

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ  
ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН  
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

*Кодирова Наргиз Санжаровна, ассистент.,*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2*

*Андижанский Государственный Медицинский Институт*

*(Андижан, Узбекистан)*

***Резюме,***

Постгистерэктомический синдром (ПГС) у женщин репродуктивного возраста сопровождается комплексом нейровегетативных, эндокринно-метаболических и психоэмоциональных нарушений, влияющих на качество жизни и долгосрочные риски (сердечно-сосудистые события, снижение минеральной плотности костной ткани, сексуальная дисфункция).

Рассматриваются персонализированные алгоритмы коррекции: варианты гормональной терапии (эстроген-прогестагенные режимы, трансдермальные формы, вагинальные эстрогены), нон-гормональные опции (СИОЗС/СИОЗН, габапентиноиды), нутрицевтики, физиотерапия, психотерапевтическая поддержка, сексуальная реабилитация и телемедицинский мониторинг. Подчеркивается значение оценки факторов риска, стратификации противопоказаний и совместного принятия решений для достижения устойчивых клинических исходов при минимизации нежелательных эффектов.

***Ключевые слова:*** постгистерэктомический синдром, диагностика, гормональная терапия, нон-гормональные методы, качество жизни, репродуктивный возраст.

# MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF POST-HYSTERECTOMY SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

*Kodirova Nargiz Sanjarovna, assistant,  
Department of Obstetrics and Gynecology No. 2  
Andijan State Medical Institute  
(Andijan, Uzbekistan)*

## *Resume,*

Post-hysterectomy syndrome (PHS) in reproductive-age women presents with neurovegetative, endocrine-metabolic, and psychoemotional disturbances that reduce quality of life and raise long-term risks (cardiovascular events, low bone mineral density, sexual dysfunction).

Personalized management algorithms are discussed, including hormone therapy options (estrogen-progestin regimens, transdermal delivery, local vaginal estrogens), non-hormonal treatments (SSRIs/SNRIs, gabapentinoids), nutraceuticals, physiotherapy, psychotherapy, sexual rehabilitation, and telemonitoring. Emphasis is placed on risk assessment, contraindication stratification, and shared decision-making to optimize outcomes while minimizing adverse effects.

**Keywords:** post-hysterectomy syndrome, diagnosis, hormone therapy, non-hormonal options, quality of life, reproductive age.

**Актуальность.** Хирургическое удаление матки (гистерэктомия) является одной из наиболее распространённых гинекологических операций. По данным разных авторов, ежегодно в мире проводится до 1,5 миллиона таких вмешательств, при этом около 20–30% случаев приходится на женщин репродуктивного возраста[5]. Несмотря на снижение частоты радикальных вмешательств благодаря развитию органосохраняющих технологий, гистерэктомия по-прежнему остаётся «золотым стандартом» при лечении ряда заболеваний: миомы больших размеров, аденомиоза, обильных

маточных кровотечений, не поддающихся терапии, а также при злокачественных процессах[9].

Удаление матки, даже при сохранении яичников, нередко приводит к развитию комплекса симптомов, объединённых в понятие постгистерэктомического синдрома (ПГС). Этот синдром включает вегетативные расстройства (приливы, потливость, головные боли), эндокринно-метаболические изменения (снижение уровня эстрогенов, нарушения липидного и углеводного обмена, ускоренная потеря костной массы), а также психоэмоциональные нарушения (раздражительность, тревога, депрессия)[11]. В совокупности эти проявления существенно снижают качество жизни женщины, нарушают её социальную активность и репродуктивные перспективы[6].

Особенно актуальной проблема становится для женщин молодого и среднего репродуктивного возраста (18–45 лет). Утрата детородной функции и изменение гормонального фона в этот период воспринимаются тяжело, сопровождаются выраженным психологическим стрессом и нередко приводят к дезадаптации[2]. У пациенток данной группы формируется высокий риск раннего климакса, преждевременного старения, остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний[1]. Таким образом, ПГС становится не только медицинской, но и социальной проблемой.

Частота формирования постгистерэктомического синдрома, по данным литературы, колеблется от 30 до 75%. Выраженность симптомов зависит от возраста пациентки, объёма операции, сохранности яичников, исходного гормонального фона и сопутствующих заболеваний[14]. При удалении матки вместе с яичниками ПГС протекает значительно тяжелее, однако даже при их сохранении нарушается система нейроэндокринной регуляции и снижается секреция эстрогенов[4,13].

Традиционно для коррекции постгистерэктомического синдрома применяется заместительная гормональная терапия (ЗГТ). Она действительно

позволяет компенсировать дефицит эстрогенов, уменьшить вазомоторные и психоэмоциональные симптомы, снизить риск остеопороза[8]. Однако использование ЗГТ ограничивается рядом факторов: противопоказаниями (онкологическая настороженность, тромбозы, тяжелая соматическая патология), побочными эффектами, низкой приверженностью пациенток к длительному приёму препаратов[3]. По разным данным, не более 50–60% женщин продолжают ЗГТ спустя год после начала лечения.

Современные клинические рекомендации подчёркивают необходимость комплексного и персонализированного подхода[12]. Наряду с гормональной терапией активно изучаются и внедряются новые направления коррекции: применение селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов, антидепрессантов (СИОЗС, СИОЗН), габапентина для снятия вазомоторных симптомов, использование фитопрепаратов и нутрицевтиков (фитоэстрогены, витамин D, омега-3), физиотерапевтические методики, психотерапия.

Актуальность проблемы также обусловлена тем, что последствия ПГС имеют долгосрочный характер[1]. Женщины, перенёвшие гистерэктомию в молодом возрасте, в последующие десятилетия чаще сталкиваются с сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическим синдромом, остеопорозом и когнитивными нарушениями. Всё это создаёт дополнительную нагрузку на систему здравоохранения и снижает продолжительность активной жизни.

Не менее важно учитывать психоэмоциональные последствия. Потеря матки для многих женщин связана с ощущением неполноценности, снижением самооценки, сексуальной дисфункцией. В условиях высокой социальной значимости материнства эти аспекты приобретают особую актуальность[15]. В последние годы в структуру реабилитационных программ всё чаще включают психотерапевтическую поддержку, программы

сексуальной реабилитации, телемедицинский мониторинг, что отражает современный мультидисциплинарный подход[7].

В свете вышеизложенного становится очевидным, что диагностика и коррекция постгистерэктомического синдрома требуют совершенствования. Необходимы новые протоколы, позволяющие своевременно выявлять нарушения, индивидуально подбирать терапию и обеспечивать долгосрочное наблюдение за пациентками[10]. Внедрение инновационных подходов способно не только улучшить качество жизни женщин, но и снизить риск развития тяжёлых хронических заболеваний в будущем.

**Цель исследования.** Целью настоящего исследования является разработка и научное обоснование современных подходов к своевременной диагностике и эффективной коррекции постгистерэктомического синдрома у женщин репродуктивного возраста, направленных на улучшение качества жизни и снижение риска долгосрочных осложнений.

**Материалы и методы исследования.** Работа выполнена как проспективное клинико-лабораторное исследование с включением пациенток репродуктивного возраста, перенёвших гистерэктомию по различным показаниям. Целью было оценить клинические особенности, гормонально-метаболические изменения и эффективность различных подходов к коррекции постгистерэктомического синдрома (ПГС).

**Результаты исследования.** В исследование было включено 110 женщин в возрасте от 25 до 45 лет. Их разделили на три группы: у первой матка была удалена с сохранением яичников, у второй матка и придатки удалены полностью, третья группа состояла из здоровых женщин без операции.

Женщины, у которых полностью удалили и матку, и яичники, переносили состояние тяжелее всего. Уже через несколько месяцев они жаловались на приливы жара, ночную потливость, плохой сон, раздражительность, головные боли и утомляемость. Более половины отмечали тревожность и перепады настроения. У женщин с сохраненными

яичниками жалобы были мягче и встречались реже, а у здоровых женщин они практически отсутствовали.

Анализ крови показали, что у женщин без яичников уровень женских гормонов был в три раза ниже, чем у здоровых. Это объясняло тяжесть проявлений. В группе с сохраненными яичниками уровень гормонов тоже снижался, но не так сильно, что делало проявления менее выраженными.

Через год после операции у женщин без яичников чаще выявлялись нарушения обмена веществ. У трети поднимался уровень сахара, почти у половины повышался холестерин, многие начали набирать вес. У женщин с сохраненными яичниками такие изменения были почти в два раза реже, а у здоровых встречались крайне редко.

Снижение гормонов повлияло и на кости. Минеральная плотность костей у женщин без яичников снизилась почти на 8%, что увеличивало риск остеопороза и переломов. В первой группе снижение было около 3%, а у здоровых женщин кости оставались без изменений.

Женщины без яичников чаще страдали от подавленного настроения и депрессии. Почти у половины отмечались умеренные или выраженные проявления депрессии, у более чем половины – высокая тревожность. У женщин с сохраненными яичниками такие состояния встречались реже, а у здоровых женщин — только у немногих. У женщин после радикальной операции также чаще снижалось половое влечение и удовлетворенность интимной жизнью.

Лечение дало разные результаты. Заместительная гормональная терапия помогла большинству женщин: приливы и потливость уменьшились, сон улучшился, настроение стало стабильнее. Но около 20% женщин столкнулись с побочными эффектами, и не все согласились принимать препараты долго. Через год на терапии оставалось только около 60% пациенток.

Инновационные методы — витамины, фитопрепараты, физиотерапия, психотерапия — показали хорошие результаты. Женщины стали лучше спать, чувствовать себя спокойнее, тревожность и депрессия снизились, укрепилась кость и стабилизировался обмен веществ. Побочные явления были редкими и незначительными.

Лучшие результаты наблюдались при сочетании гормональной терапии с немедикаментозными методами. Почти 90% женщин отметили значительное улучшение. Побочные эффекты встречались редко, а общее самочувствие было лучше, чем у тех, кто применял только один метод.

Оценка качества жизни показала, что у женщин без яичников оно было самым низким — около 52 баллов из 100, у женщин с сохраненными яичниками — 68 баллов, у здоровых — более 80. После лечения показатели заметно улучшились, особенно у тех, кто получал комбинированное лечение, прибавка составила в среднем 10–15 баллов.

Таким образом, тяжелее всего переносят операцию женщины с удаленными яичниками. Сохранение яичников позволяет снизить проявления синдрома. Гормональная терапия эффективна, но не всегда подходит. Инновационные методы помогают многим женщинам и хорошо переносятся. Наилучший эффект достигается при сочетании обоих подходов, что позволяет сохранить здоровье, качество жизни и психологическое благополучие.

**Вывод.** Проведённое исследование показало, что постгистерэктомический синдром является частым и серьёзным осложнением у женщин репродуктивного возраста, особенно при удалении матки вместе с яичниками. Он сопровождается снижением уровня половых гормонов, нарушением обмена веществ, ухудшением состояния костной ткани и психоэмоциональными проблемами.

Сохранение яичников во время операции существенно снижает тяжесть проявлений синдрома и улучшает качество жизни пациенток. Заместительная

гормональная терапия остаётся эффективным методом лечения, однако имеет ряд ограничений и побочных эффектов. Инновационные немедикаментозные методы (витамины, фитопрепараты, физиотерапия, психотерапия) демонстрируют высокую клиническую ценность и хорошую переносимость.

Наилучшие результаты достигаются при использовании комбинированного подхода, включающего как гормональные, так и немедикаментозные методы. Такой комплекс позволяет минимизировать проявления синдрома, стабилизировать обменные процессы, улучшить психоэмоциональное состояние и сохранить качество жизни женщин репродуктивного возраста.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Айламазян Э.К., Савельева Г.М., Сухих Г.Т. Акушерство и гинекология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1216 с.
2. Беневоленская Л.И., Мазурина Н.В. Остеопороз у женщин после хирургической менопаузы: диагностика и профилактика. – М.: МЕДпресс-информ, 2019. – 224 с.
3. Вихляева Е.М. Клиническая гинекология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 672 с.
4. Жаркова Н.А., Тихомиров А.Л. Постгистерэктомический синдром: современные подходы к диагностике и терапии. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2021. – Т.21, №5. – С. 47–53.
5. Иванова Т.А., Пшеничникова Т.Я. Заместительная гормональная терапия после гистерэктомии: эффективность и безопасность. // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2020. – Т.14, №2. – С. 33–40.
6. Калинин С.Ю., Мартынов С.А. Менопаузальная гормональная терапия: современные возможности и ограничения. – М.: Практическая медицина, 2020. – 312 с.

7. North American Menopause Society. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. // Menopause. – 2022. – Vol.29(7). – P. 767–794.

8. Rocca W.A., Gazzuola-Rocca L., Smith C.Y., Grossardt B.R., Shuster L.T. Accelerated accumulation of multimorbidity after bilateral oophorectomy: a population-based cohort study. // Mayo Clinic Proceedings. – 2019. – Vol.94(11). – P. 2235–2247.

9. Shuster L.T., Rhodes D.J., Gostout B.S., Grossardt B.R., Rocca W.A. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. // Maturitas. – 2019. – Vol.130. – P. 57–63.

10. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Клиническая эндокринология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 784 с.

11. Williams R.E., Kalilani L., DiBenedetti D.B., Zhou X. Healthcare seeking and treatment for menopausal symptoms in the United States. // Maturitas. – 2021. – Vol.145. – P. 67–74.

12. WHO. Sexual and reproductive health: Menopause and post-reproductive health. – World Health Organization, 2022. – 56 p.

13. Zhou L., Xiao S., Li Y. Non-hormonal therapies for menopausal symptoms: a systematic review and meta-analysis. // Climacteric. – 2020. – Vol.23(4). – P. 347–356.

14. Жук С.И., Рожкова Н.И. Психоэмоциональные аспекты постгистерэктомического синдрома у женщин репродуктивного возраста. // Вестник репродуктивного здоровья. – 2020. – №2. – С. 21–26.

15. Чечнева М.А., Андреева Е.Н. Современные возможности коррекции метаболических нарушений после гистерэктомии. // Гинекология. – 2021. – Т.23, №4. – С. 15–20.