

Медицинский Университет Астана

Кафедра акушерства и гинекологии

Репродуктивная медицина. Законодательные и
правовые акты РК в области охраны
репродуктивного здоровья и планирования семьи

Выполнила: Кисыкова Еркежан 759 АиГ.

Астана 2017

Содержание

- Введение
- Определение
- Законодательные и правовые акты РК о репродуктивном здоровье
- Виды вспомогательных репродуктивных технологий
- Ситуация бесплодия в Казахстане
- Список использованной литературы

Введение



- В настоящее время проблема бесплодия в браке в условиях падения рождаемости приобретает все большее медико-социальное значение. Почти 15-20% супружеских пар страдают бесплодием. Каждая пятая пара в Казахстане сталкивается с этой проблемой. К сожалению, не наблюдается тенденция к снижению.

Репродуктивная медицина – это направление медико-биологических знаний, которое призвано решать проблемы рождения детей, регулирования рождаемости, а также планирования семьи. Репродукция – это воспроизведение, которое является одним из сложнейших биологических феноменов, для реализации программы сохранения вида и продолжения рода.

Основной задачей репродуктивной медицины

- является не только преодоление бесплодия, но и рождение здорового ребенка. Генетическое тестирование будущих родителей, а также уникальная возможность генетического обследования эмбриона до наступления беременности позволяют врачам Центра успешно решать эту задачу. Внедрение и использование современных методов генетической диагностики (молекулярно-генетических, цитогенетических и молекулярно-цитогенетических) направлено на повышение результативности лечения бесплодия и эффективную профилактику наследственных заболеваний у потомства.

Кодекс РК от 18 сентября 2009г №193 «О здоровье народа и системе здравоохранения»

В главе 17. Кодекса РК «Охрана репродуктивных прав человека» в Статье 96. сказано, что граждане имеют право на

- 1) свободный репродуктивный выбор;
 - 2) получение услуг по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи;
 - 3) получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья;
 - 4) лечение бесплодия, в том числе с применением современных вспомогательных репродуктивных методов и технологий, разрешенных в Республике Казахстан;
 - 5) донорство половых клеток;
 - 6) использование и свободный выбор методов контрацепции;
 - 7) хирургическую стерилизацию;
 - 8) искусственное прерывание беременности;
 - 9) защиту своих репродуктивных прав;
 - 10) свободное принятие решения относительно количества детей и времени их рождения в браке или вне брака, интервалов между рождениями, необходимых для сохранения здоровья матери и ребенка;
 - 11) хранение половых клеток.
2. Несовершеннолетние имеют право на охрану репродуктивного здоровья, а также на получение нравственно-полового воспитания.
3. Граждане обязаны соблюдать права, свободы и законные интересы других граждан при осуществлении своих репродуктивных прав».
-

О проекте Закона Республики Казахстан "О репродуктивных правах человека и гарантиях их осуществления"

Постановление Правительства Республики Казахстан от **29** декабря **2002** года
№ 1410

- Настоящий Закон устанавливает гарантии государства по охране репродуктивного здоровья населения с целью создания условий для получения гражданами услуг по планированию семьи, свободного осуществления своих прав на репродуктивный выбор.

- **Статья 6. Охрана репродуктивного здоровья**

- Оказание услуг, связанных с охраной репродуктивного здоровья граждан и планированием семьи обеспечиваются организациями государственной системы здравоохранения, юридическими и физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Медицинская помощь по охране репродуктивного здоровья оказывается организациями здравоохранения бесплатно в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

- **Статья 8. Лечение бесплодия**

- 1. Граждане имеют право на лечение бесплодия в организациях здравоохранения безопасными и эффективными методами, в том числе с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, применение которых на территории Республики Казахстан разрешено уполномоченным центральным исполнительным органом Республики Казахстан, осуществляющим руководство в области охраны здоровья граждан, в соответствии с законодательством, с обязательным получением полной и исчерпывающей информации об их эффективности, оптимальных сроках применения, возможных осложнениях, медицинских и правовых последствиях и иных сведений, касающихся их воздействия на организм.

2. Граждане, состоящие в зарегистрированном браке, имеют право на использование вспомогательных репродуктивных технологий только по взаимному согласию.

3. Лица, давшие согласие на использование вспомогательных репродуктивных технологий, при благоприятном исходе лечения берут на себя равные права и обязанности родителей в отношении будущего ребенка по его воспитанию и содержанию в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Бесплодие

- Бесплодие (по определению ВОЗ) - это неспособность супружеской пары к зачатию в результате половых сношений без предохранения, продолжавшихся в течение 1 года.



**Приказ МЗ РК от 30 марта 2011г
№162 О внесении изменений и
дополнений в приказ и.о.**

**Министра здравоохранения
Республики Казахстан от 30
октября 2009 года № 627 "Об
утверждении Правил проведения
вспомогательных
репродуктивных методов и
технологий**

Виды вспомогательных репродуктивных технологий

- Классическое экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и перенос эмбриона (ПЭ)
- Искусственная инсеминация спермой мужа (ИИСМ) или спермой донора (ИИСД).
- ИКСИ - инъекция сперматозоида в цитоплазму клетки
- Донорство яйцеклетки и эмбриона



Виды вспомогательных репродуктивных технологий

- Суррогатное материнство (вынашивание эмбриона женщиной для последующей передачи ребенка генетическим родителям)
- Криоконсервация ооцитов и эмбрионов
- Предимплантационная диагностика наследственных болезней
- Хэтчинг (рассечение блестящей оболочки эмбриона перед имплантацией в матку)
- Редукция эмбрионов при многоплодной беременности



Искусственная инсеминация спермой мужа (ИИСМ) или спермой донора (ИИСД)

- **Сущность метода:** непосредственно в полость матки женщины вводят предварительно обработанную сперму мужчины (переосаждение методом центрифугирования и флотации или переосаждение в градиенте плотности. В обработке используются специальный набор сред с разной плотностью, которые обладают бактерицидным эффектом и способны «отсеивать» неподвижные, патологические сперматозоиды). Это может быть муж или выбранный донор.



Искусственная инсеминация спермой мужа (ИИСМ) или спермой донора (ИИСД)

Существует несколько методик:

- введение спермы во влагалище
- в канал шейки матки
- непосредственно в полость матки.

Искусственная инсеминация спермой мужа (ИИСМ) или спермой донора (ИИСД)

- Внутриматочная инсеминация, хоть и относится к ВРТ, однако является методом, наиболее приближенным к естественному зачатию. Для введения спермы непосредственно в полость матки используется специальный катетер, выполненный из нетоксичных, мягких материалов. Далее все происходит естественным физиологическим путем - активно подвижные сперматозоиды достигают маточных труб и движутся по ним к дальнему концу трубы, где происходит слияние сперматозоида с яйцеклеткой, то есть оплодотворение.

- По данным различных источников, эффективность внутриматочной инсеминации колеблется от 3 до 35 процентов, составляя в среднем 17 - 18%. Для повышения шансов наступления беременности перед искусственной инсеминацией необходимо соблюдение нескольких условий:

- Необходимо **оценить проходимость маточных труб**. Подтверждение проходимости маточных труб (как минимум - одной) является необходимым условием. Проведение инсеминации при отсутствии информации о проходимости труб не только резко снижает эффективность проводимого лечения, но и повышает риск наступления внематочной беременности.
- Нужно **проверить параметры спермограммы**. Если концентрация сперматозоидов ниже 10 млн. на 1 мл или их подвижность составляет менее 25 процентов, а сами клетки имеют плохую морфологию, то от внутриматочной инсеминации лучше отказаться, и сразу планировать программу ЭКО.
- Имеет **значение возраст пациентки**. Понятно, что программа инсеминации наиболее эффективна у молодых здоровых женщин. Вероятность наступления беременности у женщин старшего репродуктивного возраста снижается даже при условии хорошей проходимости маточных труб, что обусловлено постепенным снижением качества яйцеклеток. Поэтому у подобных пациенток при отсутствии успеха в 1 - 3 попытках лучше использовать более эффективный метод - ЭКО.

Показания для ИИСМ:

- Мужской фактор бесплодия - олигозооспермия
- Эректильная дисфункция
- Пороки развития половых органов мужчины, при которых либо невозможна половая жизнь, либо эякуляция происходит не во влагалище (напр. гипоспадия)
- При вагинизме у женщины
- При цервикальном факторе бесплодия, то есть неспособности сперматозоидов проникать через слизь канала шейки матки.

- Инсеминация может проводиться либо в естественном цикле, либо на фоне стимуляции овуляции. Это зависит от возраста женщины. Молодым пациенткам, с проходимыми маточными трубами и отсутствием какой-либо гинекологической патологии можно проводить внутриматочную инсеминацию в естественном цикле. То есть когда созревает лишь одна яйцеклетка. Преимуществом этих программ является отсутствие гормональной стимуляции и возможных побочных эффектов, связанных с этим. Однако большим числом исследований доказана более высокая эффективность инсеминации, проводимой на фоне овариальной стимуляции. «Золотым стандартом» овариальной стимуляции признана стимуляция, при которой отмечается монофолликулярный ответ, то есть созревает 1 фолликул.



- В целом использование стимулирующих препаратов повышает шанс наступления беременности, так как часто в яичниках созревает не одна, а несколько яйцеклеток, правда может приводить к таким осложнениям, как развитие синдрома гиперстимуляции яичников или многоплодной беременности. Поэтому, соответственно рекомендациям совета экспертов ВОЗ, при созревании более 3 фолликулов в ответ на стимуляцию, желателен переход на программу ЭКО с последующим переносом 1 - 2 эмбрионов в полость матки. Всего проводят до 6 попыток.



- Об утверждении Правил проведения донорства и хранения половых клеток

Приказ и.о. Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 30 октября 2009
года № 624.

Донация ооцитов

- У некоторых женщин в яичниках, вследствие патологических состояний не происходит рост фолликулов и созревание яйцеклеток. В таких случаях яйцеклетки получают у другой здоровой женщины-донора, оплодотворяют эти донорские яйцеклетки спермой мужа бесплодной пациентки или спермой донора и полученные эмбрионы переносят в матку бесплодной женщине. Этот процесс называется донация ооцитов.

Показания к донации ооцита

- Дисгенезия гонад
- Синдром истощения яичников
- Синдром резистентных яичников
- Постовариоэктомический синдром
- Неудачные попытки ЭКО
- Естественная менопауза
- Возможная передача потомству генетической патологии.

- Медицинскими противопоказаниями для проведения донации ооцитов могут быть соматические, психические а также онкологические заболевания женщины. Кроме того, в ряде стран (Германия, Израиль и т.д.) по этическим и религиозным соображениям донорство ооцитов вообще запрещено.



Суррогатное материнство

- В гинекологии существует множество заболеваний, которые обуславливают ситуацию, когда женщина не имеет возможности не только забеременеть, но и выносить и родить ребенка (синдром Рокитанского-Кюстнера аплазия внутренних половых органов, удаленная матка и т.д.).
- При этой процедуре пациенты выбирают «суррогатную» мать, к которой предъявляются требования, регламентированные приказами МЗ РК и семейным кодексом РК. Программа не может быть проведена только по желанию пациентов, в тех случаях, когда женщина сама не хочет вынашивать беременность. Для программы должны быть определены медицинские показания.



- «Суррогатной» матерью может быть физически и психически здоровая женщина 20-35 лет, имеющая собственного здорового ребенка, у которой нет противопоказаний к вынашиванию беременности. В центрах ЭКО проводят клинический этап программы, т.е. обследование «суррогатной» матери, подготовка ее к программе ЭКО. Все юридические аспекты программы «суррогатного» материнства решаются пациентами - генетическими родителями совместно с юристами. Для того, чтобы «суррогатной» матери перенести эмбрионы генетических родителей, проводится синхронизация менструальных циклов «суррогатной» матери и генетической матери, генетической матери, как правило, проводится стимуляция суперовуляции для получения яйцеклеток и их дальнейшего оплодотворения, иногда их получают в естественных циклах, все эти вопросы решаются в каждой клинической ситуации, «суррогатной» матери назначаются препараты с целью создания условий в эндометрии для наступления беременности. Частота наступления беременности достаточно высокая, превышает 40%. Течение беременности и развитие ребенка определяется, прежде всего, генетическими детерминантами родителей, однако в том числе от «суррогатной» матери зависит, как будет протекать беременность.

Криоконсервация эмбрионов

- При выполнении программы ЭКО в большинстве случаев получают большое число эмбрионов, не все из которых подвергаются переносу в полость матки. Оставшиеся "неперенесенными" эмбрионы не уничтожаются, на случай если в текущей попытке ЭКО не наступает беременность, или через некоторое время после родов эта семейная пара захочет еще одного ребенка. Также возможен отказ от переноса эмбрионов в цикле ЭКО из-за угрозы развития синдрома гиперстимуляции яичников средней или тяжелой степени или из-за очень низкого качества эндометрия.

- При этом эмбрионы хорошего качества подвергают криоконсервации в жидком азоте, имеющем температуру - 196 ° С. Для этого эмбрионы помещают в специальную среду для заморозки, которая не позволяет образовываться кристалликам льда внутри клеток, которые могли бы разорвать клетку, а переводят цитоплазму клеток в благоприятное для замораживания и хранения в холоде гелеподобное состояние. Плавность снижения температуры обеспечивается специальной компьютерной программой, а сама "заморозка" занимает 1,5 - 2 часа.



- Дозревание ооцитов в условиях пробирки (in vitro maturation)

Условия:

- доминантный фолликул более 10мм, М-эхо более 6мм, за 36 часов до забора фолликула введение ХГЧ.
- получив незрелый ооцит, его культивируют в специальной среде в течении 24-48 часов.

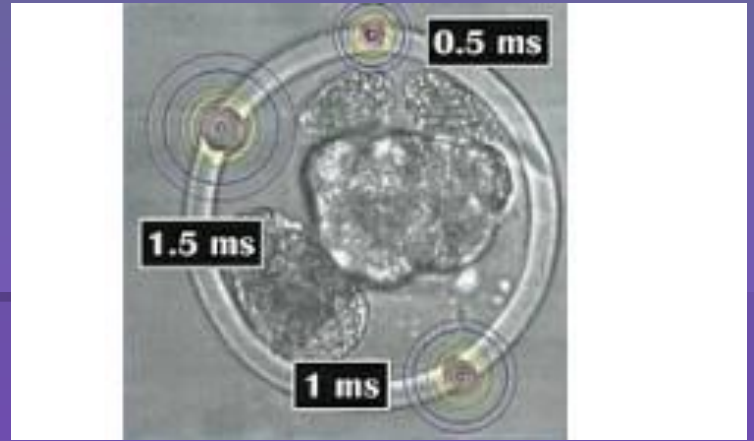
Предимплантационная диагностика наследственных болезней

- Предимплантационная генетическая диагностика (ПГД) была специально разработана для выявления эмбрионов с различными генными и хромосомными аномалиями и выполняется в рамках лечения бесплодия методом ЭКО/ИКСИ у супружеских пар, у которых высок риск рождения ребенка с хромосомной патологией.
- По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) шансы женщины родить ребенка с одной из возможных хромосомных аномалий оцениваются:
 - в возрасте 30 лет как 1/385
 - в возрасте 40 лет как 1/63
 - в возрасте 45 лет как 1/19

- Анеуплоидии (патологии, связанные с аномалиями числа хромосом) встречаются у 0.3% всех новорожденных, в 25% всех спонтанных аборт, в 50-60% спонтанных абортов первого триместра беременности.
- Обычно ПГД выполняется на трехдневных эмбрионах, которые в это время состоят из 5-10 бластомеров. С помощью специальных микроманипуляторов при 400-х кратном увеличении очень аккуратно проводится биопсия (взятие одного или двух бластомеров). Далее бластомеры исследуют с помощью FISH (флуоресцентная гибридизация) для выявления хромосомных патологий и с помощью ПЦР (полимеразная цепная реакция) для моногенных наследственных заболеваний. Эмбрионы же после биопсии культивируют в специальных средах до стадии морулы или бластоцисты. После выполнения FISH или ПЦР анализа отбирают здоровые эмбрионы для переноса их в полость матки.

Хэтчинг

- Хетчинг - рассечение блестящей оболочки эмбриона перед имплантацией в матку. Проводится он в дни оптимального состояния эндометрия для прикрепления эмбриона - окно имплантации. Синхронизация этих двух процессов может повысить вероятность наступления беременности.
- Существует несколько техник проведения этой процедуры.



Механический хэтчинг.

- Предложен в 1990 г. J.Cohen и представляет собой следующее: эмбрион удерживается микропипеткой, специальной микроиглой под углом, чтобы не задеть клетки эмбриона, прокалывается оболочка, потом той же иглой делают второй прокол оболочки под углом к первому. Эти проколы снижают плотность оболочки, облегчая проклевание.

Химический хэтчинг.

- Описан и предложен также J.Cohen в 1990 г. В этом случае также удерживают эмбрион на специальной микропипетке, а вместо механической иглы используют специально разработанный кислый раствор Тироде. На оболочке эмбриона выбирают наиболее подходящее место, наносят микрокаплю этого разъедающего раствора. Когда оболочка в этом месте начинают растворяться, раствор отсасывают, чтобы остановить это локальное истончение оболочки. После этого эмбрионы отмывают несколько раз, чтобы смыть все остатки этого раствора.

Лазерный хэтчинг.

- Впервые описан в 1991 г исследователями Y. Tadir и D. Palankar. Лазер может быть идеальным инструментом для подобных микроманипуляций, учитывая, что пучок лазера не рассеивается. Применяют два варианта: пробивают лучом лазера оболочку насквозь под углом, не касаясь самого эмбриона или специальный контактный метод, при котором используют лазер с очень коротким лучом, который пробивает оболочку и заканчивается непосредственно у эмбриона. В основном сейчас применяют неконтактный метод с инфракрасным лучом с длиной волны 1480 нм для того, чтобы избежать возможного влияния лазера на сам эмбрион. Еще одна особенность заключается в том, что если раньше старались пробить лучом сквозной тоннель в оболочке, то теперь локально истончают оболочку, как бы «сглаживая» лучом ее поверхность.

Пьезо-методика.

- Один из последних вариантов этой микроманипуляции. К эмбриону, который также фиксирован специальной удерживающей микропипеткой, подводится пьезо-электрический микроманипулятор. Такой микроманипулятор оставляет конические углубления в оболочке эмбриона, 5-8 подобных впадин на ограниченном участке истончают эту зону.

- Несмотря на то, что хэтчинг давно стал рутинной микроманипуляцией, применять его всем пациентам нецелесообразно. Показания:
- предыдущие неудачные попытки ЭКО
- возрастные пациентки
- утолщенные оболочки эмбрионов
- возможно применение при переносе замороженных эмбрионов.

Классическое экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и перенос эмбриона (ПЭ)

- ЭКО - инкубация яйцеклетки и сперматозоида в среде с целью достижения оплодотворения и перенос эмбриона в течение 48-72 часов (фаза медленного деления) в полость матки. Этот метод используется с 1978 года, и, по словам некоторых, представляет собой вершину развития вспомогательных репродуктивных технологий. **Основной целью** данного метода является получение здорового потомства у бесплодной супружеской пары. В среднем, вероятность наступления беременности на одну попытку ЭКО составляет 30-35%.

- Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 627.

Показания к ЭКО:

- Отсутствие маточных труб
- Непроходимость маточных труб (или гипоплазия труб)
- Снижение сократимости
- Эндометриоз (при отсутствии эффекта от лечения в течение 2 лет)
- СПКЯ
- Мужской фактор бесплодия (олиго - астено- или тератозооспермии)
- Бесплодие неясного генеза
- Безуспешность других методов лечения бесплодия

Противопоказания к ЭКО:

- Врожденные пороки развития или приобретенные деформации полости матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов;
- Доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения;
- Опухоли яичников;
- Острые воспалительные заболевания любой локализации;
- Психические и соматические заболевания, которые противопоказаны для вынашивания беременности и родов;
- Злокачественные и предраковые заболевания любой локализации (в том числе в анамнезе)

Противопоказания к стимуляции овуляции

- Яичниковая недостаточность
- Гипо-гипертиреоз
- Гиперпролактинемия
- Врожденная дисплазия коры надпочечников
- Хромосомная патология

Этапы ЭКО

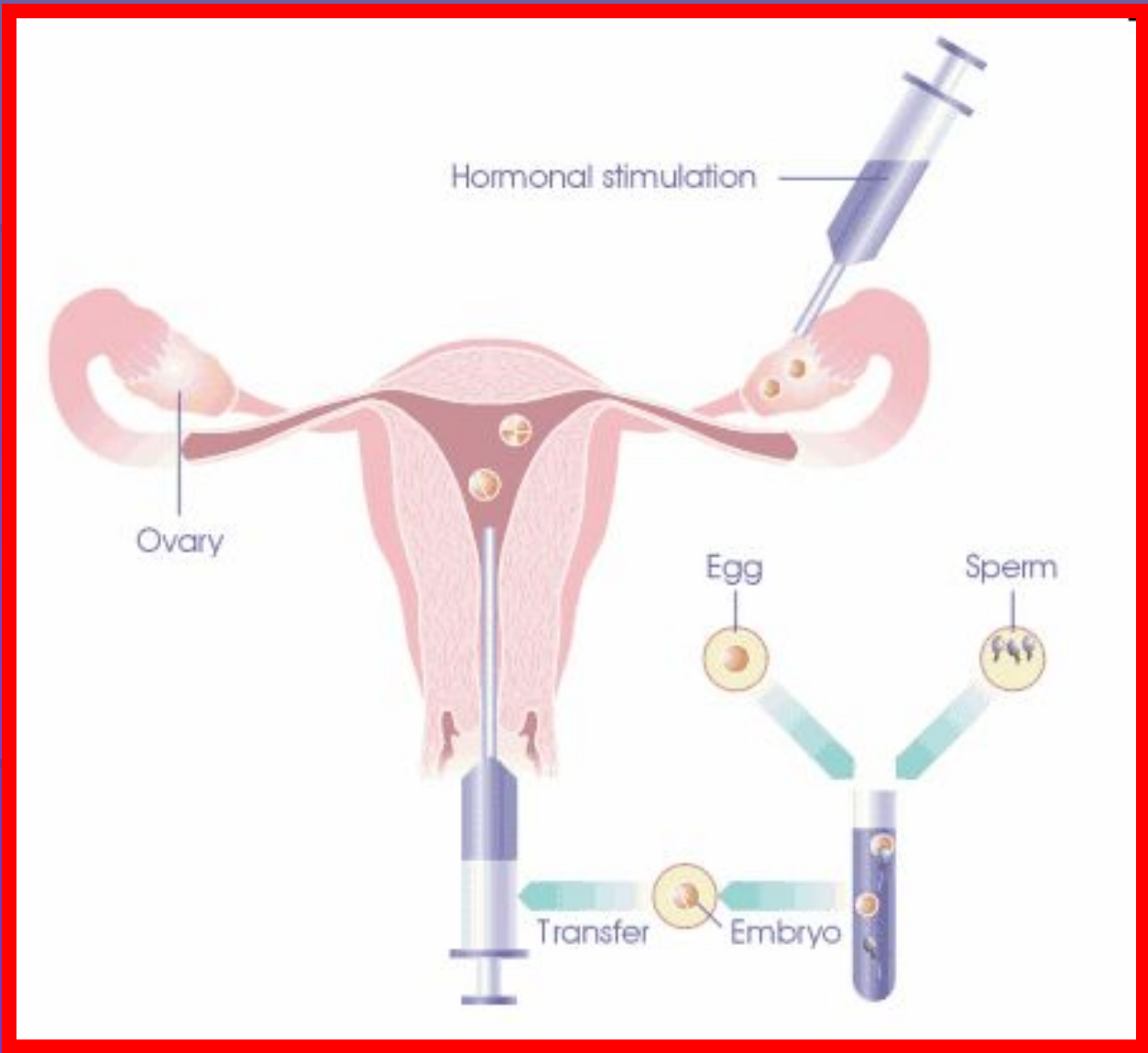
- Отбор и обследование пациенток, при обнаружении отклонений - предварительная подготовка пациента
- Стимуляция суперовуляции
- Получение преовуляторных ооцитов (необходимо получить 4-5 штук)
- Оплодотворение и культивирование эмбрионов *in vitro* (в специальных средах их содержат до стадии 6-8 бластомер)
- Перенос эмбрионов в полость матки (переносят 3-4 эмбриона - «феномен поддержки»)
- Поддержка лютеиновой фазы препаратами гестагена до 16-17 недели после биохимического подтверждения (подъем в-ХГЧ на 16 день после переноса эмбрионов)

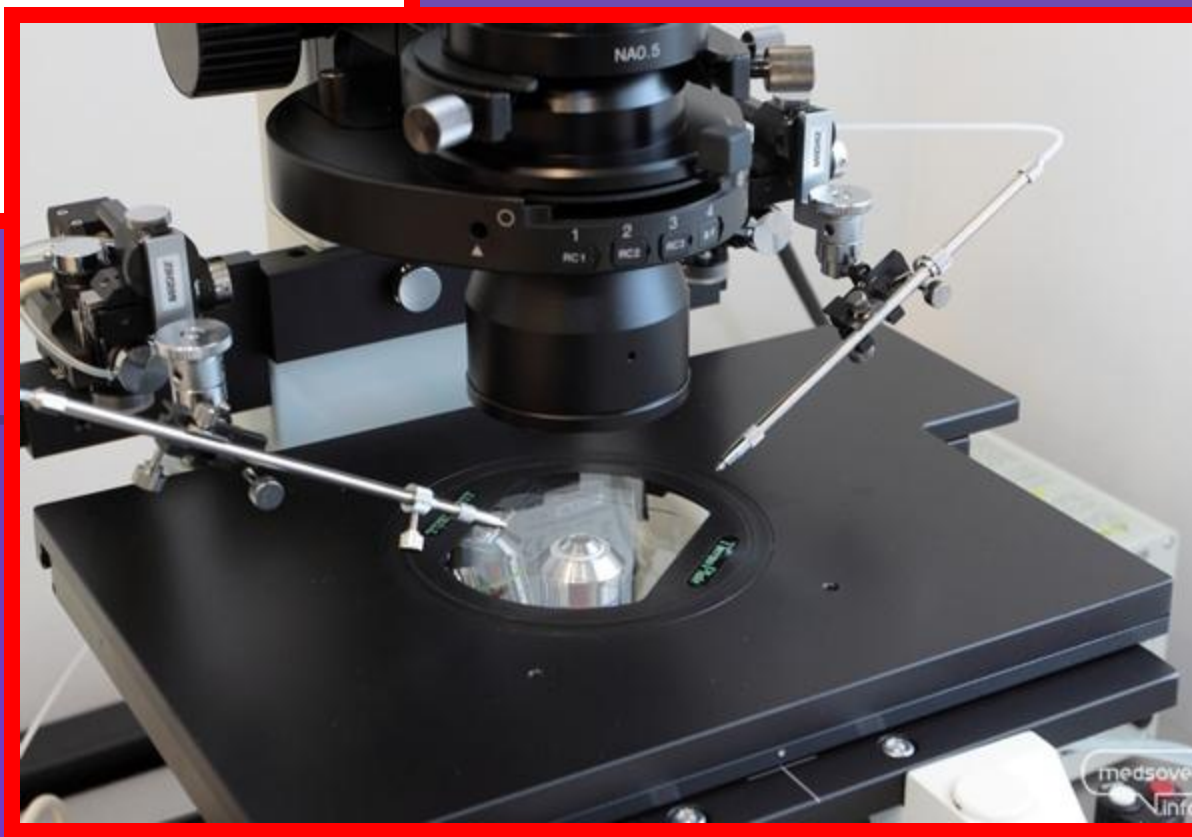
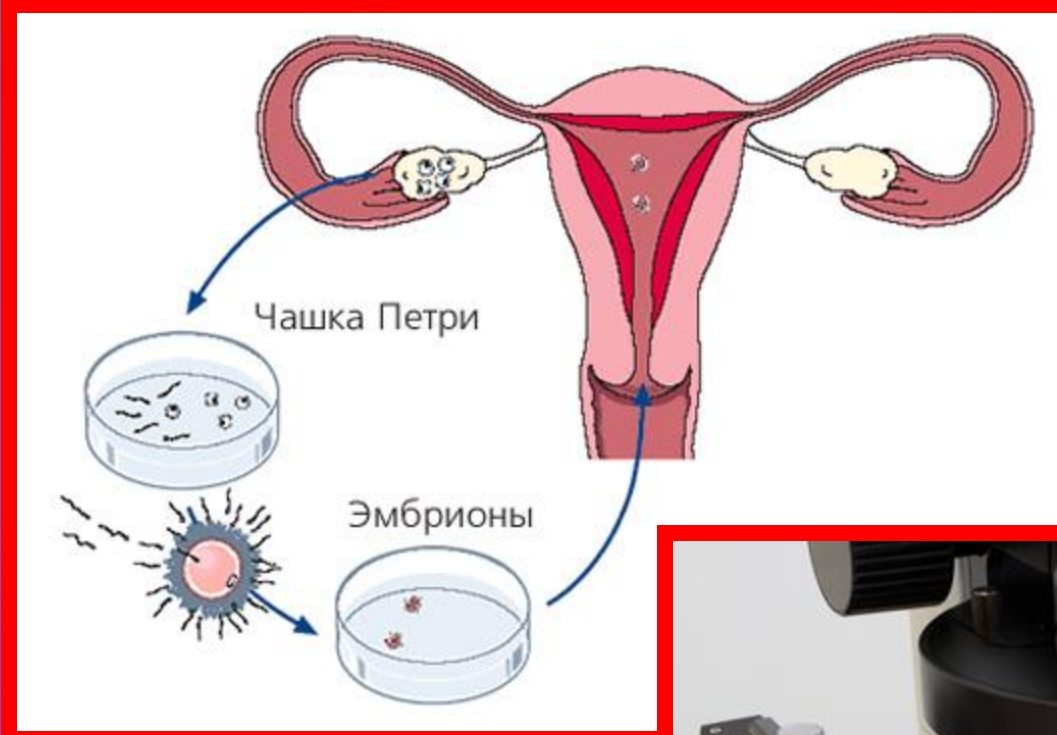
Обследование перед ЭКО

- включает обследование женщины (гр. крови, резус-фактор, общий анализ крови, RW, ВИЧ, антитела к гепатитам В и С, общее и специальное гинекологическое обследование, УЗИ органов малого таза, исследование на микрофлору из уретры и цервикального канала и степень чистоты влагалища, консультация терапевта о соматическом здоровье и возможности вынашивания беременности), а также медико-генетическая консультация в возрасте более 35 лет, наличии детей с хромосомными болезнями, привычном невынашивании, наличии у кого-либо в паре структурных хромосомных аббераций, необходимости определения пола эмбриона при болезнях, сцепленных с полом. При выявлении показаний проводится бактериологическое исследование материала из уретры и цервикального канала; биопсия эндометрия, мазок на онкоцитологию, инфекционное обследование (хламидии, уреоплазма, микоплазма, ВПГ, ЦМВ, токсоплазма, вирус краснухи), определение уровня ФСГ, ЛГ, пролактина; исследование функции ЩЖ (ТТГ, Т4, антитела к ТПО), надпочечников (ДГА, кортизол, тестостерон), при синдроме потери плода обследование на АФС; обследование на наличие антиспермальных и антифофолипидных антител; исследование состояния матки и труб (ГСГ или гистеросальпингоскопия и лапароскопия).

- Также обязательно обследование **мужа** (группа крови, резус-фактор, RW , ВИЧ, антитела к гепатитам; спермограмма, по показаниям - обследование на хламидии, уреоплазму, микоплазму, ВПГ, ЦМВ, токсоплазму, FISH-диагностика сперматозоидов (метод флуоресцентной гибридизации сперматозоидов), консультация андролога.

- Стимуляция овуляции имеет целью получение множественных фолликулов за счет увеличения концентрации ФСГ, при подавлении эндогенных гонадотропинов и стимуляции суперовуляции экзогенными гонатропинами под ультразвуковым и гормональным мониторинге.









Осложнения ВРТ

- Аллергические реакции на препараты для стимуляции овуляции;
- Воспалительные процессы - встречаются в 0,1 %;
- Кровотечение - может возникнуть из кист увеличенного яичника;
- Многоплодная беременность - считать ли ее осложнением - вопрос спорный. Однако, многоплодная беременность несет большой риск прерывания, развития токсикоза, гипертонии, отставания в росте плодов, кесарева сечения вместо естественных родов;
- СГЯ - следствие индивидуальной чувствительности организма женщины к препаратам, стимулирующим рост фолликулов. Если эта стимуляция чрезмерна, то яичники начинают увеличиваться в размерах (порой в 4-5 раз), жидкость задерживается в организме, в животе болевые ощущения, порой резкая и сильная боль. При средней, тяжелой степенях тяжести синдрома женщина госпитализируется;
- Эктопическая внематочная беременность - хотя оплодотворенную яйцеклетку вводят прямо в матку, зародышу не всегда удается имплантироваться в эндометрий, и его может вынести в маточную трубу. Именно внематочной была самая первая в мире беременность, наступившая в результате ЭКО в 1967 году.

Синдром гиперстимуляции яичников

- СГЯ - ятрогенное осложнение, в основе которого лежит гиперэргический неконтролируемый ответ яичников на введение гонадотропинов в циклах стимуляции овуляции и программах ВРТ, характеризуется увеличением размеров яичников с образованием множества кист и отеком стромы, симптомами нарушения функции желудочно-кишечного тракта, ощущением дискомфорта в брюшной полости, перераспределением жидкости из интраваскулярного пространства с накоплением ее в серозных полостях, изменением реологических свойств крови, электролитным дисбалансом и полиорганной недостаточностью.

Ситуация в Казахстане

- Каждая **пятая** пара в Казахстане сталкивается с проблемой бесплодия!
- Почти **15-20%** супружеских пар страдают бесплодием!
- Средняя стоимость ЭКО - **180-190** тыс. тенге, это только одна попытка. Плюс расходы на препараты от **100 до 150** тыс. тенге. Научно доказано: чтобы добиться **70-80%** результата, таких попыток должно быть не менее четырех.
- Первый казахстанский ребенок "из пробирки" родился 31 июля 1996 г.

Квота на ЭКО в Казахстане

Где проводится ЭКО по квоте в Казахстане:

- В двух центрах республики: **49** программ проведут в Национальном научном центре материнства и детства в Астане и **51** программу - в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии Алматы. Все области Казахстана получают равное количество квот. Таким образом, по расчетам , программа будет доступна **шести-семи** семейным парам в каждом регионе.

Как это работает?

- У нас есть приказ Министерства здравоохранения, в котором определены критерии отбора пациентов, желающих получить квоту на проведение процедуры ЭКО. работать только с супружескими парами, имеющими гражданство Казахстана. Квота действительна только в течение одного года и дает пациенту право на единственную попытку ЭКО. Чтобы получить квоту, нужно приехать на обследование в Алматы или в Астану. Если дают положительное заключение, пациент должен получить квоту в управлении здравоохранения по месту жительства и возвратиться с ней в тот центр, где планирует проходить лечение.

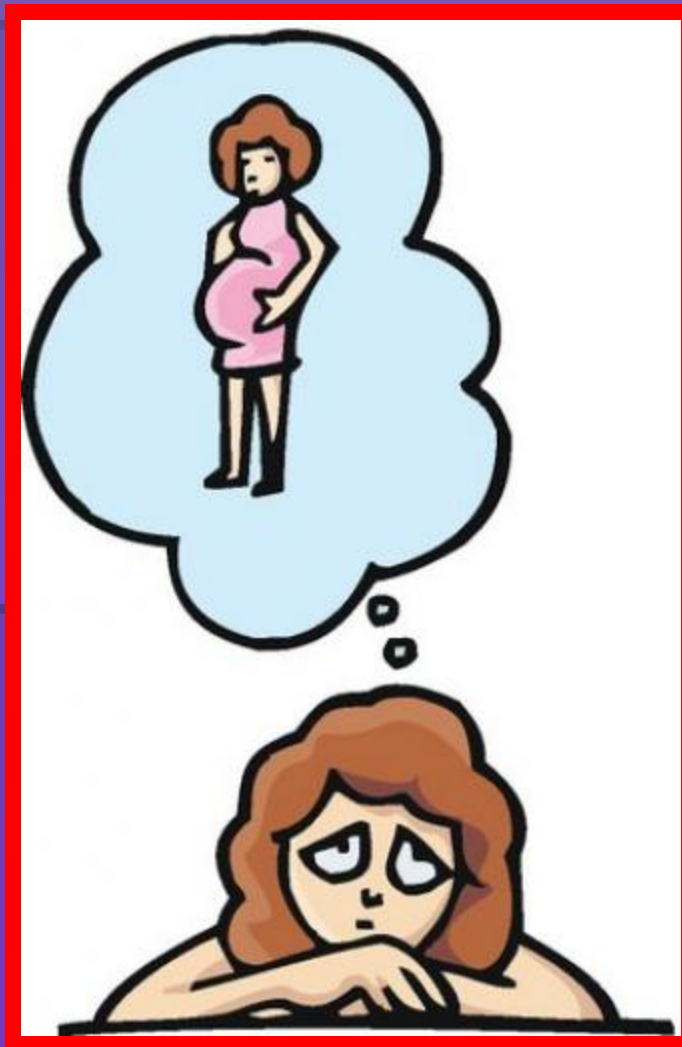
- **Результативность процедуры составляет 30-40 процентов. Если результат отрицательный, то дальнейшие попытки зачать ребенка будут осуществляться за счет пациента!**

- На данный момент количество выделенных квот - в 2010 году это было 100 квот, в 2011 - 350, в 2012 - 500. Однако, несмотря на постепенное увеличение количества бесплатных программ ЭКО, очевидно, что этого числа крайне мало и требуется значительно больше, так как проблему бесплодия в Казахстане возможно решить только в том случае, если ежегодно проводить 6,5-7 тысяч программ ЭКО.

Критерии для отбора пациентов на бесплатное ЭКО:

- Возраст пациента от 19 до 35 лет с бесплодием трубного происхождения.
- Мужское бесплодие – астеноолиготератозооспермия 2 степени не поддающиеся лечению.
- Обязательным условием отбора пациентов является наличие показателей эндокринного статуса пациентки в пределах нормы.
- Имеется объем обследований и противопоказаний для проведения ЭКО. (Обязательным условием отбора пациентов является наличие показателей эндокринного статуса пациентки в пределах нормы.)
- Форма 20/у предоставляется супружеским парам с бесплодием на одну попытку
- Не распространяется на пары, уже имеющие детей.
- Квоту могут получить только граждане Казахстана

- Обследование и подготовка на ЭКО не входит в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи!!!



Список использованной литературы

- Лечение женского и мужского бесплодия. ВРТ в лечении женского и мужского бесплодия / Под редакцией В.И. Кулакова, Б.В. Леонова, - Б., 2005.
- Кулаков В.И., Яворовская К.А., Кузьмичев Л.Н. и др. Экстракорпоральное оплодотворение: проблемы и перспективы развития / Новорожденные высокого риска, новые диагностические и лечебные технологии / Под ред. В.И. Кулакова, Ю.И. Барашнева. - М. 2006.
- Кулаков В.И., Кузьмичев Л.Н., Киракосян К.Э. и др. Современные подходы к индукции овуляции и суперовуляции у больных с синдромом поликистозных яичников // Акушерство и гинекология. - 2006 - №4.
- Кузьмичев Л.Н., Леонов Б.В., Смольникова В.Ю. и др. О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в лечении женского и мужского бесплодия / Приказ Минздрава. - 2003
- О проекте Закона Республики Казахстан "О репродуктивных правах человека и гарантиях их осуществления» Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2002 года N 1410
- Об утверждении Правил проведения донорства и хранения половых клеток
Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 624. с внесением поправок от 30.03.11г №162