Հավելված N 1

ՀՀ կառավարության 2018թ.

-ի նիստի N

արձանագրային որոշման

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈՒԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

2018-2021թթ․

ԵՐԵՎԱՆ – 2018թ.

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ..................................................................................................... 3

ՆԱԽԱԲԱՆ...............................................................................................................4

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ....................................................................................................5

1․ ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈԻԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ.......................................................................................................7

2․ ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈԻԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆԸ ՆՊԱՍՏՈՂ ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ............................................................................10

3․ ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈԻԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ, ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ..................13

4․ ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈԻԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՄՇՏԱԴԻՏԱՐԿՈՒՄ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ....................................16

5․ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐ.......................................................................17

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱՊ՝ առողջության առաջնային պահպանման օղակ

ԱՀԿ՝ Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն

ԱՄՆ՝ Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ

ԱՇՀՀ` արյան շրջանառության համակարգի հիվանդություններ

ԹԷ՝ թոքերի էմֆիզեմա

ՀՀ՝ Հայաստանի Հանրապետություն

ՀՀ ԱՆ՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն

ՈՎՀ` ոչ վարակիչ հիվանդություններ

ՍԹԿ՝ սահմանային թույլատրելի կոնցենտրացիա

ՔՕԲ՝ քրոնիկ օբստրուկտիվ բրոնխիտ

## ՆԱԽԱԲԱՆ

1. Ներկա ժամանակաշրջանում ՈՎՀ հանդիսանում են մահացության, հիվանդացության և հաշմանդամության առաջացման առաջատար պատճառներից մեկը ամբողջ աշխարհում: Նշանակալի է վերջիններիս տնտեսական բեռը, ինչպես առողջապահության բյուջեի, այնպես էլ երկրի տնտեսության զարգացման վրա:
2. Միևնույն ժամանակ, ՈՎՀ այդ թվում նաև ԹՔՕՀ և բրոնխիալ ասթմայի բուժման արժեքը և հետևաբար բեռն առողջապահության համակարգի վրա կարելի է հասցնել նվազագույնի` ընտրված ապացույցների վրա հիմնված միջամտությունների շնորհիվ, ինչը հատկապես կարևոր է սահմանափակ ռեսուրսների առկայության պարագայում:
3. ՀՀ կառավարության 2016թ-ի փետրվարի 4-ի թիվ 4 արձանագրային որոշմամբ հավանության է արժանացել Առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների դեմ պայքարի 2016-2020թթ-ի ծրագիրը, որի 6-րդ կետով նախատեսվել են ԹՔՕՀ և բրոնխիալ ասթմայի դեմ պայքարի միջոցառումների մշակման աշխատանքներ:
4. Այնուհետև, վերոնշյալ հիվանդությունների սոցիալ-տնտեսական կարևորությունից ելնելով, ՀՀ կառավարության 2017-2021թթ-ի ծրագրի «4.3 Առողջապահության» գլխի, 1-ին կետի 2-րդ ենթակտի «բ» պարբերությամբ նախատեսվել է 2018-2021թթ-ին ներդնել թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունների դեմ պայքարի միջոցառումների ծրագիրը:
5. Վերջինիս արդյունավետ ներդրումն ապահովելու նպատակով` ՀՀ կառավարության 2018 թվականի գործունեության միջոցառումների ծրագիրը և գերակա խնդիրները հաստատելու մասին 2018թ. հունվարի 11-ի որոշման հավելված 1-ի թիվ 59-րդ կետով նախատեսվել է մշակել և ՀՀ կառավարության աշխատակազմ ներկայացնելը «Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունների դեմ պայքարի ռազմավարությունը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշման նախագիծը:

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունները (ԹՔՕՀ) հավաքական հասկացություն է, որը միավորում է շնչական համակարգի մի շարք քրոնիկ հիվանդություններ` քրոնիկ օբստրուկտիվ բրոնխիտ (ՔՕԲ), թոքերի էմֆիզեմա (ԹԷ), պնևմոսկլերոզ, թոքային հիպերտենզիա և քրոնիկ թոքային սիրտ: Թվարկված հիվանդությունների մեկ խմբում միավորելու համար հիմք է հանդիսացել աստիճանաբար զարգացող անդարձելի կամ մասամբ դարձելի բրոնխային օբստրուկցիան: ԹՔՕՀ չի ներառում բրոնխիալ ասթման, որի համար բնորոշ է բրոնխիալ դարձելի օբստրուկցիա~~ն~~, սակայն այն կարող հանդիսանալ ԹՔՕՀ ռիսկի գործոն:
2. ԹՔՕՀ հանդիսանում են կարևորագույն հանրային առողջության խնդիրներից մեկը։ Այսպես ԱՀԿ տվյալները վկայում են, որ ներկայում աշխարհի բնակչության մահացության կառուցվածքում ԹՔՕՀ-ից մահացությունը գրավում է 4-րդ տեղը, և համաձայն կանխատեսումների 2030թ-ին կզբաղեցնի 3-րդ տեղը։
3. ԱՀԿ տվյալներով յուրաքանչյուր տարի ամբողջ աշխարհում ԹՔՕՀ-ից մահանում են շուրջ 2.8 մլն մարդ, որը կազմում է բոլոր մահերի 4.8%-ը, համաձայն կանխատեսումների՝զարգացող երկրներում ծխախոտ օգտագործողների թվի ավելացմամբ և բնակչության ծերացմամբ պայմանավորված, մահերի թիվը 2030թ-ին կգերազանցի 4,5 մլն (ՀՄԴ 10 կոդեր J42-46)։ ԱՄՆ-ում ևս այն հանդիսանում է 3-րդը մահվան պատճառների կառուցվածքում՝ ԱՇՀՀ-ից և ուռուցքային հիվանդություններից հետո։ Եվրոպայում մահացությունը ԹՔՕՀ-ից բավականին տարբերվում 0.20-ից 100.000 բնակչի հաշվով Հունաստանում, Շվեդիայում, Իսլանդիայում և Նորվեգիայում, մինչև 80 100.000 բնակչի հաշվով Ռումինիայ~~ո~~ում։
4. Բարձր են նաև ԹՔՕՀ հիվանդացության և հիվանդելիության ցուցանիշները, չնայած այն հանգամանքի, որ տարբեր երկրների տվյալները կարող են լինել տարբեր` պայմանավորված դասակարգման, ախտորոշման և վերլուծական հզորություններից։ Այնուամենայնիվ, ընդունված է համարել, որ զարգացած երկրների բնակչության առնվազն 6-11%-ը ունի ԹՔՕՀ, իսկ դեպքերի գնահատված թիվը կազմում է շուրջ 384 մլն մարդ։Օրինակ, Չիլիում ԹՔՕՀ տարածվածությունը կազմում է 20%, Մեքսիկայում՝ 6%, Ռուսաստանի Դաշնությունում՝ 15,3%։ Համաձայն գրականության տվյալների ԱՄՆ-ում 16 մլն մարդ ունի ԹՔՕՀ, ևս 4 մլն մարդ ունի նշված ախտորոշումը, սակայն չգիտի դրա մասին։ ԱՄՆ-ում ավելի հաճախ հիվանդանում են կանայք՝ 56%, քան տղամարդիկ` 44%։
5. ԹՔՕՀ լուրջ բեռ է նաև երկրների տնտեսությունների և առողջապահության համակարգի վրա։ Այսպես, գնահատված է, որ Եվրոպական Միության երկրներում շնչառական հիվանդությունների վրա է ուղղվում առողջապահության բյուջեի ընդհանուր ուղիղ ծախսերի շուրջ 6%-ը, որոնց 56%-ը կազմում է ԹՔՕՀ (38,6 մլրդ եվրո)։ ԱՄՆ-ում ԹՔՕՀ կառավարման ուղղակի ծախսերը կազմում են 32 մլրդ ԱՄՆ դոլար, իսկ անուղղակի ծախսերը՝ 20 մլրդ ԱՄՆ դոլար։ Համաձայն գնահատականների 2020թ-ին դրանք կհասնեն 49 մլրդ ԱՄՆ դոլար։ Արժեքի զգալի մասը հոսպիտալացումներն են ԹՔՕՀ սրացումների պատճառով։
6. Միևնույն ժամանակ, զարգացող երկրներում, որոնց շարքին է դասվում նաև Հայաստանի Հանրապետությունը, ԹՔՕՀ հետևանքով առաջացած ուղղակի ծախսերը կարող են զգալի նվազել, պայմանավորված առողջապահության համակարգի առավել արդյունավետ արձագանքելու հնարավորություններից, ինչպես նաև նշված ծառայություններով բնակչության ընդգրկման ավելացմամբ։ Զարգացող երկրներում տնտեսության վրա էական բեռ և վտանգ կարող են ներկայացնել ԹՔՕՀ հետևանքով առաջացած անուղղակի կորուստները, քանի որ գնահատված է, որ առնվազն երկու մարդ կարող է չներկայանալ աշխատանքի մեկ հիվանդության դեպքի պատճառով՝ բուն հիվանդը և հարազատը, վերջինիս խնամքը կազմակերպելու և իրականացնելու պատճառով։

