

## Об утверждении Правил проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий

### *Утративший силу*

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 627. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 26 ноября 2009 года № 5919. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-272/2020.

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 15.12.2020 № ҚР ДСМ-272/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**Примечание РЦПИ!**

Порядок введения в действие приказа см. п. 7.

В соответствии со статьей 99 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые Правила проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий.

2. Департаменту стратегии и развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Айдарханов А.Т.) направить настоящий приказ на государственную регистрацию в Министерство юстиции Республики Казахстан в установленном порядке.

3. Департаменту административно-правовой работы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Бисмильдин Ф.Б.) обеспечить официальное опубликование настоящего приказа после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

4. Руководителям управлений здравоохранения областей и городов Астаны и Алматы (по согласованию) принять меры по реализации настоящего приказа.

5. Признать утратившим силу приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 января 2005 года № 5 "Об утверждении Правил о порядке и условиях применения вспомогательных репродуктивных методов и технологий" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 3354, опубликованный в Бюллетене нормативных правовых актов Республики Казахстан, 2005 г., № 9-13, ст. 31).

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Вощенко Т.А.

7. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

И.о. Министра

Б. Садыков

Утверждены  
приказом и.о. Министра здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 30 октября 2009 года № 627

## **Правила**

### **проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий**

#### **1. Общие положения**

1. Вспомогательные репродуктивные технологии (далее - ВРТ) - это методы терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма.

ВРТ включают: экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов и гамет в полость матки, инъекцию сперматозоида в цитоплазму ооцита, суррогатное материнство, преимплантационную генетическую диагностику и искусственную инсеминацию спермой мужа (донора), донорство ооцитов.

**Сноска. Пункт 1 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 30.03.2011 № 162 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

#### **2. Экстракорпоральное оплодотворение**

2. Процедура экстракорпорального оплодотворения (далее - ЭКО) состоит из следующих этапов:

- 1) отбор и обследование пациентов;
- 2) индукция суперовуляции, включая мониторинг фолликулогенеза и развития эндометрия;
- 3) пункция фолликулов яичников;
- 4) инсеминация ооцитов и культивирование эмбрионов *in vitro* (в пробирке);
- 5) перенос эмбрионов в полость матки;
- 6) поддержка лютеиновой фазы стимулированного менструального цикла;
- 7) диагностика беременности ранних сроков.

3. Проведение ЭКО также возможно в естественном менструальном цикле, без индукции суперовуляции.

4. Показание для проведения ЭКО является бесплодие, не поддающееся терапии, или вероятность преодоления которого с помощью ЭКО выше, чем другими методами.

4-1. При проведении экстракорпорального оплодотворения (далее - ЭКО) в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) показаниями являются:

1) женское бесплодие, обусловленное трубно-перитонеальным фактором, (отсутствие или непроходимость обеих маточных труб, последняя подтвержденная методом гистеросальпингографии и/или диагностической лапароскопии);

2) тяжелые формы мужского бесплодия (олиго-, астено-, тератоозоспермия). Показатели сперматогенеза: объем эякулята не менее 0,5 мл, pH 7,2-7,8, общее количество сперматозоидов в эякуляте, более 500 тыс/мл., активно-подвижных не менее 25 %, морфологически нормальных форм (по строгому критерию Крюгера) не менее 2 %.

На проведение ЭКО в рамках ГОБМП направляются пациентки репродуктивного возраста с нормальным соматическим, эндокринным статусом, в том числе и нормальным овариальным резервом. Проведение ЭКО в рамках ГОБМП предоставляется однократно в течение года.

**Сноска. Правила дополнены пунктом 4-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 30.03.2011 № 162 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

5. При отсутствии противопоказаний ЭКО может проводиться по желанию супружеской пары или женщины, не состоящей в браке, при любой форме бесплодия.

6. Противопоказаниями для проведения ЭКО являются:

1) соматические и психические заболевания, являющиеся противопоказаниями для вынашивания беременности и родов;

2) врожденные пороки развития или приобретенные деформации полости матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности;

3) опухоли яичников;

4) доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения;

5) острые воспалительные заболевания любой локализации;

6) злокачественные новообразования любой локализации на момент процедуры;

7) низкий овариальный резерв.

**Сноска. Пункт 6 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 30.03.2011 № 162 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

7. Объем обследования супружеской пары перед проведением ЭКО:

1) обязательный объем исследований для женщины:  
общее и специальное гинекологическое обследование;  
ультразвуковое исследование органов малого таза;  
определение группы крови и резус-фактора;  
клинический анализ крови, включая время свертываемости;  
анализ крови на сифилис, вирус иммунодефицита человека (далее - ВИЧ), гепатиты В и С;  
исследование на флору из уретры и цервикального канала и степень чистоты влагалища;  
осмотр терапевта о состоянии здоровья и возможности вынашивания беременности с предоставлением заключения;  
медико-генетическое консультирование с проведением клинико-генеалогического анализа, фенотипического осмотра;  
цитологическое исследование мазков из шейки матки;  
исследование состояния матки и маточных труб методом гистеросальпингографии и/или лапароскопии;  
определение в крови пролактина, лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов, тестостерона, тиреотропного гормона на 3-5 день менструального цикла, прогестерона на 16-18 день менструального цикла;  
исследование на инфекции (хламидиоз, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, уреоплазма, микоплазма, гонорея, трихомониаз, токсоплазмоз, краснуха);  
биохимический анализ крови (аланин-трансаминаза, аспарагинат-трансаминаза, билирубин, глюкоза, общий белок, мочевины, креатинин);  
коагулограмма (протромбиновый индекс, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген), волчаночный антикоагулянт;  
электрокардиограмма (ЭКГ);  
общий анализ мочи;

2) объем исследований для женщин по показаниям:  
бактериологическое исследование материала из уретры и цервикального канала;  
определение в крови эстрадиола, кортизола, трийодтиронина, тироксина, дегидроэпиандростендион (ДГЭА-S), антимюллеровский гормон (АМГ);  
обследование на наличие антиспермальных и антифосфолипидных антител;  
инфекционное обследование (хламидиоз, вирус простого герпеса, цитомегалия, токсоплазмоз, краснуха);  
осмотр других специалистов по показаниям с предоставлением заключения;  
цитогенетический анализ кариотипа;

гистероскопия с гистологическим исследованием эндометрия;

3) обязательный объем исследований для мужчины:

анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С;

спермограмма, морфологическое исследование эякулята, MAR-тест (определение выключенных из оплодотворения сперматозоидов);

определение группы крови и резус-фактора (1 раз);

консультация уролога-андролога;

инфекционное обследование (хламидиоз, уро- и микоплазмоз, вирус простого герпеса, цитомегалия);

микроскопия мазка из уретры;

4) обследование мужчин по показаниям:

ультразвуковое исследование органов мошонки, органов малого таза;

обследование на ЛГ, ФСГ, тестостерон, пролактин;

исследование секрета предстательной железы;

бактериологический посев спермы (или секрета предстательной железы);

определение кариотипа;

гипоосмолярный тест и флотация спермы (при некроспермии);

исследование хромосом сперматозоидов (FISH спермы).

**Сноска. Пункт 7 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 30.03.2011 № 162 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

8. Выбор схемы стимуляции, вводимых препаратов, коррекция доз и внесение изменений в протокол индукции суперовуляции осуществляются индивидуально.

9. При индукции суперовуляции могут использоваться следующие группы препаратов: селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов; гонадотропины (человеческий менопаузальный гонадотропин, фолликулостимулирующий гормон, рекомбинантный фолликулостимулирующий гормон, рекомбинантный лютеинизирующий гормон, хорионический гонадотропин или рекомбинантный); агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона); антагонисты гонадотропин-рилизинг-гормона, соматотропные гормоны, антиэстрогены и другие.

**Сноска. Пункт 9 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 30.03.2011 № 162 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

10. Ультразвуковой мониторинг является основным методом динамического контроля за развитием фолликулов и эндометрия во время индукции суперовуляции. В процессе ультразвукового мониторинга констатируется количество фолликулов, проводится измерение их среднего диаметра (по сумме двух измерений), определяется толщина эндометрия.

11. Гормональный мониторинг заключается в динамическом определении концентрации эстрадиола и прогестерона в крови и дополняет данные ультразвукового исследования.

12. Показателями завершенности индукции суперовуляции являются диаметр лидирующего(щих) фолликула(ов) более 17 мм и зрелость функционального слоя эндометрия. Дополнительную информацию о степени зрелости фолликулов дает определение активности стероидогенеза (концентрация эстрадиола в плазме крови).

13. Для завершения созревания ооцитов вводится: хорионический гонадотропин или агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона в соответствующих дозах, подбираемых индивидуально.

14. Пункция фолликулов яичников и аспирация ооцитов производится через 32-40 часов от момента введения хорионического гонадотропина или агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона. Процедура выполняется амбулаторно, в условиях малой операционной, обычно трансвагинальным доступом под ультразвуковым контролем с помощью специальных пункционных игл. При невозможности выполнения трансвагинальной пункции ооциты могут быть получены лапароскопическим доступом.

15. Для ЭКО применяется специально подготовленная сперма мужа или донора. Перед сдачей спермы мужчине рекомендуется половое воздержание в течение 3-5 дней. Получение спермы осуществляется путем мастурбации. Специальная стерильная емкость для сбора эякулята должна быть промаркирована. Сдача спермы проводится в специальном помещении, имеющем отдельный вход, соответствующий интерьер, санузел с умывальником. Сперма может быть заморожена для отсроченного использования. Регистрация полученной спермы осуществляется в специальном журнале.

16. Выбор донора осуществляется пациентами добровольно и самостоятельно на основании фенотипического описания.

17. Фолликулярную жидкость, полученную в результате пункции фолликулов, помещают в специальную емкость. Аспират исследуют под стереомикроскопом с 10-50-кратным увеличением. При этом проводится оценка качества полученных ооцитов, после чего их переносят в среду для культивирования. Чашку с ооцитами помещают в инкубатор с температурой 37-37,5 градусов Цельсия и 5 %-6 % концентрацией углекислого газа в газовой среде.

18. Как нативные, так и криоконсервированные сперматозоиды перед использованием должны быть отмыты от семенной плазмы. Фракция морфологически нормальных и наиболее подвижных сперматозоидов должна

быть отделена от остальных сперматозоидов. В настоящее время существует 2 основных способа обработки спермы: центрифугирование-флотация и центрифугирование в градиенте плотности.

19. Наличие оплодотворения ооцитов обычно оценивается через 12-24 часов, по выявлению двух четко визуализирующихся пронуклеусов. Зиготы переносят в свежую культуральную среду, где происходит начальное развитие эмбрионов.

**Сноска. Пункт 19 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 30.03.2011 № 162 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

20. Перенос эмбрионов в полость матки может быть осуществлен на разных стадиях, начиная со стадии зиготы и заканчивая стадией бластоцисты, которая формируется у человека на 5-6-е сутки после оплодотворения.

21. В полость матки рекомендуется переносить не более 3-х эмбрионов. Для переноса эмбрионов используются специальные катетеры, которые вводятся в полость матки через цервикальный канал.

22. В случаях непреодолимого нарушения проходимости цервикального канала перенос эмбрионов может быть выполнен через стенку матки (трансмиометрально). Игла с мандреном может быть введена в полость матки трансвагинально, трансабдоминально или трансуретрально.

23. Поддержка лютеиновой фазы стимулированного менструального цикла обычно проводится препаратами прогестерона, эстрогенов или их аналогами.

24. При отсутствии риска синдрома гиперстимуляции яичников поддержка лютеиновой фазы цикла может включать также введение препаратов хорионического гонадотропина, которые назначаются в день переноса эмбрионов, а затем с интервалом в 2-4 дня (индивидуально).

25. Диагностика беременности по содержанию бета-хорионического гонадотропина в крови или в моче осуществляется через 12-14 дней от момента переноса эмбрионов. Ультразвуковая диагностика беременности может проводиться с 21 дня после переноса эмбрионов.

26. Возможными осложнениями при проведении ЭКО являются:

- 1) синдром гиперстимуляции яичников;
- 2) аллергические реакции, связанные с введением препаратов для индукции суперовуляции и поддержки лютеиновой фазы стимулированного менструального цикла;
- 3) аллергические реакции, связанные с введением препаратов для анестезиологического пособия;
- 4) наружное и внутреннее кровотечение;
- 5) острое воспаление или обострение хронического воспаления органов женской половой сферы;

- б) внематочная беременность;
- 7) многоплодная маточная и гетеротопическая беременность.

27. С целью профилактики акушерских и перинатальных осложнений, связанных с многоплодием, может быть проведена операция по уменьшению числа развивающихся эмбрионов/плодов - редукция эмбрионов/плодов.

28. Редукция эмбрионов/плодов может быть выполнена только при наличии письменного информированного согласия беременной. Число эмбрионов, подлежащих редукции, определяется женщиной по рекомендации врача.

29. Показанием для редукции эмбрионов/плодов является многоплодие (3 и более плодов); противопоказанием - угроза прерывания беременности и острые воспалительные заболевания любой локализации (на момент проведения процедуры).

30. Объем обследования необходимое при проведении редукции эмбрионов/плодов: клинический анализ крови и мочи, включая время свертываемости, анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С, анализ на флору из уретры и цервикального канала и степень чистоты влагалища, ультразвуковое исследование органов малого таза.

31. Выбор оставляемых и подлежащих редукции эмбрионов/плодов должен проводиться с учетом данных ультразвукового исследования, характеризующих их состояние в сроке до 10 недель беременности.

32. Доступ к эмбрионам (трансвагинальный, трансцервикальный, трансабдоминальный) и метод прекращения развития плода выбирается в каждом конкретном случае лечащим врачом.

32-1. Организации здравоохранения, оказывающие консультативно-диагностическую помощь женскому населению, предоставляют направление в местный орган государственного управления здравоохранением (далее - Управление) лицам, состоящим на диспансерном учете по бесплодию и рекомендованных на проведение ЭКО в рамках ГОБМП в соответствии с пунктом 4-1 настоящих Правил.

**Сноска. Правила дополнены пунктом 32-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 30.03.2011 № 162 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

32-2. Управление принимает комиссионное решение о направлении лиц, страдающих бесплодием, на проведение ЭКО в рамках выделенных объемов ГОБМП в организации здравоохранения, имеющие государственный заказ на оказание медицинских услуг по проведению ЭКО в рамках ГОБМП, с учетом права свободного выбора пациентом медицинской организации.



Сноска. Правила дополнены пунктом 32-2 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 30.03.2011 № 162 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

32-3. Обследование на проведение ЭКО проводится в рамках ГОБМП, при этом, услуги не входящие в ГОБМП, проводятся на платной основе.

Сноска. Правила дополнены пунктом 32-3 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 30.03.2011 № 162 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

### **3. Инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита**

33. Инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита (далее - ИКСИ) выполняется с помощью инвертированного микроскопа, оснащенного микроманипуляторами, с использованием специальных микроинструментов.

34. Показаниями к ИКСИ являются:

- 1) азооспермия - отсутствие сперматозоидов в эякуляте;
- 2) олигозооспермия - концентрация сперматозоидов менее 20 млн./мл;
- 3) астенозооспермия - доля сперматозоидов групп А и В менее 50 % в эякуляте;
- 4) тератозооспермия - менее 4 % нормальных форм по данным морфологического анализа по Крюгеру;
- 5) сочетанная патология спермы;
- 6) клинически значимо наличие антиспермальных антител в эякуляте (MAR-тест более 50 %);
- 7) оплодотворение менее 50 % ооцитов *in vitro* в предыдущей попытке ЭКО или его отсутствие в данном цикле.

35. Перед проведением микроинъекции удаляются клетки лучистого венца ооцита. Микроманипуляцию производят только на зрелых ооцитах при наличии первого полярного тельца. Методика обработки эякулята или аспирата, полученного из яичка или его придатка, выбирается эмбриологом индивидуально в зависимости от количества и качества сперматозоидов.

36. Основные этапы проведения ИКСИ:

- 1) обездвиживание сперматозоида путем нарушения целостности мембраны хвоста;
- 2) нарушение целостности наружной цитоплазматической мембраны ооцита;
- 3) введение сперматозоида в цитоплазму ооцита с помощью микроиглы.

37. Выбор оптимального способа получения сперматозоидов осуществляется врачом-андрологом после дополнительного обследования.

38. Сперматозоиды для инъекции в яйцеклетку при азооспермии могут быть получены при помощи открытой биопсии яичка с последующей экстракцией сперматозоидов (ТЕЗЕ) или аспирации содержимого придатка яичка (МЕЗА), а также при помощи чрескожных аспирационных оперативных вмешательств на придатке яичка (ПЕЗА) или яичке (ТЕЗА).

39. Операцию выполняют в день пункции фолликулов и забора ооцитов у женщины. Сперматозоиды, полученные из придатка яичка, сохраняют способность к оплодотворению в течение 12-24 часов, а тестикулярные сперматозоиды в течение 48-72 часов, что способствует проведению операции после пункции и забора ооцитов до трех суток. Также возможно использование криоконсервированной ткани и аспирата яичка и/или эпидидимиса по письменному заявлению пациентов - в этом случае процедуру забора сперматозоидов проводят заранее, независимо от пункции фолликулов яичника жены.

40. Показаниями к хирургическому получению сперматозоидов являются: обструктивная азооспермия и первичная тестикулярная недостаточность.

41. Противопоказанием для хирургического получения сперматозоидов являются острые инфекционные заболевания любой локализации.

42. Объем обследований перед проведением хирургического вмешательства для получения сперматозоидов включает определение группы крови и резус-фактора, клинический анализ крови, включая время свертываемости, анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, заключение терапевта.

**Сноска. Пункт 42 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 30.03.2011 № 162 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

43. Осложнениями при хирургическом получении сперматозоидов могут быть гематомы мошонки или интратестикулярные гематомы, инфицирование операционной раны, аллергические реакции.

44. Перед переносом эмбрионов в полость матки по показаниям может производиться рассечение блестящей оболочки (вспомогательный хетчинг). Данная манипуляция выполняется с целью повышения частоты имплантации за счет облегчения вылупления бластоцисты.

#### **4. Преимплантационная генетическая диагностика**

Сноска. Глава 4 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 30.03.2011 № 162 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

45. При преимплантационной генетической диагностике (далее - ПГД) осуществляется определение моногенных и хромосомных дефектов у ооцитов и эмбрионов, а также определение числа половых хромосом с целью исключения заболеваний, сцепленных с полом. ПГД применяется для супружеских пар, имеющих высокий риск рождения детей с генетической патологией. Исследования могут быть проведены на полярных тельцах ооцитов и/или ядрах бластомеров эмбриона и/или клетках трофобласта бластоцисты.

46. ПГД показана следующим категориям пациентов:

1) пациентам с привычным невынашиванием беременности, с двумя и более замершими беременностями;

2) пациентам старшей возрастной группы (женщины старше 35 лет, мужчины старше 40 лет);

3) пациентам после двух и более неудачных попыток IVF/ICSI (экстракорпоральное оплодотворение "в пробирке"/инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита);

4) пациентам с тяжелыми формами мужского бесплодия;

5) пациентам с высоким риском наследования заболеваний, связанных с полом;

6) пациентам с моногенными заболеваниями или носителями этих заболеваний (муковисцероз, гемофилия, болезнь Гентингтона, мышечная дистрофия Дюшена), при условии наличия их молекулярно-генетической диагностики;

7) пациентам с наследственными формами рака;

8) пациентам, нуждающимся в определении гистосовместимости (HLA) типирования эмбрионов для подбора донора больному ребенку – брату/сестре;

9) пациентам с мозаичными вариантами хромосомных синдромов, носителям всех видов сбалансированных структурных перестроек, маркерных хромосом и других aberrаций;

10) по желанию пациентов.

ПГД не является альтернативой инвазивной пренатальной диагностике и требует в дальнейшем ее проведения для уточнения генетического диагноза внутриутробного плода.

47. Диагностика проводится с использованием методов FISH, CGH (сравнительная геномная гибридизация) или ПЦР (полимеразная цепная реакция).

## **5. Суррогатное материнство**

48. Показания к суррогатному материнству:

- 1) отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
- 2) деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний;
- 3) синехии полости матки, не поддающиеся терапии;
- 4) соматические заболевания, при которых вынашивание беременности противопоказано;
- 5) неудачные повторные попытки ЭКО при неоднократном получении эмбрионов высокого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности.

49. Объем обследования суррогатных матерей:

- 1) определение группы крови и резус-фактора;
- 2) анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С;
- 3) обследование на инфекции: хламидиоз, генитальный герпес, уреаплазмоз, микоплазмоз, цитомегалию, краснуху, токсоплазмоз;
- 4) общий анализ мочи;
- 5) клинический анализ крови, включая время свертываемости;
- 6) биохимический анализ крови: печеночные пробы, сахар, мочевины;
- 7) флюорография (действительна 1 год);
- 8) мазки на флору из уретры и цервикального канала и степень чистоты влагалища;
- 9) цитологическое исследование мазков с шейки матки;
- 10) осмотр терапевта с предоставлением заключения о состоянии здоровья и отсутствии противопоказаний к вынашиванию беременности;
- 11) осмотр психиатра с предоставлением заключения;
- 12) справка с наркологического диспансера;
- 13) общее и специальное гинекологическое обследование;
- 14) осмотр маммолога.

**Сноска. Пункт 49 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 30.03.2011 № 162 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

50. Противопоказания для проведения ЭКО и переноса эмбриона и гамет в программе "Суррогатное материнство" и объем обследования супружеской пары такие же, как и при проведении ЭКО.

51. Программа "Суррогатное материнство" проводится по следующему алгоритму:

- 1) выбор суррогатной матери;

2) синхронизация менструальных циклов (или в процедуре переноса криоконсервированных эмбрионов);

3) процедура ЭКО с переносом эмбрионов и гамет в полость матки суррогатной матери.

## **6. Перенос гамет и эмбрионов в маточную трубу**

52. Перенос гамет и эмбрионов в маточную трубу (перенос гамет в фаллопиеву трубу (далее - ГИФТ), перенос зигот в фаллопиеву трубу (далее - ЗИФТ), перенос эмбрионов в фаллопиеву трубу (далее - ЭИФТ)) используется при отсутствии условий для проведения ЭКО. Обязательным условием для применения этих методов является наличие хотя бы одной функционально полноценной маточной трубы.

53. Перенос гамет, зигот или эмбрионов в фаллопиеву трубу (ГИФТ, ЗИФТ или ЭИФТ) может быть выполнен трансабдоминально при лапароскопии или трансцервикально под ультразвуковым контролем.

54. Показаниями для ГИФТ, ЗИФТ и ЭИФТ являются:

- 1) олигоастенозооспермия;
- 2) бесплодие неясной этиологии;
- 3) цервикальный фактор;
- 4) наружный генитальный эндометриоз;
- 5) неэффективные искусственные инсеминации и др.

55. Противопоказания для ГИФТ, ЗИФТ и ЭИФТ такие же, как и при проведении процедуры ЭКО.

56. Объем обследования супружеской пары такой же, как и при проведении процедуры ЭКО с обязательной оценкой состояния маточных труб.

## **7. Искусственная инсеминация спермой мужа/донора**

57. Искусственная инсеминация (далее - ИИ) может быть проведена путем введения спермы в цервикальный канал или в полость матки.

58. Процедура может выполняться как в естественном менструальном цикле, так и с применением индукторов суперовуляции.

59. При ИИ донорской спермой допустимо применение только криоконсервированной спермы.

60. Допускается использование нативной спермы при ИИ спермой мужа.

61. Показаниями для проведения ИИ спермой донора является:

- 1) со стороны мужчины - бесплодие, эякуляторно-сексуальные расстройства и неблагоприятный медико-генетический прогноз;
- 2) со стороны женщины - отсутствие полового партнера.

62. Показаниями для проведения ИИ спермой мужчины являются:

1) со стороны мужчины - субфертильная сперма и эякуляторно-сексуальные расстройства;

2) со стороны женщины - цервикальный фактор бесплодия, неуточненное женское бесплодие, отсутствие овуляции, другие формы и вагинизм.

63. Противопоказаниями для проведения ИИ со стороны женщины являются:

1) соматические и психические заболевания, при которых противопоказана беременность;

2) пороки развития и патология матки, при которых невозможно вынашивание беременности;

3) опухоли и опухолевидные образования яичника;

4) злокачественные новообразования любой локализации;

5) острые воспалительные заболевания любой локализации.

64. Объем обследования супружеской пары перед проведением ИИ такой же, как и перед проведением ЭКО.

65. Решение о применении спермы мужа или донора принимается пациентами по совету врача, рекомендации которого зависят от количественных и качественных характеристик эякулята.

66. ИИ может применяться как в естественном цикле, так и с использованием стимуляции суперовуляции.

67. Введение спермы осуществляется в периовуляторный период.

68. Для ИИ может использоваться нативная, предварительно подготовленная или криоконсервированная сперма мужа, а также криоконсервированная сперма донора.

69. Количество попыток ИИ определяется врачом.

70. Возможные осложнения при проведении ИИ:

1) аллергические реакции, связанные с введением препаратов для стимуляции овуляции;

2) шокоподобная реакция при введении спермы в полость матки;

3) синдром гиперстимуляции яичников;

4) острое воспаление или обострение хронического воспаления органов женской половой сферы;

5) возникновение многоплодной и/или эктопической беременностей.