Հայաստանի ամառային ճամբարներում խոցելի խմբի դպրոցահասակ երեխաների ակնաբուժական հետազոտության արդյունքները

Ն. Խաչատրյան, Մ. Ադամյան

Հայաստանի Ամերիկյան Համալսարանի Առողջապահական ծառայությունների հետազոտության և զարգացման կենտրոնի Կարո Մեղրիկյանի անվան աչքի հիվանդությունների կանխարգելման ինստիտուտ
375070 Երևան, Այեբ Մանուկյան 9

Բանալի բառեր. խոցելի խմբի երեխաներ, սննդային կարգավիճակ, աչքի հիվանդությունների տարածվածություն, ռիսկի գործոններ

Կուրության տարածվածությունը բավականին բարձր է աշխարհի տարբեր երկրներում և համարվում է հանրային առողջապահության արդի հիմնախնդիր [1]: Հայտնի է, որ ներկայումս աշխարհում 150 միլիոն մարդ տառապում է տեսողության վատթարացման տարբեր ձևերով [2]: Տարբեր երկրներում Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության (ԱՀԿ) կողմից իրականացված կուրության կանխարգելման վերաբերող հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ներկայումս ամբողջ աշխարհում 45 միլիոն չափահաս և 1,5 միլիոն երեխա տառապում են կուրությամբ [1]:

ԱՀԿ-ի "VISION 2020-The Right to Sight" ծրագիրը մեծագույնս կարևորում է երեխաների կուրության վերահսկումը [3]: Այն երեխաները, որ ծնվում կամ դառնում են կույր՝ կրում են կուրության պատճառով առաջացող դժվարություններն ու ամբողջ կյանքի ընթացքում մաքառում են իրենց առաջ ծառացող էմոցիոնալ, սոցիալական և տնտեսական խնդիրների լուծման համար [4]:

Կուրության տարածվածության վերաբերյալ ճշգրիտ տվյալներ ձեռք բերելը չափազանց դժվար է, քանի որ կուրության տարածվածությունը որոշելու համար բավականին մեծ ընտրանքի կարիք կա, իսկ երեխաների մոտ կուրության տարածվածությունը համեմատաբար քիչ է: Կուրության տարածվածությունը երեխաների մոտ (1000 երեխայի հաշվով) ընդունված է համարել 0,75 [4, 5]:

Կուրության տարածվածությունը տարբեր է ըստ երկրների և տարիքային խմբերի, սակայն հիմնականում պայմանավորված է սոցիալ-տնտեսական զարգացմամբ և առաջնային բուժօգնության (մասնավորապես ակնաբուժական ծառայությունների) մատչելիությամբ [4-10]: Հայաստանում տեսողության վատթարացումը լուրջ խնդիր է, սակայն կուրության և թույլ տեսողության վերաբերյալ ստույգ վիճակագրական տվյալներ չկան [11], հետևաբար կուրության և թույլ տեսողության բուժման անմիջական ծախսերի գնահատման յուրաքանչյուր փորձ հիմնված է լոկ ենթադրությունների վրա:

Հայաստանաբնակ 7-16 տարեկան խոցելի խմբի երեխաների առողջապահական այս հետազոտությունը նպատակ է հետապնդում գնահատել աչքի հիվանդությունների տարածվածությունը, դրանց պատճառներն ու ռիսկի գործոնները և հնարավորության դեպքում կորեկցիայի ենթարկել ռեֆրակցիայի շեղումները ու տրամադրել անվճար ակնոցներ՝ տեսողության սրությունը և տեսողության ֆունկցիան բարելավելու, ինչպես նաև տեսողական կոմֆորտնապահովելու նպատակով:

Նյութերը և մեթոդները

Հետազոտությունն իրականացվել է Հայաստանի Հանրապետության Կառավարության կողմից ֆինանսավորվող 16 ամառային ճամբարներից 11-ում, որոնք տեղակայված էին Հայաստանի Հանրապետության երկու շրջաններում: Նախքան յուրաքանչյուր ճամբարում հետազոտության սկսելը հետազոտական խումբը ճամբարների ղեկավարությանը ներկայացրել է Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության Նախարարության գրավոր համաձայնությունը: Ճամբարների խորհրդի թույլտվությանն ենթարկված ստանդարտ արձանագրություններ համաձայն երեխաների հետազոտությունը կատարվել է նրանց դաստիարակներից կամ խնամակալներից բանավոր համաձայնություն ստանալուց հետո միայն:

Հետազոտող խումբը բաղկացած է եղել հարցում անցկացնող բուժքրոջից, ակնաբույժությամբ մասնագիտացված մանկական բուժքրոջից և մանկական ակնաբույժից: Նախքան հետազոտության սկսելը կատարվել է հետազոտող խմբի անդամների վերապատրաստում, որի ընթացքում մասնակիցները ստացել են հարցազրույց վարելու, անտրոպոմետրիկ չափումներ կատարելու և աչքի նախնական զննման վերաբերյալ գրավոր ուղեցույցներ: Հարցազրույց վարելու, անտրոպոմետրիկ չափումներ կատարելու և

աչքի նախնական զննման վերաբերյալ արձանագրությունները նախապատրաստվել և փորձարկվել են Դիլիջանում գտնվող նմանատիպ ճամբարում:

Հետազոտությունն իրականացվել է 2000 թվականի հուլիսի 1-ից օգոստոսի 10-ն ընկած ժամանակահատվածում: Հետազոտական խումբը այցելել է ճամբարներից յուրաքանչյուրը՝ հարցազրույց վարելու, անտրոպոմետրիկ չափումներ և աչքի նախնական զննում կատարելու նպատակով: Այն բոլոր 7-16 տարեկան երեխաները, որոնք հետազոտական խմբի այցելության ժամանակ գտնվել են ճամբարներում և համաձայնվել են ընդգրկվել ծրագրում՝ մասնակցել են կարճ հարցազրույցի, ենթարկվել են անտրոպոմետրիկ չափումների և աչքի նախնական զննմանն:

Ընդհանուր առմամբ ճամբարներում գտնվող երեխաների 99,67% (n=3307)-ը համաձայնվել են մասնակցել հետազոտությանը: 3307 գրանցած դեպքերից միայն 3238-ի տվյալներն են ենթարկվել վերլուծության: Տվյալներից 69-ը չեն ընդգրկվել վերլուծության մեջ, քանի որ չէին համապատասխանում ծրագրի կողմից նախատեսված տարիքային սահմանափակմանը:

Նախքան հարցազրույցին անցնելը փորձառու բուժքույրը կատարել է անտրոպոմետրիկ չափումները, ապա անցել է բուն հարցազրույցին կիրառելով 20 հարցից կազմված և նախապես փորձարկված հարցաթերթիկը: Հարցաթերթիկը ներառում էր հարցեր սոցիալ-դեմոգրաֆիկ պատկերի, ֆիզիկական ակտիվության և դպրոցական առաջադիմության, ինչպես նաև աչքի հիվանդությունների և ընտանիքում կուրության դեպքերի վերաբերյալ:

Հարցազրույցին հաջորդել է աչքի նախնական զննումը, որը ներառել է Սիվցեվի քարտեզի օգնությամբ տեսողության սյության ստուգում; ակնագնդի շարժունակության ստուգում; աչքի արտաքին մասի և առաջնային հատվածի զննում լուսավորող գրիչի օգնությամբ: Որևէ աչքում տեսողության սրության 1,0 պակաս լինելու, աչքի տեսանելի պաթոլոգիայի, ներառյալ արտահայտված շլությունը, աչքի վերաբերյալ գանգատների, նախկինում գրանցված աչքի հիվանդությունների կամ առաջին կարգի արյունակցական կապ ունեցող հարազատների կուրության արձանագրման դեպքում երեխային առաջարկվել է մասնակցել աչքի մանրակրկիտ հետազոտության:

Յուրաքանչյուր մարզում ստեղծվել է աչքի մանրակրկիտ հետազոտության կենտրոն, որտեղ տեղադրվել են ակնաբուժական ախտորոշման սարքավորումները ներառյալ ճեղքային լամպը, ուղիղ օֆթալմոսկոպը, սկիասկոպը, Մակլակովի տոնոմետրը, բինոկուլյար տեսողության զննման համար նախատեսված գունային տեստը, օպտիկական լինզաների հավաքածուն և տեսողության սրության ստուգման Սիվցեվի քարտեզը: Աչքի մանրակրկիտ հետազոտությունն ընդգրկել է տեսողության սրության ստուգում; ներակնային ճնշման չափում (անհրաժեշտության դեպքում); բբի լայնացում 1% հոմատրոպինի օգնությամբ; սկիասկոպիա; շլության առկայության ստուգում: Եղջրաթաղանթը, ոսպնյակը և ակնահատակը հետազոտվել են ճեղքային լամպի և ուղիղ օֆթալմոսկոպի օգնությամբ:

Ակնաբուժական հետազոտության ընթացքում որևէ պաթոլոգիայի հայտնաբերման դեպքում երեխաներին տրամադրվել է հնարավոր ամբուլատոր բուժում՝ ներառյալ ակնոցների դուրս գրում և անվճար տրամադրում: Հնարավոր ամբուլատոր բուժումը կատարվում էր տեղում, ծրագրի ակնաբույժի կողմից: Աչքի չափազանց բարդ խնդիրների առկայության դեպքում երեխայի ծնողները կամ խնամակալները տեղեկացվում էին և ստանում համապատասխան խորհրդատվություն երեխայի ապագա հնարավոր բուժման վերաբերյալ:

Արդյունքներ և քննարկում

Արդյունքում ներկայացված են Հայաստանի Հանրապետության բոլոր 11 մարզերը ներկայացնող 7-16 տարեկան 3238 երեխաների տվյալներ: Հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ մասնակիցների մեծամասնությունը երևանաբնակներ են (45,6%): Աղյուսակ 1-ում ներկայացված են հետազոտված երեխաների սոցիալ-դեմոգրաֆիկ տվյալները:

3238 հետազոտված երեխաների 56% (n=1816) դասվել են Հայաստանի խոցելի խմբի ներկայացուցիչների շարքին: Որպես խոցելիության չափանիշներ հաշվի են առնվել ընտանիքի մեծությունը, սոցիալական կարգավիճակը և ծնողների եկամուտը:

Երեխայի ֆիզիկական զարգացման վերաբերյալ ավելի լավ պատկերացում կազմելու նպատակով կատարվել են անտրոպոմետրիկ չափումներ[12,13]: Հետազոտության մասնակիցների սննդային կարգավիճակը ըստ մարդաչափության տվյալների ներկայացված են աղ. 2-ում:

Աղյուսակ 1

Հետազոտված երեխաների սոցիալ-դեմոգրաֆիկ տվյալները

Փոփոխականներ		Հետազոտվածների քանակը	Հետազոտվածների ոկոսը
Սեռը	Արական	1966	60,7
	Իգական	1272	39,3
Տարիքային խումբը	7-10	964	29,8
	11-13	1642	50,7
	14-16	632	19,5
Ընտանիքի մեծությունը	Սովորական ընտանիք	2194	67,8
	Մեծ ընտանիք[i]	903	27,9
Սոցիալական կարգավիճակը	Ապրում է ընտանիքում երկու ծնողների հետ	2324	71,8
	Ապրում է ընտանիքում ծնողներից մեկի հետ[ii]	112	3,5
	Ընտանիքում ապրող միակողմանի կամ երկկողմանի ծնողազուրկ	627	19,4
	Ապրում է մանկատանը	141	4,4
	Պատասխան չկա	34	0,9
Ծնողների եկամուտը			
Հայր	Աշխատում է պետական համակարգում, բիզնեսմեն է կամ ֆերմերային գործունեություն է վարում Հայաստանում	1596	49,3
	Աշխատում է արտերկրում	125	3,9
	Գործազուրկ է, թոշակառու է կամ հաշմանդամ[iii]	688	21,2
Մայր	Աշխատում է պետական համակարգում, բիզնեսմեն է կամ ֆերմերային գործունեություն է վարում Հայաստանում	1488	46,0
	Աշխատում է արտերկրում	15	0,5
	Գործազուրկ է, թոշակառու է կամ հաշմանդամ	1501	46,4
Ընդամենը		3238	100

i Ընտանիքում ապրում են >3 երեխա կամ >5 անձ

ii Ծնողներից մեկը ամուսնալուծված է կամ գտնվում է ազատազրկման վայրում (բանտ կամ հոգեբուժարան)

iii Գործազուրկ, թոշակառու և հաշմանդամ անձինք ենթաղրաբար ստանում են $5-$10 համարժեք պետական թոշակ

Աղյուսակ 2

Հետազոտված երեխաների սննդային կարգավիճակը
ըստ մարդաչափության տվյալների

Փոփոխականներ		Սննդային կարգավիճակ (n/%)				Ընդամենը
		Կարճահասակություն	Սպիտակուց-էներգետիկ թերսնուցում	Թերքաշություն	Գիրություն	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
Սեռը	Իգական	143 (11,2) p=0,080	61 (4,8) p=0,01	116 (9,1) p=0,222	60 (3,1) p=0,082	1966
	Արական	262 (13,3)	153 (7,8)	205 (10,4)		
Տարիքային խումբը	7-10	94 (9,8) p=0,124	38 (3,9) p=0,000	66 (6,9) p=0,011	37 (3,8) p=0,071	959
	11-13	234 (14,3) p=0,199	118 (7,2) p=0,111	189 (11,5) p=0,470	35 (2,1) p=0,902	1643
	14-16	77 (12,2) p=0,003 [iv]	58 (9,2) p=0,000 [iv]	66 (10,4) p=0,001 [iv]	14 (2,2) p=0,024 [iv]	636
Ընտանիքի մեծությունը						
Մեծ ընտանիք[i]		118 (13,1) p=0,17	64 (7,1) p=0,045	101 (11,2) p=0,139	18 (2,0) p=0,231	903
Սովորական ընտանիք		222 (10,1)	115 (5,2)	207 (9,4)	60 (2,7)	2194
Սոցիալական կարգավիճակը						
Ապրում է ընտանիքում երկու ծնողների հետ		244 (10,5) p=0,171	122 (5,2) p=0,051	219 (9,4) p=0,101	59 (2,5) p=0,964	2324
Ապրում է ընտանիքում ծնողներից մեկի հետ[ii]		11 (9,8) p=0,708	3 (2,7) p=0,159	8 (7,1) p=0,316	6 (5,4) p=0,054	112
Ընտանիքում ապրող միակողմանի կամ երկկողմանի ծնողազուրկ		79 (12,6) p=0,127	50 (8,0) p= 0,006	77 (12,3) p=0,027	13 (2,1) p=0,399	627
Ապրում է մանկատանը		65 (46,1) p=0,000	35 (24,8) p=0,000	13 (9,3) p=0,798	8 (5,7) p=0,023	141
Ծնողների եկամուտը						
Ծնողներից մեկը/երկուսն էլ աշխատում է/են[iii]		251(10,7) p=0,480	125 (5,4) p=0,194	230 (9,9) p=0,382	61 (2,6) p=0,886	2335
Երկու ծնողներն էլ գործազուրկ են, թոշակառու են կամ հաշմանդամ		48 (11,9) p=0,494	28 (6,9) p=0,200	34 (8,4) p=0,372	11 (2,7) p=0,894	403
Դպրոցական առաջադիմությունը						
Գերազանց		45 (7,9) p=0,000	21 (3,7) p=0,000	50 (8,8) p=0,597	12 (2,1) p=0,444	568
Լավ		195 (11,4) p=0,000	95 (5,6) p=0,000	180 (10,5) p=0,451	47 (2,8) p=0,996	1708
Բավարար/Վատ		163 (17,3) p=0,000 [v]	98 (10,4) p=0,000 [v]	91 (9,6) p=0,334 [v]	26 (2,7) p=0,673 [v]	946
Դպրոց չի հաճախում		2 (12,5) p=0,619	0 (0) p=0,174	0 (0) p=0,192	1 (6,3) p=0,400	16
Ընդամենը		405 (12,5)	214 (6,6)	321 (9,9)	86 (2,7)	3238

[i] Ընտանիքում ապրում են >3 երեխա կամ >5 անձ
[ii] Ծնողներից մեկը ամուսնալուծված է կամ գտնվում է ազատազրկման վայրում (բանտ կամ հոգեբուժարան)
[iii] Աշխատում է պետական համակարգում, բիզնեսմեն է կամ էլ ֆերմերային գործունեություն է վարում Հայաստանում կամ արտերկրում
[iv] p արժեքը բոլոր տարիքային խմբերի համար
[v] p արժեքը դպրոցական առաջադիմության համար

Վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ մանկատանն ապրող երեխաների համարյա մեկ երկրորդը (46,1%) սովորականից կարճ հասակ ունի և մեկ քառորդ մասի մոտ (24,8%) նկատվել է պրոտեին-էներգետիկ թերսնուցում: Վիճակագրորեն նշանակալի փոխկապակցվածություն է հայտնաբերվել մանկատանը բնակվելու փաստի և կարճահասակության ($p<0,001$), ինչպես նաև պրոտեին-էներգետիկ թերսնուցման միջև ($p<0,001$): Վերլուծությունը ցույց է տվել նաև խոցելի խմբի երեխաների մոտ կարճահասակության (14,9%), պրոտեին-էներգետիկ թերսնուցման (8,4%) և հյուծվածության (10,7%) մեծ տարածվածություն՝ խոցելիության և կարճահասակության, ինչպես նաև խոցելիության և պրոտեին-էներգետիկ թերսնուցման միջև բավականին նշանակալի վիճակագրական փոխկապակցվածությամբ ($p<0,0001$): Ընդհանուր առմամբ հիմնվելով հետազոտության տվյալների վրա գիրությունը լուրջ խնդիր չի հանդիսանում հետազոտված երեխաների շրջանում (2,7%):

Հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ 3238 հետազոտված երեխաներից 544-ը կարիք ունեին աչքի մանրակրկիտ հետազոտության: Աչքի մանրակրկիտ հետազոտության ընթացքում 544-ից երեքը հրաժարվել են հետազոտության ամբողջ ընթացքին մասնակցելուց, իսկ 58-ը բացահայտվել են որպես "կեղծ դրականներ", հետևաբար չեն մասնակցել մանրակրկիտ հետազոտության հաջորդ փուլերին: Արդյունքում 483 երեխա մասնակցել է մանրակրկիտ հետազոտության ամբողջ պրոցեսին:

Հետազոտված երեխաների կողմից ներկայացված աչքի հետ կապված հիմնական գանգատները եղել են թույլ կամ թուլացող տեսողությունը (6%, n=195), աչքի քորը (1,9%, n= 63), գեղհոգնած վիճակը (0,03%, n=1) և արցունքահոսությունը (0,06%, n=2): Հետազոտված երեխաներից միայն 61-ն է (1,9%) հիշատակել իր երբևէ ակնաբույժին այցելելու փաստը, որոնցից 10-ի դեպքում այցելության հիմնական պատճառն է հանդիսացել աչքի տրավման, իսկ 14-ի դեպքում՝ վիրահատությունը:

Ըստ վերլուծության արդյունքների աչքի մանրակրկիտ հետազոտության ենթարկված երեխաների 80,1% (n=387) ունեին լավ տեսողություն (տեսողության սրությունը=<0,3), իսկ 19,8% (n=96) համարվում են թույլ տեսողությամբ կամ կույր երեխաներ (մեկ կամ երկու աչքում): Կորեկցիայից հետո թույլ տեսողություն ունեցող կամ կույր երեխաներից յոթը համարվել են կույր մեկ աչքով՝ չցուցաբերելով տեսողության որևէ լավացում համապատասխան աչքում: Նշված դեպքերում կուրությունը հանդիսանում էր տրավմայի (4 դեպք), անօֆթալմիայի (1 դեպք), տեսողական ներվի բնածին ատրոֆիայի (1 դեպք) կամ բնածին բարձր աստիճանի կարճատեսության (1 դեպք) հետևանք: Երեխաներից մեկի մոտ, որը կույր էր երկու աչքում, կորեկցիայից հետո որոշ չափով զույգ աչքում էլ բարելավվել է տեսողությունը:

Ընդհամենը 262 երեխայի համար դուրս են գրվել ակնոցներ, որոնցից 8% (n=21) հրաժարվել են ակնոցներ կրելուց, իսկ 5,7% (n=15) հեռացել են ճամբարից մինչև ծրագրի ներկայացուցիչների կողմից ակնոցների բաժանելը: Արդյունքում հետազոտված երեխաների 7,4% (n=241) ստացել են լավ տեսողության համար անհրաժեշտ ակնոցներ:

Ակնաբուժական մանրակրկիտ հետազոտության մասնակցած երեխաների մոտ աչքի ամենատարածված պաթոլոգիաները են գարնանային կատարը, ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաները և շլությունը (աղ. 3):

Աղյուսակ 3

Հետազոտված երեխաների մոտ հայտնաբերված աչքի պաթոլոգիաները ըստ տարածվածության (n=483)

Ախտահարում	Տարածվածությունը % (n)
Բնածին կատարախտ	0,1% (n=2)
Եղջրաթաղանթի պղտորում	0,1% (n=4)
Առաջնային ուվեիտ	0,1% (n=2)
Աչքի ներվի ատրոֆիա	0,1% (n=3),
Կոքսոպլազմոզ	0,001% (n=1)
Բլեֆարիտ	3,1% (n=15)
Գարնանային կատար	20,7% (n=100)
Ռեֆրակցիայի պաթոլոգիա	10,8% (n=350)
Շլություն	8,5% (n=41)

Ըստ Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության Նախարարության տվյալների, ինչպես նաև հանրապետության առաջադեմ ակնաբույժների կարծիքի երեխաների մոտ ռեֆրակցիայի պաթոլոգիայի տարածվածությունն աճել է մասնավորապես վերջին տարիների ընթացքում: Թերևս չկան վստահելի տվյալներ աչքի տարբեր հիվանդությունների վերաբերյալ: Գրառումների վերանայման վրա հիմնված գոյություն ունեցող տվյալները ցույց են տալիս հայաստանաբնակ բարձր դասարանի երեխաների մոտ ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաների 20-30% տարածվածություն [11]: Մենք հայտնաբերել ենք ընդհամենը ռեֆրակցիայի պաթոլոգիայի 10,8% (n=351) տարածվածություն հետազոտված խմբի մոտ:

Հետազոտությունը ցույց է տալիս (աղ. 4), որ ռեֆրակցիայի պաթոլոգիան հավասարապես բաշխված է բոլոր տարիքային խմբերում: Տղաների (9,5%) և աղջիկների (13,0%) մոտ հայտնաբերված ռեֆրակցիայի պաթոլոգիան վիճակագրորեն նշանակալի տարբերվում է ըստ տարածվածության ($p=0,002$):

Առավել մանրամասն վերլուծության նպատակով ուսումնասիրվել է սննդային կարգավիճակի և ռեֆրակցիայի պաթոլոգիայի միջև եղած հնարավոր փոխկապակցվածությունը: Չնայած միջազգային հետազոտությունները նշում են բարձրահասակության և ռեֆրակցիայի հնարավոր կապի մասին, մեր հետազոտությունը հայտնաբերել է վիճակագրորեն էական փոխկապակցվածություն կարճահասակության և ռեֆրակցիայի պաթոլոգիայի միջև (n (%)=57 (14,1); p=0,025):

Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ երեխայի ռեֆրակցիայի պաթոլոգիա ունենալը վիճակագրորեն կապված է երկու ծնողների

Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ երեխայի ռեֆրակցիայի պաթոլոգիա ունենալը վիճակագրորեն կապված է երկու ծնողների գործազուրկ, թոշակառու կամ հաշմանդամ լինելու հետ (p=0,000): Նկատվել է նաև դրական, սակայն վիճակագրորեն ոչ էական փոխկապակցվածություն (p=0,212) ռեֆրակցիայի պաթոլոգիայի և ուսման առաջադիմության միջև:

Աղյուսակ 4

Ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաները ըստ ռիսկի գործոնների

Փոփոխականներ	Ռեֆրակցիայի պաթոլոգիա n (%)	p
Սեռը Իգական	165 (13,0)	p=0,002
Արական	186 (9,5)	
Տարիքային խումբը		
7-10,99	113 (11,7)	p=0,274
11-13,99	175 (10,7)	p=0,630
14-16,99	63 (10,0)	p=0,514iv
Ընտանիքի մեծությունը		
Մեծ ընտանիքi	89 (9,9)	p=0,336
Սովորական ընտանիք	242 (11,0)	
Սննդային կարգավիճակը		
Կարճահասակություն	57 (14,1)	p=0,025
Սպիտակուց-էներգետիկ թերսնուցում	26 (12,1)	p=0,524
Թերքաշություն	34 (10,6)	p=0,879
Գիրություն	9 (10,5)	p=0,910
Սոցիալական կարգավիճակը		
Ապրում է ընտանիքում երկու ծնողների հետ	257 (11,1)	p=0,263
Ապրում է ընտանիքում ծնողներից մեկի հետii	5 (4,5)	p=0,030
Ընտանիքում ապրող միակողմանի կամ երկկողմանի ծնողազուրկ	66 (10,5)	p=0,892
Ապրում է մանկատանը	20 (14,2)	p=0,192
Ծնողների եկամուտը		
Ծնողներից մեկը/երկուսն էլ աշխատում է/են iii	229 (9,8)	p=0,000
Երկու ծնողներն էլ գործազուրկ են, թոշակառու են կամ հաշմանդամ	64 (15,9)	p=0,000
Դպրոցական առաջադիմությունը		
Գերազանց	69 (12,1)	p=0,212
Լավ	172 (10,1)	p=0,554
Բավարար/վատ	110 (11,6)	p=0,203v
Դպրոց չի հաճախում	0 (0,0)	p=0,147

Ընտանիքում ապրում են >3 երեխա կամ >5 անձ

[ii] Ծնողներից մեկը ամուսնալուծված է կամ գտնվում է ազատազրկման վայրում (բանտ կամ հոգեբուժարան)

[iii] Աշխատում է պետական համակարգում, բիզնեսմեն է կամ էլ ֆերմերային գործունեություն է վարում Հայաստանում կամ արտերկրում

[iv] p արժեքը բոլոր տարիքային խմբերի համար

[v] p արժեքը դպրոցական առաջադիմության համար

Ռեֆրակցիայի պաթոլոգիան, ներառյալ միոպիան, թվում է թե լուրջ խնդիր է հանդիսանում հետավոր շրջանների բնակիչների համար՝ պայմանավորված առաջնային բուժօգնության առավել սահմանափակ մատչելիությամբ, ինչը և համահունչ է կուրության և թույլ տեսողության աշխարհագրական տարածվածության առումով միջազգային հետազոտության արդյունքներին [14-23]:

Ըստ հայ ակնաբույժների կարծիքի ռեֆրակցիայի պաթոլոգիա ունեցող երեխաների քանակն ավելացել է 1988-ի երկրաշարժից հետո, ինչը բացատրվում է հոգեբանա-զգացմունքային սթրեսի ազդեցությունը որպես աչքի պաթոլոգիաներ զարգացման նպաստավոր պայման [11, 24]: Մեր կողմից ստացված արդյունքները հաստատում են, որ երկրաշարժից հետո ծնված երեխաների մոտ ռեֆրակցիայի տարածվածությունն անհամեմատ բարձր է: Ենթադրում ենք, որ աղքատությունն ու պատերազմը, ինչպես նաև երկրաշարժի հետևանքով մայրերի քաղցը ու հնարավոր սթրեսը հղիության ընթացքում ազդել են պտղի զարգացման վրա:

Բազում հետազոտություններ հաստատում են ռեֆրակցիայի և բարձրագույն կրթության փոխկապակցվածության փաստը [23]: Այլ հետազոտություններ նշում են ռեֆրակցիայի և զարգացվածության ու սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակի փոխկապակցվածության մասին [18-20,23]: Հաշվի առնելով այս հետազոտության նմուշի սոցիալական կարգավիճակը և մասնակիցների առավելագույնս խոցելի լինելու փաստը, կարող ենք ենթադրել, որ ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաների տարածվածությունը թերագնահատվում է, քանի որ ենթադրաբար ցածր սոցիալական կարգավիճակը "կանխարգելում" է միոպիան:

Չնայած ծրագրի աշխատակազմը հետազոտության մասնակիցների հետ կրթական դասընթաց է անցկացրել ակնոցների խնամքի և այն կրելու անհրաժեշտության մասին, ինչպես նաև օգնել է նրանց ընտրել իրենց դեմքին համապատասխան շրջանակներ, այնուամենայնիվ ակնոցի կարիք ունեցող երեխաներից 21-ը հրաժարվել են դրանք ընդունել՝ շեշտը դնելով ծնողների/ընտանիքի զայրույթի, ամաչելու կամ էլ իրենց կողմից ակնոց կրելու վերաբերյալ բացասական վերաբերմունք ունենալու վրա: Նման հետազոտությունների ընթացքում ակներև են դառնում հետևողական խնամքի, ներառյալ համապատասխան ակնոցներ կրելու, ինչպես նաև ծնողների կրթության կարևորությունը, որոնք էլ կարող են նպաստել աչքի հիվանդությունների զարգացման հնարավոր կանխարգելման և բուժման:

Տեսողության պաթոլոգիաների բարձր տարածվածությունը ակներև է: Մեր հետազոտության տվյալները թույլ են տալիս պնդել, որ հայաստանաբնակ դպրոցահասկների մոտ ռեֆրակցիայի պաթոլոգիաների հետևանքով առաջացած թույլ տեսողությունը հանրային առողջապահության կարևոր հիմնախնդիր է:

Հաշվի առնելով երեխայի տեսողության տարեցտարի փոփոխվելու փաստը Հայաստանում աչքի հիվանդությունների կանխարգելման և բարդությունների կասեցման նպատակով ամենամյա հիմունքներով կանոնավոր հետազոտությունների, ինչպես նաև մոտ ապագայում աչքի խնամքի վերաբերյալ կրթական ծրագրերի իրագործման հույժ անհրաժեշտություն կա:

Поступила 08.01.02

Результаты офтальмологического исследования, проведенного в летних лагерях Армении среди детей школьного возраста из малообеспеченных семей, детских домов и интернатов

Н. Хачатрян, М. Адамян

Целью данного исследования явилось определение распространенности глазных заболеваний среди 3238 детей в возрасте от 7 до 16 лет, отдыхающих в летних лагерях, находящихся под патронажем профсоюзов Армении.

Среди обследованных детей 0.4% (n=12) и 0.1% (n=4) имели остроту зрения на обоих глазах с наибольшей возможной коррекцией 0.2-0.05 и <0.05 соответственно. Весенний катар 3.1% (n=100), патологии рефракции – 0.8% (n=350), а также косоглазие – 1.3% (n=41) явились наиболее распространенными патологиями.

В общей сложности 483 ребенка прошли детальное офтальмологическое обследование. Среди обследованных детей 7.4% (n=241) бесплатно были обеспечены соответствующими очками. Регулярные офтальмологические осмотры детей школьного возраста следует рассматривать как важный компонент в профилактике глазных болезней и слепоты.

Ophthalmic screening among vulnerable school-age children in summer camps of Armenia

N. Khachatryan, M. Adamyan

This cross-sectional screening survey measured the prevalence of eye diseases among 3238 vulnerable children aged 7-16 years in summer camps of Armenia, evaluated the prevalence of blindness and visual impairment, examined the impact of socio-economic and nutritional status on the prevalence of eye disorders and low vision, developed recommendations for eye health promotion and disease prevention in Armenia as well as provided an appropriate follow-up treatment including free of charge eye glasses.

Of all study participants 0.4% (n=12) and 0.1% (n=4) had visual acuity in both eyes with best possible correction 0.2-0.05 and <0.05 respectively. Vernal conjunctivitis 3.1% (n=100), refractive errors 10.8% (n=350) and strabismus 1.3% (n=41) were the most common pathologies.

Overall 483 study participants underwent detailed eye examination. 7.4% (n=241) of the children benefited with the proper spectacles. Vision screening of school age children on a regular basis could be useful in detecting correctable.

Գրականություն

1. Blindness and Visual Disability. Part 1: General Information. © WHO/OMS, http://www.who.int/inf-fs/en/ fact142.html, February 1997
2. *Thylefors B., Negrel A.D.* Global Data on Blindness. Bulletin of WHO, 1995, 73(1):115.
3. Global initiative for the illumination of avoidable blindness. Geneva, WHO, 1998 (unpublished document WHO/PBL/97.61).
4. *Gilbert C., Foster A.* Childhood blindness in the context of VISION 2020-The Right to Sight. Bulletin of WHO, 2001, 79(31):227.
5. The Epidemiology of Eye Disease. Ed.: Johnson G.J., Minassian D.C., Weale R., New York, 1998.
6. Foster A., *Gilbert C.* Eye, 1992;6:173.
7. UNICEF. The state of the world's children. New York 1998.
8. *Ho V., Schwab I.* Br. J. Ophthalmol., 2001, June;85:653.
9. *Gilbert C., Anderson L., Dandona L., Foster A.* Ophthalmol. Epidemiol., 1999;6:73.
10. *Hornby S., Xiao Y., Gilbert C., Foster A. et al.* Br.J. Ophthalmol., 1999, Aug;83:929.
11. *Khachatryan N.* CHSR, AUA, September 1999.
12. Measuring change in nutritional status: Guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programme for vulnerable groups. Geneva, WHO. 1983.
13. Anthropometric Reference Standards (NCHS). http://www.odc.com/anthro/deskref/refstand.html, September 2000.
14. *Zhao J., Pan X., Sui R. et al.* Am. Journ. of Ophthalmol., 2000, Apr;129(4):427.
15. *Mantujarvi M.* Acta Ophthalmol., 1983, Jun;61(3):417.
16. *Maul E., Borroso S., Munoz S., Sperduto R., Ellwein L.* Am. Journ. of Ophthalm., 2000, Apr;129(4):445.
17. *Negrel A., Maul E., Pokharel G., Zhao J., Ellwein L.* Am. Jour. of Ophthalmol., 2000, Apr;129(4):421.
18. *Preslan M.W., Novak A.* Ophthalmol., 1996, Jan;103 (1):150.
19. *Preslan M.W., Novak A.* Baltimore Vision Screening Project. Phase 2. Ophthalmology, 1998 Jan;105(1):150.
20. *Seet B., Wong T., Tan D., Saw S. et al.* World View, 2001.
21. *Lithander J.* Acta Ophthalmol. Scand., 1999, Jun;77 3):306.
22. *Turacli M.E., Aktan S.G., Duruk K.* Eur. J. Ophthalmol., 1995, Jul-Sep;5(3):181.
23. *Saw S., Katz J., Schein O., Chew S., Chan T.* Epidemiologic reviews, 1996;18(2):175.
24. Yegiazarian H.V. The Influence of psycho-emotional Stress on the Development of Conjenital Ophthalmopathology among the Children of the Erthquake Zone. Ministry of Health of Armenia, 1998.
25. *Yawn B.P., Lydick E.G., Epstain R., Jacobsen S.J.* J. Sch. Health, 1996, May;66(5):171.
26. American Academy of Ophthalmology. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 1991.
27. *Mantujarvi M. Scand.* J. Prim. Health Care, 1985 Nov;3 (4):223.
28. American Academy of Pediatrics Committee on Practice and Ambulatory Medicine: Pediatrics, 1986;77:918.
29. Eye care for the children of America: J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus, 1991;28:64.
30. *Pizzarello L., Tilp M., Tiezzi L., Vaughn R., McCarthy J. J.* AAPOS 1998 Dec;2(6):372.
31. Annual Back-to-School Checkups. The ABC's of eye care. Better Vision Institute, 1996.