

# Великая Отечественная война и демографическая ситуация в России

---

© 2010 г. В. Б. ЖИРОМСКАЯ\*

## ВОЙНА И СТАРЕНИЕ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

---

Старение населения – одна из глобальных демографических проблем современности. Особенно актуальна она для развитых цивилизаций мира. Как правило, этот процесс развивается за счет снижения рождаемости и увеличения средней продолжительности жизни населения, вследствие чего в его возрастном-половом составе растет доля лиц пожилого возраста (старше 60–65 лет). Страны Западной Европы переступили порог старости в конце XIX – первой трети XX в. В России процесс демографического старения начался позднее. Специфика его развития еще недостаточно изучена, однако интерес к этой проблеме растет.

Актуальным аспектом исследования демографического старения в России является выяснение степени влияния на этот процесс факторов экзогенного порядка (связанных с действием внешних причин), одним из которых была Великая Отечественная война 1941–1945 гг. После войны страна не досчиталась 26.6 млн человек. Кроме того, по подсчетам ученых, жертвами голода в послевоенное время (1947 г.) вследствие болезней и недоедания стали в СССР около 1 млн человек, в том числе в РСФСР – 0.5 млн<sup>1</sup>. Особенно велики были жертвы среди мужского населения. Численность мужчин 1920–1924 гг. рождения в 1939 г. составляла в России 4 млн 685 тыс. человек. В 1949 г. их осталось 2 млн 719 тыс. Возрастная группа мужчин 1915–1919 гг. рождения в 1939 г. насчитывала 4 млн 221 тыс. человек, а в 1949 г. – лишь 2 млн 514 тыс.<sup>2</sup>

Следствием людских потерь была серьезная деформация возрастного-половой структуры. В результате сокращения мужского населения сложилась диспропорция полов: в 1946 г. мужчины составляли 43.6%, в 1950 г. – 43.3, а в 1951 г. – 43.4%<sup>3</sup>. В конце 1950-х – начале 1960-х гг.<sup>4</sup> удельный вес мужчин составлял 44.7, а женщин – 55.3%. Женщин было больше, чем мужчин на 12.7 млн человек. Среди горожан диспропорция полов выражалась слабее: в городах мужчины составляли 45%, в то время как в селах – 44.3% населения. Нарушено было соотношение полов и внутри возрастных групп: среди 40–44-летних (1914–1918 гг. рождения) на 100 женщин приходилось 61.6 мужчины; среди 35–39-летних (1919–1923 гг. рождения) соответственно – 62.6; среди 30–34-летних (1924–1928 гг. рождения) – 83.5 мужчин<sup>5</sup>. Изменилось соотношение самих возрастных групп в составе населения. Уменьшились численность и удельный вес лиц, родившихся в 1920–1924 гг., составлявших в годы войны основные призывные возраста.

Поколения, рожденные во время войны, и те, чье детство и отрочество пришлось на военные годы, имели пониженную численность в возрастной структуре населения. Дети 1941–1945 гг. рождения на начало 1946 г. составляли 6 млн 825 тыс.; дети 1946–1950 гг. рождения на начало 1951 г. – 11 млн 703 тыс.; 1951–1955 гг. рождения в 1956 г. соответственно – 13 млн 126 тыс. Впоследствии численность первых двух возрастных групп заметно уменьшилась. В итоге к началу 1956 г. детей 1941–1945 гг. рождения убывало более, чем на 0.5 млн, а 1946–1950 гг. рождения – почти на 450 тыс. Детей 1936–1940 гг. рождения перед войной насчитывалось 14 млн 848 тыс. Их количество сокра-

---

\* **Жиромская Валентина Борисовна**, доктор исторических наук, ведущий научный сотрудник Института российской истории РАН, лауреат премии им. В.О. Ключевского.

тилось к концу войны на 1 млн 870 тыс., или на 12%. Детей 1931–1935 гг. рождения к началу войны насчитывалось 10 млн 487 тыс., а к 1946 г. их убыль составила 428 тыс. или 4%<sup>6</sup>. Потерь среди них оказалось меньше, чем среди младенцев, поскольку дети были старше, крепче и более жизнеспособны. Однако и они пострадали от голода, бомбежек, болезней и фашистского геноцида.

Подростков 1926–1930 гг. рождения в 1941 г. насчитывалось 13 млн 450 тыс. человек. Из них были потеряны 734 тыс. При этом мужчины пострадали больше – среди них погиб каждый десятый. На их долю выпал голод 1932–1933 гг., тяжелый труд в годы войны в промышленности и сельском хозяйстве, огромный травматизм, часто со смертельным исходом, высокая заболеваемость и т.д. Только в Москве за первые военные годы от травм погибли более 15 тыс. подростков. Следует учесть также, что они воевали в партизанских отрядах, участвовали в подполье, в отрядах противовоздушной обороны, строили оборонительные сооружения. К 1959 г. численность детей 1940–1949 гг. рождения уменьшилась на миллион жизней. Сказались их ослабленное здоровье и наличие с первых лет жизни хронических болезней. На все это наложились тяготы послевоенного времени и особенно голод 1947 г.

Таким образом, людские потери в войне привели к пониженной доле в возрастной структуре населения России самых перспективных в демографическом отношении групп. В связи с этим настораживает специфика возрастной пирамиды населения, сложившаяся к концу 1950-х гг., – низкие численность и удельный вес подростково-юношеской группы, 10–19 лет (менее 15% от населения РСФСР). Как правило, это дети, родившиеся во время войны или пережившие ее в раннем детстве. Следующая группа – 20–24 года, на долю которой выпали детские эпидемии 1930-гг. и трудное военное детство, составила менее 10%.

Судя по вышеприведенным данным, к концу 1950-х гг. достаточно ясно проявилась тенденция старения населения, которая реализовалась в самой ближайшей перспективе, тем более что в 1960-х гг. уровень средней продолжительности жизни в России достиг стандартов развитых европейских стран (у мужчин – 64,3 года, у женщин – 73,4 года). В результате военных потерь мужского населения внутри возрастных групп, которым в 1941 г. было 18–27 лет, соотношение мужчин и женщин оказалось нарушено гораздо существеннее, чем это следует из общих показателей по всем возрастам. На долю мужчин приходилось 38, а на долю женщин – 62%. Даже в возрастной группе 30–34 года мужчин было 45%, а женщин – 55%. В дальнейшем, в более старших возрастах доля женщин еще более возросла. Существенная разница в продолжительности мужской и женской жизней, наметившаяся еще после Гражданской войны и углубившаяся в годы Великой Отечественной, на многие годы закрепила в возрастно-половой структуре российского населения. Это значило, что процесс старения населения в нашей стране происходил при резком численном преобладании лиц женского пола и «дефиците мужчин», начинавшемся уже в молодых возрастах и постоянно увеличивавшимся.

Другим фактором, ускорившим процесс старения российского населения, была неполная и недостаточная реализация послевоенной демографической компенсации. После Второй мировой войны с ее многомиллионными людскими потерями во многих странах Западной и Центральной Европы и США произошел взрыв компенсаторной рождаемости, который в зарубежной литературе получил название «бэби-бум». Рождаемость превысила предвоенный уровень на 20–40%. Например, во Франции – на 44%, США – 42,2, Чехии – 40, Финляндии – 40,2, Англии – на 33,3%. Однако в Италии, Западной Германии, Румынии рождаемость не только не поднялась, но даже уменьшилась – соответственно на 7,7, 7,6, и 16%<sup>7</sup>. Несмотря на неблагоприятную демографическую ситуацию в послевоенной России произошло увеличение рождаемости, но эта тенденция была непоследовательна и неоднозначна. В силу экзогенных причин компенсаторный период не превратился в длительный и поступательный процесс. Он оказался очень коротким (конец 1940-х – начало 1950-х гг.) и был фактически прерван голодом 1947 г. Следует учесть, что рождаемость в компенсаторный период так ни разу и не достигла довоенного уровня.

Анализ данных статистики за 1945–1959 гг. дает возможность более подробно рассмотреть процесс послевоенной компенсации населения в России. Эти данные фиксируют в 1946 г. подъем рождаемости во многих ее регионах, даже в сильно пострадавших в период войны. Так, в 1946 г. во всех регионах и республиках РСФСР и в СССР в целом естественный прирост населения был положительным, хотя ситуация в регионах не была однозначной. В РСФСР по данным архивной статистики в 1946 г. родились 2 332.8 тыс. человек, умерли 1 064.8 тыс., соответственно естественный прирост в абсолютном выражении составил 1 268.0 тыс. человек. По расчетным данным сотрудников НИИ статистики при РОССТАТе рождаемость составила 2.4 млн человек, смертность – 1.1 млн, а естественный прирост – 1.3 млн человек. В относительном выражении коэффициент естественного прироста в первом случае был равен 11.3‰, а во втором – 13.6‰<sup>8</sup>. Смертность в РСФСР в 1946 г. составила 12.3‰, а рождаемость – 26‰<sup>9</sup>.

Рождаемость оставалась высокой в районах массовой эвакуации и сосредоточения военной промышленности, где в годы войны было больше мужчин, работавших по «брони», и демобилизованных. Кроме того, тыловые районы гораздо меньше пострадали от потерь мирного населения, чем те, которые оказались в полосе военных действий. Жилой фонд, хотя и недостаточный, сохранился, а нормы питания на заводах были повышенными. Так, в Свердловской обл. коэффициент рождаемости составлял 31.7‰, Новосибирской, включая Новосибирск, – 27‰. В Европейской части России (как в районах, переживших оккупацию и активные боевые действия, так и в тыловых) рождаемость была ниже. В 1946 г. в Курской обл., например, коэффициент рождаемости составил 20.2‰, Орловской – 15.2, Сталинградской – 15.8, Саратовской – 19.5‰<sup>10</sup>.

Национальные автономии Европейской части России, несмотря на сохранявшиеся еще у некоторых народов традиции много- и среднетности, имели пониженный коэффициент рождаемости. К примеру, ни в одной из автономий Поволжья коэффициент рождаемости не поднялся на уровень среднего по России. В Марийской АССР он был 24‰, Мордовской АССР – 20.3, Татарской АССР – 22.1, Чувашской АССР – 24‰. В некоторых из названных областей и национальных автономий зимой и весной 1946 г. смертность даже превысила рождаемость: в Кировской обл. – в феврале и марте, Костромской – в январе–апреле, Марийской АССР – в марте. Так, в Костромской обл. в феврале рождений было на 308 случаев меньше, чем смертей, в Кировской обл. (март) – соответственно на 403<sup>11</sup>. Рождаемость в Москве и Ленинграде также уступала общероссийскому показателю – 23.1 и 23.8‰.

Голод 1947 г. привел к резкому снижению рождаемости. Ее показатели в большинстве областей Европейской части РСФСР в 1947 г. опустились до 3–6‰: в Горьковской обл. – 5.7‰, Кировской – 6.1, Сталинградской – 3.8, Ивановской – 5.2, Астраханской – 4.5, Брянской – 5.1‰ и т.д. Даже в автономиях имело место снижение рождаемости – например, в Башкирии – 6.4‰, Чечне – 5.3. В 1948 г. почти во всех областях России, кроме южных и восточно-сибирских регионов, рождаемость продолжала снижаться. Ее показатели от уровня 1946 г. составили: в Ставрополье – 97.5‰, Воронежской обл. – 97.5, Курской – 84.7, Московской – 89.5, Ивановской – 93.5, Калининской – 98.2, Ленинградской – 76.1, Новгородской – 91.2, Вологодской – 79.1, Мурманской – 90.8, Кировской – 94.2‰.

В результате повышения смертности от голода и миграции населения из голодных мест в Вологодской, Владимирской, Калининской, Воронежской, Горьковской, Ивановской, Тамбовской, Ярославской, Рязанской, Костромской, Курской, Ленинградской и ряде других областей Центральной России в конце зимы – начале весны (в феврале–апреле) 1948 г. отмечался отрицательный естественный прирост населения. В марте–мае 1948 г. это явление было зафиксировано в Удмуртской АССР, в апреле – в Чувашской АССР. Низкий естественный прирост – 93.2‰ по сравнению с 1946 г. и убыль населения в апреле, а в сельской местности – в апреле–мае отмечались в Свердловской обл.

Таким образом, последствия голода 1947 г. сказались на довольно обширной территории России. При анализе потерь населения от голода следует учитывать ослаблен-

ное напряжением военных лет физическое здоровье, последствия ранений, недоедания и тяжелого труда людей. В 1947 г. в отличие от 1933 г., когда возросла детская смертность, среди умерших более всего было лиц среднего, репродуктивного, возраста. Это обстоятельство еще более сокращало рождаемость, способствуя старению населения.

Снижение рождаемости в 1947 г., и особенно в 1948 г., происходило не повсеместно. Например, во многих областях и юга и запада России, а также в некоторых районах Поволжья в 1948 г. наблюдался рост рождаемости даже по сравнению с 1946 г. Так, в Орловской обл. рождаемость в 1948 г. выросла по сравнению с 1946 г. на 8.5%, Калужской – 9.8, Астраханской – 5.8, Куйбышевской – 3.7, Сталинградской – 10.6, Чувашской АССР – 6.2, Марийской АССР – на 16.5%. В Сибири, например в Омской обл., рождаемость повысилась на 16.6%, в Новосибирской – на 14.2. Причиной тому в Сибири и на Севере в некоторой степени послужил тот факт, что здесь находились переселенцы – представители народов Кавказа и крымские татары, которые на фоне высокой смертности сохраняли традиционную многодетность даже в тяжелых условиях ссылки. Самый большой рост рождаемости отмечался в 1948 г. в Дагестане – на 20.8%, где было довольно благополучно с питанием, и в Смоленской обл. – на 21.6%, куда начался приток демобилизованных, более поздний, чем в районы промышленного центра. В Смоленск возвращались эвакуированные, а также люди, угнанные во время войны в Германию. Голод Смоленщину не затронул, и она приняла поток мигрантов из пострадавших северо-западных областей.

Однако локальные проявления демографической компенсации в 1948 г. в силу их слабости и малочисленности не смогли преодолеть общей тенденции сокращения рождаемости. Показательно, что в Москве и Ленинграде при огромном притоке населения, в том числе молодого, и мужского и женского, наблюдалась относительно низкая рождаемость с устойчивой тенденцией к дальнейшему понижению. В Ленинграде в 1949 г. по сравнению с 1946 г. родилось на 27.4 тыс. младенцев меньше, а в Москве – на 23.8 тыс. Конечно, на это влияли бытовые трудности, однако снабжение и жизнеобеспечение в этих городах были лучше, чем в провинциальных. Причин снижения рождаемости в Москве и Ленинграде было несколько. При всех трудностях послевоенного времени здесь наблюдалась очень высокая занятость женщин на производстве, многие из них одновременно учились. В этих городах было больше возможностей получить образование и самореализоваться в профессиональном плане. Играла роль и значительная удаленность места работы или учебы от места проживания. Детских учреждений не хватало, кроме того, они часто были значительно удалены от места проживания ребенка и его родителей. Следует добавить и еще одну причину – ухудшение в мегаполисах экологической обстановки. В послевоенный период Москва и Ленинград стали крупнейшими центрами промышленности, в том числе оборонной. Быстро развивались химические производства, разрабатывалось ядерное оружие, производились новые виды техники. Эти производства нередко находились на окраинах городов или же в ближайших пригородах. Степень вредности производств и система мер безопасности были еще во многом неизвестны и не разработаны. Жилые корпуса для рабочих и служащих, детские учреждения, дачные и приусадебные участки, как правило, находились в непосредственной близости от предприятий, в том числе с высокой степенью вредности.

В целом по стране кризисная ситуация с рождаемостью, сложившаяся в 1947 и 1948 гг., поменялась в положительную сторону в 1949 г. Активно реализовывалась демографическая компенсация. Повышение рождаемости, причем значительное не только по сравнению с тяжелыми 1947 и 1948 гг., но и по сравнению с 1946 г., охватило почти все регионы России. Так, в Вологодской обл. рождаемость по сравнению с 1946 г. составила в 1949 г. 124%, Владимирской – 128.5, Воронежской – 129.1, Кемеровской – 133.1, Новосибирской – 139.6, Свердловской – 136, Смоленской – 144.2, Ставропольском крае – 121.8, Татарской АССР – 125.5, Чувашской АССР – 120.8% и т.д. Повышение рождаемости фиксировалось как в районах, где наблюдалось ее падение в голодные годы, так и в районах, где ранее ситуация с рождаемостью была относительно благопо-

лучной. Более медленными темпами повышалась рождаемость в Нижнем Поволжье: в Куйбышевской обл. по сравнению с 1946 г. она составила 112,8, Саратовской – 105%.

Однако показатели «эффективной» рождаемости были снижены высокой младенческой смертностью. В среднем по России в 1946 г. младенческая смертность составляла 75,5‰. Даже в наиболее благополучных районах этот показатель оставался довольно высоким: в Краснодарском крае – 50,9‰, Дагестане – 49,4, Воронежской обл. – 56,3, Курской – 42,2, Орловской – 42,7‰. Значительно выше среднероссийских были показатели младенческой смертности в северных и северо-западных областях: в Новгородской – 89‰, Архангельской – 97, Вологодской – 107,9, Коми АССР – 87,5‰. В Центральном районе наиболее высокая детская смертность наблюдалась во Владимирской обл. – 102,7‰. В большинстве районов Поволжья младенческая смертность была ниже общероссийского показателя, но все же довольно значительна: в Сталинградской обл. – 67,1‰, Мордовской АССР и Чувашской АССР – 64–65, Татарской АССР – 68‰ и т.д. Однако самый высокий показатель младенческой смертности отмечался в Марийской АССР – 90‰. Неблагополучно было на Урале и в Приуралье: в Свердловской обл. – 86,1‰, Кировской – 112; в Сибири: в Новосибирской обл. – 55,5‰, Омской – 60, а на Дальнем Востоке, в Приморском крае – 79,6‰<sup>12</sup>.

Причины младенческой смертности разнообразны: ослабление организма женщины во время войны, недостаток питания, тяжелые бытовые условия, последствия психической и физической перегрузки и матерей и отцов в военное и послевоенное время, недостаточность лекарств и медицинской помощи. Надо еще учесть, что до войны рождались более крепкие и жизнеспособные младенцы, меньше было недоношенных и врожденно слабых детей. Соответственно не было и потребности в сложном и длительном выхаживании новорожденных. Сыграли свою негативную роль и неблагоприятные климатические условия, которым ослабленное войной потомство противостояло с большим трудом. Особенно это сказывалось в северных и северо-западных районах, где фиксировалась повышенная смертность от пневмонии, бронхита и прочих простудных заболеваний. На повышение младенческой смертности в Поволжье, центральных, северо-западных районах повлияла эпидемия дизентерии, поразившая преимущественно детей до 2-х лет. Зимой и ранней весной младенцы умирали, как правило, от простудных заболеваний. Практически во всех областях отмечалось повышение детской смертности в декабре – в Орловской, Новосибирской, Саратовской, Курской областях, Башкирской АССР, Марийской АССР и т.д. Очень высокая младенческая смертность от дизентерии была в Москве (июль–август), Ленинграде (август), западных областях, Среднем и Нижнем Поволжье (август–сентябрь), Центральном Черноземье (июль–август), северных областях, на Урале (сентябрь), в Сибири (июль–август)<sup>13</sup>.

Особое место принадлежит младенческой смертности в статистике общей смертности в крупных городах. В Свердловске она составила 113,5‰, в г. Горьком – 116,9‰<sup>14</sup>. Иными словами, в г. Горьком среди всех умерших в 1946 г. младенцем был каждый пятый, в Свердловске – каждый третий. Разумеется, городское население в силу скученности жилья и антисанитарии в еще не налаженном после войны городском хозяйстве было очень сильно подвержено эпидемическим заболеваниям, прежде всего, детским. Кроме того, дети в возрасте нескольких месяцев или даже недель попадали в детские учреждения, условия в которых далеко не всегда были благоприятны. Нельзя забывать и о коротких декретных отпусках в тот период, а также высокой занятости женщин на производстве.

У Москвы и Ленинграда была своя специфика. Среди всех умерших дети до 1 года составляли в Москве 15,8%, при этом мальчики в младенческом возрасте среди всех умерших мужчин – 16,5; в Ленинграде соответственно 30 и 32,7. Девочек среди всех умерших женщин было 28,1%. Вообще горький «вклад» детской возрастной группы в статистику смертности среди всех возрастных групп – самый значительный. Так, среди всех умерших в Москве – детей в возрасте до 4 лет было 18,9%, мальчиков указанного возраста среди всех умерших мужчин – 20%, девочек среди всех умерших женщин – 17,7%; в Ленинграде соответственно – 34,7, 37,6, 31,5%. Если среди девочек смерт-

ность снижалась к 5–6 годам, то у мальчиков – только к 9. Вновь смертность повышалась у мальчиков с 15 лет, а у девочек – с 18. Это объясняется большей выживаемостью девочек и меньшей задействованностью в детско-подростковом возрасте на производстве в годы войны. Мальчики-подростки из-за работы в оборонной промышленности имели часто ослабленное здоровье и сильно страдали от травматизма. Так, мальчики 10–14 лет составляли в Москве среди всех умерших мужчин 1.5%, а 15–19-летние – 3.8%; в Ленинграде соответственно – 2.4 и 4.1%<sup>15</sup>.

В 1947 г. в связи с голодом уровень младенческой смертности еще более повысился. В целом в РСФСР ее коэффициент (до года) поднялся до 127.5‰ (по сравнению с 1946 г. в 1.7 раза)<sup>16</sup>. Если в Восточной Сибири и на Алтае этот печальный показатель был заметно ниже общероссийского – соответственно 120 и 112‰, в Краснодарском крае – 115.6‰, то на Дальнем Востоке, в Центральной России и на Урале он достигал астрономической высоты: в Хабаровском крае – 171‰, Калининской обл. – 151, Ивановской – 164, Иркутской – 183, Кемеровской – 203, Ярославской – 208, Сталинградской – 164, Астраханской – 275, Воронежской – 295‰ и т.д. Ниже были показатели детской смертности в западных областях, например, в Брянской соответствующий коэффициент составил 94‰. В Башкирии этот показатель в 1947 г. превысил 135‰ (т.е. выше общероссийского), а в Дагестане был одним из самых низких – 95‰<sup>17</sup>.

Причины младенческой смертности в 1947 г. были типичны для голодных лет: диспепсия, дизентерия, гастро- и энтероколиты, воспаление легких<sup>18</sup>. Так, в Ростове-на-Дону из 1 239 детей, умерших в возрасте до 1 года, от диспепсии погибли 162 ребенка, гастро- и энтероколита – 413, от воспаления легких – 293, т.е. на эти причины пришлось почти 3/4 от общего числа случаев младенческой смерти; в Саратове из 1 431 умершего ребенка соответственно 256, 104 и 359 человек, кроме того, от дизентерии погибли – 249 человек; в Свердловске – из 2 855 умерших младенцев погибли от диспепсии – 116, колита – 297, воспаления легких – 758, дизентерии – 702 человека.

Такие причины смерти младенцев, чисто экзогенные, свидетельствуют о незавершенности эпидемиологического перехода, неблагоприятных экологической и демографической ситуациях.

Положение изменилось только к концу 1948 г., когда коэффициент младенческой смертности в южных и Центрально-промышленном районе, в части Поволжья и Центрального Черноземья стал ниже показателя 1947 г., например, в Воронежской обл. – 70.7‰, Краснодарском крае – 64.6; Кемеровской обл. – 106.3‰. С 1949 г. началась медленная нормализация демографических процессов и почти повсеместно снижалась младенческая смертность. Ее коэффициент по РСФСР в 1948 г. еще составлял 94.8‰, а в 1949 г. – уже 83.3‰. В Поволжье и Центральном Черноземье он опустился до 62–67‰, исключением была лишь Куйбышевская обл., где показатель младенческой смертности остался на уровне 78‰. В очень неблагоприятных в 1947 г. областях, таких как Владимирская, Вологодская, в 1949 г. он не превысил 84–86‰. В Московской обл. этот показатель составил 68.7‰. Ситуация улучшилась и в национальных республиках. Например, в Татарской АССР коэффициент младенческой смертности с 1948 по 1949 г. опустился с 91 до 86‰.

Итак, война и трудности послевоенного периода привели к тому, что в нашей стране не было так называемого «демографического выигрыша» т.е. активного пополнения населения молодым поколением, что произошло в странах, переживших «бэби-бум». В России он практически не состоялся, его очень скоро сменил процесс, который определяется как «бэби-спад». В итоге демографическая компенсация в России была недостаточной и неполной. Россия в отличие от других стран не получила ожидаемого притока молодого населения. Положение усугублялось еще и тем, что и следующие по возрасту – детские и подростковая группы – не могли быть достаточным резервом для пополнения потерянного населения. Дети, родившиеся во время войны, и подростки были ослаблены физически. На их долю выпали не только война, но и голод 1932–1933 и 1947 гг., а также волна детских инфекционных заболеваний второй половины 1930-х гг.

В послевоенные годы фиксировалась высокая заболеваемость детей и подростков пневмонией, туберкулезом, рахитом, трахомой. Заболеваемость детским туберкулезом в РСФСР упорно держалась на довольно высоком уровне – 7 тыс. первичных больных в год. Пик же пришелся на 1949 г. – 8 тыс. заболевших. Особой проблемой были детские инфекции, с которыми медицина вела упорную борьбу. Детские инфекционные клиники обслуживали ежегодно сотни тысяч детей. В 1946 г. – 96 тыс., 1947 г. – 113 тыс., 1948 г. – 119 тыс.<sup>19</sup> Массу детей определяли в больницы в связи с голодным истощением. Остроинфекционные заболевания ежегодно уносили сотнями, а порой и тысячами детские жизни, сокращая и без того немногочисленные группы детей и подростков.

Очень многие дети пережили стрессы в военное время, потеряли родителей, близких, на глазах у них гибли родственники. Многие дети скрывались, бродяжничали, попрошайничали, занимались воровством. Были и те, кто непосредственно участвовал в военных действиях, в партизанских отрядах, действующей армии, подполье. У некоторых детей, переживших войну, была расстроена психика и они нуждались в медицинской помощи. Однако санаториев для них было явно недостаточно: в 1945 г. – 1, а в 1946 г. – 3; коек насчитывалось от 100 до 200. Остро стояла проблема детей-инвалидов войны. В РСФСР по окончании войны было 64 детских инвалидных дома, в которых содержались 4.3 тыс. детей, в том числе 1.7 тыс. девочек (по неполным данным). Детей-инвалидов обучали, оказывали им медицинскую помощь, осуществлялось протезирование. Однако детских инвалидных домов не хватало. В итоге численность детских и подростковых возрастов в структуре населения сокращалась быстрее, чем это могло бы быть при более благоприятной ситуации с детской заболеваемостью. Негативными факторами, повлиявшими на возрастную структуру населения в послевоенное время, стали высокая смертность и заболеваемость взрослого населения. В 1946 г. во многих городах России на 1 месте среди причин смерти были разные формы туберкулеза и пневмония. В Саратове, например, туберкулез стал главной причиной смерти – 31.9% от общего числа умерших; второе место занимало воспаление легких, в том числе крупозное – 17.6 %; в Сталинграде соответственно – 33.8 и 18.6%<sup>20</sup>. В Чебоксарах от обеих этих болезней скончались по 28.5% от всех умерших, в Свердловске туберкулеза – 32.7%, пневмонии – 23.9%. В Челябинске пневмония стала причиной смерти 23.8% среди всех умерших, в Смоленске умер от пневмонии каждый третий, туберкулеза – 27.3%. В Хабаровске от пневмонии и прочих простудных заболеваний погибли около 30% среди всех умерших. Таким образом, смертность от заболеваний органов дыхания имела широкую географию распространения. Только от туберкулеза в РСФСР скончались 20.9% среди всех умерших (см. табл.).

Следующей группой болезней, уносивших человеческие жизни после войны, были заболевания желудочно-кишечного тракта: дизентерия, токсическая диспепсия, различные виды энтеритов, гастроэнтероколит, язвенная болезнь и т.д. Например, в 1946 г. в РСФСР было зафиксировано свыше 26 тыс. заболеваний дизентерией. Вспышки остроинфекционных заболеваний (брюшной тиф, сыпной тиф, бруцеллез, паратиф) наблюдались почти повсеместно. Благодаря усилиям медицины они не переросли в массовую эпидемию, но нанесли серьезный урон здоровью населения. Голод 1947 г. усугубил ситуацию и способствовал распространению и остроинфекционных, и желудочно-кишечных заболеваний. Участились и случаи смерти от легочных заболеваний вследствие общего ослабления организма.

В военные годы не велось должной работы по осушению болот, обработке водоемов против возбудителей малярии, которая распространилась по всей территории РСФСР и долго свирепствовала в послевоенное время (1945 г. – 2 млн заболевших)<sup>21</sup>. В 1946 г. только в Сталинграде было зафиксировано более 4% смертей от малярии среди всех умерших. Лишь к началу 1950-х гг. в РСФСР медикам удалось справиться с этим массовым заболеванием. В санитарно-медицинской статистике послевоенных лет зафиксировано оживление туляремии («малой чумы»). В 1945 г. в РСФСР было 134 тыс. больных, а в 1946 г. благодаря массовой вакцинации их число сократилось до 75 тыс., однако борьба с туляремией продолжалась до конца 1940-х гг.<sup>22</sup>

## Смертность в городах России в 1946 г. (в %)\*

	Саратов	Сталинград	Свердловск	Смоленск	Хабаровск	Челябинск	Чебоксары
Умерло от установленных причин смерти, в том числе:	100	100	100	100	100	100	100
туберкулез органов дыхания	26.5	29.5	25.8	22.9	15.5	23.4	26.9
туберкулез прочих	5.4	4.3	6.9	4.4	5.4	5.4	1.6
круп	1.2	3.7	3.3	4.0	4.2	1.9	2.7
другие виды воспаления легких	16.4	14.9	20.6	31.6	23.5	22.9	25.8
брюшной тиф	2.7	1.3	0.5	0.6	1.8	0.9	0.6
сыпной тиф	0	0.3	0	0.8	0.5	0	0.6
дизентерия	12.6	2.6	13.3	1.5	14.3	3.4	6.6
малярия	0.4	4.4	0	0.1	0	0	0
грипп	0.3	0	0.1	0	0.3	0.6	0
токсическая диспепсия	8.4	6.7	5.3	4.7	9.7	6.7	9.7
сепсис	0.1	0.6	0	0.8	0.2	0	0.2
аборт	1.5	0.6	0.3	0.1	0.7	0.5	0.7
искусственный аборт	0	0.7	0.1	0	0.6	0	0.6
травмы	6.0	11.6	4.3	12.8	4.5	12.7	4.5
прочие причины	18.5	18.8	19.5	15.7	18.8	21.6	19.5

\* Составлено по: РГАЭ, ф. 1562, оп. 20, д. 639, л. 23, 31, 35, 39, 73–74.

В связи с действовавшим законодательством, запрещавшим аборт, вследствие распространившейся «подпольной» практики искусственного прерывания беременности погибали десятки тысяч женщин. В послевоенные годы приходилось вести борьбу с вспышками венерических заболеваний и их последствиями. Статистика заболеваемости этого характера неполна, так как многие предпочитали лечиться неофициальным путем, что приводило нередко к серьезным осложнениям, прежде всего, к неизлечимому бесплодию<sup>23</sup>.

Появились новые виды опасных заболеваний, прежде всего, онкологических. В 1948 г. например, в России зафиксировано 17.8 тыс. онкобольных<sup>24</sup>. Статистика очень неполная, так как диагностика этого рода была еще слабо разработана. Значительный процент смертей происходил по причине травматизма, прежде всего, производственного. На предприятиях все еще трудились подростки и женщины. Сыграл свою роль и тот факт, что им часто приходилось работать на неисправном, неотлаженном оборудовании. Фронтвики и жители прифронтовых районов часто страдали разного рода неврозами и психическими расстройствами. В послевоенное время было открыто много психоневрологических диспансеров, специализированных клиник и институтов<sup>25</sup>.

Ущерб здоровью, нанесенный войной, был причиной повышенной смертности и заболеваемости в послевоенное время всех групп населения. От 1949 г. к 1959 г. численность мужчин 1920–1924 гг. рождения сократилась на 155 тыс. человек, а мужчин 1915–1919 гг. рождения на 177 тыс. человек. Численность женщин соответствующих лет рождения сократилась на 200 и 169 тыс. Это были трудоспособные группы населения, перспективные в демографическом отношении, которые не смогли оставить после себя достаточного потомства.

В итоге к 1959 г. сложилась следующая возрастно-половая структура населения. Если в переписи 1937 г. лица 15–19 лет составляли 8.2% от всего населения России, как в городах, так и в сельской местности, то в 1959 г. – это группа 35–39 лет, и ее удельный вес в населении снизился до 5.5%. Лица от 20 до 24 лет в 1937 г. составляли 9% от всего населения, а через 20 лет их осталось 5.3%. Удельный вес 25–29-летних соответственно уменьшился с 9.6 до 6%; 30–34-летних – почти с 8 до 5.1%; 35–39-летних – с 6.6 до 4%, а 40–44-летних – этой последней группы призывного возраста (им в 1959 г. было 60–64 года), – с 4.8 до 3%<sup>26</sup>. Естественная смертность, особенно в условиях развивающегося демографического перехода с его устойчивой тенденцией к снижению смертности во всех возрастах, не могла привести к такой убыли молодых и средневозрастных групп, да еще за относительно небольшой период времени.

В силу указанных выше причин – пониженной в годы войны рождаемости, не состоявшегося в послевоенное время «бэби-бума», высокой смертности, в том числе детской, пониженной и быстро сокращающейся численности в возрастной структуре групп населения, переживших войну и трудности первых послевоенных лет, – были заложены предпосылки для ускоренного старения общества. Судя по шкале демографического старения Ж. Боже-Гарнье – Э. Россета демографическое старение наступает при условии, если лица в возрасте 60 лет и старше насчитывают в возрастной структуре 12% и более, а при демографической молодости населения лица указанного возраста должны составлять менее 8%, а по более жесткой шкале ООН – около 7%<sup>27</sup>. Согласно этой шкале, в 1959 г. в РСФСР было общество, находившееся, по демографической терминологии, на стадии преддверия старости – люди 60 лет и старше составляли 9%. Средняя продолжительность жизни в России была невелика и как только в 1960-х гг. она поднялась на уровень мировых показателей, а рождаемость стала падать, процесс старения значительно ускорился и к 1989 г. доля лиц старше 60 лет превысила 15%, а к 2002 г. – 18.5%<sup>28</sup>. Уже в 1960–1970-х гг. страна начала испытывать дефицит трудовых ресурсов, к которому еще ни экономически, ни морально не была готова. Этим обстоятельством объясняется появление серии правительственных постановлений о привлечении пенсионеров к посильному труду на промышленных предприятиях и в учреждениях<sup>29</sup> и запоздалые правительственные меры 1980-х гг., направленные на поощрение рождаемости.

Таким образом, особенностью процесса старения российского населения было то, что этот процесс происходил при преобладании женщин в старших возрастных группах и в условиях повышенной смертности населения, в том числе в трудоспособных и перспективных в демографическом отношении возрастах.

## Примечания

<sup>1</sup> Зима В. Ф. Голод в СССР, 1946–1947. М., 1997. С. 168.

<sup>2</sup> См.: Андреев Е. М., Дарский Л. Е., Харьковская Т. Л. Демографическая история России: 1927–1959 гг. М., 1998. С. 157–160.

<sup>3</sup> Андреев Е. М., Дарский Л. Е., Харьковская Т. Л. Население Советского Союза: 1922–1991. М., 1993. С. 74–75.

<sup>4</sup> Там же. С. 37–39; Народное хозяйство РСФСР в 1960 году: Сборник статистических сведений. М., 1960. С. 7–8.

<sup>5</sup> Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. М., 1963. С. 60–61.

<sup>6</sup> Население России за 100 лет (1897–1997): Статистический сборник. М., 1998. С. 38.

<sup>7</sup> Демографическая модернизация России: 1900–2000 гг. М., 2006. С. 165.

<sup>8</sup> РГАЭ, ф. 1562, оп. 20, д. 636, л. 3 (подсчеты автора); Андреев Е. М., Дарский Л. Е., Харьковская Т. Л. Указ. соч. С. 165.

<sup>9</sup> РГАЭ, ф. 1562, оп. 20, д. 636, л. 3.

<sup>10</sup> Там же, л. 111, 114, 127, 156, 175, 189 (подсчеты автора).

<sup>11</sup> Там же, л. 111, 114, 239 (подсчеты автора).

<sup>12</sup> Там же, л. 54, 60, 69, 84, 87, 127, 145, 149, 153, 156, 189, 230, 236, 239, 242, 248, 254 (подсчеты автора).

- <sup>13</sup> Там же, л. 72–157 (подсчеты автора).
- <sup>14</sup> Там же, л. 91, 131, 139 (подсчеты автора).
- <sup>15</sup> Там же.
- <sup>16</sup> Там же, л. 1 (подсчеты автора).
- <sup>17</sup> Там же, л. 12, 14, 16, 28, 36, 38, 44, 52, 64, 76, 88, 101, 111, 151, 154 (подсчеты автора).
- <sup>18</sup> Там же, д. 701, л. 11, 16, 22, 39, 44 (подсчеты автора).
- <sup>19</sup> Там же, оп. 18, д. 412, л. 1 об.–2; д. 444, л. 1 об.–2.
- <sup>20</sup> Там же, оп. 20, д. 636, л. 72–157.
- <sup>21</sup> Там же, оп. 18, д. 362, л. 3, 78–84 (подсчеты автора).
- <sup>22</sup> Там же, л. 3–4, 78–84 (подсчеты автора).
- <sup>23</sup> Там же (подсчеты автора).
- <sup>24</sup> Там же, л. 3–4 (подсчеты автора).
- <sup>25</sup> См. подробнее: *Жиромская В.Б.* Жизненный потенциал послевоенных поколений в России: историко-демографический аспект (1946–1960). М., 2009.
- <sup>26</sup> Всесоюзная перепись населения 1937 года: Общие итоги. Сборник документов и материалов. М., 2007. С. 81–84; Подсчитано по: Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года: РСФСР. С. 60–61 (подсчеты автора).
- <sup>27</sup> Народонаселение: Энциклопедический словарь. М., 1994. С. 113.
- <sup>28</sup> *Медков В.М.* Демография. М., 2008. С. 200.
- <sup>29</sup> См. подробнее: *Жиромская В.Б.* Проблемы людей пожилого возраста в СССР // История СССР. 1988. № 3. С. 20–38.

© 2010 г. Н. А. АРАЛОВЕЦ \*

## БРАК И СЕМЬЯ В РСФСР В ПОСЛЕВОЕННЫЕ ГОДЫ

Огромные людские потери СССР в годы Великой Отечественной войны (примерно 27 млн человек) и, как следствие, острая послевоенная диспропорция полов оказали заметное влияние на характер брачно-семейных отношений в РСФСР<sup>1</sup>. Существенную роль при этом сыграло численное увеличение в республике городского населения. По данным Всесоюзных переписей населения, в 1959 г. удельный вес горожан составлял 52.4% (1926 г. – 18%, 1939 г. – 31.3%), сельчан соответственно – 47.6% (82 и 68.7). Эвакуация предприятий в восточные регионы страны в довоенные и военные годы способствовала численному росту городских жителей и сокращению сельских в Сибири и на Урале, Дальнем Востоке и Севере после окончания войны. Наиболее высокий удельный вес городского населения в 1959 г. был в индустриальных районах РСФСР: Центральном – 61%, Северо-Западном – 65, Уральском – 56, Западно-Сибирском – 53, Восточно-Сибирском – 52, Дальневосточном – 70%. Низкая доля городских жителей фиксировалась в Волго-Вятском районе – 39%, особенно в Кировской обл. – 37, Марийской АССР – 28, Мордовской АССР – 18 и Чувашской АССР – 24, а также в Центрально-Черноземном районе – 27%. В Поволжском и Северо-Кавказском районах удельный вес горожан был выше, соответственно – 48 и 42%<sup>2</sup>.

Доминирование в РСФСР городского населения определило увеличение в послевоенный период удельного веса городских семей: в 1959 г. он составлял 53% (в СССР – 48.4%)<sup>3</sup>. Это явление оказывало заметное влияние на уровень брачности, а также тип, состав и величину российских семей. В условиях войны значительно повысилась самостоятельность женщин, и ускорилось взросление детей. Все это изменило в послевоенный период традиционные семейные ценности, особенно в городах<sup>4</sup>.

Проведенные исследования показали сокращение в РСФСР консервативных установок на брак и семью, прежде всего в молодежной среде. Показательно, что юноши и

\* **Араловец Наталья Аркадьевна**, доктор исторических наук, ведущий научный сотрудник Института российской истории РАН.