



# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

## П Р И К А З

«12» января 2022

г. Владивосток

№ 18/пр/31

### **О порядке направления и отбора пациентов на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение) за счет средств территориального фонда обязательного медицинского страхования в Приморском крае**

В соответствии с Федеральным законом 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства Приморского края от 29 декабря 2021 года № 885-пп «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», клиническими рекомендациями (протоколы лечения) «Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация», утвержденными методическим письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2019 № 15-4/и/2-1908, в целях дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи женщинам

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1 порядок направления и отбора пациентов на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение) за счет

средств территориального фонда обязательного медицинского страхования в Приморском крае (Приложение № 1);

1.2 состав комиссии по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС при министерстве здравоохранения Приморского края (Приложение № 2). Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3);

1.3 протокол заседания Комиссии министерства здравоохранения Приморского края по отбору пациентов для направления на ЭКО за счет средств ОМС (Приложение № 4);

1.4 направление для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС (Приложение № 5);

1.5 сведения о медицинской организации, выполнившей процедуру ЭКО и результате программы ЭКО (Приложение № 6);

1.6 выписку из амбулаторной карты (Приложение № 7);

1.7 рекомендации по обследованию пациентов для определения показаний к применению ВРТ, подготовке к лечению с помощью ВРТ (Приложение № 8);

1.8 памятку для пациентов (Приложение № 9).

2. Руководителю ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр» (Курлеевой Т.Ю.):

2.1 обеспечить прием, учет и регистрацию пакета документов на оказание медицинской помощи в части проведения процедуры ЭКО за счет средств фонда обязательного медицинского страхования;

2.2. направлять в адрес отдела организации медицинской помощи женщинам и детям министерства здравоохранения Приморского края отчетные формы (Приложение № 10, № 11);

Срок-ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

2.3. направлять электронный лист ожидания направления граждан Российской Федерации, проживающих на территории Приморского края, для проведения процедуры (ЭКО) в рамках базовой программы обязательного

медицинского страхования (Приложение № 12) на адрес электронной почты:  
Ibragimova\_EM@primorsky.ru

Срок-ежемесячно до 5 числа месяца,  
следующего за отчетным периодом;

3. Руководителям государственных медицинских организаций организовать оказание медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий в соответствии с требованиями, установленными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», клиническими рекомендациями («Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению), утвержденные методическим письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2019г. №15-4/и/2-1913, «Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация», утвержденные методическим письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2019г. №15-4/и/2-1908).

4. Считать утратившим силу приказ министерства здравоохранения Приморского края от 21.07.2021г № 18/пр/930 «О порядке направления и отбора пациентов на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение) за счет средств территориального фонда обязательного медицинского страхования в Приморском крае».

5. Контроль за исполнением данного приказа возложить на начальника отдела организации медицинской помощи женщинам и детям министерства здравоохранения Приморского края Ибрагимову Е.М.

Первый заместитель министра

Т. Л. Курченко

## **ПОРЯДОК**

### **направления граждан Российской Федерации, проживающих на территории Приморского края, для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО)**

1. Настоящий Порядок определяет правила направления граждан Российской Федерации, проживающих на территории Приморского края, нуждающихся в проведении процедуры ЭКО, в медицинские организации, выполняющие ЭКО и участвующие в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования.

2. Основанием для направления пациента в медицинскую организацию для выполнения процедуры ЭКО за счет средств ОМС является решение Комиссии министерства здравоохранения Приморского края (далее – Комиссия МЗПК ) по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО.

3. Отбор пациентов и направление их в Комиссию МЗ ПК осуществляется медицинскими организациями, в которых проходят лечение и наблюдение пациенты, по рекомендации лечащего врача на основании выписки из медицинской документации пациента, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

4. Для направления на Комиссию МЗ ПК по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО необходимо предоставить:

4.1 Выписку из медицинской документации. В выписке должны быть указаны Ф.И.О. пациентки, возраст, адрес проживания и контактный телефон, данные анамнеза, отражающего этапы и методы лечения бесплодия, результаты обследования супругов, диагноз с кодом МКБ-10, показания для проведения ЭКО.

Выписка должна быть оформлена в двух экземплярах на бланках медицинской организации, направляющей пациентку на ЭКО, заверена подписью и личной печатью лечащего врача, подписью руководителя медицинской организации (Приложение № 7).

4.2 Направление медицинской организации на проведение ЭКО.

4.3 Копию действующего полиса ОМС, СНИЛС, копию паспорта.

4.4 Согласие на обработку персональных данных (Приложение № 3).

5. Документы предоставляются в ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр» (далее – ГБУЗ ПКПЦ ) по адресу г. Владивосток, ул. Можайская 1 Б секретарю комиссии Дербасовой Ирине Олеговне :

– во вторник с 09-00 до 11-00;

– понедельник, среда, четверг, пятница с 14-00 до 16-00.

При подаче документов пациенту присваивается индивидуальный номер.

Пациентам предоставляется выбор клиник, где будет проведена программа ВРТ по ОМС. На территории Приморского края это следующие клиники:

- ГБУЗ «ПКПЦ» отделение ВРТ;
- ООО ГК «Мать и Дитя Владивосток»;
- ООО «Пасифик Интернешнл Хоспитал»;
- ООО «Парацельс»;
- ООО «Святая Мария».

Кроме этого у пациентов есть возможность выбора любой клиники на территории Российской Федерации, участвующей в проведении программ ВРТ за счет средств ОМС.

При подаче документов на Комиссию МЗ ПК с последующим выездом за пределы Приморского края для проведения программы ВРТ, необходимо предоставить вызов из выбранной клиники.

6. Заседания Комиссии проводятся еженедельно.

Срок подготовки решения Комиссии МЗ ПК о наличии (отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в медицинские организации для проведения процедуры ЭКО не должен превышать 1 месяца со дня поступления комплекта документов на Комиссию МЗ ПК.

7. Решение Комиссии МЗ ПК оформляется протоколом (Приложение № 4), содержащим следующее заключение:

а) «ЭКО по ОМС показано, объем и сроки обследования соответствуют требованиям».

После получения данного заключения в течение 3 месяцев пациент вступает в протокол ЭКО.

Решение о переносе ЭКО на срок более 3 месяцев принимает Комиссия МЗПК на основании личного заявления пациентки с указанием уважительной причины.

б) «ЭКО с применением криоконсервированных эмбрионов показано»

в) «Направить на дополнительное обследование или лечение».

При этом указывается объем обследования и план необходимого лечения. Если данные обследования не предоставляются пациентом в течение 6 месяцев – пациент удаляется из листа ожидания.

г) «ЭКО по ОМС не показано, обоснование».

8. Решение Комиссии МЗ ПК размещается на сайте министерства здравоохранения в разделе «Акушерство и гинекология» - ЭКО.

9. Бланк направления для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС выдается комиссией МЗ ПК (Приложение № 5).

10. При включении в цикл ЭКО медицинская организация, проводящая ЭКО, направляет в министерство здравоохранения Приморского края сведения о выполнении и результате проведения ЭКО (Приложение № 6). На основании данного документа пациент исключается из листа ожидания.

11. Оплата медицинских услуг при проведении процедур ЭКО, не предусмотренных базовой программой ОМС, (использование донорских ооцитов, донорской спермы, хранение криоконсервированных половых клеток и эмбрионов) производится дополнительно за счет личных средств граждан, либо других источников финансирования.

12. По окончании программы ЭКО пациентке выдается выписка, в которой отражаются результаты проведения ЭКО.

13. За счет средств ОМС проводится базовая программа ЭКО.

**Проведение базовой программы ЭКО состоит из следующих этапов:**

а) стимуляция суперовуляции с применением лекарственных препаратов фармакотерапевтических групп гонадотропин-рилизинг гормонов, гонадотропинов, менотропинов, аналогов и антагонистов гонадотропин-рилизинг гормона, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата, при этом коррекция доз и внесение изменений в протокол стимуляции суперовуляции осуществляются индивидуально, с учетом результатов мониторинга ответа яичников и состояния эндометрия на стимуляцию суперовуляции;

б) пункция фолликулов яичника для получения ооцитов;

в) инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом ЭКО или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита;

г) культивирование эмбрионов;

д) перенос эмбрионов в полость матки (допускается перенос **не более 2 эмбрионов**, пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан перенос **1 эмбриона**);

е) криоконсервация эмбрионов;

ж) разморозка криоконсервированных эмбрионов;

з) внутриматочное введение размороженного эмбриона (допускается перенос **не более 2 эмбрионов**, пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан перенос **1 эмбриона**).

15. Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется.

16. При отсутствии беременности после проведения программы ВРТ пациент повторно включается в лист ожидания при условии соблюдения очередности. Повторную овариальную стимуляцию рекомендуется проводить не ранее, чем через 1 месяц после предыдущей.

### **Показания для проведения программы ЭКО и переноса криоконсервированных эмбрионов**

1. Абсолютное бесплодие (отсутствие матки, яичников, отсутствие или непроходимость обеих маточных труб, мужской фактор бесплодия).
2. Отсутствие беременности при лечении бесплодия в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше.
3. Состояния, при которых эффективность лечения бесплодия при применении программ ЭКО выше, чем при применении других методов лечения.
4. Наследственные заболевания, для предупреждения которых необходимо предимплантационное генетическое тестирование (ПГТ), независимо от статуса фертильности.
5. Сексуальная дисфункция, препятствующая выполнению полового акта (при неэффективности искусственной инсеминации).
6. ВИЧ-инфекция у дискордантных партнеров, независимо от статуса фертильности.

**Ограничениями для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС являются:**

1. Снижение овариального резерва (уровень антимюллерова гормона не менее 1,2 нг/мл, количество антральных фолликулов менее 5 суммарно в обоих яичниках).
2. Состояния, при которых имеются показания для хирургической коррекции органов репродуктивной системы:
  - наличие миоматозного узла любой локализации и размера, деформирующего полость матки;
  - наличие миоматозного узла любой локализации более 4 см;
  - наличие полипа эндометрия, гиперпластических процессы эндометрия, синехии полости матки;
  - наличие гидросальпингсов (является противопоказанием к ЭКО и требует хирургического лечения);
  - наличие любых объемных образований яичников (эндометриодная, дермоидная киста, функциональная киста 3-5 см и более; возможно проведение программ ВРТ в случаях рецидивирующей эндометриомы, особенно, если



имеет место эндометриоидная киста единственного яичника или рецидив эндометриоидной кисты яичника после недавнего хирургического вмешательства (при условии гистологической верификации диагноза),

3. Наличие острых или обострение хронических воспалительных заболеваний до их излечения.

4. Состояния при которых имеются показания для суррогатного материнства.

5. Наличие патологии, предусмотренной перечнем противопоказаний к применению вспомогательных репродуктивных технологий.

**Состав комиссии министерства здравоохранения Приморского края по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС**

1.	Курлеева Татьяна Юрьевна	Председатель комиссии, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии МЗ ПК
2.	Дербасова Ирина Олеговна	Секретарь комиссии

**Члены комиссии**

3	Левченко Антонина Викторовна	Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГБУЗ «ПКПЦ»
4.	Долгополова Надежда Николаевна	Зав. отделением ВРТ ГБУЗ «ПКПЦ», репродуктолог.
5.	Ульянова Ирина Лаврентьевна	Заведующая консультативно-диагностическим отделением охраны репродуктивного здоровья женщин ГБУЗ «ПКПЦ»
6.	Ильченко Лилия Дмитриевна	Главный врач ООО КГ «Мать и Дитя Владивосток»
7.	Голицина Стелла Анатольевна	Врач акушер-гинеколог отделения ВРТ ООО «Святая Мария»
8.	Рыбалкина Валентина Николаевна	Врач уролог-андролог ГАУЗ «ККЦ СВМП»
9.	Тихомирова Валерия Юрьевна	Врач уролог-андролог ООО ГК «Мать и Дитя Владивосток»

Решение комиссии считается легитимным при наличии подписей не менее 5 членов комиссии.

Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

даю согласие **министерству здравоохранения Приморского края** на обработку и использование моих персональных данных с целью организации оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (ЭКО) и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах. Согласие распространяется на следующую информацию:

1. Дата рождения \_\_\_\_\_
2. Данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)
3. Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_
4. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_
5. Данные страховой медицинской организации, серия и номер полиса ОМС \_\_\_\_\_
6. Данные страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_

Об ответственности за достоверность представленных сведений предупреждена (подчеркнуть).

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по телефонам, указанным в заявлении согласна (нужное подчеркнуть). Срок действия Заявления - один год с даты подписания.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки)

Зарегистрированы (№ ) \_\_\_\_\_

Принял \_\_\_\_\_

(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

\_\_\_\_\_  
(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданки \_\_\_\_\_

№ Направления для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС \_\_\_\_\_

Принял \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата приема заявления)

(подпись специалиста)

Протокол № \_\_\_\_\_

Заседания Комиссии министерства здравоохранения Приморского края по отбору пациентов для направления на ЭКО за счет средств ОМС  
Комиссия рассмотрела медицинские документы: Дата \_\_\_\_\_

Ф.И.О.(дата рождения)		
Место жительства		
Паспорт (серия, №, кем, когда выдан)		Выдан
Контактный телефон		
СНИЛС		
Страховой полис	серия	номер
Диагноз (основной)		
Приняла решение (нужное подчеркнуть)	направить на ЭКО за счет средств ОМС, направить на ЭКО с использованием криоконсервированных эмбрионов (криоперенос) направить на дообследование в ЭКО по ОМС отказать	
Код по МКБ 10	Шифр пациентки	
Направившая МО		
ЛПУ по проведению ЭКО за счет средств ОМС		

Состав комиссии:

Курлеева Татьяна Юрьевна	Председатель комиссии, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии МЗ ПК
Дербасова Ирина Олеговна	Секретарь комиссии

Левченко Антонина Викторовна	Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГБУЗ «ПКПЦ»
Долгополова Надежда Николаевна	Зав. отделением ВРТ ГБУЗ «ПКПЦ», репродуктолог.
Ульянова Ирина Лаврентьевна	Заведующая консультативно-диагностическим отделением охраны репродуктивного здоровья женщин ГБУЗ «ПКПЦ»
Ильченко Лилия Дмитриевна	Главный врач ООО ГК «Мать и дитя Владивосток»
Голицына Стелла Анатольевна	Врач акушер-гинеколог отделения ВРТ ООО «Св. Мария»
Рыбалкина Валентина Николаевна	Врач уролог-андролог ГАУЗ ККЦ СВМП
Тихомирова Валерия Юрьевна	Врач уролог-андролог ООО ГК «Мать и Дитя Владивосток»
	Заведующая консультативно-диагностическим отделением охраны репродуктивного здоровья женщин ГБУЗ «ПКПЦ»

Направление для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС

№ от « » \_\_\_\_\_ 20 г.

Ф.И.О		Дата рождения:
Место жительства		
Паспорт (серия, №, кем, когда выдан)		
Контактный телефон		
СНИЛС		
Страховой полис (серия, №, страховая компания)		
Диагноз (основной)		
Приняла решение (нужное подчеркнуть)	направить на ЭКО за счет средств ОМС	
Код по МКБ 10		
Шифр пациентки		
Направившая МО		
МО по проведению ЭКО за счет средств ОМС	ПРИМЕР: ОБРТ Московского отделения Клиника «Скандинавия» ООО «АВА-ПЕТЕР» г. С-Петербург	

Курлеева Татьяна Юрьевна, главный внештатный специалист  
по акушерству и гинекологии министерства здравоохранения Приморского края  
(ФИО должностного лица) (должность)

**Сведения о медицинской организации, выполнившей процедуру ЭКО**

по направлению для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

---

---

Наименование медицинской организации, выполнившей процедуру ЭКО

\_\_\_\_\_

Шифр пациента

\_\_\_\_\_

Дата рождения

\_\_\_\_\_

Возраст

Дата проведения ЭКО \_\_\_\_\_

Результат лечения \_\_\_\_\_

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_

МП

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Полное наименование медицинского учреждения, направившего пациентку)

Адрес учреждения: (указать полный адрес ЛПУ)

Телефон: (Указать телефон ЛПУ с кодом города)

E-mail: (Указать e-mail ЛПУ)

Ф.И.О. (Указать ФИО пациента)

Дата рождения (указать дату рождения пациента)

Место жительства: (указать место постоянной регистрации)

Контактный телефон:

Выписка пациентки ФИО, возраст направляется в Комиссию министерства здравоохранения

Приморского края для решения вопроса о проведении ЭКО за счет средств ОМС.

**Жалобы:** \_\_\_\_\_ (указать общую продолжительность бесплодия, а не только время наблюдения по бесплодию в данном ЛПУ).

**Аллергологический анамнез:**

**Гемотрансфузии:**

**Наследственный анамнез**

**Перенесенные болезни:** Перечислить все перенесенные заболевания в жизни по органам и системам (в т.ч. Лиес, туберкулез, гепатиты и т.д.) , состоит ли на диспансерном учете у специалистов терапевтического или хирургического профиля, (перечислить названия заболеваний в хронологической последовательности их возникновения).

**Рост-**

**Вес –**

**ИМТ-**

**Менструальная функция:**

**Семейный анамнез:**

**Контрацепция:**

**Гинекологические заболевания и перенесенные операции:**

Для уточнения состояния полости матки и эндометрия обязательна гистероскопия с исследованием аспирата эндометрия (гистологическое исследование)

Срок годности аспирата из полости матки - 1 год

Необходима оценка проходимости маточных труб и состояния органов малого таза (путем лапароскопии), в случае отказа женщины от лапароскопии могут выполняться альтернативные методы обследования - гистеросальпингография, контрастная эхогистеросальпингоскопия; При наличии гидросальпинкса (сактосальпинкса) необходимо удаление измененных маточных труб. Лапароскопия - заключительный метод комплексной оценки состояния органов малого таза и хирургический этап лечения. Показана во всех случаях хирургических показаний: подозрении на трубный фактор бесплодия, спайках в малом тазу, подозрении на эндометриоз, пороках развития внутренних половых органов сочетанное применение программ ВРТ и лапароскопии (при наличии показаний) увеличивает эффективность лечения бесплодия; сочетанное применение лапароскопии и гистероскопии значительно увеличивает диагностическую точность причин бесплодия и, как следствие, эффективность лечения бесплодия.

Год	Диагноз	Объем оперативного вмешательства

**Репродуктивная функция:** Беременностей - (всего), из них Р- , А- , В- (перечислить в хронологической последовательности)

Год	Беременность	Особенности течения

**Данные обследования (срок годности 3 месяца)**

Инфекция	дата анализа
Иммуноглобулины М и G к ВИЧ 1,2 и антигена р24/25	
Сифилис	
Гепатит В	
Гепатит С	

Пациенты, которые в анамнезе перенесли Lues, могут получить положительный результат методом ИФА. При получении положительного результата **необходимо провести консультацию в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства и получить заключение!!!**

**Пациентка приезжает в Центр с подлинником заключения кожно-венерологического диспансера (с печатью ЛПУ)!!! Срок годности заключения из КВД составляет 6 месяцев.**



Группа крови резус фактор: дата анализа: (срок годности- постоянно)

Клинический анализ крови: (срок годности 1 месяц)

дата анализа

Показатель	значение	норма, единицы измерения
Гемоглобин		
Эритроциты		
Цветной показатель		
Гематокрит		
Ретикулоциты		
Тромбоциты		
СОЭ		
Лейкоциты		
• базофилы		
• эозинофилы		
• миелоциты		
• метамиелоциты		
• палочкоядерные		
• сегментоядерные		
• лимфоциты		
• моноциты		

Общий анализ мочи – дата анализа: (срок годности 1 месяц)

Биохимический анализ крови: дата анализа: срок годности 1 месяц)

Показатель	значение	норма, единицы измерения
глюкоза		
общий белок		
общий билирубин		
креатинин		
мочевина		
холестерин		
АСТ		
АЛТ		

Гемостазиограмма: дата анализа: (срок годности 1 месяц)

Показатель	значение	норма, единицы измерения
МНО		
протромбиновый индекс		
АПТВ		
Фибриноген		
Тромбиновое время		
Антитромбин III		

**При выявлении нарушений показателей коагулограммы – показана консультация гематолога с рекомендациями и заключением: Противопоказаний к проведению цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.**

Гормональное обследование: дата анализа ( срок годности 1 год)

Гормоны на 2–5-й день менстр. цикла:	показатели	норма, единицы измерения
ФСГ (срок годности 6 мес.)		
ЛГ		
Эстрадиол		
Пролактин		
ТТГ, Т4, антитела к ТПО		
АМГ(срок годности 6 мес.)		
ДГЕА-с		
Тестостерон		
Прогестерон на 21–23-й день текущего менструального цикла, дата анализа - ...		

**Обследование на краснуху:** определение иммуноглобулинов класса М и G к Rubella в крови, при низкой напряженности иммунитета или его отсутствия рекомендована вакцинация против краснухи, вступление в ЭКО не менее чем через 3 месяца.

ПЦР анализ на ИППП: дата анализа (срок годности исследования – 6 месяцев).

Инфекция	результат
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
Mycoplasma hominis	
Neisseria gonorrhoeae,	
Trichomonas vaginalis	
Ureaplasma spp.,	
ВПГ 1.2	
ЦМВ	

Мазок на флору: дата анализа (срок годности 1 месяц)

Кольпоскопия по показаниям: дата анализа (срок годности 1 год).

Мазок на онкоцитологию: дата анализа ( срок годности - 1 год):

УЗИ органов малого таза на 5-7 день менструального цикла: дата исследования  
(срок годности 1 месяц )

Описание: Матка – положение, размеры, эхо-структура миометрия, М-эхо.

Яичники - объем яичников, количество и диаметр фолликулов в срезе, наличие дополнительных образований.

ЭКГ: дата исследования (действительно 1 год): Заключение:

ФЛГ: дата исследования (действительно 1 год):

Заключение: патологии не выявлено.

Медико-генетическое консультирование. Показано:

- при наличии наследственного (врожденного) заболевания у одного из родителей, детей или родственников;

- при рождении ребенка (беременности плодом) с хромосомной патологией или врожденными пороками развития;

- при носительстве хромосомной патологии у одного из супругов;

- при нарушении полового развития, в том числе при первичной аменорее.

-при бесплодии неясного генеза;

- при привычном выкидыше (2 и более самопроизвольных прерываний беременности в анамнезе);

- при повторных неудачных попытках переноса «свежих» или размороженных эмбрионов (3-х попытках - у женщин моложе 35 лет, 2-х попытках - у женщин 35 лет и старше);

- при тяжелых нарушениях сперматогенеза у мужчин (олигоастенотератозооспермия, олигозооспермия, азооспермия);

- при близкородственном браке супругов;

- донорам

Консультация терапевта: дата осмотра (действительно 1 год):

Диагноз:

Заключение: Противопоказаний к проведению цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

УЗИ молочных желез (для пациентов до 40 лет): дата исследования (действительно 1 год):

Описание: .... Заключение:

Маммография (для пациентов после 40 лет): дата исследования (действительно 1 год):

Описание: .... Заключение: Патологии не выявлено

Консультация маммолога(онколога) (по показаниям, при выявлении патологических изменений по результатам УЗИ или маммографии): дата осмотра (действительно 1 год):

Диагноз: .... Заключение: Противопоказаний к проведению цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

УЗИ щитовидной железы: (по показаниям) дата исследования (действительно 1 год):

Описание: .... Заключение:

Консультация эндокринолога (по показаниям – ожирение, выявление эндокринной патологии) дата осмотра (действительно 1 год):

Диагноз: .... Заключение: Противопоказаний к проведению цикла ЭКО и вынашиванию беременности нет.

**Указание в анамнезе или выявление в процессе обследования специфической патологии (онкологической, гепатита, туберкулеза и т.д.) являются показаниями для**

**консультации у профильного специалиста, который должен дать заключение о возможности планирования, вынашивания беременности и проведения ВРТ.**

Муж: ФИО, возраст.

Здоров; Брак – 1,2..., наличие детей (ДА/НЕТ) в данном или предыдущем браке

Инфекция	дата анализа (срок годности 3 мес.)
Иммуноглобулины М и G к ВИЧ 1,2 и антигена р24/25	
Сифилис	
Гепатит В	
Гепатит С	

***В отношении перенесенных заболеваний (сифилис, гепатиты ,ВИЧ-инфекция) – необходимы заключения профильных специалистов о возможности проведения программ ВРТ.***

ПЦР анализ на ИППП: дата анализа (действителен 6 месяцев):

Инфекция	результат
Ureaplasma urealyticum	
Chlamydia trachomatis	
Mycoplasma genitalium	
Mycoplasma hominis	
Neisseria gonorrhoeae	
Trichomonas vaginalis	
ВПГ 1,2	
ЦМВ	

Спермограмма

Спермограмма	Дата анализа (действительно 6 месяцев):				
Параметры	Показатели	Норма ВОЗ	Параметры	Показатели	Норма ВОЗ
Воздержание		2-5 дней	Кол-во сперматозоидов в 1 мл		
Время разжижения			Кол-во сперматозоидов в эякуляте		
Объем эякулята			Подвижных (PN+NP, %)		
Вязкость			Из них: быстрых прогрессивных «а»		
Цвет			средних «в»		
РН			медленных «с»		

Агглютинация			неподвижных		
Лейкоциты			Средняя прогрессивная скорость сперматозоидов «а»		
Спермоцитограмма					
Сперматозоиды с нормальной морфологией (Норма ВОЗ $\geq 4\%$ )			Сперматозоиды с патологической морфологией		
Сперматиды			1. головки		
			2. шейки		
Особенности:			3. хвоста		
			4. смешанного типа		

Заключение:

*MAR-тест*

*Консультация -андролога*

*Диагноз: .... Заключение: с указанием необходимого метода лечения ЭКО / ЭКО+ИКСИ.*

**Диагноз основной**

*Код по МКБ-10.*

*Далее указать все гинекологические и экстрагенитальные заболевания*

***ФИО направляется на лечение бесплодия методом ЭКО в (указать медицинскую организацию за счет средств ОМС.***

Леч. врач \_\_\_\_\_

Зав. отделением \_\_\_\_\_

Зав. ЛПУ \_\_\_\_\_

*(Печать лечебного учреждения)*

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20

г.

### **Обследование пациентов для определения показаний к применению ВРТ**

Обследование супружеской пары необходимо начинать одновременно.

#### **Обследование женщины:**

- Оценка жалоб и анамнеза;
- Физикальное обследование (общий и гинекологический осмотры);
- Оценка эндокринного статуса (определение уровня гормонов на 2-5 день м.ц., при олигоменорее – на 2-5 день индуцированного цикла, при аменорее – в любой день ); определение уровня прогестерона в крови за 7 дней до менструации;
- Оценка состояния матки и придатков – выполнение трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза, включая определение количества антральных фолликулов в раннюю фолликулярную фазу цикла;
- Оценка проходимости маточных труб -гистеросальпингография или соногистеросальпингография, по показаниям – лапароскопия;
- Оценка состояния эндометрия – ультразвуковое исследование эндометрия, по показаниям –гистероскопия и/или биопсия эндометрия;
- Обследование на урогенитальные инфекции.

**Обследование мужчины** – проводится у врача уролога-андролога.

#### **Медико-генетическое консультирование**

Снижение фертильности, требующее применение ВРТ, может быть обусловлено генетическими факторами.

Медико-генетическое консультирование показано:

- при наличии наследственного(врожденного) заболевания у одного из родителей, детей или родственников;
- при рождении ребенка (беременности плодом) с хромосомной патологией или врожденными пороками развития в анамнезе;
- при носительстве хромосомной патологии у одного из супругов;
- при нарушении полового развития, в том числе при первичной аменорее;

- бесплодие неясного генеза;
- привычное невынашивание беременности (два самопроизвольных прерывания беременности и более);
- повторные неудачные попытки переноса эмбрионов (трех у женщин моложе 35 лет, двух – у женщин 35 лет и старше);
- тяжелые нарушения сперматогенеза у мужчин (олигоастенотератозооспермия. олигозооспермия. азооспермия);
- при кровнородственном браке супругов;
- донорам ооцитов, спермы и эмбрионов – по показаниям.

### **Рекомендации по подготовке женщин к программам ВРТ**

1. При выявлении клинических и лабораторных признаков эндокринной патологии рекомендуется консультация врача-эндокринолога (заболевания щитовидной железы, ожирение, синдром инсулинорезистентности и др.)

С целью повышения эффективности программ ВРТ рекомендуется снижение массы тела на 10-15% у всех женщин с индексом массы тела более 30 кг/м<sup>2</sup>.

Избыточная масса тела и ожирение снижают частоту клинической беременности и частоту родов живым плодом в программах ВРТ.

2. Все генитальные инфекции должны быть излечены.

3. При выявлении патологии матки:

- Гиперпластические процессы и полипы эндометрия - рекомендуется проведение гистерорезектоскопии (или) гистероскопии и РДВ с гистологическим исследованием полученного материала с последующим лечением. После завершения лечения необходим контроль – повторная гистероскопия с аспирационной биопсией эндометрия или аспирационная биопсия эндометрия.

- При наличии субмукозной миомы матки рекомендуется ее удаление до вступления в программу ВРТ.

- Рекомендуется удаление интрамуральных миоматозных узлов больших размеров (более 4-5 см) до вступления в программу ВРТ.

- В случае выявления хронического эндометрита рекомендуется комплексное лечение с последующим контролем аспирата из полости матки, т.к. данная патология ассоциируется со снижением шансов наступления

беременности в циклах ВРТ и является фактором риска невынашивания и других осложнений беременности.

- Непреодолимая патология матки, являющаяся причиной бесплодия, служит показанием к программе «Суррогатное материнство».

4. Измененные маточные трубы – гидросальпингсы- должны быть удалены.

Консервативное лечение данной патологии - неэффективно.

5.Образования в яичниках – рекомендовано проводить мероприятия, направленные на верификацию диагноза и решения вопроса о необходимости хирургического лечения или возможности проведения программы ВРТ.

6.Мультифолликулярные и визуально неизмененные яичники рекомендуется не подвергать какой-либо травматизации, включая воздействие моно- и биполярной коагуляции. Больным с синдромом поликистозных яичников, которым планируется лечение с применением ВРТ, оперативное лечение рекомендуется не проводить.



## **Информация для пациентов**

### **Факторы, влияющие на эффективность программ ВРТ**

1. Возраст женщины. Эффективность программ ВРТ значительно снижается с увеличением возраста пациентки и после 40 лет не превышает 10%, после 43-летнего возраста приближается к нулевой отметке.

2. Количество протоколов ЭКО в анамнезе. Вероятность родов в результате лечения бесплодия методами ВРТ снижается с увеличением числа неудачных циклов.

3. Индекс массы тела. Перед применением ВРТ оптимальный ИМТ женщины составляет 19-30 кг/м<sup>2</sup>. Если ИМТ выходит за указанные пределы, вероятность успешного лечения с применением ВРТ будет снижена.

4. Образ жизни. Курение, избыточное употребление алкоголя являются факторами неблагоприятного прогноза эффективности программ ВРТ. Курение у женщин ускоряет возрастное снижение запаса фолликулов и качество ооцитов в яичниках. У курящих женщин менопауза наступает на 1-4 года раньше, чем у некурящих.

5. Мужчина и женщина, планирующие беременность и имеющие хронические вирусные инфекции, такие как гепатит В, гепатит С или ВИЧ, должны быть направлены в специализированные центры, имеющие соответствующий опыт и возможности для обеспечения адекватного наблюдения с оценкой всех рисков в отношении рождения здорового потомства.

6. Для женщин моложе 35 лет консультации акушера-гинеколога для обследования и лечения следует начинать после 12 месяцев безуспешных попыток естественного зачатия. Для женщин старше 35 лет - через 6 месяцев.

Для обследования в связи с отсутствием беременности супружеской паре необходимо обратиться к акушеру-гинекологу и урологу для первичной консультации.

7. Обследование супружеской пары необходимо начинать одновременно: женщина - у гинеколога, мужчина - у андролога. Обследование мужа проводят в

поликлинике, жены – в женской консультации. Для полного обследования перед проведением процедуры ЭКО возможно направление женщины на дневной стационар ГБУЗ «Приморский краевой перинатальный центр».

Обследование для выявления причины бесплодия у женщины:

- беседа с врачом для оценки жалоб и данных о характере менструаций, ранее перенесенных заболеваниях, предшествующем лечении;
- обследование на наличие инфекций;
- оценка овуляции (по данным мочевого теста на овуляцию и уровню прогестерона в крови, определяемому за 6-7 дней до предполагаемой менструации);
- оценка проходимости маточных труб по данным рентгенологического исследования (гистеросальпингографии);
- оценка матки и ее придатков по данным ультразвукового обследования (определяют размеры матки, яичников, количество фолликулов в яичниках).

Обследование занимает 2-3 месяца. По результатам обследования врач назначает лечение. В 10-15% случаев у супружеской пары не удается установить причину бесплодия.

У таких пар эффективным методом лечения является программа ЭКО.

8.Программа ЭКО включает:

- стимуляцию яичников, для того чтобы вызвать рост не одного, а нескольких фолликулов и получить несколько яйцеклеток для оплодотворения;
- пункцию фолликулов и забор яйцеклеток,
- оплодотворение яйцеклеток спермой;
- культивирование эмбрионов;
- перенос эмбрионов в полость матки.

Результат программы ЭКО оценивают через 14 дней по мочевому тесту на беременность или по уровню ХГЧ в крови.

Ожидаемая частота наступления беременности у женщин до 35 лет составляет около 30%. После 35 лет этот показатель снижается в 2 раза, а после 40 лет достигает минимальных значений. С возрастом организм женщины стареет, и, хотя запас фолликулов в яичниках еще есть, начинают созревать яйцеклетки, неспособные дать нормальный генетический потенциал эмбриону.

При переносе таких эмбрионов в полость матки беременность не наступает или прерывается на раннем сроке.

9.Преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов в программе ЭКО помогает решить эту проблему и перенести в полость матки генетически здоровый эмбрион, значительно повышая шансы не только наступления беременности, но и ее вынашивания. Данное исследование за счет программы ОМС не оплачивается.

Необходимость подготовки к программе ЭКО и перечень лечебных мероприятий определяет врач по результатам амбулаторного обследования.