



Перейдет ли Россия от аборта к планированию семьи?¹

Над темой номера
работали:



Виктория САКЕВИЧ² Борис ДЕНИСОВ³

Успехи в снижении количества аборт

На протяжении десятилетий искусственный аборт был одним из основных методов внутрисемейного регулирования рождаемости в России. Говорят об «абортной культуре» репродуктивного поведения, сложившейся в Советском Союзе⁴. В 1965 году, когда нетто-коэффициент воспроизводства населения впервые в мирное время опустился ниже единицы, то есть ниже границы простого замещения поколений, на 100 родов в России приходилось 278 абортов. Тогда, в середине 1960-х годов, было зафиксировано максимальное за всю историю страны число прерванных беременностей – 5,6 млн. в год. В 1970-х - 1980-х годах среднегодовое число абортов превышало 4,5 млн.

В 1990-е годы, вместе со всей страной, существенно изменилась и ситуация в сфере сознательного регулирования рождаемости. В последние двадцать лет число абортов неуклонно снижается (рис. 1). С 1989 года (с которого началось непрерывное снижение) по 2009 год абсолютное число абортов снизилось в 3,4 раза – с 4,4 до 1,3 млн., а относительный показатель (на 1000 женщин репродуктивного возраста) в 3,6 раза – со 123 до 34. Сегодня можно утверждать, что в России идет неуклонное замещение аборта планированием семьи, а само планирование семьи становится более эффективным. Хотелось бы подчеркнуть, что под планированием семьи следует понимать совокупность методов, позволяющих *предотвращать* нежелательную беременность, а не прерывать уже наступившую; таким образом, аборт к методам планирования семьи не относится.

Официальная статистика абортов (в справочниках Росстата вместо слова «аборт» употребляется словосочетание «прерывание беременности») в стране приведена в табл. 1. Число абортов, которое публикует Федеральная служба государственной статистики (Росстат), складывается из абортов, учтенных в: 1) медицинских учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития РФ (МЗСР); 2) медицинских учреждениях других министерств и ведомств; 3) медицинских учреждениях негосударственной формы собственности⁵. Основная часть абортов – порядка 90% - приходится на учреждения МЗСР. Негосударственный сектор дает в среднем по России 8% абортов (2009 г.); однако эта доля колеблется по регионам от нуля до 1/3. Вероятно, различия связаны с большей или меньшей ролью негосударственного сектора в оказании медицинских услуг.

Иногда высказывается предположение, что реальное количество абортов выше, чем регистрируемое, за счет неполных отчетов частных медучреждений, а также за счет неполной регистрации абортов или регистрации их под другими диагнозами в государственных организациях с целью соблюдения конфиденциальности либо по финансовым соображениям⁶. Специальных исследований (расследований) полноты регистрации абортов, сделанных в частных клиниках, никто, насколько нам известно, не проводил. Сравнение результатов выборочных опросов женщин о перенесенных абортах за два года перед опросом в отдельных регионах страны в 1988/1989, 1996 и 2000 гг. с официальными данными за те же годы показало очень близкие значения⁷, что позволяет оценивать российскую официальную статистику как достаточно достоверную.

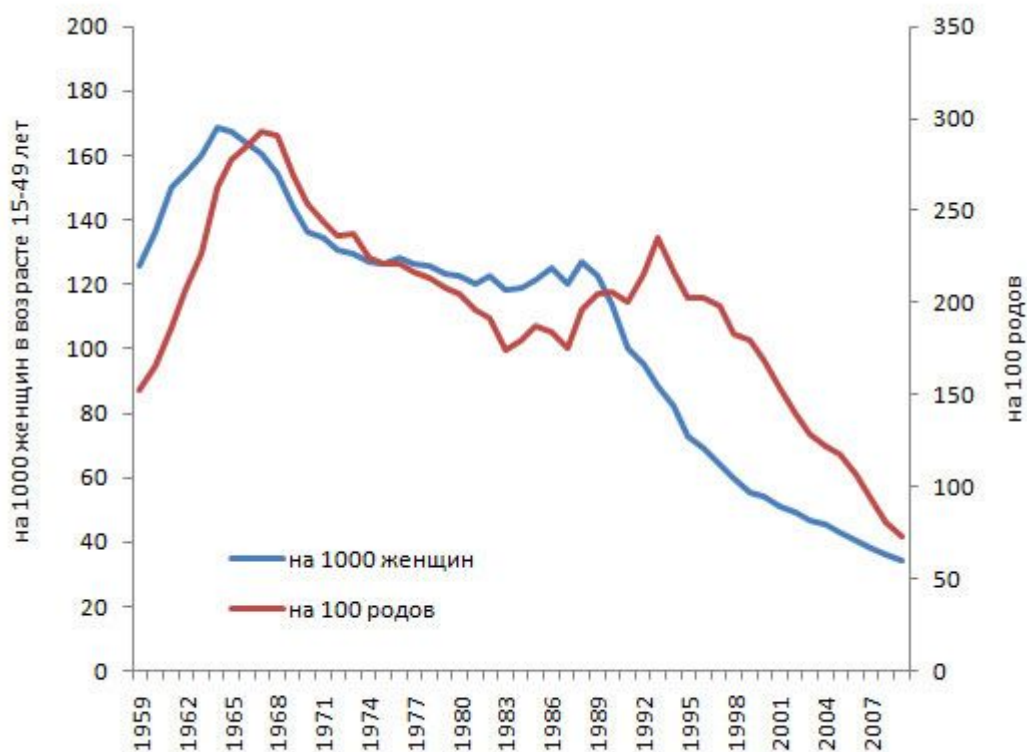


Рисунок 1. Ежегодное число абортс на 1000 женщин репродуктивного возраста и на 100 родов. Россия, 1959-2009 годы. По данным Росстата

Таблица 1. Основные показатели зарегистрированных абортс. Россия, 1990, 1995, 2000, 2005-2009 гг.

	По данным Росстата			Число абортс по данным МЗСР РФ, тысяч
	Число абортс			
	тысяч	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

Примечание: Данные за 1995, 2000, 2005 без Чеченской Республики.

Статистика абортс в России, в отличие от многих других стран, включает самопроизвольные абортс. Самопроизвольный аборт – это аборт, начавшийся спонтанно вне стен медицинского учреждения, по поводу которого женщина поступила в стационар. Статистика учитывает также так называемые неуточненные абортс – внебольничные абортс, по которым нет достаточных сведений, позволяющих судить о характере абортс (либо это спонтанный аборт, либо имело место вмешательство с целью прерывания беременности). В 2009 году удельный вес самопроизвольных

абортов в общем числе зарегистрированных Министерством здравоохранения и социального развития аборт составил 15%, а удельный вес неуточненных аборт – 5% (табл. 2). Если из расчета исключить самопроизвольные аборт, то коэффициент аборт в 2009 году будет равен не 34,2 на тысячу женщин репродуктивного возраста, а 29,5 на тысячу. А если исключить и самопроизвольные, и неуточненные аборт, то коэффициент снизится до 27,9 на тысячу. То есть российские показатели завышены относительно других стран, где в официальную статистику, как правило, попадают только легальные *искусственные* аборт. На наш взгляд, включение в официальную статистику самопроизвольных аборт с лихвой компенсирует возможный недоучет искусственных аборт.

Таблица 2. Распределение аборт по классификации Минздравсоцразвития РФ, в % от общего числа зарегистрированных аборт

Вид аборт	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 (внебольничные)	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
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100

В 2007 году, впервые за период после 1959, годовое число рождений в России превысило годовое число прерванных беременностей; в 2008-2009 годах этот разрыв еще более увеличился (отчасти за счет существенного прироста рождений) (рис. 2). В 2008 году на 100 живорождений пришелся 81 аборт, в 2009 – 73 аборт (табл. 1). В течение почти всего периода статистического наблюдения (с 1959 года) абортми заканчивалось в среднем 2/3 ежегодного числа беременностей в стране, другими словами: на одного рождённого приходилось два аборт. После 2000 года соотношение улучшилось – число родов стало расти, а число аборт продолжало снижаться.

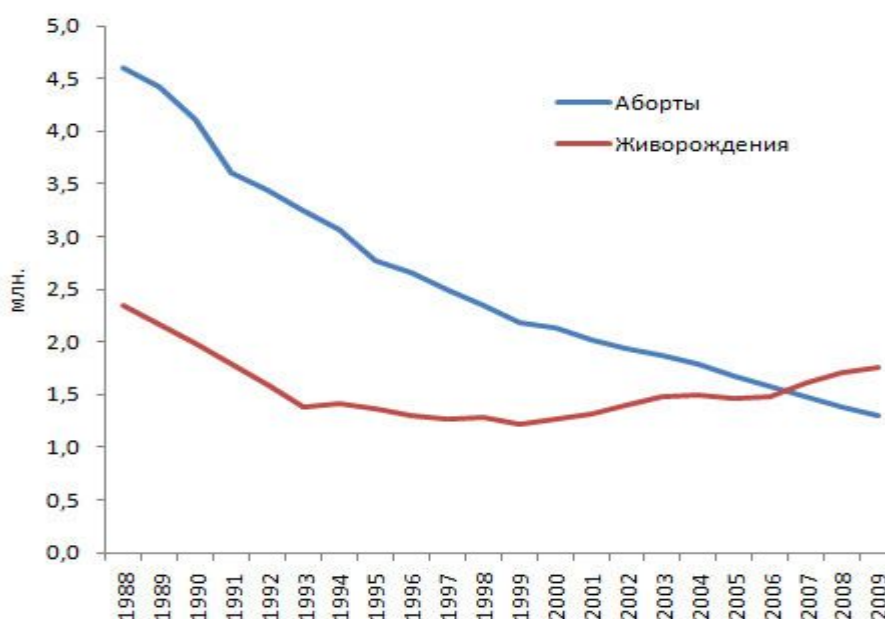


Рисунок 2. Годовые числа живорождений и аборт, млн. Россия

Положительная тенденция снижения частоты абортсв наблюдается во всех возрастных группах женщин (табл. 3, рис.3). За 1991-2009 годы коэффициент абортсв в возрасте моложе 20 лет сократился в 3 раза, в возрасте 20-34 года – в 2,8 раза и в возрасте 35 лет и старше – в 3,2 раза. В 2009 году, по сравнению с предыдущим годом, особенно заметно уменьшилось число зарегистрированных абортсв среди женщин моложе 20 лет – на 20%, тогда как число абортсв среди женщин в возрасте 20-34 года уменьшилось на 6%, а в возрасте старше 35 лет – на 3%.

Суммарный коэффициент абортсв – интегральный показатель, не зависящий от возрастного состава женщин, - снизился с 3,39 абортсв в среднем на одну женщину репродуктивного возраста в 1991 до 1,17 – в 2009 году.

Таблица 3. Число зарегистрированных абортсв по укрупненным возрастным группам и суммарный коэффициент абортсв. Россия, 1991, 1995, 2000, 2005-2009 гг. По данным Росстата

	Число абортсв на 1000 женщин в возрасте, лет:			Суммарный коэффициент абортсв**
	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 к 1991, %	33	35	31	

* Включая абортсв в возрасте до 15 лет.

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

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

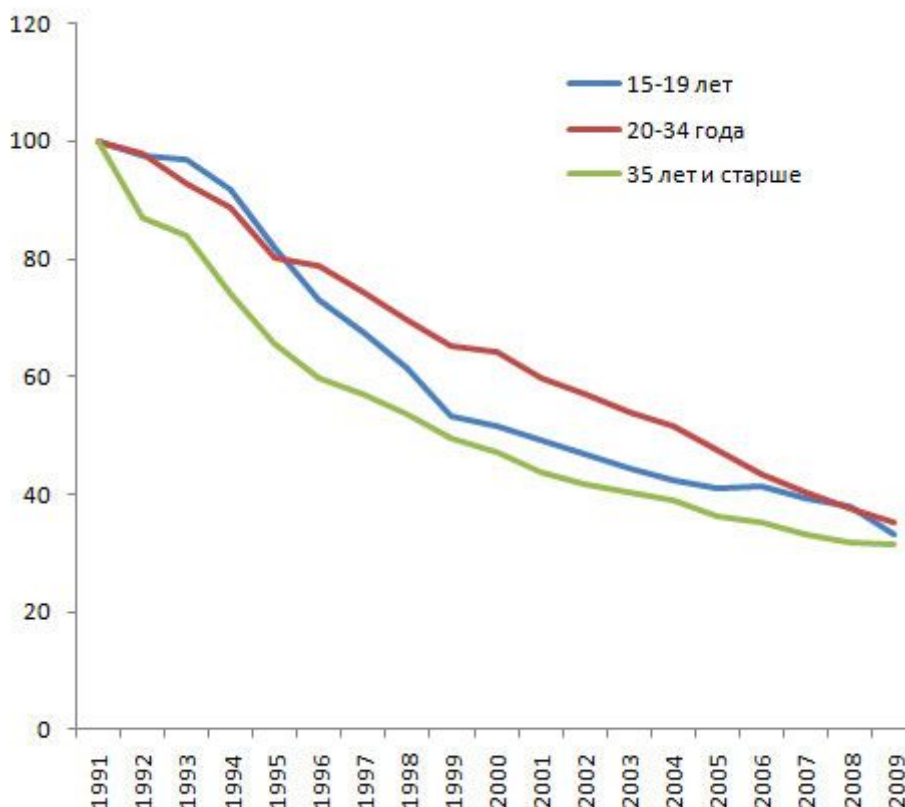


Рисунок 3. Изменение относительного числа зарегистрированных абортот по возрастным группам, Россия (1991=100%)

Риск смерти от аборта снизился вдвое

Наряду с положительной тенденцией уменьшения уровня абортов в стране происходит и снижение материнской смертности по причине аборта (рис. 4). Материнская смертность, в том числе от последствий аборта, считается по отношению к числу живорождений. В 1990 году материнская смертность от аборта составляла 13,6 на 100 тысяч родившихся живыми, а в 2009 году – 2,3 на 10 тысяч, то есть за девятнадцать лет материнская смертность от аборта снизилась почти в шесть раз. При этом материнская смертность от всех других причин, кроме аборта, сократилась лишь в 1,7 раза.

Однако, на наш взгляд, материнскую смертность от аборта логичнее относить к числу абортов – такое соотношение показывает риск смертельного исхода после досрочного прерывания беременности. Риск смертельного исхода после аборта тоже снизился, хотя и в меньшей степени: с 6,6 в 1990 до 3,2 в 2009 году (табл. 4), то есть в два раза. Правда, в 2009 году показатели материнской смертности от аборта немного возросли по сравнению с предыдущим годом; пока неясно, с чем это связано, возможно, вследствие роста рождаемости возросла и частота выкидышей, в том числе и с летальным исходом. Но это лишь предположение.

В 1985 году в структуре причин материнской смертности удельный вес вредных последствий абортов составлял 40%. К 2009 году этот показатель уменьшился до 11% (табл. 4).

По официальным данным большинство умерших от аборта женщин (85% в 2009 году) – это женщины, перенесшие внебольничные аборты, в том числе спонтанные. Основной причиной

смерти после аборта является сепсис (более половины случаев), далее идет кровотечение (1/4 – 1/5 случаев)⁸.

Таблица 4. Материнская смертность по причине аборта, Россия. По данным Росстата

	1990	1995	2000	2005	2009
Материнская смертность, всего случаев	943	727	503	370	388
<i>в том числе по причине:</i>					
искусственный медицинский аборт	17	21	38	16	6
аборт вне лечебного учреждения	254	148	84	46	35
аборт - всего	271	169	122	62	41
Доля умерших от аборта в материнской смертности, %	28,7	23,2	24,3	16,8	10,6
<i>Число умерших от аборта в расчете на:</i>					
100 тыс. зарегистрированных аборт	6,6	6,1	5,7	3,7	3,2
100 тыс. живорождений	13,6	12,4	9,6	4,3	2,3
100 тыс. женщин в возрасте 15-49 лет	0,75	0,44	0,31	0,16	0,11

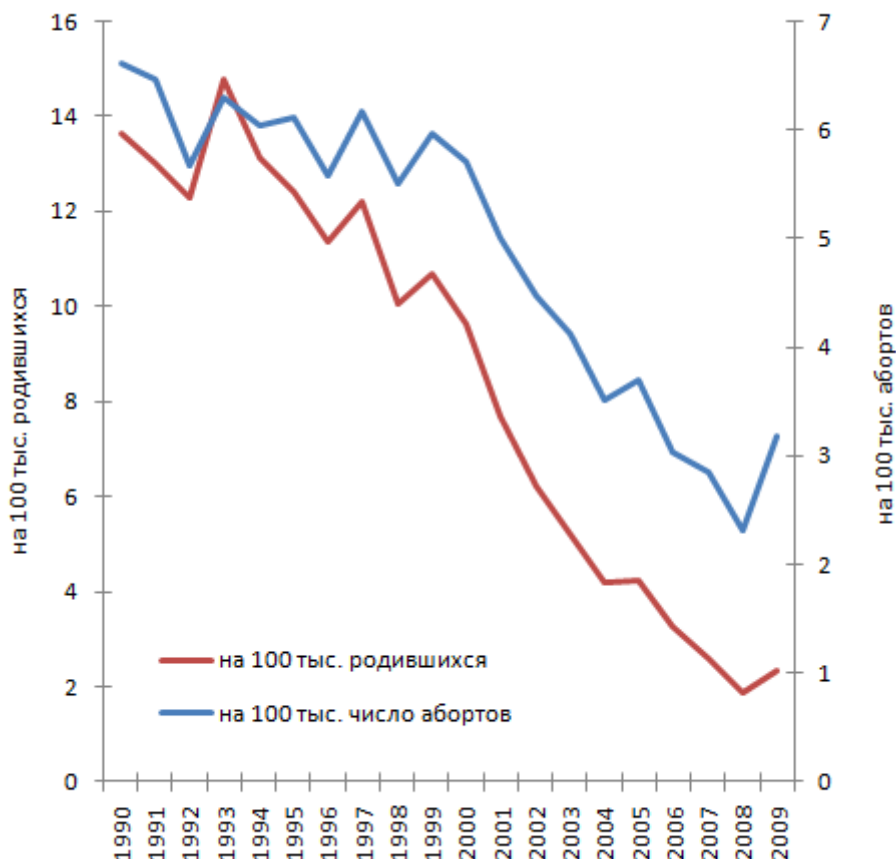


Рисунок 4. Материнская смертность от аборта, Россия. По данным Росстата

На фоне других стран: Россия по-прежнему среди отстающих

Россия добилась больших успехов в снижении уровня аборт, однако если сравнить ситуацию в нашей стране с другими странами, имеющими близкий уровень рождаемости (рис. 5), станет понятно, что проблема искусственного аборта в России все еще остается в ряду острых проблем общественного здоровья.

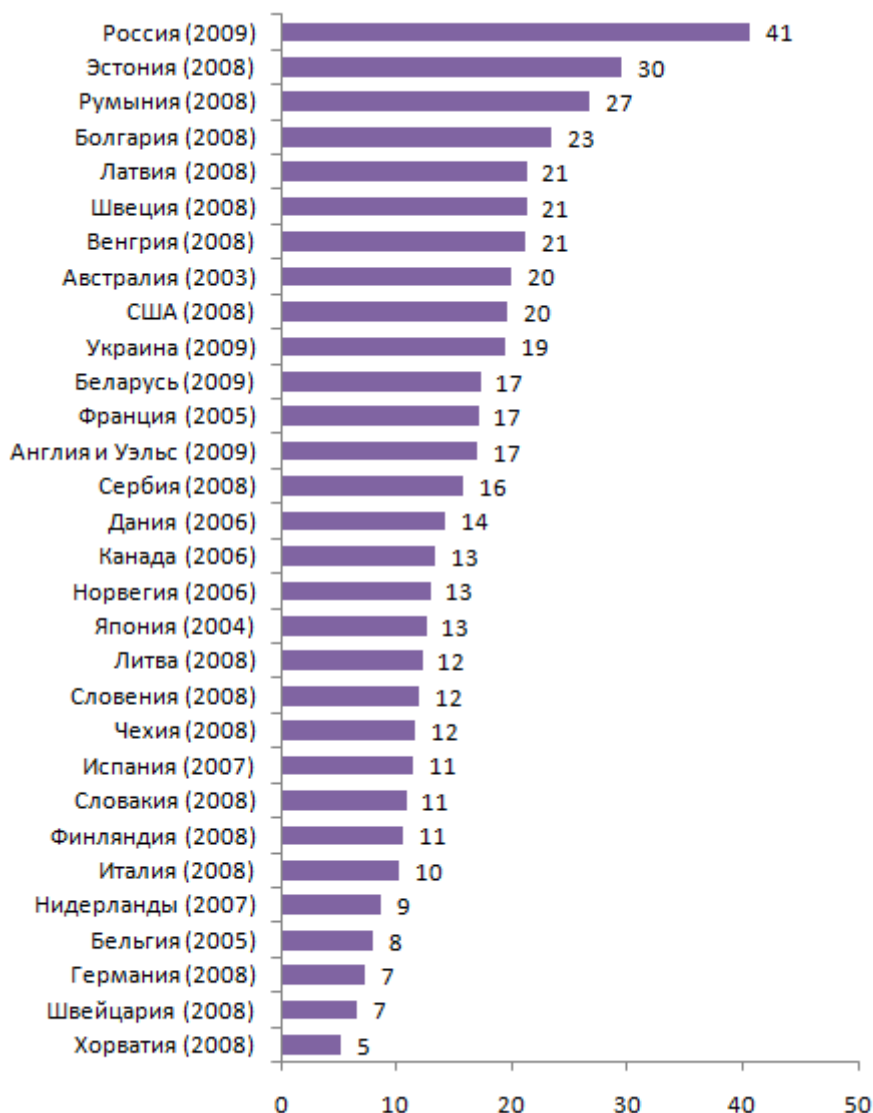


Рисунок 5. Число абортов в странах, где собирается статистика абортов, на 1000 женщин в возрасте 15-44 года

Примечание: общее число абортов в России (как и в Белоруссии и на Украине) включает самопроизвольные аборты. Без самопроизвольных – показатель в России составляет 35 на 1000 женщин 15-44 года.

Источники: Eurostat Data Base; Guttmacher Institute, US; Statistics Canada; Official Statistics of Sweden; Rutgers Nisso Groep, Netherlands; Department of Health, England; Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan.

Успехи России в снижении частоты абортов заметно меркнут при сравнении с соседними Белоруссией и Украиной (рис. 6). Накануне распада СССР три страны имели схожие показатели

абортов (чуть ниже они были на Украине), в 1990-е годы число абортов стало снижаться, однако Россия существенно уступила соседним странам по темпам снижения. Среднегодовой темп снижения коэффициента абортотв за 1990-2009 годы составил 9% в Белоруссии, 7% на Украине и лишь 6% в России. При этом в 1990-е годы уровень абортотв снижался примерно одинаковыми темпами в трех странах (6-7%), но в 2000-е годы синхронность изменений была нарушена. В Белоруссии сокращение показателя абортотв ускорилось (среднегодовой темп 12%), в России – замедлилось (5%), а на Украине темп снижения не изменился. В результате за 19 лет, с 1990 по 2009, коэффициент абортотв в Белоруссии снизился в 7,5 раз, в Украине – в 5 раз, а в России – в 3,3 раза. На сегодняшний день Россия продолжает сохранять мировое лидерство по уровню абортотв (среди стран с налаженной статистикой абортотв), тогда как Белоруссия и Украина переместились ближе к середине этого рейтинга, оказавшись рядом с США, Англией, Францией.

Даже нынешний сократившийся в два раза российский показатель материнской смертности по причине абортотв превышает аналогичный показатель Украины вдвое⁹, а в Белоруссии в последние шесть лет вообще не зарегистрировано смертей от абортотв¹⁰.

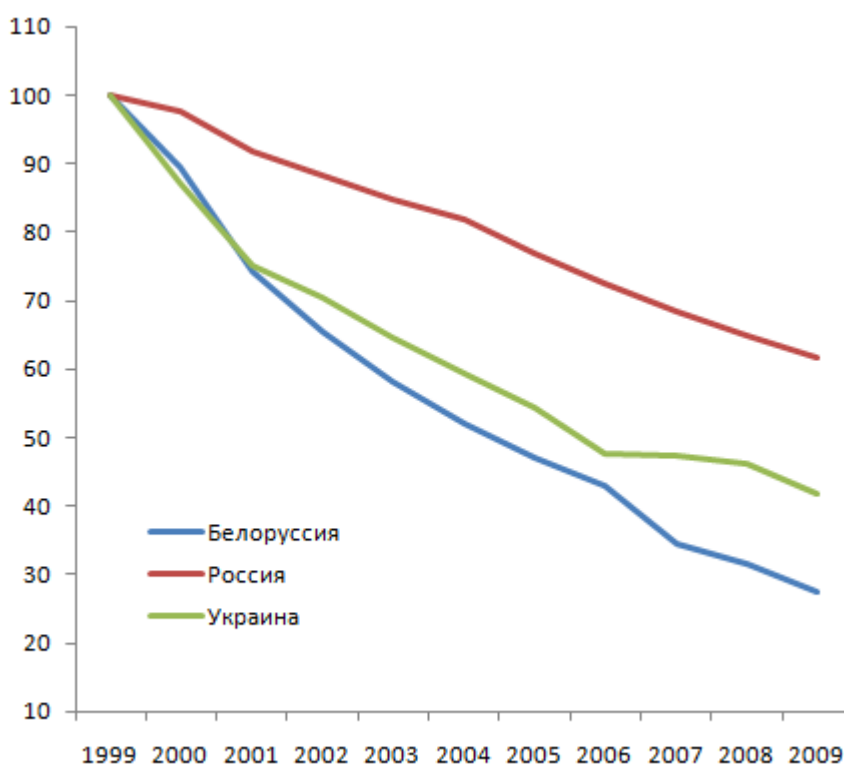


Рисунок 6. Относительное изменение коэффициента абортотв в Белоруссии, России и на Украине. 1999 г. =100%. По данным национальных статистических ведомств

Россия существенно отличается от многих западных стран не только по уровню, но и по возрастному распределению абортотв (рис. 7). Там проблема незапланированной беременности и абортотв касается в первую очередь молодых незамужних женщин, не имеющих опыта планирования семьи, тогда как в России абортотв – обычный метод внутрисемейного регулирования рождаемости, инструмент, используемый, чтобы либо отложить на время рождение следующего ребенка, либо избежать дальнейших рождений у женщин, уже имеющих детей. Например, в Англии и Уэльсе, Канаде, США и Финляндии на возраст моложе 25 лет приходится около половины всех искусственных абортотв, тогда как в России - 33%. Более 40% зарегистрированных абортотв в России делают женщины в возрасте старше 30 лет (табл. 5).

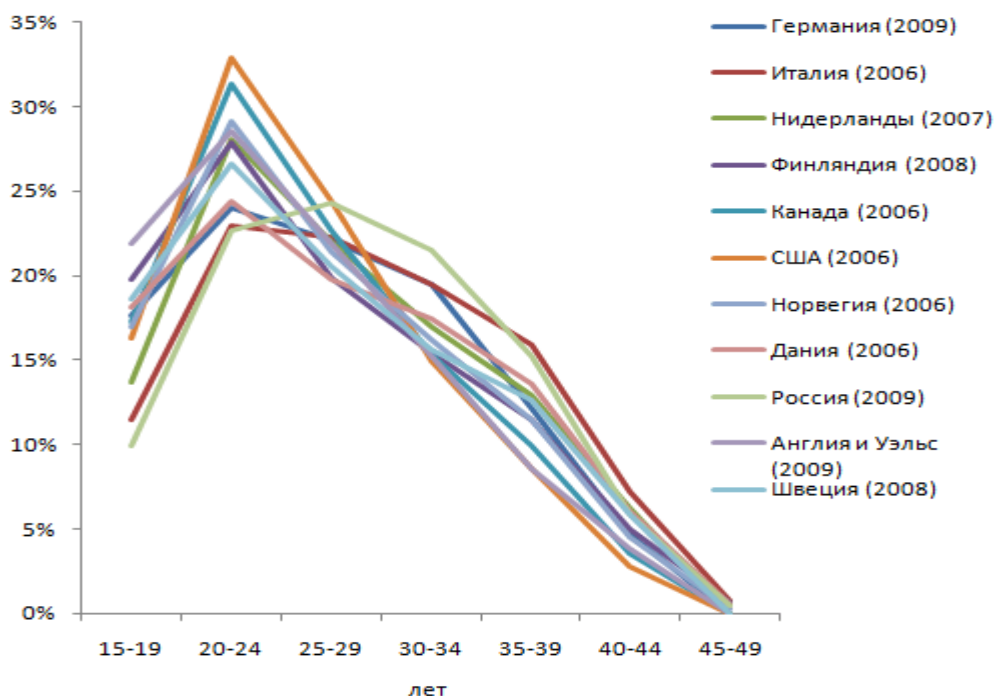


Рисунок 7. Возрастное распределение аборт в России и некоторых странах, %

Примечание: Данные по России без самопроизвольных абортов.

Источники: Abortion Statistics, England and Wales: 2009. DH, the Government Statistical Service; Centers for Disease Control and Prevention. Abortion Surveillance — United States, 2006. MMWR, Surveillance Summaries, November 27, 2009 / Vol. 58 / No. SS-8; Statistics Sweden; Sexual and reproductive health: the Netherlands in international perspective. Rutgers Nisso groep. 2009; Istat, Unit "Popolazione, istruzione e cultura"; Statistics Canada; Statistisches Bundesamt Deutschland; Induced abortions and sterilisations 2008. Official statistics of Finland, Helsinki, 2009.

Таблица 5. Показатели абортов* по пятилетним возрастным группам. Россия, 2008-2009. По данным Росстата

Возраст	15-19**	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49***
Возрастные коэффициенты абортов, на 1000 женщин							
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
Вклад возрастных групп в общее число абортов, %							
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.

Средний возраст женщины, прервавшей беременность в 2009 году, составил 28,95 года (это немного выше, чем средний возраст материнства), причем после 1996 года (когда статистика позволила рассчитать этот показатель) наблюдалась тенденция повышения среднего возраста аборта (рис. 8). Это связано с тем, что коэффициенты абортов в молодых возрастах (до 30 лет)

уменьшались более быстрыми темпами, чем в старших возрастах. Молодежь, вероятно, активнее применяет современные, эффективные методы контрацепции. Но это не значит, что уровень подростковых аборт в нашей стране низок - Россия принадлежит к числу европейских стран с самыми высокими уровнями беременностей и аборт в возрасте моложе 20 лет¹¹.

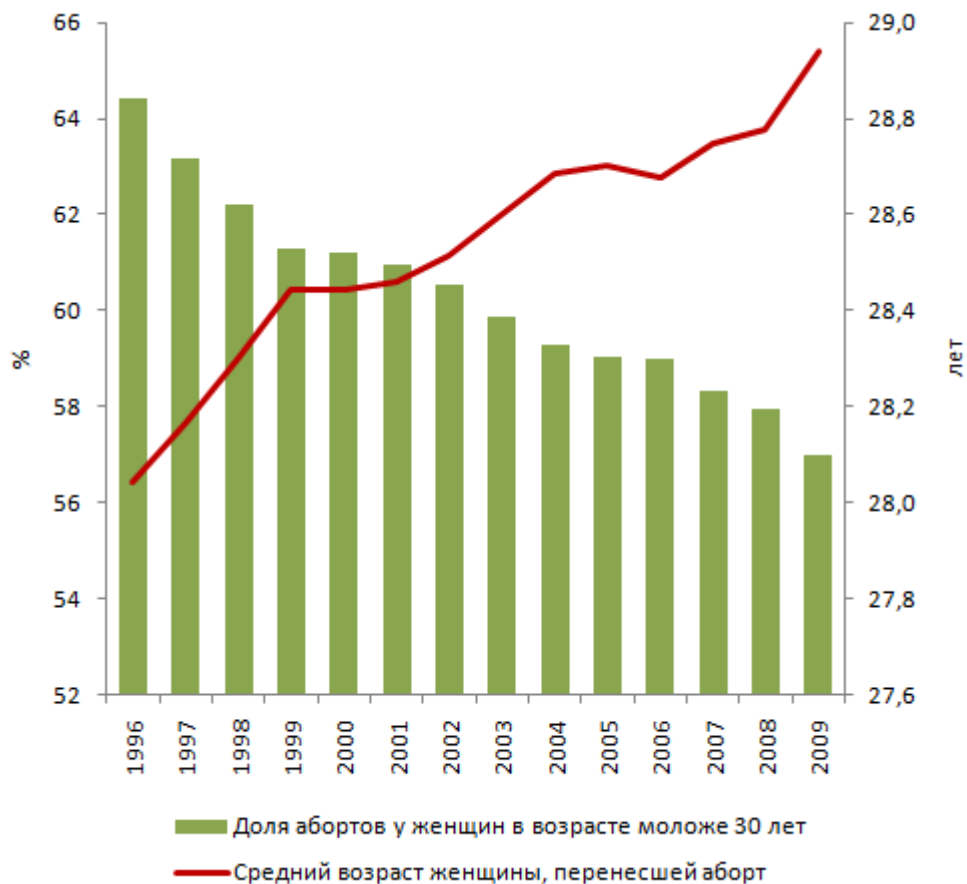


Рисунок 8. Средний возраст женщины, перенесшей аборт, и доля аборт у женщин моложе 30 лет в общем числе аборт, 1996-2009. По данным МЗСР РФ

Суммарный коэффициент аборт в России, хоть и существенно снизился, все еще остается высоким на фоне развитых стран (рис. 9). При нынешних возрастных коэффициентах аборт в среднем на каждую женщину приходится не менее одной прерванной беременности за всю жизнь.

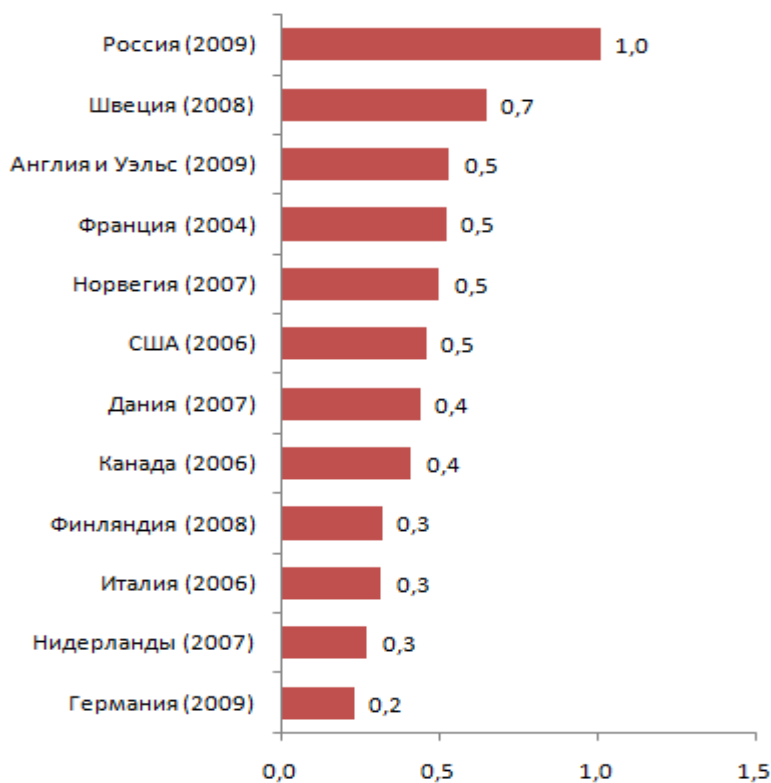


Рисунок 9. Суммарный коэффициент абортов в некоторых странах (в скобках год наблюдения). По данным национальных статистических агентств

Примечание: Данные по России без самопроизвольных абортов

Региональные различия весьма велики

Для России характерна довольно существенная территориальная дифференциация показателей зарегистрированных абортов. В целом прослеживается увеличение уровня абортов с юго-запада на север-восток страны: от самого низкого в Северо-Кавказском и Центральном федеральных округах до самого высокого в Дальневосточном федеральном округе (табл. 6, рис. 10). Высокий уровень абортов и в Уральском и Сибирском округах. Южный, Северо-Западный и Приволжский федеральные округа занимают среднюю позицию.

Таблица 6. Число зарегистрированных абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста, 2009 год. По данным Росстата

Российская Федерация	34,2
Федеральные округа:	
Северо-Кавказский	18,5
Центральный	26,5
Южный	30,5
Северо-Западный	34,8
Приволжский	36,4
Сибирский	43,7
Уральский	44,3
Дальневосточный	46,7

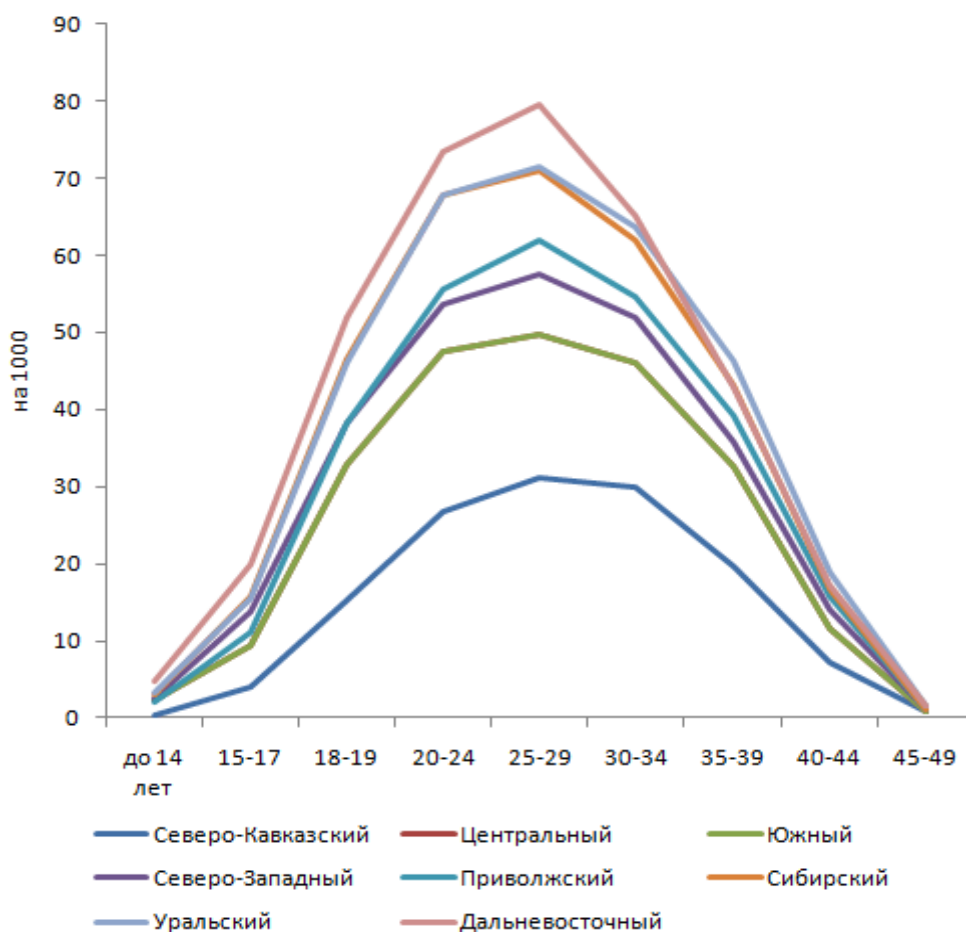


Рисунок 10. Возрастные коэффициенты зарегистрированных аборт в федеральных округах, на 1000 женщин соответствующего возраста, 2009 год. По данным Росстата

В 2009 г. в 49 регионах коэффициент абортов превышал среднероссийский, причем в 14 - в 1,5 раза и более. Наибольшими показателями в 2009 году, в 1,7 раза превышающими средний для страны уровень, выделялись Магаданская, Новосибирская области и Республика Алтай, самыми низкими – республики Северного Кавказа и Москва (табл. 7). Состав «лидеров» по уровню абортов среди российских регионов сохраняется неизменным в течение последних нескольких лет.

Таблица 7. Территории с наиболее высоким и наиболее низким уровнем зарегистрированных абортов, на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет, 2009 г. По данным Росстата

Регионы с наиболее высоким уровнем абортов		Регионы с наиболее низким уровнем абортов	
Магаданская область	59,2	Карачаево-Черкесская Республика	16,7
Республика Алтай	58,7	Чеченская Республика	15,2
Новосибирская область	57,0	Кабардино-Балкарская Республика	13,4
Амурская область	55,7	г. Москва	12,8
Оренбургская область	54,7	Республика Дагестан	12,2
Сахалинская область	54,4	Республика Ингушетия	8,9

Регионы страны различаются не только по уровню аборт, но и по темпам его изменения, что вполне естественно для переходного периода от одного типа контроля рождаемости (с большой ролью аборта) к другому (с большей ролью планирования семьи, то есть предотвращения нежелательной беременности). За последние почти два десятилетия межрегиональные различия только возросли. Коэффициент вариации частоты абортов увеличился с 21% в 1992 году до 30% в 2009. Если в 1992 году разница между самым низким показателем (Московская обл., исключая республики Северного Кавказа) и самым высоким (Иркутская обл.) составила 2 раза, то в 2009 разница между самым низким (Москва) и самым высоким (Магаданская обл.) показателями выросла до почти 5 раз.

Неуклонное, из года в год, снижение коэффициента абортов за весь период с 1992 по 2009 год происходило только в пяти регионах России; в остальных - показатели колебались. В течение последних лет характеристики неоднородности регионов почти не меняются, сближения не происходит. Этот факт, возможно, означает, что в процессе перехода «от аборта к контрацепции» в большом ряде регионов России наступил застой.

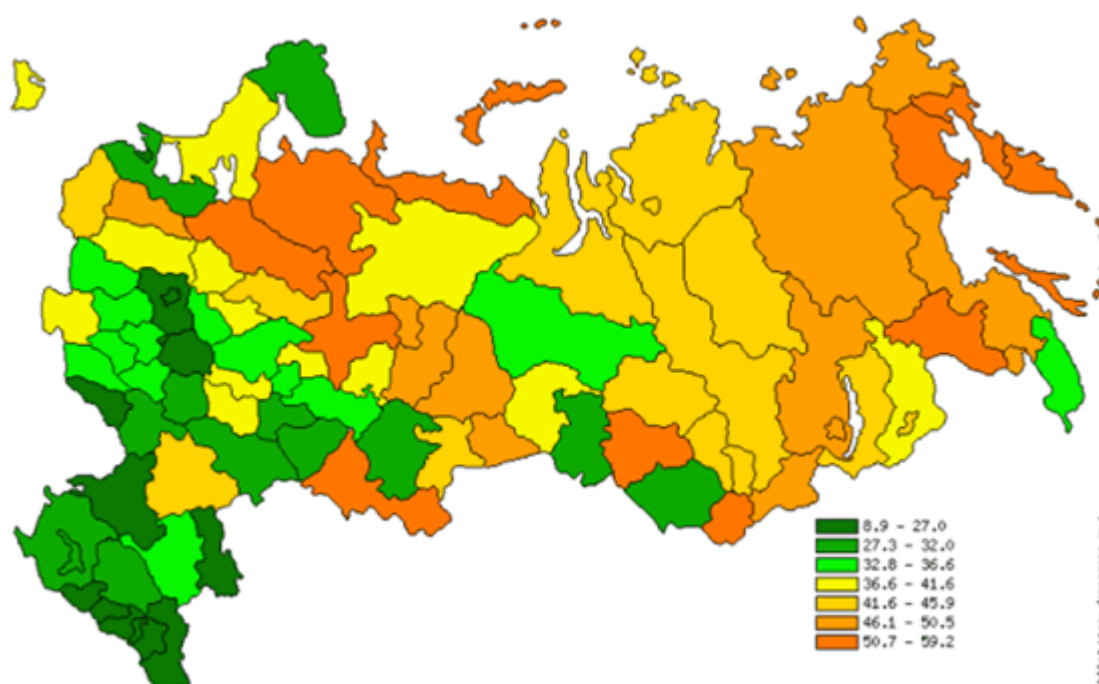


Рисунок 11. Коэффициент абортов (на 1000 женщин репродуктивного возраста), 2009 год. Данные Росстата

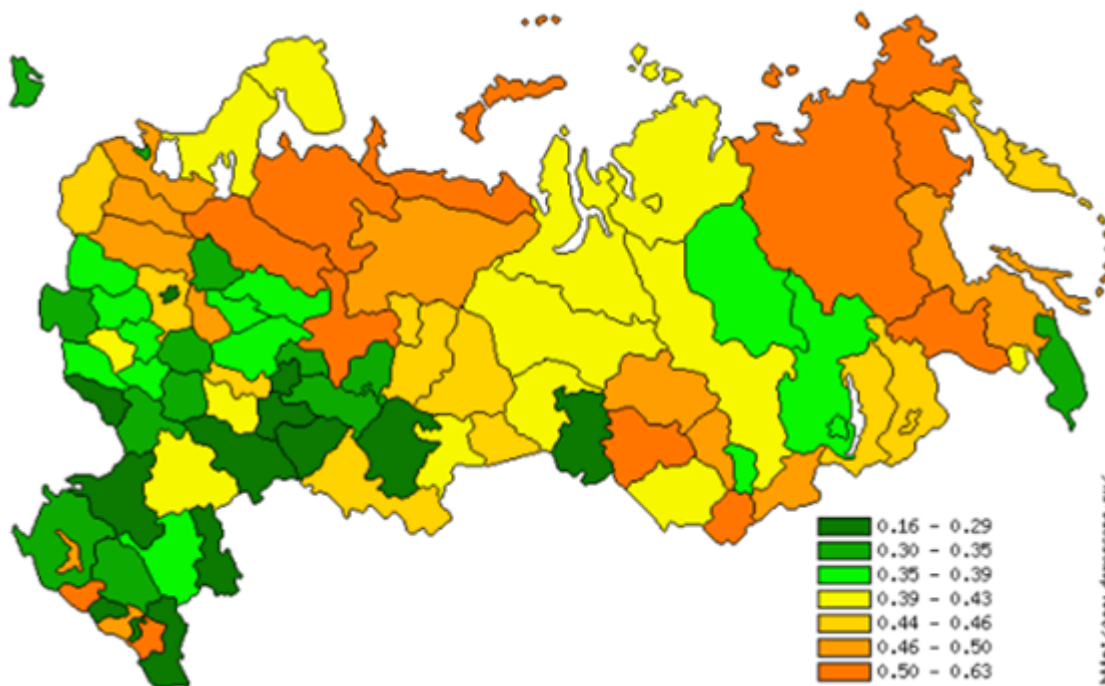


Рисунок 12. Относительное изменение коэффициента абортов за 1992-2009 годы, % (2009 к 1992)

Проблема не только в количестве, но и в качестве

Согласно рекомендациям ВОЗ, «к предпочтительным методам [аборта до 12 недель беременности] можно отнести мануальную или электровакуумную аспирацию и медикаментозные методы с введением сочетания мифепристона и в дальнейшем – одного из простагландинов. ... К расширению шейки матки и выскабливанию следует прибегать лишь тогда, когда нет возможности воспользоваться ни одним из вышеназванных методов»¹². В большинстве промышленно развитых, и не только, стран в настоящее время вакуумная аспирация пришла на смену процедуре расширения шейки матки и выскабливания, поскольку частота серьезных осложнений после операции выскабливания в 2-3 раза превышает частоту осложнений, связанных с вакуумной аспирацией¹³.

В целом ВОЗ признает, что «процедуры и техника выполнения искусственного аборта на ранних стадиях просты и безопасны (включая хирургические методы – Авт.). Если прерыванием беременности занимаются квалифицированные медработники, используя для этого адекватное оборудование, правильную методику и санитарно-гигиенические стандарты, то аборт является одним из **самых безопасных** (выдел. нами) медицинских вмешательств»¹⁴

В России большинство абортов до сих пор производится именно при помощи наименее щадящего – хирургического (выскабливания) – метода, и, вероятно, не всегда с соблюдением современных стандартов. Поэтому не удивляет, что в отечественной медицинской литературе преобладает взгляд на искусственный аборт как на операцию, калечащую здоровье женщины. Вот, в частности, о каких возможных последствиях аборта врачи должны, согласно рекомендациям Минздравсоцразвития, предупредить женщину, пришедшую сделать аборт: бесплодие; хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки; нарушение функции яичников; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременные роды; различные осложнения родовой деятельности; кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; нервно-психические расстройства и др.¹⁵

В 1987 г. в СССР были узаконены мини-аборты методом вакуум-аспирации (Приказ МЗ СССР «Об утверждении инструкции и порядке проведения операции искусственного прерывания

беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации» №757 от 5 июня 1987 г.). Однако удельный вес аборт, выполненных методом вакуум-аспирации, (так называемых мини-аборт) составляет всего 24-26% от общего числа зарегистрированных Росстатом аборт, причем эта доля почти не меняется на протяжении последних двадцати лет.

Что касается относительно новых медикаментозных аборт¹⁶, самых безопасных на сегодняшний день, то в России они все еще редкость. К сожалению, статистика Росстата не предоставляет сведения о доле медикаментозных аборт, такие данные есть только по учреждениям Минздравсоцразвития. Из общего числа аборт, произведенных в учреждениях системы Минздравсоцразвития в 2009 году (исключая самопроизвольные и внебольничные аборт), медикаментозные составили 3,8%, а мини-аборт – 26,2%. То есть в государственном секторе здравоохранения аборт, выполненные более безопасными для здоровья женщин методами (вакуум-аспирации и медикаментозным), не превышают 1/3.

В частных медицинских учреждениях, наоборот, большинство прерываний беременности проводится нехирургическими методами; например, доля мини-аборт в 2009 году, по данным Росстата, была там близка к 70%.

Дело в том, что правовой статус медикаментозного аборт (так называемой «абортной пилюли») до настоящего времени в России не определен, действующие законы и нормативные документы в этой сфере были приняты до появления медикаментозного метода прерывания беременности. В настоящее время медикаментозный аборт осуществляется у нас только на платной основе, считается, что препарат для его выполнения – дорогой. Но аборт входит в базовый пакет государственных гарантий оказания медицинской помощи (причем в законе метод аборт не прописан), то есть по закону должен выполняться и в государственных организациях здравоохранения бесплатно. При этом женщина не может самостоятельно приобрести препараты для медикаментозного аборт в аптеке.

По мнению специалистов, себестоимость медикаментозного прерывания беременности не превышает себестоимости хирургического аборт и даже несколько ниже, так как не требуются услуги врача-анестезиолога, медсестры-анестезистки, операционной медсестры, нет затрат на препарат для наркоза и другие составляющие оперативного вмешательства¹⁷. А если учесть ожидаемый экономический эффект от снижения частоты и тяжести осложнений, то экономия от перехода с хирургического аборт на медикаментозный будет значительна¹⁸. Главное – преодолеть инертность и стереотипы.

Иногда можно услышать мнение, что число неучтенных медикаментозных аборт в частных клиниках настолько велико, что ставит под сомнение снижение общего числа аборт в России. Однако, на наш взгляд, это не имеет под собой веских оснований. Можно провести аналогию с Белоруссией, где медикаментозные аборт начали вводиться в практику только в 2010 году, а коэффициент аборт снизился гораздо сильнее, чем в России.

Таким образом, задача повышения качества процедуры искусственного прерывания беременности по-прежнему актуальна в России.

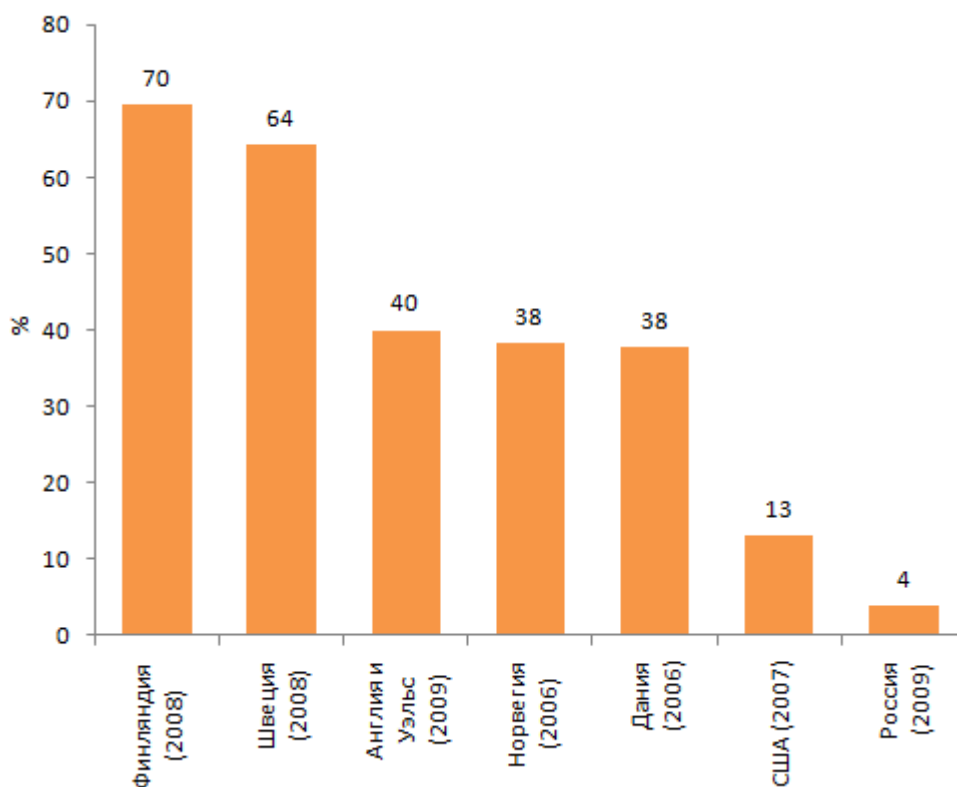


Рисунок 13. Удельный вес медикаментозных аборт, %

Примечание: Данные по России относятся к системе МЗСР РФ.

Непоследовательная политика

Россия входит в число стран с самым либеральным законодательством по отношению к аборту. Статья 36 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ФЗ №5487-1 от 22.07.1993) 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».

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения и социального развития, а перечень социальных показаний - Правительством.

Нельзя, однако, утверждать, что с репродуктивными правами в России все благополучно. Вообще государственная политика, продвигающая идеологию ответственного родительства, то есть рождения желанных детей при помощи методов планирования семьи, а не аборта, могла бы значительно ускорить переход «от аборта к контрацепции», то есть к более цивилизованному способу контроля рождаемости. Но в нашей стране отношение к планированию семьи было и остается двусмысленным, и политика в отношении репродуктивных прав за последние двадцать лет менялась.

В начале 1990-х годов на волне демократических преобразований в России была принята Федеральная целевая программа «Планирование семьи», получившая в 1994 году статус президентской (в рамках программы «Дети России», Указ Президента РФ от 18.08.1994 №1696). Программа была призвана коренным образом изменить отношение к репродуктивным правам в

обществе и создать условия для реализации этих прав. В годы действия программы впервые в России была создана служба планирования семьи в виде сотен центров планирования семьи и репродукции в ведении Министерства здравоохранения. Были организованы курсы подготовки и повышения квалификации специалистов. Велась значительная работа по повышению сексуальной культуры населения, предусматривалось создание и внедрение программ сексуального образования подростков. Успехи программы трудно отрицать – уровень абортотв и материнской смертности стали быстро снижаться.

Однако принимаемые меры встретили активное сопротивление определенной части общества, против программы была развернута кампания, которая нашла поддержку в Государственной Думе РФ, и уже в 1998 году ее финансирование было исключено из государственного бюджета. Разработанные программы сексуального образования в школах так и не были введены. Число абортотв продолжало снижаться и после сворачивания программы «Планирование семьи», но более низкими темпами.

Миф о том, что регулирование рождаемости является синонимом её ограничения, а широкий доступ к методам контрацепции приводит, якобы, к снижению рождаемости и депопуляции, широко распространен как на уровне обывателя, так и на уровне лиц, принимающих решения. Возобновление программы, подобной «Планированию семьи», сегодня, в условиях провозглашенного государством пронаталистского курса, вряд ли возможно; наоборот, созданные в 1990-е годы центры планирования семьи и репродукции постепенно закрываются из-за недостаточного финансирования.

Общее направление политических решений последних лет в области снижения уровня абортотв – это ограничение их доступности. О продвижении альтернативных абортотв способов регулирования рождаемости почти не говорится.

Так, в 2003 году Правительство Российской Федерации (Постановление от 11 августа 2003 г. № 485) приняло решение резко сократить перечень социальных показаний для производства искусственного абортотв - с 13 до 4 пунктов¹⁹: До этого, с 1996 года (Постановление Правительства РФ от 8 мая 1996 г. №567), «в трудных социально-экономических условиях переходного периода», действовал очень широкий перечень социальных показаний для прерывания беременности - основаниями для абортотв после 12 недель могли стать ситуации: если женщина не состоит в браке, если кто-либо из супругов является безработным, при отсутствии жилья, при доходе на члена семьи менее прожиточного минимума и другие. Доля абортотв по социальным показаниям очень мала и не может серьезным образом повлиять на ситуацию с абортотв в стране. Тем не менее, решение Правительства симптоматично как попытка решить еще один сложный социальный вопрос с помощью административно-правового регулирования.

В 2007 году был сокращен перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (Приказ Минздравсоцразвития от 03.12.2007 №736); до этого в перечне медицинских показаний было 132 пункта заболеваний и 2 физиологических состояния, после 2007 г. стало 90 пунктов заболеваний и одно физиологическое состояние (возраст моложе 15 лет), фактически перечень заболеваний сокращен на треть. Руководители здравоохранения обосновали такой шаг тем, что «медицина не стоит на месте, разрабатываются новые технологии, позволяющие безболезненно вести беременность у женщин, для которых раньше она считалась абсолютным противопоказанием» (см., например, интервью заместителя министра здравоохранения О. Шараповой «Медицинской газете» от 7.11.2007 г.).

Также в 2007 году был подписан Приказ Минздравсоцразвития РФ «О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель» (№335 от 17.05.2007), в котором предлагается перед абортотв - путём подписания соответствующего документа - предупреждать женщину о сильно преувеличенных, на наш взгляд, возможных последствиях прерывания беременности, вплоть до удаления матки, бесплодия, нервно-психических расстройств и т.д. В приказе утверждается, что даже «...при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения операции нет 100-процентной гарантии предотвращения возможных осложнений при проведении самой операции и в послеоперационном периоде». Это можно расценить как понижение

ответственности врачей за некачественное обслуживание (хотя информированное согласие могло бы стать важной частью предабортного консультирования).

В 2009 году принят закон о внесении поправок в закон «О рекламе» (в статью 24), который предусматривает введение ограничений на рекламу аборт. Реклама медицинских услуг по искусственному прерыванию беременности, согласно закону, не должна размещаться в предназначенных для несовершеннолетних печатных изданиях, аудио- и видеопроодукции; на первой и последней полосах газет, а также на первой и последней страницах и обложках журналов; в теле- и радиопрограммах; на всех видах транспортных средств общего пользования и объектах транспортной инфраструктуры (вокзалах, станциях метрополитена и др.); в детских, образовательных, санаторно-курортных, оздоровительных организациях, театрах, цирках, музеях, домах и дворцах культуры, концертных и выставочных залах, библиотеках, лекториях, планетариях, в физкультурно-оздоровительных, спортивных сооружениях и на расстоянии ближе чем сто метров от занимаемых ими зданий, строений, сооружений. Официальный отзыв Правительства РФ (подписанный С.Собяниным, тогда руководителем Аппарата Правительства) на внесенный в ГД депутатами Е.Мизулиной, Н.Карпович и другими законопроект содержал ряд серьезных замечаний и, в частности, указывал, что законопроект сильно ограничивает право женщин на доступ к информации о вполне законной медицинской услуге. Там было сказано: «учитывая, что медицинские услуги по искусственному прерыванию беременности не запрещены законодательством Российской Федерации, в целях защиты законных интересов и здоровья женщин им должна быть обеспечена возможность получения наиболее полной информации, в том числе рекламного характера, об указанных услугах и об учреждениях, оказывающих данные услуги на законном основании». Тем не менее, поправки в закон были приняты.

Депутат Госдумы А. В. Беляков пошел еще дальше и в 2010 году внес законопроект о дальнейших поправках в закон «О рекламе», где предлагает запретить рекламу искусственного прерывания беременности везде, за исключением специализированных печатных изданий. Также предлагается в рекламу медицинских услуг по искусственному прерыванию беременности помещать предупреждение о том, что искусственное прерывание беременности может явиться причиной бесплодия, летального исхода или вызвать вредные последствия для физического и психического здоровья женщины, причем такому предупреждению должно быть отведено не менее двадцати процентов рекламной площади.

Таблица 8. Перечень последних законодательных изменений в сфере внутрисемейного регулирования рождаемости:

Название	Суть изменений
Постановление Правительства РФ от 11.08.2003 N 485 "О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности"	Число показаний уменьшилось с 13 до 4
Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2007 N 335 "О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 11.10.2007 N10308)	Рекомендуется проинформировать женщину о возможных осложнениях и последствиях проведения операции (о таких, например, как воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита, кровотечение, которое может потребовать удаления матки и др.)
Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 N 736 "Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.12.2007 N10807)	Список заболеваний сокращен примерно на 1/3
Федеральный закон «О внесении изменений в статью 24 Федерального закона "О рекламе"» от 17 декабря 2009 года N320-ФЗ	Ограничивает места размещения рекламы услуг по прерыванию беременности

Фонд социально-культурных инициатив, возглавляемый супругой Президента РФ С. Медведевой, ежегодно проводит акцию «Подари мне жизнь!» (неделя против аборт), направленную, в том числе, на защиту неродившихся детей²⁰. Среди лозунгов кампании: «Родился сам, помоги другому».



Рисунок 14. С.Медведева внимательно слушает Председателя Комитета Государственной Думы по вопросам семьи, женщин и детей Е. Мизулину – активного борца с правом на аборт (фото с сайта Фонда социально-культурных инициатив)

Во многих странах борьбу против права на репродуктивный выбор ведет церковь. Русская Православная церковь тоже является активным участником общественной дискуссии о праве на аборт и планирование семьи. Не во всех странах, однако, церковь оказывает давление на решения государственных органов власти. Россия не из их числа. Недавно Патриарх Московский и всея Руси Кирилл направил государственному руководству РФ ряд предложений по совершенствованию национальной политики в сфере заботы о семье и детстве, среди которых и меры по противодействию абортам²¹. В частности, предлагается вывести операции по прерыванию беременности (за исключением случаев прямой угрозы жизни матери) из системы медицинского страхования. Также Патриарх рекомендовал создать центры кризисной беременности с участием психолога и представителей традиционных религий, куда направлять женщин, пожелавших прервать беременность, на собеседование (видимо, с целью уговорить отказаться от аборта), а также принять ведомственную инструкцию Минздравсоцразвития, ставящую перед врачом в качестве приоритетной задачу по сохранению беременности. РПЦ считает целесообразным оказать государственную поддержку кампании в СМИ по осуждению абортов, разъяснению их негативных последствий, пропаганде материнства, ответственного отцовства и многодетности и ряд других мер в том же духе.

Предложения РПЦ имеют немалые шансы быть реализованными. Вот, например, цитата из обращения Министра здравоохранения и социального развития РФ Т.Голиковой из приветствия в адрес участников II Всероссийского съезда православных врачей России: «Одним из существенных моментов, где роль Церкви особенно значима, является сохранение семейных традиций и ценностей, профилактика и снижение числа абортов. Необходимо и дальше развивать пропаганду о том, какой вред наносят аборты здоровью, информировать население, особенно молодежь, о возможных осложнениях, рассказывать о влиянии абортов на психологическое состояние женщины и формировать правильный психологический настрой на материнство»²².

У аборта нет сторонников. Обсуждаться может только вопрос о том, какие пути борьбы с абортом наиболее реалистичны и эффективны. Судя по приведенным выше заявлениям, у нас, похоже, выбран путь запугивания, осуждения женщин, решившихся на прерывание беременности, и противопоставления аборт рождением²³, а не пропаганда доказавшей повсеместно свою эффективность альтернативы аборту, каковой является ответственное планирование семьи.

Не в том ли причина нашего отставания в снижении числа аборт даже от наших ближайших соседей?

¹ Статья написана в рамках исследовательского проекта № 10-01-0076 «Сравнительный анализ изменения структуры методов внутрисемейного регулирования рождаемости в России, Белоруссии и Украине в постсоветский период», выполненного при поддержке Программы «Научный фонд НИУ ВШЭ».

² Старший научный сотрудник ИДЕМ НИУ ВШЭ.

³ с.н.с. Лаборатории экономики народонаселения и демографии экономического ф-та МГУ

⁴ См., например: David H.P., Popov A.A. Russian Federation and USSR Successor States. In: From Abortion to Contraception: A Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present / Edited By Henry P. David with the assistance of J.Skilogianis. Greenwood Press. 1999. Демографическая модернизация России, 1900-2000. Под ред. А.Вишневого. М.: Новое издательство, 2006. Здравомыслова Е. Гендерное гражданство и абортная культура // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: сборник статей / под ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. - СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. с. 108-135.

⁵ Незначительное число аборт учитывается также в немедицинских организациях, имеющих медицинские подразделения или врачей.

⁶ Аборт и контрацепция в Российской Федерации. Стратегическая оценка политики, программ и исследований. Отчет и рекомендации. МЗСР РФ, ВОЗ. Москва, (в печати).

⁷ Philipov D., Andreev E., Kharkova T., and Shkolnikov V. Recent Trends in Induced Abortions in Russia and Under-Reporting in Surveys. European Journal of Population, 2004, 20: 95-117.

⁸ Письмо МЗСР РФ от 2 июля 2008 г. № 4627-РХ «Об абортах и материнской смертности после аборт в Российской Федерации в 2007 году».

⁹ Діти, жінки та сім'я в Україні: Стат. Збірник/ Державний комітет статистики України. Київ, 2010, табл. 1.27.

¹⁰ Из интервью главного акушера-гинеколога министерства здравоохранения Белоруссии Александра Барсукова www.interfax.by от 22.11.2010

¹¹ См.: Население России 2008: 16-й ежегодный демографический доклад / отв. ред. А.Г.Вишневыкий / Гос. Ун-т – Высшая школа экономики. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2010, с.137.

¹² Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, Женева, 2003, с. 34.

¹³ Там же, с. 40.

¹⁴ Там же, с. 15.

¹⁵ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2007 N 335 "О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель"

¹⁶ Рекомендуемая ВОЗ схема медикаментозного аборт в ранние сроки (до 63 дня) беременности включает прием мифепристонa 200 мг внутрь (в России – 600 мг) и одного из простагландинов (мизопростола 0,8 мг или гемепроста 1 мг) интравагинально или внутрь через 36-48 часов после применения мифепристонa [Часто задаваемые клинические вопросы о медикаментозном аборте. ВОЗ, 2007]

¹⁷ Н.П. Кирбасова. Аборт щадящий. Медикаментозное прерывание беременности: экономические и организационные аспекты // *StatusPraesens*, №1 (4) 2011.

¹⁸ Там же.

¹⁹ Наличие решения суда о лишении или об ограничении родительских прав; беременность в результате изнасилования; пребывание женщины в местах лишения свободы; наличие инвалидности I-II группы у мужа или смерть мужа во время беременности.

²⁰ <http://www.fondsci.ru/>

²¹ <http://www.patriarchia.ru/db/text/1386377.html>

²² 1 октября 2009 , <http://www.minzdravsoc.ru/health/med-service/83>

²³ Комментарий см.: <http://demoscope.ru/weekly/2010/0409/lisa01.php>