

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,  
Москва, ГСП-4, 127994,  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

28.09.2023 № 15-4/И/2-17791

На № \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

Минздрав России

Министерство труда  
и социальной защиты  
Российской Федерации



Вр-3057270

Администрация Тамбовской области

Правительство Пензенской области

Правительство  
Новгородской области

Министерство здравоохранения Российской Федерации информирует, что во исполнение поручения предусмотренного пунктом 6 перечня поручений Президента Российской Федерации от 26.04.2023 Пр-826 по итогам совещания о мерах по повышению рождаемости в Российской Федерации в рамках мероприятия, предусмотренного пунктом 1 раздела I приложения № 1 («Комплекс мероприятий, планируемых к реализации в рамках пилотного проекта, направленного на стимулирование рождаемости») к Положению о реализации пилотного проекта, направленного на стимулирование рождаемости, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 31.08.2023 № 1419, разработаны и утверждены «Временные методические рекомендации по проведению в рамках пилотного проекта, направленного на стимулирование рождаемости, программы углубленных профилактических осмотров и диспансеризации женщин репродуктивного возраста» и «Временные методические рекомендации по проведению в рамках пилотного проекта, направленного на стимулирование рождаемости, программы углубленных профилактических осмотров и диспансеризации мужчин репродуктивного возраста» (далее – методические рекомендации).

Направляем вышеуказанные методические рекомендации для использования в работе в пилотных муниципальных образованиях.

Приложение: на 46 л. в 1 экз.

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,  
хранится в системе электронного документооборота  
Министерства Здравоохранения  
Российской Федерации.

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат: 01D9C6A07BE4A7B0000BC6A900060002  
Кому выдан: Котова Евгения Григорьевна  
Действителен: с 04.08.2023 до 04.08.2024

Е.Г. Котова

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель  
Министра здравоохранения  
Российской Федерации



Е.Г. Камкин

« *15* *сентября* 2023 г.

**ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ПРОВЕДЕНИЮ В РАМКАХ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА,  
НАПРАВЛЕННОГО НА СТИМУЛИРОВАНИЕ РОЖДАЕМОСТИ,  
ПРОГРАММЫ УГЛУБЛЕННЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ  
И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Москва, 2023

**Авторы:**

Аполихин О.И, Пушкарь Д.Ю., Гвасалия Б.Р., Красняк С.С.

## ISBN

Временные методические рекомендации содержат описание основных методов обследования мужчины репродуктивного возраста в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, описывают последовательность, методику выполнения и интерпретацию методов обследования мужчин, направленных на инициацию беременности.

Временные методические рекомендации адресованы руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, врачам-урологам, врачам-хирургам, врачам общей практики, среднему медицинскому персоналу, участвующему в процессе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

© Коллектив авторов 2023 г.

© НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, 2023 г.

© ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России

**Содержание**

Список сокращений и терминов	4
Авторский коллектив	5
Введение	6
Порядок проведения осмотра (консультации) врачом-урологом мужчин репродуктивного возраста	8
Заключение	13
Приложения	15

**Список сокращений и терминов**

<b>ПМО</b>	–	профилактический медицинский осмотр
<b>ПСА</b>	–	простат-специфический антиген
<b>ПЖ</b>	–	предстательная железа
<b>ИМТ</b>	–	индекс массы тела
<b>ОЖ</b>	–	окружность живота
<b>СКР</b>	–	суммарный коэффициент рождаемости
<b>ИППП</b>	–	инфекции, передаваемые половым путем
<b>МИС</b>	–	медицинская информационная система

**Авторский коллектив**

- Аполихин О.И. – директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью мужчин, профессор, д.м.н., Член-корреспондент РАН
- Пушкарь Д.Ю. – заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Заслуженный деятель науки РФ, главный внештатный специалист уролог Минздрава России, профессор, д.м.н., Академик РАН
- Гвасалия Б.Р. – профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, д.м.н.
- Красняк С.С. – ведущий научный сотрудник отдела андрологии и репродукции человека НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, к.м.н.

## Введение

С 2017 года в России отмечается снижение суммарного коэффициента рождаемости, т.е. числа детей на одну женщину фертильного возраста. В 2022 году по данным Росстата СКР составил 1,416. Важнейшим фактором реализации репродуктивного потенциала человека является состояние его здоровья.

Инициация беременности, успешность её вынашивания – это процесс, зависящий не только от здоровья женщины, но и, в равной степени, от репродуктивного здоровья будущего отца.

Многие проблемы и заболевания репродуктивной системы протекают бессимптомно и обуславливаются нарушением развития половых органов, неправильной закладкой стволовых клеток, а также образом жизни. Так, незащищенные половые контакты могут приводить к инфекциям, передаваемым половым путем, что непосредственным образом влияет на качество половых клеток и способность мужчины к зачатию.

С учетом возрастной структуры отцовства в России<sup>1</sup> и особенностей организации оказания медицинской помощи детям и взрослым считаем целесообразным в рамках пилотного проекта считать мужчинами репродуктивного возраста мужчин в возрасте 18 – 39 лет.

## Распространенность отдельных состояний, затрагивающих репродуктивное здоровье мужчин

- Крипторхизм. Распространенность крипторхизма в возрасте 1 года по литературным данным составляет около 1 – 1,5 %<sup>2</sup>.
- Ожирение. Распространенность ожирения среди взрослых 1 251 на 100 тыс. населения<sup>3</sup>.
- Эпидемический паротит. Заболеваемость эпидемическим паротитом в 2016 году составила 0,76 на 100 тыс. населения<sup>4</sup>.
- Мужское бесплодие. Распространенность мужского бесплодия в 2021 году составила 67,1 на 100 тыс. мужчин<sup>2</sup>.
- Эректильная дисфункция. Распространенность эректильной дисфункции в возрасте 18 – 39 лет 2001 на 100 тыс. мужского населения<sup>5</sup> (2 %).

## Нормативно-правовая база

В настоящее время в Российской Федерации вопросы профилактических осмотров и диспансеризации взрослого мужского населения регулируются следующими документами:

<sup>1</sup> Соотношение возрастов родителей при рождении детей и тенденции заболеваемости бесплодием в Москве [Электронный ресурс] / В. Н. Архангельский, А. А. Савина, Е. С. Зайко. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2022. – 19 с. ISBN 978-5-907547-33-9

<sup>2</sup> Sijstermans K. et al. The frequency of undescended testis from birth to adulthood: a review // Int J Androl. — 2008. — № 1. — P. 1–11.

<sup>3</sup> Общая заболеваемость взрослого населения России в 2021 году: статистические материалы / Е.Г.Котова, О.С.Кобякова, Г.А.Александрова, Н.А.Голубев, Ю.И.Оськов, А.В.Полякарпов, Е.А.Шелепова и др.-М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022.- 163 с.- ISBN 978-5-94116-074-7.с

<sup>4</sup> Михеева И.В.. "Эпидемиологическая ситуация по эпидемическому паротиту в Российской Федерации в 1995-2016 гг" Эпидемиология и вакцинопрофилактика, vol. 16, no. 6 (97), 2017, pp. 47-53.

<sup>5</sup> Аполихин О.И., Красняк С.С. Современный взгляд на связь эректильной дисфункции и сердечно-сосудистых заболеваний. Экспериментальная и клиническая урология. Номер №4, 2013 - стр. 54-57

Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н;

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «урология», утвержденный приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 907н;

Порядок возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н;

Порядок проведения обязательных предварительных осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры, утвержденный приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н.

**Целью** данной программы является раннее выявление факторов риска нарушений репродуктивного здоровья и их коррекция.

Для достижения указанной цели в настоящее время с 18 лет ежегодно проводится профилактический медицинский осмотр (ПМО). ПМО также выполняется для выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

С 18 до 39 лет 1 раз в три года, а с 40 до 64 лет ежегодно проводится диспансеризация, которая представляет собой комплекс мероприятий и включает в себя ПМО и дополнительные методы обследования, проводимые в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Необходимо отметить, что в настоящее время в первый этап диспансеризации не входит ни одного исследования напрямую оценивающего состояние репродуктивного здоровья. С 45 лет, 1 раз в 5 лет выполняется анализ на определение простат-специфического антигена и при его повышении выше 4 нг/мл мужчина направляется на осмотр (консультацию) врачом-хирургом или врачом-урологом.



## Порядок проведения осмотра (консультации) врачом-урологом мужчин репродуктивного возраста

Настоящими временными методическими рекомендациями устанавливается следующий алгоритм обследования мужчин в возрасте 18 – 39 лет:

1. В возрасте от 18 до 39 лет мужчинам в дополнение к существующему объему обследования выдается Анамнестическая анкета (Приложение 1). *Примечание: анамнестическую анкету рекомендуется заполнять в электронном виде, позволяющем дальнейшую автоматизацию обработки и анализа.*

2. При ответе «Да» на вопросы Анамнестической анкеты № 11, 12, 21, 26, а также при ответе «Нет» на вопрос 10, пациент направляется на анализ эякулята<sup>6</sup> (спермограмму) с последующей консультацией врача-уролога.

3. При ответе «Да» на вопросы Анамнестической анкеты № 14 – 17, 19, 22 – 25 пациент направляется на консультацию врача-уролога.

4. Мужчины любого возраста, ответившие «Да» на вопрос Анамнестической анкеты № 13, или имеющие по результатам ПМО окружность талии более 94 см, направляются на исследование уровня общего тестостерона в крови. При уровне общего тестостерона менее 12,1 нмоль/л (350 нг/дл, 3,5 нг/мл) пациенты направляются на консультацию врача-уролога.

В рамках 1 этапа диспансеризации всем мужчинам в возрасте 24 или 27 лет выполняется исследование уровня общего тестостерона в крови.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению урологических заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-урологом, а в случае его отсутствия – врачом-хирургом.

В зависимости от результатов профилактического осмотра вводятся 3 группы репродуктивного здоровья:

**I группа здоровья** – репродуктивно здоровые мужчины.

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

**II группа здоровья** – риск развития репродуктивных нарушений.

Ко второй группе здоровья относятся мужчины, у которых не установлены заболевания репродуктивной системы, но имеются факторы риска (Приложение 3) их развития.

**III группа здоровья** – имеются репродуктивные нарушения.

<sup>6</sup> Анализ эякулята (спермограмма) должен выполняться в соответствии с Лабораторным руководством ВОЗ по исследованию и обработке эякулята человека, шестое издание [WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen, sixth edition]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2023 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

К третьей группе здоровья относятся мужчины, имеющие заболевания репродуктивной системы или доказанное снижение фертильности (Приложение 3).

Пациенты I группы здоровья проходят ПМО и диспансеризацию в установленном порядке, в том числе в рамках обследования, предусмотренного данными временными методическими рекомендациями.

Пациенты II группы здоровья в течение 3 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 по профилю «урология», утвержденным приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 907н.

Пациенты III группы здоровья в течение 1 месяца направляются к врачу-урологу регионального Центра охраны здоровья семьи и репродукции, либо при его отсутствии к врачу-урологу отделения репродуктивного здоровья Перинатального центра, либо при его отсутствии к врачу-урологу областной больницы, получившему дополнительное образование (имеющему опыт) в области андрологии / диагностики и лечения заболеваний мужской репродуктивной системы.

### **Оценка жалоб и клинико-anamнестических данных у мужчин репродуктивного возраста при проведении профилактического осмотра**

При сборе жалоб и клинико-anamнестических данных можно использовать алгоритм, описанный в соответствующем разделе клинических рекомендаций «Мужское бесплодие» 2021 г.<sup>7</sup>; а такжеanamнестическую анкету, реализуемую в пилотных субъектах в рамках типового проекта «Репродуктивное здоровье».

Данный этап обследования позволяет выявить факторы риска заболевания репродуктивной системы (вредные привычки, ожирение, соматические, особенно эндокринные заболевания).

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

Рекомендуется при сборе жалоб иanamнеза 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.

<sup>7</sup> Клинические рекомендации «Мужское бесплодие» (2021) [https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/5\\_2](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/5_2)

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).

### **Физикальное обследование мужчин репродуктивного возраста при проведении профилактического осмотра**

Для проведения физикального обследования можно использовать алгоритм, описанный в соответствующем разделе клинических рекомендаций «Мужское бесплодие» 2021 г.

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 канала,
- произвести пальпацию придатков яичек и яичек, семявыносящих протоков,
- оценить объем яичек, определить наличие или отсутствие варикоцеле.

Диагностические манипуляции при обследовании мужчин врачу-урологу:

- оценить степень полового созревания, в т.ч. характера лобкового оволосения (по женскому типу – признак андрогенной недостаточности);
- оценить состояние молочных желез (наличие или отсутствие гинекомастии и ее характер);
- определить размеров и консистенции яичек;
- пальцевое ректальное исследование (по показаниям);
- заполнение опросника AMS (оценка андрогенного статуса);
- заполнение опросника МИЭФ (наличие эректильной дисфункции и степени ее выраженности).

### **Измерение роста**

Рост (длину тела) измеряют ростометром. При измерении исследуемый должен стоять ровно в непринужденной позе, не поднимая плеч, с сомкнутыми 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  $\geq 94$  см у мужчин является диагностическим критерием абдоминального ожирения.

Также рекомендовано измерить индекс массы тела (ИМТ) (масса тела в кг/рост в м<sup>2</sup>).

### 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 межвертельный 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.

### Интерпретация 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.

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

### **Урологический осмотр мужчин репродуктивного возраста при проведении профилактического осмотра**

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 одно или двух сторон);
- гинекомастия;
- варикоцеле.

## Заключение

Ключевым аспектом сохранения репродуктивного здоровья мужчины является своевременность выявления заболеваний и всесторонняя оценка мужского здоровья. Часто мужское бесплодие выявляется у мужчин, которые не предъявляют каких-либо жалоб со стороны репродуктивной системы. Поэтому проведение активной и многоступенчатой профилактической работы со стороны системы здравоохранения имеет важное значение. Несмотря на способность мужчины к зачатию ребенка даже в старшем возрасте, с каждым годом вероятность этого события уменьшается. Шанс родить живого ребенка при возрасте будущего отца старше 35 лет в 2 раза ниже, по сравнению с более молодыми отцами, даже при применении экстракорпорального оплодотворения<sup>8</sup>. Кроме того, дети, рожденные от возрастных отцов, отличаются худшими показателями здоровья. Так, существуют убедительные доказательства, что с возрастом отца тесно связана более высокая вероятность развития у ребенка шизофрении, расстройств аутистического спектра, острого лимфобластного лейкоза, и также многих врожденных синдромов и аномалий развития<sup>9</sup>.

Другим важным фактором возникновения бесплодия являются ИППП. Абсолютный риск бесплодия после перенесенного одностороннего эпидидимита может достигать 35 %<sup>10</sup>. Воспаление в мужском половом тракте нарушает целостность генетического материала сперматозоидов, что может приводить к прерыванию беременности у женщины в ранние сроки<sup>11</sup>.

Необходимым условием фертильности мужчины является нормальное состояние эндокринной системы и поддержание физиологичного уровня половых гормонов. Также у мужчин наличие избыточной массы тела доказано приводит к снижению уровня тестостерона. При этом на 2021 год в России зарегистрировано 1,4 млн взрослых и 382 тыс. детей до 14 лет, страдающих ожирением<sup>12</sup>.

Поэтому активная оценка состояния репродуктивной системы мужчин репродуктивного возраста является действенным инструментом ранней диагностики и профилактики бесплодия и может способствовать полноценной реализации репродуктивного потенциала.

Данный алгоритм позволяет акцентировать внимание пациентов и врачей первичного звена на возможные проблемы со стороны половых органов и лечебно-

<sup>8</sup> Murugesu S et al. *Reprod Biomed Online*. 2022 Apr 10;S1472-6483(22)00229-2

<sup>9</sup> Nybo Andersen AM, Urhøj SK. Is advanced paternal age a health risk for the offspring? *Fertil Steril*. 2017 Feb;107(2):312-318. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.12.019.

<sup>10</sup> Шорманов И. С., Ворчалов М. М., Рыжков А. И. Острый эпидидимит: медицинские и социальные аспекты. Современные возможности патогенетической терапии // ЭКУ. 2012. №3. С. 71-78

<sup>11</sup> Kora Z, Wenzel J, Papp GK, Haidl G. Role of granulocyte elastase and interleukin-6 in the diagnosis of male genital tract inflammation. *Andrologia*. 2005 Oct;37(5):188-94. doi: 10.1111/j.1439-0272.2005.00676.x.

<sup>12</sup> Общая заболеваемость взрослого населения России в 2021 году: статистические материалы/ Е.Г.Котова, О.С.Кобякова, Г.А.Александрова, Н.А.Голубев, Ю.И.Оськов, А.В.Поликарпов, Е.А.Шелепова и др.-М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022.- 163 с.- ISBN 978-5-94116-074-7.c

профилактических мероприятий, а также направить пациента на дальнейшие этапы оказания помощи и восстановление репродуктивной функции.

Мужчины с выявленными заболеваниями репродуктивной системы должны быть в разумные сроки направлены к специалисту, имеющему опыт и дополнительную подготовку в области лечения заболеваний репродуктивных органов у мужчин. В связи с отсутствием в настоящее время в Номенклатуре медицинских учреждений аналога женских консультаций, данные пациенты должны направляться в региональный Центр охраны здоровья семьи и репродукции либо в Перинатальный центр или иную медицинскую организацию, соответствующего профиля.

**Анамнестическая анкета для мужчин 18 - 35 лет, реализуемая в пилотных субъектах  
в рамках типового проекта «Репродуктивное здоровье»**

№ п/п	Вопрос	Ответ	
<b>Факторы риска:</b>			
1.	Курите ли Вы?	да	нет
2.	Употребляете ли Вы алкогольные напитки?	да	нет
3.	Другие вредные привычки?	да	нет
4.	Занимаетесь ли Вы спортом или физкультурой?	да	нет
5.	Есть ли у Вас пищевые ограничения (вегетарианство/веганство или другие)?	да	нет
<b>Репродуктивная функция</b>			
6.	Возраст начала половой жизни (полных лет)?		
7.	Наличие половой жизни в настоящее время?	да	нет
8.	Используется ли презерватив при половых контактах?	да	нет
9.	Планируете ли Вы с супругой (партнёршей) зачатие ребенка в течение ближайших 12 месяцев?	да	нет
10.	От Вас когда-нибудь кто-нибудь беременел в течение жизни?	да	нет
11.	Было ли так, что у партнерши наступала беременность более чем через 12 месяцев регулярной половой жизни без предохранения?	да	нет
12.	Наступали ли у Ваших половых партнерш замершие беременности или самопроизвольные аборты?	да	нет
<b>Сексуальная функция</b>			
13.	Хотели бы Вы получить консультацию врача-уролога по вопросам, касающимся репродуктивного и сексуального здоровья?	да	нет
<b>Другие жалобы</b>			
14.	Учащенное, болезненное или затрудненное мочеиспускание, выделения из мочеиспускательного канала	да	нет
15.	Регулярная, не связанная с приемом большого количества жидкости необходимость просыпаться ночью, чтобы помочиться	да	нет
16.	Боли внизу живота (в промежности, в области мошонки, в половом члене)	да	нет
17.	Беспокоящие состояния со стороны половых органов (изменение формы, искривления, высыпания)	да	нет
<b>Перенесенные урологические заболевания</b>			
18.	крипторхизм	да	нет
19.	гипоспадия	да	нет
20.	фимоз	да	нет
21.	кисты или опухоли яичек или придатков яичка	да	нет



22.	простатит	да	нет
23.	эпидидимит	да	нет
24.	инфекции, передаваемые половым путем	да	нет
25.	перенесенные урологические операции	да	нет
26.	эпидемический паротит (свинка)	да	нет
<b>Перенесенные заболевания других органов:</b>			
27.	заболевания лёгких	да	нет
28.	заболевания сердца	да	нет
29.	повышенное артериальное давление	да	нет
30.	заболевания желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы	да	нет
31.	заболевания почек, мочевого пузыря	да	нет
32.	заболевания щитовидной железы	да	нет
33.	сахарный диабет	да	нет
34.	заболевания крови, снижение гемоглобина	да	нет
35.	заболевания нервной системы	да	нет
36.	заболевания уха, горла, носа	да	нет
37.	аутоиммунные или ревматические заболевания	да	нет
38.	аллергические заболевания	да	нет
39.	операции (кроме урологических)	да	нет
40.	онкологические заболевания	да	нет
41.	хронические инфекционные заболевания (вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, туберкулёз)	да	нет
42.	Лечились ли Вы когда-либо в стационаре (больнице) по поводу этих заболеваний?	да	нет
43.	были ли переливания крови?	да	нет
44.	COVID-19	да	нет

## Подготовка к лабораторным анализам

### 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 УВЧ. 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. В идеале 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 доставить 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°C до 37°C, 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.

### **Подготовка к сдаче анализа на исследование уровня общего тестостерона**

Исследование проводится строго натощак после ночного периода голодания от 8 до 14 часов.

Забор крови должен выполняться с 06 до 10 часов утра.

Накануне исследования необходимо исключить повышенные психоэмоциональные и физические нагрузки (спортивные тренировки), приём алкоголя, за час до исследования – курение.

**Перечень факторов риска и заболеваний для отнесения мужчины к группе репродуктивного здоровья.**

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

1. Два и более факторов риска из соответствующего раздела Анамнестической анкеты (вопросы № 1-5);
2. Избыточная масса тела (ИМТ  $\geq 25,0$ ) или абдоминальное ожирение (окружность талии  $\geq 94$  см);
3. Перенесенные ранее инфекции, передаваемые половым путем (хламидиоз, трихомониаз, гонорея, уреаплазменная, микоплазменная инфекция, вирус папилломы человека) (Вопрос № 24);
4. Перенесенные воспалительные заболевания мужских половых желез (простатит, эпидидимит, эпидидимоорхит) (Вопросы № 22, 23);
5. Перенесенный в детстве эпидемический паротит (свинка) (Вопрос № 26);
6. Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, гипо- и гипертиреоз);
7. Перенесенное лечение по поводу онкологических заболеваний (химиотерапия по поводу опухолей любой локализации, хирургическое лечение или лучевая терапия по поводу опухолей яичек, предстательной железы, полового члена, прямой кишки).

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

1. Мужское бесплодие (вопрос № 11 анамнестической анкеты);
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, варикоцеле, гидроцеле, перекрут яичка, гипоспадия) в настоящее время или в анамнезе, в том числе после оперативного лечения (вопрос № 18, 19).

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**УТВЕРЖДАЮ**

**Заместитель  
Министра здравоохранения  
Российской Федерации**



**Е.Г. Котова**

**«15» сентября 2023 г.**

**ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПО ПРОВЕДЕНИЮ В РАМКАХ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА,  
НАПРАВЛЕННОГО НА СТИМУЛИРОВАНИЕ РОЖДАЕМОСТИ,  
ПРОГРАММЫ УГЛУБЛЕННЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ  
И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

Москва, 2023

**Авторы:**

Адамян Л.В., Долгушина Н.В., Сахарова В.В., Шешко Е.Л.

ISBN

Временные методические рекомендации содержат описание основных методов обследования женщин репродуктивного возраста в рамках углубленных профилактических осмотров и диспансеризации женщин репродуктивного возраста с целью сохранения их репродуктивного здоровья, необходимое для беременности и рождения детей.

Временные методические рекомендации предназначены для руководителей органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации, главных врачей медицинских организаций, на базе которых проводятся профилактические осмотры и диспансеризация женщин, специалистов, участвующих в оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи (акушерки), врачебной медико-санитарной помощи (врачи общей практики (семейные врачи)) и специализированной медико-санитарной помощи (врачи-акушеры-гинекологи) женщинам по вопросам репродуктивного здоровья.

Коллектив авторов 2023 г.

ФГБУ «НМИЦ АНП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, 2023 г.

## Содержание

Содержание .....	3
Список сокращений.....	4
Глоссарий .....	5
Авторский коллектив .....	6
Введение.....	7
Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация:.....	8
Организации, в которых осуществляются осмотры женщин, в том числе с целью сохранения их репродуктивного здоровья, в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.....	9
Медицинские работники, осуществляющие гинекологические осмотры женщин в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.....	9
Периодичность и методы исследования при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации.....	10
Алгоритм проведения профилактического осмотра женщин .....	14
с целью сохранения их репродуктивного здоровья .....	14
1. Оценка жалоб и клинико-anamnestических данных.....	14
2. Физикальное обследование.....	17
3. Гинекологический осмотр: визуальный осмотр наружных половых органов и осмотр с помощью зеркал.....	20
Гинекологические и эндокринные заболевания, которые могут приводить к нарушению репродуктивного здоровья, которые можно заподозрить на основании проведения ПМО и I этапа диспансеризации, .....	21
Гинекологические и эндокринные заболевания, которые могут приводить к нарушению репродуктивного здоровья которые можно диагностировать на основании проведения ПМО и I этапа диспансеризации,.....	22
Группы репродуктивного здоровья по результатам профилактических осмотров женщин с целью сохранения их репродуктивного здоровья (принцип «светофора») .....	23
Группы диспансерного наблюдения женщин с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными заболеваниями молочных желез .....	23
Рекомендации женщинам I, II и III группы здоровья по сохранению репродуктивного здоровья и реализации репродуктивной функции .....	24
Алгоритм действий при подозрении или выявлении гинекологических, онкологических и эндокринных заболеваний.....	25
Заключение.....	27

### Список сокращений

АД	артериальное давление
ВПЧ	вирус папилломы человека
ИМТ	индекс массы тела
ЗППП	заболевания, передающиеся половым путем
ПМО	профилактический медицинский осмотр
РМЖ	рак молочной железы
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЭКГ	электрокардиография
BI-RADS	Breast Imaging-Reporting and Data System - стандартизированная шкала оценки результатов маммографии, ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии по степени риска наличия злокачественных образований молочной железы.



## Глоссарий

Диагностика	комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий
Диспансеризация	комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации
Заболевание	возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма
Профилактика	комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
Профилактический медицинский осмотр	медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний и заболеваний репродуктивной системы (гинекологических заболеваний и состояний, заболеваний молочной железы), факторов риска их развития, включая эндокринные и другие заболевания, вредные привычки, влияющие на состояние репродуктивной системы, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациенток
Профилактический медицинский осмотр с целью сохранения репродуктивного здоровья	медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов
Репродуктивная система женщины	комплекс органов и систем, обеспечивающих процессы оплодотворения, зачатия, вынашивания и рождения
Репродуктивное здоровье	состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов (ВОЗ, 1982 год)
Состояние	изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи

## Авторский коллектив

- Адамян Л.В. заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии
- Долгушина Н.В. заместитель директора по научной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью женщин
- Сахарова В.В. заместитель директора департамента медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья ~~Министерства здравоохранения Российской Федерации~~
- Шешко Е.Л. директор департамента медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Министерства здравоохранения Российской Федерации

## Введение

Настоящие методические рекомендации разработаны в целях повышения качества обследования женщин раннего и среднего репродуктивного возраста (с 18 лет 39 лет включительно) с целью сохранения их репродуктивного здоровья, раннего выявления заболеваний и состояний, влияющих на возможность иметь детей, повышения мотивации на рождение детей в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

Охрана репродуктивного здоровья населения является одним из приоритетных направлений отрасли здравоохранения и предопределяет демографическую ситуацию, экономическое развитие и социальную стабильность общества. Проведение профилактических осмотров и диспансеризации граждан репродуктивного возраста позволяет выявлять и предотвращать различные заболевания и нарушения репродуктивной системы, что способствует сохранению и улучшению здоровья населения, в том числе народосбережения. Проведение профилактических осмотров граждан репродуктивного возраста является важным элементом ранней диагностики заболеваний и нарушений репродуктивной системы. Выявление факторов риска и принятие мер по их устранению способствует сохранению репродуктивного здоровья.

В методических рекомендациях представлена действующая нормативно-правовая база проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации женщин раннего и среднего репродуктивного возраста (18-39 лет), перечень необходимых обследований в рамках профилактических осмотров и диспансеризации женщин с целью сохранения их репродуктивного здоровья, правила проведения обследования женщин, а также рекомендации по дальнейшему наблюдению и мотивации женщин на рождение детей.

Предложены научно-обоснованные подходы к совершенствованию системы скринингов, направленных на раннее выявление злокачественных новообразований и нарушений репродуктивного здоровья, а также выявление факторов риска их развития.

## **Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация: цель и определение**

В настоящее время в Российской Федерации вопросы профилактических осмотров и диспансеризации женского населения регулируются следующими документами:

Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н.

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденный приказом Минздрава России от 20.10.2020 №1130н.

Порядок возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н.

Порядок проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры, утвержденный приказом Минздрава России от 28.01.2021 № 29н.

Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденное Приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. №543н (ред. от 21.02.2020).

**Профилактический медицинский осмотр (ПМО)** проводится с 18 лет ежегодно в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, определения групп здоровья, выработки рекомендаций для пациентов.

**Диспансеризация (I этап)** проводится **1 раз в 3 года** для лиц от 18 до 39 лет и ежегодно для лиц от 40 до 64 лет, и включает ПМО и дополнительные методы обследования, проводимые в целях оценки состояния здоровья (включая определение групп здоровья и групп диспансерного наблюдения).

**Диспансеризация (II этап)** проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) по результатам исследований ПМО и I этапа диспансеризации.

*Для женщин с 18 до 39 лет проводится программа углубленных профилактических осмотров и диспансеризации с акцентом на состояние репродуктивного здоровья, необходимого для беременности и рождения детей.*

## **Организации, в которых осуществляются осмотры женщин, в том числе с целью сохранения их репродуктивного здоровья, в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации**

Основными медицинскими организациями, на базе которых проводится оценка репродуктивного здоровья женщин являются женские консультации.

Женщинам, проживающим в малочисленных и труднодоступных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), профилактические медицинские осмотры и I этап диспансеризации проводятся в фельдшерско-акушерских пунктах, врачебных амбулаториях,<sup>1</sup> смотровых кабинетах, на участках или в центрах врача общей практики (семейного врача), врачебных амбулаториях,<sup>2</sup> в акушерско-гинекологических кабинетах, отделениях (кабинетах) медицинской профилактики, а также с участием передвижных подразделений (передвижных врачебных бригад, передвижных фельдшерско-акушерских пунктов, мобильных медицинских бригад, мобильных медицинских комплексов).

При выявлении или подозрении на наличие гинекологических заболеваний пациентка направляется на II этап диспансеризации, который проводится в женских консультациях (самостоятельных или в структуре медицинских организаций), а также в акушерско-гинекологических кабинетах и подразделениях, и в центрах охраны здоровья семьи и репродукции.

Анкетирование женщин, содержащее вопросы по оценке репродуктивного здоровья и репродуктивных установок, также может проводиться в центрах здоровья, фельдшерских пунктах и фельдшерских здравпунктах.

## **Медицинские работники, осуществляющие гинекологические осмотры женщин в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации**

С целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний в малочисленных населенных пунктах, в которых отсутствуют специализированные медицинские организации (их структурные подразделения), первичная доврачебная медико-санитарная помощь женщинам оказывается акушеркой,<sup>1</sup> первичная врачебная медико-санитарная помощь женщинам оказывается врачами общей практики (семейными врачами).<sup>3</sup>

Первичная специализированная медико-санитарная помощь женщинам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается врачами-акушерами-гинекологами, в том числе с использованием выездных методов оказания медицинской помощи, дистанционного консультирования и телемедицины.

<sup>1</sup> Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №1130н).

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению".

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению".

**Периодичность и методы исследования при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации**

Периодичность и методы исследования при ПМО представлены в таблице 1 (*курсивом выделены дополнительные мероприятия для реализации программы углубленных профилактических осмотров и диспансеризации женщин 18-39 лет с целью сохранения их репродуктивного здоровья и мотивации на рождение детей*).

Таблица 1

Методы и периодичность исследований при ПМО

Метод исследования	Периодичность проведения	Комментарии	
<i>1. Анкетирование (включая вопросы по оценке репродуктивного здоровья и репродуктивных установок)</i>	1 раз в год	С 18 лет	
2. Расчет на основании антропометрии (рост, масса тела) ИМТ, измерение окружности талии		С 18 лет	
3. Измерение АД на периферических артериях		С 18 лет	
4. Исследование уровня общего холестерина в крови (в т.ч. экспресс-методом)		С 18 лет	
5. Исследование уровня глюкозы крови натощак (в т.ч. экспресс-методом)		С 18 лет	
6. Определение относительного сердечно-сосудистого риска		С 18 до 39 лет	
7. Определение относительного сердечно-сосудистого риска (до 39 лет) или абсолютного сердечно-сосудистого риска (с 40 лет)		С 40 лет	
8. ЭКГ		С 18 лет при первом посещении, далее в 35+ лет - 1 раз в год	
9. Измерение внутриглазного давления		С 18 лет при первом посещении, далее в 40+ лет - 1 раз в год	
10. Флюорография легких или рентгенография легких		1 раз в два года	С 18 лет
<i>11. Осмотр врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии акушеркой, врачом общей практики (семейным врачом) с проведением бимануального влагалищного (или ректовагинального) исследования, пальпации молочных желез, пальпации паховых и подмышечных лимфоузлов</i>		1 раз в год	С 18 лет

12. Проведение индивидуального консультирования по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивных установок и мотивации на рождение детей	1 раз в год	С 18 лет
13. Осмотр фельдшером, врачом-терапевтом, врачом по медицинской профилактике, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов	1 раз в год	С 18 лет

Периодичность и методы исследования на I этапе диспансеризации представлены в таблице 2 (*курсивом выделены дополнительные мероприятия для реализации программы углубленных профилактических осмотров и диспансеризации женщин 18-39 лет с целью сохранения их репродуктивного здоровья и мотивации на рождение детей*).

Методы и периодичность исследований на I этапе диспансеризации Таблица 2

Метод исследования	Периодичность проведения	Комментарии
1. ПМО с учетом дополнительных мероприятий, представленных в таблице № 1	1 раз в год	С 18 лет
2. Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом	1 раз в 2 года	С 40 до 64 лет
3. Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ)	1 раз в год	С 40 лет
4. Эзофагогастродуоденоскопия	1 раз	В 45 лет
5. Взятие мазка с шейки матки, жидкостная цитология, при ее отсутствии цитологическое исследование мазка с шейки матки с окраской по Папаниколау.	1 раз в 3 года	21-29 лет
	1 раз в 5 лет	30-65 лет + анализ на ВПЧ (определение ДНК и типа вируса папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР) (ко-тестирование)

6. Маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм	1 раз в 2 года	С 40 до 75 лет
7. Проведение врачом-терапевтом краткого индивидуального профилактического консультирования.	1 раз в 3 года	С 18 до 39 лет
	1 раз в год	С 40 лет
8. Осмотр врачом-терапевтом, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов	1 раз в 3 года	С 18 лет до 39 лет
	1 раз в год	После 40 лет

Периодичность и методы исследования на II этапе диспансеризации представлены в таблице 3 (*курсивом выделены дополнительные мероприятия для реализации программы углубленных профилактических осмотров и диспансеризации женщин 18-39 лет с целью сохранения их репродуктивного здоровья*).

Таблица 3

Методы и периодичность исследований на II этапе диспансеризации

Метод исследования	Возраст	Комментарии
1. Осмотр врачом-хирургом* или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии*	40-75 лет	При выявлении патологических изменений по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки, при отягощенной наследственности по семейному аденоматозу и (или) злокачественным новообразованиям толстого кишечника и прямой кишки, при выявлении других медицинских показаний**
2. Колоноскопия	40-75 лет	В случае подозрения на злокачественные новообразования толстого кишечника по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога**
3. Эзофагогастродуоденоскопия	С 18 лет	В случае подозрения на злокачественные новообразования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки по назначению врача-терапевта**
4. Рентгенография легких, КТ легких	С 18 лет	В случае подозрения на злокачественные новообразования легкого по назначению врача-терапевта**
5. Спирометрия	С 18 лет	С подозрением на хроническое бронхолегочное заболевание, курящих граждан, по назначению врача-терапевта
6. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза	С 18 лет	<i>В случае подозрения на гинекологические заболевания по назначению врача-акушера-гинеколога, врача общей практики (семейного врача), или акушерки**</i>



7. Ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез	С 18 лет	В случае подозрения на заболевания молочных желез по назначению врача-акушера-гинеколога, врача общей практики (семейного врача), или акушерки **
8. Осмотр врачом акушером-гинекологом* с проведением бимануального влагалищного (или ректовагинального) исследования, кольпоскопии (по показаниям), пальпации молочных желез, пальпации паховых и подмышечных лимфоузлов***	С 18 лет	При выявлении патологических изменений по результатам скрининга на выявление злокачественных новообразований шейки матки и/или молочных желез, и/или на основании осмотра и данных инструментальных исследований, и анкетирования.
9. Проведение углубленного индивидуального консультирования врачом акушером-гинекологом по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивных установок и мотивации на рождение детей	С 18 лет	По итогам II этапа рекомендовать диспансерное наблюдение у врача-акушера-гинеколога с обследованием и лечением по показанием в рамках клинических рекомендаций в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекологии (Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №1130п) и онкологии (Приказ Минздрава России от 19.02.2021 №116п)
9. Осмотр врачом-офтальмологом*	С 40 лет	При наличии повышенного внутриглазного давления
10. Осмотр врачом-дерматовенерологом, включая проведение дерматоскопии*	С 18 лет	При подозрении на злокачественные новообразования кожи и (или) слизистых оболочек по назначению врача-терапевта **
11. Исследования уровня гликированного гемоглобина в крови	С 18 лет	При подозрении на сахарный диабет по назначению врача-терапевта
12. Проведение врачом-терапевтом профилактического консультирования и осмотр врачом-терапевтом*	С 18 лет	По результатам второго этапа диспансеризации. Направление к профильным специалистам, в том числе к врачу-акушеру-гинекологу.
<p>*Отметить наличие заполненной анкеты, включающей вопросы по оценке репродуктивного здоровья (нарушения менструальной функции, перечень перенесенных или сопутствующих гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез, операций, беременностей и их исходов – родов, аборт, невынашивания беременности и др., бесплодия, приема гормональных препаратов, контрацепция и др.).</p> <p>**С целью исключения злокачественных новообразований гениталий и молочной железы, и их метастазов, отметить факторы риска этих заболеваний.</p> <p>*** Повторное бимануальное влагалищное (или ректовагинальное) исследование, кольпоскопия (по показаниям), пальпация молочных желез, пальпация паховых и подмышечных лимфоузлов проводится в случае, если на ПМО или на I этапе диспансеризации женщина была осмотрена акушеркой или врачом общей практики (семейным врачом).</p>		

Сведения о результатах ПМО и диспансеризации женщин, включая данные по углубленному ПМО и диспансеризации с целью сохранения их репродуктивного здоровья, передаются в медицинскую организацию, проводившую ПМО и I этап диспансеризации, а в случае направления женщины на II этап диспансеризации также хранятся в медицинской организации, проводившей II этап диспансеризации.

## Алгоритм проведения профилактического осмотра женщин с целью сохранения их репродуктивного здоровья

### 1. Оценка жалоб и клинико-анамнестических данных

При сборе жалоб и клинико-анамнестических данных используется *анамнестическая анкета, содержащая вопросы по оценке репродуктивного здоровья и репродуктивных установок, которую женщина заполняет самостоятельно перед проведением ПМО* (Приложение №1), которая:

- Позволяет установить нарушение менструальной функции (первичную аменорею: отсутствие менструаций после 15 лет; вторичную аменорею: отсутствие менструации в течение 6 месяцев при ранее нерегулярном цикле или отсутствие менструаций в течение 3 месяцев при ранее регулярном цикле; олигоменорею: длительность цикла >35 дней или частота менструаций <9 в год; аномальное маточное кровотечение: чрезмерное по длительности – >8 дней, объему кровопотери - >80 мл и/или частоте - <24 дня) (вопросы №1-10 анкеты).
- Позволяет установить окончание репродуктивной функции – менопаузу (после 40 лет) или преждевременную недостаточность яичников (до 40 лет) (возраст менопаузы оценивается ретроспективно по прошествии 12 мес. отсутствия менструаций, средний возраст наступления менопаузы в РФ - 49-51 год) (вопросы №11-12 анкеты).
- Дает сведения о репродуктивном поведении и прогнозе реализации репродуктивной функции (акушерский и гинекологический анамнез) (вопросы №13-27 анкеты).
- Выявляет наличие бесплодия: при жалобе пациентки на неспособность к зачатию в течение 1 года регулярной половой жизни без контрацепции (вопрос №19 анкеты).
- Позволяет заподозрить наличие гинекологических заболеваний (миомы матки, эндометриоза, аномалий половых органов, воспалительных заболеваний женских половых органов, внутриматочной патологии) (вопросы №28-35 анкеты).
- Позволяет выявить факторы риска гинекологических заболеваний (в том числе соматические заболевания, особенно эндокринные заболевания) (вопросы №36-47 анкеты).
- Дает сведения о вакцинации (вопросы №48-51 анкеты).
- Дает сведения о наличии жалоб у женщины (вопросы №52-55 анкеты).
- Ответы на вопросы №56-59 позволяют оценить репродуктивные установки, провести консультирование, направленное на мотивацию женщин к рождению детей, используя речевые модули (Приложение №2).

Использование анкеты позволяет медицинскому работнику выявить основные отклонения и нарушения репродуктивного здоровья женщины, на которые необходимо обратить внимание при проведении осмотра и консультирования.

**Анамнестическая анкета для женщин 18-39 лет**

При ответах на вопросы следует обвести «да» или «нет». В пустые поля необходимо вписать значение (паспортная часть, вопросы 1, 3, 4, 10, 11, 18-25, 54-57). В конце анкеты впишите дату ее заполнения, 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)			
№	Вопрос	Ответ	
<b>Менструальная функция (вопросы 1-12):</b>			
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? если «да», сколько дней (укажите цифрой количество)	да	нет
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	
<b>Вопросы для тех, у кого есть опыт половых контактов (вопросы 13-27):</b>			
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? если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	да	нет
21	Были ли у Вас роды? если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	да	нет

22	Если у Вас были роды, закончились ли они кесаревым сечением? если у вас не было родов, не отвечайте на этот вопрос	да	нет
23	Если у Вас были роды, закончились ли они преждевременными родами? если у вас не было родов, не отвечайте на этот вопрос	да	нет
24	Были ли у Вас медицинские прерывания беременности (аборты)? если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	да	нет
25	Были ли у Вас внематочные беременности? если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	да	нет
26	Были ли у Вас самопроизвольные прерывания беременности (выкидыши)? если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	да	нет
27	Были ли у Вас неразвивающиеся (замершие) беременности? если «да», сколько (укажите цифрой количество)?	да	нет
<b>Имеются ли у Вас гинекологические заболевания (вопросы 28-35):</b>			
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
<b>Имеются ли у Вас перенесенные заболевания других органов (вопросы 36-47):</b>			
36	заболевания молочных желёз	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, туберкулёз)	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
<b>Вакцинация (вопросы 48-51):</b>			
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
<b>Жалобы (вопросы 52-55). Жалуетесь ли Вы на:</b>			
52	учащенное или болезненное мочеиспускание?	да	нет

53	высыпания или выделения из половых путей (бели), вызывающие дискомфорт (жжение, зуд, неприятный запах)?	да	нет
54	уплотнение и/или деформация молочных желез, выделения из сосков?	да	нет
55	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
<b>Репродуктивные установки (вопросы 56-59):</b>			
56	Сколько у Вас детей?		
57	Если у Вас есть дети, укажите возраст младшего ребенка. Если ребенку менее 1 года, то укажите 0.		_____ лет
58	Сколько детей Вы бы хотели иметь (с учетом имеющихся), учитывая Ваши текущие жизненные обстоятельства?		_____
59	Сколько детей Вы хотели бы иметь при идеальных условиях (с учетом имеющихся детей)?		_____

## 2. Физикальное обследование.

Для проведения физикального обследования можно использовать алгоритм, описанный в соответствующем разделе клинических рекомендаций «Женское бесплодие» 2021 г. и проекта клинических рекомендаций 2023 г. «Нормальная беременность», включивших раздел по прегравидарной подготовке.

### 2.1. Рекомендовано провести **оценку типа телосложения.**

Типы телосложения: нормальный - женский, патологические - мужской, вирильный и 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 межвертельный размеры (таз).

### 2.2. Рекомендовано измерить массу тела, рост с целью определения **индекса массы тела (ИМТ)** (масса тела в кг / (рост в м)<sup>2</sup>).

*Комментарий*: Распространенность ожирения среди женщин составляет ≈15%.

Классификация ожирения по ИМТ (ВОЗ, 1997 г.):

- Нормальный ИМТ = 18,5-24,9 кг/(м)<sup>2</sup>
- Дефицит массы тела ИМТ <18,5 кг/(м)<sup>2</sup>
- Избыточная масса тела - ИМТ=25-29,9 кг/(м)<sup>2</sup>
- Ожирение I степени - ИМТ =30,0-34,9 кг/(м)<sup>2</sup>
- Ожирение II степени - ИМТ =35,0-39,9 кг/(м)<sup>2</sup>
- Ожирение III степени - ИМТ ≥40,0 кг/(м)<sup>2</sup>

### 2.3. Рекомендовано провести оценку типа **распределения подкожной жировой клетчатки.**

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.

2.4. Рекомендовано оценить степень и тип оволосения.

Признаки гиперандрогении:

- Акне, избыточный рост волос на теле и лице, выпадение волос на волосистой части головы

Тип оволосения:

- По женскому типу
- По мужскому типу

Выраженность оволосения:

- Выраженность оволосения - рекомендуется подсчет гирсутного числа по модифицированной Шкале Ферримана-Галлвея (гирсутизм - сумма баллов  $\geq 4-6$ ).

2.5. Рекомендовано оценить состояние кожных покровов и видимых слизистых (Таблица 4).

Таблица 4

Кожные симптомы эндокринных заболеваний, которые могут свидетельствовать о нарушении или риске нарушения репродуктивной функции

Кожные симптомы эндокринных заболеваний	Заболевания
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.



2.6. Рекомендовано провести **пальпацию молочных желез**.

*Комментарий:* Осмотр проводят в положении стоя, сначала с опущенными, а затем с поднятыми за голову руками. Его следует проводить на 5-10 день менструального цикла, при аменорее – в любой день. Оценивается: симметричность молочных желез; форма молочных желез; состояние сосков; состояние кожного покрова.

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

Пальпаторно исследуют всю молочную железу - вокруг соска и последовательно по квадрантам до субмаммарной складки.

При пальпации определяют: консистенцию, наличие уплотнений, болезненность, выделения из сосков (наличие скудных прозрачных выделений из сосков является проявлением физиологической нормы), размер и болезненность подмышечных лимфатических узлов.

При выявлении узлового образования определяют: локализацию, размеры, подвижность, состояние краев образования.

Также рекомендовано провести оценку факторов риска рака молочной железы (РМЖ), а именно:

- наличие у пациентки или у близких родственников мутации BRCA1/BRCA2;
- наличие РМЖ, рака яичников у пациентки или ее близких родственниц в возрасте до 50 лет; наличие РМЖ у близких родственников-мужчин; наличие 2-х и более близких родственников с РМЖ, раком яичников, раком поджелудочной железы, раком предстательной железы.

При выявлении патологии пациентка направляется к врачу-акушеру-гинекологу в женскую консультацию.

В случае выявления узловых образований в молочных железах врач-акушер-гинеколог рекомендует пациентке в возрасте до 30 лет - УЗИ молочных желез, в возрасте 30 лет и старше - УЗИ молочных желез и дополнительно маммографию.

Для адекватной трактовки результатов инструментальной диагностики и маршрутизации пациенток рекомендуется применение 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 – пациентка направляется в онкологический диспансер для верификации диагноза;
- 4, 5, 6 категории – пациентка наблюдается врачом-онкологом.

Информативность маммографии зависит от плотности молочных желез, так как на фоне плотной ткани, которая в большей степени представлена в молодом возрасте, идентифицировать опухолевые заболеваний сложно. Тем не менее, мета-анализ 2020 г., включивший 23 исследования, продемонстрировал, что УЗ скрининг молочных желез не уступает по своей информативности маммографическому скринингу у женщин с плотной тканью молочной железы, а также позволяет дополнительно диагностировать occultные формы РМЖ, не диагностированные при рентгеновской маммографии. Также УЗИ молочных желез рекомендовано при дифференциальной диагностике между диффузными

и очаговыми изменениями молочных желез, кистозными и солидными образованиями, и/или противоречивой клинико-рентгенологической картине.

### **3. Гинекологический осмотр: визуальный осмотр наружных половых органов и осмотр с помощью зеркал.**

#### **3.1. При визуальном осмотре наружных половых органов оценивается:**

- особенности развития: наружных и малых половых губ, клитора, гимена, наличие пороков развития;
- состояние кожи: в норме – без изъязвлений, высыпаний, трещин, потертостей, аногенитальных бородавок;
- характер оволосения: в норме – по женскому типу;
- наличие объемных образований: в норме – отсутствуют;
- состояние слизистых: в норме – без изъязвлений, высыпаний, кондилом, признаков воспаления;
- наличие и характер выделений: в норме вне менструации – слизистые или беловатые, умеренные.

#### **3.2. При осмотре с помощью зеркал оценивается:**

- состояние стенок и сводов влагалища: в норме – без изъязвлений, высыпаний, кондилом, признаков воспаления;
- состояние шейки матки: в норме – без изъязвлений, высыпаний, полипов, кондилом, признаков воспаления, разрывов, изменения слизистой экзоцервикса; оценить симптом «зрачка», наличие посткоагуляционного синдрома, кист, эндометриоза, атрезии цервикального канала;
- наличие и характер выделений: в норме – слизистые или беловатые, умеренные;
- наличие признаков пролапса тазовых органов;
- наличие подтекания мочи при напряжении (или ургентного).

#### **3.3. При бимануальном исследовании оценивается:**

- Размеры матки: в норме длина матки с шейкой 7-10 см.
- Форма матки: в норме – грушевидная, несколько уплощенная спереди назад. Консистенция: в норме – тугоэластичная.
- Положение: в норме – расположена в центре малого таза, дно ее находится на уровне входа в малый таз. Шейка и тело матки образуют угол, открытый кпереди. Вся матка несколько наклонена кпереди.
- Подвижность: в норме – присутствует.
- Болезненность: в норме – отсутствует.
- Оценка состояния сводов.
- Размеры, расположение и болезненность придатков матки, наличие опухолевидных образований.



**Гинекологические и эндокринные заболевания, которые могут приводить к нарушению репродуктивного здоровья, которые можно заподозрить на основании проведения ПМО и I этапа диспансеризации,**

- **Синдром поликистозных яичников (E28.2):** при жалобах на олиго/аменорею, бесплодие, признаки гирсутизма
- **Полип эндометрия (N84.0):** при жалобе на аномальные маточные кровотечения.
- **Гиперплазия эндометрия (N85.0-N85.1):** при жалобе на аномальные маточные кровотечения.
- **Эндометриоз (N80) и миома матки (D25):** при жалобе на хроническую тазовую боль, дисменорею, диспареунию, бесплодие
- **Воспалительные болезни женских тазовых органов (N70, N71, N73):** при жалобах на боли внизу живота, дисменорею, диспареунию, выделения из влагалища, возможно, повышение температуры тела
- **Доброкачественная дисплазия молочной железы (N60):** при наличии жалоб на мастодианию и наличие уплотнений при пальпации, которые не имеют четких границ и определяются в виде тяжей, мелкой зернистости, обусловленной гиперплазией железистых долек. Уплотнения не исчезают в межменструальный период и могут увеличиваться в размерах перед менструацией. В положении пациентки лежа уплотнения могут терять очертания и сливаться с окружающей клетчаткой.
- **Злокачественное новообразование молочной железы (C50):** при наличии узлового образования молочной железы (как правило, плотной консистенции и ограниченной подвижности), увеличения подмышечных лимфатических узлов, или кровяных выделений из соска, а также симптомов, характерных для распространенных форм опухоли.
- **Лейомиома матки (D25):** при увеличении размеров матки и возможных жалобах (аномальные маточные кровотечения, боли внизу живота, дизурия, запоры, диспареуния).
- **Воспалительные болезни женских тазовых органов (N70, N71, N73):** при наличии болезненности придатков матки при бимануальном исследовании, патологическом виде выделений.
- **Воспалительные болезни влагалища и вульвы (N76):** при наличии признаков воспаления, патологических выделениях из влагалища.
- **Эндометриоз (N80):** при наличии болезненности и/или увеличении размеров матки при бимануальном исследовании, жалобах на хронические тазовые боли и/или бесплодие и/или аномальные маточные кровотечения.
- **Дисплазия шейки матки (N87) и злокачественное новообразование шейки матки (C53):** по результатам цитологического исследования, окончательная диагностика – при морфологической верификации диагноза.

Гинекологические и эндокринные заболевания, которые могут приводить к нарушению репродуктивного здоровья которые можно диагностировать на основании проведения ПМО и I этапа диспансеризации,

- **Первичная аменорея (N91.0):** отсутствие менструаций после 15 лет (при условии развития вторичных половых признаков) или через 3 года после телархе.
- **Вторичная аменорея (N91.1):** отсутствие менструации в течение 6 месяцев при ранее нерегулярном цикле или отсутствие менструаций в течение 3 месяцев при ранее регулярном цикле.
- **Олигоменорея (N91.3-N91.5):** при длительности цикла  $>35$  дней или частота менструаций  $<9$  в год.
- **Аномальные маточные кровотечения (N92-N93):** кровотечение, чрезмерное по длительности –  $>8$  дней, объему кровопотери –  $>80$  мл и/или частоте- $<24$  дня.
- **Первичная яичниковая недостаточность (E28.3):** при отсутствии менструаций в течение 12 последовательных месяцев у женщины младше 40 лет.
- **Менопауза (N95.1):** при отсутствии менструаций в течение 12 последовательных месяцев у женщины 40 лет и старше.
- **Женское бесплодие (N97):** при жалобе пациентки на неспособность к зачатию в течение 1 года регулярной половой жизни без контрацепции.
- **Привычный выкидыш (N96):** при жалобе пациентки на потерю 2-х и более клинически диагностированных беременностей.
- **Ожирение (E66):** при  $ИМТ \geq 30,0$  кг/м<sup>2</sup>.
- **Недостаточность массы тела (E43-E44):** при  $ИМТ < 18,5$  кг/м<sup>2</sup>.
- **Гирсутизм (L68.0):** при наличии оволосения по мужскому типу, сумме баллов по шкале Ферримана-Галлвея  $\geq 4-6$ .
- **Болезни бартолиновой железы (N75):** при наличии асимметрии больших половых губ, объемного образования в области большой половой губы, болезненного при пальпации, гиперемии, отека тканей; при абсцессе - флюктуация, локальная гиперемия и гипертермия.
- **Выпадение женских половых органов (N81):** при наличии опущения тазового дна и органов малого таза.
- **Эрозия и эктропион шейки матки (N86):** при наличии выворота слизистой оболочки цервикального канала шейки матки на экзоцервикс (эктропион), цилиндрического эпителия на экзоцервиксе (эктопия). Эктропион и эктопия - варианты нормального строения шейки матки. При нарушении целостности (дефект) слизистой оболочки влагалищной части шейки матки (эрозия истинная).

## Группы репродуктивного здоровья по результатам профилактических осмотров женщин с целью сохранения их репродуктивного здоровья (принцип «светофора»)

По результатам профилактических осмотров и диспансеризации женщин формируются группы здоровья:<sup>4</sup>

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.

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы женщины ориентируются врачом-акушером-гинекологом на деторождение и подлежат наблюдению у врача-акушера-гинеколога.

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

Женщинам, отнесенным к III группе здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения в рамках диспансерного наблюдения врачом-акушером-гинекологом (Рисунок 1).

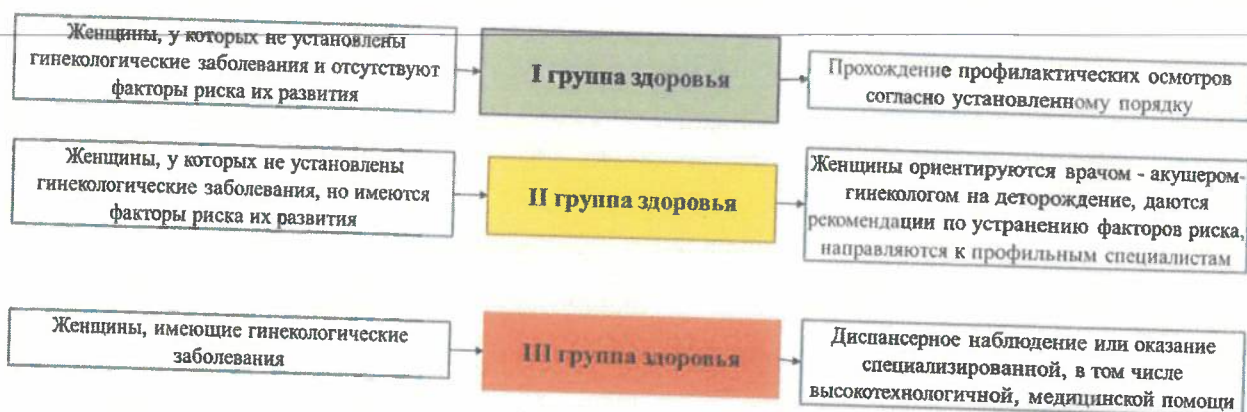


Рисунок 1. Формирование групп здоровья по результатам профилактических осмотров женщин.

## Группы диспансерного наблюдения женщин с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными заболеваниями молочных желез

При выявлении гинекологических заболеваний и доброкачественных заболеваний молочных желез формируются группы диспансерного наблюдения женщин.<sup>5</sup>

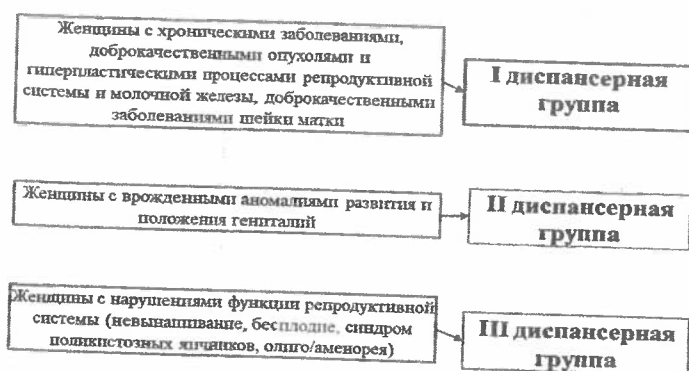
1 диспансерная группа - женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, доброкачественными заболеваниями шейки матки;

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) (Рисунок 2).

<sup>4</sup> Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №1130н).

<sup>5</sup> Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №1130н).



Женщинам с доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы медицинская помощь оказывается на основе 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.

Рисунок 2. Формирование групп диспансерного наблюдения женщин в зависимости от выявленных гинекологических заболеваний и доброкачественных заболеваний молочных желез.

### Рекомендации женщинам I, II и III группы здоровья по сохранению репродуктивного здоровья и реализации репродуктивной функции

Женщинам **группы I**, 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 кг/(м)<sup>2</sup> и в 4 раза - при ИМТ < 18 кг/(м)<sup>2</sup>.

2. Необходимо своевременно выявлять и лечить заболевания, передающихся половым путем (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.

Женщинам **группы III**, 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. Т

#### **Алгоритм действий при подозрении или выявлении гинекологических, онкологических и эндокринных заболеваний**

1. При выявлении или подозрении на наличие гинекологических заболеваний или заболеваний молочных желез необходимо направить пациентку **на консультацию врача-акушера-гинеколога женской консультации.**

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

3. 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.**

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

5. 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.**



Рекомендуемые речевые модули для создания у женщин положительных установок  
на рождение детей

Наиболее частые жизненные ситуации	Примерные фразы при обсуждении с пациенткой ее репродуктивных планов
<p><b>1. Приоритет образования и карьеры</b></p>	<p>Карьеру можно успеть сделать в любом возрасте, а вот ребенка родить может быть уже поздно.</p> <p>Беременность – это важнейший и естественный этап в развитии и жизни каждой женщины.</p> <p>Можно все делать параллельно: посмотрите, как много сильных и успешных женщин, которые родили ребёнка рано, и это не помешало их карьере.</p> <p>Откладывая рождение ребенка сегодня, Вы можете столкнуться с трудностями его зачатия в будущем, так как с возрастом репродуктивный потенциал неминуемо снижается.</p>
<p><b>2. Наличие достаточного с точки зрения женщины количества детей (есть старшие дети)</b></p>	<p>Основываясь на полученном опыте воспитания детей, Вам будет уже гораздо проще.</p> <p>Дети из многодетных семей более адаптированы к жизни. Социальные навыки у них также развиты намного лучше.</p> <p>Попробуйте увидеть возможности и преимущества при рождении ещё одного ребёнка в Вашей семье.</p> <p>При наличии детей близкого возраста снижаются многие материальные и временные затраты, значительно упрощается образовательная навигация и логистика.</p> <p>Если Ваша семья станет многодетной, Вам положены следующие льготы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> возможность бесплатно получить земельный участок,</li> <li><input type="checkbox"/> возможность получить выплату для погашения ипотеки,</li> <li><input type="checkbox"/> скидка на оплату коммунальных услуг,</li> <li><input type="checkbox"/> бесплатные рецептурные лекарства для детей до 6 лет,</li> <li><input type="checkbox"/> бесплатный проезд на общественном транспорте для школьников,</li> <li><input type="checkbox"/> бесплатное школьное питание,</li> <li><input type="checkbox"/> приоритетное поступление детей в детские сады,</li> <li><input type="checkbox"/> бесплатный проход в музеи, парки культуры, на выставки,</li> <li><input type="checkbox"/> льготные кредиты на строительство жилья,</li> <li><input type="checkbox"/> налоговый вычет по НДФЛ на ребенка,</li> <li><input type="checkbox"/> уменьшение налога на жилище.</li> </ul>
<p><b>3. Молодой возраст для рождения детей, желание пожить для себя, неготовность к материнству</b></p>	<p>С позиции здоровья матери и ребёнка, молодость – объективно наиболее благоприятный возраст для рождения детей.</p> <p>Молодой возраст – Ваше большое преимущество. Молодые мамы легче и быстрее восстанавливаются после родов и возвращаются к решению своих других задач.</p> <p>Дети, рожденные молодыми родителями, близки с ними, ведь они практически из одного поколения. Среди успешных людей есть немало молодых родителей, гармонично распределяющих ресурсы времени и родительской заботы.</p>

<p><b>4. Наличие заболеваний, страх рождения больного ребенка</b></p>	<p>Вы можете сейчас пройти дополнительное обследование и проконсультироваться со специалистами относительно возможности вынашивать и родить ребенка. Важно своевременно пройти лечение и подготовиться к беременности. Необходимо знать, с раннего срока беременности за состоянием Вашего здоровья и здоровья Вашего ребёнка будет осуществляться профессиональное медицинское наблюдение и сопровождение. Вам своевременно и на любом этапе окажут медицинскую помощь.</p>
---	--

### Заключение

Настоящие методические рекомендации разработаны в целях повышения качества обследования женщин раннего и среднего репродуктивного возраста (с 18 лет 39 лет включительно) с целью сохранения их репродуктивного здоровья, раннего выявления заболеваний и состояний, влияющих на возможность иметь детей, повышения мотивации на рождение детей в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

~~Выявляемость заболеваний органов репродуктивной системы и факторов развития~~ имеет важное демографическое значение. В этой связи особую значимость приобретает увеличение охвата профилактическим осмотрами и диспансеризацией, повышение их качества с особым акцентом на состояние репродуктивного здоровья и формирование позитивных репродуктивных установок у женщин раннего и среднего репродуктивного возраста (18-39 лет). Совершенствование системы скринингов на злокачественные новообразования органов репродуктивной системы и нарушения репродуктивного здоровья внесет значимый вклад в повышение рождаемости, улучшение качества жизни женщин и народосбережение.