

Рішення
разової спеціалізованої вченої ради
про присудження ступеня доктора філософії

Здобувачка ступеня доктора філософії **Ірина Харун**, 04.04.1996 року народження, громадянка України, освіта вища: Харун Ірина Леонідівна в 2019 році закінчила НМУ імені О. О. Богомольця медичний факультет №1 за спеціальністю "Лікувальна справа" (освітньо-кваліфікаційний рівень "Спеціаліст") та здобула кваліфікацію – лікар, працює лікарем акушером-гінекологом.

Разова спеціалізована вчена рада створена на підставі наказу Національного університету охорони здоров'я імені П. Л. Шупика № 2527 від 24.06.2026 року у складі:

- | | |
|--|--|
| Голови разової спеціалізованої вченої ради | - доцент Анастасія Сербенюк – доктор медичних наук, в. о. зав. кафедри репродуктології та клінічної ембріології НУОЗ України імені П. Л. Шупика; |
| Рецензентів | - Ірина Малишева – кандидат медичних наук, асистент кафедри репродуктології та клінічної ембріології НУОЗ України імені П. Л. Шупика; |
| | - професор Олена Карлова – доктор медичних наук, професор кафедри репродуктивної та пренатальної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика; |
| Офіційних опонентів | - професор Олександра Загородня – доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології №1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця; |
| | - професор Ольга Булашенко – доктор медичних наук, Завідувачка кафедрою акушерства та гінекології №2 ВНМУ імені Пирогов. |

на засіданні «31» липня 2026 року прийняла рішення про присудження ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» Ірині Харун на підставі публічного захисту дисертації «Визначення впливу посттравматичного стресового розладу на розвиток звичного невиношування вагітності» за спеціальністю 222 Медицина.

Дисертацію виконано у Національному університеті охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, МОЗ України, м. Київ.

Науковий керівник: професор Анатолій Камінський доктор медичних наук, професор кафедри репродуктології та клінічної ембріології НУОЗ України імені П. Л. Шупика.

Дисертацію подано у вигляді спеціально підготовленого рукопису, що містить нові науково обґрунтовані результати проведених здобувачем досліджень, які виконують конкретне наукове завдання та мають істотне значення для певної галузі знань. Дисертація виконана державною мовою. Оформлена відповідно до вимог Наказу МОН України від 12.01.2017 № 40 «Про затвердження Вимог до оформлення дисертації». Обсяг основного тексту дисертації відповідає встановленим освітньо-науковою програмою НУОЗ України імені П. Л. Шупика відповідно до специфіки галузі знань «Охорона здоров'я» та спеціальності «Медицина».

Здобувач має опубліковано 10 наукових робіт, з яких 3 статті в наукових фахових виданнях України категорії «Б», 4 проіндексованих у виданнях, включених до міжнародної наукометричної бази Scopus, 3 – тезових доповіді:

1. Харун, І., & Камінський, А. (2023). Ендокринні причини звичного невиношування вагітності у пацієнток із посттравматичним стресовим розладом: Огляд літератури. Репродуктивна ендокринологія, (70), 16-22. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2023.70.16-22>

2. Камінський, А. В., & Харун, І. Л. (2023). Обґрунтування взаємозв'язку та «ефекту замкненого циклу» між посттравматичним стресовим розладом та звичним невиношуванням вагітності. Репродуктивне здоров'я жінки, (3), 18-23. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.3.2023.283319>
3. Kharun, I. L., & Kaminskiy, A. V. (2024). Особливості ведення пацієнтки зі звичним невиношуванням вагітності, посттравматичним стресовим розладом і дисфункцією щитоподібної залози: клінічний випадок. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics, (2 (98)), 128-133. <https://doi.org/10.15574/PP.2024.98.128>
4. Харун, І. Л. (2024). Оцінка ризиків звичного невиношування вагітності в пацієнток із посттравматичним стресовим розладом. Репродуктивна ендокринологія, (74), 48-54. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2024.74.48-54>
5. Харун, І. Л. (2025). Основні показники стилю життя жінок із посттравматичним стресовим розладом та їх роль у розвитку звичного невиношування вагітності. Український медичний часопис. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.265631>
6. Kharun IL. (2025). Mechanisms of developing recurrent miscarriage: the role of posttraumatic stress disorder. Ukrainian Journal Health of Woman. 2(177): 26-35. [https://doi.org/10.15574/HW.2025.2\(177\).2635](https://doi.org/10.15574/HW.2025.2(177).2635)
7. Харун, І. Л. (2025). Особливості клінічного маршруту пацієнток зі звичним невиношуванням вагітності та посттравматичним стресовим розладом: міждисциплінарний підхід. Український медичний часопис. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.267574>
8. Харун, І. Л. (2024). Дисфункції щитоподібної залози та ризики звичного невиношування вагітності у пацієнток з посттравматичним стресовим розладом. У Ендокринна патологія у віковому аспекті: матеріали науково-практичної конференції з онлайн-трансляцією, 192-194. ДУ ШПЕП.
9. Харун, І. Л. (2025). Звичне невиношування вагітності у жінок із посттравматичним стресовим розладом: міждисциплінарний підхід. У Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини: матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції. с. 144-147. ЗДМФУ. https://mphu.edu.ua/upload/razdel/250522_c_susp.zip
10. Харун, І. Л. (2026). Посттравматичний стресовий розлад – один з предикторів розвитку звичного невиношування вагітності у жінок, що постраждали від військових дій. У Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини: матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції. с. 239-241. ЗДМФУ.

У дискусії взяли участь голова та члени спеціалізованої вченої ради:

1) доцент Сербенюк Анастасія Валеріївна – доктор медичних наук, в. о. зав. кафедри репродуктології та клінічної ембріології НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Зауважень немає.

Запитання:

1. Ви доволі детально виклали результати Вашого дослідження. Чи могли б Ви коротко, у вигляді тез озвучити найважливіші положення наукової новизни Вашого дослідження?

Відповідь Харун І. Л.: Ключові положення наукової новизни полягають в наступному:

- Обґрунтовано та клінічно підтверджено концепцію «ефекту замкненого циклу» між ПТСР та ЗНВ, яка відображена у взаємооберненому причинно-наслідковому зв'язку між цими станами.

- Системно оцінено імунний та гормональний гомеостаз у пацієнток з ЗНВ та ПТСР. Виявлено статистично значущі відмінності між групами у рівні НК-клітин, імунорегуляторного індексу, цитокінового профілю, антитіл до $\beta 2$ -глікопротеїну, кардіоліпіну; підтверджено специфічний характер імунологічних змін при поєднанні ЗНВ та ПТСР. Підтверджено існування кореляційного зв'язку між підвищеним рівнем ТТГ на прегравідарному етапі та ризиком невиношування вагітності.

- За допомогою методів багатофакторного аналізу з відомих чинників ризику невиношування вагітності, виокремлено незалежні предиктори розвитку ЗНВ у пацієнток з ПТСР, що мають самостійне прогностичне значення.

- Удосконалено алгоритм діагностики, лікування та прогнозування ЗНВ у жінок з ПТСР, до стандартного діагностичного протоколу інтегровано психодіагностичний скринінг. Проведено комплексну оцінку психоемоційних, клініко-анамнестичних, імунологічних та ендокринних даних, на підставі якої сформовано трирівневу модель стратифікації ризику, в якій визначено порогові значення для кожного рівня.

- Розроблено комплексний міждисциплінарний клінічний маршрут для пацієнток із ЗНВ та ПТСР, що поєднує гінекологічний супровід, діагностику ПТСР, психоемоційну корекцію та індивідуалізований підхід до терапії гормональних та аутоімунних порушень. Маршрут застосовується від етапу прегравідарної підготовки з поетапним супроводом вагітності; обсяг втручань на кожному етапі визначається індивідуально, виходячи з встановленого ступеню ризику.

- Доведено ефективність означеного підходу: завдяки дотриманню маршруту досягнуто достовірне зниження симптоматики ПТСР та проявів депресії впродовж 12 місяців спостереження; підтверджено достовірне збільшення частоти успішних вагітностей у пацієнток, що дотримувалися запропонованого клінічного маршруту.

2) професор Загородня Олександра Сергіївна – доктор медичних наук, професор кафедри акушерства та гінекології №1 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. Зауважень немає.

Запитання:

1. OR для «шкідливих звичок» у вашій моделі становить 0,350 і трактується як зниження шансів успішної вагітності. Водночас понад 25% жінок з усіх груп мали шкідливі звички, але успішно виносили вагітність. Як ви пояснюєте цю невідповідність?

