



დაავადებათა კონტროლის და
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ეროვნული ცენტრი

2016 აგვისტო N8, ტომი 20

ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი

1. ძუძუს კიბოს გადარჩენის მაჩვენებლები

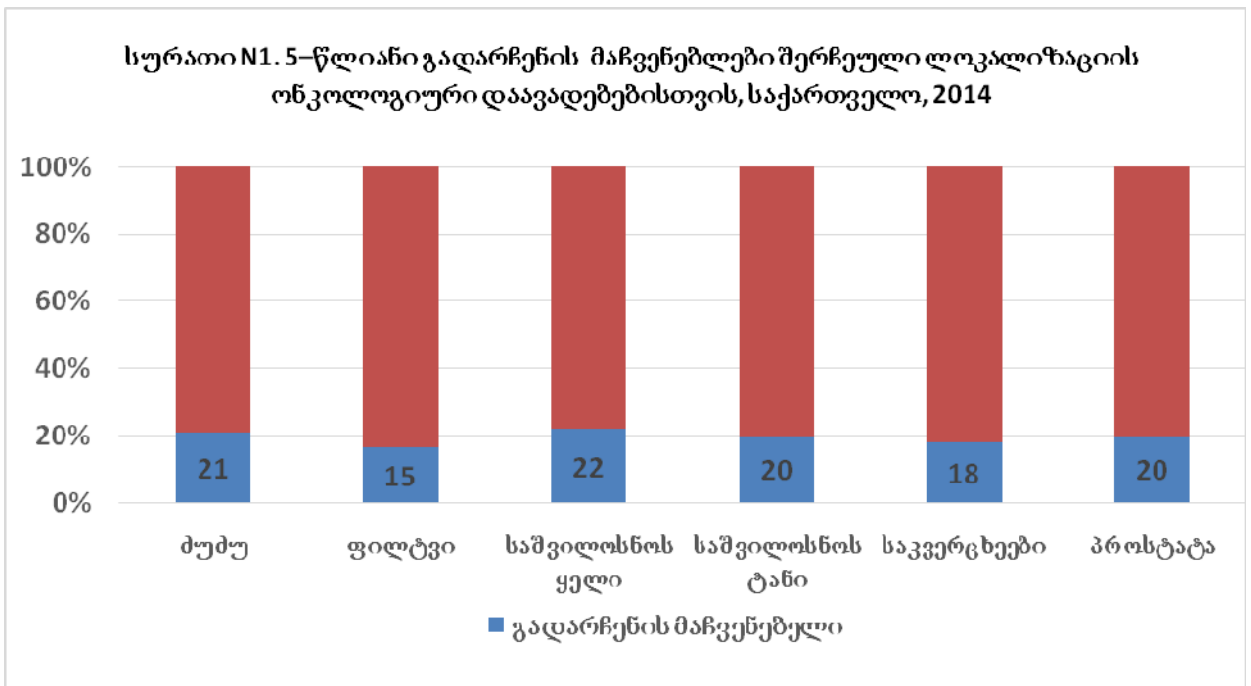
ძუძუს კიბოს გადარჩენის მაჩვენებლები

ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ზრდის ტენდენცია კვლავ გრძელდება. ჯანმო-ს ექსპერტთა პროგნოზით, კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის არსებული დონე, რომელიც დაახლოებით 8.2 მილიონს შეადგენს წელიწადში, გაიზრდება და 13 მილიონზე მეტი გახდება 2030 წლისთვის [35; 5]. კიბოს ახალი შემთხვევების უმეტეს ნაწილს დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში ექნება ადგილი, სადაც ონკოლოგიურ დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და მკურნალობა კვლავაც პრობლემად რჩება.

„შეარაა, რომ კიბოს კონტროლის არსებული სტრატეგიები ეფექტური არ არის. „შეაჩერე კიბო ახლა!“ - არის მოწოდება ახალი სტრატეგიებისკენ, რათა მოხდეს კიბოს გამომწვევი ზოგიერთი მიზეზის დაძლევა, უზრუნველყოფილი იყოს ყველა ონკოლოგიური პაციენტის წვდომა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ სამედიცინო მომსახურებაზე და შემუშავდეს მკურნალობის თანამედროვე სქემები.

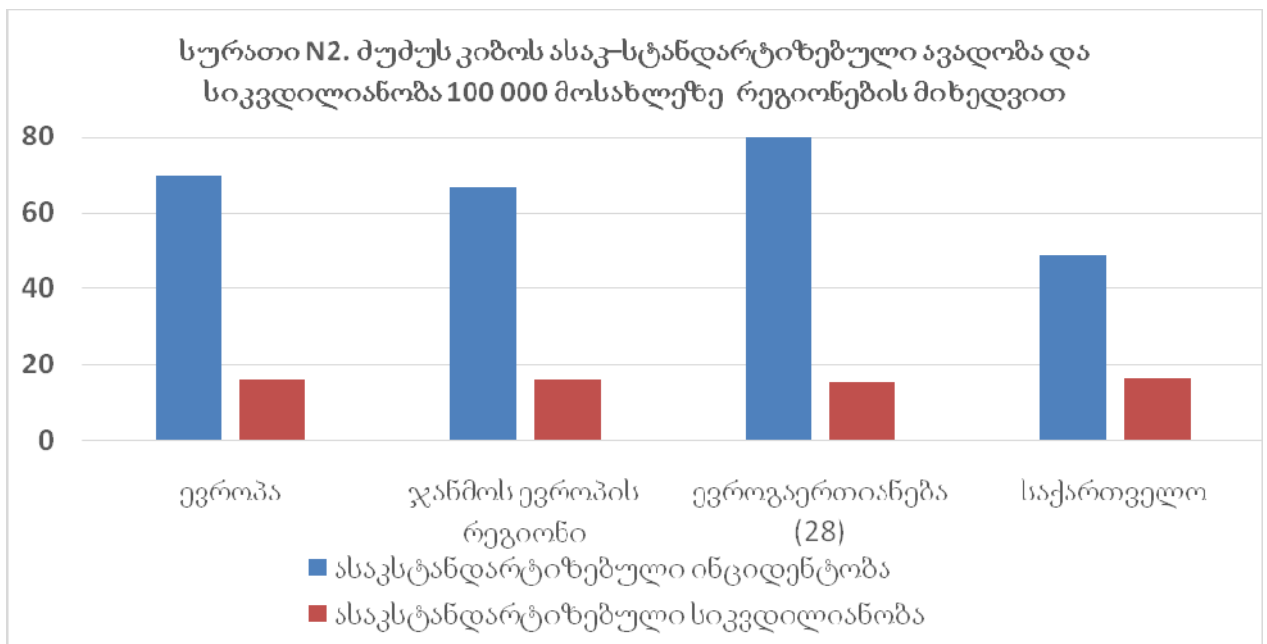
აღსანიშნავია რომ, ბოლო რამდენიმე ათწლეულში, კიბოს პრევენციის, ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის დარგში ერთობლივად მიღწეულმა წარმატებებმა გამოიწვია საერთო სიკვდილიანობის შემცირება ზოგიერთი მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყანაში, კიბოს ცალკეული ლოკალიზაციის ინციდენტობის შემცირებით ან გადარჩენის მაჩვენებელთა გაზრდით, მათ შორისაა ფილტვის, საშვილოსნოს ყელის, ძუძუს და კუჭის კიბო, ასევე ლეიკემია. დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნები ორმაგ ტვირთს განიცდიან, რადგან გაზრდილ „ვესტერნიზაციასთან“ ასოცირებულ ავთვისებიან სიმსივნეებს (ძირითადად, ძუძუ-

კოლორექტალური და პროსტატის კიბო) სიღარიბესა და ინფექციურ აგენტებთან დაკავშირებული ონკოლოგიური დაავადებები (ძირითადად, საშვილოსნოს ყელის, ღვიძლისა და კუჭის) ემატება. ეს ტრანზიქცია კიბოს რისკის თვალსაზრისით განსაკუთრებით აშკარაა იმ ქვეყნებში, რომლებშიც გარდამავალი პერიოდი სწრაფად მიმდინარეობს. ვინაიდან გადარჩენის მაჩვენებლები გაცილებით დაბალია ამ ქვეყნებში, ვიდრე მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში. ექსპერიმენტულ კლინიკურ ან თემის დონეზე კვლევებში ინტერვენციის ეფექტურობა ფასდება იმ პაციენტთა პროპორციით, რომლებიც გადარჩნენ ან შეინარჩუნეს სიცოცხლე განსაზღვრული დროის განმავლობაში. დროს, რომელიც გაივლის ათვის მომენტიდან – დაავადების დიაგნოსტიკებიდან ან სპეციფიკური მკურნალობის ჩატარებიდან - „გამოსავლის“ (ჩვენს შემთხვევაში - გარდაცვალება) დადგომამდე, გარაჩენის პერიოდი ეწოდება. გადარჩენის პერიოდი ჩატრებული მკურნალობის ეფექტურობასთან ერთად დაკავშირებულია პაციენტის და ონკოლოგიური დაავადების სხვადასხვა მახასიათებლებზე, როგორცაა, პაციენტის ასაკი და კიბოს სტადია დიაგნოზის დასმისას, კარცინომას ჰისტოლოგიური ტიპი, დიფერენცირების ხარისხი, სხეულის მასის ინდექსი, პაციენტის ცხოვრების წესი, თანმხლები ქრონიკული დაავადებები და სხვ.



