

*Агабабян Л.Р.,  
Насирова З.А.,  
Назарова Г.Х.,  
Тилляева С.М.*

## **РОЛЬ ГИСТЕРЭКТОМИИ В ОСОБЕННОСТЯХ ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ**

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. - доц. Сафаров А.Т.) ФУВ СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

**Функциональное состояние яичников после гистерэктомии.** На сегодняшний день нет единой точки зрения относительно роли гистерэктомии (ГЭ) в генезе развития климактерических симптомов, анатомических и функциональных изменений яичников в послеоперационном периоде. Ряд авторов выявили неизменную функцию яичников после ГЭ или восстановление уровней стероидных гормонов до нормы после кратковременного их падения [2,11,13,22]. В то же время, в литературе есть данные о раннем истощении гормональной функции оставшихся яичников после ГЭ. Так, в исследованиях Доброхотовой Ю.Э. [13] отмечено резкое уменьшение стероидной функции яичников в раннем послеоперационном периоде. Причем, отмечалось более значительное снижение синтеза гормонов во 2-ю фазу менструального цикла. Мирходжаевой С.А. [22], уже через один год после операции наблюдается повышение гонадотропных гормонов и снижение эстрадиола и прогестерона. Дикке Г.Б. [12] констатировала некоторое повышение ФСГ, ЛГ, снижение индекса ФСГ/ЛГ, а также эстрадиола и прогестерона у оперированных женщин. При двухлетнем наблюдении за молодыми женщинами (моложе 40 лет) после ГЭ без придатков Kaiser R. и соавт. [38] выявили увеличение уровня гонадотропинов по сравнению с неоперированными женщинами того же возраста. По данным Рубченко Т.И. [26] на 6 - 7 сутки после ГЭ без придатков регистрируется такое же резкое и достоверное снижение содержания эстрадиола в крови, как и после гистерэктомии с придатками, но в отличие от ГЭ с придатками, уровень ФСГ при этом не повышается, а снижается, хотя и недостоверно. Ряд исследователей считает, что снижение половых стероидов в периферической крови после операции обусловлены нарушением кровоснабжения яичников в результате оперативного вмешательства и перевязки придатковых ветвей маточных артерий [15]. На основании данных трансоперационной ангиотензин и транслюминации Капелюшник Н.Л. выделил три анатомических варианта экстраорганной сосудистой сети придатков матки: первый (51%) яичник равномерно кровоснабжается из маточной и яичниковой артерии, второй (38%) — преимущественно из ветви маточной артерии, третий (11%) — преобладает кровотоков яичниковой артерии [15]. Володин С.К.,

изучив типы кровоснабжения яичников и влияние пересечения яичниковой ветви маточной артерии на их дальнейшее функционирование, обнаружил, что, при преобладании кровотока яичниковой артерии, лигирование яичниковой ветви маточной артерии приводит к уменьшению пульсового давления за счет подъема минимального; в то время как при кровоснабжении яичника преимущественно маточной артерией, пересечение собственной связки яичника вызывает резкое угнетение кровотока в экстраорганных сосудах яичника вплоть до полной его ишемии [6]. Ишемия ткани яичника способствует активизации простагландинов, что приводит к дальнейшему спазму сосудистого русла и усугублению ишемии. Как следствие, повышается синтез цитокинов, пагубно влияющих на стероидогенез, усиливающих лютеолиз, способствуя дальнейшему повреждению ткани яичника [7].

В исследованиях Нурмухамедовой Р.Б. [24] отмечалось, что у пациенток в возрасте до 40 лет, после ГЭ без придатков, функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы не претерпевало выраженных изменений. На основании данных о более продолжительном сохранении функции яичников и менее выраженных вегетоневротических нарушениях у женщин, с неизменным до операции менструальным циклом, некоторые исследователи пришли к выводу, что угнетение функции сохраненных яичников наступает вследствие имеющихся до операции нарушений репродуктивной системы, сопутствующих генитальных заболеваний и экстрагенитальной патологии [21,23]. Многие авторы указывают в качестве причины развития вегето-сосудистых и невротических симптомов, нарушение функции центров саморегуляции и адаптации, находящихся в непосредственной близости к центрам гипоталамно-гипофизарного комплекса, регулирующего функцию яичников. Эти нарушения связывают как с общим старением организма, так и с некоторым срывом адаптации [18]. По данным С.Н. Давыдова [11], изучившего последствия односторонней овариоэктомии в эксперименте и клинике, и сопоставившего их с морфофункциональными изменениями в некоторых эндокринных и гормональнозависимых органах, оставшийся яичник не может полноценно заменить функцию удаленного. Прили

вы и другие > симптомы вегетативных расстройств, проявляются у 34% больных, нагрубание молочных желез у 37,3%. диффузное увеличение щитовидной железы у 27,6%. Таким образом, сохранение придатков матки при выполнении гистерэктомии, имеет важное значение. особенно в репродуктивном возрасте.

**Особенности психо-эмоциональных, вегето-сосудистых и обменно-эндокринных нарушений, у женщин, перенесших гистерэктомию.** Недостаточность овариальной функции во многом определяется общей реакцией организма женщины, и характеризуется сложной нейроэндокринной перестройкой. Клиническая картина недостаточности функции яичников характеризуется появлением вегето-сосудистых, психо-эмоциональных и обменно-эндокринных расстройств [4,6,10,12,16].

Третьякова Л.М. [29] выявила определенную зависимость между частотой вегетоневротических нарушений и объемом операции: после гистерэктомии без придатков в 27,3% случаев, после удаления матки с придатками в 55%.

По данным Липис С.М. [19] сохранение шейки матки и придатков матки предотвращает возникновение вегето-невротических нарушений в ближайшие сроки после операции, но не препятствует их развитию в более отдаленные сроки. По данным исследований, наличие или отсутствие яичников через 1,5-2 года после операции на частоту вегето-невротических расстройств не влияло.

Развитие вегетоневротических нарушений в более отдаленные сроки (через 1-1,5 года) после операции связывают с возрастной инволюцией организма. Более поздними проявлениями эстрогендефицитного состояния являются урогенитальные и обменно-эндокринные расстройства. По данным Гегия Л.К. [7], удаление матки с сохранением придатков приводит к тяжелым нарушениям белково-жирового обмена. При удалении одного или обоих яичников эти изменения носят более выраженный характер.

Большое количество исследований посвящено изучению патогенеза атеросклероза (АС) на фоне эстрогендефицитного состояния. Установлено, что вследствие дефицита эстрогенов происходит изменение липопротеинового спектра крови, что способствует развитию АС [23]. Анализ состояния липидного спектра крови у женщин после ГЭ в анамнезе, проводившийся Н.В. Любченко [20], показал, что частота встречаемости гиперлипотеинемий достоверно увеличивается, с течением времени после операции. Характер гиперлипидемий чаще

соответствовал 11 типу по классификации. рекомендованной ВОЗ, для которого характерно повышение ОХС за счет ЛПНП и ЛПОНП. Часто, указанные изменения сопровождались снижением уровней ХС-ЛПВП. Любченко Н.В. [20] также указывает на изменения индекса массы тела у оперированных женщин, проявлявшееся его значительным увеличением в первые пять лет после ГЭ. По данным Доброхотовой Ю.Э. [13], оперированные пациентки интенсивно прибавляли в весе спустя 3 года после операции, избыточный вес отмечался у 84,7% женщин.

Молодые женщины, которым производилась ГЭ без придатков, более подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям, остеопорозу, депрессии и нарушениям половой функции. Более того, Fletcher С.Д. [37] считает, что молодые женщины, перенесшие ГЭ, подвержены риску развития патологии в оставленных яичниках. У 3,95% женщин репродуктивного возраста после ГЭ развивались доброкачественные опухоли в оставленных яичниках, требовавшие повторного хирургического вмешательства, чаще всего в ближайшие 3 года после операции [7,8,19]. Считают, что риск развития патологии в оставленных яичниках, значительно выше у более молодых на момент операции женщин, с одним сохраненным яичником и пациенток, имевших в анамнезе меньше беременностей и родов [23].

Изучение литературы показало, что недостаточность эстрогенов, характерная для большого числа женщин после ГЭ, оказывает существенное влияние на метаболизм глюкозы и инсулина; гипоэстрогения приводит к повышению резистентности к инсулину и нарушению толерантности к глюкозе [10].

**Подходы к ведению женщин с ГЭ в отдаленный после операции период.** Целесообразность разработки медицинской реабилитации больных, перенесших ГЭ без придатков не вызывает сомнения. Благодаря развитию методов функциональной диагностики, успехам клинической фармакологии в сочетании с физиотерапевтическими методами, возможности реабилитации гинекологических больных значительно расширились [15]. Необходимо отметить, что эффективность всех видов реабилитации (медицинской, социальной, профессиональной) зависит от своевременности начала восстановительного лечения и соблюдения преемственности и последовательности его проведения [11].

Согласно рекомендациям Е.В. Уваровой [30], необходим дифференцированный подход и Составление индивидуальных программ вое-

становительного лечения женщин, перенесших операцию в переходном возрасте. По мнению автора, с целью коррекции вегетоневротических расстройств могут назначаться индивидуально подобранные дозы нейролептиков в сочетании с микродозами транквилизаторов и седативных средств, физиотерапия и бальнеологические методы: контрастный душ, йодобромные, радоновые и хвойные ванны, гальванизация воротниковой зоны, электроаналгезия и электросон.

На сегодняшний день существует много работ, подтверждающих эффективность применения ЗГТ в качестве метода восстановительного лечения после ГЭ. По их данным ЗГТ прекрасно купирует вазомоторные нарушения, симптомы урогенитальных расстройств, однако, вопрос о снижении риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), инфаркта миокарда, инсультов [3], а также на 40 -50% количества остеопоротических переломов, до сих пор остается дискуссионным [16]. Применение ЗГТ способствовало значительному улучшению кровотока яичников, что фиксировалось при цветном доплеровском сканировании. Под влиянием ЗГТ, восстановление кровотока наблюдается через три месяца, а структуры яичников - в течение шести месяцев лечения [3]. В ходе исследований выявлена более высокая эффективность препаратов ЗГТ в ранние сроки после операции, что дает возможность ограничить курс терапии до 3 месяцев. При назначении препаратов в более отдаленные сроки, появляется необходимость в пролонгировании курса терапии до 6, а иногда до 12 месяцев вследствие более медленного наступления эффекта [27].

При выборе схем лечения гормональными препаратами необходимо учитывать: возраст пациентки, объем оперативного вмешательства, форму выпуска препаратов; цель назначения - для снятия климактерической симптоматики или долгосрочное использование с целью профилактики и лечения остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний.

Женщинам с удаленной маткой возможно назначение наиболее благоприятного режима ЗГТ - "чистых" эстрогенов [20]. Однако, при некоторых состояниях женщин после ГЭ предпочтительней комбинированная ЗГТ [3,25]. Кроме того, изолированное применение эстрогенов при гипертриглицеридемии может спровоцировать острый панкреатит. Механизм защитного действия эстрогенов на сердечно-сосудистую систему можно разделить на три группы [28]:

1. Эстрогены способствуют нормализации

липопротеинового спектра крови.

2. Прямое действие на рецепторы к эстрогенам, вазоактивные пептиды, простагландины, метаболизм соединительной ткани.

3. Непрямое действие на АД, инсулин.

Позитивный эффект эстрогенов на липидный профиль начинается в пределах недели от начала терапии и не сохраняется после отмены. После 10-недельного приема ГЗТ отмечается повышение ударного объема, скорости кровотока и времени выброса крови, что подтверждает положительный инотропный эффект эстрадиола. Интересны результаты исследования, проведенного L. Bass и соавт. [31], показавших уменьшение головной боли в течение 10 минут при приеме эстрадиола у женщин в пременопаузе, страдавших приступами мигрени, что связано с 30%-м увеличением скорости систолического кровотока в церебральных артериях. Действие гормона осуществляется через рецепторы к эстрогенам, расположенные в мышечной стенке артерий, миокарде, в центральной нервной системе. Известно, что изменение кровотока и снижение периферической сосудистой сопротивляемости играют важную роль в регуляции уровня артериального давления. Однако, результаты многочисленных исследований влияния эстрогенов на артериальное давление у женщин, перенесших ГЭ, достаточно противоречивы. По мнению многих авторов, эстрогены не оказывают какого-либо существенного влияния на АД или лишь незначительно его снижают.

В настоящее время проводятся европейские исследования WISDOM (the Womens Atherosclerosis Vitamin/Estrogen trial) и EAGER (the Estrogen and Bypass Graft Atherosclerosis Regression trial). Возможно, по их завершении, будет окончательно определено место ЗГТ в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Применение тибрлона (ливал) как альтернативы традиционной заместительной гормональной терапии в комплексе с дезагрегантами, системной энзимотерапией и рекомендациями по правильному питанию и физической активности у женщин после гистерэктомии без удаления придатков сравнительно часто нивелирует проявления климактерических симптомов, улучшает антропометрические показатели и липидный состав крови, позволяет снизить риск развития сердечно-сосудистой патологии, улучшить результат хирургического лечения и качество жизни в целом [32]. Еще в 1987 г. Genazzani и соавт. [35] показали, что тиболон увеличивает уровень эндорфинов в гипофизе и плазме крови, что может объяснять положи-

тельное воздействие препарата на настроение женщин. Хорошо известно, что эндорфин вызывает эйфорию. Уровень этого гормона постепенно увеличивается с детства до репродуктивного возраста женщины, после которого начинает уменьшаться. Возможно, это связано с уменьшением стероидных гормонов яичников с возрастом. Применение тиболона у пациенток с тревожно-депрессивным синдромом, возникшим как проявление синдрома постгистерэктомии, показало эффективность препарата у 82% обследованных (пациенткам, у которых гормонотерапия не оказала должного эффекта в течение 3 мес, дополнительно после консультации с психиатром были назначены анксиолитики). ГЭ оказывает и некоторое отрицательное влияние на сексуальную функцию. ТГЭ вызывает более серьезные анатомические изменения, чем СГЭ, так как может нарушаться нормальная форма влагалищной культи, образовываться рубцовая ткань в культе, повреждаться маточно-влагалищное нервное сплетение. Все это объясняет более частые и более выраженные нарушения сексуальной функции после экстирпации матки. В первую очередь изменения касаются оргазма, диспареунии, получаемого наслаждения, частоты половых сношений. Видимо, играет роль и психологическая реакция женщин на органосохраняющую операцию: женщины могут воспринимать ТГЭ как более серьезную утрату, чем СГЭ, так как в последнем случае все же остается часть

матки [11]. Оптимальной терапией таких состояний является применение тканеселективного регулятора эстрогеновой активности - тиболона. Впервые на Европейском Конгрессе по менопаузе в мае 2003, Бухарест, тиболон был представлен как новый вид терапии климактерических расстройств - тканеселективная регуляция эстрогенной активности - STEAR. В Узбекистане на фармрынке представлен генерик Тиболона - Леди-Бон (Zentiva, Словакия) - первая и единственная на сегодняшний день субстанция, принадлежит к новой группе STEAR (Selective Tissue Estrogenic Activity Regulator)- тканеселективный регулятор эстрогенной активности:

>■ Синтетический стероид

> Слабый эстрогенный и прогестагенный эффект

> Очень слабый андрогенный эффект

Комплексное лечение климактерических нарушений, не воздействует на эндометрий и молочные железы, оказывает положительное воздействие на костную ткань, либидо и настроение [32]. Тиболон хорошо переносится. Нет существенного влияния на массу тела. Тканеселективная регуляция эстрогенной активности является наиболее физиологичным, и, следовательно, безопасным методом терапии климактерических нарушений.

Несмотря на все преимущества применения ЗГТ для профилактики и лечения психоэмоциональных, вегетативных и обменно-эндокринных нарушений после ГЭ, наличие относительных и абсолютных противопоказаний, приводит к необходимости поиска альтернативных методик. Одним из таких методов лечения может явиться применение метаболитной терапии - кофакторами и субстратами различных метаболических путей (метаболитная терапия). По мнению некоторых авторов [30], применение метаболитной терапии усиливает энергетический потенциал клеток, способствуя стабилизации клеточных мембран. Кроме того, стимуляция препаратами метаболитной терапии образования энергии (синтез АТФ) в клетках организма, улучшает трофику его тканей, а стимуляция роста митохондрий, синтеза нуклеиновых кислот, белков и других внутриклеточных структур, приводит к оптимизации клеточного обмена в целом.

Безусловно, в современном представлении ГЭ перестала считаться "безобидным" хирургическим вмешательством. Развитие психоэмоциональных нарушений, изменение артериального давления, массы тела женщины, липидных нарушений, риск развития метаболических изменений, ИБС у женщин, перенесших ГЭ заставляют искать все новые и новые пути реабилитации этих женщин. Отсутствие стандартов обследования, ведения и своевременной и адекватной реабилитации пациенток, обуславливают актуальность нашего исследования.

#### Литература

1. Аккер Л.В., Гальченко А.И. Особенности системы гемореологии и гемостаза у больных с постовариоэкто-мическим синдромом и влияние на них ЗГТ климонормом // Успехи современного естествознания. - Москва, 2008. №5. С. 72.
2. Аскольская СИ., Адамян Л.В. Гормональные изменения после гистерэктомии // Климактерий. - Москва, 2001. - №3. - С. 64.
3. Белоусов Ю.Б., Карпов О.И., Сметник В.П., Горощова Н.В. и соавт. Клинико-экономическая оценка заместительной гормональной терапией у женщин с естественной менопаузой // Качественная клиническая практика: Москва, 2002. - №4. - С. 56 - 87.
4. Благодосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Метаболический сердечно-сосудистый синдром // Русский Медицинский Журнал. - Москва, 2001. - Т.9. - №2. - С.67 - 71.
5. Бугрова С.А. Метаболический синдром: клиника, диагностика, подходы к лечению // Российский медицинский журнал. - Москва, 2002. - Т. 9. - №2. - С. 67-71.
6. Володин С.К. Хирургическая профилактика нейроэндокринных нарушений после надвлагалищной ампутации матки // Автореф. дисс. ., д-

- ра.мед. наук. - Казань, 1997. — 20с. 7. Гегия Л.К., Данелия Г.С. О последствиях гистерэктомии //Акушерство и гинекология. - М., 1977. - №2 - С. 49 - 53. 8. Гегия Л.К., Кинтария П.Я. Ближайшие и отдаленные результаты гистерэктомии // Тбилиси, 1977. - 75с. 9. Гинзбург М.М., Крюков Н.Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. Медпрактика. М.: 2002; 23-5. 10. Григорян О.Р., Андреева Е.Н. Менопаузальный синдром у женщин с нарушениями углеводного обмена; Научно-практическое.руководство. М 2008; 64. 11. Давыдов С.Н. Здоровье женщины после консервативных и радикальных операций на матке и придатках // Акушерство и гинекология. - М., 1978. -№3. С . 47-51. 12. Дикке Г.Б. Вегетативноевроитический синдром у женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии и его лечение с использованием КВЧ-терапии // Материалы 2-го съезда Российской Ассоциации врачей акушеров-гинекологов. Москва, 1997. -С. 87-<91. 13. Доброхотова Ю.Э. Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции) // Автореф. дис....д-ра. мед. наук.-М., 2000. - 40с. 14. Доброхотова Ю.Э. Влияние дивиаала на состояние кровотока в яичниках после гистерэктомии //Consilium medicum. - М., 2003. - Т.5. - №1. - С. 29 -32. 15. Капелюшник Н.Л., Володин С.К. Циркуляторные изменения в экстраорганных сосудах яичников после удаления матки без придатков //Казанский медицинский журнал. - К., 1989. -№2. - С. 109 - 111. 16. Краснопольский В.И., Гаспарян Н.Д., Бабунашвили Е.Л., Мельникова Ю.Н. Влияние лечения женщин с постменопаузальным остеопорозом на качество их жизни // Российский вестник акушера-гинеколога. - М., 2006. - Т. 6. - №6.- С. 34-36. 17. Коновалов В.И., Орлов Е.Ю., Мазур А.Е. Влияние радикальных оперативных вмешательств на состоянии гормонального гомеостаза у больных эндометриозом в репродуктивном возрасте // Consilium medicum. - М., 2002. - Т.3.-№4.-С. 98-100. 18. Кулаков В.И., Сметник В.П., Краснов В.Н., Мартынов В.И. и др.Хирургическая менопауза (пособие для врачей). -М., 2003. -40с. 19. Липис С.М. Последствия односторонней и двусторонней тубэктомии // Здоровье женщины после шадящих и радикальных операций на половых органах (Под ред. С.Н. Давыдова). - Л., 1992. - С. 85 - 115. 20. Любченко Н.В. Отдаленные результаты гистерэктомии, произведенной в репродуктивном возрасте и коррекция с помощью ЗГТ.: Дисс... канд. мед. наук. - Москва.-2000.-С.37. 21. Мамедов М.Н. Метаболический синдром. Особенности диагностики в клиникалабораторных условиях // Приложение к журналу Лечащий врач. — М., 2000. - № 6 - С. 11-14. 22. Мирходжаева С.А. Особенности гормональной функции гипофизарно-яичниковой системы и психовегетативной сферы у женщин, перенесших акушерскую гистерэктомии // Автореф. дис....канд. мед. наук. - Ташкент, 1995. 23. Можарова Л.Г. Состояние сердечно-сосудистой системы и метаболические изменения у женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии с сохранением одного яичника // Автореф. дис....канд. мед.наук. - М., 2005. - 24 с. 24. Нурмухамедова Р.Б. Риск оперативного лечения больных миомой матки с хроническим сальпингоофоритом // Автореф. дисс.канд. мед. наук. -Ташкент,1985.. 25. Преображенский Д.В., А.В.Маренич, Б.А.Сидоренко, М.К.Пересыпко, Т.М.Стеценко. Современная терапия артериальной гипертензии (анализ рекомендаций Европейского общества кардиологов)// Consilium Medicum. - М.,2003.-Т.5.-№11. 26. Рубченко Т.И. Клиникометаболические последствия гистерэктомии и их гормональная коррекция: Дисс....д-ра. мед. наук. -М., 2000. - 306с. 27. Рубченко Т.И., Лукашенко С. Ю. Клинико-метаболические последствия гистер-эктомии и возможности их гормональной коррекции // Проблемы репродукции. -М.,2002.-№ 1. -С. 67-73. 28. Сметник В.П. Защитное влияние эстрогенов на сердечно-сосудистую систему // Consilium medicum. - экстравыпуск. -М., 2002. -С. 3 - 6. 29. Третьякова Л.М. Вегетоневротические расстройства после операции по поводу миомы матки // Акушерство и гинекология- М.,1990.-№6.-С.53 30. Уварова Е.В. Вопросы восстановительного лечения больных переходного возраста после удаления миомы матки // Акушерство и гинекология. - М., 1984.- №12.-С. 66-71.31. Bass K., Newschaffer C, Klag M. and Bush T. Plasma Lipoprotein Levels as predictors of cardiovascular death in women // Arsh Intern. Med. -1993 - V.153. -P. 2209-16. 32. Bjarnason N.H., Bjamason K., Haarbo J. Tibolon: Prevention of Bone Loss in Late Postmenopausal Women // The Journal of clinical endocrinology and metabolism. - 2009. - Vol.81. - №7. 33. Canonico M., Oger E., Plu-Bureau G. et al. Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study Group. Hormone therapy.and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and pqqgestogens: the ESTHER study. Circulation 2007;1 15:7:840-845. 34. Cole P., Berlin J. Elective hysterectomy//Am.J.Obstet.Gynecol. -1977.- Vol.129-P.1 17. 35. Fedele L.,Bianchi S.,Raffaelli R., Zanconato G. Comparison of transdermal estradiol and tibolon for the treatment of oophorectomised women with deep residual endometriosis/ZMaturitas. - 1999,- Vol.32 - №3 - P. 189 - 193. 36. Filiberti A., Regazzoni M., Garavoglia M., Perilli C, Alpinelli P., Santoni G., Attili A., Stefanon B. Problems after hysterectomy. A comparative content analysis of 60 interviews with cancer and non- cancer hysterectomized women// Eur J. Gynecol Oncol. - 1991- Vol. 12.- P.445- 449. 37. Fletcher CD., Godfree V.A., parish E. et al. A comparison of o effects of two regimes on Lipids, blood pressure and vascular responsiveness International Congress on the menopaus 7th (Abstracts).-Stocholm -1993.- P.39. 38. Kaiser R., Kusche M., Wurz H. Hormone levels in women after husterectomy //Arch.Gynecol.Obstet- 1989.-Vol.244.-P. 169- 173.