

УДК 618.1:616.71-007.234-089

Վիրաբուժական դաշտանադադարով կանանց ոսկրերի հանքային խտության տարբեր մեծությունների հաճախականությունը

Կ.Կ.Առուստամյան¹, Հ.Ժ. Վարդանյան²

¹ՄՄԱՊԳՀԿ, ²«Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» ԲԿ ծննդատուն,
0056, Երևան, Գյուրջյան, 10

Բանալի բառեր. դաշտանադադար, օստեոպորոզ, օստեոպենիա, ոսկրերի հանքային խտություն, հիստերեկտոմիա, օֆորեկտոմիա

Վերջին տարիներս դիտվում է վիրաբուժական միջամտություն պահանջող գինեկոլոգիական հիվանդությունների աճ: Մի կողմից այն թույլ է տալիս պահպանել կնոջ կյանքը, մյուս կողմից բերում է վիրաբուժական դաշտանադադարի (ԴԴ): Վերջինս դրսևորվում է վեգետանոթային, հոգեհուզական և էնդոկրին-նյութափոխանակային խանգարումներով, որոնք բերում են կնոջ կյանքի որակի վատթարացման [4, 5]: Սակայն, եթե ֆիզիոլոգիական ԴԴ-ի ժամանակ էստրոգենային անբավարարությունը զարգանում է աստիճանաբար և կնոջ օրգանիզմը ժամանակի ընթացքում հարմարվում է այդ իրավիճակին, ապա վիրաբուժական ԴԴ-ի ժամանակ տեղի է ունենում ձվարանների ֆունկցիայի միանվագյա անկում:

Ներկայումս էստրոգենային ռեցեպտորներ հայտնաբերված են կնոջ օրգանիզմի տարբեր հյուսվածքներում, որի պատճառով էստրոգենային անբավարարությունը առաջ է բերում խանգարումներ կենտրոնական, վեգետատիվ նյարդային, սիրտանոթային, միզասեռական համակարգերում, ինչպես նաև ոսկրային հյուսվածքում [1- 3, 5- 7]:

35-40 տարեկանից հետո կինը սկսում է դանդաղ, աստիճանաբար կորցնել ոսկրային զանգվածը՝ մոտավորապես 0,5-1% ամեն տարի: ԴԴ-ի առաջին 5 տարիների ընթացքում կինը կորցնում է ամեն տարի 3-5% սպունգանման և մինչև 1,5% կորտիկալ ոսկրային զանգված [7]: Եթե բնական ԴԴ-ը բերում է ոսկրային հյուսվածքի նման կորստի, ապա կարելի է ենթադրել, որ վիրաբուժական ԴԴ-ը, երբ տեղի է ունենում էստրոգենների մակարդակի կտրուկ անկում, պետք է ուղեկցվի ոսկրային հյուսվածքի ավելի արտահայտված և զգալի կորստով: Վերջինս էլ կարող է պայմանավորել օստեոպորոզի (ՕՁ)

զարգացման ավելի մեծ վտանգը [8]: Մյուս կողմից, բնական ԴԴ-ից հետո դեռ որոշ ժամանակ շարունակվում է ձվարանների հորմոնալ ակտիվությունը: Հետևաբար, կարելի է ենթադրել, որ օֆորեկտոմիայով ընթացող հիստերեկտոմիան բերում է ձվարանների ֆունկցիայի միանվագ «անջատման», որը և կարող է պայմանավորել ՕԶ-ի զարգացման ավելի մեծ վտանգը:

Տվյալ աշխատանքի նպատակն է պարզել ոսկրերի հանքային խտության (ՈՀԽ) նվազման հաճախականությունը վիրաբուժական դաշտանադադարով կանանց խմբում:

Նյութն ու մեթոդները

Սույն հետազոտության իրականացման նպատակով հարցվել են և հետազոտվել ՄՄԱՊԳՀԿ-ի ռենտգեն-ռադիոլոգիական կաբինետում 2010-2011թթ. ընթացքում դենսիտոմետրիկ հետազոտություն անցած 39-70տ 161 կանայք: Հետազոտության մեջ ընդգրկման չափանիշ է հանդիսացել վիրաբուժական ԴԴ-ը: Հետազոտության մեջ չեն ընդգրկվել ոսկրային փոխանակության վրա ազդող հիվանդություններով տառապող և/կամ դեղորայք ընդունող կանայք:

Դենսիտոմետրիկ հետազոտությունն իրականացվել է Hologic DRG-4500 (ԱՄՆ) սարքավորմամբ ողնաշարի գոտկային (L1-L4) և ազդրի պրոքսիմալ շրջանների ընդգրկմամբ: ՈՀԽ-ի գնահատումը իրականացվել է ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից առաջարկված T-ցուցիչի: Չափման միավոր է հանդիսանում 1 ստանդարտ շեղումը (1SD): T-ցուցիչի մեծությունը մինչև -1SD գնահատվում է որպես նորմա, -1SD-ից մինչև -2,5SD՝ օստեոպենիա (ՕՊ) և -2,5SD-ից ավելի փոքր՝ օստեոպորոզ (ՕՋ) [9]:

Ստացված արդյունքների վիճակագրական վերլուծության համար կիրառվել են վարիացիոն վիճակագրության համընդհանուր ճանաչում գտած մեթոդները: Գնահատվել են հետազոտվող ցուցանիշների միջին թվաբանականը (M), միջին թվաբանականի միջին սխալը (m), վարիացիոն շարքի նվազագույն և առավելագույն մեծությունները: Խմբերի միջին թվաբանականների տարբերությունների հավաստիությունը գնահատվել է Ստյուդենտի թեստով [3]:

Արդյունքները և դրանց քննարկումը

Հետազոտված կանայք բաժանվել են երեք խմբերի ըստ T-ցուցիչի մեծության: Կանանց 31-ի մոտ (19,3%) արձանագրվել են ՈՀԽ նորմալ ցուցանիշներ և նրանք կազմել են առաջին խումբը: Երկրորդ խումբ են

կազմել 71 (44,1%) կանայք, որոնց մոտ ըստ T-ցուցիչի մեծության ախտորոշվել է ՕՊ: Երրորդ խումբ են կազմել 59 (36,3%) կանայք, որոնց մոտ ախտորոշվել է ՕԶ, ընդ որում ՕԶ-ով տառապող 13 կանայք ունեին նվազագույն վնասվածքի հետևանքով կոտրվածքներ:

ՈՀԽ-ի նորմալ մեծություններով կանանց խմբում միջին տարիքը կազմել է $51,4 \pm 0,9$ տ, ՕՊ-ով կանանց խմբում՝ $54,9 \pm 0,8$ տ, իսկ ՕԶ-ով կանանց խմբում այն եղել է ավելի մեծ՝ կազմելով միջինը $56,5 \pm 0,9$ տ: Արձանագրվել է վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն ըստ տարիքի ՈՀԽ նորմալ մեծություններով և ՕՊ-ով ($p < 0,01$), ՈՀԽ նորմալ մեծություններով և ՕԶ-ով ($p < 0,001$) կանանց խմբերի միջև:

Մարմնի զանգվածի ցուցիչը (ՄՁՑ) առաջին խմբի կանանց մոտ տատանվել է 19,8-44,9-ի սահմաններում՝ կազմելով միջինը $31,0 \pm 1,1$, իսկ ՕՊ-ով և ՕԶ-ով կանանց խմբերում 29,1 $\pm$ 0,6 և 27,6 $\pm$ 0,6 համապատասխանաբար (տատանումները 20,1-43-ի և 21-43-ի սահմաններում համապատասխանաբար): Դիտվել է վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն ըստ ՄՁՑ-ի ՈՀԽ-ի նորմալ մեծություններով և ՕԶ-ով կանանց խմբերի միջև ($p < 0,01$):

Ոսկրերի նորմալ հանքային խտությամբ կանանց խմբում T-ցուցիչի մեծությունները ողնաշարի L1-L4 ողերի շրջանում տատանվում էին -0,8-ից +1,14-ի սահմաններում՝ կազմելով միջինը $0,07 \pm 0,02$: T-ցուցիչի մեծությունը ողնաշարի L1-L4 շրջանում ՕՊ-ով կանանց խմբում կազմել է միջինը $-1,47 \pm 0,1$ ՝ տատանվելով -2,4-ից 0,1-ի սահմաններում, իսկ ՕԶ-ով տառապող կանանց խմբում այն տատանվել է -4,7-ից -0,1-ի սահմաններում՝ կազմելով միջինը $-2,6 \pm 0,1$ (աղ. 1):

Ազդրի շրջանում T-ցուցիչի մեծությունը առաջին խմբի կանանց մոտ կազմել է միջինը $0,01 \pm 0,01$, -0,97 $\pm$ 0,01 ՕՊ-ով և -1,5 $\pm$ 0,01 ՕԶ-ով կանանց խմբերում (աղ. 1):

Աղյուսակ 1

T-ցուցիչի մեծությունները հետազոտված կանանց խմբերում

Գնահատվող ցուցանիշներ	I խումբ	II խումբ	III խումբ	p1-p2*	p1-p3**
T- ցուցիչի մեծությունը ողնաշարի L1-L4 շրջանում ($M \pm m$)	$0,07 \pm 0,02$	$-1,47 \pm 0,1$	$-2,6 \pm 0,1$	$< 0,001$	$< 0,001$
T-ցուցիչի մեծությունը ազդրի շրջանում ($M \pm m$)	$0,01 \pm 0,01$	$-0,97 \pm 0,01$	$-1,5 \pm 0,01$	$< 0,001$	$< 0,001$

*p1-p2- վիճակագրական տարբերություն առաջին և երկրորդ խմբերի միջև,
p1-p3*- վիճակագրական տարբերություն առաջին և երրորդ խմբերի միջև:

Մեր կողմից վերլուծվել է նաև ՈՀԽ մեծությունների հաճախությունն ըստ ԴԴ-ի տարիքի (մինչև 40, 40-44, 45-49 և 50տ ու ավել) (աղ. 2):

Աղյուսակ 2

ՈՀԽ-ի տարբեր մեծությունների հաճախությունն ըստ ԴԴ-ի տարիքի

Խմբեր	ԴԴ-ի տարիքը							
	մինչև 40տ		40-44տ		45-49տ		50տ և ավել	
	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%
Նորմալ ՈՀԽ	6	20,7	9	23,1	9	17,6	7	16,7
Օստեոպենիա	11	37,9	15	38,5	23	45,1	22	53,4
Օստեոպորոզ	12	41,4	15	38,5	19	37,3	13	30,9

Ինչպես վկայում են թիվ 2 աղյուսակի տվյալները, ըստ ԴԴ-ի տարիքի կանանց բոլոր խմբերում էլ գերակշռում է ՈՀԽ ցածր մեծություններով կանանց թիվը: Փաստորեն, վիրաբուժական ԴԴ-ը բոլոր տարիքային խմբերում էլ բերում է ՈՀԽ-ի նվազման: Ընդ որում, ուշադրության է արժանի այն փաստը, որ եթե մինչև 40տ ԴԴ թեսկոխած կանանց խմբում գերակշռում է ՕՋ-ի հաճախականությունը (41,4%-ի համեմատ ՈՀԽ նորմալ մեծությունների 20,7%-ի և ՕՊ-ի 37,9%), ապա 40-44 տարեկանում ԴԴ ունեցած կանանց խմբում ՕՊ-ի և ՕՋ-ի հաճախականությունը նույնն է (38,5%): 45-49 տարեկանում և 50 տարեկանից մեծ տարիքում ԴԴ թեսկոխած կանանց խմբերում կրկին մեծ է ՈՀԽ ցածր մեծությունների հաճախականությունը և դիտվում է ՕՊ-ի հաճախականության վիճակագրորեն հավաստի մեծացում ի համեմատ ՕՋ-ով կանանց (աղ. 2): Այսպես, ՈՀԽ նորմալ մեծությունների հաճախականությունը կազմել է 17,6% և 16,7%, ՕՊ-ինը՝ 45,1% և 53,4%, իսկ ՕՋ-ինը՝ 37,3% և 30,9% 45-49տ և 50տ և մեծ տարիքում ԴԴ թեսկոխած կանանց խմբերում համապատասխանաբար:

Մեր կողմից վերլուծվել է նաև ՈՀԽ մեծությունների հաճախականությունն ըստ ԴԴ-ի տևողության (մինչև 5տ և 5տ ավել), հաշվի առնելով ոսկրային հյուսվածքի մեծ կորուստը, հատկապես ԴԴ-ի առաջին հինգ տարիների ընթացքում [7]:

Ստացված տվյալները վկայում են, որ ԴԴ-ի տևողության մեծացմանը զուգահեռ ՈՀԽ-ի նորմալ մեծությունների հաճախականության վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն չի արձանագրվում. ՈՀԽ-ի նորմալ մեծություններ ախտորոշվել են ԴԴ-ի մինչև 5տ և 5տ ու ավել

տևողությամբ 14 (45,2%) և 17 (54,8%) կանանց մոտ համապատասխանաբար (աղ. 3):

Աղյուսակ 3

ՈՀԽ-ի մեծությունների հաճախականությունն ըստ ԴԴ-ի տևողության

Խմբեր	ԴԴ-ի տևողությունը			
	մինչև 5 տարի		5 տ. և ավել	
	քաղ.թիվ	%	քաղ.թիվ	%
Նորմալ ՈՀԽ	14	42,5	17	54,8
Օստեոպենիա	30	42,3	41	57,7
Օստեոպորոզ	18	30,5	41	69,5

Միաժամանակ ԴԴ-ի տևողության մեծացմանը զուգահեռ արձանագրվել է ՕՊ-ի հաճախականության մեծացման միտում և ՕԶ-ի հաճախականության վիճակագրորեն հավաստի մեծացում: Այսպես, ՕՊ արձանագրվել է ԴԴ-ի մինչև 5տ և 5 տարուց ավել տևողությամբ 30 (42,3%) և 41 (57,7%) կանանց մոտ համապատասխանաբար: Եթե ՕԶ ախտորոշվել է ԴԴ-ի մինչև 5տ տևողություն ունեցող կանանց 18-ի (30,5%), ապա ԴԴ-ի 5տ ավել տևողությամբ կանանց 41-ի (69,5%) մոտ, ($p<0,001$) (աղ. 3):

Հայտնի է, որ վիրահատության ծավալն ունի էական ազդեցություն էստրոգենների մակարդակի վրա: Ելնելով վերոհիշյալից վերլուծվել են հետազոտված կանանց ՈՀԽ-ի մեծություններն ըստ վիրահատության ծավալի (առանց հավելումների, մեկ և երկու հավելումներով հիստերեկտոմիա) (աղ. 4): Ըստ ստացված տվյալների, ՕԶ վիճակագրորեն հավաստի առավել հաճախ է արձանագրվել երկու հավելումներով հիստերեկտոմիայի դեպքում (43-72,9%) ի համեմատ առանց (7-11,9%) և մեկ հավելումով (9 -15,3%) հիստերեկտոմիաների: Նույն օրինաչափությունն է դիտվում նաև ՕՊ-ով կանանց խմբում: ՕՊ դիտվել է 8 (11,3%), 14 (19,7%) և 48 (67,6%) դեպքերում առանց, մեկ և երկու հավելումներով հիստերեկտոմիա կրած կանանց խմբերում համապատասխանաբար (աղ. 4):

Եթե առանց հավելումների հիստերեկտոմիա կրած կանանց խմբում վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն ըստ ՈՀԽ մեծությունների հետազոտված կանանց երեք խմբերում չի արձանագրվել (16,1%, 11,3% և 11,9% ՈՀԽ նորմալ մեծություններով, ՕՊ-ով և ՕԶ-ով կանանց խմբերում համապատասխանաբար), ապա երկու հավելումներով հիստերեկտոմիա կրած կանանց խմբում դիտվում է ՈՀԽ ցածր մեծությունների հաճախության մեծացման միտում: Այսպես, ՈՀԽ

Աղյուսակ 4

ՈՀԽ-ի մեծությունների հաճախականությունը հետազոտված կանանց խմբերում ըստ վիրահատության ծավալի

Խմբեր	Վիրահատության ծավալը					
	առանց հավելումների հիստերեկտոմիա (n=20)		մեկ հավելումով հիստերեկտոմիա (n=32)		երկու հավելումներով հիստերեկտոմիա (n=109)	
	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%
Նորմալ ՈՀԽ	5	16,1	9	29	17	54,8
Օստեոպենիա	8	11,3	14	19,7	48	67,6
Օստեոպորոզ	7	11,9	9	15,3	43	72,9

նորմալ մեծությունների հաճախականությունը երկու հավելումով հիստերեկտոմիա կրած կանանց խմբում կազմել է 54,8%, իսկ ՕՊ-ինը և ՕԶ-ինը՝ 67,6% և 72,9%: Մեկ հավելումով հիստերեկտոմիա կրած կանանց խմբում ՕՊ և ՕԶ դիտվել է 14 (19,7%) և 9 (15,3%) կանանց մոտ համապատասխանաբար: ՕԶ-ի հաճախականությունը ևս վիճակագրորեն հավաստի ավելի բարձր էր երկու հավելումներով հիստերեկտոմիա կրած կանանց խմբում (72,9%) ի համեմատ առանց և մեկ հավելումով հիստերեկտոմիա կրած կանանց (11,9% և 15,3% համապատասխանաբար, $p<0,001$):

