



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

8 (94) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (94)

2026

Август

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 618.173-06:616-008.9

**КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДВУСТОРОННЕЙ
ОВАРИОЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА:
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ**

Шукурова Мунисс Риязовна <https://orcid.org/0009-0003-0176-1338> e-mail: munya-96@mail.ru
Иргашева Севара Уткуровна <https://orcid.org/0000-0002-4290-6447>
e-mail: sevara_irgasheva@mail.ru

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
здоровья матери и ребенка», ул. Феруза, дом 132а, Мирзо-Улугбекский район, г. Ташкент,
Узбекистан +998 (71) 263-40-99 e-mail: info@uzaig.uz

✓ **Резюме**

Цель обзора - систематизировать данные о ранних и отсроченных клиничко-метаболических последствиях двусторонней овариоэктомии у женщин перименопаузального возраста и обосновать персонализированный алгоритм коррекции эстрогенодефицитного состояния. Проведен аналитический обзор международных рекомендаций и публикаций, посвященных хирургической менопаузе, сердечно-сосудистому и метаболическому риску, состоянию костной ткани, психоэмоциональному и сексуальному здоровью, а также применению менопаузальной гормональной терапии. Установлено, что одномоментное прекращение функции яичников формирует более резкий эндокринный сдвиг, чем естественный менопаузальный переход, и может сопровождаться выраженными вазомоторными, нейровегетативными и урогенитальными симптомами. Особое клиническое значение имеют ускоренное изменение композиции тела, неблагоприятная динамика липидного и углеводного обмена, потеря минеральной плотности кости и возможное повышение долгосрочного сердечно-сосудистого риска. Наиболее рациональной является ранняя стратификация риска с оценкой симптомов, артериального давления, антропометрических показателей, липидного профиля, гликемии, состояния костной ткани и индивидуальных противопоказаний к гормональной терапии. При отсутствии противопоказаний системная терапия эстрогенами после гистерэктомии либо эстроген-гестагенная терапия при сохраненной матке должна рассматриваться как базовый компонент профилактики последствий преждевременного дефицита половых стероидов. Выбор дозы, пути введения и длительности лечения должен быть персонализирован.

Ключевые слова: хирургическая менопауза, двусторонняя овариоэктомия, эстрогенодефицит, метаболические нарушения, менопаузальная гормональная терапия, сердечно-сосудистый риск, остеопороз.

**CLINICAL AND METABOLIC CONSEQUENCES OF BILATERAL OOPHORECTOMY
IN PERIMENOPAUSAL WOMEN: CURRENT APPROACHES TO PERSONALISED
CORRECTION**

Shukurova Muniss Riazovna <https://orcid.org/0009-0003-0176-1338> E-mail: munya-96@mail.ru
Irgasheva Sevara Utkurovna <https://orcid.org/0000-0002-4290-6447>
e-mail: sevara_irgasheva@mail.ru

State Institution “Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health”, 132A Feruza Street, Mirzo Ulugbek District, Tashkent, Uzbekistan. Tel.: +998 (71) 263-40-99. e-mail: info@uzaig.uz

✓ **Resume**

The review summarises current evidence on early and long-term consequences of bilateral oophorectomy performed before natural menopause and proposes a personalised follow-up pathway. Abrupt ovarian hormone deprivation is associated with a greater burden of vasomotor, sleep, mood, genitourinary and sexual symptoms than the natural menopausal transition. Clinically relevant long-term domains include adverse changes in body composition, lipid and glucose metabolism, cardiovascular risk, bone loss and possible cognitive vulnerability. Care should begin before surgery whenever possible and include risk stratification, symptom assessment, blood pressure and anthropometry, metabolic screening, bone-health evaluation and shared decision-making. In eligible women, menopausal hormone therapy is the principal strategy for symptom control and prevention of consequences of early estrogen deprivation. Estrogen-only therapy is generally used after hysterectomy, whereas endometrial protection is required when the uterus is present. Route, dose and monitoring must be individualised according to metabolic, thrombotic, hepatic and oncological risks.

Keywords: surgical menopause, bilateral oophorectomy, estrogen deficiency, metabolic disorders, menopausal hormone therapy, cardiovascular risk, bone health.

**PERIMENOPAUZA YOSHIDAGI AYOLLARDA IKKI TOMONLAMA
OVARIEKTOMIYANING KLINIK-METABOLIK OQIBATLARI:
SHAXSIYLASHTIRILGAN KORREKSIYANING ZAMONAVIY YONDASHUVLARI**

Shukurova Muniss Riazovna <https://orcid.org/0009-0003-0176-1338> E-mail: munya-96@mail.ru

Irgasheva Sevara Utkurovna <https://orcid.org/0000-0002-4290-6447>

E-mail: sevara_irgasheva@mail.ru

«Ona va bola salomatligi respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazi» davlat muassasasi, O'zbekiston Respublikasi, Toshkent shahri, Mirzo Ulug'bek tumani, Feruza ko'chasi, 132A-uy. Tel.: +998 (71) 263-40-99. e-mail: info@uzaig.uz

✓ **Rezyume**

Maqolaning maqsadi perimenopauza yoshidagi ayollarda ikki tomonlama ovariektomiyadan keyin yuzaga keladigan erta va uzoq muddatli klinik-metabolik oqibatlarni umumlashtirish hamda estrogen tanqisligini shaxsiylashtirilgan korreksiya qilish algoritmini asoslashdan iborat. Tuxumdondlar faoliyatining birdan to'xtashi tabiiy menopauzal o'tishga nisbatan keskinroq endokrin o'zgarishlarni keltirib chiqaradi va vazomotor, uyqu, ruhiy-emotsional, urogenital hamda jinsiy simptomlarning kuchliroq namoyon bo'lishi bilan kechishi mumkin. Tana tarkibi, lipid va uglevod almashinuvi, suyak mineral zichligi va yurak-qon tomir xavfidagi o'zgarishlar alohida ahamiyatga ega. Kuzatuv simptomlarni baholash, arterial bosim va antropometriya, glyukoza hamda lipid profilini tekshirish, suyak salomatligini nazorat qilish va gormonal terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlashni o'z ichiga olishi kerak. Qarshi ko'rsatmalar bo'lmaganda menopauzal gormonal terapiya simptomlarni kamaytirish va erta estrogen tanqisligining uzoq muddatli asoratlarni oldini olishning asosiy vositasi hisoblanadi.

Kalit so'zlar: jarrohlik menopauza, ikki tomonlama ovariektomiya, estrogen tanqisligi, metabolik buzilishlar, menopauzal gormonal terapiya, osteoporoz.

Актуальность

Двусторонняя овариэктомия, выполненная до естественного прекращения функции яичников, приводит к хирургической менопаузе - состоянию, принципиально отличающемуся от постепенного менопаузального перехода. При естественной менопаузе снижение гормональной активности растянуто во времени, а остаточная продукция андрогенов яичниками может сохраняться после прекращения менструаций. После удаления обоих яичников концентрация эстрадиола, прогестерона и овариальных андрогенов уменьшается одномоментно. Именно скорость гормонального сдвига определяет высокую частоту и выраженность ранних климактерических проявлений, особенно у женщин, прооперированных в возрасте до 45-50 лет [1-4].

Проблема имеет междисциплинарный характер. Операция может быть необходима при злокачественных и пограничных опухолях, носительстве патогенных вариантов BRCA1/2, тяжелом эндометриозе, гнойно-воспалительных процессах, доброкачественных опухолях больших размеров или сочетанной патологии матки и придатков. Однако послеоперационное наблюдение нередко ограничивается контролем хирургического исхода, тогда как последствия дефицита половых стероидов развиваются одновременно в нескольких системах организма. В первые недели преобладают приливы, ночная потливость, бессонница, сердцебиение, раздражительность и эмоциональная лабильность; в последующие месяцы и годы возрастает значение урогенитальных расстройств, изменения сексуальной функции, костной потери и метаболических нарушений [2-4].

У женщин перименопаузального возраста исходный риск неоднороден. На клинический фенотип влияют возраст операции, наличие матки, длительность предшествующей гипопэстрогении, индекс массы тела, окружность талии, артериальная гипертензия, курение, семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза, степень физической активности, характер питания, онкологический анамнез и предшествующее лечение. Поэтому универсальная схема коррекции не может обеспечить одинаковый результат у всех пациенток. Современная концепция предполагает не только купирование симптомов, но и профилактику хронических заболеваний, связанных с преждевременной потерей функции яичников [1-3].

Особую актуальность приобретает ранний послеоперационный период, когда своевременное начало терапии может уменьшить симптомную нагрузку и предотвратить формирование устойчивых нарушений сна, тревожно-депрессивных реакций и отказа от физической активности. Одновременно необходимо избегать неоправданного назначения гормонов без оценки противопоказаний. Следовательно, ключевой задачей является построение последовательного маршрута: предоперационное консультирование - стартовая стратификация риска - выбор безопасной терапии - контроль эффективности - ежегодная переоценка соотношения пользы и риска.

Цель исследования: систематизировать современные данные о клинических и метаболических последствиях двусторонней овариоэктомии у женщин перименопаузального возраста и разработать практико-ориентированный алгоритм персонализированной коррекции эстрогенодефицитного состояния.

Материал и методы

Выполнен аналитический обзор научных публикаций и клинических рекомендаций за 2016-2026 гг. Поиск проводили в базах PubMed/MEDLINE, Scopus и Web of Science с использованием сочетаний терминов: “surgical menopause”, “bilateral oophorectomy”, “premature menopause”, “menopausal hormone therapy”, “metabolic risk”, “cardiovascular disease”, “bone mineral density”, “cognition”, “sexual health”. Приоритет отдавали международным руководствам, позиционным документам профессиональных обществ, систематическим обзорам, метаанализам и крупным когортным исследованиям. Дополнительно анализировали публикации, посвященные маршрутизации женщин после двусторонней сальпингоовариоэктомии и выбору пути введения менопаузальной гормональной терапии.

. На основании синтеза данных сформирован алгоритм наблюдения, ориентированный на практику акушера-гинеколога и возможность междисциплинарного взаимодействия с терапевтом, эндокринологом, кардиологом, онкологом и специалистом по остеопорозу.

Статья носит обзорно-аналитический характер и не содержит искусственно сформированных клинических результатов. Предлагаемый алгоритм является авторской интеграцией опубликованных рекомендаций и предназначен для дальнейшей апробации в рамках исследования по оптимизации терапии эстрогенодефицитного состояния и профилактике метаболических нарушений после овариоэктомии.

Результаты и обсуждение

Хирургическая и естественная менопауза: принципиальные различия

Клиническая тяжесть хирургической менопаузы определяется не только абсолютной концентрацией эстрадиола, но и отсутствием адаптационного периода. При естественном

переходе циклическая функция угасает постепенно, а симптомы могут нарастать волнообразно. После овариоэктомии эндокринный ответ возникает в течение первых дней, поэтому женщина часто связывает ухудшение самочувствия непосредственно с операцией. Такая временная связь усиливает тревогу и может снижать приверженность к реабилитации. В клинической беседе важно объяснить биологическую природу симптомов, прогноз и возможности лечения.

С практической точки зрения диагноз хирургической менопаузы у женщины с документированной двусторонней овариоэктомией является клиническим и не требует многократного подтверждения уровня фолликулостимулирующего гормона. Лабораторное исследование гормонов целесообразно при неясном объеме операции, подозрении на остаточную ткань яичника, нетипичном течении или необходимости дифференциальной диагностики. Рутинная коррекция дозы системной терапии исключительно по уровню эстрадиола обычно менее информативна, чем оценка симптомов, переносимости и факторов риска; исключения составляют специальные клинические ситуации и исследовательские протоколы.

Ранние клинические проявления и качество жизни

Вазомоторные симптомы включают приливы жара, ночную потливость, озноб, сердцебиение и ощущение внутреннего напряжения. Их выраженность может нарушать сон, концентрацию внимания и трудоспособность. После двусторонней овариоэктомии приливы нередко появляются уже в раннем послеоперационном периоде, когда к эндокринному дефициту присоединяются боль, ограничение активности и эмоциональная реакция на хирургическое вмешательство. Поэтому оценка должна включать частоту эпизодов, ночные пробуждения и влияние симптомов на повседневную деятельность, а не только факт их наличия.

Нарушения сна могут быть вторичными по отношению к ночным приливам, но нередко сохраняются независимо от них. Формируется порочный круг: недосып усиливает раздражительность, тревожность, пищевое поведение и утомляемость, что уменьшает физическую активность и способствует набору массы тела. Для стандартизации возможно использование шкал MRS, Greene Climacteric Scale, MENQOL и Pittsburgh Sleep Quality Index. Повторная оценка теми же инструментами позволяет объективизировать ответ на лечение и отличить частичное улучшение от отсутствия эффекта.

Психоземotionalные изменения включают эмоциональную лабильность, плаксивость, снижение мотивации, тревогу, подавленность и субъективное ухудшение памяти. Их нельзя автоматически объяснять только гормональным дефицитом: необходимо учитывать диагноз, приведший к операции, страх рецидива заболевания, изменение репродуктивной идентичности, семейные отношения и хроническую боль. Скрининг по HADS или PHQ-9/GAD-7 помогает определить пациенток, которым требуется консультация психотерапевта или психиатра. Срочное направление необходимо при суицидальных мыслях, тяжелой депрессии, психотических симптомах или выраженном нарушении повседневного функционирования.

Урогенитальные проявления обычно прогрессируют со временем и включают сухость, жжение, диспареунию, рецидивирующие симптомы нижних мочевых путей и снижение сексуального удовлетворения. В отличие от вазомоторных симптомов, которые могут уменьшаться спонтанно, проявления генитоуринарного синдрома менопаузы без лечения часто сохраняются и усиливаются. Осмотр должен быть деликатным и включать оценку слизистого влагалища, причин боли, состояния тазового дна и исключение инфекции. При локальных симптомах могут применяться увлажняющие средства, лубриканты и локальная вагинальная терапия; выбор зависит от анамнеза и онкологического риска [2,12].

Сердечно-сосудистые и метаболические последствия

Эстрогеновый дефицит влияет на сосудистую функцию, липидный обмен, распределение жировой ткани и чувствительность к инсулину. После овариоэктомии эти изменения накладываются на возрастные факторы и исходный метаболический профиль. В популяционных исследованиях преждевременная хирургическая менопауза ассоциировалась с повышением риска сердечно-сосудистых событий; наиболее выраженные различия отмечались при операции в молодом возрасте [5]. Эти данные имеют наблюдательный характер и не означают одинакового абсолютного риска для каждой женщины, но обосновывают активную профилактику.

Динамика массы тела после операции не сводится к прямому «гормональному набору веса». Важную роль играют снижение энергозатрат во время восстановления, ухудшение сна, стрессовое пищевое поведение и возрастное уменьшение мышечной массы. Тем не менее когортные данные демонстрируют неблагоприятные траектории массы тела, индекса массы тела и отдельных липидных показателей после пременопаузальной овариоэктомии, особенно в первые годы [6]. Поэтому обсуждение веса должно быть профилактическим и не стигматизирующим: измерение окружности талии, оценка питания, постепенное возвращение к силовым и аэробным нагрузкам и коррекция сна более полезны, чем кратковременные ограничительные диеты.

Минимальный кардиометаболический скрининг включает артериальное давление, индекс массы тела, окружность талии, липидный профиль и глюкозу натощак или HbA1c. При абдоминальном ожирении, семейном анамнезе сахарного диабета, синдроме поликистозных яичников в анамнезе или пограничной гликемии целесообразна расширенная оценка углеводного обмена. Инсулин и НОМА-IR могут использоваться в исследовательских программах и отдельных клинических ситуациях, однако диагноз диабета и предиабета устанавливают по валидированным критериям гликемии и HbA1c.

Стратификация метаболического риска и динамическое наблюдение

Персонализированное наблюдение начинается с разделения пациенток на условно низкий, умеренный и высокий риск. К признакам высокого риска относятся установленное сердечно-сосудистое заболевание, перенесенный венозный тромбоз или тромбоэмболия, неконтролируемая артериальная гипертензия, сахарный диабет с сосудистыми осложнениями, выраженная гипертриглицеридемия, активное заболевание печени, тяжелое ожирение, курение в сочетании с другими факторами и значимый онкологический анамнез. Такая стратификация не должна использоваться для автоматического отказа от помощи; она определяет необходимость консультации профильного специалиста, выбор негормональных методов или более безопасного пути введения эстрогена.

При умеренном риске - контролируемой гипертензии, ожирении, дислипидемии, мигрени, нарушенной толерантности к глюкозе - решение принимают после коррекции модифицируемых факторов. Во многих подобных ситуациях трансдермальный эстрадиол рассматривается как предпочтительный вариант благодаря отсутствию первичного прохождения через печень и меньшему влиянию на триглицериды и систему гемостаза по сравнению с пероральными формами [11,12]. При сохраненной матке обязательна адекватная защита эндометрия прогестогеном либо внутриматочной системой с левоноргестрелом, если она подходит конкретной пациентке.

Частота обследований зависит от исходного риска и характера терапии. Универсальное ежемесячное назначение широких панелей гормонов, коагулограммы и биохимических показателей не повышает качество помощи. Более рационально заранее определить, какой результат изменит тактику. Например, липидный профиль следует повторить после вмешательства, если исходно выявлена дислипидемия или изменена терапия; DXA - при ранней овариоэктомии, наличии переломов, низкой массе тела или других факторах костного риска. Такой подход снижает стоимость наблюдения и повышает клиническую значимость каждого исследования.

Отдельное внимание следует уделять артериальному давлению. МГТ не является средством лечения гипертензии, а неконтролируемое давление требует коррекции до начала системной терапии. При стабильной контролируемой гипертензии возможен индивидуальный выбор препарата, нередко с предпочтением трансдермального пути. Решение о профилактической терапии статинами, антигипертензивными средствами или сахароснижающими препаратами принимают по общим кардиологическим и эндокринологическим показаниям, а не только по факту овариоэктомии.

Костно-мышечные последствия

Эстрогены участвуют в поддержании баланса костного ремоделирования. После резкого прекращения функции яичников резорбция кости усиливается, причем наиболее интенсивная

потеря минеральной плотности наблюдается в первые годы. В исследовании женщин, перенесших профилактическую сальпингоовариэктомию до менопаузы, зарегистрировано снижение МПК в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедра; применение гормональной терапии ассоциировалось с меньшей потерей кости [7]. Результаты отдельных когорт нельзя напрямую переносить на всех пациенток, однако направление эффекта подтверждает необходимость ранней профилактики.

Базовая оценка включает возраст операции, наличие низкотравматических переломов, семейный анамнез перелома бедра, индекс массы тела, питание, курение, употребление алкоголя, физическую активность, заболевания щитовидной и паращитовидных желез, целиакию, хронические воспалительные заболевания и прием глюкокортикоидов. Повторное исследование проводят с интервалом, достаточным для выявления клинически значимого изменения, обычно через 1-2 года, но сроки индивидуализируют.

Немедикаментозная профилактика включает достаточное поступление белка, кальция преимущественно из пищи, коррекцию дефицита витамина D, регулярную нагрузку с отягощениями, упражнения на равновесие и отказ от курения. У молодых женщин с хирургической менопаузой МГТ при отсутствии противопоказаний одновременно контролирует симптомы и препятствует костной потере. Специфические антиостеопоротические препараты назначают при установленном остеопорозе, низкотравматическом переломе или высоком риске перелома после консультации специалиста; они не являются автоматической заменой физиологической гормональной коррекции у каждой молодой пациентки [12].

Наряду с МПК важно учитывать мышечную массу и силу. После операции сочетание гипоестрогении, низкой активности и дефицита белка может ускорить саркопенические изменения. Простые функциональные показатели - скорость ходьбы, тест вставания со стула, сила кистевого захвата - дополняют антропометрию и позволяют выявить пациенток, которым необходима программа реабилитации. Силовые упражнения 2-3 раза в неделю с постепенным увеличением нагрузки, ходьба и достаточное потребление белка формируют основу профилактики снижения мышечной функции.

Менопаузальная гормональная терапия: базовые принципы

Менопаузальная гормональная терапия является наиболее эффективным методом лечения вазомоторных симптомов и важным компонентом профилактики последствий ранней потери функции яичников [1,2]. У женщин, перенесших двустороннюю овариэктомию до среднего возраста естественной менопаузы, при отсутствии противопоказаний терапию обычно рассматривают не только как симптоматическую, но и как заместительную. Начало лечения не следует неоправданно откладывать до развития тяжелых симптомов или снижения МПК.

После тотальной гистерэктомии обычно применяют системный эстроген без прогестогена. При сохраненной матке необходима защита эндометрия прогестогеном в непрерывном или циклическом режиме. Исключения требуют клинического анализа: при выраженном эндометриозе даже после гистерэктомии может обсуждаться комбинированная схема из-за риска стимуляции остаточных очагов; при онкологическом заболевании тактика определяется типом и гормональной чувствительностью опухоли. Следовательно, сведения об объеме операции и гистологическом диагнозе должны быть доступны врачу, назначающему МГТ.

Выбор пути введения зависит от риска. Пероральный эстрадиол удобен и эффективен, но оказывает более выраженное печеночное влияние. Трансдермальный эстрадиол предпочтителен при ожирении, гипертриглицеридемии, мигрени, контролируемой гипертензии, повышенном тромботическом риске и заболеваниях желчного пузыря, если системная терапия допустима [11,12]. Доза подбирается по контролю симптомов и переносимости. Целью является минимальная доза, обеспечивающая достаточный клинический эффект, но у молодых женщин с хирургической менопаузой слишком низкая доза может оказаться недостаточной для полноценной заместительной задачи.

Противопоказания, безопасность и негормональные варианты

К общепринятым противопоказаниям к системной МГТ относят необъяснимое маточное кровотечение, активный или перенесенный гормонозависимый рак, активное заболевание печени, острый венозный тромбоз или тромбоэмболию, перенесенный инфаркт миокарда или инсульт и другие состояния, при которых потенциальный риск превышает пользу. Однако формулировка

противопоказания должна быть конкретной. Например, наличие ожирения или контролируемой гипертензии само по себе не всегда исключает терапию, но меняет путь введения и требует управления риском. Решение желательно документировать как результат совместного обсуждения с пациенткой.

Перед началом терапии необходимо уточнить характер операции, гистологию, личный и семейный онкологический анамнез, эпизоды тромбоза, мигрень с аурой, заболевания печени и желчного пузыря, артериальное давление и используемые лекарства. Маммографический и цервикальный скрининг выполняют по возрасту и национальным рекомендациям; отсутствие «свежей» маммографии не должно превращаться в формальный барьер, если скрининг проведен своевременно и нет новых симптомов. Любое постменопаузальное или неожиданное кровотечение требует оценки, а не автоматической отмены лечения без диагностики.

Когда системная гормональная терапия противопоказана или не принимается пациенткой, применяются доказательные негормональные методы. Для вазомоторных симптомов могут использоваться отдельные СИОЗС/СИОЗСН, габапентин и другие препараты в соответствии с локальной доступностью и противопоказаниями. Когнитивно-поведенческая терапия помогает уменьшить субъективную нагрузку приливов и улучшить сон. Фитопрепараты широко применяются, но их эффективность и стандартизация неоднородны; состав, дозировка и лекарственные взаимодействия должны оцениваться так же внимательно, как для других средств. Негормональная терапия не заменяет профилактику остеопороза и сердечно-сосудистого риска.

Безопасность терапии оценивают по клиническим событиям и целевым показателям, а не по стремлению «нормализовать» все гормоны. Далее визиты проводят через 3-16 месяцев. При изменении состояния - появлении тромбоза, сердечно-сосудистого события, нового онкологического диагноза, тяжелой болезни печени или необычного кровотечения - соотношение пользы и риска пересматривают немедленно.

Предлагаемый алгоритм ведения

ЭТАП 1. До операции или при первом послеоперационном визите

Объяснить последствия хирургической менопаузы; уточнить объем операции и гистологию; оценить симптомы, АД, ИМТ и окружность талии; определить сердечно-сосудистый, тромботический, онкологический и костный риск; назначить целевые лабораторные исследования.



ЭТАП 2. Выбор стратегии

При отсутствии противопоказаний обсудить системную МГТ. После гистерэктомии - эстрадиол; при сохраненной матке - обязательная защита эндометрия. При метаболическом или тромботическом риске чаще выбирать трансдермальный путь. При противопоказаниях - доказательная негормональная терапия и усиленная профилактика костных и сердечно-сосудистых последствий.



ЭТАП 3. Контроль через 6-12 недель

Оценить динамику приливов, сна, настроения, урогенитальных симптомов и сексуального здоровья; проверить АД и переносимость; уточнить приверженность и скорректировать дозу или форму препарата. При отсутствии эффекта проверить диагноз, правильность применения и сопутствующие причины симптомов.



ЭТАП 4. Контроль через 3-6 месяцев

Повторить антропометрию и целевые метаболические показатели при исходных отклонениях; оценить возвращение к физической активности, питание и сон; организовать консультации профильных специалистов при сохраняющемся риске.



ЭТАП 5. Ежегодная переоценка

Повторно оценить показания, противопоказания, предпочтения женщины, сердечно-сосудистый и костный риск; продолжать терапию столько, сколько сохраняется обоснованная польза. Достижение среднего возраста естественной менопаузы - повод для переоценки, но не автоматической отмены.

Практические рекомендации

- Консультирование о последствиях двусторонней овариоэктомии следует проводить до операции, если клиническая ситуация позволяет, с обязательным обсуждением симптомов, костного и сердечно-сосудистого риска.
- У женщины после подтвержденной двусторонней овариоэктомии диагноз хирургической менопаузы устанавливается клинически; многократное определение ФСГ и эстрадиола не должно заменять оценку симптомов и факторов риска.
- Исходный минимум включает артериальное давление, ИМТ, окружность талии, липидный профиль, глюкозу натощак или HbA1c, оценку костных факторов риска, психоэмоционального и уrogenитального состояния.
- При отсутствии противопоказаний МГТ следует обсуждать рано. После гистерэктомии предпочтительна терапия эстрогеном; при сохраненной матке необходима защита эндометрия.
- Трансдермальный путь целесообразно предпочитать при ожирении, гипертриглицеридемии, мигрени, метаболическом и повышенном тромботическом риске, если системная терапия в целом допустима.
- Костную профилактику необходимо начинать сразу: силовые и ударные нагрузки по переносимости, достаточное потребление белка и кальция, коррекция витамина D; DXA назначают с учетом возраста операции и факторов риска.
- Сексуальные и уrogenитальные жалобы следует выявлять активным, деликатным вопросом врача. Локальная терапия, лечение боли и дисфункции тазового дна могут потребоваться независимо от системной МГТ.
- При противопоказаниях к МГТ применяют доказательные негормональные средства и усиливают профилактику сердечно-сосудистых и костных осложнений.
- Наблюдение должно быть междисциплинарным и непрерывным; достижение возраста естественной менопаузы требует пересмотра стратегии, но не обязательной одномоментной отмены терапии.

Обсуждение

Анализ литературы показывает, что хирургическая менопауза не должна рассматриваться как простой эквивалент естественной менопаузы. Наиболее существенным отличием является сочетание резкого гормонального дефицита с операционным и психологическим стрессом. Это объясняет выраженность ранних симптомов и необходимость более активной тактики. В то же время долгосрочные риски не являются неизбежными: их величина определяется возрастом операции, исходным здоровьем, образом жизни, длительностью гипоестрогении и своевременностью терапии.

Сильной стороной персонализированного подхода является объединение симптоматической помощи и профилактики хронических заболеваний. Женщина может субъективно не иметь тяжелых приливов, но сохранять высокий риск костной потери из-за раннего возраста операции. Напротив, тяжелые вазомоторные симптомы не всегда означают высокий абсолютный сердечно-сосудистый риск. Поэтому решение должно опираться на два параллельных измерения: выраженность текущих симптомов и прогноз долгосрочного здоровья.

Предлагаемый алгоритм может использоваться как основа стандартизированной карты наблюдения и научного протокола. Перспективным направлением является проспективная оценка динамики MRS, MENQOL, PSQI, HADS и FFSI одновременно с антропометрическими, липидными, гликемическими и денситометрическими показателями. Такой дизайн позволит определить, какие исходные параметры прогнозируют неблагоприятную метаболическую траекторию и какие схемы коррекции обеспечивают оптимальное соотношение клинической эффективности и безопасности.

Выводы

1. Двусторонняя овариоэктомия у женщин перименопаузального возраста вызывает резкий дефицит половых стероидов и ассоциируется с высокой нагрузкой вазомоторных, психоэмоциональных, уrogenитальных и сексуальных симптомов, а также с риском ранних метаболических и костных изменений.

2. Эффективное ведение требует ранней стратификации сердечно-сосудистого, метаболического, тромботического, онкологического и костного риска с использованием целевых, а не избыточных обследований.

3. При отсутствии противопоказаний менопаузальная гормональная терапия является базовым компонентом коррекции; состав и путь введения определяются наличием матки, возрастом, сопутствующими заболеваниями и предпочтениями пациентки.

4. Персонализированный алгоритм с контролем через 3-6 месяцев и далее ежегодно позволяет одновременно оценивать симптомы, безопасность, метаболическую динамику и приверженность к профилактическим мероприятиям.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Финансирование: не заявлено. Вклад авторов: концепция, анализ литературы и подготовка рукописи - М.Р. Шукурова; научное редактирование и утверждение окончательной версии - С.У. Иргашева.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Panay N, Anderson RA, Nappi RE, et al. Evidence-based guideline: premature ovarian insufficiency. Hum Reprod Open. 2024;2024(4):hoae065. doi:10.1093/hropen/hoae065. [1]
2. The 2022 Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2022;29(7):767-794. doi:10.1097/GME.0000000000002028. [2]
3. Lambrinoudaki I, Paschou SA, Lumsden MA, et al. Menopause, wellbeing and health: a care pathway from the European Menopause and Andropause Society. Maturitas. 2022;163:1-14. doi:10.1016/j.maturitas.2022.04.008. [3]
4. Kaunitz AM, Kapoor E, Faubion SS. Treatment of women after bilateral salpingo-oophorectomy performed prior to natural menopause. JAMA. 2021;326(14):1429-1430. doi:10.1001/jama.2021.3305. [4]
5. Honigberg MC, Zekavat SM, Aragam K, et al. Association of premature natural and surgical menopause with incident cardiovascular disease. JAMA. 2019;322(24):2411-2421. doi:10.1001/jama.2019.19191. [5]
6. Kapoor E, Faubion SS, Rocca LG, et al. Trajectories of metabolic parameters after bilateral oophorectomy in premenopausal women. Maturitas. 2022;165:38-46. doi:10.1016/j.maturitas.2022.07.005. [6]
7. Kotsopoulos J, Hall E, Finch A, et al. Changes in bone mineral density after prophylactic bilateral salpingo-oophorectomy in carriers of a BRCA mutation. JAMA Netw Open. 2019;2(8):e198420. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.8420. [7]
8. Rocca WA, Lohse CM, Smith CY, et al. Association of premenopausal bilateral oophorectomy with cognitive performance and risk of mild cognitive impairment. JAMA Netw Open. 2021;4(11):e2131448. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.31448. [8]
9. Kurita K, Henderson VW, Gatz M, et al. Association of bilateral oophorectomy with cognitive function in healthy, postmenopausal women. Fertil Steril. 2016;106(3):749-756.e2. doi:10.1016/j.fertnstert.2016.04.033. [9]
10. Paschou SA, Athanasiadou KI, Hafford-Letchfield T, et al. Sexual health and wellbeing and the menopause: an EMAS clinical guide. Maturitas. 2024;189:108055. doi:10.1016/j.maturitas.2024.108055. [10]
11. Kapoor E, Kling JM, Lobo RA, Faubion SS. Menopausal hormone therapy in women with medical conditions. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2021;35(6):101578. doi:10.1016/j.beem.2021.101578. [11]
12. Mendoza N, Ramírez I, de la Viuda E, et al. Eligibility criteria for menopausal hormone therapy: a position statement from a consortium of scientific societies for the use of MHT in women with medical conditions. Maturitas. 2022;166:65-85. doi:10.1016/j.maturitas.2022.08.008. [12]

Поступила 20.07.2026