

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

კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია 2017-2020

თბილისი, საქართველო
2017

სტრატეგიის შექმნის ინიციატორი:

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

განხილვაში მონაწილე პირები:

რემა ღვამიჩავა
მაკა მაღლაკელიძე
რევაზ გაგუა
დავით თაბაგარი
ფრიდონ თოდუა
ფილიპ დევისი
ლელა ბაქრაძე
ლევან ჯუღელი
მიშა შავდია
დარეჯან ლომიძე

ნატო შენგელია
იოსებ აბესაძე
თამარ ჯავახიძე
დავით ხუბუა
იან ვორიჩეკი
კახაბერ ახვლედიანი
დიმიტრი კორძია
ვასიკო ტყემელაშვილი
გიცა გაბუნია
გიორგი ბურკაძე
ალექსი ბაიდოშვილი

შესრულებაზე პასუხისმგებელი უწყებები და ორგანიზაციები:

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
გარემოს და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტრო
განათლების სამინისტრო, უნივერსიტეტები, სასწავლო დაწესებულებები
სპორტისა და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო
დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
ეროვნული სკრინინგ ცენტრი
სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო
ონკოლოგთა პროფესიული ასოციაციები
პირველადი ჯანდაცვის რგოლი
მულტიპროფილური კლინიკები
ონკოლოგიური კლინიკები და დეპარტამენტები
პათოლოგიურ-ანატომიური ლაბორატორიები

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

შინაარსი

შემოკლებები	4
შესავალი	5
1. არსებული სიტუაციის ანალიზი	7
1.1. საკანონმდებლო ჩარჩოს ანალიზი	7
1.2. მთავარი გამოწვევები და პრობლემები	8
2. სტრატეგიის მიზნები, ამოცანები, ხედვა და ძირითადი პრინციპები	9
3. სტრატეგიული ამოცანები და ინტერვენციები	12
3.1. სტრატეგიული ამოცანა #1	10
3.2. სტრატეგიული ამოცანა #2	13
3.3. სტრატეგიული ამოცანა #3	18
3.4. სტრატეგიული ამოცანა #4	29
3.5. სტრატეგიული ამოცანა #5	33
3.6. სტრატეგიული ამოცანა #6	37
3.7. სტრატეგიული ამოცანა #7	47
3.8. სტრატეგიული ამოცანა #8	49
3.9. სტრატეგიული ამოცანა #9	53
3.10. სტრატეგიული ამოცანა #10	56
4. სტრატეგიის განხორციელების ვადები და პასუხისმგებელი ინსტიტუტები	60
5. სტრატეგიის განხორციელების პროცესში და მის შედეგად წარმოქმნილი შესაძლო რისკები	61
6. სტრატეგიის მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმები	61
დანართი 1. მონაცემები	63
დანართი 2. კიბოს კონტროლის სამოქმედო გეგმის შესრულების ინდიკატორები 2017-2020	81
ლიტერატურა	99

ტექსტში გამოყენებული შემოკლებები

BSRT – Breathing synchronized radiotherapy - სუნთქვასთან სინქრონიზებული რადიოთერაპია
CT – Computer Tomography - კომპიუტერული ტომოგრაფია
GAVI - Global Alliance for Vaccines and Immunization – გლობალური ალიანსი ვაქცინებისა და იმუნიზაციისათვის
GWAS – Genome-wide Association Studies – გენომის-დონეზე ასოციაციაციების კვლევები
FOBT – Fecal Occult Blood Test - ტესტი ფარულ სისხლდენაზე
HPV – Humans Papiloma Virus – ადამიანის პაპილომა ვირუსი
IAEA – International Atomic Energy Agency - ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტო
IARC – International Agency for Cancer Research – კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტო
ImPACT – Integrated mission of the Programme of Action for Cancer Therapy - კიბოს თერაპიის სამოქმედო პროგრამის ინტეგრირებული მისია
ICD-O – International Classification of Diseases for Oncology – დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორი ონკოლოგიაში
IGRT – Image Guided Radiation Therapy -რადიოთერაპია გამოსახულების კონტროლით
IMRT – Intensity Modulated Radiation Therapy - ინტენსივობით მოდულირებული რადიოთერაპია
IT – Informational Technologies - საინფორმაციო ტექნოლოგიები
MLC – Multileaf Collimator - მრავალფურცლიანი კოლიმატორი
MRI – Magnetic Resonance Imaging - მაგნიტო-რეზონანსული დასხივება
PET/CT – Positron-Emission Tomography/Computed Tomography - პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია კომპიუტერული ტომოგრაფიით
PSA – Prostate Specific Antigen - პროსტატა-სპეციფიკური ანტიგენი
PPV – Positive Predictive Value - დადებითი შედეგის პროგნოზული ღირებულება
QA – Quality Assurance - ხარისხის კონტროლი
SOP – Standard Operational Procedures - სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები
SRS/SRT – Stereotactic Radiosurgery&Radiotherapy - სტერეოტაქტური რადიოქირურგია და რადიოთერაპია
TNM – Tumor (T), Lymph Nodes (N) and Metastasis (M) staging system - სიმსივნის, ლიმფური ჯირკვლებისა და მეტასტაზის მიხედვით სტადიის განსაზღვრის სისტემა
UICC – International Union Against Cancer - საერთაშორისო გაერთიანება კიბოს წინააღმდეგ
USPSTF – United States Preventive Service Task Force - აშშ პრევენციული სერვისების ოპერატიული ჯგუფი
UNFPA – United Nations Population Fund - გაეროს მოსახლეობის ფონდი
WHO – World Health Organization- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

ონკოლოგიური დაავადებები მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს გლობალური ჯანმრთელობისათვის. მიუხედავად საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერვენციებსა და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ცალსახა პროგრესისა, კიბოთი მაღალი ავადობა და სიკვდილიანობა კვლავაც მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის.

კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის შემუშავების პროცესის კოორდინაცია 2013 წელს სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა“ ითავა, სადაც შეიქმნა სტრატეგიის სამუშაო ჯგუფი. სტრატეგიაზე მუშაობის პროცესში ჩართული იყვნენ ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვისა და პრევენციის სფეროში მომუშავე ეროვნული ექსპერტები, პროფესიული ასოციაციები – „კლინიკური ონკოლოგიის საქართველოს საზოგადოების“, „საქართველოს ონკოლოგთა საზოგადოების“, „ონკოპრევენციის ცენტრის“, საქართველოს პათოლოგ-ანატომთა საზოგადოების“, „საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის“, აგრეთვე ონკოლოგიურ კლინიკებში/დეპარტამენტებში (შპს „უნივერსალური სამედიცინო ცენტრი“, შპს "მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკა," შპს „კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო/კვლევითი ინსტიტუტი“, შპს „მედულა“, შპს „კონსტანტინე მარდალეიშვილის სახელობის კლინიკა“, თბილისის ონკოდისპანსერი) მომუშავე ექსპერტები/ონკოლოგები, თსსუ ონკოლოგიის დეპარტამენტის, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის საქართველოს ოფისის, გაეროს მოსახლეობის ფონდის საქართველოს ოფისის წარმომადგენლები.

კიბოს კონტროლის სტრატეგიის შემუშავების მიზნით ეროვნული დიალოგის პროცესი ერთი წლის მანძილზე გაგრძელდა და საფუძვლად დაედო სტრატეგიული ჩარჩოსა და პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრას. კიბოს კონტროლის ეროვნულ სტრატეგიაში გათვალისწინებულია კიბოს თერაპიის სამოქმედო პროგრამის მისიის წარმომადგენელთა ყველა რელევანტური რეკომენდაცია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასა და ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტოს კიბოს თერაპიის სამოქმედო პროგრამის (Programme of Action for Cancer Therapy -PACT) ერთობლივი მისია საქართველოში 2014 წელს იმყოფებოდა, რომლის ფარგლებშიც განხორციელდა კიბოს კონტროლისა და საჭიროებების შეფასება, რომლის მიზანს წარმოადგენდა ქვეყანაში არსებული ონკოლოგიურ დაავადებათა კონტროლის სიმძლავრეების ჩაღრმავებული კვლევა, რადიაციული მედიცინის პროგრამის ეფექტური განხორციელებისთვის შესაძლებლობებისა და საჭიროებების შეფასება, ასევე, კიბოს კონტროლის ღონისძიებებისთვის შესაფერისი პროექტების წინადადების და დაფინანსების პოტენციური წყაროების შესწავლა.

2015 წლის 25 დეკემბერს სტრატეგიის პროექტი განსახილველად წარდგენილ იქნა „არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და მართვის საკოორდინაციო მულტისექტორული საბჭოს“ პირველ სხდომაზე, რომლის შემადგენლობაში ჯანდაცვის სექტორის წარმომადგენლებთან ერთად შედიან საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების, საქართველოს ფინანსთა, საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის, საქართველოს გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის, საქართველოს შინაგან საქმეთა და საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროების წარმომადგენლები.

ამდენად, წინამდებარე გეგმა წარმოადგენს კიბოს ინტერვენციების განხორციელებაში მონაწილე ყველა დაინტერესებული მხარისა და იმ საერთაშორისო ექსპერტების თანამშრომლობის შედეგს, რომლებმაც ქვეყანას ტექნიკური დახმარება გაუწიეს შემოთავაზებული ინტერვენციების საერთაშორისო სტანდარტებსა და საუკეთესო პრაქტიკასთან შესაბამისობის უზრუნველსაყოფად.

წინამდებარე ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში აღწერილია კიბოს პრევენციისა და მართვის კუთხით ქვეყანაში არსებული სიტუაცია, განსაზღვრულია მომდევნო ფაზის (2017-2020) პრიორიტეტები, ხაზგასმულია ხარისხის კონტროლის გაუმჯობესების და მულტისექტორული მიდგომის საჭიროება, რაც შესაძლებელს გახდის, მიღწეულ იქნას გაეროს მდგრადი განვითარების მე-3 მიზნის 3.4 ამოცანა აგდ-თან დაკავშირებით – ადრეული სიკვდილიანობის შემცირება.

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

კიბოს კონტროლის ეროვნულ სტრატეგიაში ასახულია კიბოს წინააღმდეგ საერთაშორისო კავშირის (International Union Against Cancer – UICC) მიერ მოწოდებული კიბოს მსოფლიო დეკლარაციის მიდგომები, რომელიც, მთავრობის ხელმძღვანელებსა და ჯანდაცვის სიტემაში პოლიტიკის გამტარებლებს მოუწოდებს, მნიშვნელოვნად შეამცირონ კიბოს საყოველთაო ტვირთი, ხელი შეუწყონ სამართლიანობასა და თანასწორობას და კიბოს კონტროლის ინტეგრაციას მსოფლიო ჯანმრთელობისა და განვითარების გეგმაში (45).

ეროვნული სტრატეგია ეფუძნება ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეზოლუციებსა და დოკუმენტებს, რომლებიც მოიცავს: არაგადამდები დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის გლობალურ სამოქმედო გეგმას 2013-2020 წლებისთვის (18), ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და აგდ-ს შესახებ პირველი გლობალური მინისტრიალის მოსკოვის დეკლარაციას, აგდ პრევენციისა და კონტროლის შესახებ გაეროს მაღალი დონის ნიუ-იორკის შეხვედრის პოლიტიკურ დეკლარაციას (30), ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კიბოს კონტროლის დაგეგმვის, პრევენციის, ადრეული გამოვლენის, დიაგნოზისა და მკურნალობის ეფექტური პროგრამების სახელმძღვანელოებს (5, 6, 7, 8, 9). ჯანმოს ჩარჩო-კონვენციას თამბაქოს კონტროლის შესახებ (41), ჯანსაღი კვების, ფიზიკური აქტივობისა და ჯანმრთელობის შესახებ გლობალურ სტრატეგიას (19), ალკოჰოლის მავნე მოხმარების შემცირების გლობალურ სტრატეგიას (20).

კიბოს პრევენციისა და კონტროლის ეროვნულ სტრატეგიას, აგრეთვე კონცეპტუალური და სტრატეგიული კავშირები გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის მდგრადი განვითარების მიზნებთან (მგმ) 2030 წლისთვის და „ჯანმრთელობა 2020“-თან.

გეგმაში წარმოდგენილია ჩასატარებელი სამუშაოს მთავარი მიმართულებები და დასახულია ახალი მიზნები 2020 წლისთვის, რომელთა მიღწევა ყველა დაინტერესებული მხარის ერთობლივ ძალისხმევას და შიდა და გარე რესურსებიდან ადეკვატური დაფინანსების უზრუნველყოფას საჭიროებს.

არსებული სიტუაციის ანალიზი

1.1. საკანონმდებლო ჩარჩოს ანალიზი

საქართველოში დღეისათვის არ არსებობს სპეციალური კანონი კიბოს კონტროლის შესახებ, მაგრამ არსებული საკანონმდებლო ბაზა საშუალებას იძლევა მიღწეული იქნას ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ზრდის შეჩერება და ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული ტვირთის შემცირება. დღეისათვის ქვეყანაში კიბოს კონტროლის ხელშემწყობი გარემოს ფორმირებისათვის მნიშვნელოვანი კანონებია:

1. საქართველოს კონსტიტუცია.
2. საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ.
3. საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ.
4. საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ.
5. საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ.
6. კანონი საქართველოს 2017 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ.

საქართველოს კონსტიტუცია აღიარებს ადამიანის უფლებას „ცხოვრობდეს ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში“ (მუხლი 37, პუნქტი 3) და სახელმწიფოს ვალდებულებას „ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად“ (მუხლი 37, პუნქტი 4). საქართველოს კონსტიტუციის თანახმად, „ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით“ (მუხლი 37, პუნქტი 1).

კიბოს კონტროლის ღონისძიებათა ეფექტურობისათვის მნიშვნელოვანია, რომ კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ განმარტავს საექიმო სუბსპეციალობის ცნებას, როგორც დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე ექიმი-სპეციალისტის დამატებით კომპეტენციას (მუხლი 5, პუნქტი „ძ“). ამ კანონში და ასევე კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ ხაზგასმულია ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპიის შემთხვევაში ინფორმირებული თანხმობის მიღების აუცილებლობის თაობაზე (მუხლი 44, პუნქტი „კ“).

კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ ონკოლოგიურ დაავადებათა პროფილაქტიკას მიიჩნევს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურების კომპეტენციად (მუხლი 85³, პუნქტი „ვ“).

„საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს კანონში ცალკე არ არის მოხსენიებული კიბოს კონტროლი, მაგრამ ვინაიდან კიბოს კონტროლი არაგადამდები დაავადებების პრევენციის მნიშვნელოვანი შემადგენელია, არაგადამდები დაავადებების პრევენცია აღიარებულია ერთ-ერთ მიზნად (მუხლი 1). კანონი ყველა ადამიანს ავალდებულებს არ განახორციელონ ისეთი საქმიანობა,

რომელიც ქმნის არაგადამდები დაავადებების გავრცელების საფრთხეს და იწვევს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რისკების წარმოქმნას (მუხლი 5 პუნქტი 1).

კანონში „საქართველოს 2017 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ“ გათვალისწინებულია: ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის, კოლორექტული და პროსტატის კიბოს სკრინინგი; ონკოჰემატოლოგიური დაავადებების მქონე 18 წლამდე ბავშვთა ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობა; ონკოლოგიური დაავადებების მქონე 22 წლამდე ბენეფიციარების თერაპია და დიაგნოსტიკური მომსახურება; ონკოლოგიური დაავადებების მქონე მოზრდილთათვის ძალზე ძვირად ღირებული მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა სულ მცირე ორი მედიკამენტის (მაბტერისა და ჰერცეპტინის) თანადაფინანსებით.

კიბოს კონტროლის საკითხებს ეხება მთავრობის დადგენილებები 2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ და განკარგულება კიბოს პოპულაციური რეგისტრის დანერგვის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ, ასევე სხვა კანონები, დადგენილებები და განკარგულებები.

1.2. მთავარი გამოწვევები და პრობლემები

ონკოლოგიური დაავადებები კვლავაც მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2014 წლის ანგარიშის მიხედვით, საქართველოში სიკვდილობის 94% გამოწვეულია არაგადამდები დაავადებებით. ამასთან, საერთო სიკვდილიანობის 14% მოდის ონკოლოგიურ დაავადებებზე და მას გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების შემდეგ (რომელზეც საერთო სიკვდილიანობის 69% მოდის) მეორე ადგილი უჭირავს (19).

(ა) ავთვისებიანი სიმსივნეების გავრცელების შესახებ ხარისხიანი მონაცემების შეგროვების მიზნით, 2015 წლის 1 იანვრიდან საქართველოში ამოქმედდა კიბოს პოპულაციური რეგისტრი, რაც ქვეყნისთვის უმნიშვნელოვანეს წინ გადადგმულ ნაბიჯს წარმოადგენს. კიბოს რეგისტრის არსებობა ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მახასიათებელს წარმოადგენს და ის დანერგილია ყველა განვითარებულ და მრავალ განვითარებად ქვეყანაში.

(ბ) ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების 70% რეგისტრირებულია ყველაზე შრომისუნარიან, 30-დან 70 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში, შემთხვევათა 26% - 70 წელზე უფროს ასაკობრივ ჯგუფში. 0-დან 15 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფზე მოდის შემთხვევათა 1%, 15-დან 19 წლამდე მოზარდებზე - 0.4%. რეპროდუქციული ასაკის (15-49 წელი) ქალებში რეგისტრირებულია ყველა ასაკობრივი ჯგუფის ქალებში რეგისტრირებული შემთხვევების 24%.

(გ) კიბოს რეგისტრის მონაცემების მიხედვით, 2015 წელს დაავადების I და II სტადიაზე რეგისტრირებულია ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ახალი შემთხვევების მხოლოდ 39%.

(დ) ყველა ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობის მაჩვენებელმა 100 000 მამაკაცზე შეადგინა 240, ხოლო 100000 ქალზე - 275. ქალთა შორის ყველაზე გავრცელებული ხუთი ლოკალიზაციის კიბო: ძუძუს, ფარისებრი ჯირკვლის, კოლორექტუმი, საშვილოსნოს ყელის, საშვილოსნოს ტანის კიბო,

ხოლო მამაკაცთა შორის ყველაზე გავრცელებული ხუთი ლოკალიზაციის კიბო: ტრაქეა/ბრონქი/ფილტვის, პროსტატის, შარდის ბუშტის, კოლორექტუმის, ხორხის კიბო.

(ბ) 2015 წლის პირველი იანვრიდან ქვეყანაში კიბოს პოპულაციური რეგისტრის დანერგვის შემდეგ, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა ონკოლოგიურ დაავადებათა მონიტორინგი. სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ მონაცემებით, საქართველოში ძუძუს კიბო ქალებში და ფილტვის კიბო მამაკაცებში ყველაზე გავრცელებულ ავთვისებიან სიმსივნეებს წარმოადგენს. ონკოლოგიური დაავადებებით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი კვლავ მაღალი რჩება. ამასთან, დაბალია 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი: პაციენტთა 30%-ზე ნაკლები ცოცხლობს დიაგნოზის დასმიდან 5 წლის მანძილზე ან უფრო დიდხანს. მაღალი სიკვდილიანობისა და დაბალი გადარჩენის მაჩვენებლების ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ კიბოს შემთხვევების დაახლოებით 60%-ის დიაგნოსტიკა მესამე და მეოთხე სტადიაზე ხდება, რისი მიზეზიც კომპლექსურია და ძირითადად მოსახლეობის დაბალი ინფორმირებულობის დონით და ამ პროცესებში ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ნაკლები ჩართულობითაა განპირობებული.

2. სტრატეგიის მიზანი, ამოცანები, ხედვა და ძირითადი პრინციპები

კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის ზოგადი ხედვა: საქართველოში ნებისმიერ ონკოლოგიურ პაციენტს უნდა ჰქონდეს გადარჩენის მაქსიმალური შესაძლებლობა და ცხოვრების ხარისხიანი წლები.

მიზანი. ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული ავადობითა და სიკვდილიანობით გამოწვეული თავიდან აცილებადი ტვირთის შემცირება მულტისექტორული თანამშრომლობის გზით, ნებისმიერ ასაკში მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და პროდუქტიულობის მაღალი სტანდარტების უზრუნველყოფის მიზნით

სამიზნეები 2020 წლისთვის:

- ონკოლოგიური დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობის ზრდის შეჩერება (ნულოვანი ზრდა);
- ონკოლოგიურ დაავადებათა ძირითადი რისკის ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულთა ხვედრითი წილის 10%-იანი მატება;
- მიზნობრივი პოპულაციის სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლის 20%-იანი მატება (ონკოლოგთა გარკვეული ჯგუფის მოსაზრებით, მატება უნდა იყოს მეტი);
- სკრინინგს დაქვემდებარებული კიბოს (ძუძუს, საშვილოსნოს ყელის და კოლორექტალური კიბო) ადრეულ ეტაპზე (I და II სტადია) გამოვლენის 30%-იანი მატება;
- კიბოს ადრეულ ეტაპზე (I და II სტადია) გამოვლენის საერთო მაჩვენებლის 20%-იანი მატება;

- ქირურგიული სამედიცინო მომსახურების **100%-იანი** ხელმისაწვდომობა;
- ქიმიო-თერაპიის **80%-იანი** ხელმისაწვდომობა;
- იმუნოთერაპიის **40%-იანი** ხელმისაწვდომობა (**ამჟამად 10-15%-ია**);
- სხივური-თერაპიის **70%-იანი** ხელმისაწვდომობა;
- ესენციური მედიკამენტების 80%-იანი ხელმისაწვდომობა;
- იოდოთერაპიის **80%-იანი** ხელმისაწვდომობა (**ნატო შენგელია**);
- პეტ-სკანირების **50%-იანი (??)** ხელმისაწვდომობა (**ნატო შენგელია**);
- 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლის 20%-იანი მატება;
- პალიატიური მზრუნველობით პაციენტთა მოცვის მაჩვენებლის 30%-იანი მატება.

კიბოს ეროვნული სტრატეგია ქვეყნისთვის წარმოადგენს გზამკვლევს, რათა განახორციელოს კოორდინირებული და თანმიმდევრული ქმედებები ყველა დონეზე 9 სამიზნე ამოცანის მისაღწევად, რომელთა შორის უმთავრესია კიბოთი, დიაბეტით, გულ-სისხლძარღვთა და ქრონიკული რესპირაციული დაავადებებით გამოწვეული ნაადრევი სიკვდილიანობის შემცირება 2025 წლისათვის.

3. სტრატეგიული ამოცანები და ინტერვენციები

3.1. სტრატეგიული ამოცანა #1. კიბოთი ავადობის შესახებ სრულყოფილი, ზუსტი და დროული მონაცემებისადმი ხელმისაწვდომობა

დასაბუთება: კიბოს პოპულაციური რეგისტრი წარმოადგენს ონკოლოგიური მონაცემების სისტემური შეგროვების, შენახვის, ანალიზის, ინტერპრეტაციის და წარდგენის ორგანიზებულ სისტემას. იგი უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს კიბოს ინციდენტობის და პრევალენტობის ხარისხიანი მონაცემების შეკრების თვალსაზრისით. ასეთი ტიპის რეგისტრის გამოყენება ასევე მნიშვნელოვანია კიბოს კონტროლის პროგრამების შეფასებისა და, შესაბამისად, პრიორიტეტების განსაზღვრის და პროგრამების დაგეგმარებისათვის, გაწეული სერვისების ეფექტურობის განსასაზღვრად, ონკოლოგიური პაციენტის სამედიცინო მომსახურების გაწევის დინამიური დაკვირვებისთვის, კიბოს სკრინინგის და სხვა პრევენციული ღონისძიებების მართებულად დანერგვისთვის.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული „არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის 2013-2020 წლების სამოქმედო გეგმა“ უმთავრესად ფოკუსირებულია ოთხ ძირითად არაგადამდებ დაავადებაზე (გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური, ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები და დიაბეტი), რომელთაგან ერთ-ერთი სწორედ ონკოლოგიური დაავადებაა; სამოქმედო გეგმის ძირითადი ხედვაა - „**არაგადამდებ დაავადებათა მართვადი ტვირთისგან თავისუფალი მსოფლიო**“ და მიზნად ისახავს მართვადი ავადობის, ინვალიდობისა და სიკვდილიანობის ტვირთის თავიდან აცილებას მულტისექტორული თანამშრომლობისა და კოოპერაციის გზით, რათა არაგადამდებ დაავადებები არ ქმნიდნენ ბარიერს მოსახლეობის

კეთილდღეობისა და სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების თვალსაზრისით (40). ახალ - 2013-2020 წლების სამოქმედო გეგმაში წინა პერიოდის (2008-2013 წწ) ძირითადი მიზნები კვლავაც ძალაში რჩება, რომელთა შორის ერთ-ერთს არაგადამდებ დაავადებათა და მათი დეტერმინატების ტენდენციების მონიტორინგი წარმოადგენს, რომელიც მნიშვნელოვანია პრევენციული და კონტროლის ღონისძიებების შეფასების თვალსაზრისით. ონკოლოგიურ დაავადებათა მონიტორინგის განხორციელების ეფექტური გზა კიბოს რეგისტრია.

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

ონკოლოგიურ დაავადებათა შესახებ რეგისტრის გზით მიღებული მონაცემები ხელს უწყობს კიბოს პრევენციის გაუმჯობესებას, კვლევების დაგეგმვას და ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვას.

მიღწევები და გამოწვევები:

(ა) 2015 წლის პირველი იანვრიდან ქვეყანაში დანერგილია კიბოს პოპულაციური რეგისტრი. კიბოს კვლევათა საერთაშორისო სააგენტოსთან (WHO, IARC, Lyon, France) კოორდინაციისა და ინტეგრაციის შედეგად მოხდა საერთაშორისო გამოცდილების გაზიარება, მიღებულია კიბოს რეგისტრის “CanReg-5” პროგრამა, რომელიც ითარგმნა ქართულ ენაზე და ჩაიტვირთა პროგრამაში ყველა კლასიფიკატორი (ტოპოგრაფიული, მორფოლოგიური, ადმინისტრაციულ-ტერიტორიული და ონკოლოგიური სერვისების მწარმოებელ დაწესებულებათა ნუსხა).

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

(გ) დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში, სადაც ხორციელდება კიბოს რეგისტრი, კიბოს შემთხვევათა შეტყობინება რეგულირდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის „სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ“ #01-27/ნ ბრძანებაში 2014 წლის 7 სექტემბერს შეტანილი ცვლილებების შესაბამისად. აღნიშნული ბრძანების მიხედვით, ნებისმიერი ონკოლოგი (ონკოქირურგი, კლინიკური ონკოლოგი, რადიაციული ონკოლოგი), ქირურგი, პათოლოგ-ანატომი და სამედიცინო მომსახურების სხვა სპეციალისტი ვალდებულია ყველა ონკოლოგიური პაციენტის შესახებ,

რომელსაც გაუწია სამედიცინო მომსახურება ან დაუსვა ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი, შეავსოს კიბოს რეგისტრის ფორმა და მიაწოდოს პოპულაციური რეგისტრის ცენტრს (დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (დკ&სჯეც), სამედიცინო სტატისტიკის სამმართველო). აღნიშნული შეეხება ყველა ჰოსპიტალს, კლინიკას, დიაგნოსტიკურ და სამკურნალო ცენტრს, რადიაციული მკურნალობის ცენტრს, პათოლოგ-ანატომიურ ცენტრს.

სიმსივნეები, რომლის შესახებაც უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, არის შემდეგი:

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

გ.ბ) ცენტრალური ნერვული სისტემის ყველა კეთილთვისებიანი სიმსივნე.

(დ) სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც ჩართული არიან კიბოს პოპულაციურ რეგისტრში, მოსალოდნელია, რომ სისტემას მიაწოდებენ მონაცემებს იმ შემთხვევების სულ ცოტა 95%-ის შესახებ, რომლებიც მათთან იყო დიაგნოსტირებული ან გაეწიათ რაიმე სახის სამედიცინო მომსახურება. კიბოს შემთხვევების შეტყობინება ყოველთვის უნდა შეესაბამებოდეს სარეგისტრაციო ფორმების (ქაღალდის მატარებელი) სახით ხვდება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის, სამედიცინო სტატისტიკის სამმართველოში. შეესაბამებული სარეგისტრაციო ფორმები რეგისტრატორს შეჰყავს CanReg-5-ის პროგრამაში. კიბოს პოპულაციური რეგისტრის ერთ-ერთ ძლიერ მხარეს წარმოადგენს ის, რომ მას მრავლობითი ინფორმაციის წყარო გააჩნია. ერთი და იმავე პაციენტის შესახებ ერთდროულად ან სხვადასხვა დროს შეიძლება მოვიდეს ინფორმაცია რამდენიმე დაწესებულებიდან (საერთაშორისო გამოცდილებით თითოეული შემთხვევის შესახებ დაახლოებით 1.7 შეტყობინება მიიღება), სადაც პაციენტს დაესვა დიაგნოზი ან ჩაიტარა რაიმე სახის მკურნალობა.

სტრატეგიული ინტერვენციები:

1.1. კიბოს პოპულაციური რეგისტრის განვითარების ხელშეწყობა:

- ონკოლოგიურ სნეულებათა კლასიფიკაციის განხორციელება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის შესაბამისად (ICD-O);
- ონკოლოგთა სწავლება ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD-O) დანერგვის მიზნით;
- მონაცემთა ხარისხის კონტროლი: ონკოლოგიურ პაციენტთა შესახებ მოწოდებული ინფორმაციის ვალიდაცია პერიოდულად შემთხვევების აქტიური მოძიების გზით და ხარისხის კონტროლი;
- კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემთა ბაზის საჯარო რეგისტრის ბაზასთან კავშირის უზრუნველყოფა, კიბოს დიაგნოზის მქონე პაციენტთა გარდაცვალების შემთხვევის დროული გამოვლენისა და კიბოს გადარჩენის მაჩვენებელთა შეფასების მიზნით.

1.2. მონაცემთა ანალიზი, ინტერპრეტაცია, უკუკავშირი:

- კიბოთი ავადობის, ასაკ-სპეციფიკური ავადობის, პრევალენტობის, მიზეზ-სპეციფიკური სიკვდილიანობის და ტენდენციების შეფასება; შედეგების ინტერპრეტაცია და დისემინაცია ეროვნულ და საერთაშორისო დონეზე;

- კიბოთი გადარჩენის მაჩვენებელთა და ტენდენციების შეფასება;

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

დასაბუთება. პირველადი პრევენცია კიბოს ეფექტური კონტროლის მნიშვნელოვან მიდგომას წარმოადგენს. ყველა ძირითადი რისკის ფაქტორის კონტროლის გზით, ონკოლოგიურ დაავადებათა სიკვდილიანობის 40%-ის პრევენცია არის შესაძლებელი (8). სამეცნიერო კვლევებით დასტურდება უდავო კავშირი ცხოვრების წესსა და კიბოს განვითარებას შორის. ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვად რისკის ფაქტორებს შორის გამოყოფენ: თამბაქოს მოხმარებას, რომელიც მსოფლიოში ყოველწლიურად პასუხისმგებელია კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის 1.5 მილიონი შემთხვევის, ალკოჰოლის ჭარბ მოხმარებას - სიკვდილიანობის 351 000 შემთხვევითა და ჭარბ წონას, სიმსუქნესა და დაბალ ფიზიკურ აქტივობას კიბოს სიკვდილიანობის 274 000 შემთხვევით (11, 13, 16).

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

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

დადასტურებულია, რომ ონკოლოგიურ სნეულებათა სულ ცოტა ერთი მესამედის თავიდან აცილება შესაძლებელია მავნე ჩვევების შეცვლის გზით (46). ქცევის შეცვლა ადამიანთა ნებაზეა დამოკიდებული, ის არც რთულ და არც ძვირადღირებულ ინტერვენციებს წარმოადგენს, საჭიროებს საზოგადოების ინფორმირებულობის ზრდას. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება მნიშვნელოვანი ფაქტორია კიბოს ინციდენტობის შემცირების თვალსაზრისით, რაც გულისხმობს თამბაქოს მოხმარების ელიმინაციას, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების შეზღუდვას, ჯანსაღ კვებას, ფიზიკური აქტივობის გაზრდას, წონის კონტროლს და ა.შ. ცხოვრების წესთან დაკავშირებული რისკის ფაქტორების საქართველოში გავრცელების შესახებ ინფორმაციას იძლევა „არაგადამდებ

დაავადებათა რისკის ფაქტორების კვლევა“ (STEPs), რომელიც 2010 წელს 18-დან 65 წლამდე ასაკის მოსახლეობაში ჩატარდა. შედეგების მიხედვით „ამჟამინდელ“ მწვევლთა პროპორცია მამაკაცებში შეადგენდა 55.5%-ს, ქალებში - 4.8%-ს, ხოლო ორივე სქესში ერთად - 30.3%-ს; ორივე სქესის თითქმის 20% დაბალი ფიზიკური აქტივობით გამოირჩეოდა; კვლევაში ჩართულთა 56% იყო ჭარბი წონის მქონე, 25% - მსუქანი, ამასთან სიმსუქნის პრევალენტობა ქალებში უფრო მაღალია (29% vs. 22%) (1).

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

ცნობილია 40-ზე მეტი აგენტი, ნივთიერება და ექსპოზიციური ფაქტორი, რომლებსაც პროფესიულ კანცეროგენებად მიიჩნევენ (1). პროფესიული კანცეროგენები მიზეზობრივად დაკავშირებულია ფილტვის, ხორხის, ცხვირ-ხახის, კანის, შარდის ბუშტის ონკოლოგიურ დაავადებებთან და ლეიკემიასთან. ფილტვის კიბოს შემთხვევათა 10% და ლეიკემიის შემთხვევათა 2% სავარაუდოდ დაკავშირებულია პროფესიულ ფაქტორებთან (8).

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

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

ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული ინფექციური აგენტების მონიტორინგი. ზოგიერთი ინფექციური აგენტი ონკოლოგიურ დაავადებათა განვითარებაში მნიშვნელოვან ეტიოლოგიურ როლს ასრულებს. გლობალურად ღვიძლის კარცინომას 52% ჰეპატიტი B-ს ქრონიკულ ინფექციას უკავშირდება; დამატებით, შემთხვევათა 20% დაკავშირებულია C ჰეპატიტის ვირუსთან (29). ღვიძლის პირველადი კიბოს პრევენციის რენტაბელურ საშუალებას ჰეპატიტი B-ს საწინააღმდეგო უნივერსალური ვაქცინაცია წარმოადგენს. საქართველოში ჰეპატიტი B-ს საწინააღმდეგო ვაქცინაცია შეტანილია გეგმიური აცრების კალენდარში.

ადამიანის პაპილომა ვირუსი (HPV) მსოფლიოში ყველაზე ფართოდ გავრცელებული სქესობრივი გზით გადამდები ვირუსული ინფექციაა, რომლითაც ყოველწლიურად დაახლოებით 660 მილიონი ადამიანი ინფიცირდება. ვირუსი საშვილოსნოს ყელის კიბოს გამომწვევი ძირითადი ეტიოლოგიური აგენტია; HPV-ს მხოლოდ ორ გენოტიპთან (მე-16 და 18) დაკავშირებულია გლობალურად გამოვლენილი საშვილოსნოს ყელის კიბოს შემთხვევათა 70% (17)). ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით შესაძლებელია ვირუსის ორივე გენოტიპით (16, 18) გამოწვეული ინფიცირების 95%-ის პრევენცია (10). სამომავლოდ HPV-ს საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ჩართვა უნდა მოხდეს იმუნიზაციის ეროვნულ კალენდარში, ვაქცინაციისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსის (Global Alliance for Vaccines and Immunization – GAVI) გამოყენების გზით; რაც შედეგად მოიტანს საშვილოსნოს ყელის კიბოს დაბალი რისკის მქონე ქალების დიდი კოჰორტის შექმნას მომავალში. ვაქცინაცია შესაძლოა განხორციელდეს სკოლაზე დაფუძნებული პროგრამის გამოყენებით, სამიზნე პოპულაციად უნდა განისაზღვროს 13 წლის გოგონები.

მიღწევები და გამოწვევები:

(ა) თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო კომისიის სამუშაო ჯგუფის მიერ 2013 წელს შემუშავებულია და საქართველოს მთავრობისთვის განსახილველად წარდგენილია „თამბაქოს კონტროლის შესახებ საქართველოს კანონის“, „რეკლამის შესახებ საქართველოს კანონის“, „საგადასახადო კოდექსის“, „ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის“, „საზოგადოებრივი მაუწყებლის შესახებ საქართველოს კანონის“ ცვლილებების პროექტები. ცვლილებების პროექტები მიზნად ისახავს:

(ა.1) თამბაქოს კონტროლის ღონისძიებების გაძლიერებას საქართველოს თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის (დამტკიცებული საქართველოს მთავრობის მიერ), ევროკავშირის შესაბამისი დირექტივების და რეკომენდაციების და ჯანმო-ს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის და მისი აღსრულების გაიდლაინების შესაბამისად.

(ა.2) თამბაქოს წარმოების, პრეზერვაციის და რეალიზაციის რეგულაციების ევროკავშირის შესაბამის დირექტივასთან და ჯანმო-ს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის მე-11 მუხლთან და მისი აღსრულების გაიდლაინებთან დაახლოებას.

(ა.3) თამბაქოს რეკლამის, სპონსორობისა და პოპულარიზაციის რეგულაციების ევროკავშირის შესაბამის დირექტივასთან და ჯანმო-ს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის მე-13 მუხლთან და მისი აღსრულების გაიდლაინებთან დაახლოებას.

(ა.4) თამბაქოს კვამლის მავნე ზემოქმედებისგან დაცვის რეგულაციების ევროკავშირის შესაბამის დირექტივასთან და ჯანმო-ს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის მე-8 მუხლთან და მისი აღსრულების გაიდლაინებთან დაახლოებას.

(ბ) ცვლილებები გათვალისწინებულია, ასევე, საქართველოს თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო სტრატეგიითა და 5-წლიანი სამოქმედო გეგმით (2013-2018), რომლებიც დამტკიცებულია საქართველოს მთავრობის შესაბამისი დადგენილებებით (N196, 30 ივლისი, 2013).

(გ) საქართველოს საგადასახადო კოდექსის მიხედვით გათვალისწინებულია თამბაქოს ნაწარმის ყოველწლიური დაბეგვრის ზრდა და ასევე, ელექტორულ სიგარეტზე დაბეგვრის მექანიზმების შემოღება.

(დ) 2015 წელს ქვეყანაში დაინერგა ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც განხორციელდა: (1) საინფორმაციო-საგანმანათლებლო კამპანიები; (2) ტრენინგები პჯდ სპეციალისტებისათვის თამბაქოსათვის ხანმოკლე კონსულტაციების თანამედროვე მეთოდოლოგიისა და ტექნიკის სწავლებაზე. თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობის დარღვევების იდენტიფიკაციისა და რეაგირების მიზნით გადამზადდა შსს-ს, ფინანსთა სამინისტროს შემოსავლების სამსახურის, თბილისის მერიის ზედამხედველობის სამსახურის 100-მდე წარმომადგენელი. ჩატარდა თამბაქოს ცხელი ხაზის ოპერატორების ტრენინგი; (3) თვისობრივი კვლევა 17 ფოკუს-ჯგუფთან ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პრიორიტეტულ თემებზე სამიზნე პოპულაციაში ცოდნის, შეხედულებისა და ქცევის შესახებ ინფორმაციის მოპოვებისა და საკომუნიკაციო მიმართულებების, გზავნილების შემუშავებისა და გატესტვის მიზნით; (4) თამბაქოს არსებული კანონმდებლობის აღსრულებისა და დანერგვის შეფასება სხვადასხვა ტიპის დაწესებულებებში, სადაც კანონით აკრძალულია/შეზღუდულია მოწევა, რეალიზება და რეკლამირება; (5) მიმდინარეობს თამბაქოსა და სხვა ქცევითი რისკის ფაქტორების შესახებ ინფორმირებულობის, შეხედულებებისა და ქცევის ეროვნული კვლევა. სახელმწიფო პროგრამას გააჩნია მოქნილი დიზაინი, არსებული პრიორიტეტების გათვალისწინებით მასში ყოველწლიურად მოხდება სტრატეგიული ინტერვენციების განსაზღვრა.

(ე) ქვეყანაში შემუშავებულია „ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების შემცირების“ ეროვნული სტრატეგიის და სამოქმედო გეგმის პროექტები, რომელთა სტრუქტურა და შინაარსი ჰარმონიზებულია ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების შემცირების გლობალურ სტრატეგიასა (ალკოჰოლის მავნე მოხმარების შემცირების სტრატეგია; ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის 63-ე შეხვედრის რეზოლუცია, მე-13 პუნქტი, 2010 წელი, მაისი) და ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების შემცირების ევროპის რეგიონის სამოქმედო გეგმასთან (European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020). ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მიმდინარეობს ახალგაზრდების ცნობიერების ამაღლების აქტივობები ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების შემცირების მიზნით.

(ვ) 2015 წლის 27 ნოემბერს მიღებულ იქნა საქართველოს მთავრობის განკარგულება (#2567) სურსათში ინდუსტრიული ტრანს-იზომერული ცხიმების რეგულირებასთან დაკავშირებული სამოქმედო გეგმისა და შესაბამისი ღონისძიებების დამტკიცების თაობაზე. სამოქმედო გეგმა მიზნად ისახვს (1) დაინტერესებული მხარეების ინფორმირებას, (2) ინდუსტრიული ტრანსცხიმების შემცველობის სარეგულაციო მექანიზმების სრულყოფას და (3) სურსათში ინდუსტრიული ტრანსცხიმების შემცველობაზე სახელმწიფო კონტროლს.

(ზ) 2015 წელს B ჰეპატიტის ვაქცინაციით სამშობიარო სახლებში დაბადებიდან პირველ 24 საათში ახალშობილთა 93% აიცრა (ე.წ. ნულოვანი დოზა), ხოლო წლამდე ასაკში პირველი, მეორე და მესამე დოზებით შესაბამისად 96%, 94.4% და 93.7%. რაც შეეხება ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის დანერგვას, ამ პერიოდისათვის ქვეყანა გადაწყვეტილების მიღების

პროცესშია ვაქცინაციისა და იმუნიზაციის გლობალური ალიანსის მხარდაჭერით, 2017 წელს ვაქცინის დანერგვასთან დაკავშირებით.

სტრატეგიული ინტერვენციები:

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

- საზოგადოების ინფორმირებულობის ამაღლება ძირითად მართვად რისკის ფაქტორებსა (თამბაქო, ალკოჰოლი, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, ჭარბი წონა, სიმსუქნე) და კიბოს შორის არსებული მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების შესახებ;
- სამედიცინო პერსონალის მოტივაცია, რათა საკუთარ პაციენტებს გაუწიონ კონსულტაცია/რეკომენდაცია კიბოს პირველადი პრევენციის შესახებ.
- თამბაქოს მოხმარების, ალკოჰოლის მავნე ზემოქმედების, არასწორი კვების, დაბალი ფიზიკური აქტივობის, ჭარბი წონისა და სიმსუქნის კონტროლის ღონისძიებების დანერგვა შესაბამისი ეროვნული სტრატეგიების სამოქმედო გეგმის მიხედვით;
- თამბაქოს კონტროლის შესახებ დამტკიცებული ნორმატიული აქტების დანერგვა და ეფექტურად აღსრულება, რათა ხელი შეეწყოს როგორც თამბაქოს კონტროლის კომპლექსურ ღონისძიებებს თამბაქოს ნებისმიერი სახით გამოყენების პრევენციის შესახებ, აგრეთვე, თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო-კონვენციის (FCTC) ყველა ასპექტის ეფექტურად განხორციელებას;
- თამბაქოს დაბეგვრის მნიშვნელოვანი გაზრდა, როგორც ეს გათვალისწინებულია FCTC-ში;
- თამბაქოს გაზრდილი საგადასახადო შემოსავლების ნაწილის გამოყოფა კიბოს პრევენციის, ადრეული გამოვლენის და მკურნალობის სერვისების მხარდასაჭერად;
- ალკოჰოლის მომატებული დაბეგვრა, ალკოჰოლის რეკლამირების და პოპულარიზაციის აკრძალვა, შეძენისთვის მინიმალური ასაკის შემოღება, ალკოჰოლის გაყიდვის ადგილებისა და გაყიდვის დროის შეზღუდვები;

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

- სახელმწიფო, საერთაშორისო, არასამთავრობო ორგანიზაციებთან და მეწარმეებთან თანამშრომლობა ადამიანის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის და გარემოს რისკის ფაქტორების მოსახლეობაზე ექსპოზიციის შემცირების თვალსაზრისით;
- შჯსდს-სა და გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტროს შორის ურთიერთთანამშრომლობის ჩარჩოს ჩამოყალიბება ინტეგრირებული პოლიტიკის განსახორციელებლად; რეგულაციების შექმნა და დანერგვა, რომლებიც განსაზღვრავს მავნე ნივთიერებების (სავარაუდო ან დადასტურებული კანცეროგენი) ზღვრულად დასაშვებ კონცენტრაციას გარემოში;

- ჯანმოსა და კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC) კლასიფიკაციის მიხედვით ადამიანებისთვის კანცეროგენული რისკების შესახებ კლასიფიკატორის მომზადება;
- გარემოსა და პროფესიული ფაქტორებით ექსპოზიციის ონკოლოგიურ დაავადებებთან ასოციაციის გამოვლენის მიზნით კვლევებისადმი ხელშეწყობა;
- პრევენციული პროგრამების მხარდაჭერა და კოორდინაცია, რომლებიც სხვადასხვა მიზნობრივ ჯგუფებში ხელს შეუწყობს ულტრაიისფერი გამოსხივების ზემოქმედების შემცირებას და კანის საექვო ცვლილებების დროულად გამოვლენას;
- აზბესტის ზემოქმედებით განპირობებული პრობლემების შეფასება ქვეყანაში;
- დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მიზნით პაციენტთა ექსპოზიციის დონის ოპტიმიზაცია; დასხივებული დოზის მონიტორინგი.

3.2.3. ინფექციურ აგენტთან დაკავშირებული ონკოლოგიურ დაავადებათა სიხშირის შემცირება:

- ვირუსული ჰეპატიტი B-ს და ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინით მიზნობრივი პოპულაციის მაქსიმალური მოცვა.
- ჰეპატიტი C ინფექციის კონტროლის გაუმჯობესების მიზნით სამედიცინო ინსტრუმენტების დეზინფექციის და სტერილიზაციის პროცედურების შესახებ მკაცრი გაიდლაინების დანერგვა და დაცვა;
- ერთჯერადი ნემსების გამოყენება ყურის, ცხვირის, სხეულის პირსინგის ჩატარებისას, რომელსაც ხელი უნდა შეუწყოს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების პროგრამებმა, და უნდა იყოს ქვეყნის პრევენციული სტრატეგიის შემადგენელი ნაწილი;
- ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) პრევალენტობის კვლევის განხორციელება;
- HPV-ს საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ჩართვა იმუნიზაციის ეროვნულ კალენდარში.

3.2.4. პაციენტთა კონსულტირებაში სამედიცინო პერსონალის როლის ამაღლება:

- ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმების, ექთნების განათლება კიბოს განვითარების ხელშეწყობი რისკის ფაქტორების და პაციენტთა კონსულტირების შესახებ;
- საგანმანათლებლო მასალების, საკომუნიკაციო გზავნილების რეგულარული მიწოდება პაციენტთა კონსულტირებაში ჩართული ექიმებისა და ექთნებისადმი;
- პჯდ რგოლის ექიმების, ექთნების ჩართულობის გაზრდა კიბოს სკრინინგის პროგრამების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაზრდის თვალსაზრისით;
- კიბოს ადრეული გამოვლენის ხელშეწყობის მიზნით მოსახლეობის და პროფესიონალების ცნობიერების ამაღლება ადრეული სიმპტომებისა და ნიშნების შესახებ, კიბოს ისეთი გავრცელებული ფორმებისთვის, როგორებიცაა ძუძუს, ფილტვის, კოლორექტალური, საშვილოსნოს ყელის, კანის და სხვა.

3.3. სტრატეგიული ამოცანა #3. კიბოს სკრინინგ-პროგრამის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით ორგანიზებული სკრინინგის სტრუქტურის და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემების დანერგვა

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

მიუხედავად იმისა, რომ კიბოს სკრინინგის პროგრამებს დიდი სარგებლის მოტანა შეუძლია, მათ ასევე შეუძლიათ ზიანის მიყენება იმ ადამიანებისათვის, რომლებმაც სკრინინგი ჩაიტარეს (24). ასეთი ზიანი უფრო იშვიათია კარგად ორგანიზებული პროგრამის შემთხვევაში. ორგანიზებული სკრინინგის პროგრამის მთავარი მიზნებია გაზარდოს სასურველი შედეგი და შეამციროს სკრინინგის შედეგად მიყენებული ზიანი, რომლის მიღწევა შესაძლებელია სათანადო ფინანსური რესურსებით, უფლებამოსილებით აღჭურვილი ადმინისტრირების და კოორდინირებული სისტემის მეშვეობით, რათა მოხდეს:

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

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

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

ძუძუს სკრინინგი. სკრინინგის მიზნით ასაკობრივი ჯგუფების შერჩევა უნდა ეფუძნებოდეს დაავადების გავრცელების ასაკობრივ თავისებურებებს, აგრეთვე სკრინინგით გამოწვეული სარგებლისა და ზიანის თანაფარდობას. რადგანაც სარგებელსა და ზიანს გამოყენებული ლაბორატორიული კვლევის მეთოდები (ტესტები) განსაზღვრავს, ამდენად, ასაკობრივი ვარიაცია ტესტ-სპეციფიურია. კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოსა და ევროპული გაიდლაინების მიხედვით მამოგრაფიული კვლევისთვის სარგებელსა და ზიანს შორის დადებითი ბალანსი ყველაზე ნათლად 50-69 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში დემონსტრირდება (23). აღნიშნული

სახელმძღვანელოები მიუთითებენ, რომ 50-69 წლის ასაკის ქალებს უნდა ჩაუტარდეთ მამოგრაფიული სკრინინგი. რაც შეეხება სკრინინგის პროგრამებში უფრო ახალგაზრდა ან უფროსი ასაკის ქალების ჩართვას, ჩართვის დროს შეიძლება გათვალისწინებული იქნას ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური მონაცემები და ფინანსური რესურსების შესაძლებლობები.

ძუძუს კიბოს სკრინინგის პერიოდულობასთან დაკავშირებით ევროპაში ერთიანი მიდგომა არსებობს. 2002 წელს IARC-მა რეკომენდაცია გაუწია მამოგრაფიის სკრინინგულ ჩატარებას ორწლიანი ინტერვალით და ევროგაერთიანების 27 ქვეყნიდან 24-მა მიიღო აღნიშნული რეკომენდაცია. ორ წელიწადში ერთხელ ჩატარებული მამოგრაფიული სკრინინგის საკმარისი ეფექტურობა დასტურდება დიდი ობსერვაციული კვლევის შედეგებით, რომლის მიხედვითაც 50-69 წლის ასაკის ქალებში დაავადების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენის თვალსაზრისით არ არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავება ყოველწლიურად და ორ წელიწადში ერთხელ ჩატარებულ სკრინინგულ პროგრამებს შორის (34); ასევე, აშშ-ს პრევენციული სერვისების ოპერატიული ჯგუფი (*United States Preventive Services Task Force - USPSTF*) ადასტურებს, რომ ორწლიანი პერიოდულობით ჩატარებულ სკრინინგს თითქმის ისეთივე სარგებელი მოაქვს, როგორც ყოველწლიურს, ამასთან, განახევრებული ზიანით.

საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი. ევროპული გაიდლაინების მიხედვით საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი რეკომენდებულია 30-60 წლის ასაკობრივ ინტერვალში, თუმცა უფრო ახალგაზრდა, ან უფროსი ასაკის ქალების ჩართვა შესაძლებელია ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებზე დაყრდნობით და ფინანსური რესურსების შესაძლებლობის გათვალისწინებით. USPSTF საშვილოსნოს ყელის სკრინინგს რეკომენდაციას უწევს 21-65 წლის ასაკის ქალებში. ის აგრეთვე წინააღმდეგია 21 წლის ასაკამდე და 65 წლის ასაკის ზემოთ (თუ 65 წლის ასაკში ჩატარებული პაპ-ტესტის შედეგი უარყოფითია) სკრინინგის ჩატარების (33). ევროპული გაიდლაინები რეკომენდაციას უწევენ Pap-ტესტირებას ≥ 2 ან ≤ 5 -წლიანი ინტერვალით, მაშინ როცა USPSTF მხარს უჭერს 3 წლიან ინტერვალს. კარგად ორგანიზებული Pap-ტესტირება-ზე დაფუძნებული, 3-5 წლიანი ინტერვალის სკრინინგული პროგრამებით და პათოლოგიური Pap-ტესტის მქონეთა მეთვალყურეობისა და მკურნალობის შესაბამისი მექანიზმებით, შესაძლებელია მივაღწიოთ საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას 80%-ით. აგრეთვე IARC, კიბოს კვლევის საერთაშორისო ცენტრი აქტიურად განიხილავს ადამინის პაპილომაავირუსის (HPV) ტესტის დანერგვას იმ ქვეყნებში, სადაც იწყებენ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პროგრამას და სადაც ციტოლოგიური კვლევის ხარისხი დაბალია ან/და განიცდიან კვალიფიციური ციტოპათოლოგების ნაკლებობას.

კოლორექტალური სკრინინგი. კლინიკური კვლევების გზით არ ყოფილა შეფასებული კოლორექტალური სკრინინგის ოპტიმალური ასაკობრივი დიაპაზონი და მისი განსაზღვრა უნდა მოხდეს არსებულ მონაცემთა ექსტრაპოლაციის გზით. კოლორექტალური სკრინინგის სარგებელსა და ზიანს შორის დადებითი ბალანსი კარგად ვლინდება 50-75 წლის ასაკობრივ ჯგუფში (36). ევროპული გაიდლაინების მიხედვით gFOBT-ტესტით სკრინინგი უნდა მოიცავდეს სულ ცოტა 60-64 წლის ასაკობრივ ჯგუფს, თუმცა ასაკობრივი დიაპაზონი შესაძლოა გაფართოვდეს 45-80 წლის ასაკობრივ ჯგუფზეც. ევროპის მეტ წილ ქვეყნებში კოლორექტალური სკრინინგი იწყება 50 წლის ასაკიდან და ასაკობრივი დიაპაზონი მერყეობს ქვეყნების მიხედვით. აშშ-ში USPSTF

კოლორექტალურ სკრინინგს რეკომენდაციას უწევს 50-75 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში, რომელიც ჩატარდება FOBT-ით, სიგმოიდოსკოპიით და კოლონოსკოპიით. კოლორექტალური კიბოს სკრინინგის ოპტიმალური პერიოდულობა არ ყოფილა შეფასებული კლინიკური კვლევებით, თუმცა, დანიაში, შვედეთში, გაერთიანებულ სამეფოსა და აშშ-ში ჩატარებული სკრინინგული პროგრამები ადასტურებენ, რომ 2-წლიანი ინტერვალით ჩატარებული gFOBT სკრინინგი კოლორექტალური კიბოთი გამოწვეულ სიკვდილიანობას ამცირებს თითქმის 15%-ით, ხოლო ყოველწლიურად ჩატარებული - დაახლოებით 33%-ით (25, 34). ამ მონაცემებზე დაყრდნობით ნათელია, რომ gFOBT-ის გამოყენებით 2-წლიანი ინტერვალით ჩატარებული სკრინინგი კოლორექტალური კიბოს სიკვდილიანობას ეფექტურად ამცირებს, მაშინ როცა ყოველწლიური - ძალიან მნიშვნელოვნად. კოლორექტალური სკრინინგის ზიანის და სარგებლის გათვალისწინებით ევროპული გაიდლაინები საბოლოოდ მიუთითებენ, რომ ინტერვალთა 2 წელიწადს არ უნდა აღემატებოდეს.

პროსტატის კიბოს მართვა. ინტენსიური დებატების მიზეზს წარმოადგენს პროსტატის კიბოს სკრინინგის სარგებლის შეფასება. ეჭვს არ იწვევს, რომ სკრინინგი ზრდის პროსტატის კიბოს გამოვლენას ადრეულ ეტაპზე, თუმცა არ არსებობს მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ ამ ეტაპზე ჩატარებული მკურნალობით შემცირდება პროსტატის კიბოთი გამოწვეული ადრეული სიკვდილობა¹. პროსტატის სკრინინგის სარგებლისა და ზიანის შესახებ არსებული მონაცემების მიმოხილვის შედეგად ევროპელ უროლოგთა ასოციაციამ განაცხადა, რომ „ამჟამად არსებული მტკიცებულებები არ არის საკმარისი იმისთვის, რათა პროსტატის კიბოს ადრეულ ეტაპზე გამოსავლენად რეკომენდაცია გაეწიოს პოპულაციაზე დაფუძნებულ პროსტატის სკრინინგს პროსტატა-სპეციფიკური ანტიგენის (PSA) ტესტირებით.“ იმავედროულად, USPSTF-ის მიერ აშშ-ში ჩატარებული არსებული ლიტერატურის მსგავსი მიმოხილვის საფუძველზე ის PSA სკრინინგის წინააღმდეგაა, სკრინინგის სარგებლის შესახებ არასაკმარისი მტკიცებულებების არსებობის გამო, მაშინ როცა მეთვალყურეობით და მკურნალობით გამოწვეული ზიანი დადასტურებულია (2, 12, 35).

კიბოს სკრინინგის განხორციელების პრიორიტეტები. სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოს სკრინინგ პროგრამებს ეფექტურობის სხვადასხვა დონე გააჩნიათ და აქედან გამომდინარე, ინციდენტობასა და სიკვდილიანობაზე განსხვავებული ეფექტი ექნებათ.

ძუძუს სკრინინგი გაზრდის მკურნალობაზე მოთხოვნას როგორც მოკლევადიან პერსპექტივაში - რადგანაც გაიზრდება გამოვლენილი ასიმპტომური შემთხვევების რაოდენობა, ასევე გრძელვადიან პერსპექტივაში - რადგან გაიზრდება გამოვლენილი ნელა მზარდი კიბოს შემთხვევების რიცხვი, რომლებსაც წარსულში არ გამოუწვევიათ კლინიკური ჩარევის საჭიროება პაციენტის სხვა მიზეზით გარდაცვალების გამო. ამავე დროს, საშვილოსნოს ყელის და კოლორექტალური სკრინინგი გაზრდის მოთხოვნას კიბოს მკურნალობაზე მოკლევადიან პერსპექტივაში, რადგანაც გაიზრდება გამოვლენილი ასიმპტომური შემთხვევების რიცხვი, თუმცა, შემცირდება მოთხოვნა საშუალო და გრძელვადიან პერსპექტივაში, რისი მიზეზიც იქნება კიბოს წინარე პათოლოგიების გამოვლენა და მკურნალობა ჯანდაცვის მეორადი დონის სამკურნალო დაწესებულებებში (კოლპოსკოპია და ენდოსკოპია/კოლონოსკოპია), რათა არ გადაიზარდოს ინვაზიურ სიმსივნედ.

აღსანიშნავია, რომ სკრინინგის ყველა ზემოთ აღწერილი ფორმის ეფექტიანობა შეფასებულია კლინიკური კვლევების შედეგად, რომლებიც ჩატარდა ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვის სერვისები უზრუნველყოფილია ფინანსური რესურსებით, ფართოდ დანერგილია კიბოს მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები და ძუძუს და საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობა უფრო მაღალია, ვიდრე საქართველოში.

უაღრესად მნიშვნელოვანია, სკრინინგის ყველა პროგრამის კარგი ორგანიზება და ხარისხის უზრუნველყოფის მკაცრად დაცვა. ამ პირობების გარეშე, მაღალი ალბათობით, სკრინინგის პროგრამები ვერ შეამცირებენ კიბოს მაჩვენებლებს, თუმცა კვლავაც მიაყენებენ გარკვეულ ზიანს სკრინინგში მონაწილე ადამიანებს და მოიხმარენ ჯანდაცვის მნიშვნელოვან რესურსებს.

მიღწევები და გამოწვევები.

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

(ბ) **ძუძუს კიბოს სკრინინგი საქართველოში:** (1) სკრინინგის სამიზნე პოპულაცია და ინტერვალი: 40-70 წლის ასაკის ქალები, 2 წელიწადში ერთხელ; (2) ჩართულობა/მოწვევა: პირველადი ჩართულობის/მოწვევის პირდაპირი პოპულარიზაცია ხდება მედია-კამპანიების მეშვეობით და ზოგიერთ შემთხვევებში პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მხრიდან; (3) სკრინინგის პროცედურა: თითოეული ძუძუს მამოგრაფია ორმხრივ პროექციაში; (4) დადებითი სკრინინგ-ტესტის შემთხვევაში: ძუძუს კლინიკური გამოკვლევა შესრულებული ჯანდაცვის პროფესიონალი მუშაკის მიერ (მამოლოგი, ქირურგი, რადიოლოგი, გინეკოლოგი, რადიოლოგი, ოჯახის ექიმი), ულტრაბგერითი გამოკვლევა (თბილისის მოსახლეობას დამატებით უტარდება ბიოფსია წმინდა ნემსით შემდგომი ციტოლოგიური კვლევისთვის).

(გ) **საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი საქართველოში:** (1) სკრინინგის სამიზნე პოპულაცია და ინტერვალები: 25-60 წლის ასაკის ქალები, 3 წელიწადში ერთხელ; (2) ჩართულობა/მოწვევა: პირველადი ჩართვის პირდაპირი პოპულარიზაცია ხდება მედია-კამპანიების მეშვეობით და

ზოგიერთ შემთხვევებში პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მხრიდან. სკრინინგის პროცედურა: გინეკოლოგის მიერ ჩატარებული ვაგინალური გასინჯვა (დათვალიერება) და პაპ-ტესტის ჩატარება ბეტესდას მეთოდზე დაყრდნობით; (3) დადებითი სკრინინგ-ტესტის შემთხვევაში: კოლპოსკოპია, საჭიროების შემთხვევაში ბიოფსია შემდგომი ჰისტომორფოლოგიური კვლევით. თბილისის პროგრამის ფარგლებში კიბოს წინარე პათოლოგიების გამოვლენისას საშვილსონოს ყელის კონიზაცია ტარდება, ამ უკანასკნელ სერვისს რეგიონული პროგრამა არ მოიცავს.

(დ) მსხვილი ნაწლავის სკრინინგი საქართველოში: (1) სკრინინგის სამიზნე პოპულაცია და ინტერვალები: 50-70 წლის ასაკის ორივე სქესის წარმომადგენლები, წელიწადში ერთხელ; (2) ჩართულობა/მოწვევა: პირველადი ჩართვის პირდაპირი პოპულარიზაცია ხდება მედია-კამპანიების მეშვეობით და ზოგიერთ შემთხვევებში - პირველადი ჯანდაცვის ექიმების მიერ; (3) სკრინინგის პროცედურა: ტესტი ფარულ სისხლდენაზე. დადებითი სკრინინგ-ტესტის შემთხვევაში: კოლონოსკოპია, საჭიროების შემთხვევაში ბიოფსია ბიოპტატის ჰისტომორფოლოგიური კვლევით.

(ე) პროსტატის კიბოს რისკის მართვა საქართველოში: გამოკვლევა ტარდება მხოლოდ რისკის ჯგუფებში, ექიმის რეკომენდაციით. სკრინინგის პროცედურა: სისხლში პროსტატის სპეციფიური ანტიგენის განსაზღვრა - PSA ტესტი.

(ვ) კიბოს სკრინინგის ორგანიზებული პროგრამის დანერგვის მთავარი გამოწვევები, სკრინინგის პოპულაციის გეოგრაფიული გადანაწილება. საქართველოს მოსახლეობის დაახლოებით 25% ცხოვრობს თბილისში; მომდევნო 25% - ისეთ ქალაქებში, სადაც მოსახლეობის რაოდენობა $\geq 100,000$ (ბათუმი, გორი, ქუთაისი, რუსთავი და ზუგდიდი) და 50% - მცირე თემებში, სადაც არ არის საკმარისი მოსახლეობა კიბოს სკრინინგის კლინიკის/სერვისების გასახსნელად. ამ მცირე თემების კიბოს სკრინინგის პროგრამით უზრუნველყოფა გართულებულია იმ თვალსაზრისით, რომ მოსახლეობის ჩართულობა სკრინინგ კლინიკებამდე მისასვლელი დისტანციის უკუპროპორციულია (14), რაც კარგად ჩანს ესტონეთის მაგალითზე, სადაც საშვილსონოს ყელის სკრინინგი დანერგილი იყო, როგორც ვერტიკალური პროგრამა რეგიონალური სკრინინგ ცენტრების დახმარებით და მონაწილეობის მაჩვენებელი არ აღემატებოდა 30%-ს. ამგვარად, ამ პატარა თემებისთვის კიბოს სკრინინგის პროგრამის მიწოდება მოითხოვს პირველადი სამედიცინო რგოლის თანამშრომლების გადამზადებას, რომ მათ ჩაატარონ კიბოს სკრინინგის ტესტები და მეთვალყურეობა გაუწიონ სკრინინგ ტესტის დადებითი პასუხის მქონე პაციენტების მიმართვას შემდგომი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის მეორადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში. ალტერნატივას წარმოადგენს სკრინინგის მობილური ჯგუფი, მაგრამ მათი წლიური სიმძლავრე სტაციონარული კლინიკის $\approx 75\%$ -ის ტოლფასია, მაშინ, როცა წლიური საოპერაციო ხარჯები $\approx 25\%$ -ზე უფრო მაღალია (28); ამ შემთხვევაში სამიზნე მოსახლეობის მაღალი ჩართულობის/მოცვის უზრუნველყოფა კიდევ უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს პროგრამის ხარჯ-ეფექტურობის მისაღწევად.

(ზ) მონაწილეობა სკრინინგ პროგრამებში. თბილისის და რეგიონალური სკრინინგ პროგრამებიდან მიღებული მონაცემები გვიჩვენებს, რომ მიზნობრივი მოსახლეობის

მოცვა დაბალია, მაგალითად თბილისის პროგრამაში მუშაობის მე-2 და მე-3 წლისთვის სამიზნე მოსახლეობის მონაწილეობის მაჩვენებელმა ძუძუს სკრინინგში $\approx 16.0\%$ და საშვილოსნოს ყელის სკრინინგში $\approx 18.5\%$ შეადგინა, ხოლო მეოთხე წელს მაჩვენებელი რამდენადმე შემცირდა; კიდევ უფრო დაბალია მოცვა რეგიონალურ პროგრამაში, კერძოდ, მიმდინარეობის მესამე წელს ძუძუს კიბოს სკრინინგში მონაწილეობის მაჩვენებელმა შეადგინა 6.8% , ხოლო საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში - 9.6% .

დასავლეთ ევროპის სკრინინგ პროგრამებიდან მიღებული მონაცემები გვაჩვენებს, რომ კიბოთი დაავადების მაჩვენებელმა მანამდე არ მიაღწია ოპტიმალურ კლებას, სანამ მოცვის მაჩვენებელი 75% -მდე არ გაიზარდა. ამგვარად, დაბალი მონაწილეობის/მოცვის მიზეზები უნდა გამოვლინდეს და გამოსწორდეს.

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

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

ხარისხის გარე შეფასების (რომელსაც სკრინინგ ცენტრი ახორციელებს გაეროს მოსახლეობის ფონდის (UNFPA) მხარდაჭერით) შედეგებმა აჩვენა, რომ რიგ შემთხვევებში მამოგრამების გადაღების ხარისხი არ შეესაბამება საერთაშორისო სტანდარტებს. შედეგად, ანგარიშში მოცემული იყო რეკომენდაცია რენტგენო-ტექნიკოსების და რადიოლოგების დამატებითი ტრენინგის საჭიროების და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვის პრიორიტეტულობის თაობაზე. კიდევ ერთ პრობლემას/გამოწვევას წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ რიგი მამოგრაფები, განსაკუთრებით რეგიონებში, მოძველებულია და ხშირ შემთხვევაში არ მუშაობს, რაც აფერხებს სკრინინგის პროგრამის გამართულ განხორციელებას. დამატებით, სკრინინგის თითქმის არც ერთი კლინიკა არ უზრუნველყოფს მამოგრაფიის აპარატების მომსახურეობისა და კალიბრაციის რეესტრს. ყველა კლინიკაში, სადაც კეთდება მამოგრაფია, აუცილებელია მამოგრაფიის აპარატურის რეგულარული ტექნიკური მომსახურეობა და კალიბრაცია, კვალიფიციური სპეციალისტის (სამედიცინო ფიზიკოსის) მიერ. საქართველოს არ ყავს მამოგრაფიის ან მამოგრაფიის ხარისხის უზრუნველყოფაში დატრენინგებული სამედიცინო ფიზიკოსები. ამგვარად, საქართველოში მოკლე ვადიან პერსპექტივაში საჭიროა ქართველი სპეციალისტების საზღვარგარეთ სწავლება, ხოლო გრძელვადიან პერსპექტივაში საჭირო იქნება მამოგრაფიის ტრენინგის მოდულის შეტანა შესაბამისი უმაღლესი დაწესებულებების კურიკულუმებში.

(ი) საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, სკრინინგ პროგრამის პერსონალი და აღჭურვილობა. იმ ქვეყნებში, სადაც დანერგილია საშვილოსნოს ყელის სკრინინგ პროგრამა, ქალები, რომლებსაც

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

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

ქვეყანაში მეან-გინეკოლოგების რაოდენობა საკმარისზე მეტია, მაგრამ მათ შორის კოლპოსკოპიაში საერთაშორისო სტანდარტებით დატრენინგებულთა რაოდენობა ძალზე შეზღუდულია და საჭიროებს გაზრდას. ეროვნულ სკრინინგ ცენტრს კოლპოსკოპიის ტრენინგის აკრედიტირებული პროგრამა გააჩნია, რომელიც წელიწადში 25-30 კოლპოსკოპისტს ამზადებს. ამჟამად საქართველოში ≈50 მეან-გინეკოლოგი ატარებს კოლპოსკოპიურ გამოკვლევებს, თუმცა მხოლოდ ≈25 გინეკოლოგს აქვს გავლილი ეროვნული სკრინინგ ცენტრის კურსი, რომელთაგან 15 გინეკოლოგი თბილისში მუშაობს. ამგვარად, ქვეყანაში ეროვნული სკრინინგ ცენტრის მიერ მომზადებული კოლპოსკოპისტების საკმარისი რაოდენობა იმისათვის, რომ დაკმაყოფილდეს საშვილოსნოს ყელის სკრინინგზე არსებული და სამომავლო მოთხოვნა თბილისში, თუმცა ქვეყნის დანარჩენ ნაწილებში კოლპოსკოპისტების ნაკლებობა აღინიშნება.

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

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

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

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

(ლ) „დაავადებათა ადრეული გამოვლენისა და სკრინინგის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში კომპონენტის - „საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებული სკრინინგის“ განხორციელება დაიწყო 2014 წლის 1 დეკემბრიდან. საქართველოს მთავრობის N650 (02.12.2014) დადგენილების - „2014 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ - მიხედვით კომპონენტი ხორციელდება გურჯაანის მუნიციპალიტეტის მასშტაბით; მომსახურების მიმწოდებელია ააიპ „კახეთი-იონი“ (ქ. გურჯაანი). ითვალისწინებდა: მიზნობრივი პოპულაციის მოცვის მაჩვენებლის გაზრდას სოფლის ექიმების აქტიური ჩართვით საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგში და პილოტის განხორციელებას შემდეგი სქემით:

ლ.ა) სოფლის ექიმი საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შესახებ კონსულტაციას უწევს მიზნობრივი პოპულაციის ასაკობრივი ჯგუფის ქალებს თავიანთ უბანზე მიმაგრებული მოსახლების მიხედვით და ამისამართებს სერვისის მიმწოდებელ კლინიკაში;

ლ.ბ) სკრინინგის შედეგები იგზავნება სოფლის ექიმთან, რომელიც ატყობინებს ბენეფიციარს კვლევის შედეგს და კონსულტაციას უწევს მათ ვისაც აზნორმალური ტესტი აქვთ;

ლ.გ) აზნორმალური პაპ ტესტის აღმოჩენის შემთხვევაში ბენეფიციარი გადამისამართებული იქნება სერვისის მიმწოდებელთან შემდგომი კოლპოსკოპიის და/ან ბიოფსიის ჩასატარებლად.

ლ.დ) კოლპოსკოპიის და/ან ბიოფსიის შედეგები ეგზავნება სოფლის ექიმს, რომელიც ატყობინებს ბენეფიციარს შედეგს და კონსულტაციას უწევს მათ ვისაც პათოლოგიური შედეგი აქვთ;

ლ.ე) ქალები, რომლებსაც ესაჭიროებათ კიბოსწინარე დაავადების მკურნალობა გადამისამართებულები იქნებიან სპეციალიზებულ კლინიკაში მკურნალობისათვის, მკურნალობის შედეგები და შემდგომი გადამისამართების მოთხოვნა ეგზავნება სოფლის ექიმს.

ლ.ვ) ბენეფიციარები ვისაც კიბოს მკურნალობა ესაჭიროებათ გადამისამართებულები იქნებიან მეორადი დონის დაწესებულებაში, მკურნალობის შედეგები ეგზავნება რეფერალის განმახორციელებელ სოფლის ექიმს.

(მ) გაეროს მოსახლეობის ფონდის რეკომენდაციის გათვალისწინებით 2015 წლის 1 დეკემბრიდან საქართველოს მთავრობის N660 დადგენილების (30.12.2015) - „2016 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ - მიხედვით ცვლილება შევიდა კომპონენტის განხორციელების სქემაში. კერძოდ:

მ.ა) სოფლის ექიმი საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის შესახებ კონსულტაციას უწევს მიზნობრივი პოპულაციის ასაკობრივი ჯგუფის ქალებს თავიანთ უბანზე მიმდებარებული მოსახლეობის მიხედვით და:

მ.ბ) ამისამართებს სერვისის მიმწოდებელ კლინიკაში;

მ.ბ.ა) თავად იღებს პაპ ტესტს, რომელიც კვირაში ერთხელ იგზავნება ციტოლოგიური კვლევისთვის სერვისის მიმწოდებელ კლინიკაში;

მ.ბ.ბ) სკრინინგის/ციტოლოგიური კვლევის შედეგები იგზავნება სოფლის ექიმთან, რომელიც ატყობინებს ბენეფიციარს კვლევის შედეგს და კონსულტაციას უწევს მათ ვისაც აბნორმალური ტესტი აქვთ;

მ.გ) აბნორმალური პაპ ტესტის აღმოჩენის შემთხვევაში ბენეფიციარი გადამისამართებული იქნება სერვისის მიმწოდებელთან შემდგომი კოლპოსკოპიის და/ან ბიოფსიის ჩასატარებლად;

მ.დ) კოლპოსკოპიის და/ან ბიოფსიის შედეგები ეგზავნება სოფლის ექიმს, რომელიც ატყობინებს ბენეფიციარს შედეგს და კონსულტაციას უწევს მათ ვისაც პათოლოგიური შედეგი აქვთ;

მ.ე) ქალები, რომლებსაც ესაჭიროებათ კიბოსწინარე დაავადების მკურნალობა, გადამისამართებულები იქნებიან სპეციალიზებულ კლინიკაში მკურნალობისათვის, მკურნალობის შედეგები და შემდგომი გადამისამართების მოთხოვნა ეგზავნება სოფლის ექიმს;

მ.ვ) ბენეფიციარები, ვისაც კიბოს მკურნალობა ესაჭიროებათ, გადამისამართებულები იქნებიან მეორადი დონის დაწესებულებაში, მკურნალობის შედეგები ეგზავნება რეფერალის განმახორციელებელ სოფლის ექიმს.

(ნ) იმისათვის, რომ სოფლის ექიმებს შეძლებოდათ საშვილოსნოს ყელიდან ნაცხის აღება, გაეროს მოსახლეობის ფონდის ინიციატივით, გურჯაანის მუნიციპალიტეტის სოფლისა და ოჯახის ექიმებისათვის ჩატარდა ტრენინგები ნაცხის აღების ტექნიკის სწავლებასთან დაკავშირებით; შესაბამისი სამედიცინო აღჭურვილობის არსებობის დადგენის მიზნით ჩატარდა გურჯაანის მუნიციპალიტეტის სოფლების სამედიცინო დაწესებულებების

NCDC და UNFPI-ის წარმომადგენლების ერთობლივი მონიტორინგი, რის შემდეგ 2016 წლის სექტემბრის თვის მესამე დეკადაში მოხდა საქართველოს შსდჯ სამინისტროს მიერ შეძენილი სამედიცინო აღჭურვილობის განაწილება სოფლის ექიმებზე. ორი თვის განმავლობაში სოფლის ექიმები ააიპ „კახეთი-იონის“ გინეკოლოგებთან გადიოდნენ პრაქტიკულ მეცადინეობებს ნაცხის აღებაში. ამიტომ 2016 წელს საანგარიშგებო დოკუმენტაციის მიხედვით ვერ იქნა წარმოდგენილი რომელიმე სოფლის ექიმის მიერ დამოუკიდებლად ჩატარებული პაპ-ტესტის შემთხვევა.

(ო) 2014 წელს „საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებული სკრინინგის“ კომპონენტის ფარგლებში მიზნობრივი პოპულაციის მოცვის მაჩვენებელი იყო 24,7%, ხოლო 2015 წელს მიზნობრივი პოპულაციის მოცვის მაჩვენებელი მცირედით გაიზარდა, მან 28,5% შეადგინა.

(ჟ) საქართველოს მთავრობის N638 (30.12.2016) დადგენილების - „2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ - მიხედვით „საშვილოსნოს ყელის კიბოს ორგანიზებულ სკრინინგის“ კომპონენტში ცვლილება არ განხორციელებულა, ის 2017 წელს არსებული დიზაინით გრძელდება.

სტრატეგიული ინტერვენციები:

3.3.1. პროგრამის ხარისხის უზრუნველყოფის (QA) სისტემის დანერგვა

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

3.3.2 კიბოს სკრინინგ პროგრამების განხორციელების მიზნით არსებული სამედიცინო მომსახურების პოტენციალის ამაღლება

- პირველ ეტაპზე საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის განხორციელებისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების ინვენტარიზაცია, რაც მოიცავს სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობას, ხარისხს და გეოგრაფიულ განაწილებას;
- პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის (ოჯახის ექიმების და ექთნების/მედეების) შესაძლებლობების/როლის გაზრდა კიბოს სკრინინგში სამიზნე პოპულაციის ჩართულობისათვის.

3.3.3. საშვილოსნოს ყელის პოპულაციური ორგანიზებული სკრინინგის ეტაპობრივი დანერგვა, ძუძუს და კოლორექტალური სკრინინგის და პროსტატის კიბოს რისკის მართვის სტრატეგიების შემდგომი დანერგვით

- საშვილოსნოს ყელის სკრინინგისათვის საჭირო დოკუმენტაციის მომზადება (საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის პოლიტიკა, საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის სერვისის სპეციფიკაცია, სტანდარტული კონტრაქტები მომსახურების მომწოდებლებისათვის, კლინიკური გაიდლაინები და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები, საქმიანობის ინდიკატორები და სტანდარტები, ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის სპეციფიკაციები);
- ხარისხის უზრუნველყოფის (QA) პროგრამების დანერგვა საპილოტე რეგიონებში და შემდგომ გავრცელება მთელი საქართველოს მასშტაბით;
- საპილოტე პროგრამების ფარგლებში საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის ახალი ტექნოლოგიების ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი და შედეგების საფუძველზე პროგრამის დიზაინის და გაფართოების გეგმის გადახედვა.

3.4. სტრატეგიული ამოცანა #4. ონკოლოგიური დიაგნოზის მქონე ნებისმიერი მოქალაქისთვის ჯანდაცვის ყველა დონეზე ხარისხიანი მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა

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

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

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

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

ავთვისებიანი სიმსივნეების დაგვიანებული გამოვლენის ძირითადი მიზეზებია:

- მოსახლეობის მიერ პრევენციული ღონისძიებებისადმი არასერიოზული მიდგომა
- ოჯახის ექიმთა არასაკმარისი ონკოლოგიური სიფხიზლე
- ქრონიკული და კიბოსწინა დაავადებების მქონე ავადმყოფთა მეთვალყურეობის დაბალი დონე
- არსებული სკრინინგ-პროგრამებით მოსახლეობის არასრული დაფარვა.

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

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

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

სამედიცინო მომსახურების მესამე დონე. სამედიცინო მომსახურების მესამე დონის დაწესებულება აღჭურვილია მაღალტექნოლოგიური სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო საშუალებებით, უზრუნველყოფილია მომსახურების სრული სერვისი, ტარდება სპეციალიზებული კომბინირებული და კომპლექსური მკურნალობა. მესამე დონე ახორციელებს ონკოლოგიურ პაციენტთა დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში არსებული ნოვაციური მიდგომების დანერგვას, მულტიდისციპლინური მკურნალობისადმი ხელშეწყობას, ეროვნული გაიდლაინების შექმნას, რეგულარულ განახლება-დანერგვას, კლინიკურ კვლევებს, ეწევა სამეცნიერო და საგანმანათლებლო საქმიანობას და ა.შ.

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

მიღწევები და გამოწვევები.

(ა) **არსებული სიტუაციის ანალიზი.** 2013 წლის 1 ივლისამდე ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობის თანხას იხდიდა თვითონ პაციენტი, გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა: (1) „სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლები (უმწეოთა კონტინგენტი, პედაგოგები, სახალხო არტისტები); (2) „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალების და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცების (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა), სტუდენტების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლები

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

2013 წლის 1 ივლისიდან საყოველთაო დაზღვევა ფარავს ონკოლოგიურ პაციენტთა:

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

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

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

სტრატეგიული ინტერვენციები:

3.4.1. სამედიცინო მომსახურების პირველი დონე:

- ონკოლოგიურ პაციენტთა მართვის გაიდლაინებში პირველადი რგოლის ფუნქციების ასახვა როგორც დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ეტაპზე, ასევე შემდგომ პერიოდში (დინამიური მეთვალყურეობა);

- რენტგენოგრაფიისა და ულტრასონოგრაფიის ხელმისაწვდომობა;
- კიბოს ადრეული გამოვლენის რეგულარული მონიტორინგი;
- განსაზღვრულ საექიმო უბანზე დაგვიანებულ სტადიაზე გამოვლენილი კიბოს შემთხვევების დიდი პროპორციის შემთხვევაში გამოძვევი მიზეზების შესწავლა;
- ტაბლეტირებული პრეპარატებით მედიკამენტური თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობა;
- ონკოლოგიური პაციენტების დინამიური მეთვალყურეობის მენეჯმენტი;
- ოჯახის/პჯდ რგოლის ექიმებისათვის საშვილოსნოს ყელიდან ნაცხის აღების მეთოდოლოგიის სწავლება;
- პჯდ რგოლის ექიმთა ტრენინგები ონკოდაავადებების პრევენციასა და ადრეულ დიაგნოსტიკაში, მკურნალობის საფუძვლებში და მათი გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების მართვაში, ნამკურნალევ პაციენტთა მკურნალობის შემდგომ მონიტორინგში, რეაბილიტაციის და პალიატიური მზრუნველობის საფუძვლებში;
- პჯდ რგოლის ექიმების პერიოდული პროფესიული განათლების ამაღლების პროგრამების განვითარება;
- სასწავლო კურიკულუმებში ონკოლოგიის და ფსიქო-ონკოლოგიური საათების გაზრდა.

3.4.2. სამედიცინო მომსახურების მეორე დონეზე:

- მეორადი დონის ფუნქციების განსაზღვრა ონკოლოგიურ პაციენტთა მომსახურების თვალსაზრისით;
- დიაგნოსტიკის განსაზღვრული მეთოდების (სხივური დიაგნოსტიკა, შესაძლებელია კომპიუტერული ტომოგრაფიისა და მაგნიტო-რეზონანსული კვლევების ჩატარება) ხელმისაწვდომობა;
- გავრცელებული ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებების ქირურგიული მკურნალობა;
- როგორც ტაბლეტირებული, ასევე ინფუზიური მედიკამენტური თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობა;
- მულტიდისციპლინური კონსულტაციის ორგანიზების საშუალება (ტელეკომუნიკაცია ან სპეციალისტების მოწვევა);
- მკურნალობის შემდგომი რეაბილიტაციის განხორციელების შესაძლებლობა;
- პირველი დონის ექიმთა სწავლება, მხარდაჭერა და მათზე მეთვალყურეობა;
- ნუტრიციოლოგიური კონსულტაციის და გართულებების მკურნალობის შესაძლებლობა;

3.4.3. სამედიცინო მომსახურების მესამე დონე:

- კიბოს ყველა ლოკალიზაციისათვის მკურნალობის მულტიდისციპლინური ჯგუფის ფუნქციონირება;
- კომპლექსური დიაგნოსტიკური კვლევების (რომელიც უშუალოდ დაკავშირებულია სპეციალიზებულ თერაპიასთან) ხელმისაწვდომობა;
- რთული ქირურგიული ჩარევების, მედიკამენტური თერაპიის და მსოფლიო სტანდარტების შესაბამისი რადიაციული თერაპიის განხორციელება;
- კიბოს დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული გაიდლაინების შექმნა, რეგულარული განახლება, დანერგვა, შესრულების მონიტორინგი;
- მკურნალობის თანამედროვე სქემების შემუშავება და დანერგვა;

- პედაგოგიური საქმიანობა, ონკოლოგ-სპეციალისტთა (სამედიცინო ონკოლოგი, ონკოქირურგი, რადიაციული თერაპევტი) და პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტთა პრე- და პერიოდული პოსტ-დიპლომური სწავლება;
- სამეცნიერო საქმიანობის განვითარება და ხელშეწყობა;
- ონკოლოგიაში კლინიკური კვლევების განხორციელება;
- კონფერენციების, სემინარების და საზოგადოებრივი აქტივობების ორგანიზება;
- ჯანდაცვის პოლიტიკის განმსაზღვრელებთან, საერთაშორისო და ადგილობრივ პროფესიულ ასოციაციებთან და ინსტიტუტებთან თანამშრომლობა.

3.5. სტრატეგიული ამოცანა #5. ონკოლოგიურ დაავადებათა დროული დიაგნოსტიკის გზით კიბოთი სიკვდილიანობის შემცირება

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

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

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

სიმსივნის ფენოტიპირების მიზნით აუცილებელია იმუნოჰისტოქიმიური ტექნოლოგიის გამოყენება, რომელიც საშუალებას იძლევა განისაზღვროს სიმსივნის ჰისტოგენეზი, განსაკუთრებით დაბალი და არადიფერენცირებული სიმსივნეების შემთხვევებში, აგრეთვე

პირველადი კერის უცნობი ლოკალიზაციის დროს. საშუალებას იძლევა განვსაზღვროთ სიმსივნეების ჰორმონდამოკიდებულება და აგრეთვე გამოვლინდეს დამიზნებითი თერაპიისათვის განკუთვნილი სიმსივნეების ჯგუფი. სიმსივნეების გენოტიპის დასადგენად რეკომენდებულია მოლეკულურ-პათოლოგიური ტექნოლოგიების გამოყენება, რაც თავის მხრივ გამოყოფს დამიზნებითი თერაპიისათვის განკუთვნილ სიმსივნეთა ჯგუფებს.

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

რადიოლოგიური დიაგნოსტიკის როლი ძალზე დიდია კიბოს ადგილობრივ-რეგიონალური და სისტემური გავრცელების შეფასების თვალსაზრისით, რაც თავის მხრივ მნიშვნელოვანია ოპერაბელობის და მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების მიზნით. საქართველოში კიბოს გავრცელების თავისებურებები გვკარნახობს, რომ საჭიროა სხივური და **ბირთვული** დიაგნოსტიკის გაფართოება. აღნიშნული შეეხება როგორც ცალკე აღებულ სხივურ დიაგნოსტიკას (რენტგენოგრაფია, ულტრასონოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT), მაგნიტო-რეზონანსული დახივება (MRI)), ბირთვულ მედიცინას (სცინტიოგრაფია, PET) და ასევე კომბინირებულ მეთოდებს - პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია კომპიუტერული ტომოგრაფიით (PET-CT).

ჯანდაცვის პირველად დონეზე ტარდება რენტგენოგრაფია და ულტრასონოგრაფია, ფასდება პაციენტის ოპერაბელობა. მეორე დონეზე შესაძლოა ჩატარდეს სხივური დიაგნოსტიკა, რომელიც კიბოს სტადიას და რეზექტაბელობას განსაზღვრავს და რომელიც ინვაზიურ ინტერვენციებთანაა დაკავშირებული (ბიოფსია, კათეტერის შეყვანა). მეორე დონეზე სასურველია ასევე შესაძლებელი იყოს CT და MRI კვლევების ჩატარება. ეს კვლევები საჭიროა არა მარტო დიაგნოსტიკური თვალსაზრისით, არამედ მკურნალობის ეფექტის შესაფასებლად. მათი დახმარებით ექიმს საშუალება ეძლევა ზუსტად განსაზღვროს მკურნალობის ტაქტიკა და მასშტაბი. სასურველი იქნება ამ კვლევების შეტანა გაიდლაინებში, როგორც სავალდებულო კვლევებისა ონკოლოგიური პაციენტისთვის მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისთვის.

ბირთვული დიაგნოსტიკა. მსოფლიოში ბოლო ორი ათეული წელია განუზომლად გაიზარდა ბირთვული მედიცინის როლი ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკის საკითხებში.

საქართველოში ბირთვული კვლევების 90% ხორციელდება ტექნეციუმით ($Tc-99m$) შესაბამისად მას ტექნეციუმით დიაგნოსტიკასაც უწოდებენ (ეს სერვისი ხელმისაწვდომია ავერსის კლინიკასა და კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო/კვლევითი ინსტიტუტში (თოდუას ცენტრი)).

რაც შეეხება ბირთვული დიაგნოსტიკის მეორე სახეს - პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია კომპიუტერული ტომოგრაფიით (PET-CT) წარმოადგენს არაინვაზიურ ჰიბრიდულ დიაგნოსტიკურ საშუალებას, რომელიც შესაძლებელს ხდის მოლეკულურ დონეზე მოხდეს სიმსივნური პროცესის იდენტიფიკაცია.

^{18}F -FDG (FDG) PET ნუკლეარული მედიცინის ერთადერთი დიაგნოსტიკური მოდალობაა, რომელიც როგორც ევროპის წამლის სააგენტოს (European Medicines Agency), ასევე საკვებისა და წამლის სააგენტოს (FDA) მიერ ლიცენზირებულია ყველა სახის ონკოლოგიური ჩვენების დროს.

PET-CT კვლევის ჩატარების ძირითადი ჩვენებებია:

1. ონკოლოგიურ პაციენტთა სტადიის განსაზღვრა (სტეიჯინგი)
2. პირველადი კერის ძებნა - მეტასტაზური დაავადების (სიმსივნური პროცესის პირველადი მანიფესტაცია) ან პარანეოპლასტიური სინდრომის არსებობისას
3. დიფერენცირება ავთვისებიან და კეთილთვისებიან პროცესებს შორის.
4. ონკოლოგიურ პაციენტთა თერაპიის შემდგომი მონიტორინგი.
5. რეზიდუალური პროცესის არსებობის დროს განსხვავება სიმსივნურ პროცესს და თერაპიის შემდგომ არსებულ ფიბროზულ/ნეკროზულ პროცესებს შორის.
6. რეციდივის დეტექცია, განსაკუთრებით სიმსივნური მარკერების მომატებული მაჩვენებლის დროს.
7. დიაგნოსტიკა მაქსიმალურად დამზოგველი ბიოფსიის ჩასატარებლად.
8. სხივური თერაპიის დაგეგმარება.

გარდა მთელი რიგი სამედიცინო ეფექტებისა, PET/CT-ის დიაგნოსტიკური მოდალობა ხშირ შემთხვევაში ხარჯთეფექტურია (ქირურგიული ჩარევის/ჩაურევლობის გადაწყვეტილების მიღება, ძვირადღირებული მედიკამენტოზური თერაპიის მონიტორინგი, საჭიროების შემთხვევაში მკურნალობის სქემის ცვლილება, რეზიდუალური ქსოვილის გლიკოლიტური აქტივობის შეფასება). უფრო კომპლექსურ და ძვირადღირებულ კვლევებს, რომელიც უშუალოდ დაკავშირებულია სპეციალიზებულ თერაპიასთან, მიეკუთვნება: PET-CT-სკანირება თერაპიული ეფექტების შეფასების და რადიოთერაპიის დაგეგმვის მიზნით, ბირთვულ მედიცინასთან დაკავშირებული თერაპიული პროცედურები, თვალთ უხილავი ცვლილებების დიაგნოსტიკა და რეგიონული ლიმფური ჯირკვლების კვლევა, სიმსივნეების იშვიათ სახეობასთან დაკავშირებული დიაგნოსტიკა.

ბირთვული დიაგნოსტიკა და თერაპია მოითხოვს ზედმიწევნით კარგად აღჭურვილი სამედიცინო ინფრასტრუქტურის არსებობას, რათა არ მოხდეს სამედიცინო პერსონალის, პაციენტის და გარემოს რადიაციული დაბინძურება. გარდა ამისა, აუცილებელია ნუკლეარული მედიცინის დეპარტამენტში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის (ექიმის, სამედიცინო ფიზიკოსის, ტექნიკოსის და უმცროსი სამედიცინო პერსონალის) კვალიფიკაციის შეფასება, რათა არ მოხდეს რადიოაქტიური სამკურნალო და დიაგნოსტიკური საშუალებების მოხვედრა გამოუცდელი პირების ხელში.

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

მიღწევები და გამოწვევები

- (ა) კლინიკური, ბიოქიმიური და ჰემატოლოგიური კვლევები კლინიკებში ტარდება არსებული მოთხოვნების შესაბამისად. ჰისტოლოგიური კვლევები მეტ წილ კლინიკებში ხორციელდება ტრადიციული მეთოდებით (traditional staining methods) და ციტოლოგიური კვლევებით.
- (ბ) მიკრობიოლოგიური ლაბორატორია არ არის მოწყობილი ყველა კლინიკაში, თუმცა კვლევის ჩატარება ხელმისაწვდომია კლინიკებს (ინსტიტუტებს) შორის არსებული თანამშრომლობის საფუძველზე.
- (გ) ქვეყანაში არ არსებობს ლეგალური მოთხოვნა სამედიცინო ლაბორატორიის აუცილებელი სერტიფიცირების შეასხებ, თუ ის ფუნქციონირებს კლინიკაში/ინსტიტუტში. თუმცა

კლინიკა/ინსტიტუტი სერტიფიცირებულია ზოგადი სამედიცინო მომსახურების და არა ინდივიდუალური ლაბორატორიის ფუნქციონირების შესახებ.

- (დ) ქვეყანაში ცალკეულ ლაბორატორიებში ხარისხის გარე კონტროლი ხორციელდება, თუმცა ბევრ ლაბორატორიაში არ აქვთ ინფორმაცია პოტენციური ორგანიზაციების შესახებ, რომლებმაც შესაძლოა განახორციელონ ხარისხის გარე კონტროლი.
- (ე) კიბოს მარკერების რუტინულ კვლევას რამდენიმე ლაბორატორია ახორციელებს, თუმცა არ არსებობს მონაცემები იმის შესახებ, თუ რამდენად სტანდარტულად მიმდინარეობს იგი ქვეყნის მასშტაბით.
- (ვ) ქვეყანაში პათოლოგ-ანატომების მწვავე დეფიციტი აღინიშნება: სულ 60 პათოლოგ-ანატომია, მათი უმეტესობა მუშაობს თბილისში. რეგიონებში მდებარეობს მხოლოდ რვა ცენტრი (4-ქუთაისში, 3 - ბათუმში, 1-ზუგდიდში). 60 პათოლოგ-ანატომიდან 15 დატვირთულია სრულად, 25 (42%) 65 წელზე უფროსი ასაკისაა; არსებული სიტუაციის მიზეზები კომპლექსურია: (1) მოძველებული აპარატურა, (2) არასახარბიელო სამუშაო პირობები, (3) პათოლოგიური კვლევის უნივერსალური გაიდლაინების არარსებობა, (4) სახეზეა პათ-ანატომთა განათლების, სწავლების და სერტიფიცირების თვალსაზრისით მხარდაჭერის დეფიციტი.
- (ზ) ქვეყანაში არ არსებობს ენდოსონოგრაფიული ენდოსკოპი (endosonographic endoscopes), რომელსაც აქვს შესაძლებლობა შეაფასოს ონკოლოგიური დაავადებების პროგრესი შინაგანი ორგანოების კედლებში და მის გარეთ. ენდოსკოპის გარეცხვის და სტერილიზაციის ტექნიკა საჭიროებს გაუმჯობესებას და შესაბამისი მოწყობილობების ინსტალაციას.
- (თ) ბევრ სამედიცინო დაწესებულებაში რადიოლოგიური დიაგნოსტიკის აპარატურა საჭიროებს განახლებას.
- (ი) სამედიცინო დაწესებულებების დიდი ნაწილი ფლობს და ახორციელებს CT სკანირებას, თუმცა MRI სკანერი ხელმისაწვდომია მხოლოდ დიდ კლინიკებში / ინსტიტუტებში.
- (კ) დახვეწას მოითხოვს კონვენციური ბირთვული დიაგნოსტიკის მიმართულება (ტექნიციუმ - 99m). სცინტიგრაფიულ სამედიცინო დასკვნებს ეტყობა რადიოლოგიის დომინანტურობა, რაც ხშირ შემთხვევაში აკნინებს ბირთვული მედიცინის როლს. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ ნივთიერებათა ცვლის დონეზე არსებული ცვლილებები წინ უსწრებს ანატომიურს. ნუკლეარული მედიცინის ეს უმნიშვნელოვანესი მოცემულობა აუცილებლად უნდა იყოს სათანადოდ გამოყენებული განსაკუთრებით ონკოლოგიურ პაციენტთა დიაგნოსტიკის დროს.
- (ლ) ონკოლოგიური დაავადებების სრულფასოვანი მენეჯმენტი შეუძლებელია PET/CT სკანირების გარეშე. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში 2011 წლიდან მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრში არსებობს ეს აპარატი, მოცვა არის ძალიან დაბალი. სხვადასხვა ექსპერტული გათვლებით საქართველოს სჭირდება სულ მცირე 3 PET/CT სკანერი, ამასთან, აუცილებელია ქვეყანაში ერთი ციკლოტრონის არსებობა. აღნიშნული საკითხი სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ონკოლოგიური პაციენტების სრულფასოვანი მენეჯმენტის კუთხით. გასათვალისწინებელია, რომ გარდა სამედიცინო მიზანშეწონილობისა, სრულფასოვანი PET/CT ცენტრის არსებობა ხარჯთეფექტური იქნება და სარგებელს მოუტანს სადაზღვევო სისტემას, რადგან სრულფასოვანი სტეიჯინგის არარსებობის პირობებში ხშირ შემთხვევაში ტარდება არასწორი მანიპულაციები, დარღვეული ქირურგიული და ქიმიო-სხვიური თერაპიის ჩატარების რიგიდობა და სხვა.

სტრატეგიული ინტერვენციები:

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

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

3.5.2. თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისი პათოლოგ-ანატომიური სამსახურის განვითარება

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

3.5.3. რადიოლოგიური და ბირთვული დიაგნოსტიკის სხვადასხვა მეთოდებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა სამედიცინო მომსახურების შესაბამის დონეზე.

- კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით ჯანდაცვის პირველად, მეორად და მესამეულ დონეზე გამოყენებული კიბოს სხივური დიაგნოსტიკის მეთოდების განსაზღვრა და დიაგნოსტიკის სხვადასხვა მეთოდის დროული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- რადიოლოგებისთვის, რომლებიც მომავალში ჯანდაცვის მეორად დონეზე ონკოლოგიური დაავადების დიაგნოსტიკას განახორციელებენ, უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების მომზადება (ულტრასონოგრაფია, CT, MRI);
- CT და MRI დიაგნოსტიკური აპარატურის შეძენა და დანერგვა ექსპერტთა რეკომენდაციების შესაბამისად (5-წლიანი საჭიროების, დანერგვის ადგილის, საჭირო ადამიანური რესურსების წინასწარი განსაზღვრა). სახელმწიფოს მიერ რეგულაციის და კონტროლის მექანიზმის შემოღება, მაგ. მონიტორები, არქივების სისტემა და ასე შემდეგ.
- ბირთვული დიაგნოსტიკის ხელშეწყობის მიზნით ციკლოტრონის და მინიმუმ 3 პეტ-ცენტრის (პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია კომპიუტერული ტომოგრაფიით) განვითარება, რაც ხელს შეუწყობს მაღალი სტანდარტების და ხარჯთეფექტური ონკოლოგიური სერვისის არსებობას საქართველოში

3.5.4. ცალკეული ლოკალიზაციის კიბოს (საყლაპავი, კუჭი, თორმეტგოჯა ნაწლავი, ფილტივი, ბრონქები, კოლინჯი და სწორი ნაწლავი) დიაგნოსტიკისას ენდოსკოპიური კვლევების ხელმისაწვდომობის გაზრდა

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

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

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

მკურნალობის ზოგადი მიზნები და სტრატეგიები. ონკოლოგიურ პაციენტთა ეფექტური, მაღალი ხარისხის, ხელმისაწვდომი და სათანადო მკურნალობა კიბოს კონტროლის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. მკურნალობის შედეგი დამოკიდებულია მრავალ კლინიკურ (სიმსივნის ლოკალიზაცია, სტადია დაავადების გამოვლენისას, მორფოლოგიური მახასიათებლები და ა.შ.) და არა-კლინიკურ ფაქტორებზე (პაციენტის ასაკი, ზოგადი მდგომარეობა, სოციალური მახასიათებლები, ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებისადმი, ტრადიციები). მკურნალობის ოპტიმალური გეგმა ჩართული უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების ყველა დონეზე და საჭიროა მოიცავდეს კოორდინირებულ და ინტეგრირებულ სამედიცინო, სოციალურ და ფსიქოლოგიურ მომსახურებას. საერთაშორისო გამოცდილებით, კიბოს მკურნალობა მულტიდისციპლინურ მიდგომას საჭიროებს, რაც თავის მხრივ გარანტიაა იმისა, რომ მკურნალობის ტაქტიკა სწორად იქნება შერჩეული.

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

ქირურგიული ჩარევები. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობაში ერთ-ერთი წამყვანი როლი ქირურგს უჭირავს, ის მულტიდისციპლინური ჯგუფის მნიშვნელოვანი რგოლია; ქირურგიულ

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

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

რადიოთერაპია უნდა ტარდებოდეს მხოლოდ მესამე დონის ჰოსპიტალებში, ონკოლოგიურ ცენტრებში, ანუ სადაც აუცილებელი ინფრასტრუქტურა და სპეციალური ცოდნაა კონცენტრირებული და მისი განხორციელებისთვის შესაფერისი ბაზა არსებობს.

თუ გავითვალისწინებთ, რომ საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოში ონკოდაავადებულთა რიცხვის ზრდა აღინიშნება, ქვეყანაში არსებული აღჭურვილობა შესაბამისობაში უნდა იყოს რადიოთერაპიული მომსახურების მოთხოვნილებასთან. რადიოთერაპიული აპარატურის შემოტანას, მათ შესაბამის პირობებში მონტაჟს, ფუნქციონირებას და მისი უსაფრთხოების კონტროლს ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტოს (IAEA) მონაცემებზე დაყრდნობით ახორციელებს ეროვნული მარეგულირებელი ორგანო.

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

მკურნალობის მაქსიმალური ეფექტურობა მიიღწევა შესაბამისი ტექნოლოგიებით:

- კონფორმული რადიოთერაპია - მრავალფურცლიანი კოლიმაციის სისტემის გამოყენებით (MLC);
- რადიოთერაპია გამოსახულების კონტროლით (IGRT) იძლევა ყოველ პროცედურაზე დასასხივებელი არის მდებარეობის კონტროლის საშუალებას დაგეგმილთან მიმართებაში.
- ინტენსივობით მოდულირებული რადიოთერაპია (IMRT);
- სტერეოტაქსიური რადიოთერაპია/რადიოქირურგია უზუსტესი იმობილიზაციისა და დამატებითი კოორდინატთა სისტემის გამოყენებით (SRS/SRT), განსაკუთრებით მცირე ზომის წარმონაქმნების მაღალი დოზებით დასხივების შესაძლებლობას იძლევა;
- სუნთქვასთან სინქრონიზირებული რადიოთერაპია (BSRT), რომელიც პაციენტის სუნთქვის ციკლთან დასხივების პროცესის სინქრონიზაციას უზრუნველყოფს.
- ბრაქიტერაპია ხორციელდება რადიაქტიული გამომსხივებლის უშუალო შეტანით სიმსივნეში:

- რადიაქტიულ წყაროებად ძირითადად გამოიყენება Ir¹⁹², Co⁶⁰, I¹²⁵
- დაგეგმარება ხორციელდება 2D ან 3D (კტ-სიმულირება) რეჟიმში.

ავთვისებიან სიმსივნეთა სისტემური (მედიკამენტური) მკურნალობა. სისტემური (მედიკამენტური) გამოიყენება როგორც მკურნალობის დამოუკიდებელი მეთოდი, ასევე პაციენტთა უმრავლესობას უტარდება კომბინაციაში ქირურგიულ და სხივურ მკურნალობასთან ერთად ადიუვანტურ და ნეოადიუვანტურ რეჟიმებში.

სისტემურ თერაპიაში მოიაზრება ქიმიოთერაპია (ციტოსტატური და ციტოტოქსიური პრეპარატებით), ჰორმონოთერაპია, იმუნოთერაპია და ტარგეტული თერაპია. მედიკამენტური თერაპია ტარდება როგორც სტაციონარში (სტაციონარი/დღის სტაციონარი), ასევე ამბულატორულად. მედიკამენტური თერაპია უნდა დაიგეგმოს მულტიდისციპლინურად - კლინიკური ონკოლოგის, რადიოლოგის, ქირურგის, პათომორფოლოგის და საჭიროების შემთხვევაში სხვა ვიწრო სპეციალობის ექიმთა ერთობლივი გადაწყვეტილებით. მედიკამენტურ თერაპიას ატარებს სპეციალისტი - კლინიკური ონკოლგი. მედიკამენტური თერაპიის დეპარტამენტის შემადგენლობაში უნდა იყვნენ კლინიკური ონკოლოგები, ჰემატოლოგები, ონკოლოგი-მედეები, ფარმაცევტები და ფსიქოლოგები.

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე მედიკამენტური თერაპია შესაძლებელია ჩატარდეს მხოლოდ ტაბლეტირებული პრეპარატებით, პაციენტებში, რომლებსაც დიაგნოზი მესამეული დონის ცენტრებში აქვთ დადგენილი. მეორეულ დონეზე, რეკომენდებულია ქიმიოთერაპიული სამსახურის მიმავრება იმ სამედიცინო დაწესებულებაზე, რომელთაც აქვთ ონკოლოგიური პროფილის განყოფილება ან კაბინეტი, სადაც არის სპეციალისტი-კლინიკური ონკოლოგი და არსებობს გადაუდებელი დახმარების/რეანიმაციის შესაძლებლობა. ასეთ დაწესებულებებში შეიძლება ჩატარდეს როგორც ტაბლეტირებული, ასევე ინფუზიური ქიმიოთერაპია. რაიონულ საავადმყოფოებში ასევე ტარდება ავადმყოფებზე დისპანსერული მეთვალყურეობა. ეს დაწესებულებები მჭიდროდ უნდა თანამშრომლობდნენ რეფერალურ ცენტრებთან და დიდ ყურადღებას უთმობდნენ მონიტორინგის, შეფასებისა და გამოკვლევების მიზნების უზრუნველყოფას. ასეთი მომსახურეობა ქიმიოთერაპიას უფრო ხელმისაწვდომს ხდის პაციენტისთვის და ამცირებს პაციენტის მხრიდან მკურნალობაზე უარის თქმის ალბათობას (6). უფრო რთული მედიკამენტური თერაპია უნდა ჩატარდეს მესამეულ დონეზე - მრავალპროფილური კლინიკის ონკოლოგიურ განყოფილებაში/დეპარტამენტში, რეგიონულ, ან ონკოლოგიურ ცენტრში, რომელთაც გააჩნია ონკოლოგიური სერვისის სამივე კომპონენტი (ქირურგია, ქიმიო- და რადიაციული/სხივური თერაპია) სადაც თავმოყრილია დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საუკეთესო საშუალებები და გარანტირებულია მომსახურე პერსონალის მაღალი კომპეტენცია (2).

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

დაბალგანვითარებული ქვეყნების უმრავლესობისათვის არსებული ქიმიოთერაპიატები ხელმისაწვდომი გახდა საფირმო ნიშნის მქონე წამლების გენერიული ვერსიის წარმოებით.

გენერიული წამლები ხშირად ისეთივე ეფექტური, მაგრამ გაცილებით ხელმისაწვდომია, ვიდრე საფირმო ნიშნის მქონე ორიგინალები.

ბირთვული თერაპია: ბოლო ათწლეულია ნუკლეარული თერაპია აქტიურადაა წარმოდგენილი მსოფლიოს წამყვანი ონკოლოგიური კლინიკების სერვისებს შორის. პროსტატის, ლიმფომების, ნეიროენდოკრინული სისტემის ლოკალიზაციის სიმსივნეთა მკურნალობაში, თუმცა ეს მიმართულება საკმაოდ ძვირადღირებულია და შესაბამისად ხშირ შემთხვევაში მათი ალტერნატიული კონვენციური სამკურნალო საშუალებები გამოიყენება.

რაც შეეხება ფარისებური ჯირკვლის ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი დაავადებების მკურნალობას, ამ მხრივ ბირთვული მედიცინის როლი განუზომლად დიდია და უალტერნატივო. თუ გავითვალისწინებთ, რომ საქართველოში ფარისებური ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეები კიბოს რეგისტრის 2016 წლის მონაცემებით ქალთა პოპულაციაში მე-2 ადგილზეა, ნათლად გამოჩნდება ბირთვული მედიცინის როლი ამ კუთხით. აბლაციური რადიოიოდთერაპია წარმოადგენს ფარისებური ჯირკვლის ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის კომბინირებული მიდგომის განუყოფელ ნაწილს და სრული თირეოიოდექტომიის განხორციელებიდან (ლიმფოდისექციით ან მის გარეშე) 4-6 კვირის შემდეგ სრულდება. რადიოაქტიური იოდი ($I-131$) ახდენს, როგორც ნარჩენი ჯანმრთელი თირეოციტების აბლაციას, ასევე ადგილობრივი ლიმფური ჯირკვლების მიკრომეტასტაზების და შორეული მეტასტაზების მკურნალობას/პალიატიურ დასახივებას. რადიოიოდთერაპია მიეკუთვნება სწორედ ტერანოტიკის კომბინირებულ მეთოდს, როდესაც, ერთის მხრივ, მიიღწევა თერაპიული ეფექტი და, მეორეს მხრივ, ხდება დიაგნოსტიკა (სკანირება).

ფარისებური ჯირკვლის სიმსივნის შორეული, განსაკუთრებით დისემინირებული ძვლოვანი და პულმონარული მეტასტაზების პალიატიური მკურნალობა მხოლოდ ამ მეთოდიკით არის შესაძლებელი.

ბირთვული დიაგნოსტიკა და თერაპია მოითხოვს ზედმიწევნით კარგად აღჭურვილი სამედიცინო ინფრასტრუქტურის არსებობას, რათა არ მოხდეს სამედიცინო პერსონალის, პაციენტის და გარემოს რადიაციული დაზიანება. გარდა ამისა, აუცილებელია ნუკლეარული მედიცინის დეპარტამენტში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის (ექიმის, სამედიცინო ფიზიკოსის, ტექნიკოსის და უმცროსი სამედიცინო პერსონალი) კვალიფიკაციის შეფასება, რათა არ მოხდეს რადიოაქტიური სამკურნალო და დიაგნოსტიკური საშუალებების მოხვედრა გამოუცდელი პირების ხელში.

ბავშვთა ონკო-ჰემატოლოგიური დაავადებების მართვა. რეკომენდირებულია, ბავშვთა ასაკის ონკოლოგიური დაავადების მართვა ტარდებოდეს მრავალპროფილიან, კარგად აღჭურვილ და კლინიკურ კვლევებში ჩართულ სამედიცინო დაწესებულებაში. ონკოლოგიაში უკანასკნელ ათწლეულების განმავლობაში მიღწეულმა წარმატებებმა სასიკეთოდ შეიცვალა ბავშვთა სიმსივნური დაავადებების გამოსავალი.

საექთნო საქმე ონკოლოგიაში. საექთნო საქმე ონკოლოგიურ პაციენტთა სამედიცინო მომსახურების მეტად მნიშვნელოვანი ელემენტია. არსებული რეალობიდან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების პირველ, მეორად და მესამეულ დონეზე პაციენტთა დიდი რაოდენობა გადის მკურნალობას. ონკოლოგიაში სპეცილიზებულ ექთანთა დიდი წილი კონცენტრირებულია მესამეულ დონეზე, თუმცა უფრო მეზღუდული რაოდენობით ისინი საჭირო არიან პირველად და

მეორად დონეზეც. საექთნო საქმე ფოკუსირებული უნდა იყოს პაციენტთა მოთხოვნებზე და ის არ უნდა შემოიფარგლებოდეს ტრადიციული ან ვიწრო პროფესიული მიდგომებით. მულტიდისციპლინარულ ცოდნას და მუშაობას დიდი როლი აკისრია წარმატების მიღწევის თვალსაზრისით. აღნიშნული პროცესები მოითხოვს ონკოლოგ-ექთანთა მოქნილი სამუშაო ძალის ქსელის ჩამოყალიბებას.

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

მიღწევები და გამოწვევები

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

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

(გ) საქართველოში დღესდღეობით არ არსებობს სხვადსხვა ლოკალიზაციის კიბოს მკურნალობის გაიდლაინები; ხოლო იქ, სადაც გაიდლაინები არსებობს, არ გაგვაჩნია ეპიდზედამხედველობა მათ დანერგვაზე.

(დ) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით უკანასკნელ წლებში დამტკიცებულია შემდეგი გაიდლაინები და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტები:

- ონკოლოგიურ დაავადებათა, კერძოდ, მუშუს პირველადი და ადგილობრივად რეციდივირებული და მეტასტაზური კიბოს, ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი და წვრილუჯრედოვანი, თირკმლის, კოლინჯის, კუჭის, სასქესო ასოს, საყლაპავი მილის და გასტროეზოფაგული, საშვილოსნოს ყელის, სწორი ნაწლავის და შარდის ბუშტის კიბოს მართვა (ბრძანება # 01-327/ო, 2014 წლის 10 დეკემბერი);

- საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიათა ციტოლოგიური დიაგნოსტიკა პაპანიკოლაუს მეთოდით (ბრძანება # 263/ო, 2007 წლის 27 აგვისტო);

(ე) საქართველოში 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოსთვის საშუალოდ 20-25%-ით დაბალია ევროპის ქვეყნებთან შედარებით, რაც ხშირად კიბოს დაგვიანებულ გამოვლინებასთანაა დაკავშირებული, თუმცა, ქვეყნის მასშტაბით საჭიროა დაინერგოს სტანდარტული გაიდლაინები, რათა მოხდეს მკურნალობის სქემების უნიფიცირება.

(ვ) რამდენიმე წლის განმავლობაში საქართველოში განსაზღვრული ლოკალიზაციის კიბოს ქირურგიული მკურნალობა ხორციელდებოდა კონცენტრირებულად სულ რამდენიმე ონკოლოგიურ ცენტრში, ამჟამად მათი რიცხვი მნიშვნელოვნად გაიზარდა. ქვეყნის მასშტაბით სხვადასხვა რეგიონების კლინიკებში ჩატარებული მკურნალობის შედეგები განსხვავებულია, ამის მიზეზი ქირურგიულ განათლებასა და გამოცდილებაში არსებული სხვაობა და აგრეთვე, ონკოლოგიურ პაციენტთა პრე- და პოსტ-ოპერაციული მკურნალობისადმი განსხვავებული მიდგომებია.

(ზ) ქვეყანას გააჩნია სუბსპეციალიზაცია ონკოლოგიურ ქირურგიაში; ონკოლოგიური პაციენტების ქირურგიულ ჩარევას ახორციელებენ ქირურგი-ონკოლოგები; ყველა ჰოსპიტალში არის ქირურგ-ონკოლოგთა საკმარისი რაოდენობა; ქირურგიული ჩარევა ტარდება მოცდის სიის გარეშე; ონკოლოგიაში სუბსპეციალისტთა სხვადასხვა მიმართულებებია: ძუძუს, გასტროინტესტინალური, გინეკოლოგიური, უროლოგიური და ა.შ. ონკოპაციენტების პედიატრიული ქირურგია ძირითადად ტარდება იაშვილის ბავშვთა კლინიკაში

(თ) წელიწადში საქართველოში მინიმუმ 9000 ახალი შემთხვევა ვლინდება და 32000 ონკოპაციენტია. დაავადების დადგენის პირველ წელს პაციენტთა 50%-ს, ხოლო შემდეგ დაავადებულთა არანაკლებ 20% ესაჭიროება რადიოთერაპია. საქართველოს ტერიტორიული და დემოგრაფიული მონაცემების გათვალისწინებით, ესაჭიროება: ბათუმში - 1, ქუთაისში - 2, თბილისში - სამ სხვადასხვა ცენტრში მინიმუმ 6 წრფივი ამაჩქარებელი; ამასთან ერთად, შესაძლებელია განხილულ იქნას თანამედროვე ტექნოლოგიებით აღჭურვილი 1 კობალტის მანქანის არსებობის საჭიროება.

(ი) დღეისათვის საქართველოში სულ რამდენიმე დაწესებულებაა, სადაც ფუნქციონირებს რადიოთერაპიის დეპარტამენტი შესაბამისი აღჭურვილობით, პერსონალითა და ხარისხის კონტროლით: შპს "მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკა" აღჭურვილია ორი წრფივი ამაჩქარებელითა და ბრაქიტერაპიის აპარატით), კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო/კვლევითი ინსტიტუტი (ოთხი სხივური ამაჩქარებელი და ბრაქიტერაპიის აპარატი), შპს „მრავალპროფილური სამედიცინო ცენტრი“ (აღჭურვილია დისტანციური სხივური თერაპიის ერთი კობალტის აპარატითა და აგრეთვე ბრაქიტერაპიის აპარატით), აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის (ერთი წრფივი ამაჩქარებელი) და ქუთაისის ონკოლოგიური ცენტრი (ერთი წრფივი ამაჩქარებელი), კონსტანტინე მარდალეიშვილის სახელობის ცენტრი (ორი წრფივი ამაჩქარებელი + ერთი კობალტის აპარატი); ამასთან, ქ.თბილისში იგეგმება კიდევ რამდენიმე ამაჩქარებლის შექმნა (ავერსის კლინიკა, ევექსი). შესაბამისად, სახელმწიფოს მხრიდან აუცილებელია რეგულაციის და კონტროლის მკაცრი მექანიზმების შემუშავება, რათა მოხდეს სახელმწიფო თანხების რაციონალური და არა უკუნტროლო ხარჯვა.

(ვ) ამჟამად საქართველოში ბირთვული მედიცინის დეპარტამენტები ფუნქციონირებს 3 წამყვან დაწესებულებაში, ესენია: კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო/კვლევითი ინსტიტუტი (თოდუას ცენტრი), მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების კლინიკა და ავერსის კლინიკა. კლინიკური მედიცინის სამეცნიერო/კვლევითი ინსტიტუტში ხორციელდება მხოლოდ დიაგნოსტიკა ტექნეციუმის Tc-99m გამოყენებით. მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების კლინიკაში ხორციელდება რადიოიოდთერაპია და პეტ-სკანირება, მაგრამ არ ხდება კონვენციური ნუკლეარული დიაგნოსტიკა (ტექნეციუმ Tc-99m-ის გამოყენებით). ავერსის კლინიკაში ხორციელდება როგორც ბირთვული თერაპია ასევე დიაგნოსტიკა (ტექნეციუმ Tc-99m-ის გამოყენებით), მხოლოდ არ არის წარმოდგენილი პეტ-კვლევები. ამრიგად, სამივე დაწესებულებაში ბირთვული სერვისები წარმოდგენილია ფრაგმენტულად, თუმცა ქვეყნის მასშტაბით ნუკლეარული მედიცინის ყველა სერვისი არსებობს.

(ლ) საქართველოში ძალიან კარგად არის განვითარებული იოდოთერაპიის მიმართულება, ბოლო 2 წლის მონაცემებით პაციენტთა გადინება საზღვარგარეთ მინიმუმამდეა დაყვანილი და მათ შესაძლებლობა ეძლევათ მაღალკვალიფიციური სერვისი მიიღონ ადგილზე.

(მ) ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს საკითხს სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია წარმოადგენს, ბირთვული დეპარტამენტის ფუნქციონირება დაკავშირებულია ექიმის, სამედიცინო ფიზიკოსის, მედლის, ტექნიკოსის შეთანხმებულ მუშაობასთან. კვლავ გამოწვევად რჩება ბირთვული მედიცინის სპეციალისტების არსებობა, რაც არ აკმაყოფილებს არსებულ რეალობას.

(ნ) ამჟამად ბირთვული მედიცინის ფარგლებში განხორციელებული პროცედურები არც უნივერსალური ჯანდაცვით იფარება (პედიატრიული პაციენტების გარდა) და არც ჯანმრთელობის კერძო სადაზღვეო კომპანიების მიერ. საჭიროა ბირთვული მედიცინის სპეციფიკური პროცედურების დაფინანსების ჩადება ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევაში ან სხვა სქემაში.

(ო) ImPACT მისიის (2014 წელი), საანგარიშო დოკუმენტში ცალსახად არის აღნიშნული: მიუხედავად იმისა, რომ მსოფლიო სტანდარტებთან მიახლოებისთვის საქართველოში 10-12 ამაჩქარებელია საჭირო, 2 ამაჩქარებლის და ერთი კობალტის აპარატის პირობებში მათ განსაკუთრებითი მოლოდინის რეჟიმი (პაციენტთა რიგები) არ დაუფიქსირებიათ, რაც ადასტურებს სხივური თერაპიის არა სათანადოდ უტილიზაციას ქვეყნის მასშტაბით.

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

(ჟ) კლინიკური ონკოლოგიის ძირითადი გამოწვევები დაკავშირებულია: (1) წამლების მაღალ ფასთან, 20%-ის დაფარვა უხდებათ პაციენტებს, რასაც ძალიან ხშირად ვერ ახერხებენ და რჩებიან მკურნალობის გარეშე; (2) ბიოლოგიური წამლების (ტარგეტული თერაპია) დაბალ ხელმისაწვდომობასთან მაღალი ფასების გამო; (3) გარემოს უსაფრთხოების სისტემის

არარსებობასთან (ხშირად არ არის გამოყოფილი სათავსო გადასხმისთვის საჭირო ნაერთის მოსამზადებლად).

(რ) საქართველოში რეალური სტატისტიკური მონაცემების არარსებობის გამო ბავშვთა ასაკის სიმსივნური დაავადებების მკურნალობის შედეგების რეალური შეფასება შეუძლებელია, გამონაკლისს წარმოადგენს ბავშვთა ასაკის ლეიკემიები, სადაც შესაძლებელია სწორი ინფორმაციის მოძიება: არსებული მონაცემების მიხედვით საქართველოში ყოველწლიურად მწვავე ლეიკემიით 30-40 ბავშვი ავადდება, მათ შორის, ლიმფოიდური ლეიკემიით 30-35, ხოლო მიელოიდური ლეიკემიით 5-10 ბავშვი. ბავშვებში სხვა ონკოლოგიურ შემთხვევათა რაოდენობა არსებულ მწირ მონაცემებსა და საერთაშორისო შეფასებებზე დაყრდნობით დაახლოებით 100-120 შემთხვევას შეადგენს ყოველწლიურად. არსებული მდგომარეობის გათვალისწინებით, კიბოს პოპულაციური რეგისტრის დანერგვასთან ერთად სასურველია ბავშვთა ასაკის ნაციონალური რეგისტრის შექმნა, რომელიც „ბავშვთა ასაკის კიბოს საერთაშორისო კლასიფიკაციას“ (ver.3 ICC-3) ეფუძნება.

(ს) *საქართველოში ბავშვთა ონკო-ჰემატოლოგიაში არსებული სიტუაციის აღწერა*. 1994 წლიდან საქართველოში ბავშვთა ასაკის ლეიკემიებისა და ლიმფომების მკურნალობაში თანამედროვე მიდგომების დანერგვამ მნიშვნელოვნად შეცვალა დაავადების გამოსავალი, დღეს ლეიკემიითა და ლიმფომებით დაავადებული პაციენტების 60-70% იკურნება, კერძოდ, უკანასკნელი 18 წლის განმავლობაში 700-ზე მეტ ბავშვს შეუწარმუნდა სიცოცხლე. საქართველოში 1994 წლიდან ბავშვთა ასაკის ლეიკემიებისა და ლიმფომების მკურნალობაში დაიწყო პროგრამული ქიმიოთერაპიის გამოყენება, კერძოდ, BFM პროგრამის დანერგვა, რომელიც ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ პოლიქიმიოთერაპიულ პროტოკოლადაა მიჩნეული. აღნიშნულ პროტოკოლზე დაყრდნობით 2009 წელს მიღებულ იქნა ნაციონალური პროტოკოლები და გაიდლაინები, რომლებიც შემუშავდა პროფესიონალური ასოციაციების მიერ. პროტოკოლებისა და გაიდლაინების ჩამონათვალი (42):

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

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

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

(ტ) *ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია*. ბავშვთა ონკო-ჰემატოლოგიაში მიღწეული წარმატებების მიუხედავად, საქართველოში ჯერ კიდევ რჩებიან ბავშვები, რომელთა მკურნალობა მხოლოდ

საზღვარგარეთაა შესაძლებელი; კერძოდ, ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია ერთადერთი შანსია მწვავე ლეიკემიით დაავადებული მაღალი რისკის პაციენტებისთვის, ასევე, დაავადების ადრეული რეციდივებისა და ისეთი მძიმე ჰემატოლოგიური დაავადებების დროს, როგორცაა აპლასტიური ანემია, მიელოდისპლაზიური სინდრომი. სტატისტიკური მონაცემების გათვალისწინებით საქართველოში ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია ყოველწლიურად 10-15 ბავშვს სჭირდება:

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

სტრატეგიული ინტერვენციები:

3.6.1. ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაზრდა

- *ონკოლოგიური დახმარების (კიბოს მოვლის) ხარისხის კონტროლის საბჭოს* შექმნა, რომლის შემადგენლობაში შევლენ სამთავრობო და ონკოლოგიის სფეროში დაინტერესებული მხარეების წარმომადგენლები. *ონკოლოგიური დახმარების ხარისხის კონტროლის საბჭოს* დაქვემდებარებაში უნდა შეიქმნას ონკოლოგიური დახმარების კომისიების სისტემა ცალკეული ლოკალიზაციის კიბოს მიხედვით.
- ონკოლოგიური პაციენტების მომსახურებაში ჩართული ნებისმიერი დაწესებულების საქმიანობის აუცილებელი ლიცენზირება, ექიმ-ონკოლოგთა პერიოდული რესერტიფიცირება;
- ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობაში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებების პასუხისმგებლობის გაზრდა, რათა პაციენტებს მიაწოდონ მკურნალობის ხარისხიანი და სრული სერვისი, ან ინფორმაცია მკურნალობის სრული პაკეტისა და ქვეყანაში მიმდინარე პროგრამების შესახებ, საჭიროების შემთხვევაში განახორციელონ დროული რეფერალი;
- ხელშეწყობა სამედიცინო დაწესებულებებისადმი, რომლებიც ონკოლოგიურ პაციენტებს ემსახურებიან, რათა მათ დაამკვიდრონ ხარისხის კონტროლი;
- ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა მიუხედავად სოციალური მდგომარეობისა და გეოგრაფიული საცხოვრებლისა;
- პროფესიული ასოციაციების აქტიური ჩართვა მკურნალობის უნიფიცირების (მკურნალობის სტანდარტების დანერგვის) მიზნით – ეროვნული გაიდლაინების შექმნა, დანერგვა და მკურნალობის ხარისხის მონიტორინგის პროცესში;
- რეგიონებში პაციენტთა დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის პროცესში ტელეკომუნიკაციის გზით ექსპერტ-ონკოლოგთა ჩართულობის (მონაწილეობის) შესაძლებლობების განხილვა;
- კიბოს დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებების და ადამიანური რესურსების ლოკალური და რეგიონალური მდებარეობის ელექტრონული კატალოგების დანერგვა, სადაც ხელმისაწვდომი იქნება ინფორმაცია კიბოს ჰოსპიტალების,

დიაგნოსტიკური ცენტრების, სპეციალისტების, მკვლევარების, დამხმარე სერვისების, მიმდინარე პროგრამების, პალიატიური დახმარების შესახებ;

- სამედიცინო სადაზღვეო კომპანიების დაინტერესება, რათა მხარი დაუჭირონ კიბოს მკურნალობის სათანადო სერვისებისადმი დროულ ხელმისაწვდომობას.

3.6.2. ყველა ონკოლოგიური პაციენტისთვის პროფესიონალური და ხარისხიანი ქირურგიული მკურნალობის ხელმისაწვდომობა

- გავრცელებული ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებების პროფესიონალური და ხარისხიანი ქირურგიული მკურნალობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურების მეორად დონეზე;
- ონკოლოგიურ დაავადებათა ქირურგიული მკურნალობის დაწესებულებების ბაზაზე მულტიდისციპლინური კონსულტაციების, პაციენტთა მრავალფეროვანი რეაბილიტაციის და პალიატიური მომსახურების ცენტრების ქსელის შექმნა;
- რთული ქირურგიული ჩარევების (მაღალტრავმული, გაფართოებული, კომბინირებული და რეკონსტრუქციული), ასევე იშვიათი ლოკალიზაციის კიბოს მკურნალობის განხორციელება სამედიცინო მომსახურების მესამეულ დონეზე;

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

- მსოფლიო სტანდარტების შესაბამისი რადიოთერაპიის განხორციელებისათვის აუცილებელი აპარატურის შემოტანა/განახლება შესაბამისი პროექტებისა და პროგრამების ფარგლებში IAEA-სთან თანამშრომლობით.
- სამედიცინო მომსახურების მესამეულ დონეზე ონკოლოგიურ პაციენტთა კონსულტირების მულტიდისციპლინური ჯგუფების ფორმირება და მათი მუდმივი მუშაობის უზრუნველყოფა.
- ონკოლოგიურ დაავადებათა რადიოთერაპიული მკურნალობის პროტოკოლებისა და გაიდლაინების დამტკიცება, დანერგვა
- რადიოთერაპიაში მომუშავე პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა ინდივიდუალური და მონიტორინგის დოზიმეტრების საშუალებით.

3.6.4. ქვეყანაში თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისი მედიკამენტური თერაპიის სამსახურების აწყობა

- მედიკამენტური თერაპიის ხელმისაწვდომობის გაზრდა სამედიცინო მომსახურების სამივე დონეზე;
- კვალიფიციური ადამიანური რესურსების ხელმისაწვდომობა, კლინიკური ონკოლოგის კომპეტენციების ჩამოყალიბება;
- კლინიკურ ონკოლოგთა მუდმივი გადამზადება;
- ქიმიოპრეპარატებთან მომუშავე პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. გადასასხმელი ხსნარის დამზადება დახურული წესით - ცალკე ოთახში გამწოვის ქვეშ.
- გენერიკების ნუსხის შექმნა;

- ქიმიოთერაპიის დამხმარე პრეპარატების - ბისფოსფონატების, უროპროტექტორების და ამ ჯგუფში შემავალი სხვა პრეპარატების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- იმუნოთერაპიის ხელმისაწვდომობის გაზრდა. საწყის ეტაპზე იმ სიმსივნეთა შემთხვევაში, რომელთა მკურნალობაში იმუნოთერაპიას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება (მელანომა, თირკმლის კიბო, შარდის ბუშტის კიბო და ა.შ.);
- ტარგეტული თერაპიის ხელმისაწვდომობის გაზრდა. საწყის ეტაპზე მხოლოდ ყველაზე ხშირი ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობისთვის მოწოდებული იმ ტარგეტული პრეპარატებისა, რომელთა გამოყენება მნიშვნელოვნად ზრდის საერთო გადარჩენადობას (ძუძუ, ფილტვი, კოლორექტული სიმსივნეები), ასევე იმ სიმსივნეების დროს, რომელთა სისტემური მკურნალობის სხვა მეთოდები ნაკლებად ან არაეფექტურია (თირკმელი, ღვიძლი, კუჭ-ნაწლავის სტრომული სიმსივნეები და სხვ.), ხოლო მომავალში უნდა იქნას უზრუნველყოფილი ყველა არსებული სამიზნის ხელმისაწვდომობა;
- სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოს თერაპიული გამოსავლის შეფასების მიზნით კლინიკური კვლევებისადმი ხელშეწყობა.

3.6.5. ბირთვული თერაპიის განვითარების ხელშეწყობა

- ბირთვული მედიცინის სერვისების შეტანა სადაზღვეო პაკეტში, განსაკუთრებით იმ უალტერნატივო მეთოდების, როგორცაა რადიოიოდთერაპია და პეტ-სკანირება
- მომიჯნავე სპეცილობის კოლეგებთან ინტენსიური აკადემიური მუშაობა ბირთვული მედიცინის პოპულარიზაციის მიზნით, რათა მათ ჰქონდეთ მაქსიმალური ინფორმაცია ყველა იმ სარგებელზე, რასაც ბირთვული მედიცინა იძლევა.

3.6.6. ბავშვთა ონკო-ჰემატოლოგიური დაავადებების ეფექტური მართვა

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

- ადექვატური ხარისხის სისხლის კომპონენტების დამზადება, ლეიკორედუცირებული ერთ მასისა და თრომბოკონცენტრატის დამზადება;
- ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის საჭიროების მქონე ბავშვთა უზრუნველყოფა შესაბამისი დახმარებით;

3.6.7. პაციენტთა მოთხოვნებზე დაფუძნებული საექთნო საქმის ფორმირება ონკოლოგიაში

- სპეციალიზებული საექთნო საქმის სასწავლო პროგრამების დანერგვა ონკოლოგიაში
- ონკოლოგიაში ტრენინგის ჩატარება იმ ექთნებისთვის რომლებიც ამჟამად ამ სფეროში არიან დაკავებულნი.
- ექთნების მიერ შესრულებული სამედიცინო-ტექნიკური პროცედურების სტანდარტიზაცია;

3.6.8. მემკვიდრული კიბოს გამოვლენისა და ადექვატური მკურნალობისადმი ხელშეწყობა

- სამედიცინო პერსონალის მიერ რუტინული გასინჯვების დროს კიბოს ოჯახური ანამნეზის ან გენეტიკური წინასწარგანწყობის მქონე პაციენტთა იდენტიფიცირებისადმი ხელშეწყობა;
- მემკვიდრულ კიბოზე ეჭვის მიტანის ან დადასტურების ნებისმიერ შემთხვევაში გენეტიკოსის მიერ კონსულტაციის ჩატარება;
- საქართველოში ონკოსპეციფიური გენეტიკური კვლევების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. საწყის ეტაპზე ქვეყანაში ერთი ან ორი გენეტიკური ლაბორატორიის შექმნა;
- გენეტიკური კიბოს გამოსავლენად შესაბამისი კვლევებისადმი ხელშეწყობა.

3.7. სტრატეგიული ამოცანა #7. მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვა და ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია

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

ონკოლოგიური დაავადება პაციენტის და მისი ოჯახის ცხოვრებას ხშირად მძიმე დაღს ასვამს. დრამატული ცვლილებები ვლინდება არა მარტო ფიზიკური, არამედ ფსიქიკური და სოციალური მდგომარეობის თვალსაზრისითაც; პაციენტთა, სულ ცოტა, 50% იტანჯება სიმპტომებით, რომლებიც დაკავშირებულია დაავადებისა და მკურნალობის სტრესულ გარემოებებთან, შიშის, აღზნების, დემორალიზაციის და დეპრესიის ჩათვლით. ბევრ შემთხვევაში ვითარდება ფსიქო-პათოლოგიური მდგომარეობა, როგორცაა დეპრესია და პოსტ-ტრავმული სტრესული დარღვევები. ფსიქოლოგიურმა დის-სტრესმა შესაძლოა გამოიწვიოს მკურნალობის არასასურველი შედეგები, სიცოცხლის წლების დაბალი ხარისხი, ტკივილის ძლიერი შეგრძნება, სუიციდისკენ

მიდრეკილება. ფსიქო-ონკოლოგიური მკურნალობა მოიცავს ინტერვენციებს, რომლის მიზანს წარმოადგენს კიბოს ემოციური ზეგავლენის შესწავლა და პაციენტთა ფიზიკური და მორალური შესაძლებლობების გაზრდა დაავადებასთან, მკურნალობასთან და ცხოვრების წესის ცვლილებასთან დაკავშირებული სირთულეების გადალახვის მიზნით. როგორც კვლევები უჩვენებენ, ფსიქოსოციალური რეაბილიტაცია როგორც სტანდარტული მკურნალობის შემადგენელი ნაწილი, ამცირებს პაციენტის ფსიქოლოგიურ პრობლემებს, აუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს მკურნალობისა და შემდგომ პერიოდში. ამდენად, აუცილებელია ფსიქოლოგიური დის-სტრესის ადრეულ ეტაპზე გამოვლინების სისტემის დამკვიდრება, ისევე როგორც ინდივიდუალური და ჯგუფური ფსიქოთერაპიული რეაბილიტაცია და ფსიქოფარმაკოთერაპია. ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის მნიშვნელოვან პროფესიონალურ კომპონენტს წარმოადგენს პაციენტისთვის მეტად სტრესულ სიტუაციებში ადექვატური კომუნიკაციის უნარების ფლობა.

მიღწევები და გამოწვევები:

(ა) ძალზე მნიშვნელოვანია ნანადრევ ეტაპზე კიბოს დიაგნოზით ნაოპერაციები ქალების მხარდაჭრა მათი შემდგომი რეაბილიტაციის მიზნით. საერთაშორისო გამოცდილებით, მრავალ ქვეყანაში შექმნილია სხვადასხვა გაერთიანებები და ჯგუფები ნაოპერაციები და გადარჩენილი ქალების მხარდაჭერისა და რეაბილიტაციისთვის. 2009 წელს „ეროვნულ სკრინინგ-ცენტრის“ ინიციატივით და ხელშეწყობით შექმნილი „გამარჯვებულ ქალთა კლუბი“ პირველია საქართველოში. ქირურგიული მკურნალობის მკურნალობის შემდგომი რეაბილიტაციის პერიოდი მოიცავს რამდენიმე ეტაპს: ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას, ასევე სათანადო ინფორმაციის მიწოდებას ოპერაციის შემდგომი სოციალიზაციისათვის. აღნიშნული მიზნით მნიშვნელოვანია მხარდაჭერთა ჯგუფების ჩამოყალიბება როგორც თბილისში, ასევე საქართველოს სხვა რეგიონებშიც. დღეისათვის „გამარჯვებულ ქალთა კლუბი“ აერთიანებს 600-მდე ქალბატონს თბილისსა და საქართველოს რეგიონებში. დაფუძნებულია „გამარჯვებულ ქალთა კლუბი“-ს წარმომადგენლობები ლანჩხუთში, სურამსა და თელავში.

(ბ) 2010-2016 წლებში დონორი ორგანიზაციებისა და კერძო პირების ფინანსური მხარდაჭერით ჩატარებულია ფსიქოლოგიური (250 ქალი) და ფიზიკური (450 ქალი) ტრენინგები, როგორც თბილისში ასევე ლანჩხუთში, სურამში, გურჯაანსა და თელავში. ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის ფარგლებში ჩატარდა არტ თერაპიის სესია (120 ქალი). „გამარჯვებულ ქალთა კლუბი“-ს წევრები აქტიურ მონაწილეობას იღებენ სხვადასხვა ტიპის საინფორმაციო - საგანმანათლებლო კამპანიებში, მარათონში “სიცოცხლის გადასარჩენად“, მონაწილეობენ რადიო და სატელევიზიო გადაცემებში. „გამარჯვებულ ქალთა კლუბი“-ს მიერ მომზადებულია და გამოცემულია საინფორმაციო მასალა ძუძუს კიბოს პრევენციისა და ოპერაციის შემდგომი რეაბილიტაციის შესახებ.

სტრატეგიული ინტერვენციები:

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

- ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის სტანდარტულ კომპონენტებში სპეციფიკური ფსიქო-სოციალური ინტერვენციების (ფსიქოთერაპია, ფსიქო-ფარმაკოლოგია) ჩართვა და მათი რესოციალიზაციისადმი ხელშეწყობა;
- ონკოლოგიურ პაციენტთა ფიზიკური და ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის თვალსაზრისით პროფესიონალთა (ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები, ფსიქიატრები) ადექვატური რაოდენობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურების ყველა - პირველად, მეორად და მესამეულ დონეზე.

3.8. სტრატეგიული ამოცანა #8. ონკოლოგიურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობით მაქსიმალური მოცვა

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

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

მიღწევები და გამოწვევები

(ა) 2004 წელს დაფუძნდა „საქართველოს პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული ასოციაცია“ (42). პალიატიური მზრუნველობა ინსტიტუციონალიზებულია 2005 წლიდან, როდესაც დაფუძნდა პირველი სტაციონარული ჰოსპისი და ბინაზე ზრუნვის გუნდები. ამავე დროიდან სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში წარმოებდა სტაციონარული მომსახურება პაციენტების თანადაფინანსებით, ხოლო ბინაზე ზრუნვის სამსახური იმყოფება 100%-იან სახელმწიფო დაფინანსებაზე; 2007 წლიდან პალიატიური მზრუნველობა ხორციელდება საქართველოს რეგიონებშიც – მოცვის მზარდი გრაფიკით, ამჟამად ხორციელდება 6 რეგიონში. 2007 წელს ჯანდაცვის მარეგულირებელ 4 ძირითად კანონში შეტანილი იქნა ცვლილებები, რაც ითვალისწინებდა საქართველოში პალიატიური მზრუნველობის აღიარებასა და ასიმილაციას ჯანდაცვის ერთიან სისტემაში.

- (ბ) 2008–11 წლებში ოპიოიდების ლეგალური ბრუნვის მარეგულირებელ დოკუმენტებში შეტანილი იქნა მთელი რიგი ცვლილებები, რითაც მიღწეულ იქნა ბალანსი ოპიოიდების არალეგალური გადინების პრევენციასა და პაციენტებისათვის წამლის ხელმისაწვდომობას შორის.
- (გ) ამჟამად საქართველოში სახელმწიფო იღებს ვალდებულებას სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტებით პაციენტების უწყვეტ და ხელმისაწვდომ უზრუნველყოფაზე.
- (დ) 2010 წელს მომზადდა პალიატიური მზრუნველობის სამოქმედო გეგმა 2011–2015 წწ, რომელიც განხილულ და დამტკიცებულ იქნა საქართველოს პარლამენტის მიერ; 2012 წელს შეიქმნა და ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცდა ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინი.
- (ე) 2013 წლის ივლისში ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცდა პირველი სუბსპეციალობის კურსი პალიატიურ მზრუნველობასა და ტკივილის მედიცინაში. გავლილი პერიოდის განმავლობაში სწავლება ჩატარდა და პალიატიური მზრუნველობის სერვისის მიმწოდებლებად მომზადებული იქნა არა ერთი ექიმი და ექთანი.
- (ვ) 2014 წელს ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრის რეორგანიზაციის გამო გაერთიანდა ორი სპეციალიზებული სტაციონარული ჰოსპისი და საწოლთა ფონდი შემცირდა 38–დან 18 საწოლამდე. ფუნქციონირებას აგრძელებს ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამა (44).

სტრატეგიული ინტერვენციები:

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

- პალიატიური და/ან დამხმარე მზრუნველობის ჩართვა მულტიდისციპლინურ გუნდში კიბოს დიაგნოზის დადგენის მომენტიდან;
- პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფა შესაბამისი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების მქონე (ტრენირებული) ადამიანური რესურსებით;
- კიბოს ტერმინალური სტადიით დაავადებულ პირთათვის პალიატიური მზრუნველობის სერვისების (ბინაზე ზრუნვა, სტაციონალური პალიატიური მზრუნველობა-ჰოსპისი) ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და გეოგრაფიული მოცვის გაზრდა;
- პალიატიური მზრუნველობაში მოხალისეთა ჩართვა და მათი შესაბამისი სწავლების პროცესის უზრუნველყოფა;
 - ბინაზე მოვლის პროგრამის დაფინანსების გადახედვა, განსაკუთრებით ექთნების ჩართვა მოვლაში და მათი კვალიფიკაციის ამაღლება.

3.8.2. ოპიოიდური ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობის და მოხმარების გაუმჯობესება

- ტკივილის თერაპიის და პალიატიური მზრუნველობის მიზნით ეროვნული გაიდლაინების, სტანდარტების და პროტოკოლების დანერგვა.
- დიპლომისშემდგომი სავალდებულო სწავლების სისტემის ორგანიზება პალიატიურ მზრუნველობაში და ტკივილის მართვაში ონკოლოგებისთვის, ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმებისთვის და რაიონული ექთნებისთვის.

- ოპოიდებთან დაკავშირებული ადმინისტრაციული ბარიერების თანდათანობითი ელიმინაცია (რეცეპტების განსაკუთრებული ფორმა, ყოველკვირეული ლიმიტი) და სტიგმის შემცირება, ასევე ახალი რელევანტური წამლების ხელმისაწვდომობა.

3.9. სტრატეგიული ამოცანა #9. ადამიანური რესურსების განვითარება კიბოს კონტროლისა და მართვის მიზნით

კვალიფიციური და სათანადოდ მომზადებული კადრით უზრუნველყოფას სასიცოცხლო მნიშვნელობა გააჩნია მოცემული სტრატეგიის მიზნების მისაღწევად, კერძოდ, ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციის, ადრეული გამოვლენის, მკურნალობის, მართვის და პალიატიური მზრუნველობის აღმოჩენის თვალსაზრისით. კიბოს პრევალენტობის ზრდა, რომელიც მოსახლეობის დაბერების, გადარჩენის პერიოდის ზრდის და ასევე, მაღალი ინციდენტობის შედეგია, ახალი სერვისების მოთხოვნილებასა და განვითარებასთან ერთად სხვადასხვა სუბსპეციალიზაციის მქონე ონკოლოგთა გაზრდილ რაოდენობას საჭიროებს. სტრატეგიის ეფექტურ დაწესებულებაზე გავლენას იქონიებს როგორც ონკოლოგთა ოპტიმალური რაოდენობის, ასევე მათი მომზადების დონე.

ონკოლოგიური სექტორის კვალიფიციური ადამიანური რესურსებით უზრუნველყოფა იწყება მედიცინის ფაკულტეტის სტუდენტებისთვის ონკოლოგიის საფუძვლიანი სწავლებით. ონკოლოგიურ პაციენტთან მუშაობა ემოციურ სიმძიმეებთანაა დაკავშირებული, ამდენად, სამედიცინო მომსახურების კლინიკური და პალიატიური მზრუნველობის ასპექტებთან ერთად, საჭიროა ონკოლოგებისთვის პერსონალური კომუნიკაციის უნარების სწავლება; ონკოლოგი მზად უნდა იყოს, რათა პაციენტებს კვალიფიციურ დახმარებასთან ერთად ფსიქოლოგიური მხარდაჭერაც აღმოუჩინოს.

ზოგადი პროფილის ექიმებისთვის ონკოლოგიის ჯეროვანი სწავლება მათ შესაძლებლობას და შესაბამის უნარებს მისცემს, რათა უზრუნველყონ პაციენტთა დროული რეფერალი და საჭიროების შემთხვევაში, იმუშაონ ინდივიდუალურად პაციენტებთან.

ონკოლოგიაში სუბსპეციალობების არსებობა პირდაპირ კორელაციაშია ეფექტურ გამოსავალთან. მტკიცებულებები ადასტურებს, რომ პაციენტებს, რომლებსაც ქირურგიული მკურნალობა ონკოლოგ-ქირურგმა ჩაუტარა, ბევრად უკეთესი შედეგი აქვთ იმათთან შედარებით, რომელთაც ზოგადი პროფილის ქირურგმა. სპეციალიზაციის განსაკუთრებული მნიშვნელობა დასტურდება ექიმის დატვირთვით სპეციფიკური მიმართულებით: ცხადია, რომ ონკოლოგს ონკოლოგიურ პაციენტებთან მუშაობის მეტი გამოცდილება აქვს, ვიდრე დანარჩენებს. ექსპერტთა შეხედულებით, ონკოლოგს აქვს უნარი სწორად განსაზღვროს მკურნალობის სწორი მეთოდი თითოეულ შემთხვევაში, კარგადაა დახელოვნებული მკურნალობის ტექნიკურ ასპექტებში, სრულად აქვს გათვითცნობიერებული პოტენციური გვერდითი ეფექტები. უფრო მეტიც, მათ სრული მზადყოფნა აქვთ, ჩაერთონ მულტი-დისციპლინური ჯგუფის კონსილიუმში და მიიღონ ოპტიმალური გადაწყვეტილება.

ონკოლოგიაში სპეციალიზაციის შემდეგ კარიერული წინსვლისთვის აუცილებლობას უნდა წარმოადგენდეს დიპლომის შემდგომი განათლება. ადამიანური რესურსების განვითარების გეგმა უნდა მოიცავდეს სპეციალიზაციის უცხოეთშიც, ამ თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია ატომური

ენერჯის საერთაშორისო სააგენტოს რესურსების გამოყენება. 2009 წლის მარტის თვეში კიბოს თერაპიის სამოქმედო პროგრამის (PACT) დანერგვის შემდეგ ჯანმომ და ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტომ ხელი მოაწერეს შეთანხმებას კიბოს კონტროლის მიზნით თანამშრომლობის დაწყების შესახებ, რომლის მიზანს შედაგენდა კიბოს კონტროლის გაძლიერება განვითარებად ქვეყნებში.

ონკოლოგიაში შესაძლებლობების ზრდის და ადამიანური რესურსების მართვის თვალსაზრისით საჭიროა რიგი ღონისძიებების გატარება:

- ადამიანური რესურსების განვითარების გეგმის შედგენა
- ონკოლოგიაში ექსპერტული ცოდნის გაფართოების მიზნით საფუძვლიანი სწავლება როგორც ზოგადი პროფილის ექიმებისთვის, ასევე სპეციალიზაციის დონეზე, დიპლომამდელი და დიპლოსემდგომი განათლების ჩათვლით
- კოლაბორაციის გაძლიერება პედიატრ-ონკოლოგებსა და მოზრდილთა ონკოლოგებს შორის
- ქირურგი-ონკოლოგების ვიწრო სპეციალიზაციის (ონკოლოგი-გინეკოლოგი მამოლოგი და სხვ.) არსებული პრაქტიკის ხელშეწყობა.

საქართველოში ექთნების სწავლება ხორციელდება როგორც სამედიცინო კოლეჯებში, ასევე უნივერსიტეტებში. ქვეყანაში ექთნებისთვის სპეციალიზაცია ონკოლოგიაში არ არსებობს, არ არის სამაგისტრო და სადოქტორო პროგრამებიც. დიპლომისშემდგომი განათლების ჩარჩოს ფარგლებში შესაძლებელი იქნება ექთნების ფართოდ ჩართვა ონკოლოგიაში განხორციელებულ კლინიკურ კვლევებში (მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვა, პალიატიური მზრუნველობა, გენეტიკური კონსულტაცია, ნუტრიციოლოგია და ა.შ.), ისევე როგორც ევროპის განვითარებულ ქვეყნებში, სადაც ონკოლოგიაში ექთნის როლი მნიშვნელოვნად დიდია, რაც ხელს უწყობს პაციენტებისთვის ეფექტური სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას. სასურველია უწყვეტი განათლების უზრუნველყოფა ონკოლოგიის სფეროში მომუშავე ექთნებისთვის, რომელიც უნდა ტარდებოდეს პროფესიონალი ექთნებისა და იმ ექიმების ჩართულობით, რომლებსაც ყოველდღიური შეხება აქვთ ონკოლოგიურ პაციენტებთან.

მიღწევები და გამოწვევები

(ა) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის ბრძანება 136/ნ განსაზღვრავს „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხას,“ რომლის მიხედვითაც ონკოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკასა და მკურნალობასთან დაკავშირებული სპეციალობებია „კლინიკური ონკოლოგია“, „პათოლოგიური ანატომია“, „რადიოლოგია“. აღნიშნულ სპეციალობათა მომიჯნავე სპეციალობები და სუბსპეციალობები მოცემულია ცხრილში.

ცხრილი. ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხა

სპეციალობა	მომიჯნავე სპეციალობა	სუბსპეციალობა
კლინიკური ონკოლოგია		პალიატიური მედიცინა
	რადიაციული თერაპია	
ზოგადი ქირურგია		ქირურგიული ონკოლოგია
	ბავშვთა ქირურგია	ქირურგიული ონკოლოგია

მეანობა-გინეკოლოგია		ონკო-გინეკოლოგია
უროლოგია		ონკო-უროლოგია
რადიოლოგია		კომპიუტერულ- ტომოგრაფიული დიაგნოსტიკა
		მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია
		რადიოიზოტოპური გამოკვლევა
პათოლოგიური ანატომია კლინიკური პათოლოგია		

(ბ) ზემოთ მოცემულ ნუსხას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 4 თებერვლის ბრძანება №01-6/ნ-ით დაემატა სარეზიდენტო პროგრამა ონკოლოგიაში, რითაც ონკოლოგია განისაზღვრა დამოუკიდებელ სპეციალობად.

(გ) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 27 მაისის №01-19/ნ ბრძანებით „ბირთვული მედიცინა“ განისაზღვრა „კლინიკური ონკოლოგიის“ და „რადიოლოგიის“ მომიჯნავე სპეციალობად.

(დ) ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტოში 2016–2017 წლებისთვის მოხდა საპროექტო განაცხადის წარდგენა: „რადიაციული მედიცინის ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგია საქართველოში“. განაცხადი მიღებულია, ის მიზნად ისახავს: (1) ბირთვულ და რადიაციულ მედიცინაში დასაქმებული პერსონალის და ლიცენზიის მფლობელების კვალიფიკაციის ამაღლებას; (2) ხარისხის კონტროლის სისტემების დანერგვას და მისი კონტროლის ქმედითი ინსტრუმენტების ამოქმედებას; (3) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დონეზე სპეციალური ჯგუფის/დანაყოფის ჩამოყალიბებაში მხარდაჭერას; (4) რადიოლოგიურ სფეროში დასაქმებულთა (სამედიცინო და არასამედიცინო კვალიფიკაციის პირები) ტრეინინგი, უწყვეტი სამედიცინო განათლება, სპეციფიკური პროფესიული სწავლება; (5) ტექნიკური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების მხარდაჭერა, სათანადო და ხარისხიანი სერვისის მიწოდების მიზნით (X-ray, CT, MRI და სხვ.)

(ე) საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების მინისტრის 2010 წლის 10 დეკემბერის ბრძანება №120/ნ „ეროვნული საკვალიფიკაციო ჩარჩოს დამტკიცების შესახებ“ განსაზღვრავს პროფესიულ სპეციალიზაციებს საექთნო საქმეში (ექთანი / ბებია ქალი): ექთნის თანაშემწე, პრაქტიკოსი ექთანი, პრაქტიკოსი ბებია ქალი. დამოუკიდებელი სპეციალიზაცია ონკოლოგიაში დასაქმებული ექთნებისთვის არ არსებობს.

სტრატეგიული ამოცანები:

- ონკოლოგიური პაციენტების მკურნალობაში ჩართული ნებისმიერი ექიმის მიერ დამატებითი განათლების (სუბსპეციალიზაციის) მიღების აუცილებლობის შესახებ არსებული მოთხოვნისადმი მხარდაჭერა

- უწყვეტი პოსტიდპლომური სწავლების განხორციელება სამედიცინო მომსახურების მესამეულ დონეზე;
- ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტოს ტექნიკური თანამშრომლობის შესაძლებლობების გამოყენება ადამიანური რესურსების განვითარებისა (სტიპენდიები, სამეცნიერო ვიზიტები, ექსპერტთა მისიები, სასწავლო კურსები და ა.შ.) და დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მეთოდების ხარისხის გაუმჯობესების თვალსაზრისით.
- რადიოთერაპიაში კვალიფიციური სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის მომზადების ხელშეწყობა:
 - პირველ ეტაპზე ქვეყნის შიგნითვე უკვე მომუშავე და დიდი გამოცდილების მქონე რადიოთერაპიულ ცენტრებში კადრების მომზადება: რეზიდენტურა რადიაციული თერაპევტებისათვის, გადამზადება სამედიცინო ფიზიკოსებისათვის და რადიოთერაპიის ტექნიკოსებისათვის.
 - შემდგომი წვრთნისათვის და მუდმივი გადამზადებისათვის ქვეყანაში პროექტების და პროგრამების შემუსავება, რომელთა დაფინანსებაც ხელეწიფება IAEA-სა და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციებს;
- რადიოთერაპიისა და ბირთვული მედიცინის პროფესიონალებისთვის სასწავლო პროგრამების რევიზია, განხილვა, განახლება ან არარსებობის შემთხვევაში ახლის შემუშავება;
- ბირთვულ მედიცინაში სარეზიდენტო პროგრამის ამოქმედება, რომელიც სპეციალისტთა კრიტიკული მასის მიღწევას შეუწყობს ხელს;
- ექსპერტ-ონკოლოგთა პანელის შექმნა, რომლებიც დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესახებ კონსულტაციას გაუწევენ ჯანდაცვის პირველადი რგოლის სამედიცინო პერსონალს;
- სპეციალიზებული სასწავლო პროგრამების/მოდულების შექმნა და დანერგვა ონკოლოგიაში დასაქმებული ექთნებისთვის;
- დიპლომის შემდგომი უწყვეტი განათლების უზრუნველყოფა ონკოლოგიის სფეროში მომუშავე ექთნებისთვის.

3.10. სტრატეგიული ამოცანა #9. პრეციზიოზული (ზუსტი/პერსონალიზირებული) მედიცინის განვითარების ხელშეწყობა. კვლევები და მკურნალობის თანამედროვე მიდგომები ონკოლოგიაში

დასაბუთება. გენომებსა და ონკოლოგიურ დაავადებებს შორის კორელაციის კვლევებმა კიბოს განვითარების ახალი მექანიზმები გამოავლინა, კერძოდ, ადამიანის გენომში ბევრი ახალი მგრძნობიარე („კიბოს მიმღები“) ალელის არსებობა დადგინდა, რომელთა დიდი ნაწილი უნიკალურია თითოეული ტიპის კიბოს შემთხვევაში (26). მგრძნობიარე ალელებსა და სომატურ ცვლილებებს შორის კავშირების შემდგომი შესწავლა კიბოს მკურნალობისა და პრევენციის მიზნით ახალ შესაძლებლობებს გამოავლენს. კიბოს კლინიკური გენეტიკა ხელს შეუწყობს მგრძნობიარე ალელების სრულყოფილი კატალოგის შექმნას მოსალოდნელი ცვლილებების სიხშირეების

სპექტრის და ზომის ეფექტის თვალსაზრისით, რომელმაც გამოყენება უნდა ჰპოვოს პრეციზიოზულ მედიცინაში (22). პრეციზიოზული მედიცინა (პერსონალიზირებული მედიცინა) დაავადებათა მკურნალობისა და პრევენციის ახალი მიდგომაა, რომელიც ითვალისწინებს თითოეული ადამიანისათვის გენების ინდივიდუალურ ცვლილებებს, გარემოსა და ცხოვრების წესს. პერსონალიზებული სამედიცინო მომსახურების პროგრამა პაციენტებს სთავაზობს „გზამკვლევს“ სრულყოფილი მკურნალობის მიღების მიზნით და ეხმარება მათ ადვილად შეძლონ გადასვლა მკურნალობის ერთი ეტაპიდან მეორეზე.

რადგანაც მაღალი შემოსავლების მქონე ქვეყნებში ონკოლოგიური დაავადებებისგან გადარჩენილთა რიცხვი იზრდება, შემდეგი გამოწვევაა გადარჩენის პერიოდის ზრდის განავითარების გეგმა, რომელიც პერსონალიზებული იქნება თითოეული პაციენტისთვის და სრულად ინტეგრირებული მათ სამედიცინო მომსახურებაში დაავადების დასაწყისიდანვე.

კიბოს მკურნალობის ტარგეტული თერაპიის გაფართოების და პერსონალიზებული მედიცინის დანერგვის თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანია სპეციფიკური ქსელების შექმნა, მოლეკულური გენეტიკური კვლევების განხორციელების შესაძლებლობა და მჭიდრო კავშირი ბიოტექნოლოგიასთან. წამყვანი სამეცნიერო დაწესებულებები უკვე მუშაობენ პრეციზიოზული მედიცინის საკითხებზე, მაგალითად: (1) ჯანმრთელობის ნაციონალური ინსტიტუტი (National Institutes of Health, USA); (2) ბიოსაინჟინრო, თერაპიულ მეცნიერებათა და მედიცინის დეპარტამენტი, გენების, გარემოსა და ჯანმრთელობის ცენტრი, კალიფორნიის უნივერსიტეტი, სან ფრანცისკო (Departments of Bioengineering & Therapeutic Sciences and Medicine, Center for Genes, Environments & Health University of California, San Francisco); (3) ბიოსამედიცინო ინფორმატიკა და მედიცინა, ვანდერბლიტის უნივერსიტეტი (Biomedical Informatics and Medicine, Vanderbilt University, Nashville, Tennessee); (4) ჰარვარდის სამედიცინო სკოლა, პოპულაციური მედიცინის დეპარტამენტი, ჰარვარდის პილგრიმის სამედიცინო მომსახურების ინსტიტუტი (Harvard Medical School Department of Population Medicine, Harvard Pilgrim Health Care Institute, Boston); (5) მეცნიერება გენომების შესახებ, ვაშინგტონის უნივერსიტეტი, სიეტლე (Genome Sciences, University of Washington, Seattle); (6) გენომური ანალიზის იელის ცენტრი, მედიცინის სკოლა, იელის უნივერსიტეტი (Yale Center for Genomic Analysis, Yale University School of Medicine); (7) მოსახლეობის ჯანმრთელობის ნუფილდის დეპარტამენტი, ოქსფორდის უნივერსიტეტი, გაერთიანებული სამეფო (Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, U.K.)

კიბოს პერსონალიზებულ მკურნალობაში ახალი ეპოქა დაიწყო სიმსივნური ქსოვილების მოლეკულურ პროფილირებაში არსებული მიღწევების შემდეგ, სადაც მკურნალობის მეთოდები შეირჩევა ონკოლოგიური დაავადების სახეობის მიხედვით. პერსონალიზებული მიდგომისას მნიშვნელოვანია ტარგეტული მედიკამენტები, რომლებიც შექმნილია გარკვეული ტიპის კიბოზე ზემოქმედების მიზნით. ტარგეტული თერაპია უკვე წარმატებით დაინერგა პრაქტიკაში ძუმბუს (*HER2*) და კუჭის (*EGFR* mutations) კიბოს, ფილტვისა და კოლორექტალური (*KRAS* mutations) კიბოს მკურნალობის მიზნით. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის სტრატეგიის შერჩევას კიბოს მოლეკულური მახასიათებლები სულ უფრო ხშირად ხდება გადაწყვეტი ფაქტორი. უახლესი გამოცდილება გენომისა და მისი ტექნოლოგიების (ახალი თაობის სექვენირება) შესახებ პრეციზიოზული მედიცინის განვითარების გარანტია.

გენომის-დონეზე ასოციაციაციების კვლევებმა (Genome-wide Association Studies GWAS) საგრძნობლად დააჩქარა საერთო გენეტიკური მგრძობელობის (დაავადების მიმდებლობის) ვარიაციების აღმოჩენა ფართო სპექტრის დაავადებებისთვის. კიბოს GWAS კვლევებით კვლავაც გაგრძელდება მგრძობიარე ალელების გამოვლენა, თუმცა ამ ეტაპზე მეტი ყურადღება უნდა მიექცეს ფარმაკოგენეტიკის შესწავლას და შედეგების ანალიზს, რაც პრაქტიკულად დაწყებულია. ფარმაკოგენომიკა პრეციზიოზული მედიცინის ნაწილია, რომელიც შეისწავლის, პაციენტის გენების გავლენას კონკრეტული მედიკამენტის მოქმედებაზე. თიოეული ადამიანის გენომის გაშიფრვა ექიმს საშუალებას მისცემს განსაზღვროს იმ მედიკამენტების ჩამონათვალი, რომლებიც განსაკუთრებით ეფექტური იქნებიან კონკრეტული პაციენტის მკურნალობისთვის. აღნიშნული მიდგომით უგულვებელყოფილი იქნება მკურნალობის პრინციპი “One-size-fit-all”.

GWAS კვლევების უდიდეს შედეგს წარმოადგენს ინტეგრირებული სამეცნიერო თანამშრომლობის დანერგვა და განვითარება ეპიდემიოლოგებს, გენეტიკოსებსა და ონკოლოგებს შორის, რომლებიც გამოავლენენ რისკის შემცველ გენეტიკურ მარკერებს. შემდგომ ეტაპს წარმოადგენს ბიოლოგიური საფუძვლების ანალიზი, რომლითაც გასაგები გახდება „კიბოს მიმღები“ ალელების კონტრიბუცია დაავადების განვითარებისა და პროგნოზირების თვალსაზრისით, რომელმაც შესაძლოა, მიგვიყვანოს მკურნალობისა და პრევენციის ეფექტურ სტრატეგიამდე.

როგორც კიბოს კვლევების, ასევე კლინიკური დიაგნოზის გაუმჯობესების მიზნით, პაციენტების ბიოლოგიური მასალების შეგროვება არის მნიშვნელოვანი. ბოლო წლებში ზემოთ აღწერილი მაღალი დონის მოლეკულური ანალიზის პლატფორმის რევოლუციური განვითარება საშუალებას იძლევა, რომ ფუნდამენტური კვლევის შედეგების ტრანსლაცია მოხდეს კიბოს კონტროლის თვალსაზრისით. თუმცა, ამისთვის პირველ ეტაპზე საჭიროა ბიოლოგიური მასალის შეგროვება, რომელსაც თან ახლავს აუცილებელი მონაცემები პაციენტისა (დემოგრაფიული) და კიბოს (კლინიკური მახასიათებლები) შესახებ. ბიობანკის არსებობის შემთხვევაში მეცნიერებს არ სჭირდებათ ლოდინი საჭირო მასლის შეგროვების მიზნით; ამასთან, ბიობანკის ძირითად უპირატესობას წარმოადგენს ის, რომ არსებული მასალის გამოყენებით ინტერვენციის ეფექტი შესაძლოა სწრაფად დადგეს და შეფასდეს (31); და ბოლოს, ბიობანკების არსებობა აადვილებს ტრანსლაციური კვლევის პროექტების დაგეგმვას და განხორციელებას.

ახალი თაობის სექვენირება და ანალიზი წარმოადგენს ეფექტურ საშუალებას ძირითადი და სხვა ალელების, ასევე ოჯახებში მოსალოდნელი მუტაციების გამოვლენის თვალსაზრისით (38, 31, 27).

ბოლოს, ახალი თაობის კვლევები ფოკუსირებული იქნება GWAS კვლევის ორ ძირითად მიმართულებაზე: (1) კიბოს მიმღებ ალელებსა და სომატურ ცვლილებებს შორის ურთიერთზემოქმედების შესწავლა (4); (2) GWAS კვლევებით გამოვლენილი „კიბოს მიმღები“ ალელების სრული სპექტრის შესახებ ინფორმაციის კლინიკური და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალსაზრისით გამოყენების შესაძლებლობების ტესტირება. ტესტირებამ უნდა მოიცვას როგორც იშვიათი და ნაკლებად გავრცელებული ალელები ძლიერი და საშუალო მუტაგენური თვისებებით, ასევე გავრცელებული ალელები სუსტი ეფექტით.

მიღწევები და გამოწვევები:

(ა) საქართველოში ამ ეტაპისათვის შესაძლებელია ონკოლოგიური დაავადებების პერსონალიზებული თერაპიის სრულყოფილი ციკლის დაფარვა და მენეჯმენტი/შედეგების კონტროლი. უკვე რამდენიმე კლინიკაში და სამეცნიერო-კვლევით დაწესებულებაში

ფუნქციონირებს ახალი თაობის სეკვენატორი და შესაბამისად გენომის და პროტეომის შესწავლის სრულყოფილი სისტემები.

(ბ) საქართველოში 2014 წლიდან დანერგილია სისხლში მოცირკულირე სიმსივნური უჯრედების კვლევა უჯრედების ძიების (Cell Search) მეთოდით და კიბოს უჯრედებისგან თავისუფალი დნმ-ის (Cancer Cells Free DNA) (FDA from 2012) კვლევით, ანუ სრულად ათვისებულია სითბური ბიოფსისის სფერო იმუნობიოლოგიის სხვადასხვა მეთოდებით.

(გ) საქართველოში ასევე დიდი ხანია მიღწეულია ორგანიზმის უჯრედული და ჰუმორული იმუნიტეტის პარამეტრების კვლევა გამდინარე ციტომეტრიის მეთოდით, მოცემული კვლევა კლინიკურ ონკოლოგიაში მეტად მნიშვნელოვანია ციტოსტატიკური თერაპიის დაწყების გადასაწყვეტად და ასევე ციტოსტატიკური თერაპიის დროს იმუნოსუპრესიის მონიტორირებისათვის.

(დ) საქართველოში 2012 წლიდან დანერგილია ციტოსტატიკებზე მგრნობელობის ტესტირების მეთოდოლოგია ATP-TCA და RT-PCR მეთოდებით (FDA 2009) და კონკრეტულად საკვერცხის კიბოს მკურნალობა ზუსტი თერაპიით ანუ მედიკამენტებისადმი რეზისტენტობის განსაზღვრა (NCCN 2016).

(ე) საქართველოში 2014 წლიდან შესაძლებელია კანის დაზიანებული უბნების სპექტრომეტრული გამოკვლევა AURA from Verisante (FDA 2010) სისტემის მეშვეობით, რაც ქსოვილში ბოჭკოვან-ოპტიკური სიგნალის დახმარებით ახდენს 21 ბიომარკერის ანალიზს და კანის ავთვისებიანი სიმსივნეების, მელანომის და კანის სხვა დაავადებების დიფერენცირებას.

(ვ) 2017 წლის იანვარში საქართველოში მოპოვებულ იქნა გენეტიკური სკრინინგის პროგრამის ფინანსური მხარდაჭერით, სარძევე ჯირკვლის, პროსტატის და კოლორექტალურ სიმსივნეებზე, ჯამურად თანადაფინანსებულია 3000 მოხალისე (პროგრამა ფუნქციონირებას დაიწყებს 2017 წლის მარტიდან).

(ზ) პერსონალიზებული მედიცინის ინსტიტუტი 2015 წლიდან ევროპის პერსონალიზებული მედიცინის ალიანსის წევრია და ჩართულია საერთო ფუნდამენტურ და დიაგნოსტიკურ კვლევებში. ამავე ინსტიტუტში ფუნქციონირებს საერთაშორისო საკონსულტაციო ცენტრი საფრანგეთის, დიდი ბრიტანეთის, აშშ-ს და იაპონიის პერსონალიზებული მედიცინის ასოციაციების ექსპერტების თანამონაწილეობით.

სტრატეგიული ამოცანები:

- პრეციზიოზული მედიცინის საკითხებზე მომუშავე სამუშაო ჯგუფის შექმნა (აღნიშნულ ჯგუფში შევლენ საქართველოს სხვადასხვა სამეცნიერო და სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომლები, რომლებიც დაინტერესებულნი არიან პრეციზიოზული მედიცინის საკითხებით).
- საქართველოს სამედიცინო საზოგადოების და მოსახლეობის გათვითცნობიერება პრეციზიოზული მედიცინის სარგებლიანობის შესახებ.

- რ. ლუგარის კვლევით ცენტრში პრეციზიოზულ მედიცინაში გამოყენებული თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვა: თანამედროვე მოლეკულური მეთოდები, ბიოინფორმატიკა, ანალიტიკური ბიოქიმიის მეთოდები
- პრეციზიოზული მედიცინის დარგის წამყვან სამეცნიერო ცენტრებთან თანამშრომლობა: კონტაქტების დამყარება, გამოცდილების გაზიარება, სპეციალისტების სტაჟირება, სემინარების ჩატარება, ერთობლივი სამეცნიერო პროექტის შემუშავება.

4. სტრატეგიის განხორციელების ვადები და პასუხისმგებელი ინსტიტუტები

თითოეული ამოცანისა და სტრატეგიული ინტერვენციის ფარგლებში გათვალისწინებული აქტივობების ჩამონათვალი მოცემულია დანართში #2. აღნიშნულ დანართში ასევე მოცემულია ინფორმაცია განხორციელებაზე პასუხისმგებელი ინსტიტუტებისა და მათი პარტნიორი ორგანიზაციების შესახებ.

პასუხისმგებლობა ონკოლოგიურ დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის ეფექტიან განხორციელებაზე გადанаწილდება სხვადასხვა სამთავრობო ინსტიტუტსა და სააგენტოს შორის, მათი მანდატებისა და კომპეტენციების გათვალისწინებით. ქვემოთ ჩამოთვლილია ის ძირითადი უწყებები, რომლებიც უხელმძღვანელებენ და კოორდინირებასა და მეთვალყურეობას გაუწევენ სტრატეგიული გეგმის განხორციელებას:

- აგდ საკოორდინაციო საბჭოსთან არსებული კიბოს სამუშაო ჯგუფი რომელიც წარმოადგენს არაგადამდები დაავადებების (ონკოლოგიურის ჩათვლით) პრევენციის, კონტროლისა და მართვის საკითხებში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სათათბირო ორგანოს და აგდ ავადობისა და სიკვდილიანობის მონაცემებისა და ქვეყანაში არსებული შესაბამისი სამსახურების სიმძლავრეების შეფასებისა და ანალიზის საფუძველზე, შეიმუშავებს რეკომენდაციებს აგდ-ს პრევენციისა და კონტროლის გაძლიერების, ეროვნული პოლიტიკისა და სახელმწიფო პროგრამების პრიორიტეტების განსაზღვრის მიზნით;
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომელიც პასუხისმგებელია ზოგადად ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაზე, ასევე აგდ დარგში ეროვნული პოლიტიკისა და რეგულაციების შემუშავებასა და განხორციელებაზე;
- სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“, რომელის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას წარმოადგენს არაგადამდები დაავადებებით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება და რომელიც ახორციელებს აგდ საკოორდინაციო საბჭოს სამდივნოს ფუნქციას.

ეროვნული სტრატეგიული გეგმის ერთ-ერთი მთავარი პრინციპია მჭიდრო თანამშრომლობა სახელმწიფო და საერთაშორისო სექტორებს შორის და მულტისექტორული მიდგომები. ვინაიდან ონკოლოგიურ დაავადებებს მულტიფაქტორული ბუნება გააჩნიათ, მისი პრევენციისა და მართვის თვალსაზრისით გარკვეული პროგრესი წარმოუდგენელია, თუ არ იქნება ინტერსექტორული მიდგომა. სწორედ ამიტომ, სტრატეგიის განხორციელების პასუხისმგებელ და პარტნიორ

ორგანიზაციებს შორის ჯანდაცვის სექტორთან ერთად მითითებულია საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების, საქართველოს ფინანსთა, საქართველოს სპორტისა და ახალგაზრდობის, საქართველოს გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის, საქართველოს შინაგან საქმეთა და საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროები.

5. სტრატეგიის განხორციელების პროცესში და მის შედეგად წარმოქმნილი შესაძლო რისკები

სტრატეგიის განხორციელების პროცესში გასათვალისწინებელია გარკვეული ფინანსური და სოციალური რისკები, რომლებმაც შესაძლოა შეაფერხოს სტრატეგიული გეგმით განსაზღვრული შედეგების მიღწევა.

სტრატეგიის განხორციელების ფინანსური რისკი განპირობებულია ზოგადად არაგადამდები და კერძოდ, ონკოლოგიური დაავადებების სფეროში დონორული დაფინანსების სიმწირით, რაც სახელმწიფო დაფინანსების ეტაპობრივ, მაგრამ არსებით ზრდას მოითხოვს სტრატეგიით განსაზღვრული ფინანსური საჭიროებების სრულად დასაფარად.

კიბოს პირდაპირი ღირებულება მოიცავს დანახარჯებს პრევენციაზე, სკრინინგზე, დიაგნოსტიკაზე, მკურნალობასა და რეაბილიტაციაზე. არაპირდაპირი ხარჯი მოიცავს ეკონომიკურ დანაკარგს, რომელიც დაკავშირებულია გაცდენილ სამუშაო დღეებთან და ადრეულ სიკვდილობასთან. გვხვდება აგრეთვე „დაფარული ღირებულება“ - არასამედიცინო დანახარჯები - ტრანსპორტირება, ოჯახში დამხმარის საჭიროება და სხვ. კიბოს ღირებულება განუწყვეტლივ გაიზრდება შემთხვევების მატებისა და კიბოს თერაპიის ღირებულების ზრდის ხარჯზე. ონკოლოგიურ დაავადებებზე სამედიცინო დანახარჯები არ იზრდება კიბოს ტვირთის ზრდის შესაბამისად.

ონკოლოგიური დაავადებებისთვის გამოყოფილი სამედიცინო დანახარჯები მცირეა კიბოს ტვირთის გათვალისწინებით. რესურსების უკმარისობის პრობლემის გადაჭრა მოითხოვს შიდა რესურსების მობილიზების დაბალანსებულ მიდგომას და დონორ ორგანიზაციებზე ზემოქმედებას. დონორული დაფინანსების მოძიებასთან ერთად, დამატებითი საბიუჯეტო სახსრების გარეშე შესაძლოა საფრთხე შეექმნას ბაზისური პრევენციული, დიაგნოსტიკური და სამკურნალო სერვისებით მაღალი რისკის ჯგუფების მოცვას, რაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით სერიოზული რისკის მტარებელია.

ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული პოლიტიკური ვალდებულება სათანადო მდგრადი რესურსებით უნდა გამყარდეს. ჯანმრთელობას და კეთილდღეობას მნიშვნელოვნად აფერხებს სოციალური უთანასწორობა, განსხვავებული ხელმისაწვდომობა ჯანდაცვის არსებული სერვისებისადმი, რაც ადამიანებში ნეგატიურ დამოკიდებულებას და დაუცველობის შეგრძნებას აღრმავებს. საჭიროა მოსახლეობის ინფორმირებულობის ზრდა, გენდერული საკითხების გათვალისწინება, სოციალური დაცვა და სიღარიბის შემცირება, სამუშაო ადგილები. ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით უთანასწორობის ელიმინაცია მნიშვნელოვნად განაპირობებს სტრატეგიით დასახული სამიზნეების მიღწევას.

6. სტრატეგიის მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმები

კიბოს პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიის განხორციელებაში პროგრესისა და გამოწვევების დროული გამოვლენისა და რეაგირების მიზნით, მოხდება რეგულარული მონიტორინგი და შეფასება სათანადო მექანიზმების საშუალებით.

კიბოს სტრატეგიის განხორციელებაზე მონიტორინგს ახდენს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ მეშვეობით.

სტრატეგიული გეგმის მონიტორინგისა და შეფასების ინდიკატორები, მოცემულია დანართ N2-ში. 2017-2020 წლების კიბოს ეროვნული სტრატეგიული გეგმის განხორციელების შეფასება მოხდება აღნიშნულ დანართში მოცემული ინდიკატორების დაგეგმილი მაჩვენებლების შესრულების შესაბამისად.

მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩოს ცალკეული ინდიკატორების მონაცემების განსაზღვრისათვის, დაგეგმილია წლიური ანგარიშების ფორმატის შემოღება. სტრატეგიის განხორციელების მონიტორინგისთვის აუცილებელი ინდიკატორების დიდი ნაწილი გროვდება კიბოს რეგისტრის, კიბოს სკრინინგის სახელმწიფო პროგრამის, დაავადებების რუტინული სტატისტიკის, არაგადამდები დაავადებების რისკის ფაქტორების და სხვა კვლევების ფარგლებში. შეფასებისა და მონიტორინგის პროცესში ასევე გამოყენებული იქნება სიკვდილიანობასა და მის გამომწვევ მიზეზებთან ასოცირებული ინდიკატორები, რომლებიც გენერირდება საქართველოს სტატისტიკის ეროვნულ სამსახურში.

კიბოს რეგისტრის მონაცემთა ვალიდაციისთვის დაგეგმილია ოპერაციული კვლევების განხორციელება (სამოქმედო გეგმის შესაბამისად).

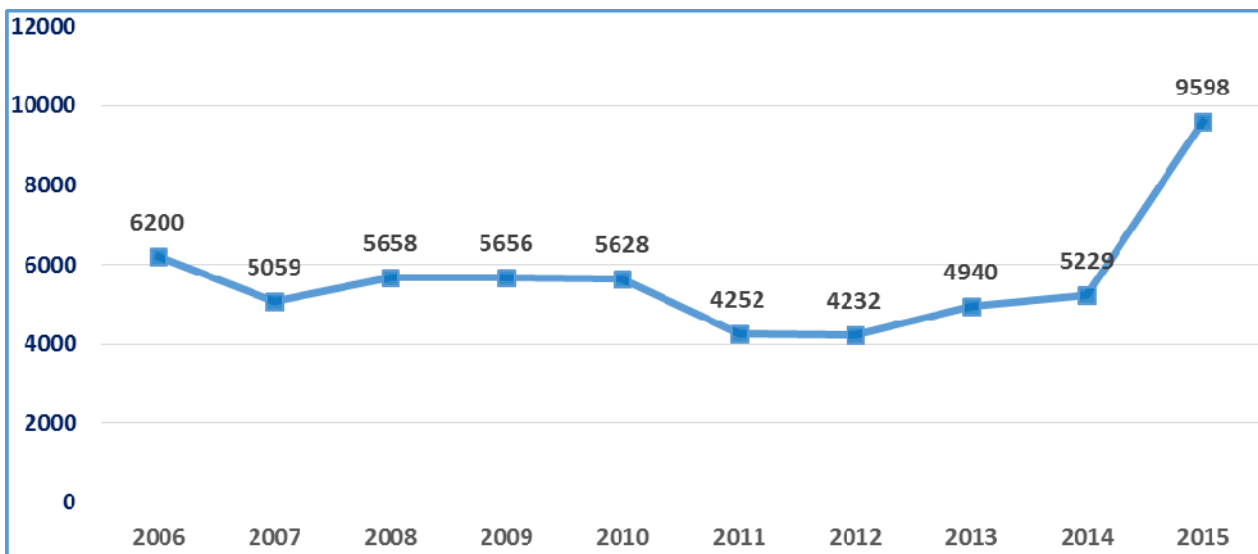
მონაცემთა აღნიშნული წყაროების საფუძველზე მიღებული იქნება სტრატეგიული გეგმის ინდიკატორების მონაცემები შესაბამისი პერიოდულობით.

დკსჯეც პასუხისმგებელია ინდიკატორების შესახებ ინფორმაციის მოგროვებაზე, ვალიდაციაზე, ანალიზისა და ანგარიშებაზე, ქვეყნის აგდ საკოორდინაციო საბჭოს, კიბოს სამუშაო ჯგუფის და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს წინაშე.

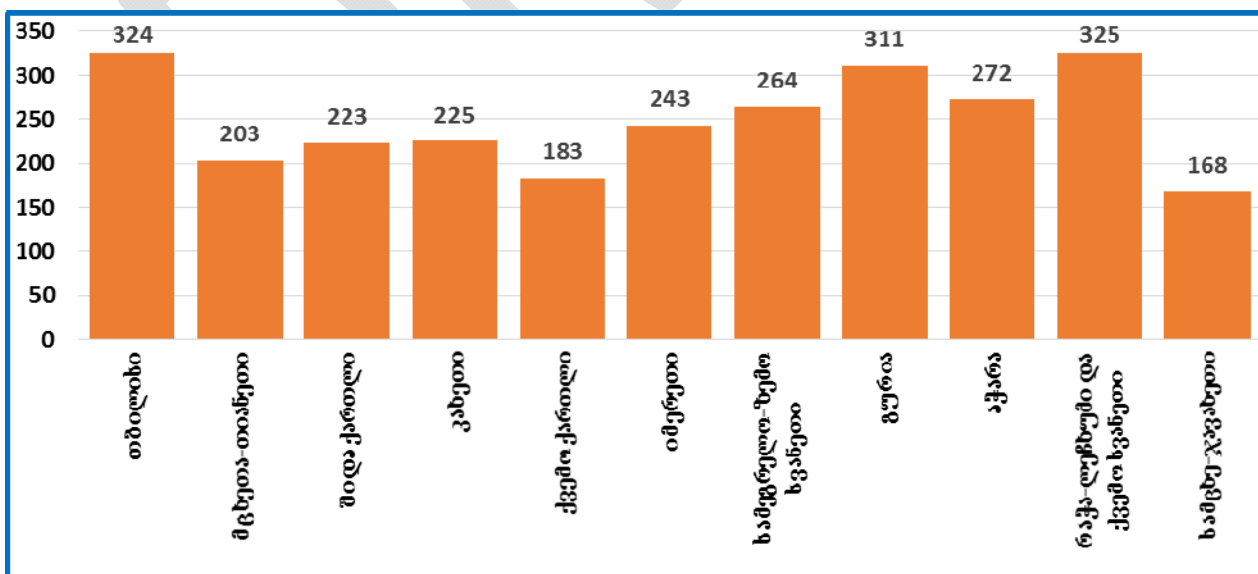
დკსჯეც-ის მიერ ყოველწლიურად მზადდება არაგადამდები დაავადებების (ონკოლოგიურის ჩათვლით) და მისი რისკის ფაქტორების გავრცელების თავისებურებების შესახებ ანგარიში, რომელიც წარედგინება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს.

დანართი 1. მონაცემები

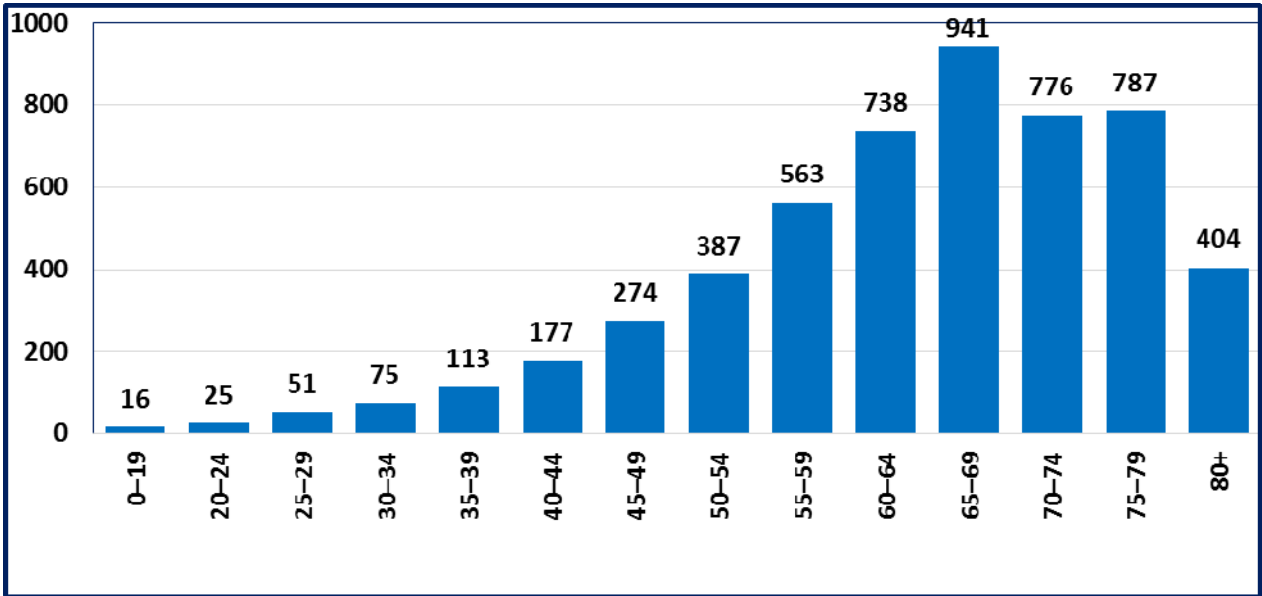
სურათი 1. ყველა ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებების ახალი შემთხვევები, საქართველო, 2006-2015¹⁷



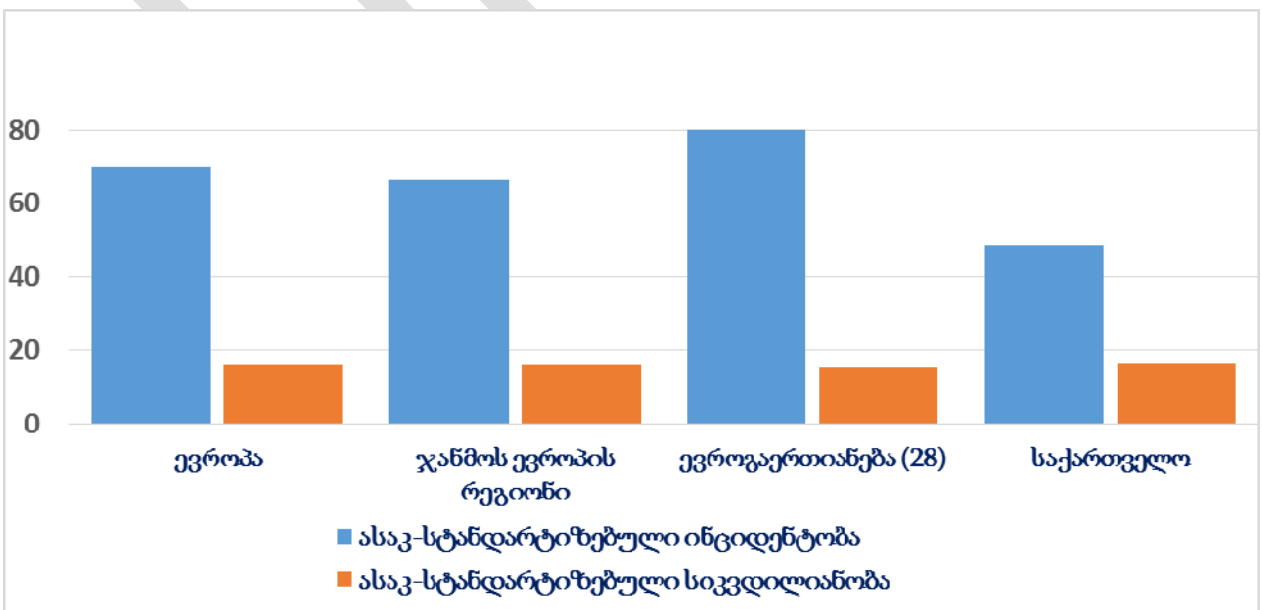
სურათი 2. ყველა ლოკალიზაციის ონკოლოგიურ დაავადებათა რეგიონალური განაწილება, მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე, საქართველო, 2015¹⁷



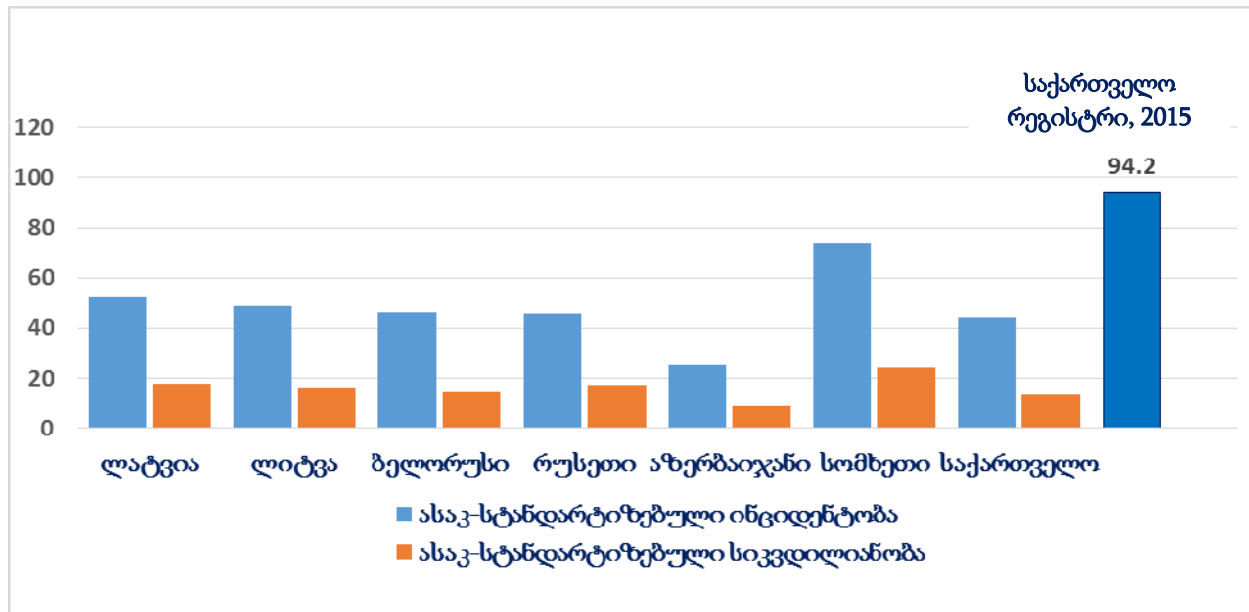
სურათი 3. ყველა ლოკალიზაციის ონკოლოგიურ დაავადებათა ასაკ-სპეციფიკური ინციდენტობა, მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე, საქართველო, 2015



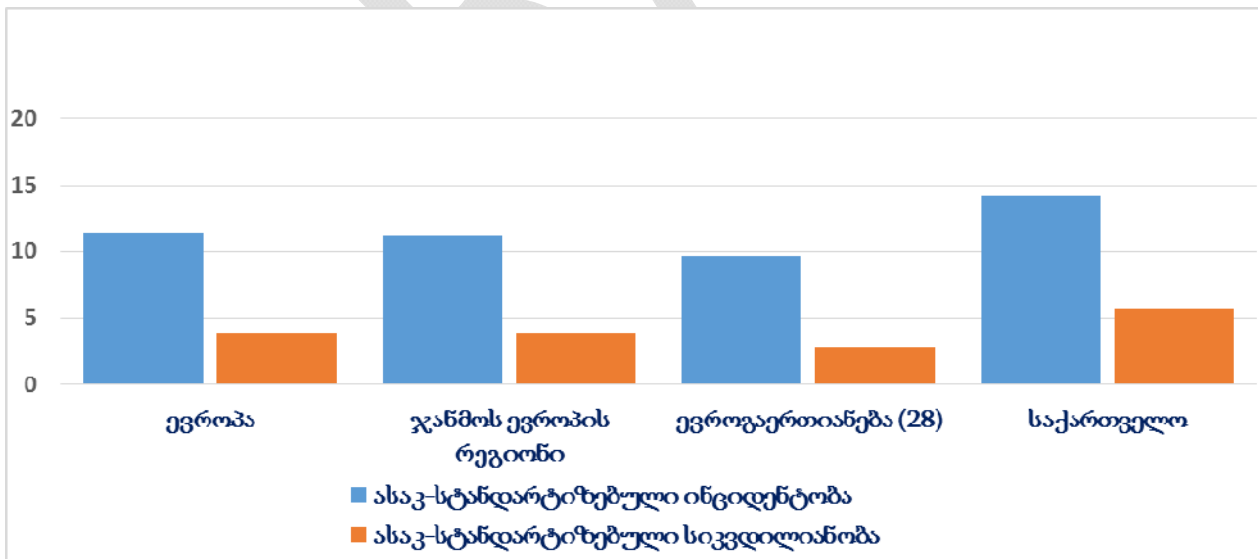
სურათი 4. ძუძუს კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე რეგიონების მიხედვით, GLOBOCAN



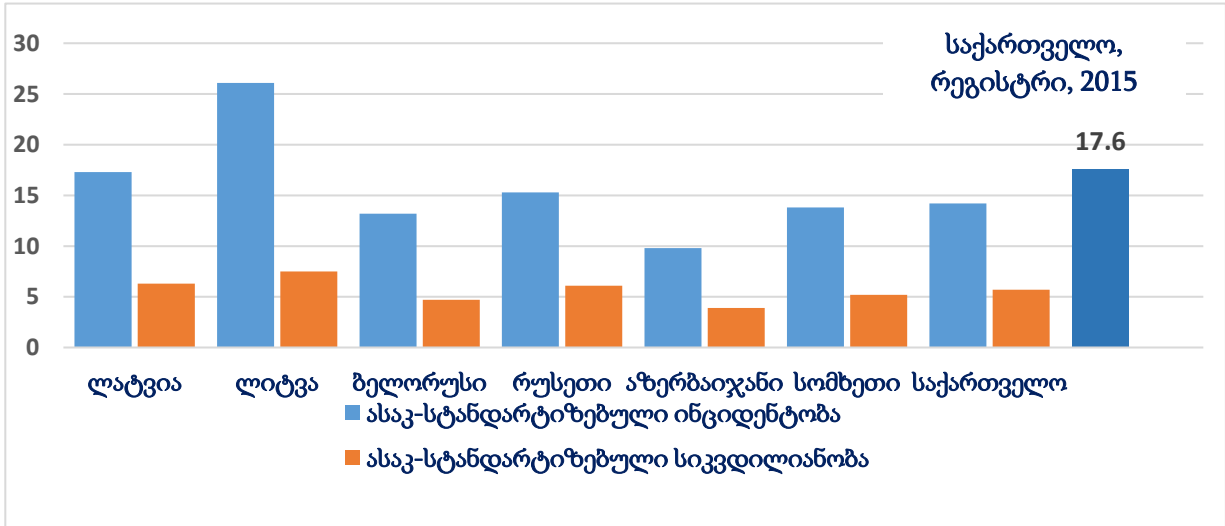
სურათი 5. ძუძუს კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე, ქვეყნების შედარება, GLOBOCAN



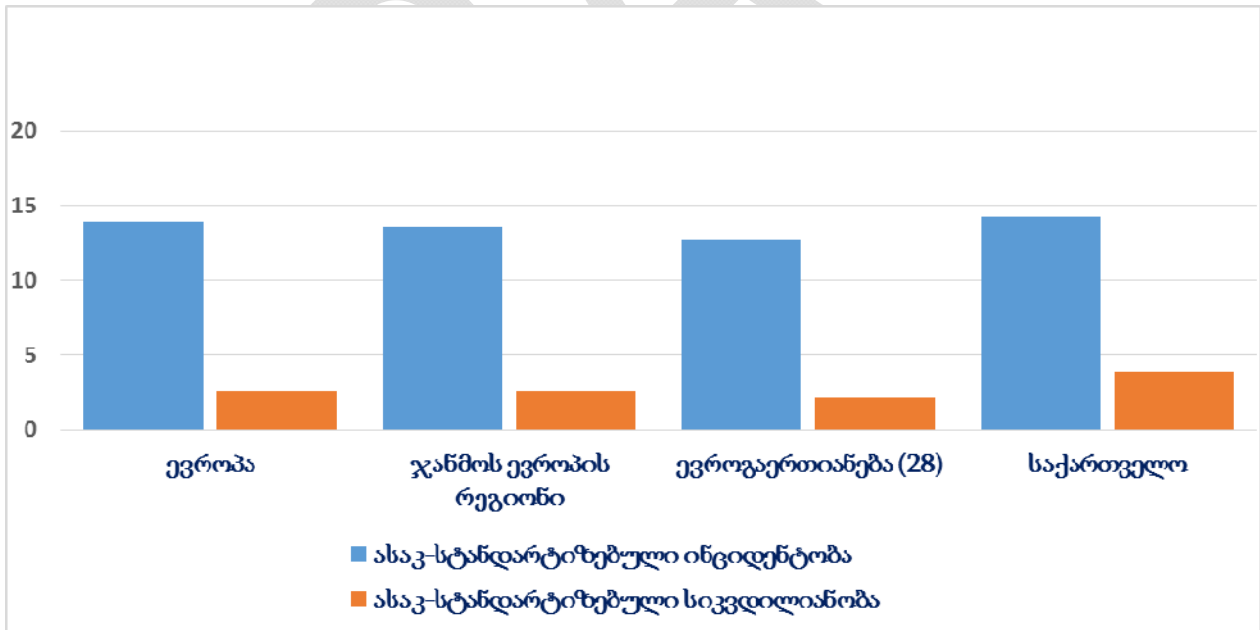
სურათი 6. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე რეგიონების მიხედვით



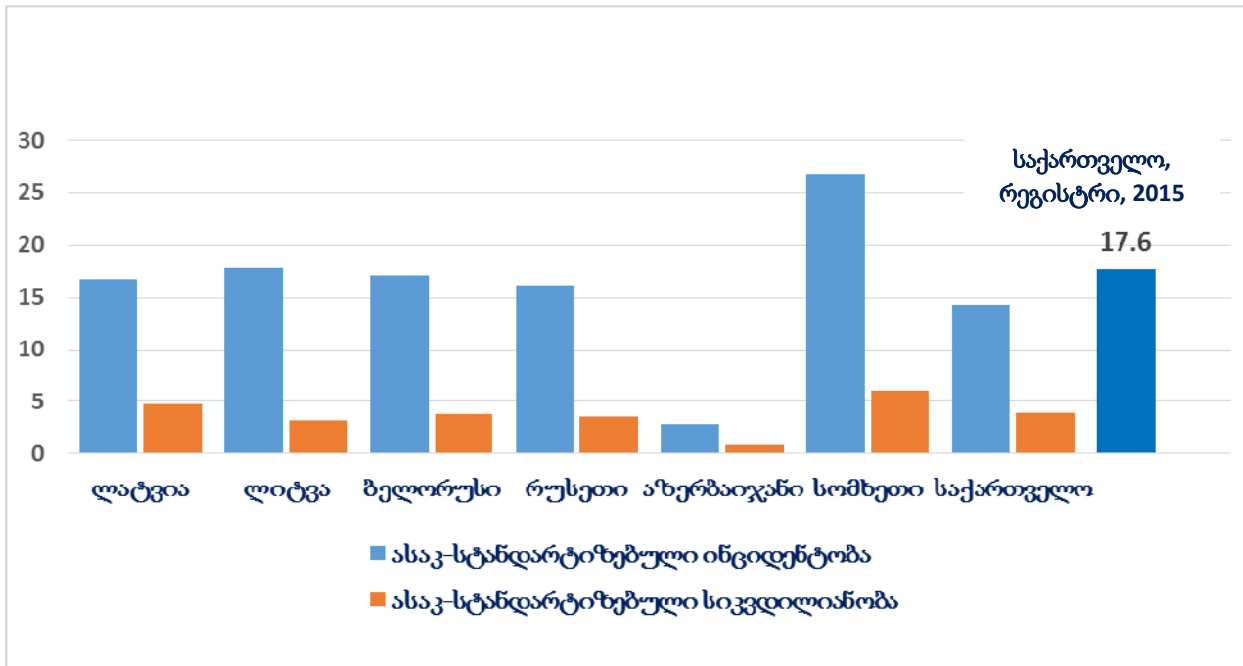
სურათი 7. საშვილოსნოს ყელის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე, ქვეყნების შედარება GLOBOCAN



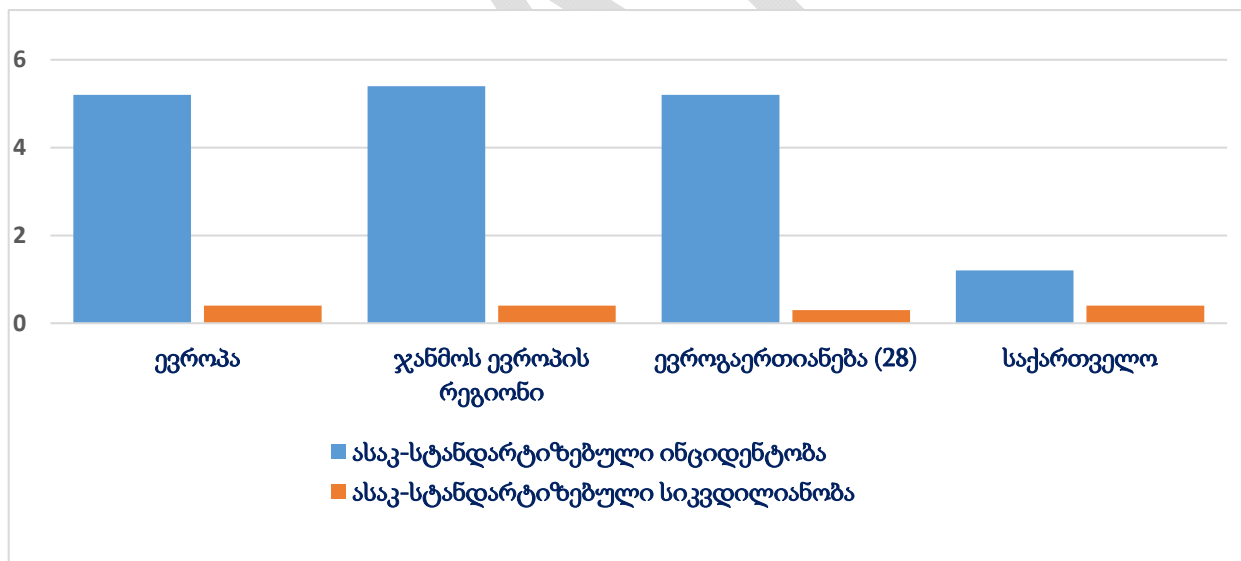
სურათი 8. საშვილოსნოს ტანის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე რეგიონების მიხედვით, GLOBOCAN



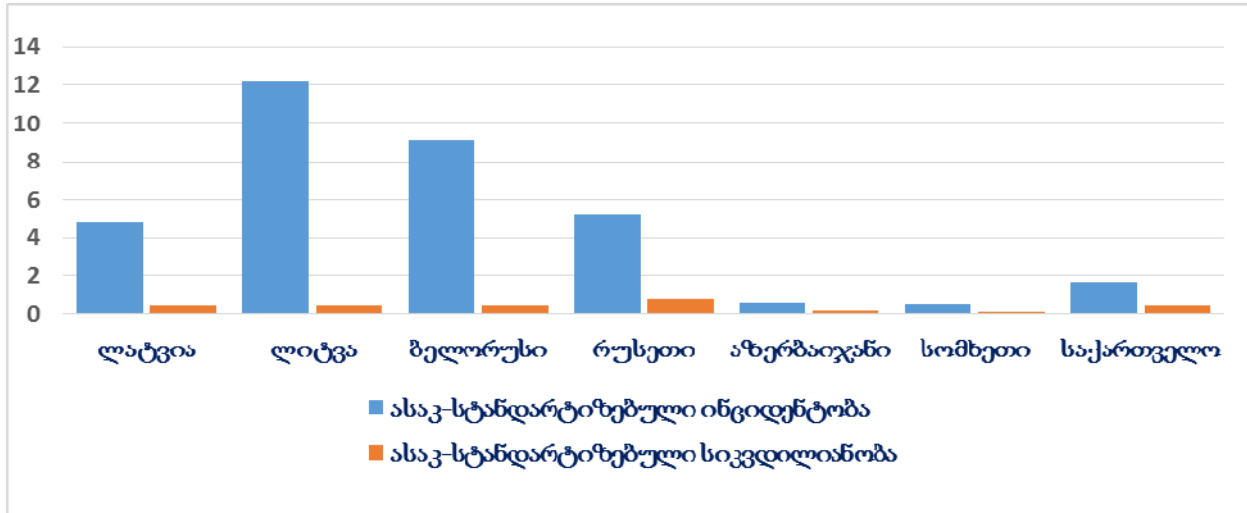
სურათი 9. საშვილოსნოს ტანის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე, ქვეყნების შედარება, GLOBOCAN



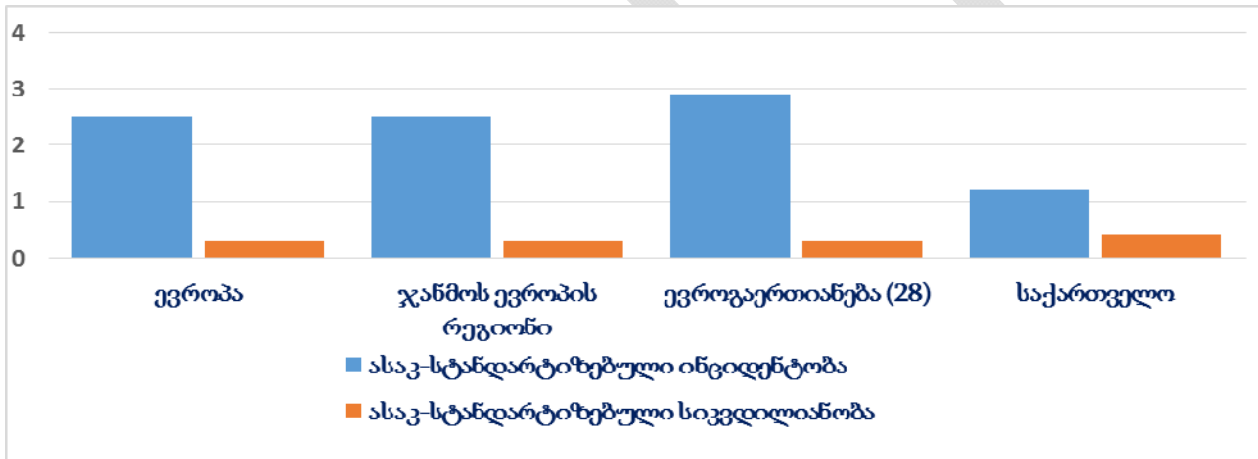
სურათი 10. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე (ორივე სქესი) რეგიონების მიხედვით, GLOBOCAN



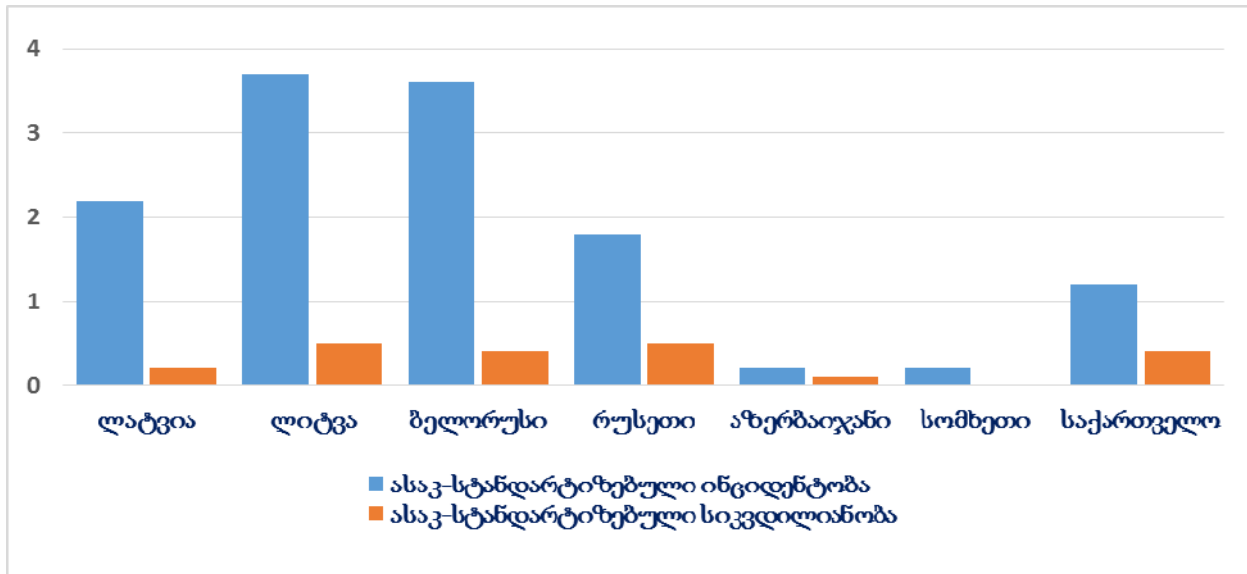
სურათი 11. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე, ორივე სქესი, GLOBOCAN



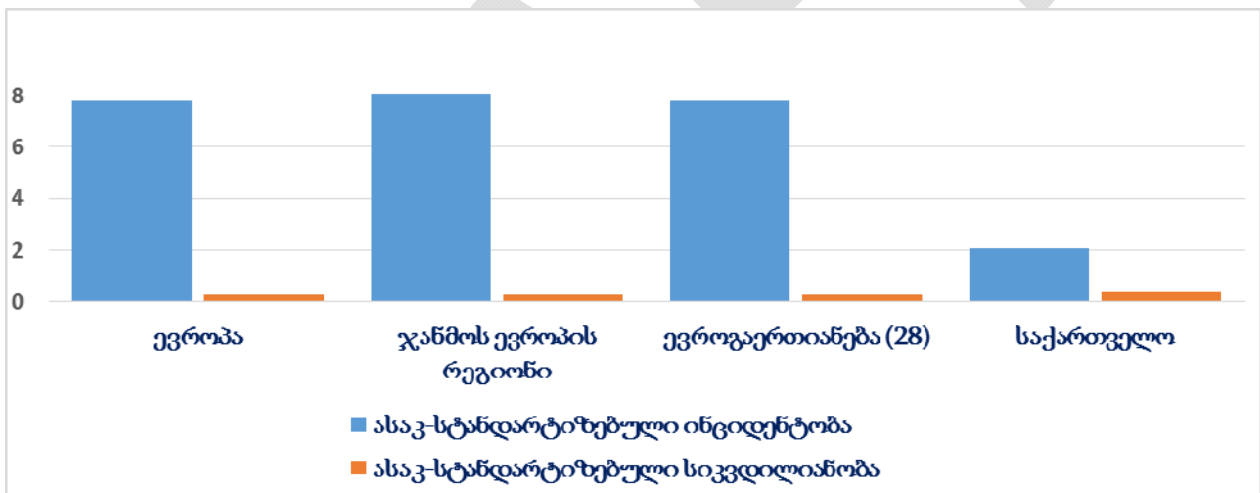
სურათი 12. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მამაკაცზე რეგიონების მიხედვით, GLOBOCAN



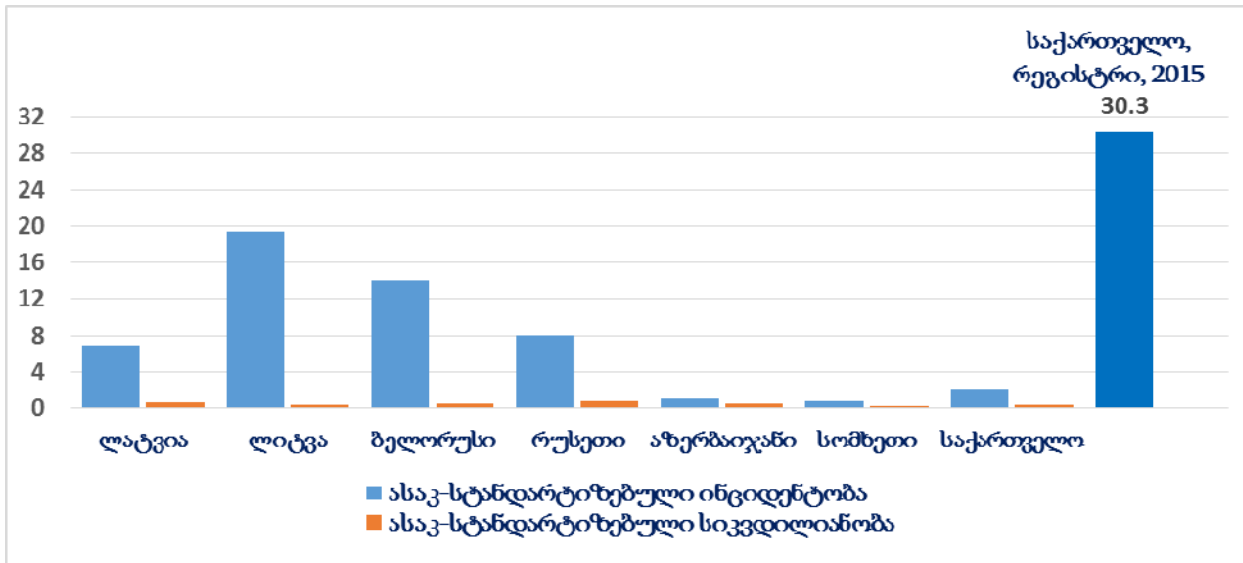
სურათი 13. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მამაკაცზე, GLOBOCAN



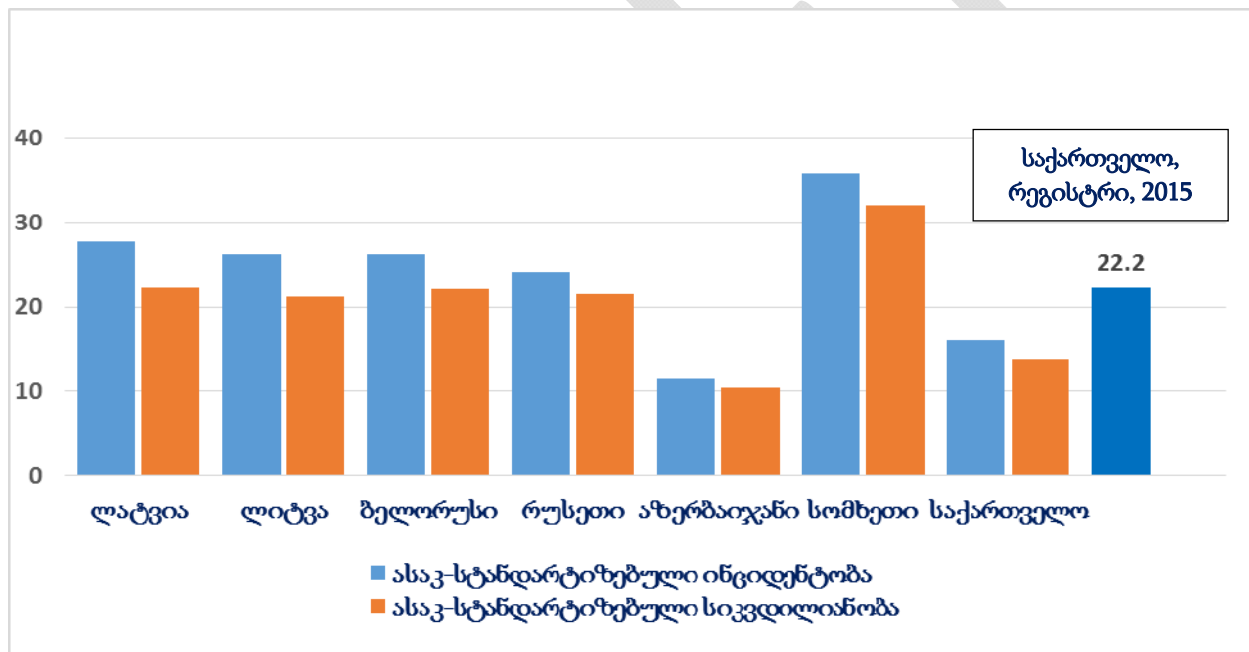
სურათი 14. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 ქალზე რეგიონების მიხედვით, GLOBOCAN



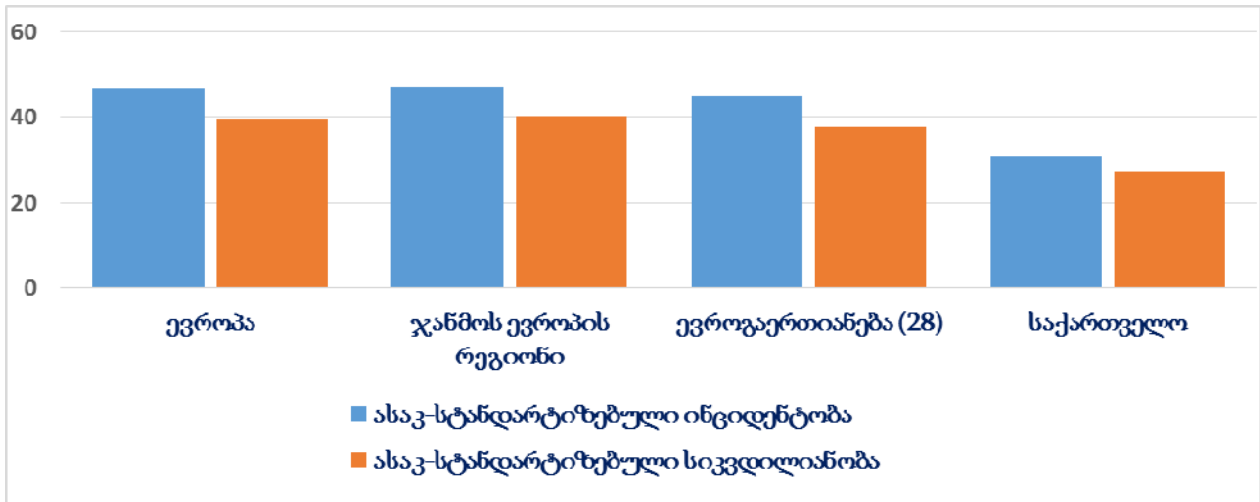
სურათი 15. ფარისებრი ჯირკვლის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 ქალზე, GLOBOCAN



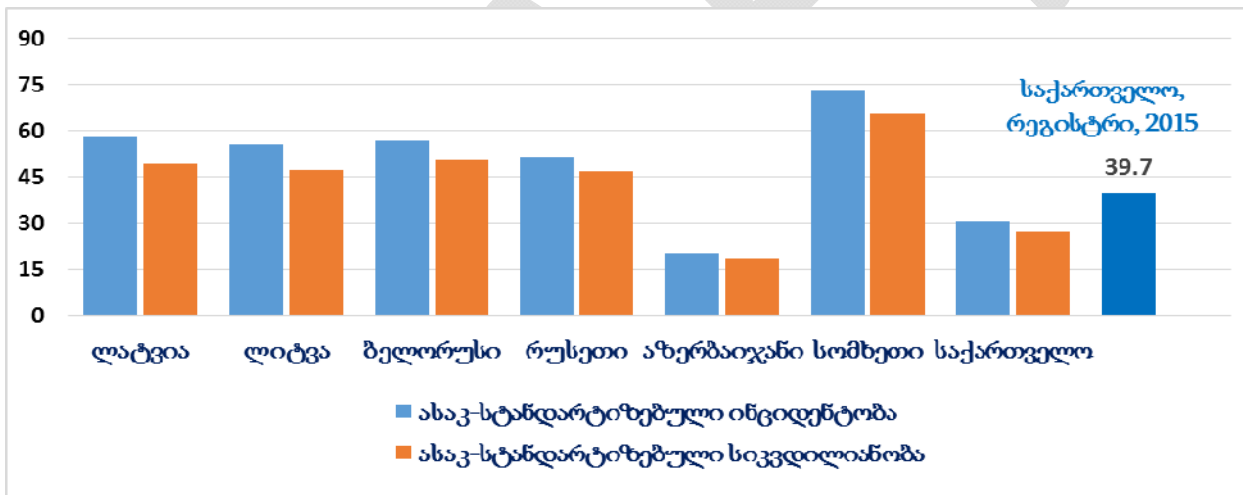
სურათი 16. ფილტვის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე, ორივე სქესი, GLOBOCAN



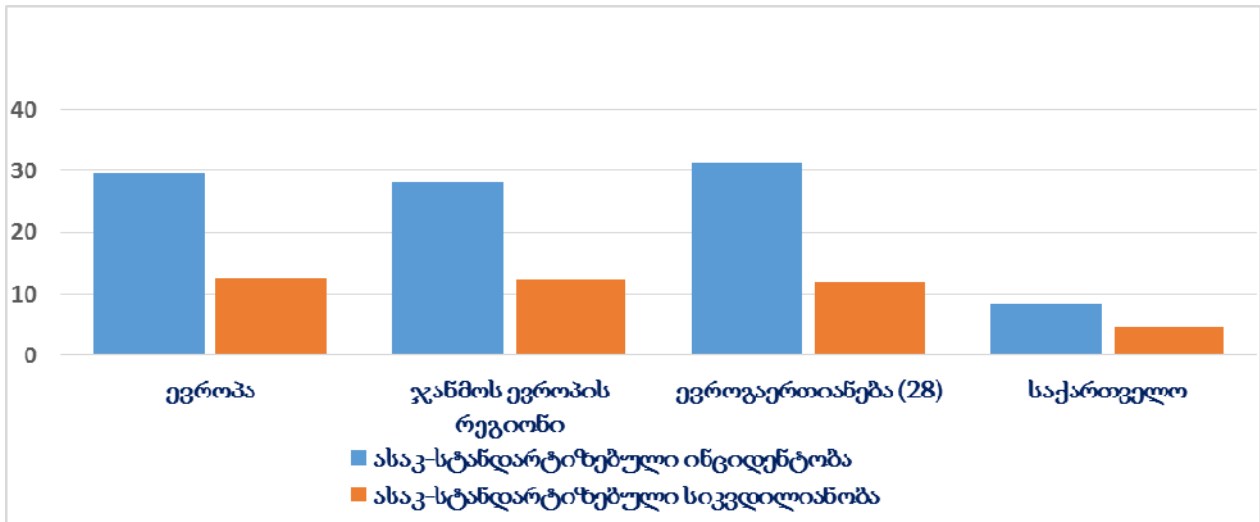
სურათი 17. ფილტვის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე რეგიონების მიხედვით კაცებში, GLOBOCAN



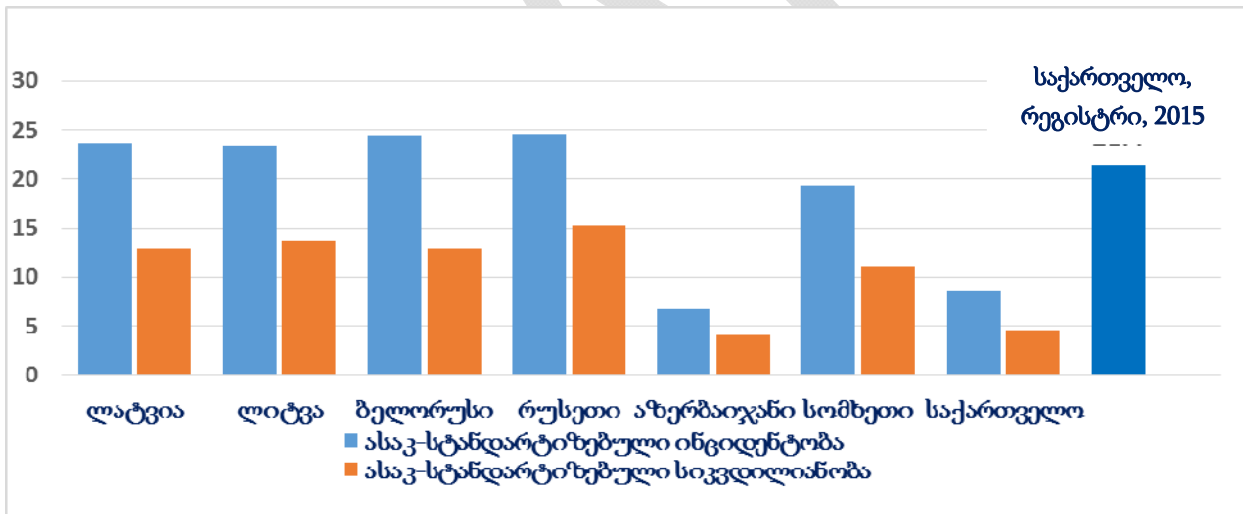
სურათი 18. ფილტვის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 კაცზე, ქვეყნების შედარება, GLOBOCAN



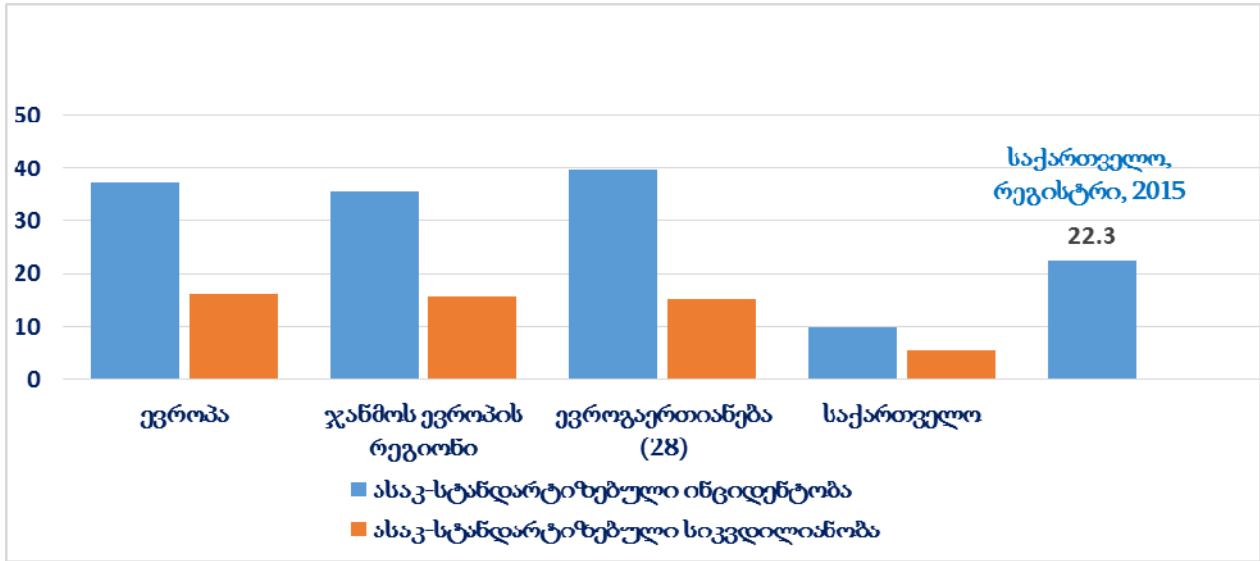
სურათი 19. კოლორექტუმის კიბოს (ორივე სქესი) ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე რეგიონების მიხედვით



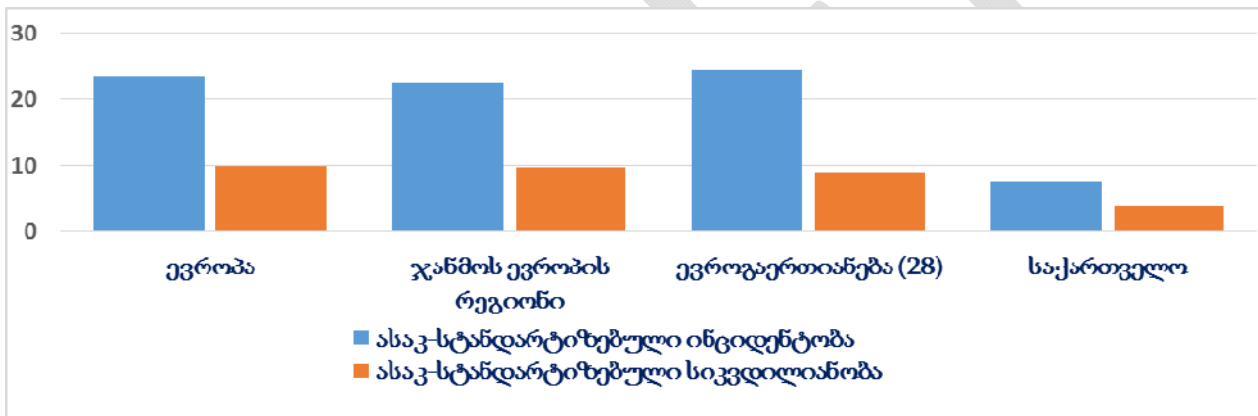
სურათი 20. კოლორექტუმი, შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე, ორივე სქესი, GLOBOCAN



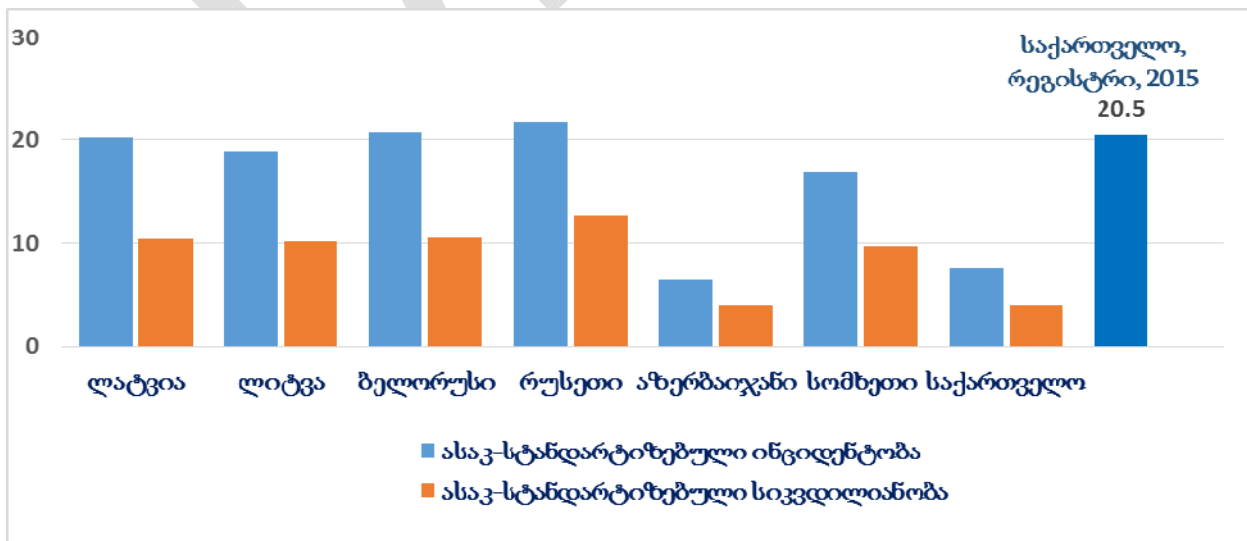
სურათი 21. კოლორექტუმის კიბოს ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა (კაცებში) 100 000 მოსახლეზე რეგიონების მიხედვით, GLOBOCAN



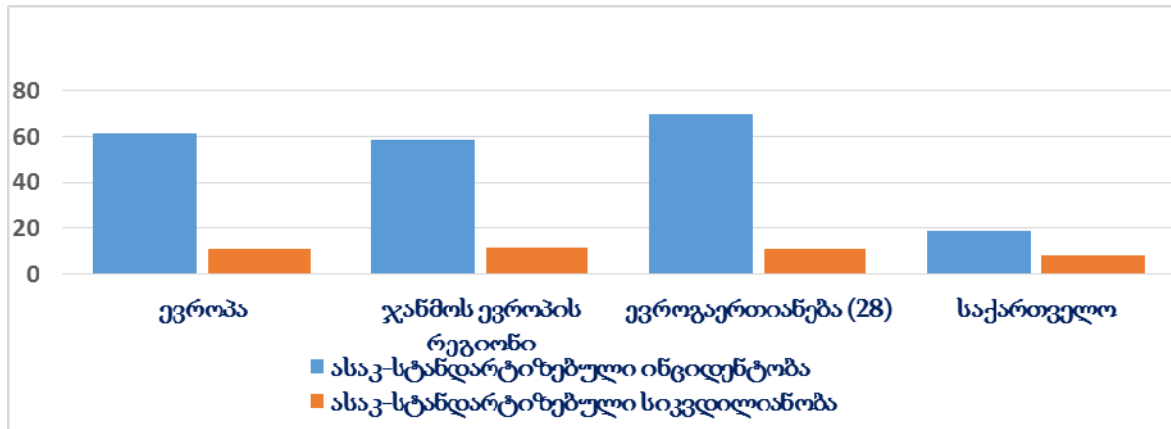
სურათი 22. კოლორექტუმი, შეფასებითი სააკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 ქალზე რეგიონების მიხედვით, GLOBOCAN



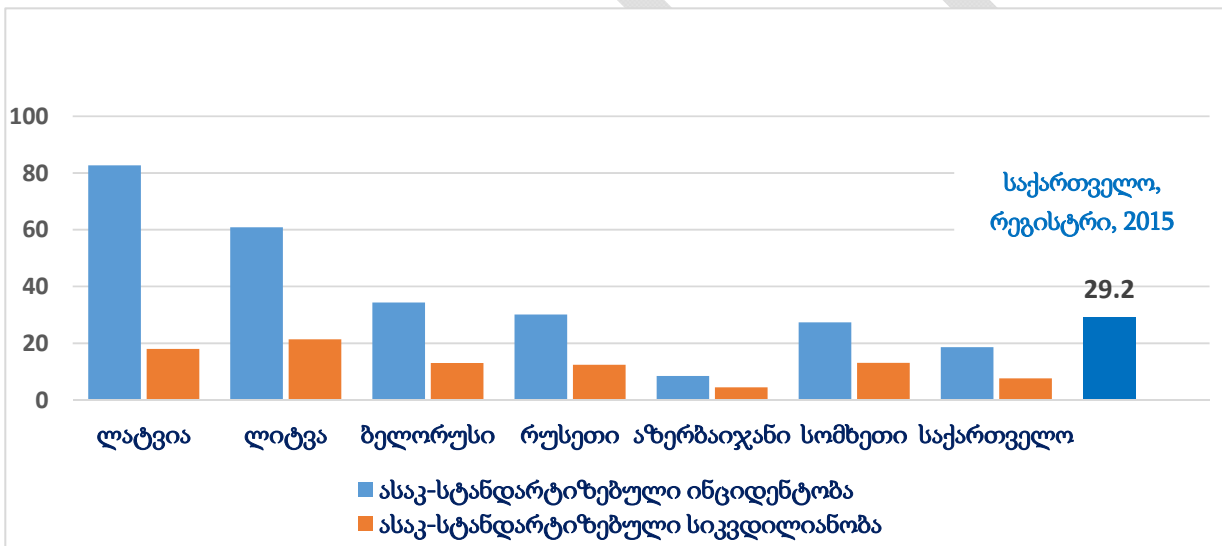
სურათი 23. კოლორექტუმი, შეფასებითი სააკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 ქალზე, ქვეყნების შედარება, GLOBOCAN



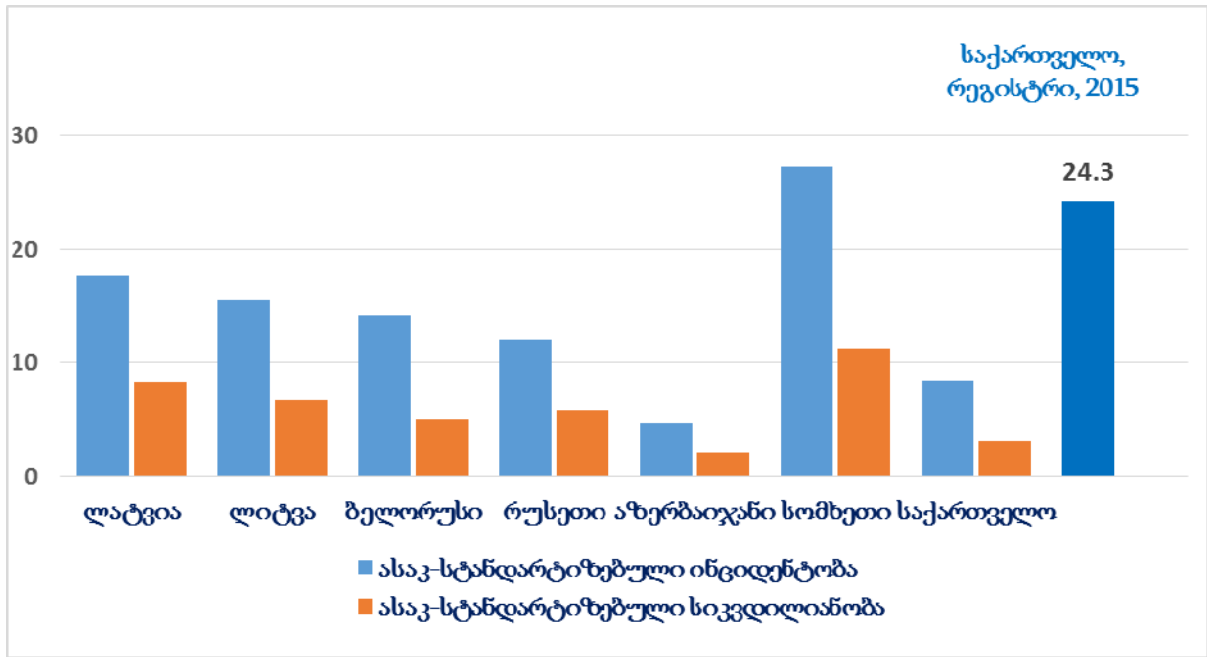
სურათი 24. პროსტატის კიბოს ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე რეგიონების მიხედვით



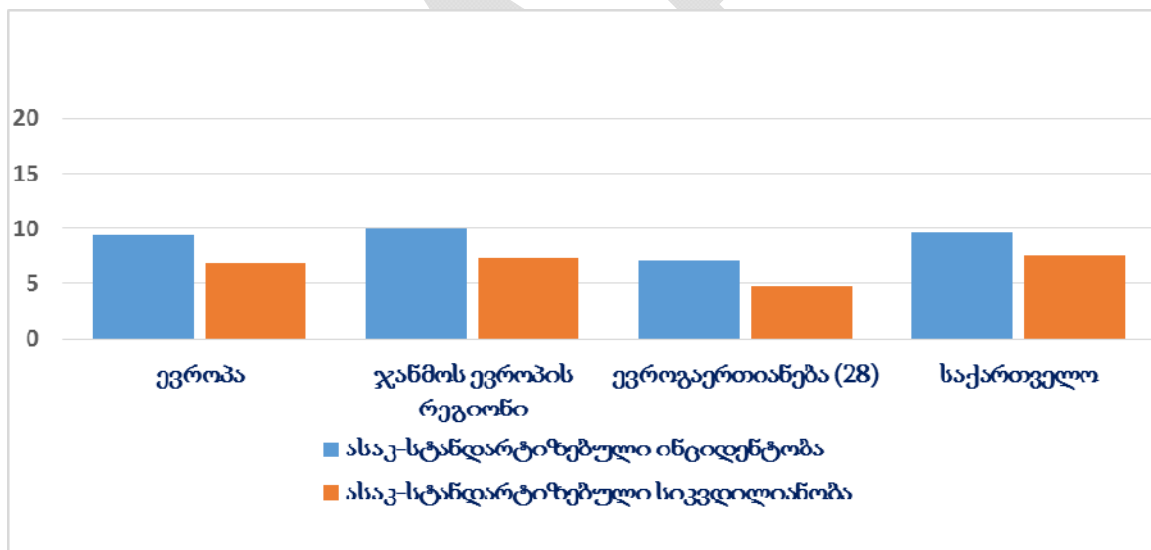
სურათი 25. პროსტატის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 კაცზე, ქვეყნების შედარება, GLOBOCAN



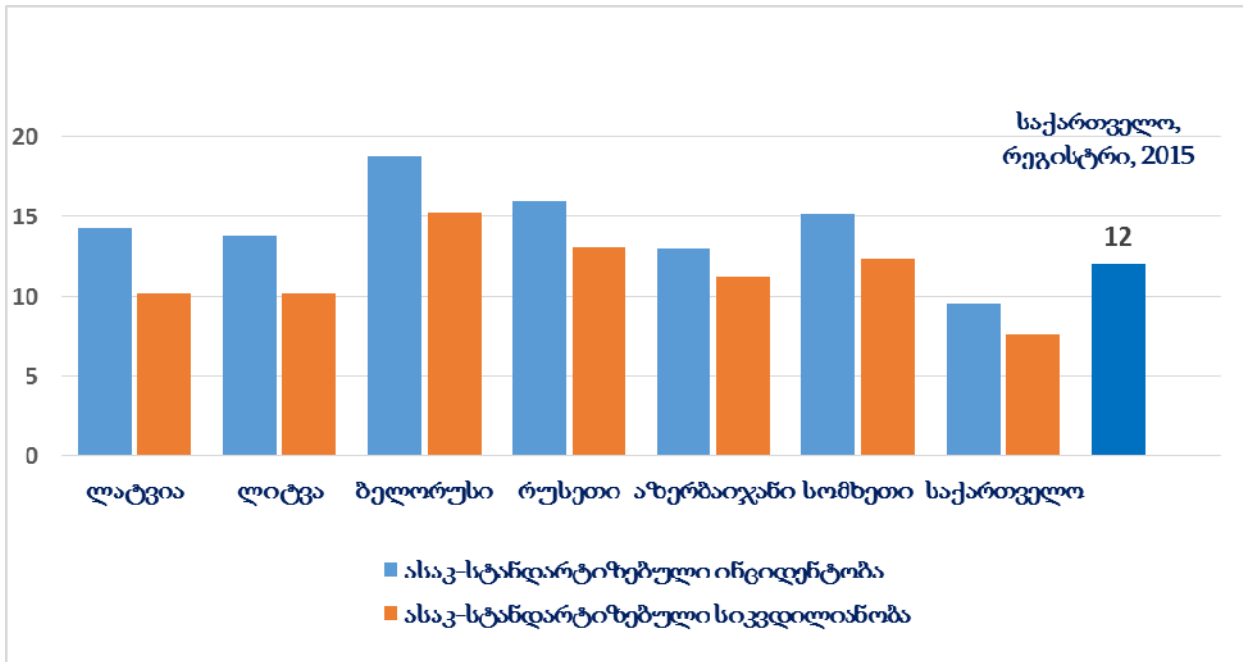
სურათი 26. შარდის ბუშტის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 კაცზე, ქვეყნების შედარება, GLOBOCAN



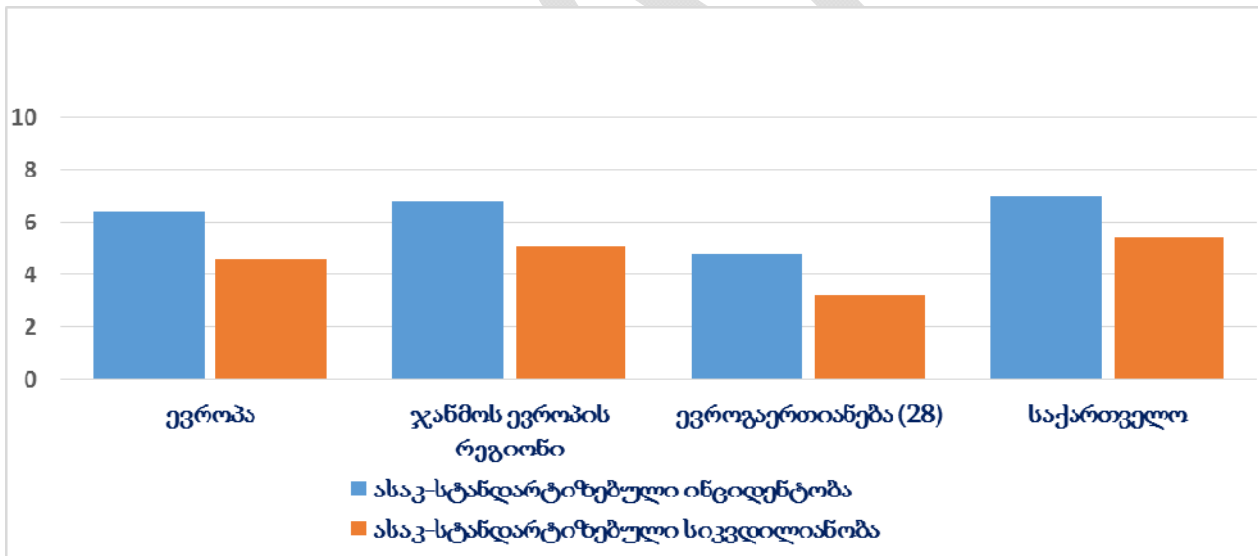
სურათი 27. კუჭის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე რეგიონების მიხედვით, ორივე სქესი, GLOBOCAN



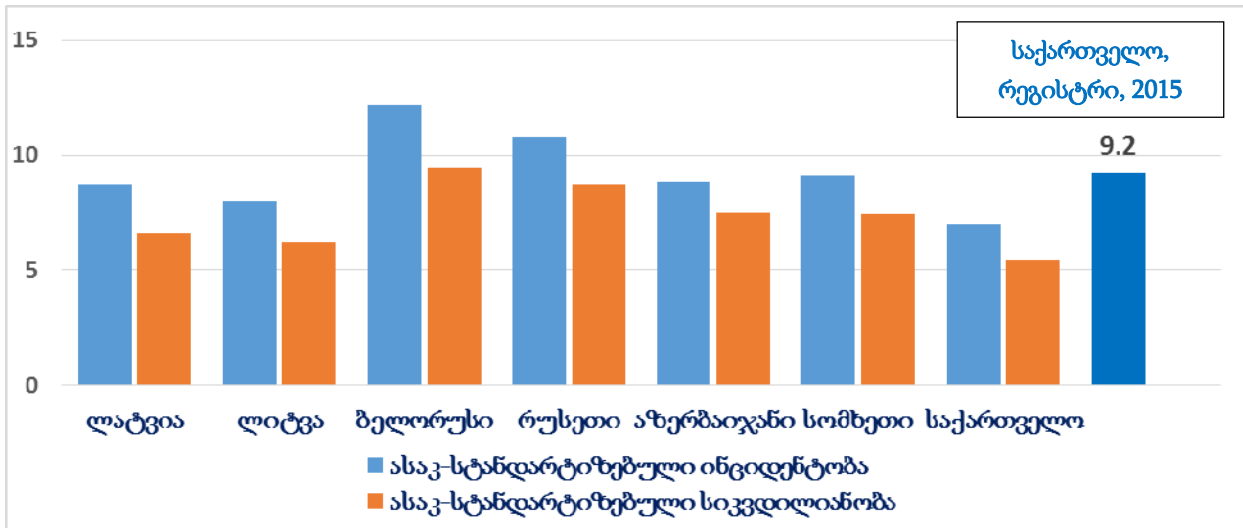
სურათი 28. კუჭის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე, ორივე სქესი, ქვეყნების შედარება, GLOBOCAN



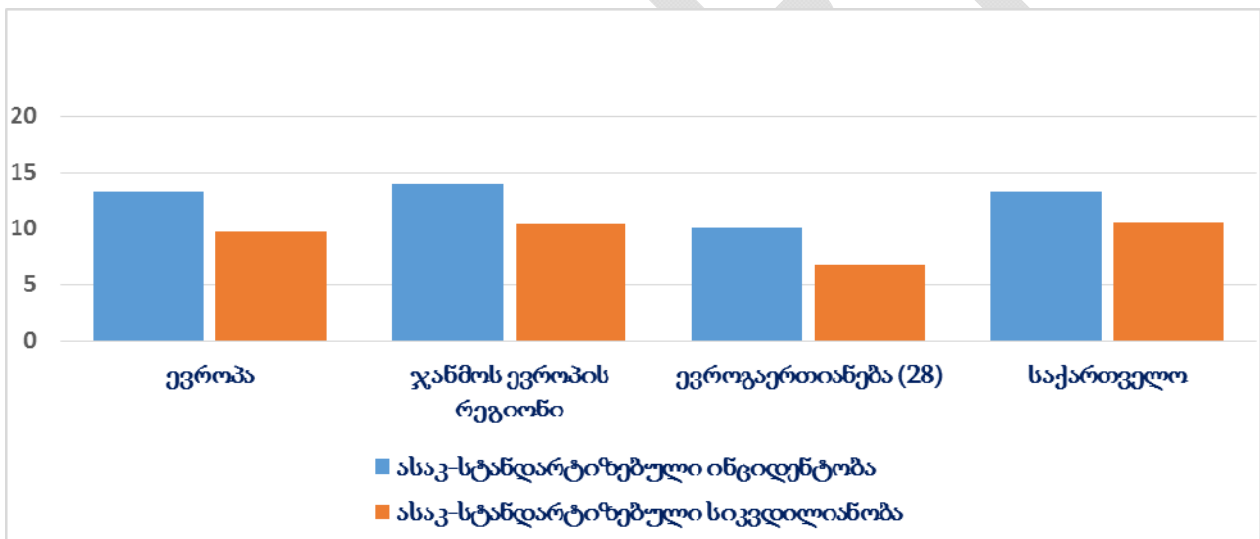
სურათი 29. კუჭის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 ქალზე რეგიონების მიხედვით GLOBOCAN



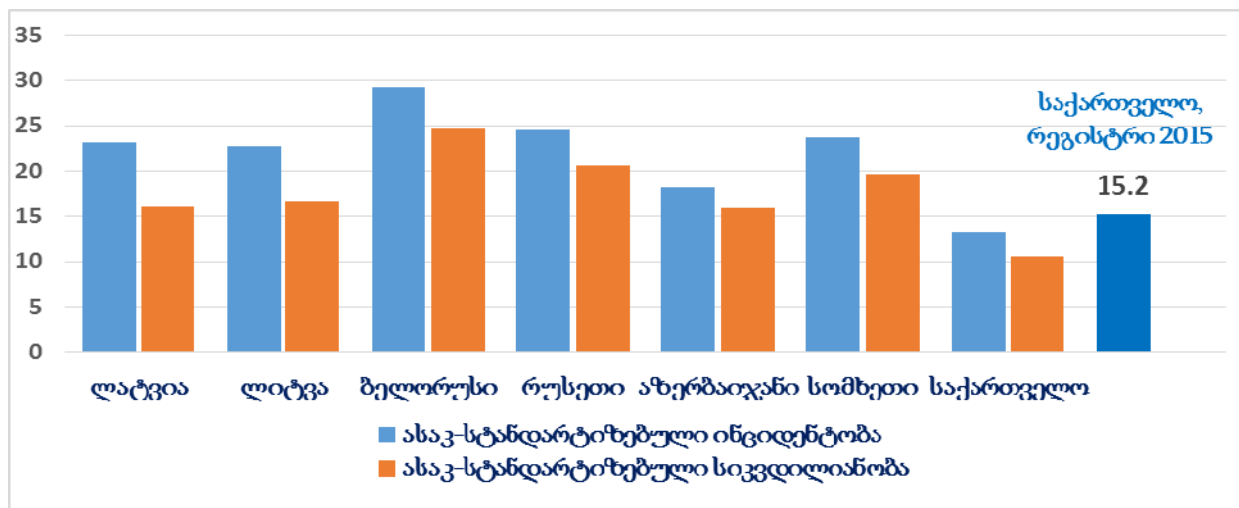
სურათი 30. კუჭის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 ქალზე, ქვეყნების შედარება GLOBOCAN



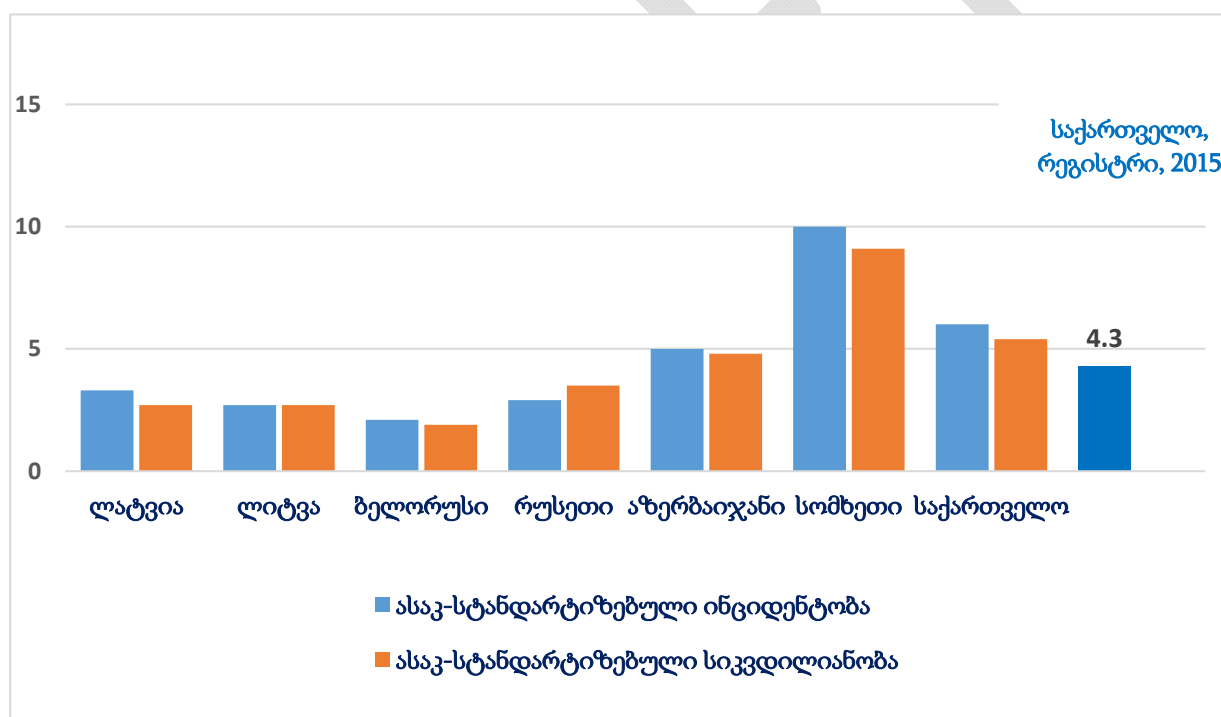
სურათი 31. კუჭის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 კაცზე რეგიონების მიხედვით GLOBOCAN



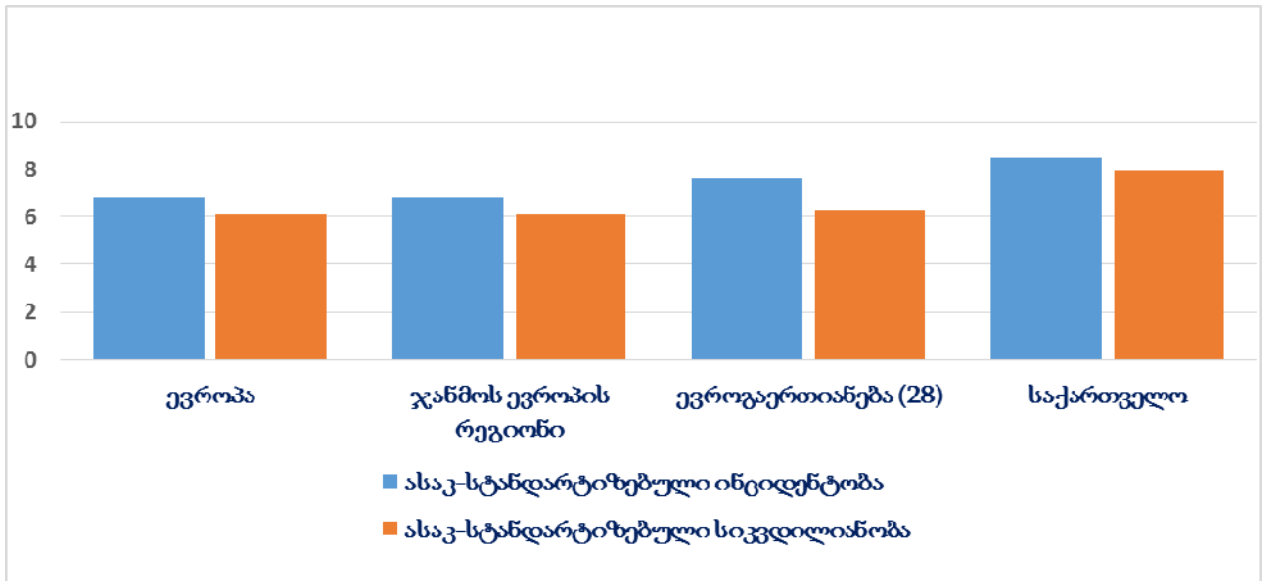
სურათი 32. კუჭის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 კაცზე, ქვეყნების შედარება GLOBOCAN



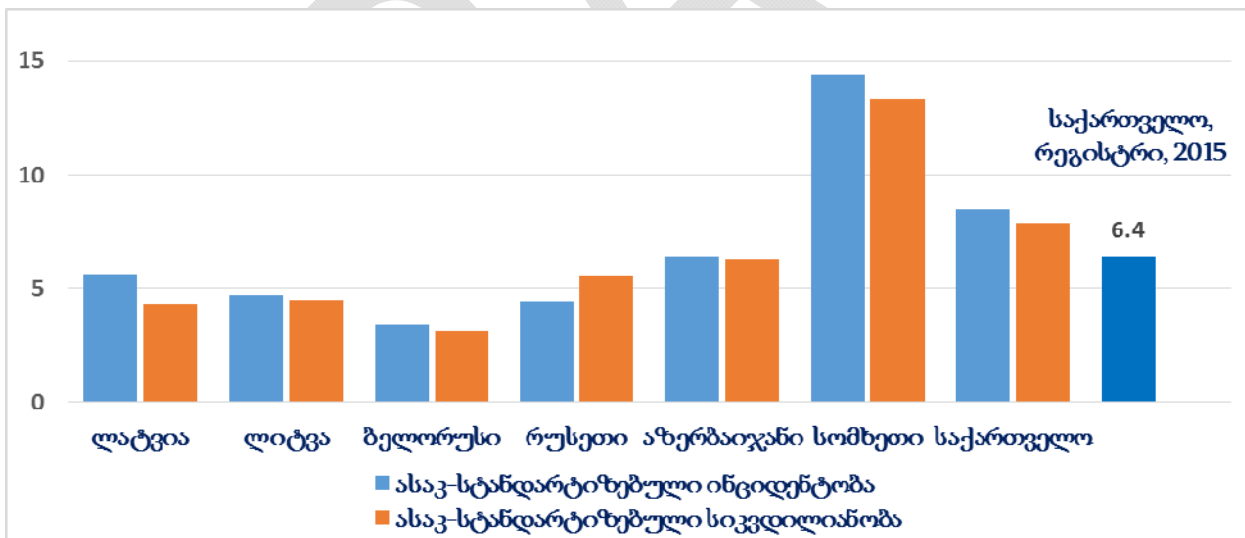
სურათი 33. ღვიძლის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 მოსახლეზე, ორივე სქესი, GLOBOCAN



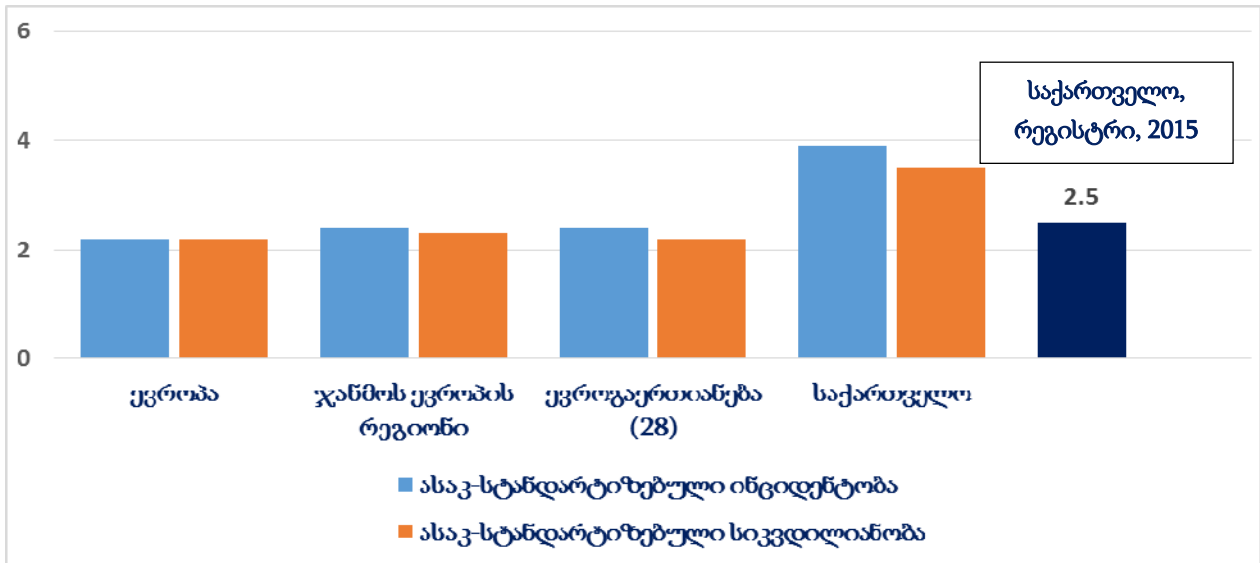
სურათი 34. ღვიძლის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 კაცზე რეგიონების მიხედვით, GLOBOCAN



სურათი 35. ღვიძლის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 კაცზე, ქვეყნების შედარება, GLOBOCAN



სურათი 36. ღვიძლის კიბოს შეფასებითი ასაკ-სტანდარტიზებული ავადობა და სიკვდილიანობა 100 000 ქალზე რეგიონების მიხედვით GLOBOCAN



DRAFT

დანართი 2. კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის (კკეს) შესრულების ინდიკატორები

ამოცანები	აქტივობა	ინდიკატორი	საბაზისო მონაცემები 2015/16	სამიზნე მონაცემები 2020	განხორციელების ვადები			
					2017	2018	2019	2020
მიზანი 1: კიბოს გავრცელების შესახებ სრულყოფილი, ზუსტი და დროული მონაცემებისადმი ხელმისაწვდომობა								
1.1.	1.1.1. ონკოლოგიურ სნეულებათა კლასიფიკაციის განხორციელება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის შესაბამისად (ICD-O);	ონკოლოგიურ დაავადებათა კლასიფიკაცია შემთხვევათა სულ ცოტა 95%-ში ხორციელდება სრულყოფილად	მონაცემი არ არის	შემთხვევათა 95%	P	P	P	P
	1.1.2 ონკოლოგთა სწავლება ონკოლოგიურ დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD-O) დანერგვის მიზნით;				P	P	P	P
	1.1.3. კიბოს რეგისტრის მონაცემთა ხარისხის კონტროლი; მონაცემთა ბაზის ვალიდაცია	ონკოლოგიურ დაავადებათა ახალი შემთხვევების 95% რეგისტრირებულია ბაზაში	მონაცემი არ არის	95% რეგისტრირებულია	P	P	P	P
	1.1.4. კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემთა ბაზის საჯარო რეგისტრის ბაზასთან კავშირის უზრუნველყოფა, კიბოს დიაგნოზის მქონე პაციენტთა გარდაცვალების თარიღის გამოვლენის და კიბოს გადარჩენის მაჩვენებელთა შეფასების მიზნით	ხორციელდება გადარჩენის მაჩვენებელთა შეფასება კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით	კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემთა ბაზა არ არის დაკავშირებული საჯარო რეგისტრის ბაზასთან	კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მონაცემთა ბაზა დაკავშირებულია საჯარო რეგისტრის ბაზასთან			P	P
1.2.	1.2.1. კიბოს ავადობის, ასაკ-სპეციფიკური ავადობის, პრევალენტობის, მიზეზ-სპეციფიკური სიკვდილიანობის და მათი ტენდენციების შეფასება; შედეგების ინტერპრეტაცია და დისემინაცია ეროვნულ და საერთაშორისო დონეზე;	ონკოლოგიურ დაავადებათა ლოკალიზაციის მიხედვით ხორციელდება ავადობის, პრევალენტობის, სიკვდილიანობის მაჩვენებელთა და მათი ტენდენციების შეფასება	მომზადებულია კიბოს რეგისტრის 2015 წლის მონაცემთა ანალიზი	ყოველწლიურად მზადდება ანგარიშის დოკუმენტი	P	P	P	P
	1.2.3. კიბოს გადარჩენის მაჩვენებელთა და ტენდენციების შეფასება	ძირითადი ლოკალიზაციის კიბოს გადარჩენის მაჩვენებლები და ტენდენციები რეგიონების მიხედვით შეფასებულია	ძირითადი ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებების ვის 30%-ზე ნაკლებია	ძირითადი ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებების ვის 50%-ზე მეტია (გაიზარდა 20%-ით)				P
მიზანი 2: ცხოვრების არაჯანსაღ წესთან (თამბაქოს მოხმარება, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, სიმსუქნე, არასწორი კვება) და სხვა ფაქტორებთან (გარემო, პროფესიული, ინფექციური) დაკავშირებული კიბოს რისკის შემცირება								

2.1.	2.1.1. საზოგადოების ინფორმირებულობის ამაღლება ძირითად მართვად რისკის ფაქტორებსა (თამბაქო, ალკოჰოლი, დაბალი ფიზიკური აქტივობა, ჭარბი წონა, სიმსუქნე) და კიბოს შორის არსებული მიზეზ-შედეგობრივი კავშირების შესახებ;	გაზრდილია: - ძირითად რისკის ფაქტორებზე ინფორმირებულთა % (10%-ით), - ექიმთა %, რომლებიც ახორციელებენ ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდას (50%-ით) - ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ ინფორმირებულთა % (10%-ით) შემცირებულა: ცალკეული ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობის მაჩვენებლები	ჩვევითი რისკ-ფაქტორების ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის (KAP) შემსწავლელი კვლევა	P	P	P	P
	2.1.3. თამბაქოს მოხმარების, ალკოჰოლის მანევრული ზემოქმედების, არასწორი კვების, დაბალი ფიზიკური აქტივობის, ჭარბი წონისა და სიმსუქნის კონტროლის ღონისძიებების დანერგვა აგდ ეროვნული სტრატეგიების სამოქმედო გეგმის შესაბამისად	გაზრდილია: - გაზრდილია 18-64 წლამდე მოსახლეობის წილი (%), რომელიც იცავს ფიზიკური აქტივობის რეკომენდებულ დონეს - კვირაში -600 მეტრ/წუთში - მოზარდებში ჭარბი წონისა და სიმსუქნის პრევალენტობის მაჩვენებლები შეფასებულია (ჭარბი წონა: სხეულის მასის ინდექსი ≥ 25 კგ/მ ² და სიმსუქნე: სხეულის მასის ინდექსი ≥ 30 კგ/მ ²);	-78% (STEPS 2010) -18-64 წლის ასაკის მოზარდებში ჭარბი წონა 56.4%; -სიმსუქნე: 25.1% STEPS 2010	P	P	P	P
	2.1.4. თამბაქოს კონტროლის შესახებ დამტკიცებული ნორმატიული აქტების დანერგვა და ეფექტურად აღსრულება, რათა ხელი შეეწყოს როგორც თამბაქოს კონტროლის კომპლექსურ ღონისძიებებს თამბაქოს ნებისმიერი სახით გამოყენების პრევენციის შესახებ, აგრეთვე, თამბაქოს კონტროლის ჩარხო-კონვენციის (FCTC) ყველა ასპექტის ეფექტურად განხორციელებას	შემცირებულა: -ფილტვის, პირის ღრუს, ტუჩის, კუჭის და სხვ. ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე; - თამბაქოს მოხმარებელთა პრევალენტობა (%) 18-64 წლის მოსახლეობაში (5%-ით);	-საქართველოს მთავრობისთვის მითითებულია განსახილველად წარდგენილია კანონდებულებების ცვლილებების პროექტები - 30% STEPS 2010	P	P	P	P
	2.1.5. თამბაქოს დაბეგრის მნიშვნელოვანი გაზრდა, როგორც ეს გათვალისწინებულია FCTC-ში		პროცესი დაწყებულია	P	P	P	P
	2.1.6. თამბაქოს გაზრდილი საგადასახადო შემოსავლების ნაწილის გამოყოფა კიბოს პრევენციის, ადრეული გამოვლენის და მკურნალობის სერვისების მხარდასაჭერად		არ არის დაწყებული მუშაობა			P	P
	2.1.7. ალკოჰოლის მომატებული დაბეგრა, ალკოჰოლის რეკლამირების და პოპულარიზაციის აკრძალვა, შექმნისთვის მინიმალური	-შემცირებულა ჰეპატოკარცინომას მაჩვენებელი 100000 მოსახლეზე;	-ჰეპატოკარცინომას ინციდენტობა 100000	P	P	P	P

² თამბაქოს კონტროლის სახელმწიფო კომისიის სამუშაო ჯგუფის მიერ 2013 წელს შემუშავებულია და საქართველოს მთავრობისთვის განსახილველად წარდგენილია „თამბაქოს კონტროლის შესახებ საქართველოს კანონის“, „რეკლამის შესახებ საქართველოს კანონის“, „საგადასახადო კოდექსის“, „ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის“, „საზოგადოებრივი მაუწყებლის შესახებ საქართველოს კანონის“ ცვლილებების პროექტები.

	ასაკის შემოღება, ალკოჰოლის გაყიდვის ადგილებისა და გაყიდვის დროის შეზღუდვები	-შემცირებულია 18-64 წლამდე მოსახლეობის წილი (%), რომელიც ჩართულია მძიმე ეპიზოდურ სმაში ³	მოსახლეზე: 4.1 (2015); -30% (STEPS 2010); - ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარების პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგია შემუშავებულია	ჯერ; -ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების 5%-იანი ფარდობითი შემცირება: 25% (STEPS 2020) -სტრატეგია დამტკიცებულია					
	2.1.2.სამედიცინო პერსონალის მოტივაცია, რათა საკუთარ პაციენტებს გაუწიონ კონსულტაცია/რეკომენდაცია კიბოს პირველადი პრევენციის შესახებ;	ცალკეული ლოკალიზაციის კიბოს ინციდენტობის მაჩვენებლები შემცირებულია	მონაცემი არ არის	სამედიცინო პერსონალის 50%	P	P	P	P	
2.2.	2.2.1. სახელმწიფო, საერთაშორისო, არასამთავრობო ორგანიზაციებთან და მეწარმეებთან თანამშრომლობა ადამიანის ჯანმრთელობისთვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის და გარემოს რისკის ფაქტორების მოსახლეობაზე ექსპოზიციის შემცირების თვალსაზრისით	ჯანსაღი გარემოს (NEHAP) ეროვნული სტრატეგია დამტკიცებულია	მიმდინარეობს მუშაობა ჯანსაღი გარემოს (NEHAP) ეროვნულ სტრატეგიაზე	დამტკიცებული დოკუმენტი	P	P	P	P	
	2.2.2. შუხდს-სა და გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტროს შორის ურთიერთთანამშრომლობის ჩარჩოს ჩამოყალიბება ინტეგრირებული პოლიტიკის განსახორციელებლად; რეგულაციების შექმნა და დანერგვა, რომლებიც განსაზღვრავს მავნე ნივთიერებების (სავარაუდო ან დადასტურებული კანცეროგენი) ზღვრულად დასაშვებ კონცენტრაციას გარემოში;	შექმნილია და დანერგილია რეკომენდაციები კანცეროგენების ზღვრულად დასაშვებ კონცენტრაციის შესახებ	დაწყებულია მუშაობა	სტანდარტები შემუშავებულია			P	P	
	2.2.3. ჯანმოსა და კიბოს კვლევის საერთაშორისო სააგენტოს (IARC) კლასიფიკაციის მიხედვით ადამიანებისთვის კანცეროგენული რისკების შესახებ კლასიფიკატორის მომზადება	კლასიფიკატორი მომზადებულია	ქვეყანაში არ არსებობს მსგავსი დოკუმენტი	აღნიშნული კანცეროგენების საქართველოში გავრცელების შემსწავლელი კვლევის დაგეგმვა			P	P	
	2.2.4. გარემოსა და პროფესიული ფაქტორებით ექსპოზიციის ონკოლოგიურ დაავადებებთან ასოციაციის გამოვლენის მიზნით კვლევებისადმი ხელშეწყობა	ჩატარებული კვლევების ანგარიში მომზადებულია	კვლევა არ ჩატარებულა	კვლევა ჩატარებულია			P	P	
	2.2.5. პრევენციული პროგრამების მხარდაჭერა და კოორდინაცია, რომლებიც სხვადასხვა მიზნობრივ ჯგუფებში ხელს შეუწყობს ულტრაიისფერი გამოსხივების ზემოქმედების შემცირებას და კანის საეჭვო ცვლილებების დროულად გამოვლენას	კანის ონკოლოგიურ დაავადებათა გამოვლენა ადრეულ ეტაპზე (I და II სტადია) გაუმჯობესებულია 20%-ით	ადრეულ ეტაპზე (I და II სტადია) გამოვლენა დაბალია	ადრეულ ეტაპზე გამოვლენა გაუმჯობესებულია			P	P	

³ მძიმე ეპიზოდური სმა: კაცები რომელთაც მიიღეს ალკოჰოლის 5 ან მეტი/ და ქალები, რომელთაც მიიღეს ალკოჰოლის 4 ან მეტი სტანდარტული ულუფა უკანასკნელი 30 დღიდან რომელიმე დღეს

	2.2.9. აზბესტის ზემოქმედებით განპირობებული პრობლემების შეფასება ქვეყანაში;	მომზადებულია ჩატარებული კვლევების ანგარიში	კვლევა არ ჩატარებულა	კვლევა ჩატარებულია			P	P
	2.2.9. დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მიზნით პაციენტთა ექსპოზიციის დონის ოპტიმიზაცია; დასხივებული დოზის მონიტორინგი.	ხორციელდება პაციენტთა დასხივებული დოზის მონიტორინგი	მონაცემი არ არის	საჭიროების მქონე ყველა პაციენტს უტარდება მონიტორინგი			P	p
2.3.	2.3.1 -ვირუსული ჰეპატიტი B-ს და ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინით მიზნობრივი პოპულაციის მაქსიმალური მოცვა.	-ჰეპატიტი B ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინის სამი დოზით (ჰეპB3) მოცვის 95%-ზე მაღალი მაჩვენებელი მიღწეულია პენტავალენტური ვაქცინის გამოყენების გაგრძელებით და შესაბამისი ლოჯისტიკის ადაპტირებით; -ჰეპატიტი C ინფექციის კონტროლის გაუმჯობესების მიზნით სამედიცინო ინსტრუმენტების დეზინფექციის და სტერილიზაციის პროცედურების შესახებ მკაცრი გაიდლაინების დანერგვა და დაცვა;	-ჰეპატოკარცი ნომას ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე: 4.1 (2015); - ჰეპატიტი B-ს საწინააღმდეგო ვაქცინაციით მოცვა, 2015: ნულოვანი დოზით 93%; I, II, III დოზებით 96%, 94.4% და 93.7%; - ჰეპატიტი C-ზე მკურნალობის შედეგ პაციენტთა კვლევაში დადასტურა, რომ პაციენტთა 84% ⁴ თავისუფალია ვირუსისგან	- ჰეპატოკარცი ნომას ინციდენტობის შემცირება 2-ჯერ; - ჰეპატიტი B ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინის სამი დოზით (ჰეპB3) მოცვის მაჩვენებელი 95%-ზე მაღალი; - C ჰეპატიტის ელიმინაცია	P	P	P	P
	2.3.2. ჰეპატიტი C ინფექციის კონტროლის გაუმჯობესების მიზნით სამედიცინო ინსტრუმენტების დეზინფექციის და სტერილიზაციის პროცედურების შესახებ მკაცრი გაიდლაინების დანერგვა და დაცვა;	ინსტრუმენტების დეზინფექციის და სტერილიზაციის პროცედურების შესახებ მკაცრი გაიდლაინების დანერგვა და დაცვა;	-ჰეპატოკარცი ნომას ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე შემცირებულია					
	2.3.3. ერთჯერადი ნემსების გამოყენება ყურის, ცხვირის, სხეულის პირსინგის ჩატარებისას, რომელსაც ხელი უნდა შეუწყოს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლების პროგრამებმა, და უნდა იყოს ქვეყნის პრევენციული სტრატეგიის შემადგენელი ნაწილი;	ინსტრუმენტების დეზინფექციის და სტერილიზაციის პროცედურების შესახებ გაიდლაინები შექმნილია და დანერგილია. - ჰეპატოკარცინომას ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე შემცირებულია	სავალდებულო აცრების ნუსხაში არ არის შეტანილი	-ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) პრევენციის კვლევის განხორციელება				
	-ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) პრევენციის კვლევის განხორციელება	ადამიანის პაპილომა ვირუსის (HPV) პრევენციის კვლევა განხორციელებულია		-ადამიანის პაპილომა ვირუსის საწინააღმდეგო იმუნიზაცია დანერგილია (სავალდებულო აცრების ნუსხაში შეტანილია)				
	-HPV-ს საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ჩართვა იმუნიზაციის ეროვნულ კალენდარში.	-HPV-ს საწინააღმდეგო ვაქცინაციით მოცვის მაჩვენებლის ზრდის ტენდენცია ვლინდება						
2.4.	2.4.1. ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ექიმების, ექთნების განათლება კიბოს განვითარების ხელშეწყობის რისკის ფაქტორების და პაციენტთა კონსულტირების შესახებ;	ექთნები/ექიმები ტრენირებულია და ახორციელებენ პაციენტთა კონსულტირებას	მონაცემი არ არის	ექთნები/ექიმების 80% ტრენირებულია	P	P	P	P
	2.4.2. საგანმანათლებლო მასალების, საკომუნიკაციო გზავნილების რეგულარული მიწოდება პაციენტთა კონსულტირებაში ჩართული ექიმებისა და ექთნებისადმი;	ექთნები/ექიმები ტრენირებულია და ახორციელებენ პაციენტთა კონსულტირებას	მონაცემი არ არის	ექთნები/ექიმების 80% ტრენირებულია	P	P	P	P
	2.4.3. პუდ რგოლის ექიმების, ექთნების ჩართულობის გაზრდა კიბოს სკრინინგის პროგრამების შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაზრდის თვალსაზრისით;	პუდ რგოლის ექთნები/ექიმები ტრენირებულია და ახორციელებენ პაციენტთა კონსულტირებას	მონაცემი არ არის	პუდ რგოლის ექთნები/ექიმების 80% ტრენირებულია	P	P	P	P
	2.4.4. კიბოს ადრეული გამოვლენის ხელშეწყობის მიზნით მოსახლეობის და პროფესიონალების ცნობიერების ამაღლება ადრეული სიმპტომებისა და ნიშნების შესახებ, კიბოს ისეთი გავრცელებული ფორმებისთვის,	პუდ რგოლის ექთნები/ექიმები ტრენირებულია და ახორციელებენ პაციენტთა კონსულტირებას	პუდ რგოლის 200-მდე ექიმი ტრენირებულია ა ჩეხეთის კარტასის	პუდ რგოლის ექთნები/ექიმების 80% ტრენირებულია				

⁴ გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ აღნიშნულ შედეგი მიღებული იყო პაციენტებისთვის, რომელთაც აღნიშნებოდა თვებრუთის ხარისხი F3 და F4

	როგორებიცაა მუქუს, ფილტვის, კოლორექტალური, საშვილოსნოს ყელის, კანის და სხვა.		მიერ						
მიზანი 3. კიბოს სკრინინგ-პროგრამის ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით ორგანიზებული სკრინინგის სტრუქტურის და ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემების დანერგვა									
3.1.	3.1.1. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საერთაშორისო კლინიკური გაიდლაინების ადაპტირება და დანერგვა, სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების (SOP) და სკრინინგის ხარისხის გაზომვის ინდიკატორების შემუშავება;	-კლინიკური გაიდლაინები ადაპტირებულია და დანერგულია, -შემუშავებულია ხარისხის შეფასების ინდიკატორები -შემუშავებული სტანდარტები	მიმდინარეობს მუშაობა	მომზადებულია დანერგულია	P	P	P	P	
	3.1.2. სამედიცინო დაწესებულებებისათვის მინიმალური სპეციფიკაციების და სტანდარტების შემუშავება, კიბოს სკრინინგის პროგრამაში ჩართვისათვის მათ შესარჩევად	სკრინინგული ტესტები სავარაუდოდ რეკომენდაციებს -სკრინინგს დაქვემდებარებული კიბოს (მუქუს, საშვილოსნოს ყელის, კოლორექტალური) გამოვლენა I და II სტადიაზე შეადგენს 70%-ს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობა 100000 ქალზე შემცირებულია	მიმდინარეობს მუშაობა	შემუშავებულია	P	P	P	P	
	3.1.3. სკრინინგის ხარისხის უზრუნველყოფის და გაუმჯობესების პროგრამის შემუშავება და დანერგვა სკრინინგის პროგრამის თითოეული სამედიცინო მომსახურებისათვის	დაქვემდებარებული კიბოს (მუქუს, საშვილოსნოს ყელის, კოლორექტალური) გამოვლენა I და II სტადიაზე შეადგენს 70%-ს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ინციდენტობა 100000 ქალზე შემცირებულია	მიმდინარეობს მუშაობა	შემუშავებულია დანერგულია	P	P	P	P	
3.2.	3.2.1. პირველ ეტაპზე საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის განხორციელებისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების ინვენტარიზაცია, რაც მოიცავს სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობას, ხარისხს და გეოგრაფიულ განაწილებას;	ანგარიში ინვენტარიზაციის შესახებ მომზადებულია	მიმდინარეობს მუშაობა	ინვენტარიზაცია დასრულებულია	P	P	P	P	
	3.2.2. პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის (ოჯახის ექიმების და ექთნების/მედიკოსების) შესადლებლობების/როლის გაზრდა კიბოს სკრინინგში სამიზნე პოპულაციის ჩართულობისათვის.	სამიზნე პოპულაციის სკრინინგით მოცვის მაჩვენებლები გაზრდილია 20%-ით	მიმდინარეობს მუშაობა	პილოტი გაფართოებულია ქვეყნის მასშტაბით	P	P	P	P	
3.3.	3.3.1. საშვილოსნოს ყელის სკრინინგ პროგრამებისათვის საჭირო დოკუმენტაციის მომზადება (საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის პოლიტიკა, საშვილოსნოს ყელის სკრინინგის სერვისის სპეციფიკაცია, სტანდარტული კონტრაქტები მომსახურების მომწოდებლებისათვის, კლინიკური გაიდლაინები და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები, საქმიანობის ინდიკატორები და სტანდარტები, ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის სპეციფიკაციები)	საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგით მოცვის მაჩვენებელი გაზრდილია 25%-მდე	მიმდინარეობს მუშაობა	საჭირო დოკუმენტაცია მომზადებულია	P	P	P	P	
	3.3.2. ხარისხის უზრუნველყოფის (QA) პროგრამების დანერგვა საპილოტე რეგიონებში და შემდგომ გავრცელება მთელი საქართველოს მასშტაბით	ანგარიში ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამის განხორციელების შესახებ	დანერგულია	დანერგულია ქვეყნის მასშტაბით		P	P	P	
	3.3.3. საპილოტე პროგრამების	ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი	მიმდინარეობს მუშაობა	მომზადებულია რეკომენდაციები	P	P			

	ფარგლებში საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ახალი ტექნოლოგიების ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი და შედეგების საფუძველზე პროგრამის დიზაინის და გაფართოების გეგმის გადახედვა	შესრულებულია		ი პროგრამის შესაძლო გაფართოებასთან დაკავშირებით				
მიზანი 4: ონკოლოგიური დიაგნოზის მქონე ნებისმიერი მოქალაქისთვის ჯანდაცვის ყველა დონეზე ხარისხიანი მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა								
4.1.	<p>4.1.1. პირველი დონე:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ონკოლოგიურ პაციენტთა მართვის გაიდლაინებში პირველადი რგოლის ფუნქციების ასახვა როგორც დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ეტაპზე, ასევე შემდგომ პერიოდში (დინამიური მეთვალყურეობა); - რენტგენოგრაფიისა და ულტრასონოგრაფიისადმი ხელმისაწვდომობა; - კიბოს ადრეული გამოვლენის რეგულარული მონიტორინგი; - განსაზღვრულ საექიმო უბანზე დაგვიანებულ სტადიაზე გამოვლენილი კიბოს შემთხვევების დიდი პროპორციის შემთხვევაში გამომწვევი მიზეზების შესწავლა; - ტაბლეტირებული პრეპარატებით მედიკამენტური თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობა; - ონკოლოგიურ პაციენტთა დინამიური მეთვალყურეობის მენეჯმენტი; - ოჯახის/პჯდ რგოლის ექიმებისათვის საშვილოსნოს ყელიდან ნაცხის აღების მეთოდოლოგიის სწავლება; - პჯდ რგოლის ექიმთა ტრენინგები ონკოდაავადებათა პრევენციასა და ადრეულ დიაგნოსტიკაში, მკურნალობის საკითხებში და მათი გვერდითი მოვლენებისა და გართულებების მართვაში, ნამკურნალებ პაციენტთა მკურნალობის შემდგომ მონიტორინგში, რეაბილიტაციასა და პალიატიური მზრუნველობის საფუძველზე; - პჯდ რგოლის ექიმების პერიოდული პროფესიული განათლების ამაღლების პროგრამების განვითარება; - სასწავლო კურიკულუმებში ონკოლოგიის და ფსიქო-ონკოლოგიური საათების გაზრდა. 	-ადრეულ ეტაპზე (I-II სტადია) გამოვლენილი კიბოს ხვედრითი წილი გაზრდილია 20%-ით	მიმდინარეობს პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა	პირველადი ჯანდაცვის რეფორმა დასრულებულია		P	P	P
4.2.	<ul style="list-style-type: none"> - სამედიცინო მომსახურების მეორადი დონის ფუნქციების განსაზღვრა ონკოლოგიურ პაციენტთა სერვისების თვალსაზრისით; - დიაგნოსტიკის განსაზღვრული მეთოდისადმი (სხივური დიაგნოსტიკა, შესაძლებელია კომპიუტერული ტომოგრაფიისა და მაგნიტო-რეზონანსული კვლევების ჩატარება) ხელმისაწვდომობა; - გავრცელებული ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებების ქირურგიული მკურნალობა; - როგორც ტაბლეტირებული, ასევე ინფუზიური მედიკამენტური თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობა; 	მომზადებულია ანგარიში რეგიონების მიხედვით გადარჩენის მაჩვენებელთა შესახებ	სამედიცინო მომსახურების მეორადი დონის ხელმისაწვდომობა ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვის თვალსაზრისით რეგიონების მიხედვით განსხვავებულია	რეგიონების მიხედვით თანაბარი ხელმისაწვდომობა ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვის თვალსაზრისით		P	P	P

	<ul style="list-style-type: none"> - მულტიდისციპლინური კონსულტაციის ორგანიზების საშუალება (ტელეკომუნიკაცია ან სპეციალისტების მოწვევა); - მკურნალობის შემდგომი რეაბილიტაციის განხორციელების შესაძლებლობა; - პირველი დონის ექიმთა სწავლება, მხარდაჭერა და მათზე მეთვალყურეობა; - ნუტრიციოლოგიური კონსულტაციის და გართულებების მკურნალობის შესაძლებლობა 							
<p>4.3.</p>	<p>ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვა სამედიცინო მომსახურების მესამე დონეზე:</p> <ul style="list-style-type: none"> - კიბოს ყველა ლოკალიზაციისათვის მკურნალობის მულტიდისციპლინური ჯგუფის ფუნქციონირება; - კომპლექსური დიაგნოსტიკური კვლევებისადმი (რომელიც უშუალოდ დაკავშირებულია სპეციალიზებულ თერაპიასთან) ხელმისაწვდომობა; - რთული ქირურგიული ჩარევების, მედიკამენტური თერაპიის და მსოფლიო სტანდარტების შესაბამისი რადიაციული თერაპიის განხორციელება; - კიბოს დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული გაიდლაინების შექმნა, რეგულარული განახლება, დანერგვა, შესრულების მონიტორინგი; - მკურნალობის თანამედროვე სქემების შემუშავება და დანერგვა; - პედაგოგიური საქმიანობა, ონკოლოგ-სპეციალისტთა (სამედიცინო ონკოლოგი, ონკოქირურგი, რადიაციული თერაპევტი) და პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტთა პრე-და პერიოდული პოსტ-დიპლომური სწავლება; - სამეცნიერო საქმიანობის განვითარება და ხელშეწყობა; - ონკოლოგიაში კლინიკური კვლევების განხორციელება; - კონფერენციების, სემინარების და საზოგადოებრივი აქტივობების ორგანიზება; - ჯანდაცვის პოლიტიკის განმსაზღვრელებთან, საერთაშორისო და ადგილობრივ პროფესიულ ასოციაციებთან და ინსტიტუტებთან თანამშრომლობა. 	<ul style="list-style-type: none"> - შექმნილია და დანერგილია ახალი გაიდლაინები; - მომზადებულია ანგარიში ჩატარებული კონფერენციების, სემინარების, მასში ჩართულ ადამიანთა რაოდენობის შესახებ; - მომზადებულია გამოქვეყნებულ პუბლიკაციათა კრებული; - ლოკალიზაციის მიხედვით ონკოლოგიურ დაავადებათა 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები გაზრდილია 20%-ით 	<ul style="list-style-type: none"> - ონკოლოგიურ დაავადებათა 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები ცალკეული ლოკალიზაციის მიხედვით: 30%-ზე ნაკლებია 	<ul style="list-style-type: none"> - ონკოლოგიურ დაავადებათა 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები გაზრდილია 	P	P	P	
<p>მიზანი 5: ონკოლოგიურ დაავადებათა დროული დიაგნოსტიკის გზით კიბოთი სიკვდილიანობის შემცირება</p>								

5.1.	5.1.1. ხარისხის კონტროლის მიზნით ქვეყნის მასშტაბით ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის უნიფიცირება;	-კიბოს დროულად (I-II სტადიაზე) გამოვლენილი შემთხვევები გაზრდილია 20%-ით	ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ხელმისაწვდომობა არა-თანაბარია ქვეყანაში	ადამიანური რესურსების და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის უზრუნველყოფა		P	P	P
	5.1.2. რეგიონში მცხოვრები მოსახლეობის სწორი დიაგნოსტიკისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით თანამედროვე ტექნიკური აღჭურვილობის მქონე ცენტრების (3-4 ცენტრი) ქვეყნის მასშტაბით გადართობა;		არათანაბარი ხელმისაწვდომობა	ხელმისაწვდომობა თანაბარია		P	P	P
	5.1.3. ქირურგიული ჩარევის შემდგომ ნებისმიერი ამოკვეთილი მასალის აღნიშნულ ცენტრებში ტრანსპორტირების უზრუნველყოფა კვლევის მიზნით;		მონაცემი არ არის	შემთხვევათა 95% გამოკვლეულია და დადასტურებულია ლაბორატორიულად		P	P	P
5.2.	5.2.1. ორგანოთა სისტემების მიხედვით მასალის პათოლოგ-ანატომიური დამუშავების და დიაგნოსტიკის ეროვნული გაიდლაინების შექმნა	შემთხვევების 95% დადასტურებულია პათოლოგიურ-ანატომიური კვლევებით	მიმდინარეობს მუშაობა	გაიდლაინები შექმნილია		P	P	P
	5.2.2. მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება, კერძოდ, მანუალური ტექნოლოგიების ავტომატურით ჩანაცვლება, სუბიექტური ფაქტორის გამორიცხვის და მიღებული შედეგების მაღალი ხარისხის მისაღწევად.		მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა მოძველებულია	მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა განახლებულია				
	5.2.3. მოლეკულური პათოლოგიის დიაგნოსტიკური ტექნოლოგიების დანერგვა და განვითარება;		დაწყებულია მუშაობა	შექმნილია განვითარების გეგმა				
	5.2.4. პათოლოგ-ანატომიური სამსახურის სპეციალისტების კვალიფიკაციის უწყვეტი ამაღლება, საშუალო ტექნიკური პერსონალის მომზადება		არ მიმდინარეობს	შექმნილია კვალიფიკაციის ასამაღლებელი კურსი				
	5.2.5. პათოლოგ-ანატომიურ სამსახურში მენეჯმენტის და პაციენტთა მართვის ელექტრონული ტექნოლოგიების ინტეგრირება		არ ხორციელდება	პილოტურად დანერგილია				
5.3.	5.3.1. კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით ჯანდაცვის თითოეულ დონეზე გამოყენებული კიბოს სხივური დიაგნოსტიკის მეთოდების განსაზღვრა და დიაგნოსტიკის სხვადასხვა მეთოდებისადმი დროული ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა	სხივური დიაგნოსტიკის საჭიროების მქონე პაციენტთა 80 %-ს გააჩნია ხელმისაწვდომობა ცალკეული ლოკალიზაციის კიბოს ადრეულ ეტაპზე (I და II სტადიაზე) გამოვლენის ხვედრითი წილი გაზრდილია	არ არის მონაცემი	სხივური დიაგნოსტიკის ხელმისაწვდომობა გაზრდილია		P	P	P
	5.3.2. რადიოლოგებისთვის, რომლებიც მომავალში ჯანდაცვის მეორად დონეზე ონკოლოგიური დაავადების დიაგნოსტიკას		სწავლებას ძირითადად გადიან უცხოეთში	მომზადებულია უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამები		P	P	P

განახორციელებენ, უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების მომზადება (ულტრასონოგრაფია, CT, MRI)								
5.3.3. CT და MRI დიაგნოსტიკური აპარატურის შექმნა და დანერგვა ექსპერტთა რეკომენდაციების შესაბამისად (5-წლიანი საჭიროების, დანერგვის ადგილის, საჭირო ადამიანური რესურსების წინასწარ განსაზღვრა)		საჭიროება შეფასებულია	დიაგნოსტიკური აპარატურის რაოდენობა შესაბამისად არსებულ მოთხოვნებს		P	P	P	
5.3.4. ბირთვული დიაგნოსტიკის ხელშეწყობის მიზნით ციკლოტრონის და მინიმუმ 3 პეტ-ცენტრის (პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია კომპიუტერული ტომოგრაფიით) განვითარება, რაც ხელს შეუწყობს მაღალი სტანდარტების და ხარჯთეფექტური ონკოლოგიური სერვისის არსებობას საქართველოში	კიბოს გადარჩენის მაჩვენებელი გაზრდილია 20%-ით	არ არის მონაცემი ამჟამინდელი ხელმისაწვდომობის შესახებ	ბირთვული დიაგნოსტიკის ხელმისაწვდომობა გაზრდილია			P	P	
5.4.1. სპეციფიკური ლოკალიზაციის ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობის გაილაინგებში ენდოსკოპიური დიაგნოზის აუცილებლობის მითითება	დიაგნოსტიკის ენდოსკოპიური მეთოდი ხელმისაწვდომია	არ არის ხელმისაწვდომი	დიაგნოსტიკის ენდოსკოპიური მეთოდი ხელმისაწვდომია საჭიროებათა სულ ცოტა 50%-ში		P	P	P	
5.4.2. დიაგნოსტიკის ენდოსკოპიური, როგორც ნაკლებინვაზიური მეთოდის ხვედრითი წილის გაზრდა		დაბალი ხელმისაწვდომობა	ხელმისაწვდომობა გაზრდილია (50%-ზე მეტი)		P	P	P	

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

6.1.	6.1.1 ონკოლოგიური დახმარების (კიბოს მოვლის) ხარისხის კონტროლის საბჭოს შექმნა, რომლის შემადგენლობაში შევლენ სამთავრობო და ონკოლოგიის სფეროში დანტერესებული მხარეების წარმომადგენლები. ონკოლოგიური დახმარების ხარისხის კონტროლის საბჭოს დაქვემდებარებაში უნდა შეიქმნას ონკოლოგიური დახმარების კომისიების სისტემა ცალკეული ლოკალიზაციის კიბოს მიხედვით	გაზრდილია: -განკურნებადი კიბოს დიაგნოზის მქონე პაციენტთა %, რომელთაც დროულად (ერთი თვის განმავლობაში) დაეწყო მკურნალობა (>70%); -განკურნებადი კიბოს დიაგნოზის მქონე პაციენტთა %, რომელთაც ჩაუტარდათ ადეკვატური მკურნალობა არსებული გაილაინგების შესაბამისად (>70%); შემცირებულია: -განკურნებადი კიბოს დიაგნოზის მქონე პაციენტთა ხვედრითი წილი, რომელთაც უარი თქვეს მკურნალობაზე ან არ დაასრულეს მკურნალობა ასაკის, სქესისა და სოციალ-ეკონომიკური მახასიათებლების მიხედვით (<10%);	კიბოს კონტროლის სამუშაო ჯგუფი შექმნილია	კიბოს კონტროლის სამუშაო ჯგუფი ჩართულია სამოქმედო გეგმის იმპლემენტაციაში	P	P		
-------------	---	---	---	---	---	---	--	--

		-5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი გაზრდილია 20%-ით						
6.1.2. ონკოლოგიური პაციენტების მომსახურებაში ჩართული ნებისმიერი დაწესებულების საქმიანობის აუცილებელი ლიცენზირება, ექიმ-ონკოლოგთა პერიოდული რესერტიფიცირება		-ლიცენზირებულ დაწესებულებათა რიცხვი რეგიონების მიხედვით შეფასებულია; -სერტიფიცირებულ ექიმთა რაოდენობა სამედიცინო დაწესებულებების/რეგიონების მიხედვით შეფასებულია	არსებობს მოთხოვნა ლიცენზირების შესახებ	ონკოლოგიური პაციენტების მომსახურებაში ჩართული ყველა დაწესებულება ლიცენზირებულია, ყველა ექიმი სერტიფიცირებულია		P	P	P
6.1.3. ონკოლოგიურ დაავადებათა მკურნალობაში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებების პასუხისმგებლობის გაზრდა, რათა პაციენტებს მიაწოდონ მკურნალობის ხარისხიანი და სრული სერვისი, ან ინფორმაცია მკურნალობის სრული პაკეტისა და ქვეყანაში მიმდინარე პროგრამების შესახებ, საჭიროების შემთხვევაში განახორციელონ დროული რეფერალი		-გადარჩენის 5-წლიანი მაჩვენებელი გაზრდილია 20%-ით	მირითადი ლოკალიზაციის კიბოს 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი 30%-ზე ნაკლებია	კიბოს 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი გაზრდილია		P	P	P
6.1.4. ხელშეწყობა სამედიცინო დაწესებულებებისადმი, რომლებიც ონკოლოგიურ პაციენტებს ემსახურებიან, რათა მათ დაამკვიდრონ ხარისხის კონტროლი		მომზადებულია ანგარიში ხარისხის კონტროლის განხორციელების შესახებ	მონაცემი არ არის	სამედიცინო დაწესებულებების 80%-ში დანერგილია ხარისხის კონტროლი		P	P	P
6.1.5. ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა მიუხედავად სოციალური მდგომარეობისა და გეოგრაფიული საცხოვრებლისა		უმწუთათვის შექმნილია პროგრამები	არა-თანაბარი ხელმისაწვდომობა: არსებობს საყოველთაო დაზღვევა, სტუდენტების დაზღვევა	მკურნალობის რეგიონალიზაცია ქვეყნის მასშტაბით, მკურნალობის თანამედროვე მეთოდებისადმი თანაბარი ხელმისაწვდომობა	P	P	P	P
6.1.6. პროფესიული ასოციაციების აქტიური ჩართვა მკურნალობის უნიფიცირების (მკურნალობის სტანდარტების დანერგვის) მიზნით – ეროვნული გაიდლაინების შექმნა, დანერგვა – და მკურნალობის ხარისხის მონიტორინგის პროცესში		მომზადებულია და დანერგილია გაიდლაინები	მომზადებულია ძუძუს პირველადი და ადგილობრივად რეციდივირებული და მეტასტაზური კიბოს, ფილტვის არაწვრილუჯრედოვანი და წვრილუჯრედოვანი, თირკმლის, კოლინჯის, კუჭის, სასქესო ასოს, საყლაპავი მილის და გასტროენტეროლოგიური, საშვილოსნოს ყელის, სწორი ნაწლავის და შარდის ბუშტის კიბოს მართვა (ბრძანება # 01-	მიმდინარეობს დანერგილი გაიდლაინების შესრულების მონიტორინგი	P	P	P	P

			327/ო, 2014 წლის 10 დეკემბერი)					
	6.1.7. რეგიონებში პაციენტთა დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის პროცესში ტელეკომუნიკაციის გზით ექსპერტ-ონკოლოგთა ჩართულობის (მონაწილეობის) შესაძლებლობების განხილვა	- გადარჩენის 5-წლიანი მაჩვენებელი გაზრდილია 20%-ით	არ არსებობს მსგავსი სერვისი	პილოტურად დანერგილია შერჩეულ კლინიკაში			P	P
	6.1.8. კიბოს დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებების და ადამიანური რესურსების ლოკალური და რეგიონალური მდებარეობის ელექტრონული კატალოგების დანერგვა, სადაც ხელმისაწვდომი იქნება ინფორმაცია კიბოს ჰოსპიტალების, დიაგნოსტიკური ცენტრების, სპეციალისტების, მკვლევარების, დამხმარე სერვისების, მიმდინარე პროგრამების, პალიატიური დახმარების შესახებ	ელექტრონული კატალოგები დანერგილია	არ არსებობს მსგავსი სერვისი	ონკოლოგიური პაციენტებისთვის გაადვილებულია საჭირო სამედიცინო სერვისების მოძიება				P
	6.1.9. სამედიცინო სადაზღვეო კომპანიების დაინტერესება, რათა მხარი დაუჭიროს კიბოს მკურნალობის სათანადო სერვისებისადმი დროულ ხელმისაწვდომობას	სულ ცოტა 80%-იანი ხელმისაწვდომობა ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურებისადმი (ქირურგიული ჩარევა, ქიმიო და სხივური თერაპია)	იფარება საყოველთაო ჯანდაცვის და კერძო დაზღვევის ფარგლებში, თუმცა ხელმისაწვდომობა 80%-ზე დაბალია (ზუსტი მონაცემი არ არსებობს)	მიღწეულია 80%-იანი ხელმისაწვდომობა				
6.2	6.2.1. გავრცელებული ლოკალიზაციის ონკოლოგიური დაავადებების პროფესიონალური და ხარისხიანი ქირურგიული მკურნალობისადმი ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურების მეორად დონეზე	ონკოპაციენტთა 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები კიბოს ლოკალიზაციის მიხედვით გაზრდილია 20%-ით	ქირურგიული მკურნალობა არ არის სტანდარტიზებული	შექმნილია გაიდლაინები, ქვეყნის მასშტაბით ქირურგიული მკურნალობა სტანდარტიზებულია	P	P	P	P
	6.2.2. ონკოლოგიურ დაავადებათა ქირურგიული მკურნალობის დაწესებულებების ბაზაზე მულტიდისციპლინური კონსულტაციების, პაციენტთა მრავალფეროვანი რეაბილიტაციის და პალიატიური მომსახურების ცენტრების ქსელის შექმნა				P	P	P	P
	6.2.3. რთული ქირურგიული ჩარევების (მაღალტრავმული, გაფართოებული, კომბინირებული და რეკონსტრუქციული), ასევე იმავითი ლოკალიზაციის კიბოს მკურნალობის განხორციელება სამედიცინო მომსახურების მესამეულ დონეზე				P	P	P	P
6.3.	6.3.1 მსოფლიო სტანდარტების შესაბამისი რადიოთერაპიის განხორციელებისათვის აუცილებელი აპარატურის შემოტანა/განახლება შესაბამისი პროექტებისა და პროგრამების ფარგლებში ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტოსთან	მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მოცულობა შესაბამისობაშია თანამედროვე მითხოვნებთან	ფუნქციონირებს: 1 კომპლექსი აპარატი დისტანციური სხივური თერაპიისთვის (ონც) და 7 ხაზოვანი	მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის მოცულობა გაზრდილია	P	P	P	P

	თანამშრომლობით		ამაჩქარებელი (მსტც), აგრეთვე 2 ბრაქითერაპიის აპარატი, 1 PET							
	6.3.2. სამედიცინო მომსახურების მესამეულ დონეზე ონკოლოგიურ პაციენტთა კონსულტირების მულტიდისციპლინური ჯგუფების ფორმირება და მათი მუდმივი მუშაობის უზრუნველყოფა	- კიბოს გადარჩენის მაჩვენებლები გაზრდილია 20%-ით; -რადიოთერაპიის საჭიროების მქონე პაციენტთა სულ ცოტა 80%-ს აქვს ხელმისაწვდომობა	ქვეყანაში აღინიშნება კვალიფიციური რედიოლოგიური სამედიცინო და, განსაკუთრებით, ტექნიკური კადრის დეფიციტი	-კიბოს გადარჩენის მაჩვენებლები გაზრდილია -ხელმისაწვდომობა გაზრდილია	P	P	P	P		
6.3.3. ონკოლოგიურ დაავადებათა რადიოთერაპიული მკურნალობის პროტოკოლებისა და გაიდლაინების დამტკიცება, დანერგვა										
6.3.4. რადიოთერაპიაში მომუშავე პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა ინდივიდუალური და მონიტორინგის დოზიმეტრების საშუალებით										
6.4.	6.4.1. მედიკამენტური თერაპიისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდა სამედიცინო მომსახურების სამივე დონეზე	-ესენციური მედიკამენტები ხელმისაწვდომობა გაზრდილია 80%-მდე; - საერთო გადარჩენის მაჩვენებლები გაზრდილია; -გაზრდილია გადარჩენის მაჩვენებლები კიბოს ლოკალიზაციის და სტადიის მიხედვით	-რეგიონებში კადრების დეფიციტია, -იმუნოთერაპია და ტარგეტული თერაპია არ არის ხელმისაწვდომი. -ქიმიოთერაპიის დამხმარე საშუალებები არ ექვემდებარება პროგრამულ დაფინანსებას; -კიბოს 5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები 30%-ზე ნაკლებია	-ესენციური მედიკამენტები პაციენტთა 80%-თვის ხელმისაწვდომია; -პაციენტები მაქსიმალურად ჩართული არიან კლინიკურ კვლევებში; -5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებელი გაზრდილია 20%-ით; -5-წლიანი გადარჩენის მაჩვენებლები კიბოს ლოკალიზაციის და სტადიის მიხედვით გაზრდილია 20-30%-ით	P	P	P	P		
6.4.2. კვალიფიციური ადამიანური რესურსებისადმი ხელმისაწვდომობა, კლინიკური ონკოლოგის კომპეტენციების ჩამოყალიბება							P	P	P	
6.4.3. კლინიკურ ონკოლოგთა მუდმივი გადამზადება							P	P	P	
6.4.4. ქიმიოთერაპიატან მომუშავე პერსონალის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა. გადასასხმელი ხსნარის დამზადება დახურული წესით - ცალკე ოთახში გამწოვის ქვეშ							P	P	P	
6.4.5. გენერაციების ნუსხის შექმნა							P	P		
6.4.6. ქიმიოთერაპიის დამხმარე პრეპარატების - ბისფოსფონატების, უროპორექტორების და ამ ჯგუფში შემავალი სხვა პრეპარატების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა								P	P	P
6.4.7. იმუნოთერაპიის ხელმისაწვდომობის გაზრდა. საწყის ეტაპზე იმ სიმსივნეთა შემთხვევაში, რომელთა მკურნალობაში იმუნოთერაპიას გადაწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება (მელანომა, თირკმლის კიბო, შარდის ბუშტის კიბო და ა.შ.)								P	P	P
6.4.8. ტარგეტული თერაპიის ხელმისაწვდომობის გაზრდა. საწყის ეტაპზე მხოლოდ ყველაზე ხშირი ავთვისებიანი სიმსივნეების მკურნალობისთვის მოწოდებული იმ ტარგეტული პრეპარატებისა, რომელთა გამოყენება მნიშვნელოვნად ზრდის საერთო გადარჩენადობას (ბუმუ, ფილტივი, კოლორექტული სიმსივნეები), ასევე იმ სიმსივნეების დროს, რომელთა სისტემური მკურნალობის სხვა მეთოდები ნაკლებად ან არაეფექტურია (თირკმელი, ღვიძლი, კუჭ-ნაწლავის სტრომული სიმსივნეები და სხვ.), ხოლო მომავალში უნდა იქნას უზრუნველყოფილი ყველა არსებული სამიზნის ხელმისაწვდომობა								P	P	P

	6.4.10. სხვადასხვა ლოკალიზაციის კიბოს თერაპიული გამოსავლის შეფასების მიზნით კლინიკური კვლევებისადმი ხელშეწყობა					P	P	P
6.5.	6.5.1. ბირთვული მედიცინის სერვისების შეტანა სადაზღვეო პაკეტში, განსაკუთრებით იმ უალტერნატივო მეთოდების, როგორცაა რადიოიოდთერაპია და პეტ-სკანირება	- საერთო გადარჩენის მაჩვენებლები გაზრდილია; -გადარჩენის მაჩვენებლები კიბოს ლოკალიზაციის და სტადიის მიხედვით გაზრდილია	-რადიოიოდ თერაპია არ ფინანსდება, პაციენტებს უხდებიათ ჯიბიდან გადახდა; - პეტ-სკანირება არ არის ხელმისაწვდომი	-რადიოიოდთერაპიის ხელმისაწვდომობა შეადგენს 100%-ს; -პეტ-სკანირების ხელმისაწვდომობა შეადგენს 80%-ს			P	P
	6.5.2. მომიჯნავე სპეცილობის კოლეგებთან ინტენსიური აკადემიური მუშაობა ბირთვული მედიცინის პოპულარიზაციის მიზნით, რათა მათ ჰქონდეთ მაქსიმალური ინფორმაცია ყველა იმ სარგებელზე, რასაც ბირთვული მედიცინა იძლევა	-მომიჯნავე სპეცილობის ექიმთა ინფორმირებულობა რადიოიოდთერაპიისა და პეტ-სკანირების შესახებ გაზრდილია	-მონაცემი არ არის	საინფორმაციო ბუკლეტები ხელმისაწვდომია მომიჯნავე სპეცილობის ექიმებისთვის			P	P
6.6.	6.6.1. კიბოს დიაგნოზის მქონე ბავშვთა უფლებების დაცვა: - მშობელთა მუდმივი და უწყვეტი ჩართულობა მკურნალობის პროცესში; - მშობლების უზრუნველყოფა ადეკვატური საცხოვრებლით; - ასაკის შესაბამისი გარემოს უზრუნველყოფა, თამაშზე და სასწავლო პროცესში ჩართულობა; - შესაბამისი ინფორმაციის ქონის უფლება; - მკურნალობა მულტიდისციპლინური გუნდის მონაწილეობით; - უწყვეტი ზრუნვის მიღების უფლება მკურნალობის მთელი პროცესის მანძილზე. განგრძობადი მკურნალობა და საავადმყოფოდან გაწერის შემდგომი ზრუნვა	-ადეკვატური საცხოვრებლით უზრუნველყოფილ მშობელთა % გაზრდილია; -განკურნებულ პაციენტთა % გაზრდილია	არსებული პროტოკოლი და გაიდლაინები: -მწვავე ლიმფოიდური ლეიკემიის მკურნალობის პროგრამა (ALL IC BFM 2002, მტკიცებ. Iრეკომენდაც ხარისხი A); - მწვავე მიელოიდური ლეიკემიის მკურნალობის პროგრამა (AML-BFM BFM 2004, მტკიც. I რეკომენდაციის ხარისხი A); - არა-ჰოჯკინის ლიმფომის მკურნალობის პროგრამა (B-NHL BFM 2004, მტკიცებულება I რეკომენდაციის ხარისხი A); - ჰოჯკინის ლიმფომის მკურნალობის პროგრამა (GPOH-HD 2002, მტკიცებულება I რეკომენდაციის ხარისხი A).	ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვა ბავშვთა ასაკში გაუმჯობესებულია – განკურნებულ პაციენტთა % გაზრდილია	P	P	P	P

	<p>6.6.2. ახალი სერვისები, რომლებიც უნდა დაინერგოს ლეიკემიებისა და ლიმფომების მენეჯმენტის გაუმჯობესების მიზნით</p> <ul style="list-style-type: none"> - მაღალტექნოლოგიური კვლევები, რომლებიც პირველი რიგის კვლევებადაა მიჩნეული, კერძოდ, BCR/ABL ქიმურული ონკოგენის დეტექცია და სხვა მოლეკულურ-გენეტიკური კვლევები; - ცენტრალური ვენის კათეტერიზაცია - ქიმიოთერაპიის სპეციფიკის გათვალისწინებით სტანდარტული მოთხოვნაა ხანგრძლივი მოხმარების, ე.წ. გვირაბული ტიპის (ინპლანტირებული) კათეტერი; - ადექვატური ხარისხის სისხლის კომპონენტების დამზადება, ლეიკორედუცირებული ერთით მასისა და თრომბოკონცენტრატის დამზადება; - ძელის ტვინის ტრანსპლანტაციის საჭიროების მქონე ბავშვთა უზრუნველყოფა შესაბამისი დახმარებით 	<p>-შემუშავებულია და დანერგილია გაიდლაინები -განკურნებულ/მართულ პაციენტთა % გაზრდილია</p>	<p>ამჟამად ეს სერვისები არ არის ხელმისაწვდომი</p>	<p>ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვა ბავშვთა ასაკში გაუმჯობესებულია - განკურნებულ პაციენტთა % გაზრდილია</p>	P	P	P	P
<p>6.7.</p>	<p>6.7.1. ექთნებისთვის სპეციალიზებული სასწავლო პროგრამების დანერგვა ონკოლოგიაში</p> <p>6.7.2. ონკოლოგიაში ტრენინგის ჩატრება იმ ექთნებისთვის რომლებიც ამჟამად ამ სფეროში არიან დაკავებულნი</p> <p>6.7.3. ექთნების მიერ შესრულებული სამედიცინო-ტექნიკური პროცედურების სტანდარტიზაცია</p>	<p>გადამზადებულია ექთნების 80%, სამედიცინო-ტექნიკური პროცედურების 50% სტანდარტიზებულია</p>	<p>სპეციალიზებული სასწავლო პროგრამა არ არსებობს</p>	<p>საექთნო საქმე ჩართულია უმაღლესი სამედიცინო განათლების პროგრამებში</p>	P	P		
<p>6.8.</p>	<p>6.8.1. სამედიცინო პერსონალის მიერ რუტინული გასინჯვების დროს კიბოს ოჯახური ანამნეზის ან გენეტიკური წინასწარგანწყობის მქონე პაციენტთა იდენტიფიცირებისადმი ხელშეწყობა</p> <p>6.8.2. მემკვიდრულ კიბოზე ექვსის მიტანის ან დადასტურების ნებისმიერ შემთხვევაში გენეტიკოსის მიერ კონსულტაციის ჩატრება</p> <p>6.8.3. საქართველოში ონკოსპეციფიური გენეტიკური კვლევების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა. საწყის ეტაპზე ქვეყანაში ერთი ან ორი გენეტიკური ლაბორატორიის შექმნა</p> <p>6.8.4. გენეტიკური კიბოს გამოსავლენად შესაბამისი კვლევებისადმი ხელშეწყობა</p>	<p>ოჯახური ანამნეზის ან გენეტიკური წინასწარგანწყობის მქონე გამოვლენილ პაციენტთა % გაზრდილია, ჩატრებული კონსულტაციების რიცხვი ხელმისაწვდომია</p>	<p>ინფორმაცია არ არის</p>	<p>ექიმები მოტივირებული არიან მსგავს პაციენტ-თა გამოვლენის თვალსაზრისით</p>	P	P	P	P
<p>მიზანი 7: ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია და მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მართვა</p>								

7.1.	7.1.1. ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობის სტანდარტულ კომპონენტებში სპეციფიკური ფიზიკური და ფსიქო-ონკოლოგიური ინტერვენციების (ფსიქოთერაპია, ფსიქო-ფარმაკოლოგია) ჩართვა და მათი რესოციალიზაციისადმი ხელშეწყობა	- ონკოლოგიურ პაციენტთა სულ ცოტა 20%-მა გაიარა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაცია; - ონკოლოგიურ პაციენტთა ოჯახის წევრების ხვედრითი წილი, რომელთაც მიიღეს ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა	ინფორმაცია არ არის	სისტემის ფორმირება; საჭიროების შემთხვევაში ყველა პაციენტისთვის ხელმისაწვდომობა		P	P	P
	7.1.2. ონკოლოგიურ პაციენტთა ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის თვალსაზრისით პროფესიონალთა (ფსიქოლოგები, სოციალური მუშაკები, ფსიქიატრები) ადექვატური რაოდენობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურების ყველა - პირველად, მეორად და მესამეულ დონეზე	10%-ით გაზრდილია სამედიცინო დაწესებულებების ხვედრითი წილი, სადაც ხორციელდება ფსიქოლოგიური დახმარება	ინფორმაცია არ არის			P	P	P

მიზანი 8: პალიატიური მზრუნველობით ონკოლოგიურ პაციენტთა მაქსიმალური მოვლა

8.1.	8.1.1. პალიატიური და/ან დამხმარე მზრუნველობის ჩართვა მულტიდისციპლინურ გუნდში კიბოს დიაგნოზის დადგენის მომენტებიდან	გაზრდილია პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე ონკოლოგიურ პაციენტთა %, რომლებმაც მიიღეს მსგავსი დახმარება	ინფორმაცია არ არის	- არსებული ქსელის გაფართოება, სისტემის გამართული ფუნქციონირება - საჭიროების მქონე ონკოლოგიურ პაციენტთა მაქსიმალური მოვლა		P	P	P
	8.1.2. პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფა შესაბამისი ცოდნისა და უნარ-ჩვევების მქონე (ტრენირებული) ადამიანური რესურსებით	პალიატიური მზრუნველობისადმი რომელიც კიბოთი გარდაცვლილ თითოეულ პაციენტზე უზრუნველყოფილი იქნება განსაზღვრული რაოდენობის მორფინის ექვივალენტური ძლიერი ოპოიდური ანალგეტიკებით, გაზრდილია				P	P	P
	8.1.3. კიბოს ტერმინალური სტადიით დაავადებულ პირთათვის პალიატიური მზრუნველობის სერვისებისადმი (ბინაზე ზრუნვა, სტაციონალური პალიატიური მზრუნველობა-პოსპისი) ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და გეოგრაფიული მოცვის გაზრდა					P	P	P
	8.1.4. პალიატიურ მზრუნველობაში მონაწილეთა ჩართვა და მათი შესაბამისი სწავლების პროცესის უზრუნველყოფა; - ბინაზე მოვლის პროგრამის დაფინანსების გადახედვა, განსაკუთრებით ექთნების ჩართვა მოვლაში და მათი კვალიფიკაციის ამაღლება						P	P
8.2.	8.2.1. ტკივილის თერაპიის და პალიატიური მზრუნველობის მიზნით ეროვნული გაიდლაინების, სტანდარტების და პროტოკოლების დანერგვა					P	P	P
	8.2.2. დიპლომისმემდგომი სავალდებულო სწავლების სისტემის ორგანიზება პალიატიურ მზრუნველობაში და ტკივილის მართვაში ონკოლოგიისთვის, ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმებისთვის და რაიონული ექთნებისთვის					P	P	P

<p>8.2.3. ოპოიდებთან დაკავშირებული ადმინისტრაციული ბარიერების თანდათანობითი ელიმინაცია (რეცეპტების განსაკუთრებული ფორმა, ყოველკვირეული ლიმიტი) და სტიგმის შემცირება, ასევე ახალი რელევანტური წამლების ხელმისაწვდომობა</p>				P	P	P
---	--	--	--	---	---	---

მიზანი 9: ადამიანური რესურსების განვითარება კიბოს კონტროლისა და მართვის მიზნით

9.1.	<p>9.1.1. ონკოლოგიური პაციენტების მკურნალობაში ჩართული ნებისმიერი ექიმის მიერ დამატებითი განათლების (სუბსპეციალიზაციის) მიღების აუცილებლობის შესახებ არსებული მოთხოვნისადმი მხარდაჭერა</p>	<p>– ხელმისაწვდომია ინფორმაცია ონკოლოგიური პაციენტების მკურნალობაში ჩართული სუბსპეციალიზაციის მქონე (ონკოლოგიაში) ექიმების %-ის შესახებ</p>	<p>არსებობს მოთხოვნა სუბსპეციალიზაციის მიღების აუცილებლობის შესახებ</p>	<p>– ონკოლოგიური პაციენტების მკურნალობაში ჩართული ექიმების 95%-ს აქვს სუბსპეციალიზაცია ონკოლოგიაში</p>			
	<p>9.1.2. უწყვეტი პოსტდიპლომური სწავლების განხორციელება სამედიცინო მომსახურების მესამეულ დონეზე</p>	<p>ხელმისაწვდომია ინფორმაცია პოსტდიპლომური სწავლების გავლის შესახებ (%)</p>	<p>უწყვეტი პოსტდიპლომური სწავლება ამჟამად არ ხორციელდება</p>	<p>პოსტდიპლომური სწავლება გავლილი აქვს საჭიროების მქონე ექიმთა 95%-ს</p>			
	<p>9.1.3. ქვეყნის შიგნით უკვე მომუშავე და დიდი გამოცდილების მქონე რადიოთერაპიულ ცენტრებში კადრების მომზადება: სამედიცინო ფიზიკოსების და რადიოთერაპიის ტექნიკოსების გადამზადება</p>	<p>მომზადებულია ანგარიში რადიოთერაპიულ ცენტრებში დატრენინგებული კადრების შესახებ</p>	<p>არ არის ინფორმაცია</p>	<p>კადრების მომზადება- გადამზადება უწყვეტად მიმდინარეობს</p>			
	<p>9.1.4. ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტოს ტექნიკური თანამშრომლობის შესაძლებლობების გამოყენება ადამიანური რესურსების განვითარების (სტიპენდიები, სამეცნიერო ვიზიტები, ექსპერტთა მისიები, სასწავლო კურსები და ა.შ.) და დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მეთოდების ხარისხის გაუმჯობესების თვალსაზრისით: - რადიოთერაპიაში და ბირთვულ მედიცინაში კვალიფიციური სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის მომზადების ხელშეწყობა</p>	<p>ხელმისაწვდომია ანგარიში ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტოს ტექნიკური თანამშრომლობის გზით მომზადებული კადრების შესახებ</p>	<p>აღინიშნება კვალიფიციურები ული რადიოთერაპეუტების და ბირთვული მედიცინის სპეციალისტთა დეფიციტი</p>	<p>გაზრდილია კვალიფიციური რადიოთერაპეუტების და ბირთვული მედიცინის სპეციალისტთა რაოდენობა</p>			
	<p>9.1.5. შემდგომი წვრთნისათვის და მუდმივი გადამზადებისათვის ქვეყანაში პროექტების და პროგრამების შემუშავება, რომელთა დაფინანსებაც ხელუწიფება IAEA-სა და სხვა საერთაშორისო ორგანიზაციებს</p>	<p>შემუშავებულია და IAEA-ში გაგზავნილია პროექტები და პროგრამები კადრების შემდგომი წვრთნისა და მუდმივი გადამზადებისათვის</p>	<p>IAEA-ში 2016-2017 წლებისთვის მოხდა საპროექტო განაცხადის წარდგენა: „რადიაციული მედიცინის ხარისხის უზრუნველყოფის სტრატეგია საქართველოში“, განაცხადი მიღებულია</p>	<p>გაზრდილია კვალიფიციური რადიოთერაპეუტების და ბირთვული მედიცინის სპეციალისტთა რაოდენობა</p>			

9.1.6. რადიაციულ თერაპიასა და ბირთვულ მედიცინაში სარეზიდენტო პროგრამის ამოქმედება, რომელიც ხელს შეუწყობს სპეციალისტთა კრიტიკული მასის მიღწევას (რადიოთერაპიისა და ბირთვული მედიცინის პროფესიონალებისთვის სასწავლო პროგრამების რევიზია, განხილვა, განახლება ან არარსებობის შემთხვევაში ახლის შემუშავება)	შემუშავებულია და დამტკიცებულია სარეზიდენტო პროგრამები	სპეციალისტებ ის მომზადდება შესაძლებელია მხოლოდ უცხოეთში	რადიაციულ თერაპიასა და ბირთვულ მედიცინაში სარეზიდენტო პროგრამები შექმნილია, მიმდინარეობს სწავლება					
9.1.7. ექსპერტ-ონკოლოგთა პანელის შექმნა, რომლებიც დიაგნოსტიკისა და მოვლის შესახებ კონსულტაციას გაუწევენ ჯანდაცვის პირველადი რგოლის სამედიცინო პერსონალს	ხელმისაწვდომია ანგარიში გაწეული კონსულტაციებისა და მასში მონაწილე ექიმების რაოდენობის შესახებ	პირველადი ჯანდაცვის/ოჯახის 200-ზე მეტ ექიმს გავლილი აქვს სასწავლო მოდულები ჩეხეთის „კარიტასის“ ხელშეწყობით	ჯანდაცვის პირველადი რგოლის/ოჯახის ს ექიმთა 100%-ს გავლილი აქვს სასწავლო მოდულები					
9.1.8. სპეციალიზებული სასწავლო პროგრამების/მოდულების შექმნა და დანერგვა ონკოლოგიაში დასაქმებული ექთნებისთვის	ხელმისაწვდომია მონაცემები სპეციალიზებულ სასწავლო პროგრამებში/მოდულებში ტრენინგული ექთნების შესახებ	არ არის მსგავსი მოდული	სპეციალიზებული სასწავლო პროგრამები/მოდულები საექთნო საქმეში შექმნილია და დანერგილია					
9.1.9. დიპლომის შემდგომი უწყვეტი განათლების უზრუნველყოფა ონკოლოგიის სფეროში მომუშავე ექთნებისთვის	–ხელმისაწვდომია ინფორმაცია ექთნების რ–ის შესახებ, რომელთაც გაიარეს დიპლომის შემდგომი უწყვეტი სწავლება	არ არის დანერგილი	–დანერგილია დიპლომის შემდგომი უწყვეტი განათლების სისტემა ექთნებისთვის					

მიზანი 10: პრეციზიოზული (ზუსტი/ პერსონალიზირებული) მედიცინის განვითარების ხელშეწყობა. კვლევები და მკურნალობის თანამედროვე მიდგომები ონკოლოგიაში

10.1.	10.1.1. პრეციზიოზული მედიცინის საკითხებზე მომუშავე სამუშაო ჯგუფის შექმნა (აღნიშნულ ჯგუფში შევლენ საქართველოს სხვადასხვა სამეცნიერო და სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომლები, რომლებიც დაინტერესებულნი არიან პრეციზიოზული მედიცინის საკითხებით)	ხელმისაწვდომია ბრძანება სამუშაო ჯგუფის შექმნის შესახებ	არ ფუნქციონირებს მსგავსი ჯგუფი	სამუშაო ჯგუფი მუშაობს პრეციზიოზული მედიცინის განვითარების თვალსაზრისით				
	10.1.2. საქართველოს სამედიცინო საზოგადოების და მოსახლეობის გათვითცნობიერება პრეციზიოზული მედიცინის სარგებლიანობის შესახებ	პრეციზიოზული მედიცინის შესახებ მომზადებული ტელე-გადაცემები, მომზადებული და გავრცელებული საგანმანათლებლო მასალები	ინფორმირებულია დაბალია (მხოლოდ ის ადამიანები ფლობენ ინფორმაციას, რომლებიც უშუალოდ არიან ჩართულნი ამ საქმეში)	ხორციელდება მოლეკულურ-გენეტიკური კვლევები, არსებობს პერსონალიზებული მედიცინის ხელმისაწვდომობა				
	10.1.3. რ. ლუგარის კვლევით ცენტრში პრეციზიოზული მედიცინაში გამოყენებული თანამედროვე ტექნოლოგიების დანერგვა: თანამედროვე მოლეკულური მეთოდები, ბიოინფორმატიკა, ანალიტიკური	რ. ლუგარის კვლევით ცენტრში დანერგილია პრეციზიოზული მედიცინაში გამოყენებული თანამედროვე ტექნოლოგიები	ამჟამად არ ტარდება მსგავსი კვლევები	ხორციელდება კვლევები თანამედროვე ტექნოლოგიების გამოყენებით				

	ბიოქიმიის მეთოდები							
	10.1.4 პრეციზიოზული მედიცინის დარგის წამყვან სამეცნიერო ცენტრებთან თანამშრომლობა: კონტაქტების დამყარება, გამოცდილების გაზიარება, სპეციალისტების სტაჟირება, სემინარების ჩატარება, ერთობლივი სამეცნიერო პროექტის შემუშავება	–შემუშავებულია ერთობლივი სამეცნიერო პროექტები; –ხელმისაწვდომია ინფორმაცია სტაჟირებაზე მყოფი სპეციალისტების შესახებ, ჩატარებული სემინარების შესახებ და ა.შ.	არის თანამშრომლობა რამდენიმე სამეცნიერო ცენტრთან (იხ.გვ.59)	–დამყარებულია კონტაქტები წამყვან სამეცნიერო ცენტრებთან; –საქართველო ჩართულია საერთო ფუნდამენტურ და დიაგნოსტიკურ კვლევებში				

შემოკლებები

კკეს - კიბოს კონტროლის ეროვნული სტრატეგია
 ICD-O - დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია ონკოლოგიაში
 შჯსდს - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
 დგსჯეც - დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადო

ებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
 WHO- ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
 CT-კომპიუტერული ტომოგრაფია
 MRI - მაგნიტო-რეზონანსული დასხივება
 IAEA- ატომური ენერჯის საერთაშორისო სააგენტო



გამოყენებული ლიტერატურა

1. არაგადამდებ დაავადებათა რისკის ფაქტორების კვლევა, საქართველო, 2010, ხელმისაწვდომია:
2. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, et al. PLCO Project Team. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *N Engl J Med* 2009;360:1310-9;
3. Bertolotto C, Lesueur F, Giuliano S *et al.*; French Familial Melanoma Study Group (2011). A SUMOylation-defective *MITF* germline mutation predisposes to melanoma and renal carcinoma. *Nature*, 480:94–98. <http://dx.doi.org/10.1038/nature10539>
4. Bolton KL, Chenevix-Trench G, Goh C *et al.*; EMBRACE; kConFab Investigators; Cancer Genome Atlas Research Network (2012). Association between *BRCA1* and *BRCA2* mutations and survival in women with invasive epithelial ovarian cancer. *JAMA*, 307:382–390. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.20> PMID:22274685
5. Cancer control: Planning. WHO guide for effective programs, 2006
6. Cancer control: Prevention. WHO guide for effective programs, 2007
7. Cancer control: Early detection WHO guide for effective programs, 2007
8. Cancer Control, Knowledge into Action, Diagnosis and Treatment, WHO, 2007
9. Cancer control: Palliative care. WHO guide for effective programs, 2007
10. Comprehensive Cervical Cancer Prevention and Control, a healthier future for girls and women, WHO guide, 2013.
11. Danaei G. et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*, 366:1784–1793, 2005;
12. Djulbegovic M, Beyth RJ, Neuberger MM, et al. Screening for prostate cancer: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2010;341:4543;
13. Driscoll T. et al. The global burden of diseases due to occupational carcinogens. *American Journal of Industrial Medicine*, 48:419–431, 2005).
14. Elkin EB, Ishill NM, Snow JG, et al. Geographic access and the use of screening mammography. *Med Care* 2010;48(4):349-56;
15. European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening (Fourth Edition) Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (2004); Cancer Prevention and Control, a healthier future for girls and women, WHO guide, 2013.
16. Ezzati M. et al., Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization, 2004;
17. Franceschi s. et al. Variations in the age-specific curves of human papilloma virus prevalence in women worldwide, *International Journal of Cancer*, 119:2677–2684, 2006;
18. Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013
19. Global Strategy on Diet, Physical activity and Health, WHO, 2004; http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

20. Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol, WHO, 2009; http://www.who.int/substance_abuse/msbalscstrategy.pdf
21. Heidenreich A, Bellmunt J, Bolla M, et al. EAU Guidelines on Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, and Treatment of Clinically Localised Disease. *Eur Urol* 2011;59(1):e1-e4.
22. Hudson TJ, Anderson W, Artez A *et al.*; International Cancer Genome Consortium (2010). International network of cancer genome projects. *Nature*, 464:993–998. <http://dx.doi.org/10.1038/nature08987>
23. IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies. Breast Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Volume 6. Lyon, France. IARC Press 2002;
24. Kramer BS: The science of early detection. *Urol Oncol* 2004; 22(4):344-7.
25. Mandel JS, Church TR, Bond JH, et al.: The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med* 343 (22): 1603-7, 2000.
26. Manolio TA, Collins FS, Cox NJ *et al.* (2009). Finding the missing heritability of complex diseases. *Nature*, 461:747–753. <http://dx.doi.org/10.1038/nature08494>
27. Mardis ER (2011). A decade's perspective on DNA sequencing technology. *Nature*, 470:198–203. <http://dx.doi.org/10.1038/nature09796>
28. Naeim A, Keeler E, Bassett LW, et al. Cost-effectiveness of increasing access to mammography through mobile mammography for older women. *J Am Geriatr Soc.* 2009 Feb;57(2):285-90. Epub 2008 Dec 11.
29. Perz JF et al. The contribution of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *Journal of Hepatology*, 2006, 45: 529-538;
30. Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases. New York: United Nations; 2011 (http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en/)
31. Riegman PH, de Jong BW, Llombart-Bosch A (2010). The Organization of European Cancer Institutes Pathobiology Working Group and its support of European biobanking infrastructures for translational cancer research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*,19:923–926. <http://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-10-0062>
32. Siemiatycki J et al. Listing occupational carcinogens. *Environmental Health Perspectives*, 112:1447–1459, 2004;
33. *Screening for Cervical Cancer*, Topic Page. April 2012. U.S. Preventive Services Task Force
34. Shaikat A, Mongin SJ, Geisser MS, et al.: Long-term mortality after screening for colorectal cancer. *N Engl J Med* 369 (12): 1106-14, 2013.
35. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. ERSPC Investigators. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med* 2009;360:1320-8;
36. Whitlock E, Lin JS, Liles E, et al. Screening for colorectal cancer: a targeted systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149:638-58;
37. White E, Miglioretti D, Yankaskas B, et al. Biennial versus annual mammography and the risk of late-stage breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2004;96(24):1832-9;

38. Wong KM, Hudson TJ, McPherson JD (2011). Unraveling the genetics of cancer: genome sequencing and beyond. *Annu Rev Genomics Hum Genet*, 12:407–430. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-genom-082509-141532>
39. World cancer report. IARC/WHO, Lyon, 2003; Cancer Control, Knowledge into Action, Prevention, WHO, 2007;
40. WHO Global NCD Action Plan 2013-2020_ resolution WHA 66
41. WHO Framework convention on tobacco control, 2003 http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf
42. www.moh.gov.ge
43. www.ncdc.ge/pdf/GEO302.
44. www.palliativecare.org.ge/index.html
45. www.uicc.org/world-cancer-declaration
46. www.who.int/cancer/prevention, accessed 18 December, 2016;
47. Yokoyama S, Woods SL, Boyle GM *et al.* (2011). A novel recurrent mutation in *MITF* predisposes to familial and sporadic melanoma. *Nature*, 480:99–103. <http://dx.doi.org/10.1038/nature10630> PMID:22080950