



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

18.12.2023

№ *308*

г. Барнаул

О проведении диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья в 2024 году

В целях проведения диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (далее – «ДРЗ») в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353, п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить:

схему взаимодействия краевых медицинских организаций для проведения консультаций, лабораторных и инструментальных обследований в рамках первого и второго этапа ДРЗ (приложение 1);

алгоритм проведения диспансеризации женщин репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (далее – «ДРЗ женщин») (приложение 2) и мужчин (далее – «ДРЗ мужчин») на базе медицинских организаций Алтайского края (приложение 3);

форму анамнестической анкеты для женщин (приложение 4) и мужчин (приложение 5).

2. Руководителям краевых медицинских организаций, в том числе не имеющим прикрепленного населения, обеспечить:

проведение ДРЗ в соответствии с объемами, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Алтайского края от 23.01.2024 № 32 «О проведении профилактического медицинского осмотра, диспансеризации определенных групп взрослого населения и углубленной диспансеризации граждан Алтайского края на 2024 год», в срок до 25.12.2024;

выполнение алгоритма проведения ДРЗ женщин (приложение 2) и алгоритма проведения ДРЗ мужчин (приложение 3);

проведение ДРЗ в 2024 году мобильными медицинскими бригадами с выполнением критериев качества ДРЗ, в том числе для дифференцированной оплаты труда медицинских работников, участвующих в проведении ДРЗ в 2024 году (приложение 6);

взаимодействие для проведения консультаций, лабораторных и инструментальных обследований в рамках первого и второго этапа ДРЗ, передачей информации о проведенных консультациях и лабораторных и инструментальных обследованиях с использованием медицинской информационной системы;

обучение на циклах повышения квалификации врачей-хирургов, в случае отсутствия в медицинской организации врача-уролога, врачей-урологов (при необходимости) по вопросам репродуктивного здоровья мужчин в объеме 18 часов;

активное привлечение населения к прохождению ДРЗ, информирование о целях, объемах соответствующего медицинского обследования с учетом возрастных особенностей и пола, в том числе с размещением соответствующего информационного материала в регистратуре, холлах, залах ожидания (листовки, памятки), на информационных стендах «уголки здоровья», официальных сайтах краевых медицинских организаций, с использованием средств массовой информации (радио, телевидение, печать), с указанием режима и графика работы, в том числе в вечернее время (после 18.00 и по субботам);

размещение на официальном сайте медицинской организации анкет для граждан по оценке репродуктивного здоровья (приложения 3, 4) для заполнения их самостоятельно;

прием на диспансерное наблюдение взрослого населения репродуктивного возраста с III группой состояния здоровья, как с впервые выявленными, так и с ранее установленными заболеваниями, нуждающихся в диспансерном наблюдении;

контроль за формированием и публикацией электронных реестров счетов и счетов на оплату за проведенную ДРЗ в 2024 году в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края;

ежемесячное предоставление отчетности по оценке ДРЗ в 2024 году, в соответствии с формой отраслевой статистической отчетности № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», утверждённой приказом Минздрава России от 10.11.2020 № 1207н в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

3. Главному внештатному специалисту Минздрава Алтайского края по медицинской профилактике, Репкиной Т.В. совместно с главными внештатными специалистами Минздрава Алтайского края по соответствующим профилям обеспечить:

контроль за выполнением объемов и качеством проведения ДРЗ;

организационно-методическую помощь при проведении ДРЗ в 2024 году.

4. Директору КГБУЗ «Алтайский краевой информационно-аналитический центр» Рыбакову А.А. обеспечить доработку модуля в региональной медицинской информационной системе для возможности формирования реестров и отчетности по итогам внесения первичных медицинских документов о проведении ДРЗ.

5. Пресс-службе Министерства здравоохранения Алтайского края, главному врачу КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики» организовать информационное обеспечение населения по вопросам ДРЗ с использованием средств массовой информации.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Алтайского края Белоцкую Н.И.

Министр



Д.В. Попов

СОГЛАСОВАНО:

Заместитель министра



Начальник юридического отдела

Начальник отдела организации медицинской помощи взрослому населению



Главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава Алтайского края

Главный внештатный специалист гинеколог Минздрава Алтайского края

Главный внештатный специалист уролог Минздрава Алтайского края



Н.И. Белоцкая

Л.В. Подзорова

И.Н. Ковалева

Т.В. Репкина

И.В. Молчанова

А.И. Неймарк

Список на рассылку:

- | | |
|--|----------------|
| 1. Канцелярия (оригинал) | - 1 экз. |
| 2. Краевые медицинские организации | - эл. вариант. |
| 3. КГБУЗ «Краевой Центр общественного здоровья и медицинской профилактики» | - эл. вариант. |
| 4. КГБУЗ «Алтайский краевой медицинский информационно-аналитический центр» | - эл. вариант. |
| 5. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края | - эл. вариант. |

Репкина Татьяна Викторовна
8(3852) 66-67-50; kcmp_altay22@mail.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 18.02 2024 № 208

СХЕМА

взаимодействия краевых медицинских организаций для проведения консультаций, лабораторных и инструментальных обследований в рамках первого и второго этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья

Первый этап диспансеризации взрослого населения
репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья

Таблица 1

№ п/ п	Перечень краевых медицинских организаций, имеющих прикрепленное население	Осмотр урологом	Осмотр гинекологом	Микроскопическое обследование влагалищных мазков	Цитологическое исследование микропрепарата с шейки матки и цервикального канала с окрашиванием по Папаниколау	Определение ДНК возбудителей инфекционных болезней, передаваемых половым путем, методом ПЦР (женщины 18-29 лет)
1	2	3	4	5	6	7
1	Алтайский район				КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск» ¹	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»
2	Баевский район	КГБУЗ «КДЦАК» ²	КГБУЗ «КДЦАК»		ЦАОП КГБУЗ «Каменская МБ»	КГБУЗ «КДЦАК»
3	Бийский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»		КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦАК»

4	Благовещенский район			КГБУЗ	КГБУЗ	КГБУЗ «ККБ»	КГБУЗ «КДЦАК»
5	Бурлинский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»			КГБУЗ «АКОД»	КГБУЗ «КДЦАК»
6	Быстроистокский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»			КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦАК»
7	Волчихинский район					КГБУЗ «ОД, г. Рубцовска» ³	КГБУЗ «КДЦАК»
8	Егорьевский район					КГБУЗ «ОД, г. Рубцовска»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск» ⁴
9	Ельцовский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»			КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦАК»
10	Завьяловский район					КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
11	Залесовский район					КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
12	Змеиногорский район					КГБУЗ «ОД, г. Рубцовска»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
13	Зональный район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»		КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦАК»
14	Калманский район					КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
15	Ключевский район					КГБУЗ «АКОД» ⁵	КГБУЗ «КДЦАК»
16	Косихинский район					КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
17	Красногорский район					КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»
18	Краснощековский район					КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
19	Крутихинский район					КГБУЗ «КДЦАК»/ЦАОП КГБУЗ «Каменская МБ»	КГБУЗ «КДЦАК»
20	Кулундинский район					КГБУЗ «ККБ»	КГБУЗ «КДЦАК»
21	Курьинский район					КГБУЗ «ОД, г. Рубцовска»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
22	Кытмановский район					КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
23	Локтевский район					КГБУЗ «ОД, г. Рубцовска»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»

24	Мамонтовский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»/ КГБУЗ «Мамон- товская ЦРБ»	КГБУЗ «КДЦАК»
25	Михайловский район				КГБУЗ «ОД, г. Рубцовска»	КГБУЗ «КДЦ, г. Руб- цовск»
26	Немецкий национальный район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «АКОД»	КГБУЗ «КДЦАК»
27	Новичихинский район			КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «ОД, г. Рубцовска»	КГБУЗ «КДЦАК»
28	Павловский район			КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
29	Панкрушихинский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»/ЦАОП КГБУЗ «Камен- ская МБ»	КГБУЗ «КДЦАК»
30	Первомайский район			КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
31	Петропавловский район				КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»
32	Поспелихинский район				КГБУЗ «ОД, г. Рубцовска»	КГБУЗ «КДЦАК»
33	Ребрихинский район				КГБУЗ «ККБ»	КГБУЗ «КДЦАК»
34	Родинский район				КГБУЗ «АКОД»	КГБУЗ «КДЦАК»
35	Романовский район				КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
36	Рубцовский район				КГБУЗ «ОД, г. Рубцовска»	КГБУЗ «КДЦ, г. Руб- цовск»
37	Смоленский район				КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»
38	Советский район				КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»
39	Солонешенский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦАК»
40	Солтонский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»		КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦАК»

41	Табунский район		УЗ «КДЦАК»	УЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «АКОД»	КГБУЗ «КДЦАК»
42	Тальменский район				КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
43	Тогульский район				КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
44	Топчихинский район				КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
45	Третьяковский район				КГБУЗ «ОД, г. Рубцовска»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
46	Троицкий район				КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»
47	Тюменцевский район				ЦАОП КГБУЗ «Каменская МБ»	КГБУЗ «КДЦАК»
48	Угловский район				КГБУЗ «ОД, г. Рубцовска»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
49	Усть-Калманский район				КГБУЗ «АКОД»	КГБУЗ «КДЦАК»
50	Усть-Пристанский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»		КГБУЗ «АКОД»	КГБУЗ «КДЦАК»
51	Хабарский район				КГБУЗ «АКОД»	КГБУЗ «КДЦАК»
52	Целинный район				КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»
53	Чарышский район				КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
54	Шелаболихинский район				КГБУЗ «АКОД»	КГБУЗ «КДЦАК»
55	Шипуновский район				КГБУЗ «ККБ»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
56	Славгород				КГБУЗ «АКОД»	КГБУЗ «КДЦАК»
57	Алейск					КГБУЗ «КДЦАК»
58	Заринск				КГБУЗ «АКОД»	КГБУЗ «КДЦАК»
59	Камень-на-Оби				ЦАОП КГБУЗ «Каменская МБ»	КГБУЗ «КДЦАК»
60	Новоалтайск				КГБУЗ «ГБ им. Л.Я. Литвиненко, г. Новоалтайск»	КГБУЗ «КДЦАК»
61	Барнаул ГБ №10				КГБУЗ «ГБ №5, г. Барнаул»	КГБУЗ «КДЦАК»
62	Барнаул ГБ №3				КГБУЗ «ГБ №5, г. Барнаул»	КГБУЗ «КДЦАК»

63	Барнаул ГБ №4		КГБУЗ	КГБУЗ	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
64	Барнаул ГБ №5				КГБУЗ «ГБ №5, г. Барнаул»	КГБУЗ «КДЦАК»
65	Барнаул ГП №1			КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
66	Барнаул ГП №10				КГБУЗ «ГБ №5, г. Барнаул»	КГБУЗ «КДЦАК»
67	Барнаул ГП №12				КГБУЗ «ГБ №5, г. Барнаул»	КГБУЗ «КДЦАК»
68	Барнаул КДП №14				КГБУЗ «ККПЦ»	КГБУЗ «КДЦАК»
69	Барнаул ГП №3			КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
70	Барнаул ГП №7				КГБУЗ «ГБ №5, г. Барнаул»	КГБУЗ «КДЦАК»
71	Барнаул ГП №9				КГБУЗ «ККБ»	КГБУЗ «КДЦАК»
72	Барнаул ККБ СМП 2				КГБУЗ «ККБСМП №2»	КГБУЗ «КДЦАК»
73	Белокуриха				КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦАК»
74	Рубцовск ГБ №1				КГБУЗ «ГБ №1, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
75	Рубцовск ГБ №2				КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
76	Рубцовск ГБ №3				КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
77	Бийск ГБ №2				КГБУЗ «ОД, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»
78	Бийск ЦГБ				КГБУЗ «ОД, г. Бийск»/КГБУЗ «ЦГБ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»

[illegible]

**КГБУЗ
«Славго-
родская
ЦРБ»**

								родская ЦРБ»
6	Быстро- истокский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
7	Волчихин- ский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»			КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
8	Егорьев- ский район	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
9	Ельцовский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
10	Завьялов- ский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»			КГБУЗ «КДЦАК»
11	Залесов- ский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»			КГБУЗ «КДЦАК»
12	Змеиногор- ский район	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
13	Зональный район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»
14	Калман- ский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»		КГБУЗ «КДЦАК»
15	Ключев- ский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»			КГБУЗ «Славо- родская ЦРБ»
16	Косихин- ский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»			КГБУЗ «КДЦАК»
17	Красногор- ский район	КГБУЗ «КДЦ, г. «КДЦ, г.	КГБУЗ «КДЦ, г.	КГБУЗ «КДЦ, г.	КГБУЗ «КДЦ, г.			КГБУЗ «КДЦ, г.

[illegible]

	район	«КДЦ, г. Рубцовск»	«КДЦАК»	«КДЦАК»	«КДЦАК»	«КДЦАК»	«КДЦАК»	«КДЦАК»	«Славгородская ЦРБ»
42	Тальменский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
43	Тогольский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
44	Топчихинский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
45	Третьяковский район	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
46	Троицкий район	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»
47	Тюменцевский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
48	Угловский район	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»				КГБУЗ «Алейская ЦРБ»
49	Усть-Калманский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «Алейская ЦРБ»
50	Усть-Пристанский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
51	Хабарский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
52	Целинный район	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»
53	Чарышский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»		КГБУЗ «КДЦАК»		КГБУЗ «КДЦАК»

54	Шелаболи- хинский район	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»		КГБУЗ «КДЦАК»		КГБУЗ «КДЦАК»
55	Шипунов- ский район	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «Алейская ЦРБ»
56	Славгород	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «Славго- родская ЦРБ»
57	Алейск	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «Алейская ЦРБ»
58	Заринск	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
59	Камень-на- Оби	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
60	Новоал- тайск	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
61	Барнаул ГБ №10	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
62	Барнаул ГБ №3	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
63	Барнаул ГБ №4	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
64	Барнаул ГБ №5	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
65	Барнаул ГП №1	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
66	Барнаул ГП №10	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
67	Барнаул ГП №12	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»

68	Барнаул КДП №14	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				
69	Барнаул ГП №3	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
70	Барнаул ГП №7	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»
71	Барнаул ГП №9	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				
72	Барнаул ККБ СМП 2	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
73	Белокуриха	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»	КГБУЗ «КДЦАК»				КГБУЗ «КДЦАК»
74	Рубцовск ГБ №1	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
75	Рубцовск ГБ №2	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
76	Рубцовск ГБ №3	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Рубцовск»
77	Бийск ГБ №2	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»
78	Бийск ЦГБ	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»	КГБУЗ «КДЦ, г. Бийск»

¹ - КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр, г. Бийск»

² - КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр Алтайского края»

³ - КГБУЗ «Онкологический диспансер, г. Рубцовска»

⁴ - КГБУЗ «Клинико-диагностический центр г. Рубцовска»

⁵ - КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского краяот 18.02. 2024 № 308

АЛГОРИТМ

проведения диспансеризации женщин репродуктивного возраста по оценке
репродуктивного здоровья

1. Диспансеризация женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья (далее – «ДРЗ женщин») проводится в женских консультациях/кабинетах врача-акушера-гинеколога поликлинических отделений/поликлиник по месту прикрепления, в том числе с участием выездных мобильных бригад.

2. Диспансеризации подлежат все женщины в возрасте 18-49 лет, находящиеся на медицинском обслуживании в краевой медицинской организации, с периодичностью 1 раз в год (за исключением цитологического исследования микропрепарата с шейки матки и цервикального канала).

3. ДРЗ женщин осуществляет врач акушер-гинеколог в постоянном сотрудничестве со специалистами отделений / кабинетов профилактики, социальными работниками и психологами.

4. Подготовительный этап ДРЗ женщин включает в себя:

формирование списков женщин, подлежащих диспансеризации, согласно выделенным объемам помощи. Списки формируются из числа обслуживаемого краевой медицинской организацией контингента с учетом возраста. Приоритетность отводится пациенткам, которые при анкетировании высказали намерения о зачатии, которые не осматривались акушером-гинекологом 3 и более лет, которые имели в анамнезе неблагоприятные перинатальные исходы и прерывания беременности по медицинским показаниям;

формирование плана-графика проведения ДРЗ женщин с выбором с ежемесячным расписанием с учетом условий годового выполнения выделенных объемов;

приглашение женщин на проведение ДРЗ женщин с выбором удобного времени и осуществлением записи на прием.

5. Первый этап ДРЗ женщин проводится в любой день менструального цикла, кроме периода менструального кровотечения, 1 раз в год (кроме цитологического исследования микропрепарата с шейки матки и цервикального канала) всем женщинам 18-49 лет и включает следующие медицинские услуги:

5.1. прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (медицинская услуга - В01.001.001), который включает:

оценку репродуктивного здоровья и репродуктивных установок с помощью вопросника - анамнестической анкеты для женщин 18-49 лет (приложение 3);

гинекологический осмотр с визуальным осмотром наружных половых органов (медицинская услуга A01.20.002), осмотром влагалища и шейки матки в зеркалах (медицинская услуга A02.20.001) с забором материала на исследование (приложение 1 к алгоритму), бимануальным влагалищным исследованием (медицинская услуга A01.20.003) в соответствии клиническим рекомендациям. «Нормальная беременность», включающими рекомендации по осмотру женщин на прегравидарном этапе (2024);

пальпацию молочных желез (медицинская услуга A01.20.006) и визуальное исследование молочных желез (медицинская услуга A01.20.005) в соответствии с клиническими рекомендациями «Доброкачественная дисплазия молочной железы» (2020) (приложение 2 к алгоритму);

индивидуальное консультирование по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивных установок и мотивации на рождение детей (приложение 3 к алгоритму).

5.2. микроскопическое исследование влагалищных мазков (медицинская услуга A12.20.001) в соответствии с порядком проведения микроскопического исследования мазков из урогенитального тракта (приложение 4 к алгоритму).

Определение концентрации водородных ионов (pH) отделяемого слизистой оболочки влагалища (медицинская услуга A09.20.011).

5.3. цитологическое исследование микропрепарата с шейки матки (медицинская услуга A08.20.017) и цервикального канала (медицинская услуга A08.20.017.001) или жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (медицинская услуга A08.20.017.002) (за исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, *virgo*) с окрашиванием по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются) 1 раз в 3 года у женщин 21 - 29 лет и 1 раз 5 лет у женщин 30 - 49 лет (21, 24, 27, 30, 35, 40, 45 лет) в соответствии с «ГОСТ Р 57004-2016. Национальный стандарт Российской Федерации. Диагностика в онкологии. Алгоритм диагностики. Шейка матки. Лабораторный этап» (утвержден и введен в действие Приказом Росстандарта от 01.07.2016 № 795-ст, пересмотрен в 2020 г.) и клиническими рекомендациями «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» (2020) (приложение 5 к алгоритму)

5.4. у женщин в возрасте 18-29 лет - лабораторное исследование мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции (далее - ПЦР), в соответствии с руководством по лабораторной диагностике инфекций урогенитального тракта, которое включает:

определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*,

Mycoplasma genitalium) в отделяемом слизистых женских половых органов методом ПЦР (медицинская услуга А26.20.034.001).

6. Второй этап ДРЗ у женщин 18-49 лет проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний. На второй этап диспансеризации направляются женщины с подозрением на заболевание и/или с выявленными заболеваниями по результатам первого этапа диспансеризации. Второй этап включает:

у женщин в возрасте 30 - 49 лет - лабораторное исследование мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом ПЦР;

определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) в отделяемом слизистых женских половых органов методом ПЦР (медицинская услуга А26.20.034.001);

определение ДНК вирусов папилломы человека (*Papilloma virus*) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР, качественное исследование (медицинская услуга А26.20.009.002) согласно показаниям, определенным клиническими рекомендациями «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки»;

ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (медицинская услуга - А04.20.001.001) в 1-й фазе менструального цикла (при наличии) (при невозможности проведения трансвагинального исследования по медицинским показаниям (пороки развития влагалища, *virgo*), а также при наличии медицинских показаний для расширения исследования - ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное (медицинская услуга - А04.20.001) в соответствии с методическими рекомендациями «Стандартизация ультразвукового исследования патологии придатков матки по IOTA, O-RADS») (приложения 6, 7 к алгоритму);

ультразвуковое исследование молочных желез (медицинская услуга - А04.20.002) в 1-й фазе менструального цикла (при наличии) с применением системы BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) для адекватной трактовки результатов инструментальной диагностики и последующей маршрутизации пациенток. Дополнительно оценивается состояние регионарных лимфоузлов (приложение 8 к алгоритму);

прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный (медицинская услуга - В01.001.002), который включает:

индивидуальное консультирование по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивных установок и мотивации на рождение детей (приложение 3 к алгоритму);

гинекологический осмотр при необходимости в зависимости от выявленного заболевания (состояния);

установление (уточнение) диагноза;

определение (уточнение) группы здоровья:

I группа здоровья - женщины, у которых не установлены хронические гинекологические заболевания, отсутствуют факторы риска их развития;

II группа здоровья - женщины, у которых не установлены гинекологические заболевания, но имеются факторы риска их развития (вредные привычки, хронические соматические заболевания, влияющие на репродуктивную систему). Женщины данной группы направляются к профильным врачам-специалистам или к врачу по медицинской профилактике в соответствии с выявленными заболеваниями;

III группа здоровья - женщины, имеющие гинекологические заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

определение группы диспансерного наблюдения. (диспансерному наблюдению подлежат женщины, отнесенные к III группе здоровья):

1 диспансерная группа - женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, доброкачественными заболеваниями шейки матки;

2 диспансерная группа - женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;

3 диспансерная группа - женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие, синдром поликистозных яичников, олиго/аменорея).

Женщинам с выявленной патологией репродуктивной системы, при наличии показаний, назначается не входящее в объем диспансеризации дополнительные обследования, консультации профильных специалистов. Лечение в амбулаторных условиях, оказание специализированной помощи, в том числе высокотехнологичной, осуществляется в рамках клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи, с обязательным соблюдением принципов онконастороженности.

Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом акушером-гинекологом, прошедшим повышение квалификации по патологии молочной железы.

Врачебная тактика в отношении женщин с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез определяется принадлежностью к категории «Системы данных результатов визуализации молочных желез» (BI-RADS):

0 категория - направляется на консультацию врача-онколога для определения дальнейшей тактики ведения;

1, 2 категории - пациентка наблюдается врачом акушером-гинекологом;

3 категория - направляются в онкологический диспансер для верификации диагноза;

4, 5, 6 категории - наблюдается врачом-онкологом.

При исключении злокачественных новообразований женщины с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся под диспансерным наблюдением врача акушера-гинеколога, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений в соответствии с клиническими рекомендациями «Доброкачественная дисплазия молочной железы».

7. Диспансерное наблюдение после проведенного лечения (если такое требовалось) осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и клиническими рекомендациями по соответствующим нозологическим формам.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к алгоритму диспансеризации
 женщин репродуктивного воз-
 раста по оценке репродуктивно-
 го здоровья утвержденному
 приказом Министерства здраво-
 охранения Алтайского края
 от 18.02.2024 № 308

АЛГОРИТМ

забора традиционного мазка на онкоцитологию

1. Шейку матки обнажают в зеркалах.
2. Удаляют слизь с поверхности шейки матки стерильным сухим мягким ватным тампоном, без грубого давления на шейку во избежание утраты эпителия.
3. Взятие материала для цитологического исследования проводится при помощи цитощётки (экзоцервикс) и эндоцервикальной щётки (эндоцервикс) и представляет собой получение соскоба-скарификата.
4. Для взятия материала:
 - с поверхности влажной части шейки матки (экзоцервикса) необходимо цитощётку повернуть 3-5 раз по часовой стрелке на 360°;
 - с зоны трансформации - переходной зоны стыка эпителиев и из эндоцервикальных крипт (эндоцервикса) необходимо эндоцервикальную щётку ввести в цервикальный канал на глубину не менее 1 см и повернуть на 360° 3 раза против часовой стрелки до появления «кровавой росы», что свидетельствует о получении информативного цервикального образца.
- Если забор материала осуществляется цитощёткой с эндоцервикальным штифтом (метод жидкостной цитологии), то центральную часть щётки в виде штифта с горизонтальными короткими щетинками вводят в цервикальный канал, а длинные боковые щетинки, имеющие граненую форму, при этом распределяются на влажной части шейки матки. Слегка надавливая, поворачивают щётку по часовой стрелке 3 - 5 раз на 360°, что обеспечивает гарантированное получение достаточного количества клеточного материала. Съёмную головку щётки вместе с собранным материалом помещают в вialу со стабилизирующим раствором.
5. Материал из экзо- и эндоцервикса наносится на 2 предметных стекла (обезжиренные и сухие) максимально равномерным тонким слоем вдоль (а не поперек или кругами) по всей поверхности стекла.
6. Сразу после приготовления мазки фиксируют, используя аэрозольный фиксатор (его наносят под прямым углом с расстояния 20 см) или помещают стекло в 95% этиловый спирт на 5 минут.
7. Мазки должны быть маркированы: на обороте стекла препарата сборку по короткому краю указывают фамилию пациентки, локализацию забора (экзо-, эндоцервикс) и регистрационный номер исследования.

8. Направление, прилагаемое к препарату, и стекла должны быть идентифицированы под одним номером (форма направления утверждена приложением 6 к приказу Министерства здравоохранения Алтайского края от 01.09.2022 № 474).

9. Транспортировка материала для цитологического исследования осуществляется в бокс-контейнере для предметных стекол в цитологическую лабораторию в соответствии со схемой маршрутизации цитологических исследований цервикального скрининга, утвержденной приложением 3 к приказу Министерства здравоохранения Алтайского края от 01.09.2022 № 474).

Мазок не следует брать:

ранее 48 часов после полового контакта;

во время менструации;

в период лечения генитальных инфекций;

ранее 48 часов после расширенной кольпоскопии с обработкой 3-5% растворами уксусной кислоты или Люголя;

после использования lubricantов, тампонов или спермицидов;

после вагинального исследования или спринцевания.

Для получения адекватного материала необходимо использовать современные инструменты — комбинированные щетки с эндоцервикальным компонентом или 2-мя отдельными щетками.

Следует исключить из употребления все шпатели (Эйра, деревянные и металлические), кюретажные ложечки, часто входящие в одноразовый гинекологический набор, как не позволяющие получить достойный скарификат.

Результаты цитологического исследования мазка из шейки матки с оценкой по шкале Bethesda:

Цитограмма NILM (норма) - повторный скрининг через 3 года;

Цитограмма ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, подозрение на рак - требуют консультации врача гинеколога (гинеколога-онколога) и дополнительного обследования:

- Кольпоскопия

- Биопсия

- ВПЧ-тестирование

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к алгоритму диспансеризации
 женщин репродуктивного воз-
 раста по оценке репродуктивно-
 го здоровья утвержденному
 приказом Министерства здраво-
 охранения Алтайского края
 от 18.02. 2024 № 308

АЛГОРИТМ осмотра и пальпации молочных желез

Оптимальным сроком для физикального осмотра молочных желез у менструирующих женщин следует считать 5-16 дни менструального цикла (при возможности до 10 дня менструального цикла). Неменструирующие женщины могут быть обследованы в любое время.

Перед осмотром попросить пациентку раздеться до пояса. Каждую железу осматривают отдельно.

Осмотр молочной железы осуществляется:

1. В положении пациентки «стоя с опущенными вниз руками».
2. При медленном поднятии пациентки рук выше головы.
3. В положении пациентки «стоя, руки за головой».

При осмотре оценить наличие следующих признаков:
 асимметрия или деформация контуров молочных желез;
 отек или гиперемия кожи;
 деформация ареолы;
 изменение положения соска.

Далее перейти к пальпации молочной железы.

Пальпация проводится в положениях:

1. Положение пациентки стоя «руки за головой»:

начинать пальпацию с области соединения ключицы и грудины, используя подушечки указательного, среднего и безымянного пальцев ведущей руки, другая рука используется для фиксации (иммобилизации) объема молочной железы;

ткань молочной железы прижимают к грудной клетке небольшими циркулярными движениями. Легкое давление используется для оценки поверхностного слоя, умеренные усилия для пальпации среднего слоя и более ощутимое давление при попытке пальпации глубоко расположенной ткани железы;

сначала проводят поверхностную пальпацию, затем глубокую;

пальпируют железу последовательно по квадрантам до субмаммарной складки, в вертикальном направлении, так чтобы границы осматриваемых фрагментов накладывались друг на друга. Пальпацию проводят до тех пор, пока не будет осмотрена вся железа, включая подмышечный вырост;

проводится пальпация ареолы и подсосковой области;

осторожно сдавливается сосок между указательным и большим пальцами, проводится оценка выделений.

По аналогичной схеме проводится осмотр с другой стороны.

2. Положение пациентки стоя «руки на поясе, плечевой пояс расслаблен»:

пальпируют подмышечную впадину (последовательно с двух сторон).

Лимфатические узлы располагаются в щели между большой грудной мышцей и широчайшей мышцей спины;

проводят пальпацию надключичных и подключичных ямок в положении «лицом к лицу» с пациентом;

проводят пальпацию надключичных ямок в положении пациента «спиной к фельдшеру/акушерке».

3. Положение пациента лежа «руки за головой»:

Методика осмотра аналогична используемой для осмотра в положении «стоя».

Осмотр в положении «лежа» на кушетке позволят провести дифференциальную диагностику узловой и диффузных форм фиброзно-кистозной болезни, имеет большую информативность для пациенток с большими размерами молочных желез.

Категорически запрещено проведение пальпации в положении «лежа» на гинекологическом кресле.

Признаки злокачественного новообразования:

Кровянистые выделения из соска.

Наличие плотного образования в молочной железе, не исчезающего в положении лежа.

Наличие плотной, малоподвижной опухоли, часто спаянной с кожей и подлежащими тканями.

Изъязвление кожи, соска.

Втяжение и/или отек ареоларно-сосковой зоны.

Втяжение и/или выбухание кожи над опухолью.

Локальный над уплотнением или тотальный отек кожи молочной железы в виде «лимонной корки».

Наличие мелких диссеминатов на коже.

Отечность надключичной области и отек верхней конечности.

Наличие увеличенных лимфатических узлов в подмышечной, надключичной или шейной областях.

Диффузное уплотнение ткани молочной железы, деформация молочной железы.

При обнаружении хотя бы одного признака, следует незамедлительно отправить на консультацию к маммологу/онкологу для целенаправленного дальнейшего обследования.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

к алгоритму диспансеризации
 женщин репродуктивного воз-
 раста по оценке репродуктивно-
 го здоровья утвержденному
 приказом Министерства здраво-
 охранения Алтайского края
 от 18.07. 2024 № 308

ПРАВИЛА

индивидуального консультирования по вопросам репродуктивного здоровья,
 репродуктивных установок и мотивации на рождение детей

Женщинам I группы здоровья, у которых не установлены хронические гинекологические заболевания, отсутствуют факторы риска их развития, должны быть даны рекомендации по ведению здорового образа жизни и планированию семьи. Необходимо информировать женщин, что оптимальное время для беременности и рождения ребенка - возраст женщины от 18 до 35 лет, а также дать следующие рекомендации:

1. Необходимо правильно и регулярно питаться. Ежедневный рацион должен быть сбалансированным и содержать достаточное количество белков, витаминов и микроэлементов. Наиболее важные микронутриенты для женщин - фолиевая кислота, железо, йод, магний, витамин B6, B12, D3, E, особенно в период планирования и подготовки к беременности.

2. Важно вести активный образ жизни, соблюдать правильный режим сна и бодрствования. Умеренная физическая активность очень полезна для организма, малоподвижный образ жизни оказывает негативное влияние на работу эндокринной системы, приводит к застою крови в органах малого таза.

3. В период планирования и подготовки к беременности противопоказано использование любых психоактивных веществ, к которым относится курение, включая пассивное курение, потребление алкоголя, наркомания, поскольку они оказывают токсическое действие на организм, увеличивают риск различных заболеваний, заболеваний репродуктивной системы, включая бесплодие. Курение увеличивает риск бесплодия в 1,6 раз. Потребление алкоголя более 20 г этанола в день увеличивает риск бесплодия на 60%. Высокий уровень потребления кофеина (500 мг или более 5 чашек в день) снижает шансы наступления беременности в 1,45 раз.

4. Очень важно регулярно и своевременно проходить профилактические осмотры и диспансеризацию. У женщин осмотры врача-акушера-гинеколога крайне важны для профилактики гинекологических заболеваний, включая бесплодие и онкологические заболевания.

Женщинам группы II, у которых не установлены гинекологические заболевания, но имеются факторы риска их развития помимо общих рекомендаций по здоровому образу жизни должны быть даны рекомендации по

устранению выявленных факторов риска, в том числе в рамках прегравидарной подготовки:

1. Важно нормализовать массу тела. Время до зачатия увеличивается в 2 раза при ИМТ $> 35 \text{ кг/м}^2$ и в 4 раза - при ИМТ $< 18 \text{ кг/м}^2$.

2. Необходимо своевременно выявлять и лечить заболевания, передающиеся половым путем (далее – ЗППП). ЗППП серьезнейшим образом сказываются на здоровье и жизни людей. При выявлении данных заболеваний рекомендована консультация врача-дерматовенеролога.

3. Необходимо своевременно проводить лечение выявленных соматических заболеваний, которые могут быть причиной нарушения репродуктивной функции, таких как различные эндокринные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, хронические воспалительные и аллергические заболевания. При выявлении соматических заболеваний рекомендована консультация врача-специалиста по профилю заболевания.

При ожирении, гирсутизме и других признаках гиперандрогении, подозрении на наличие эндокринных заболеваний необходимо направить пациентку на консультацию врача-эндокринолога.

При недостаточной или избыточной массе тела, при выявлении вредных привычек, хронических соматических заболеваний по данным анкетирования (факторов риска нарушения репродуктивной функции) необходимо направить пациентку на консультацию врача-терапевта.

При наличии акне и алопеции необходимо направить пациентку на консультацию врача-дерматовенеролога.

Женщинам III группы здоровья, у которых выявлены гинекологические заболевания, доброкачественные заболевания молочных желез, бесплодие, невынашивание беременности или риск их развития, должны быть даны общие рекомендации по здоровому образу жизни и устранению выявленных факторов риска. Необходимо направить женщину на консультацию врача-акушера-гинеколога, который определяет группу диспансерного наблюдения, проводит лечение выявленных заболеваний и диспансерное наблюдение. Пациенткам с бесплодием должно быть проведено своевременное обследование на выявление причины бесплодия, терапия выявленных заболеваний, а при ее неэффективности рекомендованы методы вспомогательных репродуктивных технологий для преодоления бесплодия.

При выявлении узловых образований молочных желез, BI-RADS 0,3 - 6 по данным маммографии, рака шейки матки по данным цитологического исследования мазков с экзо- и эндоцервикса необходимо направить пациентку на консультацию врача-онколога.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к алгоритму диспансеризации
женщин репродуктивного воз-
раста по оценке репродуктивно-
го здоровья утвержденному
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края

от 18.04 2024 № 308

ФОРМА

микроскопического исследования мазка из влагалища

Клеточные и микробные элементы	Результат исследования	Референтные значения
Лейкоциты	Отсутствуют 1-10 в п/зр. – единичные 11-20 в п/зр. – умеренное количество Более 20 в п/зр. – массивное количество	(0-10 в п/зр.)
Эпителиальные клетки		(5-10 в п/зр.)
Морфотип флоры	отсутствует кокковая палочковая смешанная	
Количество микробных клеток	до 10 в п/зр. – минимальное количество от 11 до 100 в п/зр. – умеренное количество от 100 до 1000 в п/зр. – большое количество более 1000 в п/зр. – массивное количество	
Ключевые клетки	обнаружены не обнаружены	(не обнаружены)
Морфотип мобилунков	обнаружены не обнаружены	(не обнаружены)
Морфотип лептотрихий	обнаружены не обнаружены	(не обнаружены)
Дрожжевые клетки	обнаружены не обнаружены	(не обнаружены)
Мицелий грибов	обнаружен не обнаружен	(не обнаружен)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	обнаружены не обнаружены	(не обнаружены)
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	обнаружены не обнаружены	(не обнаружены)
Слизь	обнаружена не обнаружена	(не обнаружена)
Эритроциты	обнаружены не обнаружены	(не обнаружены)

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

к алгоритму диспансеризации
женщин репродуктивного воз-
раста по оценке репродуктивно-
го здоровья утвержденному
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 18.07 2024 № 308

ПРОТОКОЛ
цитологического исследования мазка из шейки матки
с оценкой по системе Bethesda*

Дата поступления материала: число, месяц, год			
Результат цитологического исследования №			
Характеристика материала (жидкостная цитология/традиционная цитология)			
Качество препарата: 1. Адекватный 2. Недостаточно адекватный 3. Неадекватный			
1.	Отсутствие внутриэпителиального поражения или злокачественности (NILM по системе TBS)		
1.1.	Цитограмма без особенностей:		
1.1.1.	- клетки плоского и цилиндрического эпителия без патологии		
1.1.2.	- клетки плоского эпителия без патологии		
1.2.	Цитограмма с возрастными изменениями слизистой оболочки:		
1.2.1.	- промежуточный тип мазка		
1.2.2.	- атрофический тип мазка		
1.3.	Атрофический кольпит		
1.4.	Пролиферация железистого эпителия		
1.5.	Гиперкератоз плоского эпителия		
1.6.	Бактериальный вагиноз		
1.7.	Воспалительный процесс слизистой оболочки (уточнить)		
	вагинит	экзоцервицит	эндоцервицит
	Степень выраженности		
	Реактивные изменения клеток плоского и цилиндрического эпителия		
	Этиологический фактор		
2.	Возможность или наличие внутриэпителиальных поражений		
2.1.	Единичные клетки плоского эпителия, трактовка которых затруднительна (ASC-US по системе TBS)		
2.3.	Нерезко выраженные изменения клеток плоского эпителия (LSIL по системе TBS)	CIN 1, HPV	
2.3.1.	- легкая дисплазия		
2.3.2.	- изменения, характерные для папилломавирусной инфекции		
2.4.	Выраженные изменения клеток плоского эпителия (HSIL по системе TBS)	CIN II, CIN III, CIS	
2.4.1.	- умеренная дисплазия		
2.4.2.	- тяжелая дисплазия		
2.5.	Пролиферация клеток цилиндрического эпителия с признаками атипии (AGC -NOS по системе TBS)		
2.6.	Пролиферация клеток железистого эпителия с признаками атипии, подозрительная на рак		

3.	Рак (уточнить форму)
4.	Другие типы цитологических заключений и дополнения (описание)
Дата проведения исследования	
ФИО врача проводивших исследование, подпись	
Код по МКБ-10	

*Расшифровка результата цитологического исследования по системе Bethesda:

NILM (negative for intraepithelial lesion or malignancy) – негативный в отношении дисплазии или рака результат, норма;

ASC-US (atypical squamous cells of undetermined significance) – клетки плоского эпителия с атипией неясного значения;

ASC-H (atypical squamous cells, cannot exclude HSIL) – клетки плоского эпителия с атипией неясного значения не исключающие HSIL;

LSIL (low grade squamous intraepithelial lesion) – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени;

HSIL (high grade squamous intraepithelial lesion) – плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени;

CIS (carcinoma in situ, карцинома «in situ») – внутриэпителиальный рак;

AGC (atypical glandular cells) – атипичные клетки железистого эпителия;

AIS (adenocarcinoma in situ) – эндоцервикальная аденокарцинома «in situ».

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

к алгоритму диспансеризации
 женщин репродуктивного воз-
 раста по оценке репродуктивно-
 го здоровья утвержденному
 приказом Министерства здраво-
 охранения Алтайского края
 от 18.07 2024 № 308

СТАНДАРТ

описания патологии матки и придатков

Классификация аномалий развития матки согласно ESHRE*

При построении объемной реконструкции определяется: нормальная матка/ матка с нормальными контурами с дисморфической полостью / матка с нормальными контурами с уменьшенной полостью / матка с нормальными контурами с расстоянием между интерстициальной линией и линией, проведенной через дно матки, более 50% толщины стенки матки или полным разделением полости матки / матка с аномальными наружными контурами, расстояние между интерстициальной линией и измененной линией, проведенной через дно матки, более 50% толщины стенки матки: с частичным разделением полости матки или полным разделением полости матки / одностороннее развитие матки с отсутствием одной половины или ее недоразвитием.

Класс U1 нормальная матка

Класс U1 морфологически изменённая матка (Т-образная, инфантильная, другое)

Класс U2 матка с перегородкой (частичная, полная)

Класс U3 двурогая матка (частичная, полная, двурогая с перегородкой)

Класс U4 однорогая матка (с рудиментарной полостью, без рудиментарной полости)

Класс U5 аплазия матки (с рудиментарной полостью, без рудиментарной полости)

Класс U6 неклассифицируемые случаи

Классификация миомы матки согласно FIGO

Субмукозная миома

0 - опухоль на ножке

1 - < 50% интрамуральная

2 - ≥ 50% интрамуральная

3 -100% интрамуральная, примыкает к эндометрию (интерстициально-субмукозная)

4 - интрамуральная

Субсерозная

5 - субсерозная >50% интрамуральная (интерстициально-субмукозная)

6 - субсерозная <50% интрамуральная (субсерозная на широком основании)

7 - субсерозная на ножке

Стандарт описания: по передней/задней/всем стенкам матки сканируется интерстициальная/интрамуральная /субсерозная миома матки (FIGO) размером ____ мм (V-____ см.куб.), мышечного/ мышечно-фиброзного типа строения без дегенеративных изменений/с дегенеративными изменениями при использовании режима ЦДК кровотоков не определяется/слабый/выраженный. Кровоток центральный/периферический/смешанный Спектральный доплер (IR ____-, Vsis-____ см/с)

Описание аденомиоза согласно протоколу MUSA

Определяется диффузный/очаговый/смешанный аденомиоз.

Описание стадии:

1 стадия. Сканируются мелкие очаги эндометриоза, расположенные в области базального слоя эндометрия.

1-2 стадия. Сканируются мелкие очаги эндометриоза, расположенные в области базального слоя эндометрия, отдельные очаги достигают середины миометрия.

2 стадия. В миометрии, примыкающем к полости матки, визуализируются очаги эндометриоза в виде участков повышенной эхогенности различной толщины, распространяющиеся до середины миометрия.

3 стадия. Очаги эндометриоза расположены по всем стенкам матки, почти до серозного покрова. Визуализируются множественные гипоехогенные акустические сигналы в виде штриховидной исчерченности.

Степень тяжести: легкая/умеренная/тяжелая

Описание аномалий шейки матки, согласно ESHRE

При построении объемной реконструкции определяется нормальная шейка матки / определяется перегородка цервикального канала / две шейки матки и два цервикальных канала / односторонняя цервикальная аплазия / отсутствие цервикальный канал

Формирование заключения по системе ESHRE

Класс C1 нормальная шейка

Класс C1 шейка с перегородкой-определяется перегородка цервикального канала

Класс C2 удвоенная «нормальная» шейка-определяются две шейки и два цервикальных канала

Класс C3 односторонняя цервикальная аплазия-

Класс C4 цервикальная аплазия- отсутствует цервикальный канал

Стандарт описания патологических образований яичников согласно критериям системы O-RADS и IOTA

Сканируется однокамерное/однокамерно-солидное/многокамерное/многокамерно-солидное/солидное образование. Размер - ____мм. (максимальный диаметр образования). Однокамерное/двухкамерное/многокамерное. Перегородки - отсутствуют/имеется полная перегородка/имеется неполная перегородка. Перегородка тонкая/толстая

Папиллярные разрастания - отсутствуют/имеются:высота; количество

Акустическая тень – отсутствует/имеется

Состояние внутренней поверхности камеры – ровная/неровная

Эхогенность содержимого – гипэхогенное/изоэхогенное/гиперэхогенное/наличие кальцинатов

При ЦДК кровоток – отсутствует/периферический/внутренний

Васкуляризация не определяется/минимальная/умеренная/выраженная

Формирование заключения по системе O-RADS

O-RADS 0 – неполная оценка в связи с техническими ограничениями

O-RADS 1 – нормальный неизмененный яичник: включает фолликул в виде простой кисты ≤ 3 см и желтое тело ≤ 3 см.

O-RADS 2

- простые кисты у женщин постменопаузы > 3 см, но < 10 см;
- простые кисты у женщин в постменопаузе < 10 см;
- однокамерные кисты без солидного компонента с ровным внутренним контуром стенки с эхогенным содержимым (взвесь) и/или с неполными перегородками < 10 см;
- двухкамерные кисты без солидного компонента с ровным внутренним контуром стенки с анэхогенным содержимым или взвесью < 10 см;
- типичные доброкачественные образования яичника < 10 см: типичные геморрагические кисты, типичные (дермоидные кисты), типичные эндометриоидные кисты < 10 см;
- типичные доброкачественные экстраовариальные кисты любого размера: простые параовариальные кисты, перитонеальные кисты, типичный гидросальпинкс.

O-RADS 3

- типичные доброкачественные образования яичника ≥ 10 см: геморрагические кисты, типичные зрелые тератомы (дермоидные кисты), типичные эндометриоидные кисты;
- однокамерные и двухкамерные кисты без солидного компонента с ровным внутренним контуром стенки, размером ≥ 10 см;
- однокамерные кисты с неровным внутренним контуром стенки, любого размера;
- многокамерные кисты без солидного компонента с ровным внутренним контуром, размером < 10 см, васкуляризация – 1–3 балла;
- солидное образование без или с акустической тенью с ровным внешним контуром, любого размера, васкуляризация – 1 балл;
- солидное образование с акустической тенью, с ровным внешним контуром, любого размера, васкуляризация – 2–3 балла.

O-RADS 4

- двухкамерная киста без солидного компонента с неровным внутренним контуром стенки, любого размера и типа васкуляризации;
- многокамерная киста без солидного компонента с ровным внутренним контуром стенки, размером ≥ 10 см, васкуляризация – 1–3 балла;

- многокамерная киста без солидного компонента с ровным внутренним контуром стенки, любого размера, васкуляризация – 4 балла;
- многокамерная киста без солидного компонента с неровным внутренним контуром стенки и/или с неровными перегородками, любого размера, любой степени васкуляризации;
- однокамерные кисты с солидным компонентом или с 1–3 папиллярными разрастанием, любого размера, васкуляризации;
- двухкамерная или многокамерная киста компонентом, любого размера, васкуляризация – 1–2 балла;
- солидное образование без акустической тени, с ровным внешним контуром, любого размера, васкуляризация – 2–3 балла.

O-RADS 5

- однокамерная киста с 4 и более папиллярными разрастаниями, любого размера, любой степени васкуляризации;
- двухкамерная или многокамерная киста компонентом, любого размера, васкуляризация – 3–4 балла;
- солидное образование без или с акустической тенью, с ровным внешним контуром, любого размера, васкуляризация – 4 балла;
- солидное образование с неровным внешним контуром, любого размера, любой степени васкуляризации;
- асцит и/или перитонеальные солидные разрастания.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

к алгоритму диспансеризации
 женщин репродуктивного воз-
 раста по оценке репродуктивно-
 го здоровья утвержденному
 приказом Министерства здраво-
 охранения Алтайского края
 от 18.02. 2024 № 308

ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ матки и придатков

ДАТА ОСМОТРА

ФИО -

Дата рождения -

Дата последней менструации -

День МЦ - ____ г. /нарушение менструального цикла/постменопауза

Гормонотерапия: нет/да: (препарат) _____

Сканируется тело матки

нормальных/маленьких/средних/небольших размеров/увеличенное до
 недель

____ x ____ x ____ мм, V- см.куб.)

соотношение передней и задней стенки матки симметричное/асимметричное

Контуры тела матки ровные, четкие/бугристые правильной/неправильной
 формы При наличии аномалии развития описание аномалии согласно стан-
 дарту (см. Приложение).

Субэндометриальная зона регулярная/нерегулярная

прерывистая/невидимая/не поддается оценки/спереди/сзади/справа/слева/в
 дне

Стенки тела матки однородной/неоднородной структуры.

Описание миомы матки, при наличии, согласно стандарту (см. Приложение
 10).

Описание аденомиоза, при наличии, согласно стандарту (см. Приложение
 10).

Рубец на матке после кесарева сечения (описывается при наличии кесарева
 сечения в анамнезе): без особенностей, толщина миометрия в проекции руб-
 ца мм.

В случае выявления «симптома ниши» описать: длину, глубину, ширину,
 ветви в случае наличия, толщину резидуального миометрия (оценку «ниши»
 производят не ранее чем через 6 месяцев после кесарева сечения).

Перистальтика миометрия: (число сокращений за 2 минуты в режиме реаль-
 ного времени)

Кровоток в миометрии: отсутствует/определяется

Аркуатные сосуды: визуализируются отчетливо, диаметром до мм/не визуализируются.

Перфузия миометрия: умеренно выражена/снижена/усилена до базального слоя эндометрия

IR радиарных маточных артерий: V_{sis} - см/с.

PI в маточных артериях:

Эндометрий толщина ____ мм.

Эхоструктура эндометрия: пониженной/средней/повышенной/неоднородной (повышенной по периферии, пониженной в центре; пониженной эхогенности повышенной очагово).

Срединная гиперэхогенная линия: сканируется четко на всем протяжении/сканируется не четко/не сканируется

Объем эндометрия ____.

Кровоток в эндометрии: не регистрируется/минимальный/умеренный/выраженный.

Объемные индексы васкуляризации: VI ____, FI ____, VFI ____

При наличии внутриматочного контрацептива: в полости матки сканируется ВК, правильно расположен/описать расположение при экспульсии/перфорации

Полость матки: ровная/деформирована

Контур полости матки ровные/неровные, четкие/нечеткие

Базальный слой эндометрия: с точечными гиперэхогенными включениями/неравномерно утолщены, повышенной эхогенности/«зазубренный» за счет эндометриоидных очагов

Шейка матки

Стенки шейки матки: однородной структуры/неоднородной структуры

При наличии аномалии, описание аномалии согласно стандарту (см. Приложение 10)

При наличии кист: с единичной/множественными кистой/кистами эндоцервикса по передней/задней губе шейки матки диаметром ____ мм, с однородным анэхогенным/густым дисперсным содержимым

Цервикальный канал: без деформации/деформирован

Симптом «зрачка»: положительный/отрицательный.

При использовании режима ЦДК патологический кровоток в шейке матки не определяется/определяется

Правый яичник

расположен обычно/за маткой/высоко, размерами ____ x ____ x ____ мм, V -см.куб)

-фолликулы диаметром до ____ мм, расположены по периферии/хаотично по срезу, В количестве на срезе ____.

Количество антральных фолликулов на основе автоматического расчета объема ____.

При наличии образования, описание образования согласно стандарту (см. Приложение 10).

Левый яичник

расположен обычно/за маткой/высоко/, размерами___ х___х___мм, V-см.куб)

-фолликулы диаметром до ___мм, расположены по периферии/хаотично по срезу, В количестве на срезе ___.

Количество антральных фолликулов на основе автоматического расчета объема ___.

При наличии образования, описание образования согласно стандарту (см. Приложение 10).

Вены малого таза и маточно-влагалищного сплетения:

не дилатированы/дилатированы. В случае дилатации определяют: максимальный диаметр просвета вены в покое справа ___мм, слева ___мм

Тип дилатации: рассыпной/магистральный/сочетанный

Форма кривых скоростей кровотока в покое: монотонная двухфазная/трехфазная/пульсирующая форма венозного кровотока.

Максимальная венозная скорость кровотока ___см/сек.

Патологические образования в полости малого таза не определяются/определяются (описание образования).

Свободная жидкость в заднем своде не определяется/определяется в незначительном количестве/определяется в объеме___м.куб./асцит.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

к алгоритму диспансеризации
 женщин репродуктивного воз-
 раста по оценке репродуктивно-
 го здоровья утвержденному
 приказом Министерства здраво-
 охранения Алтайского края
 от 18.07. 2024 № 308

ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ молочных желез

ДАТА ОСМОТРА

ФИО -

Дата рождения -

Дата последней менструации -

День МЦ - ____ г. /нарушение менструального цикла/постменопауза

Гормонотерапия:

нет/да:

_(препарат)_____

Правая молочная железа:

Структура железы: гомогенная/гомогенная фиброглангулярная/гетерогенная
 неоднородная

Состояние кожи

Сосок и ареолярная область: не изменены/изменены

Железистая ткань: не выражена/выражена

Эхоструктура: неоднородная/однородная

В случае неоднородной эхоструктуры описание образования по критериям
 системы B-RADS:

Сканируется объемное образование в области верхнего наружного/нижнего
 наружного/нижнего внутреннего/верхнего внутреннего квадранта. Размеры
 образования ____х____мм. Форма образования оваль-
 ная/полициклическая/неправильная звездчатая. Контур четкий, ров-
 ный/нечеткий, неровный. Эхогенность образования понижена/повышена.
 Эхоструктура образования: однородная со слабой и средней интенсивности
 сигналами от внутренних структур/неоднородная. Наличие акустических
 эффектов: есть/нет. Дорзальное ослабление эхосигнала: нет/есть. Архитекто-
 ника окружающих структур: не изменена/деформирована. Включения, мик-
 рокальцинаты: имеются/отсутствуют. Васкуляризация: цветовые локусы не
 определяются/имеются единичные периферические локусы/имеется гипер-
 васкуляризация образования с дезорганизованным характером распределе-
 ния сосудов.

Фиброзные изменения: не выражены/выражены

Млечные протоки: не расширены/расширены до ____ мм.

Аномальное ветвление отсутствует/присутствует.

Внутрипротоковое содержимое изменено/не изменено.

Внутрипротоковые образования отсутствуют/определяются.

Жировая ткань: не выражена/выражена

Эхоструктура: неоднородная/однородная

Левая молочная железа:

Структура железы: гомогенная/гомогенная фиброглангулярная/гетерогенная
неоднородная

Состояние кожи

Сосок и ареолярная область: не изменены/изменены

Железистая ткань: не выражена/выражена

Эхоструктура: неоднородная/однородная

В случае неоднородной эхоструктуры описание образования по критериям системы B-RADS:

Сканируется объемное образование в области верхнего наружного/нижнего наружного/нижнего внутреннего/верхнего внутреннего квадранта. Размеры образования ____х____мм. Форма образования овальная/полициклическая/неправильная звездчатая. Контур четкий, ровный/нечеткий, неровный. Эхогенность образования понижена/повышена. Эхоструктура образования: однородная со слабой и средней интенсивности сигналами от внутренних структур/неоднородная. Наличие акустических эффектов: есть/нет. Дорзальное ослабление эхосигнала: нет/есть. Архитектоника окружающих структур: не изменена/деформирована. Включения, микрокальцинаты: имеются/отсутствуют. Васкуляризация: цветовые локусы не определяются/имеются единичные периферические локусы/имеется гипervasкуляризация образования с дезорганизованным характером распределения сосудов.

Фиброзные изменения: не выражены/выражены

Млечные протоки: не расширены/расширены до ____ мм.

Аномальное ветвление отсутствует/присутствует.

Внутрипротоковое содержимое изменено/не изменено.

Внутрипротоковые образования отсутствуют/определяются.

Жировая ткань: не выражена/выражена

Эхоструктура: неоднородная/однородная

Подмышечные лимфоузлы: четко не лоцируются/единичные структурно размером до ____ мм справа/слева / в состоянии жировой инволюции размером до ____ мм справа/слева/ структурно измененные.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

УТВЕРЖДЕН

приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 18.07 2024 № 308

АЛГОРИТМ

проведения диспансеризации мужчин репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья

1. Диспансеризация мужчин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья (далее – «ДРЗ мужчин») проводится в поликлинических отделениях/поликлиниках по месту прикрепления, в том числе с участием выездных мобильных бригад.

2. ДРЗ подлежат мужчины в возрасте 18-49 лет, находящиеся на медицинском обслуживании в медицинской организации.

3. ДРЗ мужчин осуществляет врач-уролог / при его отсутствии врач-хирург, прошедший подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин.

4. На первом этапе ДРЗ мужчин проводится прием (осмотр, консультация) врачом-урологом, который включает:

4.1. оценку риска нарушений репродуктивного здоровья у мужчин с помощью вопросника - анамнестической анкеты для мужчин 18 - 49 лет (приложение № 4 к приказу);

4.2. осмотр пациента (приложение № 1 к алгоритму), оценка жалоб и клинико-анамнестических данных (приложение № 2 к алгоритму), выявление факторов риска и заболеваний для отнесения мужчины к группе репродуктивного здоровья (приложение № 3 к алгоритму).

5. Второй этап ДРЗ мужчин проводится по результатам первого этапа (осмотра, интерпретации анамнестической анкеты (приложение № 4 к алгоритму) в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний включает:

5.1. спермограмму (приложение № 5 к алгоритму);

5.2. микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции (приложение № 5 к алгоритму);

5.3. ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки (приложение № 5 к алгоритму);

5.4. прием (осмотр, консультация) врача-уролога повторный.

6. В зависимости от результатов осмотра вводятся 3 группы репродуктивного здоровья:

I группа репродуктивного здоровья - репродуктивно здоровые мужчины.

К первой группе относятся мужчины, у которых не установлены заболевания репродуктивной системы и отсутствуют факторы риска их развития.

II группа репродуктивного здоровья - риск развития репродуктивных нарушений.

Ко второй группе здоровья относятся мужчины, у которых не установлены заболевания репродуктивной системы, но имеются факторы риска их развития (приложение № 3 к алгоритму).

III группа репродуктивного здоровья - имеются репродуктивные нарушения.

К третьей группе здоровья относятся мужчины, имеющие заболевания репродуктивной системы или доказанное снижение фертильности, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи (приложение № 3 к алгоритму).

Мужчины I группы репродуктивного здоровья проходят ДРЗ в установленном порядке, в том числе в рамках обследования, предусмотренного данным алгоритмом.

Мужчины II группы репродуктивного здоровья в течение 6 месяцев направляются на консультацию врача-уролога в медицинскую организацию (поликлинику) по месту жительства для более детального обследования и устранения факторов риска. Дальнейшее оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями и Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 907н.

Мужчины, имеющие ожирение (ИМТ - 30 - 40) и избыточную массу тела (ИМТ - 25 - 29,9) (при окружности талии более 102 см) направляются для углубленного профилактического консультирования и дальнейшего диспансерного наблюдения.

Мужчины, перенесшие ранее инфекции, передаваемые половым путем (хламидиоз, трихомониаз, гонорея, уреаплазменная, микоплазменная инфекция, вирус папилломы человека) (ответ «Да» на вопрос № 17 анамнестической анкеты) направляются для углубленного профилактического консультирования.

Мужчины III группы здоровья в течение 1 месяца направляются к врачу-урологу в Центр медицинский урологический «Академия мужского здоровья» КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

В случае выявления у мужчины инфекций, передаваемых половым путем, половая партнерша этого мужчины направляется на консультацию к врачу-специалисту.

к алгоритму диспансеризации
мужчин репродуктивного воз-
раста по оценке репродуктивно-
го здоровья утвержденному
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 18.04 2024 № 308

АЛГОРИТМ физикального обследования при проведении диспансеризации мужчин ре- продуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья

Для проведения физикального обследования можно использовать ал-
горитм, описанный в соответствующем разделе клинических рекомендаций
«Мужское бесплодие», утвержденных Министерством здравоохранения Рос-
сийской Федерации в 2021 году.

Рекомендуется при физикальном обследовании мужчин:

- оценить вторичные половые признаки;
- оценить особенности телосложения;
- измерить окружность талии;
- оценить состояние грудных желез;
- оценить распределение волосяного покрова;
- оценить характер лобкового оволосения.

При осмотре наружных половых органов:

оценить расположение наружного отверстия мочеиспускательного ка-
нала;

произвести пальпацию придатков яичек и яичек, семявыносящих про-
токов;

оценить объем яичек, определить наличие или отсутствие варикоцеле.

Диагностические манипуляции при обследовании мужчин врачу-
урологу:

- оценить степень полового созревания, в т.ч. характера лобкового ово-
лосения (по женскому типу - признак андрогенной недостаточности);
- оценить состояние молочных желез (наличие или отсутствие гинеко-
мастии и ее характер);
- определить размеры и консистенцию яичек;
- пальцевое ректальное исследование (по показаниям).

Измерение роста

Рост (длину тела) измеряют ростомером. При измерении исследуемый
должен стоять ровно в непринужденной позе, не поднимая плеч, с сомкну-
тыми стопами. Измеряемый должен прикасаться к стойке прибора тремя
точками: пятками, ягодицами и лопаточной областью; голова должна быть в
таком положении, чтобы козелок уха и наружный угол глазницы находились
на одной горизонтальной линии.

Измерение веса

Вес тела устанавливают с помощью медицинских весов с точностью до

50 г. Измеряемый становится на середину площадки весов. Взвешивание рекомендуется производить утром, натощак.

Измерение окружности живота

Окружность живота определяют сантиметровой лентой в положении стоя при спокойном дыхании, ленту накладывают на уровне пупка. Окружность талии ≥ 94 см у мужчин является диагностическим критерием абдоминального ожирения.

Также рекомендовано измерить индекс массы тела (ИМТ) (масса тела в кг/рост в м²).

Оценка типа телосложения

Типы телосложения: нормальный - мужской, патологические - женский, евнухоидный.

мужской тип: высокий рост, широкие плечи, узкий таз, увеличение межакромиального (плечи) и уменьшение межвертельного размера (таз);

вирильный тип: средний рост, длинное туловище и короткие ноги, широкие плечи, узкий таз, увеличение межакромиального (плечи) и уменьшение межвертельного размера (таз);

евнухоидный тип: высокий рост, длинное туловище и длинные ноги, равные межакромиальный (плечи) и межвертельные размеры (таз).

Типы распределения подкожной жировой клетчатки:

Абдоминальный (андроидный) - избыточное отложение жировой ткани в области живота и верхней части туловища, отношение окружности талии к окружности бедер $> 0,85$.

Гиноидный (женский) - избыточное отложение жировой ткани в области ягодиц и бедер, отношение окружности талии к окружности бедер $< 0,85$.

Смешанный - равномерное распределение жира по всему телу.

Индекс окружности талии/окружности бедер $> 0,85$ при наличии ожирения свидетельствует о риске развития таких метаболических нарушений, как инсулинорезистентность, гиперинсулинемия, нарушение толерантности к глюкозе по диабетическому типу и гиперлипидемия.

Рекомендовано провести пальпацию молочных желез пациента с целью раннего выявления гинекомастии. Осмотр проводят в положении стоя, сначала с опущенными, а затем с поднятыми за голову руками.

Оценивают:

- симметричность грудных желез;
- форма грудных желез;
- состояние сосков;
- состояние кожного покрова.

Пальпацию осуществляют в вертикальном положении пациента, затем - в горизонтальном положении на кушетке на спине и на боку.

Пальпаторно исследуют всю грудную железу: вокруг соска и последовательно по квадрантам. При пальпации определяют: консистенцию, наличие уплотнений, болезненность, выделения из сосков, размер и болезненность подмышечных лимфатических узлов. При выявлении узловых образо-

вания определяют: локализацию, размеры, подвижность, состояние краев образования.

Во время проведения физикального исследования стоит обратить внимание на оценку вторичных половых признаков:

- определить объем (орхидометр Прадера), текстуру и консистенцию яичек;
- определить наличие семявыносящих протоков, варикоцеле и тургор придатков яичка;
- исключить пальпируемые аномалии яичка, придатка и семявыносящих протоков и оценивать другие изменения, включая заболевания полового члена (фимоз, короткую уздечку, фиброзные узелки, эписпадию, гипоспадию и т.д.);
- оценить характер роста волос;
- осмотреть грудные железы (исключить гинекомастию).

К типичным находкам при сборе анамнеза у пациентов с подозрением на нарушение репродуктивного здоровья относятся:

- крипторхизм (одно- и двусторонний);
- перекрут и травма яичка;
- инфекции мочеполовой системы;
- воздействие токсинов окружающей среды;
- прием гонадотоксичных лекарственных препаратов (анаболические стероиды, химиотерапевтические препараты);
- воздействие облучения или цитотоксических препаратов.

Типичные изменения для тестикулярной дисфункции, выявляемые при физикальном исследовании пациента:

- изменение вторичных половых признаков;
- изменение объема и/или консистенции яичек;
- образования яичка (подозрение на злокачественную опухоль);
- отсутствие яичка (с одной или двух сторон);
- гинекомастия;
- варикоцеле.

Интерпретации результатов оценки состояния кожных покровов

Кожные симптомы эндокринных заболеваний	Заболевания, которые могут оказать влияние на репродуктивное здоровье
Гиперпигментация, в области лучезапястных суставов, ареол, наружных половых органов, рубцов, слизистых, ладонных складок	Болезнь Аддисона. Синдром Нельсона. Нейроэндокринные опухоли.
«Черный акантоз» - симметрично расположенные ворсинчатые и бородавчатые разрастания аспидно-черного цвета, расположенные в области подмышечных впадин и промежности	Ожирение. Особые формы сахарного диабета. Метаболический синдром

«Грязные локти»	Гипотиреоз. Болезнь (синдром) Иценко-Кушинга
Депигментация: генерализованная или локальная (витилиго)	Пангипопитуитаризм. Болезнь Аддисона. Диффузный токсический зоб. Гипопаратиреоз (аутоиммунный)
Сухая кожа	Гипотиреоз
Стрии	Болезнь (синдром) Иценко-Кушинга, Юношеское ожирение со стриями
Алопеция	Гипотиреоз. Тиреотоксикоз. Гипопитуитаризм. Вирильный синдром. Гиперпаратиреоз

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к алгоритму диспансеризации
мужчин репродуктивного воз-
раста по оценке репродуктивно-
го здоровья утвержденному
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края

от 18.07. 2024 № 308

АЛГОРИТМ

оценки жалоб и клинико-anamnestических данных у мужчин репродуктивно-
го возраста при проведении диспансеризации мужчин репродуктивного воз-
раста

При сборе жалоб и клинико-anamnestических данных использовать специально разработанную анамnestическую анкету (приложение № 5).

Данный этап обследования позволяет выявить факторы риска заболевания репродуктивной системы.

Рекомендуется при сборе жалоб и анамнеза для уточнения причины бесплодия получить сведения о частоте половых актов и соответствии времени их проведения интервалу с наибольшей вероятностью зачатия у мужчины.

Рекомендуется при сборе жалоб и анамнеза для уточнения факторов риска развития бесплодия выяснить у пациента следующее: длительность бесплодия, общее самочувствие, состояние сексуальной функции (полового влечения, эрекции, семяизвержения), наличие детей или беременностей у партнерш в прошлом, сведения об аномалиях развития, наследственных заболеваниях и заболеваниях детского и подросткового возраста, перенесенных и хронических заболеваниях, инфекциях, передаваемых половым путем, и воспалительных заболеваниях половых органов (орхита, эпидидимита, простатита), аллергических реакциях, оперативных вмешательствах, лекарственной терапии, неблагоприятных факторах внешней среды и образа жизни, в том числе, профессиональных вредностях, употреблении алкоголя, курении, применении анаболических стероидов, воздействии высоких температур (например, посещение бань, саун), а также результатах предшествующего лечения.

Данный этап дает сведения о репродуктивных установках и репродуктивном поведении мужчины, а также позволяет сделать прогноз о возможности реализации репродуктивной функции (урологический и репродуктивный анамнез).

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

к алгоритму диспансеризации
мужчин репродуктивного воз-
раста по оценке репродуктивно-
го здоровья утвержденному
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 18.07. 2024 № 308

ПЕРЕЧЕНЬ

факторов риска и заболеваний для отнесения мужчины к группе репродук-
тивного здоровья

Мужчина относится ко II группе репродуктивного здоровья при наличии
нижеследующих факторов риска и патологических состояний:

1. Избыточная масса тела ($ИМТ \geq 25,0$) / при окружности талии ≥ 94 см или ожирение ($ИМТ - 30$ и более);
2. Перенесенные ранее инфекции, передаваемые половым путем (хламидиоз, трихомониаз, гонорея, уреаплазменная, микоплазменная инфекция, вирус папилломы человека) (вопрос № 17 анамнестической анкеты)(приложение 4);
3. Перенесенные воспалительные заболевания мужских половых желез (простатит, эпидидимит, эпидидимоорхит) (вопросы № 15, 16 анамнестической анкеты) (приложение 4);
4. Перенесенный в детстве эпидемический паротит (свинка) (вопрос № 19 анамнестической анкеты) (приложение 4);
5. Варикоцеле в анамнезе или в настоящее время, включая состояние после оперативного лечения (вопрос № 20 анамнестической анкеты) (приложение 4);
6. Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, гипо- и гипертиреоз) (вопрос № 23 анамнестической анкеты) (приложение 4);

Мужчина относится к III группе репродуктивного здоровья при наличии нижеследующих патологических состояний:

1. Мужское бесплодие (вопрос № 5 анамнестической анкеты) (приложение 4);
2. Выявлявшиеся ранее отклонения от нормы по результатам спермограммы;
3. Первичный и вторичный гипогонадизм (снижение уровня тестостерона) в настоящее время и в анамнезе;
4. Задержка полового развития;
5. Врожденные аномалии (пороки развития) мужских половых органов (включая крипторхизм, перекрыт яичка, гипоспадия) в настоящее время или в анамнезе, в том числе после оперативного лечения (вопрос № 11, 12 анамнестической анкеты) (приложение 4);

6. Перенесенное лечение по поводу онкологических или аутоиммунных заболеваний (применение глюкокортикоидов и/или цитостатиков, химиотерапия по поводу опухолей любой локализации, хирургическое лечение или лучевая терапия по поводу опухолей яичек, предстательной железы, полового члена, прямой кишки) (вопросы № 21, 22 анамнестической анкеты) (приложение 4).

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

к алгоритму диспансеризации
мужчин репродуктивного воз-
раста по оценке репродуктивно-
го здоровья утвержденному
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 18.07. 2024 № 308

АЛГОРИТМ

интерпритации анамнестической анкеты для направления на второй этап диспансеризации мужчин репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья

1. При ответе «Да» на вопросы анамнестической анкеты № 1, 3-6, 11, 14 - 17, 19 - 22 пациент направляется на второй этап ДРЗ мужчин на базовое исследование качества спермы (спермограмму) с последующей консультацией врача-уролога.
2. При ответе «Да» на вопросы анамнестической анкеты № 3, 7, 9, 10, 15-17 пациент направляется на второй этап диспансеризации мужчин репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (далее – «ДРЗ мужчин») на микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов (мочи, уретрального отделяемого, секрета предстательной железы, семенной жидкости), диагностику возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции с последующей консультацией врача-уролога.
3. При ответе «Да» на вопросы анамнестической анкеты № 5, 7-10, 11, 14-19 пациент направляется на второй этап ДРЗ мужчин на ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки с последующей консультацией врача-уролога.
4. В случае, если у врача-уролога / при отсутствии врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин на первом этапе ДРЗ мужчин во время осмотра и сбора анамнеза возникает предположение о наличии заболеваний или состояний, не упомянутых в анамнестической анкете, он также направляет пациента на спермограмму, микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов (мочи, уретрального отделяемого, секрета предстательной железы, семенной жидкости), диагностику возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции анализ, ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки в рамках второго этапа ДРЗ мужчин, либо на иные диагностические исследования вне рамок ДРЗ мужчин в соответствии с существующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

к алгоритму диспансеризации
мужчин репродуктивного воз-
раста по оценке репродуктивно-
го здоровья утвержденному
приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 18.07 2024 № 308

ПОРЯДОК

выполнения лабораторных и инструментальных методов исследования

В рамках второго этапа диспансеризации мужчин репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья предусмотрено выполнение следующих методов исследования:

спермограмму;

микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки.

Организация выполнения спермограммы

В рамках данных методических рекомендаций спермограмма и анализ эякулята признаются равнозначными понятиями.

Спермограмма должна выполняться вручную в соответствии с требованиями 6-го издания Лабораторного руководства Всемирной организации здравоохранения по исследованию и обработке эякулята человека (далее - Руководство ВОЗ). При невозможности обеспечения соответствия требованиям 6-го руководства ВОЗ по обработке и исследованию эякулята, спермограмма может выполняться в соответствии с требованиями 5-го издания Руководства ВОЗ.

При отсутствии достаточных мощностей для выполнения ручного анализа эякулята допустимо применять автоматизированные системы (анализаторы эякулята), зарегистрированные в качестве медицинских изделий в соответствии с законодательством РФ.

Подготовка к анализу эякулята (спермограмме)

Мужчина должен получить четкие указания относительно сбора образца эякулята.

Основная рекомендация касается сбора эякулята путем мастурбации. Прерванный половой акт не рекомендуется и должен применяться только в

исключительных случаях из-за риска неполного сбора и загрязнения влагалищным отделяемым и клетками.

В исключительных обстоятельствах альтернативным вариантом могут быть специальные презервативы для исследования фертильности, но в этом случае для исследования не будет доступен весь эякулят, и образец, вероятно, будет загрязнен в результате контакта с кожей полового члена и в некоторой мере с влагалищным отделяемым и клетками на внешней стороне презерватива. Противозачаточные презервативы не могут быть использованы из-за наличия в них спермицидных веществ. Обычные латексные презервативы не должны использоваться для сбора эякулята, поскольку они содержат вещества, препятствующие подвижности сперматозоидов.

Следует избегать использования лубрикантов, поскольку они могут загрязнить эякулят и изменить его параметры. При крайней необходимости следует использовать проверенные не токсичные для сперматозоидов лубриканты.

Эякулят должен быть собран полностью, и мужчина должен сообщить о любых потерях какой-либо части образца.

Эякулят должен быть собран минимум через 2 дня и максимум через 7 дней воздержания от эякуляции.

В этот период нельзя принимать алкоголь, лекарственные препараты (исключение: жизненно необходимые лекарственные препараты, назначенные врачом для постоянного применения, отменять не надо), исключить воздействие повышенной температуры (посещение бани/сауны, производственная гипертермия, лихорадочные состояния), избегать воздействия полей ультравысокой частоты. Также в этот период необходимо полноценное питание. В день, предшествующий выполнению анализа, желательно исключить тяжелые физические и психологические нагрузки. При повторном исследовании предпочтительно устанавливать одинаковые периоды воздержания для снижения колебаний полученных результатов.

Во избежание воздействия колебаний температуры на эякулят и для соблюдения временного интервала между сбором и исследованием образец рекомендуется собрать в отдельной комнате рядом с лабораторией. Исследование должно начаться в течение 30 минут после сбора, но не позднее чем в течение 60 минут.

В отдельных случаях могут потребоваться исключения, и каждый мужчина должен быть надлежащим образом проконсультирован в отношении возможностей и рисков.

В случае если образец собран не в непосредственной близости от лаборатории, его следует транспортировать при температуре не ниже 20 °C и не выше 37 °C.

Если пациент по какой-либо причине должен собрать эякулят в другом месте, то ему следует держать контейнер с образцом во время транспортировки близко к телу под одеждой, например, в подмышечной впадине, и до-

ставить его в лабораторию предпочтительно в течение 30 минут после сбора, но не позднее чем через 50 минут после сбора.

Сбор образца

Перед сбором эякулята контейнер для образца следует держать при температуре окружающей среды, от 20 °С до 37 °С, с тем чтобы избежать сильных перепадов температуры, которые могут повлиять на сперматозоиды.

Для образца следует предусмотреть чистый контейнер с широким горлом, изготовленный из пластика и принадлежащий к партии, которая была подтверждена как нетоксичная для сперматозоидов.

Контейнер с образцом, а также соответствующие рабочие листы должны быть снабжены идентификаторами, которые в сочетании с процедурами получения образца и дальнейшей обработки исключают риск путаницы образцов и рабочих листов.

Организация выполнения микроскопического исследования микрофлоры и проведения лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции

Лабораторные исследования, выполняемые методом полимеразной цепной реакции, организуются в соответствии с методическими указаниями «МУ 1.3.2569-09 1.3. Эпидемиология. Организация работы лабораторий, использующих методы амплификации нуклеиновых кислот при работе с материалом, содержащим микроорганизмы I - IV групп патогенности» (утв. 22.12.2009).

В рамках оценки репродуктивного здоровья мужчин допускается в качестве биологического материала использовать эякулят, отделяемое из уретры (соскоб из уретры), первую порцию мочи, секрет предстательной железы. В минимальный перечень микроорганизмов, определяемых методом полимеразной цепной реакции, входят:

Chlamydia trachomatis

Neisseria gonorrhoeae

Mycoplasma genitalium

Ureaplasma urealyticum

Trichomonas vaginalis

Рекомендуется также при наличии возможности выполнять анализ на следующие микроорганизмы:

Candida albicans

Gardnerella vaginalis

Human Papillomavirus (HPV) высокого канцерогенного риска

Mycoplasma hominis

Порядок
проведения ультразвуковых исследований предстательной железы и органов
мошонки

Ультразвуковые исследования предстательной железы и органов мошонки выполняются врачом ультразвуковой диагностики. Исследование и интерпретация результатов ультразвукового исследования проводится в соответствии с Правилами проведения ультразвуковых исследований, утвержденными приказом Минздрава России от 08.06.2020 № 557н, а также актуальными рекомендациями соответствующих профессиональных организаций.

В рамках оценки репродуктивного здоровья для оценки анатомии предстательной железы допускается выполнение как трансабдоминального, так и трансректального исследования.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 18.07. 2024 № 308

ФОРМА АНАМНЕСТИЧЕСКОЙ АНКЕТЫ
для женщин 18-49 лет

При ответах на вопросы следует обвести «да» или «нет». В пустые поля необходимо вписать значение (паспортная часть, вопросы 1, 3, 4, 10, 11, 12, 20 - 27, 61 - 63). В конце анкеты поставьте подпись. Если Вы затрудняетесь с ответом, вопрос можно оставить без ответа.

Паспортная часть			
Ф.И.О.			
Дата рождения (число, месяц, год)			
Возраст (полных лет) _____			
Дата заполнения анкеты (число, месяц, год)			
№	Вопрос	Ответ	
Менструальная функция (вопросы 1 - 12):			
1	В каком возрасте у Вас начались менструации (полных лет)? Если не начались, поставьте «-».	_____ лет	
2	Менструации проходят через примерно равные промежутки времени?	да	нет
3	Какая продолжительность (была продолжительность) менструации - от первого дня одной до первого дня следующей?	_____ дней	
4	Сколько дней в среднем продолжается (продолжалась) менструация?	_____ дней	
5	Бывают (бывали) ли у Вас задержки менструации более 2 недель?	да	нет
6	У Вас обильные менструации (использование максимально впитывающих прокладок/тампонов (или больше) более 1 дня)?	да	нет
7	У Вас скудные менструации (использование только ежедневных прокладок во время менструации)?	да	нет
8	Менструации проходят болезненно (используете ли Вы обезболивающие препараты в дни менструации)?	да	нет
9	Бывают у Вас боли внизу живота или пояснице вне менструации?	да	нет
10	Бывают у Вас межменструальные кровяные выделения?	да	нет
	если «да», сколько дней (укажите цифрой количество)	_____	

11	Какой у Вас сегодня день менструального цикла (при наличии)?	_____	
12	Если у Вас закончились менструации, то в каком возрасте (полных лет)? Если не закончились, поставьте «-».	_____ лет	
Вопросы, связанные с половой жизнью (вопросы 13 - 27):			
13	В каком возрасте Вы начали половую жизнь (полных лет)?	_____	
14	Используете ли Вы презерватив при половых контактах?	да	нет
15	Используете ли Вы гормональную контрацепцию (например, противозачаточные таблетки)?	да	нет
16	Предохраняетесь ли Вы с помощью внутриматочной спирали?	да	нет
17	Бывают у Вас боли при половых контактах?	да	нет
18	Бывают у Вас кровяные выделения из половых путей при половой жизни?	да	нет
19	Страдаете ли Вы бесплодием (беременность не наступает при регулярной половой жизни без предохранения более года)?	да	нет
20	Были ли у Вас беременности?	да	нет
	если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	_____	
21	Были ли у Вас роды?	да	нет
	если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	_____	
22	Если у Вас были роды, закончились ли они кесаревым сечением?	да	нет
	если у вас не было родов, не отвечайте на этот вопрос	_____	
23	Если у Вас были роды, закончились ли они преждевременными родами?	да	нет
	если у вас не было родов, не отвечайте на этот вопрос	_____	
24	Были ли у Вас медицинские прерывания беременности (аборты)?	да	нет
	если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	_____	
25	Были ли у Вас внематочные беременности?	да	нет
	если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	_____	
26	Были ли у Вас самопроизвольные прерывания беременности (выкидыши)?	да	нет
	если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	_____	
27	Были ли у Вас неразвивающиеся (замершие) беременности?	да	нет
	если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	_____	
Имеются ли у Вас гинекологические заболевания (вопросы 28 - 35):			
28	заболевания шейки матки	да	нет

29	воспаление матки, придатков	да	нет
30	инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)	да	нет
31	кисты или опухоли яичников	да	нет
32	миома матки	да	нет
33	эндометриоз	да	нет
34	Проходили ли Вы когда-либо стационарное лечение по поводу гинекологических заболеваний?	да	нет
35	Оперировались ли Вы по поводу гинекологических заболеваний?	да	нет
Имеются ли у Вас перенесенные заболевания других органов (вопросы 36 - 47):			
36	заболевания молочных желез	да	нет
37	заболевания щитовидной железы	да	нет
38	заболевания крови, снижение гемоглобина	да	нет
39	аутоиммунные или ревматические заболевания	да	нет
40	аллергические заболевания	да	нет
41	инфекционные заболевания (вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, туберкулез)	да	нет
42	наследственные (генные, хромосомные) заболевания	да	нет
43	онкологические заболевания	да	нет
44	Имеются ли у Вас указанные выше заболевания в настоящее время?	да	нет
45	Получали ли Вы ранее химио- или лучевую терапию по поводу онкологического заболевания?	да	нет
46	Были ли у Вас операции (кроме гинекологических)?	да	нет
47	Были ли у Вас переливания крови?	да	нет
Вакцинация (вопросы 48 - 51):			
48	Вакцинированы ли Вы от краснухи?	да	нет
49	Вакцинированы ли Вы от ВПЧ?	да	нет
50	Вакцинированы ли Вы в текущем году от гриппа?	да	нет
51	Вакцинированы ли Вы в текущем году от COVID-19?	да	нет
Жалобы (вопросы 52 - 58). Жалуетесь ли Вы на:			
52	учащенное или болезненное мочеиспускание?	да	нет
53	подтекание мочи при кашле, чихании, смехе, недержание позыва на мочеиспускание?	да	нет
54	высыпания или выделения из половых путей (бели), вызывающие дискомфорт (жжение, зуд, неприятный запах)?	да	нет

55	уплотнение и/или деформация молочных желез, выделения из сосков?	да	нет
56	избыточный рост волос на теле или лице и/или угревые высыпания на коже лица или других частей тела и/или полосы растяжения (стрии, растяжки) на коже?	да	нет
57	приливы жара, потливость, ознобы?	да	нет
58	сухость во влагалище, зуд или диспареунию (болезненность при половом акте)?	да	нет
Репродуктивные установки (вопросы 59 - 61):			
59	Сколько у Вас детей?	_____	
60	Если у Вас есть дети, укажите возраст младшего ребенка. Если ребенку менее 1 года, то укажите 0.	_____ лет	
61	Сколько детей Вы бы хотели иметь (с учетом имеющихся), учитывая Ваши текущие жизненные обстоятельства?	_____	

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

УТВЕРЖДЕНА

приказом Министерства здраво-
охранения Алтайского краяот 18.07 2024 № 308ФОРМА АНАМНЕСТИЧЕСКОЙ АНКЕТЫ
для мужчин 18 - 49 лет

N п/п	Вопрос	Ответ	
Паспортная часть			
Ф.И.О.			
Дата рождения (число, месяц, год)			
Возраст (полных лет)			
Дата заполнения анкеты (число, месяц, год)			
Поведенческие факторы риска:			
	Есть ли у Вас родные дети?	да	нет
	Планируете ли Вы в дальнейшем зачать ребенка?	да	нет
1.	Посещаете ли вы регулярно бани, сауны и другие места с повышенной температурой окружающей среды?	да	нет
Репродуктивная функция			
2.	Возраст начала половой жизни (полных лет)?		
3.	Были ли у вас в течение последних 12 месяцев половые контакты без использования презерватива?	да	нет
4.	Планируете ли Вы с супругой (партнершей) зачатие ребенка в течение ближайших 12 месяцев?	да	нет
5.	Было ли так, что у партнерши не наступала беременность более чем через 12 месяцев регулярной половой жизни без предохранения?	да	нет
6.	Наступали ли у Ваших половых партнеров замершие беременности или самопроизвольные аборт?	да	нет
Другие жалобы			
7.	Учащенное, болезненное или затрудненное мочеиспускание, выделения из мочеиспускательного канала	да	нет
8.	Регулярная, не связанная с приемом большого количества жидкости необходимость просыпаться ночью, чтобы помочиться	да	нет
9.	Боли внизу живота (в промежности, в области мошонки, в половом члене)	да	нет
10.	Беспокоящие состояния со стороны половых органов (изменение формы, высыпания, отделяемое из мочеиспускательного канала)	да	нет
Перенесенные урологические заболевания			
11.	Крипторхизм	да	нет
12.	Гипоспадия	да	нет
13.	Фимоз	да	нет
14.	Кисты или опухоли яичек или придатков яичка	да	нет

15.	Простатит	да	нет
16.	Эпидидимит	да	нет
17.	Инфекции, передаваемые половым путем	да	нет
18.	Перенесенные урологические операции	да	нет
19.	Эпидемический паротит (свинка)	да	нет
Перенесенные заболевания других органов:			
20.	Аутоиммунные или ревматические заболевания, требующие приема глюкокортикоидов и/или цитостатиков	да	нет
21.	Онкологические заболевания любой локализации, требующие химио- или лучевой терапии	да	нет
22.	Сахарный диабет I или II типа	да	нет
23.	Заболевания других органов и систем (сердца и сосудов, легких, желудочно-кишечного тракта, почек, мочевого пузыря, щитовидной железы, нервной системы, аллергические состояния)	да	нет

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

к приказу Министерства здраво-
охранения Алтайского края
от 18.02 2024 № 308

ПЕРЕЧЕНЬ КРИТЕРИЕВ
качества работы краевых медицинских организаций
при проведении диспансеризации

Критерий	Целевое значение
Выполнение объёмов медицинской помощи	100%
Случаи выявления запущенных форм (3-4 степень) онкологической патологии	отсутствие
Количество семей, страдающих бесплодием, не проконсультированных в течение 6 мес. от постановки диагноза в краевом центре охраны здоровья семьи и репродукции	отсутствие
Соответствие объёма обследования, лечения и диспансерного наблюдения клиническим рекомендациям	100%
Случаи прерывания беременности по медицинским показаниям в связи с патологией репродуктивной системой и декомпенсацией соматической патологии	отсутствие
Доля пациентов, прошедших первый этап диспансеризации и направленных на второй этап диспансеризации	не менее 20%