

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI

**NAZARIY va  
KLINIK TIBBIYOT  
JURNALI**



**JOURNAL  
of THEORETICAL  
and CLINICAL  
MEDICINE**

Рецензируемый научно-практический журнал.

Входит в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан.

Журнал включен в научную электронную библиотеку и Российский Индекс Научного Цитирования (РИНЦ).

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Главный редактор проф., акад. АН РУз Т.У. АРИПОВА**

проф. Б.Т. ДАМИНОВ (заместитель главного редактора),  
проф. Г.М. КАРИЕВ, проф. А.М. ХАДЖИБАЕВ, проф. З.С. КАМАЛОВ  
Р.З. САГИДОВА (ответственный секретарь)

**6**

ТАШКЕНТ – 2021

- Джурраева Г.Т., Камилова И.А., Сидикходжаева М.А.* Совершенствование первичной медико-санитарной помощи в сфере антенатального ухода и охраны репродуктивного здоровья женщин **53**
- Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А.* Инфицирование плацента у беременных, перенесших коронавирусную инфекцию в период пандемии **56**
- Ешимбетова Г.З., Шаикрамова Н.Х.* Железодефицитная анемия у беременных. Оптимизация решения проблемы **59**
- Жабборов У.У.* Акушерские и перинатальные потери у беременных с резус-отрицательной кровью **62**
- Жабборов У.У.* Характеристика поражений головного мозга у плодов с гемолитической болезнью в антенатальном периоде по данным МРТ **65**
- Жураева А.Ж., Бекбаулиева Г.Н., Ахмеджанова Х.З.* Профилактика гестационного пиелонефрита беременных путем лечения бессимптомной бактериурии **67**
- Закирова Н.И., Закирова Ф.И., Хасанова Д.А., Камалова Д.Д., Хайдарова Р.С.* Субклинический гипотиреоз у беременных с ожирением **69**
- Ибрагимова Н.Ш., Юсупова М.А.* Акушерские аспекты урогенитальной инфекции у беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек **71**
- Икрамова Н.А., Нурова А.А., Бурибаева А.И.* Анализ случаев кесарева сечения по шкале Робсона **73**
- Каримов А.Х., Давлетова Д.М.* Эффективность коррекции плацентарной дисфункции у беременных с лёгкой преэклампсией **74**
- Каримова Г.К., Ихтиярова Г. А.* Популяции и ранние предикторы гестационного сахарного диабета в период пандемии **77**
- Каримова Л.А., Надырханова Н.С., Нишанова Ф.П.* Особенности течения коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 (COVID-19) у беременных **81**
- Каттаходжаева М.Х., Сафаров А.Т., Умаров З.М., Сулаймонова Н.Ж.* Ҳомила чаноғи билан олдинда жойлашишининг перинатал кўрсаткичларига таъсири **83**
- Кацамаки С.П., Гариб В.Ф., Пахомова Ж.Е., Гариб Ф.Ю., Левицкая Ю.В., Мирзабдуллаева Д.И., Ашурова Д.А., Староверова З.А., Магбулова Н.А., Захидова Н.Э., Бус Г.В., Пану К.Т.* SARS-COV-2 вирус-нейтрализующая активность пуповинной крови **86**
- Ким В.О., Негмаджанов Б.Б., Рафиков С.Ш., Рустамова Н.А.* Осложнения течения беременности у женщин с двурогой маткой **89**
- Ким В.С., Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р.* Особенности родоразрешения пациенток с COVID 19 **91**
- Djuraeva G.T., Kamilova I.A., Sidikhodjaeva M.A.* Improving primary health care in the field of antenatal care and women's reproductive health **53**
- Dustova N.K., Ikhtiyarova G.A.* Infection of the placenta in pregnant women with coronavirus infection during the pandemic **56**
- Eshimbetova G.Z., Shaikramova N. H.* Iron deficiency anemia in pregnant women. Optimization of the problem solution. **59**
- Jabborov U. U.* Obstetric and perinatal losses in pregnant women with Rh-negative blood **62**
- Jabborov U. U.* Characteristics of brain lesions in fetuses with hemolytic disease in the antenatal period according to MRI data **65**
- Juraeva A.Zh., Bekbaulieva G.N., Akhmedzhanova H.Z.* Prevention of gestational pyelonephritis of pregnant women by treatment of asymptomatic bacteriuria **67**
- Zakirova N.I., Zakirova F.I., Khasanova D.A., Kamalova D.D., Haydarova R.S.* Subclinical hypothyroidism in pregnant women with obesity **69**
- Ibragimova N.Sh., Yusupova M.A.* Obstetric aspects of urogenital infection in pregnant women with premature rupture of fetal membranes **71**
- Ikramova N.A., Nurova A.A., Buribaeva A.I.* Analysis of caesarean section cases according to the Robson scale **73**
- Karimov A.H., Davletova D.M.* The effectiveness of correction of placental dysfunction in pregnant women with mild preeclampsia **74**
- Karimova G.K., Ikhtiyarova G.A.* Populations and early predictors of gestational diabetes mellitus during the pandemic **77**
- Karimova L.A., Nadyrkhanova N.S., Nishanova F.P.* Features of the course of coronavirus infection SARS-CoV-2 (COVID-19) in pregnant women. **81**
- Kattakhodzhayeva M.H., Safarov A.T., Umarov Z.M., Sulaymanova N.Zh.* The effect of breech presentation on perinatal outcomes **83**
- Katsamaki S.P., Garib V.F., Pakhomova J.E., Garib F.Yu., Levitskaya Yu.V., Mirzabdullaeva D.I., Ashurova D.A., Staroverova Z.A., Magbulova N.A., Zakhidova N. E., Bus G. V., Panou K.T.* SARS-COV-2 virus-neutralizing activity of umbilical cord blood **86**
- Kim V.O., Negmadjanov B.B., Rafikov S.Sh., Rustamova N.A.* Complications of the course of pregnancy in women with bicornus uterus **89**
- Kim V.S., Abdullayeva L.M., Aghababyan L.R.* Features of delivery of patients with COVID 19 **91**

индукцией и с деформацией шейки матки. Размер 5-й группы составил 15,7%, частота КС в группе – 97,7%, доля этой группы в общем показателе частоты КС – 33,4%. Показаниями к КС в этой группе был рубец на матке с или без соматической патологии. Размер 6-й группы составил 2,8%, частота КС в группе – 98%, доля этой группы в общем показателе частоты КС – 6%. Показанием к КС в этой группе было тазовое предлежание у первородящих. Размер 7-й группы составил 2,4%, частота КС в группе – 93,1%, доля этой группы в общем показателе частоты КС – 4,9%. Показанием к КС в этой группе было тазовое предлежание у повторнородящих. Относительный размер 8-й группы составил 1,7%, частота КС в группе – 81,2%, доля этой группы в общем показателе частоты КС – 3,1%. Показанием к КС в этой группе была многоплодная беременность, включая КС в анамнезе. Относительный размер 9-й группы составил 0,8%, частота КС в группе – 100%, доля этой группы в общем показателе частоты КС – 1,8%. Показанием к КС в этой группе было неправильное положение плода. Размер 10-й группы составил 12,7%, частота КС в группе – 62,4%, доля этой группы в общем показателе частоты КС – 17,2%. Показанием к досрочному прерыванию были сердечно-сосудистые заболевания матери, тяжелая преэклампсия, неубедительное состояние плода, рубец на матке, задержка развития плода, отслойка плаценты.

Таким образом, основная доля КС приходится на группы первородящих и повторнородящих с од-

ним плодом в головном предлежании на сроке 37 недель и более, со спонтанно развившейся родовой деятельностью, а также женщин с КС в анамнезе. Тщательный отбор пациенток может помочь повысить частоту естественного родоразрешения, а также снизить количество абдоминального родоразрешения. Правильная прегравидарная подготовка, оценка перинатальных факторов риска, рациональное ведение родов и профилактика первого КС может дать резерв для снижения этой операции в акушерском стационаре 3-го уровня. Далее значимую долю КС занимает группа женщин с одним плодом в головном предлежании на сроке менее 37 недель беременности (включая женщин с КС в анамнезе). Резервом для снижения частоты КС при преждевременных родах могут явиться коллегиальное обоснование показания к КС в каждом конкретном случае.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Guriev D.L., Stepanova E.M., Soloukhina O.E. et al. Implementing Federal Clinical Protocol «Gestational Diabetes Mellitus» in Yaroslavl region // Doctor. Ru. – 2016. – Vol. 7 (124). – P. 61-66.
2. Robson M. Classification of caesarean sections // Feta.I Matern. Med. Rev. – 2001. – Vol. 12. – P. 23-39.
3. Rudzevich A.Y., Kukarskaya I.I., Filgus T.A. Analysis of cesarean section rate according to the Robson classification // Modern Probl. Sci. Education. – 2017. – №6.

УДК: 618,3; 611-018; 618,36; 616-085,3

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЛЁГКОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Каримов А.Х., Давлетова Д.М.

Ташкентская медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии №2

#### XULOSA

*Хомиладорликнинг иккинчи ва учинчи уч ойлигида плацентар дисфункцияси ва энгил преэклампсия билан 100 нафар аёлда изланиш утказилди. L-аргининни энгил преэклампсия ва плацентар дисфункцияси билан хомиладорларда комплекс даволашда самарадорлиги аниқланди.*

**Kalit so'zlar:** плацентар дисфункция, энгил преэклампсия, L-аргинин (Тивортин), доплерометрия.

**АКТУАЛЬНОСТЬ.** В последние годы большое внимание уделяется роли сосудистого эндотелия в патогенезе развития критических состояний и полиорганной недостаточности. Эндотелиальные клетки кровеносных сосудов выполняют целый ряд жизненно важных функций. Имея тесный контакт с кровью, они покрывают поверхность всех кровеносных со-

#### SUMMARY

*Under observation were 100 women in second and third trimester of pregnancy placental dysfunction with mild pre-eclampsia. Effectiveness of L-arginin treatment was established at placental dysfunction of pregnant with mild form of eclampsia.*

**Key words:** placental disfuncshion, pre-eclampsia, L-arginine (Tivortin), dopplemetric.

удов и, таким образом, их повреждение имеет прямое отношение к дисфункции органов. Эндотелий, является основным объектом медиаторов, которые вырабатываются плацентой (1,2). Оксид азота – это сильнодействующее эндотелиальное сосудорасширяющее средство. Доказано, что неполноценный синтез оксида азота может быть причиной многих

заболеваний, в том числе и преэклампсии. Оксид азота (NO) присутствует во всех эндотелиальных клетках независимо от размера и функции сосудов. Аминокислота L аргинин – субстрат для синтеза оксида азота, превращение которой в NO происходит участием NO синтазы. В нормально функционирующем эндотелии низкие уровни NO постоянно высвобождаются. При низких концентрациях в плазме L аргинин избирательно улучшает эндотелиальную функцию; при среднем уровне концентрации может оказывать прямую вазодилатацию вследствие стимуляции секреции инсулина и гормона роста; высокие уровни L аргинина вызывают неспецифическую вазодилатацию (1,3). При воздействии различных повреждающих факторов (токсических, механических, инфекционных, иммунокомплексных и т.п.) способность эндотелиальных клеток освобождать релаксирующие факторы уменьшается, тогда, как образование сосудосуживающих факторов сохраняется, или увеличивается, т.е. формируется состояние, определяемое как эндотелиальная дисфункция. Нарушение синтеза или функционирования NO в сосудистой системе – важный патогенетический фактор таких заболеваний, как артериальная гипертензия, атеросклероз и диабетическая ангиопатия. Осложнениями, связанными с дефицитом этого соединения, также являются острый инфаркт миокарда (ИМ), нестабильная стенокардия, атеротромбоз, тромботическая микроангиопатия, тромбоэмболические цереброваскулярные заболевания, преэклампсия (2,4). Физиологическая сосудистая адаптация к беременности (увеличение объема крови, минутного объема сердца и снижение сосудистой резистентности) сопровождается увеличением эндогенной продукции NO и повышением чувствительности к NO гладкомышечных клеток сосудов. Этиология преэклампсии (ПЭ) остается предметом дискуссий. Одна из ведущих концепций развития данного осложнения сводится к неполноценному ремоделированию спиральных артерий с формированием эндотелиальной дисфункции и синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), которые приводят к полиорганной дисфункции. При преэклампсии (ПЭ) нарушаются практически все функции эндотелия. Генерализованная дисфункция его, является ключевым патогенетическим фактором развития синдрома мультисистемных дисфункций обусловленных ПЭ. Структурные изменения, происходящие в сосудах матки, лежат в основе формирования плацентарной недостаточности. Синдром ограничения развития плода (СОРП), который занимает одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности составляет от 3 до 24%, является одним из наиболее значимых клинических проявлений фетоплацентарной недостаточности, который нередко сопровождается различными осложнениями беременности (1,3,5). В связи с чем, исследования состояния кровообращения и коррекция имеющихся изменений в этой системе, является одной из наибо-

лее важных проблем, поскольку от ее состояния зависят перинатальные исходы.

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:** оценить эффективность препарата L аргинин в коррекции маточно – плодово – плацентарной дисфункции у беременных с легкой формой преэклампсии при сроке гестации 27–29 нед и у беременных с плацентарной дисфункцией, развившейся на фоне сочетания хронических заболеваний (анемия и пиелонефрита).

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ.** Исследование выполнено на базе Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Беременные женщины случайно распределялись для создания сопоставимых групп (возраст, вес, срок гестации и экстрагенитальная патология). Ни врач, ни беременная женщина не знали, в какую группу пациентка попала при рандомизации. Все женщины были разделены на две группы, I группа (n=40) составили беременные, которых вели по общепринятой методике согласно национальному руководству; во II (n=60) к лечению добавляли инфузионный раствор Тивортин (L аргинин) 4,2% - 100 мл 1 раз в день в течение 7–10 дней. Дозировки выбраны согласно патогенетическому подходу к оценке тяжести состояния и инструкции для медицинского применения лекарственного средства. В исследование были включены пациентки с нарушением маточно плацентарно плодового кровотока (МППК) – 1Б степени.

Критериями включения беременных в исследование явились преэклампсия легкой степени при сроке гестации 27–29 нед., с плацентарной дисфункцией развившейся на фоне сочетания хронических заболеваний (анемия и инфекция мочевого тракта) и в 37 недель. Возраст, вес и экстрагенитальная патология, следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев они имели две патологии одновременно.

Критерии не включения в исследование: острые вирусные заболевания на момент исследования; гиперчувствительность к компонентам исследуемых препаратов; аллергические заболевания или острые состояния, связанные с приемом лекарственных средств в анамнезе; одновременное участие в любом другом клиническом испытании; наличие хронических заболеваний в стадии обострения или декомпенсации.

Критерии исключения: невозможность или отказ пациента следовать требованиям протокола; необходимость назначения пациенту препаратов, недопустимых к применению в рамках данного исследования; возникновение нежелательного явления, требующего отмены препарата; желание пациента досрочно завершить исследование по любой причине; случаи, не оговоренные протоколом, когда исследователь считает, что дальнейшее участие пациента в исследовании наносит ему вред; ошибочное включение непригодного к участию в исследовании пациента.

Для распределения испытуемых по группам использовался метод простой рандомизации. Применялся препарат Тивортин. Международное непатентованное название: Аргинин. Лекарственная форма: Раствор для инфузий 4,2% 100 мл. Состав: 100 мл препарата содержат активное вещество – аргинина гидрохлорида 4,2 г, вспомогательное вещество – вода для инъекций. Прозрачная бесцветная жидкость. Плазмозамещающие и перфузионные растворы. Препараты для парентерального питания. Аминокислоты. Препарат вводится внутривенно капельно со скоростью 10 капель в минуту в первые 10-15 мин, потом скорость введения можно увеличить до 30 капель в минуту. Суточная доза препарата - 100 мл раствора. Курс в сутки – 10 дней.

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ.** Клиническое обследование: наблюдение за общим состоянием больного интенсивность жалоб (по 3-бальной оценки): слабость, головокружение, бледность кожных покровов, отеки на ногах, АД, ЧСС, температура тела. Клинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи. Биохимические анализы: АлАт, АсАт, билирубин, коагулограмма. Специальные методы исследования: УЗИ. Допплерография маточно-плацентарно-плодового кровотока. Допплерометрические исследования маточно-плодово-плацентарного кровообращения проводили с помощью ультразвуковых аппаратов SonoScape S-22, Mindray DC-30 используя трансабдоминальный датчик 3,5 МГц. Для оценки кривых скоростей кровотока (КСК) исследовали один из основных показателей индекса сосудистого сопротивления: индекс резистентности (ИР) и систоло - диастолическое отношение (С/Д).

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ.** На I м этапе исследования, при доплерометрическом исследовании кровотока в маточно-плацентарно-плодовом комплексе в исследуемых группах исходные параметры КСК (ИР), соответствовали субкомпенсированной форме хронической плацентарной недостаточности (ХПН) - нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока – МППК – IБ степени. После проведенной терапии на 7 сутки (II этап), в I группе в левой и правой маточной артерии по прежнему отмечали значительное снижение кровотока по сравнению с исходными данными. В то время как во II группе, наблюдали достоверное улучшение исследуемых показателей относительно исходных величин. Так ИР в левой маточной артерии был достоверно ниже исхода на 20%, а в правой на 5,9%. Сравнительная оценка ИР в левой и правой маточной артерии в I группе относительно II, показало достоверное их увеличение. В фетоплацентарном комплексе (ФПК), по-прежнему сохранялось значительное усиление кровотока в артерии пуповины в I группе и следует расценивать как централизацию гемодинамики плода, в то время как во II, он был на 20,6% ниже исходных величин, что указывает на улучшение кровотока и уменьшение централизации кровообращения. Сравнительная

оценка ИР в артерии пуповины показала, что во II группе он был значительно ниже на 20,6% ( $P < 0,05$ ) по сравнению с I, что указывало на значительное улучшение кровотока в ФПК. Исследования проведенные в 37 нед (III этап) в I группе в левой и правой маточных артериях отмечали по-прежнему значительное снижение кровотока, характерное для нарушения маточно-плацентарного кровотока 2-й степени. Во II же группе, после лечения аргинином, наблюдали достоверное улучшение маточного кровотока относительно I группы. Сравнительная оценка ИР в левой и правой маточной артерии в I группе относительно II, показало увеличение их на 27 и 11,8% ( $P < 0,05$ ). В фетоплацентарном комплексе, по-прежнему сохранялось значительное усиление кровотока в артерии пуповины в I группе, что соответствовало 2 степени нарушения кровообращения, в то время как во II, он был на 15,5% ( $P < 0,05$ ) ниже, чем в I. Сравнительная оценка ИР в артерии пуповины показала, что во II группе изменения были более характерные для нормального плодового кровотока. При исследовании КСК в средней мозговой артерии в I группе, они соответствовали также 2 степени нарушения кровообращения, в то время как во II нормальным показателям. Сравнительная оценка СДО средней мозговой артерии показала, что во II группе он был ниже, чем в I на 28,6% ( $P < 0,05$ ). Для оценки нарушений внутриутробного состояния плода в ходе исследования производили мониторинг за биофизическим профилем плода. На первом этапе исследования в I группе у 31 (64,6%) пациентки БПП составил  $6,8 \pm 0,17$  баллов, у 5 (10,4%) –  $4,6 \pm 0,11$  и у 12 (25%) –  $9,1 \pm 0,13$ . Тогда как во II группе в подавляющем большинстве у 41 (83,7%) БПП составил  $10,1 \pm 0,15$  баллов и только у 7 (14,2%)  $7,2 \pm 0,1$  сомнительный и в 1 (2%) случае выраженная внутриутробная гипоксия плода. В 37 нед., в I группе у 28 (58,3%) пациенток БПП составил  $7,1 \pm 0,14$  баллов, у 13 (27,1%) –  $4,2 \pm 0,11$  и у 7 (14,6%) –  $8,7 \pm 0,15$ . Во II у 39 (79,6,7%) БПП составил  $9,8 \pm 0,12$  баллов, у 10 (20,4%)  $6,9 \pm 0,1$ . Диагностически важным, является оценка объема амниотической жидкости. Во второй группе в начале исследования многоводие встречается в 18%, маловодие в 5%, а к доношенному сроку гестации в 27,3% случаев отмечено маловодие. В то время как в первой группе, к концу исследования у 66,7% беременных женщин (в 2,5 раза чаще, чем во II группе) выявлено маловодие. Динамическое исследование состояния плаценты в результате плацентометрии во II группе в 77,3 %, показало преждевременное старение плаценты, в 4,5% выявлено наличие кист плацентарной ткани. Во II группе преждевременное созревание плаценты наблюдается в 38,9%, что в два раза реже по сравнению с первой. К доношенному сроку гестации гиперплазия плацентарной ткани и ее отечность во II группе определяется в 3,3 раза реже, чем в I - й (88,9%), тогда как в начале исследования увеличение толщины плаценты более, чем на 4 см

выявлено только во II группе и составляла 36,4%. Учитывая вышеизложенное, установлено, что при отсутствии коррекции плацентарной дисфункции, состояние чистоты и количества околоплодных вод, состояние плацентарной ткани имеет тенденцию к ухудшению, что негативно отражается на состоянии плода, и является свидетельством прогрессирования нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока. Своевременная же терапия уменьшает отек плацентарной ткани, тем самым нормализуя клиренс амниотической жидкости. При анализе исхода родов в исследуемых группах было отмечено следующее соотношение типа родов вагинальных и путем операции кесарево сечения во II группе 2,7:1, в I группе 1:2 соответственно.

**ВЫВОДЫ.** Эффективность коррекции плацентарной дисфункции заключается в следующем: улучшение маточно-плацентарно-плодового кровотока; снижение числа перехода легкой степени преэклампсии в тяжелую степень; снижение числа преждевременных родов; снижение перинатальной заболеваемости и дистресса плода.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Исенбаева Л.М. Фетоплацентарная дисфункция. Методическое пособие. Ташкент. 2017. 49с. С.6-10.
2. Ким Ен-Дин, Нишанова Ф.П., Куличкин Ю.В. Некоторые аспекты коррекции системного воспалительного ответа у пациенток с преэклампсией. Здоровье Узбекистана. Ташкент. 2017. № 11(22). С.26-28.
3. Комилова М.С., Пахомова Ж.Е. Значение эндотелия в развитии осложнений гестационного периода. Российский вестник акушера-гинеколога. 2015. №1. С.18-23.
4. Ниязметов Р.Э., Каримова Ф.Д., Рахманова И.И., Хабибуллаев Д.М., Матризаева С.Т. Современные методы перинатальной протекции в акушерской практике. Методические рекомендации. Ташкент. 2017. 29с.
5. Торчинов А.М., Умаханова М.М., Миронов А.В., Жукоцкий А.В. Дисфункция эндотелия и акушерская патология. Тезисы XXXII конгресса «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». Москва.2019. С.60-61.

УДК: 618.5-08:618.346-008.8

## ПОПУЛЯЦИИ И РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Каримова Г.К., Ихтиярова Г.А.

Бухарский государственный медицинский институт

#### XULOSA

*Qandli diabet - eng keng tarqalgan surunkali kasalliklardan biri bo'lib o'lim ko'rsatkichlari orasida yuqori o'rinni egallaydi. COVID-19 virusli infeksiyalarining klinik ko'rinishlari diabetga chalingan homilador ayollarda infeksiyalanish individual ko'rinishda kechadi. Ushbu maqolada koronavirus infeksiyasining homilador ayollar uchun yuqori xavfli holat ekanligi haqida so'z boradi, ayniqsa so'nggi uch oylikida bu kasallikga chalinish xavfi yanada oshadi.*

**Tadqiqot maqsadi.** Gestatsion qandli diabet (GQD) ni erta tashhishlashda biokimyoviy va gormonal markyorlariga asoslanib erta skrining usullarini tadbiq etish.

**Tadqiqot mteriallar va uslublar.** Ilmiy izlanishda qo'llaniladigan tadqiqot usullarini tanlash akusherlik tekshiruvi doirasidagi tibbiy standartlariga, uglevodlar almashinuvi tizimini laboratoriya diagnostikasi bo'yicha tavsiyalarga va statistik tadqiqotlar asosida aniqlandi.

**Tadqiqot natijalari.** Preeklampsiya va homila funktsional holatining buzilishi GQD bilan og'rigan homilador ayollarni kesar kesish bilan tug'ilishining ko'rsatkichini oshishiga sabab bo'ldi. Ma'lumotlarimizdan ko'rinib turibdiki, oldingi qon tomir o'zgarishlar fonida preeklampsiya retrospektiv guruhda 56,7%, asosiy gu-

#### SUMMARY

*Diabetes is considered as one of the highest risks and common comorbidities associated with higher mortality. The clinical manifestations of viral infections in pregnant women with diabetes mellitus are described. Coronavirus infections are considered a high condition for pregnant women, especially after the trimester of pregnancy.*

**Purpose** Introduction of early screening methods based on biochemical and hormonal markers in the early diagnosis of GDM.

**Materials and methods.** The choice of research methods used in the work was determined in accordance with industry standards for the scope of examination in obstetrics, recommendations for laboratory diagnostics of the carbohydrate metabolism system and statistical studies.

**Research results.** Preeclampsia and impaired fetal function are indications for delivery of pregnant women with GDM by caesarean section. As can be seen from our data, preeclampsia is observed in the retrospective group 56.7%, in the main group 75.4%, in the control group 18.3% against the background of previous vascular changes.

**Key words:** COVID-19, pregnant women with diabetes mellitus, blood glucose levels, pneumonia.