

თერაპიასთან დაკავშირებული სერიოზული გვერდითი რეაქციები არ აღინიშნა: ალერგიული რეაქციები (კვინკეს შეშუპება, ჭინჭრის ციება, არტერიული წნევის დაცემა, ბრონქოსპაზმი) და კანის ფოტოტოქსიურობის სიმპტომები არ გამოვლენილა. პაციენტებზე დაკვირვების საკონტროლო ვადებში აღინიშნებოდა დაავადების კლინიკური სიმპტომების რემისია (ქავილი ვულვის მიდამოში) ნამკურნალებ პათოლოგიურ

უბნებში, ასევე, კლინიკური და მორფოლოგიური რეგრესიის მაღალი სისწილე.

მიღებული შედეგები მიანიშნებს შემდგომი კვლევების აქტუალობის და პერსპექტიულობის შესახებ ლაზერული ტექნოლოგიების და ფოტოდინამიკური თერაპიის სფეროში, როგორც ვულვის კიბოსწინარე დაავადებების ორგანოშემანარჩუნებელი მკურნალობის ვარიანტებისა.

## TEMPORAL TRENDS OF CERVICAL CANCER MORTALITY IN GEORGIA, 2011-2018

<sup>1</sup>Gabrighidze T., <sup>1</sup>Mchedlishvili I., <sup>1</sup>Zhizhilashvili A., <sup>2</sup>Gamkrelidze A. <sup>1,2</sup>Mebonia N.

<sup>1</sup>Tbilisi State Medical University; <sup>2</sup>National Center for Disease Control and Public Health of Georgia (NCDC), Tbilisi, Georgia

Cervical cancer (CC) represents the fourth most common cancer and the fourth leading cause of cancer-related mortality in women worldwide [3]. Additionally, more than 90% of deaths occur in developing countries, where women are 18 times more likely to die from CC than women in developed countries [4]. CC is considered a neglected neoplasm in low-income countries, where early detection by screening methods for Pap test inaccessible, which allows to identify the disease at early stages, when treatment is effective [7]. Cervical cancer screening, with high coverage of the target population, is correlated with reduced CC morbidity and mortality and increased survival rates in developed countries [6,9].

Cervical cancer is the fifth most common cancer diagnosed among women in Georgia, after breast, thyroid, colorectal, and uteri cancers. During 2015-2018, annual number of new cervical cancer cases, reported to the Georgian population-based cancer registry were 344, 371, 254 and 276; it composed 17.9, 19.6, 15.0 and 14.3 per 100000 female population accordingly. Cervical cancer incidence risk increases greatly from the age of 40-44 years, peaks in the 50-60 age group and decreases after the age of 75.

The study aims to describe cervical cancer mortality in Georgia during the period of 2011 and 2018.

**Material and methods.** Descriptive analysis was conducted using mortality data during the period of 2011-2018 from the National Statistics Office of Georgia. Taking into consideration that during 2005-2010 annual number of registered deaths from cervical cancer in Georgia was quite low (varied between 50 and 60 cases), this time period was not included in the analysis. The study population consisted of all deaths caused by cervical cancer (ICD 10, C53) among women within the age range of 25 and over; due to the fact that cervical cancer mortality under 25 years are extremely rare in Georgia (only one case of mortality was registered during the period of 2011-2018), mortality within this age group was excluded from the analysis; To estimate time trends study period was divided into two groups - 2011-2014 and 2015-2018 years. For data analysis, descriptive statistics was performed, in which the mortality rates, age-specific mortality rates per 100,000 female population and other statistical measurements – median, the first quartile ( $Q_1$ , the age point, below which lies 25% of death), the third quartile ( $Q_3$ , the

age point, over which lies 25% of death), and interquartile range (IQR, the age interval, in which falls 50% of all deaths) of age at death from Cervical cancer were estimated. The age-specific mortality rates per 100 000 female population were calculated for twelve different age groups (25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80 and over) in eight years, mentioned above. Statistical analysis was completed by using the programs of EpiInfo version 7 and Statistical Package of the Social Science (SPSS) version 15 for Windows. The statistical significance tests - *p value*, and 95% of Confidence Interval (95% CI), were used in order to estimate statistical reliability of the results.

**Results and discussion.** Totally 1231 cases of CC deaths were registered during the period of 2011-2018 in Georgia. The number of annual deaths varied between 121 and 185 cases, that composed variation of mortality rates from 6.1 to 9.5 per 100 000 women. Maximum mortality rate was reported in 2016 (Table 1). According to the 95% of CI the difference between mortality rates according to calendar years is not statistically significant.

Cervical cancer mortality increases with age. The age effects for almost all calendar years included in analysis (2011-2018) presented an increasing trend with age from 25 to 59, while a moderate decrease was shown within the age group from 60-64 to 65-69 and over 80 years of old (Tables 2, 3).

The median age of deaths from CC has no tendency to increase or decrease, it fluctuated inconsistently between 57 and 62 years during the study period; in most of the years studied, one quarter of all deaths occurred within the age group 25-52 years. The interquartile range of CC deaths, or age range within which occurred about 50% of all deaths was quite narrow and equaled to 47-67, 52-72, or 52-67 years in different calendar years (Table 4).

Comparison of age-specific mortality rates within of the two 4-year periods - 2011-2014 and 2015-2019 - by using the One Way ANOVA test, revealed that the difference was not statistically significant (*p value* >0.05). Mean age-specific mortality rates for the periods of 2011-2014 and 2015-2018 were 11.7 (SD=7) and 14.1 (SD=6.6) accordingly and presented a slight increase.

Table 1. Cervical cancer mortality rates per 100000 women and 95% of Confidence intervals, 2011-2018, Georgia

Statistical measurements	Years							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
number of deaths	121	142	136	158	166	185	157	166
mortality rates	6.1	7.3	6.9	8.1	8.5	9.5	8.1	8.6
95% CI	5.1-7.3	6.1-8.5	5.9-8.2	6.9-9.5	7.3-9.9	8.2-10.9	6.9-9.4	7.3-9.9

Table 2. Cervical cancer Age-specific mortality rates per 100000 women and 95% of confidence intervals, 2011-2018

Rate/ 95%CI	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
2011												
rate	0.7	4.6	6.2	4.7	9.8	9.7	14.2	18.3	7.2	12	12.6	9.0
95% CI	0.04-3.5	1.9-9.5	2.9-11.8	1.9-9.7	5.6-16.1	5.5-16	8.9-22	11.5-27.8	2.6-16	6.7-20	6.2-23.2	3.9-17.8
2012												
rate	0	0.8	4.7	9.5	9.5	11	15.6	9.7	11.4	24.3	32.1	7.7
95% CI	0	0.04-3.8	1.9-9.8	5.1-16.2	5.3-16.0	6.5-17.5	9.8-23.7	5.1-16.9	5.3-21.6	16.1-35.0	21.0-47.0	3.1-15.9
2013												
rate	0	0.8	3.9	7.2	9.2	15.8	13.9	13.8	11.6	14.2	13.8	2.4
95% CI	0	0.04-3.8	1.4-8.7	3.5-13.2	5.0-15.6	10.3-23.3	8.5-21.5	8.2-22	5.7-21.4	7.9-23.6	7.3-24	1.5-3.7
2014												
rate	0.7	0.8	2.4	5.2	12.6	15.9	14.3	14.4	17.2	24.1	17.8	2.0
95% CI	0.04-3.5	0.04-3.7	0.6-6.4	9.6-16.3	7.5-20	10.3-23.4	8.9-22	8.7-22.6	10-27.7	15-37	10.3-28.6	1.2-3.2
2015												
rate	0	0	7.1	13.7	12.9	15.6	25.7	12.5	18.6	11.7	18.2	1.2
95% CI	0	0	3.5-13	8.2-21.5	7.6-20.5	10-23.2	18.2-35.4	7.3-20.1	11.4-28.8	5.4-22.2	10.8-28.9	0.6-2.3
2016												
rate	0	1.5	5.5	11.4	16.3	16.1	23.8	19.6	17.4	27.1	22.6	1.0
95% CI	0	0.2-4.9	2.4-11	6.5-18.6	10.3-24.8	10.4-24	16.7-33.1	12.9-28.8	10.6-26.9	16.3-42.5	14.2-34.2	0.5-1.9
2017												
rate	0	0.73	4.7	9.8	14.8	15.3	15.7	16.1	19.5	15.7	15.4	1.7
95% CI	0	0.04-3.6	1.9-9.8	5.3-16.6	9.0-23.0	9.6-23	10-23.4	10.1-24.4	12.4-29.3	7.9-27.9	8.6-25.7	0.9-2.8
2018												
rate	0.75	3.7	6.3	10.65	0	16.7	23.4	19.8	20.8	11.3	17.3	1.9
95% CI	0.04-3.7	1.3-8.2	2.9-12	5.9-17.8	0	10.6-25.1	16.4-32.5	13.1-28.8	13.5-30.7	5.3-21.5	9.6-28.8	1.1-2.9

