

Ұрпақты болудың қосалқы әдістері мен технологияларын қолдану тәртібі мен шарттары туралы ережені бекіту туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2005 жылғы 7 қаңтардағы N 5 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2005 жылғы 12 қаңтарда тіркелді. Тіркеу N 3354. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2009 жылғы 30 қазандағы N 627 Бұйрығы.

Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2009.10.30 N 627 бұйрығымен.

"Адамның ұрпақты болу құқықтары және оларды жүзеге асыру кепілдіктері туралы" Қазақстан Республикасының Заңын іске асыру мақсатында

Б Ұ Й Ы Р А М Ы Н :

1. Қоса беріліп отырған Ұрпақты болудың қосалқы әдістері мен технологияларын қолдану тәртібі мен шарттары туралы ереже бекітілсін.

2. Емдеу-алдын алу ісі, аккредиттеу және ақпаратты талдау департаментінің директоры (Нерсесов А.В.) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігіне мемлекеттік тіркеуге жіберсін.

3. Әкімшілік департаменті (Акрачкова Д.В.) осы бұйрықты мемлекеттік тіркеуден өткізгеннен кейін оның бұқаралық ақпарат құралдарында ресми жариялануын қамтамасыз етсін.

4. Облыстық, Астана және Алматы қалалары денсаулық сақтау басқармаларының (департаменттерінің) басшылары (келісім бойынша) осы бұйрықты іске асыру жөніндегі шараларды қабылдасын.

5. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Денсаулық сақтау Вице-Министрі С.Ә. Діқанбаеваға жүктелсін.

6. Осы бұйрық ресми жарияланған күнінен бастап күшіне енеді.

М и н и с т р д і н

міндетін атқарушы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің м.а.
2005 жылғы 7 қаңтардағы
N 5 бұйрығына қосымша

Ұрпақты болудың қосалқы әдістері мен технологияларын қолдану тәртібі мен шарттары туралы ереже (ҰҚТ)

1. Жалпы ережелер

1. Ұрпақты болудың қосалқы технологиялары (бұдан әрі - ҰҚТ) - бұл эмбриондарды ағзадан тыс ұрықтандыру мен оны ерте дамытудың жекелеген немесе барлық кезеңдері жағдайында бедеулікті емдеу әдістері.

ҰҚТ мыналарды қамтиды: эмбриондарды денеден тыс ұрықтандыру мен оларды жатыр қуысына қондыру, шәуетті ооцит цитоплазмасына инъекциялау, құрсақ ана, тұқымқуалаушылық ауруларды қондыру алдындағы диагностикалау, күйеуінің (донордың) шәуетімен жасанды ұрықтандыру.

2. ҰҚТ жүргізу тек пациенттің жазбаша ақпараттандырылған келісімі болған жағдайда ғана мүмкін болады.

3. ҰҚТ бойынша қызмет денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган әзірлеген және бекіткен есептік-есепке алу құжаттамасында тіркеледі.

4. ҰҚТ негізгі әдістері мен бағдарламаларының атаулары аббревиатураларының тізімі:

ҰҚТ - ұрпақты болудың қосалқы әдістері мен технологиялары

ДТҰ - денеден тыс ұрықтандыру

ЭҚ - эмбриондарды жатыр қуысына қондыру

ГФТҚ - гаметті фаллопиев түтігіне қондыру

ЗФТҚ - зиготты фаллопиев түтігіне қондыру

ЖҰ - жасанды ұрықтандыру

ДШЖҰ - донордың шәуетімен жасанды ұрықтандыру

КШЖЖ - күйеуінің шәуетімен жасанды ұрықтандыру

ОЦШИ - ооцит цитоплазмасына шәуеттерді инъекциялау

СОИ - суперовуляцияны индукциялау

МЕЗА - аналық без қосалқыларынан шәуеттерді аспирациялау

ПЕЗА - аналық без қосалқыларынан шәуеттерді тері арқылы аспирациялау

ТЕЗА - аналық без тіндерінен шәуеттерді аспирациялау

ТЕЗЭ - аналық без тіндерінен шәуеттерді экстракциялау

ЭФТҚ - эмбриондарды фаллопиев түтігіне қондыру

2. Денеден тыс ұрықтандыру

5. ДТҰ рәсімі мынадай кезеңдерден тұрады:

1) пациенттерді іріктеу және тексеру;

2) фолликулогенез мониторингі мен эндометрияның дамуын қоса алғанда суперовуляцияны индукциялау;

3) аналық бездердің фолликулдарын пункциялау;

4) ооциттерді қондыру және *in vivo* эмбриондарын күту;

5) эмбриондарды жатыр қуысына қондыру;

6) стимулданған етеккір оралымының лютеиндік фазасын демеу;

7) ерте мерзімдегі жүктілікті диагностикалау.

6. ДТҰ жүргізу, сондай-ақ суперовуляцияны индукцияламай-ақ табиғи етеккір оралымында мүмкін.

7. Мыналар ДТҰ жүргізу үшін айғақтар болып табылады: емдеуге бой бермейтін немесе басқа әдістерге қарағанда ДТҰ көмегімен қиындықты жеңу ықтималдығы жоғары бедеулік.

8. ДТҰ қарсы айғақтары болмаған жағдайда бедеуліктің кез-келген нысаны кезінде жұбайлар жұбының (некеде тұрмайтын әйелдердің) қалауы бойынша жүргізілуі мүмкін.

9. Мыналар ДТҰ жүргізу үшін қарсы айғақтар болып табылады:

1) жүкті болу мен босануға қарсы айғақтар болып табылатын соматикалық және психикалық аурулар;

2) туа біткен даму ауытқуларының немесе эмбриондарды ауыстырып қондыру немесе жүкті болу мүмкін болмайтын жатыр қуысының қисаюы;

3) аналық бездердің ісіктері;

4) операциялық емдеуді талап ететін жатырдың қатерсіз ісіктері;

5) кез-келген орындағы жіті асқыну аурулары;

6) кез-келген орындағы, оның ішінде анамнездегі қатерлі ісіктер.

10. Жұбайлар жұбын (реципиенттерді) тексеру көлемі:

1) әйелдерге арналған тексерудің міндетті көлемі:

жалпы және арнаулы гинекологиялық тексеру;

кіші жамбас астауы мүшелерін ультрадыбыстық зерттеу;

қан тобы мен резус-факторды анықтау;

қан ұйығыштық уақытын қоса алғанда қанның клиникалық талдауы;

мерезге, АҚТҚ-ға, В және С гепатиттеріне қанның талдауы;

уретрадан және цервикальды түтіктен флораға және қынаптың тазалық дәрежесіне зерттеу;

денсаулық жағдайы мен жүктілікті көтеру мүмкіндігі туралы терапевтің қорытындысы;

2) айғақтары бойынша әйелдерді тексеру көлемі:

жатыр мен жатыр түтіктерінің жағдайын зерттеу (гистеросальпингография немесе гистеросальпингоскопия мен лапароскопия);

эндометрия биопсиясы;

уретрадан және цервикальды түтіктен материалды бактериологиялық зерттеу;

жатыр мойны жағындыларын цитологиялық зерттеу;

гармондарға қанның талдауы (фолликулостимулдаушы, лютеиндаушы, проклактин, эстрадиол, тестостерон, кортизол, прогестерон, трийодтиронин, тироксин, соматотроптық);

антиспермалық және антифосфолипидті антителдің бар екендігін тексеру;

жұқпалы ауруларға тексеру (хламидиоз, уро- және микоплазмоз, қарапайым герпес, цитомегалия, токсоплазмоз, қызылша вирусы);
айғақтары бойынша басқа мамандардың қорытындысы;

3) айғақтары бойынша ерлерді тексеру көлемі:
мерезге, АҚТҚ-ға, В және С гепатиттеріне қанның талдауы;
с п е р м о г р а м м а ;

қан тобы мен резус-факторды анықтау;
андрологтың консультациясы;

жұқпалы ауруларға тексеру (хламидиоз, уро- және микоплазмоз, қарапайым герпес, цитомегалия, токсоплазмоз, қызылша вирусы);

4) 35 жастан асқан жұбайлар жұбы үшін медициналық-генетикалық консультация қажет.

11. Суперовуляцияны индукциялау үшін белгіленген тәртіппен тек Қазақстан Республикасының аумағында тіркелген препараттар қолданылуы мүмкін. Енгізілген препараттарды ширату үлгісін таңдау, дозаны дұрыстау мен суперовуляцияны индукциялау хаттамасына өзгерістер енгізу жеке жүзеге асырылады.

12. Суперовуляцияны индукциялау кезінде препараттардың мынадай тобы пайдаланылады: эстрогенді рецепторлардың селективті модуляторы (ЭРСМ); гонадотропиндер (адамның аз кідірісті гонадотропині - ААГ, фолликулостимулдаушы гормон - ФСМ, рекомбинантты ФСГ - рФСГ, рекомбинантты гормон - рЛГ, хориондық гонадотропин - ХГ); гонадотропин - рилизинг-гормон агонистері (ГнРГ-а); гонадотропин - рилизинг-гормон антагонистері (ГнРГ-ант).

13. Ультрадыбыстық мониторинг суперовуляцияны индукциялау кезіндегі фолликулдар мен эндометрияның дамуын динамикалық бақылаудың негізгі әдістері болып табылады. Ультрадыбыстық мониторинг процесінде фолликулдардың саны көрсетіледі, олардың орташа диаметрін (екі өлшем сомасы бойынша) өлшеу жүргізіледі, эндометрияның қалыңдығы белгіленеді.

14. Гормонды мониторинг қандағы эстрадиол мен прогестеронның концентрациясын динамикалық белгілеуден тұрады және фолликулдардың функционалдық жетілуін бағалаудағы ультрадыбыстық зерттеу мәліметтерін толықтырады.

15. Жетекші фолликул(дар)дың диаметрі 17 мм-ден аса және эндометрияның қалыңдығы 8 мм және одан артық болғанда суперовуляцияны индукциялаудың аяқталу айғақтары болып табылады. Фолликулдардың жетілу дәрежесі туралы қосымша ақпарат стероидогенездің (қан плазмасындағы эстрадиолдың концентрациясы) белсенділігін анықтауға мүмкіндік береді.

16. Ооциттердің пісіп жетілуін аяқтау үшін хориондық онадотропин (ұсыналатын доза 5000-10000 МЕ бірнеше рет, бұлшық етке).

17. Аналық бездер фолликулдарының пункциясы мен ооциттердің аспирациясы ХГ салынған сәттен бастап 32-40 сағаттан кейін жүргізіледі. Рәсім шағын операция бөлмесі жағдайында, әдетте арнаулы пункциялық инелердің көмегі арқылы ультрадыбыстық бақылаумен трансвагинальды қолжетімділікпен амбулатория жағдайында орындалады. Трансвагинальды пункцияны (аналық бездердің және басқалардың антитиптік орналасуы) орындау мүмкін болмаған жағдайда ооциттер лапароскопиялық әдіспен алынуы мүмкін.

18. ДТҰ үшін күйеуінің немесе донордың әдейі дайындалған шәуеті пайдаланылады. Шәуетті тапсыру алдында 3-5 күндей жыныстық қатынасқа түспеуді ұсынады. Шәуетті алу мастурбация арқылы жүзеге асырылады. Эякулятты арнаулы стирильді, алдын ала таңбаланған ыдысқа жинайды. Мұндай рәсім жеке кіру есігі, тиісті интерьері, жуынғышы бар санитарлық желілері бар арнаулы үй-жайда жүргізіледі. Шәует кейіннен тағыда пайдалану үшін тоңазытылады. Алынған шәуетті арнаулы журналда тіркеу жүзеге асырылады.

19. Донорды таңдауды пациент фенотиптік сипаттау негізінде ерікті және өз бетінше жүзеге асырады.

20. Фолликулдарды пункциялау нәтижесінде алынған фолликулды сұйықтық Петри тостағанға орналастырылады. Аспиратты 10-15 рет ұлғайта отырып, стереомикроскоп арқылы зерттейді. Бұл ретте алынған ооциттердің сапасын бағалау жүргізіледі, одан кейін оларды дамыту үшін ортаға қондырады. Ооциті бар тостағанды 37 градус Цельси температурасындағы және газдық қоршаған ортада 5% көмір қышқылы газы концентрациясы бар инкубаторға орналастырады.

21. Табиғи сияқты криоконсервіленген шәуеттерді пайдалану алдында тұқымдық плазмадан тазалап жуу қажет. Морфологиялық қалыпты және барынша қозғалмалы шәуеттердің фракциясы басқа шәуеттерден бөлінуі тиіс. Қазіргі таңда шәуеттерді өңдеудің мынадай екі негізгі тәсілі бар: тығыздық градиентінде центрифугалау-флотациялау мен центрифугалау.

22. Ұрықтандырылған ооциттердің бар екендігін әдетте 12-18 сағаттан кейін ер және әйел пронуклестері анық көзге көрінген кезде бағаланады. Зиготтар эмбриондардың бастапқы дамуы жүріп жатқан жаңа даму ортасына қондырылады.

23. Эмбриондарды жатыр қуысына қондыру әртүрлі сатыларда, зиготтар сатысынан бастап, ұрықтандырылғаннан кейін 5-6 тәулікте адамда қалыптасатын бластоциттер сатысымен аяқтай отырып жүзеге асырылуы мүмкін.

24. Жатыр қуысына кем дегенде 3 эмбрионды қондыру ұсынылады. Алайда ұрықтандыру мүмкіндігін болжамдау нашар болғандықтан эмбриондардың үлкен

саны қондырылуы мүмкін. Эмбриондарды қондыру үшін цервикальды түтік арқылы жатыр қуысына кіргізілетін арнаулы катетерлер пайдаланылады.

25. Цервикальды түтіктің өткізгіштігі барынша бұзылған жағдайда эмбриондарды қондыру жатыр қабырғасы арқылы (трансмимометральды) орындалуы мүмкін. Мандері бар ине жатыр қуысына Трансвагинальды, трансабдоминальды немесе трансуретральды кіргізілуі мүмкін.

26. Стимулданған етеккір оралымының лютеиндік фазасын демеу әдетте прогестерон препараттары немесе олардың ұқсастықтары арқылы жүргізіледі.

27. Аналық бездердің гиперстимуляция синдромы (бұдан әрі - АГС) қаупі болмаған жағдайда лютеиндік фазаны демеу, сондай-ақ эмбриондарды қондырған күні, ал одан кейін 2-4 күнгі аралықта (жеке) тағайындалатын хориондық гонадотропин препараттарын енгізуді қамтиды.

28. Қандағы немесе несептің құрамындағы бета-хориондық гонадотропин бойынша жүктілікті диагностикалау эмбриондарды қондырған сәттен бастап 12-14 күннен кейін жүзеге асырылады. Жүктілікті ультрадыбыстық диагностикалау эмбриондарды қондырғаннан кейін 21 күннен бастап жүргізілуі мүмкін.

29. ДТҰ жүргізу кезінде мыналар мүмкін болатын асқынулар болып табылады:

- 1) аналық бездердің гиперстимуляция синдромы;
- 2) суперовуляцияны индукциялау және стимулданған етеккір оралымының лютеиндік фазасын демеу үшін препараттарды енгізуге байланысты аллергиялық реакциялар;
- 3) сыртқы және ішкі қан кетулер;
- 4) әйелдің жыныстық мүшелерінің жіті асқынуы немесе созылмалы асқынуының өршуі;
- 5) жатырдан тыс жүктілік;
- 6) көп ұрықты жатырлық және гетеротопикалық жүктілік.

30. Көп ұрықтылыққа байланысты акушерлік және перинаталдық асқынулардың алдын алу мақсатында дамып келе жатқан эмбриондардың/ұрықтардың санын азайту - эмбриондарды/ұрықтарды редукциялау жөніндегі операция жүргізілуі мүмкін.

31. Эмбриондарды/ұрықтарды редукциялау тек жүкті әйелдің жазбаша ақпараттандырылған келісімі болған жағдайда ғана орындалуы мүмкін. Редукцияға жататын эмбриондардың санын дәрігердің ұсынуы бойынша әйелдің өзі белгілейді.

32. Көпұрықтылық (3 және одан да көп ұрықтар) эмбриондарды/ұрықтарды редукциялау үшін айғақ; жүктіліктің үзілу қаупі мен кез-келген орындағы жіті асқыну аурулары (ем-шара жүргізілген сәттен бастап) - қарсы айғақтар болып табылады.

33. Эмбриондарды/ұрықтарды редукциялау кезіндегі қажетті тексеру көлемі; қан ұйығыштық уақытын қоса алғанда қанның клиникалық талдауы; мерезге, АҚТҚ-ға, В және С гепатиттеріне қанның талдауы; уретрадан және цервикальды түтіктен флораға және қынаптың тазалық дәрежесіне зерттеу; кіші жамбас астауы мүшелерін ультрадыбыстық зерттеу.

34. Қалдырылған және редукциялауға жататын эмбриондарды/ұрықтарды таңдау 10 аптаға дейінгі жүктілік мерзіміндегі оның жағдайын сипаттайтын ультрадыбыстық зерттеу мәліметтерін есепке ала отырып, жүргізілуі мүмкін.

35. Эмбриондарға қолжетімділік (трансвагинальды, трансабдоминальды немесе трансуретральды) пен ұрықты дамытуды тоқтату әдістерін емдеуші дәрігер әрбір нақты жағдайда таңдайды.

3. Ооцит цитоплазмасына шәуеттерді инъекциялау

36. Ооцит цитоплазмасына шәуеттерді инъекциялау (ОЦШИ) арнаулы микроаспаптарды пайдалана отырып, микроманипулятормен жарақталған түгенделген микроскоптың көмегі арқылы орындалады.

37. Мыналар ОЦШИ айғақтары болып табылады:

- 1) шәует аздығы - эякулятта шәуеттердің болмауы;
- 2) шәуеттің азаюы - шәуеттердің концентрациясы кем дегенде 2 млн/мл;
- 3) шәуеттердің әлсіздігі - 1 мл белсенді қозғалғыш шәуеттердің 1 млн. аз болуы ;
- 4) шәуеттер ісігі - Крюгер бойынша морфологиялық талдау мәліметтері бойынша қалыпты нысандардың 5% кем болуы;
- 5) үйлескен шәует патологиясы;
- 6) эякулятта (MAR-тест 505% аса) шәуетке қарсы антиденелердің болуының клиникалық маңызы ;

7) ДТҰ алдын ала әрекетінде *in vivo* ооциттерді қанағаттанарлықсыз ұрықтандыру немесе олардың болмауы.

38. Микроинъекцияны жүргізу алдында ооциттің сәулелік тәжі клеткалары алынады. Микроманипуляция жетілген ооциттерде тек бастапқы полюстелген дене болған жағдайда ғана жүргізіледі. Аналық безден немесе оның қосалқысынан алынған эякулятты немесе аспиратты өңдеу әдісін шәуеттердің саны мен сапасына қарай эмбриолог жеке таңдайды.

39. ОЦШИ жүргізудің негізгі кезеңдері:

- 1) құйрық мембранасының тұтастығын бұзу арқылы шәуеттерді қозғалыссыз қалдыру ;
- 2) ооциттің сыртқы цитоплазмалық мембранасының тұтастығын бұзу;
- 3) шыны микроиненің көмегімен ооцит цитоплазмасына шәуетті енгізу.

40. Шәуеттерді алудың тиімді тәсілін таңдауды қосымша тексеруден кейін дәрігер-андролог жүзеге асырады.

41. Шәует аздығы кезінде аналық клеткаға инъекциялау үшін шәуеттер аналық безден ашық биопсия көмегімен, кейіннен шәуеттерді экстракциялау (ТЕЗЕ) немесе аналық без қосалқысындағы сұйықты аспирациялау (МЕЗА), сондай-ақ аналық без қосалқысына (ПЕЗА) немесе аналық безге (ТЕЗА) тері арқылы аспирациялық операциялық араласулардың көмегімен алынуы мүмкін.

42. Операцияны әдетте әйелдерден фолликулдардың пункциясы мен ооциттерді алған күні орындалады. Алайда, аналық бездің қосалқысынан алынған шәуеттер 12-24 сағаттың ішінде, ал текстикулярлы шәуеттер кейбір жағдайларда екі рәсімдерді жүргізу уақытын өзгертуге мүмкіндік беретін 48-72 сағаттың ішінде ұрықтандыру тәсілін сақтайды. Сондай-ақ пациенттердің жазбаша ақпараттандырылған өтініші бойынша аналық безді және/немесе эпидимистің криоконсервіленген тіндері мен аспираты пайдаланылуы мүмкін - бұл жағдайда шәуеттерді жинау рәсімін ертерек, әйелінің аналық бездері фолликулдарының пункцияларына қарамастан жүргізіледі.

43. Мыналар шәуеттерді хирургиялық алу айғақтары болып табылады: обуструктивті шәует аздығы мен бастапқы тескикулярлы жеткіліксіздік.

44. Кез-келген орындағы жіті жұқпалы аурулар шәуеттерді хирургиялық алу айғақтары болып табылады.

45. Шәуеттерді алу үшін хирургиялық араласуды жүргізу алдындағы тексеру көлемі мыналарды қамтиды: қан тобы мен резус-факторды анықтау; қан ұйығыштық уақытын қоса алғанда қанның клиникалық талдауы; мерезге, АҚТҚ-ға, В және С гепатиттеріне қанның талдауы.

46. Шәуеттерді хирургиялық алу кезінде мынадай асқынулар болуы мүмкін: ұма гематомасы немесе интратестикулярлы гематома, операциялық жарақат жұқтырулары.

47. Айғақтары бойынша жатыр қуысына эмбриондарды қондыру алдында жылтыр қабықты тілу жүргізіледі. Осы манипуляция бластоциттердің жарылуын жеңілдету есебінен қондырудың жиілігін арттыру мақсатында орындалады.

4. Тұқым қуалаушылық ауруларды қондыру алдындағы диагностикалау

48. Қондыру алдындағы диагностикалау кезінде ооциттер мен эмбриондағы көп гендік және хромосомдық кемшіліктерді белгілеу, сондай-ақ жыныспен тізбектелген тұқым қуалаушылық аурулардың алдын алу үшін эмбрион жынысын белгілеу жүзеге асырылады. Қондыру алдындағы диагностикалау перинаталды диагностиканың баламалы әдісі секілді тұқым қуалаушылық патологиясымен балалардың туылуының жоғары қаупі бар әйелдер үшін әзірленген. Ұрықтық аналықтағы инвазиялық араласудан бас тарту және патология айқындалған жағдайда жүктілікті үзу мүмкіндігі қондыру алдындағы диагностикалаудың басты артықшылығы болып табылады. Зерттеу ооциттердің

полярлық денесінде және/немесе эмбрионның блестомерлері ядроларында жүргізілуі мүмкін.

49. Медициналық-генетикалық тексеру (клиникалық-генетикалық зерттеу, кариотиптеу және басқалар) нәтижесінде айқындалған кез-келген оқшауланған тектің өзгеруі бар немесе хромосомдық кемшіліктері бар балалардың туу қаупі қондыру алдындағы диагностикалауды жүргізудің айғақтары болып табылады.

50. Диагностика in situ (ФИШ) флюоресцентті гибридизациялау немесе полимеразды тізбек реакциясы (ПТР) әдістерін пайдалану арқылы жүргізіледі.

5. Құрсақ ана

51. Құрсақ ананың құқықтық аспектілері Қазақстан Республикасының заңымен белгіленген.

52. Мыналар құрсақ анаға айғақ болады:

- 1) жатырдың болмауы (туа біткен немесе жүре пайда болған);
- 2) туа біткен даму кемшіліктері кезінде немесе аурулардың нәтижесінде жатыр қуысының немесе мойнының қисаюуы;
- 3) емдеуге бой бермейтін жатыр қуысының синехиясы;
- 4) жүкті болуға қарсы айғақтар болып табылатын соматикалық аурулар;
- 5) Қондыру жүкті болуға әкелмеген жоғары сапалы эмбриондарды бірнеше рет алу кезінде ДТҰ сәтсіз қайталанған әрекеттері.

53. Құрсақ аналарды тексеру көлемі:

- 1) қан тобы мен резус-факторды анықтау;
- 2) мерезге, АҚТҚ-ға, В және С гепатиттеріне қанның талдауы;
- 3) жұқпаға тексеру: хламидозға, жыныс мүшелерінің герпесіне, уреоплазмозға, микоплазмозға, цитомегалияға, қызылшаға тексеру;
- 4) несептің жалпы талдауы;
- 5) қан ұйығыштық уақытын қоса алғанда қанның клиникалық талдауы;
- 6) қанның биохимиялық талдауы: бауыр сынамасы, қант, несеп нәрі;
- 7) флюорография (1 жылға жарамды);
- 8) уретрадан және цервикальды түтіктен флораға және қынаптың тазалық дәрежесіне жағынды;
- 9) жатыр мойнының жағындыларын цитологиялық зерттеу;
- 10) терапевтің тексеруі және денсаулық жағдайы мен жүкті болуға қарсы айғақтарының жоқтығы туралы қорытынды;
- 11) психиатрдың тексеруі (бірнеше рет) мен қорытынды;
- 12) жалпы және арнаулы гинекологиялық тексерулер.

54. "Құрсақ ана" бағдарламасында денеден тыс ұрықтандыру мен эмбриондарды қондыру үшін қарсы айғақтар мен жұбайлар жұбын тексеру көлемі ДТҰ жүргізу кезіндегідей.

55. "Құрсақ ана" бағдарламасы мынадай алгоритм бойынша жүргізіледі:

- 1) құрсақ ананы таңдау;
- 2) етеккір оралымдарын синхронизациялау;
- 3) құрсақ ананың жатыр қуысына эмбриондарды қондыру арқылы денеден тыс ұрықтандыру рәсімі.

6. Гамет пен эмбриондарды жатыр түтігіне қондыру

56. Гамет пен эмбриондарды жатыр түтігіне қондыру (ФТГҚ, ФТЗҚ және ФТЭҚ) қазіргі кезде анда-санда, атап айтқанда, ДТҰ жүргізу үшін жағдай болмаған жағдайда пайдаланылады. Осы әдістерді қолдану үшін тым болмағанда бір функционалды толыққанды жатыр түтігінің болуы міндетті болып табылады.

57. Гаметті, зиготты немесе эмбриондарды фаллопиев түтігіне қондыру (ФТГҚ, ФТЗҚ және ФТЭҚ) қондыру ультрадыбыстық бақылаумен трансвагинальды, трансабдоминальды немесе трансуретральды орындалуы мүмкін.

58. Мыналар ФТГҚ, ФТЗҚ және ФТЭҚ үшін қарсы айғақтар болып табылады:

- 1) олигоастениялық шәует аздығы;
- 2) түсініксіз этиологиядағы бедеулік;
- 3) цервикальды фактор;
- 4) сыртқы генитальды эндометриоз;
- 5) тиімсіз жасанды ұрықтандыру және басқалар.

59. ФТГҚ, ФТЗҚ және ФТЭҚ үшін қарсы айғақтар ДТҰ рәсімдерін жүргізу кезіндегідей.

60. Жұбайлар жұбын тексеру көлемі жатыр түтіктерінің жағдайын міндетті бағалау арқылы ДТҰ рәсімдерін жүргізу кезіндегі сияқты.

7. Күйеуінің/донордың шәуетін жасанды қондыру

61. Жасанды қондыру (ЖҚ) шәуетті цервикальды түтікке немесе жатыр қуысына енгізу арқылы жүргізіледі.

62. Рәсім табиғи етеккір оралымындағы секілді суперовуляция индукторларын қолдану арқылы орындалуы мүмкін.

63. Донорлық шәуетпен ЖҰ кезінде тек криоконсервілеген шәуетті қолдануға рұқсат етіледі.

64. Күйеуінің шәуетімен ЖҰ кезінде табиғи шәуетін пайдалануға рұқсат етіледі.

65. Донордың шәуетімен ЖҰ жүргізу үшін мыналар айғақтар болып табылады:

- 1) күйеуі тарапынан - бедеулік, эякуляторлық-жыныстық бұзылулар мен қолайсыз медициналық-генетикалық болжам;
- 2) әйелі тарапынан - жыныстық серіктестің болмауы.

66. Күйеуінің шәуетімен ЖҰ жүргізу үшін мыналар айғақтар болып табылады :

1) күйеуі тарапынан - субфертильді шәует пен эякуляторлық-жыныстық бұзылулар мен қолайсыз медициналық-генетикалық болжам;

2) әйелі тарапынан - бедеуліктің цервикалярлы факторы мен вагинизм.

67. Әйелдер тарапынан мыналар ЖҰ жүргізу үшін қарсы айғақтар болып табылады :

1) жүктілікке қарсы айғақ болатын соматикалық және психикалық аурулар;

2) жүкті болу мүмкін болмайтын жатырдың даму кемшілігі мен патологиясы;

3) аналық бездің ісіктері мен ісік тәрізділер;

4) кез-келген орындағы қатерлі ісіктер;

5) кез-келген орындағы жіті асқынатын аурулар.

68. ЖҰ жүргізу алдында жұбайлар жұбын тексеру көлемі ДТҰ жүргізудегі сияқты.

69. Күйеуінің немесе донордың шәуетін қолдану туралы шешім эякуляттың сандық және сапалық сипаттарына қарай дәрігердің кеңесі бойынша қабылданады.

70. ЖҰ табиғи орамындағы секілді суперовуляция индукторларын қолдану арқылы қолданылады.

71. Шәуетті енгізу периовуляторлы кезеңде жүзеге асырылады.

72. ЖҰ үшін күйеуінің табиғи, алдын ала дайындалған немесе криоконсервілеген шәуеті, сондай-ақ донордың криоконсервілеген шәуеті пайдаланылады.

73. ЖҰ әрекетінің санын дәрігер белгілейді.

74. ЖҰ жүргізу кезіндегі мүмкін болатын асқынулар мыналар:

1) овуляцияны стимулдау үшін препараттарды енгізуге байланысты аллергиялық препараттар;

2) жатыр қуысына шәуеттерді енгізу кезіндегі естен тану тәрізді реакция;

3) аналық бездердің гиперстимуляция синдромы;

4) әйелдің жыныс мүшелерінің жіті асқынуы немесе созылмалы асқынуының өршуі ;

5) көп ұрықтылықтың және/немесе эктопиялық жүктіліктің туындауы.

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің м.а.

2005 жылғы 7 қаңтардағы

№ 5 бұйрығымен бекітілген

Ұрпақты болудың қосалқы

әдістері мен технологияларын
қолдану тәртібі мен шарттары
туралы ережеге қосымша

Ұсынылған құрылым, ДТҰ бөлімшелерін жабдықтау мен жарақтандыру тізбесі

1. Негізгі үй-жайлардың тізбесі

1) Манипуляциялар (аналық бездердің пункциясы, ТЕЗА, МЕЗЕ, ПЕЗА, эмбриондарды қондыру) жүргізу үшін бөлме (шағын операция бөлмесі);

2) Эмбриологиялық бөлме;

3) Тексеру бөлмесі;

4) Рәсім бөлмесі;

5) Шәуетті тапсыруға арналған бөлме;

6) Дәрігерлер бөлмесі;

7) Дәретхана бөлмесі.

2. ДТҰ бөлімшесінің негізгі жабдықтау мен жарақтандыру тізбесі

1) Трансвагинальды және абдоминальды бергіштермен жарақталған
ультрадыбыстық апарат.

Талаптар: аппарат пункциялық маркерді шығаруы тиіс, трансвагинальды бергіш 5-7,5 МГц диапазонында жұмыс істеуі керек және пункциялық қондырғысы болуы тиіс.

2) Фолликулдарды аспирациялау үшін сорғыш.

Талаптар: реттелгіш қысым.

3) Ламинарлық шкаф пен бокс.

4) Биноклярлы лупа.

5) кем дегенде 2 термостат (көмір қышқыл газы бар инкубаторлар).

Талаптар: термостатта мыналар болуы керек: термобергіш пен автоматтық термореттегіш, бергіш пен көмір қышқыл газының 5% автоматты беру жүйесі, камера ішіндегі ылғалды 100% қамтамасыз ету.

6) Эякулятты зерттеу үшін сәулелік микроскоп немесе шәует талдағыш.

7) Жарақталған микроскоп.

8) Микроманипулятор (егер ОЦШИ жүргізілсе).

9) Бұрыштық роторы бар центрифуга.

10) Тыныс алу аппараты (егер пункция күре қан тамыры наркозымен жүргізілсе).

11) Гинекологиялық кресло (креслолардың саны қажеттілігіне қарай).

