



**Львівська
медична
спільнота**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ
РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ
ТА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ»**

23-24 грудня 2016 р.

Львів

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

**ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ
РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ
ТА МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ»**

23-24 грудня 2016 р.

**Львів
2016**

УДК 61(063)
ББК 5я43
С 91

С 91 **Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики.** Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 23-24 грудня 2016 року). – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2016. – 124 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні тенденції розвитку медичної науки та медичної практики».

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

УДК 61(063)
ББК 5я43

© Автори статей, 2016
© Львівська медична спільнота, 2016

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Блинова А. В., Сероух А. Г. ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЧИВОСТИ КОСТНЫХ СТРУКТУР ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА	7
Васильчук О. С., Ісакова Н. М. РОЗРАХУНОК ОПТИМАЛЬНОЇ ТЕМПЕРАТУРИ ПРИ ЛИВНОМУ ПРЕСУВАННІ ОРТОДОНТИЧНИХ АПАРАТІВ З МАТЕРІАЛУ ПОЛІПРОПІЛЕН МАРКИ «ЛІПОЛ»	9
Весклярова У. П. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	11
Гасвська М. Ю., Малайко С. С., Годнюк Н. О. ПЕРСПЕКТИВНІ ЗАСОБИ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ПСОРИАЗУ	13
Гуйван І. В., Замятин П. Н. ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ	14
Давидюк В. Б., Михайлик І. О., Давидюк Б. В. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ ТА ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБІТУ ПОВЕРХНЕВИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК	17
Дьордй І. С., Собанська Л. О., Тополов П. О., Куриленко Я. В., Белемєць Н. І., Лазаренко О. М., Лазаренко Г. О., Кравченко Л. М., Литвин П. М. ДІЯ АДАПТУЮЧОЇ КОМПОЗИЦІЇ (АК) НА АДСОРБЦІЮ КЛІТИН КРОВІ У РАЗІ ОБРОБКИ НЕЮ КОНТАКТНОЇ ПОВЕРХНІ АПАРАТУ ШТУЧНОГО КРОВООБІГУ (АШК)	21
Лагода Д. О. ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ L-АРГІНІНУ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АРИТМІЯМИ	25
Ластівка І. В., Яковишина Г. В. ВРОДЖЕНА СПІНАЛЬНА АМІОТРОФІЯ: ДВА ВИПАДКИ В ОДНІЙ РОДИНІ	27
Ластівка І. В., Кизима І. М., Бойко Л. В. ВИПАДОК ПОЄДНАННЯ ГЕМАНГІОМИ ТА МІКРОЦЕФАЛІЇ У ДИТИНИ	31
Ластівка І. В., Реус О. О., Єрошкіна О. В. ДЕФЕКТ ЕКСЦИЗІЙНОЇ РЕПАРАЦІЇ НУКЛЕОТИДІВ	34
Ластівка І. В., Богомазова А. О., Бойко Л. В. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕЙРОФІБРОМАТОЗУ РЕКЛІНГХАУЗЕНА	37
Ластівка І. В., Пужняк Ю. В., Єрошкіна О. В. ПРЕНАТАЛЬНА ДІАГНОСТИКА БУЛЬОЗНОГО ЕПІДЕРМОЛІЗУ	41

Лебідь І. Г. ДОСЛІДЖЕННЯ СТАТЕВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ОПЕРОВАНИХ В СТАРШОМУ ВІЦІ ДОРОСЛИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ.....	45
Макаренко М. В., Говсєєв Д. О., Мартинова Л. І. СУЧАСНІ МЕТОДИ ОЦІНКИ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ	48
Налужна Т. В., Галюк Н. М., Мергель Т. В. ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З ВИСОКИМ ТА ДУЖЕ ВИСОКИМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИМ РИЗИКОМ	52
Мергель Т. В., Сарапук І. В., Ванджура Я. Л. ВПЛИВ КОМБІНОВАНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ NT-PROBNP ТА ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІЗ ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ.....	57
Мочалов Ю. О., Степа О. В. ОСОБЛИВОСТІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	59
Олексюк-Нехамєс А. Г., Жубрид М. Т., Янків С. В. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ВЕГЕТАТИВНИХ ПРОЯВІВ ДИСМЕТАБОЛІЧНИХ ПОЛІНЕВРОПАТІЙ МЕТОДОМ ВИКЛИКАНОГО ШКІРНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЯК ОДНОГО ІЗ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ	63
Онищенко М. В., Устименко О. Г., Антоненко О. М. ЯТРОГЕННА ТРАВМА ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІІ.....	66
Пенья Катрин, Сероух А. Г. ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЛОБНО-НОСОВОГО СООБЩЕНИЯ	68
Шінкарук-Диковицька М. М., Ратушний Р. І. ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ДІОДНОГО ЛАЗЕРА В ЛІКУВАННІ МАЛИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО РЕЦИДИВУЮЧОГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТУ.....	70
Синенко В. В. ЧАСТОТА І СТРУКТУРА ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ У РЕЗУЛЬТАТІ ІНДУКОВАНОЇ ВАГІТНОСТІ.....	73
Соловей А. П., Сероух А. Г. АНАТОМИЯ РЕЗЦОВОГО КАНАЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	77
Стародуб Г. С., Горяїнова Н. В., Басова О. В. ДИНАМІКА ЕКСПРЕСІЇ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА МІСЛОДИСПЛАСТИЧНИЙ СИНДРОМ РЕФРАКТЕРНУ АНЕМІЮ З НАДЛИШКОМ БЛАСТІВ І (МДС РАНБ І) З РІЗНОЮ ВІДПОВІДІЮ НА ЛІКУВАННЯ ТАЛІДОМІДОМ	79

Кутовий І. О., Талахан А. А., Мороз К. Р., Рєзнікова А. С. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ЗДАВЛЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	81
Купновицька І. Г., Федоров С. В., Руманєх В. В. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ В ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ	84
Чернокульський І. С., Бойко М. І., Белемєць Н. І., Лазаренко О. М., Литвин П. М., Алексєєва Т. А. ДОСЛІДЖЕННЯ РЕАКЦІЇ ОРГАНІЗМУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН (ЩУРІВ) НА ЗРАЗКИ ПОЛІМЕРНОГО МАТЕРІАЛУ – ПОЛІЛАКТИДУ РІЗНОЇ ЩІЛЬНОСТІ	88

НАПРЯМ 2. ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Глєбова К. В., Мельниченко О. М. МІКРОБІОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЗАБРУДНЕННЯ ПОВІТРЯ УЧБОВИХ ПРИМІЩЕНЬ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ	92
Дудік О. П., Драчук Н. В., Руда І. В. ПОВІТРЯНО-АБРАЗИВНЕ ЧИЩЕННЯ ЗУБІВ У ПАЦІЄНТІВ З ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ	94
Ластівка І. В., Меркулова Н. О., Новак Д. І. МУКОПОЛІСАХАРИДОЗ САНФІЛПО: МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ	97
Смілянська М. В., Кузік Л. О., Павлова О. М. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ВАКЦИНАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ ПІСЛЯ ПЛАНОВОГО ЩЕПЛЕННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ГЕРПЕСВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	101
Шейх Алі Д. Х. ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ПОШИРЕННЯ АЛІМЕНТАРНОГО ДЕФІЦИТУ ЗАЛІЗА СЕРЕД МОЛОДІ УКРАЇНИ	104

НАПРЯМ 3. ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ

Александрова К. В., Сінченко Д. М., Левіч С. В. ПОШУК ПЕРСПЕКТИВНИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПОЛУК СЕРЕД ПОХІДНИХ КСАНТИНІЛ-7-АЦЕТАТНИХ КИСЛОТ	105
---	-----

НАПРЯМ 4. МЕДИЧНО-БІОЛОГІЧНІ НАУКИ

Артемів А. В. РЕПЛІКАЦІЯ, ПРОЛІФЕРАЦІЯ, СТАРЕННЯ	108
--	-----

Матеріали і методи. Дослідження виконано на базі ОККД м.Івано-Франківська. Обстежено 126 осіб (74 чоловіків та 52 жінок) на ХСН із постінфарктним кардіосклерозом. Залежно від особливостей лікування хворих рандомізовано на дві групи. До 1-ї групи увійшли 67 хворих на ХСН після перенесеного ІМ із проведеною БТ. Другу групу склали 59 хворих на ХСН після перенесеного ІМ, яким проводилась БТ із додаванням триметазидину у дозі 140 мг/добу.

Результати дослідження.

Рівень NT-proBNP на тлі БТ склав ($407,58 \pm 22,4$) фмоль/мл, а після лікування даний показник дорівнював ($330,6 \pm 18,25$) фмоль/мл ($p < 0,01$). У обстежуваних хворих II групи, які отримували БТ разом із триметазидином аналогічний показник до лікування становив ($439,51 \pm 25,7$) фмоль/мл та вірогідно зменшувався під впливом терапії до ($272,35 \pm 11,4$) фмоль/мл.

У хворих I групи середнє значення ІЛ-1 β дорівнювало ($45,68 \pm 2,79$) пг/мл до лікування та вірогідно знижувалося під впливом лікування БТ до рівня ($36,89 \pm 1,84$) пг/мл. При додаванні до БТ триметазидину хворим II групи середнє значення цього показника до лікування становило ($48,57 \pm 2,73$) пг/мл, а після завершення курсу терапії – ($29,72 \pm 0,68$) пг/мл, що вірогідно нижче порівняно з аналогічним значенням до лікування.

При аналізі рівня концентрації ІЛ-6 встановлено, що у хворих I групи до початку лікування даний показник дорівнював ($12,57 \pm 0,89$) пг/мл та вірогідно зменшувалося після завершення курсу терапії на 30,1% до значення ($8,79 \pm 0,52$) пг/мл. При додаванні до БТ триметазидину вдалося досягти статистично значущого зменшення рівня ІЛ-6 у крові обстежуваних хворих. Так, у хворих II групи середнє значення даного показника до початку антиішемічної терапії складало ($13,68 \pm 0,23$) пг/мл, а після лікування – ($6,37 \pm 0,36$) пг/мл ($p < 0,001$).

Висновки. Доведено, що антиішемічна терапія триметазидином сприяла вірогідному зменшенню рівня NT-proBNP у хворих на ХСН після перенесеного ІМ. Відзначено, що застосування комбінованої терапії триметазидином призводило до інтенсивнішого зниження концентрації прозапальних цитокінів порівняно з препаратами БТ.

Список літератури:

1. Рекомендації з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності / Л.Г. Воронков, К.М. Амосова, А.Е. Багрії [та ін.]. – К., 2012. – 106 с.
2. Cheng J.M. Biomarkers of heart failure with normal ejection fraction: a systematic review / J.M. Cheng, K.M. Akkerhuis, L.C. Battes // Eur. J. Heart Fail. – 2013. – Vol. 15 (12). – P. 1350–1362.

3. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 / J. Mc Murrey, S. Adamopoulos, S. Anker [et al.] // European Heart Journal – 2012. – Vol. 33. – P. 1787–1847.
4. Hunt S.A. Diagnosis and management of chronic heart failure in the adult / S.A. Hunt // J. Am. Coll. Cardiol. – 2005. – Vol. 46. – P. 82-96.

Мочалов Ю. О.

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри хірургічної стоматології,
щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології*

Степа О. В.

*студентка стоматологічного факультету
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
м. Ужгород, Україна*

ООБЛИВОСТІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Актуальність теми: На сьогодні, гострі запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) одонтогенного і неодонтогенного походження становлять близько 20,8% серед стоматологічних пацієнтів, як показує статистична звітність МОЗ України. В той же час, відповідно до звітів акушерсько-гінекологічних служб, близько 17% населення України складають вагітні жінки (до складу цього показника включено і випадки переривання вагітності) [1, с. 1]. Не зважаючи на дію уніфікованого протоколу ведення вагітності, котрий включає в себе обов'язкову санацію стоматологічних вогнищ інфекції у вагітних, у останніх трапляються випадки розвитку запальних і також гнійних захворювань ЩЛД, які потребують відповідного лікування. В період вагітності у жінок в організмі проходить різка функціональна перебудова роботи всіх органів і систем, в результаті чого вони періодично потрапляють до групи ризику, в плані виникнення інфекційних захворювань [2, с. 3]. З огляду на таку частоту поширення запальних ускладнень в ЩЛД загалом в популяції, вагітні жінки потребують особливого підбору антибактеріальних препаратів для лікування, які будуть активно боротися з виниклою інфекцією і ніяким чином не будуть впливати на розвиток плода.

Сучасні методи лікування запальних захворювань ЩЛД. Основу сучасного протоколу лікування будь-якого септичного процесу складає

етіотропна антибактеріальна терапія широкого спектру дії. Серед відомих хіміопрепаратів виділяють такі групи антибактеріальних препаратів – пеніциліни, тетрацикліни, макроліди, фторхінолони, цефалоспорини, лінкозаміди та нітроїмідазоли. Вибір антибіотикотерапії визначається характером збудника інфекції. На сьогодні анаероби та їх асоціації займають одне з перших місць серед збудників інфекційних захворювань, в тому числі і одонтогенного походження [3, с. 1]. Зазначені збудники чутливі до таких груп препаратів: нітроїмідазоли, карбапенеми, пеніциліни, цефалоспорини та лінкозаміди.

Планування антибіотикотерапії у вагітних ґрунтується на принципах розумної достатності. При кожному призначенні антибіотиків необхідно співвіднести ризик для здоров'я матері з небезпекою розвитку ускладнень у плода. Однак, це не означає, що при захворюваннях матері не можна проводити протимікробне лікування. Необхідно врахувати, що всі антибіотики проникають через трансплацентарний бар'єр і надають дію на плід. Загрозливими є тератогенна, ембріотоксична та фетотоксична дія антибіотиків. Найбільш небезпечний в медичному і соціальному ракурсах є тератогенний ефект препаратів, оскільки він здатний викликати розвиток вроджених вад. Ембріотоксична дія полягає в негативному впливі речовини на зиготу і бластоцисту, результатом чого є формування грубих вад розвитку, що призводить до переривання вагітності. Фетотоксична дія проявляється в закритті природних отворів плода, розвитку гідрогенезу, гідроцефалії та специфічних пошкоджень окремих органів [4, с. 168-170; 5, с. 65].

Пеніциліни (особливо напівсинтетичні) здатні проникати через плаценту, проте токсичної дії при цьому зазвичай не виникає. Ступінь проникнення їх через плацентарний бар'єр знаходиться в зворотній залежності від ступеня зв'язування з білками плазми крові. Ці препарати позбавлені тератогенних і ембріотоксичних властивостей і можуть бути використані при вагітності, якщо у пацієнтки немає до них алергії [6, с. 17-18; 5, с. 63].

Антибіотики групи цефалоспоринів проходять через плаценту і виявляються в амніотичній рідині в концентраціях нижчих ніж в крові матері. Ембріотоксичними і фетотоксичними властивостями не володіють, тому їх також можна використовувати під час вагітності [6, с. 17-18; 7, с. 220].

Макроліди проходять через плацентарний бар'єр, але рівень їх в фетальній крові невисокий, так само як і в амніотичній рідині. Аміноглікозиди в період вагітності призначаються за життєвими показаннями. Серед побічних ефектів препаратів відзначаються пошкодження нирок у матері, а також ураження VIII пари черепних нервів у матері і плода (ототоксичність), різні порушення в будові кісток скелета у плода. Імовірність ускладнень найбільш висока при використанні стрептоміцину [5, с. 44-45; 8, с. 45].

Вельми небезпечним для ембріона і плоду є антибіотики групи тетрациклінів. Концентрація в амніотичній рідині не перевищує 20-30% від максимальної концентрації в крові матері. Такі антибіотики накопичуються в підвищених концентраціях в скелеті плода, що супроводжується деяким відставанням росту. Накопичення препарату у фолікулах тимчасових зубів плода призводить до множинного карієсу зубів у дитини 1-го року життя. З огляду на такі факти тетрацикліни протипоказані в усі періоди вагітності. Більшість фторхінолонів переважно здатні викликають вади розвитку кісткової системи. **Похідне нітроїмідазолу** – метронідазол збільшує частоту хромосомних аберацій в лімфоцитах людини, і здійснюють на плід канцерогенну дію. У I триместрі вагітності метронідазол може проявити ембріотоксичну дію, в зв'язку з чим похідні нітроїмідазолу в цей період не застосовуються. У II і III триместрах вагітності їх призначають тільки за життєвих показань [4, с. 105-130].

З огляду на типові тератогенні періоди, найбільш небезпечні для прийому антибактеріальних препаратів є 2-й, 3-8-й, та 18-22-й тижні вагітності, про що доцільно пам'ятати і акушерам-гінекологам, і практичним лікарям-стоматологам. Тому у випадку призначення для вагітної антибактеріальної терапії стоматогенного джерела інфекції чи запального захворювання ЩЛД, лікарю-стоматологу доцільно проводити консультації із акушером-гінекологом для обрання найбільш безпечного препарату та запобігання можливим ускладненням перебігу вагітності або ураження самого плоду [8, с. 46].

Висновок. Отже, проблема адекватної антибактеріальної терапії стоматогенних джерел інфекції та запальних захворювань ЩЛД у вагітних жінок є актуальною для практичної медицини. Опираючись на викладене вище, можна зазначити, що такі захворювання не поступаються першими місцями іншим стоматологічним захворюванням у вагітних, тому вирішення цієї проблеми повинні займатись спільно акушери-гінекологи та лікарі-стоматологи шляхом підбору раціональної антибіотикотерапії. При лікуванні септичного процесу у вагітних можливе використання таких груп антибактеріальних препаратів: напівсинтетичні пеніциліни (амоксцилін, ампіцилін), цефалоспорини (цефуроксим, цефотаксим, цефтріаксон, цефепім, цефалексим) та макроліди (еритроміцин, джозаміцин, азитроміцин, спіраміцин, кларитроміцин). Перелічені групи препаратів є безпечними для організму вагітної та для плоду, водночас, мають достатньо широкий спектр дії на патогенну мікрофлору.

Список літератури:

1. Природний рух населення у січні–вересні 2016 року [Електронний ресурс] // Державна служба статистики України. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2016/ds/pp/pp_u/pp0916_u.html [дата звернення: 29.11.16].
2. Lapinsky S.E. Obstetric infections / S.E. Lapinsky // Crit. Care Clin. – 2013. – Vol. 29(3). – P. 509-520.
3. Михайлова О.И. Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у беременных / О.И. Михайлова, Т.Б. Елохина, А.А. Балущкина // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и Гинекология. [Електрон. ресурс] – 2013. – №1. – Режим доступу до ресурсу: http://www.umedp.ru/articles/antibakterialnaya_terapiya_infektsiy_mochevyvodyashchikh_putey_u_beremennykh.html [дата звернення: 08.12.16].
4. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии. 3-е изд., исп. и доп. / Под ред. Г.Т. Сухих и В.Н. Серова. М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 320 с.
5. De Jonge L. Antibiotics prescribed before, during and after pregnancy in the Netherlands: a drug utilization study / L. De Jonge, H.J. Bos, I.M. Van Langen et al. // Pharmacoepidemiol. Drug Saf. – 2014. – Vol. 23. – P. 60-68.
6. Балущкина А.А. Основные принципы антибактериальной терапии в акушерской практике / А.А. Балущкина, В.Л. Тютюнник // РМЖ. – 2014. – №19. – С. 14-25.
7. Кулаков В.И. Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у беременных: Пособие для врачей / В.И. Кулаков, А.С. Анкирская, Л.С. Страчунский и др. // Клин. микробиол. и анти микроб. химиотерап. – 2004. – Т. 6, № 3. – С. 218-223.
8. Stephansson O. Drug use during pregnancy in Sweden – assessed by the Prescribed Drug Register and the Medical Birth Register / O. Stephansson, F. Granath, T. Svensson et al. // Clin. Epidemiol. – 2011. – Vol. 3. – P. 43–50.