



Аборты в мире: неравномерная динамика и неравный доступ

Автор выпуска



Виктория САКЕВИЧ

Меньше половины женщин живут в странах, где законодательство разрешает аборт по желанию

Прерывание беременности (аборт) – широко распространенная практика во всех регионах мира. Подавляющее большинство абортов^[1] являются результатом незапланированной беременности, наступившей из-за неудачного применения методов контрацепции или из-за отказа от применения методов контрацепции. Бывают случаи, когда продолжение беременности угрожает жизни и здоровью женщины или может привести к серьезному ухудшению социально-экономического положения семьи, и тогда принимается решение о прерывании этой беременности. Нежелательная беременность может быть результатом изнасилования. Каковы бы ни были причины, женщина должна иметь право самостоятельно принимать решение рожать ли ей ребенка и иметь возможность сделать безопасный аборт.

Право женщины на прерывание беременности - относительно новый феномен: лишь во второй половине XX века страны одна за другой стали отменять уголовное преследование за аборт.

Как известно, первой страной в мире, разрешившей производство аборта по желанию женщины, была Советская Россия (в 1920 г.); за Россией соответствующие законы были приняты в других республиках СССР. В 1936 году аборт в СССР был запрещен, но в 1955 снова разрешен. За долгие годы практика прерывания беременности стала вполне привычной на советском пространстве, но на глобальном уровне это было, скорее, исключением.

Европейские страны последовали примеру Советского Союза только после II Мировой войны. Когда в 1955 году, после почти 20-летнего запрета, аборт по желанию женщины в СССР вновь стал легальным, тенденция либерализации распространилась на соседние социалистические страны: в 1956 г. Болгария, Венгрия, Польша и Румыния, а в 1957 г. Чехословакия и Югославия приняли законы, разрешающие искусственный аборт. Страны Западной Европы проделали то же самое намного позже. Так, в Великобритании производство аборта стало легальным по ряду оснований в 1967 г., в Дании - в 1973, в Швеции - в 1974, во Франции - в 1975, в ФРГ - в 1976, в Нидерландах – в 1981^[2]. В странах Южной Европы это произошло еще позже: в Италии закон о расширении оснований для искусственного прерывания беременности был принят в 1978 г. (до этого аборт разрешался только в случае угрозы жизни женщины). Жительницы Португалии получили право делать аборт по своему желанию лишь в 2007 г., в Испании – в 2010 г. В США прерывание беременности по всей стране было легализовано в 1973 г. А в Ирландии аборт оставался под

запретом до самых последних дней – лишь 25 мая 2018 года в стране прошел референдум, большинство участников которого (66,4%) высказалось за отмену восьмой поправки к конституции, запрещающей аборт

Реформы в сфере репродуктивных прав, произошедшие в подавляющем большинстве развитых стран, мало затронули страны развивающиеся. В 1960-1970-е годы аборты были разрешены в Китае, Индии, Тунисе и Кубе, а в период с 1985 по 2010 год – в ЮАР, Камбодже, Непале, Вьетнаме и Гайане. В 2012 году декриминализация абортов произошла в Уругвае.

Актуальную информацию о легальном статусе абортов по всем странам можно найти в нескольких источниках. Так, Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам поддерживает Базу данных политики в области народонаселения (*World Population Policy Database* https://esa.un.org/PopPolicy/about_database.aspx), которая отражает официальную позицию государств относительно параметров роста и структуры населения, рождаемости, планирования семьи, репродуктивного здоровья, внутренних и международных миграций. В качестве источников информации для этой базы данных используются официальные документы, политические заявления, а также материалы специального опроса правительств. Демоскоп не раз обращался к анализу этих данных^[3].

Недавно, совместными усилиями ВОЗ и Отдела народонаселения ООН с участием UNFPA, UNDP, UNICEF и Всемирного Банка, была создана новая база данных, сфокусированная именно на политике в области абортов: *The Global Abortion Policies Database* (<http://srhr.org/abortion-policies/>). Целью создания этой новой базы данных, как заявлено, является помощь странам в ликвидации барьеров для предоставления женщинам услуг по безопасному прерыванию беременности. Здесь содержится более детальная информация о доступности аборта, организации медицинской помощи при аборте, наличии в стране клинических протоколов и т.д.

Ценным источником информации о юридическом статусе аборта являются публикации некоммерческой организации, базирующейся в США, но отслеживающей ситуацию с репродуктивными правами во всех регионах, - Центр репродуктивных прав (Center for Reproductive Rights <https://www.reproductiverights.org/>). На сайте организации можно, в частности, найти мировую карту законодательства в отношении абортов (<http://www.worldabortionlaws.com/>).

На сегодняшний день все страны условно делятся на пять групп в зависимости от оснований, по которым разрешено искусственное прерывание беременности. Это такие основания, как:

1. спасение жизни женщины;
2. спасение жизни и защита физического здоровья женщины;
3. спасение жизни и защита физического или психического здоровья женщины;
4. спасение жизни / защита физического или психического здоровья женщины / социально-экономические причины;
5. по желанию женщины.

Многие страны также допускают аборт, если беременность наступила в результате изнасилования или инцеста, и в случае аномалий развития плода.

В 26 странах искусственное прерывание беременности не допускается ни при каких обстоятельствах, то есть эти страны не входят ни в одну из пяти указанных групп. К ним относятся 3 развитые (Андорра, Мальта, Сан-Марино) и 23 развивающиеся страны (в их число входят, например, Ангола, Египет, Лаос, Ирак, Филиппины). В этих странах проживает 6% мировой численности женщин.

21% женщин живут в странах, где легально можно сделать аборт только с целью спасения жизни женщины; таких стран всего 39, в том числе, до последнего времени, одна развитая страна – Ирландия. Теперь в результате референдума 25 мая 2018 года, Ирландия, скорее всего, покинет эту группу стран.

11% женщин живут в странах, где аборт разрешен не только для спасения жизни женщины, но и для защиты ее физического здоровья (36 стран) и еще 4% - также для защиты психического здоровья (24 страны). Из развитых стран сюда входят: Польша, Монако, Лихтенштейн, Новая Зеландия, Северная Ирландия, Израиль.

Для 21% женщин (13 стран) аборт доступен по социально-экономическим причинам, которые по-разному трактуются в разных странах, иногда очень широко: это может быть низкий доход или трудности в уходе за уже имеющимися детьми. К этой группе можно отнести Великобританию, Финляндию, Исландию, Японию, Индию и др.

Наконец, около 37% женщин живут в странах, где не требуется специальных оснований для прерывания беременности и достаточно желания женщины (61 страна, включая Россию) (рис. 1). В последней группе стран законодательство, как правило, ограничивает только срок беременности, на котором допустим аборт (обычно в течение первого триместра).

Надо отметить, что значительно различается и правоприменительная практика. Так, в Израиле или Новой Зеландии, хоть закон и налагает ограничения, прерывание беременности является вполне доступной услугой. А вот в Колумбии (которая входит в ту же группу, что и упомянутые страны), по оценкам, из 400 тыс. аборт в 2008 г. только 0,1% были выполнены на законных основаниях. В Индии аборт разрешен по социально-экономическим причинам, однако существует много разного рода препятствий для легального прерывания беременности, в результате чего 78% аборт в Индии в 2015 г. были сделаны вне медицинского учреждения^[4].



Рисунок 1. Доля женщин репродуктивного возраста (15-44 года), проживающих в странах с разным законодательством в отношении права на аборт, %

Источник: Singh S., et al. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute, U.S., 2018.

Как уже упоминалось, существуют большие различия между развитыми и развивающимися странами. Если в развитых странах 81% женщин имеют право на прерывание беременности по желанию, то в развивающихся – всего 29%. Правда, в абсолютном выражении число женщин репродуктивного возраста, живущих в странах с либеральным законодательством в отношении аборта, больше в группе развивающихся стран, чем развитых (404 миллиона против 194 миллионов), так как в первую группу входят Китай и Индия. Если эти две страны исключить, то численность женщин в развивающихся странах, имеющих право прервать беременность по желанию, сократится с 404 млн до 97 млн.

Чем богаче страны, тем больший процент женщин живет в условиях широких легальных оснований для аборта (рис. 2). Только 19% женщин в странах с низким валовым национальным доходом на душу населения имеют доступ к аборту по желанию или по социально-экономическим причинам, тогда как в группе богатых стран таких женщин 80%.



Рисунок 2. Доля женщин репродуктивного возраста (15-44), проживающих в странах с разным законодательством в отношении права на аборт, %

Источник: Singh S., et al. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute, U.S., 2018.

Несмотря на общую тенденцию либерализации законодательства об абортах – после 2000 года 27 стран поменяли группу в сторону расширения оснований для аборта, в ряде стран, наоборот, были созданы препятствия для реализации права женщин на аборт. Например, в США за период с 2010 по 2016 гг. 32 штата приняли 338 законов, ограничивающих доступность легального аборта. Нападки на репродуктивные права происходят также в некоторых бывших социалистических странах – Македонии, Хорватии, Словакии, Литве и др. В этот же ряд можно поместить и Россию. Последнее десятилетие отмечено в России введением нескольких поправок в законодательство, направленных на ограничение права женщины на репродуктивный выбор, то есть на свободное принятие решения относительно того, сколько иметь детей и когда^[5]. Так, дважды сокращался перечень показаний для аборта по социальным показаниям (в 2003 и 2012 гг.), теперь в перечне остался всего один пункт -

беременность, наступившая в результате изнасилования. В 1990-е годы таких показаний было 13. В 2007 г. был сокращен перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности. В 2011 г., согласно новому закону "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ФЗ №323 от 21 ноября 2011 года), был введен специальный период времени между обращением женщины в медицинское учреждение по поводу аборта и самой процедурой, то есть так называемая "неделя тишины". В это время женщине рекомендуется пройти психологическое консультирование, основная цель которого - способствовать изменению ее решения о прерывании беременности в пользу рождения ребенка. В 2016 г. Минздрав России внес поправку в Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология", добавив антигуманное условие – обязательную «демонстрацию изображения эмбриона и его сердцебиения при проведении УЗИ органов малого таза беременной женщины, обратившейся по поводу прерывания беременности».

В развивающихся странах распространенность аборт выше, чем в развитых

Прежде всего следует сказать, что во многих странах надежная статистика количества аборт отсутствует. По понятным причинам это относится в первую очередь к странам, где право на аборт ограничено, а таких стран, как было показано, – большинство. Из-за существующей стигмы вокруг аборт в большом числе стран женщины неохотно рассказывают о перенесенных абортах и при выборочных опросах населения. Для таких стран исследователи применяют ряд методик прямой или косвенной оценки распространенности аборт[6], в основе которых лежит, например, изучение статистики больниц о количестве женщин, поступивших после нелегального аборт, или опрос врачей.

Что касается стран с либеральным законодательством, то и здесь в ряде случаев возникает сомнение в полноте официальной статистики аборт; тогда специалисты применяют поправочный коэффициент на недоучет. К слову, российскую официальную статистику прерванных беременностей, публикуемую Росстатом, по нашему мнению, можно считать достоверной[7].

Оценить число аборт на глобальном уровне – более сложная задача. Свои расчеты распространенности аборт в мире регулярно делают специалисты Института Гуттмахера (США); последняя оценка была опубликована в начале 2018 года и получена путем статистического моделирования, которое базируется, в частности, на имеющихся данных о таких детерминантах рождаемости, как применение контрацепции и ее эффективность[8]. На результаты этой оценки мы и будем опираться.

Согласно расчетам Института Гуттмахера, в 2010-2014 гг. в мире ежегодно производилось 55,9 млн аборт, в том числе 49,3 млн в развивающихся странах и 6,6 млн в развитых странах. Относительный показатель составлял 35 аборт на 1000 женщин в возрасте 15-44 года (рис. 3). Не только абсолютное, но и относительное число аборт в развитых странах намного ниже, чем в развивающихся (27 на 1000 женщин против 36). Текущий глобальный уровень аборт (35 на 1000 женщин 15-44 лет) означает, что на каждую жительницу планеты приходится один аборт в течение жизни.



Рисунок 3. Число абортов в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 года по регионам мира, 2010-2014 гг.

Источник: оценка Института Гуттмахера.

Распространенность прерывания беременности мало различается в зависимости от уровня доходов в стране (рис. 4) – в самых богатых странах он оценивается в 29 на 1000 женщин в возрасте 15-44 года, а в самых бедных – 33 на 1000.

Любопытно, что и законодательство об аборте слабо влияет на его распространенность – аборты одинаково часто происходят в странах с самым жестким законодательством и в странах с самым либеральным законодательством. В странах, где аборт либо запрещен совсем, либо допускается с целью спасения жизни женщины, коэффициент абортов оценивается в 37 на 1000 женщин репродуктивного возраста, тогда как в странах с либеральным законодательством – 34.

Среди регионов мира самыми высокими относительными показателями абортов, по расчетам Института Гуттмахера, характеризуется Латинская Америка (44 на 1000 женщин 15-44 лет), а самыми низкими – Северная Америка и Океания (17 и 19, соответственно). Внутри Европы наблюдается большой разброс показателей: от 16 в Западной Европе до 42 в Восточной Европе.

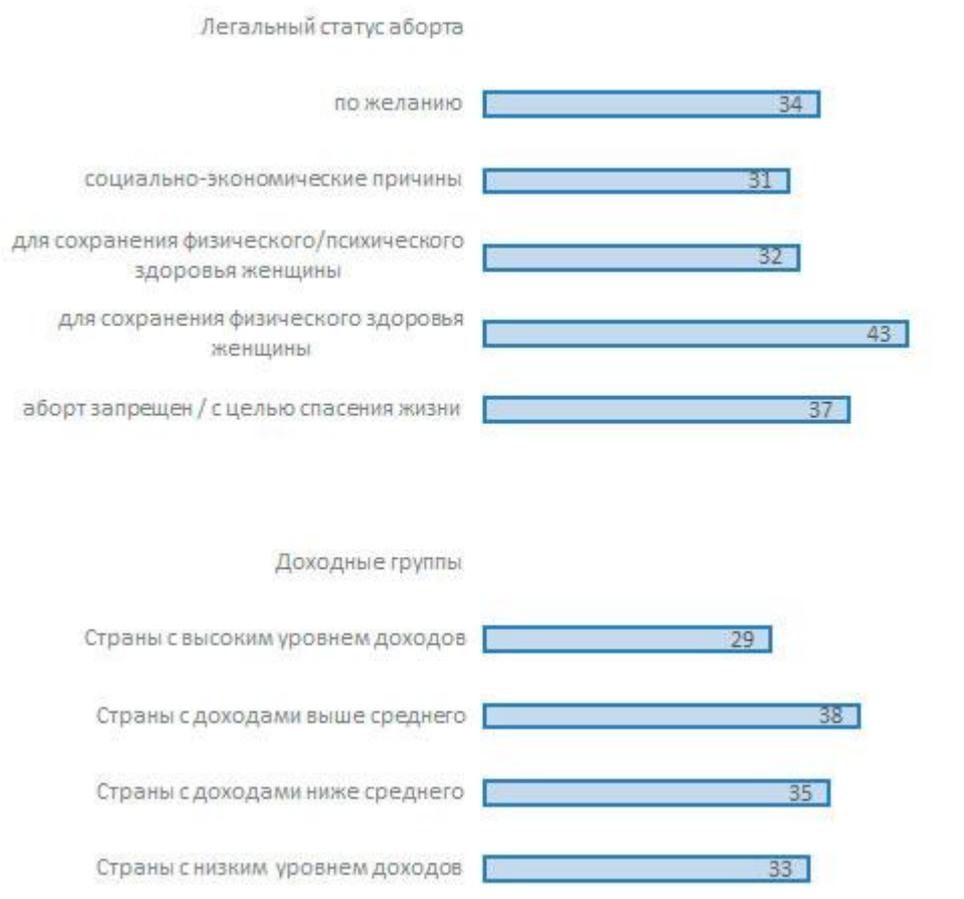


Рисунок 4. Число абортов в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 года в зависимости от уровня доходов и законодательства об аборте, 2010-2014 гг.

Источник: оценка Института Гуттмахера.

По сравнению с началом 1990-х ежегодное число абортов в мире увеличилось – в 1990-94 оно составляло 50,2 млн (в 2010-14 – 55,9 млн), но в большей степени это связано с увеличением численности женщин репродуктивного возраста. Более точная характеристика – коэффициент абортов в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 года – показывает значительное снижение: с 40 в 1990-94 гг. до 35 в 2010-14 гг. Снижение произошло, главным образом, за счет развитых стран, где коэффициент абортов уменьшился с 46 до 27; уровень абортов в развивающихся странах мало изменился за эти годы (39 и 36, соответственно) (рис. 5).

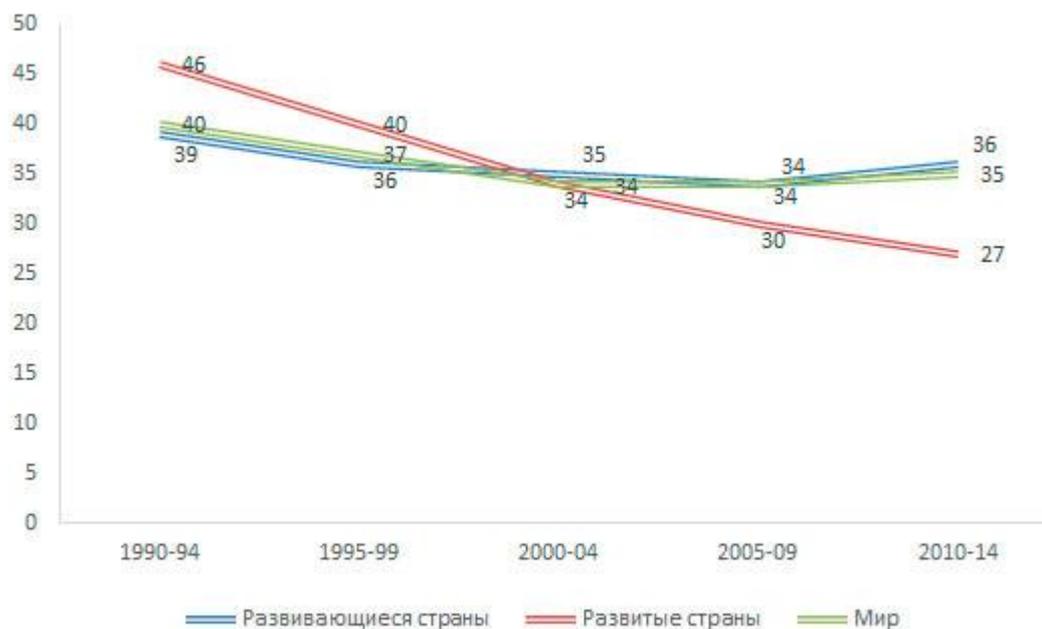


Рисунок 5. Изменение числа абортс за период 1990-2014 г., в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 года

Источник: Singh S., et al. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute, U.S., 2018.

В свою очередь, внутри группы развитых стран наибольшими темпами снижения показателей абортс за последние два десятилетия характеризовались страны Восточной Европы, особенно бывшие республики СССР, где в постсоветские годы быстро распространялась практика использования современной контрацепции. В качестве примера приведем динамику уровня абортс в России, где коэффициент абортс в расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста за 1990-2015 гг. снизился почти в 5 раз; еще более впечатляющим выглядит пример Белоруссии, где этот показатель снизился более чем в 8 раз (рис. 6).

Однако, несмотря на достигнутый прогресс, России пока не удалось догнать большинство стран Западной Европы (рис. 7). Российский показатель вдвое выше, чем, например, в Нидерландах, Бельгии, Финляндии, и более чем втрое выше, чем в Швейцарии.

В то же время будет большим преувеличением утверждать, что Россия имеет один из самых высоких уровней абортс в мире, как часто пишут в СМИ. Во-первых, даже среди европейских стран Россия уже не первая, во-вторых, многие развивающиеся страны по распространенности абортс намного превосходят нашу страну. Так, согласно оценкам, коэффициент абортс в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 года в Непале составляет 42, в Индии – 47, в Кении – 48, а в Пакистане – 50, тогда как в России – 17 (2015 г.).

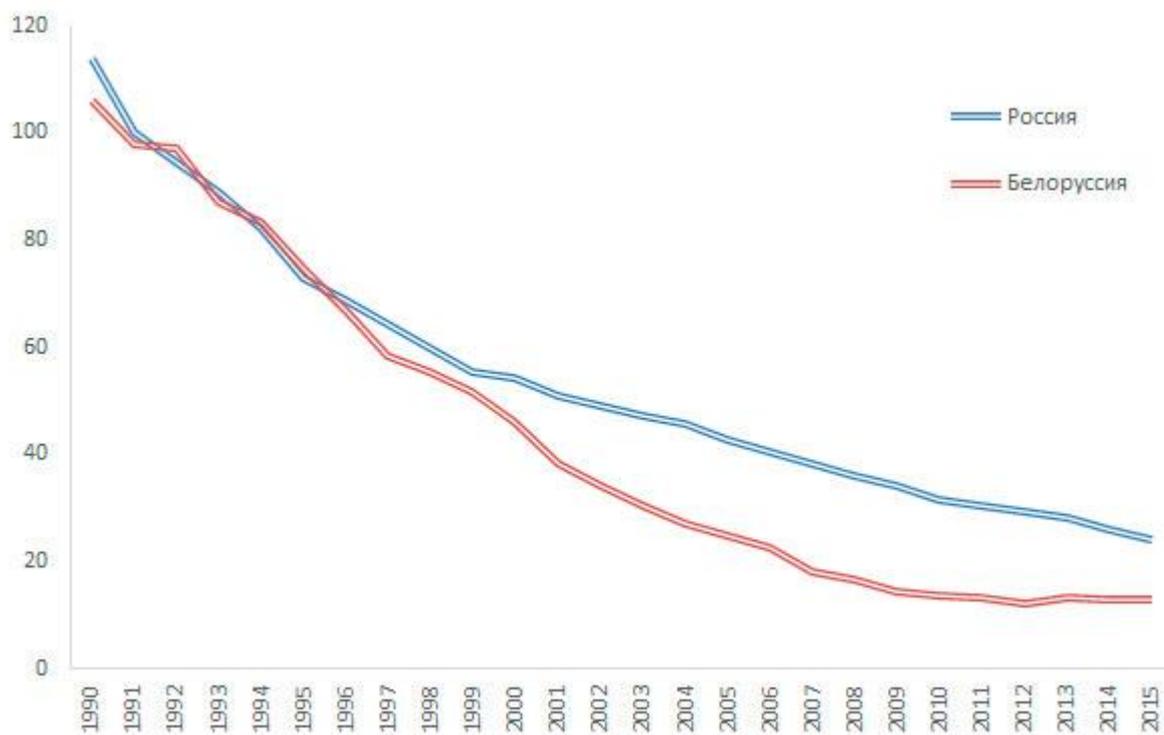


Рисунок 6. Число зарегистрированных аборт (включая самопроизвольные) в России и Беларуси, на 1000 женщин 15-49 лет, 1990-2015 гг.

Источники: Росстат, Белстат.

Примечание: Показатели регистрации абортов в России и Белоруссии значительно отличаются от оценочных показателей Института Гуттмахера, который относит эти страны к группе стран с ненадежной статистикой (не приводя весомых доказательств).

Что касается возрастного распределения абортов, такие данные существуют для очень небольшого числа стран. Среди 17 стран с надежной, по мнению Института Гуттмахера, системой регистрации абортов в 12 странах максимум приходится на возраст 20-24 года, когда женщины, как правило, еще не замужем, но сексуально активны. Однако в России это не так. Максимальная интенсивность абортов в нашей стране приходится на возрастной интервал 25-29 лет, а средний возраст женщины, прервавшей беременность в 2015 г., составил 29,9 года^[9]. Наряду со снижением распространенности, в России происходит «постарение» абортов.

Подростки (до 20 лет) в развитых странах, как и в России, относительно редко прибегают к прерыванию беременности. Для развивающихся стран такая информация недоступна.

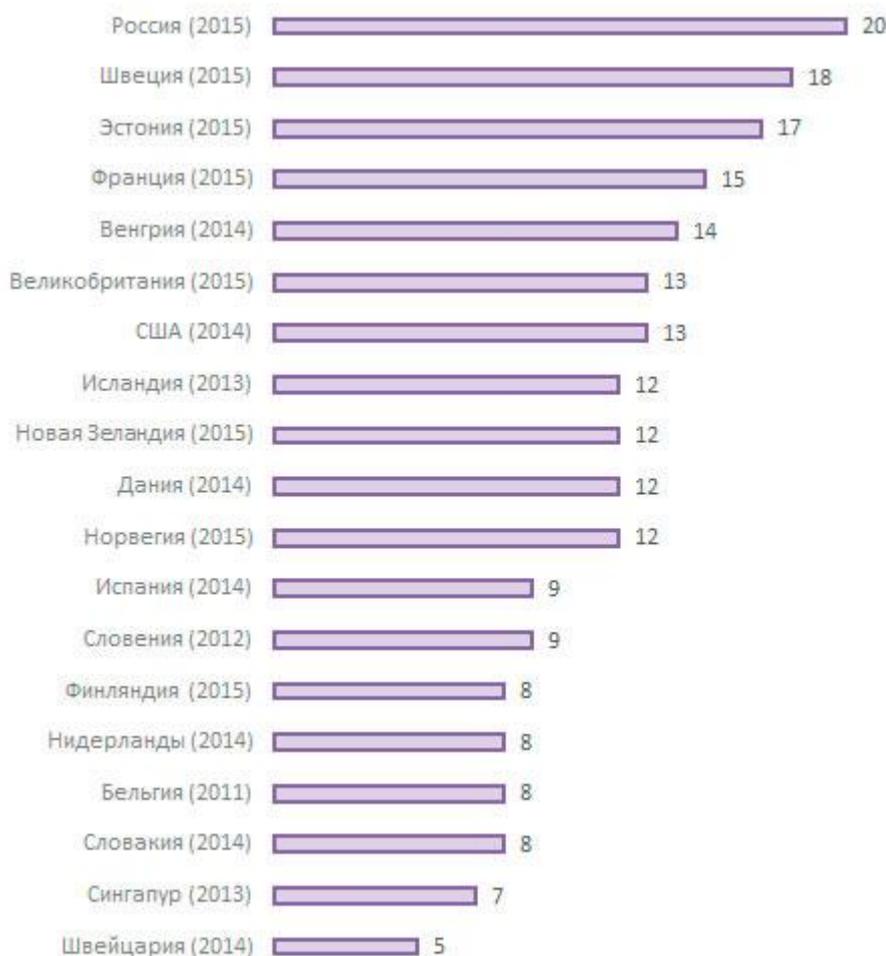


Рисунок 7. Число абортов на 1000 женщин 15-44 лет в странах с надежной статистикой абортов

Источники: Singh S., et al. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute, U.S., 2018; Россия: Росстат.

Примечание: Данные по России приведены без самопроизвольных абортов.

Законодательство влияет на безопасность прерывания беременности

Всемирной организацией здравоохранения разработаны клинические руководства и стандарты проведения аборта, и если следовать этим новейшим рекомендациям, искусственное прерывание беременности может быть совершенно безопасным для здоровья. Рекомендуемыми методами прерывания беременности в первом триместре являются вакуумная аспирация и медикаментозный (с применением лекарственных средств), а хирургический метод выскабливания (кюретажа) ВОЗ называет устаревшим и советует использовать лишь в исключительных случаях, когда нет возможности применить другие методы или когда другие методы потерпели неудачу^[10].

К небезопасным Всемирная Организация Здравоохранения относит аборт, когда беременность прерывается либо лицами, не обладающими необходимой квалификацией, либо в условиях, не соответствующих минимальным медицинским стандартам, либо и то, и другое. В последние годы ученые уточнили критерии, по которым аборт делится на «безопасные» и «небезопасные», и сейчас предлагается подразделять «небезопасный аборт» на две подкатегории: «менее безопасный» и «наименее безопасный». К «менее безопасным» следует относить аборт, которые проводились 1) квалифицированным провайдером, использовавшим небезопасный или устаревший метод (выскабливание), или 2) лицом, не имеющим специальной подготовки, но использовавшим современный метод, например, мизопропростол – лекарственный препарат, применяемый во многих медицинских целях, в том числе и для прерывания беременности. «Наименее безопасные» – это аборт, которые проводят лица, не имеющие специальной подготовки и применяющие опасные для здоровья методы (например, введение посторонних предметов и использование травяных смесей). Такое разделение помогает лучше понять различные обстоятельства абортов среди женщин, не имеющих доступа к безопасному аборту.

Согласно расчетам коллектива авторов, объединенных в рамках специальной программы ВОЗ, среди всех производимых в мире абортов 55% можно отнести к безопасным (выполненным специалистом с использованием современных методов), 31% – к менее безопасным (когда не выполняется критерий метода или специалиста) и 14% – к наименее безопасным (когда не выполняются оба критерия) (табл. 1). В абсолютном выражении это означает, что ежегодно в мире производится 25 млн небезопасных абортов.

Таблица 1. Распределение абортов на категории с точки зрения их безопасности, 2010-2014 гг.

	Мир	Развитые страны	Развивающиеся страны
Число абортов в год, млн (90% ДИ)	55,9 (51,8-68,6)	6,6 (6,0-8,8)	49,3 (45,0-61,4)
<i>Из них:</i>			
Безопасные аборты, % от общего числа (90% ДИ)	54,9 (49,9-59,4)	87,5 (81,9-89,6)	50,5 (45,2-55,9)
Небезопасные аборты, % от общего числа (90% ДИ)	45,1 (40,6-50,1)	12,5 (10,4-18,1)	49,5 (44,1-54,9)
<i>в том числе:</i>			
менее безопасные, % от общего числа (90% ДИ)	30,7 (25,5-35,6)	12,4 (10,2-17,9)	33,2 (27,0-38,3)
наименее безопасные, % от общего числа (90% ДИ)	14,4 (11,5-18,1)	0,08 (0,0-1,36)	16,3 (13,1-20,7)

Источник: Ganatra B., et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model // Lancet, 2017, 390 (10110): 2372–2381.

Большинство небезопасных абортов (97%) приходится на развивающиеся страны Африки, Азии и Латинской Америки, где преобладает запретительное законодательство в отношении права на аборт. Чем более строгим является законодательство, тем больше процент небезопасных процедур. В целом в развивающихся странах (за исключением Восточной Азии) 6,9 млн женщин ежегодно проходят лечение в связи с осложнениями после нелегального аборта. Сколько женщин после подпольного аборта не обращаются за медицинской помощью в силу тех или иных причин,

точно неизвестно. Во многих странах женщины стараются скрыть факт аборта из-за стигмы или даже из-за боязни ареста.

На глобальном уровне небезопасный аборт является причиной 8-11% материнских смертей – это потеря примерно 23-31 тысяч жизней ежегодно.

В странах, где аборт полностью запрещен или разрешен только для спасения жизни женщины или сохранения ее физического здоровья, лишь 1 из 4 аборт является безопасным, в то время как в странах, где аборт доступен, около 9 из 10 аборт являются безопасными (рис. 8). Как уже было показано, ограничение доступа к аборт не уменьшает их числа, но влияет на условия их проведения.



Рисунок 8. Распределение аборт с точки зрения их безопасности в странах с разным законодательством относительно права на аборт, %

Источник: Singh S., et al. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute, U.S., 2018.

Большинство аборт в Западной и Северной Европе и Северной Америке являются безопасными. Для этих регионов характерны также одни из самых низких показателей аборт. Большинство стран этих регионов имеют относительно либеральные законы в отношении аборт, высокие уровни использования методов контрацепции, экономического развития и гендерного равенства, а также высококачественные медико-санитарные услуги – все эти факторы способствуют повышению безопасности аборт.

Но и в странах с либеральным законодательством прерывание беременности не всегда можно отнести к безопасным вмешательствам. Качественная, соответствующая современным стандартам, медицинская помощь доступна далеко не всегда и не для всех. Так, по мнению авторов глобальной

оценки, в России доля безопасных аборт не достигает половины; вероятно, такая оценка основана на том, что в нашей стране до сих пор преобладает метод выскабливания при выполнении абортов. Как показало Выборочное обследование репродуктивного здоровья населения России 2011 г. (ВОРЗ-2011), 55% абортов в течение пяти лет перед опросом были выполнены этим устаревшим методом (рис. 9).

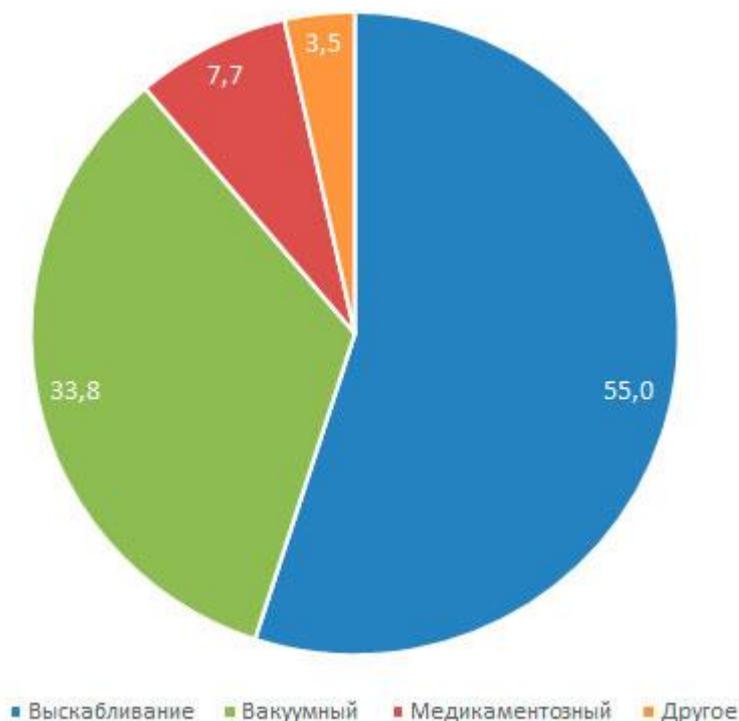


Рисунок 9. Методы прерывания беременности в России, %. 2006-2011 гг.

Источник: Итоговый Отчет "Репродуктивное здоровье населения России 2011". Росстат, Минздрав РФ, ЮНФПА, Отдел репродуктивного здоровья Центров по контролю и профилактике заболеваний (США), Информационно-издательский центр «Статистика России». Май, 2013, с. 59.

Среди развивающихся регионов доля безопасных абортов в Восточной Азии (включая Китай) является такой же, как и в среднем в развитых регионах. Однако в странах Южной и Центральной Азии менее 1 из 2 абортов можно отнести к безопасным. В Африке за пределами Южной Африки менее 1 из 4 абортов являются безопасными. Большинство из этих небезопасных абортов характеризуются как «наименее безопасные» и распространены среди сельских женщин и женщин с низкими доходами.

В Латинской Америке лишь 1 из 4 абортов относится к безопасным (рис. 10). Большинство абортов здесь причисляют к подкатегории «менее безопасные», поскольку женщины этого региона все чаще прибегают к использованию мизопростола вне учреждений здравоохранения. Согласно стандартам ВОЗ, безопасный медикаментозный аборт предполагает комбинацию мифепристона и мизопростола, однако мифепристон в этих странах либо очень дорого стоит, либо запрещен, тогда как мизопростол первоначально был зарегистрирован в качестве лекарственного средства при язвенной болезни желудка и стоит недорого. Аборт с использованием только мизопростола (без мифепристона) имеет меньшую эффективность (75-90% против 95-98% при комбинации

препаратов), но зато относительно доступен, по крайней мере, для обеспеченных женщин. Согласно опросу врачей, около половины нелегальных аборт в Колумбии и треть – в Мексике выполняются с использованием только мизопростала.

Вытеснение хирургических методов медикаментозными имеет положительные последствия в виде снижения показателей материнской смертности и тяжелых осложнений аборта даже в тех регионах, где аборт законодательно запрещен. В Бразилии, например, число женщин, проходивших лечение в связи с серьезными осложнениями после нелегального аборта, снизилось за 1992-2012 гг. на 76%. Тем не менее такой тип медикаментозного аборта, к которому женщины тайно прибегают из-за ограничительного законодательства, не отвечает стандартам ВОЗ.

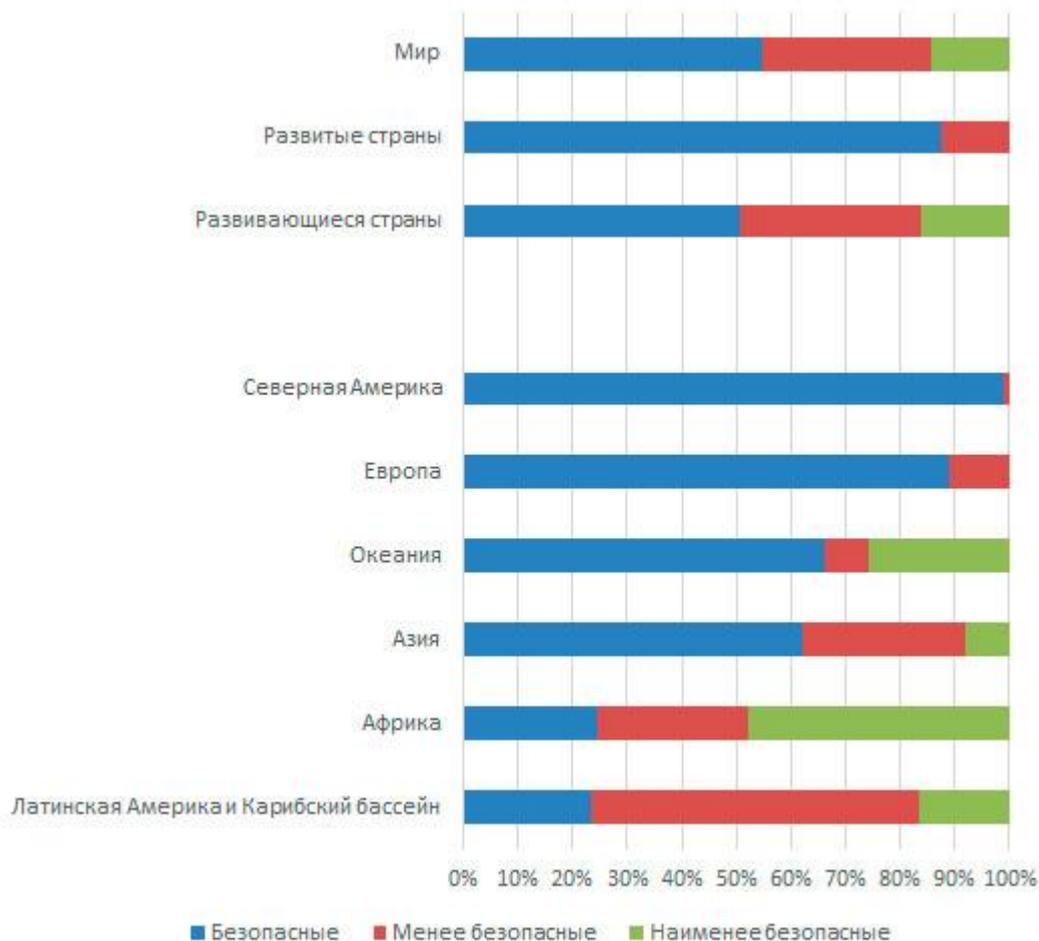


Рисунок 10. Распределение аборт на категории с точки зрения их безопасности по регионам мира, 2010-2014 гг.

Источник: Singh S., et al. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute, U.S., 2018.

В большинстве стран, где законодательство позволяет прерывать беременность по широкому кругу оснований, аборт входит в стандартный пакет медицинской помощи и покрывается страховкой. Но это не значит, что в этих странах аборт одинаково доступен для всех женщин. Например, в США на

уровне штатов постоянно принимаются разные поправки, создающие барьеры для женщин, решивших прервать беременность. 38% американских женщин репродуктивного возраста живут в местностях, где вообще нет соответствующих медицинских услуг, и они вынуждены путешествовать на значительные расстояния для того, что сделать аборт. В России тоже, как уже указывалось, создаются препятствия для доступа женщин к искусственному прерыванию беременности, что отрицательно сказывается на безопасности процедуры. В ряде стран (Турция, Бангладеш) женщины предпочитают частный сектор, объясняя это желанием получить более качественные услуги, чем в государственном секторе здравоохранения. В России частные медицинские услуги, видимо, не очень доступны: по данным ВОРЗ-2011, лишь 10% аборт, выполненных в 2006-2011 гг., приходилось на частные клиники, в Москве этот показатель выше – 25%.

Аборт - результат незапланированной беременности

Когда у женщины случается незапланированная беременность – по разным причинам, например, из-за сбоя метода контрацепции, - она должна сделать выбор: или родить нежеланного ребенка или прервать беременность. Подавляющее большинство аборт происходит вследствие нежелательной беременности.

По оценкам Института Гуттмахера, ежегодно в мире наступает 99 млн незапланированных беременностей. Это означает, что 44% всех зачатий на глобальном уровне происходит либо не вовремя («несвоевременные беременности»), либо вопреки желанию женщины/пары иметь (еще одного) ребенка («нежелательные беременности») (табл. 2). Частота незапланированных беременностей намного выше в развивающихся странах, чем в развитых, – 65 и 45 на 1000 женщин репродуктивного возраста, соответственно.

Таблица 2. Оценка ежегодного числа беременностей в мире, 2010-2014 гг.

	Ежегодное число беременностей		Ежегодное число незапланированных беременностей		Доля незапланированных беременностей, закончившихся аборт, % (90% ДИ)
	млн	в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 года (90% ДИ)	млн	в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 года (90% ДИ)	
Мир	227,3	142 (139-151)	99,1	62 (59-72)	56 (53-60)
Развитые страны	24,1	99 (96-109)	11,0	45 (42-56)	59 (54-65)
Развивающиеся страны	203,2	150 (146-160)	88,0	65 (62-76)	55 (52-60)

Среди регионов мира самым высоким относительным показателем незапланированных беременностей характеризуются Латинская Америка и страны Карибского бассейна (96 на 1000 женщин в возрасте 15-44 года) и Африка (89 на 1000 женщин) (рис. 11). На уровне стран лидерами считаются Уганда (149 на 1000), Малави (126 на 1000) и Кения (120 на 1000).

Для стран Западной и Северной Европы несвоевременная или нежелательная беременность – гораздо более редкое событие (27-28 на 1000). Внутри Европы наблюдается большая дифференциация этого показателя: в Восточной Европе он вдвое выше, чем в Западной (рис. 12).

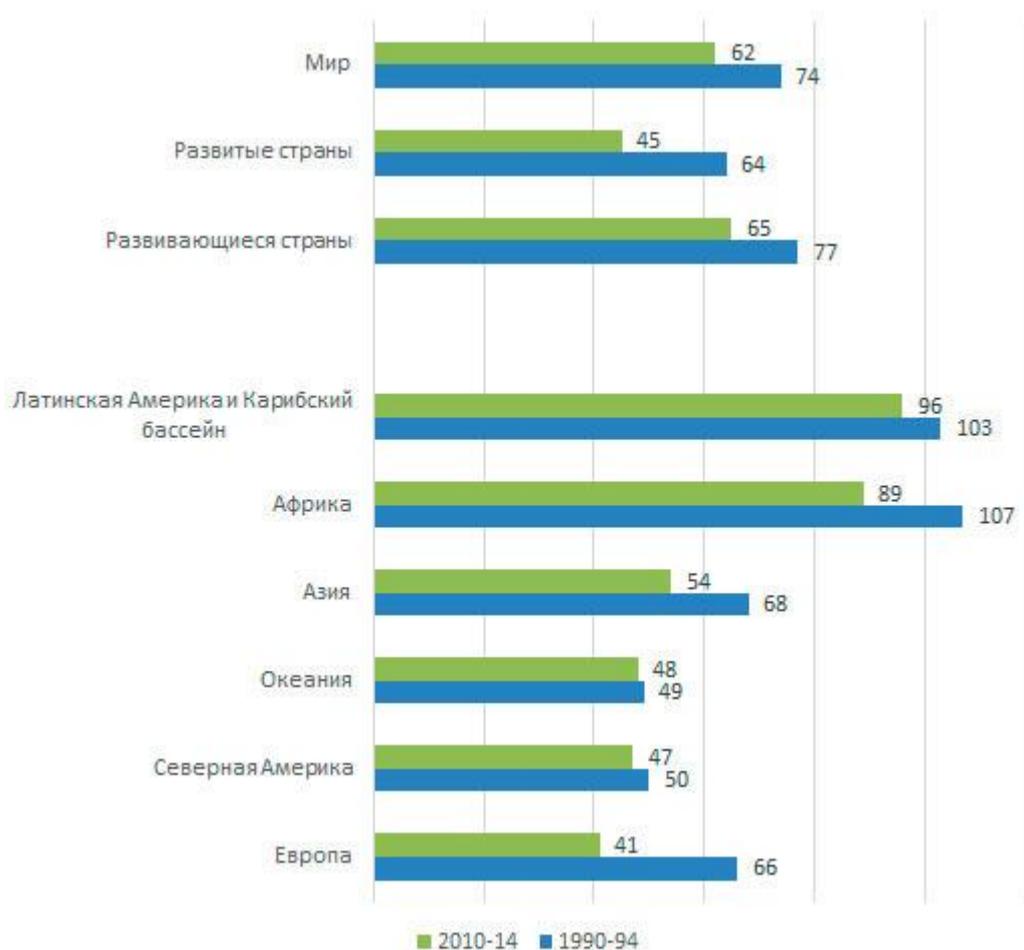


Рисунок 11. Число незапланированных беременностей в 1990-1994 и 2010-2014 гг. в регионах мира, в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 года

Источник: Singh S., et al. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute, U.S, 2018.

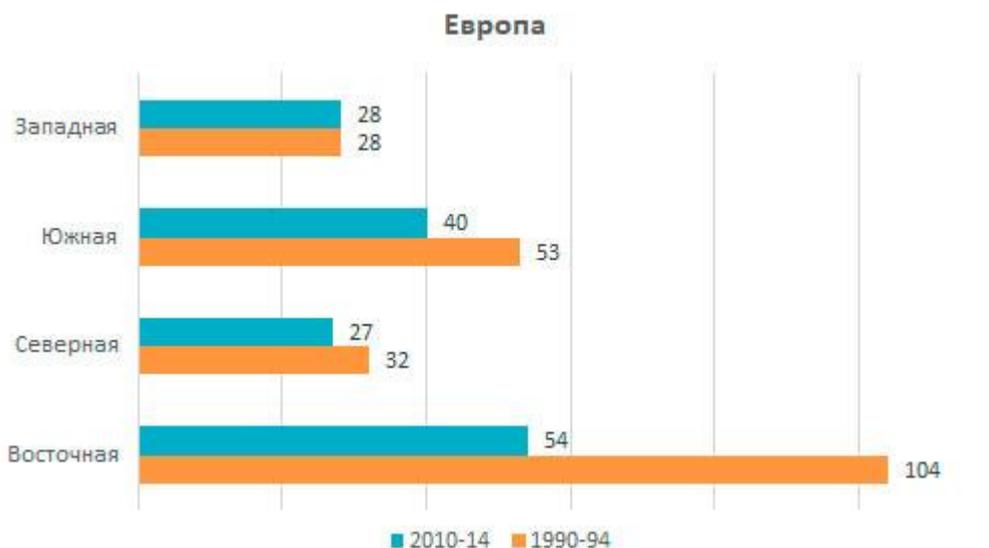


Рисунок 12. Число незапланированных беременностей в Западной, Восточной, Северной и Южной Европе, в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 года

Источник: Singh S., et al. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute, U.S., 2018.

По сравнению с началом 1990-х годов ежегодное число незапланированных беременностей значительно снизилось: с 74 до 62 в расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста, при этом темп снижения был выше в развитых странах, чем в развивающихся (рис. 13). Самое большое снижение произошло в Восточной Европе – почти в два раза (рис. 12).

В России, согласно Выборочному обследованию репродуктивного здоровья населения 2011 года (ВОРЗ-2011), к запланированным женщины отнесли 61% беременностей, тогда как 18% беременностей они назвали несвоевременными и еще 18% - нежеланными. Доля незапланированных беременностей в России выше, чем в Западной и Северной Европе, но вполне сопоставима с показателями стран Южной Европы и Северной Америки.

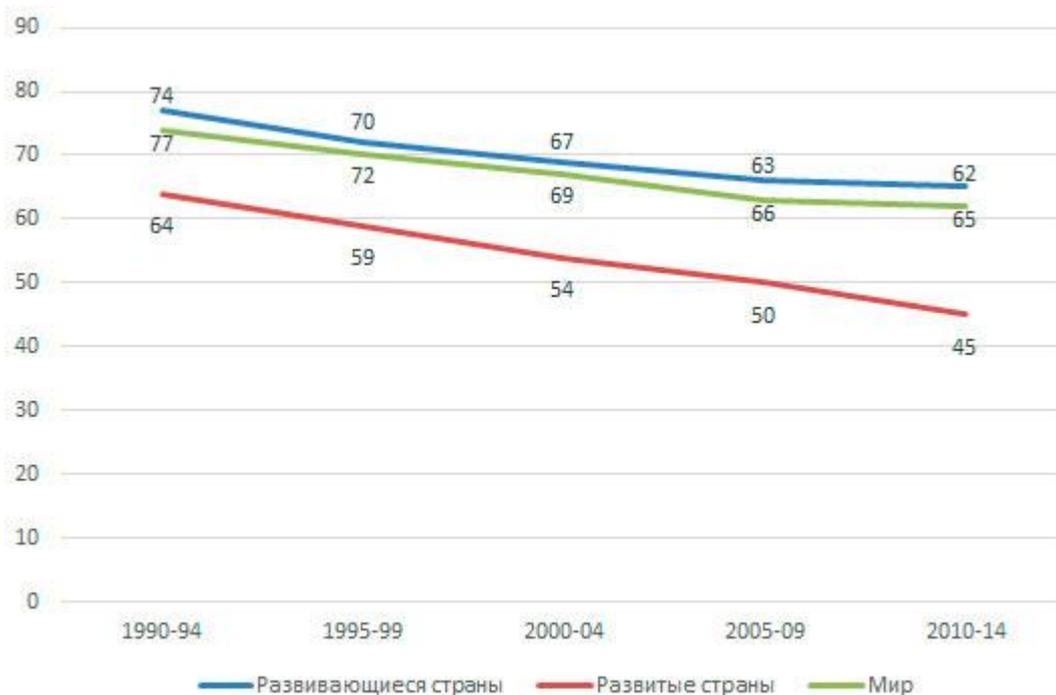


Рисунок 13. Число незапланированных беременностей в 1990-2014 гг., в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 года

Столкнувшись с проблемой нежелательной беременности, в среднем 56% женщин принимают решение сделать аборт (рис. 14). Этот показатель намного выше в Центральной и Восточной Азии и Восточной Европе (включая Россию) (77-78%) и намного ниже в Северной Америке и Океании (36-38%), а также в Восточной, Центральной и Южной Африке (30-36%).

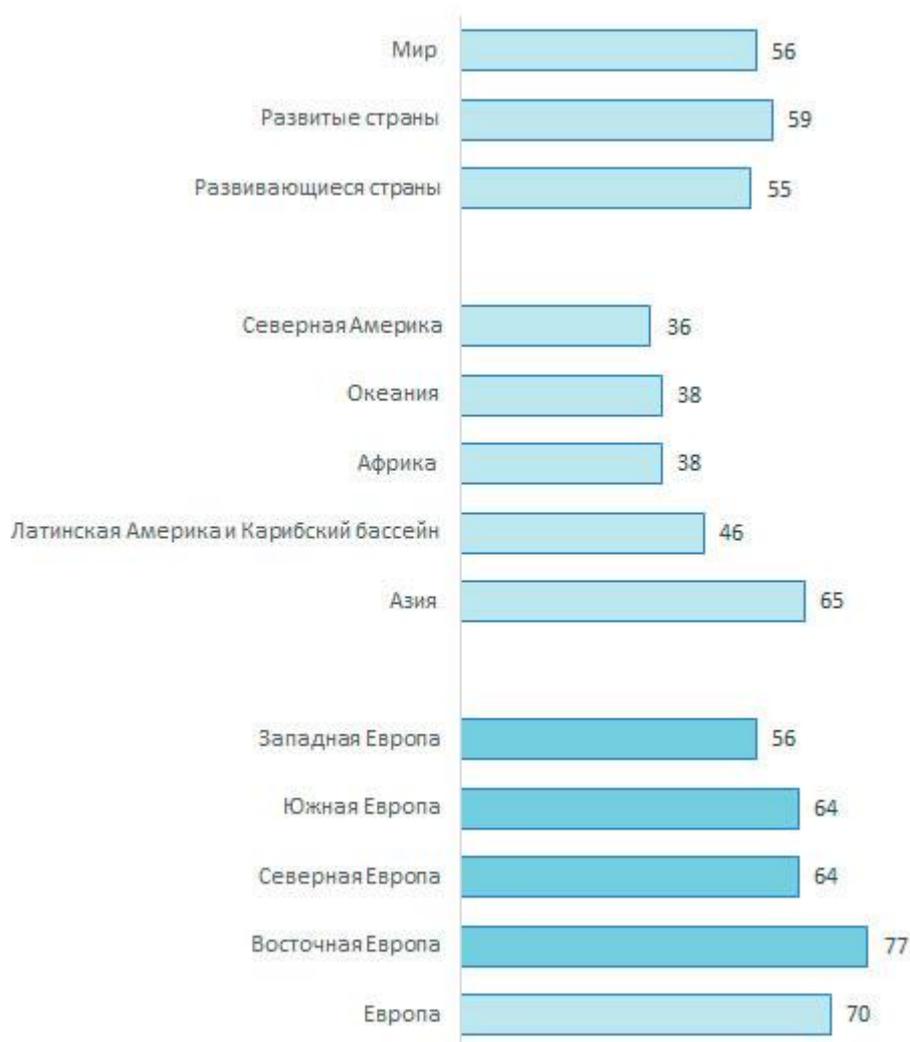


Рисунок 14. Доля незапланированных беременностей, закончившихся абортom, %. 2010-2014 гг.

Источник: Singh S., et al. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute, U.S., 2018.

Частота незапланированных беременностей может косвенно свидетельствовать о неудовлетворенном спросе на контрацепцию или о неэффективном использовании методов контрацепции. Поэтому в качестве главного пути снижения уровня нежелательных беременностей и, следовательно, абортom рассматривается улучшение услуг по планированию семьи. Выборочные опросы в разных частях мира показывают, что по мере распространения малодетности пары всё чаще используют методы контрацепции, но не всегда успешно. Так, в Грузии - женщин, сделавших аборт, сообщили об использовании контрацепции перед наступлением беременности^[11], а во Франции или Швейцарии доля таких женщин составила 2/3^[12].

Распространенность контрацепции на глобальном уровне растет, но медленнее, чем потребность в ней. Согласно оценке Отдела народонаселения ООН, в 2017 г. 63% женщин в возрасте от 15 до 49

лет, состоящих в браке или партнерстве, применяли тот или иной метод контрацепции, в том числе 68% в развитых странах и 62% в развивающихся странах^[13]. В 1990 г. соответствующие показатели составляли: 55%, 69% и 52%. То есть разница между развитыми и развивающимися странами, существенная в 1990 г., сегодня почти незаметна (если не учитывать небольшое число наименее развитых стран). Большинство семей во всем мире регулируют число детей и время их рождения.

Наряду с распространенностью контрацепции, важное значение имеет также показатель неудовлетворенной потребности в планировании семьи, который определяется как доля женщин, состоящих в партнерстве, которые хотят прекратить или отсрочить деторождение, но при этом не используют методов контрацепции. Уровень неудовлетворенной потребности в планировании семьи в мире оценивается в 11,6% замужних женщин. Больше всего таких женщин – в наименее развитых странах – 21,3%, а среди регионов – в Африке (21,4%) (рис. 15).

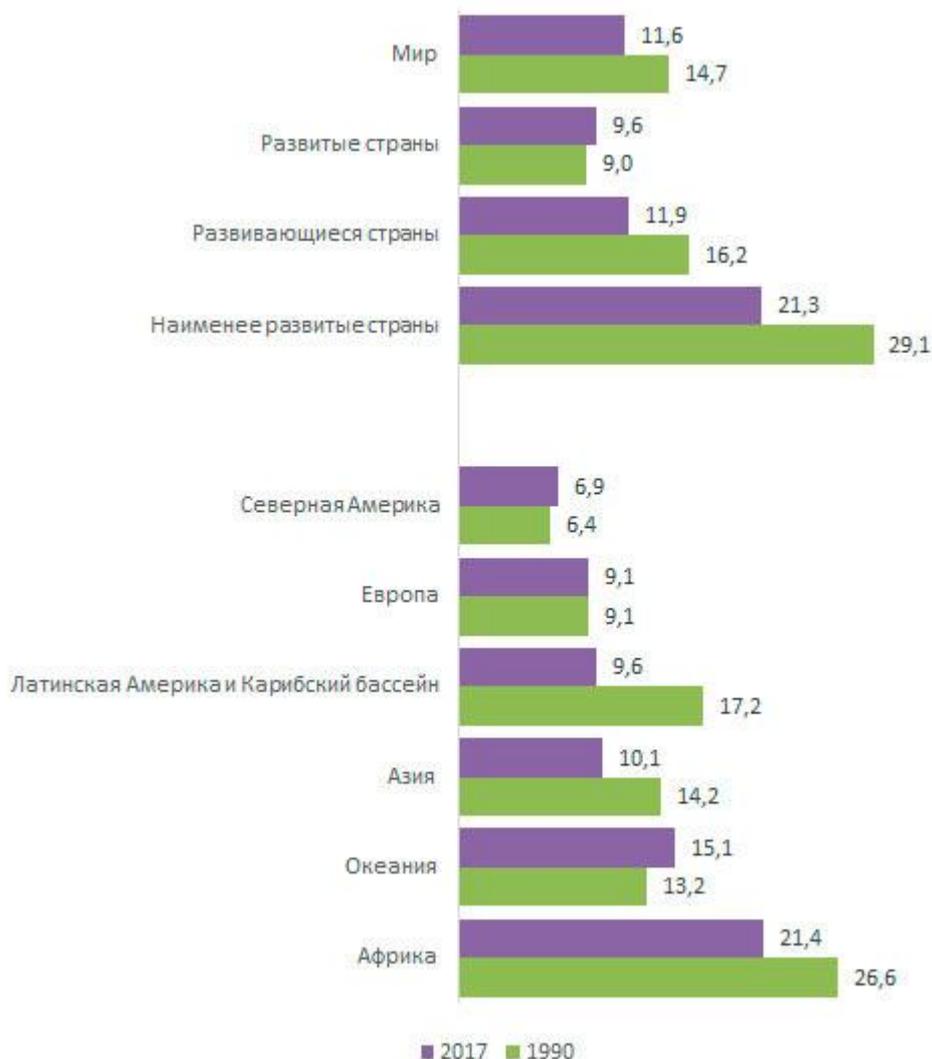


Рисунок 15. Неудовлетворенная потребность в планировании семьи, % замужних женщин в возрасте 15-49 лет. 2017 г.

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018. New York: UN, 2018.

Число женщин репродуктивного возраста в развивающихся странах будет расти, значит, будет увеличиваться и число женщин, стремящихся избежать нежелательной беременности. Все это требует дальнейшего развития и расширения услуг по планированию семьи, в противном случае можно ожидать роста числа абортов.

Также следует указать на необходимость углубления научных исследований, касающихся распространенности, доступности и условий проведения абортов в разных странах и регионах, а также их демографических, медицинских и социально-экономических последствий.

-
- [1] Аборт может быть искусственным и самопроизвольным; в данном случае под термином «аборт» подразумевается искусственное прерывание беременности.
- [2] David H. P. Abortion in Europe, 1920-91: A Public Health Perspective // Studies in Family Planning. 1992, 23 (1): 1-22.
- [3] См., например: <http://www.demoscope.ru/weekly/2016/0707/barom04.php>, <http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0615/reprod01.php>
- [4] Singh S. et al. The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015 // Lancet Global Health, 2018, 6 (1): e111-e120.
- [5] Более подробно см.: Сакевич В. И., Денисов Б. П., Rivkin-Fish M. Непоследовательная политика в области контроля рождаемости и динамика уровня абортов в России // Журнал исследований социальной политики. 2016. № 4, с.461-478. <https://jsps.hse.ru/2016-14-4/196512341.html>
- [6] См.: Singh S, Remez L and Tartaglione A, eds. Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review. New York: Guttmacher Institute; and Paris: International Union for the Scientific Study of Population, 2010.
- [7] Иногда в качестве аргумента неполноты российской статистики приводится наличие сети частных медицинских услуг, которые, якобы, не отчитываются о своей деятельности. Негосударственные медицинские центры действительно не отчитываются перед Минздравом, однако обязаны предоставлять сведения о своей работе в территориальные органы Росстата и, скрывая какую-то часть своей деятельности, они нарушают закон и подвергают свое существование неоправданному риску. Выборочные обследования населения, проведенные в последние годы по национальной выборке, подтвердили достоверность статистики абортов Росстата. Показатели, рассчитанные на основе ответов женщин, оказались близкими к тем, которые публикует официальная статистика.
- [8] Методика оценки описана в статье: Sedgh G., et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends // Lancet, 2016, 388: 258–67.
- [9] Захаров С.В., Сакевич В.И. Рождаемость и планирование семьи // В кн.: Население России 2015. Двадцать третий ежегодный демографический доклад / Отв. ред.: С. В. Захаров. М. : Издательский дом НИУ ВШЭ, 2017. Гл. 3. http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/ns_r15/sod_r.html
- [10] Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed. World Health Organization 2012.
- [11] National Center for Disease Control and Public Health and CDC, Reproductive Health Survey, Georgia 2010: Final Report, 2011.
- [12] Singh S., et al. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute, U.S., 2018.
- [13] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018. New York: United Nations, 2018.