

ПОЛІЕНДОКРИННИЙ МЕТАБОЛІЧНИЙ ОВАРІАЛЬНИЙ СИНДРОМ – НОВА НАЗВА СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ: БАГАТОЕТАПНИЙ ГЛОБАЛЬНИЙ КОНСЕНСУСНИЙ ПРОЦЕС

Переклала й адаптувала канд. мед. наук Ольга Королук

ПЕРЕДУМОВИ Й ОБҐРУНТУВАННЯ

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) вражає 170 мільйонів жінок репродуктивного віку. Після виключення інших розладів цей діагноз установлюють у дорослих віком ≥ 20 років, які відповідають принаймні двом з таких критеріїв: 1) олігоановуляція; 2) клінічна чи біохімічна гіперандрогенія; 3) полікістоз яєчників за даними ультразвукового дослідження або підвищений рівень антимюллерового гормону (АМГ). Для підлітків віком 10-19 років обов'язковою є наявність перших двох критеріїв.

Тривалий час СПКЯ вважали гінекологічною хворобою; проте дослідження, синтез доказів і міжнародні настанови показали, що підґрунтям синдрому є ендокринні порушення інсуліну, андрогенів, нейроендокринних та яєчникових гормонів. Ознаки можуть бути метаболічними (ожиріння, дисглікемія, цукровий діабет 2-го типу, гіпертензія, дисліпідемія,

метаболічно-асоційована стеатотична хвороба печінки (МАСХП), серцево-судинні захворювання (ССЗ), апное уві сні), репродуктивними (порушення овуляції, нерегулярні менструальні цикли, безпліддя, ускладнення вагітності, рак ендометрію), психологічними (депресія, тривога, низька якість життя, розлади харчової поведінки) та дерматологічними (акне, алопеція, гірсутизм). У жінок з СПКЯ зазвичай вищі показники індексу маси тіла, ніж у жінок без СПКЯ. Загалом хвороба має багатосистемний вплив на здоров'я (рис.).

Клінічні особливості СПКЯ не відображені в його сучасній назві, адже попри часту зупинку розвитку фолікулів патологічні кісти яєчників не збільшуються. Це затримує діагностику в $\approx 70\%$ випадків. У 2012 р. на семінарі з методології доказової медицини Управління профілактики хвороб Національних інститутів охорони здоров'я США щодо СПКЯ висвітлювалися проблеми та неточність сучасної



Рис. Різноманітні впливи СПКЯ

назви з рекомендацією змінити її. Обґрунтування до змін терміна підсумовує таблиця 1. Проте спроби перейменування не набули успіху через відсутність скоординованого міжнародного консенсусу, узгодження альтернативної назви та комплексної стратегії впровадження.

ТАБЛИЦЯ 1. Контекст і аргументи на користь нової назви

Термін «СПКЯ» тривалий час визнавався неточним і потенційно шкідливим. Потреба в новій назві зумовлена такими міркуваннями, заснованими на доказах:

- термін «полікістоз яєчників» передбачає наявність патологічних кіст яєчників, які не є обов'язковою рисою цього стану, що призводить до непорозуміння серед пацієнток і клініцистів;
- СПКЯ охоплює різноманітні ендокринні, метаболічні, репродуктивні, психологічні та дерматологічні особливості. Теперішня назва стосується лише яєчників і не відображає багатосистемної природи розладу;
- плутанина, що виникає через назву, може затримати діагностику, перешкоджати ефективному спілкуванню між пацієнтками й лікарями та викликати невдоволення пацієнток;
- репродуктивна спрямованість назви посилює стигму, особливо в соціокультурних контекстах, де народжуваність має велике значення. Багато людей повідомляють про страждання, пов'язані з назвою СПКЯ;
- неправильна назва ускладнює епідеміологічну класифікацію, порівнянність досліджень і кодування систем охорони здоров'я. Очікується, що точніша назва покращить наукову узгодженість, фінансування досліджень і узгодженість політики;
- міжнародні настанови, експертні групи й організації пацієнток неодноразово закликали до перейменування, а серійні опитування та семінари завершилися рішенням про зміну назви шляхом суворого процесу глобального консенсусу;
- нова назва має підтримувати довгострокову клінічну допомогу, дослідження та глобальне впровадження, забезпечуючи плавний перехід від наявної термінології.

Поздовжнє глобальне дослідження залучило людей з СПКЯ та медичних працівників до серійних опитувань і семінарів і висвітлило постійну плутанину щодо назви. Загалом 84% респондентів підтримали процес консенсусу для визначення та впровадження нової назви. Переконливі докази, а також активна адвокація пацієнток під егідою британської благодійної та правозахисної організації Verity допомогли Центру жіночого здоров'я при Університеті Монаш разом з Товариством з питань надлишку андрогенів і СПКЯ започаткувати глобальну ініціативу щодо зміни назви.

ГЛОБАЛЬНА ЗАЛУЧЕНІСТЬ І ПРОЦЕСИ

Австралійська національна рада з питань охорони здоров'я та медичних досліджень надала фінансування Центру передових досліджень у галузі жіночого здоров'я в репродуктивному житті, який забезпечив лідерство разом з Товариством з питань надлишку андрогенів і СПКЯ й організацією Verity. Було створено міжнародну керівну групу, яка включала фахівців з різних провідних установ, а також групи пацієнток і професійні товариства. У квітні 2025 р. було розповсюджено листи членам організацій, щоб заохотити їх до поширення результатів

опитування, делегування представників на семінари, впровадження й популяризації нової назви. Спільно були розроблені й поширені глобальні опитування, проведені міжнародні консенсусні семінари з використанням надійних методів, узгоджених із процесами Альянсу Джеймса Лінда (табл. 2).

ТАБЛИЦЯ 2. Огляд процесу досягнення консенсусу

Для встановлення нової назви СПКЯ було проведено структурований багатоетапний процес з урахуванням думки пацієнток і фахівців з усіх регіонів світу. Ключові етапи:

Вересень 2024 р.	Фінансування: отримано ресурси для процесу зміни назви та перекладу
Грудень 2024 р.	Управління та залучення зацікавлених сторін: створено міжнародну систему управління із залученням організацій пацієнток, професійних товариств, досвідчених багатопрофільних експертів у галузі охорони здоров'я
Квітень – жовтень 2025 р., січень 2026 р.	Опитування Дельфі: на підставі 7708 попередніх опитувань проведено два глобальні опитування й отримано ще 14 360 відповідей від 10 411 пацієнток і 3949 медичних працівників, які визначили принципи, підходи, термінологію та комбінації для нової назви
Листопад 2025 р., лютий 2026 р.	Семінари для номінальних груп: проведено серійні онлайн-семінари з учасниками з усіх регіонів світу для систематичного ітеративного тестування ендокринних, метаболічних і репродуктивних термінів, комбінацій і акронімів, із пріоритетністю на основі точності, прийнятності та культурної доречності
Грудень 2025 р.	Аналіз маркетингу та комунікацій: застосовано межі брендингу й комунікацій для оцінювання доцільності, зрозумілості та стратегій переходу для запропонованих назв
Лютий 2026 р.	Пріоритетний результат: досягнуто згоди між пацієнтками та медичними працівниками щодо нової назви – поліендокринний метаболічний оваріальний синдром (ПМОС)
2025-2026 рр.	Стратегія впровадження: розроблено перехідну дорожню мапу для підтримки впровадження в клінічній практиці, дослідженнях, освіті та комунікаціях із громадськістю

Рада Товариства з питань надлишку андрогенів і СПКЯ була дорадчим органом. До її складу ввійшли медичні працівники та наукові керівники різних дисциплін з різних регіонів світу. Організації представляли різні дисципліни: акушерство та гінекологію, лікування безпліддя, ендокринологію, педіатрію, дерматологію, візуалізацію, первинну ланку, дієтологію, психологію.

ПРИНЦИПИ

Керівні принципи (табл. 3) були підтверджені в результатах опитування та схвалені на семінарах за підтримки більшості пацієнток з СПКЯ для уникнення стигми й більшості медичних працівників для точності.

ТАБЛИЦЯ 3. Керівні принципи зміни назви

- Принципи було сформовано через глобальні опитування за методом Дельфі та багатосторонні семінари.
- Підтримка клінічної допомоги, досліджень і покращення результатів у галузі охорони здоров'я: назва має сприяти діагностиці, підвищувати обізнаність, оптимізувати догляд і сприяти дослідженням і розумінню стану для покращення результатів у галузі охорони здоров'я.
- Наукова й медична точність: назва має відображати ендокринну та метаболічну патофізіологію й уникати неточного включення кіст яєчників.
- Чіткість і комунікація: термінологія має бути зрозумілою для пацієнток, клініцистів, дослідників і громадськості.
- Уникнення стигматизації: уникати потенційно упереджених термінів, особливо тих, що безпосередньо пов'язані з репродукцією й фертильністю.
- Культурна та лінгвістична доречність: назва має бути прийнятною в різних культурних, лінгвістичних і регіональних контекстах.
- Доцільність упровадження: назва має забезпечувати практичний перехід у клінічному, дослідницькому та політичному середовищах.

ПІДХОДИ ТА НОВА НАЗВА

Опитування показали, що 86% пацієнток і 71% медиків підтримують нову назву, засновану на симптомах; використання загальної назви підтримали 45% пацієнток і 54% медиків; за збереження аббревіатури «СПКЯ» проголосували лише 20% пацієнток і 40% медиків. У коментарях наголошувалося на потребі точної назви, яка відображає ширші особливості синдрому та визнає його як жіночий стан. Надалі розглядали лише варіант нової назви, орієнтованої на симптоми.

Найпопулярнішою назвою в опитуванні була «поліендокринний метаболічний овуляторний синдром». На семінарі її змінили на «поліендокринний метаболічний оваріальний синдром». Новий термін підтримали всі учасники, за винятком двох, які не підтримували зміни назви.

ВПРОВАДЖЕННЯ

Спільно розроблена стратегія впровадження була представлена й обговорена на семінарах. Індивідуальні відгуки були зібрані від груп і в онлайн-опитуваннях у прямому ефірі для остаточного складання стратегії (табл. 4).

НАСЛІДКИ

Безпрецедентна комплексна міжнародна ініціатива забезпечила репрезентативність, легітимність і прозорість, залучивши пацієнток, фахівців і 56 організацій у різних регіонах світу. Було отримано 14 360 відповідей на опитування, проведено численні семінари з ≈90 представниками, що дало змогу узгодити принципи, які сприятимуть кращим результатам для людей з СПКЯ, науковій точності, легкості комунікації, уникненню стигми, культурній доречності й оптимізації впровадження. Пріоритетними термінами були «поліендокринний», «метаболічний» та «оваріальний», а найкращою назвою для стану, раніше відомого як СПКЯ, – «ПМОС».

У групах пацієнток і медиків пріоритетною була потреба виправити неточний термін «полікістоз» (який передбачає патологічні кісти яєчників) і визнати багатосистемність цього стану. Перейменування хвороби – це складний процес, який потребує фінансування, управління, широкої участі та дотримання надійних методів і процесів.

ПМОС охоплює численні ендокринні аномалії, а не ізольовану проблему з яєчниками. Метааналізи масштабних геномних аналізів і нещодавні дослідження підтверджують, що ПМОС має полігенні механізми, які включають нейроендокринні, метаболічні та репродуктивні шляхи. Визначальною

ТАБЛИЦЯ 4. Вісім етапів глобального впровадження нової назви СПКЯ – ПМОС

Етапи	Контекст
1	Публікація й академічне поширення. Публікація цієї Політики охорони здоров'я із супровідними коментарями, клінічними оглядами, редакційним листуванням, оновленням підручників і навчальних матеріалів
2	Розроблення ресурсів. Спільне розроблення ресурсів для пацієнток і фахівців кількома мовами для різних платформ і способів подання інформації
3	Глобальна комунікація та залучення. Впровадження структурованої комунікаційної стратегії, включно з багатомовними ресурсами для пацієнток і клініцистів, поширенням мультимедійних матеріалів, програм професійної освіти, скоординованими заходами для пацієнток і медиків у всьому світі
4	Інтеграція в системи охорони здоров'я та медичної інформації. Включення нової термінології до електронних медичних записів, зокрема в межах Систематизованої номенклатури медицини; взаємодія з основними провайдерами електронних медичних записів і ключовими зацікавленими сторонами в освіті медичних працівників (університетами, видавцями підручників)
5	Узгодження політики та досліджень. Взаємодія з урядами, спонсорами досліджень, редакторами журналів і працівниками охорони здоров'я (включно з фармацевтичною промисловістю) для підтримки впровадження в класифікаціях досліджень, публікаціях і системах фінансування
6	Міжнародна класифікація та глобальні організації. Офіційна взаємодія з міжнародними організаціями, включно з Всесвітньою організацією охорони здоров'я, для просування інтеграції в системи класифікації захворювань (МКХ)
7	Перехід і майбутнє вдосконалення. Керований перехідний період тривалістю 3 роки з моніторингом та оцінюванням, розглядом нових даних і вдосконаленням термінології в міру розвитку наукового розуміння
8	Настанови. Інтеграція в міжнародні настанови, які вже використовуються в 195 країнах, з наступним оновленням у 2028 р.

ендокринною й діагностичною ознакою є гіперандрогенія – підвищений рівень андрогенів яєчників (часто андрогенів надниркових), що спричиняє гірсутизм, акне, алопецію та метаболічні ознаки. Центральні нейроендокринні аномалії включають підвищену пульсацію гонадотропін-рилізінг-гормону з подальшим підвищенням рівня лютеїнізувального гормону, що призводить до надміру андрогенів яєчників. Інсулінорезистентність і компенсаторна гіперінсулінемія присутні у 85% уражених осіб (зокрема, в 75% жінок з індексом маси тіла ≤ 25 кг/м²). Саме ці зміни посилюють секрецію андрогенів і порушують стероїдогенез, підкреслюючи метаболічно-ендокринну взаємодію. Змінені концентрації АМГ, ендокринна дисфункція яєчників, сигналізація адипокінів і взаємодія кишківника з гормонами впливають на клінічні прояви, особливо репродуктивні й метаболічні. Поєднання ендокринних порушень лежить в основі ризиків вагітності, які посилюються метаболічними особливостями. У сукупності ці складні ендокринні порушення підкреслюють багатосистемні прояви ПМОС і підтримують його переосмислення як поліендокринного стану, що виходить за межі патології яєчників.

В основі ПМОС лежать метаболічні порушення: від генетичного походження до клінічних проявів. Інсулінорезистентність уражає більшість людей з ПМОС і спричиняє надлишок андрогенів, що разом з низьким рівнем запалення й порушеннями адипокінової сигналізації та симпатичної нервової системи призводить до метаболічної дисфункції. Ожиріння, особливо центральне, дуже часто трапляється в людей з ПМОС, посилюючи тяжкість симптомів. У дослідженнях із застосуванням менделівської рандомізації було встановлено причинний зв'язок між ожирінням і ПМОС. Спосіб життя, фармакологічні та хірургічні втручання щодо контролю маси тіла показали клінічну користь. Метаболічні ускладнення, як-от порушення толерантності до глюкози, гестаційний діабет, цукровий діабет 2-го типу, МАСХП, дисліпідемія, гіпертензія, судинна дисфункція, часто трапляються в жінок із ПМОС, посилюються ожирінням і підвищують ризик ССЗ. Дані, отримані від жінок у передменопаузі, показують вищі шанси ССЗ, інфаркту міокарда й інсульту в осіб із ПМОС порівняно із жінками без ПМОС. Отже, чітко встановлені метаболічні особливості ПМОС твердо підтримують включення терміна «метаболізм» до нової назви.

Оваріальна дисфункція є визначальною ознакою ПМОС, що має генетичне походження з порушенням ендокринної й паракринної функцій упродовж

і після репродуктивного періоду. Нейроендокринні аномалії порушують стероїдогенез яєчників і дозрівання фолікулів. Дисфункція посилюється порушенням регуляції гранульозних і тека-клітин, спричиненим гіперінсулінемією, що погіршує гіперандрогенію. Ці аномалії порушують фолікулогенез і призводять до накопичення малих антральних фолікулів. Унаслідок порушення фолікулогенезу підвищується рівень АМГ. Клінічно ці аномалії проявляються овуляторною дисфункцією, порушеннями менструального циклу та безпліддям, що підтверджує чітке включення терміна «оваріальний» до нової номенклатури.

Інші особливості (психологічні, дерматологічні) є вторинними щодо ендокринних змін, тому не були включені до нової назви.

ВИСНОВКИ

- СПКЯ вражає понад 170 мільйонів жінок у світі, проте назва не відображає багатосистемних ендокринних і метаболічних порушень, посилює стигму, затримує діагностику та перешкоджає ефективній клінічній допомозі.
- Завдяки безпрецедентному ретельному глобальному процесу досягнення консенсусу за участю пацієнок, фахівців різних галузей охорони здоров'я й організацій з різних регіонів світу було узгоджено нову назву – ПМОС, яка точно відображає різноманітні особливості цього стану та виключає оманливе посилення на кісти яєчників.
- Консенсус щодо нової назви було досягнуто за допомогою надійних методів (модифікованих процесів опитування Дельфі, семінарів номінальних груп, аналізу впровадження й маркетингу), що забезпечило наукову точність, культурну доречність, уникнення стигматизації та можливість упровадження. Ці процеси оптимізували репрезентативність, легітимність і прозорість, сприяючи залученню для підтримки впровадження.
- Скоординоване впровадження триває в системах охорони здоров'я, дослідницьких установах, органах фінансування, навчальних закладах, клінічних настановах і системах класифікації (кодування МКХ) та підтримується глобальним перехідним періодом і постійним оцінюванням упродовж 3 років.
- Узгодження номенклатури підвищить обізнаність, діагностику, якість медичної допомоги, узгодженість досліджень і досвід пацієнок, зміцнюючи політику, адвокацію та результати охорони здоров'я у світі.

Література

Teede H., Khomami M., Morman R., et al. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *Lancet*. Published online May 12, 2026. doi: 10.1016/S0140-6736(26)00717-8.