Table 3. Mean age-specific mortality rates and standard deviations (SD), 2011-2018

mean rates /SD	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
Mean	0.23	1.6	5.1	8.7	10.6	14.5	18.6	15.8	15.7	18.5	18.9	14.9
SD	0.4	1.6	1.4	3.1	5.0	2.5	4.8	3.4	4.5	6.8	5.8	5.8

Table 4. Median, Quartiles ( $Q_1$  and  $Q_3$ ), and Interquartile Range (IQR) of age at death from Cervical cancer, 2011-2018

Statistical measurements	Years							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
median age	57	62	59.5	62	57	57	57	62
$Q_1$ of age	47	52	52	52	47	52	52	52
$Q_3$ of age	67	72	72	72	67	67	67	67
IQR of age	20	20	20	20	20	15	15	15

In May 2018, the Director-General of WHO announced a global call to action towards the elimination of cervical cancer. This initiative is the first worldwide health strategy for the elimination of cancer. Key indicators and short-term targets to control both cervical cancer incidence and mortality are being developed for the period 2020–2030, which will define the pathway of elimination for all countries. Prevention and control measures, such as vaccination against *Human papilloma virus* (HPV) and screening for cervical cancer allow to be achieved this very ambitious goal. Screening programs promote not only early detection of disease, but it helps to reduce the incidence, if adequate treatment of pre-cancer disorders, detected during the screening, is implemented.

Cervical cancer elimination targets by 2030, defined by the WHO expert group known as the 90-70-90, which means that 90% of girls fully vaccinated with HPV vaccine by 15 years of age; 70% of women screened for CC at 35 and 45 years of age and almost 90% of pre-cancer disorders, detected during the screening, managed appropriately.

Current status of prevention and control of cervical cancer globally is as follows: The proportion of countries where vaccination against HPV is implemented varies widely according to the level of development of the countries. 84% of high income countries have introduced the vaccine, while this fraction in middle- and low-income countries is quite low and equals to 31% and 12% respectively; *Human papilloma virus* is the cause of 630,000 cancers annually, 83% of which are cervical cancers, 10.9% other anogenital, and 4.6% oropharyngeal cancers. Two HPV vaccines, a bivalent and a quadrivalent vaccine, have been available since 2006. In addition, in 2015 a third vaccine, a nonavalent vaccine was introduced; The HPV vaccines are highly effective and safe, they are primarily used for young adolescent girls, but it is also recommend for boys aged 12-13 and given as a three-dose or a two-dose series. These vaccines, combined with organized screening, have a real potential to avoid millions of cervical cancer new cases and deaths over the coming decades globally (1, 2, 8, 10).

There is a big disparities among the countries according to the screening and treatment for pre-cancerous lesions: only 22 highly developed countries reported CC screening programs achieving 70% or above coverage of target population. This coverage level ensures to realize a reduction of cancer early mortality. However the majority of countries report participation rates below 50%, some as low as 10%. The reasons of low coverage may vary by country, but major issues are related to fragmented service delivery, unavailable infrastructure, lack of human resources, low awareness of population, and limited financial resources (4, 5).

The state screening program for cervical cancer was implemented in 2011 in Georgia; women aged 25-60 years with a 3-year recall interval are invited for a screening. As in other developing countries coverage rate of target population is still a major challenge, mean rates vary among 10% and 25% across

the regions of the country. In Georgia vaccination against *Human papilloma virus* have been included in the national vaccination program in 2019, target population are girls 10-11-12 years of age. Vaccination had a good starting rates, especially in regions 69% in Adjara vs. 18% in Tbilisi. Finally, key tools for cervical cancer prevention - screening and vaccination - are implemented in the country; now we need mobilization of all human, financial and intellectual resources in order to join the global call and promote cervical cancer elimination in our country.

**Conclusions:** The study revealed a slight increase in CC mortality, which could be related to the improvement of death registration. Comparatively stable median age of deaths, indicates that, there is no tendency of cervical cancer early mortality reduction in Georgia.

## REFERENCES

1. Arbyn M., Weiderpass E., Bruni L., de Sanjosé S., Saraiya M., Ferlay J., Bray F. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. // *Lancet Glob Health*. 2020 Feb; 8(2):e191-e203.
2. Jemal A., Torre L., Soerjomataram I., Bray F. Cancer atlas, third addition, International Agency for Cancer research, 2019, p.76-80.
3. Kong Y., Zong L., Yang J., Wu M., Xiang Y. Cervical cancer in women aged 25 years or younger: a retrospective study. // *Cancer Manag Res*. 2019; 11: 2051–2058
4. Meira KC., Santos Silva GW., Santos J., Guimarães RM., et al. Analysis of the effects of the age-period-birth cohort on cervical cancer mortality in the Brazilian Northeast. // *PLoS One*. 2020; 15(2): e0226258.
5. Ojamaa K., Innos K., Baburin A., Everaus H., Veerus P. Trends in cervical cancer incidence and survival in Estonia from 1995 to 2014. // *BMC Cancer*. 2018 Nov 7; 18(1):1075.
6. Sasieni P., Adams J., Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with an age period cohort model. // *BMJ*. 1999 May 8; 318(7193): 1244–1245.
7. Shrestha AD., Neupane D., Vedsted P., Kallestrup P. Cervical Cancer Prevalence, Incidence and Mortality in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. // *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018; 19(2): 319–324.
8. Singh Rao R., Huchko M, Yamey G. Reproductive and Maternal Health in the Post-2015 Era: Cervical Cancer Must Be a Priority. // *PLoS Med*. 2013 Aug; 10(8): e1001499.
9. Wang J., Lv H., Xue Z., Bai Z. Temporal Trends of Common Female Malignancies on Breast, Cervical, and Ovarian Cancer Mortality in Japan, Republic of Korea, and Singapore: Application of the Age-Period-Cohort Model. // *BioMed Research International* 2018(1):1-13
10. Zhou P., Chen D., Shi L., Cervical Cancer Mortality in Younger Women. // *Journal of General Internal Medicine* volume 35, p. 592(2020)

## SUMMARY

### TEMPORAL TRENDS OF CERVICAL CANCER MORTALITY IN GEORGIA, 2011-2018

<sup>1</sup>Gabrighidze T., <sup>1</sup>Mchedlishvili I., <sup>1</sup>Zhizhilashvili A.,  
<sup>2</sup>Gamkrelidze A., <sup>1,2</sup>Mebonia N.

<sup>1</sup>Tbilisi State Medical University; <sup>2</sup>National Center for Disease Control and Public Health of Georgia (NCDC), Tbilisi, Georgia

Cervical cancer is the fifth most common cancer diagnosed in Georgia, after breast, thyroid, colorectal, and uteri cancers. During 2015-2018 cervical cancer incidence composed 17.9, 19.6, 15.0 and 14.3 per 100000 female population accordingly.

The study aims to describe cervical cancer (CC) mortality in Georgia during the period of 2011 and 2018.

Descriptive analysis was conducted using mortality data during the period of 2011-2018 from the National Statistics Office of Georgia. To estimate time trends of CC mortality study period was divided into two groups - 2011-2014 and 2015-2018 years. For data analysis, descriptive statistics was performed, in which the mortality rates, age-specific mortality rates per 100,000 female population and other statistical measurements – median, the first quartile ( $Q_1$ ), the third quartile ( $Q_3$ ), and interquartile range (IQR) of age at death from Cervical cancer were estimated. Statistical analysis was completed by using the programs of EpiInfo version 7 and Statistical Package of the Social Science (SPSS) version 23 for Windows. The statistical significance tests - *p value*, and 95% of Confidence Interval (95% CI) were used in order to estimate statistical reliability of the results.

The number of annual deaths varied between 121 and 185 cases that composed variation of mortality rates from 6.1 to 9.5 per 100,000 women. According to the 95% of CI the difference between mortality rates according to calendar years is not statistically significant. Mean mortality rates for the periods 2011-2014 and 2015-2018 were 7.1(SD=0.7) and 8.7 (SD=0.5) accordingly and presented a slight increase. Taking into consideration that during 2005-2010 annual number of registered deaths from cervical cancer in Georgia was quite low and varied between 50 and 60, it is likely that this increase is related to the improvement in registration and is not a true increase. Therefore, the second period (2015-2018) of the study represents more real data, then the first (2011-2014). Cervical cancer mortality increases with age, which indicates that advanced age is a predictor factor. The age effects for almost all calendar years included in analysis (2011-2018) presented an increasing trend with age from 25 to 59, while a moderate decrease was shown within the age group from 60-64 to 65-69 and over 80 years of old. The median age of deaths from CC fluctuated inconsistently between 57 and 62 years; Interquartile range in different calendar years composed: 47-67, 52-72, and 52-67 years.

Comparatively stable median age of deaths, indicates that, there is no tendency of cervical cancer early mortality reduction. The study revealed a slight increase in CC mortality, which could be related to the improvement of death registration.

**Keywords:** cervical cancer, mortality, mean age.

## РЕЗЮМЕ

### ВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ГРУЗИИ ЗА 2011-2018 гг.

<sup>1</sup>Габричидзе Т.Р., <sup>1</sup>Мchedlishvili И.М.,  
<sup>1</sup>Жижлашвили А.З., <sup>2</sup>Гамкrelidze А.Г., <sup>1,2</sup>Мебониа Н.М.

<sup>1</sup>Тбилисский государственный медицинский университет, Грузия; <sup>2</sup>Национальный центр контроля заболеваний и общественного здоровья Грузии, Тбилиси

В Грузии рак шейки матки (РШМ) является пятым наиболее распространенным видом рака, диагностируемым после рака молочной железы, щитовидной железы, колоректально-го рака и рака матки. В течение с 2015 по 2018 гг. ежегодное число новых случаев рака шейки матки, зарегистрированных в регистре раковых заболеваний населения Грузии, составило 17.9, 19.6, 15.0 и 14.3 на 100 000 женщин, соответственно.

Целью исследования явилось определение смертности от рака шейки матки в Грузии за период с 2011 по 2018 гг.

Описательный анализ проведен с использованием данных о смертности за период с 2011 по 2018 гг. Национального статистического управления Грузии. В исследуемой популяции учитывали все случаи смертей, вызванных раком шейки матки (ICD 10, C53) среди женщин в возрасте от 25 лет и старше. Для оценки тенденций смертности РШМ период исследования был разделен на две группы: с 2011 по 2014 и с 2015 по 2018 гг. Для анализа данных проведена описательная статистика и оценены показатели смертности по возрастным категориям на 100 000 женского населения и другие статистические измерения - медиана, первый квартиль ( $Q_1$ ), третий квартиль ( $Q_3$ ) и межквартильный диапазон (IQR) возраста на момент смерти от РШМ. Статистический анализ выполнен с использованием программ EpiInfo v7 и Statistical Package of the Social Science (SPSS) v.23 для Windows. Для оценки статистической достоверности результатов использованы тесты статистической значимости - *p-value* и 95% доверительный интервал (95% ДИ).

Число ежегодных смертей варьирует в пределах от 121 до 185 случаев, что является колебанием смертности в пределах от 6,1 до 9,5 на 100 000 женщин. Согласно 95% ДИ разница между показателями смертности по календарным годам статистически значимой не является. Средние показатели смертности за периоды между 2011–2014 и 2015–2018 гг. составили 7.1 (ДИ=0,7) и 8,7 (ДИ=0,5), соответственно, и представляли небольшое увеличение. С учетом того, что в течение 2005–2010 гг. ежегодное число зарегистрированных случаев смерти от РШМ в Грузии было довольно низким и варьировало в пределах от 50 до 60, по всей вероятности, это увеличение связано с улучшением регистрации и не является достоверным ростом. Поэтому второй период исследования (2015–2018 гг.) отражает более реальные данные, чем первый (2011–2014 гг.). Влияние возраста почти на все календарные годы, включенные в анализ выявило тенденцию к увеличению заболеваемости РШМ с возрастом от 25 до 59 лет, умеренное снижение отмечено в возрастной группе 60–64 до 65–69 и старше 80 лет. Средний возраст смертности от РШМ колебался между 57 и 62 годами. Межквартильный интервал в разные календарные годы составил: 47-67, 52-72 и 52-67 годы. Сравнительно стабильный средний возраст смертных случаев указывает на то, что тенденция снижения ранней смертности от рака шейки матки не выявлена.

რეზიუმე

საშილონოს ყელის კიბოს სიკვდილიანობის ტენდენციები საქართველოში, 2011-2018 წწ.

<sup>1</sup>თ.გაბრიჭიძე, <sup>1</sup>ი.მჭედლიშვილი, <sup>1</sup>ა.ჟიჟილაშვილი, <sup>2</sup>ა.გამყრელიძე, <sup>1,2</sup>ნ.მებონია

<sup>1</sup>თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი; <sup>2</sup>დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, თბილისი, საქართველო

საშილონოს ყელის კიბოს ავადობის მიხედვით მესუთე ადგილი უჭირავს საქართველოში ძუძუს, ფარისებრი ჯირკვლის, კოლორექტული და საშილონოს ტანის კიბოს შემდეგ. კიბოს პოპულაციური რეგისტრის მიხედვით, საქართველოში 2015-2018 წლებში საშილონოს ყელის კიბოს ავადობის მაჩვენებელმა 100000 ქალზე შეადგინა 17.9, 19.6, 15.0 და 14.3, შესაბამისად.

კვლევა მიზნად ისახავს 2011-2018 წლებში საქართველოში საშილონოს ყელის კიბოს სიკვდილიანობის შეფასებას.

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემების გამოყენებით ჩატარდა 2011-2018 წლებში საშილონოს ყელის კიბოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის აღწერილობითი ანალიზი. საკვლევი პოპულაციას შეადგენდა საშილონოს ყელის კიბოთი (ICD10, C53) 25 წლის და უფროსი ასაკის ქალებში გამოწვეული ყველა გარდაცვალების შემთხვევა. სიკვდილიანობის ტენდენციების დასადგენად შესასწავლი პერიოდი დაიყო ორ ჯგუფად: 2011-2014 და 2015-2018 წლები. ჩატარდა მონაცემთა აღწერილობითი სტატისტიკური ანალიზი, შეფასდა სიკვდილიანობის და ასაკ-სპეციფიკური სიკვდილიანობის მაჩვენებლები 100000 ქალზე და სხვა სტატისტიკური პარამეტრები - გარდაცვალების ასაკის მედიანა, პირველი კვარტილი (Q1), მესამე კვარტილი (Q3) და კვარტილებს შორის ინტერვალი (IQR). სტატისტიკური ანალიზი შესრულდა EpiInfo მე-7 ვერსიის და SPSS-ის (Statistical Package of the Social Science) 23-ე ვერსიის გამოყენებით. შედეგების სტატისტიკური სანდოობის შესაფასებლად გამოყენებული იყო სტატისტიკური ტესტები - *p*-მნიშვნელობა, 95% (95%CI) სანდოობის ინტერვალი.

2011-2018 წლებში ყოველწლიურად გარდაცვლილთა რიცხვი 121-დან 185 ფარგლებში მერყეობდა,

სიკვდილიანობის ცვალებადობა შეადგენდა 6.1-დან 9.5-მდე 100000 ქალზე. 95%-იანი სარწმუნობის ინტერვალის თანახმად, სიკვდილიანობის მაჩვენებლებს შორის სხვაობა კალენდარული წლების მიხედვით არ არის სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი. სიკვდილიანობის საშუალო მაჩვენებელმა 2015-2018 წლებში 2011-2014-თან შედარებით უმნიშვნელოდ მოიმატა და შეადგინა 8.7 (SD = 0.5) და 7.1 (SD = 0.7) შესაბამისად. იმის გათვალისწინებით, რომ 2005-2010 წლებში საშილონოს ყელის კიბოთი რეგისტრირებულ გარდაცვლილთა რიცხვი საქართველოში საკმაოდ დაბალი იყო - მერყეობდა 50-დან 60-მდე, სავარაუდოა, რომ ზემოაღნიშნული ზრდა უკავშირდება რეგისტრაციის გაუმჯობესებას და არ წარმოადგენს ჭეშმარიტ მატებს. კვლევის მეორე პერიოდი (2015-2018), სავარაუდოდ, ასახავს უფრო რეალურ მონაცემებს. საშილონოს ყელის კიბოთი სიკვდილიანობა ასაკთან ერთად მატელებს, რაც მიუთითებს, რომ ხანდაზმული ასაკი პროგნოზული ფაქტორია. ანალიზში ჩართულ თითქმის ყველა კალენდარული წლის განმავლობაში ასაკის ზეგავლენამ აჩვენა მზარდი ტენდენცია 25-დან 59 წლის ასაკამდე, ხოლო 60-64-დან 65-69 წლამდე და 80 წელზე უფროსი ასაკის პირებში ზომიერი კლება აღინიშნა. საშილონოს ყელის კიბოთი გარდაცვალების მედიანა მერყეობდა 57-დან 62 წლამდე. სხვადასხვა კალენდარულ წელს კვარტილებს შორის სხვაობამ შეადგინა 47-67, 52-72 და 52-67 წლები, შესაბამისად.

გარდაცვალების ასაკის შედარებით სტაბილური მედიანა მიუთითებს, რომ საქართველოში საშილონოს ყელის კიბოს ადრეული სიკვდილიანობის შემცირების დინამიკა არ ვლინდება. კვლევის შედეგად გამოვლენილი სიკვდილიანობის მცირედი ზრდა, სავარაუდოდ, გარდაცვალების რეგისტრაციის გაუმჯობესებას უკავშირდება.