

**А.Ф. Урманчеева,
Г.И. Михайлюк, Е.А. Ульрих**

Медицинская академия
последипломного образования,
кафедра онкологии с курсом
клинической радиологии,
Санкт-Петербург

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

■ Рассмотрена возможность применения заместительной гормональной терапии для реабилитации больных, страдающих постовариоэктомическим синдромом, возникшим вследствие радикального лечения рака эндометрия. Приведены данные собственного исследования по оценке приемлемости и эффективности различных препаратов ЗГТ для коррекции постовариоэктомического синдрома у больных раком эндометрия.

■ **Ключевые слова:** рак эндометрия; радикальное лечение; постовариоэктомический синдром; заместительная гормональная терапия

Рак эндометрия (РЭ) занимает четвертое место в структуре онкологической заболеваемости женщин и первое место среди злокачественных опухолей женских гениталий. В 25% случаев РЭ регистрируется у пациенток в пременопаузе, а у 5% — моложе 40 лет. Таким образом, около трети больных раком тела матки находится в трудоспособном возрасте [1].

Несомненные достижения научной и практической онкологии на современном этапе позволяют добиться высоких показателей пятилетней выживаемости пациенток (при I стадии — более 90%) [2]. Условно заболевание приближается к курабельному. И если на первом плане — задача радикального, в основном хирургического лечения, то после его завершения остро возникает проблема качества жизни. Одна из них — постовариоэктомический синдром (ПОЭС) вследствие выключения функции яичников, характеризующийся вегетативно-сосудистыми, психоэмоциональными и обменно-эндокринными нарушениями. Поэтому в последние годы целью терапии является не только сохранение жизни, но также и качества жизни пациента. Все большее внимание привлекает серьезность постовариоэктомических расстройств у онкогинекологических больных, что диктует необходимость поиска адекватных методов коррекции.

Учитывая генез расстройств у женщин с ПОЭС, единственным патогенетически обоснованным методом лечения является в настоящее время заместительная гормональная терапия (ЗГТ).

Длительное время оставался дискуссионным вопрос о возможности применения ЗГТ больным РЭ после радикального лечения.

Результаты проведенных в мире немногочисленных исследований показали отсутствие увеличения риска развития рецидива РЭ на фоне ЗГТ и даже увеличение продолжительности безрецидивного периода в группе этих больных (табл. 1).

Так, W. Creasman W. [3] еще в 1986 г. по ретроспективным материалам 221-й больной РЭ не обнаружил увеличения риска рецидивирования в группе получавших ЗГТ — 2,1% по сравнению с пациентками без ЗГТ, у которых частота рецидивирования была даже выше — 14,9%.

Аналогичные данные получены Lee R. et al.[4] среди 44 больных РЭ, получавших ЗГТ. За период наблюдения (в среднем

Таблица 1

Опыт ЗГТ пациенткам после лечения РЭ*

Автор	Год	Число больных	Стадии заболевания
Creasman W.	1986	221	I
Lee R.	1990	44	I
Chapman J.	1996	62	I–II
Suriano K.	1999	130	I–III

* Ни в одном исследовании не отмечено увеличения риска рецидива РЭ.

64 месяца) в группе ЗГТ не было рецидивов заболевания, тогда как в группе без ЗГТ — зарегистрировано 8 рецидивов (8%). В исследовании Charman J. et al. [5] также не было достоверных различий в длительности безрецидивной выживаемости в группах использовавших и не применявших ЗГТ.

Схожие результаты получены Suriano K. et al. [6], наблюдавших с 1984 по 1998 гг. 130 больных РЭ (I, II и III стадиями), получавших ЗГТ в среднем 83 месяца. У большинства пациенток (83%) была I стадия заболевания, причем у 50% — Ib стадия. Контрольная группа насчитывала 119 пациенток, не получавших ЗГТ. Выживаемость в среднем не отличалась в обеих группах. Однако безрецидивный период среди больных, получавших ЗГТ, был значительно выше (82 месяца), чем в контрольной группе (63 месяца). Частота рецидивов в группе ЗГТ также была ниже (1,4%) в отличие от 14,3% в группе без ЗГТ.

Сведения, представленные на 10-ом Международном Конгрессе по менопаузе (июнь 2002 г., Берлин), также не исключают возможность применения ЗГТ у пролеченных больных РЭ ранних стадий. Так, данные Центра менопаузы во Флоренции (Италия) продемонстрировали отсутствие рецидивов РЭ в группе ЗГТ (n = 14) за период от 2 месяцев до 10 лет (в среднем 55 месяцев), при этом не отмечено ни одного летального случая, а также не возникло никаких

интеркуррентных заболеваний [7] и было достигнуто полное купирование симптомов ПОЭС у всех пациенток. Аналогичные результаты продемонстрировали и другие авторы [8, 9].

Продолжается международное рандомизированное (двойное слепое) исследование, результаты которого предполагают окончательно определить возможность применения ЗГТ при РЭ [10], и по имеющимся уже предварительным данным в ходе программы не выявлено отрицательного эффекта ЗГТ.

Таким образом, по результатам всех известных проведенных в мире исследований — РЭ в анамнезе не является абсолютным противопоказанием для применения ЗГТ [3, 4, 5, 6]. **Целью исследования** явилось определение возможности применения и оценка эффективности заместительной гормонотерапии в коррекции ПОЭС у больных раком эндометрия.

Материалом исследования послужили данные 74-х пациенток, получивших лечение в онкогинекологическом отделении Ленинградского областного онкологического диспансера с гистологически верифицированным РЭ в различные сроки после радикального хирургического или комбинированного лечения, находящиеся в состоянии клинической ремиссии (2001–2003 гг.).

Пациентки были разделены на 2 группы:

- 1) больные, получающие ЗГТ (54 пациентки);
- 2) контрольная группа — 20 пациенток, которым ЗГТ не проводилась.

Рандомизация в целях включения в отдельные группы осуществлялась конвертным методом с учетом противопоказаний к ЗГТ.

ЗГТ проводилась 54 пациенткам в следующих вариантах:

- препарат индивина (Орион, Финляндия) в виде таблеток для приема внутрь, содержащих эстрадиола валерат 1 мг/сут и медроксипрогестерона ацетата 2,5 мг/сут, ежедневно получали 20 пациенток;
- препарат климодиен (Шеринг, Германия) в виде таблеток для приема внутрь, содержащих эстрадиола валерата 2 мг/сут и диеногеста 2 мг/сут, ежедневно получали 14 пациенток;
- препарат ливилал (Органон, Голландия) в виде таблеток для приема внутрь, содержащих активного вещества тиболона 2,5 мг/сут, ежедневно получали 12 пациенток;
- препарат мегейс (Бристол-Майерс-Сквибб, США) в виде таблеток для приема внутрь, содержащих медроксипрогестерона ацетата 20 мг, ежедневно получали 8 пациенток.

Заместительная гормонотерапия проводилась в непрерывном режиме. Длительность лечения в среднем составила 7,6 месяца (от 6 до 18 мес).

Таблица 2

Характеристика пациенток, принимавших ЗГТ

Параметры	Значения
Индивина (n = 20)	
Средний возраст, лет	44,6 + 0,7
Средний послеоперационный период, мес	14 + 1,2
Средний ММИ до лечения, баллы	36,8 + 2,35
Средний ММИ через 6 мес, баллы	12,9 + 1,0
Климодиен (n = 14)	
Средний возраст, лет	45,7 +/- 1,5
Средний послеоперационный период, мес	13,4 +/- 2,2
Средний ММИ до лечения, баллы	28,5 +/- 2,2
Средний ММИ через 3 мес, баллы	17,1 +/- 2,2
Ливилал (n = 12)	
Средний возраст, лет	44,8 +/- 0,9
Средний послеоперационный период, мес	14,1 +/- 2,9
Средний ММИ до лечения, баллы	33,8 +/- 3,1
Средний ММИ через 6 месяцев, баллы	2,3 +/- 0,7
Мегейс (n = 8)	
Средний возраст, лет	49,8 +/- 1,7
Средний послеоперационный период, мес	18,5 +/- 2,8
Средний ММИ до лечения, баллы	33,4 +/- 4,1
Средний ММИ через 6 мес, баллы	16,25 +/- 2,75

Возраст больных варьировал от 31 до 55 лет и в среднем составил $45,1 \pm 0,7$ лет. Все пациентки до проведения хирургического лечения имели сохраненную менструальную функцию (табл. 2).

На момент включения больных РЭ в исследование, а также через 3 и 6 месяцев осуществлялась оценка выраженности проявлений ПОЭС и их динамики в процессе наблюдения по модифицированному менопаузальному индексу (ММИ) при осмотре и опросе с помощью специально разработанных анкет. На момент включения в исследование, а также через 3 и 6 месяцев, проводились следующие клинико-лабораторные исследования: гинекологический осмотр, цитологический контроль, обследование молочных желез, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, определение липидного спектра крови энзимокolorиметрическим методом, коагулограмметрия, определение уровня гонадотропинов, ФСГ и ЛГ иммуноферментным методом и эстрадиола радиоиммунологическим методом.

Результаты исследования

У всех 74-х пациенток выявлены проявления ПОЭС различной степени выраженности: в 50% случаев отмечены проявления слабой степени выраженности, в 40% — умеренной, в 10% — тяжелой степени.

В структуре расстройств доминировали нейровегетативные нарушения (приливы жара, потливость, головные боли, сердцебиение), при этом умеренной степени выраженности — в 25% случаев, тяжелой — в 10%.

Отмечены не только раннее появление и тяжесть нейровегетативных симптомов ПОЭС, но и темпы нарастания выраженности, скорость развития данных расстройств, что усугубляло течение психоэмоциональных нарушений у больных РЭ. Психоэмоциональные нарушения в обследуемой группе больных проявлялись раздражительностью, потерей сна, снижением памяти, внимания, мнительностью, эмоциональной неустойчивостью. На момент включения больных в исследование данные расстройства по степени тяжести были ведущими, у 60% пациенток они преобладали над вегетососудистыми нарушениями. Слабая степень выраженности симптомов наблюдалась у 40% пациенток, умеренная — в 55% и тяжелая — у 5% пациенток.

Для анализа полученных данных существенно, что возникновение и развитие эмоционального дистресса у больных РЭ, по нашему мнению, происходит уже в процессе лечения основного заболевания. Сообщение об онкологическом заболевании является пусковым меха-

низмом возникновения психологического кризиса у больной. Психологические аспекты состояния больных РЭ в послеоперационном периоде усугубляются внутренними переживаниями женщины, связанными с утратой органа. Для таких больных характерны чувство потери женственности, а вследствие этого переживания неполноценности и ущербности, чувство угрозы для жизни и страх перед возможной социальной изоляцией, что особенно тяжело переживают женщины переходного возраста.

Таким образом, отмечено, что психоэмоциональные расстройства в клинической картине ПОЭС у больных РЭ занимают значительное место и привлекают внимание частотой развития и тяжестью проявлений.

Течение психоэмоциональных нарушений усугублялось возникновением у больных РЭ различных сексуальных расстройств, обусловленных нарастающими атрофическими изменениями в нижних отделах мочеполовой системы. Урогенитальные нарушения у данной категории больных не были отсроченными и развивались параллельно с нейровегетативными и психоэмоциональными симптомами ПОЭС. Клинические проявления урогенитальных нарушений выражались в симптомах атрофического кольпита и формировании уретрального синдрома, сопровождающихся характерными жалобами на частые болезненные и непроизвольные мочеиспускания, стрессорное недержание мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, никтурию, а также сухость, зуд и выделения из влагалища, носящие длительный, рецидивирующий и упорный характер, кровянистые выделения при половых контактах, различные сексуальные нарушения, вплоть до невозможности половой близости (диспареунии). У 69% пациенток отмечались умеренно выраженные обменно-трофические расстройства, а у 10% — тяжелые.

Одним из факторов, влияющих на степень выраженности данных проявлений, является характер радикального лечения больных РЭ, включающий в себя хирургическое лечение и нередко послеоперационную лучевую терапию. Поражения органов малого таза, в частности прямой кишки, мочевого пузыря и влагалища, развивающиеся в связи с применением комбинированного лечения РЭ, усугубляют течение обменно-трофических процессов, обусловленных острым дефицитом эстрогенов при ПОЭС.

Изучение выраженности и структуры проявлений ПОЭС у больных РЭ с учетом длительности послеоперационного периода выявило, что наибольшая выраженность синдрома наблюдается в

течение первого года после выключения функции яичников и в его структуре преобладают проявления нейровегетативного характера, а психоэмоциональные и обменно-трофические расстройства практически равны по значимости.

Однако через год и более после овариэктомии выраженность нейровегетативных симптомов снижается, психоэмоциональные изменения длительное время носят стойкий характер, а степень выраженности обменно-трофических расстройств постепенно прогрессирует.

Изучение динамики проявлений ПОЭС свидетельствует о достоверном уменьшении выраженности расстройств в группе больных, получающих ЗГТ, что отразилось снижением показателей ММИ (табл. 2).

Уже в течение первых 3–4 недель применения препаратов ЗГТ отмечалось исчезновение таких вегетососудистых проявлений ПОЭС, как приливов жара, головных болей, потливости, сонливости. Через 6 месяцев применения ЗГТ у 90% пациенток полностью купировались вегетососудистые нарушения, а у 10% — остались лишь слабые их проявления.

Нормализация нейровегетативных реакций на фоне ЗГТ у больных РЭ частично предопределила положительную динамику психоэмоционального состояния данной группы пациенток.

Значимая динамика психоэмоциональных проявлений ПОЭС отмечалась через 4–6 недель, т. е. после исчезновения на фоне ЗГТ части нейровегетативных симптомов. На фоне ЗГТ выраженность указанных симптомов у больных РЭ с ПОЭС уменьшилась на 60%. Проведение ЗГТ способствовало снижению тревожности, мнительности, устранению раздражительности, навязчивых идей, стабильности настроения, аппетита, улучшению сна, памяти, повышая в целом работоспособность, качество жизни данной категории больных.

Наряду с нормализацией вегетососудистых реакций и улучшением психоэмоционального состояния, отмечалась положительная динамика в снижении степени выраженности урогенитальных расстройств за счет исчезновения дизурических явлений, сухости влагалища, недержания

мочи, никтурии. Снижение показателей ММИ на фоне ЗГТ свидетельствует об уменьшении обменно-трофических изменений на 48%. Уменьшение нейровегетативных проявлений и стабилизация эмоционально-психического состояния, исчезновение уродинамических расстройств на фоне ЗГТ способствовали восстановлению либидо, коитальной, а затем и сексуальной активности, что тесно связано с восстановлением социальной адаптации женщины.

В группе сравнения проявления постовариоэктомического синдрома носили упорный характер с тенденцией к расширению симптоматики и нарастанию степени выраженности.

Следует отметить, что в целом применяемые режимы, а также отдельные препараты комбинированной ЗГТ равнозначно эффективны в лечении клинических проявлений ПОЭС ($p > 0,05$). Чистые гестагены снижают выраженность вегетососудистых проявлений ПОЭС, но мало эффективны при психоэмоциональных и обменно-трофических нарушениях.

Исследование особенностей липидного обмена при ПОЭС у больных РЭ выявило, что на момент включения больных в исследование у 60% больных были клинические проявления нарушений липидного обмена в виде превышения массы тела ($ИМТ > 25 \text{ кг/м}^2$), т. е. имелось ожирение II–III степени, что свидетельствует о повышенном риске развития сердечно-сосудистой патологии в данной группе пациенток. Известно, что нарушения обмена липопротеидов близко связаны с тромбогенезом и атерогенезом.

Изучение показателей липидного спектра крови у больных РЭ с ПОЭС позволило выявить различные формы дислипидемии, преимущественно IIa и IIb типов (ВОЗ), у 93% пациенток и лишь у 7% — нормолипидемию.

Таким образом, повышение атерогенного потенциала крови отмечено у подавляющего большинства больных, при этом у 2/3 пациенток в сочетании с избыточной массой тела и ожирением.

На основании полученных данных больные РЭ с ПОЭС могут расцениваться как группа

Таблица 3

Изменение липидного спектра крови на фоне ЗГТ

Показатели, ммоль/л	До лечения	Через 6 мес ЗГТ	Через 6 мес в группе контроля
Холестерин	5,80 ± 0,22	5,1 ± 0,23	6,10 ± 0,12
Триглицериды	1,52 ± 0,17	1,15 ± 0,10	1,68 ± 0,14
ХС-ЛПВП	1,47 ± 0,07	1,54 ± 0,16	1,34 ± 0,11
ХС-ЛПНП	3,57 ± 0,52	3,56 ± 0,10	5,26 ± 0,36
Атерогенный индекс	3,41 ± 0,45	2,8 ± 0,13	4,35 ± 0,32

высокого риска возникновения и развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а назначение им ЗГТ является не только лечением уже развившегося симптомокомплекса ПОЭС, но и профилактикой поздних обменно-трофических нарушений.

На фоне ЗГТ у данной категории больных отмечено небольшое снижение уровня общего холестерина, триглицеридов, атерогенных фракций липопротеидов, а также снижение атерогенного индекса, что указывает на благоприятное влияние ЗГТ ($p > 0,05$) (табл. 3).

Слабое влияние ЗГТ на липидный спектр пациенток, имеющих изначально обменно-эндокринные нарушения, а также отсутствие влияния на свертывающую систему крови, указывает на безопасность в применении этих препаратов у данной категории больных (табл. 4).

Следует отметить, что атерогенные фракции липопротеидов и, следовательно, индекс атерогенности в группе контроля оставались повышенными в течение всего периода наблюдения. Кроме того, в данной группе больных отмечена отрицательная динамика показателей ИМТ, выражающаяся в увеличении числа больных с избыточной массой тела и ожирением. В группе больных РЭ, получающих ЗГТ, не отмечено отрицательной динамики показателей ИМТ.

При изучении гормонального спектра крови у больных РЭ с ПОЭС характерным явилось резкое повышение концентрации ФСГ и ЛГ и снижение концентрации эстрадиола, что соответствует универсальной характеристике постовариэктомического состояния. Следует отметить значительные индивидуальные колебания указанных показателей, которые не зависели от

длительности постовариэктомического периода и возраста больных.

Нами не отмечено также убедительной зависимости степени выраженности ПОЭС от степени снижения эстрадиола в крови. Вероятно, можно предположить наличие индивидуально низкого порогового уровня эстрадиола, ниже которого падение концентрации уже не влечет за собой изменения выраженности симптомов дефицита эстрогенов.

Однако высокие темпы роста и степень повышения содержания ФСГ и ЛГ, острый дефицит эстрогенов способствуют более раннему возникновению, высокой скорости развития и большей степени выраженности не только ранних, но и поздних постовариэктомических расстройств.

Назначение ЗГТ позволило достигнуть оптимальных уровней эстрадиола в крови, достоверно превышающих его концентрацию до лечения. Не было отмечено достоверных корреляций между степенью повышения содержания эстрадиола в крови и характером используемых препаратов ЗГТ.

На фоне ЗГТ наблюдалось значительное снижение концентрации ЛГ и ФСГ в сыворотке крови, не достигающее, однако, базальных показателей (табл. 5).

Специального внимания заслуживают данные о характере побочных эффектов при проведении ЗГТ, которые не были длительными, купировались самостоятельно в течение 2–4 недель применения и не требовали отмены препарата.

Наблюдались незначительное нагрубание молочных желез, тошнота, головные боли разной степени выраженности. Указанные побоч-

Таблица 4

Влияние ЗГТ на свертывающую систему крови

Показатели	Нормы	До лечения	Через 6 мес ЗГТ	Через 6 мес применения мегейса	Группа контроля через 6 мес
Протромбин, %	92–109	98,80 ± 0,09	99,9 ± 1,40	101,50 ± 1,50	103,50 ± 6,50
Фибриноген, г/л	2–4	3,02 ± 0,17	2,68 ± 0,10	3,10 ± 0,70	4,10 ± 0,50
АПТВ, сек	28–38	35,10 ± 1,50	33,53 ± 0,60	40,15 ± 0,35	36,05 ± 2,30
Тромбиновое время, сек	14–17	15,30 ± 0,30	14,60 ± 0,20	16,70 ± 0,01	15,80 ± 1,70

Таблица 5

Изменения гормонального спектра крови на фоне ЗГТ

Показатели	До лечения	Через 6 мес ЗГТ	Через 6 мес в группе контроля
ФСГ, мЕ/мл	155,5 ± 0,1	56,6 ± 15,6	200,0 ± 6,1
ЛГ, мЕ/мл	31,2 ± 1,1	19,2 ± 1,9	38,8 ± 5,3
Эстрадиол, пм/л	11,3 ± 0,5	34,9 ± 3,5	10,2 ± 4,8
Прогестерон, нм/л	0,2 ± 0,1	0,3 ± 1,05	0,4 ± 0,2

Таблица 6

Изменение маммографической плотности (МП) под влиянием препаратов ЗГТ через 6 месяцев применения

Препарат ЗГТ	Увеличение МП	Без динамики МП	Уменьшение МП
Индивина, климодиен	35%	60%	5%
Ливиал	—	50%	50%
Группа контроля (без применения ЗГТ)	50%	50%	—

ные эффекты ряд авторов считает не осложнениями лечения, а «синдромом начала терапии» — возможную индивидуальную реакцию организма женщины с выключением функции яичников на изменение уровня эстрогенов в сторону повышения.

Применение прогестагенов до сих пор вызывает споры в связи с побочными явлениями со стороны молочных желез, в том числе с увеличением риска развития РМЖ.

Результаты исследований *WHI (Инициатива во имя здоровья женщины)* по применению комбинированной ЗГТ, опубликованные в 2002 г., подтверждают рекомендацию не использовать длительных курсов ЗГТ из-за повышения риска развития РМЖ [10].

В нашем исследовании на фоне проведения 6 мес ЗГТ и далее в течение последующих 12–24 мес наблюдения ни у одной больной не отмечено существенных клинико-маммографических изменений в состоянии молочных желез по сравнению с группой контроля (табл. 6).

Выводы:

1. За время проведения ЗГТ (6–18 мес) и в течение последующего периода наблюдения (12–18 мес) в группе обследуемых больных РЭ не отмечено рецидивов заболевания (0/54), тогда как в группе сравнения — у 1 (1/20).

2. Препараты заместительной гормонотерапии высокоэффективны в коррекции постовариэктомического синдрома.

3. Препараты ЗГТ хорошо переносятся.

4. Комбинированная ЗГТ безопасна в применении как в отношении рецидива РЭ, так и в отношении влияния на молочную железу за период применения от 6 до 18 мес.

5. Исследованные препараты могут использоваться в реабилитации больных РЭ в целях повышения качества жизни данной группы пациенток.

Литература

1. Cancer Incidence in Five Continents. // IARC Sci. Publ. Lyon — 1999. — 7 (143): 867–890.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. // Л., 1989. — С. 464.
3. Creasman WT. Estrogen replacement therapy in the patient treated for endometrial cancer // Obstet. Gynecol. — 1986. — 67:326–30.
4. Lee R.B., Bulka T.W., Park R.C. Estrogen replacement therapy following treatment for stage I endometrial carcinoma // Gynecol. Oncol. — 1990. — Vol. 36. — P. 189–91.
5. Chapman J.A., DiSaia P., Osann K. et al. Estrogen replacement in surgical stage I and II endometrial cancer survivors // Amer. J. Obstet. Gynecol. — 1996. — Vol. 175. — P. 1195–2000.
6. Suriano K., McHale M., Re A., Di Saia P. Estrogen replacement therapy in endometrial cancer patients does not increase recurrence risk // Inter. J. Gynec. Cancer. — 1999. — Vol. 9. — P. 83.
7. Magnani L., Becorpi A., Marchionni M., Scarselli G. Hormone replacement therapy in patients treated for endometrial cancer // F-08-05.
8. Spaczynski M. HRT and gynecological malignancies.
9. Campodonico I. The dilemma of HRT after breast and endometrial cancer treatment // 10th World Congress on the Menopause, 2002, SM-01-04.
10. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. The Writing Group for the WHI investigators // JAMA. — 2002. — Vol. 288, N 3. — P. 321–332.

REPLACEMENT HORMONAL THERAPY FOR REHABILITATION OF PATIENTS WITH ENDOMETRIAL CARCINOMA AFTER RADICAL TREATMENT

Urmancheyeva A.F., Mikhailuk G.I., Ulrikh E.A.

■ **Summary:** The possibility of using replacement hormonal therapy for rehabilitation of patients suffering from postovariectomic syndrome in consequence of radical treatment of endometrial carcinoma was considered. Data of the own investigation to appraise the admissibility and efficiency of various RHT preparations aimed at correction of postovariectomic syndrome in patients with endometrial carcinoma are presented.

■ **Key words:** endometrial carcinoma; radical treatment; postovariectomic syndrome; replacement hormonal therapy