



**USAID**

ԱՄԵՐԻԿԱՅԻ ԺՈՂՈՎՐԻՑ



**aecp**

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԿՈՒՐՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆՍԱՐԳԵԼԱՆ  
ԳԵՐԱՃԱՆՑՈՒԹՅԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ  
Լույս մանուկների աչքերին

# Անհասություն ռետինոպաթիա



Անհասության  
ռետինոպաթիայի վաղ  
ախտորոշումը և բուժումը  
կարող են կանխարգելել  
Ձեր երեխայի տեսողության  
վատթարացումը և առավել ևս  
կուրությունը:



the armenian eyecare project

Ցածր քաշով ծնված  
բոլոր անհաս երեխաները  
պարտադիր պետք է անցնեն  
ակնաչին հետազոտություն  
ակնաբույժի մոտ, ով կստուգի  
ԱՌ-ի ախտանշանների  
առկայությունը:

Չափազանց կարևոր է հետևել  
ակնաբույժի խորհուրդներին  
և իրականացնել  
բոլոր նշանակված  
հետազոտությունները:  
Հիշե՛ք, որ երեխայի մոտ ԱՌ-  
հայտնաբերվելու դեպքում  
բուժումն արդյունավետ է  
լինում, եթե կատարվում է ճիշտ  
ժամանակին:

# Անհասության ռե

Անհասության ռետինոպաթիան (ԱՌ) կուրության հանգեցնող ակնային խանգարում է: Այն հիմնականում հանդիպում է 1,5 կիլոգրամից պակաս կշռող և ութ շաբաթից ավել վաղաժամկետ ծնված նորածինների մոտ:

ԱՌ-ը առաջանում է, երբ աչքի հետին պատին գտնվող ցանցաթաղանթի անհաս արյունատար անոթները ոչ նորմալ կերպով աճում և զարգանում են ցանցաթաղանթի մակերեսին: Այդ անոթները կարող են արյունահոսել, վնասել ցանցաթաղանթը և շերտազատել այն:

Որքան փոքր է նորածին երեխան, այնքան մեծ է ԱՌ-ի զարգացման հավանականությունը: ԱՌ-ով ախտորոշված երեխաները դասվում են հետագա կյանքի ընթացում ակնային որոշակի խնդիրներ և հիվանդություններ ձեռքբերելուն ենթակա ռիսկային խմբերին: Այդ հիվանդություններից են ցանցաթաղանթի շերտազատումը, միոպիան (կարճատեսությունը), ստրաբիսմուսը (շլությունը), ամբլիոպիան (ծույլ աչք) և գլաուկոման: Այս հիվանդությունները մեծամասամբ բուժելի են կամ առվազն՝ կառավարելի, եթե հայտնաբերվեն ժամանակին և վերահսկվեն բժշկի կողմից:

## Պարտադիր միջոցառումներ

25-26 շաբաթական գեստացիոն տարիքում ծնված նորածինների մոտ առաջին հետազոտությունը պետք է տեղի ունենա երեխայի ծննդից չորսից վեց շաբաթ անց:

# տի նոպաթիա

**Ուշադրություն՝** 31-րդ շաբաթում ծնված նորածինները պետք է հետազոտվեն ոչ ուշ քան մեկ շաբաթ անց: Երեխաների մեծամասնության համար պահանջվում է առնվազն երկու հետազոտություն:

Հետազոտությունից մեկ ժամ առաջ կաթիլների միջոցով լայնացվում են աչքի բիբերը, որպեսզի հնարավոր լինի տեսնել ցանցաթաղանթը:

Ակնաբույժը զննում է երեխային անուղղակի օֆթալմոսկոպի կամ տեսախցիկի միջոցով: Ցանցաթաղանթի առավել արդյունավետ զննման համար հնարավոր է, որ օգտագործվեն այլ գործիքներ:



## Ի՞նչ անել ԱՌ-ի հայտնաբերման դեպքում

Ամեն ինչ կախված է իրավիճակի լրջությունից: ԱՌ-ն ունի դասակարգման հինգ փուլեր՝ թեթևից բարդ:

Փուլեր I և II. ոչ նորմալ անոթների թեթև և միջին կարգի զարգացումներ: I և II փուլերում դեպքերի մեծամասնությունը բուժում չի պահանջում: Տեսողությունը զարգանում է գրեթե սովորականի պես:

Հիվանդությունն ինքն իրեն նահանջում է՝ առանց հետագա զարգացումների:

Փուլ III. ոչ նորմալ անոթների բարդ զարգացումներ: Ոչ նորմալ անոթներն աճում են դեպի աչքի կենտրոնը, ցանցաթաղանթի մակերեսին զարգանալու փոխարեն:

Երբ նորածիններն ունենում են այս փուլի որոշակի աստիճաններ և կարող է զարգանալ ցանցաթաղանթի արյունատար անոթների լայնացում և ոլորունություն (այսպես կոչված « + հիվանդությունը»), բուժումն անհրաժեշտ է դառնում և հնարավորություն է տալիս կանխարգելել ցանցաթաղանթի շերտազատումը:

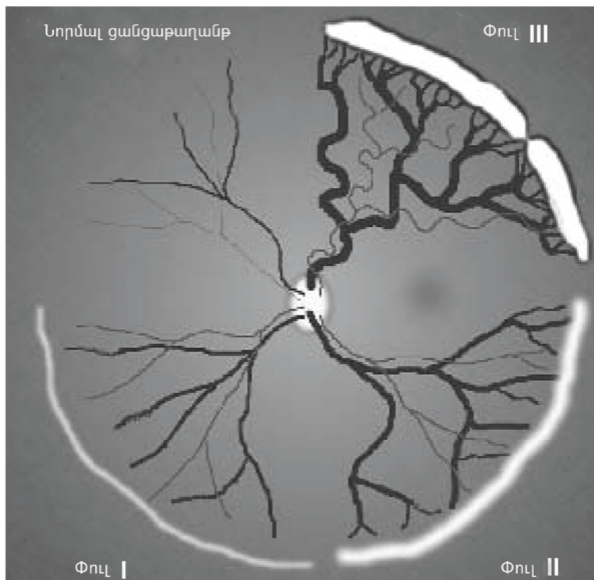
Գծապատկերը ներկայացնում է ԱՌ-ի զարգացման փուլերը՝ նորմալից դեպի I, II և III: Սպիտակ գիծը ԱՌ-ն է: Ոչ նորմալ արյունատար անոթների զարգացման արդյունքում՝ յուրաքանչյուր փուլում գիծն ավելի հաստ է:

Փուլ IV. մասնակիորեն շերտազատված ցանցաթաղանթ: Ոչ նորմալ անոթների արյունահոսության արդյունքում գոյացած վերքի հպումից ցանցաթաղաթը մասնակիորեն անջատվում է աչքի պատից (ակնահատակից):

Փուլ V. ամբողջությամբ շերտազատված ցանցաթաղանթ: Սա հիվանդության զարգացման վերջնական փուլն է: Եթե չկիրառվի համապատասխան բուժում, ապա լուրջ տեսողական խնդիրները և նույնիսկ կուրությունը երեխայի մոտ անխուսափելի են:

Նորմալ ցանցաթաղանթ

Փուլ III



Փուլ I

Փուլ II

ԱՌ-ի թեթև և միջին փուլերի հայտնաբերման դեպքում կրկնակի հետազոտություն է պահանջվում մեկ-երկու շաբաթից: Եթե հետագա զարգացումներ չեն գրանցվում, ապա ԱՌ-ը ինքն իրեն նահանջում է:

ԱՌ-ի բարդ զարգացումները ենթադրում են ավելի հաճախակի հետազոտություններ: Եթե երեխան բուժման կարիք ունենա, ակնաբույժը Ձեզ կտեղեկացնի և կպարզաբանի հետագա քայլերը:

## Բուժումը

Երեխայի տեսողությունը հետագա վնասից զերծ պահելու համար ԱՌ-ի բարդ փուլի դեպքում անհրաժեշտ է շտապ բուժում անցկացնել: Սովորաբար բուժումն իրականացվում է ԱՌ-ի ախտորոշման պահից 48 ժամերի ընթացքում: Որոշ դեպքերում կարող է ավելի շատ ժամանակ պահանջվել, եթե երեխային անհրաժեշտ է տեղափոխել համապատասխան բաժանմունք:

ԱՌ-ի բուժման ամենաարդյունավետ միջոցն է լազերային միջամտությունը: Լազերային բուժման դեպքում, մակարդվում են ոչ առողջ անոթները՝ ապահովելով ցանցաթաղանթի ճիշտ դիրքը:

Լազերային միջամտությունը կատարվում է միայն նորածինների վերակենդանացման բաժանմունքներում՝ նորածնային մանկաբույժի և լազերային վիրաբույժի մասնակցությամբ:

Բուժումից հետո երեխային սովորաբար նշանակվում են հակաբիոտիկ և ստերոիդ կաթիլներ, որոնք կանխարգելում են բորբոքումները և այտուցները: Բուժումից մեկ շաբաթ անց անհրաժեշտ է այցելել ակնաբույժին՝ անոթների հետագա զարգացումներին հետևելու համար: Դեպքերի մեծամասնության համար բուժումն արդյունավետ է: Հազվադեպ, երկու-երեք շաբաթ անց կարող է կրկնակի բուժում պահանջվել:



## Հղումներ



Համաձայնեցված է  
ՀՀ Առողջապահության  
նախարարության հետ

Սույն հրատարակությունը պատրաստվել է հետևյալ հաստատությունների կողմից՝ տրամադրված տեղեկատվական նյութերից՝

The Bliss – Մեծ Բրիտանիայում գործող հատուկ մանկական առողջապահական բարեգործական կազմակերպություն, որն աջակցում է անհաս և հիվանդ նորածին երեխաներին  
[www.bliss.org.uk](http://www.bliss.org.uk);

The National Eye Institute (Աչքի ազգային ինստիտուտ) - 1968 թ. ԱՄՆ կոնգրեսի կողմից հիմնադրված մարմին՝ միտված ԱՄՆ ժողովրդի տեսողական խնդիրների լուծմանն ու կուրության կանխարգելմանը:  
[www.nei.nih.gov](http://www.nei.nih.gov)



ՄԱՆԿԱԿԱՆ ԿՈՒՐՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆԱՐԳԵՄԱՆ  
ԳԵՐԱՋԱՆՑՈՒԹՅԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ  
Լույս մանուկների աչքերին

Հասցե՝ Այգեստան 5-րդ փ., տուն 7,  
Երևան 0070, Հայաստան  
Հեռ.՝ (374 10) 55 90 68;  
Ֆաքս՝ (374 10) 57 76 94  
Էլ-փոստ՝ [aecp@aecp.am](mailto:aecp@aecp.am);  
[www.aecp.am](http://www.aecp.am)  
[www.eyecareproject.com](http://www.eyecareproject.com)

Սույն հրատարակությունը հնարավոր է դարձել Ամերիկյան ժողովրդի աջակցությամբ՝ ԱՄՆ Միջազգային զարգացման գործակալության (ԱՄՆ ՄԶԳ) և Հայկական ակնաբուժության նախագծի (ՀԱՆ) միջոցով:

Հրատարակությունում արտահայտված տեսակետները պատկանում են հեղինակներին, և հնարավոր է, որ չհամընկնեն ԱՄՆ ՄԶԳ կամ ԱՄՆ Կառավարության տեսակետների հետ: