

# Репродуктивное регулирование рождаемости после пандемии коронавируса

Нина Е. Русанова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Институт социально-экономических проблем народонаселения имени Н.М. Римаевской Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Москва, 117218, Россия*

Получено 11 May 2022 ♦ Принято в печать 28 September 2022 ♦ Опубликовано 31 December 2022

**Цитирование:** Rusanova NE (2022) Reproductive birth control after the coronavirus pandemic. Population and Economics 6(4): 178–188. <https://doi.org/10.3897/popcon.6.e90355>

## Аннотация

Одним из последствий пандемии коронавируса во всех странах стало изменение мер и инструментов регулирования рождаемости, среди которых усилилось значение репродуктивных компонентов, т.е. касающихся физиологических возможностей зачатия, вынашивания и родов. Ограничительные (направленные на снижение рождаемости) и расширительные (направленные на повышение рождаемости) способы репродуктивного регулирования по-разному отреагировали на вынужденные пандемийные ограничения: предохранение и искусственное прерывание беременности достаточно быстро приспособились к новым условиям, не изменив сформировавшихся тенденций, а вспомогательные репродуктивные технологии, после административных запретов первых дней массовых локдаунов, продемонстрировали новые направления развития после их смягчения. На фоне прогресса медицинской составляющей, все больше приближающей экстракорпоральное оплодотворение к естественному зачатию, выросли масштабы государственного финансирования и число программ, бесплатных для пациентов, но из-за противоэпидемического контроля осложнился трансграничный репродуктивный туризм, актуальный для суррогатного материнства и репродуктивного донорства. В России это активизировало общественные дискуссии и способствовало углублению репродуктивного законодательства.

## Ключевые слова

медиализация рождаемости, аборт, контрацепция, вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, общественное здравоохранение

**Коды JEL:** J13

## Введение

11 марта 2020 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила, что эпидемия COVID-19 приобрела статус глобальной пандемии. Это быстро и кардинально изменило

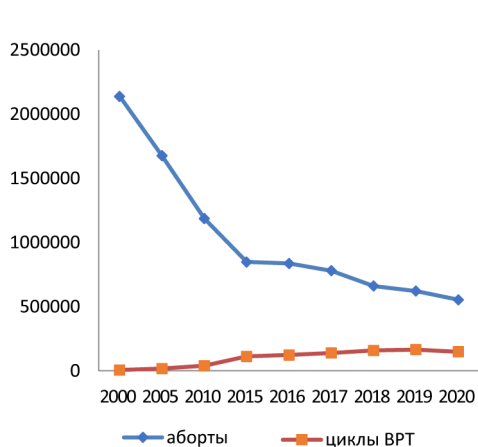
организацию репродуктивной помощи и оказание услуг по охране репродуктивного здоровья, прежде всего, по контрацепции и абортам: в первые недели пандемии закрылось более 5,5 тыс. стационарных и мобильных репродуктивных клиник в 64 странах [IPPF, 2020]. Хотя нигде не было официальных рекомендаций воздержаться от зачатия, несколько профессиональных международных объединений репродуктологов сразу призвали к мораторию на программы медико-ассоциированной репродукции (МАР) и вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), чтобы избежать потенциальных ковидных осложнений при лечении бесплодия, беременности, родах, а также сохранить персонал и ресурсы для возможного антиковидного перепрофилирования [British Fertility Society, 2021; ESHRE News; ASRM, 2020].

Пандемия коронавируса высветила проблемы, касающиеся репродуктивных возможностей рождаемости как базового процесса демографического развития. Они связаны с регулированием индивидуального числа рождений и направлены как на их ограничение через аборт и контрацепцию, так и на рост через медиализацию процессов зачатия и беременности. Несмотря на различие целей, почти все методы репродуктивного регулирования допускаются к применению только в рамках системы общественного здравоохранения и потому в период пандемии оказались зависимыми от антиковидных ограничений. Доковидные тенденции изменения числа рождений по-разному отреагировали на противоэпидемические мероприятия: одни из них восстановились через несколько месяцев после отмены наиболее жестких рестрикций, другие в разной степени модифицировались. Окончательные итоги определить пока невозможно, поскольку, например, данные о результатах ВРТ появляются через два года после завершения текущих циклов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), однако формирование новых трендов уже намечилось; их выявление и является целью исследования. Источники информации — данные официальной и отраслевой статистики [(Росстат, Минздрава РФ, Российской Ассоциации Репродукции Человека (РАРЧ), Европейского Общества Репродукции Человека и Эмбриологии (ESHRE)), а также материалы социологических исследований 2020-2022 гг., опубликованных в открытой печати или проводимых с участием автора.

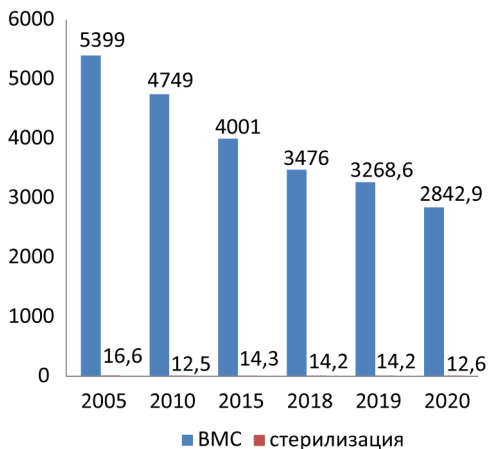
## **Основные цели и методы репродуктивного регулирования рождаемости до пандемии COVID-19**

Репродуктивное регулирование рождаемости — воздействие на биологические компоненты репродуктивного и самосохранительного поведения для ограничения или стимулирования рождаемости, которое проявляется через предупреждение, прерывание и стимулирование беременности. Исторически началом такого регулирования является легализация абортов и распространение эффективной контрацепции с целью сокращения числа рождений, но внедрение в практику общественного здравоохранения ВРТ позволило решить противоположную задачу повышения рождаемости и изменить репродуктивную доминанту общества от сокращения репродуктивных возможностей демографического развития к их расширению. Если оценить репродуктивную политику через соотношение числа абортов и проведенных циклов ВРТ, даже не закончившихся живорождением, то репродуктивная доминанта покажет, к чему реально стремится общество — сокращению репродуктивных возможностей демографического развития (преобладают аборт) или их расширению (преобладают ВРТ). Россия до начала XXI в. представляла собой пример преобладания негативной репродуктивной доминанты, что было связано и с особенностями контрацептивного поведения, и с традициями аборта, и с незрелостью рынка ВРТ, но за 1995-2019 гг. степень отрицательного влияния снизилась почти в двести раз (с 749,7 абортов на цикл ВРТ до 3,76), что было вызвано изменением приоритетов государственной демографической по-

литики (рис. 1). Контрацепция всегда меньше контролировалась государством, кроме методов, фактически направленных на прекращение рождений — стерилизации и устанавливаемых только в медицинских учреждениях внутриматочных спиралей, которые к началу пандемии сформировали устойчивую тенденцию к снижению (рис. 2).



**Рисунок 1.** Динамика циклов ВРТ и абортов, проведенных в России в 2000-2020 гг., ед. *Источники:* [Демографический..., 2021: 71; Здравоохранение..., 2021: 59; Регистр ВРТ..., 2022]



**Рисунок 2.** Динамика применения ВМС и стерилизации в России за 2005-2020 гг., ед. *Источники:* [Демографический..., 2021: 71; Здравоохранение..., 2021: 59; Регистр ВРТ..., 2022]

Ограничительные тренды принципиально не изменились в начале пандемии, хотя в первые недели карантина актуализировалась проблема абортов как инвазивной манипуляции, зачастую не допускающей длительного ожидания. В России с начала карантина аборт были негласно включены в число плановых операций, проведение которых откладывалось до стабилизации эпидемической ситуации, что привело к разрешению прерывать беременность по полисам Обязательного медицинского страхования (ОМС) только в исключительных случаях. Достаточно быстро ситуация стабилизировалась, и количество абортов в возрасте активной репродуктивности продолжило снижаться (табл. 1), в том числе благодаря усилению абсолютно отрицательного отношения к ним — до 13% [ВЦИОМ, 2022].

За рубежом первая реакция также была рестриктивной, но учитывающей национальную специфику: в условиях повышенной эпидемической опасности некоторые штаты США уже в марте полностью запретили аборт, во Франции перевели медикаментозный аборт в систему телемедицины, в Великобритании приняли решение снабжать таблетками для медикаментоз-

**Таблица 1.** Некоторые показатели динамики абортов в России в 2019 и 2020 гг.

Годы	Всего	В том числе					У перво- беременных
		У женщин в возрасте, лет					
		0-14	15-17	18-44	45-49	50 +	
2019	621652	440	5141	609617	6359	90	52150
2020	553495	447	3862	542409	6673	104	50581

*Источник:* Росстат.

ного аборта всех желающих, и с 14 апреля по 10 мая 2020 г. почти половина абортотворений была проведена «онлайн» [Church et al., 2020].

Проблема контрацепции была обусловлена логистикой, вынужденным закрытием границ и локдаунами, из-за которых возникли перебои в поставках противозачаточных средств, длившиеся в среднем 3,6 месяца. Хотя за первый пандемийный год они сократились, 12 млн женщин в разных странах сообщили, что не смогли получить доступ к услугам по планированию семьи, и 1,4 млн из них столкнулись с незапланированной беременностью [UNFPA, 2021].

## **ВРТ в пандемию в разных странах**

Накануне пандемии ВРТ прочно занимали место самого эффективного способа лечения бесплодия, которое фиксировалось у 10-12% населения развитых стран. Технологические особенности этих программ способствовали росту спроса на них даже при субфертильности и отсутствии любых нарушений здоровья (например, при социальном бесплодии). В результате были приняты законы, определившие соответствующие задачи национальных регулирующих органов, и развитие ВРТ в начале пандемии оказалось зависимым от общей эпидемиологической ситуации, особенностей систем общественного здравоохранения, а также от возраста и диагноза пациентов.

В странах, где строгий карантин не объявлялся (например, Белоруссия), действия по сдерживанию распространения коронавируса ограничивались усилением специальных санитарно-гигиенических мер, но предполагали возможность временного закрытия репродуктивных центров при существенном ухудшении эпидемиологической ситуации и перепрофилирования их под ковидные госпитали. Рестриктивные требования были обязательными лишь для государственных медицинских учреждений, поэтому частные шведские клиники продолжали выполнение программ ВРТ. В Белоруссии полностью или частично временно закрывались лишь клиники в районах с тяжелой эпидемиологической ситуацией, поэтому уже 18 мая 2020 г. Указ Президента РБ №171 «О социальной поддержке отдельных категорий граждан» предоставил пациентам одну бесплатную попытку ЭКО. Требования к участникам таких программ были примерно аналогичны первым российским бесплатным квотам: процедуры могли проводить только государственные организации при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний, определенных Министерством здравоохранения, только парам, где оба супруга являются гражданами РБ и женщина не старше 40 лет [Тишкевич, 2021]. Тем самым ВРТ из узкоспециализированного метода лечения бесплодия становился инструментом пронатальной демографической политики государства, финансируемым за счет бюджета.

Абсолютное большинство стран ввело общенациональные карантинные и максимально сократило непосредственные контакты пациентов и врачей, полностью остановив протоколы ВРТ в январе — феврале 2020 г. в Китае, в марте — в Испании, США и Австралии (за исключением случаев онкофертильности) и переведя консультирование в удаленный режим. Были завершены уже начатые циклы, все полученные яйцеклетки и эмбрионы заморожены, переносы отменены до получения государственного разрешения на возобновление плановых ЭКО, которое выдавалось по мере сокращения новых случаев COVID-19. Там, где государство не вводило полного запрета ВРТ, профессиональные объединения репродуктологов ориентировались на рекомендации ESHRE, специфику национальной системы здравоохранения и структуру программ ВРТ: Казахстанская ассоциация репродуктивной медицины (КАРМ) перевела почти все репродуктивные центры в онлайн-режим, а грузинские программы ВРТ выполняли только небольшие частные клиники (до 500 циклов в год)

и не попадали под государственные ограничения плановой медицинской помощи. Проблемой оказалось личное присутствие участников программ, поскольку большая их часть ориентировалась на репродуктивное донорство и суррогатное материнство для зарубежных пациентов. В ОАЭ не было прямого запрета на выполнение ВРТ, однако общее количество пациенток в связи с государственными карантинными мерами уменьшилось примерно на 60% [Локшин и др., 2020а].

Селективный подход продемонстрировал Израиль, где самая высокая частота ВРТ на душу населения в мире и после ЭКО происходит 5% всех родов в стране. Здесь исходили из того, что приостановка лечения ставит бесплодные пары в неравные условия с теми, кто может самопроизвольно зачать ребенка, поскольку населению не были даны рекомендации воздерживаться от наступления беременности в период пандемии. Рекомендации учитывали потребности пациенток старшего репродуктивного возраста, особенно тех, кому больше 40 лет и любая задержка лечения которых может оказаться фатальной: в первые недели после возобновления активности приоритет получили пациентки старше 39 лет, которым было проведено около 50% всех циклов; также принимались во внимание интересы однополых пар [Локшин и др., 2020b].

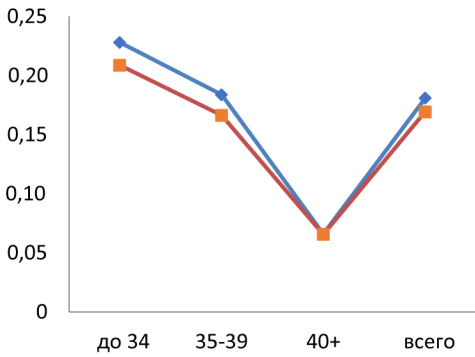
В России к 2019 г. потребность и доступность ВРТ дифференцировались по регионам, но в целом отражали позитивные тенденции роста вклада вспомогательной репродукции в рождаемость (в 2019 и 2020 гг. после зачатия с помощью ЭКО на свет появилось 2,4% всех российских новорожденных) (табл. 2). Негативное влияние пандемии проявилось в снижении почти на четверть выявления бесплодия как медицинского диагноза, однако сколько именно потенциально бесплодных пациентов не было учтено из-за ковидных ограничений на плановую амбулаторную медицинскую помощь, в том числе с применением ВРТ с весны 2020 г., неизвестно; также невозможно оценить, в какой степени снижение общего числа циклов ВРТ почти на 10% стало следствием таких ограничений, но отрицательный вклад этого фактора очевиден [Регистр ВРТ..., 2020].

С началом пандемии решения применительно к санитарно-эпидемиологической обстановке в конкретном регионе принимал главный санитарный врач этого региона, поэтому репродуктивные клиники возвращались к активной деятельности неравномерно. В России не выявлена тенденция к пандемийной селективности вспомогательной репродукции, однако практика показала рост числа пациенток старше 35 лет по программам размораживания эмбрионов (РЭ) (на 5,44% для 35-39-летних и на 1,39% для тех, кому 40 и больше) и преимплантационного генетического тестирования (ПГТ) (13,06% и 27,48% соответственно), а также на 1,48% для пациенток 40 лет и старше при «классическом» ЭКО [рассчитано по: Регистр ВРТ..., 2022]. При этом эффективность программ, рассчитанная через соотношение чисел родов и исходных манипуляций, изменилась мало (рис. 3).

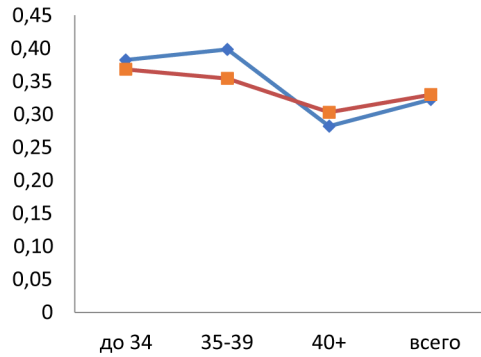
**Таблица 2.** Некоторые показатели потребности и доступности ВРТ в России накануне и в начале пандемии

№	Показатели	2019	2020
1	Число женщин с впервые установленным диагнозом «бесплодие», тыс. чел.	83,3	63
2	Число циклов ЭКО	165463	148660
3	Число родившихся с помощью ЭКО	36008	34250

Источники: [Регистр ВРТ..., 2022; Здравоохранение..., 2021: 56]

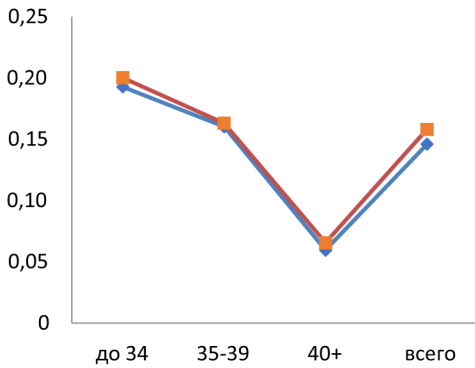


—♦— Число родов на пункцию при ЭКО, 2019  
—■— 2020



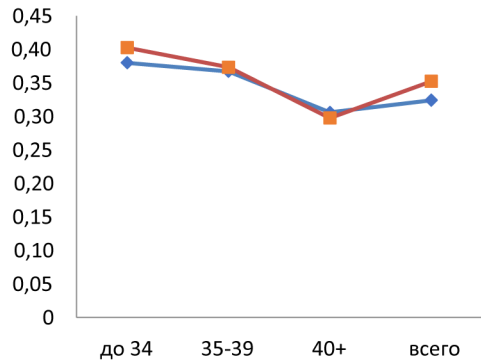
—♦— Число родов на перенос при ДО, 2019  
—■— 2020

ДО – донорство ооцитов

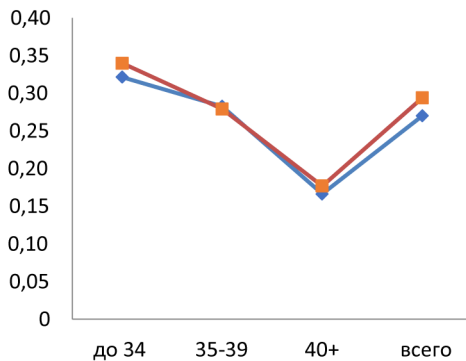


—♦— Число родов на пункцию при ИКСИ, 2019  
—■— 2020

ИКСИ — Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида



—♦— Число родов на перенос при ПГТ, 2019  
—■— 2020



—♦— Число родов на размораживание при РЭ, 2019  
—■— 2020

**Рисунок 3.** Возрастная эффективность некоторых программ ВРТ в России в 2019-2020 гг.

Одной из программ ВРТ, которых ковидные ограничения затронули особенно остро, является суррогатное материнство (СМ), необходимое при невозможности вынашивания беременности и/или родов генетической матерью. СМ разделяется на «гестационное» и «традиционное». Гестационное («полное» или «ЭКО»-СМ) предполагает, что из биоматериала одного или обоих родителей создается эмбрион, который имплантируется суррогатной матери; эмбрион может быть донорским, биологически чужим и предполагаемым родителям, и суррогатной матери. Традиционное («естественное» или «частичное») СМ, при котором яйцеклетки принадлежат суррогатной матери, априори многократно морально и юридически усложняет эту программу. По данным Международной федерации обществ фертильности [International Federation of Fertility Societies (IFFS)], в период пандемии преобладает гестационное СМ, а денежная компенсация суррогатной матери не допускается либо ограничивается возмещением времени и расходов. Многие страны запретили любую форму компенсации или разрешили лишь возмещение расходов, ссылаясь на опасения по поводу превращения детей в товар и репродуктивной эксплуатации женщин.

Такие межстрановые различия усилили значимость трансграничной репродуктивной помощи (ТГРП), когда граждане одной страны совершают поездки для получения ВРТ или сопутствующих услуг в другой стране либо имеет место репродуктивное донорство, при котором половые клетки импортируются или экспортируются через национальные границы. Хотя закрытие границ и требования обязательной вакцинации еще больше ограничили ТГРП, во многих случаях она осталась единственной возможностью получить доступ к ВРТ. Опрос IFFS-2021 показал, что пандемия не оказала принципиального влияния на въездные потоки, обусловленные маркетинговыми целями (соотношение «цена — качество»), но способствовала снижению въезда целевых групп потребителей услуг репродуктивного донорства (табл. 3).

В 2021 г. въездные потоки, сформированные с целью участия в СМ, более чем вдвое превысили потоки въезжающих для участия в программах гестационного СМ (67% и 27%) и в четыре раза — для участия в традиционном СМ (51% и 13%), в 2018 г. эти соотношения составляли 57% и 28%; 46% и 19% соответственно. Такой рост во многом обусловлен недостаточным правовым регулированием ТГРП, что и приводило к проблемам с передачей новорожденных от суррогатных матерей их юридическим родителям-иностранцам. Рост числа въездных поездок ТГРП может отражать вызванные пандемией изменения в национальных правилах доступа к репродуктивному донорству и СМ.

**Таблица 3.** Доля респондентов, принимающих участие в разных видах трансграничной репродуктивной помощи, %

№	Цель поездки	Въездные поездки		Выездные поездки	
		2018	2021	2018	2021
1	услуги по более низкой цене	71	75	53	65
2	услуги более высокого качества	79	79	51	61
3	услуги, недоступные на родине	72	66	51	57
4	донорские яйцеклетки	57	47	57	73
5	донорская сперма	55	51	55	62
6	донорские эмбрионы	40	37	40	57
7	гестационное СМ	27	28	57	67
8	традиционное СМ	19	13	46	51

Источник: [IFFS, 2022]

В России проблемы применения СМ обсуждаются с 2017 г., особенно активно в течение 2019–2021 гг. Неоднократно устраивались круглые столы, пресс-конференции, собрания, заседания, дискуссии на разных площадках, в том числе в Государственной Думе, Совете Федерации, Общественной палате, на главных телевизионных каналах и других информационных платформах страны. СМ законодательно поддерживается, в частности в 323-м ФЗ определено, что программой СМ при наличии медицинских показаний может воспользоваться одинокая женщина, но не может одинокий мужчина, поскольку у него нет медицинских показаний для СМ. Интерес к СМ для населения младших репродуктивных возрастов сохраняется в период пандемии, что подтверждается локальным опросом студенческой молодежи весной 2020 г. [Исупова, Русанова, 2021].

Особенность российского СМ в том, что его общественная значимость существенно превышает реальный вклад в рождаемость: доля родившихся с помощью программ СМ за 2005–2019 гг. стабильно составляет 1,4–1,7% всех родившихся с помощью ЭКО [Рассчитано по: Регистр ВРТ..., 2021]. Тема СМ настолько популярна, что становится основой литературных и кинематографических произведений, а в сентябре 2021 г. ВЦИОМ провел онлайн-опрос об отношении россиян к СМ, приуроченный к выходу сериала «Контейнер», главной героиней которого является суррогатная мать. Результаты показали, что более 80% респондентов считают себя информированными о процедуре СМ, а 78% называют основанием для нее состояние здоровья, не позволяющее родить ребенка другим способом. Пандемия не изменила мнение о допустимости СМ в ситуации, когда нет возможности самостоятельно родить детей: с этим согласились 70% респондентов против 60% в 2013 г., а 42% высказались в пользу законодательного регулирования этой программы [ВЦИОМ, 2021].

## **Изменения репродуктивного регулирования в результате пандемии**

Развитие репродуктивной медицины в рамках системы общественного здравоохранения в период пандемии происходило под влиянием проблем, прямо не связанных с репродуктивным регулированием. Именно отсутствие четких правовых норм привело к ситуации, когда из-за пандемийных ограничений из России не смогли вывезти за границу детей, рожденных российскими суррогатными матерями, а телемедицинские консультации в некоторых странах не могли затрагивать медикаментозного аборта и самостоятельного применения инъекционных контрацептивов. Пандемия значительно осложнила процессы получения неэпидемической медицинской помощи, в связи с чем актуальными стали вопросы разделения обязательной медицинской помощи пациентам и медицинских услуг, которые клиенты получают по собственному выбору. Критерии такого разделения зависят от организационной специфики национального здравоохранения и различаются по странам: например, в Испании проблемы с ВРТ возникли из-за коллапса системы здравоохранения, но не из-за влияния коронавируса как такового [Локшин, Корсак..., 2020a], а в России актуальным остается повышение доступности ВРТ за счет негосударственных клиник, принимающих пациентов по ОМС. Несмотря на актуальность противоэпидемических задач, изменение рождаемости уже в первый пандемийный год показало, что длительная отмена как ограничительных, так и стимулирующих мер может отрицательно сказаться на демографических показателях. Для регулирования ситуации ВОЗ выпустила рекомендации, которые в самом общем виде позволяли определить направления оказания обязательной медицинской помощи и получения доступных медицинских услуг, связанных с репродуктивным здоровьем, они касались искусственного прерывания беременности и консультирования по по-



воду контрацепции [ВОЗ, 2022]. Одновременно страны проводили анализ деятельности репродуктивных центров и обобщали наиболее позитивные практики; так, пример частных клиник в Непале показал ценность рутинных программ, позволяющих проводить медикаментозный аборт на дому, а также важность отнесения услуг по репродуктивному здоровью к категории «необходимых» даже в условиях карантина [Hogan et al., 2022]. Специфические организационные проблемы ВРТ в пандемию были связаны с перепрофилированием некоторых репродуктивных центров, имеющих стационарные отделения, в ковидные госпитали. Поскольку такие центры, как правило, находились в составе многопрофильных государственных клиник, они были вынуждены приостановить прием ВРТ-пациентов, которые обратились в частные медицинские учреждения: в России, по данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в первый пандемийный год частные репродуктивные центры провели в полтора раза больше циклов ЭКО, чем государственные [Колесникова, 2022].

Общим направлением остается приоритет лечения бесплодия, поскольку риски заболеть коронавирусом в старших репродуктивных возрастах, предъявляющих самый высокий спрос на ВРТ, значительно ниже рисков никогда не родить детей. Здесь возникает вопрос определения условий «бесполезности лечения», которые учитывают число лет жизни с поправкой на качество, изменившееся после ковида и сдвигающее предельную границу возраста, после которого лечение бесплодия с помощью ВРТ становится не бесплатной медицинской помощью, а медицинской услугой.

## Заключение

Пандемия развивалась неравномерно и затронула разные страны в разное время и в разной степени, отражая различия в ресурсах, политических и культурных установках и средствах преодоления, адекватных национальной социально-демографической ситуации. Демографические и социальные последствия пандемии только начали проявляться, но изменения репродуктивных компонентов рождаемости очевидны. Это требует модификации традиционных направлений и мер репродуктивного регулирования, основы новой модели которого сформировались на практике разных стран, сделавших их более доступными и безопасными для населения. В этом смысле исключительный статус пандемии можно рассматривать как окно возможностей, которые принесут пользу в будущем.

Ограничительное направление репродуктивного регулирования в России почти не ощутило влияние пандемии: доступ к искусственному прерыванию беременности быстро восстановился после первых нескольких месяцев жестких ограничений, а доминирующая барьерная контрацепция оставалась доступной всегда. Несмотря на достаточно строгие и длительные противоэпидемические меры, вмешательство государства в сферу планирования семьи негативно воспринимается большинством населения и как способ регулирования рождаемости может быть эффективным только с учетом индивидуальных репродуктивных намерений. Расширительное репродуктивное регулирование испытало сильное влияние пандемии, поскольку оказалось зависимым от здоровья пациентов, медицинской специфики репродуктивной помощи, организационных особенностей работы учреждений здравоохранения в эпидемический период. Пандемия в целом не только не повлияла на генеральный тренд развития ВРТ, но и укрепила тенденцию перехода их от эффективного способа лечения бесплодия в категорию инструментов политики повышения рождаемости. Программы вспомогательной репродукции по-разному отреагировали на новые условия, наибольшие проблемы коснулись программ СМ, вызывающих острые общественные дискуссии, но вносящих минимальный вклад в рождаемость. Государственное

регулирование доказавших свою эффективность программ (в основном ЭКО и ИКСИ) после пандемии направлено на дальнейшее расширение доступности и восстановление снижения числа рождений с их помощью, вынужденно произошедшего из-за пандемийных ограничений.

## Литература

- Исупова О.Г., Русанова Н.Е. (2021) Восприятие вспомогательных репродуктивных технологий российской студенческой молодёжью // *Народонаселение*: 24(4): 34-46. <https://doi.org/10.19181/population.2021.24.4.3>
- Локшин В.Н., Корсак В.С., Фельдберг Д., Смирнова А.А., Колода Ю.А., Ершова А. (2020а) ВРТ в условиях пандемии. Международная встреча экспертов // *Репродуктивная медицина*: 42(1): 51-8. <https://doi.org/10.37800/rm2020-1-7>
- Локшин В.Н., Корсак В.С., Фельдберг Д., Смирнова А.А., Колода Ю.А., Ершова А., Шурыгина О.В. (2020б) ВРТ в условиях пандемии: организация деятельности лабораторий ВРТ. Международная встреча экспертов // *Репродуктивная медицина*: 43(2): 61-7. <https://doi.org/10.37800/RM2020-1-18>
- Тишкевич О.Л. (2021) Правовые аспекты и противоречия применения ВРТ в республике Беларусь // *Репродуктивные технологии сегодня и завтра. Материалы XXXI Ежегодной Международной конференции Российской Ассоциации Репродукции Человека, Сочи, сентябрь 2020*. С. 19-22. URL: [https://rahr.ru/d\\_pech\\_mat\\_konf/tez2021.pdf](https://rahr.ru/d_pech_mat_konf/tez2021.pdf)
- Church K., Gassner J., Elliott M. (2020) Reproductive health under COVID-19 — challenges of responding in a global crisis // *Sexual and Reproductive Health Matters* 28(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1773163>
- Horan C., Palmer M., Shrestha R., Porter Erlank C., Church K. (2022) The impact of COVID-19 lockdown on abortion care: a time series analysis of data from Marie Stopes Nepal // *Sexual and Reproductive Health Matters* 30(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2079185>

## Другие источники информации

- ВОЗ (2022) Руководство по уходу при прерывании беременности. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360837>.
- ВЦИОМ (2021) Суррогатное материнство: за и против. Аналитический обзор ВЦИОМ, 15.09. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/surrogatnoe-materinstvo-za-i-protiv>
- ВЦИОМ (2022) Прерывание беременности: за, против и какова роль государства. Аналитический обзор ВЦИОМ, 07.06. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/preryvanie-beremennosti-za-protiv-i-kakova-rol-gosudarstva>
- Демографический ежегодник России. 2021 (2021) М.: Росстат. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/dem21.pdf>
- Здравоохранение в России. 2021 (2021) М.: Росстат. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2021.pdf>
- Колесникова В. (2022) Мягкой подсадки: на что могут рассчитывать частные клиники ВРТ, оперирующие на рынке госзаказа // *Vademecum*: 21.02. URL: [https://vademecum.ru/article/myagkoy-podsadki-na\\_chno\\_mogut\\_rasschityvat\\_chastnye\\_kliniki\\_vrt-\\_operiruyushchie\\_na\\_rynke\\_goszakaz/](https://vademecum.ru/article/myagkoy-podsadki-na_chno_mogut_rasschityvat_chastnye_kliniki_vrt-_operiruyushchie_na_rynke_goszakaz/)

РАРЧ официальный сайт <https://rahr.ru>

Регистр ВРТ в России (2021). Отчет за 2019 г. URL: [https://www.rahr.ru/d\\_registr\\_otchet/RegistrVRT\\_2019.pdf](https://www.rahr.ru/d_registr_otchet/RegistrVRT_2019.pdf)

Регистр ВРТ в России. Отчет за 2020 г. URL: [https://www.rahr.ru/d\\_registr\\_otchet/RegistrVRT\\_2020.pdf](https://www.rahr.ru/d_registr_otchet/RegistrVRT_2020.pdf)

ASRM, American Society for Reproductive Medicine (2020) Patient Management and Clinical Recommendations During the Coronavirus (COVID-19) pandemic. URL: <https://www.asrm.org/globalassets/asrm/asrm-content/news-and-publications/covid-19/covidtaskforceupdate1.pdf>

British Fertility Society (2020) Guidance for the care of fertility patients during the Coronavirus COVID-19 Pandemic. URL: <https://www.britishfertilitysociety.org.uk/2020/03/18/guidance-for-the-care-of-fertility-patients-during-the-coronavirus-covid-19-pandemic/>

ESHRE News. URL: <https://www.eshre.eu/Press-Room/ESHRE-News#COVID19P2>

IFFS (2022) Surveillance-2021. URL: <https://www.iffsreproduction.org/our-journal/iffs-surveillance/>

IPPF, International Planned Parenthood Federation (2020) COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world, 09.04. URL: <https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-reproductive-healthcare-women-around-world>

UNFPA (2021) Impact of COVID-19 on Family Planning: What we know one year into the pandemic, 11.03. URL: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID\\_Impact\\_FP\\_V5.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID_Impact_FP_V5.pdf)

## Сведения об авторе

- Русанова Нина Евгеньевна — доктор экономических наук, ведущий научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения имени Н.М. Римашевской Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Москва, 117218, Россия. Email: [ninrus238@mail.ru](mailto:ninrus238@mail.ru)