

Ю.В. Хавраева, Е.А. Кваша

Институт демографии им. А.Г. Вишневского НИУ ВШЭ, Москва, Российская Федерация

Перинатальная смертность в Москве в 1939–1949 гг.

Контактная информация:

Хавраева Юлия Владимировна, аспирантка 2-го года обучения по направлению «Демография», стажер-исследователь Института демографии им. А.Г. Вишневского НИУ ВШЭ

Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20, **e-mail:** ykhavraeva@hse.ru

Статья поступила: 14.06.2025, **принята к печати:** 16.10.2025

В статье на основе архивных данных рассматривается динамика перинатальной смертности в Москве, Англии и Уэльсе и Нидерландах за 1939–1949 гг. Полученные результаты показали, что с 1939 по 1947 г. перинатальная смертность в Москве снижалась, несмотря на трудности военных лет и голод 1946–1947 гг. В следующие годы тренд перевернулся, и перинатальная смертность возросла, достигнув в 1949 г. значений, близких к 1941 г. Похожие тенденции можно обнаружить в Нидерландах, пострадавших от сильного голода второй половины 1944 — первой половины 1945 г. Однако в Нидерландах и Англии и Уэльсе перинатальная смертность снижалась преимущественно за счет мертворождаемости, тогда как в Москве — за счет ранней неонатальной смертности.

Ключевые слова: перинатальная смертность, история Москвы, Великая Отечественная война, мертворождаемость, история здравоохранения

Для цитирования: Хавраева Ю.В., Кваша Е.А. Перинатальная смертность в Москве в 1939–1949 гг. *Вопросы современной педиатрии*. 2025;24(5):322–329. doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v24i5.2966>

322

К показателю перинатальной смертности обращаются в тех случаях анализа младенческой смертности, когда граница, разделяющая живого и мертворожденного, размыта либо сами критерии, определяющие эти состояния, различаются от страны к стране в разные исторические периоды. Использование этого показателя также подчеркивает единство причин и процессов, приводящих к смерти ребенка до, во время и вскоре после родов [1].

В качестве источников используются данные текущего учета населения, находящиеся в трех московских архивах: Центральном государственном архиве Москвы (ЦГАМ), Государственном архиве Российской Федерации (ГАРФ) и Российском государственном архиве экономики (РГАЭ). В частности, речь идет о формах 4-а «Сведения об умерших в возрасте до 1 года за год по полу, количеству прожитых дней и месяцев и календарным месяцам» и 1 «Сведения о естественном движении населения за год». Эти две формы позволяют выделить данные, на основе которых можно посчитать показатель перинатальной смертности.

Вспомогательными материалами являются данные по статистике здравоохранения, докладные записки и годовые отчеты, также находящиеся в архивах Москвы. Сведения по другим странам собраны из различных статистических сборников и публикаций.

Понятие «перинатальная смертность» было предложено австро-американским врачом Сигизмундом Пеллером в 1948 г. [2], а первые работы, использующие этот показатель, появились позднее. Исследования смертности новорожденных, сфокусированные на ее перинатальной составляющей, в отечественной литературе начинают публиковать с 60-х гг. XX в. [1]. При этом ранняя неонатальная смертность рассматривалась уже с начала XX в. такими исследователями, как В.И. Биншток [3], С.А. Новосельский [4], В.В. Паевский [5], а ранняя неонатальная смертность вместе с мертворождаемостью исследовалась в отечественной и зарубежной литературе начиная с 20-х гг. прошлого века.

Например, согласно исследованию И. Фейгель, в Ленинграде с начала века до 1926 г. уровень мертворождаемости снизился с 39,7 до 32,5 на всех

Yuliya V. Khavraeva, Ekaterina A. Kvasha

Vishnevsky Institute of Demography HSE, Moscow, Russian Federation

Perinatal Mortality in Moscow in 1939–1949

This article examines the dynamics of perinatal mortality in Moscow, England and Wales, and the Netherlands at 1939–1949 according to archival data. The results have shown that perinatal mortality in Moscow has decreased during the period from 1939 to 1947, despite the war years' difficulties and the famine of 1946–1947. This trend changed in the following years: perinatal mortality in 1949 has reached the values close to 1941. Similar trends were found in the Netherlands suffered from severe famine in the second half of 1944 — first half of 1945. However, perinatal mortality decreased in the Netherlands, England and Wales mainly due to stillbirth, while in Moscow due to early neonatal mortality.

Keywords: perinatal mortality, history of Moscow, World War II, stillbirth, healthcare history

For citation: Khavraeva Yuliya V., Kvasha Ekaterina A. Perinatal Mortality in Moscow in 1939–1949. *Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2025;24(5):322–329. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/vsp.v24i5.2966>

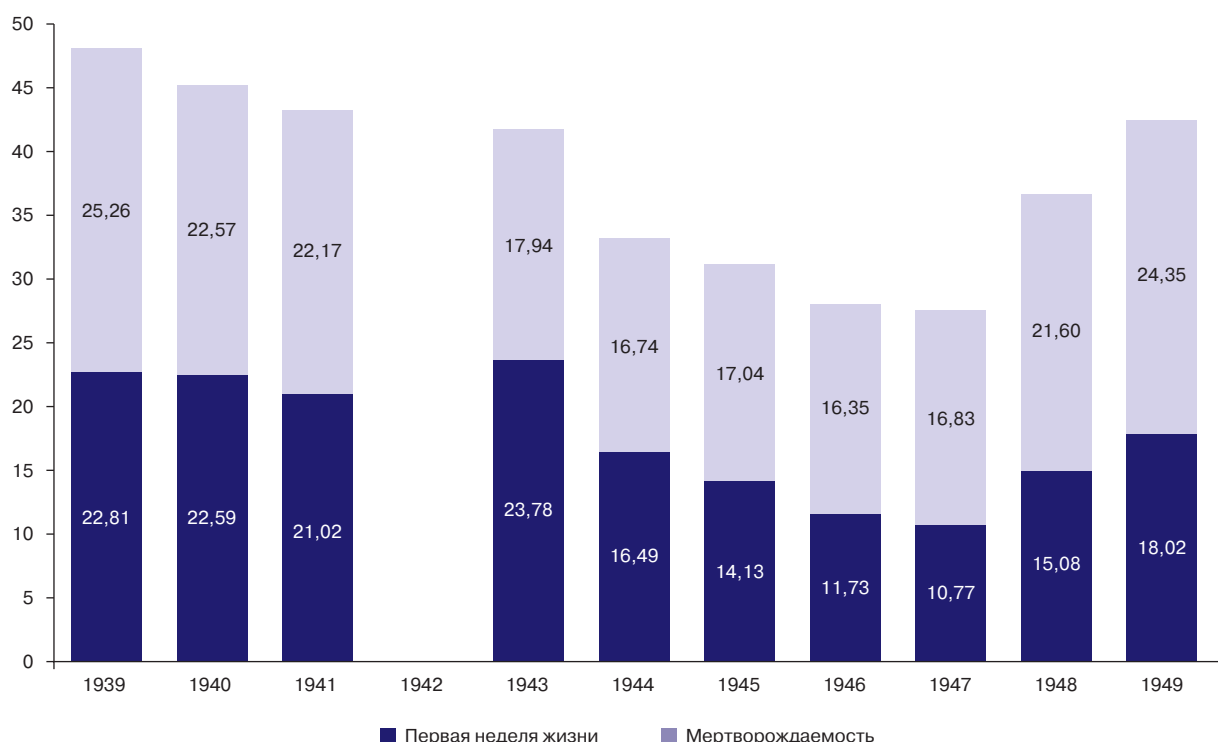
родившихся, а смертность в первую неделю жизни — с 30,0 до 27,1 на 1000 родившихся живыми [6]. Многие отечественные и зарубежные авторы в 1920–1960-е гг. связывали колебание уровня мертворождаемости и смертности в самый ранний период жизни ребенка с ее высокой интенсивностью в самые первые дни и часы жизни, с числом недоношенных детей (низкой массой при рождении), недостаточной охраной здоровья беременных, изменением материальных, бытовых и производственных условий, организацией систем родовспоможения (высокой долей родов на дому), несвоевременным прекращением работы перед родами, частотой дородовых консультаций и пр. [7–9].

40-е гг. прошлого века выделяются как период активного снижения младенческой смертности, несмотря на Великую Отечественную войну и голод послевоенных лет. Особое внимание данному сюжету в границах Москвы было уделено в недавнем исследовании [10], в котором отмечается снижение уровня младенческой смертности уже в 1944 г. ниже довоенного 1939 г. с сохранением этого тренда в последующие годы. Исключением стал кризисный 1947 г., отмеченный ростом коэффициента младенческой смертности. Это снижение происходило преимущественно за счет смертности в позднем неонатальном и постнеонатальном периодах, тогда как ранняя неонатальная составляющая менялась иначе.

Динамика перинатальной смертности и ее составляющих в рассматриваемый период немного отличалась от младенческой (см. рисунок).

В 1939 г. перинатальная смертность в Москве составляла 48,1‰ и постепенно снижалась в предвоенные годы. Вклад ранней неонатальной составляющей и мертворождаемости был примерно одинаковым — 22,8 и 25,2, то есть 47 и 53% соответственно (см. рисунок). В это время в городе создавались пункты сцеживания грудного молока в детских консультациях и роддомах [21]. Охват рожениц услугами женских консультаций в городе характеризовался высокими значениями: за 1940 г. состояли под наблюдением 88,7% всех родивших, а среднее число посещений одной беременной женщиной до родов составляло 6,8 [22]. В 1941 г., в отличие от смертности на всем первом году жизни, не произошло существенного снижения уровня ни мертворождаемости, ни смертности на первой неделе жизни. Причины этих различий следует искать в особенностях демографического движения и учета населения: в первую неделю жизни дети оставались в роддомах и не выбывали из статистики Москвы из-за эвакуации, по причине которой снизился коэффициент младенческой смертности. На первом этапе войны обстановка в городе была нестабильной: осенне-зимний период 1941 г. сопровождался регулярными бомбардировками, постоянными эвакуациями в бомбоубежища (в том числе из роддомов), нарушениями в системе отопления и очистки города от мусора, перебоями в работе общественного транспорта. В подобных условиях ожидаемым было бы повышение уровня перинатальной смертности, однако имеющиеся данные не позволяют рассчитать такие показатели для второй половины 1941 г.

Рисунок. Коэффициенты мертворождаемости и ранней неонатальной смертности в Москве на 1000 всех рождений, 1939–1949 гг.
Figure. Stillbirth and early neonatal mortality rates in Moscow per 1,000 total births, 1939–1949



Источник: расчеты авторов на основе архивных данных ЦГАМ. Ф. Р-126. Оп. 13. Д. 159 [11]; 173 [12]; 189 [13]; 204 [14]; РГЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 204 [15]; 341 [16]; 432 [17]; 777 [18]; Оп. 329. Д. 4480 [19]; ГА РФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 93 [20].

Source: authors' calculations based on archived data from Moscow Central State Archive. Fund P-126. Inventory 13. Case 159 [11]; 173 [12]; 189 [13]; 204 [14]; Russian State Archive of Economics. Fund 1562. Inventory 20. Case 204 [15]; 341 [16]; 432 [17]; 777 [18]; Inventory 329. Case 4480 [19]; State Archive of Russian Federation. Fund A-374. Inventory 11. Case 93 [20].

Несмотря на потрясения войны, работа в области охраны материнства и детства не остановилась. В конце 1941 г. Министерство здравоохранения СССР издало методическое письмо об уходе за недоношенными детьми. Основопологающим являлось строгое поддержание температур: от воздуха в палате до пеленок. Недоношенным детям рекомендовалось вводить ежедневно 0,5% раствора бензойнокислого кофеина, а при асфиксии включать пары нашатырного спирта и вводить под кожу 0,2–0,3% лобелина или 10% кофеина. Кормление недоношенных чередовало сцеженное грудное молоко и физраствор, а после отпадения пуповины эти места смазывались йодом и стрептоцидом [23].

К сожалению, отсутствие подробных сведений о числе умерших до 1 года в Москве в 1942 г. не позволяет оценить уровень перинатальной смертности в этот период. Тем не менее, имеющиеся данные дают возможность рассчитать одну из ее составляющих — коэффициент мертворождаемости. Для кризисного 1942 г., в котором коэффициент младенческой смертности вырос практически в два раза и достиг уровня конца XIX в., коэффициент мертворождаемости практически не изменился и составил 24,6‰. Более того, в условиях серьезного продовольственного, топливного и санитарного кризиса в Москве в 1942 г. он оказался несколько ниже, чем в довоенный 1939 г. Причины более низких значений уровня мертворождаемости можно искать как в недоучете, так и в вероятно перенесенных в более ранние сроки беременности выкидышах либо же в улучшении охраны здоровья беременных женщин. В этот период заботе о новорожденных и их матерях уделялось особое внимание: с июля 1942 г. в городе организовывалась продажа продуктов сверх норм для беременных женщин, матерей в течение двух месяцев после родов, кормилиц и доноров грудного молока [24]. Такая добавочная карточка для беременных оценивалась в 1123 ккал. Для сравнения, калорийность карточки рабочего оценивалась в 3388 ккал, служащих — 2819, а для иждивенцев — 2386. Таким образом, если будущая мать находилась на иждивении, то она могла суммарно рассчитывать на возможность получения продуктов по карточкам на 3509 ккал (то есть больше, чем рабочий) [24]. Некоторые современные исследования подчеркивают, что на поздних этапах беременности рекомендуемая норма потребления достигает 4500 ккал и для кормящих матерей порядка 3200 ккал в день [25]. Особняком стоит проблема отоваривания этих карточек, особенно в тяжелейший 1942 г., однако эта тема мало требует самостоятельного исследования. В соответствии с тем же постановлением широкий размах получила организация донорских пунктов сбора грудного молока.

В 1943 г. перинатальная смертность в Москве начала снижаться, как и коэффициент младенческой смертности, а в структуре перинатальной смертности в первый и последний раз за весь рассматриваемый период более половины случаев (57%) приходилось на ранний неонатальный период. Такие изменения произошли как за счет роста смертности на первой неделе, так и за счет снижения уровня мертворождаемости. Такие противоположенные тенденции вполне согласуются с условиями жизни в городе, когда наряду с мерами поддержки беременных женщин и кормящих матерей положение роддомов оставалось неустойчивым, а число домашних родов было относительно высоким. Об этом свидетельствует приказ Мосгорздравотдела № 614 от 11 ноября 1943 г., согласно которому полагалось снизить возросшее число домашних родов, а также наладить снабжение

топливом нескольких роддомов [26]. Напомним, что проведение родов в стационаре и поддержание температуры в родильных помещениях являлись важными инструментами предотвращения болезней и смертей новорожденных, в первую очередь, от пневмоний [27].

Период с 1944 по 1947 г. отмечен активным снижением уровня перинатальной смертности преимущественно за счет раннего неонатального периода. Продолжили свое развитие и государственные меры по охране материнства и детства. 9 марта 1944 г. был выпущен приказ № 168 Московского городского отдела здравоохранения о расширении коечного фонда в связи с переполнением роддомов и гинекологических больниц [28]. По статистике на 1 января, число родильных коек в Москве значительно выросло — с 1563 в 1944 г. до 2752 в 1945 г. [29], а по другой форме — № 90 «Годовой отчет о сети, деятельности и кадрах медицинских учреждений», — в которой, однако, нет сведений о дате, к которой приведены значения, число коек выросло с 1187 до 3170 [30, 31]. Следом за ним, 9 августа 1944 г., был выпущен приказ по Московскому городскому отделу здравоохранения № 448, направленный на ремонт и открытие отделений для недоношенных детей, а позже приказом Наркомздрава СССР и Наркомторговли СССР от 7 сентября 1944 г. № 431/592 установлена выдача дополнительных пайков в двойном размере для кормящих матерей, сдающих одновременно грудное молоко в консультацию не менее 300 г в день [28].

В дополнение к этому в июле 1944 г. был издан Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении звания «Матери-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства»». В рамках этого указа увеличивалась длительность отпуска по беременности и родам с 63 до 77 календарных дней (35 дней до и 42 дня после родов) и сокращался минимальный срок непрерывной работы на предприятии с 7 до 3 мес. Кроме того, согласно этому постановлению, каждой беременной женщине выдается начиная с 6-го мес беременности, а также каждой кормящей грудью или сдающей молоко женщине дополнительно к существующим нормам снабжения ежемесячный паек. В дополнительных пунктах содержались меры, улучшающие трудовое положение матерей, например запрет на привлечение к ночным и сверхурочным работам [32].

Значимую роль в развитии организации охраны здоровья матери и ребенка сыграло создание в 1944 г. НИИ акушерства и гинекологии [33]. В том же году в столице было создано первое отделение недоношенного ребенка, а в 1946 г. в Москве открыли первый в стране родильный дом, специализирующийся на выживании недоношенных детей [33, с. 59–76]. В середине 1947 г. на основании приказа № 519-а по Мосгорздравотделу принимались меры по улучшению обслуживания медицинской помощью женщин в родах и с начавшимися абортными при инфекционных заболеваниях (организация специальных боксов в некоторых роддомах Москвы для рожениц, страдающих инфекционными заболеваниями) [34].

Мы не располагаем достаточными данными для оценки вклада в снижение перинатальной смертности доношенных и недоношенных детей, однако, опираясь на исследование Р.Б. Коган, можно сделать вывод о снижении смертности на первой неделе жизни в Москве к 1946 г. за счет доношенных детей, тогда как смертность среди недоношенных оставалась сравнительно высокой,

в свою очередь, смертность недоношенных превышала смертность доношенных в 59 раз [35]. Интересно, что при росте коэффициента младенческой смертности в 1946 г., вызванном продовольственным кризисом по всей стране, смертность в перинатальном периоде продолжала снижаться, при том, что в 1948–1949 гг. она, напротив, значительно выросла — практически до предвоенных значений — за счет обеих ее составляющих. Выше, чем в 1949 г., мертворождаемость была только в 1939 г., тогда как уровень ранней неонатальной смертности поднялся до уровня 1945–1946 гг. В этом же году отмечался высокий процент смертности недоношенных детей [36]. В одном из протоколов совещаний по борьбе с желудочно-кишечными инфекциями в Москве в июле 1947 г. есть следующая запись: «Выявлено, что большинство матерей после выписки страдают отсутствием молока. Отменили рабочие карточки, это снизило рост сбора грудного молока» [37]. Отмена продовольственных карточек в самом деле произошла в 1947 г., однако не в июле, а в декабре, вместе с проведением денежной реформы [38]. Фиксировалось снижение сбора грудного молока: если в 1947 г. собирали 173 795 литров (примерно 476 литров в день), то в 1948 г. — только 98 893 литра грудного молока [39] (примерно 270 литров в день). Для сравнения: на начало 1943 г. насчитывалось 510 доноров грудного молока, которые ежедневно сдавали 261 литр [40], а в 1944 г. — 791 донор с ежедневной сдачей 412 литров [41]. На начало 1949 г. в сравнении с 1948 г. снизилось число доноров, сдающих грудное молоко, — с 888 до 497 [39]. Для улучшения обслуживания беременных женщин в середине 1948 г. выпущен Приказ Министерства здравоохранения СССР № 278 от 07.05.1948 «Об объединении роддомов и женских консультаций для лучшего сообщения между ними» [42], и его влияние уже выходит за хронологические рамки настоящего исследования. За рассматриваемый период перинатальная смертность в Москве снизилась на 5,7%, основной вклад в это снижение внесла ранняя неонатальная составляющая (84%).

Для определения места Москвы в мире по уровню перинатальной смертности в 1940-е гг. было выбрано две страны — Англия и Уэльс и Нидерланды. Безусловно, корректнее было бы провести сравнение с зарубежными городами, а не странами, однако, к сожалению, мы не располагаем данными о перинатальной смертности в рассматриваемый период. Выбор этих двух стран неслучаен: они характеризуются длинными рядами данных по перинатальной и младенческой смертности и сравнительно высоким качеством учета. Кроме того, они также были затронуты событиями Второй мировой войны, а данные по Нидерландам за голодный период 1944–1945 гг. дают возможность для сравнения влияния этого кризисного явления на уровень перинатальной смертности в Нидерландах и в Москве.

Разница в показателях перинатальной смертности между странами или временными промежутками на территории одной и той же страны может обуславливаться не только собственно уровнем смертности, но и различиями в определении живо- и мертворождения.

Под живорождением в Советском Союзе понималось полное выделение или извлечение внутриутробного ребенка при сроке беременности 28 нед и более (то есть с ростом более 35 см и массой более 1000 г), который после отделения от матери сделал хотя бы один вдох [33]. Впрочем, при анализе перинатальной смертности гораздо более значимую роль играют критерии, разделяющие мертворождаемость и выкидыши. Согласно Инструкции

Наркомздрава СССР от 01.07.1939 № 10 «Об определении доношенности (зрелости) новорожденных», роды нежизнеспособным ребенком в пределах 28 нед беременности должны были учитываться в качестве выкидыша. Длина и вес детей такого возраста указывались ниже 35 см и 1000 г. В результате советская статистика не включала ни в группу мертворождений, ни в группу ранней неонатальной смертности младенцев, которые родились живыми (сделали хотя бы один вдох) на сроке беременности менее 28 нед и которые умерли в течение первой недели жизни [43].

Вплоть до 1950 г., когда Всемирная организация здравоохранения ввела международные рекомендации по учету живорождений и мертворождений, каждая страна использовала свои собственные определения. Например, в Англии и Уэльсе до 1950 г. мертворожденным считался ребенок, «который родился после 28-й нед беременности и который не сделал ни одного вдоха и не проявлял никаких других признаков жизни» [44]. Отмечалось, что в годы войны имела место регистрация в качестве мертворожденных детей, умерших вскоре после рождения [45]. Впрочем, этот недоучет нивелируется использованием показателя перинатальной смертности.

В Нидерландах в исследуемый период срок беременности для признания мертворожденным ограничивался 26 нед и длиной младенца не менее 35 см при отсутствии любых признаков жизни (таких как дыхание и сердцебиение) [46]. Несмотря на то, что порог по сроку беременности в Нидерландах был ниже, чем в Советском Союзе (28 нед), длина ребенка в качестве критерия являлась аналогичной советским параметрам, что позволяет сопоставлять полученные результаты. В Нидерландах также существовал недоучет мертворождаемости. В публикации Национального центра статистики здоровья США, посвященной детской смертности в Нидерландах, приводится следующая информация: «В пограничных случаях, касающихся срока беременности (от 26 до 28 нед), врачи, как правило, классифицируют мертворождение как поздний выкидыш, чтобы избавить родителей от хлопот и расходов, связанных с похоронами. Это приводит к небольшому занижению показателей мертворождаемости и перинатальной смертности». Кроме того, часть мертворождений могли быть зарегистрированы в качестве живорождений для возможности крещения ребенка, и наоборот, часть детей, родившихся живыми, но умерших вскоре после рождения, могли иногда заносить в статистику мертворожденных [47].

Таким образом, основными различиями между критериями живо- и мертворождения в Советском Союзе и в этих двух странах являются: а) непризнание родившимся живым младенца при сроке менее 28 нед беременности и не дожившего до выписки из роддома (для Советского Союза); б) более узкое определение признаков живорождения в СССР (только наличие дыхания). Если влияние второго фактора можно нивелировать переходом на анализ смертности в перинатальный период, то первый оказывает на уровень перинатальной смертности непосредственное влияние.

Перинатальная смертность в Москве в начале рассматриваемого периода была на 22 процентных пункта (п.п.) ниже, чем в Англии и Уэльсе, но на 20 п.п. выше, чем в Нидерландах (табл. 1).

Потрясения Второй мировой войны затронули население Англии и Уэльса раньше, чем России. К 1940 г. повседневная жизнь страны уже перешла на военные рельсы, что отразилось и на системе здравоохранения. Активные перемещения населения, разделение семей,

Таблица 1. Перинатальная смертность в Москве, Англии и Уэльсе и Нидерландах, 1939–1949 гг., на 1000 всех рождений
Table 1. Perinatal mortality in Moscow, England and Wales, and the Netherlands, 1939–1949, per 1000 total births

Год	Москва	Англия и Уэльс	Нидерланды
1939	48,1	58,5	39,8
1940	45,2	57,7	40,6
1941	43,2	54,7	37,5
1942	–	52,1	33,5
1943	41,7	47,9	32,4
1944	33,2	44,5	33,6
1945	31,2	45,2	34,9
1946	28,1	44,3	34,8
1947	27,6	40,3	34,2
1948	36,7	38,5	32,4
1949	42,4	38,0	32,9

Источник: для Москвы расчеты авторов на основе архивных данных ЦГАМ. Ф. Р-126. Оп. 13. Д. 159 [11]; 173 [12]; 189 [13]; 204 [14]; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 204 [15]; 341 [16]; 432 [17]; 777 [18]; Оп. 329. Д. 4480 [19]; ГАРФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 93 [20]. Для Англии и Уэльса [45, р. 119], для Нидерландов [48, р. 34].
Source: for Moscow authors' calculations based on archived data from Moscow Central State Archive. Fund Р-126. Inventory 13. Case 159 [11]; 173 [12]; 189 [13]; 204 [14]; Russian State Archive of Economics. Fund 1562. Inventory 20. Case 204 [15]; 341 [16]; 432 [17]; 777 [18]; Inventory 329. Case 4480 [19]; State Archive of Russian Federation. Fund А-374. Inventory 11. Case 93 [20]. For England and Wales [45, p. 119], for the Netherlands [48, p. 34].

приоритизация военных нужд, призыв большей части профессиональных врачей на войну отразились на показателе младенческой смертности в Англии и Уэльсе — ее рост в 1941 г. в сравнении с 1939 г. составил практически 10%. Тем не менее, перинатальная смертность не только не выросла, но и сохранила свой тренд на снижение. Не последнюю роль в этом сыграло изменение организации медицинской помощи беременным и недавно родившим женщинам. С июля 1940 г. введена ежедневная продажа беременным женщинам и кормящим матерям пинты молока по низкой цене, а с 1941 г. к этому добавлялись апельсиновый сок, таблетки из рыбьего жира, а также витамины А и D. Помимо этого, для обеспечения безопасного родоразрешения в условиях регулярных налетов за месяц до предполагаемой даты родов женщин эвакуировали в специальные общежития, адаптированные для ухода за беременными и новорожденными. Вместе с этим нужно учитывать и продолжающийся эффект мер 1930-х гг., направленных на повышение уровня квалификации практикующих акушерок, а также организацию в 1936 г. бесплатной акушерской службы [45, 49]. В то же время охват в Великобритании (без Шотландии) стационарным родоразрешением вырос за десять лет с 52,8 до 61,2% [35], а с 1948 г. вступил в силу закон о Национальной службе здравоохранения, заложивший основу для организации бесплатной медицинской помощи в Англии и Уэльсе [50]. В Великобритании в этот период родоразрешения в стационарах проводились в основном для женщин, имеющих осложнения, тогда как домашние роды сопровождалась профессиональной акушерской помощью на дому, и только около 2% родов проходили без какой-либо профессиональной помощи [49, р. 111]. За все рассматриваемые десять лет рост перинатальной смертности в Англии и Уэльсе зафиксирован только в 1945 г. — на 0,7%, причем рост произошел исключительно за счет ранней неонатальной составляющей, тогда как уровень мертворождаемости снижался в течение всего периода (кроме 1945 г., когда

он остался без изменений) (табл. 2). В этот же год вырос коэффициент младенческой смертности, что объясняется общемировым продовольственным послевоенным кризисом, ростом рождаемости и ожиданием демобилизации медработников [45]. Всего уровень перинатальной смертности в Англии и Уэльсе в 1949 г. по сравнению с 1939 г. уменьшился на 20,5% (больше чем в 1,5 раза) и был ниже московских значений на 4,4% (или 12 п.п.). «Перегнуть» Москву по уровню перинатальной смертности Англия и Уэльс смогли только в 1949 г. из-за значительного скачка показателя в Москве. В отличие от Москвы, основной вклад в такое значительное снижение уровня перинатальной смертности внесло снижение уровня мертворождаемости (75%).
В Нидерландах 1949 г. характеризуется более низкими значениями, чем 1939 г., показателя перинатальной смертности. Снижение составило 6,9%, или 21 п.п. За 10 лет перинатальная смертность в стране росла дважды: в 1940 и в 1944–1945 гг. В Нидерландах менее четверти всех родов проходили в больницах [48]. Напомним, что в Москве более 90% всех рожениц в начале рассматриваемого периода были охвачены наблюдением консультаций [51] и менее 8% родов проходили вне стационара [52]. Организация профессиональной акушерской помощи на дому в Нидерландах началась гораздо раньше, чем в Англии, однако централизованная система здравоохранения и медицинского страхования появилась только в период немецкой оккупации в 1941 г. [53]. До этого момента только половина населения Нидерландов была застрахована, тогда как вторая половина получала бесплатную медицинскую помощь от врачей, нанятых муниципалитетом [47]. Не считая этого, система организации медицинской помощи беременным практически не претерпела изменений с начала века: уход за роженицей делили между собой семейные врачи и акушерки, получавшие оплату труда из страховых счетов [47]. Особое положение Нидерланды занимали и в вопросах продовольственного снабжения: после

Таблица 2. Мертворождаемость и ранняя неонатальная смертность как часть перинатальной в Москве, Англии и Уэльсе и Нидерландах, 1939–1949 гг., на 1000 всех рождений

Table 2. Stillbirth and early neonatal mortality as part of perinatal mortality in Moscow, England and Wales, and the Netherlands, 1939–1949, per 1000 of all births

Год	Мертворождаемость			Ранняя неонатальная смертность		
	Москва	Англия и Уэльс	Нидерланды	Москва	Англия и Уэльс	Нидерланды
1939	25,3	38,1	24,7	22,8	20,4	15,1
1940	22,6	37,2	24,8	22,6	20,5	15,8
1941	22,2	34,8	25,1	21,0	19,9	12,4
1942	24,6	33,2	21,3	н/д	18,9	12,2
1943	17,9	30,1	19,3	23,8	17,8	13,1
1944	16,7	27,6	18,5	16,5	16,9	15,1
1945	17,0	27,6	18,5	14,1	17,6	16,4
1946	16,3	27,2	19,4	11,7	17,1	15,4
1947	16,8	24,1	20,2	10,8	16,2	14
1948	21,6	23,2	20,1	15,1	15,3	12,3
1949	24,4	22,7	18,9	18,0	15,3	14

Источники: для Москвы расчеты авторов на основе архивных данных ЦГАМ. Ф. Р-126. Оп. 13. Д. 159 [11]; 173 [12]; 189 [13]; 204 [14]; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 204 [15]; 341 [16]; 432 [17]; 777 [18]; Оп. 329. Д. 4480 [19]; ГАРФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 93 [20]; база данных Демоскоп [55]. Для Англии и Уэльса [45], для Нидерландов [48].

Source: for Moscow authors' calculations based on archived data from Moscow Central State Archive. Fund P-126. Inventory 13. Case 159 [11]; 173 [12]; 189 [13]; 204 [14]; Russian State Archive of Economics. Fund 1562. Inventory 20. Case 204 [15]; 341 [16]; 432 [17]; 777 [18]; Inventory 329. Case 4480 [19]; State Archive of Russian Federation. Fund A-374. Inventory 11. Case 93 [20]; Demoscope database [55]. For England and Wales [45], for the Netherlands [48].

327

вторжения Германии в страну в мае 1940 г. частично за счет либерального правления оккупантов, частично из-за введенной в 1939 г. карточной системы снабжения обеспечение страны продовольствием было значительно лучше, чем в других оккупированных странах [54].

Рост перинатальной смертности в Нидерландах в 1944–1945 гг. связан с сильным голодом и его последствиями в эти годы. Особый интерес вызывает показатель мертворождаемости, который не изменился в годы голода, но вырос в следующие 1946–1948 гг., гораздо более благополучные с точки зрения продовольственного обеспечения. Такой же временной лаг характерен и для Москвы — когда голод 1946–1947 гг. не отразился на уровне перинатальной смертности и проявился уже в следующие за ними 1948–1949 гг. Отдельные исследования, посвященные этой теме, констатируют, что мертворождаемости в крупных городах Нидерландов, в большей степени пострадавших от голода, не только не выросла в сравнении с более благополучными регионами, но и продолжила снижение. Авторы объясняют такие различия результатом колебания малых чисел умерших в городах, а также отмечают большее влияние голода на уровень перинатальной смертности, если он затрагивал женщин на ранних сроках беременности [54]. Другим вариантом объяснения является возможный недоучет мертворожденных и числа зарегистрированных смертей во второй половине 1944 — первой половине 1945 г., вызванный активизацией военных действий [54]. Тем не менее, к 1949 г. показатель перинатальной смертности в Нидерландах приблизился к своему минимальному значению и был на 9,5% ниже, чем в Москве. В целом за 1939–1949 гг. коэффициент перинатальной смертности снизился в Нидерландах на 6,9%. Как и в Англии и Уэльсе, подавляющий вклад в это снижение внесло снижение мертворождаемости (84%).

Таким образом, к концу рассматриваемого периода Москва показывала самые высокие значения по уровню перинатальной смертности по сравнению с рассматриваемыми странами (как по уровню мертворождаемости, так и по уровню ранней неонатальной составляющей). При этом в начале рассматриваемого периода самый высокий уровень перинатальной смертности и мертворождаемости был в Англии и Уэльсе. Можно предположить, что одной из причин этого было меньшее, чем в странах, выбранных для сравнения, внимание к снижению уровня мертворождаемости, за счет которой и происходило основное снижение перинатальной смертности в Нидерландах и Англии и Уэльсе.

С 1939 по 1947 г. перинатальная смертность в Москве снижалась, несмотря на потрясения военных лет и голод 1946–1947 гг. Вероятно, исключением мог стать 1942 г., когда коэффициент мертворождаемости вырос в сравнении с 1940–1941 гг., но оставался ниже значений довоенного 1939 г. В более благополучные 1948–1949 гг., когда коэффициент младенческой смертности в Москве снижался, перинатальная смертность, напротив, выросла практически до значений 1941 г. — в основном за счет мертворождаемости. Аналогичная ситуация была характерна и для Нидерландов, когда показатель перинатальной смертности после снижения в годы оккупации вырос в 1945–1949 гг., причем в голодный 1945 г. этот рост произошел исключительно за счет ранней неонатальной смертности, тогда как в 1946–1949 гг. основной вклад внес рост мертворождаемости. Стало ли повышение уровня перинатальной смертности в Москве в конце 1940-х гг. последствием голода 1946–1947 гг., результатом отмены карточной системы на фоне проведения денежной реформы или каких-либо других факторов — остается не до конца ясным. В любом случае, даже в условиях сравнительно более высокого охвата бесплатным стационарным

родовспоможением, родовыми консультациями и более узкого определения критериев живо- и мертворождений перинатальная смертность в Москве в 1949 г. оказалась выше, чем в Нидерландах и Англии и Уэльсе. Основной вклад в снижение перинатальной смертности в Москве дал ранний неонатальный период, в Нидерландах — мертворождаемость, а в Англии и Уэльсе — обе составляющие.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ.

FINANCING SOURCE

The study was carried out within the framework of fundamental research program in the Higher School of Economics National Research University.

РАСКРЫТИЕ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

DISCLOSURE OF INTEREST

Not declared.

ВКЛАД АВТОРОВ

Ю.В. Хавраева — определение концепции, работа с данными, анализ данных, администрирование проекта, руководство, написание черновика рукописи, пересмотр и редактирование рукописи.

Е.А. Кваша — определение концепции, анализ данных, администрирование проекта, руководство, написание черновика рукописи, пересмотр и редактирование рукописи

AUTHORS' CONTRIBUTION

Yuliya V. Khavraeva — study concept, data processing, data analysis, project administration, guidance, manuscript draft writing, manuscript review and revision.

Ekaterina A. Kvasha — study concept, data analysis, project administration, guidance, manuscript draft writing, manuscript review and revision.

ORCID

Ю.В. Хавраева

<https://orcid.org/0009-0009-7862-1011>

Е.А. Кваша

<https://orcid.org/0000-0002-2003-5484>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- Петров-Маслаков М.А., Климец И.И. *Перинатальная смертность*. — Л.: Медицина; 1965. — 218 с. [Petrov-Maslakov VP, Klimets II. *Perinatalnaya smertnost'*. Leningrad: Meditsina; 1965. (In Russ).]
- Peller S. Mortality, past and future. *Population Studies*. 1948;1(4):405–456. doi: <https://doi.org/10.1080/00324728.1948.10616971>
- Биншток В.И. *Смертность грудных детей в Петрограде за 10 лет (1906–1915 гг.): материалы по статистике г. Петрограда. № 1* / Стат. отд-ние Петроградской городской управы. — Пг.: Гор. тип.; 1917. — 15 с. [Binstok VI. *Smertnost' grudnykh detei v Petrograde za 10 let (1906–1915 gg.): materialy po statistike g. Petrograda. No. 1.* / Stat. otd-nie Petrogradskoi gorodskoi uprav. Petrograd: Gor. tip.; 1917. 15 p. (In Russ).]
- Новосельский С.А. О ранней детской смертности // *Вопросы демографической и санитарной статистики: избранные произведения*. — М.: Государственное издательство медицинской литературы; 1958. — С. 131–158. [Novosel'skii SA. O rannei detskoi smertnosti. In: *Voprosy demograficheskoi i sanitarnoi statistiki: izbrannye proizvedeniia*. Moscow: Gosudarstvennoe izdatel'stvo meditsinskoi literatury; 1958. pp. 131–158. (In Russ).]
- Паевский В.В. *Элементы статистики*. — М.: Государственное медицинское издательство; 1931. [Paevskii VV. *Elementy statistiki*. Moscow: Gosudarstvennoe meditsinskoe izdatel'stvo; 1931. (In Russ).]
- Фейгель И. *Мертворождаемость (опыт исследования влияния социально-бытовых и клинических факторов на высоту мертворождаемости)* / предисл. проф. С.А. Новосельского и проф. Р.В. Кинарского. — М.: Гос. мед. изд-во «Мосполиграф»; 1929. — 95 с. [Feigel' I. *Mertvorozhdaemost' (opyt issledovaniia vliianiia sotsial'no-bytovykh i klinicheskikh faktorov na vysotu mertvorozhdaemosti)*. Preface prof. S.A. Novoselsky and prof. R.V. Kinarsky. Moscow: Gos. med. izd-vo "Mospoligraf"; 1929. 95 p. (In Russ).]
- Федотова В.А. *Мертворождаемость и борьба с ней (по материалам клиники): дис. ... канд. мед. наук*. — Саратов; 1949. — 250 с. [Fedotova VA. *Mertvorozhdaemost' i bor'ba s nei (Po materialam kliniki)*. [dissertation]. Saratov; 1949. 250 p. (In Russ).]
- Стукс Г.Г. *Ранняя детская смертность, мертворождаемость, ante-, интра- и постанатальная охрана здоровья новорожденных // Советская педиатрия*. — 1934. — № 3. — С. 115–122. [Stuks GG. *Rannaya detskaya smertnost', mertvorozhdaemost', ante-, intra- i postnatal'naya ohrana zdorov'ya novorozhdennykh*. *Sovetskaya pediatriya*. 1934;(3):115–122. (In Russ).]
- Колкер Р.Б. *Мертворождаемость и ранняя детская смертность // Труды Ростовского-на-Дону Государственного медицинского института. Сборник 5*. — Ростов-н/Д: Ростиздат; 1939. — С. 282–294. [Kolker RB. *Mertvorozhdaemost' i rannaya detskaya smertnost'*. In: *Trudy Rostovskogo-na-Donu Gosudarstvennogo meditsinskogo instituta. Sbornik 5*. Rostov-na-Donu: Rostizdat; 1939. pp. 282–294. (In Russ).]
- Денисенко М.Б., Кваша Е.А., Хавраева Ю.В. *Младенческая смертность в Москве в 1939–1949 гг. // Демографическое обозрение*. — 2025. — Т. 12. — № 1. — С. 57–85. — doi: <https://doi.org/10.17323/demreview.v12i1.26577> [Denisenko MB, Kvasha EA, Khavraeva YV. Infant mortality in Moscow in 1939–1949. *Demograficheskoe obozrenie*. 2025;12(1):57–85. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.17323/demreview.v12i1.26577>] Доступно по: <https://demreview.hse.ru/article/view/26577>. Ссылка активна на 30.09.2025.
- Центральный государственный архив Москвы (ЦГАМ). Ф. Р-126. Оп. 13. Д. 159. [Central State Archives of Moscow (CSAM). Fund P-126. Inventory 13. Case 159. (In Russ).]
- ЦГАМ. Ф. Р-126. Оп. 13. Д. 173. [CSAM. Fund P-126. Inventory 13. Case 173. (In Russ).]
- ЦГАМ. Ф. Р-126. Оп. 13. Д. 189. [CSAM. Fund P-126. Inventory 13. Case 189. (In Russ).]
- ЦГАМ. Ф. Р-126. Оп. 13. Д. 204. [CSAM. Fund P-126. Inventory 13. Case 204. (In Russ).]
- Российский государственный архив экономики (РГАЭ). Ф. 1562. Оп. 20. Д. 204. [Russian State Archive of Economics (RSAE). Fund 1562. Inventory 20. Case 204. (In Russ).]
- РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 341. [RSAE. Fund 1562. Inventory 20. Case 341. (In Russ).]
- РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 432. [RSAE. Fund 1562. Inventory 20. Case 432. (In Russ).]
- РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 777. [RSAE. Fund 1562. Inventory 20. Case 777. (In Russ).]
- РГАЭ. 1562. Оп. 329. Д. 4480. [RSAE. Fund 1562. Inventory 329. Case 4480. (In Russ).]
- Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. А-374. Оп. 11. Д. 93. [State Archive of the Russian Federation (SARF). Fund A-374. Inventory 11. Case 93. (In Russ).]
- ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 1. Д. 46. [CSAM. Fund P-552. Inventory 1. Case 46. (In Russ).]
- ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 3. Д. 10. [CSAM. Fund P-552. Inventory 3. Case 10. (In Russ).]
- ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 3. Д. 478. [CSAM. Fund P-552. Inventory 3. Case 478. (In Russ).]

24. ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 47. Д. 440. [SARF. Fund A-482. Inventory 47. Case 440. (In Russ).]
25. Kominarek MA, Rayan P. Nutrition recommendations in pregnancy and lactation. *Med Clin North Am.* 2016;100(6):1199. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.06.004>
26. ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 2. Д. 64. [CSAM. Fund P-552. Inventory 2. Case 64. (In Russ).]
27. Гаврилов К.П. Ранняя детская смертность и меры борьбы с ней. — Свердловск; 1947. — 64 с. [Gavrilov KP. *Rannaya detskaya smertnost' i mery bor'by s nei.* Sverdlovsk; 1947. 64 p. (In Russ).]
28. ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 2. Д. 176. [CSAM. Fund P-552. Inventory 2. Case 176. (In Russ).]
29. ЦГА Москвы. Ф. Р-552. Оп. 3. Д. 9. [CSA of Moscow. Fund P-552. Inventory 2. Case 9. (In Russ).]
30. ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 6. Д. 1116. [SARF. Fund 8009. Inventory 6. Case 1116. (In Russ).]
31. ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 6. Д. 1357. [SARF. Fund 8009. Inventory 6. Case 1357. (In Russ).]
32. О порядке назначения и выплаты государственных пособий и предоставления льгот лицам, работающим в тылу в военное время // Картоотека законодательных и инструктивных материалов Народного комиссариата местной промышленности РСФСР. — 1943. [O poryadke naznacheniya i vyplaty gosudarstvennykh posobii i predostavleniya l'got litsam, rabotayushchim v tylu v voennoe vremya. In: *Kartoteka zakonodatel'nykh i instruktivnykh materialov Narodnogo komissariata mestnoi promyshlennosti RSFSR.* 1943. (In Russ).] Доступно по: <https://docs.historyrussia.org/ru/nodes/254581>. Ссылка активна на 31.07.2025.
33. Мучиев Г.С., Фролова О.Г. Охрана здоровья плода и новорожденного в СССР. — М.: Медицина; 1979. [Muchiev GS, Frolova OG. *Ohrana zdorov'ya ploda i novorozhdennogo v SSSR.* Moscow: Medicina; 1979. (In Russ).]
34. ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 3. Д. 2. [CSAM. Fund P-552. Inventory 3. Case 2. (In Russ).]
35. Коган Р.Б. Здоровье детей раннего возраста в Советском Союзе. — М.: Наука; 1971. [Kogan RB. *Zdorov'e detei rannego vozrasta v Sovetskom Soyuze.* Moscow: Nauka; 1971. (In Russ).]
36. ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 3. Д. 217. [CSAM. Fund P-552. Inventory 3. Case 217. (In Russ).]
37. ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 3. Д. 19. [CSAM. Fund P-552. Inventory 3. Case 19. (In Russ).]
38. Москва послевоенная. 1945–1947. Архивные документы и материалы / под ред. В.Е. Базанова. — М.: Мосгорархив; 2000. — 768 с. [Moskva poslevoennaya. 1945–1947. *Arhivnye dokumenty i materialy.* Bazanov VE, ed. Moscow: Mosgorarhiv; 2000. 768 p. (In Russ).]
39. ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 3. Д. 163. [CSAM. Fund P-552. Inventory 3. Case 163. (In Russ).]
40. ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 2. Д. 69. [CSAM. Fund P-552. Inventory 2. Case 69. (In Russ).]
41. ГАРФ. Ф. 482. Оп. 47. Д. 2267. [SARF. Fund 482. Inventory 47. Case 2267. (In Russ).]
42. ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 2. Д. 157. [CSAM. Fund P-552. Inventory 2. Case 157. (In Russ).]
43. Anderson BA, Silver BD. Infant mortality in the Soviet Union: regional differences and measurement issues. In: *Population and development review.* 1986;12(4):705–738. doi: <https://doi.org/10.2307/1973432>
44. *The Registrar General's statistical review of England and Wales.* Part 3: Commentary. 1961. London: H.M.S.O.; 1961. Available online: <https://archive.org/details/sid14149570/page/119/mode/1up?q=infant+mortality>. Accessed on June 15, 2025.
45. Hirst KM, Butler NR, Dawkins MJR. *Infant and perinatal mortality in England and Wales.* 1968. Available online: https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_012acc.pdf. Accessed on September 30, 2025.
46. Sonsbeek JLA. *Van de schaduw des doods tot een licht ten leven: de historie van de methodiek van de doodsoorzakenstatistiek in Nederland, 1865–2005.* Centraal Bureau voor de statistiek; 2005. Available online: <https://www.cbs.nl/-/media/imported/documents/2005/39/2005-c161-pub.pdf>. Accessed on September 30, 2025.
47. De Haas-Posthuma JH, De Haas JH. Infant loss in the Netherlands. *Vital and health statistics. Series 3, Analytical studies.* 1968;11:1–63. Available online: https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_011acc.pdf. Accessed on September 30, 2025.
48. De Haas JH. *Kindersterfte in Nederland—Child Mortality in the Netherlands.* Assen: Van Gorcum; 1956. Available online: <https://publications.tno.nl/publication/34623087/gRaooy/haas-1954-kindersterfte.pdf>. Accessed on September 30, 2025.
49. Butler NR, Bonham DG. *The first report of the 1958 British perinatal mortality survey.* Edinburgh & London: E. & S. Livingstone.; 1963. Available online: <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/mq/volume-43/issue-01/43-1-part-1-Review-Article-The-First-Report-of-the-1958-British-Perinatal-Mortality-Survey.pdf>. Accessed on September 30, 2025.
50. *The National Health Service Act 1946. An Act to provide for the establishment of a comprehensive health service for England and Wales, and for purposes connected therewith.* 1946. 9 & 10 Geo. 6. Ch. 81. Available online: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Geo6/9-10/81/contents/enacted>. Accessed on September 30, 2025.
51. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 5. Д. 211. [SARF. Fund P-8009. Inventory 5. Case 211. (In Russ).]
52. ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 22. Д. 83. [SARF. Fund P-8009. Inventory 22. Case 83. (In Russ).]
53. Bertens R, Palamar J. *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief.* Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; 2021. Available online: <https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/working-papers/2021/09/14/nederlandse-zorgbeleid-in-historische-perspectief/WP+045-Het-Nederlandse-zorgbeleid-in-historisch-perspectief-1941-2017.pdf>. Accessed on September 30, 2025.
54. de Zwart IJJ, Ekamper P, Lumey LH. Infant and child mortality in the Netherlands 1935–47 and changes related to the Dutch famine of 1944–45: A population-based analysis. *Population Studies.* 2024;78(3):483–501. doi: <https://doi.org/10.1080/00324728.2024.2345678>. Available online: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00324728.2023.2243913>. Accessed on September 30, 2025.
55. Демографические показатели по СССР // *Демоскоп Weekly:* вебсайт. — М.; 2020. [Demographic indicators for the USSR. In: *Demoscope Weekly: Website* (In Russ).] Доступно по: <https://www.demoscope.ru/weekly/ssp/ussr.php>. Ссылка активна на 15.06.2025.