



ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-პროგრამის მენეჯმენტის
ეპიდემიოლოგიური შეფასება

ავტორი: თინა ბერუჩაშვილი

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია

საქართველოს უნივერსიტეტის

ჯანმრთელობის მეცნიერებათა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლაში

დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი: ვასილ ტყეშელაშვილი

თბილისი

2015

საავტორო უფლებები

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე: *ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-პროგრამის მენეჯმენტის ეპიდემიოლოგიური შეფასება*

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ავტორი- თინა ბერუჩაშვილი

თინა ბერუჩაშვილი © თბილისი, 2015 წლის 20 ივლისი

ანოტაცია

გაანალიზებული იქნა ქ.თბილისში 1998-2010 წლებში რეგისტრირებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს 3773 შემთხვევა და 2003-2007 წლებში ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების 5440 შემთხვევა.

ქ.თბილისში 1998-2010 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდება ASR-ს მიხედვით -37,0 ქალი, ხოლო AAR-ს მიხედვით - 46,5 ქალი. თბილისელ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR₀₋₇₄) შეადგინა 3,9%. 2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა SRR-ს მიხედვით გაიზარდა 1,5-ჯერ, ხოლო SIR-ს მიხედვით-53,9%-ით. TAsR-ს მიხედვით აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის მატების დინამიკა. ამავე დროს, დადგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის იდენტური დონეები 25-59 და 25-64, ასევე- 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 25-59 და 25-64 წლებთან შედარებით მატულობს ასაკობრივ პერიოდებში 30-64 და 30-69 წლები. SRR-ს მიხედვით, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,2-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში, მაშინ როდესაც 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში რეგისტრირდება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის იდენტური სიხშირეები. პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი იყო 2,4-ჯერ მაღალი, მაშინ როდესაც ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი წელი- 3,9-ჯერ მაღალი; ხოლო- შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევების 71,0% დიაგნოსტირებული იქნა ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი, ხოლო 79,8%- ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი. ანუ, ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შეფარდებითი სიხშირე.

2003-2007 წლებში დედაქალაქის ყოველ 100,000 ქალ მოსახლეზე ამ მიზეზით ყოველწლიურად გარდაიცვლება ASR-ს მიხედვით- 3,6, ხოლო AAR-ს მიხედვით- 4,7. კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეკავა რანგით VI ადგილი და მისი ხვედრითი წონა შეადგენდა 2,9%-ს. თბილისელ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR₀₋₇₄) შეადგინა 0,4%. TAsR-ს მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს

მიზეზით 25-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 5,3 ხოლო 30-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში -6,8 ქალი.

სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში ყოველ 1,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზიისა (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) პრევალენტობამ შეადინა 9,8%0, ხოლო კიბოს პრევალენტობამ -6,1%0. Pap ტესტით შემთხვევათა 0,2%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 4,7%-ში ჰიპერდიაგნოსტიკას. კოლპოსკოპიით შემთხვევათა 0,8%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, 2,7%-ში ჰიპერდიაგნოსტიკას. Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის მგრძობელობამ შეადგინა 96.3%, სპეციფიურობამ - 98.5%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -92.9%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -83.3%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 98.1%. ჩატარებულმა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანითა და 25-59 წლის ასაკობრივი პერიოდის ნაცვლად სკრინინგის 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება, ერთის მხრივ გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობას (30-64 ასაკობრივი პერიოდის ქალებში, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით, SRR-ის მიხედვით 1,2-ჯერ, პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1,6-ჯერ, ხოლო შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე; სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობის პიკური დონე (10,5%0) აღინიშნა 60-64 წლის ასაკის ქალებში), ხოლო მეორეს მხრივ- შეამცირებს გასაწევ ხარჯებს: მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევაში ~ 137,000 ლარით, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- ~ 192,000 ლარით. ანუ, სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანა და მისი 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება მნიშვნელოვნად გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ხარჯთ-ეფექტიანობას.

მადლიერების გამოხატვა

მინდა გამოვხატო მადლიერება ჩემი მშობლების მიმართ, რომლებმაც გვასწავლეს სიყვარული, ურთიერთპატივისცემა და თანადგომა. განსაკუთრებული მადლიერება ჩემს დას, რომელიც ბავშვობიდან იყო ჩემთვის საუკეთესო მეგობარი და მაგალითი. ასევე დიდი მადლობა ჩემს შვილებს : ნინოს და გიორგის და მეუღლეს მხარდაჭერისათვის.

სარჩევი

შესავალი	16
თემის აქტუალობა	16
კვლევის მიზანი, კვლევის ობიექტი და დასახული ამოცანები	18
კვლევის მეცნიერული სიახლე, დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები, მიღებული შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება	21
ნაშრომისაპრობაცია.	22
თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა	23
1.1. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ტვირთი	23
1.2. საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის ფაქტორები	28
1.3. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენცია	32
1.4. რეზიუმე: საშვილოსნოს ყელის კიბოს ტვირთი და მისი პრევენციის მენეჯმენტი.	40
თავი II. კვლევის მასალები და მეთოდები	48
2.1. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობისა და სიკვდილიანობის კვლევის მასალები და მეთოდები	48
2.2. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის კვლევის მასალები და მეთოდები	56
თავი III. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა და სიკვდილიანობა	60
3.1. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ტვირთი.	60
3.2. 2003-2007 წლებში თბილისის ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემების ანალიზი	83
3.3. რეზიუმე: ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა და სიკვდილიანობა.	122
თავი IV. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის შეფასება.	128
4.1. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შედეგები სკრინინგის ეროვნული ცენტრის 2013 წლის მონაცემებით	128
4.2. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ტესტების ეფექტიანობის შეფასება	134
4.3. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ეკონომიკური შეფასება	140
4.4. რეზიუმე: ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის შეფასება	144
თავი V. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-პროგრამის მენეჯმენტის ეპიდემიოლოგიური შეფასება (რეზიუმე).	149
კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგები.	164
დასკვნები	172
პრაქტიკული რეკომენდაციები	174
გამოყენებული ლიტერატურა	175
დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სია	186
დანართი: CD	187

ნაშრომში მოყვანილი გრაფიკული ნახატების ჩამონათვალი

ნახატი 1. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა უხეში მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე	61
ნახატი 2. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებლები 100,000 ქალზე.	62
ნახატი 3. 2008-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებლები 100,000 ქალზე	62
ნახატი 4. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებლების დინამიკა 100,000 ქალზე 1998-2010 წლებში	63
ნახატი 5. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით	69
ნახატი 6. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა 10-10 წლიანი ინტერვალებით წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით	69
ნახატი 7. 1998-2010 წწ. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით (თბილისის სტანდარტი, 2002) ყოველ 100 000 ქალზე	73
ნახატი 8. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR ₂₅₋₆₄) მიხედვით	76
ნახატი 9. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკის შედარება დიფერენცირებული შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით	77
ნახატი 10. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის პროპორციული სიხშირე ასაკობრივი პერიოდების მიხედვით	79
ნახატი 11. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შეფარდებითი სიხშირე ასაკობრივი პერიოდების მიხედვით	79
ნახატი 12. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალის რეპროდუქციული სისტემის ორგანოების კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ასაკობრივი თავისებურებები ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე	86
ნახატი 13. 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა (10 ძირითადი ლოკალიზაცია): წლოვანების მიხედვით სტანტარტიზებული მაჩვენებლები 100 000 ქალზე	108
ნახატი 14. 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით 100,000 ქალზე	109
ნახატი 15. 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის რეპროდუქციული სისტემის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით 100,000 ქალზე	110
ნახატი 16. 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის რეპროდუქციული სისტემის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით 100,000 ქალზე	114
ნახატი 17. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების პროპორციული სიხშირე ასაკობრივი პერიოდების მიხედვით	117
ნახატი 18. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შეფარდებითი სიხშირე ასაკობრივი პერიოდების მიხედვით	118

ნახატი 19. სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში ქ.თბილისში PAP ტესტით გამოკვლეული ქალების საერთო რაოდენობა	128
ნახატი 20. სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში ქ.თბილისში კოლპოსკოპიით გამოკვლეული ქალების საერთო რაოდენობა	129
ნახატი 21. სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მიერ 2013 წელს ქ.თბილისში PAP ტესტით გამოკვლეული ქალების საერთო რაოდენობა ასაკის მიხედვით	129
ნახატი 22. სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მიერ 2013 წელს ქ.თბილისში PAP ტესტით გამოკვლეული ქალების ხვედრითი წონა ასაკის მიხედვით	130
ნახატი 23. საშვილოსნოს ყელის კიბოს წინა დაავადებების (CIN3/CIS) პრევალენტობა ქ.თბილისში 2013 წელს Pap სკრინინგს დაქვემდებარებულ ყოველ 1,000 ქალზე (%0) ასაკის მიხედვით	131
ნახატი 24. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობა ქ.თბილისში 2013 წელს Pap სკრინინგს დაქვემდებარებულ ყოველ 1,000 ქალზე (%0) ასაკის მიხედვით	132
ნახატი 25. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევების კლინიკური სტადიების ხვედრითი წონები	132
ნახატი 26. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევები ასაკის მიხედვით	133
ნახატი 27. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევები სტადიებისა და ასაკის მიხედვით	133
ნახატი 28. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს გინეკოლოგიური გასინჯვის ეფექტიანობის შეფასება	135
ნახატი 29. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს Pap ტესტის ეფექტიანობის შეფასება	136
ნახატი 30. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს კოლპოსკოპიის ეფექტიანობის შეფასება.	137
ნახატი 31. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს გინეკოლოგიური გასინჯვის, Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის მგრძობელობის შედარება	138
ნახატი 32. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის ეფექტიანობის შეფასება	139
ნახატი 33. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება 25-59 წლის და 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდებში მიზნობრივი ჯგუფების 50%-იანი და 70%-იანი მოცვის შემთხვევებში	143

ნაშრომში მოყვანილი ცხრილების ჩამონათვალი

ცხრილი 1. 1998-2012 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ყოველწლიურად რეგისტრირებული შემთხვევების აბსოლუტური რაოდენობები 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით	48
ცხრილი 2. ქ.თბილისში 2003-2012 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევები 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: აბსოლუტური რაოდენობები	49
ცხრილი 3. 2002 წლის მოსახლეობის აღწერის მონაცემების მიხედვით თბილისის მოსახლეობის განაწილება სქესისა და 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით	50
ცხრილი 4. თბილისის 2002 წლის სტანდარტი: მოსახლეობის ხვედრითი წონები 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით	51
ცხრილი 5. სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში ქ.თბილისში გამოკვლეული ქალების საერთო რაოდენობა	57
ცხრილი 6. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის რეგისტრირებული შემთხვევები 1998-2010 წლებში 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: აბსოლუტური რაოდენობები	60
ცხრილი 7. 1998-2010 წწ. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის უხეში და ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებლები 100,000 ქალზე	61
ცხრილი 8. 1998-2002 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლისა (ASR) და მისი სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია	64
ცხრილი 9. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლისა (ASR) და მისი სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია	65
ცხრილი 10. 2008-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლისა (ASR) და მისი სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია	66
ცხრილი 11. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლისა (ASR) და მისი სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია	67
ცხრილი 12. 1998-2010 წწ. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) ყოველ 100 000 ქალზე	68
ცხრილი 13. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა 10 წლის ინტერვალებით (1988-1992, 2002-2008, 2008-2010) წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით	68
ცხრილი 14. 1998-2002 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია	70
ცხრილი 15. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია	71
ცხრილი 16. 2008-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია	71
ცხრილი 17. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია	72

ცხრილი 18. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკი (CR ₀₋₇₄)	73
ცხრილი 19. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკი (CR ₀₋₆₄)	74
ცხრილი 20. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით	74
ცხრილი 21. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით	75
ცხრილი 22. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებლების (SIR) მიხედვით	75
ცხრილი 23. 1998-2010 წწ. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (TASR ₂₅₋₆₄) ყოველ 100 000 ქალზე	75
ცხრილი 24. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკის შედარება დიფერენცირებული ასაკობრივი პერიოდების მიხედვით შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (TASR)	77
ცხრილი 25. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით	78
ცხრილი 26. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში გარდაცვლილ ქალთა მოსახლეობაში კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაცია	83
ცხრილი 27. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაციის მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევები 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: აბსოლუტური რაოდენობები	84
ცხრილი 28. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში რისკის ქვეშ მყოფი ქალი/წელის რაოდენობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით	84
ცხრილი 29. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაციის მიზეზით გარდაცვალების ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai) 100,000 ქალზე	85
ცხრილი 30. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე	87
ცხრილი 31. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია	88
ცხრილი 32. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კუჭის კიბოს (C16) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე	89
ცხრილი 33. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კუჭის კიბოს (C16) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია	90
ცხრილი 34. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის სწორი ნაწლავის კიბოს (C20) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე	91
ცხრილი 35. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის სწორი ნაწლავის კიბოს (C20) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების	

მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია	105
ცხრილი 50. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის ლეიკემიის (C95) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე	106
ცხრილი 51. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის ლეიკემიის (C95) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია	107
ცხრილი 52. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაციის მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე	108
ცხრილი 53. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ძუძუს კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია	110
ცხრილი 54. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია	111
ცხრილი 55. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ტანის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია	112
ცხრილი 56. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საკვერცხეების კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია	112
ცხრილი 57. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში კიბოს (ყველა ლოკალიზაციის) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია	113
ცხრილი 58. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალთა მოსახლეობის 65 წლის ასაკამდე რეპროდუქციული სისტემის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკი (CR ₀₋₆₄)	114
ცხრილი 59. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალთა მოსახლეობის 75 წლის ასაკამდე რეპროდუქციული სისტემის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკი (CR ₀₋₇₄)	115
ცხრილი 60. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის რეპროდუქციული სისტემის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით 100,000 ქალზე	115
ცხრილი 61. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე შეკვეცილი წლოვანებით	117
სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) შეფარდების (SRR) მიხედვით	
ცხრილი 62. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული თბილისელი ქალების სკრინინგ-დიაგნოსტიკის შედეგები ასაკის მიხედვით	130
ცხრილი 63. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს გინეკოლოგიური გასინჯვის შედეგების შედარება კლინიკურ დიაგნოზებთან	134
ცხრილი 64. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს Pap ტესტის შედეგების შედარება კლინიკურ დიაგნოზებთან	136
ცხრილი 65. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს	

ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს კოლპოსკოპიის შედეგების შედარება კლინიკურ დიაგნოზებთან	137
ცხრილი 66. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს გინეკოლოგიური გასინჯვის შედეგების შედარება კლინიკურ დიაგნოზებთან	139
ცხრილი 67. 2010-2014 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში განხორციელებული გამოკვლევების აბსოლუტური რაოდენობები	140
ცხრილი 68. 2010-2014 წლებში ქ.თბილისში განხორციელებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება	140
ცხრილი 69. ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის 2002 წლის აღწერის მონაცემების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი და 70%-იანი მოცვის შემთხვევებში	141
ცხრილი 70. ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის 2002 წლის აღწერის მონაცემების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი და 70%-იანი მოცვის შემთხვევებში	142

ნაშრომში გამოყენებული ტერმინები და აბრევიატურები

Incidence - ინციდენტობა;

Prevalence - პრევალენტობა;

Crude Rate - უხეში მაჩვენებელი;

Age-Specific Rate - ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი;

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

ASR - Age-Standardized Rate - წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი;

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

TASR - Truncated Age-Standardized Rate - შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი;

95% CI TASR - შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი;

AAR - Age-Adjusted Rate- წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებელი;

95% CI AAR - წლოვანებით 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 Ratio -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;

Sensitivity - მგრძობელობა (ტესტის);

Specificity- სპეციფიურობა (ტესტის);

Positive predictive value -პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების (პროგნოზირების) მნიშვნელობა;

Negative predictive value - ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების (პროგნოზირების) მნიშვნელობა;

Efficiency - ფასეულობა, ეფექტიანობა (ტესტის);

χ^2 (chi square) - სტატისტიკური სარწმუნოების კრიტერიუმი;

P- (Probability) - ალბათობა;

Pap ტესტი - საშვილოსნოს ყელიდან აღებული ნაცხების ციტოლოგიური კვლევა

პაპანიკოლაუს მეთოდით;

CIN(1-2) - საშვილოსნოს ყელის მსუბუქი და საშუალო ხარისხის დისპლაზია;

CIN3 -საშვილოსნოს ყელის მძიმე ხარისხის დისპლაზია, კიბოს წინა დაავადება;

CIS – Ca In Situ - საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელიალური კიბო.

შესავალი

თემის აქტუალობა

GLOBOCAN/IARC (2013) მონაცემებით, 2008 წელს მსოფლიოში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 530,000 და ამ მიზეზით გარდაცვალების 275,000 შემთხვევა. ამასთან ერთად, ამ ლოკალიზაციის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების 50%-ზე მეტი აღინიშნება ინდოეთში, ჩინეთში, ბრაზილიაში, ბანგლადეშში და ნიგერიაში. გარდაცვალების პიკი აღინიშნება აფრიკაში, კერძოდ ზამბიაში, სადაც ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად რეგისტრირდება ამ მიზეზით გარდაცვალების 38,6 შემთხვევა.

WHO-ის მონაცემებით, 2008 წელს მსოფლიოს ეკონომიკურად განვითარებად ქვეყნებში ყოველ 100,000 ქალზე რეგისტრირებული იქნა ცერვიკალური კიბოთი ავადობის 17,7 და ამ მიზეზით გარდაცვალების - 9,7 შემთხვევა, ხოლო განვითარებულ ქვეყნებში, შესაბამისად, 9,1 და 3,1 შემთხვევა (Barot S., 2012).

IARC-ის მონაცემებით, 2012 წელს მსოფლიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევათა 84% რეგისტრირებული იქნა ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მაღალი დონეები აღინიშნა აფრიკის, ლათინური ამერიკისა და კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნებში, ხოლო ყველაზე დაბალი-ჩრდილოეთი ამერიკის ქვეყნებში- აშშ-სა და კანადაში, ასევე -ოკეანეაში. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ყველაზე მაღალი დონე (პიკი) აღინიშნა მალავიში (ASR=75,9), ხოლო ყველაზე დაბალი დონე- 37,8 - რეგისტრირებული იქნა ფიჯიში (Ferlay J. et al., 2013).

საქართველოში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები ინტესიურად შეისწავლებოდა გასული საუკუნის 50-90 წლებში (ჩარკვიანი ლ., 1977; ტყემელაშვილი ვ., 2007). უკვე მეოთხედი საუკუნეა გასული, რაც ეს საკითხი ჯეროვნად აღარ შესწავლილა, ამიტომ დღეისათვის არ გაგვაჩნია სარწმუნო ეპიდემიოლოგიური მონაცემები საქართველოში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ტვირთის შესახებ.

აშშ-ს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის (CDC, 2013) მონაცემებით ბოლო 40 წლის განმავლობაში აშშ-ში აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობისა და ამ მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების კლების სტატისტიკურად სარწმუნო ტენდენცია, რაც დაკავშირებულია Pap-ტესტით სკრინინგული გამოკვლევებით აშშ-ში ქალთა პოპულაციის დიდი კონტიგენტის მოცვასთან.

Lofters A.K. et al. (2011) მონაცემებით, ონტარიოში ცერვიკალური სკრინინგით ქალთა მოსახლეობის მოცვის ოდენობა შეესაბამება 20-69 წლის ასაკის მიზნობრივ ჯგუფის 85%-ს.

Gold M.A. (2006) მიხედვით, ცერვიკალური Pap ტესტირება, რომელიც სკრინინგის დროს ტარდება მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, საშუალებას იძლევა გამოვლენილი იქნან პაციენტები ცერვიკალური კიბოსწინა დაავადებებით, ჩაუტარდეთ მკურნალობა და აწარმოონ მათზე follow-up დაკვირვება. განვითარებულ ქვეყნებში Pap ტესტით სკრინინგით მიღწეულია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 70-80%-ით შემცირება.

ნორვეგიის ცერვიკალური კიბოს სკრინინგის პროგრამის (NCCSP, 2014) მიხედვით, სკრინინგის დახმარებით ნორვეგიაში შესაძლებელი გახდა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის 25%-ით, და ამ მიზეზით გარდაცვალების- 50%-ით შემცირება.

ქ.თბილისში 2008 წლიდან სკრინინგის ეროვნული ცენტრის, დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრის, ქ.თბილისის ონკოლოგიური დისპანსერიისა და აკად. ო.ლუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის ბაზებზე ერთდროულად ამოქმედდა ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა. დღეისათვის სკრინინგ-დიაგნოსტიკური გამოკვლევა სულ გავლილი აქვს 80,000-ზე მეტ ქალს. ამავე დროს დღემდე არ არის ეპიდემიოლოგიური კვლევით შეფასებული ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ტვირთი და მისი პრევენციის მენეჯმენტი, ასევე- სკრინინგ-პროგრამის ხართ-ეფექტიანობა, მისი ჩატარების დროს ტესტების დიაგნოსტიკური ფასეულობა და დღემდე არ გაგვაჩნია ქალების ჯანმრთელობის ადვოკატობის ოპტიმიზაციის აკადემიური დასაბუთება.

პრობლემის აქტუალობიდან და სოციალურ-ეკონომიკური მნიშვნელობიდან გამომდინარე შეირჩა წარმოდგენილი სამეცნიერო კვლევა და მისი დიზაინი, რომლის მიხედვით განისაზღვრა:

1. დაზუსტდეს ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ტვირთი და მისი მიზეზით სიკვდილიანობის სიხშირე და პირველად შეფასდეს იგი დამატებით, SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) პროგრამის შესაბამისად, თბილისის სტანდარტის (2002) მიხედვით წლოვანებით კორექტირებული სიხშირის მაჩვენებლების [Age Adjusted Rate (Tbilisi Standard, 2002)] გამოყენებით.

2. შეფასდეს ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-პროგრამის (2013) დროს სკრინინგის ტესტების დიაგნოსტიკური ეფექტიანობა.
3. სკრინინგ-პროგრამის ხართ-ეფექტიანობის ეპიდემიოლოგიური შეფასებით ხელი შეეწყოს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის მენეჯმენტის ოპტიმიზაციას, აკადემიურად დასაბუთდეს ქალების ჯანმრთელობის ადვოკატობა.
4. ონკოლოგიის დარგში დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევის თანამედროვე მეთოდებით ჩატარებული კომპლექსური აკადემიური კვლევით შესაძლებელი გახდეს აღნიშნულ სამეცნიერო დარგში მივიღოთ ახალი და უფრო სრულყოფილი ცოდნა, რაც პერსპექტივაში შექმნის მეცნიერულად დასაბუთებულ საფუძველს საზოგადოების სოციალური-ეკონომიკური პროგრესისათვის.

კვლევის მიზანი

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ტვირთის დაზუსტებით, სკრინინგის ტესტების დიაგნოსტიკური ფასეულობისა და პროგრამის ხართ-ეფექტიანობის ეპიდემიოლოგიური შეფასებით ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობაში ხელი შეეწყოს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის მენეჯმენტის ოპტიმიზაციას, აკადემიურად დასაბუთდეს ქალების ჯანმრთელობის ადვოკატობა, აღნიშნულ სამეცნიერო დარგში მიღებული იქნას ახალი და უფრო სრულყოფილი ცოდნა და ინიცირებული იქნას პერსპექტივაში სოციალური-ეკონომიკური პროგრესისათვის საფუძველის შექმნა.

კვლევის ობიექტი და დასახული ამოცანები

სამეცნიერო კვლევისას გამოყენებული იქნა დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის რეგისტრის მონაცემები ქ.თბილისში 1998-2010 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შესახებ და საქსტატის მონაცემები ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შესახებ, ასევე - სკრინინგ-პროგრამის მასალები და მისი რეალიზაციის შედეგად მიღებული მონაცემები.

მიმდინარე სკრინინგ-პროგრამის ეპიდემიოლოგიური შეფასების მიზნით, დაგეგმილი კვლევა ითვალისწინებს სპეციალური ეპიდემიოლოგიური ანკეტის საშუალებით დამატებითი ინფორმაციის მოძიებას, მონაცემთა ელექტრონული ბაზების შექმნას, მათ სტატისტიკურ დამუშავებას, მიღებული შედეგების ანალიზს.

ვინაიდან დასახული სამეცნიერო კვლევის საკითხი მოიცავს მრავალ კომპონენტს, კვლევის დიზაინი გულისხმობს შემდეგი ამოცანების გადაჭრას:

I. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ტვირთის და მისი მიზეზით სიკვდილიანობის სიხშირის დაზუსტება:

1. 1998-2010 წწ. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ტვირთის დაზუსტება-სტანდარტიზაცია.
2. 2003-2007 წლებში თბილისის ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ინდიკატორების დაზუსტება-სტანდარტიზაცია.

II. 2010-2014 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-პროგრამის ხარჯთ-ეფექტიანობის შეფასება (სკრინინგის ეროვნული ცენტრი):

3. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ტესტების დიაგნოსტიკური ეფექტიანობისა და ფასეულობის შეფასება.
4. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-პროგრამის ხარჯთ-ეფექტიანობის ეპიდემიოლოგიური შეფასება.

კვლევის მეცნიერული სიახლე

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-პროგრამის მენეჯმენტის ეპიდემიოლოგიური შეფასებით აღნიშნულ სამეცნიერო დარგში მიღებული იქნა ახალი და უფრო სრულყოფილი ცოდნა, კერძოდ:

1. პირველად იქნა დადგენილი, რომ ქ.თბილისში 1998-2010 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა უხეში მაჩვენებელით 48,9 ქალი, წლოვანების მიხედვით სტანდარტიზებული მაჩვენებელით (ASR) -37,0 ქალი, ხოლო წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებელით (AAR) - 46,5 ქალი. თბილისელ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR_{0-74}) 1998-2010 წლებში შეადგინა 3,9%.
2. პირველად იქნა დადგენილი, რომ 2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა SRR-ს მიხედვით გაიზარდა 1,5-ჯერ, SIR-ს მიხედვით-53,9%-ით, ხოლო 2008-2010 წლებში 1988-1992 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა SRR-ს მიხედვით გაიზარდა 4,8-ჯერ.
3. პირველად იქნა დადგენილი, რომ ქ.თბილისში 1998-2010 წლებში TASR-ს მიხედვით აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის მატების დინამიკა.

ამავე დროს, დადგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის იდენტური დონეები 25-59 და 25-64, ასევე- 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში. ამასთან ერთად საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 25-59 და 25-64 წლებთან შედარებით მატულობს ასაკობრივ პერიოდებში 30-64 და 30-69 წლები.

4. პირველად იქნა დადგენილი, რომ 30-64 ასაკობრივი პერიოდის ქალებში, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით, SRR-ის მიხედვით 1,2-ჯერ, პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1,6-ჯერ, ხოლო შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე.
5. პირველად იქნა დადგენილი, რომ 2003-2007 წლებში დედაქალაქის ყოველ 100,000 ქალ მოსახლეზე უხეში მაჩვენებლის მიხედვით ამ მიზეზით ყოველწლიურად გარდაიცვლება 5,1, ASR-ს მიხედვით- 3,6, ხოლო AAR-ს მიხედვით- 4,7. კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეკავა რანგით VI ადგილი და მისი ხვედრითი წონა შეადგენდა 2,9%-ს. თბილისელ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR₀₋₇₄) შეადგინა 0,4%.
6. პირველად იქნა დადგენილი, რომ სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში ყოველ 1,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზიისა (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) პრევალენტობამ შეადგინა 9,8%0, ხოლო კიბოს პრევალენტობამ -6,1%0.
7. პირველად იქნა დადგენილი, რომ Pap ტესტით შემთხვევათა 0,2%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 4,7%-ში ჰიპერდიაგნოსტიკას. კოლპოსკოპიით შემთხვევათა 0,8%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, 2,7%-ში ჰიპერდიაგნოსტიკას. Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის მგრძობელობამ შეადგინა 96.3%, სპეციფიურობამ- 98.5%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -92.9%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა - 83.3%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 98.1%.

დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები

1. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით აუცილებელია სკრინინგს დაქვემდებარებული ქალების რაოდენობის ეტაპობრივად 2-3-ჯერ გაზრდა. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად აუცილებელია, ერთის მხრივ ქალთა მოსახლეობის განათლება და მათში პერიოდულად სკრინინგის გავლის ჩვევის გამომუშავება, მეორეს მხრივ კი - პროგრამის დაფინანსების გაზრდა.
2. ეპიდემიოლოგიური კვლევის საფუძველზე დასაბუთებულია სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანა და 25-59 წლის ასაკობრივი პერიოდის ნაცვლად სკრინინგის 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება, რაც გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობას: 30-64 ასაკობრივი პერიოდის ქალებში, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით, SRR-ის მიხედვით 1,2-ჯერ, პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1,6-ჯერ, ხოლო შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე; სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობის პიკური დონე (10,5%0) აღინიშნა 60-64 წლის ასაკის ქალებში.
3. ეპიდემიოლოგიურად დასაბუთებულია, რომ სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანა და მისი 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება მნიშვნელოვნად გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ხარჯთ-ეფექტიანობას: გაზრდის კიბოს შემთხვევების ადრეული გამოვლინების რაოდენობას და შეამცირებს გასაწევ ხარჯებს: მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევაში ~ 137,000 ლარით, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში - ~ 192,000 ლარით.

კვლევის შედეგების თეორიული და პრაქტიკული ღირებულება

სკრინინგის ტესტების დიაგნოსტიკური ფასეულობისა და სკრინინგ-პროგრამის ხართ-ეფექტიანობის ეპიდემიოლოგიური შეფასება, ქალების ჯანმრთელობის ადვოკატობის აკადემიური დასაბუთება და შემუშავებული რეკომენდაციების პრაქტიკაში იმპლემენტაცია ხელსშეეწყობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის მენეჯმენტის ოპტიმიზაციას, კიბოს ადრეული გამოვლინების, პრევენციისა და სკრინინგ-პროგრამის

ხარჯთ-ეფექტიანობის გაზრდას და მისი ტვირთის შემცირებას, ხოლო პერსპექტივაში შექმნის მეცნიერულად დასაბუთებულ საფუძველს საზოგადოების სოციალურ-ეკონომიკური პროგრესისათვის.

ნაშრომის აპრობაცია

სადისერტაციო ნაშრომის ფრაგმენტები მოხსენებულია საქართველოს უნივერსიტეტის სამეცნიერო კონფერენციაზე (თბილისი, 16.07.20013); საერთაშორისო კონფერენციაზე: „Presentation and supervision of PhD Protocols“ (Tromso, 28.04.2014; 01.05.2014); ფინალურ საერთაშორისო კონფერენციაზე: „Doctoral Program in Public Health: Norway Experience of Third Cycle Studies for Georgia CPEA-2012/10040“ (Tbilisi, 21.04.2015), საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანდაცვის მეცნიერებებისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის სადისერტაციო საბჭოს სხდომაზე (თბილისი, 20.07.2015).

თავი I - ლიტერატურის მიმოხილვა

1.1. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ტვირთი

GLOBOCAN/ IARC (2013) მონაცემებით, 2008 წელს მსოფლიოში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 530,000 და ამ მიზეზით გარდაცვალების 275,000 შემთხვევა. ამასთან ერთად, ამ ლოკალიზაციის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების 50%-ზე მეტი აღინიშნება ინდოეთში, ჩინეთში, ბრაზილიაში, ბანგლადეშში და ნიგერიაში. გარდაცვალების პიკი აღინიშნება აფრიკაში, კერძოდ ზამბიაში, სადაც ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად რეგისტრირდება ამ მიზეზით გარდაცვალების 38,6 შემთხვევა.

Sankaranarayanan R., და Ferlay J. (2006) მონაცემებით საშვილოსნოს ყელის კიბო წარმოადგენს გინეკოლოგიური კიბოთი ავადობისა და სიკვდილიანობის ერთ-ერთ ძირითად ლოკალიზაციას.

Martin C.M. et al. (2009) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბო მსოფლიოში წარმოადგენს ქალებში კიბოს მეორე ძირითად ლოკალიზაციას, ძუძუს კიბოს შემდეგ, ხოლო გავითარებად ქვეყნებში გარდაცვალების წამყვან მიზეზს.

Barot S. (2012) გაანალიზა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემები საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობისა და სიკვდილიანობის სიხშირეებში განსხვავებების შესახებ მსოფლიოს ეკონომიკურად განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებს შორის. 2008 წელს მსოფლიოს ეკონომიკურად განვითარებად ქვეყნებში ყოველ 100,000 ქალზე რეგისტრირებული იქნა ცერვიკალური კიბოთი ავადობის 17,7 და ამ მიზეზით გარდაცვალების- 9,7 შემთხვევა, ხოლო განვითარებულ ქვეყნებში, შესაბამისად, 9,1 და 3,1 შემთხვევა. ავტორი ასკვნის, რომ მსოფლიოს ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით, განვითარებად ქვეყნებში 2-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე და 3-ჯერ მაღალია ამ მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე.

Jemal A. et al. (2011) მონაცემების მიხედვით, ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე ჩამორჩება საშვილოსნოს ტანის, საკვერცხეებისა და სხვა ზოგიერთი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სიხშირეს.

Ferlay J. et al. (2013) გამოაქვეყნეს კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC) მონაცემები 2012 წელს მსოფლიოში კიბოთი ავადობისა და გარდაცვალების ტვირთის შესახებ. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევათა 84% რეგისტრირებული იქნა ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მაღალი დონეები აღინიშნა აფრიკის, ლათინური ამერიკისა და კარიბის ზღვის აუზის

ქვეყნებში, ხოლო ყველაზე დაბალი- ჩრდილოეთი ამერიკის ქვეყნებში- აშშ-სა და კანადაში, ასევე -ოკეანეში. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ყველაზე მაღალი დონე (პიკი) აღინიშნა მაღავიში, სადაც წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადდებოდა 75,9 ქალი (ASR=75,9). ამ ავადობის მაღალი დონეები ასევე აღინიშნა მოზამბიკსა (ASR=65,0) და კომოროსში (ASR=61,3). საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ყველაზე დაბალი დონე, 37,8 ყოველ 100,000 ქალზე, რეგისტრირებული იქნა ფიჯიში.

Ferlay J. et al. (2012) მონაცემების მიხედვით მსოფლიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოს უკავია რანგით 7-ე ადგილი ქალთა ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში. 2012 წელს მსოფლიოში რეგისტრირებული იქნა ამ ლოკალიზაციის კიბოს 527,000 ახალი შემთხვევა, რამაც შეადგინა ქალთა ონკოლოგიური ავადობის 8%. წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით მსოფლიოში ამ ავადობის პიკი დაფიქსირდა აღმოსავლეთ აფრიკაში, ხოლო ყველაზე დაბალი დონე- დასავლეთ აზიაში.

Ferlay J. et al. (2008) მონაცემების მიხედვით 2008 წლისათვის, საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოზის დასმიდან 5 წლის შემდეგ, მსოფლიოში ცოცხალი იყო 1,55 მილიონი ქალი.

Gattoc L. et al. (2014) და Priore G. (2008) მონაცემებით მსოფლიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდება 500,000 და ამ მიზეზით გარდაიცვლება 240,000 ქალი. ამასთან ერთად, დაავადების დიაგნოსტიკა შემთხვევათა 80%-ში ხდება მხოლოდ შორსწასულ სტადიებში.

აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების (CDC, 2013) მონაცემებით, 2012 წელს აშშ-ში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 11,818 და გარდაცვალების 3,939 შემთხვევა. აშშ-ში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ყველაზე მაღალი სიხშირე აღინიშნა ესპანელ ქალებში, შემდეგ აფროამერიკელებში, ამერიკელ ინდიელებში და აზიელ ქალებში. საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ყველაზე მაღალი სიხშირე აღინიშნა აფროამერიკელ ქალებში.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2014) მონაცემებით, 2013 წელს აშშ-ში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 12,360 და გარდაცვალების 4,020 შემთხვევა. ამ ლოკალიზაციის კიბოს შემთხვევათა 20% გამოვლენილი იქნა 65 წლის ასაკის ქალებში, მაშინ როდესაც 20 წლის ასაკამდე ძალზე იშვიათად რეგისტრირდება. აშშ-ში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ყველა სტადიაში

დაავადებული ქალების 1-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი შეადგენს 87%, ხოლო 5-წლიანი გადარჩენის- 68%. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ადრეულ სტადიაში გამოვლენის შემთხვევაში 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი შეადგენს 91%.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2013) და კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტის (NCI, 2010) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბო წარმოადგენს აშშ-ს ქალთა მოსახლეობის კიბოთი გარდაცვალების ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს. კერძოდ, მას უკავია მე-3-ე სარანგო ადგილი გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების და მე-14-ე- აშშ-ს ქალთა მოსახლეობის ყველა ლოკალიზაციის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში.

Siegel R. et al. (2014) მონაცემებით, აშშ-ში ქალთა მოსახლეობის გარდაცვალების ძირითად მიზეზებს შორის, საშვილოსნოს ყელის კიბო წარმოადგენს გინეკოლოგიური კიბოს მე-3-ე ძირითად ლოკალიზაციას.

SEER (2013) მიხედვით, 2008-2010 წლების მონაცემებზე დაყრდნობით, სიცოცხლის მანძილზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადების რისკი აქვს აშშ-ში მცხოვრები ყოველი 151-დან 1 ქალს. დაავადების საშუალო ასაკი შეადგენდა 49 წელს. ადრეულ სტადიებში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადებულ პაციენტთა 5-წლიანი გადარჩენის სიხშირე შეადგენს 91%-ს, დაავადების რეგიონალური გავრცელების შემთხვევაში- 57%-ს, ხოლო შორეულ ორგანოებში მეტასტაზირებისას- მხოლოდ 16%-ს. 2010 წლისათვის აშშ-ში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადებულ პაციენტთა კონტიგენტის მოცულობა დაახლოებით შეადგენდა 250,000 ქალს.

Frumovitz M. (2013) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბო მორფოლოგიურად ძირითადად არის ორი სახის: ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა (გვხდება შემთხვევათა 69%-ში) და ადენოკარცინომა (25%). სხვა სახის სიმსივნეების საერთო სიხშირე შეადგენს 6%-ს. ანალოგიურ მონაცემებს აქვეყნებენ Ries L.A.G. et al. (2007).

Ferlay J. et al. (2013) მონაცემების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს უკავია რანგით 6-ე ადგილი ქალთა ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში ევროპაში. 2012 წელს ევროპაში რეგისტრირებული იქნა ამ ლოკალიზაციის კიბოს 58,400 ახალი შემთხვევა, რამაც შეადგინა ქალთა ონკოლოგიური ავადობის 4%. წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით ევროპაში ამ ავადობის პიკი დაფიქსირდა რუმინეთში, ხოლო ყველაზე დაბალი დონე- შვეიცარიაში.

Foley G. et al. (2011), ნაციონალურ კიბოს რეგისტრის მონაცემთა ბაზის მიხედვით, რომელიც მოიცავდა 1982-2006 წლებს და ინფორმაციას 71,511 პაციენტის შესახებ, მივიდა

დასკვნამდე, რომ ინგლისში 35 წლამდე ასაკში საშვილოსნოს ყელის კიბოს უკავია რანგით მე-2-ე ადგილი ქალთა ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში.

იგივეს ადასტურებს ინგლისის სტატისტიკის ნაციონალური ოფისიც (ONS, 2010), რომლის მონაცემებით 2007 წელს ინგლისში ყოველ 100,000-ზე 8,0 ქალი დაავადდა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი, რომელიც 35 წლის ასაკამდე ქალებში წარმოადგენს კიბოს მეორე ძირითად ლოკალიზაციას.

Arbyn M. et al. (2009) შეისწავლეს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემთა ბაზა ევროკავშირის ქვეყნებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შესახებ. 2004 წელს ევროკავშირის ქვეყნებში ამ მიზეზით გარდაიცვალა 16,000-ზე მეტი ქალი. წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით დინამიკაში ამ მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე მნიშვნელოვნად შემცირდა ევროკავშირის ძველ წევრ (დასავლეთი და ცენტრალური ევროპის) ქვეყნებში, უმნიშვნელოდ შემცირდა ჩეხეთში და პოლონეთში, ისევ რჩება მაღალ ნიშნულზე ესტონეთში და სლოვაკიაში, ხოლო გაიზარდა - ბულგარეთში, ლატვიაში, ლიტვაში და რუმინეთში.

Dušek, L. et al. (2005) მონაცემებით ჩეხეთში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდება 1,000 და ამ მიზეზით გარდაიცვლება 400 ქალი. ჩეხეთის ნაციონალური კიბოს რეგისტრის (CNCR, 2014) მონაცემებით 2011 საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველ 100,000 ქალზე დაავადდა 19 და ამ მიზეზით გარდაიცვალა 7 ქალი.

ფინეთის კიბოს რეგისტრის (2014) მონაცემებით, ფინეთში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდება 150 და ამ მიზეზით გარდაიცვლება 50-70 ქალი. ყოველ 100,000 ქალზე ცერვიკალური კიბოს ინციდენტობა შეადგენს 4, ხოლო სიკვდილიანობა-1.

ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის ავსტრალიის ინსტიტუტისა და კიბოს რეგისტრთა ავსტრალიის ასოციაციის (2012) ერთობლივი მონაცემების მიხედვით 2011 წელს ავსტრალიაში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 818, და ამ მიზეზით გარდაცვალების 229 შემთხვევა. 1991 წლიდან სკრინინგის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ ავსტრალიაში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების განახევრება.

O'Brien E. D. et al. (2000) შეისწავლეს 1986-1997 წლებში ავსტრალიელ აბორიგენ ქალებში გარდაცვალების მიზეზები. ავსტრალიელი აბორიგენი ქალების გარდაცვალების სტრუქტურაში რანგით 1-ლი ადგილი ეკავა საშვილოსნოს ყელის კიბოს.

კანადის კიბოს საზოგადოების (CCS, 2013) მონაცემებით, ონტარიოში 2013 წელს რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 610, და ამ მიზეზით გარდაცვალების 150 შემთხვევა.

Fitzgerald D.W. (2014) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის გავრცელებით ჰაიტი წარმოადგენს ავადობის მაღალი დონის ერთ-ერთ რეგიონს მსოფლიოში. აქ ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად რეგისტრირდება ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის 94 შემთხვევა. ჰაიტიში საშვილოსნოს ყელის კიბო წარმოადგენს ქალთა მოსახლეობის გარდაცვალების ძირითად მიზეზს. ამ მიზეზით ყოველწლიურად გარდაიცვლება 1,500 ქალი.

Sankaranarayanan R. (2006) მონაცემებით საშვილოსნოს ყელის კიბო წარმოადგენს წამყვან დაავადებას ეკონომიკურად დაბალი განვითარების ქვეყნებში.

Gatune J.W. და Nyamongo I.K. (2005) ეთანხმებიან იმ გარემოებას, რომ განვითარებადი ქვეყნებისათვის საშვილოსნოს ყელის კიბო წარმოადგენს ქალთა ჯანმრთელობის ძირითად პრობლემას.

Tay S.K. et al. (2008) მოჰყავთ სამხრეთ აღმოსავლეთი აზიის ქვეყნებში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის მონაცემები ყოველ 100,000 ქალზე: 10- ჰონგ-კონგში და სინგაპურში, და დაახლოებით 20- მალაიზიაში, ფილიპინებში, ტაილანდში და ვიეტნამში.

Bingham A. et al. (2003) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს შესახებ მოსახლეობის დაბალი ინფორმირებისა და პრევენციული სერვისის სისტემების არ არსებობის გამო სუბ-საჰარული აფრიკის ქვეყნებში ამ ლოკალიზაციის კიბოს გამოვლინება შემთხვევათა 80%-ში ხდება დაავადების ბოლო სტადიებში.

Shi J.F. et al. (2008) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე ჩინეთში 1998-2002 წლებში მერყეობდა რეგიონების მიხედვით. წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად ავადდებოდა 2,4 ჯიანში, 4,6- გუანჯოუში, ხოლო ავადობის მაღალი სიხშირით გამორჩეულ ისეთ ქალაქებში, როგორცაა იანგჩენგი და შანხაი, ინციდენტობის მაჩვენებელმა შეადგინა 81.

1.2. საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის ფაქტორები

Napolitano M. et al. (2012) საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკის ფაქტორებს წარმოადგენენ მრავალი მშობიარობა და სექსუალური გზით გადამდები ისეთი ინფექციური დაავადებები, როგორცაა HIV და ადამიანის პაპილომის ვირუსი (HPV), რომლებიც ზრდიან საშვილოსნოს ყელის უჯრედების მგრძობელობასა და რეგენერაციას.

Frumovitz M. (2013) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარება შემთხვევათა 99,7%-ში დაკავშირებულია ადამიანის პაპილომის ვირუსთან (HPV). ამავე დროს, ამ ლოკალიზაციის კიბოს განვითარების რისკი 15-ჯერ მაღალია ქალების HPV-ის 16 და 18 გენოტიპებით ინფიცირების შემთხვევაში, რომელთა ექსპოზიციასთან არის დაკავშირებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს ყველა შემთხვევის დაახლოებით 70%-ის განვითარება.

ამ მოსაზრებას ადასტურებენ Gattoc L. et al. (2014). მათი მონაცემებით, დღეისათვის ცნობილი HPV-ის 100-ზე მეტი გენოტიპიდან 40 იწვევს გენიტალური ორგანოების ინფიცირებას. გადადის რა სექსუალური გზით, HPV წარმოადგენს საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური და ინტრაეპითელიალური კარცინომის გამომწვევ მიზეზს. ამავე დროს საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევათა 70% დაკავშირებულია HPV-ის 16 და 18 გენოტიპებთან.

HPV-ის 16 და 18 გენოტიპებსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს შორის ასოციაციას, ეპიდემიოლოგიური კვლევების საფუძველზე, ადასტურებენ კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC, Lyon) მეცნიერთა ჯგუფებიც (Munoz N. et al., 2003; Maucourt-Boulch D. et al., 2008).

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2014) მონაცემებით, ადამიანის პაპილომის ვირუსით (HPV) ინფიცირების ძირითად გზას სექსუალური კავშირი წარმოადგენს. ამავე დროს, იგი შეიძლება გავრცელდეს არასექსუალური გზითაც, კერძოდ- ინფიცირებული კანის არაინფიცირებულ კანთან კონტაქტის საშუალებით.

აშშ-ს კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტის (NCI, 2013) მონაცემებით, სექსუალურად აქტიური მოსახლეობის ნახევარზე მეტი ცხოვრების მანძილზე ინფიცირდება ადამიანის პაპილომის ვირუსის (HPV) ერთი ან მეტი გენოტიპით. ამავე დროს ყველა ქალს არ უნვითარდება საშვილოსნოს ყელის კიბო. ამ დაავადების განვითარების რისკი მაღალია მხოლოდ ვირუსული ინფექციის ორგანიზმში პერსისტენციის შემთხვევაში.

Holschneider M. (2013) მონაცემებით, ადამიანის პაპილომის ვირუსის (HPV) ინფექცია ძირითადად წარმავალია, იგი ელიმინირდება ორგანიზმიდან. ადამიანის ორგანიზმი 2-5 წლის განმავლობაში შემთხვევათა 90%-ში თავისუფლდება ამ ინფექციისაგან. ადამიანის პაპილომის ვირუსის (HPV) ორგანიზმში პერსისტენციის რისკის ფაქტორს წარმოადგენს ქალის ასაკი. 55 და მეტი წლის ასაკის ქალებში HPV-ის პერსისტენციის რისკი შეადგენს 50%-ს, ხოლო 25 და ნაკლები წლის ასაკის ქალებში- მხოლოდ 20%-ს.

Hariri S. et al. (2011) მოსაზრებით, ადამიანის პაპილომის ვირუსის (HPV) ორგანიზმში პერსისტენციის დროს ყოველთვის არ ვითარდება საშვილოსნოს ყელის კიბო. ამ დაავადების განვითარებისათვის აუცილებელია HPV-ს ექსპოზიციის არსებობა ხანგრძლივი დროის მანძილზე.

WHO/ICO (2010) მონაცემებით დიდ ბრიტანეთში HPV ინფექციის პრევალენტობა შეადგენს 8,9%-ს, მათ შორის HPV-ს 16 და/ან 18 გენოტიპების პრევალენტობა- 2,4%.

დიდი ბრიტანეთის ჯანრთელობის დაცვის სააგენტოს (HPA, 2010) მონაცემებით, დიდ ბრიტანეთში 2009 წელს სექსუალური გზით გადამდები ინფექციებით დაავადების პიკი მოდიოდა 19-20 წლის ქალებზე, ამავე დროს 15-24 წლის ქალებში 1 წლის განმავლობაში აღინიშნა განმეორებითი გენიტალური ინფიცირება.

დიდი ბრიტანეთის ნაციონალური ჯანრთელობის სერვისის (NHS, 2008) მონაცემებით, 2008 წლიდან ინგლისში დაწყებული იქნა 12-13 წლის გოგონების ვაქცინაცია HPV-ს 16 და 18 გენოტიპებზე.

Kohli M. et al. (2007) მონაცემებით 12 წლის ასაკის გოგონების ვაქცინაცია HPV-ს 16 და 18 გენოტიპებზე 76%-ით ამცირებს მათ რისკს ცხოვრების განმავლობაში დაავადდნენ საშვილოსნოს ყელის კიბოთი.

Herdman C. et al. (2000) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარება დაკავშირებულია ადამიანის პაპილომის ვირუსის (HPV) ქალის ორგანიზმში პერსისტენციასთან. საშვილოსნოს ყელის ეპითელიუმის კარცინოგენულ ტრანსფორმაციაში განსკუთრებულ როლს თამაშობენ HPV-16 და HPV-18.

აღნიშნულ მოსაზრებას იზიარებს Cox J.T. (2006), რომლის მონაცემებით HPV-ით ინფიცირების სიხშირე იზრდება სექსუალური პარტნიორების რაოდენობის ზრდის პარალელურად.

მრავალი კვლევის მიხედვით HIV-ით ინფიცირებულ ქალებში, იმავე ასაკობრივი ჯგუფის HIV-ნეგატიურ ქალებთან შედარებით მაღალია HPV-ით ინფიცირების რიკი და

მათ შორის უფრო ხშირად ვითარდება საშვილოსნოს ყელის კიბოსწინა დაავადებები (deSanjose S., Palefsky J., 2002; Clarke B., Chetty R., 2002; Gaffikin L. et al., 2003).

Smith J.S. et al. (2002) მონაცემებით, HPV-ით ინფიცირებული ქალები, რომლებიც ასე დამატებით არიან ინფიცირებულები, მაგალითად ქლამიდია ტრაქომატისით ან მარტივი ჰერპესის ვირუსით-2 (HSV-2), არიან უფრო მაღალი რისკის ქვეშ განვითარდეთ საშვილოსნოს ყელის კიბო.

Winer R.L. et al. (2006) მოსაზრებით, ვინაიდან HPV ძირითადად გადადის სექსუალური კონტაქტით, სექსუალური აქტივობისაგან თავშეკავება ან მონოგამია ამცირებს ამ ვირუსისაგან ინფიცირების რისკს. პრეზერვატივების რეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში 70%-ით მცირდება HPV-ით ინფიცირების საშიშროება.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2013) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს იმუნური სისტემის სუპრესია, რაც შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს HIV-ით ინფიცირების ან არასამედიცინო მიზნით ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენების გამო ორგანიზმის იმუნური რეაქტიულობის დაქვეითებასთან. ეს უკანასკნელი მდგომარეობა ამაღლებს ქალის ორგანიზმში HPV-ს პერსისტენციის შესაძლებლობას და შემდგომში საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკს.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2013) მონაცემებით, ზოგიერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ქალებში, რომელთა სისხლის ტესტირებით დადასტურდა წარსულში ან აწმყოში ქლამიდური ინფექციის არსებობა, მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2013) მონაცემებით, სრულ ვადიანი ორსულობა და მშობიარობა 17 და ნაკლები წლის ასაკში, 25 და მეტი წლის ასაკთან შედარებით, ცხოვრების შემდგომ ეტაპზე ორჯერ ზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკს. ამ ლოკალიზაციის კიბოს განვითარება ასევე იზრდება 3 ან მეტი სრულ ვადიანი ორსულობისა და მშობიარობის შემთხვევაში, რაც დაკავშირებულია ქალის ორგანიზმში ჰორმონალურ ცვლილებებთან და იმუნური რეაქტიულობის დაქვეითებასთან.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2013) მონაცემებით, იმ ქალებში, რომელთა დედა ან და დაავადებული იყო საშვილოსნოს ყელის კიბოთი, 2-3-ჯერ მაღალია ამ დაავადების განვითარების რისკი, იმ ქალებთან შედარებით, რომლებსაც არ ჰქონიათ ანალოგიური ოჯახური ისტორია.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2013) მონაცემებით, 5 და მეტი წლის განმავლობაში ორალური კონტრაცეპტივების მიღება ზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკს. 24 ეპიდემიოლოგიური კვლევის კოლაბორატიულმა ანალიზმა აჩვენა, რომ აღნიშნული რისკი იზრდება ორალური კონტრაცეპტივების მიღების ხანგრძლივების პარალელურად და, პირიქით, მცირდება- მათი მიღების შეწყვეტასთან ერთად. ორალური კონტრაცეპტივების მიღების შეწყვეტიდან 10 წლის შემდეგ აღნიშნული რისკის ოდენობა უტოლდება 0-ს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (WHO, 2002) დაადასტურა, რომ მრავალი კვლევის მიხედვით ორალური კონტრაცეპტივების ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მიღება ამადლებს საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკს.

„შემთხვევა-კონტროლის“ ტიპის ეპიდემიოლოგიური კვლევის საფუძველზე Moreno V. et al. (2002) მივიდნენ დასკვნამდე, რომ HPV-ით ინფიცირებულ ქალებში, რომლებიც 5-დან 9 წლამდე იღებდნენ ორალურ კონტრაცეპტივებს, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით 3-ჯერ ხშირად ავადდებიან ცერვიკალური კარცინომით, ხოლო 10 და მეტი წლის შემთხვევაში- 4-ჯერ ხშირად. ამასთან ერთად, ცხოვრების წესის შეცვლა, მაგალითად თამბაქოს წევსათვის თავის დანებება და სექსუალური პარტნიორების რაოდენობის შემცირება ეხმარება ქალებს საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკის რედუქციაში.

Gattoc L. et al. (2014) მონაცემებით, ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება უფრო ხშირად ხდება სექსუალურად აქტიური ქალების მიერ. აქედან გამომდინარე, საშვილოსნოს ყელის კიბოსთან მიმართებაში, ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენება შესაძლებელია წარმოადგენდეს ე.წ. „შერევის“ ფაქტორს (confounding), და არა ჭეშმარიტ დამოუკიდებელ რისკის ფაქტორს.

Appleby P. et al. (2007) მიხედვით კლინიცისტებს შეუძლიათ გაამხევიონ პაციენტები, თუ მათთან გასაუბრებისას აუხსნიან, რომ ფერტილობის მენეჯმენტით შესაძლებელია პოტენციური რისკის თავიდან აცილება.

Frumovitz M. (2013) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის ფაქტორებს აგრეთვე წარმოადგენენ სექსუალური აქტიურობის ადრეულ ასაკში დაწყება, სექსუალური პარტნიორების დიდი რაოდენობა და მათი ხშირი ცვლა, მაღალი რისკის მქონე სექსუალური პარტნიორებთან კავშირი და დაუცველი სექსუალური კავშირი. აღნიშნულ მოსაზრებას ადასტურებს აშშ-ს კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტის (NCI, 2013) მონაცემებიც.

მრავალი კვლევის მიხედვით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკის ფაქტორებს წარმოადგენენ ადრეულ ასაკში სექსუალური ცხოვრების დაწყება და პირველი ორსულობა, სექსუალური პარტნიორების ხშირი ცვლა, ორალური კონტრაცეპტივების ხანგძლივი დროის განმავლობაში გამოყენება, ანამნეზში გადატანილი გენიტალური ინფექციები, სიგარეტის წევა (Moreno V. et al., 2002; Castellsagué X. et al., 2006; Schiffman M. et al., 2007).

ამ მოსაზრებას ეთანხმებიან Parkin D.M. et al. (2001), რომელთა მონაცემებით HPV-ით ინფიცირება ადრეულ ასაკში პირველი სექსუალური ინტერკონტაქტის დროს, მრავალი სექსუალური პარტნიორი და თამბაქოს წევა წარმოადგენენ საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკის ფაქტორებს.

ზოგიერთი კვლევა მიუთითებს დადებით კავშირზე მაღალ ფერტილობასა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს შორის. იმ ქალებთან შედარებით, რომლებსაც საერთოდ არ უმშობიარებიათ, 3-4-ჯერ ნამშობიარებ ქალებში 2,6-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი (Kahn J.A. et al., 2002; Koshiol J. et al., 2006).

Muñoz N. et al. (2002) მონაცემებით ქალებში, რომლებიც ინფიცირებული არიან HPV-ით და 7 ან მეტჯერ არიან ნამშობიარები, აქვთ 4-ჯერ მაღალი რისკი განუვითარდეთ საშვილოსნოს ყელის ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, ვიდრე არანამშობიარებ ქალებს, ასევე - 2-3-ჯერ მაღალი რისკი, ვიდრე 1-2-ჯერ ნამშობიარებ ქალებს.

მრავალი კვლევით არის დადასტურებული, რომ ცირკუმციზია ამცირებს მამაკაცის სასქესო ასოს კიბოს, საშარდე სისტემის ინფექციების, სექსუალური გზით გადადები ძირითადი დაავადებების, მათ შორის HPV-ს ინფექციის რისკს (O'Farrell, Egger, 2000; Quinn T.C. et al., 2000; Tsen et al., 2001).

1.3. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენცია

მსოფლიოში, როგორც ეკონომიკურად განვითარებულ, ისე განვითარებადი ქვეყნების უმრავლესობაში, საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციული ღონისძიებები ტარდება ორი ძირითადი მიმართულებით:

1. პირველადი პრევენცია- გულისხმობს მოსახლეობის HPV ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკის შემცირებას;

2. მეორადი პრევენცია- გულისხმობს სკრინინგული გამოკვლევის საშუალებით კიბოსწინა დაავადებების გამოვლინებითა და მკურნალობით საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადების პრევენციას, ან ადრეულ სტადიებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენითა და პაციენტების რადიკალური მკურნალობით ამ მიზეზით ადრეული გარდაცვალების პრევენციას.

ქვემოთ მიმოხილულია თანამედროვე ლიტერატურა საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის ამ ორ ძირითად საკითხზე.

1.3.1. ცერვიკალური სკრინინგი

აშშ-ს კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტის (NCI, 2006) მონაცემებით საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოზით პაციენტების 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები დიფერენცირებულია და დაავადების სტადიების მიხედვით არის შემდეგნაირი: IA-96-99%, IB-80-90%, II-65-69, III-40-43%, IV-15-20%. შესაბამისად, ამიტომაც ძალზე მნიშვნელოვანია ამ დაავადების ადრეულ სტადიებში გამოვლინება.

აშშ-ს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის (CDC, 2013) მონაცემებით ბოლო 40 წლის განმავლობაში აშშ-ში აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობისა და ამ მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების კლების სტატისტიკურად სარწმუნო ტენდენცია, რაც დაკავშირებულია Pap-ტესტით სკრინინგული გამოკვლევებით აშშ-ში ქალთა პოპულაციის დიდი კონტიგენტის მოცვასთან.

USPSTF (2012) მონაცემებით აშშ-ში 1955-1992 წლებში საგრძნობლად შემცირდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობისა და მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე, რაც დაკავშირებულია Pap ტესტის საშუალებით ქალთა მოსახლეობის სკრინინგის ქვეყნის მასშტაბით ინპლემენტაციასთან. კიბოს მაღალი ხარისხის ინვაზიას ადგილი აქვს იმ შემთხვევებში, როდესაც Pap ტესტირება ქალებს საერთოდ არ ჩაუტარებიათ ან სკრინინგ-ტესტირება არა აქვთ გავლილი ბოლო 5 წელი.

Yang D.X. et al. (2014) SEER-ის მონაცემთა ბაზის მიხედვით გაანალიზეს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის შემთხვევები 1976-2009 წლებში და, ასევე, აშშ-ს კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტის (NCI) ანგარიშები 1951-2010 წლებში ჩატარებული ცერვიკალური სკრინინგის შედეგების შესახებ. აშშ-ში ცერვიკალური სკრინინგით ქალთა მოსახლეობის მოცვა მთელი პერიოდის განმავლობაში სტაბილურად აღემატებოდა გამოსაკვლევ მიზნობრივი ჯგუფის 70%-ს. მაგალითად, ეს მაჩვენებელი

1982 წელს შეესაბამებოდა 71,7%, ხოლო 2010 წელს- 73,8%. პრე- და პოსტსკრინინგული პერიოდების ეპიდემიოლოგიურ მონაცემთა ანალიზის შედეგად ავტორები მივიდნენ დასკვნამდე, რომ აშშ-ში სკრინინგის შედეგად 30 წლის განმავლობაში შესაძლებელი გახდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს 105,000-დან 492,000-მდე შემთხვევის პრევენცია.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირის კლების ტენდენციას და მის კავშირს Pap ტესტის საშუალებით ქალთა მოსახლეობის სკრინინგთან ადასტურებს ამერიკის კიბოს საზოგადოებაც (ACS, 2013).

Willoughby B.J. et al. (2006) მონაცემებით განვითარებულ ქვეყნებში განხორციელებული სკრინინგის შედეგად ბოლო 50 წლის განმავლობაში 75%-ით შემცირდა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობისა და ამ მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების რაოდენობა.

Lofters A.K. et al. (2011) მონაცემებით, ონტარიოში ცერვიკალური სკრინინგით ქალთა მოსახლეობის მოცვის ოდენობა შეესაბამება 20-69 წლის ასაკის მიზნობრივ ჯგუფის 85%-ს.

ონტარიოს კიბოს რეგისტრის (OCR, 2012) მონაცემებით, 1981 წლიდან 2009 წლამდე დროის პერიოდში, სკრინინგის შედეგად ონტარიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე შემცირდა 38%-ით, ხოლო ამ მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე- 59%-ით.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-პროგრამების გაიდლაინები განსხვავებულია სხვადასვა ქვეყანაში. მაგალითად, 2012 წელს აშშ-ში სკრინინგი ტარდებოდა USPSTF-ისა და ACS/ASCCP/ASCP-ის მიერ რეკომენდებული 2 გაიდლაინის მიხედვით (USPSTF, 2012; Saslow D. et al., 2011).

ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის ავსტრალიის ინსტიტუტის (2014) მონაცემებით ავსტრალიის ნაციონალური ცერვიკალური სკრინინგ-პროგრამის მიხედვით რეკომენდებულია ყველა სექსუალურად აქტიური ქალის Pap ტესტით სკრინინგი 18-დან 70-მდე წლის ასაკობრივ პერიოდში. ამასთან ერთად 18-20 წლის ქალბატონებს Pap ტესტირება უტარდებათ 2 წელიწადში 1-ჯერ, ხოლო შემდგომ ასაკობრივ პერიოდში, სექსუალური აქტივობის მიხედვით, 1 ან 2 წელიწადში 1-ჯერ.

Sasieni P. et al. (2009) მონაცემებით ინგლისში 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყველა ქალს 3-5 წელიწადში 1-ჯერ უტარდება სკრინინგი. ბოლო 20 წლის განმავლობაში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევების განახევრება.

მაგალითად, 1988 წელს, ანუ როდესაც ამოქმედდა სკრინინგის პროგრამა, 4,132 ქალს

დაუდგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოზი, ანუ წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე ამ წელს დაავადდა 16,2 ქალი. შედარებისთვის, 2008 წელს გამოვლენილი იქნა ამ ლოკალიზაციის კიბოს სულ 2,369 შემთხვევა, ანუ წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე ამ წელს დაავადდა 8,3 ქალი.

Rositch A.F. (2014) გაანალიზა რა SEER-ის 2000-2009 წლების მონაცემები მივიდა დასკვნამდე, რომ ქალებში 65 წლის ასაკის შემდეგ, ე.ი. იმ ასაკობრივ პერიოდში, როდესაც გაიდლაინის მიხედვით აღარ ტარდება ცერვიკალური სკრინინგი, მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი. აღნიშნულ მოსაზრებას ასევე იზიარებენ Rositch A.F. et al. (20014).

ანალოგიურ დასკვნამდე მივიდნენ Nowak R. et al. (2014). მათი კვლევის მიხედვით 2000-2009 წლებში აშშ-ში ყველა ასაკის ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადდებოდა 18,6 ქალი, მაშინ როდესაც ასაკობრივი ჯგუფში 65-69 წელი - რეგისტრირდებოდა ამ დაავადების 27,4 ახალი შემთხვევა.

Suba E.J. et al. (2014) რონდომიზებული კვლევით შეისწავლეს საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეები ცერვიკალურ სკრინინგ დაქვემდებარებულ 224,929 ქალში და 138,624 ქალში, რომლებსაც საერთოდ არ ჩატარებიათ სკრინინგი. საკონტროლო ჯგუფის ქალებიდან, რომლებსაც საერთოდ არ ჩატარებიათ სკრინინგი 254 ქალი გარდაიცვალა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით. აღნიშნულ გარემოებას ადასტურებენ ინდოელი მკვლევარების სხვა პუბლიკაციებიც (Sankaranarayanan R. et al., 2007, 2009; Mittra I. et al., 2010 და Suba E.J. et al., 2014).

Silva G.A. et al. (2010) შეისწავლეს 1981-2006 წლებში ბრაზილიაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების დინამიკა. ავტორები მივიდნენ დასკვნამდე, რომ ცერვიკალური სკრინინგისა და დაავადების გამოვლენის შემთხვევებში ადეკვატური მკურნალობის ჩატარების გარეშე მოსალოდნელია ამ მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების სიხშირემ მომდევნო 10 წელიწადში მოიმატოს 10%-ით.

Herdman C. et al. (2000) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებას მრავალი წლის განმავლობაში წინუსწრებენ კიბოსწინა და ფონური დაავადებები, რომელთა მკურნალობით შესაძლებელია კიბოს თავიდან აცილება. აქედან გამომდინარე, საშვილოსნოს ყელის კიბო პოტენციურად მიეკუთვნება კიბოს პრევენტაბელურ ფორმას, რომლით ავადობისა და გარდაცვალების სიხშირის შემცირება შესაძლებელია სკრინინგის საშუალებით.

Gold M.A. (2006) მიხედვით, ცერვიკალური Pap ტესტირება, რომელიც სკრინინგის დროს ტარდება მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, სშუალებას იძლევა გამოვლენილი იქნან პაციენტები ცერვიკალური კიბოსწინა დაავადებებით, ჩაუტარდეთ მკურნალობა და აწარმოონ მათზე follow-up დაკვირვება. განვითარებულ ქვეყნებში Pap ტესტით სკრინინგით მიღწეულია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 70-80%-ით შემცირება.

Nanda K. et al. (2000) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის CIN 2/3-ს დროს Pap ტესტის მგრძობელობა მერყეობს 47%-დან 62%-მდე, ხოლო სპეციფიკურობა - 60%-დან 85%-მდე.

Özgül N. (2007) აზრით ადრეული გამოვლინება და მკურნალობა წარმოადგენს ცერვიკალური კიბოს ეფექტურ გზას. იმ ქვეყნებში, რომლებშიც ორგანიზებული იქნა სკრინინგის პროგრამები ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ინციდენტობის სიხშირემ განიცადა კლება, ვინაიდან Pap ტესტის საშუალებით შესაძლებელი გახდა ცერვიკალური კიბოსწინა დაავადებების გამოვლენა და მკურნალობა. ამრიგად, გვეხმარება 80%-ით შევამციროთ საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკი.

Goldie S. et al. (2005) მონაცემებით, კვლევებმა აჩვენეს, რომ 30-დან 40-მდე წლის ასაკის იმ ქალებს, რომლებმაც ცხოვრებაში 1-ჯერ მაინც ჩაიტარეს სკრინინგი Pap ტესტის საშუალებით, 25-36%-ით შეუმცირდათ საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკი.

პაციენტებში, რომლებაც მკურნალობა ჩაიტარეს მკურნალობა CIN რომელიმე ფორმის, მათ შორის CIN3 გამო, 2-3-ჯერ მაღალი აქვთ მომავალში საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი (Kalliala I. et al., 2005; Strander B. et al., 2007; Kalliala I. et al., 2010).

ფინეთის კიბოს რეგისტრის (2014) მონაცემებით, ფინეთში ცერვიკალური სკრინინგის პროგრამის ეფექტიანად მოქმედების შედეგად საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა და ამ მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების სიხშირემ დაიკლო 80%-ით.

Ekwueme D.U. et al. (2014) შეაფასეს აშშ-ში მოქმედი ცერვიკალური სკრინინგის პროგრამა QALYs-ს მაჩვენებლის მიხედვით. აშშ-ში 1991-2007 წლებში ცერვიკალური სკრინინგი ჩაუტარდა 1,8 მილიონ ქალს. აღნიშნულ კოჰორტაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე შედარებული იქნა ანალოგიურ მაჩვენებელთან იმ ქალთა ჯგუფისათვის, რომლებსაც სკრინინგი საერთოდ არ ჩატარებიათ. კვლევის შედეგად დადგენილი იქნა, რომ სკრინინგის დახმარებით აღნიშნულ პერიოდში შესაძლებელი იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით 3,829 ქალის გარდაცვალების თავიდან აცილება, რამაც შეადგინა 15,589 QALYs.

Dickinson J.A. et al. (2012) გამოაქვეყნეს კანადის კიბოს რეგისტრის მონაცემები, რომელთა მიხედვით 1952 წლიდან 2006 წლისათვის საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე ყოველ 100,000 ქალზე შემცირდა 13,5-დან 2,2-მდე. სკრინინგის დახმარებით კანადაში 1972 წლიდან 2006 წლამდე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე შემცირდა 58%-ით, ხოლო ამ მიზეზით გარდაცვალების - 71%-ით.

Uphoff T. (2014) მონაცემებით ქალების იმ კონტიგენტში, რომლებსაც ცერვიკალური სკრინინგის დროს დაუდგინდათ CIN2, CIN3 ან CIS, მიუხედავად იმისა, რომ შემდგომში ამ პათოლოგიებმა განიცადეს სპონტანური რეგრესია ან პაციენტებს ჩაუტარდათ სათანადო მკურნალობა, მითუმეტეს თუ პაციენტები არიან 65 წელზე მატი ასაკის, რეკომენდებულია რეგულარულად Pap ტესტირების ჩატარება შემდგომი 20 წლის განმავლობაში.

Taylor R.J. et al. (2001) შეისწავლეს ავსტრალიის კიბოს რეგისტრის მონაცემების მიხედვით ახალ ჩრდილოეთ უელსში 1997-1996 წლებში ჩატარებული ცერვიკალური სკრინინგის შედეგად 2006 წლისათვის მოსალოდნელი ცვლილებები ავადობისა და სიკვდილიანობის სიხშირეებში. ავტორების მონაცემებით, ცერვიკალური სკრინინგის დახმარებით შესაძლებელი გახდა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 3,440 და ამ მიზეზით გარდაცვალების- 1610 შემთხვევის თავიდან აცილება.

Saslow D. et al. (2012) გაანალიზეს ამერიკის კიბოს (ACS), კოლპოსკოპიისა და ცერვიკალური პათოლოგიის (ASCC), კლინიკური პათოლოგიის (ASCP) საზოგადოებების მიერ მოწოდებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციისა და ადრეული გამოვლინების პროგრამის გაიდლაინი, რომლის მიზანს ინვაზიური კიბოს გამოვლენის გარდა წარმოადგენს კიბოს წინა დაავადების (CIN3) და პრეინვაზიური კიბოს (CIS) დიაგნოსტიკა. ავტორები ასკვნიან, რომ CIN3-ს დიაგნოსტიკის შემთხვევებში შემცირებულია პაციენტების რისკი მომდევნო სკრინინგ-ტესტირებამდე განუვითარდეთ საშვილოსნოს ყელის პრე- და ინვაზიური კარცინომა.

Goldie S.J. et al. (2001) საკუთარი კვლევით მიღებული შედეგების საფუძველზე იძლევიან რეკომენდაციას, რომ HIV ინფიცირებული პაციენტების ყოველწლიური ციტოლოგიური სკრინინგი, 3-5 წლიანი ინტერვალის ნაცვლად, წარმოადგენს არსებული გაიდლაინის ხარჯთ-ეფექტიან მოდიფიკაციას.

Burger E.A. et al. (2012) შეადარეს ახალგაზრდა ასაკის ქალებში მხოლოდ Pap ტესტით სკრინინგისა და 31 და მეტი წლის ასაკის ქალების პირველადი HPV-ს

ტესტირებაზე დაფუძნებული ცერვიკალური სკრინინგის ხარჯთ-ეფექტიანობა. ავტორების მიერ მიღებული მონაცემების მიხედვით, არავაკცინირებულ ქალებში 34 წლის ასკიდან პირველადი HPV-ს ტესტირებაზე დაფუძნებული ცერვიკალური სკრინინგის ორგანიზება ყოველ 4 წელიწადში 1-ჯერ წარმოადგენს სკრინინგის უფრო ხარჯთ-ეფექტიან მოდელს (სიცოცხლის ყოველ წელს იზოგება 83,000 USD). ასევე ხარჯთ-ეფექტიანია ვაკცინირებული ქალების ცერვიკალური სკრინინგი 6 წელიწადში 1-ჯერ.

Lönnberg S. et al. (2012) მონაცემებით, Pap ტესტირებით მომდევნო 5 წლის განმავლობაში 50%-ით კლებულობს საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი. სკრინინგის ადეკვატურად ჩატარების შემთხვევაში მისი ეფექტიანობა შეადგენს 100%-ს.

Andrae B. et al. (2012) მონაცემების მიხედვით ქალები, რომელიც რეგულარულად მონაწილეობენ ცერვიკალურ სკრინინგში, გააჩნიათ ამ დაავადებით გარდაცვალების უფრო დაბალი რისკი, ვინაიდან მათ შემთხვევებში ეს დაავადება ვლინდება უფრო ადრეულ სტადიაში.

ზოგიერთ კვლევაში ნაჩვენებია, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი იზრდება ადრეულ ასაკში მშობიარობისა და გვიან ასაკში აბორტების დროს, განსაკუთრებით ქალთა იმ კონტიგენტში, რომლებიც მკურნალობენ ცერვიკალური კიბოს წინა დაავადებების გამო (Albrechtsen S. et al., 2008; Castañon A. et al., 2012).

McCredie M.R.E. et al. (2008) მონაცემების მიხედვით, კიბოსწინა დაავადებების 1/3, სათანადო მკურნალობის გარეშე, პროგრსირებს და გარკვეული პერიოდის შემდეგ გარდაიქმნება საშვილოსნოს ყელის კიბოდ.

Lönnberg S. (2014) მონაცემებით, ნორვეგიაში სკრინინგის მიზნობრივ ჯგუფს წარმოადგენს 25-დან 69-მდე წლის ასაკის 478,000 ქალი, რომელთაგან 424,000 ქალს 2012 წელს გაეგზავნა სკრინინგის გავლის შესახსენებელი შეტყობინება. სულ 2012 წელს რეგისტრირებული იქნა 403,000 Pap ტესტი და 11,000 HPV ტესტი.

ნორვეგიის ცერვიკალური კიბოს სკრინინგის პროგრამის (NCCSP, 2014) მიხედვით, სკრინინგის დახმარებით ნორვეგიაში შესაძლებელი გახდა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის 25%-ით, და ამ მიზეზით გარდაცვალების- 50%-ით შემცირება.

1.3.2. HPV იმუნიზაცია

საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის შემცირებისა და პრევენციის მიზნით აშშ-ს კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტი (NCI, 2011) რეკომენდაციას აძლევს FDA-ს მიერ

მოწონებული ორი ვაქცინის, Gardasil და Cervarix, გამოყენებას. Gardasil გამიზნულია HPV-ს 6, 11, 16 და 18 გენოტიპების, ხოლო Cervarix - 16 და 18 გენოტიპების საწინააღმდეგოდ (HPV-ს 16 და 18 გენოტიპებთან არის დაკავშირებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევების 70%). Gardasil-ს გამოყენება FDA-ს მიერ მოწონებულია 9-დან 26-მდე წლის ასაკის გოგონებისა და ბიჭების ვაქცინაციის დროს, ხოლო Cervarix - 9-დან 25-მდე წლის ასაკის გოგონების ვაქცინაციის დროს.

აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების (CDC, 2012) რეკომენდაციის მიხედვით ვაქცინაცია უნდა ჩატარდეს სექსუალური აქტივობის დაწყებამდე, ანუ სანამ ადგილი ექნება HPV ინფექციის ექსპოზიციას. ამასთან ერთად, თუ პერსონა ინფიცირებულია HPV-ს რომელიმე გენოტიპით, ვაქცინაციას შეუძლია მისი დაცვა HPV-ს სხვა გენოტიპებით ინფიცირებისაგან.

ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის ავსტრალიის ინსტიტუტის (2014) მონაცემებით ავსტრალიაში იმუნოზაციის ნაციონალური პროგრამის მიხედვით HPV ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია გოგონებს უტარდებათ 12 წლის ასაკიდან. 2013 წლიდან იმუნოზაციის პროგრამაში დამატებული იქნა ბიჭების ვაქცინაცია.

ვაქცინაციის მონიტორინგის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, 2007 წლიდან ავსტრალიაში ხორციელდება ვაქცინაციით მოცვისა და მისი პოპულაციაზე ზემოქმედების კონტროლი. HPV-ის 4 გენოტიპის შემცველი ვაქცინით ხორციელდება 12-18 წლის ასაკის მოსწავლე გოგონების იმუნოზაცია. ავსტრალიაში ვაქცინაციით სამიზნე ჯგუფების მოცვა შეადგენს 65-75% (Fairley C. et al., 2002).

Cuzick J. et al. (2010) მოსაზრებით HPV ვაქცინაციის ეფექტიანობის კვლევის საუკეთესო მაგალითია დიდ ბრიტანეთში მიმდინარე იმუნოზაციის პროგრამა, რომელიც ამოქმედდა 2008 წლიდან. 2010 წლისათვის ვაქცინაცია ჩატარდა 12-13 წლის 1,4 მილიონ გოგონას. 2009 წლიდან ვაქცინაციას დაექვემდებარენ 18 და მეტი წლის ასაკის გოგონები. მათ 6 თვიანი პერიოდულობით უტარდებათ 3-ჯერადი ინექცია. 12-13 წლის გოგონების 80%-იანი მოცვის პირობებში, ამ პროექტით მოსალოდნელია ინვაზიური კიბოს 63%-ით, CIN3-ის- 51%-ით და 30 წლამდე ციტოლოგიურად ცერვიკალური ატიპიური ცვლილებების 27%-ით შემცირება.

1.4. რეზიუმე: საშვილოსნოს ყელის კიბოს ტვირთი და მისი პრევენციის მენეჯმენტი

GLOBOCAN/IARC (2013) მონაცემებით, 2008 წელს მსოფლიოში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 530,000 და ამ მიზეზით გარდაცვალების 275,000 შემთხვევა. ამასთან ერთად, ამ ლოკალიზაციის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების 50%-ზე მეტი აღინიშნება ინდოეთში, ჩინეთში, ბრაზილიაში, ბანგლადეშში და ნიგერიაში. გარდაცვალების პიკი აღინიშნება აფრიკაში, კერძოდ ზამბიაში, სადაც ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად რეგისტრირდება ამ მიზეზით გარდაცვალების 38,6 შემთხვევა.

Martin C.M. et al. (2009) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბო მსოფლიოში წარმოადგენს ქალებში კიბოს მეორე ძირითად ლოკალიზაციას, ძუძუს კიბოს შემდეგ, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში გარდაცვალების წამყვან მიზეზს.

WHO-ის მონაცემებით, 2008 წელს მსოფლიოს ეკონომიკურად განვითარებად ქვეყნებში ყოველ 100,000 ქალზე რეგისტრირებული იქნა ცერვიკალური კიბოთი ავადობის 17,7 და ამ მიზეზით გარდაცვალების- 9,7 შემთხვევა, ხოლო განვითარებულ ქვეყნებში, შესაბამისად, 9,1 და 3,1 შემთხვევა (Barot S., 2012).

IARC-ის მონაცემებით, 2012 წელს მსოფლიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევათა 84% რეგისტრირებული იქნა ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მაღალი დონეები აღინიშნა აფრიკის, ლათინური ამერიკისა და კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნებში, ხოლო ყველაზე დაბალი- ჩრდილოეთი ამერიკის ქვეყნებში- აშშ-სა და კანადაში, ასევე -ოკეანეაში. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ყველაზე მაღალი დონე (პიკი) აღინიშნა მალავიში (ASR=75,9), ხოლო ყველაზე დაბალი დონე- 37,8 - რეგისტრირებული იქნა ფიჯიში (Ferlay J. et al., 2013).

Ferlay J. et al. (2012) მონაცემების მიხედვით მსოფლიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოს უკავია რანგით 7-ე ადგილი ქალთა ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში. 2012 წელს მსოფლიოში რეგისტრირებული იქნა ამ ლოკალიზაციის კიბოს 527,000 ახალი შემთხვევა, რამაც შეადგინა ქალთა ონკოლოგიური ავადობის 8%.

Gattoc L. et al. (2014) და Priore G. (2008) მონაცემებით მსოფლიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდება 500,000 და ამ მიზეზით გარდაიცვლება 240,000 ქალი. ამასთან ერთად, დაავადების დიაგნოსტიკა შემთხვევათა 80%-ში ხდება მხოლოდ შორსწასულ სტადიებში.

აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების (CDC, 2013) მონაცემებით, 2012 წელს აშშ-ში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 11,818 და გარდაცვალების 3,939 შემთხვევა. აშშ-ში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ყველაზე მაღალი სიხშირე აღინიშნა ესპანელ ქალებში, შემდეგ აფროამერიკელებში, ამერიკელ ინდიელებში და აზიელ ქალებში. საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ყველაზე მაღალი სიხშირე აღინიშნა აფროამერიკელ ქალებში.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2014) მონაცემებით, 2013 წელს აშშ-ში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 12,360 და გარდაცვალების 4,020 შემთხვევა. ამ ლოკალიზაციის კიბოს შემთხვევათა 20% გამოვლენილი იქნა 65 წლის ასაკის ქალებში, მაშინ როდესაც 20 წლის ასაკამდე ძალზე იშვიათად რეგისტრირდება.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2013) და კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტის (NCI, 2010) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბო წარმოადგენს აშშ-ს ქალთა მოსახლეობის კიბოთი გარდაცვალების ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს. კერძოდ, მას უკავია მე-3-ე სარანგო ადგილი გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების და მე-14-ე აშშ-ს ქალთა მოსახლეობის ყველა ლოკალიზაციის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში.

Ferlay J. et al. (2013) მონაცემების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს უკავია რანგით 6-ე ადგილი ქალთა ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში ევროპაში. 2012 წელს ევროპაში რეგისტრირებული იქნა ამ ლოკალიზაციის კიბოს 58,400 ახალი შემთხვევა, რამაც შეადგინა ქალთა ონკოლოგიური ავადობის 4%. წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით ევროპაში ამ ავადობის პიკი დაფიქსირდა რუმინეთში, ხოლო ყველაზე დაბალი დონე- შვეიცარიაში.

Napolitano M. et al. (2012) საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკის ფაქტორებს წარმოადგენენ მრავალი მშობიარობა და სექსუალური გზით გადამდები ისეთი ინფექციური დაავადებები, როგორცაა HIV და ადამიანის პაპილომის ვირუსი (HPV), რომლებიც ზრდიან საშვილოსნოს ყელის უჯრედების მგრძნობელობასა და რეგენერაციას.

Frumovitz M. (2013) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარება შემთხვევათა 99,7%-ში დაკავშირებულია ადამიანის პაპილომის ვირუსთან (HPV). ამავე დროს, ამ ლოკალიზაციის კიბოს განვითარების რისკი 15-ჯერ მაღალია ქალების HPV-ის

16 და 18 გენოტიპებით ინფიცირების შემთხვევაში, რომელთა ექსპოზიციასთან არის დაკავშირებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს ყველა შემთხვევის დაახლოებით 70%-ის განვითარება.

ამ მოსაზრებას ადასტურებენ Gattoc L. et al. (2014). მათი მონაცემებით, დღეისათვის ცნობილი HPV-ის 100-ზე მეტი გენოტიპიდან 40 იწვევს გენიტალური ორგანოების ინფიცირებას. გადადის რა სექსუალური გზით, HPV წარმოადგენს საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური და ინტრაეპითელიალური კარცინომის გამომწვევ მიზეზს. ამავე დროს საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევათა 70% დაკავშირებულია HPV-ის 16 და 18 გენოტიპებთან.

Holschneider M. (2013) მონაცემებით, ადამიანის პაპილომის ვირუსის (HPV) ინფექცია ძირითადად წარმავალია, იგი ელიმინირდება ორგანიზმიდან. ადამიანის ორგანიზმი 2-5 წლის განმავლობაში შემთხვევათა 90%-ში თავისუფლდება ამ ინფექციისაგან. ადამიანის პაპილომის ვირუსის (HPV) ორგანიზმში პერსისტენციის რისკის ფაქტორს წარმოადგენს ქალის ასაკი. 55 და მეტი წლის ასაკის ქალებში HPV-ის პერსისტენციის რისკი შეადგენს 50%-ს, ხოლო 25 და ნაკლები წლის ასაკის ქალებში- მხოლოდ 20%-ს.

WHO/ICO (2010) მონაცემებით დიდ ბრიტანეთში HPV ინფექციის პრევალენტობა შეადგენს 8,9%-ს, მათ შორის HPV-ს 16 და/ან 18 გენოტიპების პრევალენტობა- 2,4%.

დიდი ბრიტანეთის ნაციონალური ჯანრთელობის სერვისის (NHS, 2008) მონაცემებით, 2008 წლიდან ინგლისში დაწყებული იქნა 12-13 წლის გოგონების ვაქცინაცია HPV-ს 16 და 18 გენოტიპებზე.

Kohli M. et al. (2007) მონაცემებით 12 წლის ასაკის გოგონების ვაქცინაცია HPV-ს 16 და 18 გენოტიპებზე 76%-ით ამცირებს მათ რისკს ცხოვრების განმავლობაში დაავადდნენ საშვილოსნოს ყელის კიბოთი.

Cox J.T. (2006), რომლის მონაცემებით HPV-ით ინფიცირების სიხშირე იზრდება სექსუალური პარტნიორების რაოდენობის ზრდის პარალელურად.

Winer R.L. et al. (2006) მოსაზრებით, ვინაიდან HPV ძირითადად გადადის სექსუალური კონტაქტით, სექსუალური აქტივობისაგან თავშეკავება ან მონოგამია ამცირებს ამ ვირუსისაგან ინფიცირების რისკს. პრეზერვატივების რეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში 70%-ით მცირდება HPV-ით ინფიცირების საშიშროება.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2013) მონაცემებით, სრულ ვადიანი ორსულობა და მშობიარობა 17 და ნაკლები წლის ასაკში, 25 და მეტი წლის ასაკთან

შედარებით, ცხოვრების შემდგომ ეტაპზე ორჯერ ზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკს. ამ ლოკალიზაციის კიბოს განვითარება ასევე იზრდება 3 ან მეტი სრულ ვადიანი ორსულობისა და მშობიარობის შემთხვევაში, რაც დაკავშირებულია ქალის ორგანიზმში ჰორმონალურ ცვლილებებთან და იმუნური რეაქტიულობის დაქვეითებასთან.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2013) მონაცემებით, იმ ქალებში, რომელთა დედა ან დაავადებული იყო საშვილოსნოს ყელის კიბოთი, 2-3-ჯერ მაღალია ამ დაავადების განვითარების რისკი, იმ ქალებთან შედარებით, რომლებსაც არ ჰქონიათ ანალოგიური ოჯახური ისტორია.

Frumovitz M. (2013) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის ფაქტორებს აგრეთვე წარმოადგენენ სექსუალური აქტიურობის ადრეულ ასაკში დაწყება, სექსუალური პარტნიორების დიდი რაოდენობა და მათი ხშირი ცვლა, მაღალი რისკის მქონე სექსუალური პარტნიორებთან კავშირი და დაუცველი სექსუალური კავშირი. აღნიშნულ მოსაზრებას ადასტურებს აშშ-ს კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტის (NCI, 2013) მონაცემებიც.

Muñoz N. et al. (2002) მონაცემებით ქალებში, რომლებიც ინფიცირებული არიან HPV-ით და 7 ან მეტჯერ არიან ნამშობიარები, აქვთ 4-ჯერ მაღალი რისკი განუვითარდეთ საშვილოსნოს ყელის ბრტყელუჯრედოვანი კარცინომა, ვიდრე არანამშობიარებ ქალებს, ასევე - 2-3-ჯერ მაღალი რისკი, ვიდრე 1-2-ჯერ ნამშობიარებ ქალებს.

აშშ-ს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის (CDC, 2013) მონაცემებით ბოლო 40 წლის განმავლობაში აშშ-ში აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობისა და ამ მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების კლების სტატისტიკურად სარწმუნო ტენდენცია, რაც დაკავშირებულია Pap-ტესტით სკრინინგული გამოკვლევებით აშშ-ში ქალთა პოპულაციის დიდი კონტიგენტის მოცვასთან.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირის კლების ტენდენციას და მის კავშირს Pap ტესტის საშუალებით ქალთა მოსახლეობის სკრინინგთან ადასტურებს ამერიკის კიბოს საზოგადოებაც (ACS, 2013).

Willoughby B.J. et al. (2006) მონაცემებით განვითარებულ ქვეყნებში განხორციელებული სკრინინგის შედეგად ბოლო 50 წლის განმავლობაში 75%-ით შემცირდა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობისა და ამ მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების რაოდენობა.

Lofters A.K. et al. (2011) მონაცემებით, ონტარიოში ცერვიკალური სკრინინგით ქალთა მოსახლეობის მოცვის ოდენობა შეესაბამება 20-69 წლის ასაკის მიზნობრივ ჯგუფის 85%-ს.

ონტარიოს კიბოს რეგისტრის (OCR, 2012) მონაცემებით, 1981 წლიდან 2009 წლამდე დროის პერიოდში, სკრინინგის შედეგად ონტარიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე შემცირდა 38%-ით, ხოლო ამ მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე- 59%-ით.

აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-პროგრამების გაიდლაინები განსხვავებულია სხვადასვა ქვეყანაში. მაგალითად, 2012 წელს აშშ-ში სკრინინგი ტარდებოდა USPSTF-ისა და ACS/ASCCP/ASCP-ის მიერ რეკომენდებული 2 გაიდლაინის მიხედვით (USPSTF, 2012; Saslow D. et al., 2011).

ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის ავსტრალიის ინსტიტუტის (2014) მონაცემებით ავსტრალიის ნაციონალური ცერვიკალური სკრინინგ-პროგრამის მიხედვით რეკომენდებულია ყველა სექსუალურად აქტიური ქალის Pap ტესტით სკრინინგი 18-დან 70-მდე წლის ასაკობრივ პერიოდში. ამასთან ერთად 18-20 წლის ქალბატონებს Pap ტესტირება უტარდებათ 2 წელიწადში 1-ჯერ, ხოლო შემდგომ ასაკობრივ პერიოდში, სექსუალური აქტივობის მიხედვით, 1 ან 2 წელიწადში 1-ჯერ.

Sasieni P. et al. (2009) მონაცემებით ინგლისში 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყველა ქალს 3-5 წელიწადში 1-ჯერ უტარდება სკრინინგი. ბოლო 20 წლის განმავლობაში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევების განახევრება. მაგალითად, 1988 წელს, ანუ როდესაც ამოქმედდა სკრინინგის პროგრამა, 4,132 ქალს დაუდგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოზი, ანუ წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე ამ წელს დაავადდა 16,2 ქალი. შედარებისთვის, 2008 წელს გამოვლენილი იქნა ამ ლოკალიზაციის კიბოს სულ 2,369 შემთხვევა, ანუ წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე ამ წელს დაავადდა 8,3 ქალი.

Rositch A.F. (2014) გაანალიზა რა SEER-ის 2000-2009 წლების მონაცემები მივიდა დასკვნამდე, რომ ქალებში 65 წლის ასაკის შემდეგ, ე.ი. იმ ასაკობრივ პერიოდში, როდესაც გაიდლაინის მიხედვით აღარ ტარდება ცერვიკალური სკრინინგი, მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი. აღნიშნულ მოსაზრებას ასევე იზიარებენ Rositch A.F. et al. (20014).

ანალოგიურ დასკვნამდე მივიდნენ Nowak R. et al. (2014). მათი კვლევის მიხედვით 2000-2009 წლებში აშშ-ში ყველა ასაკის ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადდებოდა 18,6 ქალი, მაშინ როდესაც ასაკობრივი ჯგუფში 65-69 წელი - რეგისტრირდებოდა ამ დაავადების 27,4 ახალი შემთხვევა.

Herdman C. et al. (2000) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებას მრავალი წლის განმავლობაში წინუსწრებენ კიბოსწინა და ფონური დაავადებები, რომელთა მკურნალობით შესაძლებელია კიბოს თავიდან აცილება. აქედან გამომდინარე, საშვილოსნოს ყელის კიბო პოტენციურად მიეკუთვნება კიბოს პრევენტაბელურ ფორმას, რომლით ავადობისა და გარდაცვალების სიხშირის შემცირება შესაძლებელია სკრინინგის საშუალებით.

Gold M.A. (2006) მიხედვით, ცერვიკალური Pap ტესტირება, რომელიც სკრინინგის დროს ტარდება მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, საშუალებას იძლევა გამოვლენილი იქნან პაციენტები ცერვიკალური კიბოსწინა დაავადებებით, ჩაუტარდეთ მკურნალობა და აწარმოონ მათზე follow-up დაკვირვება. განვითარებულ ქვეყნებში Pap ტესტით სკრინინგით მიღწეულია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 70-80%-ით შემცირება.

Nanda K. et al. (2000) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის CIN 2/3-ს დროს Pap ტესტის მგრძობელობა მერყეობს 47%-დან 62%-მდე, ხოლო სპეციფიკურობა - 60%-დან 85%-მდე.

ფინეთის კიბოს რეგისტრის (2014) მონაცემებით, ფინეთში ცერვიკალური სკრინინგის პროგრამის ეფექტიანად მოქმედების შედეგად საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა და ამ მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების სიხშირემ დაიკლო 80%-ით.

Dickinson J.A. et al. (2012) გამოაქვეყნეს კანადის კიბოს რეგისტრის მონაცემები, რომელთა მიხედვით 1952 წლიდან 2006 წლისათვის საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე ყოველ 100,000 ქალზე შემცირდა 13,5-დან 2,2-მდე. სკრინინგის დახმარებით კანადაში 1972 წლიდან 2006 წლამდე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე შემცირდა 58%-ით, ხოლო ამ მიზეზით გარდაცვალების - 71%-ით.

Saslow D. et al. (2012) გაანალიზეს ამერიკის კიბოს (ACS), კოლპოსკოპიისა და ცერვიკალური პათოლოგიის (ASCC), კლინიკური პათოლოგიის (ASCP) საზოგადოებების მიერ მოწოდებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციისა და ადრეული გამოვლინების პროგრამის გაიდლაინი, რომლის მიზანს ინვაზიური კიბოს გამოვლენის გარდა წარმოადგენს კიბოს წინა დაავადების (CIN3) და პრეინვაზიური კიბოს (CIS)

დიაგნოსტიკა. ავტორები ასკვნა, რომ CIN3-ს დიაგნოსტიკის შემთხვევებში შემცირებულია პაციენტების რისკი მომდევნო სკრინინგ-ტესტირებამდე განუვითარდეთ საშვილოსნოს ყელის პრე- და ინვაზიური კარცინომა.

Goldie S.J. et al. (2001) საკუთარი კვლევით მიღებული შედეგების საფუძველზე იძლევიან რეკომენდაციას, რომ HIV ინფიცირებული პაციენტების ყოველწლიური ციტოლოგიური სკრინინგი, 3-5 წლიანი ინტერვალის ნაცვლად, წარმოადგენს არსებული გაიდლაინის ხარჯთ-ეფექტიან მოდიფიკაციას.

Andrae B. et al. (2012) მონაცემების მიხედვით ქალები, რომელიც რეგულარულად მონაწილეობენ ცერვიკალურ სკრინინგში, გააჩნიათ ამ დაავადებით გარდაცვალების უფრო დაბალი რისკი, ვინაიდან მათ შემთხვევებში ეს დაავადება ვლინდება უფრო ადრეულ სტადიაში.

ნორვეგიის ცერვიკალური კიბოს სკრინინგის პროგრამის (NCCSP, 2014) მიხედვით, სკრინინგის დახმარებით ნორვეგიაში შესაძლებელი გახდა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის 25%-ით, და ამ მიზეზით გარდაცვალების- 50%-ით შემცირება.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის შემცირებისა და პრევენციის მიზნით აშშ-ს კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტი (NCI, 2011) რეკომენდაციას აძლევს FDA-ს მიერ მოწონებული ორი ვაქცინის, Gardasil და Cervarix, გამოყენებას. Gardasil გამიზნულია HPV-ს 6, 11, 16 და 18 გენოტიპების, ხოლო Cervarix - 16 და 18 გენოტიპების საწინააღმდეგოდ (HPV-ს 16 და 18 გენოტიპებთან არის დაკავშირებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევების 70%). Gardasil-ს გამოყენება FDA-ს მიერ მოწონებულია 9-დან 26-მდე წლის ასაკის გოგონებისა და ბიჭების ვაქცინაციის დროს, ხოლო Cervarix - 9-დან 25-მდე წლის ასაკის გოგონების ვაქცინაციის დროს.

აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების (CDC, 2012) რეკომენდაციის მიხედვით ვაქცინაცია უნდა ჩატარდეს სექსუალური აქტივობის დაწყებამდე, ანუ სანამ ადგილი ექნება HPV ინფექციის ექსპოზიციას. ამასთან ერთად, თუ პერსონა ინფიცირებულია HPV-ს რომელიმე გენოტიპით, ვაქცინაციას შეუძლია მისი დაცვა HPV-ს სხვა გენოტიპებით ინფიცირებისაგან.

ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის ავსტრალიის ინსტიტუტის (2014) მონაცემებით ავსტრალიაში იმუნოზაციის ნაციონალური პროგრამის მიხედვით HPV ინფექციის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია გოგონებს უტარდებათ 12 წლის ასაკიდან. 2013 წლიდან იმუნოზაციის პროგრამაში დამატებული იქნა ბიჭების ვაქცინაცია.

ვაქცინაციის მონიტორინგის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, 2007 წლიდან ავსტრალიაში ხორციელდება ვაქცინაციით მოცვისა და მისი პოპულაციაზე ზემოქმედების კონტროლი. HPV-ის 4 გენოტიპის შემცველი ვაქცინით ხორციელდება 12-18 წლის ასაკის მოსწავლე გოგონების იმუნიზაცია. ავსტრალიაში ვაქცინაციით სამიზნე ჯგუფების მოცვა შეადგენს 65-75% (Fairley C. et al., 2002).

Cuzick J. et al. (2010) მოსაზრებით HPV ვაქცინაციის ეფექტიანობის კვლევის საუკეთესო მაგალითია დიდ ბრიტანეთში მიმდინარე იმუნიზაციის პროგრამა, რომელიც ამოქმედდა 2008 წლიდან. 2010 წლისათვის ვაქცინაცია ჩატარდა 12-13 წლის 1,4 მილიონ გოგონას. 2009 წლიდან ვაქცინაციას დაექვემდებარენ 18 და მეტი წლის ასაკის გოგონები. მათ 6 თვიანი პერიოდულობით უტარდებათ 3-ჯერადი ინექცია. 12-13 წლის გოგონების 80%-იანი მოცვის პირობებში, ამ პროექტით მოსალოდნელია ინვაზიური კიბოს 63%-ით, CIN3-ის- 51%-ით და 30 წლამდე ციტოლოგიურად ცერვიკალური ატიპიური ცვლილებების 27%-ით შემცირება.

თავი II

კვლევის მასალები და მეთოდები

2.1. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობისა და სიკვდილიანობის კვლევის მასალები და მეთოდები

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის რეგისტრიდან მიღებული იქნა მონაცემები ქ.თბილისში 1998-2012 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 3838 შემთხვევის შესახებ.

ცხრილი 1. 1998-2012 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ყოველწლიურად რეგისტრირებული შემთხვევების აბსოლუტური რაოდენობები 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

i	ასაკობრივი ჯგუფები	წლები														
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	0-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	5-9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	10-14	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
4	15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	20-24	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
6	25-29	5	4	1	3	7	3	5	4	4	1	1	1	1	0	0
7	30-34	15	3	7	7	14	15	12	8	10	5	7	6	3	1	1
8	35-39	21	20	16	22	13	18	21	27	19	21	17	22	17	1	0
9	40-44	29	32	21	37	37	34	44	43	32	30	38	32	310	1	3
10	45-49	45	36	33	45	34	40	43	62	56	47	48	44	44	3	9
11	50-54	28	33	28	39	43	50	53	54	64	42	37	47	37	7	4
12	55-59	22	23	27	17	30	33	31	46	53	31	40	29	39	4	3
13	60-64	27	27	14	30	30	39	32	27	27	16	33	40	30	6	10
14	65-69	26	25	15	19	23	18	34	30	20	25	21	26	22	4	3
15	70-74	24	15	10	14	13	22	22	17	25	21	11	20	17	2	0
16	75-79	8	9	7	11	10	8	9	12	13	5	6	6	9	2	0
17	80-84	1	2	5	5	3	2	1	2	3	4	4	7	8	1	0
18	85+	0	2	2	0	2	3	0	2	0	4	4	0	3	0	0
სულ		252	232	186	249	259	285	308	334	327	253	267	281	540	32	33

წყარო: (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი)

აღსანიშნავია, რომ 2008-2010 წლებში ყოველწლიურად საშუალოდ რეგისტრირდებოდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს 543 შემთხვევა, ხოლო 2011-2012 წლებში რეგისტრირებული იქნა სულ 65 შემთხვევა. 2011-2012 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევების მკვეთრი შემცირება (რეგისტრირებული იქნა

მოსალოდნელი შემთხვევების მხოლოდ 6%) დაკავშირებულია ბოლო წლებში კიბოს რეგისტრაციის სისტემის მოშლასთან. აღნიშნულის გამო 2011-2012 წლების მონაცემები ამოღებული იქნა დესკრიპტული კვლევიდან და გაანალიზებული იქნა მხოლოდ 13 წლის (1998-2010) მონაცემები.

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან მიღებული იქნა მონაცემები ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობაში 2003-2012 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების 7927 შემთხვევის შესახებ, 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (იხ. ცხრილი 2). აღსანიშნავია, რომ ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობაში 2003-2007 წლებში ყოველწლიურად საშუალოდ რეგისტრირდებოდა კიბოს მიზეზით გარდაცვალების 1088 შემთხვევა, ხოლო 2008-2012 წლებში- 497 შემთხვევა. 2008-2012 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების მკვეთრი შემცირება (რეგისტრირებული იქნა მოსალოდნელი შემთხვევების მხოლოდ 45,7%) დაკავშირებულია კიბოს რეგისტრაციის სისტემის მოშლასთან. აღნიშნულის გამო 2008-2012 წლების მონაცემები ამოღებული იქნა დესკრიპტული კვლევიდან და გაანალიზებული იქნა მხოლოდ 5 წლის (2003-2007) მონაცემები.

მონაცემთა ბაზები დამუშავდა სტატისტიკურად პროგრამული პაკეტის Microsoft Excel-ის გამოყენებით. ჩატარდა დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევა კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC, Lyon), კიბოს რეგისტრთა საერთაშორისო ასოციაციის (IACR, Lyon), კიბოს რეგისტრთა ევროპის ქსელის (ENCR, Lyon) და კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლის საერთაშორისო კავშირის (UICC, Geneva) მიერ რეკომენდებული მეთოდიკით (Ahlbom A., Norell S., 1984; Boyle P., Parkin D.M., 1988; Gardis L., 2004; Fos P., Fine D., 2005; Agostina R. et al., 2006; Bhopal R., 2008).

ცხრილი 2. ქ.თბილისში 2003-2012 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევები 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: აბსოლუტური რაოდენობები

#	ასაკობრივი ჯგუფი	წლები	
		2003-2007	2008-2012
1	0-4	8	1
2	5-9	8	0
3	10-14	11	3
4	15-19	16	8
5	20-24	22	18
6	25-29	32	16
7	30-34	56	28

8	35-39	99	49
9	40-44	247	89
10	45-49	362	150
11	50-54	438	198
12	55-59	598	254
13	60-64	537	263
14	65-69	945	303
15	70-74	733	420
16	75-79	732	322
17	80-84	415	246
18	85+	181	119
სულ		5,440	2,487

წყარო: (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური)

დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევისას გამოყენებული იქნა 2002 წლის მოსახლეობის აღწერის მონაცემები (იხ. ცხრილი 3).

ცხრილი 3. 2002 წლის მოსახლეობის აღწერის მონაცემების მიხედვით თბილისის მოსახლეობის განაწილება სქესისა და 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

i	ასაკობრივი ჯგუფები	ორივე სქესი		მამაკაცი		ქალი	
		აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%
1	0-4	56995	5.268	29540	2.731	27455	2.538
2	5-9	67961	6.282	35060	3.241	32901	3.041
3	10-14	85583	7.911	43236	3.997	42347	3.914
4	15-19	88144	8.148	44096	4.076	44048	4.072
5	20-24	88092	8.143	41816	3.865	46276	4.278
6	25-29	83601	7.728	38367	3.547	45234	4.181
7	30-34	79462	7.345	35555	3.287	43907	4.059
8	35-39	83355	7.705	36257	3.351	47098	4.354
9	40-44	88447	8.176	38938	3.599	49509	4.576
10	45-49	76326	7.055	33594	3.105	42732	3.950
11	50-54	68435	6.326	30017	2.775	38418	3.551
12	55-59	40028	3.700	16919	1.564	23109	2.136
13	60-64	61417	5.677	25307	2.339	36110	3.338
14	65-69	41778	3.862	16753	1.549	25025	2.313
15	70-74	34559	3.195	12697	1.174	21862	2.021
16	75-79	22183	2.051	6672	0.617	15511	1.434
17	80-84	9415	0.870	2304	0.000	7111	0.000
18	85+	6039	0.558	1400	0.129	4639	0.429
სულ		1081820	100.000	488528	45.158	593292	54.842

წყარო: (საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური)

კვლევისას ასევე გამოყენებული იქნა აშშ-ში მოქმედი პროგრამა SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results). SEER პროგრამის მეთოდოლოგიით 2006 წელს პირველად შემუშავებული (ტყეშელაშვილი ვ., 2007) თბილისის 2002 წლის სტანდარტის მიხედვით (იხ. ცხრილი). დამატებით გამოანგარიშებული იქნა წლოვანებით კორექტირებული (თბილისის სტანდარტი) სიხშირის მაჩვენებლები [Age-Adjusted (Tbilisi, Standard) Rate].

ცხრილი 4. თბილისის 2002 წლის სტანდარტი: მოსახლეობის ხვედრითი წონები 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

i	ასაკობრივი ჯგუფი	თბილისის სტანდარტი (2002) 1,000,000 პერსონა	თბილისის სტანდარტული პოპულაციის ასაკობრივი წონები (wi)
1	0-4	52684	0.053
2	5-9	62821	0.063
3	10-14	79110	0.079
4	15-19	81478	0.081
5	20-24	81429	0.081
6	25-29	77278	0.077
7	30-34	73452	0.073
8	35-39	77051	0.077
9	40-44	81758	0.082
10	45-49	70553	0.071
11	50-54	63259	0.063
12	55-59	37001	0.037
13	60-64	56772	0.057
14	65-69	38618	0.039
15	70-74	31945	0.032
16	75-79	20505	0.021
17	80-84	8703	0.009
18	85+	5583	0.006
	სულ	1,000,000	1

წყარო: (ტყეშელაშვილი, ვ., 2007).

გამოანგარიშებული იქნა შემდეგი სტატისტიკური მაჩვენებლები:

ავადობისა და გარდაცვალების უხეში მაჩვენებელი (Crude Rate)

ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი (Age-Specific Rate)

წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR)

წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI ASR)

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Truncated Age-Standardized Rate - TASR)

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI TASR)

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR]

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR)

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SRR)

სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებელი (Standardized Incidence Ratio - SIR)

სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SIR)

კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი (Cumulative Risk-CR)

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

შეფარდებითი სიხშირის (Relative Frequency) მაჩვენებელი

პროპორციული სიხშირის (Ratio Frequency) მაჩვენებელი

ავადობისა და სიკვდილიანობის ინდიკატორების კალკულაციის დროს გამოყენებული იქნა შემდეგი ფორმულები:

უხეში მაჩვენებელი (Crude rate- C)

უხეში (ინტენსიური) მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

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

სადაც

R- არის რეგისტრირებული შემთხვევების (დაავადების, უუნარობის, გარდაცვალების) საერთო რაოდენობა,

N- არის ადამიანი-წელის საერთო რაოდენობა,

ri- არის i ასაკობრივ ჯგუფში რეგისტრირებული შემთხვევების (დაავადების, უუნარობის, გარდაცვალების) რაოდენობა,

ni- არის 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:

$$a_i = (r_i / n_i) * 100,000$$

წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR)

წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

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

სადაც

ai- არის ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი,

wi- არის i ასაკობრივი ჯგუფისათვის სტანდარტული (მსოფლიო სტანდარტი)

პოპულაციის რაოდენობა.

წლოვანებით 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:

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

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Truncated Age-Standardized Rate - TASR)

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (TASR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

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

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:

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

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR]

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებელი (AAR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$AAR = \sum_{i=1}^A a_i \times w_i$$

სადაც

a_i - არის i ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი,

w_i - არის სტანდარტული პოპულაციის i ასაკობრივი ჯგუფის ხვედრითი წონა.

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR)

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$SRR = ASR_1 / ASR_2$$

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SRR)

95% CI SRR გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$95\% \text{ CI SRR} = (ASR_1 / ASR_2)^{1 \pm 1.96 / \sqrt{\chi^2}}$$

სადაც

$$\chi = (ASR_1 - ASR_2) / \sqrt{(SE_{(ASR_1)})^2 + SE_{(ASR_2)}^2}$$

სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებელი (Standardized Incidence Ratio - SIR)

სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებელი (SIR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$SIR = (\sum_{i=1}^A r_i / \sum_{i=1}^A e_i) * 100$$

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 სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SIR)

95% CI SIR გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

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

სადაც

$$SE_{SIR} = (100 * \sqrt{\sum_{i=1}^A ri}) / (\sum_{i=1}^A ai * ni / 100,000)$$

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:

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

სადაც

ai – არის ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი i ასაკობრივი ჯგუფისათვის ti პერიოდში (წლებში). ვინაიდან ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებლები შეისწავლება 5 წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, როგორც წესი თითოეული ასაკობრივი ჯგუფისათვის ti=5.

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

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

სადაც

$$SE_{\text{Cum. Rate}} = \sqrt{[\sum_{i=1}^A (ai * ti^2 / ni) / 1000]} * 10$$

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.

დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევით მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლები წარმოდგენილი იქნა ცხრილების სახით და გამოსახული იქნა გრაფიკულად. მიღებული მონაცემები საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობისა და სიკვდილიანობის შესახებ ნაჩვენებია მე-3 თავში.

2.2. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის კვლევის მასალები და მეთოდები

2008 წლიდან ქ.თბილისში სკრინინგის ეროვნული ცენტრის, დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრის, ქ.თბილისის ონკოლოგიური დისპანსერისა და აკად. ო.ღუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის ბაზებზე ერთდროულად ამოქმედდა ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა. მომდევნო წლებში პროგრამის განხორციელებაში სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების სტატუსით ასევე ჩაერთვეს სხვა სამედიცინო-დიაგნოსტიკური ცენტრები.

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში გამოკვლევა ჩატარდა სულ 81,973 ქალს. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-დიაგნოსტიკური გაიდლაინი მოიცავდა შემდეგ გამოკვლევებს: გინეკოლოგიური გასინჯვას (PV et PR), Pap ტესტს, საჭიროების შემთხვევაში კოლპოსკოპიას, ბიოფსიასა და ჰისტოლოგიურ კვლევას.

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ ჩატარებული გამოკვლევები ნაჩვენებია მე-5ცხრილში.

ცხრილი 5. სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში ქ.თბილისში გამოკვლეული ქალების საერთო რაოდენობა

სკრინინგის ტესტი	წლები							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2008-2014
PAP ტესტი	4,627	11,022	14,552	12,130	13,151	13,584	12,907	81,973
კოლპოსკოპია	510	1,358	2,094	2,224	2,499	2,712	2,618	14,015

წყარო: (სკრინინგის ეროვნული ცენტრი)

სკრინინგის ეფექტიანობისა და დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის კალკულაციის დროს გამოყენებული იქნა შემდეგი მაჩვენებლები:

გამოკვლევის (ტესტის) მგრძობელობა (Sensitivity) გამოითვლებოდა ფორმულით:

მგრძობელობა = $[a/(a+c)] \times 100$, სადაც

a არის დაავადებულ პირთა რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც დაავადებულები, ხოლო

a+c არის დაავადებულ პირთა საერთო რაოდენობა.

გამოკვლევის (ტესტის) სპეციფიკურობა (Specificity) გამოითვლებოდა

ფორმულით:

სპეციფიკურობა = $[d/(b+d)] \times 100$, სადაც

d არის ჯანმრთელ პირთა რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც ჯანმრთელები, ხოლო

b+d არის ჯანმრთელ პირთა საერთო რაოდენობა.

გამოკვლევის (ტესტის) დადებითი (პოზიტიური) შედეგის წინასწარმეტყველების (პროგნოზირების) კოეფიციენტი (Positive predictive value) გამოითვლებოდა ფორმულით:

$(a/a+b) \times 100$, სადაც

a არის დაავადებულ პირთა რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც დაავადებულები, ხოლო

a+b არის დაავადებულ და ჯანმრთელ პირთა საერთო რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც დაავადებულები.

გამოკვლევის (ტესტის) უარყოფითი (ნეგატიური) შედეგის წინასწარმეტყველების (პროგნოზირების) კოეფიციენტი (Negative predictive value) გამოითვლებოდა ფორმულით:

$(d/c+d) \times 100$, სადაც

d არის ჯანმრთელ პირთა რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც ჯანმრთელები, ხოლო

b+d არის ჯანმრთელ პირთა საერთო რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც დაავადებულები ან ჯანმრთელები.

დაავადების პრევალენტობა გამოითვლებოდა ფორმულით:

$$(a + c / a + b + c + d) \times 1000, \text{ სადაც}$$

a არის დაავადებულ პირთა რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც დაავადებულები,

b არის ჯანმრთელ პირთა რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც დაავადებულები,

c არის დაავადებულ პირთა რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც ჯანმრთელები,

d არის ჯანმრთელ პირთა რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც ჯანმრთელები.

დიაგნოსტიკური გამოკვლევის ეფექტიანობა (Efficiency), რომელიც წარმოადგენს ტესტის დიაგნოსტიკური ფასეულობის მაჩვენებელს, გამოითვლებოდა ფორმულით:

$$(a + d / a + b + c + d) \times 100, \text{ სადაც}$$

a არის დაავადებულ პირთა რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც დაავადებულები,

b არის ჯანმრთელ პირთა რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც დაავადებულები,

c არის დაავადებულ პირთა რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც ჯანმრთელები,

d არის ჯანმრთელ პირთა რაოდენობა, რომლებიც კლასიფიცირებული არიან როგორც ჯანმრთელები.

ტესტის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის შეფასების დროს თითოეული ტესტის შედეგი შედარებული იქნა საბოლოო კლინიკურ დიაგნოზთან, რომელიც ყოველი კონკრეტული პაციენტის შემთხვევაში დასმული იქნა კომლექსური გამოკვლევის საფუძველზე.

კიბოსა და კეთილთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევებს შორის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის გატარების დროს ტესტის დიაგოსტიკური ეფექტიანობის მაჩვენებლების სტატისტიკური სარწმუნოების დასადგენად გამოყენებული იქნა კრიტერიუმი X^2 (chi square), რომელიც გამოითვლებოდა ფორმულით:

$$X^2 = \frac{(ad-bc)^2}{(a+b+c+d)(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)}$$

ტესტის დიაგოსტიკური ეფექტიანობის მაჩვენებლები მიიჩნეოდა სტატისტიკურად სარწმუნოდ, როდესაც ალბათობის (Probability) მაჩვენებელი $p < 0,05$.

თავი III

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა და სიკვდილიანობა

3.1. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ტვირთი

1998-2010 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი (ICD-10-C53) ავადობის 3773

შემთხვევის შესახებ მონაცემები ხუთწლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით წარმოსახული იქნა ცხრილში #6.

ცხრილი 6. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის რეგისტრირებული შემთხვევები 1998-2010 წლებში 5- წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: აბსოლუტური რაოდენობები

i	ასაკობრივი ჯგუფები	1998-2002	2003-2007	2008-2010	1998-2010
1	0-4	0	0	0	0
2	5-9	0	0	0	0
3	10-14	0	2	0	2
4	15-19	0	0	0	0
5	20-24	2	1	1	4
6	25-29	20	17	3	40
7	30-34	46	50	16	112
8	35-39	92	106	56	254
9	40-44	156	183	380	719
10	45-49	193	248	136	577
11	50-54	171	263	121	555
12	55-59	119	194	108	421
13	60-64	128	141	103	372
14	65-69	108	127	69	304
15	70-74	76	107	48	231
16	75-79	45	47	21	113
17	80-84	16	12	19	47
18	85+	6	9	7	22
სულ		1178	1507	1088	3773

წყარო: (დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი)

უხეში მაჩვენებლების მიხედვით ქ.თბილისში შესწავლილი პერიოდის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 48,9 ქალი (იხ. ცხრილი 7).

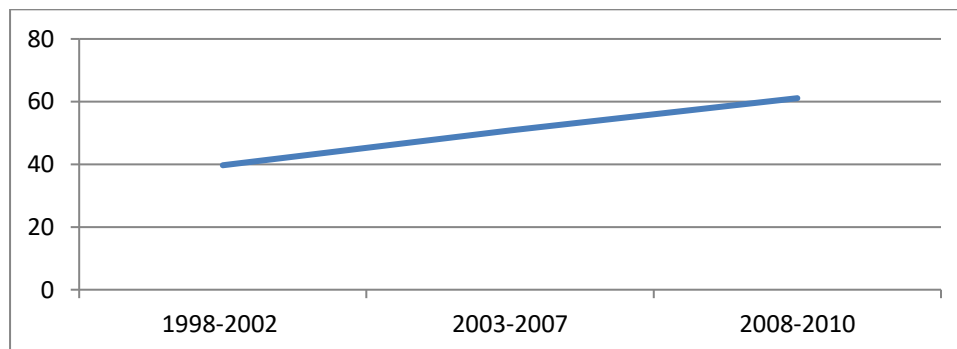
ამასთან ერთად, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 39,7%000-დან, შესაბამისად, 50,8%000-მდე და 61,1%000-მდე (ნახატი 1).

ცხრილი 7. 1998-2010 წწ. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის უხეში და ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებლები 100,000 ქალზე

i	ასაკობრივი ჯგუფები	1998-2002	2003-2007	2008-2010	1998-2010
1	0-4	0.0	0.0	0.0	0.0
2	5-9	0.0	0.0	0.0	0.0
3	10-14	0.0	0.9	0.0	0.4
4	15-19	0.0	0.0	0.0	0.0
5	20-24	0.9	0.4	0.7	0.7
6	25-29	8.8	7.5	2.2	6.8
7	30-34	21.0	22.8	12.1	19.6
8	35-39	39.1	45.0	39.6	41.5
9	40-44	63.0	73.9	255.8	111.7
10	45-49	90.3	116.1	106.1	103.9
11	50-54	89.0	136.9	105.0	111.1
12	55-59	103.0	167.9	155.8	140.1
13	60-64	70.9	78.1	95.1	79.2
14	65-69	86.3	101.5	91.9	93.4
15	70-74	69.5	97.9	73.2	81.3
16	75-79	58.0	60.6	45.1	56.0
17	80-84	45.0	33.8	89.1	50.8
18	85+	25.9	38.8	50.3	36.5
სულ		39.7	50.8	61.1	48.9

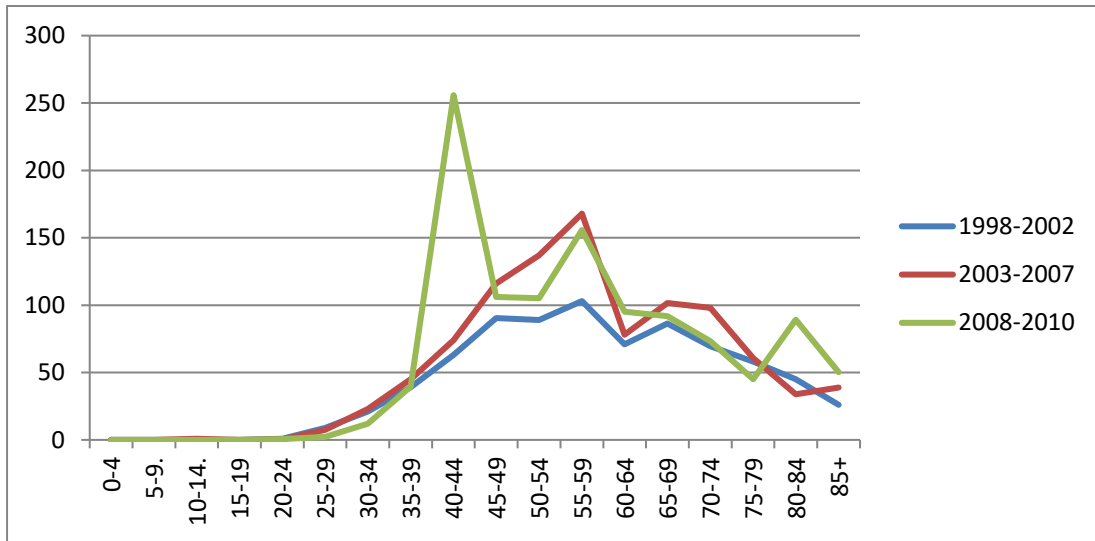
წყარო: (კვლევის მასალები)

ნახატი 1. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა უხეში მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე



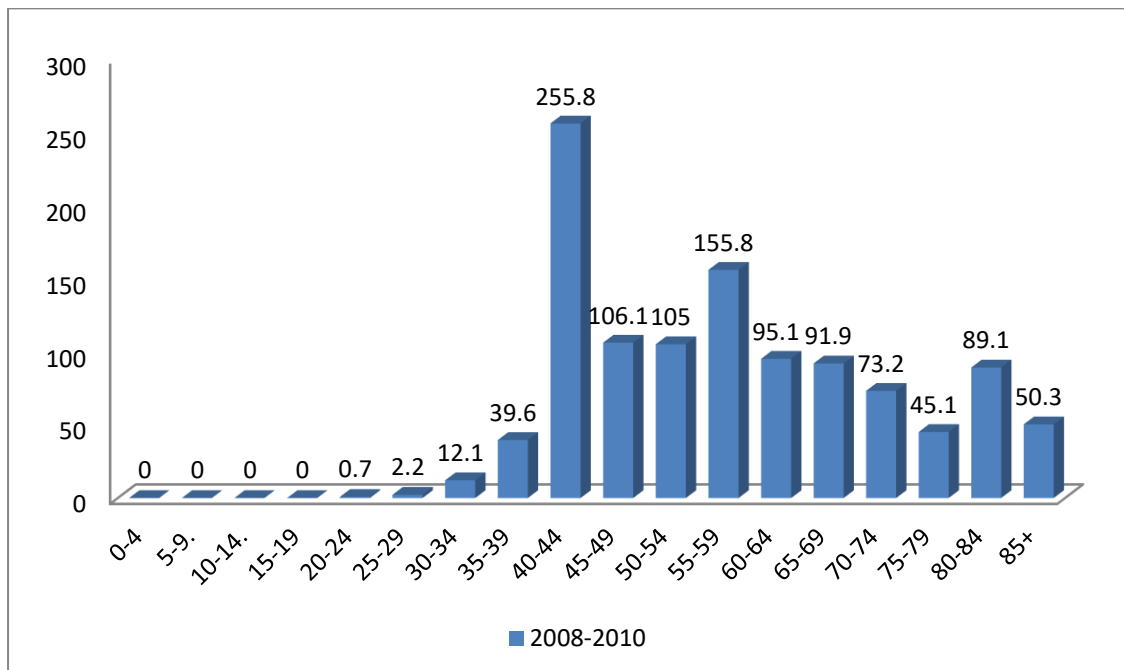
წყარო: (კვლევის მასალები)

ნახატი 2. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებლები 100,000 ქალზე



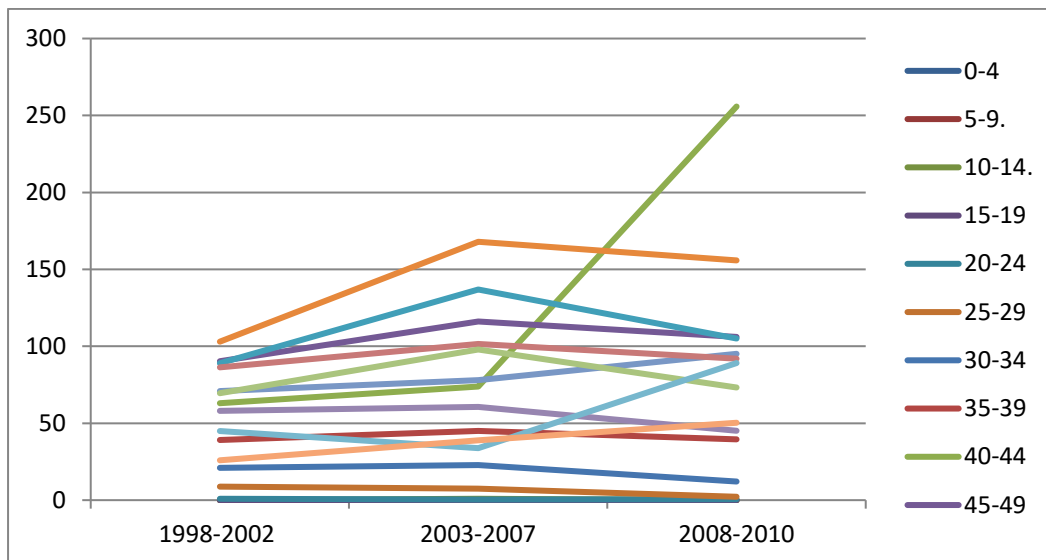
წყარო: (კვლევის მასალები)

ნახატი 3. 2008-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებლები 100,000 ქალზე



წყარო: (კვლევის მასალები)

ნახატი 4. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებლების დინამიკა 100,000 ქალზე 1998-2010 წლებში



წყარო: (კვლევის მასალები)

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე დროის სხვადასვა პერიოდში პაციენტების ასაკის მიხედვით კარგად ჩანს ნახატებზე 2, 3 და 4. აღსანიშნავია, რომ სხვა პერიოდებისაგან განსხვავებით 2008-2010 წლებში აღინიშნა ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის მკვეთრი მატება ასაკობრივ ჯგუფში 40-44 წელი, რომელშიც რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის პიკური დონე- 255.8%000. # 8, 9, 10, და 11 ცხრილებში ნაჩვენებია 1998-2002, 2003-2007, 2008-2010 და 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლისა და მათი სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალების კალკულაციის მონაცემები.

ცხრილი 8. 1998-2002 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლისა (ASR) და მისი სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალის (95% CI ASR) კალკულაცია

i	ასაკობრივი ჯგუფები	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (5 წელი) (ni)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)	ai*wi ² *100,000)/ni
1	0-4	0.0	137,275	12,000	0.0	0.0
2	5-9	0.0	164,505	10,000	0.0	0.0
3	10-14	0.0	211,735	9,000	0.0	0.0
4	15-19	0.0	220,240	9,000	0.0	0.0
5	20-24	0.9	231,380	8,000	6915.0	23908830.7
6	25-29	8.8	226,170	8,000	70743.2	250230344.4
7	30-34	21.0	219,535	6,000	125720.3	343599715.0
8	35-39	39.1	235,490	6,000	234404.9	597235189.5
9	40-44	63.0	247,545	6,000	378113.1	916471115.2
10	45-49	90.3	213,660	6,000	541982.6	1521995476.4
11	50-54	89.0	192,090	5,000	445103.9	1158581544.0
12	55-59	103.0	115,545	4,000	411960.7	1426148108.4
13	60-64	70.9	180,550	4,000	283578.0	628253572.4
14	65-69	86.3	125,125	3,000	258941.1	620837703.8
15	70-74	69.5	109,310	2,000	139054.1	254421491.9
16	75-79	58.0	77,555	1,000	58023.3	74815728.5
17	80-84	45.0	35,555	500	22500.4	31641613.8
18	85+	25.9	23,195	500	12933.8	27880625.0
სულ			2,966,460	100,000	2989974.2	7876021059.0
ASR ($\sum(ai*wi)/ \sum wi$)					29,9	
SE _{ASR} ($\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni}/100,000$)						0,9
95% CI ASR (ASR \pm 1.96*SE _{ASR})						28,2-31,6

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 9. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლისა (ASR) და მისი სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია

i	ასაკობრივი ჯგუფები	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (5 წელი) (ni)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)	ai*wi ² *100,000)/ni
1	0-4	0.0	137,275	12,000	0.0	0.0
2	5-9	0.0	164,505	10,000	0.0	0.0
3	10-14	0.9	211,735	9,000	8501.2	36135137.2
4	15-19	0.0	220,240	9,000	0.0	0.0
5	20-24	0.4	231,380	8,000	3457.5	11954415.3
6	25-29	7.5	226,170	8,000	60131.8	212695792.7
7	30-34	22.8	219,535	6,000	136652.5	373477951.1
8	35-39	45.0	235,490	6,000	270075.2	688118805.3
9	40-44	73.9	247,545	6,000	443555.7	1075091115.9
10	45-49	116.1	213,660	6,000	696433.6	1955724757.3
11	50-54	136.9	192,090	5,000	684574.9	1781911965.3
12	55-59	167.9	115,545	4,000	671599.8	2324980949.8
13	60-64	78.1	180,550	4,000	312378.8	692060575.9
14	65-69	101.5	125,125	3,000	304495.5	730059151.6
15	70-74	97.9	109,310	2,000	195773.5	358198679.4
16	75-79	60.6	77,555	1,000	60602.2	78140872.0
17	80-84	33.8	35,555	500	16875.3	23731210.3
18	85+	38.8	23,195	500	19400.7	41820937.5
სულ			2,966,460	100,000	3884508.1	10384102316.7
ASR ($\sum(ai*wi)/\sum wi$)					38,8	
SE _{ASR} ($\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni}/100,000$)						1,0
95% CI ASR (ASR \pm 1.96*SE _{ASR})						36,8-40,8

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 10. 2008-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლისა (ASR) და მისი სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალის (95% CI ASR) კალკულაცია

i	ასაკობრივი ჯგუფები	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (3 წელი) (ni)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)	ai*wi ² *100,000)/ni
1	0-4	0.0	82,365	12,000	0.0	0.0
2	5-9	0.0	98,703	10,000	0.0	0.0
3	10-14	0.0	127,041	9,000	0.0	0.0
4	15-19	0.0	132,144	9,000	0.0	0.0
5	20-24	0.7	138,828	8,000	5762.5	33206709.3
6	25-29	2.2	135,702	8,000	17685.8	104262643.5
7	30-34	12.1	131,721	6,000	72881.3	331980401.0
8	35-39	39.6	141,294	6,000	237802.0	1009817953.2
9	40-44	255.8	148,527	6,000	1535074.4	6201193443.3
10	45-49	106.1	128,196	6,000	636525.3	2979150615.9
11	50-54	105.0	115,254	5,000	524927.6	2277263918.5
12	55-59	155.8	69,327	4,000	623133.8	3595331365.6
13	60-64	95.1	108,330	4,000	380319.4	1404299434.8
14	65-69	91.9	75,075	3,000	275724.3	1101795307.6
15	70-74	73.2	65586	2,000	146372.7	446353494.6
16	75-79	45.1	46533	1,000	45129.3	96983351.8
17	80-84	89.1	21333	500	44531.9	104373378.8
18	85+	50.3	13,917	500	25149.1	90353877.4
სულ			1,779,876	100,000	4571019.5	19776365895.3
ASR ($\sum(ai*wi)/\sum wi$)					45,7	
SE _{ASR} ($\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni}/100,000$)						1,4
95% CI ASR (ASR \pm 1.96*SE _{ASR})						43,0-48,5

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 11. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლისა (ASR) და მისი სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია

i	ასაკობრივი ჯგუფები	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (13 წელი) (ni)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)	ai*wi ² *100,000)/ni
1	0-4	0.0	356,915	12,000	0.0	0.0
2	5-9	0.0	427,713	10,000	0.0	0.0
3	10-14	0.4	550,511	9,000	3269.7	5345434.5
4	15-19	0.0	572,624	9,000	0.0	0.0
5	20-24	0.7	601,588	8,000	5319.3	7073618.5
6	25-29	6.8	588,042	8,000	54417.9	74032646.3
7	30-34	19.6	570,791	6,000	117731.4	123756007.5
8	35-39	41.5	612,274	6,000	248908.2	243918410.9
9	40-44	111.7	643,617	6,000	670274.4	624850868.4
10	45-49	103.9	555,516	6,000	623204.4	673108647.3
11	50-54	111.1	499,434	5,000	555629.0	556258656.8
12	55-59	140.1	300,417	4,000	560554.2	746368099.1
13	60-64	79.2	469,430	4,000	316980.2	270097920.8
14	65-69	93.4	325,325	3,000	280335.0	258512302.7
15	70-74	81.3	284,206	2,000	162558.1	114394590.2
16	75-79	56.0	201,643	1,000	56039.6	27791509.9
17	80-84	50.8	92,443	500	25421.1	13749591.8
18	85+	36.5	60,307	500	18240.0	15122627.0
სულ			7,712,796	100,000	3698882.3	3754380931.7
ASR ($\sum(ai*wi) / \sum wi$)					37,0	
SE _{ASR} ($\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni}/100,000$)						0,6
95% CI ASR (ASR \pm 1.96*SE _{ASR})						35,8-38,2

წყარო: (კვლევის მასალები)

წლოვანებით სტანდარტიზებული (მსოფლიო) მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 37,0 ქალი (95% CI ASR, 35,8-38,2) (იხ. ცხრილი 12).

ცხრილი 12. 1998-2010 წწ. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (ASR) ყოველ 100 000 ქალზე

წლები	ASR	SE	95% CI ASR
1998-2002	29,9	0,9	28,2-31,6
2003-2007	38,8	1,0	36,8-40,8
2008-2010	45,7	1,4	43,0-48,5
1998-2010	37,0	0,6	35,8-38,2

წყარო: (კვლევის მასალები)

ამასთან ერთად, წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში, აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 29,9‰-დან (95% CI ASR, 28,2-31,6), შესაბამისად, 38,8‰-მდე (95% CI ASR, 36,8-40,8) და 45,7‰-მდე (95% CI ASR, 43,0-48,5).

ვ.ტყეშელაშვილის (2007) მონაცემებით, წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით 1988-1992 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველ 100,000 ავადდებოდა 9,6 ქალი (95% CI ASR, 8,8-10,4).

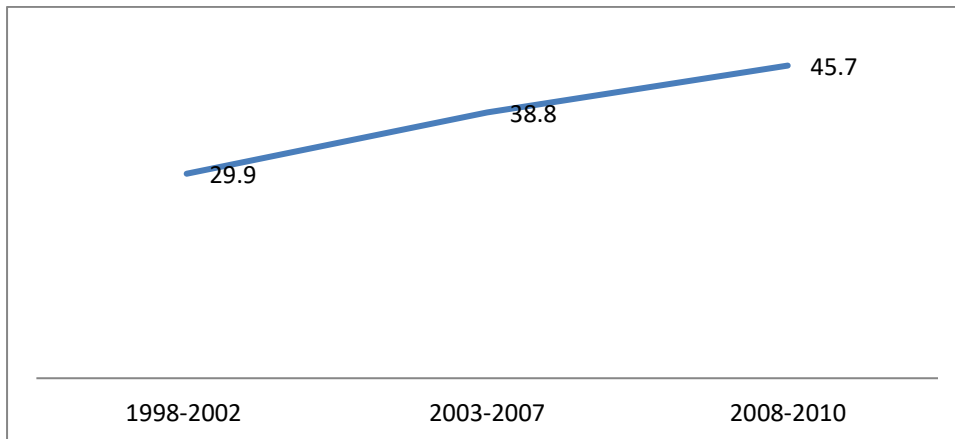
10-10 წლიანი ინტერვალებით ორ ხუთწლიან (1988-1992, 1998-2002) და ერთ სამწლიან (2008-2010) პერიოდებში, წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) შედარებით საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა ნაჩვენებია მე-13 ცხრილში და #5 ნახატზე.

ცხრილი 13. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა 10 წლის ინტერვალებით (1988-1992, 1998-2002, 2008-2010) წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით

წლები	ASR	SE	95% CI ASR
1988-1992	9,6	0,4	8,8-10,4
1998-2002	29,9	0,9	28,2-31,6
2008-2010	45,7	1,4	43,0-48,5

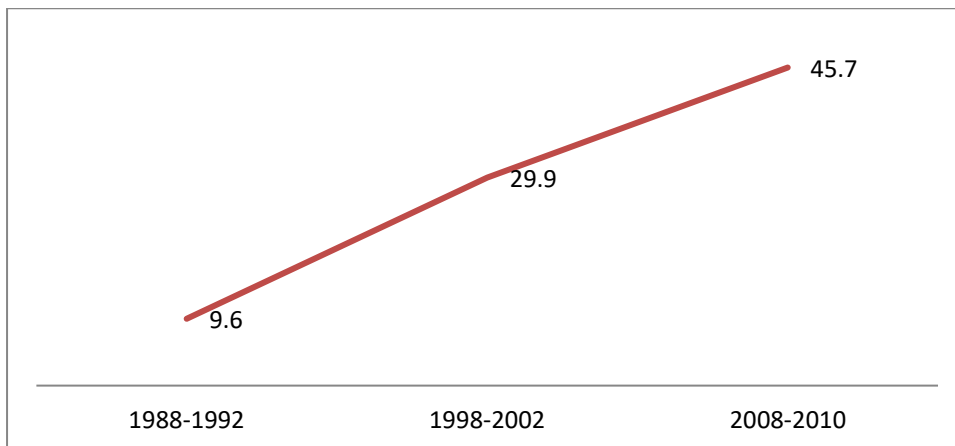
წყარო: (კვლევის მასალები)

ნახატი 5. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით



წყარო: (კვლევის მასალები)

ნახატი 6. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა 10-10 წლიანი ინტერვალებით წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით



წყარო: (კვლევის მასალები)

1988-1992 წლების შემდეგ 10-10 წლიანი ინტერვალებით შედარებისას აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მკვეთრი მატება (1988-1992: ASR=9,6; 95% CI=8,8-10,4; 1998-2002: ASR=29,9; 95% CI=28,2-31,6). 1998-2002 წლებიდან უმნიშვნელოდ იკლო ამ ლოკალიზაციის მატების ტემპმა და 2008-2010 წლებამდე კვლავ გაგრძელდა ამ

დაავადების გავრცელების სიხშირის მატების ტენდენცია (2008-2010: ASR=45,7; 95% CI=43,0-48,5).

#14, 15, 16, და 17 ცხრილებში ნაჩვენებია 1998-2002, 2003-2007, 2008-2010 და 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაციის მონაცემები.

ცხრილი 14. 1998-2002 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია

i	ასაკობრივი ჯგუფები	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	თბილისის სტანდარტული (2002) პოპულაციის ასაკობრივი წონები (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0.0	0.053	0.0
2	5-9	0.0	0.063	0.0
3	10-14	0.0	0.079	0.0
4	15-19	0.0	0.081	0.0
5	20-24	0.9	0.081	0.1
6	25-29	8.8	0.077	0.7
7	30-34	21.0	0.073	1.5
8	35-39	39.1	0.077	3.0
9	40-44	63.0	0.082	5.2
10	45-49	90.3	0.071	6.4
11	50-54	89.0	0.063	5.6
12	55-59	103.0	0.037	3.8
13	60-64	70.9	0.057	4.0
14	65-69	86.3	0.039	3.4
15	70-74	69.5	0.032	2.2
16	75-79	58.0	0.020	1.2
17	80-84	45.0	0.009	0.4
18	85+	25.9	0.006	0.2
AAR				37.6

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 15. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია

i	ასაკობრივი ჯგუფები	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	თბილისის სტანდარტული (2002) პოპულაციის ასაკობრივი წონები (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0.0	0.053	0.0
2	5-9	0.0	0.063	0.0
3	10-14	0.9	0.079	0.1
4	15-19	0.0	0.081	0.0
5	20-24	0.4	0.081	0.0
6	25-29	7.5	0.077	0.6
7	30-34	22.8	0.073	1.7
8	35-39	45.0	0.077	3.5
9	40-44	73.9	0.082	6.1
10	45-49	116.1	0.071	8.2
11	50-54	136.9	0.063	8.6
12	55-59	167.9	0.037	6.2
13	60-64	78.1	0.057	4.5
14	65-69	101.5	0.039	4.0
15	70-74	97.9	0.032	3.1
16	75-79	60.6	0.020	1.2
17	80-84	33.8	0.009	0.3
18	85+	38.8	0.006	0.2
AAR				48.2

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 16. 2008-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია

i	ასაკობრივი ჯგუფები	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	თბილისის სტანდარტული (2002) პოპულაციის ასაკობრივი წონები (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0.0	0.053	0.0
2	5-9	0.0	0.063	0.0

3	10-14	0.0	0.079	0.00
4	15-19	0.0	0.081	0.0
5	20-24	0.7	0.081	0.1
6	25-29	2.2	0.077	0.2
7	30-34	12.1	0.073	0.9
8	35-39	39.6	0.077	3.1
9	40-44	255.8	0.082	21.0
10	45-49	106.1	0.071	7.5
11	50-54	105.0	0.063	6.6
12	55-59	155.8	0.037	5.8
13	60-64	95.1	0.057	5.4
14	65-69	91.9	0.039	3.6
15	70-74	73.2	0.032	2.3
16	75-79	45.1	0.020	0.9
17	80-84	89.1	0.009	0.8
18	85+	50.3	0.006	0.3
AAR				58.4

წყარო: (კვლევის მასალები)

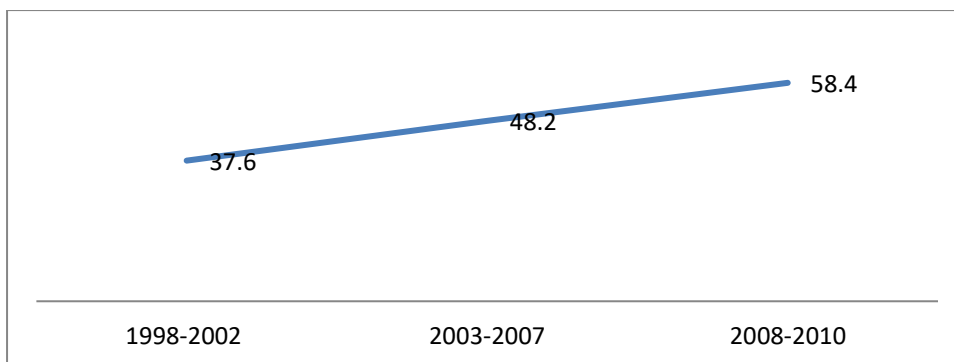
ცხრილი 17. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის
წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია

i	ასაკობრივი ჯგუფები	საკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	თბილისის სტანდარტული (2002) პოპულაციის ასაკობრივი წონები (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0.0	0.053	0.0
2	5-9	0.0	0.063	0.0
3	10-14	0.4	0.079	0.03
4	15-19	0.0	0.081	0.0
5	20-24	0.7	0.081	0.1
6	25-29	6.8	0.077	0.5
7	30-34	19.6	0.073	1.4
8	35-39	41.5	0.077	3.2
9	40-44	111.7	0.082	9.2
10	45-49	103.9	0.071	7.4
11	50-54	111.1	0.063	7.0
12	55-59	140.1	0.037	5.2
13	60-64	79.2	0.057	4.5
14	65-69	93.4	0.039	3.6

15	70-74	81.3	0.032	2.6
16	75-79	56.0	0.020	1.1
17	80-84	50.8	0.009	0.5
18	85+	36.5	0.006	0.2
AAR				46.5

წყარო: (კვლევის მასალები)

ნახატი 7. 1998-2010 წწ. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა
წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით (თბილისის
სტანდარტი, 2002) ყოველ 100 000 ქალზე



წყარო: (კვლევის მასალები)

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით (თბილისის
სტანდარტი, 2002) ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე
საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად საშუალოდ ავადდებოდა 46,5 ქალი.
ამასთან ერთად, წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით
დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში, აღინიშნა
საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 37,6‰-დან 48,2‰—მდე და
58,4‰—მდე (იხ. ნახატი 7).

ცხრილი 18. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის
კუმულაციური რისკი (CR₀₋₇₄)

წლები	CR ₀₋₇₄	SE _{Cum.Rate}	95% CI CR ₀₋₇₄
1998-2002	3,2	0,10	3,1-3,3
2003-2007	4,2	0,12	4,1-4,4
2008-2010	4,6	0,15	4,5-4,9
1998-2010	3,9	0,07	3,8-4,0

წყარო: (კვლევის მასალები)

თბილისში მცხოვრებ ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR_{0-74}) 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) შეადგინა 3,9% (95% CI $CR_{0-74}=3,8-4,0$). ამასთან ერთად დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით (3,2%-დან), აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის (CR_{0-74}) მატება 2003-2007 წლებში 4,2%- მდე (95% CI $CR_{0-74}=4,1-4,4$), ხოლო 2008-2010 წლებში- 4,6%-მდე (95% CI $CR_{0-74}=4,5-4,9$) (იხ. ცხრილი 18).

ცხრილი 19. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკი (CR_{0-64})

წლები	CR_{0-64}	$SE_{Cum.Rate}$	95% CI CR_{0-64}
1998-2002	2,4	0,08	2,4-2,6
2003-2007	3,2	0,09	3,1-3,4
2008-2010	3,8	0,13	3,7-4,0
1998-2010	3,0	0,06	3,0-3,1

წყარო: (კვლევის მასალები)

თბილისში მცხოვრებ ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR_{0-64}) 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) შეადგინა 3,0% (95% CI $CR_{0-74}=3,0-3,1$). ამასთან ერთად დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით (2,4%-დან), აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის (CR_{0-64}) მატება 2003-2007 წლებში 3,2%- მდე (95% CI $CR_{0-74}=3,1-3,4$), ხოლო 2008-2010 წლებში- 3,8%-მდე (95% CI $CR_{0-74}=3,7-4,0$) (იხ. ცხრილი 19).

SRR-ს მიხედვით, 1998-2002 წლებში 1988-1992 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა გაიზარდა 3-ჯერ (SRR=3,1; 95% CI SRR =2,8-3,5), ხოლო 2008-2010 წლებში 1988-1992 წლებთან შედარებით - 4,8-ჯერ (SRR=4,8; 95% CI SRR=4,1-5,6).

აღნიშნული ტენდენცია შენარჩუნდა 2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, თუმცა შემცირდა ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის ტენდენცია (SRR=1,5; 95% CI SRR=1,4-1,6) (იხ. ცხრილი 20).

ცხრილი 20. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით

პერიოდების შედარება	SRR	χ^2	95% CI SRR
1998-2002/1988-1992	3,1	429,1	2,8-3,5
2008-2010/1998-2002	1,5	66,3	1,4-1,6
2008-2010/1988-1992	4,8	611,4	4,1-5,6

წყარო: (კვლევის მასალები)

SRR-ს მიხედვით, 1998-2002 წლებთან შედარებით საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა 2003-2007 წლებში გაიზარდა 1,3-ჯერ (SRR=1,3; 95% CI SRR =1,3-1,3), ხოლო 2008-2010 წლებში - 1,5-ჯერ (SRR=1,5; 95% CI SRR=1,4-1,6). (იხ. ცხრილი 21).

ცხრილი 21. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა
სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით

პერიოდების შედარება	SRR	χ^2	95% CI SRR
2003-2007/1998-2002	1,3	80,0	1,3-1,3
2008-2010/2003-2007	1,2	24,0	1,1-1,3
2008-2010/1998-2002	1,5	66,3	1,4-1,6

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 22. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა
სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებლების (SIR) მიხედვით

პერიოდების შედარება	SIR	SE	95% CI SIR
1998-2002-დან 2003-2007-მდე	127,9	3,3	121,5-134,4
2003-2007-დან 2008-2010-მდე	120,3	4,0	113,2-127,7
1998-2002-დან 2008-2010-მდე	153,9	4,7	144,8-163,1

წყარო: (კვლევის მასალები)

SIR-ს მიხედვით, 2003-2007 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა გაიზარდა 27,9%-ით (SIR =127,9; 95% CI SIR=121,5-134,4), ხოლო 2008-2010 წლებში 2003-2007 წლებთან შედარებით - 20,3%-ით (SIR =120,3; 95% CI SIR=113,2-127,7). სულ 13 წლიან პერიოდში (2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით) ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობამ მოიმატა 53,9%-ით (SIR =153,9; 95% CI SIR=144,8-163,1) (იხ. ცხრილი 22).

ცხრილი 23. 1998-2010 წწ. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა
შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (TASR₂₅₋₆₄) ყოველ 100 000
ქალზე

წლები	TASR ₂₅₋₆₄	SE	95% CI TASR ₂₅₋₆₄
1998-2002	55,4	0,8	53,7-57,0
2003-2007	72,8	0,9	70,5-74,1
2008-2010	89,0	1,3	86,5-91,5
1998-2010	69,0	0,6	68,0-70,1

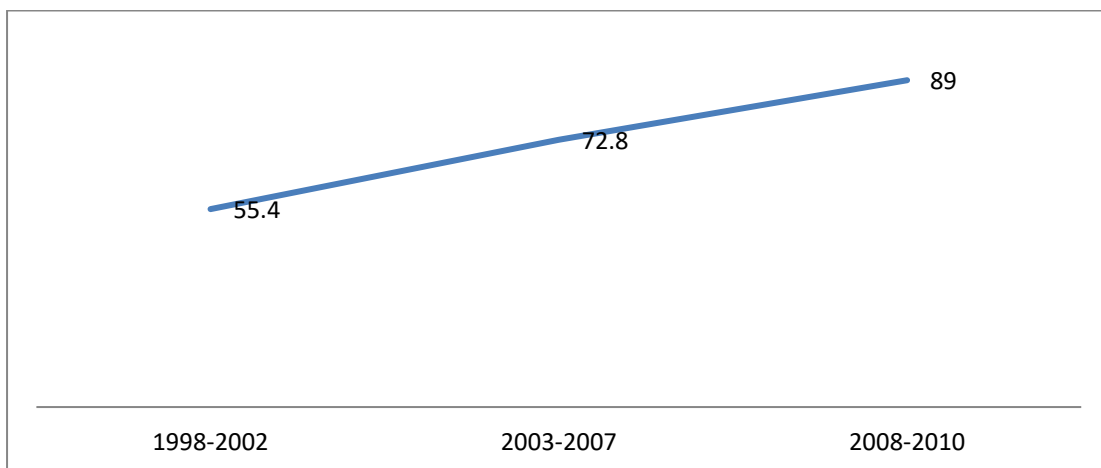
წყარო: (კვლევის მასალები)

წლოვანების მიხედვით სტანდარტიზებული შეკვეცილი მაჩვენებლების (TASR₂₅₋₆₄) მიხედვით ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 69,0 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₆₄=68,0-70,1) (იხ. ცხრილი 23).

ამასთან ერთად, შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR₂₅₋₆₄) მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2008-2010 წლებში, 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 55,4‰-დან (95% CI TASR₂₅₋₆₄=53,7-57,0) 72,8 ‰-მდე (95% CI TASR₂₅₋₆₄ =70,5-74,1) და 89,0‰-მდე (95% CI TASR₂₅₋₆₄ =86,5-91,5).

25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატების ტენდენცია კარგად არის ილუსტრირებული #8 ნახატზე.

ნახატი 8. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკა შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR₂₅₋₆₄) მიხედვით



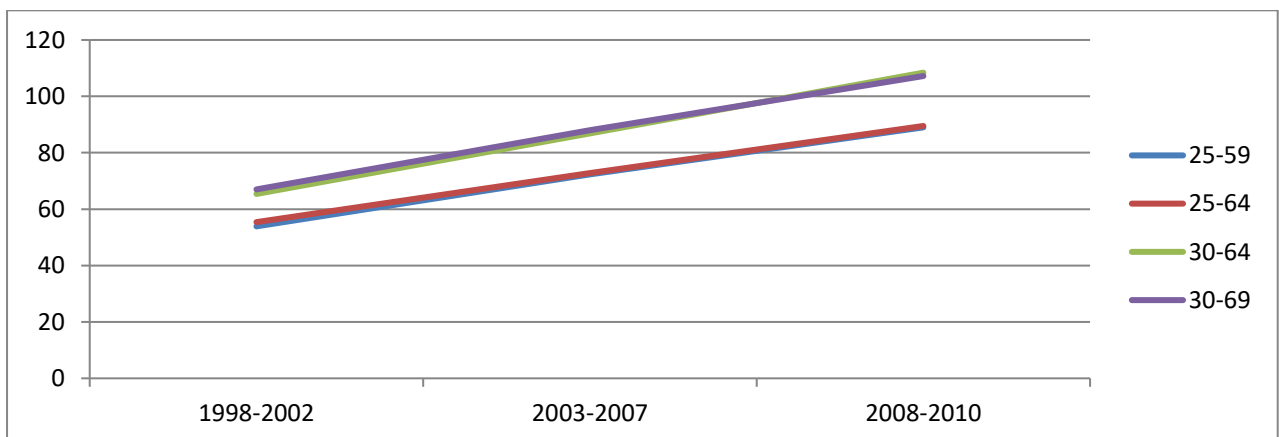
წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 24. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკის შედარება დიფერენცირებული ასაკობრივი პერიოდების მიხედვით შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (TASR)

#	წლები	ასაკობრივი პერიოდი	##	TASR	SE	95% CI TASR
1	1998-2002	25-59	1.1	53,9	0,8	52,3-55,4
		25-64	1.2	55,4	0,8	53,7-57,0
		30-64	1.3	65,4	0,8	63,8-67,0
		30-69	1.4	67,0	0,8	65,3-68,7
2	2003-2007	25-59	2.1	72,3	0,9	70,5-74,1
		25-64	2.2	72,8	1,0	70,9-74,7
		30-64	2.3	86,9	0,9	85,1-88,7
		30-69	2.4	88,0	1,0	86,1-89,9
3	2008-2010	25-59	3.1	89,0	1,3	86,5-91,5
		25-64	3.2	89,5	1,3	86,9-92,1
		30-64	3.3	108,4	1,3	105,8-111,0
		30-69	3.4	107,2	1,4	104,5-109,9
4	1998-2010	25-59	4.1	69,0	0,6	68,0-70,1
		25-64	4.2	69,9	0,6	68,8-71,1
		30-64	4.3	83,6	0,6	82,5-84,7
		30-69	4.4	84,3	0,6	83,2-85,5

წყარო: (კვლევის მასალები)

ნახატი 9. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკის შედარება დიფერენცირებული შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით



წყარო: (კვლევის მასალები)

1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის დინამიკის შედარება შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით (TASR) დიფერენცირებული ასაკობრივი და დროის პერიოდების მიხედვით ნაჩვენებია #24 ცხრილში და #9 ნახატზე.

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში ყველა შესწავლილ ასაკობრივ პერიოდში (25-59, 25-64, 30-64, 30-69) აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის მატების დინამიკა. ამავე დროს, 1998-დან 2010 წლამდე დროის ყველა პერიოდში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის იდენტური დონეები 25-59 და 25-64, ასევე- 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში. ამასთან ერთად საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 25-59 და 25-64 წლებთან შედარებით მატულობს ასაკობრივ პერიოდებში 30-64 და 30-69 წლები.

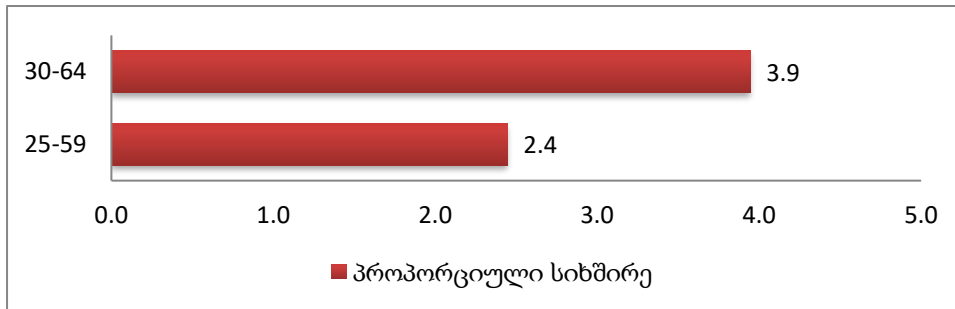
ცხრილი 25. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით

#		#	ასაკობრივი პერიოდების შედარება	SRR	χ^2	95% CI SRR
1	2008-2010	1.1	30-64/25-59	1,2	111,3	1,2-1,3
		1.2	30-69/25-59	1,2	90,8	1,1-1,3
2	1998-2010	2.1	30-64/25-59	1,2	296,1	1,2-1,2
		2.2	30-69/25-59	1,2	325,1	1,2-1,3

წყარო: (კვლევის მასალები)

შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით, როგორც ბოლო 3 წლის (2008-2010), ისე მთელი შესწავლილი 13 წლიანი პერიოდის (1998-2010) მანძილზე, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,2-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში, მაშინ როდესაც 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში რეგისტრირდება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის იდენტური სიხშირეები.

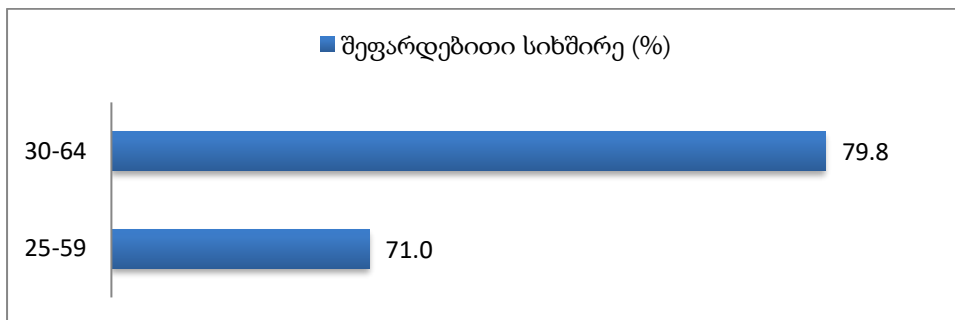
ნახატი 10. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის პროპორციული სიხშირე ასაკობრივი პერიოდების მიხედვით



წყარო: (კვლევის მასალები)

პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი იყო 2,4-ჯერ მაღალი, მაშინ როდესაც ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი წელი- 3,9-ჯერ მაღალი. ანუ, სხვა სიტყვებით, 30-64 წლის ასაკობრივი პერიოდის ქალებში, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით, პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1,6-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე (იხ. ნახატი 10).

ნახატი 11. 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შეფარდებითი სიხშირე ასაკობრივი პერიოდების მიხედვით



წყარო: (კვლევის მასალები)

შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევების 71,0% დიაგნოსტირებული იქნა ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი, ხოლო 79,8%- ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი (იხ. ნახატი 11). ანუ, სხვა სიტყვებით, 25-59 წელიას ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით აკობრივ პერიოდში 30-64 წელი 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შეფარდებითი სიხშირე.

ამრიგად, ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს 3773 შემთხვევა.

უხეში მაჩვენებლების მიხედვით ქ.თბილისში შესწავლილი პერიოდის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 48,9 ქალი. ამასთან ერთად, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 39,7%000-დან, შესაბამისად, 50,8%000-მდე და 61,1%000-მდე.

აღსანიშნავია, რომ სხვა პერიოდებისაგან განსხვავებით 2008-2010 წლებში აღინიშნა ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის მკვეთრი მატება ასაკობრივ ჯგუფში 40-44 წელი, რომელშიც რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის პიკური დონე- 255.8%000.

წლოვანებით სტანდარტიზებული (მსოფლიო) მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 37,0 ქალი (95% CI ASR, 35,8-38,2).

ამასთან ერთად, წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში, აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 29,9%000-დან (95% CI ASR, 28,2-31,6), შესაბამისად, 38,8%000-მდე (95% CI ASR, 36,8-40,8) და 45,7%000-მდე (95% CI ASR, 43,0-48,5).

1988-1992 წლების შემდეგ 10-10 წლიანი ინტერვალებით შედარებისას აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მკვეთრი მატება (1988-1992: ASR=29,9; 95% CI=28,2-31,6; 1998-2002: ASR=38,8; 95% CI=36,8-40,8). 1998-2002 წლებიდან უმნიშვნელოდ იკლო ამ ლოკალიზაციის მატების ტემპმა და 2008-2010 წლებამდე კვლავ გაგრძელდა ამ დაავადების გავრცელების სიხშირის მატების ტენდენცია (2008-2010: ASR=45,7; 95% CI=43,0-48,5).

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით (თბილისის სტანდარტი, 2002) ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად საშუალოდ ავადდებოდა 46,5 ქალი. ამასთან ერთად, წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში, აღინიშნა

საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 37,6%000-დან 48,2%000—მდე და 58,4%000—მდე.

თბილისში მცხოვრებ ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR₀₋₇₄) 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) შეადგინა 3,9% (95% CI CR₀₋₇₄=3,8-4,0). ამასთან ერთად დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით (3,2%-დან), აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის (CR₀₋₇₄) მატება 2003-2007 წლებში 4,2%- მდე (95% CI CR₀₋₇₄=4,1-4,4), ხოლო 2008-2010 წლებში- 4,6%-მდე (95% CI CR₀₋₇₄=4,5-4,9).

თბილისში მცხოვრებ ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR₀₋₆₄) 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) შეადგინა 3,0% (95% CI CR₀₋₇₄=3,0-3,1). ამასთან ერთად დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით (2,4%-დან), აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის (CR₀₋₆₄) მატება 2003-2007 წლებში 3,2%- მდე (95% CI CR₀₋₇₄=3,1-3,4), ხოლო 2008-2010 წლებში- 3,8%-მდე (95% CI CR₀₋₇₄=3,7-4,0).

SRR-ს მიხედვით, 1998-2002 წლებში 1988-1992 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა გაიზარდა 3-ჯერ (SRR=3,1; 95% CI SRR =2,8-3,5), ხოლო 2008-2010 წლებში 1988-1992 წლებთან შედარებით - 4,8-ჯერ (SRR=4,8; 95% CI SRR=4,1-5,6). აღნიშნული ტენდენცია შენარჩუნდა 2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, თუმცა შემცირდა ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის ტენდენცია (SRR=1,5; 95% CI SRR=1,4-1,6).

SRR-ს მიხედვით, 1998-2002 წლებთან შედარებით საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა 2003-2007 წლებში გაიზარდა 1,3-ჯერ (SRR=1,3; 95% CI SRR =1,3-1,3), ხოლო 2008-2010 წლებში - 1,5-ჯერ (SRR=1,5; 95% CI SRR=1,4-1,6).

SIR-ს მიხედვით, 2003-2007 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა გაიზარდა 27,9%-ით (SIR =127,9; 95% CI SIR=121,5-134,4), ხოლო 2008-2010 წლებში 2003-2007 წლებთან შედარებით - 20,3%-ით (SIR =120,3; 95% CI SIR=113,2-127,7). სულ 13 წლიან პერიოდში (2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით) ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობამ მოიმატა 53,9%-ით (SIR =153,9; 95% CI SIR=144,8-163,1).

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR₂₅₋₆₄) მიხედვით ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ

100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 69,0 ქალი (95% CI $TASR_{25-64}=68,0-70,1$).

ამასთან ერთად, შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების ($TASR_{25-64}$) მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2008-2010 წლებში, 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 55,4%000-დან (95% CI $TASR_{25-64}=53,7-57,0$) 72,8 %000—მდე (95% CI $TASR_{25-64} =70,5-74,1$) და 89,0%000—მდე (95% CI $TASR_{25-64} =86,5-91,5$).

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების ($TASR$) მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში ყველა შესწავლილ ასაკობრივ პერიოდში (25-59, 25-64, 30-64, 30-69) აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის მატების დინამიკა. ამავე დროს, 1998-დან 2010 წლამდე დროის ყველა პერიოდში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის იდენტური დონეები 25-59 და 25-64, ასევე- 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში. ამასთან ერთად საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 25-59 და 25-64 წლებთან შედარებით მატულობს ასაკობრივ პერიოდებში 30-64 და 30-69 წლები.

შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით, როგორც ბოლო 3 წლის (2008-2010), ისე მთელი შესასწავლი 13 წლიანი პერიოდის (1998-2010) მანძილზე, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,2-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში, მაშინ როდესაც 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში რეგისტრირდება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის იდენტური სიხშირეები.

პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი იყო 2,4-ჯერ მაღალი, მაშინ როდესაც ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი წელი- 3,9-ჯერ მაღალი. ანუ, სხვა სიტყვებით, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით აკობრივ პერიოდში 30-64 წელი 1,6-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის პროპორციული სიხშირე.

შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევების 71,0% დიაგნოსტირებული იქნა ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი, ხოლო 79,8%- ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი. ანუ, სხვა სიტყვებით, 25-59 წელიას ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით აკობრივ პერიოდში 30-

64 წელი 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შეფარდებითი სიხშირე.

3.2. 2003-2007 წლებში თბილისის ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემების ანალიზი

2003-2007 წლებში ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების 5440 შემთხვევის შესახებ მონაცემების მიხედვით ჩატარებული იქნა დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევა, მიღებული მონაცემები ნაჩვენებია მომდევნო ცხრილებში.

2003-2007 წლებში ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების 5440 შემთხვევის ანალიზის შედეგად ვერიფიცირებული იქნა კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაცია (იხ. ცხრილი 26).

ცხრილი 26. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში გარდაცვლილ ქალთა მოსახლეობაში კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაცია

#	კიბოს ლოკალიზაცია	ICD-10	აბსოლუტური რაოდენობა
1	კუჭი	C16	366
2	სწორი ნაწლავი	C20	171
3	ღვიძლი	C22	154
4	პანკრეასი	C25	130
5	ფილტვი	C34	306
6	ძუძუ	C50	978
7	საშვილოსნოს ყელი	C53	150
8	საშვილოსნოს ტანი	C54	263
9	საკვერცხე	C56	150
10	ლეიკემია	C95	123
-	სხვა დანარჩენი	-	2,649
სულ		C00-D48	5,440

წყარო: (კვლევის მასალები)

შემდგომი ეპიდემიოლოგიური ანალიზი გაგრძელებული იქნა კიბოს ვერიფიცირებული 10 ძირითადი ლოკალიზაციის მიმართებაში (იხ. ცხრილი 27).

ცხრილი 27. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაციის მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევები 5-წლიანი ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით: აბსოლუტური რაოდენობები

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ICD-10										სულ
		C16	C20	C22	C25	C34	C50	C53	C54	C56	C95	
1	0-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8
2	5-9	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	8
3	10-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	11
4	15-19	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4	16
5	20-24	0	0	0	1	3	2	0	1	0	3	22
6	25-29	0	1	1	0	2	5	1	1	0	3	32
7	30-34	1	1	2	0	2	11	3	3	1	5	56
8	35-39	5	1	2	1	3	15	11	13	3	3	99
9	40-44	16	7	3	2	11	60	21	14	6	5	247
10	45-49	12	15	12	7	19	94	16	16	12	8	362
11	50-54	18	8	5	7	14	106	14	28	19	5	438
12	55-59	15	19	19	7	27	111	13	22	22	10	598
13	60-64	41	17	14	15	45	120	17	34	20	9	537
14	65-69	67	33	31	20	61	159	17	46	17	24	945
15	70-74	63	18	17	22	47	99	14	23	19	13	733
16	75-79	64	23	24	19	46	113	10	34	18	12	732
17	80-84	42	21	16	21	22	61	7	16	10	3	415
18	85+	22	7	7	8	4	21	6	11	3	5	181
სულ		366	171	154	130	306	978	150	263	150	123	5440

წყარო: (კვლევის მასალები)

კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაციის მიზეზით გარდაცვალების ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლების (ai) კალკულაციისათვის გამოყენებული იქნა 2002 წელს ჩატარებული მოსახლეობის აღწერის მონაცემები და, შესაბამისად, გამოთვლილი ქალი/წელი (5 წელი) რისკის ქვეშ თითოეული ასაკობრივი ჯგუფისათვის (იხ. ცხრილი 28).

ცხრილი 28. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში რისკის ქვეშ მყოფი ქალი/წელის რაოდენობა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის აღწერის მონაცემები (2002)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (2003-2007)
1	0-4	27,455	137,275
2	5-9	32,901	164,505
3	10-14	42,347	211,735
4	15-19	44,048	220,240

5	20-24	46,276	231,380
6	25-29	45,234	226,170
7	30-34	43,907	219,535
8	35-39	47,098	235,490
9	40-44	49,509	247,545
10	45-49	42,732	213,660
11	50-54	38,418	192,090
12	55-59	23,109	115,545
13	60-64	36,110	180,550
14	65-69	25,025	125,125
15	70-74	21,862	109,310
16	75-79	15,511	77,555
17	80-84	7,111	35,555
18	85+	4,639	23,195
სულ		593,292	2,966,460

წყარო: (კვლევის მასალები)

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაციის მიზეზით გარდაცვალების ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები 100,000 ქალზე მოცემულია #29 ცხრილში.

ცხრილი 29. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაციის მიზეზით გარდაცვალების ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai) 100,000 ქალზე

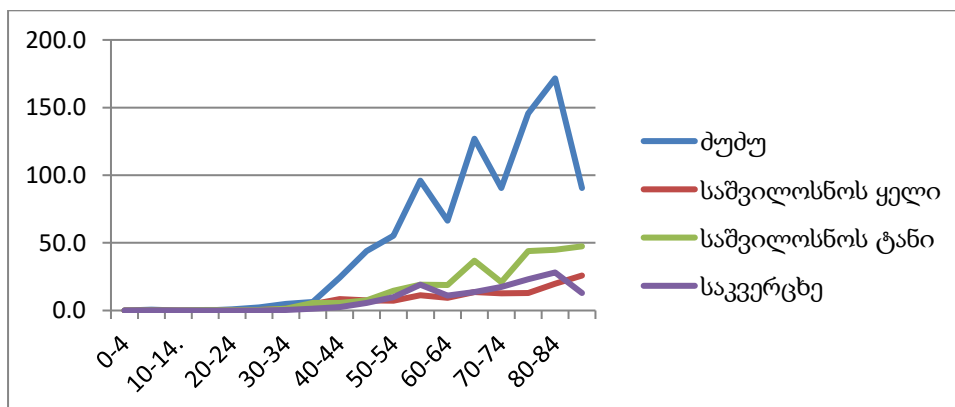
#	ასაკობრივი ჯგუფი	ICD-10										სულ
		C16	C20	C22	C25	C34	C50	C53	C54	C56	C95	
1	0-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	5,8
2	5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	3,0	4,9
3	10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	5,2
4	15-19	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	1,8	7,3
5	20-24	0,0	0,0	0,0	0,4	1,3	0,9	0,0	0,4	0,0	1,3	9,5
6	25-29	0,0	0,4	0,4	0,0	0,9	2,2	0,4	0,4	0,0	1,3	14,1
7	30-34	0,5	0,5	0,9	0,0	0,9	5,0	1,4	1,4	0,5	2,3	25,5
8	35-39	2,1	0,4	0,8	0,4	1,3	6,4	4,7	5,5	1,3	1,3	42,0
9	40-44	6,5	2,8	1,2	0,8	4,4	24,2	8,5	5,7	2,4	2,0	99,8
10	45-49	5,6	7,0	5,6	3,3	8,9	44,0	7,5	7,5	5,6	3,7	169,4
11	50-54	9,4	4,2	2,6	3,6	7,3	55,2	7,3	14,6	9,9	2,6	228,0
12	55-59	13,0	16,4	16,4	6,1	23,4	96,1	11,3	19,0	19,0	8,7	517,5
13	60-64	22,7	9,4	7,8	8,3	24,9	66,5	9,4	18,8	11,1	5,0	297,4
14	65-69	53,5	26,4	24,8	16,0	48,8	127,1	13,6	36,8	13,6	19,2	755,2
15	70-74	57,6	16,5	15,6	20,1	43,0	90,6	12,8	21,0	17,4	11,9	670,6
16	75-79	82,5	29,7	30,9	24,5	59,3	145,7	12,9	43,8	23,2	15,5	943,8

17	80-84	118,1	59,1	45,0	59,1	61,9	171,6	19,7	45,0	28,1	8,4	1167,2
18	85+	94,8	30,2	30,2	34,5	17,2	90,5	25,9	47,4	12,9	21,6	780,3
სულ		12,3	5,8	5,2	4,4	10,3	33,0	5,1	8,9	5,1	4,1	183,4

წყარო: (კვლევის მასალები)

2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალის რეპროდუქციული სისტემის ორგანოების კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ასაკობრივი თავისებურებები ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე ნაჩვენებია #12 ნახატზე.

ნახატი 12. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალის რეპროდუქციული სისტემის ორგანოების კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ასაკობრივი თავისებურებები ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლებით 100,000 ქალზე



წყარო: (კვლევის მასალები)

კიბოს (სულ-ყველა ლოკალიზაცია) და მისი 10 ძირითადი ლოკალიზაციის მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული (მსოფლიო) სიხშირის მაჩვენებლების (ASR), სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოობის 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაციის მონაცემები ნაჩვენებია ცხრილებში ##30-51

ცხრილი 30. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)
1	0-4	5,8	12,000	69932,6
2	5-9	4,9	10,000	48630,7
3	10-14	5,2	9,000	46756,6
4	15-19	7,3	9,000	65383,2
5	20-24	9,5	8,000	76065,3
6	25-29	14,1	8,000	113189,2
7	30-34	25,5	6,000	153050,8
8	35-39	42,0	6,000	252240,0
9	40-44	99,8	6,000	598679,0
10	45-49	169,4	6,000	1016568,4
11	50-54	228,0	5,000	1140090,6
12	55-59	517,5	4,000	2070189,1
13	60-64	297,4	4,000	1189698,1
14	65-69	755,2	3,000	2265734,3
15	70-74	670,6	2,000	1341139,9
16	75-79	943,8	1,000	943846,3
17	80-84	1167,2	500	583602,9
18	85+	780,3	500	390170,3
სულ		183,4	100,000	12364967,3
ASR ($\Sigma(ai *wi) / 100,000$)				123,6

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 31. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოობის 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (2003-2007) (ni)	(ai*wi ² *100,000)/ni
1	0-4	5,8	12,000	137,275	510131244,7
2	5-9	4,9	10,000	164,505	229677383,1
3	10-14	5,2	9,000	211,735	191068393,6
4	15-19	7,3	9,000	220,240	254321447,3
5	20-24	9,5	8,000	231,380	269055478,8
6	25-29	14,1	8,000	226,170	412468878,2
7	30-34	25,5	6,000	219,535	389954816,9
8	35-39	42,0	6,000	235,490	611379773,8
9	40-44	99,8	6,000	247,545	1681210413,0
10	45-49	169,4	6,000	213,660	3175287770,3
11	50-54	228,0	5,000	192,090	4933534910,8
12	55-59	517,5	4,000	115,545	4586406211,7
13	60-64	297,4	4,000	180,550	3803230831,8
14	65-69	755,2	3,000	125,125	6218280850,1
15	70-74	670,6	2,000	109,310	3458551679,2
16	75-79	943,8	1,000	77,555	2654609204,4
17	80-84	1167,2	500	35,555	1258035931,9
18	85+	780,3	500	23,195	6576362,0
სულ		183,4	100,000	2,966,460	34643781581,6
SE _{ASR} ($\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni}/100,000$)					1,9
95% CI ASR					120,0-127,3

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 32. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კუჭის კიბოს (C16) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0,0	12,000	0,0
2	5-9	0,0	10,000	0,0
3	10-14	0,0	9,000	0,0
4	15-19	0,0	9,000	0,0
5	20-24	0,0	8,000	0,0
6	25-29	0,0	8,000	0,0
7	30-34	0,5	6,000	2733,0
8	35-39	2,1	6,000	12739,4
9	40-44	6,5	6,000	38780,8
10	45-49	5,6	6,000	33698,4
11	50-54	9,4	5,000	46853,0
12	55-59	13,0	4,000	51927,8
13	60-64	22,7	4,000	90833,6
14	65-69	53,5	3,000	160639,4
15	70-74	57,6	2,000	115268,5
16	75-79	82,5	1,000	82522,1
17	80-84	118,1	500	59063,4
18	85+	94,8	500	47424,0
სულ		12,3	100,000	742483,5
ASR ($\Sigma(ai *wi) / 100,000$)				7,4

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 33. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კუჭის კიბოს (C16) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (2003-2007) (ni)	$(ai*wi^2*100,000)/ni$
1	0-4	0,0	12,000	137,275	0,0
2	5-9	0,0	10,000	164,505	0,0
3	10-14	0,0	9,000	211,735	0,0
4	15-19	0,0	9,000	220,240	0,0
5	20-24	0,0	8,000	231,380	0,0
6	25-29	0,0	8,000	226,170	0,0
7	30-34	0,5	6,000	219,535	7469559,0
8	35-39	2,1	6,000	235,490	32458434,2
9	40-44	6,5	6,000	247,545	93997037,5
10	45-49	5,6	6,000	213,660	94631843,1
11	50-54	9,4	5,000	192,090	121955952,0
12	55-59	13,0	4,000	115,545	179766568,3
13	60-64	22,7	4,000	180,550	201237472,4
14	65-69	53,5	3,000	125,125	385149316,2
15	70-74	57,6	2,000	109,310	210902026,2
16	75-79	82,5	1,000	77,555	106404591,7
17	80-84	118,1	500	35,555	83059236,2
18	85+	94,8	500	23,195	102228958,4
სულ		12,3	100,000	2,966,460	1619260995,2
$SE_{ASR} (\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni}/100,000)$					0,4
95% CI ASR					6,6-8,2

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 34. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის სწორი ნაწლავის კიბოს (C20) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0,0	12,000	0,0
2	5-9	0,0	10,000	0,0
3	10-14	0,0	9,000	0,0
4	15-19	0,0	9,000	0,0
5	20-24	0,0	8,000	0,0
6	25-29	0,4	8,000	3537,2
7	30-34	0,5	6,000	2733,0
8	35-39	0,4	6,000	2547,9
9	40-44	2,8	6,000	16966,6
10	45-49	7,0	6,000	42123,0
11	50-54	4,2	5,000	20823,6
12	55-59	16,4	4,000	65775,2
13	60-64	9,4	4,000	37662,7
14	65-69	26,4	3,000	79120,9
15	70-74	16,5	2,000	32933,9
16	75-79	29,7	1,000	29656,4
17	80-84	59,1	500	29531,7
18	85+	30,2	500	15089,5
სულ		5,8	100,000	378501,5
ASR ($\Sigma(ai *wi) / 100,000$)				3,8

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 35. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის სწორი ნაწლავის კიბოს (C20) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (2003-2007) (ni)	$(a_i \cdot w_i^2 \cdot 100,000) / n_i$
1	0-4	0,0	12,000	137,275	0,0
2	5-9	0,0	10,000	164,505	0,0
3	10-14	0,0	9,000	211,735	0,0
4	15-19	0,0	9,000	220,240	0,0
5	20-24	0,0	8,000	231,380	0,0
6	25-29	0,4	8,000	226,170	12511517,2
7	30-34	0,5	6,000	219,535	7469559,0
8	35-39	0,4	6,000	235,490	6491686,8
9	40-44	2,8	6,000	247,545	41123703,9
10	45-49	7,0	6,000	213,660	118289803,9
11	50-54	4,2	5,000	192,090	54202645,3
12	55-59	16,4	4,000	115,545	227704319,8
13	60-64	9,4	4,000	180,550	83439927,6
14	65-69	26,4	3,000	125,125	189700409,5
15	70-74	16,5	2,000	109,310	60257721,8
16	75-79	29,7	1,000	77,555	38239150,1
17	80-84	59,1	500	35,555	41529618,1
18	85+	30,2	500	23,195	32527395,9
სულ		5,8	100,000	2,966,460	913487458,9
$SE_{ASR} (\sqrt{\sum (a_i \cdot w_i^2 \cdot 100,000) / n_i} / 100,000)$					0,3
95% CI ASR					3,2-4,4

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 36. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის ღვიძლის კიბოს (C22) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0,0	12,000	0,0
2	5-9	0,0	10,000	0,0
3	10-14	0,0	9,000	0,0
4	15-19	0,5	9,000	4086,5
5	20-24	0,0	8,000	0,0
6	25-29	0,4	8,000	3537,2
7	30-34	0,9	6,000	5466,1
8	35-39	0,8	6,000	5095,8
9	40-44	1,2	6,000	7271,4
10	45-49	5,6	6,000	33698,4
11	50-54	2,6	5,000	13014,7
12	55-59	16,4	4,000	65775,2
13	60-64	7,8	4,000	31016,3
14	65-69	24,8	3,000	74325,7
15	70-74	15,6	2,000	31104,2
16	75-79	30,9	1,000	30945,8
17	80-84	45,0	500	22500,4
18	85+	30,2	500	15089,5
სულ		5,2	100,000	342927,0
ASR ($\Sigma(ai *wi) / 100,000$)				3,4

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 37. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის ღვიძლის კიბოს (C22) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (2003-2007) (ni)	(ai*wi ² *100,000)/ni
---	------------------	---	-------------------------------------	--	----------------------------------

		(ai)	ასაკობრივი განაწილება (wi)		
1	0-4	0,0	12,000	137,275	0,0
2	5-9	0,0	10,000	164,505	0,0
3	10-14	0,0	9,000	211,735	0,0
4	15-19	0,5	9,000	220,240	15895090,5
5	20-24	0,0	8,000	231,380	0,0
6	25-29	0,4	8,000	226,170	12889652,4
7	30-34	0,9	6,000	219,535	13926957,7
8	35-39	0,8	6,000	235,490	12351106,5
9	40-44	1,2	6,000	247,545	20419559,7
10	45-49	5,6	6,000	213,660	105258158,1
11	50-54	2,6	5,000	192,090	56318891,7
12	55-59	16,4	4,000	115,545	145721936,5
13	60-64	7,8	4,000	180,550	99153131,6
14	65-69	24,8	3,000	125,125	203985932,6
15	70-74	15,6	2,000	109,310	80211976,2
16	75-79	30,9	1,000	77,555	87036367,4
17	80-84	45,0	500	35,555	48502590,1
18	85+	30,2	500	23,195	254334,4
სულ		5,2	100,000	2,966,460	901925685,5
SE _{ASR} ($\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni/100,000}$)					0,3
95% CI ASR					2,8-4,0

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 38. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის პანკრეასის კიბოს (C25) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0,0	12,000	0,0
2	5-9	0,0	10,000	0,0
3	10-14	0,0	9,000	0,0
4	15-19	0,0	9,000	0,0
5	20-24	0,4	8,000	3457,5
6	25-29	0,0	8,000	0,0
7	30-34	0,0	6,000	0,0

8	35-39	0,4	6,000	2547,9
9	40-44	0,8	6,000	4847,6
10	45-49	3,3	6,000	19657,4
11	50-54	3,6	5,000	18220,6
12	55-59	6,1	4,000	24233,0
13	60-64	8,3	4,000	33231,8
14	65-69	16,0	3,000	47952,0
15	70-74	20,1	2,000	40252,5
16	75-79	24,5	1,000	24498,7
17	80-84	59,1	500	29531,7
18	85+	34,5	500	17245,1
სულ		4,4	100,000	265675,9
ASR ($\sum(ai * wi) / 100,000$)				2,7

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 39. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის პანკრეასის კიბოს (C25) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (2003-2007) (ni)	$(ai * wi^2 * 100,000) / ni$
1	0-4	0,0	12,000	137,275	0,0
2	5-9	0,0	10,000	164,505	0,0
3	10-14	0,0	9,000	211,735	0,0
4	15-19	0,0	9,000	220,240	0,0
5	20-24	0,4	8,000	231,380	12229794,5
6	25-29	0,0	8,000	226,170	0,0
7	30-34	0,0	6,000	219,535	0,0
8	35-39	0,4	6,000	235,490	6175553,3
9	40-44	0,8	6,000	247,545	13613039,8
10	45-49	3,3	6,000	213,660	61400592,2
11	50-54	3,6	5,000	192,090	78846448,3
12	55-59	6,1	4,000	115,545	53687029,2
13	60-64	8,3	4,000	180,550	106235498,1
14	65-69	16,0	3,000	125,125	131603827,5
15	70-74	20,1	2,000	109,310	103803733,9
16	75-79	24,5	1,000	77,555	68903790,8
17	80-84	59,1	500	35,555	63659649,6

18	85+	34,5	500	23,195	290667,9
სულ		4,4	100,000	2,966,460	700449625,2
SE _{ASR} ($\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni/100,000}$)					0,3
95% CI ASR					2,1-3,2

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 40. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის ფილტვის კიბოს (C34) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0,0	12,000	0,0
2	5-9	0,0	10,000	0,0
3	10-14	0,0	9,000	0,0
4	15-19	0,0	9,000	0,0
5	20-24	1,3	8,000	10372,5
6	25-29	0,9	8,000	7074,3
7	30-34	0,9	6,000	5466,1
8	35-39	1,3	6,000	7643,6
9	40-44	4,4	6,000	26661,8
10	45-49	8,9	6,000	53355,8
11	50-54	7,3	5,000	36441,3
12	55-59	23,4	4,000	93470,1
13	60-64	24,9	4,000	99695,4
14	65-69	48,8	3,000	146253,7
15	70-74	43,0	2,000	85994,0
16	75-79	59,3	1,000	59312,7
17	80-84	61,9	500	30938,0
18	85+	17,2	500	8622,5
სულ		10,3	100,000	671301,9
ASR ($\sum(ai *wi)/ 100,000$)				6,7

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 41. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის ფილტვის კიბოს (C34) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (2003-2007) (ni)	(ai*wi ² *100,000)/ni
1	0-4	0,0	12,000	137,275	0,0
2	5-9	0,0	10,000	164,505	0,0
3	10-14	0,0	9,000	211,735	0,0
4	15-19	0,0	9,000	220,240	0,0
5	20-24	1,3	8,000	231,380	36689383,5
6	25-29	0,9	8,000	226,170	25779304,9
7	30-34	0,9	6,000	219,535	13926957,7
8	35-39	1,3	6,000	235,490	18526659,8
9	40-44	4,4	6,000	247,545	74871718,8
10	45-49	8,9	6,000	213,660	166658750,4
11	50-54	7,3	5,000	192,090	157692896,7
12	55-59	23,4	4,000	115,545	207078541,3
13	60-64	24,9	4,000	180,550	318706494,3
14	65-69	48,8	3,000	125,125	401391673,9
15	70-74	43,0	2,000	109,310	221762522,4
16	75-79	59,3	1,000	77,555	166819704,1
17	80-84	61,9	500	35,555	66691061,4
18	85+	17,2	500	23,195	145334,0
სულ		10,3	100,000	2,966,460	1876741003,2
SE _{ASR} ($\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni}/100,000$)					0,4
95% CI ASR					5,9-7,6

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 42. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის ძუძუს კიბოს (C50) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0,0	12,000	0,0
2	5-9	0,6	10,000	6078,8
3	10-14	0,0	9,000	0,0
4	15-19	0,0	9,000	0,0
5	20-24	0,9	8,000	6915,0
6	25-29	2,2	8,000	17685,8
7	30-34	5,0	6,000	30063,5
8	35-39	6,4	6,000	38218,2
9	40-44	24,2	6,000	145428,1
10	45-49	44,0	6,000	263970,8
11	50-54	55,2	5,000	275912,3
12	55-59	96,1	4,000	384265,9
13	60-64	66,5	4,000	265854,3
14	65-69	127,1	3,000	381218,8
15	70-74	90,6	2,000	181136,2
16	75-79	145,7	1,000	145703,0
17	80-84	171,6	500	85782,6
18	85+	90,5	500	45268,4
სულ		33,0	100,000	2273501,9
ASR ($\Sigma(ai *wi) / 100,000$)				22,7

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 43. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის ძუძუს კიბოს (C50) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალის (95% CI ASR) კალკულაცია

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (2003-2007) (ni)	(ai*wi*100,000)/ni
1	0-4	0,0	12,000	137,275	0,0
2	5-9	0,6	10,000	164,505	28709672,9
3	10-14	0,0	9,000	211,735	0,0
4	15-19	0,0	9,000	220,240	0,0
5	20-24	0,9	8,000	231,380	24459589,0
6	25-29	2,2	8,000	226,170	64448262,2
7	30-34	5,0	6,000	219,535	76598267,6
8	35-39	6,4	6,000	235,490	92633299,1
9	40-44	24,2	6,000	247,545	408391193,4
10	45-49	44,0	6,000	213,660	824522238,7
11	50-54	55,2	5,000	192,090	1193960503,5
12	55-59	96,1	4,000	115,545	851322892,1
13	60-64	66,5	4,000	180,550	849883984,7
14	65-69	127,1	3,000	125,125	1046250428,7
15	70-74	90,6	2,000	109,310	467116802,5
16	75-79	145,7	1,000	77,555	409796229,6
17	80-84	171,6	500	35,555	184916124,9
18	85+	90,5	500	23,195	763003,3
სულ		33,0	100,000	2,966,460	6523772492,5
SE _{ASR} ($\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni}/100,000$)					0,8
95% CI ASR					21,2-24,3

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 44. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ყელის კიბოს (C53) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0,0	12,000	0,0
2	5-9	0,0	10,000	0,0
3	10-14	0,0	9,000	0,0
4	15-19	0,0	9,000	0,0
5	20-24	0,0	8,000	0,0
6	25-29	0,4	8,000	3537,2
7	30-34	1,4	6,000	8199,1
8	35-39	4,7	6,000	28026,7
9	40-44	8,5	6,000	50899,8
10	45-49	7,5	6,000	44931,2
11	50-54	7,3	5,000	36441,3
12	55-59	11,3	4,000	45004,1
13	60-64	9,4	4,000	37662,7
14	65-69	13,6	3,000	40759,2
15	70-74	12,8	2,000	25615,2
16	75-79	12,9	1,000	12894,1
17	80-84	19,7	500	9843,9
18	85+	25,9	500	12933,8
სულ		5,1	100,000	356748,3
ASR ($\Sigma(ai *wi) / 100,000$)				3,6

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 45. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ყელის კიბოს (C53) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალის (95% CI ASR) კალკულაცია

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (2003-2007) (ni)	$(ai*wi^2*100,000)/ni$
1	0-4	0,0	12,000	137,275	0,0
2	5-9	0,0	10,000	164,505	0,0
3	10-14	0,0	9,000	211,735	0,0
4	15-19	0,0	9,000	220,240	0,0
5	20-24	0,0	8,000	231,380	0,0
6	25-29	0,4	8,000	226,170	12889652,4
7	30-34	1,4	6,000	219,535	20890436,6
8	35-39	4,7	6,000	235,490	67931086,0
9	40-44	8,5	6,000	247,545	142936917,7
10	45-49	7,5	6,000	213,660	140344210,8
11	50-54	7,3	5,000	192,090	157692896,7
12	55-59	11,3	4,000	115,545	99704482,9
13	60-64	9,4	4,000	180,550	120400231,2
14	65-69	13,6	3,000	125,125	111863253,4
15	70-74	12,8	2,000	109,310	66056921,6
16	75-79	12,9	1,000	77,555	36265153,1
17	80-84	19,7	500	35,555	21219883,2
18	85+	25,9	500	23,195	218000,9
სულ		5,1	100,000	2,966,460	872470972,3
$SE_{ASR} (\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni}/100,000)$					0,3
95% CI ASR					3.0-4,2

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 46. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ტანის კიბოს (C54) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0,0	12,000	0,0
2	5-9	0,0	10,000	0,0
3	10-14	0,0	9,000	0,0
4	15-19	0,5	9,000	4086,5
5	20-24	0,4	8,000	3457,5
6	25-29	0,4	8,000	3537,2
7	30-34	1,4	6,000	8199,1
8	35-39	5,5	6,000	33122,4
9	40-44	5,7	6,000	33933,2
10	45-49	7,5	6,000	44931,2
11	50-54	14,6	5,000	72882,5
12	55-59	19,0	4,000	76160,8
13	60-64	18,8	4,000	75325,4
14	65-69	36,8	3,000	110289,7
15	70-74	21,0	2,000	42082,2
16	75-79	43,8	1,000	43839,9
17	80-84	45,0	500	22500,4
18	85+	47,4	500	23712,0
სულ		8,9	100,000	598059,9
ASR ($\Sigma(ai *wi) / 100,000$)				6,0

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 47. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ტანის კიბოს (C54) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალის (95% CI ASR) კალკულაცია

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (2003-2007) (ni)	(ai*wi*100,000)/ni
1	0-4	0,0	12,000	137,275	0,0
2	5-9	0,0	10,000	164,505	0,0
3	10-14	0,0	9,000	211,735	0,0
4	15-19	0,5	9,000	220,240	15895090,5
5	20-24	0,4	8,000	231,380	12229794,5
6	25-29	0,4	8,000	226,170	12889652,4
7	30-34	1,4	6,000	219,535	20890436,6
8	35-39	5,5	6,000	235,490	80282192,5
9	40-44	5,7	6,000	247,545	95291278,5
10	45-49	7,5	6,000	213,660	140344210,8
11	50-54	14,6	5,000	192,090	315385793,4
12	55-59	19,0	4,000	115,545	168730663,3
13	60-64	18,8	4,000	180,550	240800462,3
14	65-69	36,8	3,000	125,125	302688803,3
15	70-74	21,0	2,000	109,310	108522085,4
16	75-79	43,8	1,000	77,555	123301520,4
17	80-84	45,0	500	35,555	48502590,1
18	85+	47,4	500	23,195	399668,4
სულ		8,9	100,000	2,966,460	1686154242,6
SE _{ASR} ($\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni}/100,000$)					0,4
95% CI ASR					5,2-6,8

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 48. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის საკვერცხეების კიბოს (C56) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0,0	12,000	0,0
2	5-9	0,0	10,000	0,0
3	10-14	0,0	9,000	0,0
4	15-19	0,0	9,000	0,0
5	20-24	0,0	8,000	0,0
6	25-29	0,0	8,000	0,0
7	30-34	0,5	6,000	2733,0
8	35-39	1,3	6,000	7643,6
9	40-44	2,4	6,000	14542,8
10	45-49	5,6	6,000	33698,4
11	50-54	9,9	5,000	49456,0
12	55-59	19,0	4,000	76160,8
13	60-64	11,1	4,000	44309,1
14	65-69	13,6	3,000	40759,2
15	70-74	17,4	2,000	34763,5
16	75-79	23,2	1,000	23209,3
17	80-84	28,1	500	14062,7
18	85+	12,9	500	6466,9
სულ		5,1	100,000	347805,5
ASR ($\Sigma(ai *wi) / 100,000$)				3,5

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 49. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის საკვერცხეების კიბოს (C56) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (2003-2007) (ni)	(ai*wi*100,000)/ni
1	0-4	0,0	12,000	137,275	0,0
2	5-9	0,0	10,000	164,505	0,0
3	10-14	0,0	9,000	211,735	0,0
4	15-19	0,0	9,000	220,240	0,0
5	20-24	0,0	8,000	231,380	0,0
6	25-29	0,0	8,000	226,170	0,0
7	30-34	0,5	6,000	219,535	6963478,9
8	35-39	1,3	6,000	235,490	18526659,8
9	40-44	2,4	6,000	247,545	40839119,3
10	45-49	5,6	6,000	213,660	105258158,1
11	50-54	9,9	5,000	192,090	214011788,4
12	55-59	19,0	4,000	115,545	168730663,3
13	60-64	11,1	4,000	180,550	141647330,8
14	65-69	13,6	3,000	125,125	111863253,4
15	70-74	17,4	2,000	109,310	89648679,3
16	75-79	23,2	1,000	77,555	65277275,5
17	80-84	28,1	500	35,555	30314118,8
18	85+	12,9	500	23,195	109000,5
სულ		5,1	100,000	2,966,460	993189526,1
SE _{ASR} ($\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni}/100,000$)					0,3
95% CI ASR					2,9-4,1

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 50. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის ლეიკემიის (C95) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	(ai *wi)
1	0-4	2,2	12,000	26224,7
2	5-9	3,0	10,000	30394,2
3	10-14	1,4	9,000	12751,8
4	15-19	1,8	9,000	16345,8
5	20-24	1,3	8,000	10372,5
6	25-29	1,3	8,000	10611,5
7	30-34	2,3	6,000	13665,2
8	35-39	1,3	6,000	7643,6
9	40-44	2,0	6,000	12119,0
10	45-49	3,7	6,000	22465,6
11	50-54	2,6	5,000	13014,7
12	55-59	8,7	4,000	34618,5
13	60-64	5,0	4,000	19939,1
14	65-69	19,2	3,000	57542,5
15	70-74	11,9	2,000	23785,6
16	75-79	15,5	1,000	15472,9
17	80-84	8,4	500	4218,8
18	85+	21,6	500	10778,2
სულ		4,1	100,000	341964,3
ASR ($\Sigma(ai *wi) / 100,000$)				3,4

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 51. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის ლეიკემიის (C95) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლები (ASR) სტანდარტული გადახრის (SE) და სარწმუნოების 95% ინტერვალების (95% CI ASR) კალკულაცია

#	ასაკობრივი ჯგუფი	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	მსოფლიო სტანდარტი: 100,000 პერსონის ასაკობრივი განაწილება (wi)	ქალი/წელი რისკის ქვეშ (2003-2007) (ni)	(ai*wi*100,000)/ni
1	0-4	2,2	12,000	137,275	191299216,8
2	5-9	3,0	10,000	164,505	143548364,4
3	10-14	1,4	9,000	211,735	52109561,9
4	15-19	1,8	9,000	220,240	63580361,8
5	20-24	1,3	8,000	231,380	36689383,5
6	25-29	1,3	8,000	226,170	38668957,3
7	30-34	2,3	6,000	219,535	34817394,4
8	35-39	1,3	6,000	235,490	18526659,8
9	40-44	2,0	6,000	247,545	34032599,5
10	45-49	3,7	6,000	213,660	70172105,4
11	50-54	2,6	5,000	192,090	56318891,7
12	55-59	8,7	4,000	115,545	76695756,0
13	60-64	5,0	4,000	180,550	63741298,9
14	65-69	19,2	3,000	125,125	157924593,0
15	70-74	11,9	2,000	109,310	61338570,0
16	75-79	15,5	1,000	77,555	43518183,7
17	80-84	8,4	500	35,555	9094235,7
18	85+	21,6	500	23,195	181667,5
სულ		4,1	100,000	2,966,460	1152257801,2
SE _{ASR} ($\sqrt{\sum(ai*wi^2*100,000)/ni}/100,000$)					0,3
95% CI ASR					2,8-4,1

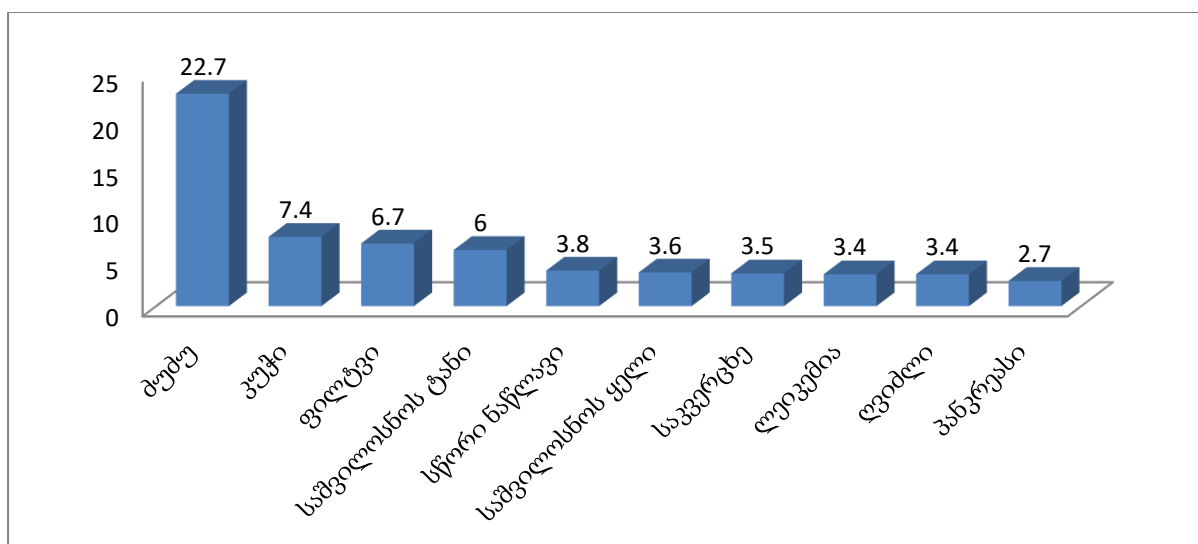
წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 52. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაციის მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) კალკულაცია 100,000 ქალზე

#	კიბოს ლოკალიზაცია	ICD-10	ASR	SE _{ASR}	95% CI ASR
1	კუჭი	C16	7,4	0,4	6,6-8,2
2	სწორი ნაწლავი	C20	3,8	0,3	3,2-4,4
3	ღვიძლი	C22	3,4	0,3	2,8-4,0
4	პანკრეასი	C25	2,7	0,3	2,1-3,2
5	ფილტვი	C34	6,7	0,4	5,9-7,6
6	ძუძუ	C50	22,7	0,8	21,2-24,3
7	საშვილოსნოს ყელი	C53	3,6	0,3	3,0-4,2
8	საშვილოსნოს ტანი	C54	6,0	0,4	5,2-6,8
9	საკვერცხე	C56	3,5	0,3	2,9-4,1
10	ლეიკემია	C95	3,4	0,3	2,8-4,1
სულ		C00-D48	123,6	1,9	120,0-127,3

წყარო: (კვლევის მასალები)

ნახატი 13. 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა (10 ძირითადი ლოკალიზაცია): წლოვანების მიხედვით სტანდარტიზებული მაჩვენებლები 100 000 ქალზე



წყარო: (კვლევის მასალები)

წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით დადგენილი იქნა 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით

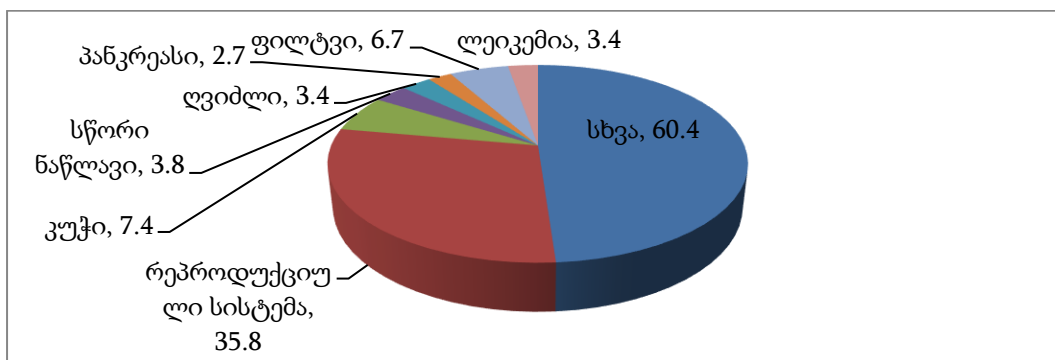
გარდაცვალების სტრუქტურა, განისაზღვრა 10 ძირითადი ლოკალიზაცია, მათი

სიხშირეები 100,000 ქალზე (%000) და სარანგო ადგილები:

- I. ძუძუ- 22,7%000
- II. კუჭი- 7,4%000
- III. ფილტვი- 6,7%000
- IV. საშვილოსნოს ტანი- 6,0%000
- V. სწორი ნაწლავი- 3,8%000
- VI. საშვილოსნოს ყელი- 3,6%000
- VII. საკვერცხე- 3,5%000
- VIII. ლეიკემია-3,4%000
- IX. ღვიძლი- 3,4%000
- X. პანკრეასი- 2,7%000

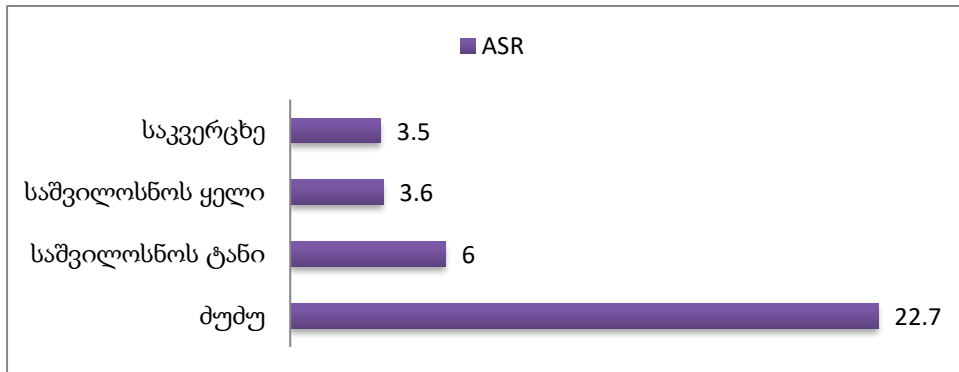
თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში სიკვდილის შემთხვევების თითქმის 1/3 (29%) მოდის რეპროდუქციული სისტემის ორგანოებზე, მათ შორის: ძუძუზე- 18,4%, საშვილოსნოს ტანზე- 4,9%, საშვილოსნოს ყელზე- 2,9%, საკვერცხეზე- 2,8% (იხ. ნახატი 14).

ნახატი 14. 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით 100,000 ქალზე



წყარო: (კვლევის მასალები)

ნახატი 15. 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის რეპროდუქციული სისტემის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით 100,000 ქალზე



წყარო: (კვლევის მასალები)

წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით 2003-2007 წლებში თბილისში 100,000 ქალზე 22,7 გარდაიცვალა ძუძუს, 3,6- საშვილოსნოს ყელის, 6,0- საშვილოსნოს ტანის და 3,5- საკვერცხეების კიბოს მიზეზით (იხ. ნახატი 15).

რეპროდუქციული სისტემის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით კორექტირებული სიხშირის მაჩვენებლების (AAR) კალკულაციის მონაცემები ნაჩვენებია ცხრილებში #53-57.

ცხრილი 53. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ძუძუს კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია

i	ასაკობრივი ჯგუფები	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	თბილისის სტანდარტული (2002) პოპულაციის ასაკობრივი წონები (wi)	(ai * wi)
1	0-4	0,0	0,053	0,0
2	5-9	0,6	0,063	0,0
3	10-14	0,0	0,079	0,0
4	15-19	0,0	0,081	0,0
5	20-24	0,9	0,081	0,1
6	25-29	2,2	0,077	0,2
7	30-34	5,0	0,073	0,4
8	35-39	6,4	0,077	0,5
9	40-44	24,2	0,082	2,0
10	45-49	44,0	0,071	3,1
11	50-54	55,2	0,063	3,5

12	55-59	96,1	0,037	3,6
13	60-64	66,5	0,057	3,8
14	65-69	127,1	0,039	5,0
15	70-74	90,6	0,032	2,9
16	75-79	145,7	0,020	2,9
17	80-84	171,6	0,009	1,5
18	85+	90,5	0,006	0,5
AAR				29,9

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 54. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია

i	ასაკობრივი ჯგუფები	საკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	თბილისის სტანდარტული (2002) პოპულაციის ასაკობრივი წონები (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0,0	0,053	0,0
2	5-9	0,0	0,063	0,0
3	10-14	0,0	0,079	0,0
4	15-19	0,0	0,081	0,0
5	20-24	0,0	0,081	0,0
6	25-29	0,4	0,077	0,0
7	30-34	1,4	0,073	0,1
8	35-39	4,7	0,077	0,4
9	40-44	8,5	0,082	0,7
10	45-49	7,5	0,071	0,5
11	50-54	7,3	0,063	0,5
12	55-59	11,3	0,037	0,4
13	60-64	9,4	0,057	0,5
14	65-69	13,6	0,039	0,5
15	70-74	12,8	0,032	0,4
16	75-79	12,9	0,020	0,3
17	80-84	19,7	0,009	0,2
18	85+	25,9	0,006	0,2
AAR				4,7

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 55. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ტანის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია

i	ასაკობრივი ჯგუფები	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	თბილისის სტანდარტული (2002) პოპულაციის ასაკობრივი წონები (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0,0	0,053	0,0
2	5-9	0,0	0,063	0,0
3	10-14	0,0	0,079	0,0
4	15-19	0,5	0,081	0,0
5	20-24	0,4	0,081	0,0
6	25-29	0,4	0,077	0,0
7	30-34	1,4	0,073	0,1
8	35-39	5,5	0,077	0,4
9	40-44	5,7	0,082	0,5
10	45-49	7,5	0,071	0,5
11	50-54	14,6	0,063	0,9
12	55-59	19,0	0,037	0,7
13	60-64	18,8	0,057	1,1
14	65-69	36,8	0,039	1,4
15	70-74	21,0	0,032	0,7
16	75-79	43,8	0,020	0,9
17	80-84	45,0	0,009	0,4
18	85+	47,4	0,006	0,3
AAR				8,0

წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 56. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საკვერცხეების კიბოს მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია

i	ასაკობრივი ჯგუფები	ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	თბილისის სტანდარტული (2002) პოპულაციის ასაკობრივი წონები (wi)	(ai *wi)
1	0-4	0,0	0,053	0,0
2	5-9	0,0	0,063	0,0
3	10-14	0,0	0,079	0,0
4	15-19	0,0	0,081	0,0
5	20-24	0,0	0,081	0,0

6	25-29	0,0	0,077	0,0
7	30-34	0,5	0,073	0,0
8	35-39	1,3	0,077	0,1
9	40-44	2,4	0,082	0,2
10	45-49	5,6	0,071	0,4
11	50-54	9,9	0,063	0,6
12	55-59	19,0	0,037	0,7
13	60-64	11,1	0,057	0,6
14	65-69	13,6	0,039	0,5
15	70-74	17,4	0,032	0,6
16	75-79	23,2	0,020	0,5
17	80-84	28,1	0,009	0,3
18	85+	12,9	0,006	0,1
AAR				4,6

წყარო: (კვლევის მასალები)

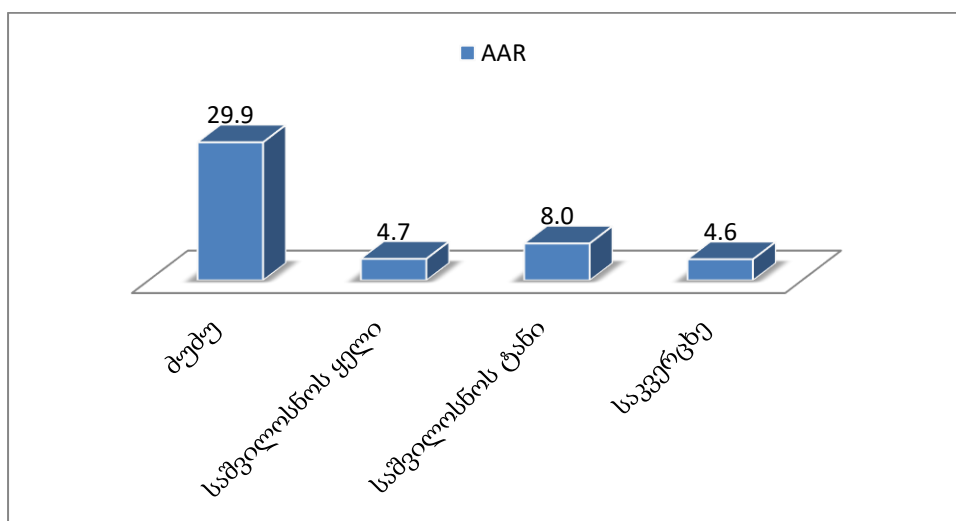
ცხრილი 57. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში კიბოს (ყველა ლოკალიზაციის) მიზეზით გარდაცვალების წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლის (AAR) კალკულაცია

i	საკობრივი ჯგუფები	საკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებლები (ai)	თბილისის სტანდარტული (2002) პოპულაციის საკობრივი წონები (wi)	(ai *wi)
1	0-4	5,8	0,053	0,3
2	5-9	4,9	0,063	0,3
3	10-14	5,2	0,079	0,4
4	15-19	7,3	0,081	0,6
5	20-24	9,5	0,081	0,8
6	25-29	14,1	0,077	1,1
7	30-34	25,5	0,073	1,9
8	35-39	42,0	0,077	3,2
9	40-44	99,8	0,082	8,2
10	45-49	169,4	0,071	12,0
11	50-54	228,0	0,063	14,4
12	55-59	517,5	0,037	19,1
13	60-64	297,4	0,057	17,0
14	65-69	755,2	0,039	29,5
15	70-74	670,6	0,032	21,5
16	75-79	943,8	0,020	18,9
17	80-84	1167,2	0,009	10,5
18	85+	780,3	0,006	4,7
AAR				164,2

წყარო: (კვლევის მასალები)

წლოვანებით კორექტირებადი მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით 2003-2007 წლებში თბილისში 100,000 ქალზე 29,9 გარდაიცვალა ძუძუს, 4,7- საშვილოსნოს ყელის, 8,0- საშვილოსნოს ტანის და 4,6- საკვერცხეების კიბოს მიზეზით (იხ. ნახატი 16).

ნახატი 16. 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის რეპროდუქციული სისტემის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა წლოვანებით კორექტირებადი მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით 100,000 ქალზე



წყარო: (კვლევის მასალები)

ცხრილი 58. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალთა მოსახლეობის 65 წლის ასაკამდე რეპროდუქციული სისტემის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკი (CR₀₋₆₄)⁶⁴⁾

კიბოს ლოკალიზაცია	CR ₀₋₆₄	SE _{Cum.Rate}	95% CI _{CR₀₋₆₄}
ძუძუ	1,5	0,07	1,5-1,6
საშვილოსნოს ყელი	0,3	0,03	0,3-0,3
საშვილოსნოს ტანი	0,4	0,04	0,4-0,5
საკვერცხე	0,2	0,02	0,2-0,3
სულ	6,9	0,15	6,7-7,2

წყარო: (კვლევის მასალები)

2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალთა მოსახლეობის 65 წლის ასაკამდე ძუძუს კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკი (CR₀₋₆₄) შეადგინა 1,5% (95% CI CR₀₋₇₄=1,5-1,6), საშვილოსნოს ყელის- 0,3% (95% CI CR₀₋₆₄=0,3-0,3), საშვილოსნოს ტანის-

0,4% % (95% CI $CR_{0-64}=0,4-0,5$), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 0,2% % (95% CI $CR_{0-64}=0,2-0,3$).

ცხრილი 59. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალთა მოსახლეობის 75 წლის ასაკამდე რეპროდუქციული სისტემის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკი (CR_{0-74})

კიბოს ლოკალიზაცია	CR_{0-74}	$SE_{Cum.Rate}$	95% CI CR_{0-74}
ძუძუ	2,6	0,01	2,5-2,7
საშვილოსნოს ყელი	0,4	0,04	0,4-0,5
საშვილოსნოს ტანი	0,7	0,06	0,7-0,8
საკვერცხე	0,4	0,02	0,4-0,4
სულ	13,3	0,23	12,4-13,7

წყარო: (კვლევის მასალები)

2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალთა მოსახლეობის 75 წლის ასაკამდე ძუძუს კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკი (CR_{0-74}) შეადგინა 2,6% (95% CI $CR_{0-74}=2,5-2,7$), საშვილოსნოს ყელის- 0,4% % (95% CI $CR_{0-74}=2,5-2,7$), საშვილოსნოს ტანის- 0,7% % (95% CI $CR_{0-74}=0,7-0,8$), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 0,4% % (95% CI $CR_{0-74}=0,4-0,4$).

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით ქ.თბილისში რეპროდუქციული სისტემის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეები სხვადასვა ასაკობრივ პერიოდებში (25-59, 25-64, 30-64 და 30-69) ნაჩვენებია ცხრილში #60.

ცხრილი 60. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში ქალთა მოსახლეობის რეპროდუქციული სისტემის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით 100,000 ქალზე

#	კიბოს ლოკალიზაცია	#	ასაკობრივი ჯგუფი	3 წელი რისკის ქვეშ მყოფი სამიზნე პოპულაციის რაოდენობა	TASR	SE_{TASR}	95% CI TASR
1	ძუძუ	1.1	25-59	870,021	28,2	0,6	27,0-29,3
		1.2	25-64	978,351	31,6	0,6	30,4-32,8
		1.3	30-64	842,649	37,9	0,6	36,7-39,2
		1.4	30-69	917,724	44,6	0,7	43,3-46,0

2	საშვილოსნოს ყელი	2.1	25-59	870,021	5,3	0,2	4,8-5,8
		2.2	25-64	978,351	5,7	0,3	5,1-6,2
		2.3	30-64	842,649	6,8	0,3	6,3-7,3
		2.4	30-69	917,724	7,3	0,3	6,8-7,8
3	საშვილოსნოს ტანი	3.1	25-59	870,021	6,7	0,3	6,1-7,2
		3.2	25-64	978,351	7,7	0,3	7,1-8,3
		3.3	30-64	842,649	9,3	0,3	8,7-9,9
		3.4	30-69	917,724	11,4	0,3	10,7-12,1
4	საკვერცხე	4.1	25-59	870,021	4,5	0,2	4,0-5,0
		4.2	25-64	978,351	5,1	0,3	4,6-5,6
		4.3	30-64	842,649	6,2	0,3	5,7-6,7
		4.4	30-69	917,724	6,7	0,3	6,2-7,3
5	სულ (კიბოს ყველა ლოკალიზაცია)	5.1	25-59	870,021	130,3	1,3	127,9-132,8
		5.2	25-64	978,351	145,2	1,4	142,5-147,9
		5.3	30-64	842,649	173,5	1,3	170,9-176,2
		5.4	30-69	917,724	217,2	1,5	214,1-220,2

წყარო: (კვლევის მასალები)

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 25-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₂₅₋₅₉) ტუპუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 28,2 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₅₉=27,0-29,3), საშვილოსნოს ყელის- 5,3 (95% CI TASR₂₅₋₅₉=4,8-5,8), საშვილოსნოს ტანის- 6,7 (95% CI TASR₂₅₋₅₉=6,1-7,2), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 4,5 (95% CI TASR₂₅₋₅₉=4,0-5,0).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₂₅₋₆₄) ტუპუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 31,6 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₆₄=30,4-32,8), საშვილოსნოს ყელის- 5,7 (95% CI TASR₂₅₋₆₄=5,1-6,2), საშვილოსნოს ტანის- 7,7 (95% CI TASR₂₅₋₆₄=7,1-8,3), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 5,1 (95% CI TASR₂₅₋₆₄=4,6-5,6).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 30-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₃₀₋₆₄) ტუპუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 37,9 ქალი (95% CI TASR₃₀₋₆₄=36,7-39,2), საშვილოსნოს ყელის- 6,8 (95% CI TASR₃₀₋₆₄=6,3-7,3), საშვილოსნოს ტანის- 9,3 (95% CI TASR₃₀₋₆₄=8,7-9,9), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 6,2 (95% CI TASR₃₀₋₆₄=5,7-6,7).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 30-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₃₀₋₆₉) ტუპუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 44,6 ქალი (95% CI TASR₃₀₋₆₉=43,3-46,0), საშვილოსნოს ყელის- 7,3 (95% CI TASR₃₀₋₆₉=6,8-7,8),

საშვილოსნოს ტანის- 11,4 (95% CI $TASR_{30-69}=10,7-12,1$), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 6,7 (95% CI $TASR_{30-69}=6,2-7,3$).

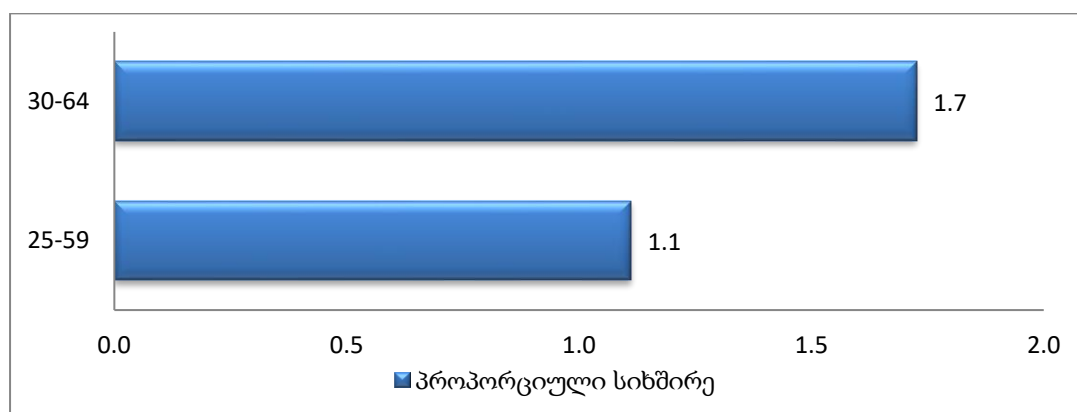
ცხრილი 61. ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) შეფარდების (SRR) მიხედვით

#	შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) შეფარდება	SRR	χ^2	95% CI SRR
1	$TASR_{30-64} / TASR_{25-59}$	1,3	0,03	0,1-25,2
2	$TASR_{30-69} / TASR_{25-59}$	1,4	0,05	0,1-27,0

წყარო: (კვლევის მასალები)

შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით აღინიშნება შემდეგი ტენდენცია: 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,3-ჯერ და 1,4-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე, შესაბამისად, 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში.

ნახატი 17. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების პროპორციული სიხშირე ასაკობრივი პერიოდების მიხედვით



წყარო: (კვლევის მასალები)

პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე დანარჩენ

ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი იყო 1,1-ჯერ მაღალი, მაშინ როდესაც ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი წელი- 1,7-ჯერ მაღალი (იხ. ცხრილი 17).

ნახატი 18. 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შეფარდებითი სიხშირე ასაკობრივი პერიოდების მიხედვით



წყარო: (კვლევის მასალები)

შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების 52,7% რეგისტრირებული იქნა ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი, ხოლო 63,3%- ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი. ანუ, სხვა სიტყვებით, 25-59 წელიას ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი 10,6%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შეფარდებითი სიხშირე.

ამდენად, 2003-2007 წლებში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სულ 150 შემთხვევა, ანუ დედაქალაქის ყოველ 100,000 ქალ მოსახლეზე უხეში მაჩვენებლის მიხედვით ამ მიზეზით ყოველწლიურად გარდაიცვლება 5,1, წლოვანების მიხედვით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის (ASR) მიხედვით- 3,6 (95% CI ASR=3,0-4,2), ხოლო წლოვანებით კორექტირებული (თბილისის სტანდარტი) გარდაცვალების მაჩვენებლის (AAR) მიხედვით- 4,7. კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეკავა რანგით VI ადგილი და მისი ხვედრითი წონა შეადგენდა 2,9%-ს. თბილისელ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციურმა რისკმა დაბადებიდან 65 წლის ასაკამდე შეადგინა 0,3%

(95% CI $CR_{0-64}=0,3-0,3$), ხოლო 75 წლის ასაკამდე- 0,4% (95% CI $CR_{0-74}=0,4-0,5$). შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით 25-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 5,3 ქალი (95% CI $TASR_{25-59}=4,8-5,8$), 25-64 წლის - 5,7 ქალი (95% CI $TASR_{25-64}=5,1-6,2$), 30-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში -6,8 ქალი (95% CI $TASR_{30-64}=6,3-7,3$), ხოლო 30-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში- 7,3 ქალი (95% CI $TASR_{30-69}=6,8-7,8$). შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით აღინიშნება შემდეგი ტენდენცია: 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,3-ჯერ და 1,4-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე, შესაბამისად, 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში.

ამრიგად, 2003-2007 წლებში ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების 5440 შემთხვევის ანალიზის შედეგად ვერიფიცირებული იქნა კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაცია.

წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით დადგენილი იქნა 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა, განისაზღვრა 10 ძირითადი ლოკალიზაცია, მათი სიხშირეები 100,000 ქალზე (%000) და სარანგო ადგილები: I- ძუძუ (ASR=22,7%000), II- კუჭი (ASR=7,4%000), III- ფილტვი (ASR=6,7%000), IV- საშვილოსნოს ტანი (ASR=6,0%000), V- სწორი ნაწლავი (ASR=3,8%000), VI- საშვილოსნოს ყელი (ASR=3,6%000), VII- საკვერცხე (ASR=3,5%000), VIII- ლეიკემია (ASR=3,4%000), IX- ღვიძლი (ASR=3,4%000), X- პანკრეასი (ASR=2,7%000).

თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში სიკვდილის შემთხვევების თითქმის 1/3 (29%) მოდის რეპროდუქციული სისტემის ორგანოებზე, მათ შორის: ძუძუზე- 18,4%, საშვილოსნოს ტანზე- 4,9%, საშვილოსნოს ყელზე- 2,9%, საკვერცხეზე- 2,8%.

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით 2003-2007 წლებში თბილისში 100,000 ქალზე 29,9 გარდაიცვალა ძუძუს, 4,7- საშვილოსნოს ყელის, 8,0- საშვილოსნოს ტანის და 4,6- საკვერცხეების კიბოს მიზეზით .

2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალთა მოსახლეობის 65 წლის ასაკამდე ძუძუს კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკი (CR_{0-64}) შეადგინა 1,5% (95% CI $CR_{0-74}=1,5-1,6$), საშვილოსნოს ყელის- 0,3% (95% CI $CR_{0-64}=0,3-0,3$), საშვილოსნოს ტანის-

0,4% (95% CI $CR_{0-64}=0,4-0,5$), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 0,2% (95% CI $CR_{0-64}=0,2-0,3$).

2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალთა მოსახლეობის 75 წლის ასაკამდე ძუძუს კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკი (CR_{0-74}) შეადგინა 2,6% (95% CI $CR_{0-74}=2,5-2,7$), საშვილოსნოს ყელის- 0,4% (95% CI $CR_{0-74}=2,5-2,7$), საშვილოსნოს ტანის- 0,7% (95% CI $CR_{0-74}=0,7-0,8$), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 0,4% (95% CI $CR_{0-74}=0,4-0,4$).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 25-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ($TASR_{25-59}$) ძუძუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 28,2 ქალი (95% CI $TASR_{25-59}=27,0-29,3$), საშვილოსნოს ყელის- 5,3 (95% CI $TASR_{25-59}=4,8-5,8$), საშვილოსნოს ტანის- 6,7 (95% CI $TASR_{25-59}=6,1-7,2$), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 4,5 (95% CI $TASR_{25-59}=4,0-5,0$).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ($TASR_{25-64}$) ძუძუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 31,6 ქალი (95% CI $TASR_{25-64}=30,4-32,8$), საშვილოსნოს ყელის- 5,7 (95% CI $TASR_{25-64}=5,1-6,2$), საშვილოსნოს ტანის- 7,7 (95% CI $TASR_{25-64}=7,1-8,3$), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 5,1 (95% CI $TASR_{25-64}=4,6-5,6$).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 30-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ($TASR_{30-64}$) ძუძუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 37,9 ქალი (95% CI $TASR_{30-64}=36,7-39,2$), საშვილოსნოს ყელის- 6,8 (95% CI $TASR_{30-64}=6,3-7,3$), საშვილოსნოს ტანის- 9,3 (95% CI $TASR_{30-64}=8,7-9,9$), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 6,2 (95% CI $TASR_{30-64}=5,7-6,7$).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 30-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ($TASR_{30-69}$) ძუძუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 44,6 ქალი (95% CI $TASR_{30-69}=43,3-46,0$), საშვილოსნოს ყელის- 7,3 (95% CI $TASR_{30-69}=6,8-7,8$), საშვილოსნოს ტანის- 11,4 (95% CI $TASR_{30-69}=10,7-12,1$), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 6,7 (95% CI $TASR_{30-69}=6,2-7,3$).

შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით აღინიშნება შემდეგი ტენდენცია: 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,3-ჯერ და 1,4-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე, შესაბამისად, 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში.

პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი იყო 1,1-ჯერ მაღალი, მაშინ როდესაც ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი წელი- 1,7-ჯერ მაღალი. შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების 52,7% რეგისტრირებული იქნა ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი, ხოლო 63,3%- ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი. ანუ, სხვა სიტყვებით, 25-59 წელიას ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით აკობრივ პერიოდში 30-64 წელი 10,6%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შეფარდებითი სიხშირე.

ამდენად, 2003-2007 წლებში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სულ 150 შემთხვევა, ანუ დედაქალაქის ყოველ 100,000 ქალ მოსახლეზე უხეში მაჩვენებლის მიხედვით ამ მიზეზით ყოველწლიურად გარდაიცვლება 5,1, წლოვანების მიხედვით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის (ASR) მიხედვით- 3,6 (95% CI ASR=3,0-4,2), ხოლო წლოვანებით კორექტირებული (თბილისის სტანდარტი) გარდაცვალების მაჩვენებლის (AAR) მიხედვით- 4,7. კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეკავა რანგით VI ადგილი და მისი ხვედრითი წონა შეადგენდა 2,9%-ს. თბილისელ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციურმა რისკმა დაბადებიდან 65 წლის ასაკამდე შეადგინა 0,3% (95% CI CR₀₋₆₄=0,3-0,3), ხოლო 75 წლის ასაკამდე- 0,4% (95% CI CR₀₋₇₄=0,4-0,5). შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით 25-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 5,3 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₅₉=4,8-5,8), 25-64 წლის - 5,7 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₆₄=5,1-6,2), 30-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში -6,8 ქალი (95% CI TASR₃₀₋₆₄=6,3-7,3), ხოლო 30-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში- 7,3 ქალი (95% CI TASR₃₀₋₆₉=6,8-7,8). შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით აღინიშნება შემდეგი ტენდენცია: 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,3-ჯერ და 1,4-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე, შესაბამისად, 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში.

3.3 რეზიუმე: ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა და სიკვდილიანობა

ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს 3773 შემთხვევა.

უხეში მაჩვენებლების მიხედვით ქ.თბილისში შესწავლილი პერიოდის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 48,9 ქალი. ამასთან ერთად, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 39,7%000-დან, შესაბამისად, 50,8%000-მდე და 61,1%000-მდე.

აღსანიშნავია, რომ სხვა პერიოდებისაგან განსხვავებით 2008-2010 წლებში აღინიშნა ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის მკვეთრი მატება ასაკობრივ ჯგუფში 40-44 წელი, რომელშიც რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის პიკური დონე- 255.8%000.

წლოვანებით სტანდარტიზებული (მსოფლიო) მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 37,0 ქალი (95% CI ASR, 35,8-38,2).

ამასთან ერთად, წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში, აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 29,9%000-დან (95% CI ASR, 28,2-31,6), შესაბამისად, 38,8%000-მდე (95% CI ASR, 36,8-40,8) და 45,7%000-მდე (95% CI ASR, 43,0-48,5).

1988-1992 წლების შემდეგ 10-10 წლიანი ინტერვალებით შედარებისას აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მკვეთრი მატება (1988-1992: ASR=9,6; 95% CI=8,8-10,4; 1998-2002: ASR=29,9; 95% CI=28,2-31,6). 1998-2002 წლებიდან უმნიშვნელოდ იკლო ამ ლოკალიზაციის მატების ტემპმა და 2008-2010 წლებამდე კვლავ გაგრძელდა ამ დაავადების გავრცელების სიხშირის მატების ტენდენცია (2008-2010: ASR=45,7; 95% CI=43,0-48,5).

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით (თბილისის სტანდარტი, 2002) ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად საშუალოდ ავადდებოდა 46,5 ქალი.

ამასთან ერთად, წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში, აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 37,6%000-დან 48,2%000—მდე და 58,4%000—მდე.

თბილისში მცხოვრებ ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR_{0-74}) 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) შეადგინა 3,9% (95% CI $CR_{0-74}=3,8-4,0$). ამასთან ერთად დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით (3,2%-დან), აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის (CR_{0-74}) მატება 2003-2007 წლებში 4,2%- მდე (95% CI $CR_{0-74}=4,1-4,4$), ხოლო 2008-2010 წლებში- 4,6%-მდე (95% CI $CR_{0-74}=4,5-4,9$).

თბილისში მცხოვრებ ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR_{0-64}) 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) შეადგინა 3,0% (95% CI $CR_{0-74}=3,0-3,1$). ამასთან ერთად დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით (2,4%-დან), აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის (CR_{0-64}) მატება 2003-2007 წლებში 3,2%- მდე (95% CI $CR_{0-74}=3,1-3,4$), ხოლო 2008-2010 წლებში- 3,8%-მდე (95% CI $CR_{0-74}=3,7-4,0$).

SRR-ს მიხედვით, 1998-2002 წლებში 1988-1992 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა გაიზარდა 3-ჯერ ($SRR=3,1$; 95% CI $SRR =2,8-3,5$), ხოლო 2008-2010 წლებში 1988-1992 წლებთან შედარებით - 4,8-ჯერ ($SRR=4,8$; 95% CI $SRR=4,1-5,6$). აღნიშნული ტენდენცია შენარჩუნდა 2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, თუმცა შემცირდა ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის ტენდენცია ($SRR=1,5$; 95% CI $SRR=1,4-1,6$).

SRR-ს მიხედვით, 1998-2002 წლებთან შედარებით საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა 2003-2007 წლებში გაიზარდა 1,3-ჯერ ($SRR=1,3$; 95% CI $SRR =1,3-1,3$), ხოლო 2008-2010 წლებში - 1,5-ჯერ ($SRR=1,5$; 95% CI $SRR=1,4-1,6$).

SIR-ს მიხედვით, 2003-2007 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა გაიზარდა 27,9%-ით ($SIR =127,9$; 95% CI $SIR=121,5-134,4$), ხოლო 2008-2010 წლებში 2003-2007 წლებთან შედარებით - 20,3%-ით ($SIR =120,3$; 95% CI $SIR=113,2-127,7$). სულ 13 წლიან პერიოდში (2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით) ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობამ მოიმატა 53,9%-ით ($SIR =153,9$; 95% CI $SIR=144,8-163,1$).

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR₂₅₋₆₄) მიხედვით ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 69,0 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₆₄=68,0-70,1).

ამასთან ერთად, შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR₂₅₋₆₄) მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2008-2010 წლებში, 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 55,4‰-დან (95% CI TASR₂₅₋₆₄=53,7-57,0) 72,8‰-მდე (95% CI TASR₂₅₋₆₄ =70,5-74,1) და 89,0‰-მდე (95% CI TASR₂₅₋₆₄ =86,5-91,5).

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში ყველა შესწავლილ ასაკობრივ პერიოდში (25-59, 25-64, 30-64, 30-69) აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის მატების დინამიკა. ამავე დროს, 1998-დან 2010 წლამდე დროის ყველა პერიოდში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის იდენტური დონეები 25-59 და 25-64, ასევე- 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში. ამასთან ერთად საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 25-59 და 25-64 წლებთან შედარებით მატულობს ასაკობრივ პერიოდებში 30-64 და 30-69 წლები.

შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით, როგორც ბოლო 3 წლის (2008-2010), ისე მთელი შესასწავლი 13 წლიანი პერიოდის (1998-2010) მანძილზე, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,2-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში, მაშინ როდესაც 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში რეგისტრირდება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის იდენტური სიხშირეები.

პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი იყო 2,4-ჯერ მაღალი, მაშინ როდესაც ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი წელი- 3,9-ჯერ მაღალი. ანუ, სხვა სიტყვებით, 30-64 წლის ასაკობრივი პერიოდის ქალებში, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით, პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1,6-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე.

შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევების 71,0% დიაგნოსტირებული იქნა

ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი, ხოლო 79,8%- ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი. ანუ, სხვა სიტყვებით, 25-59 წელის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შეფარდებითი სიხშირე.

2003-2007 წლებში ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების 5440 შემთხვევის ანალიზის შედეგად ვერიფიცირებული იქნა კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაცია.

წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით დადგენილი იქნა 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა, განისაზღვრა 10 ძირითადი ლოკალიზაცია, მათი სიხშირეები 100,000 ქალზე (%000) და სარანგო ადგილები: I- ძუძუ (ASR=22,7%000), II- კუჭი (ASR=7,4%000), III- ფილტვი (ASR=6,7%000), IV- საშვილოსნოს ტანი (ASR=6,0%000), V- სწორი ნაწლავი (ASR=3,8%000), VI- საშვილოსნოს ყელი (ASR=3,6%000), VII- საკვერცხე (ASR=3,5%000), VIII- ლეიკემია (ASR=3,4%000), IX- ღვიძლი (ASR=3,4%000), X- პანკრეასი (ASR=2,7%000).

თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში სიკვდილის შემთხვევების თითქმის 1/3 (29%) მოდის რეპროდუქციული სისტემის ორგანოებზე, მათ შორის: ძუძუზე- 18,4%, საშვილოსნოს ტანზე- 4,9%, საშვილოსნოს ყელზე- 2,9%, საკვერცხეზე- 2,8%.

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით 2003-2007 წლებში თბილისში 100,000 ქალზე 29,9 გარდაიცვალა ძუძუს, 4,7- საშვილოსნოს ყელის, 8,0- საშვილოსნოს ტანის და 4,6- საკვერცხეების კიბოს მიზეზით .

2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალთა მოსახლეობის 65 წლის ასაკამდე ძუძუს კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკი (CR_{0-64}) შეადგინა 1,5% (95% CI $CR_{0-74}=1,5-1,6$), საშვილოსნოს ყელის- 0,3% (95% CI $CR_{0-64}=0,3-0,3$), საშვილოსნოს ტანის- 0,4% (95% CI $CR_{0-64}=0,4-0,5$), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 0,2% (95% CI $CR_{0-64}=0,2-0,3$).

2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალთა მოსახლეობის 75 წლის ასაკამდე ძუძუს კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკი (CR_{0-74}) შეადგინა 2,6% (95% CI $CR_{0-74}=2,5-2,7$), საშვილოსნოს ყელის- 0,4% (95% CI $CR_{0-74}=2,5-2,7$), საშვილოსნოს ტანის- 0,7% (95% CI $CR_{0-74}=0,7-0,8$), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 0,4% (95% CI $CR_{0-74}=0,4-0,4$).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 25-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₂₅₋₅₉) ძუძუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 28,2 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₅₉=27,0-29,3), საშვილოსნოს ყელის- 5,3 (95% CI TASR₂₅₋₅₉=4,8-5,8), საშვილოსნოს ტანის- 6,7 (95% CI TASR₂₅₋₅₉=6,1-7,2), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 4,5 (95% CI TASR₂₅₋₅₉=4,0-5,0).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₂₅₋₆₄) ძუძუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 31,6 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₆₄=30,4-32,8), საშვილოსნოს ყელის- 5,7 (95% CI TASR₂₅₋₆₄=5,1-6,2), საშვილოსნოს ტანის- 7,7 (95% CI TASR₂₅₋₆₄=7,1-8,3), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 5,1 (95% CI TASR₂₅₋₆₄=4,6-5,6).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 30-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₃₀₋₆₄) ძუძუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 37,9 ქალი (95% CI TASR₃₀₋₆₄=36,7-39,2), საშვილოსნოს ყელის- 6,8 (95% CI TASR₃₀₋₆₄=6,3-7,3), საშვილოსნოს ტანის- 9,3 (95% CI TASR₃₀₋₆₄=8,7-9,9), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 6,2 (95% CI TASR₃₀₋₆₄=5,7-6,7).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 30-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₃₀₋₆₉) ძუძუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 44,6 ქალი (95% CI TASR₃₀₋₆₉=43,3-46,0), საშვილოსნოს ყელის- 7,3 (95% CI TASR₃₀₋₆₉=6,8-7,8), საშვილოსნოს ტანის- 11,4 (95% CI TASR₃₀₋₆₉=10,7-12,1), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 6,7 (95% CI TASR₃₀₋₆₉=6,2-7,3).

შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით აღინიშნება შემდეგი ტენდენცია: 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,3-ჯერ და 1,4-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე, შესაბამისად, 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში.

ამდენად, 2003-2007 წლებში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სულ 150 შემთხვევა, ანუ დედაქალაქის ყოველ 100,000 ქალ მოსახლეზე უხეში მაჩვენებლის მიხედვით ამ მიზეზით ყოველწლიურად გარდაიცვლება 5,1, წლოვანების მიხედვით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის (ASR) მიხედვით- 3,6 (95% CI ASR=3,0-4,2), ხოლო წლოვანებით კორექტირებული (თბილისის სტანდარტი) გარდაცვალების მაჩვენებლის (AAR) მიხედვით- 4,7. კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეკავა რანგით VI ადგილი და მისი ხვედრითი წონა შეადგენდა 2,9%-ს. თბილისელ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით

გარდაცვალების კუმულაციურმა რისკმა დაბადებიდან 65 წლის ასაკამდე შეადგინა 0,3% (95% CI $CR_{0-64}=0,3-0,3$), ხოლო 75 წლის ასაკამდე - 0,4% (95% CI $CR_{0-74}=0,4-0,5$). შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით 25-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 5,3 ქალი (95% CI $TASR_{25-59}=4,8-5,8$), 25-64 წლის - 5,7 ქალი (95% CI $TASR_{25-64}=5,1-6,2$), 30-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში - 6,8 ქალი (95% CI $TASR_{30-64}=6,3-7,3$), ხოლო 30-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში - 7,3 ქალი (95% CI $TASR_{30-69}=6,8-7,8$). შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (TSRR) მიხედვით აღინიშნება შემდეგი ტენდენცია: 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,3-ჯერ და 1,4-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე, შესაბამისად, 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში.

თავი IV

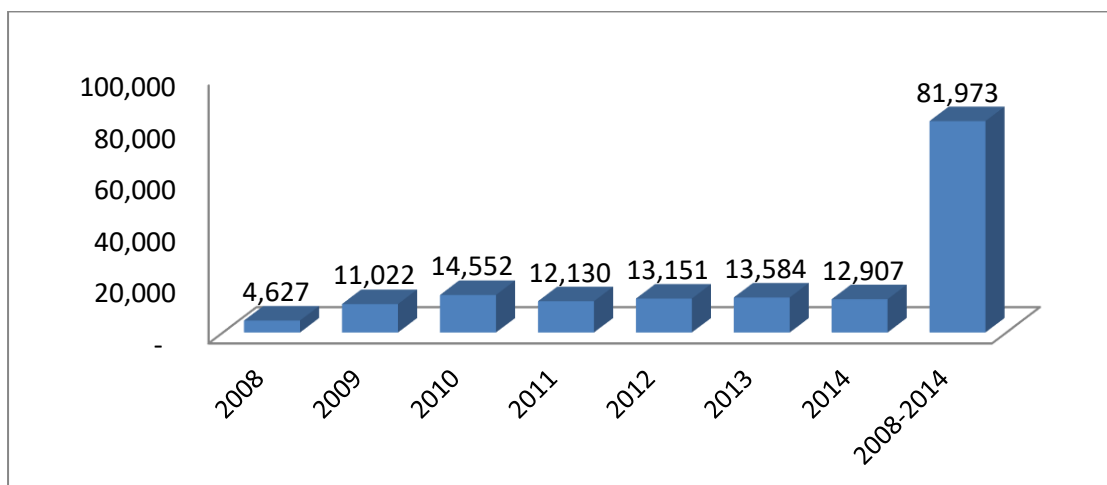
ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის შეფასება

4.1. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შედეგები სკრინინგის ეროვნული ცენტრის 2013 წლის მონაცემებით

2008 წლიდან ქ.თბილისში სკრინინგის ეროვნული ცენტრის, დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრის, ქ.თბილისის ონკოლოგიური დისპანსერიისა და აკად. ო.ღუდუშაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის ბაზებზე ერთდროულად ამოქმედდა ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა. მომდევნო წლებში პროგრამის განხორციელებაში სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების სტატუსით ასევე ჩაერთვევენ სხვა სამედიცინო-დიაგნოსტიკური ცენტრები.

2008-2014 წლებში ქ.თბილისში განხორციელებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში PAP ტესტით გამოკვლეული ქალების საერთო რაოდენობა ნაჩვენებია მე-19 ნახატზე.

ნახატი 19. სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში ქ.თბილისში PAP ტესტით გამოკვლეული ქალების საერთო რაოდენობა



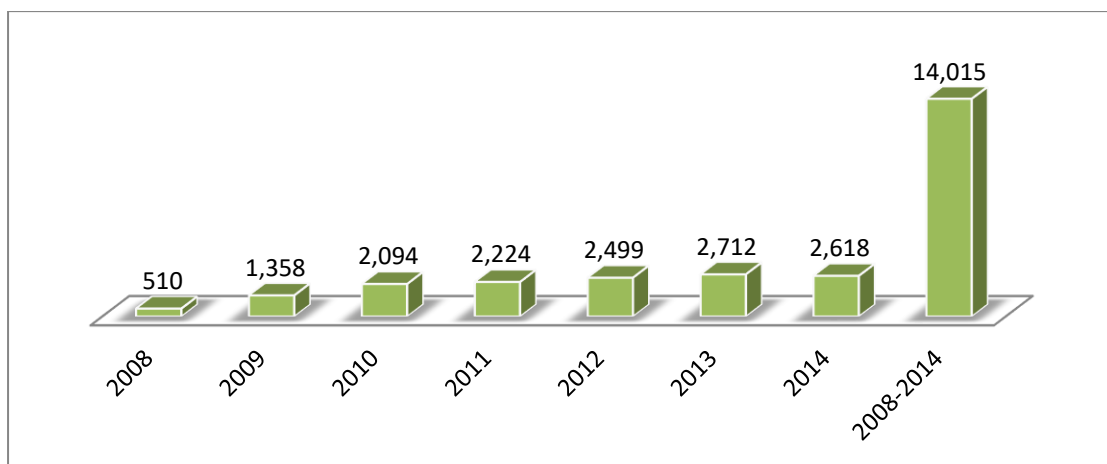
წყარო: (სკრინინგის ეროვნული ცენტრი)

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში გამოკვლევა ჩატარდა სულ 81,973 ქალს. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-დიაგნოსტიკური გაიდლაინი მოიცავდა შემდეგ გამოკვლევებს:

გინეკოლოგიური გასინჯვას (PV et PR), Pap ტესტს, საჭიროების შემთხვევაში კოლპოსკოპიას, ბიოფსიასა და ჰისტოლოგიურ კვლევას.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში ქ.თბილისში კოლპოსკოპიით გამოკვლეული ქალების საერთო რაოდენობა ნაჩვენებია მე-20 ნახატზე. აღნიშნულ პერიოდში კოლპოსკოპიით სულ გამოკვლეული იქნა 14,015 ქალი.

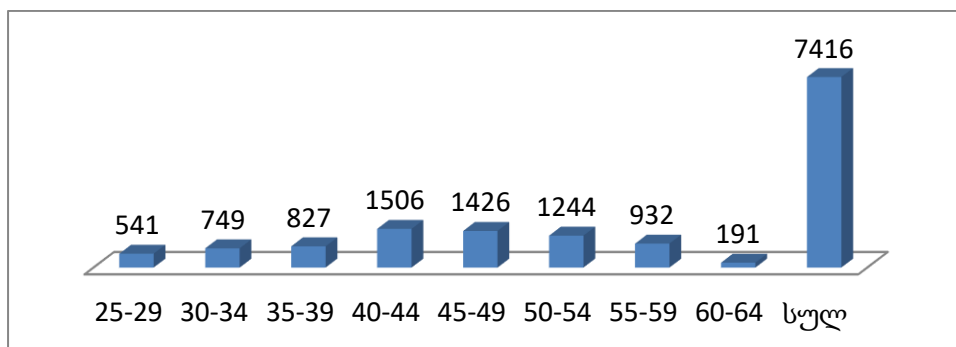
ნახატი 20. სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში ქ.თბილისში კოლპოსკოპიით გამოკვლეული ქალების საერთო რაოდენობა



წყარო: (სკრინინგის ეროვნული ცენტრი)

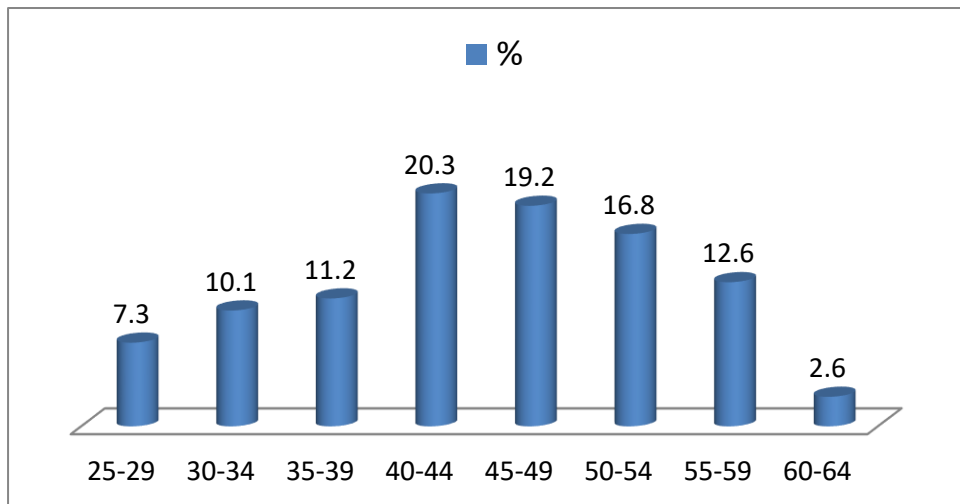
ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის შეფასების მიზნით გაანალიზებული იქნა სკრინინგის ეროვნული ცენტრის 2013 წლის მონაცემები (იხ. ნახატები 21 და 22).

ნახატი 21. სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მიერ 2013 წელს ქ.თბილისში PAP ტესტით გამოკვლეული ქალების საერთო რაოდენობა ასაკის მიხედვით



წყარო: (სკრინინგის ეროვნული ცენტრი)

ნახატი 22. სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მიერ 2013 წელს ქ.თბილისში PAP ტესტით გამოკვლეული ქალების ხვედრითი წონა ასაკის მიხედვით



წყარო: (კვლევის მასალები)

2013 წელს ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი სულ ჩაუტარდა 13584 ქალს, მათ შორის 7416 (54,6%) ქალს- სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მიერ. ამდენად სავსებით ვალიდურად ჩაითვალა ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის შეფასება სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მონაცემებზე დაყრდნობით. 22-ე ნახატზე ნაჩვენებია სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მიერ 2013 წელს ქ.თბილისში PAP ტესტით გამოკვლეული ქალების ხვედრითი წონა ასაკის მიხედვით.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული თბილისელი ქალების სკრინინგ-დიაგნოსტიკის შედეგები ასაკის მიხედვით ნაჩვენებია ცხრილში #62.

ცხრილი 62. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული თბილისელი ქალების სკრინინგ-დიაგნოსტიკის შედეგები ასაკის მიხედვით

ასაკი	აბს. რ-ბა	კლინიკური დიაგნოზი			
		ნორმა	ატიპია, მსუბუქი და საშუალო ხარისხის დისპლაზია (CIN 1, CIN2)	კიბოს წინა დაავადებები (მძიმე დისპლაზია -CIN3 და CIS)	კიბო
25-29	541	509	27	4	1
30-34	749	686	54	7	2
35-39	827	745	61	13	8

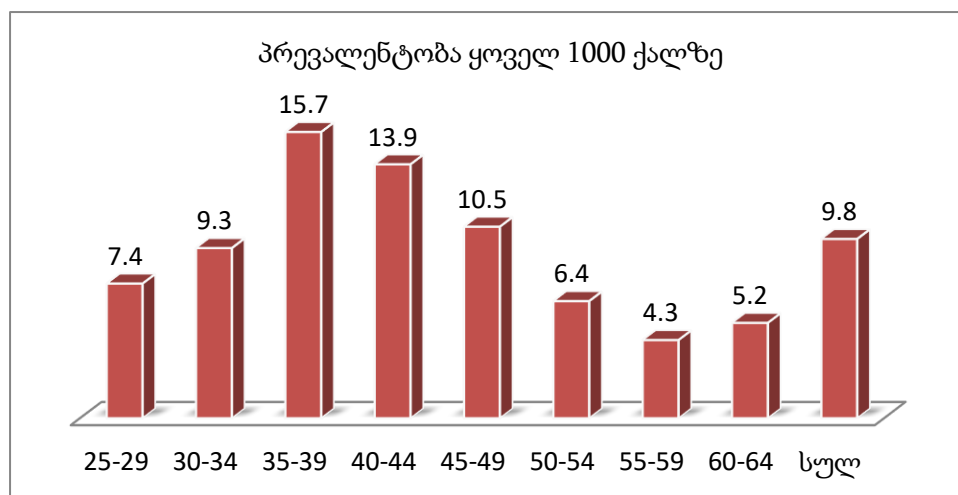
40-44	1506	1383	93	21	9
45-49	1426	1325	75	15	11
50-54	1244	1189	43	8	4
55-59	932	886	34	4	8
60-64	191	181	7	1	2
სულ	7,416	6,904	394	73	45

წყარო: (კვლევის მასალები)

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული 7,416 ქალიდან 45 შემთხვევაში გამოვლენილი იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბო, 73 შემთხვევაში- საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზია (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომა (CIS).

საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზიისა (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) პრევალენტობამ სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში ყოველ 1,000 ქალზე 2013 წელს შეადინა 9,8%. საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზიისა (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) პრევალენტობის მაღალი დონეები აღინიშნა 35-49 წლის ასაკის ქალებში (იხ. ნახატი 23).

ნახატი 23. საშვილოსნოს ყელის კიბოს წინა დაავადებების (CIN3/CIS) პრევალენტობა ქ.თბილისში 2013 წელს Pap სკრინინგს დაქვემდებარებულ ყოველ 1,000 ქალზე (%0) ასაკის მიხედვით

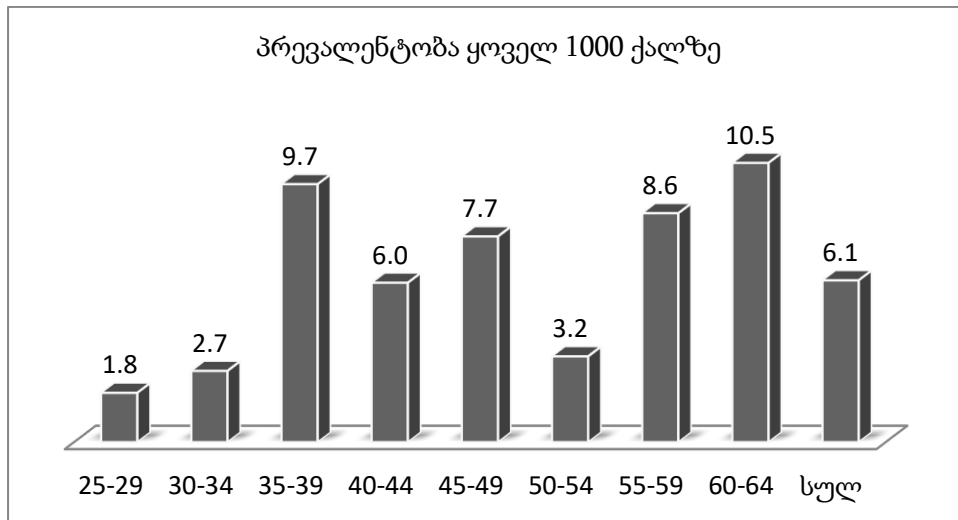


წყარო: (კვლევის მასალები)

საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობამ სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში ყოველ 1,000 ქალზე 2013 წელს შეადინა 6,1%. საშვილოსნოს ყელის კიბოს

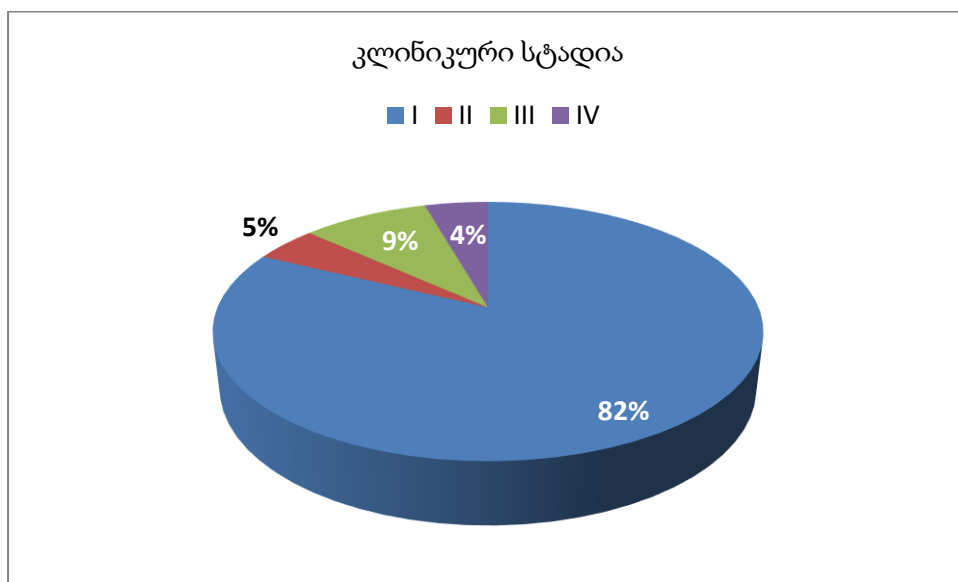
პრევალენტობის პიკური დონე (10,5%) აღინიშნა 60-64 წლის ასაკის ქალებში (იხ. ნახატი 24).

ნახატი 24. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობა ქ.თბილისში 2013 წელს Pap სკრინინგს დაქვემდებარებულ ყოველ 1,000 ქალზე (%0) ასაკის მიხედვით



წყარო: (კვლევის მასალები)

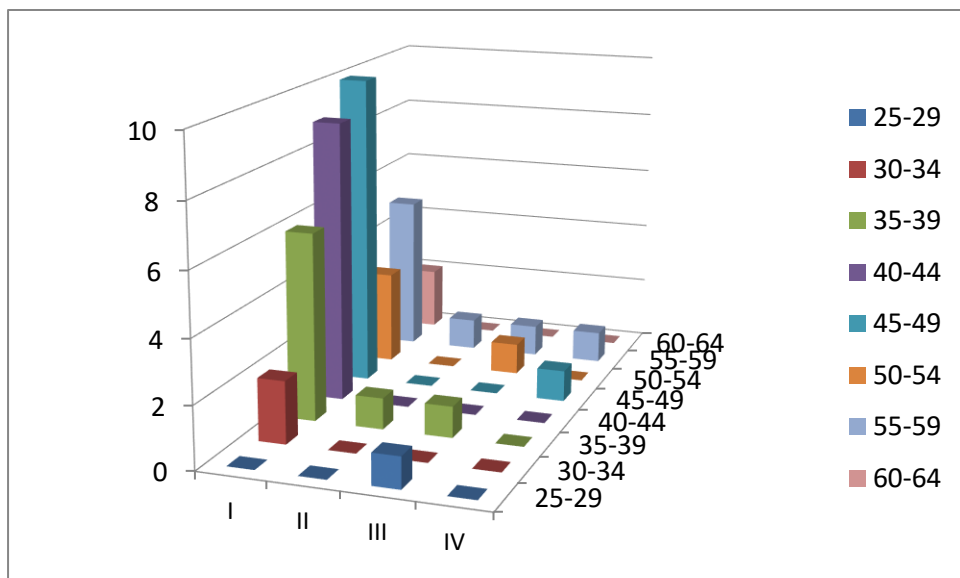
ნახატი 25. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევების კლინიკური სტადიების ხვედრითი წონები



წყარო: (კვლევის მასალები)

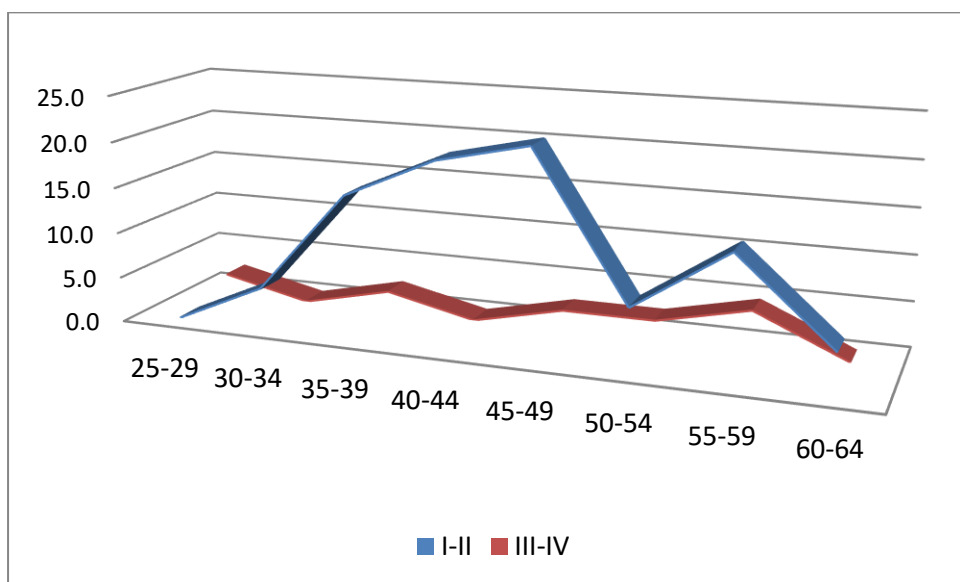
სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს 45 შემთხვევის უდიდეს უმრავლესობაში (82%) დაავადება დიაგნოსტირებული იქნა I კლინიკურ სტადიაში (იხ. ნახატი 25).

ნახატი 26. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევები ასაკის მიხედვით



წყარო: (კვლევის მასალები)

ნახატი 27. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევები სტადიებისა და ასაკის მიხედვით



წყარო: (კვლევის მასალები)

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევების კლინიკურ სტადიების რაოდენობრივი განაწილება ასაკის მიხედვით ნაჩვენებია ნახატიებზე #26 და #27.

4.2. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ტესტების ეფექტიანობის შეფასება

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის დიაგნოსტიკური ღირებულების შეფასების მიზნით სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მონაცემებზე დაყრდნობით შესწავლილი იქნა გინეკოლოგიური გასინჯვის, Pap ტესტის, კოლპოსკოპიისა და Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის შემდეგი მაჩვენებლები: ტესტის მგრძობელობის კოეფიციენტი, ტესტის სპეციფიურობის კოეფიციენტი, ტესტის პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტი, ტესტის ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტი, ტესტის ფასეულობის კოეფიციენტი.

ტესტის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის შეფასების დროს თითოეული გამოკვლევის შედეგი შედარებული იქნა საბოლოო კლინიკურ დიაგნოზთან, რომელიც ყოველი კონკრეტული პაციენტის შემთხვევაში დასმული იქნა კომპლექსური გამოკვლევის საფუძველზე. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-დიაგნოსტიკური გაიდლაინი მოიცავდა შემდეგ გამოკვლევებს: გინეკოლოგიური გასინჯვას (გასინჯვას სარკეებით და PV et PR), Pap ტესტს, საჭიროების შემთხვევაში კოლპოსკოპიას, ბიოფსიასა და ჰისტოლოგიურ კვლევას.

საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის გამოლენილი შემთხვევების დროს გინეკოლოგიური გასინჯვის შედეგების შედარება კლინიკურ დიაგნოზებთან ნაჩვენებია ცხრილში #63.

ცხრილი 63. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს გინეკოლოგიური გასინჯვის შედეგების შედარება კლინიკურ დიაგნოზებთან

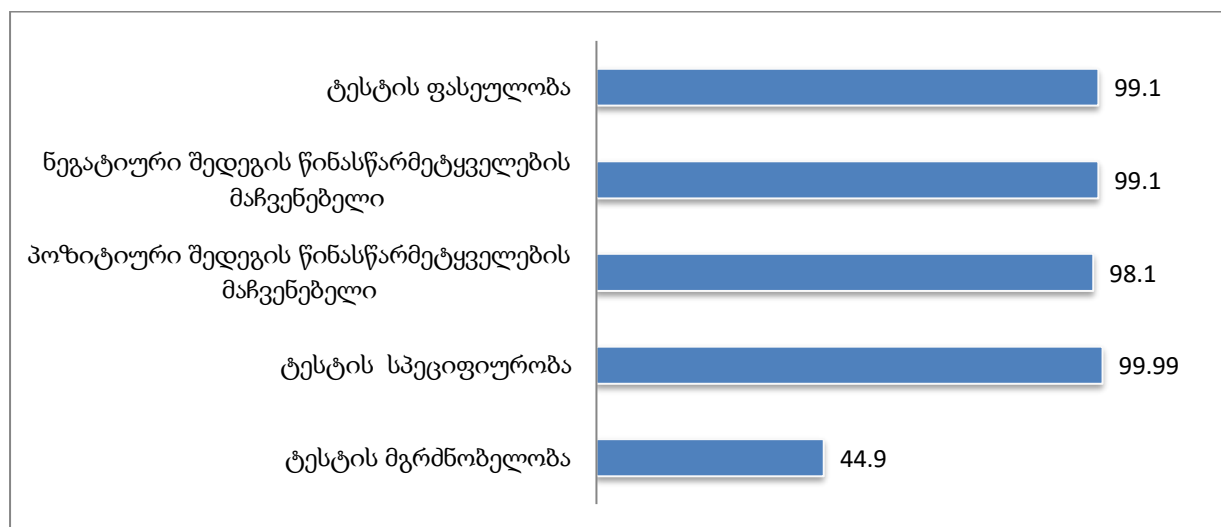
გინეკოლოგიური გასინჯვის შედეგები	კლინიკური დიაგნოზი		სულ
	კიბო/ CIS	ნორმა	
კიბო/ CIS	53	1	54
ნორმა	65	7297	7362
სულ	118	7298	7416
$\chi^2= 3240; p<0,001$			

წყარო: (კვლევის მასალები)

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული 7,416 ქალიდან 118 პაციენტს დაუდგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ს დიაგნოზი, მათ შორის 53 შემთხვევაში დადასტურდა გინეკოლოგიური გასინჯვითაც. 7,362 ქალის გინეკოლოგიური გასინჯვის საფუძველზე საშვილოსნოს ყელის პათოლოგია არ ყოფილა დადგენილი, მათ შორის საშვილოსნოს ყელის CIS-ს 65 შემთხვევაში. ანუ, სხვა სიტყვებით, გინეკოლოგიური გასინჯვის დროს შემთხვევათა 0,9%-ში აღგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 54-დან 1 შემთხვევაში (1,9%) - ჰიპერდიაგნოსტიკას.

გინეკოლოგიური გასინჯვის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის კოეფიციენტები ნაჩვენებია ნახატზე #28. გინეკოლოგიური გასინჯვის მგრძობელობამ შეადგინა 44.9%, სპეციფიურობამ - 99.99%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა - 98.1%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -99.1%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა - 99.1%.

ნახატი 28. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს გინეკოლოგიური გასინჯვის ეფექტიანობის შეფასება



წყარო: (კვლევის მასალები)

საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის გამოლენილი შემთხვევების დროს Pap ტესტის შედეგების შედარება კლინიკურ დიაგნოზებთან ნაჩვენებია ცხრილში #64.

ცხრილი 64. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს Pap ტესტის შედეგების შედარება კლინიკურ დიაგნოზებთან

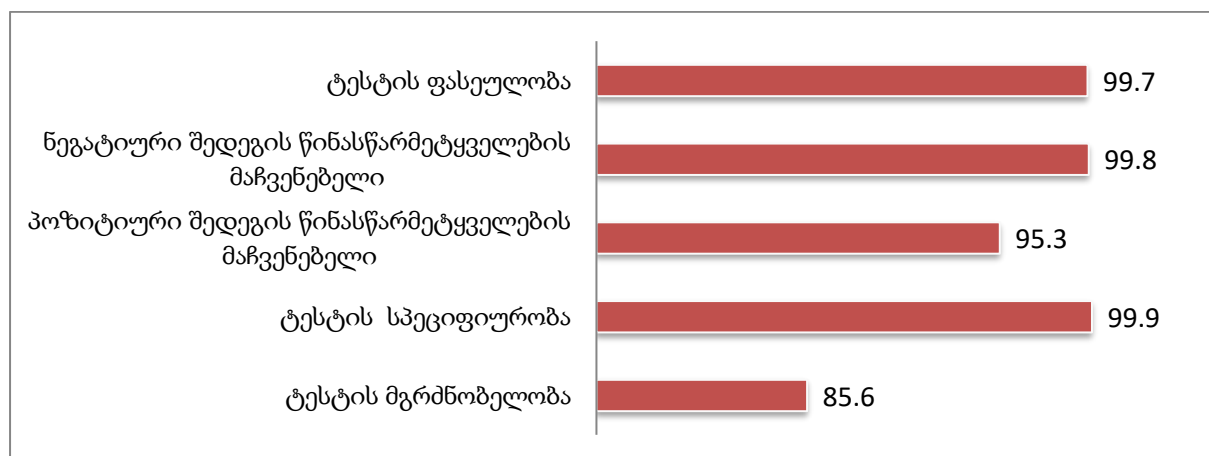
Pap ტესტის შედეგები	კლინიკური დიაგნოზი		სულ
	კიბო/ CIS	ნორმა	
კიბო/ CIS	101	5	106
ნორმა	17	7293	7310
სულ	118	7298	7416
$\chi^2= 6030; p,0,001$			

წყარო: (კვლევის მასალები)

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული 7,416 ქალიდან 118 პაციენტს დაუდგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ს დიაგნოზი, მათ შორის 101 შემთხვევაში დადასტურდა Pap ტესტით. 7,310 ქალის Pap ტესტის საფუძველზე საშვილოსნოს ყელის პათოლოგია არ ყოფილა დადგენილი, მათ შორის საშვილოსნოს ყელის CIS-ს 17 შემთხვევაში. ანუ, სხვა სიტყვებით, Pap ტესტით შემთხვევათა 0,2%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 106-დან 5 შემთხვევაში (4,7%)- ჰიპერდიაგნოსტიკას.

Pap ტესტის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის კოეფიციენტები ნაჩვენებია ნახატზე #29. Pap ტესტის მგრძნობელობამ შეადგინა 85.6%, სპეციფიურობამ - 99.9%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -95.3%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -99.8%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 99.7%.

ნახატი 29. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს Pap ტესტის ეფექტიანობის შეფასება



წყარო: (კვლევის მასალები)

საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის გამოლენილი შემთხვევების დროს კოლპოსკოპიის შედეგების შედარება კლინიკურ დიაგნოზებთან ნაჩვენებია ცხრილში #65.

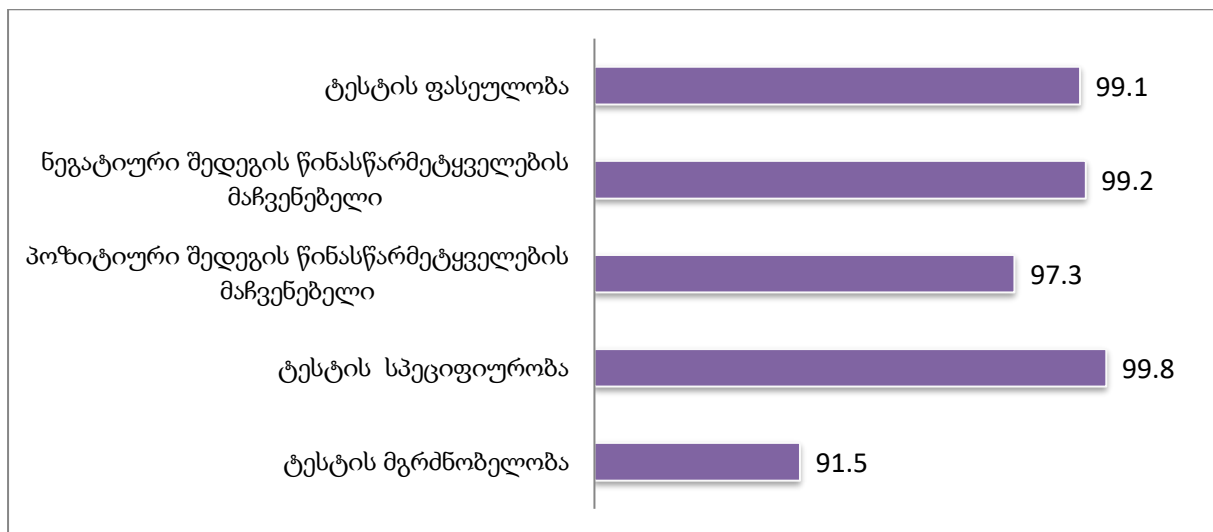
ცხრილი 65. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს კოლპოსკოპიის შედეგების შედარება კლინიკურ დიაგნოზებთან

კოლპოსკოპიის შედეგები	კლინიკური დიაგნოზი		სულ
	კიბო/ CIS	ნორმა	
კიბო/ CIS	108	3	111
ნორმა	10	1254	1264
სულ	118	1257	1375
$\chi^2=625 ; p<0,001$			

წყარო: (კვლევის მასალები)

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს კოლპოსკოპიური გამოკვლევა ჩატარდა 1,375 ქალს. საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) 118 შემთხვევიდან დიაგნოზი კოლპოსკოპიით დაუდასტურდა 108 პაციენტს. 1,264 ქალიდან კოლპოსკოპიის საფუძველზე საშვილოსნოს ყელის პათოლოგია არ ყოფილა დადგენილი 10 შემთხვევაში. ანუ, სხვა სიტყვებით, კოლპოსკოპიით შემთხვევათა 0,8%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 111-დან 3 შემთხვევაში (2,7%)- ჰიპერდიაგნოსტიკას.

ნახატი 30. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს კოლპოსკოპიის ეფექტიანობის შეფასება

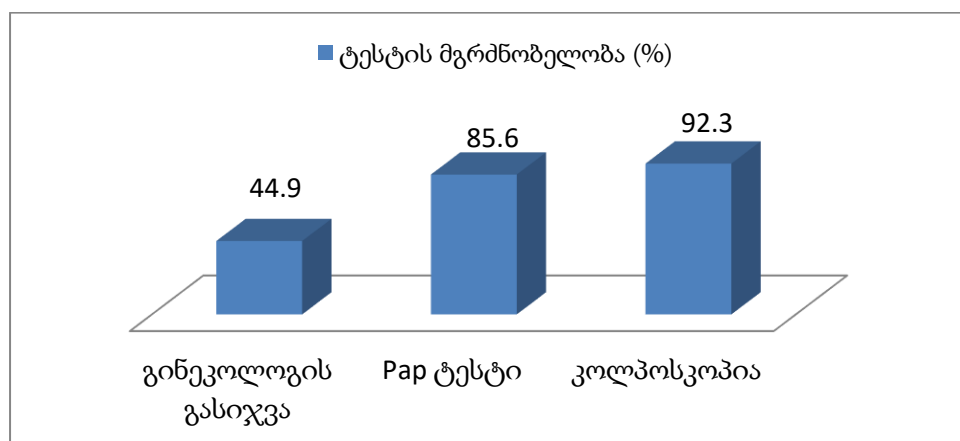


წყარო: (კვლევის მასალები)

კოლპოსკოპიის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის კოეფიციენტები ნაჩვენებია ნახატზე #30. კოლპოსკოპიის მგრძობელობამ შეადგინა 91.5%, სპეციფიურობამ - 99.8%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -97.3%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -99.2%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა - 99.1%.

გინეკოლოგიური გასინჯვის, Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის შედარებითი ანალიზი გვიჩვენებს, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) დიაგნოსტიკებისას ეს გამოკვლევები ერთმანეთისაგან ძირითადად განსხვავება მგრძობელობის კოეფიციენტების მიხედვით (იხ. ნახატი 31).

ნახატი 31. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს გინეკოლოგიური გასინჯვის, Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის მგრძობელობის შედარება



წყარო: (კვლევის მასალები)

ცნობილია, რომ ტესტის მგრძობელობა ასახავს იმ ალბათობას, რომლის დროსაც დაავადებული პირები გამოკვლევის საფუძველზე კლასიფიცირებული იქნებიან როგორც ავადმყოფები. გინეკოლოგის გასინჯვასთან შედარებით (44.9%) მგრძობელობის მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნა Pap ტესტირებისა (85,6%) და კოლპოსკოპიური გამოკვლევის (92,3%) შემთხვევებში. დამატებით, Pap ტესტის, როგორც სკრინინგის ძირითადი ტესტის განსაკუთრებული დადებითი მახასიათებელია ჰიპოდიაგნოსტიკის დაბალი მაჩვენებელი (0.2%). Pap ტესტის ეფექტიანობა მკვეთრად იზრდება კოლპოსკოპიური გამოკვლევის შემდგომი, დაზიანებული უბნიდან მიზნობრივად აღებული ნაცხების, ციტოლოგიური კვლევიით.

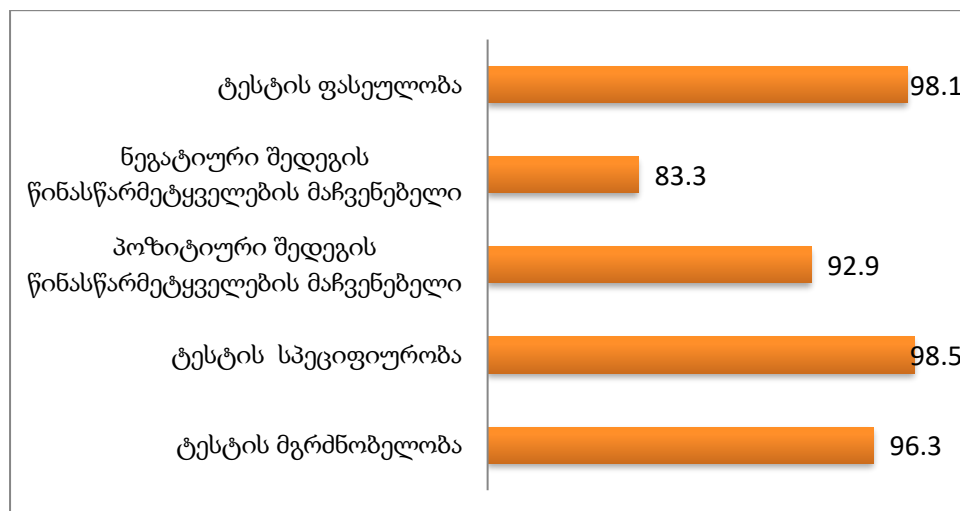
დამატებით, Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის შედეგები 162 შემთხვევაში შედარებული იქნა კლინიკურ დიაგნოზებთან და შესწავლილი იქნა აღნიშნული კომბინაციის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობა (იხ. ცხრილი 66 და ნახატი 32).

ცხრილი 66. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის შედეგების შედარება კლინიკურ დიაგნოზებთან

Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაცია	კლინიკური დიაგნოზი		სულ
	კიბო/ CIS	ნორმა	
კიბო/ CIS	26	2	28
ნორმა	1	133	134
სულ	27	135	162
$\chi^2=141$; $p<0,001$			

წყარო: (კვლევის მასალები)

ნახატი 32. სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ის შემთხვევების დროს Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის ეფექტიანობის შეფასება



წყარო: (კვლევის მასალები)

Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის მგრძობელობამ შეადგინა 96.3%, სპეციფიურობამ - 98.5%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა - 92.9%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა - 83.3%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა - 98.1%.

4.3. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ეკონომიკური შეფასება

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ეკონომიკური შეფასების მიზნით შესწავლილი იქნა სკრინინგის პროგრამის 5-წლიანი ციკლის დროს სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ განხორციელებული გამოკვლევების აბსოლიტური რაოდენობები (იხ. ცხრილი 67).

ცხრილი 67. 2010-2014 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში განხორციელებული გამოკვლევების აბსოლიტური რაოდენობები

წლები	გინეკოლოგიური გასინჯვა+ Pap ტესტი	კოლპოსკოპია+ბიოფსია+ჰისტოლოგია
2010	14,552	2,094
2011	12,130	2,224
2012	13,151	2,499
2013	13,584	2,712
2014	12,907	2,618
სულ აბს. რ-ბა	66,324	12,147
%	100	18

წყარო: (კვლევის მასალები)

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2010-2014 წლებში გინეკოლოგიური გასინჯვა და Pap ტესტი ჩატარდა 66,324 ქალს, ხოლო კოლპოსკოპია, ნიშნული ბიფსია და მორფოლოგიური კვლევა 12,147 ქალს, ანუ სკრინინგს დაქვემდებარებული ქალების 18%-ს.

2010-2014 წლებში ქ.თბილისში განხორციელებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება ნაჩვენებია ცხრილში #68-ში.

ცხრილი 68. 2010-2014 წლებში ქ.თბილისში განხორციელებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი	2010-2014	ფასი (ლარი)	
	25-59 წლის ასაკში აბს. რ-ბა	ტესტის 1 ერთეული	სულ (ლარი)
გინეკოლოგიური გასინჯვა+Pap ტესტი	66,324	21.80	1,445,863
კოლპოსკოპია+ბიოფსია+ჰისტოლოგია	12,147	45.70	555,118
სულ			2,000,981

წყარო: (კვლევის მასალები)

2010-2014 წლებში ქ.თბილისში 66,324 ქალისათვის ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულებამ სულ შეადგინა 2,000,981ლარი.

2002 წლის მოსახლეობის აღწერის მონაცემების მიხედვით ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის რაოდენობამ 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში შეადგინა 290,007, ხოლო 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში - 280,883 ქალი.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის დღემდე მოქმედი გაიდლაინის მიხედვით სკრინინგი უტარდებათ ქალებს 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში. ანუ 2010-2014 წლებში განხორციელდა სკრინინგს დაქვემდებარებული მიზნობრივი კონტიგენტის მხოლოდ 23%-ის ტესტირება. ამავე დროს, სკრინინგის ეფექტიანობის გასაუმჯობესებლად საჭიროა მიზნობრივი ჯგუფის სულ ცოტა 50%-ით მოცვა, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში, როგორც ცნობელია, იწყება საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების შემცირება.

ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის 2002 წლის აღწერის მონაცემების მიხედვით გამომანგარიშებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება 25-59 წლის და 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდებში მიზნობრივი ჯგუფების 50%-იანი და 70%-იანი მოცვის შემთხვევებში (იხ. ცხრილები 69 და 70).

ცხრილი 69. ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის 2002 წლის აღწერის მონაცემების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი და 70%-იანი მოცვის შემთხვევებში

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი	მიზნობრივი ჯგუფი: 25-59 წლის ასაკობრივი პერიოდი	მიზნობრივი ჯგუფის რაოდენობა სკრინინგით მოცვის მიხედვით		ღირებულება (ლარი)	სულ		
		50%	70%		ტესტის 1 ერთ.	მიზნობრივი ჯგუფის მოცვა	
						50%	70%
გინეკოლოგიური გასინჯვა+ Pap ტესტი		145,004	203,005	21.80	3,161,087	4,425,509	
კოლპოსკოპია+ ბიოფსია+ ჰისტოლოგია		26,101	36,541	45.70	1,192,799	1,669,918	
სულ	290,007				4,353,886	6,095,427	

წყარო: (კვლევის მასალები)

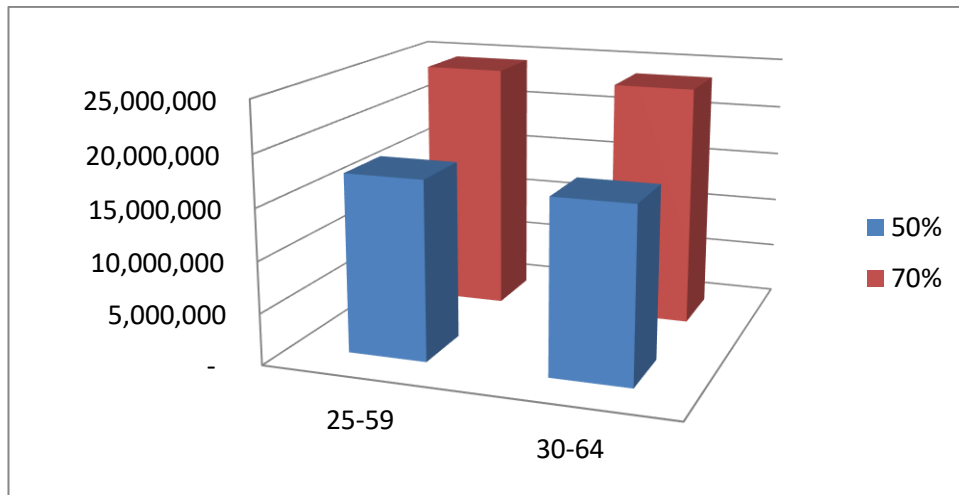
ცხრილი 70. ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის 2002 წლის აღწერის მონაცემების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი და 70%-იანი მოცვის შემთხვევებში

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი	მიზნობრივი ჯგუფი: 30-64 წლის ასაკობრივი პერიოდი	მიზნობრივი ჯგუფის რაოდენობა სკრინინგით მოცვის მიხედვით		ტესტის 1 ერთ.	ღირებულება (ლარი)		
		50%	70%		სულ		
					მიზნობრივი ჯგუფის მოცვა		
		50%	70%			50%	70%
გინეკოლოგიური გასინჯვა+ Pap ტესტი		140,442	196,618	21.80	3,061,636	4,286,272	
კოლპოსკოპია+ ბიოფსია+ ჰისტოლოგია		25,279	35,391	45.70	1,155,272	1,617,380	
სულ	280,883				4,216,908	5,903,652	

წყარო: (კვლევის მასალები)

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით აუცილებელია სკრინინგს დაქვემდებარებული ქალების რაოდენობის ეტაპობრივად 2-3-ჯერ გაზრდა. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად, ერთის მხრივ საჭიროა ქალთა მოსახლეობის განათლება და მათში პერიოდულად სკრინინგის გავლის ჩვევის გამომუშავება, მეორეს მხრივ კი - პროგრამის დაფინანსების გაზრდა. 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევებში სკრინინგ-პროგრამის ღირებულება შეადგენს 4,353,886 ლარს, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- 6,095,427 ლარს. 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევებში სკრინინგ-პროგრამის ღირებულება შეადგენს 4,216,908 ლარს, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- 5,903,652 ლარს.

ნახატი 33. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება 25-59 წლის და 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდებში მიზნობრივი ჯგუფების 50%-იანი და 70%-იანი მოცვის შემთხვევებში



წყარო: (კვლევის მასალები)

როგორც ეს ჩვენს მიერ ჩატარებულმა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანითა და 25-59 წლის ასაკობრივი პერიოდის ნაცვლად სკრინინგის 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება, ერთის მხრივ გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობას (30-64 ასაკობრივ პერიოდში, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით, პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1,2-ჯერ, ხოლო შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე; სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობის პიკური დონე (10,5%0) აღინიშნა 60-64 წლის ასაკის ქალებში), ხოლო მეორეს მხრივ- შეამცირებს გასაწევ ხარჯებს: მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევაში ~ 137,000 ლარით, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- ~ 192,000 ლარით. ანუ, სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანა და მისი 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება მნიშვნელოვნად გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ხარჯთ-ეფექტიანობას.

4.4. რეზიუმე: ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის შეფასება

2008 წლიდან ქ.თბილისში ამოქმედდა ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში გამოკვლევა ჩატარდა სულ 81,973 ქალს. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-დიაგნოსტიკური გაიდლაინი მოიცავდა შემდეგ გამოკვლევებს: გინეკოლოგიური გასინჯვას (PV et PR), Pap ტესტს, საჭიროების შემთხვევაში კოლპოსკოპიას, ბიოფსიასა და ჰისტოლოგიურ კვლევას.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში ქ.თბილისში კოლპოსკოპიით სულ გამოკვლეული იქნა 14,015 ქალი.

2013 წელს ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი სულ ჩატარდა 13,584 ქალს, მათ შორის 7,416 (54,6%) ქალს- სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მიერ. ამდენად სავსებით ვალიდურად ჩაითვა ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის შეფასება სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მონაცემებზე დაყრდნობით.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული 7,416 ქალიდან 45 შემთხვევაში გამოვლენილი იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბო, ხოლო 73 შემთხვევაში- საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზია (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომა (CIS).

საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზიისა (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) პრევალენტობამ სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში ყოველ 1,000 ქალზე 2013 წელს შეადინა 9,8‰. საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზიისა (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) პრევალენტობის მაღალი დონეები აღინიშნა 35-49 წლის ასაკის ქალებში.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობამ სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში ყოველ 1,000 ქალზე 2013 წელს შეადინა 6,1‰. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობის პიკური დონე (10,5‰) აღინიშნა 60-64 წლის ასაკის ქალებში.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს 45 შემთხვევის უდიდეს უმრავლესობაში (82%) დაავადება დიაგნოსტირებული იქნა I კლინიკურ სტადიაში.

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის დიაგნოსტიკური ღირებულების შეფასების მიზნით სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მონაცემებზე დაყრდნობით შესწავლილი იქნა გინეკოლოგიური გასინჯვის, Pap ტესტის, კოლპოსკოპიისა და Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის მაჩვენებლები.

ტესტის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის შეფასების დროს თითოეული გამოკვლევის შედეგი შედარებული იქნა საბოლოო კლინიკურ დიაგნოზთან, რომელიც ყოველი კონკრეტული პაციენტის შემთხვევაში დასმული იქნა კომლექსური გამოკვლევის საფუძველზე. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-დიაგნოსტიკური გაიდლაინი მოიცავდა შემდეგ გამოკვლევებს: გინეკოლოგიური გასინჯვას (გასინჯვას სარკეებით და PV et PR), Pap ტესტს, საჭიროების შემთხვევაში კოლპოსკოპიას, ბიოფსიასა და ჰისტოლოგიურ კვლევას.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული 7,416 ქალიდან 118 პაციენტს დაუდგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ს დიაგნოზი, მათ შორის 53 შემთხვევაში დადასტურდა გინეკოლოგიური გასინჯვითაც. 7,362 ქალის გინეკოლოგიური გასინჯვის საფუძველზე საშვილოსნოს ყელის პათოლოგია არ ყოფილა დადგენილი, მათ შორის საშვილოსნოს ყელის CIS-ს 65 შემთხვევაში. ანუ, სხვა სიტყვებით, გინეკოლოგიური გასინჯვის დროს შემთხვევათა 0,9%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 54-დან 1 შემთხვევაში (1,9%) - ჰიპერდიაგნოსტიკას.

გინეკოლოგიური გასინჯვის მგრძობელობამ შეადგინა 44.9%, სპეციფიურობამ - 99.99%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -98.1%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -99.1%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 99.1%.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული 7,416 ქალიდან 118 პაციენტს დაუდგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ს დიაგნოზი, მათ შორის 101 შემთხვევაში დადასტურდა Pap ტესტით. 7,310 ქალის Pap ტესტის საფუძველზე საშვილოსნოს ყელის პათოლოგია არ ყოფილა დადგენილი, მათ შორის საშვილოსნოს ყელის CIS-ს 17 შემთხვევაში. ანუ, სხვა სიტყვებით, Pap ტესტით შემთხვევათა 0,2%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 106-დან 5 შემთხვევაში (4,7%) - ჰიპერდიაგნოსტიკას.

Pap ტესტის მგრძობელობამ შეადგინა 85.6%, სპეციფიურობამ - 99.9%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -95.3%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -99.8%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა - 99.7%.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს კოლპოსკოპიური გამოკვლევა ჩატარდა 1,375 ქალს. საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) 118 შემთხვევიდან დიაგნოზი კოლპოსკოპიით დაუდასტურდა 108 პაციენტს. 1,264 ქალიდან კოლპოსკოპიის საფუძველზე საშვილოსნოს ყელის პათოლოგია არ ყოფილა დადგენილი 10 შემთხვევაში. ანუ, სხვა სიტყვებით, კოლპოსკოპიით შემთხვევათა 0,8%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 111-დან 3 შემთხვევაში (2,7%)- ჰიპერდიაგნოსტიკას.

კოლპოსკოპიის მგრძობელობამ შეადგინა 91.5%, სპეციფიურობამ - 99.8%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -97.3%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -99.2%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა - 99.1%.

გინეკოლოგიური გასინჯვის, Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის შედარებითი ანალიზი გვიჩვენებს, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) დიაგნოსტიკისას ეს გამოკვლევები ერთმანეთისაგან ძირითადად განსხვავება მგრძობელობის კოეფიციენტების მიხედვით.

ცნობილია, რომ ტესტის მგრძობელობა ასახავს იმ ალბათობას, რომლის დროსაც დაავადებული პირები გამოკვლევის საფუძველზე კლასიფიცირებული იქნებიან როგორც ავადმყოფები. გინეკოლოგის გასინჯვასთან შედარებით (44.9%) მგრძობელობის მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნა Pap ტესტირებისა (85,6%) და კოლპოსკოპიური გამოკვლევის (92,3%) შემთხვევებში. დამატებით, Pap ტესტის, როგორც სკრინინგის ძირითადი ტესტის განსაკუთრებული დადებითი მახასიათებელია ჰიპოდიაგნოსტიკის დაბალი მაჩვენებელი (0.2%). Pap ტესტის ეფექტიანობა მკვეთრად იზრდება კოლპოსკოპიური გამოკვლევის შემდგომი, დაზიანებული უბნიდან დამიზნებულად აღებული ნაცხების, ციტოლოგიური კვლევიით.

დამატებით, Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის შედეგები 162 შემთხვევაში შედარებული იქნა კლინიკურ დიაგნოზებთან და შესწავლილი იქნა აღნიშნული კომბინაციის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობა.

Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის მგრძობელობამ შეადგინა 96.3%, სპეციფიურობამ - 98.5%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -

92.9%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -83.3%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა - 98.1%.

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ეკონომიკური შეფასების მიზნით შესწავლილი იქნა სკრინინგის პროგრამის 5-წლიანი ციკლის დროს (2010-2014 წლებში) სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ განხორციელებული გამოკვლევების აბსოლუტური რაოდენობები.

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2010-2014 წლებში გინეკოლოგიური გასინჯვა და Pap ტესტი ჩატარდა 66,324 ქალს, ხოლო კოლპოსკოპია, ნიშნული ბიფსია და მორფოლოგიური კვლევა 12,147 ქალს, ანუ სკრინინგს დაქვემდებარებული ქალების 18%-ს.

2010-2014 წლებში ქ.თბილისში 66,324 ქალისათვის ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულებამ სულ შეადგინა 2,000,981 ლარი.

2002 წლის მოსახლეობის აღწერის მონაცემების მიხედვით ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის რაოდენობამ 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში შეადგინა 290,007, ხოლო 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში - 280,883 ქალი.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის დღემდე მოქმედი გაიდლაინის მიხედვით სკრინინგი უტარდებათ ქალებს 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში. ანუ 2010-2014 წლებში განხორციელდა სკრინინგს დაქვემდებარებული მიზნობრივი კონტიგენტის მხოლოდ 23%-ის ტესტირება. ამავე დროს, სკრინინგის ეფექტიანობის გასაუმჯობესებლად საჭიროა მიზნობრივი ჯგუფის სულ ცოტა 50%-ით მოცვა, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში, როგორც ცნობელია, იწყება საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების შემცირება.

ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის 2002 წლის აღწერის მონაცემების მიხედვით გამომანგარიშებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება 25-59 წლის და 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდებში მიზნობრივი ჯგუფების 50%-იანი და 70%-იანი მოცვის შემთხვევებში.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით აუცილებელია სკრინინგს დაქვემდებარებული ქალების რაოდენობის ეტაპობრივად 2-3-ჯერ გაზრდა. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად, ერთის მხრივ საჭიროა ქალთა მოსახლეობის განათლება და მათში პერიოდულად სკრინინგის გავლის ჩვევის გამომუშავება, მეორეს მხრივ კი - პროგრამის დაფინანსების გაზრდა. 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევებში სკრინინგ-

პროგრამის ღირებულება შეადგენს 4,353,886 ლარს, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- 6,095,427 ლარს. 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევებში სკრინინგ- პროგრამის ღირებულება შეადგენს 4,216,908 ლარს, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- 5,903,652 ლარს.

როგორც ეს ჩვენს მიერ ჩატარებულმა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანითა და 25-59 წლის ასაკობრივი პერიოდის ნაცვლად სკრინინგის 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება, ერთის მხრივ გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობას (30-64 ასაკობრივ პერიოდში, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით, პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1,2-ჯერ, ხოლო შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე; სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობის პიკური დონე (10,5%0) აღინიშნა 60-64 წლის ასაკის ქალებში), ხოლო მეორეს მხრივ- შეამცირებს გასაწევ ხარჯებს: მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევაში ~ 137,000 ლარით, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- ~ 192,000 ლარით. ანუ, სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანა და მისი 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება მნიშვნელოვნად გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ხარჯთ-ეფექტიანობას.

თავი V

*ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-პროგრამის
მენეჯმენტის ეპიდემიოლოგიური შეფასება (რეზიუმე)*

GLOBOCAN/IARC (2013) მონაცემებით, 2008 წელს მსოფლიოში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 530,000 და ამ მიზეზით გარდაცვალებს 275,000 შემთხვევა. ამასთან ერთად, ამ ლოკალიზაციის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების 50%-ზე მეტი აღინიშნება ინდოეთში, ჩინეთში, ბრაზილიაში, ბანგლადეშში და ნიგერიაში. გარდაცვალების პიკი აღინიშნება აფრიკაში, კერძოდ ზამბიაში, სადაც ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად რეგისტრირდება ამ მიზეზით გარდაცვალების 38,6 შემთხვევა.

WHO-ის მონაცემებით, 2008 წელს მსოფლიოს ეკონომიკურად განვითარებად ქვეყნებში ყოველ 100,000 ქალზე რეგისტრირებული იქნა ცერვიკალური კიბოთი ავადობის 17,7 და ამ მიზეზით გარდაცვალების- 9,7 შემთხვევა, ხოლო განვითარებულ ქვეყნებში, შესაბამისად, 9,1 და 3,1 შემთხვევა (Barot S., 2012).

IARC-ის მონაცემებით, 2012 წელს მსოფლიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევათა 84% რეგისტრირებული იქნა ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებში. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მაღალი დონეები აღინიშნა აფრიკის, ლათინური ამერიკისა და კარიბის ზღვის აუზის ქვეყნებში, ხოლო ყველაზე დაბალი- ჩრდილოეთი ამერიკის ქვეყნებში- აშშ-სა და კანადაში, ასევე -ოკეანეაში. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის ყველაზე მაღალი დონე (პიკი) აღინიშნა მაღავიში (ASR=75,9), ხოლო ყველაზე დაბალი დონე- 37,8 - რეგისტრირებული იქნა ფიჯიში (Ferlay J. et al., 2013).

Ferlay J. et al. (2012) მონაცემების მიხედვით მსოფლიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოს უკავია რანგით 7-ე ადგილი ქალთა ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში. 2012 წელს მსოფლიოში რეგისტრირებული იქნა ამ ლოკალიზაციის კიბოს 527,000 ახალი შემთხვევა, რამაც შეადგინა ქალთა ონკოლოგიური ავადობის 8%.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2014) მონაცემებით, 2013 წელს აშშ-ში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 12,360 და გარდაცვალების 4,020 შემთხვევა. ამ ლოკალიზაციის კიბოს შემთხვევათა 20% გამოვლენილი იქნა 65 წლის ასაკის ქალებში, მაშინ როდესაც 20 წლის ასაკამდე ძალზე იშვიათად რეგისტრირდება.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2013) და კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტის (NCI, 2010) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბო წარმოადგენს აშშ-ს ქალთა მოსახლეობის კიბოთი გარდაცვალების ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს. კერძოდ, მას უკავია მე-3-ე სარანგო ადგილი გინეკოლოგიური კიბოს მიზეზით გარდაცვალების და მე-14-ე- აშშ-ს ქალთა მოსახლეობის ყველა ლოკალიზაციის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში.

Ferlay J. et al. (2013) მონაცემების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს უკავია რანგით 6-ე ადგილი ქალთა ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში ევროპაში. 2012 წელს ევროპაში რეგისტრირებული იქნა ამ ლოკალიზაციის კიბოს 58,400 ახალი შემთხვევა, რამაც შეადგინა ქალთა ონკოლოგიური ავადობის 4%. წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების მიხედვით ევროპაში ამ ავადობის პიკი დაფიქსირდა რუმინეთში, ხოლო ყველაზე დაბალი დონე- შვეიცარიაში.

Frumovitz M. (2013) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარება შემთხვევათა 99,7%-ში დაკავშირებულია ადამიანის პაპილომის ვირუსთან (HPV). ამავე დროს, ამ ლოკალიზაციის კიბოს განვითარების რისკი 15-ჯერ მაღალია ქალების HPV-ის 16 და 18 გენოტიპებით ინფიცირების შემთხვევაში, რომელთა ექსპოზიციასთან არის დაკავშირებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს ყველა შემთხვევის დაახლოებით 70%-ის განვითარება.

WHO/ICO (2010) მონაცემებით დიდ ბრიტანეთში HPV ინფექციის პრევალენტობა შეადგენს 8,9%-ს, მათ შორის HPV-ს 16 და/ან 18 გენოტიპების პრევალენტობა- 2,4%.

დიდი ბრიტანეთის ნაციონალური ჯანრთელობის სერვისის (NHS, 2008) მონაცემებით, 2008 წლიდან ინგლისში დაწყებული იქნა 12-13 წლის გოგონების ვაქცინაცია HPV-ს 16 და 18 გენოტიპებზე.

Kohli M. et al. (2007) მონაცემებით 12 წლის ასაკის გოგონების ვაქცინაცია HPV-ს 16 და 18 გენოტიპებზე 76%-ით ამცირებს მათ რისკს ცხოვრების განმავლობაში დაავადდნენ საშვილოსნოს ყელის კიბოთი.

Cox J.T. (2006), რომლის მონაცემებით HPV-ით ინფიცირების სიხშირე იზრდება სექსუალური პარტნიორების რაოდენობის ზრდის პარალელურად.

Winer R.L. et al. (2006) მოსაზრებით, ვინაიდან HPV ძირითადად გადადის სექსუალური კონტაქტით, სექსუალური აქტივობისაგან თავშეკავება ან მონოგამია ამცირებს ამ ვირუსისაგან ინფიცირების რისკს. პრეზერვატივების რეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში 70%-ით მცირდება HPV-ით ინფიცირების საშიშროება.

ამერიკის კიბოს საზოგადოების (ACS, 2013) მონაცემებით, იმ ქალებში, რომელთა დედა ან და დაავადებული იყო საშვილოსნოს ყელის კიბოთი, 2-3-ჯერ მაღალია ამ დაავადების განვითარების რისკი, იმ ქალებთან შედარებით, რომლებსაც არ ჰქონიათ ანალოგიური ოჯახური ისტორია.

Frumovitz M. (2013) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის ფაქტორებს აგრეთვე წარმოადგენენ სექსუალური აქტიურობის ადრეულ ასაკში დაწყება, სექსუალური პარტნიორების დიდი რაოდენობა და მათი ხშირი ცვლა, მაღალი რისკის მქონე სექსუალური პარტნიორებთან კავშირი და დაუცველი სექსუალური კავშირი. აღნიშნულ მოსაზრებას ადასტურებს აშშ-ს კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტის (NCI, 2013) მონაცემებიც.

აშშ-ს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის (CDC, 2013) მონაცემებით ბოლო 40 წლის განმავლობაში აშშ-ში აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობისა და ამ მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების კლების სტატისტიკურად სარწმუნო ტენდენცია, რაც დაკავშირებულია Pap-ტესტით სკრინინგული გამოკვლევებით აშშ-ში ქალთა პოპულაციის დიდი კონტიგენტის მოცვასთან.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირის კლების ტენდენციას და მის კავშირს Pap ტესტის საშუალებით ქალთა მოსახლეობის სკრინინგთან ადასტურებს ამერიკის კიბოს საზოგადოებაც (ACS, 2013).

Willoughby B.J. et al. (2006) მონაცემებით განვითარებულ ქვეყნებში განხორციელებული სკრინინგის შედეგად ბოლო 50 წლის განმავლობაში 75%-ით შემცირდა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობისა და ამ მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების რაოდენობა.

Lofters A.K. et al. (2011) მონაცემებით, ონტარიოში ცერვიკალური სკრინინგით ქალთა მოსახლეობის მოცვის ოდენობა შეესაბამება 20-69 წლის ასაკის მიხნობრივ ჯგუფის 85%-ს.

ონტარიოს კიბოს რეგისტრის (OCR, 2012) მონაცემებით, 1981 წლიდან 2009 წლამდე დროის პერიოდში, სკრინინგის შედეგად ონტარიოში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე შემცირდა 38%-ით, ხოლო ამ მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე- 59%-ით.

Rositch A.F. (2014) გაანალიზა რა SEER-ის 2000-2009 წლების მონაცემები მივიდა დასკვნამდე, რომ ქალებში 65 წლის ასაკის შემდეგ, ე.ი. იმ ასაკობრივ პერიოდში, როდესაც გაიდლაინის მიხედვით აღარ ტარდება ცერვიკალური სკრინინგი, მაღალია

საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების რისკი. აღნიშნულ მოსაზრებას ასევე იზიარებენ Rositch A.F. et al. (20014).

Herdman C. et al. (2000) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებას მრავალი წლის განმავლობაში წინუსწრებენ კიბოსწინა და ფონური დაავადებები, რომელთა მკურნალობით შესაძლებელია კიბოს თავიდან აცილება. აქედან გამომდინარე, საშვილოსნოს ყელის კიბო პოტენციურად მიეკუთვნება კიბოს პრევენტაბელურ ფორმას, რომლით ავადობისა და გარდაცვალების სიხშირის შემცირება შესაძლებელია სკრინინგის საშუალებით.

Gold M.A. (2006) მიხედვით, ცერვიკალური Pap ტესტირება, რომელიც სკრინინგის დროს ტარდება მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, საშუალებას იძლევა გამოვლენილი იქნან პაციენტები ცერვიკალური კიბოსწინა დაავადებებით, ჩაუტარდეთ მკურნალობა და აწარმოონ მათზე follow-up დაკვირვება. განვითარებულ ქვეყნებში Pap ტესტით სკრინინგით მიღწეულია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის 70-80%-ით შემცირება.

Nanda K. et al. (2000) მონაცემებით, საშვილოსნოს ყელის CIN 2/3-ს დროს Pap ტესტის მგრძობელობა მერყეობს 47%-დან 62%-მდე, ხოლო სპეციფიკურობა - 60%-დან 85%-მდე.

ფინეთის კიბოს რეგისტრის (2014) მონაცემებით, ფინეთში ცერვიკალური სკრინინგის პროგრამის ეფექტიანად მოქმედების შედეგად საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა და ამ მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების სიხშირემ დაიკლო 80%-ით.

Dickinson J.A. et al. (2012) გამოაქვეყნეს კანადის კიბოს რეგისტრის მონაცემები, რომელთა მიხედვით 1952 წლიდან 2006 წლისათვის საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე ყოველ 100,000 ქალზე შემცირდა 13,5-დან 2,2-მდე. სკრინინგის დახმარებით კანადაში 1972 წლიდან 2006 წლამდე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე შემცირდა 58%-ით, ხოლო ამ მიზეზით გარდაცვალების - 71%-ით.

Andrae B. et al. (2012) მონაცემების მიხედვით ქალები, რომელიც რეგულარულად მონაწილეობენ ცერვიკალურ სკრინინგში, გააჩნიათ ამ დაავადებით გარდაცვალების უფრო დაბალი რისკი, ვინაიდან მათ შემთხვევებში ეს დაავადება ვლინდება უფრო ადრეულ სტადიაში.

ნორვეგიის ცერვიკალური კიბოს სკრინინგის პროგრამის (NCCSP, 2014) მიხედვით, სკრინინგის დახმარებით ნორვეგიაში შესაძლებელი გახდა

საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის 25%-ით, და ამ მიზეზით გარდაცვალების- 50%-ით შემცირება.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკის შემცირებისა და პრევენციის მიზნით აშშ-ს კიბოს ნაციონალური ინსტიტუტი (NCI, 2011) რეკომენდაციას აძლევს FDA-ს მიერ მოწონებული ორი ვაქცინის, Gardasil და Cervarix, გამოყენებას. Gardasil გამიზნულია HPV-ს 6, 11, 16 და 18 გენოტიპების, ხოლო Cervarix - 16 და 18 გენოტიპების საწინააღმდეგოდ (HPV-ს 16 და 18 გენოტიპებთან არის დაკავშირებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევების 70%). Gardasil-ს გამოყენება FDA-ს მიერ მოწონებულია 9-დან 26-მდე წლის ასაკის გოგონებისა და ბიჭების ვაქცინაციის დროს, ხოლო Cervarix - 9-დან 25-მდე წლის ასაკის გოგონების ვაქცინაციის დროს.

აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების (CDC, 2012) რეკომენდაციის მიხედვით ვაქცინაცია უნდა ჩატარდეს სექსუალური აქტივობის დაწყებამდე, ანუ სანამ ადგილი ექნება HPV ინფექციის ექსპოზიციას. ამასთან ერთად, თუ პერსონა ინფიცირებულია HPV-ს რომელიმე გენოტიპით, ვაქცინაციას შეუძლია მისი დაცვა HPV-ს სხვა გენოტიპებით ინფიცირებისაგან.

Cuzick J. et al. (2010) მოსაზრებით HPV ვაქცინაციის ეფექტიანობის კვლევის საუკეთესო მაგალითია დიდ ბრიტანეთში მიმდინარე იმუნიზაციის პროგრამა, რომელიც ამოქმედდა 2008 წლიდან. 2010 წლისათვის ვაქცინაცია ჩატარდა 12-13 წლის 1,4 მილიონ გოგონას. 2009 წლიდან ვაქცინაციას დაექვემდებარენ 18 და მეტი წლის ასაკის გოგონები. მათ 6 თვიანი პერიოდულობით უტარდებათ 3-ჯერადი ინექცია. 12-13 წლის გოგონების 80%-იანი მოცვის პირობებში, ამ პროექტით მოსალოდნელია ინვაზიური კიბოს 63%-ით, CIN3-ის- 51%-ით და 30 წლამდე ციტოლოგიურად ცერვიკალური ატიპიური ცვლილებების 27%-ით შემცირება.

ჩვენს მიერ გაანალიზებული იქნა ქ.თბილისში 1998-2010 წლებში რეგისტრირებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს 3773 შემთხვევა და 2003-2007 წლებში ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების 5440 შემთხვევა.

ეპიდემიოლოგიური კვლევით გამოანგარიშებული იქნა შემდეგი დესკრიპტული ინდიკატორები: ავადობისა და გარდაცვალების უხეში მაჩვენებელი (Crude Rate), ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი (Age-Specific Rate), წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR), წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI ASR),

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Truncated Age-Standardized Rate- TASR), შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI TASR), წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებელი (Age-Adjusted Rate- AAR), სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR), სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SRR), სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებელი (Standardized Incidence Ratio - SIR), სტანდარტიზებული ინციდენტობის შეფარდების მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SIR), კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი (Cumulative Risk-CR₀₋₇₄), კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI CR₀₋₇₄), შეფარდებითი სიხშირის (Relative Frequency) მაჩვენებელი, პროპორციული სიხშირის (Ratio Frequency) მაჩვენებელი.

უხეში მაჩვენებლების მიხედვით ქ.თბილისში შესწავლილი პერიოდის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 48,9 ქალი. ამასთან ერთად, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 39,7%000-დან, შესაბამისად, 50,8%000-მდე და 61,1%000-მდე.

აღსანიშნავია, რომ სხვა პერიოდებისაგან განსხვავებით 2008-2010 წლებში აღინიშნა ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის მკვეთრი მატება ასაკობრივ ჯგუფში 40-44 წელი, რომელშიც რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის პიკური დონე- 255.8%000.

წლოვანებით სტანდარტიზებული (მსოფლიო) მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 37,0 ქალი (95% CI ASR, 35,8-38,2).

ამასთან ერთად, წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში, აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 29,9%000-დან (95% CI ASR, 28,2-31,6), შესაბამისად, 38,8%000-მდე (95% CI ASR, 36,8-40,8) და 45,7%000-მდე (95% CI ASR, 43,0-48,5).

1988-1992 წლების შემდეგ 10-10 წლიანი ინტერვალებით შედარებისას აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მკვეთრი მატება (1988-1992: ASR=29,9; 95% CI=28,2-31,6; 1998-2002: ASR=38,8; 95% CI=36,8-40,8). 1998-2002 წლებიდან უმნიშვნელოდ

იკლო ამ ლოკალიზაციის მატების ტემპმა და 2008-2010 წლებამდე კვლავ გაგრძელდა ამ დაავადების გავრცელების სიხშირის მატების ტენდენცია (2008-2010: ASR=45,7; 95% CI=43,0-48,5).

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით (თბილისის სტანდარტი, 2002) ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად საშუალოდ ავადდებოდა 46,5 ქალი. ამასთან ერთად, წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში, აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 37,6%000-დან 48,2%000—მდე და 58,4%000—მდე.

თბილისში მცხოვრებ ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR₀₋₇₄) 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) შეადგინა 3,9% (95% CI CR₀₋₇₄=3,8-4,0). ამასთან ერთად დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით (3,2%-დან), აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის (CR₀₋₇₄) მატება 2003-2007 წლებში 4,2%- მდე (95% CI CR₀₋₇₄=4,1-4,4), ხოლო 2008-2010 წლებში- 4,6%-მდე (95% CI CR₀₋₇₄=4,5-4,9).

თბილისში მცხოვრებ ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR₀₋₆₄) 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) შეადგინა 3,0% (95% CI CR₀₋₇₄=3,0-3,1). ამასთან ერთად დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით (2,4%-დან), აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის (CR₀₋₆₄) მატება 2003-2007 წლებში 3,2%- მდე (95% CI CR₀₋₇₄=3,1-3,4), ხოლო 2008-2010 წლებში- 3,8%-მდე (95% CI CR₀₋₇₄=3,7-4,0).

SRR-ს მიხედვით, 1998-2002 წლებში 1988-1992 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა გაიზარდა 3-ჯერ (SRR=3,1; 95% CI SRR =2,8-3,5), ხოლო 2008-2010 წლებში 1988-1992 წლებთან შედარებით - 4,8-ჯერ (SRR=4,8; 95% CI SRR=4,1-5,6). აღნიშნული ტენდენცია შენარჩუნდა 2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, თუმცა შემცირდა ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის ტენდენცია (SRR=1,5; 95% CI SRR=1,4-1,6).

SRR-ს მიხედვით, 1998-2002 წლებთან შედარებით საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა 2003-2007 წლებში გაიზარდა 1,3-ჯერ (SRR=1,3; 95% CI SRR =1,3-1,3), ხოლო 2008-2010 წლებში - 1,5-ჯერ (SRR=1,5; 95% CI SRR=1,4-1,6).

SIR-ს მიხედვით, 2003-2007 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა გაიზარდა 27,9%-ით (SIR =127,9; 95% CI SIR=121,5-134,4), ხოლო 2008-2010 წლებში 2003-2007 წლებთან შედარებით - 20,3%-ით (SIR =120,3; 95% CI SIR=113,2-127,7). სულ 13 წლიან პერიოდში (2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით) ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობამ მოიმატა 53,9%-ით (SIR =153,9; 95% CI SIR=144,8-163,1).

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR₂₅₋₆₄) მიხედვით ქ.თბილისში 13 წლის განმავლობაში (1998-2010) 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 69,0 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₆₄=68,0-70,1).

ამასთან ერთად, შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR₂₅₋₆₄) მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2008-2010 წლებში, 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 55,4‰-დან (95% CI TASR₂₅₋₆₄=53,7-57,0) 72,8‰-მდე (95% CI TASR₂₅₋₆₄ =70,5-74,1) და 89,0‰-მდე (95% CI TASR₂₅₋₆₄ =86,5-91,5).

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში ყველა შესწავლილ ასაკობრივ პერიოდში (25-59, 25-64, 30-64, 30-69) აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის მატების დინამიკა. ამავე დროს, 1998-დან 2010 წლამდე დროის ყველა პერიოდში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის იდენტური დონეები 25-59 და 25-64, ასევე- 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში. ამასთან ერთად საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 25-59 და 25-64 წლებთან შედარებით მატულობს ასაკობრივ პერიოდებში 30-64 და 30-69 წლები.

შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით, როგორც ბოლო 3 წლის (2008-2010), ისე მთელი შესწავლილი 13 წლიანი პერიოდის (1998-2010) მანძილზე, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,2-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში, მაშინ როდესაც 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში რეგისტრირდება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის იდენტური სიხშირეები.

პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე დანარჩენ ასაკობრივ

ჯგუფებთან შედარებით ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი იყო 2,4-ჯერ მაღალი, მაშინ როდესაც ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი წელი- 3,9-ჯერ მაღალი.

შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევების 71,0% დიაგნოსტირებული იქნა ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი, ხოლო 79,8%- ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი. ანუ, სხვა სიტყვებით, 25-59 წელის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შეფარდებითი სიხშირე.

2003-2007 წლებში ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების 5440 შემთხვევის ანალიზის შედეგად ვერიფიცირებული იქნა კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაცია.

წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით დადგენილი იქნა 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა, განისაზღვრა 10 ძირითადი ლოკალიზაცია, მათი სიხშირეები 100,000 ქალზე (%000) და სარანგო ადგილები: I- ძუძუ (ASR=22,7%000), II- კუჭი (ASR=7,4%000), III- ფილტვი (ASR=6,7%000), IV- საშვილოსნოს ტანი (ASR=6,0%000), V- სწორი ნაწლავი (ASR=3,8%000), VI- საშვილოსნოს ყელი (ASR=3,6%000), VII- საკვერცხე (ASR=3,5%000), VIII- ლეიკემია (ASR=3,4%000), IX- ღვიძლი (ASR=3,4%000), X- პანკრეასი (ASR=2,7%000).

თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში სიკვდილის შემთხვევების თითქმის 1/3 (29%) მოდის რეპროდუქციული სისტემის ორგანოებზე, მათ შორის: ძუძუზე- 18,4%, საშვილოსნოს ტანზე- 4,9%, საშვილოსნოს ყელზე- 2,9%, საკვერცხეზე- 2,8%.

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით 2003-2007 წლებში თბილისში 100,000 ქალზე 29,9 გარდაიცვალა ძუძუს, 4,7- საშვილოსნოს ყელის, 8,0- საშვილოსნოს ტანის და 4,6- საკვერცხეების კიბოს მიზეზით .

2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალთა მოსახლეობის 75 წლის ასაკამდე ძუძუს კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკი (CR_{0-74}) შეადგინა 2,6% (95% CI $CR_{0-74}=2,5-2,7$), საშვილოსნოს ყელის- 0,4% (95% CI $CR_{0-74}=2,5-2,7$), საშვილოსნოს ტანის- 0,7% (95% CI $CR_{0-74}=0,7-0,8$), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 0,4% (95% CI $CR_{0-74}=0,4-0,4$).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 25-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₂₅₋₅₉) ძუძუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 28,2 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₅₉=27,0-29,3), საშვილოსნოს ყელის- 5,3 (95% CI TASR₂₅₋₅₉=4,8-5,8), საშვილოსნოს ტანის- 6,7 (95% CI TASR₂₅₋₅₉=6,1-7,2), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 4,5 (95% CI TASR₂₅₋₅₉=4,0-5,0).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₂₅₋₆₄) ძუძუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 31,6 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₆₄=30,4-32,8), საშვილოსნოს ყელის- 5,7 (95% CI TASR₂₅₋₆₄=5,1-6,2), საშვილოსნოს ტანის- 7,7 (95% CI TASR₂₅₋₆₄=7,1-8,3), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 5,1 (95% CI TASR₂₅₋₆₄=4,6-5,6).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 30-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₃₀₋₆₄) ძუძუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 37,9 ქალი (95% CI TASR₃₀₋₆₄=36,7-39,2), საშვილოსნოს ყელის- 6,8 (95% CI TASR₃₀₋₆₄=6,3-7,3), საშვილოსნოს ტანის- 9,3 (95% CI TASR₃₀₋₆₄=8,7-9,9), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 6,2 (95% CI TASR₃₀₋₆₄=5,7-6,7).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 30-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₃₀₋₆₉) ძუძუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 44,6 ქალი (95% CI TASR₃₀₋₆₉=43,3-46,0), საშვილოსნოს ყელის- 7,3 (95% CI TASR₃₀₋₆₉=6,8-7,8), საშვილოსნოს ტანის- 11,4 (95% CI TASR₃₀₋₆₉=10,7-12,1), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 6,7 (95% CI TASR₃₀₋₆₉=6,2-7,3).

შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით აღინიშნება შემდეგი ტენდენცია: 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,3-ჯერ და 1,4-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე, შესაბამისად, 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში.

ამდენად, 2003-2007 წლებში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სულ 150 შემთხვევა, ანუ დედაქალაქის ყოველ 100,000 ქალ მოსახლეზე უხეში მაჩვენებლის მიხედვით ამ მიზეზით ყოველწლიურად გარდაიცვლება 5,1, წლოვანების მიხედვით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის (ASR) მიხედვით- 3,6 (95% CI ASR=3,0-4,2), ხოლო წლოვანებით კორექტირებული (თბილისის სტანდარტი) გარდაცვალების მაჩვენებლის (AAR) მიხედვით- 4,7. კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეკავა რანგით VI ადგილი და მისი ხვედრითი წონა შეადგენდა 2,9%-ს. თბილისელ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით

გარდაცვალების კუმულაციურმა რისკმა დაბადებიდან 65 წლის ასაკამდე შეადგინა 0,3% (95% CI CR₀₋₆₄=0,3-0,3), ხოლო 75 წლის ასაკამდე - 0,4% (95% CI CR₀₋₇₄=0,4-0,5). შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით 25-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 5,3 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₅₉=4,8-5,8), 25-64 წლის - 5,7 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₆₄=5,1-6,2), 30-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში - 6,8 ქალი (95% CI TASR₃₀₋₆₄=6,3-7,3), ხოლო 30-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში - 7,3 ქალი (95% CI TASR₃₀₋₆₉=6,8-7,8). შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (TSRR) მიხედვით აღინიშნება შემდეგი ტენდენცია: 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,3-ჯერ და 1,4-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე, შესაბამისად, 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში.

2008 წლიდან ქ.თბილისში ამოქმედდა ძუძუსა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა. ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში გამოკვლევა ჩატარდა სულ 81,973 ქალს. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-დიაგნოსტიკური გაიდლაინი მოიცავდა შემდეგ გამოკვლევებს: გინეკოლოგიური გასინჯვას (PV et PR), Pap ტესტს, საჭიროების შემთხვევაში კოლპოსკოპიას, ბიოფსიასა და ჰისტოლოგიურ კვლევას.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში ქ.თბილისში კოლპოსკოპიით სულ გამოკვლეული იქნა 14,015 ქალი.

2013 წელს ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი სულ ჩატარდა 13,584 ქალს, მათ შორის 7,416 (54,6%) ქალს - სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მიერ. ამდენად სავსებით ვალიდურად ჩაითვალა ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის შეფასება სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მონაცემებზე დაყრდნობით.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული 7,416 ქალიდან 45 შემთხვევაში გამოვლენილი იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბო, ხოლო 73 შემთხვევაში - საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზია (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომა (CIS).

საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზიისა (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) პრევალენტობამ სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში ყოველ 1,000 ქალზე 2013 წელს შეადინა 9,8%0. საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზიისა

(CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) პრევალენტობის მაღალი დონეები აღინიშნა 35-49 წლის ასაკის ქალებში.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობამ სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში ყოველ 1,000 ქალზე 2013 წელს შეადინა 6,1%. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობის პიკური დონე (10,5%) აღინიშნა 60-64 წლის ასაკის ქალებში.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს 45 შემთხვევის უდიდეს უმრავლესობაში (82%) დაავადება დიაგნოსტირებული იქნა I კლინიკურ სტადიაში.

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის დიაგნოსტიკური ღირებულების შეფასების მიზნით სკრინინგის ეროვნული ცენტრის მონაცემებზე დაყრდნობით შესწავლილი იქნა გინეკოლოგიური გასინჯვის, Pap ტესტის, კოლპოსკოპიისა და Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის შემდეგი მაჩვენებლები: ტესტის მგრძობელობის კოეფიციენტი, ტესტის სპეციფიურობის კოეფიციენტი, ტესტის პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტი, ტესტის ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტი, ტესტის ფასეულობის კოეფიციენტი.

ტესტის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის შეფასების დროს თითოეული გამოკვლევის შედეგი შედარებული იქნა საბოლოო კლინიკურ დიაგნოზთან, რომელიც ყოველი კონკრეტული პაციენტის შემთხვევაში დასმული იქნა კომპლექსური გამოკვლევის საფუძველზე. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგ-დიაგნოსტიკური გაიდლაინი მოიცავდა შემდეგ გამოკვლევებს: გინეკოლოგიური გასინჯვას (გასინჯვას სარკეებით და PV et PR), Pap ტესტს, საჭიროების შემთხვევაში კოლპოსკოპიას, ბიოფსიასა და ჰისტოლოგიურ კვლევას.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული 7,416 ქალიდან 118 პაციენტს დაუდგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ს დიაგნოზი, მათ შორის 53 შემთხვევაში დადასტურდა გინეკოლოგიური გასინჯვითაც. 7,362 ქალის გინეკოლოგიური გასინჯვის საფუძველზე საშვილოსნოს ყელის პათოლოგია არ ყოფილა დადგენილი, მათ შორის საშვილოსნოს ყელის CIS-ს 65 შემთხვევაში. ანუ, სხვა სიტყვებით, გინეკოლოგიური გასინჯვის დროს შემთხვევათა 0,9%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 54-დან 1 შემთხვევაში (1,9%) - ჰიპერდიაგნოსტიკას.

გინეკოლოგიური გასინჯვის მგრძობელობამ შეადგინა 44.9%, სპეციფიურობამ - 99.99%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა - 98.1%, ნეგატიური

შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -99.1%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 99.1%.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული 7,416 ქალიდან 118 პაციენტს დაუდგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ს დიაგნოზი, მათ შორის 101 შემთხვევაში დადასტურდა Pap ტესტით. 7,310 ქალის Pap ტესტის საფუძველზე საშვილოსნოს ყელის პათოლოგია არ ყოფილა დადგენილი, მათ შორის საშვილოსნოს ყელის CIS-ს 17 შემთხვევაში. ანუ, სხვა სიტყვებით, Pap ტესტით შემთხვევათა 0,2%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 106-დან 5 შემთხვევაში (4,7%)- ჰიპერდიაგნოსტიკას.

Pap ტესტის მგრძობელობამ შეადგინა 85.6%, სპეციფიურობამ - 99.9%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -95.3%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -99.8%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 99.7%.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს კოლპოსკოპიური გამოკვლევა ჩატარდა 1,375 ქალს. საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) 118 შემთხვევიდან დიაგნოზი კოლპოსკოპიით დაუდასტურდა 108 პაციენტს. 1,264 ქალიდან კოლპოსკოპიის საფუძველზე საშვილოსნოს ყელის პათოლოგია არ ყოფილა დადგენილი 10 შემთხვევაში. ანუ, სხვა სიტყვებით, კოლპოსკოპიით შემთხვევათა 0,8%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 111-დან 3 შემთხვევაში (2,7%)- ჰიპერდიაგნოსტიკას.

კოლპოსკოპიის მგრძობელობამ შეადგინა 91.5%, სპეციფიურობამ - 99.8%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -97.3%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -99.2%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 99.1%.

გინეკოლოგიური გასინჯვის, Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობის შედარებითი ანალიზი გვიჩვენებს, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) დიაგნოსტიკისას ეს გამოკვლევები ერთმანეთისაგან ძირითადად განსხვავება მგრძობელობის კოეფიციენტების მიხედვით.

ცნობილია, რომ ტესტის მგრძობელობა ასახავს იმ ალბათობას, რომლის დროსაც დაავადებული პირები გამოკვლევის საფუძველზე კლასიფიცირებული იქნებიან როგორც ავადმყოფები. გინეკოლოგის გასინჯვასთან შედარებით (44.9%) მგრძობელობის მაღალი მაჩვენებლები აღინიშნა Pap ტესტირებისა (85,6%) და კოლპოსკოპიური გამოკვლევის (92,3%) შემთხვევებში. დამატებით, Pap ტესტის, როგორც სკრინინგის ძირითადი ტესტის განსაკუთრებული დადებითი მახასიათებელია ჰიპოდიაგნოსტიკის დაბალი მაჩვენებელი

(0.2%). Pap ტესტის ეფექტიანობა მკვეთრად იზრდება კოლპოსკოპიური გამოკვლევის შემდგომი, დაზიანებული უბნიდან დამიზნებულად აღებული ნაცხების, ციტოლოგიური კვლევით.

დამატებით, Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის შედეგები 162 შემთხვევაში შედარებული იქნა კლინიკურ დიაგნოზებთან და შესწავლილი იქნა აღნიშნული კომბინაციის დიაგნოსტიკური ეფექტიანობა.

Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის მგრძობელობამ შეადგინა 96.3%, სპეციფიურობამ - 98.5%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა - 92.9%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა - 83.3%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა - 98.1%.

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ეკონომიკური შეფასების მიზნით შესწავლილი იქნა სკრინინგის პროგრამის 5-წლიანი ციკლის დროს (2010-2014 წლებში) სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ განხორციელებული გამოკვლევების აბსოლუტური რაოდენობები.

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2010-2014 წლებში გინეკოლოგიური გასინჯვა და Pap ტესტი ჩაუტარდა 66,324 ქალს, ხოლო კოლპოსკოპია, ნიშნული ბიფსია და მორფოლოგიური კვლევა 12,147 ქალს, ანუ სკრინინგს დაქვემდებარებული ქალების 18%-ს.

2010-2014 წლებში ქ.თბილისში 66,324 ქალისათვის ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულებამ სულ შეადგინა 2,000,981 ლარი.

2002 წლის მოსახლეობის აღწერის მონაცემების მიხედვით ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის რაოდენობამ 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში შეადგინა 290,007, ხოლო 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში - 280,883 ქალი.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის დღემდე მოქმედი გაიდლაინის მიხედვით სკრინინგი უტარდებათ ქალებს 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში. ანუ 2010-2014 წლებში განხორციელდა სკრინინგს დაქვემდებარებული მიზნობრივი კონტიგენტის მხოლოდ 23%-ის ტესტირება. ამავე დროს, სკრინინგის ეფექტიანობის გასაუმჯობესებლად საჭიროა მიზნობრივი ჯგუფის სულ ცოტა 50%-ით მოცვა, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში, როგორც ცნობელია, იწყება საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების შემცირება.

ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის 2002 წლის აღწერის მონაცემების მიხედვით გამომანგარიშებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება 25-59

წლის და 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდებში მიზნობრივი ჯგუფების 50%-იანი და 70%-იანი მოცვის შემთხვევებში.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით აუცილებელია სკრინინგს დაქვემდებარებული ქალების რაოდენობის ეტაპობრივად 2-3-ჯერ გაზრდა. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად, ერთის მხრივ საჭიროა ქალთა მოსახლეობის განათლება და მათში პერიოდულად სკრინინგის გავლის ჩვევის გამომუშავება, მეორეს მხრივ კი - პროგრამის დაფინანსების გაზრდა. 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევებში სკრინინგ-პროგრამის ღირებულება შეადგენს 4,353,886 ლარს, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- 6,095,427 ლარს. 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევებში სკრინინგ-პროგრამის ღირებულება შეადგენს 4,216,908 ლარს, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- 5,903,652 ლარს.

როგორც ეს ჩვენს მიერ ჩატარებულმა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანითა და 25-59 წლის ასაკობრივი პერიოდის ნაცვლად სკრინინგის 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება, ერთის მხრივ გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობას (30-64 ასაკობრივ პერიოდში, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით, 1,2-ჯერ და 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შეფარდებითი სიხშირე, ასევე -1,3-ჯერ და 10,6%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შეფარდებითი სიხშირე; სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობის პიკური დონე (10,5%) აღინიშნა 60-64 წლის ასაკის ქალებში), ხოლო მეორეს მხრივ- შეამცირებს გასაწევ ხარჯებს: მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევაში ~ 137,000 ლარით, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- ~ 192,000 ლარით. ანუ, სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანა და მისი 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება მნიშვნელოვნად გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ხარჯთ-ეფექტიანობას.

კვლევით მიღებული ძირითადი შედეგები

ჩვენს მიერ გაანალიზებული იქნა ქ.თბილისში 1998-2010 წლებში რეგისტრირებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს 3773 შემთხვევა და 2003-2007 წლებში ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების 5440 შემთხვევა.

უხეში მაჩვენებლების მიხედვით ქ.თბილისში შესწავლილი პერიოდის განმავლობაში (1998-2010) ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 48,9 ქალი.

2008-2010 წლებში აღინიშნა ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის მკვეთრი მატება ასაკობრივ ჯგუფში 40-44 წელი, რომელშიც რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის პიკური დონე- 255.8‰000.

წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ქ.თბილისში 1998-2010 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 37,0 ქალი. ამასთან ერთად დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში, აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 29,9‰000-დან, შესაბამისად, 38,8‰000-მდე და 45,7‰000-მდე.

1988-1992 წლების შემდეგ 10-10 წლიანი ინტერვალებით შედარებისას აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მკვეთრი მატება (1988-1992: ASR=29,9); 1998-2002: ASR=38,8;. 1998-2002 წლებიდან უმნიშვნელოდ იკლო ამ ლოკალიზაციის მატების ტემპმა და 2008-2010 წლებამდე კვლავ გაგრძელდა ამ დაავადების გავრცელების სიხშირის მატების ტენდენცია (2008-2010: ASR=45,7).

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით (თბილისის სტანდარტი, 2002) ქ.თბილისში 1998-2010 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად საშუალოდ ავადდებოდა 46,5 ქალი. ამასთან ერთად, დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2003-2007 და 2008-2010 წლებში, აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 37,6‰000-დან 48,2‰000—მდე და 58,4‰000—მდე.

თბილისში მცხოვრებ ქალთა მოსახლეობის საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR₀₋₇₄) 1998-2010 წლებში შეადგინა 3,9%. ამასთან ერთად დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით (3,2%-დან), აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადების კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის (CR₀₋₇₄) მატება 2003-2007 წლებში 4,2%- მდე, ხოლო 2008-2010 წლებში- 4,6%-მდე.

SRR-ს მიხედვით, 1998-2002 წლებში 1988-1992 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა გაიზარდა 3-ჯერ, ხოლო 2008-2010 წლებში 1988-1992 წლებთან შედარებით - 4,8-ჯერ. აღნიშნული ტენდენცია შენარჩუნდა 2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, თუმცა შემცირდა ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის ტენდენცია (SRR=1,5).

SIR-ს მიხედვით, 2003-2007 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა გაიზარდა 27,9%-ით, ხოლო 2008-2010 წლებში 2003-2007 წლებთან შედარებით - 20,3%-ით. სულ 13 წლიან პერიოდში (2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით) ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობამ მოიმატა 53,9%-ით.

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR²⁵⁻⁶⁴) მიხედვით ქ.თბილისში 1998-2010 წლებში 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა 69,0 ქალი. TASR²⁵⁻⁶⁴ მიხედვით დინამიკაში, 1998-2002 წლებთან შედარებით 2008-2010 წლებში, 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის მატება: 55,4%000-დან 72,8 %000—მდე და 89,0%000—მდე.

შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში ყველა შესწავლილ ასაკობრივ პერიოდში (25-59, 25-64, 30-64, 30-69) აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის მატების დინამიკა. ამავე დროს, 1998-დან 2010 წლამდე დროის ყველა პერიოდში აღინიშნა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის იდენტური დონეები 25-59 და 25-64, ასევე- 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში. ამასთან ერთად საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 25-59 და 25-64 წლებთან შედარებით მატულობს ასაკობრივ პერიოდებში 30-64 და 30-69 წლები.

შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით, როგორც ბოლო 3 წლის (2008-2010), ისე მთელი შესასწავლი 13 წლიანი პერიოდის (1998-2010) მანძილზე, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,2-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში, მაშინ როდესაც 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში რეგისტრირდება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის იდენტური სიხშირეები.

პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი იყო 2,4-ჯერ მაღალი, მაშინ

როდესაც ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი წელი- 3,9-ჯერ მაღალი. ანუ, სხვა სიტყვებით, 30-64 წლის ასაკობრივი პერიოდის ქალებში, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით, პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1,6-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე.

შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1998-2010 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შემთხვევების 71,0% დიაგნოსტირებული იქნა ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი, ხოლო 79,8%- ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი. ანუ, სხვა სიტყვებით, 25-59 წელიას ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით, ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის შეფარდებითი სიხშირე.

2003-2007 წლებში ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების 5440 შემთხვევის ანალიზის შედეგად ვერიფიცირებული იქნა კიბოს 10 ძირითადი ლოკალიზაცია.

წლოვანებით სტანდარტიზებული სიხშირის მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით დადგენილი იქნა 2003-2007 წლებში თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურა, განისაზღვრა 10 ძირითადი ლოკალიზაცია, მათი სიხშირეები 100,000 ქალზე (%000) და სარანგო ადგილები: I- ძუძუ (ASR=22,7%000), II- კუჭი (ASR=7,4%000), III- ფილტვი (ASR=6,7%000), IV- საშვილოსნოს ტანი (ASR=6,0%000), V- სწორი ნაწლავი (ASR=3,8%000), VI- საშვილოსნოს ყელი (ASR=3,6%000), VII- საკვერცხე (ASR=3,5%000), VIII- ლეიკემია (ASR=3,4%000), IX- ღვიძლი (ASR=3,4%000), X- პანკრეასი (ASR=2,7%000).

თბილისში ქალთა მოსახლეობის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში სიკვდილის შემთხვევების თითქმის 1/3 (29%) მოდის რეპროდუქციული სისტემის ორგანოებზე, მათ შორის: ძუძუზე- 18,4%, საშვილოსნოს ტანზე- 4,9%, საშვილოსნოს ყელზე- 2,9%, საკვერცხეზე- 2,8%.

წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლების (AAR) მიხედვით 2003-2007 წლებში თბილისში 100,000 ქალზე 29,9 გარდაიცვალა ძუძუს, 4,7- საშვილოსნოს ყელის, 8,0- საშვილოსნოს ტანის და 4,6- საკვერცხეების კიბოს მიზეზით .

2003-2007 წლებში ქ.თბილისში ქალთა მოსახლეობის 75 წლის ასაკამდე ძუძუს კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკი (CR₀₋₇₄) შეადგინა 2,6% (95% CI CR₀₋₇₄=2,5-2,7), საშვილოსნოს ყელის- 0,4% (95% CI CR₀₋₇₄=2,5-2,7), საშვილოსნოს ტანის-

0,7% (95% CI CR₀₋₇₄=0,7-0,8), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 0,4% (95% CI CR₀₋₇₄=0,4-0,4).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 25-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₂₅₋₅₉) ტუბუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 28,2 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₅₉=27,0-29,3), საშვილოსნოს ყელის- 5,3 (95% CI TASR₂₅₋₅₉=4,8-5,8), საშვილოსნოს ტანის- 6,7 (95% CI TASR₂₅₋₅₉=6,1-7,2), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 4,5 (95% CI TASR₂₅₋₅₉=4,0-5,0).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 25-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₂₅₋₆₄) ტუბუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 31,6 ქალი (95% CI TASR₂₅₋₆₄=30,4-32,8), საშვილოსნოს ყელის- 5,7 (95% CI TASR₂₅₋₆₄=5,1-6,2), საშვილოსნოს ტანის- 7,7 (95% CI TASR₂₅₋₆₄=7,1-8,3), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 5,1 (95% CI TASR₂₅₋₆₄=4,6-5,6).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 30-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₃₀₋₆₄) ტუბუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 37,9 ქალი (95% CI TASR₃₀₋₆₄=36,7-39,2), საშვილოსნოს ყელის- 6,8 (95% CI TASR₃₀₋₆₄=6,3-7,3), საშვილოსნოს ტანის- 9,3 (95% CI TASR₃₀₋₆₄=8,7-9,9), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 6,2 (95% CI TASR₃₀₋₆₄=5,7-6,7).

ქ.თბილისში 2003-2007 წლებში 30-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (TASR₃₀₋₆₉) ტუბუს კიბოს მიზეზით ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 44,6 ქალი (95% CI TASR₃₀₋₆₉=43,3-46,0), საშვილოსნოს ყელის- 7,3 (95% CI TASR₃₀₋₆₉=6,8-7,8), საშვილოსნოს ტანის- 11,4 (95% CI TASR₃₀₋₆₉=10,7-12,1), ხოლო საკვერცხეების კიბოს მიზეზით- 6,7 (95% CI TASR₃₀₋₆₉=6,2-7,3).

შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (SRR) მიხედვით აღინიშნება შემდეგი ტენდენცია: 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,3-ჯერ და 1,4-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე, შესაბამისად, 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში.

ამდენად, 2003-2007 წლებში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სულ 150 შემთხვევა, ანუ დედაქალაქის ყოველ 100,000 ქალ მოსახლეზე უხეში მაჩვენებლის მიხედვით ამ მიზეზით ყოველწლიურად გარდაიცვლება 5,1, წლოვანების მიხედვით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის (ASR) მიხედვით- 3,6, ხოლო წლოვანებით კორექტირებული გარდაცვალების მაჩვენებლის (AAR) მიხედვით- 4,7. კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეკავა

რანგით VI ადგილი და მისი ხვედრითი წონა შეადგენდა 2,9%-ს. თბილისელ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციურმა რისკმა დაბადებიდან 75 წლის ასაკამდე- 0,4%. შეკვეცილი წლოვანებით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (TASR) მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით 25-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 5,3 ქალი, 25-64 წლის - 5,7 ქალი, 30-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში -6,8 ქალი, ხოლო 30-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფში- 7,3 ქალი. შეკვეცილი სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების (TSRR) მიხედვით აღინიშნება შემდეგი ტენდენცია: 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით 1,3-ჯერ და 1,4-ჯერ მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე, შესაბამისად, 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში. პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირე დანარჩენ ასაკობრივ ჯგუფებთან შედარებით ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი იყო 1,1-ჯერ მაღალი, მაშინ როდესაც ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი წელი- 1,7-ჯერ მაღალი. შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 2003-2007 წლებში ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების 52,7% რეგისტრირებული იქნა ასაკობრივ პერიოდში 25-59 წელი, ხოლო 63,3%- ასაკობრივ პერიოდში 30-64 წელი. ანუ, სხვა სიტყვებით, 25-59 წელის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით აკობრივ პერიოდში 30-64 წელი 10,6%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შეფარდებითი სიხშირე.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2008-2014 წლებში Pap ტესტირება ჩაუტარდა სულ 81,973 ქალს, ხოლო კოლპოსკოპიური გამოკვლევა- 14,015 ქალს.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს Pap ტესტით გამოკვლეული 7,416 ქალიდან 45 შემთხვევაში გამოვლენილი იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბო, ხოლო 73 შემთხვევაში- საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზია (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომა (CIS).

საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზიისა (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) პრევალენტობამ სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში ყოველ 1,000 ქალზე 2013 წელს შეადინა 9,8%0. საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზიისა

(CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) პრევალენტობის მაღალი დონეები აღინიშნა 35-49 წლის ასაკის ქალებში.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობამ სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში ყოველ 1,000 ქალზე 2013 წელს შეადინა 6,1%0. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობის პიკური დონე (10,5%0) აღინიშნა 60-64 წლის ასაკის ქალებში.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს 45 შემთხვევის უდიდეს უმრავლესობაში (82%) დაავადება დიაგნოსტირებული იქნა I კლინიკურ სტადიაში.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს გამოკვლეული 7,416 ქალიდან 118 პაციენტს დაუდგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და CIS-ს დიაგნოზი, მათ შორის 101 შემთხვევაში დადასტურდა Pap ტესტით. 7,310 ქალის Pap ტესტის საფუძველზე საშვილოსნოს ყელის პათოლოგია არ ყოფილა დადგენილი, მათ შორის საშვილოსნოს ყელის CIS-ს 17 შემთხვევაში. ანუ, სხვა სიტყვებით, Pap ტესტით შემთხვევათა 0,2%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 106-დან 5 შემთხვევაში (4,7%)- ჰიპერდიაგნოსტიკას.

Pap ტესტის მგრძობელობამ შეადგინა 85.6%, სპეციფიურობამ - 99.9%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -95.3%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -99.8%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 99.7%.

სკრინინგის ეროვნული ცენტრში 2013 წელს კოლპოსკოპიური გამოკვლევა ჩატარდა 1,375 ქალს. საშვილოსნოს ყელის კიბოსა და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) 118 შემთხვევიდან დიაგნოზი კოლპოსკოპიით დაუდასტურდა 108 პაციენტს. 1,264 ქალიდან კოლპოსკოპიის საფუძველზე საშვილოსნოს ყელის პათოლოგია არ ყოფილა დადგენილი 10 შემთხვევაში. ანუ, სხვა სიტყვებით, კოლპოსკოპიით შემთხვევათა 0,8%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 111-დან 3 შემთხვევაში (2,7%)- ჰიპერდიაგნოსტიკას.

კოლპოსკოპიის მგრძობელობამ შეადგინა 91.5%, სპეციფიურობამ - 99.8%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -97.3%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -99.2%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 99.1%.

Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის მგრძობელობამ შეადგინა 96.3%, სპეციფიურობამ - 98.5%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა - 92.9%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -83.3%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 98.1%.

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ეკონომიკური შეფასების მიზნით შესწავლილი იქნა სკრინინგის პროგრამის 5-წლიანი ციკლის დროს (2010-2014 წლებში) სკრინინგის ეროვნული ცენტრისა და სუბკონტრაქტორი ორგანიზაციების მიერ განხორციელებული გამოკვლევების აბსოლუტური რაოდენობები.

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში 2010-2014 წლებში გინეკოლოგიური გასინჯვა და Pap ტესტი ჩატარდა 66,324 ქალს, ხოლო კოლპოსკოპია, ნიშნული ბიფსია და მორფოლოგიური კვლევა 12,147 ქალს, ანუ სკრინინგს დაქვემდებარებული ქალების 18%-ს.

2010-2014 წლებში ქ.თბილისში 66,324 ქალისათვის ჩატარებული საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულებამ სულ შეადგინა 2,000,981 ლარი.

2002 წლის მოსახლეობის აღწერის მონაცემების მიხედვით ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის რაოდენობამ 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში შეადგინა 290,007, ხოლო 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში - 280,883 ქალი.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამის დღემდე მოქმედი გაიდლაინის მიხედვით სკრინინგი უტარდებათ ქალებს 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში. ანუ 2010-2014 წლებში განხორციელდა სკრინინგს დაქვემდებარებული მიზნობრივი კონტიგენტის მხოლოდ 23%-ის ტესტირება. ამავე დროს, სკრინინგის ეფექტიანობის გასაუმჯობესებლად საჭიროა მიზნობრივი ჯგუფის სულ ცოტა 50%-ით მოცვა, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში, როგორც ცნობელია, იწყება საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების შემცირება.

ქ.თბილისის ქალთა მოსახლეობის 2002 წლის აღწერის მონაცემების მიხედვით გამოანგარიშებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ღირებულება 25-59 წლის და 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდებში მიზნობრივი ჯგუფების 50%-იანი და 70%-იანი მოცვის შემთხვევებში.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით აუცილებელია სკრინინგს დაქვემდებარებული ქალების რაოდენობის ეტაპობრივად 2-3-ჯერ გაზრდა. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად, ერთის მხრივ საჭიროა ქალთა მოსახლეობის განათლება და მათში პერიოდულად სკრინინგის გავლის ჩვევის გამომუშავება, მეორეს მხრივ კი - პროგრამის დაფინანსების გაზრდა. 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევებში სკრინინგ-პროგრამის ღირებულება შეადგენს 4,353,886 ლარს, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში - 6,095,427 ლარს. 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის

50%-იანი მოცვის შემთხვევებში სკრინინგ- პროგრამის ღირებულება შეადგენს 4,216,908 ლარს, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- 5,903,652 ლარს.

როგორც ეს ჩვენს მიერ ჩატარებულმა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანითა და 25-59 წლის ასაკობრივი პერიოდის ნაცვლად სკრინინგის 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება, ერთის მხრივ გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობას (30-64 ასაკობრივი პერიოდის ქალებში, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით, SRR-ის მიხედვით 1,2-ჯერ, პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1,6-ჯერ, ხოლო შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე; სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობის პიკური დონე (10,5%0) აღინიშნა 60-64 წლის ასაკის ქალებში), ხოლო მეორეს მხრივ- შეამცირებს გასაწევ ხარჯებს: მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევაში ~ 137,000 ლარით, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- ~ 192,000 ლარით. ანუ, სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანა და მისი 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება მნიშვნელოვნად გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ხარჯთ-ეფექტიანობას.

დასკვნები

1. 1998-2010 წლებში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს 3773 შემთხვევა. ყოველ 100,000 ქალზე საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ყოველწლიურად ავადდებოდა უხეში მაჩვენებლით 48,9 ქალი, წლოვანების მიხედვით სტანდარტიზებული მაჩვენებლით (ASR) -37,0 ქალი, ხოლო წლოვანებით კორექტირებული მაჩვენებლით (AAR) - 46,5 ქალი. თბილისელ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR₀₋₇₄) 1998-2010 წლებში შეადგინა 3,9%.
2. 2008-2010 წლებში 1998-2002 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა SRR-ს მიხედვით გაიზარდა 1,5-ჯერ, SIR-ს მიხედვით-53,9%-ით, ხოლო 2008-2010 წლებში 1988-1992 წლებთან შედარებით, საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა SRR-ს მიხედვით გაიზარდა 4,8-ჯერ.
3. ქ.თბილისში 1998-2010 წლებში, TASR-ს მიხედვით აღინიშნება საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის მატების დინამიკა. ამავე დროს, დადგინდა საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირის იდენტური დონეები 25-59 და 25-64, ასევე- 30-64 და 30-69 ასაკობრივ პერიოდებში. ამასთან ერთად საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე 25-59 და 25-64 წლებთან შედარებით მატულობს ასაკობრივ პერიოდებში 30-64 და 30-69 წლები.
4. 30-64 ასაკობრივი პერიოდის ქალებში, 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდთან შედარებით, SRR-ის მიხედვით 1,2-ჯერ, პროპორციული სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 1,6-ჯერ, ხოლო შეფარდებითი სიხშირის მაჩვენებლების მიხედვით 8,8%-ით მაღალია საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობის სიხშირე.
5. 2003-2007 წლებში რეგისტრირებული იქნა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების 150 შემთხვევა. დედაქალაქის ყოველ 100,000 ქალ მოსახლეზე უხეში მაჩვენებლის მიხედვით ამ მიზეზით ყოველწლიურად გარდაიცვლება 5,1, ASR-ს მიხედვით- 3,6, ხოლო AAR-ს მიხედვით- 4,7. კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეკავა რანგით VI ადგილი და მისი ხვედრითი წონა შეადგენდა 2,9%-ს. თბილისელ ქალებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით გარდაცვალების კუმულაციური რისკის მაჩვენებელმა (CR₀₋₇₄) შეადგინა 0,4%. TASR-ს მიხედვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს მიზეზით 25-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში ყოველ 100,000 ქალზე

ყოველწლიურად გარდაიცვლებოდა 5,3 ქალი, ხოლო 30-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფში -6,8 ქალი.

6. საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზიისა (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) პრევალენტობამ სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში ყოველ 1,000 ქალზე 2013 წელს შეადინა 9,8%0. საშვილოსნოს ყელის მძიმე დისპლაზიისა (CIN3) და ინტრაეპითელიალური კარცინომის (CIS) პრევალენტობის მაღალი დონეები აღინიშნა 35-49 წლის ასაკის ქალებში.
7. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობამ სკრინინგს დაქვემდებარებულ ქალთა კონტიგენტში ყოველ 1,000 ქალზე შეადინა 6,1%0. საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობის პიკური დონე (10,5%0) აღინიშნა 60-64 წლის ასაკის ქალებში. გამოლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევის უდიდეს უმრავლესობაში (82%) დაავადება დიაგნოსტირებული იქნა I კლინიკურ სტადიაში.
8. Pap ტესტით შემთხვევათა 0,2%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 4,7%-ში ჰიპერდიაგნოსტიკას. Pap ტესტის მგრძობელობამ შეადგინა 85.6%, სპეციფიურობამ - 99.9%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -95.3%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა - 99.8%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 99.7%.
9. კოლპოსკოპით შემთხვევათა 0,8%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, 2,7%-ში ჰიპერდიაგნოსტიკას. კოლპოსკოპიის მგრძობელობამ შეადგინა 91.5%, სპეციფიურობამ - 99.8%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -97.3%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა - 99.2%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 99.1%.
10. Pap ტესტისა და კოლპოსკოპიის კომბინაციის მგრძობელობამ შეადგინა 96.3%, სპეციფიურობამ - 98.5%, პოზიტიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა -92.9%, ნეგატიური შედეგის წინასწარმეტყველების კოეფიციენტმა - 83.3%, ხოლო ფასეულობის კოეფიციენტმა- 98.1%.
11. სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანითა და 25-59 წლის ასაკობრივი პერიოდის ნაცვლად სკრინინგის 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარებით, ერთის მხრივ გაიზრდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობა, ხოლო მეორეს მხრივ- შემცირდება გასაწევი ხარჯები: მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევაში ~ 137,000 ლარით, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- ~ 191,000 ლარით. ანუ, სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების

შეტანითა და მისი 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარებით მნიშვნელოვნად გაიზარდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ხარჯთ-ეფექტიანობა.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

1. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სრულფასოვანი კონტროლის მიზნით პირველი რიგის გადაუდებელ ამოცანას წარმოადგენს კიბოს პოპულაციური რეგისტრის ქსელის შექმნა საერთაშორისო მოთხოვნების გათვალისწინებით (IACR, Lyon; ENCR, Lyon) და პაციენტების შესახებ მონაცემების აქტიურ Follow-up რეჟიმში კოლექცია, მონაცემთა ელექტრონული ბაზების მუდმივი on-line განახლება, დესკრიპტული ანალიზისა და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის წარმოება;
2. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით აუცილებელია სკრინინგს დაქვემდებარებული ქალების რაოდენობის ეტაპობრივად 2-3-ჯერ გაზრდა. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად, ერთის მხრივ საჭიროა ქალთა მოსახლეობის განათლება და მათში პერიოდულად სკრინინგის გავლის ჩვევის გამომუშავება, მეორეს მხრივ კი - პროგრამის დაფინანსების გაზრდა. 25-59 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევებში სკრინინგ- პროგრამის ღირებულება შეადგენს 4,353,886 ლარს, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- 6,095,427 ლარს. 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევებში სკრინინგ- პროგრამის ღირებულება შეადგენს 4,216,908 ლარს, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- 5,903,652 ლარს.
3. ჩვენს მიერ ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევის საფუძველზე რეკომენდებულია სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანა და 25-59 წლის ასაკობრივი პერიოდის ნაცვლად სკრინინგის 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება, რაც ერთის მხრივ გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობას, ხოლო მეორეს მხრივ- შეამცირებს გასაწევ ხარჯებს: მიზნობრივი ჯგუფის 50%-იანი მოცვის შემთხვევაში ~ 930,000 ლარით, ხოლო 70%-იანი მოცვის შემთხვევაში- ~ 130,000 ლარით. ანუ, სკრინინგის გაიდლაინში ცვლილების შეტანა და მისი 30-64 წლის ასაკობრივ პერიოდში ჩატარება მნიშვნელოვნად გაზრდის საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ხარჯთ-ეფექტიანობას.

გამოყენებული ლიტერატურა

ტყეშელაშვილი, ვ. (2007). *1988-1992 წლებში თბილისში ძირითადი ლოკალიზაციების კიბოთი ავადობის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებანი*. თბილისი

ტყეშელაშვილი, ვ. (2007). თბილისის მოსახლეობის გარდაცვალების მიზეზები 2002-2004 წლებში, პოპულაციაზე დაფუძნებული კიბოს რეგისტრის მონაცემებით.

www.CancerNet.ge #1, Bienial 2007-2008: 1st Annual, 1st quarter

ჩარკვიანი, ლ. (1977). *საშვილოსნოს კიბოს პროფილაქტიკისა და ადრელი დიაგნოსტიკის ეპიდემიოლოგიური ასპექტები* (რუსულ ენაზე). თბილისი: საბჭოთა საქართველო

Albrechtsen, S., Rasmussen, S., Thoresen, S., Irgens, L.M., & Iversen, O.E. (2008). *Pregnancy outcome in women before and after conisation: population based cohort study*. BMJ

American Cancer Society (ACS) (2013). *Cervical cancer: detailed guide*. მოძიებულია 2013 წლის 20 აგვისტო, <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide>

American Cancer Society (ACS) (2013). *Cancer facts & figures 2013*. Accessed Jul. 30, 2013, from <http://www.cancer.org/research/cancerfactsfigures/cancerfactsfigures/cancer-facts-figures-2013>

American Cancer Society (ACS) (2014). *Cervical Cancer: Statistics. American Cancer Society's publication: Cancer Facts & Figures 2014*. <http://www.cancer.net/cancer-types/cervical-cancer/statistics>

Andrae B., Andersson T.M., Lambert P.C., Kemetli L., Silfverdal L., Strander B., Ryd W., Dillner J., Törnberg S., Sparén P. (2012). *Screening and cervical cancer cure: population based cohort study*. BMJ 2012;344:e900.

Appleby P., Beral V., Berrington de González, A., et al. (2007). *Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies*. Lancet, 370 (9599):1609-21.

Arbyn M. et al. (2009). *Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union*. EJC, 2009, v.45, i.15, p.2640-2648.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2009.07.018> [http://www.ejca.com/article/S0959-8049\(09\)00571-1/abstract](http://www.ejca.com/article/S0959-8049(09)00571-1/abstract)

Australian Institute of Health and Welfare & Australasian Association of Cancer Registries (2012). *Cancer in Australia: an overview, 2012*. Cancer series no. 74. Cat. no. CAN 70. Canberra: AIHW. <http://www.cancer.org.au/about-cancer/types-of-cancer/cervical-cancer.html>

Australian Institute of Health and Welfare (2014). ACIM (Australian Cancer Incidence and Mortality) Books. Canberra: AIHW. <http://www.cancer.org.au/about-cancer/types-of-cancer/cervical-cancer.html>

Barot S. (2012). *Preventing Cervical Cancer: New Resources to Advance the Domestic and Global Fight*. Guttmacher Policy Review, 2012 , V. 15, N. 1. <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/15/1/gpr150108.html>

Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, et al. (2003). *Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low resource settings*. SaludPublicaMex 45: 408–416.

Burger E.A., Ortendahl J.D., Sy S., Kristiansen I.S., Kim J.J. (2012). *Cost-effectiveness of cervical cancer screening with primary human papillomavirus testing in Norway*. Br. J. Cancer. 2012, 24;106(9):1571-8. doi: 10.1038/bjc.2012.94 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22441643>

Canadian Cancer Society's Steering Committee on Cancer Statistics. Canadian Cancer Statistics (2013). Toronto, ON: Canadian Cancer Society; 2013.

Castañón A., Brocklehurst P., Evans H., Peebles D., Singh N., Walker P., Patnick J., Sasieni P. (2012). *Risk of preterm birth after treatment for cervical intraepithelial neoplasia among women attending colposcopy in England: retrospective-prospective cohort study*. BMJ 2012;345:e5174.

Castellsagué X, Díaz M, de Sanjosé S, Muñoz N, Herrero R, et al. (2006). *Worldwide human papillomavirus etiology of cervical adenocarcinoma and its cofactors: implications for screening and prevention*. J Natl Cancer Inst 98: 303-315.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012). *Cervical cancer rates by race ethnicity*. Accessed Aug. 20, 2013, from <http://www.cdc.gov/cancer/cervical/statistics/race.htm>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2012). *HPV vaccine information for clinicians - fact sheet*. Accessed Aug. 28, 2013, from <http://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv-vaccine-hcp.htm>

Clarke B, Chetty R (2002) Postmodern cancer: the role of human immunodeficiency virus in uterine cervical cancer. MolPathol 55: 19–24.

Cox JT (2006) . *The development of cervical cancer and its precursors: what is the role of human papillomavirus infection?* Curr Opin Obstet Gynecol 18: 5-13.

Cuzick J, Castañón A, Sasieni P (2010). *Predicted impact of vaccination against human papillomavirus 16/18 on cancer incidence and cervical abnormalities in women aged 20-29 in UK.* Br J Cancer 102: 933–939.

deSanjose S, Palefsky J (2002). *Cervical and anal HPV infections in HIV positive women and men.* Virus Res 89: 201–211.

Dickinson J.A., Stankiewicz A., Popadiuk C., Pogany L., Onysko J., Miller A.B. (2012). *Reduced cervical cancer incidence and mortality in Canada: national data from 1932 to 2006.* BMC Public Health 2012, 12:992 doi:10.1186/1471-2458-12-992

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/992>

Dušek, L., Mužík, J., Kubásek, M., Koptíková, J., Žaloudík, J., Vyzula, R. (2005). *Epidemiology of malignant tumours in the Czech Republic [online].* Masaryk University, Brno (Czech Republic) 2005. Available from WWW: <http://www.svod.cz>. ISSN 1802-8861. <http://www.cervix.cz/index-en.php?pg=professionals--cervical-cancer-epidemiology>

Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic (2014). Czech National Cancer Registry (CNCR) [19.6.2014]. Available from WWW: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor> . <http://www.cervix.cz/index-en.php?pg=professionals--cervical-cancer-epidemiology>

Ekwueme D.U. et al. (2014). *Impact of the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program on Cervical Cancer Mortality Among Uninsured Low-Income Women in the U.S., 1991–2007.* AJPM, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.016> [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(14\)00234-7/abstract](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(14)00234-7/abstract)

Fairley C, Hocking J, Chen M, Donovan B, Bradshaw C (2009). *Rapid decline in presentations of genital warts after the implementation of a national quadrivalent human papillomavirus vaccination programme for young women.* Sex Transm Infect 85: 499-502.

Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. (2010). GLOBOCAN 2008 v1.2, *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No.10* [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010. Available from <http://globocan.iarc.fr>.

Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al. (2013). *Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012.* European Journal of Cancer (2013) 49, 1374-1403.

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. (2013). GLOBOCAN 2012 v1.0, *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>

Finland Cancer Registry (2014). *Cervical cancer screening*
http://www.cancer.fi/syoparekisteri/en/mass-screening-registry/cervical_cancer_screening/

Fitzgerald D.W. (2014). *Haiti: On the Front Line in the Fight Against Cervical Cancer*.
http://www.nypcancerprevention.com/archive_newsletter/issue/19/cancer_prevention/feature/haiti.shtml

Foley G., Alston R., Geraci M., Brabin L., Kitchener H., Birch J. (2011). *Increasing rates of cervical cancer in young women in England: an analysis of national data 1982–2006*. *British Journal of Cancer*, 2011, 105, 177–184. doi:10.1038/bjc.2011.196 www.bjcancer.com
<http://www.nature.com/bjc/journal/v105/n1/full/bjc2011196a.html>

Frumovitz M. (2013). *Invasive cervical cancer: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis*. Accessed Aug. 20, 2013
from <http://www.uptodate.com/contents/invasive-cervical-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-diagnosis>

Gattoc L., Viswanathan A., Perez C., Tew W., Makhija S. Cervical Cancer (2014).
<http://www.cancernetwork.com/cancer-management/cervical>

Gatune JW, Nyamongo IK (2005). *An ethnographic study of cervical cancer among women in rural Kenya: is there a folk causal model?* *Int J Gynecol Cancer* 15: 1049-1059.

Gaffikin L, Ahmed S, Chen YQ, McGrath JM, Blumenthal PD (2003). *Risk factors as the basis for triage in low-resource cervical cancer screening programs*. *Int J Gynaecol Obstet* 80: 41–47.

GLOBOCAN. IARC (2013). *Cervical Cancer Incidence, Mortality and prevalence worldwide in 2008: Summary*. <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>

Gold MA (2006). *Current cervical cancer screening guidelines and impact of prophylactic HPV vaccines*. *OBG Manage* 18: 11-17.

Goldie S.J., Freedberg K.A., Weinstein M.C., Wright T.C., Kuntz K.M. (2001). *Cost effectiveness of human papillomavirus testing to augment cervical cancer screening in women infected with the human immunodeficiency virus*. *The American Journal of Medicine*, 2001, V. 111, I. 2, P. 140–149. [http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(01\)00780-X/abstract](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(01)00780-X/abstract)

Goldie S., Gaffikin L., Goldhaber-Fiebert J., Gordillo-Tobar A., Levin C., et al. (2005). *Cost effectiveness of cervical screening in five developing countries*. N Engl J Med 353: 2158-2168.

Hariri, S., Dunne, E., Saraiya, M., et al. (2011). *Manual for the surveillance of vaccine-preventable diseases (5th ed.)*. Accessed Aug. 20, 2013,

from <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt05-hpv.html>

Health Protection Agency (2010). *STI Annual Data Tables*.

<http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/STIs/STIsAnnualData>

Herdman C, Jacqueline S, Amie B, Michele B, Patricia C, et al. (2000). *Planning appropriate cervical cancer prevention programs*. (2nd edn) Seattle, Program for Appropriate Technology in Health (PATH).

Holschneider, M. (2013). *Cervical intraepithelial neoplasia: Definition, incidence, and pathogenesis*. Accessed Aug. 20, 2013 from [http://www.uptodate.com/contents/cervical-](http://www.uptodate.com/contents/cervical-intraepithelial-neoplasia-definition-incidence-and-pathogenesis)

[intraepithelial-neoplasia-definition-incidence-and-pathogenesis](http://www.uptodate.com/contents/cervical-intraepithelial-neoplasia-definition-incidence-and-pathogenesis)

Jemal A., Bray F., Center M.M., et al. (2011). *Global cancer statistics*. CA Cancer J Clin 2011; 61:69.

International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Appleby P, Beral V, Berrington de Gonza 'lez A, Colin D, et al. (2006). *Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies*. Int J Cancer 118: 1481-1495.

International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer (2007). *Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies*. Int J Cancer 120: 885-891.

Kahn JA, Rosenthal SL, Succop PA, Ho GY, Burk RD (2002). *Mediators of the association between age of first sexual intercourse and subsequent human papillomavirus infection*. Pediatrics 109: 5.

Kalliala I, Anttila A, Pukkala E, Nieminen P (2005). *Risk of cervical and other cancers after treatment of cervical intraepithelial neoplasia: retrospective cohort study*. BMJ 331: 1183-1185.

Kalliala I, Dyba T, Nieminen P, Hakulinen T, Anttila A (2010). *Mortality in a long-term follow-up after treatment of CIN*. Int J Cancer 126: 224-231.

Kohli M., Ferko N., Martin A., Franco E.L., Jenkins D., Gallivan S., Shelaw-Johnson C., Drummond M. (2007). *Estimating the long-term impact of a prophylactic human papillomavirus 16/18 vaccine on the burden of cervical cancer in the UK. Br J Cancer* 96(1): 143–150

Koshiol J, Schroeder J, Jamieson DJ, Marshall SW, Duerr A, et al. (2006). *Smoking and time to clearance of human papillomavirus infection in HIV-seropositive and HIV-seronegative women. Am J Epidemiol* 164: 176–183.

Lofters A.K., Moineddin R., Hwang S.W., Glazier R.H. (2011). *Predictors of low cervical cancer screening among immigrant women in Ontario, Canada. BMC Women's Health* 2011; May 27;11:20. doi: 10.1186/1472-6874-11-20.

Lönnberg S., Ahti Anttila, Luostarinen T., Nieminen P. (2012). *Age-specific effectiveness of the Finnish cervical cancer screening programme. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012;21:1354-61.

Lönnberg S. (2014). *Annual report from the Norwegian Cervical Cancer Screening Programme 2012. <http://www.kreftregisteret.no/en/General/News/Annual-report-from-the-Norwegian-cCervical-Cancer-Programme-2012/>*

McCredie M.R.E., Sharples K.J., Paul C., Baranyai J., Medley G., Jones R.W., Skegg D.C.G. (2008). *Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. Lancet Oncol* 2008;9:425-34.

Martin CM, Astbury K, McEvoy L, O'Toole S, Sheils O, et al. (2009). *Gene expression profiling in cervical cancer: identification of novel markers for disease diagnosis and therapy. Methods Mol Biol* 511:333-359.

Maucort-Boulch D., Franceschi S., Plummer M. (2008). *International Correlation between Human Papillomavirus Prevalence and Cervical Cancer Incidence. IARC, Lyon, <http://cebp.aacrjournals.org/content/17/3/717.full>*

Mittra I., Mishra G.A., Singh S., et al. (2010). *A cluster randomised, controlled trial of breast and cervix cancer screening in Mumbai, India: methodology and interim results after three rounds of screening. Int J Cancer* 2010; 126: 976-984. PubMed

Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, et al. (2002). *Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case control study. Lancet* 359: 1085-1092.

Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, et al. (2002). *Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study*. Lancet 359: 1093–1101.

Munoz N., Bosch X., de Sanjose S., Herro R., Castellsague X., Sha K.V., Snijders P.J., Meijer C. (2003). JLM for the International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group (2003). *Epidemiological classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer*. NEJM 348: 518–527

Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, et al. (2000). *Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review*. Ann Intern Med 132: 810-819.

Napolitano M., Schonman E., Mpango E., Isdori G. (2012). *Cervical Cancer and Its Impact on the Burden of Disease*. In: Pinstrup-Andersen P. and Cheng F. (editors), "Food Policy for Developing Countries: Case Studies." 16 pp. URL: <http://cip.cornell.edu/dns.gfs/1343074824>

National Cancer Institute (NCI)(2010). *Cancer advances in focus: cervical cancer*. Accessed Aug. 20, 2013, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/cancer-advances-in-focus/cervical>

National Cancer Institute (NCI). (2011). *Fact sheet: human papillomavirus (HPV) vaccines*. Accessed Aug. 22, 2013, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Prevention/HPV-vaccine>

National Cancer Institute (NCI) (2013). *Fact sheet: HPV and cancer*. Accessed Aug. 20, 2013, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV>

National Health Service (2008). *HPV vaccination*. <http://www.nhs.uk/Conditions/HPV-vaccination/Pages/Introduction.aspx>

Nowak R, Gravitt P, Rositch A. (2014). *Increased age and race-specific incidence of cervical cancer after correction for hysterectomy prevalence in the United States from 2000 to 2009*. Cancer. 2014. <http://www.medicaldaily.com/cervical-cancer-rates-among-women-between-65-and-69-are-much-higher-current-estimates-281854>

O'Briena E. D., Bailieb R.S., Jelfsc P.L. (2000). *Cervical cancer mortality in Australia: contrasting risk by Aboriginality, age and rurality*. <http://ije.oxfordjournals.org/content/29/5/813.full>

O'Farrell N, Egger M (2000). *Circumcision in men and the prevention of HIV infection: a 'meta-analysis' revisited*. Int J STD AIDS 11: 137-142.

Office for National Statistics (2010). *Cancer Statistics registrations: registrations of cancer diagnosed in 2007, England*. Series MB1 No. 38.

<http://www.statistics.gov.uk/statbase/Product.asp?vlnk=8843&More=N>

Özgül N (2007). *The Condition of cervix cancer in Turkey and cervical cancer screening programs*. In: Tuncer AM (Ed.), *Türkiye’deKanserKontrolü (Cancer Control in Turkey)*, T.C. Sa_likBakanli_i, (Ministry of Health). Sayfa 349-358.

Parkin DM, Bray FI, Devesa SS (2001). *Cancer burden in the year 2000. the global picture*. Eur J Cancer 37: 4–66.

Priore G. (2008). *Epidemiologic Aspects of Uterine Cervix Cancer*. , *Glob. libr. women's med.*, (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 0.3843/GLOWM.10225.

http://www.glowm.com/section_view/heading/Epidemiologic%20Aspects%20of%20Uterine%20Cervix%20Cancer/item/225

Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, et al. (2000). *Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai project study group*. N Engl J Med 342: 921-929.

Rates were calculated with hysterectomy-corrected population at risk. Cancer Care Ontario (Ontario Cancer Registry, 2012). Prepared by Surveillance, Prevention and Cancer Control, Cancer Care Ontario.

Ries L.A.G., Melbert D., Krapcho M., et al. (2007). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2004*. National Cancer Institute; Bethesda, MD 2007.

Rositch A.F., Nowak R.G., Gravitt P.E. (20014). *Increased age and race-specific incidence of cervical cancer after correction for hysterectomy prevalence in the United States from 2000 to 2009*. *Cancer* 2014;120:2032–2038. © 2014 American Cancer Society.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.28548/abstract>

Rositch A.F. (2014). *Cervical cancer incidence highest among women outside screening parameters*. *Cancer*. 2014;doi:10.1002/cncr.28548. <http://www.healio.com/hematology-oncology/gynecologic-cancer/news/online/%7Bd20086cd-4401-4940-9dc6-d2f14e464e43%7D/cervical-cancer-incidence-highest-among-women-outside-screening-parameters>

Sankaranarayanan R., Ferlay J. (2006). *Worldwide burden of gynaecological cancer: the size of the problem*. *Best Pract Res ClinObstetGynaecol* 20: 207–225.

Sankaranarayanan R. (2006). *Overview of cervical cancer in the developing world. FIGO 26th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer*. Int J GynaecolObstet 95: 205–210.

Sankaranarayanan R., Esmey P.O., Rajkumar R., et al. (2007). *Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial*. *Lancet* 2007; 370: 398-406. PubMed

Sankaranarayanan R., Nene B.M., Shastri S.S., et al. (2009). *HPV screening for cervical cancer in rural India*. *N Engl J Med* 2009; 360: 1385-1394. PubMed

Sasieni P., Castanon A. and Cuzick J. (2009). *Effectiveness of cervical cancer screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data*. *BMJ*, 339:b2968

http://www.ncin.org.uk/publications/data_briefings/cervical_incidence_and_screening

Saslow D., Solomon D., Herschel W., et al. (2011). *American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer*. Accessed Aug. 22, 2013, from <http://journals.lww.com/jlgttd/PublishingImages/ASCCP%20Guidelines.pdf>

Saslow D. et al. (2012). American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. V. 62, I. 3, p. 147–172. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21139/full>

Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S (2007). *Human papillomavirus and cervical cancer*. *Lancet* 370: 890-907.

Shi JF, Qiao YL, Smith JS, Dondog B, Bao YP, et al. (2008). *Epidemiology and prevention of human papillomavirus and cervical cancer in China and Mongolia*. *Vaccine* 26: 53–59.

Siegel R., Ma J., Zou Z., Jemal A. (2014). *Cancer statistics, 2014*. *CA Cancer J Clin* 2014; 64:9.

Silva G.A., Girianelli V.R., Gamarra C.J., Bustamante-Teixeira M.T. (2010). *Cervical cancer mortality trends in Brazil, 1981-2006* (2010). *Cad.SaúdePública* vol.26 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2010 <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2010001200018> http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010001200018&script=sci_arttext

Smith JS, Herrero R, Bosetti C, Muñoz N, Bosch FX, et al. (2002). *Herpes simplex virus-2 as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer*. *J Natl Cancer Inst* 94: 1604–1613.

Stage Information. *Cervical Cancer (PDQ®): Treatment*. 18 May 2006. National Cancer Institute.

Accessed 21 Nov 2006. <http://cancer.about.com/od/cervicalcancerbasics/a/survivalrates.htm>

Strander B, Andersson-Ellström A, Milsom I, Spareń P (2007). *Long term risk of invasive cancer after treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 3: population based cohort study*. *BMJ* 335: 1077.

Suba E.J., Raab S.S. (2014). *Cervical cancer mortality in India*. *The Lancet*, Volume 383, Issue 9931, Page 1804, 24 May 2014, doi:10.1016/S0140-6736(14)60877-1

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60877-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60877-1/fulltext)

Suba E.J. (2014). *US-funded measurements of cervical cancer death rates in India: scientific and ethical concerns*. *Ind J Med Ethics*, 2014.(published online April 17, 2014).

<http://ijme.in/index.php/ijme/article/view/2072>

Surveillance Epidemiological and End Results (SEER) (2013). *SEER stat fact sheets: cervix uteri*. Accessed Aug. 20, 2013, from <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html>

Taylor R.J., Morrell S.L., Mamoon H.A., Wain G.V. (2001). *Effects of screening on cervical cancer incidence and mortality in New South Wales implied by influences of period of diagnosis and birth cohort*. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:782-788 doi:10.1136/jech.55.11.782

<http://jech.bmj.com/content/55/11/782.full>

Tay SK, Ngan HY, Chu TY, Cheung AN, Tay EH (2008). *Epidemiology of human papillomavirus infection and cervical cancer and future perspectives in Hong Kong, Singapore and Taiwan*. *Vaccine* 26: 60–70.

The Norwegian Cervical Cancer Screening Programme (NCCSP) (2014).

<http://www.kreftregisteret.no/en/Cancer-prevention/Cervical-Cancer-Screening-Programme/Kvinner/Benefits-and-harms-of-screening/>

Tsen HF, Morgenstern H, Mack T, Peters RK (2001). *Risk factors for penile cancer: results of a population-based case-control study in Los Angeles County (United States)*. *Cancer Causes Control* 12: 267-277.

Uphoff T. (2014). *The Evolving Role of HPV Testing in Cervical Cancer Screening*.

2014 Clinical Laboratory News: V.40, N. 4

<http://www.aacc.org/publications/cln/2014/april/Pages/Cervical-Cancer.aspx>

USPSTF (2012). *Screening for cervical cancer*. Accessed Jul. 30, 2012,

From <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/cervcancer/cervcancerrs.htm>

USPSTF (2012). *Screening for cervical cancer: recommendations and rationale*. Accessed Aug. 22, 2013, from <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/cervcan/cervcanrr.htm>

U.S. Cancer Statistics Working Group. (2013). *United States Cancer Statistics: 1999–2010 Incidence and Mortality Web-based Report*. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute; 2013.

<http://www.cdc.gov/cancer/cervical/statistics/>

Yang D.X., Soulos P.R., Davis B., Gross C., Yu J.B. (2014). *Estimating the impact of screening on three decades of cervical cancer incidence*. 2014 ASCO Annual Meeting: Cancer Prevention/Epidemiology. J.Clin.Oncol. 32:5s, 2014 (suppl; abstr 1518)

<http://meetinglibrary.asco.org/content/132976-144>

WHO/ICO (2010). *Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information centre) (2010) Human Papillomavirus and Related Cancers in United Kingdom. Summary Report 2010* (accessed 21 October 2010). www.who.int/hpvcentre

Willoughby B.J., Faulkner K., Stamp E.C., Whitaker C.J. (2006). *A descriptive study of the decline in cervical screening coverage rates in the North East and Yorkshire and the Humber regions of the UK from 1995 to 2005*. J Public Health (Oxf) 2006; 28:355.

Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, et al. (2006). *Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women*. N Engl J Med 354: 2645–2654.

World Health Organization (2002). *Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice*. WHO Press.

World Health Organization (2002). *Cervical cancer, oral contraceptives and parity*. Geneva, WHO, (Weekly Epidemiological Record, No. 20).

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული სამეცნიერო შრომების სია

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოთი ავადობა და მოკვდავობა (2015).

დამატება, თბილისი, 29 გვ. (თანაავტ.: შველიძე ე., ტყემელაშვილი ვ., ლობჯანიძე თ.)
(ბეჭვდაში);

ქ.თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეფექტიანობის შეფასება (2015).

ჯანმრთელობის მეცნიერებათა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კავკასიის ჟურნალი,
დამატება, თბილისი, 20 გვ. (თანაავტ.: შველიძე ე., ტყემელაშვილი ვ., ლობჯანიძე თ.)
(ბეჭვდაში);

Breast and Cervical Cancer Morbidity and Mortality in Tbilisi during 1998-2007 (2012).

Vienna Academy of Postgraduate medical Education and Research. Vienna, Austria, abs., p.67;
Cancer Screening Program in Georgia (2012). Georgian medical News. #7-8, P. 7. Tbilisi- New
York (co-authors: R. Gvamichava, N.Lomtadze, T. Alibegashvili, T. Charkviani, L. Jugeli);

Cancer Screening Program in Georgia (2012). Georgian medical News. #7-8, P. 7. Tbilisi-

New York (co-authors: R. Gvamichava, N.Lomtadze, T. Alibegashvili, T. Charkviani, L.
Jugeli);

Cervical Cancer Incidence and Mortality in Tbilisi (2015). PARIPEX - INDIAN

JOURNAL OF RESEARCH, Ahmedabad (INDIA), 25 p. <http://www.theglobaljournals.com/> (co-
authors: E. Shvelidze, T. Lobjanidze, V. Tkeshelashvili);

Cervical Cancer Burden in Tbilisi (2015). Caucasus Journal of Health Sciences and Public

Health, Tbilisi, 25 p. (co-authors: E. Shvelidze, V. Tkeshelashvili, T. Lobjanidze) (in press);

Evaluation of the new cervical cancer screening program in Georgia (2012). International Journal
of Gynecology and Obstetrics. # 7204, 2 P., www.Elsevier.com (co-authors: N. Mirzikashvili, L.
Anne McNutt);

Evaluation of the new cervical cancer screening program in Georgia (2012). International

Journal of Gynecology and Obstetrics. # 7204, 2 P., www.Elsevier.com (co-authors: N.
Mirzikashvili, L. Anne McNutt).

დანართი CD:

1. სადოქტორო დისერტაციის ელექტრონული ვერსია (.pdf)
2. სადოქტორო დისერტაციის ავტორეფერატის (ქართულ და ინგლისურ ენებზე) ელექტრონული ვერსია (.pdf)
3. საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეპიდემიოლოგიური კვლევის ანკეტის ფორმა (.pdf)