1․ ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈԻԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

1. Վիճակագրական տվյալների վերլուծությունը վկայում է, որ ՈՎՀ-ը, այդ թվում քրոնիկական ռեսպիրատոր հիվանդությունները (ԹՔՕՀ և բրոնխիալ ասթմա) հանդիսանում են հանրային առողջության կարևորագույն, համապետական նշանակություն ունեցող հիվանդություններ, որոնց դեմ պայքարը կարող է դրական անդրադառնալ ժողովրդագրական ցուցանիշների վրա, մասնավորապես` վաղաժամ և ընդհանուր մահացության կրճատման միջոցով:
2. Մասնավորապես` 2015թ-ին մահացության կառուցվածում ՈՎՀ-ի պատճառով մահերը կազմել են ընդհանուր թվի 75%-ը, որից ԹՔՕՀ-ները` 4.2%: Ինչպես երևում է նկար 1-ում ներկայացված տվյալներից, վերջին 4 տարիների ընթացքում նկատվում է շնչառական օրգանների հիվանդություններից մահվան դեպքերի կայուն բացասական դինամիկա, որը 2016թ-ին նախորդ տարվա նկատմամբ կազմել է շուրջ 1%, 2013թ-ի նկատմամբ` շուրջ 31%:

Նկար 1. 2013-2016թթ. մահացությունը ՀՀ-ում, ըստ մահվան պատճառների:

1. Միևնույն ժամանակ, մահացության կառուցվածքում մահերը շնչառական օրգանների հիվանդություններից գրավում են 3-րդ տեղը` տարեց- տարի ունենալով տեսակարար կշռի ավելացման միտում: Այսպես, եթե 2013թ-ին մահացության կառուցվածքում շնչառական օրգանների հիվանդություններից մահերի տեսակարար կշիռը կազմել է 6.05%, 2014թ-ին` 6.72%, իսկ 2016թ-ին այն հասել է արդեն 7.61%-ի:
2. ՀՀ մարզերի և Երևան քաղաքի մահվան դեպքերի դիմանիկայի վերլուծությունը վկայում է, որ մահերը շնչառական օրգանների հիվանդություններից առավել մեծ տեսակարար կշիռ ունեն մայրաքաղաքում, որը 2016թ-ին կազմել է շուրջ 9%, 2013թ-ին արձանագրված շուրջ 7%-ի փոխարեն: Առավել ցածր ցուցանիշներ են արձանագրվել ՀՀ Վայոց ձորի, Սյունիքի և Տավուշի մարզերում, համապատասխանաբար շուրջ 4% և 5-ական տոկոս: Հարկ է նշել, որ Երևանում արձանագրված բարձր ցուցանիշը կարող է պայմանավորված լինել, ինչպես ռիսկի գործոնների ազդեցությամբ, այնպես էլ ախտորոշման ավելի բարձր ճշգրտությամբ:
3. Վերջին տարիներին ՀՀ մարզերից ցուցանիշի բացասական դինամիկա է արձանագրվել Լոռիում, մահացության կառուցվածքում շնչառական օրգանների հիվանդություններից մահերի տեսակարար կշիռը 2016թ-ին կազմել է շուրջ 8%, 2013թ-ի 3%-ի փոխարեն:

Նկար 2. 2013-2016թթ. հիվանդելիության դինամիկան:

1. 2013-2016թթ. աճել է նաև ԹՔՕՀ և բրոնխիալ ասթմայով հիվանդելիության և հիվանդացության մակարդակը: Մասնավորապես, եթե 2013թ-ին մեծահասակ բնակչության շրջանում եղել է 20530 դեպք, ապա 2016թ-ին հիվանդների թիվն ավելացել է շուրջ 15%-ով, ընդ որում նույն ժամանակահատվածում կյանքում առաջին անգամ արձանագրված դեպքերի թիվն ավելացել է շուրջ 32%-ով (նկար 2):
2. Հիվանդելիության առավել նշանակալի աճ է գրանցվել 0-14 տարեկան երեխաների շրջանում, մասնավորապես 2016թ-ին ընդհանուր դեպքերի թիվը գրեթե կրկնապատկվել է 2013թ-ի համեմատ, իսկ կյանքում առաջին անգամ հայտնաբերված դեպքերի թիվն աճել է շուրջ 2.7 անգամ:
3. Նշանակալի է նաև վերոնշյալ հիվանդությունների ազդեցությունը առողջապահության բյուջեի վրա: Այսպես, վիճակագրական տվյալների վերլուծությամբ պարզվել է, որ 2015թ-ին ԹՔՕՀ և բրոնխիալ ասթմայի սրացումների կապակցությամբ հոսպիտալացումների ընդհանուր թիվը կազմել է 4560 դեպք, որը կազմում է հաշվետու ժամանակահատվածում ընդհանուր հոսպիտալացումների 1.2%-ը: Միայն դեպքերի բուժման ուղղակի ծախսերը կազմում են նվազագույնը շուրջ 479 մլն ՀՀ դրամ, որը չի ներառում հնարավոր անուղղակի ծախսերը, պայմանավորված աշխատունակության կորստի, հաշմանդամության, ինչպես նաև խնամողների աշխատատեղից բացակայելու հետ:
4. Ներկայում, հիվանդությունը կանանց և տղամարդկանց ախտահարում է գրեթե հավասարապես, ինչը հիմնականում պայմանավորված է ծխող կանանց թվի ավելացմամբ:
5. Թեև զարգացող երկրներում ԹՔՕՀ որպես կանոն չի արժանանում պատշաճ ուշադրության, վերոնշյալ տվյալների ամփոփումից ակնառու է ԹՔՕՀ դեմ պայքարի ռազմավարության և դրանից բխող միջոցառումների մշակման անհրաժեշտությունը, իսկ նախատեսված միջոցառումների ուշացումը կամ հետաձգումը կարող է էլ ավելի բացասական ազդեցություն ունենալ հիվանդացության տարածվածության, մահացության և առողջապահության համակարգի բեռի ավելացման վրա:

2․ ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈԻԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆԸ ՆՊԱՍՏՈՂ ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

1. Ախտորոշված ԹՔՕՀ-ների դեպքերի մեծամասնությունը կանխարգելելի են:
2. ԹՔՕՀ հիմնական ռիսկի գործոններն են` ակտիվ և պասիվ ծխելը, օդի ախտոտվածությունը, գենետիկ գործոնները, ասթման, շնչառական համակարգի ինֆեկցիաները, սոցիալ-տնտեսական գործոնները և այլն:
3. Հիվանդության առաջատար ռիսկի գործոններ են հանդիսանում ծխախոտի օգտագործումը, որով պայմանավորված է ԹՔՕՀ դեպքերի շուրջ 75%-ը: Համաձայն ԱՀԿ գնահատականի, բարձր եկամտով երկրներում ԹՔՕՀ-ից մահերի շուրջ 73%-ը պայմանավորված է ծխելով, ցածր, միջին եկամուտ ունեցող երկրներում այս ցուցանիշը կազմում է շուրջ 40%: Հարկ է նշել, որ շուրջ ¼ դեպքերում հիվանդությունն ախտորոշվում է չծխողների մոտ, որի հիմնական պատճառն է պասիվ ծխելը:
4. Վիճակագրական տվյալների ուսումնասիրությունը վկայում է, որ 2016թ.-ին 2012թ.-ի համեմատությամբ Հայաստանում ավելացել է ամեն օր ծխող անձանց քանակը, ընդ որում, և՛ տղամարդկանց, և՛ կանանց շրջանում: Եթե 2012թ.-ին Հայաստանում ամեն օր ծխախոտ էր օգտագործում 15 և բարձր տարիքի բնակչության 23%-ը, ապա 2016թ.-ն՝ 26.2%-ը, ամեն օր ծխող տղամարդկանց թիվն ավելացել է 48.7%-ից մինչև 53.4%, իսկ կանանց թիվը՝ 1.3%-ից մինչև 2.3%: Աճել է նաև ոչ ամեն օր ծխողների թիվը:
5. Բարձր է նաև պասիվ ծխողների տեսակարար կշիռը: Համաձայն, «Առողջապահության համակարգի գործունեության գնահատում» 2016թ-ի զեկույցի ՀՀ ընտանիքների 53.1%-ը նշել են, որ տնային պայմաններում նրանք գտվում են ամեն օրյա երկրորդային ծխի վնասակար ազդեցության տակ և համարվում են ամենօրյա պասիվ ծխողներ, իսկ 2.8%-ըպասիվ ծխողներ` շաբաթական մի քանի անգամ:
6. Վերոնշյալի հետ մեկտեղ, բնակչությունը գործնականում իրազեկված չէ Հայաստանում մահացության կառուցվածքում երրորդ տեղը զբաղեցնող ԹՔՕՀ առաջացման հիմնական ռիսկի գործոնի վերաբերյալ: Մասնավորապես, հարցումների տվյալները վկայում են, որ ամեն օր ծխողների ընդամենը 12.6% է իրազեկված, որ ծխելն առաջացնում է քրոնիկական բրոնխիտ և 10.1%, որ այն կարող է հանգեցնել բրոնխիալ ասթմայի:
7. Վերոնշյալ մահացության և հիվանդացության տվյալների համադրությունը (հատկապես երեխաների շրջանում), առաջ է քաշում Հայաստանում ԹՔՕՀ տարածվածության ավելացման հիմնական վարկածը և հիվանդության կանխարգելմանն ուղղված առաջնահերթ միջոցառումների ցանկը:
8. Հաջորդ առաջատար ռիսկի գործոն է համարվում նաև օդի ախտոտվածությունը, ընդ որում, ինչպես արտաքին, այնպես էլ ներտնային: Հատկապես մեծ է ներտնային օդի ախտոտվածության դերը ցածր եկամուտով երկրներում, որտեղ առանց պատշաճ օդափոխության ջեռուցման և սննդի պատրաստման համար հաճախ որպես վառելիք օգտագործում են փայտ։ Համաձայն ԱՀԿ գնահատականի, ցածր և միջին եկամուտով երկրներում ԹՔՕՀ դեպքերի շուրջ 35%-ի պատճառ կարող են հանդիսանալ վառելափայտի օգտագործման պատճառով առաջացած ծուխը։
9. Վերոնշյալ տվյալների արդիականության մասին է վկայում այն հանգամանքը, որ համաձայն «Հայաստանի սոցիալական պատկերը և աղքատությունը» 2017թ-ի զեկույցի գյուղական վայրերում ջեռուցման հիմնական աղբյուր է հանդիսանում փայտը։ Դեռ ավելին, գյուղական բնակավայրերում կացարանները փայտով ջեռուցող տնային տնտեսությունների տեսակարար կշիռը 2017թ-ին ավելացել է գրեթե 20 տոկոսային կետով 2010թ-ի նկատմամբ՝ հասնելով 72,2%-ի (ՀՀ ընդհանուր ցուցանիշ 37,2%)։
10. Այսպիսով, վերոնշյալ տվյալների հիման վրա կարելի է եզրահանգել, որ շուրջ 720․000 գյուղական բնակչություն, այդ թվում նաև անչափահասներ գտնվում են ԹՔՕՀ առաջացման կարևորագույն ռիսկի գործոննի ազդեցության ներքո։
11. ԹՔՕՀ կապված է նաև արտաքին օդի ախտոտվածության հետ, թեև վերջինին վերագրելի ռիսկը համեմատաբար ավելի փոքր է։Նկարագրված են ազոտի երկօքսիդի (NO2) և օդի հարաբերական խոնավության մակարդակի բարձրացման հետևանքով պայմանավորված ռեսպիրատոր նշանների հայտնվելու դեպքեր:
12. ՀՀ շրջակա միջավայրի մոնիթորինգի արդյունքների մասին 2017թ-ի զեկույցի տվյալները վկայում են, որ Հայաստանի որոշ քաղաքներում արդիական է մթնոլորտային օդի ախտոտվածության խնդիրը։ Այսպես, հանրապետության երկրորդ քաղաքում՝ Գյումրիում, ընդհանուր փոշու միջին տարեկան կոնցենտրացիան գերազանցել է ՍԹԿ-ն 2.2 անգամ: Վանաձորում՝ ծծմբի երկօքսիդի միջին տարեկան կոնցենտրացիան ՍԹԿ-ն գերազանցել է 1.6 անգամ, Ալավերդիում՝ ծծմբի երկօքսիդի և ընդհանուր փոշու միջին տարեկան կոնցենտրացիաները գերազանցել են համապատասխանաբար ՍԹԿ-ները 2.3 և 1.7 անգամ, Հրազդանում՝ ընդհանուր փոշու միջին տարեկան կոնցենտրացիան գերազանցել է ՍԹԿ-ն 1.8 անգամ, իսկ Արարատում՝ 1.2 անգամ:

Հայաստանում թքօբ հիմնական ռիսկի գործոններ

* ծխախոտի օգտագործում
* օդի ախտոտվածություն
* բրոնխիալ ասթմա
* ժառանգական նախատրամադրվածություն

1. Վերոնշյալ քաղաքների բնակչության ընդհանուր թվաքանակը 2017թ-ի կազմել է շուրջ 270․000 բնակիչ կամ ՀՀ քաղաքային բնակչության շուրջ 14%-ը։
2. Բրոնխիալ ասթման, քրոնիկական բրոնխիտները և ստորին շնչուղիների վարակները ևս հանդիսանում են ԹՔՕՀ ռիսկի գրոծոններ։ Օրինակ, հետազոտությունների արդյունքները վկայում են, որ ասթմայով հիվանդների շրջանում ժամանակի ընթացքում ԹՔՕՀ զարգացման ռիսկը 12 անգամ ավելի մեծ է, քան ասթմա չունեցողների շրջանում։
3. ԹՔՕՀ-ի զարգացման մեջ զգալի դեր ունի նաև ժառանգական նախատրամադրվածությունը։ Ներկայում, լավ հետազոտված ժառանգական պաթոլոգիան, որը բերում է ԹՔՕՀ-ի առաջացմանը` ալֆա-1-անտիտրիպսինի անբավարարությունն է, որը հանգեցնում է էմֆիզեմայի զարգացման, քրոնիկական օբստրուկտիվ բրոնխիտի և բրոնխոէկտազների ձևավորմանը:
4. Վերոնշյալ տվյալները վկայում են, որ ՀՀ բնակչության զգալի մասը ենթարկվում է ԹՔՕԲ այս կամ այն ռիսկի գործոնի ազդեցությանը, ընդ որում մի մասը ենթարկվում մեկից ավելին ռիսկի գործոնների ազդեցությանը, ինչը կարող է էապես բարձրացնել հիվանդությունների առաջացման հավանականությունը։

3․ ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈԻԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ ԵՎ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՆՊԱՏԱԿՆԵՐԸ

1. Հիմնական խնդիրներից են բնակչության, հատկապես ռիսկի խմբերում ընդգրկված, ցածր իրազեկվածությունը ԹՔՕՀ վաղ ախտանիշների, տարածվածության, ելքերի, ինչպես նաև կառավարման կարևորության վերաբերյալ, որն իր հերթին կարող է հանգեցնել ախտորոշման և բուժման ուշացած մեկնարկին, իր բոլոր անբարենպաստ հետևանքներով։
2. Իրազեկվածության մակարդակի բարձրացումն կարևոր է իրականացնել հատկապես գյուղական բնակավայրերում, որտեղ բնակչության զգալի մասը ենթարկվում է ԹՔՕՀ առաջատար ռիսկի գործոններից մեկին։ Ակնհայտ է, որ բուն ռիսկի գործոնի ազդեցության նվազեցումը հիմնականում պայմանավորված է տնային տնտեսությունների սոցիալ-տնտեսական մակարդակի բարձրացման հետ, այնուամենայնիվ առողջապահության համակարգը կարող է իր դերակատարումն ունենալ փայտի այրման պատճառով առաջացած հետևանքների ազդեցության նվազեցման գործում։
3. Առանձնահատուկ ուշադրության է արժանի մի շարք առավել տարածված ոչ վարակիչ հիվանդությունների առաջացման գլխավոր ռիսկի գործոն հանդիսացող ծխախոտի օգտագործումը։ Հետազոտությունները վկայում են, որ ծխողներն հիմնականում իրազեկված չեն այդ սովորության հաճախակի հանդիպող բարդություն հանդիսացող ԹՔՕՀ մասին։ Թեև վիճակագրական տվյալներն ավելի քան ակներև վկայում են ծխելու հետևանքով առաջացած հիվանդությունների լայն տարածվածության մասին, այնուամենայնիվ դեռևս բավարար չէ նաև վերջինի դեմ վճռորոշ քայլերի իրականացման հանրային պահանջարկը, ինչը որոշակի բարդություններ է առաջացնում ԹՔՕՀ դեմ պայքարի գործում։
4. Բավարար չէ նաև բժիշկների, հատկապես ԱԱՊ օղակի, տեղեկացվածության աստիճանը ԹՔՕՀ, և հատկապես վերջինի վաղ ախտանիշների, դրանց կառավարման, հիվանդների ուղեգրման վերաբերյալ։
5. Կարևոր խնդիրներից է նաև ԹՔՕՀ վարման միասնական մոտեցումների բացակայությունը, վաղ ախտորոշման համար անհրաժեշտ գործիքի՝ սպիրոմետրների հասանելիությունը հատկապես ԱԱՊ օղակում, ինչ ևս կարող է հանգեցնել այս հիվանդությունների խմբի ախտորոշման ուշացմանը։
6. Քանի որ ԹՔՕՀ վաղ ախտորոշման և արդյունավետ կառավարման գործում կարևոր դերակատարում ունի ԱԱՊ օղակը, անհրաժեշտ նշել նաև համեմատաբար ցածր ԱԱՊ այցելությունների թիվը, որը Հայաստանում կազմում է տարեկան մեկ բնակչի հաշվով միջինում 4․3, մինչդեռ զարգացած երկրներում տվյալ ցուցանիշը գերազանցում է 7-ը։
7. Ելնելով վերոնշյալից, ԹՔՕՀ դեմ պայքարի ռազմավարությունն ուղղված է արձանագրված խնդիրների լուծմանը և հիմնական նպատակն է արդյունավետ, ապացուցված համալիր միջոցառումների մշակման ու ներդրման արդյունքում նպաստել ԹՔՕՀ կանխարգելման, վաղ ախտորոշման, կառավարման արդյունավետության բարելավմանը, ինչն երկարատև ժամանակահատվածում կարող է դրական անդրադառնալ բնակչության մահացության ցուցանիշների վրա։
8. Առաջնային կանխարգելման նպատակն է ձգտել անհատների և բնակչության շրջանում ռիսկի գործոնների ազդեցության նվազեցմանը, մասնավորապես ծխելու, օդի՝ մթնոլորտային և ներտնային, ախտոտվածության բացասական ազդեցության նվազեցմանը ու բրոնխիալ ասթմայի կառավարման բարելավմանը, ինչպես նաև ԹՔՕՀ շրջանում շնչուղիների վարակների կանխարգելմանը։
9. Երկրորդային և երրորդային կանխարգելման հիմնական նպատակներն են լինելու ԹՔՕՀ հիվանդների համար ծախսարդյունավետ միջոցառումների ներդրման միջոցով նպաստել առողջապահական ծառայությունների հասանելիության բարելավմանը, ինչպես նաև արդի ուղեցույցների և գործելակարգերի ներդրմանը, որը կնպաստի պացիենտների շրջանում ԹՔՕՀ կայուն կլինիկական շրջանի երկարացմանը։
10. Ռազմավարության նպատակներն են․

* ԹՔՕՀ պացիենտների վաղ հայտնաբերում, կանխարգելում

1. ԱԱՊ օղակի սպիրոմետրով հագեցվածության գնահատում և ըստ անհրաժեշտության պահանջների վերաբերյալ տեղեկատվությանտրամադրում

2. ԹՔՕՀ պացիենտների ծխախոտի օգտագործման նվազեցման միջոցառումների մշակում

3. Շրջակա միջավայրի, աշխատավայրերի օդի ախտոտվածության գնահատում

4. ԹՔՕՀ վաղ ախտանիշների, ռիսկի գործոնների վերաբերյալ հասարակության տեղեկատվածության բարձրացում: Անհրաժեշտ է բարձրացնել ԹՔՕՀ ռիսկի գործոնների և ախտանիշների վերաբերյալ իրազեկվածությունը հետևյալ թիրախ խմբերում՝ ռիսկի խմբում գտնվող անձիք, ԹՔՕՀ պացիենտների և վերջինների ընտանիքի անդամներ, բուժաշխատողներ՝ հատկապես ԱԱՊ օղակում ծառայություններ մատուցողներ, ինչպես նաև հասարակության շրջանում՝ հասնելով նրան, որ ԹՔՕՀ ախտանիշներով պացիենտների վաղ ախտորոշումը կդառնա բնականոն երևույթ։

* Հայտնաբերված ԹՔՕՀ պացիենտների վարման արդյունավետության բարձրացում

5. Ուղեցույցների, գործելակարգերի մշակում և ներդրում

6. ԱԱՊ և հիվանդանոցային օղակի մասնագետների վերապատրաստում` մշակելով և ներդնելով կլինիկական չափանիշների վրա հիմնված որոշումների կայացման ալգորիթմ, ապահովելով միասնական բավարար մակարդակի բուժօգնություն ԹՔՕՀ պացիենտների համար։

7. ԱԱՊ չափորոշիչի վերանայում

* ԹՔՕՀ վերահսկողության բարելավում

8. ԹՔՕՀ պացիենտների վարման և դեղորայքային ապահովման գնահատում

9. ԹՔՕՀ պացիենտների սեզոնային գրիպի դեմ վակցինացիայի իրականացման գնահատում

4․ ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈԻԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅԱՆ ՄՇՏԱԴԻՏԱՐԿՈՒՄ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

1. ԹՔՕՀ դեմ պայքարի ռազմավարության իրականացումը կենթարկվի պարբերական մշտադիտարկման, ըստ անհրաժեշտության կվերանայվի ու կգնահատվի։
2. Ստորև թվարկված կատարողական ցուցիչները չափում են ԹՔՕՀ դեմ պայքարի նպատակներիհասանելիությունը
3. ԹՔՕՀ վերաբերյալ իրազեկվածության մակարդակը ծխող բնակչության շրջանում կավելանա 10%-ով։
4. ՀՀ բոլոր գյուղական համայնքների 70%-ը կիրազեկվեն ջեռուցման նպատակով վառելափայտի օգտագործման արդյունքում առաջացող ռիսկի գործոնի վերաբերյալ։
5. ԱԱՊ օղակի բոլոր բուժհաստատությունների համար հասանելի կլինի ԹՔՕՀ վարման միասնական մոտեցումների փաթեթ։
6. Մշակված, հաստատված և ներդրված, իսկ բուժաշխատողները իրազեկված կլինեն ԹՔՕՀ ուղեցույցների և գործելակարգերի վերաբերյալ։
7. ԹՔՕՀ –ով պայմանավորված հոսպիտալացումները կնվազեն 5%-ով։
8. Տվյալ ցուցանիշները մշտադիտարկման կենթարկվեն և կգնահատվեն ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից` օգտագործելով էլեկտրոնային առողջապահության համակարգի հնարավորությունները:

5․ ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐ

1. ԹՔՕՀ դեմ պայքարի նախատեսվող ռազմավարական ծրագրերի միջոցառումների ճնշող մեծամասնությունը լրացուցիչ ֆինանսավորում չի պահանջում, իսկ հնարավոր ֆինանսավորման աղբյուրներ կարող են հանդիսանալ դոնորների և միջազգային ֆինանսական հաստատությունների, հասարակական կազմակերպությունների, մասնավոր հատվածի ֆինանսավորման միջոցները, ինչպես նաև օրենսդրությամբ չարգելված այլ միջոցները: