

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ КРАЇНИ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

САКАЛИ ЛЮДМИЛА ІЛЛІВНА

УДК: 618.17-008.8:616.441-008.6:615.256.5:616.839:159.944.4:355.01

ДИСЕРТАЦІЯ

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО КОНТРАЦЕПЦІЇ У ЖІНОК З
ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ФОНІ ПСИХО-
ВЕГЕТАТИВНИХ ЗМІН В ЗОНІ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ**

в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина»

(наукова спеціальність «Акушерство та гінекологія»)

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



Людмила САКАЛИ

Науковий керівник:

Горбунова Ольга Володимирівна,
доктор медичних наук професор

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Сакали Л. І. «Диференційований підхід до контрацепції у жінок з дисфункцією щитоподібної залози на фоні психо-вегетативних змін в зоні активних бойових дій». Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність «Акушерство та гінекологія»). Київ: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика; 2026.

Дисертаційна робота присвячена вирішенню актуального науково-практичного завдання сучасної гінекології та репродуктивної медицини - обґрунтуванню диференційованого підходу до вибору контрацептивної та репродуктивної стратегії у жінок репродуктивного віку з дисфункцією щитоподібної залози в умовах воєнно-асоційованого стресового навантаження.

Дисфункція щитоподібної залози у жінок репродуктивного віку має клінічне значення не лише як ендокринна патологія, оскільки може поєднуватися з порушеннями менструального циклу, змінами психоемоційного та психовегетативного стану, особливостями репродуктивного планування та потребою у тривалій контрацепції. В умовах активних бойових дій ця проблема набуває додаткової значущості через вплив хронічного стресу, зміну життєвих і репродуктивних планів, економічну нестабільність, вимушені переміщення та обмежену доступність планового медичного спостереження. У таких умовах клінічна доцільність контрацептивного методу визначається не лише його медичною прийнятністю, а й реальною можливістю тривалого та безперервного застосування.

Метою дисертаційного дослідження стало обґрунтування диференційованого підходу до вибору контрацептивної та репродуктивної стратегії у жінок репродуктивного віку з дисфункцією щитоподібної залози на фоні психовегетативних змін в умовах активних бойових дій з урахуванням

тиреоїдного статусу, менструальної функції, психоемоційного навантаження, репродуктивних планів, клінічної прийнятності методу та доступності подальшого медичного спостереження.

У роботі проаналізовано сучасні уявлення щодо взаємозв'язку тиреоїдної дисфункції, менструальної функції, психоемоційного навантаження та репродуктивного планування; охарактеризовано клініко-лабораторний і репродуктивний профіль жінок з різними варіантами тиреоїдної дисфункції; визначено частоту менструальних порушень, психоемоційного навантаження та потребу в контрацепції; оцінено 6- та 12-місячну клінічну прийнятність оборотних контрацептивних стратегій; проаналізовано результати планової двобічної сальпінгектомії як постійної контрацепції та лікувальної сальпінгектомії при трубній патології; простежено подальший репродуктивний маршрут жінок після хірургічного лікування та сформовано практичну модель диференційованого вибору репродуктивної стратегії.

Дослідження виконано у 2023–2026 роках на кафедрі акушерства і гінекології медичного факультету Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика та на клінічній базі КНП «Великоолександрівська лікарня». До дослідження включено 105 жінок репродуктивного віку з дисфункцією щитоподібної залози, які потребували вибору або корекції методу контрацепції. Протокол дослідження схвалено локальною комісією з питань етики НУОЗ України імені П. Л. Шупика (протокол № 10 від 30.11.2023). Усі учасниці надали письмову інформовану згоду.

За варіантом тиреоїдної дисфункції пацієнток розподілено на три клінічні групи: I група - 32 жінки з гіпотиреозом або субклінічним гіпотиреозом; II група - 28 жінок із гіпертиреозом, тиреотоксикозом в анамнезі або нестабільним тиреоїдним статусом; III група - 45 жінок з автоімунним тиреоїдитом та еутиреїдним або субклінічно зміненим тиреоїдним профілем. Формування

аналітичних груп за репродуктивною стратегією здійснювали відповідно до фактично обраного та реалізованого варіанта, без рандомізації.

Для оцінки клінічних результатів репродуктивних стратегій сформовано чотири аналітичні групи: 26 жінок застосовували комбіновану гормональну контрацепцію; 26 - прогестинові або внутрішньоматкові методи; 26 жінкам виконано планову двобічну сальпінгектомію з метою постійної контрацепції; 27 пацієнткам сальпінгектомію проведено за лікувальними показаннями у зв'язку з патологією маткових труб. Період клінічного спостереження за реалізованими стратегіями становив 12 місяців.

У результаті клініко-репродуктивного аналізу встановлено, що 53 із 105 жінок (50,5 %) мали одну або більше дітей, тоді як 52 (49,5 %) не мали дітей. Вагітність у найближчі 12 місяців планували лише 9 пацієток (8,6 %), тоді як 96 (91,4 %) її відтерміновували. Потребу в ефективній контрацепції мали 99 із 105 жінок (94,3 %). Статистично значущих відмінностей між клінічними тиреоїдними групами за наявністю дітей, плануванням вагітності та потребою в контрацепції не встановлено.

Серед 96 жінок, які не планували вагітність у найближчій перспективі, основними причинами її відтермінування були воєнна ситуація та загроза життю - 75,0 %, погіршення самопочуття на тлі стресу - 66,7 %, тривожність щодо майбутньої вагітності - 61,5 %, економічна нестабільність - 51,0 %, відсутність постійного партнера - 43,8 % та нестабільний доступ до медичної допомоги - 42,7 %. Отримані дані свідчать, що репродуктивне рішення в умовах війни формується під одночасним впливом медичних, безпекових, психологічних і соціальних чинників.

Менструальні порушення виявлено у 76 із 105 жінок (72,4 %). Нерегулярний менструальний цикл відзначали 56,2 % пацієток, затримки менструації понад 7 днів - 52,4 %, посилення передменструальних проявів - 60,0 %, дисменорею - 47,6 %, зміну обсягу менструальної крововтрати - 27,6 %. Помірне стресове

навантаження встановлено у 45 жінок (42,9 %), високе - у 48 (45,7 %). Оцінювання психоемоційного навантаження здійснювали за сукупністю клінічних ознак, без застосування валідованих психометричних шкал.

Лабораторне дослідження підтвердило функціональну неоднорідність клінічних тиреоїдних груп. Середній рівень тиреотропного гормону становив $5,9 \pm 2,8$ мкМО/мл у I групі, $0,21 \pm 0,31$ мкМО/мл - у II та $2,7 \pm 1,4$ мкМО/мл - у III; вільного трийодтироніну - відповідно $1,8 \pm 0,8$, $5,9 \pm 4,1$ та $4,1 \pm 0,9$ пг/мл. Середній об'єм щитоподібної залози становив $14,8 \pm 4,6$ мл, $21,7 \pm 8,9$ мл та $15,9 \pm 5,1$ мл відповідно. Ці дані використано для характеристики тиреоїдного фенотипу, але не як самостійну підставу для автоматичного призначення конкретного методу контрацепції.

У групі комбінованої гормональної контрацепції через 6 місяців первинно обраний метод продовжували 22 із 26 жінок (84,6 %), а через 12 місяців - 19 із 26 (73,1 %). У групі прогестинових/внутрішньоматкових методів відповідні показники становили 24 із 26 (92,3 %) та 23 із 26 (88,5 %). Різниця у 12-місячному продовженні методу становила 15,4 відсоткового пункту, однак статистично значущою не була ($p=0,291$). Отже, отримані результати не доводять переваги однієї оборотної стратегії над іншою.

Зміну методу зареєстровано у 4 із 26 жінок (15,4 %) групи комбінованої гормональної контрацепції та у 2 із 26 (7,7 %) групи прогестинових/внутрішньоматкових методів; повне припинення - відповідно у 3 (11,5 %) та 1 (3,8 %). Клінічно значущі небажані реакції виявлено у 6 (23,1 %) та 5 (19,2 %) пацієнток. Порушення режиму застосування спостерігали у 7 із 26 жінок (26,9 %) першої групи та у 2 із 26 (7,7 %) другої. Незважаючи на відсутність статистично значущої міжгрупової різниці, саме цей показник продемонстрував найбільшу абсолютну різницю між стратегіями і став підґрунтям для включення поведінкової здійсненності методу до персоналізованого алгоритму.

Через 12 місяців задоволеними обраним методом були 20 із 26 жінок (76,9 %) групи комбінованої гормональної контрацепції та 23 із 26 (88,5 %) групи прогестинових/внутрішньоматкових методів; потреба в позапланових консультаціях становила відповідно 19,2 % і 15,4 %. В обох групах спостерігалася сприятлива описова динаміка менструальної функції: зменшувалася частота нерегулярного циклу, дисменореї, виражених передменструальних проявів і змін менструальної крововтрати. Через відсутність індивідуальних парних переходів ці зміни інтерпретовано як описові, без приписування статистично доведеного лікувального ефекту конкретному методу.

У 26 жінок із завершеними репродуктивними планами виконано планову двобічну сальпінгектомію як метод постійної контрацепції. Середня тривалість операції становила $42,6 \pm 10,8$ хв, госпіталізації - $1,8 \pm 0,6$ доби. Інтраопераційних ускладнень не зареєстровано, раннє післяопераційне ускладнення виникло в 1 випадку (3,8 %). Через 12 місяців 24 із 26 пацієнток (92,3 %) залишалися задоволеними рішенням, а 2 (7,7 %) висловили сумніви або жаль. Це обґрунтовує необхідність особливо ретельного доопераційного консультування щодо незворотності методу та завершеності репродуктивних планів.

У групі лікувальної сальпінгектомії патологія маткових труб мала іншу клінічну мету і не розглядалася як контрацептивне втручання. Гідросальпінкс діагностовано у 22 із 27 жінок (81,5 %); однобічну сальпінгектомію виконано 9 пацієнткам (33,3 %), двобічну - 18 (66,7 %). Середня тривалість операції становила $48,9 \pm 13,4$ хв, госпіталізації - $2,1 \pm 0,7$ доби. Актуальні репродуктивні плани після хірургічного лікування мали 18 із 27 жінок (66,7 %); 14 із 18 (77,8 %) були направлені до програм допоміжних репродуктивних технологій, а 12 із 18 (66,7 %) фактично розпочали лікування.

Серед 12 жінок, які розпочали програму допоміжних репродуктивних технологій, клінічну вагітність зареєстровано у 7 (58,3 %), прогресуючу вагітність - у 6 (50,0 %). Ці результати характеризують подальшу реалізацію репродуктивних

планів на одну пацієнтку, яка розпочала програму, і не можуть трактуватися як доказ причинного впливу попередньої сальпінгектомії на настання вагітності через відсутність групи порівняння без хірургічного лікування.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у формуванні інтегрованої клінічної концепції диференційованого вибору репродуктивної стратегії у жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах активних бойових дій. Показано, що актуальна потреба в контрацепції визначається не лише ендокринним діагнозом, а сукупністю репродуктивних намірів, менструального фенотипу, стрес-асоційованих проявів, медичної прийнятності та реальної можливості дотримуватися обраного методу. Дістала подальшого розвитку концепція клінічної прийнятності контрацепції як багатовимірною результату, що включає продовження методу, переносимість, прихильність, динаміку менструальної функції, потребу в додаткових консультаціях та задоволеність.

Обґрунтовано методологічне розмежування планової двобічної сальпінгектомії з метою постійної контрацепції та лікувальної сальпінгектомії при патології маткових труб як клінічних стратегій із різними показаннями, цілями та кінцевими точками. Це дозволило уникнути некоректного порівняння незворотного контрацептивного рішення з лікуванням трубного фактора і подальшою реалізацією фертильності.

На підставі сукупності отриманих даних сформовано практичну модель диференційованого вибору: репродуктивний намір → медична прийнятність → актуальний тиреоїдний статус → менструальний фенотип → психоемоційне та психовегетативне навантаження → поведінкова здійсненність і доступність методу → індивідуальні переваги пацієнтки → контроль прийнятності через 6–12 місяців → корекція стратегії за потреби.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання запропонованої моделі акушерами-гінекологами, ендокринологами та лікарями загальної практики - сімейної медицини під час консультування жінок

із тиреоїдною патологією. Практичний алгоритм дає змогу структурувати клінічне рішення, уникати необґрунтованого ототожнення тиреоїдного діагнозу з контрацептивним протипоказанням, враховувати ризик порушення режиму застосування та своєчасно переглядати обрану стратегію залежно від зміни репродуктивних намірів і життєвих обставин.

Методологічні обмеження дослідження пов'язані з невеликою чисельністю окремих аналітичних груп, нерандомізованим формуванням груп за фактично реалізованою стратегією, гетерогенністю групи прогестинових/внутрішньоматкових методів, відсутністю валідованих психометричних шкал, відсутністю індивідуальних парних таблиць переходів для частини менструальних показників, а також відсутністю парного визначення антимюллерового гормону та кількості антральних фолікулів до і після сальпінгектомії. Результати програм допоміжних репродуктивних технологій оцінювали на рівні пацієнтки, яка розпочала лікування, без аналізу кількості циклів, перенесень ембріонів і живонароджень.

Таким чином, дисертаційне дослідження формує клінічно орієнтовану модель персоналізованого вибору контрацептивної та репродуктивної стратегії у жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах активних бойових дій. Запропонований підхід поєднує доказові критерії медичної безпеки з оцінкою репродуктивного наміру, менструального та психовегетативного фенотипу, прихильності, доступності методу та автономного вибору жінки.

Відомості щодо впровадження результатів дослідження у практику та освітній процес мають бути внесені до остаточної редакції анотації відповідно до фактичних актів впровадження.

Ключові слова: дисфункція щитоподібної залози, контрацепція, репродуктивні стратегії, військовий стрес, психовегетативні порушення, менструальний цикл, репродуктивні плани, прихильність, сальпінгектомія, гідросальпінкс, допоміжні репродуктивні технології, персоналізований підхід.

ANNOTATION

Sakaly L. I. “Differentiated Approach to Contraception in Women with Thyroid Dysfunction against the Background of Psychovegetative Changes in an Active Combat Zone.” Qualifying scientific work presented as a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 “Health Care”, specialty 222 “Medicine” (scientific specialty “Obstetrics and Gynecology”). Kyiv: Shupyk National Healthcare University of Ukraine; 2026.

The dissertation is devoted to solving a relevant scientific and practical problem in modern gynecology and reproductive medicine — the substantiation of a differentiated approach to the choice of contraceptive and reproductive strategies in women of reproductive age with thyroid dysfunction under conditions of war-related stress exposure.

Thyroid dysfunction in women of reproductive age is clinically important not only as an endocrine disorder, since it may be associated with menstrual cycle disturbances, changes in psycho-emotional and psychovegetative status, specific reproductive planning patterns, and the need for long-term contraception. Under conditions of active hostilities, the importance of this problem increases because of chronic stress, changes in life and reproductive plans, economic instability, forced displacement, and limited access to planned medical follow-up. In such circumstances, the clinical suitability of a contraceptive method is determined not only by its medical eligibility but also by the realistic possibility of its long-term and uninterrupted use.

The aim of the dissertation research was to substantiate a differentiated approach to the choice of contraceptive and reproductive strategies in women of reproductive age with thyroid dysfunction against the background of psychovegetative changes under active combat conditions, taking into account thyroid status, menstrual function, psycho-emotional burden, reproductive plans, clinical acceptability of the chosen strategy, and access to subsequent medical follow-up.

The study analyzed current concepts concerning the relationship between thyroid dysfunction, menstrual function, psycho-emotional burden, and reproductive planning; characterized the clinical, laboratory, and reproductive profile of women with different variants of thyroid dysfunction; determined the frequency of menstrual disorders, psycho-emotional burden, and the need for contraception; assessed the 6- and 12-month clinical acceptability of reversible contraceptive strategies; analyzed the outcomes of planned bilateral salpingectomy as permanent contraception and therapeutic salpingectomy for tubal pathology; followed the subsequent reproductive pathway after surgical treatment; and developed a practical model for differentiated selection of reproductive strategy.

The study was conducted in 2023–2026 at the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, and at the clinical base of the Municipal Non-Commercial Enterprise “Velykooleksandrivska Hospital”. A total of 105 women of reproductive age with thyroid dysfunction who required selection or correction of a contraceptive method were included. The study protocol was approved by the Local Ethics Committee of Shupyk National Healthcare University of Ukraine (Protocol No. 10 dated November 30, 2023). All participants provided written informed consent.

According to the variant of thyroid dysfunction, the patients were divided into three clinical groups: Group I included 32 women with hypothyroidism or subclinical hypothyroidism; Group II included 28 women with hyperthyroidism, a history of thyrotoxicosis, or unstable thyroid status; and Group III included 45 women with autoimmune thyroiditis and euthyroid or subclinically altered thyroid profile. Analytical groups according to reproductive strategy were formed on the basis of the actually selected and implemented strategy, without random allocation.

For assessment of the clinical outcomes of reproductive strategies, four analytical groups were formed: 26 women used combined hormonal contraception; 26 used progestogen-only or intrauterine methods; 26 underwent elective bilateral salpingectomy

for permanent contraception; and 27 underwent salpingectomy for therapeutic indications related to fallopian tube pathology. The follow-up period for the implemented strategies was 12 months.

Clinical and reproductive analysis showed that 53 of 105 women (50.5%) had one or more children, whereas 52 (49.5%) had no children. Only 9 patients (8.6%) planned pregnancy within the next 12 months, while 96 (91.4%) postponed pregnancy. A need for effective contraception was identified in 99 of 105 women (94.3%). No statistically significant differences were found between the clinical thyroid groups regarding parity, pregnancy planning, or need for contraception.

Among the 96 women who did not plan pregnancy in the near future, the main reasons for postponement were the war situation and threat to life (75.0%), deterioration of well-being under stress (66.7%), anxiety regarding a future pregnancy (61.5%), economic instability (51.0%), lack of a permanent partner (43.8%), and unstable access to medical care (42.7%). These findings indicate that reproductive decision-making during war is shaped by the simultaneous influence of medical, security-related, psychological, and social factors.

Menstrual disorders were identified in 76 of 105 women (72.4%). An irregular menstrual cycle was reported by 56.2% of patients, menstrual delays of more than 7 days by 52.4%, increased premenstrual manifestations by 60.0%, dysmenorrhea by 47.6%, and changes in menstrual blood-loss volume by 27.6%. Moderate stress burden was recorded in 45 women (42.9%) and high stress burden in 48 (45.7%). Psycho-emotional burden was assessed on the basis of a set of clinical signs, without validated psychometric scales.

Laboratory assessment confirmed functional heterogeneity of the clinical thyroid groups. Mean thyroid-stimulating hormone levels were 5.9 ± 2.8 μ IU/mL in Group I, 0.21 ± 0.31 μ IU/mL in Group II, and 2.7 ± 1.4 μ IU/mL in Group III; free triiodothyronine levels were 1.8 ± 0.8 , 5.9 ± 4.1 , and 4.1 ± 0.9 pg/mL, respectively. Mean thyroid volume was 14.8 ± 4.6 mL, 21.7 ± 8.9 mL, and 15.9 ± 5.1 mL, respectively. These data were used to

characterize the thyroid phenotype but not as an independent basis for automatically assigning a particular contraceptive method.

In the combined hormonal contraception group, 22 of 26 women (84.6%) continued the initially selected method at 6 months and 19 of 26 (73.1%) at 12 months. In the progestogen-only/intrauterine group, the corresponding rates were 24 of 26 (92.3%) and 23 of 26 (88.5%). The 12-month difference in continuation was 15.4 percentage points, but it was not statistically significant ($p=0.291$). Thus, the findings do not demonstrate superiority of one reversible strategy over the other.

Method change was recorded in 4 of 26 women (15.4%) in the combined hormonal contraception group and in 2 of 26 (7.7%) in the progestogen-only/intrauterine group; complete discontinuation occurred in 3 (11.5%) and 1 (3.8%) women, respectively. Clinically significant adverse reactions were reported in 6 (23.1%) and 5 (19.2%) patients. Regimen violations were recorded in 7 of 26 women (26.9%) in the first group and in 2 of 26 (7.7%) in the second. Although the between-group difference was not statistically significant, this variable showed the largest absolute difference and therefore supported inclusion of behavioral feasibility in the personalized decision-making algorithm.

At 12 months, 20 of 26 women (76.9%) in the combined hormonal contraception group and 23 of 26 (88.5%) in the progestogen-only/intrauterine group were satisfied with the selected method; unscheduled consultations were required by 19.2% and 15.4%, respectively. Both groups showed a favorable descriptive trend in menstrual function, including lower frequencies of irregular cycles, dysmenorrhea, pronounced premenstrual symptoms, and changes in menstrual blood loss. Because individual paired transition data were unavailable, these changes were interpreted descriptively, without attributing a statistically proven therapeutic effect to any particular method.

In 26 women with completed reproductive plans, elective bilateral salpingectomy was performed as permanent contraception. The mean operation duration was 42.6 ± 10.8 minutes and mean hospitalization was 1.8 ± 0.6 days. No intraoperative complications

were recorded; one early postoperative complication occurred (3.8%). At 12 months, 24 of 26 women (92.3%) remained satisfied with the decision, while 2 (7.7%) reported doubts or regret. These findings emphasize the need for thorough preoperative counseling regarding irreversibility and confirmation that reproductive plans are complete.

In the therapeutic salpingectomy group, fallopian tube pathology represented a different clinical indication and was not considered a contraceptive intervention. Hydrosalpinx was diagnosed in 22 of 27 women (81.5%); unilateral salpingectomy was performed in 9 patients (33.3%) and bilateral salpingectomy in 18 (66.7%). Mean operation duration was 48.9 ± 13.4 minutes and mean hospitalization was 2.1 ± 0.7 days. Current reproductive plans after surgical treatment were reported by 18 of 27 women (66.7%); 14 of 18 (77.8%) were referred to assisted reproductive technology programs, and 12 of 18 (66.7%) actually initiated treatment.

Among the 12 women who initiated assisted reproductive technology treatment, clinical pregnancy was documented in 7 (58.3%), and ongoing pregnancy in 6 (50.0%). These figures describe the subsequent reproductive pathway per patient who initiated treatment and cannot be interpreted as evidence of a causal effect of prior salpingectomy on pregnancy achievement because there was no comparison group without surgical treatment.

The scientific novelty of the findings lies in the development of an integrated clinical concept for differentiated selection of reproductive strategy in women with thyroid dysfunction under active combat conditions. It was shown that the current need for contraception is determined not only by the endocrine diagnosis but by the combination of reproductive intentions, menstrual phenotype, stress-associated manifestations, medical eligibility, and the real feasibility of adhering to the chosen method. The concept of clinical acceptability of contraception was further developed as a multidimensional outcome encompassing method continuation, tolerability, adherence, menstrual dynamics, need for additional consultations, and patient satisfaction.

The methodological necessity of distinguishing elective bilateral salpingectomy for permanent contraception from therapeutic salpingectomy for tubal pathology was substantiated, since these strategies have different indications, goals, and endpoints. This approach avoids inappropriate direct comparison between an irreversible contraceptive decision and treatment of tubal-factor pathology followed by attempts to achieve fertility.

Based on the totality of the findings, a practical differentiated selection model was developed: reproductive intention → medical eligibility → current thyroid status → menstrual phenotype → psycho-emotional and psychovegetative burden → behavioral feasibility and method accessibility → individual patient preference → assessment of acceptability at 6-12 months → modification of the strategy when needed.

The practical significance of the study lies in the possibility of using the proposed model by obstetrician-gynecologists, endocrinologists, and general practitioners/family physicians when counseling women with thyroid disorders. The algorithm structures clinical decision-making, helps avoid unjustified identification of thyroid diagnosis with contraceptive contraindication, allows consideration of the risk of regimen non-adherence, and supports timely revision of the selected strategy when reproductive intentions or life circumstances change.

The methodological limitations of the study include the small size of individual analytical groups, non-randomized formation of groups according to the actually implemented strategy, heterogeneity of the progestogen-only/intrauterine group, absence of validated psychometric scales, lack of individual paired transition tables for part of the menstrual outcomes, and absence of paired assessment of anti-Müllerian hormone and antral follicle count before and after salpingectomy. Assisted reproductive technology outcomes were evaluated per patient who initiated treatment, without analysis of the number of cycles, embryo transfers, or live births.

Thus, the dissertation develops a clinically oriented model of personalized selection of contraceptive and reproductive strategies in women with thyroid

dysfunction under active combat conditions. The proposed approach combines evidence-based medical safety criteria with assessment of reproductive intention, menstrual and psychovegetative phenotype, adherence, accessibility of the method, and autonomous patient choice.

Information on implementation of the study results in clinical practice and in the educational process should be added to the final version of the annotation in accordance with the actual implementation certificates.

Keywords: thyroid dysfunction, contraception, reproductive strategies, war-related stress, psychovegetative disorders, menstrual cycle, reproductive plans, adherence, salpingectomy, hydrosalpinx, assisted reproductive technologies, personalized approach.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Сакали Л. І. Клініко-репродуктивні особливості жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах активних бойових дій як підґрунтя для індивідуалізованого вибору контрацепції. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т. 6, № 2. С. 67–75. DOI: 10.52705/2788-6190-2026-02-9. Фахове видання України категорії «Б».

URL: <https://doi.org/10.52705/2788-6190-2026-02-9>

(Здобувачем самостійно проведено формування клінічної вибірки, клініко-анамнестичне обстеження пацієнток, аналіз репродуктивних планів, причин відтермінування вагітності, менструальної функції та стресового навантаження, статистичну обробку й інтерпретацію отриманих даних, написання та підготовку статті до друку.)

2. Вітюк А. Д., Горбунова О. В., Сакали Л. І. Клініко-репродуктивні детермінанти вибору контрацепції в жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах хронічного воєнного стресу: обґрунтування персоналізованого алгоритму. Ukrainian Journal Health of Woman. 2026. № 3(184). С. 5–13. DOI: 10.15574/HW.2026.3(184).513. Видання Scopus.

URL: [https://doi.org/10.15574/HW.2026.3\(184\).513](https://doi.org/10.15574/HW.2026.3(184).513)

(Здобувачем проведено збір і систематизацію клінічного матеріалу, аналіз репродуктивних планів, менструальної функції, психоемоційного навантаження та контрацептивного анамнезу, участь у статистичному опрацюванні й інтерпретації результатів, обґрунтуванні персоналізованого алгоритму та підготовці статті до друку.)

3. Вітюк А. Д., Сакали Л. І. Диференційований вибір оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій у жінок із дисфункцією щитоподібної залози: клінічне обґрунтування та результати персоналізованого підходу. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т.

6, № 3. С. 92–110. DOI: 10.52705/2788-6190-2026-03-10. Фахове видання України категорії «Б».

URL: <https://doi.org/10.52705/2788-6190-2026-03-10>

(Здобувачем проведено збір і систематизацію клінічних даних щодо реалізованих оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій, оцінку прихильності, переносимості та динаміки менструальної функції, аналіз безпосередніх результатів сальпінгектомії й подальшої реалізації репродуктивних планів, участь у статистичному опрацюванні, інтерпретації результатів, написанні та підготовці статті до друку.)

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	19
ВСТУП	22
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО КОНТРАЦЕПЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ФОНІ ПСИХОВЕГЕТАТИВНИХ ЗМІН В УМОВАХ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ (огляд літератури)	30
1.1. Воєнні обставини, доступність контрацепції та український контекст	30
1.2. Тиреоїдна дисфункція: від діагнозу до клінічно значущого фенотипу	34
1.3. Психовегетативні прояви та межі їхньої інтерпретації	37
1.4. Менструальна функція як перетин ендокринних і стресових механізмів	40
1.5. Медична прийнятність та практичні властивості контрацептивних методів	44
1.6. Українські дані щодо контрацептивної поведінки й значення консультування	48
1.7. Постійна контрацепція та хірургія трубної патології: різні клінічні цілі	51
1.8. Доказові прогалини й обґрунтування дослідження	54
Висновки до розділу 1	56
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	60
2.1. Загальна характеристика дизайну дослідження	60
2.2. Клінічна база, джерела клінічного матеріалу та етапи виконання дослідження	61
2.3. Характеристика обстеженого контингенту та формування клінічних груп	62
2.4. Критерії включення, виключення та припинення участі	64
2.5. Клініко-анамнестичні методи дослідження	64
2.6. Оцінювання менструальної функції	65
2.7. Оцінювання функціонального стану щитоподібної залози	66
2.8. Оцінювання психоемоційного та психовегетативного стану	67
2.9. Методика персоналізованого контрацептивного консультування	67
2.10. Оборотні контрацептивні стратегії та динамічне спостереження	69
2.11. Хірургічні репродуктивні стратегії	69
2.12. Кінцеві точки та критерії оцінювання	70
2.13. Формування бази даних та контроль якості інформації	70
2.14. Етичні аспекти дослідження	71
2.15. Методи статистичної обробки результатів	72
2.16. Методологічна логіка персоналізованого алгоритму	74

2.17. Методологічні обмеження, враховані під час інтерпретації	74
Висновок до розділу 2	75
РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ТА РЕПРОДУКТИВНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В УМОВАХ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ	77
3.1. Загальна характеристика когорти та структура тиреоїдної патології	77
3.2. Функціональний та імунологічний стан щитоподібної залози	79
3.3. Ультразвукова характеристика щитоподібної залози	81
3.4. Репродуктивний статус та актуальна потреба в контрацепції	82
3.5. Структура причин відтермінування вагітності	83
3.6. Менструальна функція та її клінічні варіанти	85
3.7. Психоемоційне та психовегетативне навантаження	86
3.8. Інтегральний клініко-репродуктивний фенотип та передумови диференційованого вибору контрацепції	88
Висновки до розділу 3	89
РОЗДІЛ 4. КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ВИБОРУ ОБОРОТНИХ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	92
4.1. Формування груп відповідно до реалізованої оборотної контрацептивної стратегії	92
4.2. Клінічна логіка диференційованого вибору оборотної контрацепції	93
4.3. Продовження первинно обраного методу та загальна клінічна прийнятність	94
4.4. Зміна і припинення методу та порушення режиму застосування	96
4.5. Переносимість контрацепції та клінічно значущі небажані реакції	97
4.6. Динаміка менструальної функції протягом 12 місяців	97
4.7. Потреба у позапланових консультаціях та задоволеність методом	99
4.8. Інтегральна оцінка клінічної прийнятності оборотних стратегій	100
4.9. Значення отриманих результатів для персоналізованого алгоритму вибору контрацепції	101
Висновки до розділу 4	102
РОЗДІЛ 5. ХІРУРГІЧНІ РЕПРОДУКТИВНІ СТРАТЕГІЇ У ЖІНОК ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ: ПОСТІЙНА КОНТРАЦЕПЦІЯ, ЛІКУВАННЯ ТРУБНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ПЛАНІВ	104
5.1. Клінічна логіка вибору хірургічної репродуктивної стратегії	105
5.2. Постійна контрацепція шляхом планової двобічної сальпінгектомії	105
5.3. Безпосередні результати хірургічних втручань у III та IV групах	107
5.4. Структура патології маткових труб та обсяг лікувального втручання у IV групі	110
5.5. Гідросальпінкс у контексті підготовки до допоміжних репродуктивних технологій	111

5.6. Реалізація репродуктивних планів після лікування трубної патології	111
5.7. Оваріальний резерв після сальпінгектомії: межі власних даних і літературний контекст	112
5.8. Співвідношення власних результатів із сучасними літературними даними	113
5.9. Інтегральне розмежування двох хірургічних репродуктивних траєкторій	114
5.10. Практичне значення результатів для персоналізованого репродуктивного алгоритму	114
5.11. Методологічні межі інтерпретації результатів	115
Висновки до розділу 5	116
РОЗДІЛ 6. ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОБҐРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ВИБОРУ РЕПРОДУКТИВНОЇ СТРАТЕГІЇ У ЖІНОК ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	119
6.1. Клініко-репродуктивний фенотип жінок із тиреоїдною дисфункцією в умовах активних бойових дій	120
6.2. Тиреоїдний статус як модифікатор медичної прийнятності, а не детермінанта методу	121
6.3. Менструальний фенотип у структурі клінічної прийнятності	122
6.4. Воєнно-асоційоване психовегетативне навантаження та практична здійсненність контрацепції	124
6.5. Оборотні контрацептивні стратегії: що означають 12-місячні результати	125
6.6. Постійна контрацепція: автономність рішення та значення подальшого жалю	126
6.7. Лікувальна сальпінгектомія при трубній патології: інший клінічний сенс тієї самої операції	127
6.8. Оваріальний резерв після сальпінгектомії: що дозволяють і чого не дозволяють власні дані	128
6.9. Інтегральна модель диференційованого вибору репродуктивної стратегії	129
6.10. Науково-практичне значення отриманих результатів	130
6.11. Методологічні обмеження та напрями подальших досліджень	132
Висновки до розділу 6	132
ВИСНОВКИ	135
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	137
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	139

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists - Американський коледж акушерів і гінекологів

AFC - antral follicle count - кількість антральних фолікулів

AMH - anti-Müllerian hormone - антимюллерів гормон

ASRM - American Society for Reproductive Medicine - Американське товариство репродуктивної медицини

CDC - Centers for Disease Control and Prevention - Центри контролю та профілактики захворювань США

CHOICE - Contraceptive CHOICE Project - проспективне дослідження вибору та продовження контрацептивних методів

DASS-21 - Depression Anxiety Stress Scales-21 - шкали депресії, тривоги та стресу, 21 пункт

ECLIA - electrochemiluminescence immunoassay - електрохемілюмінесцентний імуноаналіз

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics - Міжнародна федерація гінекології та акушерства

FSRH - Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare - Факультет сексуального та репродуктивного здоров'я Королівського коледжу акушерів і гінекологів Великої Британії

fT3 - free triiodothyronine - вільний трийодтиронін

fT4 - free thyroxine - вільний тироксин

GAD-7 - Generalized Anxiety Disorder-7 - шкала генералізованого тривожного розладу, 7 пунктів

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale - госпітальна шкала тривоги і депресії

ICSI - intracytoplasmic sperm injection - інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїда

IVF - in vitro fertilization - запліднення in vitro / екстракорпоральне запліднення

LNG-IUS - levonorgestrel-releasing intrauterine system - левоноргестрел-вивільнювальна внутрішньоматкова система

MEC - Medical Eligibility Criteria - критерії медичної прийнятності контрацепції

MISP - Minimum Initial Service Package - мінімальний початковий пакет послуг у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я

NICE - National Institute for Health and Care Excellence - Національний інститут здоров'я і досконалості медичної допомоги Великої Британії

PALM–COEIN - класифікаційна система FIGO для причин аномальних маткових кровотеч

PCCC - Person-Centered Contraceptive Counseling - шкала пацієнт-орієнтованого контрацептивного консультування

PSS-10 - Perceived Stress Scale-10 - шкала сприйнятого стресу, 10 пунктів

RR - relative risk - відношення ризиків / частот

TRAb - thyrotropin receptor antibodies - антитіла до рецептора тиреотропного гормону

WHO - World Health Organization - Всесвітня організація охорони здоров'я

AIT - автоімунний тиреоїдит

АМГ - антимюллерів гормон

АТПО - антитіла до тиреоїдної пероксидази

АТТГ - антитіла до тиреоглобуліну

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ДГЕА-С - дегідроепіандростерон-сульфат

ДРТ - допоміжні репродуктивні технології

ЕКЗ - екстракорпоральне запліднення

КНП - комунальне некомерційне підприємство

КОК - комбіновані оральні контрацептиви

ЛНГ - левоноргестрел

МОЗ - Міністерство охорони здоров'я України

НУОЗ - Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

ТТГ - тиреотропний гормон

УЗД - ультразвукове дослідження

ЩЗ - щитоподібна залоза

$M \pm SD$ - середнє арифметичне $\pm$ стандартне відхилення

n - кількість спостережень

p - досягнутий рівень статистичної значущості

χ^2 - критерій χ^2 -квадрат Пірсона

ВСТУП

Актуальність теми.

Дисфункція щитоподібної залози є поширеним ендокринним станом у жінок репродуктивного віку та може поєднуватися зі змінами менструальної функції, овуляторних процесів, загального самопочуття й репродуктивного планування. Водночас наявність тиреоїдного діагнозу сама по собі не визначає контрацептивної тактики. Сучасна клінічна модель потребує оцінювання фактичного функціонального стану щитоподібної залози, супутніх факторів ризику, менструального фенотипу, репродуктивних намірів і можливості тривалого застосування обраного методу [3, 5, 6, 7, 9, 10].

Міжнародні критерії медичної прийнятності контрацепції свідчать, що гіпотиреоз, гіпертиреоз і більшість стабільних тиреоїдних станів не належать до самостійних абсолютних протипоказань до основних гормональних або внутрішньоматкових методів. Отже, клінічна проблема полягає не у формальному співвіднесенні певного тиреоїдного діагнозу з окремим контрацептивом, а у виборі медично прийнятної та практично здійсненої стратегії для конкретної жінки [3, 5, 10].

Особливої актуальності це набуває в умовах тривалого воєнно-асоційованого стресового навантаження. Загроза життю, порушення сну, вимушені переміщення, економічна нестабільність, невизначеність майбутнього й обмежений доступ до планової медичної допомоги можуть змінювати репродуктивні наміри, погіршувати суб'єктивне самопочуття та ускладнювати безперервне використання методів, що залежать від щоденного режиму або повторного отримання препарату [1, 2, 11, 13, 14]. Воєнний стрес не є окремим медичним протипоказанням до контрацепції, але істотно модифікує умови її реалізації.

У цих обставинах зростає значення пацієнт-орієнтованого контрацептивного консультування. Для жінки важливими стають не лише теоретична ефективність і

безпека методу, а й передбачуваність менструального профілю, прийнятність можливих небажаних реакцій, готовність до щоденного застосування, доступність препарату або процедури та можливість подальшого медичного контролю. Саме тому поняття клінічної прийнятності доцільно розглядати багатовимірно — через продовження методу, прихильність, переносимість, менструальну динаміку, потребу в додаткових зверненнях і суб'єктивну задоволеність.

Додатковий вимір проблеми пов'язаний із репродуктивною автономією. Відтермінування вагітності в умовах війни не є тотожним завершенню репродуктивних планів. Для частини жінок оптимальною залишається оборотна контрацепція, тоді як постійна контрацепція може розглядатися лише за сформованого і поінформованого рішення щодо незворотності. Окремою клінічною ситуацією є патологія маткових труб, за якої сальпінгектомія виконується з лікувальною метою і може бути етапом подальшого маршруту до допоміжних репродуктивних технологій. Об'єднання цих різних за метою втручань в одну категорію хірургічної контрацепції методологічно некоректне.

В Україні нормативні передумови для доказового планування сім'ї сформовані сучасним Стандартом медичної допомоги «Планування сім'ї», клінічною настановою, заснованою на доказах, а також актуальними міжнародними критеріями медичної прийнятності [3–5]. Разом із тим практичний механізм інтеграції тиреоїдного статусу, менструального фенотипу, психоемоційного навантаження, репродуктивних намірів і реальної доступності контрацепції в єдину послідовність клінічного рішення залишається недостатньо опрацьованим саме для жінок, які живуть в умовах тривалої воєнної нестабільності.

Таким чином, актуальність дослідження визначається необхідністю обґрунтувати диференційований підхід, у якому тиреоїдна дисфункція не підміняє репродуктивного вибору, а враховується як один із компонентів медичної оцінки поряд із менструальною функцією, психовегетативним навантаженням,

репродуктивною метою, поведінковою здійсненністю методу та доступністю подальшого спостереження. Така модель має забезпечити не пошук «універсально найкращого» методу, а відповідність репродуктивної стратегії клінічному профілю й життєвим обставинам конкретної жінки.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження Сакали Л.І. є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології НУОЗ України імені П. Л. Шупика «Актуальні аспекти охорони репродуктивного здоров'я жінок, прегравідарної підготовки та пренатальної діагностики в сучасних умовах», № державної реєстрації 0117U006095, термін виконання 2017–2027 роки.

Мета дослідження.

Обґрунтувати диференційований підхід до вибору контрацептивної та репродуктивної стратегії у жінок репродуктивного віку з дисфункцією щитоподібної залози в умовах воєнно-асоційованого стресового навантаження з урахуванням тиреоїдного статусу, менструальної функції, репродуктивних намірів, психоемоційних і психовегетативних проявів, клінічної прийнятності та доступності подальшого медичного спостереження.

Завдання дослідження.

1. Проаналізувати сучасні дані щодо взаємозв'язку тиреоїдної дисфункції, менструальної функції, психоемоційного навантаження та репродуктивного планування у жінок репродуктивного віку, а також сучасні міжнародні й національні критерії медичної прийнятності контрацепції.

2. Визначити клініко-лабораторні особливості жінок із різними варіантами дисфункції щитоподібної залози та охарактеризувати їх репродуктивний статус, менструальну функцію, психоемоційне і психовегетативне навантаження в умовах активних бойових дій.

3. Оцінити репродуктивні наміри, потребу в ефективній контрацепції та провідні причини відтермінування вагітності у досліджуваної когорти.

4. Оцінити 6- та 12-місячну клінічну прийнятність оборотних контрацептивних стратегій за показниками продовження методу, дотримання режиму, переносимості, динаміки менструальної функції, потреби в позапланових консультаціях та задоволеності.

5. Проаналізувати результати хірургічних репродуктивних стратегій, окремо розмежувавши планову двобічну сальпінгектомію з метою постійної контрацепції та сальпінгектомію з лікувальною метою при патології маткових труб.

6. Оцінити подальшу реалізацію репродуктивних планів у жінок після хірургічного лікування трубної патології, включно з маршрутизацією до програм допоміжних репродуктивних технологій та фіксацією клінічної і прогресуючої вагітності.

7. На підставі інтегрального аналізу отриманих результатів обґрунтувати практичну модель диференційованого вибору контрацептивної та репродуктивної стратегії у жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах воєнно-асоційованого стресового навантаження.

Об'єкт дослідження: Репродуктивне здоров'я жінок репродуктивного віку з дисфункцією щитоподібної залози в умовах воєнно-асоційованого стресового навантаження та процес вибору і реалізації контрацептивної або репродуктивної стратегії.

Предмет дослідження: Клініко-лабораторні характеристики тиреоїдного статусу; репродуктивні наміри; менструальна функція; психоемоційні та психовегетативні прояви; клінічна прийнятність і прихильність до оборотних методів контрацепції; переносимість і задоволеність; результати постійної контрацепції; структура трубної патології; безпосередні результати сальпінгектомії та подальша реалізація репродуктивних планів.

Методи дослідження: бібліосемантичний; клініко-анамнестичний; лабораторний; інструментальний; клініко-динамічний; математично-статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів.

У роботі поглиблено наукове обґрунтування диференційованого вибору контрацептивної та репродуктивної стратегії у жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах воєнно-асоційованого стресового навантаження. На відміну від нозологічно орієнтованого підходу, тиреоїдний статус розглянуто як один із компонентів комплексного клінічного рішення поряд із репродуктивним наміром, менструальним фенотипом, психоемоційними і психовегетативними проявами, поведінковою здійсненністю методу та доступністю медичного спостереження.

Уточнено клініко-репродуктивний профіль жінок із різними варіантами тиреоїдної дисфункції в умовах активних бойових дій та показано, що висока потреба в ефективній контрацепції не визначається напрямком тиреоїдної дисфункції, а формується передусім репродуктивними намірами й життєвим контекстом.

Дістало подальшого розвитку уявлення про клінічну прийнятність оборотної контрацепції як багатовимірний результат. Поряд із продовженням методу враховано порушення режиму, переносимість, динаміку менструальної функції, потребу в позаплановому медичному контакті та суб'єктивну задоволеність. Окремо показано значення поведінкової залежності методу в умовах нестабільного доступу до медичної допомоги.

Науково обґрунтовано необхідність чіткого розмежування двобічної сальпінгектомії як усвідомленого методу постійної контрацепції та сальпінгектомії з лікувальною метою при патології маткових труб як двох різних репродуктивних траєкторій із неоднаковими показаннями, цілями та кінцевими точками.

На підставі інтегрального аналізу запропоновано практичну модель диференційованого вибору репродуктивної стратегії, що послідовно поєднує визначення репродуктивної мети, оцінювання медичної прийнятності й тиреоїдного статусу, характеристику менструального фенотипу, поведінкової здійсненності та доступності методу, автономний вибір пацієнтки й динамічний контроль результатів.

Практичне значення одержаних результатів.

Запропоновано послідовний алгоритм контрацептивного та репродуктивного консультування жінок із дисфункцією щитоподібної залози. Він передбачає первинне визначення репродуктивної мети, оцінювання медичної прийнятності та актуального тиреоїдного статусу, характеристику менструальної функції й психовегетативних проявів, оцінювання готовності до щоденного режиму та доступності методу, спільне прийняття рішення та подальший контроль клінічної прийнятності.

Практичні положення можуть використовуватися акушерами-гінекологами, лікарями загальної практики - сімейної медицини та ендокринологами під час консультування жінок репродуктивного віку з тиреоїдною патологією, при формуванні локальних клінічних маршрутів, а також у навчальному процесі та подальших клінічних дослідженнях.

Теоретичне значення одержаних результатів.

Результати дослідження доповнюють сучасне уявлення про контрацептивне та репродуктивне консультування жінок із тиреоїдною дисфункцією як про інтегроване клінічне рішення. Обґрунтовано доцільність відмови від спрощеної моделі «тиреоїдний діагноз - конкретний метод» на користь поєднання ендокринного, репродуктивного, менструального, поведінкового та контекстуального компонентів. Теоретично важливим є також розмежування медичної прийнятності методу і його реальної клінічної прийнятності в процесі тривалого використання.

Особистий внесок здобувача.

Здобувачем проведено інформаційно-аналітичний пошук за темою дисертації, систематизовано сучасні дані щодо тиреоїдної дисфункції, репродуктивного здоров'я, контрацепції та воєнно-асоційованого стресового навантаження. Спільно з науковим керівником сформульовано концепцію, мету й завдання дослідження. Здобувач брала участь у формуванні клінічної вибірки, зборі клініко-анамнестичних даних, оцінюванні репродуктивних намірів і менструальної функції, організації лабораторного та інструментального обстеження, динамічному спостереженні за пацієнтками й систематизації отриманих результатів.

Здобувачем сформовано робочу базу даних, проведено аналіз результатів оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій, виконано статистичне опрацювання та інтерпретацію показників, сформульовано основні наукові положення, висновки і практичні рекомендації. Текст дисертації підготовлено здобувачем. У працях, опублікованих у співавторстві, особистий внесок здобувача полягає у клінічному й аналітичному опрацюванні матеріалу, інтерпретації результатів та підготовці відповідних фрагментів публікацій.

Апробація результатів дисертації.

Основні положення роботи доповідалися і обговорювалися на наукових конференціях Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (Київ, 2023–2026 роки), на засіданнях Асоціації акушерів-гінекологів м. Києва та Київської області (Київ, 2023–2026 роки). Пленуму ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України» та Науково-практична конференція з міжнародною участю «Акушерство, гінекологія, репродуктологія: сьогодення та перспективи» (3–4 жовтня 2024 р., Ужгород), майстер-класі «Школа лікування запальних захворювань органів малого таза» (5–6 грудня 2023 року, м. Дніпро).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 3 наукових праці, з них 1 статті у журналах, індексованих у базі даних SCOPUS, 2 статті у наукових фахових виданнях України категорії Б, 1 стаття одноосібна.

Обсяг та структура дисертації.

Дисертація викладена на 165 сторінках друкованого тексту, з них 117 сторінок основного тексту, і складається з анотацій українською та англійською мовами, переліку умовних позначень і скорочень, вступу, систематизованого огляду сучасних уявлень про диференційований підхід до контрацепції у жінок із дисфункцією щитоподібної залози на фоні психовегетативних змін в умовах активних бойових дій, розділу матеріалів і методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, розділу обговорення та узагальнення отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел і додатків. Список використаної літератури налічує 135 джерел, з них 37 — кирилицею та 98 — латиною. Робота ілюстрована 12 таблицями та 16 рисунками.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО КОНТРАЦЕПЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ФОНІ ПСИХОВЕГЕТАТИВНИХ ЗМІН В УМОВАХ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Воєнні обставини, доступність контрацепції та український контекст

Репродуктивне планування в умовах війни виходить за межі суто медичного завдання запобігання небажаних вагітностей. Воно передбачає збереження здатності жінки приймати та реалізовувати власні репродуктивні рішення за умов, коли безпека, місце проживання, доступ до лікаря, лабораторної діагностики та лікарських засобів можуть змінюватися протягом короткого часу. Саме тому при аналізі літератури принципово важливо розмежовувати різні типи воєнної експозиції: проживання в Україні під час воєнного стану, безпосереднє перебування в районі активних бойових дій, військову службу, вимушене переміщення та перебування за кордоном. Ці групи відрізняються характером стресорів, доступом до медичної допомоги, соціальним контекстом і репродуктивними намірами, а тому їх механічне об'єднання створює ризик некоректних узагальнень [55, 82, 88, 93, 137, 147].

З позиції репродуктивної медицини воєнне середовище доцільно розглядати як комплекс зовнішніх модифікаторів, які можуть одночасно змінювати репродуктивні наміри, доступність засобів контрацепції та можливість контролювати супутні захворювання. У цьому сенсі структурні бар'єри системи охорони здоров'я та індивідуальна поведінка пацієнтки мають бути розмежовані. Відсутність препарату в конкретному населеному пункті, переривання транспортного сполучення або закриття закладу є системними факторами, тоді як пропуск таблетки чи відмова від методу можуть мати зовсім іншу мотивацію. Таке розмежування необхідне для коректного аналізу прихильності та не дозволяє

помилково трактувати вимушену перерву як свідому відмову від контрацепції [55, 93, 137, 147].

У міжнародній гуманітарній практиці сексуальне та репродуктивне здоров'я розглядається як невід'ємна складова медичної допомоги під час криз. Відповідні підходи наголошують на безперервності доступу до контрацепції, профілактиці небажаної вагітності, захисті від сексуального насильства та підтриманні можливості отримувати допомогу незалежно від переміщення. Для дисертаційної теми це важливо не як прямий доказ переваги певного методу, а як обґрунтування того, що доступність та безперервність спостереження мають бути включені до клінічної моделі вибору поряд із медичними критеріями [82, 141–145].

Порівняння українських публікацій різних років вимагає врахування часової неоднорідності. Дані періоду АТО/ООС відображають тривалу регіональну фазу війни з іншим масштабом переміщення населення та іншою конфігурацією медичної інфраструктури, тоді як роботи 2024–2026 років формувалися вже в умовах повномасштабної війни. Тому різницю у відсотках використання контрацепції або частоті скарг не слід інтерпретувати як часовий тренд без повторного дослідження однієї й тієї самої або методологічно порівнюваної популяції [7, 24, 39, 41, 57, 126, 131].

Практичний зміст воєнного контексту полягає також у тому, що пацієнтка може отримувати консультації в різних закладах або різних регіонах. За таких умов особливого значення набуває документування вихідного стану, обраного методу, дати його початку, очікуваних змін кровотечі та плану наступного контролю. Належна медична документація зменшує ризик дублювання обстежень і дозволяє новому лікарю відрізнити очікувану реакцію на контрацепцію від нового клінічного симптому. Це особливо важливо для жінок, яким паралельно необхідний контроль тиреоїдної терапії [26, 33, 63, 106, 148].

Українські дані підтверджують, що війна модифікує не лише психоемоційний стан, а й умови, у яких жінка реалізує репродуктивний вибір. У

дослідженні О. V. Burlaka та V. O. Vahnier, проведеному серед військовослужбовиць у зоні ООС у 2018–2019 роках, частота використання контрацепції відрізнялася від цивільної групи. Однак ці результати характеризують конкретну популяцію та період до повномасштабного вторгнення й не можуть розглядатися як сучасна загальноукраїнська поширеність контрацептивних практик [57]. Більш пізні українські роботи, присвячені військовослужбовицям, також демонструють залежність контрацептивної поведінки від умов служби, тривалості перебування в зоні бойових дій, поінформованості та особистого сприйняття гормональних методів [24, 41]. Водночас відмінності між групами в таких опитуваннях не доводять причинного впливу тривалості служби, оскільки вибірки можуть різнитися за віком, сімейним станом, сексуальною активністю, репродуктивними планами та іншими змішувальними чинниками.

Окремого значення набувають українські праці, у яких війна розглядається крізь призму психоемоційних і менструальних змін. Вони підтверджують наявність клінічно значущих скарг і порушень у частини жінок, які зазнали бойового стресу, однак різняться дизайном, віком учасниць, способом залучення та методами оцінювання [7, 16, 17, 20, 32, 36, 39, 96, 126, 131]. Отже, результати онлайн-опитувань, ретроспективних медичних записів і клінічних досліджень не слід трактувати як взаємозамінні. Онлайн-формат розширює доступ до віддалених або небезпечних територій, але підвищує ризик селекції; ретроспективні матеріали відображають лише тих пацієнток, які змогли звернутися по допомогу; клінічні вибірки, сформовані за наявністю скарг, не характеризують популяційну поширеність симптомів.

Це методологічне застереження безпосередньо стосується теми контрацепції. Відсутність використання певного методу не завжди означає незадоволену потребу: вона може бути наслідком відсутності статевих контактів, планування вагітності, особистого вибору бар'єрного методу чи тимчасової зміни

життєвих обставин. Тому при оцінюванні контрацептивної поведінки необхідно одночасно враховувати сексуальну активність, репродуктивні наміри, спосіб запобігання вагітності, досвід побічних реакцій, доступність препарату та можливість повторного звернення [22, 24, 26, 33, 57, 117].

Не менш важливим є структурний компонент доступності допомоги. Огляди сексуального та репродуктивного здоров'я в Україні в умовах війни описують логістичні, фінансові та кадрові обмеження, які можуть переривати безперервність спостереження [55, 88, 93, 108, 137, 147]. Національні документи з планування сім'ї визначають сучасну нормативну основу консультування та медичної допомоги, проте не усувають необхідності індивідуально оцінювати безпекові, соціальні й поведінкові обставини конкретної пацієнтки [26, 33].

Для жінок із дисфункцією щитоподібної залози проблема безперервності допомоги має додатковий вимір. Контроль тиреоїдного статусу, корекція замісної або тиреостатичної терапії, оцінювання менструальної функції та вибір контрацепції можуть потребувати узгодженої роботи акушера-гінеколога й ендокринолога. За порушення такого маршруту зростає ризик того, що неспецифічні симптоми — втомлюваність, серцебиття, порушення сну, тривожність або зміни менструального циклу — будуть помилково приписані лише контрацептиву, лише тиреоїдній патології або лише стресу [56, 58, 84, 106, 115, 118, 135].

Таким чином, український воєнний контекст доцільно розглядати не як самостійну медичну протипоказаність до певного способу контрацепції, а як сукупність умов, що змінюють практичну здійсненність методу, доступність подальшого спостереження та репродуктивні пріоритети. Це положення формує логічний перехід до оцінки тиреоїдної дисфункції як клінічного модифікатора, а не автоматичного детермінанта контрацептивного вибору.

Важливим клінічним наслідком воєнної нестабільності є зміна горизонту планування. У мирних умовах жінка може обирати метод, орієнтуючись на

прогнозований інтервал до наступної вагітності, тоді як під час активних бойових дій цей інтервал часто стає невизначеним. Така невизначеність підсилює значення оборотності методу та можливості швидко змінити стратегію без втрати контрацептивного захисту. Водночас вона не означає автоматичної переваги короткотривалих або довготривалих методів, оскільки остаточний вибір залежить від індивідуального репродуктивного плану, доступності допомоги та очікувань жінки [22, 24, 26, 33, 141–145].

У контексті дисертаційної теми поняття «зона активних бойових дій» має не лише географічне, а й методологічне значення. Для інтерпретації клінічних результатів важливо знати тривалість перебування пацієнтки в такій зоні, характер її переміщень і часовий зв'язок між воєнною експозицією, зміною самопочуття та вибором контрацепції. Без цієї інформації складно відрізнити стійкі клінічні характеристики від тимчасових реакцій на зміну середовища, а також уникнути надмірного узагальнення результатів на жінок з іншою інтенсивністю воєнного впливу [8, 39, 55, 147].

1.2. Тиреоїдна дисфункція: від діагнозу до клінічно значущого фенотипу

Тиреоїдні гормони беруть участь у регуляції метаболізму статевих стероїдів, функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, фолікулогенезі та процесах, пов'язаних із фертильністю [56, 128]. Разом із тим біологічна правдоподібність цих механізмів не означає, що будь-яка менструальна або психовегетативна скарга у жінки з тиреоїдним діагнозом спричинена саме ним. Для клінічного аналізу необхідно розмежовувати етіологію захворювання, фактичний функціональний стан щитоподібної залози, ступінь компенсації на лікуванні та супутні симптоми.

У клінічному сенсі поняття «дисфункція щитоподібної залози» охоплює неоднорідну групу станів, тому його використання без уточнення функціонального фенотипу може призводити до втрати важливої інформації. Для репродуктивного консультування істотними є не лише діагностична назва, а й

рівень ТТГ, вільного тироксину, стабільність показників у динаміці, тривалість лікування та наявність клінічних симптомів. Такий підхід дає змогу відокремити стабільне хронічне захворювання від стану декомпенсації, який потребує першочергової ендокринологічної корекції [84, 106, 118].

Значущість цього розмежування особливо помітна при субклінічних станах. Лабораторне відхилення невеликого ступеня не завжди супроводжується клінічними симптомами або репродуктивними наслідками, тому його не слід автоматично використовувати як аргумент для обмеження контрацептивного вибору. Натомість стабільність тиреоїдної функції та відсутність інших протипоказань дозволяють керуватися загальними критеріями медичної прийнятності. Це відповідає сучасному принципу, за яким контрацептивне рішення повинно базуватися на реальному клінічному ризику, а не на самому факті наявності ендокринного діагнозу [109, 119, 146].

Взаємозв'язок тиреоїдної функції та жіночої репродуктивної системи також опосередковується через зміни метаболізму статевих стероїдів, пролактину та функції яєчників. Однак навіть за наявності таких механізмів клінічна симптоматика залишається неспецифічною. Наприклад, нерегулярний цикл може бути пов'язаний із тиреоїдною декомпенсацією, синдромом полікістозних яєчників, гіперпролактинемією, функціональною гіпоталамічною дисфункцією або структурною патологією. Саме тому ендокринний діагноз не повинен підміняти диференціальну діагностику [127, 128, 132, 133].

Окремо слід враховувати, що терапевтична корекція тиреоїдної дисфункції та початок контрацепції можуть відбуватися близько в часі. Якщо обидва втручання розпочаті одночасно, подальшу зміну самопочуття або менструального профілю неможливо достовірно приписати лише одному з них без належної часової фіксації. Для дослідницького протоколу це означає необхідність документувати дату зміни тиреоїдної терапії, дату початку контрацептивного методу та результати наступного контролю [52, 85, 106, 135].

Гіпотиреоз, субклінічний гіпотиреоз, гіпертиреоз і автоімунний тиреоїдит не є взаємозамінними поняттями. Автоімунний процес може перебігати за еутиреозу, тоді як субклінічний гіпотиреоз визначається лабораторно підвищеним рівнем тиреотропного гормону за збереженого рівня вільного тироксину. Сучасні рекомендації NICE передбачають поетапну клініко-лабораторну оцінку тиреоїдного стану, а не встановлення його лише за неспецифічними скаргами [106]. Для гіпертиреозу аналогічно важливі етіологія, активність захворювання та контроль на терапії [84].

Українські дослідження підтверджують клінічну актуальність тиреоїдної патології для репродуктивного здоров'я. У роботі Ю. В. Лук'яненко та співавторів проаналізовано особливості фертильності в жінок із порушеннями функції щитоподібної залози, а в дослідженні В. О. Бенюка та співавторів описано клінічні характеристики пацієток із гіперплазією ендометрія на тлі тиреоїдної дисфункції [3, 25]. Однак обидві вибірки були сформовані за наявності конкретної репродуктивної або гінекологічної патології. Тому отримані частоти не можна переносити на всіх жінок репродуктивного віку чи на всіх користувачок контрацепції.

Особливої обережності потребує трактування субклінічного гіпотиреозу. Настанова American Society for Reproductive Medicine 2024 року підкреслює обмеженість доказів щодо причинного зв'язку субклінічного гіпотиреозу з безпліддям і не підтримує спрощеного підходу, за якого сам факт лабораторного відхилення автоматично визначає репродуктивну тактику [119]. Ці положення стосуються насамперед популяції жінок із безпліддям і не є прямими рекомендаціями щодо контрацепції, проте вони важливі методологічно: тиреоїдний діагноз не повинен підміняти комплексну оцінку клінічного стану.

Відмінність між контролем тиреоїдного захворювання та медичною прийнятністю контрацепції є принциповою. Пацієнтка зі стабільним гіпотиреозом на левотироксині та жінка з нещодавно діагнованим тиреотоксикозом

потребують різної інтенсивності ендокринологічного спостереження, але сама ця різниця не означає автоматично різної категорії медичної прийнятності контрацептивного методу. Так само рівень ТТГ не може бути універсальним маркером ефективності контрацептивної стратегії: він відображає функціональний стан щитоподібної залози і залежить від лікування, часу визначення, лабораторних особливостей та супутніх факторів [52, 56, 106, 118].

Це особливо важливо при автоімунному тиреоїдиті. Позитивність антитіл до тиреопероксидази характеризує аутоімунну етіологію, але не тотожна тяжкості гормонального дефіциту. У дослідженнях репродуктивної функції автоімунний тиреоїдний процес асоціювався з певними репродуктивними ризиками, однак причинні механізми та клінічні наслідки залежать від функціонального стану залози й інших факторів [58, 68, 81, 118]. Тому в дисертаційному аналізі етіологічний діагноз має доповнюватися актуальним гормональним профілем і характеристикою компенсації.

Окремий практичний аспект становить взаємодія естрогенвмісної терапії з тиреоїдним гомеостазом. Пероральні естрогени можуть підвищувати концентрацію тироксинзв'язувального глобуліну та змінювати лабораторні показники тиреоїдної функції; клінічне значення цього ефекту залежить від вихідного стану, шляху введення естрогену й замісної терапії [85, 135]. Звідси впливає не необхідність профілактично змінювати дозу левотироксину перед призначенням комбінованої контрацепції, а потреба клінічно обґрунтованого контролю тиреоїдного статусу після суттєвої зміни естрогенвмісної терапії.

Отже, для диференційованого контрацептивного підходу найбільш інформативним є не сам факт наявності тиреоїдного діагнозу, а його клінічний фенотип: поточний функціональний стан, стабільність компенсації, супутні менструальні та соматичні прояви, застосовувана терапія й репродуктивні наміри. Саме така модель дає змогу перейти від формального «діагноз–метод» до персоналізованого клінічного рішення.

Важливо також враховувати, що однакова лабораторна категорія може мати різне клінічне значення залежно від репродуктивної мети. Для жінки, яка планує вагітність найближчим часом, вимоги до оптимізації тиреоїдного статусу визначаються рекомендаціями прегравідарної підготовки та ведення вагітності, тоді як для жінки, яка обирає контрацепцію, ключовими є стабільність загального стану й відсутність інших протипоказань до методу. Змішування цих клінічних сценаріїв може призвести до необґрунтованого перенесення рекомендацій для вагітності на контрацептивне консультування [53, 119, 139].

Таким чином, тиреоїдний компонент персоналізованого алгоритму доцільно будувати не як окрему шкалу «ризик контрацепції», а як етап перевірки функціонального стану та потреби в подальшому контролі. Якщо захворювання компенсоване, воно не повинно автоматично звужувати вибір; якщо є ознаки декомпенсації, першочерговим стає уточнення ендокринного стану та корекція лікування. Така модель одночасно зберігає безпеку й не створює зайвих обмежень для репродуктивної автономії [106, 109, 146].

1.3. Психоемоційні та психовегетативні прояви: клінічне значення і межі інтерпретації

Стрессова відповідь є багаторівневою системою, що включає гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь, автономну нервову систему, метаболічні механізми та поведінкову адаптацію [123]. Пульсаторний і циркадний характер секреції кортизолу пояснює, чому одноразове визначення його концентрації не може бути універсальним індексом воєнного стресу. Аналогічно зміни тиреоїдної регуляції на тлі психічних і фізичних стресорів не доводять, що стрес неминує спричиняє конкретне тиреоїдне захворювання [115].

Для наукового аналізу важливо розрізняти експозицію воєнного стресу та реакцію на неї. Однакові зовнішні події можуть супроводжуватися різним рівнем тривоги, порушенням сну, соматичними скаргами або не призводити до клінічно значущих симптомів. Тому сама інформація про перебування в зоні бойових дій не

є еквівалентом діагнозу психоемоційного або психовегетативного розладу. У дисертаційній роботі доцільно зберігати цю межу й описувати лише фактично зареєстровані прояви [8, 36, 37, 59, 96].

Психовегетативні симптоми мають особливе значення через їх перекриття з ендокринною симптоматикою. Серцебиття, тремор, пітливість, порушення сну, втомлюваність та емоційна лабільність можуть виникати як при тиреотоксикозі, так і при тривожних станах. У пацієнтки з відомою патологією щитоподібної залози така подібність підвищує ризик діагностичної атрибуції, коли всі нові симптоми автоматично пояснюють уже відомим діагнозом. Клінічно коректний підхід передбачає паралельну оцінку психоемоційного та ендокринного компонентів [84, 106, 115].

Порушення сну заслуговує на окреме місце в цій моделі, оскільки воно одночасно є поширеним наслідком тривалого стресу та фактором, що може погіршувати денне самопочуття, когнітивну концентрацію й суб'єктивну переносимість лікування. Роботи О. В. Голяновського і С. В. Фролова, а також О. В. Голяновського та співавторів демонструють клінічне значення розладів сну й можливість їх немедикаментозної корекції. Хоча ці дослідження виконані у вагітних, вони підтверджують необхідність розглядати сон як самостійний компонент психоемоційного профілю [14, 15].

У контексті контрацепції психоемоційний стан важливий не як формальна підстава для заборони методу, а як чинник комунікації та прийнятності. Пацієнтка з високим рівнем тривоги може потребувати більш детального пояснення очікуваних змін кровотечі, алгоритму дій при пропуску препарату та ознак, за яких необхідно звернутися до лікаря. Такий підхід зменшує невизначеність і підтримує автономність без патологізації нормальної емоційної реакції на воєнні обставини [65–67, 94, 95].

В умовах війни на організм одночасно впливають різні стресори: безпосередня загроза життю, повторні повітряні тривоги, порушення сну,

вимушене переміщення, нестабільність соціальних зв'язків, зміни харчування та невизначеність майбутнього. Українські дослідження підтверджують наявність психоемоційних, нейровегетативних і репродуктивних змін у частини жінок, які зазнали такого впливу [7, 16, 17, 20, 32, 36, 39, 96, 126, 131]. Водночас ці праці не є методологічно однорідними, тому не всі виявлені асоціації можна інтерпретувати як причинний ефект воєнного стресу.

Так, V. S. Matsyshyn та співавтори оцінили психоемоційний і нейровегетативний стан українських жінок із досвідом воєнного стресу [96]. Дослідження додає інструментальну складову до клінічної характеристики, однак окремі параметри автономної регуляції не мають самостійної діагностичної специфічності та можуть залежати від віку, тиреоїдного статусу, медикаментів і соматичного стану. Подібно, клінічна тривожність, депресивні симптоми, порушення сну, посттравматичні прояви й власне вегетативні симптоми є різними конструкціями й потребують різних інструментів оцінювання.

Саме тому психовегетативна симптоматика повинна мати чітке операційне визначення. Скарги на серцебиття, пітливість, тремор, втому, безсоння або тривожність можуть бути зафіксовані клінічно, але це не тотожне вимірюванню рівня стресу валідованою психометричною шкалою. Якщо така шкала на етапі первинного обстеження не застосовувалася, ретроспективно конструювати її бали або діагноз неможливо. Для дисертаційного дослідження це означає необхідність чітко називати саме ті показники, які реально були зібрані, і не розширювати їх інтерпретацію понад межі первинних даних.

Психоемоційний компонент має клінічне значення й без доведення прямого патогенетичного зв'язку з кожним симптомом. Тривога, порушення сну, втомлюваність та емоційна нестабільність можуть впливати на сприйняття медичної інформації, переносимість суб'єктивних небажаних реакцій, готовність до повторних консультацій і репродуктивні наміри. Однак їх наявність не означає, що жінка апріорі не здатна дотримуватися режиму контрацепції або приймати

автономне рішення. Пацієнт-орієнтоване консультування має оцінювати реальну поведінкову здійсненність методу, а не замінювати її припущеннями лікаря [65, 66, 67, 94, 95].

Таким чином, воєнно-асоційований стрес у межах цієї проблеми доцільно трактувати як клінічно значущий модифікатор репродуктивних намірів, суб'єктивного самопочуття та практичної реалізації контрацептивного методу, але не як універсальну самостійну причину менструальних або тиреоїдних порушень. Таке розмежування дозволяє логічно перейти до аналізу менструальної функції як точки перетину ендокринних, стресових і гінекологічних механізмів.

Окремою методологічною проблемою є змішування понять «стрес», «тривога», «психовегетативні прояви» та «посттравматичний стресовий розлад». Ці категорії не є взаємозамінними й потребують різних підходів до вимірювання. Для клінічного огляду допустимо описувати скарги та суб'єктивне напруження, однак діагностичні висновки мають ґрунтуватися на відповідних критеріях і валідованих інструментах. Тому в дисертаційній інтерпретації доцільно уникати термінів, які передбачають формальний психіатричний діагноз, якщо він не встановлювався в межах протоколу [59, 62, 96, 123].

З позиції практичного контрацептивного консультування найбільш корисним є не встановлення абстрактного рівня стресу, а з'ясування того, як конкретні симптоми впливають на повсякденне функціонування. Порушення пам'яті або сну може підвищувати ризик пропусків таблеток, часті переміщення можуть ускладнювати повторні візити, а тривожність може посилювати сприйняття очікуваних побічних реакцій. Саме функціональний вплив, а не сам факт стресової експозиції, має практичне значення для вибору режиму контрацепції [14, 15, 65–67, 94, 95].

1.4. Менструальна функція як перетин тиреоїдних, стресових і гінекологічних механізмів

Менструальний цикл є чутливим індикатором взаємодії центральної нейроендокринної регуляції, оваріальної функції, ендометрія, метаболічного стану та психоемоційного навантаження. Функціональна гіпоталамічна аменорея є класичним прикладом пригнічення репродуктивної осі за умов психологічного стресу, дефіциту енергії або надмірного фізичного навантаження. Проте відповідно до рекомендацій Endocrine Society цей діагноз є діагнозом виключення: необхідно виключити вагітність, тиреоїдну, іншу ендокринну та органічну патологію [75, 99, 104]. Отже, будь-яку затримку менструації в умовах війни некоректно автоматично визначати як стрес-індуковану.

Менструальний фенотип доцільно описувати не загальною категорією «порушення циклу», а через конкретні параметри: регулярність, довжину циклу, тривалість кровотечі, суб'єктивну або об'єктивну інтенсивність крововтрати, дисменорею та міжменструальні виділення. Такий підхід відповідає сучасній логіці FIGO й дозволяє порівнювати стан до та після початку контрацепції без змішування різних симптомів в один показник [102].

Для дослідження особливо важливо розрізняти початкову менструальну дисфункцію й очікувані зміни після призначення методу. Наприклад, нерегулярні виділення при прогестиновій контрацепції можуть бути типовою реакцією на метод, тоді як рясна кровотеча в пацієнтки з міомою потребує окремої оцінки незалежно від тиреоїдного статусу. Без вихідного опису такі ситуації легко помилково об'єднати як «погіршення циклу» [63, 69, 111, 148].

Проблема аномальної маткової кровотечі є особливо релевантною для жінок із тиреоїдною дисфункцією, оскільки ендокринний стан може співіснувати зі структурними причинами. Т. Simoncini та співавтори, серед яких Н. Ю. Педаченко, підкреслюють клінічні незадоволені потреби при кровотечах,

пов'язаних з овуляторною дисфункцією, а українські клінічні рекомендації наголошують на необхідності системного діагностичного підходу [27, 40, 129].

У жінок із хронічним стресовим навантаженням важливим є також виключення функціональної гіпоталамічної дисфункції, особливо за наявності зниження маси тіла, порушення харчування або значного фізичного навантаження. Водночас наявність стресу без таких даних не дозволяє автоматично встановити цей механізм. Диференціальна діагностика повинна залишатися багатофакторною [75, 99, 104, 124].

Тиреоїдна патологія також може супроводжуватися різними менструальними фенотипами. Огляди тиреоїдно-репродуктивної осі описують взаємозв'язки з метаболізмом стероїдів, овуляцією та фолікулогенезом, але клінічна вираженість залежить від тяжкості дисфункції, тривалості хвороби, віку й лікування [56, 80, 125, 128]. Українська робота Ю. В. Лук'янченко та співавторів демонструє асоціації тиреоїдної патології з репродуктивними характеристиками в жінок із безпліддям, але її дизайн не дає підстав оцінювати популяційну поширеність таких змін [25].

Для стандартизованого опису аномальних маткових кровотеч важливе значення мають сучасні системи FIGO та PALM–COEIN, які розділяють структурні й неструктурні причини [102, 105]. Це принципово важливо при поєднанні тиреоїдної дисфункції та воєнного стресу: наявність двох потенційних модифікаторів не звільняє від пошуку поліпа, аденоміозу, лейоміоми, коагулопатії, овуляторної дисфункції, ендометріальної або ятрогенної причини. Українські та міжнародні роботи з аномальних маткових кровотеч підкреслюють необхідність повноцінного анамнезу, лабораторної оцінки та диференційованого ведення [6, 23, 27, 30, 34, 38, 60, 73, 78, 79, 90, 91, 111, 129].

З позиції контрацептивного консультування менструальний фенотип має подвійне значення. До початку методу він є клінічною характеристикою, необхідною для виключення вагітності, структурної патології, анемії або

вираженої овуляторної дисфункції. Після початку методу характер кровотеч стає одним із показників переносимості, але його можна коректно оцінити лише порівняно з вихідним станом. Регулярні кровотечі відміни при комбінованій гормональній контрацепції не підтверджують відновлення спонтанної овуляції, а аменорея на тлі левоноргестрелвмісної внутрішньоматкової системи не є доказом прогресування тиреоїдного захворювання.

Особливої уваги потребують пацієнтки з явними кровотечами. Левоноргестрелвмісна внутрішньоматкова система може суттєво зменшувати менструальну крововтрату, тоді як мідьвмісний внутрішньоматковий засіб у частини жінок здатен її посилювати [61, 63, 109, 111, 146, 148]. Дані M. D. Creinin та співавторів щодо системи з 52 мг левоноргестрелу підтверджують її ефективність саме для зменшення явної менструальної кровотечі, але не можуть автоматично переноситися на всі внутрішньоматкові засоби або трактуватися як спеціально доведений ефект у жінок із тиреоїдною дисфункцією [61].

Отже, менструальна функція в цій клінічній моделі не є ані простим наслідком тиреоїдного діагнозу, ані специфічним маркером стресу. Вона виступає окремим фенотипом, який необхідно описати до вибору контрацепції, а надалі — динамічно оцінювати з урахуванням механізму дії методу, тиреоїдної терапії та інших можливих причин змін.

Під час аналізу менструальної функції важливо уникати ще одного методологічного спрощення — ототожнення регулярності кровотеч із нормальною овуляторною функцією. Регулярні кровотечі можуть спостерігатися за різних гормональних умов, а на тлі комбінованої гормональної контрацепції вони є фармакологічно індукованими кровотечами відміни. Відповідно, оцінка «нормалізації циклу» після призначення контрацептиву повинна формулюватися обережно й не підміняти оцінювання спонтанної овуляції [63, 70, 102, 148].

Подібна обережність необхідна й при аменореї на тлі прогестинових методів. Відсутність кровотечі може бути очікуваним фармакологічним ефектом і

не повинна автоматично трактуватися як ознака погіршення тиреоїдної функції. Якщо аменорея супроводжується іншими симптомами або виникає в ситуації можливого порушення режиму, клінічна оцінка має включати виключення вагітності та аналіз супутніх причин відповідно до практичних рекомендацій [63, 69, 109, 148].

1.5. Медична прийнятність та практичні властивості контрацептивних методів

Сучасний доказовий підхід до контрацепції ґрунтується на розмежуванні медичної прийнятності методу та правил його практичного застосування. Шосте видання критеріїв медичної прийнятності ВООЗ 2025 року та U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 2024 року систематизують безпеку різних методів за наявності супутніх станів [109, 146]. Окремо практичні рекомендації CDC та ВООЗ визначають умови початку, переходу між методами, ведення кровотеч, пропусків доз та інших ситуацій, що виникають під час використання [63, 148].

Для клінічного алгоритму корисно розділяти три послідовні рівні рішення. Перший рівень — виключення неприйнятної ризику відповідно до критеріїв медичної прийнятності. Другий рівень — оцінка клінічної доцільності з урахуванням менструального фенотипу, супутньої терапії та бажаної оборотності. Третій рівень — оцінка практичної здійсненності, тобто того, чи зможе конкретна жінка користуватися методом у своїх реальних умовах. Така послідовність запобігає змішуванню понять «безпечний», «доцільний» і «зручний» [63, 109, 146, 148].

Комбінована гормональна контрацепція може бути прийнятною для жінки зі стабільним тиреоїдним захворюванням, але її вибір усе одно залежить від стандартних протипоказань до естрогену. Тому навіть за відсутності тиреоїдних обмежень лікар повинен оцінити мігрень з ауорою, артеріальну гіпертензію, куріння, венозний тромбоемболічний ризик та інші чинники. Такий підхід

принципово відрізняється від практики, коли всю увагу помилково зосереджують на одному ендокринному діагнозі [70, 109, 146].

Прогестинові методи не повинні аналізуватися як однорідна група. Таблетки мають високу залежність від режиму, імплантат практично не залежить від щоденної поведінки, а ін'єкційний метод потребує своєчасних повторних введень. Вони також відрізняються профілем кровотеч і можливістю швидкої відміни, що має безпосереднє значення для пацієнтки з нестабільним доступом до медичної допомоги [54, 69, 148].

Внутрішньоматкові методи аналогічно потребують диференційованої оцінки. Для жінки з рясними менструаціями левоноргестрелвмісна система може мати додаткову клінічну перевагу через зменшення крововтрати, тоді як мідьвмісний засіб може бути менш бажаним через потенційне посилення кровотечі. Водночас обидва методи мають низьку поведінкову залежність після встановлення [61, 109, 111, 146].

У воєнних умовах поняття доступності включає не тільки можливість почати метод, але й можливість безпечно його завершити або змінити. Для імплантату чи внутрішньоматкового засобу це означає реальну доступність кваліфікованого видалення, а для таблеток — стабільність постачання. Тому довготривалий метод не завжди є практично оптимальним лише через нижчу залежність від щоденного режиму [54, 63, 148].

Для тиреоїдної патології принциповим є те, що простий зоб, гіпотиреоз і гіпертиреоз у критеріях CDC не створюють самостійних обмежень для застосування основних гормональних і внутрішньоматкових методів [109]. Це не означає автоматичної придатності будь-якого методу конкретній пацієнтці. Паралельно мають бути оцінені вік, артеріальний тиск, куріння, мігрень з ауурою, тромбоемболічний і серцево-судинний ризик, характер кровотеч та інші клінічно значущі стани. Отже, тиреоїдний діагноз не повинен ні створювати штучних протипоказань, ні відволікати від реальних критеріїв безпеки.

Практичні властивості методів суттєво відрізняються. Комбіновані гормональні засоби потребують регулярного приймання і можуть забезпечувати передбачувані кровотечі відміни. Прогестинові таблетки, імпланти й ін'єкційні препарати різняться за режимом, тривалістю дії та характером кровотеч, тому їх не слід об'єднувати в єдину категорію при оцінюванні прихильності. Настанови FSRH щодо прогестинових таблеток і комбінованої гормональної контрацепції підкреслюють необхідність індивідуальної оцінки безпеки, режиму застосування та консультування щодо очікуваних змін [69, 70].

В умовах воєнної нестабільності відмінність між ідеальною й фактичною ефективністю набуває особливого значення. Щоденний метод залежить від безперервного доступу до препарату та дотримання режиму; методи тривалої дії менше залежать від щоденної поведінки, але вимагають доступності кваліфікованого введення, видалення й допомоги у разі скарг. Жодна з цих властивостей не створює універсальної переваги: вибір залежить від репродуктивної мети, бажаної оборотності, менструального фенотипу, переносимості, особистих уподобань і реальної доступності медичного супроводу [54, 63, 69, 70, 76, 109, 138, 145, 146, 148].

Важливо також мінімізувати надмірне обстеження перед початком контрацепції. Наявність тиреоїдного захворювання не означає необхідності повторювати повний гормональний профіль перед кожним призначенням, якщо його результати не змінять безпечність або тактику. Водночас нові симптоми декомпенсації мають оцінюватися незалежно від контрацепції. Під час переходу між методами необхідно чітко інструктувати пацієнтку щодо часу початку нового засобу, потреби в додатковому бар'єрному захисті та дій у разі пропуску доз [63, 109, 148].

Таким чином, медична прийнятність відповідає на питання «чи можна безпечно застосовувати метод», але не відповідає на питання «чи буде він прийнятним і реально здійсненним для цієї жінки». Друга частина рішення

потребує оцінки її цілей, очікувань, менструального фенотипу, режиму життя та можливості продовжувати використання в конкретних воєнних умовах.

Клінічний вибір також має враховувати бажану швидкість повернення фертильності після припинення методу. Для жінки, яка лише тимчасово відкладає вагітність через воєнні обставини, цей параметр може бути принциповим. Водночас оцінювати його слід разом із безпекою, режимом, кровотечами та доступністю, а не як ізольований критерій. Такий підхід особливо важливий у популяції, де репродуктивні наміри можуть змінюватися швидше, ніж у стабільних соціальних умовах [26, 33, 145, 148].

Ще одним практичним аспектом є доступ до невідкладної консультації при появі нових симптомів. Жінка повинна отримати чітку інформацію про ознаки, які потребують термінового звернення, і про симптоми, що можуть бути очікуваними протягом адаптації до методу. Це особливо важливо при поєднанні тиреоїдної патології та психовегетативних скарг, коли суб'єктивні прояви можуть мати декілька можливих пояснень. Чітка комунікація зменшує ризик і необґрунтованого припинення, і небезпечного ігнорування нового стану [63, 106, 109, 148].

1.6. Репродуктивна автономія, пацієнт-орієнтоване консультування та прихильність

Сучасне контрацептивне консультування дедалі більше відходить від моделі, у якій основним показником якості вважають сам факт призначення найефективнішого методу. Репродуктивна автономія передбачає можливість поінформовано обрати, змінити або припинити метод без тиску з боку медичного працівника. Особливого значення це набуває в умовах війни, коли тимчасове відтермінування вагітності може бути продиктоване безпековими обставинами і не повинно автоматично трактуватися як бажання незворотного припинення фертильності [51, 65, 66, 67, 94, 95].

Якість контрацептивного консультування слід оцінювати не за тим, наскільки часто лікар переконав пацієнток обрати найбільш ефективний метод, а за тим, наскільки рішення відповідало їхнім цілям і було прийняте після зрозумілого обговорення переваг та обмежень. Такий підхід особливо важливий для жінок із хронічним захворюванням, які можуть бути схильні сприймати рекомендацію лікаря як обов'язкову. Репродуктивна автономія передбачає реальну можливість відмовитися або змінити метод без втрати доступу до медичної допомоги [65–67, 94, 95].

У дослідницькому плані прихильність не слід ототожнювати лише з продовженням препарату. Перехід з одного методу на інший може бути ознакою успішної персоналізації, якщо контрацептивний захист не переривається й новий метод краще відповідає потребам жінки. Навпаки, формальне продовження засобу не завжди означає високу задоволеність, якщо пацієнтка не має реальної можливості отримати консультацію щодо зміни [54, 65–67, 76].

Умови війни підвищують значення чіткої «резервної» інструкції. Пацієнтка повинна знати, що робити при втраті упаковки, затримці повторної ін'єкції, пропуску таблеток, появі кровотечі або неможливості прибути на плановий огляд. Така інформація є не додатковою опцією, а частиною безпечного використання методу в нестабільних умовах [63, 69, 70, 148].

Для жінок із тиреоїдною дисфункцією комунікація повинна також включати пояснення того, які симптоми можуть бути пов'язані з ендокринним станом, а які є очікуваними реакціями на контрацепцію. Це допомагає уникнути ситуації, коли будь-яка зміна самопочуття сприймається як «несумісність» методу з тиреоїдним захворюванням [85, 106, 109, 135].

C. Dehlendorf та співавтори запропонували концепцію спільного прийняття рішень і розробили інструменти оцінювання пацієнт-орієнтованого контрацептивного консультування [65, 66, 67]. Ці роботи важливі тим, що відокремлюють якість комунікації від фактичної задоволеності методом і його

продовження. Жінка може бути задоволена консультуванням, але змінити метод через кровотечу; може бути задоволена методом, але припинити його через планування вагітності; може перейти на інший засіб без перерви в контрацепції. Тому ці події не повинні об'єднуватися в один показник припинення.

Дослідження причин зміни й припинення контрацепції підтверджують, що на продовження впливають не лише фармакологічні характеристики, а й очікування, попередній досвід, сприйняття ризику, якість консультування й доступність допомоги [54, 76, 138]. Водночас ці роботи виконані в інших соціальних і культурних умовах, тому їх результати не можна безпосередньо екстраполювати на українських жінок із тиреоїдною дисфункцією в зоні активних бойових дій. Їх доцільно використовувати насамперед для обґрунтування структури кінцевих точок: продовження методу, зміна методу, побічні реакції, задоволеність і поведінкові порушення режиму.

Українські дослідження контрацептивної поведінки також демонструють роль інформаційних і контекстуальних чинників [22, 24, 41, 57, 117]. Страх небажаних реакцій або недостатня поінформованість можуть впливати на вибір, однак не доводять, що відмова від гормонального методу є наслідком психовегетативного розладу. Для коректної інтерпретації слід відрізнити добровільну відмову, зміну методу, припинення через планування вагітності, припинення через побічні ефекти й вимушену перерву через недоступність препарату.

Для жінок із тиреоїдною дисфункцією цей підхід має додаткову цінність. Неспецифічні симптоми тиреоїдної патології та психоемоційного напруження можуть змінювати суб'єктивне сприйняття переносимості. Тому перед призначенням важливо не лише перевірити протипоказання, а й проговорити очікуваний характер кровотеч, режим, можливість зміни методу та план дій у разі виникнення симптомів. Такий формат дозволяє не підміняти автономний вибір професійним припущенням про те, який метод кращий для жінки.

Отже, прихильність у цій дисертаційній проблемі доцільно розглядати як результат взаємодії властивостей методу, клінічного фенотипу й життєвих умов. Саме цей підхід створює підґрунтя для оцінки реальної, а не лише теоретичної здійсненності контрацептивної стратегії.

Пацієнт-орієнтоване консультування передбачає також нейтральне представлення альтернатив. Лікар має пояснити відмінності в ефективності, режимі, кровотечах, оборотності та можливих небажаних реакціях, але не повинен ототожнювати «найефективніший» із «найкращим» для конкретної жінки. Перевага певного методу виникає лише після співвіднесення доказової інформації з індивідуальними цілями пацієнтки [65–67, 94, 95].

Для наукового дослідження така модель вимагає обережного трактування задоволеності. Висока задоволеність не є прямим доказом фармакологічної переваги методу, оскільки вона залежить від очікувань, якості попереднього консультування та відповідності способу життя. Саме тому результати задоволеності доцільно подавати разом із продовженням, побічними реакціями та змінами методу, не формуючи універсального рейтингу контрацептивних стратегій [54, 76, 138].

1.7. Постійна контрацепція та хірургія трубної патології: принципове розмежування клінічних цілей

Хірургічний компонент потребує окремого методологічного розмежування. Двобічна сальпінгектомія, виконана за усвідомленого рішення про постійну контрацепцію, має мету незворотного запобігання природному зачаттю. Натомість сальпінгектомія при гідросальпінксі перед програмою допоміжних репродуктивних технологій є лікувальним втручанням і оцінюється за іншими показниками. Об'єднання цих пацієток в одну групу хірургічної контрацепції було б методологічно некоректним [50, 51, 89, 100, 101, 112, 113, 114, 120, 122].

Рішення про постійну контрацепцію має відрізнятися від рішення про довготривале, але оборотне відтермінування вагітності. Для жінок, чії

репродуктивні плани змінені війною, це розмежування має особливе етичне значення, оскільки безпекова криза може бути тимчасовою, тоді як хірургічне втручання є незворотним. Саме тому консультування повинно містити окреме обговорення майбутніх репродуктивних намірів, альтернатив і можливого жалю [51, 122].

У клінічній оцінці результатів постійної контрацепції важливо не обмежуватися відсутністю вагітності. Необхідно враховувати інтра- та післяопераційні ускладнення, тривалість госпіталізації, задоволеність рішенням і наявність сумнівів або жалю. Такий багатовимірний підхід краще відповідає сутності незворотного втручання [50, 51, 122].

Для лікувальної сальпінгектомії, навпаки, репродуктивний результат залежить від подальшого маршруту. Якщо після операції пацієнтка не розпочала програму ДРТ, відсутність вагітності не може трактуватися як негативний результат операції. Тому у власному матеріалі кількість жінок, які були направлені, реально розпочали лікування та досягли клінічної вагітності, необхідно подавати як послідовні етапи, а не як єдиний показник ефективності [100, 112–114].

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) наголошує, що постійна контрацепція потребує добровільного, поінформованого рішення, обговорення незворотності й альтернатив та виключення будь-якого примусу [51]. У контексті опортуністичної сальпінгектомії додатково обговорюється потенційне зниження ризику епітеліального раку яєчника, однак профілактичний ефект не дорівнює повному усуненню ризику [50, 74, 77, 116]. Воєнні обставини або тиреоїдний діагноз не можуть самі по собі бути показанням до постійної контрацепції.

Питання впливу сальпінгектомії на оваріальний резерв також потребує обережного трактування. Систематичні огляди не дають підстав спрощено заявляти про гарантовану відсутність або наявність довготривалого впливу в усіх

клінічних ситуаціях; значення мають вік, вихідний оваріальний резерв, обсяг операції та супутні фактори [89, 120]. Тому в дисертаційній когорті коректніше оцінювати безпосередні клінічні результати, ускладнення, задоволеність і репродуктивні наміри, не приписуючи операції ефектів, які не були безпосередньо виміряні.

При гідросальпінксі клінічна логіка принципово інша. Cochrane-огляд Р. Melo та співавторів і сучасні метааналізи розглядають хірургічне лікування перед ЕКЗ як спосіб покращення умов для подальшого репродуктивного лікування [100, 113, 114]. Частота клінічної вагітності після такого втручання не є показником контрацептивної ефективності, а відсутність живонародження за короткий період не означає хірургічної невдачі, якщо не всі жінки завершили відповідний етап ДРТ.

Таким чином, у межах єдиної дисертаційної концепції хірургічні групи можуть бути представлені лише за умови чіткої різниці їхніх цілей: постійна контрацепція — як автономне незворотне рішення жінки із завершеними репродуктивними планами; лікувальна сальпінгектомія — як етап ведення трубної патології з подальшим індивідуальним репродуктивним маршрутом.

1.8. Доказові прогалини та обґрунтування власного дослідження

Аналіз літератури дозволяє окреслити не відсутність досліджень як таких, а конкретну невирішену проблему. Існують міжнародні критерії медичної прийнятності й практичного застосування контрацепції, фундаментальні та клінічні дані щодо тиреоїдно-репродуктивної взаємодії, дослідження впливу психоемоційного стресу на менструальну функцію й українські спостереження репродуктивного здоров'я в умовах війни [7, 16, 17, 20, 24, 32, 36, 39, 41, 56, 57, 58, 63, 75, 96, 99, 104, 109, 115, 118, 123, 124, 128, 131, 146, 148]. Однак ці масиви доказів переважно існують окремо.

Сформульована доказова прогалина має бути достатньо вузькою. Некоректно стверджувати, що вплив воєнного стресу на репродуктивне здоров'я

не досліджувався, оскільки існує значний український масив публікацій. Так само некоректно заявляти про відсутність рекомендацій щодо контрацепції при тиреоїдних станах, оскільки сучасні критерії медичної прийнятності дають чіткі орієнтири. Недостатньо вивченим залишається саме поєднання цих характеристик у межах одного клінічного рішення [24, 32, 36, 39, 109, 131, 146].

Це визначає і характер наукової новизни. Вона полягає не у створенні нових протипоказань або нової класифікації тиреоїдної патології, а в інтеграції вже відомих клінічних параметрів у персоналізовану модель вибору. Така модель повинна бути достатньо гнучкою, щоб враховувати зміну репродуктивних намірів і доступності допомоги в динаміці [9, 35].

Ключовим методологічним принципом залишається відповідність сили висновку силі дизайну. Спостережне порівняння груп може показати відмінності у продовженні, задоволеності або частоті порушень режиму, але не доводить, що сам метод спричинив ці відмінності, якщо групи формувалися за вибором пацієнток або медичними показаннями. Це застереження є особливо важливим при інтерпретації невеликих підгруп [54, 76, 138].

Тому найбільш обґрунтованими кінцевими точками власного дослідження є прозоро визначені показники фактичного вибору, продовження методу, зміни стратегії, побічних реакцій, задоволеності та доступності спостереження. Вони дозволяють оцінити практичну здійсненність персоналізованого підходу без необґрунтованого причинного висновку [9, 10, 35].

Відсутнім залишається достатньо структурований клінічний підхід, який одночасно враховував би фактичний тиреоїдний статус, менструальний фенотип, репродуктивні наміри, зафіксовані психоемоційні та психовегетативні прояви, медичну прийнятність і реальну поведінкову здійсненність методу у жінок, які живуть в умовах воєнної нестабільності. Особливо недостатньо вивчено, як ці характеристики співвідносяться з фактичним вибором методу, його продовженням, зміною, переносимістю та задоволеністю.

При цьому дизайн такого дослідження має визначати межі майбутніх висновків. Якщо групи формуються відповідно до реального клінічного вибору або медичних показань, їх порівняння є спостережним і не доводить причинної переваги однієї стратегії. Так само асоціація між стресом і менструальними порушеннями не доводить, що стрес є їх єдиною причиною, а динаміка кровотеч після початку контрацепції не може інтерпретуватися без вихідного менструального фенотипу. Саме прозоре розмежування асоціацій, клінічних спостережень і причинних тверджень є необхідною умовою наукової достовірності.

Не менш важливим є уникнення дублювання доказів. Публікації, виконані на спільній вибірці, можуть висвітлювати різні аспекти проблеми, але не є незалежними підтвердженнями одного ефекту. Оглядові статті систематизують знання, проте не додають нових первинних спостережень. Це застереження важливе як для оцінки українських робіт про військовослужбовиць, так і для інтерпретації власної серії публікацій дисертантки.

Отже, наукове завдання дисертації полягає не в створенні окремих контрацептивних правил для тиреоїдної патології чи для війни, а в обґрунтуванні персоналізованої послідовності клінічного рішення. Така послідовність повинна починатися з репродуктивної мети, далі враховувати медичну прийнятність, функціональний тиреоїдний статус, менструальний фенотип, психоемоційні та психовегетативні прояви, поведінкову здійсненність і доступність подальшого спостереження, а завершуватися автономним вибором пацієнтки та переоцінкою стратегії в динаміці.

Окремого обґрунтування потребує вибір саме комплексної, а не монопараметричної моделі. Спроба будувати рекомендації лише на рівні ТТГ і тиреоїдного діагнозу не враховує менструальний фенотип, реальний режим використання методу та змінювані репродуктивні наміри. Аналогічно модель, побудована лише на оцінюванні стресу, не дозволяє відокремити ендокринні й

структурні причини симптомів. Тому науково доцільним є послідовне поєднання клінічних блоків із чітким збереженням їх самостійного значення [35, 56, 96, 106, 109, 146].

Важливо, щоб персоналізація не трактувалася як довільний вибір лікаря. Її зміст полягає у систематичному застосуванні однакової логіки до різних клінічних ситуацій: спочатку репродуктивна мета, далі безпека, потім тиреоїдний і менструальний фенотип, поведінкова здійсненність та доступність спостереження. Така структура робить рішення відтворюваним і водночас залишає достатню гнучкість для врахування особистих пріоритетів пацієнтки [9, 35, 65–67].

Відтак практична цінність власного дослідження визначається не лише описом частоти окремих симптомів або методів, а встановленням їх місця в єдиній клінічній послідовності. Саме зіставлення вихідного стану з фактичним вибором, переносимістю, продовженням і зміною стратегії дозволяє оцінити, які компоненти мають найбільше значення для реальної практики в умовах воєнної нестабільності, не виходячи за межі спостережного дизайну [9, 10, 35].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ

Аналіз сучасної літератури демонструє наявність трьох взаємопов'язаних, але методологічно окремих масивів доказів: даних щодо медичної безпеки та практичного застосування контрацепції; досліджень тиреоїдно-репродуктивної, менструальної та стресової регуляції; українських спостережень репродуктивного здоров'я та контрацептивної поведінки в умовах війни [24, 55, 56, 57, 63, 96, 109, 115, 123, 131, 146, 148]. Прямі дослідження, у яких ці компоненти одночасно оцінені в чітко визначеній клінічній популяції жінок із дисфункцією щитоподібної залози, залишаються обмеженими.

Тиреоїдна дисфункція сама по собі не формує універсального алгоритму контрацепції. Клінічно значущими є актуальний функціональний стан щитоподібної залози, стабільність лікування, супутні ризики, менструальний фенотип і репродуктивні наміри [56, 106, 109, 118, 119, 135, 146]. Водночас

воєнно-асоційоване психоемоційне навантаження доцільно розглядати як модифікатор репродуктивних рішень, суб'єктивної переносимості та практичної доступності методу, але не як автоматичну причину ендокринних або менструальних порушень [16, 20, 32, 96, 115, 123, 131].

Критерії медичної прийнятності визначають безпечність методу, але не замінюють оцінювання його відповідності конкретній жінці. Пацієнт-орієнтована модель потребує врахування очікуваного характеру кровотеч, поведінкової залежності методу, якості консультування, можливості повторного звернення та права пацієнтки на зміну рішення [54, 63, 65, 66, 67, 76, 94, 95, 109, 146, 148].

Менструальна функція повинна оцінюватися як окремий клінічний фенотип із документуванням вихідного стану. Її динаміка після початку контрацепції має інтерпретуватися з урахуванням механізму дії методу, тиреоїдної терапії та інших структурних і неструктурних причин кровотеч [60, 61, 62, 63, 102, 105, 111, 129]. Це запобігає необґрунтованому приписуванню всіх змін тиреоїдній патології, стресу або контрацептиву.

Постійна двобічна сальпінгектомія та сальпінгектомія за лікувальними показаннями при трубній патології мають різні цілі й повинні аналізуватися окремо. Для постійної контрацепції ключовими є автономність, незворотність, безпека й задоволеність рішенням; для лікувальної операції — показання, хірургічний результат і подальший репродуктивний маршрут [50, 51, 100, 112, 113, 114, 122].

Таким чином, наявні дані обґрунтовують необхідність персоналізованого підходу, у якому тиреоїдний статус є клінічним модифікатором, а не самостійним детермінантом вибору. Поєднання медичної прийнятності, репродуктивної мети, менструального фенотипу, психоемоційних і психовегетативних проявів, прихильності та доступності спостереження створює логічну основу для власного дослідження й розроблення диференційованого алгоритму.

Основні положення цього розділу висвітлено у публікаціях здобувачки:

1. Сакали Л. І. Клініко-репродуктивні особливості жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах активних бойових дій як підґрунтя для індивідуалізованого вибору контрацепції. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т. 6, № 2. С. 67–75. DOI: 10.52705/2788-6190-2026-02-9 [35].

2. Вітюк А. Д., Горбунова О. В., Сакали Л. І. Клініко-репродуктивні детермінанти вибору контрацепції в жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах хронічного воєнного стресу: обґрунтування персоналізованого алгоритму. Ukrainian Journal Health of Woman. 2026. № 3 (184). С. 5–13. DOI: 10.15574/HW.2026.3(184).513 [9].

3. Вітюк А. Д., Сакали Л. І. Диференційований вибір оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій у жінок із дисфункцією щитоподібної залози: клінічне обґрунтування та результати персоналізованого підходу. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т. 6, № 3. С. 92–110. DOI: 10.52705/2788-6190-2026-03-10 [10].

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проводили упродовж 2023-2026 років на кафедрі акушерства і гінекології медичного факультету Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика та на клінічній базі КНП «Великоолександрівська лікарня». У цих закладах здійснювали залучення учасниць, клініко-анамнестичне обстеження, формування аналітичних груп і подальше спостереження відповідно до реалізованої репродуктивної стратегії.

Усі діагностичні, лікувальні та консультативні заходи проводили після отримання добровільної письмової інформованої згоди. Пацієнткам роз'яснювали мету дослідження, характер передбачених процедур, порядок використання знеособлених клінічних даних і право припинити участь на будь-якому етапі без

обмеження подальшої медичної допомоги. Протокол дослідження схвалено комісією з питань етики НУОЗ України імені П. Л. Шупика (протокол № 10 від 30.11.2023 р.).

Методологічну основу роботи формували чинні міжнародні та національні рекомендації з планування сім'ї, медичної прийнятності контрацепції, ведення тиреоїдної патології та репродуктивної допомоги в умовах обмеженої доступності медичних послуг. Для оцінювання медичної прийнятності використовували Medical eligibility criteria for contraceptive use, 6th ed. Всесвітньої організації охорони здоров'я (World Health Organization, WHO) [96], а практичні аспекти початку, продовження та зміни методу - Selected practice recommendations for contraceptive use, 4th ed. [97]. Під час деталізації окремих клінічних ситуацій також враховували U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024 [61] та U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2024 [16].

Національною нормативною основою були клінічна настанова «Планування сім'ї», реєстровий № КН 2025-1408 [119], та Стандарт медичної допомоги «Планування сім'ї», затверджений наказом МОЗ України від 09.09.2025 № 1408 [124]. Для комбінованої гормональної та прогестинової контрацепції додатково враховували рекомендації Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) [22, 23]. Оцінювання тиреоїдного статусу проводили з урахуванням NICE guideline NG145 «Thyroid disease: assessment and management» [58], а менструальних порушень - положень FIGO PALM–COEIN і наказу МОЗ України від 13.04.2016 № 353 [57, 120].

Воєнний контекст дослідження вимагав окремої уваги до безперервності контрацепції та доступності медичного супроводу. Тому організаційні рішення співвідносили з рекомендаціями Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings [35] і документами щодо сексуального та репродуктивного здоров'я в кризових умовах [92–94]. Це дозволило поєднати стандартні критерії

медичної безпеки з реальними умовами використання контрацепції під час тривалого воєнно-асоційованого навантаження.

Таблиця 2.1

Паспорт дисертаційного дослідження

Позиція	Характеристика
Назва дослідження	Диференційований підхід до контрацепції у жінок з дисфункцією щитоподібної залози на фоні психоvegetативних змін в умовах воєнно-асоційованого стресу.
Тип дослідження	Описово-аналітичне клінічне дослідження з двоетапною структурою: первинна клініко-репродуктивна стратифікація за тиреоїдним фенотипом і подальший аналіз фактично реалізованих оборотних та хірургічних репродуктивних стратегій із 12-місячним спостереженням.
Клінічний контингент	105 жінок віком 28–45 років із клінічно або лабораторно підтвердженою дисфункцією щитоподібної залози, які потребували вибору або корекції репродуктивної стратегії.
Первинне групування	I група - 32 жінки з гіпотиреозом або субклінічним гіпотиреозом; II - 28 із гіпертиреозом, тиреотоксикозом в анамнезі або нестабільним тиреоїдним статусом; III - 45 з аутоімунним тиреоїдитом та еутиреоїдним або субклінічно зміненим профілем.
Групування реалізованою стратегією за	I - 26 жінок, комбінована гормональна контрацепція; II - 26, прогестинові та/або внутрішньоматкові методи; III - 26, планова двобічна сальпінгектомія з метою постійної контрацепції; IV - 27, сальпінгектомія за лікувальними показаннями при патології маткових труб.
Основні методи	Клініко-анамнестичний аналіз, оцінювання репродуктивних планів і менструальної функції, лабораторна характеристика тиреоїдного статусу, клінічна оцінка психоемоційного та психоvegetативного навантаження, динамічне спостереження, статистичний аналіз.
Динамічне спостереження	Для оборотних методів - контроль через 6 і 12 місяців; для хірургічних стратегій - оцінка безпосередніх

Позиція	Характеристика
	результатів, ускладнень, задоволеності та реалізації репродуктивних планів.
Етичний супровід	Письмова інформована згода, деперсоніфікація даних, дотримання принципів біоетики; протокол комісії з питань етики НУОЗ України імені П. Л. Шупика № 10 від 30.11.2023 р.

2.1. Загальна характеристика дизайну дослідження

Дизайн дослідження був підпорядкований основній клінічній проблемі: вибір контрацепції у жінки з тиреоїдною дисфункцією залежить не лише від ендокринного діагнозу, а від сукупності репродуктивних намірів, менструального фенотипу, супутніх ризиків, психоемоційного навантаження та реальної можливості дотримуватися обраного режиму. Тому роботу побудовано як послідовний аналіз двох взаємопов'язаних, але методологічно різних рівнів.

На першому рівні всіх учасниць характеризували за провідним клініко-лабораторним варіантом тиреоїдної патології. Це давало змогу зіставити репродуктивні, менструальні та стрес-асоційовані характеристики в межах трьох тиреоїдних фенотипів. На другому рівні ту саму когорту аналізували за фактично реалізованою репродуктивною стратегією. Таке розмежування принципове: групування за тиреоїдним статусом описувало вихідний клінічний профіль, тоді як групування за стратегією було необхідним для оцінки прийнятності, прихильності та результатів обраного підходу.

Розподіл за репродуктивною стратегією не був рандомізованим. Остаточний вибір визначався медичною прийнятністю, репродуктивними планами, супутньою патологією, індивідуальними факторами ризику та поінформованим рішенням пацієнтки. Відповідно, міжгрупові відмінності надалі інтерпретували як асоціативні й описові, без автоматичного приписування причинного ефекту конкретному методу.

2.2. Клінічна база, джерела клінічного матеріалу та етапи виконання дослідження

Клінічний матеріал формувався серед жінок репродуктивного віку з дисфункцією щитоподібної залози, які зверталися з приводу вибору, зміни або уточнення прийнятності методу контрацепції, а також із супутніми репродуктивними чи гінекологічними питаннями. Для аналізу використовували дані первинного огляду, анамнезу, доступної медичної документації, лабораторних та інструментальних досліджень, а для відповідних груп — результати подальшого спостереження.

Обстеження здійснювали за єдиною логічною послідовністю: від вихідної клініко-репродуктивної характеристики до оцінювання тиреоїдного і психоемоційно-психовегетативного контексту, після чого проводили контрацептивне консультування, фіксували фактично реалізовану стратегію та оцінювали її результат у динаміці. Узагальнену структуру дослідження подано на рисунку 2.1.



Рисунок 2.1 Основні етапи виконання дослідження

Така етапність забезпечувала однакову логіку збору даних для всієї когорти й водночас дозволяла застосовувати різні кінцеві точки для оборотних і хірургічних стратегій.

2.3. Характеристика обстеженого контингенту та формування клінічних груп

До дослідження включено 105 жінок віком 28–45 років із дисфункцією щитоподібної залози. Ключовою характеристикою когорти була одночасна наявність ендокринного стану, потенційно значущого для менструальної та

репродуктивної функції, і актуальної потреби у виборі або корекції репродуктивної стратегії (рис. 2.2).

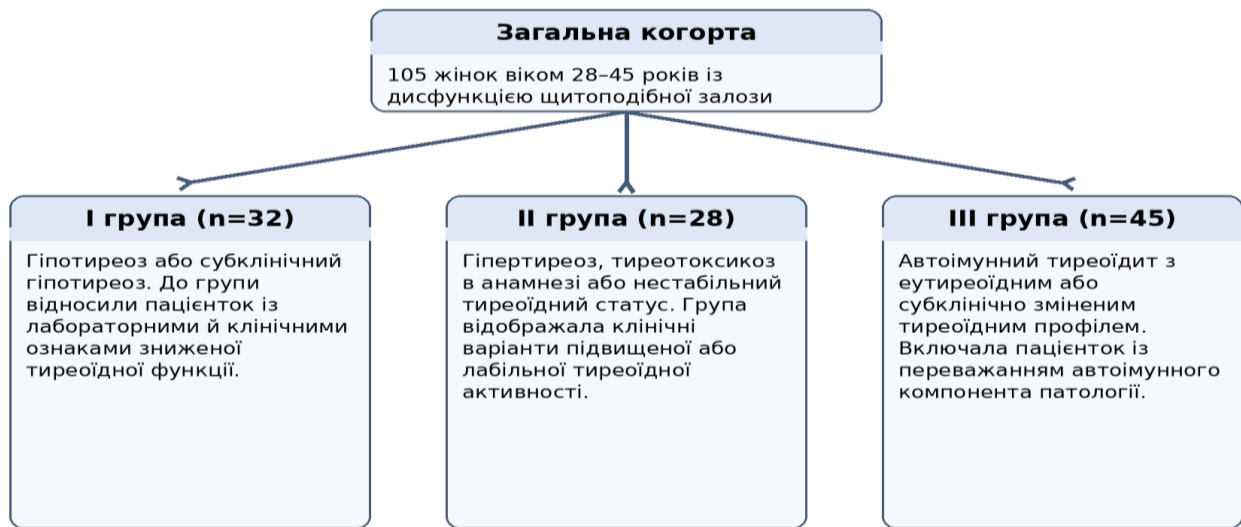


Рисунок 2.2 Формування груп за тиреоїдним статусом.

Для аналізу клінічних результатів застосовували другу систему групування - за фактично реалізованою репродуктивною стратегією. Вона не замінювала первинну тиреоїдну стратифікацію і не створювала нової незалежної вибірки; обидві системи описували ту саму когорту з різних аналітичних позицій (рис. 2.3).

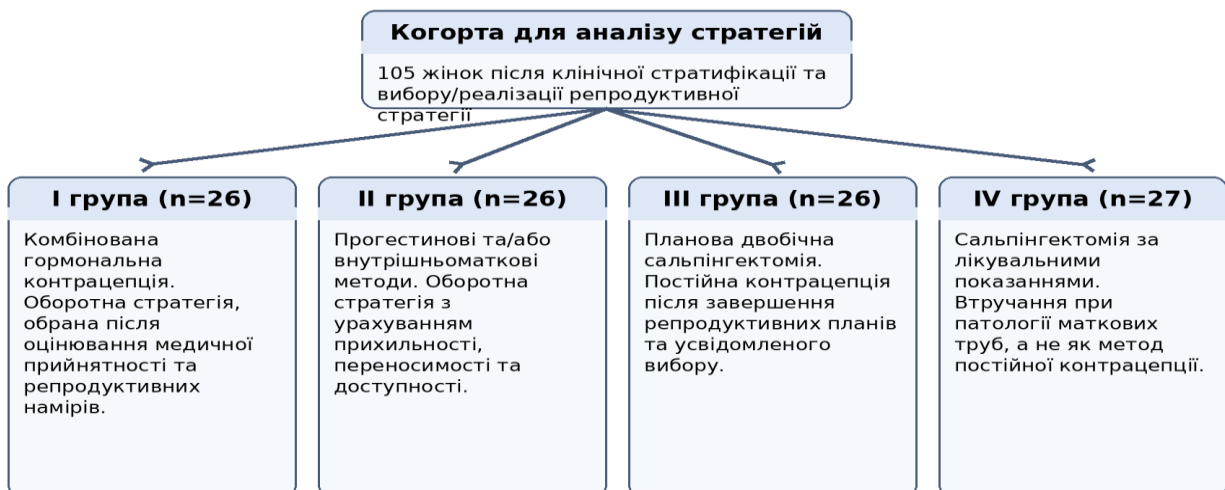


Рисунок 2.3 Формування груп за реалізованою репродуктивною стратегією.

Розмежування III та IV груп мало принципове значення: в III групі операція була способом незворотної контрацепції після завершення репродуктивних планів, тоді як у IV групі сальпінгектомію виконували з лікувальною метою при трубній патології.

2.4. Критерії включення, виключення та припинення участі

Критерії відбору формували так, щоб забезпечити клінічну однорідність щодо основної проблеми дослідження та одночасно зберегти реальний спектр тиреоїдних і репродуктивних ситуацій. Вони наведені на рисунку 2.4.

Критерії включення	Критерії виключення	Критерії припинення участі
• вік 28–45 років; • клінічно або лабораторно підтверджена дисфункція щитоподібної залози; • потреба у виборі або зміні методу контрацепції / репродуктивної стратегії; • тривале перебування в умовах активних бойових дій або значного воєнно-асоційованого стресового навантаження; • можливість отримання достовірної клініко-анамнестичної інформації; • письмова інформована згода.	• вагітність на момент первинного обстеження; • онкологічні захворювання репродуктивної системи; • тяжка декомпенсована соматична патологія; • гострі інфекційні захворювання; • неможливість надати достовірну інформацію щодо репродуктивних планів, менструальної функції або контрацептивного анамнезу.	• відкликання інформованої згоди; • виявлення критерію виключення після включення; • відсутність ключових даних; • неможливість завершити динамічне спостереження для показників, що вимагали 6- або 12-місячної оцінки.

Рисунок 2.4 Критерії відбору учасниць.

2.5. Клініко-анамнестичні методи дослідження

Клініко-анамнестичне обстеження проводили за уніфікованою схемою. Під час первинного контакту уточнювали основні скарги, соматичний і гінекологічний анамнез, перебіг тиреоїдної патології та її лікування, репродуктивний анамнез, характеристики менструального циклу і попередній досвід використання контрацепції.

Репродуктивний блок включав відомості про вагітності, пологи, репродуктивні втрати, наявність дітей, безпліддя, перенесені операції на органах репродуктивної системи та актуальні плани щодо вагітності. Окремо фіксували, чи

планує жінка вагітність у найближчі 12 місяців і чи потребує ефективної контрацепції.

Контрацептивний анамнез охоплював попередні та поточні методи запобігання вагітності, тривалість їх застосування, причини зміни або припинення, небажані реакції, складнощі з дотриманням режиму, потребу в позапланових консультаціях і суб'єктивну прийнятність методу. У воєнному контексті додатково враховували доступність повторного звернення, ризик переривання забезпечення препаратом і можливість продовжувати метод при зміні місця перебування.

2.6. Оцінювання менструальної функції

Менструальну функцію оцінювали за даними анамнезу, медичної документації та гінекологічного обстеження. Уточнювали вік менархе, регулярність і тривалість циклу, тривалість менструальної кровотечі, епізоди затримки понад 7 днів, наявність дисменореї, посилення передменструальних проявів і суб'єктивні зміни обсягу менструальної крововтрати.

Менструальний фенотип розглядали як окрему клінічну характеристику, яка могла бути пов'язана з функціональним станом щитоподібної залози, супутньою гінекологічною патологією або стресовим навантаженням і водночас впливати на суб'єктивну прийнятність контрацепції. За наявності аномальних маткових кровотеч, міжменструальних виділень або ознак структурної патології обсяг обстеження розширювали.

Ультразвукове дослідження органів малого таза за клінічними показаннями виконували на діагностичній системі MyLab Gamma, заводський номер SN5424. Діапазон лінійних вимірювань становив 1–180 мм; допустима похибка - ± 1 мм у діапазоні 1–33 мм та ± 3 % при вимірюваннях 33–180 мм. Метрологічний контроль підтверджено свідоцтвом про повірку ДП «Київоблстандартметрологія» № ПЛ011024323 від 26.04.2023 р.

Під час ультразвукового дослідження оцінювали розміри матки, структуру міометрія, товщину та ехоструктуру ендометрія, стан порожнини матки, розміри і структуру яєчників, а також локальні чи дифузні зміни органів малого таза. За відповідними показаннями виконували гістероскопію, а при необхідності прицільного видалення внутрішньоматкової патології - гістерорезектоскопію з патогістологічним дослідженням отриманого матеріалу.

Отже, характер менструальних порушень оцінювали поетапно - від клініко-анамнестичної характеристики до інструментальної та, за показаннями, морфологічної верифікації. Це дозволяло відмежовувати функціональні зміни циклу від структурної патології матки та ендометрія.

2.7. Оцінювання функціонального стану щитоподібної залози

Тиреоїдний статус визначали за встановленим клінічним діагнозом, даними ендокринологічного спостереження, медичною документацією та лабораторними показниками. Під час оцінювання враховували варіант тиреоїдної патології, ступінь компенсації, поточну терапію та клінічні прояви, які могли мати значення для контрацептивного консультування.

Лабораторний блок включав тиреотропний гормон (ТТГ), вільний тироксин (вТ4), вільний трийодтиронін (вТ3), антитіла до тиреопероксидази (АТПО), антитіла до тиреоглобуліну (АТТГ), а за клінічними показаннями - антитіла до рецепторів ТТГ (ТРАb). Дослідження виконували у сертифікованих лабораторіях ТОВ «СІНЕВО УКРАЇНА» та ТОВ «МЛ «ДІЛА». Оскільки конкретні аналітичні платформи могли відрізнятися, результати інтерпретували за референсними інтервалами лабораторії, у якій було виконано відповідне дослідження.

Для віднесення пацієнтки до одного з трьох тиреоїдних фенотипів використовували сукупність клінічного діагнозу, лабораторного профілю та даних ендокринологічного спостереження. До I групи включали жінок із гіпотиреозом або субклінічним гіпотиреозом; до II - із гіпертиреозом, тиреотоксикозом в

анамнезі або нестабільним тиреоїдним статусом; до III - з автоімунним тиреоїдитом та еутиреоїдним або субклінічно зміненим профілем.

Об'єм щитоподібної залози враховували за даними ультразвукових досліджень, наявних у медичній документації та ендокринологічному супроводі. Конкретну ультразвукову систему для дослідження щитоподібної залози в межах протоколу не стандартизували, тому обладнання MyLab Gamma, описане в підрозділі 2.6, не екстраполювали на тиреоїдну ультрасонографію.

2.8. Оцінювання психоемоційного та психовегетативного стану

Психоемоційне та психовегетативне навантаження оцінювали клініко-анамнестичним методом під час цілеспрямованого опитування. Ураховували тривожність, порушення сну, внутрішнє напруження, дратівливість, емоційну лабільність, серцебиття, швидку втомлюваність і соматизовані скарги.

Інтерпретацію проводили з урахуванням можливого перетину цих проявів із клінічною картиною тиреоїдної дисфункції. Наприклад, серцебиття, порушення сну чи внутрішнє напруження могли супроводжувати як воєнно-асоційований стрес, так і нестабільний тиреоїдний стан. Саме тому психовегетативні прояви не використовували як самостійну діагностичну ознаку окремого психічного розладу.

За сукупністю клінічних ознак визначали помірне або високе стресове навантаження. Одночасно фіксували контекстні обставини, здатні впливати на репродуктивні рішення: безпекову ситуацію, економічну нестабільність, відсутність постійного партнера, тривожність щодо майбутньої вагітності, погіршення самопочуття на тлі стресу та нестабільний доступ до медичної допомоги.

Стандартизовані психометричні шкали PSS-10, DASS-21, HADS та GAD-7 у вихідній когорті не застосовували. Тому отримані показники характеризують клінічно визначене стресове навантаження і використовуються як компонент персоналізованого вибору репродуктивної стратегії, а не як кількісна психометрична оцінка.

2.9. Методика персоналізованого контрацептивного консультування

Контрацептивне консультування проводили за принципом спільного прийняття рішення. Перед обговоренням конкретного методу послідовно оцінювали репродуктивний намір, медичну прийнятність, актуальний тиреоїдний статус, менструальний фенотип, готовність до регулярного застосування методу та можливість подальшого спостереження. Тиреоїдна дисфункція сама по собі не вважалася автоматичною підставою для відмови від сучасних методів контрацепції.

У жінок без постійного партнера або за наявності ризику інфекцій, що передаються статевим шляхом, незалежно від основного контрацептивного методу додатково обговорювали бар'єрний захист. Узагальнену послідовність персоналізованого консультування подано на рисунку 2.5.

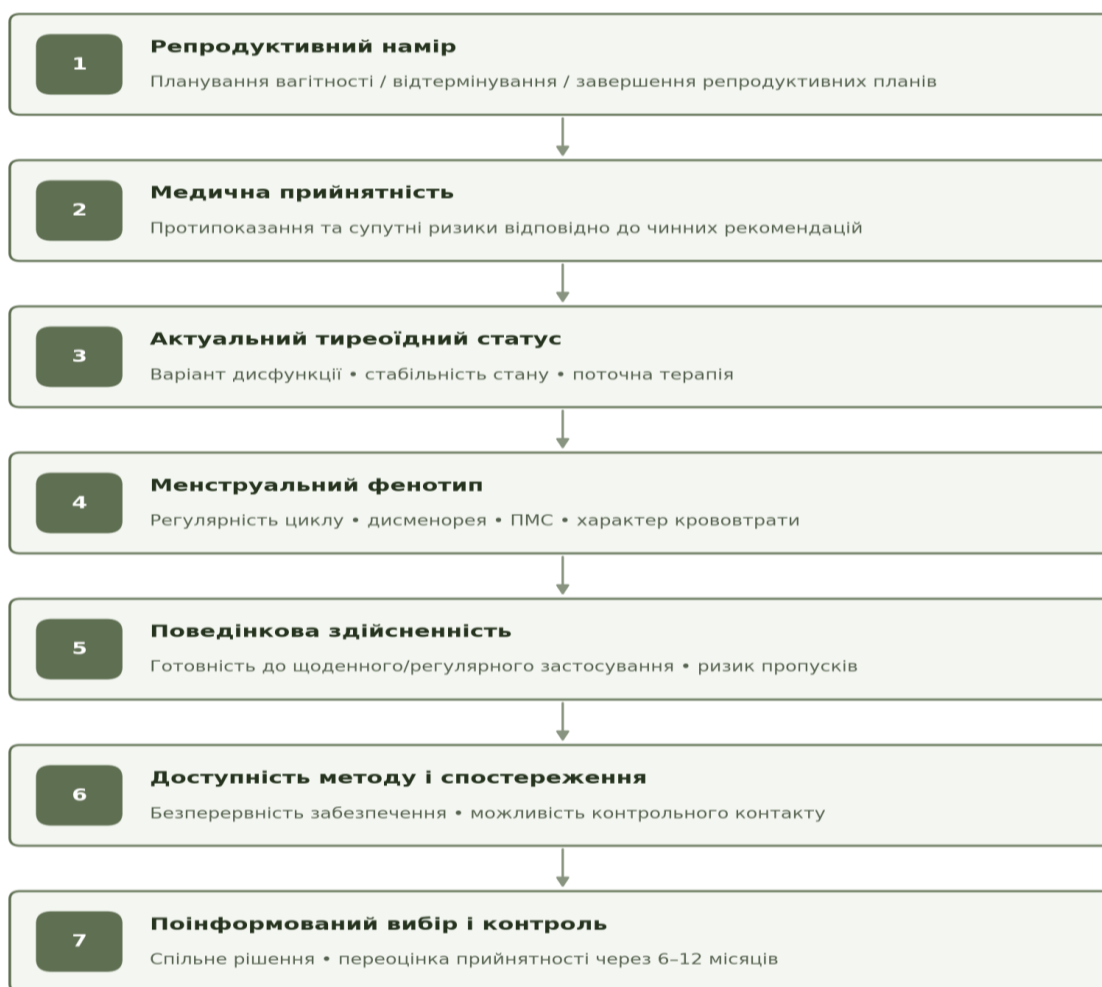


Рисунок 2.5 Послідовність персоналізованого контрацептивного консультування.

Запропонована послідовність не передбачала жорсткого «прив'язування» методу до тиреоїдного діагнозу. Її метою було відсіяти медично неприйнятні варіанти, а серед прийнятних - обрати той, який найбільше відповідає репродуктивному наміру та умовам реального використання.

2.10. Оборотні контрацептивні стратегії та динамічне спостереження

До I групи за реалізованою стратегією увійшли 26 жінок, які застосовували комбіновану гормональну контрацепцію. Перед призначенням оцінювали медичну прийнятність, характер менструальної функції, репродуктивні плани, супутні фактори ризику та попередній контрацептивний досвід. Конкретний комбінований препарат добирали індивідуально.

II групу становили 26 жінок, які використовували прогестинові та/або внутрішньоматкові методи. Основними варіантами були левоноргестрел-вивільнювальна внутрішньоматкова система «Мірена» (левоноргестрел 52 мг) і пероральний прогестиновий контрацептив «Лактинет-Ріхтер» (дезогестрел 0,075 мг, № 28). Близько 70 % пацієток цієї групи використовували ЛНГ-вмісну внутрішньоматкову систему, решта - пероральний дезогестрел.

Обидва варіанти були доступні в межах гуманітарного забезпечення. Для перорального дезогестрелу передбачали запас, достатній для 12-місячного безперервного застосування - 12 упаковок № 28 на одну пацієнтку. У контексті воєнних обмежень це зменшувало ризик вимушених перерв, пов'язаних із логістикою та повторним зверненням; внутрішньоматковий метод, своєю чергою, мінімізував залежність від щоденного прийому.

Для обох оборотних груп контроль проводили через 6 і 12 місяців. Реєстрували продовження первинно обраного методу, його зміну або повне припинення, порушення режиму, клінічно значущі небажані реакції, потребу в

позапланових консультаціях, динаміку менструальних проявів і суб'єктивну задоволеність.

2.11. Хірургічні репродуктивні стратегії

До III групи увійшли 26 жінок, яким після завершення репродуктивних планів виконано планову двобічну сальпінгектомію з метою постійної контрацепції. Перед втручанням проводили індивідуальне консультування з обговоренням незворотності методу, операційних ризиків та альтернативних високоефективних оборотних варіантів. Остаточне рішення приймала пацієнтка після отримання повної інформації про характер і наслідки операції.

IV групу становили 27 жінок, яким сальпінгектомію виконували за лікувальними показаннями при патології маткових труб. На відміну від III групи, метою втручання було лікування трубної патології, а за наявності репродуктивних планів - подальша реалізація фертильності, у тому числі із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Обсяг втручання в IV групі визначали індивідуально з урахуванням локалізації й поширеності патологічного процесу, стану контралатеральної труби, супутньої патології органів малого таза та репродуктивних планів. Операції виконували лапароскопічним доступом із ревізією органів малого таза, послідовною коагуляцією і перетином тканин мезосальпінкса та контролем гемостазу. Видалений матеріал направляли на патогістологічне дослідження.

У III та IV групах реєстрували обсяг операції, її тривалість, інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення, тривалість госпіталізації й результати подальшого спостереження. У III групі через 12 місяців додатково оцінювали задоволеність рішенням і наявність сумнівів або жалю; у IV - репродуктивні плани після лікування, направлення до ДРТ, фактичний початок програми та настання клінічної й прогресуючої вагітності. Репродуктивні результати ДРТ розраховували на одну пацієнтку, яка розпочала програму, а не на цикл стимуляції чи перенесення ембріона.

2.12. Кінцеві точки та критерії оцінювання

Кінцеві точки визначали відповідно до клінічної мети кожної стратегії (табл. 2.2). Для оборотних методів центральним було збереження прийнятності та прихильності в динаміці, для постійної контрацепції - безпечність і задоволеність незворотним рішенням, а для лікувальної сальпінгектомії - безпосередній результат операції та подальший репродуктивний маршрут.

Таблиця 2.2

Кінцеві точки дослідження

Аналітичний блок	Кінцеві показники
Оборотні методи - 6 міс	Продовження первинного методу; зміна або припинення; порушення режиму; клінічно значущі небажані реакції; позапланові консультації.
Оборотні методи - 12 міс	Продовження первинного методу; зміна/припинення; небажані реакції; порушення режиму; задоволеність; позапланові консультації; описова динаміка менструальних проявів.
Постійна контрацепція	Інтра- та ранні післяопераційні ускладнення; тривалість госпіталізації; задоволеність рішенням; наявність/відсутність сумнівів або жалю.
Лікувальна сальпінгектомія	Безпосередні результати операції; подальша реалізація репродуктивних планів; у підгрупі ДРТ - клінічна та прогресуюча вагітність.

2.13. Формування бази даних та контроль якості інформації

Клінічні та анамнестичні відомості систематизували в індивідуальній карті спостереження, після чого переносили до електронної бази. Кожній учасниці присвоювали унікальний код; персональні ідентифікатори до статистичного масиву не включали.

Перед аналізом перевіряли чисельність спостережень у групах, логічну узгодженість змінних, відповідність чисельників і знаменників для частотних показників та наявність пропущених значень. Показники, що стосувалися лише окремої підгрупи, розраховували від відповідного знаменника. Первинну

тиреоїдну класифікацію та групування за реалізованою стратегією розглядали як дві системи аналізу однієї когорти і не підсумовували як незалежні вибірки.

2.14. Етичні аспекти дослідження

Дослідження проводили відповідно до принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину 1997 року і загальновизнаних принципів біоетики досліджень за участю людини. Участь була добровільною; усі пацієнтки надали письмову інформовану згоду на участь та використання знеособлених клінічних даних у наукових цілях.

Протокол дослідження розглянуто та схвалено комісією з питань етики НУОЗ України імені П. Л. Шупика - протокол № 10 від 30.11.2023 р. Конфіденційність забезпечували шляхом деперсоніфікації даних і використання кодованих записів у статистичній базі.

2.15. Методи статистичної обробки результатів

Статистичний аналіз виконували відповідно до типу змінних, структури порівнюваних груп і клінічного змісту кінцевих точок. Кількісні показники подавали як середнє арифметичне та стандартне відхилення ($M \pm SD$), категоріальні - як абсолютну кількість і відносну частоту, n (%).

Для порівняння категоріальних показників між трьома тиреоїдними групами застосовували χ^2 -критерій Пірсона. У двох малих незалежних групах оборотної контрацепції, а також для окремих категоріальних операційних показників використовували двобічний точний критерій Фішера. Додатково для основних показників оборотної контрацепції визначали відносний ризик (RR) та абсолютну різницю частот у відсоткових пунктах, що дозволяло оцінювати не лише статистичну значущість, а й напрямок та величину відмінності.

Кількісні показники двох хірургічних груп, зокрема тривалість операції та госпіталізації, порівнювали за t -критерієм Велча. Динаміку менструальних проявів в оборотних групах описували за зміною частоти між вихідним рівнем і 12-

місячним етапом. Оскільки для цих показників у наявному масиві були доступні агреговані групові дані без індивідуальних парних переходів, статистичне тестування змін «до–після» не проводили.

Результати III та IV хірургічних груп інтерпретували з урахуванням різних показань до втручання. Їх зіставлення використовували для опису безпосередніх результатів, а не для доведення переваги, еквівалентності або причинної ефективності однієї хірургічної стратегії відносно іншої. Для результатів ДРТ одиницею спостереження була пацієнтка, яка фактично розпочала програму; частоту живонародження в межах наявного періоду спостереження не визначали.

Для всіх статистичних критеріїв використовували двобічний рівень значущості $p < 0,05$ (табл. 2.3). З огляду на невелику чисельність окремих груп, відсутність рандомізації та різний клінічний характер частини порівнюваних стратегій результати міжгрупових тестів розглядали переважно як пошукові. Відсутність статистично значущої різниці не трактували як доказ еквівалентності, а наявність статистичної значущості - як самодостатній доказ причинного зв'язку.

Після формування електронного масиву проводили попередній контроль якості даних, що включав перевірку правильності введення, повноти заповнення, логічної відповідності між взаємопов'язаними показниками та виявлення пропущених значень. Після завершення верифікації бази здійснювали статистичну обробку матеріалу із застосуванням ліцензійних пакетів SPSS Statistics v.25 (IBM, США), STATISTICA 13.3 (StatSoft Inc., США) і Microsoft Excel 365 (Microsoft Corp., США).

Таблиця 2.3

План статистичної обробки даних

Аналітичне завдання	Метод	Примітка
Опис категоріальних даних	n (%)	Абсолютні частоти та частки
Опис кількісних даних	$M \pm SD$	Середнє арифметичне та стандартне

Аналітичне завдання	Метод	Примітка
		відхилення
Порівняння частот у кількох групах	χ^2 -критерій Пірсона	Тиреоїдні групи
Порівняння двох малих незалежних груп	Двобічний точний критерій Фішера	Оборотні стратегії та окремі категоріальні операційні показники
Оцінка величини відмінності	RR; абсолютна різниця частот	Клінічна інтерпретація разом із р
Порівняння кількісних показників у двох хірургічних групах	t-критерій Велча	Тривалість операції та госпіталізації
Рівень статистичної значущості	$p < 0,05$	Двобічна перевірка; інтерпретація з урахуванням дизайну

2.16. Методологічна логіка персоналізованого алгоритму

Методологічна логіка роботи поєднувала два рівні клінічного рішення. Спочатку формували індивідуальний профіль пацієнтки - репродуктивний намір, медична прийнятність, актуальний тиреоїдний статус, менструальний фенотип, психоемоційне навантаження, здатність дотримуватися режиму та доступність спостереження. Після цього серед медично прийнятних варіантів обирали стратегію, яка найбільше відповідала клінічній ситуації та життєвим обставинам жінки.

За незавершених репродуктивних планів основним завданням був вибір ефективного оборотного методу з прийнятним профілем переносимості та реальною можливістю довготривалого застосування. Після завершення репродуктивних планів за усвідомленого рішення могла розглядатися постійна контрацепція. Наявність трубної патології формувала окремий лікувальний маршрут і не прирівнювалася до контрацептивної стратегії.

2.17. Методологічні обмеження, враховані під час інтерпретації

Під час інтерпретації результатів враховували кілька обмежень дизайну. По-перше, групи за реалізованою стратегією формувалися відповідно до фактичного

клінічного вибору, а не шляхом рандомізації, тому міжгрупові відмінності не можуть автоматично розглядатися як причинний ефект методу.

По-друге, психоемоційне та психовегетативне навантаження оцінювали клінічно, без валідованих психометричних шкал. По-третє, II оборотна група була гетерогенною і включала методи з різним механізмом та різною залежністю від поведінкової прихильності, тому її результати характеризують групу стратегій, а не ефект одного препарату чи пристрою.

Крім того, III та IV хірургічні групи мали різні показання і клінічні цілі, а відсутність парних даних щодо оваріального резерву не дозволяє оцінювати його зміну після сальпінгектомії. Ці обмеження були враховані під час формулювання висновків і не дозволяли поширювати результати поза межі фактично досліджених кінцевих точок.

Висновок до розділу 2

Сформований дизайн дозволив послідовно охарактеризувати 105 жінок із дисфункцією щитоподібної залози та простежити результати фактично реалізованих репродуктивних стратегій без ототожнення тиреоїдного діагнозу з автоматичним вибором методу. Поєднання двох систем групування - за тиреоїдним фенотипом і за реалізованою стратегією - забезпечило окремий аналіз вихідного клініко-репродуктивного профілю та подальшої прийнятності обраного підходу.

Методичний комплекс охоплював репродуктивний і контрацептивний анамнез, менструальну функцію, лабораторну характеристику тиреоїдного статусу, клінічну оцінку психоемоційного та психовегетативного навантаження, динамічне спостереження та статистичну оцінку кінцевих точок. Така структура створює методологічне підґрунтя для подальшого аналізу клінічних результатів і формування персоналізованого алгоритму вибору репродуктивної стратегії.

Основні положення розділу викладені в наукових публікаціях:

1. Сакали Л. І. Клініко-репродуктивні особливості жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах активних бойових дій як підґрунтя для індивідуалізованого вибору контрацепції. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т. 6, № 2. С. 67–75. DOI: 10.52705/2788-6190-2026-02-9. URL: <https://doi.org/10.52705/2788-6190-2026-02-9>

1. 2. Вітюк А. Д., Горбунова О. В., Сакали Л. І. Клініко-репродуктивні детермінанти вибору контрацепції в жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах хронічного воєнного стресу: обґрунтування персоналізованого алгоритму. Ukrainian Journal Health of Woman. 2026. № 3(184). С. 5–13. DOI: 10.15574/HW.2026.3(184).513. URL: [https://doi.org/10.15574/HW.2026.3\(184\).513](https://doi.org/10.15574/HW.2026.3(184).513)

3. Вітюк А. Д., Сакали Л. І. Диференційований вибір оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій у жінок із дисфункцією щитоподібної залози: клінічне обґрунтування та результати персоналізованого підходу. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т. 6, № 3. С. 92–110. DOI: 10.52705/2788-6190-2026-03-10. URL: <https://doi.org/10.52705/2788-6190-2026-03-10>

У зазначених публікаціях представлено дизайн дослідження, принципи формування та клінічної стратифікації когорти, методичні підходи до оцінювання репродуктивного, менструального й тиреоїдного статусу, психоемоційного навантаження, алгоритм персоналізованого контрацептивного консультування, а також підходи до аналізу результатів оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ТА РЕПРОДУКТИВНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В УМОВАХ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Вибір контрацептивної стратегії у жінок із дисфункцією щитоподібної залози не може зводитися до констатації ендокринного діагнозу. Клінічне рішення формується на перетині функціонального стану тиреоїдної системи, структурних змін залози, особливостей менструальної функції, репродуктивних намірів, супутніх ризиків і здатності жінки безперервно користуватися обраним методом. Сучасні критерії медичної прийнятності не визначають неускладнену тиреоїдну патологію як універсальне протипоказання до основних методів контрацепції; тому домінуючим принципом є персоналізована оцінка сукупного клінічного профілю [61, 96].

Умови активних бойових дій істотно модифікують цей профіль. Тривале перебування в ситуації небезпеки, вимушена зміна місця проживання, економічна нестабільність, переривчастий доступ до медичної допомоги та хронічне психоемоційне напруження здатні впливати не лише на репродуктивні плани, а й на регулярність менструального циклу та прихильність до методів, що потребують щоденного прийому або частого контакту з медичною системою [35, 40, 82, 102, 110, 113, 129]. Саме тому на першому результативному етапі дослідження було сформовано інтегральну характеристику вихідного клініко-репродуктивного фенотипу жінок із тиреоїдною дисфункцією, яка надалі слугувала підґрунтям для аналізу ефективності оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій.

3.1. Загальна характеристика когорти та структура тиреоїдної патології

Упродовж 2023–2026 років обстежено 105 жінок віком 28–45 років із клінічно та/або лабораторно підтвердженою дисфункцією щитоподібної залози, які зверталися з приводу вибору або корекції методу контрацепції. Віковий

діапазон охоплював активний і пізній репродуктивний періоди, що забезпечувало представлення різних репродуктивних сценаріїв — від короткочасного відтермінування вагітності до фактичної завершеності репродуктивних планів.

Для вихідного порівняльного аналізу когорту стратифіковано за провідним тиреоїдним фенотипом. До I групи увійшли 32 жінки з гіпотиреозом або субклінічним гіпотиреозом; II групу становили 28 пацієнток із гіпертиреозом, тиреотоксикозом в анамнезі або лабільним тиреоїдним статусом; до III групи включено 45 жінок з автоімунним тиреоїдитом (АІТ) та еутиреоїдним або субклінічно зміненим функціональним профілем. Такий розподіл не мав характеру рандомізації та відображав реальну клінічну структуру вибірки (рис. 3.1).

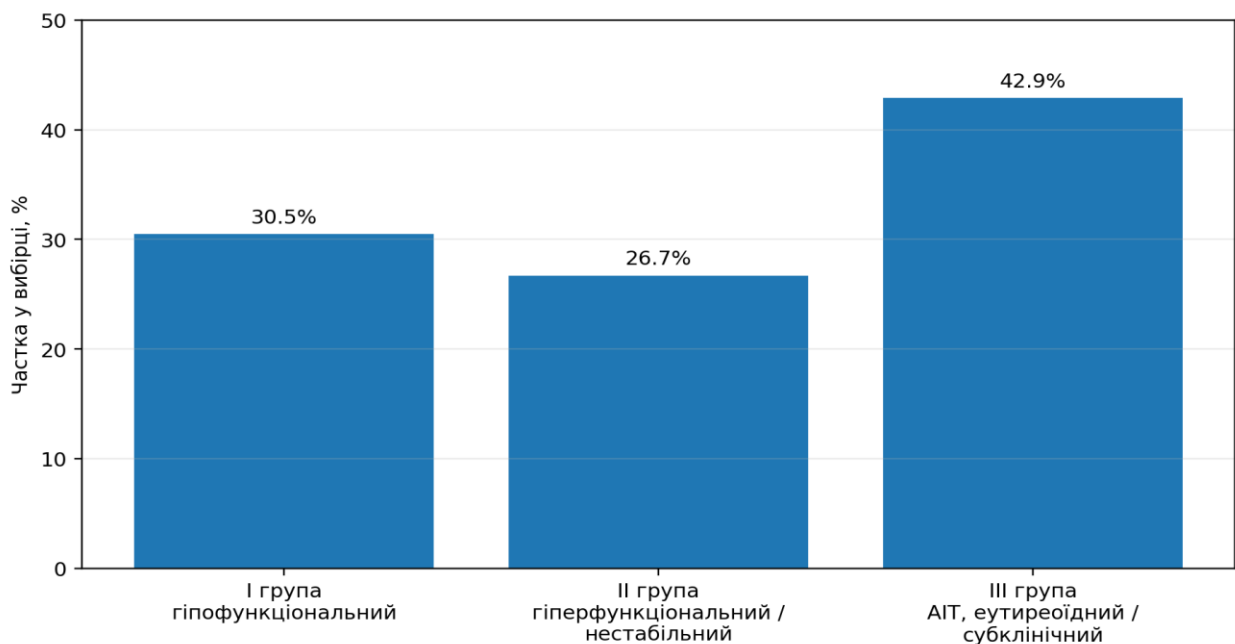


Рисунок 3.1. Структура досліджуваної когорти за провідним тиреоїдним фенотипом.

Найчисельнішою була III група - 45 (42,9 %) жінок; гіпофункціональний фенотип виявлено у 32 (30,5 %), гіперфункціональний або нестабільний - у 28 (26,7 %) учасниць. Така структура дала змогу порівняти клініко-репродуктивні характеристики за різноспрямованої тиреоїдної функції, не ототожнюючи ендокринний діагноз із наперед заданим контрацептивним рішенням.

При інтерпретації скарг враховували багаторівневий зв'язок тиреоїдної та репродуктивної систем. Нерегулярність циклу, зміни менструальної крововтрати, серцебиття, порушення сну та емоційна лабільність можуть мати ендокринний, гінекологічний або стрес-асоційований генез [8, 11, 76, 80]. Тому жодна з цих ознак не розглядалася ізольовано від лабораторного та клінічного контексту.

3.2. Функціональний та імунологічний стан щитоподібної залози

Функціональний стан щитоподібної залози оцінювали за концентраціями тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (fT4) та вільного трийодтироніну (fT3). Автоімунний компонент характеризували за рівнями антитіл до тиреоїдної пероксидази (АТПО), антитіл до тиреоглобуліну (АТТГ), а у пацієнок із гіпертиреоїдним фенотипом - антитіл до рецептора ТТГ (TRAb). Показники трактували з урахуванням клінічного діагнозу, анамнезу терапії та референтних інтервалів лабораторії [37, 58].

Таблиця 3.1

Лабораторні показники тиреоїдного статусу в клінічних групах, М±SD

Показник	I група, n=32	II група, n=28	III група, n=45	F	p
ТТГ, мкМО/мл	5,9±2,8	0,21±0,31	2,7±1,4	75,47	<0,001
fT4, нг/дл	0,8±2,5	2,7±9,4	1,4±2,7	0,99	0,377
fT3, пг/мл	1,8±0,8	5,9±4,1	4,1±0,9	25,52	<0,001
АТПО, МО/мл	54±17	110±13	29±8	356,06	<0,001
АТТГ, МО/мл	1,79±0,20	2,10±0,10	1,60±0,20	67,30	<0,001
TRAb, МО/л	переважно негативні	4,8±5,9	переважно негативні	—	—

Примітка. F - критерій однофакторного дисперсійного аналізу. Для TRAb міжгруповий параметричний тест не розраховували через якісне представлення результату в I та III групах.

Отримані дані підтвердили біологічну відмінність сформованих клінічних фенотипів. У I групі середній ТТГ досягав 5,9±2,8 мкМО/мл, тоді як fT3 становив

1,8±0,8 пг/мл; саме це поєднання відображало переважно гіпофункціональний напрямок тиреоїдних змін. Різниця за ТТГ між групами була вираженою (F=75,47; p<0,001).

II група мала протилежний лабораторний профіль: ТТГ - 0,21±0,31 мкМО/мл, fT3 - 5,9±4,1 пг/мл. Підвищений середній рівень TRAb (4,8±5,9 МО/л) відповідав наявності в цій групі жінок з гіпертиреозом та тиреотоксичним анамнезом. Водночас значна дисперсія окремих показників була закономірною, оскільки до групи входили пацієнтки як з активною гіперфункцією, так і з перенесеним тиреотоксикозом або нестабільним функціональним станом.

У III групі середній ТТГ становив 2,7±1,4 мкМО/мл, fT3 - 4,1±0,9 пг/мл. Для цього фенотипу визначальним був автоімунний характер ураження, а не обов'язкове одночасне підвищення всіх антитиреоїдних антитіл. Титри АТПО та АТТГ не трактували як пряму міру функціональної недостатності залози без урахування клінічного стану, попередньої терапії та референтних меж [11, 58, 81].

За fT4 міжгрупові відмінності не досягли статистичної значущості (F=0,99; p=0,377), що відображало високу внутрішньогрупову варіабельність цього показника. Відтак функціональну класифікацію здійснювали за сукупністю гормональних, імунологічних та клінічних критеріїв, а не за одиничним лабораторним значенням. Для подальшого контрацептивного консультування тиреоїдний статус розглядали як один із компонентів інтегрального профілю, оскільки сучасні WHO MEC та U.S. MEC не передбачають універсального обмеження більшості методів контрацепції лише через наявність неускладненої тиреоїдної патології [61, 96].

3.3. Ультразвукова характеристика щитоподібної залози

Структурні особливості щитоподібної залози оцінювали за даними ультразвукового дослідження. Аналізували об'єм залози, симетричність часток, стан перешийка, ехогенність та однорідність паренхіми, наявність дифузних і вогнищевих змін, а за наявності доплерографії - характер васкуляризації.

Ультразвукову картину не розглядали як еквівалент функціонального стану, оскільки морфологічні та гормональні характеристики є взаємодоповнювальними, але не взаємозамінними [37, 58].

Таблиця 3.2

Об'єм щитоподібної залози в обстежених групах, $M \pm SD$

Показник	I група, n=32	II група, n=28	III група, n=45	F	p
Об'єм щитоподібної залози, мл	14,8±4,6	21,7±8,9	15,9±5,1	10,70	<0,001

Найбільший середній об'єм залози виявлено в II групі - 21,7±8,9 мл, тоді як у I та III групах він становив відповідно 14,8±4,6 та 15,9±5,1 мл. Міжгрупова різниця була статистично значущою ($F=10,70$; $p<0,001$). Напрямок змін узгоджувався з представленістю в II групі гіпертиреоїдних і тиреотоксичних станів, для яких дифузне збільшення щитоподібної залози може бути складовою типового інструментального фенотипу [37].

Для гіпофункціонального та аутоімунного фенотипів при інтерпретації УЗД особливу увагу приділяли неоднорідності та зміні ехогенності паренхіми; за активної хвороби Грейвса клінічно значущими були дифузне збільшення залози та, за даними доплерографії, посилення васкуляризації [11, 37, 58]. Водночас на цьому етапі дослідження кількісно стандартизованим ультразвуковим показником був саме об'єм залози. Частоти окремих описових ехографічних ознак не використовували як самостійні статистичні кінцеві точки, що дозволило уникнути ретроспективної формалізації неуніфікованих описових протоколів.

3.4. Репродуктивний статус та актуальна потреба в контрацепції

Реалізована репродуктивна функція та найближчі репродуктивні наміри оцінювалися окремо від тиреоїдного діагнозу. Одну або більше дітей мали 53 (50,5 %) жінки, 52 (49,5 %) не мали дітей; розподіл був зіставним у трьох клінічних

групах ($p=0,846$) (рис. 4). Вагітність протягом наступних 12 місяців планували лише 9 (8,6 %) учасниць, тоді як 96 (91,4 %) її не планували. Клінічно обґрунтовану потребу в ефективній контрацепції визначено у 99 із 105 жінок (94,3 %).

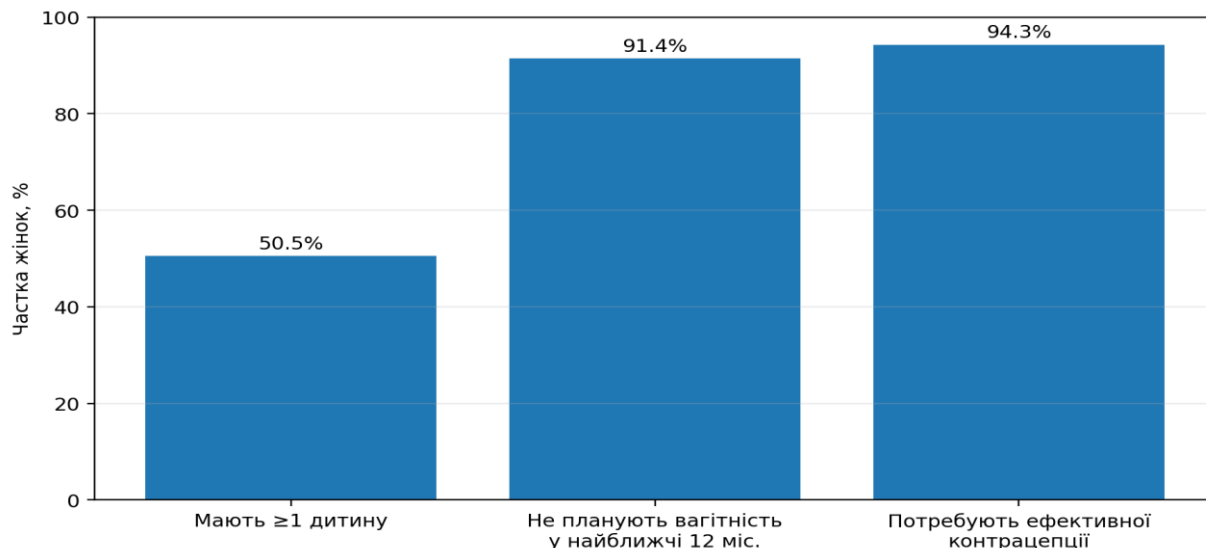


Рисунок 3.2. Основні характеристики репродуктивного статусу та потреби в контрацепції в загальній когорті.

Потреба в ефективній контрацепції залишалася однаково високою в усіх тиреоїдних фенотипах: 93,8 % у I, 96,4 % у II та 93,3 % у III групі ($p=0,847$). Отже, напрямок тиреоїдної дисфункції не визначав саму репродуктивну мету; вона формувалася переважно життєвими планами, актуальними обставинами та особистими пріоритетами жінки. Такий результат відповідає пацієнт-орієнтованій моделі контрацептивного консультування [18, 19, 61, 96, 119, 124].

Принципово важливим було також розмежування тимчасової відмови від вагітності й завершеності репродуктивних планів. Відсутність наміру вагітніти протягом року не розглядали як автоматичну готовність до незворотної репродуктивної стратегії. Саме це розмежування надалі визначало логіку вибору між оборотними та постійними методами.

3.5. Структура причин відтермінування вагітності

У 96 жінок, які не планували вагітність у найближчі 12 місяців, проаналізовано чинники, що впливали на це рішення. Оскільки одна учасниця могла одночасно називати декілька причин, наведені частки характеризують структуру мотивів, а не взаємовиключні категорії.

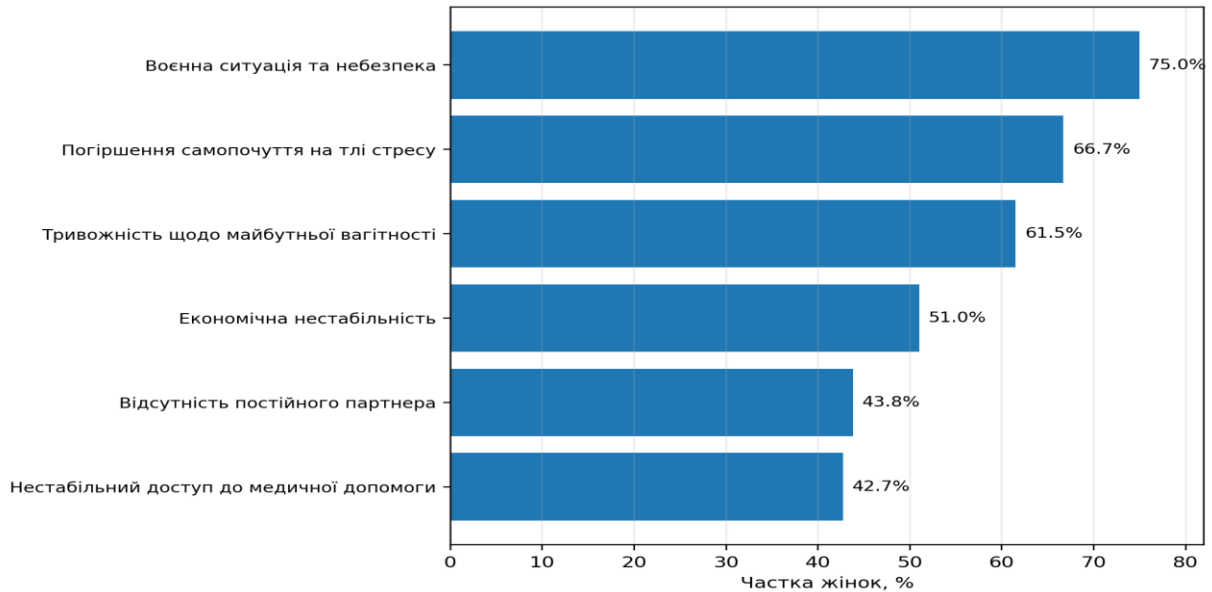


Рисунок 3.3. Причини відтермінування вагітності серед жінок, які не планували вагітність у найближчі 12 місяців (n=96).

Провідним чинником була воєнна ситуація та відчуття безпосередньої небезпеки - 75,0 %. Погіршення самопочуття на тлі тривалого стресу відзначили 66,7 % жінок, тривожність щодо майбутньої вагітності - 61,5 %, економічну нестабільність - 51,0 %. Відсутність постійного партнера зазначили 43,8 %, нестабільний доступ до медичної допомоги - 42,7 % респонденток. Жодна з причин не мала статистично значущого зв'язку з тиреоїдним фенотипом, тобто соціальні, безпекові та організаційні чинники діяли поперечно щодо ендокринної стратифікації (рис. 3.3).

У II групі частіше фіксували погіршення самопочуття на тлі стресу - 80,8 % проти 62,1 % у I та 61,0 % у III групі, однак статистичне підтвердження міжгрупової асоціації було відсутнє ($p=0,202$). Тому цей результат трактували як

описову тенденцію, а не як доказ причинного зв'язку між гіпертиреоїдним фенотипом і вищою стресовою чутливістю. Загальна структура мотивів узгоджується з українськими спостереженнями воєнного періоду, які демонструють трансформацію репродуктивних планів під впливом тривалих безпекових ризиків [82, 102, 110, 113, 129].

3.6. Менструальна функція та її клінічні варіанти

Менструальну функцію оцінювали як самостійний компонент клінічного профілю, оскільки вихідний характер циклу здатний істотно впливати на сприйняття та переносимість контрацептивного методу. Порушення менструального циклу встановлено у 76 із 105 жінок (72,4 %), що свідчило про високу поширеність цього клінічного фенотипу в досліджуваній когорті (рис. 3.4).

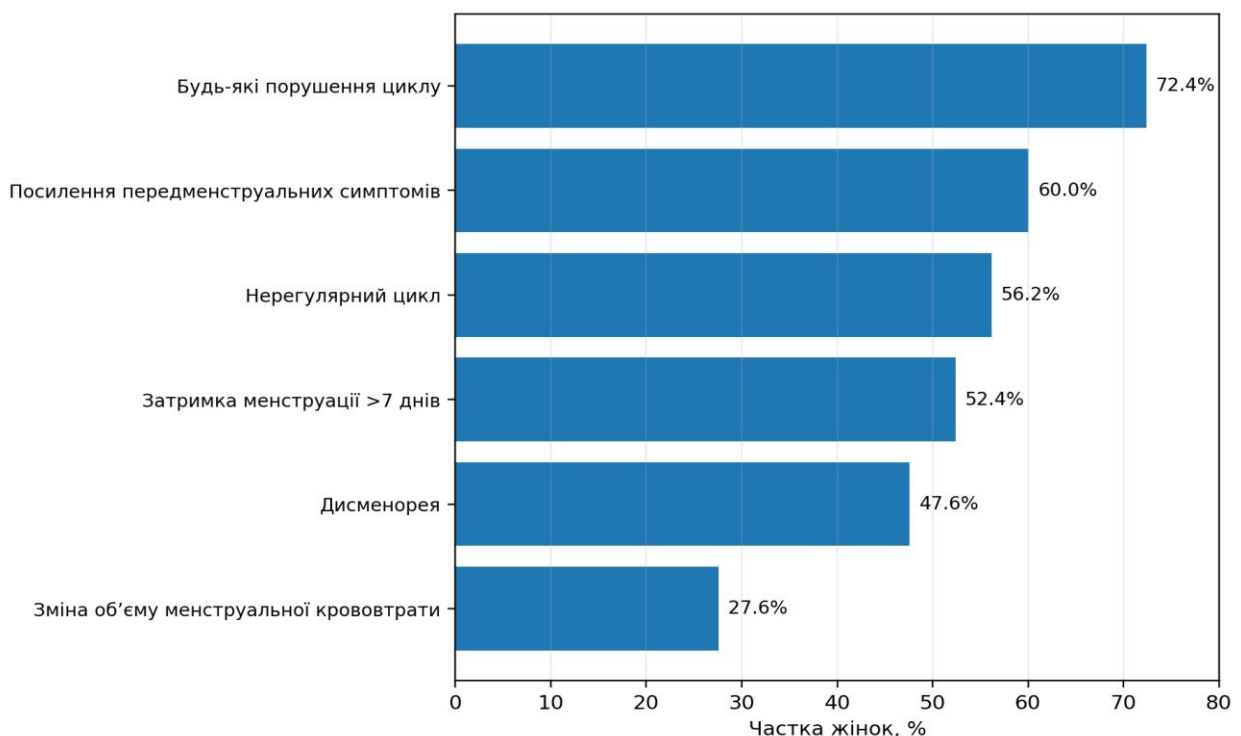


Рисунок 3.4. Структура порушень менструальної функції в загальній когорті (n=105).

Найпоширенішими проявами були посилення передменструальних симптомів (60,0 %) та нерегулярність циклу (56,2 %). Затримки менструації понад

7 днів мали 52,4 % учасниць, дисменорею - 47,6 %, зміну об'єму менструальної крововтрати - 27,6 %. Поєднання декількох симптомів в однієї пацієнтки було типовим, тому менструальний фенотип оцінювали комплексно.

Найвища частота будь-яких порушень циклу спостерігалась у II групі - 82,1 % проти 68,8 % у I та 68,9 % у III групі, однак статистично значущої міжгрупової різниці не встановлено ($p=0,402$). Аналогічно не виявлено достовірної специфічності щодо нерегулярності циклу, затримок менструації, передменструальних симптомів, дисменореї та зміни менструальної крововтрати. Це не підтримує монокаузальну модель, за якою певний тип тиреоїдної дисфункції безпосередньо формує конкретний тип менструального порушення.

Патофізіологічно тиреоїдна дисфункція може модифікувати менструально-оваріальну функцію через гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникову вісь, зміни пролактину, стероїдогенезу та метаболічного гомеостазу [5, 8, 33, 76, 79, 80, 84]. Водночас тривалий воєнний стрес самостійно здатний впливати на циклічність та овуляторні процеси [44, 51, 56, 75, 82, 110, 113]. Тому в цій когорті менструальні розлади трактували як багатофакторний фенотип, а не як прямий індикатор тяжкості тиреоїдної дисфункції.

З практичної точки зору вихідний менструальний патерн був важливим під час контрацептивного консультування: методи, які змінюють характер кровотеч, по-різному сприймаються жінками з нерегулярним циклом, дисменореєю або підвищеною менструальною крововтратою. Отже, оцінка циклу виконувала не лише описову, а й прогностично-прикладну функцію [14, 22, 23, 57, 63, 119].

3.7. Психоемоційне та психовегетативне навантаження

На вихідному етапі психоемоційний стан характеризували клінічно за сукупністю тривожності, внутрішнього напруження, порушень сну, дратівливості, емоційної лабільності, серцебиття, швидкої втомлюваності та соматизованих скарг. Така оцінка відображала рівень клінічно значущого стресового навантаження, але не була тотожною психіатричній діагностиці.

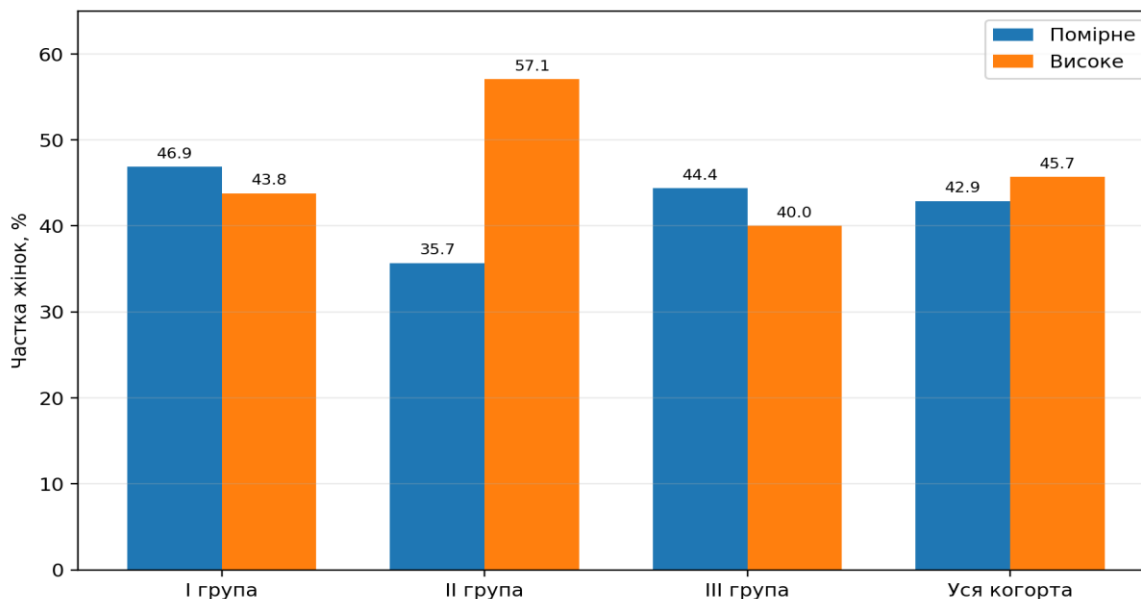


Рисунок 3.5. Розподіл помірного та високого клінічно визначеного стресового навантаження в досліджуваних групах.

Високе стресове навантаження встановлено у 48 (45,7 %) жінок, помірне - у 45 (42,9 %). Таким чином, 88,6 % учасниць мали щонайменше помірні клінічні прояви тривалого психоемоційного напруження. Найбільша частка високого навантаження спостерігалась у II групі - 57,1 % проти 43,8 % у I та 40,0 % у III групі, однак статистично значущої асоціації з тиреоїдним фенотипом не виявлено ($p=0,347$) (рис. 3.5).

Клінічна інтерпретація психовегетативних симптомів потребувала обережності, оскільки серцебиття, лабільність настрою, порушення сну, втомлюваність і внутрішнє напруження можуть супроводжувати як тиреоїдну дисфункцію, так і реакцію на тривалий стрес [66, 74]. З цієї причини такі скарги не використовували для визначення функціонального стану щитоподібної залози без лабораторного підтвердження.

Стандартизовані психометричні шкали PSS-10, DASS-21, HADS або GAD-7 не були підставою для вихідної категоризації стресу, що обмежує пряме порівняння абсолютних рівнів з дослідженнями, виконаними із застосуванням

валідованих інструментів. Водночас висока поширеність психовегетативних скарг має самостійне клінічне значення і узгоджується з даними українських досліджень воєнного періоду [48, 82, 102, 110, 113, 129].

3.8. Інтегральний клініко-репродуктивний фенотип та передумови диференційованого вибору контрацепції

Сукупний аналіз лабораторних, інструментальних, репродуктивних, менструальних та психоемоційних характеристик засвідчив принципову неоднорідність досліджуваної когорти. Виражені міжгрупові відмінності тиреоїдної функції співіснували з майже однаковою високою потребою в контрацепції та зі значним поширенням менструальних порушень і стресового навантаження. Це означає, що сам тиреоїдний діагноз не може бути єдиною детермінантою контрацептивного рішення.

Першим практичним наслідком такого підходу стало розмежування медичного ризику та репродуктивної мети. ТТГ, fT3 та ультразвукові параметри визначали ендокринний контекст, але не відповідали на питання, чи планує жінка вагітність і на який період необхідний захист. Другим компонентом був менструальний фенотип: його висока поширеність і відсутність чіткої специфічності за тиреоїдними групами вимагали самостійної оцінки при виборі методу.

Третім компонентом стала організаційна безперервність контрацепції. Нестабільний доступ до медичної допомоги був одним із чинників відтермінування вагітності у 42,7 % жінок, які не планували її протягом року. За умов бойових дій ця обставина не змінює формальної контрацептивної ефективності методу, однак безпосередньо впливає на реальну можливість його безперервного застосування. Тому враховували залежність від щоденного прийому, регулярного поповнення препарату, повторних консультацій і технічної можливості тривалого автономного використання [16, 22, 23, 35, 96, 97, 119, 124].

Четвертим компонентом був психо вегетативний стан. Стрес не трактували як самостійне протипоказання до певного методу, однак враховували його можливий вплив на прихильність, суб'єктивне сприйняття побічних реакцій і здатність дотримуватися складних режимів прийому. У результаті сформовано багатовимірну модель, у якій рішення щодо контрацепції є результатом послідовного зіставлення п'яти взаємопов'язаних блоків.



Рисунок 3.6. П'ятикомпонентна модель персоналізованого контрацептивного консультування у жінок із дисфункцією щитоподібної залози.

Запропонована модель поєднує репродуктивну мету, функціональний і структурний тиреоїдний статус, вихідний менструальний фенотип, психо вегетативні чинники та доступність безперервного застосування методу (рис. 3.6). Саме цей інтегральний підхід став методологічною основою наступного етапу дослідження — порівняльної оцінки фактично реалізованих оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій.

Висновки до розділу 3

1. У 105 жінок віком 28–45 років виокремлено три клініко-лабораторні тиреоїдні фенотипи: гіпофункціональний - 30,5 %, гіперфункціональний/нестабільний - 26,7 % та автоімунний з еутиреоїдним або субклінічно зміненим профілем - 42,9 %. Статистично значущі міжгрупові відмінності за ТТГ і fT3 ($p < 0,001$) підтвердили функціональну неоднорідність когорти.

2. Структурні зміни щитоподібної залози доповнювали, але не замінювали лабораторну характеристику. Найбільший середній об'єм залози встановлено в II групі - $21,7 \pm 8,9$ мл проти $14,8 \pm 4,6$ мл у I та $15,9 \pm 5,1$ мл у III групі; міжгрупова різниця була статистично значущою ($p < 0,001$).

3. Актуальна потреба в ефективній контрацепції становила 94,3 % і була однаково високою в усіх тиреоїдних групах. Відмінностей за фактом материнства, найближчими планами вагітності та потребою в контрацепції не встановлено ($p > 0,05$), що підтверджує відносну незалежність репродуктивної мети від напрямку тиреоїдної дисфункції.

4. Відтермінування вагітності формувалося під впливом комплексу воєнних і соціально-організаційних чинників. Найчастіше жінки зазначали воєнну небезпеку (75,0 %), погіршення самопочуття на тлі стресу (66,7 %), тривожність щодо майбутньої вагітності (61,5 %) та економічну нестабільність (51,0 %); статистично значущої залежності структури причин від тиреоїдного фенотипу не виявлено.

5. Порушення менструальної функції мали 72,4 % учасниць. Найпоширенішими були посилення передменструальних симптомів (60,0 %), нерегулярність циклу (56,2 %), затримки менструації понад 7 днів (52,4 %) і дисменорея (47,6 %). Відсутність статистично значущої міжгрупової специфічності обґрунтовує багатофакторне, а не монокаузальне трактування цих змін.

6. Високе клінічно визначене стресове навантаження виявлено у 45,7 % жінок, помірне - у 42,9 %. Найбільшу частку високого навантаження спостерігали

в II групі (57,1 %), однак асоціація з тиреоїдним фенотипом не досягла статистичної значущості ($p=0,347$).

7. Результати розділу обґрунтовують п'ятикомпонентну модель персоналізованого контрацептивного консультування, що інтегрує репродуктивні наміри, функціональний і структурний стан щитоподібної залози, вихідний менструальний фенотип, психовегетативне навантаження та реальну доступність безперервного застосування методу в умовах активних бойових дій.

Основні положення розділу викладені в наукових публікаціях:

1. Сакали Л. І. Клініко-репродуктивні особливості жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах активних бойових дій як підґрунтя для індивідуалізованого вибору контрацепції. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т. 6, № 2. С. 67–75. DOI: 10.52705/2788-6190-2026-02-9. URL: <https://doi.org/10.52705/2788-6190-2026-02-9>

2. Вітюк А. Д., Горбунова О. В., Сакали Л. І. Клініко-репродуктивні детермінанти вибору контрацепції в жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах хронічного воєнного стресу: обґрунтування персоналізованого алгоритму. Ukrainian Journal Health of Woman. 2026. № 3(184). С. 5–13. DOI: 10.15574/HW.2026.3(184).513. URL: [https://doi.org/10.15574/HW.2026.3\(184\).513](https://doi.org/10.15574/HW.2026.3(184).513)

3. Вітюк А. Д., Сакали Л. І. Диференційований вибір оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій у жінок із дисфункцією щитоподібної залози: клінічне обґрунтування та результати персоналізованого підходу. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т. 6, № 3. С. 92–110. DOI: 10.52705/2788-6190-2026-03-10. URL: <https://doi.org/10.52705/2788-6190-2026-03-10>

У зазначених публікаціях представлено дизайн дослідження, принципи формування та клінічної стратифікації когорти, методичні підходи до оцінювання репродуктивного, менструального й тиреоїдного статусу, психоемоційного навантаження, алгоритм персоналізованого контрацептивного консультування, а

також підходи до аналізу результатів оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій.

РОЗДІЛ 4

КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ВИБОРУ ОБОРОТНИХ МЕТОДІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Після клініко-лабораторної стратифікації загальної когорти наступним етапом дослідження стало оцінювання того, наскільки обраний метод контрацепції був прийнятним для тривалого застосування в реальних умовах спостереження. У цьому розділі аналіз зосереджено на 52 жінках, які реалізували оборотну контрацептивну стратегію. Такий підхід дозволив перейти від характеристики вихідного тиреоїдного й репродуктивного фенотипу до оцінювання безпосереднього клінічного результату вибору методу: його продовження, переносимості, дотримання режиму, впливу на менструальний профіль, потреби у зміні чи припиненні та суб'єктивної задоволеності.

Принципово важливо, що контрацептивний метод не визначався самим фактом наявності гіпотиреозу, гіпертиреозу або автоімунного тиреоїдиту. Міжнародні критерії медичної прийнятності розглядають більшість стабільних тиреоїдних станів не як самостійну підставу для обмеження сучасної контрацепції, а як компонент загальної клінічної оцінки [61, 96]. Тому в межах дослідження враховували поєднання репродуктивних намірів, менструального фенотипу, супутніх факторів ризику, потреби у щоденному дотриманні режиму та можливості безперервного доступу до методу [16, 22, 23, 97].

4.1. Формування груп відповідно до реалізованої оборотної контрацептивної стратегії

Для аналізу результатів оборотної контрацепції сформовано дві групи однакової чисельності. До I групи увійшли 26 жінок, які після оцінювання медичної прийнятності та індивідуального консультування розпочали комбіновану

гормональну контрацепцію. II групу становили 26 пацієнок, які застосовували прогестиновий або внутрішньоматковий метод.

У II групі використовували левоноргестрел-вивільнювальну внутрішньоматкову систему Мірена, що містить 52 мг левоноргестрелу, або пероральний прогестиновий контрацептив Лактинет-Ріхтер — дезогестрел 0,075 мг (75 мкг). Близько 70 % жінок цієї групи обрали внутрішньоматкову систему; решта застосовували дезогестрел. Обидва методи були доступні пацієнткам у межах гуманітарного забезпечення. Жінкам, яким призначали дезогестрел, одразу видавали річний запас препарату - 12 упаковок по 28 таблеток.

Ця організаційна деталь має значення для інтерпретації прихильності. Забезпечення повного курсу на 12 місяців зменшувало залежність продовження методу від повторного отримання препарату, тоді як внутрішньоматкова система після введення практично не вимагала щоденної поведінкової участі. Водночас група II залишалася клінічно неоднорідною за способом застосування контрацепції, тому подальші результати характеризують стратегію в цілому і не можуть автоматично переноситися на кожний її компонент окремо.

Розподіл на I та II групи не був рандомізованим. Він відображав фактичний вибір, зроблений після клінічного консультування з урахуванням репродуктивних планів, тиреоїдного статусу, менструальної функції, супутньої патології, індивідуальних переваг та практичної можливості дотримання режиму. Відповідно, міжгрупове порівняння слід розглядати як аналіз результатів двох реалізованих стратегій, а не як доказ причинної переваги одного методу над іншим.

4.2. Клінічна логіка диференційованого вибору оборотної контрацепції

Вибір методу відбувався послідовно. На першому етапі визначали актуальну репродуктивну мету — тимчасове відтермінування вагітності, бажану тривалість контрацепції та необхідність збереження швидкої оборотності методу. На другому оцінювали медичну прийнятність гормональної контрацепції відповідно до

сучасних міжнародних критеріїв [61, 96, 97]. На третьому враховували вихідний менструальний фенотип, оскільки нерегулярність циклу, дисменорея, виражені передменструальні прояви та зміни менструальної крововтрати були поширеними в досліджуваній когорті.

Не менш важливим був поведінковий компонент. Комбінована гормональна контрацепція передбачала регулярне дотримання режиму застосування. Пероральний дезогестрел також потребував щоденного прийому, однак річний запас препарату усував ризик переривання через неможливість повторного отримання. Левоноргестрел-вивільнювальна внутрішньоматкова система забезпечувала тривалу дію без щоденного контролю з боку пацієнтки. Саме тому оцінювання прихильності було одним із ключових кінцевих показників.

Умови воєнного стану надавали практичній здійсненності методу додаткової ваги. Для частини жінок можливість регулярно відвідувати лікаря або отримувати медикаменти була нестабільною, тому під час консультивання оцінювали не лише те, чи є метод формально допустимим, а й те, наскільки реально його безперервно використовувати в конкретних життєвих обставинах. Такий підхід відповідає принципам пацієнт-орієнтованого контрацептивного консультивання [32, 33] і національним документам з планування сім'ї [119, 124].

4.3. Продовження первинно обраного методу та загальна клінічна прийнятність

Основним інтегральним показником клінічної прийнятності була частка жінок, які продовжували використовувати первинно обраний метод через 6 та 12 місяців. Паралельно оцінювали частоту зміни або повного припинення контрацепції, небажані реакції, порушення режиму, потребу в позапланових консультаціях та суб'єктивну задоволеність (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Клінічна прийнятність і прихильність до оборотної контрацепції протягом 12 місяців

Показник	I група, n=26	II група, n=26	Різниця II-I, в.п.	RR II/I; p
Продовження методу через 6 міс	22 (84,6 %)	24 (92,3 %)	+7,7	1,09; p=0,668
Продовження методу через 12 міс	19 (73,1 %)	23 (88,5 %)	+15,4	1,21; p=0,291
Зміна методу	4 (15,4 %)	2 (7,7 %)	-7,7	0,50; p=0,668
Повне припинення застосування	3 (11,5 %)	1 (3,8 %)	-7,7	0,33; p=0,610
Клінічно значущі небажані реакції	6 (23,1 %)	5 (19,2 %)	-3,9	0,83; p=1,000
Порушення режиму застосування	7 (26,9 %)	2 (7,7 %)	-19,2	0,29; p=0,140
Задоволеність методом через 12 міс	20 (76,9 %)	23 (88,5 %)	+11,6	1,15; p=0,465
Позапланові консультації	5 (19,2 %)	4 (15,4 %)	-3,8	0,80; p=1,000

Примітка. Дані наведено як n (%); в.п. - відсоткові пункти; RR - відношення частот для II групи відносно I; p - двобічний точний критерій Фішера. Зміна методу та повне припинення є різними клінічними подіями і не підлягають механічному сумуванню.

Через 6 місяців первинно обраний метод продовжували 22 із 26 жінок I групи (84,6 %) та 24 із 26 пацієток II групи (92,3 %). Різниця становила 7,7 відсоткового пункта і не була статистично значущою (p=0,668). До кінця року показники зменшилися до 73,1 % та 88,5 % відповідно; абсолютна різниця збільшилася до 15,4 відсоткового пункта, однак також не досягла статистичної значущості (p=0,291).

Отже, в II групі простежувався напрямок до більшої тривалості збереження первинної контрацептивної стратегії, але наявний обсяг вибірки не дозволяє трактувати цю різницю як доведену перевагу. Водночас сам факт збереження первинного методу у 73,1 % та 88,5 % жінок через рік свідчить про високу прийнятність обох стратегій після попереднього індивідуалізованого відбору.

Для порівняльного контексту результати CHOICE демонстрували вищі 12-місячні показники продовження для тривало діючих оборотних методів, ніж для короткодіючої гормональної контрацепції [30, 31]. Проте пряме зіставлення з нашою вибіркою обмежене іншим складом популяції, неоднорідністю II групи та відмінностями дизайну.

4.4. Зміна і припинення методу та порушення режиму застосування

Зміна первинно обраного методу протягом року відбулася у 4 жінок I групи (15,4 %) та 2 пацієнток II групи (7,7 %). Повністю припинили оборотну контрацепцію відповідно 3 (11,5 %) та 1 (3,8 %) жінка. Для обох показників напрямок відмінностей був однаковим - менша частота подій у II групі, але статистично значущих відмінностей не встановлено.

Найбільша абсолютна міжгрупова різниця серед усіх оцінюваних кінцевих точок стосувалася порушення режиму застосування. У I групі такі випадки зареєстровано у 7 жінок (26,9 %), у II - у 2 (7,7 %). Різниця становила 19,2 відсоткового пункту, $RR=0,29$; $p=0,140$. Отже, у II групі порушення режиму спостерігалися приблизно у 3,5 рази рідше, однак через невелику чисельність груп цей результат слід трактувати як клінічно виразний напрямок, а не як статистично доведений ефект.

Інтерпретація цього спостереження потребує врахування способу використання методів. Частина пацієнток II групи мала внутрішньоматкову систему, яка не потребує щоденного прийому, а жінки, які застосовували дезогестрел, були забезпечені препаратом на весь період спостереження. Тому з наявних даних неможливо окремо визначити внесок фармакологічних

властивостей, способу застосування, гуманітарного забезпечення чи індивідуальної мотивації.

Практичне значення полягає в іншому: при консультуванні в умовах нестабільного доступу до медичних ресурсів поведінкова залежність методу має оцінюватися поряд із його медичною прийнятністю. Для пацієнтки, яка не впевнена у можливості регулярного прийому або повторного отримання препарату, ризик порушення режиму може мати таке саме значення, як і формальні протипоказання.

4.5. Переносимість контрацепції та клінічно значущі небажані реакції

Клінічно значущі небажані реакції протягом 12 місяців зареєстровано у 6 із 26 пацієнток I групи (23,1 %) та у 5 із 26 жінок II групи (19,2 %). Абсолютна різниця становила 3,9 відсоткового пункту; статистично значущої відмінності не встановлено ($p=1,000$).

Близька частота небажаних реакцій у двох групах свідчить, що чисельні відмінності у продовженні методу, зміні контрацепції та прихильності не можуть бути пояснені лише переносимістю. Клінічна прийнятність виявилася багатовимірною характеристикою, в якій поєднувалися суб'єктивне сприйняття методу, зручність застосування, можливість дотримання режиму та характер менструальної відповіді.

За відсутності індивідуалізованої структури небажаних реакцій у наявному масиві не проводили їх поділ за типом, тяжкістю або причинним зв'язком із конкретним засобом. Це особливо важливо для II групи, що включала два різні за способом застосування методи. Тому показник 19,2 % характеризує загальну клінічну переносимість стратегії, а не окремо левоноргестрел-вивільнювальну систему чи дезогестрел.

4.6. Динаміка менструальної функції протягом 12 місяців

Менструальну функцію оцінювали окремо, оскільки її вихідні порушення були поширеними у жінок із дисфункцією щитоподібної залози й

використовувалися як один із чинників персоналізованого вибору. Аналізували нерегулярність циклу, дисменорею, виражені передменструальні прояви та зміни обсягу менструальної крововтрати до початку контрацепції й через 12 місяців (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Динаміка менструальної функції у жінок I та II груп протягом 12 місяців

Показник	I група до	I група 12 міс	Δ I, в.п.	II група до	II група 12 міс	Δ II, в.п.
Нерегулярний цикл	16 (61,5 %)	6 (23,1 %)	-38,4	15 (57,7 %)	7 (26,9 %)	-30,8
Дисменорея	13 (50,0 %)	5 (19,2 %)	-30,8	12 (46,2 %)	5 (19,2 %)	-27,0
Виражені передменструальні прояви	16 (61,5 %)	7 (26,9 %)	-34,6	15 (57,7 %)	8 (30,8 %)	-26,9
Зміни обсягу менструальної крововтрати	7 (26,9 %)	3 (11,5 %)	-15,4	8 (30,8 %)	4 (15,4 %)	-15,4

Примітка. Δ — абсолютна зміна частоти у відсоткових пунктах. Одна пацієнтка могла мати декілька симптомів. За відсутності індивідуальних парних таблиць переходів статистичну значущість змін «до–після» не визначали.

У I групі частота нерегулярного циклу зменшилася з 61,5 % до 23,1 %, тобто на 38,4 відсоткового пункта. У II групі відповідний показник знизився з 57,7 % до 26,9 %, що становило 30,8 відсоткового пункта. Дисменорею через 12 місяців відзначали по 5 жінок у кожній групі (19,2 %) порівняно з 50,0 % та 46,2 % на початку спостереження.

Виражені передменструальні прояви в I групі зменшилися з 61,5 % до 26,9 %, в II - з 57,7 % до 30,8 %. Частота змін обсягу менструальної крововтрати знизилася в обох групах на однакову величину - 15,4 відсоткового пункту.

Усі чотири показники мали сприятливий напрямок динаміки, однак за наявних агрегованих даних коректно оцінювати саме зміну частоти, а не статистичну значущість індивідуальних переходів. Для застосування парного критерію потрібна інформація щодо стану кожної пацієнтки до початку та після 12 місяців спостереження.

Отриманий результат є клінічно важливим, оскільки показує, що після диференційованого вибору методу в обох групах не спостерігалось накопичення основних менструальних скарг. Навпаки, частота нерегулярності циклу, дисменореї та передменструальних проявів зменшувалася. Разом із тим групова динаміка II групи не повинна трактуватися як однаковий ефект левоноргестрел-вивільнювальної внутрішньоматкової системи та перорального дезогестрелу.

Літературні дані свідчать, що левоноргестрел-вивільнювальна система може істотно зменшувати менструальну крововтрату [29], тоді як профіль кровотеч на прогестинових таблетках має інші закономірності [22]. Тому подальша деталізація результатів за конкретними методами потребувала б більшої вибірки та окремого аналізу підгруп.

4.7. Потреба у позапланових консультаціях та задоволеність методом

Потребу у позаплановій консультації протягом року мали 5 жінок I групи (19,2 %) та 4 пацієнтки II групи (15,4 %). Різниця становила лише 3,8 відсоткового пункту і була статистично незначущою ($p=1,000$). Отже, за потребою в додатковому медичному супроводі дві стратегії суттєво не відрізнялися.

Через 12 місяців задоволеними обраним методом залишалися 20 із 26 жінок I групи (76,9 %) та 23 із 26 пацієнток II групи (88,5 %). Абсолютна різниця становила 11,6 відсоткового пункту, $RR=1,15$; $p=0,465$. Чисельно вища задоволеність у II групі збігалася за напрямком із більшою частотою продовження

методу та меншою частотою порушень режиму, однак статистично доведеної міжгрупової переваги не встановлено.

Важливо розмежовувати поняття продовження, переносимості та задоволеності. Пацієнтка може продовжувати метод попри окремі небажані явища, якщо вважає його переваги вагомішими; і навпаки, відсутність побічних ефектів не гарантує задоволеності, якщо спосіб застосування суперечить її очікуванням або життєвим умовам. Тому суб'єктивна оцінка повинна розглядатися як самостійна складова якості контрацептивної допомоги [32, 33].

4.8. Інтегральна оцінка клінічної прийнятності оборотних стратегій

Для узагальнення результатів окремі кінцеві точки було розглянуто як взаємопов'язаний профіль клінічної прийнятності. Такий підхід дозволяє уникнути спрощеної оцінки методу лише за фактом його продовження або припинення (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Інтегральна характеристика 12-місячної клінічної прийнятності оборотних стратегій

Критерій	I група	II група	Інтерпретація
Продовження первинного методу	73,1 %	88,5 %	Чисельно вище у II групі; $p=0,291$
Зміна методу	15,4 %	7,7 %	Чисельно рідше у II групі
Повне припинення	11,5 %	3,8 %	Чисельно рідше у II групі
Небажані реакції	23,1 %	19,2 %	Показники близькі
Порушення режиму	26,9 %	7,7 %	Найбільша абсолютна різниця; $p=0,140$
Позапланові консультації	19,2 %	15,4 %	Показники близькі

Критерій	I група	II група	Інтерпретація
Задоволеність	76,9 %	88,5 %	Чисельно вище у II групі; $p=0,465$

Сукупність показників формувала послідовний, але статистично не підтверджений напрямок відмінностей. У II групі частіше зберігали первинний метод, рідше його змінювали або припиняли, рідше порушували режим і частіше повідомляли про задоволеність. Натомість переносимість та потреба у позаплановому медичному контакті були подібними.

Найбільший абсолютний контраст стосувався дотримання режиму, а не частоти небажаних реакцій. Це дозволяє розглядати практичну залежність методу від щоденної поведінки як важливий компонент його реальної прийнятності. Проте причинний характер такого зв'язку встановити неможливо, оскільки групи формувалися за фактично обраною стратегією, а II група поєднувала внутрішньоматковий і пероральний прогестиновий метод.

Отже, отримані дані не підтверджують статистичної переваги однієї оборотної стратегії. Вони, однак, демонструють, що високий рівень 12-місячної прийнятності може бути досягнутий за різних підходів, якщо метод попередньо узгоджений із медичними характеристиками та практичними можливостями пацієнтки.

4.9. Значення отриманих результатів для персоналізованого алгоритму вибору контрацепції

Результати 12-місячного спостереження дозволили конкретизувати послідовність клінічного рішення у жінок із дисфункцією щитоподібної залози. Першим етапом залишається визначення репродуктивної мети та бажаної тривалості запобігання вагітності. Другим - оцінювання медичної прийнятності з урахуванням тиреоїдного й загальносоматичного статусу. Третім - характеристика

менструального профілю, оскільки саме він може суттєво впливати на суб'єктивне сприйняття та продовження методу.

Наступним етапом є оцінювання поведінкової здійсненності: готовності до щоденного режиму, ризику пропусків, можливості тривалого забезпечення препаратом та доступу до планового контролю. За умов воєнного стану цей компонент набуває особливого значення. Контрацептив, який є медично прийнятним, але практично неможливим для безперервного застосування, не може вважатися оптимальним для конкретної пацієнтки.

Після початку контрацепції необхідно оцінювати не лише появу небажаних реакцій, а й динаміку менструальних симптомів, дотримання режиму, потребу у додатковому зверненні та задоволеність методом. Саме така багатовимірна оцінка дозволяє вчасно скоригувати стратегію, не трактуючи будь-яку скаргу як автоматичну підставу для припинення контрацепції.

На підставі отриманих результатів послідовність персоналізованого вибору оборотного методу може бути представлена як: репродуктивний намір → медична прийнятність → тиреоїдний статус → менструальний фенотип → готовність до щоденного режиму → доступність препарату та спостереження → індивідуальні переваги → контроль клінічної прийнятності через 6 і 12 місяців.

Цей алгоритм не передбачає закріплення конкретного контрацептиву за певним тиреоїдним діагнозом. Його мета - забезпечити відповідність методу сукупності клінічних і життєвих характеристик конкретної жінки. Саме така модель узгоджується з сучасною концепцією спільного прийняття рішень у контрацептивному консультуванні [32, 33].

Висновки до розділу 4

1. Після персоналізованого вибору оборотної контрацепції частота продовження первинного методу через 6 місяців становила 84,6 % у групі комбінованої гормональної контрацепції та 92,3 % у групі

прогестинових/внутрішньоматкових методів; через 12 місяців - відповідно 73,1 % і 88,5 %. Статистично значущих міжгрупових відмінностей не встановлено.

2. У II групі чисельно рідше спостерігали зміну методу, його повне припинення та порушення режиму. Найбільша абсолютна міжгрупова різниця стосувалася порушень режиму застосування - 26,9 % проти 7,7 %, однак вона не досягла статистичної значущості.

3. Частота клінічно значущих небажаних реакцій була близькою в обох групах - 23,1 % і 19,2 %, що не дозволяє пояснити різницю в тривалості використання лише переносимістю методу.

4. Упродовж 12 місяців в обох групах спостерігалось зменшення частоти нерегулярного циклу, дисменореї, виражених передменструальних проявів та змін обсягу менструальної крововтрати. Через відсутність індивідуальних парних таблиць переходів ці зміни інтерпретували як описову динаміку.

5. Через 12 місяців задоволеними обраним методом залишалися 76,9 % жінок I групи та 88,5 % II групи. Потреба у позапланових консультаціях була подібною — 19,2 % та 15,4 % відповідно.

6. Отримані дані не доводять переваги однієї оборотної стратегії над іншою, але підтверджують доцільність включення до персоналізованого алгоритму не лише критеріїв медичної прийнятності, а й репродуктивних намірів, менструального фенотипу, поведінкової залежності методу, можливості безперервного забезпечення контрацепцією та суб'єктивної прийнятності.

РОЗДІЛ 5

ХІРУРГІЧНІ РЕПРОДУКТИВНІ СТРАТЕГІЇ У ЖІНОК ІЗ ДИСФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ: ПОСТІЙНА КОНТРАЦЕПЦІЯ, ЛІКУВАННЯ ТРУБНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ПЛАНІВ

Хірургічний етап дослідження був спрямований на дві клінічно відмінні ситуації, у яких втручання на маткових трубах мало різний репродуктивний зміст. У частини жінок операція завершувала репродуктивний шлях як свідомо обрана постійна контрацепція; в іншій частини вона була лікувальним етапом при патології маткових труб і передувала подальшій реалізації материнства, у тому числі за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

До цього блоку увійшли 53 пацієнтки. III групу становили 26 жінок після планової двобічної сальпінгектомії з метою постійної контрацепції, IV групу - 27 пацієнток, оперованих з лікувальних показань при патології маткових труб (рис.5.1).

Хірургічний блок дослідження: дві різні репродуктивні траєкторії



Рисунок 5.1. Дві хірургічні репродуктивні траєкторії у структурі дослідження

Тиреоїдна дисфункція враховувалася як компонент загального клінічного профілю, однак не визначала ані показання, ані обсяг операції. Рішення

формувалося передусім навколо репродуктивної мети, анатомічної ситуації та очікуваної подальшої тактики.

Таке розмежування принципове для інтерпретації результатів: однакова назва втручання не означає однакової мети і не передбачає тотожних кінцевих точок. Для постійної контрацепції оцінювали перебіг операції, ранні ускладнення, довготривалу прийнятність рішення та наявність жалю; для лікувальної сальпінгектомії - характер трубної патології, обсяг втручання, маршрутизацію до ДРТ та настання клінічної і прогресуючої вагітності.

5.1. Клінічна логіка вибору хірургічної репродуктивної стратегії

Хірургічний шлях не розглядався як прямий наслідок тиреоїдного діагнозу або самої потреби в контрацепції. До ухвалення рішення зіставляли репродуктивні наміри, наявність і характер трубної патології, можливість використання оборотних методів, операційний ризик та готовність пацієнтки до наслідків втручання. За постійної контрацепції окремо обговорювали незворотність і альтернативи; за лікувальної операції - анатомічний обсяг ураження та прогноз подальшої репродуктивної реалізації.

Отже, рішення формувалося на перетині медичного та репродуктивного блоків. Перший включав показання, стан маткових труб, супутні захворювання та операційні ризики; другий - завершеність або збереження репродуктивних планів, ставлення до незворотності та готовність до ДРТ за потреби. Саме репродуктивна мета надавала одній і тій самій технічній операції різного клінічного змісту.

Літературні дані підтримують необхідність такого розмежування. Систематичний огляд Mills та співавт. не виявив істотних відмінностей між сальпінгектомією і трубною лігацією за більшістю короткострокових клінічних наслідків [66], однак ці результати у нашій роботі використовувалися лише як зовнішній контекст, а не як контрольне порівняння. Для гідросальпінксу логіка була іншою: операція мала лікувальну мету і оцінювалася як етап подальшого репродуктивного маршруту.

5.2. Постійна контрацепція шляхом планової двобічної сальпінгектомії

У 26 жінок III групи кінцевою репродуктивною метою було незворотне запобігання вагітності після завершення репродуктивних планів. Двобічну сальпінгектомію виконували лише після інформованого обговорення альтернатив і наслідків незворотності; тиреоїдна дисфункція не використовувалася як аргумент на користь стерилізації та не підміняла автономного рішення пацієнтки.

Середня тривалість операції становила $42,6 \pm 10,8$ хв, госпіталізації - $1,8 \pm 0,6$ доби. Інтраопераційних ускладнень не зареєстровано; одне раннє післяопераційне ускладнення виникло у 1/26 (3,8 %) пацієнток. Ці значення характеризують перебіг втручань у досліджуваній когорті, але не можуть трактуватися як доказ відсутності рідкісних ризиків за межами невеликої вибірки (рис. 5.2).

III група: постійна контрацепція (n=26)

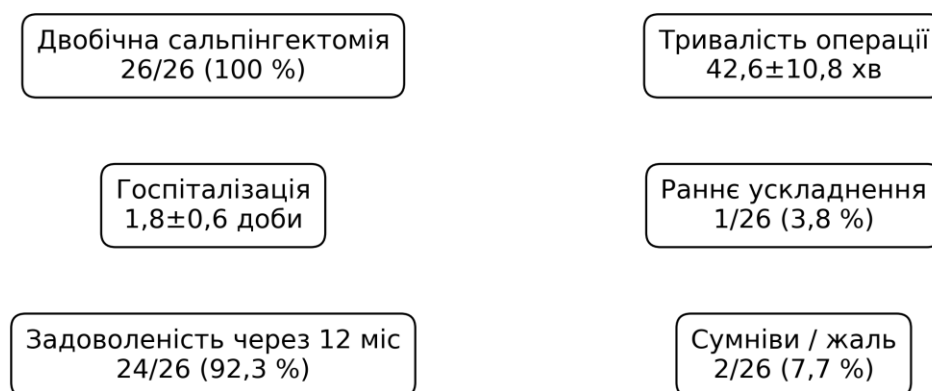


Рисунок 5.2. Основні результати постійної контрацепції в III групі

Через 12 місяців 24/26 жінок (92,3 %) залишалися задоволеними обраною постійною контрацепцією, тоді як 2/26 (7,7 %) повідомили про сумніви або жаль. Саме ця кінцева точка має принципове клінічне значення: технічна успішність операції не є тотожною довготривалій психологічній прийнятності незворотного рішення.

Для описового зіставлення: у дослідженні Rodowa та співавт. жаль після трубної лігації або двобічної сальпінгектомії з контрацептивною метою повідомляли 15,9 % респонденток; серед асоційованих чинників називали молодший вік, зміну партнерського статусу та виконання процедури у контексті вагітності [81]. Через відмінності дизайну, популяції та тривалості спостереження ці дані не дають підстав пояснювати нижчий показник у нашій когорті перевагою певної моделі консультування.

Практичний висновок полягає в необхідності оцінювати не лише формальне твердження про «завершені репродуктивні плани», а й стабільність такого рішення. В умовах війни це особливо важливо, оскільки репродуктивні наміри можуть змінюватися під впливом гострого стресу, нестабільності доступу до допомоги та трансформації сімейних обставин.

5.3. Безпосередні результати хірургічних втручань у III та IV групах

Для описової характеристики безпосереднього хірургічного етапу зіставили тривалість операції й госпіталізації, а також інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення. Таке порівняння не є тестом еквівалентності стратегій, оскільки групи сформовані за різними показаннями: у III групі втручання було плановим репродуктивним рішенням, у IV - лікуванням структурної патології маткових труб (табл. 5.1).

Таблиця 5.1

Безпосередні результати хірургічних репродуктивних стратегій

Показник	III група, n=26	IV група, n=27	Порівняння
Двобічна сальпінгектомія	26 (100,0 %)	18 (66,7 %)	різні показання
Однобічна сальпінгектомія	0	9 (33,3 %)	лише IV група
Гідросальпінкс	—	22 (81,5 %)	показання IV групи

Показник	III група, n=26	IV група, n=27	Порівняння
Тривалість операції, хв	42,6±10,8	48,9±13,4	$\Delta +6,3$ хв; $p=0,065$
Госпіталізація, доби	1,8±0,6	2,1±0,7	$\Delta +0,3$ доби; $p=0,100$
Інтраопераційні ускладнення	0	1 (3,7 %)	$p=1,000$
Ранні післяопераційні ускладнення	1 (3,8 %)	1 (3,7 %)	$p=1,000$
Задоволеність результатом	24 (92,3 %)	24 (88,9 %)	$p=1,000$

Примітка. Кількісні показники подано як $M \pm SD$. Для тривалості операції та госпіталізації застосовано критерій Велча; для частот — двобічний точний критерій Фішера. Через різні показання групи не використовувалися для доведення еквівалентності хірургічної безпеки.

Середня тривалість операції у IV групі становила $48,9 \pm 13,4$ хв проти $42,6 \pm 10,8$ хв у III групі; різниця 6,3 хв не досягла статистичної значущості ($p=0,065$, критерій Велча). Тривалість госпіталізації становила відповідно $2,1 \pm 0,7$ і $1,8 \pm 0,6$ доби ($p=0,100$). Значення p , наближене до 0,05, не інтерпретували як «майже доведений» ефект, оскільки за невеликих груп воно не замінює клінічної оцінки.

Інтраопераційне ускладнення зареєстровано в однієї пацієнтки IV групи (3,7 %), тоді як у III групі таких випадків не було (див табл. 5.1). Ранні післяопераційні ускладнення виникли по одному випадку в кожній групі - 3,8 % та 3,7 % відповідно. Низька абсолютна кількість подій обмежує можливість будь-яких висновків щодо порівняльного ризику.

5.4. Структура патології маткових труб та обсяг лікувального втручання у IV групі

У IV групі гідросальпінкс був провідним показанням до операції: його діагностовано у 22/27 (81,5 %) пацієнток, тоді як інші варіанти трубної патології становили 5/27 (18,5 %). Обсяг втручання визначався поширеністю ураження: однобічну сальпінгектомію виконано 9/27 (33,3 %) жінок, двобічну - 18/27 (66,7 %) (рис. 5.3).

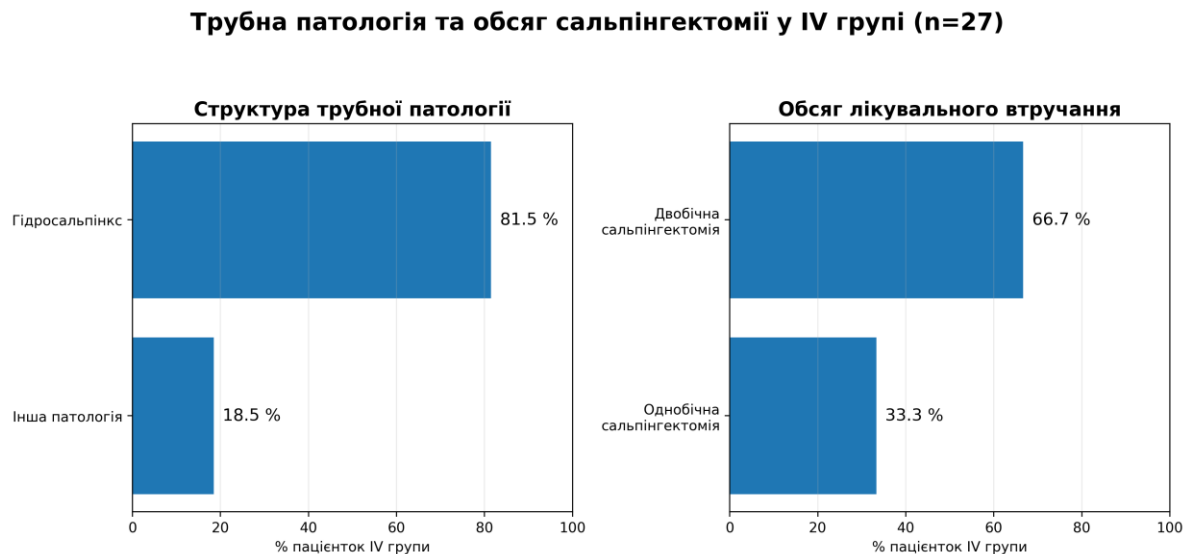


Рисунок 5.3. Структура трубної патології та обсяг лікувального втручання у IV групі.

У пацієнток після однобічного втручання анатомічно зберігалася потенційна можливість природного зачаття через контралатеральну трубу за умови її функціональної повноцінності. Однак спонтанні вагітності в цьому масиві окремо не аналізували, тому таку можливість не слід подавати як власний результат дослідження.

Методологічно важливо, що сальпінгектомія в IV групі не була контрацептивним втручанням. Навіть двобічне видалення труб у пацієнтки з гідросальпінксом не є коректно описувати як стерилізацію, якщо клінічна мета полягала в лікуванні патології та підготовці до ДРТ. Незворотна втрата трубної прохідності в такому випадку є наслідком лікування, а не репродуктивною ціллю.

5.5. Гідросальпінкс у контексті підготовки до допоміжних репродуктивних технологій

Переважання гідросальпінксу в IV групі визначило необхідність окремої оцінки його значення для подальшої репродуктивної тактики. У пацієнток, які планують ДРТ, цей стан розглядається як фактор, здатний погіршувати імплантацію та перебіг вагітності, що обґрунтовує активну тактику до початку програми екстракорпорального запліднення.

У систематичному огляді Cochrane Melo та співавт., який включив 11 рандомізованих досліджень і 1386 жінок із гідросальпінксом перед IVF, сальпінгектомія, ймовірно, підвищувала частоту клінічної вагітності порівняно з відсутністю операції; водночас дані щодо живонародження в основному порівнянні були відсутні, а інформація про небажані наслідки - обмежена [65]. Отже, клінічна вагітність не повинна підміняти показник живонародження.

Мережевий метааналіз Pérez-Milán та співавт. не продемонстрував переконливого поліпшення live birth після конкретного виду лікування гідросальпінксу, хоча виявив сприятливіші показники прогресуючої вагітності після сальпінгектомії та клінічної вагітності після сальпінгектомії або лапароскопічної оклюзії порівняно з відсутністю лікування [78]. Метааналіз Ou та співавт. також не показав суттєвих відмінностей між сальпінгектомією і проксимальною оклюзією за основними IVF-результатами [73].

Тому власні дані інтерпретувалися без твердження про універсальну перевагу сальпінгектомії. У межах дослідження операція була одним із валідних способів усунення трубної патології та переходу до наступного етапу репродуктивного маршруту; порівняння з іншими методами лікування гідросальпінксу не проводилося.

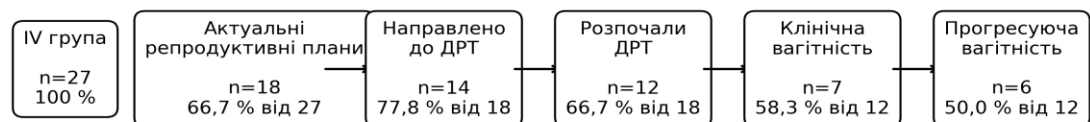
5.6. Реалізація репродуктивних планів після лікування трубної патології

Після хірургічного етапу актуальні репродуктивні плани мали 18/27 (66,7 %) жінок IV групи. Із них 14/18 (77,8 %) були направлені до програм ДРТ, а 12/18

(66,7 %) фактично розпочали лікування. Таким чином, репродуктивна траєкторія складалася з послідовних етапів, кожен із яких мав власний знаменник і не міг бути механічно об'єднаний у єдиний показник «реалізації планів».

Серед 12 пацієнток, які розпочали ДРТ, гідросальпінкс був передопераційним діагнозом у 9, інша трубна патологія - у 3. Клінічну вагітність зареєстровано у 7/12 (58,3 %), прогресуючу - у 6/12 (50,0 %) жінок. Одна з семи клінічних вагітностей не відповідала критеріям прогресуючої в межах періоду спостереження (рис. 5.4).

Реалізація репродуктивного маршруту після лікування трубної патології



Примітка: показники вагітності розраховано на пацієнтку, яка фактично розпочала програму ДРТ; дані про живонародження у дослідженні не визначали.

Рисунок 5.4. Послідовність реалізації репродуктивних планів після лікування трубної патології

Частоти вагітності розраховували на пацієнтку, яка фактично розпочала програму, а не на цикл стимуляції, пункцію ооцитів чи перенесення ембріона. Дані про живонародження не збирали, тому 58,3 % клінічних і 50,0 % прогресуючих вагітностей не можуть інтерпретуватися як показники народження живої дитини.

Відсутність контрольної групи з нелікованим гідросальпінксом також не дозволяє визначити причинний внесок сальпінгектомії у настання вагітності. Наукова цінність цього блоку полягає у відтворенні фактичної клінічної послідовності - від лікування трубної патології до включення в ДРТ та фіксації вагітності - у жінок із супутньою тиреоїдною дисфункцією.

5.7. Оваріальний резерв після сальпінгектомії: межі власних даних і літературний контекст

Потенційний вплив сальпінгектомії на оваріальну функцію має особливе значення у жінок, для яких втручання є частиною лікувального маршруту до вагітності. Теоретично операція в ділянці мезосальпінксу може модифікувати кровопостачання яєчника, однак клінічна значущість цього механізму залишається дискусійною.

У нашому дослідженні не виконували парного визначення антимюллерового гормону, кількості антральних фолікулів або інших кількісних маркерів оваріального резерву до і після сальпінгектомії. Тому ані відсутність клінічних симптомів, ані подальше настання вагітності в ДРТ не можуть використовуватися як доказ збереження оваріального резерву.

Систематичний огляд Radu та співавт. 2024 року свідчить, що в короткостроковій перспективі опортуністична сальпінгектомія переважно не асоціюється з вираженим несприятливим впливом на функцію яєчників, однак довгострокові наслідки залишаються менш визначеними [79]. Метааналіз Ou та співавт. не виявив відмінностей між сальпінгектомією та проксимальною трубною оклюзією за кількістю отриманих ооцитів [73].

Відповідно, оваріальний резерв у цій дисертації розглядається як важливий, але спеціально не досліджений результат. Коректним є не твердження про «безпечність для оваріального резерву», а чітке зазначення відсутності парної оцінки та необхідності подальшого дослідження цього питання.

5.8. Співвідношення власних результатів із сучасними літературними даними

Зіставлення з літературою використовувалося для окреслення меж інтерпретації власних результатів, а не як заміна контрольної групи. У частині постійної контрацепції 12-місячна задоволеність 92,3 % поєднувалася з 7,7 % сумнівів або жалю; сучасні дані Rodowa та співавт. підтверджують, що жаль є

реальною післяопераційною кінцевою точкою і залежить від життєвих та вікових чинників [81].

У частині трубної патології власний маршрут IV групи узгоджується з доказовою логікою активного лікування гідросальпінксу перед IVF [65, 78]. Водночас відсутність даних про живонародження є суттєвим обмеженням і не може компенсуватися показником прогресуючої вагітності. Так само література не підтримує твердження, що сальпінгектомія є універсально кращою за проксимальну трубну оклюзію за всіма репродуктивними результатами [73].

Щодо оваріального резерву власний масив не містить прямих парних вимірювань. Тому літературні відомості про переважно сприятливий короткостроковий профіль після сальпінгектомії [79] слугують лише зовнішнім контекстом і не перетворюються на результат власного дослідження.

5.9. Інтегральне розмежування двох хірургічних репродуктивних траєкторій

Інтегральний аналіз підтвердив, що хірургічний блок не можна описувати лише фактом операції на маткових трубах. У III групі бажаним результатом була незворотність: клінічну цінність визначали безпечний перебіг втручання та збереження прийнятності рішення. У IV групі видалення патологічно змінених труб, навпаки, було проміжним лікувальним етапом на шляху до можливої вагітності.

Тиреоїдна дисфункція в обох траєкторіях залишалася важливим медичним модифікатором, але не визначала напрямок операційної тактики. Репродуктивна мета пацієнтки була первинною, а тиреоїдний статус впливав на клінічний супровід і оцінку загального ризику.

Таке розмежування запобігає некоректному трактуванню двобічної лікувальної сальпінгектомії як «хірургічної контрацепції». У жінки, яка планує ДРТ, двобічне видалення труб не означає відмови від репродукції; за відповідних показань воно може бути частиною маршруту до бажаної вагітності.

5.10. Практичне значення результатів для персоналізованого репродуктивного алгоритму

Практична модель починається з визначення репродуктивної мети. Якщо плани завершені й жінка усвідомлено обирає незворотний метод, необхідно оцінити стабільність рішення, обговорити альтернативи та можливість подальшого жалю. Якщо ж репродуктивні плани збережені, а виявлена значуща трубна патологія, фокус зміщується на лікування патології, визначення обсягу операції та організацію наступного етапу репродуктивного маршруту (рис. 5.5).

Персоналізований алгоритм вибору хірургічної репродуктивної стратегії



Тиреоїдний статус — модифікатор клінічного супроводу, але не самостійне показання до незворотного втручання.

Рисунок 5.5. Персоналізований алгоритм вибору та супроводу хірургічної репродуктивної стратегії

Дані IV групи підкреслюють значення організаційної безперервності: після хірургічного лікування пацієнтка не повинна «випадати» зі спостереження, якщо вагітність залишається актуальною метою. Маршрутизація до репродуктивного центру, фактичний початок ДРТ і подальше документування результатів є складовими одного клінічного процесу.

5.11. Методологічні межі інтерпретації результатів

По-перше, III та IV групи сформовані за різними показаннями, а не як порівняльні групи одного втручання. Тому статистичні зіставлення тривалості операції, госпіталізації та частоти ускладнень мають описове значення і не доводять перевагу, неінферіорність або еквівалентність стратегій.

По-друге, чисельність груп - 26 і 27 пацієнток - обмежує оцінювання рідкісних хірургічних подій: один випадок суттєво змінює відсотковий показник, а відсутність статистичної різниці не є доказом однакового профілю ризику.

По-третє, оваріальний резерв не оцінювали парно за АМГ, кількістю антральних фолікулів або іншими кількісними маркерами. Цей результат не може бути реконструйований за непрямими ознаками.

По-четверте, у IV групі не було контрольної когорти з нелікованим гідросальпінксом і не проводилося рандомізованого порівняння способів лікування. Тому частота вагітності після ДРТ не встановлює причинного ефекту саме сальпінгектомії.

По-п'яте, частоти клінічної та прогресуючої вагітності розраховували на пацієнтку, яка розпочала ДРТ, а не на цикл або перенесення ембріона; дані про live birth відсутні. Пряме порівняння з дослідженнями, де кінцевою точкою є живонародження на цикл або перенесення, некоректне.

По-шосте, горизонт спостереження після постійної контрацепції становив 12 місяців. Жаль може формуватися пізніше, тому висока річна задоволеність не є еквівалентом довічної стабільності рішення.

Ці обмеження визначають межі висновків, але не нівелюють клінічної цінності роботи: дослідження відтворює реальні хірургічні та репродуктивні траєкторії жінок із дисфункцією щитоподібної залози й демонструє логіку персоналізованого вибору без причинного перебільшення результатів.

Висновки до розділу 5

1. У хірургічному блоці сформовано дві принципово різні репродуктивні траєкторії: у 26 жінок III групи двобічна сальпінгектомія була методом постійної

контрацепції після завершення репродуктивних планів, тоді як у 27 пацієнток IV групи операція мала лікувальну мету при патології маткових труб.

2. У III групі середня тривалість операції становила $42,6 \pm 10,8$ хв, госпіталізації - $1,8 \pm 0,6$ доби; раннє післяопераційне ускладнення виникло у 1/26 (3,8 %) випадку. Через 12 місяців 24/26 (92,3 %) жінок залишалися задоволеними рішенням, 2/26 (7,7 %) повідомили про сумніви або жаль.

3. У IV групі тривалість операції становила $48,9 \pm 13,4$ хв, госпіталізації - $2,1 \pm 0,7$ доби. Статистично значущих відмінностей порівняно з III групою за тривалістю втручання, госпіталізації та частотою ускладнень не встановлено; через різні показання це не є доказом еквівалентності хірургічної безпеки.

4. Гідросальпінкс був провідною трубною патологією - 22/27 (81,5 %). Однобічну сальпінгектомію виконано 9/27 (33,3 %), двобічну - 18/27 (66,7 %) пацієнток; у цій групі втручання не трактувалося як контрацептивне, навіть за двобічного видалення труб.

5. Після лікування актуальні репродуктивні плани мали 18/27 (66,7 %) жінок IV групи; 14/18 (77,8 %) були направлені до ДРТ, 12/18 (66,7 %) розпочали програму. Серед тих, хто розпочав ДРТ, клінічну вагітність зареєстровано у 7/12 (58,3 %), прогресуючу - у 6/12 (50,0 %); live birth не визначали.

6. Вплив сальпінгектомії на оваріальний резерв у власній когорті не оцінювався парно, тому твердження про його збереження або погіршення не може бути сформульоване як результат цього дослідження.

7. Персоналізована хірургічна тактика має визначатися насамперед репродуктивною метою та характером трубної патології. Тиреоїдна дисфункція модифікує клінічний супровід, але не є самостійним показанням до незворотного репродуктивного втручання.

Основні положення розділу викладені в науковій публікації:

1. Вітюк А. Д., Сакали Л. І. Диференційований вибір оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій у жінок із дисфункцією щитоподібної

залози: клінічне обґрунтування та результати персоналізованого підходу. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т. 6, № 3. С. 92–110. DOI: 10.52705/2788-6190-2026-03-10.

URL: <https://doi.org/10.52705/2788-6190-2026-03-10>

У зазначеній публікації представлено клінічне обґрунтування хірургічних репродуктивних стратегій, результати постійної контрацепції шляхом двобічної сальпінгектомії, характеристику лікувальної тактики при патології маткових труб та подальшу реалізацію репродуктивних планів. У дисертаційному розділі ці результати викладено у розширеному аналітичному форматі з окремим розмежуванням репродуктивної мети, методологічних обмежень і клінічних траєкторій, без відтворення структури та формулювань статті.

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Отримані результати дають змогу розглядати репродуктивне консультування жінок із дисфункцією щитоподібної залози як багаторівневе клінічне завдання, у якому сам тиреоїдний діагноз є лише одним із компонентів рішення. У межах дослідження вибір стратегії визначався не нозологічною етикеткою, а співвідношенням репродуктивної мети, функціонального стану щитоподібної залози, менструального фенотипу, супутніх ризиків, психовегетативного навантаження та реальної можливості дотримуватися обраного методу. Такий підхід узгоджується з сучасними критеріями медичної прийнятності, згідно з якими компенсована тиреоїдна патологія сама по собі не формує універсальної заборони для основних оборотних методів контрацепції [61, 96, 97].

Особливість власної вибірки полягала у поєднанні хронічної ендокринної патології з довготривалим воєнним контекстом. У такому середовищі репродуктивне рішення формується не лише під впливом медичних чинників, а й залежно від безпеки, доступності допомоги, стабільності повсякденного життя та здатності підтримувати безперервність лікування. Водночас клінічні прояви тиреоїдної дисфункції і стресової реакції частково перетинаються, тому втома, серцебиття, зміни сну, емоційна лабільність або порушення циклу не можуть інтерпретуватися поза загальним клінічним контекстом [66, 74, 75].

У цьому розділі власні результати не повторюються як самодостатній масив цифр, а використовуються як підстава для інтерпретації. Їх зіставлено з рекомендаціями, систематичними оглядами та сучасними клінічними дослідженнями лише настільки, наскільки це допомагає пояснити отримані закономірності. Там, де дизайн роботи не забезпечує причинного висновку,

обговорення свідомо обмежене описом асоціацій, клінічних тенденцій і меж екстраполяції.

6.1. Клініко-репродуктивний фенотип жінок із тиреоїдною дисфункцією в умовах активних бойових дій

Одним із найбільш показових результатів стало розмежування біологічної неоднорідності тиреоїдної патології та відносної подібності репродуктивних намірів. Незважаючи на суттєві відмінності лабораторного профілю між трьома тиреоїдними фенотипами, найближчі плани щодо вагітності не демонстрували аналогічного розшарування. Із 105 учасниць лише 8,6 % планували вагітність упродовж наступних 12 місяців, тоді як 91,4 % її відтерміновували; потреба в ефективній контрацепції була встановлена у 94,3 % жінок. Отже, репродуктивний запит значно більшою мірою відображав життєву ситуацію та персональні наміри, ніж напрямок тиреоїдної дисфункції (табл. 6.1).

Таблиця 6.1.

Інтегральна характеристика вихідного клініко-репродуктивного профілю

Компонент	Власний результат	Інтерпретаційне значення
Потреба в ефективній контрацепції	99/105 (94,3 %)	Підтверджує актуальність структурованого контрацептивного консультування незалежно від тиреоїдного фенотипу
Відтермінування вагітності	96/105 (91,4 %)	Вказує на переважну потребу в оборотній стратегії, якщо репродуктивні плани не завершені
Менструальні порушення	76/105 (72,4 %)	Роблять менструальний фенотип одним із ключових модифікаторів прийнятності методу
Високе стресове навантаження	48/105 (45,7 %)	Вимагає оцінки прихильності й практичної здійсненності, але не створює самостійного протипоказання
Нестабільний доступ до допомоги серед тих, хто відтерміновував ваг-сть	41/96 (42,7 %)	Підсилює значення автономності методу та безперервності забезпечення

Ця закономірність принципово важлива для клінічного мислення. Тиреоїдний статус визначає безпекові рамки й потребу в моніторингу, але не може автоматично відповідати на запитання, чи планує жінка вагітність, на який термін вона її відтерміновує і наскільки прийнятною для неї є щоденна, процедурна або незворотна стратегія. Така логіка відповідає пацієнт-центрованому контрацептивному консультуванню, де поряд із критеріями безпеки враховують очікування, пріоритети, прийнятність способу застосування та бажану тривалість ефекту [18–20, 46, 47].

Воєнний контекст істотно модифікував цей репродуктивний вибір. Серед жінок, які відтерміновували вагітність, домінували причини, пов'язані з небезпекою, стресом, тривогою щодо майбутньої вагітності та економічною нестабільністю. Це не означає, що війна є самостійним медичним показанням до певного контрацептиву. Її клінічне значення інше: вона змінює умови, у яких має функціонувати обрана стратегія, і тим самим підвищує цінність методів, придатних до стабільного та передбачуваного застосування [35, 40, 45, 60, 82, 110, 128, 129].

Показово, що співвідношення жінок із реалізованою та нереалізованою репродуктивною функцією було майже рівним, тоді як потреба в контрацепції залишалася однаково високою. Це ще раз демонструє методологічну помилковість ототожнення понять «не планує вагітність найближчим часом» і «завершила репродуктивні плани». Саме це розмежування згодом визначило різницю між оборотними стратегіями та постійною контрацепцією.

6.2. Тиреоїдний статус як модифікатор медичної прийнятності, а не детермінанта методу

Лабораторна стратифікація очікувано підтвердила функціональну неоднорідність когорти: групи відрізнялися за ТТГ, fT3 та структурними характеристиками щитоподібної залози. Однак ці біологічні відмінності не супроводжувалися статистично значущим розходженням у потребі в контрацепції,

найближчих репродуктивних планах або більшості клінічних симптомів. Отже, тиреоїдний фенотип не трансформувався у самодостатній алгоритм репродуктивного вибору.

Це узгоджується із WHO MEC, U.S. MEC та національними документами з планування сім'ї: стабільні захворювання щитоподібної залози не є універсальною підставою для відмови від комбінованих, прогестинових чи внутрішньоматкових методів [61, 96, 97, 119, 124]. Проте з цього не випливає клінічна нейтральність тиреоїдного статусу. У пацієток із гіпофункцією важливими залишаються адекватність замісної терапії, метаболічний і серцево-судинний профіль, характер кровотеч; при гіпертиреоїдних або нестабільних станах - гемодинамічні прояви, серцебиття, тривожність та можливе перекриття симптомів основного захворювання з небажаними явищами контрацепції [37, 58, 66].

Окремої уваги потребує застосування естрогенвмісних препаратів у жінок, які отримують замісну терапію тиреоїдними гормонами. Підвищення концентрації тироксинзв'язувального глобуліну під впливом естрогенів може змінювати транспорт тиреоїдних гормонів і в окремих клінічних ситуаціях обґрунтовувати контроль лабораторного профілю [85]. Це не є аргументом проти комбінованої гормональної контрацепції як класу, але ілюструє роль ендокринного статусу як модифікатора спостереження.

Чисельно більша частота менструальних і стрес-асоційованих проявів у II тиреоїдній групі не досягла статистичної значущості. Тому ці відмінності коректніше трактувати як сигнал для уважнішого клінічного спостереження, а не як доказ специфічного причинного ефекту гіпертиреоїдного фенотипу. Практичний висновок полягає в тому, що оцінка функції щитоподібної залози необхідна до вибору методу, але вона визначає ступінь контролю і тлумачення симптомів, а не жорстке правило «діагноз - метод».

6.3. Менструальний фенотип у структурі клінічної прийнятності

Менструальні порушення виявлено більш ніж у двох третин обстежених, тому вони не можуть розглядатися як фоновий або випадковий компонент. Нерегулярність циклу, дисменорея, посилення передменструальних проявів і зміни обсягу крововтрати формували клінічний фенотип, який одночасно відображав можливий вплив тиреоїдної дисфункції, стресу та супутньої гінекологічної патології. У цьому сенсі менструальний профіль був не лише симптоматичною характеристикою, а й важливим критерієм майбутньої прийнятності методу.

Відомі нейроендокринні зв'язки між тиреоїдною функцією, гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковою віссю, пролактиновим профілем і стероїдогенезом пояснюють можливість різних варіантів менструальної дисфункції при гіпо- та гіпертиреозі [8, 33, 76, 79, 80, 84]. Проте у власній когорті немає підстав приписувати весь спектр змін циклу лише тиреоїдній патології. Воєнно-асоційований стрес здатний модифікувати репродуктивну нейроендокринну регуляцію через гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь та системи, пов'язані з GnRH і kisspeptin [28, 51, 56, 59, 74, 75].

Клінічне значення цієї багатофакторності полягає в тому, що зміна характеру кровотеч після початку контрацепції має інтерпретуватися відносно вихідного стану. Для жінки з дисменореєю або нерегулярним циклом навіть ефективний метод може бути неприйнятним, якщо профіль кровотеч не відповідає її очікуванням. Саме тому сучасні підходи до консультування щодо аномальних маткових кровотеч та LNG-IUS підкреслюють необхідність попереднього обговорення можливих змін менструального патерну [14, 57, 63, 120, 121].

У двох групах оборотної контрацепції через 12 місяців частота основних менструальних скарг зменшилася. Водночас ці зміни слід оцінювати як описову клінічну динаміку, а не як доведений лікувальний ефект, оскільки індивідуальні парні переходи «симптом є/немає» не були доступні для статистичного

тестування. Така інтерпретація зберігає клінічний зміст результату, не виходячи за межі фактичної структури даних.

6.4. Воєнно-асоційоване психовегетативне навантаження та практична здійсненність контрацепції

Майже дев'ять із десяти учасниць мали принаймні помірно виражене клінічно визначене психоемоційне навантаження, а високий рівень стресу зафіксовано у 45,7 %. За наявності тиреоїдної патології така частота особливо важлива через неспецифічність багатьох симптомів: серцебиття, безсоння, емоційна лабільність, дратівливість і втому можуть бути пов'язані як із функцією щитоподібної залози, так і зі стресовою реакцією [66, 74].

У межах запропонованої моделі стрес не розглядався як медичне протипоказання до певного методу. Його значення полягало у впливі на повсякденну реалізованість контрацептивної стратегії. Для щоденних методів критичними можуть бути зміни режиму, евакуація, тривалі переїзди, нічні чергування або перебої з доступом до препарату. Для довготривалих методів поведінкове навантаження є меншим, однак залишаються залежність від доступності процедури, контролю та можливості звернутися у разі небажаних явищ.

Найбільша абсолютна міжгрупова різниця в оборотному блоці стосувалася саме порушення режиму застосування: 26,9 % у групі комбінованої гормональної контрацепції та 7,7 % у групі прогестинових/внутрішньоматкових методів. За $p=0,140$ цей результат не доводить перевагу другої стратегії, тим більше що вона включала різні за способом застосування методи. Однак він показує, що поведінкова залежність методу може мати не менше практичне значення, ніж його формальна медична прийнятність.

Обмеженням цього аспекту є клінічна, а не психометрична оцінка стресу. Отримані категорії не можна напряму зіставляти з результатами PSS-10, HADS, DASS-21 або GAD-7. Водночас це не нівелює високу поширеність

психовегетативних скарг і підкреслює перспективність подальших досліджень із поєднанням валідованих шкал та клінічної оцінки.

6.5. Оборотні контрацептивні стратегії: що означають 12-місячні результати

Оцінка 52 жінок, які реалізували оборотну стратегію, дозволила перейти від теоретичної медичної прийнятності до реального досвіду використання. Через 12 місяців первинно обраний метод продовжували 73,1 % жінок I групи та 88,5 % II групи. Попри абсолютну різницю 15,4 відсоткового пункта, статистичної значущості не отримано ($p=0,291$). Отже, дані показують напрямок відмінностей, але не формують доказу переваги однієї стратегії.

Таблиця 6.2.

Клінічна інтерпретація основних результатів оборотних стратегій

Показник	I група	II група	Інтерпретація
Продовження через 12 міс	73,1 %	88,5 %	Абсолютна різниця на користь II групи, але $p=0,291$; перевага не доведена
Порушення режиму	26,9 %	7,7 %	Найбільший абсолютний контраст; $p=0,140$; може відображати різну поведінкову залежність методів
Клінічно значущі небажані реакції	23,1 %	19,2 %	Близька частота; переносимість не пояснює різницю в продовженні
Задоволеність через 12 міс	76,9 %	88,5 %	Висока в обох групах; $p=0,465$; не є тотожною продовженню
Менструальна динаміка	Зменшення частоти основних скарг	Зменшення частоти основних скарг	Описова динаміка; без парних даних причинний ефект не встановлювався

У невеликих клінічних групах принципово важливо не змішувати три різні твердження: «різниця не доведена», «стратегії однакові» та «одна стратегія краща». Жодне з двох останніх не впливає автоматично з отриманих p -значень. Додатковим обмеженням є гетерогенність II групи, у якій поєднано прогестинові

та внутрішньоматкові методи; відповідно, груповий показник не можна переносити на окремий препарат або LNG-IUS.

Організаційний контекст також був нетиповим для стандартних амбулаторних умов. Жінки, яким було обрано дезогестрел, отримували річний запас препарату, тоді як значна частина II групи користувалася LNG-IUS. Це могло зменшити ризик переривання через логістичні причини. Така особливість не повинна приховуватися як «змішувальний фактор»; навпаки, вона є частиною реального гуманітарного середовища, в якому доступність стає компонентом ефективності стратегії.

Близька частота клінічно значущих небажаних реакцій у двох групах - 23,1 % і 19,2 % - свідчить, що різницю в продовженні не можна пояснити лише переносимістю. Подібно, показник задоволеності відображає іншу площину досвіду, ніж продовження методу. Пацієнтка може продовжувати метод попри небажані явища або змінити його з причин, не пов'язаних із переносимістю. Саме тому прийнятність доцільно трактувати як комплексну кінцеву точку, що включає продовження, дотримання режиму, небажані реакції, менструальну динаміку, потребу в додаткових зверненнях та суб'єктивну оцінку.

6.6. Постійна контрацепція: автономність рішення та значення подальшого жалю

Хірургічна контрацепція відрізняється від оборотної не лише незворотністю, а й критеріями якості рішення. Для неї недостатньо технічно успішного втручання; клінічно важливими стають завершеність репродуктивних планів, відсутність зовнішнього примусу, усвідомлення альтернатив і стабільність ставлення до рішення в часі. Саме тому двобічна сальпінгектомія у III групі розглядалася як окрема репродуктивна траєкторія, а не як «сильніший» варіант контрацепції.

Через 12 місяців 92,3 % жінок залишалися задоволеними рішенням, тоді як у 7,7 % з'явилися сумніви або жаль. Для інтерпретації важливе не стільки саме

співвідношення, скільки факт існування невеликої, але клінічно значущої частки жінок, у яких ставлення до незворотного рішення змінюється. Сучасні етичні рекомендації щодо постійної контрацепції саме тому акцентують автономність, добровільність, доступність альтернатив і відокремлення медичних ризиків від ціннісного вибору пацієнтки [4].

Дані Rodowa та співавт. підтверджують актуальність жалю як віддаленої кінцевої точки після трубної стерилізації або сальпінгектомії [73]. Пряме порівняння частот між дослідженнями некоректне через різний вік, дизайн, соціальний контекст та горизонт спостереження. Власний результат доцільно використовувати не для демонстрації «нижчої частоти жалю», а для обґрунтування необхідності окремого етапу передопераційного консультування щодо незворотності.

Аналогічно, потенційне зниження ризику тубооваріального раку після сальпінгектомії, яке описане в сучасній літературі [3, 27, 30, 67], не було кінцевою точкою цієї роботи і не може подаватися як власний результат. Те саме стосується оваріального резерву: без парних АМН/АФС неможливо робити висновок про його збереження після операції.

6.7. Лікувальна сальпінгектомія при трубній патології: інший клінічний сенс тієї самої операції

IV група демонструє принципово іншу роль хірургії. У цих пацієнток операція виконувалася з лікувальною метою при патології маткових труб; гідросальпінкс становив переважну частку випадків. Навіть двобічне видалення труб у такому контексті не слід називати контрацепцією, якщо збережено намір щодо майбутньої вагітності та передбачено подальший маршрут ДРТ. Саме показання й репродуктивна мета, а не лише анатомічний результат операції, визначають її клінічне значення.

Сучасні систематичні огляди підтримують активну тактику при гідросальпінксі перед IVF/ICSI, але не формують підстав для універсального

твердження про безумовну перевагу одного втручання над усіма альтернативами [52, 64, 65]. Цей літературний контекст відповідає логіці власного дослідження: сальпінгектомія розглядалася як елемент лікувального маршруту, а не як самодостатня гарантія репродуктивного результату.

Після операції актуальні репродуктивні плани мали 18 із 27 жінок IV групи; 14 були направлені до програм ДРТ, 12 фактично розпочали лікування. Серед них клінічну вагітність зареєстровано у 7, прогресуючу - у 6 пацієнток. Методологічно суттєво, що знаменником тут є жінка, яка розпочала програму, а не цикл, пункція або ембріотрансфер. Тому ці частоти не можна напряму порівнювати з показниками live birth per transfer чи pregnancy per cycle.

Відсутність контрольної групи жінок із нелікованим гідросальпінксом не дозволяє встановити причинний внесок операції в настання вагітності. Наукова цінність власного результату полягає в іншому: він демонструє безперервність маршруту від лікування трубної патології до реалізації репродуктивної мети у частини пацієнток із супутньою тиреоїдною дисфункцією.

6.8. Оваріальний резерв після сальпінгектомії: що дозволяють і чого не дозволяють власні дані

Потенційний вплив сальпінгектомії на оваріальний резерв особливо важливий у жінок, які планують ДРТ. Теоретично втручання в ділянці мезосальпінксу може впливати на яєчникове кровопостачання, тому в літературі оцінюють АМН, AFC, гонадотропінову відповідь та кількість отриманих ооцитів після операції.

У власному протоколі парного визначення АМН, AFC або інших кількісних маркерів до та після втручання не проводили. Отже, робота не дає підстав стверджувати ані збереження, ані зниження оваріального резерву. Подальша вагітність у програмі ДРТ також не є валідним сурогатним доказом біологічної нейтральності операції.

Систематичні огляди та метааналізи вказують на відсутність переконливого короткострокового несприятливого ефекту в частині досліджень, але довгострокова невизначеність зберігається [41, 64, 71]. Для дисертації це принципове методологічне положення: зовнішня доказова база може пояснити актуальність показника, але не може замінити власні вимірювання. Саме тому оцінку оваріального резерву доцільно включати до перспективного протоколу в жінок, для яких збереження репродуктивного потенціалу є клінічно значущим.

6.9. Інтегральна модель диференційованого вибору репродуктивної стратегії

Сукупний аналіз результатів показав, що персоналізований вибір доцільно будувати не від назви препарату або операції, а від послідовності клінічних фільтрів. Першим є репродуктивна мета, оскільки саме вона відрізняє тимчасове відтермінування вагітності, завершеність репродуктивних планів і лікування патології, що перешкоджає реалізації вагітності.

Таблиця 6.3.

Концептуальна матриця диференційованого вибору репродуктивної стратегії

Етап	Ключове клінічне питання	Рішення
1. Репродуктивна мета	Чи планується вагітність, тимчасово відтермінується або репродуктивні плани завершені?	Визначення потреби в оборотній, постійній або лікувальній стратегії
2. Медична прийнятність	Чи є протипоказання або обмеження до конкретного методу?	Виключення неприйнятних варіантів за WHO/CDC та національними рекомендаціями
3. Тиреоїдний статус	Чи стабільна функція ЩЗ і чи потрібен додатковий контроль?	Модифікація спостереження, але не автоматичне призначення методу
4. Менструальний фенотип	Які вихідні симптоми можуть змінити сприйняття методу?	Урахування очікуваного впливу на кровотечі та больовий синдром
5. Практична здійсненність	Чи реально підтримувати метод у повсякденних умовах?	Оцінка щоденної залежності, доступу, логістики та повторних контактів
6. Автономний	Який із медично прийнятних	Спільне прийняття рішення

вибір	варіантів відповідає пріоритетам жінки?	після інформованого консультування
7. Динамічний контроль	Чи зберігається прийнятність і чи не змінилися репродуктивні плани?	Переоцінка результатів через 6–12 міс або раніше за клінічної потреби

Другий рівень становить медична прийнятність: стабільність тиреоїдної функції, супутня патологія, серцево-судинні та тромботичні ризики, характер кровотеч та інші параметри, релевантні до конкретного методу [61, 96, 97, 119, 124]. Третій рівень - менструальний фенотип, який впливає на очікування й переносимість. Четвертий - поведінкова здійсненність: здатність дотримуватися режиму, доступ до препарату або процедури, ризик переривання через логістичні обставини. П'ятий - автономний вибір після структурованого консультування [18–20, 46, 47].

Завершує алгоритм динамічна переоцінка. Для оборотної контрацепції вона включає продовження, небажані реакції, порушення режиму, менструальну динаміку й задоволеність; для постійної контрацепції - віддалене ставлення до рішення та наявність жалю; для лікувальної салпінгектомії - реалізацію наступного репродуктивного етапу. Таким чином, персоналізація в цій роботі означає не створення схеми «тиреоїдний діагноз → метод», а системне звуження кола прийнятних варіантів відповідно до медичних, репродуктивних і життєвих характеристик конкретної жінки.

6.10. Науково-практичне значення отриманих результатів

Науково-практичне значення роботи полягає у поєднанні ендокринного, репродуктивного та контекстуального рівнів прийняття рішення. У практиці пацієнтка з тиреоїдною дисфункцією нерідко розглядається переважно як ендокринологічна або, навпаки, лише як гінекологічна пацієнтка. Запропонована модель демонструє доцільність інтеграції цих площин: тиреоїдний статус залишається клінічно значущим, але не витісняє репродуктивну мету, менструальні симптоми та реальні умови застосування методу.

Другим практичним результатом є виділення поведінкової здійсненності як самостійного критерію. Медична прийнятність відповідає на запитання, чи можна призначити метод; поведінкова здійсненність - чи зможе конкретна жінка користуватися ним стабільно. В умовах війни ця відмінність набуває особливої ваги через переміщення, перебої логістики, зміну режиму життя та фрагментацію доступу до планової допомоги.

Третім положенням є принципове розмежування тимчасового відтермінування вагітності та завершеності репродуктивних планів. Висока частка жінок, які не планували вагітність упродовж року, не означала автоматичної готовності до незворотного втручання. Це положення захищає автономність пацієнтки і запобігає надмірній медикалізації тимчасового репродуктивного наміру.

Четвертим результатом є розмежування однакових за анатомічним обсягом операцій за їх клінічною метою. Двобічна сальпінгектомія як постійна контрацепція та двобічна сальпінгектомія при трубній патології перед ДРТ не є взаємозамінними поняттями: вони відрізняються етичним підґрунтям, очікуваним результатом та системою кінцевих точок.

Практична цінність запропонованого алгоритму полягає не у створенні нових протипоказань, а в структурованому консультуванні. Він може застосовуватися акушерами-гінекологами, сімейними лікарями та ендокринологами як послідовність запитань, що допомагає перейти від загального діагнозу до персоналізованої репродуктивної стратегії.

6.11. Методологічні обмеження та напрями подальших досліджень

Найважливішим обмеженням є нерандомізований характер формування стратегічних груп. Метод обирався після клінічного консультування, тому початкові відмінності між жінками могли впливати на подальшу прихильність, задоволеність і переносимість. Відповідно, результати характеризують реальні клінічні траєкторії, але не доводять причинну перевагу однієї стратегії.

Невелика чисельність груп знижувала статистичну потужність порівнянь і робила частоти рідкісних подій нестабільними. Додатковим обмеженням була гетерогенність II групи, де поєднано прогестиновий і внутрішньоматковий підходи. Подальші дослідження мають передбачати окремий аналіз цих підгруп і достатню чисельність для оцінки клінічно значущих відмінностей.

Оцінка психоемоційного навантаження без стандартизованих шкал обмежує зовнішню порівнюваність, а відсутність індивідуальних парних таблиць менструальних симптомів не дозволяє коректно тестувати переходи «до–після». Майбутній протокол доцільно доповнити валідованою психометрією та лонгітудинальним обліком менструальних змін на рівні кожної пацієнтки.

Для хірургічного блоку суттєвими є відсутність парної оцінки оваріального резерву, контрольної групи з нелікованим гідросальпінксом і повного репродуктологічного обліку циклів, ембріотрансферів та живонароджень. Тому результати ДРТ демонструють реалізацію маршруту, але не дозволяють кількісно встановити причинний ефект попереднього хірургічного лікування.

Окремо слід враховувати 12-місячний горизонт спостереження. Він достатній для первинної оцінки продовження оборотної контрацепції та раннього ставлення до постійної контрацепції, але не характеризує віддалений жаль, зміну партнерського статусу або довгострокові наслідки хірургічних втручань. Перспективним є спостереження щонайменше 24–36 місяців.

Нарешті, воєнний контекст одночасно посилює практичну актуальність і обмежує зовнішню генералізованість результатів. Запропонована модель добре відображає потреби жінок в умовах тривалої нестабільності, проте її відтворюваність поза гуманітарною кризою потребує мультицентрової перевірки.

Висновки до розділу 6

1. Узагальнення власних результатів підтвердило, що репродуктивна стратегія у жінок із дисфункцією щитоподібної залози має визначатися передусім репродуктивною метою та сукупністю клінічних і життєвих чинників; тиреоїдний

фенотип модифікує медичну прийнятність і моніторинг, але не повинен автоматично диктувати метод.

2. Висока поширеність менструальних порушень і психовегетативного навантаження обґрунтовує включення менструального фенотипу та поведінкової здійсненності до структури контрацептивного консультування. Воєнно-асоційований стрес слід розглядати як фактор прихильності та доступності, а не як самостійне протипоказання.

3. Обидві оборотні стратегії продемонстрували високу 12-місячну прийнятність. Чисельно вищі показники продовження та менша частота порушень режиму в II групі не досягли статистичної значущості і не доводять універсальної переваги прогестинових/внутрішньоматкових методів.

4. Постійна контрацепція шляхом двобічної сальпінгектомії у жінок із завершеними репродуктивними планами супроводжувалася високою задоволеністю через 12 місяців, однак наявність сумнівів або жалю у 7,7 % підкреслює необхідність окремого консультування щодо незворотності.

5. Лікувальна сальпінгектомія при трубній патології, зокрема гідросальпінксі, є окремою репродуктивною траєкторією і не повинна ототожнюватися з контрацепцією. Настання клінічної та прогресуючої вагітності після подальшого ДРТ демонструє реалізацію маршруту, але не встановлює причинного внеску операції.

6. Запропонована модель диференційованого вибору поєднує репродуктивну мету, медичну прийнятність, тиреоїдний статус, менструальний фенотип, поведінкову здійсненність, доступність методу, автономний вибір пацієнтки та динамічний контроль.

7. Подальші дослідження мають передбачати більші та методологічно однорідні групи, стандартизовану оцінку психоемоційного стану, парне дослідження оваріального резерву, повний облік результатів ДРТ та довготривале спостереження після постійної контрацепції.

Основні положення розділу викладені в наукових публікаціях:

1. Сакали Л. І. Клініко-репродуктивні особливості жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах активних бойових дій як підґрунтя для індивідуалізованого вибору контрацепції. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т. 6, № 2. С. 67–75. DOI: 10.52705/2788-6190-2026-02-9.

2. Вітюк А. Д., Горбунова О. В., Сакали Л. І. Клініко-репродуктивні детермінанти вибору контрацепції в жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах хронічного воєнного стресу: обґрунтування персоналізованого алгоритму. Ukrainian Journal Health of Woman. 2026. № 3(184). С. 5–13. DOI: 10.15574/HW.2026.3(184).513.

3. Вітюк А. Д., Сакали Л. І. Диференційований вибір оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій у жінок із дисфункцією щитоподібної залози: клінічне обґрунтування та результати персоналізованого підходу. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т. 6, № 3. С. 92–110. DOI: 10.52705/2788-6190-2026-03-10.

У зазначених публікаціях висвітлено окремі складові дослідження - клініко-репродуктивний фенотип, принципи персоналізованого контрацептивного консультування та результати реалізованих оборотних і хірургічних стратегій. У цьому розділі ці результати оцінено на рівні узагальненого обговорення, зіставлення з сучасною доказовою базою та обґрунтування інтегральної моделі диференційованого вибору.

ВИСНОВКИ

У роботі обґрунтовано диференційований підхід до вибору контрацептивної та репродуктивної стратегії у жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах воєнно-асоційованого стресу.

1. Аналіз сучасної доказової бази засвідчив, що стабільні тиреоїдні захворювання самі по собі не є універсальним протипоказанням до основних методів контрацепції. Невирішеним залишається практичне поєднання критеріїв медичної прийнятності з менструальним фенотипом, психоемоційним навантаженням, репродуктивними намірами та доступністю медичної допомоги в умовах війни, що й визначило напрям дослідження.

2. У 105 жінок встановлено три клініко-лабораторні тиреоїдні фенотипи: гіпофункціональний - 30,5 %, гіперфункціональний/нестабільний - 26,7 % та автоімунний з еутиреоїдним або субклінічно зміненим профілем - 42,9 %. Міжгрупові відмінності за ТТГ і fT3 були статистично значущими ($p < 0,001$). Менструальні порушення виявлено у 72,4 % учасниць, високе стресове навантаження - у 45,7 %, що підтверджує необхідність комплексної, а не нозологічно ізольованої оцінки.

3. Вагітність у найближчі 12 місяців не планували 96/105 (91,4 %) жінок, ефективної контрацепції потребували 99/105 (94,3 %). Основними причинами відтермінування були воєнна небезпека (75,0 %), погіршення самопочуття на тлі стресу (66,7 %), тривога щодо майбутньої вагітності (61,5 %) та економічна нестабільність (51,0 %). Репродуктивні наміри не мали статистично значущої залежності від тиреоїдного фенотипу.

4. Серед 52 жінок з оборотними стратегіями первинно обраний метод через 6 місяців продовжували 84,6 % пацієнток групи комбінованої гормональної контрацепції та 92,3 % групи прогестинових/внутрішньоматкових методів; через 12 місяців - 73,1 % і 88,5 % відповідно ($p = 0,291$). Порушення режиму становили 26,9 % і 7,7 % ($p = 0,140$), задоволеність - 76,9 % і 88,5 %. Статистичної переваги

однієї стратегії не доведено; клінічно значущою є відповідність методу можливостям його безперервного застосування.

5. Хірургічні стратегії мали різні клінічні цілі. У 26 жінок після планової двобічної сальпінгектомії з метою постійної контрацепції раннє ускладнення виникло в 1/26 (3,8 %) випадку; через 12 місяців задоволеними рішенням залишалися 24/26 (92,3 %), сумніви або жаль відзначили 2/26 (7,7 %). У 27 пацієнток IV групи сальпінгектомія виконувалася з лікувальною метою; гідросальпінкс виявлено у 81,5 %, двобічне втручання проведено у 66,7 %, одnobічне - у 33,3 %. Постійна контрацепція і лікувальна сальпінгектомія не є взаємозамінними стратегіями.

6. Після лікування трубної патології актуальні репродуктивні плани мали 18/27 (66,7 %) жінок; до програм ДРТ направлено 14/18 (77,8 %), лікування розпочали 12/18 (66,7 %). Серед пацієнток, які розпочали ДРТ, клінічну вагітність зареєстровано у 7/12 (58,3 %), прогресуючу - у 6/12 (50,0 %). Ці показники характеризують реалізацію репродуктивного маршруту, але не доводять причинного впливу сальпінгектомії на настання вагітності; частоту живонародження не визначали.

7. Обґрунтована практична модель диференційованого вибору передбачає послідовну оцінку репродуктивної мети, медичної прийнятності, актуального тиреоїдного статусу, менструального фенотипу, психоемоційного навантаження, поведінкової здійсненності та доступності методу, спільне прийняття рішення і динамічний контроль. Тиреоїдна дисфункція в цій моделі є модифікатором клінічного супроводу, але не самостійним детермінантом репродуктивної стратегії.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Починати консультування з визначення репродуктивної мети: планування вагітності, її тимчасового відтермінування або завершеності репродуктивних планів.

2. Оцінювати медичну прийнятність методу разом зі стабільністю тиреоїдного статусу та супутніми факторами ризику; гіпотиреоз, гіпертиреоз або АІТ не використовувати як автоматичне показання чи протипоказання до конкретного методу.

3. До вибору контрацепції документувати менструальний фенотип, психоемоційні та психовегетативні прояви, готовність до щоденного режиму і реальну доступність препарату або повторного медичного контакту.

4. Оборотно́й метод обирати спільно з пацієнткою з урахуванням очікуваного профілю кровотеч, бажаної тривалості дії та поведінкової залежності. За ризику переривання пероральної контрацепції доцільно за можливості забезпечити безперервний запас препарату або обговорити метод, що не потребує щоденної участі.

5. Через 6 і 12 місяців або раніше за клінічної потреби оцінювати продовження методу, дотримання режиму, небажані реакції, менструальну динаміку, позапланові звернення та задоволеність; за зміни репродуктивних планів стратегію переглядати.

6. Постійну контрацепцію шляхом двобічної сальпінгектомії розглядати лише за завершених репродуктивних планів після інформованого обговорення незворотності та альтернатив. Лікувальну сальпінгектомію при трубній патології не трактувати як контрацептивну стратегію.

7. Після хірургічного лікування трубної патології за збереженого наміру щодо вагітності формувати безперервний маршрут до ДРТ за показаннями; результати оцінювати окремо за етапами маршрутизації, початку програми,

клінічної та прогресуючої вагітності, не підміняючи ними показник живонародження.

ПРАКТИЧНА МОДЕЛЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ВИБОРУ

Етап	Ключове питання	Практичне рішення
1. Репродуктивний намір	Чи планується вагітність у найближчі 12 міс? Чи завершені репродуктивні плани?	Визначення оборотної або постійної стратегії; за активного планування вагітності - не контрацептивний маршрут.
2. Медична прийнятність	Чи є протипоказання до естрогенвмісного, прогестинного або внутрішньоматкового методу?	Виключення неприйнятних варіантів за стандартними критеріями безпеки.
3. Тиреоїдний статус	Який функціональний стан ЩЗ і чи стабільний він?	Урахування ендокринного контексту без автоматичного прив'язування методу до діагнозу.
4. Менструальний фенотип	Чи є нерегулярність, дисменорея, ПМС, зміни крововтрати?	Вибір методу з урахуванням очікуваного впливу на менструальні симптоми.
5. Поведінкова здійсненність	Чи зможе пацієнтка регулярно виконувати режим?	Оцінка ризику пропусків; перевага менш поведінково залежного варіанта за потреби.
6. Доступність	Чи гарантований доступ до препарату/спостереження?	Забезпечення достатнього запасу або вибір методу з меншою залежністю від повторних звернень.
7. Переваги пацієнтки	Який метод прийнятний для самої жінки?	Спільне прийняття рішення після інформованого консультування.
8. Контроль	Чи зберігаються прийнятність, прихильність і задоволеність?	Контроль через 6–12 міс; зміна стратегії за клінічної потреби.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адамчук Н. В. Пролонгована гормональна контрацепція: профілактика непланованої вагітності та порушень репродуктивного здоров'я: дис. д-ра мед. наук: 14.01.01. 2017. НРАТ: 0517U000395.

URL: <https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0517U000395/> (дата звернення: 16.10.2026).

2. Акушерство та гінекологія: у 4 т. Т. 1: Акушерство: національний підручник / за ред. В. М. Запорожана. 2-ге вид., випр. Київ: ВСВ «Медицина», 2017. 1032 с.

URL: <https://infopacket.knu.ua/SubjectInfo?subjectID=172167> (дата звернення: 16.10.2026).

3. Бенюк В. О., Курочка В. В., Абеді Астанег Нікі та ін. Клінічна характеристика жінок з гіперплазією ендометрія на тлі дисфункції щитоподібної залози. Репродуктивне здоров'я жінки. 2022;(5):68–72. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.5.2022.265476>.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/265476> (дата звернення: 16.10.2026).

4. Берестовий О. О., Сизоненко А. Р. Impact of chronic war-related stress on female reproductive function and adaptive capacity in women of reproductive age (literature review). Ukrainian Journal «Health of Woman». 2026. № 1(182). DOI: [https://doi.org/10.15574/HW.2026.1\(182\).106116](https://doi.org/10.15574/HW.2026.1(182).106116).

URL: <https://ujhw.med-expert.com.ua/article/view/362802> (дата звернення: 16.10.2026).

5. Борисова Л. О. та ін. Порушення метаболізму в жінок на тлі соматичних травм і опосередкованих наслідків війни. Репродуктивне здоров'я жінки. 2026. № 3. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.3.2026.364517>.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/364517> (дата звернення: 16.10.2026).

6. Бурка О. А., Тутченко Т. М., Шумицький А. В. Роль лабораторних досліджень у діагностиці причин аномальних маткових кровотеч. Здоров'я жінки. 2019. № 3(139). С. 49–52.

7. Бурлака О. В., Вагнер В. О. Менструальні розлади в аспекті стрес-асоційованих порушень репродуктивного здоров'я жінок-військовослужбовців у зоні АТО/ООС. Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. Т. 6, № 2. e0602290. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i2.290>.

URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/290> (дата звернення: 16.10.2026).

8. Бялонович С. В. Особливості впливу щоденних стресорів війни на психічне здоров'я цивільного населення: дис. д-ра філософії. 2026. НРАТ: 0826U000294. URL: <https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0826U000294> (дата звернення: 16.10.2026).

9. Вітюк А. Д., Горбунова О. В., Сакали Л. І. Клініко-репродуктивні детермінанти вибору контрацепції в жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах хронічного воєнного стресу: обґрунтування персоналізованого алгоритму. Ukrainian Journal Health of Woman. 2026. № 3 (184). С. 5–13. DOI: [https://doi.org/10.15574/HW.2026.3\(184\).513](https://doi.org/10.15574/HW.2026.3(184).513).

10. Вітюк А. Д., Сакали Л. І. Диференційований вибір оборотних і хірургічних репродуктивних стратегій у жінок із дисфункцією щитоподібної залози: клінічне обґрунтування та результати персоналізованого підходу. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т. 6, № 3. С. 92–110. DOI: <https://doi.org/10.52705/2788-6190-2026-03-10>.

11. Гавенко Г. О. Розлади менструальної функції у дівчат-підлітків з порушенням психоемоційної сфери (прогноз, діагностика, лікування): дис. д-ра філософії: 222 Медицина. Київ, 2024. НРАТ: 0824U000465. URL: https://ipag-kiev.org.ua/wp-content/uploads/2023/12/Havenko_dysertatciya.pdf (дата звернення: 16.10.2026).

12. Головчак І. С. Репродуктивне здоров'я жінок після перенесеного захворювання COVID-19: дис. д-ра мед. наук: 14.01.01. Київ, 2025. НРАТ: 0525U000155. URL: <https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0525U000155/> (дата звернення: 16.10.2026).

13. Голяновський О. В., Рубінштейн А. М. Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних пізнього репродуктивного віку після застосування допоміжних репродуктивних технологій. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2022. Т. 2, № 1. С. 83–95. DOI: <https://doi.org/10.52705/2788-6190-2022-01-8>.

URL: <https://par.org.ua/index.php/par/article/view/67> (дата звернення: 16.10.2026).

14. Голяновський О. В., Фролов С. В., Волошин О. А., Кононець О. П., Губар І. А. Вплив когнітивно-поведінкової терапії на порушення сну та рівень мелатоніну у вагітних. Репродуктивне здоров'я жінки. 2024. № 2 (73). С. 89–95. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.2.2024.304666>.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/304666> (дата звернення: 16.10.2026).

15. Голяновський О. В., Фролов С. В. Розлади сну та ефективність різних методів терапії безсоння у вагітних (огляд літератури). Репродуктивне здоров'я жінки. 2022. № 8. С. 79–84. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2022.273301>. URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/273301> (дата звернення: 16.10.2026).

16. Диннік В. О., Верхошанова О. Г., Диннік О. О. та ін. Стрес-індуковані ендокринні зміни при порушеннях менструального циклу в дівчат-підлітків під впливом війни в Україні. Репродуктивне здоров'я жінки. 2026;(2):38–44. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.2.2026.359217>.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/359217> (дата звернення: 16.10.2026).

17. Жабченко І. А., Корнієць Н. Г., Ліщенко І. С., Коваленко Т. М., Бондаренко О. М., Сивура О. О. Репродуктивні наслідки стресу воєнного часу та можливості їхньої корекції (огляд літератури). Репродуктивне здоров'я жінки. 2024. № 7. С. 65–72. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.7.2024.314933>.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/314933> (дата звернення: 16.10.2026).

18. Жилка Н. Я. та ін. Особливості стану здоров'я жінок, які отримали бойову травму в умовах російсько-української війни. Впровадження гендерно орієнтованих програм психологічної допомоги та реабілітації. Репродуктивне здоров'я жінки. 2026. № 1. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2026.354627>. URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/354627> (дата звернення: 16.10.2026).

19. Жук С. І., Ночвіна О. А. Профілактика та корекція дисгормональних порушень репродуктивної системи у сучасних умовах хронічного стресу. Здоров'я жінки. 2020. № 8(154). С. 17–23.

20. Козуб Т. О., Гнатюк В. В., Качайло І. А., Головіна О. В. Вплив війни на психоемоційний стан та репродуктивне здоров'я жінок: клінічне дослідження порушень менструального циклу. Репродуктивне здоров'я жінки. 2025. № 5. С. 78–86. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.5.2025.337955>.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/337955> (дата звернення: 16.10.2026).

21. Корнієць Н. Г., Олешко В. Ф., Тертична-Телюк С. В., Гришина О. С., Верещагін А. В., Кулик С. В. Оцінка обізнаності молодих жінок про вплив штучного переривання вагітності на репродуктивне здоров'я в умовах війни: порівняльний аналіз (Україна–Ізраїль). Репродуктивне здоров'я жінки. 2026. № 5. С. 5–14. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.5.2026.370876>.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/370876> (дата звернення: 16.10.2026).

22. Корнієць Н. Г., Тертична-Телюк С. В., Гришина О. С., Краснопольська Є. В., Прядко Р. М., Кулик С. В. Контрацепція як фактор збереження репродуктивного здоров'я жінки під час війни. Репродуктивне здоров'я жінки. 2024. № 8. С. 96–105. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2024.320092>. URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/320092> (дата звернення: 16.10.2026).

23. Корчинська О. О., Созанська М. А. Сучасні аспекти ведення пацієнток із аномальними матковими кровотечами. Україна. Здоров'я нації. 2021. № 3(65). С. 127–132.

24. Косей Н. В., Татарчук Т. Ф., Плаксієва К. Д., Токар Г. А., Козлов О. С. Застосування та прийнятність методів контрацепції серед військовослужбовиць в Україні. Репродуктивне здоров'я жінки. 2026;(1):44–51. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2026.354631>.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/354631> (дата звернення: 16.10.2026).

25. Лук'янченко Ю. В., Малишева І. В., Камінський А. В., Шалько М. Н., Богачев Р. М. Оцінювання впливу порушень функції щитоподібної залози на жіночу фертильність. Репродуктивне здоров'я жінки. 2026;(3):55–61. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.3.2026.364519>.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/364519> (дата звернення: 16.10.2026).

26. Міністерство охорони здоров'я України. Планування сім'ї: клінічна настанова, заснована на доказах. 2025. Реєстровий № КН 2025-1408. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/planuvannya-simy/> (дата звернення: 16.10.2026).

27. Наказ МОЗ України від 13.04.2016 № 353 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0353282-16#Text> (дата звернення: 16.10.2026).

28. Носенко О. М., Демидчик Р. Я. Обмін мелатоніну в безплідних жінок із повторними невдачами імплантації. Репродуктивна ендокринологія. 2024. № 1 (71). С. 94–102. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2024.71.94-102>. URL: <https://reproduct-endo.com/article/view/301917> (дата звернення: 16.10.2026).

29. Носенко О. М., Дінь Тхі Суан Ні. Аюрведичний препарат Феміцикл як перша лінія терапії стресогенних порушень менструального циклу в жінок репродуктивного віку. Український журнал «Здоров'я жінки». 2023. № 3 (166). С. 10–17. DOI: <https://doi.org/10.15574/HW.2023.166.10>. URL: <https://med-expert.com.ua/journals/ayurvedychnyj-preparat-femicykl-yak-persha-liniya-terapiyi-stresogennyh-porushen-menstrualnogo-cyklu-v-zhinok-reproduktyvnogo-viku/> (дата звернення: 16.10.2026).

30. Педаченко Н. Ю., Тутченко Т. М., Тухтарян Р. А. Хронічні анормальні маткові кровотечі та якість життя жінки. Як суттєво покращити результат? Репродуктивна ендокринологія. 2020. № 1(51). С. 14–22.

31. Планування сім'ї та контрацепція: навч. посіб. / В. І. Бойко, Н. В. Калашник, А. В. Бойко та ін.; за заг. ред. В. І. Бойка. Суми: Сумський державний університет, 2018. 223 с. ISBN 978-966-657-710-1.

URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream-download/123456789/67427/1/Kalashnyk_planuvannia.pdf (дата звернення: 16.10.2026).

32. Подольський В. В., Подольський Вол. В., Медведовська Н. В., Емір-Усеїнова Д. А., Боцюк У. І. Вплив хронічного стресу на гормональний стан жінок, які постраждали від бойових дій, та жінок-переселенок. Репродуктивне здоров'я жінки. 2024. № 6. С. 8–13. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.6.2024.312739>. URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/312739> (дата звернення: 16.10.2026).

33. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Планування сім'ї»: наказ МОЗ України від 09.09.2025 № 1408.

URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-09-09-2025-1408-pro-zatverdzhennya-standartu-medichnoyi-dopomogi-planuvannya-sim-yi> (дата звернення: 16.10.2026).

34. Резолюція І Українського форуму експертів з аномальних маткових кровотеч (20 квітня 2021 р.). Репродуктивна ендокринологія. 2021. № 62. С. 64–74. URL: <http://reproduct-endo.com/article/view/249873> (дата звернення: 16.10.2026).

35. Сакали Л. І. Клініко-репродуктивні особливості жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах активних бойових дій як підґрунтя для індивідуалізованого вибору контрацепції. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2026. Т. 6, № 2. С. 67–75. DOI: <https://doi.org/10.52705/2788-6190-2026-02-9>.

36. Сербенюк А. В. Особливості ментального та репродуктивного здоров'я, функціонального стану організму жінок-військовослужбовиць, які зазнали контузії під час бойових дій. Репродуктивна ендокринологія. 2023. № 2–3 (68). С. 8–15. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2023.68.8-15>. URL: <https://reproduct-endo.com/article/view/284051> (дата звернення: 16.10.2026).

37. Сербенюк А. В. Репродуктивне здоров'я жінок фертильного віку, що зазнали контузії під час бойових дій. Система профілактики, лікування та реабілітації: дис. д-ра мед. наук. Київ, 2024. НРАТ: 0524U000204. URL: https://nuozu.edu.ua/zagruzka3/Dr_Serbenuk.pdf (дата звернення: 16.10.2026).

38. Ситнік П. О. Аномальна маткова кровотеча: сучасний аналіз етіопатогенезу, діагностики та лікування. Український медичний часопис. 2021. № 4(144). С. 1–5. DOI: <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.144.213540>.

39. Сюсюка В. Г., Павлюченко М. І., Шелестова Л. П. Соціально-психологічні аспекти військової агресії в Україні: у фокусі – репродуктивне здоров'я жінок. Репродуктивне здоров'я жінки. 2025. № 4. С. 72–78. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.4.2025.335427>.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/335427> (дата звернення: 16.10.2026).

40. Татарчук Т. Ф., Булашенко О. В., Педаченко Н. Ю., Громова О. Л., Дубоссарська Ю. О., Захаренко Н. Ф., Єфіменко О. О., Калугіна Л. В., Косей Н. В., Рожковська Н. М., Тутченко Т. М., Пирогова В. І., Яшина О. Г., Свірський Д. М., Родіонова І. О., Луценко Л. А. Резолюція III Українського форуму експертів з аномальних маткових кровотеч. Репродуктивна ендокринологія. 2025. № 4 (79). С. 8–16. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2025.79.8-16>. URL: <https://reproduct-endo.com/article/view/340951> (дата звернення: 16.10.2026).

41. Татарчук Т. Ф., Косей Н. В., Плаксієва К. Д., Тутченко Т. М., Яроцька Н. В., Козлов С. М. Актуальні проблеми репродуктивного здоров'я військовослужбовиць в Україні. Репродуктивне здоров'я жінки. 2025. № 7. С. 7–14. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.7.2025.343872>.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/343872> (дата звернення: 16.10.2026).

42. Федосюк К. В. Корекція гормональних порушень у жінок з аномальними матковими кровотечами в умовах хронічного психоемоційного стресу. Art of Medicine. 2022. № 2(22). С. 104–108. DOI: <https://doi.org/10.21802/artm.2022.2.22.104>.

43. Федосюк К. В. Оцінка гормонального гомеостазу у жінок з аномальною матковою кровотечею на фоні хронічного стресу. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021. № 9–10(54–55). С. 39–41. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.9-10.2021.252587>.

44. Федосюк К. В. Оцінка рівня вітаміну D у жінок з аномальними матковими кровотечами та хронічним психоемоційним стресом. Репродуктивне здоров'я жінки. 2022. № 1(56). С. 14–17. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2022.258131>.

45. Федосюк К. В. Психофункціональний стан жінок з аномальною матковою кровотечею на фоні хронічного стресу. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021. № 7–8(52–53). С. 63–65. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.7-8.2021.250836>.

46. Черепехіна О. А., Турубарова А. В. та ін. Психосоціальний погляд на репродуктивну свободу в умовах невизначеності, пов'язаної з війною: рішення щодо народжуваності серед українських студенток. Репродуктивне здоров'я жінки. 2026. № 1. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2026.354626>.

URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/354626> (дата звернення: 16.10.2026).

47. Шелестова Л. П., Сюсюка В. Г., Павлюченко М. І. Психологічний стан вагітних під час війни в Україні та вимушеної міграції. Репродуктивне здоров'я жінки. 2026. № 2. С. 9–14. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.2.2026.359213>. URL: <https://repro-health.com.ua/article/view/359213> (дата звернення: 16.10.2026).

48. Ainamani H. E., Elbert T., Olema D. K., Hecker T. Gender differences in response to war-related trauma and posttraumatic stress disorder – a study among the Congolese refugees in Uganda. BMC Psychiatry. 2020;20:17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2420-0>.

49. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA et al. 2017. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid. 27(3): 315-389. DOI: <https://doi.org/10.1089/thy.2016.0457>.

50. American College of Obstetricians and Gynecologists. Opportunistic salpingectomy as a strategy for epithelial ovarian cancer prevention: ACOG Committee Opinion No. 774. Obstetrics & Gynecology. 2019. Vol. 133, no. 4. P. e279–e284. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003164>.

URL: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/04/opportunistic-salpingectomy-as-a-strategy-for-epithelial-ovarian-cancer-prevention> (дата звернення: 16.10.2026).

51. American College of Obstetricians and Gynecologists. Permanent contraception: ethical issues and considerations. ACOG Committee Statement No. 8. Obstetrics & Gynecology. 2024. Vol. 143, no. 2. P. e31–e39. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005474>.

52. Bachimanchi B., Vaikkakara S., Sachan A. et al. Effect of adequate thyroid hormone replacement on the hypothalamo-pituitary-gonadal axis in premenopausal women with primary hypothyroidism. European Thyroid Journal. 2019;8(3):152–158. DOI: <https://doi.org/10.1159/000495563>.

53. Błajda J., Kucab A., Miazga A. et al. Google Trends analysis reflecting internet users' interest in selected terms of sexual and reproductive health in Ukraine. Healthcare. 2023;11(11):1541. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare11111541>.

54. Beesham I., Bosman S., Beksinska M., Scoville C. W., Smit J., Nanda K. Contraceptive method preference and reasons for contraceptive discontinuation among women randomized to intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device or a levonorgestrel implant: Findings from Durban, South Africa. Contraception. 2022. Vol. 108. P. 37–43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.11.002>.

55. Berglund M., Erlandsson K., Di Lauro E. et al. Assessing Sexual and Reproductive Health Care Provision in Ukraine: A Scoping Review Through the Lens of the Minimum Initial Service Package Framework. Peace Review. 2025;37(4):635–653. DOI: <https://doi.org/10.1080/10402659.2025.2596153>.

56. Brown E. D., Obeng-Gyasi B., Hall J. E., Shekhar S. The Thyroid Hormone Axis and Female Reproduction. International Journal of Molecular Sciences. 2023. Vol. 24, no. 12. Article 9815. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms24129815>. URL: <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/12/9815> (дата звернення: 16.10.2026).

57. Burlaka O. V., Vahnier V. O. Reproductive health and contraception use by Ukrainian servicewomen in the current war zone: a questionnaire survey. *Медичні перспективи*. 2021;26(1):105–114. DOI: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2021.1.227944>.

URL: <https://journals.uran.ua/index.php/2307-0404/article/view/227944> (дата звернення: 16.10.2026).

58. Carafone L., Knutson A. J., Gigliotti B. J. A review of autoimmune thyroid diseases and their complex interplay with female fertility. *Seminars in Reproductive Medicine*. 2024;42(3):178–192. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0044-1795160>.

59. Charleson F., van Ommeren M., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H., Saxena S. New WHO estimates of the prevalence of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240–248. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1).

60. Chodankar R., Critchley H. O. D. Biomarkers in abnormal uterine bleeding. *Biol Reprod*. 2019. Vol. 101, No. 6. P. 1155–1166. DOI: <https://doi.org/10.1093/biolre/ioy231>.

61. Creinin M. D., Barnhart K. T., Gawron L. M., Eisenberg D., Mabey R. G. Jr., Jensen J. T. Heavy menstrual bleeding treatment with a levonorgestrel 52-mg intrauterine device. *Obstetrics & Gynecology*. 2023. Vol. 141, no. 5. P. 971–978. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005137>.

URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10108838/> (дата звернення: 16.10.2026).

62. Critchley H. O. D., Maybin J. A., Armstrong G. M., Williams A. R. W. Physiology of the endometrium and regulation of menstruation. *Physiological Reviews*. 2020;100(3):1149–1179. DOI: <https://doi.org/10.1152/physrev.00031.2019>.

63. Curtis K. M., Nguyen A. T., Tepper N. K. et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recommendations and Reports*. 2024. Vol. 73, no. 3. P. 1–77. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7303a1>.

URL: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7303a1.htm> (дата звернення: 16.10.2026).

64. de Medeiros S. F., de Medeiros M. A. S., Ormond C. M. et al. Subclinical hypothyroidism impact on the characteristics of patients with polycystic ovary syndrome: a meta-analysis of observational studies. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2018;83(2):105–115. DOI: <https://doi.org/10.1159/000485619>.

65. Dehlendorf C., Fox E., Silverstein I. A. et al. Development of the Person-Centered Contraceptive Counseling scale (PCCC), a short form of the Interpersonal Quality of Family Planning care scale. *Contraception*. 2021. Vol. 103, no. 5. P. 310–315. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.01.008>.

66. Dehlendorf C., Grumbach K., Schmittiel J. A., Steinauer J. Shared decision making in contraceptive counseling. *Contraception*. 2017. Vol. 95, no. 5. P. 452–455. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.010>.

67. Dehlendorf C., Vittinghoff E., Silverstein I. A. et al. Prioritizing patient experience: validation of the person-centered contraceptive counseling measure as a performance measure. *Contraception*. 2023;123:110010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110010>.

68. Dhillon-Smith R. K. et al. Levothyroxine in women with thyroid peroxidase antibodies before conception. *New England Journal of Medicine*. 2019;380:1316–1325. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1812537>.

69. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. FSRH Guideline (August 2022) Progestogen-only Pills. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2022. Vol. 48, Suppl. 1. P. 1–75. Amended July 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-srh-2022-PoP>. URL: https://srh.bmj.com/content/48/Suppl_1/1 (дата звернення: 16.10.2026).

70. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. FSRH Guideline: Combined Hormonal Contraception. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2019. Vol. 45, Suppl. 1. P. 1–93. Amended October 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-srh-2018-CHC>. URL: https://srh.bmj.com/content/45/suppl_1/1.info (дата звернення: 16.10.2026).

71. Fedosiuk K. V., Pakharenko L. V., Chaika K. V., Zhurakivskyi V. M., Lasytchuk O. M., Kusa O. M. The causes of abnormal uterine bleeding in women with chronic psychogenic stress. Zaporozhye Medical Journal. 2023. Vol. 25, No. 1(136). P. 30–34. DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2023.1.265556>.

72. Fedosiuk K. V. The optimization of abnormal uterine bleeding treatment in women with chronic psychogenic stress. Reproductive Health of Woman. 2022. No. 2(57). P. 29–32. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.2.2022.261803>.

73. Garcia A. L. Office-based Approach to Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2019. Vol. 62, No. 4. P. 712–726. DOI: <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000477>.

74. Giannakeas V., Murji A., Lipscombe L. L., Narod S. A., Kotsopoulos J. Salpingectomy and the risk of ovarian cancer in Ontario. JAMA Network Open. 2023. Vol. 6, no. 8. Article e2327198. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.27198>.

URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2808216>
(дата звернення: 16.10.2026).

75. Gordon C. M., Ackerman K. E., Berga S. L. et al. Functional Hypothalamic Amenorrhea: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2017. Vol. 102, no. 5. P. 1413–1439. DOI: <https://doi.org/10.1210/jc.2017-00131>.

76. Hale N., Dehlendorf C., Smith M. G., Stapleton J., McCartt P., Khoury A. J. Contraceptive counseling, method satisfaction, and planned method continuation among women in the U.S. southeast. Contraception. 2024. Vol. 132. Article 110365. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2024.110365>.

77. Hanley G. E., Pearce C. L., Talhouk A. et al. Outcomes from opportunistic salpingectomy for ovarian cancer prevention. JAMA Network Open. 2022. Vol. 5, no. 2. Article e2147343. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.47343>. URL:

звернення: 16.10.2026).

78. Henry C., Ekeroma A., Filoche S. Barriers to seeking consultation for abnormal uterine bleeding: systematic review of qualitative research. BMC Womens Health. 2020. Vol. 20. Article 123. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00986-8>.

79. Henry C., Jefferies R., Ekeroma A., Filoche S. Beyond the numbers—understanding women's experiences of accessing care for abnormal uterine bleeding (AUB): a qualitative study. BMJ Open. 2020. Vol. 10, No. 11. e041853. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041853>.

80. Himabindu P. H., Swathi G., Padmavathi K., Penumalla S., Ramesh K. Hypothyroidism and its impact on menstrual irregularities in reproductive-age women: a comprehensive analysis at a tertiary care center. Cureus. 2024. Vol. 16, no. 6. Article e63158. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.63158>. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39070464/> (дата звернення: 16.10.2026).

81. Hsieh Y.-T., Ho J. Y. P. Thyroid autoimmunity is associated with higher risk of premature ovarian insufficiency—a nationwide Health Insurance Research Database study. Human Reproduction. 2021;36(6):1621–1629. DOI: <https://doi.org/10.1093/humrep/deab025>.

82. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. 2018. URL: <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/inter-agency-field-manual-on> (дата звернення: 16.10.2026).

83. Ivanova O., Rai M., Kemigisha E. Systematic review of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee, migrant and displaced girls and young women in Africa. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15(8):1583. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph15081583>.

84. Kahaly GJ, Bartalena L, Hegedüs L, Leenhardt L, Poppe K, Pearce SH. 2018. 2018 European Thyroid Association Guideline for the Management of Graves' Hyperthyroidism. *European Thyroid Journal*. 7(4): 167-186. DOI: <https://doi.org/10.1159/000490384>.
85. Kaminski J., Mesa Junior C., Pavesi H. et al. Effects of oral versus transdermal estradiol plus micronized progesterone on thyroid hormones, hepatic proteins, lipids, and quality of life in menopausal women with hypothyroidism: a clinical trial. *Menopause*. 2021;28(9):1044–1052. DOI: <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001811>.
86. Kaminskyi V. V., Serbeniuk A. V., Kumpanenko Y. O. Approaches towards menstrual cycle disorder therapy in reproductive-aged women with long COVID. *Reproductive Endocrinology*. 2023. № 2–3 (68). P. 44–47. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2023.68.44-47>. URL: <https://reproduct-endo.com/article/view/284056> (дата звернення: 16.10.2026).
87. Kirkegaard S., Torp N. M. U., Andersen S., Andersen S. L. Endometriosis, polycystic ovary syndrome, and the thyroid: a review. *Endocrine Connections*. 2024;13(2):e230431. DOI: <https://doi.org/10.1530/EC-23-0431>.
88. Kismödi E., Pitchforth E. Sexual and reproductive health, rights and justice in the war against Ukraine 2022. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2022;30(1):2052459. DOI: <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2052459>.
89. Kobayashi M., Kitahara Y., Hasegawa Y. et al. Effect of salpingectomy on ovarian reserve: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2022;48(7):1513–1522. DOI: <https://doi.org/10.1111/jog.15316>.
90. Kocaoz S., Cirpan R., Degirmencioglu A. Z. The prevalence and impacts heavy menstrual bleeding on anemia, fatigue and quality of life in women of reproductive age. *Pak J Med Sci*. 2019. Vol. 35, No. 2. P. 365–370. DOI: <https://doi.org/10.12669/pjms.35.2.644>.

91. Lam C., Anderson B., Lopes V., Schulkin J., Matteson K. Assessing Abnormal Uterine Bleeding: Are Physicians Taking a Meaningful Clinical History? *J Womens Health (Larchmt)*. 2017. Vol. 26, No. 7. P. 762–767. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6155>.
92. Lovkina O. L., Masibroda N. G., Muntyan O. A., Klivak V. V., Vozniuk A. V. The impact of today's chronic stress on a woman's menstrual function. *Reports of Vinnytsia National Medical University*. 2023;27(2):331–335. DOI: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(2\)-26](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(2)-26).
93. Malachinska M. Problems of access to healthcare services in the armed conflict zones: Literature review. *Reproductive Endocrinology*. 2024;(73):8–13. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2024.73.8-13>.
94. Manzer J. L., Carrillo-Perez A., Tingey L. et al. Client perspectives on contraceptive care: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2024;67(6 Suppl):S22–S31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.07.019>.
95. Manzer J. L., Ouellette L., Tingey L. et al. Provider perspectives on contraceptive care: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2024;67(6 Suppl):S32–S40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.07.025>.
96. Matsyshyn V. S., Apykhtin K. O., Kravchenko A. M., Ovodiuk N. M., Chaikovsky I. A. Peculiarities of psycho-emotional and neurovegetative state in Ukrainian women who have experienced war-related stress and ways of its non-medicinal correction. *Wiadomości Lekarskie*. 2025. Vol. 78, no. 6. P. 1047–1053. DOI: <https://doi.org/10.36740/WLek/207363>.
97. Matteson K. A. Menstrual questionnaires for clinical and research use. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2017. Vol. 40. P. 44–54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.09.009>.
98. Mayama M., Umazume T., Watari H., et al. Frequency of night shift and menstrual cycle characteristics in Japanese nurses working under two or three rotating

shifts. J Occup Health. 2020. Vol. 62, No. 1. e12180. DOI: <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12180>.

99. Meczekalski B., Niwczyk O., Bala G., Szeliga A. Stress, kisspeptin, and functional hypothalamic amenorrhea. Current Opinion in Pharmacology. 2022. Vol. 67. Article 102288. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.coph.2022.102288>. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36103784/> (дата звернення: 16.10.2026).

100. Melo P., Georgiou E. X., Johnson N. et al. Surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilisation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020. No. 10. Article CD002125. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002125.pub4>. URL: https://www.cochrane.org/evidence/CD002125_surgical-treatment-tubal-disease-women-due-undergo-vitro-fertilisation (дата звернення: 16.10.2026).

101. Mills K., Marchand G., Sainz K. et al. Salpingectomy vs tubal ligation for sterilization: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2021. Vol. 224, no. 3. P. 258–265.e4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.09.011>. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32941790/> (дата звернення: 16.10.2026).

102. Mishra D., Sultan S. FIGO's PALM-COEIN Classification of Abnormal Uterine Bleeding: A Clinico-histopathological Correlation in Indian Setting. J Obstet Gynaecol India. 2017. Vol. 67, No. 2. P. 119–125. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13224-016-0925-8>.

103. Mitra A. et al. The menstrual cycle and the COVID-19 pandemic. PLoS One. 2023;18(10):e0290413. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290413>.

104. Morrison A. E., Fleming S., Levy M. J. A review of the pathophysiology of functional hypothalamic amenorrhoea in women subject to psychological stress, disordered eating, excessive exercise or a combination of these factors. Clinical Endocrinology. 2021. Vol. 95, no. 2. P. 229–238. DOI:

<https://doi.org/10.1111/cen.14399>. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33345352/> (дата звернення: 16.10.2026).

105. Munro M. G., Critchley H. O. D., Fraser I. S.; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2018. Vol. 143, no. 3. P. 393–408. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.12666>. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30198563/> (дата звернення: 16.10.2026).

106. National Institute for Health and Care Excellence. Thyroid disease: assessment and management. NICE guideline NG145. London: NICE, 2019. Updated 12 October 2023. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng145/chapter/Recommendations> (дата звернення: 16.10.2026).

107. Navarro V. M. Metabolic regulation of kisspeptin—the link between energy balance and reproduction. *Nature Reviews Endocrinology*. 2020;16(8):407–420. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0363-7>.

108. Neal S., Cox P., March-McDonald J., Hutchinson A. A place of safety? Protecting the sexual and reproductive health and rights of Ukrainian sanctuary-seeking women and young people. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2022;48(4):243–245. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjsex-2022-201538>.

109. Nguyen A. T., Curtis K. M., Tepper N. K. et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recommendations and Reports*. 2024. Vol. 73, No. RR-4. P. 1–126. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7304a1>. URL: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7304a1.htm> (дата звернення: 16.10.2026).

110. Niadzvetski S., Rodriguez-Llanes J. M., Aujoulat I. et al. Maternal and child health of internally displaced persons in Ukraine: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017;14(1):54. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph14010054>.

111. NICE. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. NICE guideline NG88. Updated 24 May 2021. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88> (дата звернення: 16.10.2026).

112. Nosenko O. M., Varabina A. O. Preconception preparation of women with removed fallopian tubes due to hydrosalpinx long before initiation of cycles of assisted reproductive technologies. *Reproductive Endocrinology*. 2026. No. 82. P. 50–59. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2026.82.50-59>. URL: <https://reproduct-endo.com/article/view/357882> (дата звернення: 16.10.2026).

113. Ou H., Sun J., Lin L., Ma X. Ovarian response, pregnancy outcomes, and complications between salpingectomy and proximal tubal occlusion in hydrosalpinx patients before in vitro fertilization: a meta-analysis. *Frontiers in Surgery*. 2022. Vol. 9. Article 830612. DOI: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.830612>.

114. Pérez-Milán F., Caballero-Campo M., Carrera-Roig M. et al. Hydrosalpinx treatment before in-vitro fertilization: systematic review and network meta-analysis. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2025. Vol. 65, no. 4. P. 414–426. DOI: <https://doi.org/10.1002/uog.27697>. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11961103/> (дата звернення: 16.10.2026).

115. Petrowski K., Kahaly G. J. Stress and Thyroid Function—From Bench to Bedside. *Endocrine Reviews*. 2025. Vol. 46, no. 5. P. 709–735. DOI: <https://doi.org/10.1210/endrev/bnaf015>.

116. Piek J. M., Schauwaert J., Ellis L. B. et al. Opportunistic salpingectomy for prevention of tubo-ovarian carcinoma: the European Society of Gynaecological Oncology consensus statements. *JAMA*. 2026. Vol. 335, no. 10. P. 894–902. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2025.24510>. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41627806/> (дата звернення: 16.10.2026).

117. Podolskyi V., Gemzell-Danielsson K., Marions L. Contraceptive experience and perception: a survey among Ukrainian women. *BMC Women's Health*. 2018;18:159. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0651-8>.

118. Poppe K. Management of endocrine disease: Thyroid and female infertility: more questions than answers?! European Journal of Endocrinology. 2021;184(4):R123–R135. DOI: <https://doi.org/10.1530/EJE-20-1284>.

119. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Subclinical hypothyroidism in the infertile female population: a guideline. Fertility and Sterility. 2024. Vol. 121, no. 5. P. 765–782. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.12.038>. URL: <https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/subclinical-hypothyroidism-in-the-infertile-female-population-a-guideline/> (дата звернення: 16.10.2026).

120. Radu T., Mar M., Tudorache V., Marginean C. The impact of opportunistic salpingectomy on ovarian reserve: a systematic review. Journal of Clinical Medicine. 2024. Vol. 13, no. 11. Article 3296. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm13113296>. URL: <https://www.mdpi.com/2077-0383/13/11/3296> (дата звернення: 16.10.2026).

121. Rafique N., Al-Sheikh M. H. Prevalence of menstrual problems and their association with psychological stress in young female students studying health sciences. Saudi Med J. 2018. Vol. 39, No. 1. P. 67–73. DOI: <https://doi.org/10.15537/smj.2018.1.21438>.

122. Rodowa M. S., Waddington A., Pudwell J. Regret in the modern contraceptive landscape: evaluating regret in patients undergoing tubal ligation or bilateral salpingectomy for contraception. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2024. Vol. 46, no. 5. Article 102362. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2024.102362>. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38272216/> (дата звернення: 16.10.2026).

123. Russell G., Lightman S. The human stress response. Nature Reviews Endocrinology. 2019. Vol. 15. P. 525–534. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0228-0>.

124. Saadedine M., Berga S. L., Faubion S. S., Shufelt C. L. The silent pandemic of stress: impact on menstrual cycle and ovulation. *Stress*. 2025;28(1):2457767. DOI: <https://doi.org/10.1080/10253890.2025.2457767>.

125. Saei Ghare Naz M., Rostami Dovom M., Ramezani Tehrani F. The Menstrual Disturbances in Endocrine Disorders: A Narrative Review. *Int J Endocrinol Metab*. 2020. Vol. 18, No. 4. e106694. DOI: <https://doi.org/10.5812/ijem.106694>.

126. Serbeniuk A., Kaminskiy V., Kumpanenko Y., Vash-Margita A., Malysheva I. The impact of the war in Ukraine on the reproductive health of female military personnel. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2023. Vol. 163, No. 2. P. 409–415. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14990>.

127. Sharma L. K., Sharma N., Gadpayle A. K., Dutta D. Prevalence and predictors of hyperprolactinemia in subclinical hypothyroidism. *European Journal of Internal Medicine*. 2016;35:106–110. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.07.012>.

128. Silva J. F., Ocarino N. M., Serakides R. Thyroid hormones and female reproduction. *Biology of Reproduction*. 2018;99(5):907–921. DOI: <https://doi.org/10.1093/biolre/iory115>.

129. Simoncini T., Arab H., Pedachenko N., Tian Q., Pineda F., Puranam B., Sohail R., Wender M. C. O. Unmet needs in abnormal uterine bleeding due to ovulatory dysfunction. *Gynecological Endocrinology*. 2024. Vol. 40, No. 1. Article 2362244. DOI: <https://doi.org/10.1080/09513590.2024.2362244>.

URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09513590.2024.2362244> (дата звернення: 16.10.2026).

130. Strikić Đula I., Pleić N., Babić Leko M. et al. Epidemiology of hypothyroidism, hyperthyroidism and positive thyroid antibodies in the Croatian population. *Biology*. 2022;11(3):394. DOI: <https://doi.org/10.3390/biology11030394>.

131. Tatarchuk T. F., Yefimenko O. O., Myronenko O. S., Mnevets R. O. Consequences of wartime stress on women's reproductive health. *Reproductive*

Endocrinology. 2024. No. 72. P. 28–34. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2024.72.28-34>.

132. Tatarchuk T., Pedachenko N., Kosei N., Malysheva I., Snizhko T., Kozub T., Zolotarevska O., Kosianenko S., Tutchenko T. Distribution and anthropometric characteristics of Rotterdam criteria-based phenotypic forms of polycystic ovary syndrome in Ukraine. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2024. Vol. 295. P. 104–110. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.02.011>.

133. Teede H. J., Tay C. T., Laven J. J. E. et al. Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2023;108(10):2447–2469. DOI: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad463>.

134. Thakur M., Maharjan M., Tuladhar H., et al. Thyroid Dysfunction in Patients with Abnormal Uterine Bleeding in a Tertiary Care Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2020. Vol. 58, No. 225. P. 333–337. DOI: <https://doi.org/10.31729/jnma.5033>.

135. Torre F., Calogero A. E., Condorelli R. A. et al. Effects of oral contraceptives on thyroid function and vice versa. *Journal of Endocrinological Investigation*. 2020;43(9):1181–1188. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01230-8>.

136. Trokhymovych OV, Kornatska AH, Chubei HV, Poluianova OM, Kaliuta AO, Pustovalova OI. 2025. Vplyv chynnykiv viiskovoi ahresii na perebih leiomiomy matky u zhinok reproduktyvnoho viku. *Reproduktyvne zdorovia zhinky*. 4: 79-84. [Трохимович ОВ, Корнацька АГ, Чубей ГВ, Полуянова ОМ, Калюта АО, Пустовалова ОІ. 2025. Вплив чинників військової агресії на перебіг лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 4: 79-84]. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.4.2025.335428>.

137. United Nations Population Fund. Ukraine Situation Report #26 – 13 February 2025. UNFPA, 2025. URL: <https://www.unfpa.org/resources/ukraine-situation-report-26-13-february-2025> (дата звернення: 16.10.2026).

138. Wado Y. D., Mutua M. K., Odwe G., Obare F., Machiyama K., Casterline J. B., Cleland J. Women's beliefs about methods and contraceptive discontinuation: Results from a prospective study from Nairobi and Homa Bay counties in Kenya. *Frontiers in Global Women's Health*. 2023. Vol. 4. Article 1034634. DOI: <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1034634>.

139. Wang H., Gao H., Chi H. et al. Effect of levothyroxine on miscarriage among women with normal thyroid function and thyroid autoimmunity undergoing in vitro fertilization and embryo transfer: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2017;318(22):2190–2198. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.18249>.

140. Wang Y., Gu F., Deng M., et al. Rotating shift work and menstrual characteristics in a cohort of Chinese nurses. *BMC Womens Health*. 2016. Vol. 16. Article 24. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0301-y>.

141. World Health Organization. Critical considerations and actions for achieving universal access to sexual and reproductive health in the context of universal health coverage through a primary health care approach. Geneva: WHO; 2022. ISBN 978-92-4-005265-9. URL: <https://www.who.int/publications/b/54044> (дата звернення: 16.10.2026).

142. World Health Organization. Family planning and comprehensive abortion care toolkit for the primary health care workforce. Vol. 1: Competencies. Geneva: WHO; 2022. 71 p. ISBN 978-92-4-006388-4.

143. World Health Organization. Family planning and comprehensive abortion care toolkit for the primary health care workforce. Vol. 2: Programme and curriculum development guide. Geneva: WHO; 2022. ISBN 978-92-4-006390-7. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063907> (дата звернення: 16.10.2026).

144. World Health Organization. Guideline for the prevention, diagnosis and treatment of infertility. Geneva: WHO; 2025. ISBN 978-92-4-011577-4. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK620423/> (дата звернення: 16.10.2026).

145. World Health Organization; Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. Family planning: a global handbook for providers. 4th ed. Geneva: WHO; 2022. 486 p. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/family-planning--a-global-handbook-for-providers--4th-ed> (дата звернення: 16.10.2026).

146. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 6th ed. Geneva: World Health Organization, 2025. 218 p. ISBN 978-92-4-011558-3. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583> (дата звернення: 16.10.2026).

147. World Health Organization Regional Office for Europe. Health needs assessment of the adult population in Ukraine: survey report: April 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024. 54 p. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-6904-46670-75558> (дата звернення: 16.10.2026).

148. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. 4th ed. Geneva: World Health Organization, 2025. 108 p. ISBN 978-92-4-011560-6. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/> (дата звернення: 16.10.2026).

ВИСНОВОК ЕТИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

та дотримання вимог академічної доброчесності щодо завершеного клінічного дослідження:
«Диференційований підхід до контрацепції у жінок з дисфункцією щитоподібної залози на фоні психо-вегетативних змін в зоні активних бойових дій» аспіранта кафедри акушерства і гінекології **Сакали Людмили Іллівни**

Клінічна база дослідження: КНП «Великоолександрівська лікарня

Науковий керівник: професор Горбунова О.В.

Заключну експертизу проводили : проф. Саволук С.І., проф. Бойченко Н.М.

Комісія з питань етики та академічної доброчесності Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика на своєму засіданні (протокол № 16 від 09.10.2026) розглянула надані матеріали дисертації (заява, інформація про дослідника, заключний звіт, результати автоматизованої перевірки (повний електронний звіт) отримані за допомогою системи StrikePlagiarism та інші.) та провела експертну оцінку завершеного дисертаційного дослідження «Диференційований підхід до контрацепції у жінок з дисфункцією щитоподібної залози на фоні психо-вегетативних змін в зоні активних бойових дій» аспіранта кафедри акушерства і гінекології Сакали Людмили Іллівни

Участь в обговоренні матеріалів дослідження прийняли всі присутні члени комісії, які в своїх виступах підтвердили, що матеріали, які є результатом виконання дисертаційного дослідження, відповідають вимогам:

статей 3, 44, 47-48 Закону України від 19.11.1992 № 2801-XII Основи законодавства України про охорону здоров'я; статей 7, 8 Закону України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР «Про лікарські засоби»; Закону України від 01.06.2010 № 2297-VI «Про захист персональних даних»; Закону України від 26.11.2015 № 848-VIII «Про наукову і науково-технічну діяльність»; Закону України від 10.02.1995р. № 51/95-ВР «Про наукову і науково-технічну експертизу»; Закону України від 25.06.1993 № 3322-XII «Про науково-технічну інформацію»;

Постанов Кабінету Міністрів України від 06.03.2019 р. № 167 «Про присудження ступеня доктора філософії» та від 23 березня 2016 р. № 261 «Про затвердження Порядку підготовки здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії та доктора наук у закладах вищої освіти (наукових установах)»;

Директив Європейського Парламенту та Ради ЄС 2001/20/ЄС від 04.04.2001 року «Про наближення законодавчих, нормативних та адміністративних актів країн-членів стосовно запровадження належної клінічної практики при проведенні клінічних досліджень лікарських засобів для вживання людьми» та 2001/83/ЄС від 06.11.2001 року про Кодекс Співтовариства щодо лікарських засобів призначених для застосування людиною; Постанов Європейського Парламенту та Ради № 1901/2006 від 12.12.2006 р. «Про лікарські засоби для застосування в педіатрії» та від 12.12.2006 року та 1902/2006 від 20.12.2006 року; Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964 рік); Конвенції ООН «Про права дитини» від 20.11.1989 р., яка ратифікована Постановою Верховної Ради України № 789-XII від 27.02.1991 р.; Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенції про права людини та біомедицину, Ов'єдо, 4 квітня 1997 року, підписаної Україною 22.03.2002 року; ICH GCP (GoodClinicalPractice), міжнародним етичним принципам біомедичних досліджень із залученням людини та Етичного кодексу лікаря;

Стандарту НАН України СОУ НАН 73.1-001:2011 «Організація і проведення науково-дослідних робіт»;

наказів МОЗ України: від 12.01.2017 № 40 «Про затвердження Вимог до оформлення дисертації, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України. 03 лютого 2017 р. за № 155/30023,

від 23 вересня 2009 року № 690 «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісії з питань етики»; від 16.02.2009 № 95 «Про затвердження документів з питань забезпечення якості лікарських засобів» (СТ-Н МОЗУ 42-4.0:2008 «Настанова. Лікарські засоби. Належна виробнича практики», СТ-Н МОЗУ 42-5.0:2008 «Настанова. Лікарські засоби. Належна практика дистрибуції», СТ-Н МОЗУ 42-7.0:2008 «Настанова. Лікарські засоби. Належна клінічна практика», СТ-Н МОЗУ 42-6.0:2008 «Настанова. Лікарські засоби. Належна лабораторна практика»);

Етичного кодексу працівників та осіб, які навчаються в НУОЗ України імені П. Л. Шупика та Кодексу академічної доброчесності НУОЗ України імені П. Л. Шупика та інших нормативно-правових актів.

На підставі аналізу наданих документів та обговорення матеріалів завершеного дисертаційного дослідження **комісія експертів прийняла РІШЕННЯ:**

1. Матеріали, що є результатом завершеного дисертаційного дослідження «Диференційований підхід до контрацепції у жінок з дисфункцією щитоподібної залози на фоні психо-вегетативних змін в зоні активних бойових дій» аспіранта кафедри акушерства і гінекології Сакали Людмили Іллівни, відповідають сучасним нормам організації та проведення наукових досліджень, в яких дотримано принципи етики, біоетики та академічної доброчесності.

2. Документ було перевірено на наявність академічного плагіату системою «StrikePlagiarism» з використанням колекцій відкритих інтернет-джерел та баз даних. Станом на 01.10.2026 року електронна перевірка показала, що оригінальний текст у документі має досить високий показник унікальності, коефіцієнти подібності 1 (5,04%) та КП2 (0,63%) мають низький рівень, що свідчить про відсутність ознак плагіату. Аналіз звіту про подібність вказує на відповідність встановленим вимогам та нормативам.

3. Відповідно до автоматизованої перевірки з використанням системи «StrikePlagiarism» можна стверджувати, що перевірений текст представлених матеріалів дисертації є оригінальним: всі текстові співпадиння мають відповідні посилання на першоджерело, що міститься в списку використаних джерел; робота не містить будь-яких маніпуляцій з алфавітом, зміною букв, не має прихованого тексту, не містить копійованих фрагментів тощо.

4. Схвалити проведене клінічне дослідження.

Голова комісії, д.мед.н., проф.



Сергій САВОЛЮК

Вчений секретар комісії, к.мед.н.

Валентина КОЛОМЕЙЧУК



ЗАТВЕРДЖУЮ:

Медични директор

КНП «Великоолександрівська лікарня»

Лариса ОЛЕКСІЄНКО

«09» вересня 2026 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції про впровадження: Диференційована маршрутизація жінок із дисфункцією щитоподібної залози залежно від репродуктивної мети: оборотна контрацепція, постійна контрацепція та лікування трубної патології.

2. Ким запропонований: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра акушерства і гінекології медичного факультету; Сакали Людмила Іллівна.

3. Джерело інформації: Матеріали дисертаційної роботи Сакали Л. І. на тему: «Диференційований підхід до контрацепції у жінок з дисфункцією щитоподібної залози на фоні психо-вегетативних змін в зоні активних бойових дій», поданої на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина», галузь знань 22 «Охорона здоров'я».

4. Місце та терміни впровадження: КНП «Великоолександрівська лікарня», з скаш 2023 р. по серпень 2026 р.

5. Результати впровадження:

У практичну діяльність КНП «Великоолександрівська лікарня» впроваджено диференційований підхід до маршрутизації жінок із тиреоїдною патологією залежно від актуальної репродуктивної мети.

Алгоритм передбачає чітке розмежування тимчасового відтермінування вагітності, завершеності репродуктивних планів та наявності трубної патології, що потребує лікування. За незавершених репродуктивних планів пріоритет надається медично прийнятним оборотним методам. Постійна контрацепція

розглядається лише після інформованого рішення жінки щодо незворотності втручання.

Сальпінгектомія, виконана з лікувальною метою при патології маткових труб, не прирівнюється до контрацептивного втручання. За збереження репродуктивних планів передбачено подальшу маршрутизацію до спеціалізованої репродуктивної допомоги та, за показаннями, програм допоміжних репродуктивних технологій.

6. Ефективність впровадження:

Застосування запропонованої маршрутизації сприяло чіткому розмежуванню клінічних цілей хірургічних втручань, підвищенню обґрунтованості консультування щодо незворотної контрацепції та своєчасному направленню пацієнок із трубною патологією для подальшої реалізації репродуктивних планів.

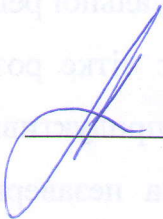
Практична цінність підходу полягає в уникненні методологічно й клінічно некоректного ототожнення лікувальної сальпінгектомії з постійною контрацепцією, збереженні репродуктивної автономії пацієнтки та забезпеченні послідовності її подальшого клінічного маршруту.

7. Заключення і пропозиції щодо ефективності впровадження:

Зауважень немає. Диференційована маршрутизація є клінічно обґрунтованою та може застосовуватися в роботі акушерсько-гінекологічних підрозділів, консультативно-діагностичних центрів і закладів, що здійснюють направлення пацієнок до спеціалізованої репродуктивної допомоги.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор

 Лариса ОЛЕКСІЄНКО



ЗАТВЕРДЖУЮ:

Медичний директор

КНП «Великоолександрівська лікарня»

Лариса ОЛЕКСІЄНКО

«16» вересня 2026 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції про впровадження: Система динамічної оцінки клінічної прийнятності та прихильності до оборотних методів контрацепції у жінок із дисфункцією щитоподібної залози.

2. Ким запропонований: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра акушерства і гінекології медичного факультету; Сакали Людмила Іллівна.

3. Джерело інформації: Матеріали дисертаційної роботи Сакали Л. І. на тему: «Диференційований підхід до контрацепції у жінок з дисфункцією щитоподібної залози на фоні психо-вегетативних змін в зоні активних бойових дій», поданої на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина», галузь знань 22 «Охорона здоров'я».

4. Місце та терміни впровадження: КНП «Великоолександрівська лікарня» з січня 2023 р. по серпень 2026 р.

5. Результати впровадження:

У практичну діяльність КНП «Великоолександрівська лікарня» впроваджено підхід до динамічної оцінки клінічної прийнятності оборотної контрацепції у жінок із дисфункцією щитоподібної залози.

Контроль передбачає оцінювання через 6 та 12 місяців продовження первинно обраного методу, його зміни або припинення, дотримання режиму застосування, клінічно значущих небажаних реакцій, потреби у позапланових консультаціях, динаміки менструальних проявів та суб'єктивної задоволеності пацієнтки.

Особливу увагу приділяють поведінковій здійсненності методу в умовах нестабільного доступу до медичної допомоги та можливих логістичних обмежень. За необхідності передбачено своєчасний перегляд стратегії без втрати контрацептивного захисту та з урахуванням актуальних репродуктивних намірів.

6. Ефективність впровадження:

Впровадження системи динамічного спостереження дозволило уніфікувати контроль за переносимістю й прихильністю до оборотної контрацепції та своєчасно виявляти причини, що можуть призводити до пропусків, зміни або припинення методу.

Клінічна ефективність впровадження полягає у підвищенні обґрунтованості повторних консультацій, кращій фіксації причин незадоволеності методом та можливості своєчасно адаптувати контрацептивну тактику до змін стану здоров'я, життєвих обставин і репродуктивних планів жінки.

7. Заключення і пропозиції щодо ефективності впровадження:

Зауважень немає. Система динамічної оцінки клінічної прийнятності й прихильності є практично доцільною та може бути рекомендована для амбулаторного спостереження жінок репродуктивного віку з тиреоїдною патологією, які використовують оборотні методи контрацепції.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор _____

Лариса ОЛЕКСІЄНКО



ЗАТВЕРДЖУЮ:

Медичний директор

КНП «Великоолександрівська лікарня»

Лариса ОЛЕКСІЄНКО

«18» вересня 2026 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції про впровадження: Персоналізований алгоритм вибору контрацептивної та репродуктивної стратегії у жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах воєнно-асоційованого стресового навантаження.

2. Ким запропонований: Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра акушерства і гінекології медичного факультету; Сакали Людмила Іллівна.

3. Джерело інформації: Матеріали дисертаційної роботи Сакали Л. І. на тему: «Диференційований підхід до контрацепції у жінок з дисфункцією щитоподібної залози на фоні психо-вегетативних змін в зоні активних бойових дій», поданої на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина», галузь знань 22 «Охорона здоров'я».

4. Місце та терміни впровадження: КНП «Великоолександрівська лікарня» з січня 2023 р. по серпень 2026 р.

5. Результати впровадження:

У практичну роботу КНП «Великоолександрівська лікарня» впроваджено персоналізований алгоритм контрацептивного та репродуктивного консультування жінок репродуктивного віку з дисфункцією щитоподібної залози.

Запропонований підхід передбачає послідовне визначення репродуктивного наміру, оцінювання медичної прийнятності методу, актуального тиреоїдного статусу, менструального фенотипу, психоемоційних і

психовегетативних проявів, готовності до дотримання режиму, доступності обраного методу та можливості подальшого медичного спостереження.

У межах впровадження тиреоїдний діагноз не розглядається як самостійна підстава для автоматичного призначення або виключення конкретного методу контрацепції. Серед медично прийнятних варіантів метод обирають спільно з пацієнткою з урахуванням її репродуктивних планів, особливостей менструальної функції, супутніх ризиків та умов реального використання.

6. Ефективність впровадження:

Застосування алгоритму сприяло стандартизації контрацептивного консультування та підвищенню послідовності клінічного рішення у жінок із тиреоїдною патологією.

Практична цінність впровадження полягає у зменшенні ризику необґрунтованого ототожнення дисфункції щитоподібної залози з контрацептивним протипоказанням, більш повному врахуванні менструального та психовегетативного фенотипу, репродуктивних намірів і доступності подальшого спостереження.

7. Заключення і пропозиції щодо ефективності впровадження:

Зауважень немає. Запропонований персоналізований алгоритм є клінічно обґрунтованим, практично зручним та може використовуватися в роботі жіночих консультацій, консультативно-діагностичних центрів і амбулаторних акушерсько-гінекологічних підрозділів.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор _____ Лариса ОЛЕКСІЄНКО