

**Маводҳо ва усулҳои тадқиқот.** Тадқиқот дар байни 139 беморони гирифтори чурраи такроршавандаи пас аз чарроҳии вентралӣ гузаронида шуд. Тибқи нишондодҳо, ҳамаи беморон абдоминопластикаро бо истифодаи аллопротезҳои аз ҷиҳати биологӣ инертии торӣ бо усули «онлайн» ва аз рӯи усули аслӣ бо ҷобачогузориҳои лабҳои баргмонанди маҳбали мушакҳои рости шикам гузаронида шуд.

**Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо.** Дар 6 (4,3%) беморон такроршавандаи чурраи вентралӣ пас аз яқум соли назорат мушоҳида гардид. Сабабҳои такрорёбӣ ҳангоми чурраҳои калонҳаҷм ин равандҳои дистрофӣ дар бофтаҳои нарми девори пеши шикам мебошанд. Дар натиҷаи фаъолияти фибробластҳои ҳангоми алоқа бо тӯри полипропиленӣ ва бевосита дар натиҷаи нуқсонҳои тӯр ва канда шудани он ба вучуд меоянд. Дар сурати пайдо гардидани такроршавӣ, амалиёти

барқарорсозӣ дар доираи техникаи тағирёфта бо ҷудокунии ҷузъҳо (сепаратсия) барои бартараф кардани шиддатнокии иловагии бофтаҳо анҷом дода шуд.

**Хулосаҳо.** Усули таҳияшудаи табобати чарроҳии ЧБЧВ аз буридани деворҳои пеши маҳбали мушакҳои рости шикам бо равиши мушакҳо, дӯхтани кунҷҳои апоневротикӣ нуқсон, пайвасти кардани мушакҳои рости шикам дар хати миёна ва баъдан мустақкам кардани имплантатсияи тӯрӣ ба кунҷҳои берунии апоневрозҳои буридашудаи мушакҳои рости шикам, ки ин имконияти медиҳад, ки пайдоиши пайҳо ва вайрон шудани фаъолияти функционалӣ, аз натиҷаҳои мониторинги мушакҳои рости шикам шаҳодат диҳад.

**Калимаҳои калидӣ:** чурра, вентралӣ, такроршаванда, герниопластика, методология, тадқиқот.

УДК 618.11-007.61

doi: 10.52888/0514-2515-2022-353-2-74-79

Ф.Т. Носирова<sup>1</sup>, С.Г. Умарзода<sup>1</sup>, М.М. Ходжиева<sup>2</sup>

## НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯИЧНИКА

<sup>1</sup>Кафедра онкологии и лучевой диагностики, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

<sup>2</sup>ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ

Носирова Фируза Тамирлановна - докторант Phd 3 года обучения кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»; Тел.: +992902040707, Email: firuzka.nosirova.t@mail.ru

**Цель исследования.** Оценить эффективность неoadъювантной полихимиотерапии в комбинированном лечении распространенного рака яичников.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для исследования явились клинические данные 238 пациенток, находившихся на обследовании и лечении в Государственном Учреждении «Онкологический научный центр» с морфологически доказанным диагнозом рак яичника. Средний возраст больных раком яичника составил 45,74±0,92 лет. Неoadъювантная полихимиотерапия в плане комбинированного лечения проведена 64 (27,9%) больным: 61 пациентке с III и 3 больным с IV стадией заболевания. Оценка общего состояния больных проводилась (performance status) по шкале Карновского и EGOG (ВОЗ). Непосредственная эффективность оценивалась по клиническим данным (шкала Registry - для оценки эффективности терапии солидных опухолей по 4 категориям, рекомендованной EORTC&NCL 2000 г.). Статистические методы исследования проведены с помощью программного пакета SPSS 16.0

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате неoadъювантной полихимиотерапии у 16 (25%) пациенток отмечена полная регрессия опухоли, у 20 (31,2 %) больных отмечена частичная регрессия опухоли, у 18 (28,1%) больных стабилизация. У 10 (15,6%) больных на фоне лечения наблюдалось прогрессирование процесса. Общая объективная эффективность неoadъювантной химиотерапии во всей группе была равна 84,4%.

**Заключение.** Общая эффективность неoadъювантной полихимиотерапии при распространенном раке яичников составила 84,4% и позволила выполнить оптимальную операцию у 43,7% больных. Нарушение ритма химиотерапевтического лечения способствуют снижению частоты оптимальных циторедуктивных операций и отражаются на исходе заболевания.

**Ключевые слова:** распространенный рак яичника, неoadъювантная химиотерапия

F.T. Nosirova<sup>1</sup>, S.G. Umarzoda<sup>1</sup>, M.M. Khodjieva<sup>2</sup>

### NON-ADJUVANT POLICHEMOTHERAPY FOR ADVANCED OVARIAN CANCER

<sup>1</sup>Department of oncology, radial diagnostics and radial therapy of the SEI "Avicenna Tajik State Medical University"

<sup>2</sup>SL "Republic Oncology scientific center" of the MHSP of the RT

*Nosirova Firuza Tamirlanovna* – doctor phd of the 3<sup>rd</sup> year of study at the Department of oncology, radial diagnostics and radial therapy of the SEI Avicenna Tajik State Medical University; Tel.: +992902040707; Email: [firuzka.nosirova.t@mail.ru](mailto:firuzka.nosirova.t@mail.ru)

**Aim.** To evaluate the effectiveness of non- adjuvant polichemotherapy in the combined treatment of advanced ovarian cancer.

**Material and methods.** The material for the study was the clinical data of the 238 patients who were examined and treated in the SI "Republic Oncology scientific center" of the MHSP of the RT with morphologically proved diagnosis of ovarian cancer. The average age of patients was 45,7±0,92 years. Non- adjuvant polichemotherapy was performed in 64(27,9%) patients: 61 patients with stage III and 3 patients with stage IV of the diseases. Performance status of patient was evaluated by EGOG scale (WHO) . The effectiveness of non- adjuvant polichemotherapy to evaluate by clinical data (scale Registry for evaluate the effectiveness of the therapy solid tumors on 4 categories, recommended by EORTC&NCL,2000y. (data of recto-vaginal bimanual observation, ultrasound and markers of tumor until treatment and after 2 cycle of the polichemotherapy). Statistical methods included program SPSS 16.0

**Results and discussion.** As a result of non- adjuvant polichemotherapy, complete tumor regression was noted in 16(25%) patients, partial tumor regression was noted in 20 (31,2%) patients, stabilization was noted in 18(28,1%) and progression was noted in 10(15,6%) patients. The overall objective effectiveness of non- adjuvant polichemotherapy was equal to 84,4%.

**Conclusion.** The overall objective effectiveness of non- adjuvant polichemotherapy was equal to 84,4% and allowed the achievement of optimal surgery of 43,7% patients. Disruption of the rhythm of chemotherapy treatment contributes to the decrease in frequency of optimal cytoreductive operations and affects the outcome of the disease.

**Keywords:** advanced ovarian cancer, non- adjuvant chemotherapy.

**Введение.** По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в структуре онкологических нозологий среди женщин ежегодная заболеваемость раком яичников (РЯ) составляет 3,7%, а в структуре общей смертности от злокачественных новообразований - 4,2% [11]. В 2018 году, исходя из данных базы GLOBOCAN количество впервые выявленных случаев РЯ составило 295 414, умерших - 184 799 случаев [7]. По данным программы SEER (Surveillance, Epidemiology End Results) 5-летние показатели выживаемости больных РЯ составляют лишь 47,4% [13]. Согласно данным, опубликованным в Eurocare-5, 5-летняя выживаемость при РЯ не превышает 37,6% [8]. По сводным данным популяционных раковых регистров европейских стран, одногодичные показатели выживаемости больных РЯ составляли 63%, 3-годичная – 41%, 5-летняя – 35% [5].

РЯ занимает 8-е место (4,6%) в структуре онкологической заболеваемости женского населения, 3-е ранговое место в структуре генитального рака, уступая по частоте раку тела и шейки матки, а по выявляемости в распространенных стадиях и

смертности РЯ лидирует. Показатели смертности при РЯ выше таковых при раке шейки матки и эндометрия вместе взятых. Скудность симптомов РЯ на ранних стадиях, приводящая к позднему обращению к специалисту и выявляемости в распространенных стадиях процесса (66-88%), приводит к высоким показателям смертности и в России, и в странах Европы и США. Доля пациенток со II–IV стадиями заболевания в России в 2018 году приближается к 60% [2]. Летальность при РЯ в первый год после верифицирования диагноза составляет 35% [1, 3, 4, 6, 12]. Диагностируемый, в основном, на распространенной стадии заболевания РЯ, является актуальной проблемой современной онкогинекологии. Это связано со стертым и агрессивным течением заболевания, отсутствием эффективных путей ранней диагностики, неблагоприятной статистикой (аденокарцинома составляет до 90% новообразований яичника), высокой смертностью [2, 10]

Традиционный подход к лечению РЯ заключается в выполнении радикальной (при I-II стадий) или циторедуктивной (при III-IV стадий) операции

на первом этапе со стадированием, последующей адьювантной химиотерапией при II-IV стадиях, и пациенткам с I стадией при высоком риске рецидива заболевания. Подобный подход в терапии РЯ показал высокую эффективность, позволяющий добиться длительной ремиссии у значительного числа пациенток.

В то же время, по данным J. Morrison (2012) и Della Pera C. (2015), 5-летняя выживаемость большинства больных после терапии распространенных стадий РЯ до сих пор является невысокой. Более длительного без рецидивного промежутка удавалось достичь лишь в случае оптимальной циторедукции (резекция макроскопических очагов) [9, 13]. W. Winter указывает, что у большинства этих больных развивается рецидив в ближайшие 5 лет от момента установления диагноза, а показатели 5-летней выживаемости пациенток с распространенным РЯ за последнее десятилетие оставляют желать лучшего. Все более широкое применение в практике нашло включение неоадьювантной химиотерапии (НХТ) перед циторедуктивной операцией. Таким образом, показатели выживаемости определяют объем остаточной опухоли [14].

**Цель исследования.** Оценить эффективность неоадьювантной полихимиотерапии (НПХТ) в комбинированном лечении распространенного рака яичников.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для исследования явились клинические данные 238 пациенток, находившихся на обследовании и лечении в Государственном Учреждении «Онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ с морфологически доказанным диагнозом РЯ. средний возраст больных РЯ составил  $45,74 \pm 0,92$  лет, самой молодой пациентке было 18 лет, пожилой – 78 лет. Пик заболеваемости РЯ наиболее высок в возрасте 40-49 лет (35,8%). Удельный вес много-ржавших женщин среди пациенток РЯ составил 49,1% (117 пациенток), малоржавших - 112 (47,05%) пациенток и пациенток с первичным бесплодием – 9 (3,78%). У большинства (41,5%) больных из-за позднего обращения была установлена III стадия опухолевого процесса. С I стадией было 65 (28,3%) больных. Небольшую группу составили больные со II стадией заболевания (13,1%). IV стадия была диагностирована у 38 (19,1%) пациенток. По морфологической структуре у 199 (83,6%) больных установлены эпителиальные опухоли, среди них серозные аденокарциномы составили 149 (62,60%) случаев, муцинозные аденокарциномы – 39 (16,38%) случаев и эндометриоидная

аденокарцинома – 3 (1,26%) случая. Группа редких эпителиальных опухолей яичников представлена переходно-клеточными опухолями в 2 (0,84%) случаях, злокачественная опухоль Бреннера, светлоклеточная аденокарцинома - в 2(0,84%) наблюдениях, плоскоклеточные опухоли – в 3 (1,26%) случаях и недифференцированная аденокарцинома у 1 больной.

Комплексное обследование больных включало общеклинические методы исследования, определение онкомаркеров методом ИФА, лучевые методы диагностики (УЗИ, КТ, МРТ органов малого таза, рентгенография легких), эндоскопические методы (эзофагогастродуоденоскопия, ирригоскопия) и цитологические методы исследования.

Оценка общего состояния больных проводилась (performance status) по шкале Карновского и EGOG (ВОЗ). Для оценки эффективности неоадьювантной полихимиотерапии мы использовали систему, разработанную ВОЗ, которая применяется в клинической практике: «полный эффект» - исчезновение всех проявлений опухоли на срок не менее 4 недель, «частичный эффект» - уменьшение размеров опухолевых очагов в двух наибольших измерениях на 50% и более на срок не менее 4 недель, «стабилизация» - уменьшение опухоли менее чем на 50% или увеличение не более чем на 25%, «прогрессирование» - увеличение размера опухоли более 25% в одном или более измерениях или появление новых очагов. Непосредственная эффективность оценивалась по клиническим данным (шкала Registry - для оценки эффективности терапии солидных опухолей по 4 категориям, рекомендованной EORTC&NCL, 2000 г.). Статистические методы исследования проведены с помощью программного пакета SPSS 16.0

**Результаты исследования и их обсуждение.** 127 пациенток по результатам комплексного обследования, в связи с местно-распространенным и запущенным опухолевым процессом, признаны неоперабельными на первом этапе, и им назначена неоадьювантная полихимиотерапия в плане комбинированного лечения. Наличие выраженного асцита и плеврита опухолевой этиологии, подтвержденные цитологическим исследованием, обнаружение несмещаемого конгломерата опухоли в малом тазу, опухолевого имплантата в дугласовом пространстве при ректовагинальном осмотре, а также пальпируемое через переднюю брюшную стенку в эпигастральной области опухолевое поражение большого сальника явились относительными противопоказаниями для произ-

водства оперативного вмешательства на первом этапе.

Оценка общего состояния больных этой группы по шкале ВОЗ, только у 64 (50,4%) пациентов из 127, соответствовала 2 баллам или 60% по Карновскому (больше 50% дневного времени проводит не в постели, но иногда нуждается в отдыхе). Общее состояние остальных 63 пациенток (49,6%) было оценено в 3 балла по шкале ВОЗ или 40% по Карновскому (нуждается в пребывании в постели более 50% дневного времени). Согласно проведенной оценке общего состояния, неoadъювантная полихимиотерапия в плане комбинированного лечения проведена 64 (27,9%) больным: 61 пациентке с III и 3 больным с IV стадией заболевания. Неoadъювантная химиотерапия преследовала цель уменьшить объем опухоли и достичь в последующем выполнения оптимальной циторедуктивной операции.

У большинства (52 (81,25%)) больных, мы применили схему химиотерапии CAP (циклофосфан+доксорубин+цисплатин), а 12 (18,75 %) больных получили неoadъювантную химиотерапию в комбинации цисплатин+гемцитабин. Основные режимы химиотерапии использованные при неoadъювантной химиотерапии больных РЯ: режим CAP - Циклофосфамид 600 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день; Доксорубин 50 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день; Ци-

сплатин 75мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день. Данный режим проводили каждые 3 недели. Режим гемзар/цисплатин: Гемцитабин - 1000мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 8-й и 15 дни; цисплатин - 75мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й и 8 дни. Максимальное количество проведенных курсов химиотерапии составило 7, среднее количество курсов составило 3±0,3.

Положительный эффект от проведенной полихимиотерапии отражался на общем состоянии больных, вследствие уменьшения или исчезновения асцита, уменьшения размеров опухоли, а также снижения симптомов опухолевой интоксикации. Данные гинекологического осмотра и УЗИ указывали на уменьшение размеров опухоли в малом тазу, относительную их смещаемость.

Концентрация онкомаркера СА-125 во время проведения неoadъювантных курсов полихимиотерапии определялась у 41 больной с распространенным опухолевым процессом, а также после завершения лечения у 36 пациенток нашей группы. В процессе неoadъювантной ПХТ среднее значение маркера СА-125 снижался от 171,90±37,54 Ед\мл до 101,94±30,16 Ед\мл. После завершения лечения средние показатели были близки к дискретному уровню, составляя 36,28±15,89 Ед\мл.

В результате неoadъювантной ПХТ у 16 (25%) больных отмечена полная регрессия опухоли, у 20 (31,2 %) больных отмечена частичная регрессия

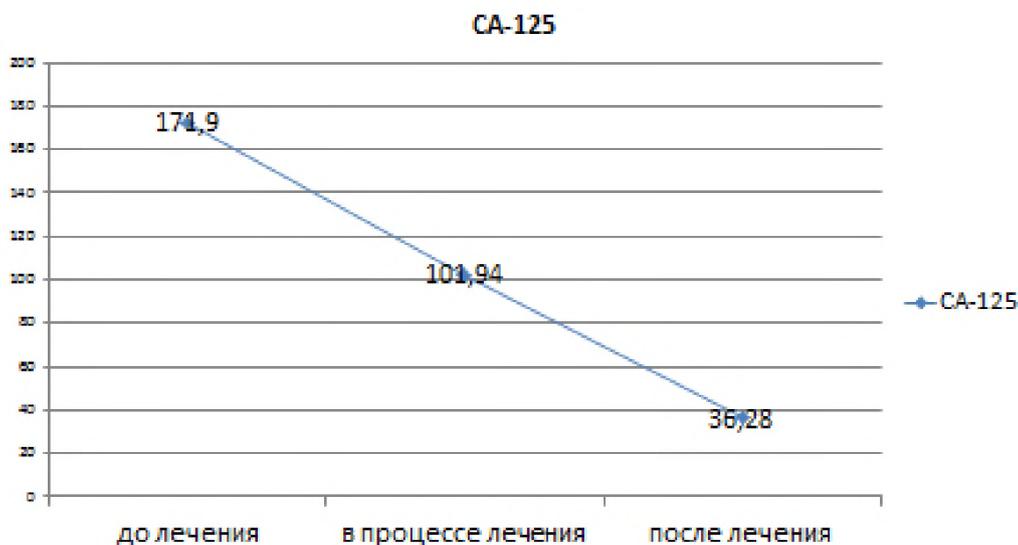


Рисунок 1. Динамика снижения онкомаркера СА-125 в процессе НПХТ

опухоли, у 18 (28,1%) больных стабилизация. У 10 (15,6%) больных на фоне лечения наблюдалось прогрессирование процесса. Общая объективная эффективность неoadъювантной химиотерапии во всей группе была равна 84,4%.

После неoadъювантной ПХТ нам удалось произвести оптимальную операцию у 28 (43,7%) больных. Субоптимальные операции удалось выполнить в 24 (37,5%) случаях. Неоптимальные операции выполнены у 12 (18,7%) пациенток.

При сравнении наших данных с данными различных авторов выявлено, что добиться полной регрессии опухолевого процесса после НАПХТ удалось в 6 (20%) случаев, частичной регрессии в 15 (50%) случаев. Стабилизация процесса отмечена у 5 (16,7%) пациенток. Проведение неoadъювантных курсов полихимиотерапии позволило выполнить в максимально радикальном объеме оперативные вмешательства у 69,2% больных [4, 9, 12].

**Заключение.** Общая эффективность неoadъювантной полихимиотерапии при распространенном раке яичников составила 84,4% и позволила выполнить оптимальную операцию у 43,7% больных. Нарушение ритма химиотерапевтического лечения способствуют снижению частоты оптимальных циторедуктивных операций и отражаются на исходе заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

##### (III. 6-14 см. в REFERENCES)

1. Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы / Е.М. Аксель // Онкогинекология. - 2012. - № 1. - С. 18–23.
2. Каприн А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2016 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2017. - 236 с.
3. Каримова Ф.Н. Диагностика рака яичников / Ф.Н. Каримова, К.М. Джурабекова, М.Б. Сайфутдинова, Х.Х. Махмудова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2018. - Т. 8, № 4 (28). - С. 494-502.
4. Хмельницкая Н.М. Сравнительная морфологическая характеристика низкодифференцированных серозных и эндометриодных карцином яичников / Н.М. Хмельницкая, З.Ю. Мелиева, В.А. Липова, Ф.Ю. Мелиева // Вестник Авиценны. - 2017. - Т. 19, № 2. - С. 194-197.
5. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2000 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский. – М.: 2002. -264 с.

#### REFERENCES

1. Aksel E.M. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy zhenskoy polovoy sfery [Statistics of malignant neoplasms of the female genital area]. *Onkoginekologiya - Oncogynecology*, 2012, No. 1, pp. 18-23.
2. Kaprin A.D. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2016 godu [Malignant neoplasms in Russia in 2016]. Moscow, MNIOI im. P.A. Gertsena, filial FGBU «NMITS radiologii» Minzdrava Rossii Publ., 2017. 236 p.
3. Karimova F.N. Diagnostika raka yaichnikov [The diagnostics of ovarian cancer]. *Vestnik Akademii medicin-*

*skikh nauk Tadzhikistana – Bulletin of the Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2018, vol. 8, No. 4 (28), pp. 494-502.

4. Khmel'nickaya N.M. Sravitel'naja morfologicheskaya kharakteristika nizkodifferencirovannykh seroznykh i endometrioidnykh karcinom yaichnikov [Comparative morphological characteristic of poorly differentiated serous and endometrioid ovarian carcinomas]. *Vestnik Avicenny – Avicenna Bulletin*, 2017, vol. 19, No. 2, pp. 194-197.

5. Chissov V.I. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2000 godu (zabolevaemost i smertnost) [Malignant neoplasms in Russia in 2000 (morbidity and mortality)]. Moscow, 2002. 264 p.

6. Angelis De R. Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO-CARE-S-apopulation-based study. *Lancet Oncology*, 2013, No. 2045, pp. 1-12.

7. Avraam K. The prognostic and predictive value of ERCC-1, p53, bcl-2 and bax in epithelial ovarian cancer. *European Journal of Gynaecological Oncology*, 2011, No. 32, pp. 516-520.

8. Bray F. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries: Global Cancer Statistics 2018. *Cancer Journal for Clinicians*, 2018, No. 68.

9. Della Pepa C. Ovarian cancer standard of care: are there real alternatives? *Chinese Journal of Cancer*, 2015, No. 34, pp. 17-27.

10. El Din A. A. DNA cytometry and nuclear morphology in ovarian benign, borderline and malignant tumors. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 2015, No. 3, pp. 537-544.

11. Jemal A. Cancer statistics, 2010. *Cancer Journal for Clinicians*, 2010, No. 60, pp. 277-300.

12. Morrison J. Chemotherapy versus surgery for initial treatment in advanced ovarian epithelial cancer (Review). The Cochrane Collaboration. John Wiley and Sons, 2012.

13. Seer.cancer.gov. Cancer Stat Facts: Ovarian Cancer Available at: <http://www.seer.cancer.gov/statfacts/html/ovary.html>. (accessed 25 Mar 2019).

14. Zhu Q. Differential distribution of tumor-associated macrophages and Treg/Th17 cells in the progression of malignant and benign epithelial ovarian tumors. *Oncology Letters*, 2017, No. 13, pp. 159-166.

#### ХУЛОСА

**Ф.Т. Носирова, С.Ф. Умарзода, М.М. Хочиева**

#### ПОЛИОХИМИОТЕРАПИЯ И НЕОАДЮВАНТЪ ДАР ТАБОБАТИ САРАТОНИ ПАХНГАШТАИ ТУХМДОНХО

**Мақсади тадқиқот.** Баҳодихии самаранокии полиохиимиотерапияи неoadювантӣ дар табобати саратони пахнғаштаи туҳмдонҳо

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Маълумотҳои клиникии 238 бемор, ки дар онҳо бо тадқиқоти морфологӣ саратони тухмдон тасдиқ гардидааст ва дар Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносӣ» табобат карда шудаанд, ҳамчун мавод истифода бурда шудаанд. Синну соли миёнаи беморон  $45,74 \pm 0,92$  солро ташкил кард. Табобати кимиёвии неoadъювантӣ дар нақшаи табобати комбиникӣ ба 64 (27,9%) нафар беморон гузаронида шудааст: 61 бемор бо марҳалаи III ва 3 бемор бо марҳалаи IV.

**Нагиҷаи тадқиқот.** Дар нагиҷаи табобати полиохимиотерапияи неoadъювантӣ дар 16 (25%) нафар беморон регрессияи пурраи омос ба қайд гирифта шуд, регрессияи қисмӣ дар 20 (31,2%)

нафар беморон ва стабилизатсияи ҷараён дар 18 (28,1%) нафар тасдиқ гардид. Дар 10 (15,6%) беморон дар давоми табобат авҷгирии ҷараёни беморӣ ба назар расид. Самаранокии объективонаи полиохимиотерапияи неoadъювантӣ 84,4%-ро ташкил кард.

**Хулоса.** Самаранокии умумии табобати полиохимиотерапияи неoadъювантӣ 84,4%-ро ташкил намуд ва барои гузаронидани ҷарроҳии оптималӣ дар 43,7% беморон мусоидат кард. Вайронкунии речаи табобати полиохимиотерапия боиси паст шудани басомади ҷарроҳҳои ситоредуктивии оптималӣ мегардад ва дар оқибати беморӣ инъикос мегардад.

**Калимаҳои калиди:** саратони пахнғаштаи тухмдон, кимиёдармонии неoadъювантӣ.

УДК 618.3

doi: 10.52888/0514-2515-2022-353-2-79-83

Ш.Н. Орипова

## ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

*ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства гинекологии и перинатологии»*

**Орипова Шабнам Нуруллоевна** – очный аспирант акушерского отдела ГУ «Научно-исследовательский институт акушерства гинекологии и перинатологии»; Тел.: +992934333002; E-mail: [tniigip@mail.ru](mailto:tniigip@mail.ru)

**Цель исследования.** Изучить особенности гормональной функции плаценты у женщин с инсулинорезистентностью.

**Материалы и методы исследования.** С целью изучения гормональной функции плаценты женщин с инсулинорезистентностью было исследовано 86 беременных женщин, которым в III триместре беременности определяли индекс инсулинорезистентности (индекс НОМА) и уровень гормонов в крови. I группу женщин (основная) составляли 30 беременных женщин с факторами риска развития сахарного диабета и индексом НОМА выше 2,84. Во II группе входили 26 женщин аналогичной группы, но с индексом НОМА ниже 2,84. III группа (контрольная) с 30 здоровыми женщинами.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При инсулинорезистентности снижается средний уровень таких гормонов как прогестерон, плацентарный лактоген и эстрадиол, что свидетельствует о неблагоприятном течении беременности и перинатальных исходах в результате такого осложнения как плацентарная недостаточность.

**Заключение.** Изучение особенностей развития плацентарной недостаточности при воздействии различных факторов риска позволит проводить своевременную профилактику и лечение данной патологии, что будет улучшать перинатальные исходы у женщин с инсулинорезистентностью. Инсулинорезистентность способствует метаболическим потребностям плода и является результатом циркулирующих плацентарных гормонов.

**Ключевые слова:** беременность, плацентарная недостаточность, прогестерон, эстриол, эстрадиол, инсулинорезистентность.

Sh.N. Oripova

## FEATURES OF HORMONAL FUNCTION OF THE PLACENTA IN WOMEN WITH INSULIN RESISTANCE

*State Institution Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology*