

UDK 618.11-006::616-008.9
COBISS.SR-ID 203056905

OD SINDROMA POLICISTIČNIH OVARIJUMA (PCOS) DO POLIENDOKRINOLOGIJSKOG OVARIJALNOG SINDROMA (PMOS) – PREISPITIVANJE NOMENKLATURE U SVETLU SAVREMENIH SAZNAJNA

Aleksandar Aleksić (1,4), Luka Aleksić (2), Marija Ilić (3)

(1) SPECIJALISTIČKA INTERNISTIČKA ORDINACIJA ALEKMED ZAJEČAR; (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, SLUŽBA OPŠTE MEDICINE; (3) CENTAR ZA RADIOLOGIJU I MAGNETNU REZONANCU UKCS, ODELJENJE ZA NEURORADIOLOGIJU; (4) AKADEMIJA VASPITAČKO MEDICINSKIH STRUKOVNIH STUDIJA - ODSEK ČUPRIJA4

Apstrakt: Sindrom policističnih ovarijuma (PCOS) predstavlja jedan od najčešćih endokrinih poremećaja žena reproduktivnog doba i heterogeni multisistemski sindrom sa reproduktivnim, endokrinim i metaboličkim manifestacijama. Savremena saznanja dovela su u pitanje opravdanost postojećeg naziva bolesti, zbog čega je 2026. godine međunarodni Global Name Change Consortium predložio novi termin – *polyendocrine metabolic ovarian syndrome* (PMOS). Prikazan je istorijski razvoj koncepta PCOS-a, savremeni dijagnostički kriterijumi, razlozi za promenu naziva u PMOS, moguće prednosti i ograničenja nove nomenklature. Izvršen je narativni pregled literature, uključujući međunarodne smernice, konsenzusne dokumente i relevantne pregledne radove koji se odnose na patofiziologiju, dijagnostiku, fenotipsku heterogenost i nomenklaturu sindroma. Savremeni dokazi potvrđuju da policistična morfologija ovarijuma nije ni obavezna ni specifična karakteristika sindroma, dok reproduktivne manifestacije predstavljaju samo deo složenog endokrino-metaboličkog poremećaja. Predloženi naziv PMOS bolje odražava multisistemsku prirodu bolesti i može doprineti boljem razumevanju njenog metaboličkog i kardiovaskularnog rizika. Međutim, zbog izražene fenotipske heterogenosti, nedovoljne preciznosti pojedinih termina i dugogodišnje ukorenjenosti naziva PCOS u kliničkoj praksi i naučnoj literaturi, promena nomenklature i dalje izaziva stručne rasprave. Promena naziva iz PCOS u PMOS odražava evoluciju savremenog razumevanja ovog kompleksnog sindroma, ali ne menja postojeće dijagnostičke kriterijume niti terapijske preporuke. Bez obzira na proces preimenovanja, savremeni pristup mora ostati usmeren na celokupno zdravlje žene, uz integrisanu procenu reproduktivnih, endokrinih, metaboličkih i kardiovaskularnih aspekata bolesti.

Ključne reči: sindrom policističnih ovarijuma; PCOS; PMOS; hiperandrogenizam; insulinska rezistencija; dijagnostički kriterijumi; nomenklatura.

UVOD

Sindrom policističnih ovarijuma (polycystic ovary syndrome – PCOS) predstavlja jednu od najčešćih endokrinopatija žena reproduktivnog doba i jedan je od vodećih uzroka anovulatornog infertiliteta [1,2]. Procenjuje se da pogađa približno 10–13% žena reproduktivnog uzrasta, u zavisnosti od primenjenih dijagnostičkih kriterijuma i karakteristika ispitivane populacije [1,3]. Savremeno shvatanje PCOS-a prevazilazi koncept izolovanog reproduktivnog poremećaja i definiše ga kao kompleksan multisistemski endokrino-metabolički sindrom povezan sa hiperandrogenizmom, ovulatornom disfunkcijom, insulinskom rezistencijom, gojaznošću, metaboličkim sindromom, dijabetesom tipa 2, metabolički udruženom

steatotičnom bolešću jetre (MASLD), kardiovaskularnim rizikom i psihološkim poremećajima [1,2,4].

Naziv PCOS uveden je u vreme kada se smatralo da karakteristična morfologija ovarijuma predstavlja osnovnu osobinu bolesti. Međutim, savremena saznanja pokazuju da policistična morfologija ovarijuma nije ni obavezna ni specifična za dijagnozu. Mnoge žene sa PCOS-om nemaju karakterističan ultrazvučni nalaz, dok se policistična morfologija može naći i kod žena bez kliničkih manifestacija sindroma. Istovremeno, razvoj ultrazvučne tehnologije doveo je do višestrukih promena kriterijuma za definisanje policistične morfologije ovarijuma [1,5,6].

Ovakav napredak u razumevanju bolesti otvorio je pitanje da li tradicionalni naziv i dalje adekvatno odražava njenu suštinu. Tokom 2026.

godine međunarodni multidisciplinarni Global Name Change Consortium, uz učešće akademskih, kliničkih i organizacija pacijenata, predložio je naziv polyendocrine metabolic ovarian syndrome (PMOS) kao alternativu nazivu PCOS. Cilj predloga je da se naglase endokrina, metabolička i ovarijalna komponenta bolesti i smanji zabuna koju može izazvati izraz „policistični“ [7].

Istorija PCOS-a predstavlja primer kako razvoj medicinskog znanja može dovesti do preispitivanja istorijski usvojenog naziva. Stein i Leventhal su 1935. godine opisali žene sa amenorejom, infertilitetom, hirsutizmom i bilateralno uvećanim ovarijumima sa brojnim sitnim folikulima. U vreme kada nisu bile dostupne savremene hormonske analize, ultrazvuk niti saznanja o ulozi insulina u patogenezi poremećaja, morfologija ovarijuma predstavljala je najupadljiviji zajednički nalaz i postala osnova za naziv sindroma [8].

Tokom narednih decenija postalo je jasno da je klinička slika znatno heterogenija. Identifikovani su poremećaji gonadotropinske sekrecije, povećana ovarijalna produkcija androgena, hiperinsulinemija i insulinska rezistencija, kao i brojni metabolički i neuroendokrini poremećaji. PCOS se zbog toga danas ne posmatra samo kao poremećaj reproduktivnog sistema, već kao multisistemski poremećaj sa mogućim dugoročnim metaboličkim, kardiovaskularnim i psihološkim posledicama [2,4,9].

Paralelno su se menjali i dijagnostički kriterijumi. National Institutes of Health (NIH) kriterijumi iz 1990. godine naglašavali su

hiperandrogenizam i hroničnu anovulaciju, dok su Roterdamski kriterijumi iz 2003. godine uključili policističnu morfologiju ovarijuma kao treći dijagnostički element, čime su obuhvaćeni različiti fenotipovi bolesti [5,10].

Zašto se naziv PCOS dovodi u pitanje?

Postojeći naziv može se analizirati kroz tri njegove komponente.

Prvi problem odnosi se na izraz „policistični“. Folikuli koji se ultrazvučno prikazuju kod žena sa PCOS-om nisu prave ciste u patološkom smislu, već brojni mali antralni folikuli povezani sa poremećenom folikulogenezom i izostankom adekvatne selekcije dominantnog folikula. Termin „policistični“ predstavlja istorijski zaostatak iz perioda pre razvoja savremene ultrasonografije [2,5,7].

Drugi problem predstavlja izraz „ovarijalni“. PCOS nije ograničen na ovarijume, već uključuje složene interakcije hipotalamo-hipofizno-ovarijalne osovine, pankreasa i insulinske sekrecije, jetre, masnog tkiva, skeletnih mišića, nadbubrežnih žlezda i drugih regulatornih sistema. Posledice bolesti obuhvataju metaboličke i kardiovaskularne poremećaje, kao i psihološke komplikacije [2,4,5,9].

