

# Видання Королівського коледжу акушерів і гінекологів Великобританії «СИНДРОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ. ДОВГОСТРОКОВІ НАСЛІДКИ»\*

## 1. Мета і галузь застосування

Керівництво на основі клінічних даних надає лікарям інформацію щодо ведення жінок із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ) і його довгострокових наслідків. Рекомендації пацієнткам мають бути індивідуальними з урахуванням скарг. Це керівництво не поширюється на проблеми безпліддя, пов'язаного із СПКЯ [1, 2].

## 2. Вступ і епідеміологія

СПКЯ — поширене захворювання, що часто ускладнюється хронічним безпліддям ановуляторного характеру і гіперандрогенією з клінічними проявами олігоменореї, гірсутизму і акне [3, 4]. Багато жінок із СПКЯ страждають на ожиріння. У цієї категорії пацієнток порушення толерантності до глюкози, цукровий діабет 2-го типу й апное під час сну спостерігаються частіше, ніж у загальній популяції [3]. У таких хворих мають місце несприятливі серцево-судинні ризики, характерні для кардіометаболічного синдрому, про що свідчить велика кількість повідомлень про випадки гіпертензії, дисліпідемії, вісцерального ожиріння, інсулінорезистентності та гіперінсулінемії [56]. Гінекологи досить часто діагностують СПКЯ, тому важливо добре розуміти довгострокові наслідки цього захворювання, аби запропонувати комплексний підхід до його лікування.

СПКЯ — один з найбільш поширених ендокринних розладів у жінок репродуктивного віку [7–9]. Через відмінності діагностичних критеріїв дані про його поширеність варіюють у широких межах — від 2,2 до 26% [9–14]. Поши-

реність СПКЯ, діагностованого відповідно до Роттердамських критеріїв, більше ніж удвічі перевищувала поширеність за критеріями Національного інституту здоров'я (НІЗ) [14].

Поширеність СПКЯ може бути різною залежно від етнічної приналежності. Наприклад, порівняно з кавказькою расою, вища поширеність відмічається серед жінок південно-азійського походження, в яких синдром проявляється у молодшому віці і має серйозніші симптоми [15, 16].

## 3. Ідентифікація та оцінка доказів

Керівництво розроблене відповідно до стандартної методології. Проведено пошук рандомізованих контрольованих досліджень, систематичних оглядів і мета-аналізів у Кокранівській базі даних систематичних оглядів, DARE, EMBASE, Medline і PubMed (електронні бази даних). Пошук обмежено англійськими статтями, опублікованими протягом 2006–2012 рр., і проведено за допомогою відповідних термінів, включаючи всі підзаголовки в поєднанні з пошуком за ключовим словом (синдром полікістозних яєчників, метаболічний синдром, цукровий діабет, захворювання серцево-судинної системи, рак). Автоматичний пошук було доповнено ручним серед оригінальних посилань і оглядів. Рекомендації засновані на наявних доказах. Пункти, щодо яких бракує доказів, виділені і анотовані як «поради належної практики».

## 4. Діагностика

**D** Діагностувати СПКЯ необхідно з урахуванням критеріїв Роттердамського консенсусу.



Royal College of  
Obstetricians and  
Gynaecologists

Керівництво № 33  
Листопад 2014 р.

Третє видання

Перегляд документа  
заплановано на 2017 р.

**Рівень доказовості 4.** У 1990 р. визначення попереднього консенсусу НІЗ були змінені на визначення Роттердамського консенсусу з вивчення СПКЯ Європейського товариства репродукції людини і ембріології (ESHRE) / Американського товариства репродуктивної медицини (ASRM) [17].

Роттердамські критерії [17] запропонували ширше визначення. Діагностувати СПКЯ можна за наявності хоча б двох із таких трьох критеріїв:

1. Кістозні зміни яєчників (12 чи більше фолікулів, або об'єм яєчників >10 см<sup>3</sup>)
2. Оліго- чи ановуляція
3. Клінічні та/або біохімічні ознаки гіперандрогенії.

Слід зазначити, що діагноз СПКЯ може бути поставлено лише за умови виключення інших причин нерегулярного менструального циклу, таких як дисфункція щитовидної залози, акромегалія або гіперпролактинемія [18].

\* Друкується зі скороченнями.



**Рівень доказовості 2+.** Клінічні ознаки гіперандрогенії включають наявність гірсутизму, що характеризується надмірним ростом волосся на обличчі, тілі та на середній лінії росту волосся. Хоча для діагностики СПКЯ використовується визначення вільного і загального тестостерону, рекомендованим базовим біохімічним тестом на гіперандрогенію є індекс вільного андрогену (загальний рівень тестостерону ділять на рівень глобуліну, що зв'язує статеві гормони [ГЗСГ],  $\times 100$ ) [19].

У тих випадках, якщо: а) існують ознаки вірилізації (низький голос, зменшений розмір грудей, збільшення м'язової маси, гіпертрофія клітора); б) швидко прогресує гірсутизм (менше 1 року між першими ознаками гірсутизму і зверненням по медичну допомогу); в) наявні високі сумарні рівні тестостерону (більше 5 нмоль/л або перевищення у понад два рази верхньої межі норми), необхідно виключити наявність андроген-секретуючих пухлин і пізній початок неklasичної вродженої гіперплазії надниркових залоз (ВГН). Рівень 17-гідроксипрогестерону необхідно визначати у фолікулярній фазі. За наявності ВГН його рівень буде високим. Тим не менше, ВГН можлива без перевищення тестостероном рівня 5 нмоль/л, зокрема, якщо жінка є гетерозиготною щодо цього стану. Якщо рівень 17-гідроксипрогестерону перебуває в межах норми, діагноз ВГН можна підтвердити за допомогою тесту стимуляції адренкортикотропного гормону (АКТГ). Якщо існують клінічні ознаки синдрому Кушинга чи акромегалії, їх необхідно підтвердити лабораторно [20]. Референтні значення для різних методів і лабораторій можуть надто відрізнятись. При прийнятті клінічних рішень слід керуватися референтними інтервалами місцевої лабораторії, рівень андрогенів бажано визначати за допомогою тандемної мас-спектрометрії [17, 21, 22].

## 5. Консультування

✓ **Жінок, у яких діагностовано СПКЯ, необхідно інформувати про можливі довгострокові несприятливі наслідки захворювання.**

**Рівень доказовості 1+.** Пацієнткам необхідно розповісти про довгострокові

несприятливі наслідки захворювання, у тому числі з боку серцево-судинної системи. Жінки мають знати про позитивний вплив на стан здоров'я зміни способу життя, у тому числі зменшення маси тіла у тих, хто має надмірну вагу чи ожиріння [23]. Відсутні переконливі докази того, що СПКЯ сам по собі може призвести до збільшення маси тіла або що за наявності СПКЯ втратити вагу складно чи неможливо [24].

## 6. Довгострокові наслідки

### 6.1. Метаболічні наслідки СПКЯ

#### 6.1.1. Ризик розвитку гестаційного діабету у жінок із СПКЯ

✓ **У жінок із діагностованим СПКЯ до вагітності необхідно здійснювати скринінг на гестаційний цукровий діабет у терміні гестації 24–28 тижнів. У разі виявлення захворювання пацієнтку слід скерувати до спеціаліста з лікування діабету вагітних.**

**Рівень доказовості 4.** Поширеність гестаційного цукрового діабету серед жінок із СПКЯ у два рази більша, ніж у контрольній групі жінок [25]. Серед усіх вагітних із СПКЯ необхідно здійснити тест на толерантність до глюкози (через 2 години після прийому 75 г глюкози) [26].

#### 6.1.2. Проведення скринінгу на діабет 2-го типу жінок із СПКЯ

В **Жінкам із СПКЯ, які мають надмірну вагу (індекс маси тіла [ІМТ]  $>25$  кг/м<sup>2</sup>) і жінки із СПКЯ, які не мають надмірної ваги (ІМТ  $<25$  кг/м<sup>2</sup>), але мають додаткові фактори ризику, такі як вік  $>40$  років), гестаційний діабет в анамнезі або діабет 2-го типу в сімейному анамнезі, необхідно через 2 години після перорального прийому 75 г глюкози виконати тест на толерантність до неї.**

В **У жінок з порушенням глікемії натще (рівень глюкози у плазмі натще 6,1–6,9 ммоль/л) або з порушенням толерантності до глюкози (рівень глюкози у плазмі 7,8 ммоль/л або більше, але менше 11,1 ммоль/л після 2-го**

**динного перорального тесту на толерантність до глюкози) пероральний тест на толерантність до глюкози слід проводити щороку.**

**Рівень доказовості 2+.** Резистентність до інсуліну мають приблизно 65–80% жінок із СПКЯ незалежно від наявності ожиріння [27]. За наявності надмірної ваги вона посилюється [28]. Інсулінорезистентність погіршує репродуктивні і метаболічні функції, збільшує ризик розвитку діабету 2-го типу і серцево-судинних захворювань (ССЗ) у жінок із СПКЯ [29]. Високий рівень метаболічних порушень спостерігається у жінок із вираженою гіперандрогенією та ановуляцією [6].

**Рівень доказовості 2++.** Існує підвищений ризик порушення толерантності до глюкози та цукрового діабету 2-го типу при СПКЯ, що не залежить від ожиріння [30]. Для жінок із СПКЯ характерна гіперглікемія з ранній початком та швидке прогресування діабету 2-го типу [31]. СПКЯ класифікується як немодифікуючий фактор ризику розвитку діабету 2-го типу [32]. Крім того, діабет 2-го типу є одним з основних факторів ризику ССЗ. Тому для того, аби запобігти або затримати розвиток діабету 2-го типу, показана зміна способу життя.

**Рівень доказовості 2+.** Сам по собі рівень глюкози у крові натще є неточним показником і призводить до гіподіагностики діабету 2-го типу при СПКЯ [34]. Тому для діагностики діабету пропонується використання глікованого гемоглобіну (HbA1c). Діагноз ставлять за його значення 6,5% чи більше. Тим не менше, слід пам'ятати, що пацієнтка з діабетом 2-го типу все одно можна пропустити [34], бо визначення HbA1c для діагностики цукрового діабету при СПКЯ має бути дуже ретельним. Тому для скринінгу жінок із СПКЯ на діабет придатним вважається тест на толерантність до глюкози, хоча можна й визначити HbA1c у жінок, які не бажають проводити глюкозотолерантний тест, або коли його провести неможливо.

#### 6.2. Ризик розвитку апное під час сну у жінок із СПКЯ

В **У жінок з діагнозом СПКЯ слід зібрати анамнез про хропіння і денну втому/сонливість. Пацієн-**



**ткам слід надати інформацію про можливий ризик апное під час сну і запропонувати обстеження і лікування у разі потреби.**

**Рівень доказовості 2++.** Поширеність синдрому обструктивного апное під час сну збільшується у жінок з ожирінням та СПКЯ. Рівень андрогенів і резистентність до інсуліну позитивно пов'язані з розвитком обструктивного апное під час сну при СПКЯ [35–38]. Розвитку цього синдрому сприяє резистентність при СПКЯ до інсуліну, а терапія зі створенням безперервного позитивного тиску в дихальних шляхах (CPAP) покращує чутливість до інсуліну у хворих жінок [39].

### 6.3. Ризик розвитку серцево-судинних захворювань у жінок із СПКЯ

✓ **Традиційні калькулятори визначення ризику розвитку ССЗ у жінок із СПКЯ належним чином не вивчалися.**

С **В усіх жінок з СПКЯ слід оцінювати ризик розвитку ССЗ шляхом визначення індивідуальних факторів ризику ССЗ (ожиріння, відсутність фізичної активності, паління, діабет 2-го типу у сімейному анамнезі, дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, порушення толерантності до глюкози, діабет 2-го типу).**

D **Жінки з гіпертензією мають отримувати відповідну терапію; однак рутинне терапевтичне зниження рівня ліпідів не рекомендується, воно має здійснюватися лише за призначенням фахівця.**

**Рівень доказовості 2++.** ССЗ залишаються однією з провідних причин смерті серед жінок. У жінок із СПКЯ вперше виявлені фактори ризику ССЗ [40–42] і ранній початок серцево-судинної дисфункції (дисфункція ендотелію, артеріальна ригідність, наявність бляшок і кальцифікації коронарних артерій) [5, 43] пов'язують з резистентністю до інсуліну і ожирінням. Високий рівень андрогенів і низький рівень ГЗСГ також пов'язані з підвищеним ризиком ССЗ у пре- і постменопаузі [44]. У дослідженні оцінки

розвитку ішемічних синдромів у жінок (WISE) було підтверджено збільшення кількості ССЗ і випадків смерті у жінок із СПКЯ в постменопаузі [42].

Хоча оцінка серцево-судинних факторів ризику у жінок із СПКЯ (визначення артеріального тиску, рівня холестерину, тригліцеридів і ліпопротеїнів високої щільності) видається доцільною, слід визнати, що ефективність застосування традиційних серцево-судинних калькуляторів ризику у цій групі жінок не було підтверджено. Відмінності між групою жінок із СПКЯ і контрольною групою мають місце у декількох факторах ризику ССЗ, що є більш суттєвими для жінок з ожирінням і СПКЯ [45].

Оскільки впродовж життя ризик ССЗ у жінок із СПКЯ є вищим [40–42] і у переважній більшості випадків йому можна запобігти, всім жінкам із СПКЯ слід оцінювати ризик розвитку ССЗ шляхом оцінки індивідуальних факторів ризику ССЗ (ожиріння, відсутність фізичної активності, паління, діабет 2-го типу в сімейному анамнезі, дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, порушення толерантності до глюкози, діабет 2-го типу). Під час первинної діагностики ступінь ожиріння у жінок із СПКЯ слід оцінювати за ІМТ та вимірюванням окружності талії.

**Рівень доказовості 4.** Артеріальний тиск необхідно вимірювати в момент встановлення початкового діагнозу і під час терапії із застосуванням оральних контрацептивів. Постійні значення артеріального тиску (АТ) систолічного вищі або рівні 140 мм рт. ст. та/або діастолічного — 90 мм рт. ст. не реагують на зміни способу життя. Це необхідно враховувати при призначенні терапії (пацієнткам з цукровим діабетом чи іншими факторами високого ризику з АТ вище, ніж 130 мм рт. ст. систолічного та/або 80 мм рт. ст. діастолічного тиску може знадобитись медикаментозна терапія) [46]. Жінок з артеріальною гіпертензією перед початком терапії із застосуванням оральних контрацептивів необхідно проконсультувати щодо її ризиків та переваг [46].

**Рівень доказовості 1+.** Останнім часом з'явилися свідчення, що застосування статинів покращує стан гіперандрогенії та метаболічний про-

філь у жінок із СПКЯ [47, 48]. Однак при лікуванні гіперандрогенії терапія, спрямована на зниження рівня ліпідів, повинна застосовуватись лише за призначенням фахівця.

### 6.4. Ризик зниження якості здорового життя у жінок із СПКЯ

A **В усіх жінок із СПКЯ необхідно звертати увагу на їхній психологічний стан. Слід провести стандартний скринінг депресії та/або тривожності і оцінити їх ступінь. У випадку позитивного результату скринінгу пацієнтці необхідно запропонувати подальше обстеження і консультацію відповідного фахівця.**

**Рівень доказовості 1+.** Жінки із СПКЯ мають підвищений ризик психологічних і поведінкових розладів, а також зниження якості життя (ЯЖ) [49, 51]. Було показано, що СПКЯ чинить істотний негативний вплив на ЯЖ порівняно з контрольною групою [41]. Жінки із СПКЯ характеризуються більш високим ризиком розвитку психологічних розладів (наприклад, депресії та/або тривоги), порушень харчової поведінки, дисфункції сексуальних стосунків і відносин між людьми [51].

Пацієнткам з підозрою на депресію варто поставити такі два запитання:

- протягом останнього місяця Вас часто турбувало відчуття пригніченості, депресії чи безнадії?
- протягом останнього місяця Вас часто турбували відсутність інтересу або задоволення від життя?

Якщо пацієнтка відповідає «так» на будь-яке із запитань, вона має отримати консультацію відповідного фахівця, а той має повідомити сімейного лікаря пацієнтки про результати.

## 7. Рак і СПКЯ

✓ **Оліго- або аменорея у жінок із СПКЯ може стати причиною гіперплазії ендометрію і, пізніше, розвитку карциноми. Належною практикою є застосування лікувальних схем з гестагенами з метою виклику кровотечі відміни, принаймні, кожні 3–4 місяці.**



**С** Трансвагінальне УЗД проводять за відсутності кровотеч відміни або патологічних маткових кровотеч. За СПКЯ товщина ендометрію становить менше 7 мм, гіперплазія навряд чи буде мати місце.

**✓** Потовщення або поліп ендометрію є показанням до проведення біопсії ендометрію і/або гістероскопії.

**С** Не виявлено асоціації СПКЯ з раком молочної залози або раком яєчників, тому немає необхідності у додатковому обстеженні.

**Рівень доказовості 4.** Протягом багатьох років було відомо, що оліго- та аменорея у присутності пременопаузальних рівнів естрогену можуть призвести до гіперплазії ендометрію і раку [54]. Існують дані помірної якості на користь висновку, що жінки із СПКЯ мають у 2,89 разу підвищений ризик розвитку раку ендометрію [55]. У жінок із СПКЯ інтервали між менструаціями становлять більше 3 місяців (що відповідає менш ніж чотирьом періодам щороку), це може бути пов'язано з гіперплазією ендометрію [56]. Жінкам з олігоменореею і СПКЯ було б доцільним застосування регулярної індукції кровотечі відміни з циклічним прийомом гестагенів протягом, принаймні, 12 днів [57, 58]; оральних контрацептивів; або захисту ендометрію, потовщеного в результаті впливу гестагенів, такими пристроями, як внутрішньоматкова левоноргестрелвміщуюча система [59] у рамках належної клінічної практики. Проте через відсутність рандомізованих клінічних випробувань не відомо, яка з цих схем є найбільш ефективною [60].

**Рівень доказовості 2+.** У пацієток із СПКЯ порівняно із жінками загальної популяції значного підвищення ризику розвитку раку молочної залози не було помічено [62]. У невеликій кількості досліджень розглядалася можливість зв'язку між СПКЯ і ризиком розвитку епітеліального раку яєчників. Результати виявилися суперечливими, проте, в цілому, обнадійливими [63–65]. Оскільки за всіма ознаками асоціація СПКЯ з раком молочної залози чи раком яєчників відсутня, за межами рутинного скринінгу жодних додаткових спостережень проводити не потрібно.

## 8. Стратегії зниження ризику

### 8.1. Фізична активність і контроль маси тіла

**В** Зміни способу життя (дієта, фізичне навантаження з метою зниження ваги) мають належати до першої лінії терапії жінок із СПКЯ для поліпшення довгострокових результатів. Ці зміни мають передувати медикаментозному лікуванню і/або супроводжувати його.

**Рівень доказовості 2++.** У жінок із СПКЯ і зайвою вагою зниження маси тіла всього лише на 5% зменшує інсулінорезистентність і рівні тестостерону, а також поліпшує композиційний склад тіла і серцево-судинні маркери ризику [45].

**Рівень доказовості 2+.** Зміна способу життя з метою втрати ваги (у жінок з ІМТ 25 кг/м<sup>2</sup> і більше) і запобігання збільшенню маси тіла (у жінок з ІМТ 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>) мають включати зменшення рівня калорійності їжі і виконання фізичних вправ. Ці засоби мають стати першою лінією терапії для всіх жінок із СПКЯ при керуванні довгостроковими наслідками захворювання [70]. Профілактика збільшення маси тіла через підрахунок споживання калорій і вибір здорової їжі мають перебувати в центрі уваги в усіх жінок із СПКЯ [71]. Жінкам з ІМТ 40 кг/м<sup>2</sup> і більше, які не змогли схуднути за допомогою дієти і фізичних вправ, і пацієнткам з ІМТ 35 кг/м<sup>2</sup> і більше групи високого ризику, пов'язаного з ожирінням (гіпертонія чи діабет 2-го типу) необхідно рекомендувати застосування баріатричної хірургії [72].

### 8.2. Медикаментозна терапія для довгострокового ведення жінок із СПКЯ

**В** Препарати, що підвищують чутливість до інсуліну, не ліцензовані у Великобританії для застосування у пацієнтів без діабету. Хоча існує значна кількість доказів безпечності цих препаратів, нині відсутні дані на користь того, що їх застосування має довгострокові переваги.

**С** Застосування препаратів для зниження маси тіла може бути корисним для зниження проявів гіперандрогенії.

**Рівень доказовості 2++.** Демонстрація потенційних довгострокових наслідків СПКЯ для здоров'я супроводжується використанням агентів, що підвищують чутливість до інсуліну, таких як метформін і тiazолідиндіони, з метою зменшення інсулінорезистентності і, тим самим, зниження ризику розвитку діабету та інших метаболічних ускладнень. Однак переконливі докази щодо довгострокових переваг їх використання у жінок із СПКЯ відсутні [73, 75]. Метформін [76, 79] чинить позитивний короткостроковий ефект на зниження резистентності до інсуліну та інших маркерів серцево-судинного ризику жінки із СПКЯ без діабету 2-го типу [80–81]. Існують докази, що метформін може помірно знижувати рівень андрогенів у жінок із СПКЯ — приблизно на 11% порівняно з плацебо [82]. Про незначне зниження маси тіла було повідомлено в деяких (але не в усіх) дослідженнях [83]. Жінки з ІМТ більше 37 кг/м<sup>2</sup> іноді можуть не реагувати на стандартну дозу метформіну [84]. Слід підкреслити, що і метформін, і тiazолідиндіони не схвалені для використання за СПКЯ, і жінок до початку терапії слід відповідно консультивати, щоб вони могли зробити усвідомлений вибір.

Нині немає обнадійливих даних на користь використання цих препаратів для профілактики ССЗ при СПКЯ, необхідні подальші дослідження. Результати дослідження з профілактики діабету в когорті пацієнтів, які мали метаболічні профілі, подібні до профілів жінок із СПКЯ, дозволяють припустити, що зміна способу життя є ефективнішою за застосування метформіну щодо поліпшення кардіометаболічних факторів ризику та запобігання прогресуванню діабету 2-го типу [85].

**Рівень доказовості 2+.** Метформін можна призначати жінкам із СПКЯ, які дотримуються змін у способі життя, проте у них не спостерігається поліпшення щодо толерантності до глюкози [68, 77–79]. Використання метформіну у протоколі індукції овуляції у жінок із СПКЯ не обговорюється цим керівництвом, бо перебуває поза межами його компетенції.



**Рівень доказовості 4.** Терапія на базі застосування препаратів гормону інкретин (екзенатид) показала зменшення маси тіла і поліпшення резистентності до інсуліну у жінок із СПКЯ [86]. Тим не менше, клінічний досвід застосування цих агентів при СПКЯ обмежений і може призвести до розвитку значних побічних ефектів. Тому регулярне використання інкретинової терапії за СПКЯ не рекомендується.

**Рівень доказовості 2++.** Використання орлістату викликає невелике зниження ваги і покращує біохімічні ознаки гіперандрогенемії, але без зміни глюкозо-інсулінової рівноваги або профілю ліпідів [87].

### 8.3. Електрокоагуляція яєчників

**С** Застосування електрокоагуляції яєчників має застосовуватися в окремих пацієнток з ановуляцією, особливо з нормальним ІМТ, як альтернатива індукції овуляції.

**Рівень доказовості 2+.** Давно відомо, що стан ановуляції, пов'язаний із СПКЯ, піддається хірургічному лікуванню. Довгострокове когортне дослідження показало персистенцію овуляції, а також нормалізацію сироваткових ан-

дрогенів і ГЗСГ тривалістю до 20 років після лапароскопічної електрокоагуляції яєчників у понад 60% пацієнток, особливо якщо вони мали нормальний ІМТ [88].

**Рівень доказовості 2-.** Проте немає жодних перспективних досліджень, де профілі серцево-судинного ризику та проведення електрокоагуляції яєчників досліджувались в окремих пацієнток з ановуляцією і нормальним ІМТ, або коли лапароскопічне втручання проводилося за іншими показаннями. Важливо також підкреслити, що оперативні втручання на яєчниках можуть негативно впливати на репродуктивну здатність яєчників у майбутньому [89].

### 8.4. Баріатрична хірургія

**С** Баріатрична хірургія може бути варіантом лікування жінок з ожирінням і СПКЯ (ІМТ 40 кг/м<sup>2</sup> або більше, чи 35 кг/м<sup>2</sup> і більше, поєднаний з високим ризиком, пов'язаним з ожирінням), якщо стандартні стратегії втрати ваги не мали успіху.

**Рівень доказовості 2+.** Виконання баріатричної операції може бути показаним в окремих жінок із СПКЯ і морбідним ожирінням [90]. Баріатрична опе-

рація може допомогти досягти значної втрати ваги (до 60% надлишкової ваги) і поліпшити стан при діабеті, гіпертонії і дисліпідемії, а також знизити смертність від ССЗ і раку порівняно з модифікацією способу життя [91, 92]. Довгострокова втрата ваги може сягати 14–25% [92, 93]. У жінок із СПКЯ баріатрична хірургія показала свою ефективність [90, 94]. У 12 жінок з ожирінням і СПКЯ середня післяопераційна втрата ваги становила 41 кг за перший рік. Це спричинило зменшення симптомів гіперандрогенії, інсулінорезистентності, дисліпідемії, зниження артеріальної гіпертензії і скасування діагнозу СПКЯ [90].

Баріатрична хірургія може бути варіантом лікування жінок з ожирінням і СПКЯ, якщо стандартні стратегії втрати ваги за рахунок модифікації дієти не мали успіху. При цьому індуковану хірургічним шляхом втрату ваги необхідно зіставляти з ризиками операції, що включають: 0,1–1,1% рівень смертності, обструкцію кишечника, інфекції, езофагіт і аліментарні аномалії [91]. Отже, до баріатричної хірургії слід вдаватися лише після того, як стандартні стратегії втрати ваги були невдалими у жінок із СПКЯ та ІМТ 40 кг/м<sup>2</sup> або більше, чи 35 кг/м<sup>2</sup> і більше і факторами високого ризику, пов'язаного з ожирінням [72].

Класифікація рівнів доказовості	Рівень рекомендацій
1++ Високоякісні мета-аналізи, систематичні огляди рандомізованих контрольованих досліджень або рандомізовані контрольовані дослідження з дуже низьким ризиком систематичної помилки.	<b>A</b> Принаймні один мета-аналіз, систематичний огляд або рандомізоване контрольоване дослідження, оцінені як 1++ і безпосередньо застосовні до цільової популяції, або Систематичний огляд рандомізованих контрольованих досліджень або сукупність доказів, що складається в основному з досліджень, які оцінені як 1+, безпосередньо застосовні до цільової популяції і демонструють однорідність результатів
1+ Належно виконані мета-аналізи, систематичні огляди рандомізованих контрольованих досліджень або рандомізовані контрольовані дослідження з низьким ризиком систематичної помилки.	<b>B</b> Сукупність доказів, у тому числі досліджень, оцінених як 2++, які безпосередньо застосовні до цільової популяції і демонструють однорідність результатів; або Екстрапольовані дані досліджень, оцінених як 1++ або 1+
1- Мета-аналізи, систематичні огляди рандомізованих контрольованих досліджень або рандомізовані контрольовані дослідження з високим ризиком систематичної помилки.	<b>C</b> Сукупність доказів, у тому числі досліджень, оцінених як 2+ і безпосередньо застосовних до цільової популяції, які показують однорідність результатів; або Екстрапольовані дані досліджень, оцінених як 2++
2++ Високоякісні систематичні огляди досліджень випадок-контроль або когортних досліджень, або високоякісні дослідження випадок-контроль або когортні дослідження з дуже низьким ризиком впливу зовнішніх факторів, систематичної помилки або випадковості і високою ймовірністю причинного зв'язку.	<b>D</b> Дані рівня доказовості 3 або 4, або Екстрапольовані дані досліджень, оцінених як 2+
2+ Правильно проведені дослідження випадок-контроль або когортні дослідження з низьким ризиком впливу зовнішніх факторів, систематичної помилки або випадковості і середньою ймовірністю причинного зв'язку.	<b>Практичні питання</b>
2- Дослідження випадок-контроль або когортне дослідження з високим ризиком впливу зовнішніх факторів, систематичної помилки або випадковості і значним ризиком відсутності причинного зв'язку.	<b>✓</b> Рекомендації на основі клінічного досвіду групи розробників посібників
3 Неаналітичні дослідження, наприклад, доповідь про випадок, серію випадків.	
4 Оцінки експертів.	

Список літератури (94 джерела) — в редакції  
Переклад О.М. Щербаня

