

ДЕМОГРАФИЯ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Индекс УДК 314.3

Код ГРНТИ 05.11.21, 05.11.61

DOI: 10.22204/2587-8956-2026-125-02-86-101

**Н.Е. РУСАНОВА***

Репродуктивное здоровье семьи как фактор повышения рождаемости

Для повышения рождаемости актуальным становится анализ факторов, влияющих на этот процесс. Цель — оценка вклада репродуктивного здоровья в процесс изменения рождаемости. Выделены показатели, характеризующие репродуктивное здоровье населения на разных этапах общественного развития с учётом демографической ситуации. Определена связь компонентов репродуктивного здоровья с выбором числа и времени рождения детей на общегосударственном (репродуктивная и экстрагенитальная заболеваемость мужчин и женщин, доступность охраны репродуктивного здоровья) и индивидуальном (поведенческие практики населения) уровне. Использованные методы: исторический анализ административного регулирования физиологических и социальных компонентов репродуктивного здоровья, статистический анализ заболеваемости в РФ за разные периоды 1990–2024 гг. На базе выявленной специфики обозначены основные направления регулирования репродуктивного здоровья, ориентированные на повышение рождаемости: диагностика и лечение патологий репродуктивной сферы, начиная с периода новорождённости, диспансеризация репродуктивного здоровья для населения фертильного возраста, повышение доступности медико-ассоциированной репродукции, включая вспомогательные репродуктивные технологии, с учётом модификации современных форм семейных отношений. Эффект повышения рождаемости за счёт компонентов репродуктивного здоровья определяется комплексным подходом: национальными традициями профилактики репродуктивных нарушений (сохранение физиологической фертильности на протяжении репродуктивного возраста, абортивные и контрацептивные практики, коррекция бесплодия, субфертильности и проч.) и современной общедоступной системой здравоохранения, включающей превентивную репродуктологию.

Ключевые слова: рождаемость, фертильность, субфертильность, бесплодие, аборты, контрацепция, вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение

* **Русанова Нина Евгеньевна** — доктор экономических наук, главный научный сотрудник Института социальной демографии ФНИСЦ РАН.
E-mail: ninrus238@mail.ru

Сегодня в России на фоне увеличения продолжительности жизни происходит снижение рождаемости, которое уже достигло уровня, критичного даже для простого воспроизводства населения: в 2025 г. суммарный коэффициент рождаемости (СКР), по данным Росстата, в 2026 г. сокращался с 1,362 в январе до 1,352 в июне¹. Для повышения рождаемости необходим анализ факторов, влияющих на этот процесс. Среди них особое место занимает состояние репродуктивного здоровья (РЗ), влияние которого на выбор числа и времени рождения детей растёт. Целью работы является оценка вклада РЗ в процесс изменения рождаемости; в задачи исследования входит выделение показателей, характеризующих РЗ населения на разных этапах общественного развития с учётом демографической ситуации, и определение связи компонентов РЗ с выбором числа и времени рождения детей на общегосударственном и индивидуальном уровнях. Методы основаны на историческом анализе административного регулирования физиологических и социальных компонентов РЗ и статистическом анализе заболеваемости в РФ за разные периоды 1990–2024 гг. по данным официальной и отраслевой статистики и научных публикаций.

История и теория вопроса

Изучение РЗ человека имеет давнюю историю: ещё римский поэт Лукреций в поэме «О природе вещей» отмечал, что причины трудностей с зачатием коренятся в организме женщины и мужчины [1]. К началу XX в. было выяснено, что плодотворность связана с наследственными причинами, и появилась возможность определить долю женщин, не имевших рождений к концу индивидуального репродуктивного периода. Развитие репродуктивной медицины и внедрение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), основанных на экстракорпоральном оплодот-

ворении (ЭКО), в практику общественного здравоохранения позволили принципиально исключить прямое воздействие репродуктивных патологий на индивидуальное деторождение и изменить их роль в демографических процессах, в связи с чем потребовались более чёткие дефиниции базовых категорий проблемы.

В последней четверти XX в. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила РЗ как способность человека к воспроизводству и регулированию фертильности, включая сексуальные отношения, безопасную беременность, роды, использование контрацептивов, а также выживаемость, рост и здоровье новорождённых. С учётом этого в начале 1990-х гг. в Глобальном обзоре проблем РЗ в мире было указано 60–80 млн бесплодных пар, среди которых 3–5% с первичным бесплодием, т.е. таким, которое невозможно предотвратить или вылечить, остальные — с вторичным, вызванным инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), абортами и послеродовыми осложнениями. Обзор отразил региональную дифференциацию состояния РЗ во взаимосвязи с социально-экономическим развитием стран, образом жизни, эффективностью национальных систем здравоохранения и уровнем медицинских знаний [2]. Через четверть века повторный Обзор показал, что население многих стран обладает необходимыми знаниями и навыками для реализации мер, улучшающих РЗ и не требующих больших затрат [3].

В 2016 г. вышел первый том международного междисциплинарного журнала *Global Reproductive Health*, издаваемого Международной федерацией обществ репродуктивной медицины (IFFS). Целью журнала было сотрудничество с медицинскими работниками и исследователями в таких областях, как контроль рождаемости, преконцептивное и сексуальное здоровье, репродуктивная генетика, невынашивание беременности на ранних сроках,

¹ <https://www.fedstat.ru/indicator/62852> (дата обращения: 10.07.2026).

гинекологическая практика, связанная с РЗ, репродуктивная хирургия, эпидемиология нарушений репродуктивной функции, оказание услуг, наука и практика ВРТ, контроль их качества и безопасности, а также экономика репродуктивного здравоохранения¹. Это предполагало внимание к состоянию нерепродуктивных (экстрагенитальных) органов и систем, влияние которых на зачатие, вынашивание и рождение здорового ребёнка особенно заметно при снижении числа детей в семье. Тем самым были определены основные элементы исследовательской категории «РЗ», актуальные в XXI в.

Обычно оценка состояния РЗ проводится с помощью показателей (индикаторов), число и состав которых зависят от трактовки этой исследовательской категории. Универсальными являются лишь несколько, которые характеризуют физиологическую фертильность, но измеряются через трудности с зачатием, вынашиванием и рождением здорового ребёнка. Чаще всего используется понятие «бесплодие», однако его содержание неоднократно менялось.

Бесплодие во всём мире долго оставалось семейной проблемой, которую можно констатировать, но почти невозможно решить: *«Бесплодие [бесплодие], врождённое или приобретённое состояние женского организма, делающее его неспособным к зачатию. ...Различные терапевтические и хирургические мероприятия могут устранить бесплодие. Там же, где причины неизвестны или неустранимы — неустранимо и бесплодие². Мужское бесплодие ... неизлечимо»*. Речь шла только о бесплодном браке, т.е. официальном супружеском союзе, *«в котором проходит довольно длинный ряд лет (5–10) при правильном совокуплении, без выкидышей и преждевременных родов»* [4].

В России в первой четверти XX в. почти половина супругов фертильного возраста отмечали проблемы с появлением потомства [5]. Бесплодие диагностировалось при *«отсутствии деторождения в чадородном возрасте в течение известного периода; для первичного бесплодия таким сроком может быть 3 года, причём если беременность не наступает в течение 5 лет, то бесплодие можно считать абсолютным; при вторичном бесплодии этот срок изменяется в зависимости от индивидуальных различий, но составляет 3–5 лет»* [6].

Основная форма бесплодия связывалась с отсутствием оплодотворения, остальные — с невынашиваемостью беременности и невыживаемостью новорождённых. Вторичное бесплодие встречалось вдвое чаще первичного, в 2/3 случаев возникало после первых родов, в 1/3 — после искусственных или самопроизвольных аборт [7]. К 1927 г. число обращений по бесплодию ежегодно возрастало почти на четверть, и VII Всесоюзный съезд гинекологов и акушеров назвал его *«...угрозой не только семье, но и государству из-за важных социальных последствий»* [5], хотя демографических последствий ещё не ощущалось, поскольку суммарный коэффициент рождаемости был около шести [8].

После 1970-х гг. в СССР проблема бесплодия стала возрастать до общегосударственного масштаба, при котором 15%-ный уровень в структуре населения превысила доля женщин 50 лет и старше, никогда не имевших детей, либо доля бесплодных женщин 20–29 лет (при начале биологического снижения фертильности с 35 лет) [9]. В стране фиксировалось 10–20% бесплодных браков³, когда беременность не наступала в течение двух лет без контрацепции (по нормативам ВОЗ — 12 месяцев [10]), женское беспло-

¹ Global Reproductive Health. <https://journals.lww.com/grh/Pages/Aims-and-Scope.aspx> (дата обращения: 10.02.2026).

² Энциклопедический словарь т-ва «Бр. А. и И. Гранат и Ко. М., 1909. Т. 5. С. 166–167, 186.

³ Большая медицинская энциклопедия, М.: Советская энциклопедия, 1985. С. 80–85.

дие подразделялось на «физиологическое» (в детском и старческом возрасте, при лактации) и «патологическое» (вызванное гинекологическими и некоторыми другими заболеваниями). В патологическом бесплодии выделялся «стерилитет» (неспособность к зачатию) и «инфертильность» (неспособность к вынашиванию плода). Оно могло быть «первичным» (беременностей не было никогда) и «вторичным» (были беременности с любым исходом, но после последней два года зачатий не было), «абсолютным» (беременность невозможна никогда, например, при отсутствии детородных органов) и «относительным» (беременность в принципе возможна), «врождённым» и «приобретённым»¹. Бесплодие долгое время не рассматривалось обществом как «просто болезнь», лишь в 1989 г. ВОЗ включила в XIV класс Международной классификации болезней (МКБ-10) мужское (№ 46) и женское (№ 97) бесплодие [11].

Критерии бесплодия изменяются, в том числе, из-за уточнения причин, среди которых выделяется влияние внешней среды (химии, радиации, образа жизни, характера труда и проч.), иногда — урбанизации и связанными с ней «патологиями городской среды». Сегодня ВОЗ трактует бесплодие как *«расстройство мужской или женской репродуктивной системы, определяемое как неспособность добиться беременности после регулярных незащищённых половых актов на протяжении 12 или более месяцев»*². Выявлено, что *«распространённость заболеваний репродуктивной системы у женщин высока и не имеет тенденции к снижению: за последние 10 лет*

число женщин с бесплодием составляет в среднем 8 на 1000 женщин репродуктивного возраста», но *«многие проблемы и заболевания репродуктивной системы протекают бессимптомно и обуславливаются нарушением развития половых органов, неправильной закладкой стволовых клеток, а также образом жизни»*³. Такая группировка причин репродуктивных нарушений принципиально не изменилась за столетие: в начале XX в. врачи выделяли три группы причин бесплодия [5, с. 239]:

- аномалии половой сферы и болезненные состояния, препятствующие сексуальной жизни — 62%;
- воспалительные заболевания половой сферы — 24%;
- некоторые внутренние болезни (например, тучность) — 14%.

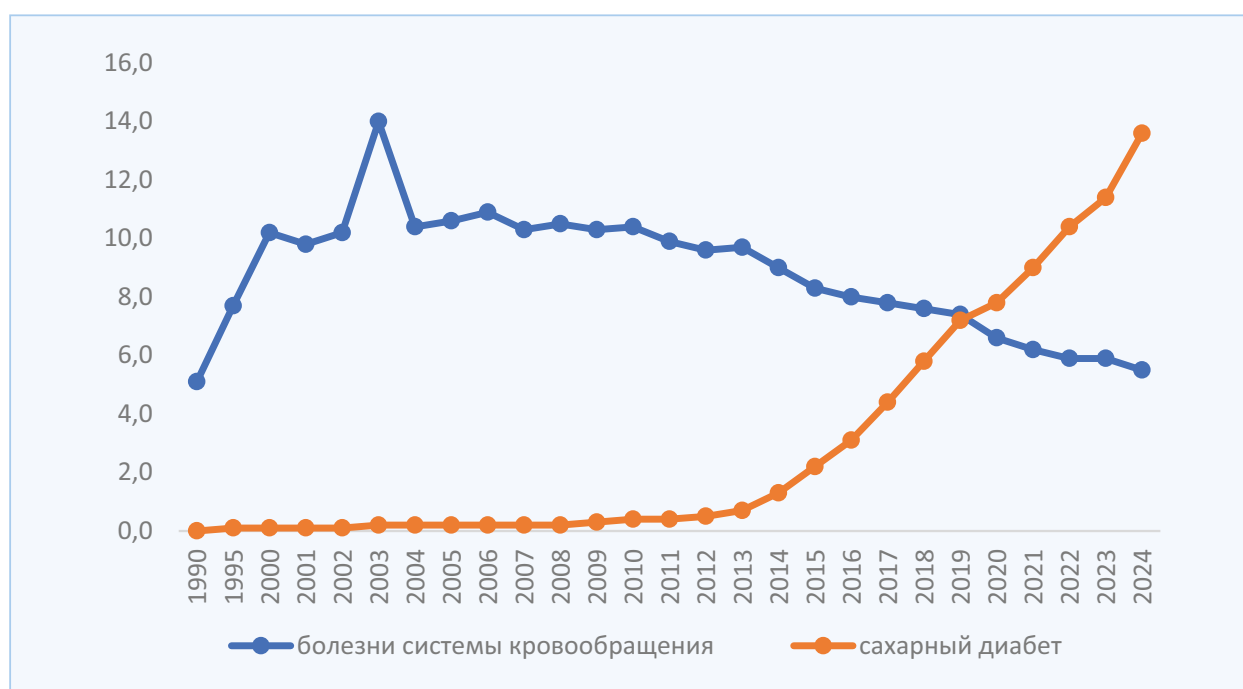
Репродуктивное здоровье женщины

Важной характеристикой российской рождаемости последних лет остаётся ухудшение здоровья женщин репродуктивного возраста, что приводит к росту числа беременностей, протекающих на фоне экстрагенитальных патологий. Часть таких патологий относится к группе неинфекционных заболеваний (НИЗ): незаразных, хронических, обычно медленно прогрессирующих, объединённых по общим характеристикам в четыре группы: сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ — инсульты, инфаркты и прочие патологии системы кровообращения), онкологические заболевания (ЗНО — злокачественные новообразования), заболевания органов дыхания (хроническая обструктивная болезнь лёгких, аст-

¹ Большая медицинская энциклопедия, М.: Советская энциклопедия, 1985. С. 80–85.

² Бесплодие. ВОЗ. 22.05.2024, <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/infertility> (дата обращения: 10.02.2026).

³ Методические рекомендации по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации 27 февраля 2026 г.) <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/413725546/?ysclid=mrobov085ep756261596> (дата обращения 20.06.2026).



Ил. 1. Беременности, завершившиеся в срок, у женщин с болезнями системы кровообращения и сахарным диабетом (из числа закончивших беременность, %)

ма и проч.) и эндокринные заболевания (диабет)¹. Распространение НИЗ среди населения проходит настолько интенсивно, что охарактеризовано как «эпидемия НИЗ», которая долгое время фиксировалась преимущественно в пожилых и старших возрастах. Однако в последние годы НИЗ стремительно «молодеют», выявляются в репродуктивном и даже детском возрасте, осложняя течение беременности, состояние плода и новорожденного. Их распространённость среди беременных различна: ССЗ (артериальная гипертензия, врождённые и приобретённые пороки сердца, аритмии и проч.) составляют около 10% в структуре экстрагенитальной патологии [12], бронхиальная астма поражает до 12% беремен-

ных женщин во всём мире [13]. У 1–2% женщин репродуктивного возраста в РФ диагностируется сахарный диабет 1-го и 2-го типов, а у 4,5–6,5% беременных – гестационный сахарный диабет («диабет беременных») [14], доля которых среди успешно завершённых беременностей выросла с 0,1% в 1995–2002 гг. до 13,6% – в 2024 г.² (ил. 1)³.

Особое место среди НИЗ, негативно влияющих на репродуктивное здоровье, занимают ЗНО, каждый шестой-седьмой случай которых диагностируется у женщин репродуктивного возраста, достигая максимума среди 45–49-летних (ил. 2)⁴.

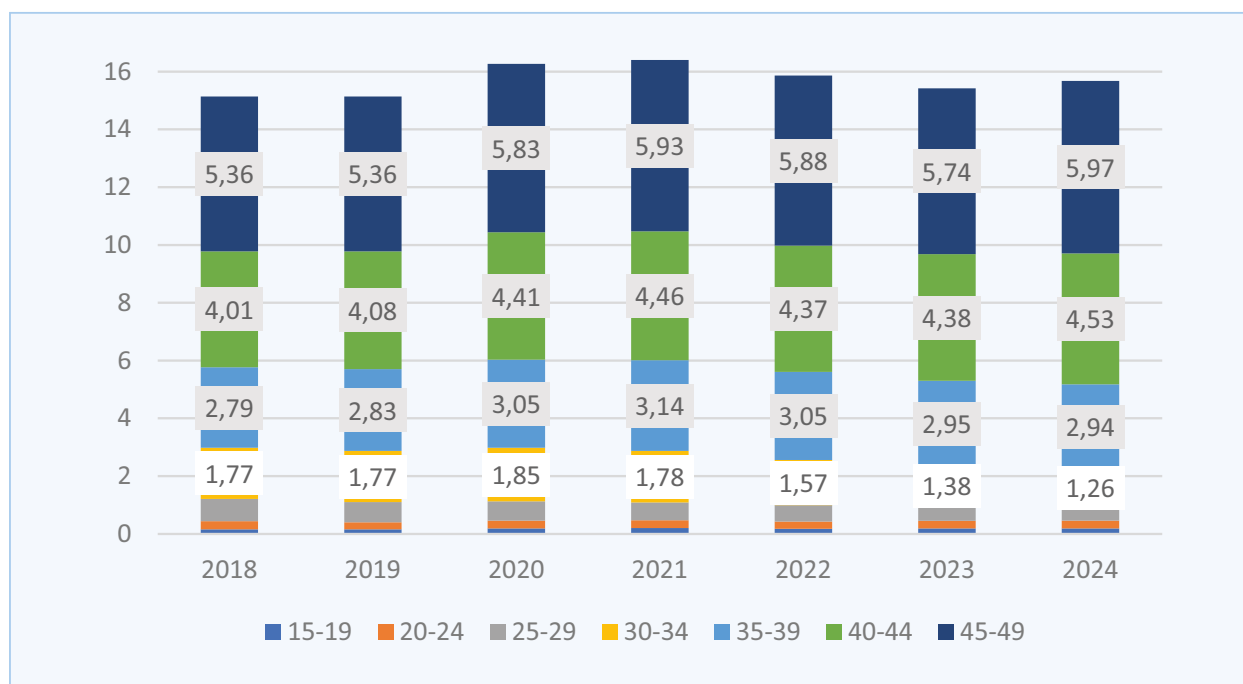
Некоторый рост доли ЗНО в 2020–2022 гг. может быть связан с проблемами диагностики периода пандемии ковида,

¹ Неинфекционные заболевания, <https://www.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases> (дата обращения: 10.02.2026).

² Состояние здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорождённых (по данным Минздрава России, расчёт Росстата). Росстат/Статистика/Официальная статистика/Население/Здравоохранение/Показатели здоровья матери и ребёнка (rosstat.gov.ru).

³ Там же.

⁴ Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность), 2002–2025 гг. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. <http://www.oncology.ru/service/st>.



Ил. 2. Заболеваемость ЗНО у женщин репродуктивного возраста в России в 2018–2024 гг. (% от ЗНО, зарегистрированных у женщин всех возрастов)

когда увеличился удельный вес ЗНО женской репродуктивной системы (молочной железы, вульвы, влагалища, шейки и тела матки, яичника, плаценты) в репродуктивном возрасте среди ЗНО женской репродуктивной системы у женщин всех возрастов (ил. 3)¹.

Более 24% нарушений РЗ обусловлены врождёнными пороками развития органов мочеполовой системы², заметен также рост функциональных нарушений индивидуальной репродуктивной функции (ил. 4)³. К 2024 г. первичная заболеваемость женским бесплодием выросла до 67,9 тыс. чел., хотя в отдельные годы наблюдался почти двукратный рост (более 92,2 тыс. чел. в 2015–2017 гг.).

Затем распространённость бесплодия несколько снизилась, но продолжился

рост расстройства менструаций, которое часто бывает предиктором бесплодия — с 356,3 тыс. чел. в 2004 г. до 696,2 тыс. чел. в 2024 г.). Общая заболеваемость (на 100 000 женского населения) также росла: бесплодие увеличилось почти в три раза среди женщин 18–49 лет, расстройство менструаций — почти в четыре раза среди женщин 10–49 лет (ил. 5)⁴. Локальные данные свидетельствуют о росте распространённости других заболеваний, негативно влияющих на репродуктивную функцию женщин (эндометриоз, сальпингит, оофорит и проч.) [15], причём реальные масштабы могут быть больше, поскольку не все обращаются за помощью к специалистам.

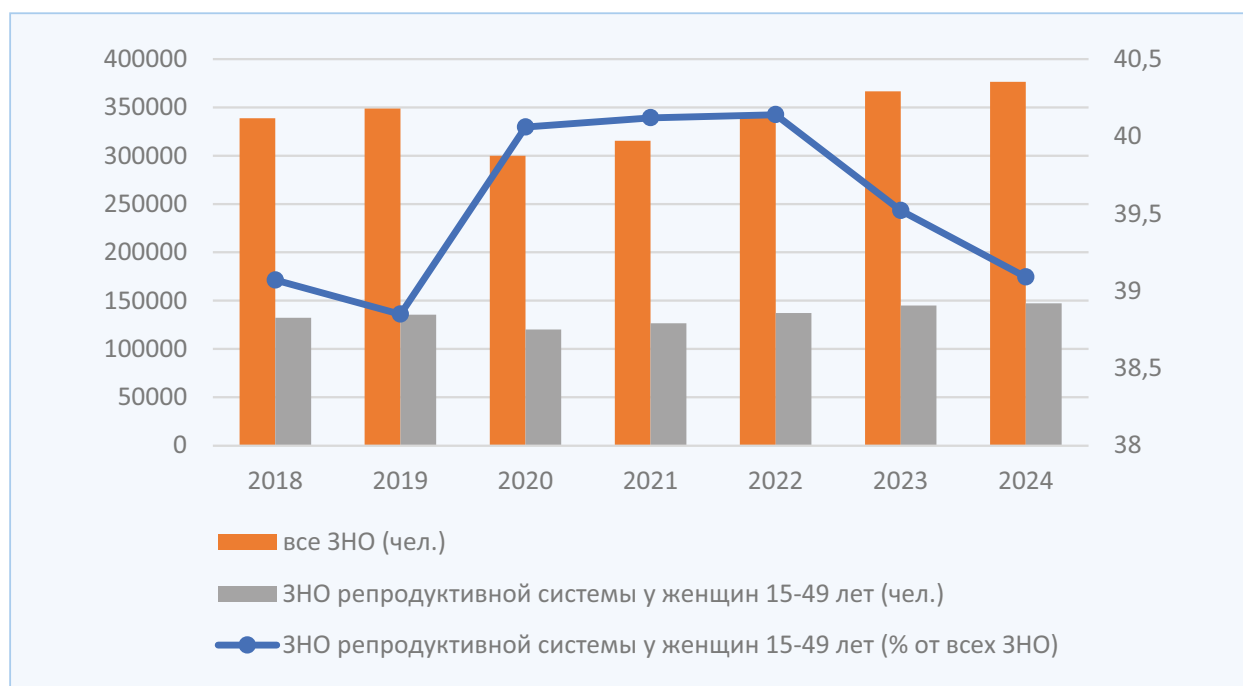
Сохраняется влияние нарушений индивидуального РЗ, возникших в репродук-

¹ Состояние здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорождённых (по данным Минздрава России, расчёт Росстата). Росстат/Статистика/Официальная статистика/Население/Здравоохранение/Показатели здоровья матери и ребёнка (rosstat.gov.ru).

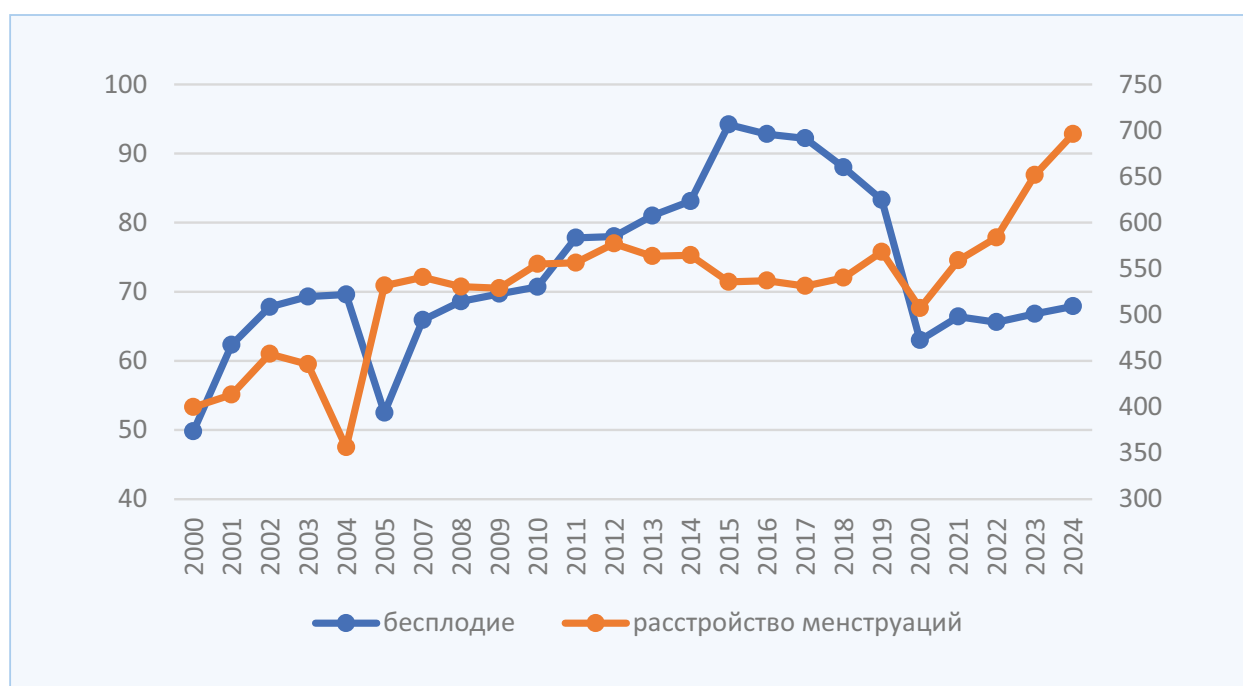
² Там же.

³ Здравоохранение в России: Статистический сборник. 2000...2025. www.rosstat.gov.ru.

⁴ Там же.



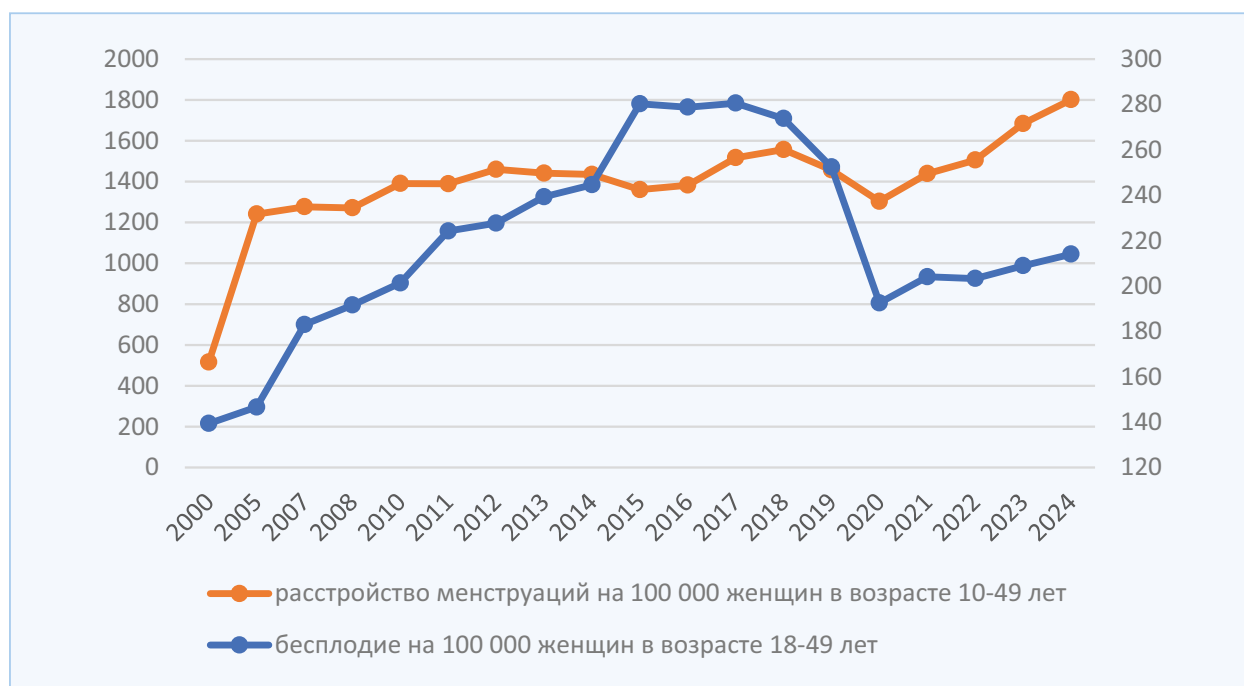
Ил. 3. Заболеваемость женщин репродуктивного возраста в России злокачественными новообразованиями в 2018–2024 гг.



Ил. 4. Число женщин с диагнозом, установленным впервые, тыс.

тивном возрасте до первой неудачной попытки зачатия (вторичное бесплодие, ИППП). Несмотря на достаточную изученность, разработанность схем лечения и широкую информированность насе-

ления, ИППП остаются одними из угроз РЗ, приводящими к патологии беременности, самопроизвольным выкидышам, росту числа недоношенных и маловесных младенцев, а также детей с врожден-



Ил. 5. Число женщин с диагнозом «бесплодие» и «расстройство менструаций», на 100 000 женского населения, тыс. чел.

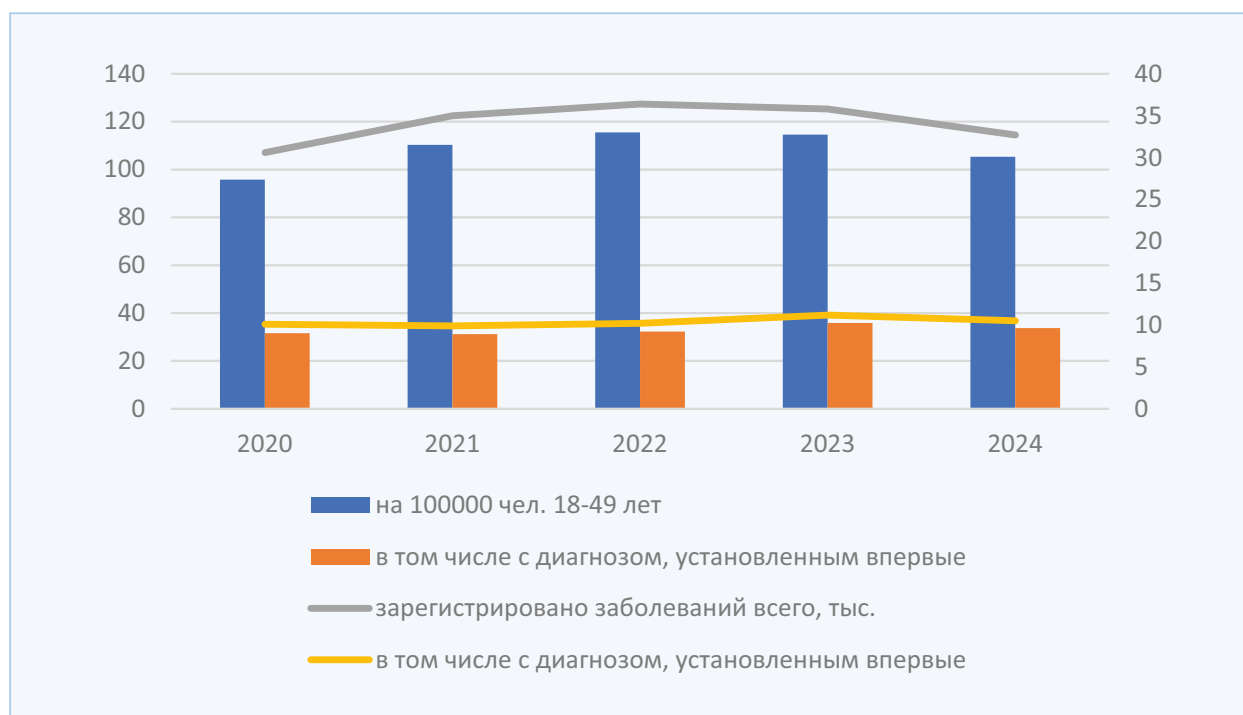


Ил. 6. Аборты у первобеременных

ными пороками. Выявлена взаимосвязь некоторых ИППП (например, вируса папилломы человека) с онкологическими заболеваниями, трудно диагностируемыми на начальных стадиях и требующими

гонадотоксической терапии (вероятность наступления беременности после такого лечения снижается на 2/3) [15].

Позитивной тенденцией является снижение числа абортов: за 2015–2024 гг.



Ил. 7. Мужское бесплодие

их стало меньше в России почти вдвое (с 848,2 тыс. до 444,3 тыс.), сократившись и среди женщин (с 23,7 до 13,0 на 100 женщин 15–49 лет), и относительно числа родов (с 44,0 до 36,5 абортотворов на 100 родов), однако тенденцию абортотворов у первобеременных в последние годы нельзя назвать устойчивой, хотя доля их среди всех медицинских легальных абортотворов составляет 5,2–6,3% (ил. 6)¹.

Репродуктивное здоровье мужчин

В начале XX в. до 25–30% бесплодия в паре связывалось с мужскими аномалиями развития, функциональными или психическими расстройствами и ещё 20–25% — с мужскими ИППП [16, с. 159]. За прошедший век тенденции принципиально не изменились: мужское РЗ продолжает ухудшаться из-за роста масштабов заболеваемости репродуктивной системы, обусловленного вредными привычками,

ИППП и патологиями органов мочеполовой системы (78% обращений к урологам среди мужского населения разного возраста), хотя наибольшего внимания требует РЗ мужчин 18–49 лет [15]. Абсолютный риск бесплодия после некоторых заболеваний мужской репродуктивной сферы может достигать 35% [17].

Ключевым аспектом сохранения РЗ мужчин является своевременная диагностика: зачастую мужское бесплодие выявляется у тех, кто не предъявляет жалоб со стороны репродуктивной системы, хотя число таких нарушений растёт, достигнув в 2024 г. 32,7 тыс. чел. (105,3 на 100 тыс. мужчин 18–49 лет), причём почти треть из них ежегодно выявляется впервые (10,5 и 33,7 соответственно) (ил. 7)².

Пример ЗНО репродуктивной сферы мужчин (молочной железы, полового члена, предстательной железы, яичка, мошонки) свидетельствует о росте их нега-

¹ Здравоохранение в России: Статистический сборник. 2000...2025. www.rosstat.gov.ru.

² Там же, с. 28–29.



Ил. 8. ЗНО репродуктивной сферы, мужчины

тивного влияния не только на РЗ мужчин всех репродуктивных возрастов (ил. 8)¹, но и на РЗ мужчин в возрастах максимальной фертильности: в 2024 г. эти заболевания составляли почти пятую часть всех ЗНО у мужчин 20–24 лет, почти шестую — 25–29 лет (ил. 9)².

Несмотря на способность мужчины к зачатию ребёнка даже в старшем возрасте, с каждым годом эта вероятность уменьшается: шанс живорождения при возрасте будущего отца старше 35 лет вдвое ниже по сравнению с более молодыми отцами, даже при применении ЭКО³. С одной стороны, это осложняет коррекцию репродуктивных нарушений, но с другой — создаёт новые возможности благодаря медико-ассоциированной репродукции (МАР). Однако локальные

исследования показывают, что дети, рождённые от возрастных отцов, зачастую отличаются худшими показателями здоровья: с возрастом отца тесно связана более высокая вероятность развития у ребёнка шизофрении, расстройств аутистического спектра, острого лимфобластного лейкоза, а также многих врождённых синдромов и аномалий развития [18].

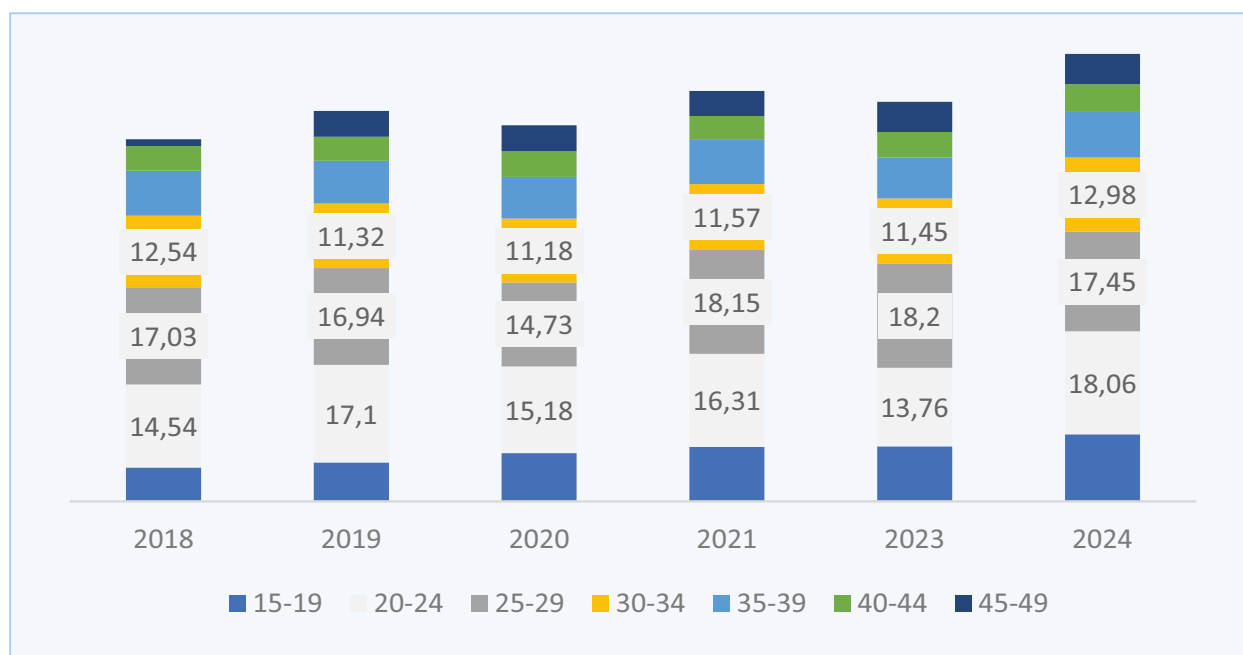
Репродуктивное здоровье семьи и перспективы повышения рождаемости

РЗ семьи является комплексной характеристикой супружеской пары, зависящей и от индивидуального РЗ потенциальных родителей, и от экстрагенитальных патологий каждого из них, и от биологической

¹ Состояние здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорождённых (по данным Минздрава России, расчёт Росстата). Росстат/Статистика/Официальная статистика/Население/Здравоохранение/Показатели здоровья матери и ребёнка (rosstat.gov.ru).

² Здравоохранение в России: Статистический сборник. 2000...2025. www.rosstat.gov.ru.

³ Методические рекомендации по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации 27 февраля 2026 г.) <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/413725546/?ysclid=mrobov085ep756261596> (дата обращения 20.06.2026).



Ил. 9. Мужское бесплодие

совместимости. Также имеют значение поведенческие факторы, т.е. образ жизни, репродуктивное просвещение, профилактика репродуктивных нарушений:

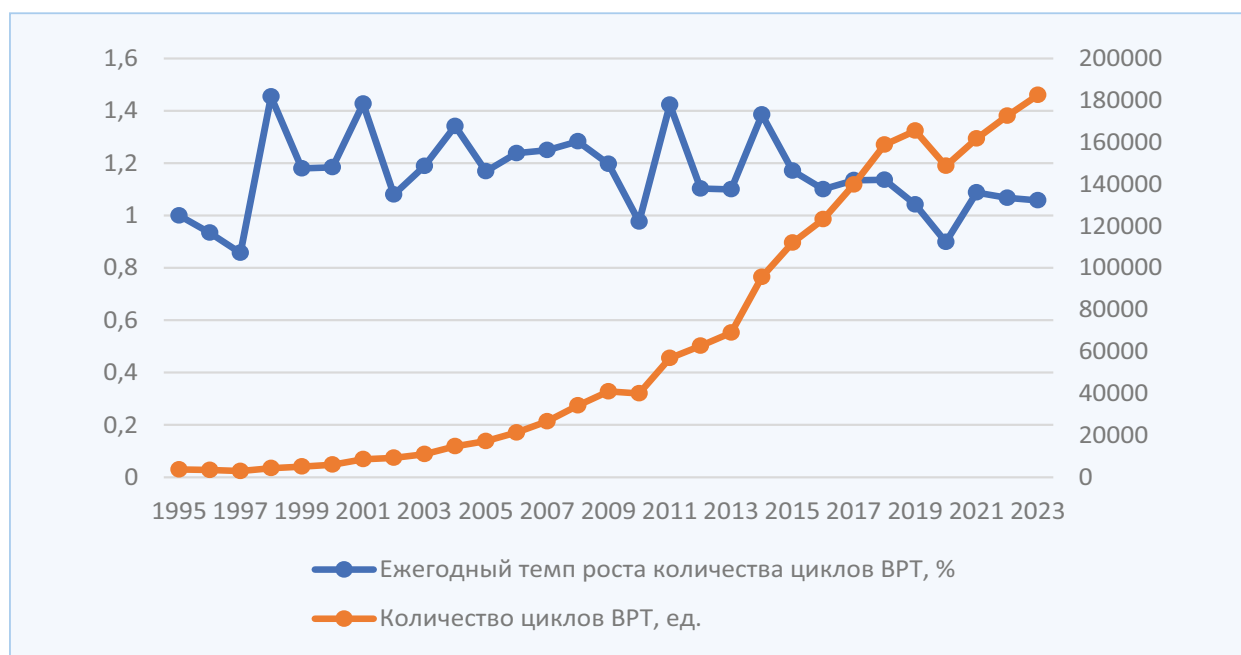
- Безответственные половые контакты одного или обоих супругов, в том числе до образования потенциальной родительской пары: у подавляющего большинства девушек 17–19 лет сексуальный дебют происходит до вступления в брак, причём у 41% из них – без какой-либо контрацепции [19].

Формирование адекватной модели контрацептивного поведения связано с ранним началом половой жизни, не оформленным официальным супружеством, увеличением числа семей, в которых супруги большую часть времени проживают отдельно. Современная структура применения контрацепции традиционна для России: наиболее распространены легкодоступные мужские презервативы, защищающие от ИППП, не требующие медицинского консультирования, не имеющие

побочных действий. По-прежнему, используются внутриматочные спирали (ВМС), в отличие от непопулярных спермицидов, экстренной контрацепции и добровольной стерилизации, а молодые образованные и обеспеченные горожанки охотно обращаются к инновационным методам (типа гормональных релизинг-систем) [20].

- «Курение увеличивает риск бесплодия в 1,6 раз. Потребление алкоголя более 20 г этанола в день увеличивает риск бесплодия на 60%. Высокий уровень потребления кофеина (500 мг, или более 5 чашек в день) снижает шансы наступления беременности в 1,45 раз»¹.
- Особенности профессиональной деятельности одного или обоих супругов (вредность, стресс и проч.).
- Отношение к своему здоровью (здоровый образ жизни (ЗОЖ), посещение врачей, диспансеризация, самолечение и т.д.). Важно нормализовать массу тела: время до зачатия увеличивается вдвое при индексе массы тела (ИМТ)

¹ Методические рекомендации по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации 27 февраля 2026 г.) <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/413725546/?ysclid=mrobv085ep756261596> (дата обращения 20.06.2026).



Ил. 10. Число циклов ВРТ и ежегодные темпы их роста в России

$>35 \text{ кг}/(\text{м})^2$ и в четыре раза — при ИМТ $< 18 \text{ кг}/(\text{м})^2$ ¹.

Наиболее эффективными для коррекции бесплодия сегодня считаются ВРТ, во многом из-за того, что приносят результат в самых сложных, ранее считавшихся безнадежными случаях. Расчетная потребность в них составляет около 1500 циклов на 1 млн населения в год², в России в 2023 г. было 1249 циклов (ил. 10)³. За 1995–2023 гг. количество циклов ВРТ увеличилось с 3690 до 182 568, т.е. почти в 50 раз, а число медицинских учреждений, проводивших программы с применением ЭКО, — с 12 до 345, т.е. почти в 30 раз, что свидетельствует о расширении доступности этого вида репродуктивной помощи.

Доступность улучшается благодаря расширению оснований для проведения ЭКО

в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), распространяемого на бесплодие, не поддающееся лечению, или на наличие медицинских диагнозов, при которых беременность невозможна без ЭКО. С 2013 г. финансовое обеспечение лечения бесплодия с применением ВРТ в России включено в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части реализации базовой программы ОМС⁴, но таких циклов чуть больше половины (ил. 11)⁵.

- Профилактика нарушений РЗ независимо от фактических семейных отношений.

Изменение традиций брачно-семейных отношений предполагает доступность профилактики и коррекции нарушений РЗ независимо от возраста и официаль-

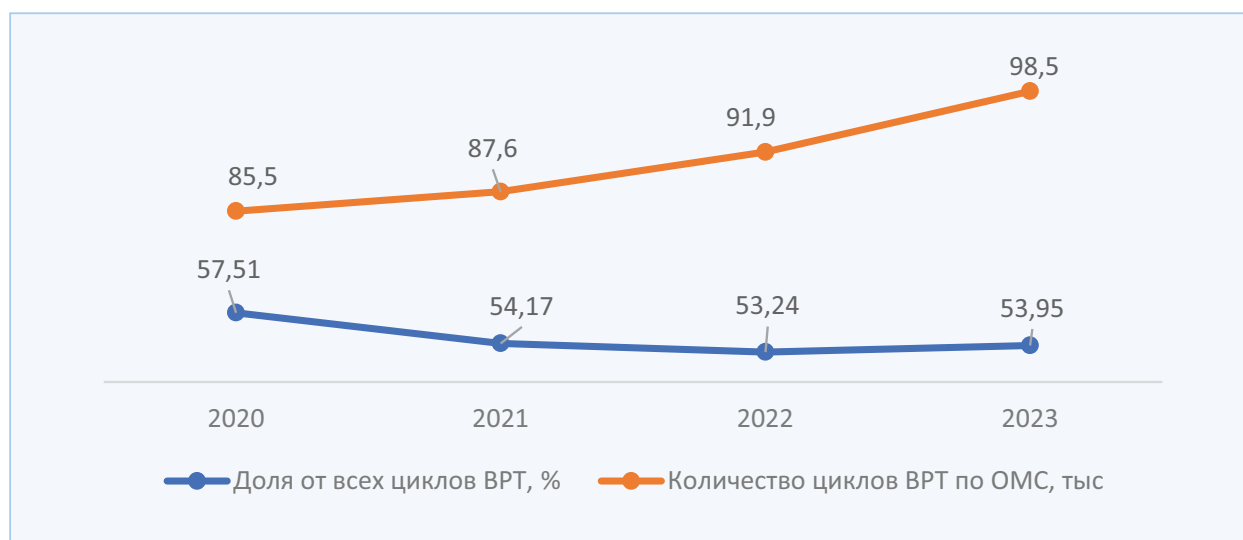
¹ Методические рекомендации по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации 27 февраля 2026 г.) <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/413725546/?ysclid=mrobv085ep756261596> (дата обращения 20.06.2026).

² European IVF monitoring of ART and development of a strategy for vigilance <https://www.eshre.eu/Annual-Meeting/Barcelona-2018/ESHRE-2018-Press-releases/De-Geyter>.

³ Регистр ВРТ в России. Отчеты за 1995–2023 гг. https://old.rahr.ru/registr_otchet.php?ysclid=mnccv2e2kp327541429.

⁴ С момента включения ЭКО в ОМС проведено более 800 тыс. процедур <https://www.ffoms.gov.ru/news/ffoms/s-momenta-vklyucheniya-eko-v-oms-provedeno-bolee-800-tys-protsedur/> 24.09.2024 (дата обращения: 25.12.2025).

⁵ Там же.



Ил. 11. Вспомогательные репродуктивные технологии по ОМС

ного семейного статуса. Диагностические возможности для выявления нарушений РЗ предоставляют перинатальные центры, детские лечебно-профилактические учреждения и женские консультации; там же предусматривается психологическая, правовая, социальная и иная поддержка женщин в ситуации репродуктивного выбора. С 2024 г. в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи как инструмент ранней диагностики для мужчин и женщин 18–49 лет включена трёхэтапная диспансеризация для оценки РЗ. За это время её прошли 2,6 млн мужчин и 4,1 млн женщин, всего 6,7 млн чел., из них 75,8% отнесены к 1-й группе здоровья («здоров и почти здоров»), 15,8% — ко 2-й группе («есть факторы риска»), 8,4% — к 3-й группе («выявлены заболевания и патологии»)¹.

Вопросы профилактического медицинского осмотра и диспансеризации регулируются нормативными документами², в соответствии с которыми вводится Перечень мероприятий по оценке РЗ мужского и женского населения репродуктивного возраста с целью выявления у граждан признаков заболеваний или состояний, которые могут негативно повлиять на беременность и последующее течение беременности, родов и послеродового периода, а также факторов риска их развития. Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их РЗ, включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 6 Программы³.

¹ Пройти диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья. Возможности Национального проекта РФ «Семья». <https://национальныепроекты.рф/new-opportunities/proyti-dispanserizatsiyu-dlya-otsenki-reproduktivnogo-zdorovya/?ysclid=mnncbg12uog311125979> (дата обращения: 20.06.2026).

² Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения, утверждённый приказом Минздрава России от 27.04.2021 г. № 404н. <http://www.garant.ru/ipo/prime/doc/401314440/?ysclid=mnncbr51gt3192362629> (дата обращения: 20.06.2026).

³ Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утверждённая постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 г. № 2188. <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/413295026/?ysclid=mnncb6a0e0644716297> (дата обращения: 20.06.2026).

Заключение

К настоящему времени состояние РЗ населения России нельзя признать удовлетворительным, поскольку по результатам скрининга почти у четверти обследованных выявлены нарушения РЗ или факторы риска таких нарушений. Это не способствует повышению рождаемости как одной из целей демографической политики, однако позитивной тенденцией является расширение доступности современных эффективных методов коррекции нарушений репродуктивной функции мужчин и женщин, их профилактики, а также нивелирование влияния репродуктивно-ассоциированных экстрагенитальных патологий. Развитие репродуктивной медицины и внедрение ВРТ в практику общественного здравоохранения позволило принципиально исключить прямое воздействие репродуктивных патологий на индивидуальное деторождение и изменить их роль в демографических процессах. Хотя использование показателей РЗ связано с объективными трудностями и ограничениями, они остаются инстру-

ментами, необходимыми для принятия решений в рамках государственной демографической политики.

Исследование РЗ как фактора повышения рождаемости в России позволило выделить основные направления его регулирования, имеющие пронатальный эффект: диагностика и лечение патологий репродуктивной сферы начиная с периода новорожденности, профилактика и раннее выявление нарушений РЗ для населения фертильного возраста, повышение доступности МАР, включая ВРТ, с учётом модификации современных форм семейных отношений.

Эффект повышения рождаемости за счёт компонентов РЗ определяется комплексным подходом: национальными традициями профилактики репродуктивных нарушений (сохранение физиологической фертильности на протяжении репродуктивного возраста, абортивные и контрацептивные практики, коррекция бесплодия и субфертильности и проч.) и современной общедоступной системой здравоохранения, включающей превентивную репродуктологию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тит Лукреций Кар. О природе вещей. Кн. 4. Раздел «Деторождение», стихи 1209–1277. М., 2006.
2. Fathalla MF. Reproductive health: a global overview. Ann NY Acad Sci. 1991; 626:1–10. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1991.tb37894.x. PMID: 2058944.
3. Fathalla M. Sexual and Reproductive Health: Overview. 2017. DOI: 10.1016/B978-0-12-803678-5.00402-1.
4. Ланда Э.И. Причины и способы лечения женского бесплодия // Акушерка. 1909. № 13–14. С. 195.
5. Шустер-Кадыш М.А. К вопросу об этиологии и лечении бесплодия // Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров. Л., 1927. С. 238.
6. Какушкин Н.М. Основные предпосылки к изучению вопроса о женском бесплодии // Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров. Л., 1927. С. 234.
7. Парсамов О., Яковлев В. О бесплодии женщины // Гинекология и акушерство. 1932. № 3. С. 36.
8. Вишневский А.Г. Рождаемость: великий перелом // Демоскоп Weekly 16 марта 2003.
9. Эпидемиология бесплодия: Доклад научной группы ВОЗ. Серия технических докладов ВОЗ, № 582. Женева: ВОЗ, 1977.
10. Tietze C., Guttmacher A.F., Rubin S. Time required for conception in 1727 planned pregnancies // Fertility and Sterility. 1950. Vol. 1. Pp. 338–346.
11. WHO consultation on the diagnosis and treatment of endocrine causes of infertility. Hamburg: WHO, 1976.

12. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. 2018. Национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал. 2018. № 3 (155). С. 91–134. <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-3-91-134>.
13. Teelucksingh S., Davis A., Nelson-Piercy C., Asthma and Pregnancy: A Narrative Review, CHEST, Vol. 169. Iss. 3. 2026. Pp. 605–615. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2025.08.043>.
14. Петрухин В.А. Беременность и сахарный диабет // Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., доп. и перераб. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 507–522.
15. Каприн А.Д., Аполихин О.И., Сивков А.В., Трушина О.И., Новикова Е.Г., Мухтарулина С.В., Юдина В.С., Лопухов П.Д. Междисциплинарный подход к улучшению репродуктивного здоровья подростков и взрослого населения // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2022. 21 (1). С. 103–109. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2022-21-1-103-109>.
16. Гротьян А. Социальная патология. М.: Мосздравотдел, 1925. С. 159.
17. Шорманов И.С., Ворчалов М.М., Рыжков А.И. Острый эпидидимит: медицинские и социальные аспекты. Современные возможности патогенной терапии // ЭКУ. 2012. № 3. С. 71–78.
18. Nybo Andersen AM, Urhoj SK. Is advanced paternal age a health risk for the offspring? Fertil Steril. 2017 Feb. 107 (2). Pp. 312–318. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.12.019.
19. Аганезов С.С., Мороцкая А.В., Аганезова Н.В. Контрацепция среди молодёжи: предпочтения и знания // Акушерство и гинекология. 2016. № 4. С. 126–132. <http://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.4.126-132>.
20. Русанова Н.Е. Репродуктивные возможности демографического развития. М.: Спутник+, 2008. С. 65–92.

Family Reproductive Health as a Factor in Increasing Fertility

Rusanova Nina Evgenievna — Doctor of Economic Sciences, Chief Research Fellow, Institute for Social Demography, FCTAS RAS.

E-mail: ninrus238@mail.ru

In order to increase fertility, analysis of the factors influencing this process is becoming particularly relevant. The aim is to assess the contribution of reproductive health to changes in fertility. Indicators characterizing the reproductive health of the population at different stages of social development are identified with due regard to the demographic situation. The relationship between components of reproductive health and the choice of the number and timing of births is determined at the national level (reproductive and extragenital morbidity among men and women, access to reproductive health care) and at the individual level (behavioral practices of the population). The methods used include historical analysis of administrative regulation of the physiological and social components of reproductive health and statistical analysis of morbidity in the Russian Federation across different periods from 1990 to 2024. On the basis of the identified specific features, the main directions of reproductive health regulation aimed at increasing fertility are outlined: diagnosis and treatment of reproductive pathologies starting from the neonatal period; reproductive health screening for the population of fertile age; and increased access to medically assisted reproduction, including assisted reproductive technologies, taking into account modifications of contemporary forms of family relations. The effect of increasing fertility through reproductive health components is determined by an integrated approach: national traditions of preventing reproductive disorders (maintaining physiological fertility throughout reproductive age, abortion and contraceptive practices, correction of infertility, subfertility, etc.) and a modern universally accessible health-care system that includes preventive reproductology.

Keywords: fertility, fecundity, subfertility, infertility, abortions, contraception, assisted reproductive technologies, in vitro fertilization

REFERENCES

1. Tit Lukretsii Kar. O prirode veshchei. Kn. 4. Razdel «Detorozhdenie», stikhi 1209–1277. M., 2006 (in Russian).
2. Fathalla MF. Reproductive health: a global overview. Ann NY Acad Sci. 1991; 626:1–10. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1991.tb37894.x. PMID: 2058944.
3. Fathalla M. Sexual and Reproductive Health: Overview. 2017. DOI: 10.1016/B978-0-12-803678-5.00402-1.
4. Landa E.I. Prichiny i sposoby lecheniya zhenskogo besplodiya // Akusherka. 1909. № 13–14. S. 195 (in Russian).
5. Shuster-Kadysh M.A. K voprosu ob etiologii i lechenii besplodiya // Trudy VII Vsesoyuznogo s"ezda ginekologov i akusherov. L., 1927. S. 238 (in Russian).
6. Kakushkin N.M. Osnovnye predposylki k izucheniyu voprosa o zhenskom besplodii // Trudy VII Vsesoyuznogo s"ezda ginekologov i akusherov. L., 1927. S. 234 (in Russian).
7. Parsamov O., Yakovlev V. O besplodii zhenshchiny. // Ginekologiya i akusherstvo. 1932. № 3. S. 36 (in Russian).
8. Vishnevskii A.G. Rozhdaemost': velikii perelom // Demoskop Weekly 16 marta 2003 (in Russian).
9. Epidemiologiya besplodiya: Doklad nauchnoi gruppy VOZ. Seriya tekhnicheskikh dokladov VOZ, № 582. Zheneva: VOZ, 1977 (in Russian).
10. Tietze C., Guttmacher A.F., Rubin S. Time required for conception in 1727 planned pregnancies // Fertility and Sterility. 1950. Vol. 1. Pp. 338–346.
11. WHO Scientific Group. Recent Advances in Medically Assisted Conception. Geneva: WHO Technical Report Series, 1992. Pp. 820.
12. Diagnostika i lechenie serdechno-sosudistikh zabolevaniy pri beremennosti. 2018. Natsionalnye rekomendatsii // Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal. 2018. № 3 (155). S. 91–134. DOI: 10.15829/1560-4071-2018-3-91-134. (in Russian).
13. Teelucksingh S., Davis A., Nelson-Piercy C., Asthma and Pregnancy: A Narrative Review, CHEST, Vol. 169. Iss. 3. 2026. Pp. 605–615. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2025.08.043>.
14. Petrukhin V.A. Beremennost' i sakharnyi diabetes // Akusherstvo: Natsional'noe rukovodstvo / Pod red. G.M. Savel'evoi, G.T. Sukhikh, V.N. Serova, V.E. Radzinskogo. 2-e izd., dop. i pererab. M.: GEOTAR-Media, 2015. S. 507–522 (in Russian).
15. Kaprin A.D., Apolikhin O.I., Sivkov A.V., Trushina O.I., Novikova E.G., Mukhtarulina S.V., Yudina V.S., Lopukhov P.D. Mezhdistsiplinarnyi podkhod k uluchsheniyu reproduktivnogo zdorov'ya podrostkov i vzroslogo naseleniya // Epidemiologiya i vaksinooprofilaktika. 2022. 21 (1). S. 103–109. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2022-21-1-103-109> (in Russian).
16. Grot'yan A. Sotsial'naya patologiya. M.: Moszdravotdel, 1925. S. 159 (in Russian).
17. Shormanov I.S., Vorchalov M.M., Ryzhkov A.I. Ostryi epididimit: meditsinskie i sotsial'nye aspekty. Sovremennye vozmozhnosti patogennoi terapii // EKV. 2012. № 3. S. 71–78 (in Russian).
18. Nybo Andersen AM, Urhoj SK. Is advanced paternal age a health risk for the offspring? Fertil Steril. 2017 Feb. 107 (2). Pp. 312–318. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.12.019.
19. Aganezov S.S., Morotskaya A.V., Aganezova N.V. Kontratsepsiya sredi molodyozhi: predpochteniya i znaniya // Akusherstvo i ginekologiya. 2016. № 4. S. 126–132. <http://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.4.126-132> (in Russian).
20. Rusanova N.E. Reprodukivnye vozmozhnosti demograficheskogo razvitiya. M.: Sputnik+, 2008. S. 65–92 (in Russian).