Treći deo naziva – „sindrom“ – i dalje je odgovarajući, jer PCOS predstavlja skup međusobno povezanih kliničkih, hormonskih, metaboličkih i reproduktivnih poremećaja koji se mogu ispoljavati u različitim kombinacijama i intenzitetu. Heterogenost fenotipova predstavlja jednu od njegovih osnovnih karakteristika [2,5].

Tabela 1. Zašto se naziv PCOS dovodi u pitanje?

Deo naziva	Problem	Savremeno objašnjenje
Policistični	Ne radi se o pravim cistama	Ultrazvučno se prikazuju brojni mali antralni folikuli sa poremećenom folikulogenezom
Ovarijalni	Bolest nije ograničena na jajnike	PCOS predstavlja multisistemski endokrino-metabolički poremećaj
Sindrom	Termin je i dalje odgovarajući	Odražava heterogenost kliničkih, hormonskih, metaboličkih i reproduktivnih manifestacija

Posebno značajan problem predstavlja promenljivost ultrazvučnih kriterijuma. Savremene visokorezolutne sonde omogućavaju prikaz većeg broja antralnih folikula nego raniji aparati, zbog čega su se kriterijumi za policističnu morfologiju ovarijuma tokom vremena menjali. Time se pokazuje da ova osobina zavisi i od tehnologije kojom se procenjuje, a ne samo od biologije poremećaja [1,6].

Dijagnostički kriterijumi i fenotipska heterogenost PCOS-a

Dijagnoza PCOS-a kod odraslih žena i dalje se zasniva na modifikovanim Roterdamskim kriterijumima. Nakon isključivanja drugih uzroka hiperandrogenizma i ovulatorne disfunkcije, za postavljanje dijagnoze potrebno je prisustvo najmanje dva od tri kriterijuma [1,2,10]:

1. klinički i/ili biohemijski hiperandrogenizam;
2. ovulatorna disfunkcija;
3. policistična morfologija ovarijuma utvrđena ultrazvučnim pregledom ili, kod odraslih žena, povišena koncentracija anti-Müllerovog hormona (AMH) kao alternativa ultrazvučnom kriterijumu.

AMH ne treba koristiti kao samostalan dijagnostički test, niti istovremeno sa ultrazvukom za potvrđivanje istog kriterijuma. Kada su prisutni i hiperandrogenizam i ovulatorna disfunkcija, ultrazvučni pregled ovarijuma ili određivanje AMH nisu neophodni za postavljanje dijagnoze [1].

Klinički hiperandrogenizam najčešće se ispoljava hirsutizmom, dok akne i androgena alopecija, naročito kada se javljaju izolovano, imaju manju dijagnostičku specifičnost. Za biohemijsku procenu prvenstveno se preporučuje određivanje ukupnog i slobodnog testosterona, odnosno izračunavanje indeksa slobodnih androgena. Androstendion i dehidroepiandrosteron-sulfat (DHEAS) mogu se određivati kada testosteron nije povišen, ali imaju manju specifičnost za ovarijalni hiperandrogenizam [1].

Ovulatorna disfunkcija kod odraslih žena najčešće se prepoznaje na osnovu menstrualnih nepravilnosti, uključujući cikluse duže od 35 dana, kraće od 21 dana ili manje od osam ciklusa godišnje. Ipak, ovulatorna disfunkcija može postojati i kod naizgled regularnih ciklusa, pa se u nejasnim slučajevima

ovulacija može proceniti određivanjem progesterona u lutealnoj fazi [1].

Kod odraslih žena, uz savremenu ultrazvučnu opremu i adekvatan kvalitet slike, policistična morfologija ovarijuma definiše se prisustvom najmanje 20 folikula prečnika 2–9 mm u najmanje jednom ovarijumu. Kada se koristi starija oprema, transabdominalni pristup ili nije moguće pouzdano prebrojavanje svih folikula, može se koristiti volumen ovarijuma od najmanje 10 mL ili najmanje 10 folikula u jednom preseku ovarijuma. Dominantni folikul, corpus luteum i patološke ciste ne uključuju se u procenu [1,6].

Kod adolescentkinja dijagnoza se postavlja restriktivnije. Potrebno je istovremeno prisustvo ovulatorne disfunkcije, definisane prema vremenu proteklom od menarhe, i kliničkog i/ili biohemijskog hiperandrogenizma, uz isključivanje drugih uzroka. Policistična morfologija ovarijuma i AMH ne preporučuju se za postavljanje dijagnoze u adolescenciji zbog nedovoljne specifičnosti [1].

Pre postavljanja dijagnoze potrebno je isključiti druge uzroke hiperandrogenizma i poremećaja menstrualnog ciklusa, pre svega bolesti štitaste žlezde, hiperprolaktinemiju i neklasičnu kongenitalnu adrenalnu hiperplaziju. U zavisnosti od kliničke slike treba razmotriti i Cushingov sindrom, tumore koji produkuju androgene, hipogonadotropni hipogonadizam, primarnu ovarijalnu insuficijenciju i jatrogene uzroke. Nagli početak ili brza progresija hiperandrogenizma, virilizacija i izrazito visoke koncentracije androgena zahtevaju proširenu diferencijalnu dijagnostiku [1,2,5].

Tabela 2. Fenotipovi sindroma policističnih ovarijuma prema Rotterdamskim kriterijumima

Fenotip	Hiperandrogenizam	Ovulatorna disfunkcija	Policistična morfologija ovarijuma (PCOM)	Uobičajeni naziv
A	+	+	+	Potpuni ili klasični fenotip
B	+	+	–	Klasični fenotip bez PCOM
C	+	–	+	Ovulatorni fenotip
D	–	+	+	Nehiperandrogeni fenotip

Fenotipovi A i B u proseku su povezani sa izraženijim reproduktivnim i metaboličkim poremećajima, dok C i naročito D mogu imati blaži metabolički profil. Ipak, fenotip ne predstavlja nepromenljivu kategoriju niti može zameniti individualnu procenu rizika [5].

Postojanje različitih fenotipova predstavlja važno ograničenje naziva PCOS. Kod

fenotipa B policistična morfologija ovarijuma nije prisutna, dok kod fenotipa D nema kliničkog ili biohemijskog hiperandrogenizma. Nijedna pojedinačna reproduktivna, biohemijska ili morfološka karakteristika, dakle, nije zajednička svim pacijentkinjama [5,10].

Predlog nove nomenklature – PMOS

Godine 2026. Global Name Change Consortium objavio je rezultate višestepenog međunarodnog konsenzusnog procesa usmerenog na preispitivanje naziva PCOS-a. U procesu su učestvovali stručnjaci iz endokrinologije, ginekologije, reproduktivne medicine i drugih oblasti, istraživači i predstavnici pacijenata, uz angažovanje 56 akademskih, kliničkih i pacijentskih organizacija. Kao novi naziv predložen je polyendocrine metabolic ovarian syndrome (PMOS) [7].

Predlog PMOS nastoji da zadrži početno slovo P i određeni kontinuitet sa dosadašnjom terminologijom, ali da istovremeno ukloni izraz

„policistični“ i naglasi endokrinu i metaboličku komponentu bolesti. Termin polyendocrine ukazuje na zahvatanje više endokrinih sistema, metabolič na metaboličke karakteristike, dok ovarian zadržava vezu sa ovarijalnom i reproduktivnom disfunkcijom [7,9].

Autori predloga naglašavaju da promena naziva sama po sebi ne predstavlja promenu dijagnostičkih kriterijuma ili terapijskih preporuka. Njena svrha je prvenstveno usklađivanje nomenklature sa savremenim razumevanjem bolesti i unapređenje komunikacije, edukacije i kliničke svesti o njenim multisistemskim posledicama [7].

Tabela 3. Razlozi za predlog promene naziva

Fenotip	Hiperandrogenizam	Ovulatorna disfunkcija	Policistična morfologija ovarijuma (PCOM)	Uobičajeni naziv
A	+	+	+	Potpuni ili klasični fenotip
B	+	+	–	Klasični fenotip bez PCOM
C	+	–	+	Ovulatorni fenotip
D	–	+	+	Nehiperandrogeni fenotip

Jedan od osnovnih argumenata u prilog promeni naziva jeste da naziv bolesti treba da odražava njenu savremenu patofiziološku suštinu. PCOS uključuje poremećaje hipotalamo-hipofizno-ovarijalne osovine, insulinske regulacije, ovarijalne steroidogeneze, metabolizma masnog tkiva i jetre, kao i različite metaboličke i vaskularne posledice [2,5,9].

Posebno je značajno da žene sa PCOS-om imaju povećan rizik za poremećaje glikoregulacije, dijabetes tipa 2, dislipidemiju, arterijsku hipertenziju, MASLD i druge kardiometaboličke komplikacije. Zbog toga se savremeni pristup ne može ograničiti na menstrualne poremećaje, infertilitet ili ultrazvučni izgled ovarijuma [1,2,11].

Naziv PMOS bi, prema zagovornicima promene, mogao da doprinese tome da se kod žena sa ovim sindromom ranije razmatraju telesna masa i obim struka, arterijski pritisak, glikoregulacija, po potrebi oralni test tolerancije glukoze (OGTT), lipidni status i kardiometabolički rizik [1,2].

Argumenti protiv promene naziva

Predlog PMOS nije prihvaćen jednoglasno. Jedan od glavnih argumenata protiv promene jeste izrazita heterogenost PCOS-a. Kod pojedinih žena dominiraju reproduktivne

manifestacije i hiperandrogenizam, dok kod drugih u prvom planu mogu biti metabolički poremećaji. Postoje i žene normalne telesne mase sa minimalno izraženim metaboličkim poremećajima, zbog čega se postavlja pitanje da li termin „metabolički“ može adekvatno obuhvatiti sve fenotipove [5,9].

Slično pitanje odnosi se na termin polyendocrine, koji nije široko etabliran u dosadašnjoj nomenklaturi. Bez dodatnog objašnjenja mogao bi izazvati nove terminološke nedoumice i različita tumačenja [7].

Dalji argument jeste da promena naziva sama po sebi ne menja način lečenja. Bez odgovarajuće edukacije lekara i pacijentkinja, novi naziv neće automatski dovesti do ranijeg prepoznavanja metaboličkih komplikacija niti do boljeg kvaliteta lečenja [7].

Važan praktični problem predstavlja i istorijski kontinuitet. Naziv PCOS koristi se gotovo devet decenija i prisutan je u velikom broju naučnih publikacija, kliničkih smernica, baza podataka i elektronskih zdravstvenih sistema. Promena nomenklature mogla bi otežati pretraživanje ranije literature, poređenje istraživanja i kontinuitet naučne komunikacije [7].

Tabela 4. Argumenti za i protiv promene naziva

Argumenti za PMOS	Argumenti protiv PMOS
Bolje odražava savremenu multisistemsku patofiziologiju	Nijedan naziv ne može obuhvatiti sve fenotipove
Naglašava endokrinu i metaboličku prirodu	Termin polyendocrine nije dovoljno etabliiran
Smanjuje zabunu oko „cista“	Metabolička komponenta nije dominantna kod svih pacijentkinja
Može podstaći sistematski metabolički skrining	Promena naziva ne menja dijagnostiku ni terapiju
Može unaprediti komunikaciju i edukaciju	Postoji problem istorijskog i naučnog kontinuiteta

Suštinsko pitanje, stoga, nije samo da li je naziv PCOS terminološki zastareo, već da li bi njegova zamena dovela do merljivog poboljšanja u razumevanju, dijagnostici i lečenju bolesti. Promena nomenklature ima smisla samo ukoliko doprinosi boljoj kliničkoj praksi, a ne predstavlja cilj sama po sebi [7].

Uloga ultrazvuka u savremenom konceptu PCOS-a

Razvoj ultrazvučne dijagnostike posebno je pokazao ograničenja oslanjanja na morfologiju ovarijuma. Savremena medicina omogućava preciznu procenu broja antralnih folikula i volumena ovarijuma, ali nijedan međunarodni dijagnostički kriterijum ne zahteva policističnu morfologiju kod svih žena sa PCOS-om [1,10].

Istovremeno, policistična morfologija nije specifična za PCOS i može se naći kod žena bez sindroma, naročito u mlađem životnom dobu. Sam ultrazvučni nalaz zato ne predstavlja sinonim za bolest [5,6].

To, međutim, ne umanjuje značaj ultrazvuka. Ultrazvučni pregled ostaje važan u proceni morfologije ovarijuma, isključivanju drugih ovarijalnih poremećaja, proceni reproduktivnog statusa i određenim terapijskim postupcima [1,6]. Suštinsko pitanje nije da li je ultrazvuk važan, već da li nalaz jednog organa treba da predstavlja osnovu za naziv kompleksnog multisistemskog sindroma.

Terapijske implikacije promene naziva

Promena naziva PCOS u PMOS sama po sebi ne menja dijagnostičke kriterijume niti terapijske preporuke. Lečenje i dalje treba prilagoditi dominantnim simptomima, reproduktivnim planovima i metaboličkom profilu pacijentkinje [1].

Osnov terapijskog pristupa predstavlja promena životnog stila, uključujući odgovarajuću ishranu, fizičku aktivnost i redukciju telesne mase kod žena sa prekomernom telesnom masom ili gojaznošću. Ove intervencije mogu

imati povoljan uticaj na reproduktivne, metaboličke i kardiovaskularne ishode [1].

Kod žena koje ne planiraju trudnoću, kombinovani oralni kontraceptivi predstavljaju jednu od osnovnih farmakoloških opcija za regulaciju menstrualnog ciklusa i lečenje kliničkog hiperandrogenizma. Antiandrogeni se mogu primenjivati kod odabranih pacijentkinja uz odgovarajuću kontracepciju [1].

Metformin ima značajno mesto kod žena sa metaboličkim poremećajima, naročito kod poremećene glikoregulacije, predijabetesa ili dijabetesa tipa 2, kao i kod određenih pacijentkinja sa povećanim metaboličkim rizikom. Glucagon-like peptide-1 (GLP-1) agonisti mogu biti razmatrani kod odabranih žena sa gojaznošću, posebno kada je cilj značajnija redukcija telesne mase i poboljšanje metaboličkih parametara. Inozitoli mogu imati mesto kod pojedinih pacijentkinja, iako njihova optimalna primena i klinički značaj zahtevaju dalju evaluaciju [1].

Kod žena koje žele trudnoću cilj lečenja je uspostavljanje ovulacije i povećanje verovatnoće začeća. Prema aktuelnim međunarodnim smernicama, letrozol predstavlja terapiju prvog izbora za indukciju ovulacije kod anovulatornih žena sa PCOS-om [1].

Promena nomenklature, dakle, ne bi trebalo da dovede do promene terapijskih algoritama, već eventualno do šireg sagledavanja potreba pacijentkinje. Ako bi naziv PMOS doprineo većoj svesti o metaboličkim i kardiovaskularnim posledicama bolesti, njegova potencijalna korist bila bi prvenstveno u promeni kliničke perspektive, a ne u uvođenju nove terapije.

Zaključak

Naziv sindroma policističnih ovarijuma nastao je u vreme kada je morfološki izgled ovarijuma predstavljao najuočljiviju karakteristiku bolesti. Tokom gotovo jednog veka, razvoj reproduktivne endokrinologije, molekularne biologije i ultrazvučne dijagnostike potpuno je promenio razumevanje ovog

poremećaja. Danas je jasno da PCOS predstavlja heterogeni, multisistemski sindrom u čijoj patogenezi učestvuju složene međusobne interakcije genetskih, epigenetskih, neuroendokrinih, metaboličkih i inflamatornih mehanizama, dok policistična morfologija ovarijuma predstavlja samo jednu od njegovih mogućih manifestacija.

Usvajanje termina polyendocrine metabolic ovarian syndrome (PMOS) predstavlja logičan pokušaj da se nomenklatura uskladi sa savremenim naučnim saznanjima. Novi naziv naglašava endokrinu i metaboličku prirodu bolesti, ukazuje na njenu multisistemsku složenost i nastoji da otkloni dugogodišnju zabunu nastalu korišćenjem termina „policistični jajnici“, koji anatomske i patofiziološke nije u potpunosti tačan.

Literatura

- Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, Dokras A, Moran LJ, Piltonen TT, et al.; International PCOS Network. Recommendations from the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2023;108(10):2447–2469. doi:10.1210/clinem/dgad463.
- Azziz R, Carmina E, Chen Z, Dunaif A, Laven JSE, Legro RS, et al. Polycystic ovary syndrome. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:16057. doi:10.1038/nrdp.2016.57.
- Bozdag G, Mumusoglu S, Zengin D, Karabulut E, Yildiz BO. The prevalence and phenotypic features of polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2016;31(12):2841–2855. doi:10.1093/humrep/dew218.
- Brutocao C, Zaiem F, Alsawas M, Morrow AS, Murad MH, Javed A. Psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine.* 2018;62(2):318–325. doi:10.1007/s12020-018-1692-3.
- Dapas M, Dunaif A. Deconstructing a syndrome: genomic insights into PCOS causal mechanisms and classification. *Endocr Rev.* 2022;43(6):927–965. doi:10.1210/endrev/bnac001.
- Lujan ME, Jarrett BY, Brooks ED, Reines JK, Peppin AK, Muhn N, et al. Updated ultrasound criteria for polycystic ovary syndrome: reliable thresholds for elevated follicle population and ovarian volume. *Hum Reprod.* 2013;28(5):1361–1368. doi:10.1093/humrep/det062.
- Teede HJ, Bahri Khomami M, Morman R, Laven JSE, Joham AE, Costello MF, et al.; Global Name Change Consortium. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *Lancet.* 2026;407(10545):2329–2339. doi:10.1016/S0140-6736(26)00717-8.
- Stein IF, Leventhal ML. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. *Am J Obstet Gynecol.* 1935;29(2):181–191. doi:10.1016/S0002-9378(15)30642-6.
- Chan JL, Masini I, Pisarska MD. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome (PMOS)/polycystic ovary syndrome (PCOS): current and future trends. *J Clin Invest.* 2026;136(12):e202824. doi:10.1172/JCI202824.
- Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod.* 2004;19(1):41–47. doi:10.1093/humrep/deh098.
- Moran LJ, Misso ML, Wild RA, Norman RJ. Impaired glucose tolerance, type 2 diabetes and metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2010;16(4):347–363. doi:10.1093/humupd/dmq001.

Promena naziva je usmerila pažnju sa morfološkog izgleda ovarijuma na endokrine, metaboličke i dugoročne zdravstvene posledice sindroma, podstakla kritičko preispitivanje postojećih dijagnostičkih koncepata i dodatno naglasila potrebu za individualizovanim pristupom svakoj pacijentkinji.

Može se zaključiti da najveći značaj novog naziva u promeni načina na koji razumemo i lečimo ovaj kompleksni poremećaj. Savremeni pristup PMOS mora ostati usmeren na celokupno zdravlje žene, uz podjednaku pažnju reproduktivnim, endokrinim, metaboličkim i kardiovaskularnim aspektima bolesti.