Երբ վերլուծվեցին ՈՀԽ մեծությունների հաճախականության տվյալներն ըստ վիրահատության ծավալի, և հաշվի առնվեց նաև ԴԴ-ի տևողությունը, ապա պարզվեց, որ թեև ՈՀԽ-ի նորմալ մեծությունների հաճախականությունը ամենամեծն էր երկու հավելումներով հիստերեկտոմիայով կանանց խմբում (17-54,8%), այնուամենայնիվ, կանանց հենց այս խմբում է դիտվել ԴԴ-ի առավել կարճ տևողություն ($6,1\pm 1,1$ տ ի համեմատ ՕՊ-ով կանանց՝ ԴԴ-ի $8,4\pm 1$ տ և ՕԶ-ով կանանց $11,7\pm 1,3$ տևողության): Ըստ ստացված տվյալների դրսևորվում է ԴԴ-ի տևողություն մեծացման միտում ՕՊ-ով կանանց խմբում ի համեմատ ՈՀԽ նորմալ մեծություններով կանանց: Արձանագրվել է ԴԴ-ի տևողության վիճակագրորեն հավաստի մեծացում ՕԶ-ով կանանց խմբում ի համեմատ ՈՀԽ-ի նորմալ մեծություններով ($p<0,001$) և ՕՊ-ով կանանց ($p<0,05$) (աղ. 5):

Աղյուսակ 5

ԴԴ-ի տևողությունը ՈՀԽ տարբեր մեծություններով կանանց խմբերում ըստ վիրահատության ծավալի

Խմբեր	Վիրահատության ծավալը		
	առանց հավելումների հիստերեկտոմիա	մեկ հավելումով հիստերեկտոմիա	երկու հավելումներով հիստերեկտոմիա
	ԴԴ-ի տևողությունը (տարի, $M \pm m$)	ԴԴ-ի տևողությունը (տարի, $M \pm m$)	ԴԴ-ի տևողությունը (տարի, $M \pm m$)
Նորմալ ՈՀԽ	$12 \pm 5,2$	$8,2 \pm 2,1$	$6,1 \pm 1,1$
Օստեոպենիա	$14,5 \pm 4,6$	$9,6 \pm 1,5$	$8,4 \pm 1$
Օստեոպորոզ	$15 \pm 3,4$	$16 \pm 2,9$	$11,7 \pm 1,3$

Մինչդեռ առանց և մեկ հավելումով հիստերեկտոմիա կրած կանանց խմբերում ԴԴ-ի տևողությունը ՈՀԽ նորմալ մեծություններով կանանց խմբերում կազմել է $12,5 \pm 5,2$ տ և $8,2 \pm 2,1$ տ համապատասխանաբար: Ուշադրության է արժանի այն փաստը, որ ՕՁ-ի առավել մեծ հաճախականությամբ կանանց խմբում (երկու հավելումներով հիստերեկտոմիան - 72,9%) ԴԴ-ի տևողությունը եղել է բավականին ցածր (11,7±1,3) ի համեմատ առանց և մեկ հավելումով հիստերեկտոմիա կրած կանանց ($15 \pm 3,4$ տ և $16 \pm 2,9$ տ): Ստացված տվյալները վկայում են, որ երկու հավելումով հիստերեկտոմիան, ինչն ուղեկցվում է էստրոգենների մակարդակի միանգամյա կտրուկ նվազմամբ, ունի առավել արտահայտված բացասական ազդեցություն ՈՀԽ վրա:

Մեր կողմից վերլուծվել է նաև ՈՀԽ մեծությունների հաճախականությունն ըստ կմախքի ախտահարման հատվածների (ոդնաշարի L1-L4, ազդրի պրոքսիմալ հատված և երկուսը միասին): Պարզվել է, որ ՕՊ-ով տառապող կանանց հիմնական մասի մոտ դիտվել է ոդնաշարի L1-L4 հատվածի (28 - 39,4%) և ոդնաշարի L1-L4 հատվածի ու ազդրի միաժամանակյա ՕՊ (26 - 36,6%), իսկ միայն ազդրի ՕՊ դիտվել է 17 (23,9%) դեպքերում (աղ. 6):

Կմախքի ախտահարման հիմնական հատվածը ՕՁ-ով կանանց խմբում հանդիսացել է ոդնաշարի գոտկային հատվածը (34 - 73,9%): Կանանցից 10-ի (21,7%) մոտ դիտվել է ոդնաշարի գոտկային հատվածի և ազդրի միաժամանակյա ՕՁ և միայն երկուսի մոտ (4,3%) միայն ազդրի ՕՁ (աղ. 6):

Աղյուսակ 6

Կմախքի ախտահարման շրջաններն ՈՀԽ ցածր մեծություններով կանանց խմբերում

Կմախքի շրջանը	Օստեոպենիա		Օստեոպորոզ*	
	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%
Ողնաշարի L1-L4 շրջան	28	39,4	34	73,9
Ազդր	17	23,9	2	4,3
Ողնաշարի L1-L4 շրջան + ազդր	26	36,6	10	21,7

* - վերլուծության մեջ ընդգրկված չեն օստեոպորոտիկ կոտրվածքներով կանանց T-ցուցիչի տվյալները

Ըստ ԴԴ-ի տևողության կմախքի բոլոր երեք շրջանների ՕՊ-ի հաճախության վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ չեն արձանագրվել: Այսպես, ողնաշարի L1-L4 շրջանի ՕՊ դիտվել է 36,7% և 41,5%, ողնաշարի L1-L4 շրջանի և միաժամանակ ազդրի ՕՊ՝ 43,3% և 41,5%, իսկ միայն ազդրի ՕՊ՝ 20% և 17,1% դեպքերում ԴԴ-ի մինչև 5տ և 5տ ավել տևողության ժամանակ համապատասխանաբար:

Երբ վերլուծվել են ՕՁ-ի հաճախականության տվյալներն ըստ ԴԴ-ի տևողության, ապա պարզվել է, որ ԴԴ-ի տևողության մեծացմանը զուգահեռ ՕՁ-ի հաճախականությունը կմախքի բոլոր երեք շրջաններում գրեթե փոփոխություն չի կրում: Այսպես, ողնաշարի գոտկային շրջանի ՕՁ արձանագրվել է ԴԴ-ի մինչև 5տ և 5տ ու ավել տևողությամբ 10 (71,4%) և 24 (75%) կանանց մոտ համապատասխանաբար: Ողնաշարի ու ազդրի զուգահեռ ՕՁ դիտվել է ԴԴ-ի մինչև 5տ և 5տ ու ավել տևողությամբ 3 (21,4%) և 7 (21,9%) կանանց մոտ համապատասխանաբար (աղ. 7): Ազդրի ՕՁ ախտորոշվել է ԴԴ-ի մինչև 5տ և 5տ ավել տևողությամբ մեկական կնոջ մոտ (7,1% և 3,1% համապատասխանաբար):

Աղյուսակ 7

Կմախքի տարբեր շրջանների օստեոպորոզով ախտահարման հաճախականությունն ըստ դաշտանադադարի տևողության

Կմախքի շրջան	ԴԴ-ի մինչև 5տ տևողություն		ԴԴ-ի 5տ ու ավել տևողություն	
	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%
Ողնաշարի L1-L4 շրջան	10	71,4	24	75,0
Ազդր	1	7,1	1	3,1
Ողնաշարի L1-L4 շրջան + ազդր	3	21,4	7	21,9

Մեր կողմից վերլուծվել է նաև ՈՀԽ մեծությունների հաճախությունն ըստ կմախքի ախտահարման հատվածների (ողնաշարի L1-L4, ազդրի պրոքսիմալ հատված և երկուսը միասին) ըստ ԴԴ-ի տարիքի (մինչև 40տ, 40-44, 45-49 և 50տ ու ավել): Համաձայն ստացված տվյալների, ըստ ԴԴ-ի տարիքի կանանց բոլոր խմբերում էլ կմախքի ախտահարման հիմնական շրջանն է հանդիսացել ողնաշարի գոտկային հատվածը: Վերջինիս ախտահարման հաճախությունը տատանվել է 70-77,8% սահմաններում (աղ. 8): Ըստ ԴԴ-ի տարիքի կանանց խմբերում կմախքի ախտահարման հաջորդ հիմնական հատվածն են հանդիսացել ողնաշարի գոտկային շրջանն ու ազդրի պրոքսիմալ հատվածը միաժամանակ, որի հաճախականությունը տատանվել է 15,4%-30% սահմաններում: Առավել հազվադեպ դիտվել է միայն ազդրի պրոքսիմալ հատվածի ախտահարում 40-44 և 45-49 տարեկանում ԴԴ թևակոխած կանանց խմբերում մեկական դեպք (7,7% և 7,1% համապատասխանաբար) (աղ. 8):

Աղյուսակ 8

Կմախքի ՕՁ-ով ախտահարման շրջաններն հետազոտված կանանց խմբերում ըստ ԴԴ-ի տարիքի

Կմախքի ՕՁ-ով* ախտահարման շրջանը	ԴԴ-ի տարիք							
	մինչև 40տ		40-44 տ		45-49տ		50տ և ավել	
	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%
Ողնաշարի L1-L4 շրջան	7	70	10	76,9	10	71,4	7	77,8
Ազդր	-	-	1	7,7	1	7,1	-	-
Ողնաշարի L1-L4 շրջան և ազդր	3	30	2	15,4	3	21,4	2	22,2

* - վերլուծության մեջ ընդգրկված չեն օստեոպորոտիկ կոտրվածքներով կանանց T-ցուցիչի տվյալները

Երբ վերլուծվեցին կմախքի երեք հատվածների ախտահարման հաճախականության վերաբերյալ տվյալներն ըստ վիրահատության ծավալի, ապա պարզվեց, որ ՕՊ-ով կանանց խմբում առանց հավելումների հիստերեկտոմիան ուղեկցվում է զատ-զատ ողնաշարի գոտկային շրջանի ու ազդրի ախտահարման նույն հաճախականությամբ՝ 50% (աղ. 9): Մեկ և երկու հավելումներով հիստերեկտոմիայով կանանց մոտ ՕՊ-ով ախտահարման հիմնական հատվածն են հանդիսացել ազդրը (50% և 41,7% համապատասխանաբար) և ողնաշարն ու ազդրը

միաժամանակ (14,3% և 22,9% համապատասխանաբար): ՕԶ-ով կանանց խմբերում ըստ վիրահատության ծավալի ողնաշարի ախտահարման հիմնական հատվածն է հանդիսացել ողնաշարը (աղ. 10): Եթե առանց հավելումների հիստերեկտոմիայով և ՕԶ-ով կանանց խմբում բոլոր կանանց մոտ (100%) կմախքի ախտահարման միակ հատվածն է հանդիսացել ողնաշարը, ապա մեկ հավելումով հիստերեկտոմիայով կանանց և՛ ողնաշարը (90%) և՛ ազդրը (10%), մինչդեռ երկու հավելումներով հիստերեկտոմիայով կանանց խմբում արդեն դիտվում է ողնաշարի երեք հատվածների ախտահարում: Ողնաշարի գոտկային շրջանի ախտահարում արձանագրվել է 66,7%, ողնաշարի և միաժամանակ ազդրի՝ 27,3% և միայն ազդրի ՕԶ՝ 6,1% դեպքերում (աղ. 10): Փաստորեն, եթե առանց հավելումների հիստերեկտոմիայի ժամանակ դիտվում է միայն ողնաշարի գոտկային հատվածի ախտահարում, ապա մեկ հավելումով հիստերեկտոմիան արդեն բերում է նաև ՈՀԽ նվազման ազդրի շրջանում, իսկ երկու հավելումներով հիստերեկտոմիան ուղեկցվում է կմախքի բոլոր հատվածների ՈՀԽ նվազմամբ:

Աղյուսակ 9

Կմախքի տարբեր շրջանների ՕՊ-ով ախտահարման հաճախականությունն ըստ վիրահատության ծավալի

Կմախքի ՕՊ-ով ախտահարման շրջաններ	Վիրահատության ծավալը					
	առանց հավելումների հիստերեկ- տոմիա		մեկ հավելումով հիստերեկ- տոմիա		երկու հավելումով հիստերեկ- տոմիա	
	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%
Ողնաշարի L1-L4 շրջան	4	50	5	35,7	18	37,5
Ազդր	4	50	7	50	20	41,7
Ողնաշարի L1-L4 շրջան և ազդր	-	-	2	14,3	11	22,9

Ուշադրության է արժանի այն փաստը, որ ըստ վիրահատության ծավալի դրսևորվել է նվազագույն վնասվածքի հետևանքով կոտրվածքների հաճախության մեծացման միտում: Այսպես, եթե առանց հավելումների հիստերեկտոմիայով կանանցից կոտրվածք է ունեցել մեկ կին (14,3%), ապա մեկ և երկու հավելումով հիստերեկտոմիա կրած կանանցից 2-ը (22,2%) և 10-ը (23,3%) համապատասխանաբար:

ՕՊ-ի և ՕԶ-ի հաճախականության վերաբերյալ ստացված տվյալները վիրաբուժական ԴԴ-ով կանանց խմբում հիմնավորում են նման կանանց շրջանում վաղ կանխարգելիչ և բուժական և միջոցառումների իրականացման անհրաժեշտությունը:

Աղյուսակ 10

Կմախքի տարբեր շրջանների ՕԶ-ով ախտահարման հաճախականությունն ըստ վիրահատության ծավալի

Կմախքի շրջաններ	Վիրահատության ծավալը					
	առանց հավելումների հիստերեկտոմիա		մեկ հավելումով հիստերեկտոմիա		երկու հավելումով հիստերեկ- տոմիա	
	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%	բաց. թիվ	%
Ողնաշարի L1-L4 շրջան	6	100	6	90	22	66,7
Ազդր	-	-	1	10	9	27,3
Ողնաշարի L1-L4 շրջան և ազդր	-	-	-	-	2	6,1

Այսպիսով, ստացված տվյալները վկայում են, որ

- ոսկրերի ցածր հանքային խտությունն արձանագրվում է վիրաբուժական դաշտանադադարով կանանց 80,7%-ի մոտ,

- ՕԶ արձանագրվում է վիրաբուժական դաշտանադադարով կանանց 36,3%-ի մոտ,

- ԴԴ-ի տևողության մեծացմանը զուգահեռ արձանագրվում է ՕԶ-ի հաճախականության մեծացում 30,5%-ից հասնելով 69,5%-ի ԴԴ-ի մինչև 5տ և 5տ ու ավել տևողությամբ կանանց խմբերում համապատասխանաբար,

- ՕԶ դիտվում է երկու հավելումներով հիստերեկտոմիա կրած կանանց 72,9%-ի մոտ,

- կմախքի ՕԶ-ով ախտահարման հիմնական շրջանը վիրաբուժական դաշտանադադարով կանանց մոտ հանդիսանում է ողնաշարը (73,9%),

- երկու հավելումներով հիստերեկտոմիան ընթանում է կմախքի բոլոր երեք շրջանների (ողնաշարի գոտկային, ողնաշարի գոտկային և միաժամանակ ազդրի ու միայն ազդրի) ՈՀԽ նվազմամբ:

Поступила 22.05.13

Частота различных показателей минеральной плотности костной ткани у женщин с хирургической менопаузой

К.К. Арустамян, Р.Ж. Варданян

Целью данной работы явилась оценка частоты различных величин минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у женщин с хирургической менопаузой. Были обследованы женщины в возрасте от 39 до 70 лет (n=161) с хирургической менопаузой. Выявлена низкая МПКТ у 80,7% женщин, а остеопороз был диагностирован у 36,6%. Установлено увеличение частоты остеопороза от 30,5 до 69,5% в зависимости от длительности менопаузы (до 5 лет и 5 лет и больше). В основном при остеопорозе наблюдалось поражение позвоночника (73,9%) у женщин с хирургической менопаузой. Остеопороз был диагностирован у 73,9% женщин, перенесших гистерэктомию с двусторонней оофорэктомией, у которых наблюдалось снижение МПКТ во всех трех областях (позвоночник, бедро и бедро вместе с позвоночником) скелета. Полученные данные подчеркивают необходимость выделения и выявления групп высокого риска остеопороза с целью профилактики и своевременной терапии.

The frequency of different values of bone mineral density in women with surgical menopause

K.K. Arustamyan, H.J. Vardanyan

The aim of this study was to evaluate the frequency of different values of bone mineral density (BMD) in women with surgical menopause. For this purpose we examined 161 women, aged 39-70 years, with surgical menopause. A low BMD was established in 80,7% of the women. Osteoporosis was diagnosed in 36,6% of women. Depending on the duration of the menopause (5 years or more than 5 years), an increase in the frequency of osteoporosis from 30,5% to 69,5% has been established. The main area of the skeletal osteoporosis was spine (73,9%). Osteoporosis was diagnosed in 73,9% of women with hysterectomy and bilateral oophorectomy. In patients with hysterectomy and bilateral oophorectomy a decrease of BMD was registered in all sites of skeleton (lumbar part of spine, hip, spine and hip simultaneously). These data emphasize the necessity of identification of patients with high risk of osteoporosis for its prevention and timely treatment.

Գրականություն

1. Кочеткова Е.А., Узай Л.Г., Майстровская Ю.В. и соавт. Состояние минеральной плотности костной ткани у женщин с гиперлипидемиями. Бюл. физиологии и патологии дыхания, 2007, 25, с. 32-35.
2. Лесняк О.М., Беневоленская Л.И. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации, М., 2009.
3. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях. М., 2001.
4. Серов В. Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. М., 2004.
5. Сметник В.П. Климактерические расстройства и методы их коррекции. Consilium Medicum, 2007, 6. <http://www.consiliummedicum.com/magazines/cm/medicum/article/13403>.
6. Сметник В.П., Ильина Л.М. Особенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин и роль половых гормонов. Проблемы репродукции, 2008, 2, с. 80-87.
7. Bilezikian J., Raisz L.G., John Martin T. Principles of Bone Biology. 3-rd edition. Academic Press, USA, 2008.
8. Gallagher J.C. Effect of early menopause on bone mineral density and fractures. Menopause, 2007 May-Jun; 14(3 Pt 2):567-71.
9. WHO Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO Technical Report Series 843, Geneva, 1994.