენტის მნიშვნელობები იხ. ცხრილში.

#	დაავადების მდგომარეობა	DW
1	დიაგნოზის დასმა და საწყისი მკურნალობა ან დაავადების II სტადია	0.43
2	დაავადების I სტადია	0.2
3	დაავადების პრეტერმინალური სტადია	0.83
4	დაავადების ტერმინალური სტადია	0.93

DALY-ის გამოთვლის სქემა მოყვანილია სურათზე L10.



სურათი L10. DALY-ის გამოთვლის სქემა.

საფრთხეთა ფარდობა (HR-Hazard Ratio)

HR არის საფრთხეთა ფარდობა. ამდენად ეს არის ერთი მდგომარეობისას მოვლენის დადგომის საფრთხის (ალბათობის) შეფარდება შესადარებელი მდგომარეობისას მოვლენის დადგომის საფრთხესთან (ალბათობასთან).

$$HR = H1 / H2$$

სადაც H1 - არის 1-ლ ჯგუფში მოვლენის დადგომის საფრთხე (ალბათობა), ხოლო H2 - არის მე-2 ჯგუფში მოვლენის დადგომის საფრთხე (ალბათობა).

თუ $HR > 1$ -ზე და შედეგი სტატისტიკურად სარწმუნოა, მოვლენა უფრო ადრე დადგება 1-ლ ჯგუფში, ვიდრე მეორეში.

თუ $HR = 1$ -ს ან მისი ნებისმიერი შედეგი სტატისტიკურად არასარწმუნოა, მოვლენა დადგომის ალბათობა ორივე ჯგუფში ერთნაირია.

თუ $HR < 1$ -ზე და შედეგი სტატისტიკურად სარწმუნოა, მოვლენა უფრო ადრე დადგება მე-2 ჯგუფში, ვიდრე პირველში.

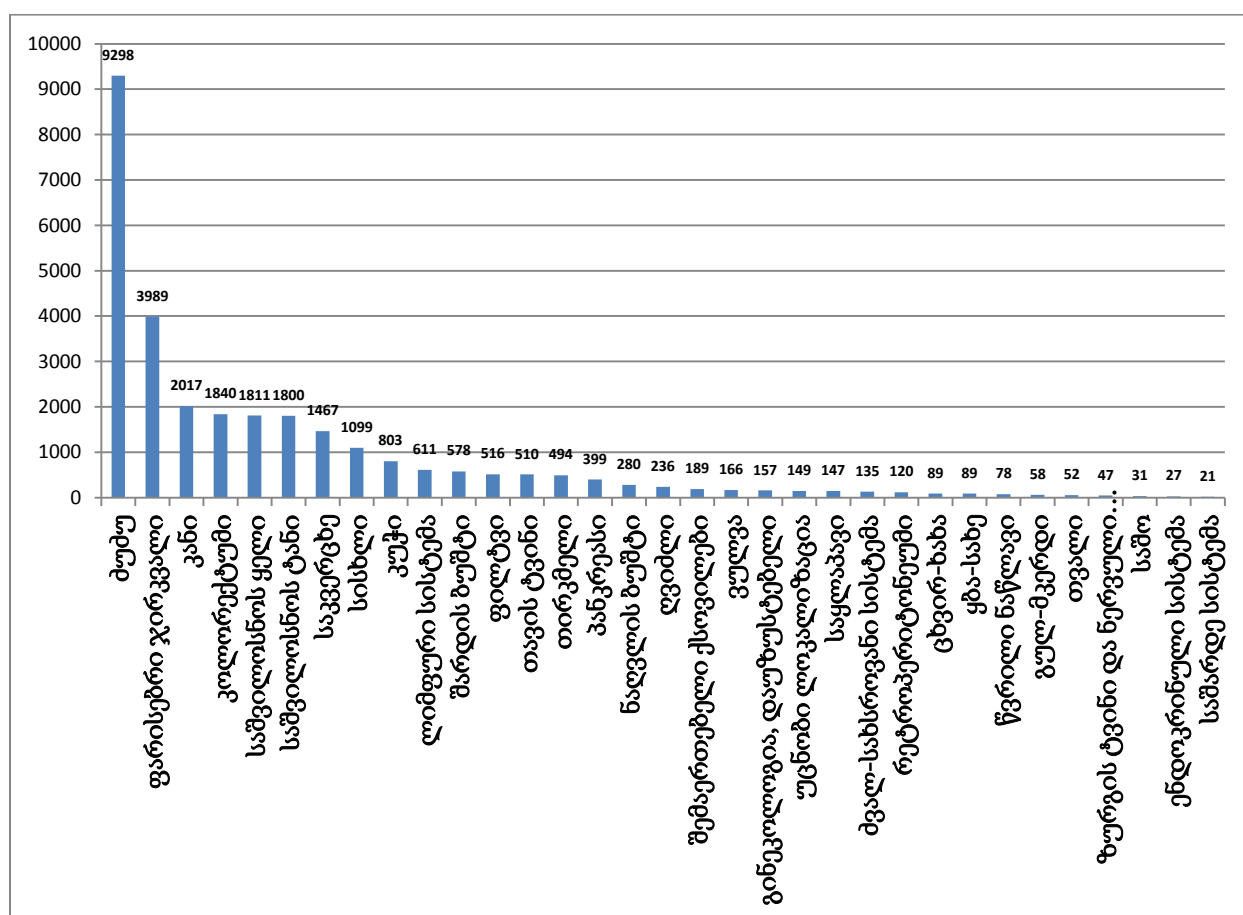
თავი III.

გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგია თბილისსა და საქართველოში

3.1. გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები საქართველოში

საქართველოს კიბოს რეგისტრის მონაცემებით 2015-2019 წწ. საქართველოს მდებარეობითი სქესის მოსახლეობაში სულ დაფიქსირებულია 29303 შემთხვევა. პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით კიბოს ინციდენტობის აბსოლუტური მაჩვენებლები მოყვანილია დიაგრამაზე 1.

დიაგრამა 1. საქართველოში კიბოთი ავადობის სტრუქტურა 2015-2019 წლებში
აბსოლუტური პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



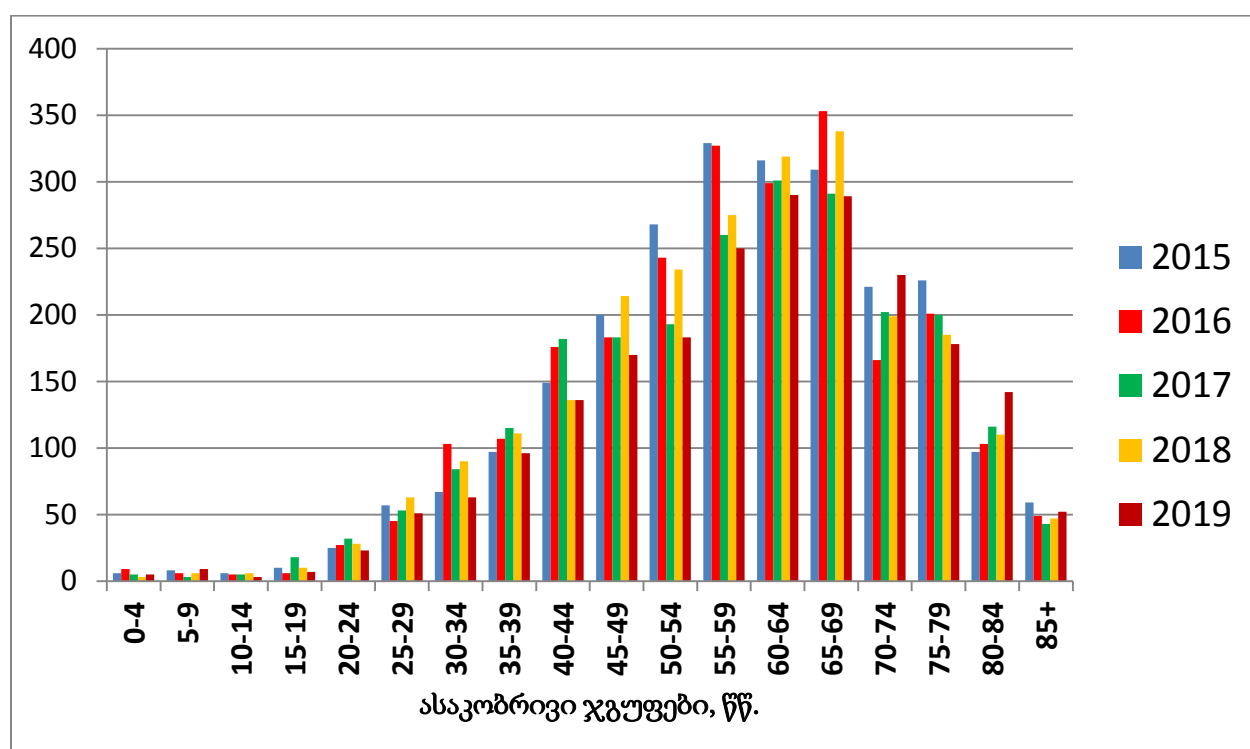
წყარო: (კვლევის მასალები)

როგორც დიაგრამიდან ჩანს, პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში (აბსოლუტური მაჩვენებლები) პირველ ათეულში შედიან: ბუბუ; ფარისებრი

ჯირკვალი; კანი; კოლორექტუმი; საშვილოსნოს ყელი; საშვილოსნოს ტანი; საკვერცხე; სისხლი; კუჭი და ლიმფური სისტემა.

საქართველოს კიბოს რეგისტრის მონაცემებით 2015-2019 წწ. საქართველოს მდებრობითი სქესის მოსახლეობაში ასაკობრივი ჯგუფებისა და ცალკეული წლის მიხედვით ინციდენტობის შემთხვევათა განაწილება მოყვანილია დიაგრამაზე 2.

დიაგრამა 2. ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით საქართველოში (2015-2019 წწ.).



წყარო: (კვლევის მასალები)

როგორც დიაგრამიდან ჩანს, კიბოთი ავადობისათვის დამახასიათებელ ძირითად ასაკობრივ ჯგუფებს წარმოადგენენ: 40-44; 45-49; 50-54; 55-59; 60-64; 65-69; 70-74 და 75-79 წწ. ასაკის მიხედვით ინციდენტობის პიკები სამ ასაკობრივ ჯგუფზე მოდის 55-59; 60-64 და 65-69 წწ.

პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში პირველი ათეულის ლოკალიზაციის ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები (აბსოლუტური რაოდენობა,

უხეში მაჩვენებელი ყოველ 100000 ქალზე და ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი - Age-Standardized Rate - ASR) მოყვანილია ცხრილში 1, რომელშიც გინეკოლოგიური ლოკალიზაციები გაერთიანებულია. ცხრილში 2 კი გინეკოლოგიური ლოკალიზაციები ჩაშლილია. ამ ცხრილებიდან ნათლად ჩანს, რომ უხეში მაჩვენებლითა და ASR-ის მიხედვით სხვადასხვა ლოკალიზაციების ადგილი კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში განსხვავებულია. თუმცა, როგორც უხეში მაჩვენებლით, ისე ASR-ით ძუძუს კიბო არ თმობს პირველობას, მეორე ადგილს კი - გინეკოლოგიური კიბო.

ცხრილი 9. საქართველოში ქალთა პირველი 10 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე უხეში და ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით

#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	აბსოლუტური რაოდენობა	უხეში მაჩვენებელი	ASR
1	ძუძუ	C50.0-50.9	9298	95,1	62,9
2	გინეკოლოგია	C51.0-C58.9	5432	55,9	36,5
3	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	3989	41,0	34,4
4	კანი	C44.0-C44.9	2017	20,8	9,5
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.9	1840	18,9	10,3
6	სისხლი	C42.0-42.4	1099	11,3	8,0
7	კუჭი	C16.0-C16.9	803	8,3	4,5
8	ლიმფური სისტემა	C77.9	611	6,3	4,6
9	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	578	5,9	3,1
10	ფილტვი და გულ-მკერდი	C34.0-34.9; C37.0-39.9	574	5,9	3,3

წყარო: (კვლევის მასალები)

გინეკოლოგიური ლოკალიზაციის კიბოს ASR მაჩვენებლები და შესაბამის 95%-იანი სანდოობის ინტერვალები (95% Confidence Intervals – 95%CI) მოყვანილია ცხრილში #3. როგორც ამ ცხრილიდან ჩანს, ASR-ით შეფასებული საშვილოსნოს ყელის კიბო ინციდენტობა სარწმუნოდ აღემატება ყველა დანარჩენ ლოკალიზაციას. მეორე ადგილი უკავია საშვილოსნოს ტანს, შემდეგ კი მოდის საკვერცხის კიბო.

ცხრილი 10. საქართველოში ქალთა 10 ძირითადი ლოკალიზაციის (ჩაშლილი გინეკოლოგიით) კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე უხეში და ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით

#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	აბსოლუტური რაოდენობა	უხეში მაჩვენებელი	ASR
1	ძუძუ	C50.0-50.9	9298	95,1	62,9
2	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	3989	41,0	34,4
3	კანი	C44.0-44.9	2017	20,8	9,5
4	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	1840	18,9	10,3
5	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	1811	18,6	13,3
6	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	1800	18,5	11,0
7	საკვერცხე	C56.9	1467	15,1	9,5
8	სისხლი	C42.0-42.4	1099	11,3	8,0
9	კუჭი	C16.0-C17.9; C26.0-C26.9	881	9,1	4,9
10	ლიმფური სისტემა	C77.9	611	6,3	4,6

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 11. საქართველოში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით

#	გინეკოლოგიური ლოკალიზაცია	ICD კოდი	ASR	95%CI
1	საშვილოსნოს ყელი	C53.0 - C53.9	13,4	12,8 - 14,1
2	საშვილოსნოს ტანი	C54.0 - C54.9	11,3	10,8 - 11,9
3	საკვერცხე	C56.9	9,8	9,3 - 10,3
4	ვულვა	C51.0 - C51.9	0,8	0,7 - 0,9
5	საშო	C52.9	0,2	0,1-0,2
6	საშვილოსნო და სასქესო ორგანო, დაუზუსტებელი	C55.9; C57.0-57.9	1,0	0,8 - 1,2
	სულ, გინეკოლოგიური კიბო		36,5	35,5-37,5

წყარო: (კვლევის მასალები)

გინეკოლოგიური ლოკალიზაციის კიბოს ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლები (Age-Adjusted Rate - AAR) მაჩვენებლები და შესაბამის 95%CI მოყვანილია ცხრილში 4.

ცხრილი 12. საქართველოში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით.

#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	AAR	95%CI
1	საშვილოსნოს ყელი	C53.0 - C53.9	18,6	18,0 - 19,3
2	საშვილოსნოს ტანი	C54.0 - C54.9	18,5	18,0 - 19,1
3	საკვერცხე	C56.9	15,1	14,6 - 15,6
4	ვულვა	C51.0 - C51.9	1,7	1,6 - 1,8
5	საშო	C52.9	0,3	0,3 - 0,4
6	საშვილოსნო და სასქესო ორგანო, დაუზუსტებელი	C55.9; C57.0-57.9	1,6	1,3-1,8
	სულ, გინეკოლოგიური		55,9	54,9- 56,9

წყარო: (კვლევის მასალები)

ამ ცხრილიდან ნათლად ჩანს, რომ AAR-ით შეფასებული ინციდენტობის მიხედვით კიბოს გინეკოლოგიური ლოკალიზაციების სტრუქტურა იმეორებს ASR-ით შეფასებული ინციდენტობის გინეკოლოგიური ლოკალიზაციების სტრუქტურას. იგივე სურათს ჰქონდა ადგილი 0-64+ და 0-74+ კუმულაციური რისკების (Cumulative Risk 0-64+ - CR0-64; Cumulative Risk 0-74+ - CR0-74) მაჩვენებლების მიხედვით შეფასებულ გინეკოლოგიური კიბოს სტრუქტურას. ამ რისკების მაჩვენებლები მოყვანილია ცხრილში 5.

ასაკით სტანდარტიზებული სიკვდილობის (Age-Standardized Mortality Rate - ASMR) მაჩვენებლების მიხედვით კი გინეკოლოგიური კიბოს სტრუქტურა იცვლება. აქ პირველ ადგილზე გადავიდა საკვერცხის კიბო, რომლის ASMR მაჩვენებელმა საქართველოში შეადგინა 6.1, შემდეგ მოდის საშვილოსნოს ყელის კიბო - 4.8 და საშვილოსნოს ტანის კიბო - 3.9 (იხ. ცხრილი 6).

ცხრილი 13. საქართველოში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკები (CR0-64 და CR0-74).

#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	CR ₀₋₆₄	95%CI	CR ₀₋₇₄	95%CI
1	საშვილოსნოს ყელი	C53.0 - C53.9	1,1	1,1 - 1,2	1,5	1,4 - 1,5
2	საშვილოსნოს ტანი	C54.0 - C54.9	0,8	0,8 - 0,9	1,4	1,3 - 1,5
3	საკვერცხე	C56.9	0,7	0,7 - 0,8	1,2	1,1 - 1,2
4	ვულვა	C51.0 - C51.9	0,03	0,02 - 0,04	0,1	0,08 - 0,11
5	საშო	C52.9	0,01	0,00-0,02	0,01	0,00-0,02
6	საშვილოსნო და სასქესო ორგანო, დაუზუსტებელი	C55.9; C57.0-57.9	0,08	0,06 - 0,1	0,11	0,09 - 0,13
	სულ, გინეკოლოგიური		2,8	2,7- 2,9	4,2	4,1 - 4,3

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 14. გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული სიკვდილობის მაჩვენებელი (ASMR) საქართველოში (2015-2019 წწ.).

#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	საქართველო
1	საკვერცხე	C56.9	6,1
2	საშვილოსნოს ყელი	C53.0 - C53.9	4,8
3	საშვილოსნოს ტანი	C54.0 - C54.9	3,9
4	ვულვა	C51.0 - C51.9	0,9
5	საშო	C52.9	0,1
6	საშვილოსნო და სასქესო ორგანო, დაუზუსტებელი	C55.9; C57.0-57.9	0,4
	სულ, გინეკოლოგიური კიბო		16,3

წყარო: (კვლევის მასალები)

3.2. გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა 2015-2019 წლებში თბილისში, საქართველოს რეგიონებსა და მუნიციპალიტეტებში.

საქართველოს კიბოს რეგისტრის მონაცემების მიხედვით შეფასებულ იქნა თბილისში, საქართველოს რეგიონებსა და მუნიციპალიტეტებში გინეკოლოგიური კიბოს

ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები. ცხრილში 7 და დიაგრამაზე 3 მოყვანილია ASR
მაჩვენებლები შესაბამისი 95%CI-ით.

ცხრილი 15. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების
მიხედვით გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული
(ASR) მაჩვენებლებით

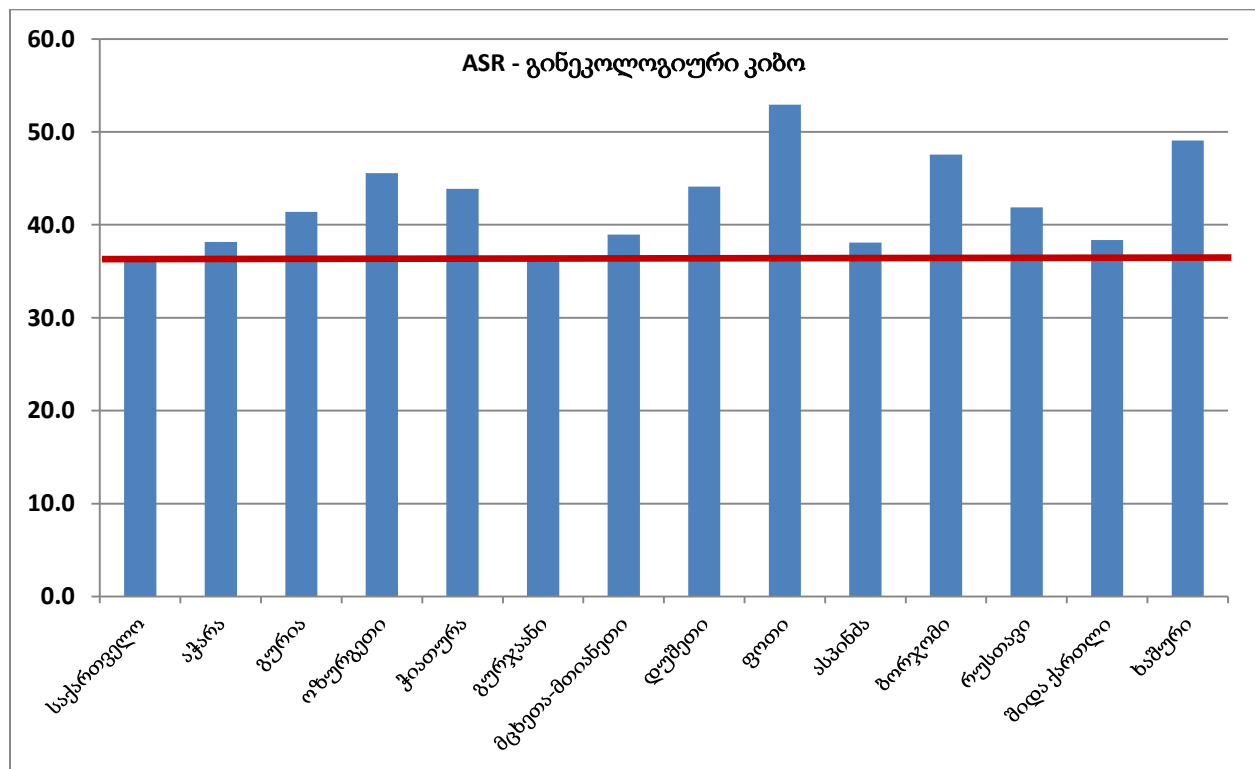
	ASR	95% CI	
საქართველო	36,5	35,5	37,5
თბილისი	44,9	42,8	46,9
აჭარა	38,1	34,6	41,7
ბათუმი	47,7	41,8	53,6
ქედა	23,5	11,6	35,5
ქობულეთი	37,0	29,6	44,4
შუახევი	16,0	5,8	26,2
ხელვაჩაური	31,8	23,5	40,2
ხულო	17,7	9,1	26,4
გურია	41,4	35,1	47,7
ლანჩხუთი	44,7	32,3	57,2
ოზურგეთი	45,5	36,7	54,4
ჩოხატაური	22,0	10,9	33,0
იმერეთი	31,9	29,3	34,4
ქუთაისი	38,1	32,7	43,4
ბაღდათი	27,0	16,1	38,0
ვანი	22,6	12,6	32,6
ზესტაფონი	33,3	25,3	41,2
თერჯოლა	21,6	13,4	29,8
სამტრედია	25,9	18,1	33,8
საჩხერე	30,1	20,8	39,4
ტყიბული	33,7	20,7	46,6
წყალტუბო	26,7	19,4	34,0
ჭიათურა	43,9	33,0	54,7
ხარაგაული	26,0	13,8	38,2
ხონი	29,4	17,7	41,1
კახეთი	32,4	29,1	35,8
ახმეტა	21,0	12,5	29,5

ცხრილი 7. გაგრძელება	ASR	95% CI	
გურჯაანი	36,5	27,9	45,1
დედოფლისწყარო	40,8	26,7	54,8
თელავი	38,6	30,0	47,2
ლაგოდეხი	29,2	20,2	38,3
საგარეჯო	24,9	17,5	32,4
სიღნაღი	34,1	23,4	44,8
ყვარელი	34,9	23,3	46,4
მცხეთა-მთიანეთი	38,9	32,2	45,7
დუშეთი	44,1	30,5	57,7
თიანეთი	36,1	16,2	55,9
მცხეთა	36,2	27,6	44,9
ყაზბეგი	4,0	0,9	7,2
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	22,4	13,9	30,9
ამბროლაური	14,0	3,4	24,7
ლენტეხი	24,8	1,2	48,3
ონი	40,8	13,7	67,9
ცაგერი	19,5	5,3	33,7
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	31,4	28,2	34,7
აბაშა	35,6	22,8	48,4
ზუგდიდი	26,8	21,5	32,1
მარტვილი	29,0	19,0	39,0
მესტია	20,0	6,0	34,0
სენაკი	35,1	25,1	45,1
ფოთი	52,9	40,7	65,2
ჩხოროწყუ	23,9	13,2	34,6
წალენჯიხა	36,4	23,9	48,8
ხობი	22,6	13,4	31,9
სამცხე-ჯავახეთი	29,2	24,6	33,8
ადიგენი	34,9	19,0	50,9
ასპინძა	38,1	17,7	58,4
ახალქალაქი	42,2	27,0	57,5
ახალციხე	17,4	11,7	23,1
ბორჯომი	47,5	32,8	62,3
ნინოწმინდა	19,3	9,9	28,6

ცხრილი 7. გაგრძელება	ASR	95% CI	
ქვემო ქართლი	35,4	32,3	38,4
რუსთავი	41,9	35,8	48,0
ბოლნისი	36,8	28,0	45,5
გარდაბანი	31,1	24,5	37,6
დმანისი	40,6	25,4	55,7
თეთრიწყარო	30,9	18,7	43,1
მარნეული	31,9	25,9	37,8
წალკა	25,7	13,0	38,3
შიდა ქართლი	38,3	34,3	42,4
გორი	37,6	31,8	43,4
კასპი	23,6	17,8	29,4
ქარელი	34,8	25,0	44,5
ხაშური	49,1	37,4	60,7

წყარო: (კვლევის მასალები)

დიაგრამა 3. 2015-2019 წწ. გინეკოლოგიური კიბოთი მაღალი ავადობის საქართველოს რეგიონები და მუნიციპალიტეტები



წყარო: (კვლევის მასალები)

საქართველოს კიბოს რეგისტრის მონაცემების მიხედვით შეფასებულ იქნა თბილისში, საქართველოს რეგიონებსა და მუნიციპალიტეტებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები. ცხრილში 8 და დიაგრამაზე 4 მოყვანილია ASR მაჩვენებლები შესაბამისი 95%CI-ით.

ცხრილი 16. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით

	ASR	95% CI	
საქართველო	13,4	12,8	14,1
თბილისი	16,0	14,7	17,3
აჭარა	12,0	10,0	14,0
ბათუმი	14,1	10,9	17,3
ქედა	4,2	-1,1	9,5
ქობულეთი	15,2	10,4	20,0
შუახევი	2,4	-1,5	6,3
ხელვაჩაური	10,1	5,3	15,0
ხულო	3,9	-0,2	7,9
გურია	12,7	9,1	16,3
ლანჩხუთი	12,9	6,1	19,7
ოზურგეთი	14,1	9,0	19,2
ჩოხატაური	7,8	1,3	14,3
იმერეთი	10,7	9,2	12,2
ქუთაისი	12,4	9,3	15,5
ბაღდათი	7,7	2,2	13,2
ვანი	6,8	1,4	12,2
ზესტაფონი	11,1	6,5	15,7
თერჯოლა	9,1	3,9	14,3
სამტრედია	11,6	6,4	16,7
საჩხერე	8,5	3,6	13,3
ტყიბული	12,0	3,9	20,1
წყალტუბო	7,9	3,9	12,0
ჭიათურა	14,5	8,2	20,8
ხარაგაული	13,2	4,4	22,0
ხონი	6,8	0,8	12,8

ცხრილი 8. გაგრძელება.

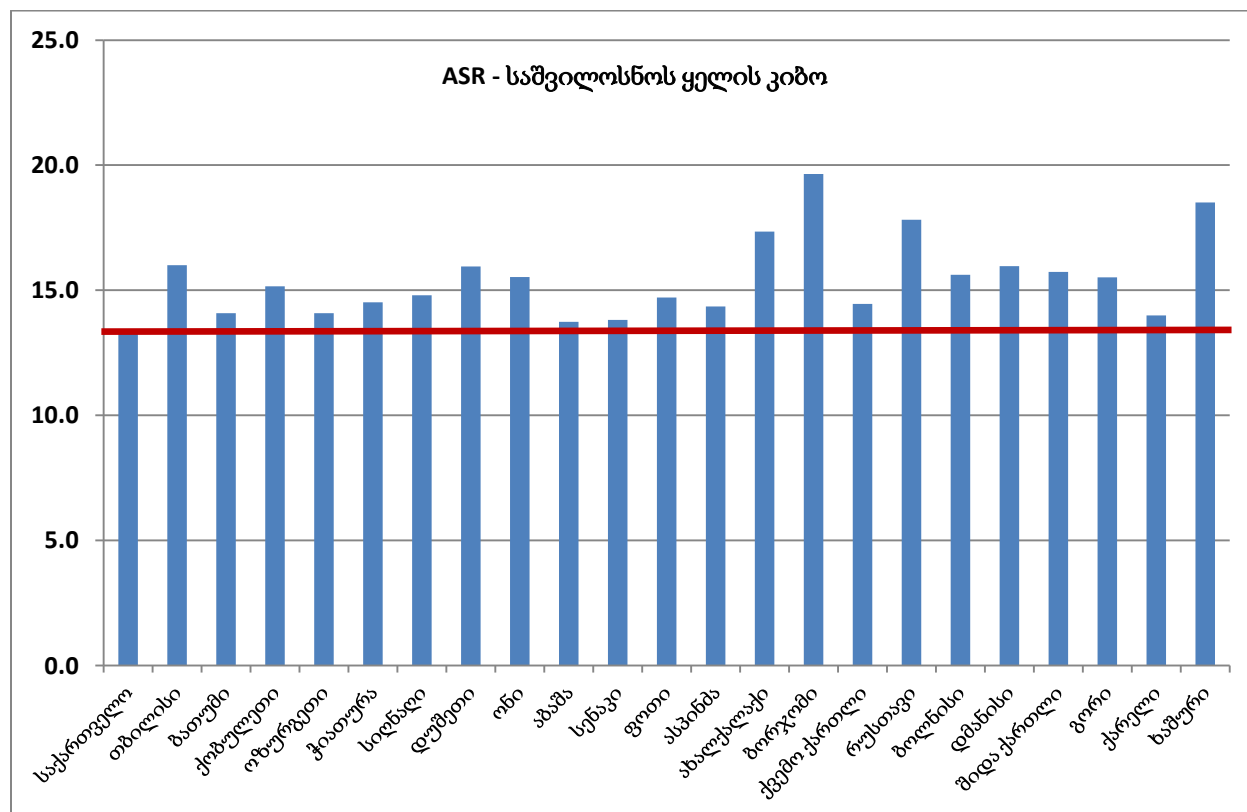
	ASR	95% CI	
კახეთი	10,8	8,9	12,8
ახმეტა	10,1	4,1	16,0
გურჯაანი	11,0	6,2	15,8
დედოფლისწყარო	7,2	1,2	13,1
თელავი	11,1	6,4	15,8
ლაგოდეხი	11,3	5,8	16,7
საგარეჯო	8,8	4,3	13,2
სიღნაღი	14,8	7,6	22,0
ყვარელი	12,2	5,2	19,1
მცხეთა-მთიანეთი	12,0	8,2	15,8
დუშეთი	16,0	7,7	24,2
თიანეთი	9,0	-0,6	18,6
მცხეთა	10,1	5,4	14,8
ყაზბეგი	1,6	-0,4	3,6
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	7,1	2,3	11,9
ამბროლაური	4,4	-1,1	10,0
ლენტეხი	0,0	0,0	0,0
ონი	15,5	-1,0	32,0
ცაგერი	8,0	-1,5	17,5
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	10,9	9,0	12,8
აბაშა	13,7	5,8	21,7
ზუგდიდი	11,1	7,7	14,5
მარტვილი	6,7	1,7	11,7
მესტია	5,6	-1,2	12,4
სენაკი	13,8	7,5	20,1
ფოთი	14,7	8,1	21,3
ჩხოროწყუ	8,6	2,3	14,9
წალენჯიხა	11,8	4,4	19,1
ხობი	7,9	2,4	13,5
სამცხე-ჯავახეთი	11,2	8,4	14,1
ადიგენი	8,6	0,7	16,5
ასპინძა	14,4	1,8	27,0
ახალქალაქი	17,3	7,9	26,8
ახალციხე	7,1	3,3	10,8
ბორჯომი	19,7	10,0	29,3
ნინოწმინდა	7,5	1,4	13,5

ცხრილი 8. გაგრძელება.

	ASR	95% CI	
ქვემო ქართლი	14,5	12,5	16,4
რუსთავი	17,8	13,8	21,9
ბოლნისი	15,6	9,9	21,4
გარდაბანი	13,2	9,0	17,5
დმანისი	16,0	6,3	25,6
თეთრიწყარო	10,1	3,0	17,3
მარნეული	12,2	8,6	15,8
წალკა	9,8	1,9	17,7
შიდა ქართლი	15,7	13,1	18,4
გორი	15,5	11,7	19,3
კასპი	10,6	6,5	14,6
ქარელი	14,0	7,8	20,2
ხაშური	18,5	11,3	25,7

წყარო: (კვლევის მასალები)

დიაგრამა 4. 2015-2019 წწ. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი მაღალი ავადობის საქართველოს რეგიონები და მუნიციპალიტეტები



წყარო: (კვლევის მასალები)

საქართველოს კიბოს რეგისტრის მონაცემების მიხედვით შეფასებულ იქნა თბილისში, საქართველოს რეგიონებსა და მუნიციპალიტეტებში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები. ცხრილში 9 და დიაგრამაზე 5 მოყვანილია ASR მაჩვენებლები შესაბამისი 95%CI-ით.

