

Բնակչության յոդային
սնուցման կարգավիճակի
վրա կերակրի աղի
սպառման կրճատման
հնարավոր
ազդեցություն

2022



ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան
Առողջապահության ազգային ինստիտուտ ՓԲԸ

Հ.Ց. Ասլանյան¹, Դ.Մ. Անդրեասյան¹, Ե.Մ. Աղաջանովա²

**ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՅՈՂԱՅԻՆ ՄՆՈՒՑՄԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԻ ՎՐԱ
ԿԵՐԱԿՐԻ ԱՂԻ ՍՊԱՌՄԱՆ ԿՐՃԱՏՄԱՆ ՀՆԱՐԱՎՈՐ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ
ՄԱՍԻՆ**

Երևան

2022

¹ - Ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության ազգային ինստիտուտ ՓԲԸ

² - «Մուրացան» ՀՀ էնդոկրինոլոգիայի կլինիկա, Մ. Հերացու անվան ԵՊԲՀ-ի էնդոկրինոլոգիայի ամբիոն

ՀԱՊԱՎՈՒՄՆԵՐ

ԱԱԻ - Առողջապահության ազգային ինստիտուտ

ԱՀՅ - աղի համընդեհանուր յոդացում

ԱՊՄ - արդյունաբերական եղանակով պատրաստված սննդամթերքներ

ԱՀԿ - Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն

ԱՕՄ – առաջարկվող օրական սպառման մակարդակ (նորմ)

ՀԱՀԳ - Հանրային Առողջապահության Հիմնական Գործառույթ (ներ)

ՄՅԽՄ- մեզում յոդի խտության մեդիանա

ՅԱԽ - Յոդային անբավարարությամբ պայմանավորված խանգարումներ

ՅԳՑ - Յոդի Գլոբալ Ցանց /IGN/

ՈՎՀ - ոչ վարակիչ հիվանդություններ

ՄԱՀ - սիրտ-անոթային հիվանդություններ

Խնդիրը ՀԱՀԳ շրջանակներում

Հանրային Առողջապահության Հիմնական Գործառույթների (ՀԱՀԳ) համակարգում առողջության պաշտպանությունը, առողջության ամրապնդումը և հիվանդությունների կանխարգելումը հանդիսանում են ոլորտի ծառայությունների հիմնական բնագավառները /1/:

Առողջության ամրապնդումն իրենից ներկայացնում է գործընթաց, որը հնարավորություն է տալիս մարդկանց ընդլայնել առողջության և դրա որոշիչների վերահսկումը և, այդպիսով, բարելավել սեփական առողջությունը /2/: Այն ձեռնարկում է միջոցներ ինչպես վարակիչ, այնպես էլ ոչ վարակիչ հիվանդությունների (**ՌՎՀ**) որոշիչների նկատմամբ և ծավալում է քարոզչություն, ուղղված ապրելակերպի, շրջակա միջավայրի, սոցիալական պայմանների փոփոխմանը՝ ի նպաստ մարդու և համայնքի սոցիալական զարգացման, նպատակ ունե-նալով ամրապնդել բնակչության առողջությունը և կրճատել առողջությանն առնչվող սոցիա-լական անհավասարությունները, տարածել “առողջության մշակույթ”: Օտավայի խարտիան /3/ առաջադրում է առողջության ամրապնդման հինգ ռազմավարություններ՝ կարևորել առողջության խնդիրները պետության վարած քաղաքականության մեջ, ապահովել առողջության համար բարենպաստ միջավայր, ամրապնդել համայնքի մակարդակում իրականաց-վող գործողությունները, ամրապնդել անհատական հմտությունները և վերակողմնորոշել առողջապահական ծառայությունները: Սրանք կիրառելի են մի շարք թեմատիկ բնագավառներում, ներառյալ մոր և մանկան առողջությունը, սեռական և հոգեկան առողջությունը; դեղորայքակայուն տուբերկուլոզի և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված վարքագծային խնդիրները; թմրամիջոցների չարաշահման և ծխախոտի ու ալկոհոլի դեմ պայքարը, ֆիզիկական ակտիվությունը, ճարպակալման կանխարգելումը, սնուցումը և սննդամթերքի անվտանգությունը, վնասվածքների կանխարգելումը, աշխատանքի և շրջակա միջավայրի հիգիենան:

Առողջության ամրապնդման և հիվանդությունների կանխարգելման հայեցակարգային սահմանները երբեմն անորոշ են և բանավեճերի առարկա են դառնում: Ըստ էության, առողջության ամրապնդման միջոցառումները դրական ազդեցություն են թողնում առողջությանն առնչվող վարքագծի և առողջության համար բարենպաստ միջավայրի վրա, որն անշուշտ կնպաստի հիվանդությունների կանխարգելմանը: ԱՀԿ Եվրոպական Գործողությունների Պլանում /1/ վարքագծային ռիսկի գործոնների ազդեցության կանխարգելման միջոցառումները ներառված են Առողջության ամրապնդման “մայրուղու” մեջ: Այս ընտրությունը կատարվել է կրկնությունից խուսափելու համար, թեև հասկանալի է, որ հիվանդությունների առաջնային կանխարգելումն ու առողջության ամրապնդումը միահյուսված հայեցակարգեր են:

ՀԱՀԳ ինքնագնահատման ԱՀԿ գործիքի /4/ “Առողջության ամրապնդման” բաժինը՝ ՀԱՀԳ-4-ը ներառում է ենթագործառույթներ, որոնք ընտրվել են հատկապես հաշվի առնելով դրանց միջոլորտային բնույթը: Այս շարքում ներկայացված են բնակչության առողջության համար առավել կարևոր և բարդ սպառնալիքներից մի քանիսը՝ հիմնական վարքագծային ռիսկի գործոնները և դրանց հիմքում ընկած սոցիալական որոշիչները: Այս մարտահրավերները պահանջում են տարբեր դերակատարների լայն կոալիցիաների ներդրում, ինչին կարելի է հասնել «Համապետական մոտեցման» և «Ողջ հանրության մասնակցության սկզբունքի» /5, 6/ կիրառման շնորհիվ: Առողջապահության համակարգը պետք է ունենա առաջատար դերակատարություն խնդիրների լուծման գործում, իսկ առողջապահության մարմինները՝ զարգացնեն առաջնորդության հորիզոնական մոդելներ և կարողանան ներգրավել այլ ոլորտների քաղաքականություն մշակողներին, շահագրգիռ կողմերին և քաղաքացիներին:

Առողջության ամրապնդման ՀԱՀԳ “Ա” ենթաբաժինը վերաբերվում է միջոլորտային և միջմասնագիտական կարողություններին: Երեք ենթագործառնությունների նպատակն է որոշել թե արդյոք առողջապահության նախարարությունն ունի պետական կառավարման մարմինների, համայնքների և մասնավոր հատվածի հետ գործակցելու և որոշումների կայացման վրա ներազդելու կարողություն:

“Բ” բաժինն ընդգրկում է կառավարության և առողջապահության համակարգի արձագանքը հիմնական ռիսկի գործոնների և առողջության որոշիչների նկատմամբ: Այստեղ դիտարկվում են ՌՎՀ չորս հիմնական ռիսկի գործոնները (ծխախոտ, ալկոհոլ, սնուցում և ֆիզիկական ակտիվություն): Ընդգրկված են նաև ոլորտներ, որոնք պահանջում են գործողություններ ոչ միայն բժշկա-սանիտարական համակարգի շրջանակներում, այլ ավելի լայն առումով՝ ողջ հասարակության մեջ (հոգեկան առողջություն, սեռական և վերարտադրողական առողջություն, հոգեմետ նյութերի օգտագործում, վնասվածքների կանխարգելում, առողջապահություն ազատագրկման վայրերում և այլն): Ենթագործառնությունը նախատեսում է սննդակարգի և սնուցման ուղղությամբ իրականացվող միջոցառումների և ծառայությունների մեծածավալ խումբ, ներառյալ սննդամթերքի հարստացումը միկրոսննդանյութերով (երկաթ, յոդ, վիտամին A, ցինկ, B խմբի վիտամիններ): Կենտրոնական տեղ է զբաղեցնում կերակրի աղի սպառման կրճատումը, որն ուղղված է արյան ճնշման բարձրացման և սիրտ-անոթային հիվանդությունների ռիսկերի նվազեցմանը:

Հայաստանում, ինչպես այլուր, ընթանում են սննդակարգերի որոշակի կառուցվածքային փոփոխություններ, որոնք միտված են պատրաստի սննդամթերքի սպառման հարաբերական ավելացմանը: Կերակրի աղի ընդհանուր քանակի մեծ մասը գալիս է “արդյունաբերական եղանակով պատրաստված սննդամթերքներից” (ԱՊՍ) և, հետևաբար, յոդացված աղի օգտագործմամբ արտադրված սննդամթերքը դառնում է սպառողների համար յոդի հիմնական աղբյուր /7-12/: Միևնույն ժամանակ, աղի չարաշահումը հանդիսանում է սիրտ-անոթային հիվանդությունների զարգացման վարքագծային ռիսկի գործոն /13-15/: Ուստի, աղի սպառման սահմանափակումը դառնում է արդիական խնդիր: Այդուհետ, աղի սպառման կրճատման ռազմավարության ներդրմանը պետք է նախորդի մանրակրկիտ գնահատում, նպատակ ունենալով կանխել այդ ռազմավարության հնարավոր բացասական ազդեցությունը բնակչության յոդային սնուցման կարգավիճակի վրա /7, 10/:

Կերակրի աղի սպառման կրճատման ռազմավարության ներդրման առաջընթացը (իրավիճակը տարածաշրջանում և Հայաստանում)

Եվրոպական տարածաշրջանում, ոչ վարակիչ հիվանդությունները (ՌՎՀ) հանդիսանում են մահացության և հաշմանդամության հիմնական պատճառը: Չորս հիմնական ՌՎՀ-երին՝ սիրտ-անոթային հիվանդություններին (ՍԱՀ), քաղցկեղին, շնչառական հիվանդություններին և շաքարային դիաբետին բաժին են ընկնում մահվան դեպքերի գրեթե 86%-ը և հիվանդությունների բեռի 77%-ը /16, 17/:

Հայաստանում, ՌՎՀ աճող բեռը դարձել է լուրջ մարտահրավեր /13/: Վերջին 30 տարիներին, ՌՎՀ տարածվածությունը և այդ հիվանդություններից մահացությունն առնվազն կրկնապատկվել է: 2020 թվականին, ՌՎՀ մահացության կշիռը կազմել է շուրջ 80%, իսկ առավել տարածված 4 ՌՎՀ-երից՝ 70%, ներառյալ դրանց առաջատար պատճառը՝ ՍԱՀ-երը (47.3%), որոնց հաջորդում է քաղցկեղը (15%), դիաբետը (1.3%), և թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունները (1,1%) /45/: Հիվանդությունների ամենամեծ բեռի համար պատասխանատու ռիսկի գործոնները ներառում են անառողջ սնուցման ռիսկերը:

Կերակրի աղի չարաշահումը կարող է հանգեցնել արյան ճնշման բարձրացման և այդպիսով, մեծացնել սիրտ-անոթային հիվանդությունների՝ հիպերտոնիայի, ինսուլտի, ինֆարկտի և սրտային անբավարարության զարգացման ռիսկը, մինչդեռ դրա սպառման կրճատումը կարող է զգալիորեն նվազեցնել արյան ճնշումը և վերջինիս հետ կապված սիրտ-անոթային հիվանդությունների վտանգը /18-29/:

Աշխարհի շատ երկրներում աղի ներկայիս սպառումը կազմում է օրական 9-12 գրամ, ինչը շատ ավելին է, քան մարդու ֆիզիոլոգիական պահանջը (1,5 գրամ նատրիում կամ ~ 3,8 գրամ աղ) և գրեթե երկու անգամ գերազանցում է ԱՀԿ կողմից առաջարկվող 5 գ/օր մակարդակը /18, 28, 30-33/: Հայաստանը ևս բախվում է աղի ավելցուկային սպառման հիմնախնդրին: Ըստ STEPS հետազոտության տվյալների /13/, աղի միջին սպառումը 18-69 տարեկան անձանց շրջանում գտնվում է 9,8 գ/օր մակարդակում՝ 11 գ/օր տղամարդկանց, 8,4 գ/օր կանանց շրջանում: Զուգահեռաբար, Na-ի խտությունը չափվել է վերարտադրողական տարիքի կանանց միանվագ մեզում և, ըստ UNaC/Ucr հարաբերակցության, դրա սպառումը կազմել է 5,5 գ/օր, որը համարժեք է 13.9 գ աղի սպառման /34/:

ԱՀԿ-ն դիտարկում է աղի սպառման կրճատումը որպես ՌՎՀ ճգնաժամի հաղթահարման առաջնահերթ միջոցառում /35/: Առողջապահության համաշխարհային ասամբլեայի 66-րդ նստաշրջանում ընդունվել է միաձայն որոշում, որ բոլոր երկրները պետք է կրճատեն աղի սպառումը 30%-ով՝ մինչև 2025 թվականը 5 գ/օր թիրախին հասնելու համար /33, 36/:

Աղի սպառման կրճատման ծրագրերը լուսաբանվում են բազմաթիվ ակնարկներում /24, 31, 37-39/: Ընդհանուր առմամբ, աղի սպառման կրճատման ռազմավարություն ունի 75 երկիր: Ծրագրերի մեծ մասը նախատեսում է արտադրողների աջակցությամբ ԱՊՍ բաղադրության բարելավում (n=61); սննդամթերքներում նատրիումի պարունակության թիրախների սահմանում (n=39); սպառողների գիտելիքների ամրապնդում (n=71), փաթեթների դիմային կողմի պիտակավորում (n=31), աղով հարուստ մթերքների հարկում (n=3) և միջամտություններ հանրային հաստատություններում (n=54): Աղի սահմանափակմանն ուղղված օրենսդրական գործողություններ, օրինակ, պարտադիր թիրախներ, հարկեր, մակնշում իրականացվել է 33

երկրներում: Առավել արդյունավետ ծրագրերը (օրինակ, Մեծ Բրիտանիայի և Ֆինլանդիայի) կարող են ուղեցույց ծառայել այլ երկրների համար /22, 24, 31, 37, 38, 40/:

Հայաստանում ՌՎՀ կանխարգելումն ու վերահսկումը հայտարարված են որպես առաջնահերթություն՝ մի շարք փաստաթղթերում առողջապահական համակարգի առջև խնդիր է դրվում մշակել և իրականացնել ՌՎՀ բեռի կրճատման միջոցառումներ: Սակայն, առայժմ չեն մշակվել պրակտիկ առաջարկություններ՝ կոնկրետ գործողություններ իրականացնելու համար /17/: 2010-2016 թթ. ընթացքում, ՀՀ կառավարության որոշումներով ընդունվել են չորս ռազմավարական ծրագրեր³, որոնք ներառում են միջամտություններ, նվիրված ՌՎՀ կանխարգելմանը բնակչության մակարդակում : Սակայն, դրանցից ոչ մեկը չի պարունակում որևէ գործողություն, ուղղված կերակրի աղի սպառման կրճատմանը կամ սննդամթերքում աղի պարունակության նվազեցմանը; բնակչության կողմից աղի սպառման առավելագույն թիրախներ չեն սահմանվել; չկա էպիդեմիոլոգիայի համակարգ՝ աղի սպառման օրինաչափությունների և սննդում աղի հիմնական աղբյուրների որոշման, մոնիթորինգի և գնահատման համար: Վերջերս Հայաստանում ընդունվել է առողջ ապրելակերպի նոր ծրագիր⁴, որով նախատեսվում է անառողջ սնուցման սահմանափակման քաղաքականության մշակում և օրենսդրության կատարելագործում; որոշ մթերքների, ներառյալ աղի մակնշման պահանջների վերանայում, նախա- և դպրոցական տարիքի երեխաների սննդակարգերի բարելավում, իրազեկման միջոցառումներ և այլն (Հավելված 1): 2021 թվականի դեկտեմբերին, ՀՀ առողջապահության նախարարության նախաձեռնությամբ, շրջանառության են դրվել «Առևտրի և ծառայությունների մասին» ՀՀ օրենքում լրացումներ կատարելու մասին» և Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ ՀՀ օրենսգրքում լրացումներ կատարելու մասին» ՀՀ օրենքների նախագծերը: Նախատեսվում է սահմանել սննդի օբյեկտներում սեղանի վրա՝ առանց սպառողի պահանջի, աղամանի առկայության արգելք: Թեև նատրիումի (աղի) սպառման կրճատման ռազմավարություն ներդնելու անհրաժեշտությունը կասկածից վեր է, սակայն պարզ չէ, կնպաստեն արդյոք այդ քայլերն աղի օգտագործման սահմանափակմանը, ինչպես նաև կունենան թե չեն ունենա դրանք որևէ ազդեցությունը բնակչության յոդային սնուցման կարգավիճակի վրա: Այս հարցերի պարզաբանմանը նվիրված է հաջորդ բաժինը:

³ - ՀՀ կառավարության արձանագր.որոշումներ՝ N 3, 29.01.2010 թ.; N 11, 24.03.2011 թ.; N 50, 27.11.2014 թ. և N 4, 04.02.2016 թ. (առկա arils.am վեբ-կայքում):

⁴ - ՀՀ կառավարության 2021 թ. մայիսի 20-ի N 827-Լ որոշմամբ ընդունված “Առողջ ապրելակերպի խթանման ուղղված միջոցառումների ծրագիր”:

Հայաստանի Հանրապետության բնակչության յոդային սնուցման կարգավիճակի վրա կերակրի աղի սպառման կրճատման հնարավոր ազդեցության գնահատման արդյունքները

Աղի համընդհանուր յոդացման (ԱՀՅ) ռազմավարությունն ընդունվել է ՀՀ կառավարության 2004 թ. N 353-Ն որոշմամբ, արգելելով երկրում չյոդացված աղի արտադրությունը և ներկրումը, ինչպես նաև պատրաստի սննդամթերքների արդադրության մեջ դրա կիրառումը “բացառությամբ այն դեպքերի, երբ յոդացված կերակրի աղի օգտագործումը չի թույլատրվում արտադրության տեխնոլոգիայով” (վերջինս կարող է սողանքը հանդիսանալ չյոդացված աղի վաճառքը խանութներում և կիրառումը ԱՊՍ արտադրության մեջ թույլատրելու համար):

Մեկ տարի անց, 2005 թվականի հունիսին երկրում անցկացված “Յոդային սնուցման հետազոտությունը” ցույց է տվել /41/, որ տնային սնուցումներից վերցրած կերակրի աղի նմուշների 97.2%-ը պարունակում է ավելի քան 15 մգ յոդ՝ մեկ կգ աղին և 8-10 տարեկան երեխաների մեզում յոդի խտության մեղիանան (ՄՅԽՄ) փոքր ինչ գերազանցում է ԱՀԿ կողմից առաջարկվող օպտիմալ դիապազոնի վերին սահմանը: Աղի մեջ յոդի պարունակության նորմը ՀՀ կառավարության 21.12.2006 թ. N 1863-Ն որոշմամբ կրճատվել է մինչև 40 ± 15 մգ/կգ: Նշվել է, որ սննդի արդյունաբերությունը հավանաբար ունի զգալի ներդրում յոդի սպառման մեջ՝ պատրաստի սննդամթերքում յոդացված աղ կիրառելու շնորհիվ: “Յոդի անբավարարության կայուն էլիմինացիայի ցանցի” կողմից Հայաստանը միջազգայնորեն ճանաչվել է (2006 թ.) որպես յոդի անբավարարությունը հաջողությամբ հաղթահարած երկիր (շնորհվել է վկայական) /42/:

Հայաստանի Հանրապետությունում բնակչության յոդային սնուցման հաջորդ (2016-2017թ.թ) հետազոտությունն իրականացվել է Երևանի պետական բժշկական համալսարանի կողմից, ԱՄՆ Կոլումբիայի համալսարանի հետ համատեղ, ՅԳՑ աջակցությամբ: Աշխատանքը (դեկավար՝ պրոֆեսոր Ե.Ս.Աղաջանովա) կատարվել է խաչաձև ուսումնասիրության մեթոդով՝ չափվել է յոդի խտությունը հղի կանանց, վերարտադրողական տարիքի ոչ հղի կանանց, դպրոցական տարիքի երեխաների մեզի և տան կերակրի աղի նմուշներում (Բոստոնի լաբորատորիայում): Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ ՄՅԽ մեղիանան դպրոցահասակ երեխաների մոտ կազմում է 242 $\mu\text{g/L}$, հղիների մոտ՝ 226 $\mu\text{g/L}$ և վերարտադրողական տարիքի կանանց մոտ՝ 311 $\mu\text{g/L}$: Ապացուցվել է նաև, որ խանութներից գնված աղը բավարար քանակությամբ յոդ է պարունակում: Այսպիսով հաստատվել է, որ յոդի սպառումը երկրում գտնվում է օպտիմալ մակարդակներում: Հետազոտության հեղինակները եզրակացրել են՝ ՀՀ բնակչությունն ունի պատշաճ յոդային սնուցում և պաշտպանված է յոդային անբավարարությունից /34, 43/: Այս աշխատանքի արդյունքները զեկուցվել են խոշոր միջազգային ֆորումում: Աշխատաժողովի անվանումը, նպատակները, մասնակիցները, ինչպես նաև զեկույցների հղումները ներկայացված են Հավելված 2-ում:

2019 թվականին, ՅԳՑ աջակցությամբ իրականացվել է գնահատում, նպատակ ունենալով պարզել ՀՀ բնակչության կողմից սպառվող յոդի ընդհանուր քանակում ԱՊՍ արտադրության մեջ օգտագործվող աղի ներդրումը և ճշտել թե ինչպիսի ազդեցություն կարող է ունենալ աղի սպառման կրճատման քաղաքականությունն ԱՀՅ կայուն իրականացման և ՅԱԽ վերացման վրա /9/: Հիմք է ընդունվել Առողջապահության համաշխարհային ասամբլեայի որոշումը “կրճատել աղի սպառումը 30%-ով, նպատակ ունենալով մինչև 2025 թվականը հասնել 5 գ/օր թիրախային ցուցանիշին” /36/: Կիրառվել է աղի սպառման կրճատման հարաբերական

թիրախ՝ 30%, սեղանի աղի և բոլոր պատրաստի սննդամթերքների համար, այն դեպքում, եթե ՄԱՀ կանխարգելման նպատակով ներդրվի աղի սպառման կրճատման ծրագիր:

Գոյություն ունեցող տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ յոդացված աղի օգտագործմամբ արտադրվող հիմնական սննդամթերքների մասնաբաժինները բնութագրվում են հետևյալ տոկոսներով. խոհանոցային կերակրի աղ՝ 93,4%, հաց՝ 82%, պանիր՝ 7%, մսամթերք և կիսաֆաբրիկատներ՝ 83%, թթու դրած և պահածոյացված բանջարեղեն՝ 44%, մակարոնեղեն՝ 5%, տոմատի մածուկ և մայրնեզ՝ 0%:

Կառուցվել են երկու մոդելներ, իրականացնելով (ա) հիմնական մոդելավորում՝ ընդհանուր բնակչության մեծահասակների խմբի համար և (բ) մոդելավորում հղիների և կրծքով կերակրող կանանց խմբի համար:

Դիտարկվել են երեք հավանական սցենարներ. (1) տնային տնտեսություններում և սննդի արդյունաբերության մեջ տեսականորեն 100% յոդացված աղի օգտագործում (այսինքն՝ յոդի ստացում ողջ սպառված աղից); (2) յոդի ընթացիկ իրատեսական սպառում, հիմնված յոդացված աղի փաստացի օգտագործման տվյալների վրա, այն է 93.4%՝ տնային տնտեսություններում, 82%՝ հացաթխման մեջ, 7%՝ պանրի, 83%՝ մսամթերքի, 44% պահածոյացված բանջարեղենի, 5% մակարոնեղենի և 0% այլ ԱՊՍ արտադրության համար /9/; (3) յոդի սպառման հավանական (ենթադրյալ) մակարդակ՝ աղի սպառումը բոլոր աղբյուրներից 30%-ով կրճատելուց հետո, պահպանելով աղի յոդացման ներկայիս ստանդարտը (որպեսզի բացասական ազդեցության դեպքում առաջարկվի ԱՀՅ ռազմավարության լրամշակում):

Մոդելավորումը հնարավորություն է տվել գնահատել աղ պարունակող վեց հիմնական պատրաստի սննդամթերքների և խոհանոցային աղի ներդրումը յոդի սպառման մեջ՝ ընդհանուր մեծահասակ բնակչության (ոչ հղի) և հղի ու կերակրող կանանց խմբերի համար: Հիմնական արդյունքները կայանում են հետևյալում՝

- Աղի միջին օրական սպառումը խոհանոցային աղից և աղ պարունակող վեց սննդամթերքներից կազմում է մեկ շնչի հաշվով 10.6 գ, որից 4,0 գրամը ստացվում է խոհանոցային աղից, մյուս 4,3 գրամը՝ հացից և 2,3 գրամը՝ մնացած բոլոր աղ պարունակող հիմնական սննդամթերքներից /9/:
- Հիպոթետիկ սցենար 1-ի դեպքում, այսինքն՝ տնային տնտեսություններում և ԱՊՍ արտադրության մեջ 100% յոդացված աղ օգտագործելու պարագայում, մեծահասակ (ոչ հղի) բնակչությունը և հղի կանայք ու կերակրող մայրերը կստանան այդ խմբերի համար առաջարկված յոդի օրական սպառման (նորմի) համապատասխանաբար 196% և 118%-ը (ոչ հղի մեծահասակների և հղի ու կերակրող կանանց համար յոդի ԱՕՍ-ը ըստ ԱՀԿ-ի կազմում է համապատասխանաբար 150 և 250 մկգ/օր):
- Ըստ իրատեսական սցենար 2-ի, յոդի սպառումը մեծահասակների և հղի կանանց շրջանում կազմում է յոդի համար առաջարկված օրական սպառման համապատասխանաբար 149%-ը և 90%-ը, որոնք ձեռք են բերվում տնային տնտեսություններում և ընտրված պատրաստի սննդամթերքների արտադրության մեջ յոդացված աղի օգտագործման հաշվին:
- Սցենար 3-ում, եթե երկրում աղի սպառումը 30%-ով կրճատելու նպատակը ձեռք բերվի և յոդացված աղի օգտագործումը մնա նույն մակարդակի վրա, ինչ որ ներկայումս է, ապա աղի այս նույն (պոտենցիալ յոդացված) աղբյուրները կապահովեն ոչ հղի մեծահասակների և հղի կանանց ու մայրերի յոդի ԱՕՍ-ի համապատասխանաբար 105%-ը և 62%-ը /9, 10/: Բայց նույն այս Սցենար 3-ում, եթե Հայաստանի բնակչության կողմից աղի սպառում

30%-ով կրճատելու նպատակը դրվի առաջին փուլում միայն աղի առավել մեծ աղբյուր հանդիսացող հիմնական սննդամթերքի, այն է հացամթերքների համար, ապա հղի կանանց խմբում յոդի ստացումը կկազմի ԱՕՍ նորմի 78%-ը: Ավելին, եթե պատշաճ կերպով իրականացվի ՀՀ կառավարության 2004 թ. N 353-Ն որոշմամբ սահմանված նորմը և հացաթխման մեջ կիրառվի բացառապես յոդացված աղ, ապա խնդրո առարկա խմբում յոդի ստացումը կկազմի ԱՕՍ նորմի 83%-ը:

Քննարկում և եզրակացություն

Փաստացի տվյալները վկայում են, որ ՀՀ բնակչության տարբեր խմբերում յոդի սպառումը գտնվում է շատ լավ վիճակում (ըստ ՄՅԽՄ չափման արդյունքների); երկիրը ձեռք է բերել յոդային սնուցման օպտիմալ մակարդակ:

Մեր հետազոտության արդյունքում պարզվել է՝

- ❖ Կերակրի աղի միջին օրական սպառումը խոհանոցային աղի և հիմնական աղ պարունակող սննդամթերքների միջոցով կազմում է 10,6 գրամ: Այդուհետ, 2016 թվականին Հայաստանում անցկացրած ԱՀԿ STEPS հետազոտությունը ցույց է տվել /13/, որ աղի միջին սպառումը 18-69 տարեկան մարդկանց շրջանում գտնվում է 9,8 գ/օր մակարդակում՝ 11 գ/օր տղամարդկանց, 8,4 գ/օր կանանց շրջանում: Զուգահեռ ուսումնասիրության մեջ /34/, նատրիումի պարունակությունը չափվել է վերարտա-դրողական տարիքի կանանց միանվագ մեզի նմուշներում և, ըստ նատրիում/կրեատինին հարաբերակցության (UNaC/Ucr), նատրիումի միջին սպառումը կազմել է 5,5 գ/օր, որը համարժեք է 13.9 գ աղի սպառմանը: Ակնհայտ է, որ բնակչության շրջանում աղի սպառման միջին մակարդակի ավելի կայուն գնահատական ստանալու համար անհրաժեշտ են հետագա հետազոտություններ:
- ❖ Բնակչության երկու խմբերում յոդի սպառման ամենամեծ բաժինը ($> 3/4$) բոլոր սցենարներում կարելի է վերագրել յոդացված աղի օգտագործմանը՝ տնային տնտեսություններում և հացաթխման մեջ: Հայաստանում հացը հանդիսանում է կարևոր և հիմնական սննդամթերքը, որի սպառման ցուցանիշը (մեկ շնչի հաշվով) գերազանցում է Եվրոպական տարածաշրջանի երկրների ճնշող մեծամասնության համապատասխան ցուցանիշները /38/ և շատ մոտ է Միջերկրածովյան տարածաշրջանի երկրներին բնորոշ սպառման մակարդակին (≈ 300 գ/օր) /39/: Աղի պարունակությունը հացում հաշվարկվել է ըստ “հացթուխի բաղադրատոմսի”, արդյունքում ստացվել է՝ $M=1,47$ գ/100գ ($n=29$): Զուգահեռաբար, գնահատվել է աղի խտությունը հացի մեջ ուղղակի չափման միջոցով ($n = 7$). այս դեպքում աղի միջին պարունակությունը 100 գրամ «միջին» հացում կազմել է $1,33 \pm 0,31$, որը 9.5%-ով պակաս է, քան «հացթուխի բաղադրատոմսի» հիման վրա հաշվարկված արժեքը: Անհրաժեշտ է զարգացնել հացաթխման ոլորտում յոդացված աղի օգտագործման մոնիթորինգի և հացի մեջ աղի պարունակության որոշման կարողություններ՝ յոդի սպառումը այս կարևոր հիմնական սննդամթերքից ճշգրիտ գնահատելու համար:
- ❖ Հայաստանում, ինչպես այլուր, ընթանում են սննդակարգերի որոշակի կառուցվածքային փոփոխություններ, որոնք միտված են պատրաստի սննդամթերքի սպառման հարաբերական ավելացմանը; վերջիններս ամբողջ աշխարհում հայտնի են որպես մարդկանց սննդում աղի հիմնական աղբյուր: Աղի սպառումը բնակչության մակարդակում կրճատելու

ռազմավարության ներդրման, մասնավորապես աղ պարունակող ԱՊՍ-երի մեջ աղի խտության թիրախները 30%-ով նվազեցնելու պարագայում, դեռևս տեղ կմնա, առանց թողնելու բացասական ազդեցություն բնակչության յոդային սնուցման կարգավիճակի վրա (եթե աղի յոդացումը մնա նույն մակարդակում, ապա յոդացված աղի նույն աղբյուրները կապահովեն ոչ հղի մեծահասակների համար յոդի ԱՕՍ նորմի 105%-ը): Ինչ վերաբերվում է հղիներին, ապա այս 30% կրճատումը կարող է փոքր-ինչ նվազեցնել յոդի սպառումն այս խմբում (ապահովելով յոդի ԱՕՍ-ի 62%-ը), քանզի յոդի նկատմամբ նրանց ամենօրյա պահանջն ավելի բարձր է: Դա նվազ շոշափելի կլինի և չի գնահատվի անբավարար /44/ եթե աղի օգտագործումը 30%-ով նվազեցվի միայն հացաթխման մեջ, հատկապես ԱՀՅ ծրագրի պահանջները պահպանելու պարագայում: Ներդրման փուլում նպատակահարմար կլինի ստանալ ՅԳՑ խորհրդատվությունը:

Գրականություն

1. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services, WHO Regional Committee for Europe EUR/RC62/12 Rev.1, 62nd session + EUR/RC62/Conf.Doc./6 Rev.2 Malta, 2012 (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf)
2. Health promotion glossary (WHO/HPR/HEP/98.1). Geneva, WHO/HQ, 1998, 36 pages. (<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>)
3. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>).
4. Инструмент самооценки выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. 2015, 135 стр. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345189>).
5. Ասլանյան Հ.Յ. Ժամանակակից հանրային առողջապահության հիմնական հասկացությունների մասին. “Հայաստանի բժշկագիտություն”, 2016, հ. LVI, N 4, էջ 117-137. (<https://arar.sci.am/dlibra/publication/102813/edition/93535/content>)
6. Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, WHO/EURO (EUR/RC61/Inf.Doc./6), 2011, 108 pages. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf).
7. IGN Programme Guidance on the Use of Iodized Salt in Processed Foods, 2019, 40 pages (<https://www.ign.org/program-guidance-on-the-use-of-iodized-salt-in-industrially-processed-foods.htm>); (https://www.ign.org/cm_data/pf_guidance_draft_7_jg.pdf).
8. Aslanyan H.Ts., Sergeeva N.E., Zaqaryan A.A. About assessment of the extent to which iodized salt is used in processed foods and food processors' level of knowledge on iodine nutrition. J.MedSciArm., 2018, v.LVIII, N 4, p 3-14.
9. Aslanyan H. Assessment of the actual or potential contribution of industrially-processed food salt to population iodine intake (Final National Report: Republic of Armenia), 2020, National Institute of Health named after acad. S. Avdalbekyan, MoH, RA, 2020, 26 pages. <https://nih.am/assets/pdf/atvk/b3f06f006d1098a05156ab9ded11a445.pdf>
10. Герасимов Г.А., Хачингс Н., Асланян Г., Товмасын И. Опыт Армении в достижении адекватного йодного статуса населения // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. — 2020. — Т. 16. — №2. — С. 25–30. doi: <https://doi.org/10.14341/ket12525>
11. Aslanyan H, Bazarchyan A, Gerasimov G. Iodized salt in processed food in Armenia. IDD Newsletter. 2020; 48 (2):13–14. <https://www.ign.org/p142003627.html>
12. Gerasimov GA, Turcan L, Aslanian H, Salaru I, Demiscan D. Modeling of iodine consumption with industrial processed foods made with iodized salt in the adults and pregnant in Armenia and Moldova. Vopr Pitan. 2021;90(1):49-56. Russian. doi: 10.33029/0042-8833-2021-90-1-49-56. Epub 2021 Jan 20. PMID: 33740327.
13. NCD STEPS National Survey, Armenia, 2018. National Institute of Health, Ministry of Health, Republic of Armenia, 2018, 199 p (WHO. 2017 Armenia STEPS Survey 2016–2017 Fact Sheet). http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Armenia_2016_STEPS_FS.pdf
14. Andreasyan D, Bazarchyan A, Saghatelyan A, Sargsyan S, Torosyan A, Karapetyan H et al. (2018). Prevalence of noncommunicable disease risk factors in the Republic of Armenia. STEPS national

survey, Armenia. Yerevan: National Institute of Health after academician S. Avdalbekyan, Ministry of Health, Republic of Armenia.

15. Farrington J., Kontsevaya A., Fediaev D., Grafton D. et al. Prevention and control of noncommunicable diseases in Armenia. The case for investment. WHO, 2019, 44 pages

https://iogt.org/wp-content/uploads/2019/05/WHO-NCD-case-for-investment_Armenia.pdf

16. Prevention and control of non-communicable diseases in the European Region: a progress report WHO Regional Office for Europe, 2014, 62 p.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/235975/Prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-European-Region-A-progress-report-Eng.pdf

17. WHO. Better non-communicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Armenia Country Assessment (J.Farrington, A.Korotkova, S.Stachenko et al). WHO, 2016, 53 p. (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/336123/HSS-NCDs-Armenia.pdf).

18. Aburto N.J., Ziolkovska A., Hooper L. et al. Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses. *BMJ* 2013; 346:f1326 (<https://www.bmj.com/content/346/bmj.f1326>)

19. Asaria P., Chisholm D., Mathers C., et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *The Lancet* 2007; 370: 2044–53.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18063027>

20. Bibbins-Domingo K., Chertow G.M., Coxson P.G. Moran A., et al. Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2010; 362:590-599 DOI:

10.1056/NEJMoa0907355, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa0907355>

21. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet. Articles*, V. 393, No 10184, P1958-1972, MAY 11, 2019 [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(19)30041-8/fulltext)

22. He F.J., Brinsden H C, MacGregor G A. Salt reduction in the United Kingdom: a successful experiment in public health. *Journal of Human Hypertension*, 2014, v. 28, pages 345–352.

<https://www.nature.com/articles/jhh2013105>

23. He F.J., Li J., MacGregor G.A. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomized trials. *BMJ* 2013; 346

<https://www.bmj.com/content/346/bmj.f1325>

24. He F.J., MacGregor G.A. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *J. Hum. Hypertens.* 2009; 23:363–384.

doi: 10.1038/jhh.2008.144. (<https://www.nature.com/articles/jhh2008144>)

25. He F.J, MacGregor G.A. Reducing population salt intake worldwide: from evidence to implementation. *Prog.Cardiovasc. Dis*, 2010; 52: 363–82

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20226955>

26. Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G.M., et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *New Engl. J. Med.*, 2014; 371: 624–34.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1304127>

27. WHO (2003). Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation (Vol. 916). Geneva, Switzerland: World Health Organization, 160 pages.

28. WHO (2012). Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva, WHO.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77985/9789241504836_eng.pdf?sequence=1.

29. WHO (2013). Review of Salt and Health: Situation in South-East Asia Region (Techn. paper by S.Mohan and D Prabhakaran). TWG Meeting on Regional Action Plan and Targets for Prevention and Control of NCD, Bangkok, Thailand, 11-13 June 2013, 22 p.
30. Elliott P. Sodium intakes around the world. Background document prepared for the Forum and Technical Meeting on Reducing Salt Intake in Populations (Paris 5–7 Oct., 2006). Geneva, WHO, 2007. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/Elliott-brown-2007.pdf>
31. Webster JL, Dunford EK, Hawkes C, et al. Salt reduction initiatives around the world. *J Hypertens* 2011;29:1043–50.
32. Powles J., Fahimi S., Micha R. et al. Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: A systematic analysis of 24h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide. *BMJ Open* 2013, 3, e003733. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/12/e003733.full.pdf?gathStatIcon=true>
33. WHO (2016). Salt reduction, 30 June 2016. World Health Organization. Key Facts. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>
34. Hutchings N, Aghajanova A, Baghdasaryan S., et al. Constituent analysis of iodine intake in Armenia. *Public Health Nutr.*: 21(16), 2982–2988. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30189914>.
35. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 2011; 377: 1438–47.
36. Sixty-Sixth World Health Assembly. Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. 27 May 2013. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf
37. Trieu K, Neal B, Hawkes C, Dunford E, Campbell N, Rodriguez-Fernandez R, et al. (2015). Salt Reduction Initiatives around the World – A Systematic Review of Progress towards the Global Target. *PLoS ONE* 10(7): e0130247. doi:10.1371/journal.pone.0130247 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511674/pdf/pone.0130247.pdf>)
38. Quilez J., Salas-Salvado J. Salt in bread in Europe: potential benefits of reduction. *Nutrition Reviews* 2012, 70(11):666-78 https://www.researchgate.net/publication/232740468_Salt_in_bread_in_Europe_Potential_benefits_of_reduction
39. Al-Jawaldeh A., Al-Khamaiseh M. Assessment of salt concentration in bread commonly consumed in the Eastern Mediterranean Region, *EMHJ*, 2018, V. 24 , No. 1, 18-24.
40. Brinsden H., He F.J., Jenner K.H., MacGregor G.A. Surveys of the salt content in UK bread: Progress made and further reductions possible, 2013, *BMJ Open* 3(6)e002936. <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/iodine-deficiency>
41. Ministry of Health of Armenia, National Statistical Service of RA. Gerasimov G. Report on results of a national representative survey of iodine nutrition and implementation of universal salt iodization program in Armenia. Yerevan: UNICEF, 2005.
42. F. van der Haar, G.Gerasimov, V.Q.Tyler et al. Universal salt iodization in the Central and Eastern Europe, Commonwealth of Independent States (CEE/CIS) Region during the decade 2000–09. *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 32, no. 4 (Suppl.), 2011, 124 p.
43. Hutchings N., Gerasimov G. Salt iodization in Armenia: A model of sustained success. *IDD NL*, NOV, 2017, 45 (4), p. 2-3; https://www.ign.org/newsletter/idd_nov17_armenia_alternative.pdf
44. Iodine deficiency /WHO, 2013/ <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/iodine-deficiency>

45 D. Andriasyan, A. Bazarchyan, N. Galstyan et al., «Health and Health Care» Yearbook, Yerevan: National Institute of Health Named after Academician S. Avdalyan, 2021.– 302 pages. 24p.
<https://nih.am/assets/pdf/atvk/0b0e76b39832ae2244f1522a8581d87c.pdf>

ԶԵԿՈՒՅՑԸ ՄԵԶԲԵՐԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ.

https://nih.am/am/publications/report_yearbook_guide/1 (ՀՐԱՏԱՐԱԿՈՒՄՆԵՐ - Ուսումնական նյութեր և գիտագործնական հաղորդագրություններ – ՀԱՂՈՐԴԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ N 2; 11.03.2022թ.)

Ասլանյան Հ.Յ., Անդրեասյան Դ.Մ., Աղաջանովա Ե.Մ. Բնակչության յոդային սնուցման կարգավիճակի վրա կերակրի աղի սպառման կրճատման հնարավոր ազդեցության մասին. ՀՀ ԱՆ ակադ. Ս.Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ, 15 էջ

Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2021 թվականի մայիսի 20-ի **N 827-Լ** որոշմամբ ընդունված «Առողջ ապրելակերպի խթանման ուղղված միջոցառումների ծրագրի» շրջանակներում կերակրի աղի սպառման կրճատման գործողությունների ցանկը⁵

Գործողությունների անվանումը և բովանդակությունը	Կատարման ժամկետը
<p>1.1 Հանրակրթական և նախադպրոցական ուսումնական հաստատություններում սովորողների սննդի կազմակերպմանը ներկայացվող հիգիենիկ պահանջների վերանայում և արդիականացում:</p> <p>Փոփոխություններ Սանիտարական նորմերում և կանոններում, աղի բարձր քանակներ պարունակող սննդամթերքի վաճառքի և ճաշատեսակների պատրաստման ընթացքում աղի օգտագործման սահմանափակում:</p>	<p>2022-2023 թթ. ընթացքում</p>
<p>1.3 Սննդամթերքի մակնշման պահանջների վերանայում՝ հազեցած ճարպերի, տրանս-ճարպերի, ազատ շաքարների և աղի քանակների մակնշման պահանջի ներառմամբ (Եվրասիական տնտեսական հանձնաժողով առաջարկի ներկայացում՝ ՄՄ ՏԿ 022/2011 ՄՄ տեխնիկական կանոնակարգերում համապատասխան փոփոխություններ կատարելու վերաբերյալ)</p>	<p>2023 թ. հոկտեմբերի 1-ին տասնօրյակ</p>
<p>1.4 Սննդային ուղեցույցների մշակում՝ ներառյալ էներգետիկ արժեքների և սննդարար նյութերի ֆիզիոլոգիական պահանջների նորմեր բնակչության տարբեր խմբերի համար</p>	<p>2022-2023 թթ. ընթացքում</p>
<p>1.5 «Առևտրի և ծառայությունների մասին» ՀՀ օրենքում լրացում կատարելու մասին ՀՀ օրենքի նախագծի ներկայացում վարչապետի աշխատակազմ:</p> <p>Փոփոխություն սննդի օբյեկտներում առանց սպառողի կողմից պահանջի առկայության աղամանի տրամադրման արգելք սահմանելու համար:</p>	<p>2025 թ. հոկտեմբերի 3-րդ տասնօրյակ</p>

Լրացուցիչ. Նախատեսվում է իրականացնել որոշ սննդամթերքների բաղադրատոմսերի փոփոխություն, ուղղված աղի քանակների նվազեցմանը: Մասնավորապես «Հայկական լավաշ» ՀՄՏ-ի վերանայում և աղի քանակի սահմանում:

Աղյուսակի 1.5 կետի՝ սննդի օբյեկտներում առանց սպառողի կողմից պահանջի առկայության աղամանի տրամադրման արգելք սահմանելու նպատակով մշակվել և շրջանառության են դրվել «Առևտրի և ծառայությունների մասին» ՀՀ օրենքում լրացումներ կատարելու մասին և «Վարչական իրավախախտումների վերաբերյալ» ՀՀ օրենսգրքում լրացումներ կատարելու մասին ՀՀ օրենքների նախագծերը:

⁵ - Աղյուսակում բերված գործողությունները ներառված են ՀՀ կառավարության 2021 թ. նոյեմբերի 18-ի N 1902 -Լ որոշմամբ հաստատված ՀՀ կառավարության 2021-2026 թթ. գործունեության միջոցառումների ծրագրում:

Հարավարևելյան Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի երկրներում ԱՀՅ մոնիթորինգի համակարգերի ամրապնդման աշխատաժողովի նյութերը

1. Աշխատաժողովի անվանումը, անցկացման ժամանակը և վայրը, մասնակից երկրները՝

Strengthening USI monitoring in South-Eastern Europe (Regional monitoring workshop held in Tbilisi, Georgia, February 20, 2018)

Յոդի Գլոբալ Ցանցը ՅՈՒՆԻՍԵՖ-ի աջակցությամբ 2018 թ. փետրվարի 20-ին Թբիլիսիում անցկացրեց աշխատաժողով՝ նվիրված Հարավարևելյան Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի երկրներում ԱՀՅ մոնիթորինգի համակարգերի ամրապնդմանը, որին պրոֆեսոր Ելենա Աղաջանովան զեկուցեց Հայաստանում յոդի սպառման խնդիրը և յոդային սնուցման ազգային հետազոտության արդյունքները: Աշխատաժողովը համախմբեց շուրջ 40 մասնակիցների Հայաստանից, Ալբանիայից, Բելառուսից, Վրաստանից, Մակեդոնիայից, Մոլդովայից, Մոնտենեգրոյից, Ռուսաստանից և Թուրքմենստանից, որոնք ներկայացնում էին Յոդի անբավարարության վերացման ազգային ծրագրերում շահագրգիռ կողմերին և տեխնիկական փորձագետներին /նկար 1/:

Աշխատաժողովի նպատակները՝

- ❖ ամփոփել վերջին հետազոտությունների արդյունքները և քննարկել յոդի մոնիտորինգի մեթոդաբանական և գործնական ասպեկտները,
- ❖ փոխանակել Հարավային Կովկասի ազգային ծրագրերի փորձը և ձեռքբերումները՝ կենտրոնանալով Վրաստանի և Հայաստանի վրա՝ որպես հաջողված ազգային ծրագրերի օրինակներ,
- ❖ մասնակիցներին տեղեկացնել յոդի ծրագրերի կարգավիճակի և մոնիտորինգային գործողությունների ընթացքի մասին Արևելյան և Հարավային Եվրոպայի երկրներում, այդ թվում՝ Ալբանիայում, Բելառուսում, Չեռնոգորիայում, Մակեդոնիայում և Ռուսաստանում:



Նկար 1. Առաջին շարքում, ձախից 3-րդը՝ Ելենա Աղաջանովա և 4-րդը՝ Դիանա Անդրեասյան

Ջեկույցները հասանելի են՝

<https://www.ign.org/blog-georgia-workshop-2018.htm>

<https://www.ign.org/strengthening-usi-monitoring-in-south-eastern-europe.htm>

Elena M. Aghajanova. The problem of iodine intake in Armenia: National iodine survey in Armenia. Strengthening USI monitoring in South-Eastern Europe (Regional monitoring workshop held in Tbilisi, Georgia, February 20, 2018)

2. Պրոֆեսոր Գրիգորի Գերասիմովի ղեկույցում նշվեցին Վրաստանում և Հայաստանում ԱՀՑ ծրագրերի վերջին ձեռքբերումները: Ստորև, նկար 2-ում ներկայացված են Հայաստանի պատվիրակության անդամները:



Նկար 2. Հայաստանի պատվիրակության անդամները՝ ձախից աջ Դիանա Անդրեսյան, Նիկոլաս Հատչինգս, Հրայր Սալանյան և պրոֆեսոր Ելենա Աղաջանովա

3. Աշխատաժողովի վերջում, կայացավ արդյունքների և հետագա անելիքների քննարկում, ոչ պաշտոնական պայմաններում /նկար 3/: ՅԳՑ Եվրոպական տարածաշրջանի կոորդինատոր պրոֆեսոր Գ.Գերասիմովի նախաձեռնությամբ և հրավերով, Հայաստանի պատվրակության հետ միասին հանդիպմանը պատիվ արեցին մասնակցելու անվանի գիտնական, կենսաբանական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր , Եվրոպական ակադեմիայի բնական գիտությունների լիիրավ անդամ (ակադեմիկոս), Ռուսաստանի բնական գիտությունների ակադեմիայի լիիրավ անդամ, Հայաստանի գիտության վաստակավոր գործիչ, «Neurochemical journal» և «Нейрохимия» հանդեսների գլխավոր խմբագիր Միխայիլ Իոսիֆի Աղաջանովը, ինչպես նաև, իմունոկանխարգելման միջազգային փորձագետ, ԱՀԿ կոնսուլտանտ Մարգարիտա Բալասանյանը:



Նկար 3. Չախից աջ՝ Հ.Ց.Ասլանյան, Մ.Ա.Բալասանյան, Գ.Ա.Գերասիմով /կանգնած/, Մ.Ի. Աղաջանով, Ե.Մ.Աղաջանովա, Դ.Մ.Անդրեասյան

