

Региональные особенности контроля рождаемости в России в 2018–2022 гг.

Виктория Ивановна Сакевич
(vsakevich@hse.ru), Национальный
исследовательский университет «Высшая
школа экономики», Россия.

Борис Петрович Денисов
(denisov@demography.ru), Московский
Государственный Университет
имени М.В. Ломоносова, Россия.

Regional characteristics of birth control in Russia In 2018-2022

Victoria Sakevich
(vsakevich@hse.ru),
HSE University, Russia.

Boris Denisov
(denisov@demography.ru),
Lomonosov Moscow State University,
Russia.

Резюме: Статья посвящена территориальному анализу показателей аборт в России. Основным источником данных послужила официальная статистика прерываний беременности, методология которой начиная с 2018 г. позволяет получить информацию, не доступную в предыдущие годы. Рассматриваются различия между регионами по уровню искусственных и самопроизвольных аборт, по доле аборт, выполненных в негосударственном секторе здравоохранения, по частоте использования медикаментозного метода прерывания беременности. Показано, что при общей тенденции снижения уровня аборт в России сохраняются значительные межрегиональные различия. В целом отмечается увеличение уровня аборт с запада на восток и с юга на север. Около 2/3 россиянок репродуктивного возраста проживают в регионах с низким и очень низким уровнем искусственных аборт, тогда как 16% – в регионах с относительно высоким уровнем искусственных аборт, и ожидаемого уменьшения дисперсии за изучаемый период не произошло. Авторы делают вывод, что сравнивать регионы страны по общему числу аборт не имеет большого смысла, поскольку соотношение искусственных и самопроизвольных аборт среди беременностей с абортивным исходом сильно различается между регионами. Также в статье показано, что происходит перераспределение искусственных аборт в сторону частного сектора здравоохранения, что актуализирует проблему ограниченной доступности медицинской помощи в рамках ОМС. В ряде регионов на негосударственный сектор здравоохранения приходится более половины искусственных аборт. Женщины ищут качественные услуги, отдавая предпочтение более безопасному медикаментозному методу прерывания беременности, который намного чаще практикуется в частных клиниках, чем в государственных.

Ключевые слова: Россия, искусственные аборт, самопроизвольные аборт, контроль рождаемости, контрацепция, планирование семьи, региональные различия.

Финансирование: Статья подготовлена в рамках программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ.

Для цитирования: Сакевич В.И., & Денисов Б.П. (2024). Региональные особенности контроля рождаемости в России в 2018–2022 гг. Демографическое обозрение, 11(3), 67-87. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i3.22715>

Abstract: The article is devoted to a spatial analysis of abortion rates in Russia. The main source of data is official statistics on abortions, the methodology of which, starting from 2018, makes it possible to obtain information not available in previous years. Differences between regions are examined in terms of the level of induced and spontaneous abortions, the share of abortions performed in the non-state health sector, and the frequency of use of medical methods of abortion. It is shown that, despite the general trend of declining abortion rates in Russia, significant interregional differences remain. In general, there is an increase in relative abortion rates from west to east and from south to north. About 2/3 of Russian women of reproductive age live in regions with low and very low levels of induced abortions, while 16% live in regions with a relatively high level of induced abortions, and the expected decrease in dispersion did not occur during the period under study. The authors conclude that comparing regions of the country in terms of the total number of abortions does not make much sense, since the ratio of induced and spontaneous abortions among pregnancies with abortive outcomes varies greatly between regions. The article also shows that there is a redistribution of induced abortions towards the private healthcare sector, which highlights

the problem of limited availability of medical care within the framework of compulsory medical insurance. In several regions, the non-state health sector accounts for more than half of induced abortions. Women are looking for better quality services, preferring a safer medical method of abortion, which is much more often practiced in private clinics than in public ones.

Keywords: *Russia, induced abortion, spontaneous abortion, birth control, contraception, family planning, regional differences.*

Funding: *This article was prepared within the framework of the Basic Research Program at the HSE University.*

For citation: *Sakevich V., & Denisov B. (2024). Regional characteristics of birth control in Russia In 2018-2022. Demographic Review, 11(3), 67-87. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i3.22715>*

Введение

Прошедшие после распада СССР годы стали успешными с точки зрения уменьшения роли аборта как способа внутрисемейного регулирования рождаемости. Если в 1990 г. в Российской Федерации было зарегистрировано 4,1 млн прерываний беременностей (включая выкидыши), то в 2022 г. – 0,5 млн. Относительный показатель на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет снизился за этот период почти в восемь раз: с 113,9 до 14,6. Снижение было неуклонным, благоприятная тенденция ни разу не прерывалась, в отличие от динамики других демографических показателей.

Соотношение аборты/рождения, которое показывает, какая приблизительно доля беременностей не заканчивается родами, тоже изменилось в лучшую сторону. В 2022 г. менее 1/3 зачатий завершились прерыванием, тогда как в 1990 г. – более 2/3. То есть произошло сближение числа беременностей и числа родов, а это значит, что репродуктивных потерь стало меньше, а контроль рождаемости стал более эффективным.

Современный российский показатель абортов - низкий по мировым меркам и мало отличается от среднего показателя для стран с высоким уровнем дохода, который оценивается в 15 искусственных абортов на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет в 2015-2019 гг. Соответствующий показатель для стран с низким доходом, по оценкам, в 2,5 раза выше (38 на 1000 женщин 15-49 лет) (Bearak et. al 2020). В некоторых развитых странах согласно национальным статистическим ведомствам коэффициент искусственных абортов сегодня значительно выше, чем в России; например, на 1000 женщин в возрасте 15-44 года в Швеции он составляет 18,4 (2023 г.) (Socialstyrelsen 2024), в Англии и Уэльсе – 21,5 (2022 г.) (GOV.UK 2024), в США – 14,4 (2020 г.) (Jones, Kirstein, Philbin 2022), тогда как в России, по данным Росстата, – 10,3 (2022 г.).

Среднероссийские показатели абортов, однако, нивелируют довольно существенные территориальные различия, и этот вопрос редко поднимается в отечественной научной литературе. За последнее десятилетие можно отметить всего несколько работ, затрагивающих региональные аспекты контроля рождаемости.

В.А. Козлов на основе данных официальной статистики за 2005, 2010 и 2014 гг. показал рост расслоения регионов по распространенности абортов в течение рассматриваемого периода, при этом уровень абортов везде снижался и аборты, по выражению автора, стали маргинальным явлением (Козлов 2016). Автор оценивает корреляцию уровня абортов с характеристиками социально-экономического развития регионов и приходит к выводу, что из многих социально-экономических факторов на частоту абортов влияет лишь уровень образования населения (доля лиц с высшим образованием в регионе снижает распространенность абортов), а в 2010 и 2014 г. – еще и объем продаж водки (чем больше продаж, тем выше уровень абортов). Различия между регионами, по мнению В.А. Козлова, носят «культурный характер» и в меньшей степени связаны с социально-экономическим положением.

По состоянию на 2015 г. В. Козлов и А. Ракша выделили несколько региональных кластеров в зависимости от уровня «добровольных абортов», т. е. искусственных абортов

по желанию женщины¹ (Козлов, Ракша 2017). В группу с наименьшим числом добровольных абортов вошли республики Северного Кавказа (кроме Адыгеи, но с Калмыкией), Москва и Санкт-Петербург. Среди регионов с наибольшей распространенностью добровольных абортов в 2015 г. – Еврейская автономная область, Псковская, Оренбургская и Магаданская области и Чукотский автономный округ. В нескольких регионах общее число прерываний беременности за 2000-2015 гг. снизилось более чем на 80%. Авторы высказали гипотезу, что по мере приближения уровня абортов в России к среднему по развитым странам положительная динамика будет затухать.

В статье «Аборты и абортивное поведение в контексте поиска резервов демографического развития в России» С.В. Рязанцев с коллегами также указали на значительную вариативность региональных показателей абортов, опираясь при этом на статистику общего числа прерываний беременности, т. е. не разделяя искусственные и спонтанные аборты (Рязанцев и др. 2019). Авторы предположили, что факторами региональной дифференциации относительных показателей абортов являются социально-экономические условия и социально-психологический климат в регионах, а также внимание региональных властей к данной проблеме и разная эффективность мер профилактической работы.

Используя данные за 2020 г., П.Н. Анохина и Л.А. Давлетшина провели классификацию регионов России на основе нескольких показателей репродуктивного здоровья, включая число прерываний беременности (Анохина, Давлетшина 2022). Самый крупный из трех выделенных авторами кластеров, включающий 37 регионов, характеризуется низкими значениями абортов и материнской смертности; примечательно, что суммарный коэффициент рождаемости в этих регионах тоже находится на низком уровне, что в очередной раз подтверждает слабую связь между абортами и рождаемостью. Отличительные черты второго кластера (20 регионов) – высокие, относительно среднероссийских, уровни рождаемости и абортов; для третьего кластера (23 региона) характерны высокая материнская и младенческая смертность, а также более высокие, чем в первом кластере, уровни рождаемости и абортов. Из рассмотрения были исключены пять регионов как «нетипичные», это: Республика Тыва, Чеченская Республика, Чукотский автономный округ, Псковская и Магаданская области.

В целом все исследователи отмечают большую неоднородность регионов России по уровню абортов, которая трудно поддается объяснению.

Целью данной статьи является анализ территориальных различий по уровню абортов за последние пять лет: с 2018 по 2022 г. Период выбран неслучайно – начиная с 2018 г. изменения статистического учета в России позволяют впервые рассмотреть отдельно искусственные и самопроизвольные аборты (выкидыши) по всем организациям, оказывающим медицинскую помощь при прерывании беременности, независимо от формы собственности. Также с 2018 г. появилась возможность оценить долю искусственных абортов, приходящихся на негосударственный сектор здравоохранения, к которому в настоящее время приковано внимание российских политиков.

¹ Мы предполагаем, что анализировались только аборты, произведенные в учреждениях Минздрава России.

Что касается изучения причин территориальных различий, то на данном этапе мы не ставили себе такую задачу. Это отдельная тема, требующая других данных на макро- и микроуровне, которых ни официальная статистика, ни результаты выборочных обследований, находящиеся в нашем распоряжении, не предоставляют. Задача установления причин различий между регионами представляется особенно сложной, если исходить из того, что корень этих различий носит «культурный» или «социально-психологический» характер, как пишут многие авторы.

Непосредственными или промежуточными (intermediate) факторами, влияющими на уровень искусственных аборт в постпереходных странах, являются частота незапланированных беременностей и готовность женщин прервать такую беременность, если предотвратить ее не удалось (Bearak et al. 2020; Guillaume, Rossier 2018; Bongaarts, Westoff 2000; Bongaarts 1978). В свою очередь частота незапланированных беременностей, согласно классической модели промежуточных детерминант рождаемости, является функцией числа сексуально активных женщин, потерпевших контрацептивную неудачу или имеющих неудовлетворенную потребность в контрацепции. Про использование контрацепции россиянками многое известно (Вишневский, Денисов, Сакевич 2017; Дикке, Ерофеева 2014), правда, на страновом уровне либо на уровне отдельного региона, тогда как второй фактор – готовность прервать наступившую беременность – исследован в гораздо меньшей степени. В ходе выборочных обследований в российских регионах в 1980-1990-х годах подавляющее большинство женщин отвечали, что в случае наступления незапланированной беременности сделают аборт (Харькова 1994; Голдберг, Бодрова 2001). В настоящее время, когда практика аборта становится все более стигматизированной, это, вероятно, уже не так, но проверить эту гипотезу мы не можем. В статье делается попытка связать уровень аборт в регионах России с использованием контрацепции, основываясь на данных официальной статистики Министерства здравоохранения Российской Федерации, которая, однако, имеет недостатки.

Данные и методы

Статья основана на материалах Федеральной службы государственной статистики.

Официальная статистика прерываний беременности², которую разрабатывает Росстат, формируется из трех источников. Главный источник – Министерство здравоохранения РФ, которое учитывает прерванные беременности в подведомственных ему организациях. Существенно меньший вклад вносит негосударственный сектор здравоохранения, однако его доля быстро растет. Доля аборт, выполненных в организациях, принадлежащих другим ведомствам, кроме Минздрава, незначительна (менее 1%). Росстат суммирует сведения из всех источников согласно форме статистического наблюдения №1-здрав и публикует объединенные данные о прерванных беременностях в стране в целом и в субъектах федерации.

Еще с советских времен учет прерываний беременностей в России включает как искусственные, так и самопроизвольные аборт, хотя они имеют совсем разные обоснования и причины. И если в статистических отчетах Минздрава можно было их разделить, то в отчетах других организаций присутствовало лишь общее число аборт.

² «Прерывания беременности», «беременности с абортивным исходом» и «аборт» мы используем как синонимы.

Однако начиная с 2018 г. учет прерываний беременности вне Минздрава впервые стал таким же подробным, как и учет Минздрава, т. е. с выделением рубрик согласно МКБ (Сакевич, Денисов, Никитина 2021).

Статистика Росстата о беременностях с абортным исходом является в достаточной степени достоверной, вероятно, за исключением некоторых регионов (Денисов, Сакевич 2014). Среди недостатков официальной статистики стоит упомянуть отсутствие разделения на городское и сельское население, а также укрупненную возрастную группировку. С 2016 г. пятилетняя возрастная группировка ликвидирована и возрастное распределение женщин, сделавших аборт, имеет вид: до 14 лет, 15-17, 18-44, 45-49, 50 лет и старше. Теперь на одну возрастную группу (18-44) приходится 98% всех абортов. Не разрабатывается информация о брачном статусе женщин, прерывающих беременность.

Основным показателем, на который мы опирались при анализе, стал коэффициент абортов (всех абортов, искусственных и самопроизвольных) на 1000 женщин репродуктивного возраста (15-49 лет). Этот показатель не является оптимальным для межрегиональных сравнений, поскольку он зависит от соотношения отдельных возрастных групп женщин внутри репродуктивного интервала. Однако другой часто используемый в литературе показатель - соотношения абортов и родов, на наш взгляд, подходит еще меньше, так как зависит от различий между регионами и по частоте абортов, и по частоте родов. К сожалению, после 2015 г. рассчитать наиболее точный измеритель уровня абортов – суммарный коэффициент – нет возможности. При расчетах мы использовали данные о численности женщин, пересчитанные после проведения Всероссийской переписи населения 2020 (2021).

Главным источником информации о контрацептивном поведении служат выборочные опросы населения, которые редко бывают репрезентативными на уровне регионов. Поэтому для изучения такой непосредственной детерминанты уровня абортов, как применение контрацепции, мы использовали статистику Министерства здравоохранения РФ, которая имеет ряд ограничений. Во-первых, она охватывает только два метода контрацепции (внутриматочную и гормональную), а это не самые популярные противозачаточные методы в стране. Согласно результатам выборочных обследований самый распространенный противозачаточный метод в России – презерватив (UN Department of Economic... 2024). И во-вторых, статистика Минздрава учитывает женщин, обратившихся в клинику, подведомственную министерству, в данном году. Удельный вес женщин, применяющих эти два метода контрацепции, рассчитывается на всех женщин репродуктивного возраста, независимо от брачного состояния и сексуальной активности. Тем не менее другой статистики применения контрацепции в разрезе регионов не существует.

При анализе мы использовали традиционные методы: дескриптивную статистику и корреляционный анализ, в частности коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

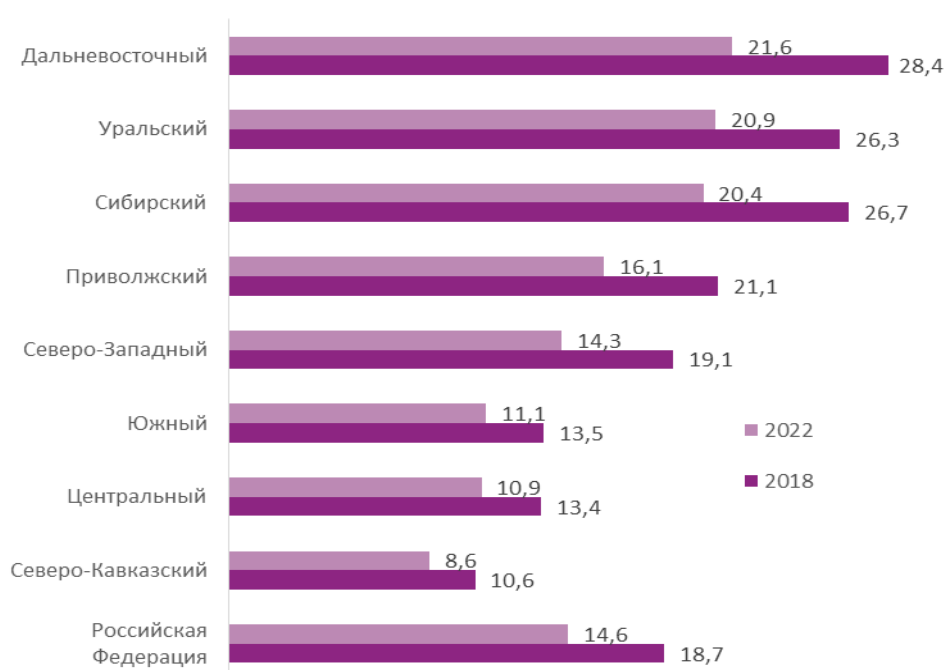
Результаты

Беременности с абортным исходом

На уровне крупных территориальных единиц – федеральных округов (ФО) – прослеживается тенденция увеличения уровня абортов с запада на восток и с юга на север.

Как уже отмечали другие авторы, меньше всего прерываний беременности регистрируется в Северо-Кавказском ФО (рисунок 1). Центральный и Южный округа также характеризуются более низкими показателями, чем Россия в целом. Северо-Западный и Приволжский ФО занимают среднюю позицию, а Уральский, Сибирский и Дальневосточный ФО образуют группу регионов с относительно высоким уровнем абортов, в 1,4-1,5 раза превышающим средний по стране. Разрыв между Северо-Кавказским и Дальневосточным ФО в 2022 г. составил 2,5 раза. Расположение округов в ранжированном ряду в зависимости от частоты прерываний беременности почти не меняется во времени (Вишневский и др. 2015).

Рисунок 1. Беременности с абортивным исходом, на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет, Федеральные округа России, 2018 и 2022 г.



Источник: Данные Росстата, расчеты авторов.

На уровне отдельных регионов разница между минимальным и максимальным показателями в 2022 г. (в Кабардино-Балкарской Республике и в Республике Тыва) составила почти 6 раз. Значение коэффициента вариации, рассчитанного на основе числа беременностей с абортивным исходом на 1000 женщин репродуктивного возраста, свидетельствует о территориальной неоднородности (таблица 1).

Таблица 1. Территориальная вариация числа беременностей с абортивным исходом, на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет, 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Россия (Росстат)	18,7	17,7	15,8	14,9	14,6
Минимум	6,4	6,3	5,3	4,7	5,6
Максимум	37,6	37,0	31,4	31,1	32,1
Среднее значение *	21,4	20,2	18,0	16,8	16,3
Коэффициент вариации **, %	35,5	35,8	36,5	35,9	36,1

Примечание: * – Средняя арифметическая невзвешенная.

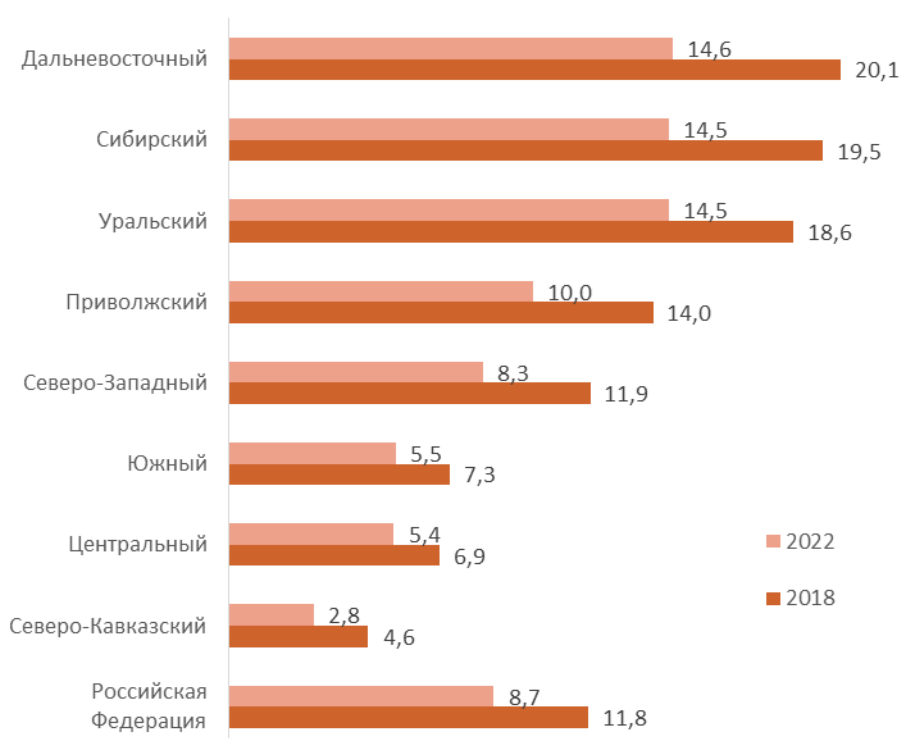
** – Отношение стандартного отклонения к средней арифметической.

Число искусственных аборт в стране на протяжении всего постсоветского периода быстро снижалось, в результате соотношение искусственных и самопроизвольных абортов среди беременностей с абортным исходом менялось в сторону увеличения доли последних и в 2022 г. выкидыши составили 40% общего числа прерываний беременности. Доля выкидышей среди беременностей с абортным исходом, однако, сильно варьируется между регионами (разброс от 21 до 98% в 2022 г.; см. таблицу П Приложения), из чего следует, что сравнение регионов по уровню общего числа абортов сегодня не имеет большого смысла: в случае одних регионов общее число абортов содержит, к примеру, более 70% выкидышей, а в случае других – более 70% искусственных абортов.

Искусственные аборты

Если рассматривать только искусственные³ аборты (ИА), без выкидышей, то территориальная неоднородность еще более усилится.

Рисунок 2. Искусственные аборты, на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет, Федеральные округа России, 2018 и 2022 г.



Источник: Данные Росстата, расчеты авторов.

Уровень ИА в Северо-Кавказском федеральном округе втрое более низкий, чем в среднем по стране (рисунок 2), тогда как коэффициент искусственных абортов в Уральском, Сибирском и Дальневосточном федеральных округах в 1,7 раза превышает среднероссийский. На долю трех последних округов приходится более 40% всех искусственных абортов в стране, хотя в них проживает всего четверть россиянок репродуктивного возраста. Разрыв между Северо-Кавказским и Дальневосточным ФО

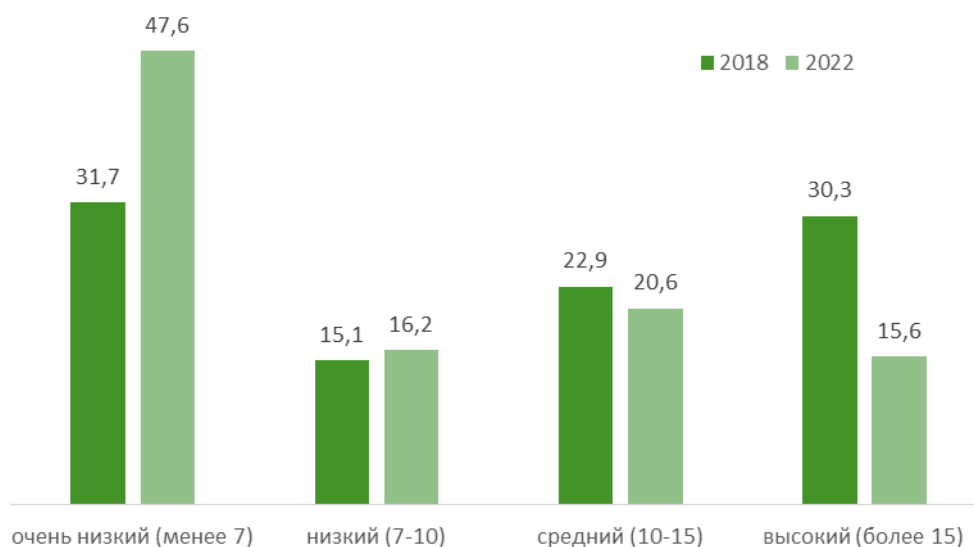
³ Здесь и далее число искусственных абортов получено путем вычитания числа самопроизвольных абортов (включая аномальные продукты зачатия) из общего числа прерываний беременности.

составляет более 5 раз, причем темп снижения коэффициента ИА за пять лет в Северо-Кавказском ФО был наибольшим среди всех округов.

В Республике Ингушетия в 2022 г. было зарегистрировано всего 15 искусственных аборт или в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет 0,1 (минимум), а в Республике Тыва – «лидере» 2022 г. – 23,9.

По состоянию на 2022 г. почти 2/3 россиянок проживали в регионах с очень низким и низким уровнем искусственных аборт (соответственно, менее 7 и 7-10 в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет)⁴ (рисунок 3). Тем не менее в части регионов, расположенных в основном на севере и востоке страны, коэффициент ИА примерно вдвое превышает среднероссийский уровень: более 15 на 1000 женщин 15-49 лет, в том числе в трех регионах более 20 на 1000; в этих регионах проживает 5,4 млн (или около 16%) россиянок репродуктивного возраста. Правда, в мировом масштабе и последняя группа регионов не вошла бы в число лидеров по уровню аборт; среднемировой показатель ИА в 2015-2019 гг. оценивается в 39 на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет, а показатель для региона Западная Азия и Северная Африка – 53 на 1000 (максимум) (Bearak et al. 2020). По сравнению с 2018 г. ситуация улучшилась – тогда в регионах с относительно высоким уровнем ИА проживало 30% (или около 11 млн) российских женщин.

Рисунок 3. Доля женщин репродуктивного возраста, проживающих в группах регионов в зависимости от уровня искусственных аборт (в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет), 2018 и 2022 г., %



Источник: Данные Росстата, расчеты авторов.

Коэффициент вариации, рассчитанный на основе числа искусственных аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста, превышает 40%, что подтверждает большую территориальную неоднородность (таблица 2). По уровню рождаемости Россия является более однородной, чем по уровню ИА (Захаров 2014; Родина 2023). Стоит оговориться, что в ряде регионов либо абсолютное, либо относительное число зарегистрированных

⁴ При определении низкого уровня аборт мы ориентировались на страны с самыми низкими показателями аборт в Европе, например, Швейцарию (5,8 на 1000 женщин 15-49 лет в 2022 г.), Германию (5,9 на 1000 в 2020 г.), Чехию (7,0 на 1000 в 2022 г.).

искусственных абортов настолько мало, что эти регионы были исключены из расчетов показателей вариации. Но даже без этих регионов разброс уровня ИА велик, и региональная дисперсия не уменьшается со временем, напротив, в 2022 г. она была максимальной за рассматриваемый период.

Таблица 2. Территориальная вариация коэффициента искусственных абортов, на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет, 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Россия (Росстат)	11,8	11,1	9,7	9,0	8,7
Минимум	4,3	4,3	4,1	3,8	3,9
Максимум	30,4	30,0	23,6	22,1	23,9
Среднее значение *	15,1	14,2	12,3	11,3	10,9
Коэффициент вариации **, %	41,6	42,2	42,5	42,0	43,5

*Примечание: * – Средняя арифметическая невзвешенная.*

*** – Отношение стандартного отклонения к средней арифметической.*

Исключены регионы с крайне низким абсолютным или относительным числом абортов:

Республика Ингушетия, Чеченская Республика, Кабардино-Балкарская Республика,

Республика Дагестан, Республика Калмыкия, Ненецкий автономный округ, Москва.

Кроме республик Северного Кавказа, где искусственных абортов всегда регистрировалось очень мало, стабильно низкими показателями на протяжении последних пяти лет характеризовались Белгородская, Московская, Ростовская области, Санкт-Петербург и Краснодарский край. Очень низкий коэффициент ИА фиксируется также в Москве, но в этом случае есть сомнения в качестве учета как абортов, так и численности женщин. Стабильно высокими показателями (вдвое и больше превышающими среднероссийский) на протяжении последних пяти лет характеризовались Республики Тыва, Саха (Якутия), Алтай, Свердловская, Псковская, Сахалинская, Курганская области и Еврейская автономная область.

Во всех регионах относительное число искусственных абортов по сравнению с 2018 г. снизилось, за исключением Москвы и Республики Тыва. При этом в нескольких регионах коэффициент ИА за пять лет сократился вдвое. Статистической связи между уровнем искусственных абортов в начале периода и темпами изменения за рассматриваемый период мы не обнаружили.

Чтобы нивелировать годовые колебания числа абортов в регионах с небольшой численностью населения, мы рассчитали коэффициент искусственных абортов суммарно за пять лет. В целом по России коэффициент ИА в среднем за период с 2018 по 2022 г. составил 10,1 в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет. При этом регионы разделились на неравные группы. Самую большую группу (34 региона) составили субъекты федерации с низким и очень низким уровнем искусственных абортов (менее 10 на 1000 женщин), тогда как 27 регионов образовали группу с относительно высоким показателем ИА (более 15 на 1000 женщин); среднюю позицию заняли 24 региона (таблица 3).

Таблица 3. Распределение регионов РФ по уровню искусственных аборт в среднем за период 2018-2022

Коэффициент искусственных абортов на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	Регионы
Низкий и очень низкий (менее 10 на 1000)	Республика Ингушетия, Чеченская Республика, Кабардино-Балкарская Республика, Республика Дагестан, Москва, Республика Калмыкия, Московская область, Ростовская область, Карачаево-Черкесская Республика, Белгородская область, Санкт-Петербург, Республика Адыгея, Республика Северная Осетия-Алания, Краснодарский край, Волгоградская область, Воронежская область, Самарская область, Тульская область, Рязанская область, Севастополь, Ставропольский край, Липецкая область, Калужская область, Ивановская область, Астраханская область, Ленинградская область, Республика Мордовия, Ульяновская область, Республика Башкортостан, Ярославская область, Республика Крым, Тверская область, Пензенская область, Саратовская область
Средний (10–15 на 1000)	Омская область, Тамбовская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Курская область, Нижегородская область, Республика Татарстан, Калининградская область, Владимирская область, Алтайский край, Приморский край, Новгородская область, Смоленская область, Орловская область, Республика Хакасия, Мурманская область, Республика Карелия, Челябинская область, Брянская область, Ямало-Ненецкий автономный округ, Костромская область, Камчатский край, Удмуртская Республика, Амурская область, Чувашская Республика
Высокий (более 15 на 1000)	Хабаровский край, Кировская область, Вологодская область, Чукотский автономный округ, Магаданская область, Томская область, Тюменская область, Иркутская область, Республика Бурятия, Республика Коми, Архангельская область, Забайкальский край, Пермский край, Республика Марий Эл, Кемеровская область, Красноярский край, Новосибирская область, Ненецкий автономный округ, Свердловская область, Курганская область, Оренбургская область, Псковская область, Сахалинская область, Республика Алтай, Республика Тыва, Республика Саха (Якутия), Еврейская автономная область

Примечание: Регионы расположены в порядке возрастания показателя.

Самопроизвольные аборты

Анализ частоты самопроизвольных абортов, которые также включаются в российскую статистику беременностей с абортивным исходом, показал, что региональные различия здесь намного меньше, чем в случае искусственных абортов: коэффициент вариации в 2022 г. составил менее 24% (таблица 4). В расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста число выкидышей в течение пяти лет с 2018 по 2022 г. колебалось с 2,8 (Тульская область, 2021 г.) до 11,0 (Магаданская область, 2018 г.). Общероссийский показатель снизился с 6,9 на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет в 2018 г. до 5,9 на 1000 в 2022 г.

Регионы с самым высоким и самым низким уровнем самопроизвольных абортов за период с 2018 по 2022 г. показаны в таблице 5. Четыре из восьми регионов-лидеров расположены на Дальнем Востоке, еще два – в Восточной Сибири. Среднее за пять лет значение показателя для Российской Федерации в целом составило 6,3 на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет.

Таблица 4. Территориальная вариация коэффициента самопроизвольных аборт^{*}, на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет, 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Россия (Росстат)	6,9	6,6	6,2	5,9	5,9
Минимум	3,8	3,7	3,5	2,8	3,3
Максимум	11,0	10,1	10,1	10,8	10,7
Среднее значение **	7,1	6,8	6,3	6,0	6,0
Коэффициент вариации ***, %	21,3	22,0	23,7	25,6	23,7

Примечание: * – Коды O02-O03 согласно МКБ-10.

** – Средняя арифметическая невзвешенная.

*** – Отношение стандартного отклонения к средней арифметической.

Таблица 5. Регионы с самым низким и самым высоким уровнем самопроизвольных * аборт^{*}, в среднем за период 2018-2022

Регионы с самыми низкими показателями	Число самопроизвольных аборт [*] на 1000 женщин 15-49 лет	Регионы с самыми высокими показателями	Число самопроизвольных аборт [*] на 1000 женщин 15-49 лет
Тамбовская область	3,8	Магаданская область	10,4
Тульская область	4,2	Иркутская область	9,3
Республика Мордовия, Белгородская область	4,3	Республика Тыва, Чеченская Республика, Камчатский край	9,2
Республика Адыгея, Воронежская область, Республика Дагестан	4,4	Амурская область, Хабаровский край	8,7
Ленинградская область	4,5	Ульяновская область	8,6

Примечание: * – Коды O02-O03 согласно МКБ-10.

Динамика самопроизвольных аборт^{*} во многом повторяет динамику рождаемости. Когда рождаемость в России росла (с 2006 по 2015 г.), число выкидышей, фиксируемое Минздравом (и абсолютное, и в расчете на 1000 женщин), тоже имело тенденцию к росту; в последние пять лет и рождаемость, и выкидыши снижаются. Значение коэффициента ранговой корреляции Спирмена ($r=0,50$) свидетельствует о наличии связи между относительным числом самопроизвольных аборт^{*} и специальным коэффициентом рождаемости в регионе в среднем за 2018-2022 гг. И это объяснимо, поскольку самопроизвольные аборт^{*} представляют собой в основном потери желанных беременностей. К слову, значение коэффициента ранговой корреляции между средними за пять лет коэффициентами искусственных аборт^{*} и рождаемости (на 1000 женщин репродуктивного возраста) намного ниже (0,34) и говорит о слабой связи ИА и рождаемости, причем эта связь, как и в случае выкидышей, со знаком «плюс». Наш результат не противоречит результатам упомянутого кластерного анализа 2020 г., объединившего в один большой кластер регионы с низким уровнем аборт^{*} и одновременно с низким уровнем рождаемости (Анохина, Давлетшина 2022).

По оценкам, выкидышем заканчивается до 20% клинических беременностей (Министерство здравоохранения... 2021)⁵. Ни один российский регион не выходит за рамки

⁵ В других источниках говорится о 10-15%,

см.: <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>

этой границы; повышенными значениями показателя выделяются три региона: Магаданская (18% выкидышей среди беременностей ⁶), Рязанская (17%) и Самарская (16%; 2022 г.) области.

При этом в 23 регионах доля выкидышей среди беременностей не дотягивает до 10% при средней по России 11%. То есть серьезных аномалий в доле самопроизвольных абортов среди беременностей мы не наблюдаем, следовательно, нет веских оснований предполагать, что существенную часть искусственных абортов в стране врачи маскируют под выкидыши.

Причины территориальной дифференциации по уровню самопроизвольных абортов требуют отдельного исследования. Помимо различий в рождаемости, о чем уже говорилось, важными, если не главными, факторами частоты выкидышей являются состояние здоровья женщин и качество медицинской помощи. Определенную роль, возможно, играют особенности регистрации прерываний беременности в некоторых регионах.

Роль негосударственного сектора здравоохранения

Хотя большинство зарегистрированных прерываний беременности приходится на организации, входящие в систему Минздрава России, роль негосударственного сектора в предоставлении медицинской помощи при аборте растет. В целом по стране доля учреждений Минздрава в общем числе прерываний беременности снизилась с 95% в 1992 г. до 79% в 2022 г., тогда как доля негосударственных организаций приблизилась к 1/5. В нескольких областях (Нижегородской, Брянской, Ярославской) доля негосударственных клиник в структуре зарегистрированных прерываний беременности приблизилась к 40%, а в Мордовии и Бурятии превысила 40% (2022 г.).

Вклад частного сектора в оказание медицинской помощи при искусственном аборте в 2022 г. в целом по России превысил 30%. Причем в 11 регионах ⁷ на негосударственный сектор приходится более половины искусственных абортов (2022 г.), в том числе в Мордовии – более 70%. Еще в 26 регионах доля негосударственного сектора составляет от 30 до 50% (таблица П Приложения). Таким образом, почти в половине российских регионов роль частных клиник в оказании помощи при ИА очень велика. В то же время в 7 регионах частные услуги, по всей видимости, отсутствуют, среди них Республика Тыва – «лидер» 2022 г. по уровню абортов.

Связана ли эта неоднородность с разной степенью охвата «негосударственных» абортов системой учета или она является следствием различий в развитии частного сектора здравоохранения, мы определенно ответить не можем, но склоняемся к версии различий в развитости коммерческих услуг и уровне жизни населения.

В частных медицинских организациях гораздо чаще применяется наиболее безопасный для женского здоровья метод прерывания беременности – медикаментозный. В 2022 г. в целом по России в негосударственных клиниках около 76% медицинских (искусственных) абортов в сроки до 12 недель беременности были сделаны с

⁶ Число беременностей оценивали как сумму числа родов (включая мертворождения) и числа прерываний беременности.

⁷ Это: Республика Мордовия, Ярославская, Московская, Рязанская, Воронежская, Нижегородская, Тульская, Брянская, Волгоградская, Костромская области и Москва.

использованием нехирургического медикаментозного метода, тогда как в клиниках Минздрава – 46%.

Применение медикаментозного метода широко распространено в негосударственных клиниках во всех регионах, где работают такие клиники. Так, в 52 регионах доля медикаментозных аборт в 2022 г. превысила 75% всех искусственных аборт до 12 недель беременности, в том числе в 25 регионах была либо близка, либо равна 100%.

В государственных учреждениях, подчиняющихся Минздраву, картина намного более пестрая: доля медикаментозных аборт среди искусственных аборт до 12 недель беременности варьируется от 0 в Чеченской Республике до 83% в Алтайском крае и 100% в Ингушетии. В Ингушетии, как уже упоминалось, в 2022 г. было зарегистрировано всего 15 искусственных аборт, в том числе 5 - до 12 недель беременности, и эти 5 аборт, согласно отчету, были выполнены медикаментозным методом. Лишь в пяти регионах (включая Ингушетию) доля нехирургического метода в учреждениях Минздрава превысила 75%, в то же время в 19 регионах она была ниже 20%. Любопытно, что в последнюю группу входят Москва и Московская область. Такое разнообразие, вероятно, отражает как различия в позиции местных чиновников по отношению к продвижению современного метода прерывания беременности, так и недостатки статистического учета в отдельных регионах.

В среднем по всем медицинским организациям страны доля искусственных аборт в сроки до 12 недель беременности, сделанных с использованием медикаментозного метода, составила 56% в 2022 г., при этом в разрезе регионов она колебалась от 0 в Чечне до 85% в Мордовии и 100% в Ингушетии. В Чечне коммерческие аборт отсутствуют, тогда как Мордовия лидирует по доле аборт, выполненных в негосударственных клиниках.

Аборты и применение контрацепции

По уровню использования контрацепции современная Россия мало отличается от других стран с постпереходным типом рождаемости. Подавляющее число россиян, состоящих в браке/партнерстве, прибегают к тем или иным методам предохранения от нежелательной беременности. Именно благодаря расширению практики применения современной контрацепции России удалось добиться значительного снижения уровня аборт (Вишневецкий, Денисов, Сакевич 2017).

По отчетам Минздрава, на конец 2022 г. 6,4 млн женщин состояли на учете как применяющие внутриматочную или гормональную контрацепцию, что составляет 18,5% от всех женщин репродуктивного возраста. Среди этих женщин 2,52 млн (7,3% женщин репродуктивного возраста) использовали внутриматочную спираль (ВМС) и 3,84 млн (11,2%) – гормональную контрацепцию (Росстат 2023: 64).

Однако эти показатели сильно колеблются по годам и регионам. В 2022 г. суммарная доля женщин, применяющих ВМС и гормональную контрацепцию, была наименьшей в Чеченской Республике и Москве (1,65 и 1,63%, соответственно), а наибольшей – в Алтайском крае (57,6%). Доля женщин 15-49 лет, использующих гормональную контрацепцию, варьировала от 0,9% в Чечне до 32% в Алтайском крае, а использующих ВМС – от 0,3% в Москве до 26% в Алтайском крае (ФГБУ «ЦНИИОИЗ»... 2023).

Помимо Алтайского края, высокий процент применяющих гормональную контрацепцию регистрируется в Липецкой (29,8%), Новгородской (26,4%) и Тюменской (25,6%) областях, а применяющих ВМС – в Татарстане (23,2%), Ханты-Мансийском АО (22,3%) и Мордовии (21,5%). Место указанных регионов в рейтинге по уровню искусственных аборт можно посмотреть в таблице 3; все они, за исключением Липецкой области и Мордовии, не относятся к регионам с самым низким уровнем аборт.

Вопреки ожиданиям, расчеты показали наличие умеренной положительной связи между данными Минздрава об использовании женщинами гормональной и внутриматочной контрацепции (суммарно) и коэффициентом искусственных аборт в регионе. То есть чем больше согласно отчетам Минздрава распространены эти два вида современной контрацепции, тем больше искусственных аборт. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена составил 0,39 (2022 г.)⁸. Это может свидетельствовать как о недостоверности статистики Минздрава в ряде регионов, так и о том, что население регионов с низким уровнем аборт успешно использует другие способы предотвращения нежелательной беременности. Таким образом, подтвердить гипотезу о сильном влиянии использования контрацепции на уровень аборт на основе статистики Минздрава нам не удалось.

Заключение

За постсоветские годы относительный показатель аборт в России приблизился к среднему для развитых стран уровню (Сакевич, Денисов 2019), и проблема аборт как медико-социальная потеряла остроту. Однако за общероссийским показателем скрываются довольно значительные межрегиональные различия. В целом отмечается тенденция увеличения уровня аборт с запада на восток и с юга на север. Примечательно, что ранее исследователи отмечали северо-восточный градиент в смертности в России (Vallin et al. 2005).

Меньше всего аборт регистрируется в Северо-Кавказском ФО, тогда как Уральский, Сибирский и Дальневосточный ФО образуют группу регионов с относительно высоким уровнем аборт, в 1,4-1,5 раза превышающим средний по стране.

Территориальная неоднородность по уровню искусственных аборт выше, чем по общему числу беременностей с абортивным исходом. Разница между самым высоким и самым низким показателями числа искусственных аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста в среднем за 2018-2022 гг. составила почти шесть раз (исключая четыре республики Северного Кавказа, Ненецкий АО, Москву и Калмыкию). По состоянию на 2022 г. 64% женщин репродуктивного возраста (22 млн из 34,5) проживали в регионах с низким и очень низким уровнем искусственных аборт, 21% (7,1 млн) – в регионах со средним уровнем и, наконец, 16% (5,4 млн) – в регионах с относительно высоким уровнем искусственных аборт. Уменьшения дисперсии не происходит, и в последней группе регионов проблема аборт остается актуальной. Причины отставания ряда регионов в снижении распространенности аборт еще ждут своего исследователя. Но глобально даже группа российских территорий «с высоким уровнем аборт» далека от мировых лидеров. В большей части регионов в ближайшие годы можно ожидать замедления

⁸ При расчетах была исключена Республика Дагестан, где в 2022 г. не было зарегистрировано ни одно случая применения ВМС и гормональной контрацепции (ФГБУ «ЦНИИОИЗ»... 2023).

снижения или стабилизации числа искусственных абортов из-за существенного исчерпания резервов их снижения.

Попытка связать уровень искусственных абортов в регионах России с использованием контрацепции, основываясь на данных официальной статистики Минздрава о применении двух методов контрацепции – ВМС и гормональной, не принесла результатов. Причина, на наш взгляд, кроется в недостоверности статистики Минздрава об использовании методов контрацепции в ряде регионов. Кроме того, можно предположить, что население регионов с низким уровнем абортот успешно использует другие способы предотвращения нежелательной беременности, помимо внутриматочной и гормональной контрацепции.

В России наблюдается тенденция постепенного перераспределения искусственных абортот в пользу негосударственного сектора здравоохранения. Это говорит, в частности, о снижении доступности медицинской помощи в рамках ОМС и об увеличении барьеров при получении помощи в государственных клиниках⁹. Женщины ищут качественные медицинские услуги (Здравомыслова, Темкина 2012) и в ситуации репродуктивного выбора отдают предпочтение более безопасному медикаментозному методу прерывания беременности, который намного чаще практикуется в частных клиниках, чем в государственных.

В общем числе регистрируемых прерываний беременности растет удельный вес выкидышей; в 2022 г. он превысил 40%. Различия между российскими регионами с точки зрения частоты выкидышей не так велики, как по частоте искусственных абортот, и серьезных аномалий в доле выкидышей среди беременностей мы не выявили. Тем не менее руководству регионов, в которых относительный показатель самопроизвольных абортот в 1,5 раза выше среднего по стране, стоило бы обратить внимание на эту проблему. Профилактика и лечение невынашивания беременности – небольшой демографический резерв, не говоря о помощи женщине и паре в тяжелой жизненной ситуации (Стародубов, Суханова 2012).

Анализ показал, что сравнивать регионы России по общему числу абортот не имеет большого смысла, поскольку соотношение искусственных и самопроизвольных абортот среди беременностей с абортивным исходом сильно различается между регионами: в одной части регионов большинство абортот составляют выкидыши, а в другой – искусственные абортот.

⁹ Сакевич В.И., Денисов Б.П. Контроль рождаемости в России: что показывают государственная статистика и выборочные обследования? *Журнал исследований социальной политики*, в печати.

Литература

- Анохина Л.П., Давлетшина Л.А. (2022). Статистический анализ репродуктивного здоровья женщин в России. Москва: РУСАЙНС.
- Вишневский А.Г., Денисов Б.П., Сакевич В.И. (2017). Контрацептивная революция в России. *Демографическое обозрение*, 4(1), 6-34. <https://doi.org/10.17323/demreview.v4i1.6986>
- Вишневский А.Г., Захаров С.В., Исупова О.Г., Сакевич В.И. (2015). Рождаемость. В С.В. Захаров (Ред.), *Население России 2013: двадцать первый ежегодный демографический доклад* (с. 81-181). М.: Изд. дом Высшей школы экономики.
- Голдберг Х., Бодрова В. (2001). Репродуктивное здоровье российских женщин в конце XX столетия. *Мониторинг общественного мнения*, 1(51), 55-59.
- Денисов Б.П., Сакевич В.И. (2014). Аборты в постсоветской России: есть ли основания для оптимизма? *Демографическое обозрение*, 1(1), 144-169 <https://doi.org/10.17323/demreview.v1i1.7698>
- Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В. (2014). Современные особенности национальной контрацепции: информированность, применение, эффективность. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*, 13(5), 63-71.
- Захаров С.В. (2014). Региональное разнообразие рождаемости после 2006 года возросло. В А.Г. Вишневский (Ред.), *Население России 2012: 20-й ежегодный демографический доклад* (с. 158-173). М.: Изд. дом Высшей школы экономики.
- Здравомыслова Е.А., Темкина А.А. (2012). Доверие и сотрудничество врача-гинеколога и пациентки. В В.Л. Лехциер (Ред.), *Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине* (с. 124-168). Самара: Самарский государственный университет.
- Козлов В. (2016). Распространенность абортов в России: от абортной культуры к маргинальному явлению. *Аист на крыше. Демографический журнал*, 2(2), 32-41.
- Козлов В., Ракша А. (2017). Аборты в современной России. Некоторые особенности. *Аист на крыше. Демографический журнал*, 4(4), 6-15.
- Министерство здравоохранения Российской Федерации (2021). *Выкидыш (самопроизвольный аборт)*. Клинические рекомендации.
- ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (2023). Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: статистические материалы. М.
- Родина О.А. (2023). Региональная вариация рождаемости и её связь с социально-экономическим положением российских регионов. *Демографическое обозрение*, 10(2), 63-103. <https://doi.org/10.17323/demreview.v10i2.17766>
- Росстат (2023). *Здравоохранение в России. 2023*: Стат. сб. М. <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218>
- Рязанцев С.В., Ростовская Т.К., Сигарева Е.П., Сивоплясова С.Ю. (2019). Аборты и абортное поведение в контексте поиска резервов демографического развития в России. *Экология человека*, 7, 17-23. <https://doi.org/10.33396/1728-0869-2019-7-17-23>

- Сакевич В.И., Денисов Б.П. (2019). Репродуктивное здоровье населения и проблема абортов в России: новейшие тенденции. *Социологические исследования*, 11, 140-151. <https://doi.org/10.31857/S013216250007457-5>
- Сакевич В.И., Денисов Б.П., Никитина С.Ю. (2021). Прерывания беременности в России по данным официальной статистики. *Социологические исследования*, 9, 42-53. <https://doi.org/10.31857/S013216250014958-6>
- Стародубов В.И., Суханова Л.П. (2012). *Репродуктивные проблемы демографического развития России*. М.: ИД «Менеджер здравоохранения».
- Харькова Т.Л. (1994). Проблемы регулирования рождаемости в России. *Здравоохранение Российской Федерации*, 5, 32-35.
- Bearak J., Popinchalk A., Ganatra B., Moller A-B., Tunçalp Ö., Beavin C., Kwok L., Alkema L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Global Health*, 8(9), e1152–e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Bongaarts J. (1978). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*, 4(1), 105-132.
- Bongaarts, J., Westoff C. F. (2000). The Potential Role of Contraception in Reducing Abortion. *Studies in Family Planning*, 31(3), 193-202. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2000.00193.x>
- GOV.UK (2024). *Abortion statistics for England and Wales: 2022*. Available at: <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2022> (accessed 31 August 2024).
- Guillaume A., Rossier C. (2018). Abortion around the world. An overview of legislation, measures, trends, and consequences. *Population (English edition)*, 73(2), 217-306. <https://doi.org/10.3917/pope.1802.0217>
- Jones R.K., Kirstein M., Philbin J. (2022). Abortion incidence and service availability in the United States, 2020. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 54(4), 128-141. <https://doi.org/10.1363/psrh.12215>
- Socialstyrelsen (2024). *Statistical Database, Abortion Statistics*. Available at: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_abo/val_eng.aspx (accessed 31 August 2024).
- UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). *World Contraceptive Use 2024*. Available at <https://www.un.org/development/desa/pd/node/3285> (accessed 31 August 2024).
- Vallin J., Andreev E., Meslé F., Shkolnikov V. (2005). Geographical diversity of cause-of-death patterns and trends in Russia. *Demographic Research*, 12, 323-380. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2005.12.13>

Приложение

Таблица П. Некоторые показатели зарегистрированных аборт в регионах России, 2022

	Общее число абортов, тыс.	Число абортов на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	Доля самопроизвольных* абортов в общем числе абортов, %	Число искусственных** абортов на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	Доля искусственных** абортов, выполненных в негосударственных организациях, %
Российская Федерация	503,8	14,6	40,3	8,7	31,0
Белгородская область	2,7	7,7	49,5	3,9	24,3
Брянская область	4,5	17,1	27,9	12,4	51,2
Владимирская область	4,0	13,4	36,8	8,5	44,4
Воронежская область	4,7	9,0	42,7	5,2	57,5
Ивановская область	2,2	10,8	43,2	6,2	16,3
Калужская область	3,0	12,6	48,0	6,6	33,1
Костромская область	2,3	18,5	35,9	11,9	50,6
Курская область	3,3	13,7	39,1	8,4	38,8
Липецкая область	3,0	11,7	48,5	6,1	14,6
Московская область	19,0	9,2	54,4	4,2	59,5
Орловская область	2,5	15,7	25,7	11,7	17,0
Рязанская область	3,5	14,5	50,1	7,2	58,2
Смоленская область	3,0	15,5	28,5	11,1	28,1
Тамбовская область	2,4	11,6	32,4	7,8	47,8
Тверская область	3,2	12,2	42,3	7,0	18,2
Тульская область	3,8	11,4	37,6	7,1	55,2
Ярославская область	3,7	13,6	44,3	7,6	63,9
Москва	30,7	9,9	64,9	3,5	50,4
Республика Карелия	1,8	15,5	41,9	9,0	17,6
Республика Коми	3,9	22,9	31,7	15,7	16,8
Ненецкий автономный округ	0,2	23,9	27,6	17,3	4,5
Архангельская область без Ненецкого автономного округа	4,4	20,5	29,3	14,5	35,5
Вологодская область	4,9	19,2	33,0	12,9	26,0
Калининградская область	3,3	13,7	39,6	8,3	47,3
Ленинградская область	5,1	10,3	46,9	5,4	12,5
Мурманская область	3,0	19,3	39,9	11,6	21,4
Новгородская область	2,0	15,4	33,3	10,3	19,6
Псковская область	3,0	23,2	20,9	18,3	24,2
Санкт-Петербург	15,7	11,3	54,4	5,1	38,7
Республика Адыгея	1,0	8,5	47,3	4,5	7,1
Республика Калмыкия	0,4	7,2	66,2	2,4	0,0
Республика Крым	5,1	11,8	44,6	6,6	8,7
Краснодарский край	14,9	11,1	49,8	5,6	45,0
Астраханская область	2,7	11,8	59,2	4,8	40,4
Волгоградская область	7,8	13,5	46,2	7,2	50,9
Ростовская область	9,6	9,7	55,5	4,3	30,9
Севастополь	1,4	10,3	42,3	5,9	17,2
Республика Дагестан	5,2	6,2	73,0	1,7	4,5

	Общее число аборт тыс.	Число аборт на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	Доля самопроизвольных* аборт в общем числе аборт, %	Число искусственных** аборт на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	Доля искусственных** аборт, выполненных в негосударственных организациях, %
Республика Ингушетия	0,8	5,9	98,2	0,1	0,0
Кабардино-Балкарская Республика	1,3	5,6	76,5	1,3	14,9
Карачаево-Черкесская Республика	1,0	8,1	49,7	4,1	5,0
Республика Северная Осетия-Алания	1,7	10,5	48,0	5,5	0,0
Чеченская Республика	4,1	10,5	89,6	1,1	0,0
Ставропольский край	8,3	11,7	55,3	5,2	21,8
Республика Башкортостан	10,7	11,4	47,6	6,0	38,1
Республика Марий Эл	3,4	22,3	29,2	15,8	35,2
Республика Мордовия	2,0	11,8	29,9	8,2	70,4
Республика Татарстан	14,7	15,8	37,9	9,8	37,8
Удмуртская Республика	5,7	17,1	27,5	12,4	35,3
Чувашская Республика	5,1	19,4	34,1	12,8	17,7
Пермский край	12,5	21,4	32,6	14,4	19,2
Кировская область	5,0	20,4	35,8	13,1	27,3
Нижегородская область	11,3	16,1	35,6	10,4	56,9
Оренбургская область	10,0	23,9	28,3	17,1	22,6
Пензенская область	3,7	13,3	36,4	8,5	43,0
Самарская область	9,7	13,3	57,4	5,7	15,8
Саратовская область	8,3	15,0	36,5	9,5	37,0
Ульяновская область	3,5	13,6	52,0	6,5	47,8
Курганская область	4,5	28,8	24,9	21,6	8,2
Свердловская область	24,6	24,9	26,0	18,4	16,7
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	6,9	15,6	38,8	9,5	9,5
Ямало-Ненецкий автономный округ	2,8	20,1	38,6	12,3	21,8
Тюменская область без автономных округов	8,1	21,0	32,2	14,2	41,7
Челябинская область	14,0	17,5	35,1	11,4	29,0
Республика Алтай	1,2	24,0	28,8	17,1	37,3
Республика Тыва	2,7	32,1	25,7	23,9	0,0
Республика Хакасия	2,0	15,6	33,1	10,5	0,7
Алтайский край	8,0	16,2	34,1	10,7	49,4
Красноярский край	15,9	22,8	30,4	15,9	16,8
Иркутская область	13,5	23,9	36,2	15,3	16,9
Кемеровская область	12,8	20,8	21,9	16,2	17,6
Новосибирская область	14,8	21,8	26,0	16,1	32,3
Омская область	5,4	13,0	25,2	9,7	23,6
Томская область	5,1	19,6	27,4	14,2	12,9
Республика Бурятия	4,5	18,6	30,8	12,9	39,3
Республика Саха (Якутия)	7,1	28,1	23,0	21,6	36,2
Забайкальский край	5,7	22,8	28,1	16,4	38,6
Камчатский край	1,4	20,0	44,0	11,2	26,0
Приморский край	7,1	16,3	37,7	10,1	37,3
Хабаровский край	7,2	23,2	35,5	15,0	33,9

	Общее число аборт тыс.	Число аборт на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	Доля самопроизвольных* аборт в общем числе аборт, %	Число искусственных** аборт на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	Доля искусственных** аборт, выполненных в негосударственных организациях, %
Амурская область	4,0	21,6	37,6	13,5	18,1
Магаданская область	0,8	24,4	43,9	13,7	0,0
Сахалинская область	2,9	26,6	33,2	17,8	27,5
Еврейская автономная область	0,9	24,2	24,3	18,3	0,8
Чукотский автономный округ	0,3	23,9	24,7	18,0	0,0

Источник: Данные Росстата, расчеты авторов.

*Примечание: * - Коды 002-003 согласно МКБ-10.*

*** - Число искусственных аборт получено путем вычитания числа самопроизвольных аборт (включая аномальные продукты зачатия) из общего числа прерываний беременности.*