ცხრილი 17. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR)

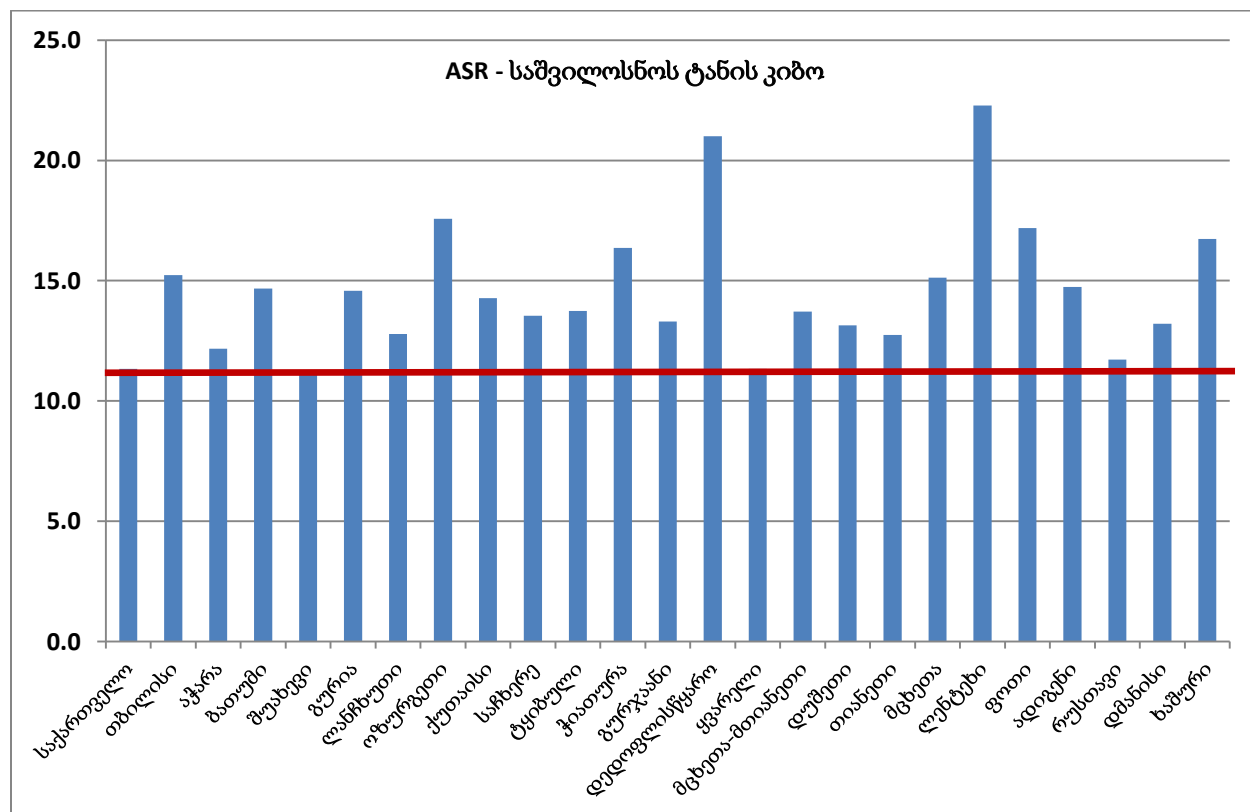
	ASR	95% CI	
საქართველო	11,3	10,8	11,9
თბილისი	15,2	14,1	16,4
აჭარა	12,2	10,2	14,1
ბათუმი	14,7	11,5	17,9
ქედა	10,5	2,7	18,3
ქობულეთი	10,4	6,6	14,3
შუახევი	11,3	2,6	19,9
ხელვაჩაური	11,1	6,2	15,9
ხულო	5,6	1,1	10,2
გურია	14,6	10,9	18,3
ლანჩხუთი	12,8	6,1	19,5
ოზურგეთი	17,6	12,2	22,9
ჩოხატაური	7,6	1,2	14,0
იმერეთი	11,0	9,5	12,4
ქუთაისი	14,3	11,0	17,5
ბაღდათი	10,9	3,6	18,2
ვანი	8,8	2,5	15,2
ზესტაფონი	11,0	6,5	15,5
თერჯოლა	5,9	1,5	10,3
სამტრედია	5,6	1,9	9,2
საჩხერე	13,5	7,3	19,8
ტყიბული	13,7	5,9	21,6
წყალტუბო	7,3	3,5	11,0
ჭიათურა	16,4	9,7	23,0
ხარაგაული	4,8	-0,3	10,0
ხონი	9,0	2,8	15,2

ცხრილი 9. გაგრძელება	ASR	95% CI	
კახეთი	10,2	8,3	12,1
ახმეტა	6,1	1,6	10,5
გურჯაანი	13,3	8,1	18,5
დედოფლისწყარო	21,0	10,7	31,3
თელავი	10,1	5,7	14,4
ლაგოდეხი	9,0	3,6	14,4
საგარეჯო	5,2	2,0	8,5
სიღნაღი	10,7	4,7	16,6
ყვარელი	11,3	4,9	17,8
მცხეთა-მთიანეთი	13,7	9,7	17,7
დუშეთი	13,1	5,7	20,6
თიანეთი	12,8	0,2	25,3
მცხეთა	15,1	9,6	20,7
ყაზბეგი	0,0	0,0	0,0
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	9,8	4,0	15,5
ამბროლაური	6,4	-1,4	14,2
ლენტეხი	22,3	-0,8	45,3
ონი	10,8	-4,2	25,8
ცაგერი	7,3	-1,3	16,0
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	9,6	7,8	11,4
აბაშა	7,7	1,7	13,7
ზუგდიდი	7,7	4,9	10,5
მარტვილი	10,9	5,0	16,9
მესტია	9,4	-1,2	19,9
სენაკი	8,4	3,5	13,2
ფოთი	17,2	10,4	24,0
ჩხოროწყუ	6,5	0,8	12,3
წალენჯიხა	10,9	4,2	17,5
ხობი	10,2	4,0	16,3
სამცხე-ჯავახეთი	7,1	4,8	9,3
ადიგენი	14,7	4,5	25,0
ასპინძა	6,8	-1,5	15,1
ახალქალაქი	11,0	3,3	18,6
ახალციხე	4,1	1,4	6,8
ბორჯომი	10,2	3,7	16,7
ნინოწმინდა	2,5	-1,0	5,9

ცხრილი 9. გაგრძელება	ASR	95% CI	
ქვემო ქართლი	10,1	8,5	11,7
რუსთავი	11,7	8,6	14,8
ბოლნისი	9,0	4,7	13,4
გარდაბანი	9,1	5,5	12,7
დმანისი	13,2	4,8	21,6
თეთრიწყარო	10,9	4,1	17,7
მარნეული	9,9	6,6	13,1
წალკა	4,3	-0,6	9,3
შიდა ქართლი	10,6	8,5	12,7
გორი	10,6	7,7	13,6
კასპი	6,0	3,1	8,8
ქარელი	6,9	2,8	10,9
ხაშური	16,7	9,9	23,6

წყარო: (კვლევის მასალები)

დიაგრამა 5. 2015-2019 წწ. საშვილოსნოს ტანის კიბოთი მაღალი ავადობის საქართველოს რეგიონები და მუნიციპალიტეტები



წყარო: (კვლევის მასალები)

საქართველოს კიბოს რეგისტრის მონაცემების მიხედვით შეფასებულ იქნა თბილისში, საქართველოს რეგიონებსა და მუნიციპალიტეტებში საკვერცხის კიბოს ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები. ცხრილში 10 და დიაგრამაზე 6 მოყვანილია ASR მაჩვენებლები შესაბამისი 95%CI-ით.

ცხრილი 18. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საკვერცხის კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR)

	ASR	95% CI	
საქართველო	9,8	9,3	10,3
თბილისი	11,0	10,0	12,0
აჭარა	12,8	10,7	14,9
ბათუმი	17,1	13,5	20,7
ქედა	8,2	1,0	15,4
ქობულეთი	11,1	7,1	15,1
შუახევი	1,8	-1,7	5,4
ხელვაჩაური	9,3	4,8	13,9
ხულო	8,2	2,1	14,4
გურია	12,0	8,5	15,4
ლანჩხუთი	14,6	7,6	21,6
ოზურგეთი	12,2	7,5	16,9
ჩოხატაური	6,6	0,4	12,7
იმერეთი	8,0	6,7	9,3
ქუთაისი	9,2	6,6	11,8
ბაღდათი	4,3	-0,6	9,1
ვანი	5,3	0,4	10,1
ზესტაფონი	9,3	4,9	13,6
თერჯოლა	5,1	1,0	9,2
სამტრედია	6,0	2,1	9,8
საჩხერე	6,1	1,9	10,4
ტყიბული	4,3	-0,3	8,8
წყალტუბო	10,4	5,8	14,9
ჭიათურა	10,4	5,1	15,7
ხარაგაული	4,6	-0,7	9,9
ხონი	12,0	4,4	19,7

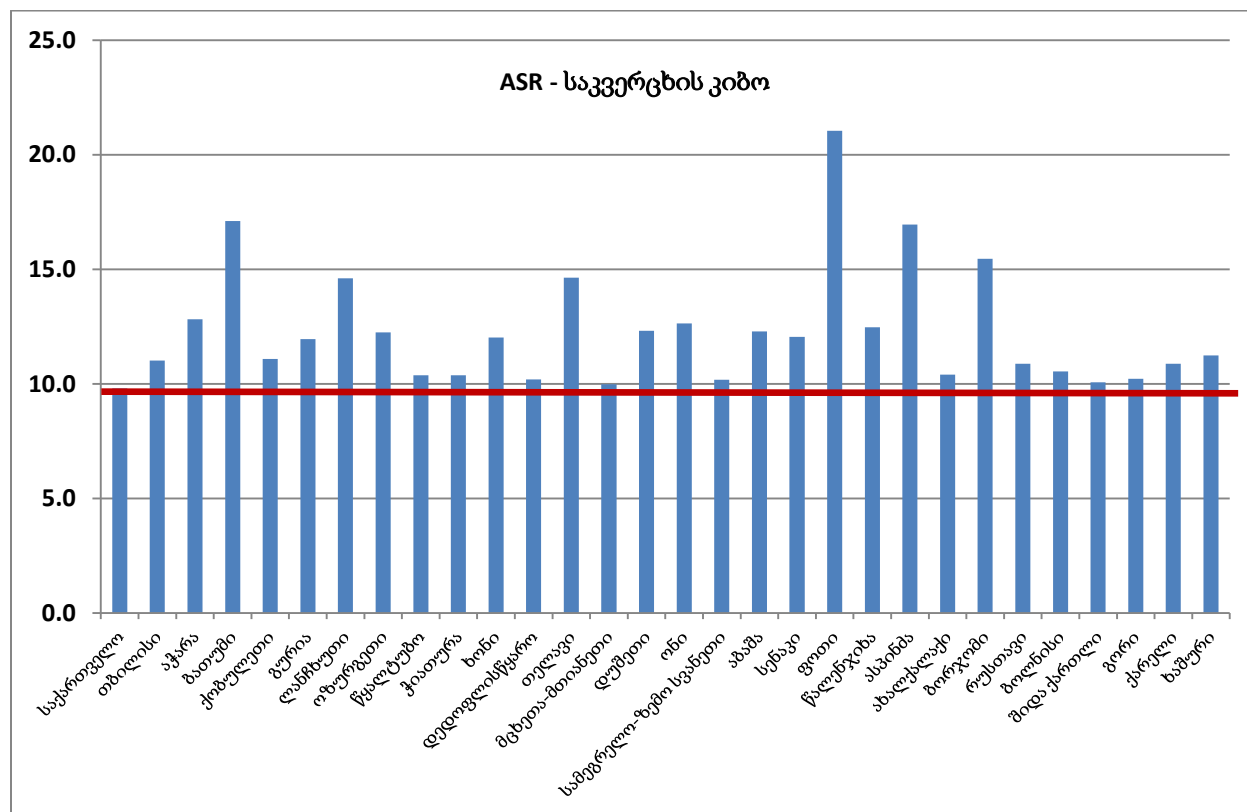
ცხრილი 10. გაგრძელება.	ASR	95% CI	
კახეთი	9,2	7,4	11,0
ახმეტა	4,9	0,7	9,0
გურჯაანი	8,0	3,9	12,2
დედოფლისწყარო	10,2	3,5	16,9
თელავი	14,6	9,4	19,9
ლაგოდეხი	8,1	3,5	12,8
საგარეჯო	9,0	4,4	13,6
სიღნაღი	6,8	2,1	11,6
ყვარელი	9,2	3,3	15,0
მცხეთა-მთიანეთი	10,0	6,6	13,4
დუშეთი	12,3	5,0	19,6
თიანეთი	7,3	-1,3	15,9
მცხეთა	8,0	4,0	11,9
ყაზბეგი	2,4	0,0	4,8
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	4,9	1,0	8,7
ამბროლაური	2,2	-2,1	6,6
ლენტეხი	2,5	-2,4	7,4
ონი	12,6	-2,3	27,6
ცაგერი	4,2	-1,9	10,2
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	10,2	8,3	12,0
აბაშა	12,3	4,9	19,7
ზუგდიდი	7,8	4,9	10,7
მარტვილი	8,9	3,5	14,2
მესტია	3,9	-1,8	9,6
სენაკი	12,0	6,1	18,0
ფოთი	21,0	13,3	28,7
ჩხოროწყუ	8,2	1,8	14,6
წალენჯიხა	12,5	5,3	19,6
ხობი	4,5	0,4	8,7
სამცხე-ჯავახეთი	8,4	5,9	10,9
ადიგენი	5,9	-0,8	12,7
ასპინძა	17,0	3,3	30,6
ახალქალაქი	10,4	2,2	18,6
ახალციხე	4,1	1,3	6,8
ბორჯომი	15,5	6,8	24,1
ნინოწმინდა	7,9	2,3	13,5

ცხრილი 10. გაგრძელება.

	ASR	95% CI	
ქვემო ქართლი	9,2	7,6	10,7
რუსთავი	10,9	7,8	14,0
ბოლნისი	10,5	5,9	15,2
გარდაბანი	7,1	4,0	10,2
დმანისი	8,5	1,5	15,5
თეთრიწყარო	7,9	1,9	14,0
მარნეული	8,4	5,3	11,6
წალკა	8,6	1,7	15,4
შიდა ქართლი	10,1	8,0	12,2
გორი	10,2	7,1	13,3
კასპი	5,6	2,9	8,2
ქარელი	10,9	5,2	16,6
ხაშური	11,2	5,8	16,7

წყარო: (კვლევის მასალები)

დიაგრამა 6. 2015-2019 წწ. საკვერცხის კიბოთი მაღალი ავადობის საქართველოს რეგიონები და მუნიციპალიტეტები



წყარო: (კვლევის მასალები)

როგორც ცხრილებიდან 7-10 და დიაგრამებიდან 3-6 ჩანს. საქართველოში დაფიქსირებული გინეკოლოგიური კიბოს ASR-ზე მეტი მაჩვენებელი გამოვლინდა თბილისში, რეგიონებიდან - აჭარაში, გურიაში, მცხეთა-მთიანეთსა და შიდა ქართლში; მუნიციპალიტეტებიდან კი - ოზურგეთში, ჭიათურაში, გურჯაანში, დუშეთში, ფოთში, ასპინძაში, ბორჯომში, რუსთავსა და ხაშურში.

საქართველოში დაფიქსირებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს ASR-ზე მეტი მაჩვენებელი გამოვლინდა თბილისში, რეგიონებიდან - ქვემო და შიდა ქართლში; მუნიციპალიტეტებიდან კი - ბათუმში, ქობულეთში, ოზურგეთში, ჭიათურაში, სიღნაღში, დუშეთში, ონში, აბაშაში, სენაკში, ფოთში, ასპინძაში, ახალქალაქში, ბორჯომში, რუსთავში, ბოლნისში, დმანისში, გორში, ქარელსა და ხაშურში.

საქართველოში დაფიქსირებული საშვილოსნოს ტანის კიბოს ASR-ზე მეტი მაჩვენებელი გამოვლინდა თბილისში, რეგიონებიდან - აჭარაში, გურიაში და მცხეთა-მთიანეთში; მუნიციპალიტეტებიდან კი - ბათუმში, შუახევში, ლანჩხუთში, ოზურგეთში, ქუთაისში, საჩხერეში, ტყიბულში, ჭიათურაში, გურჯაანში, დედოფლისწყაროში, ყვარელში, დუშეთში, თიანეთში, მცხეთაში, ლენტეხში, ფოთში, ადიგენში, რუსთავში, დმანისსა და ხაშურში.

საქართველოში დაფიქსირებული საკვერცხის კიბოს ASR-ზე მეტი მაჩვენებელი გამოვლინდა თბილისში, რეგიონებიდან - აჭარაში, გურიაში, მცხეთა-მთიანეთში, სამეგრელო-ზემო სვანეთსა და შიდა ქართლში; მუნიციპალიტეტებიდან კი - ბათუმში, ქობულეთში, ლანჩხუთში, ოზურგეთში, წყალტუბოში, ჭიათურაში, ხონში, დედოფლისწყაროში, თელავში, დუშეთში, ონში, აბაშაში, სეზაკში, ფოთში, წალენჯიხაში, ასპინძაში, ახალქალაქში, ბორჯომში, რუსთავში, ბოლნისში, გორში, ქარელსა და ხაშურში.

საქართველოს რეგიონებსა და თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ASR-ის მაჩვენებლების სურათი იქნა ნანახი სხვა ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლებისთვის - AAR, CR 0-64 და CR 0-74. ეს სიდიდეები და შესაბამისი 95%CI-ით გინეკოლოგიური კიბოსთვის თბილისსა და საქართველოს რეგიონებში მოყვანილია ცხრილში 11; საშვილოსნოს ყელის კიბოსთვის - ცხრილში 12; საშვილოსნოს ტანის კიბოსთვის - ცხრილში 13; საკვერცხის კიბოსთვის - ცხრილში 14.

ცხრილი 19. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა AAR-ით, CR0-64-ითა და CR 0-74-ით.

რეგიონი	AAR (95%CI)			CR 0-64 (95%CI)			CR 0-74 (95%CI)		
საქართველო	55,9	54,9	56,9	2,8	2,7	2,9	4,2	4,1	4,3
თბილისი	65,8	63,8	67,8	3,2	3,0	3,4	5,2	5,0	5,5
აჭარა	55,8	52,3	59,4	3,0	2,7	3,4	4,3	3,9	4,7
გურია	61,7	55,4	68,0	3,2	2,6	3,8	4,8	4,1	5,6
იმერეთი	46,2	43,7	48,8	2,6	2,3	2,8	3,7	3,4	4,0
კახეთი	47,3	43,9	50,6	2,5	2,2	2,8	3,7	3,3	4,1
მცხეთა-მთიანეთი	56,2	49,4	63,0	2,9	2,3	3,6	4,6	3,8	5,4
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	37,4	28,9	45,8	1,7	0,8	2,5	2,7	1,7	3,8
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	45,5	42,3	48,7	2,6	2,3	3,0	3,6	3,2	4,0
სამცხე-ჯავახეთი	38,9	34,3	43,5	2,5	2,0	2,9	3,2	2,7	3,8
ქვემო ქართლი	49,3	46,3	52,4	2,9	2,6	3,2	4,0	3,6	4,3
შიდა ქართლი	53,7	49,7	57,8	3,0	2,6	3,3	4,3	3,9	4,8

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 20. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობა ინციდენტობა AAR-ით, CR0-64-ითა და CR 0-74-ით.

რეგიონი	AAR (95%CI)			CR 0-64 (95%CI)			CR 0-74 (95%CI)		
საქართველო	18,6	18,0	19,3	1,1	1,1	1,2	1,4	1,4	1,5
თბილისი	21,4	20,1	22,7	1,3	1,2	1,4	1,7	1,6	1,8
აჭარა	16,8	14,8	18,8	0,9	0,7	1,1	1,3	1,1	1,5
გურია	17,5	13,9	21,1	1,1	0,7	1,4	1,3	0,9	1,7
იმერეთი	14,8	13,3	16,3	0,9	0,7	1,0	1,2	1,0	1,3
კახეთი	14,6	12,7	16,6	1,0	0,8	1,2	1,2	1,0	1,4
მცხეთა-მთიანეთი	16,3	12,5	20,1	1,1	0,7	1,5	1,2	0,9	1,6
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	12,0	7,3	16,8	0,6	0,1	1,1	0,8	0,2	1,4
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	15,1	13,2	17,0	1,0	0,8	1,1	1,2	1,0	1,4
სამცხე-ჯავახეთი	14,4	11,5	17,3	1,0	0,7	1,3	1,2	0,9	1,5
ქვემო ქართლი	19,4	17,4	21,4	1,2	1,0	1,4	1,5	1,3	1,7
შიდა ქართლი	20,6	17,9	23,2	1,3	1,1	1,6	1,7	1,4	1,9

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 21. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობა ინციდენტობა AAR-ით, CR0-64-ითა და CR 0-74-ით.

რეგიონი	AAR (95%CI)			CR 0-64 (95%CI)			CR 0-74 (95%CI)		
საქართველო	18,5	18,0	19,1	0,8	0,8	0,9	1,5	1,4	1,5
თბილისი	23,6	22,4	24,7	1,0	0,9	1,1	2,0	1,9	2,2
აჭარა	18,3	16,3	20,3	1,0	0,8	1,2	1,5	1,3	1,7
გურია	22,6	18,9	26,3	1,1	0,8	1,5	1,9	1,4	2,3
იმერეთი	16,1	14,6	17,6	0,9	0,7	1,0	1,3	1,1	1,5
კახეთი	15,0	13,1	16,9	0,8	0,6	1,0	1,3	1,0	1,5
მცხეთა-მთიანეთი	19,1	15,1	23,2	1,2	0,8	1,6	1,7	1,2	2,2
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	14,5	8,7	20,3	0,8	0,2	1,4	1,2	0,5	1,9
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	14,0	12,3	15,8	0,8	0,6	1,0	1,2	1,0	1,4
სამცხე-ჯავახეთი	9,6	7,4	11,9	0,6	0,4	0,8	0,9	0,6	1,2
ქვემო ქართლი	14,7	13,1	16,3	0,9	0,7	1,0	1,3	1,1	1,5
შიდა ქართლი	15,9	13,8	18,0	0,8	0,6	1,0	1,3	1,1	1,6

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 22. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით საკვერცხის კიბოს ინციდენტობა AAR-ით, CR0-64-ითა და CR 0-74-ით.

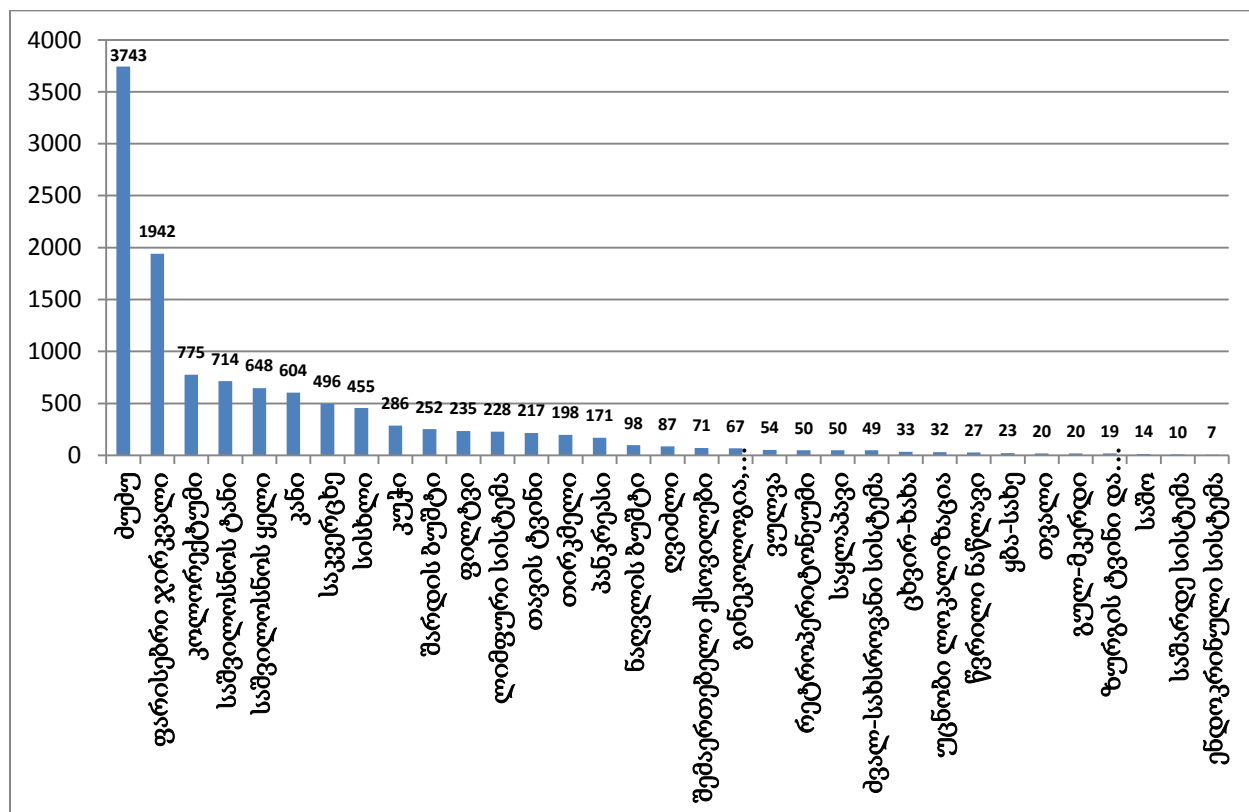
რეგიონი	AAR (95%CI)			CR 0-64 (95%CI)			CR 0-74 (95%CI)		
საქართველო	15,1	14,6	15,6	0,7	0,7	0,8	1,2	1,1	1,2
თბილისი	16,4	15,4	17,4	0,8	0,7	0,9	1,3	1,2	1,5
აჭარა	18,2	16,1	20,3	1,0	0,8	1,2	1,5	1,2	1,7
გურია	17,2	13,8	20,6	0,9	0,6	1,2	1,5	1,1	1,9
იმერეთი	11,3	10,0	12,6	0,7	0,6	0,8	0,9	0,8	1,1
კახეთი	13,9	12,1	15,7	0,6	0,5	0,8	1,1	0,9	1,3
მცხეთა-მთიანეთი	15,1	11,7	18,5	0,6	0,3	0,9	1,3	0,9	1,7
რაჭა-ლეჩხუმი და ქვემო სვანეთი	8,4	4,6	12,3	0,3	0,0	0,7	0,7	0,2	1,2
სამეგრელო-ზემო სვანეთი	15,1	13,3	16,9	0,8	0,7	1,0	1,2	1,0	1,4
სამცხე-ჯავახეთი	11,3	8,8	13,8	0,7	0,5	1,0	0,9	0,6	1,2
ქვემო ქართლი	12,7	11,1	14,2	0,8	0,6	0,9	1,0	0,9	1,2
შიდა ქართლი	14,3	12,2	16,4	0,7	0,5	0,9	1,2	1,0	1,4

წყარო: (კვლევის მასალები)

3.3. გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები თბილისში

საქართველოს კიბოს რეგისტრის მონაცემებით 2015-2019 წწ. თბილისის მდებარეობითი სქესის მოსახლეობაში სულ დაფიქსირებულია 11695 შემთხვევა. პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით კიბოს ინციდენტობის აბსოლუტური მაჩვენებლები მოყვანილია დიაგრამაზე 7.

დიაგრამა 7. თბილისში კიბოთი ავადობის სტრუქტურა 2015-2019 წლებში აბსოლუტური პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

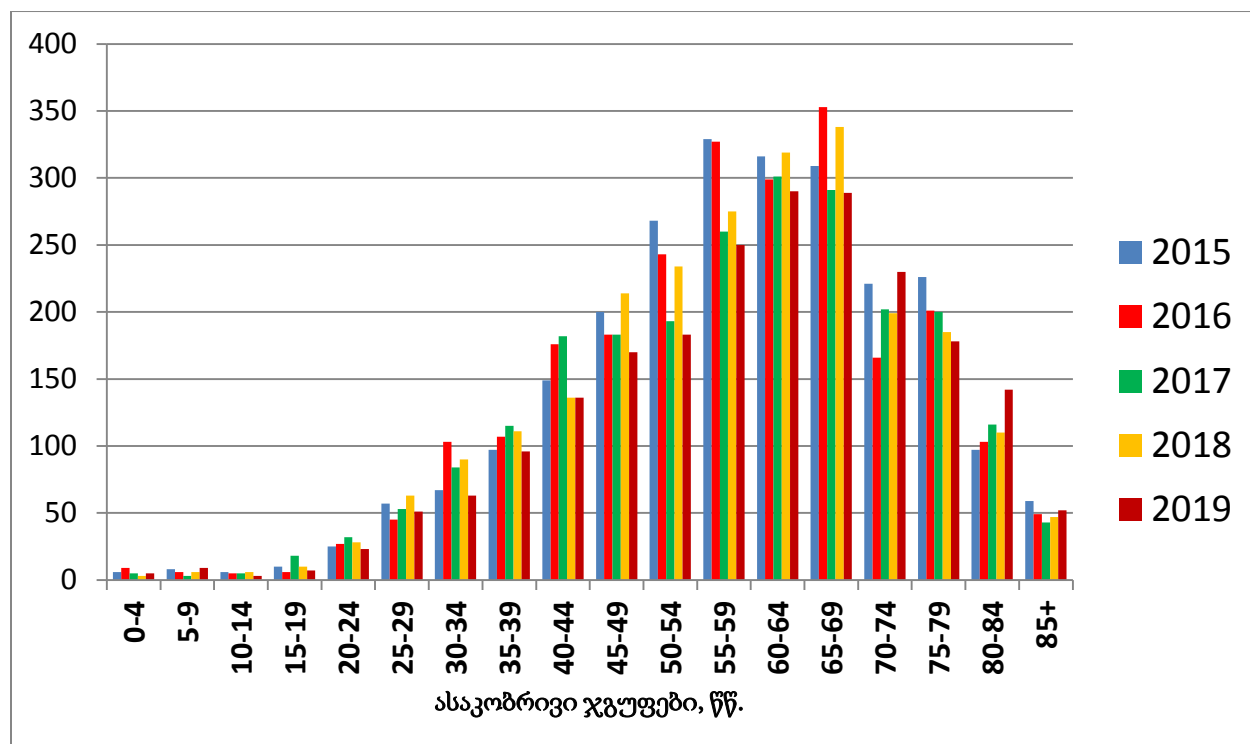


წყარო: (კვლევის მასალები)

როგორც დიაგრამიდან ჩანს, პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში (აბსოლუტური მაჩვენებლები) პირველ ათეულში შედიან: ბუბუ; ფარისებრი ჯირკვალი; კოლორექტუმი; საშვილოსნოს ტანი; საშვილოსნოს ყელი; კანი; საკვერცხე; სისხლი; კუჭი და შარდის ბუშტი. საქართველოს პირველი ათეულის ლოკალიზაციებთან შედარებით თბილისის პირველ ათეულში არ გვხვდება ლიმფური სისტემა, რომლის ადგილი დაიკავა შარდის ბუშტმა.

საქართველოს კიბოს რეგისტრის მონაცემებით 2015-2019 წწ. საქართველოს მდებრობითი სქესის მოსახლეობაში ასაკობრივი ჯგუფებისა და ცალკეული წლის მიხედვით ინციდენტობის შემთხვევათა განაწილება მოყვანილია დიაგრამაზე 8.

დიაგრამა 8. ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით თბილისში (2015-2019 წწ.).



წყარო: (კვლევის მასალები)

როგორც საქართველოში, თბილისშიც კიბოთი ავადობისათვის დამახასიათებელ ძირითად ასაკობრივ ჯგუფებს წარმოადგენენ: 40-44; 45-49; 50-54; 55-59; 60-64; 65-69; 70-74 და 75-79 წწ. ასაკის მიხედვით ინციდენტობის პიკები თბილისშიც იმავე სამ ასაკობრივ ჯგუფზე მოდის 55-59; 60-64 და 65-69 წწ.

პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში პირველი ათეულის ლოკალიზაციის ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები (აბსოლუტური რაოდენობა, უბეში მაჩვენებელი ყოველ 100000 ქალზე და ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი - Age-

Standardized Rate - ASR) მოყვანილია ცხრილში 15, რომელშიც გინეკოლოგიური ლოკალიზაციები გაერთიანებულია.

ცხრილი 23. თბილისში ქალთა პირველი 10 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე უხეში და ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით

#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	აბსოლუტური რაოდენობა	უხეში მაჩვენებელი	ASR
1	ძუძუ	C50.0-50.9	3743	123,6	85,3
2	გინეკოლოგია	C51.0-C58.9	1993	56,0	44,9
3	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	1942	64,1	52,4
4	კანი	C44.0-C44.9	604	19,9	10,5
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.9	775	25,6	14,9
6	სისხლი	C42.0-42.4	455	15,0	10,4
7	კუჭი	C16.0-C16.9	286	9,4	5,5
8	ლიმფური სისტემა	C77.9	228	7,5	5,7
9	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	252	8,3	4,8
10	ფილტვი და გულ-მკერდი	C34.0-34.9; C37.0-39.9	235	7,8	4,6

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილში 16 კი გინეკოლოგიური ლოკალიზაციები ჩაშლილია. ამ ცხრილებიდან ნათლად ჩანს, რომ უხეში მაჩვენებლითა და ASR-ის მიხედვით სხვადასხვა ლოკალიზაციების ადგილი კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში განსხვავებულია. თუმცა, როგორც უხეში მაჩვენებლით, ისე ASR-ით ძუძუს კიბო არ თმობს პირველობას, მეორე ადგილს კი - გინეკოლოგიური კიბო.

გინეკოლოგიური ლოკალიზაციის კიბოს ASR მაჩვენებლები და შესაბამის 95%-იანი სანდოობის ინტერვალები (95% Confidence Intervals – 95%CI) მოყვანილია ცხრილში 17. როგორც ამ ცხრილიდან ჩანს, ASR-ით შეფასებული საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოს ინციდენტობა სარწმუნოდ აღემატება ყველა დანარჩენ ლოკალიზაციას. შემდეგი ადგილი ისევ, როგორც საქართველოში უკავია საკვერცხის კიბოს.

ცხრილი 24. თბილისში ქალთა 10 ძირითადი ლოკალიზაციის (ჩაშლილი გინეკოლოგიით) კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე უხეში და ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით

#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	აბსოლუტური რაოდენობა	უხეში მაჩვენებელი	ASR
1	ძუძუ	C50.0-50.9	3743	123,6	85,3
2	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	1942	64,1	52,4
3	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	775	25,6	14,9
4	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	714	18,5	15,2
5	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	648	18,6	16,0
6	კანი	C44.0-44.9	604	19,9	10,5
7	საკვერცხე	C56.9	496	15,1	11,0
8	სისხლი	C42.0-42.4	455	15,0	10,4
9	კუჭი	C16.0-C16.9	286	9	5,5
10	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	252	8,3	4,8

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 25. თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით

#	გინეკოლოგიური ლოკალიზაცია	ICD კოდი	ASR	95%CI
1	საშვილოსნოს ყელი	C53.0 - C53.9	16,0	14,7 - 17,3
2	საშვილოსნოს ტანი	C54.0 - C54.9	15,2	14,1 - 16,4
3	საკვერცხე	C56.9	11,0	10,0 - 12,0
4	ვულვა	C51.0 - C51.9	0,9	0,7 - 1,2
5	საშო	C52.9	0,2	0,1-0,4
6	საშვილოსნო და სასქესო ორგანო, დაუზუსტებელი	C55.9; C57.0-57.9	1,5	1,2 - 1,7
	სულ, გინეკოლოგიური კიბო		44,9	42,8-46,9

წყარო: (კვლევის მასალები)

გინეკოლოგიური ლოკალიზაციის კიბოს ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლები (Age-Adjusted Rate - AAR) მაჩვენებლები და შესაბამის 95%CI მოყვანილია ცხრილში 18.

ცხრილი 26. თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით.

#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	AAR	95%CI
1	საშვილოსნოს ყელი	C53.0 - C53.9	21,2	20,1 - 22,7
2	საშვილოსნოს ტანი	C54.0 - C54.9	23,6	22,4 - 22,7
3	საკვერცხე	C56.9	16,4	15,4 - 17,4
4	ვულვა	C51.0 - C51.9	1,8	1,5 - 2,0
5	საშო	C52.9	0,5	0,3 - 0,6
6	საშვილოსნო და სასქესო ორგანო, დაუზუსტებელი	C55.9; C57.0-57.9	2,2	2,0 - 2,4
სულ, გინეკოლოგიური კიბო			65,8	63,8 - 67,8

წყარო: (კვლევის მასალები)

ამ ცხრილიდან ნათლად ჩანს, რომ AAR-ით შეფასებული ინციდენტობის მიხედვით კიბოს გინეკოლოგიური ლოკალიზაციების სტრუქტურა იმეორებს ASR-ით შეფასებული ინციდენტობის გინეკოლოგიური ლოკალიზაციების სტრუქტურას. იგივე სურათს ჰქონდა ადგილი 0-64+ და 0-74+ კუმულაციური რისკების (Cumulative Risk 0-64+ - CR0-64; Cumulative Risk 0-74+ - CR0-74) მაჩვენებლების მიხედვით შეფასებულ გინეკოლოგიური კიბოს სტრუქტურას. ამ რისკების მაჩვენებლები მოყვანილია ცხრილში 19.

ცხრილი 27. თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკები (CR0-64 და CR0-74).

#	ლოკალიზაცია	CR ₀₋₆₄	95%CI	CR ₀₋₇₄	95%CI
1	საშვილოსნოს ყელი	1,3	1,2 - 1,4	2,0	1,9 - 2,2
2	საშვილოსნოს ტანი	1,0	0,9 - 1,1	1,7	1,6 - 1,8
3	საკვერცხე	0,8	0,7 - 0,9	1,3	1,2 - 1,5
4	ვულვა	0,03	0,01 - 0,05	0,12	0,09 - 0,15
5	საშო	0,02	0,00-0,03	0,02	0,00-0,03
6	საშვილოსნო და სასქესო ორგანო, დაუზუსტებელი	0,1	0,07 - 0,14	0,2	0,1 - 0,2
სულ, გინეკოლოგიური		3,2	3,0 - 3,4	5,2	5,0 - 5,5

წყარო: (კვლევის მასალები)

ასაკით სტანდარტიზებული სიკვდილობის (Age-Standardized Mortality Rate - ASMR) მაჩვენებლების მიხედვით კი გინეკოლოგიური კიბოს სტრუქტურა იცვლება. აქ პირველ ადგილზე გადავიდა საკვერცხის კიბო, რომლის ASMR მაჩვენებელმა საქართველოში შეადგინა 6.1, შემდეგ მოდის საშვილოსნოს ყელის კიბო - 4.8 და საშვილოსნოს ტანის კიბო - 3.9 (იხ. ცხრილი 20).

ცხრილი 28. გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული სიკვდილობის მაჩვენებელი (ASMR) თბილისში (2015-2019 წწ.).

#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	თბილისი
1	საკვერცხე	C56.9	6,3
2	საშვილოსნოს ყელი	C53.0 - C53.9	5,1
3	საშვილოსნოს ტანი	C54.0 - C54.9	4,5
4	ვულვა	C51.0 - C51.9	0,9
5	საშო	C52.9	0,2
6	საშვილოსნო და სასქესო ორგანო, დაუზუსტებელი	C55.9; C57.0-57.9	0,6
სულ, გინეკოლოგიური კიბო			17,5

წყარო: (კვლევის მასალები)

თბილისსა და საქართველოში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის შესადარებლად გამოვიყენეთ ინციდენტობის პროპორციული შეფარდების მაჩვენებლის (Proportional Incidence Ratio - PIR) გამოთვლის მეთოდი (ცხრილი 21).

PIR მაჩვენებლებით, თბილისში საშოს კიბოს შემთხვევები 19.5%-ით სარწმუნოდ მეტია, ვიდრე საქართველოში; საშვილოსნოს ტანის კიბოსთვის - 7.3%-ით; საშვილოსნოს ყელის კიბოსთვის თბილისსა და საქართველოსთვის მაჩვენებლები სარწმუნოდ არ განსხვავდება. საკვერცხის კიბოს შემთხვევები 8.0%-ით ნაკლებია, ვიდრე საქართველოში, ვულვის კიბოსთვის კი ეს მაჩვენებელი შეადგენს 15.9%-ს. დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევები კი 16%-ით მეტია თბილისში, ვიდრე საქართველოში.

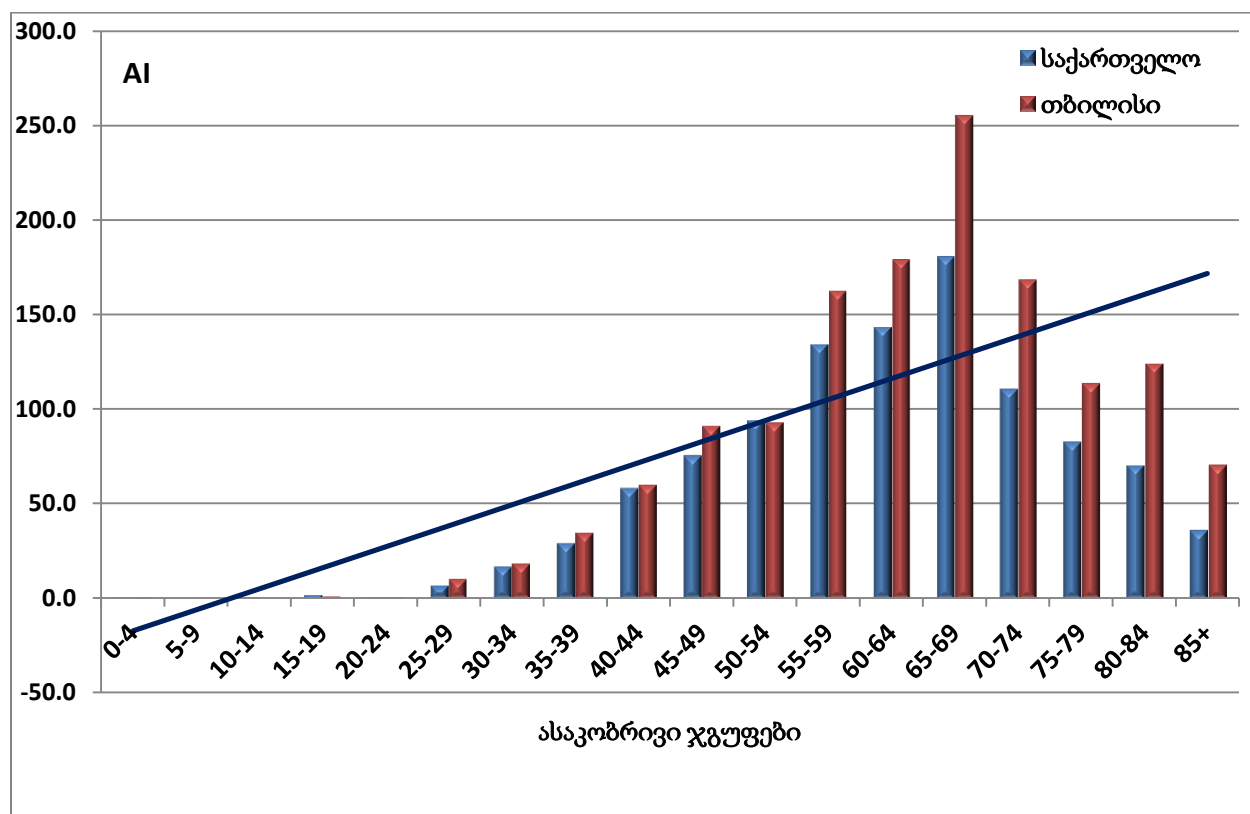
ცხრილი 29. თბილისში, საქართველოს საშუალო მაჩვენებლებთან შედარებით, ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის პროპორციული შეფარდების მაჩვენებლები (PIR)

#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	PIR	95%CI
1	საშო	C52.9	119,5 %	117,0-121,9%
2	საშვილოსნოს ტანი	C54.0 - C54.9	107,3 %	104,0-110,5%
3	საშვილოსნოს ყელი	C53.0 - C53.9	99,4 %	96,2-102,0%
4	საკვერცხე	C56.9	92,0 %	88,9-95,0%
5	ვულვა	C51.0 - C51.9	84,1 %	80,2-88,1%
6	საშვილოსნო და სასქესო ორგანო, დაუზუსტებელი	C55.9; C57.0-57.9	116,0 %	113,9-118,1%

წყარო: (კვლევის მასალები)

ჩვენს მიერ შედარებულ იქნა გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა თბილისსა და საქართველოში ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით. დიაგრამაზე #9 მოყვანილია საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკისათვის სპეციფიური სიხშირის მაჩვენებლები (ai) ყოველ 100,000 ქალზე. ამ დიაგრამაზე ტრენდული ხაზის გავლებამ ნათლად აჩვენა, რომ გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობისათვის როგორც საქართველოში, ისე თბილისში ყველაზე დატვირთული ჯგუფებია 45-74 წწ. ამდენად, ამ ასაკობრივ ჯგუფში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის გასაანალიზებლად გამოვიყენეთ შეკვეცილი ASR-ის (Truncated Age-Standardized Rate - TASR) გამოთვლის მეთოდი, რომლის შედეგებიც მოყვანილია ცხრილში 22. მიღებული შედეგებიდან ჩანს, რომ გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევაში ASR-ის მაჩვენებელთან შედარებით TASR (45-74) საქართველოში სარწმუნოდ მატულობს 4.5-ჯერ, ხოლო თბილისში - 6-ჯერ; TASR (50-74) საქართველოში სარწმუნოდ მატულობს 5.5-ჯერ, ხოლო თბილისში - 6.1-ჯერ. ასეთივე ანალიზი ჩატარდა ცალკეული ლოკალიზაციის კიბოსათვის (იხ. დიაგრამები 10-12 და ცხრილები 23-25).

დიაგრამა 9. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკისათვის სპეციფიური სიხშირის მაჩვენებლები (ai) ყოველ 100,000 ქალზე.



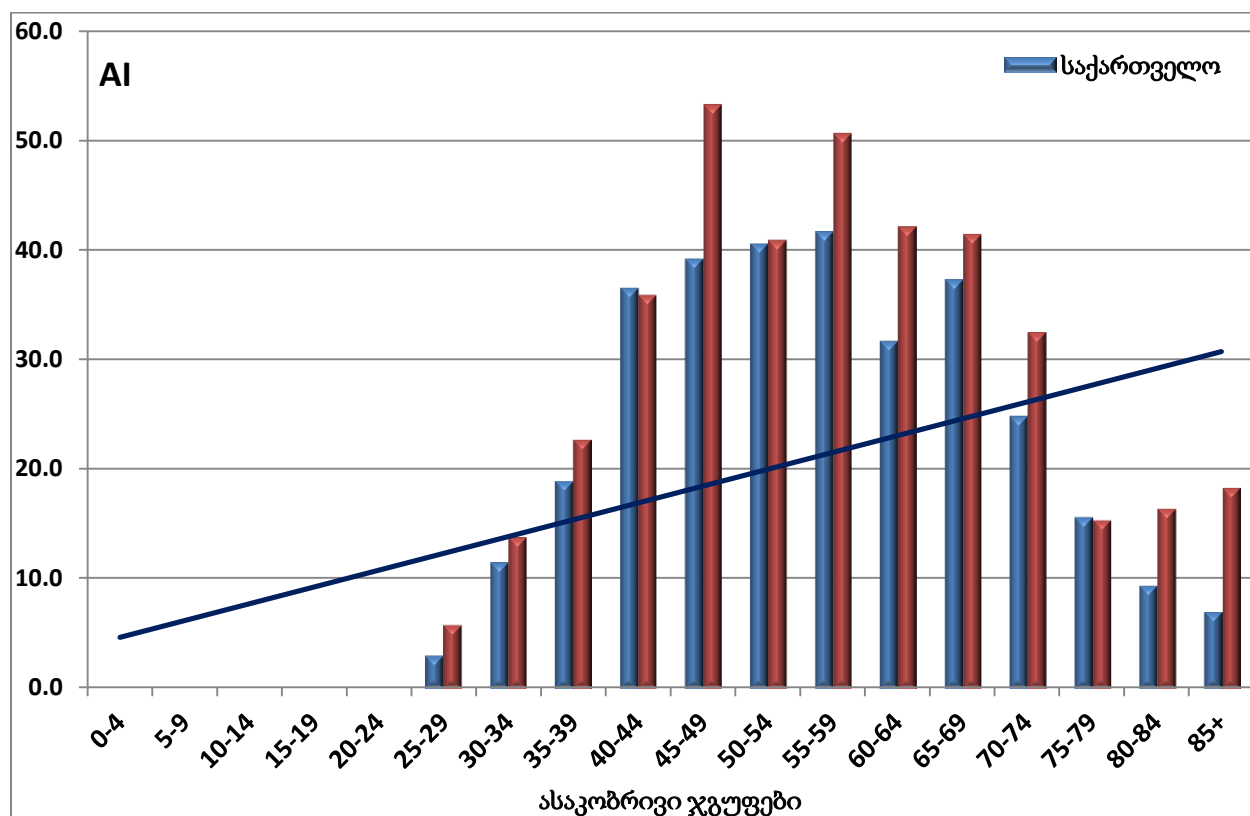
წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 30. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) და შეკვეცილი (45-74 და 50-74) ასაკით სტანდარტიზებული (TASR) მაჩვენებლების მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე

#	მაჩვენებელი	ICD კოდი	საქართველო		თბილისი	
			ASR	95%CI	ASR	95%CI
1	ASR	C51.0 - C58.9	36,5	35,5 - 37,5	44,9	42,8 - 46,0
2	TASR (45-74)	C51.0 - C58.9	166,2	161,5 - 170,9	266,6	255,5 - 277,8
3	TASR (50-74)	C51.0 - C58.9	199,8	194,7 - 204,8	275,3	264,4 - 286,2

წყარო: (კვლევის მასალები)

დიაგრამა 10. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის ასაკისათვის სპეციფიური სიხშირის მაჩვენებლები (ai) ყოველ 100,000 ქალზე.



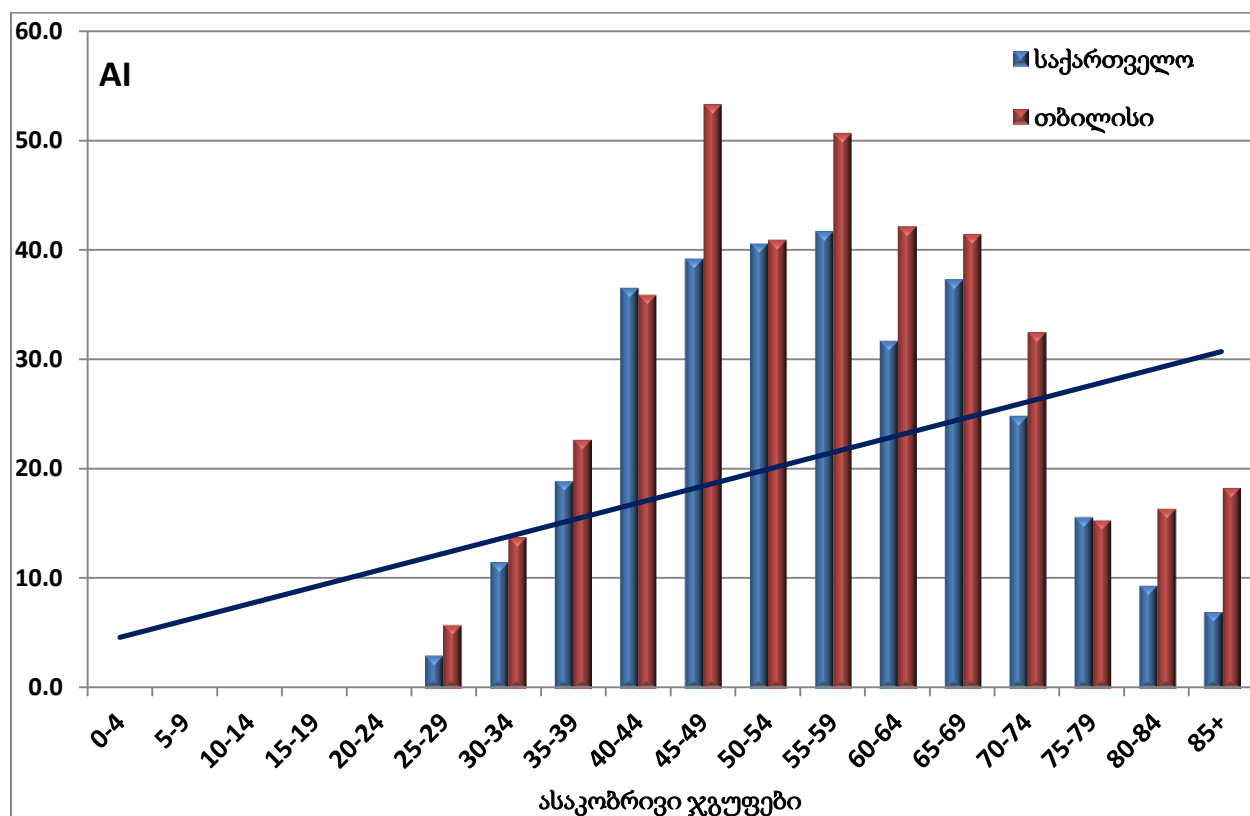
წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 31. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) და შეკვეცილი (35-74 და 40-74) ასაკით სტანდარტიზებული (TASR) მაჩვენებლების მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე

#	მაჩვენებელი	ICD კოდი	საქართველო		თბილისი	
			ASR	95%CI	ASR	95%CI
1	ASR	C53.0 – C53.9	13,4	12,8 - 14,1	16,0	14,7 - 17,3
2	TASR (35-74)	C53.0 – C53.9	140,8	136,3 - 145,3	235,1	224,4 - 245,9
3	TASR (40-74)	C53.0 – C53.9	165,1	160,3 - 170,0	270,4	258,9 - 281,9

წყარო: (კვლევის მასალები)

დიაგრამა 11. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის ასაკისათვის სპეციფიური სიხშირის მაჩვენებლები (ai) ყოველ 100,000 ქალზე.



წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 32. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) და შეკვეცილი (35-74, 40-74 და 45-74) ასაკით სტანდარტიზებული (TASR) მაჩვენებლების მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე

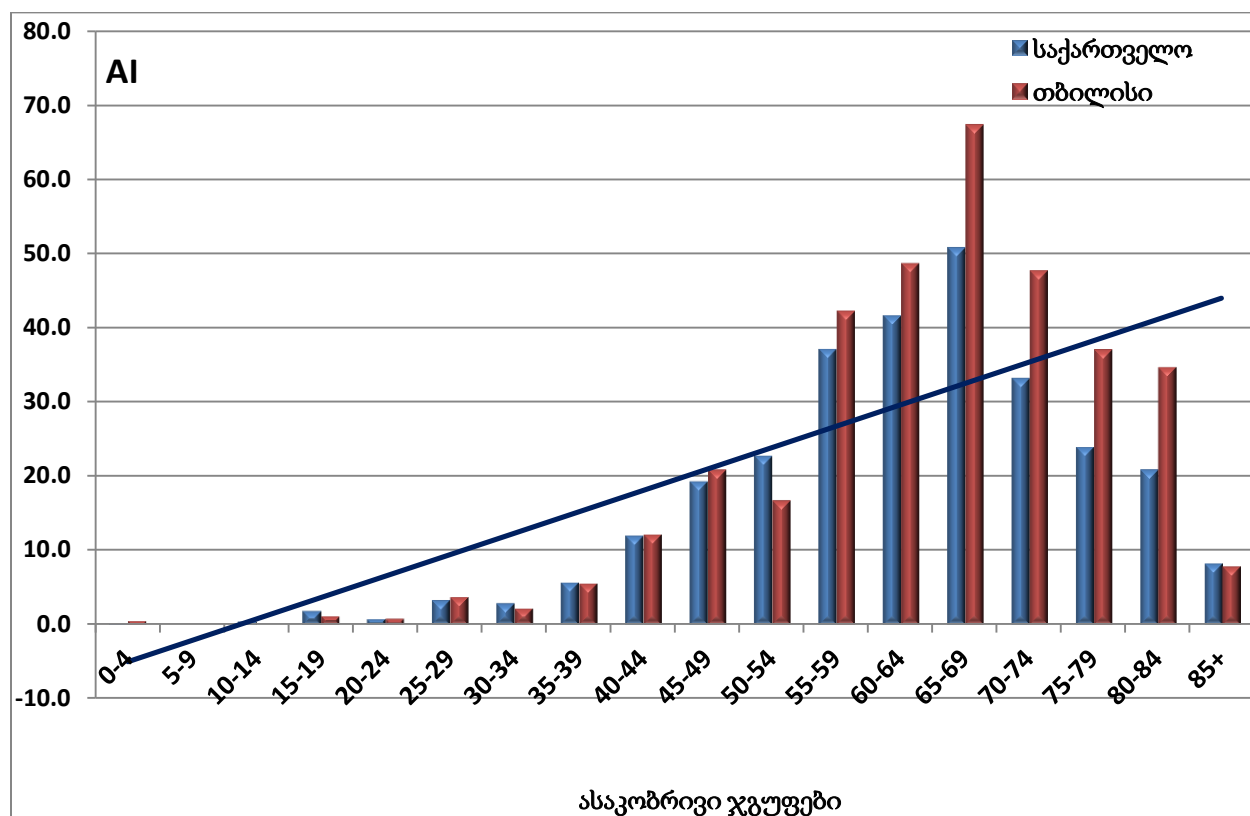
#	მაჩვენებელი	ICD კოდი	საქართველო		თბილისი	
			ASR	95%CI	ASR	95%CI
1	ASR	C54.0 – C54.9	11,3	10,8 - 11,9	15,2	14,1 - 16,4
2	TASR (35-74)	C54.0 – C54.9	38,2	36,0 - 40,5	178,3	169,4 - 187,1
3	TASR (40-74)	C54.0 – C54.9	46,5	44,0 - 48,9	222,1	212,3 - 231,9
4	TASR (45-74)	C54.0 – C54.9	56,4	53,7 - 59,1	275,1	264,2 - 286,0

წყარო: (კვლევის მასალები)

მიღებული შედეგებიდან ჩანს, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევაში ASR-ის მაჩვენებელთან შედარებით TASR (35-74) საქართველოში სარწმუნოდ მატულობს 10.5-ჯერ, ხოლო თბილისში - 14.7-ჯერ; TASR (50-74) საქართველოში სარწმუნოდ მატულობს 12.3-ჯერ, ხოლო თბილისში - 16.9-ჯერ.

მიღებული შედეგებიდან ჩანს, რომ საშვილოსნოს ტანის კიბოს შემთხვევაში ASR-ის მაჩვენებელთან შედარებით TASR (35-74) საქართველოში სარწმუნოდ მატულობს 3.4-ჯერ, ხოლო თბილისში - 11.7-ჯერ; TASR (40-74) საქართველოში სარწმუნოდ მატულობს 4.1-ჯერ, ხოლო თბილისში - 14.6-ჯერ; TASR (45-74) საქართველოში სარწმუნოდ მატულობს 5.0-ჯერ, ხოლო თბილისში - 18.1-ჯერ.

დიაგრამა 12. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის ასაკისათვის სპეციფიური სიხშირის მაჩვენებლები (ai) ყოველ 100,000 ქალზე.



წყარო: (კვლევის მასალები)

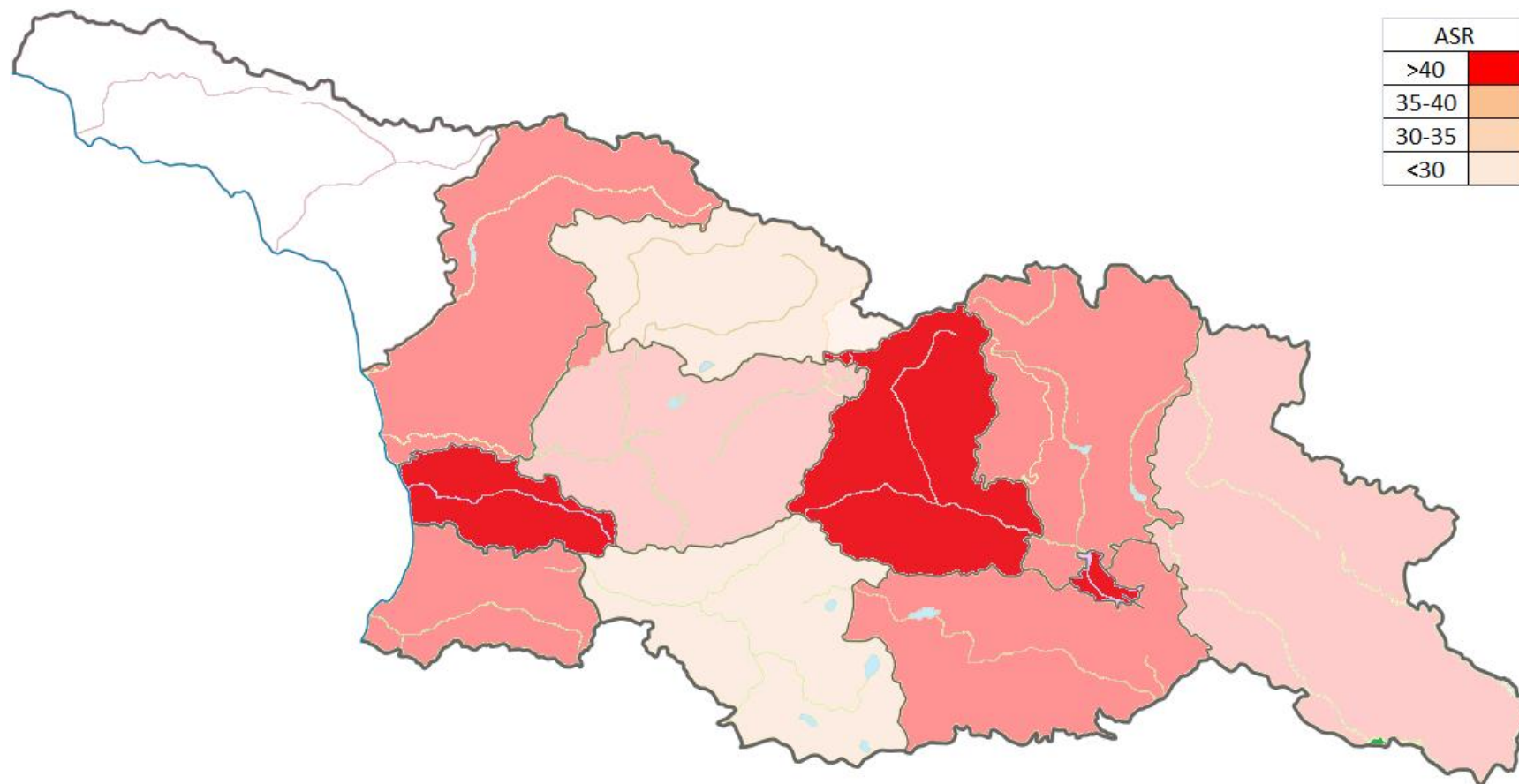
ცხრილი 33. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) და შეკვეცილი (35-74 და 40-74) ასაკით სტანდარტიზებული (TASR) მაჩვენებლების მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე

#	მაჩვენებელი	ICD კოდი	საქართველო		თბილისი	
			ASR	95%CI	ASR	95%CI
1	ASR	C53.0 – C53.9	9,8	9,3 - 10,3	11,0	10,0 - 12,0
2	TASR (50-74)	C53.0 – C53.9	174,7	169,9 - 179,4	230,9	220,9 - 240,8
3	TASR (55-74)	C53.0 – C53.9	231,5	226,0 - 236,9	299,4	288,0 - 310,7

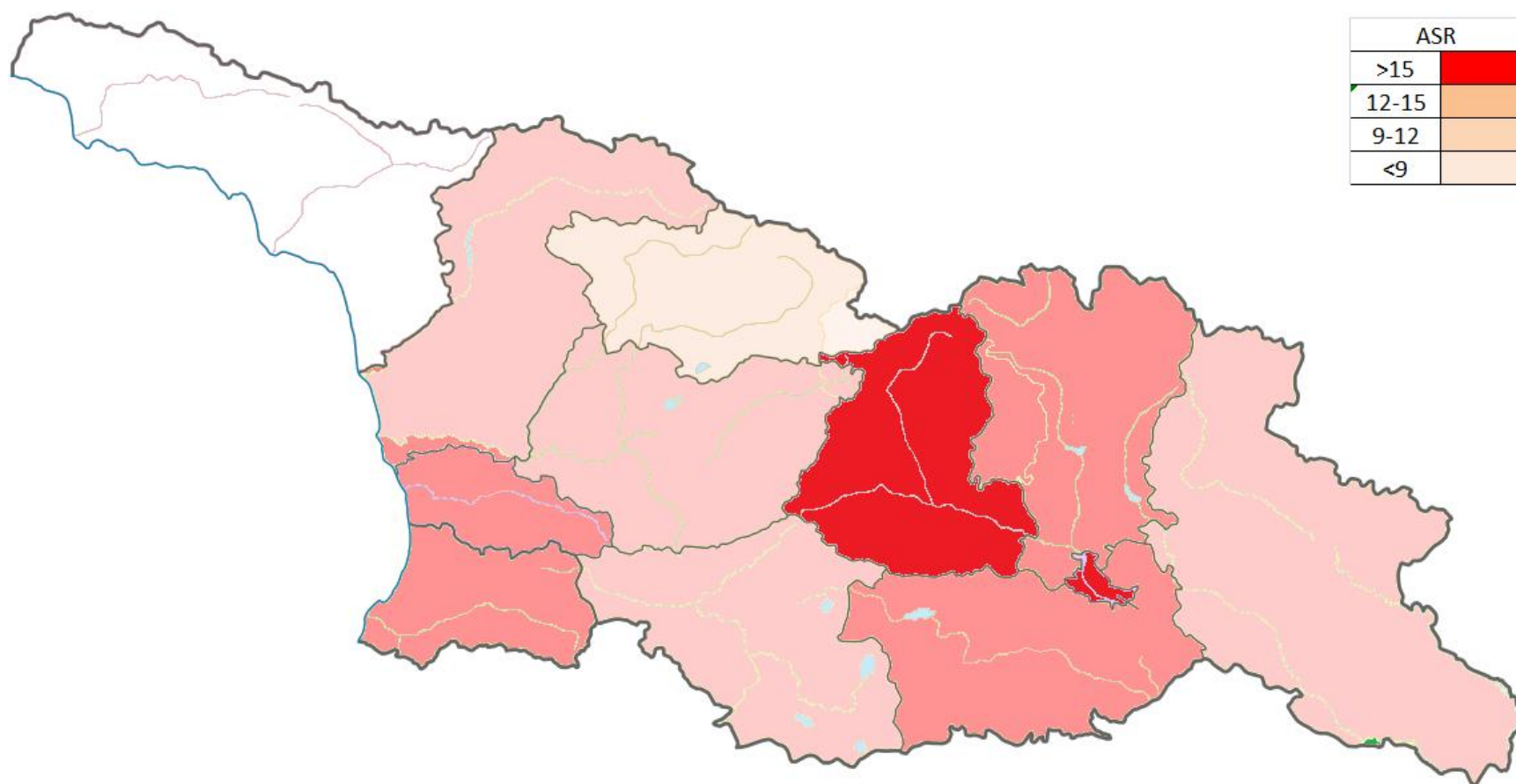
წყარო: (კვლევის მასალები)

მიღებული შედეგებიდან ჩანს, რომ საკვერცხის კიბოს შემთხვევაში ASR-ის მაჩვენებელთან შედარებით TASR (50-74) საქართველოში სარწმუნოდ მატულობს 17.8-ჯერ, ხოლო თბილისში - 21.0-ჯერ; TASR (55-74) საქართველოში სარწმუნოდ მატულობს 23.6-ჯერ, ხოლო თბილისში - 27.2-ჯერ.

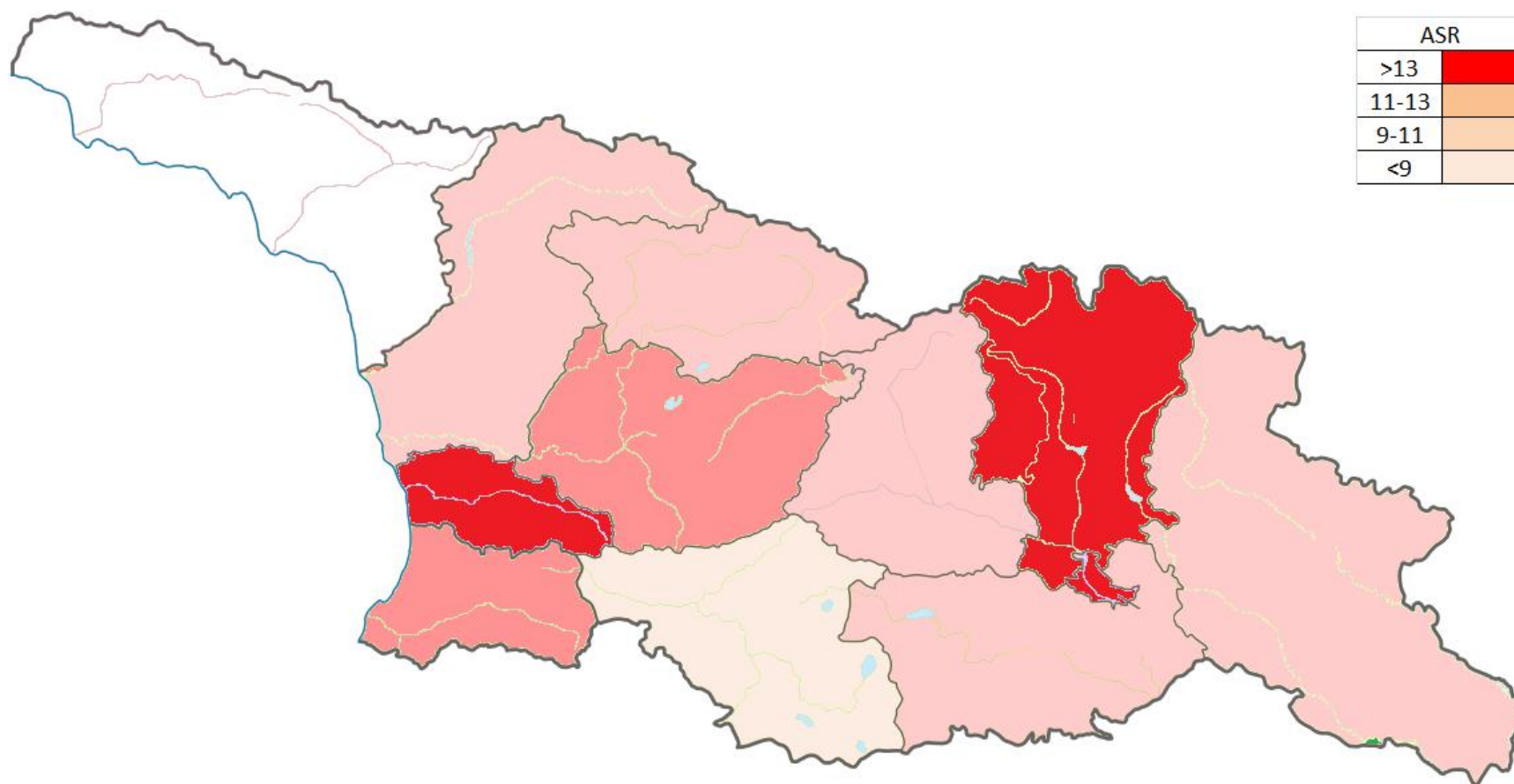
3.4. საქართველოში გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგიური რუკები



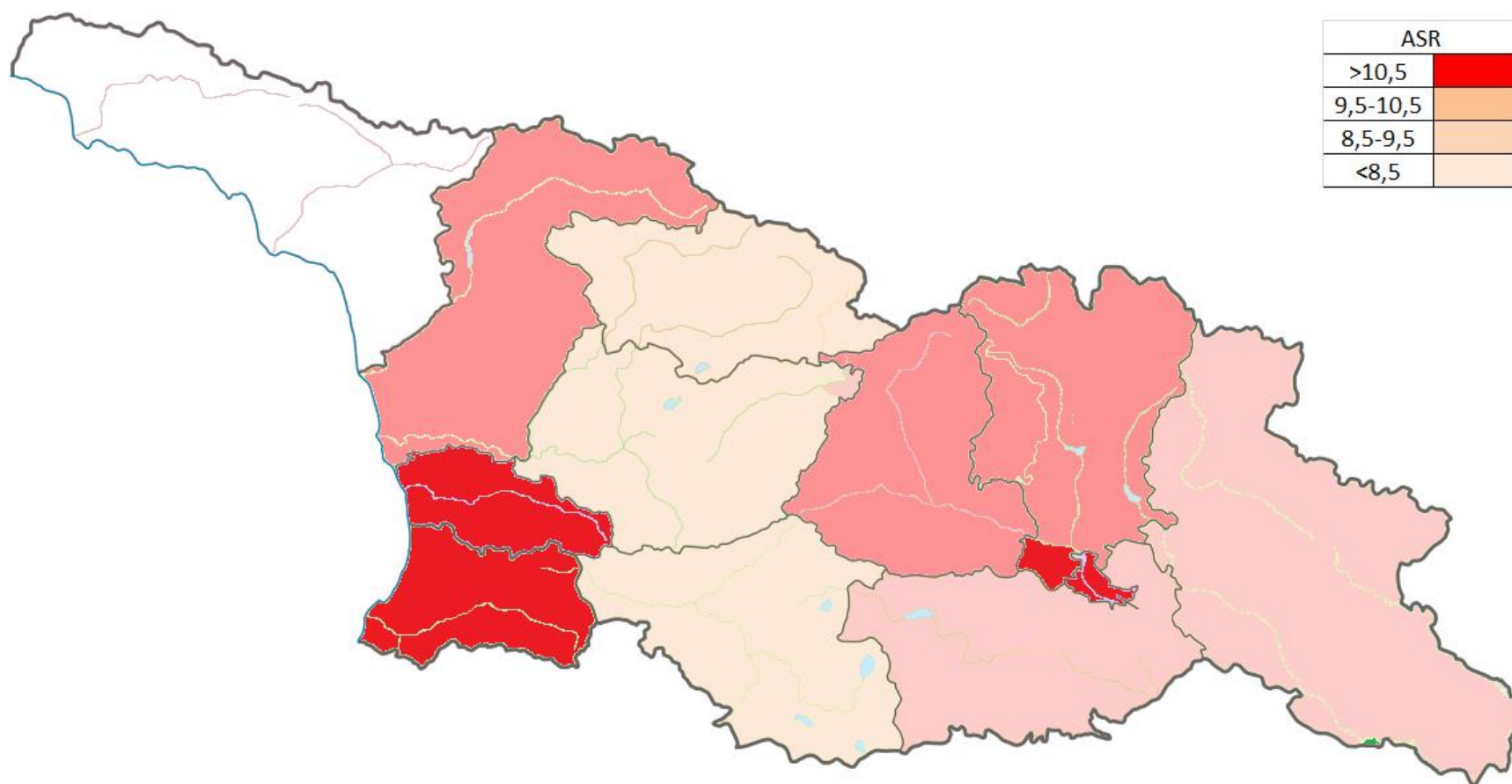
სურათი 11. საქართველოში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა (ASR-ის მიხედვით)



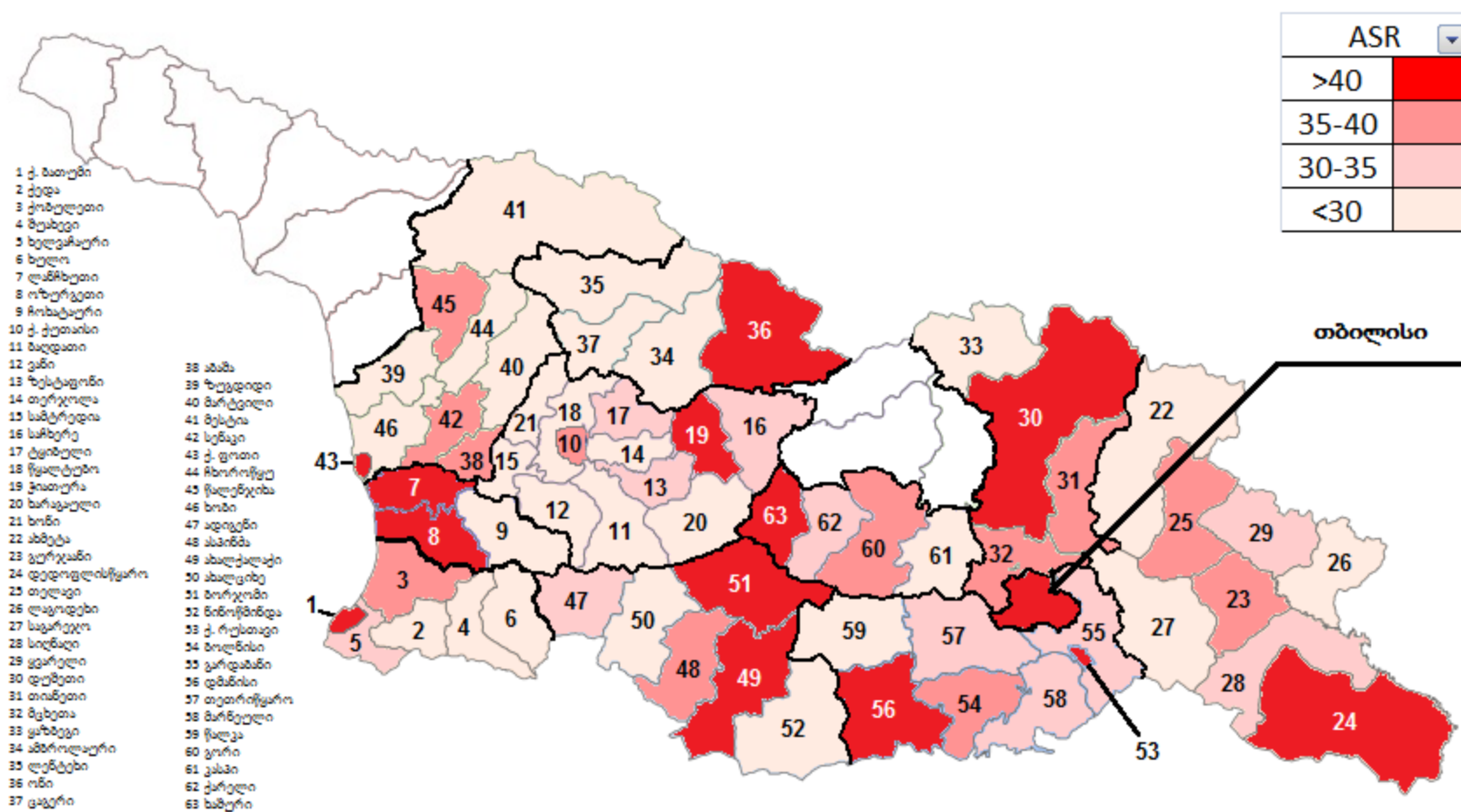
სურათი 12. საქართველოში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა (ASR-ის მიხედვით)



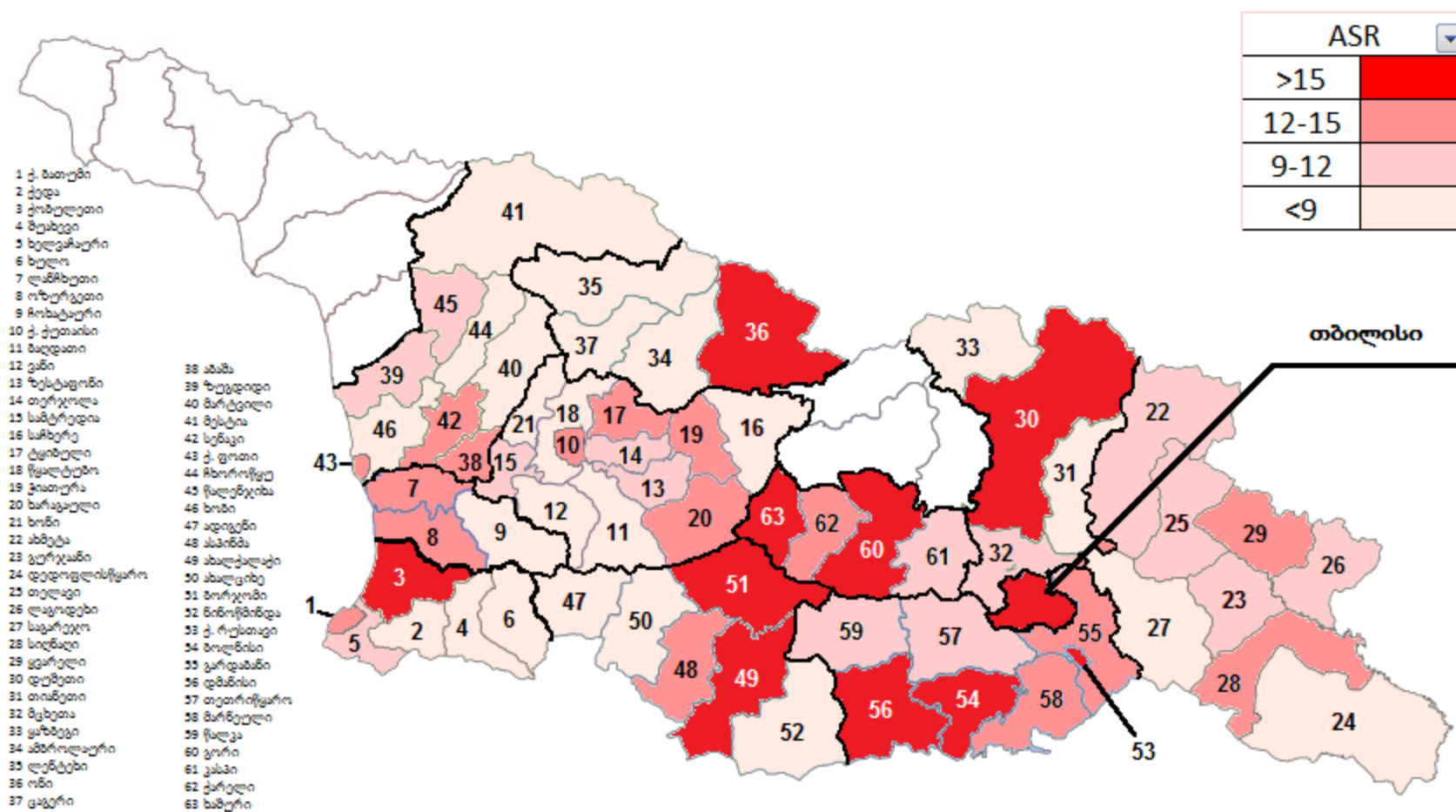
სურათი 13. საქართველოში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა (ASR-ის მიხედვით)



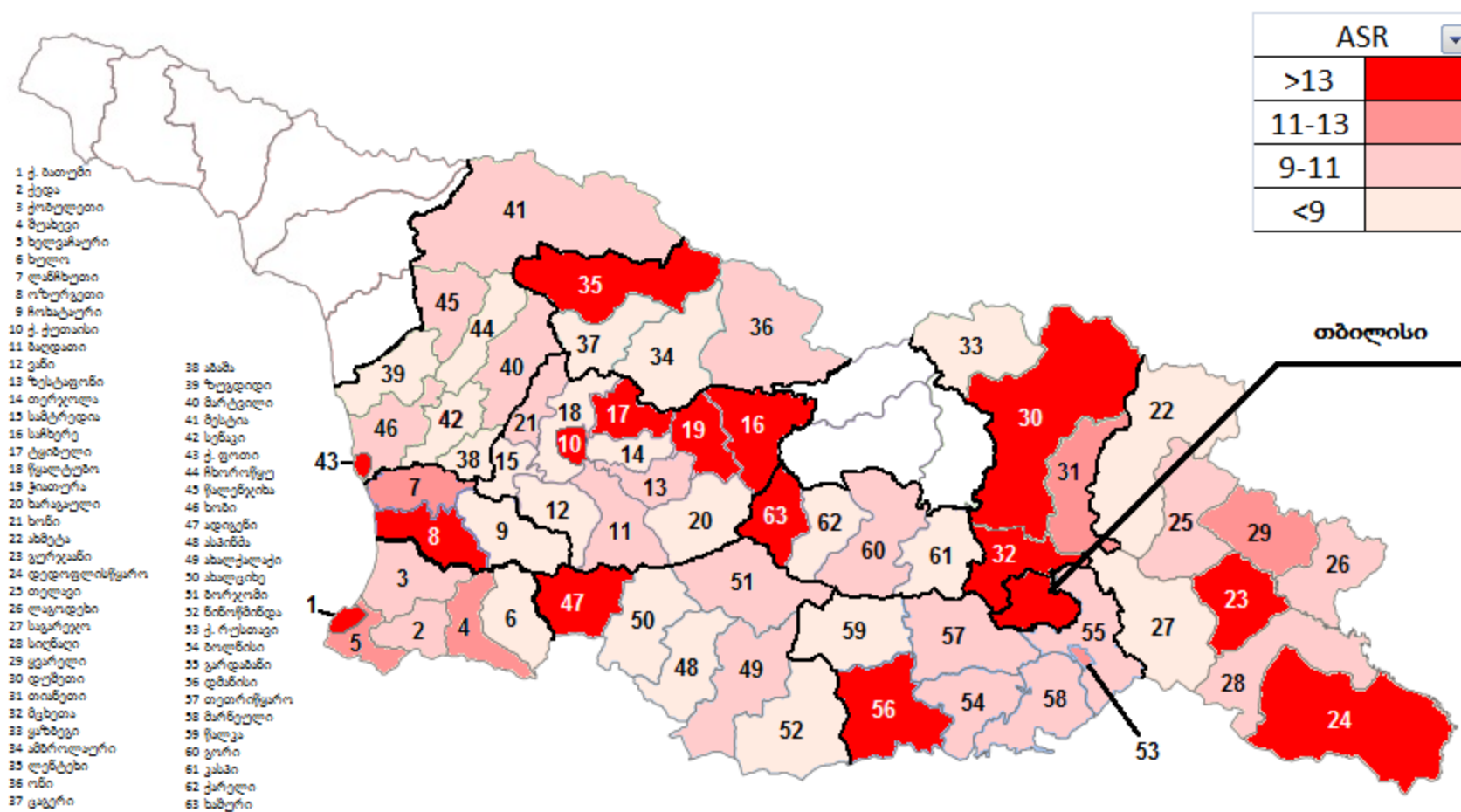
სურათი 14. საქართველოში 2015-2019 წლებში საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა (ASR-ის მიხედვით)



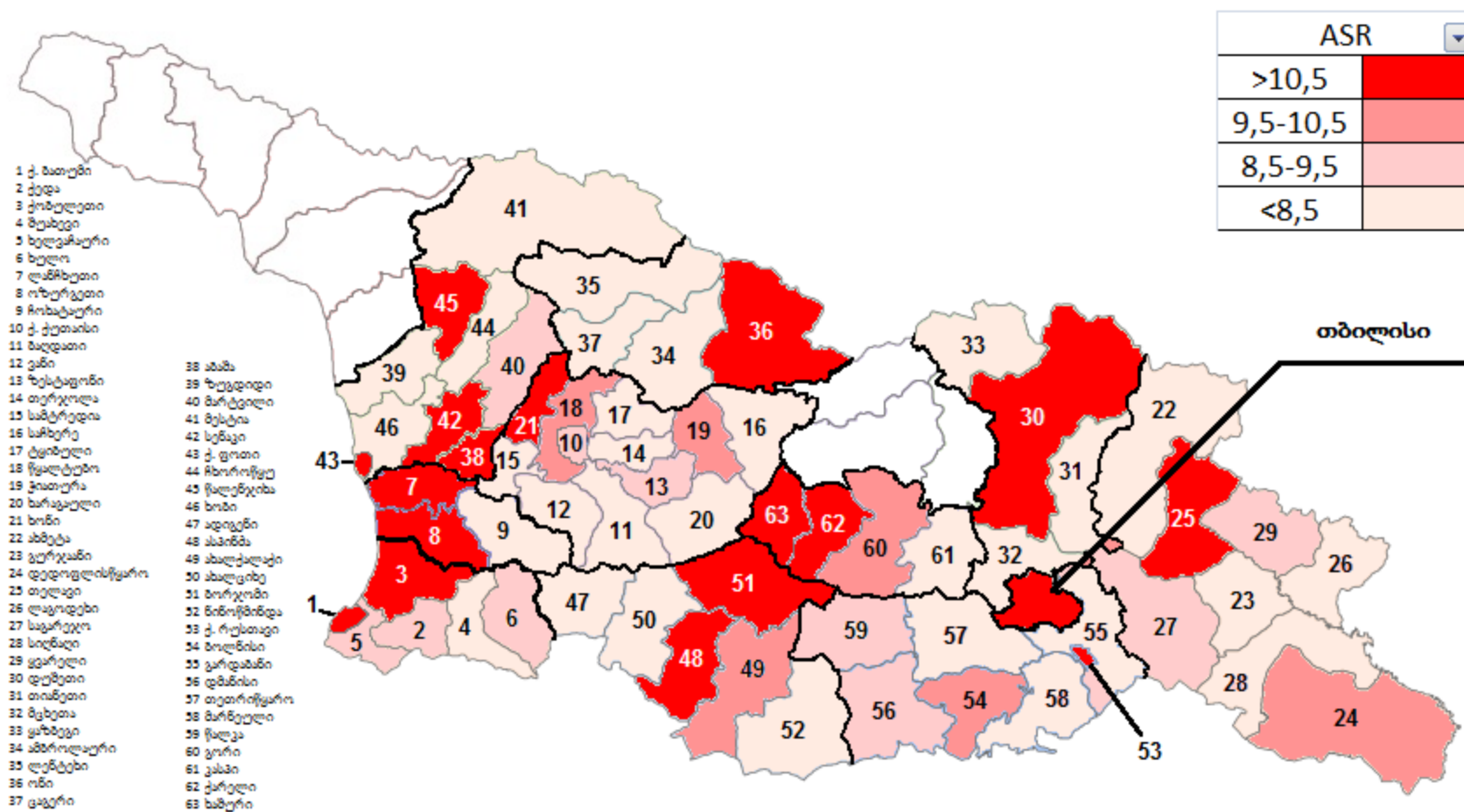
სურათი 15. საქართველოში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა მუნიციპალიტეტების მიხედვით (ASR-ის მიხედვით)



სურათი 16. საქართველოში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა მუნიციპალიტეტების მიხედვით (ASR-ის მიხედვით)



სურათი 17. საქართველოში 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა მუნიციპალიტეტების მიხედვით (ASR-ის მიხედვით)



სურათი 18. საქართველოში 2015-2019 წლებში საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა მუნიციპალიტეტების მიხედვით (ASR-ის მიხედვით)

3.5. თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს 2015-2019 წწ. ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შედარება საქართველოს დანარჩენი რეგიონების 2015-2019 წწ. და თბილისის 1988-1992 წწ. ასაკით სტანდარტიზებულ მაჩვენებლებთან.

ქ. თბილისში 2015-2019 წწ.-ში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლები შედარდა ამავე წლებში დანარჩენი საქართველოს სხვა რეგიონებში კვლევის შედეგად მიღებულ მაჩვენებლებს (იხ. ცხრილი 26). გამოთვლილ იქნა სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR) შესაბამისი 95%CI-ით.

ცხრილი 34. ქ. თბილისში და საქართველოს დანარჩენ რეგიონებში გინეკოლოგიური კიბოს 2015-2019 წწ.-ში მიღებული ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შედარება

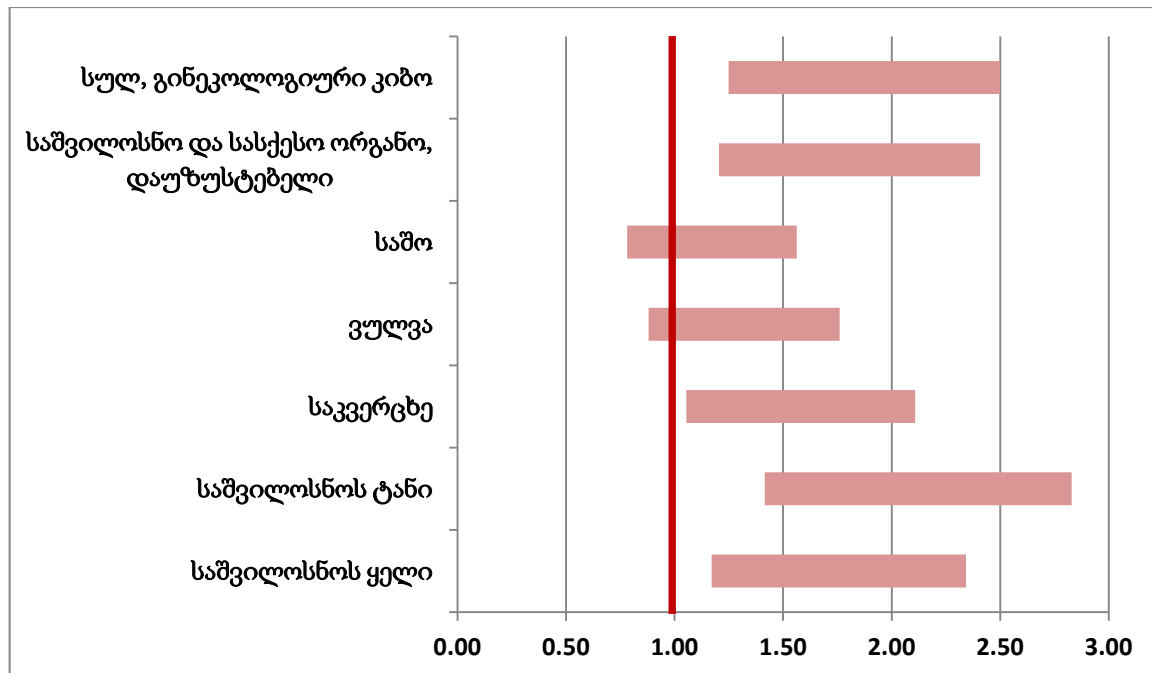
#	გინეკოლოგიური ლოკალიზაცია	თბილისი		დანარჩენი საქართველო		SRR	95%CI
		ASR	95%CI	ASR	95%CI		
1	საშვილოსნოს ყელი	16,0	14,7 - 17,3	12,3	11,6 - 13,0	1,3	1,2 - 1,4
2	საშვილოსნოს ტანი	15,2	14,1 - 16,4	9,7	9,1 - 10,4	1,6	1,4 - 1,7
3	საკვერცხე	11,0	10,0 - 12,0	9,3	8,7 - 10,0	1,2	1,1 - 1,3
4	ვულვა	0,9	0,7 - 1,2	0,7	0,6 - 0,9	1,2	0,9 - 1,7
5	საშო	0,2	0,1-0,4	0,1	0,1 - 0,2	1,9	0,8 - 4,5
6	საშვილოსნო და სასქესო ორგანო, დაუზუსტებელი	1,5	1,2 - 1,7	0,8	0,7 - 1,0	1,7	1,2 - 2,5
	სულ, გინეკოლოგიური კიბო	44,9	42,8-46,9	33,1	30,7-35,5	1,4	1,2 - 1,5

წყარო: კვლევის შედეგები

როგორც ცხრილიდან ჩანს, SRR მაჩვენებლის მიხედვით თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა 1,4-ჯერ სარწმუნოდ აღემატება დანარჩენ საქართველოში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობას. საშვილოსნოს ყელის კიბოს SRR მაჩვენებლის მიხედვით შესაძლოა დავასკვნათ, რომ თბილისში დანარჩენ საქართველოსთან შედარებით საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობა 1,3-ჯერ სარწმუნოდ მაღალია; თბილისში დანარჩენ საქართველოსთან

შედარებით ასევე სარწმუნოდაა მომატებული საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობა ($SRR=1.3$); იგივე ტენდენცია ვლინდება საკვერცხისა ($SRR=1.2$) და დაუზუსტებელი გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის შემთხვევაშიც ($SRR=1.7$). ვულვისა და საშოს კიბოს შემთხვევაში კი სარწმუნო განსხვავება თბილისსა და დანარჩენი საქართველოში დაფიქსირებულ ASR-მაჩვენებლებს შორის ვერ გამოვლინდა (დიაგრამა 13).

დიაგრამა 13. თბილისსა და დანარჩენ საქართველოში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ასაკით სტანდარტიზებულ მაჩვენებელთა შეფარდება (SRR).



წყარო: კვლევის შედეგები

იგივე მეთოდით იქნა შედარებული ქ. თბილისში 2015-2019 წწ.-ში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (ASR) და ვ. ტყეშელაშვილისა და თანაავტ. მიერ ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მონაცემები, რომელიც მიღებულ იქნა ქ. თბილისში კიბოს ინციდენტობის ძირითადი რაიონების ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლებიდან (ვ. ტყეშელაშვილი, 2001).

2015-2019 წწ. და 1988-1992 წწ. ქ. თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლები მოყვანილია ცხრილში 27. ამ შემთხვევაშიც 27-წლიანი

პერიოდის შემდეგ გამოთვლილ იქნა სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR) შესაბამისი 95%CI-ით.

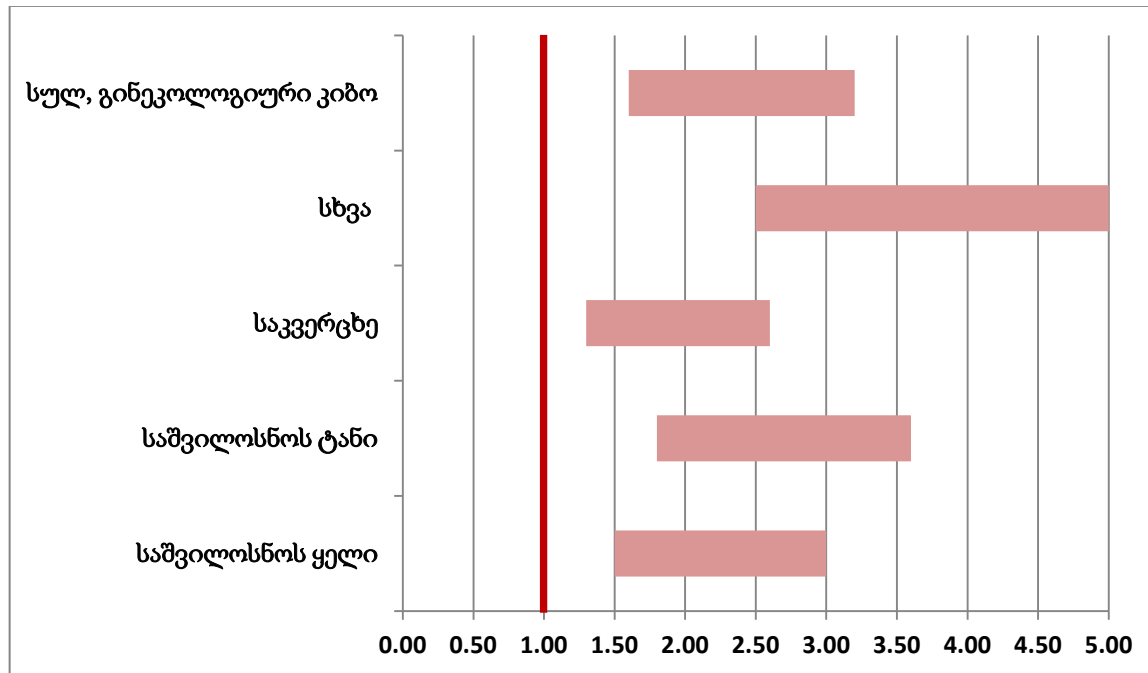
ცხრილი 35. ქ. თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს 1988-1992 წწ. და 2015-2019 წწ.-ში მიღებული ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შედარება

#	გინეკოლოგიური ლოკალიზაცია	1988-1992 წწ.		2015-2019 წწ.		SRR	95%CI
		ASR	95%CI	ASR	95%CI		
1	საშვილოსნოს ყელი	9,6	8,7 - 10,6	16,0	14,7 - 17,3	1,7	1,5 - 1,9
2	საშვილოსნოს ტანი	7,2	6,4 - 8,0	15,2	14,1 - 16,4	2,1	1,8 - 2,4
3	საკვერცხე	7,5	6,6 - 8,3	11,0	10,0 - 12,0	1,5	1,3 - 1,7
4	სხვა	0,8	0,5 - 1,0	2,6	2,2 - 3,1	3,5	2,5 - 5,0
	სულ, გინეკოლოგიური კიბო	25,1	22,2-28,0	44,9	42,8-46,9	1,8	1,6 - 2,1

წყარო: კვლევის შედეგები

როგორც ამ ცხრილიდან ჩანს, SRR მაჩვენებლის მიხედვით 2015-2019 წწ. გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა 1,8-ჯერ სარწმუნოდ აღემატება 27 წლის წინანდელი პერიოდის ანალოგიურ მაჩვენებელს. საშვილოსნოს ყელის კიბოს SRR მაჩვენებლის მიხედვით შესაძლოა დავასკვნათ, რომ თბილისში 2015-2019 წწ.-ს 1988-1992 წწ.-თან შედარებით საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობამ 1,7-ჯერ სარწმუნოდ მოიმატა; თბილისში 2015-2019 წწ.-ს 1988-1992 წწ.-თან შედარებით ასევე სარწმუნოდაა მომატებული საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობა (SRR=2.1); იგივე ტენდენცია ვლინდება საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის შემთხვევაშიც (SRR=1.3). ვულვის, საშოს და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევაში კი 2015-2019 წწ.-ს ASR-მაჩვენებელი 3.5-ჯერ სარწმუნოდაა გაზრდილი 1988-1992 წწ.-თან შედარებით (დიაგრამა 14).

დიაგრამა 14. თბილისში 2015-2019 წწ. და 1988-1992 წწ. გინეკოლოგიური კიბოს ასაკით სტანდარტიზებულ მაჩვენებელთა შეფარდება (SRR).



წყარო: კვლევის შედეგები

თავი IV.

გადარჩენის ანალიზი

4.1. საქართველოში და თბილისში გინეკოლოგიური კიბოთი პაციენტთა 3 წლიანი

გადარჩენის ანალიზი

2015-2017 წწ. გამოვლენილ საკვერცხის, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, ძუძუს და ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს მქონე პაციენტების ჯგუფს საქართველოსა და თბილისში ჩაუტარდა 3-წლიანი გადარჩენის ანალიზი.

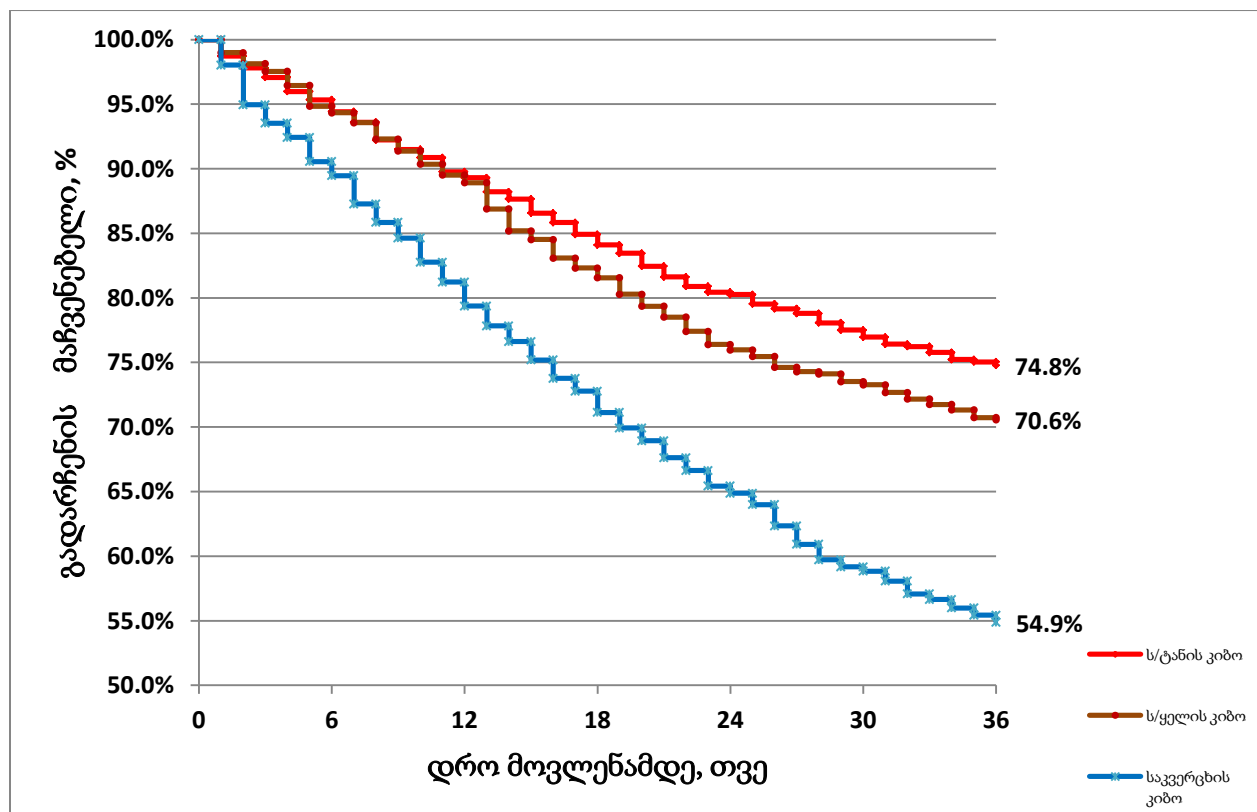
ამ წლებში საქართველოში გამოვლენილი პაციენტების 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელმა:

- 1) საშვილოსნოს ტანის კიბოსათვის - 74.8%;
- 2) საშვილოსნოს ყელის კიბოსათვის - 70.6%;
- 3) საკვერცხის კიბოსათვის კი - 54.9%.

გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები ამ ლოკალიზაციების კიბოს მქონე პაციენტებისათვის მოყვანილია დიაგრამაზე 15.

კოქსის მოდელის მიხედვით ჩატარებული საკვერცხის, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, ძუძუს და ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები შესაბამისი 95% სანდოობის ინტერვალებით და χ^2 -ტესტის მონაცემები მოყვანილია ცხრილში 28.

დიაგრამა 15. საქართველოში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი საკვერცხის, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, ძუძუსა და ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს მქონე პაციენტების გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები.



ცხრილი 28. გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები

საქართველოში (2015-2017 წწ. ინციდენტობის მაჩვენებლების მიხედვით).

შეფერადებულია ის უჯრები, რომლებშიც მოყვანილია კოქსის მოდელით მიღებული

სტატისტიკურად სარწმუნო შედეგები.

	Cox საფრთხეთა ფარდობა (HR)	95% სანდოობის ინტერვალები		χ^2	P
საკვერცხის კიბო vs.					
ს/ტანის კიბო	2,0	1,8	2,4	89,7	< 0.001
ს/ყელის კიბო	1,7	1,5	2,0	57,2	< 0.001
ს/ყელის კიბო vs.					
ს/ტანის კიბო	1,2	1,02	1,4	4,9	0,026

ამ წლებში თბილისში გამოვლენილი პაციენტების 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელმა:

- 1) საშვილოსნოს ტანის კიბოსათვის - 78.2%;
- 2) საშვილოსნოს ყელის კიბოსათვის - 75.2%;
- 3) საკვერცხის კიბოსათვის კი - 55.2%.

გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები ამ ლოკალიზაციების კიბოს

მქონე პაციენტებისათვის თბილისში მოყვანილია დიაგრამაზე 16.

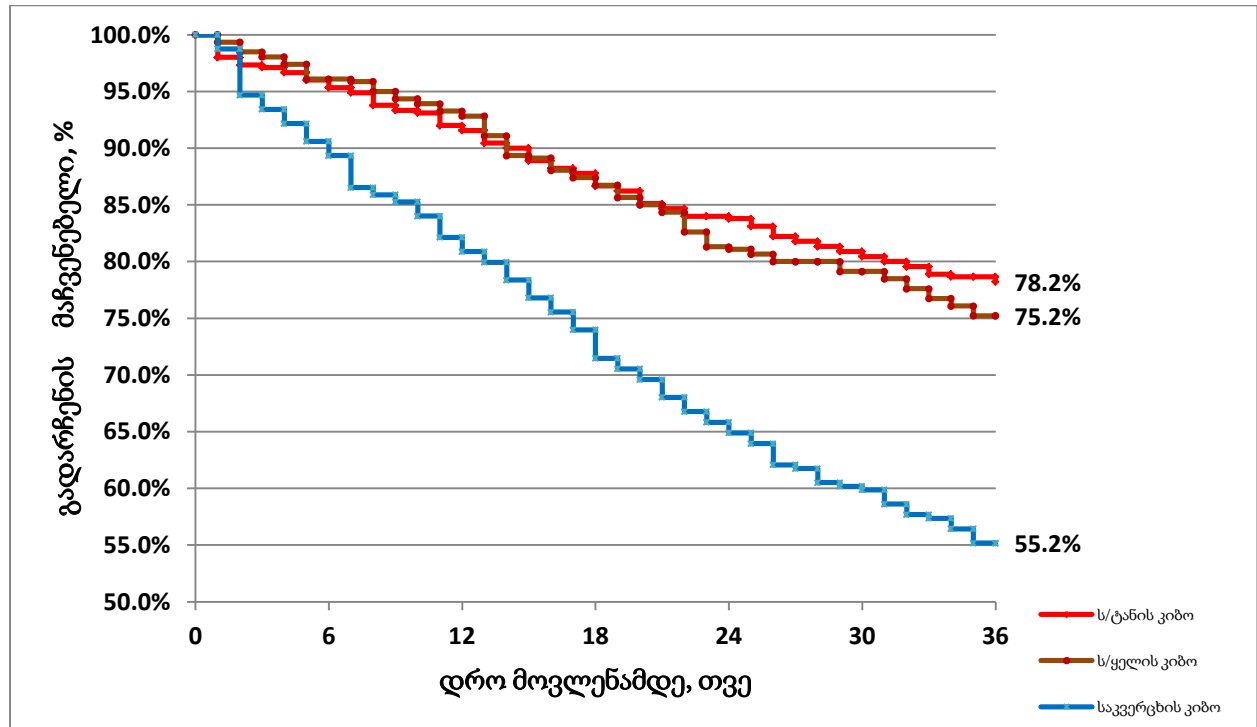
კოქსის მოდელის მიხედვით ჩატარებული საკვერცხის, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს

ტანის, ძუძუს და ფარისებრი ჯირკვლის კიბოებს გამო გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის

(Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები შესაბამისი 95% სანდოობის ინტერვალებით და χ^2 -ტესტის

მონაცემები მოყვანილია ცხრილში 29.

დიაგრამა #16. თბილისში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი საკვერცხის, ს/ყელის, ს/ტანის, ძუძუსა და ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს მქონე პაციენტების გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები



ცხრილი 29. გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები თბილისში (2015-2017 წწ. ინციდენტობის მაჩვენებლების მიხედვით). შეფერადებულია ის უჯრები, რომლებშიც მოყვანილია კოქსის მოდელით მიღებული სტატისტიკურად სარწმუნო შედეგები.

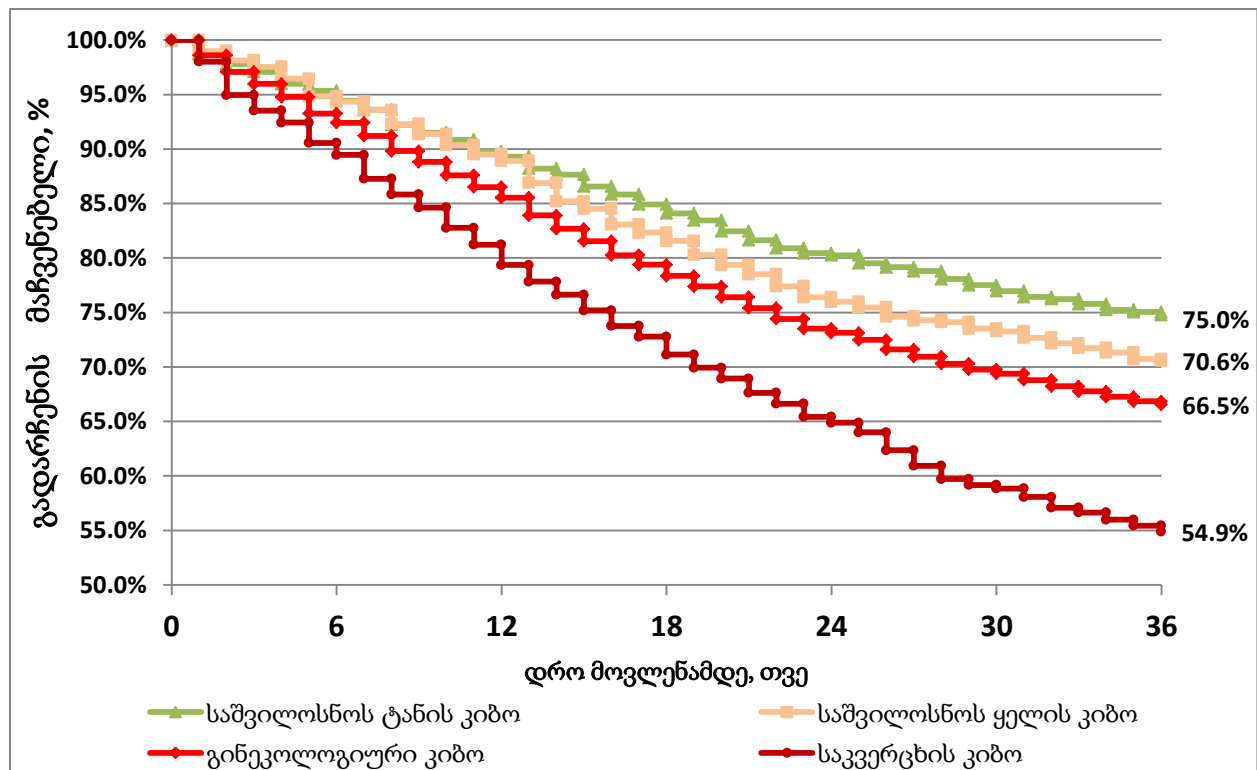
	Cox საფრთხეთა ფარდობა (HR)	95% სანდოობის ინტერვალები		χ^2	P
საკვერცხის კიბო vs.					
ს/ტანის კიბო	2,4	1,9	3,1	48,3	< 0.001
ს/ყელის კიბო	2,1	1,7	2,7	38,0	< 0.001
ს/ყელის კიბო vs.					
ს/ტანის კიბო	1,1	0,9	1,5	1,0	0,327

4.2. საქართველოსა და თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს 3 წლიანი გადარჩენის ანალიზი
2015-2017 წწ. გამოვლენილ გინეკოლოგიური კიბოს მქონე პაციენტების ჯგუფს
საქართველოსა და თბილისში ჩატარებ 3-წლიანი გადარჩენის ანალიზი.

საქართველოში გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის
კიბოს მქონე პაციენტების გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები
მოყვანილია დიაგრამაზე 17.

კოქსის მოდელის მიხედვით ჩატარებული გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის,
საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის
(Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები მოყვანილია ცხრილში 30.

დიაგრამა 17. საქართველოში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს
ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს მქონე პაციენტების
გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები



ცხრილი 30. გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები საქართველოში.

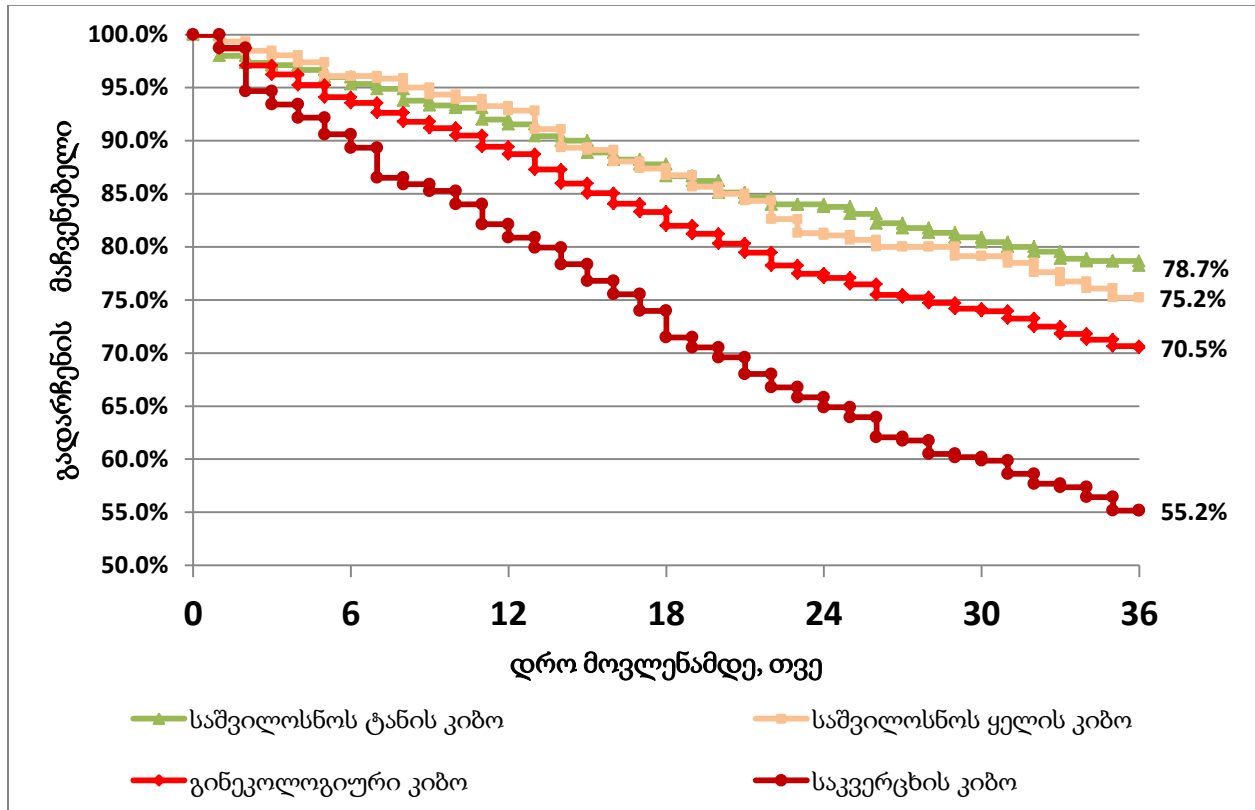
	Cox Hazard Ratio (HR)	95% Confidence Interval		Chi2	P-value
გინეკოლოგიური კიბო vs.					
საშვილოსნოს ყელის კიბო	1,160	1,034	1,302	5,975	0,015
საშვილოსნოს ტანის კიბო	1,410	1,251	1,589	26,505	< 0.001
საკვერცხის კიბო	0,686	0,606	0,777	43,339	< 0.001
საშვილოსნოს ყელის კიბო vs.					
საშვილოსნოს ტანის კიბო	1,216	1,040	1,422	5,946	0,015
საკვერცხის კიბო	0,686	0,511	0,682	53,961	< 0.001
საშვილოსნოს ტანის კიბო vs.					
საკვერცხის კიბო	0,486	0,418	0,566	89,669	< 0.001

როგორც დიაგრამიდან 17 და ცხრილიდან 30 ჩანს, გინეკოლოგიური კიბოს შედეგად გარდაცვალების საფრთხე 2015-2017 წწ. საქართველოში გამოვლენილი შემთხვევებისთვის შემდგომი 3 წლის მანძილზე სარწმუნოდ მეტია საშვილოსნოს ყელისა და საშვილოსნოს ტანის კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხესთან შედარებით. საკვერცხის კიბოს შედეგად გარდაცვალების საფრთხე კი სარწმუნოდ აღემატება გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხეს. საშვილოსნოს ყელის კიბოს შედეგად გარდაცვალების საფრთხე ასევე სარწმუნოდ აღემატება საშვილოსნოს ტანის კიბოს ანალოგიურ მაჩვენებელს.

თბილისში გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს მქონე პაციენტების გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები მოყვანილია დიაგრამაზე 18.

კოქსის მოდელის მიხედვით ჩატარებული გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები მოყვანილია ცხრილში 31.

დიაგრამა 18. თბილისში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს მქონე პაციენტების გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები



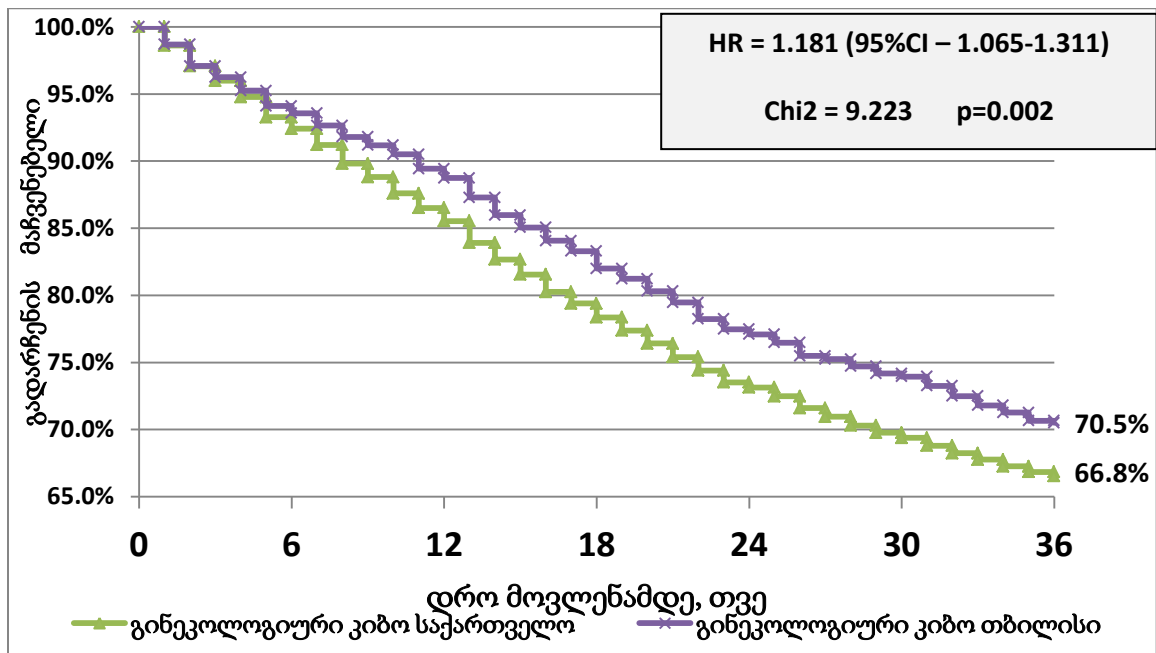
ცხრილი 31. გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები თბილისში.

	Cox Hazard Ratio (HR)	95% Confidence Interval		Chi2	P-value
გინეკოლოგიური კიბო vs.					
საშვილოსნოს ყელის კიბო	1,244	1,021	1,516	4,219	0,040
საშვილოსნოს ტანის კიბო	1,421	1,162	1,740	9,763	0,002
საკვერცხის კიბო	0,587	0,470	0,733	30,269	< 0.001
საშვილოსნოს ყელის კიბო vs.					
საშვილოსნოს ტანის კიბო	1,144	0,874	1,498	0,960	0,327 (NS)
საკვერცხის კიბო	0,470	0,365	0,605	37,973	< 0.001
საშვილოსნოს ტანის კიბო vs.					
საკვერცხის კიბო	0,414	0,319	0,537	48,266	< 0.001

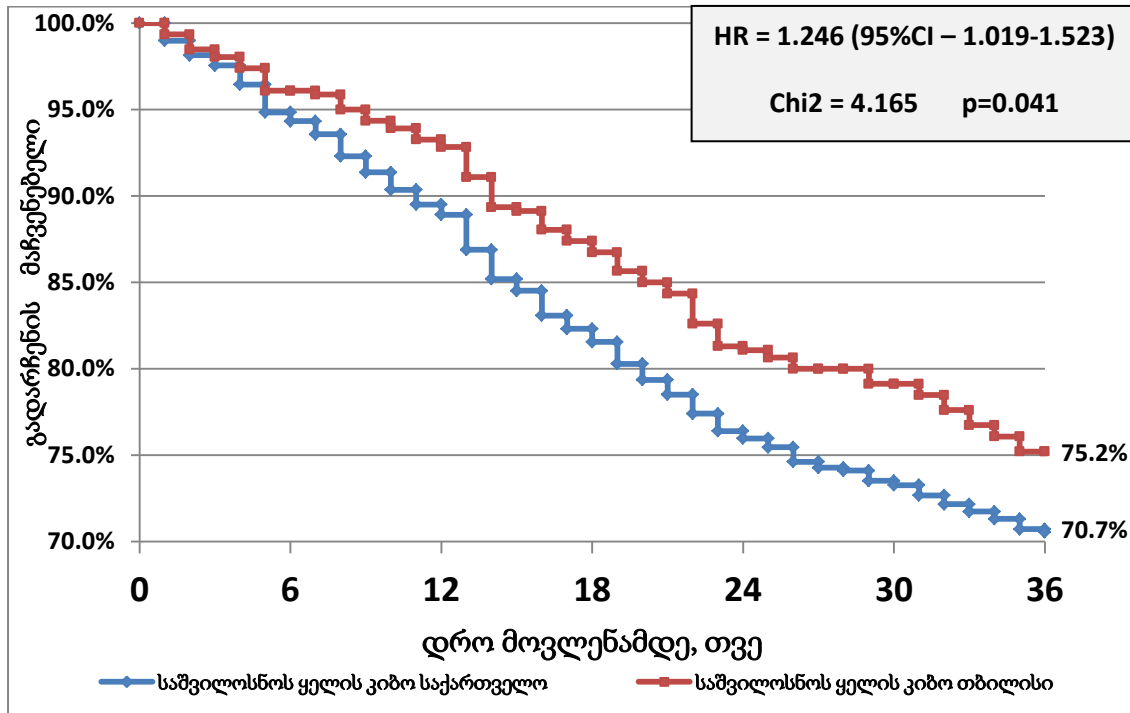
როგორც დიაგრამიდან 18 და ცხრილიდან 31 ჩანს, გინეკოლოგიური კიბოს შედეგად გარდაცვალების საფრთხე 2015-2017 წწ. თბილისში გამოვლენილი შემთხვევებისთვის შემდგომი 3 წლის მანძილზე სარწმუნოდ მეტია საშვილოსნოს ყელისა და საშვილოსნოს ტანის კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხესთან შედარებით. საკვერცხის კიბოს შედეგად გარდაცვალების საფრთხე კი სარწმუნოდ აღემატება გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოს შედეგად გარდაცვალების საფრთხეს. საშვილოსნოს ყელის კიბოს შედეგად გარდაცვალების საფრთხე სარწმუნოდ არ განსხვავდება საშვილოსნოს ტანის კიბოს ანალოგიურ მაჩვენებლისგან.

საქართველოსა და თბილისში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური (დიაგრამა 19), საშვილოსნოს ყელის (დიაგრამა 20), საშვილოსნოს ტანისა (დიაგრამა 21) და საკვერცხის კიბოს (დიაგრამა 22) შემთხვევების გადარჩენის ანალიზით აგებულ იქნა 3-წლიანი კაპლან-მეიერის მრუდები, კოქსის მოდელით კი გამოთვლილ იქნა შესაბამისი HR-ის მაჩვენებლები.

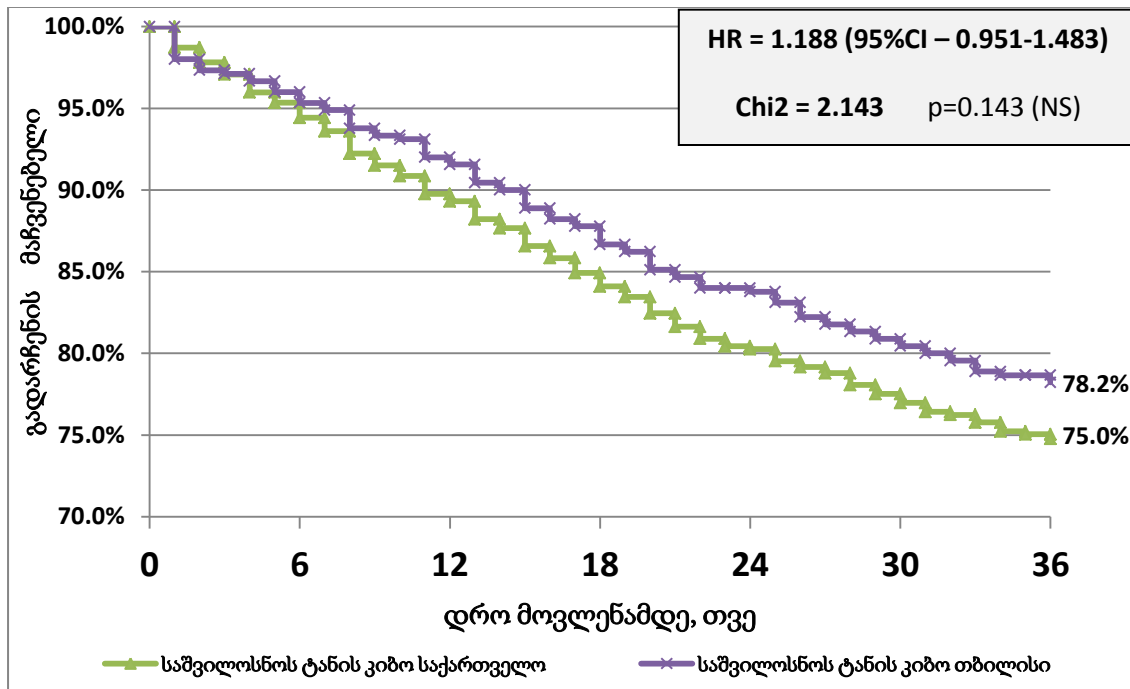
დიაგრამა 19. გადარჩენის კაპლან-მეიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევებისთვის.



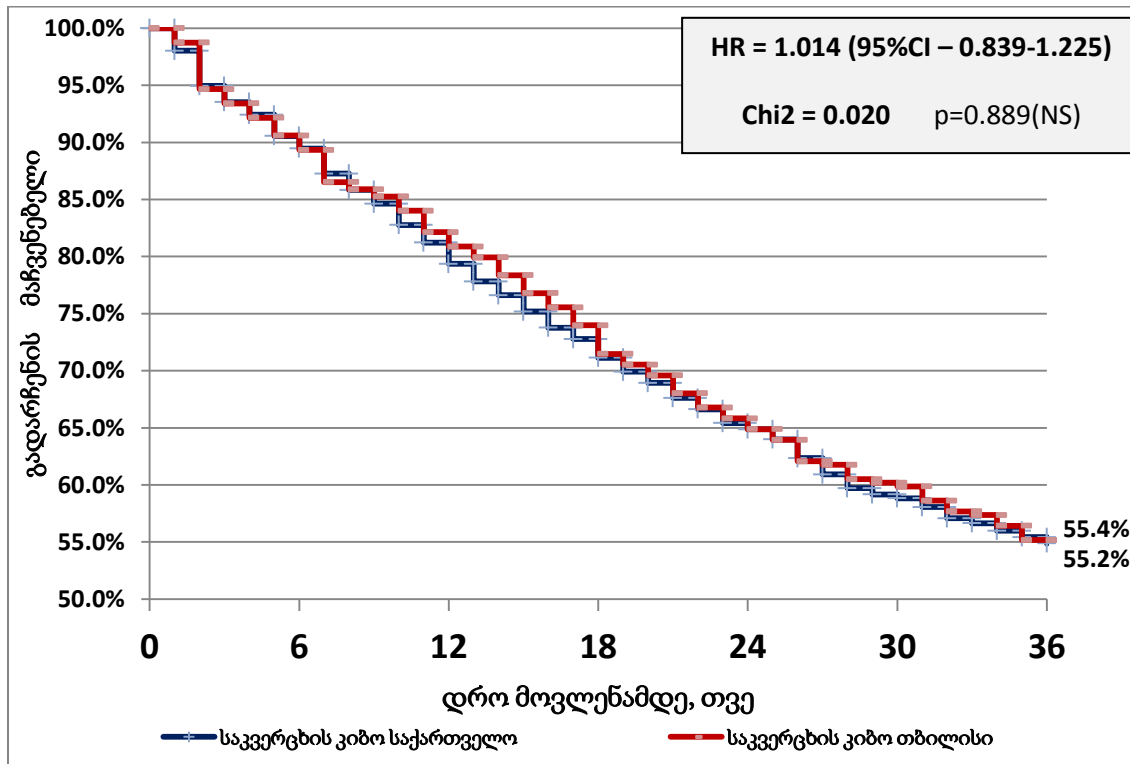
დიაგრამა 20. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევებისთვის.



დიაგრამა 21. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი საშვილოსნოს ტანის კიბოს შემთხვევებისთვის.



დიაგრამა 22. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი საკვერცხის კიბოს შემთხვევებისთვის.



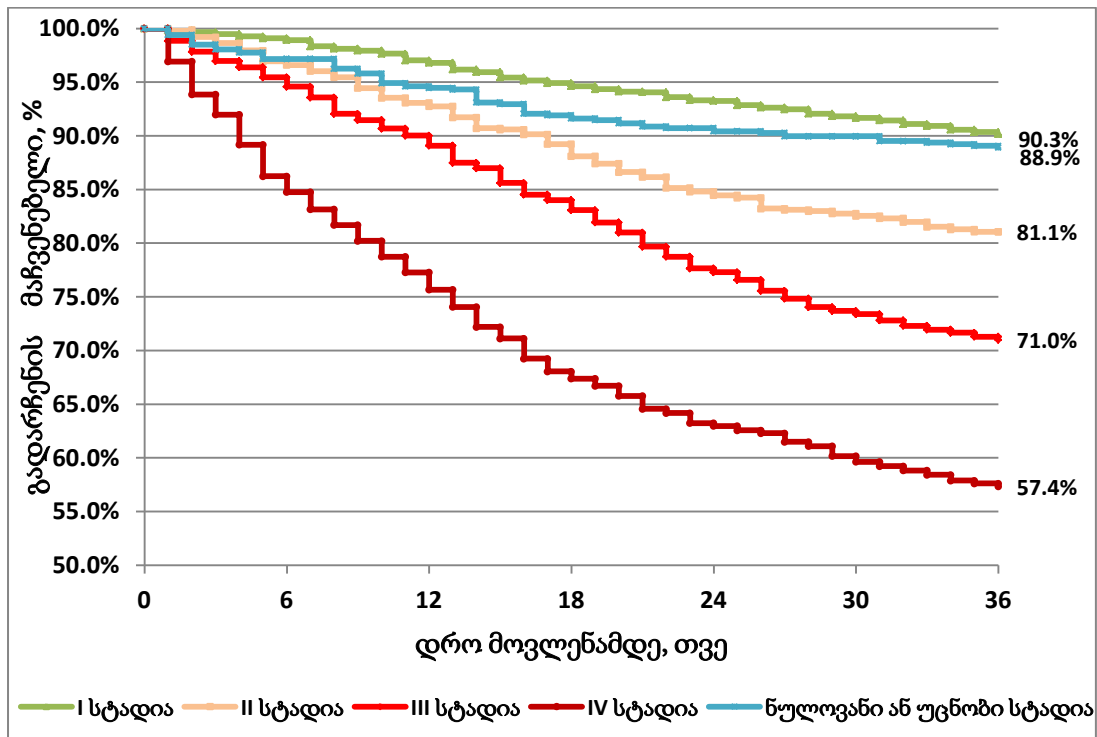
როგორც ამ დიაგრამებიდან ჩანს, გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევებისთვის 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი თბილისში სარწმუნოდ მაღალია საქართველოს მაჩვენებელთან შედარებით; ასევე იქცევა 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევებისთვისაც. საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს თბილისისა და საქართველოში გამოვლენილ შემთხვევათა 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები არ განსხვავდებოდა სარწმუნოდ.

4.3. საქართველოსა და თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს გადარჩენის ანალიზი დაავადების სტადიის მიხედვით.

2015-2017 წწ. გამოვლენილ გინეკოლოგიური კიბოს მქონე პაციენტების ჯგუფს საქართველოსა და თბილისში ჩაუტარდბ 3-წლიანი გადარჩენის ანალიზი დაავადების სტადიის მიხედვით. გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები

საქართველოში მოყვანილია დიაგრამაზე 23, საფრთხეთა ფარდობის მაჩვენებლები კი - ცხრილში 32.

დიაგრამა 23. საქართველოში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს მქონე პაციენტების გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები დაავადების სტადიის მიხედვით.



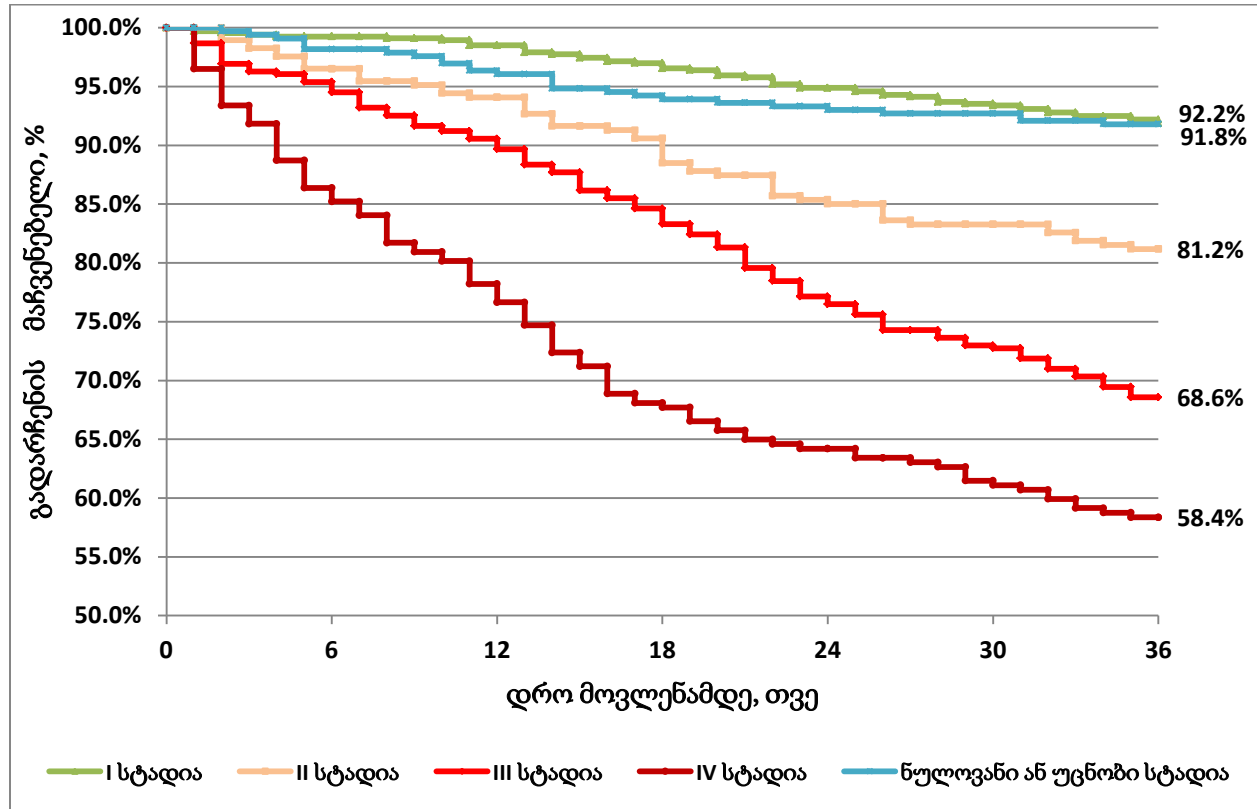
როგორც ამ დიაგრამიდან და ცხრილიდან ჩანს, გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევებისთვის 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია მე-4 სტადიისათვის. მე-4 სტადიის გინეკოლოგიური კიბოს დროს გარდაცვალების საფრთხე სარწმუნოდ მაღალია ყველა სხვა სტადიასთან შედარებით. გარდაცვალების საფრთხის მიხედვით შემდეგ მოდის მე-3 სტადია, შემდეგ მე-2 და ბოლოს, 1-ლი და ნულოვანი ან უცნობი სტადიები.

ცხრილი 32. გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები საქართველოში (2015-2017 წწ. ინციდენტობის მქონე პაციენტებში და კიბოს სტადიის მიხედვით). შეფერადებულია ის უჯრები, რომლებშიც მოყვანილია კოქსის მოდელით მიღებული სარწმუნო შედეგები.

	Cox საფრთხეთა ფარდობა (HR)	95% სანდოობის ინტერვალები		χ^2	P
IV სტადია vs.					
I სტადია	25,4	17,3	37,2	463,5	< 0.001
II სტადია	3,4	2,6	4,6	180,4	< 0.001
III სტადია	2,4	1,9	3,1	48,3	< 0.001
უცნობი ან ნულოვანი სტადია	2,1	1,7	2,7	38,0	< 0.001
III სტადია vs.					
I სტადია	12,3	8,5	17,8	198,6	< 0.001
II სტადია	1,6	1,3	2,1	20,7	< 0.001
უცნობი ან ნულოვანი სტადია	1,1	0,9	1,5	1,0	0,327
II სტადია vs.					
I სტადია	10,6	7,2	15,8	162,8	< 0.001
უცნობი ან ნულოვანი სტადია	1,4	1,1	1,8	9,3	0,002
I სტადია vs.					
უცნობი ან ნულოვანი სტადია	7,7	6,2	9,4	125,8	< 0.001

გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები თბილისში მოყვანილია დიაგრამაზე 24, საფრთხეთა ფარდობის მაჩვენებლები კი - ცხრილში 33. როგორც ამ დიაგრამიდან და ცხრილიდან ჩანს, თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევებისთვისაც 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი ყველაზე დაბალია მე-4 სტადიისათვის. მე-4 სტადიის გინეკოლოგიური კიბოს დროს გარდაცვალების საფრთხე სარწმუნოდ მაღალია ყველა სხვა სტადიასთან შედარებით. გარდაცვალების საფრთხის მიხედვით შემდეგ მოდის მე-3 სტადია, შემდეგ მე-2 და ბოლოს, ნულოვანი ან უცნობი და 1-ლი სტადიები.

დიაგრამა 24. თბილისში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს მქონე პაციენტების გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მაიერის მრუდები დაავადების სტადიის მიხედვით.



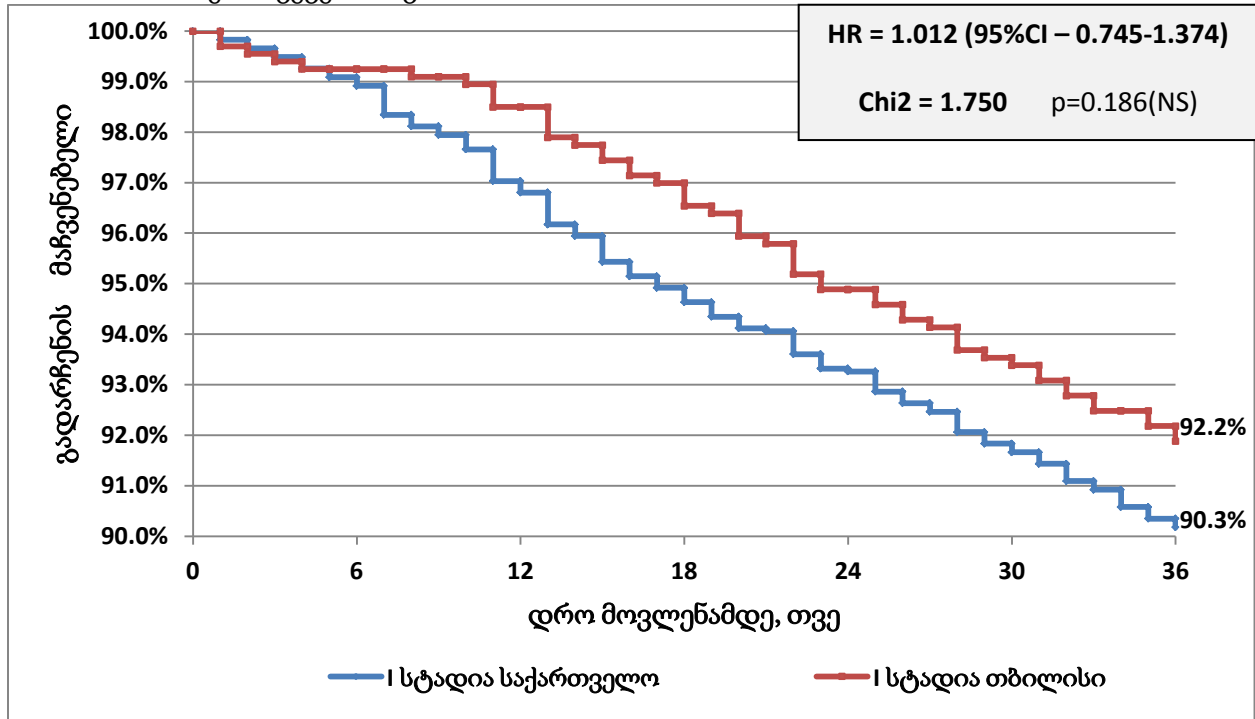
ამასთან, მე-4 სტადიის გინეკოლოგიური კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხე 25.4-ჯერ სარწმუნოდ აღემატება 1-ლი სტადიის გინეკოლოგიური კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხეს ($p < 0.001$); 3.4-ჯერ სარწმუნოდ აღემატება მე-2 სტადიის გინეკოლოგიური კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხეს ($p < 0.001$) და 2.4-ჯერ სარწმუნოდ აღემატება მე-3 სტადიის გინეკოლოგიური კიბოს გამო გარდაცვალების საფრთხეს ($p < 0.001$). ასევე სარწმუნოა მე-4 სტადიის შედეგად გარდაცვალების საფრთხის ფარდობა ნულოვანი ან უცნობი სტადიის მქონე პაციენტების გარდაცვალების საფრთხესთან ($HR=2.1$, $p < 0.001$).

ცხრილი 33. გარდაცვალების საფრთხეთა ფარდობის (Hazard Ratio - HR) მაჩვენებლები თბილისში (2015-2017 წწ. ინციდენტობის მქონე პაციენტებში და კიბოს სტადიის მიხედვით). შეფერადებულია ის უჯრები, რომლებშიც მოყვანილია კოქსის მოდელით მიღებული სარწმუნო შედეგები.

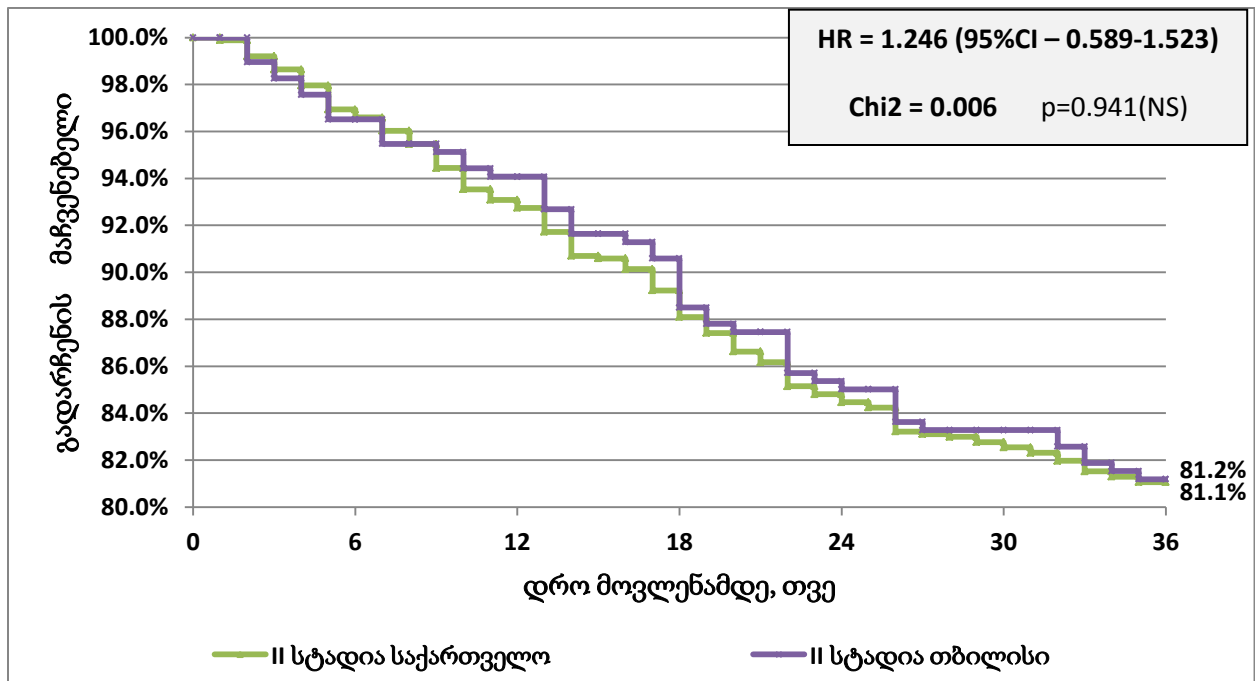
	Cox საფრთხეთა ფარდობა (HR)	95% სანდოობის ინტერვალები		χ^2	P
IV სტადია vs.					
I სტადია	25,4	17,3	37,2	463,5	< 0.001
II სტადია	3,4	2,6	4,6	180,4	< 0.001
III სტადია	2,4	1,9	3,1	48,3	< 0.001
უცნობი ან ნულოვანი სტადია	2,1	1,7	2,7	38,0	< 0.001
III სტადია vs.					
I სტადია	12,3	8,5	17,8	198,6	< 0.001
II სტადია	1,6	1,3	2,1	20,7	< 0.001
უცნობი ან ნულოვანი სტადია	1,1	0,9	1,5	1,0	0,327
II სტადია vs.					
I სტადია	10,6	7,2	15,8	162,8	< 0.001
უცნობი ან ნულოვანი სტადია	1,4	1,1	1,8	9,3	0,002
I სტადია vs.					
უცნობი ან ნულოვანი სტადია	7,7	6,2	9,4	125,8	< 0.001

საქართველოსა და თბილისში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს I სტადიის (დიაგრამა 25), II სტადიის (დიაგრამა 26), III სტადიის (დიაგრამა 27) და IV სტადიის (დიაგრამა 28) შემთხვევების გადარჩენის ანალიზით აგებულ იქნა 3-წლიანი კაპლან-მაიერის მრუდები, კოქსის მოდელით კი გამოთვლილ იქნა შესაბამისი HR-ის მაჩვენებლები.

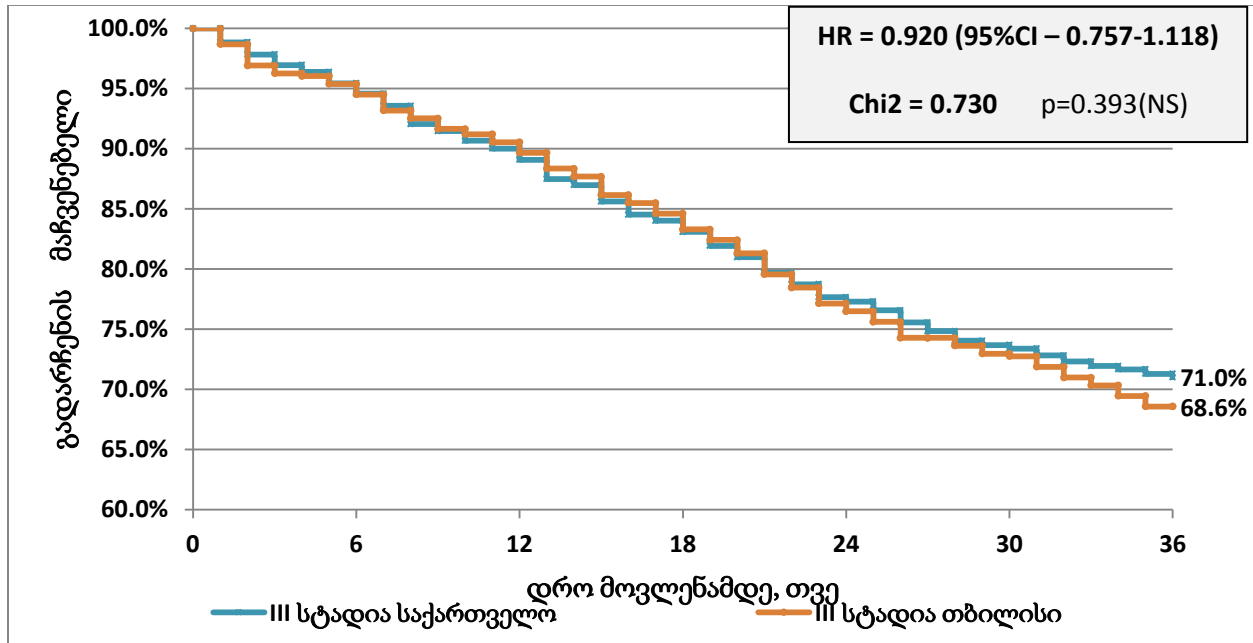
დიაგრამა 25. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს I სტადიის შემთხვევებისთვის.



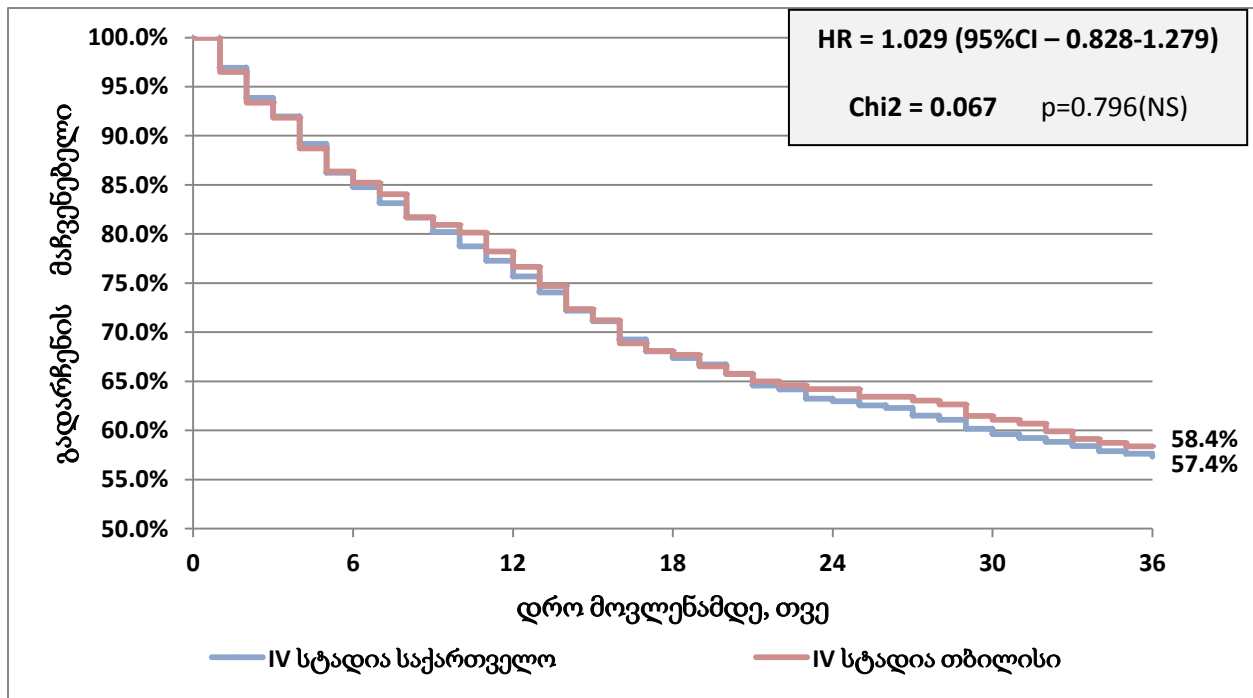
დიაგრამა 26. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს II სტადიის შემთხვევებისთვის.



დიაგრამა 27. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს III სტადიის შემთხვევებისთვის.



დიაგრამა 28. გადარჩენის კაპლან-მაიერის მრუდები 2015-2017 წწ. საქართველოსა და თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს IV სტადიის შემთხვევებისთვის.



როგორც ამ დიაგრამებიდან ჩანს, გინეკოლოგიური კიბოს სტადიების მიხედვით 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები თბილისსა და საქართველოში მსგავსია; მათ შორის განსხვავება არ არის სტატისტიკურად სარწმუნო.

თავი V.

რეციდივები და მეტასტაზები

5.1. რეციდივებისა და მეტასტაზირების შემთხვევათა ანალიზი საქართველოში.

საქართველოს მდებრობითი სექსის მოსახლეობაში გამოვლენილი ყველა ლოკალიზაციის კიბოს შემთხვევებში რეციდივების სიხშირის მონაცემები მოყვანილია ცხრილში 34.

ცხრილი #34. 2015-2019 წწ. საქართველოში ქალებში გამოვლენილი კიბოს შემთხვევებში რეციდივების სიხშირე კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით

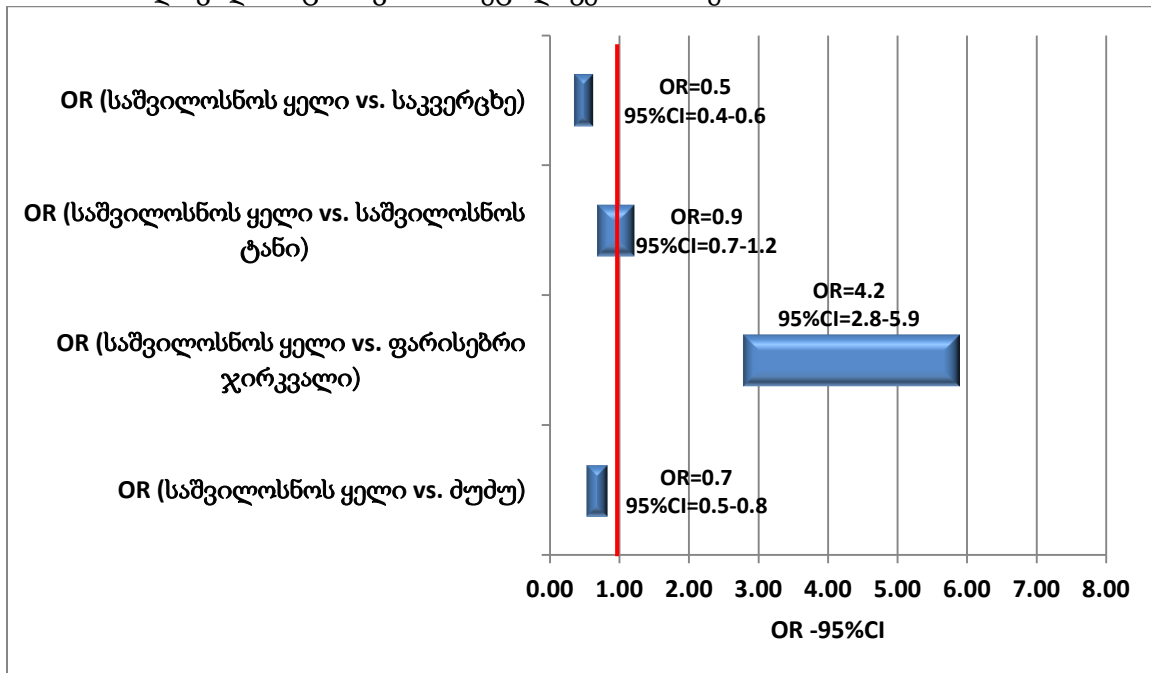
#	ტოპოგრაფია	ICD Code	რეციდივი, აბსოლუტური რაოდენობა	ინციდენტობა, აბსოლუტური რაოდენობა	%
1	ძუძუ	C50.0-50.9	586	9298	6,3%
2	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	43	3989	1,1%
3	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	77	1811	4,3%
4	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	82	1800	4,6%
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	96	1840	5,2%
6	საკვერცხე	C56.9	128	1467	8,7%
7	კანი	C44.0-44.9	60	2017	3,0%
8	სისხლი	C42.0-42.4	74	1099	6,7%
9	ლიმფური სისტემა	C77.9	22	611	3,6%
10	კუჭი	C16.0-C16.9	31	803	3,9%
11	თავის ტვინი	C70.0-71.9	21	510	4,1%
12	თირკმელი	C64.9-65.9	18	494	3,6%
13	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	39	578	6,7%
14	ფილტვი	C34.0-34.9	13	516	2,5%
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	4	399	1,0%
16	ნაღვლის ბუშტი	C23.0-24.9	4	280	1,4%
17	შემაერთებელი ქსოვილები	C49.0-49.9	8	189	4,2%
18	ღვიძლი	C22.0-22.1	4	236	1,7%
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	6	135	4,4%
20	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	C55.9;C57.0-C58.9	7	157	4,5%

ცხრილი 34. გაგრძელება

#	ტოპოგრაფია	ICD Code	რეციდივი, აბსოლუტური რაოდენობა	ინციდენტობა, აბსოლუტური რაოდენობა	%
21	საყლაპავი	C15.0-C15.9; C32.0-C33.9	6	147	4,1%
22	ვულვა	C51.0-C51.9	6	166	3,6%
23	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	9	120	7,5%
24	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9;	4	89	4,5%
25	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0-C26.9	5	78	6,4%
26	ყბა-სახე	C0.0-9.8	3	89	3,4%
27	თვალი	C69.0-69.9	2	52	3,8%
28	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C72.0-72.9	3	47	6,4%
29	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	2	58	3,4%
30	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0	27	0,0%
31	საშო	C52.9	3	31	9,7%
32	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	1	21	4,8%
33	უცნობი და არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	13	149	8,7%
	ყველა ლოკალიზაცია		1380	29303	4,7%

ჩვენს მიერ გაანალიზდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა სხვა ლოკალიზაციების კიბოს რეციდივების შანსებთან (იხ. დიაგრამა 29), რომლიდანაც ნათლად ჩანს, რომ 2015-2019 წწ. გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივის შანსი სარწმუნოდ დაბალია, ვიდრე საკვერცხისა ($OR=0.5$; 95%CI 0.4-0.6) და ძუძუს კიბოს რეციდივის შანსი ($OR=0.7$; 95%CI 0.5-0.8). საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივის შანსი სარწმუნოდ არ განსხვავდება საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივის შანსისგან ($OR=0.9$; 95%CI 0.7-1.2).

დიაგრამა 29. საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის კიბოს რეციდივების შანსებთან.

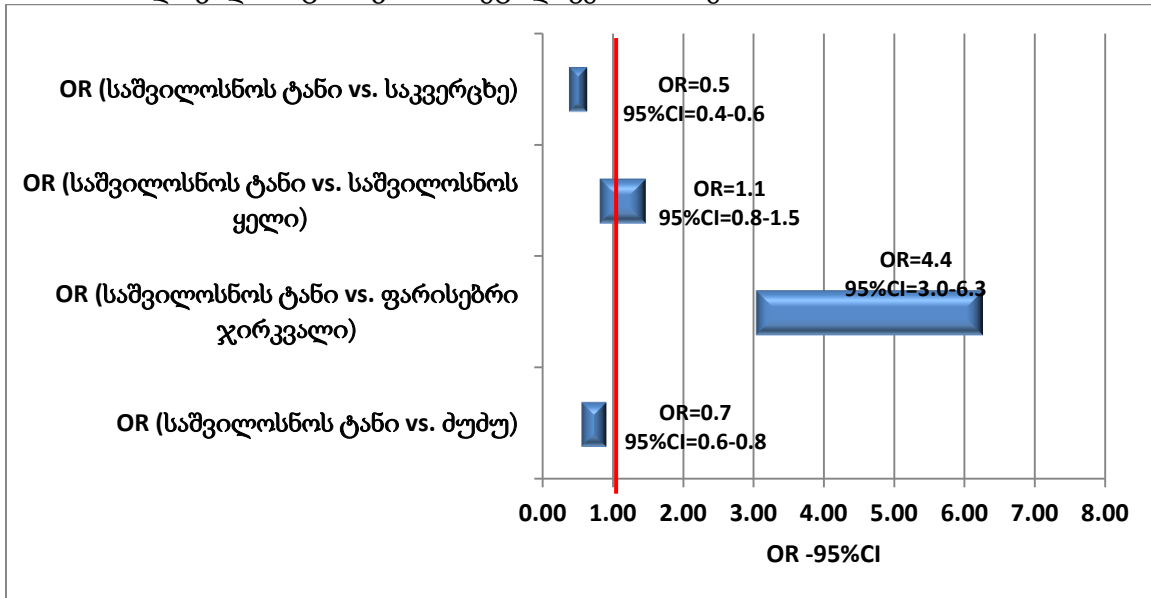


საშვილოსნოს ყელი vs	OR	95%CI	Mantel-Haenszel test	P
ძუძუ	0,7	0,5-0,8	11,4	p<0.001
ფარისებრი ჯირკვალი	4,2	2,8-5,9	3,3	p<0.001
საშვილოსნოს ტანი	0,9	0,7-1,2	2,8	p=0,002
საკვერცხე	0,5	0,4-0,6	3,5	p<0.001

საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა სხვა ლოკალიზაციების კიბოს რეციდივების შანსებთან (იხ. დიაგრამა 30), რომლიდანაც ნათლად ჩანს, რომ 2015-2019 წწ. გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივის შანსი სარწმუნოდ დაბალია, ვიდრე საკვერცხისა (OR=0.5; 95%CI 0.4-0.6) და ძუძუს კიბოს რეციდივის შანსი (OR=0.7; 95%CI 0.6-0.9). საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივის შანსი სარწმუნოდ არ განსხვავდება საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივის შანსისგან (OR=1.1; 95%CI 0.8-1.5).

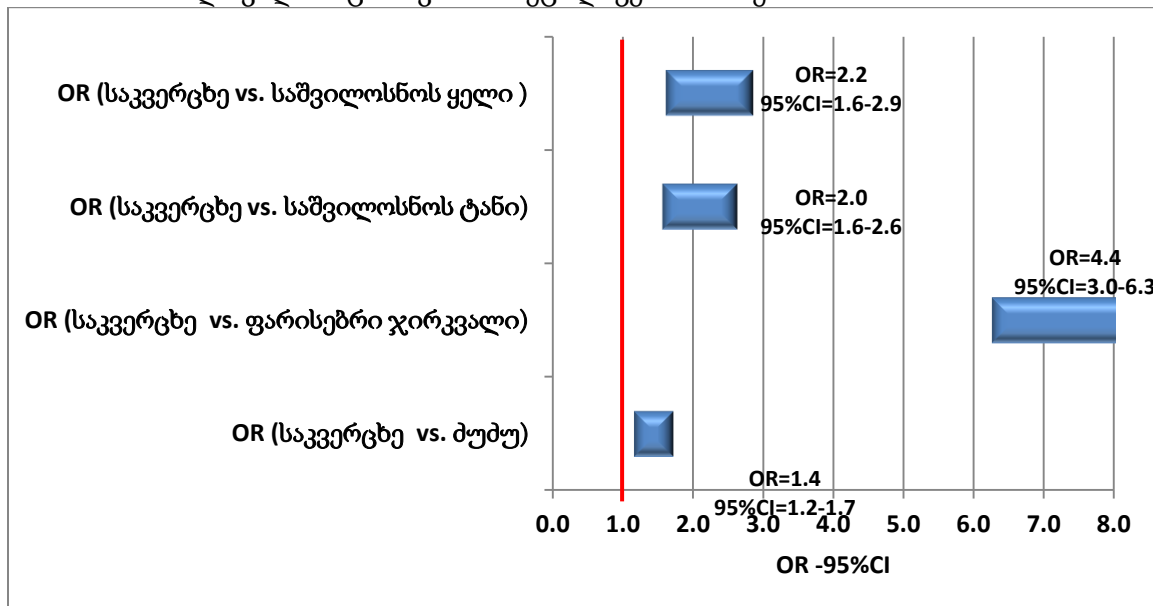
საკვერცხის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა სხვა ლოკალიზაციების კიბოს რეციდივების შანსებთან (იხ. დიაგრამა 31), რომლიდანაც ნათლად ჩანს, რომ 2015-2019 წწ. გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივის შანსი სარწმუნოდ აღემატება საშვილოსნოს ყელის (OR=2.2; 95%CI 1.6-2.9), საშვილოსნოს ტანის კიბოს (OR=2.0; 95%CI 1.6-2.6) და ძუძუს კიბოს რეციდივის შანსი (OR=1.4; 95%CI 1.2-1.7).

დიაგრამა 30. საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის კიბოს რეციდივების შანსებთან.



საშვილოსნოს ტანი vs	OR	95%CI	p
ძუძუ	0,7	0,6-0,8	p=0.002
ფარისებრი ჯირკვალი	4,4	3,0-6,3	p<0.001
საშვილოსნოს ყელი	1,1	0,8-1,5	p=0,328 (NS)
საკვერცხე	0,5	0,4-0,6	p<0.001

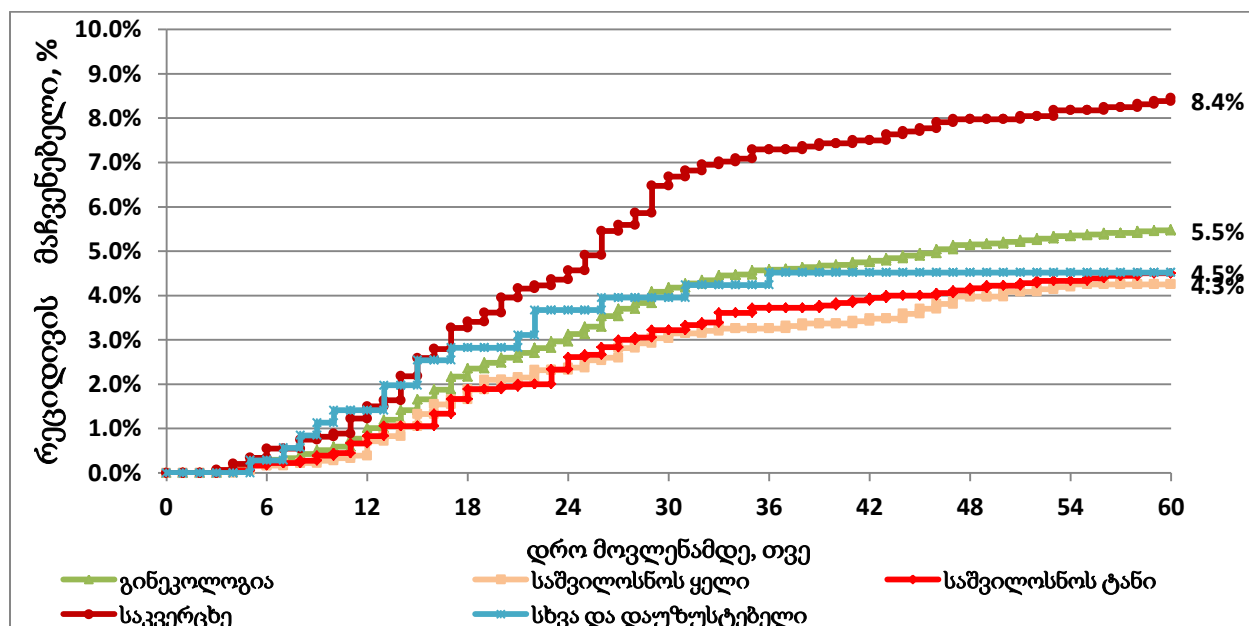
დიაგრამა 31. საკვერცხის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის კიბოს რეციდივების შანსებთან.



საკვერცხე vs	OR	95%CI	p
ძუძუ	1,4	1,2-1,7	p<0.001
ფარისებრი ჯირკვალი	9,1	6,3-12,5	p<0.001
საშვილოსნოს ტანი	2,0	1,6-2,6	p<0.001
საშვილოსნოს ყელი	2,2	1,6-2,9	p<0.001

დიაგრამა 32-ზე კი მოყვანილია გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, საკვერცხისა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივების დადგომის კაპლან-მაიერის მრუდები. ინციდენტობიდან 60 თვის შემდგომ რეციდივის (როგორც მოვლენის) დადგომის ალბათობა გინეკოლოგიური კიბოსთვის შეადგენს 5.5%-ს, საშვილოსნოს ყელის კიბოსთვის - 4.3%-ს, საშვილოსნო ტანის კიბოსთვის - 4.5%-ს, საკვერცხის კიბოსთვის - 8.5%-ს და სხვა გინეკოლოგიური კიბოსთვის - 4.5%-ს. კოქსის მოდელით შეფასებული საფრთხეთა ფარდობა მხოლოდ საკვერცხის კიბოსა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივების საფრთხეთა ფარდობისთვის გამოდგა სარწმუნო (შედეგები იხ. ცხრილში 35).

დიაგრამა #32.2015-2019 წწ. საქართველოში გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, საკვერცხისა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივების დადგომის კაპლან მაიერის მრუდები.



ცხრილში #36 კი მოყვანილია საქართველოში 2015-2019 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს ფორმების (მათ შორის მეტასტაზური) განაწილება როგორც მთელ კონტინგენტში, ასევე იმ პაციენტებში, რომლებთანაც მომავალში ადგილი ჰქონდა რეციდივის დადგომას.

ცხრილი 35. საკვერცხის კიბოსა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივების საფრთხეთა ფარდობები

ლოკალიზაცია	HR	95% CI	P
საკვერცხე vs.			
საშვილოსნოს ყელი	1.98	1.78 – 2.19	<0.001
საშვილოსნოს ტანი	1.89	1.63 – 2.15	<0.001
სხვა გინეკოლოგიური	1.89	1.54 – 2.24	<0.001

ცხრილი 36. მეტასტაზური გინეკოლოგიური კიბოს აბსოლუტური და პროცენტული მაჩვენებლები 2015-2019 წწ. საქართველოში სულ და ICD კოდების მიხედვით მოელ კონტინგენტში და რეციდივების შემთხვევებში

საშვილოსნოს ყელის კიბო	სულ		რეციდივები	
ავთვისებიანი	1660	92,8%	76	98,7%
მეტასტაზური	6	0,3%	0	0,0%
პრეინვაზიური	122	6,8%	1	1,3%
გაურკვეველი	1	0,1%	0	0,0%
უცნობი	0	0,0%	0	0,0%
საშვილოსნოს ტანის კიბო	სულ		რეციდივები	
ავთვისებიანი	1725	99,0%	82	100,0%
მეტასტაზური	3	0,2%	0	0,0%
პრეინვაზიური	13	0,7%	0	0,0%
გაურკვეველი	0	0,0%	0	0,0%
უცნობი	2	0,1%	0	0,0%
საკვერცხის კიბო	სულ		რეციდივები	
ავთვისებიანი	1385	98,0%	128	100,0%
მეტასტაზური	24	1,7%	0	0,0%
პრეინვაზიური	3	0,2%	0	0,0%
გაურკვეველი	0	0,0%	0	0,0%
უცნობი	1	0,1%	0	0,0%
სხვა გინეკოლოგიური კიბო	სულ		რეციდივები	
ავთვისებიანი	334	97,4%	16	100,0%
მეტასტაზური	1	0,3%	0	0,0%
პრეინვაზიური	4	1,2%	0	0,0%
გაურკვეველი	0	0,0%	0	0,0%
უცნობი	4	1,2%	0	0,0%

5.2. რეციდივებისა და მეტასტაზირების შემთხვევათა ანალიზი თბილისში.

თბილისის მდებრობითი სქესის მოსახლეობაში გამოვლენილი ყველა ლოკალიზაციის

კიბოს შემთხვევებში რეციდივების სიხშირის მონაცემები კი მოყვანილია ცხრილში 37.

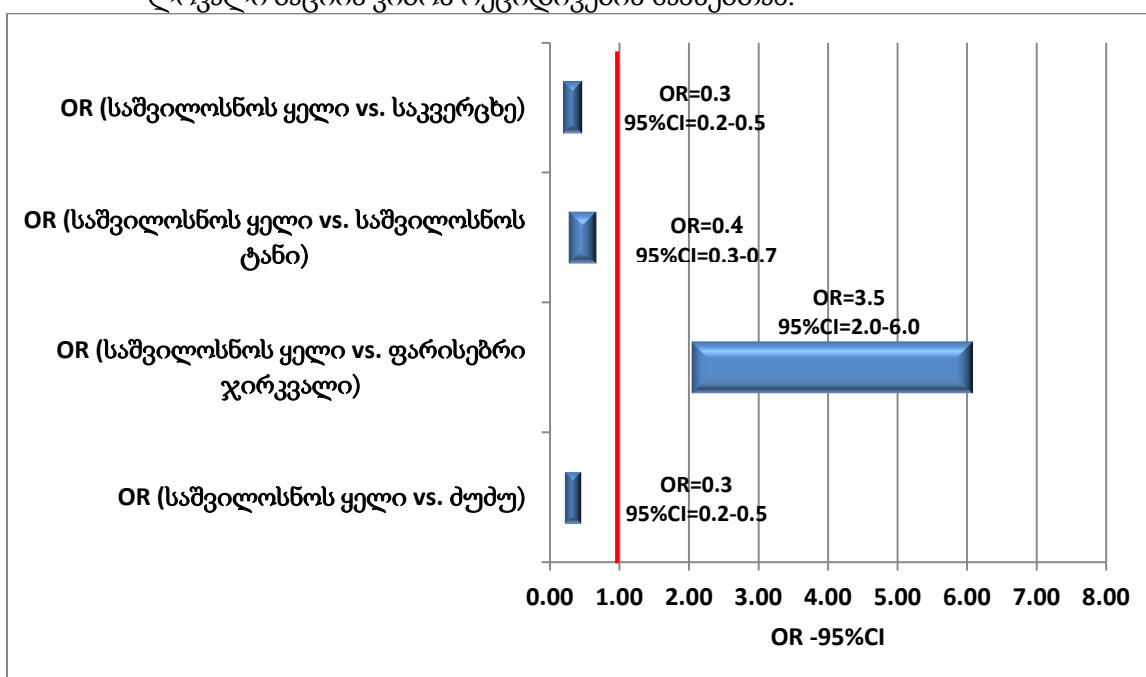
ცხრილი #37. 2015-2019 წწ. თბილისში ქალებში გამოვლენილი კიბოს შემთხვევებში რეციდივების სიხშირე კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით

#	ტოპოგრაფია	ICD Code	რეციდივი, აბსოლუტური რაოდენობა	ინციდენტობა, აბსოლუტური რაოდენობა	%
1	ძუძუ	C50.0-50.9	313	3743	8,4%
2	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	16	1942	0,8%
3	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	22	775	2,8%
4	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	45	714	6,3%
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	46	648	7,1%
6	საკვერცხე	C56.9	53	604	8,8%
7	კანი	C44.0-44.9	21	496	4,2%
8	სისხლი	C42.0-42.4	33	455	7,3%
9	ლიმფური სისტემა	C77.9	14	286	4,9%
10	კუჭი	C16.0-C16.9	16	252	6,3%
11	თავის ტვინი	C70.0-71.9	7	235	3,0%
12	თირკმელი	C64.9-65.9	10	228	4,4%
13	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	22	217	10,1%
14	ფილტვი	C34.0-34.9	7	198	3,5%
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	3	171	1,8%
16	ნაღვლის ბუშტი	C23.0-24.9	2	98	2,0%
17	შემავრთებელი ქსოვილები	C49.0-49.9	3	87	3,4%
18	ღვიძლი	C22.0-22.1	1	71	1,4%
19	ბვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	4	67	6,0%
20	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	C55.9;C57.0- C58.9	3	54	5,6%
21	საყლაპავი	C15.0-C15.9; C32.0-C33.9	0	50	0,0%
22	ვულვა	C51.0-C51.9	3	50	6,0%
23	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	6	49	12,2%
24	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9;	1	33	3,0%
25	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0-C26.9	3	27	11,1%
26	ყბა-სახე	C0.0-9.8	0	23	0,0%
27	თვალი	C69.0-69.9	1	20	5,0%

#	ტოპოგრაფია	ICD Code	რეციდივი, აბსოლუტური რაოდენობა	ინციდენტობა, აბსოლუტური რაოდენობა	%
28	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C72.0-72.9	2	20	10,0%
29	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	0	19	0,0%
30	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0	14	0,0%
31	საშო	C52.9	1	10	10,0%
32	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	1	7	14,3%
33	უცნობი და არამკაფიოდ განსაზღვრული ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	6	32	18,8%
	ყველა ლოკალიზაცია		665	11695	5,7%

ჩვენს მიერ გაანალიზდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა სხვა ლოკალიზაციების კიბოს რეციდივების შანსებთან (იხ.დიაგრამა 33), რომლიდანაც ნათლად ჩანს, რომ 2015-2019 წწ. თბილისში გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივის შანსი სარწმუნოდ დაბალია, ვიდრე საკვერცხისა ($OR=0.3$; 95%CI 0.2-0.5) და ძუძუს კიბოს რეციდივის შანსი ($OR=0.3$; 95%CI 0.2-0.5). საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივის შანსი ასევე სარწმუნოდ განსხვავდება საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივის შანსისგან ($OR=0.4$; 95%CI 0.3-0.7).

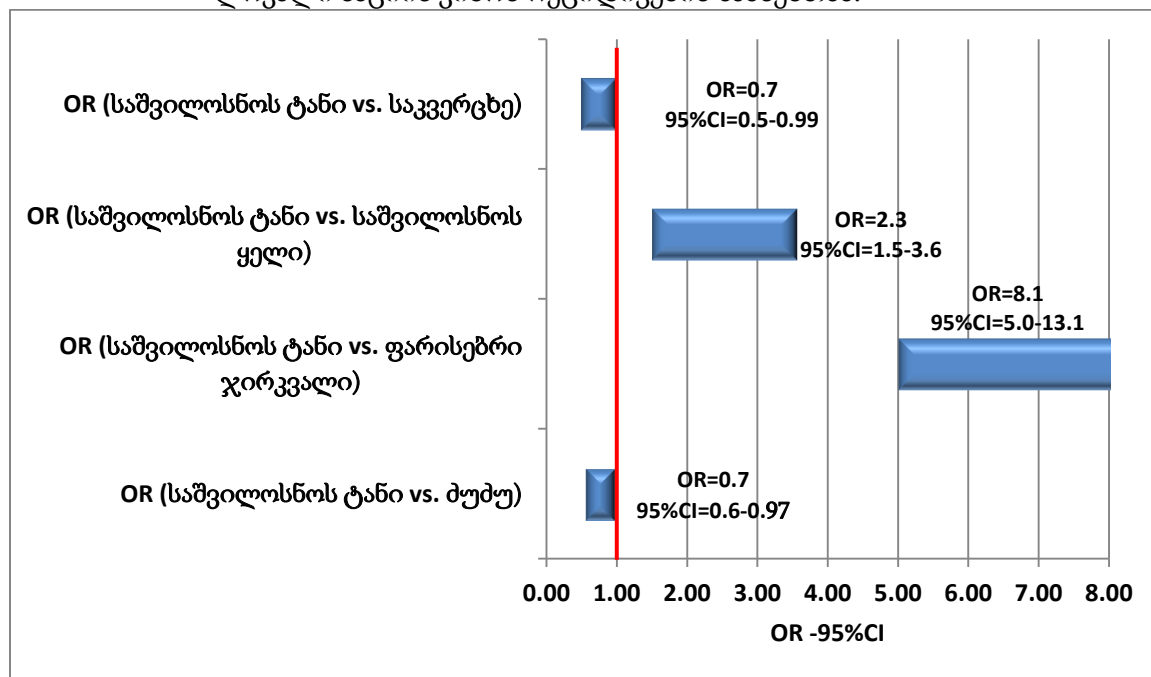
დიაგრამა 33. საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის კიბოს რეციდივების შანსებთან.



საშვილოსნოს ყელი vs	OR	95%CI	P
ძუძუ	0,3	0,2-0,5	p<0.001
ფარისებრი ჯირკვალი	3,5	2,0-6,0	p<0.001
საშვილოსნოს ტანი	0,4	0,3-0,7	p<0.001
საკვერცხე	0,3	0,2-0,5	p<0.001

საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა სხვა ლოკალიზაციების კიბოს რეციდივების შანსებთან (იხ.დიაგრამა 34), რომლიდანაც ნათლად ჩანს, რომ 2015-2019 წწ. გამოვლენილი საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივის შანსი სარწმუნოდ დაბალია, ვიდრე საკვერცხისა (OR=0.7; 95%CI 0.5-0.99) და ძუძუს კიბოს რეციდივის შანსი (OR=0.7; 95%CI 0.5-0.96). საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივის შანსი სარწმუნოდ აღემატება საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივის შანსს (OR=2.3; 95%CI 1.5-3.6).

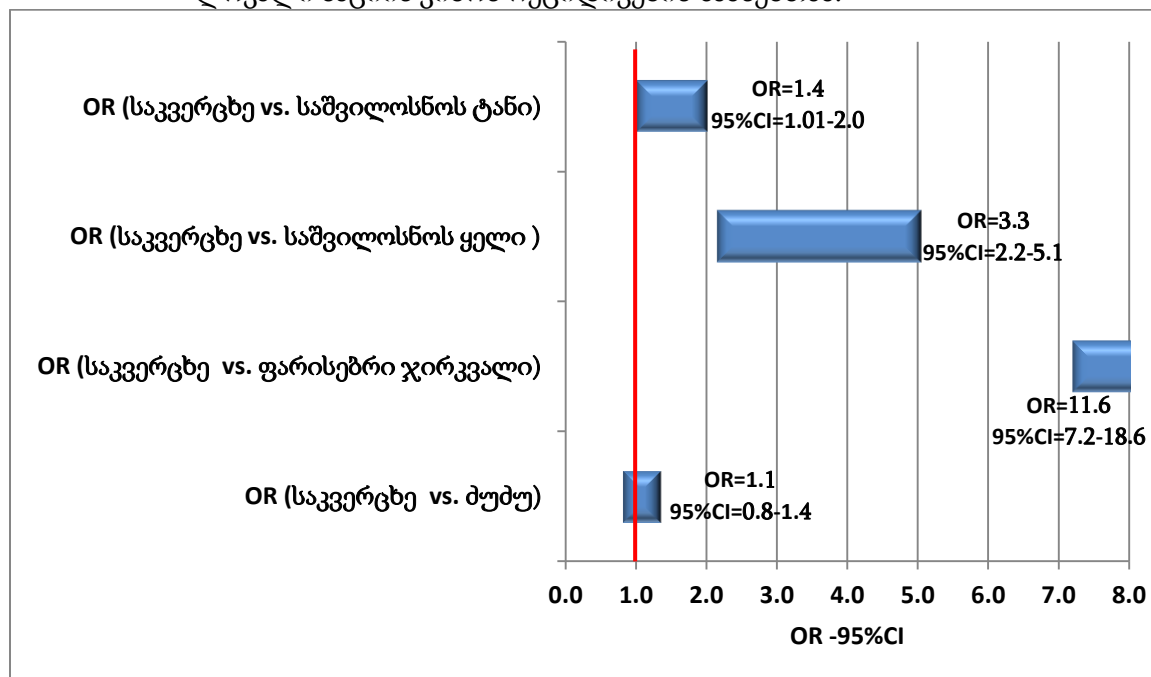
დიაგრამა 34. საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის კიბოს რეციდივების შანსებთან.



საშვილოსნოს ტანი vs	OR	95%CI	p
ძუძუ	0,7	0,6-0,97	p=0.032
ფარისებრი ჯირკვალი	8,1	5,0-13,1	p<0.001
საშვილოსნოს ყელი	2,3	1,5-3,6	p<0.001
საკვერცხე	0,7	0,5-0,99	p=0.044

საკვერცხის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა სხვა ლოკალიზაციების კიბოს რეციდივების შანსებთან (იხ.დიაგრამა 35), რომლიდანაც ნათლად ჩანს, რომ 2015-2019 წწ. გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივის შანსი სარწმუნოდ აღემატება საშვილოსნოს ყელის (OR=3.3; 95%CI 2.2-5.1) და საშვილოსნოს ტანის კიბოს (OR=1.4; 95%CI 1.01-2.0). ძუძუს კიბოს რეციდივის შანსისგან განსხვავება კი სარწმუნო არ არის (OR=1.2; 95%CI 0.8-1.4).

დიაგრამა 35. საკვერცხის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა ზოგიერთი სხვა ლოკალიზაციის კიბოს რეციდივების შანსებთან.

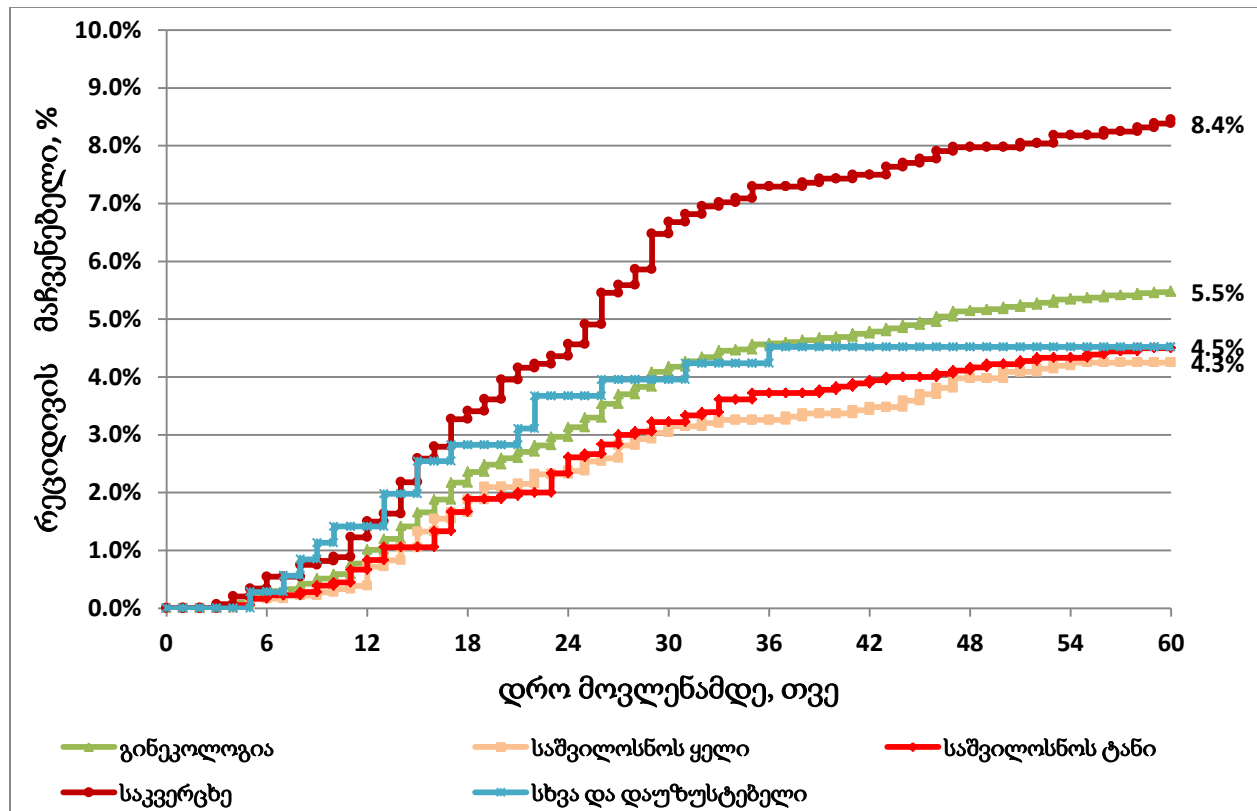


საკვერცხე vs	OR	95%CI	P
ძუძუ	1,1	0,8-1,4	p=0,367 (NS)
ფარისებრი ჯირკვალი	11,6	7,2-18,6	p<0.001
საშვილოსნოს ტანი	1,4	1,01-2,0	p<0.001
საშვილოსნოს ყელი	3,3	2,2-5,1	p=0,044

დიაგრამა 36-ზე კი მოყვანილია თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, საკვერცხისა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივების დადგომის კაპლან-მაიერის მრუდები. ინციდენტობიდან 60 თვის შემდგომ რეციდივის (როგორც მოვლენის) დადგომის ალბათობა გინეკოლოგიური კიბოსთვის შეადგენს 5.6%-ს, საშვილოსნოს ყელის კიბოსთვის - 2.8%-ს, საშვილოსნო ტანის კიბოსთვის - 6.2%-ს,

საკვერცხის კიბოსთვის - 8.4%-ს და სხვა გინეკოლოგიური კიბოსთვის - 6.1%-ს. კოქსის მოდელით შეფასებული საფრთხეთა ფარდობა მხოლოდ საკვერცხის კიბოსა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივების საფრთხეთა ფარდობისთვის გამოდგა სარწმუნო (შედეგები იხ. ცხრილში 38).

დიაგრამა 36. 2015-2019 წწ. თბილისში გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, საკვერცხისა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივების დადგომის კაპლან მეიერის მრუდები.



ცხრილი 38. საკვერცხის კიბოსა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს რეციდივების საფრთხეთა ფარდობები

ლოკალიზაცია	HR	95% CI	P
საკვერცხე vs.			
საშვილოსნოს ყელი	1.98	1.78 – 2.19	<0.001
საშვილოსნოს ტანი	1.89	1.63 – 2.15	<0.001
სხვა გინეკოლოგიური	1.89	1.54 – 2.24	<0.001

ცხრილში 39 კი მოყვანილია თბილისში 2015-2019 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს ფორმების (მათ შორის მეტასტაზური) განაწილება როგორც მთელ კონტინგენტში, ასევე იმ პაციენტებში, რომლებთანაც მომავალში ადგილი ჰქონდა რეციდივის დადგომას.

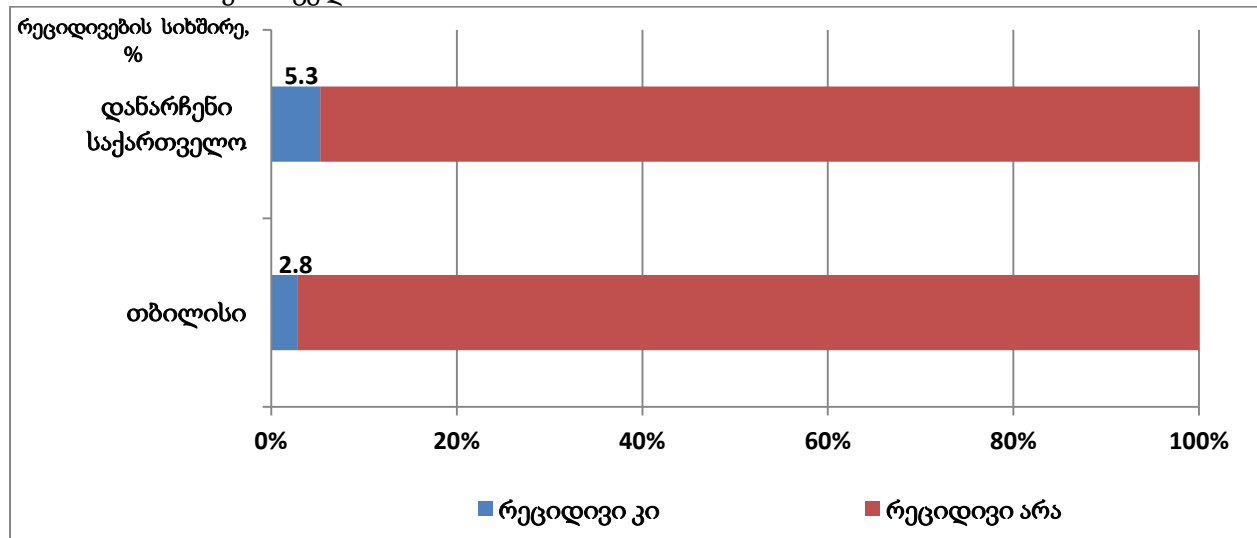
ცხრილი 39. მეტასტაზური გინეკოლოგიური კიბოს აბსოლუტური და პროცენტული მაჩვენებლები 2015-2019 წწ. საქართველოში სულ და ICD კოდების მიხედვით მთელ კონტინგენტში და რეციდივების შემთხვევებში

საშვილოსნოს ყელის კიბო	სულ		რეციდივები	
ავთვისებიანი	555	86,9%	22	100,0%
მეტასტაზური	1	0,2%	0	0,0%
პრეინვაზიური	83	13,0%	0	0,0%
გაურკვეველი	0	0,0%	0	0,0%
უცნობი	0	0,0%	0	0,0%
საშვილოსნოს ტანის კიბო	სულ		რეციდივები	
ავთვისებიანი	680	98,8%	45	100,0%
მეტასტაზური	3	0,4%	0	0,0%
პრეინვაზიური	5	0,7%	0	0,0%
გაურკვეველი	0	0,0%	0	0,0%
უცნობი	0	0,0%	0	0,0%
საკვერცხის კიბო	სულ		რეციდივები	
ავთვისებიანი	472	99,2%	53	100,0%
მეტასტაზური	3	0,6%	0	0,0%
პრეინვაზიური	1	0,2%	0	0,0%
გაურკვეველი	0	0,0%	0	0,0%
უცნობი	0	0,0%	0	0,0%
სხვა გინეკოლოგიური კიბო	სულ		რეციდივები	
ავთვისებიანი	126	97,7%	7	100,0%
მეტასტაზური	0	0,0%	0	0,0%
პრეინვაზიური	1	0,8%	0	0,0%
გაურკვეველი	0	0,0%	0	0,0%
უცნობი	2	1,6%	0	0,0%

გინეკოლოგიური კიბოს მეტასტაზური ფორმების მაჩვენებლები საქართველოსა და თბილისში სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ განსხვავდება. იგივე ტენდენციას ჰქონდა ადგილი რეციდივების შემთხვევების დროსაც მეტასტაზური ფორმების მაჩვენებლების შედარებისას.

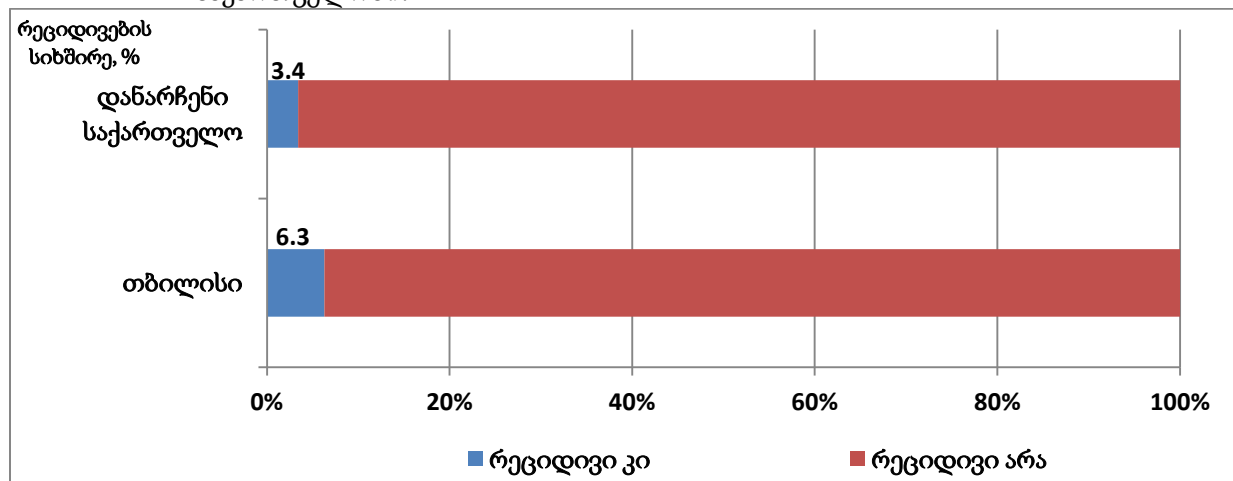
რეციდივების სიხშირეების შედარებამ საქართველოსა და თბილისში კი აჩვენა, რომ საშვილოსნოს კიბოსთვის რეციდივების სიხშირე საქართველოში სარწმუნოდ აღემატება თბილისის ანალოგიურ მაჩვენებელს (დიაგრამა 37); საშვილოსნო ტანის კიბოს რეციდივებისთვის კი მდგომარეობა კარდინალურად შეცვლილია - საქართველოს მონაცემი სარწმუნოდ აღემატება თბილისისას - (დიაგრამა 38).

დიაგრამა 37. საშვილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა თბილისსა და საქართველოში.



OR = 0.52 95%CI – 0.34-0.80 (p=0.006)

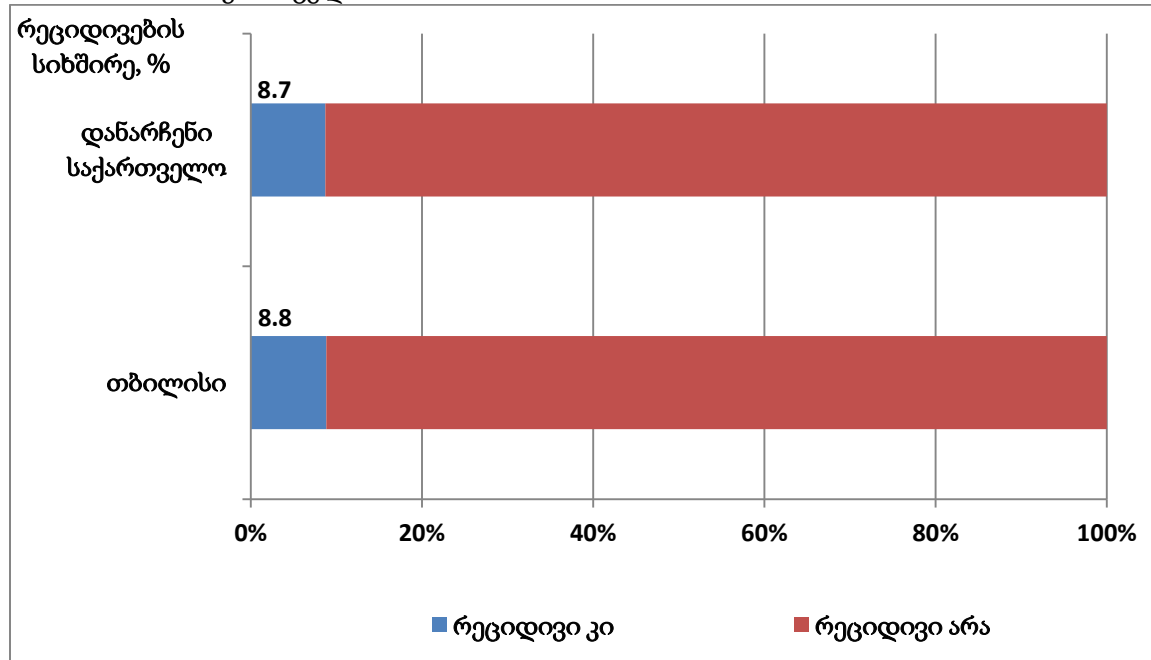
დიაგრამა 38. საშვილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა თბილისსა და საქართველოში.



OR = 1.91 95%CI – 1.31-2.77 (p=0.002)

საკვერცხის კიბოს რეციდივებისთვის კი განსხვავება საქართველოსა და თბილისს შორის მონაცემები სარწმუნოდ არ განსხვავდება (დიაგრამა 39).

დიაგრამა 39. საკვერცხის კიბოს რეციდივების შანსთა ფარდობა თბილისსა და საქართველოში.



OR = 1.01 95%CI – 0.74-1.38 (p=0.478 - NS)

თავი VI.

გინეკოლოგიური კიბოს გლობალური ტვირთის მაჩვენებლები საქართველოსა და თბილისში.

გინეკოლოგიური კიბოს გლობალური ტვირთის შეფასება განხორციელდა მხოლოდ DALY-ინდექსით. სამწუხაროდ, ვერ მოხერხდა QALY-ინდექსის განსაზღვრა, რადგან საქართველოს კიბოს რეგისტრი არ ითვალისწინებს ECOG-ის მონაცემების შეგროვებას.

საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში გინეკოლოგიური კიბოს DALY, YLD და YLL - ინდექსების მაჩვენებლები მოყვანილია ცხრილში 40. თბილისში დაფიქსირებული YLD-ის საშ. მაჩვენებელი სარწმუნოდ დაბალია საქართველოს საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით

($p<0.001$). ასევე სარწმუნოდ განსხვავდება თბილისში დაფიქსირებული YLL-ის საშ. მაჩვენებელი საქართველოს საშუალო მაჩვენებლისგან ($p=0.001$). შესაბამისად, DALY-ის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელიც სარწმუნოდ დაბალია საქართველოს საშუალო მაჩვენებელზე ($p<0.001$).

ცხრილი 40. გინეკოლოგიური კიბოს YLD, YLL და DALY მაჩვენებლები საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში.

ინდექსი	YLD		YLL		DALY	
რეგიონი (n პაციენტი / n გარდაცვლილი)	საერთო	საშ. $\pm$ SD	საერთო	საშ. $\pm$ SD	საერთო	საშ. $\pm$ SD
საქართველო (n=5432/1850)	10356.1	1.9 ± 1.4	29103.0	15.7 ± 10.5	39459.1	7.3 ± 10.2
თბილისი (n=1993/614)	2432.3	1.2 ± 1.0	9089.0	14.8 ± 10.2	11521.3	5.8 ± 8.8
აჭარა (n=488/200)	854.3	1.8 ± 1.3	3245.0	16.2 ± 10.3	4099.3	8.4 ± 10.9
გურია (n=183/67)	317.8	1.7 ± 1.3	1015.0	15.1 ± 11.5	1332.8	7.3 ± 10.7
იმერეთი (n=645/234)	1258.5	2.0 ± 1.3	3702.0	15.8 ± 11.2	4960.5	7.7 ± 10.7
კახეთი (n=394/141)	715.8	1.8 ± 1.4	2905.0	14.9 ± 10.4	2810.8	7.1 ± 10.0
მცხეთა-მთიანეთი (n=138/41)	224.3	1.6 ± 1.3	614.0	15.0 ± 11.7	838.3	6.1 ± 9.8
რაჭა-ლეჩხუმი (n=31/11)	75.8	2.4 ± 1.6	135.0	12.3 ± 8.7	210.8	6.8 ± 8.7
სამეგრელო-ზემო სვანეთი (n=392/143)	865.8	2.2 ± 1.5	2294.0	16.0 ± 10.9	3159.8	8.1 ± 10.9
სამცხე-ჯავახეთი (n=162/63)	320.4	2.0 ± 1.5	1234.0	19.6 ± 9.9	1554.4	9.6 ± 11.9
ქვემო ქართლი (n=549/184)	1069.0	1.9 ± 1.4	3179.0	17.3 ± 9.5	4248.0	7.7 ± 10.4
შიდა ქართლი (n=368/129)	724.4	2.0 ± 1.4	2186.0	16.9 ± 10.1	2910.4	7.9 ± 10.6

ცხრილიდან ნათლად ჩანს, რომ DALY-ინდექსის ფორმირებაში ძირითადი წილი აქვს YLL-ინდექსს (73.8%). ამის ძირითადი მიზეზი არის ის, რომ კიბოს რეგისტრის მონაცემების შეკრება დაიწყო 2015 წელს და, შესაბამისად, YLD-ინდექსის მნიშვნელობა გინეკოლოგიური კიბოს ახლადგამოვლენილ შემთხვევებში ბუნებრივად მცირე უნდა იყოს. იგივე ტენდენციას აქვს ადგილი საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს DALY, YLD და YLL -ინდექსებისთვისაც.

საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს DALY, YLD და YLL -ინდექსების მაჩვენებლები მოყვანილია ცხრილში 41. თბილისში დაფიქსირებული YLD-ის საშ. მაჩვენებელი სარწმუნოდ დაბალია საქართველოს საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით

($p<0.001$). თბილისში დაფიქსირებული YLL-ის საშ. მაჩვენებელი კი საქართველოს საშუალო მაჩვენებლისგან სარწმუნოდ არ განსხვავდება ($p=0.697$ -NS). თუმცა, DALY-ის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელიც სარწმუნოდ დაბალია საქართველოს საშუალო მაჩვენებელზე ($p=0.004$).

ცხრილი 41. საშვილოსნოს ყელის კიბოს YLD, YLL და DALY მაჩვენებლები საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში.

რეგიონი (n პაციენტი / n გარდაცვლილი)	YLD	YLL	DALY
საქართველო (n=1811/540)	$2,0 \pm 1,3$	$19,8 \pm 11,1$	$7,9 \pm 11,5$
თბილისი (n=648/169)	$1,3 \pm 1,0$	$19,6 \pm 11,2$	$6,4 \pm 10,3$
აჭარა (n=147/57)	$1,8 \pm 1,2$	$18,1 \pm 11,6$	$8,9 \pm 11,9$
გურია (n=52/16)	$1,8 \pm 1,3$	$17,3 \pm 12,2$	$7,1 \pm 11,0$
იმერეთი (n=207/71)	$2,0 \pm 1,3$	$22,1 \pm 12,2$	$9,5 \pm 13,2$
კახეთი (n=122/42)	$1,9 \pm 1,4$	$20,6 \pm 10,4$	$9,0 \pm 12,1$
მცხეთა-მთიანეთი (n=40/15)	$2,1 \pm 1,5$	$21,3 \pm 13,2$	$10,1 \pm 13,6$
რაჭა-ლეჩხუმი (n=10/5)	$2,9 \pm 1,5$	$10,8 \pm 8,3$	$8,3 \pm 8,6$
სამეგრელო-ზემო სვანეთი (n=130/43)	$3,9 \pm 1,4$	$18,3 \pm 10,7$	$8,2 \pm 11,2$
სამცხე-ჯავახეთი (60/18)	$2,0 \pm 1,3$	$23,2 \pm 11,3$	$8,9 \pm 12,8$
ქვემო ქართლი (216/55)	$1,9 \pm 1,3$	$18,8 \pm 9,6$	$6,7 \pm 10,0$
შიდა ქართლი (141/40)	$1,9 \pm 1,3$	$21,4 \pm 10,3$	$8,0 \pm 11,7$

საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში საშვილოსნოს ტანის კიბოს DALY, YLD და YLL - ინდექსების მაჩვენებლები მოყვანილია ცხრილში 42. თბილისში დაფიქსირებული YLD-ის საშ. მაჩვენებელი სარწმუნოდ დაბალია საქართველოს საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ($p<0.001$). თბილისში დაფიქსირებული YLL-ის საშ. მაჩვენებელი კი საქართველოს საშუალო მაჩვენებლისგან სარწმუნოდ არ განსხვავდება ($p=0.118$ -NS). შესაბამისად, DALY-ის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელიც ასევე სარწმუნოდ დაბალია საქართველოს საშუალო მაჩვენებელზე ($p=0.007$).

ცხრილი 42. საშვილოსნოს ტანის კიბოს YLD, YLL და DALY მაჩვენებლები საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში.

რეგიონი (n პაციენტი / n გარდაცვლილი)	YLD	YLL	DALY
საქართველო (n=1800/452)	1,4 ± 1,2	13,2 ± 8,5	4,8 ± 7,7
თბილისი (n=714/164)	1,0 ± 0,9	12,6 ± 8,2	3,9 ± 6,5
აჭარა (n=160/49)	1,3 ± 1,1	13,3 ± 8,1	5,4 ± 8,1
გურია (n=67/22)	1,2 ± 1,0	13,5 ± 8,2	5,6 ± 8,4
იმერეთი (n=225/50)	1,5 ± 1,2	10,6 ± 8,9	3,9 ± 6,5
კახეთი (n=125/30)	1,4 ± 1,2	12,8 ± 8,5	4,5 ± 7,5
მცხეთა-მთიანეთი (n=47/7)	1,1 ± 0,9	15,1 ± 10,2	3,3 ± 6,8
რაჭა-ლეჩხუმი (n=12/3)	1,7 ± 1,4	15,0 ± 10,4	5,5 ± 9,0
სამეგრელო-ზემო სვანეთი (n=121/28)	1,6 ± 1,3	14,1 ± 11,5	4,8 ± 8,8
სამცხე-ჯავახეთი (40/13)	1,7 ± 1,4	18,2 ± 9,2	7,6 ± 10,6
ქვემო ქართლი (164/45)	1,5 ± 1,2	14,8 ± 6,7	5,6 ± 8,0
შიდა ქართლი (109/39)	1,6 ± 1,2	14,1 ± 8,2	6,6 ± 8,9

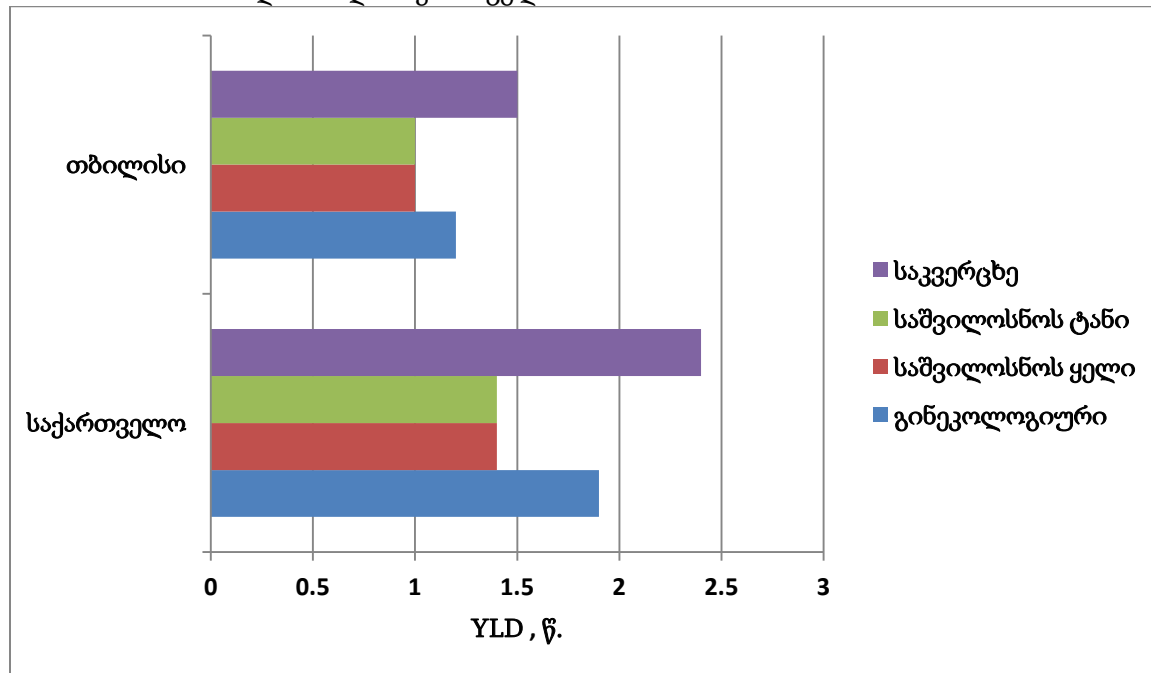
საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში საკვერცხის ტანის კიბოს DALY, YLD და YLL - ინდექსების მაჩვენებლები მოყვანილია ცხრილში 43. თბილისში დაფიქსირებული YLD-ის საშ. მაჩვენებელი სარწმუნოდ დაბალია საქართველოს საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ($p < 0.001$). თბილისში დაფიქსირებული YLL-ის საშ. მაჩვენებელიც საქართველოს საშუალო მაჩვენებლისგან სარწმუნოდ განსხვავდება ($p = 0.024$). შესაბამისად, DALY-ის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელიც სარწმუნოდ დაბალია საქართველოს საშუალო მაჩვენებელზე ($p = 0.001$).

ცხრილი 43. საკვერცხის კიბოს YLD, YLL და DALY მაჩვენებლები საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში.

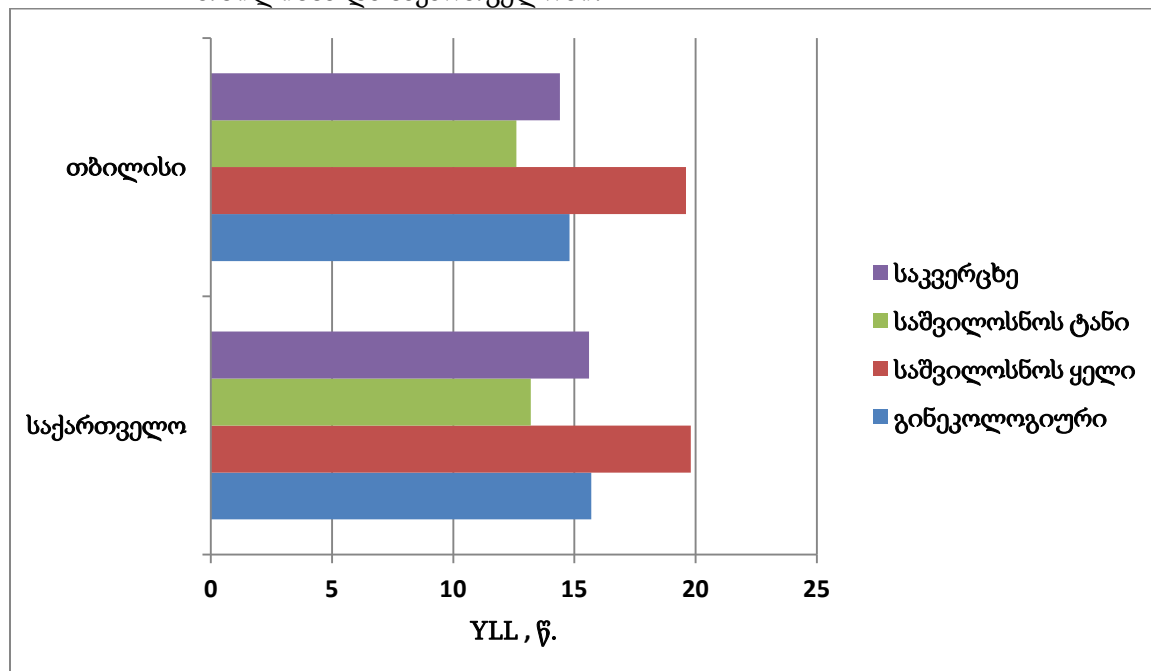
რეგიონი (n პაციენტი / n გარდაცვლილი)	YLD	YLL	DALY
საქართველო (n=1467/699)	2,4 ± 1,5	15,6 ± 10,3	9,9 ± 11,1
თბილისი (n=496/226)	1,5 ± 1,2	14,4 ± 10,0	8,1 ± 9,6
აჭარა (n=159/82)	2,1 ± 1,4	17,4 ± 10,2	11,1 ± 11,9
გურია (n=51/25)	2,5 ± 1,4	16,5 ± 14,0	10,6 ± 13,3
იმერეთი (n=157/85)	2,5 ± 1,4	15,8 ± 9,6	11,1 ± 11,1
კახეთი (n=116/51)	2,2 ± 1,5	13,1 ± 10,5	8,0 ± 10,0
მცხეთა-მთიანეთი (n=37/13)	1,8 ± 1,4	12,3 ± 8,8	6,1 ± 8,6
რაჭა-ლეჩხუმი (n=7/3)	3,5 ± 1,5	12,0 ± 10,6	8,7 ± 9,8
სამეგრელო-ზემო სვანეთი (n=130/66)	2,8 ± 1,6	16,2 ± 10,8	11,1 ± 11,7
სამცხე-ჯავახეთი (47/22)	2,3 ± 1,4	19,8 ± 9,2	11,5 ± 12,4
ქვემო ქართლი (141/73)	2,6 ± 1,4	18,5 ± 10,7	12,1 ± 12,5
შიდა ქართლი (98/43)	2,5 ± 1,5	15,2 ± 10,0	9,2 ± 10,5

თუ ცალ-ცალკე განვიხილავთ YLD მაჩვენებლებს ყველა ლოკალიზაციის გინეკოლოგიური კიბოსათვის თბილისსა და საქართველოში, მივიღებთ დიაგრამაზე 40 მოყვანილ სურათს. საშუალო მაჩვენებელი სარწმუნოდ მაღალია სხვა ლოკალიზაციის კიბოსთან ანალოგიურ მაჩვენებლებთან შედარებით (შესაბამისად, $p < 0.001$) როგორც თბილისში, ისე საქართველოში. დიაგრამაზე 41 მოყვანილია YLL მაჩვენებლები ყველა ლოკალიზაციის გინეკოლოგიური კიბოსათვის თბილისსა და საქართველოში; დიაგრამაზე 42 კი - DALY მაჩვენებლები ყველა ლოკალიზაციის გინეკოლოგიური კიბოსათვის თბილისსა და საქართველოში.

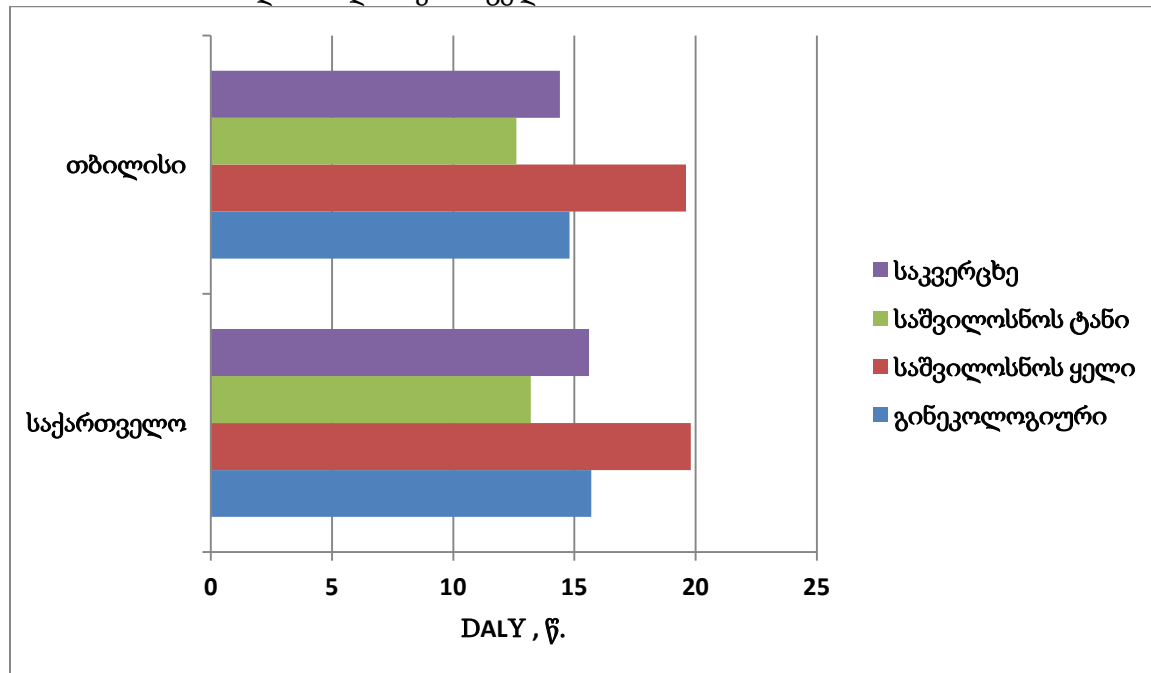
დიაგრამა 40. YLD მაჩვენებლები ყველა ლოკალიზაციის გინეკოლოგიური კიბოსათვის თბილისსა და საქართველოში.



დიაგრამა 41. YLL მაჩვენებლები ყველა ლოკალიზაციის გინეკოლოგიური კიბოსათვის თბილისსა და საქართველოში.



დიაგრამა 42. DALY მაჩვენებლები ყველა ლოკალიზაციის გინეკოლოგიური კიბოსათვის თბილისსა და საქართველოში.



დიაგრამიდან 45 კი ჩანს, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს YLL-ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი სარწმუნოდ მაღალია სხვა ლოკალიზაციის კიბოსთან ანალოგიურ მაჩვენებლებთან შედარებით (შესაბამისად, $p < 0.001$) როგორც თბილისში, ისე საქართველოში. საბოლოოდ კი დიაგრამა 46 მიუთითებს იმაზე, რომ DALY-ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი სხვა ლოკალიზაციის კიბოსთან ანალოგიურ მაჩვენებლებთან შედარებით სარწმუნოდ ყველაზე მაღალია საკვერცხის კიბოს დროს (შესაბამისად, $p < 0.001$) როგორც თბილისში, ისე საქართველოში.

რეზიუმე

1. გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის პრევენციის, კიბოს პროგრესირების და ამ მიზეზით გარდაცვალების რისკების და გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის შემცირების, პაციენტთა ჯანმრთელობის ადვოკატობის მიზნით, სკრინინგის ნაციონალური პროგრამა საჭიროებს მოდიფიცირებას.

2. 2015-2019 წლებში თბილისის ქალთა პოპულაციაში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტებისა და ამ მიზეზით გარდაცვალების ტვირთის დესკრიპტული და ანალიზური ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგებზე დაფუძნებით, იმ მოტივით, რომ გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის გამოვლენილი #1 სარანგო ადგილის მქონე ლოკალიზაცია - საშვილოსნოს ტანი, და #1 მკვლელი ლოკალიზაცია - საკვერცხე, ჩართული იყვნენ სკრინინგის და ადრეული გამოვლენის ეროვნულ პროგრამაში, რეკომენდებულია სკრინინგის და დიაგნოსტიკის პროგრამის მოდიფიცირება და რეგიონული და მუნიციპალური პროგრამების მომზადება.

დასკვნები

ქალებში კიბოს ინციდენტობის საერთო სტრუქტურაში, ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე, 2015-2019 წლებში საქართველოში გინეკოლოგიური კიბოს ლოკალიზაციებიდან რანგით მესამე ადგილი ეკავასაშვილოსნოსყელის (ASR=13,4; 95% CI ASR= 12,8-14,1), მეოთხე - საშვილოსნოსტანის (ASR=11,3; 95% CI ASR= 10,8-11,9), მეექვსე-საკვერცხის (ASR=9,8; 95% CI ASR= 9,3-10,3).

ქალებში კიბოს ინციდენტობის საერთო სტრუქტურაში, ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე (საქართველოს სტანდარტი 2014), 2015-2019 წლებში საქართველოში გინეკოლოგიური კიბოს ლოკალიზაციებიდან რანგით მეოთხე ადგილი ეკავასაშვილოსნოსყელის (AAR=18,6; 95% CI AAR= 18,0-19,3), მეხუთე-საშვილოსნოსტანის (AAR=18,5; 95% CI AAR= 18,0-19,1), მეექვსე-საკვერცხის (AAR=15,1; 95% CI AAR= 14,6-15,6) კიბოს.

2015-2019 წლებში საქართველოში საშვილოსნოსყელისკიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგენდა 1,1 (95% CI CR_{64} = 1,1-1,2), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 1,4 (95% CI CR_{74} = 1,4-1,5). საშვილოსნოსტანის კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი შეადგენდა, შესაბამისად, 0,8 (95% CI CR_{64} = 0,8-0,9) და 1,5 (95% CI CR_{64} = 1,4-1,5), ხოლო საკვერცხის- 0,7 (95% CI CR_{64} = 0,7-0,8) და 1,2 (95% CI CR_{64} = 1,1-1,2).

ქალებში კიბოს ინციდენტობის საერთო სტრუქტურაში, ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე, 2015-2019 წლებში თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ლოკალიზაციებიდან რანგით მესამე ადგილი ეკავა საშვილოსნოს ყელის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 14,7-17,3), მეოთხე - საშვილოსნოს ტანის (ASR=15,2; 95% CI ASR= 14,1-16,4), მეექვსე - საკვერცხის (ASR=11,0; 95% CI ASR= 10,0-12,0).

სტანდარტიზებულ სიხშირეთა შეფარდების მაჩვენებლის (SRR) მიხედვით თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,3) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს. SRR-ის მიხედვით თბილისში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,6-ჯერ (SRR=1,6), ხოლო საკვერცხის კიბო 1,2-ჯერ (SRR=1,2) აღემატებოდა საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციების კიბოთი ავადობის დონეებს.

ქალებში კიბოს ინციდენტობის საერთო სტრუქტურაში, ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე (თბილისის სტანდარტი 2014), 2015-2019 წლებში თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ლოკალიზაციებიდან რანგით მეოთხე ადგილი ეკავა საშვილოსნოს ტანის (AAR=23,6; 95% CI AAR= 22,4-24,7), მეხუთე - საშვილოსნოს ყელის (AAR=21,4; 95% CI AAR= 20,1-22,7), მეექვსე - საკვერცხის (AAR=16,4; 95% CI AAR= 15,4-17,4) კიბოს.

2015-2019 წლებში თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგენდა 1,3 (95% CI CR_{64} = 1,2-1,4), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 1,7 (95% CI CR_{74} = 1,6-1,8). საშვილოსნოს ტანის კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკი შეადგენდა, შესაბამისად, 1,0 (95% CI CR_{64} = 0,9-1,1) და 2,0 (95% CI CR_{74} = 1,9-2,2), ხოლო საკვერცხის - 0,8 (95% CI CR_{64} = 0,7-0,9) და 1,3 (95% CI CR_{74} = 1,2-1,5).

ქალებში კიბოს ინციდენტობის საერთო სტრუქტურაში, ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) გინეკოლოგიური კიბოს ლოკალიზაციებიდან რანგით მესამე ადგილი

ეკავა საშვილოსნოსყელის ($ASR=12,3$; 95% CI $ASR= 11,6-13,0$), მეოთხე - საშვილოსნოსტანის ($ASR=9,7$; 95% CI $ASR= 9,1-10,4$), მეხუთე- საკვერცხის ($ASR=11,0$; 95% CI $ASR= 8,7-10,0$) კიბოს.

ქალებში კიბოს ინციდენტობის საერთო სტრუქტურაში, ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე (საქართველოს სტანდარტი 2014), 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) გინეკოლოგიური კიბოს ლოკალიზაციებიდან განითქმეოთ მეოთხე ადგილი ეკავა საშვილოსნოსყელის ($AAR=17,4$; 95% CI $AAR=16,6-18,1$), მეხუთე-საშვილოსნოსტანის ($AAR=16,2$; 95% CI $AAR= 15,6-16,8$), მეშვიდე-საკვერცხის ($AAR=14,5$; 95% CI $AAR=13,9-15,1$) კიბოს.

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) საშვილოსნოსყელის კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგენდა 1,0 (95% CI $CR_{64}= 1,0-1,1$), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 1,3 (95% CI $CR_{74}= 1,2-1,4$). საშვილოსნოსტანის კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი შეადგენდა, შესაბამისად, 0,8 (95% CI $CR_{64}= 0,7-0,8$) და 1,2 (95% CI $CR_{64}= 1,2-1,3$), ხოლო საკვერცხის- 0,7 (95% CI $CR_{64}= 0,7-0,8$) და 1,1 (95% CI $CR_{64}= 1,0-1,1$).

კიბოს ინციდენტობის პროპორციული შეფარდების მაჩვენებლებით (PIR), ონკოლოგიურ სტრუქტურაში თითოეული ლოკალიზაციის კიბოს ხვედრითი წონის შედარებისას იმავე ლოკალიზაციის კიბოს ხვედრით წონასთან საქართველოში აჩვენა, რომ თბილისში 7,3%-თ მაღალია საშვილოსნოს ტანის კიბოს პროპორცია ($PIR=107,3$, 95% CI $PIR= 104,0-110,5$). ამავე დროს თბილისში 19.5%-თ მაღალია საშოს კიბოს პროპორცია ($PIR=119,5$, 95% CI $PIR= 117,0-121,9$). საყურადღებოა, რომ დედაქალაქში 16.0%-თ მაღალია სასქესო ორგანოების დაუზუსტებელი, მათ შორის საშვილოსნოს, ლოკალიზაციების კიბოს პროპორცია, რაც მიუთითებს, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქსელის ოჯახის ექიმები, გინეკოლოგები, მენეჯერები, რომლებიც მონაწილეობენ კიბოს კონტროლის პროგრამებში, საჭიროებენ გინეკოლოგიური კიბოს სკრინინგისა და ადრეული დიაგნოსტიკის საკითხებში დამატებითი ტრეინინგების გავლას.

სტანდარტიზებულ სიხშირეთა შეფარდების მაჩვენებლის (SRR) მიხედვით თბილისში 2015-2019 წლებში, 1988-1992 წლებთან შედარებით, ანუ 27 წლიანდინამიკაში 1,7-ჯერ გაიზარდა საშვილოსნოს ყელის (SRR =1,7, 95% CISRR=1,5 - 1,9), 2,1-ჯერ საშვილოსნოს ტანის (SRR =2,1, 95% CISRR =1,8 - 2,4), 1,5-ჯერ საკვერცხის (SRR =1,5, 95% CISRR =1,3 - 1,7) კიბოს ინციდენტობის სიხშირეები. სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებლის (SIR) მიხედვით 27 წლიან დინამიკაში საშვილოსნოს ყელის კიბომ მოიმატა 70,5%-ით (SIR=170,5, 95%CI SIR=157,4-183,7), საშვილოსნოს ტანის კიბომ- 110,6%-ით (SIR=210,6, 95%CI SIR=195,2-226,1), ხოლო საკვერცხის კიბომ- 50,3%-ით (SIR=150,3, 95%CI SIR=137,1-163,5).

გინეკოლოგიური კიბოს 3 ძირითადი ლოკალიზაციის- საშვილოსნოს ყელისა და ტანის და საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის სიხშირეების სტანდარტიზებული ინდიკატორებით შედგენილ ეპიდემიოლოგიურ რუკებზე წარმოჩენელია საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით მაღალი რისკის ლოკაციები. საქართველოს საშუალო ინციდენტობის მაჩვენებლებზე მაღალი სიხშირით დაფიქსირდა კიბოს შემთხვევები შემდეგ რეგიონებში და მუნიციპალიტეტებში: საშვილოსნოს ყელის-ქვემო და შიდა ქართლში, თბილისში, ბათუმში, ქობულეთში, ოზურგეთში, ჭიათურაში, სიღნაღში; საშვილოსნოს ტანის-აჭარაში, გურიასა და მცხეთა-მთიანეთში, თბილისში, ბათუმში, შუახევში, ლანჩხუთში, ოზურგეთში, ქუთაისში, საჩხერეში; საკვერცხის-აჭარაში, გურიაში, მცხეთა-მთიანეთში, სამეგრელო-ზემო სვანეთსა და შიდა ქართლში, თბილისში, ბათუმში, ქობულეთში, ლანჩხუთში, ოზურგეთში, წყალტუბოში, ჭიათურაში, ხონში; გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგიური რუკები შესაძლებელია გამოყენებული იქნას კიბოს კონტროლის, მათ შორის სკრინინგის რეგიონული და მუნიციპალური პროგრამების დაგეგმარებისას.

სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა 2015-2019 წლებში თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მცხოვრებ ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა, მათ შორის გინეკოლოგიური კიბოს თითოეული ლოკალიზაციის სარანგოადგილი. ASR-ის მიხედვით როგორც საქართველოში, ისე თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურაში რანგით 1-ლი ადგილი უკავია საშვილოსნოს ყელის, მე-2- საშვილოსნოს ტანის, ხოლო მე-3- საკვერცხის კიბოს, მაშინ

როდესაც AAR-ის მაჩვენებლით (თბილისის სტანდარტი 2014) და CR₇₄-ის მიხედვით თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურაში რანგით 1-ლი ადგილი უკავია საშვილოსნოს ტანის, მე-2- საშვილოსნოს ყელის, ხოლო მე-3- საკვერცხის კიბოს. SRR-ის მიხედვით თბილისში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,6-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,6) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს. PIR-ის მიხედვით თბილისში ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ხვედრითი წონის, საქართველოში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ხვედრით წონასთან შეფარდებამ აჩვენა, რომ თბილისში 7,3%-თ მაღალია საშვილოსნოს ტანის კიბოს პროპორცია ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში (PIR=107.3, 95%CI PIR= 104,0-110,5).²⁷ წლიან დინამიკაში აღინიშნა გინეკოლოგიური კიბოს ძირითადი ლოკალიზაციების ინციდენტობის მატების ტენდენცია.

გინეკოლოგიური კიბოთი ავადობის პიკი თბილისში მოდის ასაკობრივ ჯგუფებზე 45-74 წელი, ანუ პრე- და, განსაკუთრებით, პოსტმენოპაუზურ პერიოდებზე. თბილისელ ქალებში პრე- და პოსტმენოპაუზის პერიოდში, ასაკით სტანდარტიზებული შეკვეცილი მაჩვენებლით (TASR), განსაკუთრებით მაღალია საშვილოსნოს ტანის კიბოს (TASR₄₅₋₇₄=56,4‰⁰⁰⁰⁰), და, საკვერცხის კიბოს, განსაკუთრებით 50-74 წლის ასაკში (TASR₅₀₋₇₄=174,7‰⁰⁰⁰⁰), ინციდენტობის დონეები.

გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების მაჩვენებელმა ყოველწლიურად თბილისში 2015-2019 წლებში შეადგინა 17,5‰⁰⁰⁰⁰. ASR-ის მიხედვით, თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში პირველ სარანგო ადგილზეა და, შესაბამისად, წარადგენს გინეკოლოგიური კიბოს #1-ლ მკვლელ ლოკალიზაციას - საკვერცხის კიბო (ASR= 6.3‰⁰⁰⁰⁰), მე-2 - საშვილოსნოს ყელის კიბო (ASR=5.1‰⁰⁰⁰⁰), ხოლო მე-3- საშვილოსნოს ტანის კიბო (ASR=4.5‰⁰⁰⁰⁰).

გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის პრევენციის, კიბოს პროგრესირების და ამ მიზეზით გარდაცვალების რისკების და გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის შემცირების, პაციენტთა

ჯანმრთელობის ადვოკატობის მიზნით, სკრინინგის ნაციონალური პროგრამა საჭიროებს მოდიფიცირებას.

თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს მკურნალობის შემდგომ პერიოდში, დაავადების პროგრესირების რეციდივების დადგომის და დაავადების გავრცელების რისკები კაპლან-მეიერის მრუდებით, ინციდენტობიდან 60 თვის შემდგომ რეციდივის (როგორც მოვლენის) დადგომის ალბათობა გინეკოლოგიური კიბოსთვის შეადგენს 7,4%-ს, საშვილოსნოს ყელის კიბოსთვის - 3,6%-ს, საშვილოსნო ტანის კიბოსთვის - 7,7%-ს, საკვერცხის კიბოსთვის - 12,6%-ს და სხვა გინეკოლოგიური კიბოსთვის - 6,1%-ს. კოქსის მოდელით შეფასებული საფრთხეთა ფარდობა მხოლოდ საკვერცხის კიბოსა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს პროგრესირების საფრთხეთა ფარდობისთვის გამოდგა სარწმუნო.

საქართველოში საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოს მკურნალობისა და რემისიის პერიოდის შემდგომ რეციდივების და/ან მესტასტაზების განვითარებისა და დაავადების პროგრესირების რისკები სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან ($OR=1,0$, 95%CI $OR=0,7-1,4$), მაშინ როდესაც საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოსთან შედარებით 2,9-ჯერ მაღალია საკვერცხის კიბოს პროგრესირების რისკი ($OR=2,9$, 95%CI $OR=2,1-3,9$). თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოსთან შედარებით საშვილოსნოს ტანის კიბოს დროს 2,3-ჯერ მაღალია მკურნალობისა და რემისიის პერიოდის შემდგომ რეციდივების და/ან მესტასტაზების განვითარებისა და დაავადების პროგრესირების რისკი ($OR=2,3$, 95%CI $OR=1,4-3,9$). ამავე დროს საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოსთან შედარებით, შესაბამისად, 4,1-ჯერ და 1,8-ჯერ მაღალია საკვერცხის კიბოს პროგრესირების რისკი ($OR=4,1$, 95%CI $OR=2,4-6,8$; $OR=1,8$, 95%CI $OR=1,2-2,7$).

თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელმა კაპლან-მეიერის მრუდებით საშუალოდ შეადგინა 70,5%. გინეკოლოგიური კიბოს ლოკალიზაციებიდან უკეთესი 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები დაფიქსირდა საშვილოსნოს ტანისა (78,7%) და ყელის (75,2%) კიბოს შემთხვევებში. საკვერცხის კიბოს დროს 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელმა შეადგინა 55,2%.

საქართველოსა და თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს DALYs ინდექსის მიხედვით 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით საქართველოში დაკარგულია 39,459.1 ქალი/წელი სიცოცხლე, თითოეულმა პაციენტმა საშუალოდ დაკარგა 7,3 წელი, ხოლო თბილისში დაკარგულია, შესაბამისად, 11,521.3 ქალი/წელი სიცოცხლე, თითოეულმა პაციენტმა საშუალოდ დაკარგა 5,8 წელი. გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით დაკარგული წლების საქართველოს DALYs საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით მაღალი დანაკარგები აღინიშნა სამცხე-ჯავახეთში(9,6), აჭარაში (8,4), სამეგრელო- ზემო სვანეთში (8,1), შიდა ქართლში (7,9), იმერეთში (7,7) და ქვემო ქართლში (7,7).საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით დაკარგული წლების საქართველოს DALYs საშუალო მაჩვენებელთან (7,9) შედარებით მაღალი დანაკარგები აღინიშნა მცხეთა-მთიანეთში (10,1), იმერეთში (9,5), კახეთში (9,0), აჭარაში (8,9), სამცხე-ჯავახეთში(8,9), რაჭა-ლეჩხუმში (8,3), სამეგრელო- ზემო სვანეთში (8,2) და შიდა ქართლში (8,0). საშვილოსნოს ტანის კიბოს მიზეზით დაკარგული წლების საქართველოს DALYs საშუალო მაჩვენებელთან (4,8) შედარებით მაღალი დანაკარგები აღინიშნა სამცხე-ჯავახეთში(7,6), შიდა ქართლში (6,6), გურიაში (5,6), ქვემო ქართლში (5,6), რაჭა-ლეჩხუმში (5,5) და აჭარაში (5,4). საკვერცხის კიბოს მიზეზით დაკარგული წლების საქართველოს DALYs საშუალო მაჩვენებელთან (9,9) შედარებით მაღალი დანაკარგები აღინიშნა ქვემო ქართლში (12,1), სამცხე-ჯავახეთში(11,5), აჭარაში (11,1), იმერეთში (11,1), სამეგრელო- ზემო სვანეთში (11,1) და გურიაში (10,6).

პრაქტიკული რეკომენდაციები:

2015-2019 წლებში თბილისის ქალთა პოპულაციაში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტებისა და ამ მიზეზით გარდაცვალების ტვირთის დესკრიპტული და ანალიზური ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგებზე დაფუძნებით, იმ მოტივით, რომ გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის გამოვლენილი #1 სარანგო ადგილის მქონე ლოკალიზაცია - საშვილოსნოს ტანი, და #1 მკვლელი ლოკალიზაცია - საკვერცხე, ჩართული იყვნენ სკრინინგის და ადრეული გამოვლენის ეროვნულ პროგრამაში, რეკომენდებულია სკრინინგის და დიაგნოსტიკის პროგრამის მოდიფიცირება და რეგიონული და მუნიციპალური პროგრამების მომზადება.

გინეკოლოგიური კიბოს სკრინინგ-დიაგნოსტიკის რეკომენდებულ გაიდლაინში რჩება უკვე დანერგილი და საყოველთაოდ აპრობირებული მეთოდოლოგია საშვილოსნოს ყელთან მიმართებაში: ექტო- და ენდოცერვიკალური ნაცხების (სინჯების) PAP კვლევა. PAP ტესტის პოზიტიური შედეგების შემთხვევაში, მე-2 და შესაძლო მე-3 ეტაპებზე კოლპოსკოპია, ექტო- და/ან ენდოცერვიქსიდან მიზნობრივად აღებული ბიოფსიური მასალის ჰისტოლოგიური, ჰისტოქიმიური, გენეტიკურ-მოლეკულური კვლევა.

გინეკოლოგიური კიბოს სკრინინგ-დიაგნოსტიკის მოდიფიცირებულ ვარიანტს 45 წლიდან ასაკში, ანუ პრე- და, განსაკუთრებით, პოსტმენოპაუზაში (50+), საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს პრევენციის მიზნით ემატება სკრინინგის 2-2 ეტაპი:

1-ლ ეტაპზე, ორივე ლოკალიზაციისათვის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხისათვის, ტარდება მენჯის ღრუს ორგანოების ულტრაბგერითი კვლევა, რომლის შედეგების მიხედვით ამავე ეტაპზე, საშვილოსნოს ტანთან მიმართებაში, იწყება ენდომეტრიუმის მორფოლოგიური (ციტოლოგია ± ჰისტოლოგია) კვლევა.

საშვილოსნოს ტანთან მიმართებაში პირველ ეტაპზე კეთდება ენდომეტრიული ასპირატის (სინჯების) ციტოლოგიური კვლევა. პრემენოპაუზიდან დაწყებული აციკლიური და, განსაკუთრებით, პოსტმენოპაუზური სისხლდენების დროს დიდი ალბათობით შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს საშვილოსნოს ტანის კიბოს წინა დაავადების, ენდომეტრიუმის ატიპიური ჰიპერპლაზიის, ან კიბოს კლინიკურ მანიფესტაციას. კლინიკური მანიფესტაციის გარეშეც ულტრაბგერითი კვლევით 20 მმ-ზე მეტი სისქის ენდომეტრიუმის გამოვლენის შემთხვევებში ნაჩვენებია ენდომეტრიული ასპირატის (სინჯების) ციტოლოგიური კვლევა. საშვილოსნოს ტანთან მიმართებაში მე-2 ეტაპებზე, ენდომეტრიული ასპირატის ტესტის პოზიტიური შედეგების შემთხვევაში, კეთდება ჰისტეროსკოპია, მიზნობრივი ბიოფსია და ბიოფტატების ჰისტოლოგიური კვლევა.

საკვერცხესთან მიმართებაში, 1-ლ ეტაპზე ულტრაბგერითი კვლევით პრე- და, განსაკუთრებით, პოსტმენოპაუზაში (50+) საკვერცხის მოცულობითი წარმონაქმნის არსებობის შემთხვევაში მე-2 ეტაპზე ნაჩვენებია ROMA-ს (ROMA-Risk of Ovarian Malignancy Algorithm) ინდექსის განსაზღვრა, რაც გულისხმობს პაციენტის შრატში კიბოს ანტიგენ 125-ის

(CA125)და ადამიანის ეპიდდემური პროტენ 4-ის (HE4)ოდენობების განსაზღვრას. ROMAინდექსის მაჩვენებელი, პრემენოპაუზაში 1.14-ზე მეტი, ხოლო პოსტმენოპაუზაში 2.99-ზე მეტი, მიუთითებს საკვერცხის ეპითელიალური კიბოს მაღალ რისკზე (Lee-may Chen et al., 2021).1-ლ ეტაპზე ულტრაბგერითი კვლევით დუგლასის ფოსოში ექსუდატის გამოვლენის შემთხვევაში მე-2 ეტაპზე ნაჩვენებია საშოს უკანა თაღის პუნქცია და პუნქტატის ციტოლოგიური კვლევა. ამ დროს ციტოლოგიური კვლევის პოზიტიური პასუხი დიდი ალბათობით მიუთითებს საკვერცხის კიბოს III-IV კლ.სტადიაზე. 1-ლ ეტაპზე ულტრაბგერითი კვლევით საკვერცხის მოცულობითი წარმონაქმნის არსებობის შემთხვევაში შესაძლებელია საკვერცხის ცისტადენოკარცინომის გამოვლენა I- II კლინიკურ სტადიაში.

გინეკოლოგიური კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით რეკომენდებულია ქალთა მოსახლეობის მეტი ინფორმირება (სკრინინგით მოსახლეობის მოცვის გასაზრდელად) და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქსელის ოჯახის ექიმების, გინეკოლოგების, მენეჯერების, რომლებიც მონაწილეობენ კიბოს კონტროლის პროგრამებში, ტრეინინგი გინეკოლოგიური კიბოს სკრინინგისა და ადრეული დიაგნოსტიკის საკითხებში.

გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის უფრო ღრმა შესწავლის მიზნით მკურნალობის შემდგომ პერიოდში რეკომენდებულია საქართველოს კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიერ ხორციელდებოდეს პაციენტთა ფიზიკურ-ფუნქციური სტატუსის შესახებ მონაცემების (ECOGშკალით) მუდმივი Follow-up რეჟიმში (პაციენტის გარდაცვალებამდე) კოლექცია და რეგისტრაცია, რაც საშუალებას მოგვცემს კიბოს ტვირთი შეფასდეს როგორც DALYs, ისე QALYs მაჩვენებლების მიხედვით.

გინეკოლოგიური კიბოს კონტროლის ადვოკატობის მიზნით რეკომენდებულია კიბოს ეპიდემიოლოგიური რუკების მიხედვით სკრინინგის რეგიონული და მუნიციპალური პროგრამების შემუშავება და სახელმწიფო პროგრამის პრევენციული გაიდლაინით თითოეული ქალისათვის ეფექტიანი სკრინინგ-სერვისის მიღების უზრუნველყოფა.

გამოყენებული ლიტერატურა

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს
ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო. (2018).
*ეროვნული მოხსენება 2016-2017. საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის
მდგომარეობის შესახებ*. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრო, თბილისი.
- ჩარკვიანი ლ., კობიაშვილი ი., & ბოხმანი ი.(1988). *მიკრო ინვაზიური საშვილოსნოს ყელის
კიბო*. თბილისი: განათლება, 153 გვ.
- Adewole, I.F., Benedet, J.L., Crain, B.T., &Follen, M. (2005). Evolving a strategic approach to cervical
cancer control in Africa. *Gynecologic Oncology*, 99, S209-S212.
- American College of Obstetrics and Gynecology. (2011). ACOG Committee Opinion No. 509:
Management of vulvar intraepithelial neoplasia. *Obstetrics and Gynecology*, 118, 1192-1194.
- Anorlu, R.I., Obodo, K., &Makwe, C.C. (2010). Cancer mortality among patients admitted to
gynecological wards at Lagos University Teaching Hospital, Nigeria. *International Journal of
Gynaecology & Obstetrics*, 110, 268-269.
- Armstrong, E.P. (2010). Prophylaxis of cervical cancer and related cervical disease: a review of the
cost-effectiveness of vaccination against oncogenic HPV types. *Journal of Managed Care
Pharmacy*, 16, 217-230.
- Arrossi, S., Matos, E., Zengarini, N., Roth, B., Sankaranayananan, R., &Parkin, M. (2007) The socio-
economic impact of cervical cancer on patients and their families in Argentina, and its
influence on radiotherapy compliance. Results from a cross-sectional study. *Gynecologic
Oncology*, 105(2), 335-340.
- Basile, S., Angioli, R., Mancini, N., Palaia, I., Plotti, F., &Benedetti Panici, P. (2006). Gynecological
cancers in developing countries: the challenge of chemotherapy in low-resources
setting. *International Journal of Gynecological Cancer*, 16, 1491-1497.
- Bast, R.C., Hennessy, B., &Mills, G.B. (2009). The biology of ovarian cancer: new opportunities for
translation. *Nature Reviews Cancer*, 9, 415-428.

- Economist Intelligence Unit.(2009).*Breakaway: The global burden of cancer-challenges and opportunities*. A report from the Economist Intelligence Unit, London, United Kingdom.The Economist, 73 p.
- Bhatla, N., Singla, S., &Awasthi, D. (2012) Human papillomavirus deoxyribonucleic acid testing in developed countries.Best Practice & Research. *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26, 209-220.
- Bosch, F.X., Lorincz, A., Muñoz, N., Meijer, C.J., &Shah K.V. (2002).The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer.*Journal of Clinical Pathology*, 55, 244-265.
- Bosch, F.X., Manos, M.M., Muñoz, N., Sherman, M., Jansen, A.M., Peto, J., ... Shah, K.V. (1995). Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) Study Group. *Journal of National Cancer Institute*, 87, 796-802.
- Boyle, P., &Levin, B. (2008, December 12). World cancer report 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer.Retrieved December 15, 2008, from: <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2008>
- Brown, A.J., &Trimble, C.L. (2012). New technologies for cervical cancer screening.*Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26(2), 233-242.
- Buys, S.S., Partridge, E., Greene, M.H., Prorok P.C., Reding, D., Riley, T.L., ... Chia, D. (2005). Ovarian cancer screening in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) cancer screening trial: findings from the initial screen of a randomized trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(5), 1630-1639.
- Buys, S.S., Partridge, E., Black, A., Johnson, C.C., Lamerato, L., Isaacs, C., ...Kessel, B. (2011). Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 305, 2295-2303.
- Cain, J.M., Ngan, H., Garland, S., &Wright, T. (2009). Control of cervical cancer: women's options and rights. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 106, 141-143.
- Denny, L. (2012) Cytological screening for cervical cancer prevention.*Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26, 189-196.

- Dikshit, R., Gupta, P.C., Ramasundarahettige, C., Gajalakshmi, V., Aleksandrowicz, L., Badwe, R., ...
Bray, F. (2012) Cancer mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet*, 379, 1807-1816.
- Eva, L.J. (2012). Screening and follow up of vulval skin disorders. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26, 175-188.
- Fader, A.N., Arriba, L.N., Frasure, H.E., & von Gruenigen V.E. (2009). Endometrial cancer and obesity: epidemiology, biomarkers, prevention and survivorship. *Gynecologic Oncology*, 114, 121-127.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., & Parkin, D.M. (2004). *Cancer incidence, mortality and Prevalence worldwide*. GLOBOCAN 2002, IARC Cancer base No. 5 Version 2.0. Lyon: IARC Press.
- Ferlay, J., Bray, F., Norman, D., Mathers, C., & Parkin, D.M. (2008). *GLOBOCAN 2008, Cancer incidence and mortality worldwide*. International Agency for Research on Cancer Lyon: IARC Press.
- GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 388(10053), 1459-1544.
- Gehrig, P.A., Cantrell, L.A., Shafer, A., Abaid, L.N., Mendivil, A., & Boggess, J.F. (2008). What is the optimal minimally invasive surgical procedure for endometrial cancer staging in the obese and morbidly obese woman? *Gynecologic Oncology*, 111, 41-45.
- Global Burden of Disease Cancer Collaboration. (2017). Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived with Disability, and Disability Adjusted Life Years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015. A systematic Analysis for the GBD Study. *JAMA Oncology*, 3(4), 524-548.
- Goldie, S.J., Gaffikin, L., Goldhaber-Fiebert, J.D., Gordillo-Tobar A., Levin C., Mahé, C., & Wright, T.C. (2005, November 17). Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. *New England Journal of Medicine*, 353(20), 2158-2168.
- Gubbels, J.A., Claussen, N., Kapur, A.K., Connor, J.P., & Patankar, M.S. (2010, March 29). The detection, treatment, and biology of epithelial ovarian cancer. *Journal of Ovarian Research*, 3, 8.

- Gustafsson, L., Pontén, J., Bergström, R., &Adami, H.O. (1997a, April 10). International incidence rates of invasive cervical cancer before cytological screening. *Internatonal Journal of Cancer*, 71, 159-165.
- Gustafsson, L., Pontén, J., Zack, M., &Adami, H.O. (1997b, September 8). International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. *Cancer Causes Control*, 8, 755-763.
- Hanahan, D. (2014). Rethinking the war on cancer. *Lancet*, 383(9916), 558-563.
- Havrilesky, L.J., Maxwell, G.L., &Myers, E.R. (2009).Cost-effectiveness analysis of annual screening strategies for endometrial cancer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200, 640.e1-640.e8.
- Hennessy, B.T., Coleman, R.L., &Markman, M. (2009).Ovarian cancer. *Lancet*, 374, 1371-1382.
- Horton, S., & Gauvreau, C. L. (2015). *Cancer in Low- and Middle-Income Countries: An Economic Overview*. In: H. Jha. P. Gelband, R. Sankaranarayanan, S. Horton (Eds.). Cancer: Disease Control Priorities. Vol 3, 3rd ed. Washington, DC: The international Bank for Reconstruction and Development / The World Bar (<http://www.ncbi.nlm.gov/books>).
- Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington. (2017, August 3). GBD Compare. Retrieved August 12, 2017, from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- International Agency for Research on Cancer. *GLOBOCAN 2008 Fast stats*. (2012, April 20) Retrieved April 24, 2012, from: <http://www.globocan.iarc.fr/>.
- Jelovac, D., &Armstrong, D.K. (2011) Recent progress in the diagnosis and treatment of ovarian cancer. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 61, 183-203.
- Jones, R.W., Rowan, D.M., &Stewart, A.W. (2005) Vulvar intraepithelial neoplasia: aspects of the natural history and outcome in 405 women. *Obstetrics and Gynecology*, 106, 1319-1326.
- Kim, S.G., Hahm, M.I., Choi, K.S., Seung, N.Y., Shin, H.R., &Park, E.C. (2008). The economic burden of cancer in Korea in 2002. *European Journal of Cancer Care (England)*, 17, 136-144.
- Kobayashi, H., Yamada, Y., Sado, T., Sakata, M., Yoshida, S., Kawaguchi, R., ... Tsuji, Y. (2008). A randomized study of screening for ovarian cancer: a multicenter study in Japan. *International Journal of Gynecological Cancer*, 18, 414-420.
- Kulasingam, S., &Havrilesky, L. (2012).Health economics of screening for gynaecological cancers. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26, 163-173.

- Menon, U. (2012). Ovarian cancer screening has no effect on disease-specific mortality: commentary on the mortality results of the PLCO trial. *Evidence Based Medicine*, 17, 47-48.
- Menon, U., Gentry-Maharaj, A., Hallett, R., Ryan, A., Burnell, M., Sharma, A., ... Lopes, A. (2009). Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *The Lancet. Oncology*, 10, 327-340.
- Ohaeri, J.U., Campbell, O.B., Ilesanmi, A.O., &Omigbodun A.O. (1999). The psychosocial burden of caring for some Nigerian women with breast cancer and cervical cancer. *Social Science & Medicine*, 49(11), 1541-1549.
- Parkin, D.M., Bray, F., Ferlay, J., &Pisani, P. (2005) Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 55,74-108.
- Pavlik, E.J., &van Nagell, J.R. (2012). Ovarian cancer screening - what women want. *International Journal of Gynecological Cancer*, 22(Suppl 1), S21-S23.
- Pearson, J.M., Feltman, R.S., &Twiggs, L.B. (2008) Association of human papillomavirus with vulvar and vaginal intraepithelial disease: opportunities for prevention. *Women's Health (London England)*, 4, 143-150.
- Price, A.J., Ndom, P., Atenguena, E., Mambou Nouemssi, J.P., &Ryder, R.W. (2012) Cancer care challenges in developing countries. *Cancer*, 118, 3627-3635.
- Sankaranarayanan, R., &Ferlay, J. (2006). Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 20, 207-225.
- Sankaranarayanan, R., Nene, B.M., Shastri, S.S., Jayant, K., Muwonge, R., Budukh, A.M., ...Kothari, A. (2009, April 2). HPV screening for cervical cancer in rural India. *New England Journal of Medicine*, 360, 1385-1394.
- Sankaranarayanan, R., Nessa, A., Esmay, P.O., &Dangou, J.M. (2012) Visual inspection methods for cervical cancer prevention. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26, 221-232.

- Soliman, P.T., Oh, J.C., Schmeler, K.M., Sun, C.C., Slomovitz, B.M., Gershenson D.M.,... Lu, K.H. (2005). Risk factors for young premenopausal women with endometrial cancer. *Obstetrics and Gynecology*, 105, 575-580.
- United Nations. (2015, August 3). *Sustainable Development Goals*. Retrieved August 8, 2015, from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>.
- United Nations Statistics Division. (2008, March 12). *Composition of macro-geographical (continental) regions, geographical sub regions and selected economies and other groupings ("Footnote c")*. Retrieved March 17, 2008, from: <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm#developed>.
- Van den Bosch, T., Coosemans, A., Morina, M., Timmerman, D., &Amant, F. (2012). Screening for uterine tumours. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26, 257-266.
- Vineris, P., &Wild, C. P. (2014). Global cancer patterns: Causes and prevention. *Lancet*, 383(9916), 549-557.
- Walboomers, J.M., Jacobs, M.V., Manos, M.M., Bosch, F.X., Kummer, J.A., Shah, K.V., ... Muñoz, N. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *Journal of Pathology*, 189, 12-19.
- Wilson, C.M., Tobin, S., &Young, R.C. (2004). The exploding worldwide cancer burden: the impact of cancer on women. *International Journal of Gynecological Cancer*, 14, 1-11.
- World bank. (2012, April 24). *World Development indicators*. Retrieved April 24, 2012, from: http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators?cid=GDP_WDI.
- Wright, T.C., &Kuhn, L. (2012) Alternative approaches to cervical cancer screening for developing countries. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26, 197-208. <https://seer.cancer.gov/>
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, in press. The online GLOBOCAN 2018 database is accessible at <http://gco.iarc.fr/>, as part of IARC's Global Cancer Observatory.
- Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington [IHME-UW], (2017).