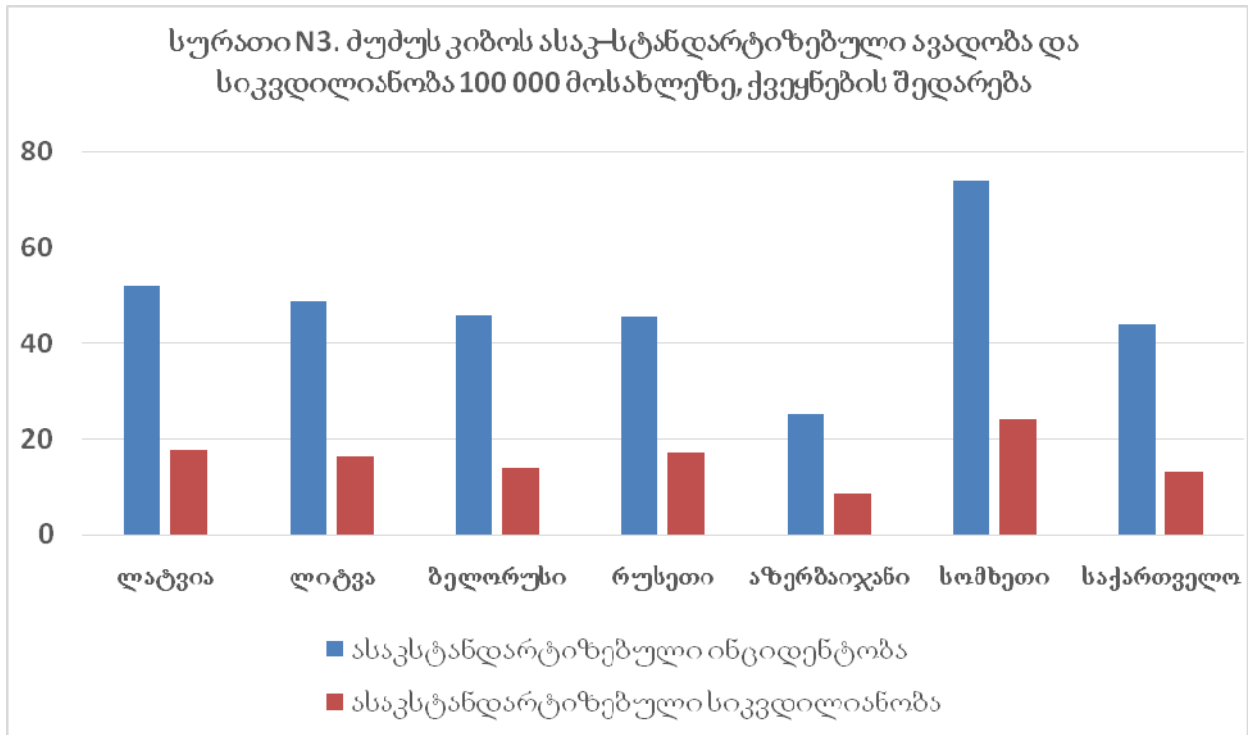
როგორც არსებული მონაცემები მიუთითებენ, საქართველოში 5 და მეტი წელი აღრიცხვაზე მეორე პაციენტთა ხვედრითი წილი დაბალია (სურათი №1). ძირითადად, პაციენტთა 30%-ზე ნაკლები ცოცხლობს დიაგნოზის დასმის 5 წლის მანძილზე. დაბალი გადარჩენის მაჩვენებელი პირდაპირ კორელაციაშია მაღალ სიკვდილიანობასთან. კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (GLOBOCAN, 2012) შეფასებითი მაჩვენებლების მიხედვით 2012 წელს საქართველოში ასაკ-

სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებლის უტოლდება ამ რეგიონთან შედარებით დაბალი ავადობის ფონზე (სურათი №2). ძუძუს კიბოს ავადობისა და სიკვდილიანობის შეფასებითი მაჩვენებლების მიხედვითსურათი №3-ზე მოცემულ ქვეყნებში (ლატვია, ლიტვა, ბელორუსი, რუსეთი, სომხეთი) გარდა აზერბაიჯანისა, საქართველოზე უკეთესი მდგომარეობა არ ვლინდება.



გადარჩენის მაჩვენებელი დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, როგორც პაციენტის, ასევე სიმსივნის მახასიათებლებზე, ჩატარებულ მკურნალობაზე და ა.შ.

CONCORD-2 გახლავთ კვლევა, რომელიც აერთიანებს დაახლოებით 500 საერთაშორისო სამეცნიერო ანგარიშს 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლის შესახებ და რომლის დროსაც შესწავლილი იყო სხვადასხვა ქვეყნებში მცხოვრები 25.7 მილიონი ონკოლოგიური პაციენტის გადარჩენის პერიოდი; ამ პაციენტებს 1995–2009 წლებში დასმული ქონდათ ათი ყველაზე გავრცელებული ონკოლოგიური დაავადებიდან ერთ-ერთის (კუჭის, ნაწლავების, ღვიძლის, ფილტვის, ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, საკვერცხეების, პროსტატის, ლეიკემიის) დიაგნოზი. კვლევის შედეგად ქვეყნების მიხედვით ცალკეული ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებებისთვის გადარჩენის მაჩვენებლთა მნიშვნელოვანი განსხვავებები გამოვლინდა. ეს შედეგები კიდევ უფრო ნათელი გახდა სიცოცხლის მოსალოდნელი წლების რეგიონალური განსხვავებების გათვალისწინების შემდეგ.



10 ძირითადი ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებისთვის, რომლებიც შესწავლილი იყო კვლევაში, ღვიძლის და ფილტვის კიბოს გადარჩენის მაჩვენებლები მსოფლიოს როგორც განვითარებად ასევე ინდუსტრიული ნაწილისთვის კვლავ დიდ გამოწვევად რჩება და ის 20%-ზე დაბალია. აღნიშნული ლოკალიზაციის კიბოს გამოვლენა ძალიან ხშირად დაგვიანებულია და მკურნალობა ამ ეტაპზე – არაეფექტური. გერმანიაში შესაძლებელი გახდა 1990 წელთან შედარებით ღვიძლის კიბოს გადარჩენის მაჩვენებელი 6.5%-დან 14.4%-მდე გაზრდილიყო, ხოლო ფილტვის კიბოს შემთხვევაში 11.6%-დან 16.2%-მდე.

მოცემულმა ანალიზმა უჩვენა, რომ 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი ძუძუს და მსხვილი ნაწლავის კიბოსთვის გაუმჯობესდა ინდუსტრიულ ქვეყნებსა და სამხრეთ ამერიკაში. რაც ადრეულ გამოვლენასა და მკურნალობის გაუმჯობესებულ სტრატეგიას უკავშირდება. ძუძუს კიბოთი დაავადებული პაციენტების მაღალი 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი (87%) ავსტრალიაში, ბრაზილიაში, კანადაში, კიპრში, იზრაელში, იაპონიაში, აშშ-ში და ევროპის მთელ რიგ ქვეყნებში. ამ თვალსაზრისით ევროპაში საუკეთესო მაჩვენებელი ვლინდება საფრანგეთსა და ფინეთში.

პოპულაციაზე დაფუძნებული კიბოს რეგისტრის მონაცემებზე დაყრდნობით 1997-2007 წლებში ექვს ქვეყანაში - ავსტრალია, კანადა, დანია, ნორვეგია, შვედეთი და

გაერთიანებული სამეფო - შეფასდა ოთხი ლოკალიზაციის კიბოს - კოლორექტალური, ფილტვის, ძუძუს (ქალები), საკვერცხის კიბოს გადარჩენის პერიოდი. კვლევისას შესწავლილი იყო კიბოს რეგისტრის 12 ბაზის მონაცემები, კვლევისთვის შეირჩა 2.4 მილიონი პაციენტი, რომელთაც ზემოთ აღნიშნული ოთხი ლოკალიზაციის კიბოდან ერთ-ერთის პირველადი დიაგნოზი ჰქონდათ დასმული. კვლევის შედეგების მიხედვით, გადარჩენის განსაკუთრებით მაღალი მაჩვენებელი გამოვლინდა ავსტრალიაში, კანადასა და შვედეთში, საშუალო მაჩვენებელი იყო ნორვეგიაში, ხოლო დაბალი - დანიაში, ინგლისში, ჩრდილოეთ ირლანდიასა და უელსში. მკვლევართა შეფასებით გაერთიანებულ სამეფოსა და დანიაში, შედარებით დაბალი გადარჩენის მაჩვენებელი შესაძლოა გამოწვეული იყოს კიბოს დაგვიანებული დიაგნოსტიკით ან განსხვავებული მკურნალობის მეთოდებით [4].

ონკოლოგიური დაავადების სტადიასა და გადარჩენის მაჩვენებელს შორის ძლიერი კორელაცია არსებობს. მაღალიზიაში ჩატარებულ სარძევე ჯირკვლის კიბოს გადარჩენის შეფასების კვლევაში ჩართული იყო 675 პაციენტი, რომელთაც მკურნალობა ჩაუტარდათ 2008-2012 წლებში. კვლევაში მონაწილე პაციენტთა 65%-ს ჰქონდა ძუძუს კიბოს ადრეული სტადია, 20%-ში აღინიშნებოდა ადგილობრივი, ხოლო 4%-ში - შორეული მეტასტაზები. საერთო 5-წლიანმა გადარჩენამ 88% შეადგინა; ამასთან, პირველი სტადიისთვის გადარჩენის მაჩვენებელი იყო 100%, ხოლო მეორე, მესამე და მეოთხე სტადიებისთვის - 95%, 69% და 36% შესაბამისად [1]. 1995 წელს ესპანეთში ჩატარებული კვლევის ამოცანას შეადგენდა როგორც სიმსივნის სტადიის, ასევე დიაგნოზის დასმისას პაციენტის ასაკის შესაძლო კორელაციის გამოვლენა ძუძუს კიბოს გადარჩენის პერიოდთან. ძუძუს კიბოს დიაგნოზის მქონე 3066 ქალის კოჰორტაზე დაყრდნობით, შეწავლილი იყო საერთო და სპეციფიკური გადარჩენის მაჩვენებლები აღნიშნული ცვლადების მიხედვით. კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, ერთ-წლიანმა გადარჩენამ შეადგინა 89,1%, 5-წლიანმა - 50,9%, ხოლო 10, 15 და 20 წლიან გადარჩენას ადგილი ჰქონდა 34,7%, 28,4% და 20%-ში შესაბამისად. გადარჩენის მაჩვენებლები TNM კლინიკური კლასიფიკაციის მიხედვით პირველი, მეორე, მესამე და მეოთხე კლინიკური კლასების მიხედვით შეადგენდა 90%, 69,5%, 44,6% და 20,6% შესაბამისად. ამასთან, 1980-90 წლებში დიაგნოსტირებულთათვის გადარჩენის მაჩვენებლები უფრო მაღალი იყო, ვიდრე უფრო ადრე გამოვლენილთათვის [7]. ხშირად ონკოლოგიურ დაავადებათა გადარჩენის მაჩვენებლების თვალსაზრისით რეგიონებსა და ქვეყნებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება ვლინდება; ზოგადად გადარჩენის მაჩვენებლები მაღალია იმ ქვეყნებში, სადაც ონკოლოგიურ დაავადებათა გამოვლენა ხდება ადრეულ სტადიაზე და ამასთან, დაავადებათა მართვა ეფექტურია. 1980-2002 წლებში ავსტრალიასა და ინგლისში ძუძუს კიბოს დიაგნოზის მქონე ქალების გადარჩენის მაჩვენებლის შესწავლამ უჩვენა, რომ გადარჩენა ავსტრალიაში (New South Wales) მაღალი იყო, ვიდრე ინგლისში, დასავლეთ მიდლანდში (West Midland). ორივე რეგიონში გადარჩენის პერიოდი შედარებით ნაკლები იყო დაბალი შემოსავლების მქონე ქალებისა და ასაკოვნებისთვის. ეს განსხვავება დიდი იყო დასავლეთ მიდლანდში. გადარჩენის პერიოდი ადგილობრივი და რეგიონული

გავრცელების მქონე კიბოსთვის ნიუ საუთ ვოლსში იყო მაღალი ვიდრე დასავლეთ მიდლანდში, მაშინ როცა მეტასტაზური კიბოსთვის ის ორივე ქვეყნისთვის ერთნაირი იყო. როგორც მკვლევარებმა მიუთითეს, აღნიშნულ რეგიონებს შორის განსხვავების ერთ-ერთი მიზეზი შესაძლოა იყოს ძუძუს კიბოს მართვის თვალსაზრისით არსებული განსხვავება. მოგვიანებით, 2016 წელს ამავე ქვეყნებში ჩატარებული კვლევის მიზანს შეადგენდა დაედგინათ, ძუძუს კიბოს გადარჩენის პერიოდის თვალსაზრისით ავსტრალიასა და ინგლისს შორის არსებული საერთაშორისო განსხვავება ვრცელდებოდა თუ არა როგორც სკრინინგით გამოვლენილ ასევე დანარჩენ ქალებზე, რომლებიც სკრინინგის გზით არ ყოფილან გამოვლენილნი. კვლევის შედეგებმა უჩვენა, რომ განსხვავება უფრო ნაკლები იყო სკრინინგის გზით გამოვლენილი ქალების შემთხვევაში. აღნიშნულმა კვლევამ დაადასტურა, რომ ინგლისში ძუძუს კიბოთი გარდაცვლილი ყოველი სამი ქალიდან შესაძლებელია აცილებული ყოფილიყო ერთი შემთხვევა, თუ გადარჩენის პერიოდი იქნებოდა ისეთივე, როგორც ის არის ავსტრალიაში. ის ფაქტი, რომ ქალები ინგლისში უფრო დაბალი ხარისხის მკურნალობას დებულობენ, მიღებული შედეგის მნიშვნელოვანი პოტენციური ახსნაა [11]. სხვადასხვა კვლევების შედეგები მიუთითებენ მამოგრაფიულ სკრინინგსა და ძუძუს კიბოს გადარჩენის პერიოდს შორის კორელაციის არსებობის შესახებ. ბარსელონაში ჩატარებულმა მულტივარიაციულმა ანალიზმა უჩვენა, რომ პროგრესი ნაკლებად მიმზიდველი იყო 1992-95 წლებში გამოვლენილი ძუძუს კიბოს შემთხვევებისთვის, მათთვის, რომელთა დაავადების გამოვლენა არ მომხდარა სკრინინგული პროგრამებით, 70 წელზე უფროსი ასაკის, კიბოს მე-4 სტადიის და მაღალი დიფერენცირების შემთხვევაში და აგრეთვე, ქალებისთვის, რომელთაც მიიღეს მხოლოდ პალიატიური მზრუნველობა ან სიმპტომური მკურნალობა. საბოლოოდ, ძუძუს კიბოს პროგნოზულ გამოსავალზე ზემოქმედებას ახდენს როგორც კლინიკური, ასევე ორგანიზაციული ცვლადები [6].

მალაიზიაში პროსპექტულ კოჰორტულ კვლევაში შესწავლილი იყო გადარჩენის პოტენციური პრედიქტორები, კერძოდ, დემოგრაფიული და კლინიკო-პათოლოგიური მახასიათებლები: ასაკი, ეთნიკური ჯგუფი, სტადია, სიმსივნის ზომა, ლიმფური ჯირკვლების სტატუსი, ესტროგენული რეცეპტორული სტატუსი და დიფერენცირების ხარისხი. კვლევაში ჩართული იყო ძუძუს კიბოს დიაგნოზის მქონე 413 პაციენტი. საერთო 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი შეადგენდა 59.1%. Cox'-ის პროპორციული რისკის მოდელმა გამოავლინა, რომ სიმსივნის სტადია, ზომა, დიფერენცირების ხარისხი და ლიმფური ჯირკვლების სტატუსი წამოადგენდა მნიშვნელოვან პროგნოზულ ფაქტორს. ძუძუს კიბოს ხანმოკლე გადარჩენაზე სხვადასხვა კლინიკო-პათოლოგიური ფაქტორების ზემოქმედების შეფასება შეადგენდა ძირითად მიზანს მაღალში ჩატარებულ კვლევაში. კვლევაში ჩართული იყვნენ ძუძუს კიბოს დიაგნოზის მქონე პაციენტები, რომელთაც მკურნალობა გაიარეს მაღლის სამედიცინო ცენტრში 1999-2001 წლებში. კვლევიდან გამოირიცხნენ პაციენტები, რომელთაც ძუძუს კიბოს მე-4 სტადია ჰქონდათ, კვლევაში ჩართული იყო 385 პაციენტი, რომელთა საშუალო ასაკი 50.3 წელს შეადგენდა, 51.4%-ს აღნიშნებოდა მეტასტაზი ლიმფურ ჯირკვლებში; მეთვალყურეობის საშუალო

პერიოდი 18.7 თვეს შეადგენდა. უნივარიაციული ანალიზის შედეგების მიხედვით მალის ეთნიკური ჯგუფისადმი მიკუთვნება, დიდი ზომის სიმსივნე, ლიმფურ ჯირკვლებში მეტასტაზის არსებობა, ხუთზე მეტი მეტასტაზირებული ლიმფური ჯირკვალი, ესტროგენული რეცეპტორების არარსებობა და ლიმფოვასკულარული ინვაზიის არსებობა წარმოადგენდა მნიშვნელოვან პროგნოზულ ფაქტორებს. ხოლო მულტივარიაციული ანალიზის მიხედვით ხუთზე მეტი მეტასტაზირებული ლიმფური ჯირკვალი იყო ერთად-ერთი დამოუკიდებელი პროგნოზული ფაქტორი, რომელიც განაპირობებდა ძალზე მოკლე გადარჩენის მაჩვენებელს.

ირანში შესწავლილ იქნა ძუძუს კიბოს დიაგნოზის მქონე 438 პაციენტი, რომლებიც მკურნალობდნენ “Shahid Beheshti”-ს სამედიცინო უნივერსიტეტის კიბოს კვლევის ცენტრში 1992-2012 წლებში. უნივარიაციული ანალიზით გამოვლინდა, რომ კიბოთი დაავადებულების გადარჩენისას სტატისტიკურად მნიშვნელოვან ცვლადებს წარმოადგენდა პაციენტის ასაკი დიაგნოზის დასმისას, ინფორმირებულობის ხარისხი, ქირურგიული ჩარევის ტიპი, ლიმფური კვანძების სტატუსი, კიბოს ზომა, სტადია, ჰისტოლოგიური კლასი, ესტროგენისა და პროგესტერონის რეცეპტორები და ლიმფოვასკულარული დაინფიცირება. მულტივარიაციულ ანალიზში სტატისტიკურად მნიშვნელოვან პროგნოზულ ფაქტორებს წარმოადგენდა ლიმფური კვანძების სტატუსი, სტადია, ჰისტოლოგიური კლასი და ლიმფოვასკულარული დაინფიცირება [2].

Peterson RE. და სხვათა მიერ ჩატარებული იყო ეპიდემიოლოგიური კვლევების მიმოხილვა, რომლებიც შეისწავლიდა ცხოვრების წესსა და ძუძუს კიბოს გადარჩენის მაჩვენებელს შორის ასოციაციას [8]. ეს მიმოხილვა ფოკუსირებულია ფიზიკურ აქტივობასა და კვებაზე. კვლევის შედეგების მიხედვით ფიზიკური აქტივობა დაკავშირებულია ადრეული სიკვდილიანობის 30%-ით შემცირებასთან. კვლევები უჩვენებს, რომ ჭარბი ცხიმოვანი დიეტა ასოცირებულია გადარჩენის პერიოდის შემცირებასთან. აღსანიშნავია, რომ ინტერვენციული კვლევებით, სადაც სწავლობდნენ ჯანსარი კვების (ცხიმის შემცველობის შემცირება, ხილის, ბოსტნეულისა და უჯრედისის მიღების გაზრდა) გადარჩენის მაცვენებელტა გაზრდა არ გამოვლინდა. ექსპერტები ვარაუდობენ ფიზიკური აქტივობის გაზრდისა და ჯანსარი კვების ერთდროული ინტერვენცია აუცილებლად დადებით ეფექტს იქონიებს გადარჩენაზე.

ცნობილია, რომ სიმსუქნე (სხეულის მასის ინდექსი ≥ 30 კგ/მ²) ასოცირებულია პოსტმენოპაუზის პერიოდში ძუძუს კიბოს რისკის ზრდასთან, მაგრამ მისი ზეგავლენა გადარჩენის მაჩვენებელზე – სადავოა. ეპიდემიოლოგიური კვლევების შედეგად, სადაც შესწავლილი იყო ძუძუს კიბოს დიაგნოზის შემდეგ ჯანსარი კვების ინტერვენციის ზეგავლენა გადარჩენის პერიოდზე, გამოვლინდა, რომ სიმსუქნე მნიშვნელოვან ნეგატიურ პროგნოზულ ფაქტორს წარმოადგენდა. 1990 წლის შემდეგ გამოქვეყნებული 26 კვლევიდან, რომლებიც შეისწავლიდნენ ძუძუს კიბოს გადარჩენასა და სიმსუქნეს

შორის დამოკიდებულებას, 17 შემთხვევაში გამოვლინდა უარყოფითი კორელაცია. 8 კოჰორტული კვლევიდან, სადაც შესწავლილი იყო ჯანსაღი კვების ზეგავლენა გადარჩენის მაჩვენებელზე, უჩვენა დადებითი კორელაცია. ძუძუს კიბოს დიაგნოზის მქონე 1579 პაციენტისგან შემდგარი კოჰორტა, რომლებიც მკურნალობას გადიოდნენ 1999 წლამდე ცენტრალურ ჰოსპიტალში, შესწავლილ იქნა პროსპექტულად სიმსივნის კლინიკური და პათოლოგიური მახასიათებლების მიხედვით. მსუქანი და არა-მსუქანი პაციენტებისთვის შედარებული იყო რისკის ფაქტორები და გამოსავალი. მოცემული კვლევით არ დადასტურდა სიმსუქნის, როგორც ცუდი პროგნოზის ინდიკატორის არსებობა [9].

ობსერვაციული კვლევები მიუთითებენ ცხიმოვან დიეტასა და ძუძუს კიბოს შორის ასოცირების შესახებ, თუმცა ზოგ შემთხვევაში შედეგები ურთიერთსაწინააღმდეგოა. ჩატარებული იყო რანდომიზებული, პროსპექტული, მულტიცენტრული კლინიკური კვლევა დიეტური ინტერვენციის (ცხიმის მიღების შემცირება) ძუძუს კიბოს ადრეული სტადიის მქონე პაციენტების გადარჩენის მაჩვენებელზე ზეგავლენის შესწავლის მიზნით. რანდომულად იყო შერჩეული 1994–2001 წლებში კვლევაში ჩართული 2437 ქალი; კვლევის შედეგებით დადასტურდა, რომ ცხიმის მოხმარების შეზღუდვა გარდა იმისა, რომ სხეულის წონის კორექციაზე დადებით ეფექტს ახდენს, ის აგრეთვე აუმჯობესებს გადარჩენის მაჩვენებლებს ძუძუს კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში [3].

ძუძუს კიბოთი ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებისათვის აუცილებელია, ჯანდაცვის სამსახურის ძალისხმევით ინტენსიფიკაცია დაავადების პრევენციის, ადრეული დიაგნოსტიკისა და დროული რაციონალური მკურნალობის უზრუნველსაყოფად.

Preventive measures of breast cancer morbidity and mortality, means to strengthen efforts of Health Care Institutions and provide early diagnoses and efficient treatment of cancer.

ლიტერატურა

1. Abdullah MM, Mohamed AK, Foo YC, Lee CM, Chua CT, Wu CH, Hoo L, Lim TO, Yen SW. - Breast Cancer Survival at a Leading Cancer Centre in Malaysia. Asian Pacific Journal for Cancer Prevention. 2015;16(18):8513-7

2. [BAGHESTANI AR](#), [MOGHADDAM SS](#), [MAJD HA](#), [AKBARI ME](#), [NAFISSI N](#), [GOHARI K](#). - SURVIVAL ANALYSIS OF PATIENTS WITH BREAST CANCER USING WEIBULL PARAMETRIC MODEL. ASIAN PACIFIC JOURNAL FOR CANCER PREVENTION. 2015;16(18):8567-71.
3. Chlebowski RT, Blackburn GL, Thomson CA, et al. Dietary fat reduction and breast cancer outcome: Interim efficacy results from the Women's Intervention Nutrition Study. J Natl Cancer Inst 2006;98:1767–1776.
4. [Coleman MP](#), [Forman D](#), [Bryant H](#), [Butler J](#), [Rachet B](#), [Maringe C](#), [Nur U](#), [Tracey E](#), [Coory M](#), [Hatcher J](#), [McGahan CE](#), [Turner D](#), [Marrett L](#), [Gjerstorff ML](#), [Johannesen TB](#), [Adolfsson J](#), [Lambe M](#), [Lawrence G](#), [Meechan D](#), [Morris EJ](#), [Middleton R](#), [Steward J](#), [Richards MA](#); [ICBP Module 1 Working Group](#). - Cancer survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995-2007 (the International Cancer Benchmarking Partnership): an analysis of population-based cancer registry data. Lancet. 2011 Jan 8;377(9760):127-38. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62231-3. Epub 2010 Dec 21.
5. Hong L, Yang J, Han Y, Lu Q, Cao J, Syed L. - High expression of miR-210 predicts poor survival in patients with breast cancer: a meta-analysis. Gene 2012; 507(2): 135-138. [[PubMed](#)]
6. MACIÀ F, PORTA M, MURTA-NASCIMENTO C, SERVITJA S, GUXENS M, BURÓN A, TUSQUETS I, ALBANELL J, CASTELLS X. - FACTORS AFFECTING 5- AND 10-YEAR SURVIVAL OF WOMEN WITH BREAST CANCER: AN ANALYSIS BASED ON A PUBLIC GENERAL HOSPITAL IN BARCELONA. CANCER EPIDEMIOL. 2012 DEC;36(6):554-9. DOI: 10.1016/J.CANEP.2012.07.003. EPUB 2012 JUL 31.
7. [NAVARRO GARCÍA JF](#), [VIOQUE J](#), [CUCHÍ ALFARO C](#), [CRESPO VILLARROYA B](#), [DE LAS HERAS EM](#), [MILLAS ROS J](#), [BOLUMAR MONTRULL F](#), [ARRIBAS LLORENTE JL](#), [GÓMEZ LÓPEZ LI](#). - [SURVIVAL IN CANCER OF THE BREAST IN ZARAGOZA (1960-1990) IN RELATION TO AGE, CLINICAL STAGE AND PERIOD OF TIME OF THE DIAGNOSIS]. MEDICAL CLINIC (BARC). 1995 DEC 2;105(19):721-7.
8. Patterson RE, Cadmus LA, Emond JA, Pierce JP. Physical activity, diet, adiposity and female breast cancer prognosis: A review of the epidemiologic literature. Maturitas 2010;66: 5–15.
9. Rock CL, Demark-Wahnefried W. Can lifestyle modification increase survival in women diagnosed with breast cancer? J Nutr 2002;132:3504S–3507S.
10. WHO. Cancer: fact sheet no 297. Feb, 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> (accessed jan 30, 2016);
11. [Woods LM](#), [Rachet B](#), [O'Connell DL](#), [Lawrence G](#), [Coleman MP](#). - Are international differences in breast cancer survival between Australia and England present amongst both screen-detected women and non-screen-detected women? Survival estimates for women diagnosed in West Midlands and New South Wales 1997-2006. [International Journal of Cancer](#). 2016 Jan 12. doi: 10.1002/ijc.29984. [Epub ahead of print]

მასალა ეპიდ ბიულეტენისთვის მოგვარდა არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის სამმართველოს უფროსმა, ნანა მეზონიამ

„ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი“ წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის პუბლიკაციას.

ბიულეტენში გამოქვეყნებული მონაცემები ემყარება დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ხელთ არსებულ მასალებს. გამოცემასთან დაკავშირებულ საკითხებზე, ბიულეტენში მასალის გამოქვეყნების ჩათვლით, მიმართეთ „ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენის“ რედაქციას მისამართზე: თბილისი, ასათიანის 9, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. „ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი“ წარმოადგენს საზოგადოებრივ საკუთრებას. გამოყენებული მასალებით სარგებლობისა და მათი რეპროდუქციისთვის სპეციალური ნებართვა საჭირო არ არის, მაგრამ სასურველია მონაცემების წყაროს მოხსენიება.

.....

სარედაქციო კოლეგია:

- ი. ზედგენიძე - მენეჯერ-რედაქტორი
- გ. კაციტაძე - რედაქტორი
- პ. იმნაძე
- ლ. სტურუა
- ხ. ზახაშვილი
- შ. ცანავა
- მ. ცინცაძე

Epidemiology Bulletin

National Center for Disease

Control and Public Health

MINISTRY OF LABOUR, HEALTH

AND SOCIAL AFFAIRS OF GEORGIA

2016/Vol.20 N8

Epidemiology Bulletin

National Center for Disease
Control and Public Health

Ministry of Labour, Health
And Social Affairs of Georgia