

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ეროვნული ცენტრი

კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია

თბილისი, საქართველო
2014

სტრატეგიის შექმნის ინიციატორი:

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

განხილვაში მონაწილე პირები:

რემა ღვამიჩავა

მაკა მაღლაკელიძე

რევაზ გაგუა

დავით თაბაგარი

ფრიდონ თოდუა

ფილიპ დევისი

ლელა ბაქრაძე

ლევან ჯუღელი

მიშა შავდია

დავით ხუბუა

იოსებ აბესაძე

დარეჯან ლომიძე

თამარ ჯავახაძე

იან ვორიჩევი

დიმიტრი კორძაია

კახაბერ ახვლედიანი

ვასიკო ტყეშელაშვილი

გიცა გაბუნია

შესრულებაზე პასუხისმგებელი უწყებები და ორგანიზაციები:

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

გარემოს და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტრო

განათლების სამინისტრო, უნივერსიტეტები, სასწავლო დაწესებულებები

სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ეროვნული სკრინინგ ცენტრი

სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო

ონკოლოგთა პროფესიული ასოციაციები

პირველადი ჯანდაცვის რგოლი

მულტიპროფილური კლინიკები

ონკოლოგიური კლინიკები და დეპარტამენტები

შენიშვნა: გრძელდება მუშაობა კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის აქტივობების ფინანსური შეფასების თვალსაზრისით, ამასთან, სტრატეგია დინამიური დოკუმენტია, რომელშიც პერიოდულად შესაძლოა განხორციელდეს გარკვეული ცვლილებები

შინაარსი

ეპიდზედამხედველობა ონკოლოგიურ დაავადებებზე, პოპულაციური რეგისტრი-----	7
ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი პრევენცია -----	9
ონკოლოგიურ დაავადებათა მეორადი პრევენცია -----	13
ონკოლოგიურ დაავადებათა კონტროლის დარგში სამედიცინო მომსახურების დონეები -----	18
ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკა -----	22
ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობა -----	25
მკურნალობის სპეციფიკური მეთოდები -----	29
ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა -----	38
კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის და სამოქმედო გეგმის დანერგვა და ეფექტური მართვა -----	40

კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის ზოგადი ხედვა:

საქართველოში ნებისმიერ ონკოლოგიურ პაციენტს უნდა ჰქონდეს გადარჩენის მაქსიმალური შესაძლებლობა და ცხოვრების ხარისხიანი წლები

კიბოს კონტროლის სტრატეგიის პროფესიონალური ორიენტაცია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებას ეფუძნება, რომლის მიხედვითაც კიბოს ინციდენტობა პირველადი პრევენციის ღონისძიებების გატარებით შესაძლოა 30%-ით შემცირდეს. თუმცა, რადგანაც პირველადი პრევენციის შედეგებს ხანგრძლივი დროის შემდეგ უნდა ველოდოთ, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, დაავადებულთა ადრეული გამოვლენა და დროული მკურნალობა, რაც კონტროლის თვალსაზრისით სწრაფი წარმატების საშუალებაა. კიბოს კონტროლის სტრატეგიამ უნდა უზრუნველყოს ონკოლოგიის სხვადასხვა სფეროში მომუშავე პროფესიონალთა კოორდინირებული მოქმედება. საჭიროა სპეციფიკურ ღონისძიებათა ერთობლიობა, რათა მიღწეული იყოს კიბოს კონტროლის სტრატეგიის მიზნები.

კიბოს კონტროლის სტრატეგიის ძირითად ამოცანებია: კიბოს კონტროლის თვალსაზრისით ქვეყანაში არსებული სიტუაციის შეფასება; პრიორიტეტული ღონისძიებების და მიღწევადი მიზნების განსაზღვრა კიბოს კონტროლის სხვადასხვა მიმართულებით - პოპულაციური რეგისტრი, პრევენცია, ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი, დიაგნოსტიკა, სპეციფიკური მომსახურება, პალიატიური მზრუნველობა და რეაბილიტაცია; ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვის თვალსაზრისით არსებული მდგომარეობის გაუმჯობესება, პაციენტთა გადარჩენის მაჩვენებელთა გაზრდა.

კიბოს მსოფლიო დეკლარაცია, რომელიც კიბოს წინააღმდეგ საერთაშორისო კავშირის (International Union Against Cancer – UICC) მიერ 2013 წელს იქნა მოწოდებული, მთავრობის ხელმძღვანელებსა და ჯანდაცვის სიტემაში პოლიტიკის გამტარებლებს მოუწოდებს, მნიშვნელოვნად შეამცირონ კიბოს საყოველთაო ტვირთი, ხელი შეუწყონ სამართლიანობასა და თანასწორობას და კიბოს კონტროლის ინტეგრაციას მსოფლიო ჯანმრთელობისა და განვითარების გეგმაში¹.

კიბოს კონტროლის სტრატეგიის სპეციფიკური მიზნები და ამოცანები:

1. კიბოს გავრცელების შესახებ სრულყოფილი, ზუსტი და დროული მონაცემებისადმი ხელმისაწვდომობა
 - კიბოს პოპულაციური რეგისტრის დანერგვა
 - მონაცემთა ანალიზი, ინტერპრეტაცია და უკუკავშირი;

¹ <http://www.uicc.org/world-cancer-declaration>

2. **პირველადი პრევენცია: ცხოვრების არაჯანსაღ წესთან (თამბაქოს მოხმარება, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, სიმსუქნე, არასწორი კვება) და სხვა ფაქტორებთან (გარემო, პროფესიული, ინფექციური) დაკავშირებული კიბოს რისკის შემცირება**
 - პოლიტიკის და ინტერვენციების შემუშავება და დანერგვა, რომლებიც განაპირობებენ მოსახლეობაში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობას და კიბოს რისკის შემცირებას;
 - საცხოვრებელ გარემოსა და სამუშაო ადგილებზე ქიმიური, ფიზიკური და ბიოლოგიური კანცეროგენების მონიტორინგისა და გამორიცხვის გზით ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა.
 - ვირუსული ჰეპატიტი B-ს და ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინით მიზნობრივი პოპულაციის მაქსიმალური მოცვა;
 - პაციენტთა კონსულტირებაში სამედიცინო პერსონალის როლის ამაღლება.
3. **კიბოს სკრინინგ-პროგრამის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით ორგანიზებული სკრინინგის სტრუქტურის და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემების დანერგვა**
 - ეფექტური სკრინინგ-პროგრამის მართვისა და კოორდინაციის მექანიზმის დანერგვა/განხორციელება;
 - პროგრამის ხარისხის უზრუნველყოფის (QA) სისტემის დანერგვა;
 - კიბოს სკრინინგ პროგრამების განხორციელების მიზნით არსებული სამედიცინო მომსახურების პოტენციალის ამაღლება;
 - საშვილოსნოს ყელის პოპულაციური ორგანიზებული სკრინინგ პროგრამის ეტაპობრივი დანერგვა, ძუძუს და კოლორექტალური სკრინინგ პროგრამების და პროსტატის კიბოს რისკის მართვის სტრატეგიების შემდგომი დანერგვით.
4. **ონკოლოგიური დიაგნოზის მქონე ნებისმიერი მოქალაქისთვის ჯანდაცვის ყველა დონეზე ხარისხიანი მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა**
 - სამედიცინო მომსახურების პირველადი, მეორადი და მესამეული დონის კომპეტენციებისა და ფუნქციების განსაზღვრა ონკოლოგიურ პაციენტთა მომსახურების თვალსაზრისით.
5. **ონკოლოგიურ დაავადებათა დროული დიაგნოსტიკის გზით კიბოთი სიკვდილიანობის შემცირება**
 - კლინიკური დიაგნოზის დროული დასმა და მისი ჰისტო-მორფოლოგიური დადასტურება;
 - თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისი პათოლოგ-ანატომიური სამსახურის განვითარება;
 - სხივური დიაგნოსტიკის სხვადასხვა მეთოდებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა სამედიცინო მომსახურების შესაბამის დონეზე;
 - ცალკეული ლოკალიზაციის კიბოს (საყლაპავი, კუჭი, თორმეტგოჯა ნაწლავი, ფილტვი, ბრონქები, კოლინჯი და სწორი ნაწლავი) დიაგნოსტიკისას ენდოსკოპიური კვლევებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა.
6. **ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის სწორი სქემების დანერგვის გზით გადარჩენის მაქსიმალური შესაძლებლობების და ცხოვრების ხარისხიანი წლების უზრუნველყოფა**
 - ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა;
 - სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა დონეზე დარგის ექსპერტთა გამოცდილების გაზიარების შესაძლებლობების გაზრდა;

- ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის მაღალი ხარისხის სერვისებისადმი გაზრდილი ფინანსური ხელმისაწვდომობა სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის და გეოგრაფიული საცხოვრებლის მიუხედავად.
- 7. მკურნალობის სპეციფიკური მეთოდებისადმი გაზრდილი ხელმისაწვდომობა**
- ონკოლოგიურ პაციენტთათვის პროფესიონალური და ხარისხიანი ქირურგიული მკურნალობისადმი ხელმისაწვდომობა;
 - ქვეყანაში რადიაციული თერაპიის გაფართოება თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისად;
 - ქვეყანაში თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისი მედიკამენტური თერაპიის სამსახურების აწყობა;
 - ბავშვთა ონკო-ჰემატოლოგიური დაავადებების ეფექტური მართვა;
 - პაციენტთა მოთხოვნებზე დაფუძნებული საექთნო საქმის ფორმირება ონკოლოგიაში;
 - მემკვიდრული კიბოს გამოვლენისა და ადექვატური მკურნალობისადმი ხელშეწყობა.
- 8. მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვა და ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია**
- ონკოლოგიური მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვის ცენტრის ჩამოყალიბება;
 - ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის ყველა დონეზე ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის უზრუნველყოფა.
- 9. ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობით მაქსიმალური მოცვა**
- სამედიცინო მომსახურების ყველა დონეზე პალიატიური დახმარების ქსელის დამკვიდრება, რომელიც მოემსახურება მსგავსი საჭიროების მქონე ნებისმიერ ონკოლოგიურ პაციენტს.

ეპიდზედამხედველობა ონკოლოგიურ დაავადებებზე,

პოპულაციური რეგისტრი

კიბოს რეგისტრი კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლის სამეცნიერო და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიდგომების უნიფიცირებული ფორმაა. ონკოლოგიურ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობა გულისხმობს ახალი შემთხვევების და კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის უწყვეტ, დროულ და სისტემურ შეკრებას და ავადობის, პრევალენტობის, სიკვდილიანობის, ასაკ-სპეციფიკური ავადობის (სიკვდილიანობის) და გადარჩენის მაჩვენებელთა შეფასების მიზნით. ის აგრეთვე, კიბოს სკრინინგის და სხვა პრევენციული ღონისძიებების სწორად დანერგვის და ეფექტურობის დემონსტრირების საშუალებას იძლევა. შემთხვევათა დიაგნოსტიკის დაავადების სტადიის შესახებ მრავალმხრივი, დროული და სწორი მონაცემები კიბოს კონტროლში არსებული პროგრესის შეფასების თვალსაზრისით მეტად მნიშვნელოვანია.

2011 წლიდან დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი შპს „საქართველოს ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრთან“ ერთად ახორციელებს სახელმწიფო პროგრამას, რომლის მიზანს ქვეყანაში კიბოს პოპულაციური რეგისტრის შემუშავება და დანერგვა შეადგენს. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში შემუშავდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მოდელი, რომელიც შესაბამისობაშია საერთაშორისო (WHO/IARC) მოთხოვნებთან და ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების ეროვნულ გეგმასთან. შემუშავდა კიბოს რეგისტრის ფორმა; კიბოს კვლევათა საერთაშორისო სააგენტოსთან (WHO, IARC, Lyon, France) კოორდინაციისა და ინტეგრაციის შედეგად მოხდა საერთაშორისო გამოცდილების გაზიარება, მიღებულია კიბოს რეგისტრის “CanReg-5” პროგრამა, პროგრამის დაინსტალირების თანხმობა და ელექტრონული მოხმარების პაროლი. “CanReg-5” ითარგმნა ქართულ ენაზე და ჩაიტვირთა პროგრამაში ყველა კლასიფიკატორი (ტოპოგრაფიული, მორფოლოგიური, ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული და ონკოლოგიური სერვისების მწარმოებელ დაწესებულებათა ნუსხა).

კიბოს რეგისტრის მნიშვნელობა მონაცემთა ხარისხზეა დაფუძნებული; განსაკუთრებით ღირებულია, კიბოს თითოეული შემთხვევის რეგისტრაცია სწორად და სრულყოფილად განხორციელდეს, რათა ტენდენციების სწორად შეფასება და საერთაშორისო დონეზე მონაცემთა შედარება მოხდეს. აღნიშნულის მიღწევა შესაძლებელია, თუ ონკოლოგიურ დაავადებათა კლასიფიკაცია შესაბამისობაში იქნება თანამედროვე მოთხოვნებთან. სწორედ ამ საქმეს ემსახურება ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის ICD-O-ს (International Classification of Diseases for Oncology ICD-O, Third Edition) ქართულ ენაზე გამოცემა და ქვეყნის მასშტაბით დანერგვა.

კიბოს რეგისტრის ცენტრში შემთხვევათა შეტყობინება დარეგულირდება „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“ ბრძანებაში (#01-27/5) შეტანილი ცვლილებების მიხედვით. აღნიშნული ბრძანების პროექტით მიხედვით ნებისმიერი ონკოლოგი (ონკოქირურგი, კლინიკური ონკოლოგი, რადიაციული ონკოლოგი), ქირურგი, პათოლოგ-ანატომი და სამედიცინო მომსახურების სხვა სპეციალისტი ვალდებულია ყველა ონკოლოგიური პაციენტის შეახებ, რომელსაც გაუწია სამედიცინო მომსახურება ან დაუსვა ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი, შეავსოს კიბოს რეგისტრის ფორმა და მიაწოდოს

პოპულაციური რეგისტრის ცენტრს (დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (დკ&სჯეც), სამედიცინო სტატისტიკის სამმართველო). აღნიშნული შეეხება ყველა ჰოსპიტალს, კლინიკას, დიაგნოსტიკურ და სამკურნალო ცენტრს, რადიაციული მკურნალობის ცენტრს, პათოლოგ-ანატომიურ ცენტრს.

სიმსივნეები, რომლის შესახებაც უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, არის შემდეგი:

ა) ყველა ავთვისებიანი სიმსივნე, რომელსაც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კლასიფიკატორის „დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია ონკოლოგიაში (ICD-O)“ მიხედვით გააჩნია ქვევის კოდი 2, 3, 6 ან 9 (პრეინვაზიური, ავთვისებიანი, მეტასტაზური ან უცნობია პირველადია თუ მეტასტაზური).

ბ) ცენტრალური ნერვული სისტემის ყველა კეთილთვისებიანი სიმსივნე.

ინფორმაციის ნაკადი დაწესებულებიდან კიბოს რეგისტრის CanReg-5 პროგრამაში. სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც ჩართული არიან კიბოს პოპულაციურ რეგისტრში, მოსალოდნელია, რომ სისტემას მიაწოდებენ მონაცემებს იმ შემთხვევების სულ ცოტა 95%-ის შესახებ, რომლებიც მათთან იყო დიაგნოსტირებული ან გაეწიათ რაიმე სახის სამედიცინო მომსახურება. კიბოს შემთხვევების შეტყობინება ყოველთვის უნდა შეესაბამებოდეს სარეგისტრაციო ფორმების (ქალაქის მატარებელი) სახით უნდა მოხდეს კიბოს პოპულაციური რეგისტრის ცენტრში (დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, სამედიცინო სტატისტიკის სამმართველო).

კიბოს შემთხვევების შეყვანა რეგისტრის სისტემაში. მას შემდეგ, რაც კიბოს პოპულაციური რეგისტრის ცენტრალურ ოფისში მოხდება შევსებული სარეგისტრაციო ფორმების მოწოდება, რეგისტრატორს ის შეჰყავს CanReg-5-ის პროგრამაში. კიბოს პოპულაციური რეგისტრის ერთ-ერთ ძლიერ მხარეს წარმოადგენს ის, რომ მას მრავლობითი ინფორმაციის წყარო გააჩნია. ერთი და იმავე პაციენტის შესახებ ერთდროულად ან სხვადასხვა დროს შეიძლება მოვიდეს ინფორმაცია რამდენიმე დაწესებულებიდან (საერთაშორისო გამოცდილებით თითოეული შემთხვევის შესახებ დაახლოებით 1.7 შეტყობინება მიიღება).

მიზანი #1. კიბოს გავრცელების შესახებ სრულყოფილი, ზუსტი და დროული მონაცემებისადმი ხელმისაწვდომობა

სტრატეგიები:

1.1. კიბოს პოპულაციური რეგისტრის დანერგვა ქვეყნის მასშტაბით:

- ონკოლოგიურ სნეულებათა კლასიფიკაციის განხორციელება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის შესაბამისად (ICD-O);
- ონკოლოგთა და ოჯახის/სოფლის ექიმთა სწავლება ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD-O) დანერგვის მიზნით;
- მუშაობა ონკოლოგებთან და ოჯახის/სოფლის ექიმებთან ონკოლოგიურ პაციენტთა შესახებ სტანდარტული და დროული ინფორმაციის მოწოდების თვალსაზრისით;

- ონკოლოგიურ პაციენტთა შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის მოწოდების კონტროლი პერიოდულად შემთხვევების აქტიური მოძიების გზით;
- თითოეულ გარდაცვლილ პაციენტზე გარდაცვალების შესახებ მოწმობის გაცემისა და სწორად შევსებისადმი ხელშეწყობა;
- კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემთა ბაზის საჯარო რეესტრის ბაზასთან კავშირის უზრუნველყოფა, კიბოს დიაგნოზის მქონე პაციენტთა გარდაცვალების თარიღის გამოვლენის და კიბოს გადარჩენის მაჩვენებელთა შეფასების მიზნით.

1.2. მონაცემთა ანალიზი, ინტერპრეტაცია, უკუკავშირი:

- კიბოს ავადობის, ასაკ-სპეციფიკური ავადობის, პრევალენტობის, მიზეზ-სპეციფიკური სიკვდილიანობის მაჩვენებელთა შეფასება, დინამიკის შეფასება, შედეგების დისემინაცია ეროვნულ და სართაშორისო დონეზე;
- სკრინინგის პროგრამებში მოსახლეობის ჩართულობის ზრდის პარალელურად კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლინების თვალსაზრისით არსებული დინამიკის შეფასება;
- კიბოს გადარჩენის მაჩვენებელთა შეფასება.

ონკოლოგიურ დაავადებათა პირველადი პრევენცია

პირველადი პრევენცია კიბოს ეფექტური კონტროლის მნიშვნელოვან მიდგომას წარმოადგენს. ყველა ძირითადი რისკის ფაქტორის კონტროლის გზით, ონკოლოგიურ დაავადებათა სიკვდილიანობის 40%-ის პრევენცია არის შესაძლებელი². სამეცნიერო კვლევებით დასტურდება უდავო კავშირი ცხოვრების წესსა და კიბოს განვითარებას შორის. ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვად რისკის ფაქტორებს შორის გამოყოფენ: თამბაქოს მოხმარებას, რომელიც მსოფლიოში ყოველწლიურად პასუხისმგებელია კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის 1.5 მილიონი შემთხვევის, ალკოჰოლის ჭარბ მოხმარებას - სიკვდილიანობის 351 000 შემთხვევითა და ჭარბ წონას, სიმსუქნესა და დაბალ ფიზიკურ აქტივობას კიბოს სიკვდილიანობის 274 000 შემთხვევით^{3/4/5}.

სხვა მართვადი რისკის ფაქტორებია მზის სხივების პირდაპირი ზემოქმედება ხანგრძლივი დროის მანძილზე, კანცეროგენებით ზემოქმედება სამუშაო ადგილზე და საცხოვრებელ გარემოში, ზოგიერთი ინფექციური აგენტი (ადამიანის პაპილომა ვირუსი, ჰეპატიტი B-ს ვირუსი). კიბოს პრევენცია ადამიანებს იცავს დაავადების მძიმე გამოსავალისგან: ჯანმრთელობის შერყევა და ადრეული სიკვდილობა, ხარისხიანი სიცოცხლის წლების შემცირება, ძლიერი ტკივილი, შემცირებული შემოსავალი და მკურნალობაზე დახარჯული დიდი თანხები.

² Cancer Control, Knowledge into Action, Prevention, WHO, 2007

³ Ezzati M. et al., Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization, 2004;

⁴ Danaei G. et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 366:1784–1793, 2005;

⁵ Driscoll T. et al. The global burden of diseases due to occupational carcinogens. *American Journal of Industrial Medicine*, 48:419–431, 2005).

პირველად პრევენციას მოქმედების ფართო სპექტრი გააჩნია, რადგანაც კიბოს რისკის ფაქტორთა უმეტესობა საერთოა სხვა არაგადამდები დაავადებებისთვისაც. პირველადი პრევენცია აერთიანებს სხვადასხვა ღონისძიებებს, ჯანმრთელობის ხელშეწყობას და პრევენციულ პროგრამებს, რომლებიც ფოკუსირებულია მართვად რისკის ფაქტორებზე და დაკავშირებულია ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებასთან, ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო საცხოვრებელი და სამუშაო გარემოს ფორმირებასთან.

დადასტურებულია, რომ ონკოლოგიურ სნეულებათა სულ ცოტა ერთი მესამედის თავიდან აცილება შესაძლებელია მავნე ჩვევების შეცვლის გზით⁶. ქვევის შეცვლა ადამიანთა ნებაზეა დამოკიდებული, ის არც რთულ და არც ძვირადღირებულ ინტერვენციებს წარმოადგენს, საჭიროებს საზოგადოების ინფორმირებულობის ზრდას. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება მნიშვნელოვანი ფაქტორია კიბოს ინციდენტობის შემცირების თვალსაზრისით, რაც გულისხმობს თამბაქოს მოხმარების ელიმინაციას, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების შეზღუდვას, ჯანსაღ კვებას, ფიზიკური აქტივობის გაზრდას, წონის კონტროლს და ა.შ. ცხოვრების წესთან დაკავშირებული რისკის ფაქტორების საქართველოში გავრცელების შესახებ ინფორმაციას იძლევა „არაგადამდებ დაავადებათა რისკის ფაქტორების კვლევა“ (STEPS), რომელიც 2010 წელს 18-დან 65 წლამდე ასაკის მოსახლეობაში ჩატარდა. შედეგების მიხედვით „ამჟამინდელ“ მწვევლთა პროპორცია მამაკაცებში შეადგენდა 55.5%-ს, ქალებში - 4.8%-ს, ხოლო ორივე სქესში ერთად - 30.3%-ს; ორივე სქესის თითქმის 20% დაბალი ფიზიკური აქტივობით გამოირჩეოდა; კვლევაში ჩართულთა 56% იყო ჭარბი წონის მქონე, 25% - მსუქანი, ამასთან სიმსუქნის პრევალენტობა ქალებში უფრო მაღალია (29% vs. 22%)⁷.

საცხოვრებელი და სამუშაო გარემო. გარემოსა და სამუშაო ადგილებზე არსებული ზოგიერთი ნივთიერება და მაიონიზებელი გამოსხივება ასოცირებულია ონკოლოგიურ დაავადებათა ეთიოლოგიასთან. ქიმიური ნივთიერებების ზემოქმედებით გაპირობებული რისკის ხარისხი დამოკიდებულია ექსპოზიციის დონესა და ხანგრძლივობაზე. რისკს ასევე განსაზღვრავს ასაკი, სქესი და ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობა. ჰაერში, წყალსა და ნიადაგში არსებულ ქიმიურ კანცეროგენებს ონკოლოგიურ დაავადებათა 1-4% უკავშირდება⁸. მნიშვნელოვანია განხორციელდეს მონიტორინგი გარემოსა და სამუშაო ადგილებზე არსებულ კანცეროგენებზე და ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგი იმ ადამიანებზე, რომლებიც ცნობილი კანცეროგენების მაღალი დოზების ზემოქმედებას განიცდიან.

ცნობილია 40-ზე მეტი აგენტი, ნივთიერება და ექსპოზიციური ფაქტორი, რომლებსაც პროფესიულ კანცეროგენებად მიიჩნევენ⁹. პროფესიული კანცეროგენები მიზეზობრივად დაკავშირებულია ფილტვის, ხორხის, ცხვირ-ხახის, კანის, შარდის ბუშტის ონკოლოგიურ დაავადებებთან და ლეიკემიასთან. ფილტვის კიბოს შემთხვევათა 10% და ლეიკემიის შემთხვევათა 2% სავარაუდოდ დაკავშირებულია პროფესიულ ფაქტორებთან¹⁰.

⁶ <http://www.who.int/cancer/prevention>, accessed 18 December, 2013;

⁷ არაგადამდებ დაავადებათა რისკის ფაქტორების კვლევა, საქართველო, 2010, ხელმისაწვდომია: www.ncdc.ge/pdf/GEO302;

⁸ World cancer report. IARC/WHO, Lyon, 2003; Cancer Control, Knowledge into Action, Prevention, WHO, 2007;

⁹ Siemiatycki J et al. Listing occupational carcinogens. *Environmental Health Perspectives*, 112:1447-1459, 2004;

¹⁰ *Cancer Control, Knowledge into Action, Prevention, WHO, 2007*.

გარემოსა და სამუშაო ადგილებზე ბლასტომოგენური ფაქტორების ექსპოზიციის შემცირება საკანონმდებლო რეგულაციების დანერგვის გზით (მაგალითად, ზღვრულად დასაშვები დოზის სტანდარტიზაცია, ჰაერის, წყლის დაცვა საწარმოს მავნე ნარჩენებისაგან და გამონახოლქვისგან) უნდა ხორციელდებოდეს; პროფესიული უნარ-ჩვევები და ინდივიდუალური თავდაცვის საშუალებები მნიშვნელოვან როლს თამაშობს კიბოს განვითარების რისკის შემცირებაში.

საქართველოში არ არსებობს ინფორმაცია სამუშაო ადგილებზე არსებული კანცეროგენების ტიპების და მუშათა რაოდენობის შესახებ, რომლებიც კანცეროგენების ექსპოზიციას განიცდიან. ასევე არ არის საკმარისი მონაცემები სამუშაო და საცხოვრებელ ადგილებზე ქიმიური კანცეროგენული ნივთიერებების კონცენტრაციის შესახებ. არ ტარდება კვლევები, რომელიც შეაფასებს მიზეზ-შედეგობრივ კავშირებს სხვადასხვა ქიმიურ ნივთიერებებსა და ონკოლოგიურ დაავადებებს შორის.

ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული ინფექციური აგენტების მონიტორინგი. ზოგიერთი ინფექციური აგენტი ონკოლოგიურ დაავადებათა განვითარებაში მნიშვნელოვან ეთიოლოგიურ როლს ასრულებს. გლობალურად ღვიძლის კარცინომას 52% ჰეპატიტი B-ს ქრონიკულ ინფექციას უკავშირდება; დამატებით, შემთხვევათა 20% დაკავშირებულია C ჰეპატიტის ვირუსთან¹¹. ღვიძლის პირველადი კიბოს პრევენციის რენტაბელურ საშუალებას ჰეპატიტი B-ს საწინააღმდეგო უნივერსალური ვაქცინაცია წარმოადგენს. საქართველოში ჰეპატიტი B-ს საწინააღმდეგო ვაქცინაცია შეტანილია გეგმიური აცრების კალენდარში, 2012 წელს ჰეპატიტი B ვაქცინის პირველი დოზით (ტარდება სამშობიარო სახლებში) მოცვის მაჩვენებელმა შეადგინა 92%, ხოლო სრულად აცრილთა (სამივე დოზით) ხვედრითმა წილმა - 88.8%.

ადამიანის პაპილომა ვირუსი (HPV) მსოფლიოში ყველაზე გართოდ გავრცელებული სქესობრივი გზით გადამდები ვირუსული ინფექციაა, რომლითაც ყოველწლიურად დაახლოებით 660 მილიონი ადამიანი ინფიცირდება. ვირუსი საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამომწვევი ძირითადი ეთიოლოგიური აგენტია; HPV-ს მხოლოდ ორ გენოტიპთან (მე-16 და 18) დაკავშირებულია გლობალურად გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევათა 70%¹²). ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით შესაძლებელია ვირუსის ორივე გენოტიპით (16, 18) გამოწვეული ინფიცირების 95%-ის პრევენცია¹³). საქართველოში 2012 წლიდან ტარდება ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია, ხუთასამდე გოგონა აცრილია სრული კურსით (სამი დოზა).

მიზანი #2. ცხოვრების არაჯანსაღ წესთან (თამბაქოს მოხმარება, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, სიმსუქნე, არასწორი კვება) და სხვა ფაქტორებთან (გარემო, პროფესიული, ინფექციური) დაკავშირებული კიბოს რისკის შემცირება

¹¹ Perz JF et al. The contribution of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *Journal of Hepatology*, 2006, 45: 529-538;

¹² Franceschi s. et al. Variations in the age-specific curves of human papilloma virus prevalence in women worldwide, *International Journal of Cancer*, 119:2677-2684, 2006;

¹³ *Comprehensive Cervical Cancer Prevention and Control, a healthier future for girls and women, WHO guide*, 2013.

სტრატეგიები:

2.1. პოლიტიკის და ინტერვენციების შემუშავება და დანერგვა, რომლებიც განაპირობებენ მოსახლეობაში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობას და კიბოს რისკის შემცირებას:

- საზოგადოების ინფორმირებულობის ამაღლება ძირითად მართვად რისკის ფაქტორებსა (თამბაქო, ალკოჰოლი, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, ჭარბი წონა, სიმსუქნე) და კიბოს შორის არსებული მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების შესახებ;
- სამედიცინო პერსონალის ხვედრითი წილის გაზრდა, რომლებიც საკუთარ პაციენტებს გაუწევენ კონსულტაცია/რეკომენდაციებს კიბოს პირველადი პრევენციის შესახებ;
- თამბაქოს მოხმარების, ალკოჰოლის მავნე ზემოქმედების, არასწორი კვების, დაბალი ფიზიკური აქტივობის, ჭარბი წონისა და სიმსუქნის კონტროლის ღონისძიებების დანერგვა შესაბამისი ეროვნული სტრატეგიების სამოქმედო გეგმის მიხედვით;
- კიბოს ოჯახური ანამნეზის ან გენეტიკური წინასწარგანწყობის მქონე პაციენტთათვის სპეციფიკური პრევენციული რეკომენდაციების პაკეტის შექმნა და დანერგვა.

2.2. საცხოვრებელ და სამუშაო ადგილებზე ქიმიური, ფიზიკური და ბიოლოგიური კანცეროგენების მონიტორინგისა და გამორიცხვის გზით ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა:

- სახელმწიფო, საერთაშორისო, არასამთავრობო ორგანიზაციებთან და მეწარმეებთან თანამშრომლობა ადამიანის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის და გარემოს რისკის ფაქტორების მოსახლეობაზე ექსპოზიციის შემცირების თვალსაზრისით;
- შჯსდს-სა და გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტროს შორის ურთიერთთანამშრომლობის ჩარჩოს ჩამოყალიბება ინტეგრირებული პოლიტიკის განსახორციელებლად; რეგულაციების შექმნა და დანერგვა, რომლებიც განსაზღვრავს მავნე ნივთიერებების (სავარაუდო ან დადასტურებული კანცეროგენი) ზღვრულად დასაშვებ კონცენტრაციას გარემოში;
- ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შესახებ ინფორმირებულობის გაზრდა გადაწყვეტილების მიმღებ პირებსა და დაინტერესებულ მხარეებში;
- ჯანმოსა და კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC) კლასიფიკაციის მიხედვით ადამიანებისთვის კანცეროგენული რისკების შესახებ კლასიფიკატორის მომზადება;
- ქიმიური და ფიზიკური კანცეროგენული აგენტების კონტროლის ლაბორატორიის შექმნა;
- საწარმოების მიხედვით გამოყოფილი კანცეროგენების ტიპების და სამუშაო ადგილზე კონცენტრაციის შესახებ მონაცემთა ბაზის შექმნა; ასეთ საწარმოებში მუშათა მაქსიმალური დაცვის მიზნით ღონისძიებათა პაკეტის შემუშავება;
- გარემოსა და პროფესიული ფაქტორებით ექსპოზიციის ონკოლოგიურ დაავადებებთან ასოციაციის გამოვლენის მიზნით კვლევებისადმი ხელშეწყობა;
- პრევენციული პროგრამების მხარდაჭერა და კოორდინაცია, რომლებიც სხვადასხვა მიზნობრივ ჯგუფებში ხელს შეუწყობს ულტრაიისფერი გამოსხივების ზემოქმედების შემცირებას და კანის საექვო ცვლილებების დროულად გამოვლენას;
- აზბესტის ზემოქმედებით გაპირობებული პრობლემების შეფასება ქვეყანაში;

- დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მიზნით პაციენტთა ექსპოზიციის დონის ოპტიმიზაცია; დასახივებული დოზის მონიტორინგი.

2.3. ინფექციურ აგენტთან დაკავშირებული ონკოლოგიურ დაავადებათა სიხშირის შემცირება:

- ვირუსული ჰეპატიტი B-ს და ადამიანის პაპილომა ვირუსის (გოგონები 13 წლის ასკიდან) საწინააღმდეგო ვაქცინით მიზნობრივი პოპულაციის მაქსიმალური მოცვა.

2.4. პაციენტთა კონსულტირებაში სამედიცინო პერსონალის როლის ამაღლება:

- ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმების, ექთნების განათლება კიბოს განვითარების ხელშემწყობი რისკის ფაქტორების და პაციენტთა კონსულტირების შესახებ;
- საგანმანათლებლო მასალების, საკომუნიკაციო გზავნილების რეგულარული მიწოდება პაციენტთა კონსულტირებაში ჩართულ ექიმებისა და ექთნებისადმი;
- პჯდ რგოლის ექიმების, ექთნების ჩართულობის გაზრდა კიბოს სკრინინგის პროგრამების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაზრდის თვალსაზრისით;
- კიბოს დიაგნოზთან დაკავშირებული სტიგმის დაძლევა როგორც სამედიცინო პროფესიონალებში (ექიმი, ექთანი), ისე საზოგადოებაში;
- მუშაობა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან ხარისხიანი პროგრამების დანერგვის მიზნით, რომლებიც უზრუნველყოფენ იმ პაციენტთა რიცხვის ზრდას, რომლებმაც მიიღეს ჯანმრთელობის შეფასება და ცხოვრების წესთან დაკავშირებული ქცევების შესახებ კონსულტაცია.

ონკოლოგიურ დაავადებათა მეორადი პრევენცია

კიბოს სკრინინგი. კიბოს სკრინინგის მიზანია ასიმპტომურ სამიზნე პოპულაციაში ადამიანთა იმ ჯგუფების გამოვლენა, რომელთაც კიბოს წინარე პათოლოგიები ან კიბოს ადრეული სტადია აღენიშნებათ, მკურნალობის ადრეულ სტადიაშივე დასაწყებად და ავადობისა და სიკვდილიანობის შესამცირებლად. კიბოს სკრინინგის პროგრამამ შესაძლოა მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანოს დაავადების გავრცელების საერთო მაჩვენებლის ან/და სიკვდილიანობის $\leq 80\%$ - ით შემცირებაში, რაც მხოლოდ კარგად ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამებით მიიღწევა, რომელიც სამიზნე მოსახლეობის 70%-ს ან მეტს მოიცავს და რომელიც აღჭურვილი იქნება პროგრამის ყველა ასპექტის მომცველი ფართომასშტაბიანი ხარისხის უზრუნველყოფის მექანიზმებით.

მიუხედავად იმისა, რომ კიბოს სკრინინგის პროგრამებს დიდი სარგებლის მოტანა შეუძლია, მათ ასევე შეუძლია ზიანის მიყენება იმ ადამიანებისათვის, რომლებმაც სკრინინგი ჩაიტარეს¹⁴. ასეთი ზიანი უფრო იშვიათია კარგად ორგანიზებული პროგრამის შემთხვევაში. ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამის მთავარი მიზნებია გაზარდოს სასურველი შედეგი და შეამციროს სკრინინგის შედეგად მიყენებული ზიანი, რომლის მიღწევა შესაძლებელია სათანადო ფინანსური რესურსებით, უფლებამოსილებით აღჭურვილი ადმინისტრირების და კოორდინირებული სისტემის მეშვეობით, რათა მოხდეს:

¹⁴ Kramer BS: The science of early detection. Urol Oncol 2004; 22(4):344-7.

- სამიზნე მოსახლეობის მაღალი და თანაბარი ჩართულობა/მოცვა;
- სკრინინგის რეკომენდირებული ასაკობრივი სპექტრის და ინტერვალის დაცვა;
- სკრინინგის პროგრამაში ჩართული ყველა მომსახურეობის ოპტიმალური ხარისხი და კოორდინაცია, დაწყებული შერჩევიდან შემდგომ ინტერვენციებამდე/მეთვალყურეობამდე და იმ ადამიანების მკურნალობამდე, რომლებმაც სკრინინგის ტესტის შედეგად დადებითი პასუხი მიიღეს;

შედეგად, ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამები უზრუნველყოფს ოპტიმალურ ბალანსს სკრინინგის სარგებელსა და ზიანს შორის; უზრუნველყოფს პრივილეგიების თანაბარ გადანაწილებას ყველა სოციალურ ფენაზე და წარმოადგენს კობოთი დაავადების შემცირების ყველაზე ხარჯთეფექტურ და ეფექტიან საშუალებას. ამ მიზეზების გამო, ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის და კოლორექტალური კიბოს სკრინინგის შესახებ ყველა ევროპული გაიდლაინი ერთხმად მიუთითებს, რომ სკრინინგი უნდა ჩატარდეს ორგანიზებული პროგრამის მიხედვით.¹⁵

ამგვარად, პოპულაციურ ორგანიზებულ სკრინინგს დაქვემდებარებული კიბოს ფორმებია ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის და კოლორექტალური კიბო. პროსტატის კიბოს რაც შეეხება, კომპეტენტური ორგანოების უმეტესობა რეკომენდაციას არ უწევს პოპულაციურ ორგანიზებულ სკრინინგს და გთავაზობენ რისკის მართვის სხვადასხვა სტრატეგიებს, თუმცა ამგვარი სტრატეგიების ეფექტიანობა ჯერ კიდევ დასადგენია რანდომიზებული კვლევების შედეგების მიხედვით.

ძუძუს სკრინინგი. სკრინინგის მიზნით ასაკობრივი ჯგუფების შერჩევა უნდა ეფუძნებოდეს დაავადების გავრცელების ასაკობრივ თავისებურებებს, აგრეთვე სკრინინგით გამოწვეული სარგებლისა და ზიანის თანაფარდობას. რადგანაც სარგებელსა და ზიანს გამოყენებული ლაბორატორიული კვლევის მეთოდები (ტესტები) განსაზღვრავს, ამდენად, ასაკობრივი ვარიაცია ტესტ-სპეციფიურია. კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოსა და ევროპული გაიდლაინების მიხედვით მამოგრაფიული კვლევისთვის სარგებელსა და ზიანს შორის დადებითი ბალანსი ყველაზე ნათლად 50-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში დემონსტრირდება.¹⁶ აღნიშნული სახელმძღვანელოები მიუთითებენ, რომ 50-69 წლის ასაკის ქალებს უნდა ჩაუტარდეთ მამოგრაფიული სკრინინგი. რაც შეეხება სკრინინგის პროგრამებში უფრო ახალგაზრდა ან უფროსი ასაკის ქალების ჩართვას, ჩართვის დროს შეიძლება გათვალისწინებული იქნას ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური მონაცემები და ფინანსურ რესურსების შესაძლებლობები.

ძუძუს კიბოს სკრინინგის პერიოდულობასთან დაკავშირებით ევროპაში ერთიანი მიდგომა არსებობს. 2002 წელს IARC-მა რეკომენდაცია გაუწია მამოგრაფიის სკრინინგულ ჩატარებას ორწლიანი ინტერვალით და ევროგაერთიანების 27 ქვეყნიდან 24-მა მიიღო აღნიშნული რეკომენდაცია. ორ წელიწადში ერთხელ ჩატარებული მამოგრაფიული სკრინინგის საკმარისი ეფექტურობა დასტურდება დიდი ობსერვაციული კვლევის შედეგებით, რომლის მიხედვითაც 50-69 წლის ასაკის ქალებში დაავადების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენის თვალსაზრისით არ არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავება ყოველწლიურად და ორ წელიწადში ერთხელ ჩატარებულ სკრინინგულ პროგრამებს

¹⁵ European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening (Fourth Edition) Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (2004);

¹⁶ IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. Breast Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Volume 6. Lyon, France. IARC Press 2002;

შორის¹⁷; ასევე აშშ-ს პრევენციული სერვისების ოპერატიული ჯგუფი (*United States Preventive Services Task Force - USPSTF*) ადასტურებს, რომ ორწლიანი პერიოდულობით ჩატარებულ სკრინინგს თითქმის ისეთივე სარგებელი მოაქვს, როგორც ყოველწლიურს, ამასთან, განახევრებული ზიანით.

საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი. ევროპული გაიდლაინების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი რეკომენდებულია 30-60 წლის ასაკობრივ ინტერვალში, თუმცა უფრო ახალგაზრდა, ან უფროსი ასაკის ქალების ჩართვა შესაძლებელია ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებზე დაყრდნობით და ფინანსური რესურსების შესაძლებლობის გათვალისწინებით. USPSTF საშვილოსნოს ყელის სკრინინგს რეკომენდაციას უწევს 21-65 წლის ასაკის ქალებში. ის აგრეთვე წინააღმდეგია 21 წლის ასაკამდე და 65 წლის ასაკის ზემოთ (თუ 65 წლის ასაკში ჩატარებული პაპ-ტესტის შედეგი უარყოფითია) სკრინინგის ჩატარების¹⁸. ევროპული გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევენ Pap-ტესტირებას ≥ 2 ან ≤ 5 -წლიანი ინტერვალით, მაშინ როცა USPSTF მხარს უჭერს 3 წლიან ინტერვალს. კარგად ორგანიზებული Pap-ტესტირება-ზე დაფუძნებული, 3-5 წლიანი ინტერვალის სკრინინგული პროგრამებით და პათოლოგიური Pap-ტესტის მქონეთა მეთვალყურეობისა და მკურნალობის შესაბამისი მექანიზმებით, შესაძლებელია მივაღწიოთ საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას 80%-ით. აგრეთვე IARC, კიბოს კვლევის საერთაშორისო ცენტრი აქტიურად განიხილავს ადამინის პაპილომაავირუსის (HPV) ტესტის დანერგვას იმ ქვეყნებში, სადაც იწყებენ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამას და სადაც ციტოლოგიური კვლევის ხარისხი დაბალია ან/და განიცდიან კვალიფიციური ციტოპათოლოგების ნაკლებობას.

კოლორექტალური სკრინინგი. კლინიკური კვლევების გზით არ ყოფილა შეფასებული კოლორექტალური სკრინინგის ოპტიმალური ასაკობრივი დიაპაზონი და მისი განსაზღვრა უნდა მოხდეს არსებულ მონაცემთა ექსტრაპოლაციის გზით. კოლორექტალური სკრინინგის სარგებელსა და ზიანს შორის დადებითი ბალანსი კარგად ვლინდება 50-75 წლის ასაკობრივ ჯგუფში¹⁹. ევროპული გაიდლაინების მიხედვით gFOBT-ტესტით სკრინინგი უნდა მოიცავდეს სულ ცოტა 60-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფს, თუმცა ასაკობრივი დიაპაზონი შესაძლოა გაფართოვდეს 45-80 წლის ასაკობრივ ჯგუფზეც. ევროპის მეტ წილ ქვეყნებში კოლორექტალური სკრინინგი იწყება 50 წლის ასაკიდან და ასაკობრივი დიაპაზონი მერყეობს ქვეყნების მიხედვით. აშშ-ში USPSTF კოლორექტალურ სკრინინგს რეკომენდაციას უწევს 50-75 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში, რომელიც ჩატარდება FOBT-ით, სიგმოიდოსკოპიით და კოლონოსკოპიით. კოლორექტალური კიბოს სკრინინგის ოპტიმალური პერიოდულობა არ ყოფილა შეფასებული კლინიკური კვლევებით, თუმცა, დანიაში, შვედეთში, გაერთიანებულ სამეფოსა და აშშ-ში ჩატარებული სკრინინგული პროგრამები ადასტურებენ, რომ 2-წლიანი ინტერვალით ჩატარებული gFOBT სკრინინგი კოლორექტალური კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილიანობას ამცირებს თითქმის 15%-ით, ხოლო ყოველწლიურად ჩატარებული - დაახლოებით 33%-ით²⁰. ამ მონაცემებზე დაყრდნობით ნათელია,

¹⁷ White E, Miglioretti D, Yankaskas B, et al. Biennial versus annual mammography and the risk of late-stage breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2004;96(24):1832-9;

¹⁸ *Screening for Cervical Cancer*, Topic Page. April 2012. U.S. Preventive Services Task Force

¹⁹ Whitlock E, Lin JS, Liles E, et al. Screening for colorectal cancer: a targeted systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149:638-58;

²⁰ Mandel JS, Church TR, Ederer F and Bond JH. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood, *J Natl Cancer Inst* 1999;91(5):434-7

რომ gFOBT-ის გამოყენებით 2-წლიანი ინტერვალით ჩატარებული სკრინინგი კოლორექტალური კიბოს სიკვდილიანობას ეფექტურად ამცირებს, მაშინ როცა ყოველწლიური - ძალიან მნიშვნელოვნად. კოლორექტალური სკრინინგის ზიანის და სარგებლის გათვალისწინებით ევროპული გაიდლაინები საბოლოოდ მიუთითებენ, რომ ინტერვალი 2 წელიწადს არ უნდა აღემატებოდეს.

პროსტატის სკრინინგი. ინტენსიური დებატების მიზეზს წარმოადგენს პროსტატის კიბოს სკრინინგის სარგებლის შეფასება. ექვს არ იწვევს, რომ სკრინინგი ზრდის პროსტატის კიბოს გამოვლენას ადრეულ ეტაპზე, თუმცა არ არსებობს მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ ამ ეტაპზე ჩატარებული მკურნალობით შემცირდება პროსტატის კიბოთი გამოწვეული ადრეული სიკვდილობა²¹. პროსტატის სკრინინგის სარგებლისა და ზიანის შესახებ არსებული მონაცემების მიმოხილვის შედეგად ევროპელ უროლოგთა ასოციაციამ განაცხადა, რომ „ამჟამად არსებული მტკიცებულებები არ არის საკმარისი იმისთვის, რათა პროსტატის კიბოს ადრეულ ეტაპზე გამოსავლენად რეკომენდაცია გაეწიოს პოპულაციაზე დაფუძნებულ პროსტატის სკრინინგს პროსტატა-სპეციფიკური ანტიგენის (PSA) ტესტირებით.“ იმავდროულად, USPSTF-ის მიერ აშშ-ში ჩატარებული არსებული ლიტერატურის მსგავსი მიმოხილვის საფუძველზე ის PSA სკრინინგის წინააღმდეგია, სკრინინგის სარგებლის შესახებ არასაკმარისი მტკიცებულებების არსებობის გამო, მაშინ როცა მეთვალყურეობით და მკურნალობით გამოწვეული ზიანი დადასტურებულია²².

ბუბუს, საშვილოსნოს ყელის, მსხვილი ნაწლავის და პროსტატის სკრინინგი საქართველოში

ბუბუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა დაიწყო 2008 წელს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ეროვნული საბჭოს და საქართველოს პირველი ლედის მხარდაჭერით, გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) საქართველოს ოფისის და თბილისის მუნიციპალიტეტის თანადაფინანსებით. 2010 წელს ის გაფართოვდა და დაემატა მსხვილი ნაწლავისა და პროსტატის კიბოს სკრინინგი თბილისის მოსახლეობისთვის. 2011 წელს საქართველოს მთავრობამ გადაწყვიტა გაეფართოვებინა სკრინინგის ოთხივე პროგრამა ქვეყნის მასშტაბით, რომელსაც აფინანსებს და მეთვალყურეობას უწევს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ხოლო ზემოთ აღნიშნულ ორივე პროგრამას როგორც თბილისში, ასევე რეგიონებში ახორციელებს ეროვნული სკრინინგ ცენტრი და მის მიერ დაკონტრაქტებული სხვადასხვა დონის სამედიცინო დაწესებულებები. სკრინინგის პირველ ვიზიტზე ბენეფიციარები რეგისტრირდებიან სკრინინგის პროგრამის მონაცემთა ბაზაში. მეორად გამოძახებას სკრინინგის რიგი დაწესებულებები ქ.თბილისში ახორციელებენ პირდაპირი მოწვევით სატელეფონო ზარის მეშვეობით, მომავალში მოწვევის პროცედურის დაინერგვა გათვალისწინებულია რეგიონებშიც.

²¹ Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, et al. PLCO Project Team. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N Engl J Med 2009;360:1310-9; Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. ESRPC Investigators. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med 2009;360:1320-8; Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2010;341:4543;

²² Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M, et al. EAU Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Treatment of Clinically Localised Disease. Eur Urol 2011;59(1):e1-e4.

კიბოს სკრინინგი, სკრინინგის დადებითი ტესტების შემდგომი რიგი პროცედურები მოქალაქეს მიეწოდება უფასოდ, მიზნობრივი პოპულაციის ფარგლებში, რომელიც განსაზღვრულია სკრინინგის პროგრამისათვის.

კიბოს სკრინინგის არსებული სერვისები საქართველოში

ძუძუს სკრინინგი

- სკრინინგის სამიზნე პოპულაცია და ინტერვალი: 40-დან 70 წლამდე ქალები, 2 წელიწადში ერთხელ.
- ჩართულობა/მოწვევა: პირველადი ჩართულობის/მოწვევის პირდაპირი პოპულარიზაცია ხდება მედია-კამპანიების მეშვეობით და ზოგიერთ შემთხვევებში პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მხრიდან.
- სკრინინგის პროცედურა: თითოეული ძუძუს მამოგრაფია ორმხრივ პროექციაში
- დადებითი სკრინინგ-ტესტის შემთხვევაში: ძუძუს კლინიკური გამოკვლევა შესრულებული ჯანდაცვის პროფესიონალი მუშაკის მიერ (მამოლოგი, ქირურგი, რადიოლოგი, გინეკოლოგი, რადიოლოგი, ოჯახის ექიმი), ულტრაბგერითი გამოკვლევა (თბილისის მოსახლეობას დამატებით უტარდება ბიოფსია წმინდა ნემსით შემდგომი ციტოლოგიური კვლევისთვის).

საშვილსონოს ყელის სკრინინგი

- სკრინინგის სამიზნე პოპულაცია და ინტერვალები: 25-დან 60 წლამდე ქალები, 3 წელიწადში ერთხელ.
- ჩართულობა/მოწვევა: პირველადი ჩართვის პირდაპირი პოპულარიზაცია ხდება მედია-კამპანიების მეშვეობით და ზოგიერთ შემთხვევებში პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მხრიდან. სკრინინგის პროცედურა: გინეკოლოგის მიერ ჩატარებული ვაგინალური გასინჯვა (დათვალიერება) და პაპ-ტესტის ჩატარება ბეტესდას მეთოდზე დაყრდნობით
- დადებითი სკრინინგ-ტესტის შემთხვევაში: კოლპოსკოპია, საჭიროების შემთხვევაში ბიოფსია შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით. თბილისის პროგრამის ფარგლებში კიბოს წინარე პათოლოგიების გამოვლენისას საშვილსონოს ყელის კონიზაცია ტარდება, ამ უკანასკნელ სერვისს რეგიონული პროგრამა არ მოიცავს.

მსხვილი ნაწლავის სკრინინგი

- სკრინინგის სამიზნე პოპულაცია და ინტერვალები: 50-დან 70 წლამდე ასაკის ორივე სქესის წარმომადგენლები, წელიწადში ერთხელ.
- ჩართულობა/მოწვევა: პირველადი ჩართვის პირდაპირი პოპულარიზაცია ხდება მედია-კამპანიების მეშვეობით და ზოგიერთ შემთხვევებში - პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიერ.
- სკრინინგის პროცედურა: ტესტი ფარულ სისხლდენაზე. დადებითი სკრინინგ-ტესტის შემთხვევაში: კოლონოსკოპია, საჭიროების შემთხვევაში ბიოფსია ბიოპტატის ჰისტომორფოლოგიური კვლევით.

პროსტატის კიბოს რისკის მართვა

- სკრინინგის სამიზნე პოპულაცია და ინტერვალები: 50-დან 70 წლამდე ასაკის მამაკაცები წელიწადში ერთხელ.

- ჩართულობა/მოწვევა: პირველადი ჩართვის პირდაპირი პოპულარიზაცია ხდება მედია-კამპანიების მეშვეობით და ზოგიერთ შემთხვევებში პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მხრიდან.
- სკრინინგის პროცედურა: სისხლში პროსტატის სპეციფიური ანტიგენის განსაზღვრა - PSA ტესტი.

კიბოს სკრინინგ პროგრამის განხორციელების პრიორიტეტები

სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოს სკრინინგ პროგრამებს ეფექტურობის სხვადასხვა დონე გააჩნიათ და აქედან გამომდინარე, ინციდენტობასა და სიკვდილიანობაზე განსხვავებული ეფექტი ექნებათ. ამ პროგრამების პოტენციური ზემოქმედების პროგნოზი საქართველოში, დაფუძნებული მიმდინარე ხელმისაწვდომ მონაცემებზე, ნაჩვენებია ცხრილში #1.

ცხრილი #1: სკრინინგ პროგრამების პოტენციური ეფექტი საქართველოში							
კიბოს ლოკალიზაცია	სკრინინგ-ტესტი	ინციდენტობა	სიკვდილიანობა	ახალი შემთხვევების რაოდენობა, 2011	გარდაცვალების შემთხვევათა რაოდენობა, 2011	თავიდან აცილებული შემთხვევები	გარდაცვალების თავიდან აცილებული შემთხვევები/წ
ძუძუ	მამოგრაფია	↑?%*	↓<20%	730	502	-	<100
საშვილოსნოს ყელი	პაპ-ტესტი	↓<80%	↓<80%	217	179	<174**	<143
	HPV ტესტი	↓<80%	↓<80%				
მსხვილი ნაწლავი	gFOBT/iFOBT	↓<20%	↓<20%	303	265	<61**	<53
პროსტატა	PSA ტესტი	↑?%*	0%	169	140	-	0

* სკრინინგი გაზრდის ძუძუს და პროსტატის კიბოს ინციდენტობას, იმ შემთხვევების გამოვლენით, რომლებიც არ იყო კლინიკურად გამოვლენილი პაციენტის სხვა მიზეზით გარდაცვალებამდე.

** საშვილოსნოს ყელის და მსხვილი ნაწლავის სკრინინგის პირველადი მნიშვნელობაა გამოავლინოს კიბოს წინარე პათოლოგიები, რომელთა მკურნალობაც შესაძლებელია მათი შემდგომი განვითარების თავიდან ასაცილებლად. საშვილოსნოს ყელის და მსხვილი ნაწლავის სკრინინგი ამცირებს ინციდენტობის და სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს.

როგორც ნაჩვენებია ცხრილში #1, მიუხედავად იმისა, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბო არ არის კიბოს ყველაზე გავრცელებული ფორმა, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის მეტი ეფექტიანობის გამო ეს პროგრამა შეამცირებს საშვილოსნოს ყელის კიბოთი გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს საქართველოში.

კიდევ ერთი მოსაზრება გახლავთ ის, რომ ძუძუს სკრინინგი გაზრდის მკურნალობაზე მოთხოვნას როგორც მოკლევადიან პერსპექტივაში - რადგანაც გაიზრდება გამოვლენილი ასიმპტომური შემთხვევების რაოდენობა, ასევე გრძელვადიან პერსპექტივაში - რადგან გაიზრდება გამოვლენილი ნელა მზარდი კიბოს შემთხვევების რიცხვი, რომლებსაც წარსულში არ გამოუწვევიათ კლინიკური ჩარევის საჭიროება პაციენტის სხვა მიზეზით გარდაცვალების გამო. ამავე დროს, საშვილოსნოს

ყელის და კოლორექტული სკრინინგი გაზრდის მოთხოვნას კიბოს მკურნალობაზე მოკლევადიან პერსპექტივაში, რადგანაც გაიზრდება გამოვლენილი ასიმპტომური შემთხვევების რიცხვი, თუმცა, შემცირდება მოთხოვნა საშუალო და გრძელვადიან პერსპექტივაში, რისი მიზეზიც იქნება კიბოს წინარე პათოლოგიების გამოვლენა და მკურნალობა ჯანდაცვის მეორადი დონის სამკურნალო დაწესებულებებში (კოლპოსკოპია და ენდოსკოპია/კოლონოსკოპია), რათა არ გადაიზარდოს ინვაზიურ სიმსივნედ.

აღსანიშნავია, რომ სკრინინგის ყველა ზემოთ აღწერილი ფორმის ეფექტიანობა შეფასებულია კლინიკური კვლევების შედეგად, რომლებიც ჩატარდა ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვის სერვისები უზრუნველყოფილია ფინანსური რესურსებით, ფართოდ დაწერგილია კიბოს მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები და ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობა უფრო მაღალია, ვიდრე საქართველოში. საქართველოში ძუძუს და კოლორექტალური კიბოს აღრიცხული შემთხვევების დაბალი მაჩვენებელი შეამცირებს სკრინინგის პროგრამების ისედაც დაბალ დადებითი შედეგის პროგნოზულ ღირებულებას (Positive Predictive Value – PPV: სკრინინგის დადებითი პასუხის მქონე ქალებში/მამაკაცებში რეალურად ონკოლოგიური დაავადების მქონე პირთა %), ისე რომ ბალანსი სკრინინგის ზიანსა და სარგებელს შორის გაუარესდება. მეორეს მხრივ, კიბოს ინციდენტობის დაბალი მაჩვენებლების უარყოფითი ზეგავლენისაგან განსხვავებით, კიბოს მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების შეზღუდული ხელმისაწვდომობა საქართველოში ნიშნავს, რომ კიბოს წინა დაავადებების და ადრეული სტადიის კიბოს სკრინინგის პროგრამის საშუალებით იდენტიფიცირების დადებითი მხარე უფრო მაღალი იქნება, ვიდრე იმ ქვეყნებში, სადაც ზემოთ აღნიშნული კლინიკური კვლევები ჩატარდა.

აქედან გამომდინარე, საქართველოში კიბოს ადრეული გამოვლენის დამატებითი სარგებელი უნდა იყოს საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის ეფექტიანობის უფრო მაღალი მაჩვენებელი, ვიდრე ცხრილშია მოცემული, რაც ამავდროულად აბალანსებს ძუძუს და კოლორექტალური კიბოს ინციდენტობის უფრო დაბალ მაჩვენებლებს. თუმცა, ეს სარგებელი მაშინ იქნება რეალიზებული, თუ კიბოს წინა პათოლოგიების და ადრეული სტადიის კიბოს შემთხვევები ზუსტად იქნება იდენტიფიცირებული; ასე რომ უაღრესად მნიშვნელოვანია, სკრინინგის ყველა პროგრამის კარგი ორგანიზება და ხარისხის უზრუნველყოფის მკაცრად დაცვა. ამ პირობების გარეშე, მაღალი ალბათობით, სკრინინგის პროგრამები ვერ შეამცირებენ კიბოს მაჩვენებლებს, თუმცა კვლავაც მიაყენებენ გარკვეულ ზიანს სკრინინგში მონაწილე ადამიანებს და მოიხმარენ ჯანდაცვის მნიშვნელოვან რესურსებს.

კიბოს სკრინინგის ორგანიზებული პროგრამის დაწერგვის მთავარი გამოწვევები

სკრინინგის პოპულაციის გეოგრაფიული გადანაწილება. საქართველოს მოსახლეობის დაახლოებით 25% ცხოვრობს თბილისში; მომდევნო 25% - ისეთ ქალაქებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა $\geq 100,000$ (ბათუმი, გორი, ქუთაისი, რუსთავი და ზუგდიდი) და 50% - მცირე თემებში, სადაც არ არის საკმარისი მოსახლეობა კიბოს სკრინინგის კლინიკის/სერვისების გასახსნელად. ამ მცირე თემების კიბოს სკრინინგის პროგრამით უზრუნველყოფა გართულებულია იმ თვალსაზრისით, რომ მოსახლეობის ჩართულობა სკრინინგ კლინიკებამდე მისასვლელი დისტანციის

უკუპროპორციულია²³, რაც კარგად ჩანს ესტონეთის მაგალითზე, სადაც საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი დაწესებული იყო, როგორც ვერტიკალური პროგრამა რეგიონალური სკრინინგ ცენტრების დახმარებით და მონაწილეობის მაჩვენებელი არ აღემატებოდა 30%-ს. ამგვარად, ამ პატარა თემებისთვის კიბოს სკრინინგის პროგრამის მიწოდება მოითხოვს პირველადი სამედიცინო რგოლის თანამშრომლების გადამზადებას, რომ მათ ჩაატარონ კიბოს სკრინინგის ტესტები და მეთვალყურეობა გაუწიონ სკრინინგ ტესტის დადებითი პასუხის მქონე პაციენტების მიმართვას შემდგომი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის მეორადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში. ალტერნატივას წარმოადგენს სკრინინგის მობილური ჯგუფი, მაგრამ მათი წლიური სიმძლავრე სტაციონარული კლინიკის ≈75%-ის ტოლფასია, მაშინ, როცა წლიური საოპერაციო ხარჯები ≈25%-ზე უფრო მაღალია²⁴; ამ შემთხვევაში სამიზნე მოსახლეობის მაღალი ჩართულობის/მოცვის უზრუნველყოფა კიდევ უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს პროგრამის ხარჯ-ეფექტურობის მისაღწევად.

მონაწილეობა სკრინინგ პროგრამებში. თბილისის და რეგიონალური სკრინინგ პროგრამებიდან მიღებული მონაცემები გვაჩვენებს, რომ მიზნობრივი მოსახლეობის მოცვა დაბალია, მაგალითად თბილისის პროგრამაში მუშაობის მე-2 და მე-3 წლისთვის სამიზნე მოსახლეობის მონაწილეობის მაჩვენებელმა ძუძუს სკრინინგში ≈16.0% და საშვილოსნოს ყელის სკრინინგში ≈18.5% შეადგინა, ხოლო მეოთხე წელს მაჩვენებელი რამდენადმე შემცირდა; კიდევ უფრო დაბალია მოცვა რეგიონალურ პროგრამაში, კერძოდ, მიმდინარეობის მესამე წელს ძუძუს კიბოს სკრინინგში მონაწილეობის მაჩვენებელმა შეადგინა 6.8%, ხოლო საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში - 9.6%. დასავლეთ ევროპის სკრინინგ პროგრამებიდან მიღებული მონაცემები გვაჩვენებს, რომ კიბოთი დაავადების მაჩვენებელმა მანამდე არ მიაღწია ოპტიმალურ კლებას, სანამ მოცვის მაჩვენებელი 75%-მდე არ გაიზარდა. ამგვარად, დაბალი მონაწილეობის/მოცვის მიზეზები უნდა გამოვლინდეს და გამოსწორდეს.

ძუძუს კიბოს სკრინინგი, სკრინინგ პროგრამის პერსონალი და აღჭურვილობა. ჩატარებულმა სიტუაციურმა ანალიზმა და შესაძლებლობების შეფასებამ აჩვენა, რომ საქართველოში ძუძუს კიბოს სკრინინგის გაფართოება მოითხოვს ძუძუს რენტგენოლოგ-ტექნიკოსების, რადიოლოგების, მათ შორის ულტრასონოგრაფიის სპეციალისტების რაოდენობის გაზრდას, ისევე როგორც ამ ადამიანური რესურსების თანაბარ არსებობას ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში.

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტს აქვს რეზიდენტურის პროგრამა რადიოლოგიაში, მაგრამ მასში არ შედის კურსი ძუძუს რადიოლოგიაში ან ძუძუს ულტრასონოგრაფიაში. ამგვარად, საქართველოში მოკლე ვადიან პერსპექტივაში, ამ სუბ-სპეციალიზაციაში პოტენციალის განვითარებისათვის საჭიროა ქართველი სპეციალისტების დატრენინგება/სწავლება, ხოლო გრძელვადიან პერსპექტივაში საჭირო იქნება ტრენინგის მოდულების შეტანა რადიოლოგიის რეზიდენტურაში.

ხარისხის გარე შეფასების (რომელსაც სკრინინგ ცენტრი ახორციელებს გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მხარდაჭერით) შედეგებმა აჩვენა, რომ რიგ შემთხვევებში მამოგრამების გადაღების ხარისხი არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს. შედეგად, ანგარიშში მოცემული

²³ Elkin EB, Ishill NM, Snow JG, et al. Geographic access and the use of screening mammography. Med Care 2010;48(4):349-56;

²⁴ Naeim A, Keeler E, Bassett LW, et al. Cost-effectiveness of increasing access to mammography through mobile mammography for older women. J Am Geriatr Soc. 2009 Feb;57(2):285-90. Epub 2008 Dec 11.

იყო რეკომენდაცია რენტგენო-ტექნიკოსების და რადიოლოგების დამატებითი ტრენინგის საჭიროების და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვის პრიორიტეტულობის თაობაზე.

კიდევ ერთ პრობლემას/გამოწვევას წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ რიგი მამოგრაფები, განსაკუთრებით რეგიონებში, მოძველებულია და ხშირ შემთხვევაში არ მუშაობს, რაც აფერხებს სკრინინგის პროგრამის გამართულ განხორციელებას. დამატებით, სკრინინგის თითქმის არცერთი კლინიკა არ უზრუნველყოფს მამოგრაფიის აპარატების მომსახურეობისა და კალიბრაციის რეესტრს. ყველა კლინიკაში, სადაც კეთდება მამოგრაფია, აუცილებელია მამოგრაფიის აპარატურის რეგულარული ტექნიკური მომსახურეობა და კალიბრაცია, კვალიფიციური სპეციალისტის (სამედიცინო ფიზიკოსის) მიერ. საქართველოს არ ყავს მამოგრაფიის ან მამოგრაფიის ხარისხის უზრუნველყოფაში დატრენინგებული სამედიცინო ფიზიკოსები. ამგვარად, საქართველოში მოკლე ვადიან პერსპექტივაში საჭიროა ქართველი სპეციალისტების საზღვარგარეთ სწავლება, ხოლო გრძელვადიან პერსპექტივაში საჭირო იქნება მამოგრაფიის ტრენინგის მოდულის შეტანა შესაბამისი უმაღლესი დაწესებულებების კურიკულუმებში.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, სკრინინგ პროგრამის პერსონალი და აღჭურვილობა. იმ ქვეყნებში, სადაც დანერგილია საშვილოსნოს ყელის სკრინინგ პროგრამა, ქალები, რომლებსაც განვითარებული აქვთ კიბო, იყოფიან 3 თითქმის თანაბარ ჯგუფად: ა) ქალები, ვინც რეგულარულად არ იტარებდენ ან საერთოდ არ აქვთ ჩატარებული სკრინინგი, ბ) ქალები, ვისაც ჩატარებული აქვთ სკრინინგი, მაგრამ აქვთ ცრუ უარყოფითი შედეგი და გ) ქალები, ვისაც აქვთ სკრინინგის დადებითი შედეგი, მაგრამ ვერ დაასრულეს სკრინინგის შემდგომი გამოკვლევა/მეთვალყურეობა და მკურნალობა. ამგვარად, სკრინინგ-გავლილ პოპულაციაში საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევების დაახლოებით 2/3 გამოწვეულია მომდევნო სკრინინგულ კვლევებში (პეროდულობის გათვალისწინებით) დაბალი ჩართულობით და სკრინინგის შემდგომი სუსტი მეთვალყურეობით.

პირველადი სამედიცინო რგოლის პერსონალს ახლო შეხება აქვს მოსახლეობის იმ ნაწილთან, რომელთაც ჩატარებული აქვთ, ან უნდა ჩაიტარონ სკრინინგი და, ამგვარად, შეუძლიათ გავლენა იქონიონ სკრინინგში მონაწილეობაზე/მოცვის მაჩვენებელზე და სკრინინგის შემდგომი აქტივობების/მეთვალყურეობის შესაბამის განხორციელებზე. აღნიშნულის განსახორციელებლად პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალს კარგად უნდა ესმოდეს სკრინინგის პროცესი და იცოდნენ როგორ გაუწიონ ეფექტური კონსულტაცია მოსახლეობას სკრინინგის მნიშვნელობის, პაპ-ტესტის განსხვავებული შედეგების, შემდგომი მეთვალყურეობის, პროცედურებისა და მკურნალობის შესახებ. ამჟამად ეს ინფორმაცია პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის კომპეტენცებში არ შედის; ამიტომ, საჭიროა სათანადო მარეგულირებელი მექანიზმების შექმნა და შესაბამისად სასწავლო პროგრამების შემუშავება უწყვეტი სამედიცინო განათლების თვალსაზრისით.

ქვეყანაში მეან-გინეკოლოგების რაოდენობა საკმარისზე მეტია, მაგრამ მათ შორის კოლპოსკოპიაში საერთაშორისო სტანდარტებით დატრენინგებულთა რაოდენობა ძალზე შეზღუდულია და საჭიროებს გაზრდას. ეროვნულ სკრინინგ ცენტრს კოლპოსკოპიის ტრენინგის აკრედიტირებული პროგრამა გააჩნია, რომელიც წელიწადში 25-30 კოლპოსკოპისტს ამზადებს. ამჟამად საქართველოში ≈50 მეან-გინეკოლოგი ატარებს კოლპოსკოპიურ გამოკვლევებს, თუმცა მხოლოდ ≈25 გინეკოლოგს

აქვს გავლილი ეროვნული სკრინინგ ცენტრის კურსი, რომელთაგან 15 გინეკოლოგი თბილისში მუშაობს. ამგვარად, ქვეყანაში ეროვნული სკრინინგ ცენტრის მიერ მომზადებული კოლპოსკოპისტების საკმარისი რაოდენობა იმისათვის, რომ დაკმაყოფილდეს საშვილოსნოს ყელის სკრინინგზე არსებული და სამომავლო მოთხოვნა თბილისში, თუმცა ქვეყნის დანარჩენ ნაწილებში კოლპოსკოპისტების ნაკლებობა აღინიშნება.

შესაძლებლობების შეფასების ანალიზმა აჩვენა, რომ თბილისში ციტოლოგების და ციტოპათოლოგების რაოდენობა საკმარისია იმისათვის, რომ შესრულდეს თბილისის საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის პროგრამის მოთხოვნები. თუმცა, ციტოლოგიის პოტენციური თბილისის მიღმა უნდა გაიზარდოს, რათა დააკმაყოფილოს სკრინინგ პროგრამის საჭიროებები, მისი გაფართოების შემთხვევაში. აგრეთვე გასათვალისწინებელია ციტოლოგიური გარე შეფასების რეკომენდაციები, დაკავშირებული ციტოლოგიური მასალის აღების და დამუშავების ხარისხის (რაც ზოგიერთ შემთხვევაში არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს) გაუმჯობესებასთან. ამგვარად, ციტოლოგებმა, რომლებიც ჩაერთვებიან სკრინინგის პროგრამაში, უნდა გაიარონ დამატებითი მომზადება და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის განხორციელება სკრინინგის პროგრამაში უნდა გახდეს პრიორიტეტი.

კოლორექტალური კიბოს სკრინინგი, სკრინინგ პროგრამის პერსონალი და აღჭურვილობა. კიბოს სკრინინგის დადებითი მხარეების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის დაბალი დონის გამო, ფარულ სისხლდენაზე ტესტების (FOBT) გავრცელება სკრინინგზე მოსაწვევი წერილების საშუალებით ნაკლები ალბათობით მოიტანს დამაკმაყოფილებელ შედეგებს. ჩართულობა უნდა იქნას უზრუნველყოფილი პირველადი ჯანდაცვის უშუალო მონაწილეობით, სადაც პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებს შეუძლიათ პროგრამის მიზნების და დანიშნულების განმარტება, კითხვებზე პასუხების გაცემა და ფარულ სისხლდენაზე ტესტების დისტრიბუცია. თუმცა, პირველადი ჯანდაცვის პერსონალს კარგად უნდა ესმოდეს სკრინინგის პროცესი და უნდა იცოდეს, თუ როგორ გაუწიოს კონსულტაცია ადამიანებს სკრინინგის მნიშვნელობის, შემდგომი პროცედურების და მკურნალობის შესახებ. ამჟამად ეს ინფორმაცია არ შედის პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის კომპენტენტებში და ტრენინგის კურსკულუმებში, ამიტომ საჭიროა სათანადო სასწავლო პროგრამების შემუშავება.

FOBT-ტესტების ლაბორატორიული დამუშავება არ ითვლება ბარიერად კოლორექტალური სკრინინგის პროგრამის განხორციელებისათვის. FOBT-ის დადებითი შედეგის შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი კვლევა - სიგმოიდოსკოპია ან კოლონოსკოპია. კოლორექტალური კიბოს სკრინინგის პროგრამის დაგეგმვის და განხორციელების საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით, საქართველოში სრულად ფუნქციონირებადი კოლორექტალური ეროვნული სკრინინგ-პროგრამა სამიზნე პოპულაციის 60%-ით დაფარვის მიზნით საჭიროებს შვიდი ენდოსკოპიური ცენტრის/დაწესებულების არსებობას, რომელიც დაკომპლექტებული იქნება 14 ენდოსკოპისტით და შესაბამისი რაოდენობის დამხმარე სამედიცინო პერსონალით.

ამჟამად საქართველოში ენდოსკოპისტ-კოლონოსკოპისტებს რაოდენობა ლიმიტირებულია, განსაკუთრებით რეგიონებში. თითქმის არც ერთ მათგანს არ გაუვლია ტრენინგი სკრინინგულ ენდოსკოპიაში, ამგვარად საჭიროა შესაბამისი მარეგულირებელი მექანიზმების შემუშავება და სპეციალიტების გადამზადება.

კიბოს ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამის დანერგვის და განხორციელების პროცესი

ერთი ლოკალიზაციის კიბოს ეროვნული სკრინინგ პროგრამის დანერგვა უდიდესი წამოწყებაა და კიბოს რამდენიმე ლოკალიზაციის ეროვნული სკრინინგ პროგრამის ერთდროული დანერგვა კარგად ორგანიზებული სამედიცინო სისტემის შესაძლებლობებსაც კი აჭარბებს. აქედან გამომდინარე, ერთადერთი პრაქტიკული მიდგომა საქართველოში ორგანიზებული სკრინინგ პროგრამის დანერგვისადმი არის ამ პროცესის დაწყება ერთი ლოკალიზაციის კიბოთი. მას შემდეგ, რაც ეს პროგრამა ეფექტურად ამუშავდება ინფრასტრუქტურა და სისტემა შეიძლება პროგრესულად გაფართოვდეს, რათა მოიცვას სხვა ლოკალიზაციის კიბოს სკრინინგიც. ამასთანავე, ზემოთ წარმოდგენილი ანალიზი გვაჩვენებს, რომ **საქართველომ უნდა დაიწყო პოპულაციური ორგანიზებული სკრინინგი საშვილოსნოს ყელის სკრინინგ პროგრამით**, რომელსაც მოყვება ძუძუს და შემდეგ - კოლორექტალური კიბოს ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამები. ამგვარად, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამა დაინერგება უფრო სწრაფად, საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევების შემცირება (რომელიც ყველაზე დიდ გავლენას ახდენს კიბოს ინციდენტობასა და სიკვდილიანობაზე) დაზოგავს კიბოს მკურნალობის რესურსებს, რაც საჭირო იქნება ძუძუს სკრინინგით გამოვლენილი შემთხვევების მზარდი რაოდენობისთვის, ხოლო მართვის პროგრამა იმ ლოკალიზაციის კიბოსთვის (იგულისხმება პროსტატის კიბოს რისკის მენეჯმენტი), რომელიც ყველაზე მცირე გავლენას ახდენს კიბოს ინციდენტობასა და სიკვდილიანობაზე, დაინერგება ყველაზე ბოლოს.

კიბოს სკრინინგ პროგრამა მოითხოვს ჯანდაცვის მრავალი სერვისის ეფექტურ, კოორდინირებულ და ინტერაქტიულ მუშაობას. აქედან გამომდინარე, ვერტიკალური სკრინინგ-პროგრამების დანერგვისათვის საჭიროა უზარმაზარი რესურსები. ყველაზე ეფექტური მიდგომა არსებული სამედიცინო მომსახურების პოტენციალის და შესაძლებლობების გაძლიერებაა ახალი ცოდნით, უნარებით, აღჭურვილობით და ა. შ., რათა არსებულ სისტემას მიეცეს სკრინინგ პროგრამის განხორციელების საშუალება. არანაკლებ მნიშვნელოვანია, რომ გაძლიერებული სამედიცინო მომსახურების სისტემა ასევე წარმატებით იქნება გამოყენებული სხვა დაავადებების შემთხვევაშიც. მაგალითად, როდესაც დაინერგება ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა, რომელიც საჭიროა კიბოს სკრინინგ პროგრამისთვის, ის შეიძლება მარტივად და ხარჯთ-ეფექტურად ადაპტირდეს მომსახურების ხარისხის გასაუმჯობესებლად სხვა დაავადებების არეში და ამგვარად, წვლილი შეიტანოს ჯანდაცვის საერთო სისტემის გაძლიერებაში. მართლაც, კარგად დაგეგმილი იმპლემენტაციით, შესაძლებელია ისეთი თანმდევი სარგებელი მივიღოთ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის კუთხით, რაც გადააჭარბებს კიბოს სკრინინგის პროგრამით მიღებულ სარგებელს.

თუმცა, ეფექტური კოორდინაციისა და ხარისხის მკაცრი უზრუნველყოფის გარეშე, კიბოს სკრინინგ პროგრამები ვერ შეამცრებენ კიბოს ინციდენტობის და სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს, ამასთან, მოიხმარენ ჯანდაცვის სექტორის მნიშვნელოვან რესურსებს და მიაყენებენ გარკვეულ ზიანს იმ ადამიანებს, რომლებმაც სკრინინგი ჩაიტარეს.

ამგვარად, საქართველოში კიბოს მეორადი პრევენციის **პრიორიტეტული მიზნები იქნება კოორდინირებული ორგანიზებული სტრუქტურის და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემების დანერგვა**, რაც აუცილებელია სკრინინგ პროგრამის ეფექტიანობის უზრუნველსაყოფად.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებული სკრინინგ პროგრამისთვის საჭირო მთავარი ელემენტები. სიტუაციის ანალიზმა და შესაძლებლობების შეფასებამ აჩვენა, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებული სკრინინგის ეფექტური დანერგვისათვის საჭიროა ძირითადი საკვანძო ელემენტების გათვალისწინება ჯანდაცვის სერვისების გასაძლიერებლად, კერძოდ:

- ადმინისტრაციული და მაკოორდინირებელი ცენტრის/ჯგუფის, როგორც პროგრამაზე ერთიანი პასუხისმგებლობის მქონე სტრუქტურის ჩამოყალიბება;
- საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის პოლიტიკის, მათ შორის პროგრამის დიზაინის, მართვის, მომსახურეობის სპეციფიკაციების, ხარისხის უზრუნველყოფის გაიდლაინების განახლება და გამოქვეყნება;
- სათანადო ფინანსური რესურსებს გამოყოფა, დაფინანსების და ანაზღაურების მექანიზმების გადახედვა;
- კანონმდებლობისა და ბრძანებების განხილვა და გადახედვა, რომლებიც გავლენას ახდენენ ჯანდაცვის მომსახურეობის მიწოდებაზე, რომლებიც დაკავშირებულია საშვილოსნოს ყელის სკრინინგთან, რათა უზრუნველყოს სკრინინგ პროგრამასთან თავსებადი მუშაობა;
- მონაცემთა გაცვლის პროცედურების და მექანიზმების შექმნა კიბოს რეგისტრს, სკრინინგის მიწოდებელ კლინიკებსა და სკრინინგის კოორდინაციის ცენტრს შორის და მასთან დაკავშირებული საინფორმაციო ტექნოლოგიების (IT) განახლება.
 - ინდიკატორების განხილვა და გადახედვა, რომელიც საჭიროა სკრინინგ პროგრამის სამართავად, და ხარისხის და მონიტორინგის მექანიზმების შესაფასებლად;
- საშვილოსნოს ყელის სკრინინგში პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის/ოჯახის ექიმების/ექთნების/მედდების შესაძლებლობების/როლის გაზრდის მიზნით საჭიროა:
 - სასწავლო გეგმების გადახედვა და შემუშავება;
 - საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის კლინიკური სახელმძღვანელო მითითებებისა და სტანდარტული ოპერატიული პროცედურების განხილვა, გადახედვა/მომზადება;
 - უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამებისთვის საგანმანათლებლო მოდულების შემუშავება და დანერგვა;
 - კვალიფიკაციის ასამაღლებელი პრაქტიკული სწავლებების შემოღება;
 - საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის შემუშავება და დანერგვა;
 - პჯდ ობიექტების და აღჭურვილობის მახასიათებლების განხილვა და გადახედვა, საშვილოსნოს ყელის სკრინინგ პროგრამის მუშაობის ხელის შესაწყობად;
- საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიური ლაბორატორიის პოტენციალის/შესაძლებლობების გაზრდა:
 - საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის ციტოლოგიური ლაბორატორიების სრული ინვენტარიზაცია/პასპორტიზაცია;
 - საშვილოსნოს ყელის სკრინინგში ჩართული ციტოლოგიური ლაბორატორიების ხარისხის გარე შეფასება;
 - საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიური სკრინინგის შესახებ ეროვნული სასწავლო გეგმების და სერტიფიცირების კრიტერიუმების მომზადება;

- ლაბორატორიის სპეციალისტის კლასიფიკაციის განხილვა და გადახედვა, რათა მასში ჩართული იყოს საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიური სკრინინგი;
- საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიური სკრინინგის და დიაგნოსტიკის ლაბორატორიული გაიდლაინების და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების (SOP) მომზადება;
- ლაბორატორიული ნაგებობების და აღჭურვილობის სპეციფიკაციის განხილვა და გადახედვა საშვილოსნოს ყელის სკრინინგ პროგრამის ხელშესაწყობად;
- მტკიცებულებაზე დაფუძნებული საქმიანობის ინდიკატორების და სტანდარტების განსაზღვრა;
- არსებული ლაბორატორიების ქსელის სტრუქტურის განხილვა და გადახედვა, ისეთ მახასიათებლებზე დაფუძნებით, როგორცაა არსებული ინვენტარი, ხარისხის გარე შეფასების, ახალი გაიდლაინების, სტანდარტული ოპერაციული პროცედურებისა (SOP) და სტანდარტების არსებობა;
- საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიური სკრინინგის სასწავლო დაწესებულების განსაზღვრა და დანერგვა;
- საშვილოსნოს ყელის ციტოლოგიის ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის შემუშავება და დანერგვა;
- საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის ახალი ტექნოლოგიების - ადამანის პაპილომა ვირუსის ტესტის (HPV) და თხევადი ციტოლოგიის - ხარჯთეფექტურობის ანალიზის ჩატარება.
- კოლპოსკოპიისა და საშვილოსნოს ყელზე ქირურგიული ოპერაციების პოტენციალი:
 - სასწავლო კურიკულუმების და სერტიფიცირების კრიტერიუმების მომზადება კოლპოსკოპიისთვის;
 - კოლპოსკოპიის კლინიკაში ჩატარებული ყველა პროცედურისთვის კლინიკური გაიდლაინებისა და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების (SOP) მომზადება
 - ნაგებობების და აღჭურვილობის მახასიათებლების გადახედვა, საშვილოსნოს ყელის სკრინინგ პროგრამის მუშაობის ხელშესაწყობად;
 - აკრედიტირებული ტრენინგების ჩატარება კოლპოსკოპიაში და საშვილოსნოს ყელის ქირურგიაში მეან-გინეკოლოგებსათვის, რომლებიც ჩაერთვებიან საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის პროგრამაში
 - კოლპოსკოპიის ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის შემუშავება და დანერგვა.

მიზანი 3. კიბოს სკრინინგ-პროგრამის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით ორგანიზებული სკრინინგის სტრუქტურის და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემების დანერგვა

სტრატეგიები:

3.1. ეფექტური სკრინინგ-პროგრამის მართვისა და კოორდინაციის მექანიზმის დანერგვა/განხორციელება:

- კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის სამეთვალყურეო საბჭოს შექმნა, რომელიც დაკომპლექტდება სკრინინგის პროგრამით დაინტერესებული ყველა ძირითადი მხარის და პაციენტთა ადვოკატორების ჯგუფების წარმომადგენელთაგან;
- კიბოს სკრინინგ პროგრამის პოლიტიკის დოკუმენტის მომზადება, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება:

- კიბოს სკრინინგის პროგრამის მართვის და კოორდინაციის,
 - პროგრამის დიზაინის,
 - პროგრამის ხარისხის უზრუნველყოფის,
 - მომსახურების შესაძლებლობების და პოტენციალის ზრდის და
 - ანაზღაურების მექანიზმების სპეციფიკაციები.
- მონაცემთა გაცვლის პროცედურების ფორმირება კიბოს რეგისტრს, სკრინინგის მიმწოდებელ კლინიკებსა და სკრინინგის საკოორდინაციო ჯგუფს შორის და მასთან დაკავშირებული საინფორმაციო ტექნოლოგიების განახლება.

3.2. პროგრამის ხარისხის უზრუნველყოფის (QA) სისტემის დანერგვა

- მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საერთაშორისო კლინიკური გაიდლაინების ადაპტირება და დანერგვა, სატნდარტული ოპერაციული პროცედურების (SOP) და სკრინინგის ხარისხის გაზომვის ინდიკატორების შემუშავება;
- სამედიცინო დაწესებულებებისათვის მინიმალურ სპეციფიკაციების და სტანდარტების შემუშავება, კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვისათვის მათ შესარჩევად;
- სკრინინგის ხარისხის უზრუნველყოფის და გაუმჯობესების პროგრამის შემუშავება და დანერგვა სკრინინგის პროგრამის თითოეული სამედიცინო მომსახურებისათვის.

3.3. კიბოს სკრინინგ პროგრამების განხორციელების მიზნით არსებული სამედიცინო მომსახურების პოტენციალის ამაღლება

- პირველ ეტაპზე საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის განხორციელებისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების ინვენტარიზაცია, რაც მოიცავს სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობას, ხარისხს და გეოგრაფიულ განაწილებას;
- პოტენციალის ამაღლების პროგრამის შემუშავება და განხორციელება, რათა უზრუნველყოფილ იქნას საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის პროგრამის თანაბარი ხელმისაწვდომობა;
- გრძელ-ვადიანი პერსპექტივისათვის სამედიცინო კადრების მომზადების გეგმის შემუშავება (რეზიდენტურის და უწყვეტი სამედიცინო განათლების სისტემასთან ინტეგრირებით), რაც მოაგვარებს პერსონალის დეფიციტის პრობლემას და ხელს შეუწყობს სკრინინგის პროგრამის თანაბარ განვითარებას;
- პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის (ოჯახის ექიმების და ექთნების/მედეების) შესაძლებლობების/როლის გაზრდა კიბოს სკრინინგში სამიზნე პოპულაციის ჩართულობისათვის.

3.4. საშვილოსნოს ყელის პოპულაციური ორგანიზებული სკრინინგ პროგრამის ეტაპობრივი დანერგვა, ძუძუს და კოლორექტალური სკრინინგ პროგრამების და პროსტატის კიბოს რისკის მართვის სტრატეგიების შემდგომი დანერგვით

- პოტენციალის შეფასების შედეგებზე დაყრდნობით, ორი რეგიონის შერჩევა საშვილოსნოს ყელის ორგანიზებული სკრინინგ პროგრამის პილოტირებისათვის და პილოტირების დაწყება;
- საშვილოსნოს ყელის სკრინინგ პროგრამებისათვის საჭირო დოკუმენტაციის მომზადება (საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის პოლიტიკა, საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის სერვისის სპეციფიკაცია, სტანდარტული კონტრაქტები მომსახურების მიმწოდებლებისათვის, კლინიკური

გაიდლაინები და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები, საქმიანობის ინდიკატორები და სტანდარტები, ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის სპეციფიკაციები);

- ხარისხის უზრუნველყოფის (QA) პროგრამების დანერგვა საპილოტე რეგიონებში და შემდგომ გავრცელება მთელი საქართველოს მასშტაბით;
- არსებული აკრედიტებული კვალიფიკაციის ამაღლების კურსების გამოყენება, სამედიცინო განათლების და რეზიდენტურის პროგრამების განახლება იმ სპეციალობებში, რომელიც ჩართულია საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში;
- საპილოტე პროგრამების ფარგლებში საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის ახალი ტექნოლოგიების ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი და შედეგების საფუძველზე პროგრამის დიზაინის და გაფართოების გეგმის გადახედვა.

სამედიცინო მომსახურების დონეების როლი ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვაში

ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სამსახურის პრიორიტეტების განსაზღვრა

რადგან მატერიალური რესურსები ჯანდაცვის ყველა მოთხოვნის დაკმაყოფილების საშუალებას არასდროს იძლევა, პრიორიტეტების განსაზღვრას არსებითი როლი აკისრია. საჭიროა ძალიან მცირე რესურსების ყველაზე რენტაბელურად გამოყენება. იმისათვის, რომ დარწმუნებული ვიყოთ სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მომსახურების ეფექტურობაში, იგი უნდა წარმოადგენდეს კიბოს კონტროლის ეროვნული გეგმის ნაწილს.

ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვის პროგრამა ეფექტურია, თუ ის ითვალისწინებს კიბოს ადრეულ გამოვლენასა და მკურნალობის სათანადო ღონისძიებებს. ამავე დროს, მკურნალობის სამსახური უნდა ითვალისწინებდეს: პალიატიურ მზრუნველობას, როცა დაავადება გავრცელებულია და განკურნების შანსი მცირეა; აგრეთვე კიბოთი დაავადებული პაციენტების, კიბოსგან განკურნებული პირების, მათი ოჯახის წევრებისა და საზოგადოების ცოდნის დონის ამაღლებას კიბოს რისკის ფაქტორებისა და პრევენციული ღონისძიებების შესახებ, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელია კიბოს თავიდან აცილება.

არსებული სიტუაციის ანალიზი. 2013 წლის 1 ივლისამდე ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობის თანხას იხდიდა თვითონ პაციენტი, გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა:

- „სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლები (უმწევოთა კონტინგენტი, პედაგოგები, სახალხო არტისტები)

- „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალების და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცების (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა), სტუდენტების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჯანმრთელობის დაზღვევის

მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლები

დღეისათვის ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა (ქირურგიული ჩარევები, ქიმო- და ჰორმონოთერაპია, სხივური თერაპია) პრაქტიკულად სრულადაა დაფარული უნივერსალური სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით:

2013 წლის 1 ივლისიდან საყოველთაო დაზღვევა ფარავს ონკოლოგიურ პაციენტთა:

- ✓ დიაგნოსტიკას
- ✓ მკურნალობას (ქიმოთერაპია, ჰორმონო-, და რადიოთერაპია)

წლიური ლიმიტი შეადგენს 12 000 ლარს, რომლის 80%-ს ფარავს სახელმწიფო.

აღსანიშნავია, რომ დღეისათვის მკვეთრად არ არის განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების თითოეული რგოლის ფუნქციები და კომპეტენციები, რომლის განსაზღვრასთან ერთად სასურველია „ონკოლოგიური დახმარების სისტემის“ შექმნის ხელშეწყობაც. ონკოლოგიურ პაციენტთა მართვის თვალსაზრისით უპირველეს მიზანს სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა დონეებს შორის ურთიერთკავშირის არსებობა წარმოადგენს. ამასთან, ნებისმიერმა ექიმმა, ვინც მომსახურებას გაუწევს ონკოლოგიურ პაციენტს სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა დონეზე, ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს კიბოს პოპულაციურ რეგისტრს.

სამედიცინო მომსახურების პირველადი დონე - ოჯახის ექიმი (ონკოლოგის საშტატო ერთეული პოლიკლინიკების დიდ ნაწილს დღესდღეობით აღარ აქვს), წარმოადგენს პაციენტთან შეხების პირველ რგოლს. იგი ატარებს მიზნობრივ პროფილაქტიკურ გასინჯვებს და კიბოზე და კიბოსწინა დაავადებებზე საექვო შემთხვევაში პაციენტს აგზავნის გაღრმავებულ ინსტრუმენტულ გამოკვლევებზე; ახორციელებს აღრიცხვაზე მყოფი ონკოლოგიური ავადმყოფების მონიტორინგს (დისპანსერულ მეთვალყურეობას) დადგენილ ვადებში; კომპეტენციის ფარგლებში (ლიცენზია სპეციალობით „ონკოლოგია“/„კლინიკური ონკოლოგია“ (2014 წლიდან) ატარებს ამბულატორიულ ქიმოთერაპიას მარტივი სქემებით; ახორციელებს ონკოინკურაბელური ავადმყოფების ადეკვატურ სიმპტომურ მკურნალობას და პატრონაჟს.

პირველი დონის მომსახურება ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვისა და დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, რაც ასევე გულისხმობს ექიმთა ტრენინგს და მოსახლეობის პროფილაქტიკური განათლების დონის ამაღლებას. სამწუხაროდ, ონკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობა (70-75%) მიმართავს სპეციალიზებულ დაწესებულებებს დაავადების III-IV სტადიაში. III-IV სტადიაში გამოვლენილ პაციენტთა 50% ინკურაბელურია, დანარჩენი ნაწილი საჭიროებს ხანგრძლივ და ძვირადღირებულ მკურნალობას, რომლის ეფექტურობაც დაბალია; სერიოზულ სამედიცინო, სოციალურ და ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციას.

ავთვისებიანი სიმსივნეების დაგვიანებული გამოვლენის ძირითადი მიზეზებია:

- მოსახლეობის მიერ პრევენციული ღონისძიებებისადმი არასერიოზული მიდგომა
- ოჯახის ექიმთა არასაკმარისი ონკოლოგიური სიფხიზლე
- ქრონიკული და კიბოსწინა დაავადებების მქონე ავადმყოფთა მეთვალყურეობის დაბალი დონე

- არსებული სკრინინგ-პროგრამებით მოსახლეობის არასრული დაფარვა.

ამასთანავე, მოსახლეობის დიდი ნაწილი არ იცნობს ონკოლოგიური დაავადების ნიშნებს და არ აქვთ გაცნობიერებული ექიმისათვის დროულად მიმართვის აუცილებლობა, რაც ქვეყანაში კიბოს საწინააღმდეგო პროპაგანდის დეფიციტსა და საგანმანათლებლო მუშაობის სისუსტეზე მიუთითებს. მოცემულ ეტაპზე პირველი რიგის ამოცანად ისახება პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) რგოლის ექიმების განათლება და ონკოლოგიური სიფხიზლის ამალგება. აუცილებელია პირველადი ჯანდაცვის ქსელის ეფექტური და ორმხრივი კომუნიკაცია მეორეულ და მესამეულ დონესთან.

სამედიცინო მომსახურების მეორე დონე. სამედიცინო მომსახურების მეორე დონეზე ხორციელდება ონკოლოგიურ დაავადებათა გაღრმავებული დიაგნოსტიკა და სტანდარტული ქირურგიული და მედიკამენტური მკურნალობა. მეორე დონის კლინიკა აღჭურვილი უნდა იყოს თანამედროვე სადიაგნოსტიკო (მათ შორის სხივური დიაგნოსტიკის) და სამკურნალო საშუალებებით, საწოლებით ქირურგიული მკურნალობისა და ამბულატორიული ქიმიოთერაპიის ჩასატარებლად. მკურნალობის მეორე დონე გეოგრაფიულად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მოსახლეობისათვის. უნდა არსებობდეს მჭიდრო კომუნიკაცია მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებებთან, რათა დაავადების გავრცელებული ფორმის დადგენის, კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობის საჭიროების და გართულებული შემთხვევების მართვისათვის, უზრუნველყოფილი იქნას პაციენტის დაუყოვნებელი რეფერალი სპეციალიზებულ დაწესებულებაში.

დღესდღეობით პრობლემას წარმოადგენს ის, რომ სტაციონარული საქმიანობის ნებართვისა და მისი დანართის ონკოლოგიაში მოპოვება დაკავშირებულია მხოლოდ რიგი ტექნიკური და სანიტარული პირობების დაცვასთან და არ ითვალისწინებს სპეციფიურ მახასიათებლებს, სპეციალისტთა კომპეტენციას, მკურნალობის სტანდარტების დაცვის მოთხოვნას. შესაბამისად, ქვეყანაში არსებობს ბევრი ონკოლოგიური ლიცენზიის მფლობელი კლინიკა, რომელიც არ იცავს კიბოს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საერთაშორისო აღიარებულ სტანდარტებს: ხშირად არასათანადოდ გამოკვლეულ პაციენტს უტარდება არარადიკალური და არაადეკვატური მკურნალობა, არ არის გამოყენებული მკურნალობის ნეოადიუვანტური რეჟიმები, დიაგნოზები ისმება დაავადების სტადიისა და ჰისტომორფოლოგიური ვერიფიკაციის მითითების გარეშე, ქურურგიული ჩარევების დროს არ არის დაცული რადიკალიზმის მოთხოვნები და ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ სათანადოდ არ ინიშნება ადიუვანტური მედიკამენტური და სხივური თერაპია, უგულვებელყოფილია ინტრაოპერაციული რადიოთერაპიისა და ლოკორეგიონული ქიმიოთერაპიის შესაძლებლობები. ყოველივე ეს იწვევს დაავადების სწრაფ პროგრესირებას, პაციენტის მკურნალობის ხარჯების არამართებულ ზრდას, სიცოცხლის ხარისხისა და დაავადების პროგნოზის გაუარესებას.

სამედიცინო მომსახურების მესამე დონე. სამედიცინო მომსახურების მესამე დონის დაწესებულება აღჭურვილია მაღალტექნოლოგიური სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო საშუალებებით, უზრუნველყოფილია მომსახურების სრული სერვისი, ტარდება სპეციალიზებული კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობა. მესამე დონე ახორციელებს ონკოლოგიურ პაციენტთა დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში არსებული ნოვაციური მიდგომების დანერგვას, მულტიდისციპლინური მკურნალობისადმი ხელშეწყობას, ეროვნული გაიდლაინების შექმნას,

რეგულარულ განახლება-დანერგვას, კლინიკურ კვლევებს, ეწევა სამეცნიერო და საგანმანათლებლო საქმიანობას და ა.შ.

სასურველია ასეთი ტიპის დაწესებულებები არ იყოს თავმოყრილი მხოლოდ დედაქალაქში, დაცული უნდა იყოს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპი, რისთვისაც აუცილებელია შესაბამისი ინფრასტრუქტურის შექმნა და პროფესიული კადრების გადამზადება რეგიონებისათვის.

მიზანი #4. ონკოლოგიური დიაგნოზის მქონე ნებისმიერი მოქალაქისთვის ჯანდაცვის ყველა დონეზე ხარისხიანი მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა

სტრატეგიები:

4.1. სამედიცინო მომსახურების პირველი დონე:

- ონკოლოგიურ პაციენტთა მართვის გაიდლაინებში პირველადი რგოლის ფუნქციების ასახვა როგორც დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ეტაპზე, ასევე შემდგომ პერიოდში (დინამიური მეთვალყურეობა);
- რენტგენოგრაფიისა და ულტრასონოგრაფიისადმი ხელმისაწვდომობა;
- კიბოს ადრეული გამოვლენის რეგულარული მონიტორინგი;
- განსაზღვრულ საექიმო უბანზე დაგვიანებულ სტადიაზე გამოვლენილი კიბოს შემთხვევების დიდი პროპორციის შემთხვევაში გამომწვევი მიზეზების შესწავლა;
- ტაბლეტირებული პრეპარატებით მედიკამენტური თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობა;
- ონკოლოგიური პაციენტების დინამიური მეთვალყურეობის მენეჯმენტი;
- ოჯახის/პჯდ რგოლის ექიმებისათვის საშვილოსნოს ყელიდან ნაცხის აღების მეთოდოლოგიის სწავლება;
- პჯდ რგოლის ექიმთა ტრენინგები ონკოდაავადებების პრევენციასა და ადრეულ დიაგნოსტიკაში, მკურნალობის საფუძვლებში და მათი გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების მართვაში, ნამკურნალებ პაციენტთა მკურნალობის შემდგომ მონიტორინგში, რეაბილიტაციის და პალიატიური მზრუნველობის საფუძვლებში;
- პჯდ რგოლის ექიმების პერიოდული პროფესიული განათლების ამაღლების პროგრამების განვითარება;
- სასწავლო კურიკულუმებში ონკოლოგიის და ფსიქო-ონკოლოგიური საათების გაზრდა.

4.2. სამედიცინო მომსახურების მეორე დონეზე:

- მეორადი დონის ფუნქციების განსაზღვრა ონკოლოგიურ პაციენტთა მომსახურების თვალსაზრისით;
- დიაგნოსტიკის განსაზღვრული მეთოდებისადმი (სხივური დიაგნოსტიკა, შესაძლებელია კომპიუტერული ტომოგრაფიისა და მაგნიტო-რეზონანსული კვლევების ჩატარება) ხელმისაწვდომობა;
- გავრცელებული ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებების ქირურგიული მკურნალობა;
- როგორც ტაბლეტირებული, ასევე ინფუზიური მედიკამენტური თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობა;
- მულტიდისციპლინური კონსულტაციის ორგანიზების საშუალება (ტელეკომუნიკაცია ან სპეციალისტების მოწვევა);

- მკურნალობის შემდგომი რეაბილიტაციის განხორციელების შესაძლებლობა;
- პირველი დონის ექიმთა სწავლება, მხარდაჭერა და მათზე მეთვალყურეობა;
- ნუტრიციოლოგიური კონსულტაციის და გართულებების მკურნალობის შესაძლებლობა;

4.3. სამედიცინო მომსახურების მესამე დონე:

- კიბოს ყველა ლოკალიზაციისათვის მკურნალობის მულტიდისციპლინური ჯგუფის ფუნქციონირება;
- კომპლექსური დიაგნოსტიკური კვლევებისადმი (რომელიც უშუალოდ დაკავშირებულია სპეციალიზებულ თერაპიასთან) ხელმისაწვდომობა;
- რთული ქირურგიული ჩარევების, მედიკამენტური თერაპიის და მსოფლიო სტანდარტების შესაბამისი რადიაციული თერაპიის განხორციელება;
- კიბოს დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული გაიდლაინების შექმნა, რეგულარული განახლება, დანერგვა, შესრულების მონიტორინგი;
- მკურნალობის თანამედროვე სქემების შემუშავება და დანერგვა;
- პედაგოგიური საქმიანობა, ონკოლოგ-სპეციალისტთა (სამედიცინო ონკოლოგი, ონკოქირურგი, რადიაციული თერაპევტი) და პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტთა პრე- და პერიოდული პოსტ-დიპლომური სწავლება;
- სამეცნიერო საქმიანობის განვითარება და ხელშეწყობა;
- ონკოლოგიაში კლინიკური კვლევების განხორციელება;
- კონფერენციების, სემინარების და საზოგადოებრივი აქტივობების ორგანიზება;
- ჯანდაცვის პოლიტიკის განმსაზღვრელებთან, საერთაშორისო და ადგილობრივ პროფესიულ ასოციაციებთან და ინსტიტუტებთან თანამშრომლობა.

ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკური მომსახურება კიბოს ეროვნული კონტროლის ფარგლებში მიზნად ისახავს კიბოს კლინიკური დიაგნოზის დროულად დასმას და მის ჰისტომორფოლოგიურ დადასტურებას. დიაგნოსტიკური მომსახურება საჭიროა აგრეთვე დაავადების სტადიის დასადგენად, მკურნალობის მონიტორინგისა და ეფექტურობის შესაფასებლად, აგრეთვე მკურნალობის შემდგომი მეთვალყურეობის პერიოდში გამოკვლევების ჩასატარებლად. ფიზიკალური გამოკვლევა, სხივური მეთოდებით დიაგნოსტიკა, ლაბორატორიული და მორფოლოგიური გამოკვლევები, რომლის დროსაც ხდება ოპერაციული მასალის დეტალური შესწავლა, საშუალებას იძლევა არა მარტო დადასტურებული იქნას ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობა, არამედ განისაზღვროს მისი გავრცელების ხარისხი, ანუ დაავადების სტადია. ონკოლოგიური დაავადების სტადირება ეფუძნება ავთვისებიანი სიმსივნის კლინიკურ მახასიათებლებს (სიმსივნის ზომა, ადგილობრივი და რეგიონული გავრცელება TNM კლასიფიკაციის შესაბამისად), ისმება დიაგნოზის პირველად დადგენის დროს და შემდგომ პერიოდში აღარ იცვლება. სტადირება აუცილებელია პაციენტის მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისა და დაავადების პროგნოზის შეფასებისათვის.

კიბოს დიაგნოსტიკა ჩვეულებრივ კომპლექსური პროცესია და ეფუძნება მთელი რიგი სამედიცინო სერვისების ერთობლიობას. აღნიშნული პროცესი აერთიანებს სამედიცინო ონკოლოგს, ქირურგს, რადიოლოგს, პათოლოგს, რომლებიც მულტიდისციპლინური გუნდის სახით არიან გაერთიანებულნი. მსგავსი გუნდის წარმატება დაფუძნებულია სპეციალისტთა კომპეტენციასა და მათ შორის კოოპერაციაზე, ადეკვატური ინფრასტრუქტურის არსებობაზე, საკმარისი ტექნიკური და ადამიანური რესურსების მობილიზაციაზე.

ციტოლოგიური და მორფოლოგიური დიაგნოსტიკა. პათოლოგანატომიური დიაგნოსტიკა ემსახურება დიაგნოზის დადგენას, სიმსივნის ავთვისებიანობის ხარისხის და ჰისტოლოგიური ტიპის განსაზღვრას, დაავადების სტადირებას, ადეკვატური მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრას, დამიზნებითი თერაპიისადმი მგრძობელობის განსაზღვრას და სიმსივნის პრედიქტული და პროგნოსტული ფაქტორების განსაზღვრას.

სიმსივნის ფენოტიპირების მიზნით აუცილებელია იმუნოჰისტოქიმიური ტექნოლოგიის გამოყენება, რომელიც საშუალებას იძლევა განისაზღვროს სიმსივნის ჰისტოგენეზი, განსაკუთრებით დაბალი და არადიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევებში, აგრეთვე პირველადი კერის უცნობი ლოკალიზაციის დროს. საშუალებას იძლევა განვსაზღვროთ სიმსივნეების ჰორმონდამოკიდებულება და აგრეთვე გამოვლინდეს დამიზნებითი თერაპიისათვის განკუთვნილი სიმსივნეების ჯგუფი. სიმსივნეების გენოტიპის დასადგენად რეკომენდებულია მოლეკულურ-პათოლოგიური ტექნოლოგიების გამოყენება, რაც თავის მხრივ გამოყოფს დამიზნებით თერაპიისათვის განკუთვნილ სიმსივნეთა ჯგუფებს.

ჰისტოპათოლოგიურ დასკვნაში ასახული უნდა იყოს საკვლევი მასალის მაკროსკოპული (ზომები, კონსისტენცია, ფერი, ნეკროზების არსებობა, რეზექციის ხაზებიდან სიმსივნის მინიმალური დამორება) და მიკროსკოპული აღწერილობა, დასკვნაში გამოტანილი უნდა იყოს ნოზოლოგიის დასახელება, ავთვისებიანობის ხარისხი, რეზექციის ხაზების სისუფთავე, TNM კლასიფიკაცია, ICD-O კოდი და ყველა ის მონაცემი რომელიც მითითებული იქნება შესაბამისი ორგანოთა სისტემის გაიდლაინში.

რადიოლოგიური დიაგნოსტიკის როლი ძალზე დიდია კიბოს ადგილობრივ-რეგიონალური და სისტემური გავრცელების შეფასების თვალსაზრისით, რაც თავის მხრივ მნიშვნელოვანია ოპერაბელობის და მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების მიზნით. საქართველოში კიბოს გავრცელების თავისებურებები გვკარნახობს, რომ საჭიროა სხივური დიაგნოსტიკის გაფართოება. აღნიშნული შეეხება სხივურ დიაგნოსტიკას (რენტგენოგრაფია, ულტრასონოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT), მაგნიტო-რეზონანსული დახივება (MRI)), ნუკლეარულ სხივურ მედიცინას (სცინტიოგრაფია, PET) და კომბინირებულ მეთოდებს (PET-CT). აპარატურის შესყიდვები უნდა განხორციელდეს ექსპერტთა რეკომენდაციის შესაბამისად და ეკონომიკური გათვლების საფუძველზე.

ჯანდაცვის პირველად დონეზე ტარდება რენტგენოგრაფია და ულტრასონოგრაფია, ფასდება პაციენტის ოპერაბელობა. მეორე დონეზე შესაძლოა ჩატარდეს სხივური დიაგნოსტიკა, რომელიც კიბოს სტადიას და რეზექტაბელობას განსაზღვრავს და რომელიც ინვაზიურ ინტერვენციებთანაა დაკავშირებული (ბიოფსია, კათეტერის შეყვანა). მეორე დონეზე სასურველია ასევე შესაძლებელი იყოს CT და MRI კვლევების ჩატარება. ეს კვლევები საჭიროა არა მარტო

დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით, არამედ მკურნალობის ეფექტის შესაფასებლად. მათი დახმარებით ექიმს საშუალება ეძლევა ზუსტად განსაზღვროს მკურნალობის ტაქტიკა და მასშტაბი. სასურველი იქნება ამ კვლევების შეტანა გაიდლაინებში, როგორც სავალდებულო კვლევებისა ონკოლოგიური პაციენტისთვის მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისთვის. უფრო კომპლექსური და ძვირადღირებული კვლევები, რომელიც უშუალოდ დაკავშირებულია სპეციალიზებულ თერაპიასთან (მაგალითად, PET-CT-სკანირება თერაპიული ეფექტების შეფასების და რადიოთერაპიის დაგეგმვის მიზნით, ნუკლეარულ მედიცინასთან დაკავშირებული თერაპიული პროცედურები, თვალთ უხილავი ცვლილებების დიაგნოსტიკა და რეგიონული ლიმფური ჯირკვლების კვლევა, სიმსივნეების იშვიათ სახეობასთან დაკავშირებული დიაგნოსტიკა) უნდა ტარდებოდეს მესამეულ დონეზე.

ენდოსკოპია. ენდოსკოპია ორგანოს ლოკალურ დათვალერებასთან ერთად შემდგომი (მორფოლოგიური) კვლევისთვის ქსოვილის ადების საშუალებას იძლევა. ენდოსკოპიურ კვლევას ახორციელებენ ენდოსკოპისტები, ქირურგები და გინეკოლოგები ჯანდაცვის მეორეულ და მესამეულ დონეზე.

მიზანი #5. ონკოლოგიურ დაავადებათა დროული დიაგნოსტიკის გზით კიბოთი სიკვდილიანობის შემცირება

სტრატეგიები:

5.1. კლინიკური დიაგნოზის დროულად დასმა და მისი ჰისტო-მორფოლოგიური დადასტურება

- ხარისხის კონტროლის მიზნით ქვეყნის მასშტაბით ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის უნიფიცირება.
- რეგიონში მცხოვრები მოსახლეობის სწორი დიაგნოსტიკისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით თანამედროვე ტექნიკური აღჭურვილობის მქონე ცენტრების (3-4 ცენტრი) ქვეყნის მასშტაბით გადანაწილება;
- ქირურგიული ჩარევის შემდგომ ნებისმიერი ამოკვეთილი მასალის აღნიშნულ ცენტრებში ტრანსპორტირების უზრუნველყოფა;

5.2. თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისი პათოლოგ-ანატომიური სამსახურის განვითარება

- ორგანოთა სისტემების მიხედვით მასალის დამუშავების და დიაგნოსტიკის ეროვნული გაიდლაინების შექმნა;
- მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება, კერძოდ, მანუალური ტექნოლოგიების ავტომატურით ჩანაცვლება, სუბიექტური ფაქტორის გამორიცხვას და მიღებული შედეგების მაღალი ხარისხის მისაღწევად.
- მოლეკულური პათოლოგიის დიაგნოსტიკური ტექნოლოგიების დანერგვა და განვითარება;
- პათოლოგ-ანატომიური სამსახურის სპეციალისტების კვალიფიკაციის უწყვეტი ამაღლება, საშუალო ტექნიკური პერსონალის მომზადება;
- პათოლოგ-ანატომიურ სამსახურში მენეჯმენტის და პაციენტთა მართვის ელექტრონული ტექნოლოგიების ინტეგრირება.

5.3. რადიოლოგიური დიაგნოსტიკის სხვადასხვა მეთოდებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა სამედიცინო მომსახურების შესაბამის დონეზე.

- კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით ჯანდაცვის პირველად, მეორად და მესამეულ დონეზე გამოყენებული კიბოს სხივური დიაგნოსტიკის მეთოდების განსაზღვრა და დიაგნოსტიკის სხვადასხვა მეთოდებისადმი დროული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- რადიოლოგებისთვის, რომლებიც მომავალში ჯანდაცვის მეორად დონეზე ონკოლოგიური დაავადების დიაგნოსტიკას განახორცილებენ, უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების მომზადება (ულტრასონოგრაფია, CT, MRI);
- CT და MRI დიაგნოსტიკური აპარატურის შეძენა და დანერგვა ექსპერტთა რეკომენდაციების შესაბამისად (5-წლიანი საჭიროების, დანერგვის ადგილის, საჭირო ადამიანური რესურსების წინასწარ განსაზღვრა).

5.4. ცალკეული ლოკალიზაციის კიბოს (საყლაპავი, კუჭი, თორმეტგოჯა ნაწლავი, ფილტვი, ბრონქები, კოლინჯი და სწორი ნაწლავი) დიაგნოსტიკისას ენდოსკოპიური კვლევებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა

- სპეციფიკური ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის გაიდლაინებში ენდოსკოპიური დიაგნოზის აუცილებლობის მითითება;
- მკურნალობის ენდოსკოპიური, როგორც ნაკლებინვაზიური მეთოდის ხვედრითი წილის გაზრდა.

ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობა

ავთვისებიან სიმსივნეთა მკურნალობა ფრიად სპეციფიკურია და სხვადასხვა დისციპლინების ჩართვას მოითხოვს. მკურნალობის ძირითადი მეთოდები (ქირურგიული, რადიოთერაპიული და მედიკამენტური მკურნალობა) გამოიყენება ცალ-ცალკე ან კომბინაციაში (მონოთერაპია, კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობა). კიბოს მკურნალობა უნდა ჩატარდეს მხოლოდ იმ დაწესებულებაში, რომელიც აღჭურვილია ადეკვატური სადიგნოსტიკო და სამკურნალო საშუალებებით, დაკომპლექტებულია მაღალი კვალიფიკაციის მედპერსონალით. ონკოლოგიური ლიცენზიის მქონე კლინიკა უნდა ითვალისწინებდეს სპეციფიურ მახასიათებლებს, სპეციალისტთა კომპეტენციას (ქირურგი, კლინიკური ონკოლოგი, რადიოთერაპევტი, პათოლოგი), მკურნალობის სტანდარტების დაცვის მოთხოვნას.

მკურნალობის ზოგადი მიზნები და სტრატეგიები. ონკოლოგიურ პაციენტთა ეფექტური, მაღალი ხარისხის, ხელმისაწვდომი და სათანადო მკურნალობა კიბოს კონტროლის აუცილებელი კომპონენტია. მკურნალობის შედეგი დამოკიდებულია მრავალ კლინიკურ (სიმსივნის ლოკალიზაცია, სტადია დაავადების გამოვლენისას, მორფოლოგიური მახასიათებლები და ა.შ.) და არა-კლინიკურ ფაქტორებზე (პაციენტის ასაკი, ზოგადი მდგომარეობა, სოციალური მახასიათებლები, ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებისადმი, ტრადიციები). მკურნალობის ოპტიმალური გეგმა ჩართული უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების ყველა დონეზე და საჭიროა მოიცავდეს კოორდინირებულ და ინტეგრირებულ სამედიცინო, სოციალურ

და ფსიქოლოგიურ მომსახურეობას. საერთაშორისო გამოცდილებით, კიბოს მკურნალობა მულტიდისციპლინურ მიდგომას საჭიროებს, რაც თავის მხრივ გარანტიას იმისა, რომ მკურნალობის ტაქტიკა სწორად იქნება შერჩეული.

ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობას საქართველოში ათასობით ექიმი, ექთანი, რადიოლოგი და სხვა სამედიცინო პერსონალი ახორციელებს. ძალზე მნიშვნელოვანია მათი კომპეტენციების ზუსტი განსაზღვრა.

ხარისხიანი მკურნალობის უზრუნველყოფა დამოკიდებული სამ ძირითად ფაქტორზე: სათანადო ინფრასტრუქტურის არსებობაზე, კვალიფიციურ სამედიცინო კადრებსა (ონკოქირურგი, კლინიკური ონკოლოგი, რადიაციული თერაპევტი) და დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გაიდლაინების იმპლემენტაციაზე ჯანდაცვის სისტემის სამივე დონეზე.

დღესდღეობით პრობლემას წარმოადგენს ის, რომ სტაციონარული საქმიანობის ნებართვისა და მისი დანართის ონკოლოგიაში მოპოვება დაკავშირებულია მხოლოდ რიგი ტექნიკური და სანიტარული პირობების დაცვასთან და არ ითვალისწინებს სპეციფიურ მახასიათებლებს, სპეციალისტთა კომპეტენციას, მკურნალობის სტანდარტების დაცვის მოთხოვნას. შესაბამისად, ქვეყანაში არსებობს ბევრი ონკოლოგიური ლიცენზიის მფლობელი კლინიკა, რომელიც არ იცავს კიბოს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საერთაშორისო აღიარებულ სტანდარტებს: ხშირად არასათანადოდ გამოკვლეულ პაციენტს უტარდება არარადიკალური და არაადეკვატური მკურნალობა, არ არის გამოყენებული მკურნალობის ნეოადიუვანტური რეჟიმები, დიაგნოზები ისმება დაავადების სტადიისა და ჰისტომორფოლოგიური ვერიფიკაციის მითითების გარეშე, ქურურგიული ჩარევების დროს არ არის დაცული რადიკალიზმის მოთხოვნები და ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ სათანადოდ არ ინიშნება ადიუვანტური ქიმიო- და რადიაციული თერაპია, უგულვებელყოფილია ინტრაოპერაციული რადიოთერაპიისა და ლოკორეგიონული ქიმიოთერაპიის შესაძლებლობები. ყოველივე ეს იწვევს დაავადების სწრაფ პროგრესირებას, პაციენტის მკურნალობის ხარჯების არამართებულ ზრდას, სიცოცხლის ხარისხისა და დაავადების პროგნოზის გაუარესებას.

მიზანი #6. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის სწორი სქემების დანერგვის გზით გადარჩენის მაქსიმალური შესაძლებლობების და ცხოვრების ხარისხიანი წლების უზრუნველყოფა

სტრატეგიები:

6.1. ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა

- ონკოლოგიური პაციენტების მომსახურეობაში ჩართული ნებისმიერი დაწესებულების საქმიანობის აუცილებელი ლიცენზირება, ექიმ-ონკოლოგთა პერიოდული რესერტიფიცირება;
- ახალი კრიტერიუმების შემუშავება ონკოლოგიური პროფილის საქმიანობის განსახორციელებლად;
- ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობაში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებების პასუხისმგებლობის გაზრდა, რათა პაციენტებს მიაწოდონ მკურნალობის ხარისხიანი და

სრული სერვისი, ან ინფორმაცია მკურნალობის სრული პაკეტისა და ქვეყანაში მიმდინარე პროგრამების შესახებ, საჭიროების შემთხვევაში განახორციელონ დროული რეფერალი;

- ონკოლოგიური პაციენტების მკურნალობაში ჩართული ნებისმიერი სამედიცინო პერსონალის მიერ დამატებითი განათლების (სუბსპეციალიზაციის) მოთხოვნა;
- მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის უნიფიცირება, ეროვნული გაიდლაინების შექმნა, დანერგვა, მონიტორინგი;
- ხელშეწყობა სამედიცინო დაწესებულებებისადმი, რომლებიც ონკოლოგიურ პაციენტებს ემსახურებიან, რათა მათ დაამკვიდრონ ხარისხის კონტროლი;
- ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა მიუხედავად სოციალური მდგომარეობისა და გეოგრაფიული საცხოვრებლისა;
- ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობის მოკლე- და გრძელვადიანი ეფექტების შესახებ მასალების გავრცელება მიზნობრივ ჯგუფებში;
- უახლესი კლინიკური კვლევების შედეგების მიმოხილვა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული დამატებითი და ალტერნატიული მეთოდების დანერგვისადმი ხელშეწყობა;
- კიბოს ქრონიკული ბუნების გათვალისწინებით უწყვეტი მხარდაჭერის, რეაბილიტაციის, განათლების, სოციალური და ლეგალური სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა;
- მკურნალობის ხარისხის მკაცრი მონიტორინგი სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის მოთხოვნების ფარგლებში.
- პროფესიული ასოციაციების აქტიური ჩართვა მკურნალობის სტანდარტების დანერგვისა და მკურნალობის ხარისხის მონიტორინგის პროცესში.

6.2. სამედიცინო მომსახურებისადმი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა

- ბაზისური სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა სამედიცინო მომსახურების პირველად დონეზე, ხოლო უფრო სპეციალიზებული სერვისებისადმი რეგიონალურ ცენტრებში (მეორეული დონე);
- ონკოლოგიურ პაციენტთა მომსახურების რეგიონალიზაციის შეფასება, მაღალი და დაბალი რისკის შემცველი მკურნალობის/პროცედურების ჩათვლით;
- მაღალკვალიფიციური კადრების არსებობის უზრუნველყოფა თანაბრად - ცენტრში და პერიფერიაზე;
- გეოგრაფიულად დაშორებულ დასახლებებში სოციალურად დაუცველი და/ან იძულებით ადგილნაცვალი მოსახლეობის შემთხვევაში დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა მობილური ჯგუფების გამოყენების გზით;
- კიბოს დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებების და ადამიანური რესურსების ლოკალური და რეგიონალური მდებარეობის ელექტრონული კატალოგების დანერგვა, სადაც ხელმისაწვდომი იქნება ინფორმაცია კიბოს ჰოსპიტლების, დიაგნოსტიკური ცენტრების, სპეციალისტების, მკვლევარების, დამხმარე სერვისების, მიმდინარე პროგრამების, პალიატიური დახმარების შესახებ.

6.3. სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა დონეზე დარგის ექსპერტთა გამოცდილების გაზიარების შესაძლებლობების გაზრდა

- ექსპერტ-ონკოლოგთა პანელის შექმნა, რომლებიც დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესახებ კონსულტაციას გაუწევენ ჯანდაცვის პირველადი რგოლის სამედიცინო პერსონალს;
- რეგიონებში პაციენტთა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესში ტელეკომუნიკაციის გზით ექსპერტ-ონკოლოგთა ჩართულობის (მონაწილეობის) შესაძლებლობების განხილვა.
- ინფორმაციის წყაროს მოძიება, რომელიც ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობაში ჩართულ სამედიცინო პერსონალს მიაწვდის ინფორმაციას უახლესი კლინიკური კვლევების შედეგების შესახებ;
- ასაკის შესაფერისი მკურნალობის სქემებისადმი გაზრდილი ხელმისაწვდომობა.

6.4. ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის მაღალი ხარისხის სერვისებისადმი გაზრდილი ფინანსური ხელმისაწვდომობა სოციალ-ეკონომიკური სტატუსის და გეოგრაფიული საცხოვრებლის მიუხედავად.

- კიბოს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხარჯების დაზღვევით მოცვის შესაძლებლობების შეფასება;
- სამედიცინო სადაზღვეო კომპანიების დაინტერესება, რათა მხარი დაუჭირონ კიბოს მკურნალობის სათანადო სერვისებისადმი დროულ ხელმისაწვდომობას;
- სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესში ბიუროკრატიული ბარიერების აღმოფხვრა, პაციენტთა დროული რეფერირებისათვის სათანადო სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის თვალსაზრისით;
- სამედიცინო სერვისის დაზღვევით სარგებლობისათვის მოცდის პერიოდის მაქსიმალურად შემცირება;
- ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის პროცესში სხვადასხვა ორგანიზაციების ფინანსური მხარდაჭერის გაზრდა (დონაცია);
- კიბოს მკურნალობის პროტოკოლების ეკონომიკური ეფექტურობის შეფასებისადმი ხელშეწყობა;
- საქართველოში არსებული ტექნიკურ, მატერიალურ თუ ადამიანურ რესურსებზე მორგებული მკურნალობის პროტოკოლების შექმნა, რომელიც იმავდროულად შესაბამისობაში იქნება მსოფლიო გამოცდილებასთან.

მკურნალობის სპეციფიკური მეთოდები

ქირურგიული ჩარევები. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობაში ერთ-ერთი წამყვანი როლი ქირურგს უჭირავს, ის მულტიდისციპლინური ჯგუფის მნიშვნელოვანი რგოლია; კიბოს ქირურგიული მკურნალობა ქვეყანაში ამჟამად ორგანიზებულია მრავალი მიმართულებით. რამდენიმე წლის განმავლობაში საქართველოში განსაზღვრული ლოკალიზაციის კიბოს ქირურგიული მკურნალობა ხორციელდებოდა კონცენტრირებულად სულ რამდენიმე ონკოლოგიურ ცენტრში, ამჟამად მათი რიცხვი მნიშვნელოვნად გაიზარდა. სამწუხაროდ, საქართველოში დღესდღეობით არ არსებობს სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოს მკურნალობის გაიდლაინები; ხოლო იქ, სადაც გაიდლაინები არსებობს, არ გაგვაჩნია ეპიდზედამხედველობა მათ

დანერგვაზე. ქვეყნის მასშტაბით სხვადასხვა რეგიონების კლინიკებში ჩატარებული მკურნალობის შედეგები განსხვავებულია, ამის მიზეზი ქირურგიულ განათლებასა და გამოცდილებაში არსებული სხვაობა და აგრეთვე, ონკოლოგიურ პაციენტთა პრე- და პოსტ-ოპერაციული მკურნალობისადმი განსხვავებული მიდგომებია. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოსთვის საშუალოდ 15%-ით დაბალია ევროპის ქვეყნებთან შედარებით, რაც ძალიან ხშირად კიბოს დაგვიანებულ გამოვლინებასთანაა დაკავშირებული, თუმცა, ქვეყნის მასშტაბით საჭიროა დაინერგოს სტანდარტული გაიდლაინები, რათა მოხდეს მკურნალობის სქემების უნიფიცირება.

ქირურგიულ ონკოლოგიას ქირურგიულ პროცედურებთან ერთად თან უნდა ახლდეს კლინიკური, დიაგნოსტიკური, რეკონსტრუქციული და რეაბილიტაციის სამედიცინო პროცედურები, რომელებიც უზრუნველყოფენ პაციენტის მდგომარეობის საუკეთესო გამოსავალს.

ავთვისებიანი სიმსივნეების ქირურგია რთული, მრავალმხრივი და ძალიან სპეციფიური დარგია და ონკოქირურგად ჩამოყალიბებას ხანგრძლივი სწავლება სჭირდება. ონკოქირურგი კარგად უნდა იცნობდეს თითოეული სიმსივნის წარმოშობას და განვითარების ეტაპებს, გარკვეული იყოს ქირურგიის, რადიაციული ონკოლოგიის, მედიკამენტური თერაპიის, იმუნოთერაპიისა და მკურნალობის სხვა მეთოდების ძირითად პრინციპებსა და პოტენციურ როლში²⁵. მნიშვნელოვანია იმის გაცნობიერება, რომ მხოლოდ ქირურგის კომპეტენცია, შესაფერისი ინფრასტრუქტურული ფონისა და მაღალკვალიფიციური და კომპეტენტური გუნდის გარეშე, ვერ იქნება საუკეთესო შედეგის მიღების გარანტია.

რადიაციული თერაპია გულისხმობს მაიონებელი გამოსხივების სამედიცინო მიზნით გამოყენებას ონკოლოგიურ დაავადებათა სამკურნალოდ. ის შეიძლება გამოვიყენოთ დამოუკიდებლად ან მკურნალობის სხვა მეთოდებთან კომბინაციაში, როგორც ძირითადი კომპონენტი ან დამატებითი მეთოდი. რადიოთერაპია ესაჭიროება ონკოლოგიურ პაციენტთა დაახლოებით 70%-ს. იგი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას როგორც რადიკალური, ასევე პალიატიური მიზნით, რაც პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას ითვალისწინებს.

რადიოთერაპიის ჩატარებას მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო აპარატურა და შესაბამისი ცოდნისა და გამოცდილების მქონე სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალი ესაჭიროება. ამიტომ რადიოთერაპია უნდა ტარდებოდეს მხოლოდ მესამე დონის ჰოსპიტლებში, ონკოლოგიურ ცენტრებში, ანუ სადაც აუცილებელი ინფრასტრუქტურა და სპეციალური ცოდნაა კონცენტრირებული და მისი განხორციელებისთვის შესაფერისი ბაზა არსებობს.

თუ გავითვალისწინებთ, რომ საქართველოში, ისევე როგორც მთელს მსოფლიოში ონკოდაავადებულთა რიცხვის ზრდა აღინიშნება, ქვეყანაში არსებული აღჭურვილობა მოსახლეობის რადიოთერაპიული მომსახურებისთვის საკმარისი არ არის.

წელიწადში საქართველოში ვლინდება მინიმუმ 7 000 ახალი შემთხვევა და 32 000 ონკოპაციენტი. დაავადების დადგენის პირველ წელს პაციენტთა 50%-ს, ხოლო შემდეგ დაავადებულთა არანაკლებ 20% ესაჭიროება რადიოთერაპია. საქართველოს ტერიტორიული და დემოგრაფიული მონაცემების გათვალისწინებით, ესაჭიროება: ბათუმში - 1, ქუთაისში - 2, თბილისში - სამ სხვადასხვა ცენტრში

²⁵ Cancer Control, Knowledge into Action, Diagnosis and Treatment, WHO, 2007

მინიმუმ 6 წრფივი ამაჩქარებელი; ამასთან ერთად, შესაძლებელია განხილულ იქნას თანამედროვე ტექნოლოგიებით აღჭურვილი 1 კობალტის მანქანის შექმნის საჭიროება.

რადიოთერაპიული აპარატურის შემოტანას, მათ შესაბამის პირობებში მონტაჟს, ფუნქციონირებას და მის უსაფრთხოების კონტროლს ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტოს (IAEA) მონაცემებზე დაყრდნობით ახორციელებს ეროვნული მარეგულირებელი ორგანო.

რადიოთერაპიული დეპარტამენტის გამართული ფუნქციონირებისათვის აუცილებელია სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის - რადიაციული ონკოლოგების, სამედიცინო ფიზიკოსების, რადიოთერაპიის ტექნიკოსების, ექთნების, რეგისტრატორისა და სხვა პერსონალის გუნდური მუშაობა. ტელეთერაპია (გარეგანი დასხივება) ხორციელდება წრფივი ამაჩქარებლის მიერ გენერირებული სხვადასხვა ენერჯის ფოტონური და ელექტრონული გამოსხივებით, თუმცა შესაძლებელია კობალტის აპარატის გამოყენებაც. პაციენტის პოზიციის იდენტიფიკაციის შენარჩუნება მკურნალობის მთელი პროცესის განმავლობაში, ხორციელდება პოზიციონირებისა და იმობილიზაციის სისტემებით და შესაბამისი აღჭურვილობით ჯანმრთელი ქსოვილების დაცვისათვის. კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული და რენდგენო სიმულირება სამ განზომილებიანი დაგეგმარების სისტემის გამოყენებით მკურნალობის ოპტიმალური გეგმის შემუშავებისათვის.

მკურნალობის მაქსიმალური ეფექტურობა მიიღწევა შესაბამისი ტექნოლოგიებით:

- კონფორმული რადიოთერაპია - მრავალფეროვანი კოლიმაციის სისტემის გამოყენებით (MLC);
- რადიოთერაპია გამოსახულების კონტროლით (IGRT) იძლევა ყოველ პროცედურაზე დასასხივებელი არის მდებარეობის კონტროლის საშუალებას დაგეგმილთან მიმართებაში.
- ინტენსივობით მოდულირებული რადიოთერაპია (IMRT);
- სტერეოტაქსიური რადიოთერაპია/რადიოქირურგია უზუსტესი იმობილიზაციისა და დამატებითი კოორდინატთა სისტემის გამოყენებით (SRS/SRT), განსაკუთრებით მცირე ზომის წარმონაქმნების მაღალი დოზებით დასხივების შესაძლებლობას იძლევა;
- სუნთქვასთან სინქრონიზირებული რადიოთერაპია (BSRT), რომელიც პაციენტის სუნთქვის ციკლთან დასხივების პროცესის სინქრონიზაციას უზრუნველყოფს.
- ბრაქითერაპია ხორციელდება რადიაქტიული გამომსხივებლის უშუალო შეტანით სიმსივნეში:
 - რადიაქტიულ წყაროებად ძირითადად გამოიყენება Ir ^{192} , Co ^{60} , I ^{125}
 - დაგეგმარება ხორციელდება 2D ან 3D (კტ-სიმულირება) რეჟიმში.

ხარისხის უზრუნველყოფა და კონტროლი QA/QC. დღეისათვის საქართველოში სულ რამოდენიმე დაწესებულებაა, სადაც ფუნქციონირებს რადიოთერაპიის დეპარტამენტი შესაბამისი აღჭურვილობით, პერსონალითა და ხარისხის კონტროლით.

- შპს "მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკა" აღჭურვილია და ორი წრფივი ამაჩქარებლითა და ბრაქითერაპიის აპარატით.
- შპს „მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი“, აღჭურვილია დისტანციური სხივური თერაპიის ერთი კობალტის აპარატითა (თუმცა იგი უკვე საკმაოდ მოძველებულია, რაც სერვისის მიწოდების შეფერხებებთანაა დაკავშირებული) და აგრეთვე ბრაქითერაპიის აპარატით.

ავთვისებიან სიმსივნეთა სისტემური (მედიკამენტური) მკურნალობა. სისტემური (მედიკამენტური) თერაპია ონკოლოგიურ დაავადებთა მკურნალობის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი რგოლია. ის გამოიყენება როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, ასევე პაციენტთა უმრავლესობას უტარდება კომბინაციაში ქირურგიულ და სხივურ მკურნალობასთან ერთად ადიუვანტურ და ნეoadიუვანტურ რეჟიმებში. ქირურგიული ჩარევა და სხივური თერაპია მკურნალობის ლოკო-რეგიონული მეთოდებია, ხოლო სისტემური თერაპიის მოქმედება ვრცელდება მთელს ორგანიზმზე.

სისტემურ თერაპიაში მოიაზრება ქიმიოთერაპია (ციტოსტატური და ციტოტოქსიური პრეპარატებით), ჰორმონოთერაპია, იმუნოთერაპია და ტარგეტული თერაპია. მკურნალობის მეთოდის შერჩევა ხდება სიმსივნის ჰისტომორფოლოგიური შენებისა და მისი გავრცელების გათვალისწინებით. თითოეულ შემთხვევაში აუცილებელია სწორად იყოს გათვლილი მკურნალობის ეფექტურობა და შესაძლო გვერდითი მოვლენები. მედიკამენტური თერაპია ტარდება როგორც სტაციონარში (სტაციონარი/დღის სტაციონარი), ასევე ამბულატორულად.

მედიკამენტური თერაპია უნდა დაიგეგმოს მულტიდისციპლინურად - კლინიკური ონკოლოგის, რადიოლოგის, ქირურგის, პათომორფოლოგის და საჭიროების შემთხვევაში სხვა ვიწრო სპეციალობის ექიმთა ერთობლივი გადაწყვეტილებით. მედიკამენტურ თერაპიას ატარებს სპეციალისტი - კლინიკური ონკოლოგი.

მედიკამენტური თერაპიის დეპარტამენტში უნდა მუშაობდნენ მაღალკვალიფიციური სპეციალისტები - კლინიკური ონკოლოგები, ჰემატოლოგები, ონკოლოგი-მედეები, ფარმაცევტები და ფსიქოლოგები.

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მედიკამენტური თერაპია შესაძლებელია ჩატარდეს მხოლოდ ტაბლეტირებული პრეპარატებით, პაციენტებში, რომლებსაც დიაგნოზი მესამეული დონის ცენტრებში აქვთ დადგენილი.

მეორეულ დონეზე, რეკომენდებულია ქიმიოთერაპიული სამსახურის მიმაგრება იმ სამედიცინო დაწესებულებაზე, რომელთაც აქვთ ონკოლოგიური პროფილის განყოფილება ან კაბინეტი, სადაც არის სპეციალისტი-კლინიკური ონკოლოგი და არსებობს გადაუდებელი დახმარების/რეანიმაციის შესაძლებლობა. ასეთ დაწესებულებებში შეიძლება ჩატარდეს როგორც ტაბლეტირებული, ასევე ინფუზიური ქიმიოთერაპია. რაიონულ საავადმყოფოებში ასევე ტარდება ავადმყოფებზე დისპანსერული მეთვალყურეობა. ეს დაწესებულებები მჭიდროდ უნდა თანამშრომლობდნენ რეფერალურ ცენტრებთან და დიდ ყურადღებას უთმობდნენ მონიტორინგის, შეფასებისა და გამოკვლევების მიზნების უზრუნველყოფას. ასეთი მომსახურეობა ქიმიოთერაპიას უფრო ხელმისაწვდომს ხდის პაციენტისთვის და ამცირებს პაციენტის მხრიდან მკურნალობაზე უარის თქმის ალბათობას²⁶.

უფრო რთული მედიკამენტური თერაპია უნდა ჩატარდეს **მესამეულ დონეზე** - მრავალპროფილური კლინიკის ონკოლოგიურ განყოფილებაში/დეპარტამენტში, რეგიონულ, ან ონკოლოგიურ ცენტრში, რომელთაც გააჩნია ონკოლოგიური სერვისის სამივე კომპონენტი (ქირურგია, ქიმიო- და რადიაციული/სხივური თერაპია) სადაც თავმოყრილია დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საუკეთესო საშუალებები და გარანტირებულია მომსახურე პერსონალის მაღალი კომპეტენცია²⁷.

²⁶ Cancer Control, Knowledge into Action, Diagnosis and Treatment, WHO, 2007;

²⁷ Cancer Control, Knowledge into Action, Diagnosis and Treatment, WHO, 2007.

მედიკამენტური თერაპია ჯანდაცვის ყველა დონეზე უნდა ტარდებოდეს ეროვნული და საერთაშორისო პროტოკოლების შესაბამისად. ეროვნული პროტოკოლების შემუშავების შემდეგ ქვეყანაში არსებული მედიკამენტების ნუსხაში უნდა შევიდეს აუცილებელი ქიმიო-, ჰორმონო- იმუნო- და ტარგეტული პრეპარატები, ასევე სხვა მნიშვნელოვანი მედიკამენტები. ნუსხის განახლება უნდა მოხდეს ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ.

დაბალგანვითარებული ქვეყნების უმრავლესობისათვის არსებული ქიმიოთერაპიები ხელმისაწვდომი გახდა საფირმო ნიშნის მქონე წამლების გენერიული ვერსიის წარმოებით. გენერიული წამლები ხშირად ისეთივე ეფექტური, მაგრამ გაცილებით ხელმისაწვდომია, ვიდრე საფირმო ნიშნის მქონე ორიგინალები.

საქართველოში დღეისათვის არსებული სახელმწიფო და სადაზღვეო პაკეტების ფარგლებში ონკოპაციენტებისთვის ხელმისაწვდომია მხოლოდ ქიმიოთერაპია და ჰორმონოთერაპია. იმუნოთერაპია და თარგეტული თერაპია კი - სისტემური მკურნალობის ყველაზე ნატიფი მეთოდები, რომელთა მოქმედება მიმართულია უშუალოდ სიმსივნურ უჯრედებზე, პრეპარატების სიძვირის გამო ჯერ კიდევ ხელმიუწვდომელია. ასევე ხელმიუწვდომელია ის პრეპარატები, რომლებიც არ კლასიფიცირდება როგორც ქიმიოპრეპარატები, მაგრამ მათი გამოყენება ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის განუყოფელი ნაწილია. ასეთებია, მაგალითად, ბიფოსფონატების ჯგუფის პრეპარატები, უროპროტექტორები და ქიმიოთერაპიის დამხმარე პრეპარატების ჯგუფში შემავალი სხვა წამლები.

ბავშვთა ონკო-ჰემატოლოგიური დაავადებების მართვა. რეკომენდირებულია, ბავშვთა ასაკის ონკოლოგიური დაავადების მართვა ტარდებოდეს მრავალპროფილიან, კარგად აღჭურვილ და კლინიკურ კვლევებში ჩართულ სამედიცინო დაწესებულებაში. ონკოლოგიაში უკანასკნელ ათწლეულების განმავლობაში მიღწეულმა წარმატებებმა დრამატულად შეიცვალა ბავშვთა სიმსივნური დაავადებების გამოსავალი. საქართველოში რეალური სტატისტიკური მონაცემების არარსებობის გამო ბავშვთა ასაკის სიმსივნური დაავადებების მკურნალობის შედეგების რეალური შეფასება შეუძლებელია, გამონაკლისს წარმოადგენს ბავშვთა ასაკის ლეიკემიები, სადაც შესაძლებელია სწორი ინფორმაციის მოძიება: არსებული მონაცემების მიხედვით საქართველოში ყოველწლიურად მწვავე ლეიკემიით 30-40 ბავშვი ავადდება, მათ შორის, ლიმფოიდური ლეიკემიით 30-35, ხოლო მიელოიდური ლეიკემიით 5-10 ბავშვი. ბავშვებში სხვა ონკოლოგიურ შემთხვევათა რაოდენობა არსებულ მწირ მონაცემებსა და საერთაშორისო შეფასებებზე დაყრდნობით დაახლოებით 100-120 შემთხვევას შეადგენს ყოველწლიურად. არსებული მდგომარეობის გათვალისწინებით, კიბოს პოპულაციური რეგისტრის დანერგვასთან ერთად სასურველია ბავშვთა ასაკის ნაციონალური რეგისტრის შექმნა, რომელიც „ბავშვთა ასაკის კიბოს საერთაშორისო კლასიფიკაციას“ (ver.3 ICC-3) ეფუძნება.

საქართველოში ბავშვთა ონკო-ჰემატოლოგიაში არსებული სიტუაციის აღწერა. 1994 წლიდან საქართველოში ბავშვთა ასაკის ლეიკემიებისა და ლიმფომების მკურნალობაში თანამედროვე მიდგომების დანერგვამ მნიშვნელოვნად შეცვალა დაავადების გამოსავალი, დღეს ლეიკემიითა და ლიმფომებით დაავადებული პაციენტების 60-70% იკურნება, კერძოდ, უკანასკნელი 18 წლის განმავლობაში 700-ზე მეტ ბავშვს შეუნარჩუნდა სიცოცხლე. საქართველოში 1994 წლიდან ბავშვთა ასაკის ლეიკემიებისა და ლიმფომების მკურნალობაში დაიწყო პროგრამული ქიმიოთერაპიის

გამოყენება, კერძოდ, BFM პროგრამის დანერგვა, რომელიც ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ პოლიქიმიოთერაპიულ პროტოკოლადაა მიჩნეული. აღნიშნულ პროტოკოლზე დაყრდნობით 2009 წელს მიღებულ იქნა ნაციონალური პროტოკოლები და გაიდლაინები, რომლებიც შემუშავდა პროფესიონალური ასოციაციების მიერ²⁸ პროტოკოლებისა და გაიდლაინების ჩამონათვალი:

- მწვავე ლიმფოიდური ლეიკემიის მკურნალობის პროგრამა (ALL IC BFM 2002, მტკიცებულება I რეკომენდაციის ხარისხი A);
- მწვავე მიელოიდური ლეიკემიის მკურნალობის პროგრამა (AML-BFM BFM 2004, მტკიცებულება I რეკომენდაციის ხარისხი A);
- არა-ჰოჯკინის ლიმფომის მკურნალობის პროგრამა (B-NHL BFM 2004, მტკიცებულება I რეკომენდაციის ხარისხი A);
- ჰოჯკინის ლიმფომის მკურნალობის პროგრამა (GPOH-HD 2002, მტკიცებულება I რეკომენდაციის ხარისხი A).

უკანასკნელი ერთი წლის განმავლობაში მ.იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს ბაზაზე შექმნილი მატერიალურ-ტექნიკური რესურსებით შესაძლებელი გახდა **ბლასტური უჯრედების იმუნოფენოტიპირება გამდინარე ციტომეტრით**, ასევე უკვე აწყობილია **მინიმალური რეზიდუალური დაავადების კვლევა**. იგეგმება ამ კვლევის კლინიკური გამოყენება.

დღეს ლეიკემიებისა და ლიმფომების მკურნალობა ფინანსდება რეფერალური პროგრამების ფარგლებში და ბიუჯეტი 1.267.000 ლარს შეადგენს. თითო პაციენტის მკურნალობაზე საშუალოდ 30.000-დან 40.000-მდე ლარამდე იხარჯება. ლეიკემიებსა და ლიმფომების მკურნალობის ბიუჯეტი BFM პროტოკოლის სამკურნალო სქემების გათვალისწინებით შედგა.

ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია. ბავშვთა ონკო-ჰემატოლოგიაში მიღწეული წარმატებების მიუხედავად, საქართველოში ჯერ კიდევ რჩებიან ბავშვები, რომელთა მკურნალობა მხოლოდ საზღვარგარეთაა შესაძლებელი; კერძოდ, ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია ერთადერთი შანსია მწვავე ლეიკემიით დაავადებული მაღალი რისკის პაციენტებისთვის, ასევე, დაავადების ადრეული რეციდივებისა და ისეთი მძიმე ჰემატოლოგიური დაავადებების დროს, როგორცაა აპლასტიური ანემია, მიელოდისპლაზიური სინდრომი. სტატისტიკური მონაცემების გათვალისწინებით საქართველოში ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია ყოველწლიურად 10-15 ბავშვს სჭირდება:

- მწვავე ლიმფოიდური ლეიკემიით დაავადებულ 3-4 პაციენტს, რომელთაც განუვითარდათ მეორე რეციდივი;
- მწვავე მიელოიდური ლეიკემიით დაავადებულ 1-2 პაციენტს პირველი რეციდივის შემდეგ;
- ყველა პაციენტს, რომელსაც დაუდგინდა მძიმე აპლასტიური ანემიის ან მიელოდისპლაზიური სინდრომის დიაგნოზი, სავარაუდოდ 4-5 პაციენტი;
- თალასემიით დაავადებული 2-4 პაციენტი.

საექთნო საქმე ონკოლოგიაში. საექთნო საქმე ონკოლოგიურ პაციენტთა სამედიცინო მომსახურების მეტად მნიშვნელოვანი ელემენტია. არსებული რეალობიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების პირველ, მეორად და მესამეულ დონეზე პაციენტთა დიდი რაოდენობა გადის მკურნალობას. ონკოლოგიაში სპეცილიზებულ ექთანთა დიდი წილი კონცენტრირებულია

²⁸ www.moh.gov.ge.

მესამეულ დონეზე, თუმცა უფრო შეზღუდული რაოდენობით ისინი საჭირო არიან პირველად და მეორად დონეზეც. საექონო საქმე ფოკუსირებული უნდა იყოს პაციენტთა მოთხოვნებზე და ის არ უნდა შემოიფარგლებოდეს ტრადიციული ან ვიწრო პროფესიული მიდგომებით. მულტიდისციპლინარულ ცოდნას და მუშაობას დიდი როლი აკისრია წარმატების მიღწევის თვალსაზრისით. აღნიშნული პროცესები მოითხოვს ონკოლოგ-ექთანთა მოქნილი სამუშაო ძალის ქსელის ჩამოყალიბებას.

გენეტიკური კონსულტაცია. მემკვიდრული კიბოს დიაგნოზის მქონე ნებისმიერ პაციენტს გენეტიკოსის კონსულტაცია უნდა უტარდებოდეს. საქართველოში შეუძლებელია გენეტიკური კიბოს დიაგნოსტიკა, არ არსებობს გენური მუტაციების განსაზღვრის შესაძლებლობა, რაც გადამწყვეტია ტარგეტული თერაპიის დაგეგმარებისთვის.

მიზანი #7. მკურნალობის სპეციფიკური მეთოდებისადმი გაზრდილი ხელმისაწვდომობა

სტრატეგიები:

7.1. ყველა ონკოლოგიური პაციენტისთვის პროფესიონალური და ხარისხიანი ქირურგიული მკურნალობისადმი ხელმისაწვდომობა

- გავრცელებული ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებების პროფესიონალური და ხარისხიანი ქირურგიული მკურნალობისადმი ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურების მეორად დონეზე;
- ონკოლოგიურ დაავადებათა ქირურგიული მკურნალობის დაწესებულებების ბაზაზე მულტიდისციპლინური კონსულტაციების, პაციენტთა მრავალფეროვანი რეაბილიტაციის და პალიატიური მომსახურების ცენტრების ქსელის შექმნა;
- რთული ქირურგიული ჩარევების (მაღალტრავმული, გაფართოებული, კომბინირებული და რეკონსტრუქციული), ასევე იშვიათი ლოკალიზაციის კიბოს მკურნალობის განხორციელება სამედიცინო მომსახურების მესამეულ დონეზე;
- ქირურგთა პოსტდიპლომური სწავლებების განხორციელება სამედიცინო მომსახურების მესამეულ დონეზე;
- ზოგად ქირურგთა კომპეტენციის შეზღუდვა ონკოქირურგიული ჩარევების განხორციელებაში სუბსპეციალობით „ქირურგიული ონკოლოგია“ პროფესიული განვითარების პროგრამების გავლის გარეშე.
- ქირურგიული მკურნალობის კლინიკური სახელმძღვანელოს (გაიდლაინების) მომზადებაზე პასუხისმგებლობა კიბოს მკურნალობის მესამეული დონეზე;

7.2. ქვეყანაში რადიაციული თერაპიის გაფართოება თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისად სამედიცინო მომსახურების მესამე დონეზე

- მსოფლიო სტანდარტების შესაბამისი რადიოთერაპიის განხორციელებისათვის აუცილებელი აპარატურის შემოტანა/განახლება შესაბამისი პროექტებისა და პროგრამების ფარგლებში IAEA-სთან თანამშრომლობით.
- კვალიფიციური სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის მომზადებისადმი ხელშეწყობა:

- ქვეყნის შიგნითვე უკვე მომუშავე და დიდი გამოცდილების მქონე რადიოთერაპიულ ცენტრებში კადრების მომზადება პირველ ეტაპზე (რეზიდენტურა რადიაციული თერაპევტებისათვის, გადამზადება სამედიცინო ფიზიკოსებისათვის, რადიოთერაპიის ტექნიკოსებისათვის)
- შემდგომი წვრთნისათვის და მუდმივი გადამზადებისათვის უნდა შემუშავდეს ქვეყანაში პროექტები და პროგრამები, რომელთა დაფინანსებაც ხელეწიფება IAEA-სა და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციებს.
- სამედიცინო მომსახურების მესამეულ დონეზე ონკოლოგიურ პაციენტთა კონსულტირების მულტიდისციპლინური ჯგუფების ფორმირება და მათი მუდმივი მუშაობის უზრუნველყოფა
- ონკოლოგიურ დაავადებათა რადიოთერაპიული მკურნალობის პროტოკოლებისა და გაიდლაინების დამტკიცება, დანერგვა;
- რადიოთერაპიაში მომუშავე პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა ინდივიდუალური და არის მონიტორინგის დოზიმეტრების საშუალებით;
- გრძელვადიან პერსპექტივად შეიძლება განხილულ იქნას რადიოთერაპიის დაგეგმარებისათვის რადიაციული თერაპიის მქონე თითოეული ცენტრის პოზიტრონულ ემისიური ტომოგრაფით აღჭურვა.

7.3. ქვეყანაში თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისი მედიკამენტური თერაპიის სამსახურების აწყობა

- მედიკამენტური თერაპიისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა სამედიცინო მომსახურების სამივე დონეზე;
- კვალიფიციური ადამიანური რესურსებისადმი ხელმისაწვდომობა, კლინიკური ონკოლოგის კომპეტენციების ჩამოყალიბება;
- კლინიკურ ონკოლოგთა მუდმივი გადამზადება;
- სამედიცინო მომსახურების მესამეულ დონეზე ონკოლოგიურ პაციენტთა კონსულტირების მულტიდისციპლინური ჯგუფების სავალდებულო ფორმირება;
- ონკოლოგიურ დაავადებათა სისტემური მკურნალობის პროტოკოლებისა და გაიდლაინების დამტკიცება, დანერგვა;
- ქიმიოპრეპარატებთან მომუშავე პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. გადასასხმელი ხსნარის დამზადება დახურული წესით - ცალკე ოთახში გამწოვის ქვეშ.
- გენერიკების ნუსხის გაზრდა;
- ქიმიოთერაპიის დამხმარე პრეპარატების - ბისფოსფონატების, უროპროტექტორების და ამ ჯგუფში შემავალი სხვა პრეპარატების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- იმუნოთერაპიის ხელმისაწვდომობის გაზრდა. საწყის ეტაპზე იმ სიმსივნეთა შემთხვევაში, რომელთა მკურნალობაში იმუნოთერაპიას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება (მელანომა, თირკმლის კიბო, შარდის ბუშტის კიბო და ა.შ.);
- ტარგეტული თერაპიის ხელმისაწვდომობის გაზრდა. საწყის ეტაპზე მხოლოდ ყველაზე ხშირი ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობისთვის მოწოდებული იმ ტარგეტული პრეპარატებისა, რომელთა გამოყენება მნიშვნელოვნად ზრდის საერთო გადარჩენადობას (ძუძუ, ფილტვი, კოლორექტული სიმსივნეები), ასევე იმ სიმსივნეების დროს, რომელთა სისტემური მკურნალობის სხვა მეთოდები ნაკლებად ან არაეფექტურია (თირკმელი,

ღვიძლი, კუჭ-ნაწლავის სტრომული სიმსივნეები და სხვ.), ხოლო მომავალში უნდა იქნას უზრუნველყოფილი ყველა არსებული სამიზნის ხელმისაწვდომობა;

- სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოს თერაპიული გამოსავლის შეფასების მიზნით კლინიკური კვლევებისადმი ხელშეწყობა.

7.4. ბავშვთა ონკო-ჰემატოლოგიური დაავადებების ეფექტური მართვა

- **კიბოს დიაგნოზის მქონე ბავშვთა უფლებების დაცვა:**
 - მშობელთა მუდმივი და უწყვეტი ჩართულობა მკურნალობის პროცესში;
 - მშობლების უზრუნველყოფა ადეკვატური საცხოვრებლით;
 - ასაკის შესაბამისი გარემოს უზრუნველყოფა, თამაშზე და სასწავლო პროცესში (ე.წ. ინკლუზიური განათლების უზრუნველყოფა) ჩართულობა;
 - შესაბამისი ინფორმაციის ქონის უფლება;
 - მკურნალობა მულტიდისციპლინური გუნდის მონაწილეობით;
 - უწყვეტი ზრუნვის მიღების უფლება მკურნალობის მთელი პროცესის მანძილზე. განგრძობადი მკურნალობა და საავადმყოფოდან გაწერის შემდგომი ზრუნვა.
- **ახალი სერვისები, რომლებიც უნდა დაინერგოს ლეიკემიებისა და ლიმფომების მენეჯმენტის გაუმჯობესების მიზნით**
 - მაღალტექნოლოგიური კვლევები, რომლებიც პირველი რიგის კვლევებადაა მიჩნეული, კერძოდ, BCR/ABL ქიმერული ონკოგენის დეტექცია და სხვა მოლეკულურ-გენეტიკური კვლევები (PCR, FISH, MRD);
 - ცენტრალური ვენის კათეტერიზაცია - ქიმიოთერაპიის სპეციფიკის გათვალისწინებით სტანდარტული მოთხოვნაა ხანგრძლივი მოხმარების, ე.წ. გვირაბული ტიპის (ინპლანტირებული) კათეტერი;
 - ადეკვატური ხარისხის სისხლის კომპონენტების დამზადება, ლეიკორედუცირებული ერთ მასისა და თრომბოკონცენტრატის დამზადება;
 - ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის საჭიროების მქონე ბავშვთა უზრუნველყოფა შესაბამისი დახმარებით;

7.5. პაციენტთა მოთხოვნებზე დაფუძნებული საექთნო საქმის ფორმირება ონკოლოგიაში

- ონკოლოგიაში საექთნო საქმის ფორმირების მიზნით რაფინირებული საგანმანათლებლო პროგრამების დანერგვა;
- ექთნების მიერ შესრულებული სამედიცინო-ტექნიკური პროცედურების სტანდარტიზაცია;
- ონკოლოგიურ პაციენტთა სამედიცინო მომსახურების პოლიტიკის პრიორიტეტებს შორის ონკოლოგიაში ექთნების სპეციალიზაციის ჩართვა;

7.6. მემკვიდრული კიბოს გამოვლენისა და ადეკვატური მკურნალობისადმი ხელშეწყობა

- სამედიცინო პერსონალის მიერ რუტინული გასინჯვების დროს კიბოს ოჯახური ანამნეზის ან გენეტიკური წინასწარგანწყობის მქონე პაციენტთა იდენტიფიცირებისადმი ხელშეწყობა;

- მემკვიდრულ კიბოზე ეჭვის მიტანის ან დადასტურების ნებისმიერ შემთხვევაში გენეტიკოსის მიერ კონსულტაციის ჩატარება;
- საქართველოში ონკოსპეციფიური გენეტიკური კვლევების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. საწყის ეტაპზე ქვეყანაში ერთი ან ორი გენეტიკური ლაბორატორიის შექმნა;
- გენეტიკური კიბოს გამოსავლენად შესაბამისი კვლევებისადმი ხელშეწყობა.

ონკოლოგიური მკურნალობის გვერდითი მოვლენების მართვა და

პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია

მკურნალობის გვერდითი მოვლენების მართვა. დადასტურებულია, რომ უკანასკნელი ათწლეულების მანძილზე გამოყენებული ონკოლოგიურ დაავადებათა აგრესიული მკურნალობა (ქირურგიული ჩარევები, სხივური და ქიმიოთერაპია) პრაქტიკულად ეფექტურია კიბოს მკურნალობის თვალსაზრისით. ამასთან, მკურნალობის ფონზე არსებობს გვერდითი მოვლენების (ადრეული და გვიანი) გამოვლინების დიდი ალბათობა, რაც სხვადასხვა ორგანოებისა და ორგანოთა სისტემების ფუნქციონირების გაუარესებაში გამოიხატება და რასაც განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს.

ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია/მკურნალობა. ონკოლოგიური დაავადება პაციენტის და მისი ოჯახის ცხოვრებას ხშირად მძიმე დაღს ასვამს. დრამატული ცვლილებები ვლინდება არა მარტო ფიზიკური, არამედ ფსიქიკური და სოციალური მდგომარეობის თვალსაზრისითაც; პაციენტთა, სულ ცოტა, 50% იტანჯება სიმპტომებით, რომლებიც დაკავშირებულია დაავადებისა და მკურნალობის სტრესულ გარემოებებთან, შიშის, ალგუნების, დემორალიზაციის და დეპრესიის ჩათვლით. ბევრ შემთხვევაში ვითარდება ფსიქო-პათოლოგიური მდგომარეობა, როგორცაა დეპრესია და პოსტ-ტრავმული სტრესული დარღვევები. ფსიქოლოგიურმა დის-სტრესმა შესაძლოა გამოიწვიოს მკურნალობის არასასურველი შედეგები, სიცოცხლის წლების დაბალი ხარისხი, ტკივილის ძლიერი შეგრძნება, სუიციდისკენ მიდრეკილება. ფსიქო-ონკოლოგიური მკურნალობა მოიცავს ინტერვენციებს, რომლის მიზანს წარმოადგენს კიბოს ემოციური ზეგავლენის შესწავლა და პაციენტთა ფიზიკური და მორალური შესაძლებლობების გაზრდა დაავადებასთან, მკურნალობასთან და ცხოვრების წესის ცვლილებასთან დაკავშირებული სირთულეების გადალახვის მიზნით. როგორც კვლევები უჩვენებენ, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია როგორც სტანდარტული მკურნალობის შემადგენელი ნაწილი, ამცირებს პაციენტის ფსიქოლოგიურ პრობლემებს, აუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს მკურნალობისა და შემდგომ პერიოდში. ამდენად, აუცილებელია ფსიქოლოგიური დის-სტრესის ადრეულ ეტაპზე გამოვლინების სისტემის დამკვიდრება, ისევე როგორც ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოთერაპიული რეაბილიტაცია და ფსიქოფარმაკოთერაპია. ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის მნიშვნელოვან პროფესიონალურ კომპონენტს წარმოადგენს პაციენტისთვის მეტად სტრესულ სიტუაციებში ადექვატური კომუნიკაციის უნარების ფლობა.

მიზანი 8. მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვა და ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია

სტრატეგიები:

8.1. ონკოლოგიური მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვის ცენტრის ჩამოყალიბება.

- ონკოლოგიური მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვის ცენტრის ჩამოყალიბება სამედიცინო მომსახურების მესამეულ დონეზე;
- ონკოლოგიური მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვის ცენტრის ადამიანური რესურსებით უზრუნველყოფა;
- ონკოლოგიური მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვის ცენტრის სამედიცინო მომსახურების პირველად და მეორად დონესთან თანამშრომლობის უზრუნველყოფა.

8.2. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის ყველა დონეზე ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის უზრუნველყოფა.

- ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის სტანდარტულ კომპონენტებში სპეციფიკური ფსიქო-სოციალური ინტერვენციების (ფსიქოთერაპია, ფსიქო-ფარმაკოლოგია) ჩართვა და მათი რესოციალიზაციისადმი ხელშეწყობა;
- ონკოლოგიურ პაციენტთა ფიზიკური და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის თვალსაზრისით პროფესიონალთა (ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები, ფსიქიატრები) ადექვატური რაოდენობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურების ყველა - პირველად, მეორად და მესამეულ დონეზე.
- ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის 20-30%-ის ბინის პირობებში განხორციელება;
- ფსიქოლოგიისა და სოციალური სამსახურის ფაკულტეტებზე ონკო-ფსიქოლოგიისა და ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის კურსის შექმნა/დანერგვა;
- არსებული პროფესიონალებისათვის (ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები) გადამზადების ტრენინგ-კურსების შემუშავება;

ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა

პალიატიური და/ან დამხმარე (SUPPORTIVE) მზრუნველობა უნდა ჩაერთოს მულტიდისციპლინურ გუნდში კიბოს დიაგნოზის დადგენის მომენტიდან, ის უზრუნველყოფს პაციენტის ცხოვრების სასურველ ხარისხს და მოიცავს ტკივილის და სხვა თანმხლები სიმპტომების მენეჯმენტს, მენტალური, სოციალური და სულიერი პრობლემების შემსუბუქებას, პაციენტთათვის სიცოცხლის მაქსიმალურად შესაძლებელი ხარისხიანი წლების უზრუნველყოფას, პაციენტის ოჯახისადმი მხარდაჭერას. ქვეყნის მასშტაბით უზრუნველყოფილი უნდა იყოს პალიატიური მზრუნველობის როგორც ფინანსური, ისე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა არ განსხვავდება სხვა დაავადების მქონე პაციენტთა პალიატიური

მზრუნველობისგან და ყოველივე ეს ჩამოყალიბებულია პალიატიური მზრუნველობის ეროვნულ პროგრამაში.

პალიატიური მზრუნველობა უნდა ტარდებოდეს სამედიცინო მომსახურების პირველად, მეორე და მესამე დონეებზე, ასევე პაციენტთა ბინაზე, როცა ბინაზე არსებული სიტუაცია და პაციენტის სიმპტომები პალიატიური მზრუნველობის საშუალებას იძლევა. პალიატიურ მზრუნველობას კოორდინაციას უწევს რეგიონალური კოორდინატორი. სამედიცინო მომსახურების სამივე დონეზე შესაძლოა ჩართული იყვნენ მოხალისეები. მოხალისეთა შესაბამის შერჩევასთან ერთად, მათ უნდა გაიარონ ტრენინგი და საჭიროა განისაზღვროს მათი პასუხისმგებლობები.

სამედიცინო მომსახურების თითოეულ დონეზე ხელმისაწვდომი უნდა იყოს განსაზღვრული (აუცილებელი მოხმარების) მედიკამენტები; ამჟამად საქართველოში სახელმწიფო იღებს ვალდებულებას სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტებით პაციენტების უწყვეტ და ხელმისაწვდომ უზრუნველყოფაზე.

2004 წელს დაფუძნდა „საქართველოს პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული ასოციაცია“²⁹. პალიატიური მზრუნველობა ინსტიტუციონალიზებულია 2005 წლიდან, როდესაც დაფუძნდა პირველი სტაციონარული ჰოსპისი და ბინაზე ზრუნვის გუნდები. ამავე დროიდან სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში წარმოებდა სტაციონარული მომსახურება პაციენტების თანადაფინანსებით, ხოლო ბინაზე ზრუნვის სამსახური იმყოფება 100%-იან სახელმწიფო დაფინანსებაზე; 2007 წლიდან პალიატიური მზრუნველობა ხორციელდება საქართველოს რეგიონებშიც – მოცვის მზარდი გრაფიკით, ამჟამად ხორციელდება 6 რეგიონში. 2007 წელს ჯანდაცვის მარეგულირებელ 4 ძირითად კანონში შეტანილი იქნა ცვლილებები, რაც ითვალისწინებდა საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის აღიარებასა და ასიმილაციას ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში. 2008–11 წლებში ოპიოდების ლეგალური ბრუნვის მარეგულირებელ დოკუმენტებში შეტანილი იქნა მთელი რიგი ცვლილებები, რითაც მიღწეულ იქნა ბალანსი ოპიოდების არალეგალური გადინების პრევენციასა და პაციენტებისათვის წამლის ხელმისაწვდომობას შორის. 2010 წელს მომზადდა პალიატიური მზრუნველობის სამოქმედო გეგმა 2011–2015 წწ, რომელიც განხილულ და დამტკიცებულ იქნა საქართველოს პარლამენტის მიერ; 2012 წელს შეიქმნა და ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცდა ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინი. 2013 წლის ივლისში ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცდა პირველი სუბსპეციალობის კურსი პალიატიურ მზრუნველობასა და ტკივილის მედიცინაში. გავლილი პერიოდის განმავლობაში დატრენირებული და პალიატიური მზრუნველობის სერვისის მიმწოდებლებად მომზადებული იქნა არა ერთი ექიმი და ექთანი. 2014 წელს ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრის რეორგანიზაციის გამო გაერთიანდა ორი სპეციალიზებული სტაციონარული ჰოსპისი და საწოლთა ფონდი შემცირდა 38–დან 18 საწოლამდე. ფუნქციონირებას აგრძელებს ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამა³⁰.

მიზანი #9. ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობით მაქსიმალური მოცვა სტრატეგია:

²⁹ <http://palliativecare.org.ge/index.html>

³⁰ http://palliativecare.org.ge/Ge_pages/proeqtebi_ge.html

9.1. სამედიცინო მომსახურების ყველა დონეზე პალიატიური დახმარების ქსელის დამკვიდრება, რომელიც მოემსახურება მსგავსი საჭიროების მქონე ნებისმიერ ონკოლოგიურ პაციენტს.

- პალიატიური და/ან დამხმარე მზრუნველობის ჩაერთვა მულტიდისციპლინურ გუნდში კიბოს დიაგნოზის დადგენის მომენტიდან;
- პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფა შესაბამისი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების მქონე (ტრენირებული) ადამიანური რესურსებით;
- კიბოს ტერმინალური სტადიით დაავადებულ პირთათვის პალიატიური მზრუნველობის სერვისებისადმი (ბინაზე ზრუნვა, სტაციონალური პალიატიური მზრუნველობა-ჰოსპისი) ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და გეოგრაფიული მოცვის გაზრდა;
- პალიატიური მზრუნველობაში მოხალისეთა ჩართვა და მათი შესაბამისი სწავლების პროცესის უზრუნველყოფა;
- პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფა სპეცილური კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტებით;
- ტკივილის ეფექტური და ხარისხიანი მართვის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის და სამოქმედო გეგმის დანერგვა და ეფექტური მართვა

- კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის და სამოქმედო გეგმის დანერგვის პროცესების მონიტორინგს ახორციელებს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით დანიშნული კკეს-ის მართვის საბჭო.
- მართვის საბჭო ყოველწლიურად ამზადებს ანგარიშს, სადაც მოცემული იქნება სტრატეგიის ყველა ინდიკატორის შეფასება და რეკომენდაციები მათ გასაუმჯობესებლად.

ტექსტში გამოყენებული შემოკლებები

BSRT – Breathing synchronized radiotherapy - სუნთქვასთან სინქრონიზებული რადიოთერაპია

CT – Computer Tomography - კომპიუტერული ტომოგრაფია

FOBT – Fecal Occult Blood Test - ტესტი ფარულ სისხლდენაზე

HPV – Humans Papiloma Virus – ადამიანის პაპილომა ვირუსი

IAEA – International Atomic Energy Agency - ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტო

IARC – International Agency for Cancer Research – კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტო

ICD-O – International Classification of Diseases for Oncology – დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორი ონკოლოგიაში

IGRT – Image Guided Radiation Therapy -რადიოთერაპია გამოსახულების კონტროლით

IMRT – Intensity Modulated Radiation Therapy - ინტენსივობით მოდულირებული რადიოთერაპია

IT – Informational Technologies - საინფორმაციო ტექნოლოგიები

MLC – Multileaf Collimator - მრავალფურცლიანი კოლიმატორი

MRI – Magnetic Resonance Imaging - მაგნიტო-რეზონანსული დასხივება

PSA – Prostate Specific Antigen - პროსტატა-სპეციფიკური ანტიგენი

PPV – Positive Predictive Value - დადებითი შედეგის პროგნოზული ღირებულება

QA – Quality Assurance - ხარისხის კონტროლი

SOP – Standard Operational Procedures - სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები

SRS/SRT – Stereotactic Radiosurgery&Radiotherapy - სტერეოტაქტური რადიოქირურგია და რადიოთერაპია

TNM – Tumor (T), Lymph Nodes (N) and Metastasis (M) staging system - სიმსივნის, ლიმფური ჯირკვლებისა და მეტასტაზის მიხედვით სტადიის განსაზღვრის სისტემა

UICC – International Union Against Cancer - საერთაშორისო გაერთიანება კიბოს წიმააღმდეგ

USPSTF – United States Preventive Service Task Force - აშშ პრევენციული სერვისების ოპერატიული ჯგუფი

UNFPA – United Nations Population Fund - გაეროს მოსახლეობის ფონდი

WHO –World Health Organization- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია