

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРИМЕНЕНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБЪЁМЕ БАЗОВОГО  
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

(в соответствии со ст.ст. 20, 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Нижеуказанная информация предоставлена нам,

Пациентке \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающей по адресу: \_\_\_\_\_

Пациенту \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г. рождения,  
проживающему по адресу: \_\_\_\_\_

в соответствии с положениями Приказа Министерства здравоохранения РФ № 803н от 31.07.2020 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» перед подписанием нами Договора возмездного оказания медицинских услуг с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – «Договор») для принятия нами осознанного и добровольного решения о получении медицинских услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий.

Подписанием настоящего информированного добровольного согласия мы свидетельствуем, что Клиникой нам предоставлена информация, содержащаяся в Приказе Министерства здравоохранения РФ № 803н от 31.07.2020 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и приложениях к нему, а также следующая информация, влияющая на наш осознанный выбор:

Вспомогательные репродуктивные технологии (далее – ВРТ) представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

**Показаниями для проведения экстракорпорального оплодотворения** (далее – ЭКО) являются а) неэффективность лечения бесплодия в течение 12 месяцев при возрасте женщины до 35 лет или в течение 6 месяцев при возрасте женщины 35 лет и старше; б) состояния, при которых эффективность лечения бесплодия при применении программы ЭКО выше, чем при применении других методов; в) наследственные заболевания, для предупреждения которых необходимо преимплантационное генетическое тестирование (далее - ПГТ), независимо от статуса фертильности; г) сексуальная дисфункция, препятствующая выполнению полового акта (при неэффективности ИИ); д) ВИЧ-инфекция у дискордантных партнеров, независимо от статуса фертильности.

Различают женское, мужское и смешанное бесплодие, то есть отсутствие наступления беременности при регулярной половой жизни без применения контрацептивов в течение года.

Причинами женского бесплодия являются: отсутствие яичников, нарушение деятельности яичников (истощение яичников, синдром поликистозных яичников, кисты яичников и др.); врождённая или приобретённая непроходимость или отсутствие фаллопиевых труб (органа, по которому осуществляется движение сперматозоидов к яйцеклетке и где происходит оплодотворение и последующее движение эмбриона в полость матки); нарушения или отсутствие матки (миома матки, эндометрит, полип матки, загиб матки и др.); гормональные нарушения, вызванные нарушениями в деятельности яичников, гипоталамуса и (или) гипофиза, нарушениями эндокринных органов или обменных процессов; иммунная реакция против сперматозоидов либо эмбриона; хромосомные патологии в яйцеклетке, способствующие зарождению нежизнеспособных эмбрионов; воспалительные гинекологические заболевания, пороки развития и недоразвитие половых органов; интоксикация организма, связанная с острым инфекционным заболеванием, хроническими инфекциями, хроническим отравлением промышленными ядами, никотиновой, алкогольной, наркотической зависимостью; особенности питания, сопровождающие недостатком витаминов; иные причины.

Причинами мужского бесплодия являются: патология спермы (анэякуляция (отсутствие спермы), олигоспермия (недостаточный (менее 1,5 мл) объём спермы), азооспермия (полное отсутствие сперматозоидов в эякуляте по причинам отсутствия сперматозоидов в яичках (секреторная азооспермия) или невозможность сперматозоидов извергаться вследствие непроходимости семявыносящих путей (обструктивная азооспермия)), астенозооспермия (недостаточная (менее 40%) подвижность сперматозоидов), тератозооспермия (повышенное количество аномальных сперматозоидов – нормальных форм менее 4 % при микроскопическом исследовании окрашенного мазка); воспалительные заболевания мочеполовых органов (уретрит, простатит и др.); заболевания, передающиеся половым путем (гонорея, хламидиоз, трихомониаз и др.); сексуальные нарушения (импотенция, преждевременное и ретроградное семяизвержение и др.); обтурация (непроходимость) семявыносящих канальцев; варикоцеле (расширение вен семенного канатика); гормональные нарушения, приводящие к снижению сперматогенеза; психологические проблемы, вызывающие расстройство эрекции и эякуляции; иные причины.

Для определения показаний к применению ВРТ, на основании Приказа 803н МЗ России и клинических рекомендаций «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)» и установления причин бесплодия Пациентке осуществляется оценка эндокринного и овуляторного статуса путём определения уровня пролактина, гонадотропинов и стероидных гормонов в крови, ультразвукового трансвагинального исследования матки и придатков, оценка проходимости маточных труб и состояния органов малого таза путём лапароскопии, контрастной эхогистеросальпингоскопии или гистеросальпингографии, оценка состояния эндометрия путём ультразвукового трансвагинального исследования матки, гистероскопия, биопсия тканей матки (эндометрия); Пациенту производится исследование эякулята; обоим Пациентам производится обследование на наличие уrogenитальных инфекций.

Показанием для лечения бесплодия с использованием ВРТ является неэффективность иного (терапевтического и хирургического) лечения, проведённого после установления причины бесплодия.

При подготовке к программе ВРТ для определения относительных и абсолютных противопоказаний к применению ВРТ Пациентам проводится обследование, на основании Приказа 803н МЗ России и клинических рекомендаций «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)», которое включает определение антител к бледной трепоне в крови; определение антител класса М, G к вирусу иммунодефицита человека (далее - ВИЧ) 1, 2, и антигена р24, к антигену вирусного гепатита В и С, определение антигенов вируса простого герпеса в крови; микроскопическое исследование отделяемого половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, на грибы рода кандиды, паразитологическое исследование на атрофозиты трихомонад; микробиологическое исследование на хламидии, микоплазму и уреаплазму; молекулярно-биологическое исследование на вирус простого герпеса 1, 2, на цитомегаловирус.

Пациентке дополнительно выполняются общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза); общий анализ мочи; определение антител класса М, G к вирусу краснухи в крови; микроскопическое исследование влагалищных мазков; цитологическое исследование шейки матки; ультразвуковое исследование органов малого таза; флюорография легких (при отсутствии исследования в течение предшествующих 12 месяцев); регистрация электрокардиограммы; осмотр и консультация врача-терапевта; ультразвуковое исследование молочных желез у Пациентки до 35 лет; маммография у Пациентки старше 35 лет и у Пациентки моложе 35 лет при выявлении по результатам ультразвукового исследования признаков патологии молочной железы; осмотр и консультация врача-генетика и исследование хромосомного аппарата (кариотипирование) у Пациентки, имеющей в анамнезе (в том числе у близких родственников) случаи врожденных пороков развития и хромосомных болезней и у Пациентки, страдающей первичной аменореей; осмотр и консультация врача-эндокринолога и ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез, почек и надпочечников при выявлении у Пациентки эндокринных нарушений.

**Противопоказания и ограничения** для проведения ЭКО перечислены в Приложении № 2 к Приказу Министерства здравоохранения РФ № 803н от 31.07.2020 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», с которым Пациенты ознакомились перед подписанием настоящего информированного добровольного согласия в соответствии с преамбулой настоящего документа.

**Проведение базовой программы ЭКО состоит из следующих этапов:** а) овариальная стимуляция (стимуляция суперовуляции); б) пункция фолликулов яичников 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-х эмбрионов; пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона).

При наличии показаний и при желании пациентов могут быть также проведены е) криоконсервация эмбрионов; ж) разморозка криоконсервированных эмбрионов; з) внутриматочное введение размороженного эмбриона, в том числе донорского (допускается перенос не более 2-х эмбрионов; пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона). При наличии показаний и желания пациентов программа ЭКО может быть дополнена также криоконсервацией половых клеток (ооцитов, сперматозоидов).

**Проведение программы ЭКО возможно в спонтанном (естественном, физиологическом) цикле без проведения стимуляции суперовуляции.** В указанном случае проведение программы состоит из следующих этапов: мониторинг роста фолликула (день определяется лечащим врачом), пункция фолликула трансвагинальным доступом под контролем ультразвукового исследования для получения ооцита из фолликула, оплодотворение ооцита (если он получен при пункции) специально подготовленной спермой мужа (партнера), культивирование эмбриона, внутриматочное введение (перенос) эмбриона.

**Стимуляция суперовуляции** производится с целью получения наибольшего количества полноценных, пригодных для оплодотворения яйцеклеток в процессе одного менструального цикла, поскольку созревание нескольких яйцеклеток позволяет произвести отбор зрелых ооцитов, повышает вероятность их оплодотворения. Стимуляция суперовуляции представляет собой назначение врачом стимулирующих гормональных лекарственных препаратов (инъекционных и таблетированных форм), зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкцией по их применению, вызывающих одновременное созревание нескольких фолликулов. Подбор лекарственных препаратов, последовательность и схема их применения («протокол стимуляции») осуществляются лечащим врачом, при этом коррекция доз и внесение изменений в протокол стимуляции суперовуляции осуществляются индивидуально, с учётом результатов мониторинга ответа яичников и состояния эндометрия на стимуляцию суперовуляции.

Инъекции выполняются посредством прокола кожи; при этом после выполнения инъекций возможно наступление следующих осложнений, не являющихся дефектами медицинской услуги: появление ощущения жара, чувства стеснения в груди, болей в области сердца, удушья, головокружения, головной боли, беспокойства, резкой слабости, потливости, тремора, рвоты, озноба, бледности, тошноты, метеоризма, галлюцинаций, полубоморочного состояния, кашля, цианоза (посинения кожных покровов), снижение артериального давления, нарушение сердечного ритма, появление симптомов коллапса (острой сосудистой недостаточности, сопровождающейся падением давления), отёка лёгкого, гипергликемии, гиперинсулинемии, кетоацидоза, повышение температуры в месте инъекции и температуры тела, возникновение аллергических реакций на введённый препарат (крапивницы, острого насморка, острого конъюнктивита, отека Квинке, анафилактического шока), появление зуда кожи, жгучих болей, припухлости и гиперемии (покраснения) кожи в месте инъекции, болезненности при пальпации, сильного химического раздражения тканей, гематом, появление инфильтратов (болезненных уплотнений в месте укола), абсцесса и флегмоны (гнояного воспаления мягких тканей), требующих последующей хирургической обработки и применения антибактериальной терапии, развитие расстройства питания тканей и последующего некроза ткани в месте введения, повреждение нервных стволов.

На протяжении этапа стимуляции суперовуляции лечащий врач осуществляет наблюдение и контроль за состоянием яичников, формированием фолликулов и трансформацией эндометрия путём ультразвуковой диагностики и исследования эстрадиола крови. По достижении несколькими фолликулами размера 18-20 мм производится стимулирование их окончательного созревания - введение триггера овуляции с одновременным прекращением введения инъекционных форм лекарственных препаратов. Выбор препарата - триггера овуляции, доза препарата – определяется и назначается лечащим врачом.

При выявлении в процессе наблюдения при процедуре стимуляции суперовуляции слабого ответа яичников, особенно у пациенток старшей возрастной группы или с прооперированными яичниками, лечащим врачом может быть принято решение о повышении курсовой дозы гонадотропинов и увеличении срока стимуляции.

В некоторых случаях, в частности, при проявлении синдрома поликистозных яичников, гиперандрогении, гиперпролактинемии, дефиците массы тела у Пациентки может развиваться осложнение, не являющееся дефектом оказания

медицинской услуги - синдром гиперстимуляции яичников (далее – СГЯ), который является следствием неконтролируемого ответа яичников на введение лекарственных препаратов.

Частота СГЯ варьируется от 0,5% до 14% при различных схемах стимуляции овуляции. Начало развития СГЯ может быть как постепенным с нарастанием симптоматики, так и внезапным, «острым». При первичном проявлении СГЯ могут возникнуть слабость, головокружение, головная боль, мелькание «мушек» перед глазами, дыхательные нарушения, сухой кашель, усиливающийся в положении лёжа, сухость во рту, тошнота, рвота, диарея, вздутие живота, чувство распирания, напряжения, боли в животе часто без чёткой локализации, редкое мочеиспускание, повышение температуры тела, отёк наружных половых органов и нижних конечностей. При СГЯ средней тяжести возможны ощущение дискомфорта, чувства тяжести, напряжения, вздутия живота, болей в животе незначительной, средней или сильной интенсивности, тошноты, рвоты, диареи, асцита (напряжение и увеличение живота в объёме), прибавка массы тела, гидроторакс, олигурия, олигоанурия, тромбоэмболические осложнения, увеличение размера яичников, лейкоцитоз, одышка, тахикардия, гипотония. В тяжёлых случаях СГЯ может осложниться развитием анасарки (резкого отёка ног, туловища, половых органов), острой почечной недостаточности, тромбоэмболических осложнений, респираторного дистресс синдрома взрослых, эмболии лёгочной артерии, отёка лёгких, ателектазом, внутриальвеолярным кровотечением, которые могут привести к летальному исходу. Развитие СГЯ может сопровождаться обострением хронических соматических заболеваний.

При ненаступлении беременности СГЯ исчезает спонтанно через 7-14 дней с наступлением менструации. При наступлении беременности возможно ухудшение состояния, длящееся от 14 дней до 12 недель беременности, которое может потребовать стационарного лечения.

У 1% пациенток встречается преждевременная овуляция, которая исключает возможность забора яйцеклеток.

В редких (менее 1%) случаях препараты, используемые для стимуляции суперовуляции, могут вызывать аллергические явления, обострение урогенитальных и других хронических заболеваний, гиперпластическую трансформацию эндометрия, изменение свертываемости крови.

**Пункция фолликулов** представляет собой процесс извлечения из яичников полый иглой созревших яйцеклеток для последующего их оплодотворения в искусственных условиях. Процедура заключается в проколе стенки влагалища длинной тонкой иглой и последующим проведением иглы в фолликул. Игла соединена с аспиратором, при помощи которого производится забор содержимого фолликула (фолликулярной жидкости с яйцеклеткой).

Пункция фолликулов производится в амбулаторных условиях под непрерывным ультразвуковым контролем, в асептических условиях в малой операционной.

Перед процедурой пункции фолликулов Пациентке рекомендуется избегать приема лекарств, не согласованных с лечащим врачом, полностью исключить потребление алкоголя, курение, придерживаться диеты, исключить употребление кофе и содержащих кофеин напитков, воздержаться от сексуальных контактов на 4-5 дней перед проведением пункции фолликулов, не посещать бани, сауны, не принимать горячие ванны, не подвергать себя физическим нагрузкам. Непосредственно перед пункцией фолликулов следует соблюдать следующие требования: прекратить приём пищи и жидкости (воды) не позднее, чем за 8 часов до процедуры пункции, прибыть в помещение Клиники к строго определённого времени, в помещении Клиники переодеться в специально предоставленную Клиникой стерильную одежду, опорожнить кишечник, мочевой пузырь. Перед явкой на процедуру не рекомендуется наносить макияж, надевать украшения, рекомендуется снять контактные линзы.

Процедура пункции фолликулов производится в гинекологическом кресле. Перед процедурой производится асептическая обработка наружных половых органов.

В связи с болезненностью процедуры пункция фолликулов производится с использованием анестезиологического пособия, выбор способа и метода которого осуществляется врачом-анестезиологом с учётом мнения лечащего врача и Пациентки. Для целей правильного подбора метода анестезиологического пособия врачом-анестезиологом производится опрос и осмотр Пациентки. При выполнении пункции фолликулов может применяться общий внутривенный наркоз. Общий внутривенный наркоз (при котором лекарство вводится внутривенно) применяется для погружения пациентки в состояние сна с целью обезболивания, мышечной релаксации. После применения обезболивания возможно наступление следующих осложнений, не являющихся дефектами медицинской услуги: головная боль, аллергическая реакция, анафилактический шок, артериальная гипотензия, дыхательная недостаточность, нарушение функции мочевого пузыря, вестибулярные нарушения, развитие синдрома компрессии полых вен, нестабильность гемодинамики, гипоксия с остановкой сердца, нарушение ритма сокращения сердца, снижение уровня артериального давления, появление чувства онемения, тяжести в ногах, дрожь, появление чувства нехватки воздуха, онемение языка, губ, токсическая реакция на местные анестетики, остановка дыхания, неврологические нарушения, озноб, кожный зуд, абсцесс в месте пункции, тошнота, рвота, головокружение. Кроме того, при применении общей анестезии также возможна аспирация желудочного содержимого, наступление рвоты и попадание рвотных масс в дыхательные пути.

Длительность процедуры пункции фолликулов – 10-15 минут. В течение нескольких часов после процедуры Пациентка должна находиться под наблюдением врача-анестезиолога, после чего может покинуть помещение Клиники. Рекомендуется организовать после пункции фолликулов сопровождение Пациентки и воздержаться от самостоятельного вождения Пациенткой автомобиля, употребления в течение ближайших суток острой, жирной пищи и алкогольных напитков. Указанные рекомендации связаны с применением при проведении пункции фолликулов анестезиологического пособия.

После проведения пункции фолликулов возможны ощущения дискомфорта в животе, небольшие выделения, тянущие боли внизу живота, головокружение. Указанные симптомы самостоятельно проходят в первые сутки после процедуры без применения лекарственной коррекции. При повышении в течение первых суток после пункции фолликулов температуры тела, резкой слабости, головокружении, учащенного сердцебиения, потере сознания, резком снижении артериального давления, усилении болей внизу живота или появлении обильных кровянистых выделений необходимо срочно обратиться за медицинской помощью.

Пункция фолликулов относится к инвазивной процедуре и может повлечь осложнения медицинского вмешательства, не относящиеся к дефектам оказания медицинской услуги, а именно: кровотечение из крупных кровеносных сосудов, окружающих яичники, травмы и инфицирование тазовых органов, в редких случаях – перекрут яичника, разрыв кисты, остеомиелит позвоночника. Возникновение осложнений может потребовать последующего медицинского вмешательства, в том числе хирургического вмешательства в стационарных условиях.

Пациент должен прибыть в помещение Клиники одновременно с Пациенткой для **забора спермы**.

Перед забором спермы Пациенту рекомендуется избегать приема лекарств, не согласованных с лечащим врачом, полностью исключить употребление алкоголя, курение, придерживаться диеты, исключить употребление кофе и содержащих кофеин напитков, воздержаться от сексуальных контактов на 4-5 дней перед забором спермы, не посещать бани, сауны, не принимать горячие ванны, не подвергать себя физическим нагрузкам, не носить тесное нижнее бельё, по возможности не болеть за месяц до забора спермы.

Сдача спермы осуществляется путем мастурбации в отдельном помещении, в котором имеется всё необходимое для личной гигиены Пациента. Сбор спермы осуществляется в специальную ёмкость. Сдача спермы может осуществляться только в помещении

Клиники, где имеются условия для правильного сбора, транспортировки и хранения образцов спермы.

При наличии у Пациента обструктивной азооспермии или эякуляторной дисфункции, в том числе ретроградной эякуляции, сперматозоиды могут быть получены хирургическим способом путём **пункции яичка** или **пункции придатка яичка**.

Извлечение сперматозоидов из яичка (TESE) проводят при помощи прокола мошонки и яичка. Полученный при пункции яичка участок ткани помещают в питательную среду и раздавливают, чтобы освободить незрелые и зрелые сперматозоиды. При непроходимости семявыносящих протоков производится микрохирургическая аспирация спермы из эпидидимиса (MESA), для чего проникают в самый дальний участок придатка яичка, вскрывают его и отсасывают содержимое. Менее распространенным методом является проведение пункции яичка или его придатка при помощи разреза кожи мошонки и яичка для более результативного забора тканей (PTSA). Выбор способа получения сперматозоидов осуществляется врачом-урологом.

Пункция яичка является амбулаторной процедурой.

В связи с болезненностью процедуры пункция яичка производится с использованием анестезиологического пособия, выбор способа и метода которого осуществляется врачом-анестезиологом с учётом мнения лечащего врача и Пациента. Для целей правильного подбора метода анестезиологического пособия врачом-анестезиологом производится опрос и осмотр Пациента. При выполнении пункции яичка и придатка яичка применяется общий внутривенный наркоз. После применения обезболивания возможно наступление следующих осложнений, не являющихся дефектами медицинской услуги: головная боль, аллергическая реакция, анафилактический шок, артериальная гипотензия, дыхательная недостаточность, нарушение функции мочевого пузыря, вестибулярные нарушения, развитие синдрома компрессии полых вен, нестабильность гемодинамики, гипоксия с остановкой сердца, нарушение ритма сокращения сердца, снижение уровня артериального давления, появление чувства онемения, тяжести в ногах, дрожь, появление чувства нехватки воздуха, онемение языка, губ, токсическая реакция на местные анестетики, остановка дыхания, неврологические нарушения, озноб, кожный зуд, абсцесс в месте пункции, тошнота, рвота, головокружение. Кроме того, при применении общей анестезии также возможна аспирация желудочного содержимого, наступление рвоты и попадание рвотных масс в дыхательные пути.

Длительность процедуры пункции яичка – 5-10 минут. В течение нескольких часов после процедуры Пациент должен находиться под наблюдением врача-анестезиолога, после чего может покинуть помещение Клиники. Рекомендуется организовать после пункции яичка сопровождение Пациента, а Пациенту воздержаться от самостоятельного вождения автомобиля, употребления в течение ближайших суток острой, жирной пищи и алкогольных напитков. Указанные рекомендации связаны с применением при проведении пункции анестезиологического пособия.

После проведения пункции яичка возможны ощущения дискомфорта, кровоизлияния в мошонку или яичко, которые обычно не требуют лечения и проходят самостоятельно в первые сутки после процедуры без применения лекарственной коррекции. При повышении в течение первых суток после пункции яичка температуры тела, резкой слабости, головокружения, учащенного сердцебиения, при потере сознания, резком снижении артериального давления, усилении болей внизу живота и в промежности или появлении обильного кровотечения необходимо срочно обратиться за медицинской помощью.

Все ткани, полученные при пункции яичка и придатка яичка, подвергаются криоконсервации во избежание повторных вмешательств при неудавшихся попытках оплодотворения.

Противопоказаниями для хирургического получения сперматозоидов являются острые инфекционные заболевания любой локализации.

Жидкость, полученная из фолликулов, передается эмбриологам. Ооциты помещаются в специально созданные условия в инкубаторе до осеменения сперматозоидами, после чего производится инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой Пациента.

Показаниями для **инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита** (далее - ИКСИ) являются: а) мужской фактор бесплодия, который проявляется в значительном снижении параметров эякулята; б) использование сперматозоидов, полученных хирургическим путем; в) использование ооцитов после криоконсервации; г) проведение ПТТ методом полимеразной цепной реакции; д) низкая частота оплодотворения в предыдущей программе ЭКО. При ИКСИ по морфологическим показателям производится отбор одного сперматозоида, который при помощи микроинъекции помещается в цитоплазму яйцеклетки.

**Культивирование эмбрионов** представляет собой процесс ведения наблюдения за оплодотворением яйцеклетки и развитием из неё эмбриона, происходящий в условиях эмбриологической лаборатории. Все этапы роста эмбрионов протекают в специально изготовленной среде, качественный состав которой идентичен составу жидкости в маточных трубах и матке.

Культивирование эмбрионов начинается после выполнения процедуры инсеминации спермой или интрацитоплазматической инъекции сперматозоида. Эмбриологом производится оценка факта наступления оплодотворения, и, исходя из количества нормально оплодотворенных яйцеклеток, устанавливается предположительная дата переноса бластоцист в полость матки.

Срок культивирования зависит от количества полученных в результате оплодотворения эмбрионов, поскольку это дает возможность отобрать самые жизнеспособные эмбрионы, которые имеют большие шансы на успешную имплантацию. Культивирование эмбрионов осуществляется в течение 2-5 суток до достижения ими стадии бластоцист.

**Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов** представляет собой амбулаторную процедуру, перед проведением которой осуществляется проверка и оценка состояния эмбрионов, которая включает в себя фиксацию их количества и качества, наличия отклонений и скорости развития.

Перед переносом эмбрионов в полость матки по показаниям (возраст пациентки старше 35 лет, три и более неудачные попытки ЭКО с переносом эмбрионов хорошего качества в анамнезе, изменение морфологии блестящей оболочки, использование криоконсервированных эмбрионов) производят рассечение блестящей оболочки (хэтчинг).

При высоком риске рождения детей с наследственными заболеваниями рекомендуется проведение преимплантационной генетической диагностики.

Прибытие Пациентки в помещение Клиники осуществляется не позднее чем за полчаса до проведения переноса. Перед проведением процедуры разрешается приём лёгкой пищи без обильного питья во избежание дискомфорта в области мочевого пузыря.

Процедура переноса осуществляется в гинекологическом кресле.

В процессе переноса эмбрионов эмбриологом осуществляется забор эмбрионов в специальный пластиковый катетер с подсоединенным к нему шприцем, после чего врач обнажает шейку матки при помощи зеркал и, нажимая на поршень шприца, вводит эмбрионы через катетер в полость матки.

При наличии оставшихся бластоцист последние могут быть заморожены по желанию пациентов для проведения при необходимости повторной процедуры ЭКО. В случае наличия эмбрионов, остановившихся в развитии, негативного качества, а также при отсутствии волеизъявления пациентов сохранить (криоконсервировать) оставшиеся эмбрионы хорошего качества, указанные эмбрионы подлежат утилизации без предварительного уведомления Пациентов.

После завершения процедуры и по запросу Пациентки ей выдаётся листок временной нетрудоспособности. Пациентке



