

Г. Е. Корнилов
**ЭВОЛЮЦИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ НА УРАЛЕ
 В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XX В.***

УДК 94(470.5)19¹

ББК 63.3(235.5)6 + 60.75

В статье на основе документов государственных органов здравоохранения и статистики текущего учета населения исследован один из демографических факторов — младенческая смертность. Выявлены этапы, динамика и особенности этого процесса на Урале в первой половине XX в., факторы (экономические, политические, социальные), влиявшие на показатели младенческой смертности. Показано, что трансформация младенческой смертности на Урале (многократное снижение ее уровня, сокращение ее доли в общей смертности) проходила в рамках первой фазы демографического перехода.

Ключевые слова: демографический переход, младенческая смертность, структура причин младенческой смертности, Урал, Свердловская область

Младенческая смертность в России в конце XIX — начале XX вв. составляла от 250 до 270‰, т. е. умирали, не дожив до 1 года, от четверти до трети родившихся. Самая высокая в стране младенческая смертность фиксировалась в Пермской губернии. Такие крайне высокие показатели соответствовали традиционному типу воспроизводства населения. Это являлось одной из основных причин высокого уровня смертности в целом, поскольку доля умерших в возрасте до 1 года по Российской империи достигала 40,5% от всех смертей. Сложившаяся ситуация с младенческой смертностью описывается концепцией демографического перехода: в первой его фазе разворачивается борьба за снижение уровня смертности, в которой младенческая смертность играет решающую роль.¹ Исследование

этого процесса на региональном материале позволит выявить не только местные особенности, но и показать закономерности демографического развития России.² Один из основоположников отечественной демографии В. В. Паевский утверждал: «Детская смертность оказывается явлением в значительной мере более послушным человеческой воле и человеческим усилиям. Результаты борьбы с детской смертностью сказываются с гораздо большей быстротой».³

Из табл. 1 видно, что на рубеже XIX и XX вв. заметно некоторое снижение младенческой смертности: в среднем по России это сокращение составило 6,6%, в Пермской губернии — 5,9%. Заведующий медицинским статистическим бюро Пермского губернского земства В. Предтеченский отмечал, что младенческая смертность по губернии в 1895 г. составляла 425‰, причем в городах она была меньше, чем в сельской местности (соответственно 371‰

¹ Историография вопроса представлена незначительным числом публикаций. Наиболее интересные из них: Андреев Е. М., Кваша Е. А. Особенности показателей младенческой смертности в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 4. С. 15–20; Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Смертность детского населения России. М., 2009; Они же. Младенческая смертность: уроки истории и перспективы снижения // Казанский медицинский журнал. 2011. Т. 92; № 5. С. 690–694; Блюм А. Родиться, жить и умереть в СССР. М., 2005; Жиромская В. Б. Жизненный потенциал послевоенных поколений в России: историко-демографический аспект. 1946–1960. М., 2009; Она же. Состояние здоровья российского населения после

Великой Отечественной войны // Демографические исследования. Вып. 14. М., 2008. С. 143–175; Исупов В. А. «Демографическое чудо»: сокращение детской смертности в Сибири в 1943–1945 гг. (на материалах Алтайского края) // Сибирь в XVII–XX веках: проблемы политической и социальной истории. Бахрушинские чтения 1999–2000 гг.: межвуз. сб. науч. ст. Новосибирск, 2002. С. 177–186; Кваша Е. А. Младенческая смертность в России в XX веке // Социологические исследования. 2003. № 6. С. 47–75; Filtzer D. The Hazards of the Urban Life in Late Stalinist Russia: Health, Hygiene and Living Standards, 1943–1953. Cambridge, 2010; и др.

² Ситуация с детской смертностью на Урале накануне демографического перехода проанализирована в монографии уральского историка: Голикова С. В. Детская смертность в Пермской губернии (вторая половина XIX — начало XX в.): источниковедческий и методический аспекты. Екатеринбург, 2012.

³ Паевский В. В. Элементы статистики: пособие для работников охраны материнства и младенчества и других отраслей социальной гигиены. М.; Л., 1931. С. 9.

Корнилов Геннадий Егорович — д.и.н., профессор, зав. сектором экономической истории Института истории и археологии УрО РАН (г. Екатеринбург)
 E-mail: genakorn@mail.ru

* Работа выполнена в рамках гранта РГНФ-Урал № 14-11-66011-а «Голодовки населения Урала в конце XIX — середине XX в.: компаративный анализ»

Таблица 1

Динамика младенческой смертности в России в 1887–1904 гг. (в ‰)*

Губерния	Среднее число детей, умерших до 1 года на 1 000 родившихся	
	1887–1896 гг.	1900–1904 гг.
Пермская	437	411
Вятская	371	353
Нижегородская	410	353
Московская	366	326
Санкт-Петербургская	290	280
Оренбургская	308	278
Уфимская	240	233
Российская империя	274	256

* Составлено по: Соколов Д. А., Гребенщиков В. И. Смертность в России и борьба с нею URL: http://www.situation.ru/app/j_art_268.htm (дата обращения: 31.01.2014).

и 427‰). По уездам Пермской губернии картина была следующей: в Кунгурском уезде младенческая смертность составила 521‰, в Камышловском — 476, в Ирбитском — 475, в Екатеринбургском 410 и самый низкий показатель был в Верхотурском — 348‰.⁴ Д. А. Соколов и В. И. Гребенщиков выделили основную причину высокой смертности в России: «Население существует впроголодь, а часто и вовсе голодающее, не может дать крепких детей, особенно если к этому прибавить те неблагоприятные условия, в каких, помимо недостатка питания, находится женщина в период беременности и вслед за нею».⁵

Пять уездов Пермской губернии (Верхотурский, Екатеринбургский, Ирбитский, Камышловский и Красноуфимский), составившие в ноябре 1919 г. Екатеринбургскую губернию,⁶ имели очень высокие показатели младенческой смертности (см. таблицу 2):⁷

1912 г. вновь повысился до 398 ‰ из-за неурожая предыдущего года. Трудности Первой мировой войны дали новый, причем небывалый, подъем: в 1915 г. младенческая смертность на Урале составила 490 ‰. В 1907 г. при средней величине младенческой смертности в 315 ‰ в сельскохозяйственных уездах Пермской губернии она была гораздо выше: в Камышловском уезде — 417 ‰, а в Ирбитском — 435 ‰.

В этот период практически никаких мер, направленных на сокращение младенческой смертности, не предпринималось, однако земские врачи Пермской губернии привлекали внимание общественности к этой проблеме. В начале XX в., по их мнению причинами высокой детской смертности являлась плохая организация призрения, неудовлетворительные условия вынашивания плода и родов. В общественном мнении складывалась идея о необходимости государственной поддержки материнства

Таблица 2

Год	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1904	1906	1907	1912	1915
Младенческая смертность, ‰	442	421	455	374	441	381	415	348	273	313	398	490

В 1904, 1906 и 1907 гг. наблюдалось некоторое снижение младенческой смертности, однако этот процесс не был стойким. Показатель

и детства, координации усилий всех общественных, государственных и частных благотворительных обществ в масштабах всей России.

Одним из известных в стране деятелей по организации борьбы с детской смертностью был уральский земский врач Николай Александрович Русских.⁸ 5 октября 1902 г. в Екатеринбурге

⁴ См: Сборник Пермского земства. Пермь, 1896. Прил.

⁵ Соколов Д. А., Гребенщиков В. И. Смертность в России и борьба с нею. СПб., 1901. С. 30.

⁶ В ноябре 1923 г. они войдут в состав Уральской области, в январе 1934 г. — Свердловской области, а после выделения из нее Пермской в октябре 1938 г. останутся в Свердловской области, в состав которой войдет еще ряд северо-западных районов Омской области и северных районов — Челябинской; в июле 1941 г. из Челябинской области в Свердловскую перейдут Каменский и Покровский районы.

⁷ Сборник Пермского земства. Пермь, 1895–1916.

⁸ Н. А. Русских родился 27 января 1857 г. в семье горного чиновника в Стерлитамаке (Уфимская губерния). Окончил Пермскую гимназию, в 1879 г. — медицинский факультет Московского университета. 37 лет работал земским врачом. Начал врачебную карьеру на Каслинском заводе, с 1884 по 1916 гг. — врач Пригородного участка Екатеринбургга. С самого

Таблица 3

Динамика младенческой смертности в Свердловской области в 1924–1953 гг., ‰*

Год	Количество младенцев, умерших за год, на 1 000 родившихся		
	в городах	в сельской местности	по области в целом
1924	231	311	295
1925	264	368	348
1926	229	251	247
1927	247	368	345
1928	210	279	261
1929	253	343	320
1930	243	284	272
1931	266	354	324
1932	290	292	291
1933	315	342	332
1934	199	207	203
1935	184	242	221
1936	266	333	302
1937	254	290	272
1938	212	213	212
1939	218	260	239
1940	267	275	271
1941	229	237	233
1942	295	359	325
1943	120	152	135
1944	139	141	140
1945	76	94	82
1946	93	101	96
1947	166	189	174
1948	102	157	122
1949	113	119	115
1950	117	106	114
1951	119	120	119
1952	90	97	92
1953	72	89	77

* Составлено по: ГАСО. Ф. 241. Оп. 2. Д. 3395. Л. 9; Ф. 1813. Оп. 1. Д. 773. Л. 3, 6; Д. 774. Л. 1, 2; Д. 775. Л. 1, 3, 8; Д. 776. Л. 5, 6; Д. 777. Л. 5, 8; Д. 778. Л. 15, 16; Д. 1168. Л. 4; Оп. 11. Д. 30. Л. 4, 5.

он сделал доклад и представил проект устава «Союза для борьбы с детской смертностью в России». 18 января 1904 г. в Санкт-Петербурге состоялось учредительное собрание Союза. 28 мая 1904 г. Устав организации был утвер-

начала своей деятельности он столкнулся с крупным народным бедствием — колоссальной детской смертностью, занялся изучением этой проблемы, что стало главным делом его жизни. Опубликовал 10 статей, выступал на XII международном медицинском конгрессе. Во время летних отпусков изучал в Германии, Австрии, Франции, Бельгии и Англии опыт борьбы с детской смертностью. После учреждения Всероссийского попечительства об охране материнства и младенчества ему предложили стать членом Совета и редактором журнала «Охрана материнства и младенчества». Он переехал в Петроград, подготовил два номера журнала. 6 сентября 1916 г. он скончался. Во втором номере журнала была опубликована его статья о подкидышах, приютах и младенческой смертности в России. См.: Охрана материнства и младенчества. 1916. № 2.

жден МВД. Уставными задачами были: ходатайства об открытии местных отделов; сбор статистических сведений о детской смертности и о мерах борьбы с ней; распространение сведений о гигиене и способах борьбы с детской смертностью путем издания литературы, чтения лекций, организации курсов, музеев, выставок; организация приютов для женщин в до- и послеродовой период, яслей, амбулаторий и санаториев для детей с хроническими болезнями; помощь роженицам на дому; доставка доброкачественного молока новорожденным.⁹ Н. А. Русских учредил в Екатеринбург

⁹ См.: Макаревский М. И. На борьбу с детской смертностью: Учреждение «Союза для борьбы с детской смертностью» 12 декабря 1904 г. СПб., 1905. С. 3–6.

Уральский отдел Союза. На частные деньги он приобрел дом, в котором размещались ясли, музей, был организован патронаж для детей-подкидышей. При его содействии 28 марта 1910 г. в Екатеринбурге открылась первая детская больница на 20 коек, организованная на средства общества Красного Креста.¹⁰ В 1913 г., после I съезда детских врачей, по предложению педиатра К. А. Раухфуса было создано Всероссийское попечительство об охране материнства и детства. В его задачи входило создание на благотворительные средства детских консультаций, молочных кухонь, яслей, приютов; разработка концепции будущей системы охраны материнства и младенчества.

Лечение крестьян, фабрично-заводских работников стало возможным только со второй половины 1860-х гг., когда был создан институт земских врачей, организованы клиники при фабриках, которые оказывали медицинскую помощь бесплатно. Городские управления также были обязаны организовывать медицинскую помощь населению. В реальности все эти меры были крайне слабыми, медицинская помощь населению была почти недоступной. В зачаточном состоянии был и санитарный надзор в крупных городах.

Неразвитостью системы здравоохранения России в конце XIX — начале XX в. объясняется и то, что колебания уровня общей и младенческой смертности определялись в основном внешними условиями и зависели от неурожая, эпидемий и других негативных для человека воздействий. Имеющиеся сведения подтверждают, что наиболее высокая смертность в Пермской губернии фиксировалась в неурожайные годы (1901, 1906, 1907, 1911 гг.).

За 1916–1923 гг. репрезентативных сведений о младенческой смертности в регионе нами не обнаружено. Удалось составить динамические ряды младенческой смертности в 1924–1953 гг. в Свердловской области (в административных границах начала 1950-х гг.).

Из табл. 2 видно, что младенческая смертность на Урале начиная с 1947 г. имела тенденцию к сокращению, что было характерно для первой фазы демографического перехода. Однако в наиболее неблагоприятные годы (а ими оказались 1925, 1927, 1929, 1931, 1933, 1935, 1936, 1940, 1942, 1944, 1946, 1947, 1951 гг.) она увеличивалась. Особенно высокий уровень младенческой смертности фикси-

ровался на Урале в 1925, 1927, 1929, 1931, 1933, 1936, 1942 гг., когда треть родившихся не доживала до 1 года. Крайне высокой в эти годы была младенческая смертность в сельской местности. Ее повышение совпадало с неурожаями и голодом на селе. В городской местности младенческая смертность на протяжении всего периода была ниже, чем в сельской. Наиболее высокий уровень ее был зафиксирован в 1933 г., когда голод охватил и уральские города. В 1950 г. младенческая смертность в городах была выше, чем в сельской местности.

В динамике младенческой смертности на Урале в первой половине XX в. можно выделить несколько этапов. Принятый СНК 14 (27) ноября 1917 г. Декрет о пособии по беременности и родам (так называемый «декретный отпуск») заложил основу для разработки законов об охране материнства и детства, которые впервые гарантировали охрану труда работающих беременных женщин, предоставление им оплачиваемого отпуска до и после родов, предусматривали перерывы в рабочее время для кормления ребенка грудью. С 1920 г. развивается система родовспоможения и медицинской помощи матерям и детям, создается инфраструктура ухода за детьми, проводится санитарно-просветительская работа. Все эти меры, наложившиеся на оживление экономической и социальной жизни 1920-х гг., привели к заметному снижению младенческой смертности: на Урале ее коэффициент в 1926 г. достиг 247‰. При этом заметно сократился разрыв со средними показателями по стране (205‰), (рис. 1).

В конце 1920-х гг. свертывание нэпа, форсированная индустриализация, насильственная коллективизация и вызванные ими перемещения огромного количества людей на Урал привели к росту коэффициента младенческой смертности. Своего пика он достиг в 1933 г. — 332‰ (в городах — 315‰, в сельской местности — 342‰), что было связано с разразившимся голодом. Во второй половине 1930-х гг. уровень младенческой смертности стал постепенно снижаться, за исключением неурожайных 1936 и 1939 гг.

К концу 1930-х гг. в Свердловской области произошел урбанизационный переход: больше половины населения области проживало в городах и поселках городского типа. Здесь была создана широкая сеть учреждений здравоохранения. В Советской России развитие системы здравоохранения получило институционально

¹⁰ См.: Медицина и здоровье. 2007. № 7 (15). С. 31.

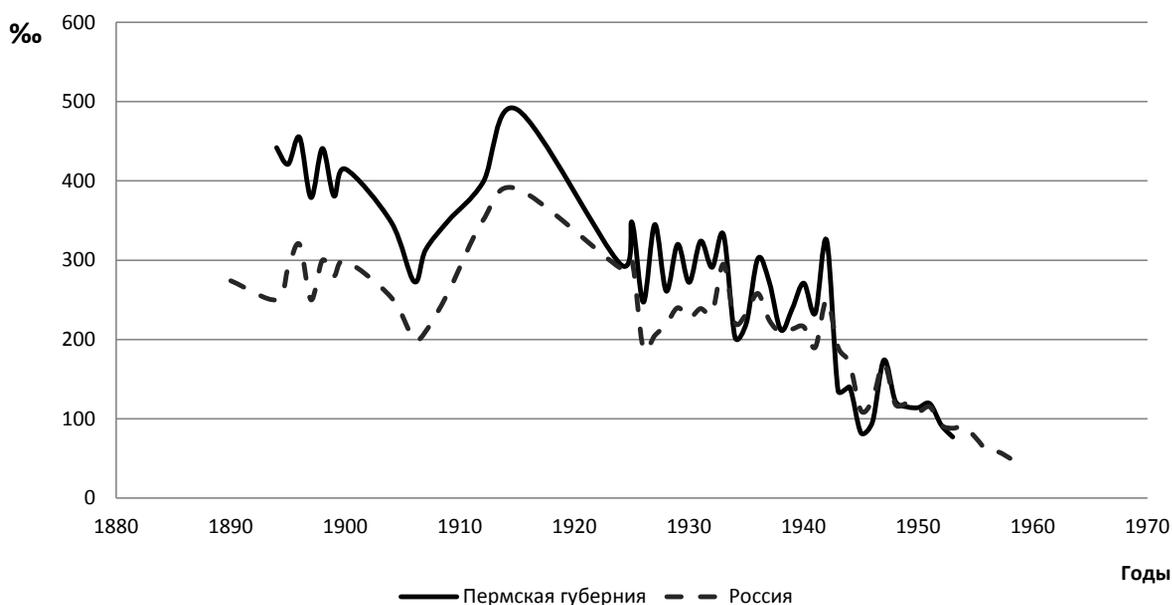


Рис. 1. Младенческая смертность в России и на Урале в первой половине XX века (в ‰)

политическую поддержку со стороны правительства; государственный статус приобрела и охрана материнства и младенчества. Сложилась трехзвенная система медицинской и профилактической помощи женщинам и детям: 1) женская консультация (осуществляла лечение женщин с гинекологическими заболеваниями, наблюдение за беременными, диагностику беременности и выдачу направлений на аборт); 2) родильные дома; 3) детские поликлиники (осуществляли наблюдение и лечение детей до 15 лет).¹¹

Рубежом в развитии системы охраны материнства и детства стало постановление ЦИК и СНК СССР от 27 июля 1936 г. «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, о расширении сети родильных домов, об усилении наказания за неплатеж алиментов и некоторых изменениях в законодательстве об абортах».¹² Во второй половине 1930-х гг. в регионе резко выросло количество коек в родильных домах, особенно в сельской местности; были открыты акушерские пункты на селе; значительно увеличилось количество мест в постоянных детских яслях и во временных, сезонных яслях в сельской местности; были созданы молочные кухни. В результате в СССР к началу 1940-х гг.

97 % рождений в городах и 26 % — в сельской местности было охвачено системой квалифицированного родовспоможения. Кроме того, была налажена подготовка медицинских кадров, создана система централизованного управления здравоохранением, четко обозначены функции и задачи отдельных звеньев этой системы.

Резкий спад младенческой смертности произошел в 1940-е гг., особенно, как это ни парадоксально, в заключительный период Великой Отечественной войны. В литературе отмечены два основных фактора столь необычного явления — эффективная работа органов здравоохранения, направленная на снижение смертности младенцев, и резкое снижение рождаемости, что уменьшило вероятность младенческой смертности чисто механически. Демограф Р. И. Сифман выделила еще один фактор — широкое внедрение в лечебную практику сульфамидных препаратов.¹³

В годы войны работа органов здравоохранения, безусловно, активизировалась. На Урале улучшился кадровый состав врачей и медицинского персонала (в основном за счет эвакуированных), расширилась сеть лечебно-профилактических учреждений, детских консультаций, молочных кухонь. Но сделанного было недостаточно для эффективного снижения младенческой смертности, в большей

¹¹ См.: Авдеев А. Младенческая смертность и история охраны материнства и младенчества в России и СССР // Демографические исследования. Вып. 14. М., 2008. С. 34, 35.

¹² Кодекс законов о браке и семье и опеке РСФСР. М., 1949. С. 40, 41.

¹³ См.: Сифман Р. И. К вопросу о причинах снижения детской смертности в годы Великой Отечественной войны // Продолжительность жизни: анализ и моделирование. М., 1979. С. 50–60.

степени в этот период работали демографические факторы. В сельской местности Свердловской области родовспоможением в 1940-е гг. было охвачено до 80 % беременных, при этом в стационарах рожали только 43 % беременных, а 37 % — дома. Высокой была смертность рожениц — 0,18 % случаев от всех родовспоможений по области, в ряде сельских районов она достигала 12–17 случаев на 1000.¹⁴

В октябре 1942 г. вышло постановление СНК СССР «О мероприятиях по улучшению работы органов Наркомздрава и детских учреждений по медицинскому обслуживанию детей и усилению питания нуждающихся детей», в котором предусматривалось значительно увеличить патронажную работу и охват детей консультациями в ранние сроки, организовать молочные кухни и пункты сцеживания грудного молока.

Реальные позитивные тенденции в деятельности учреждений системы охраны материнства и детства наметились в 1944 г., в связи с принятием постановления СНК РСФСР «Об улучшении медицинского обслуживания населения». Компенсировать пробелы в деятельности акушерско-гинекологической службы (а иногда и отсутствие ее структур) были призваны социальные меры государственно-правовой политики по охране здоровья населения, реализованные на основе ряда нормативно-правовых актов (Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания “Мать-героиня” и учреждении ордена “Материнская слава” и медали “Медаль материнства”» от 8 июля 1944 г.; постановление Совнаркома СССР «О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и улучшению медицинского и бытового обслуживания женщин и детей» от 10 ноября 1944 г. и др.).¹⁵

В неразрывной связи с мерами по охране здоровья матерей предпринимались меры по охране здоровья детей. В годы войны государство не снижало интенсивности усилий, направленных на охрану детства, несмотря на свои довольно скромные возможности. Первоочередной мерой была вынужденная

эвакуация детей в районы, удаленные от линии фронта. Следующая «здоровьесохранная» мера — обеспечение детей полноценным питанием. По инициативе Наркомздрава СССР советским правительством был решен вопрос о первоочередном отоваривании детских продовольственных карточек, о выдаче детям в возрасте до 1 года 12 л молока ежемесячно, об обслуживании молочной кухней не только детей до 1 года, но и больных детей до трех лет. 3 ноября 1942 г. Наркомздрав СССР издал приказ, обязывающий союзные, краевые и областные органы здравоохранения восстановить с 1 декабря 1942 г. участковую систему обслуживания детей, ввести в каждом городе, районе должность единого педиатра и в месячный срок укомплектовать все сельские врачебные участки патронажными сестрами.

Существенное влияние на понижение младенческой смертности оказало улучшение ухода за детьми. Анализ возрастного состава рожениц показал, что на Урале до 1944 г. самой большой была возрастная группа женщин 25–29 лет, в 1944 г. — 30–34 лет, в 1945 г. — 20–24 лет. В сельской местности вплоть до 1945 г. наиболее высоким среди рожениц был удельный вес женщин 30–34 лет и лишь в 1945 г. — 20–24 лет. В годы войны произошло повышение среднего возраста матери. С этим связано и увеличение доли первенцев среди родившихся детей. Особенно заметно это увеличение в сельской местности (до 31,1 % в 1945 г.). Удельный вес родившихся первых и вторых детей по всему Уралу увеличился в 1945 г. до 49,6%.¹⁶

Большая забота о выхаживании младенцев подтверждается материалами о младенческой смертности по отдельным причинам смерти. Основными причинами смерти были болезни органов дыхания и пищеварения: в 1940 г. их доля достигала 58 % всех случаев смерти, в 1944 г. она уменьшилась до 48 %. В 1942 г., когда наблюдалось резкое повышение младенческой смертности (практически такое же, как в 1933 г.), удельный вес умерших до 1 года от желудочно-кишечных заболеваний вырос до 31 %, от пневмонии — до 32 %. В 1944 г. удельный вес умерших по этим причинам младенцев снизился соответственно до 22 % и 26 %. Существенную роль в снижении младенческой смертности сыграла борьба с инфекционными заболеваниями (корь, скарлатина,

¹⁴ ГАСО. Ф. 627. Оп. 1. Д. 1340. Л. 63, 69.

¹⁵ Ведомости Верховного Совета СССР. 1944. 16 июля. № 37. С. 1.

¹⁶ См.: Корнилов Г. Е. Уральское село и война. Проблемы демографического развития. Екатеринбург, 1993. С. 60.

дифтерия, дизентерия и др.). В 1940 г. младенческая смертность от острых инфекций составляла 18,2%, в 1944 г. она уменьшилась до 5,5%. Однако на фоне сокращения удельного веса традиционных причин младенческой смертности в 1943–1945 гг. появились заболевания, которые ранее не фиксировались. Это — дистрофия и авитаминоз, вызываемые недопотреблением молока и голодом. Летальный исход от этих болезней среди умерших «нулевичков» достиг 6,8% в 1943 г. и 18% — в 1944 г. Неблагоприятные условия войны сказались и в том, что выросла доля умерших младенцев от туберкулеза, от болезней нервной системы, увеличилось количество случаев убийства младенцев (в 1943 г. — 0,3% от общего количества умерших).¹⁷

Для представителей детей низкообеспеченных слоев населения сохранялся высокий риск смерти, особенно на первом году жизни. Увеличение возраста рожениц и рост доли первенцев (а для трети женщин — их единственных детей) заставляли матерей выхаживать своих малышей гораздо более самоотверженно, чем в мирное время, что и явилось одним из основных факторов снижения младенческой смертности в годы войны.

В послевоенные годы, как свидетельствуют данные табл. 2, снижение коэффициента младенческой смертности фиксировалось как в городской местности, так и в сельской. Крупным достижением послевоенного времени было существенное снижение удельного веса младенцев среди всех умерших: в 1940 г. их удельный вес составлял по Свердловской области 41,6%, в 1949 г. — 30,2, в 1953 г. — 25%; по городу Свердловску он составлял в 1951 г. 26,6%, в 1952 г. — 23,4, в 1953 г. — 18,2%. Повторный всплеск младенческой смертности после голодных лет 1946 и 1947 гг. произошел в 1951 г., когда из-за неурожая возник голод в сельских районах области и ощущалась острая нехватка продовольствия в городах: доля умерших в возрасте до 1 года вновь выросла до 55,7% среди всех умерших. Это свидетельствовало, с одной стороны, о сохранении различий в уровнях младенческой смертности по территориям области и о более низком уровне противэпидемической работы и медицинского обслуживания населения в сельской местности; с другой стороны, о существенной разнице в материальном благосостоянии городского

и сельского населения. Тем не менее, приведенные данные свидетельствуют и о том, что борьба с младенческой смертностью приносила заметные результаты.

Эта борьба вела к тому, что постепенно изменялась структура причин смерти младенцев. В 1950 г. из тысячи родившихся в Свердловской области на 1-м году жизни умерло от воспаления легких 44 младенца, от инфекционных заболеваний — 22, от острых желудочно-кишечных болезней — 12. Удельный вес умерших от воспаления легких увеличивался почти непрерывно с 25% в 1946 г. до 43,8% в 1950 г.¹⁸

Среди острых инфекционных заболеваний, явившихся причиной смерти детей в возрасте до 1 года, в 1940 г. по Свердловской области основное место занимала корь; к началу 1950-х гг. ее доля уменьшилась в четыре раза и составила 10,3%. На первое место среди причин младенческой смертности вышла дизентерия: в 1940 г. ее доля составила 12,9%, в 1950 г. — 66,5%. Удельный вес коклюша сократился в 2 раза, гриппа — в 3 раза, дифтерии — в 2,5 раза, несколько меньше стал удельный вес скарлатины, рожи, гемоколита. В 1950 г. среди умерших от инфекционных заболеваний две трети погибало от дизентерии — «болезни грязных рук». Наблюдалось большое снижение удельного веса умерших от острых инфекционно-кишечных заболеваний: в 1940 г. он составил 30,1%, в 1950 г. — 10,5%. Сокращение смертных случаев от этих заболеваний стало основным резервом снижения младенческой смертности.

В составе умерших младенцев относительно уменьшилась доля новорожденных (возраст до 1 месяца): в 1940 г. она составляла 26,8% всех умерших младенцев в возрасте до 1 года, а в 1950 г. — 22%. Из всех родившихся погибало в 1-е сутки в 1940 г. 20,5% новорожденных и 0,9% от общего числа родившихся живыми, в 1950 г. — соответственно 19,9% и 0,5%. Доля новорожденных, умерших в первые сутки, в городских поселениях была выше, чем в сельской местности: она составляла в 1940 г. 22,3% при 18,5% в сельской местности, а в 1950 г. — соответственно 20,7% и 17,7%. Это было обусловлено тем обстоятельством, что доля детей, родившихся недоношенными, в городах была выше (5,9%), чем в сельской местности (3,2%). В сравнении

¹⁷ ГАСО. Ф. 627. Оп. 1. Д. 1340. Л. 63, 69.

¹⁸ ГАСО. Ф. 1813. Оп. 1. Д. 1169. Л. 6.

с 1940 г. доля их несколько снизилась (с 8,4 до 5,9 % в городах), однако продолжала оставаться высокой, несмотря на более широкое развертывание сети женских консультаций, которые создавали необходимые условия для уменьшения недоношенности.¹⁹ Сокращение смертности, хоть и незначительное, от таких специфических «младенческих» причин объясняется некоторым улучшением условий вынашивания детей.

Среди причин смерти младенцев в возрасте до 1 месяца первое место занимали болезни новорожденных (кровоизлияние в мозг и ателактаз легких): в 1940 г. их доля составила 50 % от общего числа умерших новорожденных, в 1950 г. — 46,6 %. В 1950 г. почти треть новорожденных умерла от воспаления легких (в 1940 г. — 9,4 %; в 1946 г. — 15,6 %), причем одна треть из них погибла прямо в роддомах. Доля новорожденных, умерших от врожденной слабости, уменьшилась существенно: с 15,7 % в 1940 г. до 5,8 % в 1950 г. В большей степени это было обусловлено снижением доли детей, родившихся недоношенными (врожденная слабость, преждевременное рождение и кровоизлияние в мозг были основными причинами смерти новорожденных в первые сутки после рождения).²⁰

По данным родовспомогательных учреждений, летальность новорожденных составила в 1950 г. в городских поселениях 3,05 %, в сельской местности — 1,3 %. Для недоношенных новорожденных этот показатель достигал весьма высокого уровня: в городах — 23,5 %, на селе — 29,1 %. Значительное влияние на повышение летальности новорожденных в лечебных учреждениях городских поселений оказывала смертность вследствие воспаления легких (до 20 %).²¹ Это было результатом того, что родильные отделения, особенно в сельской местности, находились в непригодных помещениях.

Перинатальная смертность к 1950-м гг. существенно уменьшилась, что свидетельствовало о расширении и улучшении медицинской помощи вообще и акушерской в частности. Тем не менее, сохранялось большое количество преждевременных родов: по данным больничных учреждений, их число составляло в 1953 г. 65 в городах и 39 в сельской местности на 1000 родов. При этом 30 % недоношенных

в городах и 38 % — на селе умирали в роддомах до выписки матерей из них.²² Организовать полное медицинское обслуживание младенцев детскими консультациями в середине XX в. не удалось, поскольку не хватало кадров. В 1950 г. в городах Свердловской области под наблюдение детских консультаций поступило в возрасте до 1 месяца только 60,6 % всех родившихся живыми. За год на одного ребенка на 1-м месяце жизни приходилось 0,8 посещения врачами на дому, 0,95 — медицинскими сестрами.²³

Одно из характерных изменений в поведении младенческой смертности — ослабление ее зависимости от времени года.²⁴ Тем не менее, на Урале сезонность продолжала оставаться (наибольший пик наблюдался в летние месяцы), хотя, по сравнению с предвоенными, и особенно дореволюционными, годами, доля умерших младенцев в летние месяцы в послевоенные годы стала меньше. Все более отчетливо стала проявляться зимняя сезонность. Как летняя, так и зимняя сезонность в младенческой смертности в большой степени была обусловлена колебаниями умерших в постнеонатальный период. На этот возраст приходилась большая часть умерших от экзогенных причин. В тяжелом 1950 г. число умерших от воспаления легких почти в 2 раза превышало число умерших от дизентерии и желудочно-кишечных заболеваний. Наибольший показатель младенческой смертности фиксировался в январе–феврале. В 1951 г. резкое увеличение числа умерших от желудочно-кишечных заболеваний при некотором снижении количества смертей от воспаления легких обусловило высокую смертность в июле.²⁵

В борьбе с младенческой смертностью на Урале можно выделить несколько этапов. Начавшийся демографический переход за первую треть XX в. обусловил почти двукратное ее сокращение. Однако ухудшение демографической ситуации в 1930-е гг. затормозило этот процесс. Заключительный этап Великой Отечественной войны выпадает из этой тенденции в силу чрезвычайных обстоятельств. После войны младенческая смертность вновь растет, но в начале 1950-х гг. ее рост был

¹⁹ Там же. Л. 7.

²⁰ Там же. Л. 7, 8.

²¹ Там же. Л. 8, 9.

²² Там же. Оп. 11. Д. 30. Л. 2а.

²³ Там же. Оп. 1. Д. 1169. Л. 9.

²⁴ См.: Сакамото-Момияма М. Сезонность и смертность человека. М., 1980.

²⁵ ГАСО. Ф. 1813. Оп. 11. Д. 18. Л. 33.

остановлен, более того начался ее спад, продолжавшийся до 1980-х гг. За первую половину XX в. младенческая смертность на Урале сократилась более чем в 4 раза. Изменение поведения смертности, являвшееся основным содержанием первой стадии демографического перехода, фиксировалось сначала преимущественно среди городского населения, а затем медленно захватывало и сельское население региона. Уменьшение младенческой смертности оказалось основным компонентом сокращения смертности в целом среди всего

населения региона. Основными причинами снижения уровня младенческой смертности на Урале, как и по всей стране, стали: развитие системы здравоохранения в 1930–1950-х гг., внедрение новых медицинских препаратов, рост числа медицинских кадров (т. е. развитие системы, направленной на борьбу с причинами экзогенного характера), а также изменение характера ухода за детьми, рост гигиенической культуры, (т. е. все то, что определяется общим культурным и материальным уровнем семьи).

Gennady E. Kornilov

Doctor of Historical Sciences, Institute of History and Archaeology, Ural Branch of the RAS (Russia, Ekaterinburg)

E-mail: genakorn@mail.ru

EVOLUTION OF INFANT MORTALITY IN THE URAL DURING THE FIRST HALF OF THE 20th CENTURY

On the basis of public healthcare authorities' documents and the running population statistics records the authors studied one of the demographic factors, i. e. infant mortality. The stages, dynamics and specifics of this process in the Ural in the first half of the 20th century, as well as the factors (economic, political, social) affecting infant mortality statistics have been identified. It was demonstrated that the transformation of infant mortality in the Ural (significant rate reduction, decrease of its share in the total mortality numbers) occurred in the first phase of the demographic transition.

Key words: *demographic transition, infant mortality, structure of causes of infant mortality, Ural, Sverdlovsk region*

REFERENCES

- Andreev E. M., Kvasha E. A. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of social hygiene, health and medical history]. Moscow: Meditsina Publ., 2002, № 4, pp. 15–20. (in Russ.).
- Avdeev A. *Demograficheskie issledovaniya* [Demographic Studies]. Moscow: MAKS Press Publ., 2008, Issue 14, pp. 13–72. (in Russ.).
- Baranov A. A., Albitskiy V. Yu. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal* (Kazan Medical Journal), 2011, Vol. 92, № 5, pp. 690–694. (in Russ.).
- Baranov A. A., Albitskiy V. Yu. *Smertnost detskogo naseleniya Rossii* [Mortality of the child population in Russia]. Moscow: Soyuz pediatrov Rossii Publ., 2009, 387 p. (in Russ.).
- Blyum A. *Roditsya, zhit i umeret v SSSR* [Born, live and die in the USSR]. Moscow: Novoe izdatelstvo Publ., 2005, 171 p. (in Russ.).
- Filtzer D. *The Hazards of the Urban Life in Late Stalinist Russia: Health, Hygiene and Living Standards, 1943–1953*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010, 410 p. (in English).
- Golikova S. V. *Detskaya smertnost v Permskoy gubernii (vtoraya polovina XIX – nachalo XX v.): istochnikovedcheskiy i metodicheskiy aspekty* [Infant mortality in the Perm region (second half of the XIX – XX century): the source and methodological aspects]. Ekaterinburg: UrO RAN Publ., 2012, 176 p. (in Russ.).
- Isupov V. A. *Sibir v XVII–XX vekakh: problemy politicheskoy i sotsialnoy istorii* [Siberia in the XVII–XX centuries: the problems of political and social history]. Novosibirsk: NGU Publ., 2002, pp. 177–186. (in Russ.).
- Kornilov G. Ye. *Uralskoe selo i voyna. Problemy demograficheskogo razvitiya* [Ural village and war. Problems of demographic development]. Ekaterinburg: Uralagropress Publ., 1993, 173 p. (in Russ.).

Paevskiy V. V. *Elementy statistiki: posobie dlya rabotnikov okhrany materinstva i mladenchestva i drugikh otrasley sotsialnoy gigieny* [Elements of statistics: a guide for employees of maternity and child, and other branches of social hygiene]. Moscow; Leningrad: Gosmedizdat Publ., 1931, 302 p. (in Russ.).

Sakamoto-Momiyama M. *Sezonnost i smertnost cheloveka* [Seasonality and human mortality]. Moscow: Meditsina Publ., 1980, 248 p. (in Russ.).

Sifman R. I. *Prodolzhitelnost zhizni: analiz i modelirovanie* [Lifespan: analysis and modeling]. Moscow: Statistika Publ., 1979, pp. 50–60. (in Russ.).

Sokolov D. A., Grebenshchikov V. I. Available at: http://www.situation.ru/app/j_art_268.htm (accessed December 31 2013). (in Russ.).

Sotsiologicheskie issledovaniya (Sociological Studies), 2003, № 6, pp. 47–75. (in Russ.).

Zhiromskaya V. B. *Demograficheskie issledovaniya* [Demographic Studies]. Moscow: MAKS Press Publ., 2008, Issue 14, pp. 143–175. (in Russ.).

Zhiromskaya V. B. *Zhiznennyy potentsial poslevoennykh pokoleniy v Rossii: istoriko-demograficheskiy aspekt. 1946–1960* [Life potential post-war generations in Russia: historical-demographic aspect. 1946–1960]. Moscow: ID RGGU Publ., 2009, 277 p. (in Russ.).