

Պաշտոնական ընդդիմախոսի կարծիք

Լիլիթ Անդրեյի Սարգսյանի «Հայաստանի Հանրապետությունում բրուցելոզի համաճարակաբանական բնութագիրը» ատենախոսության վերաբերյալ, որը ներկայացված է ԺՂ.00.16 «Համաճարակաբանություն» մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի հայցման

Ժամանակակից աշխարհում հանրային առողջության գերակա խնդիրներից է բրուցելոզը, որը լուրջ վտանգ է ներկայացնում բժշկական և սոցիալական տեսակետից:

Համաձայն ՄԱԿ-ի պարենի և գյուղատնտեսության կազմակերպության տվյալների բրուցելոզն իրական սպառնալիք է ներկայացնում մի շարք երկրների բնակչության կենսաբանական անվտանգության համար: Վերջին տարիներին «Մեկ առողջություն» հայեցակետի շրջանակներում ուսումնասիրվող, մարդու և կենդանիների համար ընդհանուր վարակների շարքում, բրուցելոզը շարունակում է մնալ առաջատար հիվանդություններից մեկը՝ մեծ վնաս հասցնելով ինչպես հանրային առողջությանը, այնպես էլ ընդհանուր տնտեսությանը:

Համաձայն գրականության տվյալների աշխարհում ամեն տարի գրանցվում է առաջին անգամ հաստատված բրուցելոզի ավելի քան 500.000 դեպք:

Հիվանդության բացասական ազդեցությունը մարդկանց պոպուլյացիայում արտահայտվում է ֆիզիկական և հոգեբանական ընկճվածությամբ, հաշմանդամության զարգացմամբ, կյանքի որակի վատթարացմամբ, հիվանդանոցային պայմաններում երկարատև բուժման անհրաժեշտությամբ, աշխատունակության անկումով և այլն, ինչը հանդիսանում է մեծ բեռ առողջապահության համակարգի համար: Հարկ եմ համարում արձանագրել, որ ՀՀ-ում բնակչության շրջանում բրուցելոզի ուսումնասիրմանը նվիրված գիտական աշխատությունները չափազանց սակավ են:

Համաձայն ՀՀ ԱՆ հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման ազգային կենտրոնի պետական վիճակագրական ձևերի տվյալների և ՀՀ ԱՆ ակադեմիկոս Մ. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտի «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգրքերի տվյալների՝ 2004-2022թթ. ընկած ժամանակահատվածում գրանցվել են բրուցելոզի բազմաթիվ դեպքեր, իսկ վերջին տարիներին արձանագրվում է հիվանդացության աճման միտում:

Այսպիսով, հարկ է նշել, որ Լ.Ա. Սարգսյանի թեկնածուական ատենախոսության թեման ունի չափազանց կարևոր նշանակություն, արդիական է և հրատապ:

Գրախոսվող աշխատանքը շարադրված է 120 էջ համակարգչային տեքստով: Ատենախոսությունը կազմված է դասական ձևով, շարադրված է գրագետ հայերենով և բաղկացած է հապավումների ցանկից, ներածությունից, գրականության տեսությունից, հետազոտության նյութը և մեթոդները զլխից, սեփական հետազոտության արդյունքները զլխից, 4 ենթագլուխներից, ավտոփումից, եզրակացություններից, գործնական առաջարկություններից, օգտագործված գրականության ցանկից, որը ներառում է 171 գրականության աղբյուրների անվանում: Աշխատանքը հազեցված է 17 աղյուսակով, 38 նկարով և 4 հավելվածով:

Գրախոսվող աշխատանքի նպատակն է՝ ուսումնասիրել ՀՀ-ում բրուցելոզի համաճարակաբանական օրինաչափությունները, որի հիման վրա գնահատել համաճարակաբանական ռիսկերը: Նշված նպատակի իրագործման համար հեղինակի կողմից առաջադրվել են 4 խնդիրներ, որոնք համապատասխանում են ուսումնասիրվող նպատակի պարզաբանմանը:

Աշխատանքի գիտական նորույթը և գործնական նշանակությունը միանշանակ ակնհայտ է: Մասնավորապես, առաջին անգամ Հայաստանի Հանրապետությունում բնակչության շրջանում բրուցելոզով հիվանդացության տվյալների երկարատև մշտադիտարկման հիման վրա նկարագրվել են վարակի համաճարակաբանական օրինաչափությունները և պարզաբանվել են դրա առանձնահատկությունները: Իրականացվել է բրուցելոզի համաճարակաբանական ռիսկերի համապարփակ գնահատում՝ ներառյալ բնակչության վարակման ռիսկերը, ինչպես նաև տարածքային գոտիավորման միջոցով որոշվել է ՀՀ-ի առանձին տարածքների համաճարակաբանական ռիսկի աստիճանը:

Ատենախոսության առաջին գլուխը, որը վերաբերում է գրականության տեսությանը, ներառում է 4 ենթագլուխներ, որտեղ հայցորդը անդրադառնում է ուսումնասիրվող ժամանակահատվածում, ինչպես նաև ավելի մանրամասն վերջին տարիների ընթացքում, աշխարհում բրուցելոզով հիվանդացության տիրող իրավիճակին, օգտագործվող եռաստիճան կլինիկական դեպքի սահմանմանը, բրուցելոզի կանխարգելմանը, համաճարակաբանական հսկողությանը և բրուցելոզի կլինիկական պատկերին:

Նյութի շարադրումը վկայում է, որ Լ.Ա. Սարգսյանը հստակ տիրապետում է ուսումնասիրվող հիմնահարցին: Օգտագործված գրականության ցանկում ներկայացված 171 հղումները (14-հայերեն, 22-ռուսերեն, 135- անգլերեն լեզուներով) լիարժեք արտացոլում են աշխատանքում ուսումնասիրվող խնդիրները:

Ատենախոսության «Նյութը և մեթոդները» զլխում հեղինակի կողմից օգտագործվել են համաճարակաբանական՝ ռետրոսպեկտիվ դիտողական (observational) հետազոտություն, նկարագրական և վիճակագրական մեթոդները: Հետազոտությունը իրականացվել է 2004-2022թթ. ընկած ժամանակահատվածում և պայմանականորեն բաժանվել է 2 մասի՝ 2004-2014թթ. և 2016-2022թթ.:

Հեղինակի կողմից բրուցելոզի տարածվածության գնահատականը, ռիսկային տարածքների որոշումն անցկացվել է ՀՀ-ի տարածքային գոտիավորման ճանապարհով՝ բրուցելոզով առաջնակի հիվանդացության վերլուծման հիման վրա 2004-2022թթ. ընթացքում:

Գոտիավորման նպատակով բոլոր մարզերում արձանագրված բրուցելոզի առաջնակի տարածվածության ցուցանիշը ենթարկվել է ցենտիլային բաշխման, որի հիման վրա առանձնացվել են համաճարակաբանական ռիսկի չորս խմբեր՝

- առաջին աստիճանի ռիսկ՝ Բարձր ռիսկային խումբ,
- երկրորդ աստիճանի ռիսկ՝ միջին ռիսկային խումբ,
- երրորդ աստիճանի ռիսկ՝ չափավոր ռիսկային խումբ,
- չորրորդ աստիճանի ռիսկ՝ ցածր ռիսկային խումբ:

Հետազոտության համար նյութ են հանդիսացել 2004-2014թթ. պետական վիճակագրական հաշվետվության «Առանձին ինֆեկցիոն և մակաբույսային հիվանդությունների մասին» Ձև N85-ը՝ տրամադրված ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԱԿ ՊՈԱԿ-ի կողմից, 2016-2022թթ. պետական վիճակագրական հաշվետվության Ձև N85-ը, (2020թ.-ից այն վերանվանվել է «Արձանագրված վարակիչ հիվանդությունների, սննդային, քիմիական թունավորումների և ճառագայթային ախտահարումների մասին» Ձև N85)՝ տրամադրված ՀՀ ԱՆ ՀՎԿԱԿ ՊՈԱԿ-ի կողմից, 2006-2019թթ. ընթացքում մարդկանց շրջանում արձանագրված «բրուցելոզ» ախտորոշումով հիվանդների հիվանդության պատմագրերը՝ տրամադրված «Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ազգային կենտրոն»-ի կողմից (825 պատմագիր) և ՀՀ ԱՆ ակադեմիկոս Ս. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտի «Առողջություն և առողջապահություն» վիճակագրական տարեգրքերը [2017-2021թթ.]:

Հեղինակի կողմից օգտագործվել են վիճակագրական մեթոդներ՝ Microsoft Excel և SPSS 16 ծրագրային փաթեթները: Որոշվել է միջին և հարաբերական ցուցանիշների հաշվարկը: Ստյուդենտի t-գործակցի օգնությամբ գնահատվել է տարբերության հավաստիությունը ($p < 0.05$), կիրառվել է χ^2 -ի՝ համապատասխանության գործակցի արժեքը, կիրառվել են ինչպես պարամետրիկ, այնպես էլ ոչ պարամետրիկ վիճակագրական մեթոդների տեստեր, ինչը հնարավորություն է տալիս գնահատելու ստացված տվյալների հավաստիությունը:

Լ.Ա. Սարգսյանի կողմից ստացված արդյունքները փաստարկված խմբավորված են, հաջորդաբար շարադրված և ամփոփված են ատենախոսության սեփական հետազոտության արդյունքները 3-րդ գլխում՝ «Բրուցելոզի համաճարակաբանական իրավիճակի գնահատումը ՀՀ-ում», որը բաղկացած է 4 ենթագլուխներից:

3.1. ենթագլուխը վերաբերում է 2004-2014թթ. ընկած ժամանակահատվածում Հայաստանի Հանրապետությունում առաջնակի հաստատված բրուցելոզի դեպքերի ընդհանուր նկարագրին: Ստացված տվյալների համաձայն 2004-2014թթ. ընթացքում

հանրապետության բնակչության շրջանում գրանցվել է առաջնակի հաստատված բրուցելոզի 2773 դեպք: Տվյալների համաձայն Սյունիքի և Արարատի մարզերում գրանցված դեպքերի բացարձակ թիվը (575 և 502 դեպք համապատասխանաբար) եղել է ամենաբարձրը՝ գերազանցելով միջին մարզայինը մոտ 2 անգամ: Արմավիրի (n=341), Արագածոտնի (n=339), Կոտայքի (n=321) և ք. Երևանում (n=336) բրուցելոզի դեպքերի բացարձակ թիվը ևս գերազանցել է միջին մարզայինը, իսկ Գեղարքունիքի, Շիրակի, Վայոց Ձորի մարզերում (141, 100, 74 դեպք համապատասխանաբար) եղել է ցածր միջին մարզայինից: Հարկ է նշել, որ ամենացածր հիվանդացությունը գրանցվել է Լոռու (n=37) և Տավուշի (n=7) մարզերում:

Հեղինակի կողմից առաջին անգամ կատարվել է լայնածավալ աշխատանք՝ հաշվարկվել է 10 մարզի և ք. Երևանի բնակչության շրջանում բրուցելոզի առաջնակի հաստատված դեպքերի ինտենսիվ ցուցանիշի շարժընթացը (ըստ 100.000 բնակչի) 2004-2014թթ. ընթացքում, որոնք պատկերավոր ներկայացված են 11 նկարներում:

ՀՀ-ում առաջին անգամ կատարվել է նաև տարածքային գոտիավորում, որի արդյունքում առանձնացվել են 4 ռիսկային գոտիներ (բարձր, միջին, չափավոր և ցածր), ըստ որի իրականացվել է ՀՀ ողջ տարածքների քարտեզագրում: Ըստ 2004-2014թթ. գոտիավորման տվյալների համաճարակաբանական բարձր ռիսկային ցուցանիշի խմբում՝ 14.3-81.7 (առաջին աստիճանի ռիսկ), ընդգրկվել են Սյունիքի, Արագածոտնի և Արարատի մարզերը, միջինում՝ 5.3-14.29 (երկրորդ աստիճանի ռիսկ)՝ Արմավիրի, Կոտայքի, Գեղարքունիքի և Վայոց Ձորի մարզերը, չափավոր ռիսկային խմբի տիրույթում՝ 2.01-5.29 (երրորդ աստիճանի ռիսկ) ընդգրկված են Շիրակի մարզը և Երևանը, իսկ ցածր ռիսկային խմբում՝ 0.4-2.0 (չորրորդ աստիճանի ռիսկ), ներառվել են Տավուշի ու Լոռու մարզերը: Հետևաբար ակնառու է, որ 2004-2014թթ. ընթացքում առաջատար դիրքերում են 1-ին-բարձր և 2-րդ-միջին ռիսկային գոտիների, հետևյալ մարզերը՝ Սյունիք, Արագածոտն, Արարատ, Արմավիր, Կոտայք, Գեղարքունիք և Վայոց ձոր:

3.2. ենթազվխում հեղինակի կողմից ներկայացված են 2016-2022թթ. ընկած ժամանակահատվածում ՀՀ-ում առաջնակի հաստատված բրուցելոզի բոլոր դեպքերը և առաջնակի հայտնաբերված քրոնիկական դեպքերի ընդհանուր բնութագիրը ըստ մի շարք տարբեր գործոնների՝ մարզերի, քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի, սեռի և տարիքային որոշ խմբերի:

Մանրակրկիտ վերլուծությունը փաստում է, որ 2016-2022թթ. առաջնակի հաստատված բրուցելոզի ամենաառաջատար տեղն ըստ մարզերի զբաղեցնում է Սյունիքի մարզը, իսկ ամենացածր թվով դեպքերը գրանցվել են Տավուշի մարզում:

Ողջունելի է, որ հեղինակը մանրամասն ներկայացրել է առաջնակի հաստատված բրուցելոզի բոլոր դեպքերը (1711) և առաջնակի հայտնաբերված բրուցելոզի քրոնիկ դեպքերի (151) տարածվածությունը ՀՀ մարզերում և ք. Երևանում: Դեպքերի բաշխումը ըստ քաղաքային և գյուղական բնակավայրերի, ինչպես և

ակնկալվում էր գերակշռում են գյուղական բնակավայրերում, որոշակի բացառություն է կազմում Լոռու մարզը, որտեղ քաղաքային բնակավայրերում հայտնաբերված առաջնակի հաստատված դեպքերի թիվը հիմնականում գերազանցում է գյուղականին:

2016-2022թթ. կատարված վերլուծությունը ըստ սեռի փաստում է, որ տղամարդկանց մոտ արձանագրվել է 2.8 անգամ ավելի բարձր հիվանդացություն, քան կանանց մոտ, որը պայմանավորված է արական սեռի գերակայող ներգրավվածությամբ անասնապահական աշխատանքներին:

Լ.Ա. Մարգարյանի կողմից կատարվել է նաև առաջնակի հաստատված դեպքերի վերլուծությունը ըստ տարիքային խմբերի՝ մինչև 18 և 18-ից բարձր: 2016-2022թթ. ընդհանուր դեպքերի թիվը եղել է 1711 դեպք, որոնցից 264-ը՝ մինչև 18 տարեկան՝ 15.5%:

Հեղինակի կողմից կատարվել է լայնածավալ ուսումնասիրություն 2016-2022թթ. ընթացքում բրուցելոզի տարածվածության առումով ըստ գոտիավորման տվյալների և ռիսկի գնահատումը ՀՀ-ում, ինչը համեմատվել է 2004-2014թթ. ստացված արդյունքների հետ: Հայտնաբերվել են էական փոփոխություններ: Բարձր ռիսկի խմբում կրկին Սյունիքի և Արագածոտնի մարզերն են, իսկ ցածր ռիսկի խմբում՝ Տավուշի մարզն ու Երևանը: Այս ժամանակահատվածում էական փոփոխություններ են դիտարկվել բրուցելոզի առաջնակի հաստատված դեպքերի մարզային տարածվածության առումով. Լոռու մարզը ցածր ռիսկի խմբից տեղափոխվել է չափավոր, իսկ Շիրակի մարզը՝ չափավոր ռիսկի խմբից միջին ռիսկի խումբ: Արարատի մարզում դրական տեղաշարժ է արձանագրվել՝ այն բարձր ռիսկի խմբից տեղափոխվել է միջին ռիսկի խումբ, Արմավիրի մարզը միջին ռիսկի խմբից տեղափոխվել է չափավոր ռիսկի տիրույթ, իսկ Երևանը չափավոր ռիսկի խմբից՝ ցածրը:

Սեփական հետազոտությունների 3.3. ենթագլուխը վերաբերում է 2016-2022թթ. ընկած ժամանակահատվածում մարդկանց շրջանում առաջնակի հաստատված բրուցելոզի սեզոնային վերլուծությանը: Հայտնի է, որ վարակիչ հիվանդություններին բնորոշ է սեզոնայնությունը: Դիսերտանտի կողմից կատարվել է մանրակրկիտ ուսումնասիրություն 2016-2022թթ. ընթացքում մարդկանց շրջանում առաջնակի հաստատված բրուցելոզի տարեկան դեպքերի շարժը ըստ ամիսների: Ստացված արդյունքները վկայում են, որ բրուցելոզի սեզոնայնությունը սերտորեն կապված է եղանակային պայմանների, կենդանիների վերարտադրողական շրջանի և ծնի հետ: Այսպիսով, բնակչության շրջանում բրուցելոզի դեպքերի թիվը ամռան ամիսներին առավելագույնն է, իսկ ձմռան ամիսներին՝ նվազագույնը: Գարնան ամիսներին՝ կենդանիների ծնի հետ կապված գրանցվում է ավելի շատ դեպքեր, քան աշնանը: Հարկ է նշել, որ Հայաստանի Հանրապետությունում համընդհանուր արոսը ընդունված գործելակերպ է, և տարբեր մասնավոր տնտեսություններ կենդանիների

ամռանը արոտի են տանում բարձր արոտավայրեր, որն էլ ամենայն հավանականությամբ կարող է հանդիսանալ զանգվածային վարակման պատճառ: Հետևաբար բրուցելոզի վերահսկման և վերացմանն ուղղված միջոցառումները պետք է իրականացվեն հաշվի առնելով հիվանդության սեզոնայնությունը:

Մեփական հետազոտությունների 3.4. ենթագլխում հեղինակը վերլուծել է «Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ազգային կենտրոն»-ում արձանագրված բրուցելոզի դեպքերը և հոսպիտալացված դեպքերի կլինիկահամաճարակաբանական նկարագիրը: Հետազոտությունը կատարվել է 2006-2019թթ. ընթացքում «Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ազգային կենտրոն»-ում հոսպիտալացված «բրուցելոզ» ախտորոշումով 825 հիվանդների մոտ: Հետազոտված հիվանդներից 567 դեպքը արձանագրվել է արական սեռի մոտ, ինչը կազմում է 68.7%, և 258 դեպք՝ 31.3% իգական սեռի ներկայացուցիչների մոտ: Ուսումնասիրվել է հիվանդների բաշխվածությունը ըստ տարիքի՝ մինչև 20 տարեկան՝ 27.9% , 21-30տ.՝ 20.5%, 31-40տ.՝ 17.8%, 41-50տ՝ 15.2%, 51-60տ՝ 11.8%, 61-70տ.-5.1%, և 71 և բարձր 1.8%: Հիվանդների միջին տարիքը կազմել է 33.1±0.6: Ապացուցվել է հավաստի տարբերություն (p<0.05) հետազոտվածների արական և իգական սեռի միջին տարիքի միջև: Արական և իգական սեռերի միջին տարիքը կազմել է 31.9±0.7 և 35.6±1.1 համապատասխանաբար:

Հարկ էմ համարում նշել, որ հետազոտվածների մեծամասնությունը պատկանում է աշխատունակ տարիքային խմբին, ինչն էականորեն մեծացնում է հիվանդության սոցիալ տնտեսական բեռը: Հետազոտված հիվանդներից 44.1%-ը եղել են քաղաքաբնակ, իսկ 55.9%-ը՝ գյուղաբնակ:

Հետազոտության արդյունքները վկայում են, որ 58.9% դեպքերում համաճարակաբանական ռիսկ է հանդիսացել չպաստերիզացված կամ հում կաթնամթերքի, կիսահում մսամթերքի օգտագործումը 18.4%, հիվանդների մասնակցությունը կենդանիների սպանդին՝ 15.2% ու կենդանիների հղիության արհեստական ընդհատմանը 14.2%-դեպքերում: Հատկանշական է, որ աշխատողների 8.2% ունեցել են անմիջական առնչություն սննդամթերքի և մսամթերքի վաճառքի հետ, ինչը անչափ անհագստացնող է համաճարակաբանական ռիսկերի տեսանկյունից: Հեղինակի կողմից ստացված արդյունքները փաստում են, որ չպաստերիզացված/հում կաթի և կաթնամթերքի օգտագործումը ունի չափազանց մեծ համաճարակաբանական նշանակություն՝ բրուցելոզի տարածվածության տեսակետից:

Հեղինակի մանրակրկիտ վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ հիվանդների գերակշիռ մասը՝ 60.4%-ը ունեցել են հիվանդության սուր ընթացք, 35.4%-ը-քրոնիկ և միայն 4.2%-ի մոտ արձանագրվել է ենթասուր բրուցելոզ:

Բրուցելոզով հիվանդների շրջանում առավել հաճախ արձանագրվել են հիվանդության օստեոարթրիկուլյար, արթրիկուլովիսցերալ, վիսցերալ և խառը

կլինիկական ձևերը: 83% դեպքերում հիվանդությունն ունեցել է միջին ծանրության ընթացք, իսկ 17% դեպքերում՝ ծանր: Համաճարակաբանական ոիսկերի վերլուծությունն ըստ սեռի հավաստի ապացուցում է, որ տղամարդկանց մասնակցությունը գյուղատնտեսական աշխատանքներին, կենդանիների սպանդին և հղիության արհեստական ընդհատմանը 2 անգամ ավելի բարձր է, քան կանանց մոտ ($p < 0.05$): Հիվանդության պատմագրերում 39.9%-96.6% դեպքերում բացակայում են համաճարակաբանական կարևոր ոիսկերը բացահայտող տվյալները, որը փաստում է տվյալների թերի լինելը և դժվարացնում է բրուցելոզի համաճարակաբանական իրավիճակի լիարժեք գնահատումը:

Ամփոփում բաժնում հեղինակը բարեխղճորեն և քննադատաբար գնահատում է սեփական արդյունքները՝ արդի գրականության տվյալների համատեքստում:

Ստացված արդյունքները տրամաբանորեն ամփոփված են 6 եզրակացություններում, որոնք լիովին արտացոլում են առաջադրված խնդիրների լուծումը:

Հարկ է նշել աշխատանքի չափազանց մեծ գիտագործնական նշանակությունը ՀՀ-ում բրուցելոզի համաճարակաբանական բնութագրի վերաբերյալ, հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ վերջին 30 և ավելի տարիների ընթացքում Հայաստանում չեն իրականացրել նմանատիպ գիտական աշխատանքներ:

Համաճարակաբանական հսկողության բարելավման նպատակով հեղինակի կողմից օգտագործվել և առաջարկվել է 4 հավելված:

Ատենախոսության սեղմագիրը լիովին արտացոլում է աշխատանքի էությունն ու հիմնական բովանդակությունը: Ատենախոսության հիմնական դրույթները ամփոփված են տարբեր պարբերականներում՝ տպագրված 6 գիտական աշխատանքներում, որոնցից 2-ը՝ առանց համահեղինակների, 1-ը՝ ազդեցության գործակցով ամսագրում:

Ընդհանուր առմամբ բարձր գնահատելով Լ.Ա. Մարգարյանի աշխատանքը, ցանկանում եմ պարգևատրել որոշ հարցեր և դիտարկումներ՝

1. Ինչու՞ «Նյութը և մեթոդները» գլխում աղյուսակ 2.1.-ում ներառված չէ 2004-2014թթ. (2773 դեպք) և 2016-2022թթ. (1711 դեպք) ընկած ժամանակահատվածում հետազոտված դեպքերի ընդհանուր թիվը՝ 4484 դեպք այն առավել ներկայացուցչական դարձնելու համար: Վերջինները մանրակրկիտ ներկայացված են «Սեփական հետազոտություններ»-ի 3.1., 3.2., 3.3. և 3.4. ենթազտվածներում:

2. Բրուցելոզը զոռնոզ հիվանդություն է, ցանկալի կլիներ հեղինակի կողմից անդրադարձ արվեր բրուցելոզի դեպքերին՝ կենդանիների շրջանում:
3. Ինչու՞ էք համաճարակաբանական մանրակրկիտ հետազոտությունը կատարել միայն «Ինֆեկցիոն հիվանդությունների ազգային կենտրոն»-ում գրանցված դեպքերի համար:
4. Կա՞ն արդյոք տվյալներ ՀՀ-ի տարածքում շրջանառող բրուցելոզի հարուցիչների տեսակային կազմի վերաբերյալ, և եթե կան, ինչու՞ չէրանք չեն ներառվել աշխատանքում:
5. Առկա են տեխնիկական որոշ վրիպումներ:

Նշված հարցերը ոչ մի կերպ չեն նսեմացնում կատարված աշխատանքի արժեքը:

Այսպիսով Լիլիթ Անդրեյի Սարգսյանի «Հայաստանի Հանրապետությունում բրուցելոզի համաճարակաբանական բնութագիրը» թեմայով ատենախոսությունը ավարտուն գիտական աշխատանք է, գիտական նորույթը, եզրակացությունները և գործնական առաջարկները համապատասխանում են աշխատանքի նպատակին և խնդիրներին, ունի մեծ գիտագործնական նշանակություն: Աշխատանքը լիովին համապատասխանում է ՀՀ ԲԿԳԿ-ի կողմից գիտական աստիճանանի շնորհման կանոնակարգի 7-րդ կետի թեկնածուական ատենախոսություններին ներկայացնող պահանջներին, իսկ հեղինակը արժանի է ԺԴ.00.16 «Համաճարակաբանություն» մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի շնորհմանը:

ԵՊԲՀ հանաճարակաբանության ամբիոնի

բ.գ.դ., պրոֆեսոր



Հ.Ս. Հովհաննիսյան

Հ.Ս. Հովհաննիսյանի ստորագրությունը հաստատում եմ

ԵՊԲՀ գիտական քարտուղար բ.գ.դ., պրոֆեսոր



Տ.Գ. Ավագյան

18.09.2024թ.