

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

БІРТА ВІКТОРІЯ ЙОСИПІВНА

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ДОДАТКОВОГО ВИКОРИСТАННЯ
ФІТОПРЕПАРАТІВ ПРИ ЗАГРОЗІ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

Спеціальність 226 Фармація, промислова фармація

Спеціалізація 226.01 Фармація

Освітня програма «Фармація»

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня
магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання чужих ідей, результатів і текстів мають посилання на відповідне джерело

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник:

Маляр Віталій Васильович

д.мед.н., доцент

Ужгород 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	5
1.1. Вагітність та фактори ризику невиношування вагітності.....	5
1.2. Сучасні підходи та рекомендації при загрозі невиношування вагітності.....	9
1.3. Фітотерапія як новий підхід комплексного лікування.....	12
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	19
2.1. Організація та зміст дослідження.....	19
2.2. Методи дослідження.....	20
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	25
3.1. Оцінка ефективності додаткового використання фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності на підставі даних обмінних карт жінок та історії пологів.....	25
3.2. Обґрунтування отриманих результатів.....	35
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	49
ДОДАТКИ.....	

ВСТУП

На сьогодні, невиношування вагітності є глобальною медико-соціальною проблемою. Це пов'язано з тим, що 23 мільйони жінок (за результатами Міністерства охорони здоров'я) у всьому світі щороку стикаються з проблемою невиношування вагітності [20]. Причини невиношування вагітності включають: генетичні фактори, анатомічні аномалії, порушення імунних процесів, інфекції, порушення ендокринного статусу [5].

Такі вчені, як: В. Варлас [26], Д. Ділард [25], Д. Калінеску [26], І. Самура [18], К. Читралеха [23], О. Амаезе [11], О. Тихоновський [18], С. Ілламова [27], Ч. Грігоріу [26], вивчали використання фітопрепаратів, як додаткове лікування при загрозі невиношування вагітності. Лікування фітопрепаратами називають фітотерапією. Цікавим фактом, є те, що прості методи і засоби фітотерапії, поряд із сучасними, є ефективними і безпечними [2].

Сьогодні, близько 60% лікарських засобів на фармацевтичному ринку України виготовляються з лікарських рослин. Фітотерапія може застосовуватися як самостійний метод лікування або як додаткове лікування в поєднанні з іншими лікарськими засобами [15].

При застосуванні фітопрепаратів терапевтичний ефект може проявитися набагато пізніше, ніж при медикаментозному лікуванні, а перевагою такого лікування є те, що воно має оздоровчий вплив на весь організм, а не тільки на певні органи. При правильному та регулярному застосуванні вони допомагають боротися з хворобами без шкоди імунітету [3].

Однак перспективи розвитку фітотерапії залежать не лише від кількості та якості фітопрепаратів, а й від підготовки фахівців відповідного профілю. Тому наші досягнення у вивченні принципів, методів і всіх складових використання фітопрепаратів допоможуть реалізувати комплексні підходи до боротьби з невиношуванням вагітності. Таким чином, фітопрепарати є складовими практичної медицини, займають унікальну нішу в медичній практиці та мають необмежені перспективи використання і розвитку.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Мета та завдання досліджень, дослідити сучасні підходи та рекомендації щодо допомоги жінкам при загрозі невиношування вагітності, проаналізувати потенціал використання лікарських рослин як додаткового засобу для збереження вагітності, оцінити ефективність фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності на підставі даних обмінних карт вагітних жінок та історії пологів.

Об'єкт дослідження, жінки з ризиком невиношування вагітності.

Предмет дослідження, ефективність фітопрепаратів при невиношуванні вагітності.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз і систематизація джерел наукової літератури, порівняння та підсумки); емпіричні (обмінні карти вагітних, історії пологів); система опрацювання даних (класифікування якісних та кількісних результатів, визначення статистики).

Наукова новизна отриманих результатів, вперше вивчено особливості даної теми на фармацевтичному рівні. Визначено місце фітотерапії у додатковому використанні при загрозі невиношуваності вагітності.

Практичне значення одержаних результатів полягає в визначенні оцінки ефективності додаткового використання фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності. Результати нашого теоретичного і емпіричного дослідження можуть бути використані в практичних роботах з фітопрепаратами на факультеті фармакології, гінекології та акушерства ВНЗ. Привернути увагу наукових дослідників для подальшого вивчення даної актуальної теми, аби зменшити ризики невиношування вагітності на світовому рівні.

Апробація результатів.

РОЗДІЛ 1.

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1.1 Вагітність та фактори ризику невиношування вагітності

За законами біології, кожен орган запрограмований на виконання певної функції. Основна функція репродуктивних органів – продовження роду. Через особливості жіночого менструального циклу, як тільки встановився регулярний цикл (в середньому 16–50 років), виникає можливість щомісячної вагітності, зазначала Г. Петренко [24].

Для того, щоб настав період вагітності, організм жінки повинен пройти дві фази: овогенез та запліднення. Зі слів С. Геряк овогенез – це репродуктивна фаза жіночої статеві системи, яка починається на ранній стадії ембріогенезу [7].

На початку статевого дозрівання рівень фолікулостимулюючого гормону підвищується до рівня, достатнього для стимуляції від 5 до 20 первинних фолікулів. Естрогени стимулюють подальшу проліферацію фолікулярних клітин і ріст первинного фолікула, і мейоз I завершується. Антральний фолікул вступає в мейоз II, який переривається метафазою і завершується заплідненням [15]. Підготовка до овуляції і розрив фолікула займає приблизно 12 годин. На стінці фолікула утворюється виступ (стигма), і коли він розривається, з фолікула виходить яйцеклітина з гаплоїдною хромосомою (23, XX), розповіла кандидат медичних наук С. Геряк [7].

Наступну фазу – запліднення, представила О. Булавенко. Після еякуляції 200–300 мільйонів сперматозоїдів досягають зовнішньої слизової оболонки шийки матки. Під час овуляції цервікальний слиз стає рідким і має лужну реакцію, що сприяє швидкому проникненню сперматозоїдів у слизову оболонку шийки матки [24].

Ядра чоловічої і жіночої гамет стають пронуклеусами і зливаються ближче один до одного, утворюючи зиготу з диплоїдними хромосомами (46 XX або 46 XY). Розглянемо стадії запліднення схематично (рис. 1.1) [14].

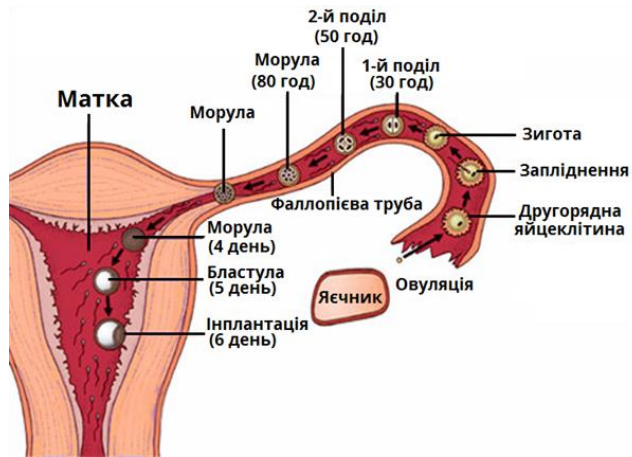


Рис. 1.1 Стадії запліднення

Стать ембріона визначається набором хромосом сперматозоїдів. Сперматозоїди зберігають свою здатність протягом 2–4 днів, а яйцеклітина – протягом 12–24 годин [29].

Зі слів В. Пирогова, після завершення фази запліднення, відбувається розвиток ембріона і настає вагітність, яка має три стадії (рис. 1.2).

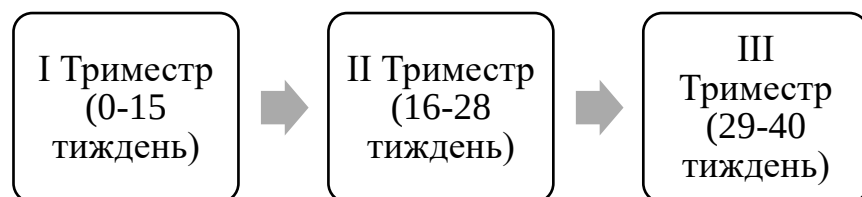


Рис. 1.2 Стадії вагітності

I триместр вагітності (0-15 тиждень). Жіночий гормон прогестерон виробляється у великих кількостях, а в матці ще не сформувалася плацента [28].

II триместр (16-28 тиждень). Жіночий організм почувається краще, ознаки токсикозу минули, а важкість і задишка ще не викликають занепокоєння [28].

III триместр (29-40 тиждень). Плід вже значно виріс, живіт збільшується, щоб підтримувати грудну клітку та органи черевної порожнини. Шлунковий сік може потрапляти в стравохід, викликаючи печію, геморой і варикозне розширення вен [28].

З точки зору системного підходу, материнський організм є зовнішнім середовищем для плода і зміни в ньому мають значний вплив на його розвиток. Фізіологічні адаптації, починаючи з моменту запліднення яйцеклітини та імплантації бластоцисти в слизову оболонку ендометрію, забезпечують необхідний для біологічної системи гомеостаз [29].

Однак, В. Маляр зазначав, що сучасні дослідження в галузі охорони материнства свідчать, що 60–70% патологічного перебігу вагітності зумовлено латентною або хронічною екстрагенітальною патологією. Існує згода щодо того, що екстрагенітальна патологія – це різноманітна і порівнянна група захворювань, синдромів і станів у вагітних, які впливають на перебіг вагітності, пологів та перинатальну захворюваність і смертність. Вагітність також може ускладнювати перебіг основного захворювання [19].

О. Булавенко вважала, що гіпертонічні розлади під час вагітності виникають приблизно у 8–10% всіх жінок. Підвищений артеріальний тиск під час вагітності збільшує ризик невиношування вагітності. Визначення гіпертензії у вагітних базується виключно на показниках артеріального тиску в кабінеті обстеження (або в лікарні): систолічний артеріальний тиск ≥ 140 мм рт. ст. та/або діастолічний артеріальний тиск ≥ 90 мм рт. ст [19]. При виявленні цього фактора ризику невиношування вагітності жінці слід негайно звернутися до фахівця з гіпертонії, щоб обговорити ризики та переваги лікування під час вагітності [19].

Ще одним фактором ризику викидня є серцево-судинні захворювання. Зі слів Г. Петренко, ускладнення з боку серцево-судинної системи у матері спостерігаються приблизно у 10% всіх вагітностей і частіше зустрічаються у матерів з важкими захворюваннями. Оцінка ризиків і скринінг перед вагітністю необхідні для всіх жінок з відомими або підозрюваними вродженими або набутими серцево-судинними захворюваннями або захворюваннями аорти [12].

Захворювання дихальних шляхів – ще один фактор ризику невиношування вагітності [19]. Обмеження повітряного потоку через респіраторні захворювання може призвести до наступних ускладнень:

порушення газообміну, анемія, зниження утилізації кисню в тканинах, легенева гіпертензія [19].

Наступним фактором ризику невиношування вагітності (35–50%), є дисфункція щитовидної залози під час вагітності, зазначав Ю. Вдовиченко. Дана патологія несе за собою можливі ускладнення: аномальні пологові болі, відшарування плаценти, внутрішньоутробна смерть плода, низька вага плода [15].

Патологія паращитовидної залози також є фактором невиношування вагітності. Вагітність висуває особливі вимоги до обміну кальцієм в організмі. Плід повністю задовольняє свої потреби в кальції та фосфорі, які необхідні для розвитку скелета та росту клітин і тканин, за рахунок матері. Фетоплацентарний комплекс активно поглинає кальцій з крові матері. Однак, якщо цей процес порушується, виникають передчасний токсикоз, гестаційна гіпертензія, викидень, передчасні пологи, внутрішньоутробна загибель плода [6].

Серйозний ризик для вагітності становлять інфекції сечовивідних шляхів. Адже гострі інфекції сечовивідних шляхів підвищують ризик невиношування вагітності, низької ваги при народженні (<2500 г), передчасного розриву маткових оболонок та внутрішньоутробного інфікування плоду [19]. Ще одним фактором ризику невиношування вагітності є цукровий діабет.

Цукровий діабет – це сукупність обмінних захворювань, які провокують гіперглікемію, як наслідок порушення дії чи секреції інсуліну, або обох цих факторів разом. Наявність діабету під час вагітності шкодить здоров'ю як матері, так і дитини, тому є фактором ризику невиношування вагітності [19].

Наступним фактором ризику невиношування вагітності є онкологічні патології (рак). Найпоширенішими видами раку у вагітних є рак шийки матки, молочної залози, лімфома і гостра лейкемія, меланома і рак товстої кишки. За останні кілька десятиліть парадигма ведення вагітних жінок з діагнозом злоякісного новоутворення змінилася з «негайного переривання вагітності» на контроль захворювання, профілактику віддаленого метастазування і всебічний

захист плоду, що розвивається. Вагітність не повинна бути причиною для відкладання лікування раку. Хоча з цим захворюванням і можливо боротися (на ранніх стадіях), все одно його не можна виключати зі списку факторів ризику невиношування вагітності [19].

З вищесказаного можна зробити висновок, що знання фізіології вагітності має велике значення. По-перше, це необхідно для належного динамічного спостереження за вагітними, своєчасного скерування вагітних з високим ризиком невиношування та надання їм відповідної медичної допомоги. По-друге, це допомагає надавати психологічну підтримку вагітним жінкам та їхнім родинам у підготовці до «сімейних пологів».

1.2. Сучасні підходи та рекомендації при загрозі невиношування вагітності

Загроза невиношування вагітності – досить частий діагноз. Але треба розуміти, що загроза – це ще не вирок, і репродуктивна медицина знає багато сучасних підходів та рекомендацій аби запобігти загрозі невиношування вагітності [20].

За даними Міністерства охорони здоров'я та соціального захисту, однією з найважливіших проблем в акушерській допомозі є невиношування вагітності, яке становить 30% від усіх бажаних вагітностей (15–25% мимовільних викиднів і 5–10% передчасних пологів) [20].

О. Лаба, зазначила, що основними причинами невиношування вагітності є [10]: генетичні дефекти заплідненої яйцеклітини, гормональні порушення, резус-конфлікт, інфекційні захворювання, хронічні захворювання.

У розвитку синдромів невиношування вагітності бере участь низка патогенних факторів. Комплексне лікування при загрозі невиношування вагітності проводиться з урахуванням етіології. Сучасні підходи при загрозі невиношування вагітності включають в себе [10]:

Гормональна терапія. Ю. Куц розповіла принципи гормональної терапії: пріоритет надається обґрунтуванню застосування гормонів, індивідуальному

підбору дози та призначенню гормонів після 8 тижнів вагітності. Виняток становлять вагітні жінки, безпліддя яких було вилікувано за допомогою допоміжних репродуктивних технологій [9].

Паралельно проводиться лікування, спрямоване на *нормалізацію гормональних взаємовідносин* у системі мати–плацента–плід. Під контролем рівня гормонів у сироватці крові вагітної, рівня гормонів у сечі та гормональної кольпоцитограми [9].

Енергетична терапія. Раціональне і збалансоване харчування – одна з найважливіших умов нормального перебігу вагітності та внутрішньоутробного розвитку плоду. Раціон вагітної жінки повинен складатися з хорошого балансу основних продуктів харчування, включаючи білки, амінокислоти, жири, вуглеводи, вітаміни, мінерали та мікроелементи [4].

Вітамінний і мінеральний склад раціону дуже важливий під час вагітності, оскільки потреба у вітамінах і мінералах різко зростає. Недостатнє споживання вітамінів А, D, Е, С і комплексу В, мінералів, таких як кальцій, калій, залізо, кобальт, цинк, магній та інших мікроелементів, може призвести до порушення обміну речовин у матері та плоду, а також до розвитку різних ускладнень, пов'язаних з вагітністю та пологами. З цієї причини рекомендується прийом полівітамінів (для вагітних), що містять мікроелементи [4].

Лікування інфекційного чинника. Якщо загроза невиношування вагітності спричинений інфекційним захворюванням, джерело інфекції своєчасно виявляють та проводять санацію [17].

Психотерапія. В. Сосюра, зазначив, що нормалізують нервово-психічний стан вагітних призначенням заспокійливих засобів: валеріану, пустирник, краплі півонії, пасифлор, персен та інші препарати рослинного походження. Психотерапія особливо доречна для пацієнток зі складним акушерським анамнезом і «синдромом нереалізованого материнства», що характеризується неврозом і депресією [17].

Терапія антикоагулянтами та антиагрегантами. Застосування антикоагулянтів і тромболітиків під час вагітності є дуже важливим терапевтичним кроком. Адже, метою антикоагулянтної терапії під час вагітності є забезпечення безпечного збалансування ризику тромбоемболії у матері з ризиком кровотечі у плода, говорив В. Сосюра [17].

Хірургічне лікування істміко-цервікальної недостатності. Другий триместр вагітності. Лікування полягає у накладанні циркулярних швів на рівні ендофарингеального зіву для звуження шийки матки. Якщо істміко-цервікальну недостатність діагностовано до вагітності, накладання швів слід проводити вже на 8–10 тижні, зазначав В. Корсак [8].

На ранніх термінах вагітності в організмі матері відбувається низка процесів, які визначають перебіг вагітності. Розвиток плоду та формування плаценти навколо плоду створює своєрідний зв'язок між організмом матері та дитини. Саме тому дуже важливо, щоб цей зв'язок не був зруйнований медикаментами на фізіологічному рівні. Дозування ліків призначається для кожної вагітної відповідно до результатів аналізів, діагнозу, стану розвитку плоду та індивідуальної переносимості компонентів ліків [11].

К. Лісова, говорила, що бажана вагітність – це радісний період у житті жінки. Щоб забезпечити безпечний період очікування малюка та мінімізувати ризик ускладнень, вагітним жінкам необхідно приділяти особливу увагу своєму здоров'ю [11]. Далі розглянемо рекомендації при загрозі невиношування вагітності:

- *Підтримуйте контакт із лікарем.* Однією з ключових вимог для нормального розвитку вагітності є передбачення та попередження можливих ускладнень. Тому важливо вчасно проконсультуватися з гінекологом щодо настання вагітності та пройти необхідні аналізи та обстеження [14].

- *Уникайте перевантажень і стресів.* Позитивні емоції це головне, що повинно супроводжувати вагітність, стрес вагітним жінкам протипоказаний. Якщо вони продовжують працювати, їм слід уникати перевантажень і

конфліктів. Використовуйте більше можливостей, щоб забезпечити вагітність хорошим і вчитися розслаблятися [1].

- *«Так» і «ні» в харчуванні вагітної.* Дитина в утробі матері отримує необхідні їй поживні речовини з раціону харчування. Раціон вагітної жінки повинен бути різноманітним і містити вітаміни та мінерали, є необхідними для здорового розвитку [22].

- *Дихайте свіжим повітрям.* Вагітні жінки повинні достатньо часу проводити на свіжому повітрі (від 30 хв і більше), бути фізично активними під час вагітності. Тканини та органи дитини потребують достатньої кількості кисню для нормального розвитку. Також, свіже повітря є заспокійливим ефектом нервової системи [22].

Виконуйте фізичні вправи для вагітних жінок. Правильно підібрані вправи допоможуть підтримати серце та м'язи у хорошій формі, будуть сприяти повноцінному розвитку плода та правильному обміну речовин [13].

Отже, можна зробити висновки, що сучасні підходи та рекомендації при загрозі невиношування вагітності, забезпечать контроль та догляд за розвитком вагітності, який буде слугувати її нормальному протіканню.

1.3 Фітотерапія як новий підхід комплексного лікування

Сьогодні, фітотерапія є новим підходом комплексного лікування. Фітопрепарати включені в протоколи лікування майже всіх захворювань. У багатьох випадках фітопрепарати є препаратами другої лінії, оскільки їхня ефективність перевершує ефективність синтетичних ліків. При цьому більшість з них відпускаються без рецепта [2].

О. Васильєва, зазначила, що фітотерапія вважається одним із найважливіших напрямків сучасного комплексного лікування і широко застосовується при різних захворювань. Комплексний підхід до використання фітопрепаратів дозволить раціоналізувати весь процес фітотерапії. За класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, фітотерапія є складовою частиною народної медицини [15].

Д. Ділард, зазначав, що фітопрепарати мають м'який вплив на організм, низьку частоту побічних ефектів і високу біодоступність, завдяки наявності біологічно активних речовин у їхніх компонентах [25].

Фітопрепарати не вимагають навантаження на ферментні системи. Проміжні продукти метаболізму нетоксичні. Таким чином, усувається руйнування біологічних структур на молекулярному та клітинному рівні, зазначав у своїх роботах Д. Калінеску [26].

І. Самура, говорив, що ефективність фітопрепаратів може бути досягнута при дотриманні наступних правил: 1) застосування за показаннями (етіотропне, патогенетичне та симптоматичне лікування); 2) на початкових етапах лікування використовувати меншу кількість компонентів; 3) рецептура фітопрепаратів повинна бути підібрана індивідуально, враховуючи всі особливості організму пацієнта; 4) фітопрепарати слід призначати у відповідних дозах, використовуючи найбільш прийнятний шлях введення; 5) при призначенні фітопрепаратів слід враховувати потенційну можливість виникнення побічних ефектів і не застосовувати лікарські рослини, які протипоказані пацієнту [18].

Фітопрепарати використовують в комплексі із загальнооздоровчими заходами, такими як раціональне харчування, фізіотерапія, масаж, лікувальні ванни та прогулянки на свіжому повітрі. Так як, фітопрепарати, виготовлені з лікарських рослин, вони мають унікальні характеристики: повільне настання терапевтичного ефекту, м'який, помірний вплив, зазвичай застосовуються тільки перорально або зовнішньо, акцентувала К. Читралеха [23].

Сьогодні фітотерапія активно розвивається в нашій країні. Так, дані огляду фармацевтичного ринку лікарських засобів рослинного походження в Україні свідчать про щорічний приріст майже на 5–7%, констатувала у своїх дослідженнях О. Амаезе [27]. А О. Тихоновський вважав, що розробка сучасних лікарських засобів рослинного походження вважається пріоритетним напрямком в охороні здоров'я населення, профілактиці гострих і хронічних захворювань та поліпшенні якості життя, з [18].

- *Застосування фітотерапії.* Застосування фітотерапії запобігає ускладненням при прийомі гормонів, антибіотиків та хіміотерапії. Ефективність фітопрепаратів проявляється при лікуванні гіпертонії, серцевої недостатності, виразки шлунка, бронхіальної астми та дванадцятипалої кишки, хронічної пневмонії. Хороші результати дають відновлювальні фітопрепарати після гострих захворювань і методи лікування та профілактики загострення хронічних захворювань системи кровообігу, органів дихання, шлунково-кишкового тракту, печінки, сечовивідних шляхів, жовчовивідних шляхів, зазначав Ч. Грігоріу [26].

Розглянемо види фітотерапії у медичній практиці, які запропонували нам В. Варлас, Д. Ділард, Д. Калінеску, І. Самура та О. Амаезе:

- *Етіопатогенетична фітотерапія.* Фітотерапія застосовується як при функціональних захворюваннях (кардіоспазм, серцева недостатність) також її використовують при запальних захворюваннях (гострий і хронічний езофагіт, виразкова хвороба, медикаментозні розлади стравоходу). Використовувані трави мають переважно протизапальну та седативну дію: трави календули, чебрецю, корінь валеріани, листя м'яти перцевої, екстракти квіток ромашки [26].

- *Етіотропна фітотерапія.* Гострий гастрит слід лікувати за допомогою невідкладних заходів (промивання шлунка, голодування). Але фітопрепарати відіграють важливу роль у комплексному лікуванні гастриту. Під час загострень трави застосовують як допоміжні засоби на тлі прийому медикаментів, якщо є підозра на інфекцію, то застосовують комбінацію фітопрепаратів та антибактеріальних препаратів. Під час ремісій фітопрепарати можуть бути єдиним засобом лікування [25].

- *Патогенетична фітотерапія* призначена для захисту слизової оболонки від пошкоджень, спричинених соляною кислотою, шлунковими ферментами та іншими шлунковими соками, що потрапляють до шлунку. Використовуються рослинні препарати з такими властивостями: в'яжучі засоби (кореневища і коріння змієголовника, калгану, рододендрона і коріння

рододендрона, бруньки берези і ягоди вільхи); обгортаючі слизові (корінь алтея, насіння льону, ягоди обліпихи, гілки ламінарії тощо); протизапальні, дезінфікуючі (мати-й-мачуха, подорожник, трава материнки, чебрець, листя квіток ромашки, (кореневище зміїного язика) [26].

- *Фітотерапія нормалізації роботи центральної нервової системи.* Застосування седативних фітопрепаратів: корінь і кореневище валеріани, трава пустирника, трава меліси, квітки лаванди [18].

- *Етіотропна фітотерапія панкреатитів.* Застосовуються протимікробні препарати, в тому числі: березовий лист, шавлія, подорожник, звіробій, фіалка пильчаста, пастуша сумка, квітки календули та кореневище зміїного язика [23].

- *Фітотерапія захворювань гепатобіліарної системи.* Використовують бактерицидні фітопрепарати. Провокаторами запалення є кишкові інфекції (черевний тиф, дизентерія), які можуть викликати холецистит, а також хронічний коліт. Застосовуються фітопрепарати з антимікробними властивостями, наприклад: листя берези, шавлії, кропиви, подорожника, звіробою, полину, пижма, пастушої сумки, квітів календули та кореневища зміїного жита [25].

- *Етіотропна фітотерапія цукрового діабету.* При такому захворюванні фітопрепарати широко використовуються як допоміжний засіб. З багатьох фітопрепаратів, що володіють цукрознижувальними властивостями, лише деякі застосовуються в клінічній практиці. Фітопрепарати, що містять інсуліноподібні речовини: женьшень, заманиха, чорниця, аралія, насіння та плоди гарбуза, елеутерокок, кактус опунція, цибуля, родіола рожева [26].

- *Вітамінна фітотерапія.* Вітаміни (А, В1, В2, В3, В4, В5, В6, В9, В12, В13, РР, С, Д (Д1, Д2, Д3, Д4, Д5), Е, F, К, Р, U, Н) використовують при терапевтичному лікуванні гіповітамінозів та авітамінозів, які розвиваються внаслідок нестачі або недостатнього надходження певних вітамінів. Вітамінна фітотерапія відновлює нервову систему, зміцнює імунітет, нормалізує сон, відновлює фізичну форму після фізичної втоми, сприяє обмінним процесам,

нормалізує роботу серцево-судинної системи виводить токсини з організму [18].

- *Фітотерапія мінеральними елементами.* Дефіцит або надлишок мінералів (макро- та мікроелементів) може спричинити серйозні проблеми зі здоров'ям. Мінерали (натрій та хлор, калій, кальцій, фосфор, магній, залізо, марганець, йод, фтор, мідь, цинк, нікель, селен, кобальт, кремній, сірка, ванадій, молібден, хром, літій) стабілізують нормальну функцію нервової, серцево-судинної та травної систем, впливають на захисні функції організму та імунітет, процеси кровотворення і згортання крові (залізо, мідь, марганець, кальцій) [25].

- *Фітотерапія тромбофлебіту.* Потрібні термінові заходи для видалення тромбів, зменшення запальних процесів у судинах і запобігання тромбоутворення. У нагоді стали фітопрепарати, які мають виражену терапевтичну дію і впливають на різні причини тромбофлебіту, а саме: сухоцвіт багновий, вербена лікарська, робінія псевдоакація, ламінарія, гіркокаштан звичайний [18].

- *Фітотерапія крововиливів.* Призначають лікарські рослини з кровоспинними, антигіпоксичними, седативними та протизапальними властивостями: вероніка лікарська, кропива біла, гречка звичайна, медунка темна, горобина чорноплідна, гірчак почечуйний, гісоп лікарський [27].

- *Фітотерапія анемій.* Перший крок у лікуванні залізодефіцитної анемії – усунути причину кровотечі та зупинити її. Для цього слід включити в раціон більше овочів і фруктів, які містять вітаміни та мікроелементи (кальцій, мідь, солі заліза, марганець), також жири та білки, вживати страви з пшона, гречки, моркви, жовтої кукурудзи, столового буряка, селери, часнику, цикорію, цибулі [27].

- *Фітотерапія гіпотензії.* Потребує використання фітопрепаратів з тонізуючими, адаптогенними, антиоксидантними та відновлювальними властивостями (ожина, заманиха висока, айр тростинний, женьшень справжній, елеутерокок колючий, родіола рожева [25].

- *Фітотерапія аритмії*. Призначають антиангінальні фітопрепарати, бета-блокаторів, препаратів калію та препаратів, що відновлюють кислотно-лужну рівновагу (пагони багна звичайного, листя барбарису звичайного, квітки арніки гірської, омели білої, буквиці облістяної, трава сухоцвіту багнового) [26].

- *Фітотерапія запальних гінекологічних захворювань*. Фітотерапія включає в себе [27]:

1) Протизапальні фітопрепарати (вільха сіра, звіробій звичайний, ромашка лікарська, чистотіл, види гірчака, нагідки лікарські);

2) Загальнозміцнюючі фітопрепарати (кропива дводомна, оман високий, родіола рожева, женьшень, елеутерокок колючий, заманиха висока);

3) Знеболюючі фітопрепарати (аніс звичайний, аір звичайний, беладона лікарська, чистотіл великий, м'ята перцева, скополія карніолійська);

4) Фітопрепарати котрі зупиняють кровотечу (вероніка лікарська, гісоп лікарський, гамамеліс віргінський, зайцегуб п'яний, кропива біла, кропива дводомна, гірчак перцевий, кукурудза звичайна, гірчак почечуйний, арніка гірська, деревій звичайний);

5) Фітопрепарати антигіпоксичної та протианемічної дії (цикорій дикий, буряк звичайний, шипшина корична, буркун лікарський, чорниця звичайна, сухоцвіт багновий, вербена лікарська, буквиця облістяна, айва довгаста, аронія чорноплідна, персик звичайний, суниці лісові, абрикос звичайний);

6) Фітопрепарати спазмолітичної дії (чебрець, аніс звичайний, фенхель звичайний, барбарис звичайний, сухоцвіт багновий, барвінок малий, коріандр посівний, материнка звичайна, беладона лікарська);

7) Полівітамінні фітопрепарати (суниці лісові, смородина чорна, шипшина корична, кропива дводомна, горобина звичайна);

8) Фітопрепарати жарознижувальної дії (малина, вишня садова, бузина чорна, липа серцелиста, фіалка триколірна, смородина чорна);

9) Фітопрепарати послаблючої дії (крушина ламка, касія гостролиста, ревінь тангутський, жостір послаблюючий);

З вище сказаного, можна сказати, що фітотерапію вважають новим підходом комплексного лікування будь-яких захворювань, порушень, патологій. Широко використовують в клінічній медицині, з додатковим використанням медикаментозних препаратів аби досягти високої ефективності в лікуванні. Багатолітня практика фітотерапії свідчить про те, що більшість розладів можна полегшити, або вилікувати взагалі, якщо правильно оцінити наявні в організмі порушення і правильно підібрати засоби фітотерапії (фітопрепарати) для кращого лікувального ефекту.

РОЗДІЛ 2.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація та зміст дослідження

У рамках другого розділу магістерської роботи ми досліджуємо оцінку ефективності додаткового використання фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності.

Мета дослідження: емпірично дослідити оцінку ефективності додаткового використання фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності.

Об'єкт дослідження: жінки з ризиком невиношування вагітності.

Завдання дослідження:

- 1) Провести огляд результатів обстежень вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності на підставі даних обмінних карт вагітних;
- 2) Зробити аналіз на підставі даних історій пологів;
- 3) Описати статистичні дані та виконати інтерпретацію отриманих результатів.

Організація дослідження: спираючись на мету нашої магістерської роботи нами було окреслено загальну стратегію емпіричного дослідження, збагачено діагностичний інструментар дослідження: вивчення та аналіз обмінних карт вагітних жінок; аналіз історій пологів.

Проаналізовано фактори невиношування вагітності та сучасні підходи при загрозі невиношування вагітності. Особливу увагу приділено новому підходу комплексного лікування у вигляді додаткового використання фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності.

Емпіричне дослідження проводилось у декілька етапів:

На першому етапі описується дизайн дослідження, вибирається вибірка та діагностичний інструментарій.

Другий етап переходить безпосередньо до емпіричного дослідження, збору отриманих даних і формування зведених результатів від респондентів.

Третій етап узагальнює, описує та інтерпретує результати дослідження.

База дослідження: Ужгородський міський пологовий будинок.

Вибірку дослідження склали 50 вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності.

На цій основі видається доцільним дослідити оцінку ефективності додаткового використання фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності на підставі даних обмінних карт вагітних жінок та історій пологів.

З метою реалізації поставленої мети та визначення оцінки ефективності додаткового використання фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності нами було використано такий **діагностичний інструментарій:**

1) Вивчення та аналіз обмінних карт вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності;

2) Аналіз історій пологів жінок з ризиком невиношуваності вагітності;

Математична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою формули відсоткового співвідношення та програми Excel.

2.2. Методи дослідження

Опишемо зміст підібраних методів дослідження

1. Вивчення та аналіз обмінних карт вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності.

Обмінні карти видаються пологовим будинком, в якому вагітна жінка перебуває на обліку. Нами було визначено, що обмінні карти вагітних містять у собі контактні дані вагітної, історію хвороби, результати аналізів і консультацій під час вагітності, перебіг пологів та основну інформацію про новонародженого.

Для збору анамнезу вагітної жінки лікарем було назначено лабораторні та інші види досліджень, такі як:

Група крові

Група крові вагітної; титр антитіл (дата); група крові батька

Загальний аналіз сечі

Мета: діагностика роботи нирок вагітних жінок; контроль білку у сечі та лейкоцитів аби запобігти розвитку гестозу.

До загального аналізу сечі входять такі показники, як:

Цукор – свідчить про розвиток ендокринних проблем, зокрема цукрового діабету. Крім діабету, глюкоза (цукор) в сечі виявляється при дефіциті гормонів щитовидної залози;

Білок – виявляється при захворюваннях сечовидільної системи (сечового міхура, нирок, сечоводів). У нормі білок відсутній;

Лейкоцити – у нормі налічують до 2 одиниць у полі зору, а підвищена кількість лейкоцитів у сечі вказує на запалення нирок і сечовивідних шляхів;

Еритроцити – підвищення рівня еритроцитів у сечі може мати багато причин, і його слід правильно інтерпретувати, беручи до уваги історію хвороби та результати аналізів крові. Підвищення рівня еритроцитів у сечі може бути фізіологічним, тимчасовим (тривале стояння, ходьба або фізичне навантаження при втомі) або пов'язаним з медикаментозною терапією. Якщо причина патологічна, підозрюють гіпертонію, гломерулонефрит, діабет, сечокам'яну хворобу, новоутворення, пієлонефрит, системний червоний вовчак, інфаркт, васкуліт, ниркову недостатність, інфекційний ендокардит, серцеву недостатність;

Солі – у нормі відсутні, а наявність свідчить про сечокам'яну хворобу або інший стан, який остаточно визначається після комплексної оцінки всіх показників.

Бактерії – свідчать про інфекційну патологію сечостатевої системи (уретрит, цистит, пієлонефрит).

Бактеріоскопічне дослідження мазків з піхви

Мета: визначення патологічних та запальних процесів піхви.

Бактеріоскопічне дослідження мазків з піхви містить у собі такі показники:

Лейкоцити – нормою вважають невелику кількість лейкоцитів, адже вони виконують захисну функцію (перешкоджають проникненню інфекції в статеві

органи). Зростання показника свідчить про запалення піхви – кольпіт, вагініт; та говорить про наявність будь-якої статевої інфекції;

Епітелій (плоский епітелій) – шар клітин, що вкриває піхву та шийку матки. Якщо епітелій відсутній, це може говорити про надлишок чоловічих гормонів та атрофію слизової оболонки піхви.

Флора – вагінальна флора здорових жінок містить бактерії *Lactobacillus*, які метаболізують глікоген, залежний від естрогенів (який знаходиться в плоскому епітелії, до молочної кислоти). Це сприяє створенню кислого вагінального рН і підтриманню рівноваги між різними видами бактерій та попереджають розмноження патогенної мікрофлори.

Трихомонади – у нормі відсутні, якщо виявляється їх присутність це свідчить про трихомоноз (інфекційне захворювання піхви);

Кандиди – у нормі гриби *Candida* є частиною вагінальної флори, але під впливом несприятливих факторів вони починають активно розмножуватися і викликають симптоми молочниці (кандидоз) у жінок.

Гонококи – у нормі відсутні, якщо виявляється їх присутність це свідчить про інфекційне захворювання (гонорея), яке може вражати органи статевої системи, пряму кишку та ротоглотку.

Ключові клітини (ще їх називають атипovими) – характерні для дисбактеріозу піхви.

Тест рухів плоду. У комплексній оцінці плоду велике значення має рухова активність, зменшення або їх зміну характеру розглядають як симптом порушення стану плоду.

2. Аналіз історій пологів жінок з ризиком невиношуваності вагітності.

Історія пологів – це форма первинної облікової документації, яка заповнюється на кожну вагітну жінку, госпіталізовану в стаціонар у терміні вагітності 22 тижні і більше, вагітну та породілля. Під час вивчення та аналізу історії пологів ми визначили, що вони включають в себе такі дані:

Паспортні дані

Прізвище, ім'я та по батькові. Вік (рік народження). Професія. Адреса. Дата. А також дата та час госпіталізації.

Скарги при надходженні до лікарні

Зазначають, коли почалися пологи і що відчуває жінка під час пологів. Чи відійшли води. Коли, скільки, колір.

Анамнез

Анамнез життя: умови та характер роботи, будь-які несприятливі професійні фактори. Якими захворюваннями жінка хворіла в дитинстві (рахіт, туберкульоз, кір, скарлатина, дифтерія, кашлюк) і в дорослому віці. Чи є в родині хворі на туберкульоз, венеричні або спадкові захворювання. Матеріально-побутові умови.

Менструальна функція. Діагностика тривалості часу, необхідного для того, щоб менструальний цикл став регулярним. Характеристика менструального циклу (тривалість менструальної кровотечі, середня тривалість менструального циклу, передменструальний біль). Зміни менструального циклу після початку статевого життя та пологів, аборт. Дати та характеристики останньої менструації.

Статева функція. Дізнаються в якому віці жінка почала статеве життя. Скільки років у шлюбі. Особливості статевого життя (наявність болю, кров'янистих виділень, задоволення під час статевого акту), використання контрацептивів.

Репродуктивна функція. Скільки часу минуло відтоді, як почали регулярне статеве життя без використання контрацептивів. Коли була перша вагітність. Скільки було вагітностей. Скільки разів було народження. Дати кожної вагітності та пологів. Перебіг вагітності, будь-які ускладнення. Чи були хірургічні втручання. Чи плід народився доношеним. Післяпологовий перебіг (якщо жінка погано почувалася після пологів, вказують тривалість та обставини). Перебіг у період лактації. Тривалість лактації. Наявність або відсутність ускладнень та їх опис. Кількість живих дітей. Якщо дитина

померла, то вік і причина. Скільки було абортів і які аборти були мимовільними. На якому етапі вагітності відбувся аборт. Особливості перебігу аборту, чи були ускладнення після аборту. Коли і як закінчилася остання вагітність. Перебіг поточної вагітності. Чи супроводжувалася вагітність нудотою. Блювота і слинотеча, коли і як довго. Чи були набряки (коли з'явилися), задишка, кровотеча, головний біль. Коли ви відчули перший рух плода. Чи відвідували курси для молодих мам. Який термін пологів за даними консультації.

Секреторна функція. Чи існує біла речовина. Її властивості (колір, твердість, запах, кількість). Чи не подразнює вона шкіру зовнішніх статевих органів або стегон.

Об'єктивне дослідження

Загальний стан. Температура, артеріальний тиск, пульс, група крові, резус-фактор. Положення тіла (активне, пасивне), вираз обличчя (спокійний, стурбований). Загальна будова тіла. Вага та зріст. Наявність деформацій внаслідок травм, перенесених захворювань або вад розвитку. Стан шкіри (натяг, вологість, розширення судин). Підшкірно-жировий шар (ступінь розвитку, розподіл, набряк). Стан периферичної лімфатичної системи, кістково-суглобових органів. Молочні залози (розмір, форма, розвиток сосків, пігментація). Стан серцево-судинної системи, легенів та шлунково-кишкового тракту. Сечовипускання (частота, біль, вільне чи утруднене). Наявність або відсутність білка в сечі. Нервова система.

Акушерський стан. Живіт: форма, розмір. Пупок – втягнутий чи випинається. Ступінь пігментації білої лінії живота. Стан внутрішньочеревного тиску, відмінності в роботі прямих м'язів, смуги тяжіння. Окружність живота на рівні пупка. Висота матки над лобком. Розмір тазу. Індекс Соловйова. Положення спинки плода, мала частина. Передлежача частина, по відношенню до входу в малий таз. Серцебиття плода – позиція, частота, ритм і звучність. Вага плоду, який має народитися.

Таким чином, запропонований діагностичний інструментарій дозволить емпірично дослідити оцінку ефективності додаткового використання фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності.

РОЗДІЛ 3.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Оцінка ефективності додаткового використання фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності на підставі даних обмінних карт жінок та історії пологів

Метою дослідження було емпірично дослідити ефективність додаткового використання фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності.

З метою реалізації поставленої мети та визначення оцінки ефективності додаткового використання фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності на підставі даних обмінних карт та історії пологів нами було проведене емпіричне дослідження.

Базою дослідження став Ужгородський міський пологовий будинок. Вибірку склали 50 вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності, які були розділені на експериментальну та контрольну групу.

Вивчаючи данні обмінних карт вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності, з метою діагностики роботи нирок вагітних жінок, контролю білку у сечі та лейкоцитів аби запобігти розвитку гестозу, ми провели аналіз результатів загального аналізу сечі, та виявили патологічні показники, які впливають на невиношування вагітності. Результати патологічних показників загального аналізу сечі експериментальної та контрольної групи, представлено в таблиці 3.1.

(Таблиця 3.1)

Патологічні показники загального аналізу сечі експериментальної та контрольної групи

Патологічні показники	Експериментальна група вагітних жінок	Контрольна група вагітних жінок
	Результати аналізу у % співвідношенні	Результати аналізу у % співвідношенні
Цукор	30%	20%

Бактерії	20%	10%
Білок	40%	20%
Солі	30%	20%
Лейкоцити	50%	40%
Еритроцити	30%	20%

Виходячи з представлених результатів, можемо зазначити, що у загальному аналізі сечі вагітних жінок виявилось у 30% респондентів експериментальної групи, та 20% контрольної групи. Бактерії наявні у 20% респондентів експериментальної групи, та 10% у контрольній групі. Білок – у 40% респондентів у експериментальній групі та 20% у контрольній групі. Солі – у 30% респондентів експериментальної групи та у 20% респондентів контрольної групи. Підвищення норми лейкоцитів спостерігалось у 50% респондентів експериментальної групи та у 40% контрольної групи. Підвищення норми еритроцитів у 30% респондентів експериментальної групи та у 20% респондентів контрольної групи. Додатково, патологічні показники загального аналізу сечі експериментальної та контрольної групи представлено на рис. 3.1.

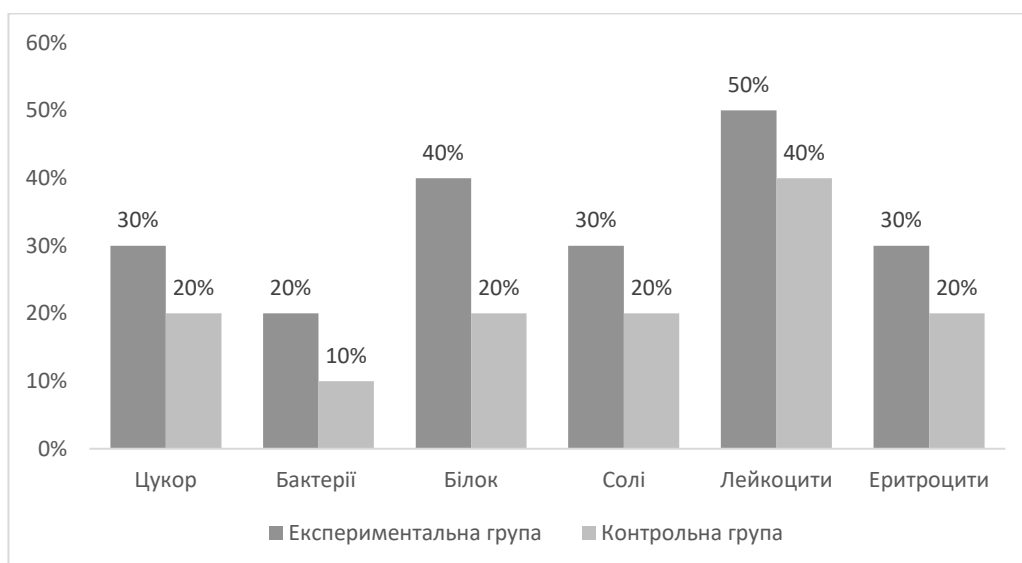


Рис. 3.1 Результати патологічних показників загального аналізу сечі експериментальної та контрольної групи

Отже, можемо зазначити, що найбільше виділилися показники патології у експериментальній групі: цукор – 30% респондентів, коли в контрольній групі – 20% респондентів, бактерії – 20% респондентів, коли в контрольній групі – 20% респондентів, білок – 40% респондентів, коли у контрольній групі – 20% респондентів, солі – 30% респондентів, коли у контрольній групі – 20% респондентів, лейкоцити – 50% респондентів, коли у контрольній групі – 40% респондентів, еритроцити – 30% респондентів, коли у контрольній групі – 20% респондентів.

З метою визначення патологічних та запальних процесів піхви, ми вивчили бактеріоскопічне дослідження мазків з піхви та визначити патологічні показники у бактеріоскопічному дослідженні мазків з піхви, які є показниками патологій, що провокують ризик невиношування вагітності. Результати патологічних показників дослідження бактеріоскопічних мазків з піхви експериментальної та контрольної групи, представлено в таблиці 3.2.

(Таблиця 3.2)

Результати патологічних показників дослідження бактеріоскопічних мазків з піхви експериментальної та контрольної групи

Патологічні показники	Експериментальна група вагітних жінок	Контрольна група вагітних жінок
	Результати аналізу у % співвідношенні	Результати аналізу у % співвідношенні
Підвищення кількості лейкоцитів	50%	50%
Відсутність епітелію	40%	30%
Ключові клітини	20%	20%
Кандиди	30%	20%

Результати аналізу, показали, що у 50% респондентів експериментальної та контрольної груп, виявлено підвищення кількості лейкоцитів. Відсутність

епітелію в мазках з піхви, спостерігалася у 40% респондентів експериментальної групи, та у 30% респондентів у контрольній групі. Присутність ключових клітин у мазках з піхви, спостерігалася у 20% респондентів, як експериментальної групи, так і контрольної групи. Кандиди виявлено у 30% респондентів експериментальної групи, та у 20% респондентів контрольної групи. Додатково, результати патологічних показників дослідження бактеріоскопічних мазків з піхви експериментальної та контрольної групи, представлено на рис. 3.2.



Рис. 3.2 Результати патологічних показників дослідження бактеріоскопічних мазків з піхви експериментальної та контрольної групи

З представлених результатів патологічних показників бактеріоскопічного дослідження мазків з піхви вагітних жінок з ризиком невиношування, бачимо, що найбільше виділилися показники «підвищення кількості лейкоцитів» – 50% респондентів експериментальної та контрольної групи, та «відсутність епітелію» – 40% респондентів експериментальної групи та 30% респондентів контрольної групи. Ключові клітини виявилися у 20% експериментальної та

контрольної груп. Кандиди – у 30% респондентів експериментальної групи та у 20% респондентів контрольної групи.

Вивчаючи дані обмінних карт вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності, ми звернули увагу на діагностику розвитку плоду. У комплексній оцінці плоду велике значення має рухова активність, зменшення або їх зміна характеру розглядається, як симптом порушення стану плоду та є ризиком невиношування вагітності, тому ми провели аналіз тесту рухів плоду. Результати тесту рухів плоду експериментальної та контрольної групи, представлено в таблиці 3.3.

(Таблиця 3.3)

Результати тесту рухів плоду експериментальної та контрольної групи

Рухова активність плоду	Експериментальна група вагітних жінок	Контрольна група вагітних жінок
	Результати тесту у % співвідношенні	Результати тесту у % співвідношенні
Підвищення рухової активності плоду	10%	10%
Зниження рухової активності плоду	20%	10%

З представлених результатів тесту рухової активності плода вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності, можемо зазначити, що у 10% респондентів експериментальної та контрольної групи жінок, спостерігалось підвищення рухової активності плода, що є небезпечним для нормального розвитку плоду в утробі. Зниження рухової активності плода, проявилось у 20% респондентів експериментальної групи та у 10% респондентів контрольної групи, що свідчить про симптом порушення стану плоду. Додатково, результати тесту рухів плоду експериментальної та контрольної групи, представлено на рис. 3.3.

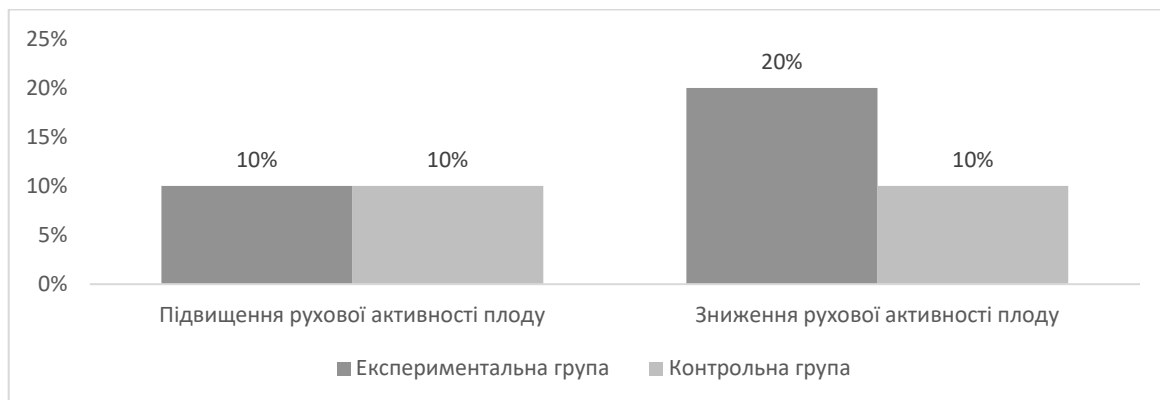


Рис. 3.3 Результати тесту рухів плоду експериментальної та контрольної групи

Отже, отримані результати тесту рухової активності плоду вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності, показали, що підвищення рухової активності плоду мають 10% респондентів у експериментальній та контрольній групі. Зниження рухової активності плоду, спостерігалось у 20% респондентів експериментальної групи та у 10% респондентів контрольної групи.

Проводячи аналіз історій пологів ми виявили найпоширеніші скарги жінок при надходженні до лікарні. Результати скарг вагітних жінок при надходженні до лікарні експериментальної та контрольної групи, представлено в таблиці 3.4.

(Таблиця 3.4)

Результати скарг вагітних жінок при надходженні до лікарні експериментальної та контрольної групи

Скарги вагітних жінок	Експериментальна група вагітних жінок	Контрольна група вагітних жінок
	Результати аналізу у % співвідношенні	Результати аналізу у % співвідношенні
Біль унизу живота	50%	50%
Кров'яністі виділення	60%	50%
Зміна характеру виділень	40%	30%
Висока температура	30%	20%

Виходячи із представлених результатів, можемо зазначити, що у 50% респондентів експериментальної та контрольної груп, при надходженні до лікарні, спостерігався біль унизу живота. Кров'яністі виділення, спостерігалися у 60% респондентів експериментальної групи та у 50% респондентів контрольної групи. Висока температура, спостерігалася у 30% респондентів експериментальної групи та у 20% респондентів контрольної групи. Додатково, результати скарг вагітних жінок при надходженні до лікарні експериментальної та контрольної групи, представлено на рис. 3.4.



Рис. 3.4 Результати скарг вагітних жінок при надходженні до лікарні експериментальної та контрольної групи

Виходячи з представлених результатів, можемо сказати, що найпоширенішими скаргами вагітних жінок при надходженні до лікарні є кров'яністі виділення – 60% респондентів експериментальної групи та 50% респондентів контрольної групи; біль у низу живота – 50% респондентів експериментальної та контрольної групи.

Під час проведення аналізу анамнезу вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності ми визначили фактори ризику невиношування

вагітності. Результати факторів ризику невиношування вагітності експериментальної та контрольної групи, представлено в таблиці 3.5.

(Таблиця 3.5)

Результати факторів ризику невиношування вагітності експериментальної та контрольної групи

Фактори ризику	Експериментальна група вагітних жінок	Контрольна група вагітних жінок
	Результати аналізу у % співвідношенні	Результати аналізу у % співвідношенні
Несприятливі умови праці	40%	30%
Порушення статеві функції	20%	20%
Ускладнення репродуктивної функції	10%	10%
Порушення секреторної функції	20%	20%

З представлених результатів, бачимо, що несприятливі умови праці спостерігалися у 40% респондентів експериментальної групи та у 30% респондентів контрольної групи. Порушення статеві функції спостерігалося у 20% респондентів експериментальної та контрольної груп. Інші показники також є патологічними. Додатково, результати експериментальної та контрольної групи, представлено на рис. 3.5.



Рис. 3.5 Результати факторів ризику невиношування вагітності експериментальної та контрольної групи

З отриманих результатів, бачимо, що несприятливі умови праці мають найбільші показники – 40% респондентів експериментальної групи та 30% контрольної групи. Порушення статевої функції та порушення секреторної функції у 20% респондентів експериментальної та контрольної груп.

Вивчаючи аналіз об’єктивного дослідження ми визначили загальні стани, які відхилені від норми, що є приводом ризику невиношування вагітності. Результати загальних станів відхилених від норми експериментальної та контрольної групи, представлено в таблиці 3.6.

(Таблиця 3.6)

Результати загальних станів відхилених від норми експериментальної та контрольної групи

Загальні стани відхилені від норми	Експериментальна група вагітних жінок	Контрольна група вагітних жінок
	Результати аналізу у % співвідношенні	Результати аналізу у % співвідношенні
Погіршений загальний	60%	50%

стан		
Погіршений акушерський стан	40%	30%

Виходячи із отриманих результатів об'єктивного дослідження, бачимо, що погіршений загальний стан спостерігався у 60% респондентів експериментальної групи та у 50% респондентів контрольної групи. Погіршений акушерський стан, спостерігався у 40% респондентів експериментальної групи та у 30% респондентів контрольної групи. Додатково, результати загальних станів відхилених від норми експериментальної та контрольної групи, представлено на рис. 3.6.

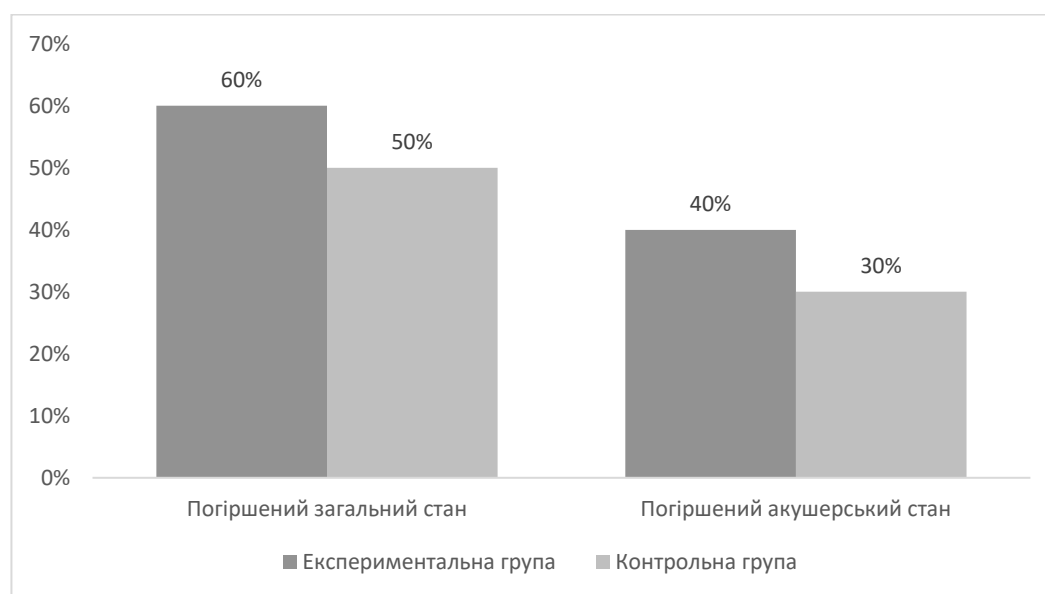


Рис. 3.6 Результати загальних станів відхилених від норми експериментальної та контрольної групи

З представлених результатів об'єктивного дослідження, ми можемо зазначити, що респонденти експериментальної групи мали погіршений загальний стан – 60% та погіршений акушерський стан – 40% респондентів. Респонденти контрольної групи мали погіршений загальний стан – 50% та погіршений акушерський стан – 30% респондентів.

Отже, провівши аналіз даних обмінних карт та історії пологів вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності, ми отримали патологічні результати у експериментальній та контрольній групах. З метою покращення отриманих результатів, ми рекомендуємо проведення комплексного лікування з додатковим використанням фітопрепаратів у експериментальній групі.

3.2. Обґрунтування отриманих результатів

Невиношування вагітності є універсальним показником реакції організму на серйозні порушення здоров'я матері, плода, фактори навколишнього середовища, професійні фактори та інші несприятливі впливи.

Таким, чином, аби запобігти такому фіналу ми запропонували до комплексного медикаментозного лікування, додатково застосувати фітопрепарати, як додаткове лікування. Адже, фітопрепарати мають лікувальний вплив на організм в цілому, а не тільки на конкретні органи, при правильному і регулярному застосуванні вони здатні боротися з хворобами, не завдаючи шкоди імунній системі.

На формувальному етапі емпіричного дослідження, з метою доведення ефективності комплексного лікування з додатковим використанням фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності, нами було проведене додаткове вивчення обмінних карт та історії пологів вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності. В повторному дослідженні взяла участь та ж сама вибірка, що була на констатувальному етапі: експериментальна група – вагітні жінки з ризиком невиношування, після лікування з додатковим використанням фітопрепаратів; контрольна група – вагітні жінки з ризиком невиношування вагітності, після лікування без додаткового використання фітопрепаратів.

Вивчаючи дані обмінних карт вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності, ми провели повторну діагностику загального аналізу сечі вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності після додаткового лікування фітопрепаратами. Результати показали позитивну динаміку, кількість вагітних жінок з патологічними показниками зменшилася. Результати патологічних

показників загального аналізу сечі на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи, представлено в таблиці 3.7.

(Таблиця 3.7)

Результати патологічних показників загального аналізу сечі на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи

Патологічні показники	Експериментальна група вагітних жінок	Контрольна група вагітних жінок
	Результати на формувальному етапі у % співвідношенні	Результати на формувальному етапі у % співвідношенні
Цукор	10%	20%
Бактерії	0%	0%
Білок	20%	20%
Солі	0%	0%
Лейкоцити	20%	30%
Еритроцити	10%	20%

Виходячи з отриманих результатів на формувальному етапі, можемо спостерігати позитивну динаміку в експериментальній групі. По всіх зазначених показниках спостерігається зменшення кількості респондентів з патологічними результатами. Цукор – 10% респондентів (було 30%), білок – 20% респондентів (було 40%), лейкоцити – 20% респондентів (було 50%), еритроцити – 10% респондентів (було 30%). Виділилися показники бактерій та солей, адже на формувальному етапі вони відсутні, що є нормою (на формувальному етапі: бактерії – 20% респондентів, солі – 30% респондентів). На формувальному етапі в контрольній групі бактерії та солі теж відсутні. Всі інші показники на формувальному етапі, залишилися без змін. Додатково, результати патологічних показників загального аналізу сечі на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи, представлено на рис. 3.7.

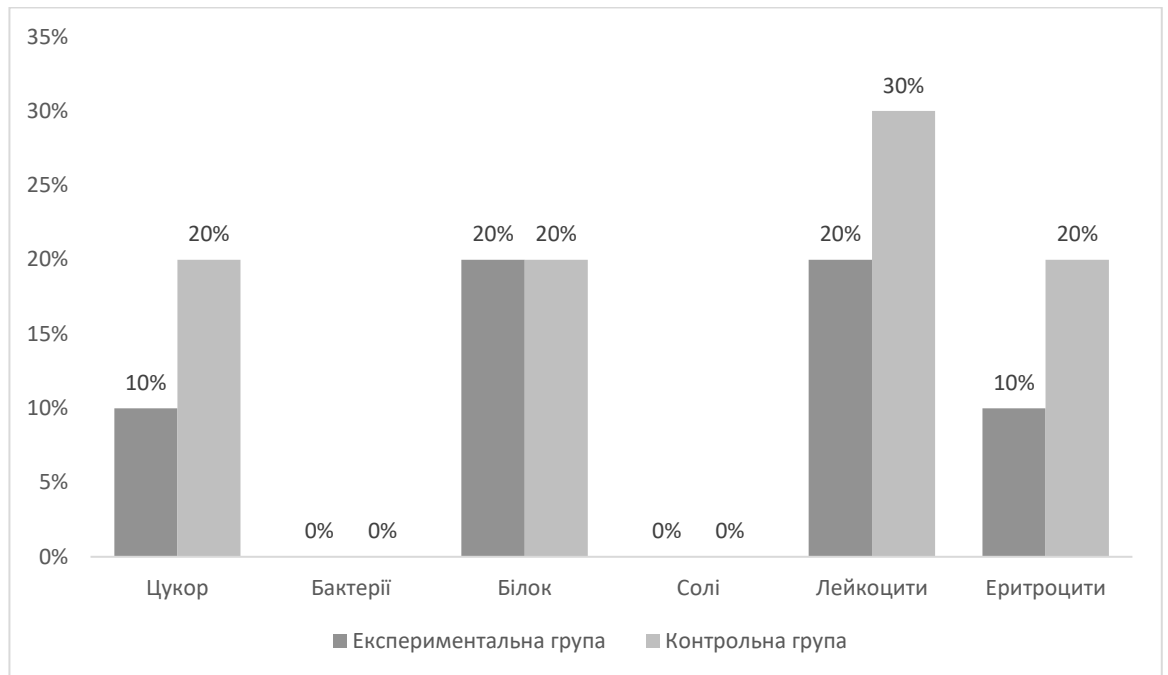


Рис. 3.7 Результати патологічних показників загального аналізу сечі на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи

Отже, на формувальному етапі, в експериментальній групі, найкращі результати показали показники бактерій та солей – 0% респондентів, коли на констатувальному етапі бактерії спостерігалися у 20% респондентів, а солі у 30% респондентів. На формувальному етапі у контрольній групі, значних змін не відбулося.

З метою визначення патологічних та запальних процесів піхви, ми повторно вивчили бактеріоскопічне дослідження мазків з піхви на формувальному етапі. Результати формувального етапу експериментальної та контрольної групи, представлено в таблиці 3.8.

Результати показників дослідження бактеріоскопічних мазків з піхви на
формульованому етапі експериментальної та контрольної групи

Патологічні показники	Експериментальна група вагітних жінок	Контрольна група вагітних жінок
	Результати на формульованому етапі у % співвідношенні	Результати на формульованому етапі у % співвідношенні
Підвищення кількості лейкоцитів	20%	40%
Відсутність епітелію	10%	30%
Ключові клітини	0%	10%
Кандиди	0%	10%

Виходячи з отриманих результатів повторного дослідження бактеріоскопічних мазків з піхви, можемо зазначити, що на формульованому етапі в експериментальній групі, спостерігається позитивна динаміка. Бачимо, що використання фітопрепаратів в лікуванні допомогло отримати відсутність респондентів з ключовими клітинами та кандидами у бактеріоскопічних мазках з піхви. Незначні зміни відбулися в контрольній групі. Додатково, результати показників дослідження бактеріоскопічних мазків з піхви на формульованому етапі експериментальної та контрольної групи, представлено на рис. 3.8.

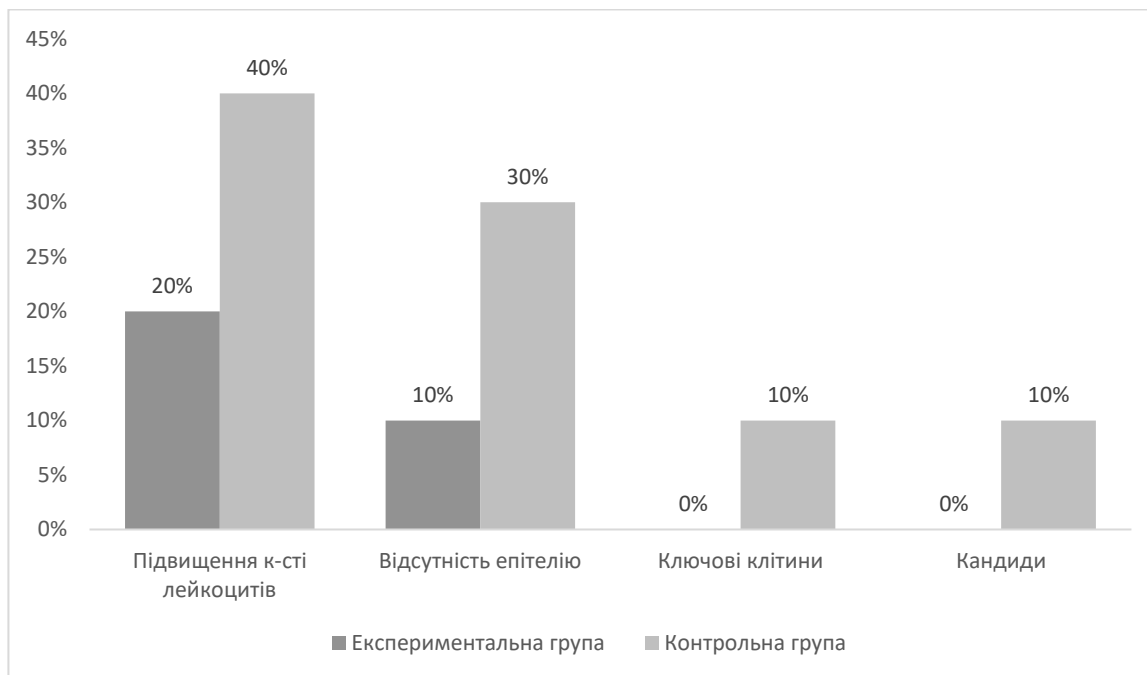


Рис. 3.8 Результати показників дослідження бактеріоскопічних мазків з піхви на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи

Отримані результати з експериментальної групи на формувальному етапі, свідчать про значні позитивні зміни. Зменшилася кількість респондентів з патологічними показниками: підвищення лейкоцитів – 20% респондентів (було 50% респондентів), відсутність епітелію – 10% респондентів (було 40% респондентів), а кількість респондентів у яких на констатувальному етапі спостерігалися ключові клітини (20% респондентів) та кандиди (30% респондентів) на формувальному етапі взагалі відсутні, що говорить про ефективність лікування з додатковим використанням фітопрепаратів.

На формувальному етапі, ми провели повторну діагностику розвитку плоду вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності. Результати тесту рухів плоду на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи, представлено в таблиці 3.9.

Результати тесту рухів плоду на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи

Рухова активність плоду	Експериментальна група вагітних жінок	Контрольна група вагітних жінок
	Результати на формувальному етапі у % співвідношенні	Результати на формувальному етапі у % співвідношенні
Підвищення рухової активності плоду	0%	10%
Зниження рухової активності плоду	0%	10%

Аналізуючи отримані результати на формувальному етапі, спостерігаємо позитивні результати саме у експериментальній групі. Підвищення або зниження рухової активності плоду – не виявлено, тоді, як підвищення рухової активності плоду було у 10%, а зниження рухової активності у 20%). Результати контрольної групи, на формувальному етапі залишилися без змін, як і на констатувальному етапі – 10% респондентів. Додатково, результати тесту рухів плоду на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи, представлено на рис. 3.9.

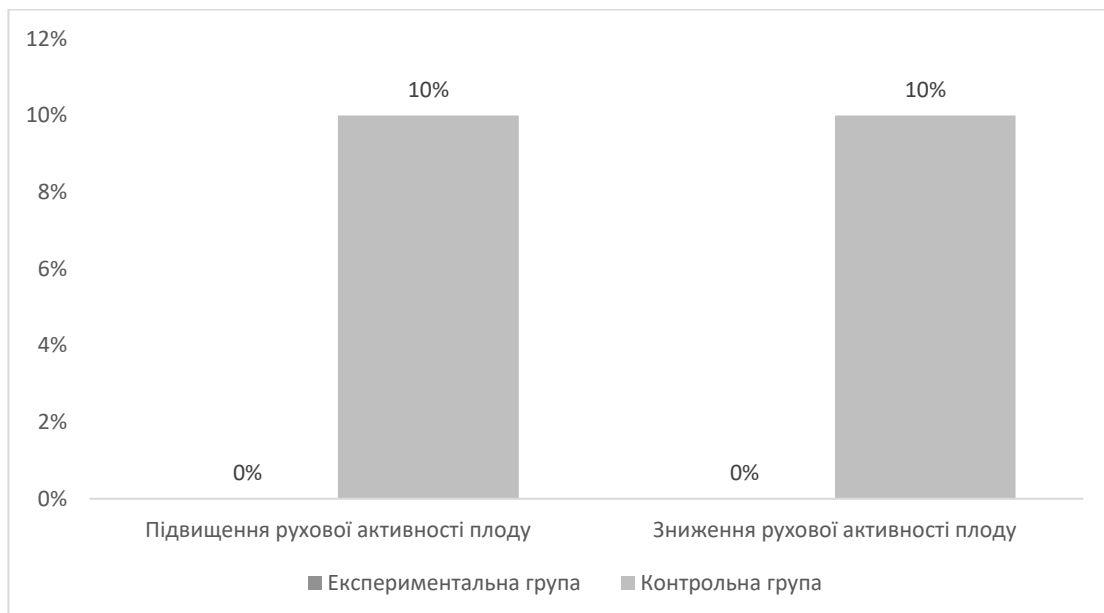


Рис. 3.9 Результати тесту рухів плоду на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи

Виходячи з представлених результатів тесту рухової активності плоду на формувальному етапі, можемо зазначити, що у експериментальній групі відхилення від норми відсутні. Тоді як результати контрольної групи, на формувальному етапі не змінилися.

На формувальному етапі, ми провели повторний аналіз історій пологів жінок з ризиком невиношування вагітності. Результати скарг експериментальної та контрольної групи, представлено в таблиці 3.10.

(Таблиця 3.10)

Результати скарг вагітних жінок на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи

Скарги вагітних жінок	Експериментальна група вагітних жінок	Контрольна група вагітних жінок
	Результати на формувальному етапі у % співвідношенні	Результати на формувальному етапі у % співвідношенні
Біль унизу живота	0%	30%

Кров'янисті виділення	0%	30%
Зміна характеру виділень	0%	0%
Висока температура	0%	0%

Аналізуючи отримані результати на формувальному етапі, можемо зазначити, що всі респонденти експериментальної групи, після додаткового лікування фітопрепаратами не мають жодних скарг. В контрольній групі на формувальному етапі, біль унизу живота та кров'янисті виділення – у 40% респондентів (було у 50% респондентів), Висока температура спостерігається у 10% респондентів (було 20%). А скарги змін характеру виділень – відсутні (на констатувальному етапі у 30% респондентів). Додатково, результати експериментальної та контрольної групи, представлено на рис. 3.10.

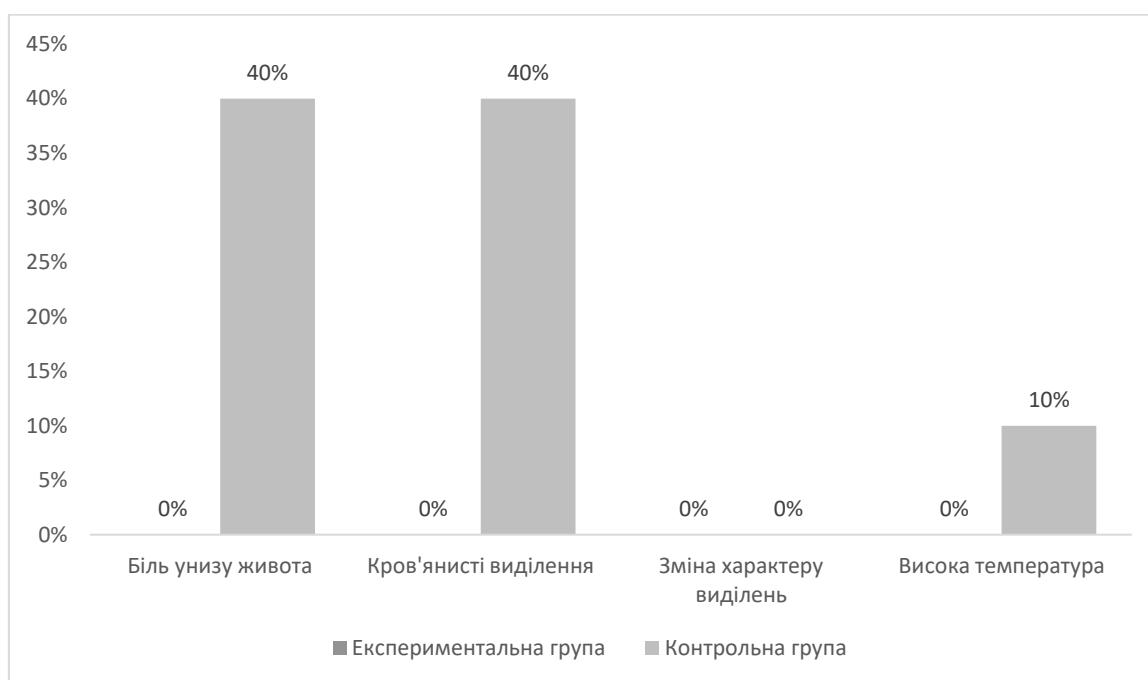


Рис. 3.10 Результати скарг вагітних жінок на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи

З представлених результатів скарг вагітних жінок на формувальному етапі, можемо зазначити, що додаткове лікування фітопрепаратами допомогло

утилізувати всі скарги респондентів експериментальної групи. А в контрольній групі з усіх скарг відсутня тільки зміна характеру виділень (було 30%).

На формувальному етапі, ми повторно провели аналіз факторів ризику невиношування вагітності. Результати факторів ризику невиношування вагітності на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи, представлено в таблиці 3.11.

(Таблиця 3.11)

Результати факторів ризику невиношування вагітності на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи

Фактори ризику	Експериментальна група вагітних жінок	Контрольна група вагітних жінок
	Результати на формувальному етапі у % співвідношенні	Результати на формувальному етапі у % співвідношенні
Порушення статевої функції	10%	20%
Ускладнення репродуктивної функції	0%	10%
Порушення секреторної функції	0%	20%

Виходячи з отриманих результатів на формувальному етапі, можемо зазначити позитивну динаміку в експериментальній групі. Порушення статевої функції на формувальному етапі спостерігалось у 10% респондентів, тоді, як на констатувальному етапі спостерігалось у 20% респондентів. Ускладнення репродуктивної функції та порушення секреторної функції на формувальному етапі становить – 0% респондентів, тоді як на констатувальному етапі ускладнення репродуктивної функції було у 10% респондентів, а порушення секреторної функції у 20% респондентів. На формувальному етапі результати контрольної групи не змінилися. Додатково, результати факторів ризику

невиношування вагітності на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи, представлено на рис. 3.11.

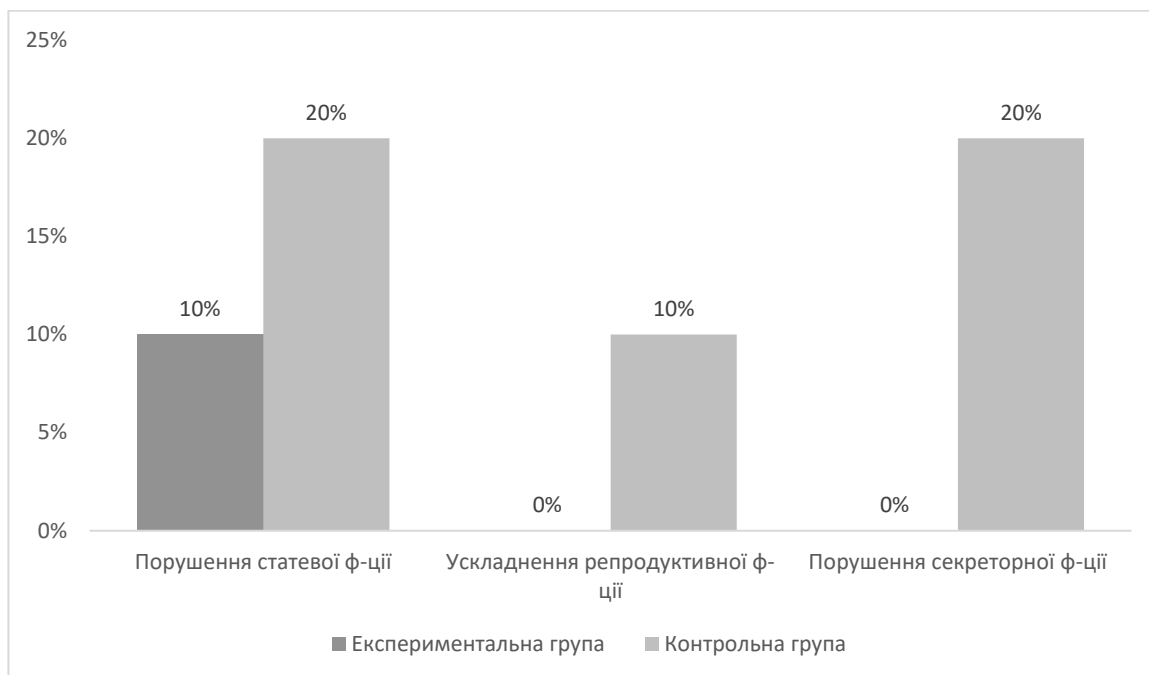


Рис. 3.11 Результати факторів ризику невиношування вагітності на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи

На рисунку 3.11 можемо спостерігати позитивну динаміку в експериментальній групі. Результати контрольної групи залишилися без змін. На формувальному етапі порушення статеві функції спостерігається лише у 10% респондентів експериментальної групи (було у 20% респондентів). Ускладнення репродуктивної функції та порушення секреторної функції на формувальному етапі у експериментальній групі становить – 0% респондентів. Це свідчить про ефективність лікування фітопрепаратами.

На формувальному етапі, ми провели додатковий аналіз загальних станів вагітних жінок, які відхилені від норми. Результати загальних станів відхилених від норми на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи, представлено в таблиці 3.12.

Результати загальних станів відхилених від норми на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи

Загальні стани відхилені від норми	Експериментальна група вагітних жінок	Контрольна група вагітних жінок
	Результати на формувальному етапі у % співвідношенні	Результати на формувальному етапі у % співвідношенні
Погіршений загальний стан	10%	40%
Погіршений акушерський стан	10%	30%

З представлених результатів на формувальному етапі, спостерігаємо позитивну динаміку в експериментальній групі. Кількість респондентів з погіршеним загальним станом – 10%. На формувальному етапі в контрольній групі, відбулися не значні зміни. Додатково, результати експериментальної та контрольної групи, представлено на рис. 3.12.

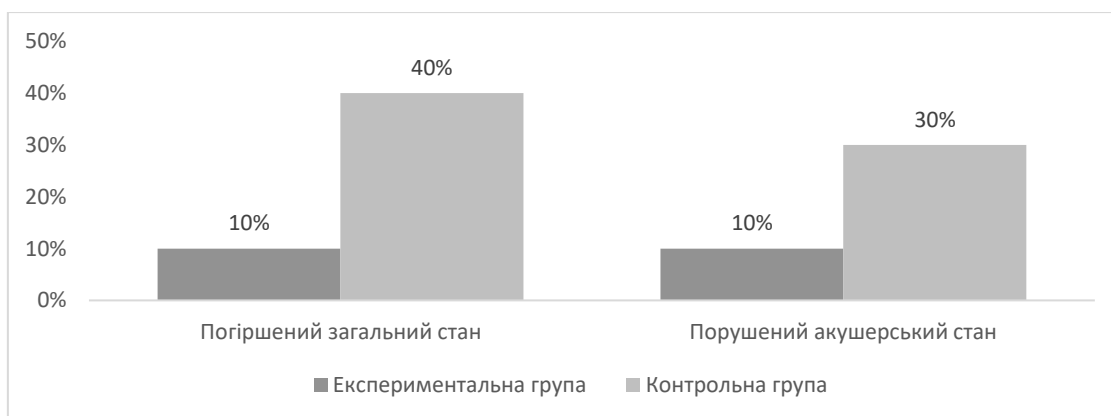


Рис. 3.12 Результати загальних станів відхилених від норми на формувальному етапі експериментальної та контрольної групи

Представлені результати загальних станів відхилених від норми, вагітних жінок з ризиком невиношування, на формувальному етапі, дозволяють

констатувати позитивну динаміку. На формувальному етапі, ми отримали такі показники: погіршений загальний стан та порушений акушерський стан – 10% респондентів (на констатувальному етапі: погіршений загальний стан – у 60% респондентів, порушений акушерський стан – у 40% респондентів). На формувальному етапі в контрольній групі кількість респондентів, у яких спостерігався порушений акушерський стан, не змінилася, а кількість респондентів у якій спостерігався погіршений загальний стан, зменшилася лише на 10 % та становить – 40% респондентів, тоді як було 50% респондентів. Ці результати свідчать про ефективність лікування з додатковим використанням фітопрепаратів.

Отже, на формувальному етапі, саме експериментальна група показала позитивну динаміку, тоді, а результати контрольної групи зазнали незначних змін. Таким чином, можемо зазначити, що на формувальному етапі ми довели ефективність лікування фітопрепаратами в комплексі з іншими терапевтичними препаратами.

ВИСНОВКИ

В ході написання роботи, перед нами стояв ряд завдань, які ми виконали, а саме:

1. Нами було проведено теоретичне дослідження сучасних підходів та рекомендацій щодо допомоги жінкам при загрозі невиношування вагітності. Після якого, можемо сказати, що загрозу невиношування вагітності, вважають реакцією організму на самовільне припинення вагітності, через генетичні дефекти заплідненої яйцеклітини, гормональні порушення, резус-конфлікт (жінка має негативний резус-фактор крові, а плід успадковує позитивний від батька), інфекційні захворювання, хронічні захворювання і низький імунітет у жінок.

Ризик невиношування вагітності, репродуктивна медицина не вважає за вирок, адже знає багато сучасних підходів аби запобігти загрозі невиношування вагітності: гормональна терапія, енергетична терапія, вітамінотерапія, лікування інфекційного чинника, психотерапія, терапія антикоагулянтами та антиагрегантами, хірургічне лікування істміко-цервікальної недостатності, мануальна терапія.

На завершення теоретичного дослідження ми надали рекомендації вагітним жінкам, аби сприяти здоровому виношуванню вагітності: підтримувати контакт з лікарем, уникати перевантажень і стресів, правильно харчуватися, гуляти на чистому повітрі, виконувати фізичні вправи.

2. Нами було проаналізовано потенціал використання фітопрепаратів, як додаткового засобу для збереження вагітності. Цей потенціал дуже поважають в сучасній медицині, адже, фітотерапію вважають новим підходом комплексного лікування будь-яких захворювань, порушень, патологій.

Широко використовують в клінічній медицині, з додатковим використанням медикаментозних препаратів аби досягти високої ефективності в лікуванні. Багатолітня практика фітотерапії свідчить про те, що більшість розладів можна полегшити, абовилікувати взагалі, якщо правильно оцінити

наявні в організмі порушення і правильно підібрати фітопрепарати для кращого лікувального ефекту.

Перевагою такого лікування є те, що воно має оздоровчий вплив на весь організм, а не тільки на певні органи. Через специфіку своєї дії фітопрепарати застосовують для лікування вагітних жінок, або тих що годують груддю. При правильному та регулярному застосуванні вони допомагають боротися з патологічними порушеннями або ускладненнями без шкоди імунітету, тому наразі є актуальним лікувати ризик невиношування вагітності, фітопрепаратами.

3. Нами було визначено оцінку ефективності фітопрепаратів при загрозі невиношування вагітності. В емпіричному дослідженні вибірку склали 50 вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності, яких ми поділили на 2 групи: експериментальну та контрольну групи.

На констатувальному етапі ми провели аналіз даних обмінних карт вагітних жінок та історії пологів. Отримали патологічні результати в експериментальній та контрольній групах. Після чого, експериментальна група пройшла комплексне медикаментозне лікування з додатковим використанням фітопрепаратів, а контрольна група пройшла комплексне медикаментозне лікування без додаткового використання фітопрепаратів.

На формувальному етапі, ми провели повторний аналіз даних обмінних карт та історії пологів вагітних жінок з ризиком невиношування вагітності, після комплексного медикаментозного лікування з додатковим використанням фітопрепаратів в експериментальній групі, саме експериментальна група показала позитивну динаміку, тоді, як деякі результати в контрольній групі залишилися без змін або зміни відбулися не значні. Це свідчить про високий лікувальний ефект фітопрепаратів.

Таким чином, можемо зазначити, що на формувальному етапі ми довели високу ефективність лікування фітопрепаратами в комплексі з іншими терапевтичними препаратами, з ризиком невиношування вагітності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондаренко Ю. М. Морфологічні та імуногістохімічні особливості стовбурових клітин плацентарного бар'єру жінок на фоні хронічного стресу у вагітних при невиношуванні: дис. ...д-ра філософ. наук.: 222 «Медицина»; «Охорона здоров'я» / Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. академіка О. М. Лук'янової національної академії медичних наук України. Київ, 2023. 160с.(28)
2. Волошин О. І., Волошина Л. О. Особливості застосування фітотерапевтичних засобів при вагітності і в постнатальному періоді: показання, обмеження та загрози (огляд літератури та власне дослідження). *Медичний науково-практичний журнал: неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2023. № 3, Т. 8. С. 1–10.(4)
3. Герасимова Т. В., Гопчук О. М. Фітотерапевтична корекція дисгормональних станів у жінок на етапі підготовки до вагітності. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022. № 8. С. 1–4.(6)
4. Голяновський О. В., Фролов С. В. Розлади сну та ефективність різних методів терапії безсоння у вагітних. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022. № 8. С. 1–6.(22)
5. Живецька-Денисова А. А., Вороб'йова І. І., та ін. Плацентарні маркери невиношування вагітності. *Патологія*. 2021. № 3, т. 18. С. 1–12.(3)
6. Живецька-Денисова А. А., Ткаченко В. Б., та ін. Психологічні складові невиношування вагітності. Шляхи подолання. *Запорізький медичний журнал*. 2021. № 3, т. 23. С. 1–8.(16)
7. Каліновська І. В., Лісова К. М. Ультразвукові особливості розвитку фетоплацентарного комплексу при невиношуванні вагітності. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2022. № 3, т. 7. С. 1–9.(13)
8. Корсак В. В., Пацкань І. І. Аналіз ефективності корекції некомпетентності шийки матки під час вагітності. Сучасні аспекти збереження

здоров'я людини: зб. пр. XV Міжнар. міждисципл. наук.-практ. конф. Ужгород: ДВНЗ «УжНУ», 2022. С. 1–4.(24)

9. Куш Ю. І., Вакал Ю. С. Зміни імунологічних показників під час вагітності: діагностичне значення. *Український журнал природничих наук*. 2023. № 4. С. 1–10.(21)

10. Лаба О. В. Профілактика порушень фетоплацентарного комплексу у жінок із ризиком і загрозою передчасних пологів. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2021. № 2, т. 47. С. 1–5.(20)

11. Лісова К. М. Функціональні зміни в системі мати-плацента-плід при невиношуванні вагітності і патогенетично обґрунтовані методи їх корекції: дис. ... д-ра філософ. наук: 14.01.01 / Буков. держ. мед. ун-т. Чернівці, 2001. 203 с.(26)

12. Лісова К. М., Каліновська І. В., та ін. Етіопатогенетичні аспекти розвитку плацентарної дисфункції у жінок з невиношуванням вагітності. *Буковинський медичний вісник*. 2020. № 4, т. 24. С. 1–9.(19)

13. Любомирська К. С. Прогнозування передчасного розриву плодових оболонок при недоношеній вагітності: дис. ... д-ра філософії : 222 – Медицина / Запоріз. держ. мед. ун-т. Запоріжжя, 2020. 209 с.(30)

14. Сидоренко А. В. Комплексне лікування поєднаної патології матки: лейоміоми та аденоміозу у жінок репродуктивного віку: дис. ...д-ра філософ.: 222 «Медицина» / Одес. нац. мед. ун-т. Одеса 2020. 276 с.(27)

15. Соловей В. М. Прогнозування перинатальних ускладнень у жінок із невиношуванням вагітності у ранні терміни гестації. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2021. № 3. С. 1–13.(2)

16. Соловей В. М. Сучасні погляди на предиктори невиношування вагітності в ранні терміни гестації. *Буковинський медичний вісник*. 2020. №. 1, т. 24. С. 1–9.(17)

17. Сюсюка В. Г., Колокот Н. Г. Нові підходи до комплексної терапії вагітних із затримкою росту плода. *Фундаментальні та клінічні аспекти*

фармакології: зб. тез II наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 22 лист. 2022. Запоріжжя, 2022. С. 3–5.(23)

18. Тихоновський О. В., Самура І. Б., Тихоновська М. А. Фітотерапевтичні принципи лікування мастопатії. Фундаментальні та клінічні аспекти фармакології: зб. тез II наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 22 лист. 2022. Запоріжжя, 2022. С. 5.(9)

19. Токар П. Ю., Каліновська І. В. Фактори ризику виникнення передчасних пологів. Науково-практичний медичний журнал: клінічна анатомія та оперативна хірургія. 2023. № 2, т. 22. С. 1–7.(18)

20. Фартушок Т. В., Шваб К. М., Щудлик С. О. Профілактика невиношування вагітності в умовах стресу під час військового стану. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки»*. 2023. № 25. С. 1–14.(1)

21. Фітотерапія та ароматерапія : метод. вказ. до проведення практ. занять для магістрів 1-го курсу IV мед. фак-ту / упоряд. А. Г. Істомін, О. Л. Сивенко, О. В. Резуненко та ін. Харків: ХНМУ, 2020. 24 с.(5)

22. Франчук М. О. Профілактика виникнення передчасних пологів у жінок з багатоплідною вагітністю, що наступила внаслідок допоміжних репродуктивних технологій, за допомогою неінвазивних методів: дис. ... д-ра філософії: 222 «Медицина», 22 «Охорона здоров'я» / Терноп. нац. мед. ун-т. ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України. Тернопіль, 2023. 195 с.(29)

23. Chitralkha K. Phytotherapy used by the common people of assam (India) for the treatment of gynaecological problems. *Indian Journal of Natural Sciences*. 2023. Vol. 3. P. 1–11.(10)

24. Devall A. J., Coomarasamy A. Sporadic pregnancy loss and recurrent miscarriage. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2020. Vol. 69. P. 30–39.(12)

25. Dillard D. M. Phytotherapeutic support for infertility: evaluating the evidence. *Fertility, Pregnancy, and Wellness*. 2022. P. 281–292.(8)

26. Grigoriu C., Varlas V., Calinescu D. Phytotherapy in obstetrics – therapeutic indications, limits, and dangers. *Journal of Medicine and Life*. 2021. Vol. 14. P. 1–8.(7)

27. Illamola S. M., Amaeze O. U. Use of herbal medicine by pregnant women: what physicians need to know. *Obstetric and Pediatric Pharmacology*. 2020. Vol. 10. P. 1–16.(11)
28. Sharma B., Deep J., Pandit C. Overview on current approach on recurrent miscarriage and threatened miscarriage. *Clinical Journal Obstet Gynecol*. 2020. Vol. 3. P. 1–7.(15)
29. Torre P., Fernandez M., Flores A. Premature senescence of placental decidua cells as a possible cause of miscarriage produced by mycophenolic acid. *Journal of Biomedical Science*. 2021. Vol. 28. P. 1–14.(14)
30. Xuan Y., Shulan S. Bushen huoxue Recipe for the treatment of prethrombotic state of ACA-positive recurrent miscarriage via the regulation of the PI3K-AKT signaling pathway. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2022. Vol. 2022. P. 1–16.(25)