

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

А.Д. Вітюк<sup>1</sup>, О.В. Горбунова<sup>2</sup>, Л.І. Сакали<sup>2</sup>

## Клініко-репродуктивні детермінанти вибору контрацепції в жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах хронічного воєнного стресу: обґрунтування персоналізованого алгоритму

<sup>1</sup>ПЗВО «Академія Добробут», м. Київ, Україна<sup>2</sup>Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ukrainian Journal Health of Woman. 2026. 3(184): 5-13; doi: 10.15574/HW.2026.3(184).513

**For citation:** Vitiuk AD, Gorbunova OV, Sakaly LI. (2026). Clinical and reproductive determinants of contraceptive choice in women with thyroid dysfunction under chronic war-related stress: rationale for a personalized algorithm. Ukrainian Journal Health of Woman. 3(184): 5-13. doi: 10.15574/HW.2026.3(184).513

Дисфункція щитоподібної залози в жінок репродуктивного віку може поєднуватися з порушеннями менструальної функції, психоемоційними змінами та потребою в індивідуалізованому контрацептивному консультуванні. В умовах хронічного воєнного стресу значення цих чинників зростає через відтермінування вагітності, нестабільність репродуктивних планів і обмежену доступність медичного спостереження.

**Мета** – обґрунтувати диференційований підхід до вибору контрацепції в жінок репродуктивного віку з дисфункцією щитоподібної залози в умовах хронічного воєнного стресу.

**Матеріали і методи.** Проведено клініко-аналітичне дослідження 105 жінок із дисфункцією щитоподібної залози. До I групи увійшли 32 жінки з гіпотиреозом або субклінічним гіпотиреозом, до II – 28 із гіпертиреозом, тиреотоксикозом в анамнезі або нестабільним тиреоїдним статусом, до III – 45 з аутоімунним тиреоїдитом та еутиреоїдним або субклінічно зміненим тиреоїдним профілем. Оцінювали репродуктивні плани, менструальну функцію, стресове навантаження, контрацептивний анамнез, клінічну прийнятність методів і чинники прихильності.

**Результати.** Вагітність у найближчі 12 місяців не планували 96 (91,4%) жінок, 99 (94,3%) потребували ефективної контрацепції. Порушення менструального циклу виявлено у 76 (72,4%) пацієнток. Виразене стресове навантаження частіше відзначали у жінок II групи. Вибір контрацепції потребував урахування тиреоїдного статусу, менструального фенотипу, психоемоційного навантаження, репродуктивних планів, прихильності та доступності подальшого спостереження.

**Висновки.** Тиреоїдна дисфункція сама по собі не є підставою для обмеження сучасних методів контрацепції. Запропонований персоналізований алгоритм передбачає послідовне оцінювання репродуктивних планів, тиреоїдного статусу, менструальної функції, психоемоційного стану, ризику низької прихильності, потреби в подвійному захисті та можливості динамічного спостереження.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Усі учасниці надали інформовану згоду.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** дисфункція щитоподібної залози, контрацепція, гіпотиреоз, гіпертиреоз, аутоімунний тиреоїдит, воєнний стрес, менструальний цикл, персоналізований алгоритм.

## Clinical and reproductive determinants of contraceptive choice in women with thyroid dysfunction under chronic war-related stress: rationale for a personalized algorithm

A.D. Vitiuk<sup>1</sup>, O.V. Gorbunova<sup>2</sup>, L.I. Sakaly<sup>2</sup><sup>1</sup>PHEI «Dobrobut Academy», Kyiv, Ukraine<sup>2</sup>Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

Thyroid dysfunction in women of reproductive age may be associated with menstrual disturbances, psycho-emotional changes, and the need for individualized contraceptive counseling. Under chronic war-related stress, these factors become more relevant because of postponed pregnancy, unstable reproductive plans, and limited access to medical follow-up.

**Aim** – to substantiate a differentiated approach to contraceptive choice in women of reproductive age with thyroid dysfunction under chronic war-related stress.

**Materials and methods.** A clinical analytical study included 105 women with thyroid dysfunction. Group I comprised 32 women with hypothyroidism or subclinical hypothyroidism; Group II, 28 with hyperthyroidism, a history of thyrotoxicosis, or unstable thyroid status; and Group III, 45 with autoimmune thyroiditis and a euthyroid or subclinically altered thyroid profile. Reproductive plans, menstrual function, stress burden, contraceptive history, clinical acceptability of methods, and adherence-related factors were assessed.

**Results.** Ninety-six women (91.4%) did not plan pregnancy within the next 12 months, and 99 (94.3%) required effective contraception. Menstrual cycle disturbances were identified in 76 patients (72.4%). Pronounced stress burden was more frequent in Group II. Contraceptive choice required consideration of thyroid status, menstrual phenotype, psycho-emotional burden, reproductive plans, adherence, and access to follow-up.

**Conclusions.** Thyroid dysfunction itself is not a reason to restrict modern contraceptive methods. The proposed personalized algorithm includes sequential assessment of reproductive plans, thyroid status, menstrual function, psycho-emotional state, risk of low adherence, need for dual protection, and feasibility of follow-up.

The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki. All participants provided informed consent.

The authors declare no conflict of interest.

**Keywords:** thyroid dysfunction, contraception, hypothyroidism, hyperthyroidism, autoimmune thyroiditis, war-related stress, menstrual cycle, personalized algorithm.

## Вступ

Вибір методу контрацепції в жінок із дисфункцією щитоподібної залози є актуальним питанням сучасної акушерсько-гінекологічної практики, оскільки тиреоїдні порушення можуть впливати на менструальну функцію, можуть асоціюватися зі змінами менструальної та овуляторної функції, метаболічного і психоемоційного стану та репродуктивного планування. Гіпотиреоз, гіпертиреоз, автоімунний тиреоїдит і субклінічні варіанти тиреоїдної дисфункції не завжди супроводжуються вираженими репродуктивними порушеннями, однак у клінічній практиці вони нерідко поєднуються з нерегулярністю менструального циклу, зміною маси тіла, втомлюваністю, тривожністю, порушенням сну, вегетативною нестабільністю і зміною репродуктивних намірів [7–9,21,23,24].

Сучасні міжнародні рекомендації з медичних критеріїв прийнятності контрацепції свідчать, що простий зоб, гіпертиреоз і гіпотиреоз самі по собі не є абсолютними протипоказаннями до застосування більшості сучасних методів контрацепції [2,22,29]. Водночас формальна відсутність протипоказань не означає автоматичної універсальності будь-якого методу для конкретної пацієнтки. У жінок із тиреоїдною дисфункцією клінічне рішення має враховувати стабільність ендокринного статусу, характер менструального циклу, супутні метаболічні чинники, наявність психовегетативних проявів, регулярність застосування препаратів, доступність медичного спостереження та індивідуальні репродуктивні плани [2,5,6,21,22,29].

В українській клінічній практиці питання контрацептивного консультування слід розглядати з урахуванням чинного Стандарту медичної допомоги «Планування сім'ї» та Клінічної настанови, заснованої на доказах, «Планування сім'ї», затверджених Міністерством охорони здоров'я України у 2025 р. [19,20]. Ці документи формують національну доказову основу для організації допомоги з планування сім'ї, вибору методів контрацепції та забезпечення пацієнт-орієтова-

ного консультування. У поєднанні з міжнародними критеріями медичної прийнятності контрацепції Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) – World Health Organization Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (WHO MEC; Медичні критерії прийнятності використання контрацепції Всесвітньої організації охорони здоров'я), Centers for Disease Control and Prevention U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (CDC U.S. MEC; Медичні критерії прийнятності використання контрацепції США Центрів контролю та профілактики захворювань), Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH; Факультет сексуального та репродуктивного здоров'я) та UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC; Медичні критерії прийнятності використання контрацепції Великої Британії) вони дають змогу адаптувати вибір контрацепції до індивідуальних клінічних обставин пацієнтки, зокрема, за наявності тиреоїдної дисфункції, порушень менструального циклу, психоемоційного навантаження і нестабільного доступу до медичної допомоги в умовах воєнного часу [2,3,5,6,19,20,22,29].

Особливого значення ця проблема набуває в умовах активних бойових дій. Хронічний воєнний стрес є не лише соціально-психологічним, але й системним біологічним чинником, здатним впливати на гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникову вісь, тиреоїдну регуляцію, сон, вегетативний баланс, менструальну функцію і репродуктивну поведінку жінки [10,11,13,26,27,30]. Українські дослідження останніх років свідчать, що тривалий стрес воєнного часу асоціюється з порушеннями менструального циклу, погіршенням психоемоційного стану, зміною репродуктивних намірів, зростанням частоти аномальних маткових кровотеч і зниженням доступності планової медичної допомоги [10,11,26–28,30].

Для жінок із тиреоїдною дисфункцією ці обставини мають подвійне клінічне значення. По-перше, симптоми гіпо- або гіпертиреозу можуть перетинатися з психовегетативними проявами хронічного стресу: втомлюваністю, серцебиттям, тривожністю, порушенням сну, емоційною ла-

більністю та зниженням толерантності до фізичного і психологічного навантаження. По-друге, в умовах війни репродуктивні рішення часто формуються не лише медичними показаннями, але й безпековими, соціальними, економічними і партнерськими чинниками. Саме тому контрацепція в цій категорії пацієнток має розглядатися не як допоміжне питання, а як важливий компонент збереження репродуктивного здоров'я, автономії жінки та якості життя.

Попередній клініко-репродуктивний аналіз свідчить, що більшість жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах активних бойових дій не планують вагітність у найближчій перспективі, мають високу потребу в ефективній контрацепції, значну частоту менструальних порушень і виражене психоемоційне навантаження. Ці дані створюють підґрунтя для переходу від описової характеристики пацієнток до формування практичного алгоритму диференційованого вибору контрацепції.

**Мета** дослідження – обґрунтувати диференційований підхід до вибору методу контрацепції в жінок репродуктивного віку з дисфункцією щитоподібної залози в умовах хронічного воєнного стресу з урахуванням тиреоїдного статусу, менструальної функції, психоемоційного навантаження, репродуктивних планів, клінічної прийнятності методу та доступності подальшого медичного спостереження.

### Матеріали і методи дослідження

Проведено клініко-аналітичне дослідження за участю 105 жінок репродуктивного віку з дисфункцією щитоподібної залози, які звернулися по консультацію щодо вибору або корекції методу контрацепції. Дослідження спрямовано на визначення клінічних, репродуктивних, ендокринних і психоемоційних чинників, які слід враховувати при персоналізованому контрацептивному консультуванні.

Критерії залучення: репродуктивний вік, наявність клінічно або лабораторно підтвердженої дисфункції щитоподібної залози, потреба у виборі або зміні методу контрацепції, проживання або тривале перебування в умовах активних бойових дій чи високого воєнно-асоційованого стресового навантаження, згода пацієнтки на участь у дослідженні.

Критерії виключення: вагітність на момент обстеження, онкологічні захворювання репродук-

тивної системи, тяжка декомпенсована соматична патологія, гострі інфекційні захворювання, неможливість надати достовірну інформацію щодо репродуктивних планів, менструальної функції або контрацептивного анамнезу.

Пацієнток поділено на три групи залежно від провідного клініко-лабораторного варіанта тиреоїдної дисфункції:

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 еутиреоїдним або субклінічно зміненим тиреоїдним профілем.

В усіх пацієнток проаналізовано акушерсько-гінекологічний анамнез, наявність дітей, репродуктивних планів, причин відтермінування вагітності, характеру менструального циклу, контрацептивного анамнезу, психоемоційних і психовегетативних скарг. Окремо оцінено чинники, які потенційно впливають на вибір контрацепції: нерегулярність менструального циклу, дисменорея, зміна об'єму менструальної крововтрати, вираженість передменструальних симптомів, тривожність, порушення сну, серцебиття, емоційна лабільність, швидка втомлюваність, доступність регулярного медичного спостереження і готовність пацієнтки до щоденного застосування препарату.

Для формування алгоритму контрацептивного консультування враховано положення міжнародних критеріїв медичної прийнятності контрацепції WHO MEC, CDC U.S. MEC, UKMEC, чинних українських стандартів і настанов із планування сім'ї, а також клінічні документи щодо аномальних маткових кровотеч (АМК), гіперплазії ендометрія, медичного аборту і менопаузальних порушень, оскільки вони регламентують суміжні клінічні ситуації, які можуть впливати на вибір методу контрацепції [2,14–20,22,29].

Статистичний аналіз виконано із застосуванням методів описової і порівняльної статистики. Кількісні змінні наведено у вигляді середнього значення і стандартного відхилення ( $M \pm SD$ , mean  $\pm$  standard deviation), якісні показники – як абсолютну кількість випадків і частку у відсотках, абс. (%). Для порівняння категоріальних ознак застосовано  $\chi^2$ -критерій Пірсона (критерій

Таблиця 1

**Репродуктивний статус і потреба в контрацепції жінок із різними варіантами тиреоїдної дисфункції, абс. (%)**

| Показник                                      | I група, n=32 | II група, n=28 | III група, n=45 | Усього, n=105 | $\chi^2$ | p     |
|-----------------------------------------------|---------------|----------------|-----------------|---------------|----------|-------|
| Мають одну або більше дітей                   | 16 (50,0)     | 13 (46,4)      | 24 (53,3)       | 53 (50,5)     | 0,33     | 0,846 |
| Не мають дітей                                | 16 (50,0)     | 15 (53,6)      | 21 (46,7)       | 52 (49,5)     | 0,33     | 0,846 |
| Планують вагітність у найближчі 12 місяців    | 3 (9,4)       | 2 (7,1)        | 4 (8,9)         | 9 (8,6)       | 0,11     | 0,949 |
| Не планують вагітність у найближчі 12 місяців | 29 (90,6)     | 26 (92,9)      | 41 (91,1)       | 96 (91,4)     | 0,11     | 0,949 |
| Потребують ефективної контрацепції            | 30 (93,8)     | 27 (96,4)      | 42 (93,3)       | 99 (94,3)     | 0,33     | 0,847 |

Примітки: відсотки розраховано від кількості жінок у відповідній групі; показник «потребують ефективної контрацепції» охоплює жінок, які не планують вагітність у найближчі 12 місяців або мають нестабільні репродуктивні плани в умовах війни.

Таблиця 2

**Причини відтермінування вагітності серед жінок, які не планували вагітність у найближчі 12 місяців, абс. (%)**

| Причина відтермінування вагітності       | I група, n=29 | II група, n=26 | III група, n=41 | Усього, n=96 | $\chi^2$ | p     |
|------------------------------------------|---------------|----------------|-----------------|--------------|----------|-------|
| Воєнна ситуація і небезпека для життя    | 21 (72,4)     | 20 (76,9)      | 31 (75,6)       | 72 (75,0)    | 0,16     | 0,922 |
| Відсутність постійного партнера          | 12 (41,4)     | 13 (50,0)      | 17 (41,5)       | 42 (43,8)    | 0,57     | 0,754 |
| Економічна нестабільність                | 15 (51,7)     | 14 (53,8)      | 20 (48,8)       | 49 (51,0)    | 0,17     | 0,918 |
| Тривожність щодо майбутньої вагітності   | 17 (58,6)     | 18 (69,2)      | 24 (58,5)       | 59 (61,5)    | 0,91     | 0,635 |
| Погіршення самопочуття на тлі стресу     | 18 (62,1)     | 21 (80,8)      | 25 (61,0)       | 64 (66,7)    | 3,20     | 0,202 |
| Нестабільний доступ до медичної допомоги | 11 (37,9)     | 12 (46,2)      | 18 (43,9)       | 41 (42,7)    | 0,42     | 0,810 |

Примітки: аналіз проведено серед 96 жінок, які не планували вагітність у найближчі 12 місяців; одна пацієнтка могла вказувати декілька причин відтермінування вагітності, тому сума відсотків перевищує 100%; відсотки розраховано від кількості жінок у відповідній підгрупі.

хі-квадрат Пірсона). Статистично значущими визнано відмінності при  $p < 0,05$ .

Дослідження проведено з дотриманням принципів Гельсінської декларації. Усі пацієнтки надали інформовану згоду на участь у дослідженні та використання знеособлених клінічних даних для наукового аналізу.

**Результати дослідження та їх обговорення**

На першому етапі оцінено репродуктивний статус і актуальну потребу в контрацепції (табл. 1). У 53 (50,5%) жінок були одна або більше дітей, тоді як 52 (49,5%) пацієнтки не мали реалізованої репродуктивної функції. Водночас 96 (91,4%) жінок не планували вагітність у найближчі 12 місяців, а 99 (94,3%) пацієнток потребували ефективного методу запобігання небажаних вагітностей.

Аналіз показав, що потреба в ефективній контрацепції була високою в усіх трьох групах і статистично значуще не відрізнялася залежно

від варіанта тиреоїдної дисфункції ( $p = 0,847$ ). Це свідчить, що сам тип тиреоїдного порушення не визначає факт потреби в контрацепції, однак може впливати на вибір конкретного методу через відмінності в клінічному фенотипі, менструальній функції, психоемоційному стані і прихильності до лікування.

Серед 96 (91,4%) жінок, які не планували вагітність у найближчі 12 місяців, проаналізовано основні причини відтермінування вагітності (табл. 2). Найчастіше пацієнтки вказували воєнну ситуацію і небезпеку для життя – 72 (75,0%) випадки, погіршення самопочуття на тлі стресу – 64 (66,7%) випадки, тривожність щодо майбутньої вагітності – 59 (61,5%) випадків, економічну нестабільність – 49 (51,0%) випадків.

Найвищу частоту погіршення самопочуття на тлі стресу відзначено в II групі – 21 (80,8%) жінка порівняно з 18 (62,1%) жінками у I групі та 25 (61,0%) жінками у III групі. Попри відсутність

Таблиця 3

**Менструальні порушення в жінок із різними варіантами тиреоїдної дисфункції, абс. (%)**

| Показник                                | I група, n=32 | II група, n=28 | III група, n=45 | Усього, n=105 | $\chi^2$ | p     |
|-----------------------------------------|---------------|----------------|-----------------|---------------|----------|-------|
| Будь-які порушення менструального циклу | 22 (68,8)     | 23 (82,1)      | 31 (68,9)       | 76 (72,4)     | 1,82     | 0,402 |
| Нерегулярний цикл                       | 17 (53,1)     | 18 (64,3)      | 24 (53,3)       | 59 (56,2)     | 1,02     | 0,601 |
| Затримка менструації понад 7 днів       | 15 (46,9)     | 17 (60,7)      | 23 (51,1)       | 55 (52,4)     | 1,20     | 0,549 |
| Посилення передменструальних симптомів  | 18 (56,3)     | 19 (67,9)      | 26 (57,8)       | 63 (60,0)     | 1,00     | 0,606 |
| Дисменорея                              | 14 (43,8)     | 15 (53,6)      | 21 (46,7)       | 50 (47,6)     | 0,61     | 0,739 |
| Зміна об'єму менструальної крововтрати  | 8 (25,0)      | 9 (32,1)       | 12 (26,7)       | 29 (27,6)     | 0,42     | 0,812 |

Примітки: одна пацієнтка могла мати декілька варіантів менструальних порушень; відсотки розраховано від кількості жінок у відповідній групі.

Таблиця 4

**Рівень стресового навантаження в жінок із різними варіантами тиреоїдної дисфункції, абс. (%)**

| Показник               | I група, n=32 | II група, n=28 | III група, n=45 | Усього, n=105 | $\chi^2$ | p     |
|------------------------|---------------|----------------|-----------------|---------------|----------|-------|
| Помірний рівень стресу | 15 (46,9)     | 10 (35,7)      | 20 (44,4)       | 45 (42,9)     | 0,84     | 0,657 |
| Високий рівень стресу  | 14 (43,8)     | 16 (57,1)      | 18 (40,0)       | 48 (45,7)     | 2,12     | 0,347 |

Примітка: рівень стресового навантаження визначено за сукупністю клінічних ознак: тривожність, порушення сну, внутрішнє напруження, емоційна лабільність, дратівливість, серцебиття, швидка втомлюваність і соматизовані скарги; для подальших проспективних етапів дослідження доцільним є використання стандартизованих шкал: Perceived Stress Scale-10 (PSS-10, Шкала сприйнятого стресу), Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21, Шкали депресії, тривоги та стресу), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Госпітальна шкала тривоги і депресії) або Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7, шкала генералізованого тривожного розладу).

статистично значущої різниці між групами ( $\chi^2=3,20$ ;  $p=0,202$ ), така тенденція має клінічне значення, оскільки саме пацієнтки з гіпертиреозом, тиреотоксикозом в анамнезі або нестабільним тиреоїдним статусом частіше мають прояви психо вегетативної дезадаптації, що може впливати на сприйняття і переносимість контрацептивного методу.

Порушення менструального циклу виявлено в 76 (72,4%) жінок. Найчастішими варіантами були посилення передменструальних симптомів – 63 (60,0%) випадки, нерегулярний цикл – 59 (56,2%) випадків, затримка менструації понад 7 днів – 55 (52,4%) випадків, дисменорея – 50 (47,6%) випадків. Зміна об'єму менструальної крововтрати спостерігалася у 29 (27,6%) жінок (табл. 3).

Найвищу частоту будь-яких порушень менструального циклу виявлено в II групі – 23 (82,1%) жінки, тоді як у I групі – 22 (68,8%) випадки, а в III групі – 31 (68,9%) випадок. Різниця між групами не досягла рівня статистичної значущості ( $\chi^2=1,82$ ;  $p=0,402$ ), однак клінічна тенденція свідчить про більшу вразливість жінок із гіпертиреозом, тиреотоксикозом в анамнезі або нестабільним тиреоїдним статусом до порушень менструальної регуляції.

З практичної точки зору менструальний фенотип мав безпосереднє значення для вибору методу контрацепції. Нерегулярний цикл і затримка менструації підвищували тривожність щодо можливої вагітності та потребували вибору методу з високою контрацептивною надійністю. Дисменорея і посилення передменструальних симптомів обґрунтовували необхідність врахування потенційних неконтрацептивних переваг гормональних методів. Зміна об'єму менструальної крововтрати потребувала попереднього гінекологічного оцінювання для заперечення структурної патології та аномальних маткових кровотеч. Такий підхід узгоджується з настановами щодо оцінювання аномальних маткових кровотеч і сучасними даними про зв'язок тиреоїдної дисфункції з менструальними порушеннями [7,8,14,15].

За результатами оцінювання психоемоційного стану (табл. 4), високий рівень стресового навантаження встановлено у 48 (45,7%) жінок, помірний – у 45 (42,9%) пацієнток. Найвищу частоту високого стресу відзначено в II групі – у 16 (57,1%) жінок, тоді як у I групі – у 14 (43,8%) випадків, а в III групі – у 18 (40,0%) випадків. Ці прояви інтерпретовано з урахуванням даних про вплив воєнного стресу на психоемоційний стан і репродуктивне здоров'я жінок [10,11,13,26,27,30].

Таблиця 5

## Клініко-статистичне обґрунтування персоналізованого вибору контрацепції, абс. (%)

| Клінічний чинник                              | Частота в загальній когорті, n=105 | Клінічне значення для вибору контрацепції                         | Практичний висновок                                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Не планують вагітність у найближчі 12 місяців | 96 (91,4)                          | Висока актуальна потреба в ефективній контрацепції                | Контрацептивне консультування має бути обов'язковим компонентом ведення      |
| Потребують ефективної контрацепції            | 99 (94,3)                          | Потреба у надійному методі запобігання небажаній вагітності       | Доцільно обговорити методи з високою ефективністю та прийнятністю            |
| Будь-які порушення менструального циклу       | 76 (72,4)                          | Впливають на вибір, переносимість і суб'єктивне сприйняття методу | Перед вибором методу слід оцінити менструальний фенотип                      |
| Нерегулярний цикл                             | 59 (56,2)                          | Підвищує тривожність щодо можливої вагітності                     | Потрібно пояснити очікувані зміни циклу та вибір надійного методу            |
| Посилення передменструальних симптомів        | 63 (60,0)                          | Може знижувати якість життя та прихильність до методу             | Доцільно врахувати неконтрацептивні ефекти гормональних методів              |
| Дисменорея                                    | 50 (47,6)                          | Потребує методу, який не погіршує больового синдрому              | Варто розглянути методи з потенційним впливом на зменшення болю              |
| Високий рівень стресу                         | 48 (45,7)                          | Знижує прихильність, підвищує ризик припинення методу             | Потрібно провести структуроване консультування та ранній контрольний контакт |
| Нестабільний доступ до медичної допомоги      | 41 із 96 (42,7)                    | Ускладнює подальше спостереження та корекцію побічних ефектів     | Доцільні методи з довшим періодом дії або чітким резервним планом            |
| Відсутність постійного партнера               | 42 із 96 (43,8)                    | Потреба у профілактиці інфекцій, що передаються статевим шляхом   | Рекомендовано обговорити подвійну стратегію захисту                          |

Примітки: частоту причин відтермінування вагітності розраховано серед 96 жінок, які не планували вагітність у найближчі 12 місяців; частоту інших показників розраховано від загальної кількості обстежених жінок (n=105); таблиця відображає не призначення конкретного препарату, а клінічну логіку персоналізованого контрацептивного консультування; остаточний вибір методу слід здійснювати після заперечення індивідуальних протипоказань відповідно до чинних критеріїв медичної прийнятності контрацепції.

Попри відсутність статистично значущих міжгрупових відмінностей за рівнем високого стресового навантаження ( $\chi^2=2,12$ ;  $p=0,347$ ), клінічно важливою є тенденція до його більшої частоти в II групі. Це узгоджується з особливостями клінічного перебігу гіпертиреозу або нестабільного тиреоїдного статусу, за яких серцебиття, внутрішнє напруження, порушення сну та емоційна лабільність можуть перетинатися з проявами хронічного воєнного стресу.

Для практичного застосування отриманих результатів сформовано узагальнену матрицю клінічного вибору контрацепції залежно від поєднання тиреоїдного статусу, менструального фенотипу та рівня стресового навантаження (табл. 5).

Таким чином, статистичний аналіз показав, що провідними клінічними підставами для персоналізованого вибору контрацепції в досліджуваній когорті були не стільки статистично значущі міжгрупові відмінності за окремими показниками,

скільки висока загальна поширеність поєднаних чинників: відтермінування вагітності, потреби в ефективній контрацепції, менструальних порушень, психоемоційного навантаження та нестабільного доступу до медичної допомоги. Саме поєднання цих чинників формує клінічну необхідність переходу від стандартного консультування до персоналізованого алгоритму вибору методу контрацепції.

Результати проведеного дослідження підтверджують, що жінки з дисфункцією щитоподібної залози в умовах хронічного воєнного стресу становлять особливу клінічну групу, для якої стандартне контрацептивне консультування потребує розширення. У цій когорті поєднуються кілька взаємопов'язаних чинників: ендокринна дисфункція, висока частота менструальних порушень, психоемоційне навантаження, зміна репродуктивних планів, соціальна нестабільність і нерівномірний доступ до планової медичної допомоги.

Ключовим практичним висновком є те, що тиреоїдну дисфункцію не слід розглядати як самостійну підставу для обмеження сучасної контрацепції [2,22,29]. Навпаки, у більшості таких пацієнток потреба в ефективному методі є високою, оскільки небажана вагітність в умовах нестабільного тиреоїдного статусу, високого стресового навантаження та воєнної невизначеності може мати додаткові медичні, психологічні й соціальні ризики. Такий підхід відповідає сучасній логіці пацієнт-орієнтованого консультування, де центральним є не лише визначення медичних протипоказань, але й підтримання репродуктивної автономії жінки [19,20].

Разом із тим вибір методу не має бути формальним. У жінок із гіпотиреозом або субклінічним гіпотиреозом доцільно приділяти особливу увагу метаболічному профілю, масі тіла, регулярності циклу та суб'єктивній переносимості гормональних методів [7,8,21,23]. У жінок із гіпертиреозом або нестабільним тиреоїдним статусом важливішими стають психовегетативні симптоми, тривожність, порушення сну, серцебиття і ризик низької прихильності [9,21]. У пацієнток з аутоімунним тиреоїдитом ключовим є динамічне спостереження, оскільки навіть за еутиреоїдного стану можливі зміни тиреоїдного профілю, які впливатимуть на самопочуття і сприйняття контрацептивного методу [21].

Особливу увагу слід приділяти менструальному фенотипу. Нерегулярний цикл, затримка менструації, дисменорея, посилення передменструальних симптомів і зміна об'єму менструальної крововтрати є не лише клінічними скаргами, але й чинниками, що безпосередньо визначають прийнятність методу. У пацієнток із високою тривожністю затримка менструації або очікувана зміна характеру кровотечі на тлі контрацепції може бути сприйнята як небезпечний симптом або ознака вагітності. Саме тому лікар має заздалегідь пояснювати можливі зміни циклу, критерії норми, ознаки небезпеки та алгоритм дій у разі виникнення скарг.

Отримані результати також свідчать, що в умовах війни контрацепція виконує ширшу функцію, ніж лише запобігання небажаних вагітностей. Вона стає інструментом підтримання репродуктивної автономії, зниження невизначеності, стабілізації життєвого планування та збереження якості життя. Українські публікації останніх років наголошують, що воєнний стрес, переміщення, еко-

номічна нестабільність, порушення сну, тривожність і обмеження доступу до медичної допомоги можуть негативно впливати на репродуктивне здоров'я жінок, зокрема, на менструальну функцію і репродуктивні наміри [10,11,13, 26,27,30]. У такому контексті контрацептивне консультування має бути не короткою технічною консультацією, а структурованою частиною медичної підтримки жінки.

Запропонований алгоритм має практичне значення для акушерів-гінекологів, сімейних лікарів та ендокринологів, які консультують жінок репродуктивного віку з тиреоїдною дисфункцією. Він дає змогу структурувати клінічне рішення, уникнути необґрунтованих обмежень, підвищити прийнятність методу і зменшити ризик передчасного припинення контрацепції. Водночас алгоритм не замінює індивідуального клінічного мислення, а є інструментом для більш послідовного і безпечного прийняття рішень. Його структура відповідає доказовій логіці пацієнт-орієнтованого консультування [19,20] і критеріям медичної прийнятності контрацепції [3,22,29].

### Висновки

У жінок із дисфункцією щитоподібної залози в умовах хронічного воєнного стресу виявлено високу потребу в ефективній контрацепції, що поєднувалася з переважним відтермінуванням вагітності, психоемоційним навантаженням, соціальною невизначеністю та нестабільністю репродуктивних планів.

Тиреоїдна дисфункція сама по собі не є підставою для обмеження більшості сучасних методів контрацепції, однак потребує індивідуального оцінювання стабільності ендокринного статусу, супутніх клінічних чинників і можливості динамічного спостереження.

У жінок із гіпертиреозом, тиреотоксикозом в анамнезі або нестабільним тиреоїдним статусом спостерігалася тенденція до більшої частоти менструальних порушень і вираженого психоемоційного навантаження, однак міжгрупові відмінності не досягали статистичної значущості.

Менструальний фенотип має бути обов'язковим компонентом контрацептивного консультування. Нерегулярний цикл, затримки менструації, дисменорея, посилення передменструальних симптомів і зміна об'єму менструальної крововтрати мають враховуватися при оцінці прийнятності методу та, за потреби, ви-

значати необхідність додаткового гінекологічного обстеження.

В умовах воєнного часу контрацептивне консультування має враховувати психоемоційний стан, доступність медичної допомоги, ймовірність низької прихильності до обраного методу та потребу в подвійній стратегії захисту в жінок без постійного партнера.

Запропонований персоналізований алгоритм диференційованого вибору контрацепції передбачає послідовне оцінювання репродуктивних планів, тиреоїдного статусу, менструальної функції, психоемоційного навантаження, прихильнос-

ті до методу, потреби в подвійному захисті та доступності медичного спостереження.

**Перспективи подальших досліджень** доцільно спрямувати на проспективне оцінювання прийнятності, переносимості та прихильності до різних методів контрацепції в жінок із дисфункцією щитоподібної залози залежно від типу тиреоїдного порушення, рівня стресового навантаження і характеру менструальної функції. Особливий інтерес становить оцінювання ефективності запропонованого алгоритму в реальній клінічній практиці.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

## References/Література

- 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. <https://doi.org/10.1089/thy.2016.0457>.
- College of Sexual and Reproductive Health. (2026). The UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC). *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 52; Suppl. 1: 1-138. <https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2026-UKMEC>. URL: [https://srh.bmj.com/content/52/Suppl\\_1/1](https://srh.bmj.com/content/52/Suppl_1/1).
- Curtis KM, Nguyen AT, Tepper NK et al. (2024). U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2024. *MMWR Recommendations and Reports*. 73(3): 1-77. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7303a1>. URL: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7303a1.htm>.
- Derzhavnyi ekspertnyi tsentr MOZ Ukrainy. (2019). Haluzevi standarty ta klinichni nastanovy za napriamom «Akusherstvo i hinekologhiia». Elektronnyi resurs. Kyiv: DETs MOZ Ukrainy. [Державний експертний центр МОЗ України. (2019). Галузеві стандарти та клінічні настанови за напрямом «Акушерство і гінекологія». Електронний ресурс. Київ: ДЕЦ МОЗ України]. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2022). FSRH Guideline: Progestogen-only Pills. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 48; Suppl. 1: 1-75. <https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2022-PoP>. URL: [https://srh.bmj.com/content/48/Suppl\\_1/1](https://srh.bmj.com/content/48/Suppl_1/1)
- FSRH Guideline (January 2019) Combined Hormonal Contraception (Revision due by January 2024). *BMJ Sex Reprod Health*. 45; Suppl 1: 1-93. doi: 10.1136/bmj.srh-2018-CHC. Erratum in: *BMJ Sex Reprod Health*. 2021 Jan; 47(1):e2. doi: 10.1136/bmj.srh-2018-CHC-corr1. PMID: 30665985.
- Himabindu PH, Swathi G, Padmavathi K, Penumalla S, Ramesh K. (2024). Hypothyroidism and its impact on menstrual irregularities in reproductive-age women: a comprehensive analysis at a tertiary care center. *Cureus*. 16(6): e63158. <https://doi.org/10.7759/cureus.63158>.
- Javed N, Shakoor H, Khattak S, Mustafa Y, Mukhtar Maghar M, Jabeen S. (2025). Exploring the relationship between thyroid dysfunction and menstrual irregularities in women. *Indus Journal of Bioscience Research*. 3(10): 318-324. URL: <https://ijbr.com.pk/IJBR/article/view/2563>.
- 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. <https://doi.org/10.1159/000490384>.
- Kozub TO, Hnatiuk VV. (2024). Possibilities of treatment of stress-induced disorders of the menstrual cycle with phytotherapy. *Reproductive Health of Woman*. 1: 62-72. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2024.301601>.
- Kozub TO, Hnatiuk VV. (2025). Vplyv viiny na psykhoemotsiynnyi stan ta reprodaktyvne zdorovia zhinok: klinichne doslidzhennia porushen menstrualnogo tsyklu. *Reprodaktyvne zdorovia zhinky*. (5): 78-86. [Козуб ТО, Гнатюк ВВ. (2025). Вплив війни на психоемоційний стан та репродуктивне здоров'я жінок: клінічне дослідження порушень менструального циклу. *Репродуктивне здоров'я жінки*. (5): 78-86]. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.5.2025.337955>
- Lazarus JH, Bestwick JP, Channon S et al. (2012). Antenatal thyroid screening and childhood cognitive function. *The New England Journal of Medicine*. 366(6): 493-501. <https://doi.org/10.1056/NEJ-Moa1106104>.
- Matsyshyn VS, Apykhtin KO, Kravchenko AM, Ovodiuk NM, Chaikovskiy IA. (2025). 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*. 78(6): 1047-1053. <https://doi.org/10.36740/WLek/207363>.
- MOZ Ukrainy. (2016). Anomalni matkovi krvotechi. Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. Reiestrovyy N° KN 2016-353. Kyiv: MOZ Ukrainy. [МОЗ України. (2016). Аномальні маткові кровотечі. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Реєстровий N° КН 2016-353. Київ: МОЗ України]. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/anomalni-matkovi-krovotechi/>.
- MOZ Ukrainy. (2016). Anomalni matkovi krvotechi. Unifikovanyi klinichniy protokol pervynnoi, vtorynnoi ta tretynnoi medychnoi dopomohy. Nakaz MOZ Ukrainy vid 13.04.2016 N° 353. Reiestrovyy N° HS 2016-353. Kyiv: MOZ Ukrainy. [МОЗ України. (2016). Аномальні маткові кровотечі. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 13.04.2016 N° 353. Реєстровий N° ГС 2016-353. Київ: МОЗ України]. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/anomalni-matkovi-krovotechi/>.
- MOZ Ukrainy. (2021). Hiperplaziia endometriiia. Klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. Reiestrovyy N° KN 2021-869. Kyiv: MOZ Ukrainy. [МОЗ України. (2021). Гіперплазія ендометрія. Клінічна настанова, заснована на доказах. Реєстровий N° КН 2021-869. Київ: МОЗ України]. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/giperplaziya-endometriya/>.

17. MOZ Ukrainy. (2022). Menopauzalni porushennia ta inshi rozlady v perymenopauzalnomu periodi. Klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. Reiestrovyi № KN 2022-1039. Kyiv: MOZ Ukrainy. [МОЗ України. (2022). Менопauзальні порушення та інші розлади в перименопauзальному періоді. Клінічна настанова, заснована на доказах. Реєстровий № КН 2022-1039. Київ: МОЗ України]. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/menopauzalni-porushennya-ta-inshi-rozlady-v-perymenopauzalnomu-periodi/>.
18. MOZ Ukrainy. (2024). Medychnyi abort. Klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. Reiestrovyi № KN 2023-1401/170. Kyiv: MOZ Ukrainy. [МОЗ України. (2024). Медичний аборт. Клінічна настанова, заснована на доказах. Реєстровий № КН 2023-1401/170. Київ: МОЗ України]. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/medychnyi-abort/>.
19. MOZ Ukrainy. (2025). Planuvannia simi. Klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. reiestrovyi № KN 2025-1408. Kyiv: MOZ Ukrainy. [МОЗ України. (2025). Планування сім'ї. Клінічна настанова, заснована на доказах. реєстровий № КН 2025-1408. Київ: МОЗ України]. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/planuvannya-simy/>.
20. MOZ Ukrainy. (2025). Planuvannia simi. Standart medychnoi dopomohy. Reiestrovyi № HS 2025-1408. Kyiv: MOZ Ukrainy. [МОЗ України. (2025). Планування сім'ї. Стандарт медичної допомоги. Реєстровий № ГС 2025-1408. Київ: МОЗ України]. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/planuvannya-simy/>.
21. National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Thyroid disease: assessment and management. NICE guideline NG145. London: NICE, Updated 12 October 2023. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng145>.
22. Nguyen AT, Curtis KM, Tepper NK et al. (2024). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. MMWR Recommendations and Reports. 3(4): 1-126. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7304a1>. URL: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7304a1.htm>.
23. Pearce SHS, Brabant G, Duntas LH et al. (2013). 2013 ETA Guideline: Management of Subclinical Hypothyroidism. European Thyroid Journal. 2(4): 215-228. <https://doi.org/10.1159/000356507>.
24. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2024). Subclinical hypothyroidism in the infertile female population: a guideline. Fertility and Sterility. 121(5): 765-782. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.12.038>. URL: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(23\)02109-X/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(23)02109-X/fulltext).
25. Serbeniuk AV. (2023). Features of mental and reproductive health, functional state of the organism of female military service-men who suffered concussion during combat actions. Reproductive Endocrinology. 68: 8-15. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2023.68.8-15>.
26. Tatarchuk TF, Kosei NV, Plakisiieva KD, Tutchenko TM, Iarotska NV, Kozlov SM. (2025). Current issues in reproductive health of the female military personnel in Ukraine. Reproductive Health of Woman. 7: 7-14. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.7.2025.343872>.
27. Tatarchuk TF, Yefimenko OO, Myronenko OS, Mnevets RO. (2024). Consequences of wartime stress on women's reproductive health. Reproductive Endocrinology. 72: 28-34. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2024.72.28-34>.
28. 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]. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.4.2025.335428>.
29. WHO. (2025). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 6th ed. Geneva: World Health Organization, URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583>.
30. Zhabchenko IA, Korniets NH, Lishchenko IS, Kovalenko TM, Bondarenko OM, Syvura OM. (2024). Reproduktyvni naslidky stresu voiennoho chasu ta mozhlyvosti yikhnoi korektsii: ohliad literatury. Reproduktyvne zdorovia zhinky. 7: 65-72. [Жабченко ІА, Корнієць НГ, Ліщенко ІС, Коваленко ТМ, Бондаренко ОМ, Сивура ОМ. (2024). Репродуктивні наслідки стресу воєнного часу та можливості їхньої корекції: огляд літератури. Репродуктивне здоров'я жінки. 7: 65-72]. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.7.2024.314933>.

#### Відомості про авторів:

**Вітюк Алла Дмитрівна** – д.мед.н., проф. каф. здоров'я матері та дитини ПЗВО «Академія Добробут». Адреса: м. Київ, вул. Антоновича, 40. <https://orcid.org/0000-0003-0550-7196>.

**Горбунова Ольга Володимирівна** – д.мед.н., проф. каф. акушерства і гінекології НУОЗ України ім. П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0001-7323-5546>.

**Сакали Людмила Іллівна** – лікар-акушер-гінеколог, аспірант каф. акушерства і гінекології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0009-0003-0459-562X>.

Стаття надійшла до редакції 03.05.2026 р., прийнята до друку 01.06.2026 р.