Відповідь Харун І. Л.: Важливо уточнити, що у прогностичну модель включено наявність шкідливих звичок на початку дослідження – тобто як вихідний показник на момент включення пацієнтки. Шкідливі звички розглядались як модифікований поведінковий фактор ризику, і робота з ними була обов'язковим компонентом клінічного маршруту вже на етапі прегравідарної підготовки.

Динаміка цього показника була позитивною: через 6 місяців від початку спостереження частка жінок зі шкідливими звичками скоротилась у всій вибірці на 5%. Більшість пацієнток зменшила споживання кофеїновмісних продуктів до рекомендованої норми ($\leq 200-300$ мг/добу). Суттєво скоротилось активне і пасивне тютюнопаління. Знизилось вживання алкоголю понад допустимий рівень – лише двоє партнерів пацієнток не повністю відмовились від надмірного вживання алкоголю впродовж спостереження.

Таким чином, $OR = 0,350$ відображає ризик, асоційований із наявністю шкідливих звичок до початку корекції, а не їхнє збереження впродовж усього дослідження. Той факт, що частина жінок зі шкідливими звичками при вихідному оцінюванні все ж мала успішну вагітність, не суперечить моделі: вона описує популяційний ймовірнісний ризик за умови контролю інших предикторів і не є детерміністичним вироком для кожної окремої пацієнтки. Активна корекція поведінкових факторів у межах маршруту є саме тим механізмом, який дозволяє цей ризик знизити.

2. Ви демонструєте зниження симптоматики ПТСР в групах дослідження за 12 місяців, але не досягаєте повної ремісії. Який обсяг і тривалість психологічного втручання (КПТ, EMDR) отримали пацієнтки і як це стандартизувалось?

Відповідь Харун І. Л.: Психологічний супровід здійснювався клінічним психологом або психіатром відповідно до індивідуального рівня ризику за трирівневою схемою стратифікації: від окремих консультацій при низькому ризику до курсового КПТ і EMDR при високому. Точна кількість сесій, їхня тривалість і конкретна техніка документувались у межах клінічного

маршруту психологом, який повідомляв дослідниці про дотримання маршруту жінками та вираженість їхніх психоемоційних реакцій. Для подальших досліджень необхідна уніфікація протоколу психологічного втручання з мануалізованим підходом.

3) професор Булаченко Ольга Василівна – доктор медичних наук, завідувачка кафедрою акушерства та гінекології №2 ВНМУ імені Пирогов. Зауважень немає.

Запитання:

1. Рівень НК-клітин достовірно вищий у групах з ЗНВ, але всі показники перебувають у різних діапазонах. Яке порогове значення НК-клітин ви пропонуєте як клінічно значущий маркер ризику ЗНВ?

Відповідь Харун І. Л.: У дослідженні встановлено статистично значущі міжгрупові відмінності, однак розрахунок специфічного порогового значення НК-клітин для скринінгу не входив до завдань роботи та є перспективним напрямком подальших досліджень з обов'язковим проведенням ROC-аналізу за цим показником. Наявні дані (14,88% у контролі без ЗНВ vs 24,43-26,65% у групах з ЗНВ+ПТСР) дозволяють лише зафіксувати підвищення відносно фізіологічного діапазону; для встановлення порогового значення потрібна ширша вибірка.

2. Найсильнішим предиктором у вашій моделі виявилось дотримання клінічного маршруту. Це, власне, і є головний практичний результат вашої роботи. Розкажіть, які саме елементи маршруту, на вашу думку, найбільше вплинули на його ефективність?

Відповідь Харун І. Л.: Ключову роль відіграло поєднання трьох взаємопов'язаних елементів.

Перший і, мабуть, найважливіший – обов'язковий психодіагностичний скринінг на самому початку, ще до планування вагітності. Саме він дозволив виявити жінок із клінічно значущою симптоматикою ПТСР, яка раніше залишалась поза увагою гінеколога, і своєчасно скерувати їх до психіатра або психолога. До цього ці пацієнтки проходили стандартне акушерське обстеження, але психоемоційний чинник системно не оцінювався і не коригувався.

Другий елемент – тривірнева стратифікація ризиків, яка дозволила уникнути двох крайнощів: надмірного втручання там, де воно не потрібне, і недостатньої уваги там, де ризики були реально високими. Пацієнтки з помірним і високим ризиком отримували інтенсивніший супровід – частіший УЗД-моніторинг, активну медикаментозну корекцію тиреоїдного статусу та маркерів АФС, курсову психологічну підтримку. Це персоналізований, а не уніфікований підхід, і саме в цьому його перевага.

Третій елемент – міждисциплінарна взаємодія як системний принцип, а не ситуативне направлення до спеціаліста. Залучення психіатра, ендокринолога, гастроентеролога відбувалось за чіткими показниками і супроводжувалось зворотним зв'язком між фахівцями. Жінка не залишалась сам на сам із множинними діагнозами – вона мала узгоджений план ведення.

Окремо хочу підкреслити: позитивна динаміка в групі порівняння II, де жінки не мали ПТСР, але також дотримувались маршруту, і де жодна з тих, хто не дотримувався, не народила ($p = 0,00088$) – свідчить про те, що ефективність маршруту не зводиться лише до психологічного компонента. Це комплексний інструмент, де кожен елемент посилює дію інших.

4) Малишева Ірина Володимирівна – кандидат медичних наук, асистент кафедри репродуктології та клінічної ембріології НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Зауважень немає.

Запитання:

1. Контрольна група III (ПТСР без ЗНВ, $n = 20$) є найменшою і відрізняється за репродуктивним анамнезом. Як це впливає на порівняльність груп і чи достатня статистична потужність для висновків?

Відповідь Харун І. Л.: Контрольна група III не є основним об'єктом порівняння для тестування гіпотези про ЗНВ – вона слугує для оцінки динаміки психометричних показників при ПТСР без репродуктивних втрат і підтверджує специфічність ефекту ЗНВ на підтримання

симптоматики ПТСР. Для первинних порівнянь між групами застосовувались непараметричні методи (Манна-Уїтні, точний критерій Фішера), що не залежать від нормальності розподілу і допустимі при малих вибірках. Розмір вибірки обговорюється як обмеження дослідження.

2. Ви виявили, що 83% жінок підгрупи ІА мали інтервал між вагітностями ≤ 6 місяців і розцінили це як компенсаторну поведінкову реакцію на ПТСР. Яке пряме доведення саме психогенного характеру цієї поведінки, а не просто репродуктивного планування?

Відповідь Харун І. Л.: Пряме психологічне підтвердження – результати опитувальника HPLP-II та клінічного інтерв'ю: жінки підгрупи ІА демонструють вищий рівень депресії і посттравматичних симптомів (Бека 18,97 балів), що корелює з неадаптивними копінг-стратегіями (уникнення, компенсація). Це відповідає концепції репродуктивної компенсації травми, описаній у літературі. Разом із тим в дисертації прямо зазначено, що йдеться про асоціацію та вірогідну інтерпретацію, а не про доведену причину – це обмеження, яке окреслено в тексті.

5) професор Карлова Олена Олександрівна – доктор медичних наук, професор кафедри репродуктивної та пренатальної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Зауважень немає.

Запитання:

1. Чому для верифікації ПТСР обрано PCL-C (DSM-IV), а не PCL-5 (DSM-5)?

Відповідь Харун І. Л.: PCL-C у цивільній версії перевірена на україномовній популяції, має підтверджену внутрішню узгодженість ($\alpha = 0,94-0,97$), добре валідована для скринінгу в акушерській практиці і дозволяє порівняти результати з більшістю попередніх клінічних досліджень у цій царині. Верифікація діагнозу здійснювалась психіатром за структурованим інтерв'ю CAPS-5 (DSM-5), що усуває обмеження скринінгового інструменту.

2. За якими критеріями встановлювався діагноз ЗНВ – кількість втрат, термін гестації, тип вагітності? Чи використовувався оновлений протокол МОЗ 2025 року?

Відповідь Харун І.Л.: Набір пацієнток відбувався у 2022-2025 рр. відповідно до протоколу МОЗ 2014 р., чинного на момент початку дослідження: ≥ 2 послідовних втрат до 22 тижнів, клінічно підтверджена вагітність. Нова клінічна настанова МОЗ «Спонтанний викидень. Звичне невиношування вагітності» вийшла у 2025 р. і не змінює критерію кількості втрат, але розширює психологічний компонент – що додатково підтверджує актуальність і своєчасність дисертаційного дослідження.

Результати відкритого голосування:

«За» 5 членів ради,

«Проти» немає членів ради,

недійсних бюлетенів немає

На підставі результатів відкритого голосування разова спеціалізована вчена рада присуджує **Ірині Харун** ступінь доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 Медицина.

Відеозапис трансляції захисту дисертації додається.

Голова разової спеціалізованої
вченої ради ДФ 26.613.304



Анастасія СЕРБЕНЮК

(підпис)