Հավելված N 1

2019 թվականի

N - կառավարության որոշման

ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈՒԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ 2019-2023 ԹՎԱԿԱՆՆԵՐԻ ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

ԵՐԵՎԱՆ – 2019թ.

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

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

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

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

1․ ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈՒԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ.......................................................................................................6

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

3․ ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈՒԿՏԻՎ 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 մեկն ամբողջ աշխարհում: Նշանակալի է վերջիններիս տնտեսական բեռը, ինչպես առողջապահության բյուջեի, այնպես էլ երկրի տնտեսության զարգացման վրա:
2. Միևնույն ժամանակ, ՈՎՀ-ի, այդ թվում նաև թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության (այսուհետև 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. Վերոնշյալ հիվանդությունների սոցիալ-տնտեսական կարևորությունից ելնելով` Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2019 թվականի մայիսի 16-ի N 650-Լ որոշման N 1 հավելվածով սահմանված «Կառավարության 2019-2023 թվականների գործունեության ծրագրի կատարումն ապահովող միջոցառումների» ցանկի 23-րդ կետի 23.1 ենթակետով նախատեսվել է մշակել և ՀՀ կառավարության աշխատակազմ ներկայացնել «Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդության դեմ պայքարի ռազմավարությունըև ռազմավարության կատարումն ապահովող 2019-2023 թվականների միջոցառումների ծրագիրը հաստատելու մասին» ՀՀ կառավարության որոշման նախագիծը:

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. 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, ինչպես նաև բուժական մոտեցումների ընդհանրությունը: ԹՔՕՀ չի ներառում բրոնխիալ ասթման, որի համար բնորոշ է բրոնխիալ դարձելի օբստրուկցիան, սակայն այն կարող հանդիսանալ ԹՔՕՀ ռիսկի գործոն:
2. ԹՔՕՀ հանդիսանում է կարևորագույն հանրային առողջության խնդիրներից մեկը։ Այսպես ԱՀԿ տվյալները վկայում են, որ ներկայումս 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 է շուրջ 3.0 մլն մարդ, որը կազմում է բոլոր մահերի շուրջ 5.0%-ը: Համաձայն կանխատեսումների, մահերի թիվը 2030թ-ին կգերազանցի 4,5 մլն` զարգացող երկրներում ծխախոտ օգտագործողների թվի ավելացման և բնակչության ծերացմամբ պայմանավորված։ ԱՄՆ-ում այն հանդիսանում է 3-րդը մահվան պատճառների կառուցվածքում՝ ԱՇՀՀ-ից և ուռուցքային հիվանդություններից հետո։ Եվրոպայում մահացությունը ԹՔՕՀ-ից բավականին տարբերվում է` 0.20- 100.000 բնակչի հաշվով Հունաստանում, Շվեդիայում, Իսլանդիայում և Նորվեգիայում, մինչև 80- 100.000 բնակչի հաշվով Ռումինիայում։
4. Բարձր են նաև ԹՔՕՀ հիվանդացության և հիվանդելիության ցուցանիշները: Համաձայն ԱՀԿ տվյալների, ներկայումս 65 միլիոն մարդ տառապում է ԹՔՕՀ: Ընդունված է համարել, որ զարգացած երկրների բնակչության առնվազն 6-11%-ը ունի ԹՔՕՀ: Տարբեր երկրների տվյալները կարող են լինել տարբեր` պայմանավորված դասակարգման, ախտորոշման և վերլուծական հզորություններից։ 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. ՀՀ-ում ՈՎՀ-ի բուժման պետական ծախսերը (55.6 մլրդ դրամ) ընդամենը այսբերգի գագաթն են: Կորցրած աշխատունակության արդյունքում առաջացած անուղղակի լրացուցիչ ծախսերն ավելի քան 4 անգամ գերազանցում են` կազմելով 294,9 մլրդ դրամ: ՀՀ տնտեսության վնասն այս պահի դրությամբ տարեկան կազմում է 362.7 մլրդ դրամ: 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։

1․ ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿ ՕԲՍՏՐՈՒԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆՈՒՄ

1. Վիճակագրական տվյալների վերլուծությունը վկայում է, որ ՈՎՀ-ը, այդ թվում քրոնիկ 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` 2018թ-ին Հայաստանում գրանցված բոլոր մահերի շուրջ 93%-ը պայմանավորված է ՈՎՀ-ով, որից ստորին շնչառական ուղիների քրոնիկ հիվանդություններից մահացությունը կազմում է 2.38%: Ինչպես երևում է նկար 1-ում ներկայացված տվյալներից, 2013-2016թթ.-ին նկատվում է շնչառական օրգանների հիվանդություններից մահվան դեպքերի կայուն բացասական դինամիկա, մասնավորապես 2013թ.-ին արձանագրվել է 1645 մահվան դեպք (որից ստորին շնչառական ուղիների քրոնիկ հիվանդություններից մահացությունը 990 դեպք է), իսկ 2016թ.-ին` 2148 դեպք (ստորին շնչառական ուղիների քրոնիկ հիվանդություններից մահացությունը` 1121): 2017թ.-ի համար մահվան դեպքերի թիվը կազմել է 1644 (ստորին շնչառական ուղիներից` 648):

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 5.9%, 2014թ.-ին` 6.7%, իսկ 2016թ.-ին այն հասել է արդեն 7.6%-ի: 2017թ.-ի համար վերոնշյալ թիվը 6% է:
2. ՀՀ մարզերի և Երևան քաղաքի մահվան դեպքերի դիմանիկայի վերլուծությունը վկայում է, որ մահերը ստորին շնչառական ուղիների քրոնիկ հիվանդություններից առավել մեծ տեսակարար կշիռ ունեն մայրաքաղաքում, որը 2017թ.-ին կազմել է շուրջ 3.36% ընդհանուր մահացածների թվաքանակում, ինչպես նաև Արագածոտնի (4.51%) և Շիրակի(3.42%) մարզերում: Առավել ցածր ցուցանիշներ են արձանագրվել Արարատի (0.67%), Լոռվա (0.92%) և Սյունիքի (0.7%) մարզերում: Հարկ է նշել, որ Երևանում արձանագրված բարձր ցուցանիշը կարող է պայմանավորված լինել, ինչպես ռիսկի գործոնների ազդեցությամբ, այնպես էլ ախտորոշման ավելի բարձր ճշգրտությամբ:

14. 2013-2018թթ. 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` 23570` պացիենտների թիվն ավելացել է շուրջ 15%-ով, ընդ որում նույն ժամանակահատվածում կյանքում առաջին անգամ արձանագրված դեպքերի թիվն ավելացել է շուրջ 32%-ով (նկար 2):

Նկար 2. 2013-2018թթ. հիվանդելիության դինամիկան

2017թ.-ին արձանագրվել է 23.615, իսկ 2018թ.-ին` 24.692 դեպք:

15. 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:

16. Նշանակալի է նաև վերոնշյալ հիվանդությունների ազդեցությունն առողջապահության բյուջեի վրա: Այսպես, վիճակագրական տվյալների վերլուծությամբ պարզվել է, որ 2015թ.-ին ստորին շնչառական ուղիների քրոնիկ հիվանդությունների սրացումների կապակցությամբ հոսպիտալացումների ընդհանուր թիվը կազմել է 4.560 դեպք, որը կազմել է հաշվետու ժամանակահատվածում ընդհանուր հոսպիտալացումների 1.2%-ը, իսկ 2018թ.-ին` 4.305 դեպք: 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:

17. Ներկայումս, հիվանդությունը կանանց և տղամարդկանց ախտահարում է գրեթե հավասարապես, ինչը հիմնականում պայմանավորված է ծխող կանանց թվի ավելացման և շինությունների ներսում օդի ախտոտվածության բարձրացման հետ:

18. 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 ՕԲՍՏՐՈՒԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆԸ ՆՊԱՍՏՈՂ ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ

19. Ախտորոշված ԹՔՕՀ դեպքերի մեծամասնությունը կանխարգելելի և բուժելի են:

20. ԹՔՕՀ հիմնական ռիսկի գործոններն են` ակտիվ և պասիվ ծխելը, օդի ախտոտվածությունը, գենետիկ գործոնները, ասթման, շնչառական համակարգի ինֆեկցիաները, սոցիալ-տնտեսական գործոնները և այլն:

21. Հիվանդության առաջատար ռիսկի գործոններ են հանդիսանում ծխախոտի օգտագործումը, որով պայմանավորված է ԹՔՕՀ դեպքերի շուրջ 80-90%-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 պատճառը պասիվ ծխելն է:

22. 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:

23. 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 գտնվում են ամեն օրյա երկրորդային ծխի վնասակար ազդեցության տակ և համարվում են ամենօրյա պասիվ ծխողներ, իսկ 2.8%-ը պասիվ ծխողներ` շաբաթական մի քանի անգամ:

24.Վերոնշյալի հետ մեկտեղ, բնակչությունը գործնականում իրազեկված չէ Հայաստանում մահացության կառուցվածքում երրորդ տեղը զբաղեցնող շնչառական օրգանների հիվանդությունների առաջացման հիմնական ռիսկի գործոնի վերաբերյալ: Մասնավորապես, հարցումների տվյալները վկայում են, որ ամեն օր ծխողների ընդամենը 12.6% է իրազեկված, որ ծխելն առաջացնում է քրոնիկ բրոնխիտ և 10.1%, որ այն կարող է հանգեցնել բրոնխիալ ասթմայի:

25. Վերոնշյալ մահացության և հիվանդացության տվյալների համադրությունը (հատկապես երեխաների շրջանում), առաջ է բերում Հայաստանում ԹՔՕՀ տարածվածության ավելացման հիմնական վարկածը և հիվանդության կանխարգելմանն ուղղված առաջնահերթ միջոցառումների ցանկը:

26. Հաջորդ առաջատար ռիսկի գործոն է համարվում նաև օդի ախտոտվածությունը, ընդ որում, ինչպես արտաքին, այնպես էլ ներտնային: Հատկապես մեծ է ներտնային օդի ախտոտվածության դերը ցածր եկամտով երկրներում, որտեղ առանց պատշաճ օդափոխության, ջեռուցման և սննդի պատրաստման համար հաճախ որպես վառելիք օգտագործում են փայտ։ Համաձայն ԱՀԿ գնահատականի, ցածր և միջին եկամտով երկրներում ԹՔՕՀ դեպքերի շուրջ 35%-ի պատճառ կարող է հանդիսանալ վառելափայտի օգտագործման պատճառով առաջացած ծուխը։

27. 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%)։

28. Այսպիսով, վերոնշյալ տվյալների հիման վրա կարելի է եզրահանգել, որ շուրջ 720.000 գյուղական բնակչություն, այդ թվում նաև անչափահասներ գտնվում են ԹՔՕՀ առաջացման կարևորագույն ռիսկի գործոնի ազդեցության ներքո։

29. 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:

30. 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 թքօՀ հիմնական ռիսկի գործոններ

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

1. Բրոնխիալ ասթման և ստորին շնչուղիների վարակները ևս հանդիսանում են ԹՔՕՀ ռիսկի գրոծոններ։ Օրինակ, հետազոտությունների արդյունքները վկայում են, որ ասթմայով պացիենտների շրջանում ժամանակի ընթացքում ԹՔՕՀ զարգացման ռիսկը 12 անգամ ավելի մեծ է, քան ասթմա չունեցողների շրջանում։

32. ԹՔՕՀ-ի զարգացման մեջ զգալի դեր ունի նաև ժառանգական նախատրամադրվածությունը։ Ներկայումս, լավ հետազոտված ժառանգական պաթոլոգիան, որը բերում է ԹՔՕՀ-ի առաջացմանը` ալֆա-1-անտիտրիպսինի անբավարարությունն է, որը հանգեցնում է էմֆիզեմայի զարգացման, քրոնիկ օբստրուկտիվ բրոնխիտի և բրոնխոէկտազների ձևավորմանը:

33. Վերոնշյալ տվյալները վկայում են, որ ՀՀ բնակչության զգալի մասը ենթարկվում է ԹՔՕՀ այս կամ այն ռիսկի գործոնի ազդեցությանը, ընդ որում մի մասը ենթարկվում մեկից ավելին ռիսկի գործոնի ազդեցությանը, ինչը կարող է էապես բարձրացնել հիվանդության առաջացման հավանականությունը։

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

34. 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։

35. Իրազեկվածության մակարդակի բարձրացումը կարևոր է իրականացնել հատկապես գյուղական բնակավայրերում։ 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։

36. 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։

37. Բավարար չէ նաև բժիշկների, հատկապես ԱԱՊ օղակի, տեղեկացվածության աստիճանը ԹՔՕՀ, և հատկապես վերջինի վաղ ախտանիշների, դրանց կառավարման, պացիենտների ուղեգրման վերաբերյալ։

38. Կարևոր խնդիրներից է նաև ԹՔՕՀ վարման միասնական մոտեցումների բացակայությունը, վաղ ախտորոշման համար անհրաժեշտ գործիքի՝ սպիրոմետրների հասանելիությունը հատկապես ԱԱՊ օղակում, ինչը ևս կարող է հանգեցնել այս հիվանդությունների խմբի ախտորոշման ուշացմանը։

39. Հաշվի առնելով, որ ԹՔՕՀ վաղ ախտորոշման և արդյունավետ կառավարման գործում կարևոր դերակատարում ունի ԱԱՊ օղակը, անհրաժեշտ է նշել նաև համեմատաբար ցածր ԱԱՊ այցելությունների թիվը, որը Հայաստանում 2017թ.-ի համար կազմում է տարեկան մեկ բնակչի հաշվով միջինում 4.1, մինչդեռ զարգացած երկրներում տվյալ ցուցանիշը գերազանցում է 7-ը։

40. 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, ինչը երկարատև ժամանակահատվածում կարող է դրական անդրադառնալ բնակչության մահացության ցուցանիշների վրա։

41. 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 պացիենտների շրջանում շնչուղիների վարակների կանխարգելմանը։

42. Երկրորդային և երրորդային կանխարգելման հիմնական նպատակներն են լինելու ԹՔՕՀ պացիենտների 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։

43. Ռազմավարության նպատակներն են.

1) ԹՔՕՀ պացիենտների վաղ հայտնաբերում, կանխարգելում

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

բ. ԹՔՕՀ պացիենտների ծխախոտի օգտագործման նվազեցման միջոցառումների մշակում,

գ. Շրջակա միջավայրի, աշխատավայրերի օդի ախտոտվածության գնահատու,

դ. ԹՔՕՀ վաղ ախտանիշների, ռիսկի գործոնների վերաբերյալ հասարակության տեղեկացվածության բարձրացում: Անհրաժեշտ է բարձրացնել ԹՔՕՀ ռիսկի գործոնների և ախտանիշների վերաբերյալ իրազեկվածությունը հետևյալ թիրախ խմբերում՝ ռիսկի խմբում գտնվող անձիք, ԹՔՕՀ պացիենտներ 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։

2) Հայտնաբերված ԹՔՕՀ պացիենտների վարման արդյունավետության բարձրացում

ա. Ուղեցույցների, գործելակարգերի մշակում և ներդրում,

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

գ. ԱԱՊ չափորոշիչի վերանայում,

դ. Թոքաբանական ազգային կենտրոնի հիմնում` տուբերկուլոզային հիվանդանոցային ծառայություն մատուցող կազմակերպությունների հիման վրա:

3) ԹՔՕՀ վերահսկողության բարելավում

ա. ԹՔՕՀ պացիենտների վարման և դեղորայքային ապահովման գնահատում,

բ. ԹՔՕՀ պացիենտների սեզոնային գրիպի դեմ վակցինացիայի իրականացման գնահատում:

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

44. ԹՔՕՀ դեմ պայքարի ռազմավարության իրականացումը կենթարկվի պարբերական մշտադիտարկման, ըստ անհրաժեշտության կվերանայվի ու կգնահատվի։

45. Ստորև թվարկված կատարողական ցուցիչները չափում են ԹՔՕՀ դեմ պայքարի նպատակներիհասանելիությունը.

1) ԹՔՕՀ վերաբերյալ իրազեկվածության մակարդակը ծխող բնակչության շրջանում կավելանա 10%-ով,

2) ՀՀ բոլոր գյուղական համայնքների 70%-ը կիրազեկվեն ջեռուցման նպատակով վառելափայտի օգտագործման արդյունքում առաջացող ռիսկի գործոնի վերաբերյալ,

3) ԱԱՊ օղակի բոլոր բուժհաստատությունների համար հասանելի կլինի ԹՔՕՀ վարման միասնական մոտեցումների փաթեթ,

4) Մշակված, հաստատված և ներդրված կլինեն ԹՔՕՀ ուղեցույցները և գործելակարգերը, որի վերաբերյալ բուժաշխատողներն իրազեկված կլինեն,

5) ԹՔՕՀ –ով պայմանավորված հոսպիտալացումները կնվազեն 5%-ով։

46. Տվյալ ցուցանիշները մշտադիտարկման կենթարկվեն և կգնահատվեն ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից:

5. ՖԻՆԱՆՍԱՎՈՐՄԱՆ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐ

47. 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: