

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ

К. мед. н. В.В. СВИРИДОВА

*Донецкий медицинский университет*

**Представлены аналитический обзор современных данных по рассматриваемой проблеме и результаты собственных исследований, которые открывают возможность установить причины нарушения сексуального здоровья при гистерэктомии и разработать его патогенетическую коррекцию.**

Проблема влияния хирургического лечения заболеваний внутренних половых органов женщин на состояние их сексуальной функции приобретает все большую актуальность в связи с тем, что в последние годы увеличилась и продолжает возрастать частота хирургических вмешательств на гениталиях, достигая у женщин до 30 лет 20%, а 30 – 40 лет – 70%. При этом отмечается и тенденция к увеличению объема производимых операций и даже тотальных и субтотальных гистерэктомий не только среди гинекологических, но и общехирургических операций [1, 2]. Кроме того, гистерэктомии нередко выполняются во время патологических родов по поводу маточных кровотечений или гнойно-септических осложнений.

Между тем тотальная или субтотальная гистерэктомия с яичниками либо без них сказывается на состоянии сексуальной функции женщины. Частота сексуальных расстройств после таких операций составляет, по разным данным, от 10 до 67% [3]. Сексуальная дисфункция у женщин и супружеская дисгармония усугубляются изменением психологического состояния пациентки, которая начинает считать себя неполноценным половым партнером. Однако производивший операцию врач в большинстве случаев не обсуждает с пациенткой эту столь важную для нее проблему. Так, по данным А.С. Жерновой [4], сексуальные отношения обсуждались после операции лишь с 13% больных. Более того, 76% женщин получили запрет на половые отношения на 2–3 мес, несмотря на благоприятный послеоперационный период и отсутствие вагинальной гистерэктомии. К сожалению, рассматриваемая проблема практически не освещена в отечественной литературе, тогда как за рубежом ей посвящено достаточно много исследований [5, 6].

В то же время многими современными исследованиями доказано, что в генезе нарушения сексуального здоровья большую роль играют не только соматогенные факторы (а следовательно, и удаление матки и яичников), но и негативные социальные, психологические и социально-психологические факторы: информированность в области секса, тип сексуальной культуры, доминирующая мотивация, межличностные отношения в семье и т.д. [2, 3, 7].

Половое влечение и возможность его удовлетворения относятся к врожденным инстинктам и отображают основной закон жизни — продолжение рода. Однако у человека потребность в продолжении рода отделена от потребности в любви и сексуальном удо-

влетворении. У современного человека биологическая заданность сексуальности не играет первостепенной роли, и нарушения в социокультурной, психологической семейной сфере, как правило, ведут к глубоким личностным и социальным (микросоциальным) конфликтам, супружеской дисгармонии, а нередко и к распаду семьи.

Хотя развитие сексологии шло в основном по пути отдельного изучения сексуальности мужчин и женщин, в последние десятилетия все больше исследований проводится с учетом парного характера сексуальной функции и значения указанных выше факторов [8–10]. Тем не менее доказано, что сексуальность женщины отличается от сексуальности мужчины. У женщин нет единого гормона, который бы, как у мужчин тестостерон, обеспечивал сексуальное желание, эротическое поведение и репродуктивную функцию [11]. Сексуально-эротическое поведение женщины определяется многочисленными гормонами, разным их уровнем во времени (хронобиология), течением менструального цикла и эволюции (менопауза). Имеются и различия в действии гормонов и транзиттеров, которые могут аккумулировать или модифицировать это действие. Именно специфичность действия гормонов у женщины дала возможность глубже изучить их физиологические и биохимические механизмы.

Стало понятно, что гормоны осуществляют специфическое биологическое действие в синтезирующих их клетках (локальные гормоны). После селективного связывания с мембранными рецепторами и действия на внутримембранные передатчики гормоны руководят разными функциями и влияют на экспрессию геном как через внутриклеточных посредников, так и через нуклеотидную систему. Химическая структура соответствующего гормона определяет характер связывания с разными рецепторами и разнообразные механизмы действия на внутриклеточные эффекторные системы. Во время критических периодов развития, в особенности мозга (на третьей неделе беременности), гормоны и транзиттеры выполняют организующее действие, которое в конечном счете определяет реактивность филогенетически обусловленной нейроэндокринной системы. Разные нарушения, которые возникают в такие периоды, связаны с дифференциацией мозга, на которую влияют гормоны и окружающая среда [12]. При повторяющемся действии гормонов у женщин возникают психологические модифика-

ции сексуальных ответов, в частности индивидуальное повышенное или заниженное психоаналитическое сотрудничество, например у лесбиянок.

Сексуальная функция женщин тесно связана с репродуктивной функцией, и отклонения от нормы одной могут влиять на состояние другой. Сексуальность объединяет органические (биологические), интеллектуальные и эмоциональные элементы, которые, в свою очередь, зависят от филогенетических, этнических факторов, уровня цивилизации, религиозных установок, сексуальной культуры, присущей каждой личности наряду с ее соматическим и психологическим состоянием.

Таким образом, сексуальность — это уникальный биофизиологический и психосоциокультурный феномен, который имеет свои отличительные индивидуальные внутренние и внешние признаки, делающие одного человека привлекательным для другого. При этом сексуальность развивается и изменяется на протяжении всей жизни человека.

Существуют, как известно, три вида либидо — платоническое, эротическое и сексуальное, выраженность которых для обеспечения сексуальной гармонии должна совпадать у женщин и мужчин; должно соответствовать норме и их сомато- и психосексуальное развитие. Специальными исследованиями было показано, что гормоны моделируют эротизацию и сексуальность женщины и формирование анатомо-физиологических структур, которые обеспечивают ее эротическое и сексуальное поведение. W. Masters, V. Johnson [13] своими уникальными наблюдениями продемонстрировали зависимость эrogenных зон женщины, мышц влагалища, тазового дна, молочных желез от уровня половых гормонов. Ими была доказана значительная роль эстрогена в формировании мышц влагалища, тазового дна, обеспечении клиторального и влагалищного наслаждения. Так, во время оргазма у сексуально активной женщины образуется «манжетка» в области входа во влагалище благодаря хорошо развитым его мышцам и именно из-за этого сексуальный партнер получает большое наслаждение от оргастической разрядки женщины. Доказано также, что сексуальность женщины определяется ее оргастической способностью. В то же время, как свидетельствуют данные некоторых работ [11], у 33% женщин имеет место низкая оргастичность или вообще наблюдается аноргазмия. Было показано [14], что оргастическое удовлетворение у женщин с высокой сексуальностью не ограничивается только участком гениталий. Эрогенные участки выявлены у женщин в коже, сальных, молочных, эндокринных железах и в головном мозге. Установлено, что они играют главную роль в формировании эротических и сексуальных действий женщины. P. Chapelle [15] наблюдал явления параплегии у сексуально активных женщин, которые исчезали после оргастического удовлетворения. Им впервые был введен термин «главный штурм оргазма», который хорошо известен у мужчин и заключается в мысленном переживании сценария копулятивного процесса. Доказано, что сексуально активные женщины, как и мужчины, способны к «главному штурму оргазма».

Существует циклическая зависимость сексуального поведения женщины от уровня половых и гонадотропных гормонов в продолжение менструального цикла [16]. Не случайно сексуальность женщины повышается в период овуляторный период, когда наиболее благоприятны условия для оплодотворения. Кроме того, показано [17], что под влиянием эстрогенов и прогестерона женщина становится сексуально более привлекательной и повышается ее эротизация. Приследжено также стимулирующее влияние прогестерона на сексуальную активность женщины. Поскольку прогестерон имеет антиэстрогенную активность, именно снижением его в предменструальный период (позднюю лютеиновую фазу) можно объяснить значительное повышение сексуальной активности женщины, хотя не исключается также влияние негормональных факторов.

Еще недостаточно изучено влияние андрогенов на разнообразие аспекты сексуального поведения женщины. В основном установлено [18], что андрогены усиливают лишь сексуальное влечение, а оргастичность женщины (наивысшее плато сексуальности) обусловлена женскими половыми гормонами (эстрогенами и прогестероном). Хотя механизм действия андрогенов в женском организме еще окончательно не выяснен, по некоторым наблюдениям [19], существует зависимость уровня тестостерона в плазме крови женщин от характера их труда: содержание этого гормона ниже у домохозяйек и женщин, занимающихся интеллектуальным трудом, и выше у женщин, занимающихся физической работой.

В прошлом столетии были выявлены спинальные сексуальные центры, чувствительные у женщин к эстрогенам, у мужчин — к тестостерону [15, 19]. Довольно высокий уровень половых гормонов в ряде случаев обуславливает спонтанность возникновения сексуальных рефлексов (у мужчин — ночные поллюции, у женщин — переживание оргазма, эротические сновидения). Эти реакции могут сохраняться даже после кастрации или наступления физиологической возрастной менопаузы в силу действия надпочечниковых гормонов. Тем не менее при поражении гипофиза, половых и надпочечниковых желез наступает угасание спинномозговых половых рефлексов.

Темой ряда работ явилось исследование участия обонятельной системы и феромонов в реализации сексуальной функции у человека. Вначале оно было изучено у животных и насекомых. Выяснилось, что, например, у насекомых самец чувствует самку за несколько километров именно благодаря феромонам. У обезьян-самцов повышается чувствительность обонятельной системы и распознавание настроения самки в период течки. Дальнейшие исследования позволили установить, что и у человека феромоны служат вектором между узнаванием и сексуальной готовностью партнеров. Феромоны у человека идентифицированы в секрете слюнных и грудных желез, а также в гениталиях у мужчин и выделяются апокриновыми железами крайней плоти у мужчин и клитора у женщин. Клитор, представляющий собой дериват мужского полового члена, развивается у женщины от рождения к менопаузе и принимает активное участие в клито-

ральном оргазме. После менопаузы физиологическая функция клиторальных кавернозных тел уменьшается наполовину и, по образному выражению P.M. Sargel [17], «клитор умирает» у старой женщины.

Важное значение в реализации сексуальности человека признается за гипоталамусом как центром полового влечения. Показано, что гипоталамус контролирует половое влечение разными путями. Нейро-секреторный путь обеспечивается нейрогормонами, которые влияют на секрецию гормонов гипофизом. Кроме того, здесь формируется «характер» сексуального поведения. Далее сексуальное влечение контролируется среднежелудочковым полем серого бугра, его поражение приводит к снижению сексуального влечения. Исследования, проведенные в свое время D. Lisk [20], показали, что в гипоталамусе есть два сексуальных центра. В передней его части (точнее, в ядре Кахаля) расположен центр, который отвечает за сексуальное поведение, непосредственно «освобождая» сексуальную активность, а в средней и задних частях гипоталамуса находится центр, обуславливающий сексуальное влечение опосредованно — через секрецию гонадолиберина, он контролирует функцию передней доли гипофиза (гормональный сексуальный центр). Освобождение гонадолиберина зависит, в частности, от нейротрансмиттеров из группы биогенных аминов (норадреналин стимулирует, а серотонин тормозит его секрецию).

Позднее было показано, что гипоталамические сексуальные центры играют регулируемую роль для спинальных сексуальных центров и, в свою очередь, сами подчиняются лимбической системе и коре головного мозга. Лимбическая система (гиппокамп, миндалина, перегородка) тормозит сексуальность. Принимая во внимание тот факт, что половые гормоны или стимулируют, или тормозят сексуальность женщины, важно учитывать, что чувствительность сексуальных центров гипоталамуса является показателем этих влияний со стороны нервных центров, рецепторов и половых гормонов. При этом большинство исследователей находят, что сексуальные центры гипоталамуса в значительно большей степени регулируют сексуальность по женскому типу, чем по мужскому.

Кора головного мозга в конечном счете оказывает основное влияние на сексуальность через нейрорегуляторы. Нейрорегуляторы делятся на нейротрансмиттеры (нервные реле) и нейромодуляторы. Нейротрансмиттеры действуют непосредственно на синапсы. К нейротрансмиттерам относят адреналин, норадреналин, серотонин, ацетилхолин, гистамин, а также аминокислоты — аспарагиновую, глутаминовую и пр. Действие нейромодуляторов основано на действии гормонов, причем они продуцируются как нервными клетками, так и клетками эндокринных желез. К нейромодуляторам относят простагландины, энкефалины, кортикостероиды, эстрогены, тестостерон. Результаты последних биохимических исследований указывают на существование корреляции между нейротрансмиттерами, которые стимулируют или тормозят эту активность, и нейромодуляторами [21].

Не выяснено участие опиатной системы в реализации сексуальной функции. Значения опиатов, полу-

чивших название «гормонов счастья, удовлетворения, тревоги», при сексуальных расстройствах касаются лишь единичные работы [4].

Сексуальная активность как ни одна другая из биологических функций человека имеет физиологические корреляции с жизненным опытом, зависит от законов, установок общества, традиций, обрядов и т.п. Общество контролирует отношения полов — добрачные и в браке (моногамные, полигамные) — и саму любовь. В настоящее время можно считать общепринятым мнение, что социальные, психологические и социально-психологические факторы играют не менее важную роль в становлении и сохранении супружеской гармонии, нежели факторы биологические. Более того, многие ученые полагают, что они доминируют в генезе нарушений гармонии супружеской жизни, в том числе приводя к утрате супругами сексуальной привлекательности друг для друга [22].

Проведенный анализ данных литературы свидетельствует о том, что гормональное обеспечение сексуальной функции женщин достаточно хорошо изучено и освещено в современных работах. Однако в вопросе о влиянии хирургического лечения патологии внутренних половых органов на сексуальную функцию женщин и тем более на сексуальную коммуникацию супругов существует информационный вакуум. Учитывая такое положение, мы поставили перед собой задачу восполнить этот пробел в разработке рассматриваемой актуальной проблемы.

Целью нашего исследования было изучение состояния сексуального здоровья супружеской пары при хирургической менопаузе у жены в репродуктивном возрасте.

Под наблюдением находились 296 женщин в возрасте от 20 до 50 лет с различными гинекологическими заболеваниями, подвергшихся оперативному лечению. У всех супружеских пар имела место сексуальная дисгармония.

У большинства (76±3%) женщин до оперативного лечения был диагностирован воспалительный процесс во внутренних гениталиях (оофорит, аднексит, параметрит), который в ряде случаев приводил к нарушению сексуальной функции. При этом локализация процесса в придатках матки обуславливала более выраженную сексуальную симптоматику — стойкую аноргазмию и снижение либидо, вплоть до его отсутствия. При локализации процесса в матке и клетчатке таза на первый план выступали нарушения оргазма, а нарушение сексуального либидо было менее выражено. Следует, однако, отметить, что указанные сексуальные расстройства в определенной степени зависели от типа половой конституции: при сильной и средней половой конституции, наблюдавшейся у 56±5% наших пациенток, либидо оставалось сохранным и при стойкой аноргазмии, и даже при генигальгиях, что определяло особенно тягостное состояние больных.

У 26±5% женщин до операции отмечалось снижение генитальных реакций и более чем у половины — оргазмическая дисфункция и отсутствие психосексуального удовлетворения. Среди их мужей у 17±5% отмечалось ускоренное семяизвержение в сочетании с гипозрекцией.

До операции со всеми больными и их мужьями были проведены семинары, на которых обсуждались сексуальные проявления у женщин и мужчин в норме, факторы, которые могут влиять на состояние сексуальной функции, в частности роль психологических и социально-психологических факторов в сексуальной адаптации супружеской пары. Эта информация позволила супругам впоследствии более четко ориентироваться в оценке своего сексуального здоровья после оперативного лечения женщин.

Состояние сексуальной функции пациенток и их мужей определялось через один год, через 5, 10 и 20 лет после операции. Исследование проводили методом системно-структурного анализа по В.В. Кришталю [23]. Его результаты позволили прежде всего выявить закономерность, состоящую в том, что развитие сексуальной дисфункции у оперированных женщин и супружеской дисгармонии находилось в прямой зависимости от состояния здоровья супружеской пары до оперативного лечения женщин.

При обследовании выяснилось, что в 31±5% супружеских пар имели место нарушения взаимоотношений супругов, отражавшиеся на состоянии их сексуальной функции и сексуальных контактов. Эти нарушения были связаны с неблагоприятным сочетанием в паре характерологических и личностных черт мужа и жены, в ряде случаев — расхождением направленности личности, в частности ценностных ориентаций, самооценки и взаимооценки, уровня притязаний супругов. Дисгармонирующую роль играли также неблагоприятное сочетание психосексуальных типов супругов, несоответствие их сексуальной мотивации, неправильная информированность в вопросах психогигиены половой жизни, отсутствие чувства взаимной любви и уважения друг к другу.

В таких случаях у женщин даже при отсутствии гинекологической патологии наблюдалось снижение оргастичности, особенно после супружеских контактов, у мужчин снижалась сексуальная активность и предприимчивость, оба супруга страдали от психосексуальной неудовлетворенности.

В течение 3 мес после оперативного лечения у женщин, которым были удалены яичники, отмечались снижение сексуальной активности, болевые ощущения во время полового акта, гипо- и аноргазмия. Но в течение года при проведении заместительной терапии (прием тиболона и препаратов кальция) сексуальная функция восстанавливалась, хотя процент оргастичности был снижен на 10–20%. У женщин, у которых были сохранены яичник и шейка матки, сексуальная функция в течение 1–2 мес пришла к исходному уровню.

При обследовании через 5 лет после операции сексуальная функция была сохранной у 71% женщин, у остальных 29% отмечалось снижение процента оргастичности.

То обстоятельство, что у большинства женщин сексуальная функция и сексуальная адаптация супругов практически не изменились, подтверждают данные W. Eicher [24], который на основании своих наблюдений пришел к выводу, что оргазм имеет экстрагенитальную природу и удаление матки и яични-

ков не обязательно должно ухудшить сексуальную функцию и приводить к гипооргазмии.

Тем не менее наши исследования показали, что объем операций и прежде всего кастрация женщин все же неблагоприятно сказываются на состоянии их сексуальной функции спустя 5–10 лет. При обследовании мы констатировали у этих женщин явления инволюции влагалища, мышц тазового дна и клитора, чего не наблюдалось у женщин с сохраненными яичниками, даже без матки. Явления инволюции наблюдались у половины женщин, перенесших двустороннюю овариоэктомию уже в молодом возрасте (34–36 лет), в первые 5 лет после операции. Через 20 лет, независимо от объема перенесенного оперативного вмешательства, у всех пациенток имели место явления, характерные для физиологической менопаузы. В сексуальной сфере у подавляющего большинства из них наблюдались сексуальная гипестезия, гипооргазмия, резкое снижение сексуального либидо, и во многих случаях это способствовало сексуальной дисгармонии супругов.

Результаты системно-структурного анализа позволили установить у большинства супружеских пар сочетанное нарушение компонентов и составляющих сексуального здоровья. Однако роль их нарушения в генезе его расстройства оказалась различной. У 149 супружеских пар, в которых у женщин были удалены яичники, стержневым, т.е. непосредственной причиной сексуальной дисгармонии, было поражение нейрогуморальной и генитальной составляющих биологического (анатомо-физиологического) компонента. Из остальных 147 супружеских пар у 110 причиной дисгармонии стало стержневое поражение социально-психологического компонента сексуального здоровья и психической составляющей биологического компонента. Оно было результатом нарушения межличностных отношений супругов, их низкой сексуальной культуры и неправильной информированности в вопросах психогигиены половой жизни.

Таким образом, проведенное системное исследование дает основание считать, что в развитии сексуальной дисгармонии супружеской пары при хирургической менопаузе у женщин кроме объема перенесенной женщиной операции большую роль играют тип половой конституции, психологические и социально-психологические факторы.

В целом рассмотренные современные данные о закономерностях физиологических и биохимических процессов в женской половой сфере и результаты наших собственных клинических исследований дают возможность судить, с одной стороны, о патологических изменениях во внутренних половых органах женщин, с другой — об изменениях, происходящих в этих органах и в сексуальной сфере женщин после хирургического вмешательства. Наши клинические наблюдения, проведенные с позиций системного подхода к изучению сексуальности, открывают также возможность установления истинных причин развития супружеской дезадаптации при хирургическом лечении гинекологических заболеваний, а следовательно, и разработки патогенетически направленной психокоррекции сексуального здоровья.

## Литература

1. Mazer N.A., Leiblum S.R., Rosen R.C. The brief index of sexual functioning for women (BISF-W): a new scoring algorithm and comparison of normative and surgically menopausal populations // *Menopause*.— 2000.— Vol. 7, № 5.— P. 350–363.
2. Psychiatric and sexual sequelae of hysterectomy—a comparison of different surgical methods / B. Strauss, I. Jakel, M. Koch-Dorfler et al. // *Geburt. Frauen*.— 1996.— Vol. 56, № 9.— S. 437–481.
3. Семенюк Л.Л. Порухення сексуального здоров'я жінок репродуктивного віку після хірургічної менопаузи // *Зб. наук. праць Асоц. акуш.-гінекол. України*.— К.: Фенікс, 2001.— С. 564–565.
4. Жернова А.С. Особливості порушень репродуктивного і сексуального здоров'я жінок при ендокринній неплідності (клініка, інтегративна оцінка та система корекції): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— К., 1995.— 39 с.
5. Macphee D.C., Johnson S.M., Van der Veer M.M. Low sexual desire in women: the effect of marital therapy // *Sex. Marital. Ther.*— 1995.— Vol. 21, № 930.— P. 159–182.
6. Rozenman D., Janssen E. Sexual function after hysterectomy // *JAMA*.— 2000.— Vol. 282, № 20.— P. 1934–1941.
7. Disorders in sexual function following hysterectomy / I. Popov, S. Stoikov, M. Boiadzhieva, P. Khristova // *Akush. Ginekol. (Sofia)*.— 1998.— Vol. 37, № 3.— P. 38–41.
8. Кришталь В.В., Андрух Г.П. Сексуальная дисгармония супружеской пары.— Харьков: Велес, 1996.— 112 с.
9. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и семейных конфликтов.— М.: Медицина, 1993.— 159 с.
10. Рожков В.С. Подружня дезадаптація як комплекс сексологічних, невротичних і медико-психологічних проблем: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— К., 2002.— 31 с.
11. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia / M. Meana, J.M. Binik, S. Khalife, D.R. Cohen // *Obstet. Gynecol.*— 1997.— Vol. 90 (4 Pt 1).— P. 583–589.
12. Lovich E.J. A review of techniques for quantifying sexual size dimorphism // *Growth Dev. Aging*.— 1992.— Vol. 56, № 4.— P. 269–281.
13. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual response.— Boston: Little and Brown, 1966.— P. 69–85.
14. Bulbocavernous and ischiocavernous musculature activity in women's sleep / E.M. Soltanik, D.A. Bove, N. Vilagran et al. // *Prensa Med. Argent.*— 1984.— Vol. 74.— P. 272–278.
15. Chapelle P.A. La fonction genitosexuelle du paraplegique // *Cah. Sexol. Clin.*— 1985.— Vol. 11.— P. 61–64.
16. Comparison of the biochemical effects of testosterone and estrogen on bone markers in surgically menopausal women / R.H. Sands, J.W. Studd, J. Jones, J. Alagband-Zaden // *Gynecol. Endocrinol.*— 2000.— Vol. 14, № 5.— P. 382–387.
17. Sarrel P.M. Psychosexual effects of menopause; role of androgens // *Am. J. Obstet. Gynecol.*— 1999.— Vol. 18.— P. 319–324.
18. Money J. Pediatric sexology and hermaphroditism // *J. Sex. Marital. Ther.*— 1985.— № 11.— P. 139–141.
19. Rubinow D.R., Schmidt P.J. Androgens brain and behavior // *Am. J. Psychiatry*.— 1996.— Vol. 153, № 8.— P. 974–984.
20. Lisk R.D. Sexual behavior: Hormonal control // *Neuroendocrinology* / L. Martini, W.F. Ganong (eds.).— N.Y., 1967.— P. 42–48.
21. Klimek R. Neuroendocrinologiczne aspekty seksuologii // *Seksuologia biologiczna* / Red. K. Imelinski.— Warszawa, 1980.— S. 44–58.
22. Davidson J.M. The psychology of experience // *The psychobiology of Consciousness* / J. Davidson, R. Davidson (eds.).— N.Y.: Plenum Press, 1980.— 271 p.
23. Кришталь В.В., Григорян С.П. Сексология.— М.: Пер Се, 2002.— 879 с.
24. Eicher W. Total and subtotal hysterectomy — psychosexual aspects // *Arch. Gynecol. Obst.*— 1994.— Vol. 255 (suppl. 2).— S. 359–366.

Поступила 24.11.2004

## CURRENT APPROACHES TO THE PROBLEM OF SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN AFTER SURGERY ON SEX ORGANS

V.V. Sviridova

## Summary

The analytical review of contemporary data on the studied problem and the findings of the original research which allow to establish the causes of disturbances of sexual health after hysterectomy and to develop its pathogenetic correction is presented.