

# АБОРТЫ В ПОСТСОВЕТСКОЙ РОССИИ: ЕСТЬ ЛИ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОПТИМИЗМА? \*

БОРИС ДЕНИСОВ, ВИКТОРИЯ САКЕВИЧ

*В статье рассматривается проблема аборта в современной России. На материале официальной статистики анализируется динамика основных показателей абортов с начала 1990-х годов. На основе результатов репрезентативных на национальном уровне выборочных обследований населения делается вывод о достоверности официальной статистики, что в свою очередь подтверждает факт устойчивого снижения числа абортов на протяжении постсоветских лет.*

*Особенно быстрое снижение числа абортов характерно для самых молодых женщин. Современные девушки-подростки делают значительно меньше абортов, чем их предшественницы в этом возрасте. Сегодня уровень искусственных абортов в возрастной группе до 20 лет в России ниже, чем в таких странах, как Англия, Швеция, Франция и целый ряд других развитых стран европейской культуры.*

*Дифференцирующим фактором частоты абортов является возраст. Риск аборта в России слабо детерминируется стандартными социальными характеристиками (доход, тип населенного пункта, образование).*

*Несмотря на положительную динамику, Россия остается в ряду стран с самыми высокими показателями абортов в мире, и это вызывает обеспокоенность организаторов здравоохранения. Но на фоне общего разворота страны к «традиционным» устоям и ценностям и декларируемого повышения роли церкви в жизни общества в качестве механизмов снижения числа абортов политики выбирают не доказавшие свою эффективность меры (продвижение планирования семьи, сексуальное образование), а усиление репрессий и запретов. За последние 10-15 лет был введен целый ряд поправок в законодательство, ограничивающих доступность искусственного прерывания беременности. Авторы указывают на контрпродуктивность законодательного ограничения аборта как инструмента пронаталистской политики.*

*В статье показано, что задачей российского здравоохранения является повышение безопасности и качества медицинской помощи при проведении искусственного прерывания беременности, внедрение новейших медицинских стандартов.*

*В заключение авторы предлагают пути совершенствования статистики абортов.*

**Ключевые слова:** прерывание беременности, аборт, контроль рождаемости, планирование семьи, репродуктивное здоровье.

Законодательные инициативы федерального и регионального уровня, направленные на ограничение доступности искусственного прерывания беременности, появляются в России с завидной регулярностью [Сакевич 2011; 2012]. Нередко звучат предложения ввести полный запрет на аборт, за исключением ситуаций, когда беременность угрожает жизни и здоровью женщины [Сакевич 2013].

---

**БОРИС ПЕТРОВИЧ ДЕНИСОВ.** ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ МОСКОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ М.В. ЛОМОНОСОВА. РОССИЯ.

**ВИКТОРИЯ ИВАНОВНА САКЕВИЧ.** ИНСТИТУТ ДЕМОГРАФИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ». РОССИЯ. E-MAIL: vsakevich@hse.ru. СТАТЬЯ ПОСТУПИЛА В РЕДАКЦИЮ В ФЕВРАЛЕ 2014 Г.

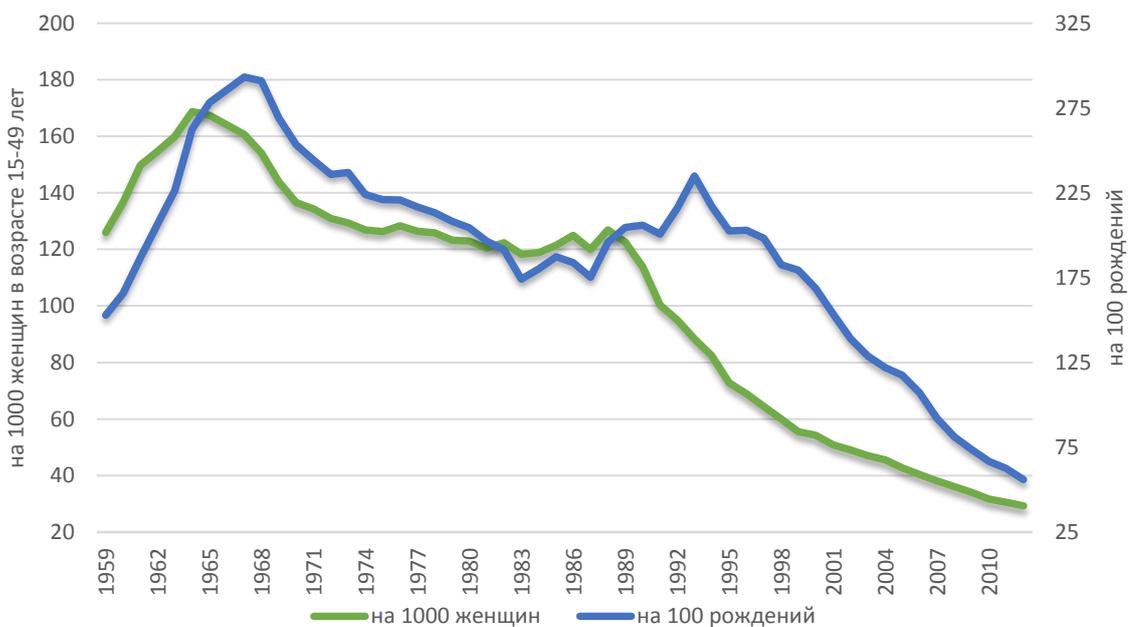
\* В СТАТЬЕ ИСПОЛЬЗОВАНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПРОЕКТУ №12-01-0076, В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «НАУЧНЫЙ ФОНД НИУ ВШЭ» В 2013-2014 ГГ.

Возникает вопрос, является ли проблема аборта действительно такой острой в современной России и если да, то сможет ли ужесточение законодательства в отношении аборта способствовать ее решению и в целом привести к улучшению демографической ситуации. Опираясь на данные официальной статистики и результаты ряда репрезентативных на национальном уровне выборочных обследований женщин, авторы пытаются ответить на эти вопросы.

## ДИНАМИКА АБОРТОВ

В советское время искусственный аборт играл важную роль во внутрисемейном регулировании рождаемости в России. СССР - а в его составе Россия - занимал одно из первых мест в мире по уровню аборт [Avdeev, Blum, Troitskaja 1995; Вишневский и Сакевич 2006].

С конца 1980-х годов число прерванных беременностей в России устойчиво сокращается (рисунок 1). С 1988 по 2012 гг. и абсолютный, и относительный (на 1000 женщин репродуктивного возраста) показатели аборт снились более чем в 4 раза.



**Рисунок 1. Годовое число аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста и на 100 рождений. Россия, 1959-2012 гг.**

Источник: [Росстат 2013b].

Государственную статистику аборт (см. таблицу 1) публикуют как Федеральная служба государственной статистики (Росстат), так и Министерство здравоохранения. Учет Росстата является более полным, поскольку Росстат добавляет к аборт, учтенным в медицинских учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения РФ, аборт, произведенные в медицинских учреждениях других министерств и ведомств, а также в медицинских учреждениях негосударственных форм собственности.

В 2012 г. Росстат зарегистрировал 1,06 млн прерванных беременностей или 29,3 на 1000 женщин репродуктивного возраста, тогда как в 1990-м, например, в стране было сделано более 4 млн абортов (114 в расчете на 1000 женщин).

Основная часть абортов в России выполняется в учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения. В 2012 г. в системе Министерства здравоохранения РФ было сделано 935,5 тыс. абортов, что составило 88% от их общего числа. Роль других организаций в оказании медицинской помощи при аборте сравнительно невелика. На негосударственный сектор здравоохранения в 2012 г. пришлось в среднем по России около 10% всех прерываний беременности. Эта доля колеблется по регионам от нуля (в 15 субъектах РФ) до свыше 1/4. В 2012 г. наибольший удельный вес абортов, выполненных в негосударственных клиниках, среди всех абортов был зарегистрирован в Республике Бурятия (27%), Ульяновской области (25%), Москве (24%), Тамбовской (24%), Нижегородской (22%) и Омской (22%) областях. А наименьшая доля абортов, выполненных в учреждениях негосударственной формы собственности, была отмечена на территориях, входящих в Северо-Кавказский и Южный федеральные округа, - в среднем 3 и 5% соответственно.

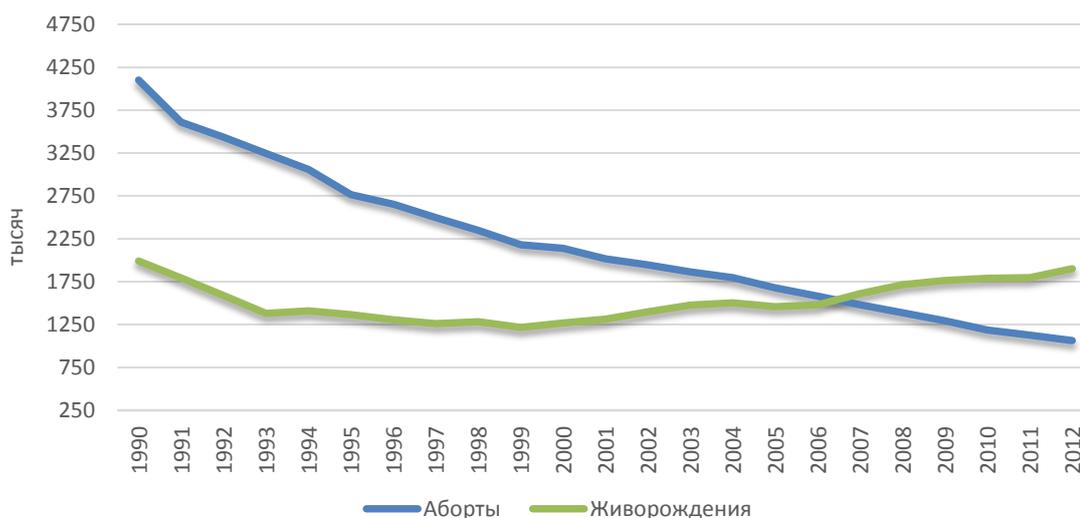
**Таблица 1. Основные показатели официальной статистики абортов.  
Россия, 1990, 1995, 2000, 2005-2012 гг.**

Год	Число абортов			
	по данным Росстата			по данным Министерства здравоохранения РФ, тыс.
	тыс.	на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет	на 100 живорождений	
1990	4103,4	113,9	206	3920,3
1995	2766,4	72,8	203	2574,8
2000	2138,8	54,2	169	1961,5
2005	1675,7	42,7	117	1501,6
2006	1582,4	40,3	107	1407,0
2007	1479,0	38,1	92	1302,5
2008	1385,6	36,1	81	1236,4
2009	1292,4	34,1	73	1161,7
2010	1186,1	31,7	66	1054,8
2011	1124,9	30,5	63	989,4
2012	1064,0	29,3	56	935,5
<i>1990 к 2012, раз</i>	<i>3,9</i>	<i>3,9</i>	<i>3,7</i>	<i>4,2</i>

Источники: [Росстат 2013б; ЦНИИОИЗ 2013].

В 2007 г. впервые за период наблюдений годовое число рождений в России превысило годовое число прерванных беременностей; в последующие годы этот разрыв увеличивался, во многом за счет значительного прироста числа рождений. В 2007 г. на 100 живорождений пришлось 92 аборта, а в 2012 г. – 56 аборт (см. таблицу 1). Долгое время абортами заканчивалось в среднем 2/3 ежегодного числа беременностей в стране. Соотношение стало меняться после 2000 г., когда число рождений стало расти, а число аборт продолжало снижаться; в 2012 г. аборт закончился чуть более 1/3 беременностей (если за число беременностей условно принять сумму зарегистрированного числа аборт и числа рождений). Как видно на рисунке 2, в динамике родов и аборт никакой синхронности не наблюдается. Был период, когда одновременно снижались и рождения, и аборт (1990-е); в последние годы динамика аборт и родов имеет противоположное направление, однако нет оснований говорить, что число родов растет за счет сокращения аборт.

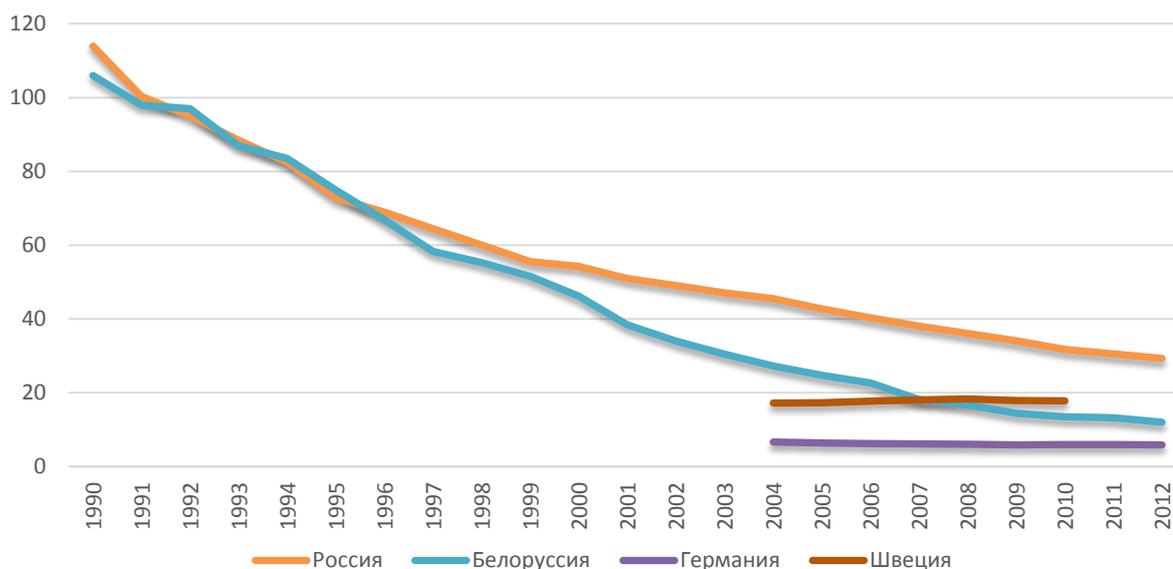
Суммарный коэффициент аборт – интегральный показатель, который не зависит от возрастной структуры женщин, - снизился с 3,39 аборт в среднем на одну женщину репродуктивного возраста в 1991 г. до 0,97 в 2012 г.



**Рисунок 2. Годовое число живорождений и аборт, Россия, 1990 - 2012 гг.**

*Источник: Данные Росстата.*

Несмотря на благоприятную динамику, Россия по-прежнему остается в числе мировых лидеров по уровню прерванных беременностей; современный российский показатель в 2-4 раза выше, чем, например, в Германии, Бельгии, Швейцарии, Нидерландах [Sedgh et al. 2011]. Особенно впечатляет нарастающее отставание России от соседней Белоруссии, где в начале 1990-х годов показатель аборт был приблизительно на том же уровне, что и российский, а к 2012 г. стал вдвое меньше (рисунок 3) [Denisov, Sakevich, Jasilioniene 2012].



**Рисунок 3. Число аборт в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет в России, Белоруссии, Германии и Швеции**

*Примечание: Данные по России и Белоруссии включают самопроизвольные аборты.*

*Источники: [Росстат 2013b; Национальный статистический... 2013; База данных Eurostat 2014].*

## НАСКОЛЬКО ДОСТОВЕРНА ОФИЦИАЛЬНАЯ СТАТИСТИКА

Государственная статистика аборт нередко ставится под сомнение даже руководителями высокого ранга. Главной причиной ее искажения, как правило, называют распространение частных медицинских услуг в стране<sup>1</sup>. На наш взгляд, масштаб недоучета числа аборт сильно преувеличен. Негосударственные организации, имеющие лицензию на оказание медицинской помощи населению (включая производство аборт), обязаны предоставлять сведения о своей работе в территориальные органы Росстата; скрывая какую-то часть своей деятельности, они нарушают законодательство и подвергают себя неоправданному риску.

Достоверность официальной статистики аборт можно подтвердить или опровергнуть результатами выборочных обследований населения. Всероссийских обследований, программа которых включала бы вопрос о прерванных беременностях, не так много, но они есть. Так, 19-ая волна «Российского мониторинга экономического

<sup>1</sup> Например, вице-президент РАМН акад. А.А. Баранов утверждает, что официально регистрируемое количество аборт преуменьшено как минимум вдвое [цит. по: Радзинский 2013: 6]. Депутат Государственной Думы Е.Б. Мизулина заявляет, что число аборт в России остается на уровне 5 млн в год (РИА Новости 10 ноября 2013 г., URL: <http://ria.ru/society/20131110/975842743.html>). А вице-премьер О.Ю. Голодец, выступая на XV Апрельской международной научной конференции НИУ ВШЭ, отметила: «Есть тенденция к увеличению числа аборт, в том числе в благополучных семьях» (URL: <http://conf.hse.ru/2014/news/119037590.html>). Институт Гуттмахера (США), который регулярно готовит мировые обзоры аборт, относит Россию к группе стран с неполной статистикой аборт. При этом источником неполноты, по мнению авторов обзоров, является развитие частной медицины в России [Sedgh et al. 2011].

положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE)»<sup>2</sup> (конец 2010 г.) содержала специальный модуль, посвященный репродуктивному здоровью женщин. Респонденткам в возрасте 15-55 лет задавались, в частности, вопросы, делали ли они аборт в течение 12 месяцев перед опросом, и если да, то сколько аборт. Рассчитанный на основании ответов коэффициент аборт составил 26,9 (доверительный интервал: 23,9-29,9) в расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста<sup>3</sup>, тогда как официальный показатель в 2010 г. был выше - 31,7 на 1000 женщин. Надо помнить, однако, что официальная статистика аборт в России включает самопроизвольные аборт (выкидыши), которые начались спонтанно вне стен медицинского учреждения и по поводу которых женщина поступила в стационар, а также так называемые «неуточненные» аборт – внебольничные аборт, по которым нет достаточных сведений, позволяющих судить о характере аборт (либо это спонтанный аборт, либо имело место вмешательство с целью прерывания беременности). Если исключить выкидыши, то официальный показатель 2010 г. снизится с 31,7 до 27,1 на 1000 женщин, а если не учитывать и самопроизвольные аборт, и неуточненные аборт, то коэффициент аборт составит 25,7 на 1000 женщин репродуктивного возраста. Таким образом, результаты выборочного обследования RLMS-HSE (26,9: 23,9-29,9) и данные Росстата (25,7-27,1) очень близки.

Обследование RLMS-HSE также показало, что около 13% аборт, перенесенных респондентками в течение года перед опросом, выполнялись в «платной» клинике, что вполне сопоставимо с данными Росстата, касающимися распределения аборт по месту проведения.

В 2011 г. впервые в российской (и советской) истории было проведено специальное Выборочное обследование репродуктивного здоровья российских женщин (ВОРЗ), репрезентативное на национальном уровне<sup>4</sup>, правда, его данные пока мало доступны российским исследователям. Согласно ВОРЗ коэффициент аборт (включая спонтанные) за трехлетний период, предшествующий опросу, составил 34 на 1000 женщин в возрасте 15-44 года [Росстат 2013а: 53]; это ниже соответствующего показателя официальной статистики – 37,9 на 1000 женщин в возрасте 15-44 года в среднем за 2009-2011 гг.

Близость данных опросов и статистики Росстата о частоте аборт среди россиянок была показана ранее на примере региональных исследований [Philipov et al. 2004]. Все это позволяет сделать вывод, что заметного недоучета прерванных беременностей в России не

---

<sup>2</sup> «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» - лонгитюдное обследование домохозяйств. Оно представляет собой серию ежегодных общенациональных репрезентативных опросов на базе вероятностной стратифицированной многоступенчатой территориальной выборки. Это международный исследовательский проект, осуществляемый НИУ ВШЭ при участии Центра народонаселения университета Северной Каролины в Чапел Хилле (США) и Института социологии РАН (URL: <http://www.hse.ru/rlms/>).

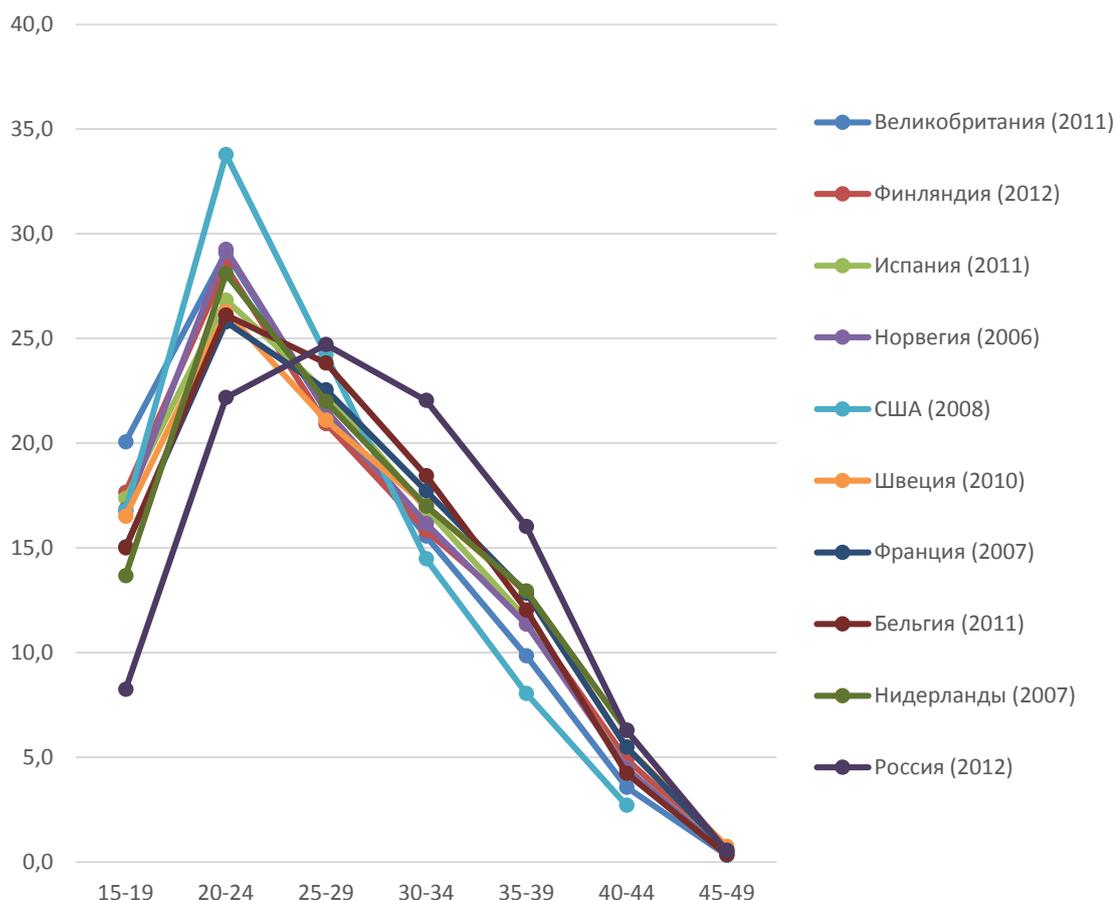
<sup>3</sup> Здесь и далее расчеты авторов на основе базы данных RLMS-HSE (URL: <http://www.hse.ru/rlms/>).

<sup>4</sup> Исследование было проведено Росстатом совместно с Министерством здравоохранения РФ в партнерстве и при финансовой поддержке Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и Агентства США по международному развитию (USAID). Работу по организации и проведению полевых работ обследования в 60 регионах осуществлял ИИЦ «Статистика России». Техническое содействие в проведении обследования было оказано Отделом репродуктивного здоровья Центра по контролю и профилактике заболеваний (CDC), Атланта, США. Исследование было основано на личных интервью с женщинами репродуктивного возраста (15-44 года) по месту жительства. Было получено 10010 ответов.

существует и значительное снижение уровня абортов за два последних десятилетия – реальный факт.

### КАКИЕ ЖЕНЩИНЫ ИМЕЮТ НАИБОЛЬШИЙ РИСК АБОРТА

Россия отличается от других стран не только уровнем, но и возрастным распределением абортов (рисунок 4). Особенно велики отличия от англо-саксонских и скандинавских стран, где проблема аборта затрагивает прежде всего подростков. Доля возрастной группы 15-19 лет в общем числе абортов составляет в последние годы в Великобритании 20%, в Финляндии 18%, в Норвегии, Дании, Швеции, США по 17%, тогда как в России 8%.



**Рисунок 4. Возрастное распределение абортов в России и некоторых странах, % (в скобках – год наблюдения)**

Источник: Рассчитано на основе [База данных Eurostat 2014].

Максимальная интенсивность абортов в России (как и максимальная рождаемость) наблюдается в возрастной группе 25-29 лет (таблицы 2 и 3); на этот возрастной интервал приходится четверть учтенных абортов. Женщины в возрасте 20-24 года и 30-34 года делают аборты с примерно одинаковой частотой, их вклад в общее число абортов составляет примерно по 22%.

Аборт в России значительно чаще служит средством регулирования интергенетического интервала или прекращения дальнейших рождений у семейной пары, чем откладывания первого рождения у незамужней девушки. Средний возраст женщины, прервавшей беременность в 2012 г., был равен 29,37 года. После 1996 г., начиная с которого статистика позволяет рассчитать этот показатель, наблюдается тенденция его повышения; в 1996 г. средний возраст при проведении аборта составлял 28 лет. То есть в стране происходит «постарение» не только рождаемости, но и абортов. Молодые люди активнее используют современную контрацепцию, что делает планирование семьи среди них более эффективным [Сакевич 2009].

**Таблица 2. Число абортов\* по укрупненным возрастным группам и суммарный коэффициент абортов. Россия, 1991, 1995, 2000, 2005, 2010-2012 гг.**

Год	Число абортов на 1000 женщин в возрасте, лет			Суммарный коэффициент абортов***
	15-19**	20-34	35 и старше	
1991	69,7	152,5	50,5	3,39
1995	57,1	122,4	33,1	2,62
2000	36,0	97,6	23,8	2,00
2010	19,1	49,5	15,2	1,07
2011	17,2	47,1	15,2	1,02
2012	15,7	44,7	15,1	0,97
<i>1991 к 2012, раз</i>	<i>4,4</i>	<i>3,4</i>	<i>3,3</i>	

\* Включая самопроизвольные аборты.

\*\* Включая аборты в возрасте до 15 лет.

\*\*\* Среднее число искусственных абортов, приходящееся на одну женщину за весь репродуктивный период при сохранении возрастной интенсивности производства абортов в расчетном году.

*Примечания: С 1991 по 2008 гг. Росстат разрабатывал и публиковал данные об абортах в укрупненной возрастной группировке. С 2008 г. Росстат начал разработку показателей абортов по пятилетним возрастным группам.*

*Источник: Рассчитано по данным Росстата.*

**Таблица 3. Показатели абортов\* по пятилетним возрастным группам.  
Россия, 2008 - 2012 гг.**

Год	15-19**	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49***
Возрастной коэффициент абортов, на 1000 женщин							
2008	25,3	57,9	62,6	52,7	37,0	13,8	1,2
2009	21,9	53,1	58,4	50,1	35,2	13,7	1,1
2010	19,1	48,1	53,8	46,5	33,0	12,9	1,1
2011	17,2	45,3	51,1	44,5	32,0	12,7	1,1
2012	15,7	42,7	48,2	42,8	31,2	12,4	1,1
Вклад возрастных групп в общее число абортов, %							
2008	10,1	23,1	25,0	21,0	14,8	5,5	0,5
2009	9,4	22,7	25,0	21,5	15,1	5,9	0,5
2010	8,9	22,4	25,1	21,7	15,4	6,0	0,5
2011	8,4	22,2	25,1	21,8	15,7	6,2	0,5
2012	8,1	22,0	24,9	22,1	16,1	6,4	0,5

\* Включая самопроизвольные аборты.

\*\* Включая аборты в возрасте до 15 лет.

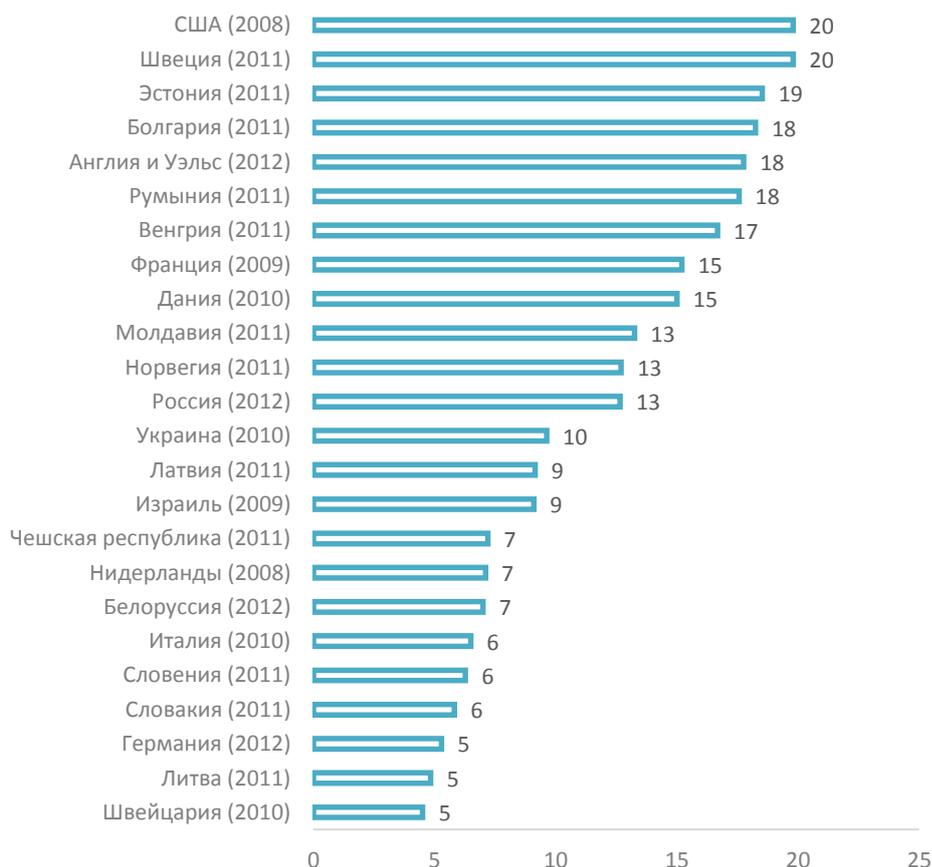
\*\*\* Включая аборты в возрасте старше 49 лет.

Источник: Рассчитано по данным Росстата.

Во всех возрастных группах женщин на протяжении постсоветского периода происходило снижение частоты абортов (таблица 2). За 1991-2012 гг. коэффициент абортов в возрасте моложе 20 лет сократился в 4,4 раза, в возрасте 20-34 года – в 3,4 раза и в возрасте 35 лет и старше – в 3,3 раза.

В течение последних 20 лет уровень абортов в возрастном интервале 20-34 года снижался почти линейно, с одинаковым темпом. В динамике числа абортов в самой младшей группе до 20 лет выделяются 2 периода особенно быстрого снижения (на 10% в год) - это 1995-1999 и 2009-2012 гг.; для сравнения: в 2000-2008 гг. среднегодовой темп снижения был на уровне 4%. В 2012 г. возрастной коэффициент абортов в группе 15-19 лет почти сравнялся с коэффициентом абортов в группе 35 лет и старше, тогда как в середине 1990-х годов превосходил его в 1,7 раза. Первый период быстрого снижения подростковых абортов совпадает со временем действия президентской программы «Планирование семьи»; в последующие годы никаких специальных усилий по продвижению ответственного родительства не предпринималось. Исследование под эгидой Европейского бюро ВОЗ выявило тенденцию снижения сексуальной активности среди российских школьников [Currie et al. 2012]. Но этого недостаточно для объяснения неравномерности снижения молодежных абортов, вопрос требует дальнейшего изучения. Тем не менее, быстрое сокращение абортов среди молодежи вселяет оптимизм – «абортная культура», если она и была, для постсоветских поколений остается в прошлом.

Россия вышла из числа мировых лидеров по уровню прерванных беременностей среди подростков, но и до самых благополучных стран нашей стране еще далеко (рисунок 5). Наивысшие показатели аборт в возрасте 15-19 лет наблюдаются в последние годы в таких странах, как США, Швеция, Болгария, Эстония, Великобритания, Румыния. Нельзя опять же не отметить успехи Белоруссии, уровень подростковых абортов здесь опустился до показателя Нидерландов – страны, которая уже много лет служит образцом благополучия с точки зрения репродуктивного здоровья.



**Рисунок 5. Коэффициент абортов в возрасте 15-19 лет в России и некоторых странах, на 1000 женщин этого возраста**

*Примечание: Данные по России без учета самопроизвольных абортов.*

*Источники: [UNICEF 2013]; национальные статистические агентства, Guttmacher Institute (данные по США).*

Официальная статистика предоставляет ограниченный набор социально-демографических характеристик женщин, прерывающих беременность, - нет деления на городских и сельских жительниц, на состоящих в браке и незамужних и т.д. Эту информацию можно получить только на основании выборочных опросов. Согласно результатам 19-ой волны RLMS-HSE большой разницы в уровне абортов между городом и селом нет. Делали хотя бы 1 аборт в течение жизни 39% городских женщин и 36% сельских женщин репродуктивного возраста (15-49 лет); среди женщин, имевших опыт аборта, на одну женщину в городе в среднем приходится 2,1 аборта, а в селе – 2,4 аборта.

Существуют некоторые различия в частоте абортов в зависимости от уровня образования женщин. По данным RLMS-HSE, более образованные женщины реже прерывают беременность: имели опыт аборта 41,8% женщин в возрасте 25-49 лет с высшим образованием против 54,2% женщин, не имеющих высшего образования. Но и высокообразованные женщины характеризуются довольно высокой распространенностью абортов - к концу репродуктивного периода 66% женщин с высшим образованием имеют опыт прерывания беременности. То есть российское население достаточно однородно с точки зрения частоты абортов. Авторами было показано ранее, что риск аборта в России плохо детерминируется стандартными социальными характеристиками, такими как тип населенного пункта, доход, образование [Денисов, Сакевич 2009].

## **АБОРТЫ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ**

Согласно ВОЗ «искусственный аборт – очень безопасное медицинское вмешательство, если он выполняется квалифицированным персоналом с использованием правильных методов и лекарственных средств и соблюдением должных санитарно-гигиенических норм» [ВОЗ 2013: 21]. Современные исследования не подтверждают негативного влияния (легального) искусственного аборта на течение последующих беременностей, на риск рака молочной железы. В обзоре ВОЗ также говорится, что отрицательные психологические последствия прерывания беременности отмечаются у очень небольшого числа женщин и скорее являются продолжением предшествующих обстоятельств, чем результатом искусственного аборта [ВОЗ 2013: 50]. Чем меньше срок, на котором прерывается беременность, тем меньше вероятность неблагоприятных последствий для здоровья женщины.

Согласно российскому законодательству искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности. Медицинская помощь при аборте (на любом сроке беременности) входит в программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, то есть в государственных организациях здравоохранения должна предоставляться бесплатно. Российское законодательство, касающееся прерывания беременности, остается одним из самых либеральных в мире.

Подавляющее большинство абортов в учреждениях Министерства здравоохранения РФ делаются в сроки до 12 недель беременности (96% в 2012 г.)<sup>5</sup>.

С 2012 г. Россия перешла на международные критерии определения живорождения, поэтому аборты с 22 до 27 недель беременности (которых, например, в 2011 г. насчитывалось свыше 16 тыс.) перешли в категорию сверхранных преждевременных родов. Правда, в 2012 г. немного возросло число абортов в сроки 12-21 неделя (на 6,6 тыс.), видимо, в связи с «переброской» сюда части поздних абортов после 21 недели.

---

<sup>5</sup> Данные о распределении абортов по срокам беременности, по наличию показаний и по методу прерывания беременности в учреждениях, не входящих в систему Министерства здравоохранения РФ, отсутствуют.

Другой новацией стал более полный учет самопроизвольных абортов. До 2010 г. к данному виду аборта в России относились аборты с кодом О03 по МКБ-10, а с 2011 г. был начат учет по расширенному коду О02-О03, включая «несостоявшиеся выкидыши» (О02.1). Это было сделано с целью подчеркнуть «высокую значимость невынашивания беременности как важной репродуктивно-демографической проблемы» [Суханова 2013]. Самопроизвольные аборты (выкидыши) являются разновидностью акушерской патологии и непосредственно характеризуют уровень репродуктивного здоровья женщин.

За один год (с 2011 по 2012 г.) число самопроизвольных абортов в стране увеличилось с 176,6 до 222,9 тыс. или на 26%, в том числе в сроки до 12 недель – с 147,2 до 199 тыс. или на 35%. Такой значительный рост числа зарегистрированных самопроизвольных абортов был вызван не резким ухудшением здоровья, а, главным образом, изменениями в порядке их учета. Вероятно, переход на новую систему учета самопроизвольных абортов происходит неравномерно по территории России, о чем свидетельствует тот факт, что в одних регионах число выкидышей за 2011-2012 гг. почти не изменилось, а в других выросло более чем вдвое. Поэтому можно ожидать дальнейшего увеличения числа самопроизвольных абортов. Включение выкидышей в статистику абортов отличает Россию от многих других стран, поэтому было бы целесообразно публиковать в российских справочниках два ряда цифр: один - общие числа зарегистрированных абортов, а другой – в том числе искусственные аборты (исключая выкидыши).

Распределение абортов согласно форме статистического наблюдения №13 для учреждений системы Министерства здравоохранения РФ представлено в таблице 4. Основную часть (69% в 2012 г.) абортов составляют «медицинские легальные», то есть больничные аборты по желанию женщины в срок до 12 недель беременности, включая ранние аборты, выполненные методом вакуум-аспирации и медикаментозным методом (нехирургическим методом с применением лекарственных средств). В расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста число «легальных медицинских» абортов в системе Министерства здравоохранения РФ за период 1992-2012 гг. снизилось в 4,4 раза: с 78,9 до 17,8.

За постсоветский период значительно снизилось и число попавших в статистику криминальных<sup>6</sup> абортов: с 10157 случаев в 1992 г. до 264 случаев в 2012 г.; в расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста снижение составило 38,5 раза. Среди девушек-подростков 15-19 лет за эти же годы число криминальных абортов уменьшилось с 1725 до 12 случаев или в 144 раза. Это не могло не сказаться благоприятно на показателях материнской смертности от последствий аборта: согласно Росстату в 1992 г. по причине внебольничного аборта умерло 195 женщин, а в 2012 г. – 13 женщин, причем внебольничный аборт в данном случае – не обязательно криминальный, это может быть аборт, начавшийся спонтанно вне медицинского учреждения. То есть в России наряду со

---

<sup>6</sup> К криминальным абортам относят случаи, когда установлено вмешательство с целью прерывания беременности самой беременной или других лиц вне лечебного учреждения.

снижением уровня абортов значительно снизился и риск смерти по причине аборта. Можно сказать, что смертность от абортов почти ликвидирована.

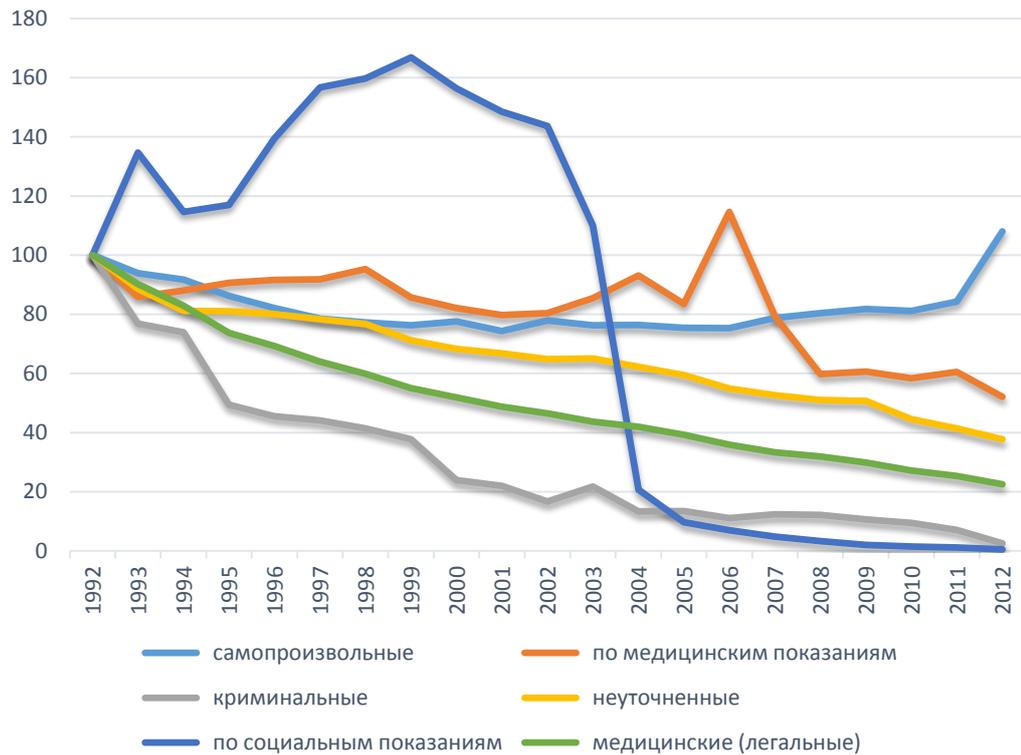
**Таблица 4. Распределение абортов по классификации Министерства здравоохранения РФ, % от общего числа зарегистрированных абортов в системе Министерства здравоохранения РФ**

Вид аборта	1992	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Самопроизвольный	6,32	7,23	8,87	11,20	16,36	17,85	23,83
По медицинским показаниям	1,45	1,74	2,15	2,84	2,70	2,94	2,63
Криминальный	0,31	0,20	0,13	0,10	0,09	0,07	0,03
Неуточненный	3,46	3,73	4,28	4,84	4,93	4,81	4,56
По социальным показаниям	0,79	1,22	2,23	0,18	0,04	0,03	0,01
Медицинский (легальный)	87,67	85,86	82,34	80,84	75,88	74,30	68,93
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Источник: [ЦНИИОИЗ 2013: 154].

Поскольку все виды абортов, кроме спонтанных, в последние десятилетия снижались, происходило перераспределение вклада разных видов абортов в их общее число. В 2012 г. самопроизвольные аборты составили почти четверть всех абортов в системе Министерства здравоохранения РФ, тогда как в 1992 г. их доля была равна 6%. Надо отметить, что относительный показатель самопроизвольных абортов в расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста начал расти еще до изменения правил учета, примерно с 2006 г., что, скорее всего, связано с ростом рождаемости в стране, в том числе в старших возрастах, а чем больше зачатий, тем больше и риск выкидыша.

В 2006 г. наблюдался трудно объяснимый скачок и абсолютного, и относительного числа абортов по медицинским показаниям (когда продолжение беременности угрожает здоровью матери и ребенка), причем во всех возрастах моложе 45 лет. В 2007 г. этот показатель вернулся к средним для десятилетия значениям, в 2008 г. значительно снизился и затем мало менялся (рисунок 6). Последнее снижение можно связать с принятым в 2007 г. решением о сокращении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03 декабря 2007 г. №736); руководители здравоохранения обосновали такой шаг развитием новых технологий, позволяющих вести беременность у женщин, для которых раньше она считалась абсолютно противопоказанной.



**Рисунок 6. Изменение относительного числа абортс на 1000 женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), 1992=100%**

*Источник: Рассчитано по данным Министерства здравоохранения РФ.*

Наибольшие колебания характерны для абортс по социальным показаниям, что связано, главным образом, с изменениями законодательства. В 1996 г. был утвержден широкий перечень социальных показаний для прерывания беременности (Постановление Правительства Российской Федерации от 8 мая 1996 г. № 567), состоящий из 13 пунктов. Эта мера, по замыслу ее инициаторов, имела целью ликвидировать внебольничные, криминальные абортс в трудных социально-экономических условиях переходного периода. В 2003 г. Правительство РФ приняло решение резко сократить перечень социальных показаний для производства искусственного абортс - с 13 до 4 пунктов (Постановление от 11 августа 2003 г. № 485). Очевидно, переходный период в развитии страны был признан завершенным. А в 2012 г. Правительство РФ в очередной раз сократило перечень показаний для искусственного прерывания беременности по социальным показаниям (Постановление от 6 февраля 2012 г. № 98). Теперь в перечне остался всего один пункт - беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 Уголовного кодекса Российской Федерации (изнасилование). В результате законодательных реформ «социальных» абортс у нас почти не осталось. В 2012 г. было зарегистрировано всего 123 абортс по социальным показаниям, тогда как в 1999 г. их было 46,5 тыс. (максимальный уровень).

По мнению экспертов ВОЗ, наиболее безопасными для здоровья женщины методами прерывания беременности являются вакуумная аспирация и медикаментозный, которые в России используются только на ранних сроках беременности. В 2012 г. в государственном секторе здравоохранения доля абортс, сделанных на ранних сроках щадящими методами,

составила около 1/3 (32,6%) от всех искусственных абортов, выполненных по желанию женщины в срок до 12 недель беременности, в том числе в 8% случаев использовали медикаментозный метод<sup>7</sup>. Большинство абортов в учреждениях Министерства здравоохранения РФ выполняются хирургическим методом выскабливания - методом, который ВОЗ называет устаревшим и допускает использовать в исключительных случаях [ВОЗ 2013: 31].

Согласно ВОРЗ доля вакуумного и медикаментозного методов выполнения аборта у респонденток в 2006-2011 гг. чуть выше, чем по данным Министерства здравоохранения РФ: 33,8 и 7,7% соответственно. Но, как и по официальной статистике, большинство (55%) беременностей были прерваны с применением «устаревшего» и более травматичного метода выскабливания [Росстат 2013а: 59].

Неудивительно, что в отечественной медицинской литературе преобладает взгляд на искусственное прерывание беременности как на калечащую здоровье операцию. Вот как писали о последствиях аборта в советское время: "Почти у каждой третьей женщины после аборта возникает осложнение, а у прервавших первую беременность - почти у каждой второй. Аборт приводит к эмоциональному стрессу, который нарушает течение всех психических и физических процессов в организме, влияет на течение и исход последующих беременностей. Установлено, что аборты - основной источник гинекологических заболеваний. ...В научной литературе встречаются многочисленные данные об увеличении риска возникновения онкологических заболеваний женской половой сферы параллельно росту частоты искусственных абортов" [Шнейдерман 1991: 60]. Сегодня медики продолжают повторять этот ряд недоказанных исследованиями примеров губительных последствий легальных абортов для здоровья женщины. По мнению О.В. Шараповой (бывшей одно время заместителем министра здравоохранения РФ), «частота ранних, отсроченных и отдаленных осложнений после аборта ... колеблется в пределах 16-52%, при этом поздние осложнения, преимущественно более тяжелые, значительно превышают ранние...» [Шарапова, Баклаенко 2003]. В образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель (введенного согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2007 г. № 335) рекомендуется предупредить женщину, обратившуюся для проведения аборта, о таких возможных отдаленных последствиях, как бесплодие, внематочная беременность, преждевременные роды, нервно-психические расстройства и др. Как упоминалось выше, доказательная медицина не подтверждает «страшилок» организаторов здравоохранения, правда, в том случае, если аборт выполняется квалифицированным персоналом с соблюдением необходимых стандартов медицинской помощи.

Очевидно, что актуальной задачей российского здравоохранения является повышение безопасности и качества проведения искусственного прерывания беременности, внедрение новейших щадящих медицинских технологий. В какой мере

---

<sup>7</sup> В России препараты для медикаментозного аборта доступны в медицинских организациях, имеющих соответствующую лицензию, в том числе в частных клиниках, однако такая статистика (по методу прерывания беременности) по частным клиникам не публикуется.

этому способствует введенная в 2012 г. новым законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ № 323 от 21 ноября 2011 г.) так называемая «неделя тишины», то есть специальный период времени, отведенный женщине после обращения в медучреждение по поводу аборта, для того, чтобы женщина могла еще раз обдумать свое решение? Этот период зависит от срока беременности: при беременности от 4 до 7 недель и от 11 до 12 недель прерывание беременности может проводиться не ранее 48 часов с момента обращения, а при беременности от 8 до 10 недель – не ранее 7 дней с момента обращения. В это время женщине рекомендуется пройти психологическое консультирование, основная цель которого - способствовать сохранению беременности и рождению ребенка. Но так как щадящие методы аборта разрешены только на самых ранних стадиях беременности, длительное ожидание может сделать их применение невозможным. В результате безопасные для здоровья методы прерывания беременности становятся еще менее доступными в России.

### **АБОРТЫ, КОНТРАЦЕПЦИЯ И РОЖДАЕМОСТЬ**

Рождаемость является результатом действия ряда непосредственных детерминант, а именно: плодovitости, интенсивности половой жизни и сознательного контроля рождаемости. Разложение рождаемости на её непосредственные детерминанты (proximate determinants) было предложено Д. Бонгаартсом и получило название модели Бонгаартса [Bongaarts 1978; 1982]. Суть данного подхода состоит в том, что социально-экономические и другие факторы рождаемости действуют на рождаемость через эти (непосредственные) переменные. Например, уровень образования влияет на число и сроки рождения детей не напрямую, а опосредованно - через вступление (или не вступление) в брак, использование (или не использование) контрацепции, приемлемость аборта. Подход Бонгаартса позволяет отличать планирование семьи от контроля рождаемости; последний, помимо методов контрацепции, включает и прерывание беременности (аборт). Применение контрацепции, предотвращающее нежелательное зачатие, и искусственный аборт, предотвращающий нежелательное рождение, если зачатие уже произошло, - различные средства достижения желаемого числа детей в семье.

В общем виде модель выглядит следующим образом [Bongaarts 1978]<sup>8</sup>:

$$(1) \quad F = C_m \cdot C_i \cdot C_a \cdot C_c \cdot F_p,$$

где рождаемость ( $F$ ) представлена через потенциал плодовитости ( $F_p$ ), реализация которого зависит от четырех факторов: риска зачатия или брачности в широком смысле (индекс брачности  $C_m$ ); послеродовой стерильности ( $C_i$ ), главная причина которой — кормление грудью и его продолжительность; частоты абортов ( $C_a$ ) и применения контрацепции ( $C_c$ ), которое в свою очередь может быть разложено на отдельные методы (гормональная, барьерная и т.д.) с учетом их эффективности. Позже в модель был добавлен пятый индекс – патологической стерильности или бесплодия ( $C_s$ ) [Bongaarts et al. 1984]. Индексы ( $C$ ) находятся в пределах от 0 до 1; если фактор не оказывает влияния на рождаемость, индекс равен 1; чем меньше значение индекса, тем больший вклад вносит соответствующий фактор в отклонение рождаемости от потенциальной плодовитости.

Применение модели Бонгаарта для России сдерживалось отсутствием необходимых данных. Результаты специального модуля 19-ой волны RLMS-HSE (2010 год), посвященного репродуктивному здоровью, позволяют оценить непосредственные детерминанты рождаемости, а также проверить адекватность данных опроса, касающихся контроля рождаемости. С целью проверки рациональности ответов респондентов мы переформулировали задачу: не рассчитать рождаемость, исходя из непосредственных детерминант, а, зная наблюдаемый уровень рождаемости и оценив значения индексов Бонгаарта, получить гипотетический уровень потенциальной плодовитости. Соответственно формула (1) была преобразована следующим образом:  $F_p = \frac{F}{C_m \cdot C_i \cdot C_a \cdot C_c \cdot C_s}$ .

Результаты расчетов представлены в таблице 5. Поскольку получение индексов основано на целом ряде допущений и условностей<sup>9</sup>, имеют значение не столько сами индексы, сколько их соотношение.

<sup>8</sup> Индексы рассчитываются по следующим формулам:  $C_m = \frac{\sum m(a) \cdot g(a)}{\sum g(a)}$ , где  $m(a)$  – повозрастные доли женщин, состоящих в партнерстве, и  $g(a)$  – повозрастные коэффициенты брачной рождаемости;  $C_i = \frac{20}{18,5+i}$ , где  $i$  – средняя продолжительность послеродовой стерильности;  $C_a = \frac{F}{F+0,4 \cdot (1+u) \cdot TAR}$ , где  $u$  – распространенность контрацепции (доля женщин в партнерстве, способных к зачатию и применяющих контрацепцию),  $TAR$  – суммарный коэффициент абортов;  $C_c = 1 - 1,08 \cdot u \cdot e$ , где  $u$  – распространенность контрацепции и  $e$  – средняя эффективность применяемой контрацепции;  $C_s = \frac{(7,63-0,11 \cdot s)}{7,3}$ , где  $s$  – доля бездетных женщин в возрасте 45-49 лет, в данном случае мы применили модифицированную формулу, предложенную Стовером [Stover 1998]:  $C_s = 1 - f$ , где  $f$  – доля женщин репродуктивного возраста, имеющих проблемы с плодовитостью.

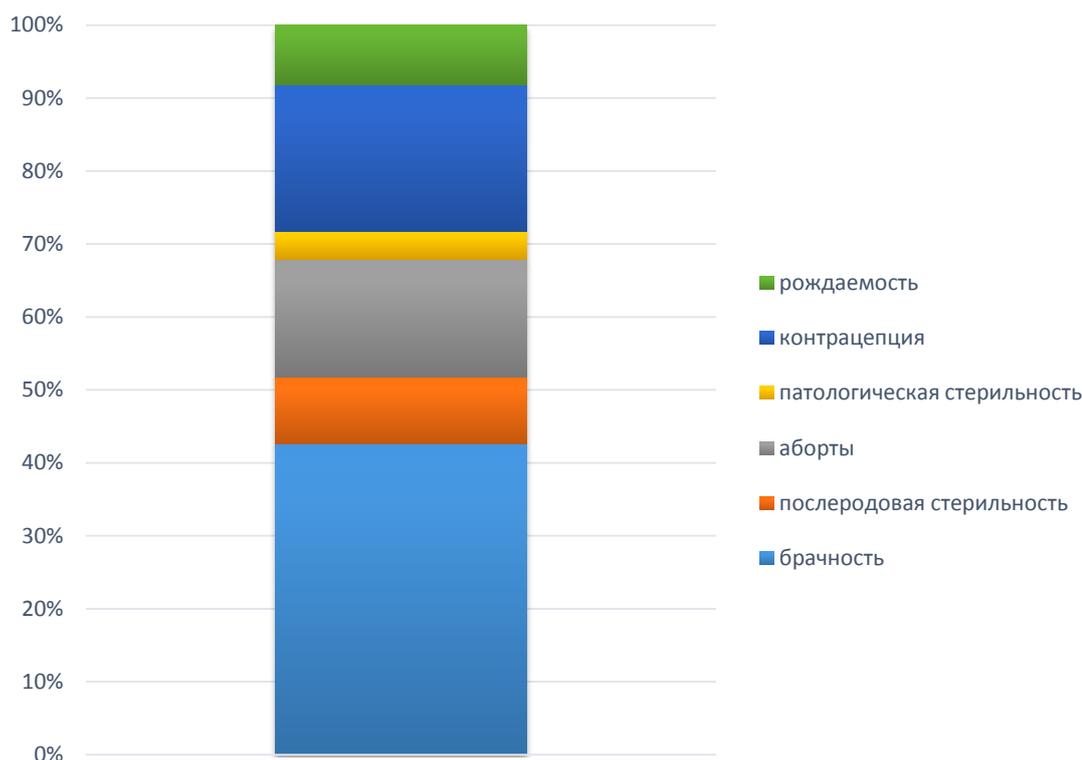
<sup>9</sup> Например, следуя логике Бонгаарта, рождения и аборты вне брака мы исключили из расчета, хотя в современных населенных внебрачные зачатия не являются редкостью. Также не совсем корректным является приравнивание статуса состоящих в браке (включая незарегистрированный) женщин к статусу сексуально активных женщин.

**Таблица 5. Индексы Бонгаарта, рассчитанные на основе результатов 19-ой волны RLMS-HSE (2010)**

Итоговая рождаемость условного поколения, $F$	1,274
Индекс брачности, $C_m$	0,574
Индекс послеродовой стерильности, $C_i$	0,841
Индекс аборт, $C_a$	0,665
Индекс патологической стерильности, $C_s$	0,879
Индекс контрацепции, $C_c$	0,291
Потенциальная плодовитость, $F_p$	15,503
<hr/>	
Суммарный коэффициент брачной рождаемости, $TMFR$	2,116
Распространенность контрацепции, $u$	0,806
Эффективность контрацепции, $e$	0,815
Суммарный коэффициент аборт, $TAR$	0,887
Средняя продолжительность исключительно грудного вскармливания	5 месяцев

*Примечания: Для возрастной группы 15-19 лет возрастной коэффициент брачной рождаемости оценивался как 30% от коэффициента для возрастной группы 20-24 года. При расчете распространенности контрацепции исключены сексуально неактивные женщины и женщины, планирующие завести ребенка. Суммарный коэффициент аборт увеличен на 15%, чтобы учесть самопроизвольные аборт. Данные о распространенности бесплодия (12,1%) взяты из результатов обследования «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» за 2007 г. [Сакевич 2009: 132-133].*

Как видно из таблицы 5 и рисунка 7, наибольший понижающий эффект на реализацию потенциальной рождаемости оказывает фактор брачности, или сексуальной активности; за счет того, что не все женщины от 15 до 49 лет состоят в партнерстве на протяжении репродуктивного периода, уровень рождаемости меньше потенциального приблизительно на 40%. На рождаемость в браке/партнерстве сильно влияют контрацепция и аборт, причем использование контрацепции имеет больший понижающий эффект, чем аборт. Роль аборт во внутрисемейном контроле рождаемости сокращается. Так, индекс аборт, рассчитанный для российского населения в начале 1990-х годов, был равен 0,562 [Entwisle, Kozyreva 1997: 20], тогда как в 2010 г. – 0,665. Влияние бесплодия на суммарный коэффициент рождаемости невелико.



**Рисунок 7. Непосредственные детерминанты, определяющие отклонение рождаемости от потенциальной плодовитости согласно схеме Бонгаарта (потенциальная плодовитость = 15,5 ребенка на женщину = 100%)**

Источник: Расчет авторов на основе результатов 19-ой волны RLMS-HSE (URL: <http://www.hse.ru/rlms/>).

Согласно нашим расчетам, потенциальная суммарная рождаемость российских женщин составляет 15,5 рождения, что близко к оценке плодовитости в модели Бонгаарта - 15,3 рождения в среднем на одну женщину (в диапазоне от 13 до 17). Таким образом, проверка показала, что все компоненты модели, построенной по нашим данным, – непосредственные детерминанты рождаемости, оцененные на основе RLMS-HSE 2010 г., – находятся в непротиворечивой взаимосвязи между собой и наблюдаемой рождаемостью. Этот результат подтверждает валидность результатов обследования и правомерность их использования при обосновании достоверности официальной статистики абортов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Число абортов в России устойчиво снижается на протяжении всех постсоветских лет. Это подтверждается как официальной статистикой, так и результатами выборочных опросов женщин. Особенно быстрое снижение абортов характерно для молодых женщин; Россия утратила печальное лидерство по уровню беременностей среди подростков и опустилась в ранжированном ряду развитых стран по уровню подростковых абортов ниже многих западных стран. «Абортная культура», если она и существовала, то для постсоветских поколений остается в прошлом. Разложение рождаемости согласно модели Бонгаарта показывает, что роль контрацепции в структуре методов внутрисемейного регулирования

рождаемости в современной России намного превосходит роль искусственных аборт. Эффективность планирования семьи в стране повышается.

Однако в 2000-е годы темпы снижения числа прерванных беременностей замедлились. Сейчас Россия отстает от соседних стран, в советское время имевших показатели, схожие с российскими, но значительно обошедших ее в снижении распространенности аборта, и остается в ряду стран с самыми высокими уровнями аборт в мире (с оговоркой: среди стран, имеющих статистику аборт, а это приблизительно 1/3 стран).

Помимо преодоления этого отставания, насущной задачей российского здравоохранения остается повышение безопасности и качества медицинской помощи при проведении искусственного прерывания беременности, внедрение новейших медицинских стандартов, в частности, более широкого использования щадящего метода прерывания беременности - медикаментозного.

Повышение качества медицинской помощи подразумевает среди прочего повышение ее доступности. Между тем, в России за последние 10-15 лет был введен целый ряд поправок в законодательство, ограничивающих доступность искусственного прерывания беременности, в том числе на ранних сроках беременности. Это и сокращение перечня медицинских и социальных показаний для прерывания беременности, и введение так называемой «недели тишины» - обязательного периода ожидания между обращением женщины в клинику и проведением аборт, и запрет рекламы услуг по прерыванию беременности. Активно обсуждается исключение аборт из базовой программы обязательного медицинского страхования.

Отставание России от других стран по темпам снижения распространенности аборт, по всей видимости, вызывает беспокойство организаторов здравоохранения и вынуждает искать более действенные механизмы решения проблемы аборт. Но на фоне общего разворота страны к «традиционным» устоям и ценностям и декларируемого повышения роли церкви в жизни общества в качестве механизмов выбираются не доказавшие свою эффективность меры (продвижение планирования семьи, сексуальное образование), а усиление репрессий и запретов.

Законодательное ограничение аборт рассматривается и как инструмент повышения рождаемости. Подобные заявления периодически звучат из уст официальных лиц. Под профилактикой, предупреждением аборт чиновники подразумевают отказ от аборт в пользу рождения, если нежелательная беременность случилась. Одним из целевых индикаторов Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации (принята распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г.) является доля женщин, принявших решение вынашивать беременность, от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности. Она должна возрасти до 15% в 2020 г.; как измерять этот показатель, не уточняется.

Демографы хорошо знают исторические примеры стран, переживших законодательный запрет аборт (нацистская Германия, социалистическая Румыния, сталинский СССР, современная Польша). Положительных демографических эффектов

такая мера не имела; наоборот, возрастали материнская смертность и даже число случаев детоубийств.

Таким образом, законодательные новации последних лет не только не способствуют ускорению снижения числа абортов (выше указывалось на его замедление), но и могут иметь отрицательный эффект с точки зрения репродуктивного здоровья.

Наконец, особо следует сказать о состоянии российской статистики абортов. С одной стороны, нет оснований сомневаться в ее достоверности и полноте. С другой стороны, государственная статистика прерванных беременностей нуждается в совершенствовании в части детализации разработки данных. Российская статистика в отличие от большинства стран, имеющих официальную статистику абортов, включает самопроизвольные аборты или выкидыши; сведения о разбивке абортов на искусственные и самопроизвольные должны публиковаться и учитываться при международных сравнениях. К недостаткам официальной статистики абортов можно отнести и то, что она предоставляет ограниченный набор социально-демографических характеристик женщин, прерывающих беременность.

В самые последние годы получен богатейший материал о репродуктивном поведении и здоровье россиян благодаря проведению национально репрезентативных выборочных обследований. Есть надежда существенно продвинуться в понимании ситуации и проблем, в том числе связанных с преодолением российского «лидерства» по уровню абортов.

## **ЛИТЕРАТУРА**

База данных Eurostat. URL:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database> (дата обращения: 21.02.2014).

Вишневский А.Г., В.И. Сакевич (2006). Россия между абортom и планированием семьи // Демографическая модернизация России, 1900-2000 / Под ред. А.Г. Вишневского. М.: Новое издательство: 195-246.

ВОЗ (2013). Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. Второе издание. Всемирная организация здравоохранения, отдел репродуктивного здоровья и исследований.

Денисов Б.П., В.И. Сакевич (2009). Аборты в России (по материалам выборочного обследования) // Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. №2.

Радзинский В.Е. (2013). Регулирование рождаемости в современном мире // StatusPraesens. Гинекология, Акушерство, Бесплодный брак. №2 (13).

Росстат (2013а). Итоговый Отчет «Репродуктивное здоровье населения России 2011». М.: Росстат, Министерство здравоохранения РФ, ЮНФПА, Отдел репродуктивного здоровья Центра по контролю и профилактике заболеваний (США), ИИЦ «Статистика России».

Росстат (2013б). Здравоохранение в России 2013. Статистический сборник. М.: Росстат.

- Сакевич В.И. (2009). Особенности внутрисемейного контроля рождаемости в России // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе. Сборник аналитических статей. Выпуск 2 / Под науч. ред. С.В. Захарова, Т.М. Малевой, О.В. Синявской. М.: НИСР: 119-138.
- Сакевич В.И. (2011). Россия идет к запрету аборта? // Демоскоп Weekly. № 479-480. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2011/0479/reprod01.php> (дата обращения: 22.01.2014).
- Сакевич В.И. (2012). Новые ограничения права на аборт в России // Демоскоп Weekly. № 499-500. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0499/reprod02.php> (дата обращения: 22.01.2014).
- Сакевич В.И. (2013). Общественная дискуссия о легитимности аборта в России продолжается // Демоскоп Weekly. № 577-578. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0577/reprod01.php> (дата обращения: 22.01.2014).
- Национальный статистический комитет Республики Беларусь (2013). Статистический ежегодник Республики Беларусь. Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь.
- Суханова Л.П. (2013). Статистическая информация о состоянии проблемы аборт и бесплодия в РФ. Аналитическая справка. М.: ФГБУ ЦНИИОИЗ Министерства здравоохранения РФ.
- ЦНИИОИЗ (2013). Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Статистический сборник. Москва: ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России.
- Шарапова О.В., Н.Г. Баклаенко (2003). Медико-социальные и правовые аспекты аборт в Российской Федерации // Планирование семьи. №3.
- Шнейдерман Н.А. (1991). Откровенный разговор: рождаемость и меры ее регулирования. М.: Мысль.
- Avdeev A., A. Blum, I. Troitskaja (1995). The history of abortion statistics in Russia and the USSR from 1900 to 1991 // Population: An English Selection. 7.
- Bongaarts J. (1978). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility // Population and Development Review. 4: 105-131.
- Bongaarts J. (1982). The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables // Studies in Family Planning. 13 (6/7): 179 - 189.
- Bongaarts J., O. Frank, R. Lesthaeghe (1984). The proximate determinants of fertility in sub-Saharan Africa // Population and Development Review. 10: 511-537.
- Currie C. et al. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Denisov B., V. Sakevich, A. Jasilioniene (2012). Divergent trends in abortion and birth control practices in Belarus, Russia and Ukraine // PLoS ONE 7(11): e49986. doi:10.1371/journal.pone.0049986
- Entwisle B., P. Kozyreva (1997). New estimates of induced abortion in Russia // Studies in Family Planning. 28 (1): 14-23.
- Philipov D., E. Andreev, T. Kharkova, V. Shkolnikov (2004). Induced abortion in Russia: recent trends and under-reporting in surveys // European Journal of Population. 20: 95-117.

- Sedgh G., S. Singh, S.K. Henshaw, A. Bankole (2011). Legal abortion worldwide in 2008: levels and recent trends // *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 37 (2): 84–94.
- Stover J. (1998). Revising the proximate determinants of fertility framework: what have we learned in the past 20 years? // *Studies in Family Planning*. Vol. 29, No. 3: 255 - 267.
- UNICEF (2013). Transformative Monitoring for Enhanced Equity (TransMonEE) database. URL: <http://www.transmonee.org/index.html> (дата обращения: 22.02.2014).

## ABORTION IN POST-SOVIET RUSSIA: IS THERE ANY REASON FOR OPTIMISM? \*

BORIS DENISOV, VICTORIA SAKEVICH

**BORIS P. DENISOV.** DEPARTMENT OF ECONOMICS, LOMONOSOV MOSCOW STATE UNIVERSITY. RUSSIA.  
**VICTORIA I. SAKEVICH.** INSTITUTE OF DEMOGRAPHY, NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY «HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS». RUSSIA. E-MAIL: vsakevich@hse.ru. DATE RECEIVED: FEBRUARY 2014

*The paper considers the problem of abortion in modern Russia. Using official statistics we analyze the dynamics of the main abortion indicators since the early 1990s. On the basis of representative national sample surveys we conclude that official statistics are complete and reliable. This in turn confirms the steady decline of abortions during the post-Soviet years.*

*A particularly rapid decline in abortions is seen among the youngest women. Modern teenagers have fewer abortions than their predecessors at this age. The current level of induced abortions in women under age 20 in Russia today is less than in England, Sweden, France and a number of other developed countries of European culture.*

*The major differentiating factor for frequency of abortion is age. There are no clear correlations between the risks of abortion in Russia and the standard social characteristics (income, type of settlement, education).*

*Despite the positive trend, Russia remains one of the countries with the highest abortion rates in the world. The country's turn to traditional values and the allegedly growing role of religion are inadequate mechanisms to reduce abortions. Government support is given not to proven, evidence-based measures like the promotion of family planning, sex education, etc., but to repression and restrictions. During the past 10-15 years a number of restricting amendments have been introduced into legislation. The authors indicate the counterproductive effects of these restrictions on abortion as an instrument of a pronatalist population policy.*

*The article recommends paying more attention to improvements in the quality of abortion provision by the introduction of modern medical standards and protocols.*

*In conclusion, the authors suggest ways to improve the official statistics of abortions.*

**Key words:** pregnancy termination, abortion, birth control, family planning, reproductive health.

---

\* THIS STUDY WAS CARRIED OUT WITHIN "THE NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY "HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS" ACADEMIC FUND" PROGRAM IN 2013-2014, RESEARCH GRANT NO. 12-01-0076.

## REFERENCES

- Avdeev A., A. Blum, I. Troitskaja (1995). The history of abortion statistics in Russia and the USSR from 1900 to 1991 // Population: An English Selection. 7.
- Bongaarts J. (1978). A framework for analyzing the proximate determinants of fertility // Population and Development Review. 4: 105-131.
- Bongaarts J. (1982). The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables // Studies in Family Planning. 13 (6/7): 179 - 189.
- Bongaarts J., O. Frank, R. Lesthaeghe (1984). The proximate determinants of fertility in sub-Saharan Africa // Population and Development Review. 10: 511-537.

- Currie C. et al. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Denisov B.P., V.I. Sakevich (2009). Aborty v Rossii (po materialam vyborochnogo obsledovaniya [Abortion in Russia (based on a sample survey)] // *Dokazatel'naya meditsina i klinicheskaya epidemiologiya* [Evidence-based medicine and clinical epidemiology]. № 2.
- Denisov B., V. Sakevich, A. Jasilioniene (2012). Divergent trends in abortion and birth control practices in Belarus, Russia and Ukraine // *PLoS ONE* 7(11): e49986. doi:10.1371/journal.pone.0049986
- Entwisle B., P. Kozyreva (1997). New Estimates of Induced Abortion in Russia // *Studies in Family Planning*. 28 (1): 14-23.
- Eurostat database. URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database> (accessed: 21.02.2014).
- Natsional'nyj statisticheskij komitet Respubliki Belarus' (2013) [National statistical committee of the Republic of Belarus (2013)]. *Statisticheskij ezhegodnik Respubliki Belarus'* [Statistical yearbook of the Republic of Belarus]. Minsk: National statistical committee of the Republic of Belarus.
- Philipov D., E. Andreev, T. Kharkova, V. Shkolnikov (2004). Induced abortion in Russia: recent trends and under-reporting in surveys // *European Journal of Population*. 20: 95–117.
- Radzinsky V.E. (2013). Regulirovaniye rozhdayemosti v sovremennom mire [Birth control in the modern world] // *StatusPraesens. Ginekologiya, Akusherstvo, Besplodnyy brak* [StatusPraesens. Gynecology, Obstetrics, Infertile marriage]. 2(13).
- Rosstat (2013a). Itogovyj otchet «Reproduktivnoye zdorov'ye naseleniya Rossii 2011» [Final report «Reproductive health of the Russian population 2011»]. M.: Rosstat, Ministerstvo zdavookhraneniya RF, UNFPA, Otdel reproductivnogo zdorov'ya TSentra po kontrolyu i profilaktike zabolevanij, IITS «Statistika Rossii» [Rosstat, Ministry of health (Russia), UNFPA, CCD, Information and publishing center «Statistics of Russia»].
- Rosstat (2013b). *Zdavookhranenie v Rossii 2013* [Healthcare in Russia 2013]. Statisticheskij sbornik [Statistical issue]. Moskva: Rosstat.
- Sakevich V.I. (2009). Osobennosti vnutrisemeynogo kontrolya rozhdayemosti v Rossii [Features of the birth control in Russia] // S.V. Zaharov, T.M. Maleva, O.V. Sinyavskaya, eds. *Roditeli i deti, muzhchiny i zhenshchiny v sem'ye i obshchestve*. [Parents and children, men and women in family and society]. Moskva: NISP: 119-138.
- Sakevich V.I. (2011). Rossiya idet k zapretu aborta? [Russia is to ban abortion?] // *Demoscope Weekly*. № 479-480. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2011/0479/reprod01.php> (accessed: 22.01.2014).
- Sakevich V.I. (2012). Novyye ogranicheniya prava na abort v Rossii [New restrictions on abortion rights in Russia] // *Demoscope Weekly*. № 499-500. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0499/reprod02.php> (accessed: 22.01.2014).
- Sakevich V.I. (2013). Obshchestvennaya diskussiya o legitimnosti aborta v Rossii prodolzhayetsya [Public discussion about the legitimacy of abortion continues in Russia] // *Demoscope Weekly*. №577-578. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0577/reprod01.php> (accessed: 22.01.2014).

- Sedgh G., S. Singh, S.K. Henshaw, A. Bankole (2011). Legal abortion worldwide in 2008: levels and recent trends // *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 37 (2): 84–94.
- Sharapova O.V., N.G. Baklaenko (2003). Mediko-sotsial'nyye i pravovyye aspekty abortov v Rossiyskoy Federatsii [Medico-social and legal aspects of abortion in the Russian Federation] // *Planirovaniye sem'i* [Family Planning]. № 3.
- Shneyderman N.A. (1991). Otkrovennyy razgovor: rozhdayemost' i mery yeye regulirovaniya [Straight talk: Fertility and its control measures]. Moskva: Mysl'.
- Sukhanova L.P. (2013). Statisticheskaya informatsiya o sostoyanii problemy abortov i besplodiya v RF [Statistical information about the state of the problem of abortion and infertility in the Russian Federation]. Analytical report. Moskva: FGBU TSNIIOIZ, Ministry of Health (Russia).
- TsNIIOIZ [Tsentral'nyy nauchno-issledovatel'skiy institut organizatsii i informatizatsii zdavookhraneniya] (2013). Osnovnye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossijskoj Federatsii [Key indicators of maternal and child health, child protection and obstetrics services in the Russian Federation]. Statisticheskij sbornik [Statistical issue]. Moskva: Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation.
- WHO (2013). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research.
- Vishnevsky A.G., Sakevich V.I. (2006). Rossiya mezhdru abortom i planirovaniyem sem'i [Russia between abortion and family planning] // *Demograficheskaya modernizatsiya Rossii, 1900-2000* [Demographic modernization of Russia, 1900-2000]. Moskva: Novoye izdatel'stvo: 195-246.
- UNICEF (2013). Transformative Monitoring for Enhanced Equity (TransMonEE) database. URL: <http://www.transmonee.org/index.html> (accessed: 22.02.2014).