

# НАСЕЛЕНИЕ И ОБЩЕСТВО

№2(113) 2025

Информационный бюллетень  
Института демографии  
имени А.Г. Вишневого  
НИУ ВШЭ



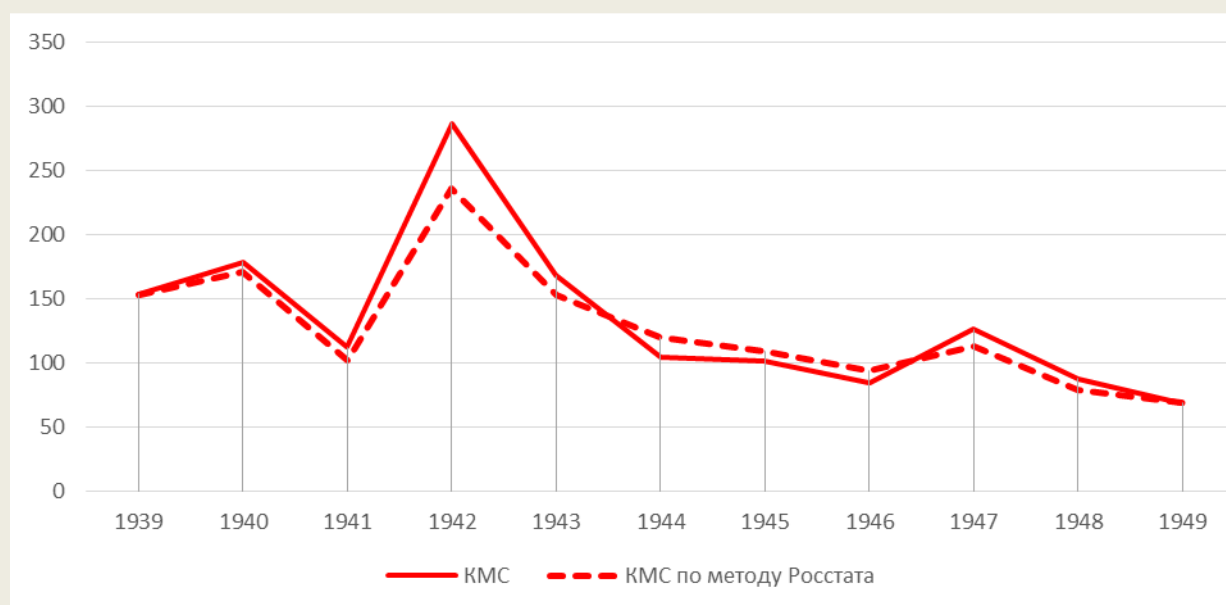
**Автор:**  
ЮЛИЯ  
ВЛАДИМИРОВНА  
ХАВРАЕВА

*Институт демографии  
им. А.Г. Вишневого  
НИУ ВШЭ*

## Младенческая смертность в Москве в 1939-1949 годах

В XX веке Москва, как и вся Россия, имела относительно высокий уровень смертности среди новорожденных. Например, в начале XX века, в 1901–1905 годах, из каждых 1000 рождённых в Москве умирали 262 младенца, а в европейской части Российской империи — 253 (Уиппл, Новосельский 1929: 606). В то время уровень смертности в Москве значительно отставал от западноевропейских стран: более чем в два раза превышал показатель Парижа. К концу 1930-х годов младенческая смертность в России снизилась. В 1939 году из 1000 новорожденных в стране умирали 189 младенцев, а в Москве — 154 (рис. 1).

**Рисунок 1. Коэффициент младенческой смертности (КМС) для Москвы в 1939–1949 гг.**



Источник: Расчёты автора на основании сведений текущего учета ЦСУ, хранящихся в архивах ЦГАМ. Ф. Р-126. Оп. 13. Д. 159; 173: 189; 204; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 204; 341; 432; 777; Оп. 329. Д. 4480; ГАРФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 93; 171.

Примечание: КМС – рассчитанный простым способом как отношение чисел умерших к числу родившихся, по методу Росстата – с поправкой на поколения<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Подробнее о методологии расчёта коэффициента младенческой смертности по методу Росстата (Росстат 2023)

Период с 1939 по 1940 год характеризуется ростом уровня младенческой смертности. В качестве основных факторов роста современники выделяли неудовлетворительную работу детских консультаций, превратившихся фактически в амбулатории, и исторический температурный минимум зимы 1939-1940 гг., когда температура в январе в городе доходила до минус 44 градусов<sup>2</sup>. Вызывали нарекания современников и качество предоставляемой молочными кухнями продукции и распространение в детских учреждениях заразных заболеваний. Несмотря на то, что организация медицинской помощи в детских учреждениях помогали разгрузить женщин, совмещающих материнство и рабочую занятость, ясли и детские сады в то же время были рассадником различных вирусных и инфекционных заболеваний.

Тем не менее, в эти годы была заложена основа для снижения детской смертности в будущем – реформирование системы здравоохранения, открытие молочных кухонь, пунктов сбора (сцеживания) грудного молока, ввод в производство сульфаниламидных препаратов. Впрочем, начавшаяся летом 1941 года война затормозила эти процессы. В последующие годы демографическая ситуация во многом определялась условиями военного времени и первых послевоенных лет.

При анализе динамики коэффициентов младенческой смертности в этот период следует учитывать фактор массовой миграции. Более миллиона человек выехали из Москвы в начале войны. В результате соотношение между умершими детьми и новорожденными искажалось – часть детей на первом году жизни, которые в дальнейшем умерли в возрасте до 1 года, была эвакуирована вместе родителями. Этим можно объяснить резкое падение уровня младенческой смертности в 1941 году.

Практически сразу после начала войны были закрыты все детские ясли (которые стали постепенно возобновлять свою работу уже с середины 1942 года). В условиях войны частично была разрушена социальная инфраструктура и поврежден жилищный фонд. Была нарушена система водопровода и канализации, существовали серьезные перебои в очистке города от мусора. Как указывали врачи в те годы, «мусорные мухи являются одним из источников распространения такой опасной болезни, как дизентерия»<sup>3</sup>. В условиях топливного кризиса жилые помещения практически не отапливались, а социальные учреждения отапливались с перебоями.

---

<sup>2</sup> ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 2. Д. 66.; Колобков Н., Побияхо В. (1940). Сильные Морозы в Москве. Правда, 17 января.

<sup>3</sup> ЦГАМ Ф.Р-552. Оп. 3. Д. 7.

Оставалась тяжелой продовольственная ситуация в столице<sup>4</sup>. На фоне тяжелого продовольственного и санитарно-эпидемиологического положения в городе в 1942 году выросла практически в два раза младенческая смертность (достигшая значений конца XIX века). Тем не менее, в этот тяжёлый период произошёл значительный перелом: начиная с 1943 года уровень младенческой смертности начал быстро снижаться (Сифман 1979). Заложенные в предвоенные годы мероприятия по охране материнства и детства в совокупности с восстановлением производства лекарственных средств и выводом города из осадного положения привели к снижению младенческой смертности до уровня 1939 года.

К концу войны – в 1945 году – младенческая смертность достигла рекордных 100,9 умерших до 1 года на 1000 родившихся живыми – значение в 1,5 раза ниже довоенного 1939 года. Тренд на снижение смертности сохранялся и в послевоенный период, за исключением голодных 1946-1947 годов. В этот период медицинские работники обращали внимание на неудовлетворительное физическое развитие детей, сульфидоустойчивость и значительный перегруз детских лечебных учреждений<sup>5</sup>. В конце 1947 года были отменены продовольственные карточки, постепенно улучшалась продовольственная обеспеченность и санитарно-эпидемиологическая обстановка, развивалась сеть медицинских учреждений и социальная инфраструктура, в том числе предназначенная для охраны здоровья детей и матерей. Все это, наряду с расширением практики применения новых лекарственных средств и методов лечения, способствовало тому, что в 1949 г. уровень младенческой смертности в Москве снизился до 69‰ и был в 2,2 раза ниже довоенного 1939.

## Структура младенческой смертности

При анализе младенческой смертности по возрасту выделяют два возрастных интервала: неонатальный, относящийся к первому месяцу жизни (в настоящее время 0-27 дней), и постнеонатальный, относящийся к последующим 11 месяцам 1-го года жизни. Кроме того, неонатальный период жизни ребенка делится на два подпериода: ранний неонатальный (первые 7 дней) и поздний неонатальный. Соответственно, говорят о неонатальной и постнеонатальной смертности. Как уже отмечалось, в СССР неонатальная смертность детей учитывалась с момента рождения до 30-го дня жизни.

При этом следует помнить, что возрастная структура смертности в течение первого года жизни новорожденного определенным образом связана с причинами смерти (Пресса 1966). В частности, в неонатальном периоде существенную роль занимают

---

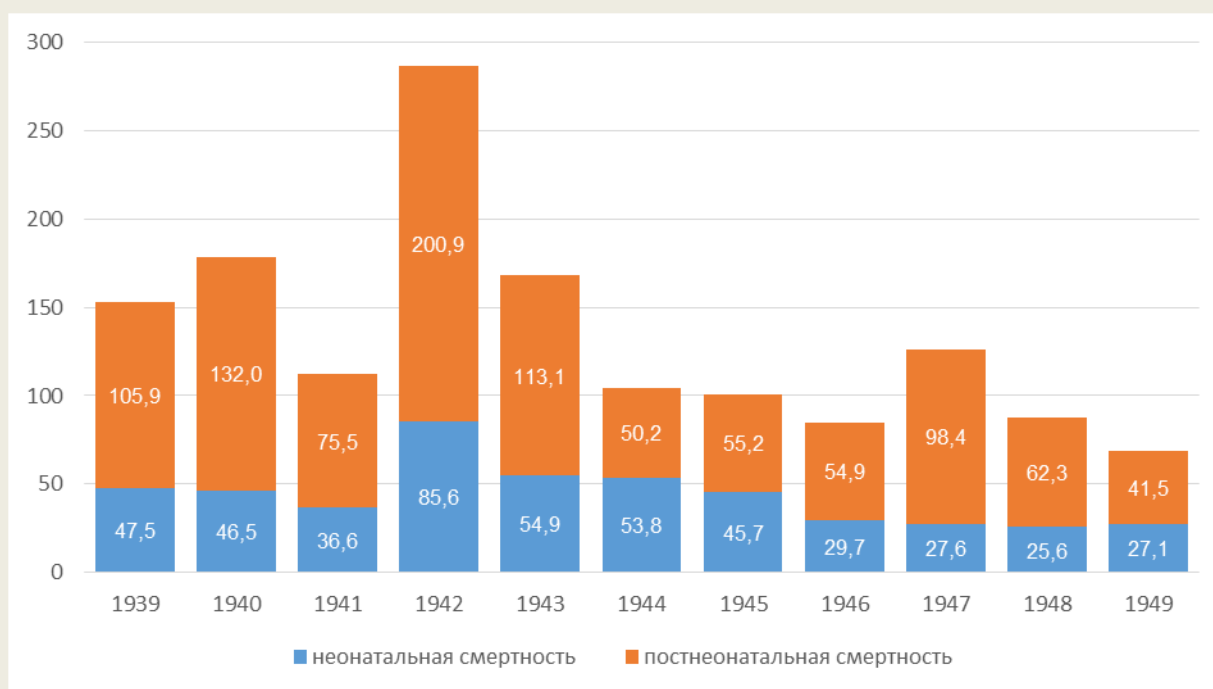
<sup>4</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 47. Д. 544. Л. 1.; ЦГАМ. Ф.Р-552. Оп. 2. Д. 66. Л. 4.

<sup>5</sup> ЦГАМ. Ф. Р-552. Оп. 3. Д. 7

смерти от эндогенных причин, т.е. от врожденных пороков развития, неудачных родов, пневмоний новорожденных, постнатальных асфиксий. В постнеонатальном периоде на первый план выходит экзогенная смертность, причинами которой являются инфекционные и паразитарные заболевания, недостаточное и неправильное питание, несчастные случаи и другие внешние причины. Прогресс в снижении младенческой смертности проявляется в ослаблении действия экзогенных причин и в концентрации смертей в неонатальном периоде, а затем в раннем неонатальном периоде (Пресса 1966).

В 1939 году структура смертности характеризовалась распределением числа умерших в основе своей в постнеонатальный период. Такая ситуация характерна для обществ с высокой экзогенной смертностью. На первый месяц жизни приходилось порядка 31% от всех умерших в возрасте до 1 года в 1939 году.

**Рисунок 2. Коэффициенты неонатальной и постнеонатальной смертности**



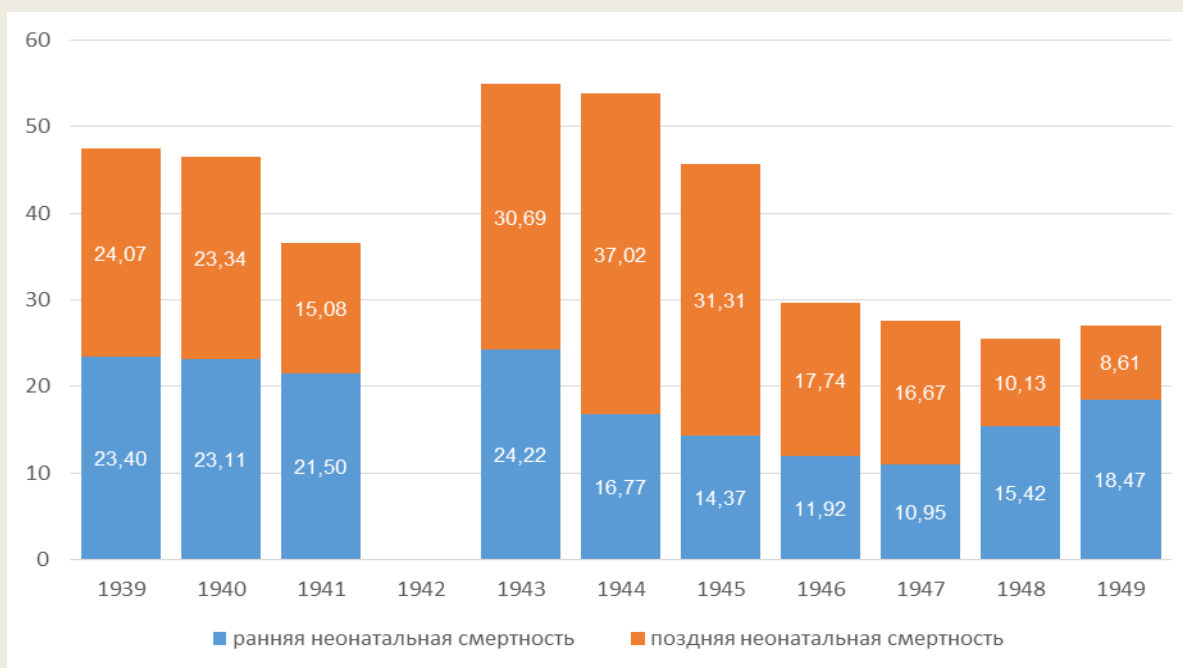
Источник: ЦГАМ. Ф. Р-126. Оп. 13. Д. 159; 173; 189; 204; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 204; 341; 432; 777; Оп. 329. Д. 4480; ГАРФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 93, 160.

Как видно из графика на рис. 2, коэффициент постнеонатальной смертности снизился с 105,9 в 1939 году до 55,2 в 1945 году (т.е. практически в два раза) и до 41,5 в 1949 году. То есть за десять лет смертность во 2-12 месяцы жизни, обуславливаемая в основной экзогенными причинами, снизилась в 2,5 раз. Коэффициент смертности в неонатальный период также заметно снизился с 47,5 в 1939 году до 27,1 в 1949 году. В то же время необходимо отметить, что основное снижение неонатальной смертности началось только с 1946 года. То есть снижение коэффициента младенческой смертности в годы

войны происходило только за счёт постнеонатального периода. Обращают на себя внимание 1947-1948 годы, отмечавшиеся повышением коэффициента младенческой смертности из-за голода послевоенных лет и экстремальной перегрузки системы здравоохранения в условиях её только начавшегося восстановления. В эти два года наблюдается рост исключительно постнеонатальной смертности, тогда как неонатальная смертность продолжила свое снижение.

Несмотря на снижение КМС уже в 1944 года до уровня ниже 1939 года, поздняя неонатальная смертность сохраняла значения выше довоенных вплоть до 1946 года (тогда коэффициент поздней неонатальной смертности составил 17,7 против 24,07 в 1939 году), после чего началось её активное снижение, даже в 1947-1948 годах. С 1939 по 1949 год смертность в период 7-30 дней жизни снизилась в 2,7 раза, достигнув рекордных 8,61 умерших на 1000 родившихся живыми (рис. 3).

**Рисунок 3. Коэффициенты ранней и поздней неонатальной смертности**



Источники: ЦГАМ. Ф. Р-126. Оп. 13. Д. 159; 173; 189; 204; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 204; 341; 432; 777; Оп. 329. Д. 4480; ГАРФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 93; 171.

Несколько иначе обстояло дело с ранней неонатальной смертностью, которая хоть и снизилась за 10 лет, но не так сильно, как в другие подпериоды первого года жизни – если в 1939 году в первую неделю жизни умирало 23,4 ребенка на 1000 родившихся живыми, то в 1949 – 18,4‰, причем значения, близкие к этому, были достигнуты уже в 1944 году, а минимальные пришлось на 1947 год – 10,9‰.

В целом, основной вклад в снижение коэффициента младенческой смертности в период с 1939 по 1949 год внесло снижение смертности в постнеонатальный период (76%).

# Причины смерти

Трансформации в структуре причин смерти наглядно показывают результативность внедрения новых лекарственных средств, а также улучшения системы охраны материнства и детства: виден прогресс в снижении смертности от основных причин (болезни органов пищеварения, органов дыхания, инфекционные заболевания), который начинается в 1943-1944 годах (таб. 1).

**Таблица 1. Неонатальная и постнеонатальная смертность  
от отдельных групп причин на 1000 родившихся, Москва, 1939-1949**

| Причины смерти                                           | 1939 | 1940 | 1941 | 1942  | 1943 | 1944 | 1945 | 1946 | 1947 | 1948 | 1949 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| <i>Неонатальная</i>                                      |      |      |      |       |      |      |      |      |      |      |      |
| Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде | 29,2 | 28,8 | 16,5 | 50,1  | 24,1 | 20,4 | 16,1 | 12,8 | 12,2 | 16,0 | 17,3 |
| Болезни органов дыхания                                  | 12,7 | 12,6 | 7,0  | 24,7  | 18,1 | 21,3 | 18,6 | 9,7  | 8,7  | 4,6  | 5,2  |
| Болезни органов пищеварения                              | 1,6  | 1,3  | 0,9  | 3,3   | 1,5  | 1,5  | 1,8  | 0,8  | 0,8  | 0,4  | 0,2  |
| Врождённые anomalies                                     | 0,0  | 1,8  | 10,9 | 2,2   | 7,0  | 6,4  | 5,1  | 4,7  | 3,3  | 2,8  | 3,5  |
| Инфекционные заболевания                                 | 2,2  | 0,4  | 0,5  | 2,2   | 1,7  | 2,0  | 2,2  | 1,0  | 0,9  | 0,6  | 0,3  |
| Остальные причины                                        | 1,8  | 1,4  | 0,9  | 3,0   | 2,5  | 2,2  | 1,9  | 0,7  | 1,7  | 1,2  | 0,5  |
| <i>Постнеонатальная</i>                                  |      |      |      |       |      |      |      |      |      |      |      |
| Болезни органов дыхания                                  | 33,6 | 49,1 | 32,6 | 85,4  | 52,4 | 26,3 | 28,3 | 21,9 | 33,9 | 22,1 | 19,6 |
| Болезни органов пищеварения                              | 35,1 | 47,8 | 19,7 | 62,6  | 23,9 | 9,7  | 9,5  | 12,9 | 20,3 | 9,8  | 5,5  |
| Инфекционные и заболевания                               | 29,2 | 27,1 | 16,2 | 34,0  | 23,4 | 7,7  | 10,6 | 15,3 | 31,5 | 21,3 | 13,5 |
| Врождённые anomalies                                     | 0,0  | 0,6  | 0,7  | 0,6   | 2,1  | 1,3  | 1,3  | 1,0  | 1,4  | 0,8  | 0,9  |
| Болезни нервной системы                                  | 4,4  | 3,3  | 2,5  | 4,7   | 3,2  | 2,0  | 2,4  | 1,4  | 1,8  | 1,2  | 0,7  |
| Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде | 2,1  | 0,0  | 0,3  | 5,4   | 1,4  | 1,5  | 1,4  | 1,0  | 0,8  | 0,2  | 0,2  |
| Остальные причины                                        | 1,7  | 4,3  | 3,5  | 8,2   | 6,6  | 1,8  | 2,0  | 1,4  | 8,8  | 7,6  | 1,1  |
| <i>Общая</i>                                             |      |      |      |       |      |      |      |      |      |      |      |
| Болезни органов дыхания                                  | 46,3 | 61,6 | 39,5 | 110,2 | 70,5 | 47,6 | 46,8 | 31,6 | 42,7 | 26,6 | 24,8 |

| Причины смерти                                           | 1939 | 1940 | 1941 | 1942 | 1943 | 1944 | 1945 | 1946 | 1947 | 1948 | 1949 |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Болезни органов пищеварения                              | 36,7 | 49,1 | 20,5 | 65,9 | 25,4 | 11,2 | 11,2 | 13,7 | 21,1 | 9,6  | 5,7  |
| Инфекционные заболевания                                 | 31,4 | 27,5 | 16,7 | 36,2 | 25,1 | 9,7  | 12,8 | 16,3 | 32,3 | 21,9 | 13,9 |
| Врожденные аномалии                                      | 0,0  | 2,4  | 11,6 | 2,8  | 9,1  | 7,7  | 6,3  | 5,7  | 4,7  | 3,5  | 4,4  |
| Болезни нервной системы                                  | 5,6  | 3,5  | 2,7  | 5,4  | 3,6  | 2,7  | 2,8  | 1,6  | 2,0  | 1,3  | 0,8  |
| Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде | 31,4 | 28,8 | 16,8 | 55,5 | 25,5 | 21,9 | 17,4 | 13,8 | 12,9 | 16,2 | 17,5 |
| Остальные причины                                        | 2,3  | 5,5  | 4,2  | 10,5 | 8,7  | 3,3  | 3,5  | 1,9  | 10,3 | 8,7  | 1,5  |

*Источники: Расчёты выполнены авторами на основе архивных данных ЦГАМ. Ф. Р-26. Оп. 13. Д. 165, 189, 204, 220; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 154, 213, 440, 431, Оп. 329. Д. 3815; ГАРФ. Ф. А-374. Оп. 11. Д. 160, 664.*

Особенно заметным был успех в снижении постнеонатальной смертности от болезней органов пищеварения и инфекционных заболеваний, который был прерван в период голода 1946-1947 годов. Именно экзогенную смертность в постнеонатальный период легче всего поставить под контроль. В неонатальном периоде обнаруживается резкое снижение смертности от отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде. По этой причине снижается ранняя неонатальная смертность. После 1945 года быстро снижается смертность от основной экзогенной составляющей – болезней органов дыхания, но до этого года обращает внимание ее скачкообразная динамика. Несмотря на невысокий уровень по сравнению с другими классами причин смерти, заметен и скачкообразный рост смертности от врожденных аномалий в годы войны, особенно в 1941 и 1943 годах.

## Младенческая смертность в Москве в сравнении с другими городами и странами

К началу 1940-х годов младенческая смертность в Москве была хоть и ниже общероссийской, но существенно отставала от значений некоторых городов и стран: например, во Франции число умерших в первый год жизни на 1000 живорожденных было в 2,2 раза ниже, чем в Москве, в Париже - в 2,5 раза, в Лондоне – в 3,3 раза, а в Нидерландах - в 4,5 раза (табл. 2). О масштабах отставания также говорит тот факт, что в Англии и Уэльсе уровень смертности такой, как в Москве в 1939 году, был зафиксирован в 1900 году (Martin 1949: 438). Перед началом Второй мировой войны по уровню смертности самой близкой к России была наименее развитая из указанных в табл. 2 стран - Испания.

**Таблица 2. Коэффициенты младенческой смертности в Москве, некоторых городах и странах**

| Год            | 1939  | 1940  | 1941  | 1942  | 1943  | 1944  | 1945  | 1946 | 1947  | 1948 | 1949 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|------|------|
| Москва         | 153,6 | 178,5 | 112,0 | 286,5 | 168,0 | 104,0 | 100,9 | 84,6 | 126,1 | 87,8 | 68,6 |
| Париж          | 61,3  | 76,4  | 66,2  | 57,6  | 56,5  | 61,2  | 88,5  | 65,2 | 63,4  | 50,4 | 47,1 |
| Лондон         | 46,0  | 48,9  | 58,1  | 51,2  | 51,0  | 51,5  | 42,9  | 40,2 | 34,3  | 30,2 | 26,6 |
| Рим            | 68,0  | 80,0  | 77,0  | 85,0  | 91,0  | 121,0 | 84,0  | 70,0 | 66,0  | 57,0 | 52,0 |
| Токио          | 76,4  | 59,5  | 62,2  | 62,8  | -     | -     | -     | -    | 62,4  | 47,6 | 47,0 |
| РСФСР          | 188,0 | 214,3 | 196,7 | 313,9 | 160,4 | 111,6 | 85,1  | 81,2 | 132,0 | 95,0 | 85,6 |
| США            | 48,0  | 47,4  | 45,9  | 41,2  | 40,7  | 39,4  | 38,1  | 34,6 | 32,8  | 31,8 | 31,4 |
| Италия         | 97,0  | 103,0 | 115,0 | 112,0 | 115,0 | 103,0 | 103,0 | 87,0 | 84,0  | 72,0 | 74,0 |
| Франция        | 68,3  | 91,4  | 75,0  | 76,7  | 81,0  | 82,3  | 113,7 | 77,8 | 71,1  | 55,9 | 60,3 |
| Финляндия      | 69,7  | 88,3  | 59,2  | 67,3  | 49,5  | 68,6  | 63,2  | 56,2 | 58,5  | 51,9 | 48,3 |
| Нидерланды     | 33,7  | 39,1  | 43,6  | 39,5  | 40,1  | 46,3  | 79,7  | 38,7 | 33,5  | 29,3 | 26,8 |
| Испания        | 138,4 | 112,0 | 146,6 | 106,8 | 102,6 | 96,2  | 88,2  | 90,5 | 74,2  | 67,9 | 72,7 |
| Англия и Уэльс | 50,6  | 56,8  | 60,1  | 50,6  | 49,1  | 45,4  | 46,0  | 42,9 | 41,4  | 33,9 | 32,4 |

*Источники: Для Москвы – расчёты авторов на основе данных ЦГАМ. Ф. Р-126. Он. 13. Д. 159; 173; 189; 204; РГАЭ. Ф. 1562. Он. 20. Д. 204; 341; 432; 777; Он. 329. Д. 4480; ГАРФ. Ф. А-374. Он. 11. Д. 93; Для РСФСР – расчёты автора на основе данных (Демоскоп 2020); для остальных городов и стран – French National Institute for Demographic Studies (no заносы); Central Bureau voor de Statistiek; Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan; (Barbieri 1998: 814; General Register Office 1949: 28-29, 34; 1939: 23; 1951: 20-24; 1953: 20-21; Istituto central di statistica del Regno d'Italia 1941: 87; 1943: 87; 1948: 124; Istituto central di statistica 1952: 18, 60; 1953: 16, 41; Garcia-Gil et al. 1989: 1353; Tilastokeskus 2019; National office of vital statistics 1951: XLVIII).*

Динамика младенческой смертности в других городах и странах мира, как и в России, определялась прежде всего обстоятельствами военного времени: активные боевые действия на территории Франции происходили в 1940 году, а в 1945-1947 годы страна преодолевала последствия войны. В Италии активные боевые действия с сопутствующими разрушениями, продовольственным кризисом обусловили в 1943-1945 годах подъем младенческой смертности. В Англии тяжелый период выдался на 1940-1941 годы (причем рост младенческой смертности там произошел только за счёт постнеонатальной составляющей). С ноября 1944 по май 1945 года голод охватил Нидерланды, когда коэффициент младенческой смертности там вырос практически в два раза, также преимущественно за счёт смертности в постнеонатальный период. В эти месяцы уровень младенческой смертности в трех крупнейших городах страны вырос в 2,9 раза, а остальной части страны – в 2 раза (Zwarte, Ekamper, Lumeij 2023: 10). Несмотря на это, такого роста младенческой смертности, который наблюдался в Москве в 1942 году, не знала ни одна другая страна из рассматриваемого списка: максимальные значения принадлежат Испании в 1941 году – 146,6‰ – цифра более высокая, чем в Москве в предвоенные годы.

Уровень ранней неонатальной смертности в Москве на фоне высоких показателей поздней неонатальной и особенно постнеонатальной кажется необыкновенно низким. Более того, в отдельные годы (1944-1948) он опускается ниже показателей США, Англии и Уэльса и даже Нидерландов. При этом минимальный уровень был зафиксирован московской статистикой в «голодном» 1947 году – 10,9‰. Для сравнения укажем, что подобное значение было достигнуто, например, в Италии, Греции и Польше только в конце 1970-х годов. К концу 1940-х годов отставание России и Москвы от других городов и стран мира сократилось за счет более сильного снижения младенческой смертности в Москве: коэффициент в столице в 1949 году был ниже, чем в 1939 году, в 2,2 раза.

Следует заметить, что зарубежные исследователи в качестве факторов снижения младенческой смертности в других странах в первой половине XX века выделяют улучшение жилищных условий, социальной гигиены, питания детей, более доступное образование для матерей, эффективную утилизацию сточных вод, организацию родового ухода и медицинского обслуживания после родов (McKeow, Turner 1975; Wegman 2001; Woods, Watterson, Woodward 1989). Однако период Второй мировой войны выделяется особо: во время нестабильной экономической ситуации в течение десятилетия младенческая смертность в 1940-е годы снижалась (Garcia-Gil et al. 1989: 1352). Для этого периода ключевое влияние оказали развитие медицины и системы здравоохранения, в частности внедрение сульфаниламидных препаратов, антибиотиков и безопасное переливание крови (CDC on Infant and Maternal Mortality in the United States: 1900-99 1999; Nakamura, Nagai, Yanagawa 1991; Yorifuji et al. 2011) и прочие (Pozzi, Fariñas 2015). В Москве, как отмечалось выше, в военные годы внедрение новых препаратов сыграло также ключевую роль в снижении младенческой смертности. Но вместе с тем, несмотря на трудности военного времени, в столице улучшалась организация родового ухода и медицинского обслуживания матерей и новорожденных.

## Заключение

В сложный период Великой отечественной войны, когда все сферы жизни простых граждан перешли на рельсы тотальной мобилизации, чтобы дать отпор врагу, младенческая смертность, несмотря на резкое повышение в 1942 году, уже в 1944-м опустилась ниже довоенного уровня. В 1940-е годы активное применение нашли сульфаниламидные препараты. Благодаря их внедрению в лечебную практику, общему улучшению уровня жизни, а также всесторонней работе государства в области развития социальной инфраструктуры и организованной системы охраны материнства и детства, в столице КМС за 10 лет снизился в 2,2 раза в основном за счёт экзогенной смертности и приблизился к значениям некоторых развитых стран.

# Литература

Пресса Р. (1966). Народонаселение и его изучение. Москва: Статистика.

Росстат (2023). Демографический ежегодник России. 2023.

<https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13207>

Сифман Р.И. (1979). К вопросу о причинах снижения детской смертности в годы Великой Отечественной войны / под ред. Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский.

Продолжительность жизни: анализ и моделирование. Москва: Статистика. сс. 50–60

Уиппл Дж.Ч., Новосельский С.А. (1929). Основы демографической и санитарной статистики.

Barbieri M. (1998). La mortalité infantile en France. Population (french edition), 53(4), 813–838. <https://doi.org/10.2307/1534560>

CDC on Infant and Maternal Mortality in the United States: 1900-99. (1999). Population and Development Review, 25(4), 821–826

Central Bureau voor de Statistiek (CBS). Retrieved from

<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37556/table?ts=1724834958485>

Garcia-Gil C. et al. (1989). Epidemiological Appraisal of the Active Role of Women in the Decline of Infant Mortality in Spain during the Twentieth Century. Social Science & Medicine, 29(12), 1351–1362. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90235-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90235-9)

General Register Office (1939). The Registrar General's statistical review of England and Wales for the years 1938 and 1939.

<https://archive.org/details/sid14149160/mode/2up>

General Register Office (1949). The Registrar General's statistical review of England and Wales for the six years 1940-1945 Vol.1.

<https://archive.org/details/sid14162350/page/31/mode/1up>

General Register Office (1951). The Registrar General's statistical review of England and Wales for the two years 1946-1947 Vol.1.

<https://archive.org/details/sid14162410/page/24/mode/1up>

General Register Office (1953). The Registrar General's statistical review of England and Wales for the two years 1948-1949.

<https://archive.org/details/sid14162420/mode/2up>

Istituto centrale di statistica del Regno d'Italia (1941). Movimento della popolazione e cause di morte nell'anno 1939. Serie II, Vol. 2.

[https://ebiblio.istat.it/digibib/Demografia/Movimentostatocivile/IST0002875Mov\\_pop\\_cau\\_mor\\_1939.pdf](https://ebiblio.istat.it/digibib/Demografia/Movimentostatocivile/IST0002875Mov_pop_cau_mor_1939.pdf)

- Istituto centrale di statistica del Regno d'Italia (1943). Movimento della popolazione e cause di morte nell'anno 1940. Serie II, Vol. 3.  
[https://ebiblio.istat.it/digibib/Demografia/Movimentostatocivile/IST0002875Mov\\_pop\\_cau\\_mor\\_1940.pdf](https://ebiblio.istat.it/digibib/Demografia/Movimentostatocivile/IST0002875Mov_pop_cau_mor_1940.pdf)
- Istituto centrale di statistica della Repubblica Italiana (1948). Movimento della popolazione e cause di morte negli anni 1941-1942. Serie II, Vol. IV.  
[https://ebiblio.istat.it/digibib/Demografia/Movimentostatocivile/IST0002875Mov\\_pop\\_cau\\_mor\\_1941\\_1942.pdf](https://ebiblio.istat.it/digibib/Demografia/Movimentostatocivile/IST0002875Mov_pop_cau_mor_1941_1942.pdf)
- Istituto central di statistica (1952). Movimento della popolazione secondo gli atti dello stato civile negli anni 1943-1948. Serie III, Vol. I.  
[https://ebiblio.istat.it/digibib/Demografia/Movimentostatocivile/IST0002984Mov\\_pop\\_att\\_stat\\_civ\\_1943\\_48.pdf](https://ebiblio.istat.it/digibib/Demografia/Movimentostatocivile/IST0002984Mov_pop_att_stat_civ_1943_48.pdf)
- Istituto central di statistica (1953). Movimento della popolazione secondo gli atti dello stato civile. Serie III, Vol. II – ANNI 1949-1950.  
[https://ebiblio.istat.it/digibib/Demografia/Movimentostatocivile/IST0002984Mov\\_pop\\_att\\_stat\\_civ\\_1949\\_50.pdf](https://ebiblio.istat.it/digibib/Demografia/Movimentostatocivile/IST0002984Mov_pop_att_stat_civ_1949_50.pdf)
- Martin W.J. (1949). Infant Mortality. The British Medical Journal, 1, 438–441.
- McKeow T., Turner R.D. (1975). An Interpretation of the Decline of Mortality in England and Wales during the Twentieth Century. Population Studies, 29(3), 391–422.  
<https://doi.org/10.2307/2173935>
- Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Trends in Vital Statistics by prefecture in Japan, 1899-1998. [https://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hw/vs\\_8/index.html](https://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hw/vs_8/index.html)
- Nakamura Y., Nagai M., Yanagawa H. (1991). A Characteristic Change in Infant Mortality Rate Decrease in Japan. Public Health, 105(2), 145–151.  
[https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(05\)80289-6](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(05)80289-6)
- National office of vital statistics (1951). Vital statistics of the United States 1949.  
[https://www.cdc.gov/nchs/data/vsus/VSUS\\_1949\\_1.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/vsus/VSUS_1949_1.pdf)
- Pozzi L., Fariñas D.R. (2015). Infant and child mortality in the past. Annales de démographie historique, 129(1), 55-75. <https://doi.org/10.3917/adh.129.0055>
- Tilastokeskus (2019). Infant mortality, 1751-2023.  
[https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/en/StatFin/StatFin\\_\\_kuol/statfin\\_kuol\\_pxt\\_12aq.px](https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/en/StatFin/StatFin__kuol/statfin_kuol_pxt_12aq.px)
- Zwarte I.J.J., Ekamper P., Lumey L.H. (2023). 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, 78(3), 483-501.  
<https://doi.org/10.1080/00324728.2023.2243913>

Wegman M.E. (2001). Infant mortality in the 20th century, dramatic but uneven progress. The Journal of nutrition, 131(2), 401–408. <https://doi.org/10.1093/jn/131.2.401S>

Woods R. I., Watterson P. A., Woodward J. H. (1989). The Causes of Rapid Infant Mortality Decline in England and Wales, 1861- 1921. Part II. Population Studies, 43(1), 113–32.

Yorifuji T. et al. (2011). The role of medicine in the decline of post-War infant mortality in Japan. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 25(6), 601–608.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2011.01216.x>