

Клинико-сонологические особенности эндометриoidных образований яичников у женщин в репродуктивный период

О.С. Шаповал

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Цель исследования: изучение распространенности эндометриoidных кист яичников у женщин в репродуктивный период, особенностей клинической и ультразвуковой картины при эндометриозе.

Материалы и методы. Обследовано 22 пациентки (основная группа) с эндометриoidными образованиями яичников и 50 женщин (контрольная группа) гинекологически и соматически здоровых.

Результаты. Частота выявления эндометриoidных образований яичников в структуре доброкачественных опухолеподобных образований яичников составляет 0,62%. У 72,73% эндометриоз яичников диагностирован на фоне сопутствующей гинекологической патологии. Клинически в 77,27% случаев зафиксирован болевой синдром, в 59,09% – альгодисменорея, в 13,64% – бесплодие; 18,18% эндометриoidных кист остаются «немными» и протекают со стертой клинической картиной. Сонологически у пациенток с эндометриoidными кистами яичников определены аденомиоз, гиперплазия эндометрия, изменения со стороны контралатерального яичника.

Заключение. Без проведения дополнительных методов диагностики выявление объемного образования с различными пальпаторными характеристиками возможно от 3 см, что не позволяет четко дифференцировать эндометриоз от функционального воспалительного образования, а также от истинной опухоли яичников. Сонологически патологическое образование диагностируют от 1 см, возможна детализация характера кисты.

Ключевые слова: эндометриоз, репродуктивный период, ретроспективный анализ, УЗИ.

Эндометриoidная болезнь на сегодняшний день остается одной из актуальных проблем современной гинекологии. Совершенствование аппаратов ультразвуковой диагностики, развитие и широкое внедрение в практику малоинвазивных хирургических методик не только в лечебных, но и в диагностических целях позволили по-новому взглянуть на проблему генитального эндометриоза [3, 8, 10, 12, 16, 22, 24].

Частота выявления эндометриоза, по данным разных авторов, различна, что обусловлено особенностями диагностики данной патологии. Стабильно высокими остаются показатели аденомиоза (12–40%) и эндометриoidных кист яичников (10–27%) как наиболее распространенных форм генитального эндометриоза [1, 2, 10, 11, 13, 16, 21]. На сегодняшний день эндометриoidная болезнь может протекать под масками различных заболеваний, имитируя и воспалительный процесс, и нарушения менструального цикла, и онкопатологию [4, 6, 14, 15, 23]. В клинике бесплодия эндометриоз диагностируют у 6–50% пациенток [18, 20, 25].

Несмотря на накопленные знания о природе и течении эндометриоза, клиническая диагностика данной патологии представляет определенные трудности, нет единой концеп-

ции лечебного процесса, что существенно затягивает время установления диагноза и выбора оптимальных терапевтических стратегий, сопровождаемых снижением репродуктивного потенциала женского населения [5, 17, 19, 24, 25].

Цель исследования: изучение распространенности эндометриoidных кист яичников у женщин в репродуктивный период, особенностей клинической и ультразвуковой картины при эндометриозе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 3555 историй болезни пациенток, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении городской больницы № 7 г. Запорожья за период с 2009 по 2014 г. Частота выявления доброкачественных опухолеподобных образований яичников в структуре гинекологической патологии составила 6,44% (229 человек). При этом функциональные кисты выявляли в 9,4 раза чаще, чем эндометриoidные (у 207 человек – 5,82% против 22 – 0,62%). Для проведения углубленного анализа особенностей течения клинической картины эндометриoidных кист яичников было проанализировано 22 истории болезни. Так, в основную группу вошли 22 пациентки репродуктивного возраста от 18 до 49 лет, средний возраст которых составил $26,14 \pm 0,59$ года. В контрольную группу вошли 50 женщин без гинекологической и соматической патологии, обратившихся в лечебное учреждение по вопросу выбора контрацепции. В контрольной группе средний возраст составил $33,3 \pm 0,75$ года. Полученные данные были обработаны с помощью пакета статистических программ STATISTICA (StatSoft Statistica v.6.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В возрастном аспекте исследуемые группы были репрезентативны. При госпитализации в стационар ведущее место в структуре жалоб занимал болевой синдром – у 17 пациенток (77,27%), при этом боль имела ноющий, тянущий характер различной степени интенсивности. Клинику «острого» живота отмечали у 1 больной (4,55%). На фоне периодической боли внизу живота нарушения менструального цикла в виде появления мажущих «шоколадных» выделений из половых путей отмечали 2 человека (9,09%). Альгодисменорею, которую большинство пациенток считали привычным состоянием, значительно не снижающим качества жизни, отмечали 13 женщин (59,09%). Обильные менструации, которые также не были отнесены в категорию жалоб при основном заболевании, имели место у 2 человек (9,09%). Нарушения репродуктивной функции отмечали 3 пациентки (13,64%). При этом частота первичного бесплодия наблюдалась в 2 раза чаще по сравнению с вторичным (66,67% против 33,33%). При этом в 66,67% случаев бесплодие протекало на фоне болевого синдрома. У 18,18% больных наблюдалось асимптомное течение заболевания.

Нельзя не отметить, что лишь у 27,27% госпитализированных в стационар эндометриоидные опухолевидное образование яичников диагностировано в качестве самостоятельной нозологической единицы, в 72,73% случаев отмечали его сочетание с гинекологической патологией. Структура гинекологической заболеваемости представлена на рис. 1.

Как видно из представленных данных, практически у 70% пациенток эндометриоидные кисты яичников диагностированы на фоне патологии шейки матки, у 37,5% имеет место гиперпролиферативная патология эндометрия. Такие заболевания, как миома матки и сопутствующие воспалительные процессы придатков матки, диагностируют реже – в 12,5% случаев. Полученные данные о высокой частоте пролиферативных процессов эндометрия и диспластических изменений шейки матки могут свидетельствовать об общности некоторых этиопатогенетических звеньев [16] и должны лечь в основу разработки индивидуального алгоритма лечебной тактики с использованием иммуномодулирующей терапии и препаратов, регулирующих процессы пролиферации и апоптоза клеток.

Нельзя не отметить, что 59,1% госпитализированных имели отягощенный соматический анамнез, структура которого представлена на рис. 2.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у 69,23% женщин с эндометриоидными кистами яичников имеется патология пищеварительного тракта (ПТ) и у 15,38% – дисфункция слизистых оболочек, что может свидетельствовать о сопутствующих нарушениях иммунного статуса организма и необходимости более углубленной диагностики и коррекции выявленных нарушений.

Анализ особенностей менструальной функции показал, что средний возраст начала менархе составлял $13,05 \pm 0,36$ года с возрастным минимумом 10 лет и максимумом 17 лет. Полученные данные достоверно не отличались в основной и контрольной группах. Все пациентки основной группы имели регулярный менструальный цикл продолжительностью от 21 до 35 дней. При этом средняя продолжительность менструального цикла составляла $28,68 \pm 0,81$ дня. Длительность менструального кровотечения не превышала данных контрольной группы и колебалась от 3 до 9 дней, в среднем – $5,27 \pm 0,23$ дня.

У 13 пациенток (59,09%) имела место альгодисменорея. По количеству теряемой крови группа женщин с нормальной кровопотерей составила 20 человек (90,91%). В структуре менструальных нарушений симптом гиперменореи составил 9,09%.

При проведении гинекологического исследования пациенток с эндометриоидными кистами яичников не отмечено увеличения размеров матки, хотя у 2 женщин в анамнезе имела место миома матки. Со стороны пораженного органа образование размерами от 3 до 10 см определяли у всех пациенток. При этом кисты левого яичника определяли несколько чаще, чем правого (10 случаев против 6). У 6 чело-

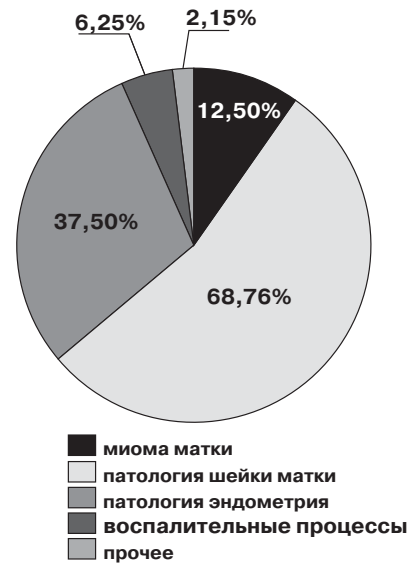


Рис. 1. Структура гинекологической заболеваемости

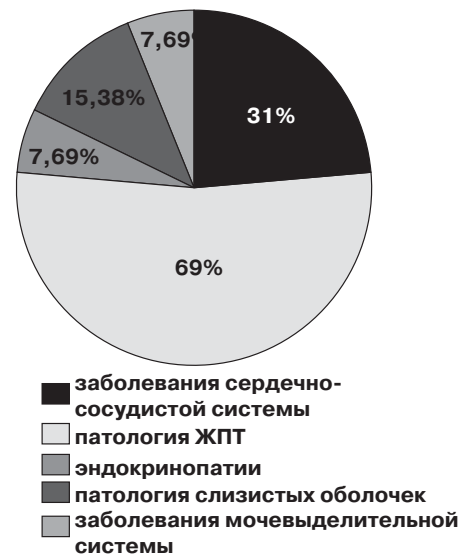


Рис. 2. Структура соматической патологии

Таблица 1

Эхографические параметры матки у пациенток исследуемых групп, мм (M±m)

Параметры	Основная группа, n=22	Контрольная группа, n=50
Длина матки	47±1,1*	51,58±0,48*
Ширина матки	44,14±1,47	46,42±0,62
Толщина матки	38,23±1,36*	35,08±0,54*
Минимальные размеры матки	33428425	35428446
Максимальные размеры матки	55457450	55444459
Минимальная толщина М-эхо	4	5
Максимальная толщина М-эхо	16	9
Среднее значение М-эхо	7,37±0,67	6,12±0,75

Примечание. * – Различия статистически значимы при $p < 0,05$.

Таблица 2

Эхографические параметры контралатеральных яичников у пациенток исследуемых групп (M±m)

Показатель	Основная группа, n=22	Контрольная группа, n=50
Длина, мм	36,5±2,48*	30,32±0,17*
Ширина, мм	26,81±2,13	28,14±0,13
Толщина, мм	26,27±2,06*	16,72±0,17*
Объем, см ³	17,53±4,7*	7,44±0,67*

Примечание. * – Различия статистически значимы при p<0,05.

Таблица 3

Эхографические параметры яичников с опухолевидным образованием (M±m)

Показатель	Основная группа, n=6	Контрольная группа, n=50
Длина, мм	48,22±2,64*	30,32±0,17*
Ширина, мм	37,75±2,39*	28,14±0,13*
Толщина, мм	30,33±3,48*	16,72±0,17*
Объем, см ³	29,91±6,73*	7,44±0,67*

Примечание. * – Различия статистически значимы при p<0,05.

век отмечено двухстороннее увеличение яичников. Образование характеризовалось различной степенью напряженности и подвижности, умеренной чувствительностью. Выявленные изменения характерны для многих процессов в придатках матки: и при воспалительных изменениях, и при функциональных кистах, и при истинных опухолях яичников [4, 6, 7, 9, 15, 17]. Поэтому с целью детализации характера образования и выработки лечебной тактики было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза.

При проведении УЗИ оценивали состояние матки и придатков. Полученные результаты обследования пациенток с опухолевидными образованиями яичников были сопоставлены с результатами обследования пациенток контрольной группы. Данные, полученные при сонологическом исследовании матки, представлены в табл. 1.

Анализ результатов сонологического исследования обеих групп выявил в основной группе достоверное увеличение толщины матки – в 1,09 раза (p<0,05) и уменьшение линейных показателей длины в 1,1 раза (p<0,05) по сравнению с группой контроля. Несмотря на относительно неизменные линейные размеры матки признаки аденомиоза в виде неоднородности миометрия, наличия включений в миометрии различной эхоплотности были диагностированы у 1/3 пациенток (7 человек). В группе контроля наблюдалась однородная толщина и эхоструктура миометрия.

Сонологические признаки гиперпластических процессов эндометрия были диагностированы у 27,27% от общего количества больных и у 37,5% в структуре сопутствующей гинекологической патологии. При установлении диагноза эндометриальной гиперплазии учитывали не только толщину М-эхо, которая у 95,45% пациенток не превышала допустимые значения и колебалась от 4 до 16 мм, но и такие характеристики, как наличие включений, ровность и четкость контура, наличие деформаций [2, 8]. Включения различной эхогенности были выявлены у 5 пациенток (22,73%). Деформаций, неровности контура диагностировано не было.

Полученные данные свидетельствуют о том, что сопутствующая гиперпролиферативная патология эндометрия у женщин с эндометриодными кистами яичников может быть одним из проявлений нарушений механизмов пролиферации – апоптоза, имеющих место при эндометриодной болезни. Данное состояние требует проведения комплекса специфических лечебных мероприятий, а не только подбора гормональных препаратов.

Пациенткам обеих групп проводили сонологическое ис-

Таблица 4
Эхографические параметры эндометриодной кисты, мм (M±m)

Показатель	Основная группа, n=22
Длина	49,18±4,16
Ширина	39,5±3,54
Толщина	37,82±3,52
Максимальные размеры	88×70×65
Минимальные размеры, мм	10×9×5

следование эхоструктуры яичников. При выявлении опухолевидных образований оценивали их размеры, расположение, форму, толщину капсулы, наличие включений, плотность. В группе контроля достоверных отличий в эхографических параметрах правого и левого яичников выявлено не было. Поэтому сравнение между группами проводили с правым яичником группы контроля как наиболее функционально активным [4, 6].

Проведенный анализ выявил достоверные различия между эхографическими параметрами контралатеральных яичников пациенток обеих групп (p<0,05) как по длине, так и по толщине. Кроме того, показатели толщины контралатерального, условно здорового, яичника превышали показатели группы сравнения в 1,57 раза. Максимальные показатели размеров яичника в основной группе составили 74×55×50 мм. Объем контралатерального яичника у пациенток с эндометриодным опухолеподобным образованием достоверно превышал значения в контрольной группе в 2,36 раза (максимальный показатель – 83,25 см³). Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациенток с эндометриодными кистами яичников отмечается увеличение контралатерального яичника, что может свидетельствовать об адаптивной гиперплазии здорового яичника, либо о двухстороннем гиперпролиферативном процессе (табл. 2).

Провести сонологическую оценку состояния яичника с эндометриодной кистой оказалось возможным лишь у 6 пациенток (27,27%), у которых визуализировалась здоровая ткань яичника. У оставшихся 16 больных (72,73%) вся ткань яичника была представлена опухолеподобным образованием. Полученные данные приведены в табл. 3.

При УЗИ состояния яичников у пациенток с опухолеподобным образованием по сравнению с группой контроля было выявлено достоверное увеличение всех линейных разме-

ров пораженного органа: длины – в 1,59 раза ($p < 0,05$), ширины – в 1,34 раза ($p < 0,05$), толщины – в 1,81 раза ($p < 0,05$). Максимальные размеры яичника с эндометриодной кистой составляли $58 \times 47 \times 45$ мм. Показатели объема также достоверно превышали аналогичный в группе сравнения в 4,02 раза ($p < 0,05$), максимальные показатели составили $61,34 \text{ см}^3$.

При УЗИ состояния яичников было выявлено, что диаметр эндометриодного опухолевидного образования составлял от 10 мм до 88 мм. Образование было однокамерным, округлой или овальной формы, с тонкими стенками, содержащее средней и повышенной эхогенности мелкодисперсную взвесь, в ряде случаев – с включениями различной эхогенности [4, 6]. Образование располагалось сбоку либо кзади от матки. Внутренняя поверхность кисты была гладкая, без разрастаний, толщина капсулы образования составляла 1–2 мм.

Сонологические характеристики эндометриодной кисты представлены в табл. 4.

Таким образом, у пациенток с эндометриодными опухолеподобными образованиями яичников при проведении УЗИ по сравнению с группой контроля определяется увеличение толщины – в 1,09 раза ($p < 0,05$), уменьшение линейных показателей длины в 1,1 раза ($p < 0,05$). У 1/3 пациенток диагностировали явления аденомиоза. При опухолеподобных образованиях яичников отмечали как увеличение линейных показателей длины и толщины, так и увеличение среднего объема яичника на контралатеральной стороне в 2,36 раза. Также отмечали достоверное увеличение всех линейных размеров яичника с эндометриодной кистой: длины – в 1,59 раза ($p < 0,05$), ширины – в 1,34 раза ($p < 0,05$), толщины – в 1,81 раза ($p < 0,05$), объема – в 4,02 раза ($p < 0,05$). При этом у 72,73% больных выявляли практически полное отсутствие здоровой ткани яичника. При сопоставлении с данными гинекологического осмотра сонологически удалось диагностировать обра-

зования уже от 1 см, что позволяет рекомендовать УЗИ в качестве обязательного скринингового метода при эндометриодной болезни и дифференцированно проводить лечебные мероприятия. Увеличение контралатерального яичника и сопутствующую патологию эндометрия и шейки матки можно рассматривать как единые звенья общего гиперпролиферативного процесса.

ВЫВОДЫ

1. Частота выявления доброкачественных опухолеподобных образований яичников составляет 6,44% (функциональные кисты – 5,82%, эндометриодные – 0,62%).

2. У госпитализированных в гинекологическое отделение пациенток диагноз «опухолевидное образование яичника» был установлен у 27,27% больных, у 72,73% его диагностировали в сочетании с сопутствующей гинекологической патологией, чаще – с заболеваниями шейки матки и эндометрия.

3. В структуре жалоб в 77,27% случаев отмечен болевой синдром, в 59,09% – нарушения менструального цикла в виде альгодисменореи. Бесплодие характерно для 13,64% пациенток; 18,18% эндометриодных кист остаются «немыми» и протекают со стертой клинической картиной.

4. При проведении гинекологического осмотра выявление объемного образования с различными пальпаторными характеристиками возможно от 3 см, что не позволяет четко дифференцировать эндометриоз от функционального воспалительного образования, а также от истинной опухоли яичников.

5. При проведении сонологического исследования отмечено увеличение размеров и объема контралатерального яичника. Выявление объемного образования возможно при размерах 1 см с детализацией характера кисты. У 72,73% пациенток установлено сонологическое отсутствие здоровой ткани яичника на стороне патологического процесса. У 1/3 пациенток диагностирован аденомиоз.

Клініко-сонологічні особливості ендометріодних утворень яєчників у жінок у репродуктивний період О.С. Шаповал

Мета дослідження: вивчення поширеності ендометріодних кіст яєчників у жінок у репродуктивний період, особливостей клінічної та ультразвукової картини при ендометріозі.

Матеріали та методи. Обстежено 22 пацієнтки (основна група) з ендометріодними кістами яєчників та 50 жінок (контрольна група) гінекологічно та соматично здорових.

Результати. Частота виявлення ендометріодних утворень яєчників у структурі доброякісних пухлиноподібних утворень яєчників становить 0,62%. У 72,73% ендометріоз яєчників діагностований на тлі супутньої гінекологічної патології. Клінічно у 77,27% випадків зафіксовано больовий синдром, у 59,09% – альгодисменорею, у 13,64% – безплідність; 18,18% ендометріодних кіст залишаються «німими» і перебігають зі стертою клінічною картиною. Сонологічно у пацієнток з ендометріодними кістами яєчників визначені аденоміоз, гіперплазія ендометрія, зміни з боку контралатерального яєчника.

Заключення. Без проведення додаткових методів діагностики виявлення об'ємного утворення з різними пальпаторними характеристиками можливо від 3 см, що не дозволяє чітко диференціювати ендометріоз від функціонального запального утворення, а також істинної пухлини яєчників. Сонологічно патологічне утворення діагностують від 1 см, можлива детализація характеру кісти.

Ключові слова: ендометріоз, репродуктивний період, ретроспективний аналіз, УЗД.

Clinical and sonological features in endometriomas in women of reproductive age O. Shapoval

The objective: to study the prevalence of ovarian endometriosis in women of reproductive age, the features of clinical and ultrasound picture of endometriosis.

Patients and methods. The study involved 22 patients with endometriomas, the control group – 50 women gynecological and somatically healthy.

Results. The incidence of ovarian endometriomas in the structure of benign tumor-like formations of ovaries is 0,62%. In 72,73% of ovarian endometriomas occur on a background of concomitant gynecological pathology. Clinically, in 77,27% of cases there is a pain syndrome, in 59,09% – algomenorrhea, in 13,64% – infertility; 18,18% of cases endometriomas remain «dumb» and proceed with the erased clinical picture. Sonologically in patients with endometriomas adenomyosis, endometrial hyperplasia, changes in the contralateral ovary are determined.

Conclusion. Without additional methods of diagnostic gynecological examination may identify the 3 cm tumor-like formation of the ovary with different characteristics, which does not allow to differentiate endometrioma from inflammation, functional and ovarian tumors. Ultrasound can diagnose pathological ovarian formation of 1 cm, detailing the nature of the cyst.

Key words: endometriosis, reproductive age, retrospective analysis, ultrasound.

Сведения об авторах

Шаповал Ольга Сергеевна – ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69096, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20. E-mail: shapoval_olga@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В. Эндометриозы/ Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. – М.: Медицина, Издание 2-е. – 2006. – С. 416.
2. Аничков Н.М. Сочетание аденомиоза и лейомиомы матки / Н.М. Аничков, В.А. Печеникова // Архив патологии. – 2005. – № 3 (67). – С. 31–34.
3. Буланов М.Н. Ультразвуковая диагностика: в 3-х т. / М.Н. Буланов. – М., 2010. – Т. 1. – 259 с.
4. Вдовиченко Ю.П. Воспалительные заболевания органов малого таза – комплексный подход для эффективной терапии / Ю.П. Вдовиченко, Е.Н. Гопчук // Здоровье женщины. – 2012. – № 4 (70). – С. 102–108.
5. Влияние хирургического лечения эндометриоза яичников на овариальный резерв: итоги систематического обзора и мета-анализа // Проблемы женского здоровья. – 2012. – № 3. – С. 10–15.
6. Вовк І.Б. Сучасні принципи діагностики та лікування жінок репродуктивного віку з пухлиноподібними ураженнями яєчників / І.Б. Вовк, Кондратюк В.К. // Репродуктивне здоров'я жінки. – 2006. – № 2 (27). – С. 88–93.
7. Вовк І.Б. Пухлиноподібні ураження яєчників: етіологія, патогенез, діагностика та лікування / І.Б. Вовк, Г.В. Чубей, В.К. Кондратюк та інш. // Здоров'я жінки. – 2013. – № 2 (78). – С. 11–15.
8. Гажонова В.Е. Соноэластография в диагностике образований яичников / В.Е. Гажонова, С.О. Чуркина, Е.Б. Савинова и др. // Кремлевская медицина. – 2009. – № 3. – С. 31–37.
9. Герасимова Т.В. Оптимізація діагностики та лікування функціональних кіст яєчників / Т.В. Герасимова // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2014. – № 5 (80). – С. 65–73.
10. Гинекология. Национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2009. – 1150 с.
11. Дамиров М.М. Аденомиоз / М.М. Дамирова // Биом-Пресс. – 2004. – 320 с.
12. Демидов В.Н. Кисты придатков матки и доброкачественные опухоли яичников / В.Н. Демидов, А.И. Рус, Л.В. Адамян // Практическое пособие. – Вып. 2. Эхография органов малого таза у женщин. – М., 2006. – С. 5–27.
13. Ищенко А.И. Эндометриоз: диагностика и лечение / А.И. Ищенко, А.Е. Кудрина. – М.: Гэотар-Мед, 2002. – 104 с.
14. Кулаков В.И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / В.И. Кулаков, Р.Г. Гатаулина, Г.Т. Сухих. – М.: Триада X, 2005. – 21 с.
15. Онкологическая гинекология / А.Н. Рыбалка, В.А. Заболотнов. – Симферополь, 2006. – 616 с.
16. Пересада О.А. Эндометриоз – диагностические, клинические, онкологические и лечебные аспекты / О.А. Пересада // Медицинские новости. – 2009. – № 14. – С. 14–25.
17. Рыбалка А.Н. Профилактика и ведение осложненных функциональных кист яичников / А.Н. Рыбалка, Я.А. Егорова // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 1 (40). – С. 11–13.
18. Савицкий Г.А. Перитонеальный эндометриоз и бесплодие (клинико-морфологическое исследование) / Г.А. Савицкий, С.М. Горбушин. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2002. – 170 с.
19. Сахаутдинова И.В. Современные методы диагностики и лечения эндометриоза яичников / И.В. Сахаутдинова, Г.Т. Мустафина, Е.Н. Хабибулина, Е.И. Яркова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2015. – № 1 (10). – С. 113–115.
20. Унанян А.Л. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин / А.Л. Унанян // Акушерство, гинекология, репродукция. – 2010. – № 3 (4). – С. 6–11.
21. Унанян А.Л. Активный и неактивный аденомиоз: клинико-морфологические варианты развития, дифференцированный подход к терапии / А.Л. Унанян, И.С. Сидорова, Е.А. Коган // Акушерство, гинекология, репродукция. – 2012. – № 2. – С. 25–30.
22. Burney R.O. The genetics and biochemistry of endometriosis / R.O. Burney // Curr.Opin. Obstet.Gynecol. – 2013. – Vol. 25. – P. 280–286.
23. Diane M. Ultrasound and Assessment of Ovarian Cancer Risk / M. Diane Twickler, E. Moschos // AJR – 2010. – February. – 194. – P. 322–329.
24. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. – URL: <http://www.guidelines.endometriosis.org/>
25. Szamatowicz M. Endometriosis – is the best way of infertility treatment? / M. Szamatowicz // IFFS. – 2007. – Abstract Book. – FC 1505. – P. 80.

Статья поступила в редакцию 29.07.2016

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

МИНЗДРАВ ОТМЕНИТ БУМАЖНУЮ ОТЧЕТНОСТЬ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ

В 2017 году будет отменена бумажная отчетность для врачей первичного звена.

Как сообщили УНИАН в Минздраве, также будет ускорена процедура лицензирования медицинских практик, они будут гармонизированы в соответствии с европейским законодательством. Заместитель министра здравоохранения Павел Ковтонюк отметил, что ключевая функция семейного врача - поддерживать здоровье своих пациентов.

"Любая другая работа будет минимизирована. В случае, если семейный врач решит начать частную практику, оплата будет поступать на его счет напрямую, минуя посредников. Это позволит создать простую, прозрачную и понятную для всех систему", - сказал Ковтонюк. По его словам, техническим оператором перечисления бюджетных средств станет прозрачная страховое агентство, которое будет осуществлять документооборот с врачами. Ковтонюк также подчеркнул, что введение

новых налогов или страховых взносов не предусматривается.

"Украинцы и так платят налоги. Наша задача - обеспечить их прозрачное и эффективное использование. Каждый гражданин Украины, независимо от места проживания и достатка должен иметь доступ к семейному врачу, а общины не должны отправлять "гонцов" в Киев для вымалывания дополнительных бюджетов. Логика очень простая: вы выбираете врача - мы ему платим", - сказал Ковтонюк.

health.unian.net