

პაციენტის ნავიგაციის გზამკვლევი საშვილოსნოს ყელის კიბოს ზრუნვის სისტემაში

თბილისი

2025

შინაარსი

პაციენტის ნავიგაციის გზამკვლევი საშვილოსნოს ყელის კიბოს ზრუნვის სისტემაში 1

აბრევიატურები	2
საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრობლემა	3
გზამკვლევის მომზადების მეთოდოლოგია	5
სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გზამკვლევის გამოყენების პირობები	5
ზრუნვის სხვადასხვა დონეებს შორის კოორდინაციის ჩარჩო და რეფერალის მიკვლევადობის მოდელი	5
პაციენტის მოძრაობის ტრაექტორიის ძირითადი პრინციპები	6
თითოეულ საფეხურზე განხორციელებული ჩარევები და სამედიცინო პროვაიდერების როლები.....	8
საფეხური 1 - აპვ ვაქცინაცია და სკრინინგი	8
საფეხური 2 - სიმპტომების მქონე ქალების საწყისი გამოკვლევა და რეფერალი.....	13
საფეხური 3 - დაავადების დიაგნოზი, სტადირება და მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა.....	15
საფეხური 4 - მკურნალობა.....	17
საფეხური 5 - ზრუნვა საწყისი მკურნალობის შემდეგ და რეაბილიტაცია.....	18
საფეხური 6 - მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგი (Follow Up)	19
საფეხური 7 - პალიატიური ზრუნვა	21
გამოყენებული ლიტერატურა	32

AGC-Atypical Glandular Cells-ატიპიური ჯირკვლოვანი უჯრედები
HPV-Human Papillomavirus-ადამიანის პაპილომავირუსი (აპვ)
ASC-H-Atypical Squamous Cells—cannot exclude High-grade Squamous Intraepithelial Lesion - ატიპიური ბრტყელი უჯრედები, მაღალი ხარისხის ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელური დაზიანება არ გამოირიცხება
ASC-US-Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance- ატიპიური ბრტყელი უჯრედები გაურკვეველი მნიშვნელობით
CIN-Cervical Intraepithelial Neoplasia-საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელური ნეოპლაზია (კიბოსწინა მდგომარეობა)
CT-Computed Tomography-კომპიუტერული ტომოგრაფია
Cotest-Co-testing (HPV + PAP test)-ერთობლივი ტესტირება (HPV და Pap ტესტის კომბინაცია)
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)
GLOBOCAN_2022 -Global Cancer Observatory-ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალური კიბოს მონაცემთა ობსერვატორია
HSIL-High-grade Squamous Intraepithelial Lesion-მაღალი ხარისხის ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელური დაზიანება (მაღალი დისპლაზია)
ki67-უჯრედების პროლიფერაციის (გამრავლების) მარკერი
LEEP-Loop Electrosurgical Excision Procedure-მარყუჟოვანი ელექტროქირურგიული ექსციზიის პროცედურა
LSIL-Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion-დაბალი ხარისხის ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელური დაზიანება (მსუბუქი დისპლაზია)
LVSI-LymphoVascular Space Invasion-ლიმფოვასკულურ სივრცეში ინვაზია
მდგ-MDT-Multidisciplinary Team-მულტიდისციპლინური გუნდი
MRI-Magnetic Resonance Imaging-მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია
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
NILM-Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy-ნეგატიური ინტრაეპითელური დაზიანება ან ავთვისებიანი სიმსივნე
Pap / PAP - Papanicolaou test-პაპანიკოლაუს ტესტი
P16-Protein 16-პროტეინი p16 (კიბოს პათოგენეზის მარკერი)
PD-L1-Programmed death-ligand 1-პროგრამირებული სიკვდილის ლიგანდი 1 (იმუნოთერაპიის მარკერი)
პჯდ-პირველადი ჯანდაცვა
PET-Positron Emission Tomography –პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფია
PLN -Pelvic Lymph Node -მენჯის ლიმფური კვანძები
SLN - Sentinel Lymph Node-სენტინელური (პირველადი) ლიმფური კვანძი
TNM-Tumor, Node, Metastasis-სიმსივნის (T), ლიმფური კვანძების (N) და მეტასტაზების (M) კლასიფიკაცია (სტადირება)
WHO-ჯანმო-World Health Organization-ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრობლემა

საშვილოსნოს ყელის კიბო თავიდან აცილებადი და განკურნებადი დაავადებაა, თუ ის ადრეულად გამოვლინდება და ეფექტიანად იმართება. მიუხედავად ამისა, ის მსოფლიოში ქალთა შორის კიბოს

მე-4 ყველაზე გავრცელებული ფორმაა, რომელმაც 2022 წელს თითქმის 350 000 ქალის სიცოცხლე იმსხვერპლა¹.

ცოტა თუ მოიძებნება დაავადება, რომელიც ისე ნათლად ასახავს გლობალურ უთანასწორობას, როგორც საშვილოსნოს ყელის კიბო. 2022 წელს კიბოთი განპირობებული სიკვდილის შემთხვევების თითქმის 94% მოდიოდა დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებზე. სწორედ აქ არის საშვილოსნოს ყელის კიბოს ტვირთი ყველაზე დიდი, რადგან საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია და დაავადების სკრინინგი და მკურნალობა ფართოდ არ არის დანერგილი.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის GLOBOCAN_2022 მონაცემებით, საქართველოში საშვილოსნოს ყელის კიბო რიგით მე-5 ყველაზე გავრცელებული სიმსივნე და სიკვდილიანობის ერთ-ერთი წამყვანი მიზეზია ქალთა პოპულაციაში. წლიურად რეგისტრირდება დაახლოებით 330 ახალი შემთხვევა (15,7 100.000 ქალზე), შემთხვევათა >60% მოდის დაავადების III-IV სტადიაზე, რაც ხაზს უსვამს სკრინინგისა და პრევენციის პროგრამების მნიშვნელობას.

2018 წლის მაისში ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გენერალურმა დირექტორმა გლობალურად მოუწოდა ქვეყნებს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ლიკვიდაციისკენ, ხაზი გაუსვა განახლებულ პოლიტიკურ ნებას ამ ამოცანის რეალობად ქცევისთვის და მოუწოდა ყველა დაინტერესებულ მხარეს, გაერთიანდნენ ამ საერთო მიზნის მისაღწევად.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს ლიკვიდაციის მიზნით, ჯანმო-ს გლობალური სტრატეგიის თანახმად, ყველა ქვეყანამ უნდა მიაღწიოს და შეინარჩუნოს ინციდენტობის მაჩვენებელი 4-ზე ნაკლები 100 000 ქალზე. ამ მიზნის მიღწევა ეფუძნება სამ ძირითად ნიშანსვეტს და მათ შესაბამის სამიზნეებს:

- **ვაქცინაცია:** 15 წლამდე ასაკის გოგონების 90% სრულად უნდა იყოს ვაქცინირებული ადამიანის პაპილომავირუსის საწინააღმდეგო (აპვ) ვაქცინით;
- **სკრინინგი:** ქალების 70%-ს ჩატარებული უნდა ჰქონდეს სკრინინგი მაღალეფექტური ტესტით 35 წლის ასაკისთვის და განმეორებით 45 წლის ასაკისთვის;
- **მკურნალობა:** კიბოსწინა მდგომარეობის მქონე ქალების 90% უნდა იყოს ნამკურნალები და ინვაზიური კიბოს მქონე ქალების 90%-ში მდგომარეობა უნდა იყოს მართული.

თითოეულმა ქვეყანამ 2030 წლისთვის უნდა მიაღწიოს **90-70-90 სამიზნეებს**, რათა დაიწყოს საშვილოსნოს ყელის კიბოს ლიკვიდაციის გზა მომდევნო საუკუნეში.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს მქონე 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.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს მქონე პაციენტის ნავიგაციის გზამკვლევი ასახავს ამ მოძრაობას, დაწყებული პრევენციისა და სკრინინგის მომენტიდან, დამთავრებული მკურნალობით, მონიტორინგით და, საჭიროების შემთხვევაში, პალიატიური მზრუნველობით (სქემა 1).

დოკუმენტის მიზანი: გზამკვლევის მიზანია საქართველოში საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციიდან პალიატიურ ზრუნვამდე პაციენტის ნავიგაციის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, სტანდარტიზებული და კოორდინირებული გზამკვლევის ჩამოყალიბება, რომელიც უზრუნველყოფს სერვისების უწყვეტობას პირველადი ჯანდაცვის, სკრინინგის, სპეციალიზებული გინეკოლოგიური და ონკოლოგიური სერვისების დონეებს შორის.

გზამკვლევის მომზადების მეთოდოლოგია

საშვილოსნოს ყელის კიბოს მქონე პაციენტთა ნავიგაციის გზამკვლევი ეყრდნობა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის „გზამკვლევს საშვილოსნოს ყელის კიბოს, როგორც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრობლემის, ელიმინაციის დასაჩქარებლად ჯანმო-ს ევროპის რეგიონში 2022–2030 წლებში“², ავსტრალიის „საშვილოსნოს ყელის კიბოს მქონე ქალზე ზრუნვის ოპტიმალურ გზამკვლევს“³, ბრიტანეთის ნაციონალური ჯანდაცვის სისტემის „საშვილოსნოს ყელის სავარაუდო და დადასტურებული კიბოს ეროვნულ ოპტიმალურ ონკოლოგიურ გზამკვლევს“⁴, საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოსტიკის ეროვნულ კლინიკურ გზამკვლევს⁵ და სხვა საერთაშორისო ავტორიტეტული ორგანიზაციების დოკუმენტებს 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 საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის, 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

საშვილოსნოს ყელის 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 საშვილოსნოს ყელის 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 გინეკოლოგთან რეფერალი – მაქსიმუმ 10 დღე.

- **სტადირების კვლევები:** უნდა დასრულდეს სპეციალისტის მიერ განხილვიდან 2 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 სისტემური თერაპია).
3. **მულტიდისციპლინური გუნდის (მდგ) ფორმატი:** მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრის - მიზნით, ყველა ახლად დიაგნოსტირებული შემთხვევა სავალდებულოდ განიხილება მდგ-ის მიერ. ეს უზრუნველყოფს სპეციალისტების (ონკოგინეკოლოგი, რადიაციული ონკოლოგი, ონკოლოგი) კოორდინირებულ მიდგომას.
4. **ინფორმაციის გაცვლა და ანგარიშგება:**
- **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 გინეკოლოგები პჯდ-ს უნდა აწვდიდნენ უკუკავშირის პაციენტის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის შესახებ.

პაციენტის მოძრაობის ტრაექტორიის ძირითადი პრინციპები

საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის და დაავადების მქონე პაციენტთა მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით გზამკვლევაში განხილულია აღნიშნული პროცესის 7 ძირითადი კომპონენტი:

საფეხური 1 - საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენცია და ადრეული გამოვლენა (აპკ ვაქცინაცია და საშვილოსნოს ყელის კიბოს 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

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 ▪ აპკ ვაქცინაცია ▪ საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი	პჯდ სკრინინგ ცენტრები	შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფებში/ შესაბამისი ვაქცინაციის ინტერვალების დაცვით (იხ. აპკ ვაქცინაცია) შესაბამის ასაკობრივ ჯგუფებში/ შესაბამისი ინტერვალების დაცვით (იხ. სკრინინგი) _სკრინინგული ტესტის შედეგი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს და განხილული იქნას პაციენტთან ერთად 7-10 დღის ვადაში. პათოლოგიური პაპ-ტესტის ან დადებითი HPV ტესტის შემთხვევაში ⇒ ტრიაჟი სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიის საფუძველზე, კოლპოსკოპია და საჭიროების შემთხვევაში ბიოფსიური მასალის აღება
საფეხური 2 - სიმპტომების მქონე ქალების საწყისი გამოკვლევა და რეფერალი	პჯდ პროვაიდერის მიერ შეფასება	*სიმპტომური პაციენტის ოჯახის ექიმის მიერ გინეკოლოგთან რეფერალი - მაქსიმუმ 10 დღის ვადაში *გინეკოლოგის შეფასება და დამატებითი კვლევები (PAP, HPV, კოლპოსკოპია, ბიოფსია- თუ არ არის ჩატარებული) - მაქსიმუმ 10 დღის ვადაში
	რეფერალი სპეციალისტთან	▪ დადებითი HPV ტესტისა და ნაცხის შედეგებიდან გამომდინარე ან/და ▪ თვალსაჩინო პათოლოგიის შემთხვევაში - კოლპოსკოპია/ ბიოფსია, მიმართვიდან ორი კვირის განმავლობაში ⇒ რეფერალი ონკოლოგიურ სპეციალიზებულ ცენტრში უნდა განხორციელდეს შესაბამის ვადაში (2-დან 8 კვირამდე), რისკის მიხედვით
საფეხური 3 - დაავადების დიაგნოზი, სტადირება და მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა	დიაგნოსტიკური კვლევები სპეციალიზებულ კლინიკაში: ▪ მენჯის ორგანოების MRI ▪ CT/ PET-CT მეტასტაზების შესაფასებლად ▪ ცისტოსკოპია/რექტოსკოპია საჭიროებისამებრ	▪ ვერიფიკაციის კვლევები: მორფოლოგიური კვლევა - დასკვნა მასალის შემოსვლიდან მაქსიმუმ 2 კვირის განმავლობაში ▪ სტადირების კვლევები = გამოკვლევები უნდა დასრულდეს სპეციალისტის მიერ განხილვიდან 2 კვირის განმავლობაში.
	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/პროქტოლოგი/უროლოგი,/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; 5-წლიანი ურეციდივო პერიოდის შემდეგ - სტანდარტული მონიტორინგი
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 - აპგ ვაქცინაცია და სკრინინგი

პჯდ პასუხისმგებლობა: ჯანსაღი ცხოვრების წესის პოპულარიზაცია (თამბაქო, ალკოჰოლი, დიეტა), აპგ ვაქცინაციის ხელშეწყობა, სკრინინგის მნიშვნელობის ახსნა და მასში მონაწილეობის წახალისება.

აპგ ვაქცინაცია - პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები.

ადამიანის პაპილომავირუსის (აპვ) საწინააღმდეგო ვაქცინაცია შედის სავალდებულო პროფილაქტიკური აცრების სიაში და ტარდება 10-11-12 წლის გოგონებსა და ბიჭებში. ამ ასაკობრივ ჯგუფში ვაქცინაცია არის ორდოზიანი, მინიმალური 6-თვიანი ინტერვალით.

გარდა ამისა, სახელმწიფო პროგრამის დამატებითი ღონისძიების ფარგლებში, ვაქცინაცია უტარდებათ ასევე 13 - 45 წლის გოგონებსა და ქალებს და 13 – 26 წლის ბიჭებსა და მამაკაცებს. ამ ასაკობრივ ჯგუფებში ე.წ. „გაწმენდის“ რაუნდების ჩასატარებლად, ვაქცინაცია ტარდება შემდეგი სქემით:

- 15 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში (ორივე სქესისთვის) - ორჯერადი ვაქცინაცია, მინიმუმ 6 თვის ინტერვალით;
- მდედრობითი სქესის 13 - 45 წლის და მამრობითი სქესის 13 – 26 წლის ასაკობრივ ჯგუფებში ტარდება სამჯერადი ვაქცინაცია, სქემით: 0 – 2 – 6 თვე.

ვაქცინაციისთვის ოპტიმალური ასაკია 9 -14 წელი (WHO რეკომენდაცია).

საქართველოში ამჟამად (2025) სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ხელმისაწვდომია 9-ვალენტური HPV ვაქცინა. ეს ახალი ვაქცინა იცავს ადამიანის პაპილომავირუსის ცხრა შტამისგან: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 და 58.

ვაქცინაციის ჩატარება შესაძლებელია ქვეყნის მასშტაბით, ყველა იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც მონაწილეობს იმუნიზაციის სახელმწიფო პროგრამაში.

დაწესებულებების ჩამონათვალი ხელმისაწვდომია: <https://rb.gy/a7s8t>

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი - პირველადი ჯანდაცვა/სკრინინგ-ცენტრი (თუ პირველადი ჯანდაცვის ცენტრში არის სათანადოდ მომზადებული სამედიცინო პროფესიონალი: ექთანი/ექიმი, რომელსაც გააჩნია პაპ-ტესტის აღების კომპეტენცია და ტექნიკური უნარები)

პჯდ პასუხისმგებლობა:

- NCDC დაჯავშნის სისტემის მეშვეობით პაციენტისთვის სკრინინგის ჯავშნის განხორციელებაში დახმარება;
- საშვილოსნოს ყელიდან ნაცხის აღება (Pap/HPV), საჭიროებისამებრ;
- სკრინინგის პროცედურების ტექნიკური უნარები, შედეგების ინტერპრეტაცია (ნორმა/პათოლოგია);
- ნორმალური შედეგების მქონე ქალების ინფორმირება შემდგომი ტესტირების თარიღთან დაკავშირებით;
- არადადამკმაყოფილებელი/არაადეკვატური შედეგის მქონე ქალების ხელმეორედ გამოძახება;
- პათოლოგიის მქონე ქალების დროული გადამისამართება(რეფერალი) შემდგომი დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და მკურნალობისთვის;
- სკრინინგის შედეგების სტანდარტიზებული ფორმების ატვირთვა EHR-ში, სკრინინგის შედეგების სრულყოფილი დოკუმენტირების უზრუნველყოფა.

სკრინინგ-ცენტრის პასუხისმგებლობა:

- სამიზნე პოპულაციის მიღება, რეგისტრაცია და სკრინინგის პროცესის ორგანიზება (Pap/HPV ტესტირების სრული ციკლი);
- კლინიკური და ლაბორატორიული ხარისხის უზრუნველყოფა — მასალის სწორად აღება, შენახვა და ტრანსპორტირება;
- ტესტის შედეგების ხარისხის უზრუნველყოფა, დადგენილი სტანდარტების და ვადების გათვალისწინებით;
- სკრინინგის შედეგების დროული მიწოდება პაციენტისთვის და პირველადი ჯანდაცვის ექიმისთვის;

- შედეგების სტანდარტიზებული ფორმის ატვირთვა EHR-ში და კიბოს რეგისტრში, მონაცემების სრულყოფილი დოკუმენტირება;
- პათოლოგიური შედეგების შემთხვევაში ქალების დროული გადამისამართება (რეფერალი) შესაბამის სპეციალისტთან;
- პაციენტთა ინფორმირება სკრინინგის პროცესის, მომდევნო ნაბიჯებისა და უსაფრთხოების შესახებ.

ონკოლოგიური/ონკოგინეკოლოგიური ცენტრების/ ექიმი-სპეციალისტების პასუხისმგებლობა:

- რეფერირებული პაციენტის შემდგომი დიაგნოსტიკური გამოკვლევა;
- საექვო ან პათოლოგიური PAP/HPV შედეგის განმეორებითი შეფასება, დიაგნოზის დადგენა;
- 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:

- საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ეროვნული პროგრამის ადმინისტრირება და მართვა;
- HPV ვაქცინაციის მონიტორინგი — მოცვის, ეფექტიანობის, უსაფრთხოების მონაცემების შეგროვება და ანალიზი;
- პროცესის ინდიკატორების განსაზღვრა, მონიტორინგი და ანალიზი (მოცვა, დროული რეფერალი, დიაგნოსტიკის ხარისხი, კიბოს რეგისტრის სისრულე და სხვ.);
- სკრინინგის, ვაქცინაციისა და პრევენციის ეროვნული საკომუნიკაციო კამპანიების ორგანიზება/მხარდაჭერა;
- პროგრამის ეფექტიანობის შეფასება და საჭირო ცვლილებების შეთავაზება ჯანდაცვის სამინისტროსთვის

ჯანდაცვის სამინისტროს როლი და პასუხისმგებლობები - პოლიტიკის შემუშავება და სისტემური დანერგვა

- მკაფიო პოლიტიკური მოთხოვნის (მანდატის) შემუშავება საშვილოსნოს ყელის 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 საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციული აქტივობების (აპვ ვაქცინაცია 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:

- საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის, ვაქცინაციისა და სკრინინგის მნიშვნელობის შესახებ 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 საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციის, სკრინინგისა და შემდგომი მართვის პროცესში. საჭიროა რეკომენდებული ასაკისა და ინტერვალების ფარგლებში PAP/HPV ტესტებზე 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.

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სახელმწიფო პროგრამა:

ა.ბ) საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი 25-60 წლის ჩათვლით ასაკის ქალებში, რომელიც მოიცავს:

- ა.ბ.ა) ოჯახის ექიმის და/ან გინეკოლოგის მიერ გასინჯვას/დათვალიერებას და ცერვიკალური ნაცხის აღებას;
- ა.ბ.ბ) პაპ-ტესტის (PAP-ტესტი) ჩატარებას ბეტესტას მეთოდზე დაყრდნობით 25-დან 30 წლამდე ასაკის მოსარგებლეებში;
- ა.ბ.გ) HPV დნმ-ის განსაზღვრის ტესტის ჩატარებას 30 წლიდან 60 წლის ასაკის ჩათვლით მოსარგებლეებში;
- ა.ბ.დ) HPV ტესტით დადებითი შემთხვევების ტრიაჟს სითხეზე დაფუძნებული ციტოლოგიის საფუძველზე;
- ა.ბ.ე) პათოლოგიის გამოვლენის შემთხვევაში კოლპოსკოპიას და საჭიროების შემთხვევაში ბიოფსიური მასალის აღებას;
- ა.ბ.ვ) აღებული ბიოფსიური მასალის ჰისტომორფოლოგიურ კვლევას;

საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი – PAP-ტესტით 3 წელიწადში ერთხელ, ხოლო HPV ტესტით (30 წლის ასაკიდან) – 5 წელიწადში ერთხელ;

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

სკრინინგის შედეგების მართვა:

ა) პაპ ტესტის შედეგები

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

პაპ ტესტის პასუხი	ინტერპრეტაცია	დამატებითი კვლევა	სკრინინგში დაბრუნება
-------------------	---------------	-------------------	----------------------

NILM (ნორმა)	ნეგატიური ინტრაეპითელური დაზიანება	საჭირო არ არის, თუ HPV(-); თუ HPV(+)*: HPV გენოტიპირება ან კოლპოსკოპია	HPV(-): 3 წელიწადში ციტოლოგია ან 5 წელიწადში HPV
ASC-US	ატიპიური ბრტყელი უჯრედები გაურკვეველი მნიშვნელობით	• HPV(+)*: კოლპოსკოპია • HPV(-): საჭირო არ არის	HPV(-): 3 წელ-ში ; მკურნალობის შემდეგ ნეგატიური ტესტის შემდეგ: 1 წელ-ში
LSIL	მსუბუქი დისპლაზია / HPV-ის მინიმალური ექსპოზიცია	- ასაკი ≥ 25 - კოლპოსკოპია; - ასაკი < 25 - ციტოლოგიის გამეორება 12 თვეში	ნეგატიური ტესტის შემდეგ: 1 წელ-ში
ASC-H	არ შეიძლება გამოირიცხოს მაღალი დისპლაზია	ყოველთვის: კოლპოსკოპია	შემდგომ მართვაზე დამოკიდებული; ჩვეულებრივ 1 წელ-ში
HSIL	მაღალი ხარისხის დისპლაზია	- კოლპოსკოპია ან - ექსციზია (LEEP) პირდაპირ საჭიროებს რეფერალს სპეციალისტთან (2-4 კვირის ვადაში)	მართვაზე დამოკიდებული; მკურნალობის შემდეგ: 1 წელ-ში
AGC	ატიპიური ჯირკვლოვანი უჯრედები	აუცილებელია: კოლპოსკოპია + ენდომეტრიუმის ბიოფსია (≥ 35 წ) საჭიროებს რეფერალს სპეციალისტთან (2-4 კვირის ვადაში)	შედეგის მიხედვით; ხშირ შემთხვევაში 1წელ-ში
AIS	ადენოკარცინომა in situ	აუცილებელია: ექსციზია (LEEP/კონიზაცია) საჭიროებს რეფერალს სპეციალისტთან (მაქსიმუმ 2 კვირის ვადაში)	მკურნალობის შემდეგ: 6-12 თვეში , შემდეგ ინდივიდუალურად
ციტოლოგიაზე ეჭვი კიბოზე	ინვაზიური კიბოს შესაძლო ნიშნები	დაუყოვნებლივ რეფერალი სპეციალისტთან: კოლპოსკოპია/ ბიოფსია/ვერიფიკაცია/სტადირება საჭიროებს დაუყოვნებლივ რეფერალს სპეციალისტთან	სპეციალისტის მართვა

* თუ HPV-დადებითია - ტრიაჟი ციტოლოგიით

ბ) კოლპოსკოპიის შედეგები და რეკომენდებული ქმედებები (სკრინინგ ცენტრი/პჯდ გინეკოლოგი)

- **ნორმა (არ არის CIN)** - სტანდარტული სკრინინგი
- **CIN1**- დაკვირვება, სტანდარტული სკრინინგი
- **CIN2** - ≥ 25 წელი $\rightarrow$ LEEP; < 25 წელი $\rightarrow$ დაკვირვება 6-12 თვეში
- **CIN3** $\rightarrow$ LEEP/ კონიზაცია, სავალდებულო რეფერალი (2-4 კვირის ვადაში)
მკურნალობის შემდეგ $\rightarrow$ cotest 1 წელ-ში, შემდეგ ყოველწლიურად 3 ნეგატიურ პასუხამდე

- *AIS* → კონიზაცია (მაღალი რისკი), სავალდებულო რეფერალი (2-4 კვირის ვადაში) ონკოგინეკოლოგთან. მონიტორინგი 6 თვეში, შემდეგ ყოველ 6-12 თვეში - 5 წელი.
- *ინვაზიური კარცინომა* → დაუყოვნებელი რეფერალი ონკოგინეკოლოგთან.

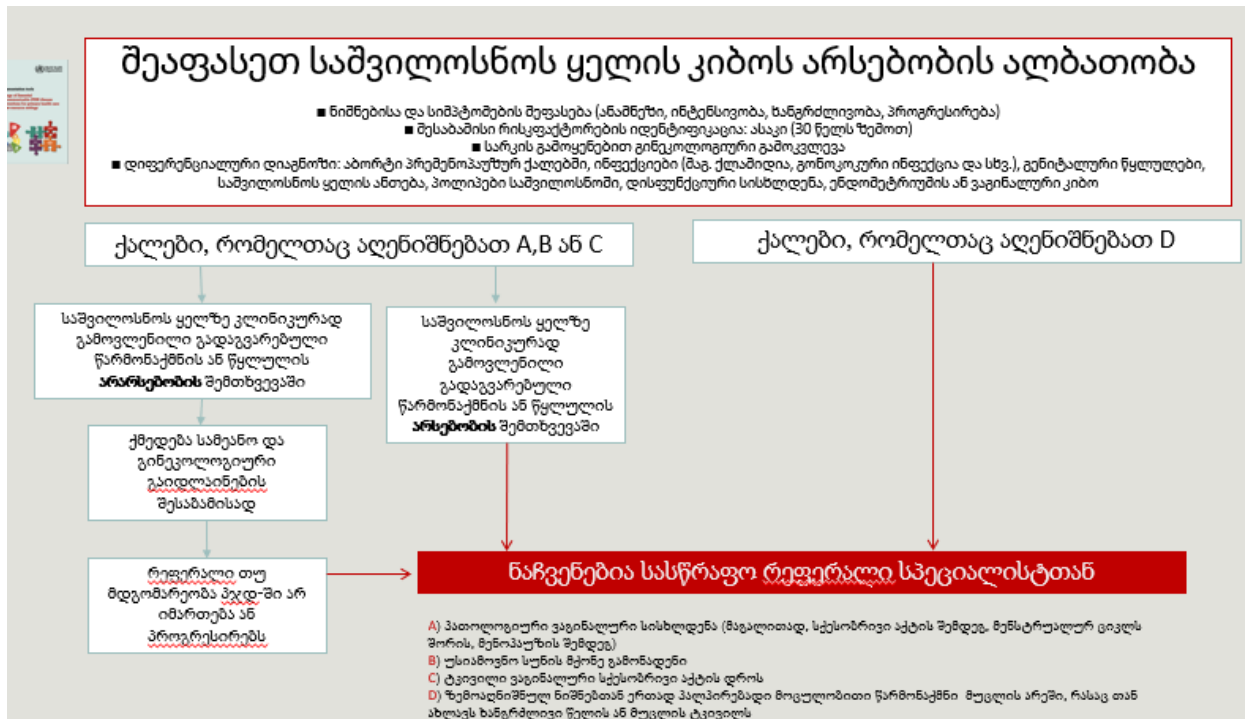
სადისკუსიო საკითხები და რეკომენდაციები:

- 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.
 - აპე ვაქცინაცია წარმოადგენს ეფექტურ პრევენციულ ღონისძიებას, თუმცა არ ახდენს ყველა HPV ტიპისგან დაცვას, ამიტომ ვაქცინაციის მიუხედავად სკრინინგი რჩება აუცილებელი.
 - კოორდინირებული სტრატეგია უნდა მოიცავდეს მოსახლეობის განათლებას, ჯანდაცვის მუშაკების ტრენინგს, პჯდ რგოლის გაძლიერებას, ინფორმირებას და ხარისხიანი სერვისებისადმი ხელმისაწვდომობის გაზრდას.
- ✓ რეკომენდებულია საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლება, სკრინინგისა და ვაქცინაციის მნიშვნელობის შესახებ, პოტენციური რისკების და მოსალოდნელი ელიმინაციის შედეგის შესახებ, საინფორმაციო კამპანიების, მედიასაშუალებების და სოციალური ქსელების გამოყენებით;
 - ✓ რეკომენდებულია სკოლებისა და სხვა განათლების დაწესებულებების ჩართულობა ვაქცინაციის პროცესში, რათა გაიზარდოს ყოველწლიური ვაქცინაციის დაფარვა და ახალგაზრდებში ცნობიერება HPV ინფექციების შესახებ;
 - ✓ რეკომენდებულია პირველადი რგოლის ჯანდაცვის პროვაიდერების ტრენინგი სკრინინგისა და ვაქცინაციის რეკომენდაციების შესახებ, რათა მათ შეძლონ ქალი პაციენტების სწორი კონსულტაცია და დროული რეფერალი სპეციალიზებულ დაწესებულებაში;
 - ✓ რეკომენდებულია კოლპოსკოპია ჩაატაროს გინეკოლოგმა ან სხვა გაწვრთნილმა ჯანდაცვის სპეციალისტმა (შესაბამისად გადამზადებული პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები), რათა ხელმისაწვდომობა დიაგნოსტიკურ სერვისებზე გაიზარდოს.

საფეხური 2 - სიმპტომების მქონე ქალების საწყისი გამოკვლევა და რეფერალი

პჯდ პასუხისმგებლობა: საშვილოსნოს ყელის კიბოს (და პრეკანცერული მდგომარეობების) სიმპტომების ადრეული აღმოჩენა და დროული რეფერალი სპეციალისტთან.

ცხრილი 3. საშვილოსნოს ყელის კიბოს ნიშნები და სიმპტომები - რეფერალი



საწყისი გამოკვლევა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე უნდა მოიცავდეს დეტალური ანამნეზის შეგროვებასა და სრულფასოვან ფიზიკურ გასინჯვას, რათა მოხდეს შესაძლო პათოლოგიის დროული იდენტიფიცირება და საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის დაუყოვნებლივი რეფერირება მაღალკვალიფიციურ გინეკოლოგიურ ან ონკოლოგიურ ცენტრში.

რეფერალის კრიტერიუმები

- ნებისმიერი პოსტმენოპაუზური სისხლდენა
- პერსისტირებული პოსტკოიტალური სისხლდენა
- არასტანდარტული ციტოლოგიური ან HPV შედეგი:
 - AIS
 - HSIL
 - AGC
 - +ASCUS დადებითი HPV-ით
 - +ASC-H
- ვიზუალური ანომალური სურათი კოლპოსკოპიაზე
 - Carcinoma
 - AIS
 - CIN3
 - +CIN2
- მაღალი რისკის ან პერიოდული გამწვავებებით მიმდინარე ქრონიკული პროცესები (მაგ., პროგრესირებადი ლეიკოპლაკია, ეროზია, მზარდი წარმონაქმნი)
- პალპირებადი მასა საშვილოსნოს ყელზე ან მუცლის ღრუში
- თანმხლები სიმპტომები: წონაში კლება, ტკივილი, დაკავშირებული შარდსასქესო/გასტრო-ინტესტინული სიმპტომები

სადისკუსიო საკითხები და რეკომენდაციები:

- პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ხშირია გვიანი მიმართვიანობა ან არასაკმარისი საწყისი შეფასება, რაც იწვევს დიაგნოზის დაგვიანებას;
 - სიმპტომების (მაგ. პოსტ-კოიტალური სისხლდენა, არარეგულარული სისხლიანი გამონადენი, მენჯის ტკივილი, არაერთგვაროვანი გამონადენი და სხვ.) მიმართ ცნობიერება დაბალია როგორც ქალებში, ასევე ზოგიერთ ჯანდაცვის პროვაიდერში;
 - კოლპოსკოპიისა და ხარისხიანი დიაგნოსტიკური სერვისების რეგიონული ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია;
 - რეფერალის მკაფიო ალგორითმების ნაკლებობა იწვევს პაციენტების დაკარგვას მართვის ჯაჭვში;
 - ხშირია შემთხვევები, როდესაც პაციენტი უსაფუძვლოდ იგზავნება გამოკვლევებზე ან პირიქით — უტყუარი სიმპტომების დროს რეფერალი იგვიანებს;
 - საჭიროა პჯდ რგოლის ტრენინგი სიმპტომების ამოცნობის, ვიზუალური გასინჯვის და რეფერირების კრიტერიუმების შესახებ.
- ✓ *რეკომენდებულია, საჭიროების შემთხვევაში, რეფერალი ონკოლოგიურ სპეციალიზებულ ცენტრში განხორციელდეს მკაფიოდ განსაზღვრულ ვადებში (2–დან 8 კვირამდე), რისკის მიხედვით.*
 - ✓ *რეკომენდებულია პირველადი ჯანდაცვის ექიმების სტანდარტიზებული ტრენინგები საშვილოსნოს ყელის კიბოს საექმო სიმპტომების, წითელი აღმებისა და რეფერალის კრიტერიუმების შესახებ.*
 - ✓ *რეკომენდებულია სიმპტომების მქონე ყველა ქალის შემთხვევებში ერთიანი ალგორითმის დანერგვა (Flowchart), რომელიც განსაზღვრავს ნაბიჯებს: სიმპტომები → პჯდ საწყისი შეფასება → საჭიროების შემთხვევაში PAP/HPV → გადაუდებელი/ დროული რეფერალი.*

საფეხური 3 - დაავადების დიაგნოზი, სტადირება და მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრა

სპეციალისტის (გინეკოლოგის/ონკოლოგის) პასუხისმგებლობა:

1. **საწყისი ინფორმაციის ანალიზი**
 - პაციენტის ანამნეზი, საწყისი გამოკვლევების შედეგები (პაპ ტესტი, HPV, ულტრასონოგრაფია, სხვა კლინიკური მონაცემების შეგროვება)
 - სიმპტომების შეფასება და რისკ-ფაქტორების ანალიზი
2. **დიაგნოზის დადასტურება**
 - ჰისტოლოგიური ვერიფიკაცია
 - საჭიროების შემთხვევაში დამატებითი ლაბორატორიული ან იმიჯინგის კვლევები
 - დამატებითი კვლევები ჰისტომორფოლოგიის და იმუნოჰისტოქიმიის თავისებურებების დასადგენად, მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრის მიზნით:
 - პოსტბიოფსიური მასალის P16/ki67 (P16 ტესტით განისაზღვრება კიბოს ადამიანის პაპილომაავირუსთან ასოცირება, ki67 ტესტით ხდება ინტრაეპითელური ნეოპლაზიის ავთვისებიანობის ხარისხის დადგენა).
 - მეტასტაზური ფორმის დროს, პოსტბიოფსიური მასალის გამოკვლევა ხდება PD-L1 ტესტით, მკურნალობაში იმუნოთერაპიის ჩართვის გადასაწყვეტად.
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 (SLN, PLN)
 - ცისტოსკოპია/რექტოსკოპია საჭიროებისამებრ (ექვი ინვაზიაზე)
4. **პაციენტთან მკურნალობის გეგმის განხილვა**
- ფერტილობის შენარჩუნების შესაძლებლობა
 - ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმის დასახვა
 - პაციენტის ინფორმირება მკურნალობის შესაძლო მიდგომების (მაგ., ქირურგია vs ქიმიო-რადიოთერაპია, ადიუვანტური თერაპია), მათი რისკების, მოსალოდნელი შედეგებისა და გვერდითი ეფექტების შესახებ
5. **რეფერალი / მულტიდისციპლინური განხილვა (მდგ)**
- მულტიდისციპლინური გუნდის შეხვედრაზე შემთხვევის განხილვა: (მინიმალური შემადგენლობა: ონკოლოგი, ქირურგი-ონკოგინეკოლოგი, რადიოლოგი, რადიოთერაპევტი)
 - საბოლოო გადაწყვეტილების მიღება მკურნალობის ტაქტიკის შესახებ

სადისკუსიო საკითხები და რეკომენდაციები:

- ✓ რეკომენდებულია გაიზარდოს რეგიონული ხელმისაწვდომობა იმ დაწესებულებებთან, რომლებიც უზრუნველყოფენ მაღალი ხარისხის პათოლოგიურ და ლაბორატორიულ მომსახურებას.
- ✓ რეკომენდებულია, პათოლოგიურ ლაბორატორიას გააჩნდეს ხარისხის შიდა და გარე კონტროლის მექანიზმები.
- ✓ მორფოლოგიურად დადასტურებული ინვაზიური საშვილოსნოს ყელის კიბოს დაავადების გავრცელების შესაფასებლად რეკომენდებულია სტანდარტული იმიჯინგი:
 - მენჯის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (MRI) ინტრავენური კონტრასტით — რბილი ქსოვილის და პარამეტრიუმის ქსოვილის ინვაზიის განსაზღვრისთვის;
 - გულმკერდის CT და მუცლის ღრუს CT ან MR ინტრავენური კონტრასტით - მენჯის ან პარააორტული ლიმფური კვანძების შეფასებისთვის
 - ქიმიო-რადიოთერაპიის დაწყების წინ — PET/CT კვლევა;
 - საჭიროების მკაფიო დასაბუთების შემთხვევაში (ექვი ინვაზიაზე) — ცისტოსკოპია და/ან რექტოსკოპია ზოგადი ანესთეზიით.
- ✓ რეკომენდებულია საწყისი ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარება, რათა შეფასდეს პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა და სპეციფიკური მკურნალობის ჩატარების შესაძლებლობა:
 - სისხლის საერთო ანალიზი ლეიკოციტური ფორმულით (ანემიის დასადგენად);
 - ბიოქიმიური ანალიზი თირკმლის ფუნქციის დასადგენად;
 - ღვიძლის ფუნქციური სინჯები სინთეზური და მეტაბოლური პარამეტრების შესაფასებლად;
- ✓ PET/CT გამოყენება რეკომენდებულია ლიმფური კვანძების ჩართულობის და შორეული მეტასტაზების გამოსავლენად, განსაკუთრებით იმ ლოკაციებში, რომლებიც მაკროსკოპულად არ ჩანს, რაც ზრდის სტადიების სიზუსტეს და მკურნალობის ეფექტურობას.

რისკის შეფასება მოიცავს სიმსივნის ზომას, სტადიას, ინვაზიის სიღრმეს, ლიმფური კვანძების სტატუსს, ლიმფოვასკულურ ინვაზიას (LVSI) და ჰისტოპათოლოგიურ სუბტიპს. პროგნოზის ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორებია ლიმფური კვანძების სტატუსი და ჩართული ლიმფური კვანძების რაოდენობა.

* რეკომენდაციები ეყრდნობა ქვეყანაში დამტკიცებულ მოქმედ პროტოკოლს.საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოსტიკური გზამკვლევი ხელმისაწვდომია ჯანდაცვის სამინისტროს საიტზე:

<https://moh.gov.ge/docs/202403>

საფეხური 4 - მკურნალობა

სპეციალისტის (გინეკოლოგის/ონკოლოგის) პასუხისმგებლობა:

1. მკურნალობის გეგმის შედგენა

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

2. ქირურგიული მკურნალობა

ტრაქლექტომია, ჰისტერექტომია, ლიმფადენექტომია; ფერტილობის შენარჩუნების შესაძლებლობის შეფასება

3. ბრაქიტერაპია/ ქიმიო-სხივური თერაპია

პაციენტის კლინიკური სტატუსის, სარეაბილიტაციო შესაძლებლობებისა და აღიარებული საერთაშორისო პროტოკოლების მიხედვით

4. ადიუვანტური და პალიატიური მკურნალობის განსაზღვრა

მაღალი/შუალედური რისკის ფაქტორების მიხედვით ადიუვანტური თერაპია, საჭიროების შემთხვევაში - პალიატიური ქიმიოთერაპია სიმპტომების შემსუბუქებისა და ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად

5. მულტიდისციპლინური კოორდინაცია

მუშაობა გუნდურად (გინეკოლოგი, რადიოთერაპევტი, ონკოლოგი +- ფსიქოლოგი), მკურნალობის ეფექტიანობის და უსაფრთხოების უზრუნველყოფისთვის.

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:

- ✓ რეკომენდებულია კლინიკური და სოციალურ-ეკონომიკური ფაქტორების შეფასება, რომლებიც გავლენას ახდენენ რადიოთერაპიისა და მედიკამენტური თერაპიის (ქიმიოთერაპია, იმუნოთერაპია) ხელმისაწვდომობასა და ეფექტურ გამოყენებაზე.
- ✓ რეკომენდებულია ეროვნული მკურნალობის 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

ონკოლოგის 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
 - გინეკოლოგიური და რექტო-ვაგინალური გასინჯვა, სიმპტომების შეფასება, საჭიროების შემთხვევაში CT/PET/MRI
4. გვერდითი მოვლენების მართვა
 - ქირურგიული ჭრილობის, კათეტერიზაციის, ლიმფედემის, მკურნალობასთან დაკავშირებული აპლაზიის, ხანგრძლივი ტკივილებისა და სექსუალური დისფუნქციის მართვა
5. რეაბილიტაციის მხარდაჭერა
 - ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის, ფიზიკური რეაბილიტაციის, ფსიქიკური და სექსუალური ჯანმრთელობის სპეციალისტების ჩართვა, ნუტრიციოლოგიური კონსულტაციის ორგანიზება
6. ინფორმაცია და რეფერალი სხვა სპეციალისტებთან
 - უროლოგი, გასტროენტეროლოგი, ფიზიოთერაპევტი, ფსიქოლოგი – საჭიროების მიხედვით

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის პასუხისმგებლობა (ოჯახის ექიმი/პჯდ):

1. ქრონიკული გვერდითი ეფექტების მუდმივი მონიტორინგი
 - დადლილობა, ტკივილი, ნაწლავთა/შარდვის ფუნქციის ცვლილებები, ლიმფედემა
2. სიმპტომების დროული იდენტიფიკაცია და საჭიროების შემთხვევაში რეფერალი
 - ნებისმიერი საექმო სიმპტომის (სისხლდენა, ტკივილის ცვლილება, წონის კლება) სწრაფი გადამისამართება ონკოლოგთან
3. ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა
 - დეპრესიის/შფოთვის სკრინინგი, ფსიქოლოგთან ან ნევროლოგთან დაკავშირება
4. ჯანსაღი ცხოვრების წესის გაძლიერება
 - მოწვევის შეწყვეტა, ფიზიკური აქტივობა, დიეტა, ვაქცინაცია (HPV— საჭიროების მიხედვით)
5. 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 ონკოლოგისა და პირველადი ჯანდაცვის ექიმის (პჯდ) კოორდინირებული მუშაობა** მკურნალობის პროცესსა და შემდგომ პერიოდში, რათა დროულად იდენტიფიცირდეს და მართვადი იქნეს მკურნალობასთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები (გვიანი რადიაციული პროექტიტი, ვაგინალურ სტენოზი, აპლაზია და ა.შ.)
- ✓ **რეკომენდებულია სისტემატური რეაბილიტაციისა და აბილიტაციის პროგრამების განვითარება**, რომლებიც მოიცავს ლიმფედემას, სექსუალურ დისფუნქციას 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, გინეკოლოგი, 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

„საშვილოსნოს ყელის კიბოს მკურნალობის შემდეგ ყველაზე ოპტიმალურ დაკვირვების სქემაზე ერთიანი შეთანხმება არ არსებობს. გონივრული მონიტორინგის გრაფიკი მოიცავს ვიზიტებს ყოველ 3–6 თვეში პირველ 2 წელს და ყოველ 6–12 თვეში მე-3–5 წელს. 5-წლიანი რეციდივისგან თავისუფალი პერიოდის შემდეგ პაციენტი უნდა დაუბრუნდეს ყოველწლიურ, ზოგად და მენჯის (ჩივილების არ არსებობის შემთხვევაში საკმარისია ულტრაბგერით) გამოკვლევებს.

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, ვაგინალური სტენოზის, სექსუალური დისფუნქციის, რადიაციული პროექტიტის, ქიმიოთერაპიის გვიანი ტოქსიურობის, ფსიქოლოგიური და სოციალური პრობლემების შეფასება.

- ✓ რეკომენდებულია პაციენტთა განათლებისა და თვითმონიტორინგის ინსტრუმენტების დანერგვა, როგორცაა 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

კლინიკური სიტუაცია / ტრიგერი	რეკომენდებული დრო ჩართვამდე / გადამისამართებამდე	შენიშვნა
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:

- 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.
- 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.
- ცნობიერებისა და განათლების ნაკლებობა როგორც მოსახლეობაში, ისე სამედიცინო პერსონალში:**
საზოგადოება და ბევრი ექიმიც პალიატიურ ზრუნვას განიხილავს „უკანასკნელ საფეხურად“, ამიტომ ის დიდწილად გვიან ინიშნება.
- ონკოლოგიის ჩართულობის შეწყვეტა მკურნალობის დასრულების შემდეგ:**
აქტიური თერაპიის დასრულების შემდეგ ონკოლოგი ხშირად სრულად შორდება პაციენტის შემდგომი მართვის პროცესს, რის შედეგად პაციენტი რჩება დაუგეგმავ მდგომარეობაში — გაურკვეველი პროგნოზით, გაუმართავი სიმპტომებით და დაკარგული მარშრუტით.
- 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.
- 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 ორგანიზმს, 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 მზრუნველობის 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 ადვილზე — 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 საშვილოსნოს ყელის კიბოს მენეჯმენტში

პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა წარმოადგენს კიბოს (კერძოდ, საშვილოსნოს ყელის 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 (ოჯახის ექიმი/გინეკოლოგი_ პირველადი ჯანდაცვის დონე)

პირველადი ჯანდაცვა არის ქალთან პირველი და ყველაზე ხშირი სამედიცინო კონტაქტის სივრცე. სწორედ აქ ხდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს პრევენციასთან 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 შფოთვისას.

პირველადი კონსულტაციის ძირითადი კომპონენტები:

- **რისკის გაცნობიერება:** პჯდ ექიმმა (ოჯახის ექიმმა და არა მხოლოდ გინეკოლოგმა(!)) უნდა აუხსნას შესაბამისი ასაკობრივი ჯგუფის პაციენტს საშვილოსნოს ყელის 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 (PAP/HPV ტესტირება, 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 → კოლპოსკოპია 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/აბნორმალური პასუხის მიწოდება)

სკრინინგის საექვო 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, დადებითი HPV შედეგები, ანორმიდან გადახრილი ციტოლოგია ან ბიოფსიით დადასტურებული დაზიანებები პაციენტს უნდა აუხსნას პირისპირ.

- **გასაგები ენის გამოყენება:** თავიდან აიცილეთ სამედიცინო ტერმინოლოგია. ახსენით რას ნიშნავს "HPV-დადებითი", "CIN2+" ან "ბიოფსია", აუხსენით შემდეგი ნაბიჯების აუცილებლობა
- **დამშვიდება და მოქმედების გეგმა:** ხაზგასმით აღნიშნეთ, რომ ნორმიდან გადახრილი შედეგები არ ნიშნავს კიბოს, რომ მკურნალობა ეფექტურია და წარმოადგენთ მკაფიო შემდეგი ნაბიჯები (მაგ., "თქვენ გჭირდებათ კოლპოსკოპია 2 კვირის განმავლობაში. 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 + საშილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი; კოლპოსკოპია + ბიოფსია).
- **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, აბნომალური 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. საშილოსნოს ყელის 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 • აბნომალური პასუხის ახსნა და სპეციალისტზე გადამისამართება • მკურნალობის შემდეგ პაციენტის დაბრუნება FollowUp მონიტორინგზე
სკრინინგ-ცენტრი	ტესტირება და შედეგების კომუნიკაცია	• PAP/HPV სტანდარტული ტესტირება • შედეგების მკაფიო მიწოდება • აბნომალური პასუხების გაგზავნა პჯდ-ში • კოლპოსკოპიაზე ბუქინგის მხარდაჭერა • მონაცემების ატვირთვა რეესტრში • კოლპოსკოპიის /ბიოფსიის

ზრუნვის დონე	ძირითადი როლი	მთავარი პასუხისმგებლობები
		პასუხებით რეფერირება სპეციალიზებულ ცენტრში
სპეციალისტი გინეკოლოგი(კოლპოსკოპიისტი)	დიაგნოსტიკა შედეგების კომუნიკაცია და გადამისამართება	• კოლპოსკოპია/ბიოფსია • დიაგნოზის დადასტურება • შემდეგი ნაბიჯების ახსნა • სტადიების 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 (ონკოგინეკოლოგი/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 რეპორტირება

საშვილოსნოს ყელის 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 ემასახურებოდეს მონაცემებზე სწრაფ, ზუსტ და სტანდარტიზებულ წვდომას როგორც პაციენტისთვის, ისე კლინიცისტისა 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 საფუძველი.

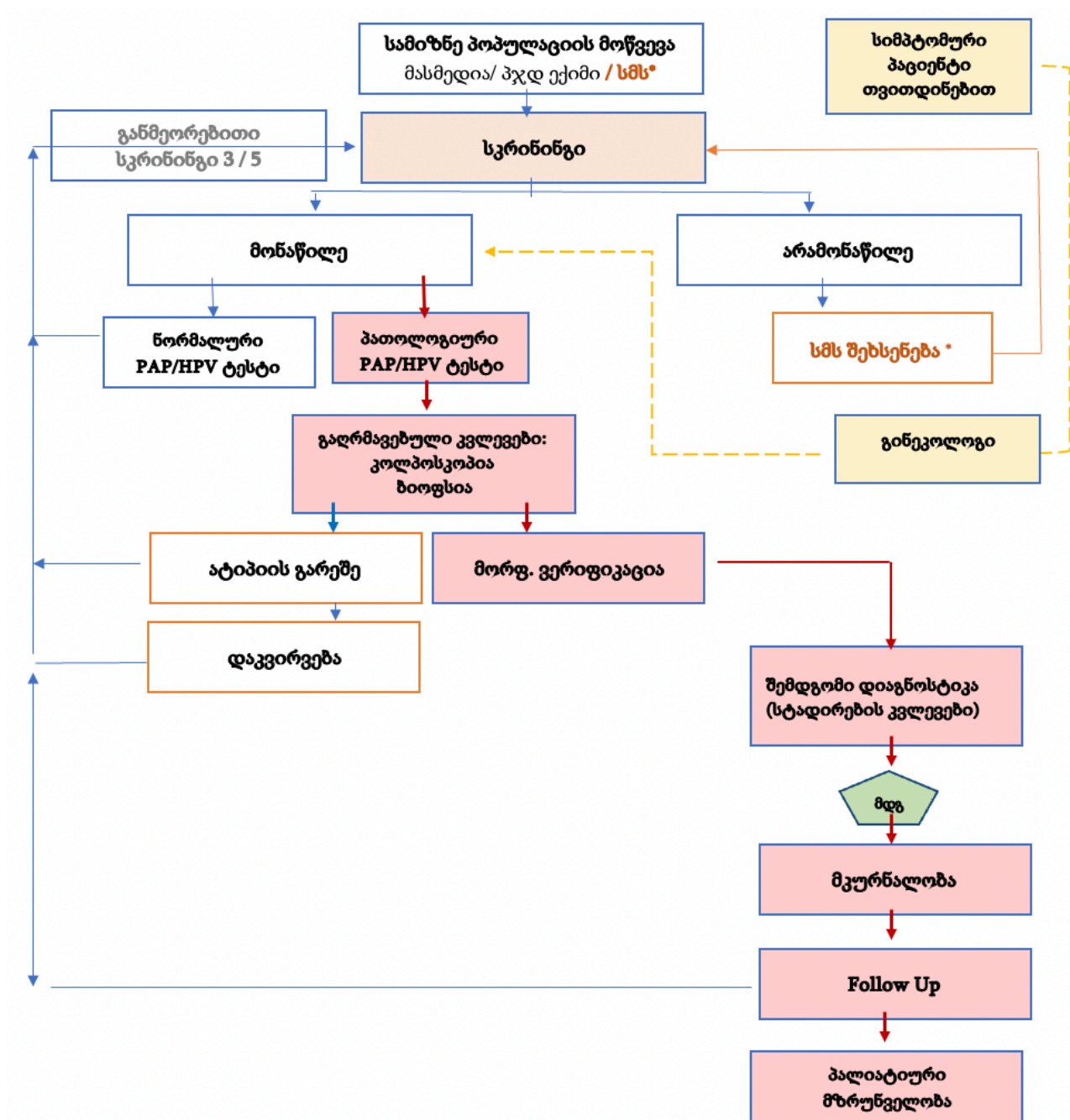
გზამკვლევის კომპონენტების შესრულების ძირითადი კომპონენტები:

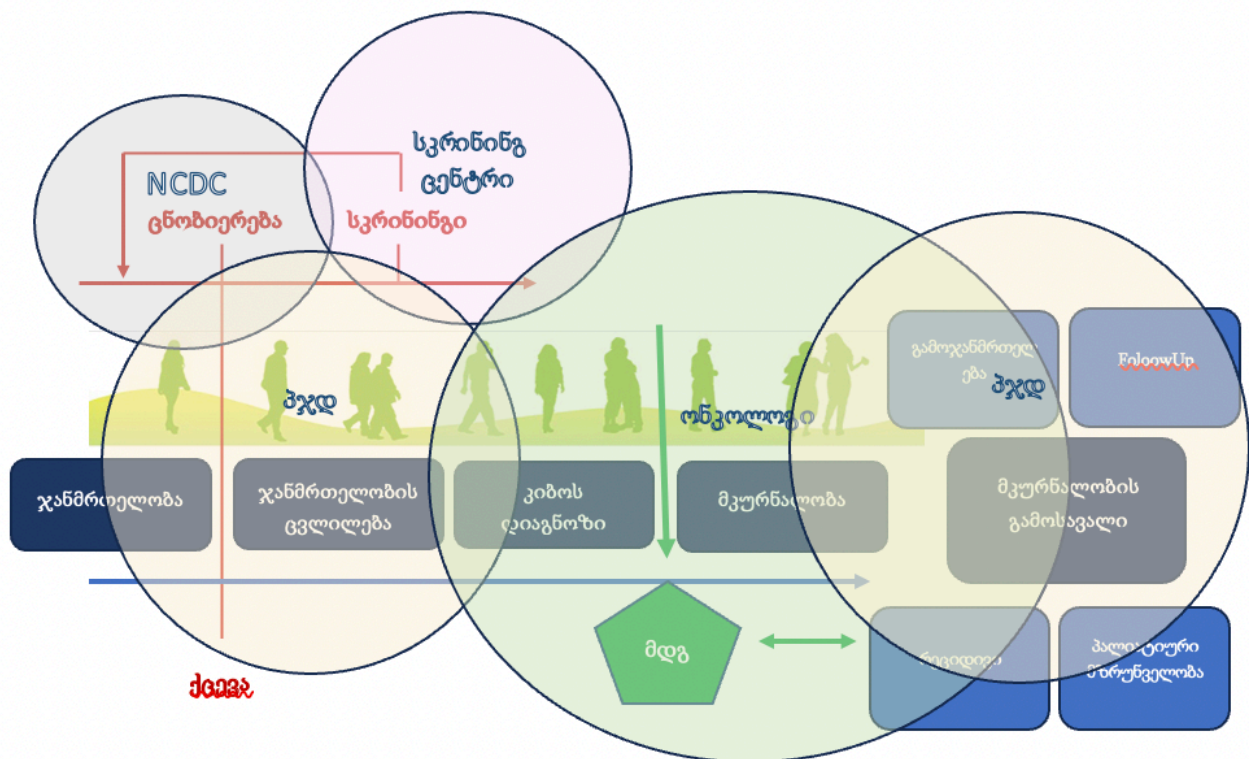
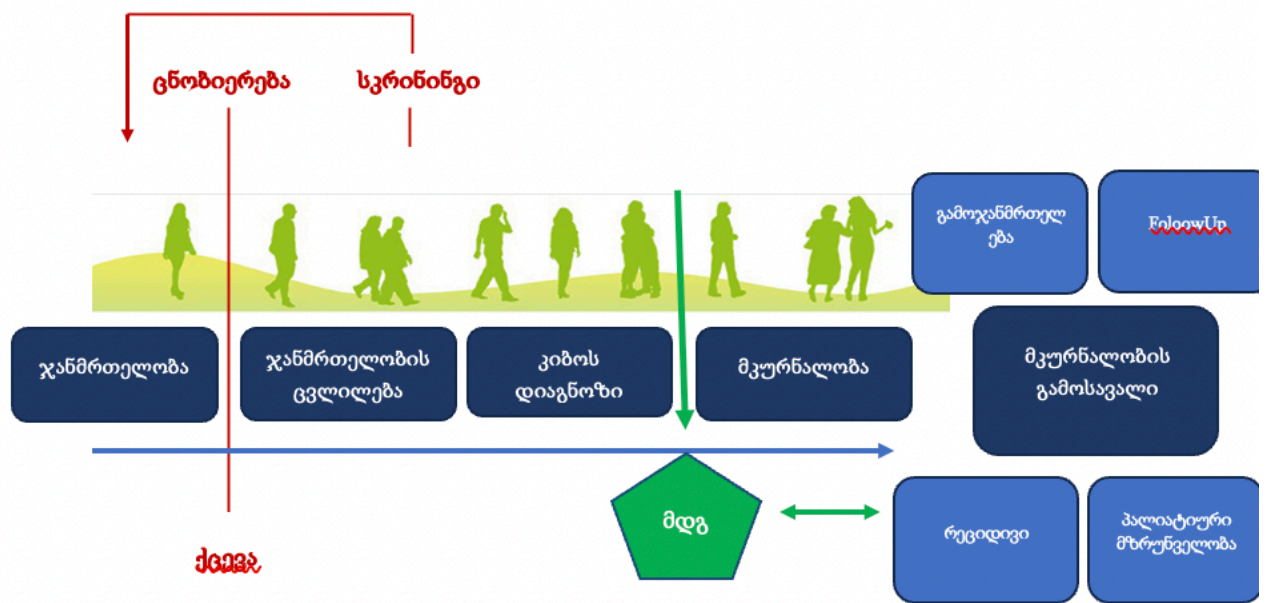
1. **HPV ვაქცინაციის დაფარვა** — 10–14 წლის გოგონების წილი, რომლებმაც მიიღეს HPV ვაქცინაციის სრული კურსი (%).
2. **სკრინინგის შესრულების მაჩვენებელი** — 25–64 წლის ქალების წილი, რომლებმაც ბოლო 3/5 წელში ჩააბარეს Pap ან/და HPV ტესტი (%).
3. **დადებითი სკრინინგიდან კოლპოსკოპიამდე მიყოლა** — HPV/Pap დადებითი ქალების წილი, რომლებმაც კოლპოსკოპია ჩაიტარეს 3 თვის განმავლობაში (%).
4. **ბიოფსიის შედეგიდან მდგ განხილვამდე დრო** — პაციენტების წილი, რომელთა ბიოფსიის შედეგი MDT-ზე განხილვება 3 კვირაში (%).
5. **I–II სტადიის წილი** — ადრეულ სტადიაზე დადგენილი დიაგნოზის წილი (%).
6. **TNM და FIGO სტადირების სრული დოკუმენტირება** — დიაგნოსტირებული შემთხვევების წილი, რომელშიც მითითებულია სრულად შევსებული სტადირების მონაცემები (%).
7. **მდგ გადაწყვეტილებიდან მკურნალობის დაწყებამდე გასული დრო** — მკურნალობის დაწყების საშუალო ინტერვალი მდგ-ის გადაწყვეტილებიდან (დღეებში).

8. მკურნალობის შეწყვეტის მაჩვენებელი — პაციენტთა წილი, რომლებმაც მკურნალობა შეწყვიტეს არაკლინიკური მიზეზით (%).
9. პალიატიური ზრუნვის ჩართვა — პაციენტთა წილი, რომლებიც პალიატიურ ზრუნვაში ერთვებიან დაავადების პროგრესიის ადრეულ ეტაპზე (%).
10. Lost to follow-up მაჩვენებელი — პაციენტთა წილი, რომლებიც „იკარგებიან“ მკურნალობის დასრულებიდან 12 თვეში (%).
11. 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 გზა საშვილოსნოს ყელის კიბოზე ზრუნვის სისტემაში





გამოყენებული ლიტერატურა

¹ Cervical Cancer Elimination Initiative: <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>

² Roadmap to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem in the WHO European Region 2022–2030. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

³ Optimal care pathway for women with cervical cancer: <https://www.cancer.org.au/assets/pdf/cervical-cancer-optimal-cancer-care-pathway>

⁴ NATIONAL OPTIMAL PATHWAY FOR CERVICAL CANCER:

<https://performanceandimprovement.nhs.wales/functions/networks-and-planning/cancer/wcn-documents/clinician-hub/csg-pathways-and-associated-documents/gynae-nop-cervix-pdf/>

⁵ საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოსტიკა, კლინიკური გზამკვლევი, 2024:

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