

## Постгистерэктомический синдром: клинические проявления и методы их коррекции

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

**Резюме.** Представлены результаты частоты возникновения постгистерэктомического синдрома и выраженности его проявлений в зависимости от объема оперативного вмешательства и возраста пациенток. Установлено, что постгистерэктомический синдром – это клинический симптомокомплекс, – развивающийся после гистерэктомики с сохранением одного или двух яичников, характеризующийся психовегетативными и метаболическими нарушениями. Он резко снижает качество жизни женщины. При этом частота выпадения функции яичников достигает 62,6%, нейровегетативные проявления преобладают у 65%, психовегетативные – у 30%, обменно-эндокринные – у 5%.

Патогенетически обоснованной считают заместительную гормональную терапию, с её помощью быстро купируются как психовегетативные, так и вегетососудистые проявления постгистерэктомического синдрома, не развиваются метаболические нарушения. При правильном учете всех факторов эффективность заместительной гормональной терапии может достигать 80–90%. Показано, что матку необходимо рассматривать не просто как вместилище для плода и орган, обеспечивающий роды, но и как эндокринный орган с важным системным значением.

Объем и метод хирургического вмешательства, направленного на удаление матки, должен быть обоснован клинически и выбран индивидуально. Женщин необходимо информировать о предполагаемом объеме хирургического лечения, возможных последствиях, методах их предотвращения и коррекции.

**Ключевые слова:** гистерэктомика, постгистерэктомический синдром, хирургическая менопауза, заместительная гормональная терапия, гипоестрогения, метаболический синдром, остеопороз.

**Введение.** По данным ВОЗ, к 2015 г. 46% населения Земли будут составлять женщины после 45 лет. Актуальность проблем в этой возрастной группе определяется не только широким распространением заболеваний женской половой сферы, но и сформировавшимся сегодня у многих гинекологов радикальным подходом к объему гинекологических операций. Последствия гистерэктомики и их причины активно обсуждаются в литературе на протяжении многих лет.

Постгистерэктомический синдром (ПГЭС) – клинический симптомокомплекс, развивающийся после гистерэктомики (ГЭ) с сохранением одного или двух яичников, характеризующийся психовегетативными и метаболическими нарушениями. ПГЭС резко снижает качество жизни женщины. При этом частота выпадения функции яичников колеблется от 20 до 80% и зависит от возраста пациентки, преморбидного фона, характера сопутствующей патологии (сахарный диабет, тиреотоксический зоб), объема операции (после экстирпации матки в 1,7 раза чаще), особенностей кровоснабжения яичников.

Причиной формирования гипоестрогении при ПГЭС считают нарушение микроциркуляции яичников и развитие острой ишемии в результате исключения из их кровоснабжения ветвей маточных артерий. После операции изменяется архитектура внутриорганных сосудов яичников, страдает интраовариальный кровоток, нарастают венозный застой и лимфостаз,

более выраженные в строме, преобладают ановуляторные циклы. Ишемизация яичников ускоряет дегенеративные и атрофические процессы, приводит к угасанию овуляторной и гормонопродуцирующей функции [5].

Выраженность структурно-функциональных изменений яичников зависит от исходного типа их кровоснабжения: с преобладанием ветви маточной артерии (38%), яичниковой (11%) и равномерным кровоснабжением за счёт этих двух ветвей (51%). С позиций современной гинекологической эндокринологии показано, что существует 7 кислородозависимых энзимных ступеней при превращении холестерина в эстрадиол и лишь 3 – при превращении в прогестерон. Таким образом, данная ситуация приводит к тому, что для построения одной молекулы эстрадиола необходимо в 8 раз больше молекул кислорода, чем при построении одной молекулы прогестерона, в связи с чем становится ясно, почему при возникающей ишемии резко падает продукция эстрогенов [10].

Известно, что миома матки, наличие которой – одно из самых частых показаний к ГЭ, является местом локальной гиперэстрадиолемии, и одномоментное удаление этого депо эстрогенов приводит к резкому изменению сформировавшегося гормонального баланса, что ведет к срыву адаптационно-приспособительных механизмов в организме. Понятно, что оставшиеся яичники в условиях цир-

куляторной ишемии и поврежденной в результате хирургического вмешательства иннервации не в состоянии восполнить дефицит эстрогенов.

**Цель исследования.** Изучить частоты возникновения ПГЭС и выраженность его проявлений в зависимости от объема оперативного вмешательства и возраста пациенток.

**Материалы и методы.** Обследованы 115 пациенток клиники акушерства и гинекологии им. А.Я. Крассовского Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, перенесших ГЭ в 2007–2009 гг. Средний возраст обследованных составил 50,2±2,3 лет. Из них 75 (65%) пациенткам была выполнена субтотальная ГЭ, 40 (35%) – тотальная. Основным показанием к оперативному вмешательству явились: миомы матки – у 82 (71%), цистаденома яичников – у 20 (17%), аденомиоз – у 7 (6%) и эндометриоз – у 6 (5%) пациенток.

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что в обследованной группе после ГЭ частота выпадения функции яичников достигла 62,6%, нейровегетативные проявления были у 65% пациенток, психоэмоциональные – у 30%, обменно-эндокринные – у 5%. Ю.Э. Доброхотова [1] связывает появление нейровегетативной симптоматики с исчезновением афферентной импульсации от эндометрия. В связи с этим расширение объема операции до полного удаления матки делает проявляющиеся симптомы более выраженными. Кроме того, ненарушенная интерорецепция влагалищных сводов делает эмоциональный и сексуальный исход субтотальной ГЭ более благоприятным.

На фоне гипозестрогении в центральной нервной системе снижается биосинтез нейротрансмиттеров, изменяются нейровегетативные, эмоционально-поведенческие реакции, извращаются кардиоваскулярные, респираторные, температурные реакции на внешнее воздействие. С течением времени после операции частота обменно-эндокринных нарушений возрастает, психоэмоциональные расстройства сохраняются длительное время, а нейровегетативные проявления уменьшаются на 50% уже через 0,5–1,5 года.

Наиболее выраженные клинические проявления характерны для женщин, перенесших ГЭ в перименопаузу, когда еще только началась гормональная перестройка организма, и одномоментное выключение функции яичников ведет к выраженным вегетососудистым и психоэмоциональным расстройствам [10]. Нейровегетативную симптоматику можно наблюдать у больных, предъявляющих жалобы на плохую переносимость высокой температуры, приступы сердцебиения в покое, зябкость, ознобы, чувство онемения и ползания мурашек, «приливы», нарушение сна, вестибулопатии, повышенную потливость, склонность к отёкам, транзиторную гипертензию.

Психоэмоциональные проявления выражены обычно в виде астенической депрессии с харак-

терными жалобами на сильную утомляемость, снижение работоспособности, вялость, выраженную слабость, повышенную слезливость. У 25% больных развивается чувство тревоги, сопровождающееся немотивированным страхом внезапной смерти. Прекращение менструальной и детородной функции в репродуктивном возрасте нередко воспринимается как утрата женственности, молодости, появляется чувство страха, боязнь распада семьи, оценка себя как неполноценного сексуального партнёра. Депрессию диагностируют у 40% больных (увеличение ее уровня происходит к 5 году после операции) [2].

Чем моложе пациентка, подвергшаяся ГЭ, тем быстрее развивается менопаузальный метаболический синдром, включающий артериальную гипертензию, абдоминальное ожирение, нарушения углеводного и липидного обменов. [9]

При хирургической менопаузе, в том числе при ГЭ с сохранением обоих яичников, в 2 раза увеличивается риск ишемической болезни сердца (ИБС) по сравнению с женщинами того же возраста в пременопаузе. Вероятность смерти от ИБС составляет 38%. С наступлением менопаузы увеличивается уровень сывороточного железа и происходит его накопление в миокарде, что дает кардиотоксический эффект (это объясняет высокую заболеваемость ИБС мужчин, не теряющих ежемесячно кровь) [6, 8].

О.В. Макаров с соавт. [6] указывает на то, что после удаления матки без овариэктомии или с односторонней аднексэктомией усугубляется течение артериальной гипертонии, если она имела место до менопаузы, возрастает риск дебюта повышения артериального давления. Некоторые врачи отмечают увеличение частоты артериальной гипертензии (АГ) в 4,4 раза. Так, частота АГ в популяции для 35–44-летних женщин составляет 15–18%, после ГЭ – уже 46,7%.

В развитых странах диагноз остеопороз имеют 25–40% женщин в постменопаузальном периоде. У женщин в среднем до 35 лет, то есть до возраста наиболее активной функции яичников, процессы минерализации костной ткани осуществляются с заметным преимуществом формирования над резорбцией, что приводит к достижению так называемой пиковой костной массы. После чего начинает преобладать процесс резорбции, и с этого времени женщины начинают терять около 0,5% костной ткани в год. Известно, что кости становятся хрупкими при потере 20–30% костной ткани, если бы потери костной ткани происходили с такой же скоростью, то запаса костной прочности хватило бы практически на всю жизнь, но после наступления менопаузы, уже в пре- и перименопаузе, скорость потери костной массы увеличивается до 1–3% в год и за 5–10 лет такой ускоренной потери может быть достигнута критически низкая плотность костной ткани, что приводит к переломам. К 70 годам каждая третья женщина имеет один характерный для остеопороза перелом.

Наиболее типичные места переломов, связанных с остеопорозом – лучевой кости в «типичном» месте, а в более позднем возрасте – шейки бедра, приводящие к тяжелой инвалидности, компрессионные переломы позвонков. [3]

При овариэктомии в молодом возрасте женщина иногда не успевает достичь своей пиковой массы и начинает терять костную ткань с более низкого исходного уровня. Через 1,5 года после операции у 57% обследованных женщин были отмечены признаки урогенитальной атрофии: сухость во влагалище, затрудняющая половую жизнь, зуд, недержание мочи. Сухость может усугубляться отсутствием матки и, следовательно, продукции слизи цилиндрическим эпителием шейки матки и эндометрия.

Установлено, что лечение ПГЭС зависит от степени его выраженности и длительности течения. Патогенетически обоснованной считают заместительную гормональную терапию (ЗГТ), с её помощью быстро купируются как психоэмоциональные, так и вегетососудистые проявления ПГЭС, не происходит развитие метаболических нарушений. Однако ЗГТ имеет широкий спектр противопоказаний и сопряжена с рядом осложнений [2, 10, 11]. При правильном учете всех факторов эффективность ЗГТ может достигать 80–90%.

При назначении ЗГТ необходимо углубленно информировать женщин о последствиях перенесенной операции, о влиянии половых гормонов на организм в целом, об эффективности и безопасности гормональной терапии при правильном подборе препарата, что снижает частоту побочных эффектов, может улучшить качество жизни и уменьшить время социальной реабилитации женщин.

В раннем послеоперационном периоде предпочтительно применение парентеральных препаратов ЗГТ, что позволяет снизить применяемую дозу и риск тромботических осложнений. В этом периоде чаще используют эстрогенсодержащие пластыри (эстрадерм и климакс) и гели (дивигель).

Длительность применения ЗГТ при лечении климактерических нарушений составляет 1–2 года, если после прекращения терапии симптомы возобновляются, начинают следующий цикл терапии. Это же лечение является одновременно профилактикой урогенитальной атрофии. Низкая минеральная плотность костной ткани может служить показанием для длительной, не менее 5–7 лет, терапии эстрогенами. [11]

При преобладании психоэмоциональной симптоматики следует рекомендовать седативные препараты (валериана, трава пустырника и др.), транквилизаторы (феназепам, диазепам, лоразепам и др.) и антидепрессанты (тианептин, моклобемид, флуоксетин, амитриптилин). [4]

Приём препаратов ЗГТ требует назначения дезагрегантов (ацетилсалициловая кислота, дипиридабол) и венопротекторов (анавенол, рутозид, эскузан, детралекс и др.) с целью профилактики тромботических осложнений.

У женщин, в отношении которых имеются противопоказания к назначению ЗГТ, применяются растительные и гомеопатические препараты: климактоплан, ременс, климадинон, климакт-хель, сигетин. Эти препараты положительно влияют на вегетососудистые и нейропсихические проявления, но не предотвращают развитие патологии сердечно-сосудистой, костной, урогенитальной систем [7].

У пациенток с лёгкой и средней степенью тяжести ПГЭС целесообразно назначение физиотерапевтического лечения, улучшающего микроциркуляцию органов малого таза и воротниковой зоны, проведение электрофореза, транскраниальной электростимуляции по седативной методике, гальванизации шейно-лицевой области.

### Выводы

1. Матку необходимо рассматривать не просто какместилище для плода и орган, обеспечивающий роды, но и как эндокринный орган с важным системным значением.

2. Объем и метод хирургического вмешательства, направленного на удаление матки, должен быть обоснован клинически и выбран индивидуально.

3. Женщин необходимо информировать о предполагаемом объеме хирургического лечения, возможных последствиях, методах их предотвращения и коррекции.

### Литература

1. Доброхотова, Ю.Э. Ливиял в лечении синдрома постгистерэктомии / Ю.Э. Доброхотова // Гинекология. – 2002. – № 4. – С. 181–182.
2. Доброхотова, Ю.Э. Психоэмоциональный и гормональный статус женщин после гистерэктомии без придатков / Ю.Э. Доброхотова // Росс. мед. журн. – 2000. – № 4. – С. 25–28.
3. Долецкая, Д.В. Оценка качества жизни у больных с миомой матки после различных видов хирургического лечения / Д.В. Долецкая [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 1. – С. 10–13.
4. Каменецкая, Г.Я. Терапия депрессивных нарушений при хирургической менопаузе / Г.Я. Каменецкая // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 37–40.
5. Краснополяский, В.И. Хирургическая менопауза (клиническая лекция) / В.И. Краснополяский, Т.И. Рубченко // Проблемы репродукции. – 1998. – № 5. – С. 76–80.
6. Макаров, О.В. Функциональное состояние яичников и метаболические изменения у женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии / О.В. Макаров, Ю.Э. Доброхотова, Т.А. Чернышенко // Росс. мед. журн. – 1998. – № 6. – С. 26–29.
7. Манушарова, Р.А. Хирургическая менопауза / Р.А. Манушарова, Э.И. Черкезова // Диабет. образ жизни. – 2006. – № 6. – С. 60–63.
8. Подзолков, В.И. Гистерэктомия как триггер эволюции метаболического синдрома / В.И. Подзолков [и др.] // Росс. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 6. – С. 60–64.
9. Подзолкова, Н.М. Формирование метаболического синдрома после гистерэктомии и возможность его профилактики / Н.М. Подзолкова [и др.] // Гинекология. – 2004. – № 4. – С. 167–169.
10. Сметник, В.П. Руководство по климактерию / В.П. Сметник, В.И. Кулаков. – М.:Мед. инф. Агенство, 2001. – 685 с.

11. Цвелев, Ю.В. Фемостон в заместительной гормональной терапии ранних и поздних климактерических расстройств у больных с постовариэктомическим синдромом опери-

рованных в переходном возрасте / Ю.В. Цвелев [и др.] // Журн. акуш. и женских болезней. – 2002. – № 3. – С. 90–93.

---

D.I. Gaivoronskih, A.A. Koval, V.G. Skvortsov

### **Posthysterectomy syndrome: clinical symptoms and ways of correction**

**Abstract.** We represented the results of the incidence and severity of the posthysterectomy syndrome, its manifestations depending on the extent of surgical intervention and the age of patients. It is proved that posthysterectomy syndrome is a clinical syndrome that develops after hysterectomy with conservation of one or both ovaries, it is characterized by psychovegetative and metabolic disorders. It sharply reduces the quality of life of women. The frequency of loss of ovarian function reaches 62.6%, neurovegetative symptoms predominate in 65%, psycho-emotional syndromes in 30%, metabolic-endocrine syndromes - in 5%.

Hormone replacement therapy is considered to be pathogenetically substantiated, it can quickly cease both the psycho-emotional and vegetative-vascular posthysterectomy syndrome symptoms, and metabolic disorders do not develop. With proper consideration of all factors, the effectiveness of hormone replacement therapy can reach 80-90%. It is shown that the uterus should be seen not simply as a container for the fetus and the authority responsible for labor, but also as an important endocrine organ with system value.

The amount and method of surgical intervention in removing the uterus, should be justified clinically and selected individually. Women should be informed of the alleged amount of surgery, possible consequences, methods of prevention and correction.

**Key words:** hysterectomy, posthysterectomy syndrome, surgical menopause, hormone replacement therapy, hypogonadism, metabolic syndrome, osteoporosis.

Контактный телефон: 8-911-932-60-78; e-mail: ogmma@yandex.ru