



საქართველოს უნივერსიტეტი
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა
სადოქტორო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

ხელნაწერის უფლებით

დინა ქურდიანი

**თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის შეფასება
პოპულაციური რეგისტრის მონაცემების საფუძველზე**

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებელი

სადოქტორო დისერტაციის მაცნე

(სპეციალობა- 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

თბილისი

2021

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლაში, სადოქტორო პროგრამის ფარგლებში: „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა“

სადისერტაციო საბჭოს შემადგენლობა:

თავმჯდომარე: ოთარ ვასაძე, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: ვასილ ტყეშელაშვილი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

შიდა ექსპერტი: იოსებაბესაძე, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი

გარე ექსპერტი: თენგიზ ჩარკვიანი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

გარე ექსპერტი: არმან მარიამიძე, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი

გარე ექსპერტი: ოთარ გერზმავა, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

დისერტაციის დაცვა შედგება 2021 წლის 24 დეკემბერს 07:00 საათზე ჰიბრიდულ რეჟიმში Webex პლათფორმით

მისამართზე: თბილისი, კოსტავას 77ა, კორპუსი 4, #519 აუდიტორია,

დისერტაციის გაცნობა შეიძლება საქართველოს უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკებში

მისამართი: თბილისი, კოსტავას 77ა, კორპუსი 1

სადისერტაციო მაცნე დაიგზავნა 2021 წლის 17 ნოემბერს

სადისერტაციო საბჭოს მდივანი:

სადოქტორო საფეხურის მენეჯერი ნათია მანჯიკაშვილი

პრობლემის აქტუალობა:

კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC, Lyon) მონაცემებით 2020 წლისათვის რეგისტრირებული იქნა გინეკოლოგიური კიბოსინციდენტობის 5,1 მილიონი და გარდაცვალების 2,9 მილიონი შემთხვევა, ხოლო გინეკოლოგიური კიბოთი ავადობის გლობალური ტვირთი შეადგენს 19%-ს. 2020 წელს გინეკოლოგიური კიბოსინციდენტობის და ამ მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა შემდეგია:

- საშვილოსნოს ყელის კიბო - 493,000 ახალი შემთხვევა, 273,000 გარდაცვალება;
- საშვილოსნოს ტანის კიბო - 199,000 ახალი შემთხვევა, 50,000 გარდაცვალება;
- საკვერცხის კიბო - 204,000 ახალი შემთხვევა, 125,000 გარდაცვალება;
- საშოსკიბო, ვულვას და ქორინოკარცინომას ერთად აღებული შეადგენს 45,900 ახალ შემთხვევას.

გინეკოლოგიური კიბოს დიდი წილი მოდის განვითარებად ქვეყნებზე. აქედან გამომდინარე საჭიროა შემუშავებული იქნას კიბოს კონტროლის პოლიტიკა რათა განხორციელდეს კიბოს ადვოკატობა და განვითარებად ქვეყნებში მოხდეს დაავადების გლობალური ტვირთის შემსუბუქება.

გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის ადასოციალურ-

ეკონომიკური მახვენებლების გამოყენებით შესაძლოა დადგინდეს სისფინანსური ჩარაღიან მოგება, რომელიც დაკავშირებულია ქალის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება-გაუარესებასთან, რაც სოდენ მნიშვნელოვანია ისეთი განვითარებადი ქვეყნისთვის, როგორც საქართველოა.

საქართველოში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის შესწავლა დაწყებულია გასული საუკუნის 60-იანი წლებიდან პროფესორ ლევან ჩარკვიანის მიერ. მის მიერ შედგენილია 1965-1984 წლებში საქართველოში კიბოთი ავადობის ეპიდემიოლოგიური ატლასი (ლ. ჩარკვიანი, 1985).

შემდგომ პერიოდში, საბჭოთა სარეგისტრაციო სისტემის ბოლო მონაცემების მიხედვით, შესწავლილი იქნა გინეკოლოგიური კიბოთი ავადობის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები თბილისში 1988-1992 წლებში (ვ. ტყეშელაშვილი, 2001). ამის შემდეგ, ქვეყნის დამოუკიდებლობის მოპოვებასთან ერთად, მოიშალა კიბოს რეგისტრაციის არსებული სისტემა და ამ მიზეზით აღარ გამოქვეყნებულა შესაბამისი ეპიდემიოლოგიური მონაცემები. 2015 წლიდან NCDC-ის ბაზაზე კიბოს პოპულაციური რეგისტრის შექმნამ შესაძლებელი გახადა გინეკოლოგიური კიბოთი ავადობის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებების შემდგომი შესწავლა.

NCDC-ის მონაცემებით 2019

წელს საქართველოში სულ რეგისტრირებული იქნა კიბოს ყველა ლოკალიზაციის 103,39 ახალი შემთხვევა (ინციდენტობა 100,000 მოსახლეზე - 277.9), მათ შორის 4,578 შემთხვევა (44.3%)

რეგისტრირებულია კაცებში, ხოლო, 5,761 შემთხვევა (55.7%) - ქალებში.

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

- ძუძუ- 1629 ახალი შემთხვევა, 84,4 100,000 ქალზე;
- ფარისებრი ჯირკვალ- 855 ახალი შემთხვევა, 44,3 100,000 ქალზე;
- კოლორექტუმი- 335 ახალი შემთხვევა, 17,4 100,000 ქალზე;
- საშვილოსნოს ტანი- 327 ახალი შემთხვევა, 16,9 100,000 ქალზე;
- საშვილოსნოს ყელი- 311 ახალი შემთხვევა, 16,5 100,000 ქალზე.

ამავე დროს, დამატებით შესწავლას საჭიროებს: გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობისა და გარდაცვალების სიხშირეები; ონკოგინეკოლოგიურ პაციენტებში მკურნალობის შემდგომ პერიოდში კიბოს პროგრესირების, რეციდივებისა და მეტასტაზების განვითარების რისკები; გინეკოლოგიური კიბოს 3-წლიანი გადარჩენის მავენებლები; ქ. თბილისის ქალთა მოსახლეობაში გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთი.

აქედან გამომდინარე განისაზღვრა კვლევის მიზანი, ამოცანები და დაიგეგმა მისი დიზაინი.

კვლევის მიზანი:

კვლევის მიზანს წარმოადგენს საქართველოს კიბოს რეგისტრის მონაცემების საფუძველზე თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობისა და გარდაცვალების სტრუქტურის დაზუსტება, მისი ტვირთის დადგენა და პრევენციული რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის ამოცანები:

1. სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ქ. თბილისის ქალთა მოსახლეობაში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის და გარდაცვალების სიხშირის და თავისებურების დადგენა, ეპიდემიოლოგიური რუკების შედგენა.
2. ონკოგინეკოლოგიურ პაციენტებში მკურნალობის შემდგომ პერიოდში კიბოს პროგრესირების, რეციდივებისა და მეტასტაზების განვითარების რისკების შესწავლა.
3. გინეკოლოგიური კიბოს 3-წლიანი გადარჩენის შესწავლა.
4. ქ. თბილისის ქალთა მოსახლეობაში გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის დადგენა.
5. ონკოგინეკოლოგიურ პაციენტების ადვოკატობის მიზნით პრევენციული რეკომენდაციების შემუშავება.

კვლევის სამეცნიერო სიახლე:

1. სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR, AAR, CR₆₄, CR₇₄, TADR, SRR, PIR, SIR) 100,000 ქალზე, პირველად იქნა დადგენილი 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა, მისი ასაკობრივი სპეციფიკა და დინამიკა.
2. პირველად იქნა გამოვლენილი თბილისში გინეკოლოგიური კიბოთი ავადობის თავისებურებანი. კერძოდ: თუ საქართველოში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურაში რანგით 1-ლი ადგილი უკავია საშვილოსნოს ყელის კიბოს, თბილისში 1-ლ სარანგო ადგილზეა საშვილოსნოს ტანის კიბო.
3. პირველად იქნა დადგენილი გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა. როგორც საქართველოში, ისე თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში პირველ სარანგო ადგილზეა და, შესაბამისად, გინეკოლოგიური კიბოს #1-ლ მკვლელ ლოკალიზაციას წარმოადგენს საკვერცხის კიბო.
4. პირველად იქნა დადგენილი, რომ თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის სიხშირე აღემატება საქართველოს რეგიონებში ავადობის დონეებს, კერძოდ: საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ, საშვილოსნოს ტანის კიბოს სიხშირე 1,6-ჯერ, ხოლო საკვერცხის კიბოს სიხშირე 1,2-ჯერ.
5. პირველად იქნა დადგენილი, რომ საქართველოს რეგიონებთან შედარებით თბილისში 7,3%-ით მაღალია საშვილოსნოს ტანის კიბოს პროპორცია ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში.
6. პირველად იქნა დადგენილი, რომ თბილისში 2015-2019 წლებში, 1988-1992 წლებთან შედარებით, ანუ 27 წლიან დინამიკაში 1,7-ჯერ გაიზარდა საშვილოსნოს ყელის, 2,1-ჯერ - საშვილოსნოს ტანის და 1,5-ჯერ საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის სიხშირეები. 27 წლიან დინამიკაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე გაიზარდა 70,5%-ით, საშვილოსნოს ტანის - 110,6%-ით, ხოლო საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე - 50,3%-ით.
7. გინეკოლოგიური კიბოს 3 ძირითადი ლოკალიზაციის-საშვილოსნოს ყელისა და ტანის და საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის სიხშირეების სტანდარტიზებული ინდიკატორებით

შედგენილ ეპიდემიოლოგიურ რუკებზე პირველად იქნა წარმოჩენილი 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებისა და მუნიციპალიტეტების მიხედვით მაღალი რისკის ლოკაციები.

8. დაზუსტებული იქნა, რომ გინეკოლოგიური კიბოთი ავადობის პიკი თბილისში მოდის ასაკობრივ ჯგუფებზე 45-74 წელი, ანუ პრე- და განსაკუთრებით, პოსტმენოპაუზურ პერიოდებზე. თბილისელ ქალებში პრე- და პოსტმენოპაუზის პერიოდში მაღალია საშვილოსნოს ტანის კიბოს და, საკვერცხის კიბოს, განსაკუთრებით 50-74 წლის ასაკში, ინციდენტობის დონეები.
9. პირველად იქნა დადგენილი რომ, როგორც საქართველოში, ისე თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში პირველ სარანგო ადგილზეა და შესაბამისად, წარადგენს გინეკოლოგიური კიბოს #1-ლ მკვლელ ლოკალიზაციას- საკვერცხის კიბო.
10. პირველად იქნა დადგენილი თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს მკურნალობის შემდგომ პერიოდში, დაავადების პროგრესირების რეციდივების დადგომის და დაავადების გავრცელების რისკები კაპლან-მეიერის მრუდებით ლოკალიზაციების მიხედვით (%) და ერთმანეთთან ფარდობითი შედარებით (OR).
11. პირველად იქნა დადგენილი როგორც საქართველოში, ისე თბილისში გამოვლენილი გინეკოლოგიური კიბოს 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები კაპლან-მეიერის მრუდებით.
12. პირველად იქნა დადგენილი საქართველოს რეგიონებში და თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს და მისი ძირითადი ლოკალიზაციების ტვირთი DALYs ინდექსის მიხედვით.

კვლევის შედეგების პრაქტიკული ღირებულება:

1. გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგიური რუკები შესაძლებელია გამოყენებული იქნას კიბოს კონტროლის, მათ შორის სკრინინგის რეგიონული და მუნიციპალური პროგრამების დაგეგმარებისას.
2. საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს სკრინინგ-დიაგნოსტიკისთვის მოწოდებული იქნა 2 ეტაპიანი გაიდლაინი.
3. გინეკოლოგიური კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით რეკომენდებული ქალთა მოსახლეობის მეტი ინფორმირება (სკრინინგით მოსახლეობის მოცვის გასაზრდელად) და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ქსელის ოჯახის ექიმების, გინეკოლოგების, მენეჯერების, რომლებიც მონაწილეობენ კიბოს კონტროლის პროგრამებში, ტრენინგი გინეკოლოგიური კიბოს სკრინინგისა და ადრეული დიაგნოსტიკის საკითხებში, გაზრდის სკრინინგის პროგრამის ეფექტიანობას.
4. გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის უფრო ღრმა შესწავლის მიზნით რეკომენდებული საქართველოს კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიერ მკურნალობის შემდგომ პერიოდში პაციენტთა ფიზიკურ-ფუნქციური სტატუსის შესახებ მონაცემების (ECOG შკალით) Follow-up რეჟიმში მუდმივი (პაციენტის გარდაცვალებამდე) კოლექცია და რეგისტრაცია, საშუალებას მოგვცემს კიბოს ტვირთი შეფასდეს როგორც DALYs, ისე QALYs მაჩვენებლების მიხედვით.
5. კიბოს ეპიდემიოლოგიური რუკების მიხედვით სკრინინგის რეგიონული და მუნიციპალური პროგრამების შემუშავება და სახელმწიფო პროგრამის პრევენციული გაიდლაინით თითოეული ქალისათვის ეფექტიანი სკრინინგ-სერვისის მიღების უზრუნველყოფა ხელსშეუწყობს გინეკოლოგიური კიბოს კონტროლის ადვოკატობას.

დისერტაციის დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები:

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.

ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა:

დისერტაცია შედგება შესავალის, ექვსი თავის, კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგების, დასკვნების, პრაქტიკული რეკომენდაციების, გამოყენებული ლიტერატურის, დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სიისა და დანართი CD-საგან. დისერტაცია დაწერილია 150 გვერდზე, APA-ს მოთხოვნების დაცვით, შეიცავს 52 ცხრილსა და 42 დიაგრამას. გამოყენებული ლიტერატურის სია შეიცავს 63 წყაროს. დანართ CD-ზე ჩაწერილია სადოქტორო დისერტაციისა და მცნეს (ქართულ და ინგლისურ ენებზე) ელექტრონული ვერსიები, მონაცემთა ელექტრონული ბაზა და დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო ნაშრომები.

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 ონკოლოგთა და რადიოლოგთა მე-7 კონგრესზე (თურქისტანი, 15.10.2021), სამეცნიერო-საკონსულტაციო სადისერტაციო საბჭოს ონლაინ წინასწარ დაცვაზე (თბილისი, 05.11.2021).

კვლევის მასალები და მეთოდები:

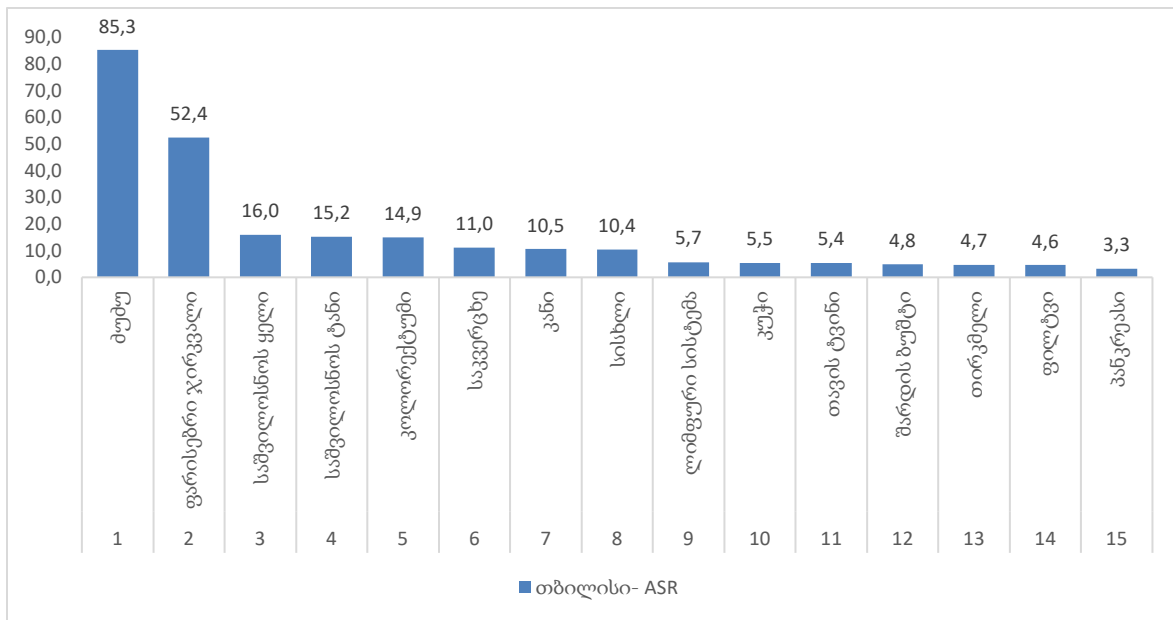
შესწავლილი იქნა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 2015-2019 წლების მონაცემთა ელექტრონულ ბაზები. მოხდა რეგისტრის მონაცემთა ანალიზი. მონაცემთა ბაზები დამუშავდა სტატისტიკურად პროგრამული პაკეტის Microsoft Excel-ის გამოყენებით. ჩატარდა დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევა კიბოსკვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC, Lyon), კიბოს რეგისტრთა საერთაშორისო ასოციაციის (IACR, Lyon), კიბოს რეგისტრთა ევროპის ქსელის (ENCR, Lyon) და კიბოსწინააღმდეგ ბრძოლის საერთაშორისო კავშირის (UICC, Geneva) მიერ რეკომენდებული მეთოდიკით (Ahlbom A., Norell S., 1984; Boyle P., Parkin D.M., 1988; Gardis L., 2004; Fos P., Fine D., 2005; Agostina R. et al., 2006; Bhopal R., 2008). გამოანგარიშებული იქნა შემდეგი უხეში და სტანდარტიზებული მაჩვენებლები: ავადობისა და გარდაცვალების უხეში მაჩვენებელი (Crude Rate); ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებელი (Age-Specific Rate); ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR); ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI ASR); შეკვეცილი ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Truncated Age Standardized Rate - TASR); შეკვეცილი ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI TASR); ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი (Age-Adjusted Rate- AAR); ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI AAR); სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR); სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SRR); კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი (Cumulative Risk-CR₆₄, CR₇₄); კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI CR); ინციდენტობის პროპორციული შეფარდება (Proportional Incidence Ratio- PIR); ინციდენტობის

პროპორციული შეფარდებების მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI PIR); სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდება (Standardized Incidence Ratio - SIR); სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SIR). SPSS-ს გამოყენებით შესწავლილი იქნა გინეკოლოგიური კიბოს 3-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები, გამოყენებული იქნა Kaplan-Maier-ის მრუდები და Cox-ის HR. შესწავლილი იქნა გინეკოლოგიური კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში ინვალიდობით კორექტირებული სიცოცხლის წლები (DALYs). რეტროსპექტიული Follow-up ანალიზით შესწავლილი იქნა გინეკოლოგიური კიბოს მკურნალობის შემდგომ პერიოდში რეციდივებისა და მეტასტაზების განვითარების რისკები. მომზადდა გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის ამსახველი საქართველოს ეპიდემიოლოგიური რუკა. მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლები წარმოდგენილი იქნა ცხრილების სახით, გამოსახული გრაფიკულად და გაანალიზებული.

კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგები:

საქართველოს კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემებით 2015-2019 წლებში თბილისის ქალთა მოსახლეობაში სულ დაფიქსირებულია კიბოს 11,695 შემთხვევა. პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) მოყვანილია დიაგრამაზე #1.

დიაგრამა 1. თბილისში ქალთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე



წყარო: (კვლევის მასალები)

როგორც დიაგრამიდან ჩანს, პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში პირველ ათეულში შედიან: მთელი, ფარისებრი ჯირკვავალი, საშვილოსნოს ყელი, საშვილოსნოს ტანი, კოლორექტუმი, საკვერცხე, კანი, სისხლი, ლიმფური სისტემა და კუჭი.

გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა ASR და AAR მაჩვენებლებით მოყვანილია ცხრილებში #1 და #2.

ცხრილი 1. თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით

#	გინეკოლოგიური ლოკალიზაცია	ICD კოდი	ASR	95%CI
1	საშვილოსნოსყელი	C53.0 - C53.9	16,0	14,7 - 17,3
2	საშვილოსნოსტანი	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	საშვილოსნოდასასქესოროგანო, 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)

ცხრილი 2. თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით

#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	AAR	95%CI
1	საშვილოსნოსყელი	C53.0 - C53.9	21,2	20,1 – 22,7
2	საშვილოსნოსტანი	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	საშვილოსნოდასასქესოროგანო, 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)

როგორც #1 და #2 ცხრილებიდან ნათლად ჩანს, თუ ASR მიხედვით გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურაში 1-ლი სარანგო ადგილი უკავია საშვილოსნოს ყელის (16,0‰) და მე-2 საშვილოსნოს ტანის კიბოს (15,2‰), AAR-ით შეფასებული ინციდენტობის მიხედვით გინეკოლოგიური კიბოს სტრუქტურაში 1-ლი სარანგო ადგილი უკავია საშვილოსნოს ტანის (23,6‰) და მე-2 საშვილოსნოსყელის კიბოს (21,2‰). ორივე ინდიკატორით საკვერცხის კიბოს უკავია მე-3 სარანგო ადგილი.

თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს სტრუქტურაში საშვილოსნოს ტანის კიბოს 1-ლი სარანგო ადგილი AAR-ით მყარდება კუმულაციური რისკის (CR₀₋₇₄) მაჩვენებლებით (ცხრილი #3).

ცხრილი 3. თბილისში 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	1,3	1,2 - 1,4	1,7	1,6 - 1,8
2	საშვილოსნოს ტანი	C54.0 - C54.9	1,0	0,9 - 1,1	2,0	1,9 - 2,2
3	საკვერცხე	C56.9	0,8	0,7 - 0,9	1,3	1,2 - 1,5
4	ვულვა	C51.0 - C51.9	0,03	0,01 - 0,05	0,12	0,09 - 0,15
5	საშო	C52.9	0,02	0,00-0,03	0,02	0,00-0,03
6	საშვილოსნო და სასქესო ორგანო, დაუზუსტებელი	C55.9; C57.0-57.9	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)

გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების მაჩვენებელმა ყოველწლიურად თბილისში 2015-2019 წლებში შეადგინა 17,5‰ (ცხრილი #4). ASR-ის მიხედვით, თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში პირველ სარანგო ადგილზეა და შესაბამისად, წაროდგენს გინეკოლოგიური კიბოს #1-ლ მკვლელ ლოკალიზაციას- საკვერცხის კიბო (ASR= 6.3‰), მე-2 - საშვილოსნოს ყელის კიბო (ASR=5.1‰), ხოლო მე-3- საშვილოსნოს ტანის კიბო (ASR=4.5‰).

ცხრილი4. თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით

#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	თბილისი
1	საკვერცხე	C56.9	6,3
2	საშვილოსნოსყელი	C53.0 - C53.9	5,1
3	საშვილოსნოსტანი	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)

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). ამავე დროს თბილისში 19.5%-თ მაღალია საშოს კიბოს პროპორცია (PIR=119.5).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 ტრენინგების გავლას(ცხრილი #5).

ცხრილი5. თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის პროპორციული შეფარდების მაჩვენებლები (PIR)

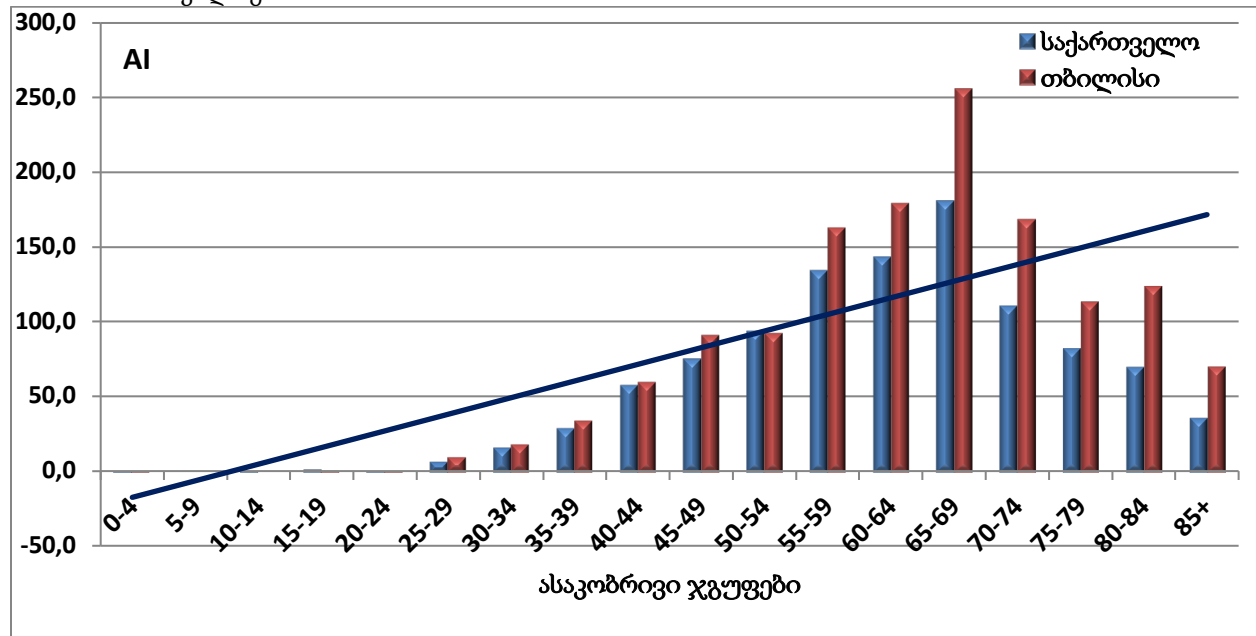
#	ლოკალიზაცია	ICD კოდი	PIR	95%CI
1	საშო	C52.9	119,5 %	117,0-121,9%
2	საშვილოსნოს ტანი	C54.0 - C54.9	107,3 %	104,0-110,5%
3	საშვილოსნოსყელი	C53.0 - C53.9	99,4 %	96,2-102,0%
4	საკვერცხე	C56.9	92,0 %	88,9-95,0%
5	ვულვა	C51.0 - C51.9	84,1 %	80,2-88,1%
6	საშვილოსნო და სასქესო ორგანო, დაუზუსტებელი	C55.9; C57.0-57.9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

წყარო: (კვლევის მასალები)

გინეკოლოგიური კიბოთი ავადობის პიკი თბილისში მოდის ასაკობრივ ჯგუფებზე 45-74 წელი, ანუ პრე- და, განსაკუთრებით, პოსტმენოპაუზურ (50-74) პერიოდებზე. თბილისელ ქალებში პრე- და პოსტმენოპაუზის პერიოდში, ასაკით სტანდარტიზებული შეკვეცილი მაჩვენებლით (TASR), განსაკუთრებით მაღალია საშვილოსნოს ტანის კიბოს (TASR₄₅₋₇₄=56,4‰), და, საკვერცხის კიბოს, განსაკუთრებით 50-74 წლის ასაკში(TASR₅₀₋₇₄=174,7‰), ინციდენტობის დონეები (დიაგრამა 2 და ცხრილი 6). გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობა TASR₄₅₋₇₄ მაჩვენებლების შეფარდებით

საქართველოში მატულობს 4.5-ჯერ, ხოლო თბილისში - 6-ჯერ, ხოლო TASR₅₀₋₇₄ მაჩვენებლების შეფარდებით საქართველოში მატულობს 5.5-ჯერ, თბილისში - 6.1-ჯერ.

დიაგრამა2. საქართველოში და თბილისში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ასაკისათვის სპეციფიური სიხშირის მაჩვენებლები (ai) ყოველ 100,000 ქალზე



წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი6. 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)

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე TASR₃₅₋₇₄ მაჩვენებლების შეფარდებით საქართველოში მატულობს 10.5-ჯერ, თბილისში- 14.7-ჯერ, ხოლო TASR₅₀₋₇₄ მაჩვენებლების შეფარდებით საქართველოში მატულობს 12.3-ჯერ, ხოლო თბილისში - 16.9-ჯერ.

საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე TASR₃₅₋₇₄ მაჩვენებლების შეფარდებით საქართველოში მატულობს 3.4-ჯერ, თბილისში - 11.7-ჯერ, TASR₄₀₋₇₄ საქართველოში მატულობს 4.1-ჯერ, თბილისში - 14.6-ჯერ, ხოლო TASR₄₅₋₇₄-საქართველოში მატულობს 5.0-ჯერ, თბილისში - 18.1-ჯერ.

საკვერცხის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე T_{ASR}₅₀₋₇₄ საქართველოში მატულობს 17.8-ჯერ, თბილისში - 21.0-ჯერ, ხოლო T_{ASR}₅₋₇₄ საქართველოში მატულობს 23.6-ჯერ, თბილისში - 27.2-ჯერ.

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 (ცხრილი 7).

ცხრილი 7. თბილისში და საქართველოს რეგიონებში 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს სტანდარტიზებულ სიხშირეთა შეფარდების მაჩვენებლები (SRR)

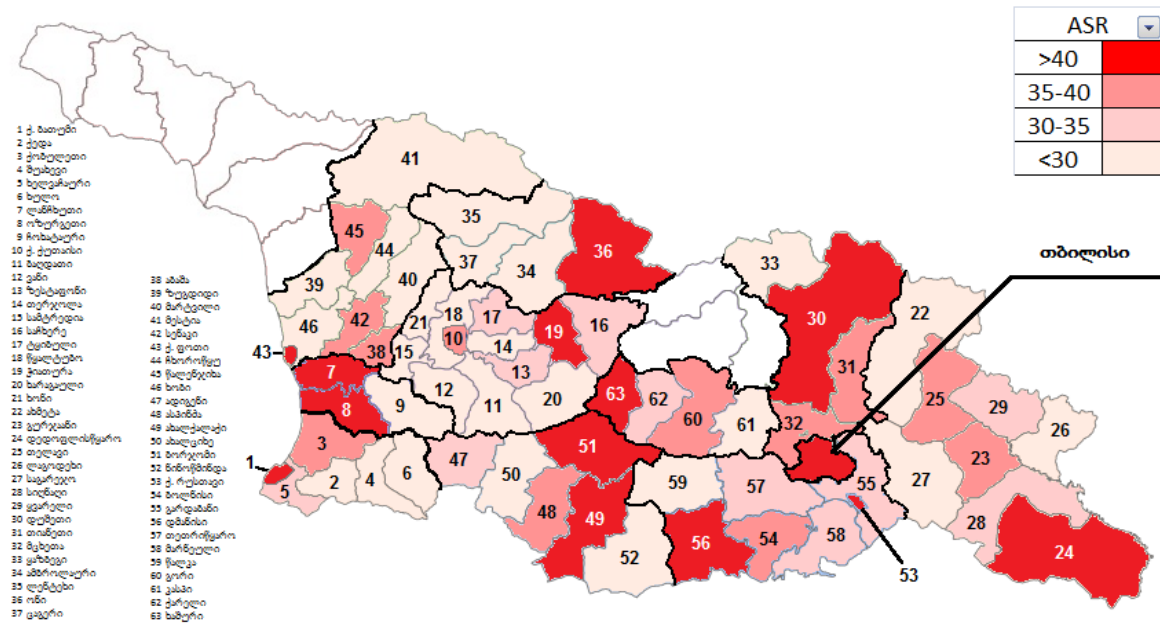
#	გინეკოლოგიური ლოკალიზაცია	თბილისი		დანარჩენი საქართველო		SRR	95%CI
		ASR	95%CI	ASR	95%CI		
1	საშვილოსნოსყელი	16,0	14,7 - 17,3	12,3	11,6 - 13,0	1,3	1,2 - 1,4
2	საშვილოსნოსტანი	15,2	14,1 - 16,4	9,7	9,1 - 10,4	1,6	1,4 - 1,7
3	საკვერცხე	11,0	10,0 - 12,0	9,3	8,7 - 10,0	1,2	1,1 - 1,3
4	ვულვა	0,9	0,7 - 1,2	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

სტანდარტიზებულ სიხშირეთა შეფარდების მაჩვენებლის (SRR) მიხედვით თბილისში 2015-2019 წლებში, 1988-1992 წლებთან შედარებით, ანუ 27 წლიან დინამიკაში 1,7-ჯერ გაიზარდა საშვილოსნოს ყელის (SRR =1,7, 95% CI SRR =1,5 - 1,9), 2,1-ჯერ საშვილოსნოს ტანის (SRR =2,1, 95% CI SRR =1,8 - 2,4), 1,5-ჯერ საკვერცხის (SRR =1,5, 95% CI SRR =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).

დიაგრამა 3. საქართველოში გინეკოლოგიური კიბოს ინციდენტობის ეპიდემიოლოგიური რუკა მუნიციპალიტეტების მიხედვით 2015-2019 წლებში (ASR 100,000 ქალზე)



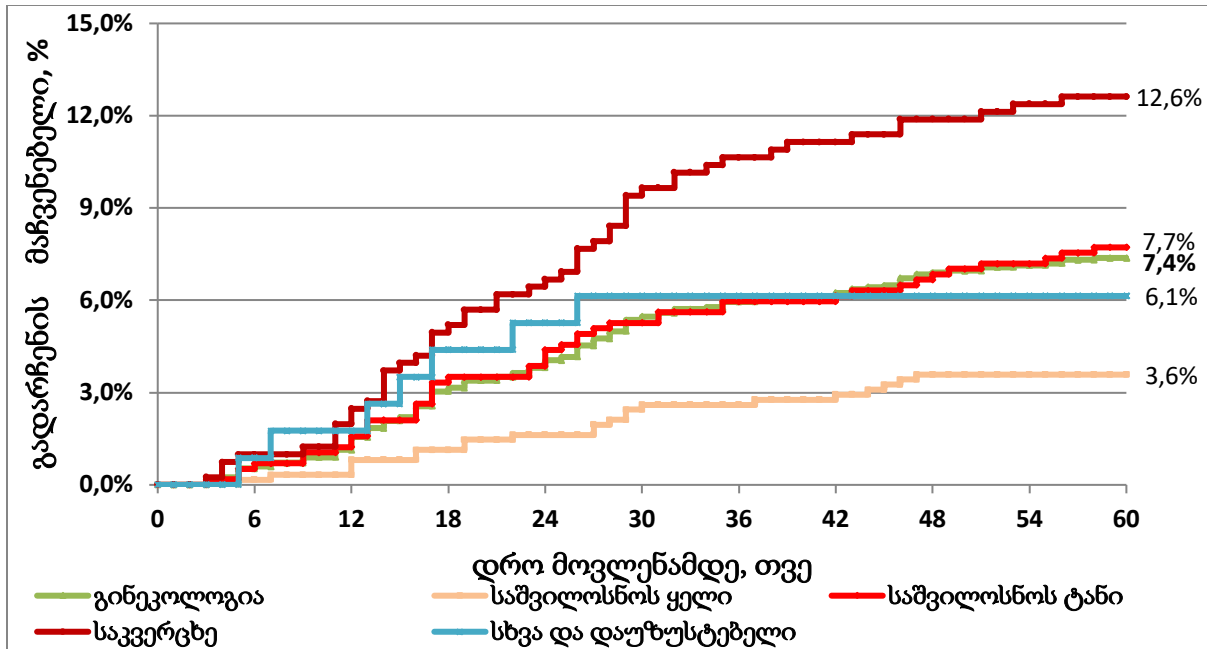
წყარო: (კვლევის მასალები)

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 (დიაგრამა 3).

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.

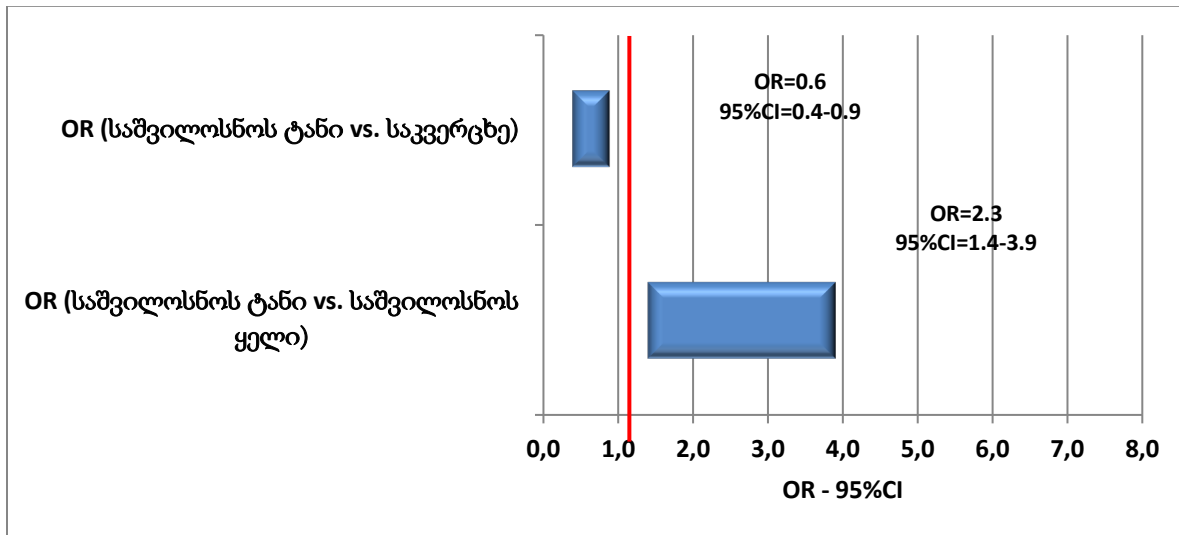
თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს მკურნალობის შემდგომ პერიოდში, დაავადების პროგრესირების რეციდივების დადგომის და დაავადების გავრცელების რისკები კაპლან-მეიერის მრუდებით, ინციდენტობიდან 60 თვის შემდგომ რეციდივის (როგორც მოვლენის) დადგომის ალბათობა გინეკოლოგიური კიბოსთვის შეადგენს 7,4%-ს, საშვილოსნოს ყელის კიბოსთვის - 3,6%-ს, საშვილოსნოს 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 (დიაგრამა 4).

დიაგრამა 4. 2015-2019 წლებში თბილისში გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, საკვერცხისა და სხვა გინეკოლოგიური კიბოს პროგრესირებისა და რეციდივების დადგომის კაპლან მეიერის მრუდები



წყარო: (კვლევის მასალები)

დიაგრამა 5. თბილისში საშილოსნოს ტანის კიბოს რეციდივების განვითარების რისკის ოდენობა საკვერცხისა და საშილოსნოს ყელის კიბოს რეციდივების ალბათობასთან შედარებით

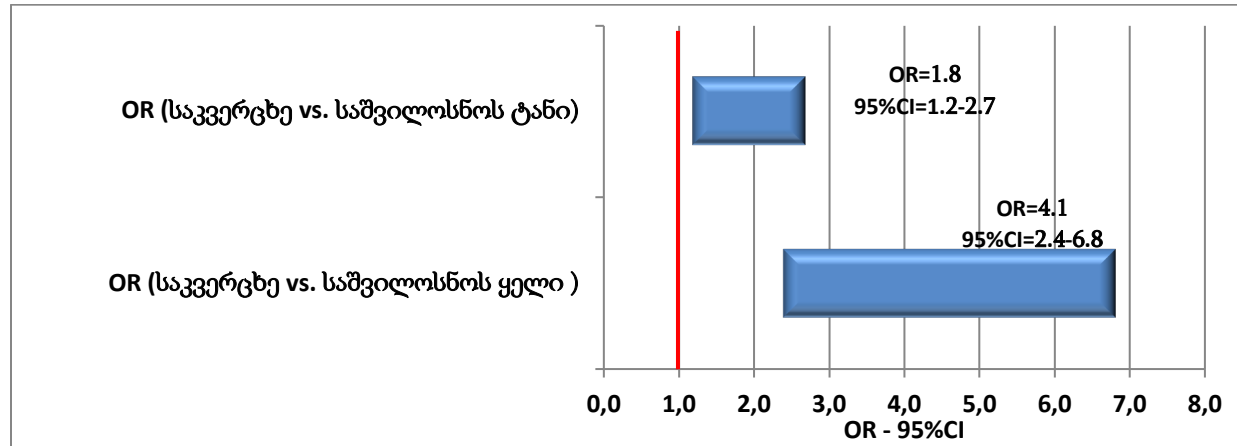


წყარო: (კვლევის მასალები)

საქართველოში საშილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოს მკურნალობისა და რემისიის პერიოდის შემდგომ რეციდივების და/ან მესტატაზების განვითარებისა და დაავადების პროგრესირების რისკები სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან (OR=1,0, 95%CI OR=0,7-1,4), მაშინ როდესაც საშილოსნოს 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) (დიაგრამები 5 და 6).

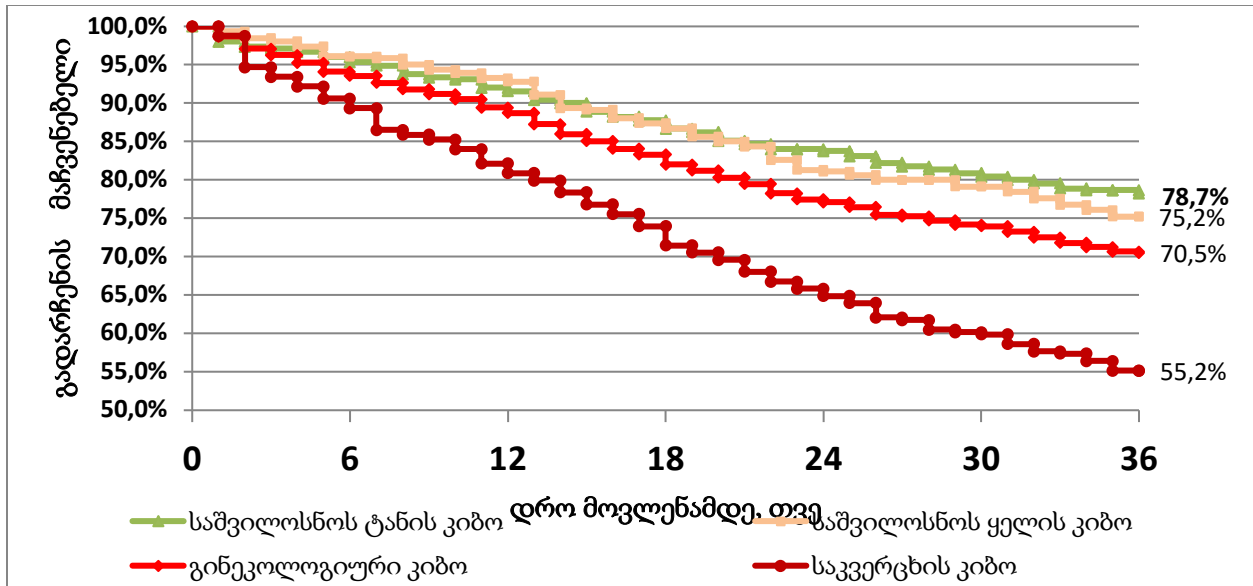
დიაგრამა 6. თბილისში საკვერცხის კიბოს რეციდივების განვითარების რისკის ოდენობა საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოს რეციდივების ალბათობასთან შედარებით



წყარო: (კვლევის მასალები)

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% (დიაგრამა 7).

დიაგრამა 7. თბილისში 2015-2017 წწ. გამოვლენილი გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს მქონე პაციენტების 3 წლიანი გადარჩენის ანალიზით მიღებული კაპლან-მეიერის მრუდები



წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 8. გინეკოლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის და საკვერცხის კიბოს DALYs მაჩვენებლები საქართველოსა და თბილისში

ინდექსი	YLD		YLL		DALYs	
	საერთო	საშუალო	საერთო	საშუალო	საერთო	საშუალო
გინეკოლოგიური კიბო						
საქართველო (n=5432/1850)	10356.1	1.9	29103.0	15.7	39459.1	7.3
თბილისი (n=1993/614)	2432.3	1.2	9089.0	14.8	11521.3	5.8
საშვილოსნოს ყელის კიბო						
საქართველო (n=1811/540)	3564.9	2.0	10673.0	19.8	14237.9	7.9
თბილისი (n=648/169)	831.7	1.3	3306.0	19.6	11521.3	6.4
საშვილოსნოს ტანის კიბო						
საქართველო (n=1800/452)	2595.0	1.4	5977.0	13.2	8572.0	4.8
თბილისი (n=714/164)	723.0	1.0	2060.0	12.6	2783.0	3.9
საკვერცხის კიბო						
საქართველო (n=1467/699)	3581.9	2.4	10892.0	15.6	14473.9	9.9
თბილისი (n=496/226)	743.9	1.5	3249.0	14.4	3992.9	8.1

წყარო: (კვლევის მასალები)

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

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

გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით საქართველოში თითოეულმა პაციენტმა საშუალოდ დაკარგა 7.3 წელი, ხოლო თბილისში 5.8 წელი. 2015-2019 წლებში გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთმა DALYs ინდექსით მიხედვით საქართველოში შეადგინა 39,459.1, ხოლო თბილისში 11,521.3 დაკარგული ქალი/წელი სიცოცხლე.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით საქართველოში თითოეულმა პაციენტმა საშუალოდ დაკარგა 7.9 წელი, ხოლო თბილისში 6.4 წელი. 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ტვირთმა DALYs ინდექსით მიხედვით საქართველოში შეადგინა 14,237.9, ხოლო თბილისში 3,306.0 დაკარგული ქალი/წელი სიცოცხლე.

საშვილოსნოს ტანის კიბოს მიზეზით საქართველოში თითოეულმა პაციენტმა საშუალოდ დაკარგა 4.8 წელი, ხოლო თბილისში 3.9 წელი. 2015-2019 წლებში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ტვირთმა DALYs ინდექსით მიხედვით საქართველოში შეადგინა 8,572.0, ხოლო თბილისში 2,783.0 დაკარგული ქალი/წელი სიცოცხლე.

საკვერცხის კიბოს მიზეზით საქართველოში თითოეულმა პაციენტმა საშუალოდ დაკარგა 9.9 წელი, ხოლო თბილისში 8.1 წელი. 2015-2019 წლებში საკვერცხის კიბოს ტვირთმა DALYs ინდექსით მიხედვით საქართველოში შეადგინა 14,473.9, ხოლო თბილისში 3992.9 დაკარგული ქალი/წელი სიცოცხლე.

ცხრილი 9. საშვილოსნოს ტანის კიბოს YLD, YLL და DALYs მაჩვენებლები საქართველოში, თბილისში და რეგიონებში

რეგიონი (n _{პაციენტი} /n _{გარდაცვლილი})	YLD	YLL	DALYs
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

წყარო: (კვლევის მასალები)

მე-9 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

საშილოსნოს ყელის, საშილოსნოს ტანისა და საკვერცხის კიბოს DALY, YLD და YLL-ინდექსებისთვისაც.

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

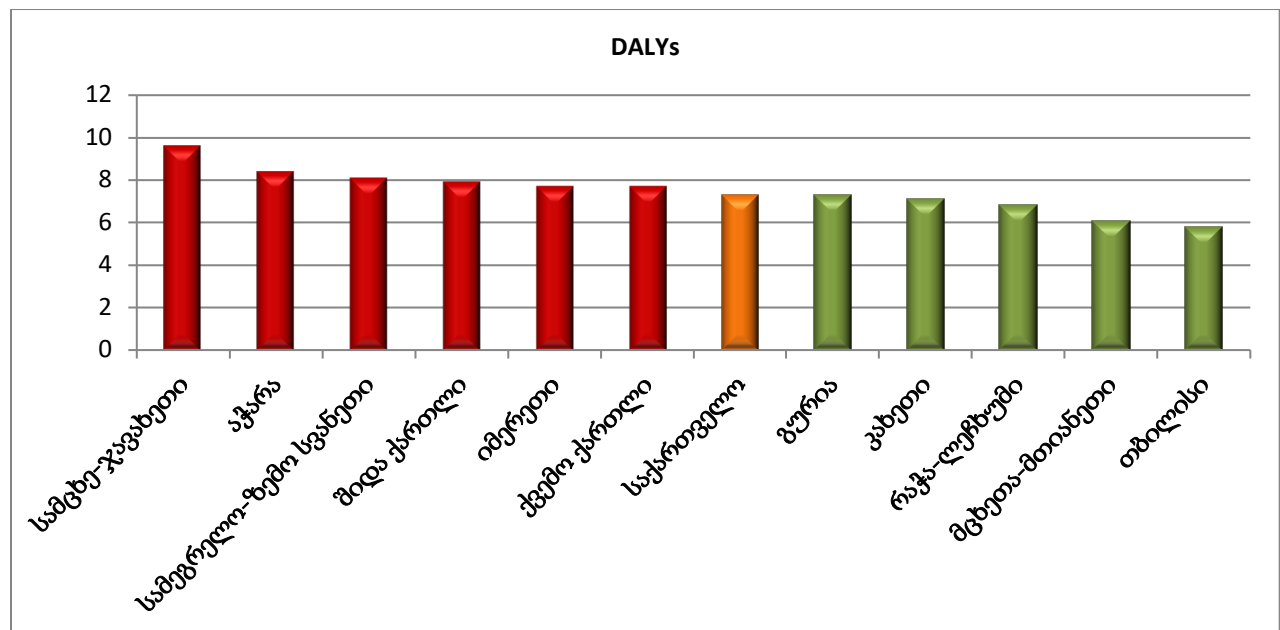
თბილისში დაფიქსირებული YLD-ის საშ. მაჩვენებელი სარწმუნოდ დაბალია საქართველოს საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ($p < 0.001$). თბილისში დაფიქსირებული YLL-ის საშუალო მაჩვენებელი კი საქართველოს საშუალო მაჩვენებლისგან სარწმუნოდ არ განსხვავდება ($p = 0.118$ -NS). შესაბამისად, DALY-ის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელიც ასევე სარწმუნოდ დაბალია საქართველოს საშუალო მაჩვენებელზე ($p = 0.007$).

თბილისში დაფიქსირებული YLD-ის საშ. მაჩვენებელი სარწმუნოდ დაბალია საქართველოს საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ($p < 0.001$). თბილისში დაფიქსირებული YLL-ის საშუალო მაჩვენებელიც საქართველოს საშუალო მაჩვენებლისგან სარწმუნოდ განსხვავდება ($p = 0.024$). შესაბამისად, DALY-ის ინდექსის საშუალო მაჩვენებელიც სარწმუნოდ დაბალია საქართველოს საშუალო მაჩვენებელზე ($p = 0.001$).

საშუალო მაჩვენებელი სარწმუნოდ მაღალია სხვა ლოკალიზაციის კიბოსთან ანალოგიურ მაჩვენებლებთან შედარებით (შესაბამისად, $p < 0.001$) როგორც თბილისში, ისე საქართველოში.

საშილოსნოს ყელის კიბოს YLL-ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი სარწმუნოდ მაღალია სხვა ლოკალიზაციის კიბოსთან ანალოგიურ მაჩვენებლებთან შედარებით (შესაბამისად, $p < 0.001$) როგორც თბილისში, ისე საქართველოში. DALY-ინდექსის საშუალო მაჩვენებელი სხვა ლოკალიზაციის კიბოსთან ანალოგიურ მაჩვენებლებთან შედარებით სარწმუნოდ ყველაზე მაღალია საკვერცხის კიბოს დროს (შესაბამისად, $p < 0.001$) როგორც თბილისში, ისე საქართველოში.

დიაგრამა 8. გინეკოლოგიური კიბოს DALYs მაჩვენებლები საქართველოში, თბილისსა და რეგიონებში.



წყარო: (კვლევის მასალები)

ამრიგად, 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) (დიაგრამა 8).

კვლევით მიღებულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ძირითადი დასკვნები:

1. 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).
2. 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.
3. 2015-2019 წლებში საქართველოში საშვილოსნოსყელისკიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგენდა1,1 (95% CI CR₆₄= 1,1-1,2), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 1,4 (95% CI CR₇₄= 1,4-1,5).საშვილოსნოსტანის 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).
4. ქალებში კიბოს ინციდენტობის საერთო სტრუქტურაში, ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით100,000 ქალზე, 2015-2019 წლებში თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს ლოკალიზაციებიდან რანგით მესამე ადგილი ეკავა საშვილოსნოსყელის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 14,7-17,3), მეოთხე - საშვილოსნოსტანის (ASR=15,2; 95% CI ASR= 14,1-16,4), მეექვსე- საკვერცხის (ASR=11,0; 95% CI ASR= 10,0-12,0).
5. 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) აღმატებოდა საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციების კიბოთი ავადობის დონეებს.

6. 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.
7. 2015-2019 წლებში თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგენდა 1,3 (95% CI CR₆₄= 1,2-1,4), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 1,7 (95% CI CR₇₄= 1,6-1,8). საშვილოსნოს ტანის კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი შეადგენდა, შესაბამისად, 1,0 (95% CI CR₆₄= 0,9-1,1) და 2,0 (95% CI CR₇₄= 1,9-2,2), ხოლო საკვერცხის- 0,8 (95% CI CR₆₄= 0,7-0,9) და 1,3 (95% CI CR₇₄= 1,2-1,5).
8. 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 საშვილოსნოს ყელის (ASR=12,3; 95% CI ASR= 11,6-13,0), მეოთხე - საშვილოსნოს ტანის (ASR=9,7; 95% CI ASR= 9,1-10,4), მეხუთე- საკვერცხის (ASR=11,0; 95% CI ASR= 8,7-10,0) კიბოს.
9. 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 რანგით მეოთხე ადგილი ეკავა საშვილოსნოს ყელის (AAR=17,4; 95% CI AAR=16,6-18,1), მეხუთე-საშვილოსნოს ტანის (AAR=16,2; 95% CI AAR= 15,6-16,8), მეექვსე-საკვერცხის (AAR=14,5; 95% CI AAR=13,9-15,1) კიბოს.
10. 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგენდა 1,0 (95% CI CR₆₄= 1,0-1,1), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 1,3 (95% CI CR₇₄= 1,2-1,4). საშვილოსნოს ტანის კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი შეადგენდა, შესაბამისად, 0,8 (95% CI CR₆₄= 0,7-0,8) და 1,2 (95% CI CR₆₄= 1,2-1,3), ხოლო საკვერცხის- 0,7 (95% CI CR₆₄= 0,7-0,8) და 1,1 (95% CI CR₆₄= 1,0-1,1).
11. 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 საშვილოსნოს 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 ტრენინგების გავლას.

12. 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).
13. 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, 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.
14. 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 სარანგო ადგილი. 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.
15. 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‰), და, საკვერცხის კიბოს, განსაკუთრებით 50-74 წლის ასაკში (TASR₅₀₋₇₄=174,7‰), ინციდენტობის დონეები.
16. გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების მაჩვენებელმა ყოველწლიურად თბილისში 2015-2019 წლებში შეადგინა 17,5‰. ASR-ის მიხედვით, თბილისში გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში პირველ სარანგო ადგილზეა, შესაბამისად, წარადგენს გინეკოლოგიური კიბოს #1-ლ მკვლელ ლოკალიზაციას- საკვერცხის კიბო (ASR=6.3‰), მე-2 - საშვილოსნოს ყელის კიბო (ASR=5.1‰), ხოლო მე-3- საშვილოსნოს ტანის კიბო (ASR=4.5‰).
 17. 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.
 18. 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.
 19. საქართველოში საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოს მკურნალობისა და რემისიის პერიოდის შემდგომ რეციდივების და/ან მესტატაზების 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 მესტატაზების 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).
 20. 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%.
 21. 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 აღინიშნასამცხე-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 აღინიშნაქვემო ქართლში (12,1), სამცხე-ჯავახეთში(11,5), აჭარაში (11,1), იმერეთში (11,1), სამეგრელო- ზემო სვანეთში (11,1) და გურიაში (10,6).

პრაქტიკული რეკომენდაციები:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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 გარეშე ულტრაბგერითი კვლევით 20 მმ-ზე მეტი სისქის ენდომეტრიუმის გამოვლენის შემთხვევებში ნაჩვენებია ენდომეტრიული ასპირატის (სინჯების) ციტოლოგიური კვლევა. საშვილოსნოს

ტანთან მიმართებაში მე-2 ეტაპზე, ენდომეტრიული ასპირატის ტესტის პოზიტიური შედეგების შემთხვევაში, კეთდება ჰისტეროსკოპია, მიზნობრივი ბიოფსია და ბიოფტატების ჰისტოლოგიური კვლევა.

- სეკვერცხესთან 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 ეპიდიდიმური პროტეინ 4-ის (HE4) ოდენობების განსაზღვრას. ROMA ინდექსის 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 კლ.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, ტრენინგი გინეკოლოგიური კიბოს სკრინინგისა და ადრეული დიაგნოსტიკის საკითხებში.
- გინეკოლოგიური კიბოს ტვირთის უფრო ღრმა შესწავლის მიზნით მკურნალობის შემდგომ პერიოდში რეკომენდებულია საქართველოს კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიერ ხორციელდებოდა პაციენტთა ფიზიკურ-ფუნქციური სტატუსის შესახებ მონაცემების (ECOG შკალით) 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.

სადისერტაციო თემაზე გამოქვეყნებული შრომების სია

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

- 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.
- ლოზჯანიძე თ., გვაზავა თ., ქურდიანი დ., აბესაძე ნ., შავდიანი., ჩხაიძე ., 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, Taranenko 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, Mavrichev 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 (ბეჭდვაში)* 2021 issue