

в среде мигрантов рождаемость будет выше, чем у проживающих сегодня на территории России.

Впрочем, воздействие миграции на число рождений не ограничивается более высокой интенсивностью деторождения в семьях мигрантов<sup>10</sup>. Мигрируют в большинстве своем молодые люди, что благотворно сказывается на возрастной структуре населения, а это в свою очередь увеличивает число браков и рождений и соответственно тормозит переход к устойчивому отрицательному естественному приросту в развитых странах Запада. В то же время возможность перехода к отрицательному балансу рождений и смертей в подавляющем большинстве развитых стран следует рассматривать как весьма вероятную угрозу, о чем предупреждает величина нетто-коэффициента воспроизводства меньше единицы и соответственно величина истинного коэффициента естественного прироста ниже нуля, поддерживающиеся в них с середины 1970-х годов.

### 3.7. Число аборт в России устойчиво снижается

С конца 1980-х годов в России неуклонно сокращается ежегодное число аборт (рис. 3.15). С 1989 г. (с которого началось непрерывное снижение) по 2009 г. абсолютный показатель аборт снизился в 3,4 раза, а относительный показатель (на 1000 женщин репродуктивного возраста) — в 3,6 раза. Среднегодовой темп снижения коэффициента аборт составил 6%.

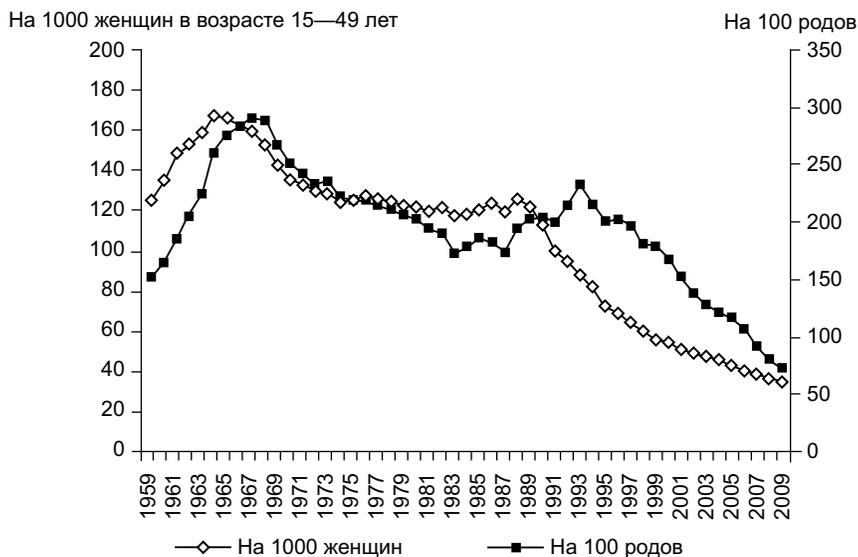
Официальная статистика аборт<sup>11</sup> в стране приведена в табл. 3.16. Число аборт, которое публикует Федеральная служба государственной статистики (Росстат), складывается из аборт, учтенных: в 1) медицинских учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития РФ (Минздравсоцразвития России); 2) медицинских учреждениях других министерств и ведомств; 3) медицинских учреждениях негосударственной формы собственности<sup>12</sup>. Основная часть аборт — порядка 90% — приходится на учреждения Минздравсоцразвития России. Негосударственный сектор дает в среднем по России 8% аборт

---

<sup>10</sup> Различия в уровне рождаемости у мигрантов и немигрантов в России подробно рассмотрены в предыдущем докладе. См.: Население России 2008: Шестнадцатый ежегодный демографический доклад. С. 111—132.

<sup>11</sup> В справочниках Росстата вместо слова «аборт» употребляется словосочетание «прерывание беременности».

<sup>12</sup> Незначительное число аборт учитывается также в немедицинских организациях, имеющих медицинские подразделения или врачей.



**Рис. 3.15.** Ежегодное число аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста и на 100 родов, Россия, 1959—2009 гг.

Источник: Росстат.

**Таблица 3.16.** Основные показатели зарегистрированных аборт, Россия, 1990, 1995, 2000, 2005—2009 гг.

Год	Число аборт			
	по данным Росстата			по данным Минздравсоцразвития России, тыс.
	тыс.	на 1000 женщин 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	38,0	92	1302,5
2008	1385,6	36,1	81	1236,4
2009	1292,4	34,2	73	1161,7

\* Без данных по Чеченской Республике.

Источник: Демографический ежегодник России. 2010. С. 172.

(2009 г.), однако эта доля колеблется по регионам от 0 до 28%<sup>13</sup>. Вероятно, различия связаны как с большей или меньшей ролью негосударственного сектора в оказании медицинских услуг, так и с разной полнотой учета абортот в негосударственном секторе. По мнению некоторых специалистов, реальное количество абортот может быть выше, чем регистрируется, за счет неполных отчетов частных учреждений, а также недорегистрации абортот или регистрации их под другими диагнозами в государственных организациях в целях соблюдения конфиденциальности либо по финансовым соображениям<sup>14</sup>.

В 2009 г., по данным Росстата, зарегистрировано 1292,4 тыс. абортот, или 34,2 на 1000 женщин репродуктивного возраста; число мини-абортот (методом вакуум-аспирации) составило 332,4 тыс. (26% от общего числа). Число абортот, произведенных в учреждениях системы Минздравсоцразвития России, в 2009 г. составило 1161,7 тыс., в том числе 242,5 тыс. (21% от общего числа) — мини-абортот и 35,1 тыс. (3% от общего числа) — медикаментозные абортот<sup>15</sup>. Это значит, что в государственном секторе здравоохранения абортот, выполненные более безопасными для здоровья женщин методами, не превышают 1/4 от общего числа, а основным методом выполнения абортот остается хирургический (кюретаж)<sup>16</sup>. Задача повышения качества процедуры искусственного прерывания беременности по-прежнему актуальна.

В частных медицинских учреждениях, наоборот, большинство прерываний беременности проводится нехирургическими методами; например, доля выполненных там мини-абортот в 2009 г., по данным Росстата, была близка к 70%. Исходя из предположения (которое, правда, не подтвердилось специальными исследованиями), что частные клиники отчитываются о своей работе не в полном объеме, можно сделать вывод, что именно

---

<sup>13</sup> 0% — в Рязанской, Псковской, Магаданской областях, Калмыкии, Карачаево-Черкесии, Ингушетии, Дагестане, Марий Эл, Тыве, Хакасии, Забайкальском крае, Республике Саха (Якутия), Еврейской автономной области, Чукотском АО; 28% — в Ульяновской области.

<sup>14</sup> Абортот и контрацепция в Российской Федерации. Стратегическая оценка политики, программ и исследований. Отчет и рекомендации / Минздравсоцразвития России, ВОЗ (в печати).

<sup>15</sup> Медикаментозный аборт — использование фармакологических средств (в частности мифепристонa) в целях прерывания беременности.

<sup>16</sup> ВОЗ рекомендует использовать выскабливание (кюретаж) только в исключительных случаях, когда нет возможности применить более щадящие методы. «Частота серьезных осложнений после такой операции в 2—3 раза превышает частоту осложнений, связанных с вакуумной аспирацией» (Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики / ВОЗ, Европ. регион. бюро. Женева, 2003. С. 40).

мини-аборты и медикаментозные аборты недоучитываются официальной статистикой. Иногда можно услышать мнение, что число неучтенных медикаментозных абортов настолько велико, что ставит под сомнение снижение общего числа абортов в России. Однако, на наш взгляд, это не имеет под собой веских оснований. Можно провести аналогию с Белоруссией, где медикаментозные аборты начали вводиться в практику только в 2010 г., а коэффициент абортов за 1990—2008 гг. снизился в 6,5 раза.

В то же время статистика абортов в России, в отличие от многих других стран, включает самопроизвольные аборты, которые начались спонтанно вне стен медицинского учреждения и по поводу которых женщина поступила в стационар, а также так называемые неуточненные аборты — внебольничные аборты, по которым нет достаточных сведений, позволяющих судить об их характере (либо это спонтанный аборт, либо имело место вмешательство с целью прерывания беременности). В 2009 г. удельный вес самопроизвольных абортов в общем числе зарегистрированных Минздравсоцразвития России абортов составил 15%, а удельный вес неуточненных абортов — 5%. Если из расчета исключить самопроизвольные аборты, то коэффициент абортов в 2009 г. будет равен не 34,2 на 1000 женщин репродуктивного возраста, а 29,5. А если исключить и самопроизвольные, и неуточненные аборты, то коэффициент снизится до 27,9 на 1000 женщин<sup>17</sup>. Таким образом, российские показатели завышены относительно показателей других стран, где в официальную статистику, как правило, попадают только легальные *искусственные* аборты.

В 2007 г., впервые за период после 1959 г., годовое число рождений в России превысило годовое число прерванных беременностей; в 2008—2009 гг. этот разрыв еще более увеличился (отчасти за счет существенного прироста рождений). В 2008 г. на 100 живорождений пришелся 81 аборт, в 2009 г. — 73 аборта (см. табл. 3.16). Долгое время абортами заканчивалось в среднем 2/3 ежегодного числа беременностей в стране. Соотношение улучшилось лишь после 2000 г., когда число родов стало расти, а число абортов продолжало снижаться.

Положительная тенденция снижения частоты абортов наблюдается во всех возрастных группах женщин (табл. 3.17, рис. 3.16). За 1991—2009 гг. коэффициент абортов среди женщин в возрасте моложе 20 лет сократился в 3 раза, 20—34 лет — в 2,8 раза, 35 лет и старше — в 3,2 раза. В 2009 г. по сравнению с предыдущим годом особенно заметно уменьшилось число зарегистрированных абортов среди женщин моложе 20 лет — на 20%, тогда как среди женщин в возрасте 20—34 лет — на 6%, старше 35 лет — на 3%.

---

<sup>17</sup> При этом, поскольку данных о числе самопроизвольных и неуточненных абортов в негосударственном секторе нет, мы предположили, что оно равно 0.

**Таблица 3.17.** Число зарегистрированных аборт по укрупненным возрастным группам и суммарный коэффициент абортов, Россия, 1991, 1995, 2000, 2005—2009 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
2005	28,5	72,3	18,3	1,50
2006	28,9	66,2	17,8	1,40
2007	27,4	61,5	16,8	1,31
2008	26,3	57,3	16,1	1,25
2009	23,1	53,5	15,8	1,17
2009/1991, %	33	35	31	

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

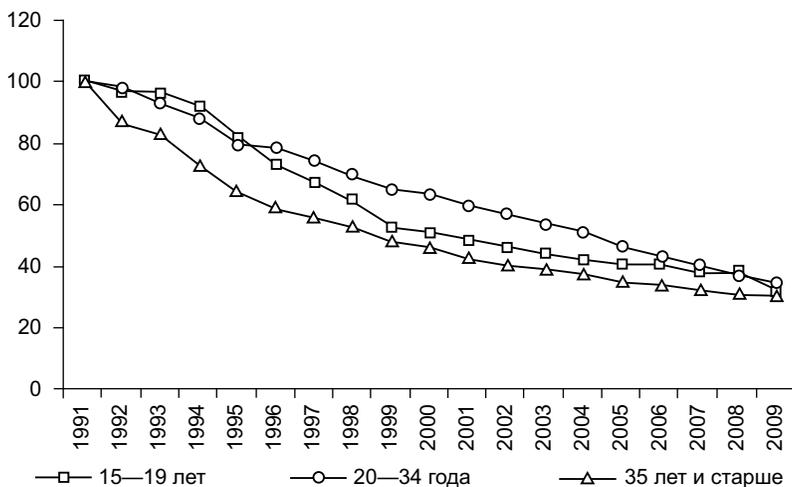
\*\* Включая аборты в возрасте до 15 лет.

\*\*\* Среднее число искусственных абортов, приходящееся на одну женщину за весь репродуктивный период при сохранении возрастной интенсивности производства абортов в расчетном году. До 2008 г. рассчитан по укрупненным возрастным группам, в 2008—2009 гг. — по пятилетним возрастным группам.

Источник: Росстат.

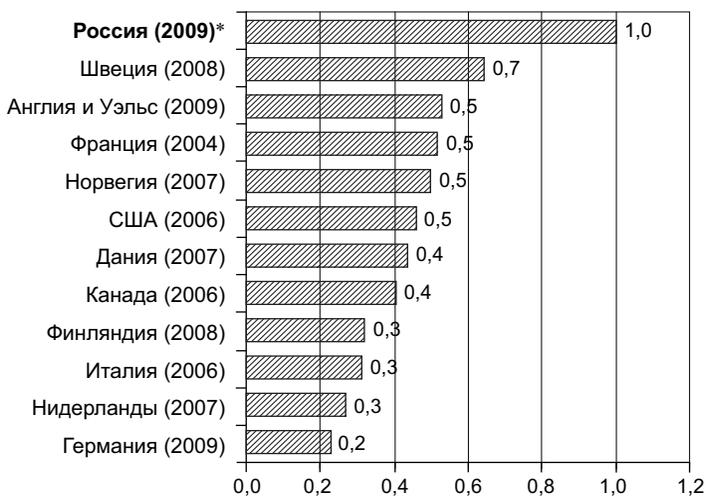
Суммарный коэффициент абортов — интегральный показатель, не зависящий от возрастного состава женщин, — снизился с 3,39 аборта в среднем на одну женщину репродуктивного возраста в 1991 г. до 1,17 в 2009 г., хотя все еще остается высоким на фоне развитых стран (рис. 3.17). При нынешних возрастных коэффициентах абортов в среднем на каждую женщину приходится не менее одной прерванной беременности за жизнь.

В 2009 г. около половины (47,1%) общего числа зарегистрированных абортов пришлось на возрастной интервал от 20 до 29 лет, 36,7% — на возраст 30—39 лет, 9,9% — на самый молодой возраст до 20 лет и 6,4% — на женщин старше 40 лет (табл. 3.18). Среди пятилетних возрастных групп максимальная частота абортов (как и максимальная рождаемость в последние годы) наблюдается в группе 25—29 лет. Вероятно, аборт здесь служит средством отложить следующее рождение у женщины в случае неудачного использования контрацепции.



**Рис. 3.16.** Снижение числа зарегистрированных аборт на 1000 женщин соответствующей возрастной группы, Россия, 1991—2009 гг. (1991 г. = 100%)

Источник: Росстат.



**Рис. 3.17.** Суммарный коэффициент аборт в некоторых странах (в скобках — год наблюдения)

\* Данные по России — без самопроизвольных аборт.

Источник: национальные статистические агентства.

**Таблица 3.18.** Показатели аборт<sup>\*</sup> по пятилетним возрастным группам, Россия, 2008—2009 гг.

Год	Возраст						
	15—19**	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49***
<i>Возрастные коэффициенты абортов, на 1000 женщин</i>							
2008	26,3	57,0	61,7	53,0	37,2	13,8	1,2
2009	23,1	53,0	57,0	50,3	35,4	13,7	1,1
<i>Вклад возрастных групп в общее число абортов, %</i>							
2008	10,5	22,8	24,7	21,2	14,9	5,5	0,5
2009	9,9	22,7	24,4	21,5	15,1	5,9	0,5

\* Включая самопроизвольные аборты.

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

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

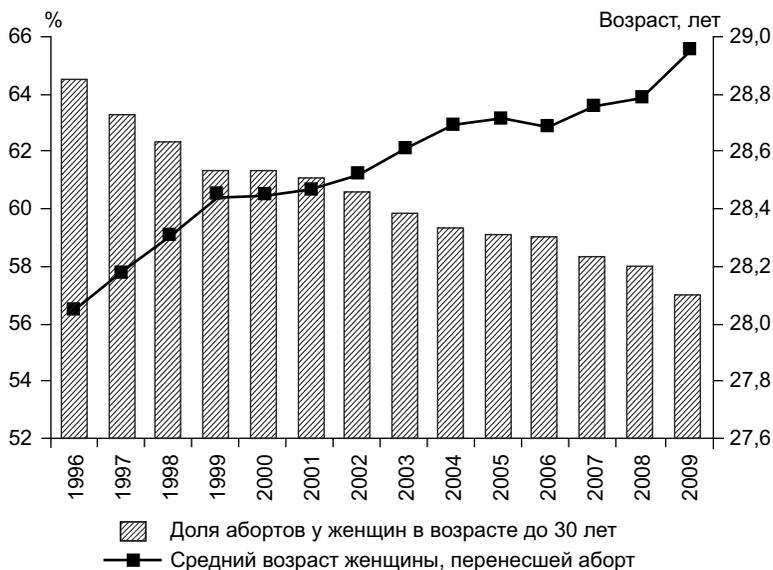
Источник: Росстат.

Средний возраст женщины, прервавшей беременность в 2009 г., составил 28,95 года (это на 1,5 года выше, чем средний возраст материнства — 27,4 года). После 1996 г. (когда статистика позволяла рассчитывать этот показатель) наблюдалась тенденция повышения среднего возраста аборта (рис. 3.18). Проблема аборта в России не является, как во многих западных странах, преимущественно проблемой молодых незамужних девушек. Но это не значит, что уровень подростковых абортов в нашей стране низок — Россия принадлежит к числу европейских стран с самыми высокими уровнями беременностей и абортов в возрасте до 20 лет<sup>18</sup>.

Статья 36 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан гласит: «Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. 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 и согласии женщины — независимо от срока беременности».

Большинство абортов, учтенных в учреждениях Минздравсоцразвития России в 2009 г., были сделаны в сроки до 12 недель беременности (95,5%), еще 3% — в сроки 12—22 недели и всего 1,5% — в сроки 22—27 недель. В самых младших возрастных группах доля поздних абортов (после 22 не-

<sup>18</sup> См.: Население России 2008: Шестнадцатый ежегодный демографический доклад. С. 137.

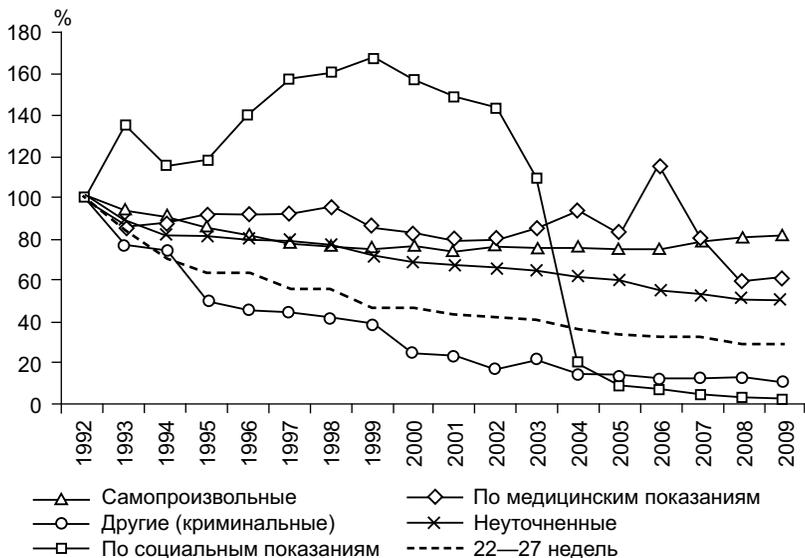


**Рис. 3.18.** Средний возраст женщины, перенесшей аборт, и доля аборт среди женщин до 30 лет в общем числе аборт, 1996—2009 гг.

*Источник:* Минздравсоцразвития России.

дель) немного выше; так, в группе 15—17 лет около 5% аборт были сделаны на сроке беременности 12—22 недели и 2% — на сроке 22—27 недель (2009 г.). После 1992 г. (период, за который есть данные) наблюдалась благоприятная тенденция снижения частоты поздних аборт, имеющих наибольшие риски для здоровья женщины (рис. 3.19), однако в последние несколько лет снижение замедлилось, и в 2008—2009 гг. число аборт, сделанных в сроки 22—27 недель, практически не менялось. Следует, правда, отметить, что это число невелико: 17,5 тыс., или 0,5 на 1000 женщин в возрасте 15—49 лет (2009 г.).

Распределение аборт согласно форме статистического учета Минздравсоцразвития России представлено в табл. 3.19. Основную часть (77% в 2009 г.) аборт составляют «медицинские легальные», т.е. больничные аборт по просьбе женщины в срок до 12 недель беременности, включая мини-аборт и медикаментозные аборт. В расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста число легальных медицинских аборт за период с 1992 по 2009 г. снизилось более чем в 3 раза — с 79 до 24. Значительно



**Рис. 3.19.** Изменение относительного числа аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста, 1992 г. = 100%

Источник: Минздравсоцразвития России.

**Таблица 3.19.** Распределение аборт по классификации Минздравсоцразвития России, % от общего числа зарегистрированных аборт

Вид аборта	Год							
	1992	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Самопроизвольные	6,3	7,2	8,9	11,2	11,9	13,4	14,2	15,2
По медицинским показаниям	1,4	1,7	2,2	2,8	4,2	3,1	2,4	2,6
Криминальные	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Неуточненные	3,5	3,7	4,3	4,8	4,8	4,9	4,9	5,2
По социальным показаниям	0,8	1,2	2,2	0,2	0,1	0,1	0,07	0,05
Медицинские (легальные)	87,7	85,9	82,3	80,8	78,9	78,5	78,3	76,9
<b>Всего</b>	<b>100,0</b>							

Источник: Минздравсоцразвития России.

снизилось и число учтенных криминальных<sup>19</sup> абортов: с 10 157 случаев в 1992 г. до 1132 случаев в 2009 г.; в расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста — более чем в 9 раз. Среди девушек-подростков 15—19 лет за эти же годы число криминальных абортов уменьшилось с 1725 до 56 случаев, а в расчете на 1000 — в 26 раз.

Уровень самопроизвольных абортов (но не удельный вес<sup>20</sup>), снизившись в первой половине 1990-х годов, оставался довольно стабильным с 1998 по 2006 г. (рис. 3.19). Самопроизвольный аборт (по сути — выкидыш) происходит помимо воли женщины и является одной из разновидностей акушерской патологии. После 2006 г. показатель самопроизвольных абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста стал немного увеличиваться, что скорее всего можно связать с ростом рождаемости — чем больше зачатий, тем больше выкидышей.

В 2006 г. произошел трудно объяснимый скачок и абсолютного, и относительного числа абортов по медицинским показаниям (когда продолжение беременности угрожает здоровью матери и ребенка), причем во всех возрастных группах (кроме группы старше 45 лет). В 2007 г. этот показатель вернулся к средним для десятилетия значениям, в 2008 г. значительно снизился, а в 2009 г. снова чуть подрос (рис. 3.19). В 2007 г. был сокращен перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (Приказ Минздравсоцразвития России от 03.12.2007 № 736); руководители здравоохранения обосновали такой шаг развитием новых технологий, позволяющих вести беременность у женщин, для которых раньше она считалась абсолютным противопоказанием. Как связаны последние колебания показателей с принятым решением, пока не ясно.

Другой вид абортов, регистрируемое число которых сильно колебалось на протяжении 1990—2000-х годов, — это аборты по социальным показаниям, хотя их число и вклад в общее число абортов очень малы. После 1996 г. наблюдался быстрый рост этих показателей (с 0,83 на 1000 женщин 15—49 лет в 1995 г. до 1,18 на 1000 женщин в 1999 г.), а после 2003 г. — резкое снижение. В 2008 г. коэффициент абортов по социальным показаниям составил всего 0,02 на 1000 женщин, а в 2009 г. — 0,01. Колебания в первую очередь связаны с изменением законодательства по отношению к абортам по социальным показаниям. В 1996 г. был утвержден более широкий, чем действовал до этого, перечень социальных показаний для прерывания

---

<sup>19</sup> К криминальным абортам относят случаи, когда установлено вмешательство с целью прерывания беременности самой беременной или другими лицами вне лечебного учреждения.

<sup>20</sup> Удельный вес самопроизвольных абортов как раз увеличился — за счет того, что частота других видов абортов снизилась.

беременности (Постановление Правительства РФ от 08.05.1996 № 567). В соответствии с этим перечнем с 1996 г. прерывание беременности после 12 недель по социальным показаниям могло производиться в случае, если женщина не состоит в браке, кто-либо из супругов является безработным, при отсутствии жилья, при доходе на члена семьи менее прожиточного минимума и в ряде других случаев. Такая широкая трактовка социальных показаний для аборта имела целью ликвидировать внебольничные, криминальные аборты в трудных социально-экономических условиях переходного периода. В 2003 г. Правительство РФ (Постановление от 11.08.2003 № 485) приняло решение резко сократить перечень социальных показаний для производства искусственного аборта — от 13 до 4 пунктов. Возможно, значительный рост частоты абортов по медицинским показаниям 2006 г. некоторым образом связан с ограничением социальных оснований для позднего аборта.

Надо отметить, что основное направление официальной политики по снижению абортов в России заключается не столько в повышении сексуальной и контрацептивной культуры, сколько в законодательном ограничении права на аборт, информировании населения о вреде аборта и поощрении материнства (здесь Минздравсоцразвития России активно сотрудничает с Русской православной церковью). Никаких официальных программ по продвижению идеологии планирования семьи — рождения желанных детей в оптимальные сроки, которая является действенным инструментом борьбы и с абортom, и с распространением инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ/СПИД, — в России на сегодняшний день нет.

В России отмечается территориальная дифференциация показателей зарегистрированных абортов, причем межрегиональные различия не уменьшились за последнее десятилетие. В целом прослеживается увеличение показателей абортов с запада на восток (рис. 3.20): от самых низких в Северо-Кавказском и Центральном ФО до самых высоких в Дальневосточном ФО. Высок уровень абортов и в Уральском и Сибирском ФО. Южный, Северо-Западный и Приволжский ФО занимают среднюю позицию.

Наибольшими показателями в 2009 г., в 1,7 раза превышающими средний для страны уровень, выделялись Магаданская, Новосибирская области и Республика Алтай, самыми низкими — республики Северного Кавказа и Москва (табл. 3.20). Разница между московским и магаданским показателями составила 4,6 раза. Состав лидеров по уровню абортов среди российских регионов сохраняется неизменным в течение последних нескольких лет. Показатели неоднородности регионов (например, коэффициент вариации) почти не меняются, т.е. сближения не происходит.