



საქართველოს უნივერსიტეტი
ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლა

ხელნაწერის უფლებით

მიხეილ ჩხაიძე

ტერმინალურ ფაზაში კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში
სიკვდილის მექანიზმებისა შეფასება

(სპეციალობა- 0904 - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა)

დისერტაცია

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის
აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

სამეცნიერო ხელმძღვანელი- ვასილ ტყეშელაშვილი,
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

თბილისი

2022

სადოქტორო დისერტაცია თემაზე: "ტერმინალურ ფაზაში კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში სიკვდილის მექანიზმებისა შეფასება",

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად
ავტორი- მიხეილ ჩხაიძე

მიხეილ ჩხაიძე © თბილისი, 2022

ანოტაცია

ჩატარებული იქნა დესკრიპტული და ანალიზური ეპიდემიოლოგიური კვლევა. სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა 2015-2019 წლებში თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მცხოვრებ მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და თითოეული ლოკალიზაციის სარანგო ადგილი; COVID-19 პანდემიის პირველ და მეორე ტალღებთან დაკავშირებით კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითი წონის მატება არ ყოფილა რეგისტრირებული. კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა უმრავლესობა (85-90%) გარდაიცვლება ბინაზე რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღების გარეშე. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების საშუალოდ 2/3-ს და მეტს (ლოკალიზაციების მიხედვით 52%-81%) სქესის მიუხედავად, სიცოცხლის ბოლოს უმაღლესი ინტენსიობის ხარისხის ტკივილის (8,4-10,0 ბალის) განცდით ტანჯვა-წამებაში აღმოხდა სული ($p<0,001$)! კიბოს პროგრესირებისა და ტერმინალურ ფაზაში გამოკვეთილი მიმდინარე სპეციფიური სიკვდილის მექანიზმებია სიმსივნური ინტოქსიკაცია, ღვიძლის უკმარისობა, საშარდე სისტემის (შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის) ან დიგესტიური ტრაქტის (ნაწლავების) კომპრესია, მათთან დაკავშირებული ურემიის ან გაუვალობის განვითარება, პერმანენტული ტკივილის სინდრომი. ტერმინალურ ფაზაში პერმანენტული ტკივილის სინდრომი შემთხვევათა 2/3-ში წარმოადგენს კიბოსათვის დამახასიათებელ სპეციფიურ სიმპტომთა კომპლექსს, რომელშიც ტკივილის გაუსაძლის ფიზიკურ ტანჯვასთან ერთად ჩათრეულია პაციენტთა ფსიქო-ემოციური და სულიერი განცდები. ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში შემთხვევათა 2/3-ში ჯერ კიდევ არ ხდება ძლიერი ტკივილის მართვა. ძლიერი ტკივილით გამოწვეული პაციენტთა ტანჯვა-წამების შემსუბუქების, დაავადების პროგრესირების შეფერხების, სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ხარისხის გაზრდის და, შესაბამისად, კიბოს კონტროლის ადვოკატობის მიზნით რეკომენდებულია ტკივილის სინდრომის მართვისას ოპიოიდური ჯგუფის მედიკამენტებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების მზარდი დოზირების სქემით უფრო ფართო გამოყენება. რეკომენდებულია სამედიცინო პერსონალის (ექიმებისა და ექთნების) გადამზადება ტკივილის სინდრომის მართვის საკითხებში. ტკივილის მართვაში მსოფლიო ლიდერების, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO, Geneva) რეკომენდაციების დანერგვით შესაძლებელია ამ პრობლემის გადაჭრა და ტკივილის

პრაქტიკულად 100%-ით გაკონტროლება, რითაც მიღწეული იქნება ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის ჯანმრთელობის ადვოკატობა. რეკომენდებულია კიბოს პოპულაციურმა რეგისტრმა (NCDC), თითოეული ონკოლოგიური პაციენტის გარდაცვალებამდე (ECOG5), აწარმოოს ფიზიკური სტატუსის (ECOG შკალით) და ტკივილის სინდრომის ხარისხის (10 ბალიანი შკალით), განსაკუთრებით ECOG4-ის დროს, ცვლადების Follow-up რეგისტრაცია. კიბოს კონტროლის ადვოკატობის მიზნით რეკომენდებულია ონკოლოგიური პაციენტებისათვის მკურნალობის შემდგომი Follow-up სერვისების (სკრინინგ-დიაგნოსტიკური, სამკურნალო-რეაბილიტაციური, მზრუნველობის, ტკივილის სინდრომის კუპირების), განსაკუთრებით ECOG4-ის დროს (თანატოლოგიური სერვისი), მიწოდებისათვის გაიდლაინების მომზადება და სახელმწიფო პროგრამებითა და კერძო სადაზღვევო პაკეტებით თითოეული პაციენტისათვის თითოეულ ეტაპზე შესაბამისი სერვისის მიღების უზრუნველყოფა. რეკომენდებულია ტკივილის სინდრომის კუპირების საკითხი შევიდეს კიბოს კონტროლის ყოველწლიურ ანგარიშში (NCDC). ყოველწლიური მონიტორინგის მიზანი: პერმანენტული ტკივილის სინდრომის 100%-იანი კუპირების მიღწევა.

ავტობიოგრაფია

მე, მიხეილ გივის ძე ჩხაიძე, დავიბადე 03.12.1984 წელს, ქ.თბილისში, მოსამსახურეების ოჯახში. მამა, ჩხაიძე გივი, ეკონომისტია. დედა კალანდაძე ნანა, პედაგოგი.

1991 წელს სწავლა დავიწყე თბილისის #4 გიმნაზიაში, სადაც ვსწავლობდი 2000 წლამდე. 2000 წლის სექტემბრიდან სწავლა გავაგრძელე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის კოლეჯში, რომელიც დავამთავრე 2003 წელს და მივიღე მედ. ძმის კვალიფიკაცია. იმავე წელს ჩავირიცხე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამკურნალო ფაკულტეტის მე-3 კურსზე. უნივერსიტეტი დავამთავრე 2007 წელს და მივიღე ზოგადი პროფილის ექიმის კვალიფიკაცია. ამავე წელს განვაგრძე სწავლა რეზიდენტურაში ქ.თბილისში, ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში, კლინიკური ონკოლოგიის მიმართულებით. 2012 წელს დავამთავრე რეზიდენტურა და ავიღე შესაბამისი სერტიფიკატი კლინიკურ ონკოლოგიაში. 2015–2018 წლებში ქ.თბილისში, წმინდა მიქაელ მთავარ ანგელოზის მრავალ პროფილურ კლინიკაში გავიარე ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგიის რეზიდენტურის სრული კურსი. 2017 წლის აგვისტო–დეკემბერში გავიარე სუბსპეციალობის პროგრამა პალიატიურ მედიცინაში და ავიღე შესაბამისი სერტიფიკატი. 2017 წლიდან დღემდე ვარ საქართველოს უნივერსიტეტის დოქტორანტი.

2006 ივლის–აგვისტოში ვმონაწილეობდი ქობულეთში და ფაცაში (თურქეთი) ექიმთა საერთაშორისო კონფერენციაში, სადაც წარვადგინე მოხსენება თემაზე: რაციონალური დიეტო თერაპიის როლი და მისი დაგეგმვა ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობაში, რაშიც მივიღე სერტიფიკატი.

2011 წლის იანვარ–თებერვალში ქ.თბილისში ონკოლოგიის ნაციონალურ ცენტრში გავიარე ტკივილის მართვის სწავლების სრული კურსი რომელიც ჩატარდა ქ.სანდევოს პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტის ეგიდით, და მივიღე შესაბამისი სერტიფიკატი

2014–2015 წლებში თბილისი ონკოცენტრში გავიარე ლექციების სრული კურსი ონკოლოგიაში და ზოგად ქირურგიაში და მივიღე შესაბამისი სერტიფიკატი

2016 წელს ემერჯენს სერვისში მიღებული მაქვს მადლობის სიგელი აქტიური მუშაობისთვის.

2004–2006 წლები თბილისის მეცხრე საავადმყოფოს ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ვმუშაობდი უმცროს ექიმად.

2007 წელი სიღარიბის დაძლევისა და მზრუნველობის ფონდი, მენეჯერი

2012–2017 წწ. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ცენტრი ემერჯენსი სერვისი უფროსი ექიმი

2013–2016 წწ. მცხეთის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი რაიონული ონკოლოგი

2015–2018 წწ. საქართველოს საპატრიარქოს თერაპიული კლინიკა, პალიატიური
დეპარტამენტი მორიგე ექიმი

2018 წელი პირველი კლინიკური საავადმყოფო, პალიატიური დეპარტამენტი განყოფილების
გამგე

2018–2019 წწ. პალიატიური მზრუნველობისა და მედიცინის ცენტრი ლაიფმედი
განყოფილების გამგე

2019 კლინიკა ნოვა უნივერსალი, პალიატიური დეპარტამენტი განყოფილების გამგე.

მადლიერების გამოხატვა

*მადლობას ვუხდით საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლას,
სამეცნიერო-საკონსულტაციო საბჭოს წევრებს, პირადად ჩემს სამეცნიერო ხელმძღვანელს,
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორს, პროფესორ ვასილ ტყეშელაშვილს*

სარჩევი

შესავალი	23
თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა: კიბოს ტერმინალურ ფაზაში პაციენტების ფიზიკური მდგომარეობა და სიკვდილის მექანიზმები.....	33
თავი 2. კვლევის მასალები და მეთოდები.....	52
2.1. საქართველოში კიბოთი ავადობისა და სიკვდილიანობის კვლევის მასალები და მეთოდები.....	52
2.2. კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასება.....	56
2.2.1. რეტროსპექტული კვლევის სამიზნე ჯგუფები და მეთოდები.....	56
2.2.2. პროსპექტული კვლევის სამიზნე ჯგუფები და მეთოდები.....	57
თავი 3. კიბოს ინციდენტობა და მისი მიზეზით სიკვდილიანობა.....	58
თბილისში და საქართველოს რეგიონებში	
3.1. კიბოს ინციდენტობა თბილისში და საქართველოს რეგიონებში 2015-2019 წლებში.....	58
3.1.1. თბილისისა და საქართველოს რეგიონების მამაკაცთა მოსახლეობაში კიბოს ინციდენტობა 2015-2019 წლებში.....	59
3.1.2. თბილისისა და საქართველოს რეგიონების ქალთა მოსახლეობაში კიბოს ინციდენტობა 2015-2019 წლებში.....	84
3.2. კიბოს მიზეზით სიკვდილიანობა თბილისისა და საქართველოს რეგიონებში 2019-2021 წლებში.....	110
თავი 4	
კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასება შემთხვევა-კონტროლის ტიპის რეტროსპექტული ეპიდემიოლოგიური კვლევით.....	125
4.1. საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფების დახასიათება.....	125
4.2. საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში შემავალი პაციენტების ზოგადი კლინიკური პარამეტრები.....	131
4.3. რეტროსპექტული კვლევის შედეგები.....	140
4.3.1. სასუნთქი სისტემა.....	140
4.3.2. გულ-სისხმარღვთა სისტემა.....	151
4.3.3. საჭმლის მომნელებელი სისტემა.....	155
4.3.4. საშარდე სისტემა.....	169
4.3.5. კანი და ძვალ-სახსროვანი სისტემა.....	174
4.3.6. ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა.....	183
4.3.7. ტკივილის სინდრომი.....	199
თავი 5. კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასება შემთხვევა-კონტროლის ტიპის პროსპექტული ეპიდემიოლოგიური კვლევით.....	202
5.1. საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფების დახასიათება.....	202
5.2. საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში შემავალი პაციენტების ზოგადი კლინიკური პარამეტრები.....	206
5.3. პროსპექტული კვლევის შედეგები.....	211

5.3.1. სასუნთქი სისტემა.....	211
5.3.2. გულ-სისხძარღვთა სისტემა.....	216
5.3.3. საჭმლის მომნელებელი სისტემა.....	217
5.3.4. საშარდე სისტემა.....	221
5.3.5. კანი და ძვალ-სახსროვანი სისტემა.....	223
5.3.6. ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა.....	225
5.3.7. ტკივილის სინდრომი.....	231
თავი 6. რეზიუმე: ტერმინალურ სტადიაში კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში სიკვდილის მექანიზმებისა შეფასება.....	233
6.1. კიბოს ინციდენტობა თბილისისა და საქართველოს რეგიონებში 2015-2019 წლებში.....	233
6.2. კიბოს მიზეზით სიკვდილიანობა თბილისისა და საქართველოს რეგიონებში 2019-2021 წლებში.....	242
6.3.0. რეტროსპექტული კვლევის შედეგები.....	245
6.3.1. საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფების დახასიათება.....	245
6.3.2. საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში შემავალი პაციენტების ზოგადი კლინიკური პარამეტრები.....	245
6.3.3.1. სასუნთქი სისტემა.....	246
6.3.3.2. გულ-სისხძარღვთა სისტემა.....	248
6.3.3.3. საჭმლის მომნელებელი სისტემა.....	249
6.3.3.4. საშარდე სისტემა.....	251
6.3.3.5. კანი და ძვალ-სახსროვანი სისტემა.....	252
6.3.3.6. ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა.....	254
6.3.3.7. ტკივილის სინდრომი.....	258
6.4.0. პროსპექტული კვლევის შედეგები.....	259
6.4.1. საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფების დახასიათება.....	259
6.4.2. საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში შემავალი პაციენტების ზოგადი კლინიკური პარამეტრები.....	259
6.4.3.1. სასუნთქი სისტემა.....	260
6.4.3.2. გულ-სისხძარღვთა სისტემა.....	261
6.4.3.3. საჭმლის მომნელებელი სისტემა.....	262
6.4.3.4. საშარდე სისტემა.....	263
6.4.3.5. კანი და ძვალ-სახსროვანი სისტემა.....	263
6.4.3.6. ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა.....	264
6.4.3.7. ტკივილის სინდრომი.....	265
კვლევის ძირიადი შედეგები და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ძირიადი დასკვნები.....	266
ძირიადი დასკვნები.....	289
პრაქტიკული რეკომენდაციები.....	294
გამოყენებული ლიტერატურა.....	296
დანართი CD.....	305

ნაშრომში მოყვანილი დიაგრამების ჩამონათვალი:

დიაგრამა 1. საქართველოში კიბოს ინციდენტობის ხვედრითი წონა (%) სქესის მიხედვით 2015-2019 წლებში

დიაგრამა 2. საქართველოში მამაკაცთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 მამაკაცზე

დიაგრამა 3. თბილისში მამაკაცთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 მამაკაცზე

დიაგრამა 4. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 მამაკაცზე

დიაგრამა 5. საქართველოში ქალთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე

დიაგრამა 6. თბილისში ქალთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე

დიაგრამა 7. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე

დიაგრამა 8. საქართველოში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა 2014-2020 წლებში

დიაგრამა 9. თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა 2014-2020 წლებში

დიაგრამა 10. საქართველოში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეები COVID-19 პანდემიამდე 6 წლიან პერიოდში (2014-2019) და პანდემიის პირველ წელს (2020)

დიაგრამა 11. თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეები COVID-19 პანდემიამდე 6 წლიან პერიოდში (2014-2019) და პანდემიის პირველ წელს (2020)

დიაგრამა 12. საქართველოში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა 2014-2020 წლებში

დიაგრამა 13. თბილისში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა 2014-2020 წლებში

დიაგრამა 14. საქართველოში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითი წონა COVID-19 პანდემიამდე და პანდემიის 1-ლ წელს (2020)

დიაგრამა 15. თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითი წონა COVID-19 პანდემიამდე და პანდემიის 1-ლ წელს (2020)

დიაგრამა 16. საქართველოში კიბოს დიაგნოზით პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა და გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა 2014-2021 წლებში

დიაგრამა 17. თბილისში მცხოვრები კიბოს მქონე პაციენტთა პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა და გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა 2014-2021 წლებში

დიაგრამა 18. საქართველოში 2015-2020 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვლილ პაციენტებში კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა ხვედრითი წონა

დიაგრამა 19. თბილისში 2015-2020 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვლილ პაციენტებში კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა ხვედრითი წონა

დიაგრამა 20. პაციენტთა განაწილება ECOG-ის მიხედვით საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში

დიაგრამა 21. პაციენტთა განაწილება სქესისა და ECOG-ის მიხედვით

დიაგრამა 22. პაციენტთა განაწილება კიბოს ლოკალიზაციისა და ECOG-ის მიხედვით

დიაგრამა 23. საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფების განაწილება სქესის მიხედვით

დიაგრამა 24. საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფების საშუალო ასაკი

დიაგრამა 25. შემთხვევათა ჯგუფში პაციენტთა საშუალო ასაკი სქესის მიხედვით

დიაგრამა 26. შემთხვევათა ჯგუფში პაციენტთა საშუალო ასაკი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 27. ონკოლოგიურ პაციენტთა განაწილება კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 28. პაციენტების განაწილება შემთხვევათა ჯგუფში პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 29. პაციენტების განაწილება მამაკაცთა ქვეჯგუფში ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 30. პაციენტების განაწილება ქალთა ქვეჯგუფში ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 31. HCV ანამნეზში საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში

დიაგრამა 32. HCV ანამნეზში საკვლევ ჯგუფში სქესის მიხედვით

- დიაგრამა 33. HCV ანამნეზში საკვლევ ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 34. პაციენტთა BMI საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში
- დიაგრამა 35. პაციენტთა BMI საკვლევ ჯგუფში სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 36. პაციენტთა BMI საკვლევ ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 37. პაციენტთა სხეულის ტემპერატურა საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში
- დიაგრამა 38. პაციენტთა სხეულის ტემპერატურა სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 39. პაციენტთა არტერიული წნევა საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში
- დიაგრამა 40. პაციენტთა არტერიული წნევა სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 41. პაციენტთა არტერიული წნევა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 42. პაციენტთა პულსი საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში
- დიაგრამა 43. პაციენტთა პულსი სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 44. პაციენტთა სატურაცია საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში
- დიაგრამა 45. პაციენტთა სატურაცია სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 46. ღამის ძილის ხანგრძლივობა საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში
- დიაგრამა 47. ღამის ძილის ხანგრძლივობა სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 48. ღამის ძილის ხანგრძლივობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 49. სუნთქვის სიხშირე საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში
- დიაგრამა 50. სუნთქვის სიხშირე სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 51. სუნთქვის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 52. სუნთქვის ხასიათი შემთხვევათა ჯგუფში
- დიაგრამა 53. სუნთქვის ხასიათი საკონტროლო ჯგუფში
- დიაგრამა 54. სუნთქვის ხასიათის შედარება საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში
- დიაგრამა 55. სუნთქვის ხასიათი სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 56. სუნთქვის ხასიათი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 57. სუნთქვის თავისებურებები საკვლევ ჯგუფში
- დიაგრამა 58. სუნთქვის თავისებურებები საკვლევ ჯგუფში
- დიაგრამა 59. დისპნოე: სუნთქვის გაძნელება, ჰაერის უკმარისობის შეგრძნება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 60. ქოშინი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

- დიაგრამა 61. სუნთქვის გრთულება (ექსუდატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 62. მშრალი ხველა, რომელიც არ ჩერდება, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 63. სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 64. ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 65. პლევრაში ექსუდატის დაგროვება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 66. სუნთქვის ცვლილებები, პირის სუნთქვა ხდება არარეგულარული და შეიძლება გახდეს ხმაურიანი და რაღაც ეტაპზე შეჩერდება, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 67. სუნთქვის თავისებურებები საკვლევ ჯგუფში
- დიაგრამა 68. ჩეინ-სტოქსის სუნთქვის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 69. სიკვდილისწინა ხრიალი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 70. სუნთქვის გაჩერება სქესის მიხედვით, ECOG 5
- დიაგრამა 71. სუნთქვის გაჩერების სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 72. გულ-სისხლძარღვთა სისტემა საკვლევ ჯგუფში
- დიაგრამა 73. გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 74. გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 75. პაციენტთა არტერიული წნევა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 76. პაციენტთა პულსი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 77. პაციენტთა სატურაცია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 78. პაციენტებში სინკოპეს განვითარების სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 79. საკვების მიღება, კუჭის მოქმედება
- დიაგრამა 80. კუჭის მოქმედება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 81. ყაბზობის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

- დიაგრამა 82. გაუვალობა, განპირობებული სიმსივნური კომპრესიით კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 83. დიარეა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 84. კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 85. მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება (ასციტი) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 86. საჭმლის მომნელებელი სისტემა
- დიაგრამა 87. წონის მკვეთრი დაკლება, კუნთების განლევა
- დიაგრამა 88. სისუსტის გაძლიერება და გადაქანცვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 89. კახექსია (სხეულის მასის ინდექსით) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 90. საჭმლის მომნელებელი სისტემის სიმპტომები
- დიაგრამა 91. კუჭის მოქმედების თავისებურებები
- დიაგრამა 92. პირისა და ტუჩების სიმშრალე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 93. მადის დაქვეითება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 94. დისფაგია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 95. წონის დაკლება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 96. გულისრევა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 97. ლებინება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 98. კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 99. დიგესტიური სისტემის სპეციფიური დარღვევები
- დიაგრამა 100. ღვიძლის უკმარისობა და ციებ-ცხელება ონკოლოგიურ პაციენტებში
- დიაგრამა 101. ციებ-ცხელება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 102. ღვიძლის უკმარისობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 103. ასციტი და ციებ-ცხელება ონკოლოგიურ პაციენტებში
- დიაგრამა 104. ციებ-ცხელება სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 105. სიმსივნური ინტოქსიკაცია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 106. სითხის დღე-ღამური ბალანსი საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში

- დიაგრამა 107. სითხის დღე-ღამური ბალანსი სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 108. სითხის დღე-ღამური ბალანსი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 109. შარდ-სასქესო სისტემის პათოლოგია
- დიაგრამა 110. შარდვაზე ჩივილები, სიმპტომები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 111. გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 112. შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 113. ქვემო კიდურების შეშუპება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 114. ურემიის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 115. თირკმლების უკმარისობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 116. კანის ფერი შემთხვევათა ჯგუფში
- დიაგრამა 117. კანის ფერი კონტროლის ჯგუფში
- დიაგრამა 118. კანის ფერი მამაკაცთა ჯგუფში
- დიაგრამა 119. კანის ფერი ქალთა ჯგუფში
- დიაგრამა 120. კანის ფერი (ნორმალური, ანემიური, სხვა) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 121. კანისა და თვალის გაყვითლება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 122. კანის გამონაყარი ან ქავილი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 123. კანის ტემპერატურა შემთხვევათა ჯგუფში
- დიაგრამა 124. კანის ტემპერატურა საკონტროლო ჯგუფში
- დიაგრამა 125. კანის ტემპერატურა მამაკაცთა ჯგუფში
- დიაგრამა 126. კანის ტემპერატურა ქალთა ჯგუფში
- დიაგრამა 127. კანის ტემპერატურა (ნორმალური, შეგრილებული/შეციებული, ცხელი, განსაკუთრებით ხელეზზე და ფეხებზე) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 128. კანზე კონტაქტისას მგრძობელობის დაკარგვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 129. მეტასტაზები ძვლებში და პათოლოგიური მოტეხილობები
- დიაგრამა 130. პათოლოგიური მოტეხილობა პაციენტთა სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 131. პათოლოგიური მოტეხილობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 132. მეტასტაზები ძვლებში (ძლიერი ტკივილი) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 133. ფსიქო-ემოციური მდგომარეობის ამსახველი ფაქტორები

დიაგრამა 134. პაციენტების შფოთვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 135. დელირიუმი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 136. დეპრესია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 137. დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა პაციენტთა სქესის მიხედვით

დიაგრამა 138. დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 139. ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-ემოციური თავისებურებები

დიაგრამა 140. ძილიანობა, ძილად მივარდნა, დღის განმავლობაში ძილის ხანგრძლივობა, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 141. იმ საკითხების უინტერესობა, რომლებიც ადრე მისთვის მნიშვნელოვანი იყო, ინტერესის დაკარგვა გარე სამყაროს, მიმდინარე მოვლენების მიმართ კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 142. სურვილი გაჩენა, რომ ახლოს ჰყავდეს მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და მნახველებთან გატარებული დროის შეზღუდვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 143. მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 144. დაბნეულობა/გაურკვეველობა დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 145. ესმის ან ხედავს ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის. ეს მოჩვენებები (?) ხშირად მოიცავს გარდაცვლილთა მისაღმებას

დიაგრამა 146. ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 147. პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

- დიაგრამა 148. ცნობიერების სრული დაკარგვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 149. ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-ემოციური თავისებურებები
- დიაგრამა 150. დაბნეულობა და დეზორიენტაცია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 151. მიოკლონიუსი, კრუნჩხვები პაციენტთა სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 152. მიოკლონიუსი, კრუნჩხვები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 153. მხედველობაში ცვლილებები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 154. სმენის პრობლემები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 155. წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 156. განწყობის ან პიროვნების ცვლილებები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 157. მეხსიერების პრობლემები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 158. მხედველობა, სმენა, წონასწორობა, განწყობა, მეხსიერება
- დიაგრამა 159. მხედველობაში ცვლილებები პაციენტთა სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 160. წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები პაციენტთა სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 161. კომა, ინსულტი
- დიაგრამა 162. კომის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 163. ინსულტის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 164. ტკივილის სინდრომი და ინტენსიობის ხარისხი 10 ბალიანი შკალით
- დიაგრამა 165. ტკივილის სინდრომი და ინტენსიობის ხარისხი 10 ბალიანი შკალით პაციენტთა სქესის მიხედვით
- დიაგრამა 166. ტკივილის სინდრომი და ინტენსიობის ხარისხი 10 ბალიანი შკალით კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით
- დიაგრამა 167. პაციენტთა განაწილება ჯგუფებში სქესის მიხედვით შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში
- დიაგრამა 168. პაციენტთა ასაკი შესასწავლ ჯგუფები შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში
- დიაგრამა 169. პაციენტთა განაწილება ECOG-ის მიხედვით შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში
- დიაგრამა 170. პაციენტების განაწილება შემთხვევათა ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

დიაგრამა 171. პაციენტების განაწილება შემთხვევათა ჯგუფში ოპერაციული ჩარევის მიხედვით

დიაგრამა 172. მედიკამენტური, სხივური და პალიატიური თერაპიის მქონე პაციენტთა განაწილება (%) შემთხვევათა ჯგუფში

დიაგრამა 173. სხვადასხვა სახის სტომის არსებობა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 174. ანამნეზში/თანმხლები HCV შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 175. ანამნეზში/თანმხლები COVID-19 შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 176. პაციენტთა სმი შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 177. ერითროციტოპენიის, ლეიკოციტოპენიის და თრომბოციტოპენიის მქონე პაციენტთა განაწილება შემთხვევათა ჯგუფში

დიაგრამა 178. შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის მქონე პაციენტთა განაწილება შემთხვევათა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 179. პაციენტთა სხეულის ტემპერატურა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 180. პაციენტთა არტერიული წნევა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 181. პაციენტთა პულსი შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 182. პაციენტთა სატურაცია შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 183. პალიატიურ კლინიკაში დაყოვნების დრო (დღე) შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 184. სუნთქვის სიხშირე შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 185. ოფლიანობა შემთხვევათა ჯგუფში

დიაგრამა 186. კანის ფერი შემთხვევათა ჯგუფში

დიაგრამა 187. კანის ტემპერატურა შემთხვევათა ჯგუფში

დიაგრამა 188. სუნთქვის ხასიათი შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 189. სუნთქვის თავისებურებები შემთხვევათა ჯგუფში

დიაგრამა 190. სუნთქვის ხასიათი შემთხვევათა ჯგუფში

დიაგრამა 191. სუნთქვის ხასიათი შემთხვევათა ჯგუფში

დიაგრამა 192. სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 193. პლევრაში ექსუდატის დაგროვება შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 194. სუნთქვის ცვლილებები, პირის სუნთქვა ხდება არა რეგულარული, შეიძლება გახდეს ხმაურიანი და რაღაც ეტაპზე შეჩერდეს შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 195. გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 196. გულ-სისხლძარღვთა სისტემა

დიაგრამა 197. საკვების მიღების ფორმა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 198. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების კვებისა და ფიზიკური მდგომარეობის თავისებურებები

დიაგრამა 199. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების დიეტური სიმპტომები

დიაგრამა 200. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების დიეტური სიმპტომები

დიაგრამა 201. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების დიეტური სიმპტომები

დიაგრამა 202. მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება, ასციტი შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 203. ღვიძლის უკმარისობა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 204. სითხის დღე-ღამური ბალანსი (მლ) შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 205. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების საშარდე სისტემის სიმპტომები

დიაგრამა 206. თირკმლების უკმარისობა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 207. კანის სიმპტომები

დიაგრამა 208. მეტასტაზების ლოკალიზაციები შემთხვევათა ჯგუფში

დიაგრამა 209. მეტასტაზები ძვლებში, პათოლოგიური მოტეხილობა

დიაგრამა 210. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა

დიაგრამა 211. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა

დიაგრამა 212. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების მხედველობა, სმენა, წონასწორობა, განწყობა, მეხსიერება

დიაგრამა 213. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში კომისა და ინსულტი სიხშირე

დიაგრამა 214. კომის ქულა გლაზგოს შკალით შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 215. ძილიანობა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 216. დაბნეულობა, გაურკვევლობა დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 217. ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 218. ცნობიერების სრული დაკარგვა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 219. პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძობიარე შეხებაზე ან ხმაზე შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 220. დაბნეულობა და დეზორიენტაცია შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 221. სმენის პრობლემები შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 222. მესხიერების პრობლემები შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

დიაგრამა 223. ტკივილის სინდრომის სიხშირე და ინტენსივობა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში

ნაშრომში მოყვანილი ცხრილების ჩამონათვალი:

ცხრილი 1. საქართველოში კიბოს ინციდენტობა სქესის მიხედვით 2015-2019 წლებში

ცხრილი 2. საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

ცხრილი 3. საქართველოში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

ცხრილი 4. საქართველოში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

ცხრილი 5. საქართველოში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში

ცხრილი 6. თბილისში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

ცხრილი 7. თბილისში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით

სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

ცხრილი 8. თბილისში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

ცხრილი 9. თბილისში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში

ცხრილი 10. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

ცხრილი 11. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

ცხრილი 12. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

ცხრილი 13. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში

ცხრილი 14. საქართველოში ქალთა კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

ცხრილი 15. საქართველოში ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

ცხრილი 16. საქართველოში ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

ცხრილი 17. საქართველოში ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში

ცხრილი 18. თბილისში ქალთა კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

- ცხრილი 19. თბილისში ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე
- ცხრილი 20. თბილისში ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე
- ცხრილი 21. თბილისში ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში
- ცხრილი 22. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე
- ცხრილი 23. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე
- ცხრილი 24. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე
- ცხრილი 25. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში
- ცხრილი 26. 2019 წელს რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღებ პაციენტთა რაოდენობა თბილისისა და საქართველოს რეგიონების პალიატიური მზრუნველობის კლინიკების მიხედვით
- ცხრილი 27. 2019 წელს რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღებ პაციენტთა რაოდენობა თბილისის პალიატიური მზრუნველობის კლინიკების მიხედვით
- ცხრილი 28. 2019 წელს საქართველოში გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა და კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა ხვედრითი წონები
- ცხრილი 29. პაციენტთა ზოგადი კლინიკური პარამეტრები საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში
- ცხრილი 30. HCV-ს სიხშირე საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში
- ცხრილი 31. კურსების საშუალო რაოდენობა თერაპიის სახეობის მიხედვით

ნაშრომში გამოყენებული ტერმინები და აბრევიატურები

ავადობისა და გარდაცვალების უხეში მაჩვენებელი (Crude Rate);

ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი (Age-Specific Rate);

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR)

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI ASR)

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR]

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI AAR)

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR)

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

კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი (Cumulative Risk-CR)

კუმულაციური რისკის (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI CR)

შანსთა თანაფარდობის მაჩვენებელი (Odds Ratio- OR)

შანსთა თანაფარდობის მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI OR),

შესავალი

პრობლემის აქტუალობა, კვლევის საკითხები:

მსოფლიო ლიტერატურაში კარგად არის ცნობილი და დღესაც შეისწავლება ძირითადი ლოკალიზაციების კიბოს გავრცელების გეოგრაფიული და სქესობრივი თავისებურებანი, დიაგნოსტიკის, სკრინინგისა და ადრეული გამოვლინების, მკურნალობის, 5-წლიანი გადარჩენისა და პალიატიური მზრუნველობის საკითხები. ასევე გრძელდება კიბოს განვითარების, გარემო ფაქტორებთან და ცხოვრების წესთან დაკავშირებული, რისკების შესწავლა.

ამავე დროს, დღემდე ნაკლები ყურადღება ეთმობა ონკონკურაბელური პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების, სიცოცხლის ბოლო წლებში ცხოვრების ხარისხის, მათ საჭიროებებისა და უფლებების დაცვის შესწავლას. იან ბონხმანის მიხედვით „კიბო კლავს სხვისი ხელებით“ (Ян Бонхман, 1972; 1976; 1989).

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების ადვოკატობის მიზნით, აღნიშნული ასპექტების მნიშვნელობიდან და აქტუალობიდან გამომდინარე, დამატებით შესწავლასა და დაზუსტებას საჭიროებს შემდეგი საკითხები:

1. საქართველოში კიბოს ინციდენტობისა და მისი მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურის დადგენა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემთა ბაზის მიხედვით;
2. კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების თანატოლოგიური მზრუნველობის სერვისების ხვედრითი წონის დადგენა;
3. კიბოს პირველადი ლოკალიზაციებისა და გავრცელების ხარისხის მიხედვით პაციენტების სიკვდილის მექანიზმები და მათი გარდაცვალების ძირითადი მიზეზების შესწავლა;
4. ონკონკურაბელური პაციენტების სიცოცხლის ბოლოს გარდაცვალების ნიშნებისა და სიმპტომების შესწავლა;
5. ტერმინალურ ფაზაში პაციენტების თანატოლოგიური მზრუნველობისა და ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად საჭირო აქტივობების დადგენა.

კონცეფციის ჰიპოთეზა:

საკვლევი საკითხების დამატებითი შესწავლა შესაძლებელს გახდის განხორციელდეს კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების ადვოკატობა, კერძოდ- ხელიშეწყობა პაციენტების პალიატიური მზრუნველობისა და ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად საჭირო აქტივობების გათვალისწინებას ონკოლოგიური დაავადებების სადაზღვევო პროგრამებში.

კვლევის მიზანი:

კიბოს პირველადი ლოკალიზაციებისა და გავრცელების ხარისხის მიხედვით ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შესწავლა, სიცოცხლის ბოლო წლებში ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად საჭირო აქტივობების ანალიზი, კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების ადვოკატობისა და მათი სადაზღვევო პაკეტების გაუმჯობესების ხელშეწყობა.

კვლევის ამოცანები:

ამ რთული და კომპლექსური მიზნის მისაღწევად დასახული ამოცანები:

1. 2015-2019 წლებში თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველო თბილისის გარეშე) 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურის დადგენა სქესის მიხედვით;
2. კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შეფასების მიზნით 2019-2021 წლებში საქართველოში და თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეებისა და მათი დინამიკის შესწავლა 2014-2020 წლებში.
3. 2014-2021 წლებში კიბოს დიაგნოზით პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა ხვედრითი წონის დადგენა.
4. კიბოს ტერმინალურ ფაზაში დაავადების პროგრესირების ნიშნების დაზუსტება, პაციენტების პალიატიური მზრუნველობისა და ფსიქოლოგიური დახმარების საჭიროებების დადგენა ქ.თბილისის პალიატიური მზრუნველობის კლინიკაში 2019 წელს ონკონკურაბელური პაციენტების რეტროსპექტული შესწავლით.
5. კიბოს პირველადი ლოკალიზაციებისა და გავრცელების ხარისხის მიხედვით პაციენტების სიკვდილის მექანიზმებისა და მათი გარდაცვალების ძირითადი მიზეზების დაზუსტება (ქ.თბილისის პალიატიური მზრუნველობის კლინიკებში 2019 წელს ონკონკურაბელური პაციენტების ისტორიების შესწავლით);
6. კიბოს პირველადი ლოკალიზაციებისა და გავრცელების ხარისხის მიხედვით პაციენტების სიცოცხლის ბოლოს გარდაცვალების ნიშნებისა და სიმპტომების შესწავლა (ქ.თბილისის პალიატიური მზრუნველობის კლინიკებში 2021 წელს ონკონკურაბელური პაციენტების პროსპექტული Follow-up კვლევით);

სამიზნე გეგმები, კვლევის ინსტრუმენტი და მეთოდები:

შესწავლილი იქნა შემდეგი სამიზნე ჯგუფები:

თბილისში და საქართველოს რეგიონებში კიბოს ინციდენტობის შესწავლის მიზნით გაანალიზებული იქნა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 5 წლის (2015-2019) მონაცემთა ელექტრონული ბაზა. გაანალიზებული იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) კიბოს პოპულაციურ რეგისტრის 2015-2019 წლების მონაცემთა ელექტრონული ბაზა კიბოს 52,178 რეგისტრირებული შემთხვევის შესახებ.

შესწავლილი იქნა 5 წლის მონაცემები კიბოთი ავადობის შესახებ საქართველოში, თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველო თბილისის გარეშე), მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში კიბოს ლოკალიზაციებისა და პაციენტთა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით. ინციდენტობის აბსოლუტური რაოდენობის მიხედვით, დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მეთოდებით, გამოანგარიშებული იქნა სტანდარტიზებული მაჩვენებლები და დადგენილი იქნა საქართველოში 15 ძირითადი კიბოთი ავადობის სტრუქტურა სქესის მიხედვით.

მონაცემთა ბაზები დამუშავდა სტატისტიკურად პროგრამული პაკეტის Microsoft Excel-ის გამოყენებით. ჩატარდა დესკრიპტული ეპიდემიოლოგიური კვლევა კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC, Lyon), კიბოს რეგისტრთა საერთაშორისო ასოციაციის (IACR, Lyon), კიბოს რეგისტრთა ევროპის ქსელის (ENCR, Lyon) და კიბოს წინააღმდეგ ბრძოლის საერთაშორისო კავშირის (UICC, Geneva) მიერ რეკომენდებული მეთოდით (Ahlbom A., Norell S., 1984; Boyle P., Parkin D.M., 1988; Gardis L., 2004; Fos P., Fine D., 2005; Agostina R. et al., 2006; Bhopal R., 2008). მიღებული სტატისტიკური მაჩვენებლები წარმოდგენილი იქნა ცხრილების სახით, ხოლო პროგრამული პაკეტის PowerPoint-ის საშუალებით გამოსახული იქნა გრაფიკულად. გამოანგარიშებული იქნა შემდეგი სტატისტიკური მაჩვენებლები:

1. ავადობისა და გარდაცვალების უხეში მაჩვენებელი (Crude Rate);
2. ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი (Age-Specific Rate);
3. ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR)
4. ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI ASR)
5. ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR]
6. ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI AAR)

7. სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR)
8. სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SRR)
9. კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი (Cumulative Risk-CR)
10. კუმულაციური რისკის (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI CR)

კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შეფასების მიზნით 2019-2021 წლებში ჩატარებული იქნა კვლევა. პირველ რიგში შესწავლილი იქნა საქსტატის მიერ რეგისტრირებული აბსოლუტური მაჩვენებლების მიხედვით საქართველოში (340,521 გარდაცვლილი მოქალაქე) და თბილისში (88,025 გარდაცვლილი მოქალაქე) ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეები და მათი დინამიკა 2014-2020 წლებში.

განალიზებული იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) მონაცემთა ელექტრონული ბაზა საქართველოში და თბილისში, შესაბამისად, 2014-2021 წლებში კიბოს დიაგნოზით პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა და გარდაცვალების შესახებ. 2019 წელს, ანუ COVID-19 პანდემიამდე ბოლო წელს, როგორც საქართველოში, ისევე თბილისში, სხვა წლებთან შედარებით აღინიშნა ყველაზე სრულყოფილი რეგისტრაციული მონაცემები: ყველა და კიბოს მიზეზით გარდაცვლილთა და კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა შესახებ.

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით ჩატარებული იქნა რეტროსპექტული და პროსპექტული ეპიდემიოლოგიური კვლევები.

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით პირველ ეტაპზე ჩატარებული იქნა რეტროსპექტული კვლევა. შესწავლილი იქნა სს "უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის" პალიატიურ კლინიკაში 2019 წელს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების ავადმყოფობის ისტორიები სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის საშუალებით (იხ. დანართი 1). რეტროსპექტულად მოპოვებული იქნა ინფორმაცია ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 150 ონკოლოგიური (შესასწავლი ჯგუფი) და 150 ნევროლოგიური (საკონტროლო ჯგუფი) პაციენტის შესახებ. კითხვარის საშუალებით რეტროსპექტულად მოპოვებული მონაცემების საშუალებით შეიქმნა მონაცემთა ელექტრონული ბაზა. dBase დამუშავებული იქნა პროგრამული პაკეტის SPSS-ის საშუალებით.

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით მე-2 ეტაპზე ჩატარებული იქნა პროსპექტული კვლევა. აკად. ზ. კახიანის სახელობის კლინიკა რედში (2021) სიცოცხლის ტერმინალურ სტადიაში მყოფი ონკოლოგიური (ძირითადი საკვლევი ჯგუფი- 50 პაციენტი) და ცირკულატორულ-ნევროლოგიური (საკონტროლო ჯგუფი, გადატანილი ცერებრო-ვასკულარული ინსულტის გამო, ძირითადად კომატოზურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები, სიმსივნური ინტოქსიკაციის გარეშე-44 პაციენტი) 94 პაციენტის სიცოცხლის ბოლო დღეების აქტიური Follow-up კვლევა. ტერმინალური პაციენტების მონიტორინგისას, თითოეულ პაციენტზე სასიცოცხლო მაჩვენებლების რეგისტრაცია განხორციელდა ცვლადების რეგისტრაციით სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის გამოყენებით (იხ. დანართი 2). კითხვარის საშუალებით რეტროსპექტულად მოპოვებული მონაცემების საშუალებით შეიქმნა მონაცემთა ელექტრონული ბაზა. dBase დამუშავებული იქნა პროგრამული პაკეტის SPSS-ის საშუალებით.

კვლევის შედეგების სამეცნიერო სიახლე და პრაქტიკული ღირებულება:

1. სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა 2015-2019 წლებში თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მცხოვრებ მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და თითოეული ლოკალიზაციის სარანგო ადგილი.
2. 2018-2019 წლების 2020 წლის მონაცემების საფუძველზე დადგენილი იქნა, რომ COVID-19 პანდემიის პირველ ტალღასთან დაკავშირებით თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითი წონის მატება არ ყოფილა რეგისტრირებული.
3. დადგენილი იქნა, რომ კიბოს ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტების მხოლოდ 10% იღებს საქართველოს პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალურ თანატოლოგიურ სერვისს, ხოლო თბილისში ანალოგიური სერვისის მიმღებთა რაოდენობა შეადგენს 15%. ანუ კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა უმრავლესობა (85-90%) გარდაიცვლება ბინაზე რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღების გარეშე.
4. გამოვლენილი იქნა, რომ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური და ნევროლოგიური პაციენტების ანამნეზში HCV გვხვდება ერთნაირი სიხშირით. საყურადღებოა, რომ ანამნეზში HCV ორივე ჯგუფში ფიქსირდება 4/5-ზე მეტ პაციენტში! ასევე ონკოლოგიურ პაციენტებში არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა HCV-ს სიხშირებს შორის სქესისა და კიბოს

- პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების თანატოგენეზში HCV-ს როლის შესწავლა საჭიროებს შემდგომი კვლევების ჩატარებას.
5. კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფ პაციენტებში შესწავლილი იქნა სიცოცხლის ბოლო დღეებში სიმპტომებისა და ნიშნების სიხშირეები სისტემების მიხედვით. კიბოს ტერმინალურ სტადიაში სიკვდილის მექანიზმების შემდგომი, უფრო ღრმა შესწავლის მიზნით რეკომენდებულია დამატებითი კვლევების ჩატარება. თანატოგენეზის შემდგომი, ღრმა შესწავლის მიზნით რეკომენდებული იქნა კვლევის შესაბამისი ინსტრუმენტის შექმნა და სიცოცხლის ბოლო დღეებში სიმპტომებისა და ნიშნების Follow-up კვლევა სისტემების მიხედვით.
 6. გამოვლენილი იქნა ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში სასუნთქი, გულ-სისხლძარღვთა, საჭმლის მომნელებელი, საშარდე, კანისა და ძვალ-სახსროვანი სისტემებისა და ფსიქო-ემოციური თავისებურებები კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით.
 7. დადგენილი იქნა, რომ დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესიის განვითარების რისკი საგრძნობლად მატულობს უროლოგიური, ღვიძლის, ძუძუს და გინეკოლოგიური კიბოს დროს.
 8. დადგენილი იქნა, რომ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებს დღე-ღამის განმავლობაში მიღებული და შარდის სახით გამოყოფილი სითხის ოდენობების მიხედვით ორგანიზმში ყოველდღიურად უგროვდებათ სითხე ($p < 0.001$), რაც განაპირობებს პლევრაში და მუცლის ღრუში სითხის დაგროვებას. კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით დადგენილი იქნა პლევრაში ექსუდატის და მუცლის ღრუში ასციტის განვითარების რისკის ოდენობები.
 9. გამოითქვა ვარაუდი, რომ პლევრაში და მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება არის თანატოგენეზის თანხმლები პროცესი და არ წარმოადგენს ონკოლოგიური პაციენტებისათვის დამახასიათებელ სპეციფიკურ პათოლოგიას.
 10. დადგენილი იქნა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში დაავადების მეტასტაზური გავრცელების სიხშირე ძვლებში, რასაც თანსდევს ძლიერი ტკივილი, ასევე ძვლის მეტასტაზებთან დაკავშირებული პათოლოგიური მოტეხილობის სიხშირე.
 11. დადგენილი იქნა ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში ღვიძლის უკმარისობის განვითარების რისკის ოდენობა ($OR = 15.1$, $95\%CI OR = 2.6 - 86.6$).

12. დადგენილი იქნა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში მხედველობის, სმენის, წონასწორობისა და თავბრუსხვევის პრობლემების, მიოკლონუსის, მოუსვენრობის, დეზორიენტაციის, დაბნეულობის, გაურკვევლობის დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით, შფოთვის, დელერიუმის, დეპრესიის, დაღლილობის, გადაქანცვის, დაქვეითებული ფიზიკური ძალის, სისუსტის გამძლიერების და გადაქანცვის, ძილიანობის, ძილად მივარდნის მთელი დღის განმავლობაში, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითების, ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენციის და ცნობიერების სრული დაკარგვის სიხშირეები და რისკის ოდენობები.
13. პირველად იქნა დადგენილი, რომ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების უმრავლესობას (ლოკალიზაციების მიხედვით 52%-81%) სქესის მიუხედავად, სიცოცხლის ბოლოს უმაღლესი ინტენსიობის ხარისხის ტკივილის (8,4-10,0 ბალის) განცდით ტანჯვა-წამებაში აღმოხდებათ სული ($p < 0,001$)!
14. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების უმრავლესობაში ჯერ კიდევ არ ხდება ძლიერი ტკივილის მართვა. ძლიერი ტკივილით გამოწვეული პაციენტთა ტანჯვა-წამების შემსუბუქების, დაავადების პროგრესირების შეფერხების, სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ხარისხის გაზრდის და, შესაბამისად, კიბოს კონტროლის ადვოკატობის მიზნით რეკომენდებულია ტკივილის სინდრომის მართვისას ოპიოიდური ჯგუფის მედიკამენტებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების უფრო ფართო გამოყენება.
15. რეკომენდებულია სამედიცინო პერსონალის (ექიმებისა და ექთნების) გადამზადება ტკივილის სინდრომის მართვის საკითხებში.
16. ტკივილის მართვაში მსოფლიო ლიდერების, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO-ს) რეკომენდაციების დანერგვით შესაძლებელია ამ პრობლემის გადაჭრა და ტკივილის პრაქტიკულად 100%-ით გაკონტროლება, რითაც მიღწეული იქნება ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის ადვოკატობა.
17. კვლევის შედეგად მიღებულ სამეცნიერო სიახლეს აქვს როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკული ღირებულება. კერძოდ: ხელიშეწყობა კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტების ადვოკატობას, მათი სადაზღვევო პაკეტების გაუმჯობესებას და, შესაბამისად, სიცოცხლის ბოლო წლებში პაციენტების ცხოვრების ხარისხის ამაღლებას.

18. რეკომენდებულია კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურულ ცვლილებებზე COVID-19 პანდემიის შესაძლო ზემოქმედების შემდგომი შესწავლა.
19. კვლევის შედეგად წარმოჩენილი იქნა თანატოლოგიის, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დარგის შემდგომი განვითარების მნიშვნელობა და, შესაბამისად, აღნიშნული მიმართულებით სამეცნიერო კვლევების წარმოების აუცილებლობა.
20. კვლევის შედეგად პირველად იქნა გამოკვეთილი თანატოლოგიის დარგში სასწავლო პროგრამების შემუშავების და რეზიდენტურაში ექიმი თანატოლოგის და ექთანის თანატოლოგის კადრების მომზადების ხელშეწყობის აუცილებლობა.
21. კიბოს ადვოკატობის მიზნით ხელი შეეწყობა თითოეული ონკოლოგიური პაციენტის ფიზიკური სტატუსის (ECOG, 5 ბალიანი შკალით) და ტკივილის სინდრომის ხარისხის (10 ბალიანი შკალით), განსაკუთრებით ECOG4-ის დროს, ცვლადების Follow-up რეგისტრაციას.
22. კიბოს ადვოკატობის მიზნით ხელი შეეწყობა თითოეული ონკოლოგიური პაციენტისათვის მკურნალობის შემდგომი Follow-up სერვისების (სკრინინგ-დიაგნოსტიკური, სამკურნალო-რეაბილიტაციური, მზრუნველობის, ტკივილის სინდრომის კუპირების), განსაკუთრებით ECOG4-ის დროს (თანატოლოგიური სერვისი), მიწოდებისათვის გაიდლაინების მომზადებას და სახელმწიფო პროგრამებითა და კერძო სადაზღვევო პაკეტებით შესაბამისი სერვისების მიღებას.

დაცვაზე გამოტანილი ძირითადი დებულებები:

1. კანის შეფერილობის ცვლილებები (ანემიური), სხეულის ტემპერატურის დაცემა, არტერიული წნევის დაცემა, ლიმფისა და სისხლის ცირკულაციის შენელება, სატურაციის შემცირება, სხეულში (განსაკუთრებით ქვემო კიდურებში) სითხის შეგუბება, ასციტი, ექსუდატის დაგროვება პლევრის ღრუში, თირკმლების უკმარისობა, კახექსია, კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა, დისპნოე, სინკოპე დიდი ალბათობით წარმოადგენენ თანატოლოგენეზის საერთო თანხმლებ პროცესებს.
2. კიბოს პროგრსირებისა და ტერმინალურ ფაზაში გამოკვეთილი მიმდინარე სპეციფიური სიკვდილის მექანიზმებია სიმსივნური ინტოქსიკაცია, ღვიძლის უკმარისობა, საშარდე სისტემის (შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის) ან დიგესტიური ტრაქტის (ნაწლავების) კომპრესია და ინფილტრაცია, მათთან დაკავშირებული ურემიის ან გაუვალობის განვითარება, პერმანენტული ტკივილის სინდრომი.

3. ტერმინალურ ფაზაში პერმანენტული ტკივილის სინდრომი შემთხვევათა 2/3-ში წარმოადგენს კიბოსათვის დამახასიათებელ სპეციფიურ სიმპტომთა კომპლექსს, რომელშიც ტკივილის გაუსაძლის ფიზიკურ ტანჯვასთან ერთად ჩათრეულია პაციენტთა ფსიქო-ემოციური და სულიერი განცდები.

კვლევის ახალი მიმართულება:

მოწოდებულია საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში კვლევის ახალი მიმართულება - თანატოლოგია.

ნაშრომის აპრობაცია:

სადისერტაციო ნაშრომის ფრაგმენტები მოხსენებულია საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის საერთაშორისო ონლაინ კონფერენციაზე (თბილისი, საქართველო, 26-30 აპრილი, 2020), საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანმრთელობის მეცნიერებების სკოლის სამეცნიერო-საკონსულტაციო სადისერტაციო საბჭოს ონლაინ სხდომაზე (თბილისი, 07.03.2022).

სამეცნიერო პუბლიკაციები:

1. Evaluation of the Physical Condition and Death Mechanisms of Cancer Patients in Their Terminal Stage. Review (in English and Georgian). Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 4, Supplement 6, p. 4-25. July 2020 (Authors Mikheil Chkhaidze, Vasil Tkeshelashvili)
2. Female Cancer Incidence in Georgia by Regions and Municipalities in 2015-2019 (Poster Resume). Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 5, Supplement 9, 2p. (Authors Tamar Lobzhanidze, Tamar Gvazava, Dina Kurdiani, Nino Abesadze, Natia Shavdia, Mikheil Chkhaidze, Salome Gudavadze, Vasil Tkeshelashvili) (ბეჭვდაში)
3. Female Thyroid Cancer Incidence in Georgia by Regions and Municipalities in 2015-2019. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 5, Supplement 9, 2p. (Authors Nino Abesadze, Tamar Lobdzanidze, Dina Kurdiani, Tamar Gvazava, Natia Shavdia, Mikheil Chkhaidze, Salome Gudavadze, Vasil Tkeshelashvili) (ბეჭვდაში)
4. Female Breast Cancer Incidence in Georgia by regions and municipalities in 2015-2019. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 5, Supplement 9, 2p. (Authors Tamar Gvazava,

Tamar Lobzhanidze, Dina Kurdiani, Nino Abesadze, Natia Shavdia, Mikheil Chkhaidze, Salome Gudavadze, Vasil Tkeshelashvili) (ბეჭვდაში)

5. Gynecological Cancer Incidence in Georgia by Regions and Municipalities in 2015-2019. Caucasus Journal of Health Sciences and Public Health, Volume 5, Supplement 9, 2p. (Authors Dina Kurdiani, Tamar Lobdzanidze , Tamar Gvazava, Nino Abesadze, Natia Shavdia, Mikheil Chkhaidze, Salome Gudavadze, Vasil Tkeshelashvili) (ბეჭვდაში)
6. Evaluation of Death Mechanisms in Terminal Phase of Cancer. ,European Journal of Biomedical and Life Sciences, #1, 2022 (Authors Mikheil Chkhaidze, Vasil Tkeshelashvili) (ბეჭვდაში)

თავი 1

ლიტერატურის მიმოხილვა:

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში პაციენტების ფიზიკური მდგომარეობა და სიკვდილის მექანიზმები

იან ბონხმანი: კიბო კლავს სხვისი ხელეებით (Ян Бонхман, 1977; 1982; 1989; 1992)

ASCO-ს (2019) მონაცემებით, კიბოს მიზეზით პაციენტის გარდაცვალება დგება მას შემდეგ, რაც ადამიანი რამოდენიმე კვირისა თუ თვის განმავლობაში უფრო დასუსტდება და გადაიღლება. მართალია ძნელია იმის პროგნოზირება თუ ვინ რამდენ ხანს იცოცხლებს, თუმცა ზოგიერთი საერთო ნიშანი და სიმპტომი გვიჩვენებს, რომ ადამიანი შედის იმ ფაზაში, როდესაც მას რჩება სიცოცხლის ბოლო კვირები და დღეები. იმის ცოდნა თუ რას უნდა ველოდოთ, გვეხმარება შფოთვის მოხსნაში და დარჩენილი დროის უკეთ დაგეგმვაში.

ASCO-ს(2019) მოჰყავს ის ნიშნები და სიმპტომები, რომლებიც გვიჩვენებენ, რომ კიბოთი დაავადებულ პაციენტს დარჩენილი აქვს სიცოცხლის ბოლო კვირები:

1. სისუსტის გაძლიერება და გადაქანცვა;
2. ძილად მივარდნა, უფრო მეტი ხნის საწოლში გატარება;
3. წონის მკვეთრი დაკლება, კუნთების განლევა;
4. უმადობა ან მინიმალური მადა და საკვების ან სითხეების მიღებასთან დაკავშირებული სირთულეები;
5. ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება;
6. იმ საკითხების უინტერესობა, რომლებიც ადრე მისთვის მნიშვნელოვანი იყო;
7. ინტერესის დაკარგვა გარე სამყაროს, ახალ ამბების, პოლიტიკის, გართობისა და მიმდინარე მოვლენების მიმართ;
8. სურვილი გაჩენა, რომ ახლოს ჰყავდეს მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და მნახველებთან გატარებული დროის შეზღუდვა.

სიცოცხლის ბოლო დღეების მოახლოვებასთან ერთად ASCO-ს (2019) მონაცემებით პაციენტს უვლინდება შემდეგი ნიშნები და სიმპტომები:

-სუნთქვა შესაძლებელია შენელდეს, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის გახანგრძლივდეს პაუზები;

- ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით, რადგან ადამიანი ვერ ასუფთავებს ყელს სეკრეტი სითხისაგან. ეს ხმები შეიძლება სხვებს ეხებოდეს, მაგრამ მომაკვდავმა არ იცოდეს მათ შესახებ;
- შეგრილებული, შეციებული კანი, რომელსაც შეუძლია მოლურჯო, მუქი ფერის მიღება, განსაკუთრებით ხელებზე და ფეხებზე;
- პირისა და ტუჩების სიმშრალე;
- გამოყოფილი შარდის ოდენობის შემცირება;
- შარდვაზე და კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა;
- მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები;
- დაბნეულობა/გაურკვევლობა დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით;
- ესმის ან ხედავს ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის. ეს არის გავრცელებული და ჩვეულებრივი ნორმალური მოვლენა. ეს არ არის შემფოთების მიზეზი, თუ ეს ჰალუცინაციები (?) არ ამინებს ან არ აღეგულებს პაციენტს. ეს მოჩვენებები ხშირად მოიცავს მოგზაურობას, გასამზავრებლად მომზადებას ან გარდაცვლილთა მისალმებას;
- ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია და პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად და ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე.

რა თქმა უნდა, თითოეული ადამიანი ინდივიდუალურია. ნიშნები და სიმპტომები, რომლებსაც ადამიანები ტერმინალურ ფაზაში განიცდიან, განსხვავდება (ASCO, 2019).

Cancer.Net-ის (2018) მონაცემებით, ყველა მცდელობის მიუხედავად, კიბო შეიძლება გავრცელდეს ან დაბრუნდეს რემისიის შემდეგ, რაც მკურნალობას უკვე შეუძლებელს ხდის. როდესაც კიბო ამ ეტაპს აღწევს, შეიძლება მას მოიხსენიებდნენ როგორც გვიან სტადიას, ტერმინალურ ან ფინალურ სტადიას. ამ შემთხვევაში Cancer.Net (2018) პაციენტებს ურჩევს, რომ არსებობს ნაბიჯები, რომელთა გადადგმაც მათ შეუძლიათ ბოლო დღეებისთვის საკუთარი თავის და ახლობლების მოსამზადებლად:

1. იურიდიული, ფინანსური და პირადი საქმეების წესრიგში მოყვანა.
2. ძალზე მნიშვნელოვანია ინსტრუქციების წინასწარი შექმნა ან მათი განახლება, და ბოლო სურვილების ახლობლებისთვის გაცნობა. არსებობს წინასწარი ინსტრუქციის 2 ტიპი:

- 2.1. გრძელვადიანი სამედიცინო უფლებამოსილების იმ ადამიანისათვის გადაცემა, რომელსაც პაციენტი ირჩევს, რათა მან მიიღოს გადაწყვეტილებები პაციენტის ჯანმრთელობაზე, თუ ის ვეღარ შეძლებს ამას.
- 2.2. ცხოვრების ნება. ეს არის დოკუმენტი, სადაც ჩამოთვლილია მკურნალობის სახეები, რასაც პაციენტი იტარებს ან ჩაიტარებს ანდა არ სურსმისი გამოყენება ცხოვრების ბოლოს.
3. დაუმთავრებელი მიზნების შესრულება:
 - 3.1. როდესაც პაციენტი სიცოცხლის დასრულებას უახლოვდება, შეიძლება დასჭირდეს დარჩენილი დროში გარკვეული საქმეების გაკეთება.
4. მშვიდობის დამყარება მნიშვნელოვან ურთიერთობებში. ეს შეიძლება მოიცავდეს კონფლიქტის მოგვარებას, ახლობელ ადამიანებთან გამომშვიდობებას.
5. ცხოვრების გადახედვა/გადაფასება.
6. რელიგია და სულიერება:
 - 6.1. სასულიერო პირების მხარდაჭერა სიცოცხლის ბოლოს კომფორტის მთავარი წყაროა. სხვებმა შეიძლება სულიერი კომფორტი იპოვონ ბუნებაში ან ადამიანებთან კავშირებით.

Anna Azvolinsky-ს (2015) მოჰყავს ჟურნალ Cancer-ში გამოქვეყნებული David Hui-ს მონაცემები, რომელიც ეხება 2 პალიატიურ კლინიკაში, ტეხასის უნივერსიტეტის ანდერსონის სახელობის ონკოლოგიურ ცენტრში (აშშ) და ბარეტოსის ონკოლოგიური საავადმყოფოში (ბრაზილია), 357 ონკოინკურაბელურ პაციენტს. პაციენტთა 57 კლინიკური მახასიათებელი კონტროლდებოდა და აღირიცხებოდა ყოველ 12 საათში ერთხელ. პაციენტთა 57% გარდაიცვალა ონკოლოგიურ საავადმყოფოში. შესწავლილი იქნა ინკურაბელურ ონკოლოგიური პაციენტების გარდაცვალებამდე ბოლო 3 დღის განმავლობაში გამოვლენილი საერთო ფიზიკური ნიშნები. ტერმინალურ სტადიაში ონკოლოგიურ პაციენტების 5-78%-ში გარდაცვალებამდე ბოლო 3 დღის განმავლობაში გამოვლენილი იქნა 7 ფიზიკური ნიშანი, რომლებიც დაკავშირებული იყო ნეირო-კოგნიტური ფუნქციების გაუარესებასთან. ეს ნიშნებია: არარეაქტიული გუგები, ვერბალურ სტიმულებზე შემცირებული რეაქცია, ვიზუალურ სტიმულებზე შემცირებული რეაგირება, ქუთუთოების დახურვის უუნარობა, ცხვირ-ტუჩის ნაკეცის დადაბლება-დაკიდება, კისრის

ჰიპერექსტენზია და ხმის ჩახლეჩვა. ავტორების აზრით ეს ნიშნები მიუთითებენ სიცოცხლის დასასრულის მოახლოებაზე და რომ ამ დროს მკურნალობა უნდა იქნეს შეწყვეტილი.

Leah Lawrence-ის (2017) მონაცემებით, Medicare-ის ბენეფიციარებში კიბოს შორსწასული ფორმების დროს, პაციენტთა მკურნალობის გეგმის შედგენისას კონსულტაციებში პალიატიური დახმარების სპეციალისტების მონაწილეობამ მნიშვნელოვნად შეამცირა სეციალიზებული, კიბოს საწინააღმდეგო, სამედიცინო მანიპულაციები.

Leah Lawrence-ს (2012) სადისკუსიოდ შემოაქვს საკითხი ინკურაბელური ონკოლოგიური პაციენტების მოვლის შესახებ მათი სიცოცხლის ბოლო პერიოდში. ავტორის აზრით, ამ დროს უარი უნდა ვთქვათ მკურნალობის აგრესიულ მეთოდებზე, მაგალითად ქიმიოთერაპიაზე, და გავზარდოთ პაციენტების მოვლის ინტენსიობა ჰოსპისის პირობებში.

Janet Colwell-ს (2014) მონაცემებით, ASCO-ს მიერ ტელეფონის საშუალებით სიმპტომების მონიტორინგის სისტემის გამოყენება, ზრდის ბინაზე მოვლის დროს ონკოინკურაბელური პაციენტების ცხოვრების ხარისხს.

Taira Everett Norals-ს და Thomas J. Smith-ს (2015) მოსაზრებით თუ ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებთან და მათი ოჯახის წევრებთან წინასწარ განვიხილავთ და დავგეგმავთ მკურნალობისა და პალიატიური მზრუნველობის საკითხებს, მივაღწევთ მოვლის უკეთეს შედეგებს.

მკურნალობის დაგეგმამდე პაციენტებთან და მათი ოჯახის წევრებთან წინასწარი გასაუბრების აუცილებლობაზე მიუთითებს ასევე Alison Wiesenthal (2015).

Leah Lawrence-ს (2012) მონაცემებით მოზარდ და ახალგაზრდა პაციენტებს უფრო მეტად აქვთ გამოხატული სურვილი აქტიურად იყვნენ ჩართულები სიცოცხლის ბოლოს მათი მოვლის დაგმვისა და მიმდინარეობის საკითხებში.

Leah Lawrence (2012) მოჰყავს მეტა-ანალიზის შედეგები, რომელთა თანახმად, ცხოვრების ბოლოს, როდესაც სიმსივნით დაავადებულ ბავშვებთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებები აქვთ მშობლებს მისაღები, ისინი ძირითადად ეხება სამ თემას: კომუნიკაციას, სიცოცხლის ხანგრძლიობის გაზრდასა და პროგნოზის გაგებას.

Leah Lawrence (2017) მონაცემებით, კონსულტაციების დაწყებამდე სამედიცინო პერსონალში საკომუნიკაციო ინსტრუქტაჟის გამოყენება, რომელიც მოიცავსშირად დასმული კითხვებისა და პასუხებს, ეხმარება კიბოს შორსწასული ფორმების მქონე პაციენტებს და მათ მომვლელებს, რომ განიხილონის თემები, რომლებიც პაციენტებში შეშფოთებას იწვევენ ონკოლოგის კაბინეტში ვიზიტის დროს.

Tomer T. Levin-ის (2015) მოსაზრებით, პაციენტებთან პროგნოზზე მსჯელობისას, მათთვის საუკეთესო, სავარაუდო და ყველაზე უარესი პროგნოზული სქემის გაცნობა სასარგებლო ინსტრუმენტია, რაც მათ საშუალებას აძლევს, გაერკვენ სიტუაციაში.

Leah Lawrence-ის (2016) მიერ ჩატარებული კვლევის თანახმად, ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სახლში გარდაცვალების შესახებ მიღებულმა გადაწყვეტილებამ, შესწავლილ კონტიგენტში გამოიწვია პაციენტთა იდენტური ხანგრძლივობით ან უფრო გრძელი ვადით გადარჩენა, ვიდრე საავადმყოფოში დარჩენისას.

Hauken May Aasebøet al. (2018) მიერ 8-დან 18-მდე წლის ასაკის ბავშვებში გამოვლენილი იქნა უარყოფითი კორელაცია კიბოს მიზეზით გამოწვეულ შფოთვისა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ცხოვრების ხარისხს შორის. შფოთვის გაძლიერებასთან ერთად ბავშვებში მცირდება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ცხოვრების ხარისხი ($r = -0,707$, $P < 0,01$).

Brielle Urciuoli (2017) მოჰყავს ოსლოს (ნორვეგია) უნივერსიტეტის კლინიკის მონაცემები: გვერდითმა მოვლენებმა, როგორც გვიანმა შედეგებმა, რომლებიც ვლინდება თვეების ან წლების შემდეგ იმ მოზარდებში და ახალგაზრდებში (19-39 წლის ასაკის), რომლებსაც კიბოს (მელანომა, კოლორექტალური კიბო, მუცუს კიბო, არა-ჰოდჯკინის ლიმფომა, ლეიკემია, სულ 198 პაციენტი) გამო ჩაუტარდათ მკურნალობა, შეიძლება მნიშვნელოვნად იმოქმედონ როგორც მათ კარიერაზე, ისემათი ცხოვრების ხარისხზე. Follow-up კვლევის ჩატარების დროს პაციენტთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 49 წელი, ხოლო მკურნალობის ჩატარებიდან გასული დროის საშუალო ხანგრძლივობამ- 13 წელი. გამოკითხულ გადარჩენილთა 60% სრულ განაკვეთზე მუშაობდა. ავტორმა დაადგინა, რომ სრულ განაკვეთზე მუშაკთა შორის, იშვიათად იყვნენ ქალები, რომლებსაც ჰქონდათ დაბალი დონის განათლება, დადლილობა, დეპრესია და/ან ცხოვრების შემცირებული ფიზიკური ხარისხი ან საუთარი ჯანმრთელობის

დაბალი თვითშეფასება. ავტორის მოსაზრებით კიბოს ფსიქოლოგიური და ფიზიკური დაგვიანებულ ეფექტები დიდწილად უკავშირდება მუშაობის უნარის შემცირებას.

Nancy E. Morden et al. (2012) მონაცემებით, სიცოცხლის დასასრულის მოახლოვების პერიოდში ონკო-ინკურაბელური პაციენტების მოვლის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ძალზე რთულია, როგორც კლინიცისტებისათვის, ისე პაციენტებისათვის. ეს სირთულეები დაკავშირებულია, როგორც სიცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზირების არასრულყოფილად შესწავლილ ბუნებასთან, ისე- განსხვავებულ და ხშირად არასაკმარისად შესწავლილ პაციენტისა და ოჯახის მოთხოვნებთან, ფინანსურ საკითხებთან და სტაციონარული და პალიატიური ზრუნვის ადგილობრივ შესაძლებლობებთან.

Jennifer Berry (2018) გვამცნობს გავრცელებული ძუძუს კიბოს სიმპტომებს, მეტასტაზების ლოკალიზაციების მიხედვით, რომლებიც ძირითადად ვითარდება ძვლებში, ფილტვებში, თავის ტვინში ან ღვიძლში.

ძუძუს კიბოს მეტასტაზები ყველაზე ხშირად ვითარდება ძვლებში და ხასიათდება შემდეგი სიმპტომებით (Jennifer Berry, 2018):

1. ტკივილი ძვლებში ან სახსრებში, რაც შეიძლება მუდმივი ან გამწვავდეს ფიზიკური დატვირთვის დროს
2. ზურგის ან კისრის ტკივილი
3. ძვლების მოტეხილობების მაღალი რისკი
4. გაბუჟება ან სისუსტე სხეულის გარკვეულ ადგილებში
5. შარდვის პრობლემები
6. ყაბზობა
7. გულისრევა
8. უმადობა
9. ძლიერი წყურვილი
10. ძუძუს კიბოს მეტასტაზებს ფილტვებში ახასიათებს შემდეგი სიმპტომები (Jennifer Berry, 2018):
11. მშრალი ხველა, რომელიც არ ჩერდება
12. სუნთქვის პრობლემები
13. ქოშინი

14. ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით

15. ტკივილი გულმკერდის არეში

ძუძუს კიბოს მეტასტაზებს თავის ტვინში შეუძლია გამოიწვიოს შემდეგი სიმპტომები (Jennifer Berry, 2018):

1. თავის ტკივილი
2. მხედველობაში ცვლილებები
3. სმენის პრობლემები
4. წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები
5. სხეულის გარკვეული ნაწილების გადაადგილების სირთულე
6. განწყობის ან პიროვნების ცვლილებები
7. მეხსიერების პრობლემები
8. დაბნეულობა
9. კრუნჩხვები
10. ინსულტი

ძუძუს კიბოს მეტასტაზებს ღვიძლში შეუძლია გამოიწვიოს შემდეგი სიმპტომები (Jennifer Berry, 2018):

1. სიყვითლე, კანისა და თვალების გაყვითლება
2. მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება, ასციტი
3. ტკივილი ღვიძლის არეში ან მუცლის ზედა ნაწილში
4. გამონაყარი ან ქავილი

სიცოცხლის დასრულების სიმპტომები (Jennifer Berry, 2018):

1. ტკივილი: კიბომ შეიძლება გამოიწვიოს მნიშვნელოვანი ტკივილი, დაავადების პროგრესირების მიხედვით.
2. დაღლილობა: როდესაც ადამიანები ცდილობენ გაუმკლავდნენ კიბოს, ისინი ხშირად თავს ძალიან დაღლილად გრძნობენ. სიცოცხლის ბოლოს ადამიანს შეუძლია მრავალი საათის განმავლობაში ეძინოს.
3. სუნთქვის გართულება: სუნთქვა რამდენიმე მიზეზის გამო შეიძლება რთული გახდეს. ზოგჯერ ლორწო განვითარდება ფილტვებში ან ყელში, ნაწილობრივ ბლოკავს სასუნთ

ქგზებს. ამან შეიძლება გავლენა მოახდინოს სუნთქვაზე და გაძნელდეს ყლაპვა. მუცლის ღრუში ასციტს შეუძლია ზეწოლა მოახდინოს ფილტვებზე და გაუჭირდეს გაფართოება. ასციტი ხშირია ძუძუს კიბოს დროს, რომელიც ღვიძლშია გავრცელებული.

4. უმადობა: ნორმალურია ადამიანი სიცოცხლის ბოლოს ნაკლებად დაინტერესდეს საკვებით. პირის ღრუს და ყელის სიმშრალე, გემოსა და ყნოსვის ცვლილებები, გულისრევა და ყაბზობა განაპირობებს საკვების მიღების შემცირებას.
5. წონის დაკლება: მკერდის მეტასტაზური კიბოს მქონე ადამიანებს წონის დაკლება შეუძლიათ რამდენიმე მიზეზის გამო. მათი მადის დაქვეითებისას ხდება მათი კალორიების შემცველობაც. გარდა ამისა, კიბოს უჯრედები მოიხმარენ ბევრ კალორიას.
6. დაბნეულობა: დაბნეულობა და მეხსიერების პრობლემები გავრცელებულია კიბოს გავრცელებული ფორმების დროს. ასეთი სიმპტომები შეიძლება მოვიდეს და წავიდეს.
7. საჭმლის მონელების პრობლემები: მეტასტაზურმა კიბომ შეიძლება შეანელოს ან შეაჩეროს საჭმლის მონელება, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს გულისრევა, ღებინება, შეკრულობა და საჭმლის მონელების სხვა პრობლემები.
8. ემოციური ცვლილებები: სიცოცხლის ბოლოს ადამიანებს შეიძლება განუვითარდეთ დეპრესია, შფოთვა, განწყობის ცვლა, სტრესი და სხვადასხვა ემოცია.

ყველა ეს სიმპტომი ნორმალურია, როდესაც კიბო პროგრესირებს. სიცოცხლის ბოლოს მკურნალობა მიზნად ისახავს ამ სიმპტომების შემსუბუქებას და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას (Jennifer Berry, 2018).

Anna Azvolinsky (2015) შეფასებით, მიუხედავად იმისა, რომ კიბოს გავრცელებული ფორმებით პაციენტებს, რომლებსაც უკვე წინასწარ აქვთ განსაზღვრული სიცოცხლის დასასრულის მოახლოება, ხშირ შემთხვევებში მაინც სიცოცხლის ბოლომდე უგრძელდებათ აგრესიული მკურნალობა.

ACS (2019) იუწყება, რომ ბოლო 25 წლის განმავლობაში აშშ-ში კიბოს მიზეზით სიკვდილის მაჩვენებელი სტაბილურად შემცირდა. 2016 წლის მდგომარეობით, ქალთა მიზეზით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 27% -ით დაეცა 1991 წელს დაფიქსირებულ პიკთან შედარებით. ეს მაჩვენებელი ყოველწლიურად იკლებდა დაახლოებით 1,5% -ით, ხოლო 1991 და 2016 წლებს შორის თავიდან იქნა აცილებული 2,6 მილიონზე მეტი პირის გარდაცვალების შემთხვევა.

მამაკაცებში დიაგნოზირებული ყველაზე გავრცელებული კიბოს ლოკალიზაციებია პროსტატის, ფილტვის და კოლორექტალური კიბო. ისინი ერთად ქმნიან მამაკაცთა კიბოს ყველა შემთხვევის 42% -ს. ქალებისთვის, 3 ყველაზე გავრცელებული კიბოს ლოკალიზაციებია ძუძუს, ფილტვის და კოლორექტალური კიბო. ისინი ერთად იკავებენ ყველა შემთხვევის ნახევარს, მარტო ძუძუს კიბო კი ახალი შემთხვევების 30% -ს შეადგენს.

მამაკაცებში 1990 წლიდან 2016 წლამდე ფილტვების კიბოს სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შემცირდა 48%, ხოლო ქალებში 2002 წლიდან 2016 წლამდე - 23%-ით. 2011 წლიდან 2015 წლამდე, ფილტვების ახალი კიბოს შემთხვევების მაჩვენებლები მამაკაცებში წელიწადში 3% -ით შემცირდა, ხოლო ქალებში წელიწადში 1.5%. ეს მაჩვენებლები დაკავშირებულია თამბაქოს მოხმარებასთან. ქალთა ძუძუს კიბოს სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 1989 წელს 2016 წლამდე შემცირდა 40% -ით, რაც დაკავშირებულია სკრინინგის საშუალებით ადრეული გამოვლენის გაუმჯობესებასთან. პროსტატის კიბოს სიკვდილიანობის მაჩვენებელმა მამაკაცებში 1993 წლიდან 2016 წლამდე შემცირდა 51%, რაც დაკავშირებულია PSA სისხლის ტესტირებით სკრინინგთან. კოლორექტალური კიბოს სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შემცირდა 53% 1970 წლიდან 2016 წლამდე ქალებსა და მამაკაცებში სკრინინგის გაზრდისა და მკურნალობის გაუმჯობესების გამო (ACS, 2019).

Cancer Research UK (2019) მონაცემებით, ის რაც ტერმინალურ ფაზაში კიბოთი დაავადებულთა სიცოცხლის ბოლო დღეებში ხდება, ყველა ინდივიდისთვის განსხვავებულია. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების მომვლელებსა და ნათესავებს, თავმდგმურებს, წარმოდგენა უნდა ჰქონდეთ თუ რას უნდა ელოდონეს. ეს ცოდნა შეიძლება დაეხმაროს მათ პაციენტების ბოლო დღეების მართვაში.

საერთო შეშფოთება (Cancer Research UK, 2019):

იმის ცოდნა, რომ თქვენ ან თქვენი საყვარელი ადამიანი ახლოს არის გარდაცვალებასთან, შეიძლება ძალიან რთული მისაღები და გადასატანი იყოს ყველასთვის. Cancer Research UK-ს (2019) შექმნილი აქვს ვებ გვერდი პაციენტების მზრუნველებისთვის, მათი ნათესავებისა და მეგობრებისთვის, რადგან ისინი ხშირად ღელავენ, რომ ვერ შეძლებენ გაუმკლავდნენ პრობლემებს ან არ იციან თუ რა უნდა გააკეთონ საყვარელი ადამიანის დასახმარებლად მისი მოახლოებული გარდაცვალების მიმდინარე პროცესის ბოლო დღეებში.

გაშვება (Cancer Research UK, 2019):

მაშინაც კი, თუ ფიზიკური სხეული მზად არის დასასრულისათვის, ზოგი მომაკვდავი ადამიანი შეიძლება შემფოთებული წინააღმდეგობას უწევდეს სიკვდილს. მათ შეიძლება ჯერ კიდევ ჰქონდეთ ისეთი საკითხები ან ის ურთიერთობები, სწორად რომელთამოგვარებაც სურთ. მნიშვნელოვანია ამ საკითხებში გარკვევა, პაციენტის მოგონებების ან გრძნობების გაზიარებით. ასევე მნიშვნელოვანია მათი დარწმუნება, რომ მართალია ისინი გარდაიცვალონ, მაგრამ მაშინ, როდესაც ისინი ამისათვის მზად იქნებიან. ასე რომ, მათი წასვლა შეიძლება ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი და მოსიყვარულე იყოს.

ფიზიკური ცვლილებები (Cancer Research UK, 2019):

სხეული იწყებს თავის ბუნებრივ, სიკვდილის მექანიზმის, ყველა მისი ფუნქციის შენელების პროცესს, რასაც ინდივიდუალურად შეიძლება საათები ან დღეები დასჭირდეს. მომაკვდავი ადამიანი იგრძნობს სისუსტეს და ბევრ დროს ძილში გაატარებს. როდესაც სიკვდილი ძალიან ახლოს არის, შეიძლება შეამჩნიოთ ფიზიკური ცვლილებები, როგორცაა სუნთქვის ცვლილებები, შარდის ბუშტისა და კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა, ცნობიერების დაკარგვა. ემოციურად ძალზე ძნელია ამ ფიზიკურ ცვლილებების ყურება, მაგრამ ისინი ბუნებრივი, სიკვდილის მექანიზმის, პროცესის ნაწილია. ეს არ ნიშნავს იმას, რომ ადამიანი არაკომფორტულად უნდა გრძნობს თავს. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტების, ექიმებისა და ექთნების ჯგუფი, რომლებიც მკურნალობენ პირს, რეგულარულად შეამოწმებენ ამ ცვლილებებს. ისინი ყველაფერს გააკეთებენ იმისთვის, რომ მომაკვდავი იყოს რაც შეიძლება კომფორტულ პირობებში მისი გარდაცვალების დროს.

ძილიანობის გაძლიერება (ნაწილობრივ შეგნებული) (Cancer Research UK, 2019):

ადამიანები, რომლებიც კვდებიან, ხშირად ბევრი ხანი სძინავთ. შეიძლება მათ არ გიპასუხოთ, როდესაც მათ გაღვიძებას შეეცდებით. მაგრამ ეს არ ნიშნავს რომ მათ არ ესმით. სმენა შეიძლება ერთ-ერთი ბოლო გრძნობა იყოს, რომელსაც მომაკვდავი კარგავს. ასე რომ, მნიშვნელოვანია, რომ არ შევწყვიტოთ საუბარი მათთან და ვანუგეშოთ ისინი. შეგვიძლია მათთან ახლოს დავჯდეთ და ხელი მოვკიდოთ.

ყლაპვის გართულებიდან საერთოდ უარის თქმა ჭამაზე და/ან დალევაზე (Cancer Research UK, 2019):
მოვა დრო, როდესაც მომაკვდავი ადამიანს აღარ სურს საჭმლის ჭამა ან დალევა.

მნიშვნელოვანია, რომ არ სცადოთ ჭამის ან დალევის მათი იძულება. ეს მათთვის არასასიამოვნო გახდება. ჩვენ შეგვიძლია მათ ყინულის მცირე ნაჭრები მივცეთ, ან დავეხმაროთ სითხის მცირე პორციების მიღებაში, თუ ისინი ჯერ კიდევ იღვიძებენ. ეს შეუნარჩუნებს მათ პირში ტენიანობას.

თქვენ შეგიძლიათ ტუჩის ბალზამი წაუსვათ მათ ტუჩებზე, რათა ხელი შევეშალოთ მათ სიმშრალეს. მაშინაც კი, თუ ისინი ვერაფერს ვეღარ იღრებენ, შეგვიძლია მათი ტუჩებისა და პირის ღრუს დატენიანება ყოველ 1-დან 2 საათში ლიმონით, გლიცერინით ან წყლით. შარდის ბუშტისა და კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა (Cancer Research UK, 2019): მომაკვდავმა შესაძლოა დაკარგოს კონტროლი თავიანთი შარდის ბუშტისა და კუჭის მოქმედებაზე. ეს ხდება იმის გამო, რომ ამ არეებში კუნთები მოდუნებულია და აღარ ფუნქციონირებს სრულყოფილად. ეს შეიძლება პაციენტისა და თავმდგმურისათვის იყოსშემაშფოთებელი, შემაწუხებელი, უხერხული. საექთნო საქმის პერსონალი ყველაფერს გააკეთებს იმისათვის, რომ დაიცვას საწოლი და შეინარჩუნოს პაციენტი რაც შეიძლება სუფთა და კომფორტულ პირობებში. როდესაც ადამიანი სიკვდილს ძალიან უახლოვდება, ის თანდათან წყვიტავს ჭამას ან სმას. შესაბამისად, მათ მიერ გამოყოფილი შარდისა და განავლის რაოდენობა სულ უფრო და უფრო მცირდება.

დაულალავი მოძრაობები (თითქოს ტკივილი) (Cancer Research UK, 2019):

ბევრი ადამიანი, ვინც კვდება და მათ გარშემო მყოფი ხალხი წუხს, რომ პაციენტი ტკივილს განიცდის. პაციენტის ზოგიერთს ტკივილი არ აქვს. მაგრამ თუ ადამიანი ტკივილს განიცდის, ის ჩვეულებრივ შეიძლება კარგად გაკონტროლდეს და ადამიანმა კომფორტულად იგრძნოს თავი. ამისთვის, ექიმები და ექთნები, რომლებიც მომაკვდავ ადამიანს უვლიან, ყველაფერს გააკეთებენ. ზოგჯერ პაციენტის მოუსვენრობა ტკივილის არსებობის ნიშანია. მნიშვნელოვანია, რომ ექიმებს და ექთნებს ეცნობოთ, როდესაც მომაკვდავი ადამიანი ვერ გვაგებინებს ამას მკაფიოდ. თავმდგმურებმა უნდა ვიფიქრობთ, რომ პაციენტები ტკივილს განიცდიან. სამედიცინო პერსონალს შეუძლია ტკივილის კონტროლის საუკეთესო სქემა დაგეგმოს.

სუნთქვის ცვლილებები (Cancer Research UK, 2019):

როდესაც ადამიანი კვდება, მათი სუნთქვა ხშირად იცვლება. ის შეიძლება ხმაურიანი და არარეგულარული იყოს. შესაძლებელია მათ რამდენიმე წამის განმავლობაში შეწყვიტონ სუნთქვა. ამას უწოდებენ ჩეინ სტოქსის სუნთქვას. მათ შეიძლება პირით ისუნთქონ და გულმკერდის კუნთები გამოიყენონ. მათ შეიძლება დავებმაროთბალიშებით საწოლის თავის ამაღლებაში. უბრალოდ მათთან ჯდომა, ნაზად ლაპარაკი და ხელის დაჭერა მათთვის შეიძლება ძალიან დამამშვიდებელი იყოს. ექიმმა ან ექთანმა შეიძლება გირჩიოთ მორფინის მცირე დოზის მიცემა, თუ ადამიანს უჭირს სუნთქვა, მაშინაც კი, თუ ისინი სხვაგვარად არ განიცდიან ტკივილს. მორფინს შეუძლია სუნთქვის გაადვილება.

ხმაურიანი სუნთქვა (Cancer Research UK, 2019):

თქვენ შეიძლება მოისმინოთ ხმაურიანი ან მსტვინავი ხმები მომაკვდავი ადამიანის თითოეული ამოსუნთქვისას. ეს ხმები მოდის მათი გულმკერდიდან ან ყელის ქვედა მხარედას. ეს არის იმის გამო, რომ პაციენტებს დაუგროვდათ ლორწო და ნერწყვი, და მათ არ აქვთ საკმარისი ამოხველების რეფლექსი. მათი თავის ამაღლება და გვერდით გადაწევა შეიძლება დაეხმაროს მათელებაში. აცნობეთ სამედიცინო გუნდს, აქვს თუ არა თქვენს საყვარელ ადამიანს ხმაურიანი სუნთქვა. მათ ზოგჯერ შეუძლიათ გამოიყენონ გარკვეული მედიკამენტები, რომლებიც ხელს უწყობენ ამ სეკრეციების გამოშრობას. ზოგჯერ მედდას ან ექიმს შეუძლია სითხის ამოღება თხელი მილისპირის ღრუში შეიყვანისა და ასპირაციის საშუალებით.

ცივი ხელის მტევნები, მკლავები, ტერფები და ფეხები (Cancer Research UK, 2019):

მომაკვდავი ადამიანის სახე, ხელები, მტევნები, ფეხები და ტერფები ხშირად ძალზე შეციებულია შეხებისას. მათი კანი ასევე შეიძლება გახდეს ფერმკრთალი და გამოიყურებოდეს მოლურჯო ფრად ან იყოს ჭრელი. ეს ხდება იმის გამო, რომ სხეულის ამ ნაწილებში ნაკლებია სისხლის მიმოქცევა. შევმოსოთ სხეულის ეს ნაწილები თბილი სამოსით, მაგრამ არ გამოვიყენოთ ელექტრო საბანი, რადგან ეს პაციენტებისათვის შეიძლება ძალიან არასასიამოვნო გახდეს. სქელი წინდები და გვეხმარება ფეხების გათბობაში. არ გადავაჭარბოთ ოთახის გათბობისას, უბრალოდ შევინარჩუნოთ კომფორტული ტემპერატურა.

დაზნეულობა და დეჰორიენტაცია (Cancer Research UK, 2019):

შეიძლება გსმენიათ, რომ თქვენი საყვარელი ადამიანი ამბობს სიტყვებს, რომლებსაც აზრი არ აქვთ. მათ შეიძლება არ იციან, რა დღეა, ან შეიძლება არ ჩანდეს, რომ იციან ვინ ხართ. მათ კი შეუძლიათ ისეთი რამ თქვან, რაც საერთოდ არაადეკვატურ ხასიათს ატარებს. მაგალითად, ისინი შეიძლება ყვიროდნენ თქვენზე, ან ფიზიკურად ხელი გკრან. ეს შეიძლება იყოს ძალიან საზიანო და შემაშფოთებელი. მაგრამ შეეცადეთ გაიგოთ, რომ ეს არ ნიშნავს, რომ მათ იციან თუ რას აკეთებენ. ეს ნაწილობრივ ხდება იმის გამო, რომ მათ სხეულში მიმდინარეობს ქიმიური ცვლილებები.

ცნობიერების სრული დაკარგვა (Cancer Research UK, 2019):

სიცოცხლის ბოლოს სხეულის ქიმიური წონასწორობა სრულად იშლება, მომაკვდავი ადამიანი უგონო მდგომარეობაში გადადის. ეს, როგორც წესი, სწორედ ბოლო, შეიძლება სიკვდილამდე მხოლოდ რამდენიმე საათით ან რამდენიმე დღით ადრე განვითარდეს.

პირის სუნთქვა ხდება არარეგულარული და შეიძლება გახდეს ხმაურიანი. ჩვენ საერთოდ ვეღარ შევძლებთ მათ გაღვიძებას. მათი სუნთქვა გარკვეული დროით არარეგულარული გახდება და რაღაც ეტაპზე შეჩერდება.

ემოციური და სულიერი ცვლილებები (Cancer Research UK, 2019):

ყველა იგრძნობს სხვადასხვა ემოციას, როდესაც ისინი კვდებიან. ბევრი რამ არის დამოკიდებული:

1. პიროვნებაზე
2. მათ ასაკზე
3. თუროგორი მხარდაჭერა აქვთ მათ
4. მათ რელიგიურ და სულიერ მრწამსზე
5. გამოცდილებაზე, რაც მათ ჰქონდათ ცხოვრებაში

ადამიანი, რომელიც 20 წლის ასაკში კვდება, უთუოდ ძალიან განსხვავებულად იგრძნობს თავს 80 წლის ასაკის ადამიანისაგან განსხვავებით. ისინი, ვინც პატარა ბავშვებს ტოვებენ, უფრო მეტი ხარისხით იქნებიან შემფოთებულები, იმ ადამიანებისგან განსხვავებით, ვისი შვილებიც მოზრდილები არიან და შეუძლიათ საკუთარ თავზე ზრუნვა. როდესაც სიკვდილი უახლოვდებათ, ზოგიერთი შეიძლება უფრო მეტად მშვიდად შეხვდეს მას, სხვები შეიძლება გახდნენ ძალიან შემფოთებული, შეშინებული ან გაბრაზებული. ეს მოვლენები ნორმალურია და სიკვდილის ბუნებრივი ნაწილი.

დაუმთავრებელი საქმე (Cancer Research UK, 2019):

სიკვდილის ბოლო ეტაპზე, მომაკვდავმა შეიძლება ისაუბროს ნებისმიერი დაუმთავრებელი ბიზნესის დასრულების სურვილზე. ეს შეიძლება ნიშნავდეს:

1. პირად ურთიერთობებში რაიმე პრობლემის დალაგებას ან გადაწყვეტილებას, რომ რაღაცა არ მოხდეს
2. გარკვეული ადგილების მონახულებას
3. საჩუქრების ყიდვას ახლობელი ადამიანებისთვის
4. პირადი ნივთების დახარისხებას და ოჯახისა და მეგობრებისთვის განსაკუთრებული ნივთების გადაცემას
5. მათი ნებისა და ფინანსური ბიზნესის მოწესრიგებას
6. სასულიერო პირის მონახულებას

როგორ იგრძნობთ თავს (Cancer Research UK, 2019):

თქვენ ალბათ იგრძნობთ ძალიან ძლიერ ემოციებს იმ პერიოდში, როდესაც თქვენი ახლობელი ან მეგობარი კვდება. შეიძლება იგრძნოთ, რომ გასურთ სცადოთ შეცვალოთ ის რაც ხდება. ხშირად მხოლოდ იმის გაკეთება, რაც ამ რთულ პერიოდში შეგიძლიათ, მათ დიდ დახმარებას და კომფორტს მისცემთ. შეეცადეთ არ ინერვიულოთ, როდესაც რაღაცის გაკეთებას აპირებთ. უბრალოდ საყვარელ ადამიანთან ყოფნა და იმის შეცნობა, რომ გიყვართ და ზრუნავთ მასზე, ყველაზე მნიშვნელოვანია.

კიბოს ბოლოდროინდელი შემთხვევებისა და სიკვდილიანობის ტენდენციების შესახებ არსებობს მსოფლიოში გამოქვეყნებული შეზღუდული მონაცემები. Lindsey A. Torreet al.

(2016) წარმოგიდგენენ კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC, Lyon) CANCER Mondial-ის მონაცემებს. წიგნები სტანდარტიზებული მაჩვენებლებით 2003–2007 წლებში კიბოს შემთხვევებისა და სიკვდილიანობის შესახებ. ავტორები წარმოგიდგენენ ხუთი კონტინენტის შემოსავლების მიხედვით შერჩეულ ქვეყნებში კიბოს ინციდენტობის ტენდენციებს 2007 წლამდე და სიკვდილიანობას 2012 წლამდე. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში (HIC) გრძელდება ინციდენტობის ყველაზე მაღალი სიხშირეების რეგისტრირება კიბოს შემთხვევების ყველა ლოკალიზაციისთვის, მათ შორის ფილტვების, კოლორექტალურის, ძუძუსა და პროსტატის. თუმცა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ზოგ ქვეყანაში (LMIC) ამჟამად აღნიშნება ავადობისა და გარდაცვალების უმაღლესი დონეები. სიკვდილიანობის მაჩვენებლები კიბოს ამ ლოკალიზაციებიდან მცირდება ბევრ HIC– ში, საშვილოსნოს ყელის კიბოს ყველაზე მაღალი მაჩვენებლები. მიუხედავად იმისა, რომ HIC– ში რჩება კიბოს შემთხვევების მაღალი დონეები, ისინი კლებულობენ კიბოს ყველაზე გავრცელებული ლოკალიზაციებისთვის, რისკის ფაქტორების შემცირების, სკრინინგის და ადრეული გამოვლენის და მკურნალობის გაუმჯობესების გამო (მხოლოდ სიკვდილიანობა). ამის საპირისპიროდ, რამდენიმე LMIC– ში იზრდება კიბოს ტვირთი, სხეულის ჭარბი წონისა და დაბალი ფიზიკური აქტიურობის გამო.

Christopher P. Wild et al. (2019) აქვეყნებენ ახალ, მსოფლიო კიბოს ანგარიშს, რომელშიც განსაკუთრებული ყურადღება გამახვილებულია კიბოს პროფილაქტიკაზე და კვლევაზე, კიბოს განვითარების დროს მიმდინარე ბიოლოგიურ პროცესებზე.

Bray F. et al.-ს (2017) პუბლიკაციაში „Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI“ გამოსცემენ მონაცემებს 2008-2012 წლებში კიბოს ინციდენტობის შესახებ ხუთ კონტინენტზე (IARC, Lyon). ეს მონაცემები ქვეყნდება კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC, Lyon) და კიბოს

რეგისტრთა საერთაშორისო ასოციაციის (IACR, Lyon) მიერ და წარმოადგენს მაღალი ხარისხის სტატისტიკას მსოფლიოში კიბოს რეგისტრირებულ შემთხვევებზე. ტომი XI შეიცავს ინფორმაციას 343 კიბოს რეგისტრიდან 65 ქვეყანაში, 2008 წლიდან 2012 წლამდე დიაგნოზირებული ონკოლოგიური დაავადებებისთვის. ეს მონაცემები საშუალებას იძლევა შედარდეს კიბოს მაჩვენებლები მრავალფეროვან პოპულაციებში და საინტერესოა ყველა მსურველთათვის, რომ გაიგონ კიბოს ტვირთი მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონებში და დაავადების გამომწვევი მიზეზების შესახებ ცოდნის შემუშავებისათვის.

Janet Colwell (2014) კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფმა პაციენტებმა, რომლებმაც სიცოცხლის ბოლო წლის განმავლობაში მიიღეს ჰოსპისის მომსახურება, უფრო ნაკლები სიხშირით იყვნენ ჰოსპიტალიზებული და საერთო ჯამში ნაკლები ხარჯები გაწიეს, ვიდრე ჰოსპისის გარეთ მყოფმა პაციენტებმა.

Morris JN et al. (1986) აქვეყნებენ სიცოცხლის ბოლო რამდენიმე კვირის განმავლობაში, კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების ორი ნიმუშიდან შეღებულ ზოგიერთ მონაცემებს, რომლებიც ასახავენ ცხოვრების ხარისხის ცვლილებებს. ნიმუშები წარმოადგენენ 26 ჰოსპისში მყოფ პაციენტებს, რომლებიც მონაწილეობენ ქვეყნის მასშტაბით აშშ-ის სადემონსტრაციო პროექტში და მონრეალის ორი საავადმყოფოს პალიატიური თერაპიის განყოფილებაში მოთავსებულ პაციენტებს. აშშ-ს მონაცემები ასახავენ ცხოვრების ხარისხის ზომებს, რომელიც განხორციელებულდა უშუალოდ თავდგმური პირების (PCP) ან გაწვრთნილი ინტერვიუერების მიერ; მონრეალის კვლევაში მონაწილეობა მიიღეს როგორც მკურნალმაექიმებმა, ისე - მედდებმა. ზოგადი დასკვნა: როგორც მოსალოდნელი იყო, ცხოვრების ხარისხის გაუარესების ერთ-ერთი გამოხატულებაა პაციენტების ცხოვრების ხარისხის დაჩქარებული გაუარესება გარდაცვალების 3-დან 1 კვირის პერიოდში. ტკივილი სხვა ინდიკატორებთან შედარებით გარკვეულწილად განსხვავებულ ხასიათს ატარებს. უფრო ადრეულ ეტაპიდან პაციენტების უმეტესობა იმყოფება რომელიმე უკიდურეს კატეგორიაში, ხოლო სიკვდილის მოახლოებასთან ერთად შედარებით ნაკლებია ცვლილებები. დაბოლოს, თუნდაც სიკვდილის წინა კვირაში პაციენტების დაახლოებით 20% არ მიეკუთვნება ცხოვრების ძალიან დაბალი ხარისხის კატეგორიებს. ამერიკის კიბოს საზოგადოება თვლის (ACS, 2019), რომ მიუხედავად პროგრესისაკიბოს მკურნალობის შემუშავებაში, რომლებმაც გააუმჯობესეს სიცოცხლის ხანგრძლივობა

ავადმყოფობის ადრეულ სტადიაზე, აშშ-ში 2019 წელს 606,880 ადამიანი გარდაიცვლება კიბოს მიზეზით.

სიმსივნით დაავადებული ადამიანები სხვადასხვა ვითარებაში იღუპებიან. დართმუთის ატლასის პროექტის ანგარიშში გაანალიზებულია Medicare-ისმონაცემები 2003 წლიდან 2007 წლამდე კიბოთი დაავადებული 65 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტების შესახებ, რომლებიც გარდაიცვალენ დიაგნოზის დასმიდან 1 წლის განმავლობაში (Goodman DC et al., 2019).

შეერთებული შტატების მასშტაბით, პაციენტების 29% საავადმყოფოში გარდაიცვალა, 61.3% სიცოცხლის ბოლო თვეში ერთხელ მაინც იწვა საავადმყოფოში. გარდა ამისა, პაციენტების 24% ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ერთხელ მაინც მიიღეს. პაციენტების საერთო რაოდენობის დაახლოებით 6% –ს სიცოცხლის ბოლო თვეში ჩაუტარდა ქიმიოთერაპია. საპირისპიროდ, დაღუპულთა დაახლოებით 55% იყენებდა ჰოსპიტალურ მომსახურებას; ამასთან, საწოლ-დღეების საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა მხოლოდ 8.7 დღეს, ხოლო პაციენტების 8.3% სტაციონარში მოთავსდა ცხოვრების ბოლო 3 დღის განმავლობაში.

სიცოცხლის ბოლოს (EOL) მოვლის აღწერილობაში მნიშვნელოვანი რეგიონალური ცვლილებები რჩება აუხსნელი. პაციენტისა და ოჯახის პრეფერენციებმა შეიძლება ხელი შეუწყოს EOL- ში მოვლის ზუსტი სქემების დაცვას. პაციენტის EOL დისკუსიების, სულიერი მოვლის ან ადრეული პალიატიური მოვლის შესახებ პაციენტის გახსენება უკავშირდება ნაკლებად აგრესიულ EOL მკურნალობას და / ან ჰოსპისის მომატებულ გამოყენებას (Wright AA et al., 2008; Mack JW et al., 2012; Balboni TA et al., 2010; Temel JS et al., 2010; Hui Det et al., 2014).

გარდა ამისა, საავადმყოფოში სიკვდილი ასოცირდება გარდაცვლილთა სიცოცხლის ბოლოს სიცოცხლის უარეს ხარისხთან და ფსიქიატრიული დაავადებების გაზრდილ რისკთან პაციენტების მომვლელ თავმდგმურებში (Wright AA et al., 2010).

PDQ® (2019) მიერ ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის წარმოდგენილია შთამბეჭდავი მიმოხილვა კიბოს პროგრესირებული ფორმების დროს პაციენტების სიცოცხლის ბოლო კვირების/დღეების შესახებ (EOL).

Moens K et al. (2014) მოჰყავთ არსებული მტკიცებულებები, რომლებიც შეიცავს სიმპტომების სიხშირის ზოგად აღწერას სიცოცხლის დასრულების ბოლო თვეების/კვირის განმავლობაში (EOL). ამასთან, ავტორების მოსაზრებით, როდესაც ხდება კიბოს შორსწასული სტადიის მქონე

პაციენტების მიერ გამოცდილი სიმპტომების ინტერპრეტირება ან შედარება, საჭიროა შემდეგი მეთოდოლოგიური საკითხების განხილვა:

1. სიმპტომების და/ან სიმპტომების სიმძიმის შესაფასებლად გამოყენებული ინსტრუმენტების/მეთოდების განსხვავება.
2. სიმპტომების შეფასების განსხვავება დროში და დროთა განმავლობაში განმეორდა თუ არა შეფასებები.
3. მოსახლეობის შესწავლა კიბოს კონკრეტულ სახეებზე, ან კიბოთი დაავადებული ადამიანთა ნაკლებად კონკრეტული ჯგუფის შესწავლა.
4. პაციენტები იმყოფებიან ამბულატორიულ თუ სტაციონარულ გარემოში.
5. ხელმისაწვდომი იყო თუ არა პალიატიური მოვლის სპეციალიზებული მომსახურება.

Seow H et al. (2011) დააფიქსირეს კიბოს გავრცელებული ფორმებით ამბულატორიულ პაციენტებში სიმპტომების ერთ-ერთი უფრო დიდი და ყოვლისმომცველი შესწავლის შედეგები. გავრცელებული კიბოს მქონე ამბულატორიული პაციენტები შედიოდნენ კვლევაში, თუ მათ გარდაცვალებამდე 6 თვის განმავლობაში ჩაუტარდათ მინიმუმ ერთი შეფასება ედმონტონის სიმპტომების შეფასების სისტემით (Edmonton Symptom Assessment System -ESAS). ESAS წარმოადგენს ცხრა სიმპტომის (შფოთვა, მადის ნაკლებობა, დეპრესია, ძილიანობა, გულისრევა, ტკივილი, ქოშინი, დაღლილობა და კეთილდღეობა) სიმძიმის გაზომვას პაციენტის მიერ. Seow H et al. (2011) მიერ 10,752 პაციენტის ძირითადი სიმპტომების ინტენსიობის დროთა განმავლობაში ცვლილების ანალიზმა (და მოიცვა 56.759 შეფასება) გამოავლინა ორი შაბლონი:

1. ტკივილის, გულისრევის, შფოთვის და დეპრესიის საშუალო ქულა შედარებით სტაბილური დარჩა სიკვდილამდე 6 თვის განმავლობაში.
2. ქოშინი, ძილიანობა, კეთილდღეობა, მადის ნაკლებობა და დაღლილობა გაიზარდა დროთა განმავლობაში, განსაკუთრებით სიკვდილამდე ბოლო თვეში.

სიცოცხლის ბოლოს Hui D et al.-ის (2015) მიერ სიმპტომების პროსპექტულმა კვლევამ დაადგინა სიმპტომების პროფილი სიცოცხლის ბოლო კვირაში 203 კიბოთი დაავადებულ პაციენტთა შორის, რომლებიც გარდაიცვალნენ მწვავე პალიატიური დახმარების განყოფილებებში. პაციენტთა კომუნიკაცია შემცირდა 80%-დან 39%-მდე ცხოვრების ბოლო 7 დღის განმავლობაში. ESAS-ის მიხედვით გარდაცვალებამდე გაიზარდა ანორექსიის, ძილიანობის, დაღლილობის, ცუდი კეთილდღეობისა და დისპნოეს ინტენსივობა. ამის საპირისპიროდ, ESAS-

ის მიხედვით დეპრესია დროთა განმავლობაში შემცირდა. მყარი და სითხეების დისფაგია და შარდის შეუკავებლობა იმყოფებოდა მზარდ პროპორციაში პაციენტების სიცოცხლის ბოლო რამდენიმე დღის განმავლობაში. ნაკლებად ყველასათვის საერთო, მაგრამ თანაბრად შემაშფოთებელი სიმპტომები, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდეს სიცოცხლის ბოლო საათებში, არის სიკვდილისწინა ხრიალი და სისხლდენა.

Dong ST et al.-ს (2014) მონაცემებით, სიმპტომები ხშირად ჰქმნიან კლასტერს. სიმპტომების არსებობამ უნდა გამოიწვიოს სხვა სიმპტომების გათვალისწინება, რომ თავიდან იქნას აცილებული კლასერტში შემავალი სხვა სიმპტომების გაუარესება. მაგალითად, ობსერვაციული კვლევების სისტემატურმა მიმოხილვამ აჩვენა, რომ არსებობს სიმპტომების ოთხი საერთო კლასერტი:

1. შფოთვა-დეპრესია,
2. გულისრევა-ღებინება,
3. გულისრევა – მადის დაქვეითება,
4. დაღლილობა – დისპნოე – ძილი – ტკივილი.

ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტებს შესაძლოა განუვითარდეთ შემდეგი სისიმპტომები თუ ნიშნები: ბოდვა, დელირიუმი (Solano JP, Gomes B, Higginson IJ, 2006; Morita Tet al., 2001; Breitbart W, Gibson C, Tremblay A, 2002; Bruera E et al., 2009; Lawlor PG et al., 2000; Candy Bet al., 2012; Morita Tet al., 2005; Centeno C, Sanz A, Bruera E, 2004; Cowan JD, Palmer TW, 2002; Breitbart W, Tremblay A, Gibson C, 2002; Skrobik YK et al., 2004; Han CS, Kim YK, 2004; Callanan M, Kelley P, 1992), დაღლილობა (Toscani Fet al., 2005; Yennurajalingam S, Bruera E, 2007; Hui Det al., 2014; Minton O et al., 2010), დისპნოე (Bruera E et al., 2000; Ripamonti C, 1999; Bruera E et al., 2000; Hui D et al., 2013; Campbell ML, 2008; Ben-Aharon I et al., 2008; Hui Det al., 2013; Nava Set al., 2013; Maltoni M et al., 2012); ტკივილი (Toscani P et al., 2005; Conill C et al., 1997; Thorns A, Sykes N, 2000; Seow H et al., 2011; Thorns A, Sykes N, 2000; Bercovitch M, Waller A, Adunsky A, 1999; Sykes N, Thorns A, 2003; Bercovitch M, Adunsky A, 2004; Coyle Net al., 1990; Anderson SL, Shreve ST, 2004), ხველა (Schonwetter R Set al., 2006; Hui D et al., 2015; Homs J, Walsh D, Nelson KA, 2001; Wee Bet al., 2012; Homs J et al., 2002), ყაბზობა (Hui Det al., 2015; Conill Cet al., 1997), დისფაგია (Coyle N et al., 1990), სიკვდილისწინა ხრიალი (Hui D et al., 2014; Morita T et al., 1998; Kåss RM, Ellershaw J, 2003; Bennett MI, 1996; Wildiers H, Menten J, 2002; Wildiers H და Menten J, 2002; Lokker ME et al., 2014;

Likar R et al., 2002; Clark K et al., 2008; Likar R et al., 2008; Wildiers H et al., 2009; Wee B, Hillier R, 2008; Bennett M et al., 2002), მიოკლონიუსი(Morita T et al., 2005; Mercadante S, 1998; Mercadante S, 1998; Eisele JH Jr, Grigsby EJ, Dea G, 1992; Cherny N et al. 2001; Mercadante S, Villari P, Fulfaro F, 2001; Mercadante S, Villari P, Fulfaro F, 2001; Scullin P, Sheahan P, Sheila K, 2003; Zhang Cet al., 2005; Bruera E et al., 2005), ცხელება(Chiu TY, Hu WY, Chen CY, 2000; White PH et al., 2003; Clayton J et al., 2003; Reinbolt RE et al., 2005; Nakagawa S et al., 2010), კატასტროფული სისხლდენა(McGrath P, Leahy M, 2009; Harris DG et al., 2011; Harris DG, Noble SI, 2009; Harris DG et al., 2011).

დასკვნა:

ტერმინალურ სტადიაში პაციენტების ადვოკატობის მიზნით, აღნიშნული ასპექტების მნიშვნელობიდან და აქტუალობიდან გამომდინარე, დამატებით შესწავლასა და დაზუსტებას საჭიროებს შემდეგი საკითხები:

- ✓ ონკოლოგიურ პაციენტებში მკურნალობის შემდგომ პერიოდში რეციდივებისა და მეტასტაზების განვითარების დრო და ძირითადი გავრცელების ზონები (მეორადი ლოკალიზაციები);
- ✓ რეციდივების განვითარებისა და მეტასტაზების გავრცელების მოსალოდნელი ნიშნები და ადრეული დიაგნოსტიკის შესაძლებლობები;
- ✓ კიბოს ადგილობრივი, რეგიუნული და შორეული გავრცელების სიმპტომები და რისკები;
- ✓ კიბოს პირველადი ლოკალიზაციებისა და გავრცელების ხარისხის მიხედვით პაციენტების სიკვდილის მექანიზმები და მათი გარდაცვალების ძირითადი მიზეზები;
- ✓ სიცოცხლის ბოლო წლებში პაციენტების სიმპტომური სამკურნალო-დიაგნოსტიკური, პალიატიური მზრუნველობისა და ფსიქოლოგიური დახმარების საჭიროებები.

თავი 2

კვლევის მასალები და მეთოდები

2.1. საქართველოში კიბოთი ავადობისა და სიკვდილიანობის კვლევის მასალები და მეთოდები თბილისში და საქართველოს რეგიონებში კიბოს ინციდენტობის შესწავლის მიზნით გაანალიზებული იქნა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 5 წლის (2015-2019) მონაცემთა ელექტრონული ბაზა. გაანალიზებული იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) კიბოს პოპულაციურ რეგისტრის 2015-2019 წლების მონაცემთა ელექტრონული ბაზა კიბოს 52,178 რეგისტრირებული შემთხვევის შესახებ. შესწავლილი იქნა 5 წლის მონაცემები კიბოთი ავადობის შესახებ საქართველოში, თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველო თბილისის გარეშე), მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში კიბოს ლოკალიზაციებისა და პაციენტთა საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.

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

გამოანგარიშებული იქნა შემდეგი სტატისტიკური მაჩვენებლები:

1. ავადობისა და გარდაცვალების უხეში მაჩვენებელი (Crude Rate);
2. ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი (Age-Specific Rate);
3. ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR)
4. ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI ASR)
5. ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR]

6. ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI AAR)
7. სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR)
8. სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდების სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI SRR)
9. კუმულაციური რისკის მაჩვენებელი (Cumulative Risk-CR)
10. კუმულაციური რისკის (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI CR)

ავადობისა და სიკვდილიანობის ინდიკატორების კალკულაციის დროს გამოყენებული იქნა შემდეგი ფორმულები:

უხეში მაჩვენებელი (Crude rate- C)

უხეში (ინტენსიური) მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

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

სადაც

- R- არის რეგისტრირებული შემთხვევების (დაავადების, უუნარობის, გარდაცვალების) საერთო რაოდენობა,
- N- არის ადამიანი-წელის საერთო რაოდენობა,
- ri- არის i ასაკობრივ ჯგუფში რეგისტრირებული შემთხვევების (დაავადების, უუნარობის, გარდაცვალების) რაოდენობა,
- ni- არის i ასაკობრივ ჯგუფში ადამიანი-წელის რაოდენობა.
- i ასაკობრივი ჯგუფების საერთო რაოდენობა (A) ძირითადად შეადგენს 18 (A=18) შემდეგი ხუთწლიანი ინტერვალებით: 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85 და მეტი.

ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირე (Age-specific rate - ai)

ასაკისათვის სპეციფიკური სიხშირის მაჩვენებელი (ai) თითოეული ასაკობრივი ჯგუფისათვის (i) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$ai = (ri / ni) * 100,000$$

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი (Age-Standardized Rate - ASR)

ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$ASR = \frac{\sum_{Ai=1} a_i * w_i}{\sum_{Ai=1} w_i}$$

სადაც

a_i - არის ასაკისათვის სპეციფიური მაჩვენებელი,

w_i - არის i ასაკობრივი ჯგუფისათვის სტანდარტული (მსოფლიო სტანდარტი) პოპულაციის რაოდენობა.

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

95% CI ASR გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$95\% \text{ CI ASR} = ASR \pm 1.96 * SE (ASR)$$

სადაც

SE – სტანდარტული ცდომილება (Standard Error) - გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

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

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი [Age-Adjusted Rate- AAR]

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებელი (AAR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$AAR = \sum_{Ai=1} a_i * w_i$$

სადაც

a_i - არის i ასაკისათვის სპეციფიკური მაჩვენებელი,

w_i - არის სტანდარტული პოპულაციის i ასაკობრივი ჯგუფის ხვედრითი წონა.

ასაკით კორექტირებული მაჩვენებლის სარწმუნოების 95%-იანი ინტერვალი (95% CI AAR)

95% CI AAR გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$95\% \text{ CI AAR} = AAR \pm (1.96 * SE \text{ AAR})$$

სადაც

SE – სტანდარტული ცდომილება (Standard Error) - გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$SE \text{ AAR} = AAR / \sqrt{R}$$

სადაც

R არის შემთხვევების (ავადობის, გარდაცვალების) აბსოლუტური რაოდენობა.

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (Standardized Rate Ratio- SRR)

სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$SRR = ASR1 / ASR2$$

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

95% CI SRR გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$95\% \text{ CI SRR} = (ASR1 / ASR2)^{1 \pm 1.96 / \sqrt{\chi^2}}$$

სადაც

$$\chi = (ASR1 - ASR2) / \sqrt{(SE(ASR1)^2 + SE(ASR2)^2)}$$

კუმულაციური რისკი (Cumulative Risk- CR)

0-74 წლის პერიოდისათვის, კუმულაციური რისკის (CR0-74) მაჩვენებელი გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

$$CR(0-74) = 100 * [1 - \exp(-\text{Cum. Rate}(0-74) / 100)]$$

სადაც

Cum. Rate (0-74) არის კუმულაციური სიხშირე 0-74 წლის პერიოდისათვის და გამოთვლილი იქნა ფორმულით:

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

სადაც

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

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

კუმულაციური რისკის მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალის მაჩვენებლები,

კუმულაციური რისკის მაჩვენებლების ანალოგიურად გამოითვლება კუმულაციური სიხშირის

მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალის მაჩვენებლებიდან. კუმულაციური სიხშირის

მაჩვენებლის სარწმუნოობის 95%-იანი ინტერვალი (95% CI Cum. Rate) გამოთვლილი იქნა

ფორმულით:

$$95\% \text{ CI Cum. Rate} = \text{Cum. Rate} \pm (1.96 * SE \text{ Cum. Rate})$$

სადაც

$$SE \text{ Cum. Rate} = \sqrt{[\sum_{i=1}^{15} (a_i * t_i^2 / n_i) / 1000]} * 10$$

კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შეფასების მიზნით 2019-2021 წლებში ჩატარებული იქნა კვლევა. პირველ რიგში შესწავლილი იქნა საქსტატის მიერ რეგისტრირებული აბსოლუტური მაჩვენებლების მიხედვით საქართველოში (340,521 გარდაცვლილი მოქალაქე) და თბილისში (88,025 გარდაცვლილი მოქალაქე) ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეები და მათი დინამიკა 2014-2020 წლებში.

განალიზებული იქნა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (NCDC) მონაცემთა ელექტრონული ბაზა საქართველოში და თბილისში, შესაბამისად, 2014-2021 წლებში კიბოს დიაგნოზით პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა და გარდაცვალების შესახებ.

2019 წელს, ანუ COVID-19 პანდემიამდე ბოლო წელს, როგორც საქართველოში, ისევე თბილისში, სხვა წლებთან შედარებით აღინიშნა ყველაზე სრულყოფილი რეგისტრაციული მონაცემები: ყველა და კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა და კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა შესახებ.

საქართველოში კიბოთი ავადობისა და სიკვდილიანობის დესკრიპტული კვლევის შედეგები იხ. მე-3 თავში.

2.2. კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასება

2.2.1. რეტროსპექტული კვლევის სამიზნე ჯგუფები და მეთოდები

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით ჩატარებული იქნა რეტროსპექტული და პროსპექტული ეპიდემიოლოგიური კვლევები.

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით პირველ ეტაპზე ჩატარებული იქნა რეტროსპექტული კვლევა.

შესწავლილი იქნა სს "უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის" პალიატიურ კლინიკაში 2019 წელს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების ავადმყოფობის ისტორიები.

სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის საშუალებით (იხ. დანართი 1).

რეტროსპექტულად მოპოვებული იქნა ინფორმაცია ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 150 ონკოლოგიური (შესასწავლი ჯგუფი) და 150 ნევროლოგიური (საკონტროლო ჯგუფი) პაციენტის შესახებ. კითხვარის საშუალებით რეტროსპექტულად მოპოვებული მონაცემების საშუალებით შეიქმნა მონაცემთა ელექტრონული ბაზა.

dBase დამუშავებული იქნა პროგრამული პაკეტის SPSS-ის საშუალებით.

ანალიზური ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგები იხ. მე-4 თავში.

2.2.2. პროსპექტული კვლევის სამიზნე ჯგუფები და მეთოდები

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით მე-2 ეტაპზე ჩატარებული იქნა პროსპექტული კვლევა.

აკად. ზ. კახიანის სახელობის კლინიკა რედში (2021) სიცოცხლის ტერმინალურ სტადიაში მყოფი ონკოლოგიური (ძირითადი საკვლევი ჯგუფი- 50 პაციენტი) და ცირკულატორულ-ნევროლოგიური (საკონტროლო ჯგუფი, გადატანილი ცერებრო-ვასკულარული ინსულტის გამო, ძირითადად კომატოზურ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები, სიმსივნური ინტოქსიკაციის გარეშე-44 პაციენტი) 94 პაციენტის სიცოცხლის ბოლო დღეების აქტიური Follow-up კვლევა. ტერმინალური პაციენტების მონიტორინგისას, თითოეულ პაციენტზე სასიცოცხლო მაჩვენებლების რეგისტრაცია განხორციელდა ცვლადების რეგისტრაციით სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის გამოყენებით (იხ. დანართი 2).

კითხვარის საშუალებით პროსპექტულად მოპოვებული მონაცემების საშუალებით შეიქმნა მონაცემთა ელექტრონული ბაზა. dBase დამუშავებული იქნა პროგრამული პაკეტის SPSS-ის საშუალებით. ანალიზური ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგები იხ. მე-5 თავში.

თავი 3

კიბოს ინციდენტობა და მისი მიზეზით სიკვდილიანობა

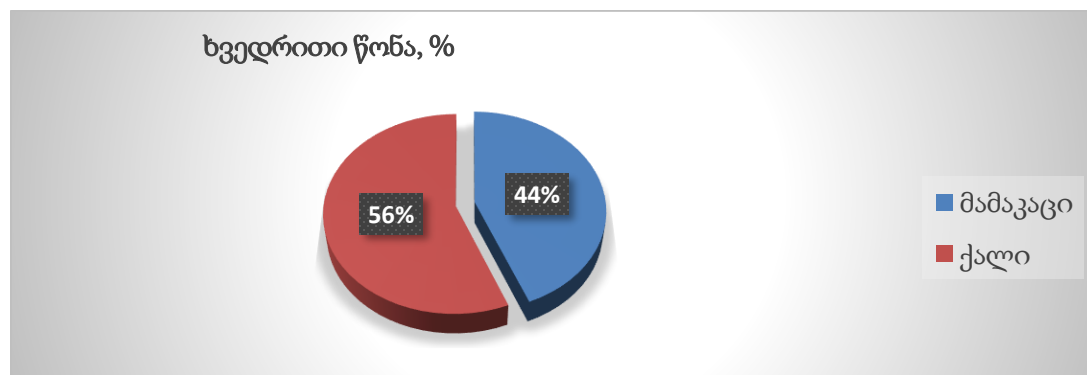
თბილისში და საქართველოს რეგიონებში

3.1. კიბოს ინციდენტობა თბილისში და საქართველოს რეგიონებში 2015-2019 წლებში

თბილისში და საქართველოს რეგიონებში კიბოს ინციდენტობის შესწავლის მიზნით გაანალიზებული იქნა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 5 წლის (2015-2019) მონაცემთა ელექტრონული ბაზა.

შესწავლილი იქნა 5 წლის (2015-2019) მონაცემები კიბოთი ავადობის შესახებ საქართველოში, თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველო თბილისის გარეშე), მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით.

დიაგრამა 1. საქართველოში კიბოს ინციდენტობის ხვედრითი წონა (%) სქესის მიხედვით 2015-2019 წლებში



წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში რეგისტრირებული იქნა კიბოს 52,178 შემთხვევა, მათ შორის 29,303 (56%) შემთხვევა ქალებში და 22,875 (44%) - მამაკაცებში (დიაგრამა 1).

ცხრილი 1. საქართველოში კიბოს ინციდენტობა სქესის მიხედვით 2015-2019 წლებში

Events in exposed group (Females): 29303 (1.53%)

Non-events in exposed group (Females): 1914750 (98.47%)

Events in the control group (Males): 22875 (1.31%)

Non-events in the control group (Males): 1750709 (98.69%)

Confidence level 95%

Results	
Odds Ratio (Exp/Control)	1.17
95% Confidence Interval	[1.15 , 1.19]
95% Left-Sided Interval	[1.15 , +∞]
95% Right-Sided Interval	[-∞ , 1.19]
Chi2 (Mantel-Haenszel)	317.2
Z-score	17.8
P-value	< 0.001

როგორც ამას 1-ლი ცხრილის მონაცემები ადასტურებს, საქართველოში ქალები უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები (Z=17,8; P<0,001).

3.1.1. თბილისისა და საქართველოს რეგიონების მამაკაცთა მოსახლეობაში
კიბოს ინციდენტობა 2015-2019 წლებში

მე-2 ცხრილში მოცემულია მონაცემები, საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის შესახებ, კერძოდ კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში (100,000 მამაკაცზე) მაჩვენებლები.

ცხრილი 2. საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

#	ტოპოგრაფია	ICD-10	აბსოლუტური რაოდენობა	უხეში მაჩვენებელი 100,000 მამაკაცზე
1	ფილტვი	C34.0-34.9	3446	38,8
2	პროსტატა	C61.9	2745	30,9
3	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	2065	23,3

4	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	2054	23,1
5	კანი	C44.0-44.9	2055	23,2
6	ხორხი	C32.0-C33.9	1323	14,9
7	სისხლი და ძვლის ტვინი	C42.0-42.4	1121	12,6
8	კუჭი	C16.0-C16.9	1266	14,3
9	თირკმელი	C64.9-65.9	894	10,1
10	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	679	7,6
11	ლიმფური სისტემა	C77.0-77.9	637	7,2
12	თავის ტვინი	C71.0-71.9	543	6,1
13	ღვიძლი	C22.0-22.1	614	6,9
14	სათესლე ჯირკვალი	C62.0-C63.2	392	4,4
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	436	4,9
16	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9	332	3,7
17	ყბა-სახე	C0.0-9.9	280	3,2
18	შემაერთებელი ქსოვილი	C49.0-49.9	201	2,3
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	164	1,8
20	საყლაპავი	C15.0-C15.9	192	2,2
21	ნაღვლის ბუშტი	C23.9-24.9	146	1,6
22	ძუძუ	C50.0-50.9	132	1,5
23	ასო	C60.0-C60.9; C63.8- C63.9	126	1,4
24	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	97	1,1
25	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	91	1,0
26	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0- C26.9	79	0,9
27	თვალი	C69.0-69.9	63	0,7
28	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C70.0-70.9; C72.0-72.9	58	0,7
29	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	44	0,5

30	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	33	0,4
31	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	567	6,4
სულ ყველა ლოკალიზაცია			22,875	257,7

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში საქართველოში რეგისტრირებული იქნა მამაკაცთა კიბოთი დაავადების 22,875 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 258.

ცხრილი 3. საქართველოში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით

სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	ASR	95% CI ASR	
1	ფილტვი	C34.0-34.9	27,3	26,4	28,2
2	პროსტატა	C61.9	20,4	19,6	21,1
3	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	16,0	15,3	16,7
4	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	15,8	15,1	16,5
5	კანი	C44.0-44.9	14,8	14,1	15,4
6	ხორხი	C32.0-C33.9	10,7	10,1	11,3
7	სისხლი და ძვლის ტვინი	C42.0-42.4	10,1	9,5	10,7
8	კუჭი	C16.0-C16.9	9,7	9,1	10,3
9	თირკმელი	C64.9-65.9	7,5	7,0	8,0
10	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	6,5	6,0	7,0
11	ლიმფური სისტემა	C77.0-77.9	5,8	5,3	6,3
12	თავის ტვინი	C71.0-71.9	5,0	4,5	5,4
13	ღვიძლი	C22.0-22.1	5,0	4,6	5,4
14	სათესლე ჯირკვალი	C62.0-C63.2	3,9	3,5	4,3
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	3,5	3,2	3,8
16	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9	2,7	2,4	3,0
17	ყბა-სახე	C0.0-9.9	2,2	1,9	2,5

18	შემართებული ქსოვილი	C49.0-49.9	1,7	1,5	2,0
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	1,6	1,3	1,8
20	საყლაპავი	C15.0-C15.9	1,5	1,3	1,7
21	ნაღვლის ბუშტი	C23.9-24.9	1,1	0,9	1,3
22	ძუძუ	C50.0-50.9	1,0	0,8	1,2
23	ასო	C60.0-C60.9; C63.8- C63.9	1,0	0,8	1,2
24	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	0,8	0,6	1,0
25	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	0,8	0,6	0,9
26	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0- C26.9	0,6	0,5	0,7
27	თვალი	C69.0-69.9	0,6	0,4	0,7
28	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C70.0-70.9; C72.0-72.9	0,6	0,4	0,7
29	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0,5	0,3	0,6
30	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	0,2	0,2	0,3
31	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	4,4	4,0	4,8
სულ ყველა ლოკალიზაცია			183,3	180,8	185,7

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 183 (ცხრილი 3).

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=27,3; 95% CI ASR= 26,4-28,2), მეორე - პროსტატის (ASR=20,4; 95% CI ASR= 19,6-21,1), მესამე- შარდის ბუშტის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 15,3-16,7), მეოთხე - კოლორექტუმის (ASR=15,8; 95% CI ASR= 15,1-16,5), მეხუთე- კანის კიბოს (ASR=14,8; 95% CI ASR= 14,1-15,4).

ცხრილი 4. საქართველოში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	AAR	95% CI AAR	
1	ფილტვი	C34.0-34.9	38,8	37,9	39,8
2	პროსტატა	C61.9	30,9	30,1	31,7
3	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	23,3	22,5	24,0
4	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	23,1	22,4	23,8
5	კანი	C44.0-44.9	23,2	22,5	23,8
6	ხორხი	C32.0-C33.9	14,9	14,3	15,5
7	სისხლი და ძვლის ტვინი	C42.0-42.4	12,6	12,0	13,3
8	კუჭი	C16.0-C16.9	14,3	13,7	14,8
9	თირკმელი	C64.9-65.9	10,1	9,6	10,6
10	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	7,6	7,1	8,1
11	ლიმფური სისტემა	C77.0-77.9	7,2	6,7	7,6
12	თავის ტვინი	C71.0-71.9	6,1	5,7	6,6
13	ღვიძლი	C22.0-22.1	6,9	6,5	7,3
14	სათესლე ჯირკვალი	C62.0-C63.2	4,4	4,0	4,8
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	4,9	4,6	5,2
16	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9	3,7	3,4	4,0
17	ყბა-სახე	C0.0-9.9	3,2	2,9	3,4
18	შემავრთებელი ქსოვილი	C49.0-49.9	2,3	2,0	2,5
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	1,8	1,6	2,1
20	საყლაპავი	C15.0-C15.9	2,2	1,9	2,4
21	ნაღვლის ბუშტი	C23.9-24.9	1,6	1,5	1,8
22	ძუძუ	C50.0-50.9	1,5	1,3	1,7
23	ასო	C60.0-C60.9; C63.8- C63.9	1,4	1,2	1,6
24	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	1,1	0,9	1,3
25	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	1,0	0,9	1,2

26	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0-C26.9	0,9	0,8	1,0
27	თვალი	C69.0-69.9	0,7	0,6	0,9
28	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C70.0-70.9; C72.0-72.9	0,7	0,5	0,8
29	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0,5	0,3	0,6
30	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	0,4	0,3	0,5
31	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	6,4	6,0	6,8
სულ ყველა ლოკალიზაცია			257,7	255,2	260,2

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 258 (ცხრილი 4).

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (AAR=38,8; 95% CI AAR= 37,9-39,8), მეორე - პროსტატის (AAR=30,9; 95% CI AAR= 30,1-31,7), მესამე- შარდის ბუშტის (ASR=23,3; 95% CI ASR= 22,5-24,0), მეოთხე - კანის (AAR=23,2; 95% CI AAR= 22,5-23,8), მეხუთე- კოლორექტუმის კიბოს (AAR=23,1; 95% CI AAR= 22,4-23,8).

AAR მაჩვენებლებით ძალზე მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის, კოლორექტუმისა და კანის კიბოს გავრცელების სიხშირებს შორის საქართველოს მამაკაცთა პოპულაციაში. ამასთან ერთად ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით მე-4 და მე-5 სარანგო ადგილებს ცვლიან კოლორექტუმისა და კანის კიბოს ინციდენტობები.

ცხრილი 5. საქართველოში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში

#	ლოკალიზაცია	CR ₆₄	95% CI CR ₆₄		CR ₇₄	95% CI CR ₇₄	
1	ფილტვი	1,8	1,7	1,9	3,5	3,4	3,7
2	პროსტატა	0,8	0,7	0,8	2,8	2,7	3,0
3	შარდის ბუშტი	0,9	0,9	1,0	2,0	1,9	2,1
4	კოლორექტუმი	0,9	0,8	1,0	2,0	1,9	2,1

5	კანი	0,6	0,6	0,7	1,6	1,5	1,7
6	ხორხი	0,8	0,7	0,8	1,4	1,3	1,5
7	სისხლი და ძვლის ტვინი	0,6	0,6	0,7	1,0	1,0	1,1
8	კუჭი	0,6	0,5	0,6	1,2	1,2	1,3
9	თირკმელი	0,5	0,5	0,6	0,9	0,9	1,0
10	ფარისებრი ჯირკვალი	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7
11	ლიმფური სისტემა	0,4	0,4	0,4	0,6	0,6	0,7
12	თავის ტვინი	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6
13	ღვიძლი	0,4	0,3	0,4	0,6	0,6	0,7
14	სათესლე ჯირკვალი	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
15	პანკრეასი	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,5
16	ცხვირ-ხახა	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4
17	ყბა-სახე	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3
18	შემაერთებული ქსოვილი	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
20	საყლაპავი	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
21	ნაღვლის ბუშტი	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
22	ძუძუ	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
23	ასო	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
24	რეტროპერიტონეუმი	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
25	გულ-მკერდი	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
26	წვრილი ნაწლავი	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
27	თვალი	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
28	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
29	ენდოკრინული სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
30	საშარდე სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
31	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	0,3	0,2	0,3	0,6	0,5	0,6

სულ ყველა ლოკალიზაცია	10,5	10,3	10,7	20,0	19,7	20,4
-----------------------	------	------	------	------	------	------

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 10,5 (95% CI CR₆₄= 10,3-10,7), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იზრდება და შეადგენს 20,0 (95% CI CR₇₄= 19,7-20,4).

2015-2019 წლებში საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR₆₄=1,8; 95% CI CR₆₄= 1,7-1,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იმატებს (CR₇₄=3,5; 95% CI CR₇₄= 3,4-3,7).

ცხრილი 6. თბილისში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	აბსოლუტური რაოდენობა	უხეში მაჩვენებელი 100,000 მამაკაცზე
1	ფილტვი	C34.0-34.9	1071	42,6
2	პროსტატა	C61.9	1038	41,3
3	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	769	30,6
4	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	731	29,1
5	კანი	C44.0-44.9	570	22,7
6	სისხლი და ძვლის ტვინი	C42.0-42.4	388	15,4
7	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	316	12,6
8	ხორხი	C32.0-C33.9	337	13,4
9	თირკმელი	C64.9-65.9	321	12,8
10	კუჭი	C16.0-C16.9	335	13,3
11	ღვიძლი	C22.0-22.1	261	10,4
12	ლიმფური სისტემა	C77.0-77.9	228	9,1
13	თავის ტვინი	C71.0-71.9	167	6,6

14	სათესლე ჯირკვალი	C62.0-C63.2	152	6,0
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	135	5,4
16	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9	97	3,9
17	შემაერთებელი ქსოვილი	C49.0-49.9	74	2,9
18	ყბა-სახე	C0.0-9.9	67	2,7
19	საყლაპავი	C15.0-C15.9	64	2,5
20	ძუძუ	C50.0-50.9	62	2,5
21	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	48	1,9
22	ნადვლის ბუშტი	C23.9-24.9	44	1,7
23	ასო	C60.0-C60.9; C63.8-C63.9	39	1,6
24	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	35	1,4
25	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	34	1,4
26	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0-C26.9	31	1,2
27	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C70.0-70.9; C72.0-72.9	22	0,9
28	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	11	0,4
29	თვალი	C69.0-69.9	12	0,5
30	საშარდე სისტემა	C66.9; C68.0-68.9	10	0,4
31	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	181	7,2
სულ ყველა ლოკალიზაცია			7,597	302,1

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში თბილისში რეგისტრირებული იქნა მამაკაცთა კიბოთი დაავადების 7,595 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 302 (ცხრილი 6).

ცხრილი 7. თბილისში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით

სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	ASR	95% CI ASR	
1	ფილტვი	C34.0-34.9	34,1	32,1	36,2
2	პროსტატა	C61.9	32,5	30,5	34,6
3	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	24,1	22,3	25,8
4	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	22,7	21,0	24,4
5	კანი	C44.0-44.9	17,3	15,9	18,8
6	სისხლი და ძვლის ტვინი	C42.0-42.4	13,4	12,0	14,8
7	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	11,0	9,8	12,2
8	ხორხი	C32.0-C33.9	10,9	9,7	12,1
9	თირკმელი	C64.9-65.9	10,6	9,4	11,7
10	კუჭი	C16.0-C16.9	10,4	9,2	11,5
11	ღვიძლი	C22.0-22.1	8,4	7,4	9,5
12	ლიმფური სისტემა	C77.0-77.9	7,9	6,9	9,0
13	თავის ტვინი	C71.0-71.9	5,7	4,8	6,6
14	სათესლე ჯირკვალი	C62.0-C63.2	5,3	4,4	6,1
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	4,4	3,6	5,1
16	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9	3,2	2,5	3,8
17	შემაერთებული ქსოვილი	C49.0-49.9	2,4	1,8	3,0
18	ყბა-სახე	C0.0-9.9	2,2	1,7	2,8
19	საყლაპავი	C15.0-C15.9	2,1	1,6	2,6
20	ძუძუ	C50.0-50.9	1,9	1,4	2,4
21	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	1,7	1,2	2,2
22	ნაღვლის ბუშტი	C23.9-24.9	1,4	1,0	1,9
23	ასო	C60.0-C60.9; C63.8-C63.9	1,3	0,9	1,7

24	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	1,2	0,8	1,6
25	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	1,1	0,7	1,5
26	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0- C26.9	0,9	0,6	1,3
27	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C70.0- 70.9; C72.0-72.9	0,7	0,4	1,1
28	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0,4	0,2	0,7
29	თვალი	C69.0-69.9	0,4	0,2	0,6
30	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	0,3	0,1	0,5
31	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	5,7	4,9	6,6
სულ ყველა ლოკალიზაცია			243,9	238,3	249,5

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 244 (ცხრილი 7).

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=34,1; 95% CI ASR= 32,1-36,2), მეორე - პროსტატის (ASR=32,5; 95% CI ASR= 30,5-34,6), მესამე- კოლორექტუმის (ASR=24,1; 95% CI ASR= 22,3-25,8), მეოთხე - შარდის ბუშტის (ASR=22,7; 95% CI ASR= 21,0-24,4), მეხუთე- კანის კიბოს (ASR=17,3; 95% CI ASR= 15,9-18,8).

ცხრილი 8. თბილისში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	AAR	95% CI AAR	
1	ფილტვი	C34.0-34.9	34,1	32,1	36,2
2	პროსტატა	C61.9	32,5	30,5	34,6
3	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	24,1	22,3	25,8
4	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	22,7	21,0	24,4
5	კანი	C44.0-44.9	17,3	15,9	18,8

6	სისხლი და ძვლის ტვინი	C42.0-42.4	13,4	12,0	14,8
7	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	11,0	9,8	12,2
8	ხორხი	C32.0-C33.9	10,9	9,7	12,1
9	თირკმელი	C64.9-65.9	10,6	9,4	11,7
10	კუჭი	C16.0-C16.9	10,4	9,2	11,5
11	ღვიძლი	C22.0-22.1	8,4	7,4	9,5
12	ლიმფური სისტემა	C77.0-77.9	7,9	6,9	9,0
13	თავის ტვინი	C71.0-71.9	5,7	4,8	6,6
14	სათესლე ჯირკვალი	C62.0-C63.2	5,3	4,4	6,1
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	4,4	3,6	5,1
16	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9	3,2	2,5	3,8
17	შემაერთებელი ქსოვილი	C49.0-49.9	2,4	1,8	3,0
18	ყბა-სახე	C0.0-9.9	2,2	1,7	2,8
19	საყლაპავი	C15.0-C15.9	2,1	1,6	2,6
20	ბუბუ	C50.0-50.9	1,9	1,4	2,4
21	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	1,7	1,2	2,2
22	ნაღვლის ბუშტი	C23.9-24.9	1,4	1,0	1,9
23	ასო	C60.0-C60.9; C63.8- C63.9	1,3	0,9	1,7
24	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	1,2	0,8	1,6
25	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	1,1	0,7	1,5
26	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0- C26.9	0,9	0,6	1,3
27	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C70.0-70.9; C72.0-72.9	0,7	0,4	1,1
28	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0,4	0,2	0,7
29	თვალი	C69.0-69.9	0,4	0,2	0,6
30	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	0,3	0,1	0,5

31	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	5,7	4,9	6,6
სულ ყველა ლოკალიზაცია			243,9	238,3	249,5

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 244 (ცხრილი 8).

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (AAR=34,1; 95% CI AAR= 32,5-36,2), მეორე - პროსტატის (AAR=32,5; 95% CI AAR= 30,5-34,6), მესამე- კოლორექტუმის (ASR=24,1; 95% CI ASR= 22,3-25,8), მეოთხე - შარდის ბუშტის (AAR=22,7; 95% CI AAR= 21,0-24,4), მეხუთე- კანის კიბოს (AAR=17,3; 95% CI AAR=15,9-18,8).

ცხრილი 9. თბილისში მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში

#	ლოკალიზაცია	CR ₆₄	95% CI CR ₆₄		CR ₇₄	95% CI CR ₇₄	
1	ფილტვი	2,2	2,0	2,3	4,4	4,1	4,7
2	პროსტატა	1,1	1,0	1,3	4,6	4,2	4,9
3	კოლორექტუმი	1,2	1,0	1,3	3,0	2,8	3,3
4	შარდის ბუშტი	1,3	1,1	1,4	2,7	2,5	3,0
5	კანი	0,7	0,6	0,8	1,8	1,6	2,1
6	სისხლი და ძვლის ტვინი	0,8	0,7	0,9	1,4	1,3	1,6
7	ფარისებრი ჯირკვალი	0,8	0,7	0,9	1,0	0,9	1,2
8	ხორხი	0,8	0,7	0,9	1,4	1,2	1,6
9	თირკმელი	0,7	0,6	0,8	1,3	1,2	1,5
10	კუჭი	0,6	0,5	0,6	1,3	1,2	1,5
11	ღვიძლი	0,6	0,5	0,7	1,1	0,9	1,2
12	ლიმფური სისტემა	0,5	0,4	0,6	0,8	0,7	1,0
13	თავის ტვინი	0,4	0,3	0,5	0,6	0,5	0,7
14	სათესლე ჯირკვალი	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,5

15	პანკრეასი	0,2	0,2	0,3	0,6	0,5	0,7
16	ცხვირ-ხახა	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,5
17	შემაერთებელი ქსოვილები	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3
18	ყბა-სახე	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,4
19	საყლაპავი	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3
20	ძუძუ	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3
21	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
22	ნაღვლის ბუშტი	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3
23	ასო	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
24	რეტროპერიტონეუმი	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
25	გულ-მკერდი	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
26	წვრილი ნაწლავი	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
27	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
28	ენდოკრინული სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
29	თვალი	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
30	საშარდე სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
31	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	0,4	0,3	0,4	0,7	0,6	0,8
სულ ყველა ლოკალიზაცია		13,0	12,5	13,4	25,8	25,0	26,7

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში თბილისში მამაკაცთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 13,0 (95% CI CR₆₄= 12,5-13,4), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იზრდება და შეადგენს 25,8 (95% CI CR₇₄= 25,0-26,7).

2015-2019 წლებში თბილისში მამაკაცთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს

(CR₆₄=2,2; 95% CI CR₆₄=2,0-2,3), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ორჯერ იმატებს (CR₇₄=4,4; 95% CI CR₇₄= 4,1-4,7).

კუმულაციური რისკის მაჩვენებლების მიხედვით თბილისში მამაკაცთა 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის (CR₆₄=1,3), კოლორექტუმის (CR₆₄=1,2) და პროსტატის (CR₆₄=1,1) კიბოთი დაავადების კუმულაციურ რისკებს შორის. ამავე დროს, 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში უკვე პროსტატის კიბოს კუმულაციური რისკი იზრდება 4-ჯერ (CR₇₄=4,6; 95% CI CR₇₄=4,2-4,9) და აღნიშნული ლოკალიზაციების კიბოს გარდა ასევე აჭარბებს ფილტვის კიბოს განვითარების რისკს (CR₇₄=4,4; 95% CI CR₇₄= 4,1-4,7).

ცხრილი 10. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	აბსოლუტური რაოდენობა	უხეში მაჩვენებელი 100,000 მამაკაცზე
1	ფილტვი	C34.0-34.9	2375	37,4
2	პროსტატა	C61.9	1707	26,9
3	კანი	C44.0-44.9	1485	23,4
4	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	1334	21,0
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	1285	20,2
6	ხორხი	C32.0-C33.9	986	15,5
7	კუჭი	C16.0-C16.9	931	14,7
8	სისხლი და ძვლის ტვინი	C42.0-42.4	733	11,5
9	თირკმელი	C64.9-65.9	573	9,0
10	ლიმფური სისტემა	C77.0-77.9	409	6,4
11	თავის ტვინი	C71.0-71.9	376	5,9
12	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	363	5,7
13	ღვიძლი	C22.0-22.1	353	5,6
14	სათესლე ჯირკვალი	C62.0-C63.2	240	3,8
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	301	4,7

16	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9	235	3,7
17	ყბა-სახე	C0.0-9.9	213	3,4
18	შემაერთებელი ქსოვილი	C49.0-49.9	127	2,0
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	116	1,8
20	საყლაპავი	C15.0-C15.9	128	2,0
21	ნაღვლის ბუშტი	C23.9-24.9	102	1,6
22	ასო	C60.0-C60.9; C63.8-C63.9	87	1,4
23	ძუძუ	C50.0-50.9	70	1,1
24	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	62	1,0
25	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	57	0,9
26	თვალი	C69.0-69.9	51	0,8
27	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	33	0,5
28	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0-C26.9	48	0,8
29	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C70.0-70.9; C72.0-72.9	36	0,6
30	საშარდე სისტემა	C66.9; C68.0-68.9	23	0,4
31	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	386	6,1
სულ ყველა ლოკალიზაცია			15,225	240,5

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა)

რეგისტრირებული იქნა მამაკაცთა კიბოთი დაავადების 15,225 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოს რეგიონებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 240 (ცხრილი 10).

ცხრილი 11. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	ASR	95% CI ASR	
1	ფილტვი	C34.0-34.9	25,6	24,5	26,7
2	პროსტატა	C61.9	16,8	16,0	17,7
3	კანი	C44.0-44.9	14,3	13,5	15,1
4	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	14,1	13,3	14,9
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	13,5	12,7	14,2
6	ხორხი	C32.0-C33.9	10,8	10,1	11,5
7	კუჭი	C16.0-C16.9	9,7	9,1	10,4
8	სისხლი და ძვლის ტვინი	C42.0-42.4	9,1	8,3	9,8
9	თირკმელი	C64.9-65.9	6,6	6,1	7,2
10	ლიმფური სისტემა	C77.0-77.9	5,1	4,6	5,6
11	თავის ტვინი	C71.0-71.9	4,8	4,3	5,3
12	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	4,8	4,3	5,3
13	ღვიძლი	C22.0-22.1	3,9	3,4	4,3
14	სათესლე ჯირკვალი	C62.0-C63.2	3,3	2,9	3,8
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	3,3	2,9	3,7
16	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9	2,6	2,3	2,9
17	ყბა-სახე	C00.0-9.9	2,2	1,9	2,5
18	შემაერთებელი ქსოვილი	C49.0-49.9	1,5	1,3	1,8
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	1,5	1,2	1,8
20	საყლაპავი	C15.0-C15.9	1,4	1,1	1,6
21	ნაღვლის ბუშტი	C23.9-24.9	1,1	0,8	1,3
22	ასო	C60.0-C60.9; C63.8-C63.9	0,9	0,7	1,1
23	ძუძუ	C50.0-50.9	0,7	0,5	0,9

24	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	0,7	0,5	0,9
25	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	0,7	0,5	0,9
26	თვალი	C69.0-69.9	0,7	0,5	0,9
27	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0,5	0,3	0,7
28	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0- C26.9	0,5	0,4	0,7
29	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C70.0- 70.9; C72.0-72.9	0,5	0,3	0,7
30	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	0,2	0,1	0,3
31	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	4,1	3,6	4,5
სულ ყველა ლოკალიზაცია			166,1	163,3	168,9

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 166 (ცხრილი 11).

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=25,6; 95% CI ASR= 24,5-26,7), მეორე - პროსტატის (ASR=16,8; 95% CI ASR=16,0-17,7), მესამე- კანის (ASR=14,3; 95% CI ASR= 13,5-15,1), მეოთხე - შარდის ბუშტის კოლორექტუმის (ASR=14,1; 95% CI ASR= 13,3-14,9), მეხუთე- კოლორექტუმის კიბოს (ASR=13,5; 95% CI ASR= 12,7-14,2).

ცხრილი 12. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	AAR	95% CI AAR	
1	ფილტვი	C34.0-34.9	37,4	36,3	38,4
2	პროსტატა	C61.9	26,9	26,0	27,7
3	კანი	C44.0-44.9	23,4	22,6	24,1

4	შარდის ბუმტი	C67.0-67.9	21,0	20,2	21,8
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	20,2	19,5	21,0
6	ხორხი	C32.0-C33.9	15,5	14,8	16,2
7	კუჭი	C16.0-C16.9	14,7	14,0	15,3
8	სისხლი და ძვლის ტვინი	C42.0-42.4	11,5	10,8	12,2
9	თირკმელი	C64.9-65.9	9,0	8,5	9,6
10	ლიმფური სისტემა	C77.0-77.9	6,4	5,9	7,0
11	თავის ტვინი	C71.0-71.9	5,9	5,4	6,4
12	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	5,7	5,2	6,2
13	ღვიძლი	C22.0-22.1	5,6	5,1	6,0
14	სათესლე ჯირკვალი	C62.0-C63.2	3,8	3,3	4,2
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	4,7	4,4	5,1
16	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9	3,7	3,4	4,0
17	ყბა-სახე	C0.0-9.9	3,4	3,0	3,7
18	შემაერთებელი ქსოვილი	C49.0-49.9	2,0	1,7	2,3
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	1,8	1,5	2,1
20	საყლაპავი	C15.0-C15.9	2,0	1,8	2,3
21	ნაღვლის ბუმტი	C23.9-24.9	1,6	1,4	1,8
22	ასო	C60.0-C60.9; C63.8-C63.9	1,4	1,2	1,6
23	ძუძუ	C50.0-50.9	1,1	0,9	1,3
24	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	1,0	0,8	1,2
25	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	0,9	0,7	1,1
26	თვალი	C69.0-69.9	0,8	0,6	1,0
27	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0,5	0,3	0,7
28	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0-C26.9	0,8	0,6	0,9

29	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C70.0-70.9; C72.0-72.9	0,6	0,4	0,7
30	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	0,4	0,3	0,5
31	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	6,1	5,7	6,5
სულ ყველა ლოკალიზაცია			240,5	237,7	243,2

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 240 (ცხრილი 12).

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (AAR=37,4; 95% CI AAR=36,3-38,4), მეორე - პროსტატის (AAR=26,9; 95% CI AAR=26,0-27,7), მესამე- კანის (ASR=23,4; 95% CI ASR= 22,6-24,1), მეოთხე - შარდის ბუშტის (AAR=21,0; 95% CI AAR= 20,2-21,8), მეხუთე- კოლორექტუმის კიბოს (AAR=20,2; 95% CI AAR=19,5-21,0).

ცხრილი 13. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში

#	ლოკალიზაცია	CR ₆₄	95% CI CR ₆₄		CR ₇₄	95% CI CR ₇₄	
1	ფილტვი	1,7	1,6	1,8	3,3	3,1	3,4
2	პროსტატა	0,6	0,6	0,7	2,3	2,2	2,4
3	კანი	0,6	0,6	0,7	1,6	1,4	1,7
4	შარდის ბუშტი	0,8	0,7	0,9	1,7	1,6	1,9
5	კოლორექტუმი	0,8	0,7	0,9	1,7	1,6	1,8
6	ხორხი	0,8	0,7	0,8	1,4	1,3	1,5
7	კუჭი	0,6	0,5	0,6	1,2	1,1	1,3
8	სისხლი და ძვლის ტვინი	0,6	0,5	0,6	0,9	0,8	1,0
9	თირკმელი	0,5	0,4	0,5	0,8	0,7	0,9

10	ლიმფური სისტემა	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6
11	თავის ტვინი	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4	0,5
12	ფარისებრი ჯირკვალი	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5
13	ღვიძლი	0,3	0,3	0,3	0,5	0,4	0,5
14	სათესლე ჯირკვალი	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3
15	პანკრეასი	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,5
16	ცხვირ-ხახა	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4
17	ყბა-სახე	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3
18	შემაერთებელი ქსოვილი	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
20	საყლაპავი	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
21	ნაღვლის ბუშტი	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
22	ასო	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
23	ძუძუ	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
24	რეტროპერიტონეუმი	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
25	გულ-მკერდი	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
26	თვალი	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
27	ენდოკრინული სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
28	წვრილი ნაწლავი	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
29	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
30	საშარდე სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
31	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	0,2	0,2	0,3	0,5	0,4	0,6
სულ ყველა ლოკალიზაცია		9,7	9,5	9,9	18,2	17,9	18,6

წყარო: კვლევის შედეგები

მე-13 ცხრილის მონაცემების მიხედვით, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში

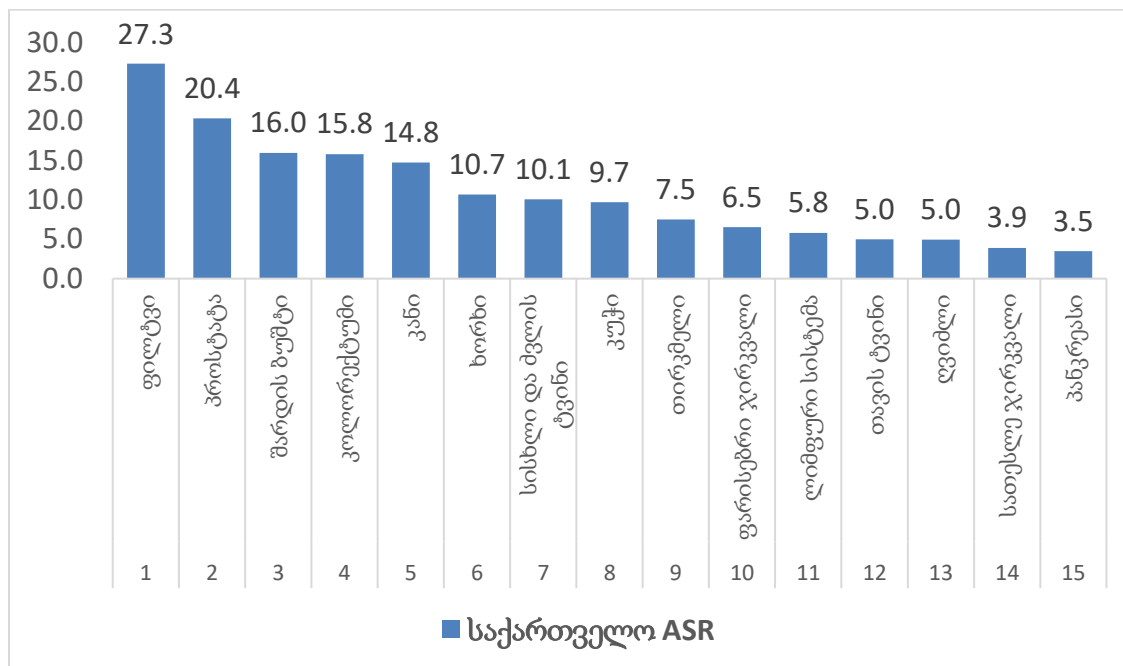
(საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65

წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 9,7 (95% CI CR₆₄=9,5-9,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იზრდება და შეადგენს 18,2 (95% CI CR₇₄= 17,9-18,6).

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR₆₄=1,7; 95% CI CR₆₄= 1,6-1,8), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იმატებს (CR₇₄=3,3; 95% CI CR₇₄= 3,1-3,4).

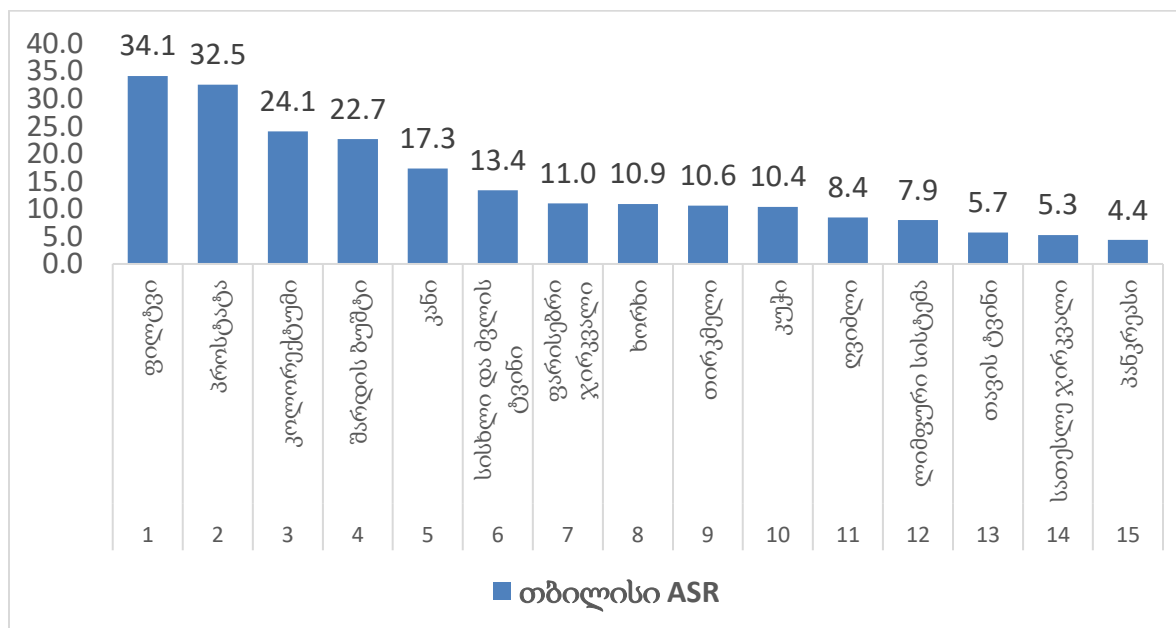
კუმულაციური რისკის მაჩვენებლების მიხედვით საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის (CR₆₄=0,8), კოლორექტუმის (CR₆₄=0,8), პროსტატის (CR₆₄=0,6) და კანის (CR₆₄=0,6) კიბოთი დავადების კუმულაციურ რისკებს შორის. ამავე დროს, 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში უკვე პროსტატის კიბოს კუმულაციური რისკი იზრდება თითქმის 4-ჯერ (CR₇₄=2,3; 95% CI CR₇₄=2,2-2,4) და აჭარბებს აღნიშნული ლოკალიზაციების კიბოს განვითარების რისკს და ჩამორჩება მხოლოდ ფილტვის კიბოს რისკის მაჩვენებლებს (CR₇₄=3,3; 95% CI CR₇₄= 3,1-3,4).

დიაგრამა 2. საქართველოში მამაკაცთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 მამაკაცზე



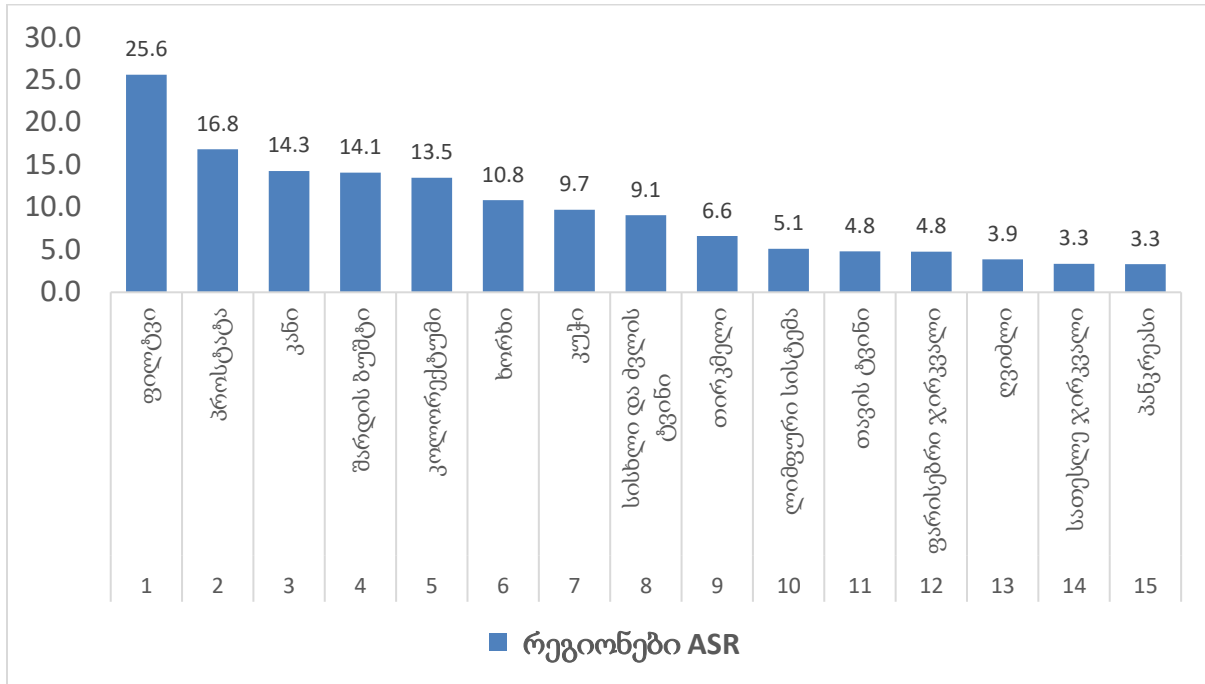
წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 3. თბილისში მამაკაცთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 მამაკაცზე



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 4. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 მამაკაცზე



წყარო: კვლევის შედეგები

ძალზე საინტერესოა მამაკაცთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურისა და ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) ოდენობების შედარებითი ანალიზის შედეგები, საქართველოში, თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) (დიაგრამები 2, 3 და 4).

საქართველოში მამაკაცთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით 1-ლი ადგილი უკავია ფილტვის კიბოს (ASR=27,3). ფილტვის კიბოს ასევე 1-ლი სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=34,1), ისე რეგიონებში (ASR=25,6). ამავე დროს, ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გვიჩვენებს, რომ თბილისში ფილტვის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,3) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-2 ადგილი უკავია პროსტატის კიბოს (ASR=20,4). პროსტატის კიბოს ასევე მე-2 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=32,5), ისე რეგიონებში (ASR=16,8). ამავე დროს, SRR-ის მიხედვით თბილისში პროსტატის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,9-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,9) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-3 ადგილი უკავია შარდის ბუშტის კიბოს (ASR=16,0). შარდის ბუშტის კიბოს მე-4 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=24,1), ისე რეგიონებში (ASR=14,1). SRR-ის მიხედვით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,7-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,7) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-4 ადგილი უკავია კოლორექტუმის კიბოს (ASR=15,8). მაშინ როდესაც ამ ლოკალიზაციის კიბოს თბილისში უკავია მე-3 სარანგო ადგილი (ASR=24,1), ხოლო რეგიონებში - მე-5 (ASR=13,5). SRR-ის მიხედვით თბილისში კოლორექტუმის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,8-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,8) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სიხშირეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-5 ადგილი უკავია კანის კიბოს (ASR=14,8). კანის კიბოს ასევე მე-5 სარანგო ადგილი უკავია თბილისში (ASR=17,3), მაშინ როდესაც რეგიონებში კანის კიბო არის მე-3 სარანგო ადგილზე (ASR=14,3). SRR-ის მიხედვით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,2-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,2) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკალიზაციების კიბოს: ხორხის (ASR=10,7), სისხლისა და ძვლის ტვინის (ASR=17,3), კუჭის (ASR=9,7), თირკმლისა (ASR=7,5) და ფარისებრი ჯირკვლის (ASR=6,5) კიბოს.

თბილისში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკალიზაციების კიბოს: სისხლისა და ძვლის ტვინის (ASR=13,4), ფარისებრი ჯირკვლის (ASR=11,0), ხორხის (ASR=10,9), თირკმლისა (ASR=10,6) და კუჭის (ASR=10,4) კიბოს.

საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკალიზაციების კიბოს: ხორხის (ASR=10,8), კუჭის (ASR=9,7), სისხლისა და ძვლის ტვინის (ASR=9,1), თირკმლისა (ASR=6,6) და ლიმფური სისტემის (ASR=5,1) კიბოს.

3.1.2. თბილისისა და საქართველოს რეგიონების ქალთა მოსახლეობაში

კიბოს ინციდენტობა 2015-2019 წლებში

ცხრილი 14. საქართველოში ქალთა კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	აბსოლუტური რაოდენობა	უხეში მაჩვენებელი 100,000 ქალზე
1	ძუძუ	C50.0-50.9	9298	95,7
2	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	3989	41,0
3	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	1811	18,6
4	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	1800	18,5
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	1840	18,9
6	საკვერცხე	C56.9	1467	15,1
7	კანი	C44.0-44.9	2017	20,8
8	სისხლი	C42.0-42.4	1099	11,3
9	ლიმფური სისტემა	C77.9	611	6
10	კუჭი	C16.0-C16.9	803	8,3
11	თავის ტვინი	C70.0-71.9	510	5,2
12	თირკმელი	C64.9-65.9	494	5,1
13	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	578	5,9

14	ფილტვი	C34.0-34.9	516	5,3
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	399	4,1
16	ნადვლის ბუშტი	C23.0-24.9	280	2,9
17	შემაერთებული ქსოვილები	C49.0-49.9	189	1,9
18	ღვიძლი	C22.0-22.1	236	2,4
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	135	1,4
20	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	C55.9;C57.0-C58.9	157	1,6
21	საყლაპავი	C15.0-C15.9; C32.0- C33.9	147	1,5
22	ვულვა	C51.0-C51.9	166	1,7
23	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	120	1,2
24	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0- 31.9;	89	0,9
25	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0- C26.9	78	0,8
26	ყბა-სახე	C0.0-9.8	89	0,9
27	თვალი	C69.0-69.9	52	0,5
28	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C72.0-72.9	47	0,5
29	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	58	0,6
30	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	27	0,3
31	საშო	C52.9	31	0,3
32	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	21	0,2
33	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	149	1,5
ყველა ლოკალიზაცია			29,303	301,5

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში საქართველოში რეგისტრირებული იქნა ქალთა კიბოთი დაავადების 29,303 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 301 (ცხრილი 14).

ცხრილი 15. საქართველოში ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით

სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	ASR	95% CI ASR	
1	ძუძუ	C50.0-50.9	63,2	61,8	64,5
2	ფარისებრი ჯირკვავალი	C73.9	34,4	33,3	35,5
3	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	13,4	12,8	14,1
4	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	11,3	10,8	11,9
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	10,3	9,7	10,8
6	საკვერცხე	C56.9	9,8	9,3	10,3
7	კანი	C44.0-44.9	9,5	9,1	10,0
8	სისხლი	C42.0-42.4	8,0	7,5	8,6
9	ლიმფური სისტემა	C77.9	4,6	4,2	5,0
10	კუჭი	C16.0-C16.9	4,5	4,2	4,9
11	თავის ტვინი	C70.0-71.9	3,9	3,6	4,3
12	თირკმელი	C64.9-65.9	3,4	3,0	3,7
13	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	3,1	2,8	3,4
14	ფილტვი	C34.0-34.9	2,9	2,6	3,2
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	2,2	1,9	2,4
16	ნაღვლის ბუშტი	C23.0-24.9	1,5	1,3	1,7
17	შემავრთებელი ქსოვილები	C49.0-49.9	1,3	1,1	1,5
18	ღვიძლი	C22.0-22.1	1,2	1,1	1,4
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	1,1	0,9	1,3

20	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	C55.9;C57.0-C58.9	1,0	0,9	1,2
21	საყლაპავი	C15.0-C15.9; C32.0- C33.9	0,8	0,7	1,0
22	ვულვა	C51.0-C51.9	0,8	0,7	0,9
23	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	0,7	0,6	0,9
24	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9;	0,6	0,5	0,8
25	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0- C26.9	0,4	0,3	0,5
26	ყბა-სახე	C0.0-9.8	0,4	0,3	0,5
27	თვალი	C69.0-69.9	0,4	0,3	0,5
28	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C72.0-72.9	0,4	0,3	0,5
29	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	0,4	0,3	0,5
30	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0,2	0,1	0,4
31	საშო	C52.9	0,2	0,1	0,2
32	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	0,1	0,1	0,1
33	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	0,8	0,6	0,9
ყველა ლოკალიზაცია			196,7	195,9	197,5

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 197 (ცხრილი 15).

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (ASR=63,2; 95% CI ASR= 61,8-64,5), მეორე - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=34,4; 95% CI ASR= 33,3-35,5), მესამე- საშვილოსნოს ყელის (ASR=13,4; 95% CI ASR= 12,8-14,1), მეოთხე - საშვილოსნოს ტანის (ASR=11,3; 95% CI ASR= 10,8-11,9), მეხუთე- კოლორექტუმის (ASR=10,3; 95% CI ASR= 9,7-10,8), მეექვსე- საკვერცხის (ASR=9,8; 95% CI ASR= 9,3-10,3).

ცხრილი 16. საქართველოში ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	AAR	95% CI AAR	
1	ბუძე	C50.0-50.9	95,7	94,3	97,0
2	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	41,0	39,9	42,1
3	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	18,6	18,0	19,3
4	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	18,5	18,0	19,1
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	18,9	18,4	19,4
6	საკვერცხე	C56.9	15,1	14,6	15,6
7	კანი	C44.0-44.9	20,8	20,3	21,2
8	სისხლი	C42.0-42.4	11,3	10,8	11,9
9	ლიმფური სისტემა	C77.9	6,3	5,9	6,7
10	კუჭი	C16.0-C16.9	8,3	7,9	8,6
11	თავის ტვინი	C70.0-71.9	5,2	4,9	5,6
12	თირკმელი	C64.9-65.9	5,1	4,8	5,4
13	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	5,9	5,7	6,2
14	ფილტვი	C34.0-34.9	5,3	5,0	5,6
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	4,1	3,9	4,3
16	ნაღვლის ბუშტი	C23.0-24.9	2,9	2,7	3,1
17	შემაერთებელი ქსოვილები	C49.0-49.9	1,9	1,7	2,1
18	ღვიძლი	C22.0-22.1	2,4	2,3	2,6
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	1,4	1,2	1,6
20	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	C55.9;C57.0-C58.9	1,6	1,4	1,8
21	საყლაპავი	C15.0-C15.9; C32.0- C33.9	1,5	1,4	1,7
22	ვულვა	C51.0-C51.9	1,7	1,6	1,8
23	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	1,2	1,1	1,4

24	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9;	0,9	0,8	1,1
25	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0- C26.9	0,8	0,7	0,9
26	ყბა-სახე	C0.0-9.8	0,9	0,8	1,0
27	თვალი	C69.0-69.9	0,5	0,4	0,7
28	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C72.0-72.9	0,5	0,4	0,6
29	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	0,6	0,5	0,7
30	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0,3	0,2	0,4
31	საშო	C52.9	0,3	0,3	0,4
32	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	0,2	0,2	0,3
33	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	1,5	1,4	1,7
ყველა ლოკალიზაცია			301,5	300,6	302,3

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 301 (ცხრილი 16).

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (AAR=95,7; 95% CI AAR= 94,3-97,0), მეორე - ფარისებრი ჯირკვალის (AAR=41,0; 95% CI AAR= 39,9-42,1), მესამე- კოლორექტუმის (AAR=18,9; 95% CI ASR= 18,4-19,4), მეოთხე - საშვილოსნოს ყელის (AAR=18,6; 95% CI AAR= 18,0-19,3), მეხუთე- საშვილოსნოს ტანის (AAR=18,5; 95% CI AAR= 18,0-19,1), მეექვსე- საკვრცხის (AAR=15,1; 95% CI AAR= 14,6-15,6) კიბოს.

ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით მე-3 და მე-5 სარანგო ადგილებს ცვლიან კოლორექტუმისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობები.

ცხრილი 17. საქართველოში ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში

#	ლოკალიზაცია	CR ₆₄	95% CI CR ₆₄	CR ₇₄	95% CI CR ₇₄
---	-------------	------------------	-------------------------	------------------	-------------------------

1	ბუბუ	4,8	4,7	4,9	7,0	6,8	7,1
2	ფარისებრი ჯირკვალი	2,7	2,6	2,8	3,1	3,0	3,2
3	საშვილოსნოს ყელი	1,1	1,1	1,2	1,4	1,4	1,5
4	საშვილოსნოს ტანი	0,8	0,8	0,9	1,5	1,4	1,5
5	კოლორექტუმი	0,6	0,6	0,7	1,3	1,2	1,3
6	საკვერცხე	0,7	0,7	0,8	1,2	1,1	1,2
7	კანი	0,4	0,4	0,5	1,0	1,0	1,1
8	სისხლი	0,5	0,5	0,5	0,8	0,8	0,9
9	ლიმფური სისტემა	0,3	0,3	0,3	0,5	0,4	0,5
10	კუჭი	0,3	0,2	0,3	0,5	0,5	0,6
11	თავის ტვინი	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5
12	თირკმელი	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4
13	შარდის ბუშტი	0,2	0,1	0,2	0,4	0,3	0,4
14	ფილტვი	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4
15	პანკრეასი	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3
16	ნაღვლის ბუშტი	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
17	შემაერთებელი ქსოვილები	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
18	ღვიძლი	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
19	ბვალ-სახსროვანი სისტემა	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
20	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
21	საყლაპავი	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
22	ვულვა	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
23	რეტროპერიტონეუმი	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
24	ცხვირ-ხახა	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
25	წვრილი ნაწლავი	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
26	ყბა-სახე	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
27	თვალი	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

28	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
29	გულ-მკერდი	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
30	ენდოკრინული სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
31	საშო	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
32	საშარდე სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
33	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
ყველა ლოკალიზაცია		13,3	13,1	13,5	19,5	19,3	19,8

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 13,3 (95% CI CR₆₄= 13,1-13,5), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 19,5 (95% CI CR₇₄= 19,3-19,8) (ცხრილი 17).

2015-2019 წლებში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ძუძუს კიბოს (CR₆₄=4,8; 95% CI CR₆₄= 4,7-4,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში მატულობს (CR₇₄=7,0; 95% CI CR₇₄= 6,8-7,1).

ცხრილი 18. თბილისში ქალთა კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	აბსოლუტური რაოდენობა	უხეში მაჩვენებელი 100,000 ქალზე
1	ძუძუ	C50.0-50.9	3743	123,6
2	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	1942	64,1
3	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	648	18,6
4	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	714	18,5
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	775	25,6

6	საკვერცხე	C56.9	496	15,1
7	კანი	C44.0-44.9	604	19,9
8	სისხლი	C42.0-42.4	455	15,0
9	ლიმფური სისტემა	C77.9	228	7,5
10	კუჭი	C16.0-C16.9	286	9,4
11	თავის ტვინი	C70.0-71.9	217	7,2
12	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	252	8,3
13	თირკმელი	C64.9-65.9	198	6,5
14	ფილტვი	C34.0-34.9	235	7,8
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	171	5,6
16	ნაღვლის ბუშტი	C23.0-24.9	98	3,2
17	ღვიძლი	C22.0-22.1	87	2,9
18	შემაერთებელი ქსოვილები	C49.0-49.9	71	2,3
19	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	C55.9;C57.0-C58.9	67	1,6
20	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	49	1,6
21	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	50	1,7
22	საყლაპავი	C15.0-C15.9; C32.0- C33.9	50	1,7
23	ვულვა	C51.0-C51.9	54	1,8
24	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0- 31.9;	33	1,1
25	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0- C26.9	27	0,9
26	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C72.0- 72.9	19	0,6
27	თვალი	C69.0-69.9	20	0,7
28	ყბა-სახე	C0.0-9.8	23	0,8
29	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	20	0,7

30	საშო	C52.9	14	0,5
31	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	10	0,3
32	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	7	0,2
33	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	32	1,1
ყველა ლოკალიზაცია			11,695	386,1

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში თბილისში რეგისტრირებული იქნა ქალთა კიბოთი დაავადების 11,695 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 386 (ცხრილი 18).

ცხრილი 19. თბილისში ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	ASR	95%CI	
1	ძუძუ	C50.0-50.9	85,3	82,5	88,1
2	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	52,4	50,1	54,8
3	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	16,0	14,7	17,3
4	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	15,2	14,1	16,4
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	14,9	13,8	16,0
6	საკვერცხე	C56.9	11,0	10,0	12,0
7	კანი	C44.0-44.9	10,5	9,6	11,5
8	სისხლი	C42.0-42.4	10,4	9,3	11,5
9	ლიმფური სისტემა	C77.9	5,7	4,9	6,5
10	კუჭი	C16.0-C16.9	5,5	4,8	6,1
11	თავის ტვინი	C70.0-71.9	5,4	4,6	6,2
12	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	4,8	4,2	5,4
13	თირკმელი	C64.9-65.9	4,7	4,0	5,4
14	ფილტვი	C34.0-34.9	4,6	4,0	5,2

15	პანკრეასი	C25.0-25.9	3,3	2,8	3,8
16	ნაღვლის ბუშტი	C23.0-24.9	1,8	1,4	2,1
17	ღვიძლი	C22.0-22.1	1,7	1,3	2,1
18	შემაერთებელი ქსოვილები	C49.0-49.9	1,5	1,1	1,9
19	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	C55.9;C57.0-C58.9	1,5	1,1	1,8
20	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	1,3	0,9	1,7
21	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	1,0	0,7	1,3
22	საყლაპავი	C15.0-C15.9; C32.0- C33.9	1,0	0,7	1,2
23	ვულვა	C51.0-C51.9	0,9	0,7	1,2
24	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0- 31.9;	0,8	0,5	1,1
25	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0- C26.9	0,6	0,3	0,8
26	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C72.0- 72.9	0,5	0,3	0,8
27	თვალი	C69.0-69.9	0,5	0,2	0,8
28	ყბა-სახე	C0.0-9.8	0,4	0,2	0,6
29	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	0,4	0,2	0,6
30	საშო	C52.9	0,2	0,1	0,4
31	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	0,2	0,1	0,3
32	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0,2	0,0	0,4
33	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	0,5	0,3	0,7
ყველა ლოკალიზაცია			264,5	262,3	266,7

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 265 (ცხრილი 19).

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (ASR=85,3; 95% CI ASR= 82,5-88,1), მეორე - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=52,4; 95% CI ASR= 50,1-54,8), მესამე-საშვილოსნოს ყელის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 14,7-17,3), მეოთხე - საშვილოსნოს ტანის (ASR=15,2; 95% CI ASR= 14,1-16,4), მეხუთე- კოლორექტუმის (ASR=14,9; 95% CI ASR= 13,8-16,0), მეექვსე-საკვერცხის (ASR=11,0; 95% CI ASR= 10,0-12,0).

ცხრილი 20. თბილისში ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	AAR	95%CI	
1	ძუძუ	C50.0-50.9	123,6	120,7	126,4
2	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	64,1	61,7	66,5
3	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	21,4	20,1	22,7
4	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	23,6	22,4	24,7
5	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	25,6	24,5	26,7
6	საკვერცხე	C56.9	16,4	15,4	17,4
7	კანი	C44.0-44.9	19,9	19,0	20,8
8	სისხლი	C42.0-42.4	15,0	13,9	16,1
9	ლიმფური სისტემა	C77.9	7,5	6,7	8,3
10	კუჭი	C16.0-C16.9	9,4	8,8	10,1
11	თავის ტვინი	C70.0-71.9	7,2	6,4	7,9
12	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	8,3	7,7	8,9
13	თირკმელი	C64.9-65.9	6,5	5,8	7,2
14	ფილტვი	C34.0-34.9	7,8	7,1	8,4
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	5,6	5,1	6,2
16	ნაღვლის ბუშტი	C23.0-24.9	3,2	2,9	3,6
17	ღვიძლი	C22.0-22.1	2,9	2,5	3,3

18	შემავრთებელი ქსოვილები	C49.0-49.9	2,3	2,0	2,7
19	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	C55.9;C57.0-C58.9	2,2	1,8	2,6
20	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	1,6	1,2	2,0
21	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	1,7	1,4	1,9
22	საყლაპავი	C15.0-C15.9; C32.0- C33.9	1,7	1,4	1,9
23	ვულვა	C51.0-C51.9	1,8	1,5	2,0
24	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0- 31.9;	1,1	0,8	1,4
25	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0- C26.9	0,9	0,7	1,1
26	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C72.0- 72.9	0,6	0,4	0,9
27	თვალი	C69.0-69.9	0,7	0,4	0,9
28	ყბა-სახე	C0.0-9.8	0,8	0,6	0,9
29	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	0,7	0,5	0,8
30	საშო	C52.9	0,5	0,3	0,6
31	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	0,3	0,2	0,4
32	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0,2	0,1	0,4
33	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	1,1	0,9	1,3
ყველა ლოკალიზაცია			386,1	383,9	388,3

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 386 (ცხრილი 20).

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (AAR=123,6; 95% CI AAR= 120,7-126,4), მეორე - ფარისებრი ჯირკვალის (AAR=64,1; 95% CI AAR= 61,7-66,5), მესამე- კოლორექტუმის (AAR=25,6; 95% CI ASR= 24,5-26,7), მეოთხე - საშვილოსნოს ტანის (AAR=23,6; 95% CI AAR= 22,4-24,7), მეხუთე- საშვილოსნოს ყელის (AAR=21,4; 95% CI AAR= 20,1-22,7), მეექვსე- საკვერცხის (AAR=16,4; 95% CI AAR= 15,4-17,4) კიბოს.

ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით მე-3 და მე-5 სარანგო ადგილებს ცვლიან კოლორექტუმის, საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოს ინციდენტობები, კერძოდ საშვილოსნოს ტანის კიბო რჩება მე-4 სარანგო ადგილზე, კოლორექტუმის კიბო მე-5-დან ინაცვლებს მე-3-ზე, ხოლო საშვილოსნოს ყელის კიბო- მე-3-დან ქვეითდება მე-5 სარანგო ადგილზე.

ცხრილი 21. თბილისში ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში

#	ლოკალიზაცია	CR ₆₄	95% CI CR ₆₄		CR ₇₄	95% CI CR ₇₄	
1	ძუძუ	6,2	6,0	6,5	9,5	9,2	9,8
2	ფარისებრი ჯირკვალი	4,1	3,9	4,3	4,8	4,6	5,0
3	საშვილოსნოს ყელი	1,3	1,2	1,4	1,7	1,6	1,8
4	საშვილოსნოს ტანი	1,0	0,9	1,1	2,0	1,9	2,2
5	კოლორექტუმი	0,8	0,7	0,9	1,8	1,7	2,0
6	საკვერცხე	0,8	0,7	0,9	1,3	1,2	1,5
7	კანი	0,5	0,4	0,6	1,2	1,1	1,3
8	სისხლი	0,6	0,5	0,7	1,1	1,0	1,2
9	ლიმფური სისტემა	0,4	0,3	0,4	0,6	0,5	0,7
10	კუჭი	0,3	0,2	0,4	0,7	0,6	0,7
11	თავის ტვინი	0,4	0,3	0,4	0,6	0,5	0,7
12	შარდის ბუშტი	0,3	0,2	0,3	0,6	0,5	0,6
13	თირკმელი	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6
14	ფილტვი	0,3	0,2	0,3	0,5	0,5	0,6
15	პანკრეასი	0,2	0,1	0,2	0,4	0,4	0,5
16	ნაღვლის ბუშტი	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3

17	ღვიძლი	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
18	შემავრთებელი ქსოვილები	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
19	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
20	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
21	რეტროპერიტონეუმი	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
22	საყლაპავი	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
23	ვულვა	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
24	ცხვირ-ხახა	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
25	წვრილი ნაწლავი	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
26	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
27	თვალი	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
28	ყბა-სახე	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
29	გულ-მკერდი	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
30	საშო	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
31	საშარდე სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
32	ენდოკრინული სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
33	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
ყველა ლოკალიზაცია		17,0	16,6	17,4	25,7	25,1	26,2

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში თბილისში ქალთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 17,0 (95% CI CR₆₄= 16,6-17,4), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 25,7 (95% CI CR₇₄= 25,1-26,2) (ცხრილი 21).

2015-2019 წლებში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ძუძუს კიბოს

($CR_{64}=6,2$; 95% CI $CR_{64}= 6,0-6,0$), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში მატულობს ($CR_{74}=9,5$; 95% CI $CR_{74}= 9,2-9,8$).

ცხრილი 22. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა კიბოთი ავადობის აბსოლუტური და უხეში მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	აბსოლუტური რაოდენობა	უხეში მაჩვენებელი 100,000 ქალზე
1	ძუძუ	C50.0-50.9	5555	83,0
2	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	2047	30,6
3	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	1163	18,6
4	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	1086	18,5
5	საკვერცხე	C56.9	971	15,1
6	კანი	C44.0-44.9	1413	21,1
7	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	1065	15,9
8	სისხლი	C42.0-42.4	644	9,6
9	ლიმფური სისტემა	C77.9	383	5,7
10	კუჭი	C16.0-C16.9	517	7,7
11	თავის ტვინი	C70.0-71.9	293	4,4
12	თირკმელი	C64.9-65.9	296	4,4
13	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	326	4,9
14	ფილტვი	C34.0-34.9	281	4,2
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	228	3,4
16	ნაღვლის ბუშტი	C23.0-24.9	182	2,7
17	შემავრთებელი ქსოვილები	C49.0-49.9	118	1,8
18	ღვიძლი	C22.0-22.1	149	2,2
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	86	1,3
20	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	C55.9;C57.0-C58.9	90	1,6

21	საყლაპავი	C15.0-C15.9; C32.0-C33.9	97	1,4
22	ვულვა	C51.0-C51.9	112	1,7
23	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	70	1,0
24	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9;	56	0,8
25	ყბა-სახე	C0.0-9.8	66	1,0
26	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	38	0,6
27	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0-C26.9	51	0,8
28	თვალი	C69.0-69.9	32	0,5
29	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C72.0-72.9	28	0,4
30	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	20	0,3
31	საშო	C52.9	17	0,3
32	საშარდე სისტემა	C66.9; C68.0-68.9	11	0,2
33	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	117	1,8
სულ ყველა ლოკალიზაცია			17,608	263,2

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) რეგისტრირებული იქნა ქალთა კიბოთი დაავადების 17,608 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 263 (ცხრილი 22).

ცხრილი 23. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	ASR	95% CI ASR	
1	ძუძუ	C50.0-50.9	54,0	52,5	55,5
2	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	25,9	24,7	27,0
3	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	12,3	11,6	13,0
4	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	9,7	9,1	10,4
5	საკვერცხე	C56.9	9,3	8,7	10,0
6	კანი	C44.0-44.9	9,1	8,6	9,7
7	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	8,5	7,9	9,0
8	სისხლი	C42.0-42.4	7,1	6,5	7,7
9	ლიმფური სისტემა	C77.9	4,2	3,7	4,6
10	კუჭი	C16.0-C16.9	4,2	3,8	4,6
11	თავის ტვინი	C70.0-71.9	3,3	2,9	3,8
12	თირკმელი	C64.9-65.9	2,8	2,5	3,1
13	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	2,4	2,1	2,7
14	ფილტვი	C34.0-34.9	2,2	1,9	2,5
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	1,7	1,5	2,0
16	ნაღვლის ბუშტი	C23.0-24.9	1,4	1,2	1,6
17	შემავრთებელი ქსოვილები	C49.0-49.9	1,2	1,0	1,5
18	ღვიძლი	C22.0-22.1	1,1	0,9	1,2
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	1,0	0,8	1,3
20	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	C55.9;C57.0-C58.9	0,8	0,7	1,0
21	საყლაპავი	C15.0-C15.9; C32.0-C33.9	0,8	0,6	1,0
22	ვულვა	C51.0-C51.9	0,7	0,6	0,9
23	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	0,7	0,5	0,9
24	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9;	0,6	0,4	0,7
25	ყბა-სახე	C0.0-9.8	0,4	0,3	0,5
26	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	0,4	0,2	0,5
27	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0-C26.9	0,4	0,3	0,5

28	თვალი	C69.0-69.9	0,4	0,2	0,5
29	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C72.0-72.9	0,3	0,2	0,5
30	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0,3	0,1	0,4
31	საშო	C52.9	0,1	0,1	0,2
32	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	0,1	0,0	0,1
33	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	0,9	0,7	1,0
სულ ყველა ლოკალიზაცია			168,1	167,2	168,9

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 168 (ცხრილი 23).

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (ASR=54,0; 95% CI ASR= 52,5-55,5), მეორე - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=25,9; 95% CI ASR= 24,7-27,0), მესამე-საშვილოსნოს ყელის (ASR=12,3; 95% CI ASR= 11,6-13,0), მეოთხე - საშვილოსნოს ტანის (ASR=9,7; 95% CI ASR= 9,1-10,4), მეხუთე- საკვერცხის (ASR=11,0; 95% CI ASR= 8,7-10,0), მეექვსე- კანის კიბოს (ASR=9,1; 95% CI ASR= 8,6-9,7). საქართველოს რეგიონებში კოლორექტუმის კიბომ ამოვარდა 5 ძირითადი ლოკალიზაციიდან (ASR=8,5; 95% CI ASR= 7,9-9,0) და გადაინაცვლა მე-7 სარანგო ადგილზე.

ცხრილი 24. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობა ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით 2015-2019 წლებში ყოველ 100,000 ქალზე

#	ლოკალიზაცია	ICD-10	AAR	95% CI AAR	
1	ძუძუ	C50.0-50.9	83,0	81,5	84,5
2	ფარისებრი ჯირკვალი	C73.9	30,6	29,4	31,8
3	საშვილოსნოს ყელი	C53.0-C53.9	17,4	16,6	18,1

4	საშვილოსნოს ტანი	C54.0-C54.9	16,2	15,6	16,8
5	საკვერცხე	C56.9	14,5	13,9	15,1
6	კანი	C44.0-44.9	21,1	20,6	21,7
7	კოლორექტუმი	C18.0-C21.8	15,9	15,4	16,5
8	სისხლი	C42.0-42.4	9,6	9,0	10,3
9	ლიმფური სისტემა	C77.9	5,7	5,3	6,2
10	კუჭი	C16.0-C16.9	7,7	7,3	8,1
11	თავის ტვინი	C70.0-71.9	4,4	4,0	4,8
12	თირკმელი	C64.9-65.9	4,4	4,1	4,8
13	შარდის ბუშტი	C67.0-67.9	4,9	4,6	5,2
14	ფილტვი	C34.0-34.9	4,2	3,9	4,5
15	პანკრეასი	C25.0-25.9	3,4	3,2	3,7
16	ნაღვლის ბუშტი	C23.0-24.9	2,7	2,5	2,9
17	შემაერთებელი ქსოვილები	C49.0-49.9	1,8	1,5	2,0
18	ღვიძლი	C22.0-22.1	2,2	2,0	2,4
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	C40.0-41.9	1,3	1,0	1,5
20	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	C55.9;C57.0-C58.9	1,3	1,2	1,5
21	საყლაპავი	C15.0-C15.9; C32.0-C33.9	1,4	1,3	1,6
22	ვულვა	C51.0-C51.9	1,7	1,5	1,8
23	რეტროპერიტონეუმი	C48.0-48.9	1,0	0,9	1,2
24	ცხვირ-ხახა	C10.0-14.8; C30.0-31.9;	0,8	0,7	1,0
25	ყბა-სახე	C0.0-9.8	1,0	0,9	1,1
26	გულ-მკერდი	C37.0-39.9	0,6	0,4	0,7
27	წვრილი ნაწლავი	C17.0-C17.9; C26.0-C26.9	0,8	0,6	0,9
28	თვალი	C69.0-69.9	0,5	0,3	0,6
29	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	C47.0-47.9; C72.0-72.9	0,4	0,3	0,6
30	ენდოკრინული სისტემა	C74.0-75.9	0,3	0,2	0,4

31	საშო	C52.9	0,3	0,2	0,3
32	საშარდე სისტემა	C66.9;C68.0-68.9	0,2	0,1	0,2
33	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	C76.0-C76.9; C80.9	1,8	1,6	2,0
სულ ყველა ლოკალიზაცია			263,2	262,3	264,0

წყარო: კვლევის შედეგები

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 363 (ცხრილი 24).

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (AAR=83,0; 95% CI AAR= 81,5-84,5), მეორე - ფარისებრი ჯირკვალის (AAR=30,6; 95% CI AAR= 29,4-31,8), მესამე- კანის (AAR=21,1; 95% CI ASR= 20,6-21,7), მეოთხე - საშვილოსნოს ყელის (AAR=17,4; 95% CI AAR=16,6-18,1), მეხუთე- საშვილოსნოს ტანის (AAR=16,2; 95% CI AAR= 15,6-16,8), მეექვსე- კოლორექტუმის (AAR=15,9; 95% CI AAR=15,4-16,5), მეშვიდე- საკვერცხის (AAR=14,5; 95% CI AAR=13,9-15,1) კიბოს.

ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით საქართველოს რეგიონებში კანის კიბო მე-6-დან ინაცვლებს მე-3-ზე, ხოლო კოლორექტუმის კიბო- მე-7-დან მე-5 სარანგო ადგილზე.

ცხრილი 25. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის კუმულაციური რისკი (CR₆₄, CR₇₄) მაჩვენებლები 2015-2019 წლებში

#	ლოკალიზაცია	CR ₆₄	95% CI CR ₆₄		CR ₇₄	95% CI CR ₇₄	
1	ძუძუ	4,2	4,0	4,3	5,9	5,8	6,1
2	ფარისებრი ჯირკვალი	2,1	2,0	2,2	2,4	2,3	2,5
3	საშვილოსნოს ყელი	1,0	1,0	1,1	1,3	1,2	1,4
4	საშვილოსნოს ტანი	0,8	0,7	0,8	1,2	1,2	1,3
5	საკვერცხე	0,7	0,7	0,8	1,1	1,0	1,1
6	კანი	0,4	0,4	0,5	1,0	0,9	1,0
7	კოლორექტუმი	0,5	0,5	0,6	1,0	1,0	1,1

8	სისხლი	0,5	0,4	0,5	0,7	0,6	0,8
9	ლიმფური სისტემა	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5
10	კუჭი	0,3	0,2	0,3	0,5	0,5	0,5
11	თავის ტვინი	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4
12	თირკმელი	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4
13	შარდის ბუშტი	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3
14	ფილტვი	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3
15	პანკრეასი	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
16	ნაღვლის ბუშტი	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
17	შემაერთებელი ქსოვილები	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
18	ღვიძლი	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
19	ძვალ-სახსროვანი სისტემა	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
20	გინეკოლოგია, დაუზუსტებელი	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
21	საყლაპავი	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
22	ვულვა	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
23	რეტროპერიტონეუმი	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
24	ცხვირ-ხახა	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
25	ყბა-სახე	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
26	გულ-მკერდი	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
27	წვრილი ნაწლავი	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
28	თვალი	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
29	ზურგის ტვინი და ნერვული სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
30	ენდოკრინული სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
31	საშო	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
32	საშარდე სისტემა	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

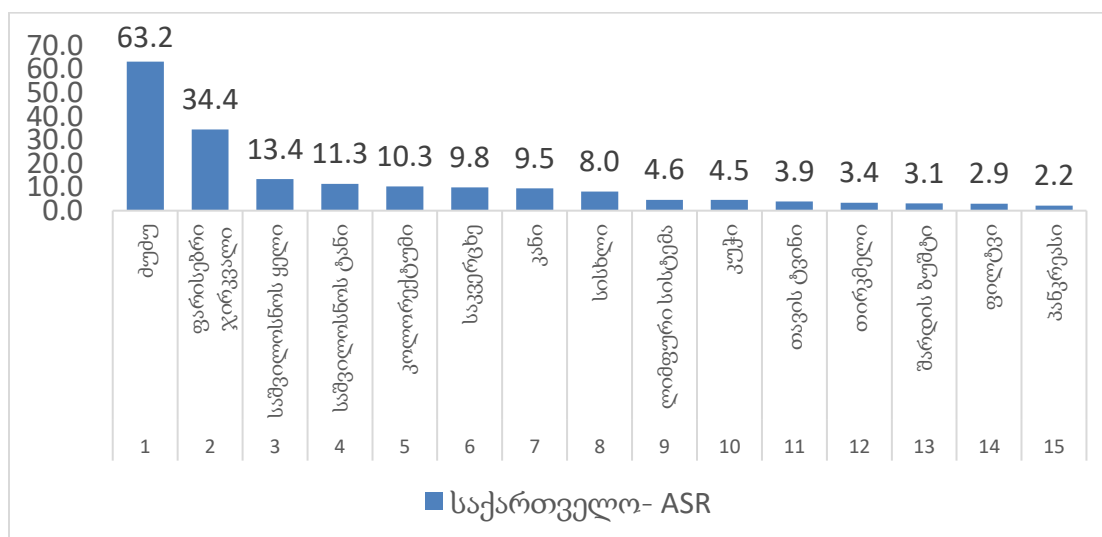
33	დაუზუსტებელი ლოკალიზაციები	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
სულ ყველა ლოკალიზაცია		11,6	11,4	11,9	16,8	16,6	17,1

წყარო: კვლევის შედეგები

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 11,6 (95% CI CR₆₄= 11,4-11,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 16,8 (95% CI CR₇₄= 16,6-17,1) (ცხრილი 25).

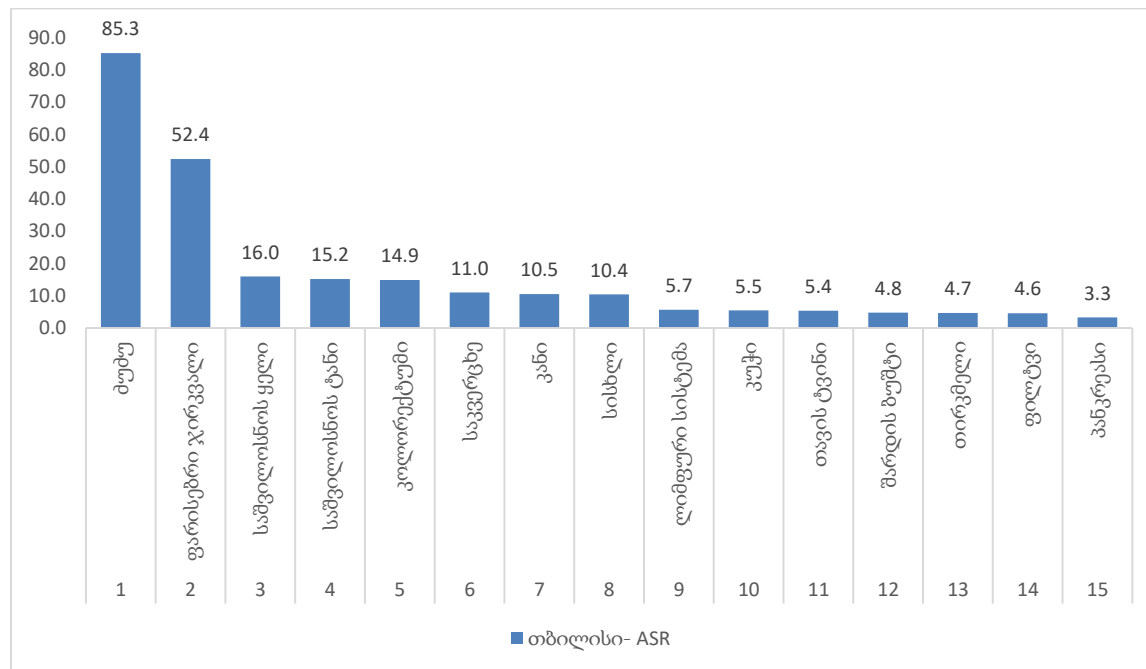
2015-2019 წლებში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ძუძუს კიბოს (CR₆₄=4,2; 95% CI CR₆₄= 4,0-4,3), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ოდნავ მატულობს (CR₇₄=5,9; 95% CI CR₇₄= 5,8-6,1).

დიაგრამა 5. საქართველოში ქალთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე



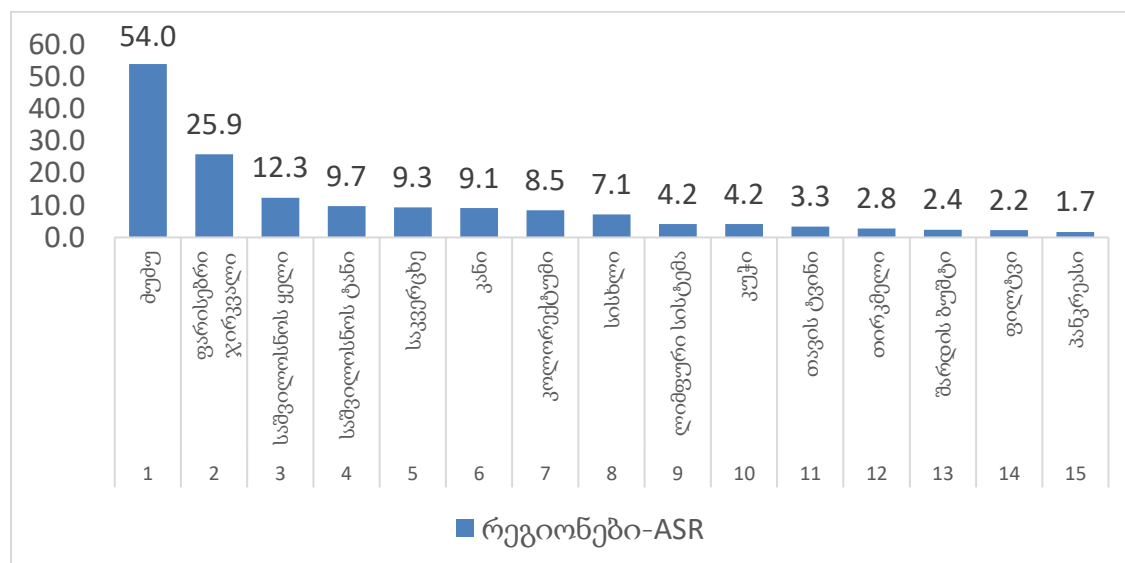
წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 6. თბილისში ქალთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 7. საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურა ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) მიხედვით ყოველ 100,000 ქალზე



წყარო: კვლევის შედეგები

მაღზე საინტერესოა ქალთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურისა და ინციდენტობის ასაკით სტანდარტიზებული მაჩვენებლების (ASR) ოდენობების შედარებითი ანალიზის შედეგები, საქართველოში, თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) (დიაგრამები 5, 6 და 7).

საქართველოში ქალთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით 1-ლი ადგილი უკავია ძუძუს კიბოს (ASR=63,2). ძუძუს კიბოს ასევე 1-ლი სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=85,3), ისე რეგიონებში (ASR=54,0). ამავე დროს, ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გვიჩვენებს, რომ თბილისში ძუძუს კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,6-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,6) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-2 ადგილი უკავია თიროიდულ კიბოს (ASR=34,4). თიროიდულ კიბოს ასევე მე-2 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=52,4), ისე რეგიონებში (ASR=25,9). ამავე დროს, SRR-ის მიხედვით თბილისში თიროიდულ კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 2-ჯერ აღემატებოდა (SRR=2,0) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-3 ადგილი უკავია საშვილოსნოს ყელის კიბოს (ASR=13,4). საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასევე მე-3 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=16,0), ისე რეგიონებში (ASR=12,3). SRR-ის მიხედვით თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,3) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-4 ადგილი უკავია საშვილოსნოს ტანის კიბოს (ASR=11,3). საშვილოსნოს ტანის კიბოს ასევე მე-4 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=15,2), ისე რეგიონებში (ASR=9,7). SRR-ის მიხედვით

თბილისში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,6-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,6) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-5 ადგილი უკავია კოლორექტალურ კიბოს (ASR=10,3). კოლორექტალურ კიბოს ასევე მე-5 სარანგო ადგილი უკავია თბილისში (ASR=14,9), მაშინ როდესაც რეგიონებში კოლორექტალური კიბო არის მე-7 სარანგო ადგილზე (ASR=8,5). SRR-ის მიხედვით თბილისში კოლორექტალურ კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,8-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,8) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკალიზაციების კიბოს: საკვერცხის (ASR=9,8), კანის (ASR=9,5), სისხლის (ASR=8,0), ლიმფური სისტემის (ASR=4,6) და კუჭის (ASR=4,5) კიბოს.

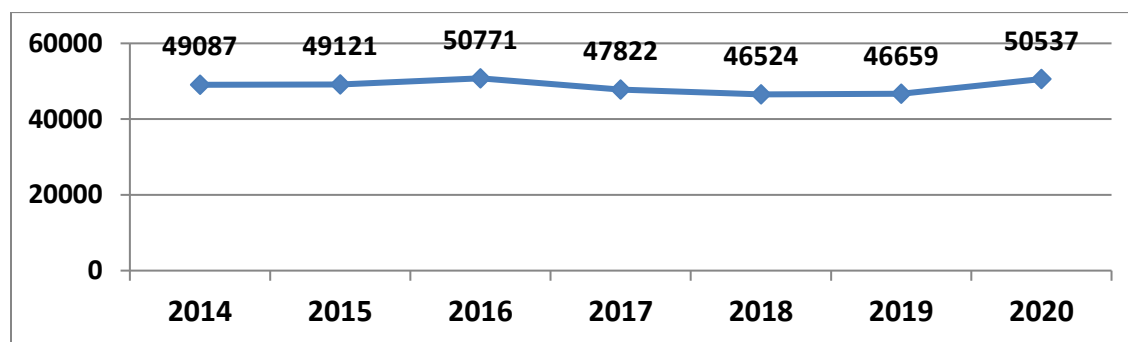
თბილისში ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკალიზაციების კიბოს: საკვერცხის (ASR=11,0), კანის (ASR=10,5), სისხლის (ASR=10,4), ლიმფური სისტემის (ASR=5,7) და კუჭის (ASR=5,5) კიბოს.

საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა პოპულაციაში კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკალიზაციების კიბოს: კანის (ASR=9,1), კოლორექტუმის (ASR=8,5), სისხლისა და ძვლის ტვინის (ASR=7,1), ლიმფური სისტემის (ASR=4,2) და კუჭის (ASR=4,2) კიბოს.

3.2. კიბოს მიზეზით სიკვდილიანობა თბილისისა და საქართველოს რეგიონებში 2019-2021 წლებში

კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შეფასების მიზნით 2019-2021 წლებში ჩატარებული იქნა კვლევა. პირველ რიგში შესწავლილი იქნა საქსტატის მიერ რეგისტრირებული აბსოლიტური მაჩვენებლების მიხედვით საქართველოში და თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეები და მათი დინამიკა 2014-2020 წლებში (დიაგრამები 8, 9, 10 და 11).

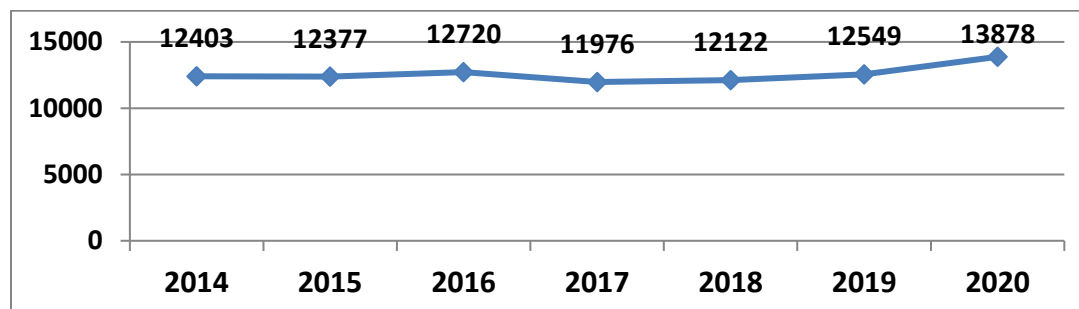
დიაგრამა 8. საქართველოში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა 2014-2020 წლებში



წყარო: საქსტატი: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/316/mosakhleoba-da-demografia>

საქსტატის მონაცემებით აღნიშნულ 7 წლიან პერიოდში (2014-2020) საქართველოში ყველა მიზეზით სულ გარდაიცვალა 340,521 მოქალაქე, მათ შორის თბილისში- 88,025. საქართველოში ყველა მიზეზით ყოველწლიურად საშუალოდ გარდაიცვლებოდა 48,646 მოქალაქე, თბილისში - 12,575.

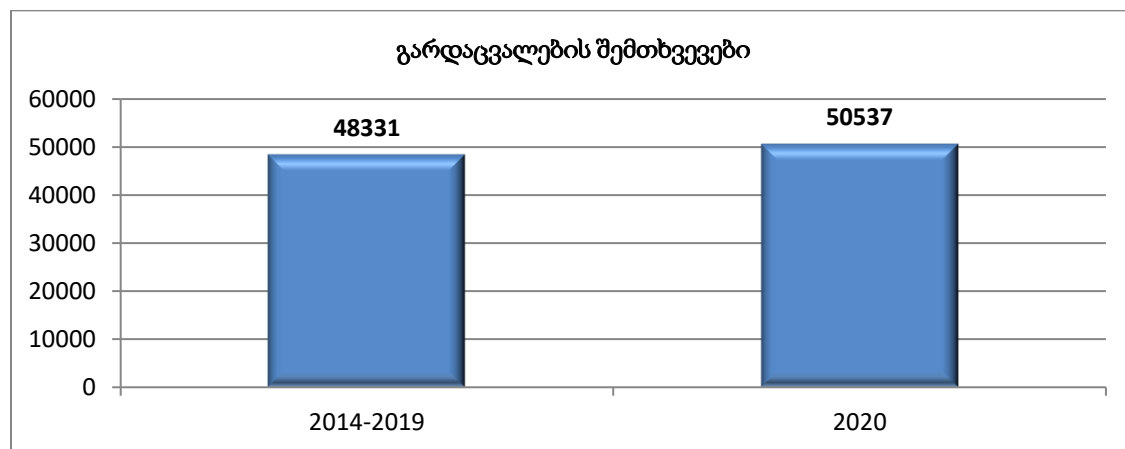
დიაგრამა 9. თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა 2014-2020 წლებში



წყარო: საქსტატი: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/316/mosakhleoba-da-demografia>

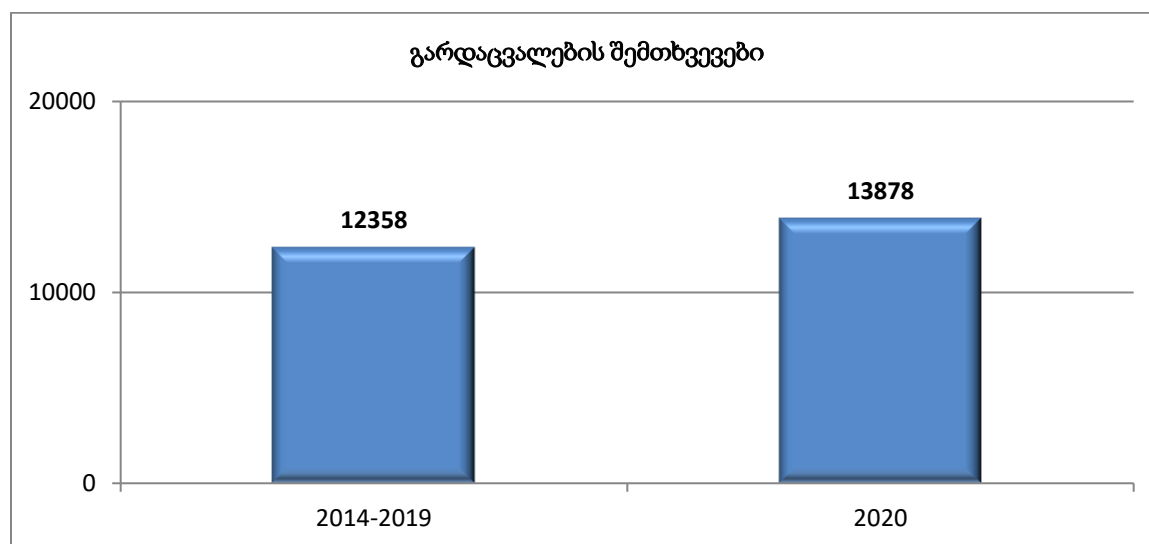
როგორც შესწავლილ 7 წლიან პერიოდში, ისე ყოველწლიური გარდაცვალების საშუალო რაოდენობაში თბილისში გარდაცვლილთა ხვედრითმა წონამ საქართველოში გარდაცვლილების საერთო მოცულობის დაახლოებით $\frac{1}{4}$ (25,9%) შეადგინა.

დიაგრამა 10. საქართველოში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეები COVID-19 პანდემიამდე 6 წლიან პერიოდში (2014-2019) და პანდემიის პირველ წელს (2020)



წყარო: საქსტატი: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/316/mosakhleoba-da-demografia>

დიაგრამა 11. თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეები COVID-19 პანდემიამდე 6 წლიან პერიოდში (2014-2019) და პანდემიის პირველ წელს (2020)



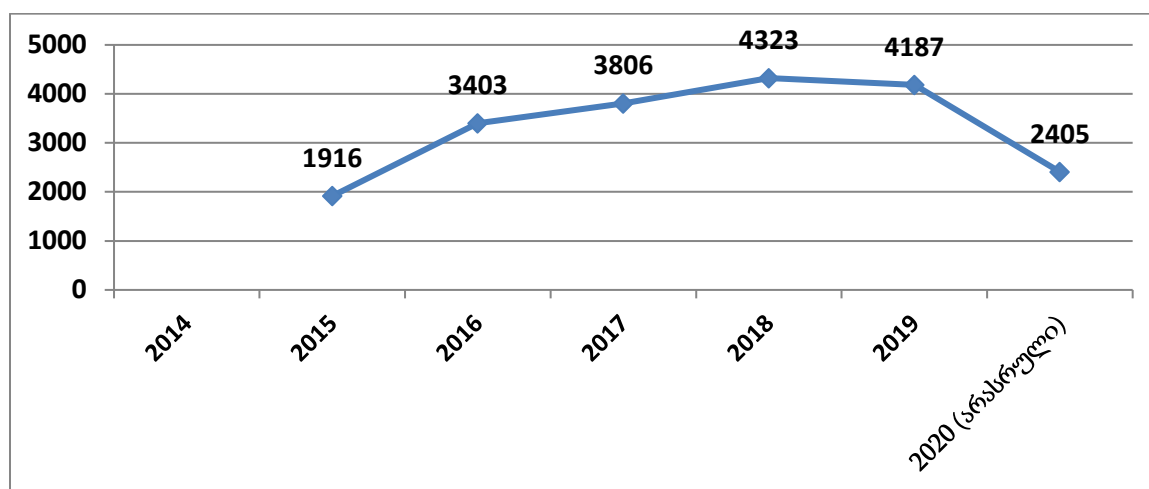
წყარო: საქსტატი: <https://www.geostat.ge/ka/modules/categories/316/mosakhleoba-da-demografia>

მაღზე საინტერესოა მონაცემები, როგორც საქართველოში, ისე თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეებზე COVID-19 პანდემიამდე 6 წლიან პერიოდში (2014-2019) და პანდემიის პირველ წელს (2020).

COVID-19 პანდემიის 1-ლ წელს (2020), პანდემიამდე 6 წლიან პერიოდში (2014-2019) საქართველოში ყველა მიზეზით ყოველწლიური გარდაცვალების საშუალო სტანდარტულ მაჩვენებელს აღემატებოდა 2,206 შემთხვევით, მათ შორის თბილისში 1,520, ხოლო რეგიონებში სულ - 686 შემთხვევით.

COVID-19 პანდემიის 1-ლ წელს (2020) აღნიშნული რაოდენობებით გარდაცვალების შემთხვევების მატება თბილისში და რეგიონებში სავარაუდოდ შესაძლებელია სწორედ დაკავშირებულია COVID-19-თან, რაც თანხვედრაშია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებთან (12.06.2021, <https://www.moh.gov.ge/>): COVID-19-ის მიზეზით გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობამ 2020 წელს შეადგინა 2505. სამწუხაროდ, ვერ ხერხდება მათ შორის თბილისში მცხოვრებთა იდენტიფიცირება.

დიაგრამა 12. საქართველოში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა 2014-2020 წლებში

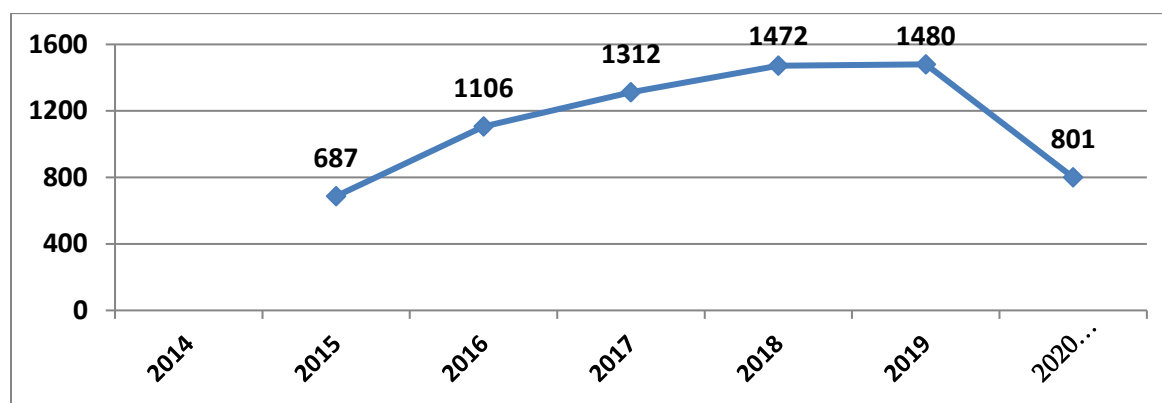


წყარო: კიბოს პოპულაციური რეგისტრის ბაზა

მე-12 და მე-13 დიაგრამებიდან ნათლად მოსჩანს კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიერ 2015 წლიდან კიბოს მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების რეგისტრაციის მდგომარეობის დინამიკა, რომელმაც სრულყოფას 2018-2019 წლებში მიაღწია.

საქართველოში 2018-2019 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ყოველწლიური საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 4255.0 ± 96.2 .

დიაგრამა 13. თბილისში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა 2014-2020 წლებში

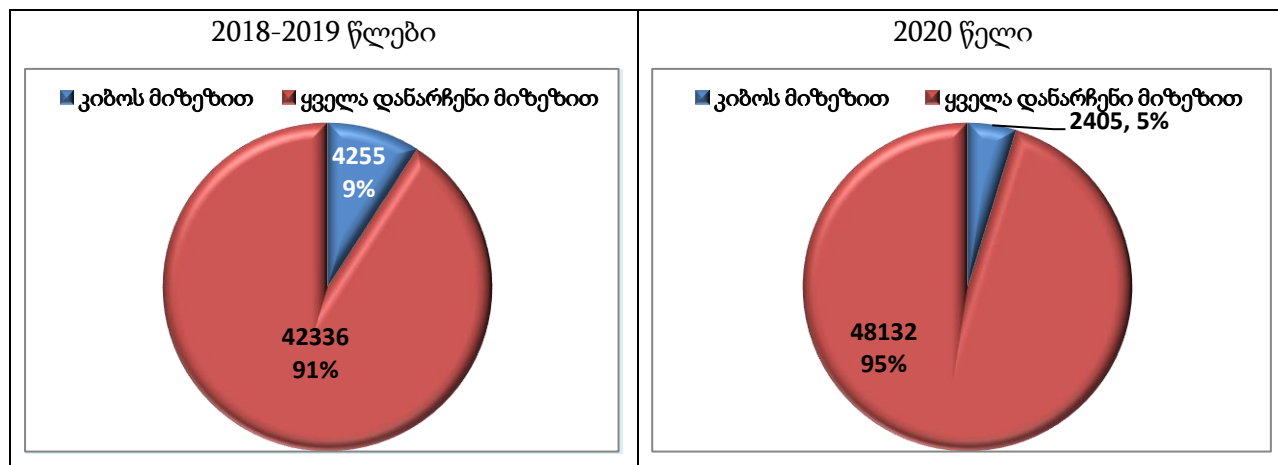


წყარო: კიბოს პოპულაციური რეგისტრის ბაზა

თბილისში 2018-2019 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ყოველწლიურმა საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 1476.0 ± 5.7 .

საქართველოში COVID-19 პანდემიამდე ყოველწლიურად (2018-2019), ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითმა წონამ შეადგინა 9% , ხოლო პანდემიის 1-ლ წელს (2020) - 5% (დიაგრამა 14).

დიაგრამა 14. საქართველოში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითი წონა COVID-19 პანდემიამდე და პანდემიის 1-ლ წელს (2020)



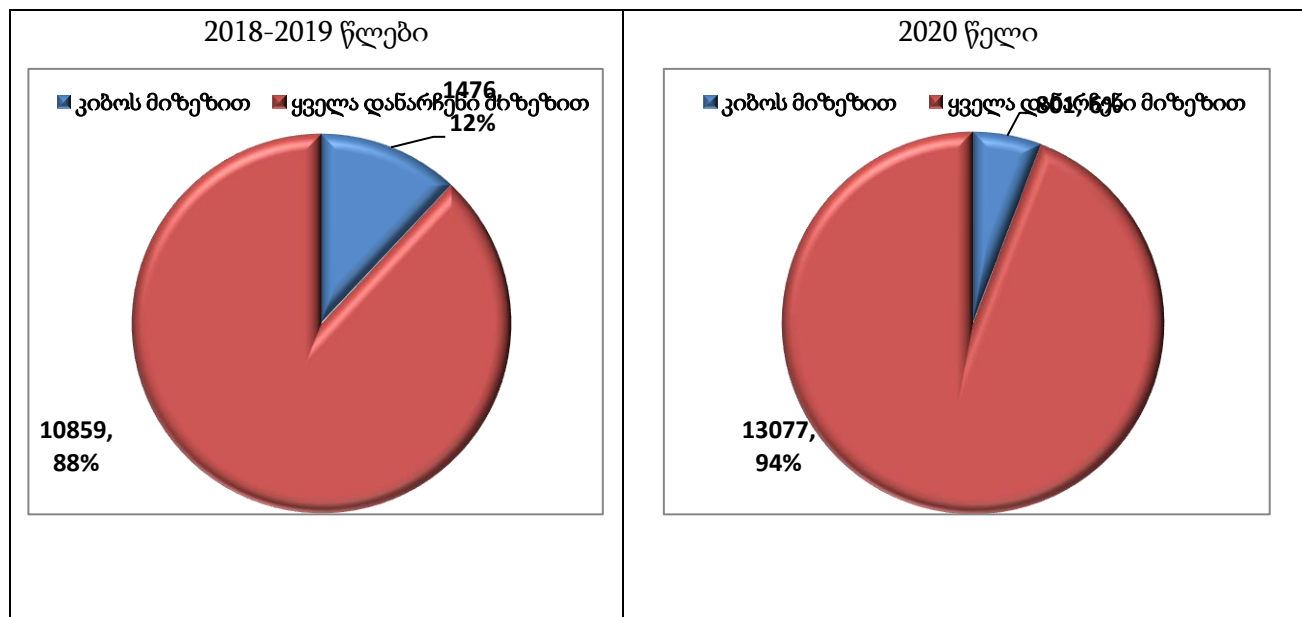
წყარო: კვლევის შედეგები

2018-2019 წლებში საქართველოში ყოველწლიურად ყველა მიზეზით საშუალოდ რეგისტრირდებოდა გარდაცვალების 46,591 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 4,255 (9%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 42,336 (91%) შემთხვევა.

2020 წელს საქართველოში რეგისტრირებული იქნა გარდაცვალების 50,537 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 2,405 (5%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 48,132 (95%) შემთხვევა. ვინაიდან კვლევისას გამოყენებული იქნა კიბოს 2020 არასრული ბაზა (2,405 პაციენტზე), NCDC-დან მისაღებია დამატებითი მონაცემები და დასაზუსტებელია 2020 წელს კიბოს მიზეზით გარდაცვლილთა ხვედრითი წონა.

თბილისში COVID-19 პანდემიამდე ყოველწლიურად (2018-2019), ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითმა წონამ შეადგინდა 12% , ხოლო პანდემიის 1-ლ წელს (2020) - 6% (დიაგრამა 15).

დიაგრამა 15. თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითი წონა COVID-19 პანდემიამდე და პანდემიის 1-ლ წელს (2020)



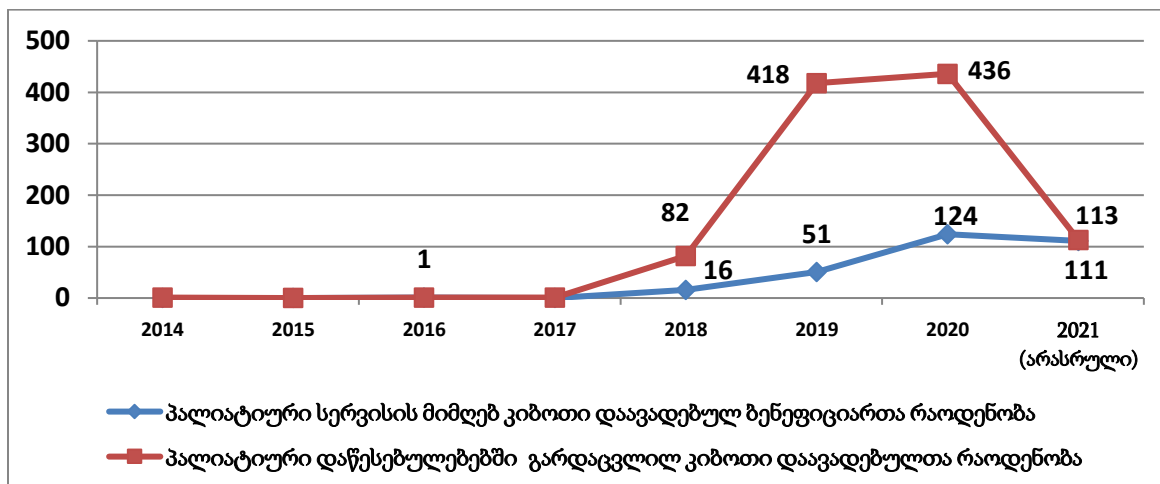
წყარო: კვლევის შედეგები

2018-2019 წლებში თბილისში ყოველწლიურად ყველა მიზეზით საშუალოდ რეგისტრირდებოდა გარდაცვალების 12,335 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 1,476 (12%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 10,859 (88%) შემთხვევა.

2020 წელს თბილისში რეგისტრირებული იქნა გარდაცვალების 13,878 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 801 (6%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 13,077 (94%) შემთხვევა.

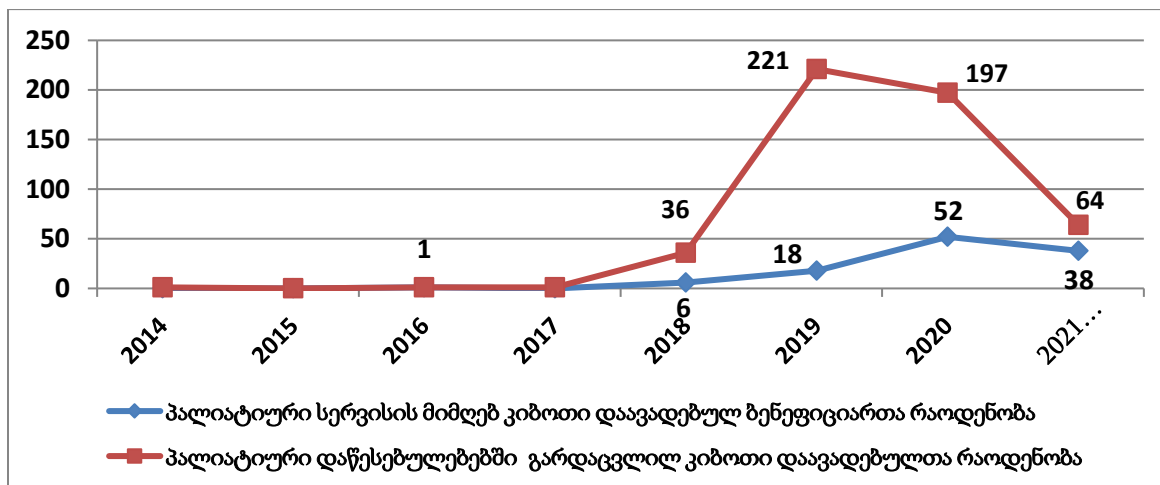
ვინაიდან კვლევისას გამოყენებული იქნა კიბოს 2020 არასრული ბაზა (801 პაციენტი), NCDC-დან მისაღებად დამატებითი მონაცემები და დასაზუსტებელია თბილისში 2020 წელს კიბოს მიზეზით გარდაცვლილთა ხვედრითი წონა.

დიაგრამა 16. საქართველოში კიბოს დიაგნოზით პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა და გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა 2014-2021 წლებში



წყარო: პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა ბაზები

დიაგრამა 17. თბილისში მცხოვრები კიბოს მქონე პაციენტთა პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა და გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა 2014-2021 წლებში



წყარო: პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის ბენეფიციართა ბაზები

მე-9 და მე-10 დიაგრამებზე ნაჩვენებია საქართველოში და თბილისში, შესაბამისად, 2014-2021 წლებში კიბოს დიაგნოზით პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა და გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა. როგორც დიაგრამებიდან ჩანს, აღნიშნული სერვისების მიღების შემთხვევების რეგისტრაციის მდგომარეობა გაუმჯობესდა 2019 წლისათვის. როგორც დიაგრამიდან ნათლად მოჩანს, რომ 2019 წელს კიბოს დიაგნოზით

პალიატიურ დაწესებულებებში პაციენტებმა მიიღეს როგორც პალიატიური, ისე თანატოლოგიური რეფერალური სერვისი.

საქართველოში სულ 469 პაციენტმა მიიღო რეფერალური სერვისი, მათ შორის 51 (10,9%)

პაციენტმა - პალიატიური დახმარება, ხოლო უმრავლესობამ - 418 (89,1%) პაციენტმა-

თანატოლოგიური. თბილისში სულ 239 პაციენტმა მიიღო რეფერალური სერვისი, მათ შორის 18

(7,5%) პაციენტმა - პალიატიური დახმარება, ხოლო უმრავლესობამ - 221 (92,5%) პაციენტმა-

თანატოლოგიური.

ანუ 2019 წელს, პალიატიური მზრუნველობის კლინიკებში, როგორც თბილისის, ისე

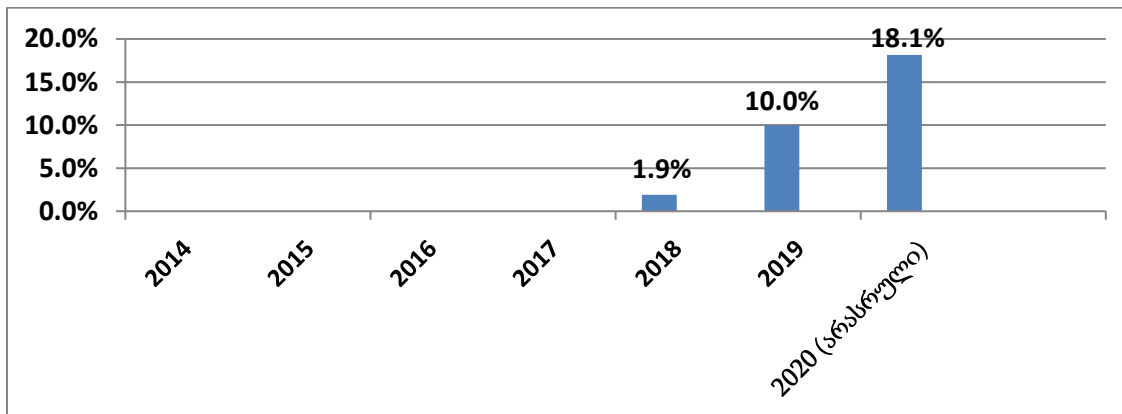
საქართველოს რეგიონებში მცხოვრები ონკოლოგიური პაციენტების დაახლოებით 10%-მა მიიღო

პალიატიური სერვისი და გაეწერა კლინიკიდან. პაციენტების უმრავლესობას- 90%-ს

შეადგენდნენ ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტები, რომლებმაც

მიიღეს ბოლო რეფერალური თანატოლოგიური სერვისი და გარდაიცვალენ კლინიკებში.

დიაგრამა 18. საქართველოში 2015-2020 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვლილ პაციენტებში კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა ხვედრითი წონა

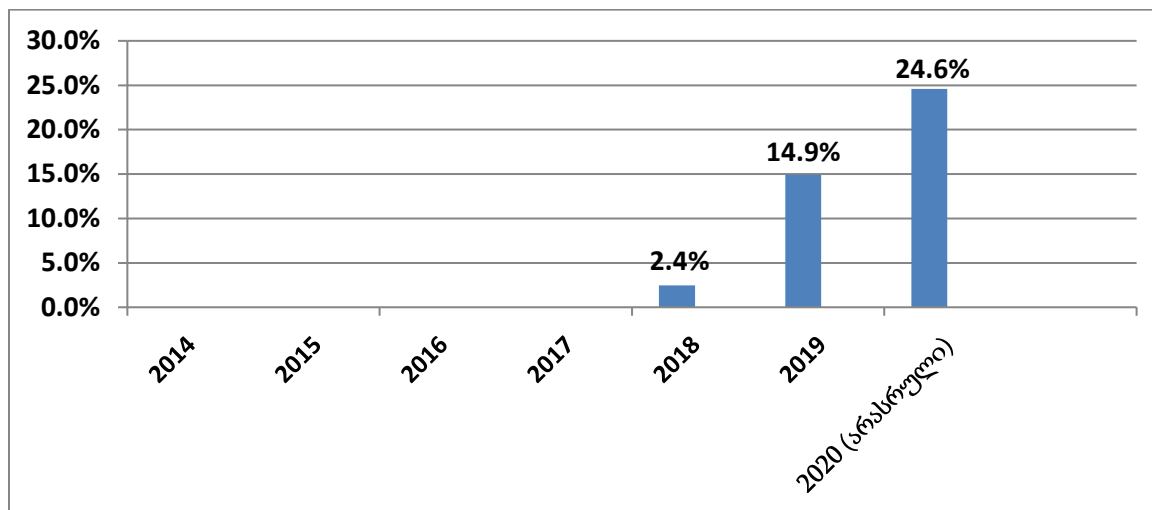


წყარო: კიბოს პოპულაციური რეგისტრისა და პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა ბაზები

დიაგრამა 19. თბილისში 2015-2020 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვლილ პაციენტებში კიბოს

ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის

მიმღებ ბენეფიციართა ხვედრითი წონა



წყარო: კიბოს პოპულაციური რეგისტრისა და პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა ბაზები

2019 წელს, ანუ COVID-19 პანდემიამდე ბოლო წელს, როგორც საქართველოში, ისევე თბილისში, სხვა წლებთან შედარებით აღინიშნა ყველაზე სრულყოფილი რეგისტრაციული მონაცემები: ყველა და კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა და კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა შესახებ. ანალიზის შედეგები ნაჩვენებია მე-18 და მე-19 დიაგრამებზე.

როგორც დიაგრამებიდან ნათლად ჩანს, 2019 წელს საქართველოში კიბოს ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტების მხოლოდ 10%-მა მიიღო პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური თანატოლოგიური სერვისი, მაშინ როდესაც თბილისში ანალოგიური სერვისის მიმღებთა რაოდენობამ შეადგინა 15%. ანუ კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა უმრავლესობა (85-90%) გარდაიცვალა ბინაზე რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღების გარეშე.

როგორც ეს 26-ე ცხრილიდან ჩანს საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის (შემთხვევათა 84,6%), მათ შორის თანატოლოგიური (შემთხვევათა 85,9%) და პალიატიური (74,5) რეფერალური სერვისები პაციენტებისათვის ძირითადად მიწოდებული იყო თბილისის პალიატიურ კლინიკებში.

ცხრილი 26. 2019 წელს რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღებ პაციენტთა რაოდენობა თბილისისა და საქართველოს რეგიონების პალიატიური მზრუნველობის კლინიკების მიხედვით

რეგიონი	სულ ბენეფიციარი კიბოს დიაგნოზით		სულ გარდაცვლილი კიბოს მიზეზით (თანატოლოგიური სერვისის ბენეფიციარი)		სულ პალიატიური სერვისის მიმღები ბენეფიციარი კიბოს დიაგნოზით	
	აბსოლუტური რაოდენობა	%	აბსოლუტური რაოდენობა	%	აბსოლუტური რაოდენობა	%
თბილისი	397	84,6	359	85,9	38	74,5
აჭარა	15	3,2	9	2,2	6	11,8
იმერეთი	14	3,0	14	3,3	0	0,0
კახეთი	2	0,4	2	0,5	0	0,0
მცხეთა-მთიანეთი	3	0,6	2	0,5	1	2,0
სამეგრელო და ზემო სვანეთი	13	2,8	11	2,6	2	3,9
ქვემო ქართლი	2	0,4	2	0,5	0	0,0
შიდა ქართლი	21	4,5	18	4,3	3	5,9
გაურკვეველი	2	0,4	1	0,2	1	2,0
სულ	469	100	418	100	51	100

წყარო: კიბოს პოპულაციური რეგისტრისა და პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა ბაზები

როგორც ეს 27-ე ცხრილიდან ჩანს თბილისში პალიატიური მზრუნველობის (შემთხვევათა 41,6%), მათ შორის თანატოლოგიური (შემთხვევათა 42,6%) და პალიატიური (34,2) რეფერალური სერვისები პაციენტებისათვის ძირითადად მიწოდებული იყო სს "უნივერსალურ სამედიცინო ცენტრში". ამასთან ერთად, თბილისის 39 კლინიკიდან პალიატიური მზრუნველობის რეფერალური სერვისების 70,2% 2019 წელს მიწოდებული იქნა 5 შემდეგი კლინიკის მიერ:

1. სს უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი- 41,8%

2. შპს ქ.თბილისის ონკოლოგიური დისპანსერი- 9,8%
3. შპს აკადემიკოს ფრიდონ თოდუას სამედიცინო ცენტრი- 8,8%
4. ს.ს.ი.პ. ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი- 5,8%
5. შპს აკად. ზ. კახიანის სახელობის კლინიკა რედი- 4,0%

ცხრილი 27. 2019 წელს რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღებ პაციენტთა რაოდენობა თბილისის პალიატიური მზრუნველობის კლინიკების მიხედვით

#	კლინიკა	სულ ბენეფიციარი კიბოს დიაგნოზით		სულ გარდაცვლილი კიბოს მიზეზით (თანატოლოგიური სერვისის ბენეფიციარი)		სულ პალიატიური სერვისის მიმღები ბენეფიციარი კიბოს დიაგნოზით	
		აბსოლ. რაოდენობა	%	აბსოლ. რაოდენობა	%	აბსოლ. რაოდენობა	%
1	სს "უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი"	166	41,8	153	42,6	13	34,2
2	შპს ქ.თბილისის ონკოლოგიური დისპანსერი	39	9,8	37	10,3	2	5,3
3	შპს აკადემიკოს ფრიდონ თოდუას სამედიცინო ცენტრი-შ.პ.ს. კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი.	35	8,8	29	8,1	6	15,8
4	ს.ს.ი.პ. ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი	23	5,8	22	6,1	1	2,6

	ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი						
5	შპს "რედი"	16	4,0	16	4,5	0	0,0
6	შპს ონკოლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი	14	3,5	13	3,6	1	2,6
7	შპს Krol Medical Corporation	10	2,5	10	2,8	0	0,0
8	სს "ქ. თბ.მოზრდილთა N26 პოლიკლინიკა"	8	2,0	8	2,2	0	0,0
9	შპს „პერსონალიზებული მედიცინის ინსტიტუტი“	8	2,0	7	1,9	1	2,6
10	შპს ნიუ ჰოსპიტალს	7	1,8	5	1,4	2	5,3
11	შპს ალ. წულუკიძის სახელობის უროლოგიის ეროვნული ცენტრი	6	1,5	5	1,4	1	2,6
12	შპს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკა	6	1,5	4	1,1	2	5,3
13	ა(ა)იპ "ნიუ ვიჟენ საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალი"	5	1,3	4	1,1	1	2,6
14	შ.პ.ს საოჯახო მედიცინის ცენტრი ისანი	5	1,3	5	1,4	0	0,0
15	შპს "მედისონ ჰოლდინგი"	5	1,3	4	1,1	1	2,6
16	შპს ვივამედი	4	1,0	4	1,1	0	0,0
17	შპს სხივური მედიცინის ცენტრი	4	1,0	4	1,1	0	0,0

1 8	შპს "კლინიკური ონკოლოგიის ინსტიტუტი"	3	0,8	3	0,8	0	0,0
1 9	შპს „პრემიუმ მედსერვისი“	3	0,8	3	0,8	0	0,0
2 0	შპს ს. ხეჩინაშვილის სახელობის საუნივერსიტეტო კლინიკა	3	0,8	2	0,6	1	2,6
2 1	სს „ვეექსის ჰოსპიტლები“ - მ. იაშვილის სახელობის ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფო	2	0,5	2	0,6	0	0,0
2 2	შ.პ.ს. უნივერსალი „ნოვა კლინიკა“	2	0,5	1	0,3	1	2,6
2 3	შპს ინოვა	2	0,5	2	0,6	0	0,0
2 4	შპს იოანე მოწყალეს სახელობის პრивატ კლინიკა	2	0,5	0	0,0	2	5,3
2 5	შპს მედი ქლაბ ჯორჯია	2	0,5	2	0,6	0	0,0
2 6	შპს მედეკაპიტალი	2	0,5	2	0,6	0	0,0
2 7	შპს ქართულ - ჰოლანდიური ჰოსპიტალი	2	0,5	2	0,6	0	0,0
2 8	შპს წმინდა მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის მრავალპროფილიანი კლინიკური საავადმყოფო	2	0,5	2	0,6	0	0,0

29	სს კ. ერისთავის სახელობის ექსპერიმენტული და კლინიკური ქირურგიის ეროვნული ცენტრი	1	0,3	0	0,0	1	2,6
30	სს ჯერარსი	1	0,3	1	0,3	0	0,0
31	სსიპ "თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა"	1	0,3	0	0,0	1	2,6
32	შ.პ.ს. „ჯანმრთელობის სახლი"	1	0,3	1	0,3	0	0,0
33	შპს "ალექსანდრე ალადაშვილის სახელობის კლინიკა"	1	0,3	0	0,0	1	2,6
34	შპს „არქიმედეს კლინიკა"	1	0,3	1	0,3	0	0,0
35	შპს 5 კლინიკური საავადმყოფო	1	0,3	1	0,3	0	0,0
36	შპს ავერსის კლინიკა	1	0,3	1	0,3	0	0,0
37	შპს აკადემიკოს ნიკოლოზ ყიფშიძის სახელობის ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკა	1	0,3	1	0,3	0	0,0
38	შპს მედინვესტი- ჰემატოლოგიისა და ტრანსფუზიოლოგიის ინსტიტუტი	1	0,3	1	0,3	0	0,0

3	შპს რეგიონული ჰოსპიტალის	1	0,3	1	0,3	0	0,0
9	საბურთალოს პოლიკლინიკა						
სულ		397	100,0	359	100,0	38	100,0

წყარო: კიბოს პოპულაციური რეგისტრისა და პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა ბაზები

ცხრილი 28. 2019 წელს საქართველოში გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა და კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა ხვედრითი წონები

	საქართველოში გარდაცვალილთა რაოდენობა	საქართველოში კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა რაოდენობა	საქართველოს პალიატიურ კლინიკებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა რაოდენობა
2019 წ.	46,569	4,187	418
%, საქართველოში გარდაცვალილთა რაოდენობასთან		9.0%	0.9%
%, საქართველოში კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა რაოდენობასთან			10.0%

წყარო: კვლევის შედეგები

28-ე ცხრილის მიხედვით, 2019 წელს საქართველოში სულ გარდაიცვალა 46,569 პაციენტი, მათ შორის 4,187 (9%) კიბოს მიზეზით, რომელთაგან მხოლოდ 418 (0,9%) მიიღო პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისი, რამაც შეადგინა საქართველოში კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა მხოლოდ 10%.

თავი 4

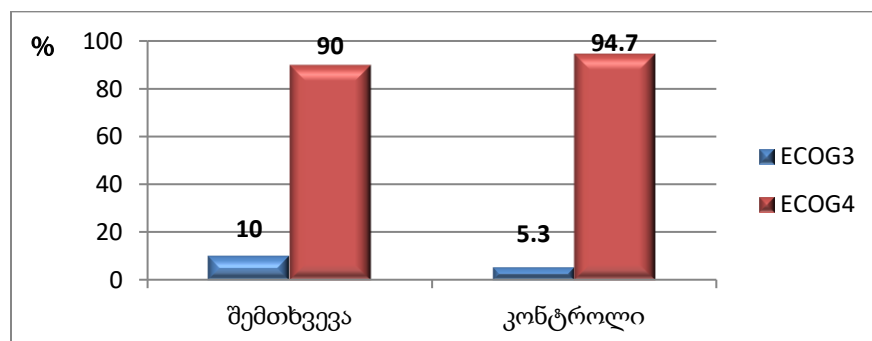
კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასება შემთხვევა-კონტროლის ტიპის რეტროსპექტული ეპიდემიოლოგიური კვლევით

4.1. საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფების დახასიათება

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით პირველ ეტაპზე ჩატარებული იქნა რეტროსპექტული კვლევა. შესწავლილი იქნა სს "უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის" პალიატიურ კლინიკაში 2019 წელს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების ავადმყოფობის ისტორიები. სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის საშუალებით (იხ. დანართი 1) რეტროსპექტულად მოპოვებული იქნა ინფორმაცია ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 150 ონკოლოგიური (შესასწავლი ჯგუფი) და 150 ნევროლოგიური (საკონტროლო ჯგუფი) პაციენტის შესახებ.

ონკოლოგიური პაციენტებიდან 1 (0,7%) შემთხვევაში რეგისტრირებული იქნა დაავადება მე-3, ხოლო 149 (99,3%) შემთხვევაში - მე-4 კლინიკურ სტადიაში. მათგან 15 პაციენტის (10,0%) ფიზიკური მდგომარეობა შეესაბამებოდა ECOG-3, ხოლო 135 (90,0%) - ECOG-4. საკონტროლო ჯგუფში 8 პაციენტის (5,3%) ფიზიკური მდგომარეობა შეესაბამებოდა ECOG-3, ხოლო 142 (94,7%) - ECOG-4 (დიაგრამა 20). ECOG სტატუსის მიხედვით საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებს შორის არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება ($\text{Chi}^2 = 2.31$; $p = 0.128$ (NS)).

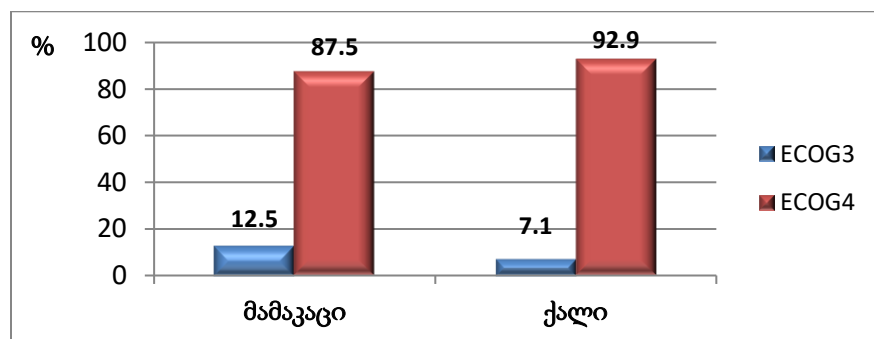
დიაგრამა 20. პაციენტთა განაწილება ECOG-ის მიხედვით საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

შესასწავლ ჯგუფში სქესის მიხედვით 80 (53,3%) პაციენტი იყო მამაკაცი, ხოლო 70 (46,7%) - ქალი, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში 54 (36,0%) პაციენტი იყო მამაკაცი, ხოლო 96 (64,0%) - ქალი (დიაგრამა 21).

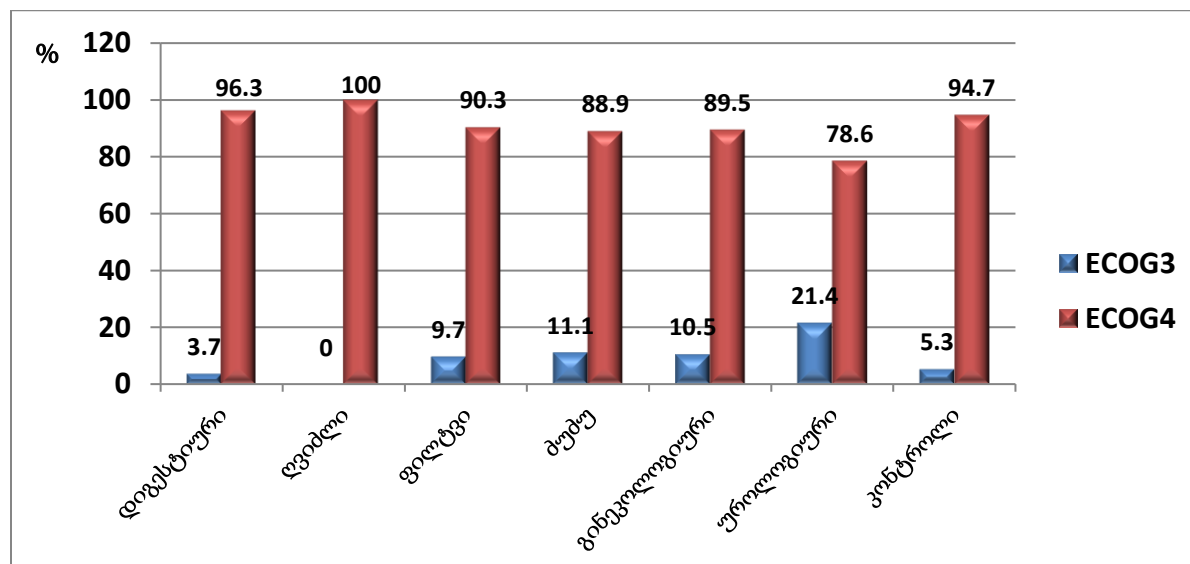
დიაგრამა 21. პაციენტთა განაწილება სქესისა და ECOG-ის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

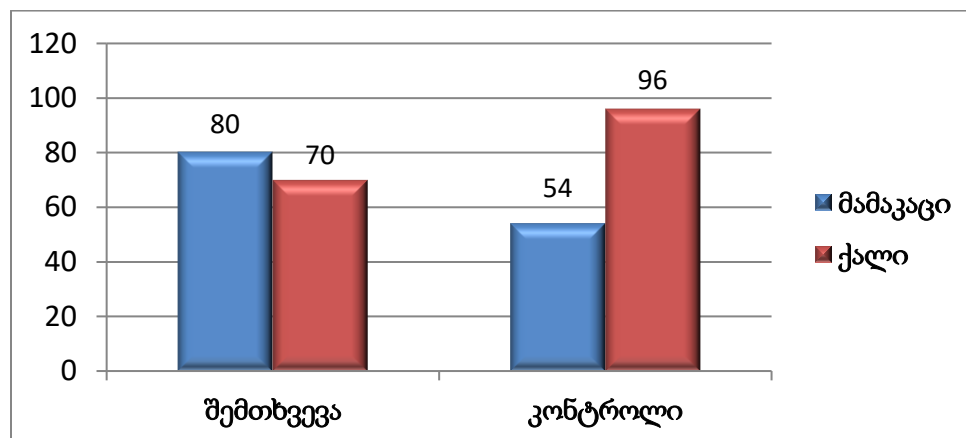
ECOG სტატუსისა და სქესის მიხედვით საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებს შორის არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება (დიაგრამა 21, 22 და 23; Chi2 = 1.19; p=0.275 (NS)).

დიაგრამა 22. პაციენტთა განაწილება კიბოს ლოკალიზაციისა და ECOG-ის მიხედვით



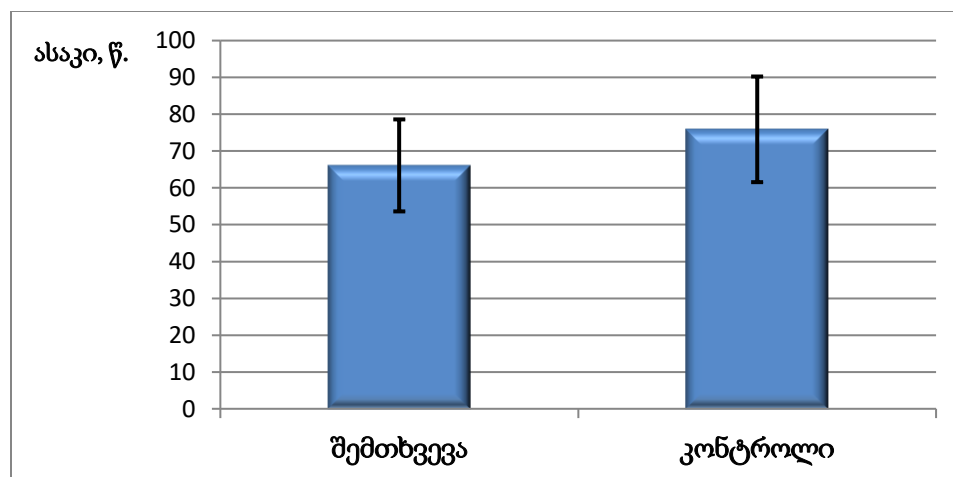
წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 23. საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფების განაწილება სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

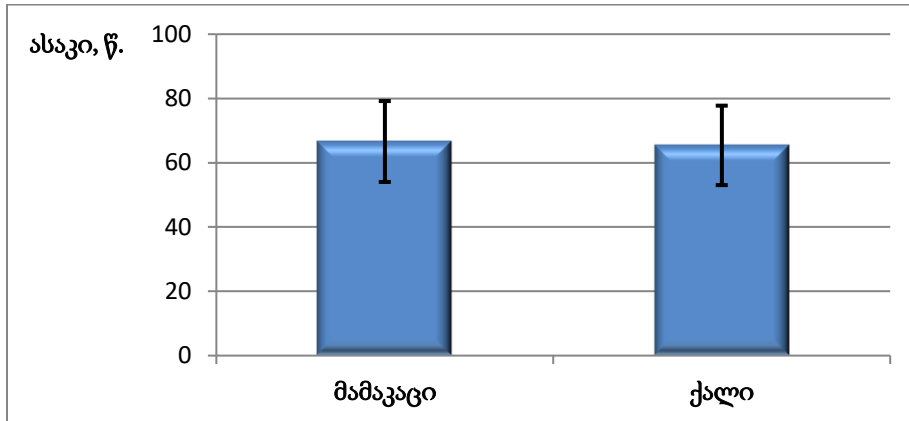
დიაგრამა 24. საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფების საშუალო ასაკი



წყარო: კვლევის შედეგები

საკვლევ ჯგუფში შემავალ პაციენტთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 65,9 წელი, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის - 76,1 წელი (დიაგრამა 24).

დიაგრამა 25. შემთხვევათა ჯგუფში პაციენტთა საშუალო ასაკი სქესის მიხედვით

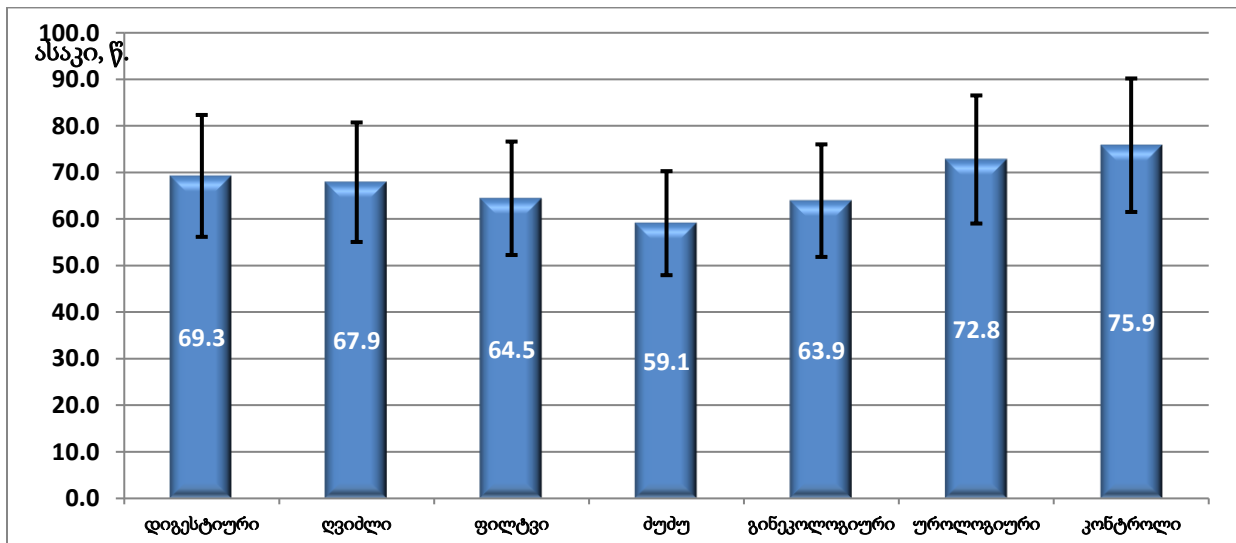


წყარო: კვლევის შედეგები

საკვლევ ჯგუფში სქესისა და კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

მიხედვით არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება პაციენტთა ასაკში (დიაგრამა 25 და 26; Z-ტესტი=0.57; p=0,282 (NS)).

დიაგრამა 26. შემთხვევათა ჯგუფში პაციენტთა საშუალო ასაკი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

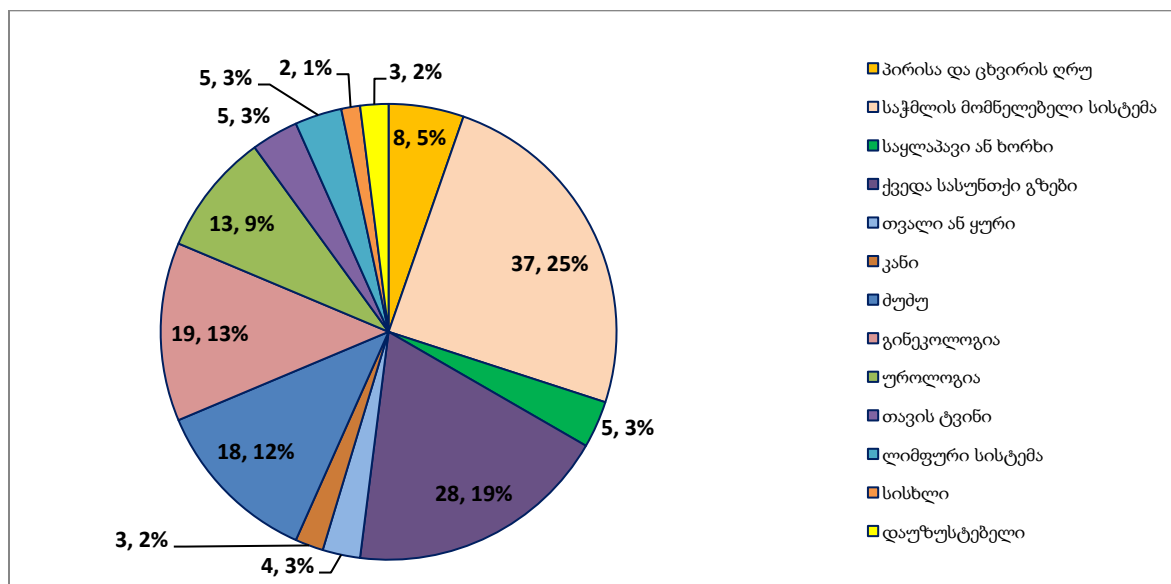


წყარო: კვლევის შედეგები

Z-ტესტისა და p-ის მნიშვნელობები; NS

საკვლევ ჯგუფში შემავალ ონკოლოგიურ პაციენტთა განაწილება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 27-ე დიაგრამაზე.

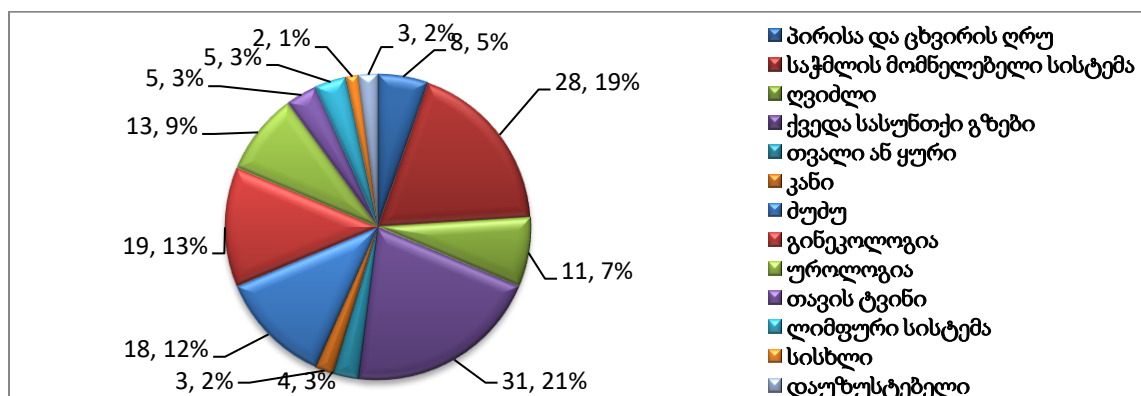
დიაგრამა 27. ონკოლოგიურ პაციენტთა განაწილება კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

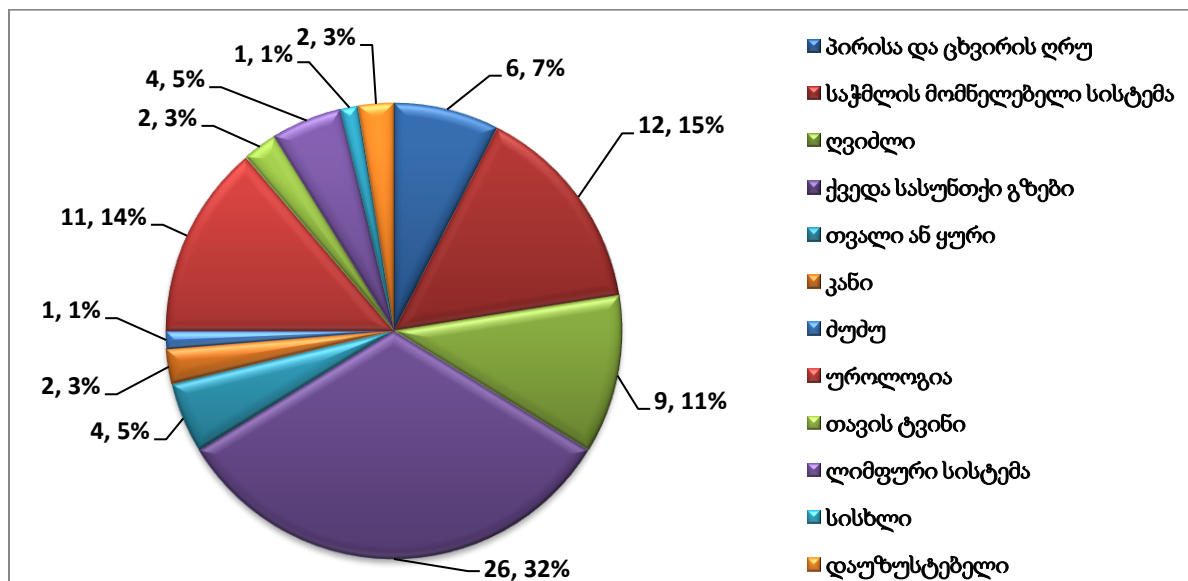
28-ე დიაგრამაზე ნაჩვენებია ორივე სქესის ონკოლოგიური პაციენტების განაწილება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციების მიხედვით.

დიაგრამა 28. პაციენტების განაწილება შემთხვევათ ჯგუფში პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 29. პაციენტების განაწილება მამაკაცთა ქვეჯგუფში ლოკალიზაციის მიხედვით

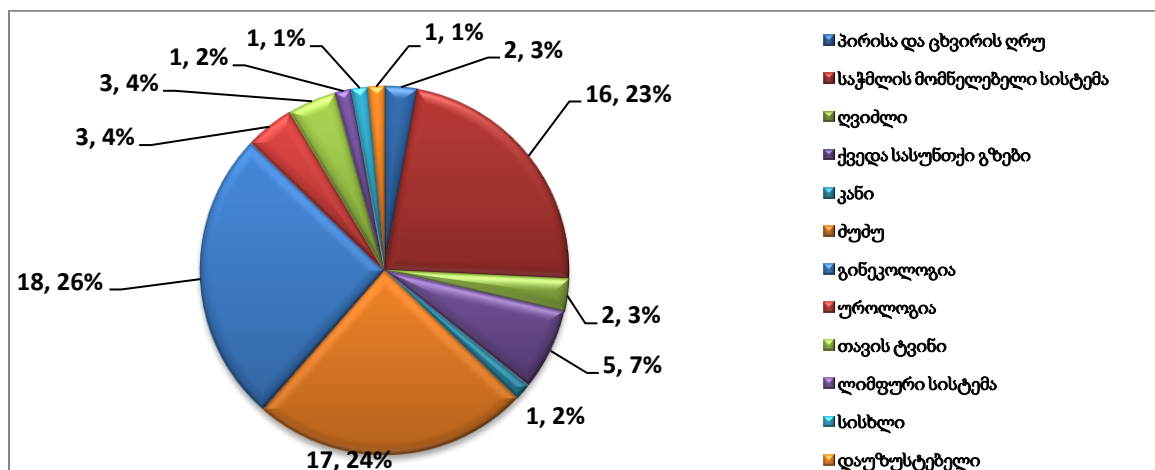


წყარო: კვლევის შედეგები

მამაკაც პაციენტებში პირველადი კიბო ძირითად ლოკალიზებული იყო ფილტვებში (32%), საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოებში (15%), ღვიძლში (11%), შარდ-სასქესო ორგანოებში (14%) (დიაგრამა 29).

ქალ პაციენტებში პირველადი კიბო ძირითად ლოკალიზებული რეპროდუქციული სისტემის ორგანოებში (50%), მათ შორის სასქესო ორგანოებში (26%) და ძუძუში (24%), ასევე საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოებში (23%) (დიაგრამა 30).

დიაგრამა 30. პაციენტების განაწილება ქალთა ქვეჯგუფში ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

4.2. საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში შემავალი პაციენტების ზოგადი კლინიკური პარამეტრები

ცხრილი 29. პაციენტთა ზოგადი კლინიკური პარამეტრები საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში

კლინიკური პარამეტრები	საკვლევ ჯგუფი		საკონტროლო ჯგუფი	
	საშუალო	SD	საშუალო	SD
სხეულის მასის ინდექსი, კგ/მ ²	15,2	0,9	15,4	0,8
სხეულის ტემპერატურა, °C	36,5	0,5	36,7	0,7
წნევა სისტოლური, მმ.ვწყ.სვ	113,9	21,7	117,8	23,7
წნევა დიასტოლური, მმ.ვწყ.სვ	69,7	13,2	72,4	13,6
პულსი	87,5	13,5	85,6	11,6
სატურაცია, %	92,8	3,8	90,4	3,9
ღამის ძილის ხანგრძლივობა	5,7	1,3	6,0	2,1
სუნთქვის სიხშირე	20,3	1,6	20,3	1,6

წყარო: კვლევის შედეგები

როგორც ეს 29-ე ცხრილიდან ჩანს, ორი ჯგუფში ერთიდაიგივე სიხშირით აღინიშნება სხეულის მასის ინდექსის დაბალი მაჩვენებლები, ნორმალური სხეული ტემპერატურა, ნორმის ქვემო ზღვარზე არტერიული წნევა (სისტოლური და დიასტოლური), მომატებული პულსაცია, გახშირებული სუნთქვა, შემცირებული სატურაცია და ღამის ძილის ხანგრძლივობა (დიაგრამები 34-51).

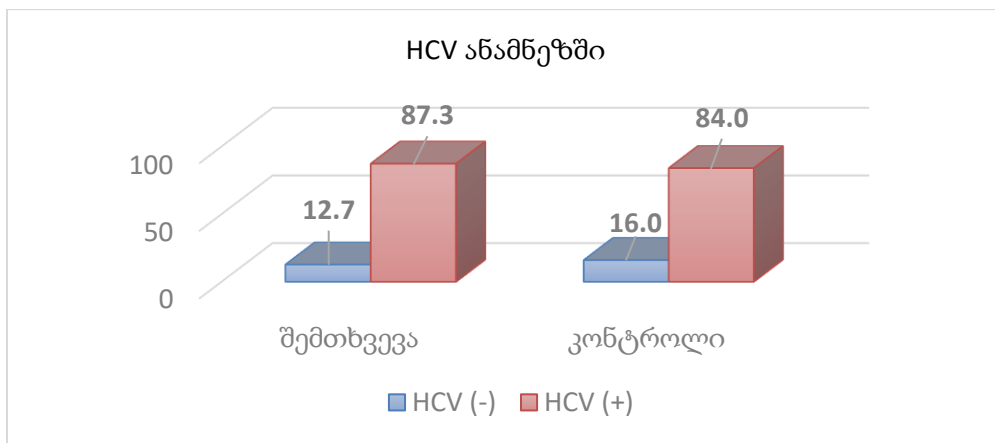
ცხრილი 30. HCV-ს სიხშირე საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში

ანამნეზში HCV	საკვლევ ჯგუფი		საკონტროლო ჯგუფი	
	აბს. რაოდ.	%	აბს. რაოდ.	%
-	19	12,7	24	16,0
+	131	87,3	126	84,0
Chi ² = 0.91; p = 0.181 (NS)				

წყარო: კვლევის შედეგები

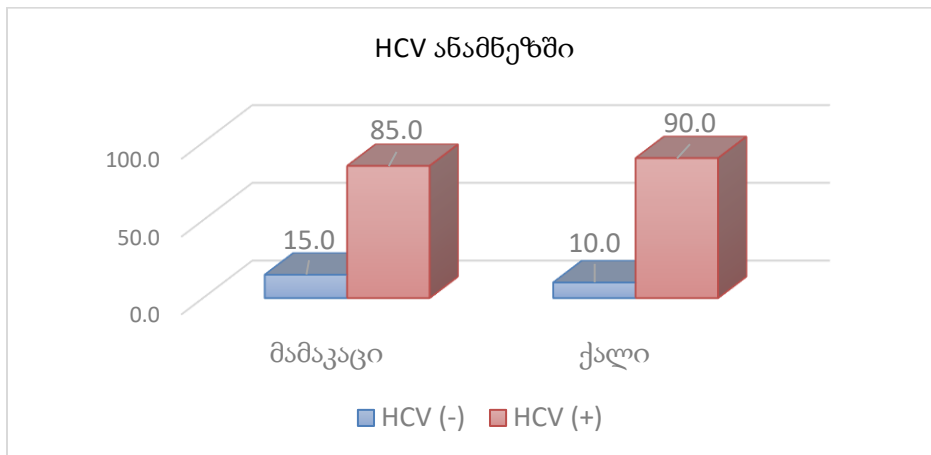
როგორც ეს 30-ე ცხრილიდან და 31-ე დიაგრამიდან ჩანს, ანამნეზში HCV ორივე ჯგუფში გვხვდება ერთნაირი სიხშირით. საყურადღებოა, რომ ანამნეზში HCV ორივე ჯგუფში ფიქსირდება 4/5-ზე მეტ პაციენტში!

დიაგრამა 31. HCV ანამნეზში საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

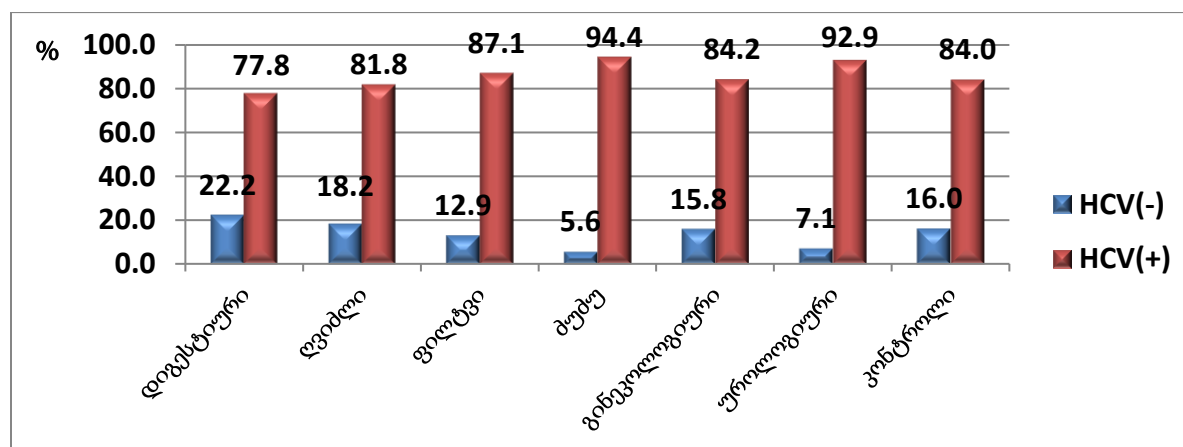
დიაგრამა 32. HCV ანამნეზში საკვლევ ჯგუფში სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

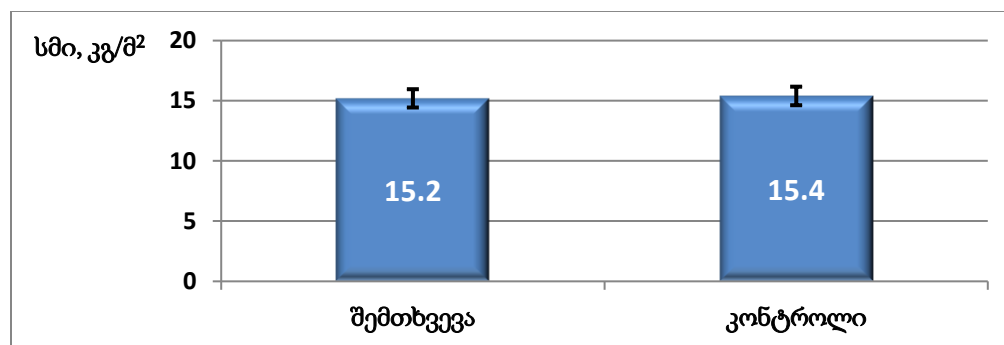
ასევე არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა HCV-ს სიხშირებს შორის სხვაობა ონკოლოგიურ პაციენტებში სქესის მიხედვით და კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით (დიაგრამა 32 და 33).

დიაგრამა 33. HCV ანამნეზში საკვლევ ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



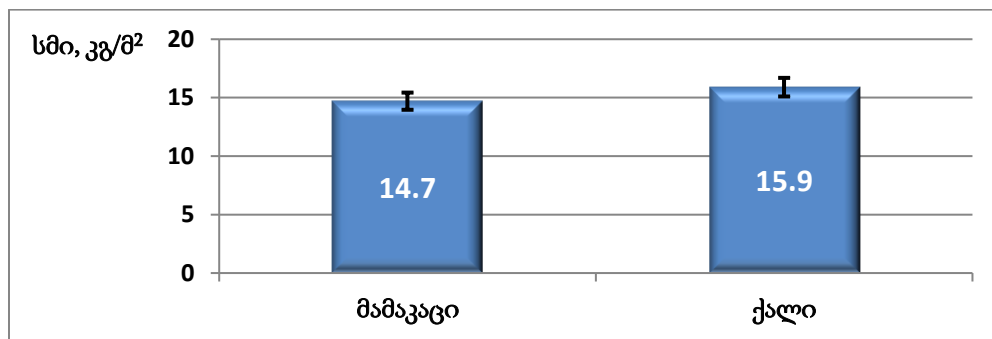
წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 34. პაციენტთა BMI საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

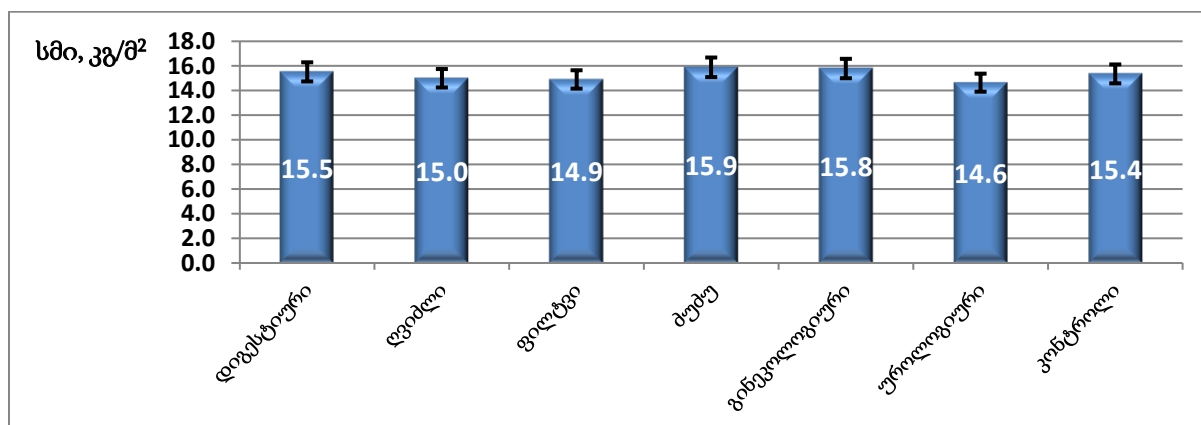
დიაგრამა 35. პაციენტთა BMI საკვლევ ჯგუფში სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

Z-ტესტი = 29.41; p < 0.001

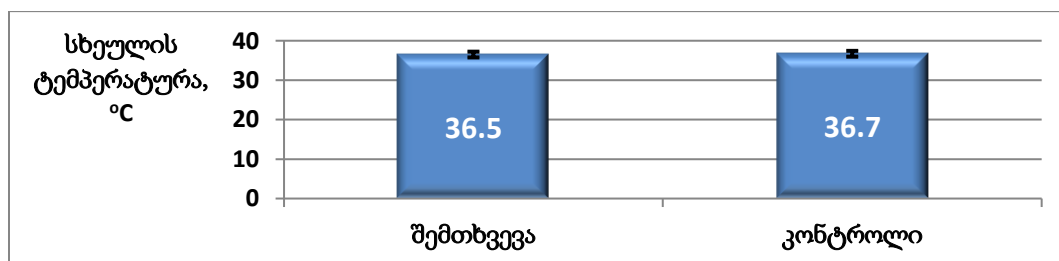
დიაგრამა 36. პაციენტთა BMI საკვლევ ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

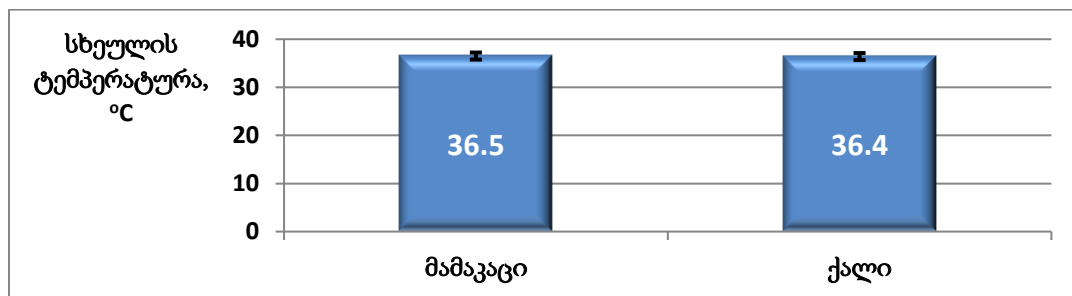
Z-ტესტისა და p-ის მნიშვნელობები; NS

დიაგრამა 37. პაციენტთა სხეულის ტემპერატურა საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

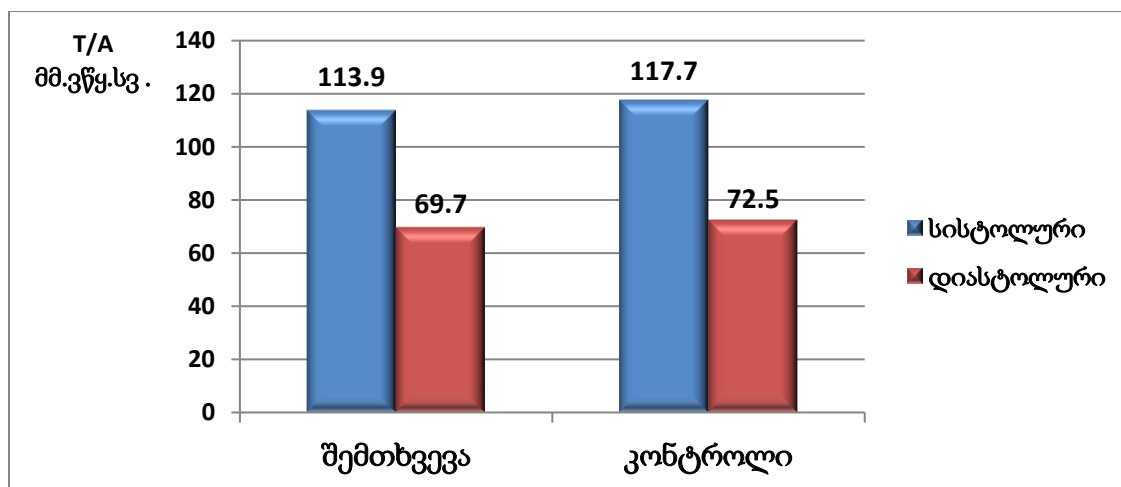
დიაგრამა 38. პაციენტთა სხეულის ტემპერატურა სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

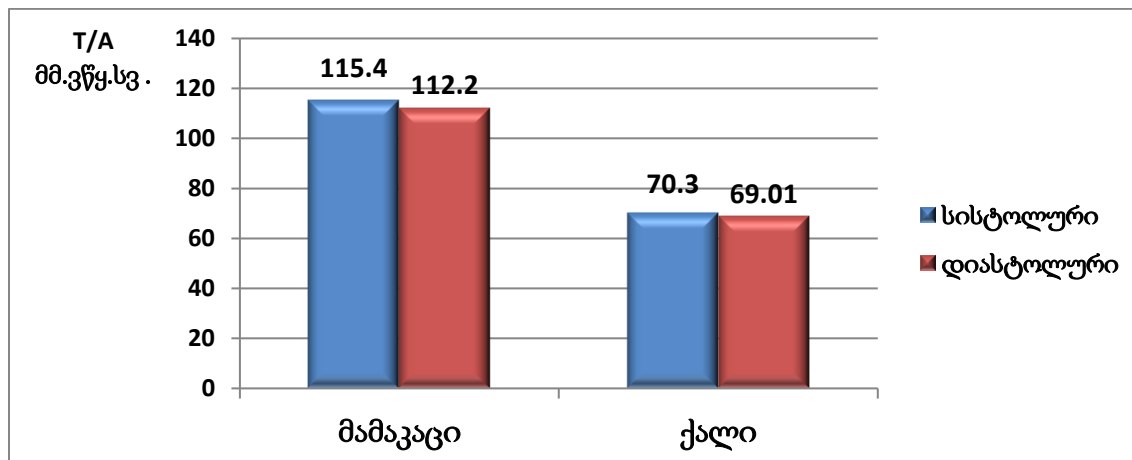
Z-ტესტი=0.14; p=0.443 (NS)

დიაგრამა 39. პაციენტთა არტერიული წნევა საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

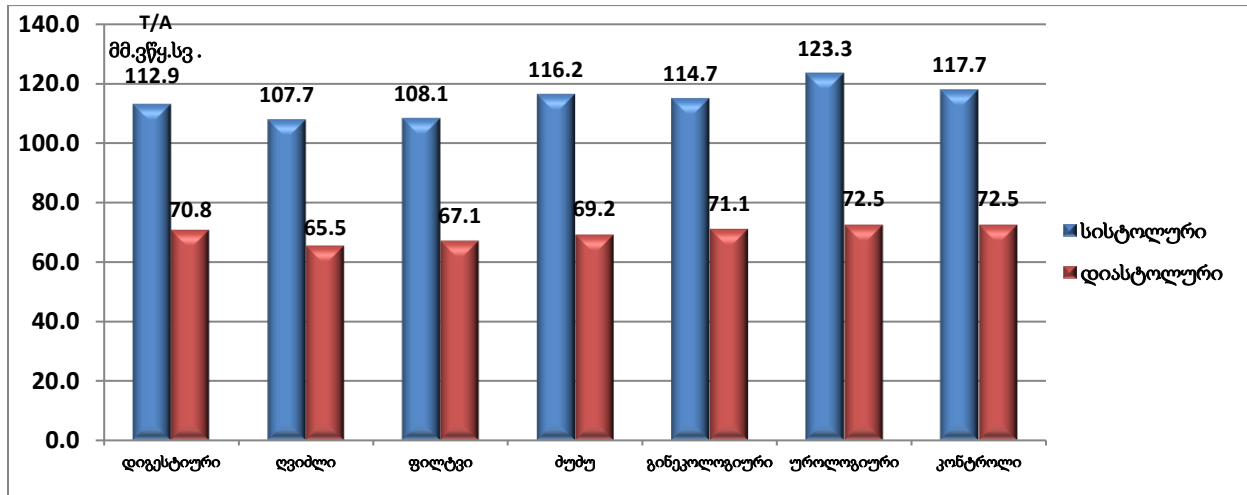
დიაგრამა 40. პაციენტთა არტერიული წნევა სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

სისტოლური T/A - Z-ტესტი = -0.92; p = 0.179 (NS)
 დიასტოლური T/A - Z-ტესტი = -0.59; p = 0.276 (NS)

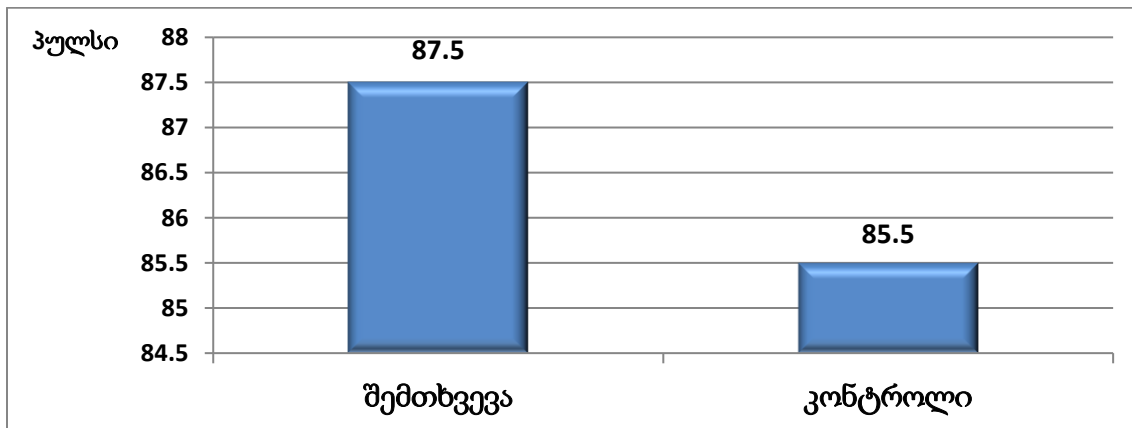
დიაგრამა 41. პაციენტთა არტერიული წნევა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

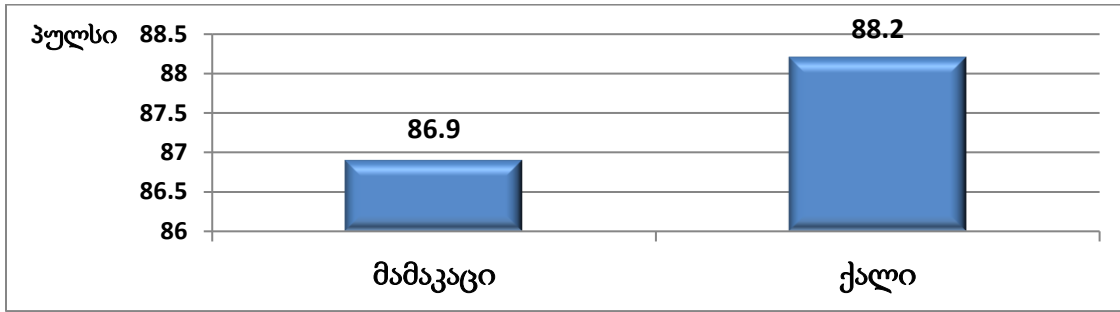
Z-ტესტისა და p-ის მნიშვნელობები; NS-non significant

დიაგრამა 42. პაციენტთა პულსი საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

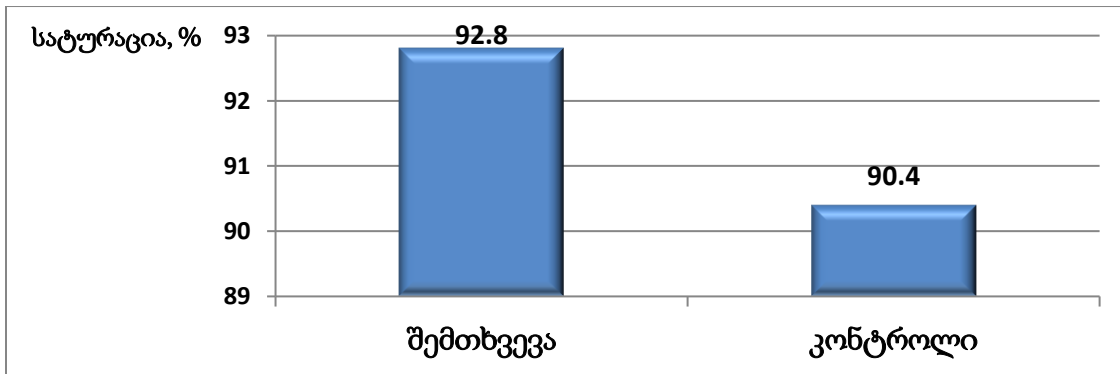
დიაგრამა 43. პაციენტთა პულსი სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

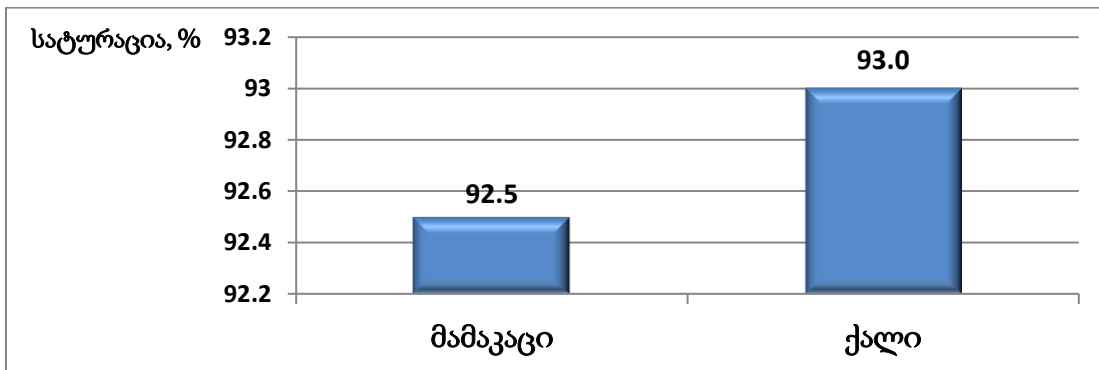
Z-ტესტი = 0.59; p = 0.279 (NS)

დიაგრამა 44. პაციენტთა სატურაცია საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

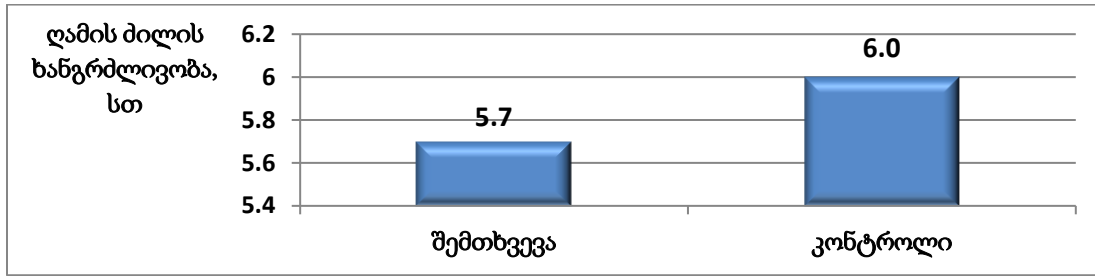
დიაგრამა 45. პაციენტთა სატურაცია სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

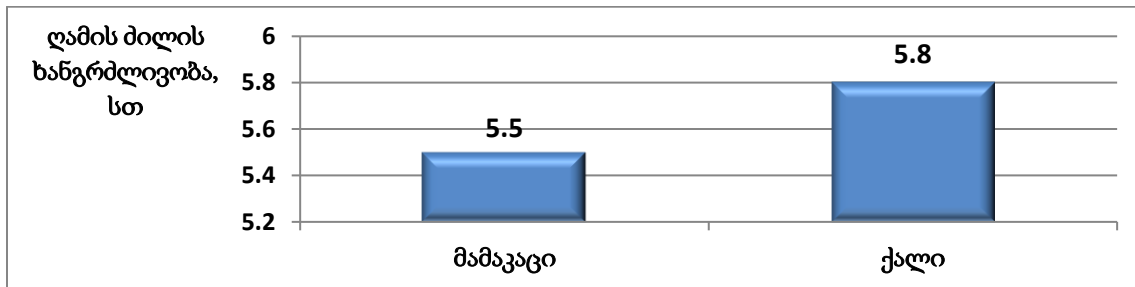
Z-ტესტი= 0.84; p=0.200 (NS)

დიაგრამა 46. ღამის ძილის ხანგრძლივობა საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

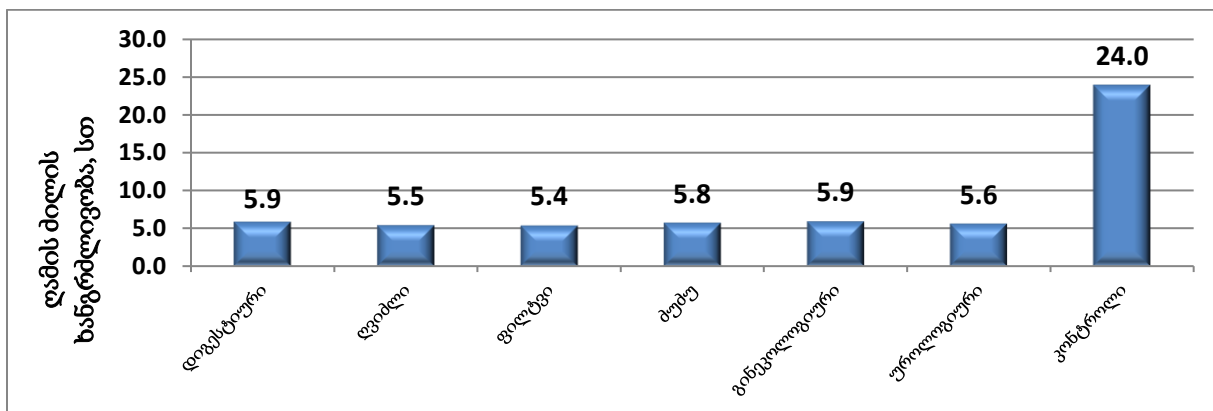
დიაგრამა 47. ღამის ძილის ხანგრძლივობა სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

Z-ტესტი=1.36; p=0.085 (NS)

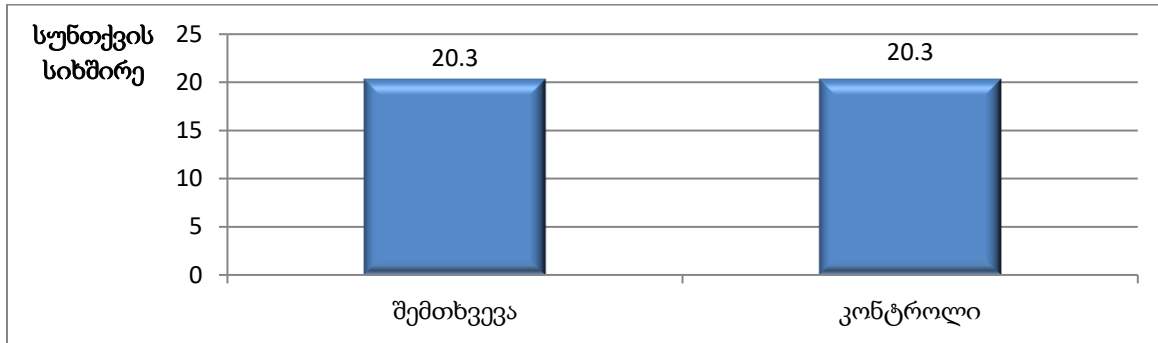
დიაგრამა 48. ღამის ძილის ხანგრძლივობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

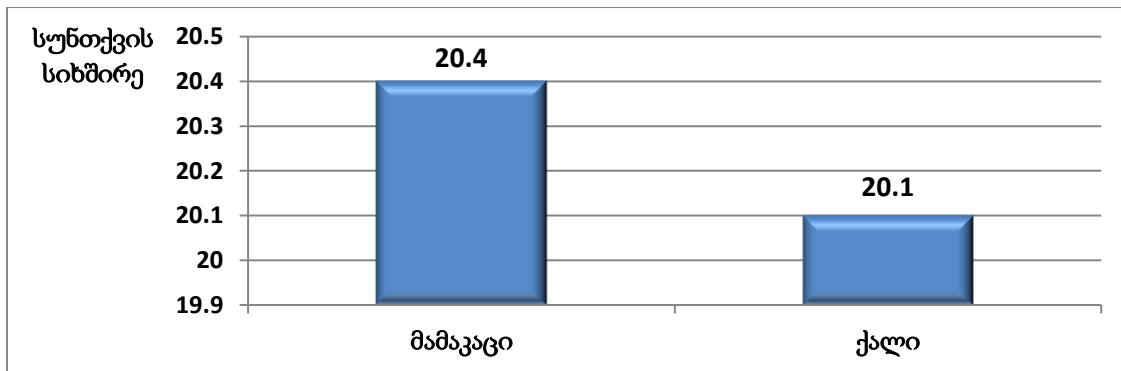
Z-ტესტისა და p-ის მნიშვნელობები; NS

დიაგრამა 49. სუნთქვის სიხშირე საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

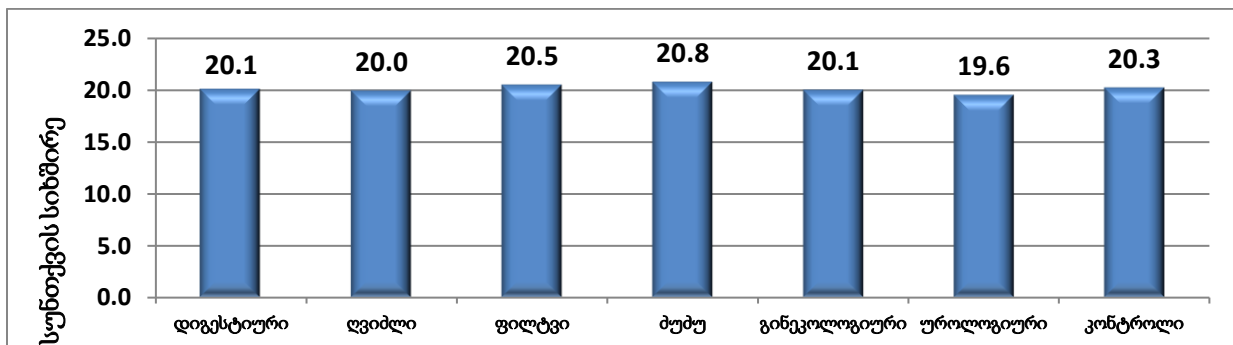
დიაგრამა 50. სუნთქვის სიხშირე სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

Z-ტესტი= -1.38; p =0.083 (NS)

დიაგრამა 51. სუნთქვის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

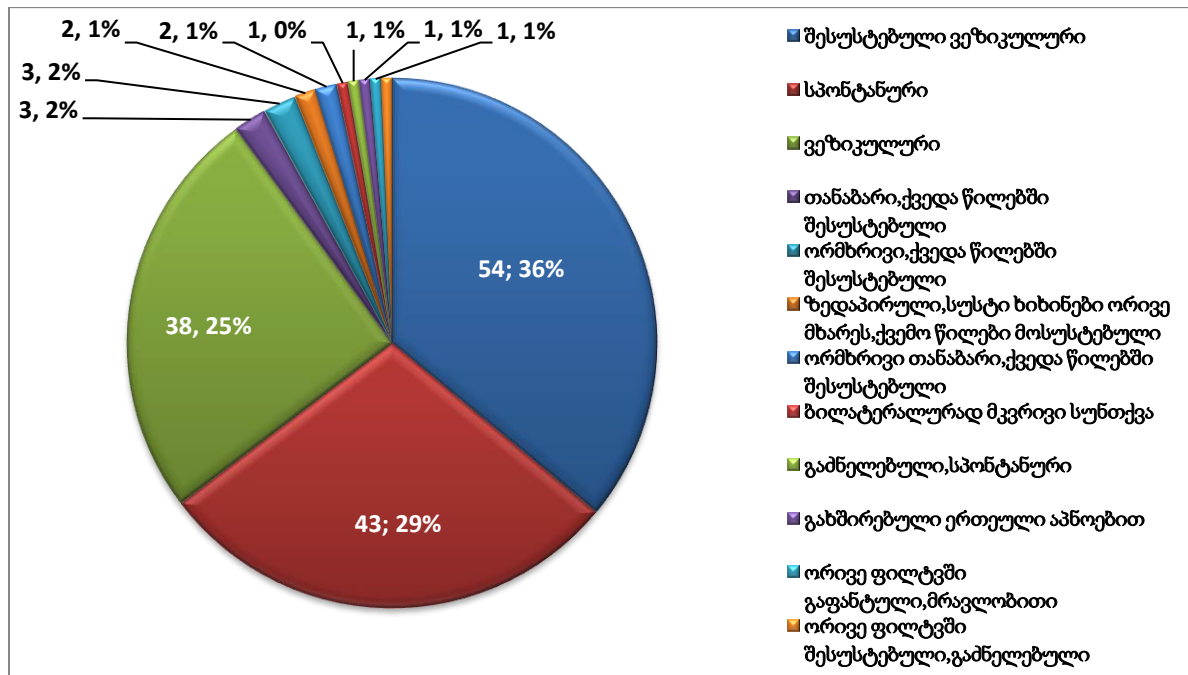
Z-ტესტისა და p-ის მნიშვნელობები; NS

4.3. რეტროსპექტული კვლევის შედეგები

განალიზებული იქნა ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების ფიზიკური მდგომარეობა ძირითადი სისტემების მიხედვით.

4.3.1. სასუნთქი სისტემა

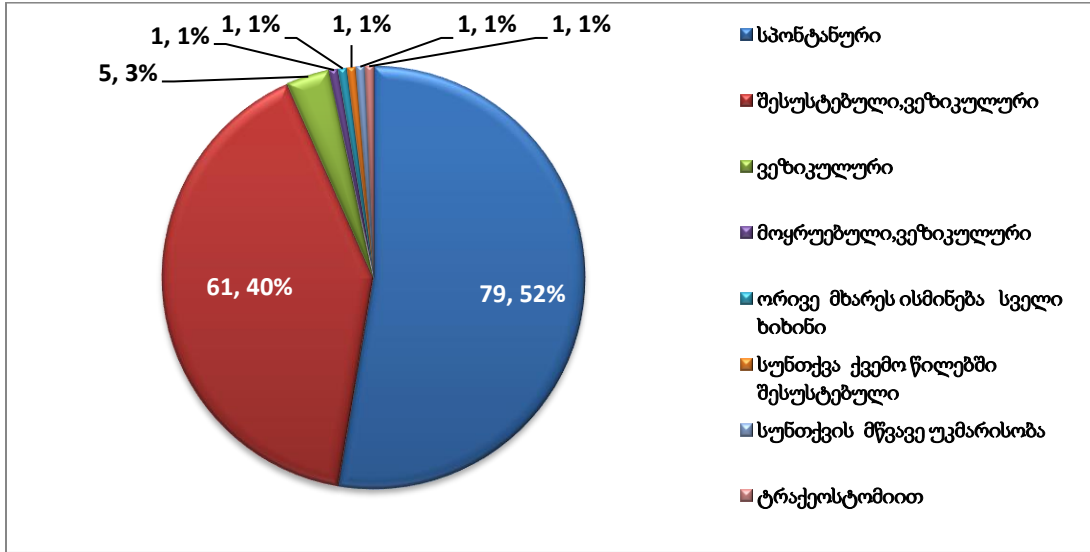
დიაგრამა 52. სუნთქვის ხასიათი შემთხვევათა ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

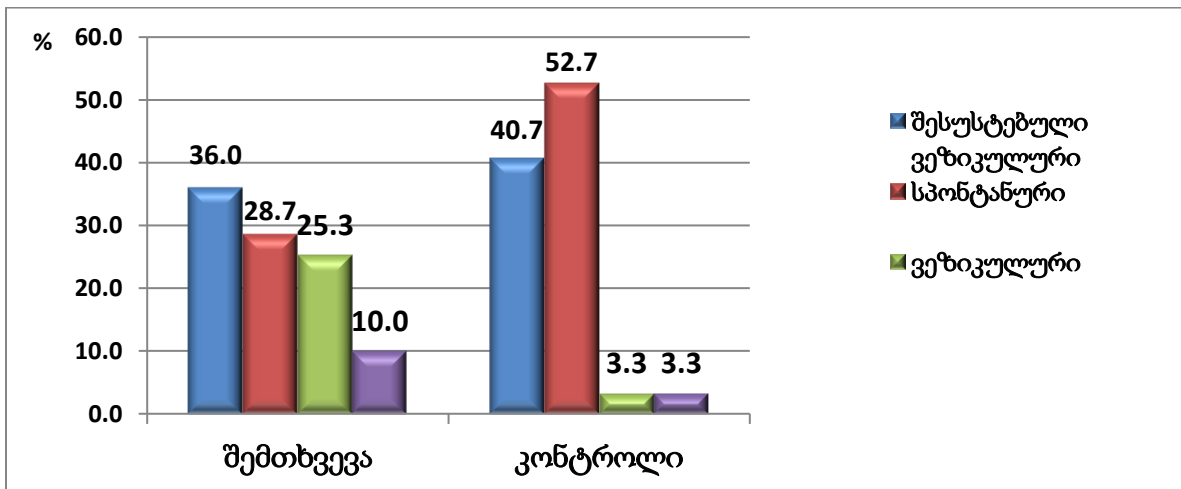
სპონტანური სუნთქვა აღენიშნებოდა პაციენტთა 29%-ს საკვლევ ჯგუფში და 52% საკონტროლო ჯგუფში. საკვლევ ჯგუფში ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა აღინიშნა, შესაბამისად, პაციენტთა 25% და 36%, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში 40% და 3% (დიაგრამა 52 და 53).

დიაგრამა 53. სუნთქვის ხასიათი საკონტროლო ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 54. სუნთქვის ხასიათის შედარება საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში



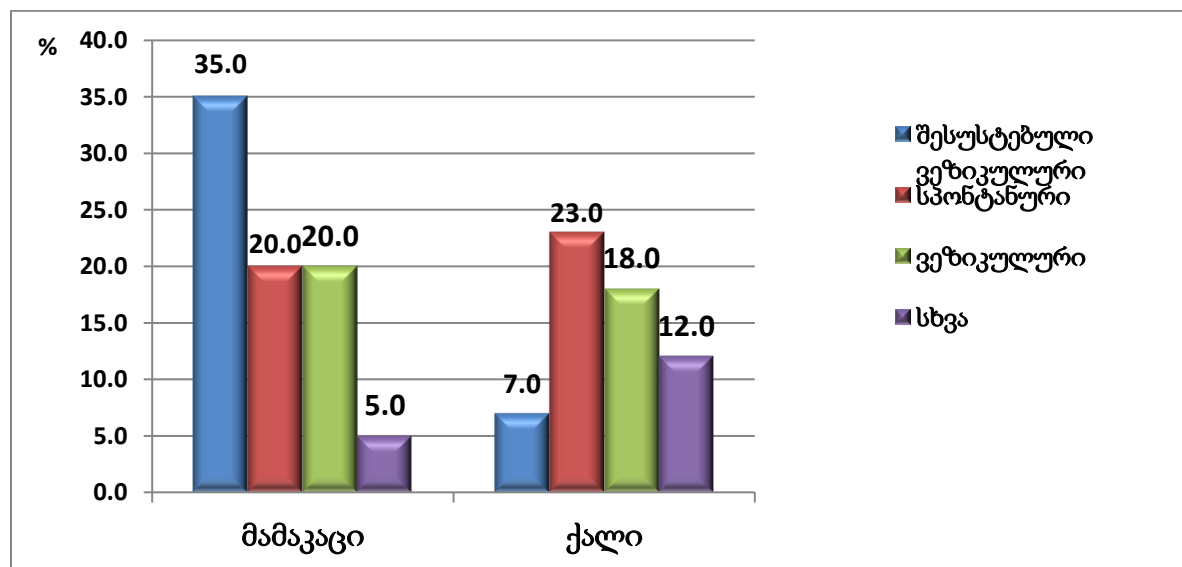
წყარო: კვლევის შედეგები

სპონტანური სუნთვა აღენიშნებოდა პაციენტთა 28,7%-ს საკვლევ ჯგუფში და 52,7% საკონტროლო ჯგუფში, ხოლო ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა, შესაბამისად, პაციენტთა 61,3% და 44% (დიაგრამა 54).

ონკოლოგიურ პაციენტებში სქესის მიხედვით ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა სტატისტიკურად სარწმუნოდ ($\text{Chi}^2 = 19.40; p < 0.001$) უფრო მეტი სიხშირით (2,2-ჯერ) აღინიშნებოდა მამაკაც პაციენტებში (55%) ვიდრე ქალებში (25%), რაც სავარაუდოდ შესაძლებელია დაკავშირებული იყო იმ გარემოებასთან, რომ ქალებთან შედარებით მამაკაც პაციენტებში პრევალირებდა ფილტვის კიბოს სიხშირე (დიაგრამა 55).

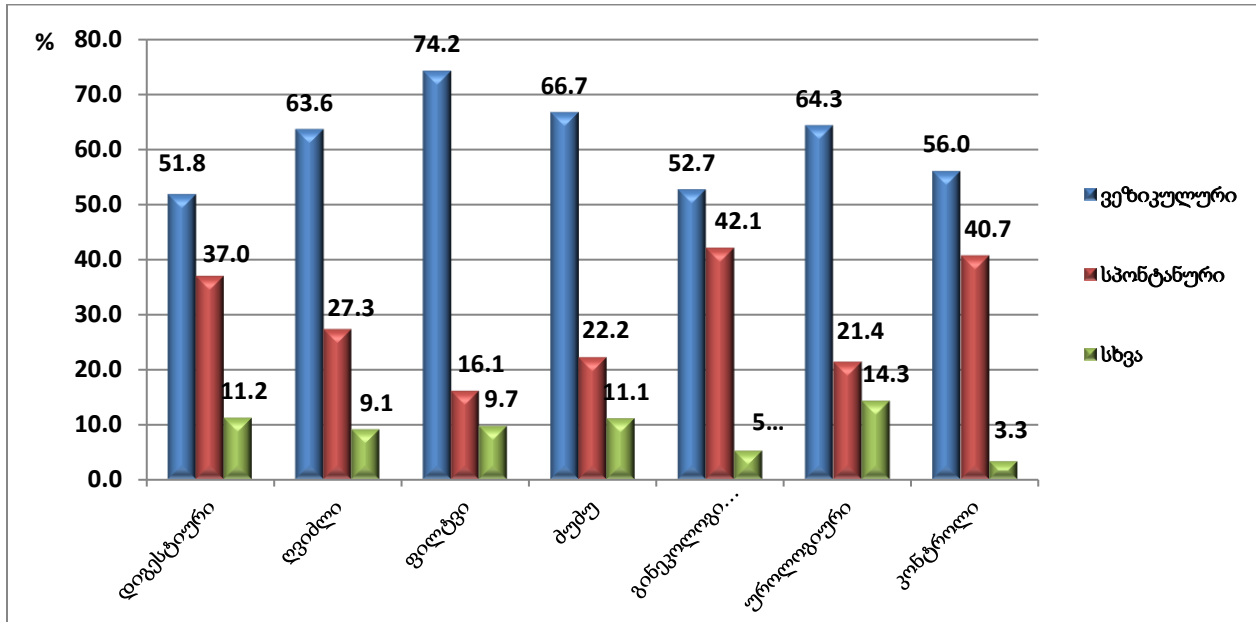
ეს ვარაუდი დასტურდება 56-ე დიაგრამის მონაცემებით: ფილტვის პირველადი კიბოს დროს პაციენტთა 83,9% აღენიშნებოდა ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა, ხოლო სპონტანური სუნთქვა - შემთხვევათა მხოლოდ 16%-ში ($\text{Chi}^2 = 19.40; p < 0.001$).

დიაგრამა 55. სუნთქვის ხასიათი სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

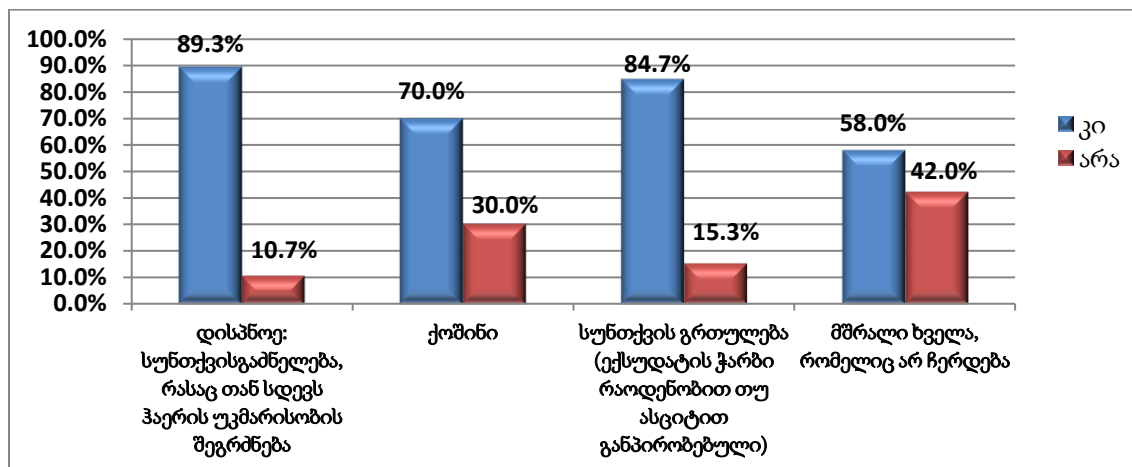
დიაგრამა 56. სუნთქვის ხასიათი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

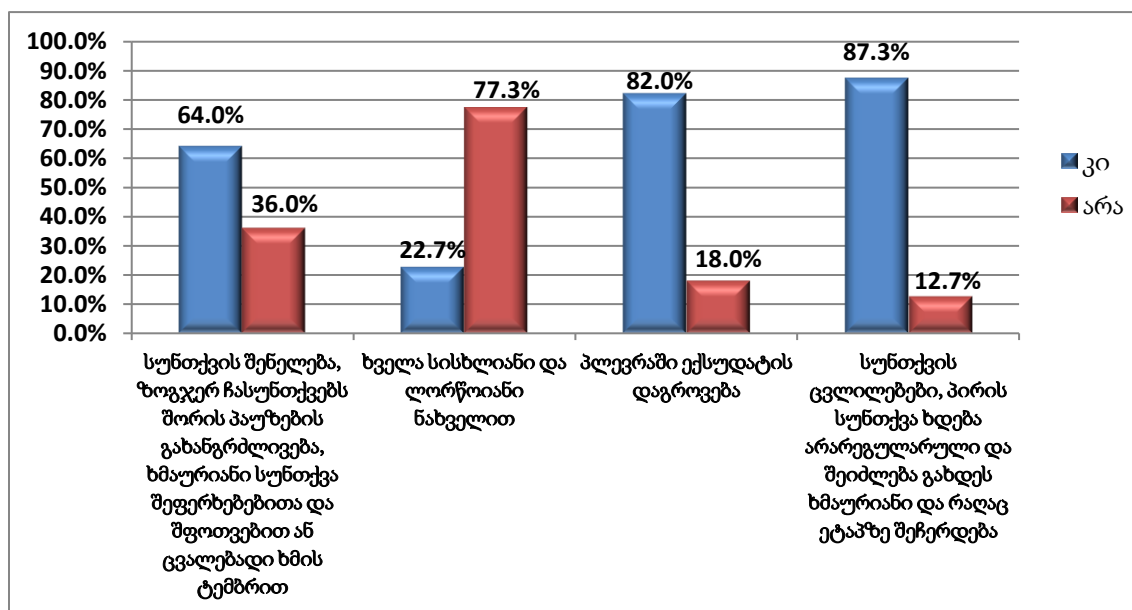
ონკოლოგიურ პაციენტთა 89,3%-ს აღენიშნებოდა დისპნოე (სუნთქვის გამძლეობა, რასაც თან სდევს ჰაერის უკმარისობა), 70,0%-ს - ქოშინი, 84,7%-ს - სუნთქვის გართულება (ექსუდატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული), ხოლო 58,0%-ს მშრალი, შეუჩერებელი ხველა (დიაგრამა 57).

დიაგრამა 57. სუნთქვის თავისებურებები საკვლევ ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

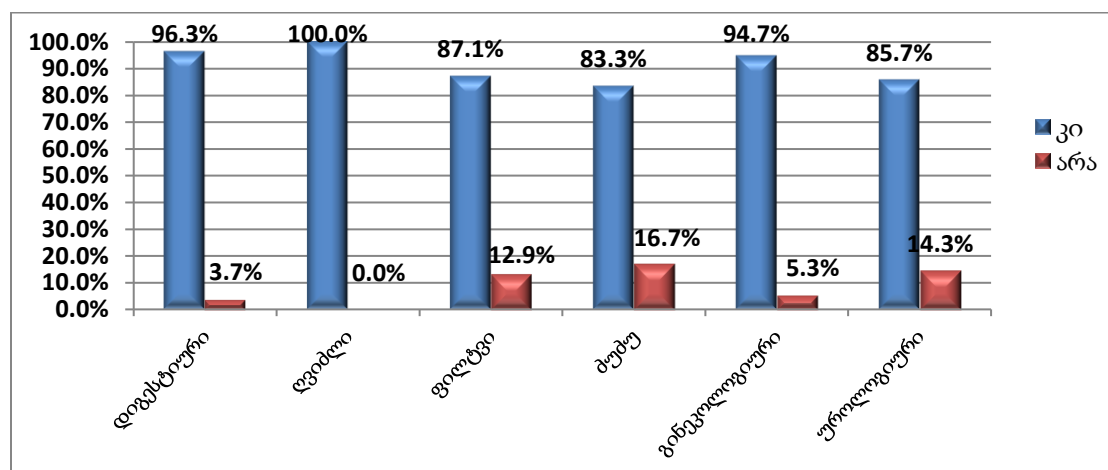
დიაგრამა 58. სუნთქვის თავისებურებები საკვლევ ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

ონკოლოგიურ პაციენტთა 64,0%-ს აღენიშნებოდა სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით, 22,7%-ს - ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით, 82,0%-ს - პლევრაში ექსუდატის დაგროვება, ხოლო 87,3%-ს - სუნთქვის ცვლილებები, პირით სუნთქვა ხდება არარეგულარული და ხმაურიანი, რომელიც რაღაც ეტაპზე შეჩერდება (დიაგრამა 58).

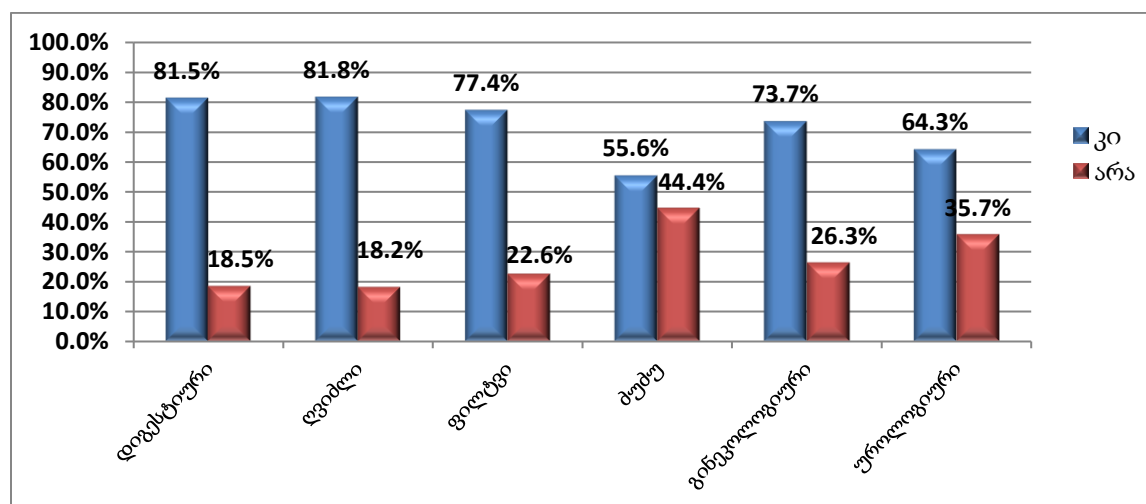
დიაგრამა 59. დისპნოე: სუნთქვის გაძნელება, ჰაერის უკმარისობის შეგრძნება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

ონკოლოგიურ პაციენტთა 80%-100%, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით აღნიშნებოდა სუნთქვის გაძნელება, ჰაერის უკმარისობის შეგრძნება (დისპნოე) (დიაგრამა 59).

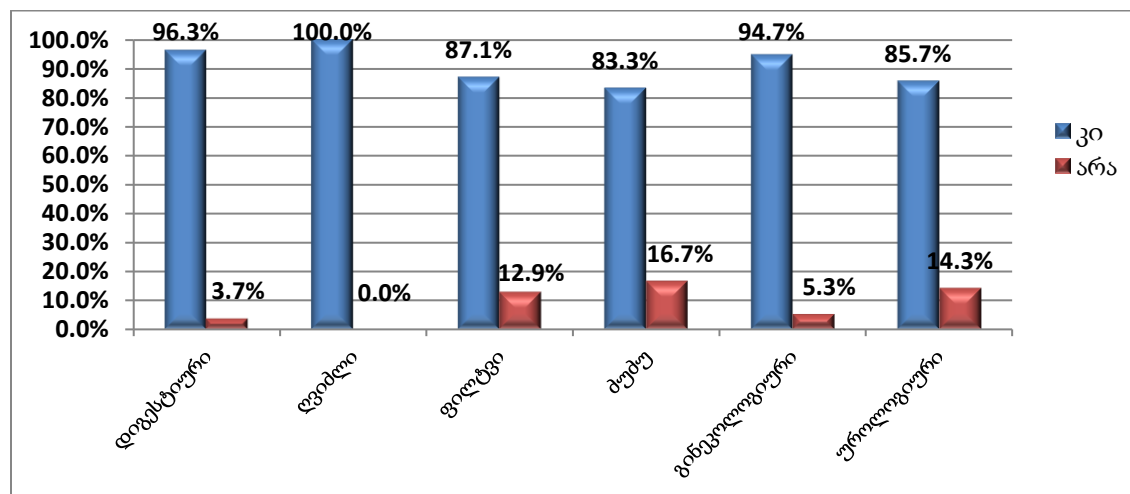
დიაგრამა 60. ქოშინი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

ონკოლოგიურ პაციენტთა 55,6%-81,8%, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით აღნიშნებოდა ქოშინი (დიაგრამა 60). ამავე დროს, ქოშინის ალბათობა 3,5-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს, ბუბუს კიბოსთან შედარებით (OR=3,5; 95% CI OR= 1.1-10.9).

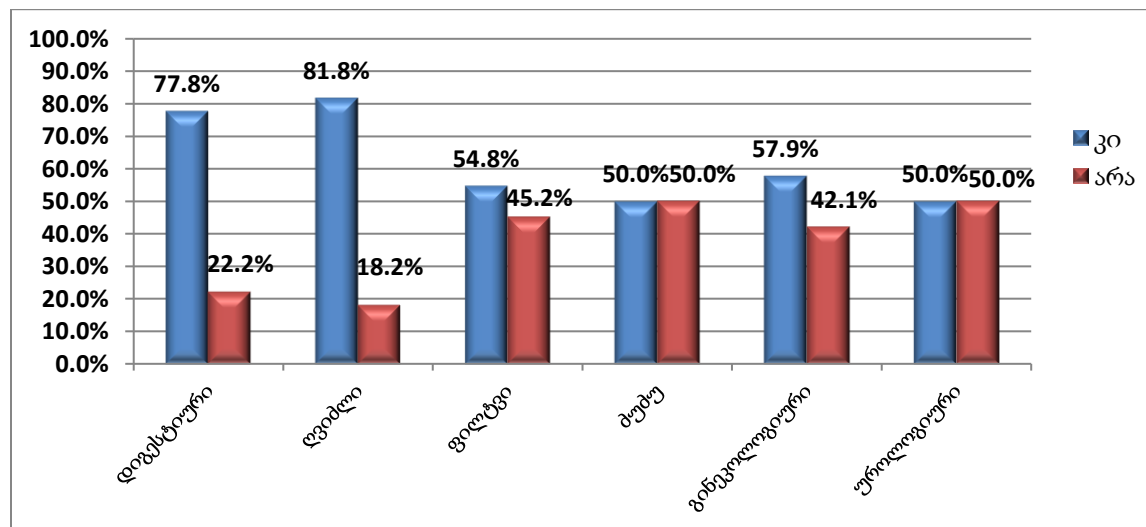
დიაგრამა 61. სუნთქვის გრთულება (ექსუდატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

სუნთქვის გრთულების სიხშირე, ექსუდატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 61-ე დიაგრამაზე.

დიაგრამა 62. მშრალი ხველა, რომელიც არ ჩერდება, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

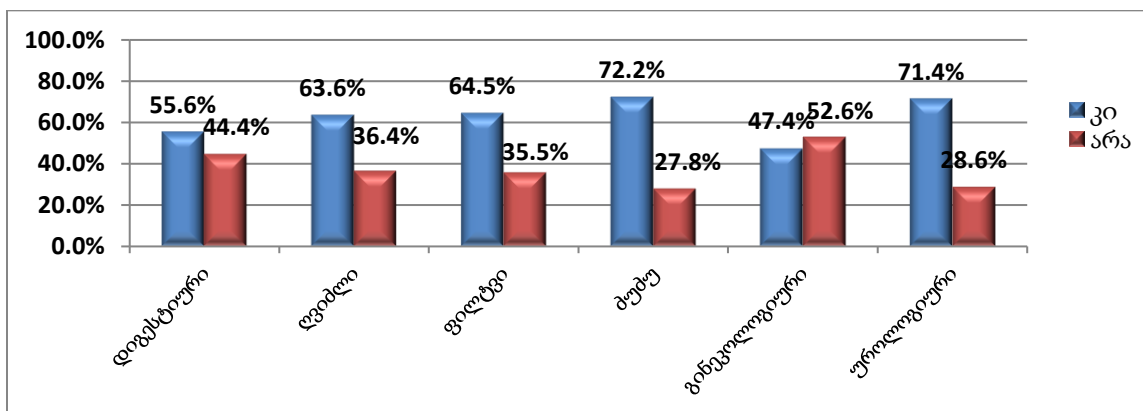


წყარო: კვლევის შედეგები

დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს მშრალი ხველა, რომელიც არ ჩერდება აღინიშნებოდა 2.9-ჯერ მეტი სიხშირით ფილტვის კიბოსთან შედარებით (OR=2.9; 95% CI OR=1.1-7.6), 3.5-ჯერ-მუცეს კიბოსთან (OR=3.5; 95% CI OR=1.2-10.4) და უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=3.5;

95% CI OR=1.1-11.1). ღვიძლის კიბოს დროს 4.5-ჯერ მაღალია მშრალი ხველის, რომელიც არ ჩერდება, ალბათობა ძუძუს კიბოსთან შედარებით (OR=4.5; 95% CI OR=1.04-20.2).

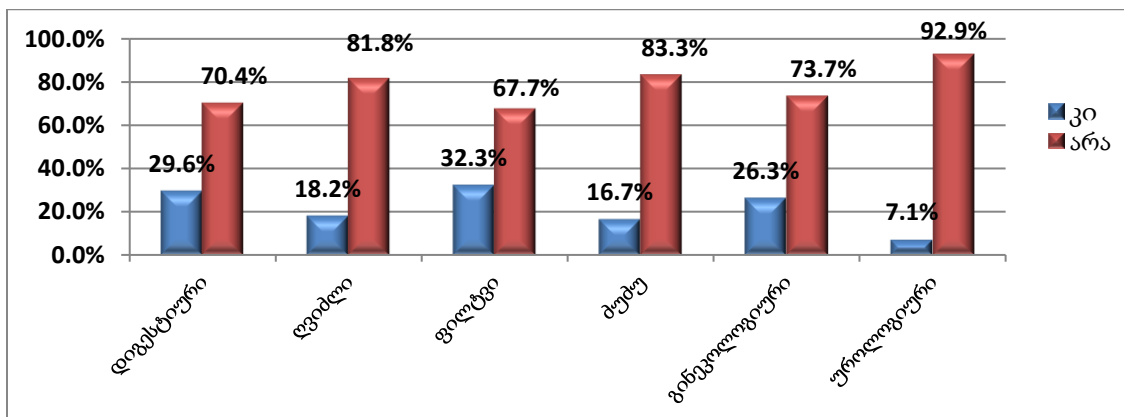
დიაგრამა 63. სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით სუნთქვის შენელების სიხშირე, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით, ნაჩვენებია 63-ე დიაგრამაზე.

დიაგრამა 64. ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

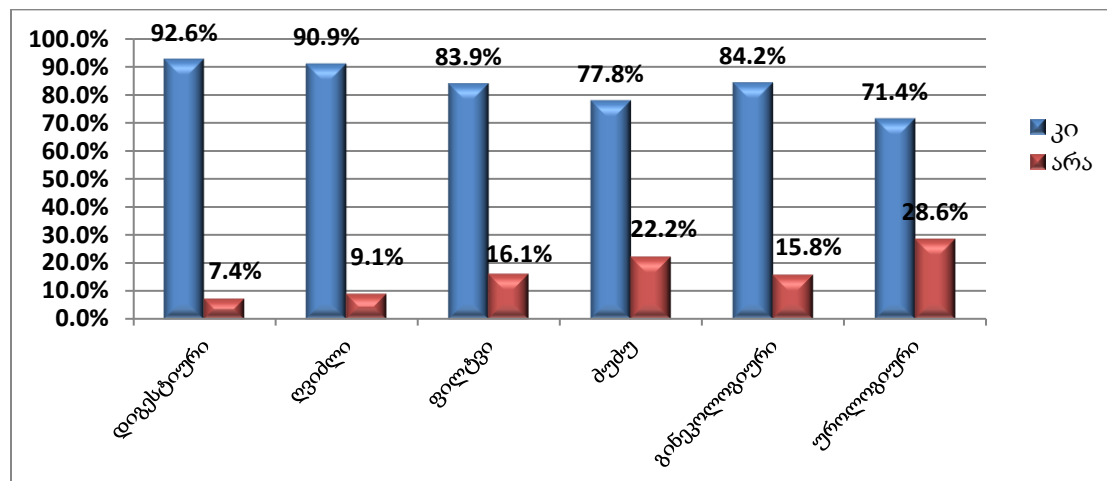


წყარო: კვლევის შედეგები

ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე მაღალი სიხშირით აღინიშნა ფილტვისა (32,3%) და დიფსტოური ორგანოების (29,6%)

კიბოს დროს (დიაგრამა 64). ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით ხველების სიხშირის ალბათობა 6.2-ჯერ მაღალია უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=6.2; 95% CI OR=1.01-54.2).

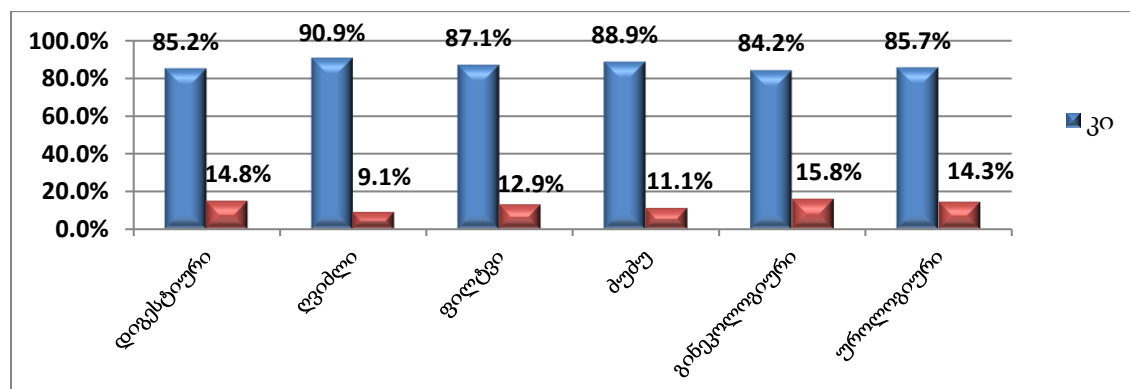
დიაგრამა 65. პლევრაში ექსუდატის დაგროვება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

პლევრაში ექსუდატის დაგროვება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე მაღალი სიხშირით აღინიშნა დიგესტიური ორგანოების (92,6%) და ფილტვის (90,9%) კიბოს დროს (დიაგრამა 65). ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს პლევრაში ექსუდატის დაგროვების სიხშირის ალბათობა 5.0-ჯერ მაღალია უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=5.0; 95% CI OR=1.06-23.6).

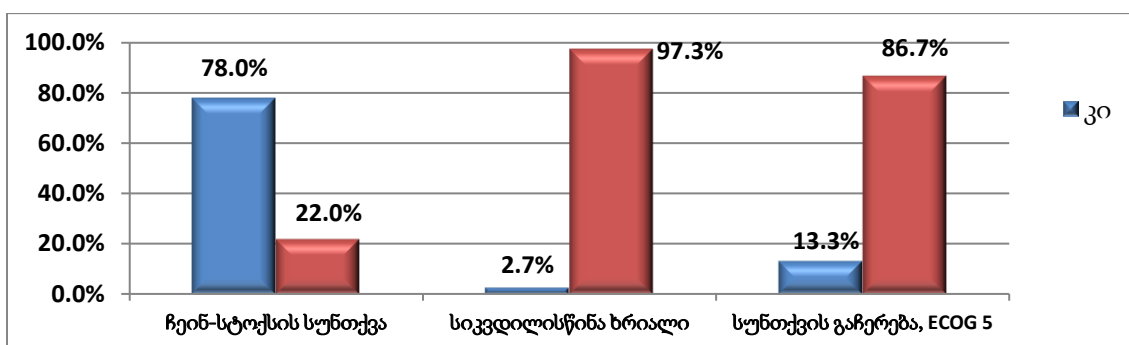
დიაგრამა 66. სუნთქვის ცვლილებები, პირის სუნთქვა ხდება არარეგულარული და შეიძლება გახდეს ხმაურიანი და რაღაც ეტაპზე შეჩერდება, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

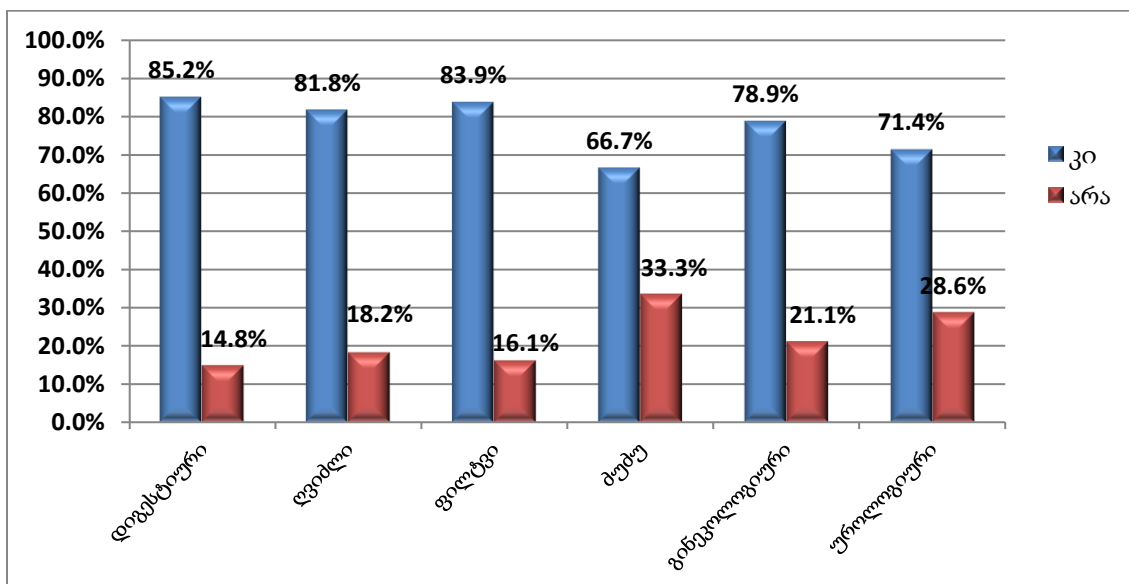
სუნთქვის ცვლილებების სიხშირე, როდესაც პირის სუნთქვა ხდება არარეგულარული და შეიძლება გახდეს ხმაურიანი და რაღაც ეტაპზე შეჩერდება, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 66-ე დიაგრამაზე.

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 78,0%-ში რეგისტრირებული იქნა ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, 2,7%-ში სიკვდილისწინა ხრიალი, ხოლო 13,3%-ში- სუნთქვის გაჩერება (დიაგრამა 67). დიაგრამა 67. სუნთქვის თავისებურებები საკვლევ ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

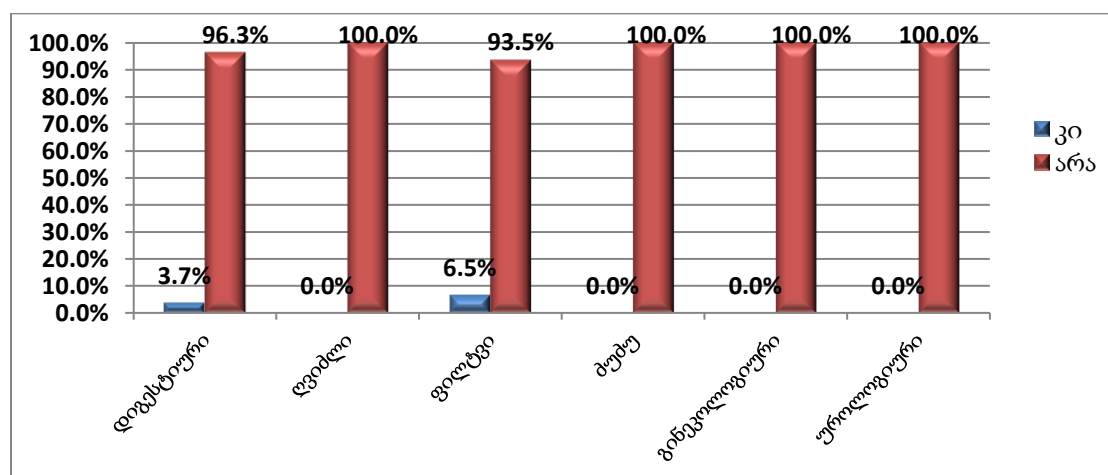
დიაგრამა 68. ჩეინ-სტოქსის სუნთქვის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

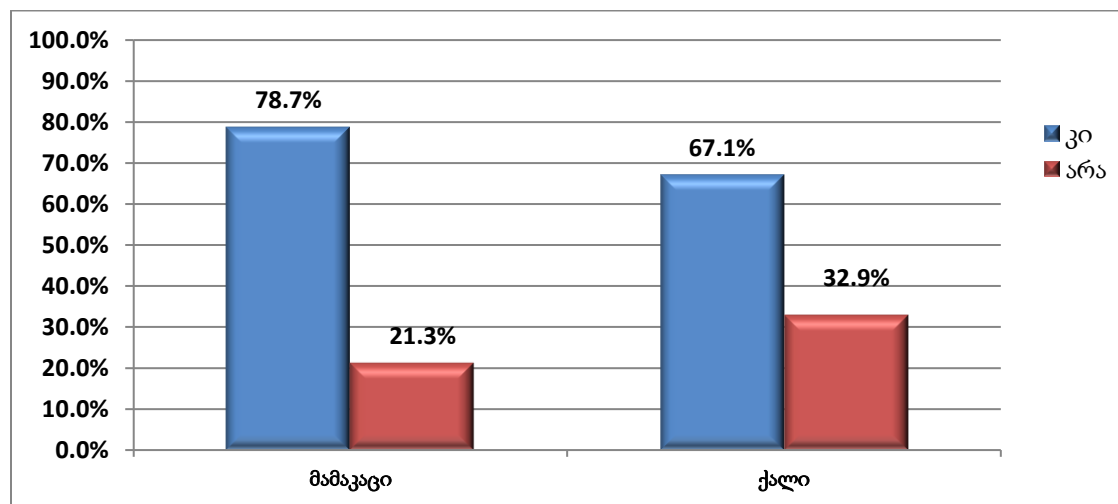
ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში ჩეინ-სტოქსის სუნთქვის განვითარების სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 68-ე დიაგრამაზე, ხოლო სიკვდილისწინა ხრიალის სიხშირე - 69-ე დიაგრამაზე.

დიაგრამა 69. სიკვდილისწინა ხრიალი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 70. სუნთქვის გაჩერება სქესის მიხედვით, ECOG 5

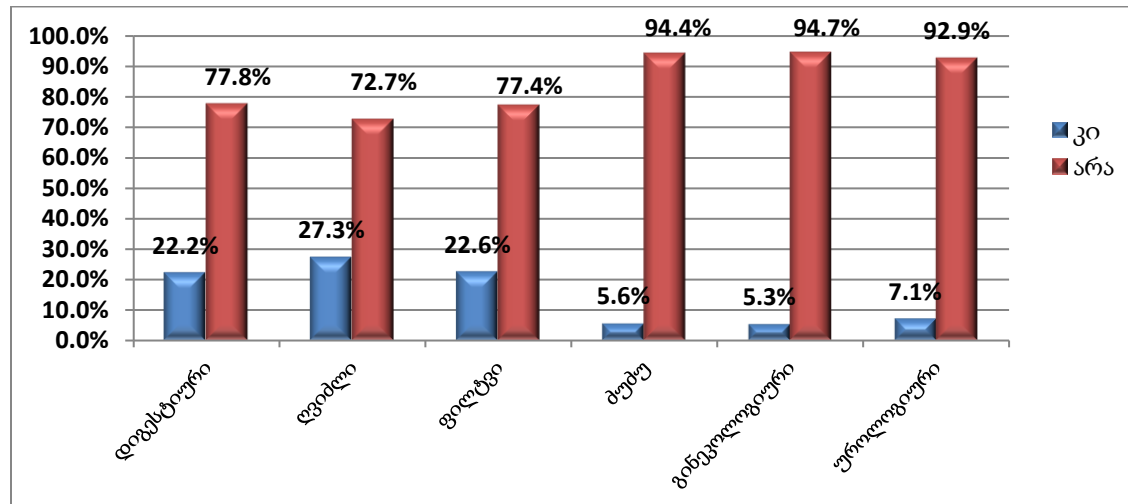


წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში სუნთქვის გაჩერება საკვლევ ჯგუფში დაფიქსირდა მამაკაც პაციენტების შემთხვევათა 78,7%-ში, ხოლო ქალების- 67,1%-ში (Chi2 = 2.01; p=0.022) (დიაგრამა 70).

ტერმინალურ ფაზაში სუნთქვის გაჩერების რისკი მამაკაცებში 3-ჯერ მაღალი იყო ქალ პაციენტებთან შედარებით (OR=3.00, 95% CI OR= 1.03-8.74).

დიაგრამა 71. სუნთქვის გაჩერების სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

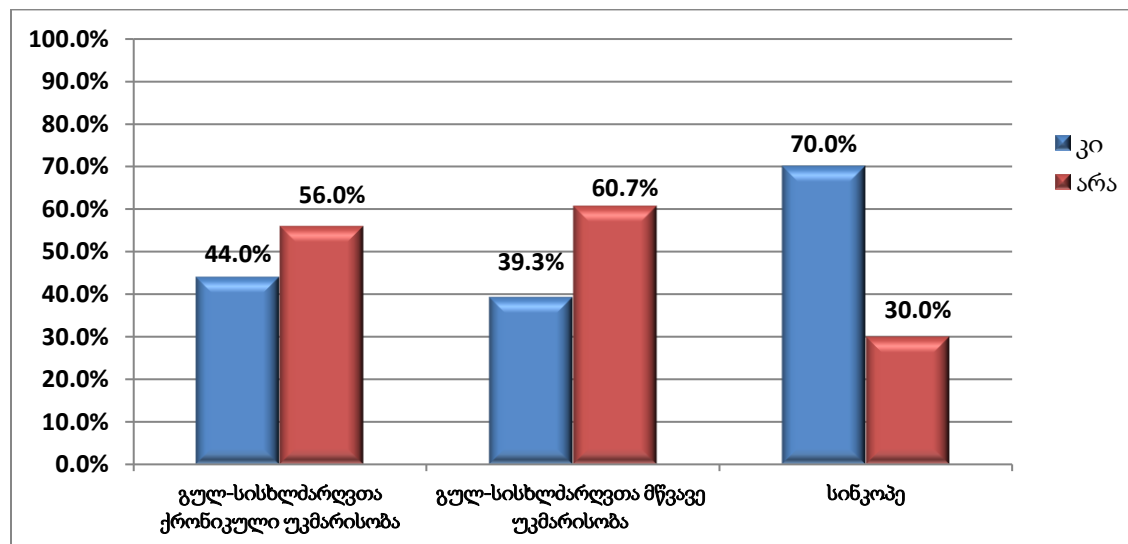


წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში სუნთქვის გაჩერების სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 71-ე დიაგრამაზე.

4.3.2. გულ-სისხძარღვთა სისტემა

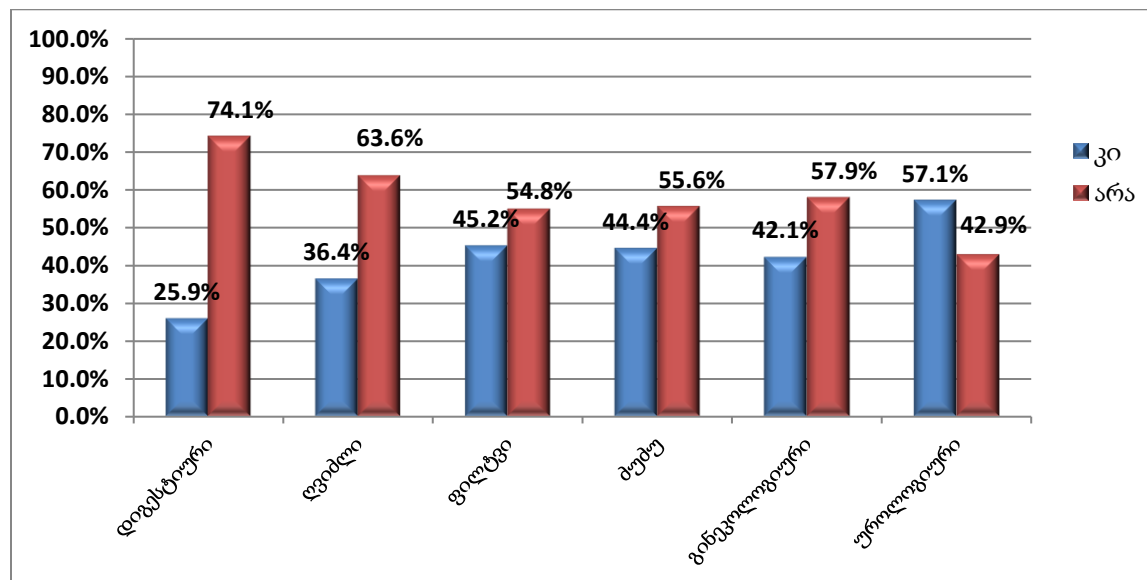
დიაგრამა 72. გულ-სისხლძარღვთა სისტემა საკვლევ ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

ონკოლოგიურ პაციენტთა 44,0%-ს აღენიშნებოდა გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობა, 39,3%-ს - გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა. ანუ ტერმინალურ ფაზაში პაციენტთა 83,3%-ს დაავადების პროგრესირება მიმდინარეობს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობის ფონზე და შემთხვევათა 70%-ში ვითარდება სინკოპე (დიაგრამა 72).

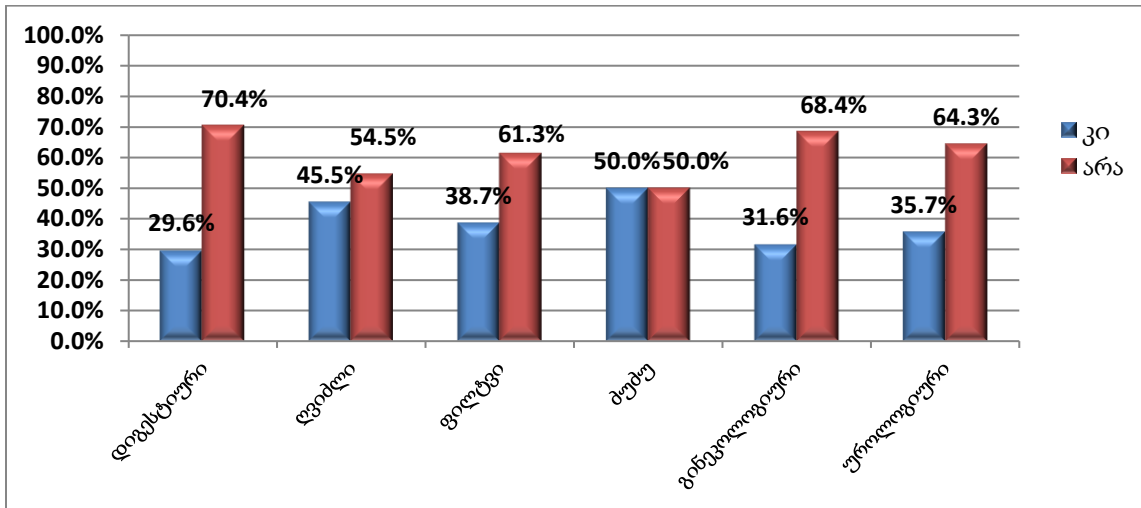
დიაგრამა 73. გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 73-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, უროლოგიური კიბოს დროს გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის სიხშირის ალბათობა 3.9-ჯერ მაღალია დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=3.9; 95% CI OR=1.2-12.5).

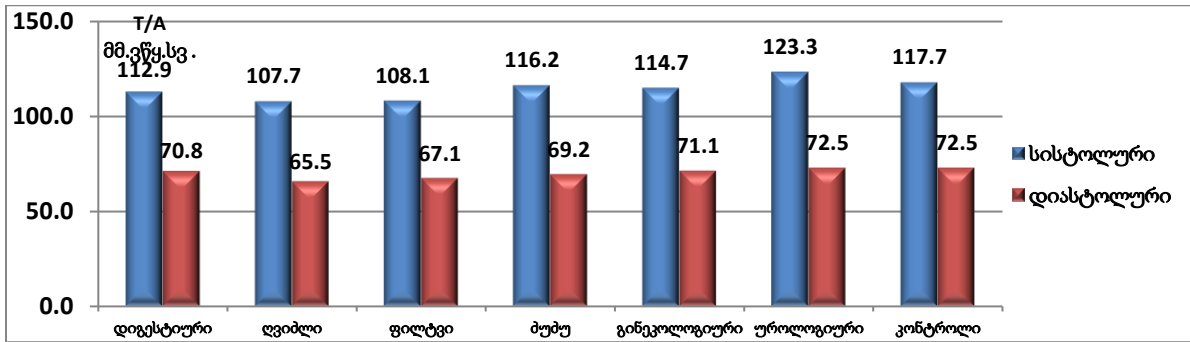
დიაგრამა 74. გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 74-ე დიაგრამაზე.

დიაგრამა 75. პაციენტთა არტერიული წნევა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

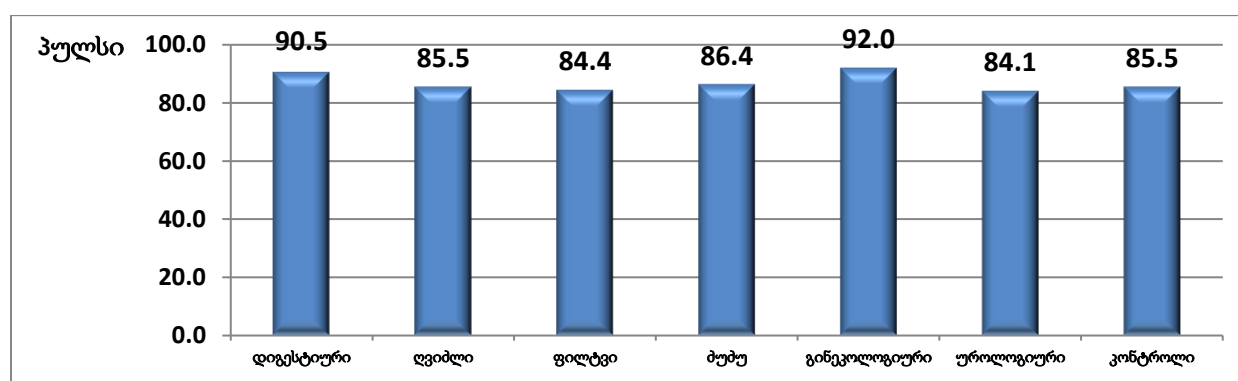


წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში, როგორც საკვლევ ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით, ისე საკონტროლო ჯგუფში პაციენტების გასაშუალებული არტერიული წნევის სისტოლური და დიასტოლური მაჩვენებლები დაფიქსირებული იქნა ნორმის ქვედა ზღვარის დონეზე და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p > 0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტთა გარდაცვალებას წინ უძღვის არტერიული წნევის დაცემა (დიაგრამა 75).

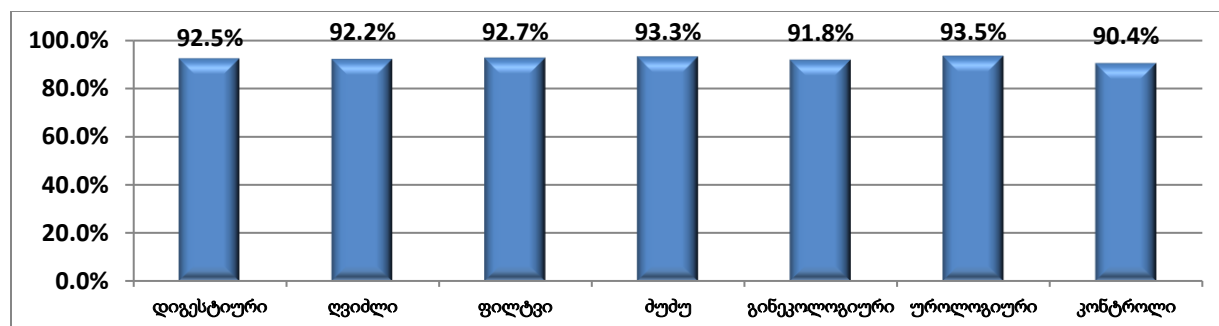
ამავე დროს, როგორც საკვლევ ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით, ისე საკონტროლო ჯგუფში პაციენტებს აღენიშნებოდათ ტაქიკარდია და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტებს ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნებოდათ დაქვეითებული სატურაცია და, შესაბამისად, ტაქიკარდიას ჰქონდა კომპენსატორული ხასიათი (დიაგრამა 76 და 77).

დიაგრამა 76. პაციენტთა პულსი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

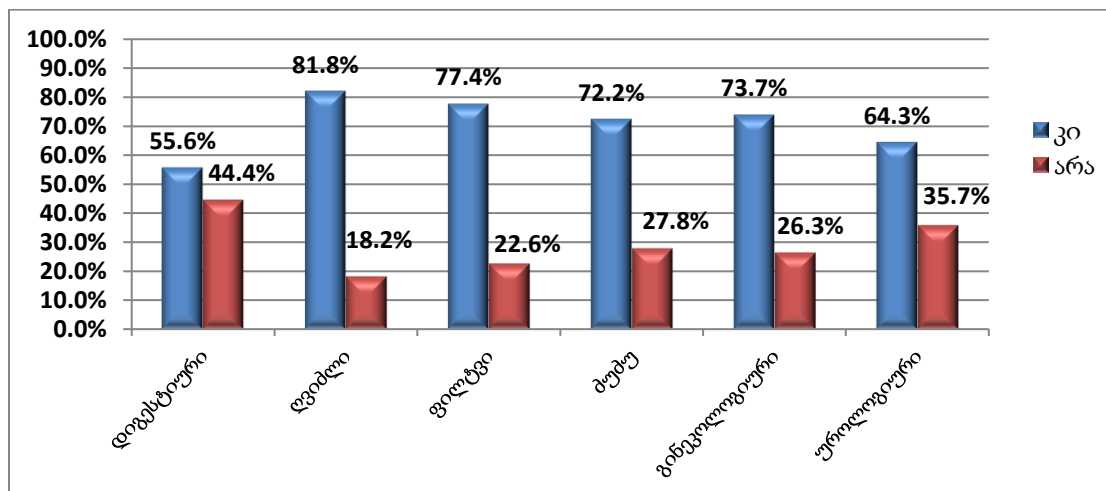
დიაგრამა 77. პაციენტთა სატურაცია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

Z-ტესტისა და p-ის მნიშვნელობები; NS

დიაგრამა 78. პაციენტებში სინკოპეს განვითარების სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

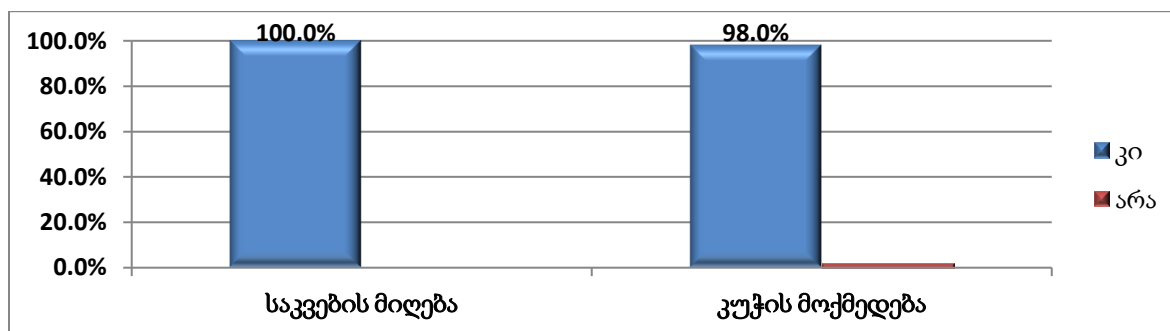


წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში სინკოპეს განვითარების სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 78-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, სინკოპეს განვითარების რისკი ფილტვის კიბოს დროს 2.7-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=2.7; 95% CI OR=1.1-8.6).

4.3.3. საჭმლის მომნელებელი სისტემა

დიაგრამა 79. საკვების მიღება, კუჭის მოქმედება

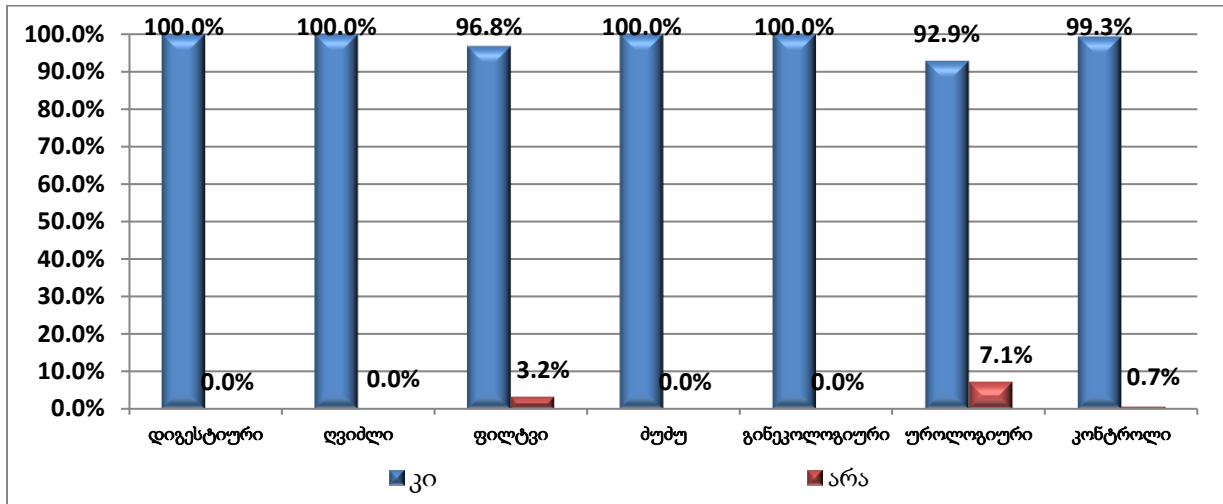


წყარო: კვლევის შედეგები

ონკოლოგიურ პაციენტთა 100% თითქმის სიცოცხლის ბოლომდე აგრძელებდა საკვების მიღებას და მათ 98,0%-ს აღენიშნებოდა კუჭის მოქმედება (დიაგრამა 79).

კუჭის მოქმედება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 80-ე დიაგრამაზე.

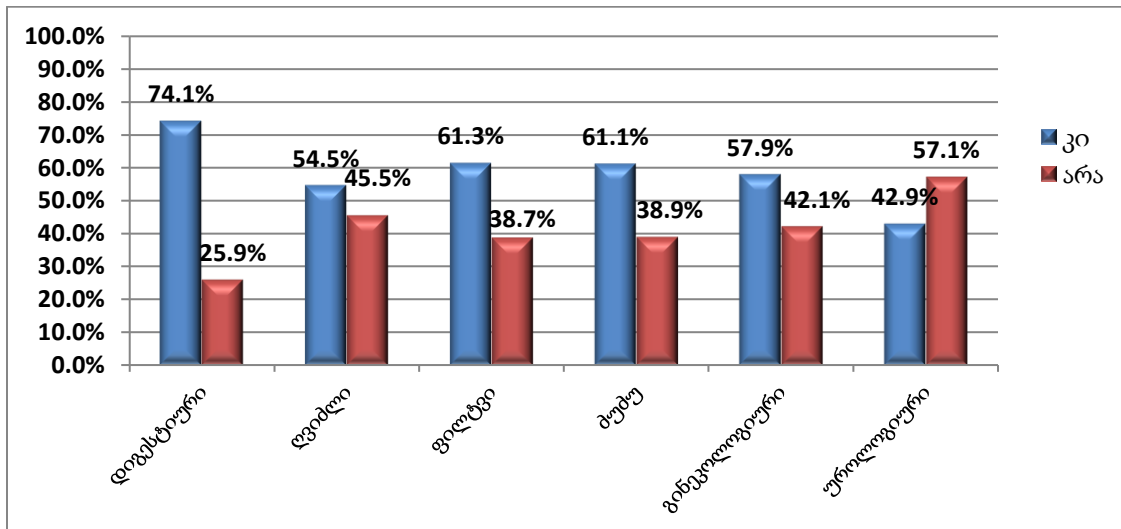
დიაგრამა 80. კუჭის მოქმედება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

სიმსივნე vs. კონტროლი - p=NS

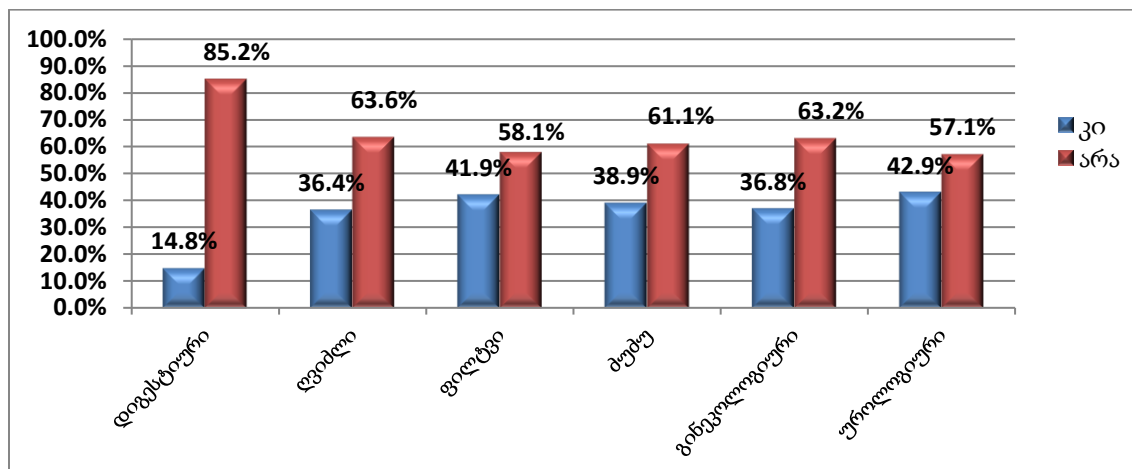
დიაგრამა 81. ყაბზობის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში ყაბზობის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 81-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, ყაბზობის ალბათობა დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს 3.8-ჯერ მაღალი იყო უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=3.8; 95% CI OR=1.2-12.0).

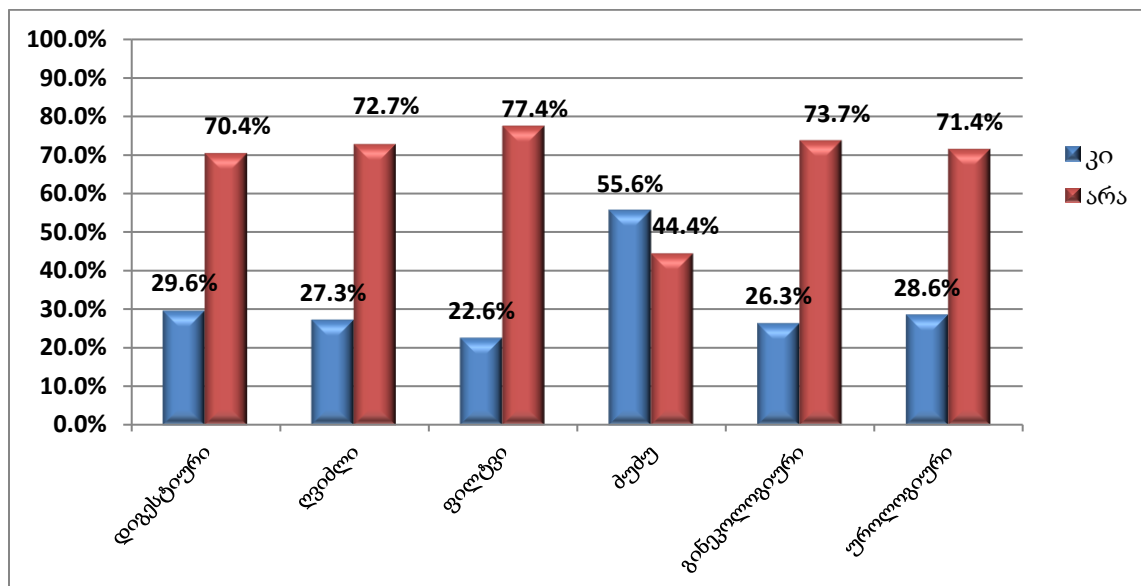
დიაგრამა 82. გაუვალობა, განპირობებული სიმსივნური კომპრესიით კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

სიმსივნური კომპრესიით განპირობებული გაუვალობის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 82-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით მეტასტაზური სიმსივნური კომპრესიით განპირობებული გაუვალობის ალბათობა უფრო მაღალი იყო 4.2-ჯერ ფილტვის კიბოს (OR=3.8; 95% CI OR=1.4-12.5), 3.7-ჯერ - ძუძუს კიბოს (OR=3.7; 95% CI OR=1.1-14.3), 3.3-ჯერ - გინეკოლოგიური კიბოს (OR=3.3; 95% CI OR=1.02-14.3) და 4.4-ჯერ - უროლოგიური კიბოს დროს (OR=4.4; 95% CI OR=1.2-16.7).

დიაგრამა 83. დიარეა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

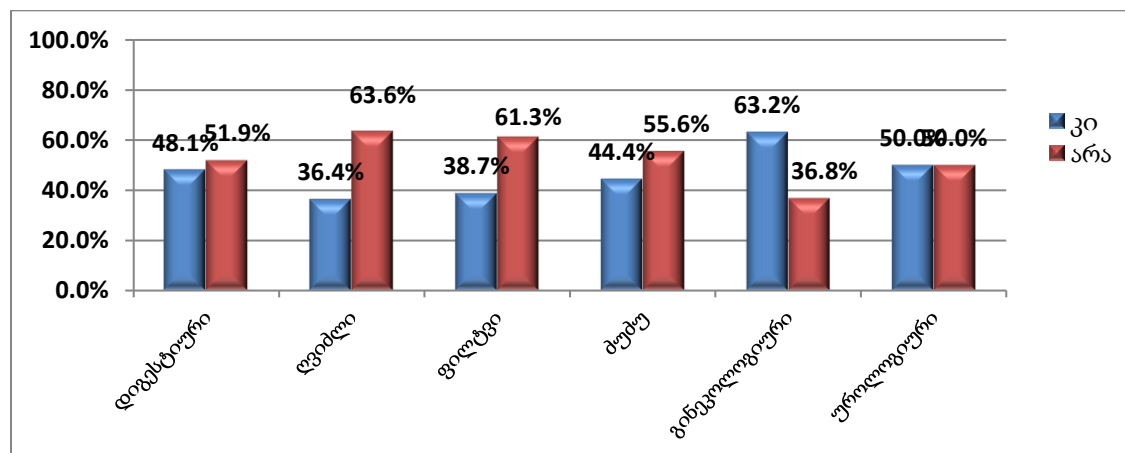


წყარო: კვლევის შედეგები

დიარეას სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 83-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, ძუძუს კიბოს შემთხვევებში დიარეას ალბათობა უფრო მაღალი იყო 4.4-ჯერ

ფილტვის კიბოსთან (OR=4.4; 95% CI OR=1.5-12.5), 3.3-ჯერ - დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან (OR=3.3; 95% CI OR=1.2-11.1) და 3.5-ჯერ - გინეკოლოგიური კიბოსთან შედარებით (OR=3.5; 95% CI OR=1.1-11.1).

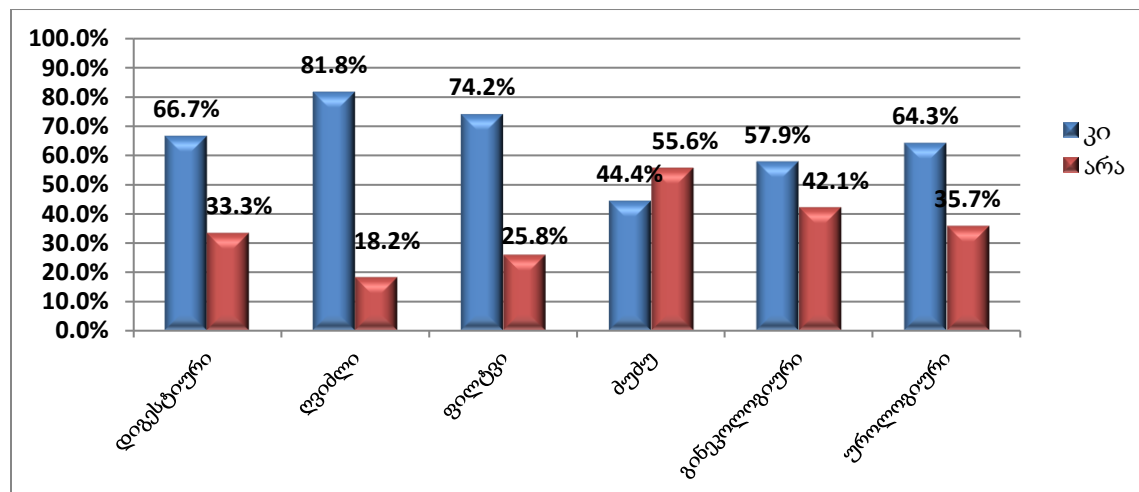
დიაგრამა 84. კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვის სიხშირეებში, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით, სტატისტიკური სხვაობა ($p > 0.05$) არ იქნა გამოვლენილი (დიაგრამა 84).

დიაგრამა 85. მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება (ასციტი) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

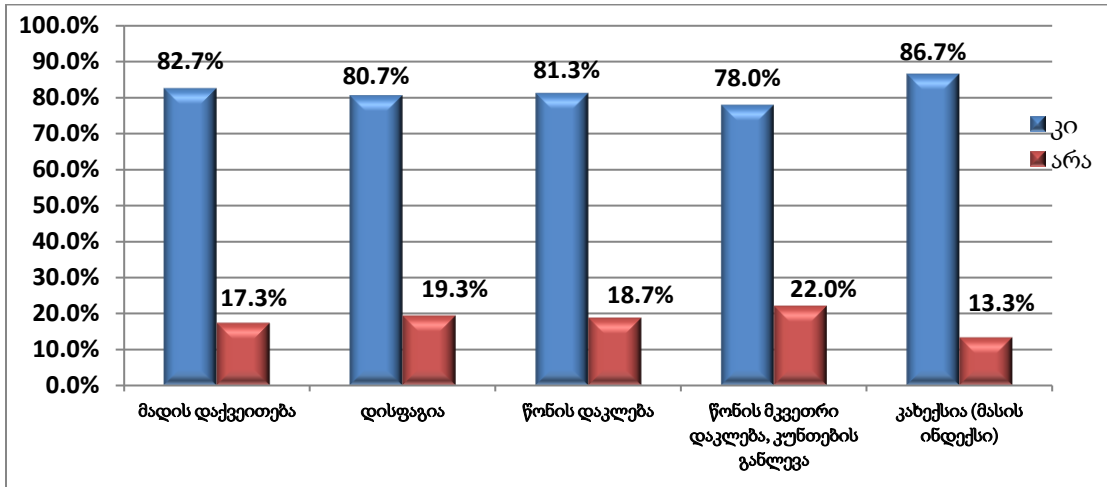


წყარო: კვლევის შედეგები

მუცლის ღრუში სითხის დაგროვების (ასციტი) სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 85-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში ასციტის

განვითარების ალბათობა უფრო მაღალი იყო 7.7-ჯერ დიგესტიური სისტემის სხვა ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=7.7; 95% CI OR=1.3-50.0).

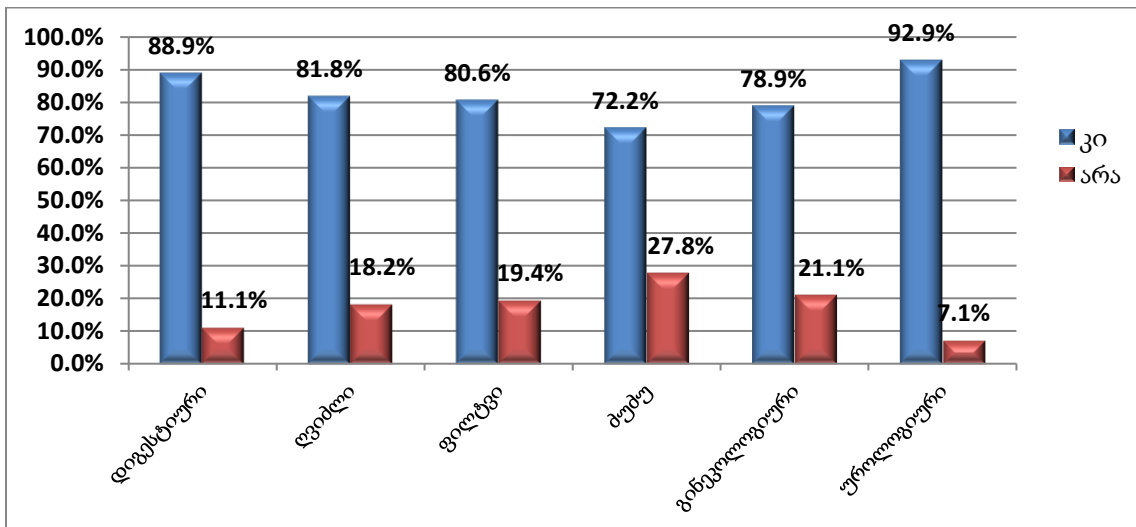
დიაგრამა 86. საჭმლის მომნელებელი სისტემა



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 82,7%-ს აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება, 80,7%-ს - დისფაგია, 81,3%-ს - წონის დაკლება, 78,0%-ს - წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა, 86,7%-ს - კახექსია, რაც დასტურდებოდა BMI-ით (დიაგრამა 86).

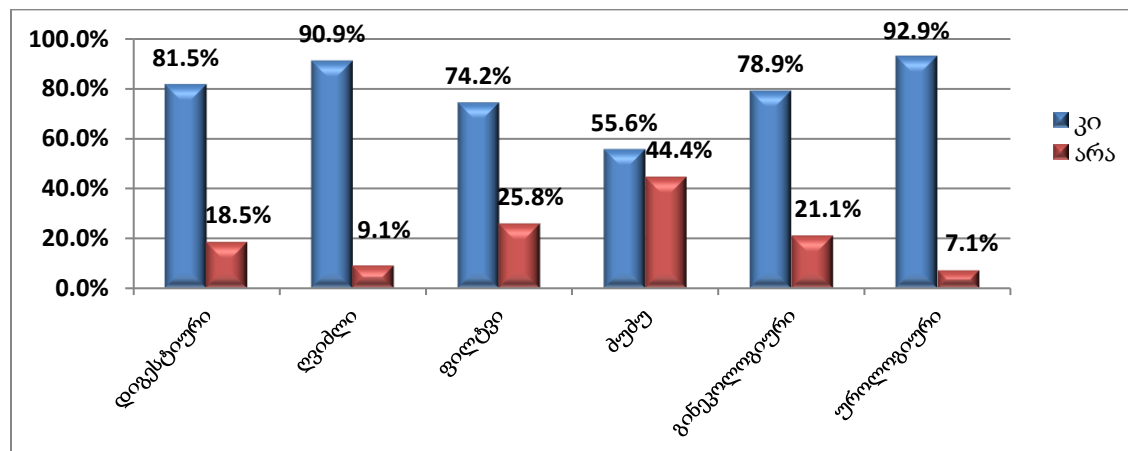
დიაგრამა 87. წონის მკვეთრი დაკლება, კუნთების განლევა



წყარო: კვლევის შედეგები

წონის მკვეთრი დაკლებისა და კუნთების განლევის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 87-ე დიაგრამაზე.

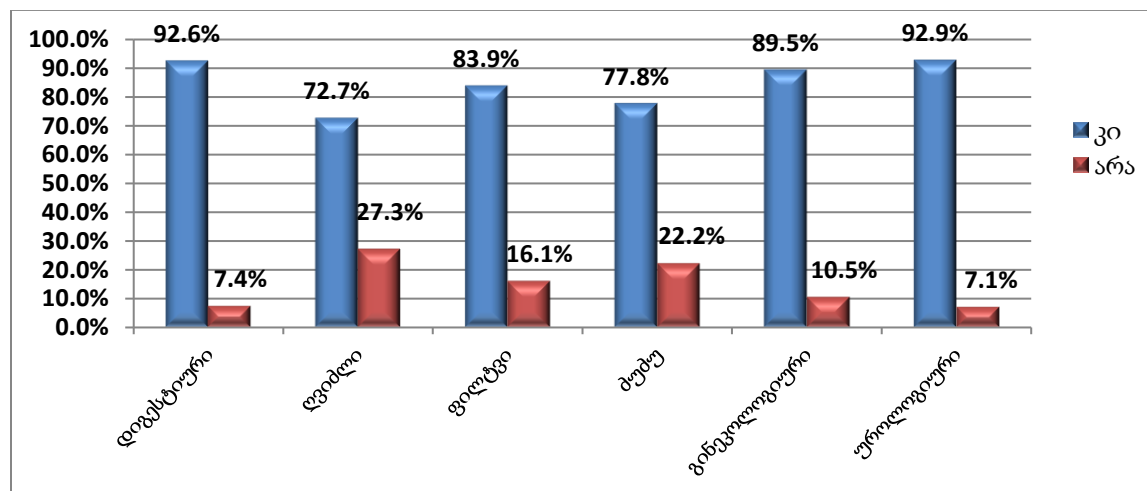
დიაგრამა 88. სისუსტის გაძლიერება და გადაქანცვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

სისუსტის გაძლიერებისა და გადაქანცვის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 88-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, მუცუს კიბოს შემთხვევებში სისუსტის გაძლიერებისა და გადაქანცვის ალბათობა უფრო მაღალი იყო 10.0-ჯერ უროლოგიური კიბოსთან (OR=10.0; 95% CI OR=1.6-99.9), 3.6-ჯერ - დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან (OR=3.6; 95% CI OR=1.14-11.1) და 7.7-ჯერ - ღვიძლის კიბოსთან შედარებით (OR=7.7; 95% CI OR=1.2-99.0).

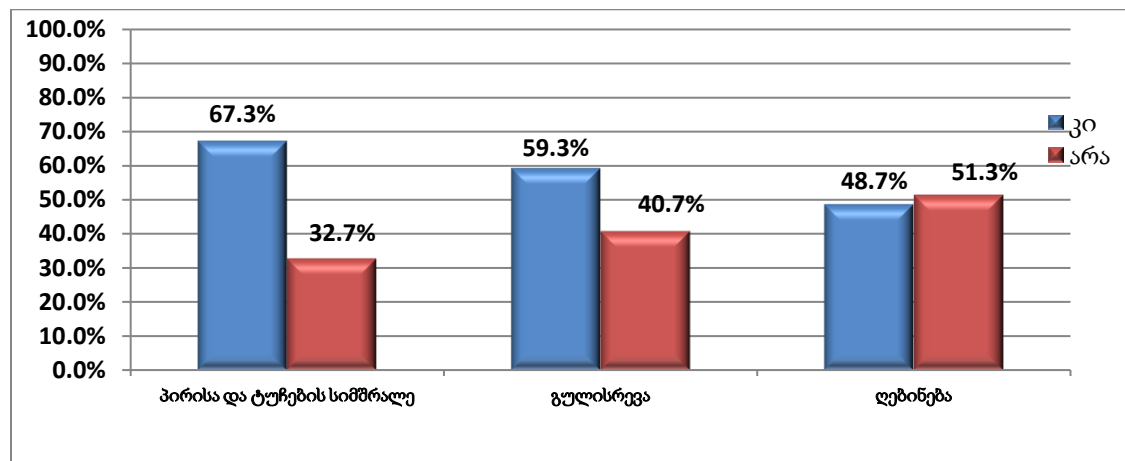
დიაგრამა 89. კახექსია (სხეულის მასის ინდექსით) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

კახექსიის (სხეულის მასის ინდექსით) სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 89-ე დიაგრამაზე. როგორც ეს დიაგრამის მონაცემებიდან ჩანს, ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში კიბოს ყველა ლოკალიზაციის დროს მაღალია კახექსიის (სხეულის მასის ინდექსით) სიხშირე.

დიაგრამა 90. საჭმლის მომნელებელი სისტემის სიმპტომები

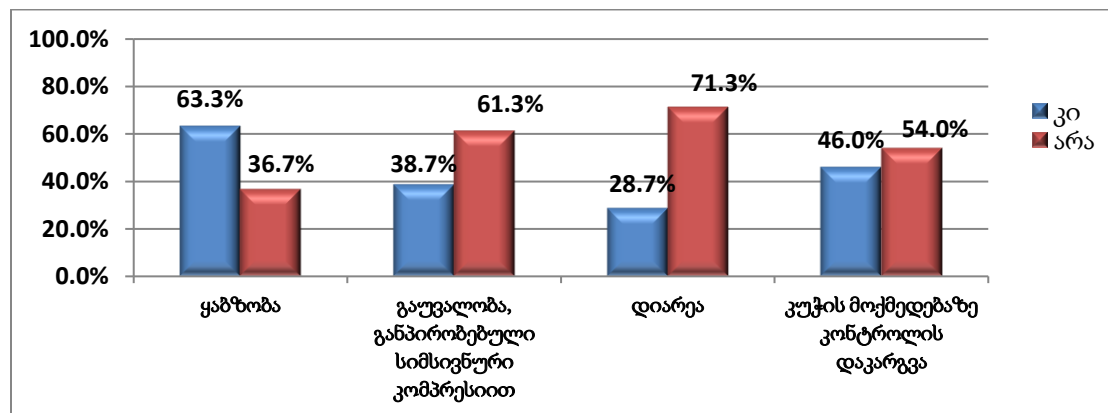


წყარო: კვლევის შედეგები

ონკოლოგიურ პაციენტთა 67,3%-ს აღენიშნებოდა პირისა და ტუჩების სიმშრალე, 59,3%-ს - გულისრევა, ხოლო 48,7%-ს - ღებინება (დიაგრამა 90).

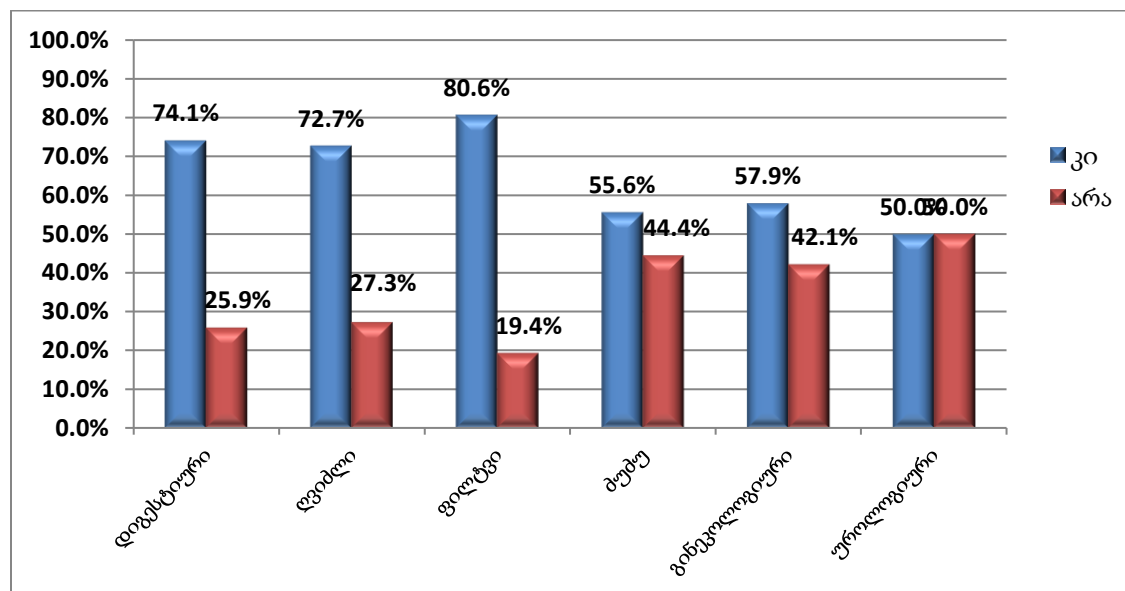
ამავე დროს, ონკოლოგიურ პაციენტთა 63,3%-ს აღენიშნებოდა ყაბზობა, 28,7%-ს დიარეა, 38,7%-ს - სიმსივნის კომპრესიით განპირობებული გაუვალობა, ხოლო 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა (დიაგრამა 91).

დიაგრამა 91. კუჭის მოქმედების თავისებურებები



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 92. პირისა და ტუჩების სიმშრალე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

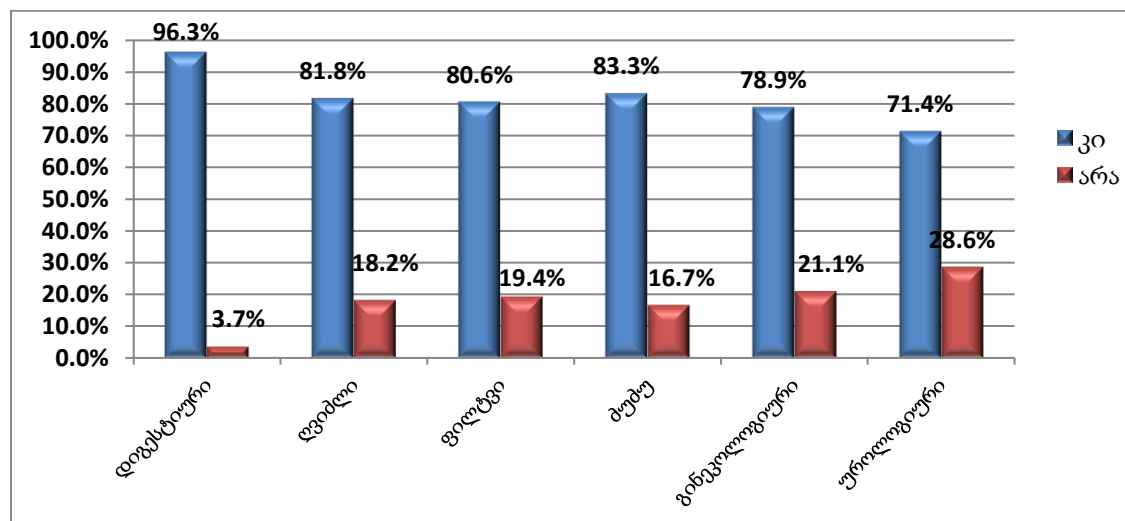


წყარო: კვლევის შედეგები

პირისა და ტუჩების სიმშრალის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

ნაჩვენებია 92-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, ფილტვის კიბოს შემთხვევებში პირისა და ტუჩების სიმშრალის განვითარების ალბათობა ფილტვის კიბოს დროს (80,6%) უფრო მაღალი იყო 3.3-ჯერ, ბუბუს კიბოსთან (OR=3.3; 95% CI OR=1.1-9.8), 3.0-ჯერ - გინეკოლოგიურ კიბოსთან (OR=3.0; 95% CI OR=1.04-8.8) და 4.2-ჯერ - უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=4.2; 95% CI OR=1.3-13.2).

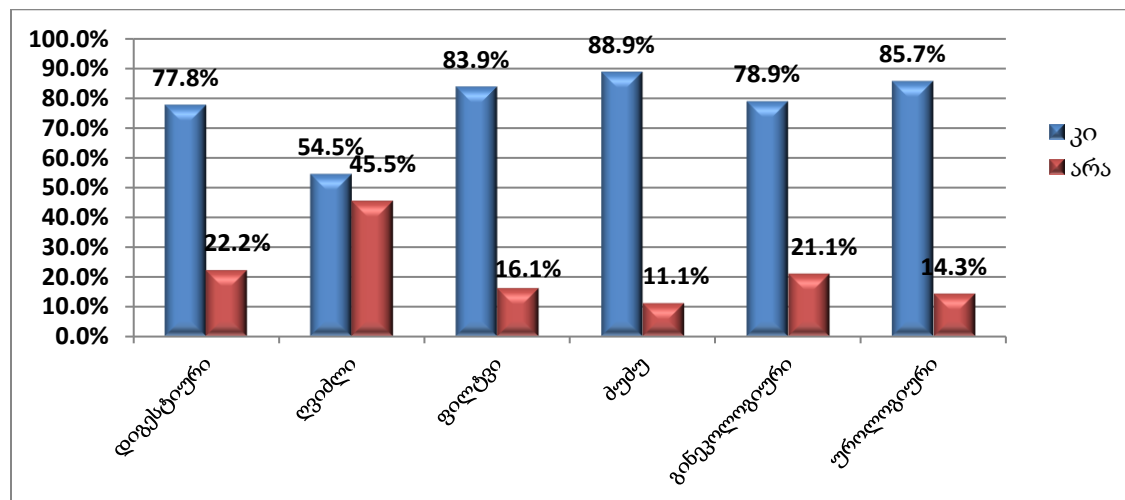
დიაგრამა 93. მადის დაქვეითება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

მადის დაქვეითების სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 93-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს შემთხვევებში მადის დაქვეითების ალბათობა 10.4-ჯერ უფრო მაღალი იყო უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=10.4; 95% CI OR=1.5-72.2).

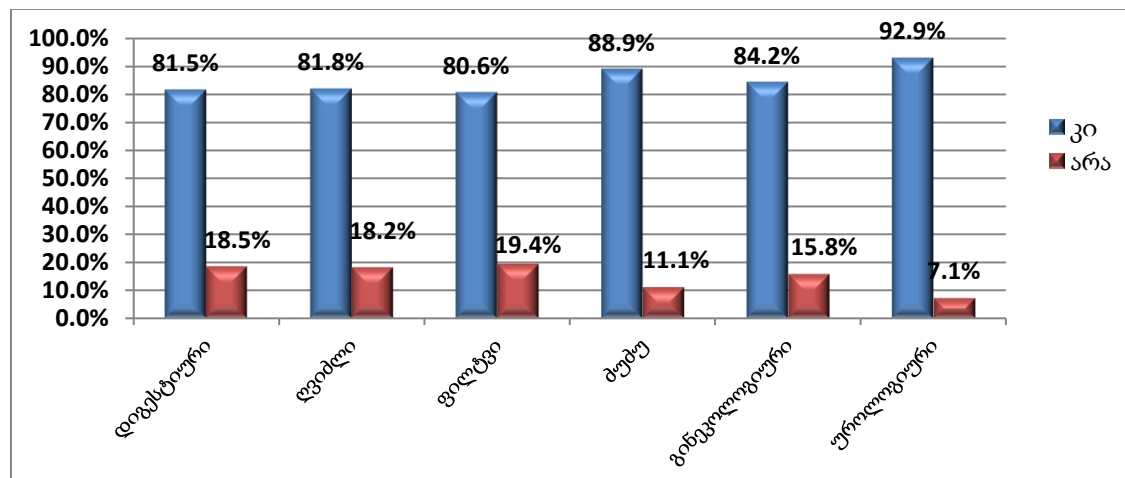
დიაგრამა 94. დისფაგია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

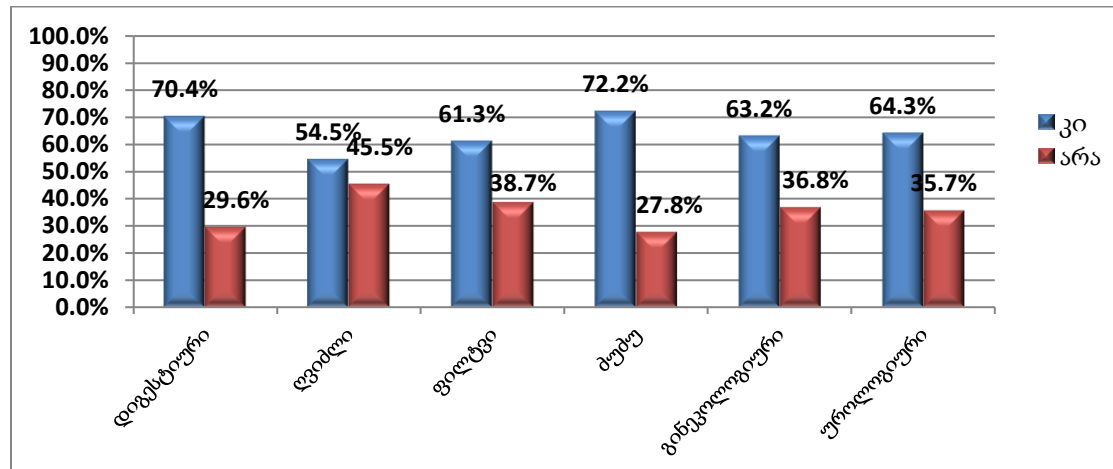
დისფაგიის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 94-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, ღვიძლი კიბოსთან შედარებით დისფაგიის ალბათობა 4.3-ჯერ უფრო მაღალი იყო ფილტვის კიბოს (OR=4.3; 95% CI OR=1.2-15.6), 6.7-ჯერ ბუბუს კიბოს (OR=6.7; 95% CI OR=1.4-32.5) და 5.0-ჯერ - უროლოგიური კიბოს დროს (OR=5.0; 95% CI OR=1.01-24.8).

დიაგრამა 95. წონის დაკლება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



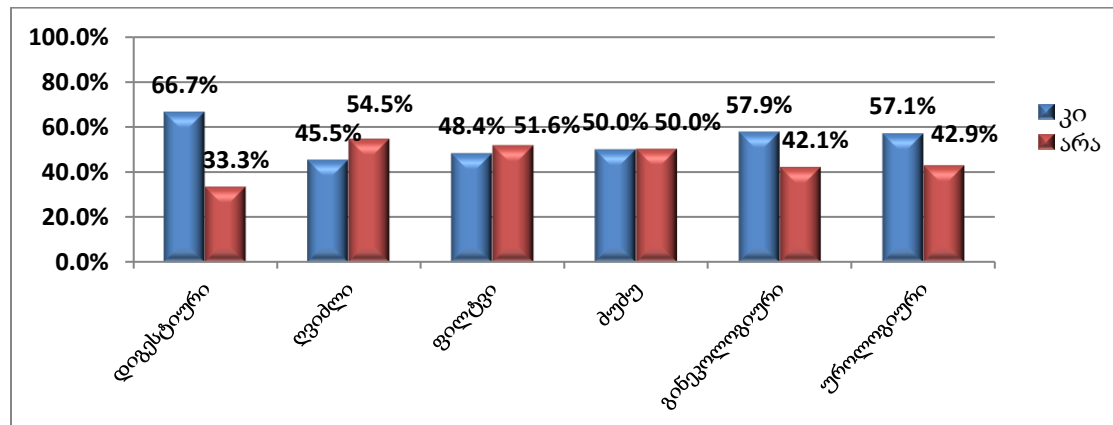
წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 96. გულისრევა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 97. ღებინება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

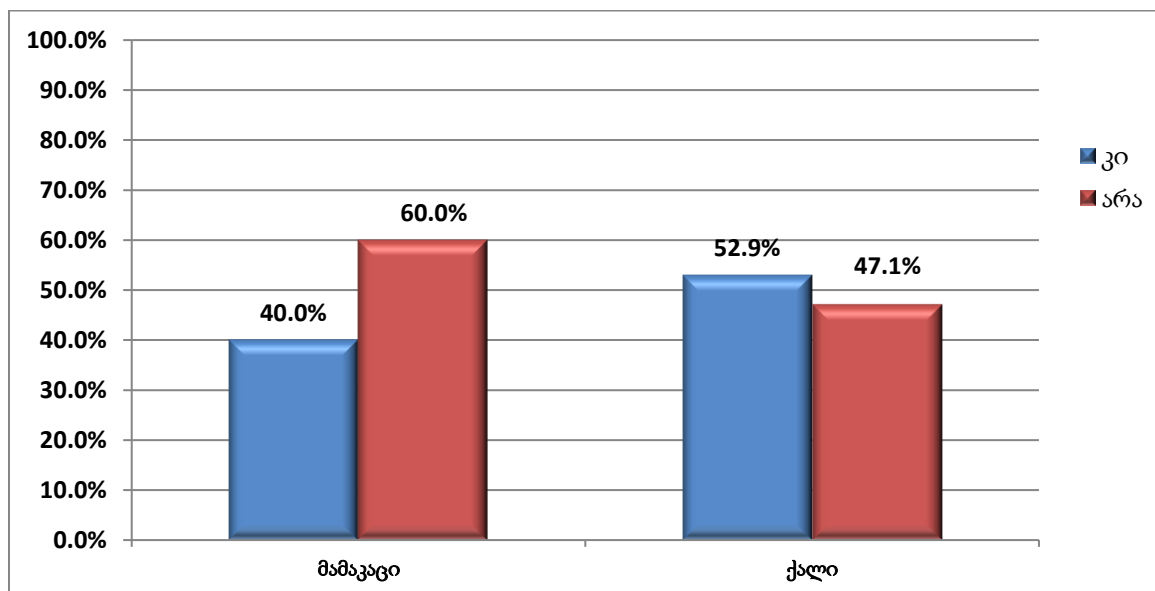


წყარო: კვლევის შედეგები

წონის დაკლების, გულისრევისა და ღებინების სიხშირეები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 95-ე, 96-ე და 97-ე დიაგრამებზე.

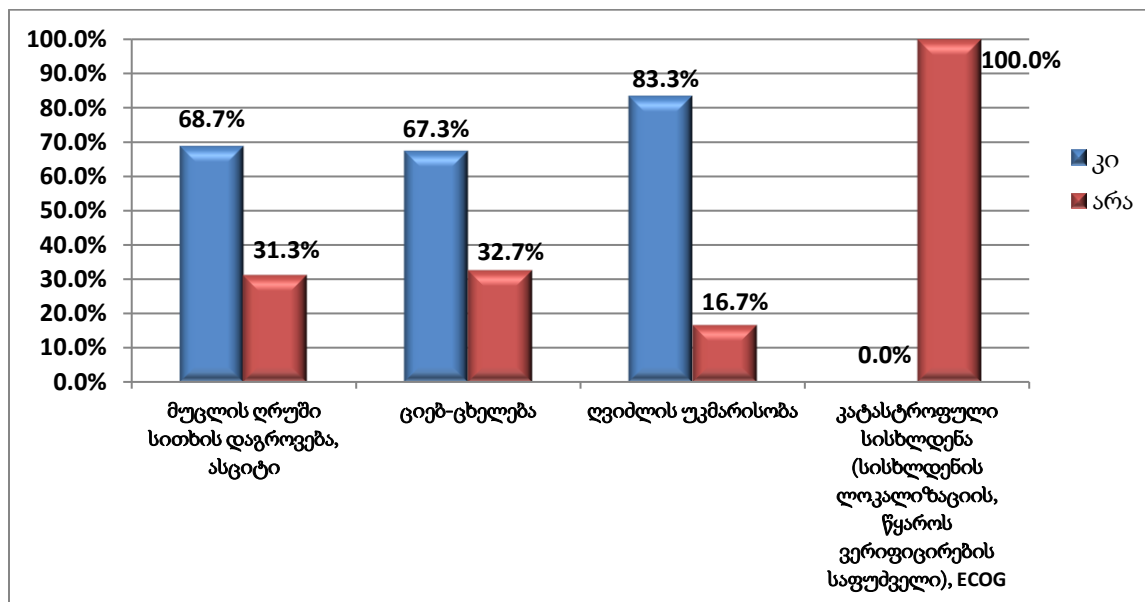
კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნა ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 40,0%-ს და პაციენტ ქალთა 52,9%-ს ($\chi^2 = 1.57$; $p=0.058$) (დიაგრამა 98). ამავე დროს, კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვის რისკი 1,7-ჯერ მაღალი იყო ქალ პაციენტებში ($OR=0,60$, 95% CI $OR =0,31-1,14$).

დიაგრამა 98. კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 99. დიგესტიური სისტემის სპეციფიური დარღვევები



წყარო: კვლევის შედეგები

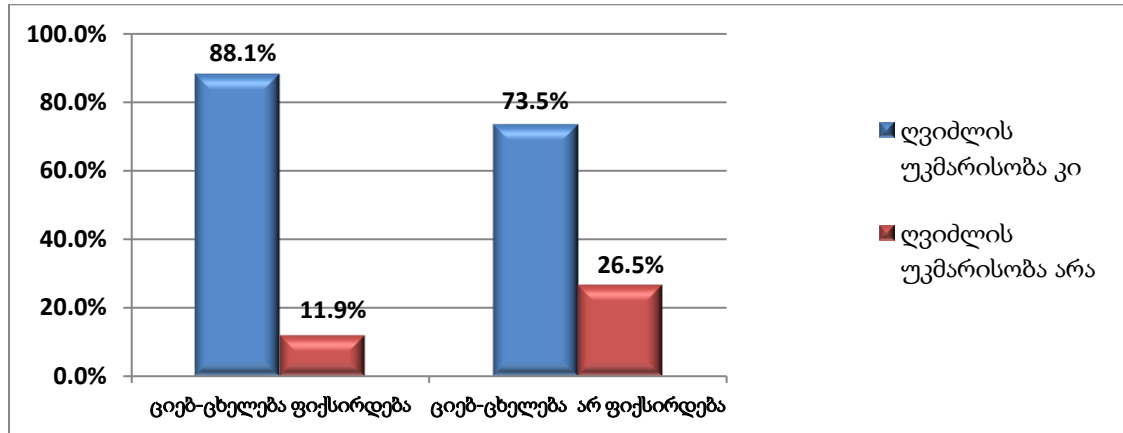
ასციტი დაფიქსირებული იქნა შემთხვევათა 68,7%-ში, ციებ-ცხელება - 67,3%-ში, ხოლო ღვიძლის უკმარისობა 83,3%-ში. მუცლის ღრუს ორგანოებიდან კატასტროფული სისხლდენა არცერთ შემთხვევაში არ ყოფილა რეგისტრირებული (დიაგრამა 99).

ციებ-ცხელების არსებობა/არარსებობის მიხედვით შეიქმნა 2 ქვეჯგუფი:

ქვეჯგუფი 1 - ციებ-ცხელება ფიქსირდება (n=101)

ქვეჯგუფი 2 - ციებ-ცხელება არ ფიქსირდება (n=49)

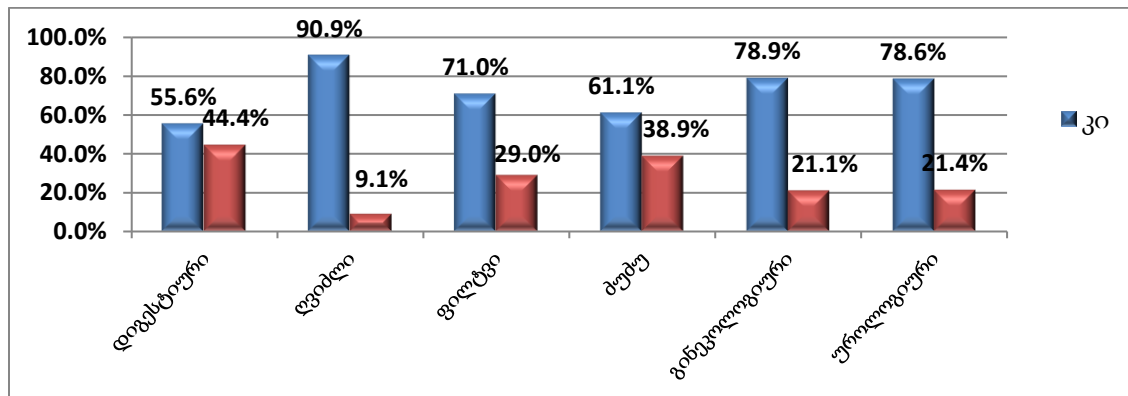
დიაგრამა 100. ღვიძლის უკმარისობა და ციებ-ცხელება ონკოლოგიურ პაციენტებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებს, დაავადების ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობისას შემთხვევათა 88,1%-ში აღენიშნებოდათ ღვიძლის უკმარისობა, ხოლო დაავადების ციებ-ცხელების გარეშე მიმდინარეობისას ღვიძლის უკმარისობა დაფიქსირდა შემთხვევათა 73,5% ($\text{Chi}^2 = 5.10$; $p = 0.024$).

დიაგრამა 101. ციებ-ცხელება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

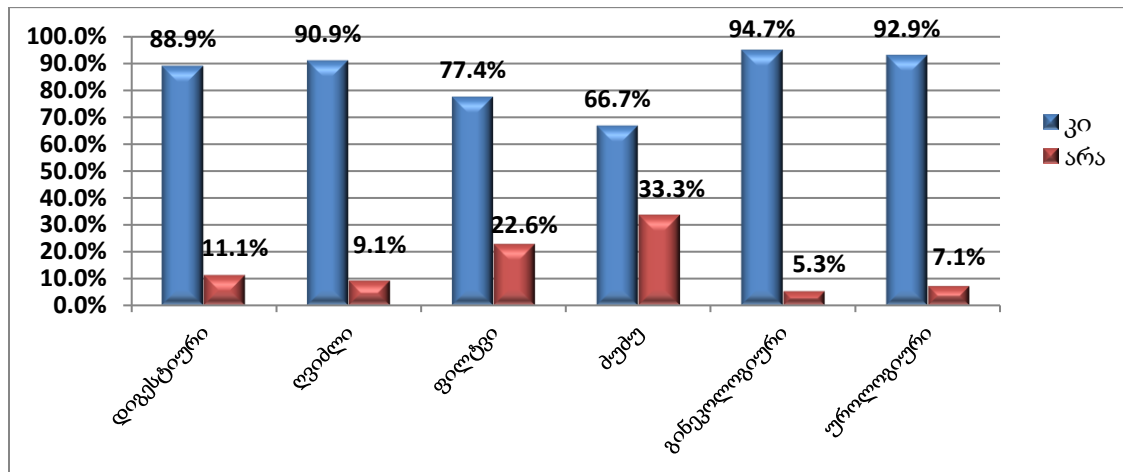


წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებს ციებ-ცხელების სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 101-ე დიაგრამაზე.

ამავე დროს, ციებ-ცხელების ალბათობა ძუძუს კიბოს დროს 4.0-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=4,0; 95% CI OR =1,1-18,8), ხოლო გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევებში ციებ-ცხელების ალბათობა 9.0-ჯერ მაღალი იყო ძუძუს კიბოსთან შედარებით (OR=9,0; 95% CI OR =1,4-58,9).

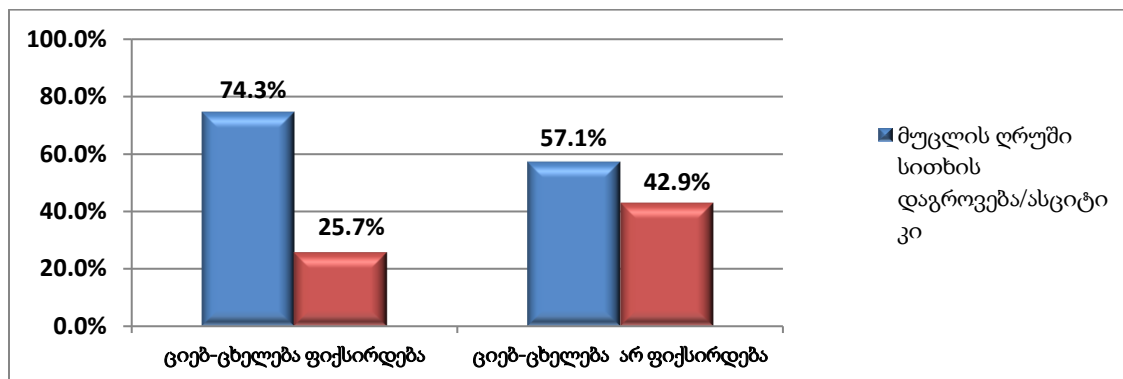
დიაგრამა 102. ღვიძლის უკმარისობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებს ღვიძლის უკმარისობის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 102-ე დიაგრამაზე. ტერმინალურ ფაზაში ღვიძლის უკმარისობის ალბათობა ძუძუს კიბოსთან შედარებით 4.0-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოს (OR=4.0; 95% CI OR =1,1-18,8) და 9.0-ჯერ მაღალი - გინეკოლოგიური კიბოს დროს (OR=9.0; 95% CI OR =1.4-58,9).

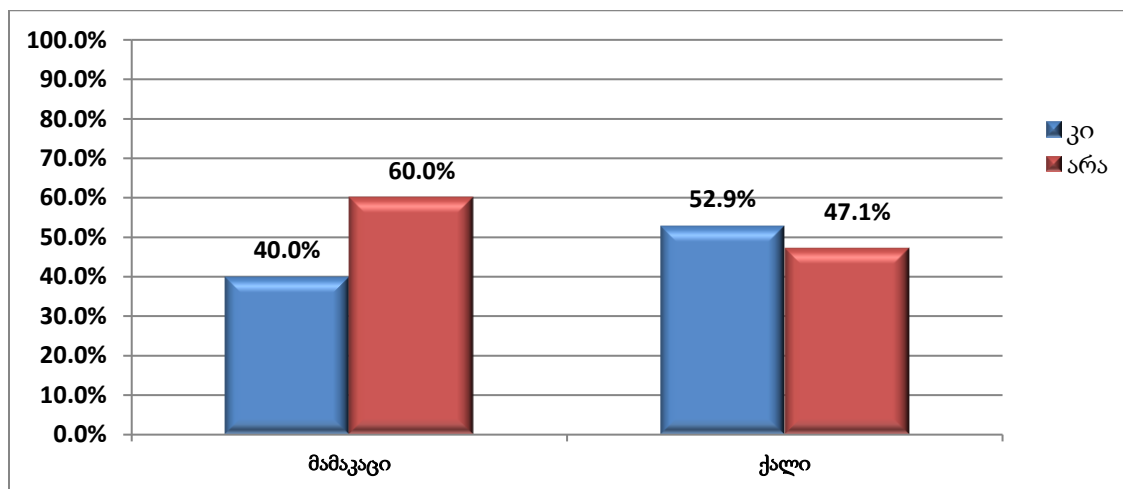
დიაგრამა 103. ასციტი და ციებ-ცხელება ონკოლოგიურ პაციენტებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებს, დაავადების ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობისას შემთხვევათა 74,3%-ში აღენიშნებოდათ მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება, ხოლო დაავადების ციებ-ცხელების გარეშე მიმდინარეობისას ასციტი დაფიქსირდა შემთხვევათა 57,1% ($\text{Chi}^2 = 4.49$; $p = 0.034$).

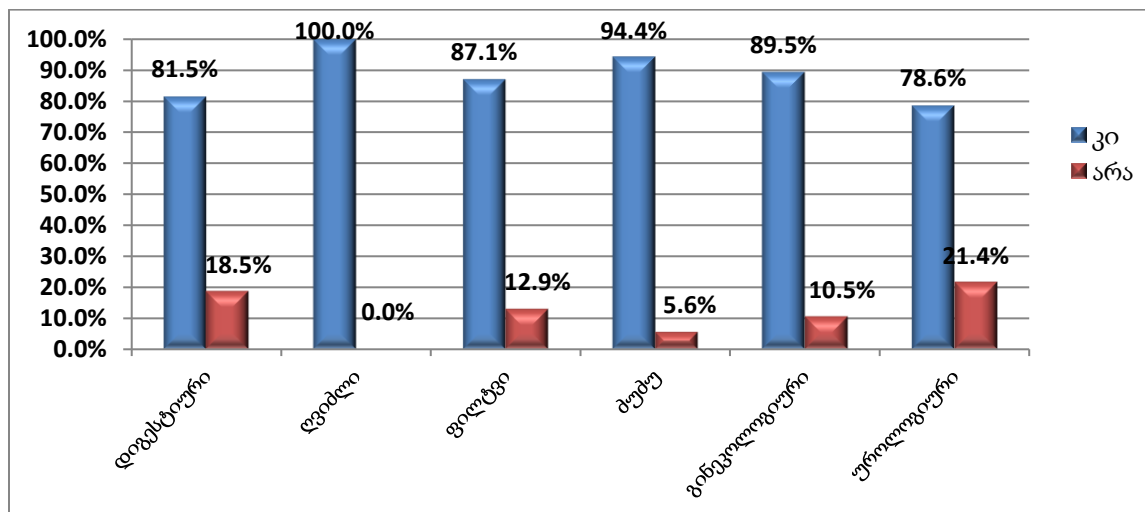
დიაგრამა 104. ციებ-ცხელება სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში ციებ-ცხელება აღენიშნა პაციენტ მამაკაცთა 40,0% და ქალთა 52,9% ($\text{Chi}^2 = 1.78$; $p=0.037$) (დიაგრამა 104). ამავე დროს ტერმინალური ფაზის ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობის რისკი ქალებში 1,9-ჯერ მაღალია მამაკაცებთან შედარებით ($\text{OR}=1,9$; 95% $\text{CI OR}=1.04-3.7$).

დიაგრამა 105. სიმსივნური ინტოქსიკაცია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

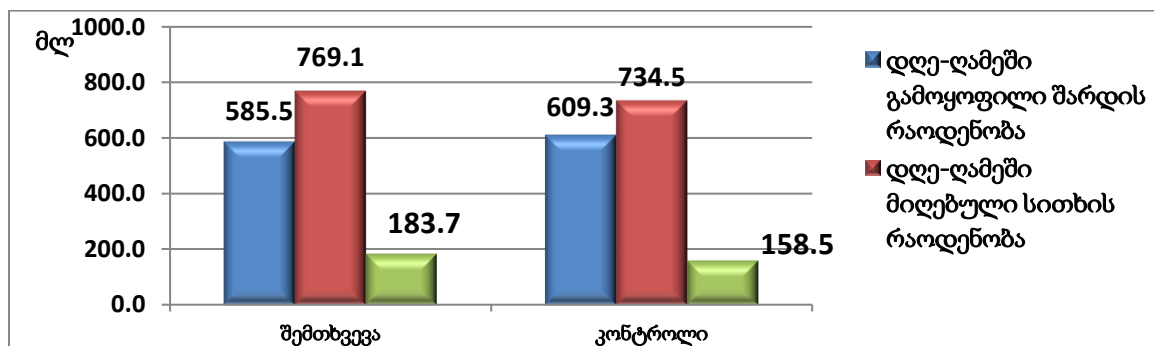


წყარო: კვლევის შედეგები

სიმსივნური ინტოქსიკაცია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 105-ე დიაგრამაზე. სიმსივნური ინტოქსიკაცია მაღალი სიხშირით აღინიშნება კიბოს ყველა შესწავლილი ლოკალიზაციის დროს, განსაკუთრებით კი ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში (100,0%).

4.3.4. საშარდე სისტემა

დიაგრამა 106. სითხის დღე-ღამური ბალანსი საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

106-ე დიაგრამაზე ნაჩვენებია საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში დღე-ღამის განმავლობაში მიღებული და შარდის სახით გამოყოფილი სითხის რაოდენობები.

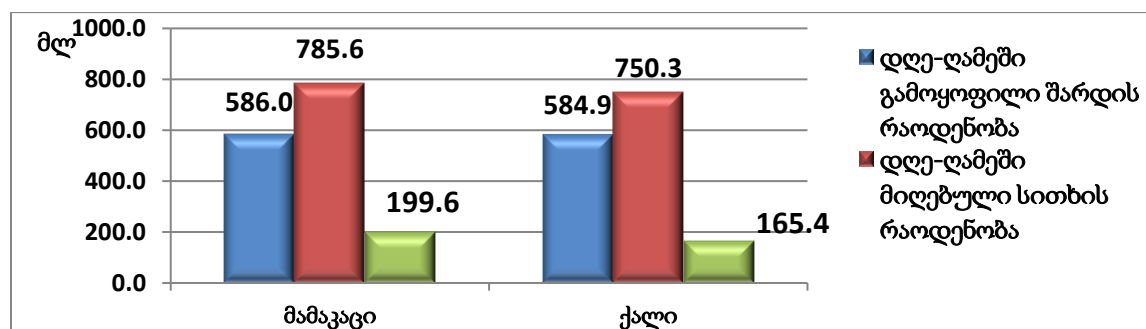
24 საათის განმავლობაში მიღებული და გამოყოფილ სითხის რაოდენობებს შორის სხვაობამ ონკოლოგიურ პაციენტებში საშუალოდ შეადგინა 183,7 მლ, საკონტროლო ჯგუფში- 158,5 მლ.

ანუ ონკოლოგიურ პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, აღინიშნა ყოველდღიურად 25,2 მლ-ით მეტი სითხის დაგროვება ორგანიზმში, რასთანაც არის

სავარაუდოდ დაკავშირებული ონკოლოგიურ პაციენტებში ასციტის და/ან ექსუდატური პლევრიტის და/ან ქვემო კიდურების შეშუპების განვითარება (Z-ტესტი = -1.65; p=0.049).

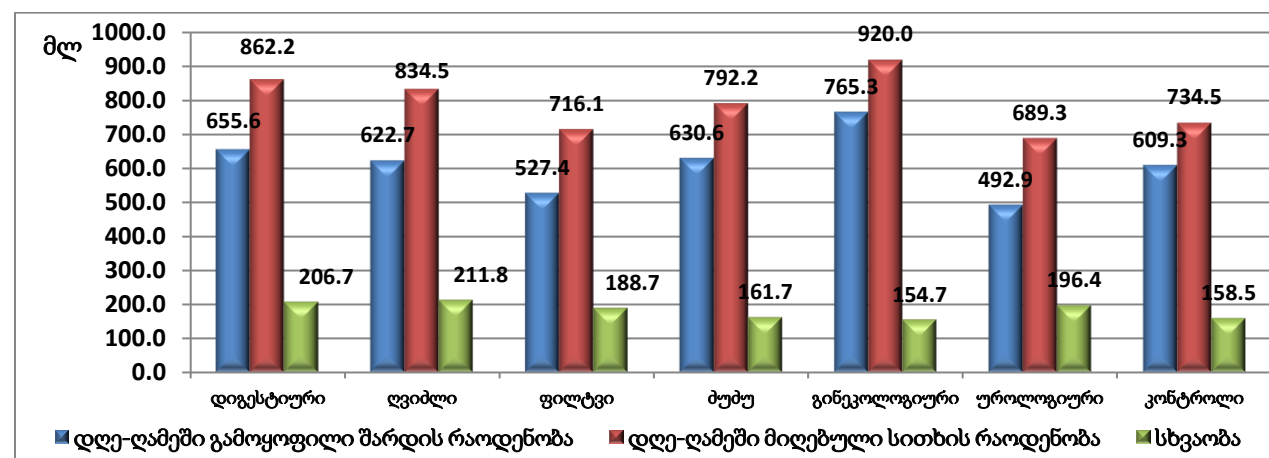
ონკოლოგიურ მამაკაც პაციენტებში, ქალებთან შედარებით, აღნიშნა ყოველდღიურად 34,2 მლ-ით მეტი სითხის დაგროვება ორგანიზმში (დიაგრამა 107). ორგანიზმში სითხის დაგროვების ოდენობებს შორის სქესის მიხედვით აღნიშნული სხვაობა სტატისტიკურად სარწმუნოა (Z-ტესტი = -2.01; p = 0.022).

დიაგრამა 107. სითხის დღე-ღამური ბალანსი სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

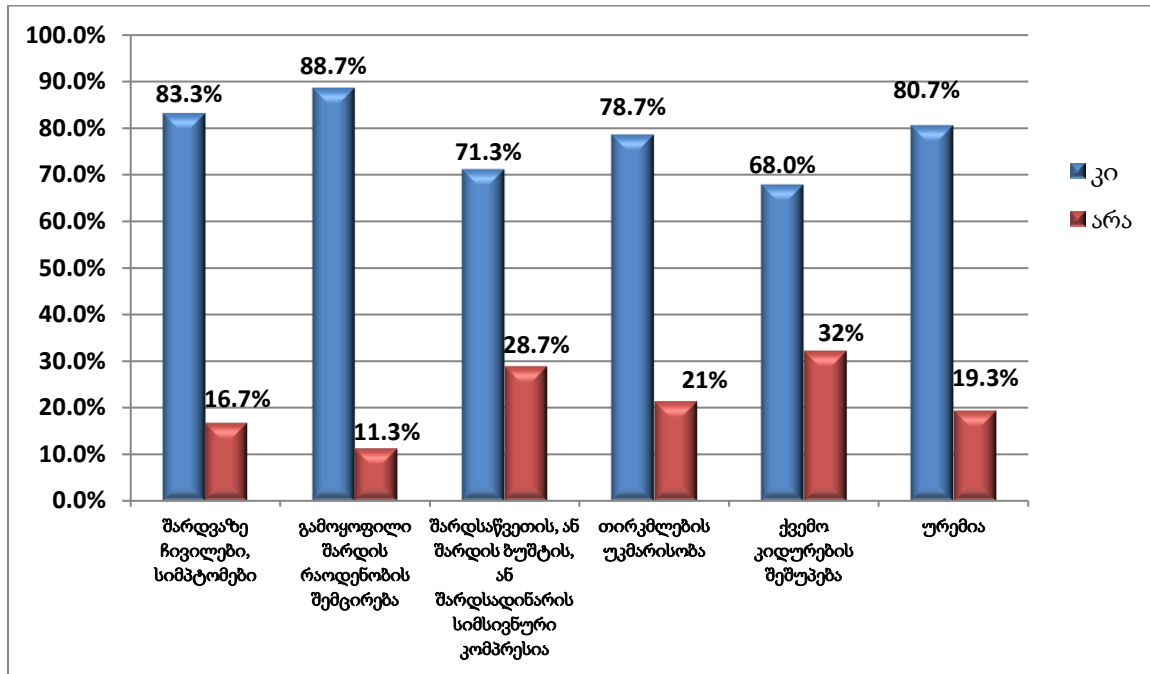
დიაგრამა 108. სითხის დღე-ღამური ბალანსი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

სითხის დღე-ღამური ბალანსსა და ორგანიზმში დაგროვებული სითხის ოდენობებს შორის სხვაობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო (დიაგრამა 108; p > = 0.05).

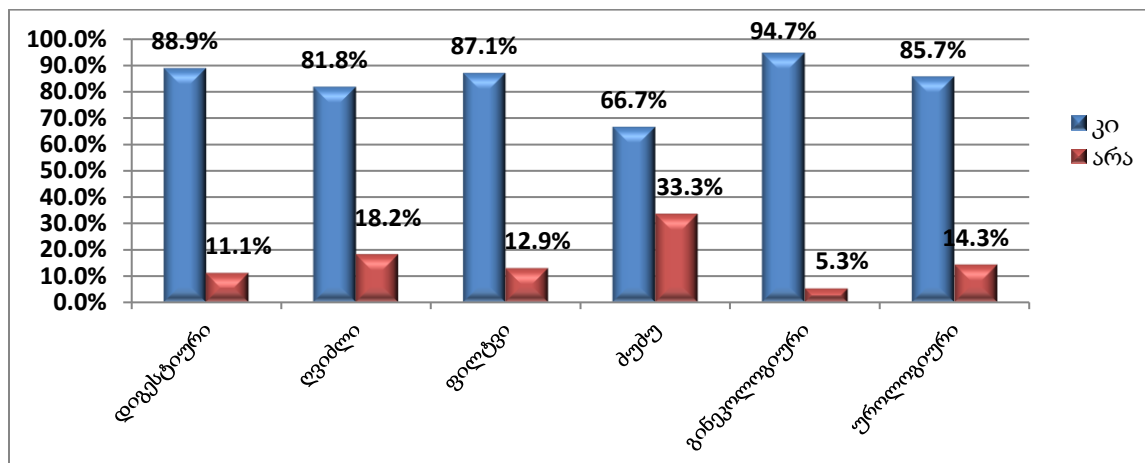
დიაგრამა 109. შარდ-სასქესო სისტემის პათოლოგია



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 83,3%-ს აღნიშნებოდა შარდვაზე ჩივილები, 88,7%-ს - გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირება, 71,3%-ს - საშარდე გზების (შარდსაწვეთის, შარდის ბუმტის ან შარდსადინარის) სიმსივნური კომპრესია, 78,7% - თირკმლების უკმარისობა, 68,0% - ქვემო კიდურების შეშუპება, 80,7%-ს ურემია (დიაგრამა 109).

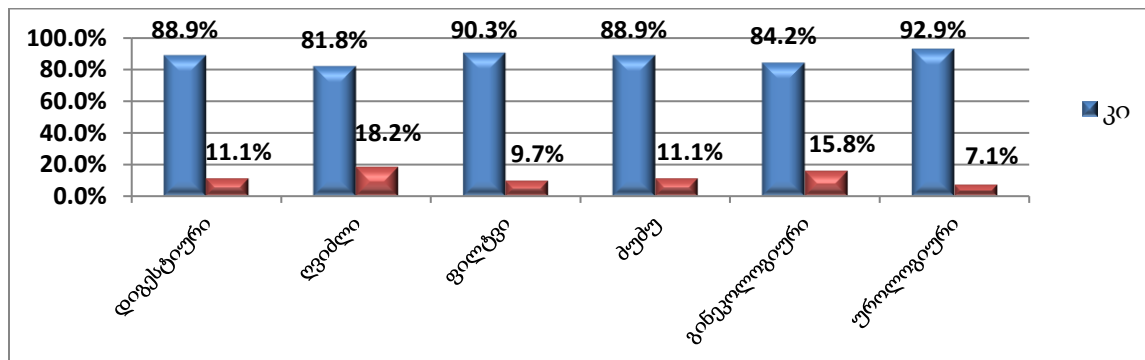
დიაგრამა 110. შარდვაზე ჩივილები, სიმპტომები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

შარდვაზე ჩივილები, სიმპტომები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 110-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს შარდვის დარღვევების ალბათობა ძუძუს კიბოსთან შედარებით 4.0-ჯერ მაღალი დიგესტიური ორგანოების კიბოს (OR=4,0; 95% CI OR=1.1-18.8), 3.4-ჯერ - ფილტვის კიბოს (OR=3,4; 95% CI OR=1.01-11.2) და 9.0-ჯერ მაღალი - გინეკოლოგიური კიბოს დროს (OR=9,0; 95% CI OR=1.4-59.0).

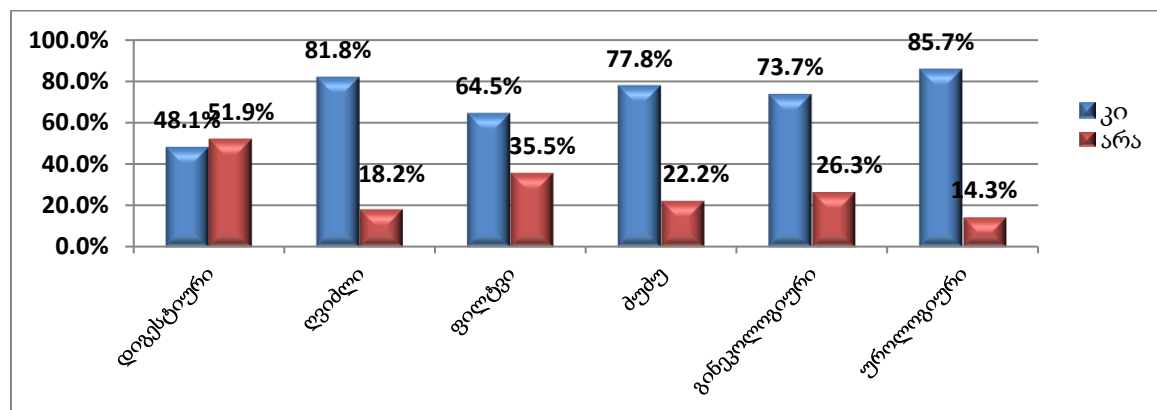
დიაგრამა 111. გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 111-ე დიაგრამაზე. გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირება მაღალი სიხშირით აღინიშნება კიბოს ყველა შესწავლილი ლოკალიზაციის დროს, განსაკუთრებით კი უროლოგიური კიბოს შემთხვევებში (92,9%).

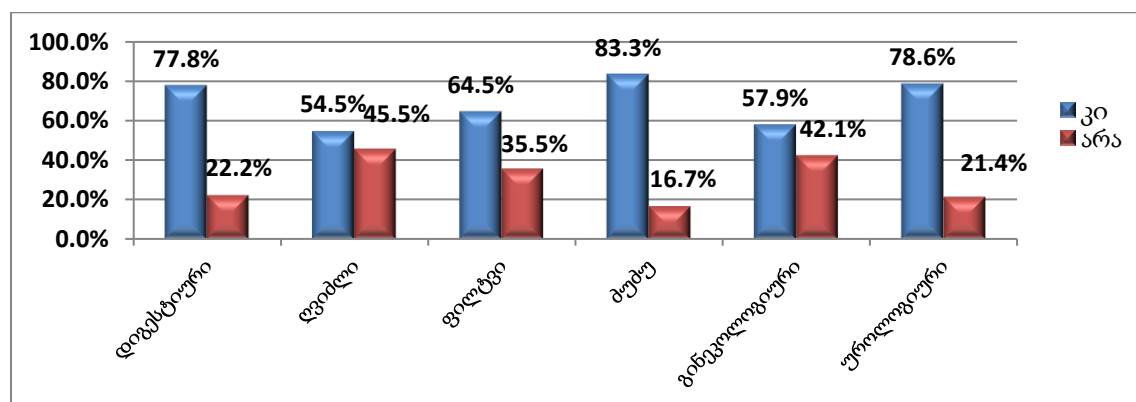
დიაგრამა 112. შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესიის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 112-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესიის განვითარების რისკი 9.0-ჯერ მაღალია უროლოგიური კიბოს (OR=9.0, 95% CI OR =1.6-33.3), 4.8-ჯერ - ღვიძლის კიბოს (OR=4.8, 95% CI OR =1.1-11.1), 3.7-ჯერ ბუბუს კიბოს (OR=3.7, 95% CI OR =1.02-14.3) და 3.0-ჯერ - გინეკოლოგიური კიბოს დროს (OR=3.0, 95% CI OR =1.04-11.1).

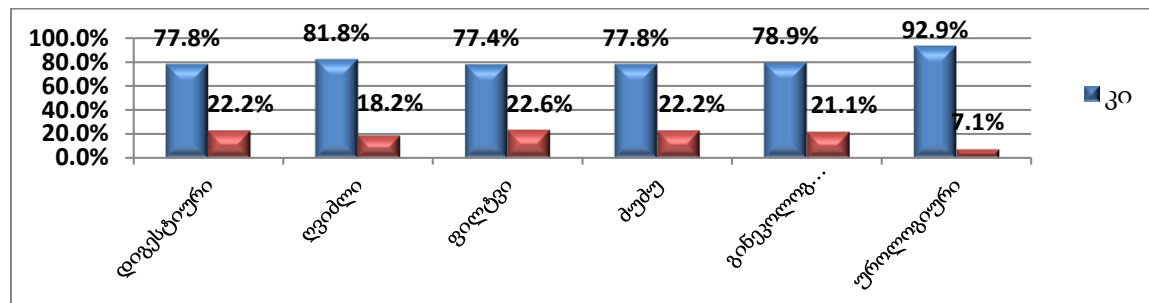
დიაგრამა 113. ქვემო კიდურების შეშუპება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

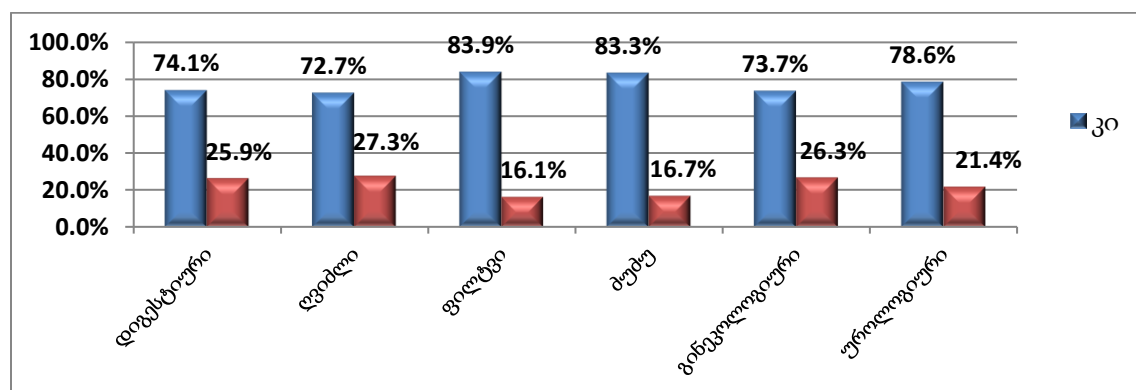
ქვემო კიდურების შეშუპების, ურემიისა და თირკმლების უკმარისობის განვითარების სიხშირეები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 113-ე, 114-ე და 115-ე დიაგრამებზე.

დიაგრამა 114. ურემიის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

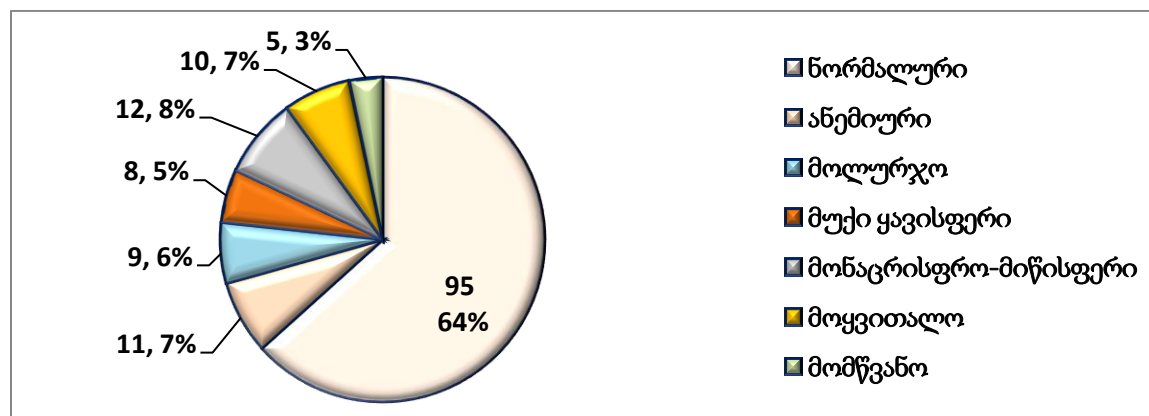
დიაგრამა 115. თირკმლების უკმარისობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

4.3.5. კანი და ძვალ-სახსროვანი სისტემა

დიაგრამა 116. კანის ფერი შემთხვევათა ჯგუფში

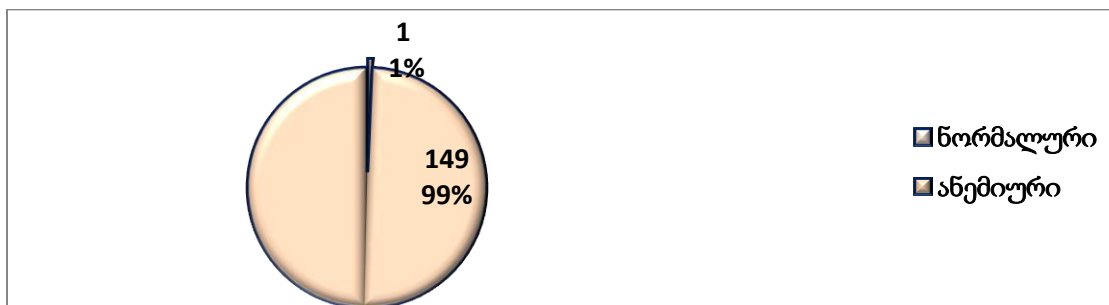


წყარო: კვლევის შედეგები

ონკოლოგიურ პაციენტთა 64%-ს აღენიშნებოდა კანის ნორმალური ფერი, ხოლო 36%-ს ანემიური, მოლურჯო, მუქი ყავისფერი, მონაცრისფრო-მიწისფერი, მოყვითალო ან მომწვანო

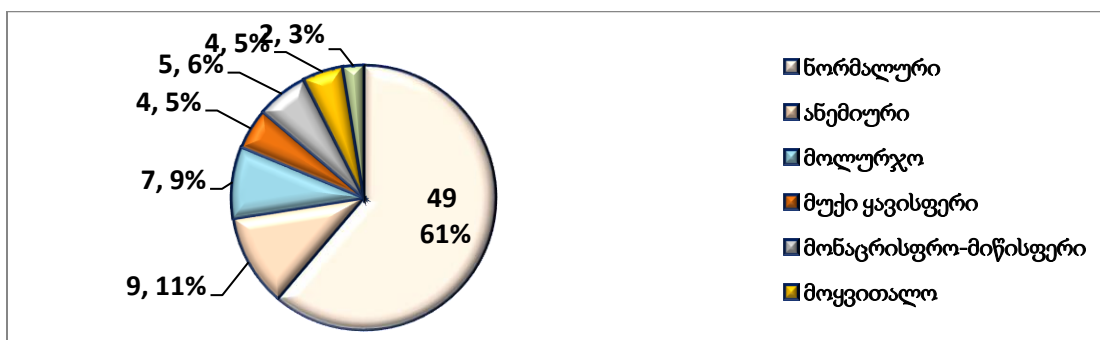
ელფერის (დიაგრამა 116), მაშინ როდესაც საკონტროლო ჯგუფში შემავალ პაციენტთა უმრავლესობას (99%) კანის ფერი ჰქონდა ანემიური (დიაგრამა 116).

დიაგრამა 117. კანის ფერი კონტროლის ჯგუფში



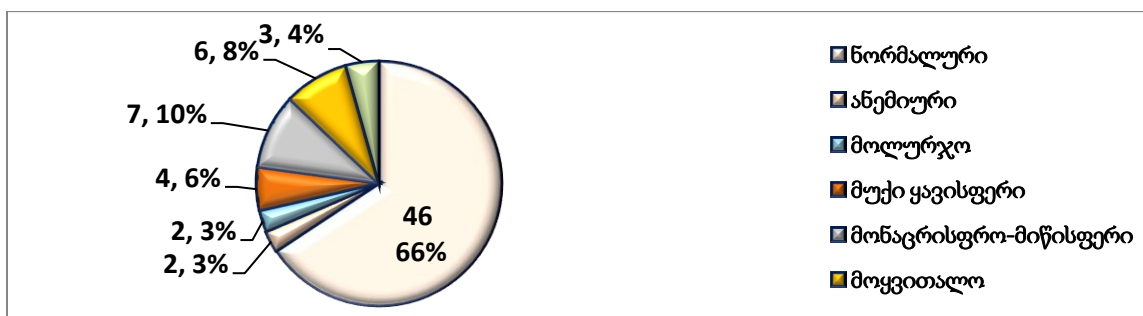
წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 118. კანის ფერი მამაკაცთა ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 119. კანის ფერი ქალთა ჯგუფში



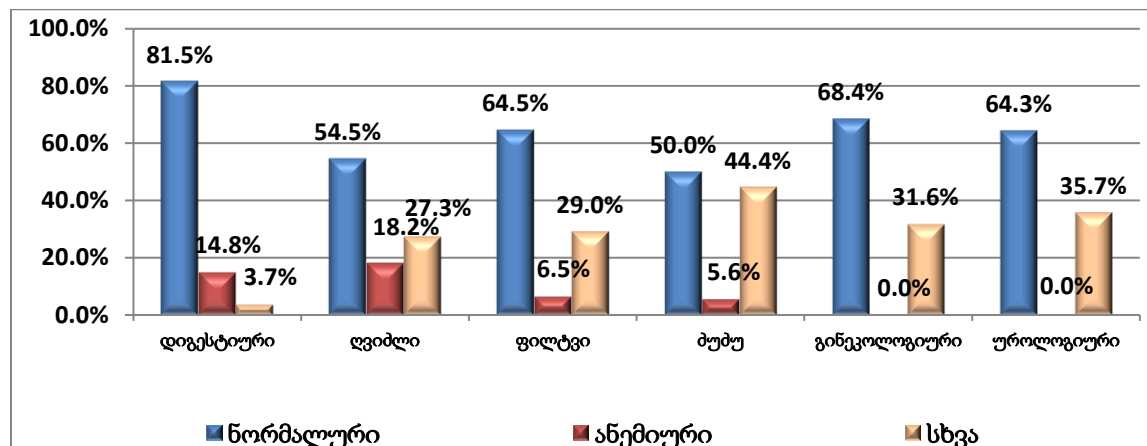
წყარო: კვლევის შედეგები

ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 61%-ს აღენიშნებოდა კანის ნორმალური ფერი, ხოლო 39%-ს ანემიური, მოლურჯო, მუქი ყავისფერი, მონაცრისფრო-მიწისფერი, მოყვითალო ან მომწვანო

ელფერის (დიაგრამა 118), მაშინ როდესაც პაციენტ ქალთა 66%-ს კანის ფერი ჰქონდა ნორმალური, ხოლო 34%-ს - პათოლოგიური შეფერილობის (დიაგრამა 119).

ონკოლოგიურ პაციენტთა კანის შეფერილობაში სქესის მიხედვით არ იქნა გამოვლენილი სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა ($\chi^2 = -0.53$; $p = 0.297$).

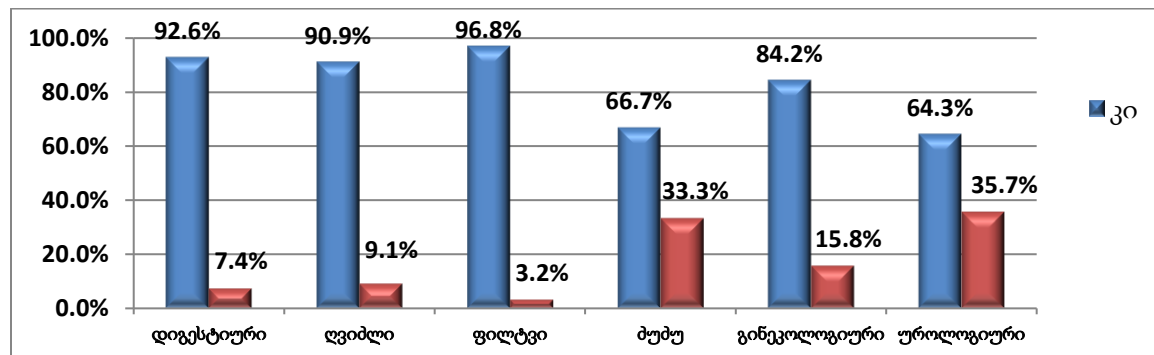
დიაგრამა 120. კანის ფერი (ნორმალური, ანემიური, სხვა) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

კანის ფერი (ნორმალური, ანემიური, სხვა) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 120-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით კანის სხვა ფერის (მონაცრისფრო, მოყვითალო, მომწვანო) ალბათობა 4.4-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოს ($OR=4.4$; 95% CI $OR = 1.4-13.6$) და 3.7-ჯერ - ღვიძლის კიბოს დროს ($OR=3.7$; 95% CI $OR = 1.01-13.3$).

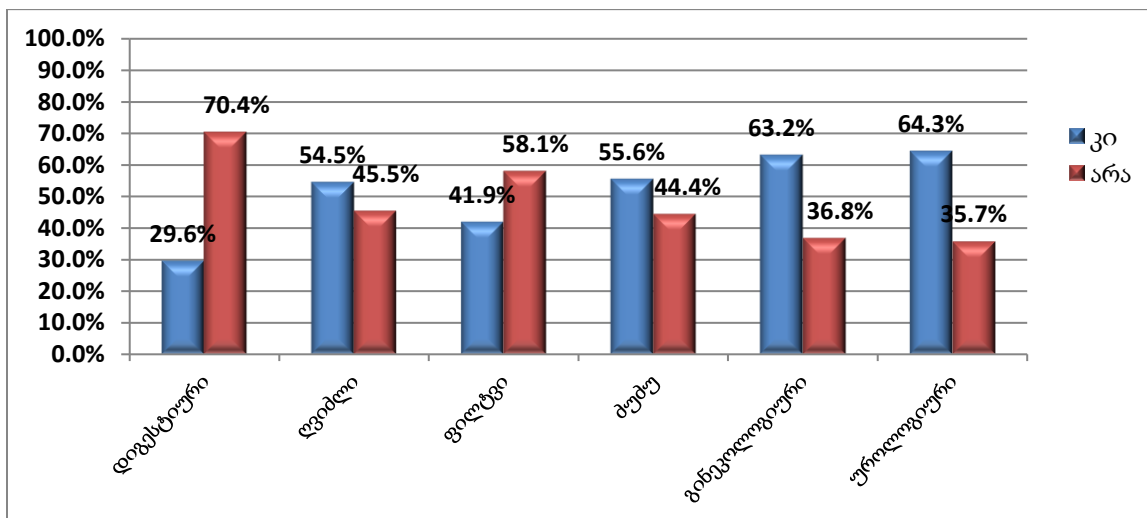
დიაგრამა 121. კანისა და თვალების გაყვითლება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

კანისა და თვალების გაყვითლების სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 121-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს კანისა და თვალების გაყვითლების ალბათობა 6.3-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოსთან (OR=6.3; 95% CI OR =1.5-27.0) და 6.9-ჯერ - უროლოგიური კიბოსთან შედარებით (OR=6.9; 95% CI OR =1.5-71.7), ხოლო ფილტვის კიბოს დროს კანისა და თვალების გაყვითლების ალბათობა 15.0-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოსთან (OR=15.0; 95% CI OR =1.6-138.0) და 16.7-ჯერ - უროლოგიური კიბოსთან შედარებით (OR=16.7; 95% CI OR =2.5-112.2).

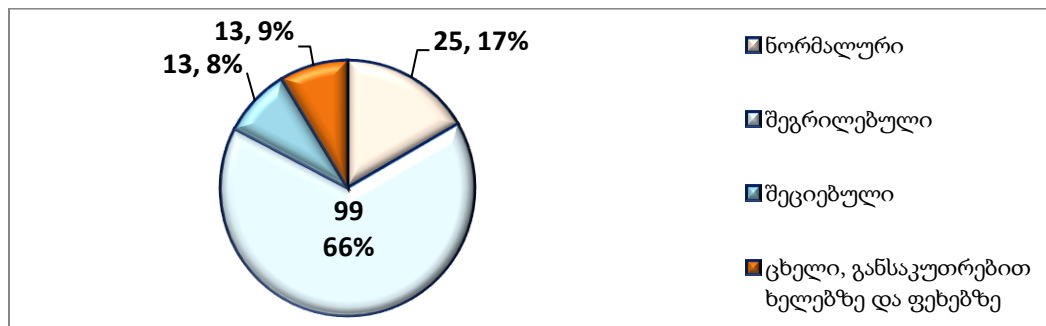
დიაგრამა 122. კანის გამონაყარი ან ქავილი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

კანის გამონაყარის ან ქავილის სიხშირეები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 123-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით კანის გამონაყარის ან ქავილის ალბათობა 3.3-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოს (OR=3.3; 95% CI OR =1.2-11.1), 4.6-ჯერ გინეკოლოგიური (OR=4.6; 95% CI OR =1.3-16.7) და 4.8-ჯერ - უროლოგიური კიბოს დროს (OR=4.8; 95% CI OR =1.5-14.3).

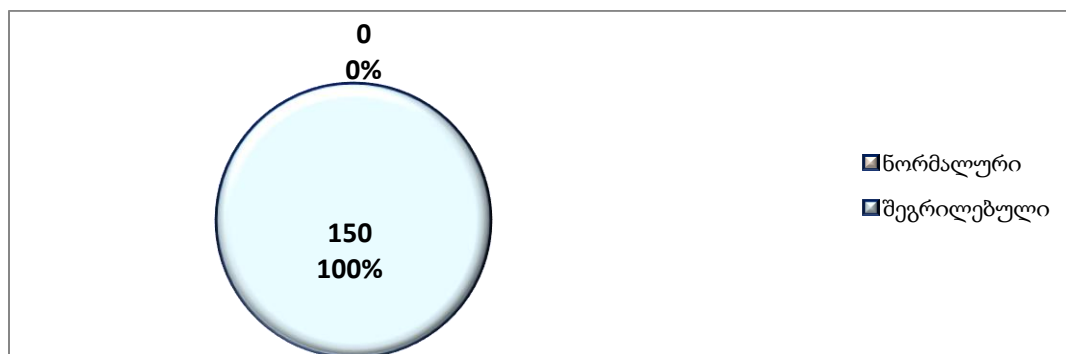
დიაგრამა 123. კანის ტემპერატურა შემთხვევათა ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

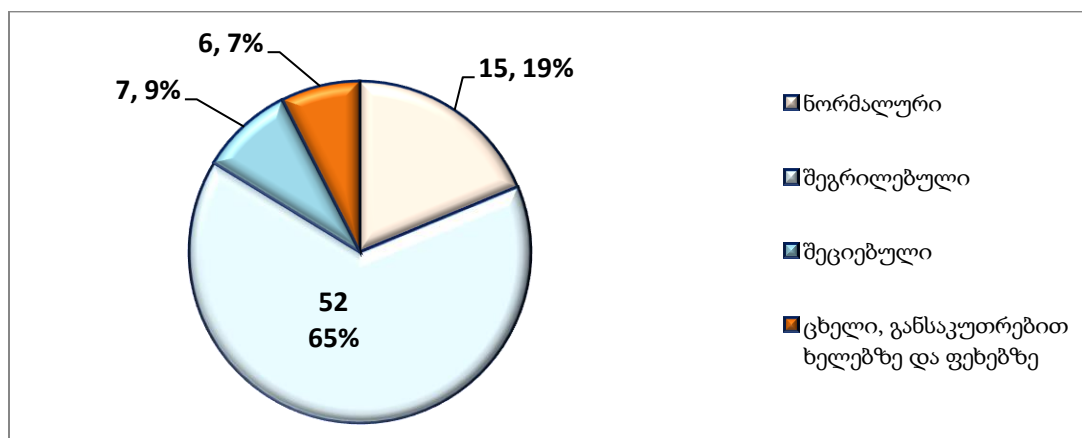
კანის ტემპერატურა შემთხვევათა ჯგუფში მხოლოდ 17%-ში იყო ნორმალური, 74%-ში შეგრილებული (66%) ან შეციებული (8%), ხოლო 9%-ში ცხელი, განსაკუთრებით ხელეზზე და ფეხეზზე (დიაგრამა 123). მაშინ როდესაც კანის ტემპერატურა საკონტროლო ჯგუფში 100%-ში იყო შეგრილებული (დიაგრამა 124).

დიაგრამა 124. კანის ტემპერატურა საკონტროლო ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 125. კანის ტემპერატურა მამაკაცთა ჯგუფში

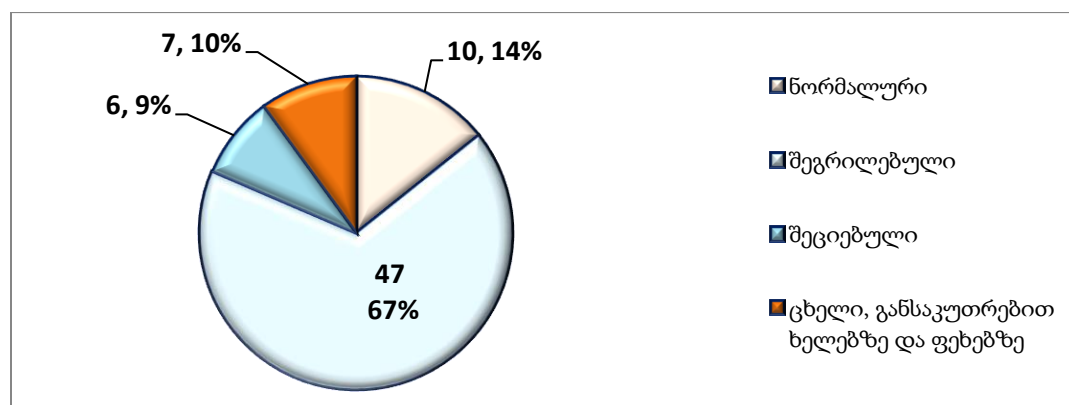


წყარო: კვლევის შედეგები

ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა კანის ტემპერატურა შემთხვევათა 19%-ში იყო ნორმალური, 74%-ში შეგრილებული (65%) და შეციებული (9%), ხოლო 7%-ში ცხელი, განსაკუთრებით ხელეზზე და ფეხეზზე (დიაგრამა 125).

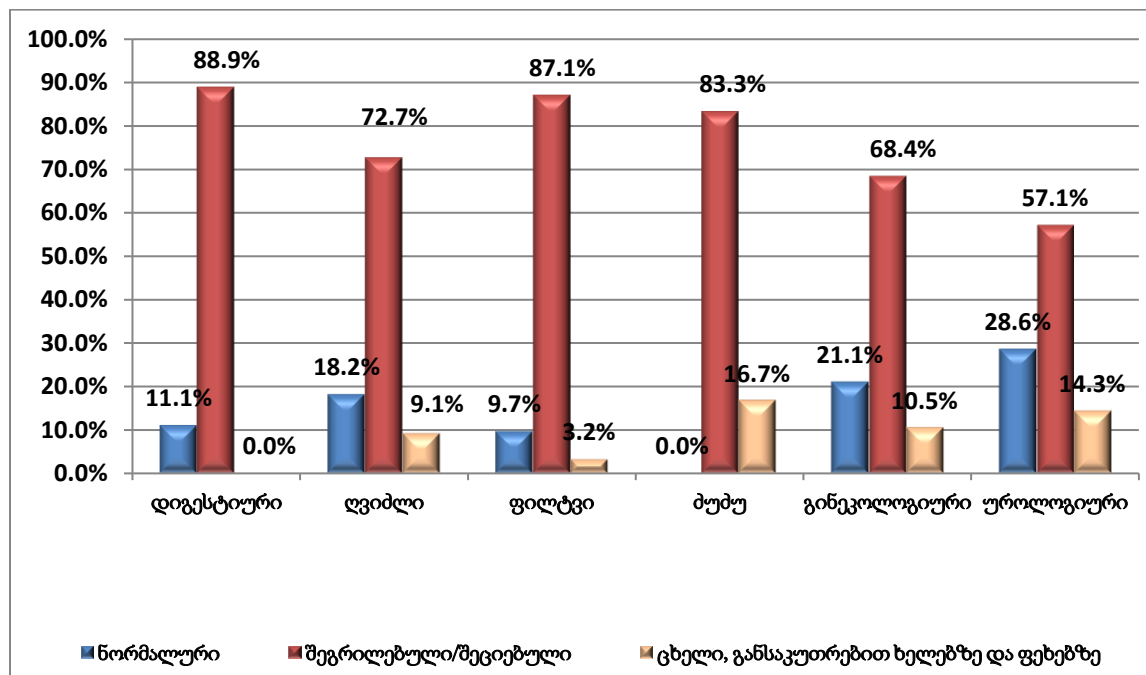
ონკოლოგიურ პაციენტ ქალთა კანის ტემპერატურა შემთხვევათა 14%-ში იყო ნორმალური, 78%-ში შეგრილებული (67%) და შეციებული (9%), ხოლო 10%-ში ცხელი, განსაკუთრებით ხელეზზე და ფეხეზზე (დიაგრამა 126).

დიაგრამა 126. კანის ტემპერატურა ქალთა ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

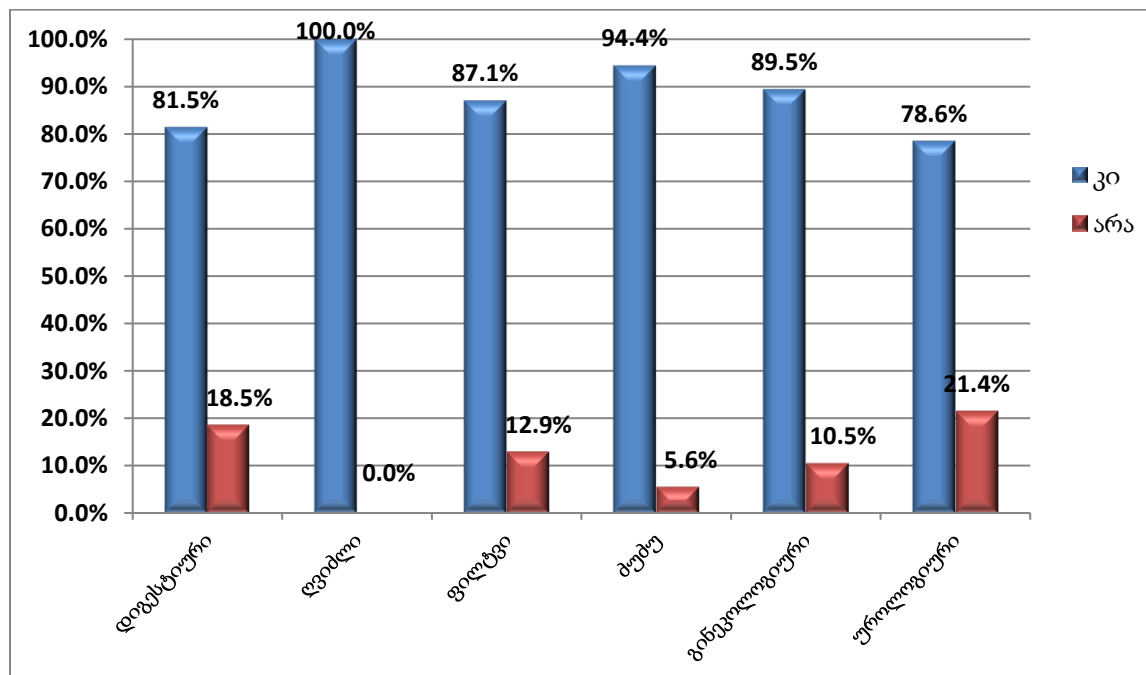
დიაგრამა 127. კანის ტემპერატურა (ნორმალური, შეგრილებული/შეციებული, ცხელი, განსაკუთრებით ხელეზზე და ფეხეზზე) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

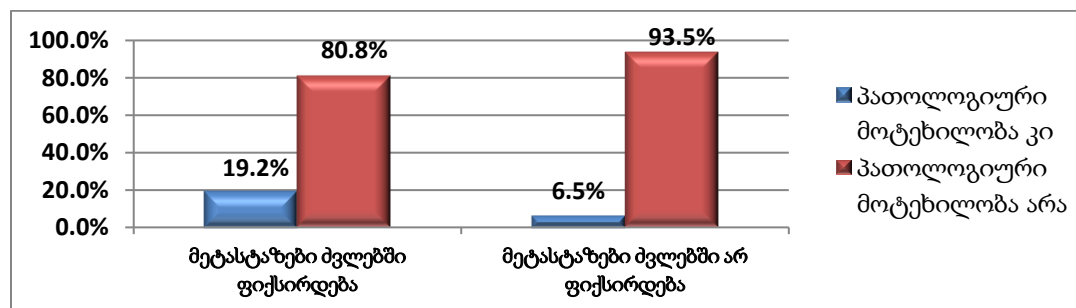
კანის ტემპერატურა (ნორმალური, შეგრილებული/შეციებული, ცხელი, განსაკუთრებით ხელეზე და ფეხებზე) და კანზე კონტაქტისას მგრძნობელობის დაკარგვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 127-ე და 128-ე დიაგრამებზე.

დიაგრამა 128. კანზე კონტაქტისას მგრძნობელობის დაკარგვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 129. მეტასტაზები ძვლებში და პათოლოგიური მოტეხილობები



წყარო: კვლევის შედეგები

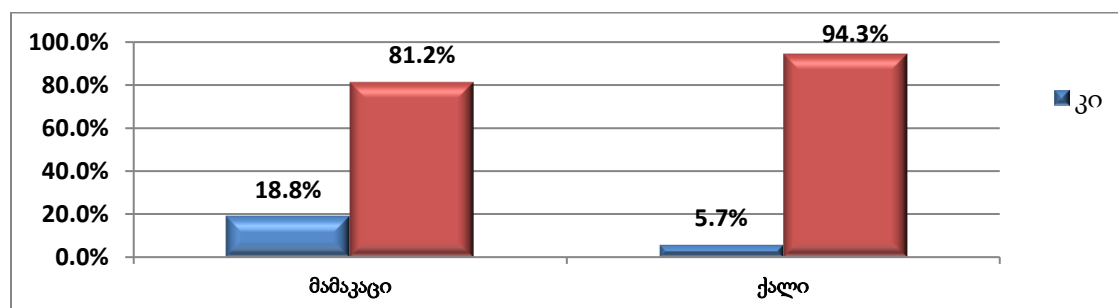
გამოიყო 2 ქვეჯგუფი:

ა) ქვეჯგუფი 1 - აღინიშნებოდა მეტასტაზები ძვლებში (n=73)

ბ) ქვეჯგუფი 2 - არ აღინიშნებოდა მეტასტაზები ძვლებში (n=77)

ძვლებში კიბოს მეტასტაზების განვითარებისას, შემთხვევათა 19,2%-ში ვითარდება პათოლოგიური მოტეხილობა (დიაგრამა 129), მაშინ როდესაც კიბოს მეტასტაზების გარეშე ძვლების პათოლოგიური მოტეხილობა აღინიშნება მხოლოდ შემთხვევათა 6,5%-ში და ეს განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\chi^2=5.45$; $p=0.020$).

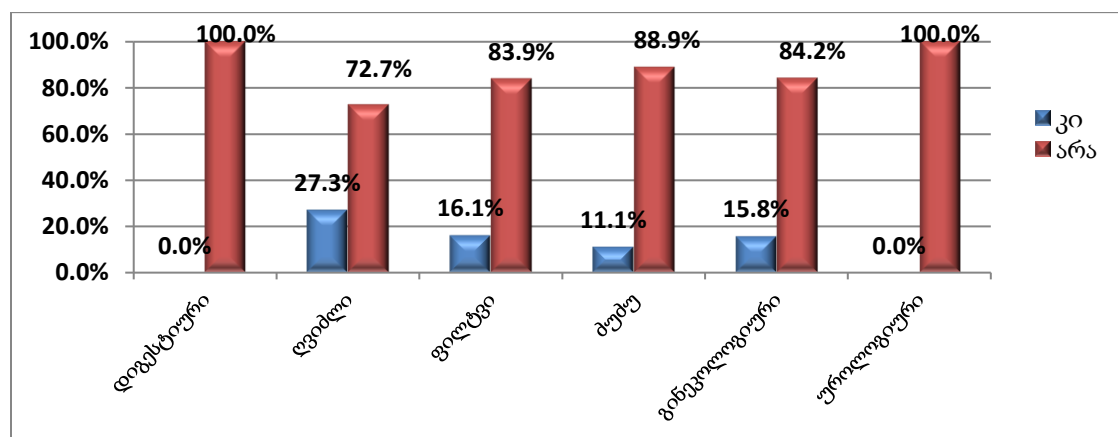
დიაგრამა 130. პათოლოგიური მოტეხილობა პაციენტთა სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

პათოლოგიური მოტეხილობა უფრო მაღალი სიხშირით დაფიქსირდა მამაკაცებში (18,8%), ვიდრე ქალ (5,7%) პაციენტებში (დიაგრამა 130). ქალებთან შედარებით მამაკაც პაციენტებში 3,8-ჯერ მაღალია პათოლოგიური მოტეხილობის რისკი (OR=3,8; 95% CI OR =1,2-12.1; Chi² =2,27; p=0.012).

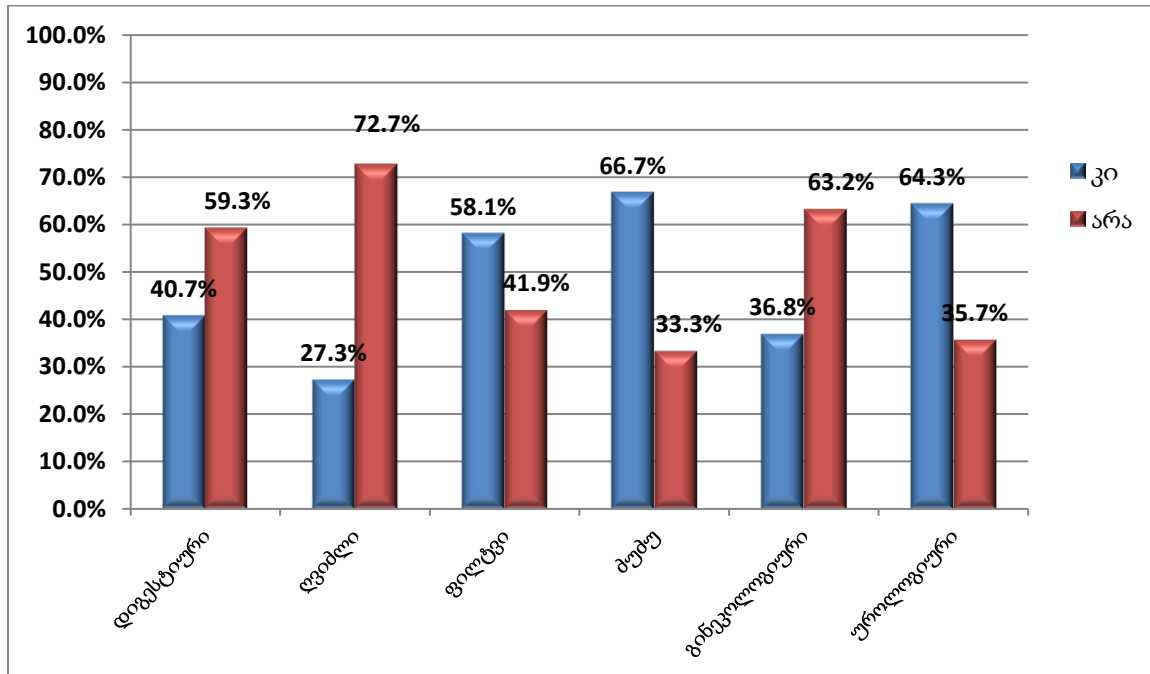
დიაგრამა 131. პათოლოგიური მოტეხილობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

პათოლოგიური მოტეხილობის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 131-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, ძუძუს კიბოს დროს პათოლოგიური მოტეხილობის რისკი 3.6-ჯერ მაღალია დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან (OR=3.6; 95% CI OR =1.1-11.1) და 10.0-ჯერ უროლოგიური კიბოსთან შედარებით (OR=10.0; 95% CI OR =1.6-99.9), ხოლო ძუძუს კიბოსთან შედარებით პათოლოგიური მოტეხილობის ალბათობა 7.7-ჯერ მაღალი იყო პაციენტებში ღვიძლის კიბოს დიაგნოზით (OR=7.7; 95% CI OR =1.2-99.0).

დიაგრამა 132. მეტასტაზები ძვლებში (ძლიერი ტკივილი) კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



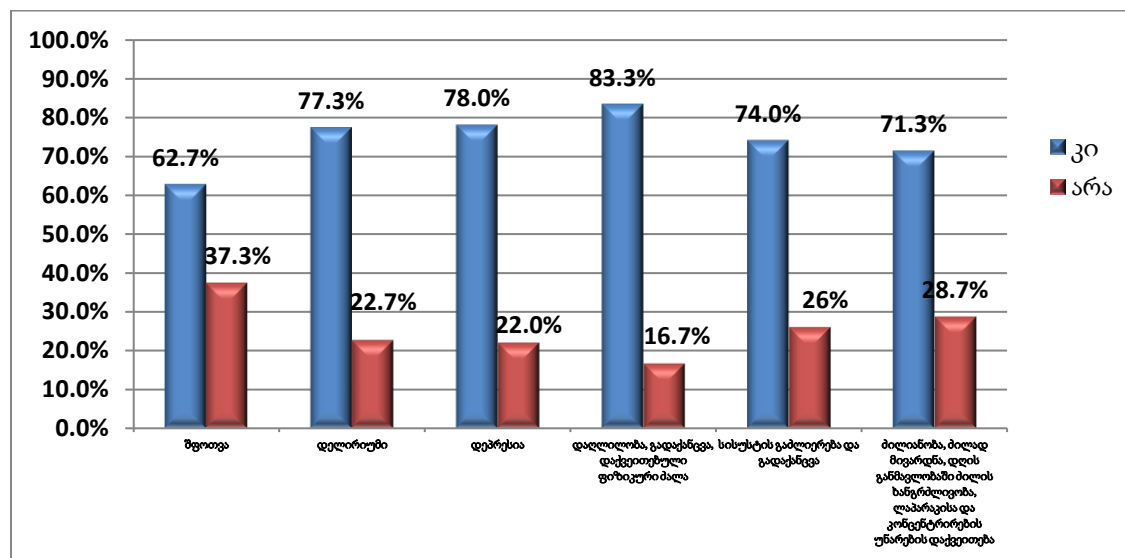
წყარო: კვლევის შედეგები

მეტასტაზები ძვლებში და მასთან ასოცირებული ძლიერი ტკივილის სიხშირეები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 132-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, ძუძუს დროს მეტასტაზები ძვლებში და მასთან ასოცირებული ძლიერი ტკივილის ალბათობა 2.9-ჯერ მაღალია დიფსტოური ორგანოების (OR=2.9; 95% CI OR =1.02-10.1) და 3.4-ჯერ - გინეკოლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=3.4; 95% CI OR =1.1-10.7), ხოლო ღვიძლის კიბოსთან შედარებით მეტასტაზები ძვლებში და მასთან ასოცირებული ძლიერი ტკივილის ალბათობა 3.7-ჯერ მაღალია ფილტვის კიბოს (OR=3.7; 95% CI OR =1.04-16.7), 4.8-ჯერ - უროლოგიური (OR=4.8; 95% CI OR =1.1-20.0) და 5.3-ჯერ - ძუძუს კიბოს დროს (OR=5.3; 95% CI OR =1.02-33.3).

4.3.6. ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა

ძალზე მნიშვნელოვანი და საინტერესოა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-ემოციური მდგომარეობის შეფასება (დიაგრამები 132-163).

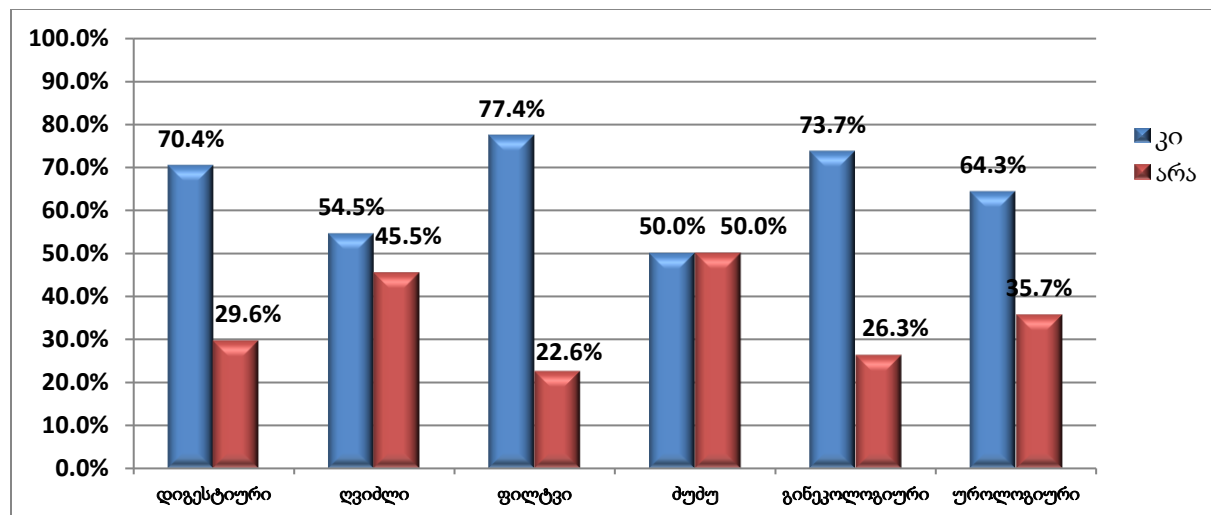
დიაგრამა 133. ფსიქო-ემოციური მდგომარეობის ამსახველი ფაქტორები



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 62,7%-ს აღენიშნებოდა შფოთვა, 77,3%-ს - დელერიუმი, 78,0%-ს - დეპრესია, 83,3%-ს დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა, 74,0%-ს - სისუსტის გაძლიერება და გადაქანცვა, ხოლო 71,3%-ს - მილიანობა, ძილად მივარდნა მთელი დღის განმავლობაში, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება (დიაგრამა 133).

დიაგრამა 134. პაციენტების შფოთვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

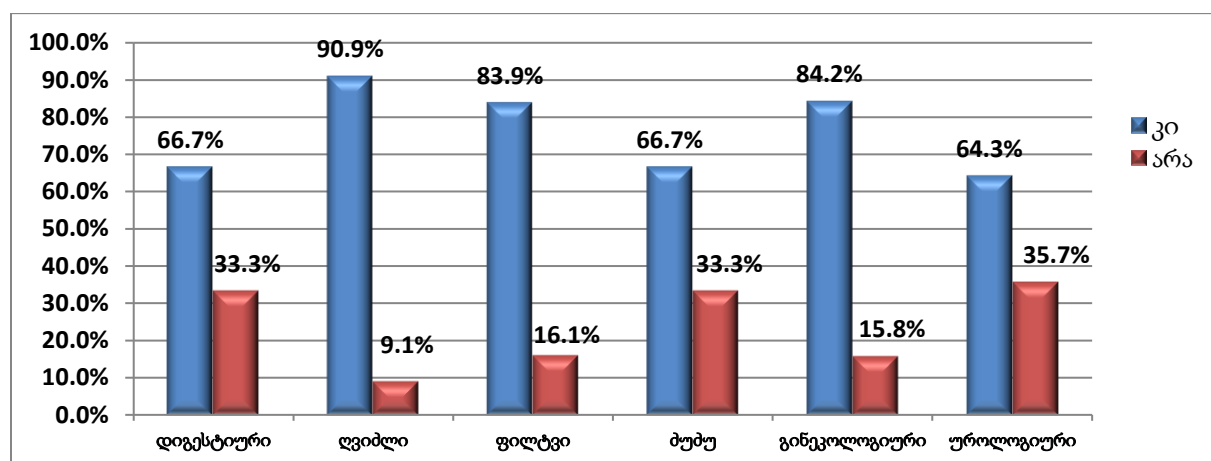


წყარო: კვლევის შედეგები

შფოთვა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 70,4%-ში, ღვიძლის - 54,5%-ში, ფილტვის - 77,4%-ში, ძუძუს - 50%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში (დიაგრამა 134).

დელირიუმი ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 66,7%-ში, ღვიძლის - 90,9%-ში, ფილტვის - 83,9%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 84,2%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში (დიაგრამა 135).

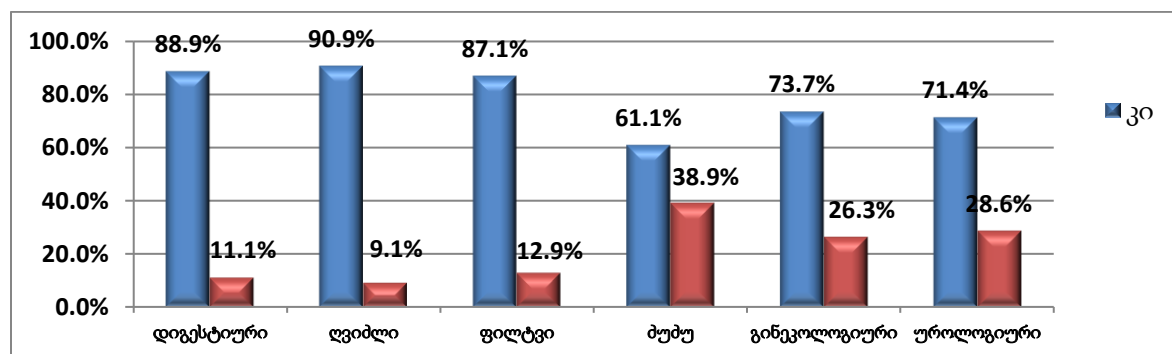
დიაგრამა 135. დელირიუმი კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

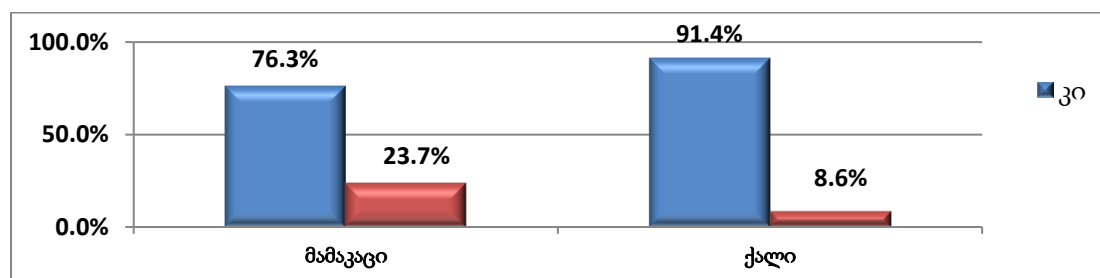
დეპრესია ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 88,9%-ში, ღვიძლის - 90,9%-ში, ფილტვის - 87,1%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში (დიაგრამა 136).

დიაგრამა 136. დეპრესია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

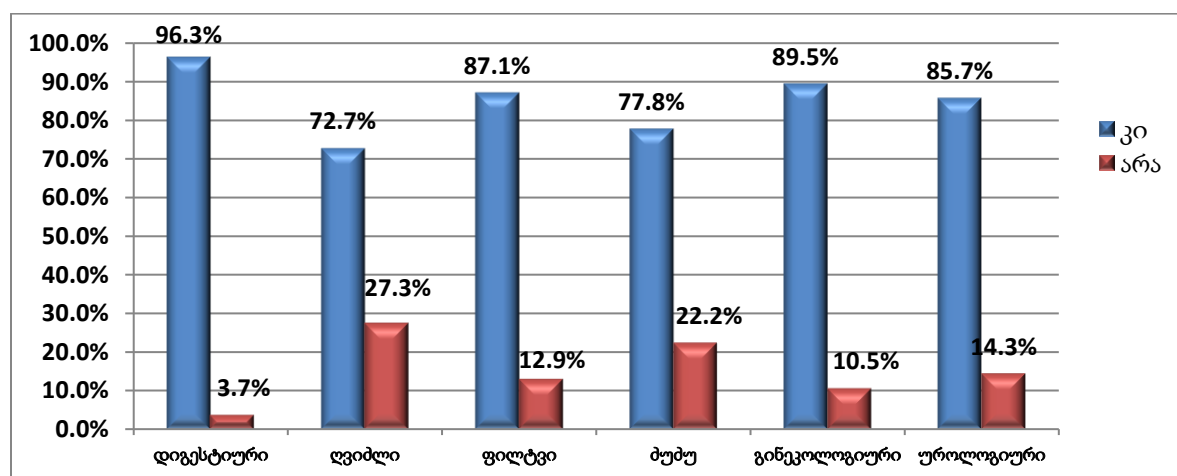
დიაგრამა 137. დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა პაციენტთა სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 76,3%-ს და პაციენტ ქალთა 91,4%-ს (დიაგრამა 137). სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არის სარწმუნო ($\chi^2=2,40$; $p=0,008$). დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ონკოლოგიურ პაციენტ ქალებში აღინიშნება 3,3-ჯერ მეტი სიხშირით (OR=0,3; 95% CI OR= 0,11-0,80).

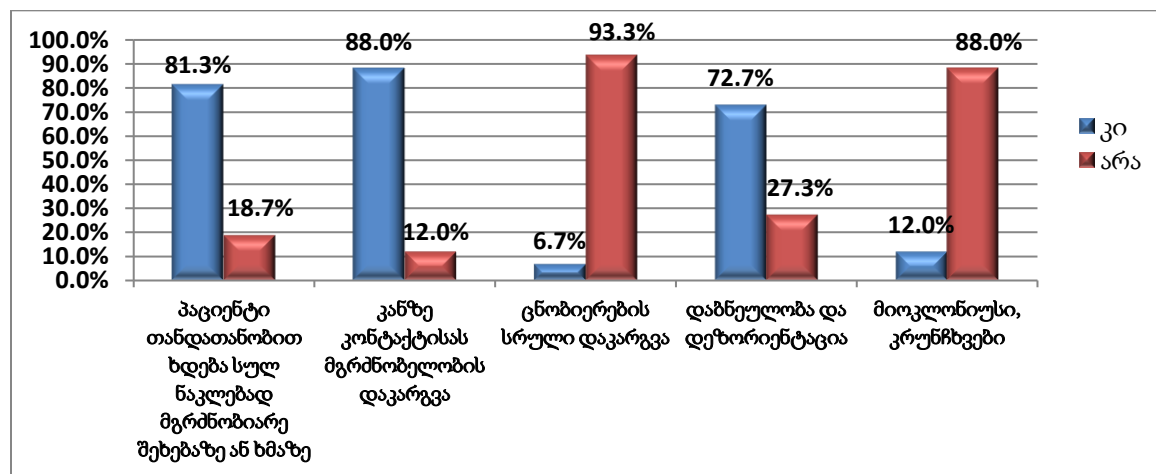
დიაგრამა 138. დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

დადლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 96,3%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 87,1%-ში, ძუძუს - 77,8%-ში, გინეკოლოგიური - 89,5%-ში, უროლოგიური 85,7%-ში (დიაგრამა 138).

დიაგრამა 139. ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-ემოციური თავისებურებები

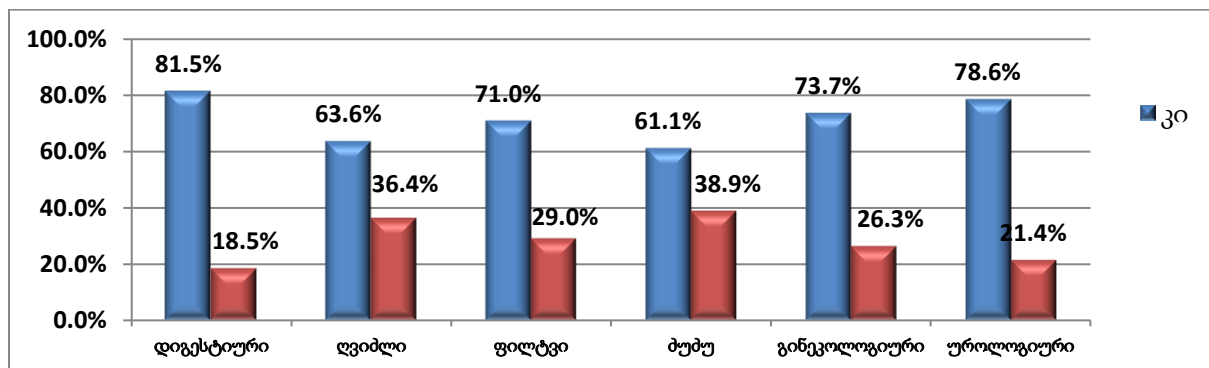


წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების 81,3% თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძობიარე შეხებაზე ან ხმაზე, 88,0% - კარგავს მგრძობიარეობას კანზე კონტაქტისას, 72,7%-ს აღენიშნება დაბნეულობა და დეზორიენტაცია, 12,0%-ს - მიოკლონიუსი, ხოლო 6,7%-ს ცნობიერების სრული დაკარგვა (დიაგრამა 139).

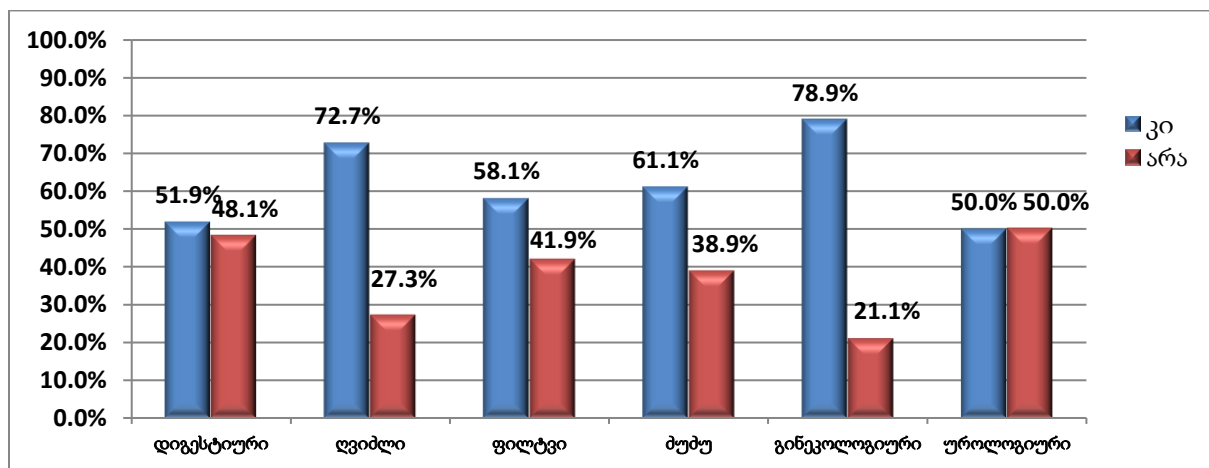
ძილიანობა, ძილად მივარდნა, დღის განმავლობაში ძილის ხანგრძლივობა, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 81,5%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 71,0%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 78,6%-ში (დიაგრამა 140).

დიაგრამა 140. ძილიანობა, ძილად მივარდნა, დღის განმავლობაში ძილის ხანგრძლივობა, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



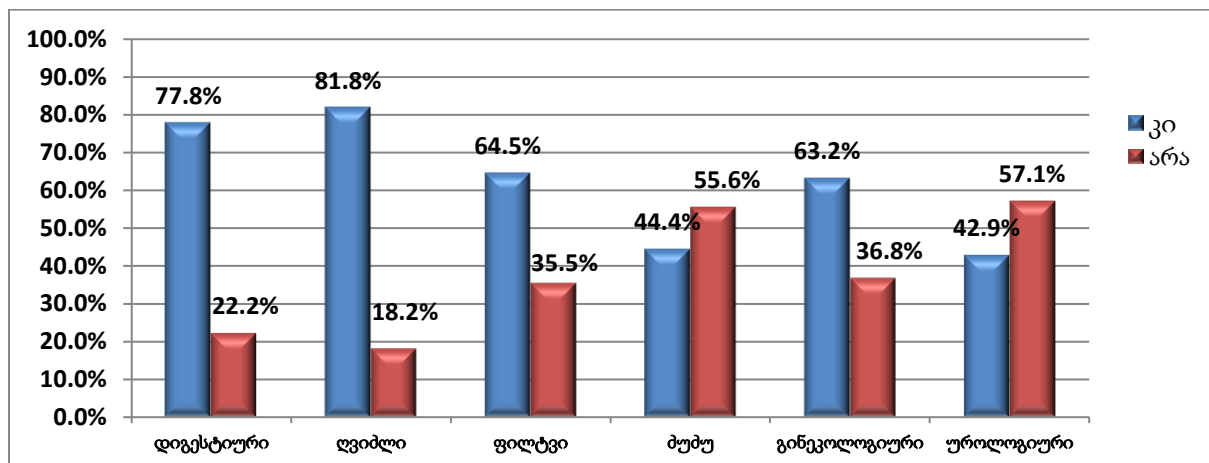
წყარო: კვლევის შედეგები

იმ საკითხების უინტერესობა, რომლებიც ადრე მისთვის მნიშვნელოვანი იყო, ინტერესის დაკარგვა გარე სამყაროს, მიმდინარე მოვლენების მიმართ ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 51,9%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 58,1%-ში, ბუბუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 78,9%-ში, უროლოგიური 50,0%-ში (დიაგრამა 141). დიაგრამა 141. იმ საკითხების უინტერესობა, რომლებიც ადრე მისთვის მნიშვნელოვანი იყო, ინტერესის დაკარგვა გარე სამყაროს, მიმდინარე მოვლენების მიმართ კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

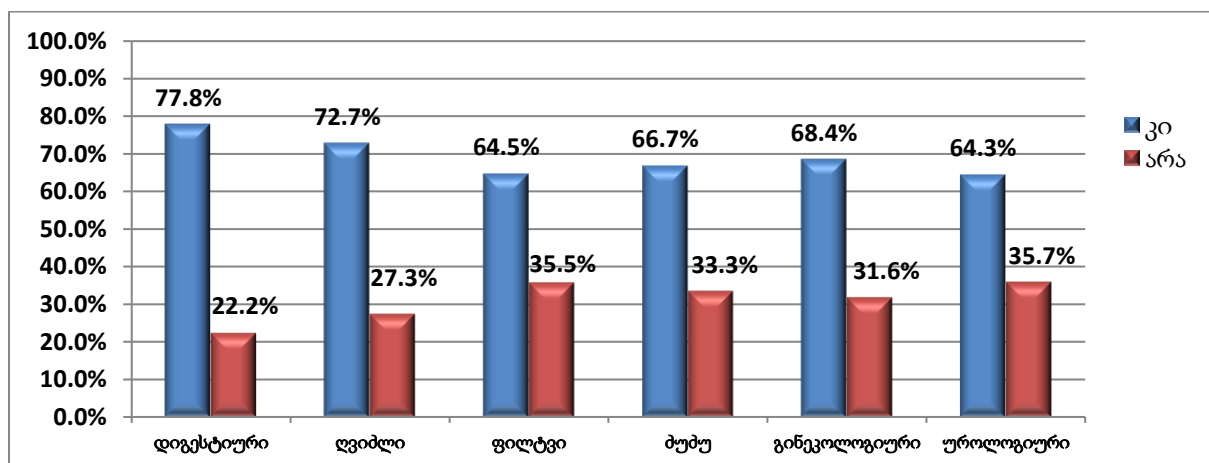
დიაგრამა 142. სურვილი გაჩენა, რომ ახლოს ჰყავდეს მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და მნახველებთან გატარებული დროის შეზღუდვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

სურვილი გაჩენა, რომ ახლოს ჰყავდეს მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და მნახველებთან გატარებული დროის შეზღუდვა, ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 77,8%-ში, ღვიძლის - 81,8%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 44,4%-ში, გინეკოლოგიური - 63,2%-ში, უროლოგიური 42,9%-ში (დიაგრამა 142).

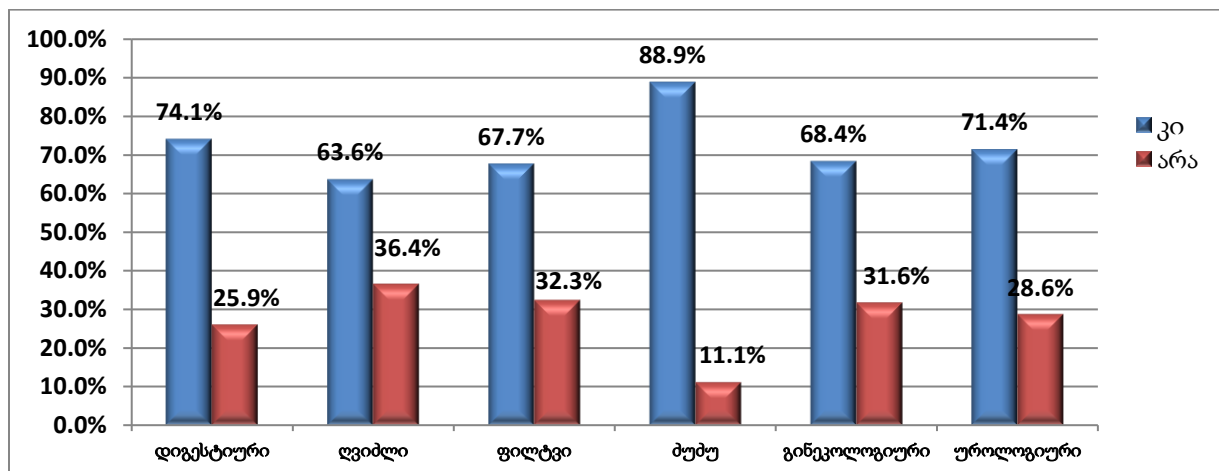
დიაგრამა 143. მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 77,8%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში (დიაგრამა 143).

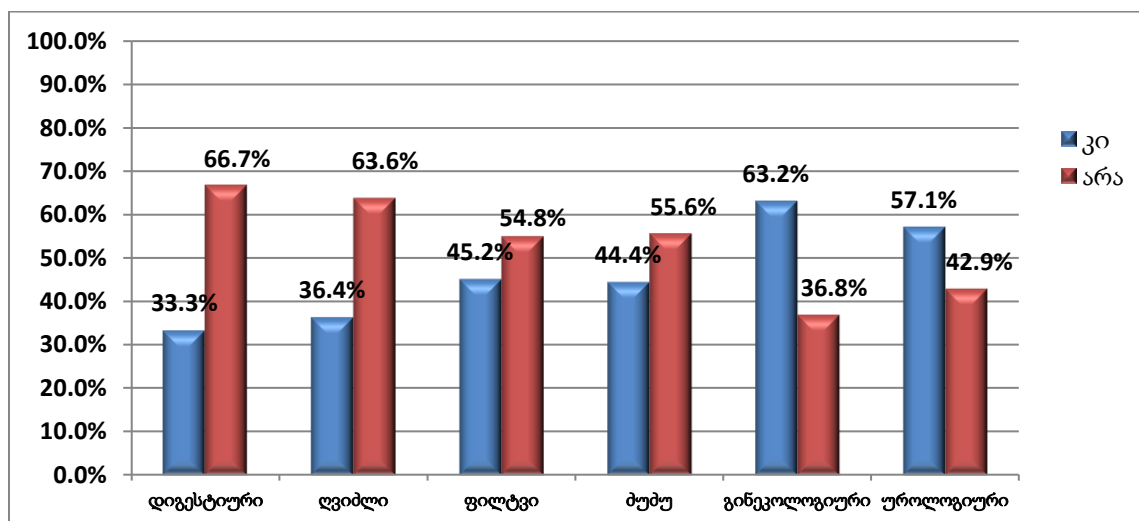
დიაგრამა 144. დაბნეულობა/გაურკვევლობა დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

დაბნეულობა/გაურკვევლობა დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 74,1%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 67,7%-ში, ძუძუს - 88,9%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში (დიაგრამა 144).

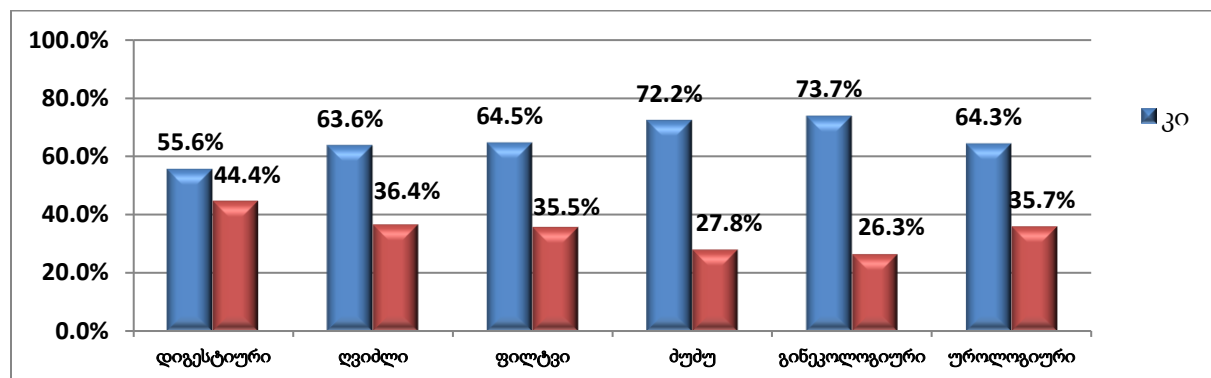
დიაგრამა 145. ესმის ან ხედავს ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის. ეს მოჩვენებები (?) ხშირად მოიცავს გარდაცვლილთა მისაღმებას



წყარო: კვლევის შედეგები

ესმის ან ხედავს ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის. ეს მოჩვენებები (?) ხშირად მოიცავს გარდაცვლილთა მისაღმებას ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 33,3%-ში, ღვიძლის - 36,4%-ში, ფილტვის - 45,2%-ში, ძუძუს - 44,4%-ში, გინეკოლოგიური - 63,2%-ში, უროლოგიური 57,1%-ში (დიაგრამა 145).

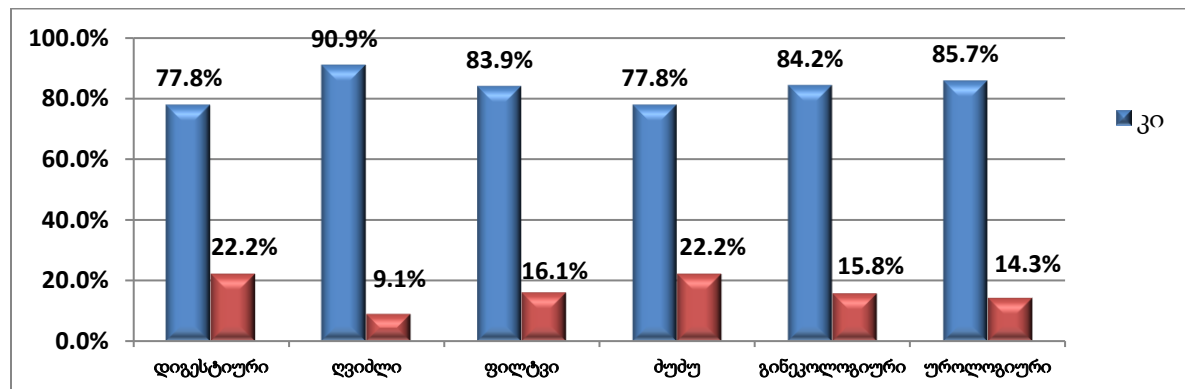
დიაგრამა 146. ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 55,6%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 72,2%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში (დიაგრამა 146).

დიაგრამა 147. პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძობიარე შეხებაზე ან ხმაზე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

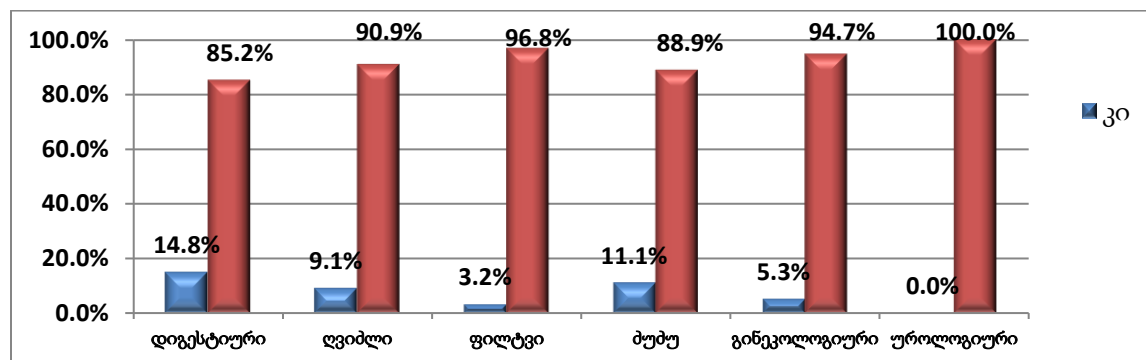


წყარო: კვლევის შედეგები

პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძობიარე შეხებაზე ან ხმაზე ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 77,8%-ში, ღვიძლის - 90,9%-ში, ფილტვის - 83,9%-ში, ძუძუს - 77,8%-ში, გინეკოლოგიური - 84,2%-ში, უროლოგიური 85,7%-ში (დიაგრამა 147).

ცნობიერების სრული დაკარგვა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 14,8%-ში, ღვიძლის - 9,1%-ში, ფილტვის - 3,2%-ში, ძუძუს - 11,1%-ში, გინეკოლოგიური - 5,3%-ში, უროლოგიური 0%-ში (დიაგრამა 148).

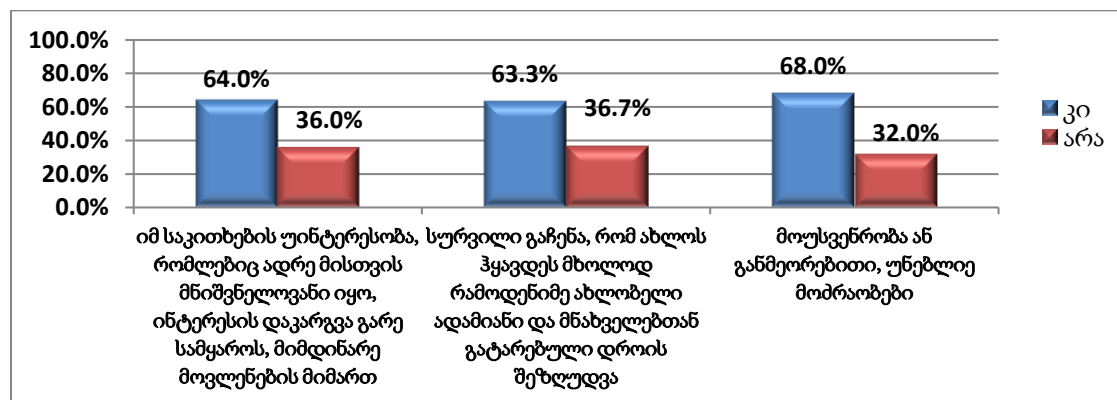
დიაგრამა 148. ცნობიერების სრული დაკარგვა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

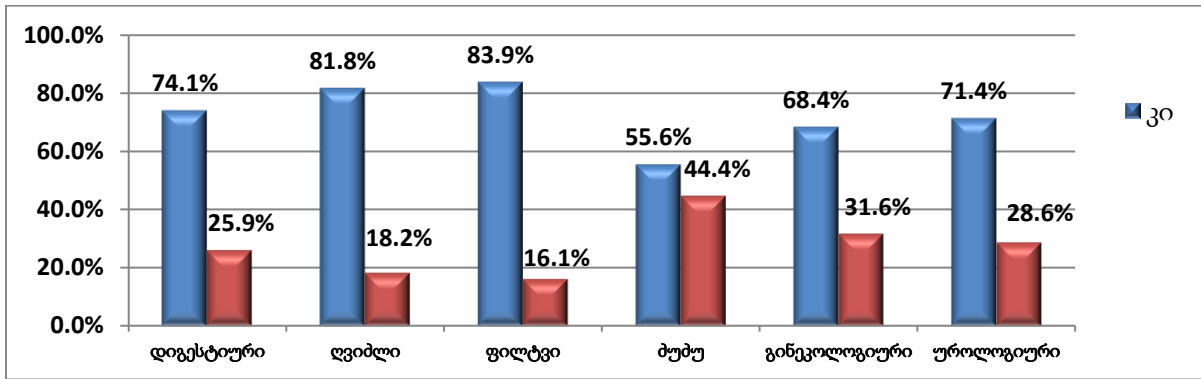
ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების 64,0% კარგავს იმ საკითხებისადმი ინტერესს, რომლებიც მისთვის მნიშვნელოვანი იყო, 63,3%-ს უჩნდება სურვილი ახლოს ჰყავდეს მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და ზღუდავს სხვა მნახველებთან გატარებულ დროს, 68,0%-ს აღენიშნება მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები (დიაგრამა 149).

დიაგრამა 149. ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-ემოციური თავისებურებები



წყარო: კვლევის შედეგები

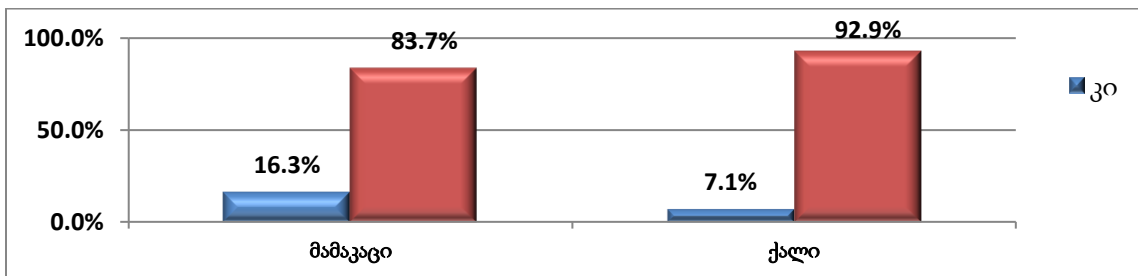
დიაგრამა 150. დაბნეულობა და დეზორიენტაცია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

დაბნეულობა და დეზორიენტაცია ტერმინალურ ფაზაში აღნიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 74,1%-ში, ღვიძლის - 81,8%-ში, ფილტვის - 83,9%-ში, ძუძუს - 55,6%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში (დიაგრამა 150).

დიაგრამა 151. მიოკლონიუსი, კრუნჩხვები პაციენტთა სქესის მიხედვით

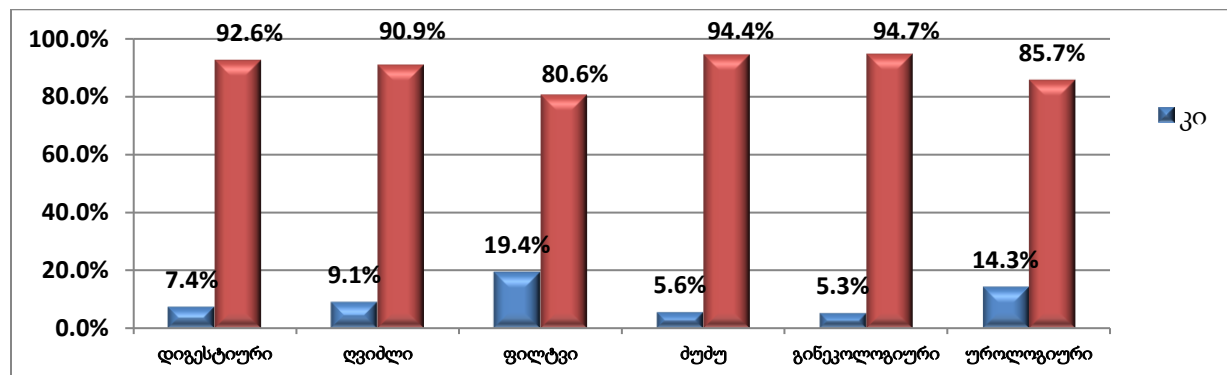


წყარო: კვლევის შედეგები

მიოკლონიუსი აღნიშნება ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 16,3%-ს და პაციენტ ქალთა 7,1%-ს (დიაგრამა 151). სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არის სარწმუნო ($\chi^2=1,67$; $p=0,048$). მიოკლონიუსი ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცებში აღნიშნება 2,5-ჯერ მეტი სიხშირით ($OR=2,5$; 95% CI $OR= 1,02-7,42$).

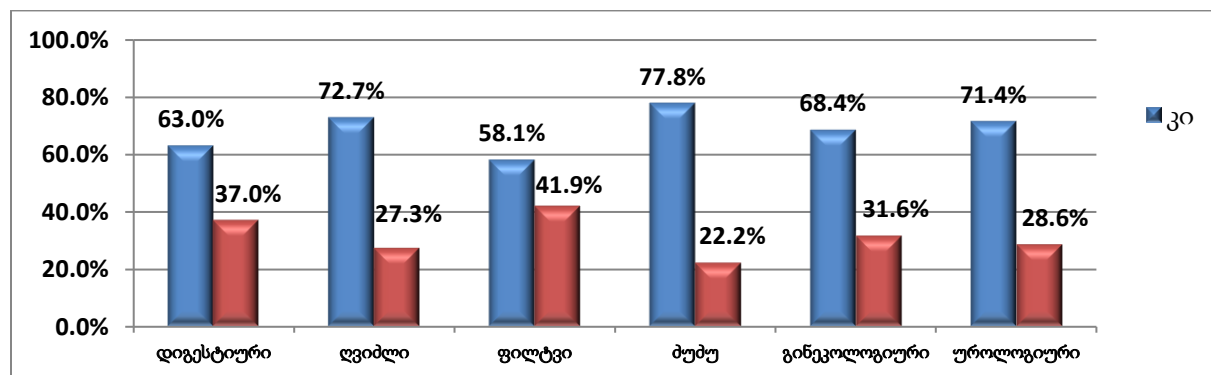
მიოკლონიუსი ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 7,4%-ში, ღვიძლის - 9,1%-ში, ფილტვის - 19,4%-ში, ძუძუს - 5,6%-ში, გინეკოლოგიური - 5,3%-ში, უროლოგიური 14,3%-ში (დიაგრამა 152).

დიაგრამა 152. მიოკლონიუსი, კრუნჩხვები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 153. მხედველობაში ცვლილებები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

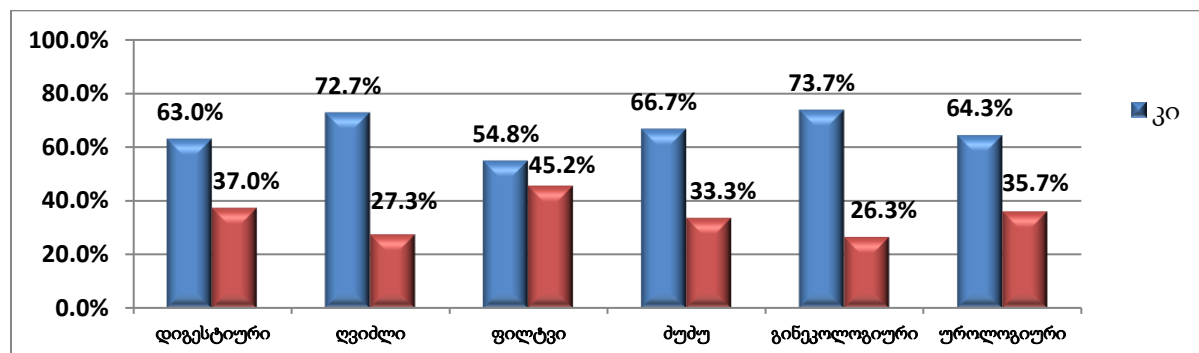


წყარო: კვლევის შედეგები

მხედველობაში ცვლილებები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 63,0%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 58,1%-ში, ძუძუს - 77,8%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში (დიაგრამა 153).

სმენის პრობლემები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 63,0%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 54,8%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში (დიაგრამა 154).

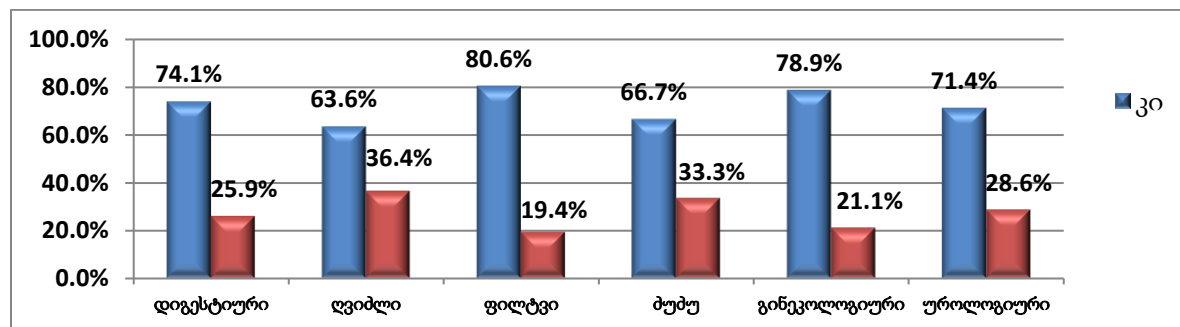
დიაგრამა 154. სმენის პრობლემები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

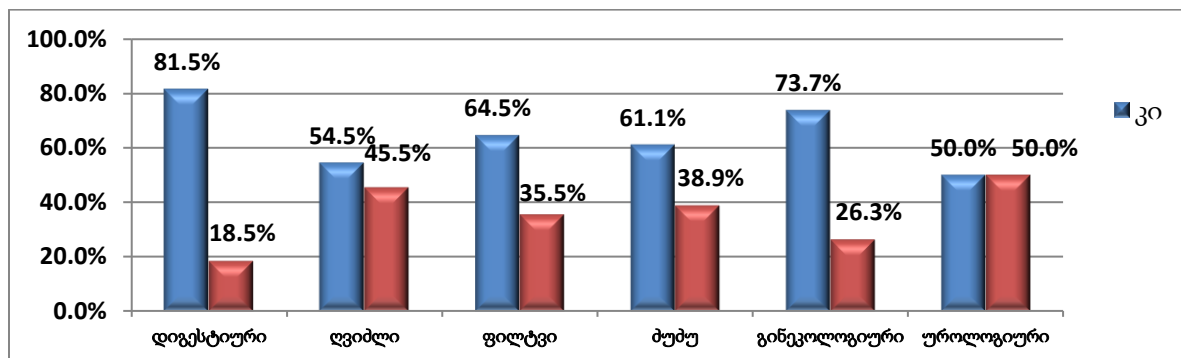
წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 74,1%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 80,6%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 78,9%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში (დიაგრამა 155).

დიაგრამა 155. წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 156. განწყობის ან პიროვნების ცვლილებები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით

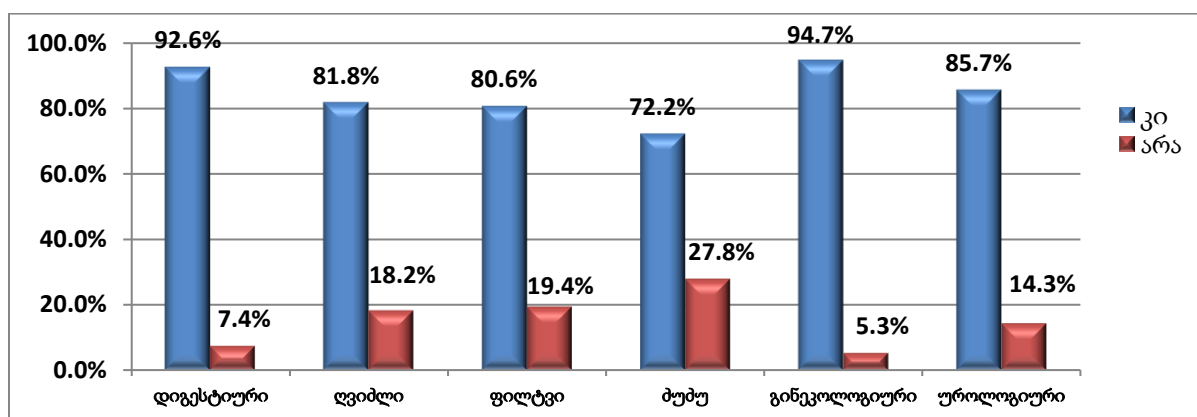


წყარო: კვლევის შედეგები

განწყობის ან პიროვნების ცვლილებები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 81,5%-ში, ღვიძლის - 54,5%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 50,0%-ში (დიაგრამა 156).

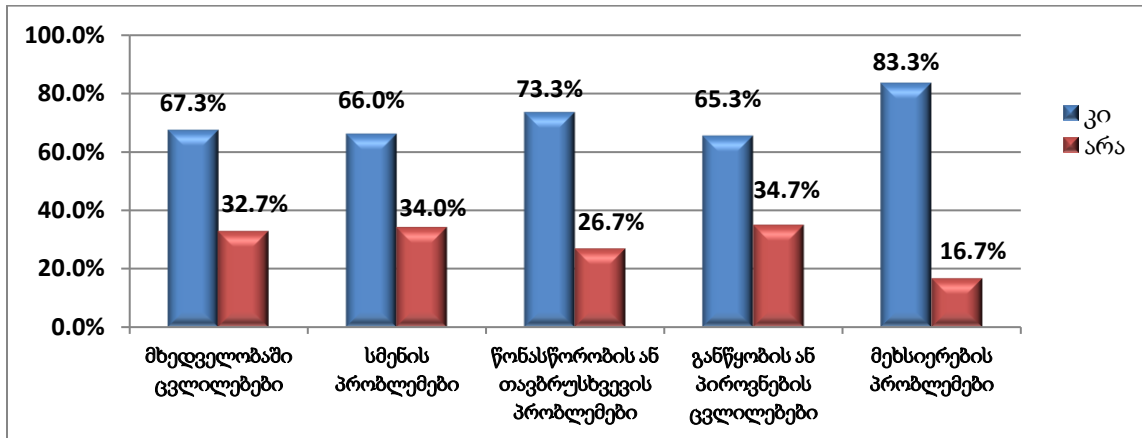
მეხსიერების პრობლემები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 92,6%-ში, ღვიძლის - 81,8%-ში, ფილტვის - 80,6%-ში, ძუძუს - 72,2%-ში, გინეკოლოგიური - 94,7%-ში, უროლოგიური 85,7%-ში (დიაგრამა 157).

დიაგრამა 157. მეხსიერების პრობლემები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

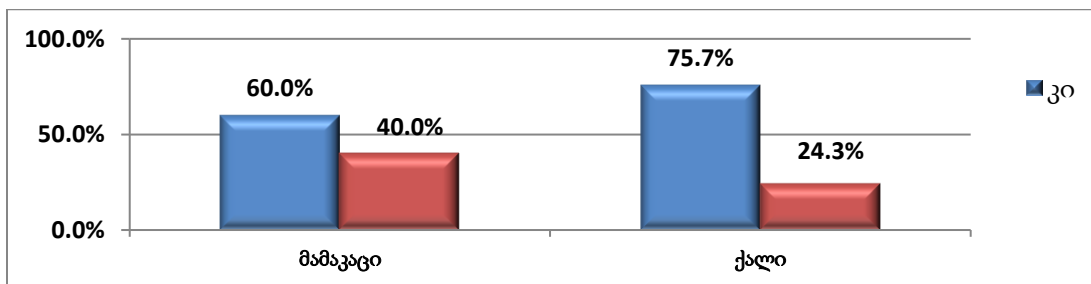
დიაგრამა 158. მხედველობა, სმენა, წონასწორობა, განწყობა, მეხსიერება



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების 67,3% აღნიშნება მხედველობის პრობლემები, 66,0%-ს - სმენის პრობლემები, 73,3%-ს - წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები, 65,3%-ს - განწყობის ან პიროვნების ცვლილებები, 83,3%-ს - მეხსიერების პრობლემები (დიაგრამა 158).

დიაგრამა 159. მხედველობაში ცვლილებები პაციენტთა სქესის მიხედვით



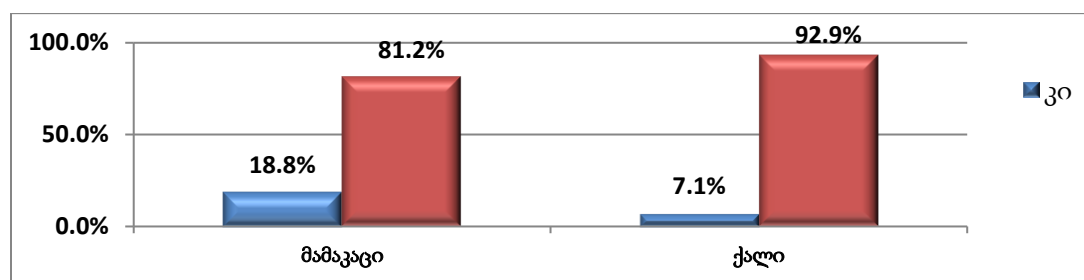
წყარო: კვლევის შედეგები

მხედველობაში ცვლილებები აღნიშნება ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 60,0%-ს და პაციენტ ქალთა 75,7%-ს (დიაგრამა 159). სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არის სარწმუნო ($\chi^2=2,03$; $p=0,021$). მხედველობის ცვლილებები

ონკოლოგიურ პაციენტ ქალებში აღინიშნება 2,1-ჯერ მეტი სიხშირით (OR=0,48, 95% CI OR=0,24-0,98).

წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები აღნიშნება ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 18,8%-ს და პაციენტ ქალთა 7,1%-ს (დიაგრამა 160). სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არ არის სარწმუნო ($\text{Chi}^2=1,59$; $p=0,055$).

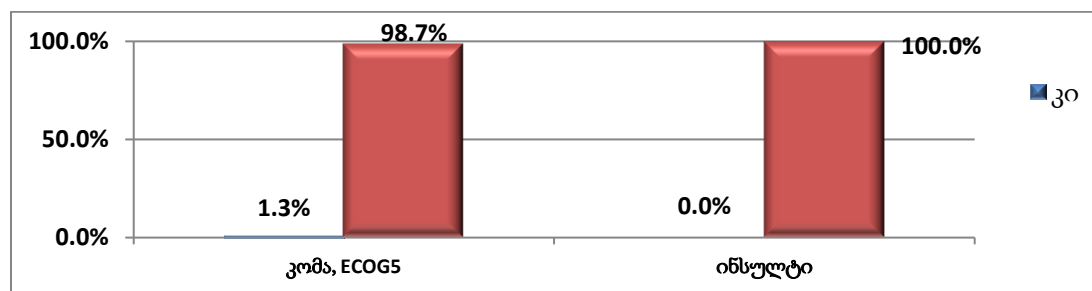
დიაგრამა 160. წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები პაციენტთა სქესის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

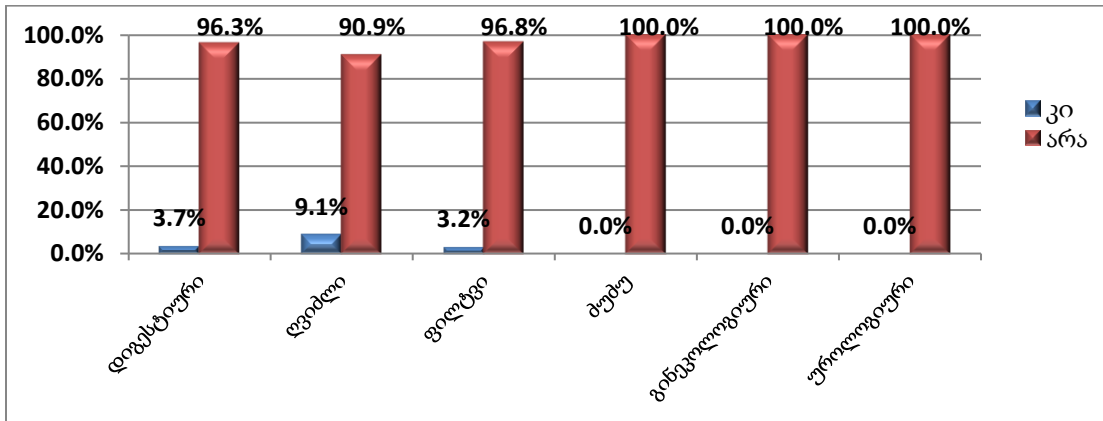
ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების მხოლოდ 1,3%-ს იქნა რეგისტრირებული კომა (დიაგრამა 161). კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით კომა ყველაზე მაღალი სიხშირით (9,1%) აღინიშნა ღვიძლის კიბოს დროს (დიაგრამა 161).

დიაგრამა 161. კომა, ინსულტი



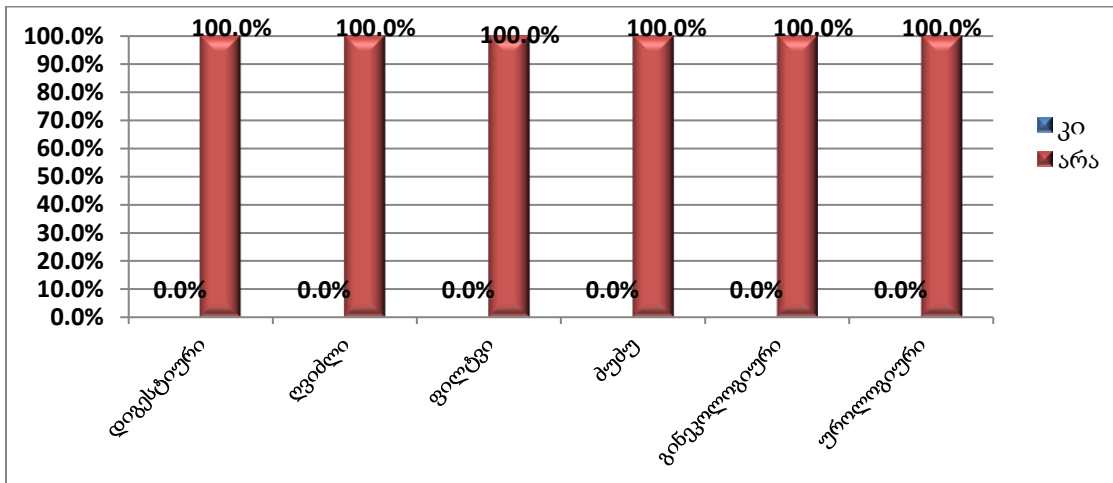
წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 162. კომის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 163. ინსულტის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

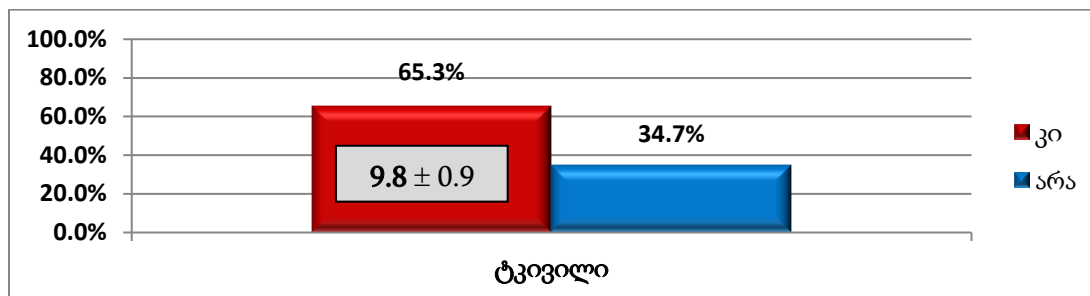
ინსულტი ონკოლოგიურ პაციენტებში არ იქნა რეგისტრირებული (დიაგრამა 163).

4.3.7. ტკივილის სინდრომი

ძალზე მნიშვნელოვანია მონაცემები ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტებში

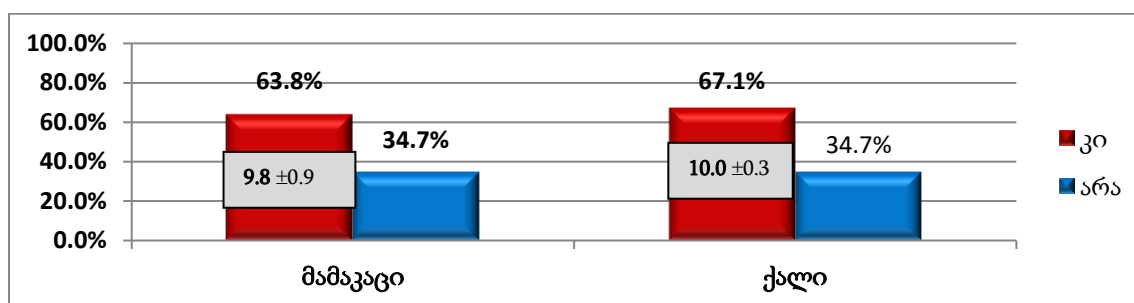
ტკივილის სინდრომის სიხშირისა და ინტენსიობის ხარისხის შესახებ (დიაგრამები 164-166).

დიაგრამა 164. ტკივილის სინდრომი და ინტენსიობის ხარისხი 10 ბალანის შკალით



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 165. ტკვილის სინდრომი და ინტენსიობის ხარისხი 10 ბალიანი შკალით პაციენტთა სქესის მიხედვით

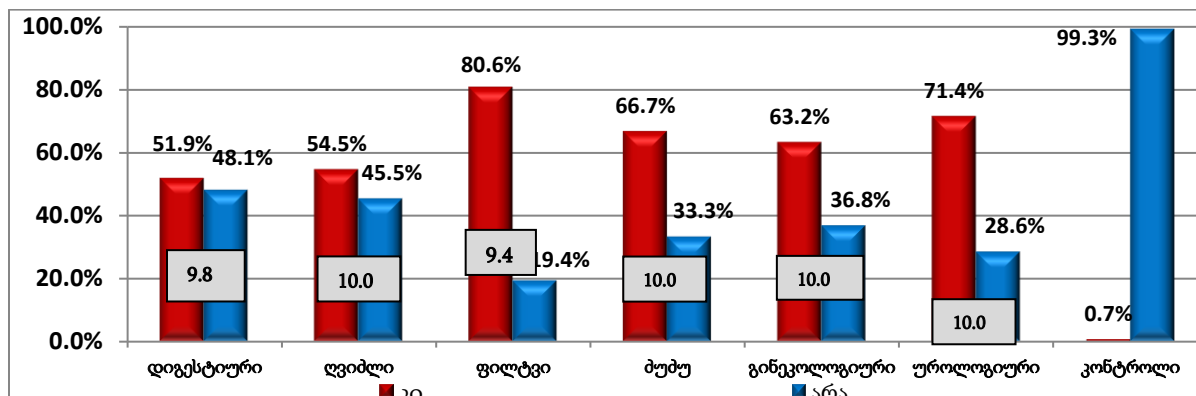


წყარო: კვლევის შედეგები, p=NS

მიღებული იქნა მნიშვნელოვანი და საგანგაშო მონაცემები: ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების საშუალოდ 2/3-ს და მეტს (ლოკალიზაციების მიხედვით 52%-81%) სქესის მიუხედავად, სიცოცხლის ბოლოს უმაღლესი ინტენსიობის ხარისხის ტკვილის (9,4-10,0 ბალის) განცდით ტანჯვა-წამებაში აღმოხდა სული ($p < 0,001$)!

ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს ტკვილის სინდრომის ალბათობა 5.0-ჯერ მაღალია ფილტვის კიბოსთან ($OR=5.0$; 95% CI $OR= 1.2-20.0$) და 8.3-ჯერ მაღალი - გინეკოლოგიურ კიბოსთან შედარებით ($OR=8.3$; 95% CI $OR= 2.2-33.3$).

დიაგრამა 166. ტკვილის სინდრომი და ინტენსიობის ხარისხი 10 ბალიანი შკალით კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის შემთხვევაში, დაავადებით გამოწვეული ტკივილი და ტანჯვა იწვევს სისუსტეს, თუმცა აღნიშნული სიმპტომების შემსუბუქება შესაძლებელია ოპიოიდური ჯგუფის საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების გამოყენებით.

WHO-ს მონაცემებით, ათობით მილიონი ადამიანი იტანჯება გაუყუჩებელი ტკივილით, 5,5 მილიონ პაციენტში ჯერ კიდევ არ ხდება საშუალო და ძლიერი ტკივილის მართვა. სიმსივნის შორს წასული ფორმებით დაავადებულ ონკოლოგიურ პაციენტთა 80%-ზე მეტი ტკივილით იტანჯება, რაც ხშირად განპირობებულია უშუალოდ სიმსივნის ინფილტრაციით. ტკივილი მნიშვნელოვნად აქვეითებს ცხოვრების ხარისხს და წარმოადგენს სიმსივნის პროგრესირების კლინიკურ ინდიკატორს. კიბოსმიერი ტკივილი შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული და საჭიროებს შესაბამის მართვას.

ტკივილის მართვაში მსოფლიო ლიდერების, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO-ს) რეკომენდაციების დანერგვით შესაძლებელია ამ პრობლემის გადაჭრა და ტკივილის პრაქტიკულად 100%-ით გაკონტროლება, რითაც მიღწეული იქნება ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის ადვოკატობა.

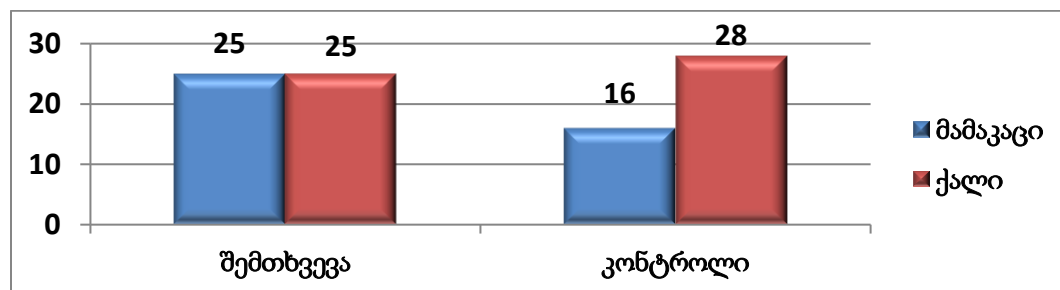
თავი 5

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასება შემთხვევა-კონტროლის ტიპის პროსპექტული ეპიდემიოლოგიური კვლევით

5.1. საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფების დახასიათება

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით მეორე ეტაპზე ჩატარებული იქნა პროსპექტული კვლევა. სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის საშუალებით (იხ. დანართი 2) შესწავლილი იქნა აკად. ზ.კახიანის სახ. პალიატიურ კლინიკა "რედში" 2021 წლის მაისი-ივნისში ჰოსპიტალიზებული დაავადების ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 96 პაციენტი, მათ შორის 50 ონკოლოგიური (შემთხვევების ჯგუფი) და 44 ნევროლოგიური (საკონტროლო ჯგუფი) პაციენტი. ჩატარდა შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევა. პაციენტთა განაწილება შესასწავლ ჯგუფებში სქესის მიხედვით ნაჩვენებია 167-ე დიაგრამაზე.

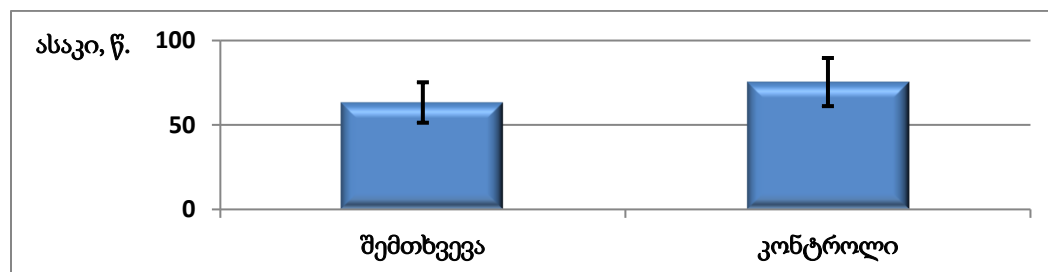
დიაგრამა 167. პაციენტთა განაწილება ჯგუფებში სქესის მიხედვით შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

Chi² = 1.3; p = 0.092 (NS)

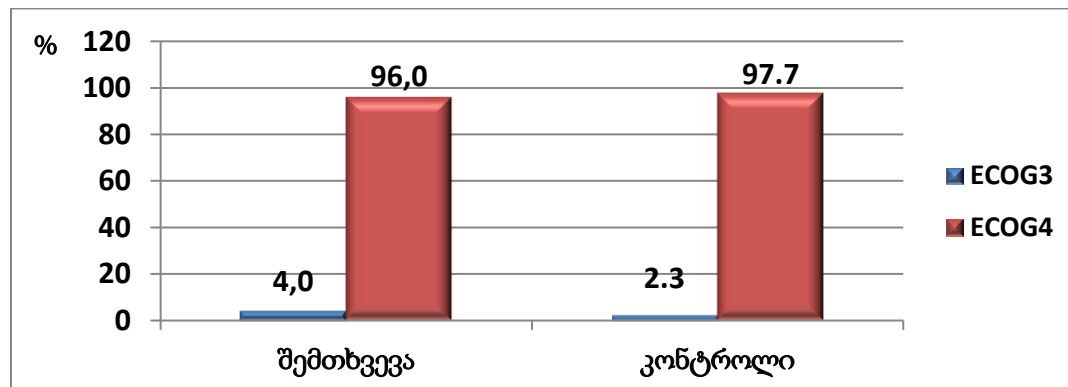
დიაგრამა 168. პაციენტთა ასაკი შესასწავლ ჯგუფები შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

Z-ტესტი = 5.5; p < 0.001

დიაგრამა 169. პაციენტთა განაწილება ECOG-ის მიხედვით შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



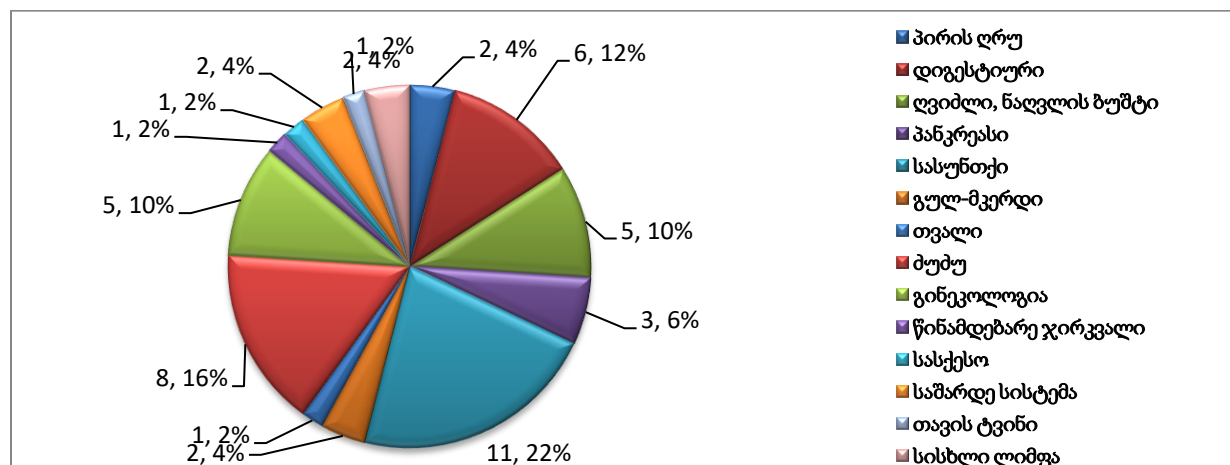
წყარო: კვლევის შედეგები

Chi² = 0.23; p = 0.635 (NS)

ECOG სტატუსის მიხედვით (დიაგრამა 169) პაციენტების უმრავლესობა, როგორც შესასწავლ (96,0%), ისე საკონტროლო (97,7%) ჯგუფებში იყო მე-4 ჯგუფი (p>0.005).

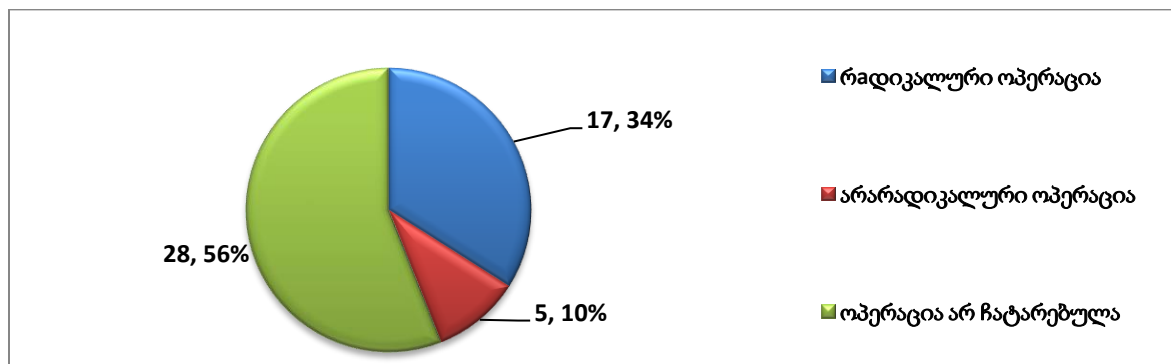
პაციენტების განაწილება შემთხვევათა ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 170-ე დიაგრამაზე.

დიაგრამა 170. პაციენტების განაწილება შემთხვევათა ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით



წყარო: კვლევის შედეგები

კიბოს პირველადი ლოკალიზაციებიდან პრევალირებდა ფილტვის (22%), ძუძუს (16%), დიგესტიური ორგანოების (12%), ღვიძლის და ნაღვლის ბუშტის (10%) და გინეკოლოგიური (10%) კიბო. ყველა ონკოლოგიურ პაციენტს (100%) აღენიშნებოდა მე-4 კლინიკური სტადია. დიაგრამა 171. პაციენტების განაწილება შემთხვევათა ჯგუფში ოპერაციული ჩარევის მიხედვით

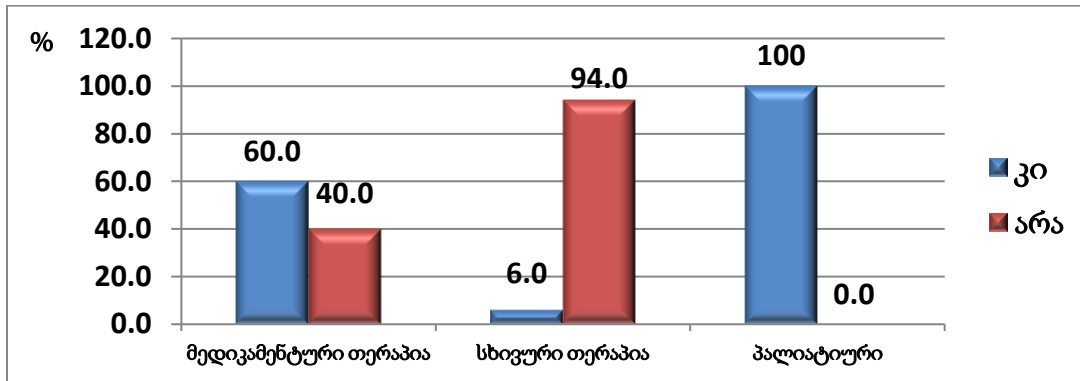


წყარო: კვლევის შედეგები

17 ონკოლოგიურ პაციენტს (34%) ჩატარებული ჰქონდა რადიკალური, 5-ს -არარადიკალური (10%) ოპერაცია, ხოლო 28-ს (56%) არ ჰქონდა ჩატარებული ოპერაციული მკურნალობა (დიაგრამა 171).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 60%-ს ჩატარებული ჰქონდა მედიკამენტური თერაპია, 6%-ს - სხივური თერაპია და 100%-ს - პალიატიური თერაპია (დიაგრამა 172).

დიაგრამა 172. მედიკამენტური, სხივური და პალიატიური თერაპიის მქონე პაციენტთა განაწილება (%) შემთხვევათა ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

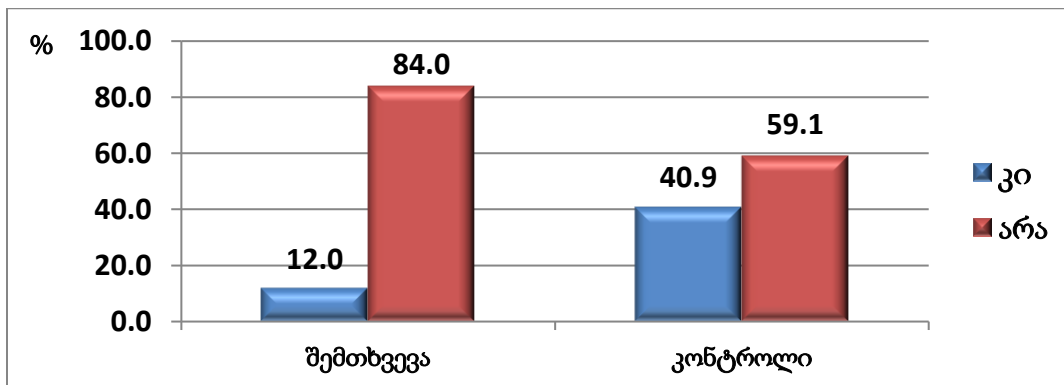
ცხრილი 31. კურსების საშუალო რაოდენობა თერაპიის სახეობის მიხედვით

თერაპიის სახეობა	კურსების რაოდენობა, საშუალო ± SD	დოზების რაოდენობა, საშუალო ± SD
მედიკამენტური	6.2 ± 3.2	
სხივური	7.0 ± 3.6	46.7 ± 28.9
პალიატიური	6.2 ± 3.2	

წყარო: კვლევის შედეგები

კურსების საშუალო რაოდენობა თერაპიის სახეობის მიხედვით ნაჩვენებია 31-ე ცხრილში.

დიაგრამა 173. სხვადასხვა სახის სტომის არსებობა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



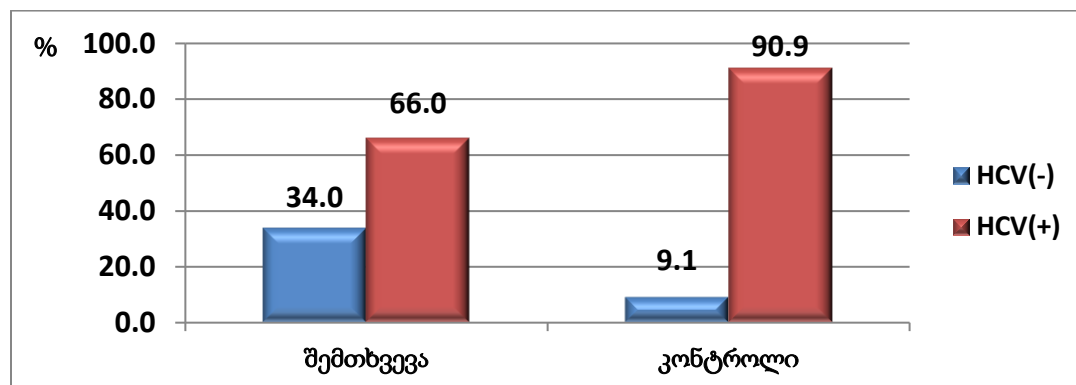
წყარო: კვლევის შედეგები

შემთხვევათა ჯგუფში დაფიქსირდა 2 ტრაქეოსტომა, 2 კოლოსტომა, 1 ნეფროსტომა, 1 პარაცენტეზი; კონტროლის ჯგუფში ყველა 18 სტომა წარმოადგენდა ტრაქეოსტომას.

χ^2 -

ტესტი = 10.29; p = 0.001

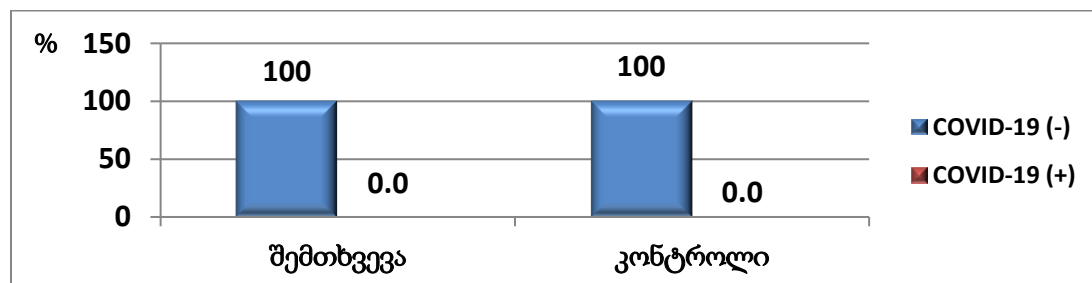
დიაგრამა 174. ანამნეზში/თანმხლები HCV შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

პაციენტების უმრავლესობას შესასწავლ (66,0%) და, განსაკუთრებით, საკონტროლო (90,9%) ჯგუფში ანამნეზში უფიქსირდებოდა HCV ($\chi^2 = 8.4$; $p = 0.004$), მაშინ როდესაც ორივე ჯგუფში ყველა პაციენტი (100%) იყო COVID-19 უარყოფითი (დიაგრამები 174 და 175).

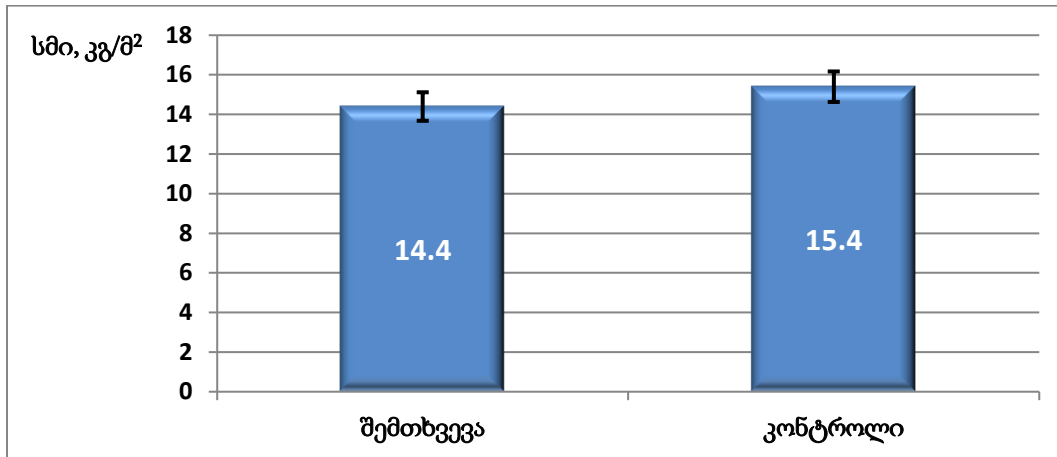
დიაგრამა 175. ანამნეზში/თანმხლები COVID-19 შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

5.2. საკვლევ და საკონტროლო ჯგუფებში შემავალი პაციენტების ზოგადი კლინიკური პარამეტრები

დიაგრამა 176. პაციენტთა სმი შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

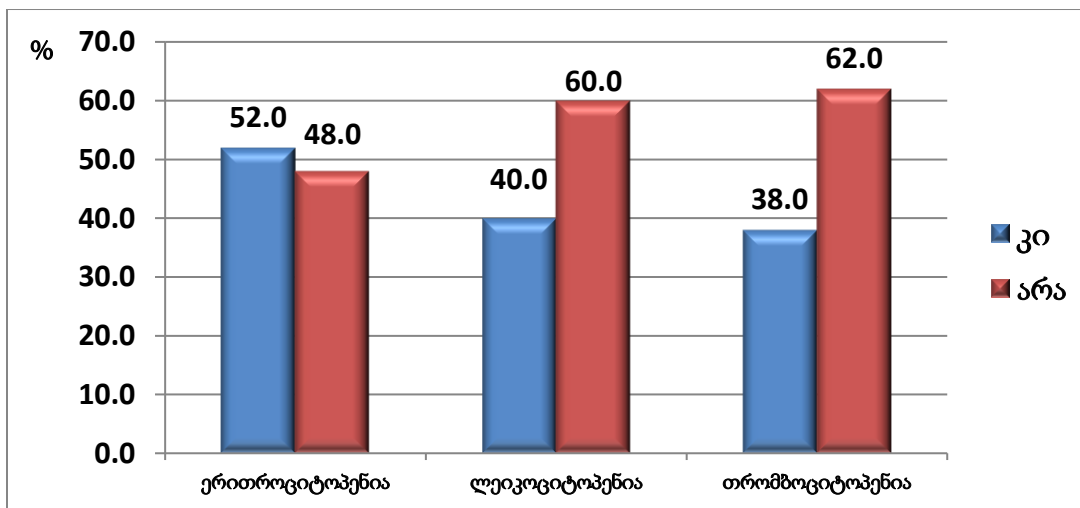
გასაშუალებული სხეულის მასის ინდექსი, როგორც შემთხვევების (14.4), ისე საკონტროლო ჯგუფში (15.5) იყო ნორმაზე 3-4 კგ-ით ნაკლები (დიაგრამა 176). ამავე დროს გასაშუალებული სმი 1 კგ-ით ნაკლები იყო ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (Z-ტესტი = 7.4; $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების 52%-ს აღენიშნებოდა

ერიტროციტოპენია, 40%-ს - ლეიკოციტოპენია, ხოლო 38%-ს - თრომბოციტოპენია (დიაგრამა 177).

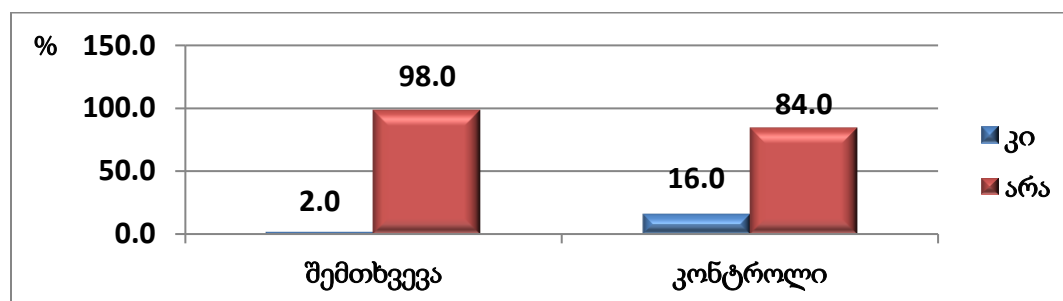
დიაგრამა 177. ერიტროციტოპენიის, ლეიკოციტოპენიის და თრომბოციტოპენიის მქონე

პაციენტთა განაწილება შემთხვევათა ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 178. შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 2-ის მქონე პაციენტთა განაწილება შემთხვევათა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

მე-2 ტიპის შაქრიანი დიაბეტი აღენიშნა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების მხოლოდ 2%-ს (დიაგრამა 178), ხოლო საკონტროლო ჯგუფში - პაციენტთა 16%-ს ($\chi^2 = 5.8$; $p = 0.016$).

შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში დაფიქსირდა ერთნაირი გასაშუალებული სხეულის ტემპერატურა (დიაგრამა 179).

დიაგრამა 179. პაციენტთა სხეულის ტემპერატურა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

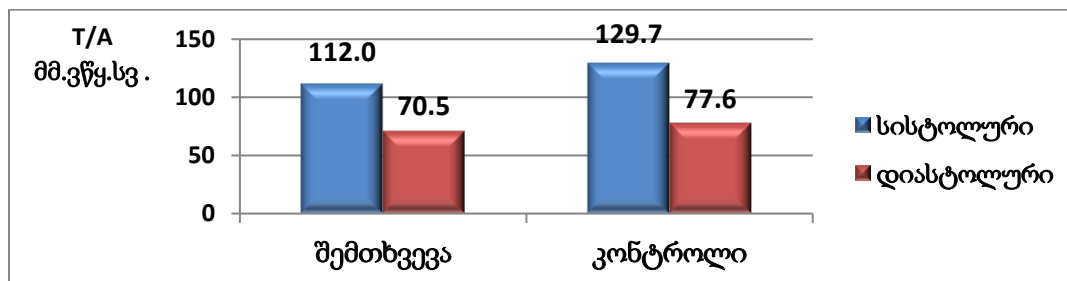


წყარო: კვლევის შედეგები

Z-ტესტი = 0.8; $p = 0.424$ (NS)

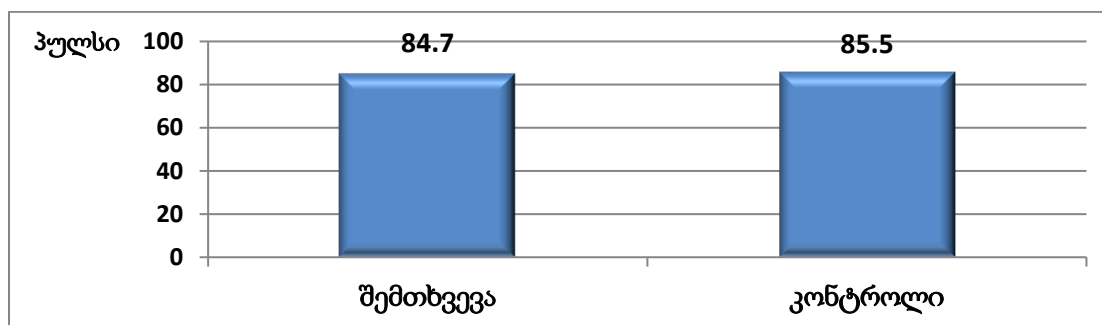
შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში ნორმის ფარგლებში იყო გასაშუალებული არტერიული წნევის მაჩვენებლები (დიაგრამა 180). ამავე დროს საკონტროლო ჯგუფში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ აღინიშნა როგორც სისტოლური (სისტოლური T/A - Z-ტესტი = 5.4; $p < 0.001$), ისე დიასტოლური (დიასტოლური T/A - Z-ტესტი = 4.3; $p < 0.001$) წნევის მცირედ უფრო მაღალი მაჩვენებლები.

დიაგრამა 180. პაციენტთა არტერიული წნევა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

დიაგრამა 181. პაციენტთა პულსი შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



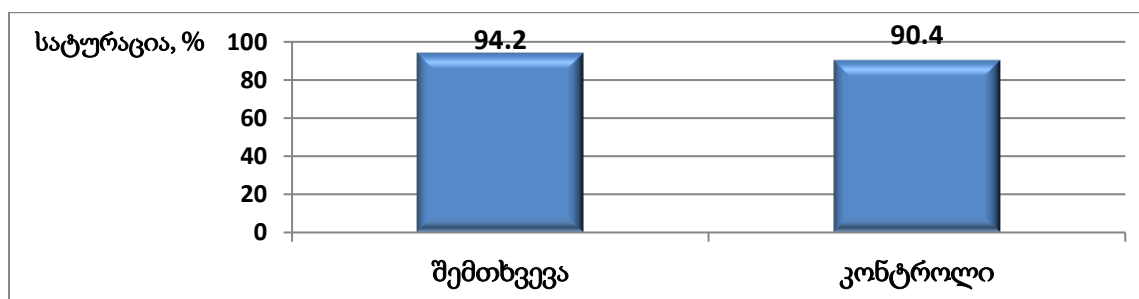
წყარო: კვლევის შედეგები

Z-ტესტი = 0.6; p = 0.543 (NS)

შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში დაფიქსირდა ერთნაირი გასაშუალებული პულსის სიხშირე (დიაგრამა 181).

მართალია ორივე ჯგუფში სატურაცია დაბალია ნორმაზე (დიაგრამა 182), თუმცა ონკოლოგიურ პაციენტებში სატურაციის მაჩვენებელი მიახლოებული იყო ნორმასთან (94.2) და სტატისტიკურად სარწმუნოდ აღემატებოდა საკონტროლო ჯგუფის გასაშუალებულ ანალოგიურ მაჩვენებელს (90.4) (Z= 4.2; p < 0.001).

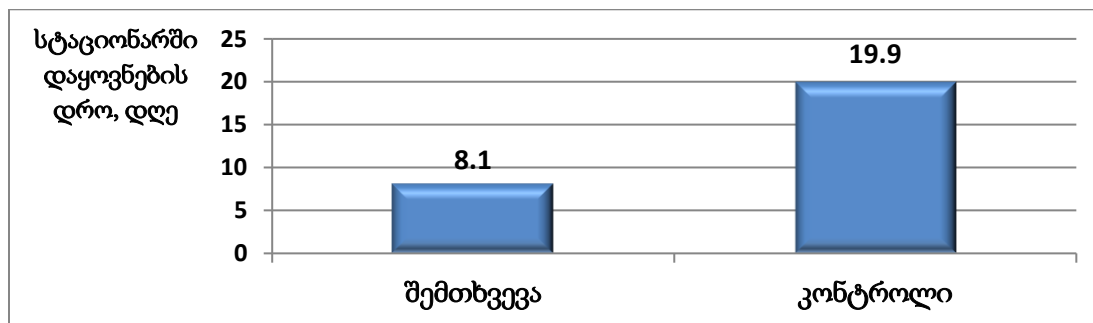
დიაგრამა 182. პაციენტთა სატურაცია შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

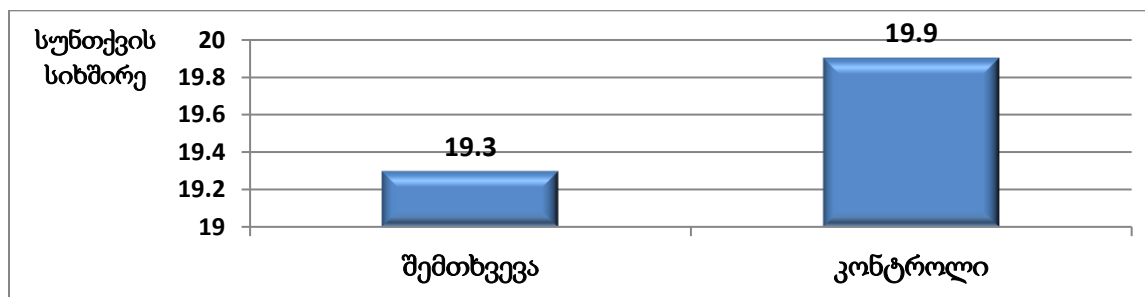
ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების პალიატიურ კლინიკაში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობამ შეადგინა 8,1 დღე, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების კლინიკაში დაყოვნება სტატისტიკურად სარწმუნოდ ხანგრძლივი იყო ($Z= 3.5$; $p < 0.001$) და შეადგინა 19,9 დღე (დიაგრამა 183).

დიაგრამა 183. პალიატიურ კლინიკაში დაყოვნების დრო (დღე) შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

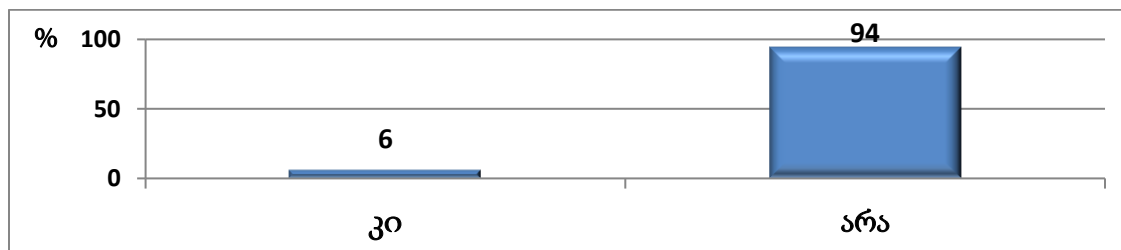
დიაგრამა 184. სუნთქვის სიხშირე შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების სუნთქვის საშუალო სიხშირემ შეადგინა 19,3 წუთში, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების - 19,9 ($Z= 2.2$; $p = 0.030$) (დიაგრამა 184).

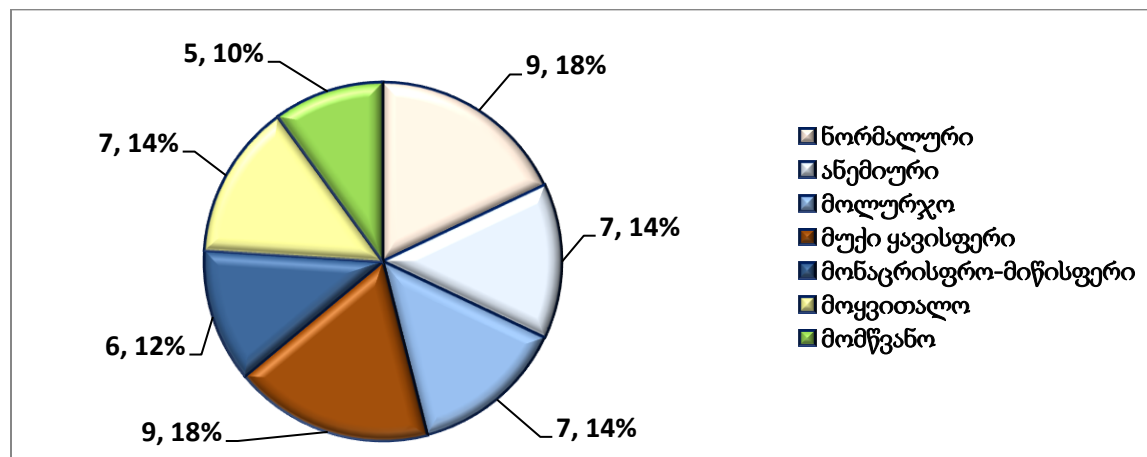
დიაგრამა 185. ოფლიანობა შემთხვევათა ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

ოფლიანობა აღენიშნა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების მხოლოდ 6%-ს (დიაგრამა 185).

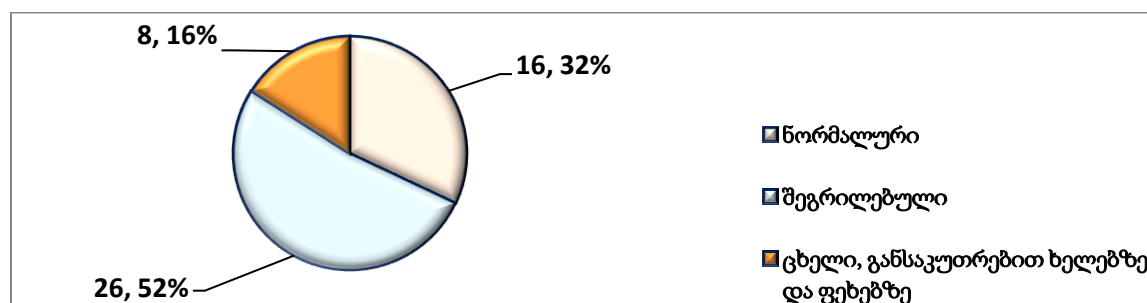
დიაგრამა 186. კანის ფერი შემთხვევათა ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

ნორმალური კანის ფერი ჰქონდა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების 18%-ს, ანემიური- 14%-ს, მოლურჯო- 14%-ს, მუქი ყავისფერი- 18%-ს, მონაცისფრო მიწისფერი- 12%-ს, მოყვითალო- 14%-ს, მომწვანო- 10%-ს (დიაგრამა 186).

დიაგრამა 187. კანის ტემპერატურა შემთხვევათა ჯგუფში



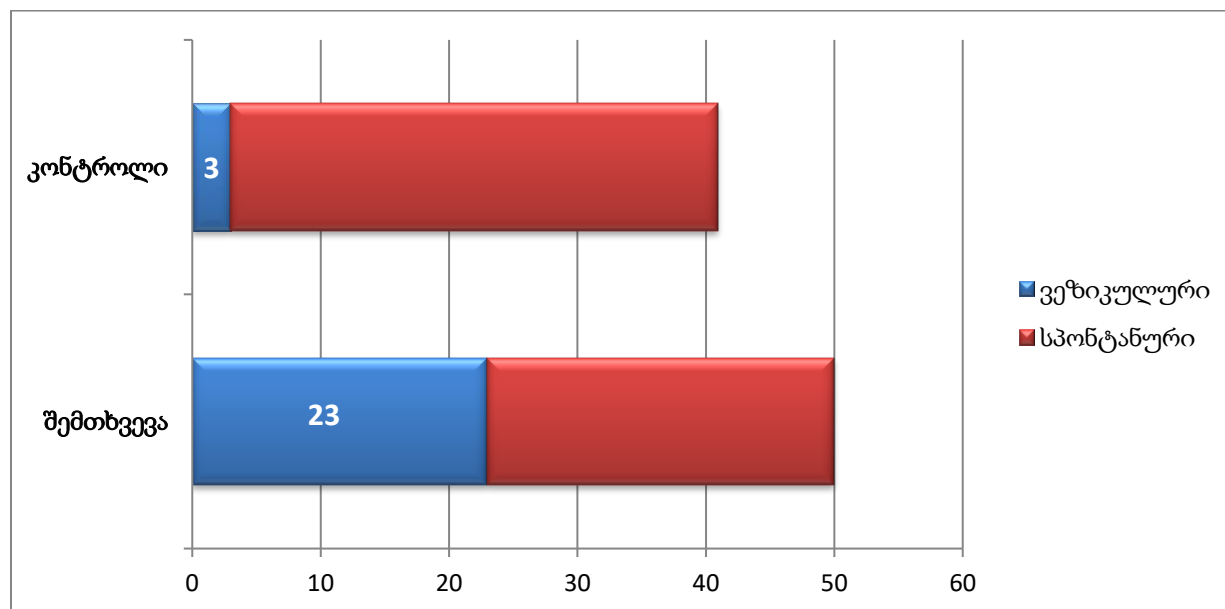
წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების 52%-ს კანის ტემპერატურა ჰქონდა შეგრილებული, 32%-ს - ნორმალური და მხოლოდ 16%-ს - ცხელი, განსაკუთრებით ხელისა და ფეხის გულბზე (დიაგრამა 187).

5.3. პროსპექტული კვლევის შედეგები

5.3.1. სასუნთქი სისტემა

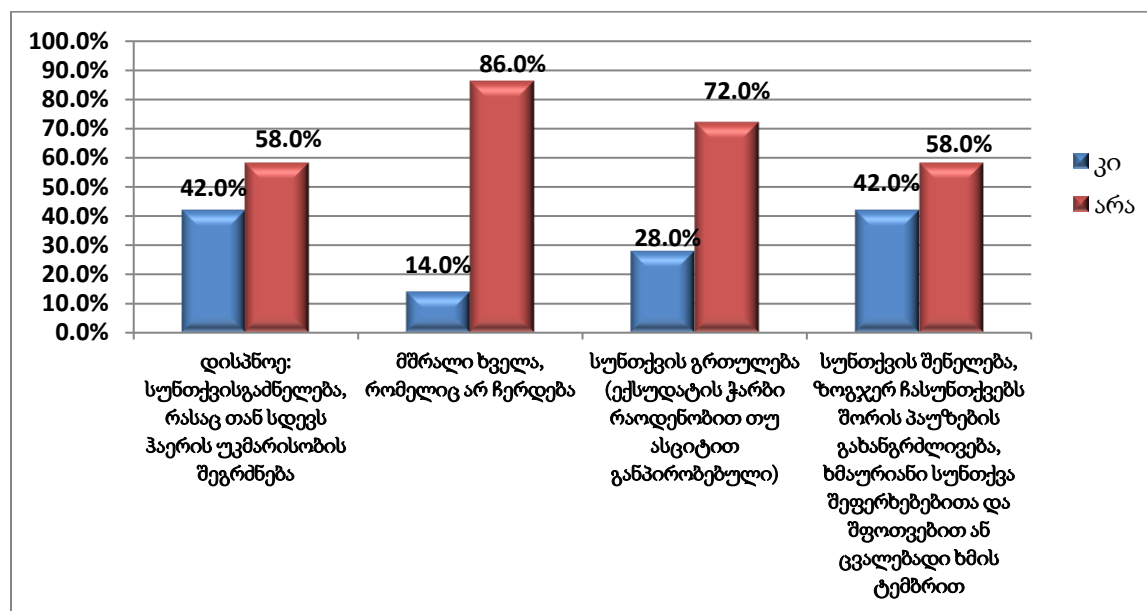
დიაგრამა 188. სუნთქვის ხასიათი შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 50 ონკოლოგიური პაციენტიდან 27-ს (54%) აღენიშნებოდა სპონტანური სუნთქვა, ხოლო 23-ს (46%) - ვეზიკულური სუნთქვა. საკონტროლო ჯგუფის 44 პაციენტებში ანალოგიურმა მაჩვენებლებმა შეადგინა 41 (93,2%) შემთხვევაში სპონტანური, ხოლო 3-ში (6,8%) - ვეზიკულური სუნთქვა (დიაგრამა 188). ვეზიკულური სუნთქვის სიხშირე ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში სტატისტიკურად სარწმუნოდ მაღალი იყო ($\chi^2 = 25.0$; $p < 0.001$).

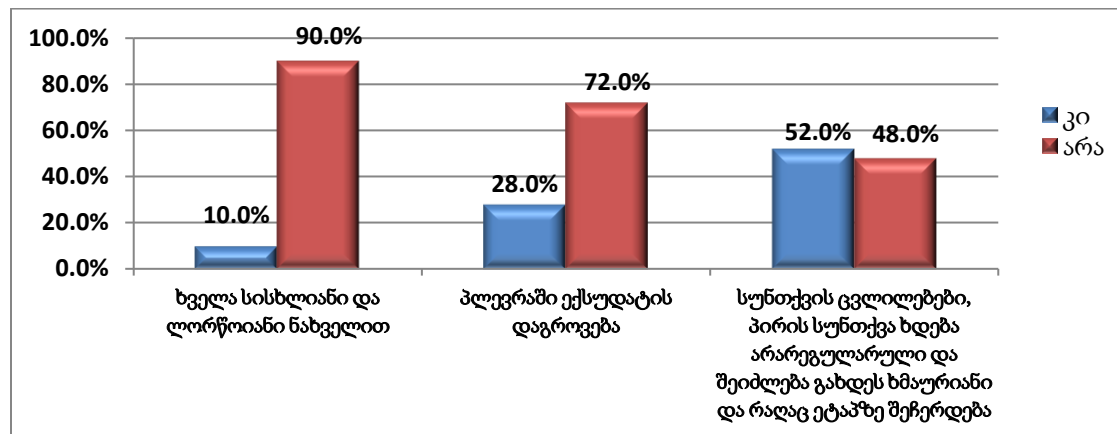
დიაგრამა 189. სუნთქვის თავისებურებები შემთხვევათა ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 42,0%-ს აღნიშნებოდა დისპნოე; 14%-ს - მშრალი ხველა, რომელიც არ ჩერდება; 28,0%-ს - სუნთქვის გართულება, ექსუდატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული; 42%-ს - სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით; 10%-ს - ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით; 28%-ს პლევრაში ექსუდატის დაგროვება; 52%-ს - სუნთქვის ცვლილებები, პირის სუნთქვა უხდებოდა არარეგულარული და შესაძლოა ხმაურიანი, რაღაც ეტაპზე შეჩერებით (დიაგრამა 189 და დიაგრამა 190).

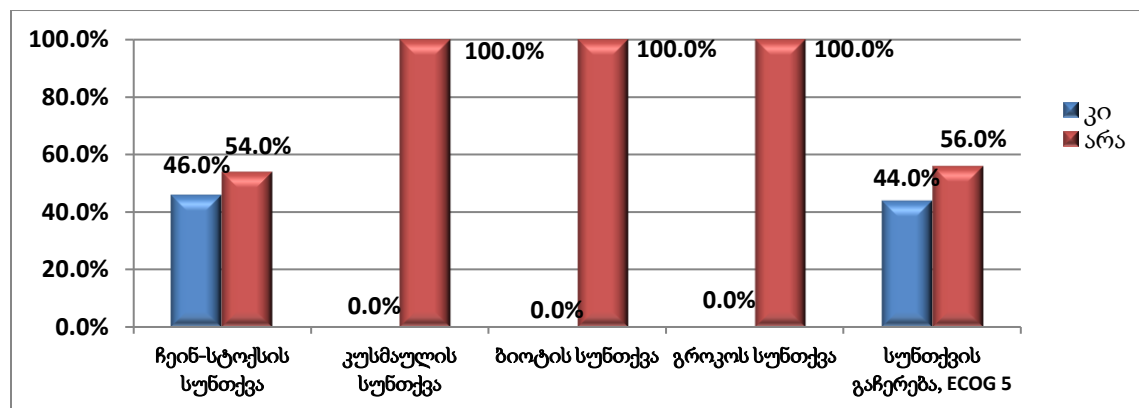
დიაგრამა 190. სუნთქვის ხასიათი შემთხვევათა ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

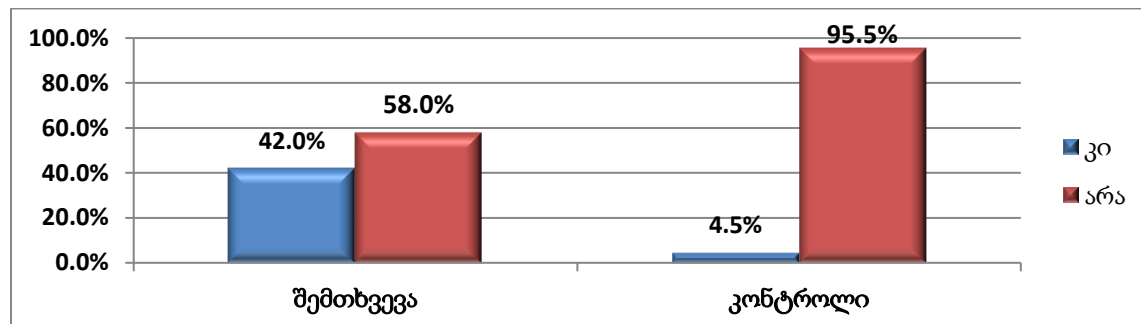
ტერმინალურ ფაზაში მყოფ არცერთ ონკოლოგიურ პაციენტში არ დაფიქსირებულა კუსმაულის, ბიოტის და გროკოს სუნთქვა; 46%-ში დაფიქსირდა ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, ხოლო 44,0%-ში - სუნთქვის გაჩერება (დიაგრამა 191).

დიაგრამა 191. სუნთქვის ხასიათი შემთხვევათა ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

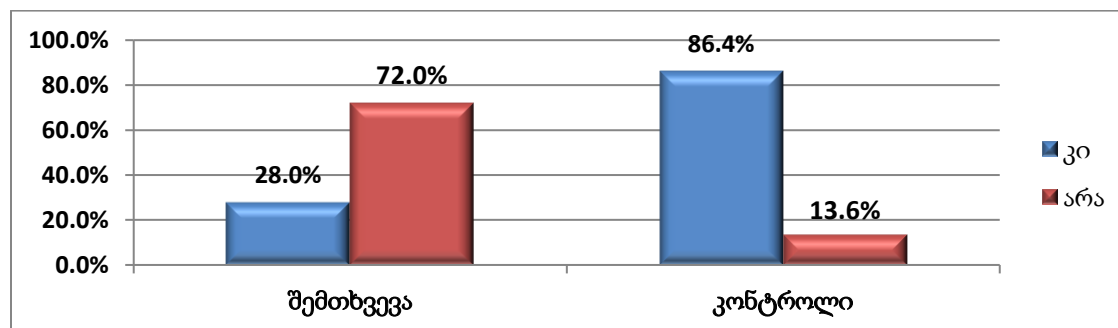
დიაგრამა 192. სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით (დიაგრამა 192) 15-ჯერ მაღალი იყო შემდეგი სახის სუნთქვის ცვლილებები: სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით (OR = 15.2; 95%CI OR= 4.2 - 54.7; $\chi^2= 3.5$, $p < 0.001$).

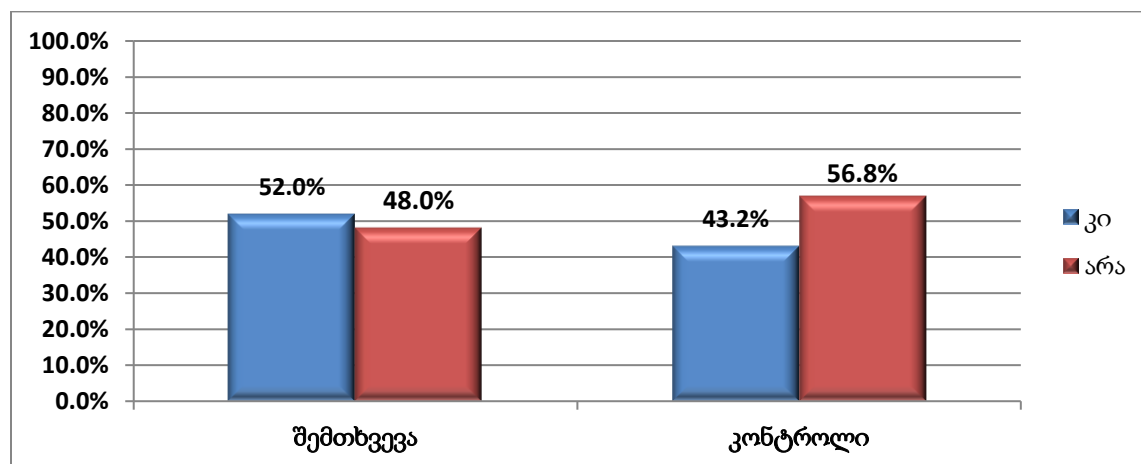
დიაგრამა 193. პლევრაში ექსუდატის დაგროვება შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით (დიაგრამა 193), 17-ჯერ დაბალია პლევრაში ექსუდატის დაგროვების რისკი (OR = 0.06, 95%CI OR=0.03 - 0.15; $\chi^2= 5.2$; $p < 0.001$).

დიაგრამა 194. სუნთქვის ცვლილებები, პირის სუნთქვა ხდება არა რეგულარული, შეიძლება გახდეს ხმაურიანი და რაღაც ეტაპზე შეჩერდეს შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

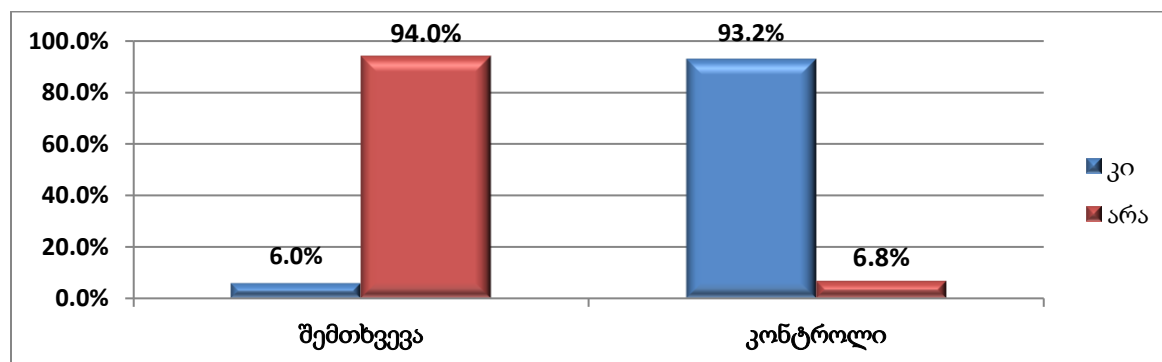


წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ (52%) და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებს (43,2%) შორის სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა სუნთქვის ისეთი სახის ცვლილებების სიხშირეებში, როდესაც პირის სუნთქვა ხდება არა რეგულარული და შეიძლება გახდეს ხმაურიანი და რაღაც ეტაპზე შეჩერდეს (დიაგრამა 194) - არ ყოფილა გამოვლენილი (OR = 1.42, 95%CI OR= 0.72 - 2.82; $\chi^2= 0.8$, $p = 0.852$).

5.3.2. გულ-სისხძარღვთა სისტემა

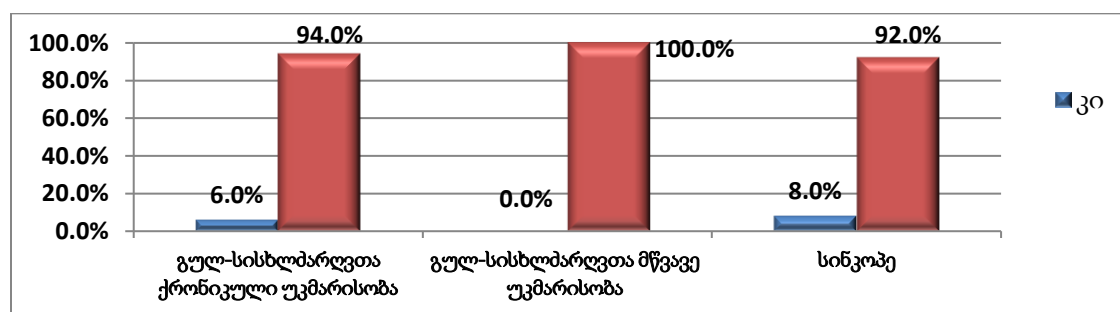
დიაგრამა 195. გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით (დიაგრამა 195), 250-ჯერ დაბალია გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის რისკი (OR = 0.004, 95%CI OR=0.001 - 0.019; $\chi^2= 6.4$; $p < 0.001$).

დიაგრამა 196. გულ-სისხლძარღვთა სისტემა

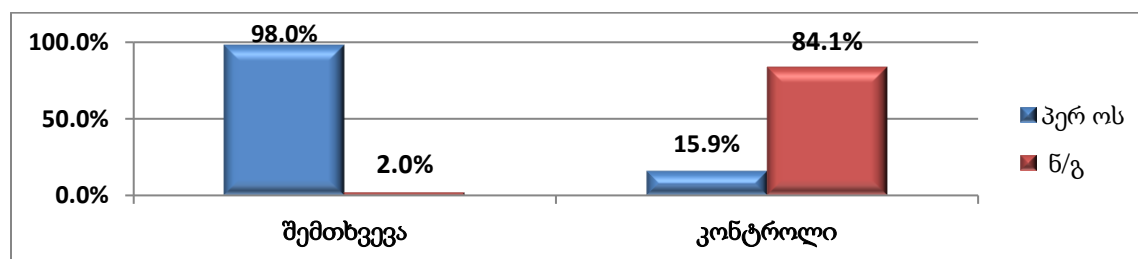


წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ არცერთ ონკოლოგიურ პაციენტში არ ყოფილა დაფიქსირებული გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა (0%), 6,0%-ს აღენიშნა გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობა, ხოლო 8,0%-ს- სინკოპე (დიაგრამა 196).

5.3.3. საჭმლის მომნელებელი სისტემა

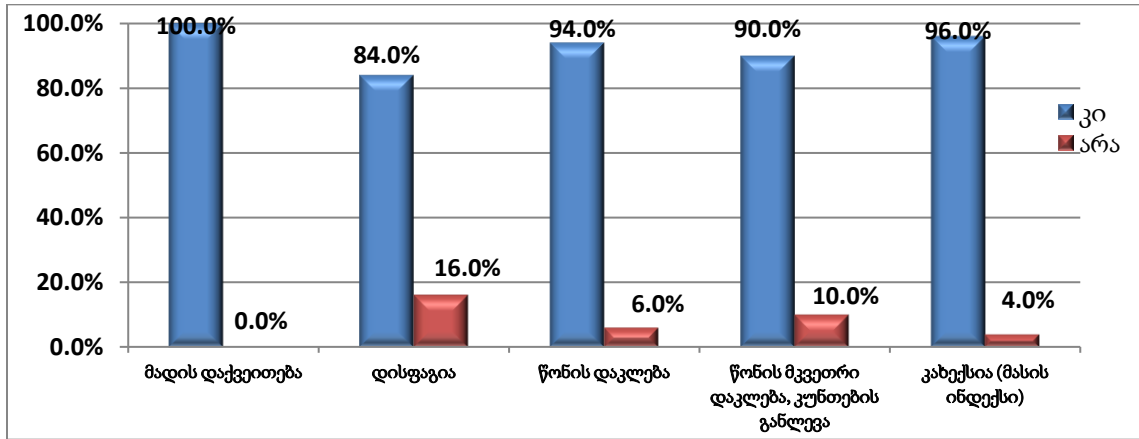
დიაგრამა 197. საკვების მიღების ფორმა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების უმრავლესობა (98,0%) საკვებს იღებდა პერ ორალურად, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში პაციენტების უმრავლესობა (84,1%)- ნაზო-გასტრალურად (დიაგრამა 197). ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა პერ-ორალური კვების ხასიათის ალბათობა 259-ჯერ აღემატებოდა საკონტროლო ჯგუფში პაციენტების პერ-ორალური კვების ალბათობას (OR = 259.0, 95%CI OR=43.0-1558.0; $\chi^2= 5.1$, $p < 0.001$).

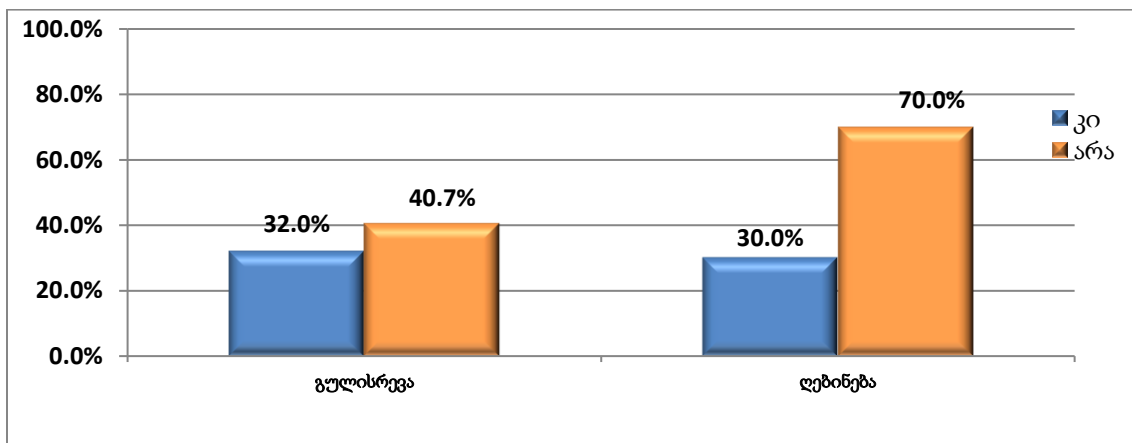
დიაგრამა 198. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების კვებისა და ფიზიკური მდგომარეობის თავისებურებები



წყარო: კვლევის შედეგები

როგორც ეს 198-ე დიაგრამის მონაცემებიდან სჩანს, ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება (100,0%), დისფაგია (84,0%), წონის დაკლება (94,0%), წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა (90,0%) და კახექსია (96,0%).

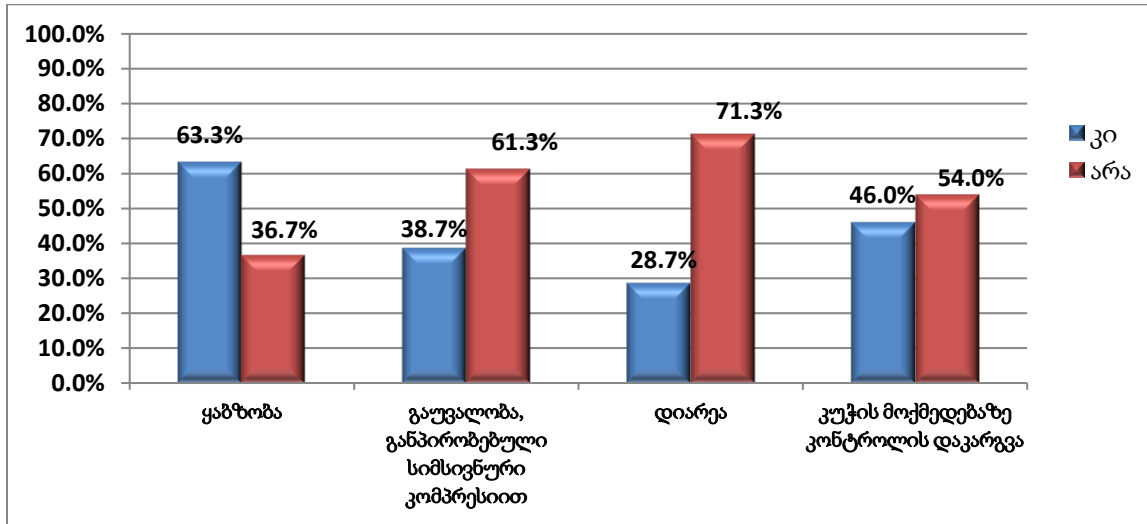
დიაგრამა 199. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების დიგესტიური სიმპტომები



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 32,0% უჩიოდა გულისრევას, 30,0% კი - ღებინებას (დიაგრამა 199).

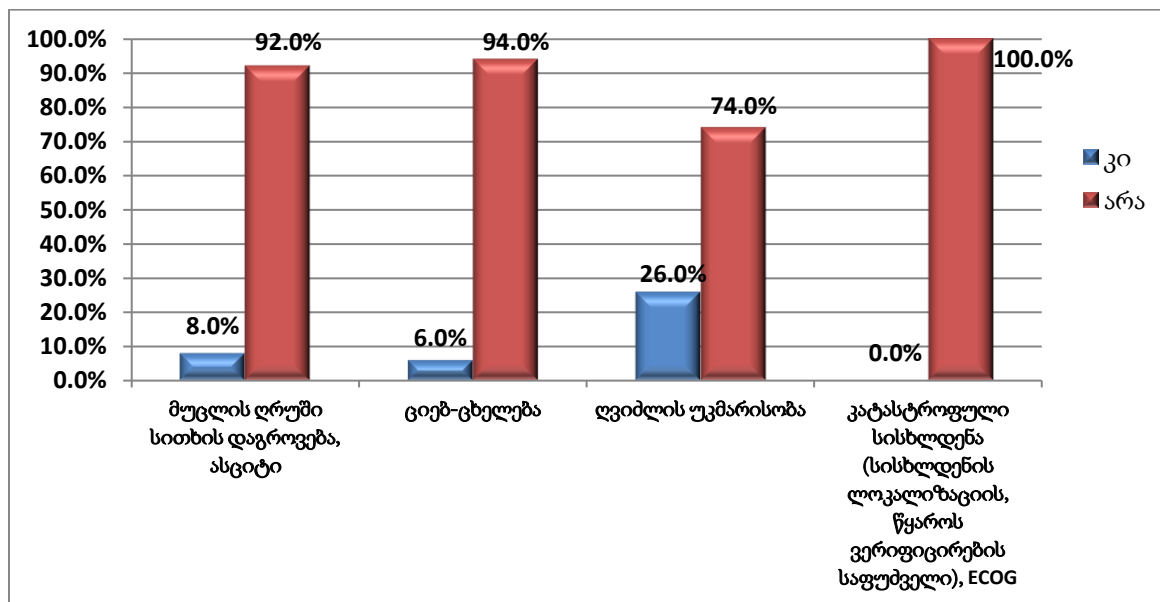
დიაგრამა 200. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების დიგესტიური სიმპტომები



წყარო: კვლევის შედეგები

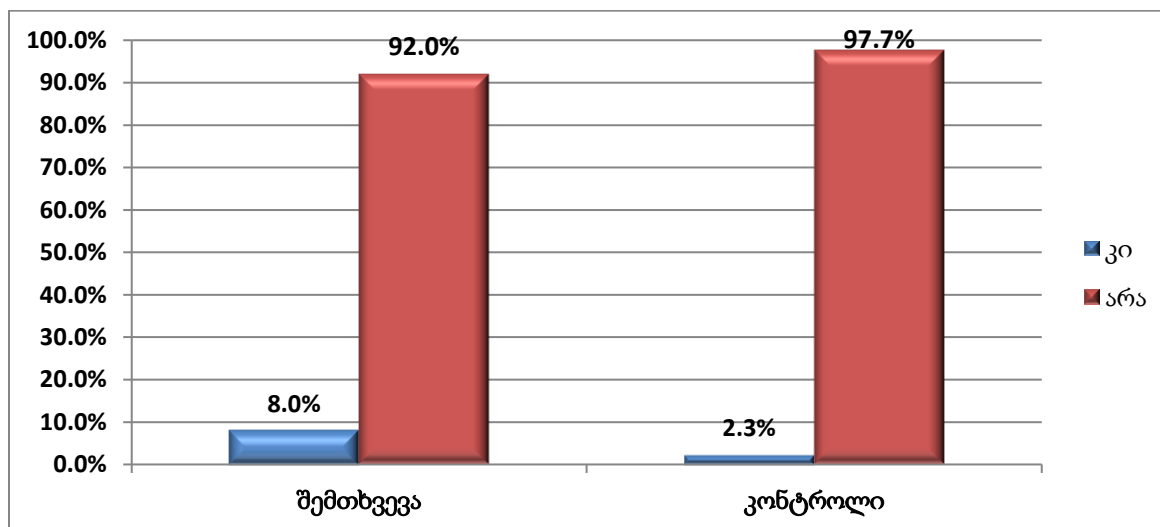
ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 63,3%-ს აღნიშნებოდა ყაბზობა, 38,7%-ს - სიმსივნის კომპრესიით გამოწვეული გაუვალობა, 28,7%-ს - დიარეა, 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა (დიაგრამა 200).

დიაგრამა 201. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების დიგესტიური სიმპტომები



წყარო: კვლევის შედეგები

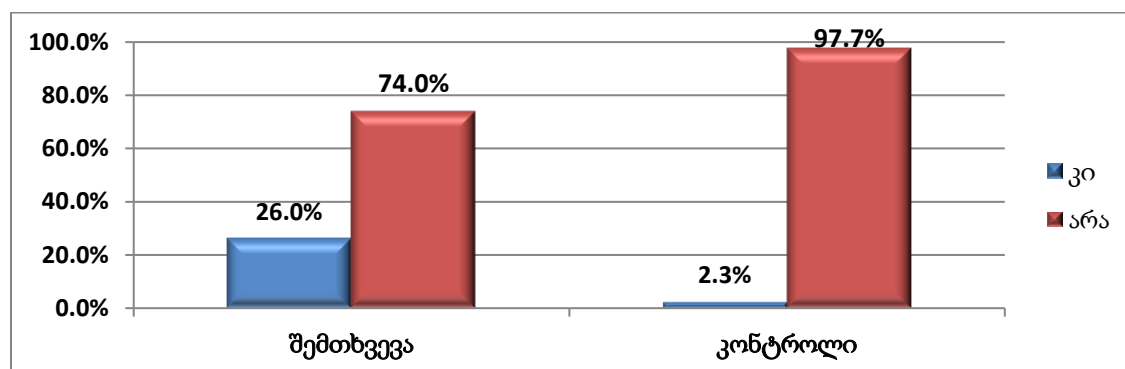
ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 8,0%-ს აღენიშნებოდა მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება, 6,0%-ს- ციებ-ცხელება, ხოლო 26%-ს- ღვიძლის უკმარისობა (დიაგრამა 201). დიაგრამა 202. მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება, ასციტი შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი როგორც ონკოლოგიურ (8,0%), ისე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (2,3%), მუცლის ღრუში სითხის დაგროვების სიხშირეებს შორის არ იქნა გამოვლენილი სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა (OR = 0.35, 95%CI OR=0.05 - 2.65; $\chi^2= 0.9$, $p = 0.196$).

დიაგრამა 203. ღვიძლის უკმარისობა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

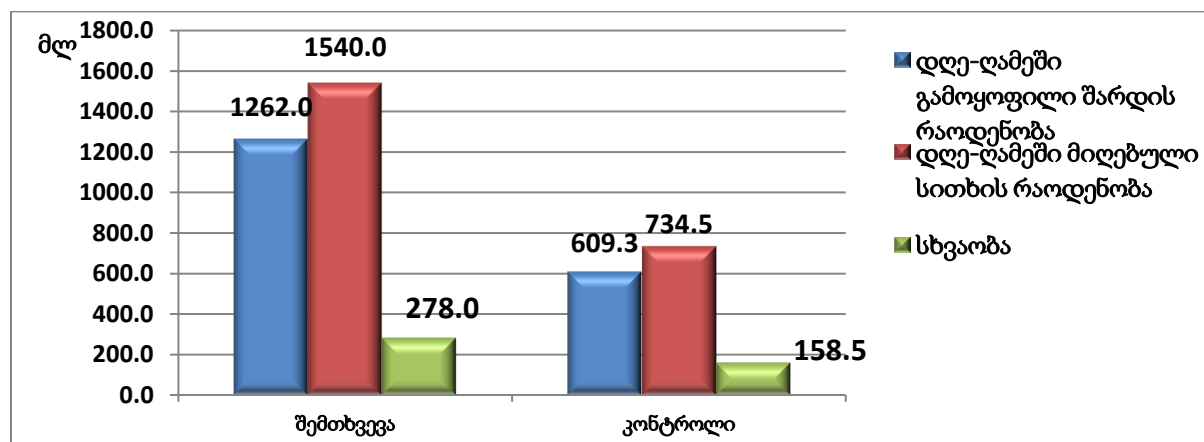


წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიურ პაციენტთა 26,0%-ს და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტთა 2,3%-ს აღენიშნებოდა ღვიძლის უკმარისობა (დიაგრამა 203). ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში 15.1-ჯერ იზრდება ღვიძლის უკმარისობის განვითარების რისკი (OR = 15.1, 95%CI OR = 2.6 - 86.6; $\chi^2 = 2.56$, $p = 0.005$).

5.3.4. საშარდე სისტემა

დიაგრამა 204. სითხის დღე-ღამური ბალანსი (მლ) შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

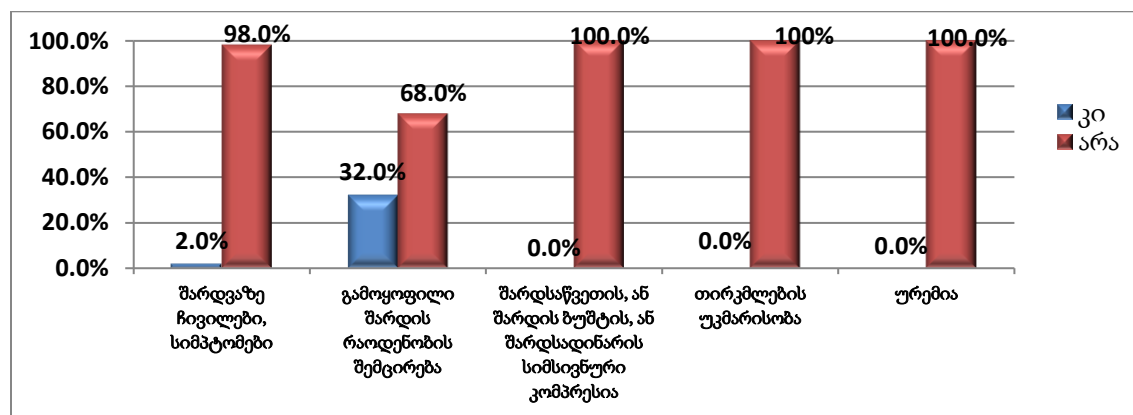


წყარო: კვლევის შედეგები

204-ე დიაგრამაზე ნაჩვენებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების მიერ დღე-ღამეში მიღებული სითხის, გამოყოფილი შარდის და ორგანიზმში დაგროვებული სითხის რაოდენობები. ონკოლოგიური პაციენტები დღე-ღამეში იღებდნენ მეტი რაოდენობით სითხეს ($Z = -6.4$, $p < 0.001$), მეტი რაოდენობით გამოყოფნენ სითხეს

შარდის სახით ($Z = -6.8, p < 0.001$) და მათ ყოველდღიურად საშუალოდ 120 მლ-მდე მეტი ოდენობით სითხე უგროვდებოდათ ორგანიზმში ($Z = -4.5, p < 0.001$).

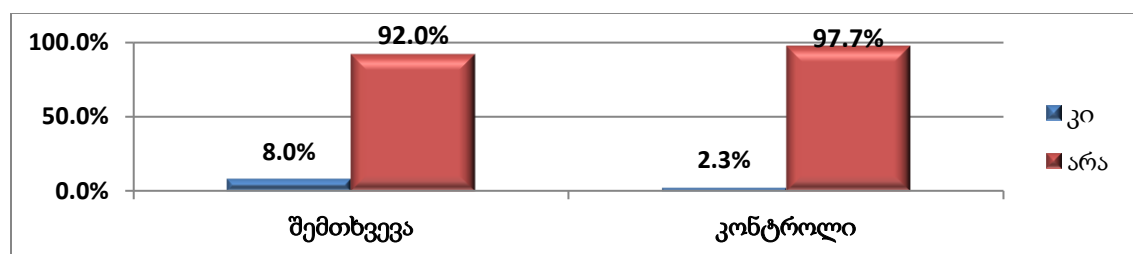
დიაგრამა 205. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების საშარდე სისტემის სიმპტომები



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 2,0%-ს აღენიშნებოდა შარდვაზე ჩივილები, 32%-ს- გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირება (დიაგრამა 205).

დიაგრამა 206. თირკმლების უკმარისობა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

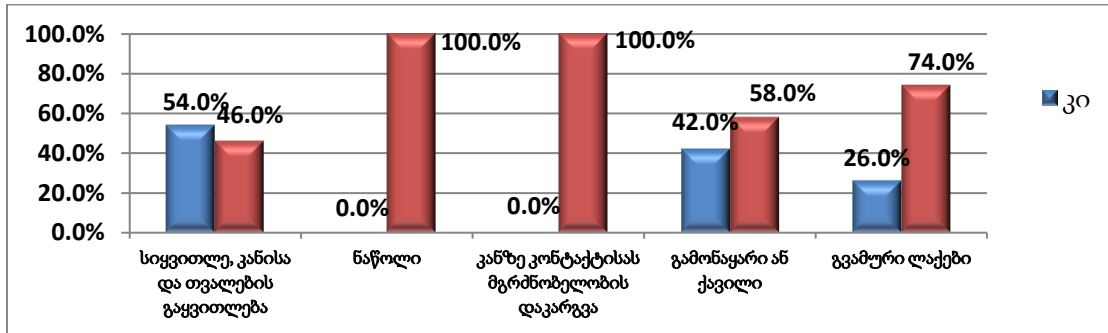


წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 8,0%-ს და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების 2,3%-ს აღენიშნა თირკმლების უკმარისობა (დიაგრამა 206). თუმცა სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა აღნიშნულ ჯგუფებში თირკმლების უკმარისობის განვითარების რიკებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($OR = 0.35, 95\%CI OR=0.05 - 2.65; \chi^2 = 0.9, p = 0.196$).

5.3.5. კანი და ძვალ-სახსროვანი სისტემა

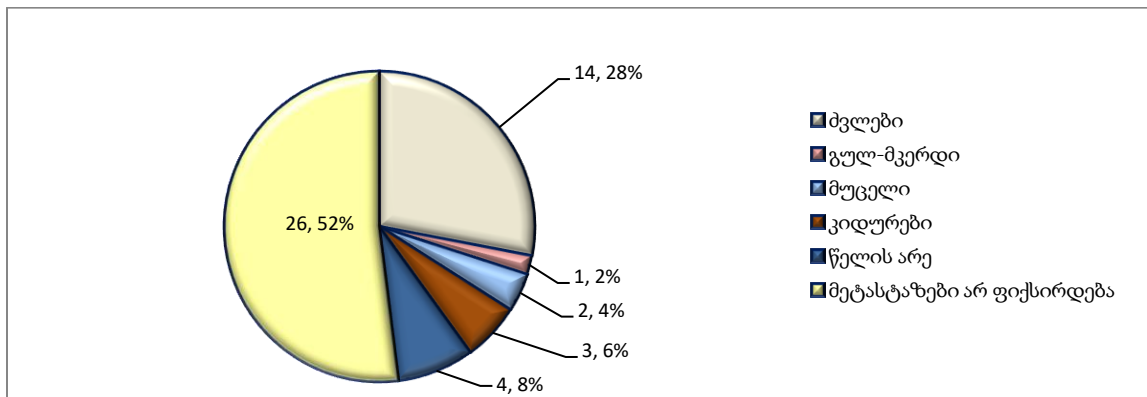
დიაგრამა 207. კანის სიმპტომები



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 54,0%-ს აღენიშნებოდა კანისა და თვალების სკლერის სიყვითლე, 42,0%-ს - კანზე გამონაყარი ან ქავილი, ხოლო 26,0%-ს - გვამური ლაქები (დიაგრამა 207).

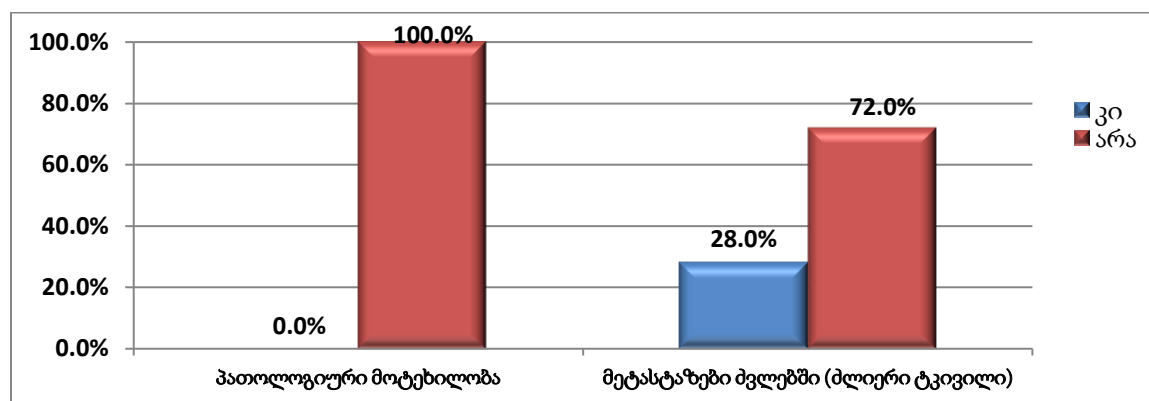
დიაგრამა 208. მეტასტაზების ლოკალიზაციები შემთხვევათა ჯგუფში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ 24 ონკოლოგიურ პაციენტს (48,0%) აღენიშნებოდა დაავადების მეტასტაზური გავრცელება, მათ შორის 14-ს (28,0%) - მვლებში, 1-ს (2,0%) გულ-მკერდის არეში, 2-ს (4,0%) - მუცლის არეში, 3-ს (6,0%) - კიდურების და 4-ს (8,0%) - წელის არეში (დიაგრამა 208).

დიაგრამა 209. მეტასტაზები ძვლებში, პათოლოგიური მოტეხილობა

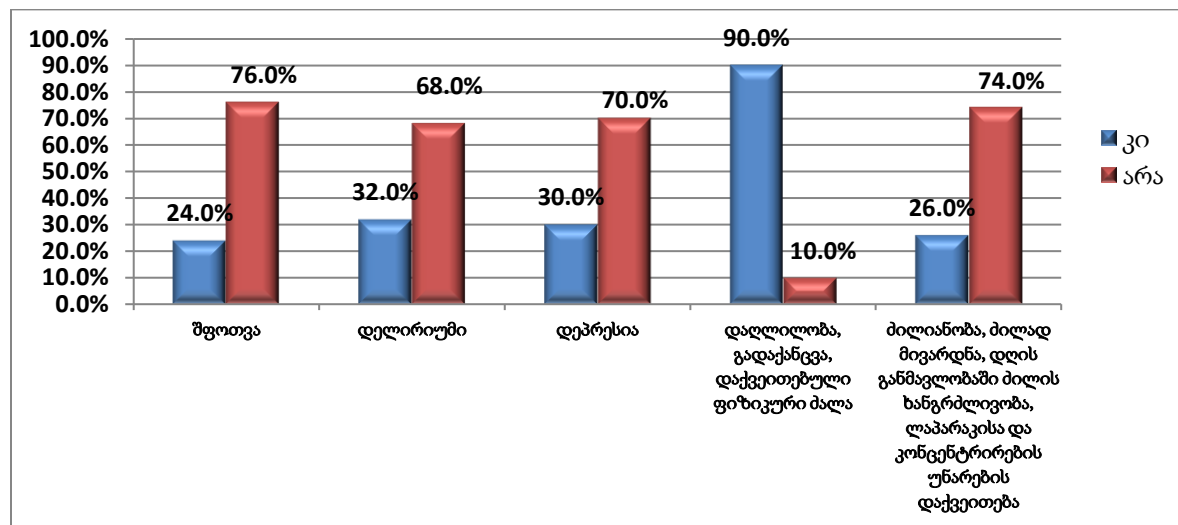


წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 50 ონკოლოგიურ პაციენტში ძვლების პათოლოგიური მოტეხილობა არ დაფიქსირებულა, 14 პაციენტს (28,0%) აღენიშნებოდა დაავადების მეტასტაზური გავრცელება ძვლებში, რომელსაც თანახლდა ძლიერი ტკვიილი (დიაგრამა 209).

5.3.6. ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა

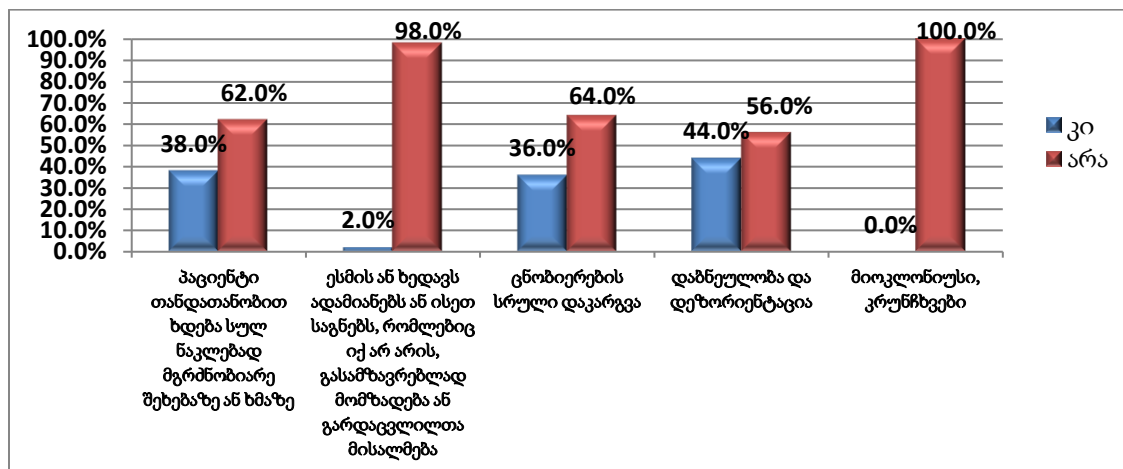
დიაგრამა 210. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებს შემთხვევათა 24,0%-ში აღენიშნებათ შფოთვა, 32,0%-ში - დელირიუმი, 30,0%-ში - დეპრესია, 90,0%-ში - დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა, 26,0%-ში - მილიანობა, ძილად მივარდნა, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება (დიაგრამა 210).

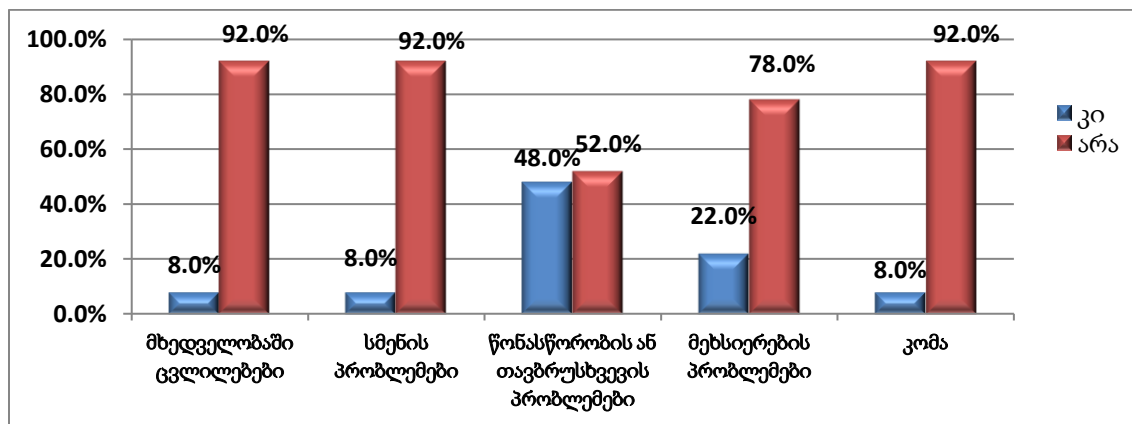
დიაგრამა 211. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტები შემთხვევათა 38,0%-ში თანდათანობით ხდებიან სულ ნაკლებად მგრძობიარე შეხებაზე ან ხმაზე; 2,0%-ში ესმით ან ხედავენ ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის, ემზადებიან გასამზავრებლად ან ესალმებიან გარდაცვლილებს; 36,0%-ში სრულად კარგავენ ცნობიერებას; 44,0%-ში- არიან დაბნეულები და დეზორიენტირებულები (დიაგრამა 211).

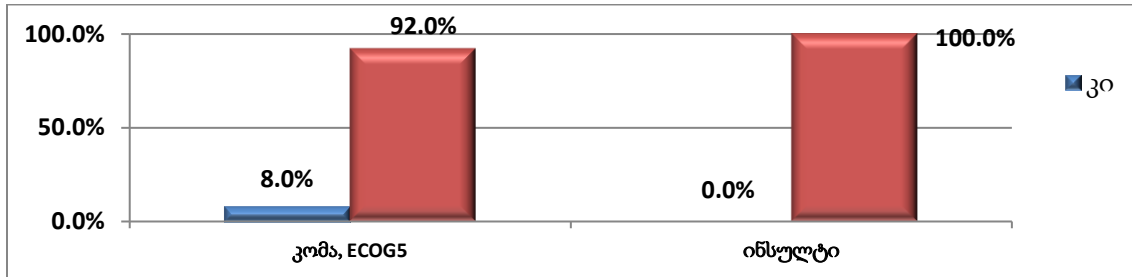
დიაგრამა 212. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების მხედველობა, სმენა, წონასწორობა, განწყობა, მეხსიერება



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტები შემთხვევათა 8,0%-ში აღნიშნავენ მხედველობაში ცვლილებებს, 8,0%-ში - სმენის პრობლემებს, 48,0%-ში წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემებს, 22,0%-ში- მეხსიერების პრობლემებს, ხოლო 8,0%-ში ვარდებიან კომაში (დიაგრამა 212 და დიაგრამა 213).

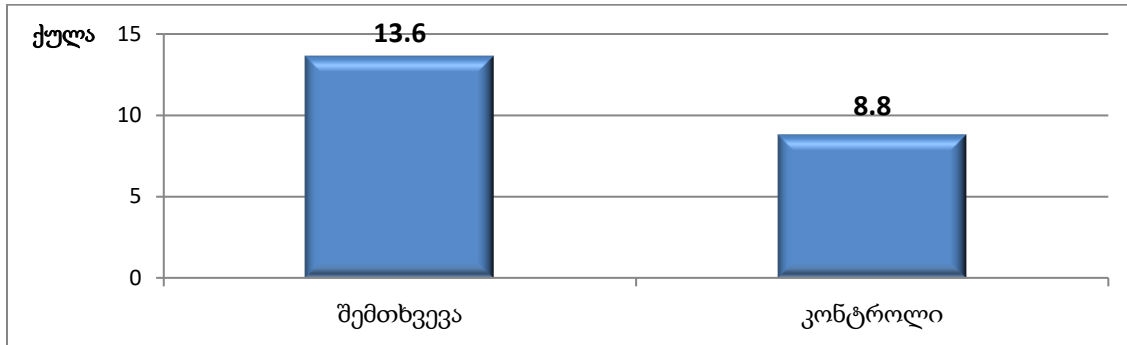
დიაგრამა 213. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში კომისა და ინსულტი სიხშირე



წყარო: კვლევის შედეგები

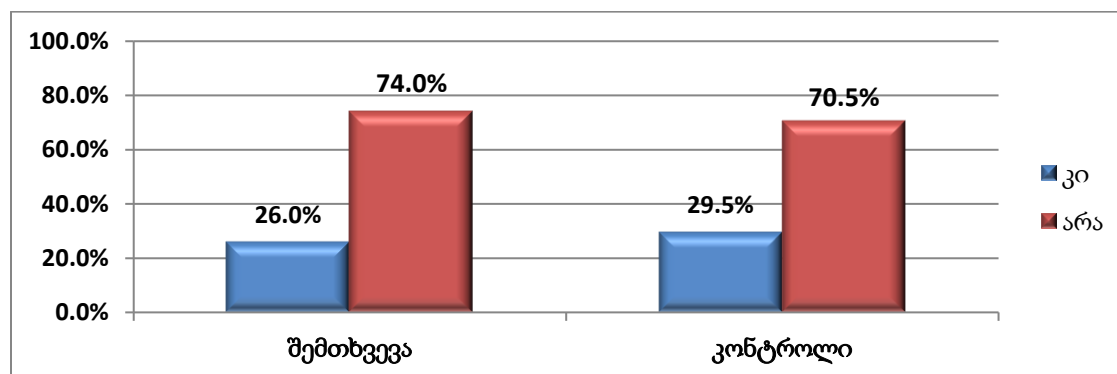
ამავე დროს, გლაზგოს შკალით (დიაგრამა 214) კომის სიმძიმე უფრო მაღალია საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (8,8) ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებთან (13,6) შედარებით ($Z = -13.69$, $p < 0.001$).

დიაგრამა 214. კომის ქულა გლაზგოს შკალით შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

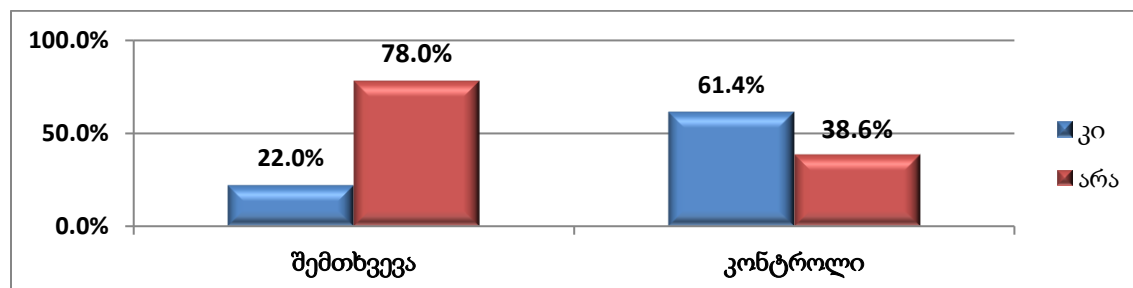
დიაგრამა 215. ძილიანობა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში ძილიანობა, ძილად მივარდნა ერთნაირი სიხშირით აღინიშნა როგორც ონკოლოგიურ პაციენტებში (26,0%), ისე საკონტროლო ჯგუფის (29,5%) პაციენტებში (OR = 0.8, 95%CI OR = 0.34-1.80; $\chi^2 = 0.4$, $p = 0.383$).

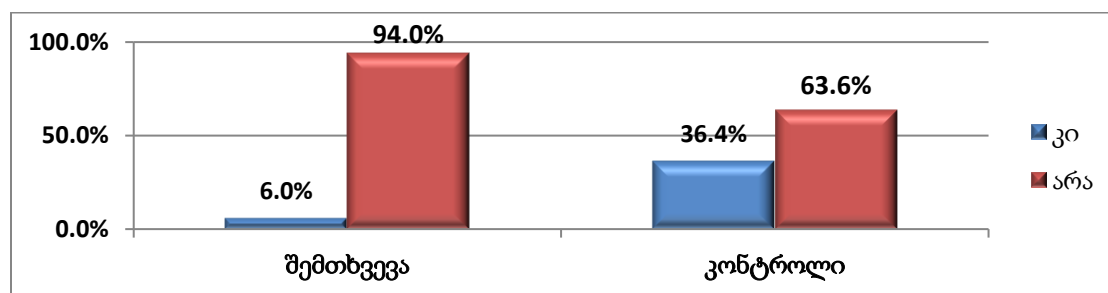
დიაგრამა 216. დაბნეულობა, გაურკვეველობა დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

დაბნეულობა, გაურკვეველობა დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით აღინიშნა შემთხვევათა 22,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 61,4%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (დიაგრამა 216). ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 5.5-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 0.18, 95%CI OR = 0.08-0.38; $\chi^2 = 3.8$, $p < 0.001$).

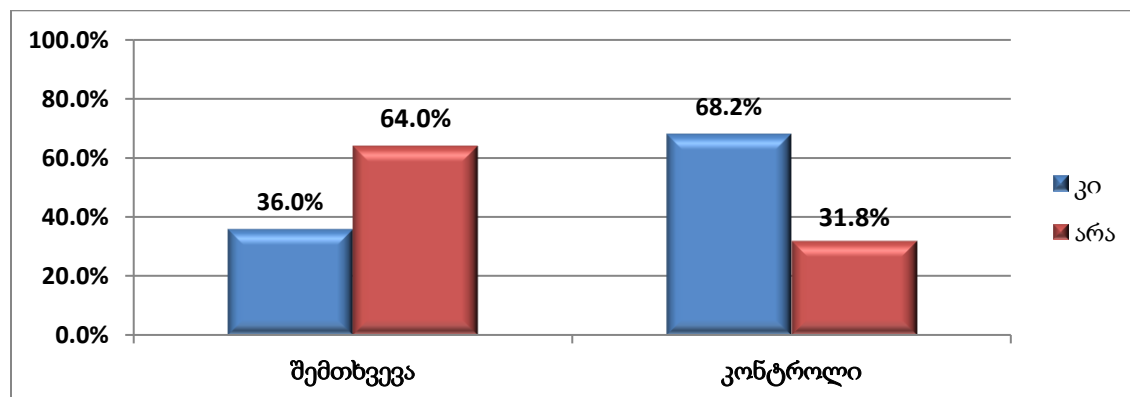
დიაგრამა 217. ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია აღინიშნა შემთხვევათა 6,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 36,4%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (დიაგრამა 217). ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 9.1-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 0.11, 95%CI OR = 0.04-0.34; $\chi^2= 3.3$, $p < 0.001$).

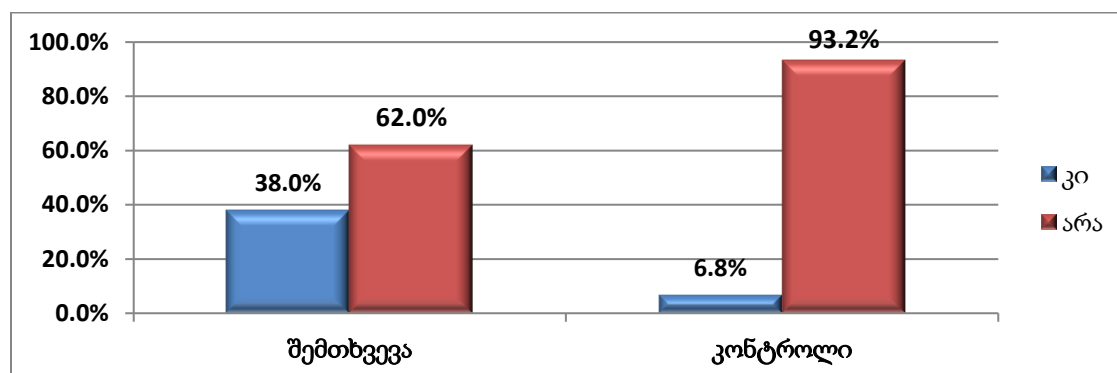
დიაგრამა 218. ცნობიერების სრული დაკარგვა შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ცნობიერების სრული დაკარგვა აღინიშნა შემთხვევათა 36,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 68,2%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (დიაგრამა 218). ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 3.8-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 0.26, 95%CI OR = 0.13-0.54; $\chi^2= 3.1$, $p < 0.001$).

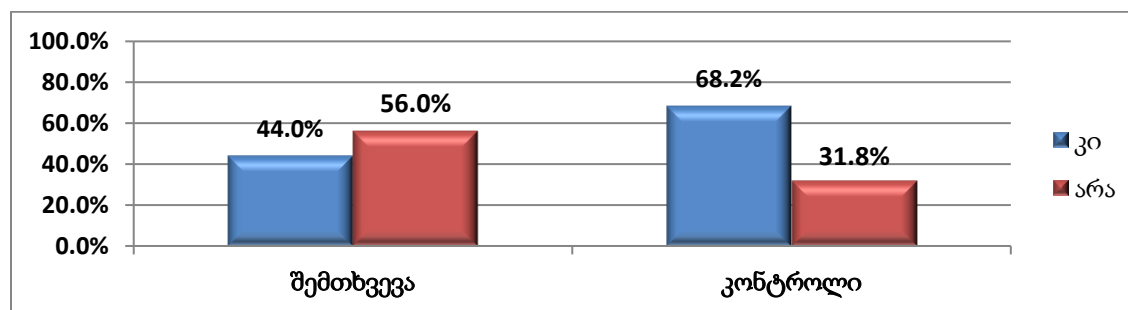
დიაგრამა 219. პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტენდენცია, როდესაც პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე აღინიშნა შემთხვევათა 38,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 6,8%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (დიაგრამა 219). ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 8.4-ჯერ მაღალია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 8.4, 95%CI 2.8-25.0; $\chi^2 = 3.2$, $p < 0.001$).

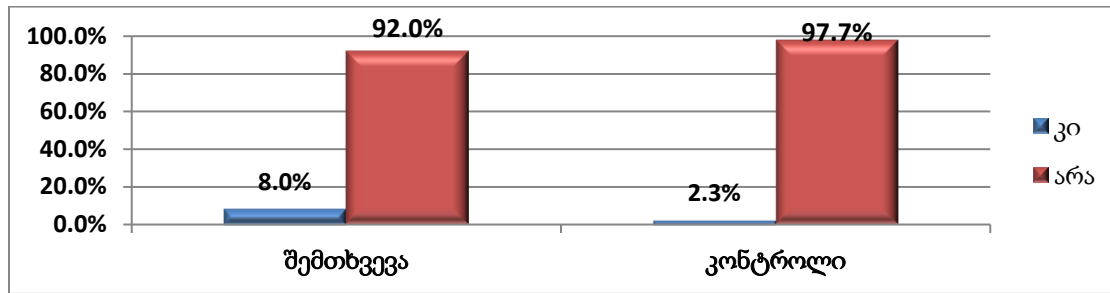
დიაგრამა 220. დაბნეულობა და დეზორიენტაცია შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

დაბნეულობა და დეზორიენტაცია აღინიშნა შემთხვევათა 44,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 68,2%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (დიაგრამა 220). ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 2.7-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 0.37, 95%CI OR = 0.18-0.75; $\chi^2 = 2.3$, $p < 0.01$).

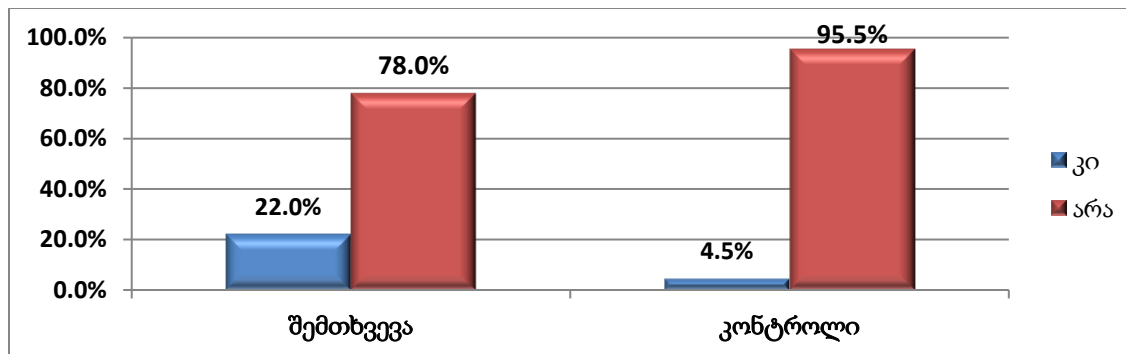
დიაგრამა 221. სმენის პრობლემები შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში



წყარო: კვლევის შედეგები

სმენის პრობლემები აღინიშნა შემთხვევათა 8,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 2,3%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (დიაგრამა 221). თუმცა სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესწავლილ ჯგუფებს შორის სმენის პრობლემების მხრივ არ ყოფილა გამოვლენილი (OR = 3.74, 95%CI OR = 0.58-24.3, $\chi^2 = 1.2$, $p = 0.123$).

დიაგრამა 222. მესხიერების პრობლემები შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში

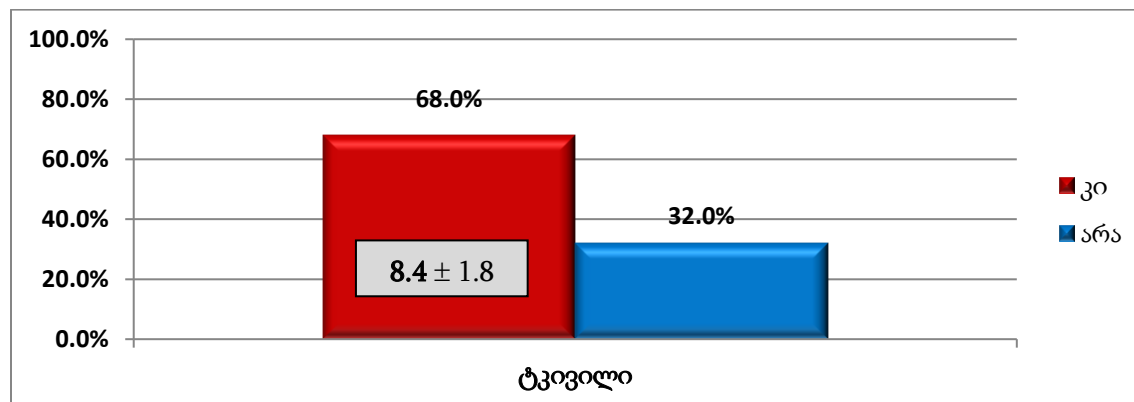


წყარო: კვლევის შედეგები

მესხიერების პრობლემები აღინიშნა შემთხვევათა 22,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 4,5%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (დიაგრამა 222). ამავე დროს მესხიერების პრობლემები აღბათობა 5.9-ჯერ მაღალია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR=5.9, 95%CI OR=1.59-22.1, $\chi^2 = 2.2$, $p = 0.013$).

5.3.7. ტკივილის სინდრომი

დიაგრამა 223. ტკივილის სინდრომის სიხშირე და ინტენსივობა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში



წყარო: კვლევის შედეგები

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის სინდრომის სიხშირემ შეადგინა 68,0%, ხოლო ტკივილის ინტენსივობამ შეადგინა 8.4 ბალი (დიაგრამა 223).

სხვა სიტყვებით, ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 2/3-ს 8.4-ბალიანი ინტენსივობის ძლიერი ტკივილის პირობებში ტანჯვა-წამებით აღმოხდა სული.

თავი 6

*რეზიუმე: ტერმინალურ სტადიაში კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში**სიკვდილის მექანიზმებისა შეფასება*

6.1. კიბოს ინციდენტობა თბილისისა და საქართველოს რეგიონებში 2015-2019 წლებში თბილისში და საქართველოს რეგიონებში კიბოს ინციდენტობის შესწავლის მიზნით გაანალიზებული იქნა კიბოს პოპულაციური რეგისტრის 5 წლის (2015-2019) მონაცემთა ელექტრონული ბაზა.

შესწავლილი იქნა 5 წლის (2015-2019) მონაცემები კიბოთი ავადობის შესახებ საქართველოში, თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველო თბილისის გარეშე), მამაკაცთა და ქალთა პოპულაციებში კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით.

2015-2019 წლებში რეგისტრირებული იქნა კიბოს 52,178 შემთხვევა, მათ შორის 29,303 (56%) შემთხვევა ქალებში და 22,875 (44%) - მამაკაცებში.

დადგენილი იქნა სტატისტიკურად სარწმუნო ტენდენცია: საქართველოში ქალები უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე მამაკაცები ($Z=17,8$; $P<0,001$).

2015-2019 წლებში საქართველოში რეგისტრირებული იქნა მამაკაცთა კიბოთი დაავადების 22,875 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 258.

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 183.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=27,3; 95% CI ASR= 26,4-28,2), მეორე - პროსტატის (ASR=20,4; 95% CI ASR= 19,6-21,1), მესამე- შარდის ბუშტის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 15,3-16,7), მეოთხე - კოლორექტუმის (ASR=15,8; 95% CI ASR= 15,1-16,5), მეხუთე- კანის კიბოს (ASR=14,8; 95% CI ASR= 14,1-15,4).

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 258.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (AAR=38,8; 95% CI AAR= 37,9-39,8), მეორე - პროსტატის (AAR=30,9; 95% CI AAR= 30,1-31,7), მესამე- შარდის ბუშტის (ASR=23,3; 95% CI ASR= 22,5-24,0), მეოთხე - კანის (AAR=23,2; 95% CI AAR= 22,5-23,8), მეხუთე- კოლორექტუმის კიბოს (AAR=23,1; 95% CI AAR= 22,4-23,8).

AAR მაჩვენებლებით ძალზე მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის, კოლორექტუმისა და კანის კიბოს გავრცელების სიხშირეებს შორის საქართველოს მამაკაცთა პოპულაციაში. ამასთან ერთად ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით მე-4 და მე-5 სარანგო ადგლებს ცვლიან კოლორექტუმისა და კანის კიბოს ინციდენტობები.

2015-2019 წლებში საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 10,5 (95% CI CR₆₄= 10,3-10,7), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იზრდება და შეადგენს 20,0 (95% CI CR₇₄= 19,7-20,4).

2015-2019 წლებში საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR₆₄=1,8; 95% CI CR₆₄= 1,7-1,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იმატებს (CR₇₄=3,5; 95% CI CR₇₄= 3,4-3,7).

2015-2019 წლებში თბილისში რეგისტრირებული იქნა მამაკაცთა კიბოთი დავადების 7,595 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 302 .

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 244.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=34,1; 95% CI ASR= 32,1-36,2), მეორე - პროსტატის (ASR=32,5; 95% CI ASR= 30,5-34,6), მესამე- კოლორექტუმის (ASR=24,1; 95% CI ASR= 22,3-25,8), მეოთხე - შარდის ბუშტის (ASR=22,7; 95% CI ASR= 21,0-24,4), მეხუთე- კანის კიბოს (ASR=17,3; 95% CI ASR= 15,9-18,8).

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 244.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (AAR=34,1; 95% CI AAR= 32,5-36,2), მეორე - პროსტატის (AAR=32,5; 95% CI AAR= 30,5-34,6), მესამე- კოლორექტუმის (ASR=24,1; 95% CI ASR= 22,3-25,8), მეოთხე - შარდის ბუშტის (AAR=22,7; 95% CI AAR= 21,0-24,4), მეხუთე- კანის კიბოს (AAR=17,3; 95% CI AAR=15,9-18,8).

2015-2019 წლებში თბილისში მამაკაცთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 13,0 (95% CI CR₆₄= 12,5-13,4), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იზრდება და შეადგენს 25,8 (95% CI CR₇₄= 25,0-26,7).

2015-2019 წლებში თბილისში მამაკაცთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR₆₄=2,2; 95% CI CR₆₄=2,0-2,3), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ორჯერ იმატებს (CR₇₄=4,4; 95% CI CR₇₄= 4,1-4,7).

კუმულაციური რისკის მაჩვენებლების მიხედვით თბილისში მამაკაცთა 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში აღნიშნა მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის (CR₆₄=1,3), კოლორექტუმის (CR₆₄=1,2) და პროსტატის (CR₆₄=1,1) კიბოთი დავადების კუმულაციურ რისკებს შორის. ამავე დროს, 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში უკვე პროსტატის კიბოს კუმულაციური რისკი იზრდება 4-ჯერ (CR₇₄=4,6; 95% CI CR₇₄=4,2-4,9) და აღნიშნული ლოკალიზაციების კიბოს გარდა ასევე აჭარბებს ფილტვის კიბოს განვითარების რისკს (CR₇₄=4,4; 95% CI CR₇₄= 4,1-4,7).

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) რეგისტრირებული იქნა მამაკაცთა კიბოთი დავადების 15,225 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოს რეგიონებში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 240.

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 166.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=25,6; 95% CI ASR= 24,5-26,7), მეორე - პროსტატის (ASR=16,8; 95% CI ASR=16,0-17,7), მესამე- კანის (ASR=14,3; 95% CI ASR= 13,5-15,1), მეოთხე - შარდის ბუშტის კოლორექტუმის (ASR=14,1; 95% CI ASR= 13,3-14,9), მეხუთე- კოლორექტუმის კიბოს (ASR=13,5; 95% CI ASR= 12,7-14,2).

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 240.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (AAR=37,4; 95% CI AAR=36,3-38,4), მეორე - პროსტატის (AAR=26,9; 95% CI AAR=26,0-27,7), მესამე- კანის (ASR=23,4; 95% CI ASR= 22,6-24,1), მეოთხე - შარდის ბუშტის (AAR=21,0; 95% CI AAR= 20,2-21,8), მეხუთე- კოლორექტუმის კიბოს (AAR=20,2; 95% CI AAR=19,5-21,0).

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 9,7 (95% CI

CR₆₄=9,5-9,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იზრდება და შეადგენს 18,2 (95% CI CR₇₄= 17,9-18,6).

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ფილტვის კიბოს (CR₆₄=1,7; 95% CI CR₆₄= 1,6-1,8), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში თითქმის ორჯერ იმატებს (CR₇₄=3,3; 95% CI CR₇₄= 3,1-3,4).

კუმულაციური რისკის მაჩვენებლების მიხედვით საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში აღინიშნა მცირე განსხვავება შარდის ბუშტის (CR₆₄=0,8), კოლორექტუმის (CR₆₄=0,8), პროსტატის (CR₆₄=0,6) და კანის (CR₆₄=0,6) კიბოთი დაავადების კუმულაციურ რისკებს შორის. ამავე დროს, 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში უკვე პროსტატის კიბოს კუმულაციური რისკი იზრდება თითქმის 4-ჯერ (CR₇₄=2,3; 95% CI CR₇₄=2,2-2,4) და აჭარბებს აღნიშნული ლოკალიზაციების კიბოს განვითარების რისკს და ჩამორჩება მხოლოდ ფილტვის კიბოს რისკის მაჩვენებლებს (CR₇₄=3,3; 95% CI CR₇₄= 3,1-3,4). საქართველოში მამაკაცთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით 1-ლი ადგილი უკავია ფილტვის კიბოს (ASR=27,3). ფილტვის კიბოს ასევე 1-ლი სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=34,1), ისე რეგიონებში (ASR=25,6). ამავე დროს, ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გვიჩვენებს, რომ თბილისში ფილტვის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,3) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-2 ადგილი უკავია პროსტატის კიბოს (ASR=20,4). პროსტატის კიბოს ასევე მე-2 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=32,5), ისე რეგიონებში (ASR=16,8). ამავე დროს, SRR-ის მიხედვით თბილისში პროსტატის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,9-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,9) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-3 ადგილი უკავია შარდის ბუშტის კიბოს (ASR=16,0). შარდის ბუშტის კიბოს მე-4 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=24,1), ისე რეგიონებში (ASR=14,1). SRR-ის მიხედვით თბილისში შარდის

ბუშტის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,7-ჯერ აღემატებოდა ($SRR=1,7$) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-4 ადგილი უკავია კოლორექტუმის კიბოს ($ASR=15,8$). მაშინ როდესაც ამ ლოკალიზაციის კიბოს თბილისში უკავია მე-3 სარანგო ადგილი ($ASR=24,1$), ხოლო რეგიონებში - მე-5 ($ASR=13,5$). SRR -ის მიხედვით თბილისში კოლორექტუმის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,8-ჯერ აღემატებოდა ($SRR=1,8$) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სიხშირეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-5 ადგილი უკავია კანის კიბოს ($ASR=14,8$). კანის კიბოს ასევე მე-5 სარანგო ადგილი უკავია თბილისში ($ASR=17,3$), მაშინ როდესაც რეგიონებში კანის კიბო არის მე-3 სარანგო ადგილზე ($ASR=14,3$). SRR -ის მიხედვით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,2-ჯერ აღემატებოდა ($SRR=1,2$) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკალიზაციების კიბოს: ხორხის ($ASR=10,7$), სისხლისა და ძვლის ტვინის ($ASR=17,3$), კუჭის ($ASR=9,7$), თირკმლისა ($ASR=7,5$) და ფარისებრი ჯირკვლის ($ASR=6,5$) კიბოს.

თბილისში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკალიზაციების კიბოს: სისხლისა და ძვლის ტვინის ($ASR=13,4$), ფარისებრი ჯირკვლის ($ASR=11,0$), ხორხის ($ASR=10,9$), თირკმლისა ($ASR=10,6$) და კუჭის ($ASR=10,4$) კიბოს.

საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკალიზაციების კიბოს: ხორხის ($ASR=10,8$), კუჭის ($ASR=9,7$), სისხლისა და ძვლის ტვინის ($ASR=9,1$), თირკმლისა ($ASR=6,6$) და ლიმფური სისტემის ($ASR=5,1$) კიბოს.

2015-2019 წლებში საქართველოში რეგისტრირებული იქნა ქალთა კიბოთი დაავადების 29,303 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 301.

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 197.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (ASR=63,2; 95% CI ASR= 61,8-64,5), მეორე - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=34,4; 95% CI ASR= 33,3-35,5), მესამე- საშვილოსნოს ყელის (ASR=13,4; 95% CI ASR= 12,8-14,1), მეოთხე - საშვილოსნოს ტანის (ASR=11,3; 95% CI ASR= 10,8-11,9), მეხუთე- კოლორექტუმის (ASR=10,3; 95% CI ASR= 9,7-10,8), მეექვსე- საკვერცხის (ASR=9,8; 95% CI ASR= 9,3-10,3).

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 301.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (AAR=95,7; 95% CI AAR= 94,3-97,0), მეორე - ფარისებრი ჯირკვალის (AAR=41,0; 95% CI AAR= 39,9-42,1), მესამე- კოლორექტუმის (AAR=18,9; 95% CI ASR= 18,4-19,4), მეოთხე - საშვილოსნოს ყელის (AAR=18,6; 95% CI AAR= 18,0-19,3), მეხუთე- საშვილოსნოს ტანის (AAR=18,5; 95% CI AAR= 18,0-19,1), მეექვსე- საკვერცხის (AAR=15,1; 95% CI AAR= 14,6-15,6) კიბოს.

ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით მე-3 და მე-5 სარანგო ადგილებს ცვლიან კოლორექტუმისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობები.

2015-2019 წლებში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 13,3 (95% CI CR₆₄= 13,1-13,5), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 19,5 (95% CI CR₇₄= 19,3-19,8).

2015-2019 წლებში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ძუძუს კიბოს (CR₆₄=4,8; 95% CI CR₆₄= 4,7-4,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში მატულობს (CR₇₄=7,0; 95% CI CR₇₄= 6,8-7,1).

2015-2019 წლებში თბილისში რეგისტრირებული იქნა ქალთა კიბოთი დავადების 11,695 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 386.

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 265.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (ASR=85,3; 95% CI ASR= 82,5-88,1), მეორე - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=52,4; 95% CI ASR= 50,1-54,8), მესამე- საშვილოსნოს ყელის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 14,7-17,3), მეოთხე - საშვილოსნოს ტანის (ASR=15,2;

95% CI ASR= 14,1-16,4), მეხუთე- კოლორექტუმის (ASR=14,9; 95% CI ASR= 13,8-16,0), მეექვსე-საკვერცხის (ASR=11,0; 95% CI ASR= 10,0-12,0).

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 386.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (AAR=123,6; 95% CI AAR= 120,7-126,4), მეორე - ფარისებრი ჯირკვალის (AAR=64,1; 95% CI AAR= 61,7-66,5), მესამე- კოლორექტუმის (AAR=25,6; 95% CI ASR= 24,5-26,7), მეოთხე - საშვილოსნოს ტანის (AAR=23,6; 95% CI AAR= 22,4-24,7), მეხუთე- საშვილოსნოს ყელის (AAR=21,4; 95% CI AAR= 20,1-22,7), მეექვსე- საკვერცხის (AAR=16,4; 95% CI AAR= 15,4-17,4) კიბოს.

ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით მე-3 და მე-5 სარანგო ადგილებს ცვლიან კოლორექტუმის, საშვილოსნოს ყელისა და ტანის კიბოს ინციდენტობები, კერძოდ საშვილოსნოს ტანის კიბო რჩება მე-4 სარანგო ადგილზე, კოლორექტუმის კიბო მე-5-დან ინაცვლებს მე-3-ზე, ხოლო საშვილოსნოს ყელის კიბო- მე-3-დან ქვეითდება მე-5 სარანგო ადგილზე.

2015-2019 წლებში თბილისში ქალთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 17,0 (95% CI CR₆₄= 16,6-17,4), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 25,7 (95% CI CR₇₄= 25,1-26,2).

2015-2019 წლებში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ძუძუს კიბოს (CR₆₄=6,2; 95% CI CR₆₄= 6,0-6,0), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში მატულობს (CR₇₄=9,5; 95% CI CR₇₄= 9,2-9,8).

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) რეგისტრირებული იქნა ქალთა კიბოთი დაავადების 17,608 შემთხვევა. შესწავლილ 5 წლიან პერიოდში, უხეში მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველოში ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 263.

ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 168.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (ASR=54,0; 95% CI ASR= 52,5-55,5), მეორე - ფარისებრი ჯირკვალის (ASR=25,9; 95% CI ASR= 24,7-27,0), მესამე-საშვილოსნოს ყელის (ASR=12,3; 95% CI ASR= 11,6-13,0), მეოთხე - საშვილოსნოს ტანის (ASR=9,7;

95% CI ASR= 9,1-10,4), მეხუთე-საკვერცხის (ASR=11,0; 95% CI ASR= 8,7-10,0), მეექვსე-კანის კიბოს (ASR=9,1; 95% CI ASR= 8,6-9,7). საქართველოს რეგიონებში კოლორექტუმის კიბომ ამოვარდა 5 ძირითადი ლოკალიზაციიდან (ASR=8,5; 95% CI ASR= 7,9-9,0) და გადაინაცვლა მე-7 სარანგო ადგილზე.

ასაკით კორექტირებული (AAR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ყოველ 100,000 ქალზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 363.

კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ძუძუს კიბოს (AAR=83,0; 95% CI AAR= 81,5-84,5), მეორე - ფარისებრი ჯირკვალის (AAR=30,6; 95% CI AAR= 29,4-31,8), მესამე-კანის (AAR=21,1; 95% CI ASR= 20,6-21,7), მეოთხე - საშვილოსნოს ყელის (AAR=17,4; 95% CI AAR=16,6-18,1), მეხუთე-საშვილოსნოს ტანის (AAR=16,2; 95% CI AAR= 15,6-16,8), მეექვსე-კოლორექტუმის (AAR=15,9; 95% CI AAR=15,4-16,5), მეშვიდე-საკვერცხის (AAR=14,5; 95% CI AAR=13,9-15,1) კიბოს.

ASR-თან შედარებით AAR მაჩვენებლებით საქართველოს რეგიონებში კანის კიბო მე-6-დან ინაცვლებს მე-3-ზე, ხოლო კოლორექტუმის კიბო- მე-7-დან მე-5 სარანგო ადგილზე.

2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა კიბოთი დავადების კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში შეადგინა 11,6 (95% CI CR₆₄= 11,4-11,9), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში იზრდება და შეადგენს 16,8 (95% CI CR₇₄= 16,6-17,1).

2015-2019 წლებში საქართველოში ქალთა კიბოთი დავადების ყველაზე მაღალი კუმულაციური რისკი 65 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ლოკალიზაციების მიხედვით ჰქონდა ძუძუს კიბოს (CR₆₄=4,2; 95% CI CR₆₄= 4,0-4,3), რომლის ოდენობა 75 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში ოდნავ მატულობს (CR₇₄=5,9; 95% CI CR₇₄= 5,8-6,1).

საქართველოში ქალთა 15 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით 1-ლი ადგილი უკავია ძუძუს კიბოს (ASR=63,2). ძუძუს კიბოს ასევე 1-ლი სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=85,3), ისე რეგიონებში (ASR=54,0). ამავე დროს, ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გვიჩვენებს, რომ თბილისში ძუძუს კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,6-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,6) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-2 ადგილი უკავია თიროიდულ კიბოს (ASR=34,4). თიროიდულ კიბოს ასევე მე-2 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=52,4), ისე რეგიონებში (ASR=25,9). ამავე დროს, SRR-ის მიხედვით თბილისში თიროიდულ კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 2-ჯერ აღემატებოდა (SRR=2,0) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-3 ადგილი უკავია საშვილოსნოს ყელის კიბოს (ASR=13,4). საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასევე მე-3 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=16,0), ისე რეგიონებში (ASR=12,3). SRR-ის მიხედვით თბილისში საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,3) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-4 ადგილი უკავია საშვილოსნოს ტანის კიბოს (ASR=11,3). საშვილოსნოს ტანის კიბოს ასევე მე-4 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=15,2), ისე რეგიონებში (ASR=9,7). SRR-ის მიხედვით თბილისში საშვილოსნოს ტანის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,6-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,6) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-5 ადგილი უკავია კოლორექტალურ კიბოს (ASR=10,3). კოლორექტალურ კიბოს ასევე მე-5 სარანგო ადგილი უკავია თბილისში (ASR=14,9), მაშინ როდესაც რეგიონებში კოლორექტალური კიბო არის მე-7 სარანგო ადგილზე (ASR=8,5). SRR-ის მიხედვით თბილისში კოლორექტალურ კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,8-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,8) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

საქართველოში ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკალიზაციების კიბოს: საკვერცხის (ASR=9,8), კანის (ASR=9,5), სისხლის (ASR=8,0), ლიმფური სისტემის (ASR=4,6) და კუჭის (ASR=4,5) კიბოს.

თბილისში ქალთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ ლოკალიზაციების კიბოს: საკვერცხის (ASR=11,0), კანის (ASR=10,5), სისხლის (ASR=10,4), ლიმფური სისტემის (ASR=5,7) და კუჭის (ASR=5,5) კიბოს.

საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ქალთა პოპულაციაში კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-6-დან მე-10 ადგილები უკავიათ, შესაბამისად, შემდეგ

ლოკალიზაციების კიბოს: კანის (ASR=9,1), კოლორექტუმის (ASR=8,5), სისხლისა და ძვლის ტვინის (ASR=7,1), ლიმფური სისტემის (ASR=4,2) და კუჭის (ASR=4,2) კიბოს.

6.2. კიბოს მიზეზით სიკვდილიანობა თბილისისა და საქართველოს რეგიონებში 2019-2021 წლებში

საქტატის მონაცემებით აღნიშნულ 7 წლიან პერიოდში (2014-2020) საქართველოში ყველა მიზეზით სულ გარდაიცვალა 340,521 მოქალაქე, მათ შორის თბილისში - 88,025. საქართველოში ყველა მიზეზით ყოველწლიურად საშუალოდ გარდაიცვლებოდა 48,646 მოქალაქე, თბილისში - 12,575.

როგორც შესწავლილ 7 წლიან პერიოდში, ისე ყოველწლიური გარდაცვალების საშუალო რაოდენობაში თბილისში გარდაცვლილთა ხვედრითმა წონამ საქართველოში გარდაცვლილების საერთო მოცულობის დაახლოებით $\frac{1}{4}$ (25,9%) შეადგინა.

ძალზე საინტერესოა მონაცემები, როგორც საქართველოში, ისე თბილისში ყველა მიზეზით გარდაცვალების სიხშირეებზე COVID-19 პანდემიამდე 6 წლიან პერიოდში (2014-2019) და პანდემიის პირველ წელს (2020).

COVID-19 პანდემიის 1-ლ წელს (2020), პანდემიამდე 6 წლიან პერიოდში (2014-2019) საქართველოში ყველა მიზეზით ყოველწლიური გარდაცვალების საშუალო სტანდარტულ მაჩვენებელს აღემატებოდა 2,206 შემთხვევით, მათ შორის თბილისში 1,520, ხოლო რეგიონებში სულ - 686 შემთხვევით.

COVID-19 პანდემიის 1-ლ წელს (2020) აღნიშნული რაოდენობებით გარდაცვალების შემთხვევების მატება თბილისში და რეგიონებში სავარაუდოდ შესაძლებელია სწორედ დაკავშირებულია COVID-19-თან, რაც თანხვედრაშია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებთან (12.06.2021, <https://www.moh.gov.ge/>): COVID-19-ის მიზეზით გარდაცვლილთა საერთო რაოდენობამ 2020 წელს შეადგინა 2505. სამწუხაროდ, ვერ ხერხდება მათ შორის თბილისში მცხოვრებთა იდენტიფიცირება.

საქართველოში 2018-2019 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ყოველწლიური საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 4255.0 ± 96.2 .

თბილისში 2018-2019 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ყოველწლიურმა საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 1476.0 ± 5.7 .

საქართველოში COVID-19 პანდემიამდე ყოველწლიურად (2018-2019), ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითმა წონამ შეადგინა 9% , ხოლო პანდემიის 1-ლ წელს (2020) - 5%.

2018-2019 წლებში საქართველოში ყოველწლიურად ყველა მიზეზით საშუალოდ რეგისტრირდებოდა გარდაცვალების 46,591 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 4,255 (9%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 42,336 (91%) შემთხვევა.

2020 წელს საქართველოში რეგისტრირებული იქნა გარდაცვალების 50,537 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 2,405 (5%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 48,132 (95%) შემთხვევა. ვინაიდან კვლევისას გამოყენებული იქნა კიბოს 2020 არასრული ბაზა (2,405 პაციენტზე), NCDC-დან მისაღებად დამატებითი მონაცემები და დასაზუსტებელია 2020 წელს კიბოს მიზეზით გარდაცვლილთა ხვედრითი წონა.

თბილისში COVID-19 პანდემიამდე ყოველწლიურად (2018-2019), ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითმა წონამ შეადგინა 12% , ხოლო პანდემიის 1-ლ წელს (2020) - 6%.

2018-2019 წლებში თბილისში ყოველწლიურად ყველა მიზეზით საშუალოდ რეგისტრირდებოდა გარდაცვალების 12,335 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 1,476 (12%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 10,859 (88%) შემთხვევა.

2020 წელს თბილისში რეგისტრირებული იქნა გარდაცვალების 13,878 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 801 (6%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 13,077 (94%) შემთხვევა. ვინაიდან კვლევისას გამოყენებული იქნა კიბოს 2020 არასრული ბაზა (801 პაციენტზე), NCDC-დან მისაღებად დამატებითი მონაცემები და დასაზუსტებელია თბილისში 2020 წელს კიბოს მიზეზით გარდაცვლილთა ხვედრითი წონა.

შესწავლილი იქნა საქართველოში და თბილისში, შესაბამისად, 2014-2021 წლებში კიბოს დიაგნოზით პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა და გარდაცვალების სიხშირის დინამიკა. აღნიშნული სერვისების მიღების შემთხვევების რეგისტრაციის მდგომარეობა გაუმჯობესდა 2019 წლისათვის. 2019 წელს კიბოს დიაგნოზით პალიატიურ დაწესებულებებში პაციენტებმა მიიღეს როგორც პალიატიური, ისე თანატოლოგიური რეფერალური სერვისი.

საქართველოში სულ 469 პაციენტმა მიიღო რეფერალური სერვისი, მათ შორის 51 (10,9%) პაციენტმა - პალიატიური დახმარება, ხოლო უმრავლესობამ - 418 (89,1%) პაციენტმა-თანატოლოგიური. თბილისში სულ 239 პაციენტმა მიიღო რეფერალური სერვისი, მათ შორის 18 (7,5%) პაციენტმა - პალიატიური დახმარება, ხოლო უმრავლესობამ - 221 (92,5%) პაციენტმა-თანატოლოგიური.

ანუ 2019 წელს, პალიატიური მზრუნველობის კლინიკებში, როგორც თბილისის, ისე საქართველოს რეგიონებში მცხოვრები ონკოლოგიური პაციენტების დაახლოებით 10%-მა მიიღო პალიატიური სერვისი და გაეწერა კლინიკიდან. პაციენტების უმრავლესობას- 90%-ს შეადგენდნენ ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტები, რომლებმაც მიიღეს ბოლო რეფერალური თანატოლოგიური სერვისი და გარდაიცვალენ კლინიკებში. 2019 წელს, ანუ COVID-19 პანდემიამდე ბოლო წელს, როგორც საქართველოში, ისევე თბილისში, სხვა წლებთან შედარებით აღინიშნა ყველაზე სრულყოფილი რეგისტრაციული მონაცემები: ყველა და კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა და კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისის მიმღებ ბენეფიციართა შესახებ.

2019 წელს საქართველოში კიბოს ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტების მხოლოდ 10%-მა მიიღო პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური თანატოლოგიური სერვისი, მაშინ როდესაც თბილისში ანალოგიური სერვისის მიმღებთა რაოდენობამ შეადგინა 15%. ანუ კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა უმრავლესობა (85-90%) გარდაიცვალა ბინაზე რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღების გარეშე.

საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის (შემთხვევათა 84,6%), მათ შორის თანატოლოგიური (შემთხვევათა 85,9%) და პალიატიური (74,5) რეფერალური სერვისები პაციენტებისათვის ძირითადად მიწოდებული იყო თბილისის პალიატიურ კლინიკებში. თბილისში პალიატიური მზრუნველობის (შემთხვევათა 41,6%), მათ შორის თანატოლოგიური (შემთხვევათა 42,6%) და პალიატიური (34,2) რეფერალური სერვისები პაციენტებისათვის ძირითადად მიწოდებული იყო სს "უნივერსალურ სამედიცინო ცენტრში". ამასთან ერთად, თბილისის 39 კლინიკიდან პალიატიური მზრუნველობის რეფერალური სერვისების 70,2% 2019 წელს მიწოდებული იქნა 5 შემდეგი კლინიკის მიერ:

6. სს უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი- 41,8%
7. შპს ქ.თბილისის ონკოლოგიური დისპანსერი- 9,8%
8. შპს აკადემიკოს ფრიდონ თოდუას სამედიცინო ცენტრი- 8,8%

9. ს.ს.ი.პ. ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი- 5,8%

10. შპს აკად. ზ. კახიანის სახელობის კლინიკა რედი- 4,0%

2019 წელს საქართველოში სულ გარდაიცვალა 46,569 პაციენტი, მათ შორის 4,187 (9%) კიბოს მიზეზით, რომელთაგან მხოლოდ 418 (0,9%) მიიღო პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისი, რამაც შეადგინა საქართველოში კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა მხოლოდ 10%.

6.3.0. რეტროსპექტული კვლევის შედეგები

6.3.1. საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფების დახასიათება

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით პირველ ეტაპზე ჩატარებული იქნა რეტროსპექტული კვლევა. შესწავლილი იქნა სს "უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის" პალიატიურ კლინიკაში 2019 წელს ჰოსპიტალიზებული პაციენტების ავადმყოფობის ისტორიები. სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის საშუალებით (იხ. დანართი 1) რეტროსპექტულად მოპოვებული იქნა ინფორმაცია ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 150 ონკოლოგიური (შესასწავლი ჯგუფი) და 150 ნევროლოგიური (საკონტროლო ჯგუფი) პაციენტის შესახებ.

ონკოლოგიური პაციენტებიდან 1 (0,7%) შემთხვევაში რეგისტრირებული იქნა დაავადება მე-3, ხოლო 149 (99,3%) შემთხვევაში - მე-4 კლინიკურ სტადიაში. მათგან 15 პაციენტის (10,0%) ფიზიკური მდგომარეობა შეესაბამებოდა ECOG-3, ხოლო 135 (90,0%) - ECOG-4. საკონტროლო ჯგუფში 8 პაციენტის (5,3%) ფიზიკური მდგომარეობა შეესაბამებოდა ECOG-3, ხოლო 142 (94,7%) - ECOG-4. ECOG სტატუსის მიხედვით საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფებს შორის არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავება ($\text{Chi}^2 = 2.31$; $p = 0.128$).

6.3.2. საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფებში შემავალი პაციენტების ზოგადი კლინიკური პარამეტრები

შესასწავლ ჯგუფში სქესის მიხედვით 80 (53,3%) პაციენტი იყო მამაკაცი, ხოლო 70 (46,7%) - ქალი, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში 54 (36,0%) პაციენტი იყო მამაკაცი, ხოლო 96 (64,0%) - ქალი.

საკვლევი ჯგუფში შემავალ პაციენტთა საშუალო ასაკმა შეადგინა 65,9 წელი, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის - 76,1 წელი.

ორი ჯგუფში ერთიდაიგივე სიხშირით აღინიშნება სხეულის მასის ინდექსის დაბალი მაჩვენებლები, ნორმალური სხეული ტემპერატურა, ნორმის ქვემო ზღვარზე არტერიული წნევა (სისტოლური და დიასტოლური), მომატებული პულსაცია, გახშირებული სუნთქვა, შემცირებული სატურაცია და ღამის ძილის ხანგრძლივობა. ანამნეზში HCV ორივე ჯგუფში გვხვდება ერთნაირი სიხშირით. საყურადღებოა, რომ ანამნეზში HCV ორივე ჯგუფში ფიქსირდება 4/5-ზე მეტ პაციენტში!

მამაკაც პაციენტებში პირველადი კიბო ძირითად ლოკალიზებული იყო ფილტვებში (32%), საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოებში (15%), ღვიძლში (11%), შარდ-სასქესო ორგანოებში (14%).

ქალ პაციენტებში პირველადი კიბო ძირითად ლოკალიზებული რეპროდუქციული სისტემის ორგანოებში (50%), მათ შორის სასქესო ორგანოებში (26%) და ძუძუმში (24%), ასევე საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოებში (23%).

ასევე არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა HCV-ს სიხშირებს შორის სხვაობა ონკოლოგიურ პაციენტებში სქესის მიხედვით და კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით.

გაანალიზებული იქნა ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების ფიზიკური მდგომარეობა ძირითადი სისტემების მიხედვით.

6.3.3.1. სასუნთქი სისტემა

სპონტანური სუნთვა აღინიშნებოდა პაციენტთა 29%-ს საკვლევ ჯგუფში და 52% საკონტროლო ჯგუფში. საკვლევ ჯგუფში ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა აღინიშნა, შესაბამისად, პაციენტთა 25% და 36%, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში 40% და 3%.

სპონტანური სუნთვა აღინიშნებოდა პაციენტთა 28,7%-ს საკვლევ ჯგუფში და 52,7%

საკონტროლო ჯგუფში, ხოლო ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა, შესაბამისად, პაციენტთა 61,3% და 44% .

ონკოლოგიურ პაციენტებში სქესის მიხედვით ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა სტატისტიკურად სარწმუნოდ ($\chi^2 = 19.40; p < 0.001$) უფრო მეტი სიხშირით (2,2-ჯერ) აღინიშნებოდა მამაკაც პაციენტებში (55%) ვიდრე ქალებში (25%), რაც სავარაუდოდ შესაძლებელია დაკავშირებული იყო იმ გარემოებასთან, რომ ქალებთან შედარებით მამაკაც პაციენტებში პრევალირებდა ფილტვის კიბოს სიხშირე.

ონკოლოგიურ პაციენტთა 80%-100%, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით აღენიშნებოდა სუნთქვის გამძნელება, ჰაერის უკმარისობის შეგრძნება (დისპნოე).

ონკოლოგიურ პაციენტთა 55,6%-81,8%, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით აღენიშნებოდა ქოშინი. ამავე დროს, ქოშინის ალბათობა 3,5-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს, ძუძუს კიბოსთან შედარებით (OR=3,5; 95% CI OR= 1.1-10.9).

ფილტვის პირველადი კიბოს დროს პაციენტთა 83,9% აღენიშნებოდა ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა, ხოლო სპონტანური სუნთქვა - შემთხვევათა მხოლოდ 16%-ში (Chi2 = 19.40; p < 0.001).

ონკოლოგიურ პაციენტთა 89,3%-ს აღენიშნებოდა დისპნოე (სუნთქვის გამძნელება, რასაც თან სდევს ჰაერის უკმარისობა), 70,0%-ს - ქოშინი, 84,7%-ს - სუნთქვის გართულება (ექსუდატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული), ხოლო 58,0%-ს მშრალი, შეუჩერებელი ხველა.

დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს მშრალი ხველა, რომელიც არ ჩერდება აღინიშნებოდა 2.9-ჯერ მეტი სიხშირით ფილტვის კიბოსთან შედარებით (OR=2.9; 95% CI OR=1.1-7.6), 3.5-ჯერ-ძუძუს კიბოსთან (OR=3.5; 95% CI OR=1.2-10.4) და უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=3.5; 95% CI OR=1.1-11.1). ღვიძლის კიბოს დროს 4.5-ჯერ მაღალია მშრალი ხველის, რომელიც არ ჩერდება, ალბათობა ძუძუს კიბოსთან შედარებით (OR=4.5; 95% CI OR=1.04-20.2).

ონკოლოგიურ პაციენტთა 64,0%-ს აღენიშნებოდა სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით, 22,7%-ს - ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით, 82,0%-ს - პლევრაში ექსუდატის დაგროვება, ხოლო 87,3%-ს - სუნთქვის ცვლილებები, პირით სუნთქვა ხდება არარეგულარული და ხმაურიანი, რომელიც რაღაც ეტაპზე შეჩერდება.

ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე მაღალი სიხშირით აღინიშნა ფილტვისა (32,3%) და დიგესტიური ორგანოების (29,6%) კიბოს დროს. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით ხველების სიხშირის ალბათობა 6.2-ჯერ მაღალია უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=6.2; 95% CI OR=1.01-54.2).

პლევრაში ექსუდატის დაგროვება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე მაღალი სიხშირით აღინიშნა დიგესტიური ორგანოების (92,6%) და ფილტვის (90,9%) კიბოს დროს. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს პლევრაში ექსუდატის დაგროვების

სიხშირის ალბათობა 5.0-ჯერ მაღალია უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=5.0; 95% CI OR=1.06-23.6).

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 78,0%-ში რეგისტრირებული იქნა ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, 2,7%-ში სიკვდილისწინა ხრიალი, ხოლო 13,3%-ში- სუნთქვის გაჩერება.

ტერმინალურ ფაზაში სუნთქვის გაჩერება საკვლევ ჯგუფში დაფიქსირდა მამაკაც პაციენტების შემთხვევათა 78,7%-ში, ხოლო ქალების- 67,1%-ში ($\chi^2 = 2.01$; $p=0.022$). ტერმინალურ ფაზაში სუნთქვის გაჩერების რისკი მამაკაცებში 3-ჯერ მაღალი იყო ქალ პაციენტებთან შედარებით (OR=3.00, 95% CI OR= 1.03-8.74).

6.3.3.2. გულ-სისხლძარღვთა სისტემა

ონკოლოგიურ პაციენტთა 44,0%-ს აღენიშნებოდა გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობა, 39,3%-ს - გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა. ანუ ტერმინალურ ფაზაში პაციენტთა 83,3%-ს დაავადების პროგრესირება მიმდინარეობს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობის ფონზე და შემთხვევათა 70%-ში ვითარდება სინკოპე.

ტერმინალურ ფაზაში გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 73-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, უროლოგიური კიბოს დროს გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის სიხშირის ალბათობა 3.9-ჯერ მაღალია დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=3.9; 95% CI OR=1.2-12.5).

ტერმინალურ ფაზაში, როგორც საკვლევ ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით, ისე საკონტროლო ჯგუფში პაციენტების გასაშუალებული არტერიული წნევის სისტოლური და დიასტოლური მაჩვენებლები დაფიქსირებული იქნა ნორმის ქვედა ზღვარის დონეზე და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტთა გარდაცვალებას წინ უძღვის არტერიული წნევის დაცემა.

ამავე დროს, როგორც საკვლევ ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით, ისე საკონტროლო ჯგუფში პაციენტებს აღენიშნებოდათ ტაქიკარდია და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტებს ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნებოდათ დაქვეითებული სატურაცია და, შესაბამისად, ტაქიკარდიას ჰქონდა კომპენსატორული ხასიათი.

სინკოპეს განვითარების რისკი ფილტვის კიბოს დროს 2.7-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=2.7; 95% CI OR=1.1-8.6).

6.3.3.3. საჭმლის მომნელებელი სისტემა

ონკოლოგიურ პაციენტთა 100% თითქმის სიცოცხლის ბოლომდე აგრძელებდა საკვების მიღებას და მათ 98,0%-ს აღენიშნებოდა კუჭის მოქმედება.

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 82,7%-ს აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება, 80,7%-ს - დისფაგია, 81,3%-ს - წონის დაკლება, 78,0%-ს - წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა, 86,7%-ს - კახექსია, რაც დასტურდებოდა BMI-ით.

ონკოლოგიურ პაციენტთა 67,3%-ს აღენიშნებოდა პირისა და ტუჩების სიმშრალე, 59,3%-ს - გულისრევა, ხოლო 48,7%-ს - ლებინება. ამავე დროს, ონკოლოგიურ პაციენტთა 63,3%-ს აღენიშნებოდა ყაზობა, 28,7%-ს დიარეა, 38,7%-ს - სიმსივნის კომპრესიით განპირობებული გაუვალობა, ხოლო 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა.

ტერმინალურ ფაზაში ყაზობის ალბათობა დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს 3.8-ჯერ მაღალი იყო უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=3.8; 95% CI OR=1.2-12.0).

სიმსივნური კომპრესიით განპირობებული გაუვალობის სიხშირე დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით მეტასტაზური სიმსივნური კომპრესიით განპირობებული გაუვალობის ალბათობა უფრო მაღალი იყო 4.2-ჯერ ფილტვის კიბოს (OR=3.8; 95% CI OR=1.4-12.5), 3.7-ჯერ - ძუძუს კიბოს (OR=3.7; 95% CI OR=1.1-14.3), 3.3-ჯერ - გინეკოლოგიური კიბოს (OR=3.3; 95% CI OR=1.02-14.3) და 4.4-ჯერ - უროლოგიური კიბოს დროს (OR=4.4; 95% CI OR=1.2-16.7).

ძუძუს კიბოს შემთხვევებში დეარეას ალბათობა უფრო მაღალი იყო 4.4-ჯერ ფილტვის კიბოსთან (OR=4.4; 95% CI OR=1.5-12.5), 3.3-ჯერ - დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან (OR=3.3; 95% CI OR=1.2-11.1) და 3.5-ჯერ - გინეკოლოგიური კიბოსთან შედარებით (OR=3.5; 95% CI OR=1.1-11.1). კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვის სიხშირეებში, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით, სტატისტიკური სხვაობა ($p>0.05$) არ იქნა გამოვლენილი.

ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში ასციტის განვითარების ალბათობა უფრო მაღალი იყო 7.7-ჯერ დიგესტიური სისტემის სხვა ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=7.7; 95% CI OR=1.3-50.0).

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 82,7%-ს აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება, 80,7%-ს - დისფაგია, 81,3%-ს - წონის დაკლება, 78,0%-ს - წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა, 86,7%-ს - კახექსია, რაც დასტურდებოდა BMI-ით.

ძუძუს კიბოს შემთხვევებში სისუსტის გაძლიერებისა და გადაქანცვის ალბათობა უფრო მაღალი იყო 10.0-ჯერ უროლოგიური კიბოსთან (OR=10.0; 95% CI OR=1.6-99.9), 3.6-ჯერ - დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან (OR=3.6; 95% CI OR=1.14-11.1) და 7.7-ჯერ - ღვიძლის კიბოსთან შედარებით (OR=7.7; 95% CI OR=1.2-99.0).

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში კიბოს ყველა ლოკალიზაციის დროს მაღალია კახექსიის (სხეულის მასის ინდექსით) სიხშირე.

ონკოლოგიურ პაციენტთა 67,3%-ს აღენიშნებოდა პირისა და ტუჩების სიმშრალე, 59,3%-ს - გულისრევა, ხოლო 48,7%-ს - ღებინება.

ამავე დროს, ონკოლოგიურ პაციენტთა 63,3%-ს აღენიშნებოდა ყაბზობა, 28,7%-ს დიარეა, 38,7%-ს - სიმსივნის კომპრესიით განპირობებული გაუვალობა, ხოლო 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა.

ფილტვის კიბოს შემთხვევებში პირისა და ტუჩების სიმშრალის განვითარების ალბათობა ფილტვის კიბოს დროს (80,6%) უფრო მაღალი იყო 3.3-ჯერ, ძუძუს კიბოსთან (OR=3.3; 95% CI OR=1.1-9.8), 3.0-ჯერ - გინეკოლოგიურ კიბოსთან (OR=3.0; 95% CI OR=1.04-8.8) და 4.2-ჯერ - უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=4.2; 95% CI OR=1.3-13.2).

დიგესტიური ორგანოების კიბოს შემთხვევებში მადის დაქვეითების ალბათობა 10.4-ჯერ უფრო მაღალი იყო უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=10.4; 95% CI OR=1.5-72.2).

დისფაგიის სიხშირე კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 94-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს, ღვიძლი კიბოსთან შედარებით დისფაგიის ალბათობა 4.3-ჯერ უფრო მაღალი იყო ფილტვის კიბოს (OR=4.3; 95% CI OR=1.2-15.6), 6.7-ჯერ ძუძუს კიბოს (OR=6.7; 95% CI OR=1.4-32.5) და 5.0-ჯერ - უროლოგიური კიბოს დროს (OR=5.0; 95% CI OR=1.01-24.8).

კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნა ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 40,0%-ს და პაციენტ ქალთა 52,9%-ს (Chi² = 1.57; p=0.058).

ამავე დროს, კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვის რისკი 1,7-ჯერ მაღალი იყო ქალ პაციენტებში (OR=0,60, 95% CI OR =0,31-1,14).

ასციტი დაფიქსირებული იქნა შემთხვევათა 68,7%-ში, ციებ-ცხელება - 67,3%-ში, ხოლო ღვიძლის უკმარისობა 83,3%-ში. მუცლის ღრუს ორგანოებიდან კატასტროფული სისხლდენა არცერთ შემთხვევაში არ ყოფილა რეგისტრირებული.

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებს, დაავადების ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობისას შემთხვევათა 88,1%-ში აღენიშნებოდათ ღვიძლის უკმარისობა, ხოლო დაავადების ციებ-ცხელების გარეშე მიმდინარეობისას ღვიძლის უკმარისობა დაფიქსირდა შემთხვევათა 73,5% ($\text{Chi}^2 = 5.10$; $p = 0.024$).

ტერმინალურ ფაზაში ციებ-ცხელების ალბათობა ძუძუს კიბოს დროს 4.0-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=4,0$; 95% CI $\text{OR} = 1,1-18,8$), ხოლო გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევებში ციებ-ცხელების ალბათობა 9.0-ჯერ მაღალი იყო ძუძუს კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=9,0$; 95% CI $\text{OR} = 1,4-58,9$).

ტერმინალურ ფაზაში ღვიძლის უკმარისობის ალბათობა ძუძუს კიბოსთან შედარებით 4.0-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოს ($\text{OR}=4,0$; 95% CI $\text{OR} = 1,1-18,8$) და 9.0-ჯერ მაღალი - გინეკოლოგიური კიბოს დროს ($\text{OR}=9,0$; 95% CI $\text{OR} = 1,4-58,9$).

ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებს, დაავადების ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობისას შემთხვევათა 74,3%-ში აღენიშნებოდათ მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება, ხოლო დაავადების ციებ-ცხელების გარეშე მიმდინარეობისას ასციტი დაფიქსირდა შემთხვევათა 57,1% ($\text{Chi}^2 = 4.49$; $p = 0.034$).

ტერმინალურ ფაზაში ციებ-ცხელება აღენიშნა პაციენტ მამაკაცთა 40,0% და ქაღთა 52,9% ($\text{Chi}^2 = 1,78$; $p=0.037$). ამავე დროს ტერმინალური ფაზის ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობის რისკი ქალებში 1,9-ჯერ მაღალია მამაკაცებთან შედარებით ($\text{OR}=1,9$; 95% CI $\text{OR}=1.04-3.7$).

სიმსივნური ინტოქსიკაცია კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 105-ე დიაგრამაზე. სიმსივნური ინტოქსიკაცია მაღალი სიხშირით აღინიშნება კიბოს ყველა შესწავლილი ლოკალიზაციის დროს, განსაკუთრებით კი ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში (100,0%).

6.3.3.4. საშარდე სისტემა

შესწავლილი იქნა საკვლევე და საკონტროლო ჯგუფებში დღე-ღამის განმავლობაში მიღებული და შარდის სახით გამოყოფილი სითხის რაოდენობები.

24 საათის განმავლობაში მიღებული და გამოყოფილ სითხის რაოდენობებს შორის სხვაობამ ონკოლოგიურ პაციენტებში საშუალოდ შეადგინა 183,7 მლ, საკონტროლო ჯგუფში- 158,5 მლ. ანუ ონკოლოგიურ პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, აღინიშნა

ყოველდღიურად 25,2 მლ-ით მეტი სითხის დაგროვება ორგანიზმში, რასთანაც არის სავარაუდოდ დაკავშირებული ონკოლოგიურ პაციენტებში ასციტის და/ან ექსუდატური პლევრიტის და/ან ქვემო კიდურების შეშუპების განვითარება (Z-ტესტი = -1.65; p=0.049). ონკოლოგიურ მამაკაც პაციენტებში, ქალებთან შედარებით, აღინიშნა ყოველდღიურად 34,2 მლ-ით მეტი სითხის დაგროვება ორგანიზმში. ორგანიზმში სითხის დაგროვების ოდენობებს შორის სქესის მიხედვით აღნიშნული სხვაობა სტატისტიკურად სარწმუნოა (Z-ტესტი = -2.01; p = 0.022). სითხის დღე-ღამური ბალანსსა და ორგანიზმში დაგროვებული სითხის ოდენობებს შორის სხვაობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო ($p > 0.05$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 83,3%-ს აღენიშნებოდა შარდვაზე ჩივილები, 88,7%-ს - გამოყოფილი შადის რაოდენობის შემცირება, 71,3%-ს - საშარდე გზების (შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის) სიმსივნური კომპრესია, 78,7% - თირკმლების უკმარისობა, 68,0% - ქვემო კიდურების შეშუპება, 80,7%-ს ურემია.

შარდვაზე ჩივილები, სიმპტომები კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ნაჩვენებია 110-ე დიაგრამაზე. ამავე დროს შარდვის დარღვევების ალბათობა ძუძუს კიბოსთან შედარებით 4.0-ჯერ მაღალი დიგესტიური ორგანოების კიბოს (OR=4,0; 95% CI OR=1.1-18.8), 3.4-ჯერ - ფილტვის კიბოს (OR=3,4; 95% CI OR=1.01-11.2) და 9.0-ჯერ მაღალი - გინეკოლოგიური კიბოს დროს (OR=9,0; 95% CI OR=1.4-59.0).

გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირება მაღალი სიხშირით აღინიშნება კიბოს ყველა შესწავლილი ლოკალიზაციის დროს, განსაკუთრებით კი უროლოგიური კიბოს შემთხვევებში (92,9%).

დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესიის განვითარების რისკი 9.0-ჯერ მაღალია უროლოგიური კიბოს (OR=9.0, 95% CI OR =1.6-33.3), 4.8-ჯერ - ღვიძლის კიბოს (OR=4.8, 95% CI OR =1.1-11.1), 3.7-ჯერ ძუძუს კიბოს (OR=3.7, 95% CI OR =1.02-14.3) და 3.0-ჯერ - გინეკოლოგიური კიბოს დროს (OR=3.0, 95% CI OR =1.04-11.1).

6.3.3.5. კანი და ძვალ-სახსროვანი სისტემა

ონკოლოგიურ პაციენტთა 64%-ს აღენიშნებოდა კანის ნორმალური ფერი, ხოლო 36%-ს ანემიური, მოლურჯო, მუქი ყავიფერი, მონაცრისფრო-მიწისფერი, მოყვითალო ან მომწვანო

ელფერის, მაშინ როდესაც საკონტროლო ჯგუფში შემავალ პაციენტთა უმრავლესობას (99%) კანის ფერი ჰქონდა ანემიური.

ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 61%-ს აღენიშნებოდა კანის ნორმალური ფერი, ხოლო 39%-ს ანემიური, მოლურჯო, მუქი ყავიფერი, მონაცრისფრო-მიწისფერი, მოყვითალო ან მომწვანო ელფერის, მაშინ როდესაც პაციენტ ქალთა 66%-ს კანის ფერი ჰქონდა ნორმალური, ხოლო 34%-ს - პათოლოგიური შეფერილობის.

ონკოლოგიურ პაციენტთა კანის შეფერილობაში სქესის მიხედვით არ იქნა გამოვლენილი სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა ($\chi^2 = -0.53$; $p = 0.297$).

დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით კანის სხვა ფერის (მონაცრისფრო, მოყვითალო, მომწვანო) ალბათობა 4.4-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოს ($OR=4.4$; 95% CI $OR = 1.4-13.6$) და 3.7-ჯერ - ღვიძლის კიბოს დროს ($OR=3.7$; 95% CI $OR = 1.01-13.3$).

დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს კანისა და თვალეების გაყვითლების ალბათობა 6.3-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოსთან ($OR=6.3$; 95% CI $OR = 1.5-27.0$) და 6.9-ჯერ - უროლოგიური კიბოსთან შედარებით ($OR=6.9$; 95% CI $OR = 1.5-71.7$), ხოლო ფილტვის კიბოს დროს კანისა და თვალეების გაყვითლების ალბათობა 15.0-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოსთან ($OR=15.0$; 95% CI $OR = 1.6-138.0$) და 16.7-ჯერ - უროლოგიური კიბოსთან შედარებით ($OR=16.7$; 95% CI $OR = 2.5-112.2$).

დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით კანის გამონაყარის ან ქავილის ალბათობა 3.3-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოს ($OR=3.3$; 95% CI $OR = 1.2-11.1$), 4.6-ჯერ გინეკოლოგიური ($OR=4.6$; 95% CI $OR = 1.3-16.7$) და 4.8-ჯერ - უროლოგიური კიბოს დროს ($OR=4.8$; 95% CI $OR = 1.5-14.3$).

კანის ტემპერატურა შემთხვევათა ჯგუფში მხოლოდ 17%-ში იყო ნორმალური, 74%-ში შეგრილებული (66%) ან შეციებული (8%), ხოლო 9%-ში ცხელი, განსაკუთრებით ხელებზე და ფეხებზე. მაშინ როდესაც კანის ტემპერატურა საკონტროლო ჯგუფში 100%-ში იყო შეგრილებული.

ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა კანის ტემპერატურა შემთხვევათა 19%-ში იყო ნორმალური, 74%-ში შეგრილებული (65%) და შეციებული (9%), ხოლო 7%-ში ცხელი, განსაკუთრებით ხელებზე და ფეხებზე.

ონკოლოგიურ პაციენტ ქალთა კანის ტემპერატურა შემთხვევათა 14%-ში იყო ნორმალური, 78%-ში შეგრილებული (67%) და შეციებული (9%), ხოლო 10%-ში ცხელი, განსაკუთრებით ხელებზე და ფეხებზე.

ძვლებში კიბოს მეტასტაზების განვითარებისას, შემთხვევათა 19,2%-ში ვითარდება პათოლოგიური მოტეხილობა, მაშინ როდესაც კიბოს მეტასტაზების გარეშე ძვლების პათოლოგიური მოტეხილობა აღინიშნება მხოლოდ შემთხვევათა 6,5%-ში და ეს განსხვავება სტატისტიკურად სარწმუნოა ($\text{Chi}^2=5.45$; $p=0.020$).

პათოლოგიური მოტეხილობა უფრო მაღალი სიხშირით დაფიქსირდა მამაკაცებში (18,8%), ვიდრე ქალ (5,7%) პაციენტებში. ქალებთან შედარებით მამაკაც პაციენტებში 3,8-ჯერ მაღალია პათოლოგიური მოტეხილობის რისკი ($\text{OR}=3,8$; 95% CI $\text{OR} =1,2-12.1$; $\text{Chi}^2 =2,27$; $p=0.012$).

ძუძუს კიბოს დროს პათოლოგიური მოტეხილობის რისკი 3.6-ჯერ მაღალია დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან ($\text{OR}=3.6$; 95% CI $\text{OR} =1.1-11.1$) და 10.0-ჯერ უროლოგიური კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=10.0$; 95% CI $\text{OR} =1.6-99.9$), ხოლო ძუძუს კიბოსთან შედარებით პათოლოგიური მოტეხილობის ალბათობა 7.7-ჯერ მაღალი იყო პაციენტებში ღვიძლის კიბოს დიაგნოზით ($\text{OR}=7.7$; 95% CI $\text{OR} =1.2-99.0$).

ძუძუს დროს მეტასტაზები ძვლებში და მასთან ასოცირებული ძლიერი ტკივილის ალბათობა 2.9-ჯერ მაღალია დიგესტიური ორგანოების ($\text{OR}=2.9$; 95% CI $\text{OR} =1.02-10.1$) და 3.4-ჯერ - გინეკოლოგიურ კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=3.4$; 95% CI $\text{OR} =1.1-10.7$), ხოლო ღვიძლის კიბოსთან შედარებით მეტასტაზები ძვლებში და მასთან ასოცირებული ძლიერი ტკივილის ალბათობა 3.7-ჯერ მაღალია ფილტვის კიბოს ($\text{OR}=3.7$; 95% CI $\text{OR} =1.04-16.7$), 4.8-ჯერ - უროლოგიური ($\text{OR}=4.8$; 95% CI $\text{OR} =1.1-20.0$) და 5.3-ჯერ - ძუძუს კიბოს დროს ($\text{OR}=5.3$; 95% CI $\text{OR} =1.02-33.3$).

6.3.3.6. ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა

ძალზე მნიშვნელოვანი და საინტერესოა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-ემოციური მდგომარეობის შეფასება.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 62,7%-ს აღენიშნებოდა შფოთვა, 77,3%-ს - დელერიუმი, 78,0%-ს - დეპრესია, 83,3%-ს დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა, 74,0%-ს - სისუსტის გაძლიერება და გადაქანცვა, ხოლო 71,3%-ს - ძილიანობა, ძილად მივარდნა მთელი დღის განმავლობაში, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება. შფოთვა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 70,4%-ში, ღვიძლის - 54,5%-ში, ფილტვის - 77,4%-ში, ძუძუს - 50%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.

დელერიუმი ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 66,7%-ში, ღვიძლის - 90,9%-ში, ფილტვის - 83,9%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 84,2%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.

დეპრესია ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 88,9%-ში, ღვიძლის - 90,9%-ში, ფილტვის - 87,1%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.

დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 76,3%-ს და პაციენტ ქალთა 91,4%-ს. სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არის სარწმუნო ($\chi^2=2,40$; $p=0,008$). დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ონკოლოგიურ პაციენტ ქალებში აღინიშნება 3,3-ჯერ მეტი სიხშირით ($OR=0,3$; 95% CI $OR= 0,11-0,80$).

დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 96,3%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 87,1%-ში, ძუძუს - 77,8%-ში, გინეკოლოგიური - 89,5%-ში, უროლოგიური 85,7%-ში.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების 81,3% თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე, 88,0% - კარგავს მგრძნობელობას კანზე კონტაქტისას, 72,7%-ს აღენიშნება დაბნეულობა და დეზორიენტაცია, 12,0%-ს - მიოკლონუსი, ხოლო 6,7%-ს ცნობიერების სრული დაკარგვა.

ძილიანობა, ძილად მივარდნა, დღის განმავლობაში ძილის ხანგრძლივობა, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 81,5%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 71,0%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 78,6%-ში.

იმ საკითხების უინტერესობა, რომლებიც ადრე მისთვის მნიშვნელოვანი იყო, ინტერესის დაკარგვა გარე სამყაროს, მიმდინარე მოვლენების მიმართ ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 51,9%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 58,1%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 78,9%-ში, უროლოგიური 50,0%-ში.

სურვილი გაჩენა, რომ ახლოს ჰყავდეს მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და მნახველებთან გატარებული დროის შეზღუდვა, ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 77,8%-ში, ღვიძლის - 81,8%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 44,4%-ში, გინეკოლოგიური - 63,2%-ში, უროლოგიური 42,9%-ში.

მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 77,8%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.

დაბნეულობა/გაურკვეველობა დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 74,1%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 67,7%-ში, ძუძუს - 88,9%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.

ესმის ან ხედავს ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის. ეს მოჩვენებები (?) ხშირად მოიცავს გარდაცვლილთა მისალმებას ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 33,3%-ში, ღვიძლის - 36,4%-ში, ფილტვის - 45,2%-ში, ძუძუს - 44,4%-ში, გინეკოლოგიური - 63,2%-ში, უროლოგიური 57,1%-ში.

ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 55,6%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 72,2%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.

პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 77,8%-ში, ღვიძლის - 90,9%-ში, ფილტვის - 83,9%-ში, ძუძუს - 77,8%-ში, გინეკოლოგიური - 84,2%-ში, უროლოგიური 85,7%-ში.

ცნობიერების სრული დაკარგვა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 14,8%-ში, ღვიძლის - 9,1%-ში, ფილტვის - 3,2%-ში, ძუძუს - 11,1%-ში, გინეკოლოგიური - 5,3%-ში, უროლოგიური 0%-ში.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების 64,0% კარგავს იმ საკითხებისადმი ინტერესს, რომლებიც მისთვის მნიშვნელოვანი იყო, 63,3%-ს უჩნდება სურვილი ახლოს ჰყავდეს მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და ზღუდავს სხვა მნახველებთან გატარებულ დროს, 68,0%-ს აღენიშნება მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები.

დაბნეულობა და დეზორიენტაცია ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 74,1%-ში, ღვიძლის - 81,8%-ში, ფილტვის - 83,9%-ში, ძუძუს - 55,6%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.

მიოკლონიუსი აღენიშნება ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 16,3%-ს და პაციენტ ქალთა 7,1%-ს. სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არის

სარწმუნო ($\text{Chi}^2=1,67$; $p=0,048$). მიოკლონიუსი ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცებში აღინიშნება 2,5-ჯერ მეტი სიხშირით ($\text{OR}=2,5$; 95% CI $\text{OR}= 1,02-7,42$).

მიოკლონიუსი ტერმინალურ ფაზაში აღინიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 7,4%-ში, ღვიძლის - 9,1%-ში, ფილტვის - 19,4%-ში, ძუძუს - 5,6%-ში, გინეკოლოგიური - 5,3%-ში, უროლოგიური 14,3%-ში.

მხედველობაში ცვლილებები ტერმინალურ ფაზაში აღინიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 63,0%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 58,1%-ში, ძუძუს - 77,8%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.

სმენის პრობლემები ტერმინალურ ფაზაში აღინიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 63,0%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 54,8%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.

წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები ტერმინალურ ფაზაში აღინიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 74,1%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 80,6%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 78,9%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.

განწყობის ან პიროვნების ცვლილებები ტერმინალურ ფაზაში აღინიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 81,5%-ში, ღვიძლის - 54,5%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 50,0%-ში.

მეხსიერების პრობლემები ტერმინალურ ფაზაში აღინიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 92,6%-ში, ღვიძლის - 81,8%-ში, ფილტვის - 80,6%-ში, ძუძუს - 72,2%-ში, გინეკოლოგიური - 94,7%-ში, უროლოგიური 85,7%-ში.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების 67,3% აღინიშნება მხედველობის პრობლემები, 66,0%-ს - სმენის პრობლემები, 73,3%-ს - წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები, 65,3%-ს - განწყობის ან პიროვნების ცვლილებები, 83,3%-ს - მეხსიერების პრობლემები.

მხედველობაში ცვლილებები აღინიშნება ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 60,0%-ს და პაციენტ ქალთა 75,7%-ს. სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არის სარწმუნო ($\text{Chi}^2=2,03$; $p=0,021$). მხედველობის ცვლილებები ონკოლოგიურ პაციენტ ქალებში აღინიშნება 2,1-ჯერ მეტი სიხშირით ($\text{OR}=0,48$, 95% CI $\text{OR}=0,24-0,98$).

წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები აღნიშნება ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 18,8%-ს და პაციენტ ქალთა 7,1%-ს. სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არ არის სარწმუნო ($\text{Chi}^2=1,59$; $p=0,055$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების მხოლოდ 1,3%-ს იქნა რეგისტრირებული კომა. კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით კომა ყველაზე მაღალი სიხშირით (9,1%) აღინიშნა ღვიძლის კიბოს დროს.

6.3.3.7. ტკივილის სინდრომი

მიღებული იქნა მნიშვნელოვანი და საგანგაშო მონაცემები: ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების საშუალოდ 2/3-ს და მეტს (ლოკალიზაციების მიხედვით 52%-81%) სქესის მიუხედავად, სიცოცხლის ბოლოს უმაღლესი ინტენსიობის ხარისხის ტკივილის (9,4-10,0 ბალის) განცდით ტანჯვა-წამებაში აღმოხდა სული ($p<0,001$)!

ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს ტკივილის სინდრომის ალბათობა 5.0-ჯერ მაღალია ფილტვის კიბოსთან ($\text{OR}=5.0$; 95% CI $\text{OR}= 1.2-20.0$) და 8.3-ჯერ მაღალი - გინეკოლოგიურ კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=8.3$; 95% CI $\text{OR}= 2.2-33.3$).

ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის შემთხვევაში, დაავადებით გამოწვეული ტკივილი და ტანჯვა იწვევს სისუსტეს, თუმცა აღნიშნული სიმპტომების შემსუბუქება შესაძლებელია ოპიოიდური ჯგუფის საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების გამოყენებით.

WHO-ს მონაცემებით, ათობით მილიონი ადამიანი იტანჯება გაუყუჩებელი ტკივილით, 5,5 მილიონ პაციენტში ჯერ კიდევ არ ხდება საშუალო და ძლიერი ტკივილის მართვა. სიმსივნის შორს წასული ფორმებით დაავადებულ ონკოლოგიურ პაციენტთა 80%-ზე მეტი ტკივილით იტანჯება, რაც ხშირად განპირობებულია უშუალოდ სიმსივნის ინფილტრაციით. ტკივილი მნიშვნელოვნად აქვეითებს ცხოვრების ხარისხს და წარმოადგენს სიმსივნის პროგრესირების კლინიკურ ინდიკატორს. კიბოსმიერი ტკივილი შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული და საჭიროებს შესაბამის მართვას.

ტკივილის მართვაში მსოფლიო ლიდერების, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO-ს) რეკომენდაციების დანერგვით შესაძლებელია ამ პრობლემის გადაჭრა და ტკივილის პრაქტიკულად 100%-ით გაკონტროლება, რითაც მიღწეული იქნება ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის ადვოკატობა.

6.4.0. პროსპექტული კვლევის შედეგები

6.4.1. საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფების დახასიათება

კიბოს ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების სიკვდილის მექანიზმების შეფასების მიზნით მეორე ეტაპზე ჩატარებული იქნა პროსპექტული კვლევა. სპეციალურად შემუშავებული კითხვარის საშუალებით (იხ. დანართი 2) შესწავლილი იქნა აკად. ზ.კახიანის სახ. პალიატიურ კლინიკა "რედში" 2021 წლის მაისი-ივნისში ჰოსპიტალიზებული დაავადების ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 96 პაციენტი, მათ შორის 50 ონკოლოგიური (შემთხვევების ჯგუფი) და 44 ნევროლოგიური (საკონტროლო ჯგუფი) პაციენტი. ჩატარდა შემთხვევა-კონტროლის ტიპის კვლევა.

ECOG სტატუსის მიხედვით პაციენტების უმრავლესობა, როგორც შესასწავლ (96,0%), ისე საკონტროლო (97,7%) ჯგუფებში იყო მე-4 ჯგუფი ($p > 0.005$).

კიბოს პირველადი ლოკალიზაციებიდან პრევალირებდა ფილტვის (22%), ძუძუს (16%), დიგესტიური ორგანოების (12%), ღვიძლის და ნაღვლის ბუშტის (10%) და გინეკოლოგიური (10%) კიბო. ყველა ონკოლოგიურ პაციენტს (100%) აღენიშნებოდა მე-4 კლინიკური სტადია. 17 ონკოლოგიურ პაციენტს (34%) ჩატარებული ჰქონდა რადიკალური, 5-ს - არარადიკალური (10%) ოპერაცია, ხოლო 28-ს (56%) არ ჰქონდა ჩატარებული ოპერაციული მკურნალობა.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 60%-ს ჩატარებული ჰქონდა მედიკამენტური თერაპია, 6%-ს - სხივური თერაპია და 100%-ს - პალიატიური თერაპია.

შემთხვევათა ჯგუფში დაფიქსირდა 2 ტრაქეოსტომა, 2 კოლოსტომა, 1 ნეფროსტომა, 1 პარაცენტეზი; კონტროლის ჯგუფში ყველა 18 სტომა წარმოადგენდა ტრაქეოსტომას. χ^2 -ტესტი = 10.29; $p = 0.001$

პაციენტების უმრავლესობას შესასწავლ (66,0%) და, განსაკუთრებით, საკონტროლო (90,9%) ჯგუფში ანამნეზში უფიქსირდებოდა HCV ($\text{Chi}^2 = 8.4$; $p = 0.004$), მაშინ როდესაც ორივე ჯგუფში ყველა პაციენტი (100%) იყო COVID-19 უარყოფითი.

6.4.2. საკვლევი და საკონტროლო ჯგუფებში შემავალი პაციენტების ზოგადი კლინიკური პარამეტრები

გასაშუალებული სხეულის მასის ინდექსი, როგორც შემთხვევების (14.4), ისე საკონტროლო ჯგუფში (15.5) იყო ნორმაზე 3-4 კგ-ით ნაკლები. ამავე დროს გასაშუალებული სმი 1 კგ-ით ნაკლები იყო ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (Z -ტესტი = 7.4; $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების 52%-ს აღენიშნებოდა ერითროციტოპენია, 40%-ს - ლეიკოციტოპენია, ხოლო 38%-ს - თრომბოციტოპენია.

მე-2 ტიპის შაქრიანი დიაბეტი აღენიშნა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების მხოლოდ 2%-ს, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში - პაციენტთა 16%-ს ($\chi^2 = 5.8$; $p = 0.016$).

შემთხვევებისა და კონტროლის ჯგუფებში ნორმის ფარგლებში იყო გასაშუალებული არტერიული წნევის მაჩვენებლები. ამავე დროს საკონტროლო ჯგუფში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებთან შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ აღინიშნა როგორც სისტოლური (სისტოლური T/A - Z-ტესტი = 5.4; $p < 0.001$), ისე დიასტოლური (დიასტოლური T/A - Z-ტესტი = 4.3; $p < 0.001$) წნევის მცირედ უფრო მაღალი მაჩვენებლები.

მართალია ორივე ჯგუფში სატურაცია დაბალია ნორმაზე, თუმცა ონკოლოგიურ პაციენტებში სატურაციის მაჩვენებელი მიახლოებული იყო ნორმასთან (94.2) და სტატისტიკურად სარწმუნოდ აღემატებოდა საკონტროლო ჯგუფის გასაშუალებულ ანალოგიურ მაჩვენებელს (90.4) ($Z = 4.2$; $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების პალიატიურ კლინიკაში დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობამ შეადგინა 8,1 დღე, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების კლინიკაში დაყოვნება სტატისტიკურად სარწმუნოდ ხანგრძლივი იყო ($Z = 3.5$; $p < 0.001$) და შეადგინა 19,9 დღე.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების სუნთქვის საშუალო სიხშირემ შეადგინა 19,3 წუთში, ხოლო საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების - 19,9 ($Z = 2.2$; $p = 0.030$).

ნორმალური კანის ფერი ჰქონდა ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების 18%-ს, ანემიური- 14%-ს, მოლურჯო- 14%-ს, მუქი ყავისფერი- 18%-ს, მონაცისფრო მიწისფერი- 12%-ს, მოყვითალო- 14%-ს, მომწვანო- 10%-ს.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტების 52%-ს კანის ტემპერატურა ჰქონდა შეგრილებული, 32%-ს - ნორმალური და მხოლოდ 16%-ს - ცხელი, განსაკუთრებით ხელისა და ფეხის გულეზე.

6.4.3.1. სასუნთქი სისტემა

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 50 ონკოლოგიური პაციენტიდან 27-ს (54%) აღენიშნებოდა სპონტანური სუნთქვა, ხოლო 23-ს (46%) - ვეზიკულური სუნთქვა. საკონტროლო ჯგუფის 44

პაციენტებში ანალოგიურმა მაჩვენებლებმა შეადგინა 41 (93,2%) შემთხვევაში სპონტანური, ხოლო 3-ში (6,8%) - ვეზიკულური სუნთქვა. ვეზიკულური სუნთქვის სიხშირე ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში სტატისტიკურად სარწმუნოდ მაღალი იყო ($\chi^2 = 25.0$; $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 42,0%-ს აღნიშნებოდა დისპნოე; 14%-ს - მშრალი ხველა, რომელიც არ ჩერდება; 28,0%-ს - სუნთქვის გართულება, ექსუდატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული; 42%-ს - სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით; 10%-ს - ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით; 28%-ს პლევრაში ექსუდატის დაგროვება; 52%-ს - სუნთქვის ცვლილებები, პირის სუნთქვა უხდებოდა არარეგულარული და შესაძლოა ხმაურიანი, რაღაც ეტაპზე შეჩერებით.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ არცერთ ონკოლოგიურ პაციენტში არ დაფიქსირებულა კუსმაულის, ბიოტის და გროკოს სუნთქვა; 46%-ში დაფიქსირდა ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, ხოლო 44,0%-ში - სუნთქვის გაჩერება.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით 15-ჯერ მაღალი იყო შემდეგი სახის სუნთქვის ცვლილებები: სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით (OR = 15.2; 95%CI OR= 4.2 - 54.7; $\chi^2 = 3.5$, $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით, 17-ჯერ დაბალია პლევრაში ექსუდატის დაგროვების რიკი (OR = 0.06, 95%CI OR=0.03 - 0.15; $\chi^2 = 5.2$; $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ (52%) და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებს (43,2%) შორის სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა სუნთქვის ისეთი სახის ცვლილებების სიხშირეებში, როდესაც პირის სუნთქვა ხდება არა რეგულარული და შეიძლება გახდეს ხმაურიანი და რაღაც ეტაპზე შეჩერდეს - არ ყოფილა გამოვლენილი (OR = 1.42, 95%CI OR= 0.72 - 2.82; $\chi^2 = 0.8$, $p = 0.852$).

6.4.3.2. გულ-სისხძარღვთა სისტემა

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით, 250-ჯერ დაბალია გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის რისკი (OR = 0.004, 95%CI OR=0.001 - 0.019; $\chi^2= 6.4$; $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ არცერთ ონკოლოგიურ პაციენტში არ ყოფილა დაფიქსირებული გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა (0%), 6,0%-ს აღენიშნა გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობა, ხოლო 8,0%-ს- სინკოპე.

6.4.3.3. საჭმლის მომნელებელი სისტემა

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების უმრავლესობა (98,0%) საკვებს იღებდა პერ ორალურად, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში პაციენტების უმრავლესობა (84,1%)- ნაზო-გასტრალურად. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა პერ-ორალური კვების ხასიათის ალბათობა 259-ჯერ აღემატებოდა საკონტროლო ჯგუფში პაციენტების პერ-ორალური კვების ალბათობას (OR = 259.0, 95%CI OR=43.0-1558.0; $\chi^2= 5.1$, $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება (100,0%), დისგაფია (84,0%), წონის დაკლება (94,0%), წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა (90,0%) და კახექსია (96,0%).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 32,0% უჩიოდა გულისრევას, 30,0% კი - ლებინებას.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 63,3%-ს აღენიშნებოდა ყაბზობა, 38,7%-ს - სიმსივნის კომპრესიით გამოწვეული გაუვალობა, 28,7%-ს - დიარეა, 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 8,0%-ს აღენიშნებოდა მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება, 6,0%-ს- ციებ-ცხელება, ხოლო 26%-ს- ღვიძლის უკმარისობა.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი როგორც ონკოლოგიურ (8,0%), ისე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (2,3%), მუცლის ღრუში სითხის დაგროვების სიხშირეებს შორის არ იქნა გამოვლენილი სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა (OR = 0.35, 95%CI OR=0.05 - 2.65; $\chi^2= 0.9$, $p = 0.196$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიურ პაციენტთა 26,0%-ს და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტთა 2,3%-ს აღენიშნებოდა ღვიძლის უკმარისობა. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში 15.1-ჯერ იზრდება ღვიძლის უკმარისობის განვითარების რისკი (OR = 15.1, 95%CI OR = 2.6 - 86.6; $\chi^2= 2.56$, $p = 0.005$).

6.4.3.4. საშარდე სისტემა

ონკოლოგიური პაციენტები დღე-ღამეში იღებდნენ მეტი რაოდენობით სითხეს ($Z= -6.4$, $p < 0.001$), მეტი რაოდენობით გამოყოფნენ სითხეს შარდის სახით ($Z= -6.8$, $p < 0.001$) და მათ ყოველდღიურად საშუალოდ 120 მლ-მდე მეტი ოდენობით სითხე უგროვდებოდათ ორგანიზმში ($Z= -4.5$, $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 2,0%-ს აღენიშნებოდა შარდვაზე ჩივილები, 32%-ს- გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირება.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 8,0%-ს და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების 2,3%-ს აღენიშნა თირკმლების უკმარისობა. თუმცა სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა აღნიშნულ ჯგუფებში თირკმლების უკმარისობის განვითარების რისკებს შორის არ იქნა გამოვლენილი (OR = 0.35, 95%CI OR=0.05 - 2.65; $\chi^2= 0.9$, $p = 0.196$).

6.4.3.5. კანი და ძვალ-სახსროვანი სისტემა

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 54,0%-ს აღენიშნებოდა კანისა და თვალების სკლერის სიყვითლე, 42,0%-ს - კანზე გამონაყარი ან ქავილი, ხოლო 26,0%-ს - გვამური ლაქები.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ 24 ონკოლოგიურ პაციენტს (48,0%) აღენიშნებოდა დაავადების მეტასტაზური გავრცელება, მათ შორის 14-ს (28,0%)- ძვლებში, 1-ს (2,0%) გულ-მკერდის არეში, 2-ს (4,0%)- მუცლის არეში, 3-ს (6,0%)- კიდურების და 4-ს (8,0%)- წელის არეში.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი 50 ონკოლოგიურ პაციენტში ძვლების პათოლოგიური მოტეხილობა არ დაფიქსირებულა, 14 პაციენტს (28,0%) აღენიშნებოდა დაავადების მეტასტაზური გავრცელება ძვლებში, რომელსაც თანახლდა ძლიერი ტკივილი.

6.4.3.6. ფსიქო-ემოციური მდგომარეობა

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებს შემთხვევათა 24,0%-ში აღენიშნებათ შფოთვა, 32,0%-ში - დელერიუმი, 30,0%-ში - დეპრესია, 90,0%-ში - დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა, 26,0%-ში - ძილიანობა, ძილად მივარდნა, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტები შემთხვევათა 38,0%-ში თანდათანობით ხდებიან სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე; 2,0%-ში ესმით ან ხედავენ ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის, ემზადებიან გასამგზავრებლად ან ესალმებიან გარდაცვლილებს; 36,0%-ში სრულად კარგავენ ცნობიერებას; 44,0%-ში- არიან დაბნეულები და დეზორიენტირებულები.

ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტები შემთხვევათა 8,0%-ში აღნიშნავენ მხედველობაში ცვლილებებს, 8,0%-ში - სმენის პრობლემებს, 48,0%-ში წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემებს, 22,0%-ში- მეხსიერების პრობლემებს, ხოლო 8,0%-ში ვარდებიან კომაში.

ამავე დროს, გლაზგოს შკალით კომის სიმძიმე უფრო მაღალია საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (8,8) ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებთან (13,6) შედარებით ($Z = -13.69$, $p < 0.001$).

ტერმინალურ ფაზაში ძილიანობა, ძილად მივარდნა ერთნაირი სიხშირით აღინიშნა როგორც ონკოლოგიურ პაციენტებში (26,0%), ისე საკონტროლო ჯგუფის (29,5%) პაციენტებში ($OR = 0.8$, $95\%CI OR = 0.34-1.80$; $\chi^2 = 0.4$, $p = 0.383$).

დაბნეულობა, გაურკვეველობა დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით აღინიშნა შემთხვევათა 22,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 61,4%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 5.5-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ($OR = 0.18$, $95\%CI OR = 0.08-0.38$; $\chi^2 = 3.8$, $p < 0.001$).

ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია აღინიშნა შემთხვევათა 6,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 36,4%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 9.1-ჯერ

ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 0.11, 95%CI OR = 0.04-0.34; $\chi^2= 3.3$, $p < 0.001$).

ცნობიერების სრული დაკარგვა აღინიშნა შემთხვევათა 36,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 68,2%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 3.8-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 0.26, 95%CI OR = 0.13-0.54; $\chi^2= 3.1$, $p < 0.001$).

ტენდენცია, როდესაც პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე აღინიშნა შემთხვევათა 38,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 6,8%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 8.4-ჯერ მაღალია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 8.4, 95%CI 2.8-25.0; $\chi^2 = 3.2$, $p < 0.001$).

დაბნეულობა და დეზორიენტაცია აღინიშნა შემთხვევათა 44,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 68,2%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 2.7-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 0.37, 95%CI OR = 0.18-0.75; $\chi^2= 2.3$, $p < 0.01$).

სმენის პრობლემები აღინიშნა შემთხვევათა 8,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 2,3%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. თუმცა სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესწავლილ ჯგუფებს შორის სმენის პრობლემების მხრივ არ ყოფილა გამოვლენილი (OR = 3.74, 95%CI OR = 0.58-24.3, $\chi^2= 1.2$, $p = 0.123$).

მეხსიერების პრობლემები აღინიშნა შემთხვევათა 22,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 4,5%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს მეხსიერების პრობლემები ალბათობა 5.9-ჯერ მაღალია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR=5.9, 95%CI OR=1.59-22.1, $\chi^2= 2.2$, $p = 0.013$).

6.4.3.7. ტკივილის სინდრომი

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის სინდრომის სიხშირემ შეადგინა 68,0%, ხოლო ტკივილის ინტენსივობამ შეადგინა 8.4 ბალი.

სხვა სიტყვებით, ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 2/3-ს 8.4-ბალიანი ინტენსივობის ძლიერი ტკივილის პირობებში ტანჯვა-წამებით აღმოხდა სული.

კვლევის ძირიადი შედეგები და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ძირიადი დასკვნები:

- ✓ ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 183. კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=27,3; 95% CI ASR= 26,4-28,2), მეორე - პროსტატის (ASR=20,4; 95% CI ASR= 19,6-21,1), მესამე- შარდის ბუშტის (ASR=16,0; 95% CI ASR= 15,3-16,7), მეოთხე - კოლორექტუმის (ASR=15,8; 95% CI ASR= 15,1-16,5), მეხუთე- კანის კიბოს (ASR=14,8; 95% CI ASR= 14,1-15,4).
- ✓ ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში თბილისში ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 244. კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=34,1; 95% CI ASR= 32,1-36,2), მეორე - პროსტატის (ASR=32,5; 95% CI ASR= 30,5-34,6), მესამე- კოლორექტუმის (ASR=24,1; 95% CI ASR= 22,3-25,8), მეოთხე - შარდის ბუშტის (ASR=22,7; 95% CI ASR= 21,0-24,4), მეხუთე- კანის კიბოს (ASR=17,3; 95% CI ASR= 15,9-18,8).
- ✓ ასაკით სტანდარტიზებული (ASR) მაჩვენებლებით, 2015-2019 წლებში საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) ყოველ 100,000 მამაკაცზე ყოველწლიურად კიბოთი ავადდებოდა 166. კიბოს ლოკალიზაციების მიხედვით რანგით პირველი ადგილი ეკავა ფილტვის კიბოს (ASR=25,6; 95% CI ASR= 24,5-26,7), მეორე - პროსტატის (ASR=16,8; 95% CI ASR=16,0-17,7), მესამე- კანის (ASR=14,3; 95% CI ASR= 13,5-15,1), მეოთხე - შარდის ბუშტის კიბოს (ASR=14,1; 95% CI ASR= 13,3-14,9), მეხუთე- კოლორექტუმის კიბოს (ASR=13,5; 95% CI ASR= 12,7-14,2).
- ✓ საქართველოში მამაკაცთა 5 ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით 1-ლი ადგილი უკავია ფილტვის კიბოს (ASR=27,3). ფილტვის კიბოს ასევე 1-ლი სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=34,1), ისე რეგიონებში (ASR=25,6). ამავე დროს, ინციდენტობის სტანდარტიზებული მაჩვენებლების შეფარდება (SRR) გვიჩვენებს, რომ თბილისში ფილტვის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,3-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,3) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.
- ✓ საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-2 ადგილი უკავია პროსტატის კიბოს (ASR=20,4). პროსტატის კიბოს ასევე მე-2 სარანგო ადგილი უკავია

როგორც თბილისში (ASR=32,5), ისე რეგიონებში (ASR=16,8). ამავე დროს, SRR-ის მიხედვით თბილისში პროსტატის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,9-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,9) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.

- ✓ საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-3 ადგილი უკავია შარდის ბუშტის კიბოს (ASR=16,0). შარდის ბუშტის კიბოს მე-4 სარანგო ადგილი უკავია როგორც თბილისში (ASR=24,1), ისე რეგიონებში (ASR=14,1). SRR-ის მიხედვით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,7-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,7) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.
 - ✓ საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-4 ადგილი უკავია კოლორექტუმის კიბოს (ASR=15,8). მაშინ როდესაც ამ ლოკალიზაციის კიბოს თბილისში უკავია მე-3 სარანგო ადგილი (ASR=24,1), ხოლო რეგიონებში - მე-5 (ASR=13,5). SRR-ის მიხედვით თბილისში კოლორექტუმის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,8-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,8) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის სიხშირეს.
 - ✓ საქართველოში მამაკაცთა კიბოთი ავადობის სტრუქტურაში რანგით მე-5 ადგილი უკავია კანის კიბოს (ASR=14,8). კანის კიბოს ასევე მე-5 სარანგო ადგილი უკავია თბილისში (ASR=17,3), მაშინ როდესაც რეგიონებში კანის კიბო არის მე-3 სარანგო ადგილზე (ASR=14,3). SRR-ის მიხედვით თბილისში შარდის ბუშტის კიბოს ინციდენტობის სიხშირე 1,2-ჯერ აღემატებოდა (SRR=1,2) საქართველოს რეგიონებში ამ ლოკალიზაციის კიბოთი ავადობის დონეს.
1. სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა 2015-2019 წლებში თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მცხოვრებ მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და თითოეული ლოკალიზაციის სარანგო ადგილი: პირველი და მეორე სარანგო ადგილები როგორც თბილისში, ისე საქართველოს რეგიონებში ეკავათ, შესაბამისად, ფილტვისა და პროსტატის კიბოს, ამავე დროს ამ ლოკალიზაციების კიბოთი ავადობის სიხშირეები თბილისში, შესაბამისად, 1,3-ჯერ და 1,9-ჯერ აღემატებოდა რეგიონებში რეგისტრირებულ ავადობის დონეებს; მეოთხე სარანგო ადგილი როგორც თბილისში, ისე რეგიონებში ეკავა შარდის ბუშტის კიბოს; მესამე და მეხუთე ადგილები შესაბამისად ეკავათ თბილისში კოლორექტუმისა და კანის კიბოს, ხოლო რეგიონებში პირიქით -კანისა და კოლორექტუმის კიბოს.

- ✓ საქართველოში 2018-2019 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ყოველწლიური საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 4255.0 ± 96.2 , მათ შორის თბილისში - 1476.0 ± 5.7 .
 - ✓ საქართველოში COVID-19 პანდემიამდე ყოველწლიურად (2018-2019), ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითმა წონამ შეადგინა 9% , ხოლო პანდემიის 1-ლ წელს (2020) - 5%.
 - ✓ 2018-2019 წლებში საქართველოში ყოველწლიურად ყველა მიზეზით საშუალოდ რეგისტრირდებოდა გარდაცვალების 46,591 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 4,255 (9%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 42,336 (91%) შემთხვევა.
 - ✓ 2020 წელს საქართველოში რეგისტრირებული იქნა გარდაცვალების 50,537 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 2,405 (5%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 48,132 (95%) შემთხვევა. ვინაიდან კვლევისას გამოყენებული იქნა კიბოს 2020 არასრული ბაზა (2,405 პაციენტზე), NCDC-დან მისაღებია დამატებითი მონაცემები და დასაზუსტებელია 2020 წელს კიბოს მიზეზით გარდაცვლილთა ხვედრითი წონა.
 - ✓ თბილისში COVID-19 პანდემიამდე ყოველწლიურად (2018-2019), ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითმა წონამ შეადგინა 12% , ხოლო პანდემიის 1-ლ წელს (2020) - 6%.
2. თბილისში 2018-2019 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ყოველწლიური საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 1476.0 ± 5.7 . ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში თბილისში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითმა წონამ COVID-19 პანდემიამდე შეადგინა 12% , ხოლო პანდემიის 1-ლ წელს (2020) - 6%. ამდენად, COVID-19 პანდემიასთან დაკავშირებით კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითი წონის მატება არ ყოფილა რეგისტრირებული.
- ✓ 2018-2019 წლებში თბილისში ყოველწლიურად ყველა მიზეზით საშუალოდ რეგისტრირდებოდა გარდაცვალების 12,335 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 1,476 (12%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 10,859 (88%) შემთხვევა.
 - ✓ 2020 წელს თბილისში რეგისტრირებული იქნა გარდაცვალების 13,878 შემთხვევა, მათ შორის კიბოს მიზეზით 801 (6%), ხოლო სხვა ყველა დანარჩენი მიზეზით- 13,077 (94%) შემთხვევა. ვინაიდან კვლევისას გამოყენებული იქნა კიბოს 2020 არასრული ბაზა (801 პაციენტზე), NCDC-დან მისაღებია დამატებითი მონაცემები და დასაზუსტებელია თბილისში 2020 წელს კიბოს მიზეზით გარდაცვლილთა ხვედრითი წონა.

- ✓ 2019 წელს კიბოს დიაგნოზით საქართველოში სულ 469 პაციენტმა მიიღო რეფერალური სერვისი, მათ შორის 51 (10,9%) პაციენტმა - პალიატიური დახმარება, ხოლო უმრავლესობამ - 418 (89,1%) პაციენტმა- თანატოლოგიური. თბილისში სულ 239 პაციენტმა მიიღო რეფერალური სერვისი, მათ შორის 18 (7,5%) პაციენტმა - პალიატიური დახმარება, ხოლო უმრავლესობამ - 221 (92,5%) პაციენტმა- თანატოლოგიური.
 - ✓ 2019 წელს საქართველოში კიბოს ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტების მხოლოდ 10%-მა მიიღო პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური თანატოლოგიური სერვისი, მაშინ როდესაც თბილისში ანალოგიური სერვისის მიმღებთა რაოდენობამ შეადგინა 15%. ანუ კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა უმრავლესობა (85-90%) გარდაიცვალა ბინაზე რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღების გარეშე.
 - ✓ 2019 წელს საქართველოში სულ გარდაიცვალა 46,569 პაციენტი, მათ შორის 4,187 (9%) კიბოს მიზეზით, რომელთაგან მხოლოდ 418 (0,9%) მიიღო პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალური სერვისი, რამაც შეადგინა საქართველოში კიბოს მიზეზით გარდაცვალილთა მხოლოდ 10%.
3. კიბოს ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტების მხოლოდ 10% იღებს საქართველოს პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალურ თანატოლოგიურ სერვისს, ხოლო თბილისში ანალოგიური სერვისის მიმღებთა რაოდენობა შეადგენს 15%. ანუ კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა უმრავლესობა (85-90%) გარდაიცვლება ბინაზე რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღების გარეშე.
- ✓ ონკოლოგიურ პაციენტთა 64%-ს აღენიშნებოდა კანის ნორმალური ფერი, ხოლო 36%-ს ანემიური, მოლურჯო, მუქი ყავიფერი, მონაცრისფრო-მიწისფერი, მოყვითალო ან მომწვანო ელფერის, მაშინ როდესაც საკონტროლო ჯგუფში შემავალ პაციენტთა უმრავლესობას (99%) კანის ფერი ჰქონდა ანემიური.
 - ✓ ონკოლოგიურ პაციენტთა კანის შეფერილობაში სქესის მიხედვით არ იქნა გამოვლენილი სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა ($\text{Chi}^2 = -0.53$; $p = 0.297$).
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 54,0%-ს აღენიშნებოდა ერთდროულად კანისა და თვალების სკლერის სიყვითლე, 42,0%-ს - კანზე გამონაყარი ან ქავილი, ხოლო 26,0%-ს - გვამური ლაქები.

- ✓ დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით კანის სხვა ფერის (მონაცრისფრო, მოყვითალო, მომწვანო) ალბათობა 4.4-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოს (OR=4.4; 95% CI OR =1.4-13.6) და 3.7-ჯერ - ღვიძლის კიბოს დროს (OR=3.7; 95% CI OR =1.01-13.3).
- ✓ დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს კანისა და თვალების გაყვითლების ალბათობა 6.3-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოსთან (OR=6.3; 95% CI OR =1.5-27.0) და 6.9-ჯერ - უროლოგიური კიბოსთან შედარებით (OR=6.9; 95% CI OR =1.5-71.7), ხოლო ფილტვის კიბოს დროს კანისა და თვალების გაყვითლების ალბათობა 15.0-ჯერ მაღალია ძუძუს კიბოსთან (OR=15.0; 95% CI OR =1.6-138.0) და 16.7-ჯერ - უროლოგიური კიბოსთან შედარებით (OR=16.7; 95% CI OR =2.5-112.2).
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში კანის ტემპერატურა მხოლოდ შემთხვევათა 17%-ში იყო ნორმალური, 74%-ში შეგრილებული (66%) ან შეციებული (8%), ხოლო 9%-ში ცხელი, განსაკუთრებით ხელებზე და ფეხებზე. მაშინ როდესაც კანის ტემპერატურა საკონტროლო ჯგუფში 100%-ში იყო შეგრილებული. ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა კანის ტემპერატურა შემთხვევათა 19%-ში იყო ნორმალური, 74%-ში შეგრილებული (65%) და შეციებული (9%), ხოლო 7%-ში ცხელი, განსაკუთრებით ხელებზე და ფეხებზე. ონკოლოგიურ პაციენტ ქალთა კანის ტემპერატურა შემთხვევათა 14%-ში იყო ნორმალური, 78%-ში შეგრილებული (67%) და შეციებული (9%), ხოლო 10%-ში ცხელი, განსაკუთრებით ხელებზე და ფეხებზე.
- 4. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ პაციენტებს ეცვლებათ კანის შეფერილობა და უმცირდებათ ტემპერატურა. თუ ცერებრო-ვასკულარული დაავადების ტერმინალურ ფაზაში პაციენტების უმრავლესობას კანის შეფერილობა უხდებათ ანემიური (99%) და ტემპერატურა შეგრილებულ-შეციებული (100%), ონკოლოგიურ პაციენტებში ანემიურთან ერთად კანი ხშირად იღებს მოლურჯო, მუქ ყავიფერ, მონაცრისფრო-მიწისფერ, მოყვითალო ან მომწვანო ელფერს (36%), და ტემპერატურა შეგრილებულ-შეციებულის გარდა (74%) შესაძლოა იყოს ცხელი (10%), განსაკუთრებით ხელებზე და ფეხებზე.
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 89,3%-ს აღენიშნებოდა დისპნოე (სუნთქვის გაძნელება, რასაც თან სდევს ჰაერის უკმარისობა), 70,0%-ს - ქოშინი, 84,7%-ს - სუნთქვის გართულება (ექსუდატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული), ხოლო 58,0%-ს მშრალი, შეუჩერებელი ხველა. ონკოლოგიურ პაციენტთა 64,0%-ს

აღნიშნებოდა სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით, 22,7%-ს - ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით, 82,0%-ს - პლევრაში ექსუდატის დაგროვება, ხოლო 87,3%-ს - სუნთქვის ცვლილებები, პირით სუნთქვა ხდება არარეგულარული და ხმაურიანი, რომელიც რაღაც ეტაპზე შეჩერდება. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 78,0%-ში რეგისტრირებული იქნა ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, 2,7%-ში სიკვდილისწინა ხრიალი, ხოლო 13,3%-ში - სუნთქვის გაჩერება.

- ✓ სპონტანური სუნთვა აღნიშნებოდა ონკოლოგიურ პაციენტთა 29%-ს და 53%-ს საკონტროლო ჯგუფში. ონკოლოგიურ პაციენტებში ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა აღინიშნა შემთხვევათა 61%-ს ხოლო საკონტროლო ჯგუფში 44%.
- ✓ ონკოლოგიურ პაციენტებში სქესის მიხედვით ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა სტატისტიკურად სარწმუნოდ ($\text{Chi}^2 = 19.40; p < 0.001$) უფრო მეტი სიხშირით (2,2-ჯერ) აღინიშნებოდა მამაკაც პაციენტებში (55%) ვიდრე ქალებში (25%), რაც სავარაუდოდ შესაძლებელია დაკავშირებული იყო იმ გარემოებასთან, რომ ქალებთან შედარებით მამაკაც პაციენტებში პრევალირებდა ფილტვის კიბოს სიხშირე.
- ✓ ონკოლოგიურ პაციენტთა 55,6%-81,8%, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით აღნიშნებოდა ქოშინი. ამავე დროს, ქოშინის ალბათობა 3,5-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს, ძუძუს კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=3,5; 95\% \text{ CI OR}= 1.1-10.9$).
- ✓ ფილტვის პირველადი კიბოს დროს პაციენტთა 83,9% აღნიშნებოდა ვეზიკულური და შესუსტებული ვეზიკულური სუნთქვა, ხოლო სპონტანური სუნთქვა - შემთხვევათა მხოლოდ 16%-ში ($\text{Chi}^2 = 19.40; p < 0.001$).
- ✓ დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს მშრალი ხველა, რომელიც არ ჩერდება აღნიშნებოდა 2.9-ჯერ მეტი სიხშირით ფილტვის კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=2.9; 95\% \text{ CI OR}=1.1-7.6$), 3.5-ჯერ- ძუძუს კიბოსთან ($\text{OR}=3.5; 95\% \text{ CI OR}=1.2-10.4$) და უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=3.5; 95\% \text{ CI OR}=1.1-11.1$). ღვიძლის კიბოს დროს 4.5-ჯერ მაღალია მშრალი ხველის, რომელიც არ ჩერდება, ალბათობა ძუძუს კიბოსთან შედარებით ($\text{OR}=4.5; 95\% \text{ CI OR}=1.04-20.2$).

- ✓ ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე მაღალი სიხშირით აღინიშნა ფილტვისა (32,3%) და დიგესტიური ორგანოების (29,6%) კიბოს დროს. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით ხველების სიხშირის ალბათობა 6.2-ჯერ მაღალია უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=6.2; 95% CI OR=1.01-54.2).
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 78,0%-ში რეგისტრირებული იქნა ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, 2,7%-ში სიკვდილისწინა ხრიალი, ხოლო 13,3%-ში- სუნთქვის გაჩერება.
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში სუნთქვის გაჩერება საკვლევ ჯგუფში დაფიქსირდა მამაკაც პაციენტების შემთხვევათა 78,7%-ში, ხოლო ქალების- 67,1%-ში (Chi2 = 2.01; p=0.022). ტერმინალურ ფაზაში სუნთქვის გაჩერების რისკი მამაკაცებში 3-ჯერ მაღალი იყო ქალ პაციენტებთან შედარებით (OR=3.00, 95% CI OR= 1.03-8.74).
 - ✓ ვეზიკულური სუნთქვის სიხშირე ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში სტატისტიკურად სარწმუნოდ მაღალი იყო ($\chi^2= 25.0$; $p < 0.001$).
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ არცერთ ონკოლოგიურ პაციენტში არ დაფიქსირებულა კუსმაულის, ბიოტის და გროკოს სუნთქვა; 46%-ში დაფიქსირდა ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, ხოლო 44,0%-ში - სუნთქვის გაჩერება.
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით 15-ჯერ მაღალი იყო შემდეგი სახის სუნთქვის ცვლილებები: სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით (OR = 15.2; 95%CI OR= 4.2 - 54.7; $\chi^2= 3.5$, $p < 0.001$).
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ (52%) და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებს (43,2%) შორის სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა სუნთქვის ისეთი სახის ცვლილებების სიხშირეებში, როდესაც პირის სუნთქვა ხდება არა რეგულარული და შეიძლება გახდეს ხმაურიანი და რაღაც ეტაპზე შეჩერდეს - არ ყოფილა გამოვლენილი (OR = 1.4, 95%CI OR= 0.7 - 2.8; $\chi^2= 0.8$, $p = 0.852$).
5. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნება დისპნოე (სუნთქვის გამწვანება, რასაც თან სდევს ჰაერის უკმარისობა), ქოშინი, სუნთქვის გართულება (ექსუდატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული), მშრალი,

შეუჩერებელი ხველა, ქოშინი, სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით, ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით, პლევრაში ექსუდატის დაგროვება, სუნთქვის ცვლილებები, პირით სუნთქვა ხდება არარეგულარული და ხმაურიანი, რომელიც რაღაც ეტაპზე შეჩერდება. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 78,0%-ში რეგისტრირებული იქნა ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, 2,7%-ში სიკვდილისწინა ხრიალი, ხოლო 13,3%-ში- სუნთქვის გაჩერება.

- ✓ ტერმინალურ ფაზაში, როგორც საკვლევ ჯგუფში კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით, ისე საკონტროლო ჯგუფში პაციენტების გასაშუალებული არტერიული წნევის სისტოლური და დიასტოლური მაჩვენებლები დაფიქსირებული იქნა ნორმის ქვედა ზღვარის დონეზე და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტთა გარდაცვალებას წინ უძღვის არტერიული წნევის დაცემა.
- ✓ როგორც ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა ჯგუფში, ისე საკონტროლო ჯგუფში პაციენტებს აღენიშნებოდათ ტაქიკარდია და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტებს ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნებათ დაქვეითებული სატურაცია და, შესაბამისად, ტაქიკარდიას აქვს კომპენსატორული ხასიათი.
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ არცერთ ონკოლოგიურ პაციენტში არ ყოფილა დაფიქსირებული გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა (0%), 6,0%-ს აღენიშნა გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობა, ხოლო 8,0%-ს- სინკოპე.
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით, 250-ჯერ დაბალია გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის რისკი ($OR = 0.004$, 95%CI $OR=0.001 - 0.019$; $\chi^2= 6.4$; $p < 0.001$).
- ✓ უროლოგიური კიბოს დროს გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის სიხშირის ალბათობა 3.9-ჯერ მაღალია დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით ($OR=3.9$; 95% CI $OR=1.2-12.5$).

- ✓ სინკოპეს განვითარების რისკი ფილტვის კიბოს დროს 2.7-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=2.7; 95% CI OR=1.1-8.6).
- 6. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ პაციენტებში, როგორც ონკოლოგიურ პაციენტთა ჯგუფში, ისე საკონტროლო ჯგუფში, გასაშუალებული არტერიული წნევის სისტოლური და დიასტოლური მაჩვენებლები დაფიქსირებული იქნა ნორმის ქვედა ზღვარის დონეზე და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტთა გარდაცვალებას წინ უძღვის არტერიული წნევის დაცემა. ორივე ჯგუფში პაციენტებს აღენიშნებოდათ ტაქიკარდია და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტებს ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნებოდათ დაქვეითებული სატურაცია და, შესაბამისად, ტაქიკარდიას აქვს კომპენსატორული ხასიათი. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით, 250-ჯერ დაბალია გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის რისკი.
- ✓ ონკოლოგიურ პაციენტთა 100% თითქმის სიცოცხლის ბოლომდე აგრძელებდა საკვების მიღებას და მათ 98,0%-ს აღენიშნებოდა კუჭის მოქმედება. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 82,7%-ს აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება, 80,7%-ს - დისფაგია, 81,3%-ს - წონის დაკლება, 78,0%-ს - წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა, 86,7%-ს - კახექსია, რაც დასტურდებოდა BMI-ით. ონკოლოგიურ პაციენტთა 67,3%-ს აღენიშნებოდა პირისა და ტუჩების სიმშრალე, 59,3%-ს - გულისრევა, ხოლო 48,7%-ს - ლებინება. ამავე დროს, ონკოლოგიურ პაციენტთა 63,3%-ს აღენიშნებოდა ყაზობა, 28,7%-ს - დიარეა, 38,7%-ს - სიმსივნის კომპრესიით განპირობებული გაუვალობა, ხოლო 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა. კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნა ონკოლოგიურ პაციენტთა მამაკაცთა 40,0%-ს და პაციენტ ქალთა 52,9%-ს ($\text{Chi}^2 = 1.57; p=0.058$). კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვის რისკი 1,7-ჯერ მაღალი იყო ქალ პაციენტებში (OR=0,60, 95% CI OR =0,31-1,14).
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში ყაზობის ალბათობა დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს 3.8-ჯერ მაღალი იყო უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=3.8; 95% CI OR=1.2-12.0).

- ✓ სიმსივნური კომპრესიით განპირობებული გაუვალობის სიხშირე დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით მეტასტაზური სიმსივნური კომპრესიით განპირობებული გაუვალობის ალბათობა უფრო მაღალი იყო 4.2-ჯერ ფილტვის კიბოს (OR=3.8; 95% CI OR=1.4-12.5), 3.7-ჯერ - ძუძუს კიბოს (OR=3.7; 95% CI OR=1.1-14.3), 3.3-ჯერ - გინეკოლოგიური კიბოს (OR=3.3; 95% CI OR=1.02-14.3) და 4.4-ჯერ - უროლოგიური კიბოს დროს (OR=4.4; 95% CI OR=1.2-16.7).
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში კიბოს ყველა ლოკალიზაციის დროს მაღალია კახექსიის (სხეულის მასის ინდექსით) სიხშირე.
- ✓ ონკოლოგიურ პაციენტთა 67,3%-ს აღენიშნებოდა პირისა და ტუჩების სიმშრალე, 59,3%-ს - გულისრევა, ხოლო 48,7%-ს - ღებინება.
- ✓ ონკოლოგიურ პაციენტთა 63,3%-ს აღენიშნებოდა ყაბზობა, 28,7%-ს დიარეა, 38,7%-ს - სიმსივნის კომპრესიით განპირობებული გაუვალობა, ხოლო 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა.
- ✓ ფილტვის კიბოს შემთხვევებში პირისა და ტუჩების სიმშრალის განვითარების ალბათობა ფილტვის კიბოს დროს (80,6%) უფრო მაღალი იყო 3.3-ჯერ, ძუძუს კიბოსთან (OR=3.3; 95% CI OR=1.1-9.8), 3.0-ჯერ - გინეკოლოგიურ კიბოსთან (OR=3.0; 95% CI OR=1.04-8.8) და 4.2-ჯერ - უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=4.2; 95% CI OR=1.3-13.2).
- ✓ დიგესტიური ორგანოების კიბოს შემთხვევებში მადის დაქვეითების ალბათობა 10.4-ჯერ უფრო მაღალი იყო უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=10.4; 95% CI OR=1.5-72.2).
- ✓ ღვიძლი კიბოსთან შედარებით დისფაგიის ალბათობა 4.3-ჯერ უფრო მაღალი იყო ფილტვის კიბოს (OR=4.3; 95% CI OR=1.2-15.6), 6.7-ჯერ ძუძუს კიბოს (OR=6.7; 95% CI OR=1.4-32.5) და 5.0-ჯერ - უროლოგიური კიბოს დროს (OR=5.0; 95% CI OR=1.01-24.8).
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების უმრავლესობა (98,0%) საკვებს იღებდა პერ-ორალურად, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში პაციენტების უმრავლესობა (84,1%) - ნაზო-გასტრალურად. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა პერ-ორალური კვების ხასიათის ალბათობა 259-ჯერ აღემატებოდა საკონტროლო ჯგუფში პაციენტების პერ-ორალური კვების ალბათობას (OR = 259.0, 95%CI OR=43.0-1558.0; $\chi^2=5.1$, $p < 0.001$).

- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება (100,0%), დისფაგია (84,0%), წონის დაკლება (94,0%), წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა (90,0%) და კახექსია (96,0%).
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 32,0% უჩიოდა გულისრევას, 30,0% კი - ღებინებას.
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 63,3%-ს აღენიშნებოდა ყაბზობა, 38,7%-ს - სიმსივნის კომპრესიით გამოწვეული გაუვალობა, 28,7%-ს - დიარეა, 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა.
- ✓ კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვის სიხშირეებში, კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით, სტატისტიკური სხვაობა ($p>0.05$) არ იქნა გამოვლენილი.
- 7. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება, დისფაგია, წონის კლება, წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა, კახექსია, პირისა და ტუჩების სიმშრალე, გულისრევა და ღებინება. ამავე დროს, ონკოლოგიურ პაციენტთა 38,7%-ს აღენიშნება სიმსივნის კომპრესიით განპირობებული გაუვალობა, ხოლო 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა.
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 83,3%-ს აღენიშნებოდა შარდვაზე ჩივილები, 88,7%-ს - გამოყოფილი შადის რაოდენობის შემცირება, 71,3%-ს - საშარდე გზების (შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის) სიმსივნური კომპრესია, 78,7% - თირკმლების უკმარისობა, 68,0% - ქვემო კიდურების შეშუპება, 80,7%-ს ურემია.
- ✓ შარდვის დარღვევების ალბათობა ძუძუს კიბოსთან შედარებით 4.0-ჯერ მაღალი დიგესტიური ორგანოების კიბოს ($OR=4,0$; 95% CI $OR=1.1-18.8$), 3.4-ჯერ - ფილტვის კიბოს ($OR=3,4$; 95% CI $OR=1.01-11.2$) და 9.0-ჯერ მაღალი - გინეკოლოგიური კიბოს დროს ($OR=9,0$; 95% CI $OR=1.4-59.0$).
- ✓ გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირება მაღალი სიხშირით აღინიშნება კიბოს ყველა შესწავლილი ლოკალიზაციის დროს, განსაკუთრებით კი უროლოგიური კიბოს შემთხვევებში (92,9%).
- ✓ დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესიის განვითარების რისკი 9.0-ჯერ მაღალია უროლოგიური კიბოს ($OR=9.0$, 95% CI $OR =1.6-33.3$), 4.8-ჯერ - ღვიძლის კიბოს ($OR=4.8$,

95% CI OR =1.1-11.1), 3.7-ჯერ ძუძუს კიბოს (OR=3.7, 95% CI OR =1.02-14.3) და 3.0-ჯერ - გინეკოლოგიური კიბოს დროს (OR=3.0, 95% CI OR =1.04-11.1).

- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 32%-ს აღნიშნებოდა გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირება.
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 8,0%-ს და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტების 2,3%-ს აღნიშნა თირკმლების უკმარისობა. თუმცა სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა აღნიშნულ ჯგუფებში თირკმლების უკმარისობის განვითარების რიკებს შორის არ იქნა გამოვლენილი (OR = 0.35, 95%CI OR=0.05 - 2.65; $\chi^2=0.9$, $p = 0.196$).
- 8. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით არ ყოფილა გამოვლენილი თირკმლების უკმარისობის განვითარების რიკის სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა. დიესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესიის განვითარების რისკი საგრძნობლად მატულობს უროლოგიური, ღვიძლის, ძუძუს და გინეკოლოგიური კიბოს დროს.
- ✓ 24 საათის განმავლობაში მიღებული და გამოყოფილ სითხის რაოდენობებს შორის სხვაობამ ონკოლოგიურ პაციენტებში საშუალოდ შეადგინა 183,7 მლ, საკონტროლო ჯგუფში- 158,5 მლ. ანუ ონკოლოგიურ პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით, აღინიშნა ყოველდღიურად 25,2 მლ-ით მეტი სითხის დაგროვება ორგანიზმში, რასთანაც არის სავარაუდოდ დაკავშირებული ონკოლოგიურ პაციენტებში ასციტის და/ან ექსუდატური პლევრიტის და/ან ქვემო კიდურების შეშუპების განვითარება (Z-ტესტი = -1.65; $p=0.049$).
- ✓ ონკოლოგიურ მამაკაც პაციენტებში, ქალებთან შედარებით, აღინიშნა ყოველდღიურად 34,2 მლ-ით მეტი სითხის დაგროვება ორგანიზმში. ორგანიზმში სითხის დაგროვების ოდენობებს შორის სქესის მიხედვით აღნიშნული სხვაობა სტატისტიკურად სარწმუნოა (Z-ტესტი = -2.01; $p = 0.022$).
- ✓ სითხის დღე-ღამური ბალანსსა და ორგანიზმში დაგროვებული სითხის ოდენობებს შორის სხვაობა კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო ($p >0.05$).

- ✓ ონკოლოგიური პაციენტები დღე-ღამეში იღებდნენ მეტი რაოდენობით სითხეს ($Z = -6.4$, $p < 0.001$), მეტი რაოდენობით გამოყოფნენ სითხეს შარდის სახით ($Z = -6.8$, $p < 0.001$) და მათ ყოველდღიურად მეტი ოდენობით სითხე უგროვდებოდათ ორგანიზმში ($Z = -4.5$, $p < 0.001$).
- 9. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტები საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით დღე-ღამის განმავლობაში იღებდნენ მეტი რაოდენობით სითხეს ($p < 0.001$), მეტი რაოდენობით გამოყოფნენ სითხეს შარდის სახით ($p < 0.001$) და მათ ყოველდღიურად მეტი ოდენობით სითხე უგროვდებოდათ ორგანიზმში ($p < 0.001$).
- ✓ ასციტი დაფიქსირებული იქნა შემთხვევათა 68,7%-ში, ციებ-ცხელება - 67,3%-ში, ხოლო ღვიძლის უკმარისობა 83,3%-ში. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებს, დაავადების ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობისას შემთხვევათა 88,1%-ში აღენიშნებოდათ ღვიძლის უკმარისობა, ხოლო დაავადების ციებ-ცხელების გარეშე მიმდინარეობისას ღვიძლის უკმარისობა დაფიქსირდა შემთხვევათა 73,5% ($\text{Chi}^2 = 5.10$; $p = 0.024$).
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებს, დაავადების ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობისას შემთხვევათა 74,3%-ში აღენიშნებოდათ მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება, ხოლო დაავადების ციებ-ცხელების გარეშე მიმდინარეობისას ასციტი დაფიქსირდა შემთხვევათა 57,1% ($\text{Chi}^2 = 4.49$; $p = 0.034$). ტერმინალურ ფაზაში ციებ-ცხელება აღენიშნა პაციენტ მამაკაცთა 40,0% და ქალებს 52,9% ($\text{Chi}^2 = 1,78$; $p = 0.037$). ამავე დროს ტერმინალური ფაზის ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობის რისკი ქალებში 1,9-ჯერ მაღალია მამაკაცებთან შედარებით ($\text{OR} = 1,9$; 95% CI $\text{OR} = 1.04 - 3.74$).
- ✓ პლევრაში ექსუდატის დაგროვება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე მაღალი სიხშირით აღინიშნა დიგესტიური ორგანოების (92,6%) და ფილტვის (90,9%) კიბოს დროს. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს პლევრაში ექსუდატის დაგროვების სიხშირის ალბათობა 5.0-ჯერ მაღალია უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით ($\text{OR} = 5.0$; 95% CI $\text{OR} = 1.06 - 23.6$).
- ✓ ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში ასციტის განვითარების ალბათობა უფრო მაღალი იყო 7.7-ჯერ დიგესტიური სისტემის სხვა ორგანოების კიბოსთან შედარებით ($\text{OR} = 7.7$; 95% CI $\text{OR} = 1.3 - 50.0$).

- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით, 17-ჯერ დაბალია პლევრაში ექსუდატის დაგროვების რიკი (OR = 0.06, 95%CI OR=0.03 - 0.15; $\chi^2= 5.2$; $p < 0.001$).
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი როგორც ონკოლოგიურ (8,0%), ისე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (2,3%), მუცლის ღრუში სითხის დაგროვების სიხშირეებს შორის არ იქნა გამოვლენილი სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა (OR = 0.35, 95%CI OR=0.05 - 2.65; $\chi^2= 0.9$, $p = 0.196$).
10. სავარაუდოა, რომ პლევრაში და მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება არის თანატოვნიერის თანხმლები პროცესი და არ წარმოადგენს ონკოლოგიური პაციენტებისათვის დამახასიათებელ სპეციფიკურ პათოლოგიას. პლევრაში ექსუდატის დაგროვება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე მაღალი სიხშირით აღინიშნა დიგესტიური ორგანოების (92,6%) და ფილტვის (90,9%) კიბოს დროს. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს პლევრაში ექსუდატის დაგროვების სიხშირის ალბათობა 5.0-ჯერ მაღალია უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=5.0; 95% CI OR=1.06-23.6). ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში ასციტის განვითარების ალბათობა უფრო მაღალი იყო 7.7-ჯერ დიგესტიური სისტემის სხვა ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=7.7; 95% CI OR=1.3-50.0).
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 48,0%-ს აღინიშნებოდა დაავადების მეტასტაზური გავრცელება, მათ შორის 28,0%-ს - ძვლებში, 2,0%-ს გულ-მკერდის არეში, 4,0%-ს- მუცლის არეში, 6,0%-ს- კიდურების და 8,0%-ს- წელის არეში.
 - ✓ ძვლებში კიბოს მეტასტაზების განვითარებისას, შემთხვევათა 19,2%-ში ვითარდება პათოლოგიური მოტეხილობა, მაშინ როდესაც კიბოს მეტასტაზების გარეშე ძვლების პათოლოგიური მოტეხილობა აღინიშნება მხოლოდ შემთხვევათა 6,5%-ში ($\text{Chi}^2=5.45$; $p=0.020$).
 - ✓ პათოლოგიური მოტეხილობა უფრო მაღალი სიხშირით დაფიქსირდა მამაკაცებში (18,8%), ვიდრე ქალ (5,7%) პაციენტებში. ქალებთან შედარებით მამაკაც პაციენტებში 3,8-ჯერ მაღალია პათოლოგიური მოტეხილობის რისკი (OR=3,8; 95% CI OR =1,2-12.1; $\text{Chi}^2 =2,27$; $p=0.012$).
 - ✓ მუშუს კიბოს დროს პათოლოგიური მოტეხილობის რისკი 3.6-ჯერ მაღალია დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან (OR=3.6; 95% CI OR =1.1-11.1) და 10.0-ჯერ უროლოგიური

კიბოსთან შედარებით (OR=10.0; 95% CI OR =1.6-99.9), ხოლო ძუძუს კიბოსთან შედარებით პათოლოგიური მოტეხილობის ალბათობა 7.7-ჯერ მაღალი იყო პაციენტებში ღვიძლის კიბოს დიაგნოზით (OR=7.7; 95% CI OR =1.2-99.0).

- ✓ ძუძუს დროს მეტასტაზები ძვლებში და მასთან ასოცირებული ძლიერი ტკივილის ალბათობა 2.9-ჯერ მაღალია დიგესტიური ორგანოების (OR=2.9; 95% CI OR =1.02-10.1) და 3.4-ჯერ - გინეკოლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=3.4; 95% CI OR =1.1-10.7), ხოლო ღვიძლის კიბოსთან შედარებით მეტასტაზები ძვლებში და მასთან ასოცირებული ძლიერი ტკივილის ალბათობა 3.7-ჯერ მაღალია ფილტვის კიბოს (OR=3.7; 95% CI OR =1.04-16.7), 4.8-ჯერ - უროლოგიური (OR=4.8; 95% CI OR =1.1-20.0) და 5.3-ჯერ - ძუძუს კიბოს დროს (OR=5.3; 95% CI OR =1.02-33.3).
11. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 48,0%-ს აღენიშნებოდა დაავადების მეტასტაზური გავრცელება, მათ შორის 28,0%-ს - ძვლებში. ძვლებში კიბოს მეტასტაზების განვითარებას თანსდევს ძლიერი ტკივილი და შემთხვევათა 19,2%-ში ვითარდება პათოლოგიური მოტეხილობა.
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებს, დაავადების ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობისას შემთხვევათა 88,1%-ში აღენიშნებოდათ ღვიძლის უკმარისობა, ხოლო დაავადების ციებ-ცხელების გარეშე მიმდინარეობისას ღვიძლის უკმარისობა დაფიქსირდა შემთხვევათა 73,5% (Chi² = 5.10; p = 0.024).
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში ციებ-ცხელების ალბათობა ძუძუს კიბოს დროს 4.0-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=4,0; 95% CI OR =1,1-18,8), ხოლო გინეკოლოგიური კიბოს შემთხვევებში ციებ-ცხელების ალბათობა 9.0-ჯერ მაღალი იყო ძუძუს კიბოსთან შედარებით (OR=9,0; 95% CI OR =1,4-58,9).
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში ღვიძლის უკმარისობის ალბათობა ძუძუს კიბოსთან შედარებით 4.0-ჯერ მაღალი იყო დიგესტიური ორგანოების კიბოს (OR=4.0; 95% CI OR =1,1-18,8) და 9.0-ჯერ მაღალი - გინეკოლოგიური კიბოს დროს (OR=9.0; 95% CI OR =1.4-58,9).
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში ციებ-ცხელება აღენიშნა პაციენტ მამაკაცთა 40,0% და ქაღთა 52,9% (Chi² = 1,78; p=0.037). ამავე დროს ტერმინალური ფაზის ციებ-ცხელების ფონზე მიმდინარეობის რისკი ქალებში 1,9-ჯერ მაღალია მამაკაცებთან შედარებით (OR=1,9; 95% CI OR=1.04-3.7).

- ✓ სიმსივნური ინტოქსიკაცია მაღალი სიხშირით აღინიშნება კიბოს ყველა შესწავლილი ლოკალიზაციის დროს, განსაკუთრებით კი ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში (100,0%).
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიურ პაციენტთა 26,0%-ს და საკონტროლო ჯგუფის პაციენტთა 2,3%-ს აღენიშნებოდა ღვიძლის უკმარისობა. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში 15.1-ჯერ იზრდება ღვიძლის უკმარისობის განვითარების რისკი (OR = 15.1, 95%CI OR = 2.6 - 86.6; $\chi^2= 2.56$, p = 0.005).
12. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში 15.1-ჯერ იზრდება ღვიძლის უკმარისობის განვითარების რისკი (OR = 15.1, 95%CI OR = 2.6 - 86.6; $\chi^2= 2.56$, p = 0.005).
- სიმსივნური ინტოქსიკაცია მაღალი სიხშირით აღინიშნება კიბოს ყველა შესწავლილი ლოკალიზაციის დროს, განსაკუთრებით კი ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში (100,0%).
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების 67,3% აღენიშნება მხედველობის პრობლემები, 66,0%-ს - სმენის პრობლემები, 73,3%-ს - წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები, 65,3%-ს - განწყობის ან პიროვნების ცვლილებები, 83,3%-ს - მეხსიერების პრობლემები.
 - ✓ მხედველობაში ცვლილებები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 63,0%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 58,1%-ში, ძუძუს - 77,8%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.
 - ✓ მხედველობაში ცვლილებები აღენიშნება ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 60,0%-ს და პაციენტ ქალთა 75,7%-ს. სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არის სარწმუნო ($\text{Chi}^2=2,03$; p=0,021). მხედველობის ცვლილებები ონკოლოგიურ პაციენტ ქალებში აღინიშნება 2,1-ჯერ მეტი სიხშირით (OR=0,48, 95% CI OR=0,24-0,98).
 - ✓ სმენის პრობლემები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 63,0%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 54,8%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.
 - ✓ სმენის პრობლემები აღინიშნა შემთხვევათა 8,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 2,3%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. თუმცა სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესწავლილ ჯგუფებს შორის სმენის პრობლემების მხრივ არ ყოფილა გამოვლენილი (OR = 3.74, 95%CI OR = 0.58-24.3, $\chi^2= 1.2$, p = 0.123).

- ✓ წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები აღენიშნება ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 18,8%-ს და პაციენტ ქალთა 7,1%-ს. სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არ არის სარწმუნო ($\text{Chi}^2=1,59$; $p=0,055$).
 - ✓ წონასწორობის ან თავბრუსხვევის პრობლემები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 74,1%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 80,6%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 78,9%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.
13. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტებს მაღალი სიხშირით აღენიშნებათ მხედველობის, სმენის, წონასწორობისა და თავბრუსხვევის პრობლემები.
- ✓ მიოკლონიუსი აღენიშნება ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 16,3%-ს და პაციენტ ქალთა 7,1%-ს. სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირეებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არის სარწმუნო ($\text{Chi}^2=1,67$; $p=0,048$). მიოკლონიუსი ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცებში აღინიშნება 2,5-ჯერ მეტი სიხშირით ($\text{OR}=2,5$; 95% CI $\text{OR}= 1,02-7,42$).
 - ✓ მიოკლონიუსი ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 7,4%-ში, ღვიძლის - 9,1%-ში, ფილტვის - 19,4%-ში, ძუძუს - 5,6%-ში, გინეკოლოგიური - 5,3%-ში, უროლოგიური 14,3%-ში.
14. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტებს მაღალი სიხშირით (16,3%) აღენიშნებათ მიოკლონიუსი. ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცებში ეს სიმპტომი ვლინდება 2,5-ჯერ მეტი სიხშირით ($\text{OR}=2,5$; 95% CI $\text{OR}= 1,02-7,42$).
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 62,7%-ს აღენიშნებოდა შფოთვა, 77,3%-ს - დელერიუმი, 78,0%-ს - დეპრესია, 83,3%-ს დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა, 74,0%-ს - სისუსტის გამლიერება და გადაქანცვა, ხოლო 71,3%-ს - ძილიანობა, ძილად მივარდნა მთელი დღის განმავლობაში, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება.
 - ✓ შფოთვა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 70,4%-ში, ღვიძლის - 54,5%-ში, ფილტვის - 77,4%-ში, ძუძუს - 50%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.
 - ✓ დელერიუმი ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 66,7%-ში, ღვიძლის - 90,9%-ში, ფილტვის - 83,9%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 84,2%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.

- ✓ დეპრესია ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 88,9%-ში, ღვიძლის - 90,9%-ში, ფილტვის - 87,1%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.
 - ✓ დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცთა 76,3%-ს და პაციენტ ქალთა 91,4%-ს. სქესის მიხედვით აღნიშნული სიმპტომის სიხშირებს შორის სხვაობა სტატისტიკურად არის სარწმუნო ($\text{Chi}^2=2,40$; $p=0,008$).
დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ონკოლოგიურ პაციენტ ქალებში აღინიშნება 3,3-ჯერ მეტი სიხშირით ($\text{OR}=0,3$; 95% CI $\text{OR}= 0,11-0,80$).
 - ✓ დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 96,3%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 87,1%-ში, ძუძუს - 77,8%-ში, გინეკოლოგიური - 89,5%-ში, უროლოგიური 85,7%-ში.
 - ✓ ძილიანობა, ძილად მივარდნა, დღის განმავლობაში ძილის ხანგრძლივობა, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 81,5%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 71,0%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 78,6%-ში.
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში ძილიანობა, ძილად მივარდნა ერთნაირი სიხშირით აღინიშნა როგორც ონკოლოგიურ პაციენტებში (26,0%), ისე საკონტროლო ჯგუფის (29,5%) პაციენტებში ($\text{OR} = 0.8$, 95%CI $\text{OR} = 0.34-1.80$; $\chi^2= 0.4$, $p = 0.383$).
15. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებს მაღალი სიხშირით აღენიშნებათ შფოთვა (62,7%), დელერიუმი (77,3%), დეპრესია (78,0%), დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა (83,3%), სისუსტის გაძლიერება და გადაქანცვა (74,0%), ასევე- ძილიანობა, ძილად მივარდნა მთელი დღის განმავლობაში, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება (71,3%). დაღლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ონკოლოგიურ პაციენტ ქალებში აღინიშნება 3,3-ჯერ მეტი სიხშირით ($\text{OR}=0,3$; 95% CI $\text{OR}= 0,11-0,80$). ტერმინალურ ფაზაში ძილიანობა, ძილად მივარდნა ერთნაირი სიხშირით აღინიშნა როგორც ონკოლოგიურ პაციენტებში (26,0%), ისე საკონტროლო ჯგუფის (29,5%) პაციენტებში ($\text{OR} = 0.8$, 95%CI $\text{OR} = 0.34-1.80$; $\chi^2= 0.4$, $p = 0.383$).

- ✓ მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 77,8%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 66,7%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.
 - ✓ დაბნეულობა და დეზორიენტაცია ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 74,1%-ში, ღვიძლის - 81,8%-ში, ფილტვის - 83,9%-ში, ძუძუს - 55,6%-ში, გინეკოლოგიური - 68,4%-ში, უროლოგიური 71,4%-ში.
 - ✓ დაბნეულობა, გაურკვევლობა დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით აღინიშნა შემთხვევათა 22,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 61,4%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 5.5-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 0.18, 95%CI OR = 0.08-0.38; $\chi^2= 3.8$, $p < 0.001$).
 - ✓ განწყობის ან პიროვნების ცვლილებები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 81,5%-ში, ღვიძლის - 54,5%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 50,0%-ში.
 - ✓ მეხსიერების პრობლემები აღინიშნა შემთხვევათა 22,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 4,5%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს მეხსიერების პრობლემები ალბათობა 5.9-ჯერ მაღალია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR=5.9, 95%CI OR=1.59-22.1, $\chi^2= 2.2$, $p = 0.013$).
 - ✓ მეხსიერების პრობლემები ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 92,6%-ში, ღვიძლის - 81,8%-ში, ფილტვის - 80,6%-ში, ძუძუს - 72,2%-ში, გინეკოლოგიური - 94,7%-ში, უროლოგიური 85,7%-ში.
16. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით, 5.5-ჯერ ნაკლებია მოუსვენრობის, დეზორიენტაციის, დაბნეულობის, გაურკვევლობის დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით, განვითარების ალბათობა (OR=0.18, 95%CI OR = 0.08-0.38; $\chi^2=3.8$, $p < 0.001$). მეხსიერების პრობლემები 5.9-ჯერ მაღალია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR=5.9, 95%CI OR=1.59-22.1, $\chi^2= 2.2$, $p=0.013$).
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების 64,0% კარგავს იმ საკითხებისადმი ინტერესს, რომლებიც მისთვის მნიშვნელოვანი იყო, 63,3%-ს უჩნდება

სურვილი ახლოს ჰყავდეს მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და ზღუდავს სხვა მნახველებთან გატარებულ დროს, 68,0%-ს აღენიშნება მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები.

- ✓ იმ საკითხების უინტერესობა, რომლებიც ადრე მისთვის მნიშვნელოვანი იყო, ინტერესის დაკარგვა გარე სამყაროს, მიმდინარე მოვლენების მიმართ ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 51,9%-ში, ღვიძლის - 72,7%-ში, ფილტვის - 58,1%-ში, ძუძუს - 61,1%-ში, გინეკოლოგიური - 78,9%-ში, უროლოგიური 50,0%-ში.
- ✓ სურვილი გაჩენა, რომ ახლოს ჰყავდეს მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და მნახველებთან გატარებული დროის შეზღუდვა, ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 77,8%-ში, ღვიძლის - 81,8%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 44,4%-ში, გინეკოლოგიური - 63,2%-ში, უროლოგიური 42,9%-ში.
- ✓ ესმის ან ხედავს ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის. ეს მოჩვენებები (?) ხშირად მოიცავს გარდაცვლილთა მისალმებას ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 33,3%-ში, ღვიძლის - 36,4%-ში, ფილტვის - 45,2%-ში, ძუძუს - 44,4%-ში, გინეკოლოგიური - 63,2%-ში, უროლოგიური 57,1%-ში.
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების 81,3% თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე, 88,0% - კარგავს მგრძნობელობას კანზე კონტაქტისას, 72,7%-ს აღენიშნება დაბნეულობა და დეზორიენტაცია, 12,0%-ს - მიოკლონუსი, ხოლო 6,7%-ს ცნობიერების სრული დაკარგვა.
- ✓ პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 77,8%-ში, ღვიძლის - 90,9%-ში, ფილტვის - 83,9%-ში, ძუძუს - 77,8%-ში, გინეკოლოგიური - 84,2%-ში, უროლოგიური 85,7%-ში.
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტები შემთხვევათა 38,0%-ში თანდათანობით ხდებიან სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე; 2,0%-ში ესმით ან ხედავენ ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის, ემზადებიან გასამგზავრებლად ან ესალმებიან გარდაცვლილებს; 36,0%-ში სრულად კარგავენ ცნობიერებას; 44,0%-ში - არიან დაბნეულები და დეზორიენტირებულები.

- ✓ გლაზგოს შკალით კომის სიმძიმე უფრო მაღალია საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში (8,8) ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებთან (13,6) შედარებით ($Z = -13.69, p < 0.001$).
 - ✓ ტენდენცია, როდესაც პაციენტი თანდათანობით ხდება სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე აღინიშნა შემთხვევათა 38,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 6,8%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 8.4-ჯერ მაღალია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ($OR = 8.4, 95\%CI 2.8-25.0; \chi^2 = 3.2, p < 0.001$).
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტების მხოლოდ 1,3%-ს იქნა რეგისტრირებული კომა. კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით კომა ყველაზე მაღალი სიხშირით (9,1%) აღინიშნა ღვიძლის კიბოს დროს.
17. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტები მაღალი სიხშირით კარგავენ იმ საკითხებისადმი ინტერესს, რომლებიც მისთვის მნიშვნელოვანი იყო(64,0%); უჩნდებათ სურვილი ახლოს ჰყავდეს მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და ზღუდავს სხვა მნახველებთან გატარებულ დროს (63,3%); აღენიშნებათ მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები (68,0%); თანდათანობით ხდებიან სულ ნაკლებად მგრძნობიარე შეხებაზე ან ხმაზე (38,0%); ესმით ან ხედავენ ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის, ემზადებიან გასამგზავრებლად ან ესალმებიან გარდაცვლილებს (2,0%).
- ✓ ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია აღინიშნა შემთხვევათა 6,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 36,4%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 9.1-ჯერ ნაკლებია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ($OR = 0.11, 95\%CI OR = 0.04-0.34; \chi^2 = 3.3, p < 0.001$).
 - ✓ ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია ტერმინალურ ფაზაში აღინიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 55,6%-ში, ღვიძლის - 63,6%-ში, ფილტვის - 64,5%-ში, ძუძუს - 72,2%-ში, გინეკოლოგიური - 73,7%-ში, უროლოგიური 64,3%-ში.
 - ✓ ცნობიერების სრული დაკარგვა აღინიშნა შემთხვევათა 36,0%-ში ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში და 68,2%-ში საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში. ამავე დროს აღნიშნული მდგომარეობის განვითარების ალბათობა 3.8-ჯერ ნაკლებია

ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR = 0.26, 95%CI OR = 0.13-0.54; $\chi^2= 3.1$, $p < 0.001$).

- ✓ ცნობიერების სრული დაკარგვა ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნება პაციენტებს დიგესტიური კიბოს შემთხვევათა 14,8%-ში, ღვიძლის - 9,1%-ში, ფილტვის - 3,2%-ში, ძუძუს - 11,1%-ში, გინეკოლოგიური - 5,3%-ში, უროლოგიური 0%-ში.
18. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებს შემთხვევათა 6,0%-ში აღენიშნებათ ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია და 36,0%-ში ცნობიერების სრული დაკარგვა. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ალბათობა 9.1-ჯერ ნაკლებია OR=0.11, 95%CI OR=0.04-0.34; $\chi^2= 3.3$, $p < 0.001$), ხოლო ცნობიერების სრული დაკარგვის ალბათობა - 3.8-ჯერ ნაკლები (OR=0.26, 95%CI OR=0.13-0.54; $\chi^2= 3.1$, $p < 0.001$).
- ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების საშუალოდ 2/3-ს და მეტს (ლოკალიზაციების მიხედვით 52%-81%) სქესის მიუხედავად, სიცოცხლის ბოლოს უმაღლესი ინტენსიობის ხარისხის ტკივილის (9,4-10,0 ბალის) განცდით ტანჯვა-წამებაში აღმოხდა სული ($p < 0,001$)!
 - ✓ ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის სინდრომის სიხშირემ შეადგინა 68,0%, ხოლო ტკივილის ინტენსივობამ შეადგინა 8.4 ბალი. სხვა სიტყვებით, ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების 2/3-ს 8.4-ბალიანი ინტენსივობის ძლიერი ტკივილის პირობებში ტანჯვა-წამებით აღმოხდა სული.
 - ✓ დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს ტკივილის სინდრომის ალბათობა 5.0-ჯერ მაღალია ფილტვის კიბოსთან (OR=5.0; 95% CI OR= 1.2-20.0) და 8.3-ჯერ მაღალი - გინეკოლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=8.3; 95% CI OR= 2.2-33.3).
 - ✓ ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის შემთხვევაში, დაავადებით გამოწვეული ტკივილი და ტანჯვა იწვევს სისუსტეს, თუმცა აღნიშნული სიმპტომების შემსუბუქება შესაძლებელია ოპიოიდური ჯგუფის საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების გამოყენებით.
 - ✓ WHO-ს მონაცემებით, ათობით მილიონი ადამიანი იტანჯება გაუყურებელი ტკივილით, 5,5 მილიონ პაციენტში ჯერ კიდევ არ ხდება საშუალო და ძლიერი ტკივილის მართვა. სიმსივნის შორს წასული ფორმებით დაავადებულ ონკოლოგიურ პაციენტთა 80%-ზე მეტი ტკივილით იტანჯება, რაც ხშირად განპირობებულია უშუალოდ სიმსივნის

ინფილტრაციით. ტკივილი მნიშვნელოვნად აქვეითებს ცხოვრების ხარისხს და წარმოადგენს სიმსივნის პროგრესირების კლინიკურ ინდიკატორს. კიბოსმიერი ტკივილი შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული და საჭიროებს შესაბამის მართვას.

- ✓ ტკივილის მართვაში მსოფლიო ლიდერების, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO-ს) რეკომენდაციების დანერგვით შესაძლებელია ამ პრობლემის გადაჭრა და ტკივილის პრაქტიკულად 100%-ით გაკონტროლება, რითაც მიღწეული იქნება ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის ადვოკატობა.

19. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების საშუალოდ 2/3-ს და მეტს (ლოკალიზაციების მიხედვით 52%-81%) სქესის მიუხედავად, სიცოცხლის ბოლოს უმაღლესი ინტენსიობის ხარისხის ტკივილის (8,4-10,0 ბალის) განცდით ტანჯვა-წამებაში აღმოხდა სული ($p<0,001$)!

ძირითადი დასკვნები:

1. სტანდარტიზებული ინდიკატორებით დადგენილი იქნა 2015-2019 წლებში თბილისში და საქართველოს რეგიონებში (საქართველოში თბილისის გარდა) მცხოვრებ მამაკაცთა პოპულაციაში კიბოს ინციდენტობის სტრუქტურა და თითოეული ლოკალიზაციის სარანგო ადგილი: პირველი და მეორე სარანგო ადგილები როგორც თბილისში, ისე საქართველოს რეგიონებში ეკავათ, შესაბამისად, ფილტვისა და პროსტატის კიბოს, ამავე დროს ამ ლოკალიზაციების კიბოთი ავადობის სიხშირეები თბილისში, შესაბამისად, 1,3-ჯერ და 1,9-ჯერ აღემატებოდა რეგიონებში რეგისტრირებულ ავადობის დონეებს; მეოთხე სარანგო ადგილი როგორც თბილისში, ისე რეგიონებში ეკავა შარდის ბუშტის კიბოს; მესამე და მეხუთე ადგილები შესაბამისად ეკავათ თბილისში კოლორექტუმისა და კანის კიბოს, ხოლო რეგიონებში პირიქით - კანისა და კოლორექტუმის კიბოს.
2. თბილისში 2018-2019 წლებში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ყოველწლიური საშუალო მაჩვენებელმა შეადგინა 1476.0 ± 5.7 . ყველა მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურაში თბილისში კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითმა წონამ COVID-19 პანდემიამდე შეადგენდა 12% , ხოლო პანდემიის 1-ლ წელს (2020) - 6%. ამდენად, COVID-19 პანდემიის პირველ და მეორე ტალღებთან დაკავშირებით კიბოს მიზეზით გარდაცვალების ხვედრითი წონის მატება არ ყოფილა რეგისტრირებული.
3. კიბოს ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტების მხოლოდ 10% იღებს საქართველოს პალიატიურ დაწესებულებებში რეფერალურ თანატოლოგიურ სერვისს, ხოლო თბილისში ანალოგიური სერვისის მიმღებთა რაოდენობა შეადგენს 15%. ანუ კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა უმრავლესობა (85-90%) გარდაიცვლება ბინაზე რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღების გარეშე.
4. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ პაციენტებს ეცვლება კანის შეფერილობა და უმცირდებათ ტემპერატურა. თუ ცერებრო-ვასკულარული დაავადების ტერმინალურ ფაზაში პაციენტების უმრავლესობას კანის შეფერილობა უხდებათ ანემიური (99%) და ტემპერატურა შეგრილებულ-შეციებული (100%), ონკოლოგიურ პაციენტებში ანემიურთან ერთად კანი ხშირად იღებს მოლურჯო, მუქ ყავიფერ, მონაცრისფრო-მიწისფერ, მოყვითალო ან მომწვანო ელფერს (36%), და ტემპერატურა შეგრილებულ-შეციებულის გარდა (74%) შესაძლოა იყოს ცხელი (10%), განსაკუთრებით ხელებზე და ფეხებზე.

5. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნება დისპნოე (სუნთქვის გაძნელება, რასაც თან სდევს ჰაერის უკმარისობა), ქოშინი, სუნთქვის გართულება (ექსუდატის ჭარბი რაოდენობით თუ ასციტით განპირობებული), მშრალი, შეუჩერებელი ხველა, ქოშინი, სუნთქვის შენელება, ზოგჯერ ჩასუნთქვებს შორის პაუზების გახანგრძლივება, ხმაურიანი სუნთქვა შეფერხებებითა და შფოთვებით ან ცვალებადი ხმის ტემბრით, ხველა სისხლიანი და ლორწოიანი ნახველით, პლევრაში ექსუდატის დაგროვება, სუნთქვის ცვლილებები, პირით სუნთქვა ხდება არარეგულარული და ხმაურიანი, რომელიც რაღაც ეტაპზე შეჩერდება. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა 78,0%-ში რეგისტრირებული იქნა ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, 2,7%-ში სიკვდილისწინა ხრიალი, ხოლო 13,3%-ში- სუნთქვის გაჩერება.
6. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ პაციენტებში, როგორც ონკოლოგიურ პაციენტთა ჯგუფში, ისე საკონტროლო ჯგუფში, გასაშუალებული არტერიული წნევის სისტოლური და დიასტოლური მაჩვენებლები დაფიქსირებული იქნა ნორმის ქვედა ზღვარის დონეზე და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტთა გარდაცვალებას წინ უძღვის არტერიული წნევის დაცემა. ორივე ჯგუფში პაციენტებს აღენიშნებოდათ ტაქიკარდია და სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა შესასწავლ და საკვლევ ჯგუფებს შორის არ იქნა გამოვლენილი ($p>0,05$), რაც ლოგიკურია იმ გარემოების გათვალისწინებით, რომ პაციენტებს ტერმინალურ ფაზაში აღენიშნებათ დაქვეითებული სატურაცია და, შესაბამისად, ტაქიკარდიას აქვს კომპენსატორული ხასიათი. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით, 250-ჯერ დაბალია გულ-სისხლძარღვთა ქრონიკული უკმარისობის ალბათობა.
7. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა მადის დაქვეითება, დისფაგია, წონის კლება, წონის მკვეთრი დაკლება და კუნთების განლევა, კახექსია, პირისა და ტუჩების სიმშრალე, გულისრევა და ღებინება. ამავე დროს, ონკოლოგიურ პაციენტთა 38,7%-ს აღენიშნება სიმსივნის კომპრესიით განპირობებული გაუვალობა, ხოლო 46,0%-ს - კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა.
8. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით არ ყოფილა გამოვლენილი თირკმლების უკმარისობის განვითარების რისკის

სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა. დიგესტიური ორგანოების კიბოსთან შედარებით შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის სიმსივნური კომპრესიის განვითარების რისკი საგრძნობლად მატულობს უროლოგიური, ღვიძლის, ძუძუს და გინეკოლოგიური კიბოს დროს.

9. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტები საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით დღე-ღამის განმავლობაში იღებდნენ მეტი რაოდენობით სითხეს ($p < 0.001$), მეტი რაოდენობით გამოყოფნენ სითხეს შარდის სახით ($p < 0.001$) და მათ ყოველდღიურად მეტი ოდენობით სითხე უგროვდებოდათ ორგანიზმში ($p < 0.001$).
10. სავარაუდოა, რომ პლევრაში და მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება არის თანატოგენუზის თანხმლები პროცესი და არ წარმოადგენს ონკოლოგიური პაციენტებისათვის დამახასიათებელ სპეციფიკურ პათოლოგიას. პლევრაში ექსუდატის დაგროვება კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით ყველაზე მაღალი სიხშირით აღინიშნა დიგესტიური ორგანოების (92,6%) და ფილტვის (90,9%) კიბოს დროს. ამავე დროს, დიგესტიური ორგანოების კიბოს დროს პლევრაში ექსუდატის დაგროვების სიხშირის ალბათობა 5.0-ჯერ მაღალია უროლოგიურ კიბოსთან შედარებით (OR=5.0; 95% CI OR=1.06-23.6). ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში ასციტის განვითარების ალბათობა უფრო მაღალი იყო 7.7-ჯერ დიგესტიური სისტემის სხვა ორგანოების კიბოსთან შედარებით (OR=7.7; 95% CI OR=1.3-50.0).
11. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტთა 48,0%-ს აღენიშნებოდა დაავადების მეტასტაზური გავრცელება, მათ შორის 28,0%-ს - ძვლებში. ძვლებში კიბოს მეტასტაზების განვითარებას თანსდევს ძლიერი ტკივილი და მეტასტაზურ შემთხვევათა 19,2%-ში ვითარდება პათოლოგიური მოტეხილობა.
12. ტერმინალურ ფაზაში ონკოლოგიურ პაციენტებში 15.1-ჯერ იზრდება ღვიძლის უკმარისობის განვითარების რისკი (OR = 15.1, 95%CI OR = 2.6 - 86.6). სიმსივნური ინტოქსიკაცია მაღალი სიხშირით აღინიშნება კიბოს ყველა შესწავლილი ლოკალიზაციის დროს, განსაკუთრებით კი ღვიძლის კიბოს შემთხვევებში (100,0%).
13. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტებს მაღალი სიხშირით აღენიშნებათ მხედველობის, სმენის, წონასწორობისა და თავბრუსხვევის პრობლემები.

14. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიური პაციენტებს მაღალი სიხშირით (16,3%) აღენიშნებათ მიოკლონუსი. ონკოლოგიურ პაციენტ მამაკაცებში ეს სიმპტომი ვლინდება 2,5-ჯერ მეტი სიხშირით (OR=2,5; 95% CI OR= 1,02-7,42).
15. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებს მაღალი სიხშირით აღენიშნებათ შფოთვა (62,7%), დელერიუმი (77,3%), დეპრესია (78,0%), დადლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა (83,3%), სისუსტის გაძლიერება და გადაქანცვა (74,0%), ასევე- ძილიანობა, ძილად მივარდნა მთელი დღის განმავლობაში, ლაპარაკისა და კონცენტრირების უნარების დაქვეითება (71,3%). დადლილობა, გადაქანცვა, დაქვეითებული ფიზიკური ძალა ონკოლოგიურ პაციენტ ქალებში აღინიშნება 3,3-ჯერ მეტი სიხშირით (OR=0,3; 95% CI OR= 0,11-0,80). ტერმინალურ ფაზაში ძილიანობა, ძილად მივარდნა ერთნაირი სიხშირით აღინიშნა როგორც ონკოლოგიურ პაციენტებში (26,0%), ისე საკონტროლო ჯგუფის (29,5%) პაციენტებში (OR = 0.8, 95%CI OR = 0.34-1.80).
16. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში, საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით, 5.5-ჯერ ნაკლებია მოუსვენრობის, დეზორიენტაციის, დაბნეულობის, გაურკვევლობის დროში, ადგილსა და პიროვნებებში, ოჯახის წევრებისა და ახლო მეგობრების ჩათვლით, განვითარების ალბათობა (OR=0.18, 95%CI OR = 0.08-0.38). მეხსიერების პრობლემები 5.9-ჯერ მაღალია ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში (OR=5.9, 95%CI OR=1.59-22.1).
17. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტები მაღალი სიხშირით კარგავენ იმ საკითხებისადმი ინტერესს, რომლებიც მათთვის ადრე მნიშვნელოვანი იყო(64,0%); უჩნდებათ სურვილი ახლოს ჰყავდეთ მხოლოდ რამოდენიმე ახლობელი ადამიანი და ზღუდავენ სხვა მნახველებთან გატარებულ დროს (63,3%); აღენიშნებათ მოუსვენრობა ან განმეორებითი, უნებლიე მოძრაობები (68,0%); თანდათანობით ხდებიან სულ ნაკლებად მგრძობიარე შეხებაზე ან ხმაზე (38,0%); ესმით ან ხედავენ ადამიანებს ან ისეთ საგნებს, რომლებიც იქ არ არის, ეძაადებიან გასამგზავრებლად ან ესალმებიან გარდაცვლილებს (2,0%).
18. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებს შემთხვევათა 6,0%-ში აღენიშნებათ ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ტენდენცია და 36,0%-ში- ცნობიერების სრული დაკარგვა. ტერმინალურ ფაზაში მყოფ ონკოლოგიურ პაციენტებში ცნობიერების დაკარგვისა და დაბრუნების ალბათობა 9.1-ჯერ ნაკლებია (OR=0.11, 95%CI

OR=0.04-0.34), ხოლო ცნობიერების სრული დაკარგვის ალბათობა - 3.8-ჯერ ნაკლები (OR=0.26, 95%CI OR=0.13-0.54).

19. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური პაციენტების საშუალოდ 2/3-ს და მეტს (ლოკალიზაციების მიხედვით 52%-81%) სქესის მიუხედავად, სიცოცხლის ბოლოს უმაღლესი ინტენსიობის ხარისხის ტკივილის (8,4-10,0 ბალის) განცდით ტანჯვა-წამებაში აღმოხდა სული ($p<0,001$)!
20. კანის შეფერილობის ცვლილებები, ტემპერატურის დაცემა, არტერიული წნევის დაცემა, ლიმფისა და სისხლის ცირკულაციის და სატურაციის შემცირება, სხეულში (განსაკუთრებით ქვემო კიდურებში) სითხის შეგუბება, ასციტი, ექსუდატის დაგროვება პლევრის ღრუში, თირკმლების უკმარისობა, კახექსია, კუჭის მოქმედებაზე კონტროლის დაკარგვა, დისპნოე, სინკოპე დიდი ალბათობით წარმოადგენენ თანატოგენეზის საერთო თანხმლებ პროცესებს.
21. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი ონკოლოგიური და ნევროლოგიური პაციენტების ანამნეზში HCV გვხვდება ერთნაირი სიხშირით. საყურადღებოა, რომ ანამნეზში HCV ორივე ჯგუფში ფიქსირდება 4/5-ზე მეტ პაციენტში! ასევე ონკოლოგიურ პაციენტებში არ იყო სტატისტიკურად სარწმუნო სხვაობა HCV-ს სიხშირებს შორის სქესისა და კიბოს პირველადი ლოკალიზაციის მიხედვით. ტერმინალურ ფაზაში მყოფი პაციენტების თანატოგენეზში HCV-ს როლის შესწავლა საჭიროებს შემდგომი კვლევების ჩატარებას.
22. კიბოს პროგრესირებისა და ტერმინალურ ფაზაში გამოკვეთილი მიმდინარე სპეციფიური სიკვდილის მექანიზმებია სიმსივნური ინტოქსიკაცია, ღვიძლის უკმარისობა, საშარდე სისტემის (შარდსაწვეთის, შარდის ბუშტის ან შარდსადინარის) ან დიგესტიური ტრაქტის (ნაწლავების) კომპრესია, მათთან დაკავშირებული ურემიის ან გაუვალობის განვითარება, პერმანენტული ტკივილის სინდრომი.
23. ტერმინალურ ფაზაში პერმანენტული ტკივილის სინდრომი შემთხვევათა 2/3-ში წარმოადგენს კიბოსათვის დამახასიათებელ სპეციფიურ სიმპტომთა კომპლექსს, რომელშიც ტკივილის გაუსაძლის ფიზიკურ ტანჯვასთან ერთად ჩათრეულია პაციენტთა ფსიქო-ემოციური და სულიერი განცდები.

პრაქტიკული რეკომენდაციები:

1. რეკომენდებულია კიბოს მიზეზით გარდაცვალების სტრუქტურულ ცვლილებებზე COVID-19 პანდემიის შესაძლო ზემოქმედების შემდგომი შესწავლა.
2. კიბოს ტერმინალურ სტადიაში პაციენტთა უმრავლესობა (85-90%) გარდაიცვლება ბინაზე რეფერალური თანატოლოგიური სერვისის მიღების გარეშე, რისთვისაც რეკომენდებულია რიგი ღონისძიებების გატარება:
 - 2.1. თანატოლოგიური საწოლების გაზრდის ხელშეწყობა;
 - 2.2. თანატოლოგიური სერვისების კლინიკებში და ბინაზე მიწოდებისათვის შესაბამისი სადაზღვევო პროგრამის და გაიდლაინების მომზადების ხელშეწყობა;
 - 2.3. თანატოლოგიის დარგში კადრების (ექიმი თანატოლოგის, ექთანი თანატოლოგის) მომზადების ხელშეწყობა.
3. ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში შემთხვევათა 2/3-ში ჯერ კიდევ არ ხდება ძლიერი ტკივილის მართვა. ძლიერი ტკივილით გამოწვეული პაციენტთა ტანჯვა-წამების შემსუბუქების, დაავადების პროგრესირების შეფერხების, სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ხარისხის გაზრდის და, შესაბამისად, კიბოს კონტროლის ადვოკატობის მიზნით რეკომენდებულია ტკივილის სინდრომის მართვისას ოპიოიდური ჯგუფის მედიკამენტებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერების მზარდი დოზირების სქემით უფრო ფართო გამოყენება.
4. რეკომენდებულია სამედიცინო პერსონალის (ექიმებისა და ექთნების) გადამზადება ტკივილის სინდრომის მართვის საკითხებში.
5. ტკივილის მართვაში მსოფლიო ლიდერების, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO, Geneva) რეკომენდაციების დანერგვით შესაძლებელია ამ პრობლემის გადაჭრა და ტკივილის პრაქტიკულად 100%-ით გაკონტროლება, რითაც მიღწეული იქნება ტერმინალურ სტადიაში მყოფი მრავალი პაციენტის ჯანმრთელობის ადვოკატობა.
6. კიბოს ტერმინალურ სტადიაში სიკვდილის მექანიზმების შემდგომი, უფრო ღრმა შესწავლის მიზნით რეკომენდებულია თანატოლოგიის მიმართულებით დამატებითი კვლევების ჩატარება.
7. თანატოლოგიის შემდგომი, ღრმა შესწავლის მიზნით რეკომენდებულია კვლევის შესაბამისი ინსტრუმენტის შექმნა და სიცოცხლის ბოლო დღეებში სიმპტომებისა და ნიშნების Follow-up კვლევა სისტემების მიხედვით.

8. რეკომენდებულია კიბოს პოპულაციურმა რეგისტრმა (NCDC), თითოეული ონკოლოგიური პაციენტის გარდაცვალებამდე (ECOG5), აწარმოოს ფიზიკური სტატუსის (ECOG შკალით) და ტკივილის სინდრომის ხარისხის (10 ბალიანი შკალით), განსაკუთრებით ECOG4-ის დროს, ცვლადების Follow-up რეგისტრაცია.
9. კიბოს კონტროლის ადვოკატობის მიზნით რეკომენდებულია ონკოლოგიური პაციენტებისათვის მკურნალობის შემდგომი Follow-up სერვისების (სკრინინგ-დიაგნოსტიკური, სამკურნალო-რეაბილიტაციური, მზრუნველობის, ტკივილის სინდრომის კუპირების), განსაკუთრებით ECOG4-ის დროს (თანატოლოგიური სერვისი), მიწოდებისათვის გაიდლაინების მომზადება და სახელმწიფო პროგრამებითა და კერძო სადაზღვევო პაკეტებით თითოეული პაციენტისათვის თითოეულ ეტაპზე შესაბამისი სერვისის მიღების უზრუნველყოფა.
10. რეკომენდებულია ტკივილის სინდრომის კუპირების საკითხი შევიდეს კიბოს კონტროლის ყოველწლიურ ანგარიშში (NCDC). ყოველწლიური მონიტორინგის მიზანი: პერმანენტული ტკივილის სინდრომის 100%-იანი კუპირების მიღწევა.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии //Л.: Медицина.-1989.-464 с.
2. Бохман Я.В. Рак тела матки //Кишинев: Штиница.-1972.-220 с.
3. Бохман Я.В. Метастазы рака матки //Л.: Медицина.-1976.-160 с.
4. Alison Wiesenthal (2015). Advance Care Planning: We Can Do It!End-of-Life Care, August 15, 2015. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care>
5. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2019. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2019. [Available online](#)Exit Disclaimer. Last accessed June 7, 2019.
6. American Cancer Society (2019). Facts & Figures 2019: US Cancer Death Rate has Dropped 27% in 25 Years. Cancer Statistics 2019, Jan 8, 2019. <https://www.cancer.org/latest-news/facts-and-figures-2019.html>
7. Anderson SL, Shreve ST: Continuous subcutaneous infusion of opiates at end-of-life. Ann Pharmacother 38 (6): 1015-23, 2004. [\[PUBMED Abstract\]](#)
8. Anna Azvolinsky (2015). Even With Advance Planning, Aggressive Cancer Treatment Endures. End-life-care. July 10, 2015. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care>
9. Anna Azvolinsky (2015). 8 Signs Death Is Imminent in Advanced Cancer Patients. End-of-Life Care. February 9, 2015. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care/8-signs-death-imminent-advanced-cancer-patients>
10. ASCO (2019). Care through the Final Days. ASCO Journals, Approved by the [Cancer.Net Editorial Board](#), 05/2019. <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/advanced-cancer/care-through-final-days>
11. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, et al.: Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. J Clin Oncol 28 (3): 445-52, 2010. [\[PUBMED Abstract\]](#)
12. Ben-Aharon I, Gafter-Gvili A, Paul M, et al.: Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: a systematic review. J Clin Oncol 26 (14): 2396-404, 2008. [\[PUBMED Abstract\]](#)
13. Bercovitch M, Adunsky A: Patterns of high-dose morphine use in a home-care hospice service: should we be afraid of it? Cancer 101 (6): 1473-7, 2004. [\[PUBMED Abstract\]](#)

14. Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://ci5.iarc.fr>, accessed [date].
The printed version of this volume (IARC Scientific Publication No. 166) will be available for download in PDF format at the IARC Publications website (<http://publications.iarc.fr/>) in 2019. <http://ci5.iarc.fr/CI5-XI/Default.aspx>
15. Bennett MI: Death rattle: an audit of hyoscine (scopolamine) use and review of management. J Pain Symptom Manage 12 (4): 229-33, 1996. [[PUBMED Abstract](#)]
16. Bercovitch M, Waller A, Adunsky A: High dose morphine use in the hospice setting. A database survey of patient characteristics and effect on life expectancy. Cancer 86 (5): 871-7, 1999. [[PUBMED Abstract](#)]
17. Brielle Urciuoli (2017). Careers of Young Survivors Can be Disrupted by Late-Emerging Side Effects of Cancer Treatment. Cure, Sep 09, 2017. <https://www.curetoday.com/articles/careers-of-young-survivors-can-be-disrupted-by-lateemerging-side-effects-of-cancer-treatment>
18. Breitbart W, Tremblay A, Gibson C: An open trial of olanzapine for the treatment of delirium in hospitalized cancer patients. Psychosomatics 43 (3): 175-82, 2002 May-Jun. [[PUBMED Abstract](#)]
19. Breitbart W, Gibson C, Tremblay A: The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. Psychosomatics 43 (3): 183-94, 2002 May-Jun. [[PUBMED Abstract](#)]
20. Bruera E, Bush SH, Willey J, et al.: Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. Cancer 115 (9): 2004-12, 2009. [[PUBMED Abstract](#)]
21. Bruera E, Schmitz B, Pither J, et al.: The frequency and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 19 (5): 357-62, 2000. [[PUBMED Abstract](#)]
22. Bruera E, Sala R, Rico MA, et al.: Effects of parenteral hydration in terminally ill cancer patients: a preliminary study. J Clin Oncol 23 (10): 2366-71, 2005. [[PUBMED Abstract](#)]
23. Bennett M, Lucas V, Brennan M, et al.: Using anti-muscarinic drugs in the management of death rattle: evidence-based guidelines for palliative care. Palliat Med 16 (5): 369-74, 2002. [[PUBMED Abstract](#)]

24. Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, et al.: Strategies to manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based report. J Clin Oncol 19 (9): 2542-54, 2001. [[PUBMED Abstract](#)]
25. Campbell ML: Psychometric testing of a respiratory distress observation scale. J Palliat Med 11 (1): 44-50, 2008 Jan-Feb. [[PUBMED Abstract](#)]
26. Cancer.Net (2018). Completing Your Life. Cancer.Net, 04/2018. <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/advanced-cancer/completing-your-life>
27. Cancer Research UK (2019). The last few weeks and days. Final days. Last reviewed: 21 Feb 2019. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping/dying-with-cancer/last-few-weeks-and-days/final-days>
28. Candy B, Jackson KC, Jones L, et al.: Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients. Cochrane Database Syst Rev 11: CD004770, 2012. [[PUBMED Abstract](#)]
29. Callanan M, Kelley P: Final Gifts: Understanding the Special Awareness, Needs, and Communications of the Dying. New York, NY: Poseidon Press, 1992.
30. Centeno C, Sanz A, Bruera E: Delirium in advanced cancer patients. Palliat Med 18 (3): 184-94, 2004. [[PUBMED Abstract](#)]
31. Christopher P. Wild, Elisabeth Weiderpass, and Bernard W. Stewart ,editors (2019). World Cancer Report. Cancer research for cancer prevention. WHO, Geneva, 2019. https://www.iarc.fr/cards_page/world-cancer-report/
32. Clark K, Currow DC, Agar M, et al.: A pilot phase II randomized, cross-over, double-blinded, controlled efficacy study of octreotide versus hyoscine hydrobromide for control of noisy breathing at the end-of-life. J Pain Palliat Care Pharmacother 22 (2): 131-8, 2008. [[PUBMED Abstract](#)]
33. Coyle N, Adelhardt J, Foley KM, et al.: Character of terminal illness in the advanced cancer patient: pain and other symptoms during the last four weeks of life. J Pain Symptom Manage 5 (2): 83-93, 1990. [[PUBMED Abstract](#)]
34. Cowan JD, Palmer TW: Practical guide to palliative sedation. Curr Oncol Rep 4 (3): 242-9, 2002. [[PUBMED Abstract](#)]
35. Conill C, Verger E, Henríquez I, et al.: Symptom prevalence in the last week of life. J Pain Symptom Manage 14 (6): 328-31, 1997. [[PUBMED Abstract](#)]

36. Chiu TY, Hu WY, Chen CY: Prevalence and severity of symptoms in terminal cancer patients: a study in Taiwan. *Support Care Cancer* 8 (4): 311-3, 2000. [[PUBMED Abstract](#)]
37. Clayton J, Fardell B, Hutton-Potts J, et al.: Parenteral antibiotics in a palliative care unit: prospective analysis of current practice. *Palliat Med* 17 (1): 44-8, 2003. [[PUBMED Abstract](#)]
38. Dong ST, Butow PN, Costa DS, et al.: Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *J Pain Symptom Manage* 48 (3): 411-50, 2014. [[PUBMED Abstract](#)]
39. Eisele JH Jr, Grigsby EJ, Dea G: Clonazepam treatment of myoclonic contractions associated with high-dose opioids: case report. *Pain* 49 (2): 231-2, 1992. [[PUBMED Abstract](#)]
40. Goodman DC, Fisher ES, Chang CH, et al.: Quality of End-of-Life Cancer Care for Medicare Beneficiaries: Regional and Hospital-Specific Analyses. Lebanon, NH: Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice, 2010. [Available online](#)[Exit Disclaimer](#). Last accessed March 1, 2019.
41. Harris DG, Finlay IG, Flowers S, et al.: The use of crisis medication in the management of terminal haemorrhage due to incurable cancer: a qualitative study. *Palliat Med* 25 (7): 691-700, 2011. [[PUBMED Abstract](#)]
42. Harris DG, Noble SI: Management of terminal hemorrhage in patients with advanced cancer: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage* 38 (6): 913-27, 2009. [[PUBMED Abstract](#)]
43. Han CS, Kim YK: A double-blind trial of risperidone and haloperidol for the treatment of delirium. *Psychosomatics* 45 (4): 297-301, 2004 Jul-Aug. [[PUBMED Abstract](#)]
44. Hauken May Aasebø, Senneseth Mette, Dyregrov Atle, Dyregrov Kari (2018). Anxiety and the Quality of Life of Children Living With Parental Cancer. *Cancer Nursing: January/February 2018 - Volume 41 - Issue 1 - p E19-E27*.
https://journals.lww.com/cancernursingonline/FullText/2018/01000/Anxiety_and_the_Quality_of_Life_of_Children_Living.14.aspx
45. Heisler M, Hamilton G, Abbott A, et al.: Randomized double-blind trial of sublingual atropine vs. placebo for the management of death rattle. *J Pain Symptom Manage* 45 (1): 14-22, 2013. [[PUBMED Abstract](#)]
46. Homsy J, Walsh D, Nelson KA: Important drugs for cough in advanced cancer. *Support Care Cancer* 9 (8): 565-74, 2001. [[PUBMED Abstract](#)]

47. Homsy J, Walsh D, Nelson KA, et al.: A phase II study of hydrocodone for cough in advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 19 (1): 49-56, 2002 Jan-Feb. [[PUBMED Abstract](#)]
48. Hui D, Kim SH, Roquemore J, et al.: Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients. *Cancer* 120 (11): 1743-9, 2014. [[PUBMED Abstract](#)]
49. Hui D, dos Santos R, Chisholm GB, et al.: Symptom Expression in the Last Seven Days of Life Among Cancer Patients Admitted to Acute Palliative Care Units. *J Pain Symptom Manage* 50 (4): 488-94, 2015. [[PUBMED Abstract](#)]
50. Hui D, dos Santos R, Chisholm G, et al.: Clinical signs of impending death in cancer patients. *Oncologist* 19 (6): 681-7, 2014. [[PUBMED Abstract](#)]
51. Hui D, Morgado M, Vidal M, et al.: Dyspnea in hospitalized advanced cancer patients: subjective and physiologic correlates. *J Palliat Med* 16 (3): 274-80, 2013. [[PUBMED Abstract](#)]
52. Hui D, Morgado M, Chisholm G, et al.: High-flow oxygen and bilevel positive airway pressure for persistent dyspnea in patients with advanced cancer: a phase II randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 46 (4): 463-73, 2013. [[PUBMED Abstract](#)]
53. Janet Colwell (2014). ASCO: Smart Technology Monitoring System Improves Care at End of Life. *End-of-Life Care*, October 23, 2014. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care>
54. Janet Colwell (2014). Hospice Care Patients Have Fewer Hospitalizations, Lower Costs at End of Life. *End-life-care*. November 21, 2014. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care>
55. Jennifer Berry (2018). End-of-life symptoms of metastatic breast cancer. *Medical News Today*, 27 November 2018. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/323824.php>
56. Kåss RM, Ellershaw J: Respiratory tract secretions in the dying patient: a retrospective study. *J Pain Symptom Manage* 26 (4): 897-902, 2003. [[PUBMED Abstract](#)]
57. Leah Lawrence (2012). Adolescents, Young Adults Seek Involvement in End-of-Life Planning. *End-of-Life Care*, October 22, 2012. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care>
58. Leah Lawrence (2017). Coaching, Question Prompts Improved End-of-Life Discussions. *End-life-care*. January 31, 2017. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care>
59. Leah Lawrence (2017). Early Palliative Care Decreased Healthcare Use at End of Life. *End-life-care*. August 23, 2017. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care>
60. Leah Lawrence (2016). Dying at Home Did Not Hasten Death for Cancer Patients. *End-life-care*. March 28, 2016. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care>

61. Leah Lawrence (2012). Early End-of-Life Discussions Affect Aggressiveness in Treating Incurable Cancers. End-life-care. December 12, 2012. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care>
62. Leah Lawrence (2012). Communication Key to Parental Decision Making for Children at End of Life. End-life-care. October 10, 2012. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care>
63. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al.: Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. Arch Intern Med 160 (6): 786-94, 2000. [[PUBMED Abstract](#)]
64. Lindsey A. Torre, Rebecca L. Siegel, Elizabeth M. Ward and Ahmedin Jemal (2016). Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends—An Update. [PubMed](#): *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*; 25(1); 16–27. ©2015 AACR.DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0578 Published January 2016. <http://cebp.aacrjournals.org/content/25/1/16>
65. Lokker ME, van Zuylen L, van der Rijt CC, et al.: Prevalence, impact, and treatment of death rattle: a systematic review. J Pain Symptom Manage 47 (1): 105-22, 2014. [[PUBMED Abstract](#)]
66. Likar R, Molnar M, Rupacher E, et al.: A clinical study examining the efficacy of scopolamin-hydrobromide in patients with death rattle (a randomized, double-blind, placebo-controlled study). Z Palliativmed 3 (1): 15-9, 2002.
67. Likar R, Rupacher E, Kager H, et al.: [Efficacy of glycopyrronium bromide and scopolamine hydrobromide in patients with death rattle: a randomized controlled study]. Wien Klin Wochenschr 120 (21-22): 679-83, 2008. [[PUBMED Abstract](#)]
68. McGrath P, Leahy M: Catastrophic bleeds during end-of-life care in haematology: controversies from Australian research. Support Care Cancer 17 (5): 527-37, 2009. [[PUBMED Abstract](#)]
69. Mack JW, Cronin A, Keating NL, et al.: Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. J Clin Oncol 30 (35): 4387-95, 2012. [[PUBMED Abstract](#)]
70. Morris JN, Suissa S, Sherwood S, Wright SM, Greer D. Last days: a study of the quality of life of terminally ill cancer patients. *J Chronic Dis*. 1986;39(1):47-62. PMID:2418050 [Indexed for MEDLINE] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2418050>
71. Morita T, Takigawa C, Onishi H, et al.: Opioid rotation from morphine to fentanyl in delirious cancer patients: an open-label trial. J Pain Symptom Manage 30 (1): 96-103, 2005. [[PUBMED Abstract](#)]

72. Moens K, Higginson IJ, Harding R, et al.: Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 48 (4): 660-77, 2014. [\[PUBMED Abstract\]](#)
73. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al.: Communication Capacity Scale and Agitation Distress Scale to measure the severity of delirium in terminally ill cancer patients: a validation study. *Palliat Med* 15 (3): 197-206, 2001. [\[PUBMED Abstract\]](#)
74. Minton O, Richardson A, Sharpe M, et al.: Drug therapy for the management of cancer-related fatigue. *Cochrane Database Syst Rev* 7: CD006704, 2010. [\[PUBMED Abstract\]](#)
75. Morita T, Ichiki T, Tsunoda J, et al.: A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care* 15 (4): 217-22, 1998 Jul-Aug. [\[PUBMED Abstract\]](#)
76. Mercadante S: Pathophysiology and treatment of opioid-related myoclonus in cancer patients. *Pain* 74 (1): 5-9, 1998. [\[PUBMED Abstract\]](#)
77. Mercadante S, Villari P, Fulfaro F: Gabapentin for opioid-related myoclonus in cancer patients. *Support Care Cancer* 9 (3): 205-6, 2001. [\[PUBMED Abstract\]](#)
78. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, et al.: Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol* 30 (12): 1378-83, 2012. [\[PUBMED Abstract\]](#)
79. Nakagawa S, Toya Y, Okamoto Y, et al.: Can anti-infective drugs improve the infection-related symptoms of patients with cancer during the terminal stages of their lives? *J Palliat Med* 13 (5): 535-40, 2010. [\[PUBMED Abstract\]](#)
80. Nava S, Ferrer M, Esquinas A, et al.: Palliative use of non-invasive ventilation in end-of-life patients with solid tumours: a randomised feasibility trial. *Lancet Oncol* 14 (3): 219-27, 2013. [\[PUBMED Abstract\]](#)
81. Nancy E. Morden, Chiang-Hua Chang, Joseph O. Jacobson, Ethan M. Berke, Julie P.W. Bynum, Kimberly M. Murray, David C. Goodman (2012). End-Of-Life Care For Medicare Beneficiaries With Cancer Is Highly Intensive Overall And Varies Widely. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Apr; 31(4): 786–796. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0650. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338099/>
82. PDQ® (2019). Last Days of Life. Health Professional Version. <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/caregivers/planning/last-days-hp-pdq>

83. Reinbolt RE, Shenk AM, White PH, et al.: Symptomatic treatment of infections in patients with advanced cancer receiving hospice care. J Pain Symptom Manage 30 (2): 175-82, 2005. [[PUBMED Abstract](#)]
84. Ripamonti C: Management of dyspnea in advanced cancer patients. Support Care Cancer 7 (4): 233-43, 1999. [[PUBMED Abstract](#)]
85. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ: A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage 31 (1): 58-69, 2006. [[PUBMED Abstract](#)]
86. Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M, et al.: Olanzapine vs haloperidol: treating delirium in a critical care setting. Intensive Care Med 30 (3): 444-9, 2004. [[PUBMED Abstract](#)]
87. Seow H, Barbera L, Sutradhar R, et al.: Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. J Clin Oncol 29 (9): 1151-8, 2011. [[PUBMED Abstract](#)]
88. Sykes N, Thorns A: The use of opioids and sedatives at the end of life. Lancet Oncol 4 (5): 312-8, 2003. [[PUBMED Abstract](#)]
89. Schonwetter RS, Roscoe LA, Nwosu M, et al.: Quality of life and symptom control in hospice patients with cancer receiving chemotherapy. J Palliat Med 9 (3): 638-45, 2006. [[PUBMED Abstract](#)]
90. Scullin P, Sheahan P, Sheila K: Myoclonic jerks associated with gabapentin. Palliat Med 17 (8): 717-8, 2003. [[PUBMED Abstract](#)]
91. Tomer T. Levin (2015). Discussing Cancer Prognosis. End-life-care, February 15, 2015. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care>
92. Taira Everett Norals, Thomas J. Smith (2015). Advance Care Planning Discussions: Why They Should Happen, Why They Don't, and How We Can Facilitate the Process. End-of-Life Care, August 15, 2015. <https://www.cancernetwork.com/end-life-care>
93. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al.: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 363 (8): 733-42, 2010. [[PUBMED Abstract](#)]
94. Toscani F, Di Giulio P, Brunelli C, et al.: How people die in hospital general wards: a descriptive study. J Pain Symptom Manage 30 (1): 33-40, 2005. [[PUBMED Abstract](#)]

95. Tishelman C, Petersson LM, Degner LF, et al.: Symptom prevalence, intensity, and distress in patients with inoperable lung cancer in relation to time of death. J Clin Oncol 25 (34): 5381-9, 2007. [\[PUBMED Abstract\]](#)
96. Thorns A, Sykes N: Opioid use in last week of life and implications for end-of-life decision-making. Lancet 356 (9227): 398-9, 2000. [\[PUBMED Abstract\]](#)
97. WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. WHO, Geneva, 2018, 138 p.
98. Wright AA, Zhang B, Ray A, et al.: Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. JAMA 300 (14): 1665-73, 2008. [\[PUBMED Abstract\]](#)
99. Wright AA, Keating NL, Balboni TA, et al.: Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. J Clin Oncol 28 (29): 4457-64, 2010. [\[PUBMED Abstract\]](#)
100. Wee B, Browning J, Adams A, et al.: Management of chronic cough in patients receiving palliative care: review of evidence and recommendations by a task group of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. Palliat Med 26 (6): 780-7, 2012. [\[PUBMED Abstract\]](#)
101. Wildiers H, Menten J: Death rattle: prevalence, prevention and treatment. J Pain Symptom Manage 23 (4): 310-7, 2002. [\[PUBMED Abstract\]](#)
102. Wildiers H, Dhaenekint C, Demeulenaere P, et al.: Atropine, hyoscine butylbromide, or scopolamine are equally effective for the treatment of death rattle in terminal care. J Pain Symptom Manage 38 (1): 124-33, 2009. [\[PUBMED Abstract\]](#)
103. Wee B, Hillier R: Interventions for noisy breathing in patients near to death. Cochrane Database Syst Rev (1): CD005177, 2008. [\[PUBMED Abstract\]](#)
104. White PH, Kuhlenschmidt HL, Vancura BG, et al.: Antimicrobial use in patients with advanced cancer receiving hospice care. J Pain Symptom Manage 25 (5): 438-43, 2003. [\[PUBMED Abstract\]](#)
105. Yennurajalingam S, Bruera E: Palliative management of fatigue at the close of life: "it feels like my body is just worn out". JAMA 297 (3): 295-304, 2007. [\[PUBMED Abstract\]](#)
106. Zhang C, Glenn DG, Bell WL, et al.: Gabapentin-induced myoclonus in end-stage renal disease. Epilepsia 46 (1): 156-8, 2005. [\[PUBMED Abstract\]](#)

დანართი: