

# 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, сопровождаемая 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 эндометриоидное 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-

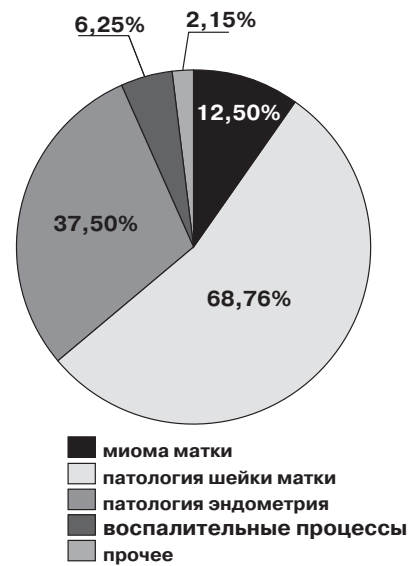


Рис. 1. Структура гинекологической заболеваемости

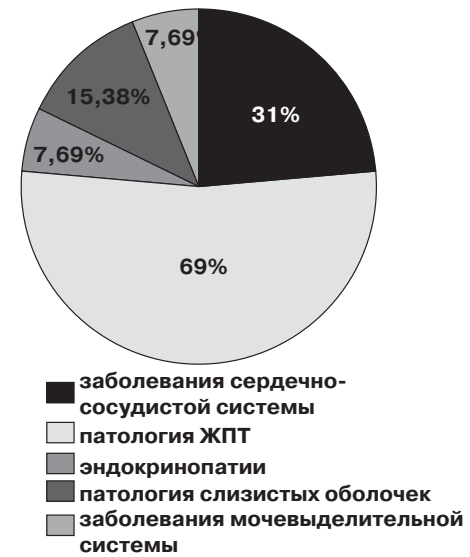


Рис. 2. Структура соматической патологии

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 <sup>3</sup>	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 <sup>3</sup>	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 см<sup>3</sup>). 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  $61,34$  см<sup>3</sup>.

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]. Образования располагались 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 болювий синдром, у 59,09% – альгодисменорею, у 13,64% – безплідність; 18,18% ендометріодних кіст залишаються «німими» і перебігають зі стертою клінічною картиною. Сонологічно у пацієнок 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 деталізація характеру кисти.

**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. Голчук // Здоровье женщины. – 2012. – № 4 (70). – С. 102–108.
5. Влияние хирургического лечения эндометриомы 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. // Репродуктивное здоровье женщины. – 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. // Здоровье женщины. – 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-Медиа, 2009. – 1150 с.
11. Дамиров М.М. Аденомиоз / М.М. Дамирова // Бионим-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.: Три-ада 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](http://health.unian.net)