

**TADQIQOT**

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990

Impact Factor: 5.878

---

**JOURNAL OF  
REPRODUCTIVE  
HEALTH AND  
URO-NEPHROLOGY  
RESEARCH**

---



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 2

**2021**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-  
нефрологических исследований

# JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный  
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный  
научно-практический  
журнал

**№ 2**  
**2021**

---

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990

**Главный редактор:**  
**Chief Editor:**

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2  
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics  
and Gynecology Department No. 2 of the  
Samarkand State Medical Institute

**Заместитель главного редактора:**  
**Deputy Chief Editor:**

**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**

доктор медицинских наук, профессор  
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского  
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor  
Departments of Obstetrics and Gynecology  
Tashkent State Dental Institute

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:**  
**MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:**

**Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес**  
профессор, член Европейского общества  
репродукции человека и эмбриологии  
Prof. Medical Director of the Instituto  
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

**Ramašauskaitė Diana**

профессор, руководитель Вильнюсского центра  
перинатологии, профессор и руководитель клиники  
акушерства и гинекологии при институте клинической  
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of  
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty  
of Medicine, Latvia)

**Аюпова Фариди Мирзаевна**

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1  
Ташкентской медицинской академии.

**Зокирова Нодира Исламовна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры  
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич**

доктор медицинских наук, профессор заведующий  
кафедрой Эндоскопической урологии факультета  
непрерывного медицинского образования  
медицинского института РУДН.

**Негматуллаева Мастура Нуруллаевна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры  
акушерства и гинекологии №2, Бухарского  
медицинского института.

**Окулов Алексей Борисович**

доктор медицинских наук, профессор кафедры  
медицинской репродуктологии и хирургии  
Московского государственного  
медико-стоматологического университета.

**Махмудова Севара Эркиновна**

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии  
факультета последипломного образования  
Самаркандского Государственного медицинского  
института (**ответственный секретарь**)

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:**  
**MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:**

**Boris Chertin**

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric  
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in  
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,  
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский  
факультета ивритского университета)

**Fisun Vural**

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa  
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari  
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета  
естественных наук, учебно-исследовательской  
больницы клиники акушерства и гинекологии.

**Melike Betül Öğütmen**

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji  
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.  
Доцент Университета естественных наук,  
учебно-исследовательской  
больницы клиники нефрологии.

**Аллазов Салах Алазович**

доктор медицинских наук, профессор  
кафедры урологии, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна**

доктор медицинских наук, доцент,  
заведующая кафедрой №2 педиатрии с  
курсом неонатологии, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Локшин Вячеслав Нотанович**

доктор медицинских наук, профессор,  
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской  
ассоциации репродуктивной медицины.

**Никольская Ирина Георгиевна**

доктор медицинских наук, профессор  
ГБУ МО МОНИАГ.

**Шалина Раиса Ивановна**

доктор медицинских наук, профессор  
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического  
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

**Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов**

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Телефон: +998 (94) 404-0000

**Editorial staff of the journals on [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Phone: (+998-94) 404-0000

# СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

## ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ/ LITERATURE REVIEW

<b>1. Абдуллаева Л. М., Турапова М., Мамирова М.</b> Проблема ожирения в гинекологической практике <b>Abdullayeva L. M., Turapova M., Mamirova M.</b> The problem of obesity in gynecological practice.....	5
<b>2. Амонова М. Ф., Азимова К. И., Исроилова Г. П.</b> Ранняя профилактика и диагностика остеопороза у женщин в постменопаузе <b>Amonova M.F., Azimova K.I., Isroilova G.P.</b> Early prevention and diagnosis of osteoporosis in postmenopausal women.....	8
<b>3. Сафаров А.Т., Сафарова Л. А.</b> Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке <b>Safarov A.T., Safarova L.A.</b> Management of pregnancy and childbirth in women with a uterine scar.....	11
<b>4. Сафарова Л. А.</b> Перинатальная трансмиссия вич-инфекции - современный взгляд на проблему <b>Safarova L.A.</b> Perinatal transmission of hiv infection: a modern view of the problem.....	16
<b>5. Ташкенбаева У. А, Музапова У.Р.</b> Инфекции, передающиеся половым путем: особенности эпидемического процесса, клиники и диагностика <b>Tashkenbaeva U.A., Muzarova U.R.</b> Sexually transmitted infections: features of the epidemic process, clinic and diagnosis.....	19
<b>6. Турапова М., Абдуллаева Л. М., Мамирова М.</b> Беременность и сахарный диабет <b>Turapova M., Abdullaeva LM, Mamirova M.</b> Pregnancy and diabetes mellitus.....	22

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ/ ORIGINAL ARTICLES

<b>1. Аллазов С. А., Мансуров У. М., Эшбеков М. А., Аллазов А. С., Искандаров Ю. Н., Маманазаров Д.М.</b> Отечественное кровоостанавливающее лекарственное растение – лагохилус <b>Allazov S. A., Mansurov U. M., Eshbekov M.A., Allazov A.S., Iskandarov Y.N., Mamanazarov D.M.</b> Domestic hemostatic medicinal plant – lagohilus.....	26
<b>2. Аллазов С. А., Аллазов Х. С., Искандаров Ю. Н., Эшбеков М. А.</b> Мультиорганная операция на 4-х органах человеческого организма <b>Allazov S. A. A., Allazov H. S., Iskandarov Y. N., Eshbekov M. A.</b> Multiorgan surgery on 4 organs of the human body.....	32
<b>3. Исакова Д. Б., Мамарасулова Д. З., Алмухаммедова Б. Г., Якубова О. А.</b> Онкоэпидемиологическое состояние заболеваемости и смертности предраковых и раковых заболеваний шейки матки <b>Isakova D.B., Mamarasulova D.Z., Almukhammedova B.G., Yakubova O. A.</b> Onkoepidemiological state of morbidity and mortality of precancerous and cancerous diseases of the cervix.....	36
<b>4. Искандаров Ю. Н., Гафаров Р. Р., Эшбеков М. А., Аллазов С. А.</b> Разнопериодные осложнения при аденомэктомии простаты: современные взгляды <b>Iskandarov Y. N., Gafarov R. R., Eshbekov M. A., Allazov S. A.</b> Divergent complications in adenomectomy of the prostate: current views.....	41
<b>5. Каримова М.Н., Тугизова Д.И., Субхонов У., Эсанкулова Б.</b> Прогноз и результаты лечения при метастатическом раке молочной железы <b>Karimova M.N., Tugizova D.I., Subxonov U, Esonkulova B.</b> Prognosis and treatment results in metastatic breast cancer.....	48
<b>6. Каримова М.Н., Тугизова Д.И., Хайдарова Р.Ш., Низомова И.Б.</b> Особенности течения рака молочной железы у женщин пожилого и старческого возраста <b>Karimova M.N., Tugizova D.I., Haidarova R.SH, Nizomova I.B.</b> Features of the course of breast cancer in elderly and senile women.....	53
<b>7. Усинова З. Б., Ниязметов Р. Э., Матякубов Б.Б.</b> Восстановление репродуктивной функции после внематочной беременности <b>Usinova Z.B., Niyazmetov R.E., Matyakubov B.B.</b> Restoration of reproductive function after ectopic pregnancy.....	57



УДК: 618.3-06:616.379-008.64

**Турапова Малика**  
Резидент магистратуры  
Ташкентская медицинская академия  
Ташкент, Узбекистан

**Абдуллаева Лагья Мирзатуллаевна**  
Доктор медицинских наук  
Ташкентская медицинская академия  
Ташкент, Узбекистан

**Мамирова Мохинур**  
Студент  
Ташкентская медицинская академия  
Ташкент, Узбекистан

**БЕРЕМЕННОСТЬ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ  
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**For citation:** Turapova Malika, Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna, Mamirova Mokhinur, Pregnancy and diabetes mellitus (literature review), Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1, pp. 22-24

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-2-6>

---

**Turapova Malika**  
Resident of master's degree  
Tashkent Medical Academy,  
Tashkent, Uzbekistan

**Abdullaeva Lagiya Mirzatullaevna**  
Doctor of medical science  
Tashkent Medical Academy  
Tashkent, Uzbekistan

**Mamirova Mokhinur**  
Student Tashkent Medical Academy  
Tashkent, Uzbekistan

**PREGNANCY AND DIABETES MELLITUS  
(LITERATURE REVIEW)**

---

**Turapova Malika**  
magistratura rezidenti  
Toshkent tibbiyot akademiyasi  
Toshkent, O'zbekiston

**Abdullayeva Lagiya Mirzattullayevna**  
Tibbiyot fanlari doktori  
Toshkent tibbiyot akademiyasi  
Toshkent, O'zbekiston

**Mamirova Mohinur**  
Talaba Toshkent tibbiyot akademiyasi  
Toshkent, O'zbekiston.

**HOMILADORLIK VA QANDLI DIABET  
(ADABIYOTLAR TAHLILI)**

Ежегодное увеличение числа больных сахарным диабетом (СД) в мире, в том числе и женщин репродуктивного возраста, повышает актуальность проблемы, связанной с ведением беременности на фоне СД. Прогностические данные свидетельствуют о том, что к 2035 году более чем 590 миллионов людей в мире будут страдать данным заболеванием [1]. Согласно данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation, IDF), 21,3 миллиона (16,2%) детей, рождённых в 2017 году, во внутриутробном периоде развития подверглись воздействию различных форм гипергликемии. По имеющимся оценкам, 86,4% этих случаев были вызваны гестационным сахарным диабетом (ГСД) [2]. Под термином ГСД подразумевают заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям «манифестного» СД [3, 4].

Несмотря на столь серьёзные последствия как для матери, так и для плода, история изучения ГСД насчитывает всего около 80 лет. Первые обратили внимание на повышение уровня концентрации глюкозы в крови во время беременности в 20-х годах прошлого века в Германии. В 1823 году, Н.Г. Bennewitz в научном журнале опубликовал тезис «De Diabete Mellito Graviditatis Symptomate» [5], где подробно описал все свои наблюдения о гипергликемии, связанной с беременностью. Ф.Ф. Бурмукулова с соавт. (2014 г.) в своей работе отмечает, что спустя 106 лет М. Дункан выступил перед Обществом акушеров в Лондоне с докладом о послеродовом диабете и сообщил о высокой смертности детей и матерей при данном осложнении [6].

Дальнейшее исследование ГСД продолжил американский учёный J. O'Sullivan. В 1961 г. в медицинскую литературу впервые им был введён термин «гестационный сахарный диабет», где подразумевалось повышение уровня глюкозы крови у беременной женщины [7]. Одновременно и параллельно с J. O'Sullivan, изучала ГСД американская учёная Priscilla White. В 1949 г. ею была создана классификация нарушений углеводного обмена во время беременности, учитывающая время начала заболевания, продолжительность и наличие сосудистых осложнений [8]. В 1980 г. вышла пересмотренная классификация P. White и J. Hare, где впервые в истории ГСД был выделен отдельный тип [9]. В 1999 г. Комитет экспертов ВОЗ определил понятие ГСД, как нарушение толерантности к глюкозе любой степени тяжести, которое возникло или впервые выявлено во время беременности.

Частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД достигает почти 80%. Угроза прерывания беременности и преждевременных родов отмечается у 30—50% пациенток, причем установлена четкая взаимосвязь между невынашиванием беременности и материнской гипергликемией. Много-водие осложняет течение беременности при ГСД в 20—60% наблюдений, гестоз развивается в 25—65% случаев, а тяжелые его формы — в 2,9—3,7% наблюдений. Дистоция плечиков плода при ГСД составляет 2,8—5,6%, перелом ключицы — 6—19%, паралич Эрба — 2,4—7,8%, травмы шейного отдела позвоночника — 42%, тяжелая асфиксия 1,4—5,3%, а нарушение мозгового кровообращения травматического генеза — 20%. Перинатальная смертность при этой патологии в целом в 5 раз выше, чем в популяции.

Частота кесарева сечения (КС) у беременных с ГСД составляет 28,8—46,6%, основными показаниями к КС являются крупные размеры плода, цефалопельвическая диспропорция, клинически узкий таз, слабость родовой деятельности, дистоция плечиков и острая гипоксия плода.

Диабетическая фетопатия (ДФ) при ГСД встречается в 30—60% случаев. Наиболее типичные ее признаки: макросомия (масса тела новорожденного >90-го перцентиля), гиперемия кожных покровов, пастозность мягких тканей, лунообразное лицо, короткая шея, «относительно короткие» конечности, гипертрихоз, органа-номегалия. Новорожденные от матерей с ГСД имеют высокий риск (5%) развития респираторного дистресс-синдрома в результате ингибирующего действия гиперинсулинемии на созревание легочного сурфактанта. Отделение плаценты после родов и резкое прекращение поступления глюкозы к плоду в

условиях фетальной гиперинсулинемии приводит к неонатальной гипогликемии. Метаболизм новорожденных с ДФ также характеризуется гипокальциемией (8—22%), гипомагниемией, гипербилирубинемией (15—30%), гипоксией, ацидозом, нарушением электролитного обмена, что является причиной метаболической кардиопатии. Избыточная масса тела детей при рождении в дальнейшем приводит к развитию подросткового ожирения и артериальной гипертензии (АГ), а впоследствии — к СД 2-го типа.

В связи с тем, что у большинства беременных ГСД протекает без выраженной гипергликемии и явных клинических симптомов, его трудно диагностировать. В ряде случаев диагноз ГСД устанавливается ретроспективно, после родов, по фенотипическим признакам ДФ у новорожденного или вообще пропускается. По данным обращаемости в научно-консультативное отделение МОНИИАГ, в 50—60% случаев диагноз ГСД ставится с опозданием на 4—20 нед.

В 2008 г. в Пасадене (США) Международной ассоциацией групп изучения диабета и беременности (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups, IADPSG) были предложены для обсуждения новые критерии диагностики ГСД [3].

При первичном обращении беременных, у которых глюкоза венозной плазмы натощак <5,1 ммоль/л, оральная глюкозотолерантный тест (ОГТТ) не проводится. Таким женщинам необходимо проводить ОГТТ с 75 г глюкозы между 24-й и 28-й неделями беременности (II фаза обследования). Важно отметить, что ОГТТ с 75 г глюкозы — безопасный нагрузочный диагностический тест для выявления нарушения углеводного обмена во время беременности. ОГТТ выполняют на фоне обычного питания (не менее 150 г углеводов в день) как минимум в течение 3 дней, предшествующих исследованию. Исследование проводится утром, натощак, после 8—14-часового ночного голодания, последний прием пищи должен обязательно содержать 30—50 г углеводов. Курение до завершения теста запрещается. Лекарственные средства, влияющие на уровень глюкозы крови (поливитаминные и препараты железа, содержащие углеводы, глюкокортикоиды, β-адреноблокаторы, β-адреномиметики), по возможности, следует принимать после окончания теста [6].

Тест проводится в 3 этапа. На I этапе после забора первой пробы плазмы венозной крови натощак уровень гликемии измеряется немедленно, так как при получении результатов, указывающих на впервые выявленный СД или ГСД, дальнейшая нагрузка глюкозой не проводится и тест прекращается. При продолжении пробы выполняется II этап — пациентка должна в течение 5 мин выпить раствор глюкозы (75 г сухой (ангидрита или безводной) глюкозы, растворенной в 250—300 мл теплой (37—40°C) питьевой негазированной (или дистиллированной) воды). При использовании моногидрата глюкозы для проведения теста необходимо 82,5 г вещества. Начало приема раствора глюкозы считается началом теста. III этап: забор пробы крови для определения уровня глюкозы венозной плазмы через 1 и 2 ч после нагрузки глюкозой. При получении результатов, указывающих на ГСД после 2-го забора крови, тест прекращается [3].

В исключительных случаях ОГТТ с 75 г глюкозы может быть проведен вплоть до 32-й недели беременности (высокий риск ГСД, размеры плода, по данным УЗ-таблиц внутриутробного роста, ≥ 75 перцентиля, УЗ-признаки ДФ).

Использование критериев IADPSG уже привело к повышению выявляемости ГСД, например, в австралийской популяции с 9,6 до 13,0%.

Исследование Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) также продемонстрировало, что более высокий исходный индекс массы тела (ИМТ) у беременных с ГСД, независимо от уровня материнской гликемии, был ассоциирован с массой тела новорожденного >90-го перцентиля, процентом жировой ткани у новорожденного более >90-го перцентиля, концентрацией С-пептида в пуповинной крови >90-го перцентиля, а также преэклампсией, оперативным родоразрешением путем кесарева сечения и досрочным родоразрешением [1, 4].

Выбор лечебной тактики при ГСД базируется на степени тяжести нарушений углеводного обмена. Первым этапом в лечении при ГСД является диетотерапия, которая обычно позволяет добиться снижения инсулинорезистентности. Режим питания состоит из 3 основных приемов пищи и 3 перекусов. При этом 10—20% рациона составляют белки, менее 10% — насыщенные жиры, остальное — ненасыщенные жиры и углеводы с длинной углеводной цепью. В последнее время установлено, что низкоуглеводная диета (<42%) приводит к лучшему контролю гликемии и перинатальному исходу, чем диета с более высоким (45—50%) содержанием углеводов [11].

Вторым важным аспектом лечения является адекватная физическая активность, которая должна быть индивидуализированной и строго контролироваться с медицинской точки зрения (прогулки, бассейн). Следует избегать упражнений, вызывающих повышение АД и гипертонус матки, особенно у пациенток с угрозой прерывания беременности.

Примерно 30—50% беременных с ГСД нуждаются в инсулинотерапии, показанием к которой является повышение глюкозы крови на фоне диеты >5,1 ммоль/л утром натощак и >7,0 ммоль/л через 1 ч после приема пищи более 2 раз в течение 1—2 недели наблюдения. Риск развития крупного плода повышается в 5—9 раз, если гликемия матери составляет 5,8 ммоль/л натощак и

7,8 ммоль/л после еды, по сравнению с женщинами без СД или с ГСД, у которых уровень глюкозы был от 3,3 до 6,6 ммоль/л.

Потребность в инсулине, так же как и у беременных с СД 1-го типа, повышается с увеличением срока гестации. Схему инсулинотерапии и выбор препарата инсулина определяют в зависимости от данных самоконтроля гликемии. Пероральные сахароснижающие препараты во время беременности и грудного вскармливания противопоказаны.

Через 6—12 нед после родов всем женщинам с уровнем глюкозы венозной плазмы натощак <7,0 ммоль/л проводят ОГТТ с 75 г глюкозы (исследование глюкозы натощак и через 2 ч после нагрузки) для реклассификации степени нарушения углеводного обмена по категориям гликемии (норма, нарушение толерантности к глюкозе, нарушенная гликемия натощак, СД). По данным литературы, у 20—50% женщин, перенесших ГСД, он возникает при последующей беременности, а у 25—75% — через 16—20 лет после родов развивается манифестный СД. Планирование последующих беременностей включает диету, направленную на снижение массы тела, при ее избытке, и расширение физической нагрузки [2,9].

Важной проблемой при ГСД являются последствия родового и материнского травматизма, связанного с родами крупным плодом, а также гинекологические и урогинекологические проблемы (пролапс гениталий, недержание мочи).

### Использованная литература

1. Акушерство: национальное руководство. 2-е изд. перераб. и доп. / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 874-875.
2. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях: Учеб. по-соб. - М.: РУДН, 2008.
3. Бурмукулова Ф.Ф. Гестационный сахарный диабет: вчера, сегодня, завтра // Тер. арх. 2014. Т. 86, № 10. С. 109-115.
4. Дедов И.И., Краснополянский В.И., Сухих Г.Т. Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет. Диагностика, лечение, послеродовое наблюдение». Сахарный диабет. 2012; 4: 4–10.
5. Дедов И.И., Шестакова М.В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. - М., 2009.
6. Евсюкова И.И., Кошелева Н.Г. Сахарный диабет: беременные и новорожденные. -Изд. 2-е, перераб. и доп. - М.: Миклош, 2009.
7. Кошель Л.В., Рунихина Н.К., Колегаева О.И., Есяян Р.М. Гестационный сахарный диабет: современные критерии диагностики // Справочник поликлин. врача. 2015. № 2. С. 51-54.
8. Краснополянский В.И., Петрухин В.А., Бурмукулова Ф.Ф. Гестационный диабет: новый взгляд на старую проблему // Акушерство и гинекология. - 2010. - № 2. - С. 3-7.
9. Ларькин Д.М. Оптимизация акушерских и перинатальных исходов у пациенток с гестационным сахарным диабетом : дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2016.
10. Петрухин В.А., Куликов И.А., Бурмукулова Ф.Ф., Котов Ю.Б. Гестационный сахарный диабет: факторы риска, контроль гликемии и профилактика диабетической фетопатии // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2007. - Т. 7. - № 3. - С. 47-51.
11. Печенкина Н.С., Хлыбова С.В. Анализ течения беременности и родов при сахарном диабете // Материалы XI Всероссийского научного форума «Мать и дитя». М., 2015. С. 168-169.