NEWSLETTER #16 · ZAŁĄCZNIK 3 · LIPIEC 2026

Szerszy kontekst zmiany na PMOS

nazwa, farmakoterapia i psychologia jedzenia

Zmiana nazwy PCOS na PMOS to tylko wierzchołek, pod spodem toczy się przesunięcie farmakoterapii otyłości analogami GLP-1 (semaglutyd, liraglutyd, tirzepatyd) poza ginekologię i naukowe uznanie „hałasu żywieniowego" (ang. food noise), czyli obsesyjnych myśli o jedzeniu, za zjawisko neurobiologiczne, wymagające zaangażowania psychologa. U 80% kobiet z PMOS kluczowym problemem jest otyłość. Powstały pierwsze zwalidowane narzędzia (FNQ, RAID-FN) mierzące natrętne myśli o jedzeniu. Jeśli sam nie będziesz monitorował masy ciała na wizytach przesiewowych, nie zapytasz o „szum" oraz nie zbudujesz planu na kierowanie pacjentki do kolejnych specjalistów, nie opowiesz o poszczególnych aspektach PMOS, pacjentka znajdzie teleporadę i poczuje się zaopiekowana.

ZAŁĄCZNIK — Szerszy kontekst zmian na PMOS

Trzy teksty z ostatnich dni, czytane osobno, dotyczą pozornie osobnych spraw: sporu o nazewnictwo, roli GLP-1 w PMOS i nowego pojęcia z psychiatrii otyłości. Czytane razem, pokazują jeden proces: opieka nad pacjentką z PMOS rozkłada się na trzy domeny, z których żadna nie jest już wyłącznie ginekologiczna — nazewnictwo i klasyfikacja, farmakoterapia otyłości (endokrynologia) i regulacja zachowań żywieniowych (psychologia, dietetyka). Twoja rola przesuwa się z „leczę PMOS" na „koordynuję leczenie PMOS".

Spór o nazwę — co zostaje, a co się zmienia

PMOS zastępuje PCOS w konsensusie opublikowanym w The Lancet (maj 2026), popartym przez 56 towarzystw, ale bez pełnej zgody środowiska. Krytycy — m.in. Andrea Dunaif z Icahn School of Medicine, reprezentująca Endocrine Society — zarzucają procesowi brak nauki: pominięcie udokumentowanego od końca lat 90. fenotypu męskiego, brak uwzględnienia podtypów genetycznych identyfikowanych w badaniach GWAS od 2011 r., oraz embargo na dyskusję między towarzystwami naukowymi przed publikacją. Zastrzeżenia zgłosili też uczestnicy z Chin, Hiszpanii i Grecji — nazwa źle się tłumaczy, a chińskie towarzystwa zapowiedziały, że klinicznie nadal będą używać PCOS. Dla Ciebie liczy się jedno: kryteria rozpoznania (Rotterdam) i leczenie pierwszego rzutu nie zmieniają się. Zmienia się etykieta i to, jak pacjentka będzie czytać w mediach — kampania społecznościowa dotarła już do ponad 75 mln osób, więc pytanie o PMOS może pojawić się w gabinecie, zanim PTGiP wyda własne stanowisko.

Kto leczy otyłość w PMOS — i czym

80% kobiet z PMOS ma nadwagę lub otyłość, a mechanizm jest samonapędzający: insulinooporność (która jest stanem związanym przede wszystkim z otyłością a nie odrębną chorobą) nasila hiperandrogenizm jajnikowy, otyłość pogłębia insulinooporność. W badaniach cytowanych przez Medscape liraglutyd, semaglutyd i tirzepatyd redukowały masę ciała, testosteron i ciśnienie skuteczniej niż sama metformina. Problem w tym, że, jak do tej pory, ginekolodzy nie prowadzą pacjentek stosując GLP-1's i nadzorując terapię.

W Polsce w 2026 r. farmakoterapia otyłości opiera się na czterech grupach leków, wszystkie wyłącznie na receptę:

Lek (substancja)	Nazwa handlowa	Droga / dawkowanie	Rejestracja	Refundacja NFZ
Orlistat	Xenical	doustnie, z posiłkiem	otyłość	Nie

Lek (substancja)	Nazwa handlowa	Droga / dawkowanie	Rejestracja	Refundacja NFZ
Naltrekson + bupropion	Mysimba	doustnie, codziennie	otyłość (zwł. z komponentą psychiczną)	Nie
Liraglutyd	Saxenda	s.c. 1×/d, do 3 mg	otyłość	Nie
Semaglutyd	Wegovy	s.c. 1×/tydz., do 2,4 mg	otyłość	Nie
Semaglutyd	Ozempic / Rybelsus (p.o.)	s.c. lub p.o., do 1–2 mg	cukrzyca t. 2 (off-label w otyłości)	Częściowo, tylko cukrzyca
Tirzepatyd	Mounjaro	s.c. 1×/tydz., 2,5–15 mg	otyłość / cukrzyca t. 2	Nie

Wskazanie do włączenia: BMI ≥ 30 kg/m² lub ≥ 27 kg/m² z powikłaniem (nadciśnienie, cukrzyca, bezdech senny, dyslipidemia), po nieudanej 3–6-miesięcznej próbie zmiany stylu życia. Receptę wystawia lekarz POZ, diabetolog, endokrynolog lub lekarz leczenia otyłości — nie ginekolog. Program KOS-BAR (od stycznia 2026) finansuje opiekę multidyscyplinarną i chirurgię bariatryczną przy BMI ≥ 35–40 kg/m² z powikłaniami, ale nie leki GLP-1 wprost.

Praktyczny wniosek: nie musisz znać dawkowania tych leków, ale musisz wiedzieć, że istnieją, kto je przepisuje i ile orientacyjnie kosztują (500–2500 zł/miesiąc, w zależności od preparatu) — bo te pytania zada pacjentka w rozmowie o redukcji masy ciała z przyczyn prozdrowotnych.

I jeszcze jeden kontekst leczenia aGLP-1s dla ginekologa.

W systemie FAERS (baza zgłoszeń działań niepożądanych FDA; >14 mln raportów do marca 2026) analiza nadmiarowych zgłoszeń reakcji niepożądanych (w stosunku do średniej w bazie) u kobiet w wieku rozrodczym (12–55 lat) wykazała zaburzenia miesiączkowania dla agonistów receptora GLP-1 — najsilniej dla semaglutydu (skrzepy w trakcie krwawienia miesiączkowego, obfite krwawienia, krwawienia międzymiesiączkowe, oligomenorrhea i cykle bezowulacyjne), słabiej dla tirzepatydu (krwawienia międzymiesiączkowe, skrzepy), bez sygnału dla liraglutydu. To dane pharmacovigilance — sygnał zgłoszeniowy generujący hipotezę, a nie dowód przyczynowości (sama otyłość zaburza cykl).

Wg. https://www.contemporaryobgyn.net/view/glp-1-ras-linked-broad-menstrual-adverse-event-signals-reproductive-aged-patients — Etminan, M., & Frey, C. Association of Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists With Menstrual Events in Reproductive-Aged Patients. Obstetrics & Gynecology. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000006367

„Hałas żywieniowy" — trzeci front, dla psychologa

Gdy pacjentka trafi już do diabetologa, endokrynologa i otrzymuje zalecenie GLP-1, część jej problemu z jedzeniem wymaga pracy psychologa.

„Food noise" — uporczywe, natrętne myśli o jedzeniu, niezależne od głodu, nie ma jeszcze jednej definicji, ale trzy niezależne zespoły zaproponowały w ostatnim roku narzędzia do jego pomiaru: pięciopunktowy Kwestionariusz Hałasu Żywieniowego (FNQ, zwalidowany u dorosłych z otyłością) oraz Inwentarz RAID-FN (wersja skrócona — 7 punktów, pełna — 23 punkty), obejmujący trzy wymiary: obsesję na punkcie jedzenia, uporczywość myśli i dysforię. Ten ostatni wymiar ma znaczenie kliniczne: pacjentki często ukrywają te myśli ze wstydu i same nie zgłaszają ich podczas wizyty.

Hipotezy mechanistyczne wiążą hałas żywieniowy ze stanem półgłodu wywołanym powtarzanymi dietami odchudzającymi (analogia do eksperymentu głodowego w Minnesocie) oraz z osłabieniem hamowania neuronalnego. GLP-1 wydają się wyciszać ten hałas poprzez działanie na receptory w mózgu — w małym badaniu obserwacyjnym (Europejski Kongres Otyłości 2026, doniesienie zjazdowe, nierecenzowane) terapia GLP-1 połączona z interwencją behawioralną dawała pozytywny rezultat w teście FNQ niż sama terapia behawioralna (interwencja psychologiczna) po miesiącu (skorygowana zmiana −4,1 vs −1,2 pkt). Efekt znika po odstawieniu leku.

Andres Acosta (Mayo Clinic) dzieli otyłość na 4 fenotypy behawioralno-fizjologiczne:

- **Głodny mózg (hungry brain)** — zaburzona satiacja; potrzeba zjeść więcej, żeby poczuć się sytym w trakcie posiłku
- **Głodne jelito (hungry gut)** — zaburzona sytość poposiłkowa; głód wraca szybko po jedzeniu (szybsze opróżnianie żołądka)
- **Głód emocjonalny (emotional hunger)** — jedzenie hedonistyczne, napędzane emocjami (lęk, nastrój), nie fizjologią
- **Wolny metabolizm (slow burn)** — obniżona spoczynkowa przemiana materii.

U 85% pacjentów udało się przypisać jeden dominujący fenotyp, co koreluje z odpowiedzią na konkretne leki (np. fentermina/topiramat najlepiej działa przy „głodnym mózgu").

Warto odróżnić hałas żywieniowy od fenotypu „głodny mózg" (hungry brain). Głodny mózg to zaburzona satiacja — obiektywnie mierzona testem bufetowym liczba kalorii potrzebna, by poczuć się sytym w trakcie jednego posiłku (cutoff: > 894 kcal u kobiet, > 1376 kcal u mężczyzn). Hałas żywieniowy to uporczywe myśli o jedzeniu między posiłkami, mierzone kwestionariuszami (FNQ, RAID-FN), nie testem posiłkowym. Co ciekawe, sam Acosta łączy ustępowanie hałasu żywieniowego pod wpływem GLP-1 raczej z mechanizmem sytości poposiłkowej — czyli bliżej fenotypu „głodne jelito" (hungry gut) niż „głodny mózg". Oba zjawiska mogą współwystępować u tej samej pacjentki, ale to nie są synonimy.

Źródła do weryfikacji: Acosta AJ i wsp., Obesity 2021 (definicje fenotypów, cutoffy); Mayo Clinic Press, „How GLP-1s affect older adults", maj 2026 (wypowiedź Acosty o food noise).

Jak być hubem w opiece nad pacjentką z PMOS

- Kontroluj masę ciała pacjentki z wpisem do dokumentacji na wizytach ginekologicznych (robię pomiary u każdej pacjentki na wizytach follow-up, nie tylko u ciężarnych). Przyrost masy ciała od poprzedniej wizyty jest punktem wyjścia do rozmowy, szczególnie u pacjentek z PMOS.
- Pytaj też wprost o stosunek do jedzenia („czy myśli o jedzeniu wracają, mimo braku odczucia głodu").
- Zbuduj ścieżkę referowania do określonych specjalistów w opiece nad pacjentką z PMOS i otyłością: lekarz leczenia otyłości do prowadzenia farmakoterapii, dietetyk i psycholog lub terapeuta behawioralny do pracy nad wzorcem jedzenia. Pacjentka wykorzysta teleporadę, jeśli Ty tego nie zrobisz, wówczas tracisz kontrolę nad aspektami ginekologicznymi (antykoncepcja, zaburzenia cyklu, płodność, wizyty follow-up).
- Myślę, że więcej niż 20% kobiet z PMOS nie ma nadwagi, wciąż będzie temat do dyskusji
- Metformina zostaje w Twoim zakresie kompetencji i możesz ją włączyć w leczeniu metabolicznym (u pacjentek otyłych i nie tylko).
- Zacznij oswajać nazwę PMOS w rozmowie z pacjentkami, zanim zrobią to za Ciebie media społecznościowe (zasięg kampanii: 75 mln osób).

Ograniczenia

Dane o cenach i refundacji leków na otyłość w Polsce pochodzą z serwisów informacyjno-aptecznych, nie z oficjalnego obwieszczenia Ministerstwa Zdrowia — do potwierdzenia przed publikacją.

Źródła

1. Tucker ME. Critics Question Science and Process Behind New Term for PCOS. Medscape Medical News, 26 czerwca 2026. https://www.medscape.com/viewarticle/critics-question-science-and-process-behind-new-term-pcos-2026a1000lr2

2. Cheney D. New Name, New Treatment: GLP-1s Could Help Improve Symptoms of PMOS. Medscape, 18 czerwca 2026. https://www.medscape.com/viewarticle/new-name-new-treatment-glp-1s-could-help-improve-symptoms-2026a1000km7

3. Larkin M. Food Noise: a Real Phenomenon Deserving of Being Treated. Medscape, 30 czerwca 2026. https://www.medscape.com/viewarticle/food-noise-real-phenomenon-deserving-being-treated-2026a1000m45

4. Dhurandhar EJ i wsp. Food noise: definition, measurement, and future research directions. Nutrition & Diabetes 2025;15:30. DOI: 10.1038/s41387-025-00382-x — naukowa podstawa RAID-FN.

5. Diktas HE i wsp. Development and validation of the Food Noise Questionnaire. Obesity 2025;33:289–297. DOI: 10.1002/oby.24216 — naukowa podstawa FNQ.

6. Acosta AJ i wsp., Obesity 2021 (definicje fenotypów, cut-offs); Mayo Clinic Press, „How GLP-1s affect older adults", maj 2026 (wypowiedź Acosty o food noise).

Badanie łączące GLP-1 z redukcją hałasu żywieniowego to doniesienie zjazdowe (ECO 2026), nierecenzowane, o nieznanym n — kierunek obiecujący, nie podstawa do zmiany praktyki. Definicje i narzędzia „food noise" (FNQ, RAID-FN) są nowe i nie mają jeszcze pełnej walidacji populacyjnej ani polskiej adaptacji językowej.