

МІЖНАРОДНА ДОКАЗОВО-ОБҐРУНТОВАНА НАСТАНОВА З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ – 2023*

Настанова розроблена Центром передового дослідження здоров'я жінок у репродуктивному житті (Centre for Research Excellence in Women's Health in Reproductive Life, CRE WHiRL) у співпраці з Американським товариством репродуктивної медицини (American Society of Reproductive Medicine, ASRM), Ендокринним товариством (Endocrine Society), Європейським товариством ендокринології (European Society of Endocrinology) і Європейським товариством репродукції лю-

дини та ембріології (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE), з міжнародними професійними товариствами та групами захисту прав споживачів.

Категорії рекомендацій і їх достовірність на основі системи класифікації, оцінки, розробки та експертизи рекомендацій GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) представлені у таблицях 1–3.

Таблиця 1. Категорії рекомендацій

EBR (evidence-based recommendations)	Рекомендації, засновані на доказах: докази, достатні для надання рекомендації, зробленої групою з розробки настанов
CR (consensus recommendations)	Консенсусні рекомендації: за відсутності належних доказів група з розробки настанов надала консенсусну рекомендацію, яка також базується на даних загальної популяції
PP (practice points)	Практичні положення: докази не знайдені. Групою з розробки настанов було сформульоване практичне положення на основі обговорення рекомендацій, заснованих на фактичних даних або консенсусних рекомендаціях

Таблиця 2. Рекомендації GRADE

•	Умовна рекомендація проти твердження
••	Умовна рекомендація на користь твердження або порівняння
•••	Умовна рекомендація на користь твердження
••••	Сильна рекомендація на користь твердження

Таблиця 3. Якість (достовірність) категорій доказів (адаптовано відповідно до системи GRADE)

Висока	++++	Висока впевненість, що справжній ефект близький до оцінки ефекту
Помірна	+++	Помірна впевненість в оцінці ефекту: справжній ефект, ймовірно, буде близьким до оцінки ефекту, але існує ймовірність, що він відрізняється
Низька	++	Обмежена впевненість в оцінці ефекту: справжній ефект може суттєво відрізнятися від оцінки ефекту
Дуже низька	+	Дуже низька впевненість в оцінці ефекту: справжній ефект, ймовірно, суттєво відрізняється від оцінки ефекту

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Консенсусні рекомендації (CR) і практичні положення (PP) не мають рейтингів GRADE, однак вони були обґрунтовані на основі доказів загальної популяції. Знаком # позначений пріоритет для оновлень способу життя.

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
1		СКРИНІНГ, ДІАГНОСТИКА ТА ОЦІНКА РИЗИКУ Й ЕТАПІВ ЖИТТЯ	
		Загальні принципи	
1.1		Нерегулярні менструальні цикли і овуляторна дисфункція	
1.1.1	CR	Нерегулярні менструальні цикли (МЦ) визначаються як: <ul style="list-style-type: none"> • норма у перший рік після менархе як частина пубертатного переходу; • >1 до <3 років після менархе: тривалість <21 або >45 днів; • >3 років після менархе до перименопаузи: тривалість <21 або >35 днів або <8 МЦ на рік; • >1 року після менархе >90 днів для будь-якого МЦ Первинна аменорея у віці 15 років або >3 років після телархе (розвитку грудних залоз). За наявності нерегулярних МЦ слід розглянути діагноз синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) та оцінити його відповідно до цих Рекомендацій щодо СПКЯ	••••

*Настанова опублікована в The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2023 Sep 18; 108 (10): 2447–69. doi: 10.1210/clinem/dgad463.

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
1.1.2	PP	Середній вік менархе в різних популяціях може відрізнятися	
1.1.3	PP	У підлітків з нерегулярними МЦ значення та оптимальні терміни оцінки і діагностики СПКЯ слід обговорити з пацієнткою та її батьками/опікунами, враховуючи діагностичні проблеми на цьому етапі життя та психосоціальні й культурні чинники	
1.1.4	PP	Підлітків, які мають ознаки СПКЯ, але не відповідають діагностичним критеріям, можна розглядати як групу підвищеного ризику і виконати повторну діагностику під час або раніше повної репродуктивної зрілості, через 8 років після менархе. Сюди входять особи, які мали ознаки СПКЯ до початку прийому комбінованих оральних контрацептивів (КОК) і у кого симптоми зберігалися, а також особи зі значним збільшенням ваги в підлітковому віці.	
1.1.5	PP	Овуляторна дисфункція також може виникати при регулярних МЦ, і якщо необхідно підтвердити ановуляцію, слід виміряти рівень прогестерону в сироватці крові.	
1.2		Біохімічна гіперандрогенія	
1.2.1	EBR	При діагностиці СПКЯ необхідно виміряти рівні загального і вільного тестостерону для виявлення біохімічної гіперандрогенії (ГА). Концентрацію вільного тестостерону можна визначити за розрахованим індексом вільних андрогенів	●●●● +
1.2.2	EBR	Якщо рівень тестостерону або вільного тестостерону не підвищений, можна визначити рівні андростендіону та дегідроепіандростерону сульфату (ДГЕАС), враховуючи їх нижчу специфічність і більше пов'язане з віком зниження концентрації ДГЕАС	●●● +
1.2.3	EBR	Лабораторіям необхідно використовувати перевірену, високоточну тандемну мас-спектрометрію (liquid chromatography-mass spectrometry/mass spectrometry, LC-MS/MS) для вимірювання рівня загального тестостерону та, якщо необхідно, андростендіону і ДГЕАС. Вільний тестостерон слід оцінювати шляхом розрахунку, рівноважного діалізу або осадження сульфатом амонію	●●●● +
1.2.4	EBR	Лабораторії мають використовувати LC-MS/MS замість прямих імуноаналізів (наприклад, радіометричних, ферментативнов'язаних тощо) для оцінки рівня загального або вільного тестостерону, оскільки останні мають обмежену точність і демонструють низьку чутливість у діагностиці ГА при СПКЯ	●●●● ++
1.2.5	PP	Для діагностики ГА при СПКЯ оцінка біохімічної ГА має найбільше значення у пацієнток із мінімальними або відсутніми клінічними ознаками ГА (тобто гірсутизму)	
1.2.6	PP	Дуже важко достовірно оцінити біохімічну ГА у жінок, які приймають КОК, оскільки гормональні контрацептиви збільшують рівень глобуліну, що зв'язує статеві гормони, і зменшують гонадотропінзалежний синтез андрогенів. Якщо оцінка біохімічної ГА є обов'язковою і жінка застосовує КОК, то їх приймання слід припинити щонайменше на три місяці, а протягом цього періоду слід контролювати контрацепцію	
1.2.7	PP	Повторні вимірювання рівнів андрогенів для поточної оцінки СПКЯ у дорослих мають обмежену роль	
1.2.8	PP	У більшості підлітків концентрація андрогенів досягає діапазонів дорослих у віці 12–15 років	
1.2.9	PP	Якщо рівні андрогенів значно перевищують лабораторні контрольні діапазони, причини гіперандрогенемії, крім СПКЯ, включають новоутворення яєчників і надниркових залоз, вроджену гіперплазію надниркових залоз, синдром Кушинга, гіпертекоз яєчників (після менопаузи), ятрогенні причини та синдроми, важку інсулінорезистентність. Однак деякі новоутворення, що секретують андрогени, пов'язані лише з легким або помірним підвищенням рівня андрогенів. Клінічний анамнез часу появи та/або швидкого прогресування симптомів є критичним для оцінки андрогенпродукувальної пухлини	
1.2.10	PP	Референтні діапазони для різних методів і лабораторій сильно відрізняються і часто базуються на довільному процентилі або дисперсіях середнього значення для популяції, яка не була повністю охарактеризована та, з високою ймовірністю, включає жінок з СПКЯ. Нормальні рівні слід визначати або за діапазоном значень у добре охарактеризованій здоровій контрольній популяції, або за допомогою кластерного аналізу значень загальної популяції	
1.3		Клінічна гіперандрогенія	
1.3.1	EBR	Наявність тільки гірсутизму слід вважати прогностичним чинником біохімічної ГА та СПКЯ у дорослих	●●● +
1.3.2	EBR	Випадання волосся за жіночим типом і акне окремо (без гірсутизму) є відносно слабкими провісниками біохімічної ГА	●●●● +
1.3.3	CR	Для виявлення симптомів і ознак клінічної ГА, включно з акне, випадінням волосся за жіночим типом і гірсутизмом у дорослих, а також із важкими акне та гірсутизмом у підлітків, необхідно зібрати повний анамнез і провести фізикальне обстеження	●●●●
1.3.4	CR	Слід враховувати потенційний негативний психосоціальний вплив клінічної ГА і жінці необхідно повідомити про небажаний надмірний ріст волосся та/або втрату волосся за жіночим типом, незалежно від їх клінічної тяжкості	●●●

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
1.3.5	CR	Для виявлення гірсутизму слід використовувати модифіковану шкалу Феррімана-Голлвея (mFG), залежно від етнічної приналежності, враховуючи, що самолікування є поширеним явищем і може обмежити клінічну діагностику	●●●●
1.3.6	CR	Слід враховувати, що тяжкість гірсутизму може відрізнятися залежно від етнічної приналежності, але поширеність гірсутизму є однаковою для різних етнічних груп	●●●
1.3.7	PP	Медичним працівникам слід: <ul style="list-style-type: none"> ● для оцінки гірсутизму надавати перевагу стандартизованим візуальним шкалам, таким як шкала mFG у поєднанні з фотографічним атласом; ● використовувати візуальні шкали Людвіга або Олсена для оцінки випадіння волосся за жіночим типом; ● враховувати, що загальноприйнятими візуальними інструментами для оцінки наявності акне не існують; ● пам'ятати, що жінки зазвичай лікують клінічну ГА косметично, зменшуючи її видимі клінічні тяжкості; ● розуміти, що самооцінка небажаного надлишкового росту волосся і, можливо, акне та випадіння волосся за жіночим типом, має високий ступінь обгрунтованості та заслуговує на ретельну оцінку, навіть якщо явні клінічні ознаки ГА під час огляду неочевидні; ● мати на увазі, що для визначення гірсутизму потрібно враховувати лише термінальне волосся, яке за відсутності лікування може досягати >5 мм, відрізнятися за формою та текстурою і, як правило, пігментоване; ● розуміти, що нова тяжка ГА або ГА, що погіршується, включаючи гірсутизм, потребує подальшого обстеження, щоб виключити андрогенсекретувальні пухлини та гіпертекоз яєчників; ● з метою покращення або коригування лікування контролювати клінічні ознаки ГА, включаючи гірсутизм, акне та випадіння волосся за жіночим типом 	
1.4		УЗД та морфологія полікістозних яєчників	
1.4.1	EBR	Число фолікулів на яєчник (follicle number per ovary, FNPO) слід вважати найефективнішим ультразвуковим маркером для виявлення морфології полікістозних яєчників у дорослих	●●●● ++
1.4.2	EBR	FNPO, кількість фолікулів на поперечний зріз (follicle number per cross-section, FNPS) і об'єм яєчників (ovarian volume, OV) слід вважати точними ультразвуковими маркерами у діагностиці морфології полікістозних яєчників у дорослих	●●●● ++
1.4.3	CR	Критерії морфології полікістозних яєчників мають базуватися на надлишку фолікулів (FNPO, FNPS) та/або збільшенні яєчників (OV)	●●●●
1.4.4	CR	FNPO ≥ 20 принаймні в одному яєчнику слід вважати порогом для морфології полікістозних яєчників у дорослих	●●●●
1.4.5	CR	OV ≥ 10 мл або FNPS ≥ 10 принаймні в одному яєчнику в дорослих слід вважати порогом для морфології полікістозних яєчників, якщо використовується більш стара технологія або якість зображення недостатня для точного визначення кількості фолікулів у всьому яєчнику	●●●●
1.4.6	PP	Немає остаточних критеріїв для визначення морфології полікістозних яєчників при УЗД у підлітків, тому в підлітків це не рекомендується виконувати	
1.4.7	PP	Коли показано УЗД, трансвагінальне обстеження є найбільш точним для діагностики морфології полікістозних яєчників, якщо цей метод прийнятний для пацієнтки	
1.4.8	PP	Шляхом трансабдомінального УЗД необхідно насамперед визначити OV із порогом ≥ 10 мл або FNPS ≥ 10 у будь-якому яєчнику в дорослих, враховуючи складність оцінки кількості фолікулів у всьому яєчнику за допомогою цього підходу	
1.4.9	PP	У пацієнток з нерегулярними МЦ та ГА УЗД яєчників не є обов'язковим методом діагностики СПКЯ	
1.4.10	PP	Порогові значення для морфології полікістозних яєчників необхідно регулярно переглядати за допомогою передових ультразвукових технологій, а також слід визначити вікові порогові значення морфології полікістозних яєчників	
1.4.11	PP	Існує потреба в навчанні ретельному підрахунку фолікулів для кожного яєчника, а також рекомендовані чіткі стандартизовані протоколи для оцінки морфології полікістозних яєчників на УЗД, включаючи як мінімум: <ul style="list-style-type: none"> ● останню менструацію (або стадію МЦ); ● частоту смуги пропускання трансдьюсера; ● підхід/маршрут оцінювання; ● загальну кількість фолікулів 2–9 мм на яєчник; ● вимірювання в трьох вимірах (в см) або об'єму кожного яєчника; ● інші особливості та/або патологію яєчників, включаючи оваріальні кісти, жовте тіло, домінантні фолікули (≥ 10 мм) (які не слід включати в обчислення об'єму яєчників); ● для діагностики морфології полікістозних яєчників використовувати FNPO контралатерального яєчника, де спостерігається домінантний фолікул; ● особливості та/або патологію матки, включаючи товщину та малюнок ендометрія 	
1.5#		Антимюллерів гормон у діагностиці СПКЯ	
1.5.1	EBR	Для визначення морфології полікістозних яєчників у дорослих можна використовувати рівень сироваткового антимюллерового гормону (АМГ)	●●● +++

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
1.5.2	EBR	Сироватковий АМГ слід використовувати лише відповідно до діагностичного алгоритму, враховуючи, що у пацієнок із нерегулярними МЦ та ГА вимірювати АМГ для діагностики СПКЯ не потрібно	●●●● +++
1.5.3	EBR	Ми рекомендуємо не використовувати рівень сироваткового АМГ як єдиний тест для діагностики СПКЯ	●●●● +++
1.5.4	EBR	Рівень сироваткового АМН не слід використовувати у підлітків	●●●● +++
1.5.5	PP	Для визначення морфології полікістозних яєчників можна використовувати рівень сироваткового АМН або УЗД; однак не слід застосовувати обидва методи, щоб не було гіпердіагностики	
1.5.6	PP	Лабораторії та медичні працівники зобов'язані знати про чинники, які впливають на рівень АМГ у населення в цілому, зокрема: <ul style="list-style-type: none"> • вік: у загальній популяції концентрація сироваткового АМГ зазвичай досягає піку у віці 20–25 років; • індекс маси тіла (ІМТ): у загальній популяції значення сироваткового АМГ нижче у тих, хто має вищий ІМТ; • гормональна контрацепція і хірургічні втручання на яєчниках: рівень сироваткового АМГ може бути пригнічений поточним або недавнім застосуванням КОК; • день МЦ: концентрація сироваткового АМГ може змінюватися залежно від МЦ 	
1.5.7	PP	Лабораторії, які визначають рівень АМГ у жінок, мають використовувати граничні показники для популяції та аналіз конкретних порогових значень	
1.6#		Етнічні відмінності	
1.6.1	EBR	Слід знати про високу поширеність СПКЯ в усіх етнічних групах і в усіх регіонах світу, частота патології коливається від 10–13% у всьому світі за Роттердамськими критеріями	●●●● +++
1.6.2	EBR	Необхідно знати, що поширеність СПКЯ однакова для регіонів та етнічних груп світу, але може бути вищою у регіонах Південно-Східної Азії та Східного Середземномор'я	●●●● +++
1.6.3	PP	Прояви СПКЯ можуть відрізнятися в різних етнічних групах	
1.7		Життєвий етап менопаузи	
1.7.1	CR	Діагноз СПКЯ можна вважати стійким/довічним	●●●
1.7.2	CR	Можна вважати, що у жінок із СПКЯ клінічна та біохімічна ГА зберігається в постменопаузі	●●●
1.7.3	CR	Діагноз СПКЯ можна вважати постменопаузальним, якщо в минулому був встановлений діагноз СПКЯ або був тривалий анамнез олігоаменореї з ГА та/або морфологією полікістозних яєчників протягом ранніх репродуктивних років (20–40 років)	●●●
1.7.4	CR	Необхідно розглянути можливість проведення подальших досліджень з метою виключення пухлини, що секретує андрогени, та гіпертекозу яєчників у жінок у постменопаузі з новою тяжкою ГА або ГА, що погіршується, включно з гірсутизмом	●●●
1.8#		Ризик серцево-судинних захворювань	
1.8.1		Слід вважати, що жінки з СПКЯ мають підвищений ризик серцево-судинних захворювань (ССЗ) і потенційно серцево-судинної смертності, при цьому загальний ризик ССЗ у жінок у пременопаузі низький	●●● +
1.8.2	EBR	У всіх жінок із СПКЯ слід оцінити чинники ризику ССЗ	●●●● +
1.8.3	CR	У всіх жінок із СПКЯ, незалежно від віку та ІМТ слід визначити ліпідний профіль (холестерин, холестерин ліпопротеїнів низької щільності, холестерин ліпопротеїнів високої щільності та тригліцериди). Після цього частота вимірювань ліпідного профілю має базуватися на наявності гіперліпідемії та додаткових чинників ризику або загального серцево-судинного ризику	●●●●
1.8.4	CR	У всіх хворих на СПКЯ слід вимірювати артеріальний тиск щороку, а також під час планування вагітності чи лікування безпліддя, враховуючи високий ризик гіпертензивних розладів під час вагітності та супутніх захворювань	●●●●
1.8.5	CR	Органам, що фінансують медичну сферу, слід визнати, що СПКЯ дуже поширений і має мультисистемні ефекти, у тому числі кардіометаболічні захворювання, і відповідно необхідно збільшити підтримку досліджень у цьому напрямі	●●●●
1.8.6	CR	Настанови щодо ССЗ для загальної популяції можуть розглядати СПКЯ як чинник ризику ССЗ	●●●
1.8.7	CR	Медичні працівники, жінки з СПКЯ та інші зацікавлені сторони мають надавати пріоритет профілактичним стратегіям для зниження ризику ССЗ	●●●●
1.8.8	PP	При визначенні ризику необхідно враховувати відмінності в чинниках серцево-судинного ризику та ССЗ залежно від етнічних груп (див. розділ 1.6.1) і віку	

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
1.9		Порушення толерантності до глюкози та ризик цукрового діабету 2 типу	
1.9.1	EBR	Медичні працівники та жінки з СПКЯ повинні знати, що, незалежно від віку та ІМТ, пацієнтки з СПКЯ мають підвищений ризик порушення рівня глюкози натщесерце, порушення толерантності до глюкози та цукрового діабету 2 типу (ЦД-2)	●●●● ++
1.9.2	EBR	У всіх дорослих і підлітків із СПКЯ під час діагностики слід визначати глікемічний статус	●●●● ++
1.9.3	CR	Глікемічний статус необхідно повторно оцінювати кожні один-три роки на основі додаткових індивідуальних чинників ризику ЦД	●●●●
1.9.4	CR	Медичні працівники, жінки з СПКЯ та інші зацікавлені сторони мають надавати пріоритет профілактичним стратегіям для зниження ризику розвитку ЦД-2	●●●●
1.9.5	CR	Органам, що фінансують медичну сферу, слід визнати, що СПКЯ дуже поширений і асоційований зі значно вищим ризиком розвитку ЦД, а тому має відповідно фінансуватися	●●●●
1.9.6	CR	Настанови з ЦД для загальної популяції мають розглянути включення СПКЯ як незалежного чинника ризику ЦД	●●●●
1.9.7	PP	Медичним працівникам, дорослим і підліткам із СПКЯ та їхнім родичам першої лінії належить знати про підвищений ризик ЦД та необхідність регулярної оцінки рівня глікемії	
1.9.8	PP	Жінки з ЦД 1 та 2 типів мають підвищений ризик СПКЯ, тому особам із ЦД слід розглянути можливість проведення скринінгу на СПКЯ	
		Діагностика глікемії	
1.9.9	EBR	Хворим на СПКЯ необхідно рекомендувати виконати пероральний глюкозотолерантний тест (ПГТТ) із 75 г глюкози як найточніший тест для оцінки глікемічного статусу при СПКЯ, незалежно від ІМТ	●●●● +
1.9.10	EBR	Якщо ПГТТ виконати неможливо, можна визначити рівень глюкози в плазмі крові натщесерце та/або глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), але їх точність значно знижена	●●● +
1.9.11	EBR	ПГТТ є доцільним для всіх жінок із СПКЯ та без попереднього ЦД, коли вони планують вагітність або звертаються за лікуванням безпліддя, враховуючи високий ризик гіперглікемії та супутніх захворювань під час вагітності. За відсутності преконцепційної підготовки ПГТТ можна запропонувати жінці під час першого пренатального візиту, а всім жінкам із СПКЯ слід виконати цей тест на 24–28-му тижні вагітності	●●● +
1.9.12	PP	Інсулінорезистентність є патофізіологічним чинником СПКЯ, однак клінічно доступна діагностика рівня інсуліну має обмежену клінічну значущість і як рутинна процедура не рекомендується до використання (див. розділ 3.1.10)	
1.10		Обструктивне апное сну	
1.10.1	EBR	Жінки з СПКЯ мають значно більшу поширеність обструктивного апное сну (ОАС) порівняно з жінками без СПКЯ, незалежно від ІМТ	●●●● +++
1.10.2	EBR	Жінкам з СПКЯ належить пройти обстеження на наявність симптомів ОАС (хрипіння в поєднанні з пробудженням без сну, денна сонливість або втома) і за їх наявності слід провести оцінку за допомогою відповідних інструментів або направити на обстеження до спеціаліста	●●●● +++
1.10.3	PP	Прості анкети для скринінгу обструктивних розладів під час сну (такі як Берлінський опитувальник, перевірений у загальній популяції) можуть допомогти у виявленні ОАС у жінок із СПКЯ, однак діагностика цього стану потребує належного дослідження сну	
1.10.4	PP	Цілі лікування мають бути спрямовані на усунення симптомів ОАС	
1.11		Гіперплазія та рак ендометрія	
1.11.1	EBR	Жінки в менопаузі з СПКЯ мають значно вищий ризик розвитку гіперплазії та раку ендометрія	●●●● ++
1.11.2	PP	Жінок із СПКЯ необхідно поінформувати про підвищений ризик гіперплазії ендометрія та раку ендометрія, зазначивши, що загальний шанс розвитку раку ендометрія низький, тому рутинний його скринінг не рекомендується	
1.11.3	PP	Тривала аменорея без лікування, велика вага, ЦД-2 та стійко потовщений ендометрій є додатковими до СПКЯ чинниками ризику розвитку гіперплазії ендометрія і раку ендометрія	
1.11.4	PP	Жінки з СПКЯ мають бути поінформовані про профілактичні стратегії, включаючи контроль ваги, регуляцію МЦ та регулярну терапію гестагенами	
1.11.5	PP	При виявленні надмірної товщини ендометрія показаний розгляд питання про біопсію з гістологічним дослідженням і кровотечею скасування	
1.12#		Ризики у родичів	

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
1.12.1	EBR	Можна вважати, що у батьків та братів жінок із СПКЯ може бути підвищена поширеність метаболічного синдрому, ЦД-2 та артеріальної гіпертензії	●●● +
1.12.2	PP	Кардіометаболічний ризик у родичів першої лінії жінок із СПКЯ залишається непереконаливим	
2		ПОШИРЕНІСТЬ, СКРИНІНГ І ЛІКУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ І МОДЕЛІ ДОПОМОГИ	
		Загальні принципи	
	PP	Психологічні особливості є загальним і важливим компонентом СПКЯ, про який належить знати всім медичним працівникам. Органи, що фінансують медичну сферу, зобов'язані визнати, що СПКЯ дуже поширений і асоційований з великою кількістю психологічних розладів, які мають бути пріоритетними для фінансування	
2.1		Якість життя	
2.1.1	EBR	Медичні працівники та жінки мають усвідомлювати несприятливий вплив СПКЯ та/або особливостей СПКЯ на якість життя	●●●● ++
2.1.2	PP	Пацієнок із СПКЯ слід запитати про їхнє сприйняття пов'язаних із СПКЯ симптомів, їх вплив на якість життя, основні проблеми та пріоритети лікування	
2.2		Депресія і тривога	
2.2.1	EBR	Медичним працівникам належить знати про високу поширеність помірних і важких депресивних симптомів та депресії у дорослих і підлітків із СПКЯ, а тому необхідно проводити скринінг депресії у всіх дорослих і підлітків із СПКЯ, використовуючи регіонально перевірені інструменти скринінгу	●●●● ++++
2.2.2	EBR	Медичні працівники мають знати про високу поширеність помірних і важких симптомів тривоги та тривожних розладів у дорослих, а отому належить проводити скринінг тривоги у всіх дорослих із СПКЯ, використовуючи регіонально перевірені інструменти скринінгу	●●●● ++++
2.2.3	CR	Якщо виявлено помірні або важкі симптоми депресії чи тривоги, необхідно провести подальшу діагностику, направити жінку до відповідного спеціаліста або запропонувати лікування	●●●●
2.2.4	PP	Під час лікування слід керуватися тяжкістю симптомів і клінічним діагнозом депресії або тривоги. Оптимальний інтервал для скринінгу тривоги та депресії невідомий. Прагматичний підхід може включати скринінг при постановці діагнозу з повторним скринінгом на основі клінічного судження, чинників ризику, супутніх захворювань і життєвих подій, у тому числі з перинатальним періодом. Скринінг на розлади психічного здоров'я включає оцінку чинників ризику, симптомів, ризику самоушкодження та суїцидальних намірів	
2.3		Психосексуальна функція	
2.3.1	CR	Потрібно враховувати численні чинники, які можуть впливати на психосексуальну функцію при СПКЯ, включаючи надмірну вагу, гірсутизм, розлади настрою, безпліддя та ліки від СПКЯ	●●●
2.3.2	CR	Необхідно отримати дозвіл жінки щоб обговорити її психосексуальну функцію, враховуючи, що діагноз психосексуальної дисфункції вимагає як наявності низької психосексуальної функції, так і відповідного дистресу	●●●●
2.4		Зовнішність	
2.4.1	EBR	Медичні працівники мають враховувати, що ознаки СПКЯ можуть мати негативний вплив на зовнішність пацієнтки	●●●● ++
2.5		Розлади харчової поведінки та непорядковане харчування	
2.5.1	EBR	При наявності СПКЯ слід враховувати розлади харчової поведінки та непорядковане харчування, незалежно від ваги, особливо в контексті контролю маси тіла та способу життя (див. розділи 2.4 і 3.6)	●●● ++
2.5.2	PP	При підозрі на розлади харчової поведінки спеціалісти з належною кваліфікацією мають провести подальшу діагностику за допомогою повного діагностичного інтерв'ю. Якщо виявлено розлад харчової поведінки або неправильне харчування, слід запропонувати відповідне лікування та підтримку	
2.6		Інформаційні ресурси, моделі допомоги, культурні та мовні особливості	
2.6.1		Інформаційні потреби	
2.6.1.1	EBR	Всім пацієнткам із СПКЯ необхідно надавати спеціалізовану інформацію, освіту та доступ до високоякісних, культурно відповідних та інклюзивних ресурсів	●●●● +++
2.6.1.2	EBR	Інформація, освіта та ресурси мають високий пріоритет для пацієнок із СПКЯ, тому їх треба надавати з повагою та співчуттям	●●●● +++

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
2.6.1.3	CR	Організації, відповідальні за професійну медичну освіту, мають забезпечити систематичне впровадження інформації та освіти жінок із СПКЯ на всіх рівнях професійної підготовки медичних працівників для усунення прогалів у знаннях	••••
2.6.1.4	PP	При адаптації практичних парадигм слід враховувати різноманітність населення. Професійні можливості охорони здоров'я мають бути оптимізовані на всіх етапах навчання в магистратурі та післядипломній освіті, безперервного професійного розвитку та практичних ресурсів підтримки	
2.6.1.5	PP	Жінок слід проконсультувати щодо ризику дезінформації та скерувати їх до джерел, що ґрунтуються на доказах	
2.6.2#		Моделі допомоги	
2.6.2.1	CR	Моделі надання медичної допомоги мають надавати пріоритет справедливому доступу до первинної медичної допомоги, що базується на фактичних даних, із шляхами ескалації до інтегрованих спеціалізованих і мультидисциплінарних послуг, якщо це необхідно	••••
2.6.2.2	PP	Стратегії для надання оптимальних моделей догляду можуть включати професійну медичну освіту, шляхи надання допомоги, віртуальну допомогу, ширше залучення медичних працівників (наприклад, медсестер) та інструменти координації	
2.6.3		Підтримка управління СПКЯ	
2.6.3.1	CR	Суб'єктам громадської охорони здоров'я слід розглянути питання про підвищення обізнаності та освіти суспільства щодо СПКЯ, щоб зменшити стигматизацію та маргіналізацію	•••
2.6.3.2	PP	Сім'ям жінок із цим захворюванням протягом усього життя необхідно використовувати відповідні освітні ресурси щодо СПКЯ	
2.6.4		Догляд за пацієнтками	
2.6.4.1	EBR	Необхідно спільно з пацієнткою приймати рішення та підтримувати її у вживанні належних дій для управління своїм здоров'ям	•••• +++
2.6.4.2	EBR	Слід визнати важливість знання про СПКЯ, застосування практик, що ґрунтуються на доказах, під час обміну знаннями про діагностику, лікування та наслідки для здоров'я, а також визначення пріоритетів пацієнтки та зосередження на них	•••• +++
2.7		Психологічна терапія	
2.7.1	CR	Жінкам із СПКЯ, у яких діагностовано депресію, тривогу та/або розлади харчової поведінки, слід запропонувати психологічну терапію, керуючись регіональними настановами для загальної популяції	••••
2.7.2	CR	Жінкам із СПКЯ і розладом харчування, негативними змінами зовнішності, низькою самооцінкою, проблемами жіночої ідентичності або психосексуальною дисфункцією слід запропонувати лікування, основане на доказах (наприклад, когнітивно-поведінкову терапію), якщо це доречно	••••
2.8		Лікування антидепресантами та анксиолітиками	
2.8.1	CR	Психологічну терапію можна розглядати як лікування першої лінії, а антидепресанти призначати дорослим пацієнткам (на основі настанов для загального населення), у яких розлади психічного здоров'я чітко задокументовані та стійкі, або якщо наявні суїцидальні симптоми	•••
2.8.2	PP	Слід розглянути зміни способу життя та інші види терапії, спрямовані на особливості СПКЯ (наприклад, КОК, метформін, лазерне видалення волосся), враховуючи їх потенціал для зменшення психологічних симптомів. Якщо при СПКЯ застосовується фармакологічне лікування тривоги і депресії, медичні працівники повинні бути обережними: <ul style="list-style-type: none"> • уникати невідповідного лікування антидепресантами або анксиолітиками; • обмежити використання препаратів, що посилюють симптоми СПКЯ, у тому числі збільшення ваги. Слід знати, що відсутність контролю над тривогою та депресією може вплинути на дотримання режиму лікування/контролю СПКЯ	
3		МЕНЕДЖМЕНТ СПОСОБУ ЖИТТЯ	
3.1		Ефективність заходів зі зміни способу життя	
3.1.1	EBR	Всім жінкам із СПКЯ для покращення метаболічного здоров'я, що включає центральне ожиріння та ліпідний профіль, слід рекомендувати змінити спосіб життя (окремі фізичні вправи або багатокomпонентна дієта в поєднанні з фізичними вправами та поведінковими стратегіями).	•••• +
3.1.2	CR	Здоровий спосіб життя, що включає здорове харчування та/або фізичну активність, слід рекомендувати всім жінкам із СПКЯ для оптимізації загального стану здоров'я, якості життя, складу тіла та контролю ваги (підтримання ваги, запобігання набору та/або помірної втрати ваги)	••••
3.1.3	PP	Медичні працівники зобов'язані знати, що контроль способу життя є основним напрямком лікування СПКЯ	
3.1.4	PP	Цілі та пріоритети управління способом життя слід розробляти спільно з хворими на СПКЯ та враховувати індивідуальні побажання жінок	
3.1.5	PP	Переваги здорового способу життя існують навіть за відсутності втрати ваги	

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
3.1.6	PP	У пацієнок, які мають більшу вагу, її зменшення може асоціюватися зі значними клінічними покращеннями; слід врахувати такі ключові моменти: <ul style="list-style-type: none"> • довічна спрямованість на запобігання подальшому набору ваги; • якщо метою є зменшення ваги, жінкам можна призначити індивідуальний енергетичний дефіцит, враховуючи індивідуальні потреби в енергії, масу тіла та рівень фізичної активності; • ступінь зменшення центрального ожиріння (наприклад, окружності талії, співвідношення талії та стегон) або покращення метаболічного здоров'я; • потреба в постійній оцінці та підтримці 	
3.1.7	PP	При обговоренні з жінкою з СПКЯ питання управління способом життя слід пам'ятати про стигматизацію щодо ваги (див. розділ 3.6)	
3.1.8	PP	Здоровий спосіб життя та оптимальний контроль ваги в контексті структурованої, інтенсивної і постійної клінічної підтримки так само ефективні при СПКЯ, як і в загальній популяції	
3.1.9	PP	У пацієнок без надлишкової ваги, у підлітків і в ключові життєві періоди жінки, увага має бути зосереджена на здоровому способі життя та запобіганні набору надмірної ваги	
3.1.10	PP	Інсулінорезистентність є патофізіологічним чинником СПКЯ, однак клінічно доступна діагностика рівня інсуліну має обмежену клінічну значущість і не повинна використовуватися в плановому лікуванні (див. розділ 1.9.12)	
3.2		Поведінкові стратегії	
3.2.1	CR	Щоб оптимізувати контроль ваги, досягти здорового способу життя та емоційного благополуччя у хворих на СПКЯ, втручання у зміну способу життя можуть включати такі поведінкові стратегії, як постановка цілей, самоконтроль, вирішення проблем, тренування наполегливості, підсилення позитивних змін і запобігання рецидивам	•••
3.2.2	PP	Поведінкова стратегія може включати: постановку цілей, вирішення проблем, самоконтроль і нагляд, або SMART-цілі (конкретні, вимірювані, досяжні, реалістичні та своєчасні — Specific, Measurable, Achievable, Realistic and Timely).	
3.2.3	PP	Можна застосовувати комплексні втручання в здорову поведінку або когнітивну поведінку для посилення підтримання, залучення, прихильності та підтримки здорового способу життя і покращення результатів здоров'я пацієнок із СПКЯ	
3.3		Зміни в дієті	
3.3.1	EBR	Медичним працівникам та жінкам необхідно врахувати, що немає доказів, які б підтверджували перевагу якогось певного типу дієти над іншими дієтами для досягнення антропометричних, метаболічних, гормональних, репродуктивних або психологічних результатів	••• +
3.3.2	CR	Будь-яка дієта, яка відповідає рекомендаціям зі здорового харчування для населення, принесе користь для здоров'я, і в рамках цього слід рекомендувати стале здорове харчування з урахуванням індивідуальних уподобань і цілей	••••
3.3.3	PP	Важливим відповідно до загальних рекомендацій для населення є пристосування змін в дієті до харчових уподобань, що передбачає гнучкий, індивідуальний і спільно з пацієнткою розроблений підхід до досягнення харчових цілей та уникнення надмірно обмежувальних і незбалансованих дієт	
3.3.4	PP	Необхідно обговорити перешкоди та допоміжні заходи для оптимізації дотримання змін у харчуванні, у тому числі психологічні чинники, фізичні обмеження, соціально-економічні та соціально-культурні чинники, а також особисті мотиви для змін. Слід врахувати цінність ширшого залучення сім'ї. Якщо жінці із СПКЯ потрібна допомога в оптимізації дієти, слід розглянути питання про направлення її до відповідних суміжних спеціалістів	
3.4		Фізичні вправи	
3.4.1	EBR	Можна вважати, що бракує доказів того, що будь-який тип та інтенсивність вправ є кращими за інші для досягнення антропометричних, метаболічних, гормональних, репродуктивних або психологічних результатів	••• +
3.4.2	CR	Будь-яка фізична активність, що відповідає рекомендаціям для населення, принесе користь для здоров'я, і в рамках цього слід рекомендувати постійну фізичну активність на основі індивідуальних уподобань і цілей	••••
3.4.3	CR	Необхідно заохочувати та консультувати відповідно до рекомендацій із фізичної активності для населення: <ul style="list-style-type: none"> • усім дорослим пацієнткам належить підтримувати фізичну активність, оскільки займатися певними фізичними вправами краще, ніж не займатися; • дорослим особам слід обмежити кількість часу, який вони проводять у сидячому положенні (наприклад, перед екраном телевізора, за комп'ютером, з телефоном тощо), оскільки заміна сидячого часу фізичною активністю будь-якої інтенсивності (включно з легкою інтенсивністю) приносить користь для здоров'я. Щоб запобігти збільшенню ваги та підтримувати здоров'я, дорослі пацієнтки (18–64 роки) необхідно прагнути до мінімум 150–300 хв помірної інтенсивності або 75–150 хв інтенсивної аеробної активності на тиждень або еквівалентної їх комбінації. Обидві активності мають бути розподілені протягом тижня, а заходи для зміцнення м'язів (наприклад, опору/гнучкості) виконуватися у два непослідовних дні на тиждень. Для сприяння більшій користі для здоров'я, у тому числі помірної втрати ваги та запобігання відновленню ваги, дорослі пацієнтки (18–64 роки) зобов'язані прагнути до мінімум 250 хв на тиждень фізичної активності середньої інтенсивності або 150 хв на тиждень інтенсивної активності або еквівалентної їх комбінації. При цьому мають виконувати вправи для зміцнення м'язів (наприклад, опору/гнучкості), в ідеалі — в два непослідовні дні на тиждень. Підліткам належить прагнути щонайменше 60 хв фізичної активності від середньої до високої інтенсивності на день, включно з вправами, що зміцнюють м'язи та кістки, принаймні тричі на тиждень	••••
3.4.4	PP	Фізична активність — це будь-який рух тіла, що виконується скелетними м'язами і потребує витрат енергії. Він включає фізичну активність у вільний час, транспорт (наприклад, ходьбу або їзду на велосипеді), професійну активність (тобто роботу), домашні справи, ігри, спорт чи заплановані вправи, або активність у контексті повсякденної, сімейної і громадської діяльності	

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
3.4.5	PP	Аеробну активність найкраще виконувати у вигляді вправ тривалістю щонайменше 10 хв, прагнучи досягти щонайменше 30 хв щодня протягом більшості днів	
3.4.6	PP	Необхідно обговорити бар'єри та допоміжні чинники для оптимізації залучення та дотримання фізичної активності, у тому числі психологічні чинники (наприклад, занепокоєння зовнішнім виглядом, страх травми, страх невдачі, психічне здоров'я), проблеми особистої безпеки, чинники навколишнього середовища, фізичні обмеження, соціально-економічні, соціально-культурні чинники та особисті мотиви змін. Слід враховувати цінність ширшого залучення сім'ї. Для оптимізації фізичної активності жінок із СПКЯ слід розглянути питання про їх направлення до відповідних суміжних спеціалістів	
3.4.7	PP	Самоконтроль, у тому числі за допомогою пристроїв і технологій відстеження фітнес-активності для підрахунку кроків та інтенсивності вправ, можна розглядати як доповнення для підтримки і сприяння активному способу життя та мінімізації сидячого способу життя	
3.5		Чинники, що впливають на збільшення ваги при СПКЯ	
3.5.1	EBR	Можна вважати, що у жінок із СПКЯ порівняно з жінками без СПКЯ відсутні послідовні докази фізіологічних або поведінкових відмінностей у способі життя, пов'язаних із вагою	●●● +
3.5.2	PP	Хоча конкретні механізми неясні, визнається, що багато осіб із СПКЯ мають основні механізми, що сприяють більшому тривалому набору ваги та вищому ІМТ, що: <ul style="list-style-type: none"> ● посилює проблеми із контролем ваги; ● підкреслює важливість стратегій здорового способу життя упродовж усього життя та запобігання набору надмірної ваги; ● допомагатиме жінкам із СПКЯ та медичним працівникам сформувавши реалістичні, індивідуальні цілі зі зміни способу життя 	
3.6#		Стигма ваги	
3.6.1	EBR	Багато жінок із СПКЯ стикаються зі стигмою через вагу в медичних та інших установах, і це чинить негативний біопсихосоціальний вплив	●●●● ++
3.6.2	CR	Медичним працівникам належить усвідомлювати свої упередження щодо ваги та який вплив це має на їх професійну практику та на пацієнок із СПКЯ	●●●●
3.6.3	CR	Особі, які розробляють політику у сфері охорони здоров'я, менеджери та освітяни зобов'язані сприяти підвищенню обізнаності про стигматизацію щодо ваги та інвестувати в навчання і стратегії мінімізації такої стигматизації	●●●●
3.6.4	PP	Медичні працівники мають бути обізнані про практики з урахуванням ваги, які сприяють прийняттю та повазі до різноманітності розмірів тіла та зосереджуються на покращенні поведінки і стану здоров'я для осіб будь-якої статури. Для пацієнок із СПКЯ це включає такі аспекти: <ul style="list-style-type: none"> ● хоча більша вага є чинником ризику СПКЯ та його ускладнень, це лише один показник здоров'я, тому слід оцінювати широкий діапазон чинників; ● запит дозволу пацієнтки на обговорення та вимірювання ваги і використання стратегій для мінімізації дискомфорту (наприклад, зважування наосліп); ● визнання того, що терміни «надмірна вага» та «ожиріння» можуть бути стигматизаційними, намагання користуватися запропонованими альтернативами, зокрема «більша вага»; ● при зважуванні пояснити пацієнтці, що інформація про вагу буде використовуватися для інформування жінки про запобігання ризикам і лікування, оскільки незнання ваги може вплинути на рекомендації; ● забезпечення наявності відповідного обладнання для жінок будь-якої статури; ● пропонувати варіанти допомоги, орієнтованої на вагу (сприяння навмисній втраті ваги) або лікування з урахуванням ваги (сприяння здоровому способу життя, зміна стилю без зосередження на навмисній втраті ваги) з урахуванням індивідуальних цілей і вподобань пацієнтки; ● пропонувати всім жінкам передову діагностику, лікування та підтримку незалежно від ваги; пам'ятаючи при цьому, що вага може бути чинником ризику, який не піддається зміні, якщо змінювати лише спосіб життя 	
3.6.5	PP	Слід розглянути можливість підвищення обізнаності про стигматизацію щодо ваги серед членів сімей жінок і підлітків із СПКЯ	
4		МЕНЕДЖМЕНТ ОСОБЛИВОСТЕЙ БЕЗПЛІДДЯ	
4.1		Фармакологічні принципи лікування СПКЯ	
	PP	Медичний працівник зобов'язаний приймати рішення разом пацієнткою (батьками або опікунами, якщо пацієнтка є дитиною)	
	PP	Необхідно виявляти та враховувати індивідуальні особливості, уподобання та цінності жінки перед тим як рекомендувати їй будь-яке втручання	
	PP	Під час призначення ліків важливо розуміти те, як дорослі жінки та підлітки оцінюють результати лікування	
	PP	Фармакотерапія при СПКЯ загалом не схвалена, тому її рекомендоване використання засноване на доказах, але не за показаннями в медичній інструкції. Медичні працівники мають інформувати дорослих пацієнок, підлітків та їхніх батьків/опікунів та обговорювати докази, можливі проблеми та побічні ефекти лікування. Регуляторним органам слід розглянути можливість схвалення доказових препаратів для використання при СПКЯ	
4.2		Комбіновані оральні контрацептиви	
4.2.1	EBR	КОК можна рекомендувати дорослим жінкам репродуктивного віку з СПКЯ для лікування гірсутизму та/або нерегулярних МЦ	●●● +
4.2.2	EBR	КОК можна розглядати як спосіб лікування гірсутизму та/або нерегулярних МЦ у підлітків групи ризику або з чітким діагнозом СПКЯ	●●● +

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
4.2.3	EBR	Можна вважати, що немає клінічної переваги використання високих доз етинілестрадіолу (≥ 30 мкг) порівняно з низькими дозами етинілестрадіолу (< 30 мкг) при лікуванні гірсутизму у дорослих із СПКЯ	●●● +
4.2.4	EBR	При призначенні КОК у дорослих і підлітків із СПКЯ слід враховувати рекомендації для загальної популяції, оскільки наразі не можна рекомендувати конкретні типи або дози прогестинів, естрогенів чи комбінацій КОК	●●● +
4.2.5	EBR	Препарати 35 мкг етинілестрадіолу + ципротерону ацетат слід розглядати як терапію другої лінії порівняно з іншими КОК, збалансовуючи переваги та побічні ефекти, у тому числі ризики венозної тромбоемболії	●●● +
4.2.6	EBR	Оральні контрацептиви, які містять лише прогестин, можуть бути розглянуті для захисту ендометрія, виходячи з рекомендацій для загальної популяції, оскільки докази їх застосування у жінок із СПКЯ обмежені	●●● +
4.2.7	PP	При призначенні КОК дорослим жінкам і підліткам із СПКЯ, а також підліткам групи ризику СПКЯ: <ul style="list-style-type: none"> ● важливо звернути увагу на основні симптоми та розглянути інші методи лікування, такі як косметична терапія; ● рекомендується спільне з пацієнткою прийняття рішень (у тому числі точне інформування та запевнення щодо ефективності і безпеки КОК), яке, ймовірно, покращить прихильність до лікування; ● препарати природного естрогену та найнижчі ефективні дози естрогену (20–30 мкг етинілестрадіолу або його еквіваленту) слід розглядати з точки зору збалансування ефективності, профілю метаболічного ризику, побічних ефектів, вартості та доступності; ● відносно обмежені докази щодо КОК, особливо при СПКЯ, необхідно оцінювати, виходячи з практики, що базується на рекомендаціях для загальної популяції; ● необхідно враховувати відносні та абсолютні протипоказання і побічні ефекти КОК та обговорити їх з пацієнткою; ● слід враховувати специфічні особливості СПКЯ, такі як надлишкова вага та чинники ризику ССЗ 	
4.3		Метформін	
4.3.1	EBR	У дорослих із СПКЯ та $IMT \geq 25$ кг/м ² для отримання антропометричних і метаболічних результатів, як-от інсулінорезистентність, рівень глюкози та ліпідний профіль, слід розглядати застосування тільки метформіну	●●● +
4.3.2	EBR	У підлітків із ризиком розвитку СПКЯ або з наявним СПКЯ можна розглядати призначення тільки метформіну для регуляції МЦ, враховуючи обмежені докази	●●● +
4.3.3	CR	У дорослих із СПКЯ та $IMT < 25$ кг/м ² можна розглядати призначення тільки метформіну, враховуючи обмежені докази	●●●
4.3.4	PP	При призначенні метформіну необхідно брати до уваги указані аспекти. <ul style="list-style-type: none"> ● Спільне прийняття рішень має враховувати доцільність і ефективність втручання в активний спосіб життя. Жінкам слід повідомити, що метформін і активний спосіб життя мають однакову ефективність. ● Легкі побічні ефекти, включаючи шлунково-кишкові розлади, як правило, залежать від дози препарату та зникають самостійно. ● Препарати метформіну з пролонгованим вивільненням, розпочаті з низької дози, яку збільшують на 500 мг кожні 1–2 тижні, можуть мінімізувати побічні ефекти та покращити прихильність до лікування. ● Рекомендована максимальна добова доза становить 2,5 г для дорослих і 2 г для підлітків ● Виходячи з досвіду використання препарату в інших популяціях, його призначення при СПКЯ у довгостроковій перспективі здається безпечним, однак слід враховувати показання для постійного застосування. ● Приймання метформіну може асоціюватися з низьким рівнем вітаміну В₁₂, особливо в осіб із чинниками ризику низького вмісту цього вітаміну (наприклад, діабет, постбаріатрична/метаболічна хірургія, перніціозна анемія, веганська дієта тощо), у таких пацієнток слід розглянути доцільність моніторингу 	
4.4		Метформін і комбіновані оральні контрацептиви	
4.4.1	EBR	КОК можна використовувати замість метформіну для лікування гірсутизму за нерегулярного МЦ при СПКЯ	●●● +
4.4.2	EBR	Метформін можна призначати замість КОК за метаболічними показаннями при СПКЯ	●●● +
4.4.3	EBR	Можна вважати, що комбінація КОК та метформіну забезпечує невелику додаткову клінічну користь порівняно з КОК або метформіном окремо у дорослих із СПКЯ з $IMT \leq 30$ кг/м ²	●●● +
4.4.4	PP	Метформін у поєднанні з КОК може бути найбільш ефективним у групах високого метаболічного ризику, у тому числі в осіб з $IMT > 30$ кг/м ² , чинниками ризику ЦД, порушенням толерантності до глюкози або в етнічних групах високого ризику	
4.4.5	PP	Якщо КОК протипоказані, не сприймаються пацієнткою або не переносяться, при нерегулярних МЦ можна розглянути доцільність застосування метформіну. Для гірсутизму може знадобитися інше лікування	
4.5#		Фармакологічні засоби проти ожиріння	
4.5.1	CR	Доцільність застосування препаратів від ожиріння, зокрема таких двох агоністів рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (GLP-1), як ліраглутид, семаглутид, а також орлістат, можна розглядати додатково до активних змін способу життя з метою зменшення зайвої ваги у дорослих пацієнток із СПКЯ відповідно до загальнопопуляційних рекомендацій	●●●
4.5.2	PP	Жінці, яка приймає агоністи рецепторів GLP-1, медичні працівники мають забезпечити одночасну ефективну контрацепцію, коли є ймовірність настання вагітності, оскільки даних про безпеку цих препаратів під час вагітності бракує	
4.5.3	PP	Рекомендується поступове підвищення дози агоністів рецепторів GLP-1 для зменшення побічних ефектів з боку шлунково-кишкового тракту	
4.5.4	PP	Під час спільного з пацієнткою прийняття рішення щодо використання агоністів рецепторів GLP-1 необхідно враховувати їх побічні ефекти та потенційну потребу в тривалому застосуванні для контролю ваги, беручи до уваги високий ризик відновлення ваги після припинення терапії, а також відсутність довгострокових даних про безпеку	

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
4.6		Антиандрогенні фармакологічні засоби	
4.6.1	EBR	Можна розглядати можливість призначення антиандрогенів у поєднанні з ефективною контрацепцією для лікування гірсутизму у жінок із СПКЯ, якщо є субоптимальна відповідь після мінімум шести місяців застосування КОК та/або косметичної терапії	●●● +
4.6.2	CR	З огляду на негативний психологічний вплив випадіння волосся за жіночим типом, можна використовувати антиандрогени в поєднанні з КОК, але враховувати відсутність доказів у популяції хворих на СПКЯ	●●●
4.6.3	PP	Кожного разу, коли можлива вагітність, медичні працівники мають навчати та консультувати жінок і підлітків, батьків/опікунів щодо ризиків неповного розвитку зовнішніх статевих органів плоду чоловічої статі (недовірилізації) при застосуванні антиандрогенів. Щоб запобігти цьому, жінкам, які можуть завагітніти, слід наполегливо рекомендувати використовувати ефективні засоби контрацепції (наприклад, внутрішньоматкову спіраль або КОК)	
4.6.4	PP	Антиандрогени можна розглянути для лікування гірсутизму за наявності іншої ефективної форми контрацепції у жінок з протипоказаннями до терапії КОК або коли КОК погано переносяться	
4.6.5	PP	Призначаючи антиандрогени на основі рекомендацій для загальної популяції, медичним працівникам необхідно враховувати, що: ● спіронолактон у дозі 25–100 мг/день має нижчий ризик побічних ефектів; ● ципротерону ацетат у дозі ≥ 10 мг не рекомендується через підвищений ризик побічних ефектів, у тому числі виникнення менінгіоми; ● фінестерид має підвищений ризик токсичності для печінки; ● флутамід і бікалутамід мають підвищений ризик розвитку важкої токсичності для печінки. Відносно обмежених доказів щодо антиандрогенів при СПКЯ необхідно оцінювати, виходячи з невеликої кількості досліджень і обмеженої кількості їх учасників	
4.7#		Інозитол	
4.7.1	EBR	Інозитол (у будь-якій формі) можна розглянути для застосування у жінок із СПКЯ на основі індивідуальних уподобань і цінностей пацієнтки, враховуючи його потенціал для покращення метаболічних показників, обмежений негативний вплив, проте й обмежені клінічні переваги, у тому числі овуляція, гірсутизм і вага	●●● +
4.7.2	EBR	Призначення метформіну замість інозитулу слід розглядати при гірсутизмі та центральному ожирінні, але потрібно враховувати, що метформін має більше шлунково-кишкових побічних ефектів, ніж інозитол	●●● +
4.7.3	PP	Жінкам, які приймають інозитол та використовують інші додаткові методи лікування, рекомендується проконсультуватися зі своїм лікарем	
4.7.4	PP	Конкретні типи, дози або комбінації інозитулу наразі не можуть бути рекомендовані для дорослих і підлітків із СПКЯ через відсутність якісних доказів	
4.7.5	PP	Спільне прийняття рішень медичного працівника і пацієнтки має включати обговорення того, що нормативний статус і контроль якості інозитулу в будь-якій формі (як і інших нутрієнтних добавок) можуть відрізнятися від таких для фармакологічних препаратів, а дози та якість можуть бути різними	
4.7.6	PP	Медичні працівники несуть відповідальність за забезпечення доступу жінок до неупередженої інформації (включно з додатковими методами лікування), що ґрунтується на фактах, для прийняття спільних з пацієнкою рішень, визнаючи та поважаючи при цьому індивідуальні цінності та вподобання жінки	
4.8		Механічна лазерна та світлова терапія для зменшення росту волосся	
4.8.1	EBR	Слід розглянути доцільність проведення механічної лазерної та світлової терапії для зменшення гірсутизму обличчя і пов'язаної з ним депресії, тривоги та покращення якості життя жінок із СПКЯ	●●● +
4.8.2	EBR	Хворим на СПКЯ може знадобитися більша кількість сеансів лазерного лікування для зменшення волосся, порівняно з жінками з ідіопатичним гірсутизмом	●●● +
4.8.3	CR	Побічні ефекти залежать від досвіду і належної кваліфікації фахівців та постачальників цього типу процедур; жінок слід заохочувати користуватися такими методами лікування зменшення росту небажаного волосся	●●●
4.8.4	PP	У разі призначення лазерного видалення волосся необхідно враховувати такі нюанси: ● довжина хвилі та ефективність лазерного лікування залежить від кольору шкіри та волосся; ● лазер відносно неефективний у жінок зі світлим, сивим або білим волоссям; ● використання КОК з антиандрогенами або без них разом із лазерним лікуванням може забезпечити більшу ефективність видалення волосся і підтримання ефекту порівняно з використанням одного лазера. Лазери з низьким і високим рівнем флюенса ¹ мають однакову ефективність у зменшенні волосся на обличчі, тоді як лазер з низьким рівнем флюенса зменшує супутній біль	
4.8.5	PP	Можна розглянути механічне видалення волосся за допомогою інтенсивного імпульсного світла, хоча переваги цього методу можуть бути менш вираженими порівняно з лазерною епіляцією. Немає доказів на підтримку ефективності домашніх наборів інтенсивного імпульсного світла	
4.8.6	PP	Урядовцям слід розглянути можливість фінансування цієї ефективної терапії, заснованої на доказах, для жінок із СПКЯ, щоб зменшити у них тривожні симптоми, асоційовані з гірсутизмом, та пов'язаний з цим негативний вплив на якість життя, зовнішність і психологічне здоров'я	

¹ Флюенс є показником ефективності лазерної епіляції і означає скільки лазерної енергії передається на одиницю поверхні шкіри під час процедури. Чим вищий флюенс, тим більше енергії поглинає волоссяний фолікул (прим. ред.).

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
4.9#		Баріатрична/метаболична хірургія	
4.9.1	CR	Баріатрична/метаболична хірургія може бути застосована як спосіб, що сприяє втраті ваги, зменшенню проявів артеріальної гіпертензії, ЦД (профілактика та лікування), гірсутизму, нерегулярних МЦ, сприяє овуляції та частоті настання вагітності у жінок із СПКЯ	●●●
4.9.2	CR	Баріатрична/метаболична хірургія у жінок із СПКЯ має ґрунтуватися на рекомендаціях для загальної популяції	●●●●
4.9.3	CR	СПКЯ є метаболичним станом і може вважатися показанням при нижчому пороговому значенні ІМТ для баріатричної/метаболичної хірургії, подібно до інших метаболичних станів, включно з ЦД	●●●
4.9.4	CR	Жінок слід активно консультувати щодо ймовірності швидкого відновлення фертильності після втручання та необхідності дотримуватися ефективної контрацепції, в ідеалі до операції. Навіть якщо вагітність є бажаною, контрацепцію слід продовжувати до досягнення стабільної ваги, як правило, після одного року по операції, щоб уникнути значно підвищеного ризику затримки росту плода, недоношеності, малого для терміну гестації віку, ускладнень вагітності та тривалої госпіталізації немовляти	●●●●
4.10		Результати вагітності	
4.10.1	EBR	Жінки з СПКЯ мають підвищений ризик вагітності, тому медичні працівники мають переконатися, що під час допологового огляду контролюється статус СПКЯ, а також проводиться відповідний моніторинг і підтримка	●●●● +
4.10.2	EBR	Необхідно пам'ятати, що вагітні жінки з СПКЯ мають підвищений ризик: <ul style="list-style-type: none"> ● більшого гестаційного приросту ваги; ● викидня; ● гестаційного діабету; ● артеріальної гіпертензії під час вагітності та прееклампсії; ● затримки внутрішньоутробного розвитку плода, народження малих для гестаційного віку дітей і дітей із низькою вагою при народженні; ● передчасних пологів; ● кесаревого розтину. 	●●●● +
4.10.3	EBR	Допоміжні репродуктивні технології у хворих на СПКЯ порівняно з жінками без цього стану не створюють додаткового ризику викидня, передчасних пологів, порушення росту плода та кесаревого розтину	●●● +
4.10.4	EBR	Жінки з СПКЯ не мають підвищеного ризику народження великих для гестаційного віку дітей, ризику макросомії та інструментальних пологів	●●● +
4.10.5	PP	Вагітним жінкам із СПКЯ слід запропонувати ранню зміну способу життя, враховуючи ризик вищої вихідної ваги, надмірного збільшення ваги під час вагітності та ускладнень вагітності	
4.10.6	PP	Вимірювання артеріального тиску слід проводити при плануванні вагітності або зверненні жінки за лікуванням безпліддя, враховуючи високий ризик гіпертензивних розладів під час вагітності та супутніх захворювань у жінок із СПКЯ	
4.10.7	PP	ПГТТ слід виконувати всім жінкам із СПКЯ, коли вони планують вагітність або звертаються з приводу лікування безпліддя, враховуючи високий ризик гіперглікемії та супутніх захворювань під час вагітності. Якщо цей тест не був виконаний на етапі до зачаття, його слід провести під час першого допологового візиту та повторити на 24–28-му тижні вагітності	
4.11		Метформін під час вагітності	
4.11.1	EBR	Медичні працівники мають знати, що метформін у вагітних жінок із СПКЯ не запобігає розвитку: <ul style="list-style-type: none"> ● гестаційного діабету; ● пізнього викидня (12 тижнів + 1 день до 21 тижня + 6 днів термін вагітності); ● артеріальної гіпертензії при вагітності; ● прееклампсії; ● макросомії або ваги при народженні ≥ 4000 г 	●●●● ++
4.11.2	EBR	Метформін можна призначати за деяких обставин (наприклад, ризик передчасних пологів) з метою зменшення ризику передчасних пологів та обмеження надлишкового збільшення ваги під час вагітності у хворих на СПКЯ	●●●● +++
4.11.3	PP	Жінкам слід повідомити, що наслідки впливу метформіну на довгострокове здоров'я потомства залишаються нез'ясованими, існує припущення про збільшення ваги в дитинстві, хоча причинно-наслідковий зв'язок не визначений	
4.11.4	PP	Побічними ефектами метформіну є переважно легкі, миттєві шлунково-кишкові симптоми, які не погіршуються під час вагітності	
5		ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ БЕЗПЛІДДЯ	
		Загальні принципи	
	PP	Усі види лікування фертильності при СПКЯ належить проводити відповідно до алгоритмів менеджменту фертильності	
	PP	Хворих на СПКЯ слід запевнити, що вагітність часто може бути досягнута природним шляхом або з медичною допомогою	
	PP	Допологове приймання вітамінів необхідно розпочинати разом із терапією індукції овуляції, узгодженої зі звичайною прекоцепційною підготовкою	
	PP	Перед початком індукції овуляції слід виключити вагітність	
	PP	Використання індукторів овуляції, у тому числі летрозол, метформін і кломіфену цитрат, заборонено в багатьох країнах. Якщо дозволено використання препаратів для індукції овуляції не за призначенням, медичні працівники зобов'язані проінформувати про це жінок та обговорити можливі проблеми та побічні ефекти	
	PP	При проведенні досліджень пов'язаних із призначенням препаратів для індукції овуляції слід постійно спостерігати за пацієнтками щодо появи побічних ефектів і за немовлятами на наявність вроджених аномалій, і про це слід повідомляти в усіх опублікованих документах	

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
5.1#		Преконцепційні чинники ризику	
5.1.1	EBR	Жінок із СПКЯ слід проконсультувати щодо несприятливого впливу надмірної ваги на клінічну вагітність, викидні та живонародження після лікування безпліддя	●●●● +
5.1.2	CR	Відповідно до звичайної прекоцепційної підготовки, у жінок із СПКЯ, які планують вагітність, слід враховувати та оптимізувати вагу, артеріальний тиск, куріння, вживання алкоголю, дієту та харчовий статус, добавки фолієвої кислоти (вища доза для осіб з ІМТ > 30 кг/м ²), фізичні вправи, сон, розумове навантаження, емоційне та сексуальне здоров'я з метою покращення репродуктивних результатів та вагітності, а також загального стану здоров'я	●●●●
5.1.3	PP	Для підлітків і жінок із СПКЯ рекомендується застосовувати план репродуктивного життя і навчання відповідно до віку з метою оптимізації репродуктивного здоров'я, зокрема здорового способу життя, запобігання набору надлишкової ваги та оптимізації чинників ризику до зачаття	
5.1.4	PP	Рекомендується отримати дозвіл від пацієнтки на визначення її ваги та ІМТ і розпочати діалог про важливість ваги і способу життя для здоров'я жінки до вагітності. Це вимагає обережності, оскільки слід уникати стигматизації щодо ваги, і враховувати культурні, соціальні та екологічні детермінанти здоров'я (див. розділ 3.6)	
5.1.5	PP	Хронічні стани, такі як ЦД, високий артеріальний тиск, тривога, депресія та інші психічні стани, мають бути оптимально контрольовані, а жінок належить проконсультувати щодо ризику несприятливих наслідків вагітності	
5.2		Перевірка прохідності маткових труб	
5.2.1	CR	У жінок із СПКЯ та безпліддям внаслідок лише ановуляції з нормальними показниками сперми партнера перед початком індукції овуляції за допомогою статевого акту або внутрішньоматкової інсемінації слід індивідуально оцінювати ризики, переваги, витрати та час використання методів перевірки прохідності маткових труб у зв'язку з їх високою вартістю та складністю лікування (залежно від особистого анамнезу та поширеності застосування у населення)	●●●
5.3		Летрозол	
5.3.1	EBR	Летрозол — фармакологічний препарат першої лінії для індукції овуляції у безплідних ановуляторних жінок із СПКЯ без інших чинників безпліддя	●●●● ++++
5.3.2	PP	Застосування летрозолу в багатьох країнах досі заборонено. Якщо його використання заборонено, клініцисти можуть застосовувати інші засоби індукції овуляції	
5.3.3	PP	Летрозол не слід призначати, якщо існує будь-яка ймовірність вже існуючої вагітності, хоча немає доказів підвищеної тератогенності летрозолу порівняно з іншими засобами індукції овуляції	
5.4		Кломіфену цитрат і метформін	
5.4.1		Метформін проти плацебо	
5.4.1.1	EBR	Тільки метформін можна використовувати в жінок із СПКЯ з ановуляторним безпліддям і відсутністю інших чинників безпліддя, щоб покращити клінічну вагітність і показники народжуваності; при цьому належить поінформувати жінок про наявність більш ефективних засобів для овуляції	●●● ++
5.4.1.2	PP	Жінок слід проконсультувати щодо можливих легких шлунково-кишкових побічних ефектів метформіну	
5.4.1.3	PP	Навантаження на охорону здоров'я, у тому числі моніторинг та витрати, менші при застосуванні метформіну	
5.4.1.4	PP	Перед призначенням метформіну необхідно врахувати вік жінки та перевірити інші чинники фертильності	
5.4.2		Кломіфену цитрат проти метформіну	
5.4.2.1	EBR	Кломіфену цитрат можна використовувати замість метформіну у хворих на СПКЯ з ановуляторним безпліддям і відсутністю інших чинників безпліддя, щоб покращити овуляцію, клінічну вагітність і частоту народжуваності	●●● ++
5.4.2.2	PP	При використанні кломіфену цитрату (окремо або в комбінації з метформіном) підвищується ризик багатоплідної вагітності, тому цикли застосування кломіфену можуть потребувати ультразвукового моніторингу	
5.4.3		Кломіфену цитрат і метформін проти монотерапії кломіфеном цитратом	
5.4.3.1	EBR	Кломіфен цитрат у поєднанні з метформіном можна використовувати замість кломіфену цитрату окремо в жінок із СПКЯ з ановуляторним безпліддям і без інших чинників безпліддя для покращення овуляції та клінічних показників вагітності	●●● ++
5.4.4		Кломіфену цитрат і метформін проти монотерапії метформіном	
5.4.4.1	EBR	Кломіфену цитрат у поєднанні з метформіном можна використовувати замість метформіну окремо в жінок із СПКЯ з ановуляторним безпліддям та відсутністю інших чинників безпліддя для покращення показників живонароджуваності	●●● ++
5.4.4.2	PP	Моніторинг комбінованих циклів має бути еквівалентним циклом кломіфену цитрату	
5.4.5		Кломіфену цитрат проти летрозолу	
5.4.5.1	EBR	Летрозол слід використовувати замість кломіфену цитрату у хворих на СПКЯ з ановуляторним безпліддям і відсутністю інших чинників безпліддя для покращення овуляції, клінічної вагітності та частоти живонароджуваності	●●●● +

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

№	Тип	Рекомендація	Категорія/Якість
5.4.5.2	PP	Поточні дані демонструють відсутність різниці в частоті виникнення аномалій плода між індукцією овуляції летрозолом або кломіфеном цитратом чи природним зачаттям	
5.5		Гонадотропіни	
5.5.1	EBR	Для покращення овуляції, клінічної вагітності та показників народжуваності в жінок із СПКЯ, які раніше не отримували лікування, з ановуляторним безпліддям та відсутністю інших чинників безпліддя можна застосовувати лише гонадотропіни, а не кломіфену цитрат (див. розділ 5.5.6)	●●● ++
5.5.2	EBR	Гонадотропіни окремо можна використовувати замість поєднання гонадотропінів з з кломіфеном цитратом у жінок із СПКЯ, які є ановуляторними та безплідними з резистентністю до кломіфену цитрату або неуспішним його застосуванням, і не мають інших чинників безпліддя	●●● ++
5.5.3	EBR	Гонадотропіни можна призначати замість комбінації кломіфену цитрату і метформіну в жінок із СПКЯ, які є ановуляторними та безплідними, з резистентністю до кломіфену цитрату та відсутністю інших чинників безпліддя	●●● +
5.5.4	EBR	Гонадотропіни або лапароскопічна хірургія яєчників можуть бути використані в жінок із СПКЯ, які є ановуляторними та безплідними, з резистентністю до кломіфену цитрату та без інших чинників безпліддя, після консультування щодо більш високої частоти живонароджуваності та більшої частоти багатоплідної вагітності при застосуванні гонадотропінів	●● ++
5.5.5	EBR	Гонадотропіни можуть бути другою лінією фармакотерапії для ановуляторних і безплідних жінок із СПКЯ без інших чинників безпліддя та у яких пероральна індукція овуляції першої лінії була невдалою	●●● ++
5.5.6	PP	При призначенні гонадотропінів слід враховувати: <ul style="list-style-type: none"> • вартість втручання з індукції овуляції; • досвід, потрібний для використання індукції овуляції; • необхідний ступінь інтенсивного ультразвукового моніторингу; • щоб оптимізувати ймовірність монофолікулярного розвитку, слід використовувати низьку дозу гонадотропіну; • наслідки потенційної багатоплідної вагітності 	
5.5.7	PP	Ймовірно немає різниці в клінічній ефективності доступних препаратів гонадотропіну	
5.5.8	PP	При застосуванні гонадотропінів найкращою клінічною практикою є уникнення багатоплідної вагітності. Напрямок з цього приводу включають: скасування циклів, коли отримано більше двох фолікулів діаметром понад 14 мм, і поради щодо уникнення незахищеного статевого акту	
5.5.9	PP	Рівень живонароджуваності, частота клінічної вагітності на пацієнтку та частота овуляції на цикл вищі при застосуванні гонадотропінів, ніж при використанні кломіфену цитрату	
5.5.10	PP	Для оптимізації ймовірності монофолікулярного росту та мінімізації багатоплідної вагітності слід використовувати протокол із застосуванням низьких доз гонадотропіну	
5.5.11	PP	Моніторинг циклу та вартість ліків у поєднанні з багаторазовими ін'єкціями гонадотропінів впливають на їх використання	
5.6		Лапароскопічна хірургія яєчників	
5.6.1	EBR	Лапароскопічна хірургія яєчників може бути другою лінією терапії для ановуляторних та безплідних жінок із СПКЯ і резистентністю до кломіфену цитрату та відсутністю інших чинників безпліддя	●●● ++
5.6.2	PP	Під час вибору лапароскопічної хірургії яєчників слід враховувати: <ul style="list-style-type: none"> • порівняльну вартість втручання для індукції овуляції; • досвід, необхідний для безпечного використання втручання для індукції овуляції; • як інтраопераційні, так і післяопераційні ризики, які вищі в жінок із надлишковою вагою 	
5.7		Запліднення <i>in vitro</i> та дозрівання <i>in vitro</i>	
5.7.0.1	CR	За відсутності абсолютних показань для екстракорпорального запліднення <i>in vitro</i> (ЕКЗ)/інтрацитоплазматичної ін'єкції сперми (intracytoplasmic sperm injection, ICSI), ЕКЗ можна запропонувати жінкам із СПКЯ та ановуляторним безпліддям, якщо терапія індукції овуляції першої або другої лінії виявилася неефективною	●●●
5.7.0.2	PP	ЕКЗ є ефективним у жінок з ановуляторним СПКЯ, а при використанні планового перенесення одного ембріона, багатоплідна вагітність може бути зведена до мінімуму	
5.7.0.3	PP	Жінок із СПКЯ, які проходять лікування ЕКЗ/ICSI, слід проконсультувати перед початком лікування щодо підвищеного ризику синдрому гіперстимуляції яєчників і запропонувати варіанти зниження ризику	
5.7.1		Протокол гонадотропних релізинг-гормонів	
5.7.1.1	PP	Протокол із застосуванням антагоністів гонадотропних релізинг-гормонів (ГнРГ) не може бути рекомендований замість тривалого протоколу з агоністами ГнРГ для жінок із СПКЯ, які проходять ЕКЗ/ICSI для покращення клінічної вагітності або живонародження	
5.7.1.2	PP	Щоб знизити ризик розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників рекомендується застосовувати протокол з антагоністами ГнРГ для жінок із СПКЯ, які проходять ЕКЗ/ICSI, оскільки це дає змогу використовувати агоніст ГнРГ як тригер і заморозувати за необхідності усі створені ембріони без шкоди для кумулятивного рівня живонароджуваності	

№	Тип	Рекомендація	Категорія/ Якість
5.7.2		Тип тригера	
5.7.2.1	CR	Якщо не передбачається пересадка свіжого ембріона або існує підвищений ризик синдрому гіперстимуляції яєчників, то ініціювання остаточного дозрівання ооцитів за допомогою агоніста ГнРГ і заморожування всіх відповідних ембріонів рекомендовано виконувати в циклі ЕКЗ/ІCSI з протоколом антагоніста ГнРГ	••••
5.7.3		Вибір фолікулостимулювального гормону	
5.7.3.1	CR	Жінкам із СПКЯ, які проходять контрольовану оваріальну (гіпер)стимуляцію для ЕКЗ/ІCSI, можна застосовувати або сечовий, або рекомбінантний фолікулостимулювальний гормон (ФСГ), але відсутні достатні докази, щоб рекомендувати певний тип препарату ФСГ	••
5.7.4		Екзогенний лютеїнізувальний гормон	
5.7.4.1	CR	У жінок із СПКЯ, які проходять контрольовану гіперстимуляцію яєчників для ЕКЗ/ІCSI, не слід рутинно застосовувати лікування екзогенним рекомбінантним лютеїнізувальним гормоном (ЛГ) у поєднанні з терапією ФСГ	•
5.7.5		Додавання метформіну	
5.7.5.1	EBR	Допоміжну терапію метформіном можна застосовувати до та/або під час стимуляції яєчників ФСГ у жінок із СПКЯ, які проходять лікування ЕКЗ/ІCSI за тривалим протоколом агоністів ГнРГ, щоб зменшити ризик розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників і викидня	••• ++
5.7.5.2	PP	Хорошою практикою при ЕКЗ жінок із СПКЯ є використання протоколу антагоністів ГнРГ, оскільки це забезпечує гнучкість застосування тригера агоніста ГнРГ, дає змогу знизити ризик синдрому гіперстимуляції яєчників. Однак, якщо використовується довгий протокол агоніста ГнРГ, можна розглянути доцільність призначення метформіну. При застосуванні метформіну слід: • розпочати приймання метформіну на початку лікування агоністом ГнРГ; • поступово збільшувати дозу метформіну від 1000 мг до 2500 мг на добу, щоб мінімізувати побічні ефекти; • припинити терапію метформіном під час тесту на вагітність або менструації, якщо нема інших показань до лікування метформіном	
5.7.6		Дозрівання <i>in vitro</i>	
5.7.6.1	EBR	Використання методу дозрівання <i>in vitro</i> (<i>in vitro</i> maturation, IVM) та ICSI можна розглянути у жінок із СПКЯ як альтернативу стимульованому циклу ЕКЗ/ІCSI, коли ембріон заморожується та замінюється в наступному циклі перенесення ембріона, при цьому відсутній ризик розвитку синдрому гіперстимуляції яєчників, але нижчий кумулятивний рівень народжуваності	••• ++
5.7.6.2	CR	Доцільність використання IVM та ICSI можна розглянути перед циклами стимульованого ЕКЗ/ІCSI, враховуючи як переваги, так і обмеження	••
5.7.6.3	PP	Проведення IVM слід розглядати лише в медичних установах із достатнім досвідом, а для регіональних або національних експертних центрів необхідний юридичний супровід	
5.7.6.4	PP	IVM за умови наявності досвіду в техніці його проведення можна запропонувати жінкам з попереднім важким синдромом гіперстимуляції яєчників і коли ризик тяжкого синдрому гіперстимуляції яєчників вважається неприйнятно високим	
5.7.6.5	PP	Докази свідчать, що IVM/ІCSI є менш ефективними, ніж стандартне ЕКЗ/ІCSI з точки зору показників настання клінічної вагітності на пацієнтку та рівня народжуваності на пацієнтку	
5.8#		Інозитол	
5.8.1	EBR	Інозитол у будь-якій формі окремо або в поєднанні з іншими методами лікування слід розглядати як експериментальну терапію у жінок із СПКЯ і безпліддям, причому його переваги та ризики наразі є надто невизначеними, щоб рекомендувати таку терапію як лікування фертильності	••• +
5.8.2	PP	Існують обмежені докази з невизначеними результатами про вплив інозитулу на овуляцію, клінічну вагітність і живонароджуваність	
5.8.3	PP	Побічні ефекти та безпека інозитулу невідомі	
5.8.4	PP	Жінки мають знати, що інозитолі можуть мати обмежене регулювання і різні дози, якість, консистенцію та комбінуватися з іншими засобами	
5.8.5	PP	При обговоренні безкоштовних методів лікування слід враховувати особисті цілі та вподобання жінки	
5.9#		Фармакологічні засоби проти ожиріння	
5.9.1	CR	Ми рекомендуємо використовувати препарати проти ожиріння при СПКЯ для отримання репродуктивних результатів лише в дослідницьких умовах задля встановлення їх ефективності та безпеки	•

Алгоритм 1. Скринінг, оцінка, діагностика ризику та стадії життя*

Крок 1: Нерегулярні менструальні цикли + клінічна гіперандрогенія

(виключити інші причини)* = діагноз



Крок 2: Якщо немає клінічної гіперандрогенії

Тест на біохімічну ГА (виключити інші причини)* = діагноз



Крок 3: якщо ТІЛЬКИ нерегулярні менструальні цикли АБО гіперандрогенія

Підліткам не показане УЗД = визначити ризик СПКЯ та переоцініть його пізніше.

Дорослі: показане УЗД для виявлення полікістозної морфології яєчників*, якщо результат позитивний (виключити інші причини)* = діагноз

*Виключити інші причини = визначити сироваткові рівні тиреостимулювального гормону, пролактину, 17-ОН-прогестерону, ФСГ або, якщо є клінічні показання, виключити інші причини (наприклад, синдром Кушинга, пухлини надниркових залоз тощо). Також слід виключити клінічно та шляхом визначення рівнів ЛГ і ФСГ гіпогонадотропний гіпогонадизм, який зазвичай розвивається через низький рівень жиру в організмі або інтенсивні фізичні навантаження.

Нерегулярні менструальні цикли

Нормальні в перший рік після менархе = пубертатний період.

- > від 1 до < 3 років після менархе: < 21 або > 45 днів;
 - > 3 роки після менархе до перименопаузи:
 - < 21 або > 35 днів або < 8 МЦ на рік;
 - > 1 рік після менархе > 90 днів для будь-якого МЦ;
 - первинна аменорея у віці 15 або > 3 років після телархе (розвитку грудних залоз).
- При нерегулярних МЦ СПКЯ слід розглядати та оцінювати згідно з настановами.

При регулярних МЦ може виникнути овуляторна дисфункція. При підозрі на ановуляцію слід перевірити рівень прогестерону

Біохімічна гіперандрогенія

Для діагностики слід визначити рівні загального і вільного тестостерону. Якщо вони не підвищені, слід визначити концентрацію андростендіону і ДГЕАС, але вони менш специфічні та мають обмежену роль у діагностиці СПКЯ.

Рекомендовані високоточні тести тандемної мас-спектрометрії (LC-MS/MS). Пряме визначення рівня вільного тестостерону не бажане.

Використовуйте лабораторні контрольні діапазони.

Надійна оцінка біохімічної ГА неможлива при застосуванні гормональної контрацепції.

Розгляньте можливість її відміни на ≥ 3 місяці з використанням альтернативної контрацепції.

Визначення біохімічної ГА потрібно у випадку, коли клінічна ГА неясна.

Якщо рівні тестостерону значно перевищують лабораторні норми, слід розглянути інші причини ГА.

Поява та прогресування симптомів в анамнезі є ключовим чинником для оцінки неоплазії, однак деякі новоутворення, що секретують андрогени, можуть викликати лише легке або помірне посилення ГА.

Клінічна гіперандрогенія

Необхідно зібрати повний анамнез і провести фізикальне обстеження.

Дорослі: акне, випадання волосся за жіночим типом і гірсутизм.

Підлітки: важка форма акне та гірсутизм.

Зверніть увагу на негативний психосоціальний вплив клінічної ГА. Важливим є сприйняття ГА пацієнткою, незалежно від видимої клінічної тяжкості.

Слід надати перевагу стандартизованим візуальним шкалам, зокрема модифікованому балу Феррімана Голлвея (mFG):

бал $\geq 4-6$ = гірсутизм, враховувати оцінку впливу самолікування.

Для оцінки випадіння волосся за жіночим типом краще використовувати візуальну оцінку Людвіга.

УЗД та полікістозна морфологія яєчників

При нерегулярному МЦ і ГА виконувати УЗД яєчників не потрібно.

У діагностиці найефективнішими у дорослих пацієнок є такі ультразвукові маркери:

кількість фолікулів на яєчник, а потім кількість фолікулів на поперечний зріз і об'єм яєчників.

УЗД не слід використовувати для діагностики СПКЯ у підлітків через високу частоту мультифолікулярних яєчників на цьому етапі життя.

У діагностиці СПКЯ надають перевагу трансвагінальному УЗД, якщо жінка веде активне статеве життя і це для неї прийнятно.

При використанні ультразвукових датчиків із смугою частот 8 МГц пороговим значенням полікістозної морфології яєчників є кількість фолікулів на яєчник ≥ 20 та/або об'єм ≥ 10 мл будь-якого яєчника, за виключенням жовтих тіл, кіст і домінантних фолікулів.

Сироватковий рівень АМГ можна використовувати для визначення полікістозної морфології яєчників у дорослих пацієнок як альтернативу УЗД органів малого тазу. Можна визначити рівень АМГ сироватки крові або виконувати УЗД, але не слід застосовувати одночасно обидва ці методи, щоб уникнути гіпердіагностики

Антимюллерів гормон

Сироватковий рівень АМГ можна використовувати для визначення полікістозної морфології яєчників у дорослих як альтернативу УЗД органів малого тазу.

Можна застосовувати вимірювання сироваткового рівня АМГ або УЗД, але не обидва ці методи, щоб уникнути гіпердіагностики

Етнічна різноманітність і поширеність
Поширеність СПКЯ однакова для різних етнічних груп і становить 10–13% у всьому світі відповідно до Міжнародної настанови/Роттердамських критеріїв
Менопаузальний етап життя
Діагноз СПКЯ вважається стійким. Жінки в постменопаузі з новою тяжкою ГА або посиленням ГА, включаючи гірсутизм, потребують додаткового обстеження, щоб виключити андрогенсекретувальні пухлини та гіпертекоз яєчників
Ризик кардіоваскулярних захворювань
Жінки з СПКЯ мають підвищений ризик ССЗ і потенційно серцево-судинної смертності, але загальний кардіоваскулярний ризик перед менопаузою низький. У всіх хворих на СПКЯ слід оцінити індивідуальні серцево-судинні чинники ризику та загальний ризик ССЗ. В усіх жінок з СПКЯ, незалежно від віку та ІМТ, слід визначити ліпідний профіль натщесерце (загальний холестерин, холестерин ліпопротеїнів низької щільності, холестерин ліпопротеїнів високої щільності та рівень тригліцеридів) на момент встановлення діагнозу. Після цього вимірювання слід повторювати залежно від отриманих результатів та загального ризику ССЗ. Усім жінкам із СПКЯ слід щорічно вимірювати артеріальний тиск, а також під час планування вагітності або лікування безпліддя
Порушення толерантності до глюкози і цукровий діабет 2 типу
Незалежно від віку та ІМТ, при СПКЯ зростає ризик розвитку порушення толерантності до глюкози та ЦД-2, причому цей ризик не залежить від ІМТ, але посилюється ІМТ. Глікемічний статус слід оцінювати в усіх хворих на СПКЯ на початку, а потім кожні один-три роки, виходячи з наявності інших чинників ризику ЦД (у тому числі ІМТ >25 кг/м ² або >23 кг/м ² в азіаток, глюкозотолерантність в анамнезі або сімейний анамнез ЦД, артеріальна гіпертензія або етнічна приналежність до групи високого ризику). Для жінок групи високого ризику ПГТТ з 75 г глюкози натще є найточнішим тестом на виявлення дисглікемії, тест другого ряду через свою нижчу точність — визначення рівня HbA1c. ПГТТ слід виконати всім хворим на СПКЯ під час планування вагітності або лікування безпліддя, враховуючи підвищений у них ризик гіперглікемії та супутніх захворювань під час вагітності. Якщо преконцепційна підготовка не проводилася, то ПГТТ необхідно виконати під час першого пренатального візиту вагітної, а всім вагітним із СПКЯ слід провести тест на 24–28 тижні гестації
Обструктивне апное сну
Жінки з СПКЯ мають значно більшу поширеність ОАС. За наявності симптомів СПКЯ необхідно перевірити пацієнтку на предмет ОАС за допомогою валідованих інструментів або скерувати її на відповідне обстеження, а цілі лікування мають бути спрямовані на пов'язані з ОАС симптоми
Рак ендометрія
Медичні працівники та жінки з СПКЯ повинні знати про підвищення ризику розвитку раку ендометрія при СПКЯ в пременопаузі у 2–6 разів; однак абсолютний ризик залишається низьким. Медичні працівники повинні мати високу настороженість щодо виявлення раку ендометрія при СПКЯ: при стійкому потовщенні ендометрію та/або чинниках його ризику, включаючи тривалу аменорею, аномальні вагінальні кровотечі або надмірну вагу рекомендоване трансвагінальне УЗД та/або біопсія ендометрія. Рутинний ультразвуковий скринінг товщини ендометрія при СПКЯ не рекомендується. Тривала нелікована аменорея, надмірна вага та постійно потовщений ендометрій є додатковими при СПКЯ проявами і чинниками ризику гіперплазії та раку ендометрія. Оптимальна профілактика гіперплазії та раку ендометрія невідома. Прагматичний підхід може включати терапію КОК або прогестинами для жінок із МЦ довгими за 90 днів
Ризик СПКЯ і кардіометаболічний ризик у родичів першого ступеня
Батьки та брати жінок із СПКЯ можуть мати підвищену частоту метаболічного синдрому, ЦД-2 та артеріальної гіпертензії; даних щодо родичок жіночої статі недостатньо

Алгоритм 2. Поширеність, скринінг, діагностична оцінка та лікування емоційного благополуччя

Психологічна сфера	Протокол скринінгу/інструменти	Втручання
Якість життя	При СПКЯ нижчі показники якості життя	Враховуйте сприйняття жінкою своїх симптомів, вплив на якість життя, основні проблеми та пріоритети для лікування. Націльте лікування на зони, що викликають найбільше занепокоєння у пацієнток із СПКЯ
Симптоми тривоги та депресії	Висока поширеність симптомів тривоги та депресії від помірної до важкої у дорослих і симптомів депресії у підлітків Звичайний скринінг для всіх пацієнток з СПКЯ після встановлення діагнозу та згодом на основі клінічного висновку з урахуванням чинників ризику, супутніх захворювань і життєвих подій. Рекомендований скринінг на основі регіональних настанов і використання перевірених інструментів. • Такі чинники, як ожиріння, безпліддя, гірсутизм, потребують оцінки і застосування гормональних препаратів при СПКЯ, які можуть самостійно загострити симптоми депресії і тривоги та інші аспекти емоційного благополуччя пацієнтки	Якщо первинний скринінг позитивний: оцініть чинники ризику та симптоми за допомогою інструментів, що відповідають віку, культурі та регіону, і/або зверніться до відповідного спеціаліста для подальшої оцінки. Якщо лікування є виправданим, жінкам із СПКЯ слід запропонувати психологічну терапію та/або фармакологічне лікування згідно з регіональними настановами клінічної практики. Психологічна терапія: жінкам із діагнованим розладом психічного здоров'я слід запропонувати психологічну терапію як лікування першої лінії, керуючись регіональними настановами та побажаннями жінки з СПКЯ Медикаментозне лікування: уникайте неналежного призначення антидепресантів або анксиолітиків і враховуйте їх вплив на вагу. Якщо розлади психічного здоров'я є чітко задокументованими та постійними, або якщо наявні суїцидальні симптоми, лікування депресії чи тривоги має ґрунтуватися на клінічних регіональних практичних настановах

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Психосексуальна дисфункція	Психосексуальній дисфункції при СПКЯ можуть сприяти численні чинники (наприклад, підвищена вага, гірсутизм, розлади настрою, безпліддя та препарати для лікування СПКЯ). Психосексуальна дисфункція полягає не тільки в низькій психосексуальній функції, але й пов'язаному з цим дистресі	При підозрі на психосексуальну дисфункцію необхідно провести подальше обстеження, скерування до відповідного фахівця або призначити лікування
Зовнішність	При СПКЯ відбуваються негативні зміни зовнішності, скринінг яких можна виконати на основі регіональних настанов	Розгляньте вплив таких ознак СПКЯ, як гірсутизм, акне та збільшення ваги, на оцінку зовнішності пацієнткою
Розлади харчової поведінки і невпорядковане харчування	Необхідно враховувати розлади харчової поведінки та невпорядковане харчування, незалежно від маси тіла, особливо в контексті контролю ваги та способу життя	Якщо виявлено проблеми: <ul style="list-style-type: none"> оцініть чинники ризику та симптоми, використовуючи відповідні вікові, культурні та регіональні інструменти; зверніться до відповідного фахівця для подальшої оцінки психічного здоров'я
Інформаційні потреби та допомога хворим	Інформування, освіта та інформаційні ресурси є пріоритетними для жінок із СПКЯ	Інформування, освіта та інформаційні ресурси мають надаватися з повагою та співчуттям. Медичним працівникам слід спільно з пацієнткою приймати рішення та підтримувати їх інтереси

Алгоритм 3. Спосіб життя

Стигма ваги

Медичні працівники мають усвідомлювати, що багато жінок із СПКЯ відчують стигматизацію щодо ваги в медичних та інших установах, і що це має негативний біопсихосоціальний вплив

Чинники, що впливають на збільшення ваги при СПКЯ

Хоча конкретні механізми неясні, проте багато жінок із СПКЯ матимуть механізми, які сприяють більшому тривалому набору ваги

Ожиріння та оцінка ваги

Жінки з СПКЯ мають більший набір маси тіла та ожиріння, що може вплинути на здоров'я та емоційне благополуччя. Вирішуючи це питання, враховуйте пов'язану з вагою стигму, негативне уявлення про своє тіло та/або низьку самооцінку пацієнтки, використовуючи шанобливий і уважний підхід, враховуючи особисту чутливість, маргіналізацію та потенційну стигму, пов'язану з вагою

Запобігання збільшенню маси тіла та заохочення до здорового способу життя є важливими аспектами при СПКЯ з підліткового віку

Ефективність зміни способу життя

Здоровий спосіб життя (здорове харчування і регулярну фізичну активність) слід рекомендувати всім жінкам із СПКЯ для досягнення та/або підтримки здорової ваги та оптимізації загального і метаболічного здоров'я та якості життя протягом усього життя. Етнічні групи з високим кардіометаболічним ризиком потребують більшої уваги

Цілі та пріоритети зміни способу життя слід розробляти спільно з хворими на СПКЯ та враховувати індивідуальні вподобання жінок

Усвідомлення стигматизації щодо ваги є важливим під час обговорення з хворою на СПКЯ питань зміни способу життя. Усі взаємодії з пацієнткою мають бути орієнтованими на жінку та враховувати індивідуальні її уподобання щодо здорового способу життя, а також культурні, соціально-економічні та етнічні відмінності

При оптимізації способу життя та ваги у підлітків та пацієнок етнічних груп слід враховувати ІМТ та окружність талії

Стратегії поведінки

Щоб оптимізувати контроль ваги, здоровий спосіб життя та емоційне благополуччя жінок із СПКЯ зміни способу життя можуть включати такі поведінкові стратегії, як постановка цілей, самоконтроль, вирішення проблем, навчання наполегливості, підсилення змін і запобігання рецидивам

Зміни харчування

Усім жінкам із СПКЯ протягом усього життя слід дотримуватися загальних принципів здорового харчування. Відсутні жодні докази, які б підтверджували перевагу певного складу дієти над іншим для досягнення антропометричних, метаболічних, гормональних, репродуктивних чи психологічних результатів

Необхідно обговорити з пацієнткою бар'єри та допоміжні чинники для оптимізації залучення та дотримання зміни харчування, у тому числі психологічні чинники, фізичні обмеження, соціально-економічні та соціально-культурні чинники, а також особисті мотиви для змін

Слід розглянути питання про направлення пацієнок із СПКЯ, які потребують підтримки в оптимізації свого раціону, до відповідним чином підготовлених суміжних медичних працівників

Фізична активність

Бракує доказів про те, що будь-який тип та інтенсивність фізичних вправ є кращим за інші для досягнення антропометричних, метаболічних, гормональних, репродуктивних чи психологічних результатів

- Медичним працівникам належить заохочувати та консультувати пацієнок щодо запобігання збільшення ваги та підтримки здоров'я:
- дорослим віком від 18 до 64 років рекомендується щонайменше 150–300 хв/тиждень фізичної активності середньої інтенсивності або 75–150 хв/тиждень високої інтенсивності або еквівалентна комбінація обох навантажень протягом тижня;
 - підліткам рекомендується >60 хв/день фізичної активності середньої та високої інтенсивності, включаючи вправи, що зміцнюють м'язи та кістки, принаймні 3 рази на тиждень;
 - вправи найкраще виконувати у формі підходів тривалістю >10 хв, прагнучи досягти тривалості не менше 30 хв/день у більшість днів.

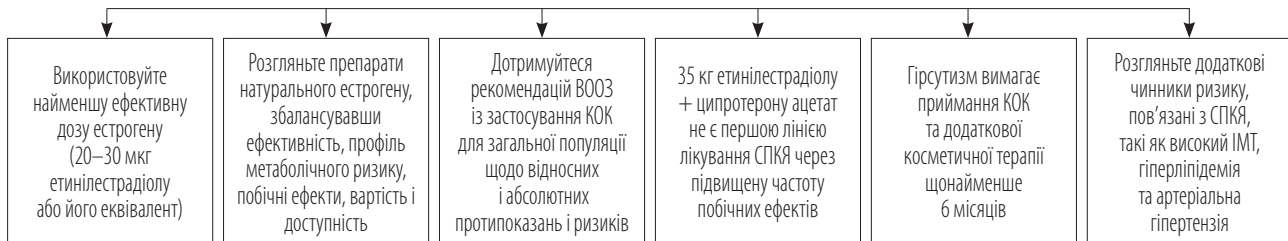
Алгоритм 4. Медикаментозне лікування за показаннями, пов'язаними з безпліддям

Off-label призначення (не за показами в медичній інструкції): КОК, метформін та інші препарати, зазвичай не призначені для лікування СПКЯ, оскільки фармацевтичні компанії не подали заявки на схвалення їх застосування при СПКЯ. Однак їх використання не за призначенням переважно засноване на доказах і дозволено в багатьох країнах. Якщо це дозволено, медичні працівники повинні поінформувати жінок та обговорити докази, можливі проблеми та побічні ефекти лікування

У пацієнок із чітким діагнозом СПКЯ або у підлітків із ризиком СПКЯ (із симптомами)

Освіта + спосіб життя + фармакологічна терапія першої лінії ГА та нерегулярних МЦ

КОК першої лінії



Примітка:

Жоден препарат КОК не є кращим при СПКЯ.

Чисто прогестинові оральні контрацептиви можна застосовувати для захисту ендометрія (на основі рекомендацій для загальної популяції;

Докази їх застосування при СПКЯ обмежені)

Фармакологічна терапія другої лінії

КОК + спосіб життя + метформін	КОК + антиандрогени	Метформін + спосіб життя
Схоже, що комбінація КОК та метформіну забезпечує незначну додаткову користь порівняно з тільки КОК або метформіном у дорослих із СПКЯ з ІМТ ≤ 30 кг/м ² . КОК — препарати першої лінії для лікування гірсутизму та нерегулярних МЦ. Метформін найбільш корисний для груп високого метаболічного ризику, у тому числі тих, хто має чинники ризику ЦД, порушення толерантності до глюкози або для жінок з етнічних груп високого ризику.	Призначення антиандрогенів можна розглянути для лікування гірсутизму в жінок із СПКЯ у випадку неоптимальної відповіді після мінімум шести місяців приймання КОК та/або косметичної терапії. Щоразу, коли можлива вагітність, жінки повинні отримати сувору консультацію щодо одночасного використання ефективної контрацепції, щоб запобігти вірилізації плоду чоловічої статі. При андрогенній алопеції можна спробувати комбіновану терапію.	Разом зі зміною способу життя в дорослих і підлітків слід враховувати вагу, гормональні та метаболічні наслідки. Найбільш корисною така тактика (метформін + спосіб життя) є при ІМТ ≥ 25 кг/м ² і в етнічних групах високого ризику. Побічна дія, включно з ефектами з боку шлунково-кишкового тракту, залежить від дози та зникає самостійно. Терапію слід почати з низької дози, збільшуючи її на 500 мг кожні 1–2 тижні. Рекомендована максимальна добова доза: становить 2,5 г для дорослих, 2 г для підлітків. Метформін здається безпечним у довгостроковій перспективі. Потрібен постійний моніторинг терапії метформіном, що пов'язано з низьким вмістом вітаміну В ₁₂ .

Додатково до активної зміни способу життя можна розглянути призначення препаратів проти ожиріння з метою лікування високої ваги в дорослих жінок із СПКЯ, враховуючи вартість, протипоказання, побічні ефекти, доступність і нормативний статус цих препаратів, а також слід уникати вагітності під час терапії.

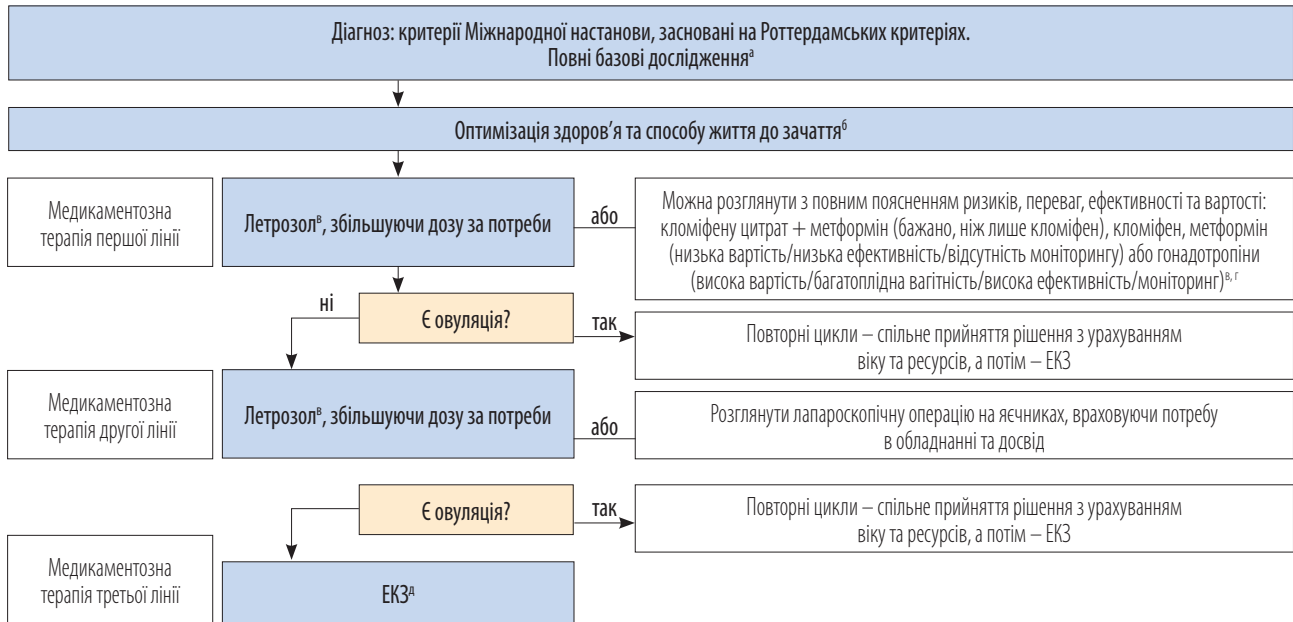
Інозитол (у будь-якій формі) можна призначати при СПКЯ на основі індивідуальних уподобань і цінностей пацієнтки, враховуючи його потенціал для зниження біохімічної ГА та покращення метаболічних показників, з обмеженою клінічною користю для овуляції, гірсутизму і ваги.

Для зменшення гірсутизму обличчя слід розглянути можливість застосування механічної лазерної та світлової терапії. Довжину хвилі та проведення лазерного лікування слід рекомендувати з урахуванням кольору шкіри. Лазер відносно неефективний у жінок зі світлим, сивим або білим волоссям. Додавання КОК з антиандрогенами або без них до лазерної епіляції може забезпечити більшу ефективність зменшення та збереження волосся порівняно з використанням тільки одного лазера.

МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Алгоритм 5: Лікування безпліддя при СПКЯ

Дотримання синього центрального алгоритму є найкращою тактикою



^a Базові дослідження:

1. Діагностика СПКЯ — ендокринний профіль та УЗД органів малого таза.
2. Оцінка ІМТ, артеріального тиску і глікемічного статусу (ПГТТ/НьА1С).
3. Звичайне обстеження перед зачаттям (імунітет проти краснухи, скринінг на інфекції тощо), поради та нутрієнти.
4. Додаткові дослідження: аналіз сперми партнера і оцінка прохідності маткових труб.

^b Всім пацієнткам із СПКЯ слід рекомендувати здоровий спосіб життя, що включає здорове харчування та регулярну фізичну активність, щоб зменшити несприятливий вплив на фертильність і результати лікування безпліддя та оптимізувати здоров'я під час вагітності.

^c Off-label призначення: летрозол, метформін та інші препарати зазвичай не призначені для лікування СПКЯ, оскільки фармацевтичні компанії не подали заявки на дозвіл їх використання при СПКЯ. Однак рекомендоване off-label використання засноване на доказах і дозволено в багатьох країнах. Якщо воно дозволено, медичні працівники зобов'язані поінформувати жінок та обговорити докази, можливі проблеми та побічні ефекти такого лікування.

^d Порівняно з летрозолом метформін має нижчу ефективність, вартість і частоту багатоплідної вагітності, а гонадотропін має вищу ефективність, вартість і частоту багатоплідної вагітності. Обидва препарати можуть бути альтернативним вибором першої лінії для поінформованих жінок.

^e ЕКЗ — третя лінія терапії у випадку відсутності інших чинників безпліддя (наприклад, чоловіче, трубне). Для мінімізації ризику синдрому гіперстимуляції яєчників слід керуватися відповідними протоколами з СПКЯ, розгляньте можливість використання методу дозрівання *in vitro*, якщо це доступно.

*** З повною версією настанови можна ознайомитися за посиланням:
<https://academic.oup.com/jcem/article/108/10/2447/7242360?login=false>**

МІЖНАРОДНА ДОКАЗОВО-ОБҐРУНТОВАНА НАСТАНОВА З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ – 2023

Докази в оцінці та лікуванні синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ) загалом покращилися за останні п'ять років, але залишаються низької або середньої якості. В основі представлених 77 рекомендацій, заснованих на доказах, і 54 консенсусних рекомендацій із 123 практичними пунктами, лежить звіт про технічні докази та аналізи.

Ключові оновлення включають:

- 1) подальше уточнення індивідуальних діагностичних критеріїв, спрощений діагностичний алгоритм і включення визначення рівня антимюллерова гормона як альтернативи ультразвуковому дослідженню лише у дорослих;
- 2) посилення визнання більш широких особливостей СПКЯ, у тому числі метаболічні чинники ризику, серцево-судинні захворювання, апное сну, дуже високу поширеність психологічних особливостей і високого ризику несприятливих наслідків під час вагітності;
- 3) наголос на недостатньо визнаному тягарі хвороби і потребі в більшій професійній освіті в галузі охорони здоров'я, інформуванні пацієнток, що базується на фактичних даних, удосконаленні моделей догляду за хворими та спільному з пацієнткою прийнятті рішень, поряд із розширенням досліджень;
- 4) постійний акцент на здоровому способі життя, емоційному благополуччі та якості життя з усвідомленням та врахуванням стигматизації щодо ваги;
- 5) наголос на медичній терапії, що базується на доказах, і більш дешевому та безпечному веденні пацієнток із проблемами фертильності.

Ключові слова: GRADE, оцінка, доказовість, настанова, менеджмент, синдром полікістозних яєчників.

INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GUIDELINE FOR THE ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME – 2023

The evidence in the assessment and management of polycystic ovary syndrome (PCOS) has generally improved in the past five years, but remains of low to moderate quality. The technical evidence report and analyses underpins 77 evidence-based and 54 consensus recommendations, with 123 practice points.

Key updates include:

- 1) further refinement of individual diagnostic criteria, a simplified diagnostic algorithm and inclusion of anti-Müllerian hormone levels as an alternative to ultrasound in adults only;
- 2) strengthening recognition of broader features of PCOS including metabolic risk factors, cardiovascular disease, sleep apnea, very high prevalence of psychological features, and high risk status for adverse outcomes during pregnancy;
- 3) emphasizing the poorly recognized, diverse burden of disease and the need for greater healthcare professional education, evidence-based patient information, improved models of care and shared decision making, alongside greater research;
- 4) maintained emphasis on healthy lifestyle, emotional wellbeing and quality of life, with awareness and consideration of weight stigma;
- 5) emphasizing evidence-based medical therapy and cheaper and safer fertility management.

Keywords: GRADE, assessment, evidence-based, guideline, management, polycystic ovary syndrome.

ІНОФОЛІК КОМБІ

INOFOLIC® COMBI



*Правильний баланс...
вірний результат*



Клінічно доведено — комбінація міо-інозитулу та d-хіро-інозитулу у співвідношенні 40:1 у жінок із СПКЯ:

- ефективно знижує інсулінорезистентність, рівні андрогенів та серцево-судинні ризики¹
- ефективно відновлює спонтанну овуляцію та менструальний цикл²
- ефективніша щодо зменшення ваги, відновлення спонтанної овуляції і спонтанної вагітності порівняно з метформіном³

Література: 1. Unfer V, Porcaro G. Updates on the myo-inositol plus Dchiroinositol combined therapy in polycystic ovary syndrome. Expert Rev. Clin. Pharmacol; 2014;7(5):623-31. 2. Unfer V, Porcaro G. Updates on the myo-inositol plus Dchiroinositol combined therapy in polycystic ovary syndrome. Expert Rev. Clin. Pharmacol; 2014;7(5):623-31. 3. Abdelhamid A, Madkour W, Borg T, Tamer F. Inositol versus metformin administration in polycystic ovarian disease patients: a case-control study. Evid Based Women Health. 2015;5(3):93-8.

Реклама добавки до раціону харчування. Не є лікарським засобом. Харчові добавки не можуть замінити різноманітну та збалансовану дієту і здоровий спосіб життя.

Звіт НЦ превентивної токсикології та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя МОЗ України №3/8-A-5268-66865E від 17.01.2019 (Інофолік комбі).

ТОВ «ЗЕНТИВА УКРАЇНА»,
02002, м. Київ, Броварський проспект, 5и, тел./факс: (044) 517 75 00

ZENTIVA