

## ონკოლოგიურ დაავადებათა ტვირთი მსოფლიოში, 2014

მსოფლიოში სიკვდილობის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზით, ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა 1990<sup>1</sup> წლიდან თითქმის 40%-ით გაიზარდა და ეს ტენდენცია კვლავ გრძელდება. ჯანმო-ს ექსპერტთა პროგნოზით, კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის არსებული დონე, რომელიც დაახლოებით 8.2 მილიონს შეადგენს წელიწადში, გაიზარდება და 13 მილიონზე მეტი გახდება 2030<sup>2,3</sup> წლისთვის. კიბოს ახალი შემთხვევების ზრდის უმეტეს ნაწილს დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში ექნება ადგილი, სადაც ონკოლოგიურ დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და მკურნალობა კვლავაც პრობლემად რჩება.

აშკარაა, რომ კიბოს კონტროლის არსებული სტრატეგიები ეფექტური არ არის. „შეაჩერე კიბო ახლა!“ - არის მოწოდება ახალი სტრატეგიებისკენ, რათა მოხდეს კიბოს გამომწვევი ზოგიერთი მიზეზის დაძლევა, უზრუნველყოფილი იყოს ყველა ონკოლოგიური პაციენტის წვდომა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ სამედიცინო მომსახურებაზე და შემუშავდეს მკურნალობის თანამედროვე სქემები, ონკოლოგიურ პაციენტთა წარმატებული მკურნალობის მიზნით. ონკოლოგიის ევროპული სკოლის 30-ე წლისთავის აღსანიშნავად მოწვეულმა ონკოლოგიის მსოფლიო ფორუმის მონაწილეებმა შეაფასეს წარსულში განხორციელებული კიბოს კონტროლის ღონისძიებების პროგრესი და გამოიტანეს ზოგიერთი სტრატეგიული დასკვნა.

ბოლო რამდენიმე ათწლეულში, კიბოს პრევენციის, ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის დარგში ერთობლივად მიღწეულმა წარმატებებმა გამოიწვია საერთო სიკვდილიანობის შემცირება ზოგიერთი მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყანაში, კიბოს ცალკეული ლოკალიზაციის ინციდენტობის შემცირებით ან გადარჩენის მაჩვენებელთა გაზრდით, მათ შორისაა ფილტვის, საშვილოსნოს ყელის, ძუძუს და კუჭის კიბო, ასევე ლეიკემია.<sup>4</sup> ამ ქვეყნებშიც კი, ბევრი სხვა ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებების შემთხვევაში არსებული პროგრესი უმნიშვნელოა ან არარსებული. როგორც რიჩარდ პეტომ, ოქსფორდის უნივერსიტეტის სამედიცინო სტატისტიკისა და ეპიდემიოლოგიის პროფესორმა, აუხსნა ონკოლოგიის მსოფლიო ფორუმის მონაწილეებს, სტატისტიკურმა მონაცემებმა, რომლებიც საერთო სიკვდილიანობის მაჩვენებლების შემცირებას აჩვენებს, შეიძლება ცრუ ოპტიმისტური სურათი წარმოადგინოს. 70 წელზე ახალგაზრდა მამაკაცებზე ყურადღების გამახვილებით, მან აჩვენა, რომ, დიდ ბრიტანეთში, ეს იყო მოწვევასთან

---

<sup>1</sup> Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; **380**: 2095-128.

<sup>2</sup>WHO. Cancer: fact sheet no 297. Feb, 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> (accessed jan 30, 2012).

<sup>3</sup> Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *Lancet Oncol* 2012, **13**: 790-801.

<sup>4</sup> Jemal A, Center MM, De Santis C, Ward EM. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; **19**: 1893-907.

დაკავშირებული კიბოს ფორმებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება, რამაც კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის გაუმჯობესების უდიდესი წილი შეადგინა ბოლო ოთხი ათწლეულის განმავლობაში.

სიტუაცია განვითარებად ქვეყნებში კიდევ უფრო შემამფოთებელია. შეფასების თანახმად, კიბოს ახალი შემთხვევების მოსალოდნელი წლიური მაჩვენებელი, სამჯერ უფრო სწრაფად გაიზრდება დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, ვიდრე მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში.<sup>5</sup> 25 წლის წინ კიბოს ახალი შემთხვევების თითქმის ნახევარი დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში ვლინდებოდა, მაგრამ 2030 წლისთვის გაკეთებული პროგნოზის თანახმად, კიბოს შემთხვევების დაახლოებით 2/3, სავარაუდოდ, ამ ქვეყნებში გამოვლინდება.<sup>6</sup> დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნები ორმაგ ტვირთს განიცდიან, რადგან გაზრდილ „ვესტერნიზაციასთან“ ასოცირებულ ავთვისებიან სიმსივნეებს (ძირითადად, ძუძუ, კოლორექტალური და პროსტატის კიბო) სიღარიბესა და ინფექციურ აგენტებთან დაკავშირებული ონკოლოგიური დაავადებები (ძირითადად, საშვილოსნოს ყელის, ღვიძლისა და კუჭის) ემატება.<sup>7</sup> ეს ტრანზიქცია კიბოს რისკის თვალსაზრისით განსაკუთრებით აშკარაა იმ ქვეყნებში, რომლებშიც გარდამავალი პერიოდი სწრაფად მიმდინარეობს<sup>8</sup>. ვინაიდან გადარჩენის მაჩვენებლები გაცილებით დაბალია ამ ქვეყნებში, ვიდრე მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში - მაშინაც კი, როდესაც განსხვავებები დიაგნოზის სტადიაში გათვალისწინებულია - ახალი შემთხვევების სწრაფი ზრდა გამოიწვევს ასეთივე სწრაფ ზრდას სიკვდილიანობაში. საშვილოსნოს ყელის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობის თითქმის 90% დაბალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებზე მოდის, ამასთან, ძუძუს კიბოს გადარჩენის მაჩვენებელი გამბიაში და მსგავს ქვეყნებში 15%<sup>9</sup>-ის ქვემოთ არის. ამიტომ იყო მიღწეული მტკიცე კონსენსუსი ონკოლოგიის მსოფლიო ფორუმის მონაწილეებს შორის, რომ, მართალია, კიბოს მკურნალობის ინოვაციური გზების ძიება პრიორიტეტად რჩება, მაგრამ, ამავე დროს, აუცილებელია ონკოლოგიური მზრუნველობის რადიკალური გაუმჯობესება დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებში.

ონკოლოგიურ პაციენტთა მოვლის საკითხები ასევე განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ მოექცა ონკოლოგიის მსოფლიო ფორუმზე. გამოითქვა მოსაზრება, რომ არსებული სტრატეგიები კიბოს მკურნალობის ახალი მეთოდების შესამუშავებლად, რომლებიც ძირითადად პატენტებს ეყრდნობიან, დიდწილად არამდგრადი აღმოჩნდა; ახალი თაობის წამლების ღირებულება დამატებითი სარგებლის ყველა პროპორციიდან გამოდის.

---

<sup>5</sup> Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Parkin DM, et al. Global burden of cancer in 2008: a systematic analysis of disability-adjusted life-years in 12 world regions. *Lancet* 2012; **380**: 1840-50.

<sup>6</sup> Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *Lancet Oncol* 2012, **13**: 790-801.

<sup>7</sup> Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *Lancet Oncol* 2012, **13**: 790-801.

<sup>8</sup> Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *Lancet Oncol* 2012, **13**: 790-801.

<sup>9</sup> Sankaranarayanan R, Swaminathan R, Brenner H, et al. Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: a population-based study. *Lancet Oncol* 2010; **11**: 165-73.

„შეაჩერე კიბო ახლა!“ მიმართვა შეტანილია საერთაშორისო ვალდებულების ფარგლებში, რომელიც მიზნად ისახავს არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული მართვადი სიკვდილობის 25%-ით შემცირებას 2025 წლისთვის<sup>10</sup>; ეს არის მიზანი, რომელიც 2011 წელს არაგადამდები დაავადებების საკითხებზე გამართულ გაერო-ს სამიტს მოჰყვა შედეგად. ამ მიზნის მისაღწევად საჭიროა, მსოფლიოში წელიწადში, სულ მცირე, 1.5 მილიონით შემცირდეს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობა.

**უპირველესი** ღონისძიება უნდა იყოს ბრძოლა თამბაქოს წინააღმდეგ, რომელიც გლობალურად პასუხისმგებელია ინვალიდობასთან-ასოცირებული სიცოცხლის წლების თითქმის 6.5%-ზე.<sup>11</sup> მიზანი - თამბაქოსგან არსებითად თავისუფალი მსოფლიო 2040 წლისთვის. **სხვა გადაუდებელი ამოცანაა** ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება, რომლებიც აუცილებელია კიბოს პრევენციის, ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობისათვის.<sup>12</sup> სიცოცხლის წლების შენარჩუნების გარდა, ასევე მნიშვნელოვანია ონკოლოგიური პაციენტების ცხოვრების ხარისხი. **მესამე** გადაუდებელი მოქმედება უნდა იყოს ბიუროკრატიული და იდეოლოგიური ბარიერების მოხსნა მორფინის გამოყენებისთვის ონკოლოგიური პაციენტების მდგომარეობის შესამსუბუქებლად. ყველა ეს აქტივობები ხაზს უსვამს ჯანმო-ს ცენტრალურ როლს, რომელიც საჭიროებს მისი ოპერაციული მოდელის გაუმჯობესებას. საყოველთაო ჯანდაცვა ამჟამად ჯანმოს-ს უნიფიცირებული მისიაა, მაგრამ ამ მისიის განსახორციელებლად ის ნაკლებად უნდა იყოს მოქცეული პოლიტიკური და ბიუროკრატიული მოსაზრებების გავლენის ქვეშ და მეტად ორიენტირებული იმ პრაქტიკული ღონისძიებების მიწოდებაზე, რომლებიც მოხსენიებულია კიბოს შესახებ არსებულ მიმართვაში<sup>13</sup>.

## მსოფლიოში 2012 წლის მონაცემებით ონკოლოგიური დაავადებების ...

- 14.1 მილიონი ახალი შემთხვევა გამოვლინდა
- 8.2 მილიონი სიკვდილის შემთხვევა გამოვლინდა

კიბოს დიაგნოზით 5-წლიანი გადარჩენა შესაძლებელი გახდა 32.6 მილიონი ადამიანისთვის.

---

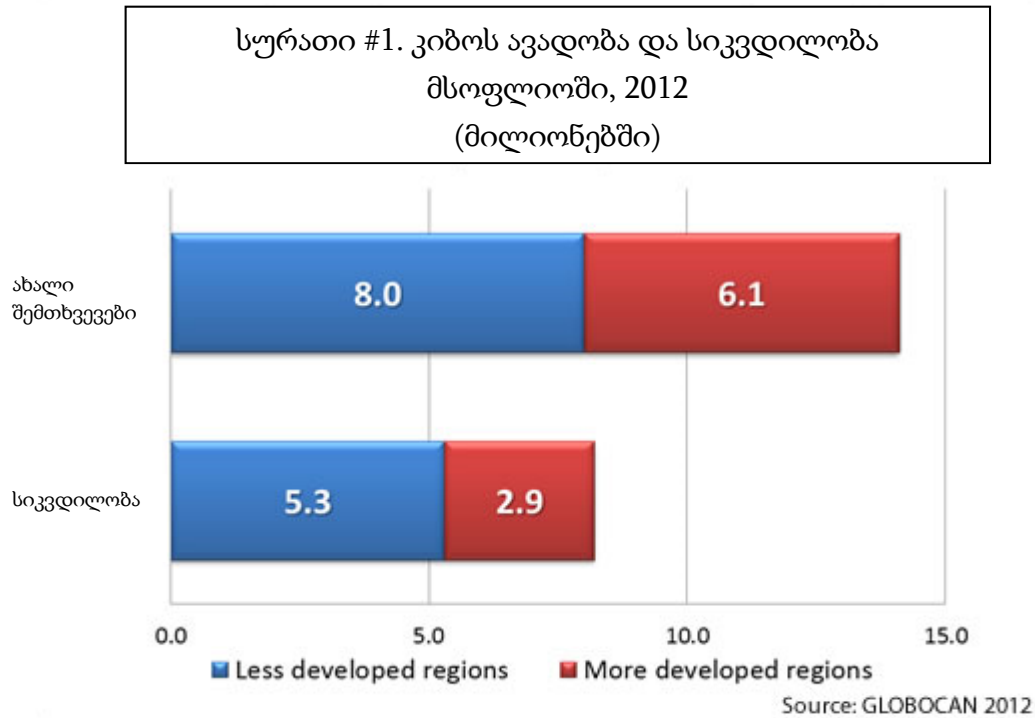
<sup>10</sup> WHO. 65<sup>th</sup> World Health Assembly. WHA65 (8) Prevention and control of noncommunicable diseases: follow-up to the High-level meeting of the United Nations General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable diseases. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65/A65\\_DIV3-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_DIV3-en.pdf). (accessed Jan 15, 2012).

<sup>11</sup> Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. Lancet 2012; **380**: 2063-66.

<sup>12</sup> Sundwall J, Swanson RC, Betigeri A, et al. Health-systems strengthening: current and future activities. Lancet 2011; **377**: 1222-23.

<sup>13</sup> Taylor AL, Hwenda L, Larsen BI, Daulaire N. Stemming the brain drain – a WHO global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel. New Engl J Med 2011; **365**: 2348-51.  
Horton R: Offline: Can WHO survive? Lancet 2012; **380**: 1457.

2025 წლისთვის გლობალურად წელიწადში კიბოს 19.3 მლნ ახალი შემთხვევის გამოვლენაა მოსახლოდნელი.



### კიბოს შემთხვევები

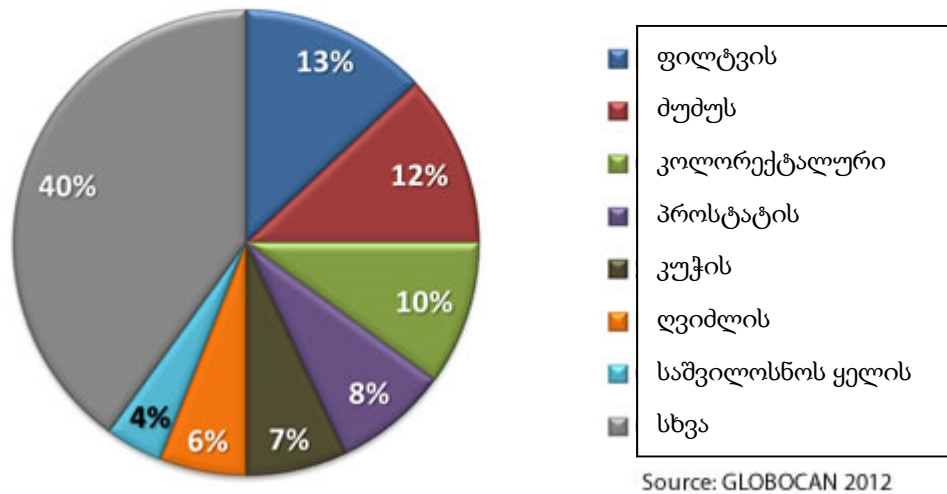
2012 წელს მსოფლიოში ყველაზე მაღალი ავადობის მქონე ონკოლოგიურ დაავადებათა (ორივე სქესში) „შვიდეული“ (სურათი #2):

1. ფილტვის კიბო, 1.8 მლნ. შემთხვევა
2. ძუძუს კიბო, 1.7 მლნ. შემთხვევა
3. კოლორექტალური კიბო, 1.4 მლნ. შემთხვევა
4. პროსტატის კიბო, 1.1 მლნ. შემთხვევა
5. კუჭის კიბო, 952 000 შემთხვევა
6. ღვიძლის კიბო, 782 000 შემთხვევა
7. საშვილოსნოს ყელის კიბო, 528 000 შემთხვევა

2012 წელს ყველაზე ხშირად დიაგნოსტირებული კიბო სქესი მიხედვით:

- მამაკაცთა შორის: ფილტვის, პროსტატის, კოლორექტალური, კუჭისა და ღვიძლის
- ქალთა შორის: ძუძუს, კოლორექტალური, ფილტვის, საშვილოსნოს ყელისა და კუჭის

სურათი #2. ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის ხვედრითი წილი კიბოს საერთო ავადობაში გლობალურად, 2012



### კიბოთი სიკვდილობა

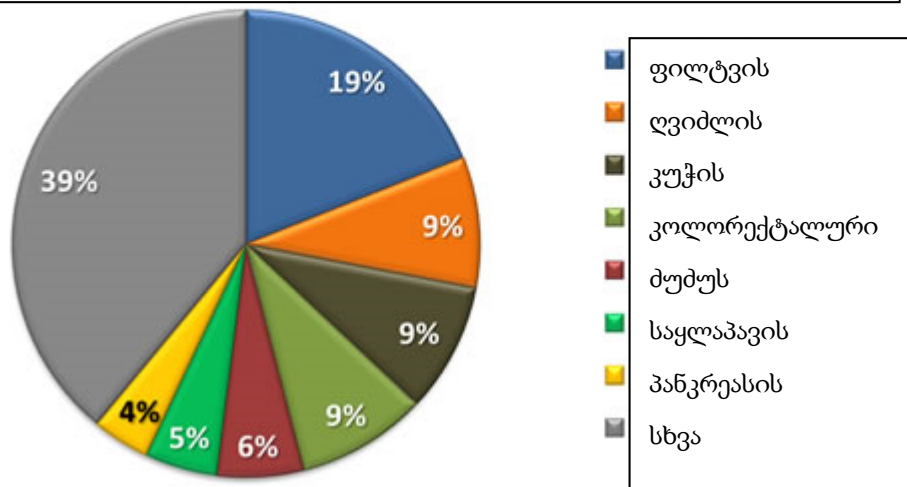
ექსპერტთა შეფასებით ონკოლოგიური დაავადებებით ჯანსაღი ცხოვრების 168.1 მლნ. წელი იკარგება ყოველწლიურად. 2012 წელს კიბოთი სიკვდილიანობა ყველაზე მაღალი იყო შემდეგი ლოკალიზაციისთვის (ორივე სქესი):

1. ფილტვის კიბო, 1.6 მლნ შემთხვევა
2. ღვიძლის კიბო, 745,000 შემთხვევა
3. კუჭის კიბო, 723 000 შემთხვევა
4. კოლორექტალური კიბო, 694 000 შემთხვევა
5. ძუძუს კიბო, 522 000 შემთხვევა
6. საყლაპავის კიბო, 400 000 შემთხვევა
7. პანკრეასის კიბო, 330 000 შემთხვევა

2012 წელს კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა სქესის მიხედვით ყველაზე მაღალი იყო:

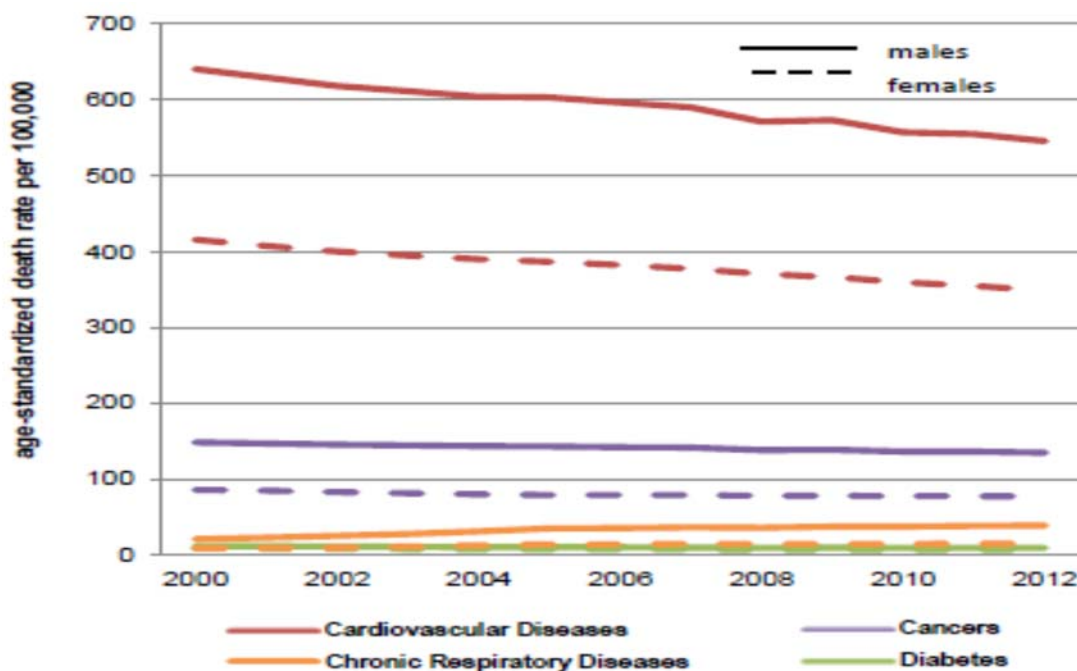
- მამაკაცთა შორის: ფილტვის, ღვიძლის, კუჭის, კოლორექტალური, პროსტატის
- ქალთა შორის: ძუძუს, ფილტვის, კოლორექტალური, საშვილოსნოს ყელის, კუჭის.

სურათი #3. სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოთი სიკვდილობის ხვედრითი წილი კიბოს საერთო სიკვდილობაში გლობალურად, 2012



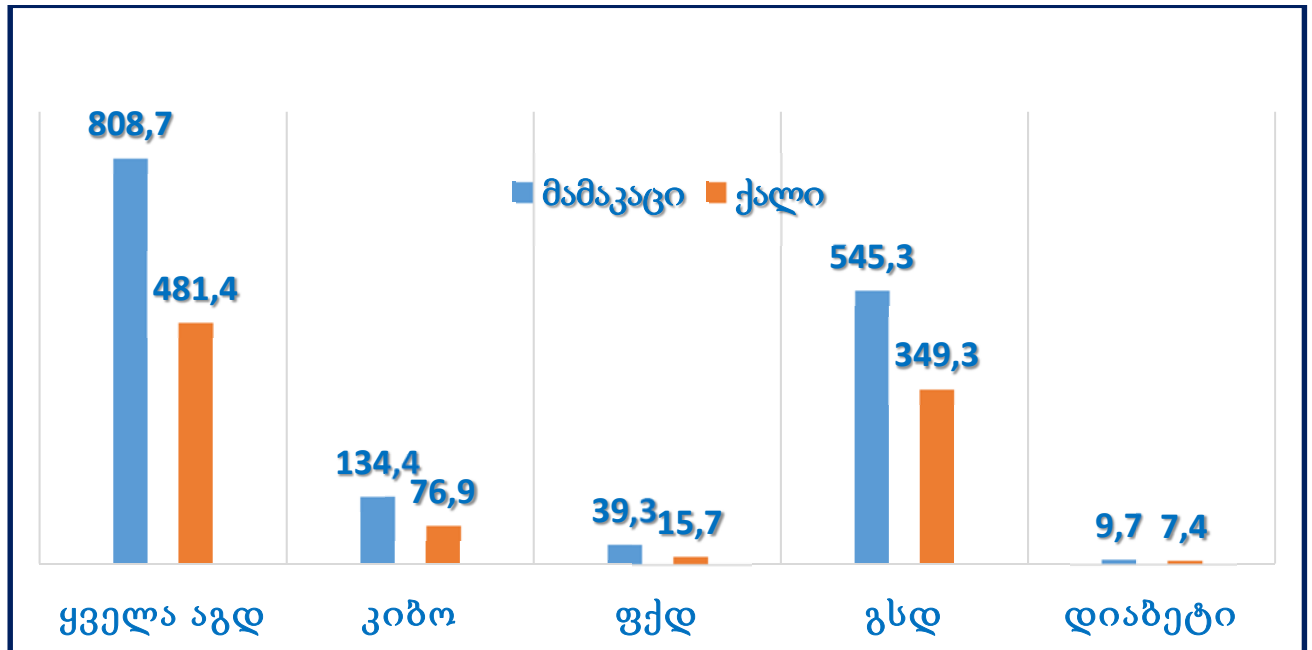
ჯანმოს მიერ მოწოდებული ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილობის შეფასებითი მაჩვენებლების მიხედვით 2000-2012 წლებში საქართველოში ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობა მეორე ადგილზე იყო გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილობის შემდეგ, ამასთან ის მაღალი იყო მამაკაცებში, თუმცა შემცირების ტენდენცია გამოვლინდა; კიბოთი გამოწვეული სიკვდილობა სტაბილურად უცვლელი იყო ქალებში (სურათები #4 და #5)

სურათი #4. ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილობის შეფასებითი მაჩვენებლები, საქართველო, 2000-2012<sup>14</sup>



<sup>14</sup> GLOBAL STATUS REPORT ON NON-COMMUNICABLE DISEASES, 2014, WHO

სურათი #5. აგდ სიკვდილობა – ასაკ-სტანდარტიზებული შეფასებითი მაჩვენებლები (100 000 მოსახლეზე), 2012, საქართველო<sup>15</sup>



*კიბოს გადარჩენის მაჩვენებლები აფრიკაში, აზიასა და ცენტრალურ ამერიკაში: პოპულაციაზე-დაფუძნებული კვლევა.* გადარჩენის მაჩვენებელთა ანალიზი განხორციელდა სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოს მქონე 341 658 პაციენტისთვის, რომელთაც დიაგნოზი 1990-2001 წლებში დაესვათ და რომლებზეც მეთვალყურეობა 2003 წლამდე გრძელდებოდა. კვლევაში ჩართული იყო 25 პოპულაციაზე დაფუძნებული კიბოს რეგისტრის მონაცემები შემდეგი რეგიონებიდან და ქვეყნიდან: სუბ-საჰარული აფრიკა (გამბია, უგანდა), ცენტრალური ამერიკა (კოსტა-რიკა) და აზია (ჩინეთი, ინდოეთი, პაკისტანი, ფილიპინები, საუდის არაბეთი, სინგაპური, სამხრეთ კორეა, ტაილანდი, თურქეთი). განისაზღვრა 5-წლიანი ასაკ-სტანდარტიზებული ფარდობითი გადარჩენა (ASRS – Age-Standardized Relative Survival) და ობსერვაციული გადარჩენა დაავადების კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით.

კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტო (IARC – International Agency for Research of Cancer) აგროვებს კიბოს ინციდენტობის შესახებ მონაცემებს მსოფლიოს ხუთი კონტინენტისთვის,<sup>16,17</sup> კიბოს რეგისტრების საერთაშორისო ასოციაციასთან და სვადასხვა

<sup>15</sup> GLOBAL STATUS REPORT ON NON-COMMUNICABLE DISEASES, 2014, WHO

<sup>16</sup> Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Storm H, eds. Cancer incidence in five continents, Vol I-III. IARC Cancerbase No 7. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2005.

<sup>17</sup> Curado MP, Edwards B, Shin HR, et al, eds. Cancer incidence in five continents, Vol IX. IARC Scientific Publications No 160. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2007.

ქვეყნის რეგისტრებთან თანამშრომლობით, განსაკუთრებული აქცენტით დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნებზე. მოპოვებული მონაცემები დარდება ჯანმო-ს სიკვდილიანობის მონაცემთა ბაზებსა და პოპულაციაზე-დაფუძნებული გადარჩენის კვლევებს, რომლებიც სისტემატურად აანალიზებენ პაციენტების გადარჩენის შედეგებს ევროპაში,<sup>18</sup> აშშ-ში<sup>19</sup> და სხვა განვითარებულ ქვეყნებში.<sup>20,21,22</sup> კიბოს გადარჩენის მაჩვენებლები ათი განვითარებადი ქვეყნიდან პირველად ხელმისაწვდომი გახდა 1995 წელს IARC-ის კოლაბორაციული ინიციატივის მეშვეობით, თუმცა მსგავსი მონაცემები ფართოდ ხელმისაწვდომი არ არის ბევრი დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნიდან<sup>23,24</sup>. მოცემული კვლევა წარმოადგენს IARC-ის მიერ ჩატარებული კოლაბორაციული კვლევის შედეგებს, ქვეყნებისა და პოპულაციების უფრო ფართო მოცვით.

ჩინეთში, სინგაპურში, სამხრეთ კორეაში და თურქეთში ფარდობითი გადარჩენის საშუალო მაჩვენებლები ძუძუს კიბოსთვის იყო 76-82%, საშვილოსნოს ყელის კიბოსთვის 63-79%, შარდის ბუშტის კიბოსთვის 71-78% და მსხვილი ნაწლავის კიბოსთვის 44-60%. გადარჩენა ყველაზე დაბალი იყო გამბიაში, სადაც ASRS 22%-ზე დაბალი იყო ნებისმიერი ლოკალიზაციის კიბოსთვის და უგანდაში, სადაც ASRS 13%-ზე დაბალი იყო ნებისმიერი ლოკალიზაციის კიბოსთვის ძუძუს კიბოს გარდა (46%). მაქსიმალური და მინიმალური გადარჩენის შედარებამ ერთი და იმავე ქვეყნის რეგისტრების მონაცემთა მიხედვით შესამჩნევი ვარიაციები აჩვენა ყველა ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებისთვის ჩინეთში, კიბოს უმეტესი ლოკალიზაციისთვის ინდოეთში, რამდენიმე ლოკალიზაციის კიბოსთვის ტაილანდში და ხორხის კიბოსთვის სამხრეთ კორეაში. კვლევაში ჩართული ქვეყნებიდან გადარჩენის საშუალო მაჩვენებელი გამოვლინდა კოსტა-რიკაში, ინდოეთში, პაკისტანში, ფილიპინებში, საუდის არაბეთსა და ტაილანდში. გადარჩენის შედეგების და ონკოლოგიის სფეროში ჯანდაცვის განვითარების დონის საფუძველზე (სულზე მთლიანი ეროვნული შემოსავლის მნიშვნელობასთან შესაბამისობაში) კვლევაში ჩართული ქვეყნების

---

<sup>18</sup> Sant M, Allemani C, Santaquilani M, et al. EURO CARE-4 survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999: results and commentary. *Eur J Cancer* 2009; **45**: 931-91.

<sup>19</sup> Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, et al, eds. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2003. Bethesda, MD, USA: National Cancer Institute, 2006.

<sup>20</sup> Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 2008; **9**: 730-56.

<sup>21</sup> Tsukuma H, Ajiki W, Ioka A, Oshima A, research group of population-based cancer registries of Japan. Survival of cancer patients diagnosed between 1993 and 1996: a collaborative study of population-based cancer registries in Japan. *Jpn J Clin Oncol* 2006; **36**: 602-07.

<sup>22</sup> Kune GA, Kune S, Field B, et al. Survival in patients with large-bowel cancer. A population-based investigation from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Dis Colon Rectum* 1990; **33**: 938-46.

<sup>23</sup> Sankaranarayanan R, Black RJ, Parkin DM, eds. Cancer survival in developing countries. IARC Scientific Publications No 145. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 1998.

<sup>24</sup> Sankaranarayanan R, Swaminathan R, Black RJ. Global variations in cancer survival: study group on cancer survival in developing countries. *Cancer* 1996; **78**: 2461-64.



კლასიფიცირება მოხდა ორ ჯგუფად: A - განვითარებული ჯანდაცვის სერვისების მქონე ქვეყნები და B - ნაკლებად განვითარებული ჯანდაცვის სერვისების მქონე ქვეყნები. გაერთიანებულმა მონაცემებმა თითოეული ჯგუფის შემთხვევაში, ყველა ლოკალიზაციის კიბოს შემთხვევაში აჩვენა გადარჩენის მაჩვენებლის კლება დაავადების სტადიის ზრდასთან ერთად. მსხვილი ნაწლავის, ხორხის, ძუძუს, საკვერცხეების და შარდის ბუშტის კიბოს (რომლებიც დიდწილად ითხოვენ რადიკალურ ქირურგიულ მკურნალობას) უფრო მაღალი გადარჩენა, რომელიც გამოვლინდა A ჯგუფის ქვეყნებში, დიდწილად განპირობებულია დიაგნოსტიკური და სამკურნალო სერვისების განვითარებითა და გაზრდილი ხელმისაწვდომობით.

ჯანდაცვის სერვისების განვითარების სხვადასხვა საფეხურზე მყოფი ქვეყნებისთვის შედარდა 5-წლიანი ობსერვაციული გადარჩენა და დაავადების სხვადასხვა კლინიკურ სტადიაზე მყოფი შემთხვევების პროპორცია რვა ლოკალიზაციის კიბოსთვის. გადარჩენის მაჩვენებლის შემცირება დაავადების წინასწარ სტადიაზე ჩანდა ყველა კიბოს შემთხვევაში, ორივე ჯგუფში. ძუძუს, მსხვილი ნაწლავის, ხორხის, საკვერცხის და შარდის ბუშტის არა-მეტასტაზირებული კიბოსთვის და აგრეთვე, ყველა მეტასტაზირებული ონკოლოგიური დაავადებებისთვის გადარჩენა უფრო მაღალი იყო A ჯგუფში B ჯგუფთან შედარებით.

მოცემულ კვლევაში მონაწილე ქვეყნები შესაძლებელია დაჯგუფდეს სამ რიგად ობსერვაციული გადარჩენის საფუძველზე. გადარჩენა ყველაზე მაღალი იყო ჰონგ-კონგში, სამხრეთ კორეაში, სინგაპურში და თურქეთში, სადაც ჯანდაცვის სერვისები კარგად არის განვითარებული თანამედროვე სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ცენტრებით. გადარჩენის მაჩვენებლისაშუალო იყო კოსტა-რიკაში, ტაილანდში, ინდოეთში, საუდის არაბეთში, პაკისტანში და ფილიპინებში, სადაც კიბოს სამედიცინო სერვისები ზომიერად არის განვითარებული, სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო დაწესებულებები თავმოყრილია ურბანულ ქალაქებში. გადარჩენის მაჩვენებელი ყველაზე დაბალი იყო გამბიაში და უგანდაში, სადაც ჯანდაცვის სერვისები ცუდადაა განვითარებული, შეზღუდულია ხელმისაწვდომობა კიბოს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მოთხოვნებისადმი.

ჯანდაცვის სერვისების განვითარების დონეს და მათ ეფექტურობას ადრეული დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და შემდგომი კლინიკური მოვლის უზრუნველსაყოფად, დიდი გავლენა აქვს ონკოლოგიურ დაავადებათა გადარჩენის მაჩვენებლებზე. მიღებული შედეგების ინტერპრეტაციისას გათვალისწინებული უნდა იყოს ის განსხვავებები, რომლებიც არსებობდა ქვეყნებს შორის რეგისტრების მონაცემთა ხარისხის, ჯანმრთელობის ინფორმირებულობის, სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების, ადამიანური რესურსების, ჯანდაცვის სერვისების ინვესტიციისა და ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით.

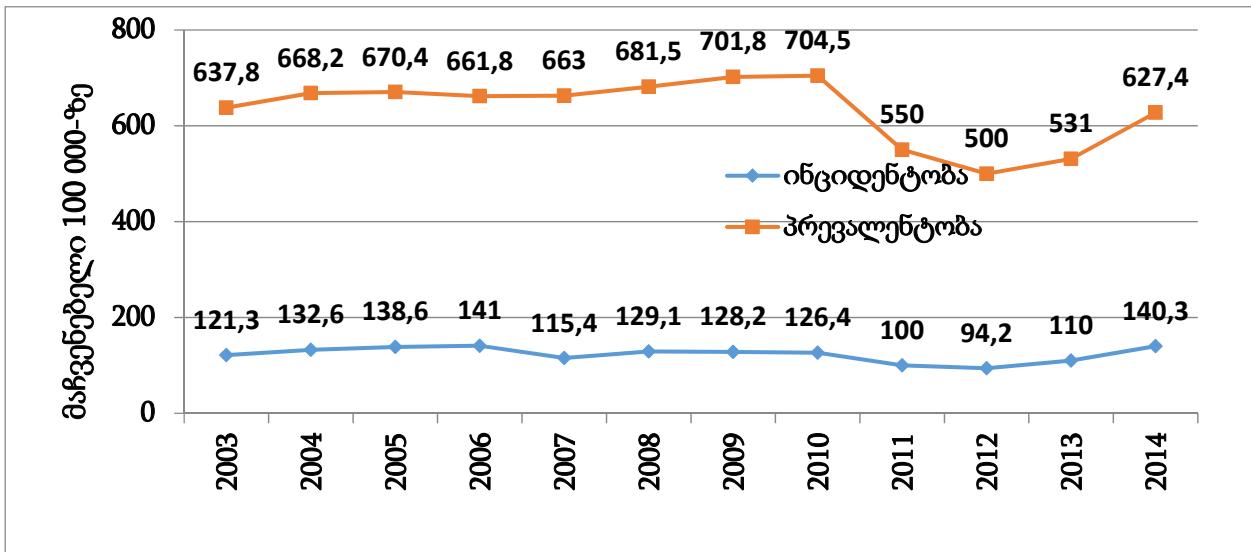
ეს კვლევა არ იქნებოდა შესაძლებელი საიმედო პოპულაციაზე-დაფუძნებული კიბოს რეგისტრების არსებობის გარეშე. მნიშვნელოვანია ასეთი საინფორმაციო სისტემების ორგანიზება იმ რეგიონებში, სადაც მათ ნაკლებობას განიცდიან. ჯანდაცვის სერვისების თანასწორი ხელმისაწვდომობის გარდა, საჭიროა ძალისხმევა, რათა ადგილებზე მოხდეს საზოგადოებრივი და პროფესიული ცნობიერების, ადრეული გამოვლენისა და დროული მკურნალობის გაუმჯობესება, შესაძლოა ჯერ კიდევ ეფექტური სქემების, ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის, ადამიანური რესურსების განვითარების და რეფერალური გზების გამოყენებით. სუბ-საჰარული აფრიკის ბევრ ქვეყანაში ასეთი ინვესტიციები ჯანდაცვის სერვისებში არასოდეს გაკეთებულა; ამიტომ, კიბოს კონტროლის ეროვნული პოლიტიკა

უნდა ფოკუსირდეს დაბალანსებულ ინვესტიციებზე კიბოს გავრცელებული სახეების პრევენციაში, ადრეულ გამოვლენასა და მკურნალობაში.

## კიბოთი ავადობის თავისებურებები საქართველოში

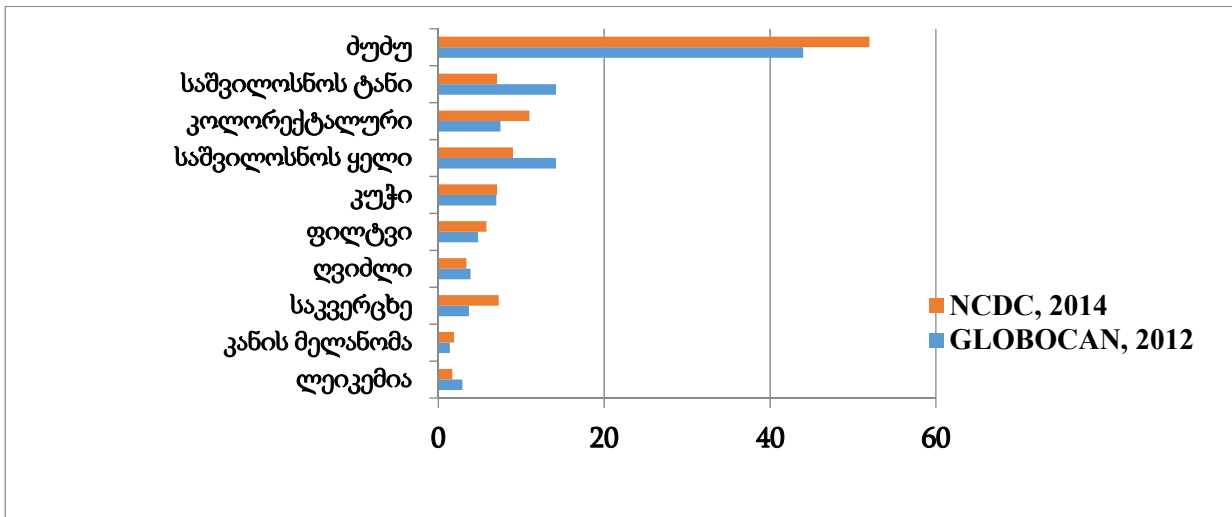
საქართველოში კიბოს პოპულაციური რეგისტრი 2015 წლის პირველი იანვრიდან დაიწერა, რაც საშუალებას მოგვცემს წლის ბოლოს შედარებით ზუსტი მონაცემები მივიღოთ ონკოლოგიურ დაავადებათა ავადობის თავისებურებების შესახებ, ხოლო 2014 წელს რუტინული სტატისტიკის ფარგლებში დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში შეკრებილი მონაცემების მიხედვით 2014 წელს წინა წელთან შედარებით ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევალენტობა 15%-ით, ხოლო 2003 წელთან შედარებით თითქმის 1.7%-ით შემცირდა; ახალ შემთხვევათა გამოვლენა 2014 წელს 2013 -თან შედარებით 22%-ით გაიზარდა (სურათი 4).

სურათი 4. ონკოლოგიურ დაავადებათა ინციდენტობისა და პრევალენტობის (100000 მოსახლეზე) დინამიკა, 2003-2014



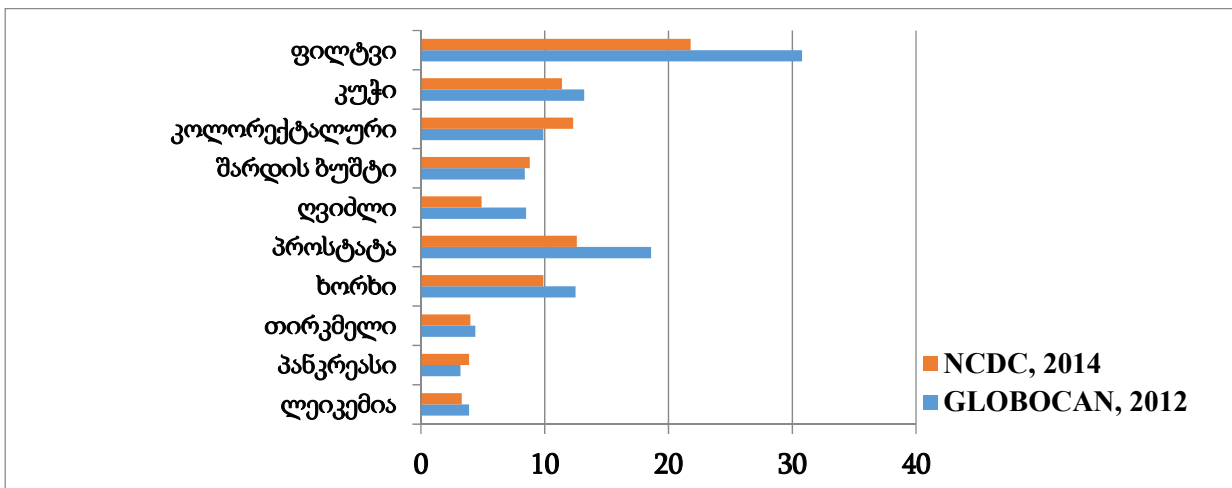
ეროვნული მონაცემების მიხედვით 2014 წელს ქალთა ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში პირველ ადგილზე იყო ძუძუს კიბო (მაჩვენებელი 100 000 ქალზე 52), მეორეზე - საშვილოსნოს ყელის კიბო (მაჩვენებელი 100 000 ქალზე 9); ხოლო მომდევნო ადგილებზე კოლორექტალური, საკვერცხეების, კუჭის და საშვილოსნოს ტანის კიბო (მაჩვენებლები 100 000 ქალზე: 10.9, 7.3, 7.1 და 7.1 შესაბამისად) (სურათი 5).

სურათი 5. ქალთა შორის ათი ყველაზე გავრცელებული ონკოლოგიური დაავადების ინციდენტობა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (2014) და კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (GLOBOCAN, 2012) მიხედვით

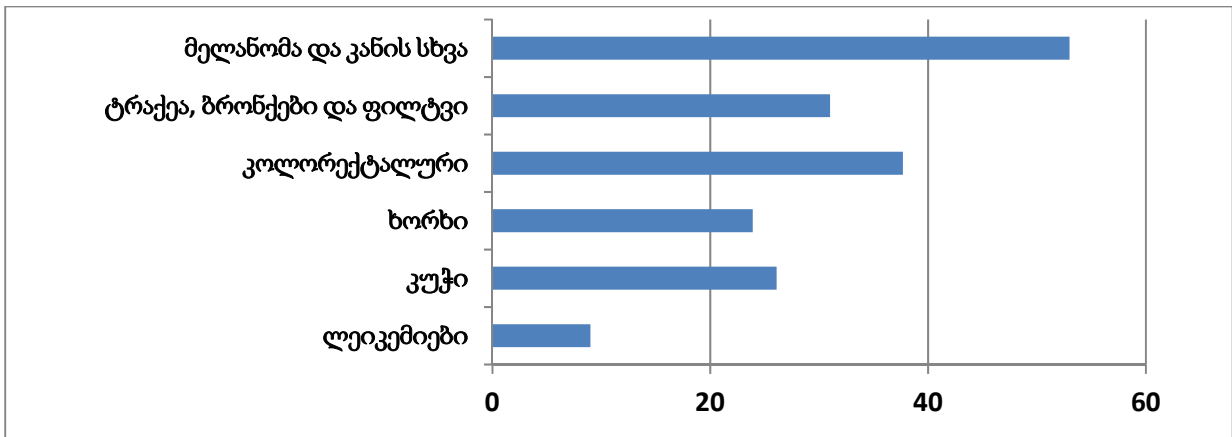


ეროვნული მონაცემების მიხედვით 2014 წელს მამაკაცთა ონკოლოგიური ავადობის სტრუქტურაში პირველ ადგილზე იყო ფილტვის კიბო (მაჩვენებელი 100 000 მამაკაცზე 21.8), მეორე ადგილზე პროსტატის კიბო (მაჩვენებელი 100 000 მამაკაცზე 12.6), ხოლო მომდევნო ადგილებზე კოლორექტალური, კუჭის, ხორხის და შარდის ბუშტის კიბო (მაჩვენებლები 100 000 მამაკაცზე 12.3; 11.4; 10 და 8.8 შესაბამისად) (სურათი #6).

სურათი 6. მამაკაცთა შორის ათი ყველაზე გავრცელებული ონკოლოგიური დაავადების ინციდენტობა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (2014) და კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (GLOBOCAN, 2012) მიხედვით

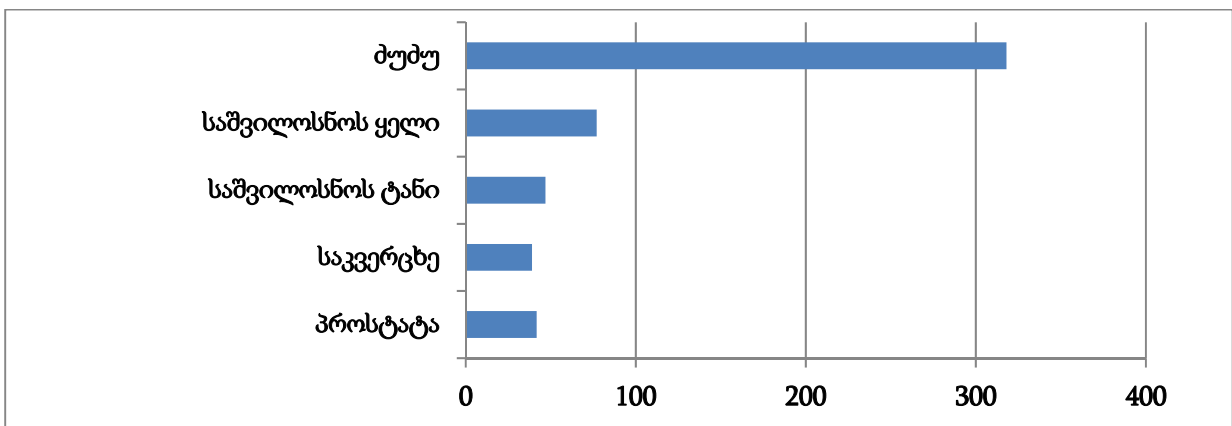


სურათი 7. ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევალენტობის მაჩვენებლები 100 000 მოსახლეზე კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით, 2014 წელი  
წყარო: საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი



არსებული მონაცემებით, ტრაქეა, ბრონქები და ფილტვის კიბოს პრევალენტობა (მაჩვენებელი 31) ნაკლებია მელანომას და კანის სხვა (მაჩვენებელი 53), აგრეთვე კოლორექტალური (მაჩვენებელი 37.7) კიბოს პრევალენტობაზე; დაბალი პრევალენტობა ფილტვის კიბოს დაბალი გადარჩენის მაჩვენებელს და მაღალ სიკვდილიანობას უკავშირდება.

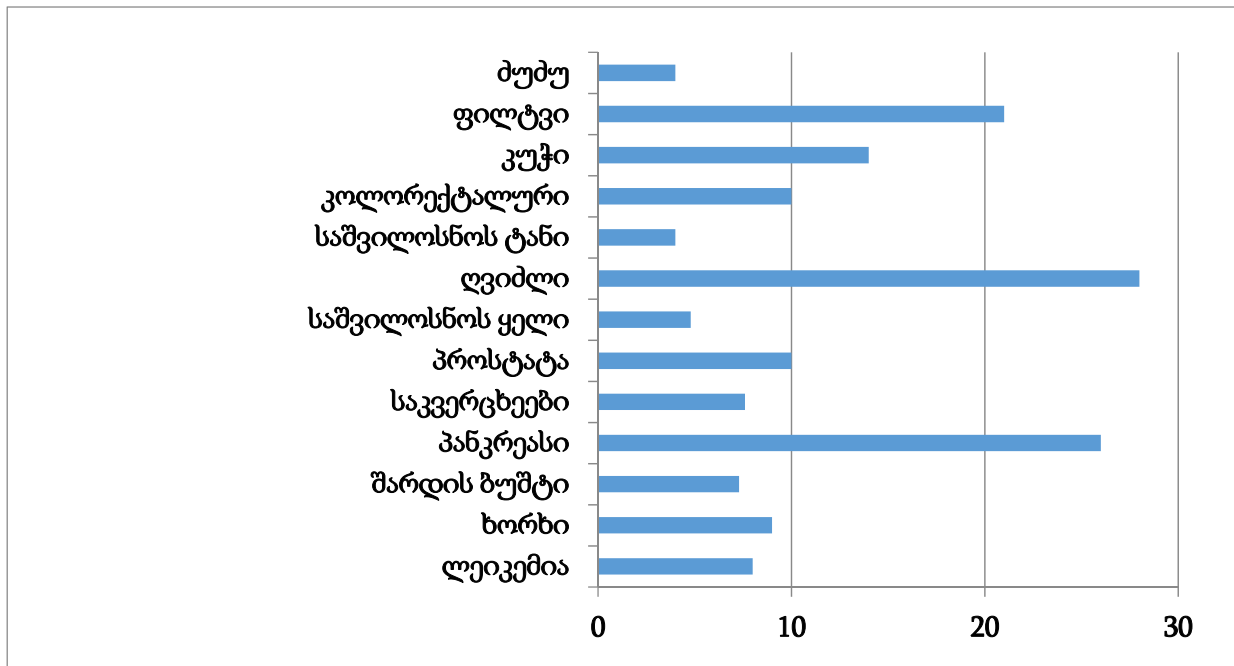
**სურათი 8. ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის, საკვერცხეების კიბოს პრევალენტობა 100 000 ქალზე და პროსტატის კიბოს პრევალენტობა 100 000 მამაკაცზე, 2014 წელი: საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი**



2014 წელს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მონაცემებით ძუძუს კიბო პრევალენტობით (მაჩვენებელი 100000 ქალზე 318) პირველ ადგილზე იყო, რაც მის მაღალ ინციდენტობას უკავშირდება; საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევალენტობის მაჩვენებელი 4-ჯერ ნაკლებია სარძევე ჯირკვლის კიბოს მაჩვენებელზე (სურათი #8).

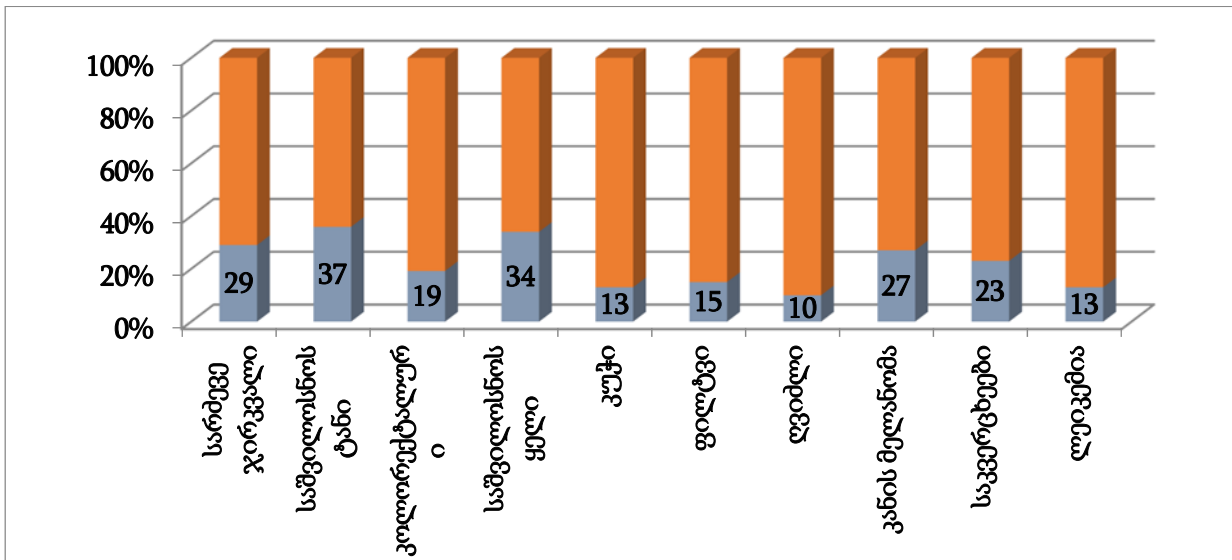
2014 წელს განსაკუთრებით მაღალი იყო ღვიძლის, პანკრეასის, ფილტვის და კუჭის კიბოს ლეტალობა (სურათი #9). მაღალი სიკვდილიანობა დაბალ პრევალენტობას განაპირობებს მაღალი ინციდენტობის მქონე ონკოლოგიური დაავადებებისთვისაც.

სურათი 9. ლეტალობა მაღალი სიკვდილიანობის მქონე ონკოლოგიური დაავადებებისთვის, ორივე სქესი, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, 2014



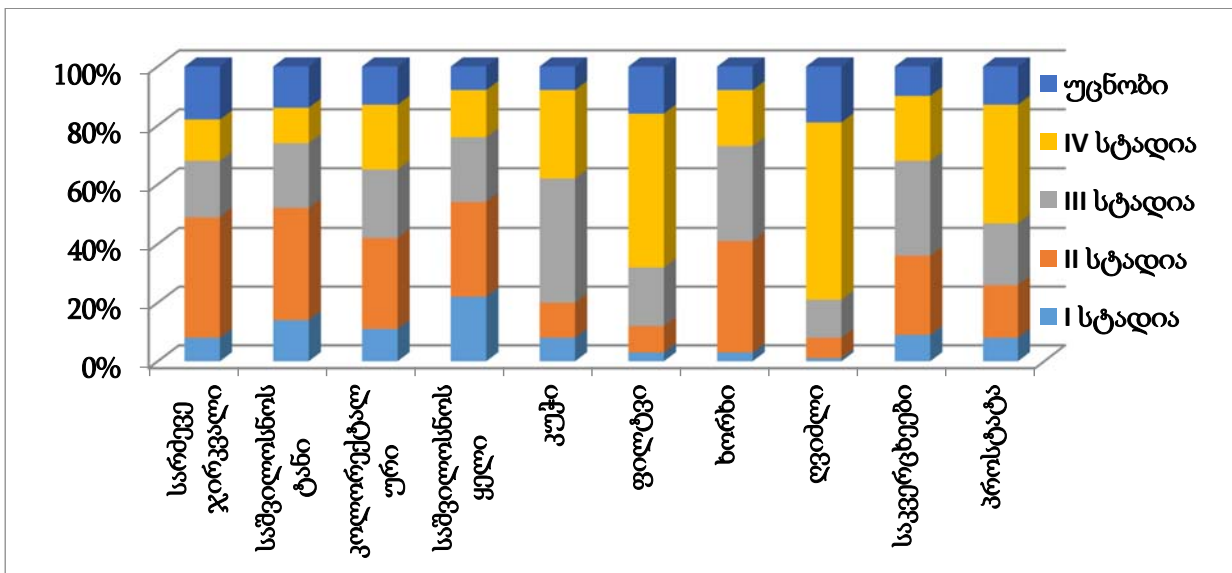
სურათზე #10 მოცემულია 5 და მეტი წელი აღრიცხვაზე მყოფ პაციენტთა ხვედრითი წილი საერთო რაოდენობიდან კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით. როგორც არსებული მონაცემები მიუთითებენ, მაჩვენებელი არც თუ ისე მაღალია. ხშირად, პაციენტთა 30%-ზე ნაკლები ცოცხლობს დიაგნოზის დასმიდან 5 წლის მანძილზე ან უფრო დიდხანს. მხოლოდ საშვილოსნოს ტანის და საშვილოსნოს ყელის კიბოთი დაავადებულთა 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი სცილდება 30%-იან ზღვარს; რაც შეეხება ძუძუს და საკვერცხეების კიბოს, 2013 წელს 5-წლიანი გადარჩენა 30%-ზე მაღალი იყო, თუმცა 2014-ში ეს ინდიკატორი ამ ორი ლოკალიზაციის კიბოსთვის შემცირებულია (წყარო: დეკჯეც).

სურათი 10. ხუთი და მეტი წელი აღრიცხვაზე მყოფ პაციენტთა ხვედრითი წილი კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით, 2014



ონკოლოგიურ დაავადებათა შემთხვევაში მაღალი სიკვდილობის და დაბალი გადარჩენის მაჩვენებლების ძირითადი მიზეზი დაავადებათა დაგვიანებულ ეტაპზე გამოვლენაა. საქართველოში ამ მხრივ არასახარბიელო მდგომარეობაა: 2014 წლის ეროვნული მონაცემებით, ფილტვის, კუჭისა და ღვიძლის კიბოს 70% და მეტი გამოვლინდა მესამე ან მეოთხე სტადიაზე; დაავადების ამავე ეტაპზე გამოვლინდა ხორხის, საკვერცხეების და პროსტატის კიბოს 50-54%; ასევე მაღალია (მერყეობს 7-დან 20%-მდე) იმ შემთხვევების ხვედრითი წილი, რომელთა სტადია უცნობი იყო გამოვლენისას (სურათი 11).

**სურათი 11. ონკოლოგიურ დაავადებათა სტადია დიაგნოზის დადგენისას კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით, 2014**



აღსანიშნავია, რომ სამეგრელო-ზემო ქართლის და სამეგრელო-ქვემო ქართლის რეგიონების კიბოს შემთხვევათა 40%-ზე მეტი გამოვლინდა მე-3 და მე-4 სტადიაზე, მაშინ როცა ქვეყანაში მოქმედებს კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამა, რომელის ფარგლებშიც ხორციელდება მუქუს,

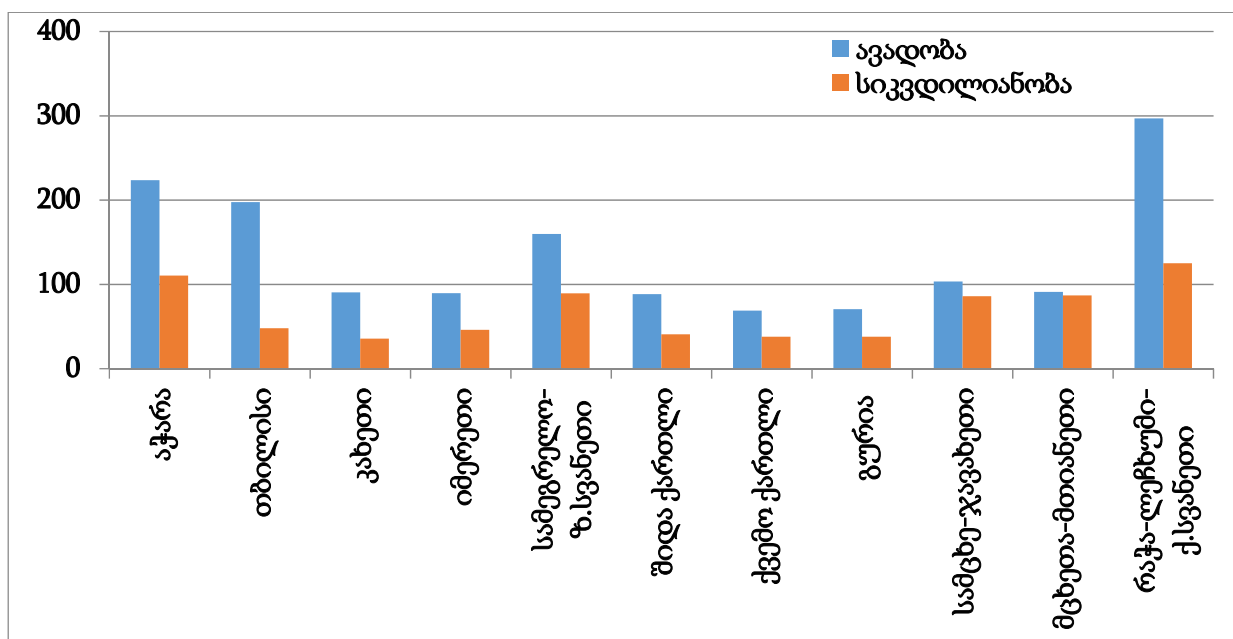
საშვილოსნოს ყელი, პროსტატის და კოლორექტალური კიბოს სკრინინგი; თუმცა, როგორც შედეგები მიუთითებენ, მიზნობრივი პოპულაციის მოცვის მაჩვენებლები საკმაოდ დაბალია (ცხრილი #1).

**ცხრილი #1. მოსახლეობის ჩართულობა (მოცვა) კიბოს სკრინინგის პროგრამაში კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით:**

კიბოს ლოკალიზაცია	მიზნობრივი პოპულაცია	12-თვიანი პერიოდის მიზნობრივი პოპულაცია	ბენეფიციართა რაოდენობა 12 თვეში	მოცვის მაჩვენებელი (%)
ძუძუ	588 353	294177	21865	7,4
საშვილოსნოს ყელი	807 257	269086	23532	8,7
პროსტატა	268 341	268 341	6178	2,3
კოლორექტალური	654 694	654 694	6417	1.0

სურათებზე #12 და #13 მოცემულია ონკოლოგიურ დაავადებათა ავადობის, პრევალენტობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები საქართველოს რეგიონებში; შიდა ქართლში პრევალენტობის მაჩვენებელი განსაკუთრებით მაღალია, რაც ამ რეგიონში კუჭის, ფილტვისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს მაღალ გავრცელებას უკავშირდება.

**სურათი 12. ონკოლოგიურ დაავადებათა ავადობისა და სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 100 000 მოსახლეზე საქართველოს რეგიონებში, 2014**



სურათი 13. ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევალენტობის მაჩვენებლები 100000 მოსახლეზე საქართველოს რეგიონებში, 2014

