

პაციენტის ნავიგაციის გზამკვლევი ძუძუს კიბოს ზრუნვის სისტემაში

თბილისი

2025

შინაარსი

პაციენტის ნავიგაციის გზამკვლევი.....	1
აბრევიატურები	3
შესავალი	4
გზამკვლევის მომზადების მეთოდოლოგია	5
სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გზამკვლევის გამოყენების პირობები	6
ზრუნვის სხვადასხვა დონეებს შორის კოორდინაციის ჩარჩო და რეფერალის მიკვლევადობის მოდელი..	6
პაციენტის მოძრაობის ტრაექტორიის ძირითადი პრინციპები	7
თითოეულ საფეხურზე განხორციელებული ჩარევები და სამედიცინო პროვაიდერების როლები.....	7
საფეხური 1 - ძუძუს კიბოს პრევენცია და ადრეული გამოვლენა.....	11
საფეხური 2 - სიმპტომების მქონე ქალების საწყისი გამოკვლევა და რეფერალი	16
საფეხური 3 - დაავადების დიაგნოზი, სტადირება და მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა.....	17
საფეხური 4 - მკურნალობა.....	22
საფეხური 5 - ზრუნვა საწყისი მკურნალობის შემდეგ და რეაბილიტაცია.....	24
საფეხური 6 - მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგი (Follow Up)	26
საფეხური 7 - პალიატიური ზრუნვა	27
პალიატიური ზრუნვა – პასუხისმგებლობები	28
პაციენტზე ორიენტირებული მომსახურება და პაციენტის ნავიგაცია ძუძუს კიბოს მენეჯმენტში.....	31
საინფორმაციო სისტემები და რეპორტიინგი	34
გზამკვლევის კომპონენტების შესრულების ძირითადი ინდიკატორები	35
გამოყენებული ლიტერატურა	38

აბრევიატურები

AIS-Adenocarcinoma In Situ - ადენოკარცინომა in situ - ინტრაეპითელური ნეოპლაზია (კიბოსწინა მდგომარეობა)

BC - Breast Cancer ძუძუს კიბო

BRCA1/2 - გენური მუტაცია, ძუძუს კიბოს პრედიქტორული ფაქტორი

CISH/FISH – იმუნოფლუორისცენტული კვლევები, აზუსტებს Her2+ სტატუსს

CT კტ - კომპიუტერული ტომოგრაფია

EBC – Early Breast Cancer - ძუძუს ადრეული კიბო

ER - ესტროგენ რეცეპტორი

EHR-Electronic Health Record - ჯანმრთელობის ელექტრონული ჩანაწერების სისტემა

ESMO-European Society for Medical Oncology-სამედიცინო ონკოლოგიის ევროპული საზოგადოება

FIGO-International Federation of Gynecology and Obstetrics-გინეკოლოგიისა და მეანობის საერთაშორისო ფედერაცია (კიბოს სტადირების სისტემა)

GBCI- Global Breast Cancer Initiative - ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ძუძუს კიბოს გლობალური ინიციატივა (დოკუმენტი)

GLOBOCAN_2022 –Global Cancer Observatory-ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალური კიბოს მონაცემთა ობსერვატორია

Ki67-უჯრედების პროლიფერაციის (გამრავლების) მარკერი

მდგ-MDT-Multidisciplinary Team-მულტიდისციპლინური გუნდი

MammaPrint - პროგნოზული და პრედიქტიული ტესტი საზღვრავს დაავადების რეციდივის რისკს და ადიუვანტური ქიმიოთერაპიის სარგებელს;

MBC – Metastatic Breast Cancer ძუძუს მეტასტაზური კიბო;

MRI მრტ -მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია

N(+) - დადებითი ლიმფური კვანძი/კვანძები;

NCCN-National Comprehensive Cancer Network-კიბოს ყოვლისმომცველი ეროვნული ქსელი

NCDC-National Center for Disease Control and Public Health-დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

PD-L1-Programmed death-ligand 1-პროგრამირებული სიკვდილის ლიგანდი 1 (იმუნოთერაპიის მარკერი)

პჯდ-პირველადი ჯანდაცვა

PET-Positron Emission Tomography –პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია

PgR - პროგესტერონის რეცეპტორი

PIK3CA - გენური მუტაცია

PR - პროგესტერონ რეცეპტორი

SLN - Sentinel Lymph Node-სენტინელური (პირველადი) ლიმფური კვანძი

TILs - სიმსივნის მაინფილტრირებელი ლიმფოციტები

TNM-Tumor, Node, Metastasis-სიმსივნის (T), ლიმფური კვანძების (N) და მეტასტაზების (M) კლასიფიკაცია (სტადირება)

TNBC - სამმაგად უარყოფითი ძუძუს კიბო (უარყოფითია ER, PR, Her2/neu რეცეპტორები)

WHO-ჯანმო-World Health Organization-ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

შესავალი

ძუძუს კიბო წარმოადგენს ქალთა ჯანმრთელობის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს გამოწვევას როგორც გლობალურ, ისე ეროვნულ დონეზე. საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს მრავალ ქვეყნებში, ძუძუს კიბო რჩება ონკოლოგიური დაავადებების წამყვან მიზეზად ქალებში და ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს.

გლობალურად დაავადების შემთხვევები ყოველწლიურად იზრდება; მაშინ, როდესაც მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში სიკვდილიანობის მაჩვენებლების კლება დაკავშირებულია ადრეულ დიაგნოსტიკასა და თანამედროვე მკურნალობის ხელმისაწვდომობასთან, დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებში სიკვდილიანობა კვლავ მაღალია - გვიანი გამოვლენისა და სერვისებზე შეზღუდული ხელმისაწვდომობის გამო.

საქართველოში ძუძუს კიბოს ეპიდემიოლოგია სრულად ასახავს გლობალურ ტენდენციებს — დაავადება ქალთა ონკოლოგიურ პათოლოგიებს შორის პირველ ადგილზეა და სიკვდილიანობის ერთ-ერთ წამყვან მიზეზს წარმოადგენს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის GLOBOCAN მონაცემებით, 2022 წელს ქვეყანაში დიაგნოსტირებული იყო 1 730 ახალი შემთხვევა, რაც საქართველოში ყველა ავთვისებიანი სიმსივნის დაახლოებით 12.6%-ს შეადგენს. ეროვნული მონაცემებით, შემთხვევათა მნიშვნელოვანი ნაწილი (>40%) ვლინდება გვიან სტადიებზე, რაც უარყოფითად მოქმედებს გადარჩენის მაჩვენებელზე და ასახავს ნაკლოვანებებს ადრეულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში.

გარდა უშუალო სამედიცინო გამოწვევებისა, ძუძუს კიბო მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს პაციენტის ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და ეკონომიკურ კეთილდღეობაზე. მკურნალობის ხანგრძლივი და კომპლექსური ხასიათი, რომელიც მოითხოვს მულტიდისციპლინურ ჩართულობას, ასევე თანმხლები თერაპიები და გართულებები, მოითხოვს მნიშვნელოვანი ფიზიკური და ფინანსური რესურსების მობილიზებას, რაც საბოლოო ჯამში მძიმე ტვირთად აწევს როგორც პაციენტს და მის ოჯახს, ისე სახელმწიფოს ჯანდაცვის სისტემას და ეკონომიკას.

ამ გამოწვევების ფონზე, საქართველოსთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია სისტემური მიდგომის გაძლიერება. **პაციენტის ნავიგაციის გზამკვლევი** სწორედ ამ მიზანს ემსახურება — შეამციროს პაციენტის დიაგნოზისა და მკურნალობის შორის დროითი ინტერვალი, აღმოფხვრას გეოგრაფიული და ფინანსური ბარიერები, და ხელი შეუწყოს პერსონაზე ორიენტირებული და მაღალი ხარისხის მკურნალობის ხელმისაწვდომობას მთელი ქვეყნის მასშტაბით.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (WHO) ხაზგასმით მიუთითებს, რომ გლობალურ დონეზე ძუძუს კიბოს ტვირთის შემცირება შესაძლებელია მხოლოდ სერვისების სრული ჯაჭვის უზრუნველყოფით, რაც მოიცავს ადრეულ დიაგნოსტიკას, დროულ და ეფექტიან მკურნალობას, რეაბილიტაციასა და პალიატიურ დახმარებას.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა გააუმჯობესოს ძუძუს კიბოს მართვის შედეგები სკრინინგის დანერგვითა და სამკურნალო სერვისების გაძლიერებით.

ძუძუს კიბოს ეროვნული სკრინინგის პროგრამა 40-70 ასაკის ქალებისთვის დაინერგა 2008 წელს. თუმცა, წლიდან წლამდე სკრინინგით მიზნობრივი პოპულაციის მოცულობა უკიდურესად დაბალი რჩება და მხოლოდ 10%-12% ფარგლებში მერყეობს. ასეთი დაბალი მოცვა ხაზს უსვამს ჯანმრთელობის განათლების გაძლიერებისა და ადრეულ დიაგნოსტიკაში სისტემური ინვესტიციების აუცილებლობას.

მკურნალობის ნაწილში, საქართველოში ონკოლოგიური სერვისები გამოირჩევა სრული ხელმისაწვდომობითა და თანამედროვე სამკურნალო თერაპიების მზარდი მოცვით (სახელმწიფო პროგრამებით ფინანსდება ქირურგიული, რადიაციული და სისტემური თერაპიის ყველა კომპონენტი, მ.შ. HER2-დადებითი დაავადებისათვის ტრასტუზუმაბით მკურნალობა).

2026 წლიდან იგეგმება ონკოლოგიური დიაგნოსტიკის სახელმწიფო დაფინანსების გაფართოება, რამაც ხელი უნდა შეუწყოს ადრეულ აღმოჩენას და მკურნალობის დაწყებას.

მიუხედავად ამ პროგრესისა, კვლავ გამოწვევად რჩება თანასწორი, გაიდლაინებთან შესაბამისი უწყვეტი სერვისების უზრუნველყოფა პაციენტის მთელი გზის განმავლობაში - განსაკუთრებით, პირველად დიაგნოსტიკაში, რეაბილიტაცია/აბილიტაციის ნაწილში; არასისტემურ ხასიათს ატარებს მკურნალობის დასრულების შემდგომი მონიტორინგი (follow up) და პალიატიური მზრუნველობა.

პაციენტებისთვის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის გზა რთულია და ამ პროცესში ჩართულ პირებს ხშირად უჭირთ მისი სრულყოფილი აღქმა. აღნიშნული პროცესი, როგორც წესი, მოიცავს მრავალ სამედიცინო პროვაიდერს და გადის სხვადასხვა დაწესებულებებს, როგორც საჯარო, ისე კერძო სექტორში.

ძუძუს კიბოს პაციენტის ნავიგაციის გზამკვლევი ასახავს ამ მოძრაობას, დაწყებული პრევენციისა და სკრინინგის მომენტიდან, დამთავრებული მკურნალობით, მონიტორინგით და, საჭიროების შემთხვევაში, პალიატიური მზრუნველობით (Roadmap _სქემა 1).

დოკუმენტის მიზანი: გზამკვლევის მიზანია საქართველოში ძუძუს კიბოს პაციენტთა ნავიგაციის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, სტანდარტიზებული და კოორდინირებული გზამკვლევის ჩამოყალიბება, რომელიც უზრუნველყოფს სერვისების უწყვეტობას პირველადი ჯანდაცვის, სკრინინგის, მამოლოგიური და სპეციალიზებული ონკოლოგიური სერვისების დონეებს შორის.

გზამკვლევის მომზადების მეთოდოლოგია

წინამდებარე დოკუმენტი წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ, ყოვლისმომცველ კლინიკურ სახელმძღვანელოს, რომელიც შექმნილია საქართველოში ძუძუს კიბოს მართვის სტანდარტიზაციისა და გაუმჯობესებული შედეგების უზრუნველსაყოფად.

დოკუმენტი აერთიანებს საერთაშორისო და ეროვნულ გაიდლაინებზე დაფუძნებულ სამეცნიერო მტკიცებულებებს პაციენტის სწორი ნავიგაციის უზრუნველსაყოფად, პერსონაზე ორიენტირებული მოვლის საუკეთესო პრაქტიკის დანერგვის მიზნით.

სახელმძღვანელო შემუშავებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალური ინიციატივის — **Global Breast Cancer Initiative (GBCI)** — ჩარჩოზე დაყრდნობით, რომელიც აერთიანებს ადრეული გამოვლენის, დროული დიაგნოსტიკისა და ეფექტიანი მკურნალობის სისტემურ მიდგომებს. დოკუმენტი ასევე ეფუძნება წამყვან საერთაშორისო კლინიკურ რეკომენდაციებსა და გაიდლაინებს (WHO, ESMO, NCCN), რომელთა შინაარსობრივი და პრაქტიკული ადაპტაცია განხორციელებულია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ინფრასტრუქტურის, არსებული რესურსებისა და ორგანიზაციული მოდელის სპეციფიკის გათვალისწინებით. გამოყენებულია ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკის ეროვნულ კლინიკური გზამკვლევი¹, City Cancer Challenge (C/Can) ინიციატივის ფარგლებში შესრულებული პროექტების მასალები² და სხვა ავტორიტეტული ორგანიზაციების დოკუმენტები ანალოგიურ თემაზე (ლიტერატურის სრული ნუსხა დოკუმენტს თანდართული აქვს).

გზამკვლევის მომზადების პარალელურად, ექსპერტთა ჯგუფის მიერ შესრულდა ონკოლოგიურ დაავადებებთან დაკავშირებული ეროვნული და საერთაშორისო დოკუმენტების მიმოხილვა, რომელიც აღწერს საქართველოში საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციისა და ზრუნვის არსებული სისტემის ძირითად ტენდენციებს, ხარვეზებსა და ბარიერებს. აღნიშნული მიმოხილვა წარმოდგენილია ცალკე დოკუმენტად და გამოიყენება კონტექსტისა და სისტემური საჭიროებების უკეთ გასაგებად, ხოლო მოცემული გზამკვლევი აღწერს პაციენტის ნავიგაციის პრაქტიკულ ეტაპობრივ ნაბიჯებს და ოპერაციულ რეკომენდაციებზეა ორიენტირებული.

სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გზამკვლევის გამოყენების პირობები

გზამკვლევი უნდა წარმოადგენდეს ძუძუს კიბოს სკრინინგის, ადრეული დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მართვის სტანდარტულ ოპერაციულ პროცედურას. ყველა შესაბამისმა დაწესებულებამ და სპეციალისტმა უნდა დაიცვას მასში მოცემული რეკომენდაციები, გარდა კლინიკურად დასაბუთებული გამონაკლისებისა.

ზრუნვის სხვადასხვა დონეებს შორის კოორდინაციის ჩარჩო და რეფერალის მიკვლევადობის მოდელი

ძუძუს კიბოს მართვის სისტემაში ზრუნვის უწყვეტობისა და ხარისხის უზრუნველსაყოფად, აუცილებელია მკაფიო და სტანდარტიზებული კოორდინაციის მექანიზმები პრევენციიდან პალიატიურ ზრუნვამდე. გზამკვლევი ამ პროცესს აგებს 7 ძირითად საფეხურზე, რომლებზეც მკაფიოდ არის გაწერილი სამედიცინო პროვაიდერების როლები და დროის ოპტიმალური ინტერვალები.

კოორდინაციის ძირითადი მექანიზმები (დეტალურად იხილეთ თითოეული საფეხურის ქვეთავში):

- 1. სტანდარტიზებული ოპერაციული პროცედურა:** გზამკვლევი უნდა წარმოადგენდეს ძუძუს კიბოს პრევენციის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მართვის სავალდებულო სტანდარტულ ოპერაციულ პროცედურას, რომელსაც ყველა შესაბამისი დაწესებულება დაიცავს.
- 2. დროის ოპტიმალური ინტერვალების დაცვა:** პროცესის დაყოვნებათა შესამცირებლად, დადგენილია მკაფიო ვადები ყოველი ძირითადი ეტაპისთვის:
 - **სიმპტომური პაციენტის რეფერალი:** ოჯახის ექიმის მიერ მამოლოგთან რეფერალი – მაქსიმუმ 10 დღე.
 - **სტადირების კვლევები:** უნდა დასრულდეს სპეციალისტის მიერ განხილვიდან 4 კვირის განმავლობაში.
 - **მულტიდისციპლინური გუნდის (მდგ) ჩართვა:** დაავადების პირველი გამოვლენიდან – მაქსიმუმ 8 კვირის განმავლობაში.
 - **მკურნალობის დაწყება:** მდგ-ის გადაწყვეტილების მიღებიდან – მაქსიმუმ 3 კვირის ვადაში (ქირურგიული ჩარევა, სხივური ან/და სისტემური თერაპია).
- 3. მულტიდისციპლინური გუნდის (მდგ) ფორმატი:** მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრის მიზნით, ყველა ახლად დიაგნოსტირებული შემთხვევა სავალდებულოდ განიხილება მდგ-ის მიერ. ეს უზრუნველყოფს სპეციალისტების (მამოლოგი, რადიაციული ონკოლოგი, ონკოლოგი) კოორდინირებულ მიდგომას.
- 4. ინფორმაციის გაცვლა და რეპორტირება:**

- **ელექტრონული ჯანმრთელობის ჩანაწერები და კიბოს რეგისტრი:** სკრინინგის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შედეგების სტანდარტიზებული ფორმები უნდა აიტვირთოს ჯანმრთელობის ელექტრონულ საინფორმაციო სისტემასა და კიბოს რეგისტრში, რაც მონაცემთა სრულყოფილ დოკუმენტირებას უზრუნველყოფს.
- **უკუკავშირი:** სპეციალისტი (მამოლოგი, ონკოლოგი) პჯდ-ს უნდა აწვდიდნენ უკუკავშირის პაციენტის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის შესახებ.

პაციენტის მოძრაობის ტრაექტორიის ძირითადი პრინციპები

ძუძუს კიბოს პაციენტის ტრაექტორია მოიცავს სამ ძირითად ინტერვალს:

1. **პრედიაგნოსტიკური ინტერვალი** – რისკის შეფასება, ცნობიერების ამაღლება, ადრეული გამოვლენა.
2. **დიაგნოსტიკური ინტერვალი** – სიმპტომების შეფასება, დიაგნოსტიკა და სტადირება.
3. **მკურნალობის ინტერვალი** – მკურნალობის დაწყება, მონიტორინგი, რეაბილიტაცია და პალიატიური ზრუნვა.

თითოეული ინტერვალი მოიცავს კონკრეტულ, კოორდინირებულ და სტანდარტიზებულ აქტივობებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ დროული გადაწყვეტილებების მიღებას, სერვისებზე ადრეულ წვდომას და მკურნალობის უწყვეტობას. ამ ინტერვალების ფარგლებში გზამკვლევი განსაზღვრავს პაციენტის მოძრაობის ყველა ძირითად ეტაპს, რომლებიც **7 საფეხურად** არის ჩამოყალიბებული:

თითოეულ საფეხურზე განხორციელებული ჩარევები და სამედიცინო პროვაიდერების როლები

საფეხური 1 - ძუძუს კიბოს პრევენცია და ადრეული გამოვლენა (ცნობიერების ამაღლების სტრატეგია და სკრინინგი)

საფეხური 2 - სიმპტომების მქონე ქალების საწყისი გამოკვლევა და რეფერალი

საფეხური 3 - დაავადების დიაგნოზი, სტადირება და მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა

საფეხური 4 - მკურნალობა: (1) განკურნებაზე ორიენტირებული მკურნალობა (2) კიბოს საწინააღმდეგო თერაპია ცხოვრების ხარისხისა და/ან სიცოცხლის ხანგრძლივობის გასაუმჯობესებლად განკურნების მოლოდინის გარეშე, (3) სიმპტომების პალიაცია (შემსუბუქება)

საფეხური 5 - ზრუნვა საწყისი მკურნალობის შემდეგ და რეაბილიტაცია

საფეხური 6 - მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგი (Follow Up)

საფეხური 7 - პალიატიური ზრუნვა

I.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობი ქმედებები ადრეული გამოვლენისათვის
(პრედიაგნოსტიკური ინტერვალი) :

საფეხური 1

- ცნობიერების ამაღლების სტრატეგია და სკრინინგი;
- სიმპტომები და კლინიკური გამოვლინებები

საფეხური 2

- Red Flags - სასწრაფო რეფერალის ინდიკატორები

KPI: ძუძუს კიბოს შემთხვევების $\geq 60\%$ დიაგნოსტიკა უნდა მოხდეს დაავადების I ან II სტადიაზე

II.

ძუძუს კიბოს დროული დიაგნოსტიკა (დიაგნოსტიკური ინტერვალი) :

საფეხური 3

- ადრეული დიაგნოსტიკის მეთოდები
 - კლინიკური შეფასება
 - ვიზუალიზაციის კვლევები
 - ბიოფსია
- ჰისტო-პათოლოგიური და იმუნოჰისტოქიმიური კვლევები
- დიაგნოსტიკის დამატებითი მეთოდები/ სტადიის განსაზღვრის კვლევები

KPI: დიაგნოსტიკური შეფასება, გამოსახულებითი კვლევები, ქსოვილის ბიოფსია და პათომორფოლოგიური დიაგნოზი უნდა დასრულდეს 60 დღეში

III.

ძუძუს კიბოს ყოვლისმომცველი/კომპლექსური მენეჯმენტი
(მკურნალობის ინტერვალი) :

საფეხური 4

- მულტიდისციპლინური ჩართულობა
- ქირურგია
- სისტემური თერაპია
- რადიაციული თერაპია

საფეხური 5 საწყისი მკურნალობის შემდგომი ზრუნვა და რეაბილიტაცია

საფეხური 6 მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგი (Follow-Up)

საფეხური 7 პალიატიური ზრუნვა

KPI: პაციენტების $\geq 80\%$ უნდა ჩაუტარდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, კომპლექსური კიბოსაწინააღმდეგო მკურნალობა

აღნიშნული პროცესების განხორციელებაში მნიშვნელობა ენიჭება დროის ოპტიმალური ინტერვალების დაცვას საწყის კლინიკურ გამოვლინებას, რეფერალსა და მკურნალობას შორის. შესაბამისად, გზამკვლევი ადგენს დროის შემდეგ ოპტიმალურ ინტერვალებს:

ცხრილი 1. დროის ოპტიმალური ინტერვალები თითოეული საფეხურის მიხედვით

საფეხური გზამკვლევაში	ზრუნვის დონე	დროის ინტერვალი
საფეხური 1 ▪ ცნობიერების ამაღლების კამპანიები ▪ ძუძუს კიბოს სკრინინგი	სახელმწიფო პოლიტიკა, პჯდ სკრინინგ ცენტრები	შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფებში/ შესაბამისი ინტერვალების დაცვით (იხ. სკრინინგი) – სკრინინგული მამოგრაფიის შედეგი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს და განხილული იქნას პაციენტთან ერთად <u>7-14 დღის ვადაში</u>, ამასთან: ▪ დრო მამოგრაფიიდან დასკვნის გამოტანამდე < 5 დღე ▪ დრო მამოგრაფიის დასკვნიდან შემდგომ კვლევებამდე <5 დღე ▪ დრო კვლევების ჩატარებიდან შედეგების გაცემამდე < 5 დღე – მამოგრაფიის ან/და ბიოფსიის შედეგებიდან გამომდინარე ⇒ რეფერალი ონკოლოგიურ სპეციალიზებულ ცენტრში უნდა განხორციელდეს პათოლოგიის <u>გამოვლენიდან მაქსიმუმ 10 დღის ვადაში</u> (იხ.ცხრილი 2)
საფეხური 2 - სიმპტომების მქონე ქალების საწყისი გამოკვლევა და რეფერალი	პჯდ პროვაიდერის მიერ შეფასება	*სიმპტომური პაციენტის ოჯახის ექიმის მიერ მამოლოგთან/ონკოლოგთან რეფერალი - <u>მაქსიმუმ 10 დღის ვადაში</u>
	რეფერალი სპეციალისტთან	– მამოგრაფიის და ბიოფსიის შედეგებიდან გამომდინარე ან/და – თვალსაჩინო პათოლოგიის შემთხვევაში ⇒ რეფერალი ონკოლოგიურ სპეციალიზებულ ცენტრში უნდა განხორციელდეს <u>გამოვლენიდან მაქსიმუმ 10 დღის ვადაში</u>

საფეხური 3 - დაავადების დიაგნოზი, სტადირება და მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა	დიაგნოსტიკური კვლევები სპეციალიზებულ კლინიკაში (იხ. სქემა 1 და სქემა 2)	▪ ვერიფიკაციის კვლევები უნდა განხორციელდეს მომართვიდან მაქსიმუმ 7-10 დღის ვადაში: – მამოგრაფია ტომოსინთეზით _ან – კონტრასტული მამოგრაფია _ან/და – ძუძუს მრტ ი/ვ კონტრასტით – კორ ბიოფსია ან სტერეოტაქსიკური ბიოფსია, მასალის მორფოლოგიური/იჰქ კვლევით ▪ მორფოლოგიური კვლევა (ჰისტოლოგიური _ტიპი, ინვაზიურობა, გრეიდი, TILs) : დასკვნა მასალის შემოსვლიდან მაქსიმუმ 2 კვირის განმავლობაში კეთილთვისებიანი პათოლოგიის შემთხვევაში დიაგნოსტიკური კვლევები დასრულდება და გადაწყდება საჭიროებისამებრ მეთვალყურეობა; ძუძუს კიბოს დადასტურების შემთხვევაში ტარდება იმუნოჰისტოქიმიის და გაგრძელდება სტადირების კვლევები ▪ იმუნოჰისტოქიმიური კვლევა (ER; PR; Her2/neu (CISH/FISH), Ki67): დასკვნა მასალის შემოსვლიდან მაქსიმუმ 1 კვირის განმავლობაში ▪ სტადირების კვლევები = გამოკვლევები უნდა დასრულდეს სპეციალისტის მიერ განხილვიდან 2-4 კვირის განმავლობაში: – გულმკერდის რენტგენოგრაფია – გულმკერდის კტ ი/ვ კონტრასტით – მუცლის ღრუს ექსკოპია – მუცლის ღრუს და მენჯის კტ ი/ვ კონტრასტით – მუცლის ღრუს და მცირე მენჯის მრტ ი/ვ კონტრასტით – მთელი სხეულის (ან ლოკალიზაციის მიხედვით) მრტ ი/ვ კონტრასტით – ძვლის სცინტიგრაფია – თავის ტვინის მრტ ი/ვ კონტრასტით – PET CT
	მულტიდისციპლინური გუნდის გარჩევა (მდგ)	ყველა ახლად დიაგნოსტირებული შემთხვევა უნდა განიხილოს მულტიდისციპლინურმა გუნდმა მკურნალობის დაგეგმვის მიზნით. ოპტიმალური დრო მდგ ჩართვისთვის - დაავადების პირველი გამოვლენიდან - მაქსიმუმ 8 კვირის განმავლობაში

საფეხური 4 - მკურნალობა	ქირურგიული ჩარევა	მკურნალობა უნდა დაიწყოს გადაწყვეტილების მიღებიდან მაქსიმუმ 3 კვირის ვადაში
	სხივური თერაპია	მკურნალობა უნდა დაიწყოს გადაწყვეტილების მიღებიდან მაქსიმუმ 3 კვირის ვადაში
	სისტემური თერაპია	მკურნალობა უნდა დაიწყოს გადაწყვეტილების მიღებიდან მაქსიმუმ 3 კვირის ვადაში
	მკურნალობის გვერდითი მოვლენების მართვა	მკურნალობასთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენების მართვა უნდა ხორციელდებოდეს ონკოლოგისა და პჯდ ექიმის ერთობლივი ჩართულობით, მკურნალობის ყველა ეტაპზე , სიმპტომების სიმძიმიდან გამომდინარე, დაუყოვნებლივ .
საფეხური 5 - ზრუნვა საწყისი მკურნალობის შემდეგ და რეაბილიტაცია	ონკოლოგის და პჯდ ექიმის ერთობლივი გადაწყვეტილება რეაბილიტაციის საჭიროების თაობაზე	დროული რეფერალი სპეციალისტთან (რეაბილიტოლოგი/ფსიქოლოგი) - საჭიროების იდენტიფიცირებიდან მაქს 7-დღის ვადაში
საფეხური 6 – მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგი (Follow Up)	ონკოლოგის და პჯდ კოორდინირებული FollowUp, წინასწარ გაწერილი გეგმის შესაბამისად	დაავადების რეციდივის პრევენციისთვის FollowUp ვიზიტები: პირველ 2 წელს - ყოველ 3–6 თვეში; მე-3–5 წელს - ყოველ 6–12 თვეში; შემდეგ - ყოველწლიურად
საფეხური 7 - პალიატიური ზრუნვა	სიმპტომების მართვა; სიცოცხლის ბოლომდე პალიატიური მზრუნველობა; ჰოსპისი	საჭიროებისამებრ, კლინიკური სიტუაციის, ტრიგერისა და პალიაციის მიზნების გათვალისწინებით (იხ. ცხრილი 4)

თითოეულ საფეხურზე განხორციელებული ჩარევები და სამედიცინო პროვაიდერების როლები

საფეხური 1 - ძუძუს კიბოს პრევენცია და ადრეული გამოვლენა

პჯდ პასუხისმგებლობა:

- ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაცია (თამბაქო, ალკოჰოლი, დიეტა), სკრინინგის მნიშვნელობის ახსნა და მასში მონაწილეობის წახალისება
- ძუძუს კიბოს ეტიოლოგიისა და რისკ-ფაქტორების ცოდნა და კლინიკურ პრაქტიკაში გათვალისწინება
- ადრეული სიმპტომების და საყურადღებო ცვლილებების იდენტიფიკაცია; სასწრაფო რეფერალის ინდიკატორების ცოდნა; საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის დროული გადამისამართება სპეციალისტთან

- სკრინინგთან დაკავშირებული პასუხისმგებლობა:
 - NCDC დაჯავშნის სისტემის მეშვეობით პაციენტისთვის სკრინინგის ჯავშნის განხორციელებაში დახმარება;
 - ქალისთვის თვითგასინჯვის ტექნიკის ახსნა
 - სკრინინგის პროცედურების შედეგების ინტერპრეტაცია (ნორმა/პათოლოგია);
 - ნორმალური შედეგების მქონე ქალების ინფორმირება შემდგომი სკრინინგის თარიღთან დაკავშირებით;
 - პათოლოგიის მქონე ქალების დროული გადამისამართება(რეფერალი) შემდგომი დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობისთვის
 - სკრინინგის შედეგების დოკუმენტირება ამბულატორულ სამედიცინო ბარათში

სკრინინგ-ცენტრის პასუხისმგებლობა:

- სამიზნე პოპულაციის მიღება, რეგისტრაცია და სკრინინგის პროცესის ორგანიზება (მამოგრაფიული სკრინინგი და მასთან დაკავშირებული სრული ციკლი);
- პაციენტის ინფორმირება სკრინინგის პროცესის, მომდევნო ნაბიჯებისა და უსაფრთხოების შესახებ;
- კლინიკური და ლაბორატორიული ხარისხის უზრუნველყოფა — მასალის სწორად აღება, შენახვა და ტრანსპორტირება;
- კვლევების ხარისხის უზრუნველყოფა, დადგენილი სტანდარტების და ვადების გათვალისწინებით;
- შეუსაბამო შედეგების მქონე ქალების ინფორმირება განმეორებით სკრინინგთან დაკავშირებით;
- ნორმალური შედეგების მქონე ქალების ინფორმირება შემდგომი სკრინინგის თარიღთან დაკავშირებით;
- პათოლოგიური შედეგების შემთხვევაში ქალების დროული გადამისამართება (რეფერალი) შესაბამის სპეციალისტთან;
- სკრინინგის შედეგების დროული მიწოდება პაციენტისთვის და პირველადი ჯანდაცვის ექიმისთვის;
- შედეგების სტანდარტიზებული ფორმის ატვირთვა EHR-ში და კიბოს რეგისტრში, მონაცემების სრულყოფილი დოკუმენტირება

ონკოლოგიური/ონკოგინეკოლოგიური ცენტრების/ ექიმი-სპეციალისტების პასუხისმგებლობა:

- რეფერირებული პაციენტის შემდგომი დიაგნოსტიკური გამოკვლევა;
- საექვო ან პათოლოგიური ციტოლოგიური შედეგის შეფასება, დიაგნოზის ვერიფიცირება;
- პაციენტის მკაფიო და ადეკვატური ინფორმირება დიაგნოზზე, მკურნალობის ვარიანტებზე და პროგნოზზე, შემდგომი ნაბიჯების დაგეგმვა;
- EHR-ში და კიბოს რეგისტრში ინფორმაციის დროული დოკუმენტირება;
- შემთხვევების მართვა მულტიდისციპლინური გუნდის ფორმატში

NCDC პასუხისმგებლობა:

- ძუძუს კიბოს სკრინინგის ეროვნული პროგრამის ადმინისტრირება და მართვა;

- პროგრამის ინდიკატორების განსაზღვრა, მონიტორინგი და ანალიზი (მოცვა, დროული რეფერალი, დიაგნოსტიკის ხარისხი, კიბოს რეგისტრის სისრულე და სხვ.);
- კიბოს პრევენციისა და სკრინინგის ეროვნული საკომუნიკაციო კამპანიების ორგანიზება/მხარდაჭერა;
- პროგრამ(ებ)ის ეფექტიანობის შეფასება და საჭირო ცვლილებების შეთავაზება ჯანდაცვის სამინისტროსთვის

ჯანდაცვის სამინისტროს როლი და პასუხისმგებლობები - პოლიტიკის შემუშავება და სისტემური დანერგვა

- მკაფიო პოლიტიკური მოთხოვნის (მანდატის) შემუშავება ძუძუს კიბოს ნავიგაციის ეროვნული გზამკვლევის სავალდებულო დანერგვისა და ოპერაციული ამოქმედების შესახებ ჯანდაცვის ყველა შესაბამის დაწესებულებაში, მომსახურების სტანდარტიზაციისა და ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით.
- ფინანსური და არაფინანსური წახალისების (ინსენტივების) სისტემის შემუშავება და დანერგვა პჯდ პროვაიდერებისთვის, რათა გაიზარდოს მათი მოტივაცია და აქტივობა სამიზნე პოპულაციაში ძუძუს კიბოს პრევენციული აქტივობების (თვითგასინჯვა და სკრინინგი) უზრუნველსაყოფად.
- სკრინინგული აქტივობების ხელშეწყობის მიზნით, შესრულებაზე დაფუძნებული გადახდის სისტემაში შესაბამისი ინდიკატორების ინტეგრირება.
- ფართომასშტაბიანი საინფორმაციო კამპანიების დაგეგმვა და განხორციელება NCDC-ის ჩართულობით, რომელთა მიზანია:
 - ძუძუს კიბოს სკრინინგისა და ადრეული გამოვლენის მნიშვნელობის შესახებ მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლება.
 - მოსახლეობის ინფორმირება სკრინინგის ოპორტუნისტული ფორმიდან ეფექტურ (ორგანიზებულ) პროგრამაზე გადასვლის აუცილებლობის შესახებ.
 - დაავადების რისკ-ფაქტორებთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის ქცევის მოდიფიცირება და წახალისება (მაგ., ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაცია), როგორც პრევენციული სტრატეგიის განუყოფელი ნაწილი

ამასთან, **საზოგადოებას და თავად ქალს** მნიშვნელოვანი პასუხისმგებლობა ეკისრება ძუძუს კიბოს სკრინინგის, ადრეული დიაგნოსტიკისა და შემდგომი მართვის პროცესში. საჭიროა რეკომენდებული ასაკისა და ინტერვალების ფარგლებში გამოკვლევებზე რეგულარული მისვლა, პასუხების გადამოწმება და საჭიროების შემთხვევაში სპეციალისტთან დროული კონსულტაცია. ინფორმირებული მონაწილეობა და საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ პასუხისმგებლიანი დამოკიდებულება გადამწყვეტია დაავადების ადრეულ გამოვლენასა და მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესებისთვის.

ძუძუს კიბოს სახელმწიფო პროგრამა:

ა.ა) ძუძუს კიბოს სკრინინგი 40-დან 70 წლის ჩათვლით ასაკის ქალებში, რომელიც მოიცავს:

ა.ა.ა) ძუძუს ფიზიკალურ გასინჯვას და მამოგრაფიულ გამოკვლევას, სტანდარტულ – პირდაპირ და ირიბ პროექციაში (2 რადიოლოგის მიერ ერთმანეთის დამოუკიდებლად წაკითხვით);

ა.ა.ბ) პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში ძუძუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა და საჭიროების შემთხვევაში ექოსკოპიის კონტროლით ძუძუს ბიოფსიას;

ა.ა.გ) აღებული ბიოფსიური მასალის და/ან ძუძუს დერილიდან გამონადენის ციტოლოგიურ კვლევას

ძუძუს კიბოს სკრინინგი – ორ წელიწადში ერთხელ

სკრინინგის დაჯავშნა შესაძლებელია როგორც ოჯახის ექიმის, ასევე ონლაინ რეგისტრაციის საშუალებით ბმულზე: <https://booking.moh.gov.ge/>

ამასთან,

ძუძუს კიბოს სკრინინგი და ადრეული დიაგნოსტიკა რეკომენდებულია <40 წლის ასაკის მაღალი რისკის მქონე პირებში.

მაღალი რისკის მახასიათებლებია :

- BRCA1/BRCA2 ან სხვა მაღალი რისკის წინასწარგანწყობის გენის არსებობა,
- ლობულური მორფოლოგია,
- მულტიფოკალური ან მულტიცენტრული დაავადება,
- ძუძუში იმპლანტების არსებობა.

მაღალი რისკის პირებში რეკომენდებულია:

- 25-30 წლიდან: წლიური MRI კონტრასტით + მამოგრაფია
- გენეტიკური კონსულტაცია და ტესტირება

სკრინინგის შედეგების მართვა:

ცხრილი 2. მამოგრაფიის შედეგები და რეკომენდებული ქმედებები (სკრინინგ ცენტრი/პჯდ)

შედეგი (BI-RADS)	ინტერპრეტაცია	რეკომენდაცია
0	არ არის საკმარისი ინფორმაცია — გამოსახულება არაინფორმატიულია, ან საჭიროა შედარება წინა შედეგთან, ან დამატებითი კვლევა (მაგ. მამოგრაფია ტომოსინთეზით, ულტრაბგერა ან მრტ)	საჭიროასამებრ: დამატებითი გამოსახულება (მამოგრაფია) ან დამატებითი რადიოლოგიური კვლევა
1	ნეგატიური — არ არის რაიმე მნიშვნელოვანი ან ამკარად პათოლოგიური ცვლილება	გაგრძელდეს რუტინული სკრინინგი — რეგულარული მამოგრაფია, 2 წელიწადში ერთხელ
2	კეთილთვისებიანი ცვლილებები (მაგ. კალციფიკაციები, ფიბროადენომა ან სხვა, მაგრამ არ არის კიბოს ნიშნები	გაგრძელდეს რუტინული სკრინინგი — რეგულარული მამოგრაფია, 2 წელიწადში ერთხელ

3	ცვლილება, რომელიც, დიდი ალბათობით, არ არის კიბო, მაგრამ აუცილებელია დინამიკაში კონტროლი	საკონტროლო მამოგრაფია 6 თვეში, შემდეგ 12 და 24 თვეში
4	საყურადღებო ცვლილება, რომელიც საეჭვოა კიბოზე	უნდა განხილულ იქნეს ბიოფსია, 1-2 კვირის ვადაში
5	საყურადღებო ცვლილება, რომელიც დიდი ალბათობით არის ავთვისებიანი ან CIS	აუცილებელია ბიოფსია, 1 კვირის ვადაში
6	მორფოლოგიურად დადასტურებული კიბოს შემთხვევა, ძირითადად პასუხის შეფასების ან მკურნალობის პერიოდში	მართავს ონკოლოგი

სადისკუსიო საკითხები და რეკომენდაციები:

- ცნობიერების ამაღლების არსებული მდგომარეობა და ბარიერები: რამდენად იციან ქალებმა სკრინინგის სერვისებზე? რა ბარიერებია: ინფორმაციის ნაკლებობა, შიში, სტიგმა, ფინანსური ან გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა? რამდენად ეფექტიანია დღევანდელი საინფორმაციო კამპანიები?
 - სკრინინგის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება: საქართველოში სკრინინგი ოპორტუნისტულია — ქალი სკრინინგულ პროგრამაში ერთვება თვითდინებით, რაც იწვევს არასრულყოფილ დაფარვას.
 - აუცილებელია სკრინინგის მოცვის გაზრდა უფრო ეფექტური გზებით: SMS შეტყობინება, სკრინინგ ცენტრის ვებ-გვერდი, საზოგადოებრივი განათლების კამპანიები, პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერების ჩართულობა, მობილური ბრიგადების გამოყენება, რეგიონალიზაცია.
 - 3. პჯდ-ის (ოჯახის ექიმების) ჩართულობის გაზრდა: რამდენად არის პჯდ-ები მოტივირებული ან მომზადებული? აქვთ თუ არა დრო/რესურსი პაციენტთა აქტიური მოწოდებისთვის? იდენტიფიცირებულია თუ არა მაღალი რისკის ქალები (ოჯახური ანამნეზი, გენეტიკური რისკი)? ხდება თუ არა მათთვის ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავება?
- ✓ რეკომენდებულია საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლება, სკრინინგისა და ადრეული დიაგნოსტიკის შესახებ, საინფორმაციო კამპანიების, მედიასაშუალებების და სოციალური ქსელების გამოყენებით;
 - ✓ სკრინინგზე მოსაწვევი ქალბატონების დასადგენად აუცილებელია სახელმწიფო სტრუქტურების ჩართულობა და ინტეგრირება ისეთ ზუსტ მონაცემთა ბაზებთან, როგორიცაა მაგ., მოსახლეობის აღწერის ან სამოქალაქო რეესტრი.
 - ✓ რეკომენდებულია პირველადი რგოლის ჯანდაცვის პროვაიდერების ტრენინგი სკრინინგისა და ადრეული დიაგნოსტიკის რეკომენდაციების შესახებ, რათა შეძლონ ქალი პაციენტების

საფეხური 2 - სიმპტომების მქონე ქალების საწყისი გამოკვლევა და რეფერალი

პჯდ პასუხისმგებლობა:

ძუძუს კიბოს სიმპტომების ადრეული აღმოჩენა და დროული რეფერალი სპეციალისტთან:

- პაციენტის საწყისი კლინიკური შეფასება
- საჭირო დიაგნოსტიკაზე გადაწყვეტილების მიღება
- შედეგების ინტერპრეტაცია და შემდგომი ნაბიჯები
- სპეციალისტთან (მამოლოგი/ონკოლოგი) დროული რეფერალი
- პაციენტის ინფორმირება და ემოციური მხარდაჭერა

საწყისი გამოკვლევა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე უნდა მოიცავდეს დეტალური ანამნეზის შეგროვებასა, სრულფასოვან ფიზიკურ გასინჯვას და რისკ-ჯგუფების იდენტიფიცირებას, რათა მოხდეს შესაძლო პათოლოგიის დროული აღმოჩენა და საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის დაუყოვნებლივი რეფერირება მამოლოგთან ან ონკოლოგთან.

რეფერალის კრიტერიუმები - დაუყოვნებელი რეფერალი (მაქსიმუმ 10 დღის ვადაში):

- პალპირებადი წარმონაქმნი ძუძუში ნებისმიერი ასაკის ქალში, რომელიც:
 - არის მკვრივი, ფიქსირებული მიმდებარე სტრუქტურებზე
 - არის უცვლელად მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში (>30 წელი)
- ცალმხრივი სისხლიანი გამონადენი ძუძუდან
- ძუძუს თავის ჩაბრუნება/რეტრაქცია
- კანის დაწყლულება, ან „ლიმონის ქერქის“ სიმპტომი
- ახლად გამოვლენილი ძუძუს ეკზემა/კანის ცვლილებები (ექვი პეჯეტის კიბოზე)
- ილლიის ლიმფადენოპათია
- ექვი პარანეოპლაზიურ სინდრომზე: საერთო სისუსტე / წონაში კლება / უმიზეზო ფებრილიტეტი/ტკივილი

მაღალი რისკის ფაქტორები:

- **ოჯახური ანამნეზი** პირველი ხარისხის ნათესავი ძუძუს კიბოთი (განსაკუთრებით 50 წლამდე) და ცნობილი გენეტიკური მუტაციები
- **რეპროდუქციული ფაქტორები:**
 - ადრეული მენარქე (<12 წელი)
 - გვიანი მენოპაუზა (>55 წელი)
 - უნაყოფობა ან პირველი ორსულობა >30 წლის შემდეგ
 - ძუძუთი კვებაზე უარი
- **ჰორმონალური თერაპია:** გრძელვადიანი ჰორმონჩანაცვლებითი თერაპია (>5 წელი)
- **რადიაციული ექსპოზიცია:** გულმკერდის რადიოთერაპია ახალგაზრდა ასაკში

- ძუძუს კეთილთვისებიანი წარმონაქმნები: ატიპიური ჰიპერპლაზია ან ლობულარული კარცინომა ინ სიტუ ანამნეზში
- მკვრივი ძუძუს ქსოვილი: მამოგრაფიაზე მაღალი სიმკვრივე

სადისკუსიო საკითხები და რეკომენდაციები:

- პჯდ ვიზიტების დროს ძუძუს გასინჯვა და პაციენტებისთვის თვითგასინჯვის სწავლის უზრუნველყოფა ხშირად არ ხორციელდება რუტინულად, რაც სიმპტომების ადრეული აღმოჩენის მნიშვნელოვანი ბარიერია;
 - ხშირია გვიანი მიმართვიანობა ან არასაკმარისი საწყისი შეფასება, რაც იწვევს დიაგნოზის დაგვიანებას;
 - მამოგრაფიის და ხარისხიანი დიაგნოსტიკური სერვისების რეგიონული ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია;
 - სტიგმა და კულტურული/ეთნიკური თავისებურებები ხშირად აფერხებს ქალებს, განსაკუთრებით მოწყვლად ჯგუფებში, დროულად მიმართონ პჯდ-ს არსებული სიმპტომების შემთხვევაშიც კი, რაც აუარესებს პროგნოზს.
 - რეფერალის მკაფიო ალგორითმების ნაკლებობა იწვევს პაციენტების დაკარგვას მართვის ჯაჭვში;
 - საჭიროა პჯდ რგოლის ტრენინგი სიმპტომების ამოცნობის, ვიზუალური გასინჯვის და რეფერირების კრიტერიუმების შესახებ.
- ✓ *რეკომენდებულია პჯდ რგოლში ძუძუს ვიზუალური და მანუალური გასინჯვის ინტეგრირება როგორც სტანდარტული პრევენციული რუტინის ნაწილი, ასევე პაციენტებისთვის თვითგასინჯვის სწავლების გაძლიერება.*
 - ✓ *რეკომენდებულია პჯდ პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განათლება ძუძუს კიბოს საწყისი გამოკვლევის სტანდარტების, სიმპტომების, წითელი აღმებისა და რეფერალის კრიტერიუმების შესახებ.*
 - ✓ *რეკომენდებულია მარტივად გასაგები, კულტურალურად აღქმადი საინფორმაციო კამპანიების განხორციელება, რათა შემცირდეს სტიგმა და ქალებმა დროულად მიმართონ სამედიცინო დახმარებას.*
 - ✓ *რეკომენდებულია, საჭიროების შემთხვევაში, რეფერალი ონკოლოგიურ სპეციალიზებულ ცენტრში განხორციელდეს მკაფიოდ განსაზღვრულ ვადებში (დაუყოვნებლივ, მაქსიმუმ 10 დღის ფარგლებში), რისკის მიხედვით.*

საფეხური 3 - დაავადების დიაგნოზი, სტადირება და მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა

სპეციალისტის (გინეკოლოგის/ონკოლოგის) პასუხისმგებლობა:

1. საწყისი ინფორმაციის ანალიზი
 - პაციენტის ანამნეზი, საწყისი გამოკვლევების შედეგები (მამოგრაფია, ულტრასონოგრაფია, სხვა კლინიკური მონაცემების შეგროვება)
 - სიმპტომების შეფასება და რისკ-ფაქტორების ანალიზი
 - მამოლოგის კონსულტაცია

2. დიაგნოზის დადასტურება

- საჭიროებისამებრ: მამოგრაფია ტომოსინთეზით ან კონტრასტული მამოგრაფია ან/და ძუძუს მრტ ი/ვ კონტრასტით
- პირველადი კერის ვერიფიკაციის მიზნით (კორ-ბიოფსია ან სტერეოტაქსიური ბიოფსია) - ჰისტოლოგიური ტიპი, ინვაზიურობა, გრეიდი, TILs
- დამატებითი კვლევები ჰისტომორფოლოგიის და იმუნოჰისტოქიმიის თავისებურებების დასადგენად, მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრის მიზნით: ER; PR; Her2/neu (საჭიროების შემთხვევაში CISH/FISH), Ki67

3. სტადირების განსაზღვრა

- კლინიკური სტადირება: FIGO და TNM კლასიფიკაციის მე-8 გამოცემის შესაბამისად
 - გამოსახულებითი კვლევების დანიშვნა: CT, MRI, PET/CT საჭიროების მიხედვით
 - ლიმფური კვანძების სტატუსის შეფასება; სენტინელის (მოდარაჯე) ლიმფური კვანძის გამოკვლევა/მარკირება
- ასევე, დამატებითი კვლევები შემდგომი მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრის მიზნით:**
- BRCA1/2 (ადრეული კიბოს შემთხვევაში)
 - MammaPrint (ადრეული HR+Her2- კიბოს შემთხვევაში)
 - PDL1, PIK3CA, BRCA1/2 (მეტასტაზური კიბოს შემთხვევაში)

4. პაციენტთან მკურნალობის გეგმის განხილვა

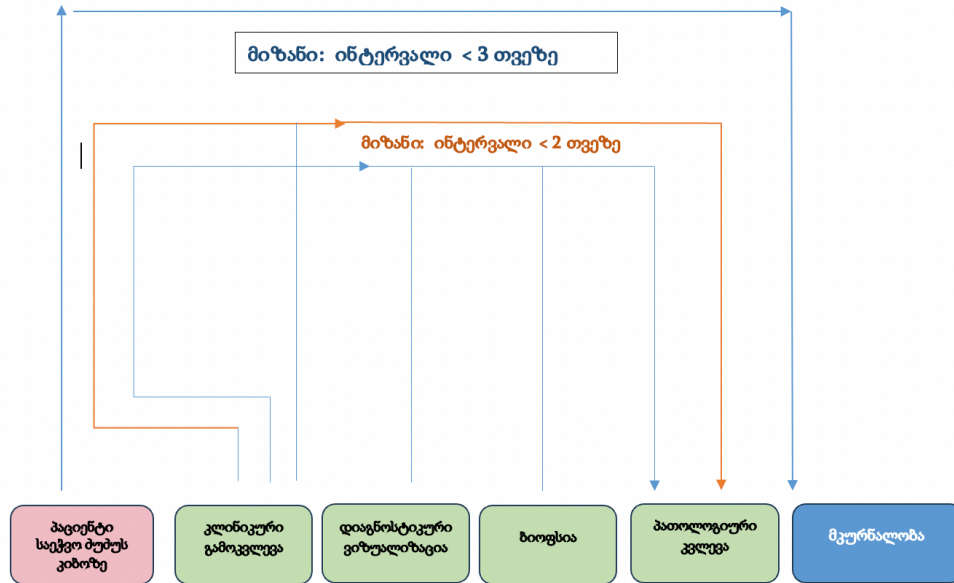
- ფერტილობის შენარჩუნების კონსულტირება (რეპროდუქციულ ასაკში)
- ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმის დასახვა
- პაციენტის ინფორმირება მკურნალობის შესაძლო მიდგომების (მაგ., სექტორული რეზექცია vs მასტექტომია, ადიუვანტური თერაპიის სახეები), მათი რისკების, მოსალოდნელი შედეგებისა და გვერდითი ეფექტების შესახებ

5. რეფერალი / მულტიდისციპლინური განხილვა (მდგ)

- მულტიდისციპლინური გუნდის შეხვედრაზე შემთხვევის განხილვა: (მინიმალური შემადგენლობა: ონკოლოგი, ქირურგი-მამოლოგი, რადიოლოგი, რადიოთერაპევტი)
- საბოლოო გადაწყვეტილების მიღება მკურნალობის ტაქტიკის შესახებ

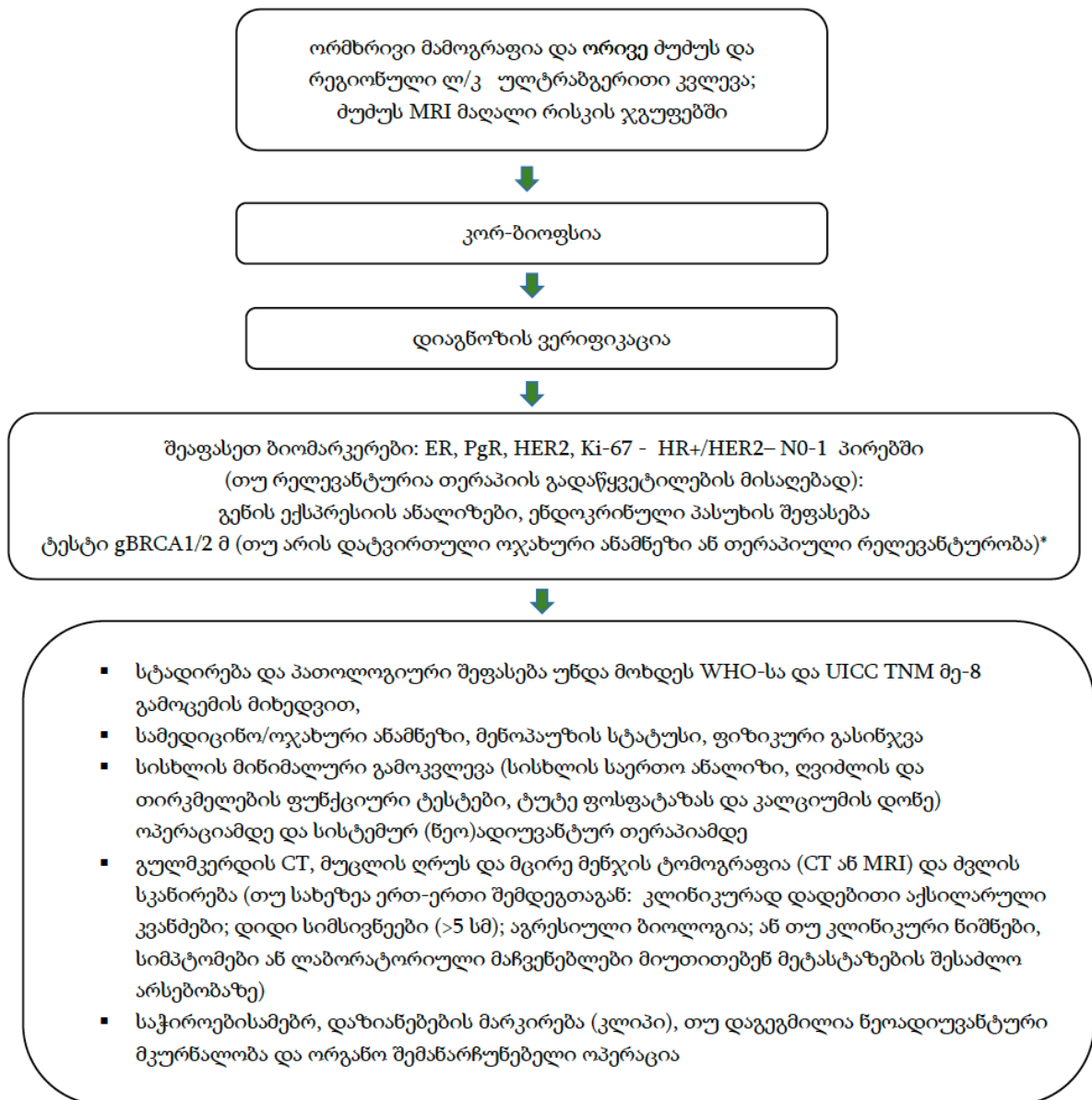
სამიზნე: ინტერვალი დაავადების პირველი პრეზენტაციიდან მკურნალობის დაწყებამდე არ უნდა აღემატებოდეს ≤ 90 დღეს, ხოლო ექიმთან პირველი ვიზიტიდან მკურნალობის დაწყებამდე ≤ 60 დღეს.

ინტერვალი დაავადების პირველი პრეზენტაციიდან მკურნალობის დაწყებამდე



წყარო დოკუმენტი: GBCI

სქემა 1. ადრეული ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკის და სტადირების ალგორითმი:

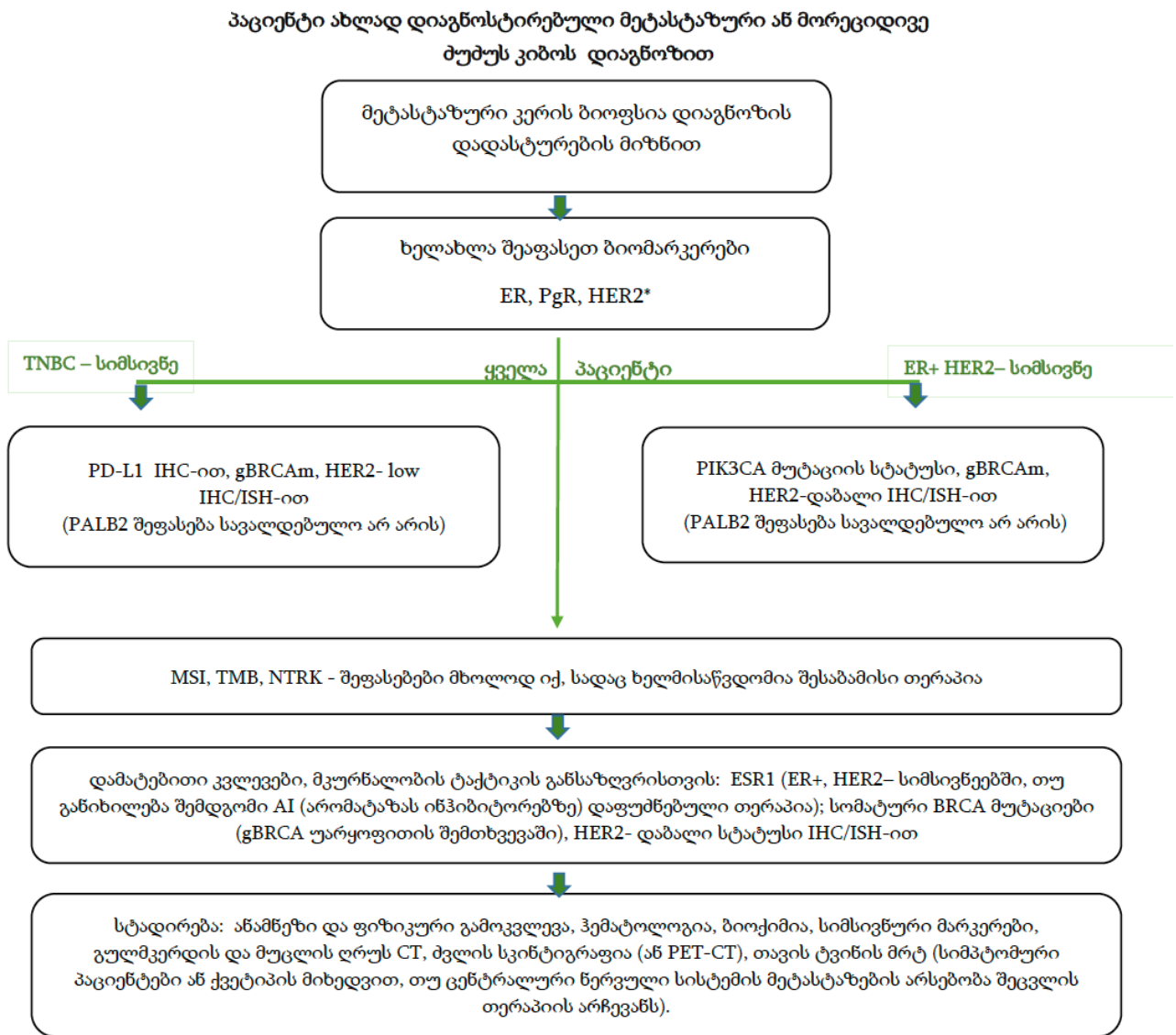


*gBRCA1/2m ტესტირების დეტალური დასაბუთება დაფარულია ESMO CPG

მემკვიდრეობითი სარძევე ჯირკვლის კიბოს რისკის შემცირებისა და სკრინინგის

გაიდლაინით (<https://www.esmo.org/guidelines/guidelines-by-topic/hereditary-syndromes>)

სქემა 2. მეტასტაზური ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკის და სტადირების ალგორითმი:



პროგნოზი დამოკიდებულია დაავადების სტადიაზე, სიმსივნის ბიოლოგიურ მახასიათებლებზე (ჰორმონული რეცეპტორები, HER2 სტატუსი, Ki-67 და სხვა მახასიათებლები) და მკურნალობის დაწყების სისწრაფესა და ეფექტიანობაზე.

სადისკუსიო საკითხები და რეკომენდაციები:

- **დიაგნოსტიკური სერვისების რეგიონული უთანაბრობა**
- **ბიოფსიისა და პათომორფოლოგიური სერვისების ხარისხი და ერთგვაროვნება**
სტანდარტიზებული პროტოკოლების, აღჭურვილობის და კადრების დეფიციტი იწვევს დიაგნოზების გახანგრძლივებას ან არაერთგვაროვან პასუხებს.
- **მონაცემების ნაკლებობა დიაგნოსტიკურ ეტაპზე**
არ არსებობს სრული, ერთიანი მონაცემთა ბაზა დიაგნოსტიკის, სტადირებისა და მოკლევადიანი შედეგების შესახებ (EHR ინფორმაციის ხარისხი)

▪ **მკურნალობის დაწყების დაყოვნება**

დიაგნოზის დაგვიანება ავტომატურად იწვევს მკურნალობის დაგვიანებას, რაც გავლენას ახდენს საერთო გადარჩენის მაჩვენებლებზე, განსაკუთრებით რეგიონებში.

- ✓ რეკომენდებულია გაიზარდოს რეგიონული ხელმისაწვდომობა იმ დაწესებულებებთან, რომლებიც უზრუნველყოფენ მაღალი ხარისხის პათოლოგიურ და ლაბორატორიულ მომსახურებას.
- ✓ რეკომენდებულია ერთიანი ეროვნული სტანდარტების დანერგვა პათომორფოლოგიური კვლევებისთვის, ხარისხის გარანტიის მექანიზმებით და პერიოდული აუდიტებით
- ✓ მორფოლოგიურად დადასტურებული ინვაზიური ძუძუს კიბოს დაავადების გავრცელების შესაფასებლად რეკომენდებულია გამოყენებული იქნეს სახელმწიფოს მიერ აღიარებული „ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკის კლინიკური გზამკვლევი“ *
- ✓ რეკომენდებულია საწყისი ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარება, რათა შეფასდეს პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა და სპეციფიკური მკურნალობის ჩატარების შესაძლებლობა: • სისხლის საერთო ანალიზი ლეიკოციტური ფორმულით (ანემიის შესაფასებლად) • ბიოქიმიური ანალიზი (თირკმლის ფუნქციის შესაფასებლად) • ღვიძლის ფუნქციური სინჯები (სინთეზური და მეტაბოლური ფაქტორების შესაფასებლად)
- ✓ პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია (FDG-PET/CT) შეიძლება სასარგებლო იყოს პაციენტებში, რომლებშიც დაავადების პირველი გამოვლენის მომენტში საეჭვოა შორსწასული ან მეტასტაზური გავრცელება და ვიზუალიზაციის სტანდარტული მეთოდები არ უზრუნველყოფს ზუსტ შეფასებას. პეტ/კტ სკანირებამ ასევე შეიძლება შეცვალოს ტრადიციული ვიზუალიზაციის მეთოდები მაღალი რისკის მქონე ზოგიერთ პაციენტში; ამასთანავე, პეტ/კტ შეიძლება ნაკლებად სენსიტიური (ცრუ ნეგატიური) იყოს ლობულური კარცინომისა და დაბალი ავთვისებიანობის და მაღალი დიფერენცირების სიმსივნეების დროს.

* „ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკური გზამკვლევი“ ხელმისაწვდომია ჯანდაცვის სამინისტროს საიტზე:

<https://moh.gov.ge/docs/20240321033506>

საფეხური 4 - მკურნალობა

სპეციალისტის (მამოლოგის/ონკოლოგის) პასუხისმგებლობა:

1. მულტიდისციპლინური ჩართულობა

საერთაშორისო გაიდლაინების (ESMO, NCCN, ECIBC) მიხედვით, **ონკოლოგიური პაციენტის მართვას უნდა ახორციელებდეს არა ცალკეული სპეციალისტი, არამედ სპეციალისტების მულტიდისციპლინური გუნდი (მდგ).** მდგ-ს ეფექტიანი ფუნქციონირება წარმოადგენს WHO GBCI-ის ერთ-ერთ ძირითად მოთხოვნას და აღიქმება როგორც კრიტიკული ელემენტი მაღალი ხარისხის ონკოლოგიური სერვისების უზრუნველყოფისათვის.

2. მკურნალობის გეგმის შედგენა

პაციენტისთვის მულტიდისციპლური განხილვის შედეგად შერჩეული მკურნალობის უზრუნველყოფა - დაავადების სტადიის, სიმსივნის ბიოლოგიის, ლიმფური კვანძების სტატუსის, თანმხლები დაავადებებისა და სხვა კლინიკური ფაქტორების გათვალისწინებით - საერთაშორისო სტანდარტების (ESMO, NCCN) და ნაციონალური პროტოკოლების შესაბამისად.

▪ ქირურგიული მკურნალობა

ძუძუს შემანარჩუნებელი მკურნალობა - წარმონაქმნის ამოკვეთა, ლამპექტომია
ქირურგიული აქსილარული სტადირება
მასტექტომია

ცხრილი 3 ოპერაციის მასშტაბი

ვარიანტი	როდის გამოიყენება	ძირითადი პრინციპი
ლამპექტომია	მცირე ზომის სიმსივნე, შესაძლებელია „სუფთა კიდეები“-ს მიღწევა, პაციენტს უნდა ორგანოს შენარჩუნება	გადარჩენა = მასტექტომიის ეკვივალენტურია, საჭიროა სხივური თერაპია
მასტექტომია	დიდი სიმსივნე ს/ჯ ზომასთან შედარებით; მულტიცენტრულობა; RT-ის უკუჩვენება; გენეტიკური რისკი (BRCA)	შესაძლებელია რეკონსტრუქცია; RT ჩვენების შესაბამისად

- **ონკოპლასტიკა** – აუმჯობესებს ქირურგიის შემდგომ კოსმეტიკურ შედეგებს.
- **პროფილაქტიკური მასტექტომიის** ჩატარება ლამპექტომიის კონტრალატერალურ მხარეს არ არის მიზანშეწონილი, გარდა მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში

▪ ქიმიო- და სხივური თერაპია

ნეო- და ადიუვანტური სისტემური და რადიოთერაპიული მკურნალობის პრინციპები დამოკიდებულია სიმსივნის სტადიაზე, მის ბიოლოგიურ პროფილზე (ჰორმონული რეცეპტორები, HER2 სტატუსი, პროლიფერაციის მაჩვენებლები), პაციენტის ზოგად მდგომარეობაზე და მის პრეფერენციებზე და ხორციელდება ინდივიდუალიზებული მიდგომით, საერთაშორისო და ეროვნული კლინიკური გაიდლაინების შესაბამისად*.

ძუძუს მეტასტაზური კიბოს სისტემური თერაპია მიზნად ისახავს დაავადების კონტროლს, სიმპტომების შემსუბუქებას და სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდას, და ხდება სიმსივნის ბიოლოგიური თვისებების (ჰორმონული რეცეპტორები, HER2 სტატუსი, პროლიფერაციის მაჩვენებელი და გენეტიკური მუტაციები) და პაციენტის საერთო მდგომარეობის გათვალისწინებით.

▪ პალიატიური მკურნალობა

პალიატიური მკურნალობა მიზნად ისახავს ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას და დაავადების გართულებების პრევენციას, შეიძლება მოიცავდეს როგორც სისტემურ და რადიოთერაპიულ ინტერვენციებს, ასევე სიმპტომების მართვას, ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას.

მულტიდისციპლინური კოორდინაცია

მკურნალობის პროცესში სხვადასხვა სპეციალისტის შეთანხმებული და სინქრონიზებული მონაწილეობა უზრუნველყოფს პაციენტის ეფექტიან მართვას და საუკეთესო შესაძლო შედეგის მიღწევას.

*უახლესი საერთაშორისო კლინიკური გაიდლაინები და რეკომენდაციები ხელმისაწვდომია:

https://www.nccn.org/guidelines/category_1 (ESMO)

<https://www.esmo.org/guidelines> (NCCN)

<https://www.bccancer.bc.ca/> (BC_Cancer)

სადისკუსიო საკითხები და რეკომენდაციები:

მდგ არათანაბარი ფუნქციონირება

ყველა კლინიკაში არ არსებობს სტანდარტიზებული მდგ ფორმატი, რაც იწვევს მკურნალობის გეგმების უთანაბრობას

მკურნალობის ხარისხის მონიტორინგის არასაკმარისი მექანიზმები

არ არის მკაფიო ინდიკატორები, რომლითაც მონიტორინგდება მკურნალობის დროულობა, ეფექტიანობა და შედეგები

რეგიონებს შორის მკურნალობის ხელმისაწვდომობის უთანაბრობა

პაციენტების ნაწილი ვერ იღებს თანამედროვე ქიმიოთერაპიულ, ჰორმონოთერაპიულ, HER2-დამიზნებულ ან რადიოთერაპიულ სერვისებს გეოგრაფიული ან ინფრასტრუქტურული შეზღუდვების გამო

- ✓ რეკომენდებულია ეროვნული გაიდლაინების/ პროტოკოლების შექმნა და დამტკიცება, სტანდარტული მკურნალობის უზრუნველყოფისთვის მთელი ქვეყნის მასშტაბით ან, როგორც ალტერნატიული გზა - კონკრეტული საერთაშორისო გაიდლაინების აღიარება სახელმწიფო დონეზე
- ✓ რეკომენდებულია მულტიდისციპლინური გუნდის რეგულარული ჩართვა გადაწყვეტილებების მიღებაში, რაც მოიცავს ონკოლოგებს, ქირურგებს, რადიოთერაპევტებს და სხვა საჭირო სპეციალისტებს.
- ✓ რეკომენდებულია თანამედროვე იმიჯინგისა და ლაბორატორიული მეთოდების სტანდარტიზაცია, რათა სტადირება, მკურნალობის დაგეგმვა და პროგნოზირება იყოს ზუსტი და ინტეგრირებული.
- ✓ რეკომენდებულია მკურნალობის პროცესის ხარისხის მონიტორინგი და შედეგების რეგისტრაცია კიბოს რეგისტრში/EHR, რაც მოიცავს გვერდითი მოვლენების შეფასებას, ადიუვანტური თერაპიის ეფექტიანობასა და პაციენტთა გადარჩენის მაჩვენებლებს.

საფეხური 5 - ზრუნვა საწყისი მკურნალობის შემდეგ და რეაბილიტაცია

ონკოლოგიის პასუხისმგებლობა (სპეციალისტის დონე):

1. გვერდითი ეფექტების მუდმივი მონიტორინგი
 - დადლილობა, ტკივილი, ნაწლავთა/შარდვის ფუნქციის ცვლილებები, ლიმფედემა
2. შემდგომი სამედიცინო მონიტორინგის გეგმის განსაზღვრა
 - მოკლევადიანი პერსპექტივა და გრძელვადიანი FollowUp გეგმის შემუშავება
3. რეციდივის ადრეული აღმოჩენა
 - სიმპტომების შეფასება, საჭიროების შემთხვევაში CT/PET/MRI
4. გვერდითი მოვლენების მართვა
 - ქირურგიული ჭრილობის, ლიმფედემის, მკურნალობასთან დაკავშირებული აპლაზიის, ხანგრძლივი ტკივილებისა და ქიმიო- და რადიაციული თერაპიის შემდგომი გართულებების მართვა, ინტეგრირებულად, პჯდ რგოლთან ერთად
5. რეაბილიტაციის მხარდაჭერა
 - ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის, ფიზიკური რეაბილიტაციის, ფსიქიკური და სექსუალური ჯანმრთელობის სპეციალისტების ჩართვა, ნუტრიციოლოგიური კონსულტაციის ორგანიზება
6. ინფორმაცია და რეფერალი სხვა სპეციალისტებთან
 - ფიზიოთერაპევტი, ფსიქოლოგი, გასტროენტეროლოგი და სხვ. – საჭიროების მიხედვით

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის პასუხისმგებლობა (ოჯახის ექიმი/პჯდ):

1. ქრონიკული გვერდითი ეფექტების მუდმივი მონიტორინგი
 - დადლილობა, ტკივილი, ლიმფედემა
2. სიმპტომების დროული იდენტიფიკაცია და საჭიროების შემთხვევაში რეფერალი
 - ნებისმიერი საექმო სიმპტომის (ტკივილის ცვლილება, წონის კლება) სწრაფი გადამისამართება ონკოლოგთან
3. ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა
 - დეპრესიის/შფოთვის სკრინინგი, ფსიქოლოგთან ან ნევროლოგთან დაკავშირება
4. ჯანსაღი ცხოვრების წესის გაძლიერება
5. მოწვევის შეწყვეტა, ფიზიკური აქტივობა, დიეტა
6. კომუნიკაცია და კოორდინაცია ონკოლოგიურ რგოლთან
 - საერთო სამედიცინო მონაცემების გაცვლა, მონიტორინგის გეგმაზე შეჯერება

სადისკუსიო საკითხები და რეკომენდაციები:

აღნიშნული საფეხური - ერთ-ერთი ყველაზე სუსტი რგოლია ონკოლოგიური პაციენტის მართვის პროცესში.

- ✓ *რეკომენდებულია ონკოლოგიისა და პირველადი ჯანდაცვის ექიმის (პჯდ) კოორდინირებული მუშაობა მკურნალობის პროცესსა და შემდგომ პერიოდში, რათა დროულად იდენტიფიცირდეს და მართვადი იქნეს მკურნალობასთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები (ადრეული და მოგვიანებითი რადიაციული დამწვრობები, ლიმფედემა, აპლაზია და ა.შ.)*

- ✓ რეკომენდებულია სისტემატური რეაბილიტაციისა და აბილიტაციის პროგრამების განვითარება, რომლებიც მოიცავს ლიმფედემას, ფსიქო-სოციალურ აბილიტაციას და სხვ. პაციენტის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის აღსადგენად.
- ✓ რეკომენდებულია პაციენტთა მხარდაჭერის ინსტიტუციონალიზაცია, მათ შორის პაციენტთა კლუბების და საინფორმაციო პლატფორმების შექმნა, სადაც ქალები იღებენ სანდო ინფორმაციას, გამოცდილებას უზიარებენ ერთმანეთს და ადეკვატური მხარდაჭერის მიღება შეუძლიათ რეაბილიტაციის პერიოდში.

საფეხური 6 - მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგი (Follow Up)

ონკოლოგის პასუხისმგებლობები

- პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის მონიტორინგი და რეციდივის ადრეული ნიშნების გამოვლენა სტანდარტული პროტოკოლების (ESMO, NCCN) მიხედვით (კლინიკური გასინჯვა, ვიზუალიზაცია, ლაბორატორიული კვლევები საჭიროებისამებრ)
- მკურნალობის დასრულების შემდეგ პაციენტისთვის ინდივიდუალური მონიტორინგის გეგმის (Follow Up გეგმა) შედგენა (შეთავაზებული ვიზიტების სიხშირე, საჭირო კვლევები, სიმპტომების შეფასება)
- გვიანი ან გვიან გამოვლენილი გართულებების (ლიმფედემა, რადიონდუცირებული გართულებები, ჰორმონალური ცვლილებები და სხვ.) აქტიური მონიტორინგი, მართვა და საჭიროების შემთხვევაში რეფერალი
- მკურნალობის ეფექტისა და გვერდითი მოვლენების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება პჯდ რგოლისთვის (დოკუმენტირებული ფ100) და საერთო მართვის კოორდინაცია
- საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის დინამიკაში რეფერირება შესაბამის სპეციალისტებთან (ფსიქო-ონკოლოგი, რეაბილიტოლოგი, დიეტოლოგი).

პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) რგოლის პასუხისმგებლობები

- პაციენტის ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგი და მკურნალობის შემდგომი გართულებების ადრეული ამოცნობა
- სიმპტომებზე ორიენტირებული შეფასება და საწყისი მართვა, მათ შორის ტკივილის, ძვლოვანი/ნერვული ცვლილებების, კუჭ-ნაწლავის სისტემის ფუნქციური დარღვევების, ქიმიოთერაპიისა და რადიოთერაპიის გვიანი შედეგების მონიტორინგი.
- ჯანსაღი ცხოვრების წესის, კვების, ფიზიკური აქტივობის, ფსიქო-სოციალური კეთილდღეობის მხარდაჭერა
- პაციენტის დროული რეფერირება ონკოლოგთან, როდესაც აღინიშნება საყურადღებო სიმპტომები ან ცვლილებები
- პაციენტის ინფორმირება და განათლება თვითმონიტორინგის შესახებ (რა სიმპტომები მოითხოვს სასწრაფო კონსულტაციას)

- რეფერირება შესაბამის კვლევებზე, Follow Up გეგმის შესაბამისად

ძუძუსკიბოს მკურნალობის შემდეგ დაკვირვების ოპტიმალური გრაფიკი მოიცავს ვიზიტებს ყოველ 3–6 თვეში პირველ 2 წელს; ყოველ 6–12 თვეში მე-3–5 წელს. ყოველწლიურად 5 წელზე მეტი პერიოდის განმავლობაში.

სადისკუსიო საკითხები და რეკომენდაციები:

- ✓ რეკომენდებულია სტანდარტიზებული *Follow-Up* პროტოკოლების შემუშავება და განხილვა, რომლებიც განსაზღვრავს ვიზიტების სიხშირეს, საჭირო კვლევებს და შესაბამის პასუხისმგებლობებს ონკოლოგსა და პჯდ რგოლს შორის.
- ✓ რეკომენდებულია ონკოლოგიასა და პირველადი ჯანდაცვის სექტორს შორის ეფექტური კოორდინაციის გაძლიერება, სადაც პაციენტის მონიტორინგის გეგმა გადაეცემა პჯდ ექიმს მკაფიო მითითებებით.
- ✓ რეკომენდებულია გვიანი გართულებების სისტემური და კოორდინირებული მონიტორინგი (ონკოლოგი და პჯდ), მათ შორის ლიმფედემის, სექსუალური დისფუნქციის, რადიაციული დამწვრობების, ქიმიოთერაპიის გვიანი ტოქსიურობის, ფსიქოლოგიური და სოციალური პრობლემების შეფასება.
- ✓ რეკომენდებულია პაციენტთა განათლებისა და თვითმონიტორინგის ინსტრუმენტების დანერგვა, როგორიცაა საინფორმაციო ბუკლეტები, ციფრული პლატფორმები, სიმპტომების შემსწავლელი კითხვარები და ა.შ.
- ✓ რეკომენდებულია ფსიქო-სოციალური და რეაბილიტაციის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაფართოება, რათა პაციენტებმა მიიღონ მხარდაჭერა მკურნალობის შემდეგ ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებისთვის.
- ✓ რეკომენდებულია ცხოვრების ჯანსაღი წესის ინტეგრირება *Follow-Up* გეგმაში, მათ შორის მოწვევის შეწყვეტა, ფიზიკური აქტივობა, დიეტის კორექცია და ქრონიკული დაავადებების მართვა.

საფეხური 7 - პალიატიური ზრუნვა

პალიატიური მზრუნველობა მოიცავს სერვისების ფართო სპექტრს, მათ შორის ტკივილის მართვას, სიმპტომების კონტროლს, ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას და სიცოცხლის ბოლო ეტაპის დაგეგმვას, როდესაც ეს მიზანშეწონილია. პალიატიური მზრუნველობის მიწოდება გულისხმობს პჯდ ექიმის, ონკოლოგის და პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტის კოორდინირებულ, პაციენტზე და მისი ოჯახის წევრებზე ორიენტირებულ ქმედებებს

პალიატიური ზრუნვა – პასუხისმგებლობები

ა) პირველადი ჯანდაცვის ექიმი (პჯდ):

- პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის, სიმპტომების და ტკივილის მონიტორინგი; პალიატიური საჭიროებების იდენტიფიკაცია
- ტკივილის (მ.შ. ოპიოიდებით, დადგენილი კანონმდებლობის შესაბამისად) და სხვა სიმპტომების მართვა, საჭიროებისამებრ, ონკოლოგთან და პალიატიურ გუნდთან კოორდინაციით
- ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის და სოციალური სერვისების მიმართვაზე ინფორმირება და მოსაზღვრე პრობლემების დროული აღქმა
- პაციენტის ოჯახის განათლება თვითზრუნვის, მედიკამენტების სწორად გამოყენებისა და გართულებების ამოცნობაზე

ბ) ონკოლოგი:

- დაავადების პროგრესიის, მკურნალობაზე პასუხისა და სიცოცხლესთან შეუთავსებელი გართულებების რისკის შეფასება; საჭიროების შემთხვევაში პალიატიური მზრუნველობის დანიშვნა
- სიმპტომების, მკურნალობის გვერდითი მოვლენებისა და ტკივილის სპეციალიზებული მართვა (მაგ., ძვლის მეტასტაზები, ნეიროპათიული ტკივილი).
- სტრატეგიული გადაწყვეტილების მიღება (პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან ერთად) თუ როდის უნდა გადაიყვანონ პაციენტი აქტიურ მკურნალობაზე ორიენტირებული სქემიდან მხოლოდ სიმპტომურ მართვაზე
- კომუნიკაცია პროგნოზზე, სამომავლო მოვლის გეგმაზე და გადაწყვეტილებების მიღების მხარდაჭერა

გ) პალიატიური სერვისის პროვაიდერი:

- ინტენსიური ტკივილისა და რთული სიმპტომების სპეციალიზებული მართვა (სტაციონარში და ბინაზე).
- ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი მხარდაჭერის უზრუნველყოფა, როგორც პაციენტის, ისე ოჯახის წევრების, მათ შორის კრიზისული სიტუაციების მართვა
- ოჯახის მომზადება ტერმინალური ფაზის მოსალოდნელ მოვლენებთან დაკავშირებით, ზრუნვის გეგმის ჩამოყალიბება და დანაკლისთან გამკლავების მხარდაჭერა.

მნიშვნელოვანია, რომ პალიატიური მზრუნველობა არ შემოიფარგლებოდეს მხოლოდ სიცოცხლის ბოლო ეტაპით; ის უნდა იყოს ინტეგრირებული ადრეულ ეტაპზე ნებისმიერი პაციენტისთვის, რომელსაც აქვს შორსწასული ან მნიშვნელოვანი სიმპტომური დაავადება (მაშინაც კი, როდესაც აქტიური მკურნალობა მიმდინარეობს).

ცხრილი 4_ პალიატიური ზრუნვის დროითი ჩარჩო

კლინიკური სიტუაცია / ტრიგერი	რეკომენდებული დრო ჩართვამდე / გადამისამართებამდე	შენიშვნა
ინკურაბელური სტატუსის დადგენა - არ ან აღარ არის ეფექტური სპეციალური მკურნალობა	1–2 კვირაში	ადრეული პალიატიური ინტეგრაციის პრინციპი
სიმპტომების მკვეთრი პროგრესირება (ტკივილი, ქოშინი, სისუსტე, მადის დაკარგვა და სხვ.)	2–4 კვირაში	სიმძიმის მატების შემთხვევაში – დაჩქარებული გზით
მძიმე ან მწვავე სიმპტომები რომელსაც პირველადი/ამბულატორიული დონე ვერ მართავს	48–72 საათში	მოითხოვს სტაციონარულ პალიატიურ მხარდაჭერას
ფუნქციური სტატუსის მკვეთრი გაუარესება (ECOG ≥ 3 , კახექსია, სწრაფი პროგრესირება)	7–14 დღეში	გადაწყვეტილება ფუნქციური კრიტერიუმების მიხედვით
მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა <6 თვე	ნებისმიერ დროს	პაციენტის და ოჯახის საჭიროებების შეფასებით
პაციენტს სჭირდება შინ მოვლა / მობილური გუნდი	7–14 დღეში	სოციალური, ფსიქოლოგიური და სამედიცინო შეფასების შემდეგ
ტკივილის გამწვავება ან სხვა არაკონტროლირებადი სიმპტომი	24–48 საათში	გულისხმობს არსებული რეგულაციების დაცვას
პალიატიური გუნდის პირველი ვიზიტი (რეფერალის შემდეგ)	≤ 7 დღეში	სტანდარტული მიზანი
პალიატიური მონიტორინგი სტაბილური პაციენტისთვის	კვირაში 1-ჯერ	საჭიროების მიხედვით შეიძლება რეჟიმის ინდივიდუალიზაცია

სადისკუსიო საკითხები და რეკომენდაციები:

1. მწირი დაფინანსება და არასაკმარისი ინფრასტრუქტურა:

პალიატიური და ჰოსპისის სერვისები საქართველოში მეტად შეზღუდულია —

არასაკმარისი საწოლ/ფონდი, არასაკმარისი პერსონალი და მინიმალური დაფინანსება, რამაც მნიშვნელოვნად ამცირებს მომსახურების ხარისხსა და ხელმისაწვდომობას.

2. **პალიატიური ზრუნვის აღქმა მხოლოდ ტკივილის მართვად:**
მოსახლეობის და ხშირ შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალის ნაწილის წარმოდგენით, პალიატიური ზრუნვა გაიგივებულია მხოლოდ ოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებლებთან. შედეგად, ვერ ვითარდება სერვისები, რომლებიც მოიცავს ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, სულიერ და ჰოსპისურ დახმარებას.
3. **ცნობიერებისა და განათლების ნაკლებობა როგორც მოსახლეობაში, ისე სამედიცინო პერსონალში:**
საზოგადოება და ბევრი ექიმიც პალიატიურ ზრუნვას განიხილავს „უკანასკნელ საფეხურად“, ამიტომ ის დიდწილად გვიან ინიშნება.
4. **ონკოლოგიის ჩართულობის შეწყვეტა მკურნალობის დასრულების შემდეგ:**
აქტიური თერაპიის დასრულების შემდეგ ონკოლოგი ხშირად სრულად შორდება პაციენტის შემდგომი მართვის პროცესს, რის შედეგად პაციენტი რჩება დაუფეგმავ მდგომარეობაში — გაურკვეველი პროგნოზით, გაუმართავი სიმპტომებით და დაკარგული მარშრუტით.
5. **პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) როლი და ჩართულობა:**
უმეტესწილად პჯდ ექიმი ჩართულია მხოლოდ ოპიოიდური მედიკამენტების გამოწერისთვის და არ თამაშობს პროცესში მისთვის დამახასიათებელ ცენტრალურ კოორდინაციულ როლს. არ ხდება პაციენტის სიმპტომური მონიტორინგი, ოჯახის მხარდაჭერა, პროგრესის შეფასება და რეფერალის მართვა.
6. **პალიატიური და ჰოსპისური ზრუნვის გეოგრაფიული შეზღუდულობა:**
რეგიონებში პრაქტიკულად არ არსებობს ხარისხიანი ჰოსპისური სერვისები. მობილური ბრიგადების რაოდენობა უკიდურესად მცირეა, არ არსებობს 24/7 მომსახურება, ხოლო შორეულ დასახლებებში ხშირია „მთლიანად ოჯახისგან მოცული“ ზრუნვა, ყოველგვარი პროფესიონალური დახმარების გარეშე.
7. **სიცოცხლის ბოლო ეტაპი:**
სიცოცხლის ბოლო ეტაპზე პაციენტების დიდი ნაწილი კვდება მძიმე ტკივილის, სუნთქვის უკმარისობის, ფსიქოლოგიური სტრესისა და მოწესრიგებული საექთნო დახმარების გარეშე — რადგან სისტემა ვერ აწვდის ორგანიზებულ, ხარისხიან, ადამიანზე ორიენტირებულ სერვისს.
8. **ინტერდისციპლინური თანამშრომლობის არარსებობა:**
არ არსებობს მკაფიოდ ჩამოყალიბებული მექანიზმი, რომელიც აკავშირებს პჯდ, ონკოლოგს, პალიატიურ ჯგუფს, ფსიქოლოგს, სოციალური მოვლის სპეციალისტს და ჰოსპისის მუშაკებს ერთიან მოვლის ჯაჭვში.

აღნიშნულიდან გამომდინარე,

- ✓ **რეკომენდებულია**, პალიატიური ზრუნვის სახელმწიფო დაფინანსება ეტაპობრივად გაიზარდოს, რათა უზრუნველყოფილი გახდეს არსებული სერვისების გაუმჯობესება, საწოლფონდის გაფართოება, მობილური ბრიგადების რაოდენობის ზრდა და სერვისების ქვეყნის მასშტაბით ხელმისაწვდომობა;
- ✓ **რეკომენდებულია**, შემუშავდეს და დამტკიცდეს პალიატიური ზრუნვის ეროვნული პროტოკოლები, მომსახურების პაკეტი და ხარისხის ინდიკატორები, რომლებიც მკაფიოდ განსაზღვრავს მოვლის სტანდარტებს და პასუხისმგებლობების განაწილებას - ონკოლოგს, პჯდ ექიმსა და პალიატიური ზრუნველობის სპეციალისტებს შორის;
- ✓ **რეკომენდებულია**, პალიატიური ზრუნვა ინტეგრირდეს ონკოლოგიური დაავადებების მართვაში როგორც ადრეულ ეტაპზე დანიშნული კომპონენტი და არა მხოლოდ სიცოცხლის ბოლო ფაზაში გამოყენებული ინსტრუმენტი;

- ✓ **რეკომენდებულია**, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გაძლიერება სპეციალისტების ტრენინგით სიმპტომების მართვაში, ტკივილის კონტროლში (3-საფეხურიანი სისტემა), კომუნიკაციასა და ოჯახის მხარდაჭერაში, რათა პჯდ-მ შეასრულოს პროცესის კოორდინატორის ფუნქცია.
- ✓ **რეკომენდებულია**, მობილური პალიატიური ბრიგადების რაოდენობა გაიზარდოს, განსაკუთრებით რეგიონებში, რათა პაციენტებს ადგილზე — ბინაზე — მიეწოდოს კვალიფიციური სამედიცინო, საექთნო და ფსიქოსოციალური დახმარება.
- ✓ **რეკომენდებულია**, ოპიოიდური ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობის პროცესი გამარტივდეს უსაფრთხოების სტანდარტების დაცვის პარალელურად, ხოლო ექიმებისა და მოსახლეობისათვის განხორციელდეს ობიექტური, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული განათლება მათი რაციონალური და უსაფრთხო გამოყენების შესახებ.
- ✓ **რეკომენდებულია**, პალიატიური ზრუნვის სავალდებულო ნაწილად გახდეს ფსიქოლოგიური და სოციალური მხარდაჭერა, შესაბამისი კადრების მომზადებითა და სისტემაში ინტეგრაციით.

პაციენტზე ორიენტირებული მომსახურება და პაციენტის ნავიგაცია ძუძუს კიბოს მენეჯმენტში

პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა წარმოადგენს კიბოს პრევენციისა და მკურნალობის პროცესის საფუძველს. მისი მიზანია ქალის საჭიროებებისა და არჩევანის პატივისცემა, ინფორმაციის სრული და გასაგები მიწოდება, ემოციური მხარდაჭერა, სერვისების უწყვეტობა და მკაფიო ორიენტირების უზრუნველყოფა პირველადი, სპეციალიზებული და მაღალკვალიფიციური ონკოლოგიური სერვისების დონეებს შორის. ასეთი ნავიგაცია ამცირებს შემთხვევების დაკარგვას, აჩქარებს დიაგნოსტიკას და უზრუნველყოფს მკურნალობაზე დროულ წვდომას.

1. კონსულტაცია პირველად ჯანდაცვაში

პირველადი ჯანდაცვა არის ქალთან პირველი და ყველაზე ხშირი სამედიცინო კონტაქტის სივრცე. სწორედ აქ ხდება ძუძუს კიბოს რისკების შეფასება და სკრინინგთან დაკავშირებული ინფორმაციის პირველად მიწოდება. კონსულტაცია უნდა იყოს სტრუქტურირებული, თანმიმდევრული, მკაფიო და ადაპტირებული პაციენტის განათლების, სოციალური მდგომარეობისა და ინდივიდუალური საჭიროებების გათვალისწინებით.

კვლევები აჩვენებს, რომ სტრუქტურირებული კონსულტირება ზრდის სკრინინგში მონაწილეობას 20–30%-ით და ამცირებს ნორმიდან გადახრილ შედეგებთან დაკავშირებულ შფოთვას.

პირველადი კონსულტაციის ძირითადი კომპონენტები:

- **რისკის გაცნობიერება:** პჯდ ექიმმა უნდა აუხსნას შესაბამისი ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტს ძუძუს კიბოს რისკ-ფაქტორები და სკრინინგის მნიშვნელობა - მკაფიო, გასაგები, არასამედიცინო ენით.
- **ბარიერების გადაჭრა:** ინფორმაციის დეფიციტის, სტიგმის, შიშის დაძლევა
- **ინფორმირებული თანხმობა:** ქალმა უნდა გაიგოს რას გულისხმობს სკრინინგი (მამოგრაფია, ციტოლოგია), შესაძლო შედეგები და შემდეგი ნაბიჯები.

- **ერთობლივი გადაწყვეტილება:** გადაწყვეტილებები მიიღება პაციენტთან ერთად. პირველადი ჯანდაცვა იღებს ინფორმირებულ თანხმობას და უზრუნველყოფს ქალის რეფერალს სკრინინგ-ცენტრში (დახმარება ბუქინგში - ვებ.გვერდი, ტელ. ნომერი)

პაციენტის ნავიგაცია: ეტაპები, საკონტაქტო პირები და უკუკავშირი

პაციენტისთვის მკაფიოდ უნდა იქნას განმარტებული სრული გზა:

სკრინინგი → სკრინინგის პერიოდულობა → ნორმიდან გადახრილი პასუხის შემთხვევაში → ულტრაბგერა და ბიოფსია → დიაგნოზი → სტადირება → მკურნალობა → შემდგომი მონიტორინგი.

პაციენტს წინასწარ უნდა გაეცეს პასუხი ყველა შესაძლო კითხვაზე, როგორიცაა:

1. სად მივიდე?
2. რა ვადაში? ციკლის რა პერიოდში?
3. რა დოკუმენტები/ანალიზები დამჭირდება?
4. დავბრუნდე თუ არა სკრინინგის პასუხით ოჯახის ექიმთან?

2. კომუნიკაციის სტანდარტები სკრინინგ-ცენტრში (მათ შორის – არასათანადო/ნორმიდან გადახრილი პასუხის მიწოდება)

სკრინინგის საექმო პასუხის გაცემა უნდა მოხდეს სიფრთხილით, მკაფიო ენით და ემოციური მგრძნობელობით.

სტანდარტი მოიცავს:

- **დროული შეტყობინება:** სკრინინგის და დიაგნოსტიკური შედეგი უნდა გადაეცეს ქალს 7–10 დღის ვადაში.
- **ნორმიდან გადახრილი შედეგების პირადი მიწოდება:** როდესაც ეს შესაძლებელია, მამოგრაფიით აღმოჩენილი პათოლოგია, ნორმიდან გადახრილი ციტოლოგია ან ბიოფსიით დადასტურებული დაზიანებები პაციენტს უნდა აეხსნას პირისპირ.
- **გასაგები ენის გამოყენება:** თავიდან აიცილეთ სამედიცინო ტერმინოლოგია. ახსენით რას ნიშნავს "BIRADS4-5" წერილნამსიანი და "კორ-ბიოფსია", აუხსენით შემდეგი ნაბიჯების აუცილებლობა
- **დამშვიდება და მოქმედების გეგმა:** ხაზგასმით აღნიშნეთ, რომ ნორმიდან გადახრილი შედეგები არ ნიშნავს კიბოს, რომ მკურნალობა ეფექტურია და წარმოადგინეთ მკაფიო შემდეგი ნაბიჯები (მაგ., "თქვენ გჭირდებათ მამოლოგთან კონსულტაცია, ის დეტალურად აგიხსნით შემდგომი დაზუსტებული დიაგნოსტიკის ნაბიჯებს, რათა გამოირიცხოს პათოლოგია ან დროულად ჩატარდეს მკურნალობა. აქ არის ვიზიტის თარიღი და ადგილი").
- **წერილობითი შეჯამება:** მიაწოდეთ ქალს შედეგების, შემდეგი ნაბიჯებისა და საკონტაქტო ინფორმაციის წერილობითი შეჯამება.

3. მხარდაჭერა მოწყვლადი ჯგუფებისთვის

მოწყვლადი ჯგუფების ქალები საჭიროებენ დამატებით, სპეციფიკურ მხარდაჭერას:

- **სოციალურად დაუცველი ჯგუფები:** მარტივი, გასაგები ენით მიწოდებული ინფორმაცია; დამატებითი სატელეფონო კომუნიკაცია.
- **სოფლის/მაღალმთიანი რეგიონები:** ტრანსპორტის ხელშეწყობა, ვიზიტების შეჯერება ერთ დღეში (ძუძუს კიბოს სკრინინგი + საშისლოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი).
- **ეთნიკური უმცირესობები:** ინფორმაცია მშობლიურ ენაზე; თარჯიმნის მხარდაჭერა.
- **შეზღუდული შესაძლებლობის ქალები:** ფიზიკურ, კოგნიტურ ან სენსორულ საჭიროებებზე მორგებული სერვისი.

მიყოლის უზრუნველყოფა (Referral Tracking) – საქართველოს რეალობაში პრაქტიკულად არ ხორციელდება, რაც სკრინინგის დაბალი მოცვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზია. აუცილებელია მინიმალური tracking-მექანიზმების დანერგვა, როგორიცაა ვიზიტების SMS/ტელეფონით შეხსენება, ნორმიდან გადახრილი პასუხების სწრაფი შეტყობინება ოჯახის ექიმისთვის, პასუხისმგებელი კოორდინატორის მონიშვნა და პაციენტის გადაადგილების მონიტორინგი სკრინინგიდან დიაგნოზამდე. ასეთი მიდგომა ამცირებს პაციენტის „დაკარგვის“ რისკს და უზრუნველყოფს დროულ, უწყვეტ მართვას.

კოორდინაციის მექანიზმები ზრუნვის დონეებს შორის

ცხრილი 5. ძუძუს კიბოს მართვა - როლებისა და პასუხისმგებლობების მატრიცა

ზრუნვის დონე	ძირითადი როლი	მთავარი პასუხისმგებლობები
პჯდ – პირველადი ჯანდაცვა	პირველი კონტაქტი; ინფორმირება; რეფერირება	• რისკების ახსნა და სკრინინგზე მიწვევა • • ინფორმირებული თანხმობა • რეფერირება სკრინინგზე და ბუქინგის მხარდაჭერა • ნორმიდან გადახრილი პასუხის ახსნა და სპეციალისტზე გადამისამართება • მკურნალობის შემდეგ პაციენტის დაბრუნება FollowUp მონიტორინგზე
სკრინინგ-ცენტრი	ტესტირება და შედეგების კომუნიკაცია	• მამოგრაფიით სტანდარტული ტესტირება • შედეგების მკაფიო მიწოდება • საჭიროებისას ულტრაბგერითი კვლევა და ბიოფსია • ნორმიდან გადახრილი პასუხების გაგზავნა პჯდ-ში • მონაცემების ატვირთვა რეესტრში • ბიოფსიის პასუხებით პაციენტის რეფერირება სპეციალიზებულ ცენტრში
სპეციალისტი მამოლოგი/ონკოლოგი	დიაგნოსტიკა შედეგების კომუნიკაცია და გადამისამართება	• დამატებითი იმიჯინგის უზრუნველყოფა • ბიოფსია • დიაგნოზის დადასტურება • შემდეგი ნაბიჯების ახსნა • სტადირების კვლევები • მდგ-სთვის საჭირო ინფორმაციის მიწოდება • უკუკავშირი პჯდ-სთან
მდგ - მულტიდისციპლინური გუნდი	მკურნალობის ერთიანი გეგმა	• კვლევების განხილვა • მკურნალობის გეგმის დასახვა • მკაფიო კომუნიკაცია პაციენტთან • რეფერირება შესაბამის სპეციალისტთან (მამოლოგი/ონკოლოგი/რთ)
მკურნალობა	დასახული გეგმის შესრულება	• დაგეგმილი მკურნალობის დროული დაწყება • გართულებების მართვა • ემოციური/ინფორმაციული მხარდაჭერა • მკურნალობის დასკვნის გაგზავნა პჯდ-ში • მონაცემების ატვირთვა რეესტრში/ EHR
Follow-Up – მონიტორინგი	რეციდივის კონტროლი და უწყვეტობა	• Follow-Up ვიზიტების დაგეგმვა • საჭიროების შემთხვევაში მდგ ხელახალი განხილვა • სტაბილური პაციენტის დაბრუნება პჯდ-ში
NCDC – ზედამხედველობა	ეროვნული მონიტორინგი და ხარისხის კონტროლი	• მონაცემების შეგროვება/ანალიზი • პროგრამის ეფექტიანობის შეფასება • ხარისხის სტანდარტების მონიტორინგი • უკუკავშირი ყველა დონეზე • პოლიტიკის შემუშავების მხარდაჭერა

საინფორმაციო სისტემები და რეპორტიზი

ძეპუს კიბოს პრევენციისა და მართვის ეფექტიანი სისტემისთვის აუცილებელია ჯანმრთელობის ინფორმაციული ინფრასტრუქტურის გაძლიერება ზრუნვის ყველა დონეზე. საქართველოში 2015 წლიდან ფუნქციონირებს კიბოს პოპულაციური რეგისტრი, რომელმაც მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა სტატისტიკური მონაცემების შეგროვებისა და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პოლიტიკის დაგეგმვაში. რეგისტრს მკაფიოდ განსაზღვრული მოთხოვნები აქვს სკრინინგის პროგრამის მიმწოდებლების, პათოლოგიური ლაბორატორიების, ონკოლოგიური დაწესებულებებისა და პალიატიური ზრუნვის პროვაიდერების მიმართ. მიუხედავად ამისა, არ არსებობს მონაცემთა სრულყოფილების და სიზუსტის გარანტია.

ბოლო წლებში განხორციელებული რეფორმების ფარგლებში კიბოს რეგისტრის ბაზა ინტეგრირებული იქნა ჯანდაცვის სამინისტროს ფინანსურ მოდულებთან, რამაც, ექსპერტების შეფასებით, გაზარდა მონაცემთა დამახინჯების, არასწორი აღრიცხვისა და კლინიკების/პაციენტების ინტერესებზე მორგებული ინფორმაციის წარმოდგენის რისკი. შესაბამისად, საჭიროა მონაცემთა შეგროვების პროცესის საფუძვლიანი გადახედვა და კონტროლი.

აუცილებელია რეგისტრში არსებული ჩანაწერების ვალიდაციისა და სისრულის სისტემური უზრუნველყოფა, რათა პაციენტის სრული გზა სტანდარტიზებულად აისახოს.

მონაცემთა ხარისხის გასაუმჯობესებლად შესაძლებელია ინტეგრირებულ სისტემაში Pap/HPV დადებითი პასუხების ავტომატური შეტყობინებების ჩაშენება, რაც მნიშვნელოვნად შეამცირებს პაციენტთა დაკარგვას და უზრუნველყოფს დროულ რეფერალს შესაბამის სპეციალისტთან.

ასევე აუცილებელია ონკოლოგიური დიაგნოზის ფორმულირების სრული სტანდარტიზაცია, TNM სისტემის, სტადირების/რესტადირების და მორფოლოგიური დიაგნოზის სავალდებულო კომპონენტების გათვალისწინებით.

ეროვნული EHR პლატფორმისა და კიბოს რეგისტრის ორმხრივი სინქრონიზაცია (ამ ეტაპზე არ არსებობს) უზრუნველყოფს ზრუნვის ყველა დონისთვის დროული და სანდო ინფორმაციის მიწოდებას.

ამავე კონტექსტში მიზანშეწონილია ავტომატური შეტყობინებების გენერაცია გამორჩენილი follow-up შემთხვევებისთვის, რაც გააუმჯობესებს პაციენტთა მიყოლასა და მკურნალობის უწყვეტობას.

დამატებით, კარგი იქნება მულტიდისციპლინური გუნდის დადგენილების სტანდარტიზებული ელექტრონული შაბლონის შემუშავება, რაც უზრუნველყოფს მკურნალობის სისტემატიზაციას და გადაწყვეტილებების დოკუმენტირების გამჭვირვალობას.

პალიატიური ზრუნვის სექტორისთვის საჭიროა პაციენტის მონაცემებზე წვდომის გაუმჯობესება, რეფერირების და მონიტორინგის ერთიანი მოდელის შექმნა, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს დროული, თანმიმდევრული და კოორდინირებული ზრუნვა.

აღნიშნული ცვლილებები უნდა ემსახუროდეს მონაცემებზე სწრაფ, ზუსტ და სტანდარტიზებულ წვდომას როგორც პაციენტისთვის, ისე კლინიცისთვის და ჯანდაცვის

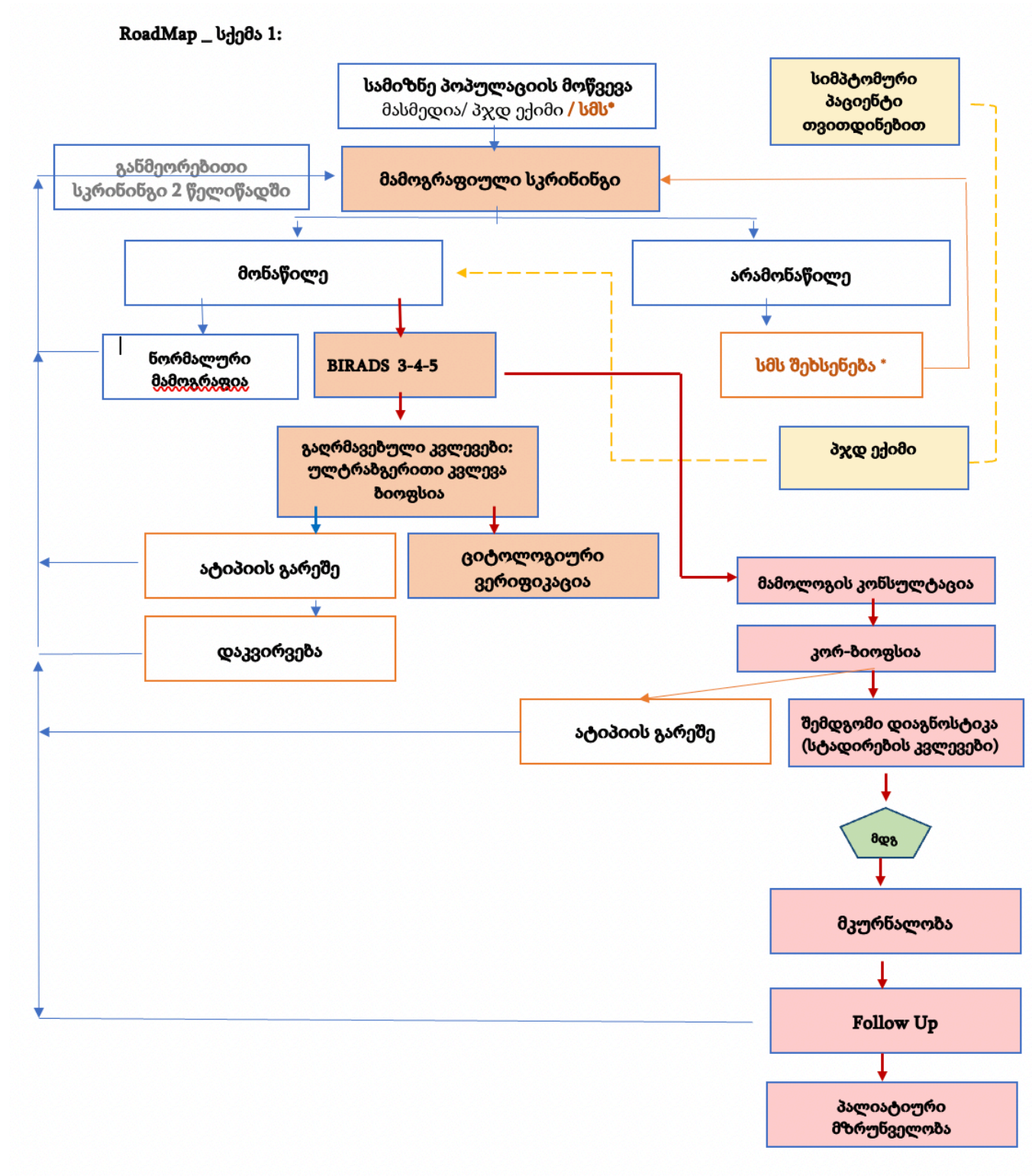
სისტემისთვის, რაც მნიშვნელოვნად გააძლიერებს ქვეყნის ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემას, შექმნის მონაცემთა მიმოცვლის მეტად მოქნილ და უსაფრთხო გარემოს და უზრუნველყოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკისა და ეფექტიანი ჯანმრთელობის პროგრამების დაგეგმვის საფუძველს.

გზამკვლევის კომპონენტების შესრულების ძირითადი ინდიკატორები

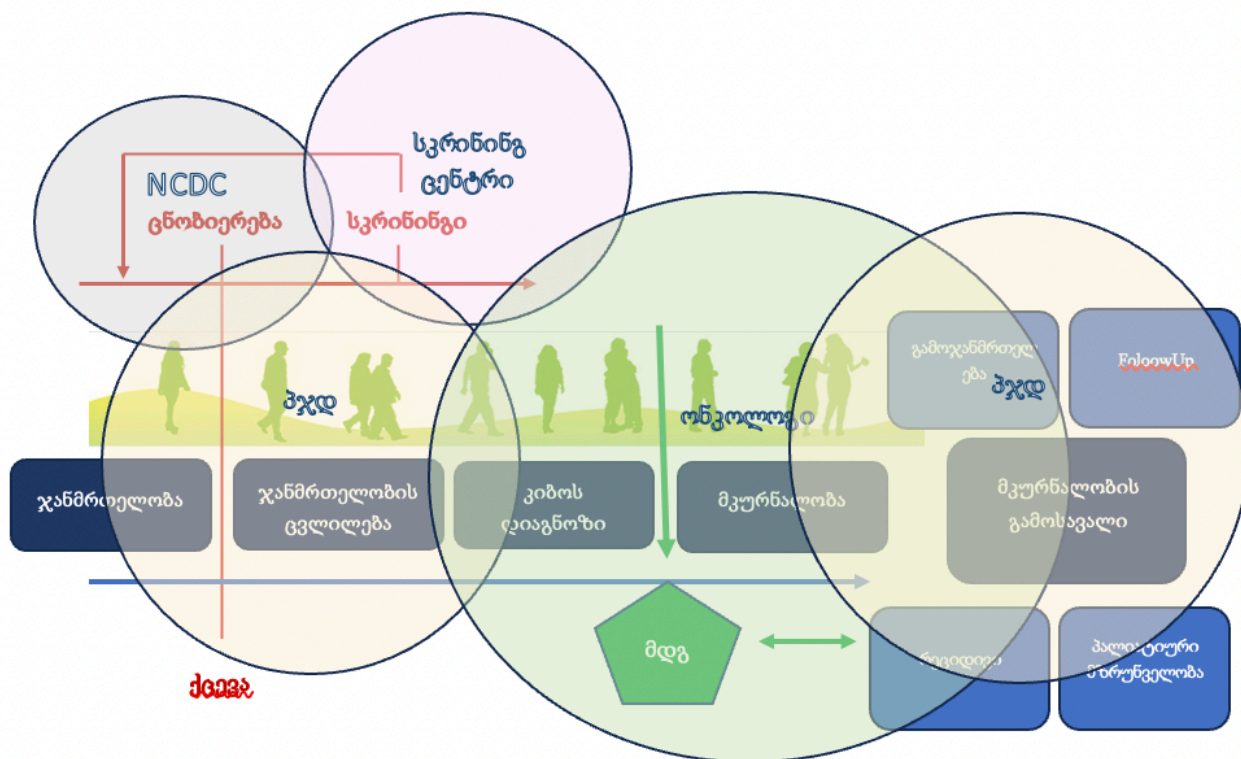
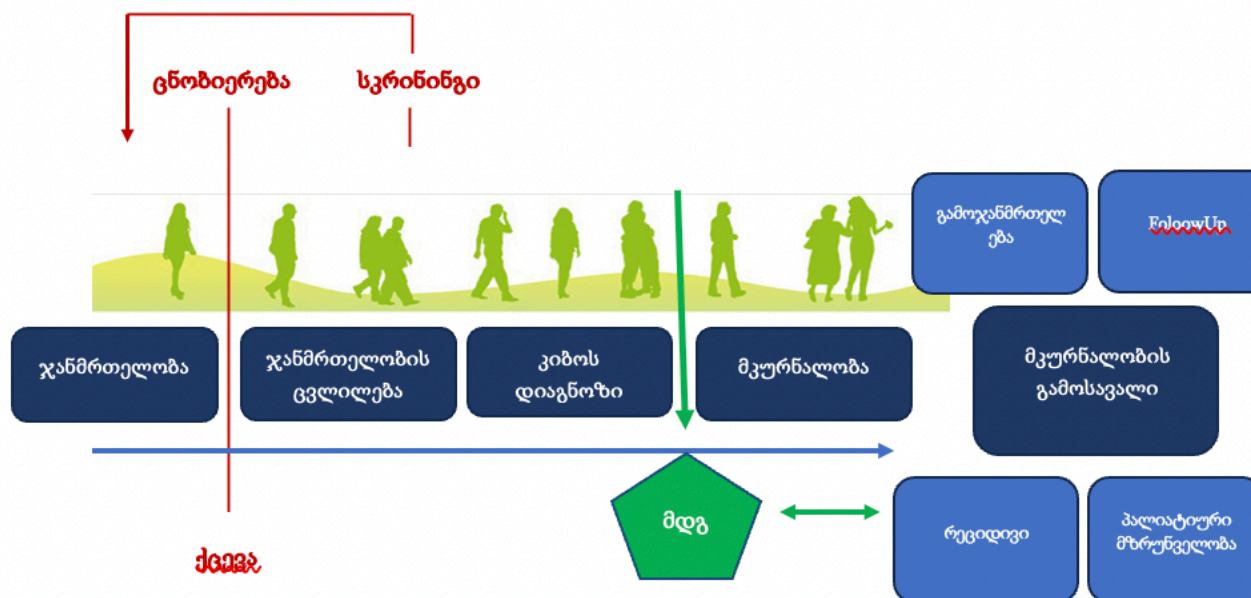
1. **სკრინინგის შესრულების მაჩვენებელი** — 40-70 წლის ქალების წილი, რომლებმაც ბოლო 2 წელში ჩაიტარეს მამოგრაფია (%).
2. **ბიოფსიის შედეგიდან მდგ განხილვამდე დრო** — პაციენტების წილი, რომელთა ბიოფსიის შედეგი MDT-ზე განხილვას 3 კვირაში (%).
3. **I-II სტადიის წილი** — ადრეულ სტადიაზე დადგენილი დიაგნოზის წილი (%).
4. **TNM და FIGO სტადიების სრული დოკუმენტირება** — დიაგნოსტირებული შემთხვევების წილი, რომელშიც მითითებულია სრულად შევსებული სტადიების მონაცემები (%).
5. **მდგ გადაწყვეტილებიდან მკურნალობის დაწყებამდე გასული დრო** — მკურნალობის დაწყების საშუალო ინტერვალი მდგ-ის გადაწყვეტილებიდან (დღეებში).
6. **მკურნალობის შეწყვეტის მაჩვენებელი** — პაციენტთა წილი, რომლებმაც მკურნალობა შეწყვიტეს არაკლინიკური მიზეზით (%).
7. **პალიატიური ზრუნვის ჩართვა** — პაციენტთა წილი, რომლებიც პალიატიურ ზრუნვაში ერთვებიან დაავადების პროგრესიის ადრეულ ეტაპზე (%).
8. **Lost to follow-up მაჩვენებელი** — პაციენტთა წილი, რომლებიც „იკარგებიან“ მკურნალობის დასრულებიდან 12 თვეში (%).
9. **გადარჩენადობა** — 1-წლიანი და 5-წლიანი საერთო გადარჩენადობის მაჩვენებელი (%).

მონაცემთა წყაროები : NCDC რეესტი, პჯდ ელექტრონული ჩანაწერების სისტემა, ონკოლოგიური კლინიკების საინფორმაციო სისტემები

სქემა 1 - პაციენტის ნავიგაციის გზამკვლევი ძუძუს კიბოზე ზრუნვის სისტემაში



ნავიგაციის გზა _ სქემა 2:



გამოყენებული ლიტერატურა

¹ WHO Global Breast Cancer Initiative (GBCI)

<https://www.who.int/initiatives/global-breast-cancer-initiative>

² ძუძუს კიბოს დიაგნოსტიკა, კლინიკური გზამკვლევი, 2024

<https://www.moh.gov.ge/docs/20240321030908>

³ City Cancer Challenge (C/Can)

<https://citycancerchallenge.org/tbilisi-kick-starts-implementation-of-the-gbci-framework-to-reduce-breast-cancer-deaths-by-2-5-per-year/>

⁴ ძუძუს კიბოს სკრინინგისა და დიაგნოსტიკის ხარისხის განმაპირობებელი ევროპული სახელმძღვანელოს მოკლე ვერსია

<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.europadonna.org/pdf/shortguide-EG-Georgian.pdf>