

Социология здоровья и медицины

© 2019 г.

В.И. САКЕВИЧ, Б.П. ДЕНИСОВ

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОБЛЕМА АБОРТОВ В РОССИИ: НОВЕЙШИЕ ТЕНДЕНЦИИ

САКЕВИЧ Виктория Ивановна – кандидат экономических наук, старший научный сотрудник Института демографии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (vsakevich@hse.ru); ДЕНИСОВ Борис Петрович – кандидат экономических наук, инженер первой категории экономического факультета Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова (denisov@demography.ru). Оба – Москва, Россия.

Аннотация. В 2019 г. отмечается 25-летие Международной конференции по народонаселению и развитию в Каире, развернувшей демографическую политику от государственных интересов к правам человека, в том числе к праву на репродуктивное здоровье. Статья обсуждает текущую ситуацию в сфере регулирования рождаемости в России на основании этого подхода. Показано, что РФ более не является глобальным лидером по числу аборт, а в молодых возрастах репродуктивное поведение мало отличается от развитых стран. Ведущую роль в уменьшении числа искусственных абортов сыграли доступность и расширение рынка контрацепции. Несмотря на позицию некоторых групп влияния и попытки ограничить репродуктивные права, государственная политика в области абортов остается либеральной. Наблюдаемое улучшение репродуктивного здоровья не является существенным демографическим резервом с точки зрения роста населения, но имеет большое значение для качества жизни населения.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье • репродуктивное поведение • регулирование рождаемости • аборты • контрацепция • планирование семьи

DOI: 10.31857/S013216250007457-5

Принятое в международной практике определение репродуктивного здоровья (РЗ) было сформулировано на Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР), состоявшейся в Каире в 1994 г. В Программе действий МКНР, одобренной странами-участниками конференции, включая Российскую Федерацию, РЗ определяется как «состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов. Поэтому репродуктивное здоровье подразумевает, что у людей есть возможность иметь доставляющую удовлетворение и безопасную половую жизнь и что у них есть возможность воспроизводить себя и что они вольны принимать решение о том, делать ли это, когда делать и как часто»¹. Такая трактовка понятия предполагает, что охрана РЗ включает в себя предоставление лечения при заболеваниях репродуктивной

Статья написана на основе исследования, выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ.

¹ Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 г. ООН. Нью-Йорк, 1995. С. 39.

сферы и меры по поддержанию хорошего здоровья и удовлетворенности жизнью, в том числе сексуальной. Перефразируя определение МКНР, можно сказать, что РЗ – это возможность родить здорового ребенка, регулировать рождаемость – планировать число детей и сроки их рождения и в целом вести приносящую удовольствие сексуальную жизнь без страха наступления нежелательной беременности и болезней [Siegel, 2012: 469].

В российской традиции РЗ рассматривается в более узком смысле – как охрана материнства и детства – и увязывается с идеей повышения рождаемости в стране. По словам академика А.А. Баранова, «...о репродуктивном здоровье женщин судят прежде всего на основании оценки их способности к воспроизводству потомства» [Здоровье детей, 1999: 15]. В Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г. (утверждена Указом президента РФ от 09.10.2007 № 1351) РЗ упоминается в связи с факторами, влияющими на рождаемость. Концепция МКНР, определяющая его через призму репродуктивных прав граждан, плохо приживается в нашей стране. Россия здесь не одинока – консервативные взгляды на репродуктивные права и права женщин на репродуктивный выбор распространены во многих странах мира. В данной статье мы опираемся на международный подход к РЗ и рассматриваем такие его аспекты, как регулирование рождаемости и планирование семьи.

В течение всего советского периода серьезной проблемой общественного здоровья был высокий уровень аборт, они играли ключевую роль в регулировании рождаемости. Россия первой в мире (в 1920 г.) легализовала право на аборт по желанию женщины. Используя ненадежную контрацепцию, либо не имея доступа к ней, семьи были вынуждены прибегать к прерыванию незапланированной беременности. Максимальные показатели аборт пришлось на середину 1960-х гг.: в 1964 г. зафиксирован рекордный уровень в 5,6 млн прерванных беременностей – 169 в расчете на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет [Российский статистический..., 1996: 210]. Переход к рыночной экономике и информационной открытости с конца 1980-х – начала 1990-х гг. дал толчок кардинальным изменениям в этой сфере. В статье мы пытаемся ответить на вопросы, является ли проблема аборт актуальной для современной России, как выглядит наша страна на фоне других, что делается и что можно сделать, чтобы снизить распространенность аборт и внутрисемейный контроль рождаемости стал более цивилизованным. Эти вопросы в последние годы являются объектом повышенной законодательной активности [Сакевич и др., 2016] и «информационного шума», но мало представлены в научных исследованиях.

Данные о регулировании рождаемости. Основным источником данных в статье послужила официальная статистика. Государственный учет прерываний беременности в России охватывает как искусственные, так и самопроизвольные аборт (выкидыши). Учет ведется Федеральной службой государственной статистики (Росстат) и составной частью включает в себя статистику Министерства здравоохранения. Дополнительными источниками сведений об аборт, собираемых Росстатом, являются медицинские организации других министерств и ведомств и негосударственные медицинские организации. Большинство аборт происходит в учреждениях, подведомственных Минздраву, и статистика Минздрава более подробна.

Учет Росстата и соответствующие публикации являются более полными с точки зрения охвата, тогда как публикации Минздрава содержат более детальную информацию. Целый ряд исследований показал, что государственная статистика адекватно отражает уровень аборт в стране [Entwisle, Kozyreva, 1997; Philipov et al., 2004; Денисов, Сакевич, 2014].

В 2015–2016 гг. приняты новые статистические формы учета аборт в России. С одной стороны, учет стал в большей степени соответствовать МКБ-10. С другой стороны, нарушилась сопоставимость данных с предыдущими годами, что затруднило изучение тенденций. Рассматривать динамику после 2015 г. стало возможным только для отдельных видов аборт. Среди нововведений также следует упомянуть ликвидацию подробного возрастного распределения аборт. Пятилетние возрастные группы женщин были заменены на укрупненные: до 14 лет, 15–17, 18–44, 45–49, 50 лет и старше; в результате точность расчета суммарного коэффициента аборт после 2015 г. снизилась.

Помимо официальной статистики, в статье используются результаты двух национальных выборочных обследований. В 2011 г. Росстат впервые в России провел масштабное «Выборочное обследование репродуктивного здоровья населения Российской Федерации (БОРЗ)», репрезентативное на национальном уровне². Оно основывалось на стандартных международных анкетах, применяемых для обследования РЗ в других странах и адаптированных для РФ. Второе обследование – «Репродуктивное здоровье населения России: профилактика, диагностика, терапия (РЗНР)» – проводилось осенью 2018 г. по заказу Института социальной политики НИУ ВШЭ и было нацелено на изучение вопросов РЗ и поведения в сфере профилактики заболеваний репродуктивной системы и их лечения. Совокупный размер выборки составил 3098 чел. (1536 мужчин и 1562 женщины) в возрасте 20–39 лет из 60 регионов России. Выборочная совокупность репрезентативна для населения России в возрасте 20–39 лет по полу, возрастной структуре и типу поселения (городские и сельские населенные пункты).

Снижение числа и частоты абортов. Согласно статистике Росстата, с 1991 по 2015 г. как абсолютное, так и относительное (на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет) число прерванных беременностей снизилось более чем в 4 раза: с 3,6 до 0,8 млн и со 100 до 24 на 1000 соответственно [Захаров, Сакевич, 2017: 168]. В 2007 г., впервые с 1959 г., годовое число рождений в России превысило годовое число прерванных беременностей. В 1967 г. на 100 рождений приходилось 293 аборта (максимум), в 1990 г. – 206, в 2005 г. – 117, а в 2015 г. – 44 аборта. В 1960-е гг. на одни роды приходилось около трех абортов; в 2015 г. число родов превышало число абортов более чем в два раза.

Суммарный коэффициент абортов – более точный измеритель уровня абортов, не зависящий от возрастной структуры женщин, – снизился с 3,39 абортов (включая выкидыши) в среднем на одну женщину репродуктивного возраста в 1991 г. до 0,78 – в 2015 г. [Захаров, Сакевич, 2017: 170]. Для сравнения: в 1960–1970-е гг. суммарный коэффициент абортов составлял, по оценкам, 4–5 абортов в среднем на одну женщину.

Важной тенденцией последних лет является значительное увеличение удельного веса самопроизвольных абортов или выкидышей в официальной российской статистике абортов. В 1992 г. Минздравом учтено 206,3 тыс. самопроизвольных абортов, – 6,3% от общего числа прерванных беременностей, а в 2016 г. – 247,4 тыс., или 36,5% общего числа прерванных беременностей (в рамках сопоставимой территории). В 2017 г. доля выкидышей достигла 38,7% (с учетом Крыма и Севастополя). В значительной степени рост числа и доли самопроизвольных абортов – статистический артефакт, он связан с изменениями в порядке учета, о чем говорилось выше. С 2011 по 2012 г., когда стали вводиться новые правила учета, число самопроизвольных абортов увеличилось с 176,6 тыс. до 222,9 тыс., то есть на 26%. Однако имел место и реальный рост случаев невынашивания беременности, причем он начался с 2007 г., что, скорее всего, явилось следствием роста рождаемости в стране.

Поскольку динамика искусственных и самопроизвольных абортов была разнонаправленной и удельный вес выкидышей в общем числе учтенных абортов увеличивался, темпы снижения коэффициента абортов без учета самопроизвольных были выше, чем темпы снижения общего числа прерванных беременностей. Так, если коэффициент общего числа абортов в системе Минздрава за период 1992–2017 гг. уменьшился в 5 раз (с 90,0 до 17,9 на 1000 женщин репродуктивного возраста), то коэффициент абортов (без выкидышей), – в 7,7 раз (с 84,3 до 11,0), а коэффициент искусственных абортов по желанию женщины в сроки до 12 недель беременности – в 8,1 раз (с 78,9 до 9,7)³. Коэффициент самопроизвольных абортов за этот же период увеличился с 5,7 до 6,9 в расчете на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет.

²Опрос женщин в возрасте 15–44 лет из 60 регионов страны, постоянно проживающих в России ($N = 10\,010$). См.: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/rosstat/smi/smi_280513.html (дата обращения: 24.04.2019).

³Рассчитано авторами на основе неопубликованных данных Минздрава России.

В 2017 г., по данным Росстата, было учтено 779,8 тыс. беременностей с абортным исходом. Какую долю составляют искусственные аборты, а какую – выкидыши или вне-маточная беременность, неизвестно. Поскольку форма учета была изменена, мы можем сравнивать это число только с 2016 г.: общее число зарегистрированных беременностей с абортным исходом в 2017 г. снизилось по сравнению с 2016 г. на 6,8%, то есть тенденция снижения числа прерванных беременностей в стране сохраняется. Подотчетные Минздраву организации зарегистрировали в 2017 г. около 88% общего числа таких беременностей, а в негосударственном секторе было учтено около 12% их числа⁴. Такое распределение абортов по месту проведения фиксируется и в ходе выборочных опросов женщин, что еще раз подтверждает достаточную полноту официальной статистики абортов. По данным обследования ВОРЗ-2011, в частных клиниках было произведено 9,8% всех абортов в течение 2006–2011 гг. [Итоговый отчет, 2013: 56]; 10,1% женщин по обследованию РЗНР-2018, имевших опыт аборта, ответили, что прерывали последнюю беременность в частной клинике или частном кабинете, немного выше этот процент среди имеющих высшее образование (15%) и среди имеющих доходы выше средних (по самооценке) (14,8%). То есть негосударственный сектор здравоохранения не вносит существенного вклада в оказание услуг по прерыванию беременности в стране, за исключением отдельных регионов.

Безопасные аборты. Всемирной организацией здравоохранения разработаны клинические руководства и стандарты проведения аборта, согласно которым искусственное прерывание беременности может быть безопасным для здоровья [Safe Abortion, 2012]. Предпочтительными методами прерывания беременности в первом триместре, по мнению экспертов ВОЗ, являются вакуумная аспирация и медикаментозный метод (с применением лекарственных средств), а хирургический метод выскабливания (кюретажа) ВОЗ называет устаревшим и допускает его использование лишь в исключительных случаях.

По данным государственной статистики, в 2015 г. в России доля абортов, проведенных при помощи щадящего медикаментозного метода, составила всего 25% искусственных абортов, сделанных в срок до 12 недель беременности (медицинских легальных). Правда, в 2005 г. она была на уровне 1%. Для сравнения: в Англии медикаментозные аборты составляют свыше 60% всех абортов в сроки до 9 недель беременности⁵, в Швейцарии – 75%⁶, в Швеции – 90%⁷. Большинство абортов в России по-прежнему выполняются устаревшим методом выскабливания, вследствие чего международные эксперты оценивают долю безопасных абортов в России всего в 44% [Ganatra et al., 2017].

Как показало выборочное обследование ВОРЗ-2011, среди абортов, сделанных женщинами в возрасте 20–39 лет в течение пяти лет перед опросом (на вопрос о методе последнего аборта ответили 1028 женщин), 54,2% выполнялись методом выскабливания, 37,3% – методом вакуумной аспирации и лишь 7,9% – медикаментозным методом. По данным обследования РЗНР, роль медикаментозного метода возросла, но не за счет хирургического выскабливания, а главным образом за счет снижения распространенности вакуумной аспирации. По ответам женщин 20–39 лет, имевших опыт аборта и указавших метод последнего прерывания беременности (всего в 2018 г. ответили 222 женщины), больше половины (51,8%) абортов было выполнено посредством выскабливания, 26,6% – методом вакуум-аспирации и 20,7% – нехирургическим медикаментозным методом.

Не удивительно, что в отечественной медицинской литературе преобладает взгляд на искусственное прерывание беременности как на калечащую здоровье операцию.

⁴ Меньше 1% дают медицинские организации других министерств и ведомств.

⁵ Department of Health. URL: <https://www.gov.uk/government/statistical-data-sets/abortion-statistics-england-and-wales-2015> (дата обращения: 24.04.2019).

⁶ Office fédéral de la statistique. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.html> (дата обращения: 24.04.2019).

⁷ The National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen). URL: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/aborter> (дата обращения: 24.04.2019).

Как пишет зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН В.Е. Радзинский: «Распространенность устаревших способов удаления плодного яйца по-настоящему удручает... Нарушение имплантации, невынашивание, бесплодие – вот плата за сохранение кюретажа в качестве метода прерывания нежеланной беременности» [Предупреждение репродуктивных потерь, 2014: 2]. Мировой опыт показывает, что вытеснение хирургических методов прерывания беременности медикаментозными положительно сказывается на показателях материнской заболеваемости и смертности [Singh et al., 2018].

Аборты в России на фоне других стран. Прежде чем сравнивать ситуацию в России с другими странами, сделаем две ремарки. Во-первых, достоверная статистика прерываний беременности существует для относительно небольшого числа развитых стран. В большинстве развивающихся стран право на аборт либо сильно ограничено, либо он вообще запрещен, искусственные прерывания беременности проводятся в основном нелегально, поэтому точных данных о распространенности абортов там нет, есть только оценки. Во-вторых, официальная статистика абортов в России включает, как показано выше, не только искусственные, но и самопроизвольные аборты, завышая российские показатели относительно других стран, где в официальную статистику, как правило, попадают только легальные искусственные аборты.

Еще несколько лет назад Россия находилась в ряду лидеров по распространенности искусственных абортов среди стран, имеющих статистику прерванных беременностей. Сейчас разрыв сильно сократился (рис.).

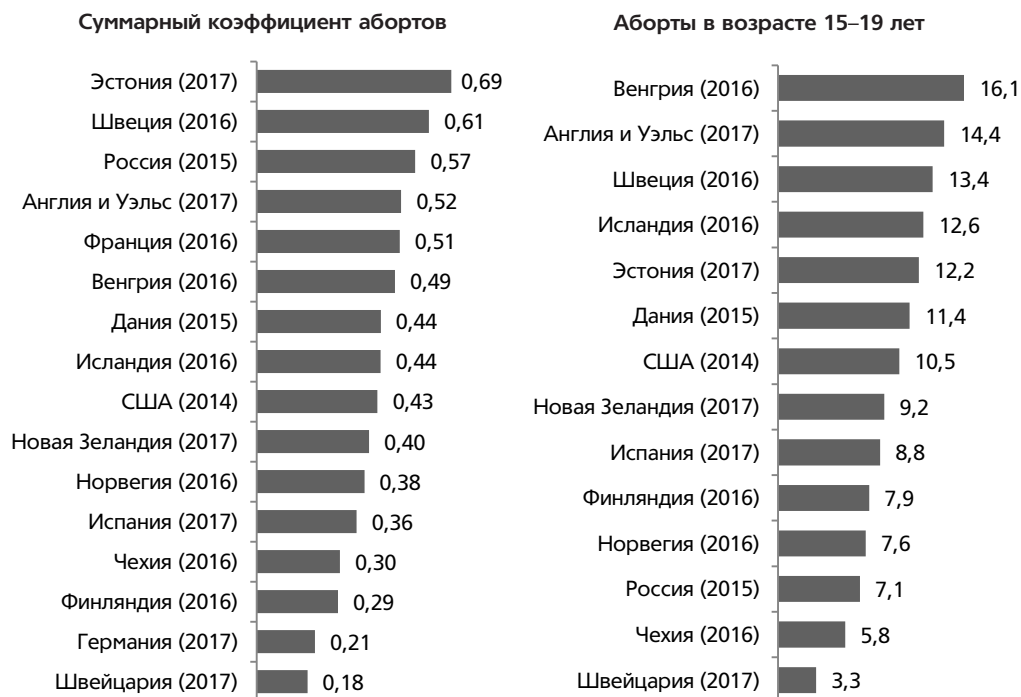


Рис. Суммарный коэффициент искусственных абортов (левый рисунок) и коэффициент абортов в возрасте 15–19 лет (на 1000 женщин) (правый рисунок) в России и некоторых странах

Примечание. Для достижения сопоставимости с другими странами из общего числа абортов в России исключены самопроизвольные аборты, зарегистрированные Минздравом России.

Источник: национальные статистические агентства. Рассчитано авторами на основе данных об абсолютном числе абортов по возрасту женщин (Швейцария, Эстония, Россия) и на основе опубликованных возрастных коэффициентов абортов по 5-летним возрастным группам.

В то же время Россия отличается от многих западных стран, особенно от англосаксонских и Северной Европы, с точки зрения возрастного распределения аборт. В указанных странах аборты чаще всего являются результатом случайной беременности у молодых незамужних девушек и служат средством отложить рождение ребенка на более поздний возраст, в России аборт в большей степени служит средством избежать рождения у женщин, уже имеющих желаемое число детей, или для регулирования интергенетического интервала. Видимо, влияет фактор более раннего формирования семьи и рождения детей в России. По уровню подростковых аборт Россия уже приблизилась к самым благополучным в этом отношении странам (рис.). В то же время Россия характеризуется самыми высокими среди развитых стран коэффициентами аборт в возрастных интервалах 30–34 и 35–39 лет [Захаров, Сакевич, 2017: 173].

По оценкам экспертов, прерывание беременности широко распространено во всех регионах мира. Причем законодательство об аборте слабо влияет на его распространенность – аборты одинаково часто фиксируются в странах с жестким и в странах с либеральным законодательством. Утверждать, что сегодняшняя Россия имеет самый высокий уровень аборт в мире, как часто пишут в СМИ, неверно. Даже среди европейских стран Россия не является бесспорным лидером, тем более – среди развивающихся стран, многие из которых по распространенности аборт значительно превосходят нашу страну. Например, коэффициент аборт в расчете на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет в Индии составляет 47, в Кении – 48, в Пакистане – 50 [Singh et al., 2018], тогда как в Российской Федерации, по данным Росстата, – 17 (2015 г., без учета самопроизвольных аборт).

Профилактика аборт – контрацепция. В условиях полностью контролируемой рождаемости основным способом профилактики аборт является продвижение современного планирования семьи и повышение контрацептивной грамотности населения. Высокая частота аборт косвенно свидетельствует о неудовлетворенном спросе на контрацепцию или о неэффективном ее применении.

По данным Минздрава России, на конец 2017 г. 10,3% всех женщин репродуктивного возраста использовали внутриматочные спирали (ВМС) и 12,9% женщин – гормональные противозачаточные средства (ГК) [Основные показатели, 2018: 125–128]. Численность женщин, использующих ВМС, с середины 1990-х гг. снижалась (тогда их доля была близка к 20%), а численность и удельный вес женщин, применяющих ГК, постоянно росли; на конец 1991 г. доля женщин, зарегистрированных как пользователи ГК, не достигала и 2%. Правда, суммарный удельный вес женщин, использующих эти два вида современной высокоэффективной контрацепции, мало меняется с середины 1990-х гг., оставаясь на уровне около 1/4 женщин репродуктивного возраста. Меняется лишь соотношение методов в пользу гормональной контрацепции. Самый популярный в мире метод планирования семьи – стерилизация – в России не получил распространения; по официальным данным, в 2016 г. проведено всего 13,5 тыс. операций по поводу стерилизации женщин, меньше, чем в предыдущем году.

Недавние выборочные обследования говорят о том, что использование контрацепции – массовая практика в России. По данным ВОРЗ-2011, 94,4% замужних женщин в возрасте от 15 до 44 лет пользовались методами контрацепции когда-либо в своей жизни и 72,3% – применяли методы контрацепции в течение 30 дней перед опросом [Вишневыский и др., 2017]. Россия здесь мало отличается от других стран с постпереходным типом рождаемости. Высокую распространенность контрацепции подтвердил и опрос РЗНР, проведенный в 2018 г. среди женщин активного репродуктивного возраста: 74,2% пар по ответам женщин используют тот или иной метод контрацепции (табл. 1), а среди женщин с высшим образованием таковых 82% (не показано).

Таблица 1

Использование методов контрацепции среди женщин в возрасте от 20 до 39 лет, состоящих в зарегистрированном или незарегистрированном браке (в %)

Варианты ответов	% женщин
Используют контрацепцию	74,2
в том числе:	
презерватив	37,6
гормональные таблетки	18,3
ВМС	6,5
другой современный метод	5,4
прерванный половой акт	19,7
календарный метод	5,3
спринцевание	1,3
Не используют контрацепцию	21,7
Отказ от ответа	4,1
Итого	100
Число респондентов (чел.)	1222

Примечание. Респондент мог указать несколько методов контрацепции, поэтому сумма методов не равна 74,2%.

Источник: РЗНР-2018, расчеты авторов.

Около 60% респонденток РЗНР, состоящих в браке или партнерстве, указали на использование современных методов контрацепции (66% – среди женщин с высшим образованием)⁸, самым популярным среди которых является презерватив, его применяют 37,6% пар, по ответам женщин. Презерватив не относится к методам с высокой эффективностью, поскольку трудно достичь идеального его использования на практике. Вторым по распространенности методом среди молодых российских пар является прерванный половой акт (19,7%). Как видно из табл. 1, традиционные методы применяются в России довольно часто, причем 14,5% пар полагаются исключительно на ненадежные традиционные методы. Это, конечно, значительно меньше, чем в советский период, когда приверженцы традиционных методов составляли большинство, а уровень аборт при этом был катастрофическим, но и не так мало, как в странах, прошедших через контрацептивную революцию. Чаще всего на использование только традиционных методов указывали респонденты, имеющие трех и более детей (18,3% женщин), и с доходами ниже среднего (17,6%). Гормональные таблетки по популярности занимают третью позицию (18,3%). Не предохраняются от беременности в настоящее время 21,7% состоящих в браке женщин. Чуть больше половины из них планируют завести ребенка в ближайшие три года. Небольшая часть (менее 10%) из не использующих контрацепцию сослались на послеродовой период, проблемы с репродуктивным здоровьем, отсутствие половой жизни – всем этим респондентам не нужна контрацепция. Однако остальные приводили такие аргументы, как «не хочу» использовать противозачаточные методы, «не нравится контрацепция», «не думали об использовании контрацепции», «боимся побочных эффектов». Это тревожный знак, свидетельствующий о низкой информированности и недостаточно развитых услугах по планированию семьи. Лишь единицы не используют противозачаточные методы из-за высокой цены или в силу религиозных убеждений.

⁸ Современные методы контрацепции: женская и мужская стерилизация, презерватив, гормональные таблетки, инъекции, импланты, ВМС, диафрагма/колпачки, мази, свечи, пена, желе, срочная гормональная контрацепция, лактационная аменорея; традиционные методы: прерванный половой акт, календарный метод, спринцевание.

Обследование РЗНР-2018 также показало, что больше половины (58%) замужних (включая незарегистрированный брак) женщин, применяющих контрацепцию в настоящее время, не советовались с врачом при выборе метода. Это касается не только презерватива, но и, например, гормональных таблеток – треть (33%) женщин, выбравших гормональные таблетки в качестве противозачаточного метода, не советовались с врачом. Поэтому даже на фоне использования современных методов у российских пар часто случаются сбои или «контрацептивные неудачи», то есть наступает нежелательная беременность.

Политика в отношении аборт и планирования семьи. Российское законодательство, касающееся абортов, остается весьма либеральным. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям – при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний – независимо от срока беременности. Вместе с тем в последнее время в России принят ряд поправок в законодательство, ограничивающих доступность искусственного прерывания беременности. Дважды сокращался перечень показаний для аборта по социальным показаниям (в 2003 и 2012 гг.), в результате чего в перечне остался всего один пункт – беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 УК РФ (изнасилование); в 1990-е гг. таких показаний было 13. В 2007 г. 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 г.), введен специальный период времени между обращением женщины в медицинское учреждение по поводу аборта и самой процедурой, – так называемая «неделя тишины». В это время женщина направляется на консультацию психолога или специалиста по социальной работе, основная цель которой – способствовать изменению ее решения о прерывании беременности в пользу рождения ребенка. Между тем затягивание сроков производства аборта только повышает риск осложнений, поскольку чем меньше срок беременности, тем безопаснее ее прерывание. Эксперты ВОЗ не поддерживают практику обязательного консультирования, так как оно подразумевает дополнительное давление на женщину, уже принявшую простое решение; в рекомендациях ВОЗ также указано, что консультирование, если женщина согласилась его пройти, не должно быть директивным [Safe Abortion, 2012: 36]. В 2016 г. Минздрав внес поправку в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», добавив антигуманное условие – при прохождении УЗИ женщине, обратившейся по поводу прерывания беременности, рекомендуется продемонстрировать изображение эмбриона и его сердцебиение (Приказ Минздрава России от 12.01.2016 № 5н). Также в 2016 г. утверждена новая форма информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины (Приказ Минздрава России от 07.04.2016 № 216н), полная устрашающих формулировок о возможных негативных последствиях аборта, вплоть до бесплодия. Обсуждается исключение абортов из базовой программы обязательного медицинского страхования.

Любопытно, что внимание к проблеме возросло после 2006 г., когда Россия уже добилась существенного снижения распространенности абортов. К обычным антиабортным аргументам добавилось оскорбление религиозных чувств. Российский Минздрав предложил разделять понятия «профилактика нежелательной беременности» и «профилактика абортов». По сути, это одно и то же, но чиновники под первым предлагают понимать использование контрацепции, а под вторым – меры воздействия на женщину, направленные на сохранение нежелательной беременности, если она случилась. Вся активность сегодня строится вокруг «профилактики» как давления на беременную женщину. К доабортному консультированию Минздрав рекомендует привлекать религиозные организации.

Обследование РЗНР-2018 позволило оценить, как внедряются некоторые из упомянутых законодательных нововведений. В табл. 2 приведены данные о доле женщин, которые прошли консультацию у психолога, социального работника или священника, а также

Таблица 2

**Доля женщин, прервавших беременность в 2014–2018 гг., с которыми были проведены
доабортные процедуры (% от числа искусственных абортов)**

Варианты ответов	Доля
Женщина направлялась на консультацию к психологу или социальному работнику	22,8
Женщина направлялась на консультацию к священнику/религиозному настоятелю	12,0
Женщине делали УЗИ, во время которого демонстрировали изображение эмбриона и его сердцебиение	59,8
<i>Всего искусственных абортов</i>	92

Источник: РЗНР-2018.

которым до аборта делали УЗИ органов малого таза и демонстрировали изображение эмбриона, среди женщин, сделавших аборт после 2013 г.

Наименее распространенной практикой, судя по данным РЗНР, является встреча перед абортом со священником (12%), и это вполне ожидаемо, поскольку такое условие противоречит законодательству. В то же время, несмотря на необязательный характер, большинство женщин, прерывавших беременность в 2014–2018 гг., прошли через процедуру УЗИ с демонстрацией эмбриона (около 60%); возможно, эти исследования проводились не ради оказания психологического давления на женщину, а с медицинскими целями. Низок процент прошедших консультацию у психолога/социального работника (около 23%) – вероятно, далеко не во всех женских консультациях налажена работа кабинета медико-социальной помощи, специалистов-консультантов не хватает, хотя решение о создании таких кабинетов было принято в 2007 г. (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.06.2007 № 389). Насколько эффективны внедряемые психологические консультации, неизвестно.

Согласно утвержденному Минздравом регламенту оказания помощи после аборта, женщина должна пройти еще одно консультирование, во время которого ей, среди прочего, врач дает рекомендации по предупреждению нежелательной беременности, для предотвращения риска повторного аборта. По данным РЗНР-2018, 2/3 женщин, прерывавших беременность в 2014–2018 гг., получили консультацию о методах контрацепции: до аборта (21,7%), после аборта (12,0%) и до и после (32,6%). Похожий результат был получен обследованием 2011 г., когда у женщин спрашивали о консультировании в связи с абортами, сделанными в 2006–2011 гг. (61,7% женщин ответили утвердительно) [Итоговый отчет, 2013: 142]. Но и тогда, и сейчас около трети женщин не прошли консультирования о методах планирования семьи, что говорит о резервах по совершенствованию профилактической работы в сфере репродуктивного здоровья.

Выводы и дискуссия. За последние два десятилетия России удалось существенно снизить распространенность абортов и продвинуться к более гуманному и цивилизованному способу регулирования рождаемости с доминированием предупреждения беременности, а не ее прерывания. Несколько лет назад Россия находилась в ряду лидеров по распространенности абортов среди развитых стран, сегодня разрыв сильно сократился, а по уровню подростковых абортов Россия приблизилась к наиболее благополучным, с точки зрения репродуктивного здоровья, странам.

Существует мнение, согласно которому аборты в России снижаются благодаря тому, что женщины в случае незапланированной беременности стали чаще выбирать рождение ребенка. Статистика, подтверждавшая бы это, не публиковалась (скорее всего, ее не существует). В последние годы, когда в России наблюдался рост рождаемости, в самой младшей возрастной группе (до 20 лет) одновременно снижались и аборты, причем высокими темпами, и рождаемость, что, по нашему мнению, является следствием распространения более ответственного сексуального поведения среди молодежи.

На фоне быстрого уменьшения числа искусственных аборт в России происходит рост вклада самопроизвольных абортов (выкидышей) в общее число прерванных беременностей. Самопроизвольные аборты – это прямые репродуктивные потери желанных беременностей, и на динамику этого показателя следует обратить пристальное внимание. Еще одним резервом для улучшения репродуктивного здоровья женщин является повышение качества медицинской помощи при аборте. В России большинство абортов выполняется устаревшим методом, травматичным для женского организма. Далеко не все женщины, обратившиеся в медицинское учреждение по поводу аборта, получают консультацию о методах предупреждения беременности.

Снижение частоты абортов произошло благодаря появившимся в постсоветское время возможностям планирования семьи. Однако структура его методов, хотя и значительно изменилась по сравнению с советским периодом, существенно отличается от соответствующей структуры в странах, прошедших контрацептивную революцию 1960–1970-х гг. [Вишневский и др., 2017]. В России намного меньше распространены три вида самой эффективной контрацепции – гормональной, внутриматочной и стерилизации – и, наоборот, велика доля относительно ненадежных методов. Россияне из всего представленного разнообразия отдадут предпочтение презервативу; это косвенно свидетельствует о том, что они избегают обращаться к государственной медицине (презерватив можно купить в универсаме) и что спектр противозачаточных средств, доступных для населения, недостаточен. Многие до сих пор не верят в безопасность современной контрацепции для здоровья, сохраняются предубеждения советских времен против гормональных методов предохранения, причем даже среди врачей [Дикке, 2017: 56–60]. Задача повышения сексуальной и контрацептивной культуры по-прежнему актуальна в России. Как отмечается в документах ВОЗ, среди всех задач, стоящих перед здравоохранением, вопрос предоставления парам возможности регулировать число детей и сроки их рождения затрагивает больше человеческих жизней, чем любая другая проблема медицинского характера [Планирование семьи, 2008].

Вместо продвижения планирования семьи и воспитания ответственного родительства российское руководство для борьбы с распространенностью абортов выбрало стимулирование рождаемости и создание препятствий для искусственного прерывания беременности. История показывает, что ограничения и запреты неэффективны. Принятые в последние годы меры не привели к существенному нарушению репродуктивных прав женщин, но направление изменений вызывает беспокойство.

За постсоветские годы многие показатели РЗ в России значительно улучшились, при этом происходит перераспределение его составляющих. Растет и абсолютное, и относительное число самопроизвольных абортов (выкидышей), тогда как уровень искусственных абортов, материнская, младенческая и перинатальная смертность снижаются. С демографической точки зрения не стоит переоценивать вклад улучшения РЗ в динамику численности населения – количественно это небольшой резерв его роста. Вместе с тем охрана РЗ и недопущение «репродуктивных потерь» имеет большое значение для качества жизни населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Вишневский А.Г., Денисов Б.П., Сакевич В.И. Контрацептивная революция в России // Демографическое обозрение. 2017. 4(1). С. 6–34. DOI: 10.17323/demreview.v4i1.6986.
- Денисов Б., Сакевич В. Аборты в постсоветской России: есть ли основания для оптимизма? // Демографическое обозрение. 2014. 1(1). С. 144–169. DOI: 10.17323/demreview.v1i1.7698.
- Дикке Г.Б. Пять шагов к успешной контрацепции: руководство для врачей. М.: Академия естествознания, 2017.
- Захаров С.В., Сакевич В.И. Рождаемость и планирование семьи // Население России 2015: Двадцать третий ежегодный демографический доклад / Отв. ред. С.В. Захаров. М.: НИУ ВШЭ, 2017.
- Здоровье детей России / Под ред. А.А. Баранова. М.: Союз педиатров России, 1999.

- 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». М.: Росстат, 2013.
- Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации / Министерство здравоохранения РФ, ФГБУ ЦНИИОИЗ. Москва, 2018.
- Планирование семьи: Универсальное руководство для поставщиков услуг по планированию семьи. Институт здравоохранения Блумберга / Центр информационных программ Университета им. Джона Хопкинса и Всемирная организация здравоохранения. 2008. URL: <http://www.fphandbook.org/translations> (дата обращения: 24.04.2019).
- Предупреждение репродуктивных потерь: стратегия и тактика. Избранные материалы Образовательного семинара «Инновации в акушерстве и гинекологии с позиций доказательной медицины». Информационный бюллетень / Под ред. В.Е. Радзинского. М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2014.
- Российский статистический ежегодник / Сборник. М.: Госкомстат, 1996. С. 210.
- Сакевич В., Денисов Б., Ривкин-Фиш М. Непоследовательная политика в области контроля рождаемости и динамика уровня аборт в России // Журнал исследований социальной политики. 2016. № 14(4). С. 461–478. URL: <https://sps.hse.ru/article/view/3245> (дата обращения: 24.04.2019).
- Entwisle B., Kozyreva P. New Estimates of Induced Abortion in Russia // *Studies in Family Planning*. 1997. Vol. 28. No. 1. P. 14–23.
- Ganatra B., Gerdtz C., Rossier C. et al. Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model // *Lancet*. 2017. Vol. 390. November 25. P. 2372–2381. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31794-4.
- Philipov D., Andreev E., Kharkova T., Shkolnikov V. Induced Abortion in Russia: Recent Trends and Under-Reporting in Surveys // *European Journal of Population*. 2004. No. 20. P. 95–117.
- Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd ed. World Health Organization, 2012.
- Siegel J.S. The Demography and Epidemiology of Human Health and Aging. Ch. 9: Reproductive Health. Springer Science + Business Media B.V., 2012.
- Singh S., Remez L., Sedgh G., Kwok L., Onda T. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. U.S.: Guttmacher Institute, 2018.

Статья поступила: 29.04.19. Принята к публикации: 23.09.19.

THE LATEST TRENDS IN REPRODUCTIVE HEALTH AND THE PROBLEM OF ABORTION IN RUSSIA

SAKEVICH V.I.*, DENISOV B.P.**

*National Research University Higher School of Economics, Russia; **Lomonosov Moscow State University, Russia

Victoria I. SAKEVICH, *Cand. Sci. (Econ.)*, Senior researcher, Institute of Demography, National Research University Higher School of Economics (vsakevich@hse.ru); Boris P. DENISOV, *Cand. Sci. (Econ.)*, First Category Engineer, Faculty of Economics, Lomonosov Moscow State University (denisov@demography.ru). Both – Moscow, Russia.

Acknowledgements. The article is based on the research implemented in the framework of the Basic Research Program at the National Research University Higher School of Economics (HSE University).

Abstract. In 2019, the world celebrates the 25th anniversary of the International Conference on Population and Development in Cairo. The conference launched a demographic policy shift from state interests to human rights, including the right to reproductive health. The article discusses the current situation in the field of birth control in Russia based on the approach developed by the Cairo Conference. We show that the Russian Federation is no longer a global leader in the number of abortions, and in younger ages, reproductive behavior differs little from other developed countries. The accessibility and expansion of the contraceptive market have played a leading role in reducing the number of induced abortions. Despite the position of some pressure groups and attempts to limit reproductive rights, government abortion policies remain liberal. The observed improvement in reproductive health is not a significant demographic reserve in terms of population growth, but it is of great importance for the quality of life of the population.

Keywords: reproductive health, reproductive behavior, birth control, abortion, contraception, family planning.

REFERENCES

- Baranov A.A. (ed.) (1999) *Children's Health in Russia*. Moscow: Soyuz pediatrov Rossii. (In Russ.)
- Denisov B., Sakevich V. (2014) Abortion in Post-Soviet Russia: is there any reason for optimism? *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic Review]. No. 1(5): 50–68. DOI: 10.17323/demreview.v1i5.3172.
- Dikke G.B. (2017) *Five Steps to Successful Contraception: a Guide for Doctors*. Moscow: Akademiya Estestvoznaniya. (In Russ.)
- Entwisle B., Kozyreva P. (1997) New Estimates of Induced Abortion in Russia. *Studies in Family Planning*. Vol. 28. No. 1: 14–23.
- Family Planning: A Global Handbook for Providers*. WHO Department of Reproductive Health and Research and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (2008) / Center for Communication Programs (CCP). Baltimore; Geneva: CCP and WHO. URL: <https://www.fphandbook.org/> (accessed 24.04.2019). (In Russ.)
- Final Report «Reproductive Health of the Population of Russia 2011»*. (2013) Rosstat, Ministry of Health of the Russian Federation, UNFPA, Department of Reproductive Health of the Centers for Disease Control and Prevention (USA), Information and Publishing Center «Statistics of Russia». Moscow: Rosstat. (In Russ.)
- Ganatra B., Gerdtz C., Rossier C. et al. (2017) Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model. *Lancet*. Vol. 390. November 25: 2372–2381. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31794-4.
- Radzinsky V.E. (ed.) (2014) *Prevention of Reproductive Losses: Strategy and Tactics*. Selected Materials of the Educational Seminar «Innovations in Obstetrics and Gynecology from the Standpoint of Evidence-based Medicine». Newsletter. Moscow: Redaktsiya zhurnala StatusPraesens. (In Russ.)
- Philipov D., Andreev E., Kharkova T., Shkolnikov V. (2004) Induced Abortion in Russia: Recent Trends and Under-Reporting in Surveys. *European Journal of Population*. No. 20: 95–117.
- Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. (2012) 2nd ed. World Health Organization.
- Sakevich V., Denisov B., Rivkin-Fish M. (2016) Incoherence in Birth Control Policy and the Dynamics of Abortion in Russia. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies]. Vol. 14. No. 4: 461–478. (In Russ.)
- Siegel J.S. (2012) *The Demography and Epidemiology of Human Health and Aging*. Ch. 9: Reproductive Health. Springer Science + Business Media B.V.
- Singh S., Remez L., Sedgh G., Kwok L., Onda T. (2018) *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. U.S.: Guttmacher Institute.
- The Main Indicators of Maternal and Child Health, the Activities of the Service of the Protection of Children and Obstetric aid in the Russian Federation*. (2018) / Ministry of Health of the Russian Federation; FGBU TsNII OIZ. Moscow. (In Russ.)
- Vishnevsky A., Denisov B., Sakevich V. (2017) The Contraceptive Revolution in Russia. *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic Review]. No. 4(5): 86–108. (In Russ.) DOI: 10.17323/demreview.v4i5.8570.
- Zakharov S.V., Sakevich V.I. (2017) Birth Rate and Family Planning. In: Zakharov S.V. (ed.) *Population of Russia 2015: the Twenty-third Annual Demographic Report*. Moscow: VShE. (In Russ.)

Received: 29.04.19. Accepted: 23.09.19.