

**Ұрпақты болудың қосалқы әдiстерi мен технологияларын қолдану тәртiбi мен шарттары туралы ереженi бекiту 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 кепiлдiктерi туралы" Қазақстан Республикасының  Заңын iске асыру мақсатында  **БҰЙЫРАМЫН** :   
     1. Қоса берiлiп отырған Ұрпақты болудың қосалқы әдiстерi мен технологияларын қолдану тәртiбi мен шарттары туралы ереже бекiтiлсiн.   
     2. Емдеу-алдын алу iсi, аккредиттеу және ақпаратты талдау департаментiнiң директоры (Нерсесов А.В.) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әдiлет министрлiгiне мемлекеттiк тiркеуге жiберсiн.   
     3. Әкiмшiлiк департаментi (Акрачкова Д.В.) осы бұйрықты мемлекеттiк тiркеуден өткiзгеннен кейiн оның бұқаралық ақпарат құралдарында ресми жариялануын қамтамасыз етсiн.   
     4. Облыстық, Астана және Алматы қалалары денсаулық сақтау басқармаларының (департаменттерiнiң) басшылары (келiсiм бойынша) осы бұйрықты iске асыру жөнiндегi шараларды қабылдасын.   
     5. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Денсаулық сақтау Вице-Министрi С.Ә.Диқанбаеваға жүктелсiн.   
     6. Осы бұйрық ресми жарияланған күнiнен бастап күшiне енедi.

*Министрдiң*   
*мiндетiн атқарушы*

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

**Ұрпақты болудың қосалқы әдiстерi мен технологияларын**   
**қолдану тәртiбi мен шарттары туралы ереже (ҰҚТ)**

**1. Жалпы ережелер**

      1. Ұрпақты болудың қосалқы технологиялары (бұдан әрi - ҰҚТ) - бұл эмбриондарды ағзадан тыс ұрықтандыру мен оны ерте дамытудың жекелеген немесе барлық кезеңдерi жағдайында бедеулiктi емдеу әдiстерi.   
      ҰҚТ мыналарды қамтиды: эмбриондарды денеден тыс ұрықтандыру мен оларды жатыр қуысына қондыру, шәуеттi ооцит цитоплазмасына инъекциялау, құрсақ ана, тұқымқуалаушылық ауруларды қондыру алдындағы диагностикалау, күйеуiнiң (донордың) шәуетiмен жасанды ұрықтандыру.

      2. ҰҚТ жүргiзу тек пациенттiң жазбаша ақпараттандырылған келiсiмi болған жағдайда ғана мүмкiн болады.

      3. ҰҚТ бойынша қызмет денсаулық сақтау саласындағы уәкiлеттi орган әзiрлеген және бекiткен есептiк-есепке алу құжаттамасында тiркеледi.

      4. ҰҚТ негiзгi әдiстерi мен бағдарламаларының атаулары аббревиатураларының тiзiмi:   
      ҰҚТ - ұрпақты болудың қосалқы әдiстерi мен технологиялары   
      ДТҰ - денеден тыс ұрықтандыру   
      ЭҚ - эмбриондарды жатыр қуысына қондыру   
      ГФТҚ - гаметтi фаллопиев түтiгiне қондыру   
      ЗФТҚ - зиготты фаллопиев түтiгiне қондыру   
      ЖҰ - жасанды ұрықтандыру   
      ДШЖҰ - донордың шәуетiмен жасанды ұрықтандыру   
      КШЖЖ - күйеуiнiң шәуетiмен жасанды ұрықтандыру   
      ОЦШИ - ооцит цитоплазмасына шәуеттердi инъекциялау   
      СОИ - суперовуляцияны индукциялау   
      МЕЗА - аналық без қосалқыларынан шәуеттердi аспирациялау   
      ПЕЗА - аналық без қосалқыларынан шәуеттердi терi арқылы аспирациялау   
      ТЕЗА - аналық без тiндерiнен шәуеттердi аспирациялау   
      TEЗЭ - аналық без тiндерiнен шәуеттердi экстракциялау   
      ЭФТҚ - эмбриондарды фаллопиев түтiгiне қондыру

**2. Денеден тыс ұрықтандыру**

      5. ДТҰ рәсiмi мынадай кезеңдерден тұрады:   
      1) пациенттердi iрiктеу және тексеру;   
      2) фолликулогенез мониторингi мен эндометрияның дамуын қоса алғанда суперовуляцияны индукциялау;   
      3) аналық бездердiң фолликулдарын пункциялау;   
      4) ооциттердi қондыру және in vito эмбриондарын күту;   
      5) эмбриондарды жатыр қуысына қондыру;   
      6) стимулданған етеккiр оралымының лютеиндiк фазасын демеу;   
      7) ерте мерзiмдегi жүктiлiктi диагностикалау.

      6. ДТҰ жүргiзу, сондай-ақ суперовуляцияны индукцияламай-ақ табиғи етеккiр оралымында мүмкiн.

      7. Мыналар ДТҰ жүргiзу үшiн айғақтар болып табылады: емдеуге бой бермейтiн немесе басқа әдiстерге қарағанда ДТҰ көмегiмен қиындықты жеңу ықтималдығы жоғары бедеулiк.

      8. ДТҰ қарсы айғақтары болмаған жағдайда бедеулiктiң кез-келген нысаны кезiнде жұбайлар жұбының (некеде тұрмайтын әйелдердiң) қалауы бойынша жүргiзiлуi мүмкiн.

      9. Мыналар ДТҰ жүргiзу үшiн қарсы айғақтар болып табылады:   
      1) жүктi болу мен босануға қарсы айғақтар болып табылатын соматикалық және психикалық аурулар;   
      2) туа бiткен даму ауытқуларының немесе эмбриондарды ауыстырып қондыру немесе жүктi болу мүмкiн болмайтын жатыр қуысының қисаюы;   
      3) аналық бездердiң iсiктерi;   
      4) операциялық емдеудi талап ететiн жатырдың қатерсiз iсiктерi;   
      5) кез-келген орындағы жiтi асқыну аурулары;   
      6) кез-келген орындағы, оның iшiнде анамнездегi қатерлi iсiктер.

      10. Жұбайлар жұбын (реципиенттердi) тексеру көлемi:   
      1) әйелдерге арналған тексерудiң мiндеттi көлемi:   
      жалпы және арнаулы гинекологиялық тексеру;   
      кiшi жамбас астауы мүшелерiн ультрадыбыстық зерттеу;   
      қан тобы мен резус-факторды анықтау;   
      қан ұйығыштық уақытын қоса алғанда қанның клиникалық талдауы;   
      мерезге, АҚТҚ-ға, В және С гепатиттерiне қанның талдауы;   
      уретрадан және цервикальды түтiктен флораға және қынаптың тазалық дәрежесiне зерттеу;   
      денсаулық жағдайы мен жүктiлiктi көтеру мүмкiндiгі туралы терапевтiң қорытындысы;   
      2) айғақтары бойынша әйелдердi тексеру көлемi:   
      жатыр мен жатыр түтiктерiнiң жағдайын зерттеу (гистеросальпингография немесе гистеросальпингоскопия мен лапароскопия);   
      эндометрия биопсиясы;   
      уретрадан және цервикальды түтiктен материалды бактериологиялық зерттеу;   
      жатыр мойны жағындыларын цитологиялық зерттеу;   
      гармондарға қанның талдауы (фолликулостимулдаушы, лютеиндаушы, проклактин, эстрадиол, тестостерон, кортизол, прогестерон, трийодтиронин, тироксин, соматотроптық);   
      антиспермалық және антифосфолипидтi антителдiң бар екендiгiн тексеру;   
      жұқпалы ауруларға тексеру (хламидиоз, уpo- және микоплазмоз, қарапайым герпес, цитомегалия, токсоплазмоз, қызылша вирусы);   
      айғақтары бойынша басқа мамандардың қорытындысы;   
      3) айғақтары бойынша ерлердi тексеру көлемi:   
      мерезге, АҚТҚ-ға, В және С гепатиттерiне қанның талдауы;   
      спермограмма;   
      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 үшiн медициналық-генетикалық консультация қажет.

      11. Суперовуляцияны индукциялау үшiн белгiленген тәртiппен тек Қазақстан Республикасының аумағында тiркелген препараттар қолданылуы мүмкiн. Енгiзiлген препараттарды ширату үлгiсiн таңдау, дозаны дұрыстау мен суперовуляцияны индукциялау хаттамасына өзгерiстер енгiзу жеке жүзеге асырылады.

      12. Суперовуляцияны индукциялау кезiнде препараттардың мынадай тобы пайдаланылады: эстрогендi рецепторлардың селективтi модуляторы (ЭРСМ); гонадотропиндер (адамның аз кiдiрiстi гонадотропинi - ААГ, фолликулостимулдаушы гормон - ФСМ, рекомбинантты ФСГ - рФСГ, рекомбинантты гормон - рЛГ, хориондық гонадотропин - XГ); гонадотропин - рилизинг-гормон агонистерi (ГнРГ-а); гонадотропин - рилизинг-гормон антагонистерi (ГнРГ-ант).

      13. Ультрадыбыстық мониторинг суперовуляцияны индукциялау кезiндегi фолликулдар мен эндометрияның дамуын динамикалық бақылаудың негiзгi әдiстерi болып табылады. Ультрадыбыстық мониторинг процесiнде фолликулдардың саны көрсетiледi, олардың орташа диаметрiн (екi өлшем сомасы бойынша) өлшеу жүргiзiледi, эндометрияның қалыңдығы белгiленедi.

      14. Гормонды мониторинг қандағы эстрадиол мен прогестеронның концентрациясын динамикалық белгiлеуден тұрады және фолликулдардың функционалдық жетiлуiн бағалаудағы ультрадыбыстық зерттеу мәлiметтерiн толықтырады.

      15. Жетекшi фолликул(дар)дың диаметрi 17 мм-ден аса және эндометрияның қалыңдығы 8 мм және одан артық болғанда суперовуляцияны индукциялаудың аяқталу айғақтары болып табылады. Фолликулдардың жетiлу дәрежесi туралы қосымша ақпарат стериодогенездiң (қан плазмасындағы эксрадиолдың концентрациясы) белсендiлiгiн анықтауға мүмкiндiк бередi.

      16. Ооциттердiң пiсiп жетiлуiн аяқтау үшiн хориондық онадотропин (ұсыналатын доза 5000-10000 МЕ бiрнеше рет, бұлшық етке).

      17. Аналық бездер фолликулдарының пункциясы мен ооциттердiң аспирациясы XГ салынған сәттен бастап 32-40 сағаттан кейiн жүргiзiледi. Рәсiм шағын операция бөлмесi жағдайында, әдетте арнаулы пункциялық инелердiң көмегi арқылы ультрадыбыстық бақылаумен трансвагинальды қолжетiмдiлiкпен амбулатория жағдайында орындалады. Трансвагинальды пункцияны (аналық бездердiң және басқалардың антитиптiк орналасуы) орындау мүмкiн болмаған жағдайда ооциттер лапароскопиялық әдiспен алынуы мүмкін.

      18. ДТҰ үшiн күйеуiнiң немесе донордың әдейi дайындалған шәуетi пайдаланылады. Шәуеттi тапсыру алдында 3-5 күндей жыныстық қатынасқа түспеудi ұсынады. Шәуеттi алу мастурбация арқылы жүзеге асырылады. Эякулятты арнаулы стирильдi, алдын ала таңбаланған ыдысқа жинайды. Мұндай рәсiм жеке кiру есiгi, тиiстi интерьерi, жуынғышы бар санитарлық желiлерi бар арнаулы үй-жайда жүргiзiледi. Шәует кейiннен тағыда пайдалану үшiн тоңазытылады. Алынған шәуеттi арнаулы журналда тiркеу жүзеге асырылады.

      19. Донорды таңдауды пациент фенотиптiк сипаттау негiзiнде ерiктi және өз бетiнше жүзеге асырады.

      20. Фолликулдарды пункциялау нәтижесiнде алынған фолликулды сұйықтық Петри тостағанға орналастырылады. Аспиратты 10-15 рет ұлғайта отырып, стереомикроскоп арқылы зерттейдi. Бұл ретте алынған ооциттердiң сапасын бағалау жүргiзiледi, одан кейiн оларды дамыту үшiн ортаға қондырады. Ооцитi бар тостағанды 37 градус Цельси температурасындағы және газдық қоршаған ортада 5% көмiр қышқылы газы концентрациясы бар инкубаторға орналастырады.

      21. Табиғи сияқты криоконсервiленген шәуеттердi пайдалану алдында тұқымдық плазмадан тазалап жуу қажет. Морфологиялық қалыпты және барынша қозғалмалы шәуеттердiң фракциясы басқа шәуеттерден бөлiнуi тиiс. Қазiргi таңда шәуеттердi өңдеудiң мынадай екi негiзгi тәсiлi бар: тығыздық градиентiнде центрифугалау-флотациялау мен центрифугалау.

      22. Ұрықтандырылған ооциттердiң бар екендiгiн әдетте 12-18 сағаттан кейiн ер және әйел пронуклестерi анық көзге көрiнген кезде бағаланады. Зиготтар эмбриондардың бастапқы дамуы жүрiп жатқан жаңа даму ортасына қондырылады.

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

      24. Жатыр қуысына кем дегенде 3 эмбрионды қондыру ұсынылады. Алайда ұрықтандыру мүмкiндiгiн болжамдау нашар болғандықтан эмбриондардың үлкен саны қондырылуы мүмкiн. Эмбриондарды қондыру үшiн цервикальды түтiк арқылы жатыр қуысына кiргiзiлетiн арнаулы катетерлер пайдаланылады.

      25. Цервикальды түтiктiң өткiзгiштiгi барынша бұзылған жағдайда эмбриондарды қондыру жатыр қабырғасы арқылы (трансмимометральды) орындалуы мүмкiн. Мандерi бар ине жатыр қуысына Tpансвагинальды, трансабдоминальды немесе трансуретральды кiргiзiлуi мүмкiн.

      26. Стимулданған етеккiр оралымының лютеиндiк фазасын демеу әдетте прогестерон препараттары немесе олардың ұқсастықтары арқылы жүргiзiледi.

      27. Аналық бездердiң гиперстимуляция синдромы (бұдан әрi - АГC) қаупi болмаған жағдайда лютеиндiк фазаны демеу, сондай-ақ эмбриондарды қондырған күнi, ал одан кейiн 2-4 күнгi аралықта (жеке) тағайындалатын хориондық гонадотропин препараттарын енгiзудi қамтиды.

      28. Қандағы немесе несептiң құрамындағы бета-хориондық гонадотропин бойынша жүктiлiктi диагностикалау эмбриондарды қондырған сәттен бастап 12-14 күннен кейiн жүзеге асырылады. Жүктiлiктi ультрадыбыстық диагностикалау эмбриондарды қондырғаннан кейiн 21 күннен бастап жүргiзiлуi мүмкiн.

      29. ДТҰ жүргiзу кезiнде мыналар мүмкiн болатын асқынулар болып табылады:   
      1) аналық бездердiң гиперстимуляция синдромы;   
      2) суперовуляцияны индукциялау және стимулданған етеккiр оралымының лютеиндiк фазасын демеу үшiн препараттарды енгiзуге байланысты аллергиялық реакциялар;   
      3) сыртқы және iшкi қан кетулер;   
      4) әйелдiң жыныстық мүшелерiнiң жiтi асқынуы немесе созылмалы асқынуының өршуi;   
      5) жатырдан тыс жүктiлiк;   
      6) көп ұрықты жатырлық және гетеротопикалық жүктiлiк.

      30. Көп ұрықтылыққа байланысты акушерлiк және перинаталдық асқынулардың алдын алу мақсатында дамып келе жатқан эмбриондардың/ұрықтардың санын азайту - эмбриондарды/ұрықтарды редукциялау жөнiндегi операция жүргiзiлуi мүмкiн.

      31. Эмбриондарды/ұрықтарды редукциялау тек жүктi әйелдiң жазбаша ақпараттандырылған келiсiмi болған жағдайда ғана орындалуы мүмкiн. Редукцияға жататын эмбриондардың санын дәрiгердiң ұсынуы бойынша әйелдiң өзi белгiлейдi.

      32. Көпұрықтылық (3 және одан да көп ұрықтар) эмбриондарды/ұрықтарды редукциялау үшiн айғақ; жүктiлiктiң үзiлу қаупi мен кез-келген орындағы жiтi асқыну аурулары (ем-шара жүргiзiлген сәттен бастап) - қарсы айғақтар болып табылады.

      33. Эмбриондарды/ұрықтарды редукциялау кезiндегi қажеттi тексеру көлемi; қан ұйығыштық уақытын қоса алғанда қанның клиникалық талдауы; мерезге, АҚТҚ-ға, В және С гепатиттерiне қанның талдауы; уретрадан және цервикальды түтiктен флораға және қынаптың тазалық дәрежесiне зерттеу; кiшi жамбас астауы мүшелерiн ультрадыбыстық зерттеу.

      34. Қалдырылған және редукциялауға жататын эмбриондарды/ұрықтарды таңдау 10 аптаға дейiнгi жүктiлiк мерзiмiндегi оның жағдайын сипаттайтын ультрадыбыстық зерттеу мәлiметтерiн есепке ала отырып, жүргiзiлуi мүмкiн.

      35. Эмбриондарға қолжетiмдiлiк (трансвагинальды, трансабдоминальды немесе трансуретральды) пен ұрықты дамытуды тоқтату әдiстерiн емдеуші дәрiгер әрбiр нақты жағдайда таңдайды.

**3. Ооцит цитоплазмасына шәуеттердi инъекциялау**

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

      37. Мыналар ОЦШИ айғақтары болып табылады:   
      1) шәует аздығы - эякулятта шәуеттердiң болмауы;   
      2) шәуеттiң азаюы - шәуеттердiң концентрациясы кем дегенде 2 млн/мл;   
      3) шәуеттердiң әлсiздiгi - 1 мл белсендi қозғалғыш шәуеттердiң 1 млн. аз болуы;   
      4) шәуеттер iсiгi - Крюгер бойынша морфологиялық талдау мәлiметтерi бойынша қалыпты нысандардың 5% кем болуы;   
      5) үйлескен шәует патологиясы;   
      6) эякулятта (МАR-тест 505% аса) шәуетке қарсы антиденелердiң болуының клиникалық маңызы;   
      7) ДТҰ алдын ала әрекетiнде in vito ооциттердi қанағаттанарлықсыз ұрықтандыру немесе олардың болмауы.

      38. Микроинъекцияны жүргiзу алдында ооциттiң сәулелiк тәжi клеткалары алынады. Микроманипуляция жетiлген ооциттерде тек бастапқы полюстелген дене болған жағдайда ғана жүргiзiледi. Аналық безден немесе оның қосалқысынан алынған эякулятты немесе аспиратты өңдеу әдiсiн шәуеттердiң саны мен сапасына қарай эмбриолог жеке таңдайды.

      39. ОЦШИ жүргiзудiң негiзгi кезеңдерi:   
      1) құйрық мембранасының тұтастығын бұзу арқылы шәуеттердi қозғалыссыз қалдыру;   
      2) ооциттiң сыртқы цитоплазмалық мембранасының тұтастығын бұзу;   
      3) шыны микроиненiң көмегiмен ооцит цитоплазмасына шәуеттi енгiзу.

      40. Шәуеттердi алудың тиiмдi тәсiлiн таңдауды қосымша тексеруден кейiн дәрiгер-андролог жүзеге асырады.

      41. Шәует аздығы кезiнде аналық клеткаға инъекциялау үшiн шәуеттер аналық безден ашық биопсия көмегiмен, кейiннен шәуеттердi экстракциялау (ТЕЗЕ) немесе аналық без қосалқысындағы сұйықты аспирациялау (МЕЗА), сондай-ақ аналық без қосалқысына (ПЕЗА) немесе аналық безге (ТЕЗА) терi арқылы аспирациялық операциялық араласулардың көмегiмен алынуы мүмкін.

      42. Операцияны әдетте әйелдерден фолликулдардың пункциясы мен ооциттердi алған күнi орындалады. Алайда, аналық бездiң қосалқысынан алынған шәуеттер 12-24 сағаттың iшiнде, ал текстикулярлы шәуеттер кейбiр жағдайларда екi рәсiмдердi жүргiзу уақытын өзгертуге мүмкiндiк беретiн 48-72 сағаттың iшiнде ұрықтандыру тәсiлiн сақтайды. Сондай-ақ пациенттердiң жазбаша ақпараттандырылған өтiнiшi бойынша аналық бездi және/немесе эпидимистiң криоконсервiленген тiндерi мен аспираты пайдаланылуы мүмкiн - бұл жағдайда шәуеттердi жинау рәсiмiн ертерек, әйелiнiң аналық бездерi фолликулдарының пункцияларына қарамастан жүргiзiледi.

      43. Мыналар шәуеттердi хирургиялық алу айғақтары болып табылады: обустуктивтi шәует аздығы мен бастапқы тескикулярлы жеткiлiксiздiк.

      44. Кез-келген орындағы жiтi жұқпалы аурулар шәуеттердi хирургиялық алу айғақтары болып табылады.

      45. Шәуеттердi алу үшiн хирургиялық араласуды жүргiзу алдындағы тексеру көлемi мыналарды қамтиды: қан тобы мен резус-факторды анықтау; қан ұйығыштық уақытын қоса алғанда қанның клиникалық талдауы; мерезге, АҚТҚ-ға, В және С гепатиттерiне қанның талдауы.

      46. Шәуеттердi хирургиялық алу кезiнде мынадай асқынулар болуы мүмкiн: ұма гематомасы немесе интратестикулярлы гематома, операциялық жарақат жұқтырулары.

      47. Айғақтары бойынша жатыр қуысына эмбриондарды қондыру алдында жылтыр қабықты тiлу жүргiзiледi. Осы манипуляция бластоциттердiң жарылуын жеңiлдету есебiнен қондырудың жиiлiгiн арттыру мақсатында орындалады.

**4. Тұқым қуалаушылық ауруларды**   
**қондыру алдындағы диагностикалау**

      48. Қондыру алдындағы диагностикалау кезiнде ооциттер мен эмбриондағы көп гендiк және хромосомдық кемшiлiктердi белгiлеу, сондай-ақ жыныспен тiзбектелген тұқым қуалаушылық аурулардың алдын алу үшiн эмбрион жынысын белгiлеу жүзеге асырылады. Қондыру алдындағы диагностикалау перинаталды диагностиканың баламалы әдiсi секiлдi тұқым қуалаушылық патологиясымен балалардың туылуының жоғары қаупi бар әйелдер үшiн әзiрленген. Ұрықтық аналықтағы инвазиялық араласудан бас тарту және патология айқындалған жағдайда жүктiлiктi үзу мүмкiндiгi қондыру алдындағы диагностикалаудың басты артықшылығы болып табылады. Зерттеу ооциттердiң полярлық денесiнде және/немесе эмбрионның блестомерлерi ядроларында жүргiзiлуi мүмкiн.   
      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 sity (ФИШ) флюоресцентті гибридизациялау немесе полимеразды тізбек реакциясы (ПТР) әдістерін пайдалану арқылы жүргізіледі.

**5. Құрсақ ана**

      51. Құрсақ ананың құқықтық аспектiлерi Қазақстан Республикасының заңымен белгiленген.

      52. Мыналар құрсақ анаға айғақ болады:   
      1) жатырдың болмауы (туа бiткен немесе жүре пайда болған);   
      2) туа бiткен даму кемшiлiктерi кезiнде немесе аурулардың нәтижесiнде жатыр қуысының немесе мойнының қисаюы;   
      3) емдеуге бой бермейтiн жатыр қуысының синехиясы;   
      4) жүктi болуға қарсы айғақтар болып табылатын соматикалық аурулар;   
      5) Қондыру жүктi болуға әкелмеген жоғары сапалы эмбриондарды бiрнеше рет алу кезiнде ДТҰ сәтсiз қайталанған әрекеттерi.

      53. Құрсақ аналарды тексеру көлемi:   
      1) қан тобы мен резус-факторды анықтау;   
      2) мерезге, АҚТҚ-ға, В және С гепатиттерiне қанның талдауы;   
      3) жұқпаға тексеру: хламидозға, жыныс мүшелерiнiң герпесiне, уреапламозға, микоплазмозға, цитомегалияға, қызылшаға тексеру;   
      4) несептiң жалпы талдауы;   
      5) қан ұйығыштық уақытын қоса алғанда қанның клиникалық талдауы;   
      6) қанның биохимиялық талдауы: бауыр сынамасы, қант, несеп нәрi;   
      7) флюорография (1 жылға жарамды);   
      8) уретрадан және цервикальды түтiктен флораға және қынаптың тазалық дәрежесiне жағынды;   
      9) жатыр мойнының жағындыларын цитологиялық зерттеу;   
      10) терапевтiң тексеруi және денсаулық жағдайы мен жүктi болуға қарсы айғақтарының жоқтығы туралы қорытынды;   
      11) психиатрдың тексеруi (бiрнеше рет) мен қорытынды;   
      12) жалпы және арнаулы гинекологиялық тексерулер.

      54. "Құрсақ ана" бағдарламасында денеден тыс ұрықтандыру мен эмбриондарды қондыру үшiн қарсы айғақтар мен жұбайлар жұбын тексеру көлемi ДТҰ жүргiзу кезiндегiдей.

      55. "Құрсақ ана" бағдарламасы мынадай алгоритм бойынша жүргiзiледi:   
      1) құрсақ ананы таңдау;   
      2) етеккiр оралымдарын синхронизациялау;   
      3) құрсақ ананың жатыр қуысына эмбриондарды қондыру арқылы денеден тыс ұрықтандыру рәсiмi.

**6. Гамет пен эмбриондарды жатыр түтiгiне қондыру**

      56. Гамет пен эмбриондарды жатыр түтiгiне қондыру (ФТГҚ, ФТЗҚ және ФТЭҚ) қазiргi кезде анда-санда, атап айтқанда, ДТҰ жүргiзу үшiн жағдай болмаған жағдайда пайдаланылады. Осы әдiстердi қолдану үшiн тым болмағанда бiр функционалды толыққанды жатыр түтiгiнiң болуы мiндеттi болып табылады.

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

      58. Мыналар ФТГҚ, ФТЗҚ және ФТЭҚ үшiн қарсы айғақтар болып табылады:   
      1) олигоастениялық шәует аздығы;   
      2) түсiнiксiз этиологиядағы бедеулiк;   
      3) цервикальды фактор;   
      4) сыртқы генитальды эндометриоз;   
      5) тиiмсiз жасанды ұрықтандыру және басқалар.

      59. ФТГҚ, ФТЗҚ және ФТЭҚ үшiн қарсы айғақтар ДТҰ рәсiмдерiн жүргiзу кезiндегiдей.

      60. Жұбайлар жұбын тексеру көлемi жатыр түтiктерiнiң жағдайын мiндеттi бағалау арқылы ДТҰ рәсiмдерiн жүргiзу кезiндегi сияқты.

**7. Күйеуiнiң/донордың шәуетiн жасанды қондыру**

      61. Жасанды қондыру (ЖҚ) шәуеттi цервикальды түтiкке немесе жатыр қуысына енгiзу арқылы жүргiзiледi.

      62. Рәсiм табиғи етеккiр оралымындағы секiлдi суперовуляция индукторларын қолдану арқылы орындалуы мүмкiн.

      63. Донорлық шәуетпен ЖҰ кезiнде тек криоконсервiлеген шәуеттi қолдануға рұқсат етiледi.

      64. Күйеуiнiң шәуетiмен ЖҰ кезiнде табиғи шәуетiн пайдалануға рұқсат етiледi.

      65. Донордың шәуетiмен ЖҰ жүргiзу үшiн мыналар айғақтар болып табылады:   
      1) күйеуi тарапынан - бедеулiк, эякуляторлық-жыныстық бұзылулар мен қолайсыз медициналық-генетикалық болжам;   
      2) әйелi тарапынан - жыныстық серiктестiң болмауы.

      66. Күйеуiнiң шәуетiмен ЖҰ жүргiзу үшiн мыналар айғақтар болып табылады:   
      1) күйеуi тарапынан - субфертильдi шәует пен эякуляторлық-жыныстық бұзылулар мен қолайсыз медициналық-генетикалық болжам;   
      2) әйелi тарапынан - бедеулiктiң цервикулярлы факторы мен вагинизм.

      67. Әйелдер тарпынан мыналар ЖҰ жүргiзу үшiн қарсы айғақтар болып табылады:   
      1) жүктiлiкке қарсы айғақ болатын соматикалық және психикалық аурулар;   
      2) жүктi болу мүмкiн болмайтын жатырдың даму кемшiлiгi мен патологиясы;   
      3) аналық бездiң iсiктерi мен iсiк тәрiздiлер;   
      4) кез-келген орындағы қатерлi iсiктер;   
      5) кез-келген орындағы жiтi асқынатын аурулар.

      68. ЖҰ жүргiзу алдында жұбайлар жұбын тексеру көлемi ДТҰ жүргiзудегi сияқты.

      69. Күйеуiнiң немесе донордың шәуетiн қолдану туралы шешiм эякуляттың сандық және сапалық сипаттарына қарай дәрiгердiң кеңесi бойынша қабылданады.

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

      71. Шәуеттi енгiзу периовуляторлы кезеңде жүзеге асырылады.

      72. ЖҰ үшiн күйеуiнiң табиғи, алдын ала дайындалған немесе криоконсервiлеген шәуетi, сондай-ақ донордың криоконсервiлеген шәуетi пайдаланылады.

      73. ЖҰ әрекетiнiң санын дәрiгер белгiлейдi.   
      74. ЖҰ жүргiзу кезiндегi мүмкiн болатын асқынулар мыналар:   
      1) овуляцияны стимулдау үшiн препараттарды енгiзуге байланысты аллергиялық препараттар;   
      2) жатыр қуысына шәуеттердi енгiзу кезiндегi естен тану тәрiздi реакция;   
      3) аналық бездердiң гиперстимуляция синдромы;   
      4) әйелдiң жыныс мүшелерiнiң жiтi асқынуы немесе созылмалы асқынуының өршуi;   
      5) көп ұрықтылықтың және/немесе эктопиялық жүктiлiктiң туындауы.

Қазақстан Республикасы           
Денсаулық сақтау министрiнiң м.а.    
2005 жылғы 7 қаңтардағы          
N 5 бұйрығымен бекiтiлген         
Ұрпақты болудың қосалқы          
әдiстерi мен технологияларын       
қолдану тәртiбi мен шарттары       
туралы ережеге қосымша

**Ұсынылған құрылым, ДТҰ бөлiмшелерiн жабдықтау**   
**мен жарақтандыру тiзбесi**

**1. Негiзгi үй-жайлардың тiзбесi**

     1) Манипуляциялар (аналық бездердiң пункциясы, ТЕЗА, MEЗE, ПЕЗА, эмбриондарды қондыру) жүргiзу үшiн бөлме (шағын операция бөлмесi);   
     2) Эмбриологиялық бөлме;   
     3) Тексеру бөлмесi;   
     4) Рәсiм бөлмесi;   
     5) Шәуеттi тапсыруға арналған бөлме;   
     6) Дәрiгерлер бөлмесi;   
     7) Дәретхана бөлмесi.

**2. ДТҰ бөлiмшесiнiң негiзгi жабдықтау**   
**мен жарақтандыру тiзбесi**

     1) Трансвагинальды және абдоминальды бергiштермен жарақталған ультрадыбыстық аппарат.   
     Талаптар: аппарат пункциялық маркердi шығаруы тиiс, трансвагинальды бергiш 5-7,5 МГц диапазонында жұмыс iстеуi керек және пункциялық қондырғысы болуы тиiс.   
     2) Фолликулдарды аспирациялау үшiн сорғыш.   
     Талаптар: реттелгiш қысым.   
     3) Ламинарлық шкаф пен бокс.   
     4) Бинокулярлы лупа.   
     5) кем дегенде 2 термостат (көмiр қышқыл газы бар инкубаторлар).   
     Талаптар: термостатта мыналар болуы керек: термобергiш пен автоматтық термореттегiш, бергiш пен көмiр қышқыл газының 5% автоматты беру жүйесi, камера iшiндегi ылғалды 100% қамтамасыз ету.   
     6) Эякулятты зерттеу үшiн сәулелiк микроскоп немесе шәует талдағыш.   
     7) Жарақталған микроскоп.   
     8) Микроманипулятор (eгep ОЦШИ жүргiзiлсе).   
     9) Бұрыштық роторы бар центрифуга.   
     10) Тыныс алу аппараты (егер пункция күре қан тамыры наркозымен жүргізілсе).   
     11) Гинекологиялық кресло (креслолардың саны қажеттілігіне қарай).

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК