№ 04 (05) апрель 2013 года

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

г. Калининград

ВЕСТНИК ВРАЧЕБНОЙ ПАЛАТЫ

www.cgb39.ru

"В медицине главным лекарством является сам врач". *(Антоний Кэмпиньский)*

Весеняя встреча ветеранов

История здравоохранения Калининградской области начинается с завершением штурма Кенигсберга, за месяц до окончания Великой Отечественной войны.

Открыл встречу ветеранов исполнительный директор КРОО «Врачебная палата» Николай Иванаев

В руинах города ютилось гражданское население. Жизнь продолжалась, и военные медики, врачи и медицинские сестры, которые спасли тысячи раненых на полях сражений, стали лечить жителей Кенигсберга, а вскоре появилось и советское население. Зарождалось калининградское здравоохранение. Сегодня ему уже 68 лет.

Традиционно, в весенние дни, по инициативе Врачебной палаты организуются встречи ветеранов, участников становления регионального здравоохранения, тех, кого мы называем золотым фондом калининградского здравоохранения.

Вот и сейчас для ветеранов гостеприимно распахнул свои двери Музей Мирового океана. Прибывающие на встречу медики, а это известные в регионе врачи (в основном, - «Заслуженные врачи»), встречались как родные, радовались возможности пообщаться друг с другом.

Ветеранов-медиков тепло приветствовала хозяйка музея С.Г. Сивкова. Гости с удовольствием воспользовались возможностью полюбоваться удивительными экспонатами и обитателями Музея-аквариума. **Идеей встречи были слова: «Если не знать истории, трудно представить себе масштабы выполненной работы».** Кто, как не сидящие в зале ветераны – участники становления и развития нашего здравоохранения, знает, как было трудно начинать практически с нуля. Создавать больницы и поликлиники в уцелевших зданиях, терпеть лишения, строить, разбирая руины, на истерзанной войной земле, напичканной ее смертоносными плодами… Шли годы, за 68 лет несколькими поколениями медиков выполнена огромная работа создана - современная региональная медицинская отрасль.

И сделали это те, кто сегодня сидит в зале, или их ученики и последователи.

Н.В. Гадасюк многие годы возглавляла городское здравоохранение, а сегодня она активный председатель совета ветеранов здравоохранения города и один из организаторов ветеранских встреч. Н.А. Алекберова и А.О. Колосова - бывшие главные врачи родильных домов; Т.А. Оскарева - лучшая ученица и последовательница всем известного доктора М.Б. Дрибинского.

Внимание всех привлекает очень маленькая женщина, очень активная и остроумная. Никому и в голову не приходит, что психиатру Штейн В.В. уже за 95, она не просто врач и прекрасная поэтесса, но и Лауреат премий «Призвание-2008» в России и Международной премии «Легенда Мировой медицины-2010».

Исполнительный директор Врачебной палаты Н.И. Иванаев открыл собрание. А Л.И. Чашина повела рассказ о заслуженных коллегах, отдавших медицине самые яркие годы жизни.

На экране наша история с 1945 по 2013, от руин до модернизации, и лица, а правильнее - личности.

И надо видеть, как согласно кивают головами слушатели и улыбаются, когда видят на экране своих коллег и учителей, ведь это добрые воспоминания о прошлом, о молодости. Каждое имя значимо: Л.М. Шор, А.В. Кузнецова, Лапидус В.Л.. А далее М.В. Лугина, В.Т. Старовойтов, Н.А. Седнев и Л.В. Савич и многие другие. Здравоохранение сегодняшнего дня в Калининграде - это новые передовые технологии, прекрасные Центры, помолодевшие после больших ремонтов больницы и поликлиники, и, наконец, первый выпуск врачей НАШЕГО медицинского факультета, ныне медицинского института. **И новые лица «Заслуженных врачей»: гематолог С.Г. Степанова, заведующий ожоговым центром В.В. Лежепеков и другие.**

Участники встречи, ветераны, верят, что у Калининградского здравоохранения замечательное будущее, несмотря на то, что проблем остается много.

Откровенный разговор продолжился за чаем, за красиво накрытым столом. Расходиться не хотелось. Ветераны вспоминали минувшие годы, с удовольствием рассказывали интересные случаи из врачебной практики. Отрадно то, что почти все, находясь на заслуженном отдыхе, ведут активную жизнь.

Сердечная благодарность этим людям, отдавшим сердце свое служению доброте. Здоровья им и любви родных и близких!

Ветераны с удовольствием рассказывали интересные случаи из врачебной практики.

Уважаемый Леонид Михайлович!

Калининградская региональная «Врачебная палата» сердечно поздравляет Вас с юбилеем!

Ваша жизнь это подвиг во имя народа и во славу Отечества!

Вы служите примером мужества, самоотверженности и целеустремленности не только для медиков, но и для многих граждан России!

Ваш вклад в систему отечественного здравоохранения неоценим, и только благодаря Вам дает первые ростки врачебное самоуправление в России.

Мы желаем Вам крепкого здоровья и заряда бодрости на многие годы!

Председатель КРОО «Врачебная палата» Т.Н.Серых

2013 год войдет в историю российского здравоохранения как год проведения диспансеризации всего населения. Министерством здравоохранения РФ взят курс на медицинскую профилактику, неформальную тотальную диспансеризацию. Как же будут осуществляться эти идеи на практике? «Вестник» предоставляет возможность калининградским врачам высказать свое мнение по этой актуальной теме.

Даешь диспансеризацию?

Диспансеризация в нашей стране имеет многолетнюю историю. Многие помнят программу всеобщей диспансеризации населения 1986 года.

Во введении к методическим рекомендациям «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения» сказано о диспансеризации 1986 года: «**Запланированное ежегодное всеобщее обследование всего населения не было достаточно обоснованно с позиций ресурсного и организационного обеспечения и оказалось достаточно затратным, в значительной степени затрудняющим текущую работу поликлиник и в конечном итоге недостаточно эффективным».**

Что же изменилось за четверть века? Появилось ли у российского здравоохранения ресурсное и организационное обеспечение, возможность наряду с текущей работой проводить диспансеризацию?

Соглашаясь с доктором Рошалем, который резонно указал на такие препятствия для реализации планов всеобщей диспансеризации, как дефицит кадровых, материальных ресурсов, стоит напомнить не только о дефиците специалистов первичного звена, но и о их возрасте. Будет ли способствовать подобная инновация привлечению молодежи в первичное звено здравоохранения?

К сожалению, у медали есть и вторая сторона. Есть ли уверенность в эффективности всеобщих профилактических осмотров, проводимых врачами первичного звена? Много ли больных удается спасти за счет того, что их в плановом порядке с определенной периодичностью осматривает терапевт и хирург в поликлинике, делается флюорография, анализ мочи и приснопамятная «тройка» (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ). Вот что пишет об этом Н.В. Жуков, член правления общества онкологов и химиотерапевтов, зав отделом отделом оптимизации лечения подростков и молодежи с онкологическими заболеваниями ФГБУ ФНКЦ ДГОИ.

«Как ни странно, ответ подоспел из стран с самым дорогим здравоохранением, где уж, безусловно, экономические и прочие выигрыши от раннего выявления должны быть максимальны. И там, где уровень образования и оснащенности врачей общей практики будет повыше нашего».

Так каков же этот ответ? Увы: «Лица, которые подвергаются регулярному «общему» медицинскому обследованию (regular general health checkups) погибают (в т.ч. от сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей) абсолютно с такой же частотой, как те, кто в подобных мероприятиях не участвует». Такое заключение дал систематический обзор и мета-анализ, проведенный одной из наиболее уважаемых организаций в этой области.

В некоторых исследованиях, включенных в этот мета-анализ, было показано, что подобные осмотры увеличивают частоту выявления гипертензии, гиперхолестеринемии и некоторых хронических заболеваний.

Однако само по себе знание о наличии у пациента заболевания не является приемлемой целью столь дорогостоящих мероприятий, как профилактические осмотры в рамках страны или региона, в случае, если это знание не транслируется в более длительную или более качественную жизнь пациента (или меньшие расходы на его последующее лечение).

В качестве возможных причин неудачи зарубежных «аналогов» диспансеризации авторы называют то, что врачи первичной практики уже и так выявляли лиц, предрасположенных к развитию различных заболеваний (на этапе, когда те являлись к ним по другим причинам). Кроме того, пациенты, имеющие высокий риск развития различных заболеваний, могли обращаться за медицинской помощью и/или наблюдаться в специализированных учреждениях (минуя врачей первичной практики).

Возможно, более разумным было бы расширить прицельные (скрининговые) мероприятия, направленные на выявление определенных заболеваний в общей популяции или в группах риска, такие, как скрининовая маммография для выявления рака молочной железы, выполнение мазка по Папаниколау для выявления рака и дисплазии шейки матки, низкодозовое КТ для выявления рака легкого, тест на скрытую кровь для скрининга рака толстой кишки, анализ на простат-специфический антиген и т.д.

Эти мероприятия не имеют ничего общего с «кампаниями по оценке общего здоровья» и имеют доказанную (никем пока не опровергнутую) эффективность в отношении снижения смертности от онкологических заболеваний». В отличии от мета-анализа диспансеризации в России предшествовал пилотный проект был обкатан в Подмосковье на базе пяти поликлиник, в котором За пять недель было обследовано 3082 человека.

Определенную настороженность вызывает оптимизм в отношении привлечения к прохождению диспансеризации населения. С советских времен ответственность за здоровье возложена на работников здравоохранения.

Наши граждане не осознают, что, прежде всего, ответственность за свое здоровье несет сам гражданин. Обязанности работодателя в отношении заботы о здоровье работающих в условиях существующей социальной напряженности, скрытой безработицы носят не более чем декларативный характер .

Несмотря на то, что российская медицина работает в условиях обязательного медицинского страхования, роль страховых медицинских организаций сводится к административным и контролирующих функциям.

Может страховым медицинским организациям стоит подключиться к работе с застрахованными, мотивировать их сохранять и укреплять свое здоровье?

В настоящее время, к сожалению, мы столкнулись с обратным - отказами населения от прохождения диспансеризации. Селекторные совещания проводятся регулярно, но к сожалению, учреждения первичного звена до сих пор не получили инструкций по заполнению громоздкой документации для оформления результатов своей работы.

Так будет ли новая строка в истории диспансеризации в России плодотворной?

Заместитель главного врача по поликлинической работе ГБУЗ ЦГКБ О.В. Липчанская

Заведующий вторым терапевтическим отделением поликлиники ГБУЗ ЦГКБ Э.Е. Гонтарь

Зав первым терапевтическим отделением поликлиники ГБУЗ ЦГКБ И.В. Подольский

«Время, вперёд!..»

Так называется музыкальное произведение, которым когда-то - в советское время - предварялась информационная программа «Время». Бодрые репортажи о достижениях не оставляли сомнений, что вот совсем-совсем скоро мы догоним и перегоним всех во всём!

А сегодня приступ энтузиазма вызывают идеи озвученные на видеоселекторном совещании 12 апреля в Москве (на котором была представлена «Публичная декларация целей и задач» МЗ РФ на 2013 год): «Главным приоритетом сегодняшнего дня является формирование скрининга здоровья населения, работа со здоровыми людьми в большей степени, чем с больными.

Таким образом, взят вектор на медицинскую профилактику, неформальную тотальную диспансеризацию…».

Наконец-то займёмся настоящим делом!

Надоело бить баклуши. Да и то! - больных почти всех вылечили, поликлиники практически пустые, никого туда калачом не заманишь...

Ну, да будет злобствовать. Налицо благие намерения, которыми мы, по задумке МЗ РФ, и будем мостить дорогу в невероятно близкое будущее.

Мы все наверняка помним, как мы уже делали попытку в 1983 году рвануть в это будущее, минуя скучное настоящее. Помните, с какой помпой начинали всеобщую (тотальную) диспансеризацию?

А как тихо и смущённо её закончили? Да, тогда компьютеров, мягко говоря, было мало. Так теперь НАС мало. (Если не изменяет память, по данным того же МЗ РФ в 2012 году дефицит врачей в РФ составил около 300 тыс.).

И это на фоне безумной бюрократизации и ненужного труда, связанного с обоснованием, правильным оформлением, назначением и учётом медицинских услуг! Под рёв требований безусловного выполнения «стандартов» и «порядков» оказания медицинской помощи! В каком временном измерении живёт федеральное министерство?! Может, они гости из будущего, где уже не осталось больных?

Цитирую фразу из статьи А.В.Рагозина, зав. лабораторией НИИ общественного здоровья и организации здравоохранения Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в журнале «Консилиум главных врачей», № 11-12/2013 (стр. 20): «…ситуацию с доступностью медицинской помощи населению России можно смело назвать катастрофической…».

Ну, ладно... если нет доверия своим столичным экспертам, так хоть нас спросите, что ли!? Расскажем, как на духу всё как есть.

Л.М. Рошаль на этом же совещании 12 апреля: «...Интересно, как будет осуществляться на практике то, о чём здесь говорится?». Как на фоне кадровых проблем, когда не хватает участковых и узких специалистов, врачебное сообщество будет справляться с новыми задачами по всеобщей диспансеризации?

Насколько сегодня материальная база системы здравоохранения готова стопроцентно провести такую профилактическую работу?

Кто будет проводить эту диспансеризацию и последующую программу оздоровления? Как эта диспансеризация будет связана с нагрузкой участковых врачей и узких специалистов? - Они будут принимать в выходные или проводить профилактические осмотры в ущерб лечебной работе в будни?

«Надо сказать честно, что сегодня мы это сделать не можем!» - резюмировал Леонид Рошаль.

Я, всю свою врачебную жизнь проработавший в густой жиже первичного звена здравоохранения, ни слова не могу добавить к сказанному нашим признанным авторитетом!

Помнится, за первый год всеобщей диспансеризации в 1984 году нас строго ориентировали на охват «диспансеризованных» не менее 75% от числа жителей (участка, цеха). Так ведь сделали!.. Формально.

С.В. Агафонов,
врач терапевт
Гурьевской центральной
районной больницы

Николай Иванаев - исполнительный директор КРОО "Врачебная палата"

Национальная медицинская палата на подъёме

В начале апреля состоялось очередное заседание Совета НМП. В работе Совета принял участие исполнительный директор калининградской Врачебной палаты Н.И. Иванаев. Мы попросили рассказать его о том, какие задачи сегодня ставит перед собой одна из самых влиятельных неправительственных медицинских организаций страны.

- Николай Ильич, для начала хотелось бы выяснить, как строятся взаимоотношения КРОО «Врачебная палата» с МНП?

- Калининградская региональная общественная организация «Врачебная палата» стала соучредителем НМП в 2010 году. То есть, мы, по сути, стояли у истоков ее создания. За нашими плечами был уже значительный опыт работы, поэтому с самого момента создания НМП наши отношения носят партнерский характер. Чем больше сильных региональных организаций входят в состав НМП, тем более весомо и убедительно звучит ее голос. Мы, в свою очередь ощущаем себя частью одного большого целого и чувствуем поддержку НМП в защите наших профессиональных интересов. Мы плотно сотрудничаем, участвуем в обсуждении готовящихся законопроектов в области медицины, вносим свои предложения, поправки. К нашему мнению прислушиваются, наши предложения учитываются, что отрадно. Один из примеров такого сотрудничества – обсуждение 323-ФЗ, в который было внесено около 100 поправок от НМП, значительная часть из них предложена нашей Врачебной палатой.

- Какое место в управлении НМП занимает Совет Палаты, часто ли вам приходится участвовать в его заседаниях?

- Совет Палаты - коллегиальный орган. Заседания Совета Палаты созываются президентом Палаты, являющимся его председателем, по мере необходимости, но не реже, чем один раз в шесть месяцев.

К компетенции Совета Палаты относится решение любых вопросов деятельности Палаты.

К исключительной компетенции Совета Палаты относится: принятие плана мероприятий, утверждение положений, регламентирующих деятельность Палаты и органов ее управления, утверждение годового бюджета и годового финансового баланса Палаты, избрание президиума Совета Палаты, вице-президентов, утверждение положений о комитетах, советах, рабочих группах Палаты, подготовка обращений к медицинскому сообществу, к обществу и государству, выработка и принятие экспертного мнения и так далее.

Таким образом, Совет Палаты является ключевым рабочим органом управления Палаты. А бывать приходится практически на всех его заседаниях, так как представители калининградской Врачебной палаты являются членами Совета Палаты.

- Какие вопросы рассматривались на прошедшем заседании Совета?

- В ходе работы Совета состоялось согласование кандидатуры Михаила Мурашко, представленного Минздравом РФ для назначения на должность главы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

Рассматривались вопросы развития системы непрерывного медицинского образования, этические аспекты медицинской деятельности, закрепление возможности влияния медицинских общественных объединений на ситуацию в отрасли на законодательном уровне.

Леонид Рошаль проинформировал о первых результатах взаимодействия в рамках подписанного Палатой и Минздравом РФ соглашения о сотрудничестве. Рассматривались другие важные вопросы.

- По Вашим ощущениям, не окажется ли подписанное НМП с Минздравом РФ соглашение о сотрудничестве декларацией о намерениях?

- Нет, этого не случится. Во-первых, в настоящее время роль общественных организаций в жизни страны, несмотря ни на что, возрастает. Это неизбежная тенденция. Президент страны неоднократно подчеркивал, что поддерживает рост позитивной общественной активности.

Вопросы взаимодействия врачей и пациентов, этические аспекты медицинской деятельности займут более значимое место в учебных программах высших и средних медицинских образовательных учреждений.

Во-вторых, Национальная Медицинская Палата – это влиятельное, профессиональное общероссийское сообщество, имеющее разветвленную сеть в регионах. Не считаться с ним сегодня просто невозможно. К слову, направление зампредом Правительства РФ Ольгой Голодец на согласование в Совет МНП кандидатуры для назначения на должность главы Росздравнадзора - очень важный прецедент. Это не просто форма общественной экспертизы, это сигнал обществу о готовности власти сотрудничать и делиться полномочиями, это признание авторитета НМП.

В-третьих, в настоящее время Палата и Минздрав РФ разрабатывают конкретный план реализации намеченных направлений сотрудничества. На Совете Леонид Рошаль назвал первые, уже состоявшиеся шаги в рамках реализации соглашения: представители Палаты вошли в Координационный совет по медицинскому и фармацевтическому образованию при Минздраве России, в комитет по нормированию труда. Комитет по этике при Минздраве РФ возглавил вице-президент НМП академик Александр Чучалин.

В настоящее время мы готовим для подписания аналогичное соглашение о сотрудничестве между КРОО «Врачебная палата» и Министерством здравоохранения Калининградской области. Кстати, наша Врачебная палата широко представлена в Калининградских региональных организациях, комитетах и комиссиях функционирующих в сфере здравоохранения: в конкурсной/тендерной комиссии области «на осуществление централизованных закупок лекарственных средств и изделий медицинского назначения» (с 2001 г.), в Правлении территориального фонда ОМС (с 2002г.), в комиссии по лицензированию медицинской деятельности, в коллегии Министерства здравоохранения области, в комиссии по профессиональной аттестации, в Общественной палате Калининградской области (с 2005 г.), в Совете по здравоохранению при губернаторе (с 2012 г.). Таким образом, деятельность Врачебной палаты по защите интересов врачебного сообщества области на региональном уровне имеет свою историю.

- Если в рамках соглашения мы сможем влиять и отстаивать интересы медицинского сообщества, нужно ли добиваться принятия отдельного закона о саморегулировании медицинской деятельности? Законов много…

- Закон надежнее, он менее подвержен политическим колебаниям и личностным пристрастиям.

Практика показывает, что без законодательного закрепления полномочий саморегулирующихся общественных организаций, возможности их влияния на ситуацию в отрасли все-таки ограничены. Законодательное оформление единых, унифицированных и понятных требований к медицинским организациям и к врачам – настоятельная необходимость.

В то же время существующий закон 315-ФЗ «О саморегулируемых организациях» для здравоохранения не годится, так как он регулирует деятельность либо субъектов коммерческой деятельности, либо субъектов профессиональной деятельности.

В настоящее время большинство медицинских организаций являются государственными, а не частными и субъектом права является медицинская организация, а не врач. На это наша Врачебная палата уже не раз обращала внимание, в частности в ходе работы круглого стола 23 марта по проблемам здравоохранения.

Но все-таки хочу отметить, что отсутствие закона – серьезное, но не фатальное препятствие в нашей работе. Было бы желание и стойкость. Действующий 323-ФЗ уже сейчас позволяет расширить рамки сотрудничества Министерства здравоохранения КО и нашей Врачебной палаты, активно развивать врачебное самоуправление в регионе. НМП в свою очередь набирает опыт юридической поддержки медицинских работников. В составе Палаты, региональных общественных организаций работают и создаются Третейские суды. Создается Центр досудебных консультаций для врачей.

НМП встала на защиту главного врача, хирурга Архангельской областной больницы, который был обвинен в коррупции. Приговор в отношении него был изменен. Спасла от закрытия 31-ую больницу Санкт-Петербурга.

Палата оказала поддержку Детской областной больнице Калининградской области в непростой ситуации, в которой она оказалась. По ходатайству нашей Врачебной палаты, НМП добилась пересмотра судебной экспертизы по известному делу Коробиевского.

- Как проходило согласование кандидатуры Михаила Мурашко на должность руководителя Росздравнадзора?

- Одобрили. Но сама процедура поспособствовала рассмотрению проблем ведомства, прежде всего, кадровых. Совет выступил за расширение полномочий Росздравнадзора, за предание его деятельности характера «медицинской прокуратуры». Звучит, согласитесь, сильно. НМП и Росздравнадзор планируют взаимодействовать в вопросах контроля качества оказания медицинской помощи с привлечением аккредитованных при «Росаккредитации» экспертов Палаты.

- В каком ключе рассматривались на Совете вопросы непрерывного медицинского образования?

- Да, эти вопросы поднимаются на Совете Палаты регулярно, так как они для нас более чем актуальны. Сегодня требуют совершенствования проекты дистанционного образования врачей. По-прежнему развитие системы подготовки врачей первичного звена тормозит отсутствие организационной формы для реализации программ обучения.

Леонид Рошаль проинформировал нас о том, что в настоящее время идет поиск путей финансового обеспечения развития системы дистанционного образования.

В настоящее время над разработкой методологической базы повышения квалификации врачей совместно трудятся Минздрав РФ, Национальная медицинская палата, Совет ректоров медицинских вузови разработчики систем.

Вопросы взаимодействия врачей и пациентов, этические аспекты медицинской деятельности займут более значимое место в учебных программах высших и средних медицинских образовательных учреждений.

Союз ректоров России создает специальный комитет по формированию сквозных учебных программ по этике и деонтологии. Будут развиваться также институты медиации.

Так что будем ждать и в этом вопросе позитивных перемен.

Они были первыми...

Годы 1950-й - 1995-й. В этот период в Калининградской области была чрезвычайно высока детская смертность. В 1950 году она составляла более 90 на 1 000 родившихся. Рождаемость в тот период составляла 48 на 1 000 населения. За жизнь детей боролись всем миром...

В 1950 году в штатное расписание облздравотдела были введены должности главного терапевта, хирурга и акушера-гинеколога.

Амбулаторная помощь женщинам оказывалась на базе женско-детских консультаций, которые были открыты повсеместно, и на базе медсанчастей ЦБК и судостроительного завода. Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами была низкой (особенно в сельской местности). Чтобы улучшить положение, разработали комплекс мероприятий. **В то время до 12% родов происходили на дому, поэтому открывались родильные койки при фельдшерско-акушерских пунктах и сельских больницах.**

В ряде районов медицинская помощь беременным женщинам и роженицам оказывалась акушерками, фельдшерами и медицинскими сестрами. Часть из них не имела даже законченного среднего медицинского образования. Поэтому качественные показатели были очень низкими. Женщины брались на учет в ранние сроки беременности (в 30% случаев нуждающиеся в улучшении здоровья не оздоравливались). Велико было число токсикозов во 2-й половине беременности. Тяжелые гинекологические больные и больные с акушерской патологией оставались в сельских и районных больницах. В структуре материнской летальности 56% составляли экстрагенитальные заболевания. Высокой была смертность новорожденных.

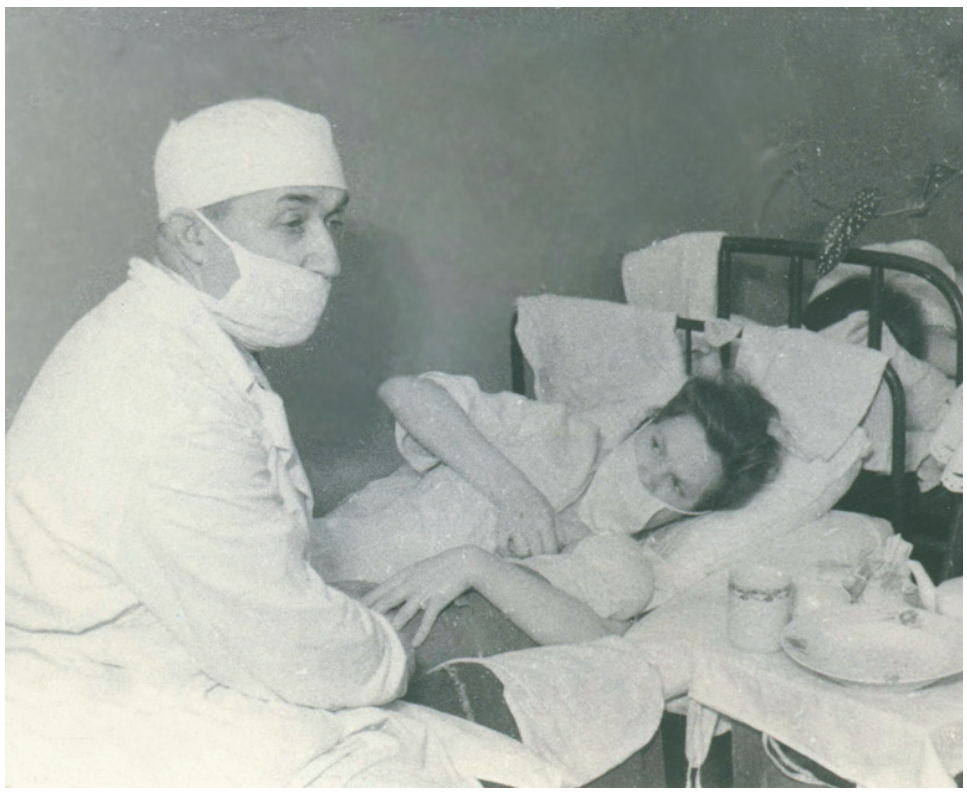
Чтобы справиться с этой проблемой, укрупнили до 100-150 коек ряд районных больниц и уменьшили количество маломощных (10-15-коечных) лечебных учреждений, что позволило специализировать коечный фонд, улучшить укомплектованность стационаров врачебными кадрами и дать возможность крупным больницам и родильным домам Советска, Черняховска и Гусева работать по межрайонному принципу.

В 1953 году в штатное расписание облздравотдела ввели должность главного педиатра, а в 1957-м - заместителя заведующего облздравотделом по вопросам охраны здоровья женщин и детей. С 1958 по 1987 годы эту работу вела Заслуженный врач РСФСР Александра Кузнецова.

К началу 50-х годов в области сохранялась сложная санитарная и эпидемиологическая обстановка, которая отягощалась отсутствием полноценного жилья, медицинских учреждений, бань и прачечных. В неудовлетворительном состоянии находились водопроводы, канализационные сооружения, регистрировалась высокая заболеваемость дизентерией, малярией, брюшным и сыпным тифами, туляремией, полиомиэлитом, дифтерией.

До середины 50-х годов в области наряду с 27 городскими и районными санэпидстанциями существовали 13 малярийных и противотуляремийных станций. Пропаганда санитарно-гигиенических знаний, массовые прививки, сотрудничество с ветеринарной службой при организации ферм для больного туберкулезом и бруцеллезом крупного рогатого скота позволили к 1955 году практически свести к нулю заболевания малярией и бруцеллезом, а случаи туляремии стали единичными.

Была создана сеть противотуберкулезных учреждений (в том числе - детская туберкулезная больница на 100 коек в Нивенском), повсеместно перешли на новый, более эффективный метод прививок, стали массово проводить флюорографические исследования - и к 1957 году заболеваемость турберкулезом значительно снизилась (особенно среди детей - в 8,3 раза, а туберкулезным менингитом - в 17,3 раза).



В 1951 году на базе больницы Ленинградского района был создан онкологический диспансер на 50 коек. Его главным врачом стал Петр Протопопов. С 1952 года в диспансере начал работать Моисей Дрибинский, который впоследствии стал главным организатором центра хирургического лечения онкологических болезней легких. Большую роль в развитии этого направления сыграли Берта Печерская, Борис Никифоров, Татьяна Оскарева, а чуть позже Владимир Старовойтов, который, работая главным врачом диспансера, находившегося уже в новом здании, активно занимался укреплением материально-технической базы и внедрением лучевого лечения.

Большую роль в организации онкологической помощи на территории области сыграл методический кабинет этой больницы, который возглавляла Мария Пименова.

Серьезную работу провела санэпидслужба, в которой произошли изменения, сыгравшие большую роль в улучшении здоровья всего региона.

В 50-60 годах значительно расширилась сеть лечебно-профилактических учреждений, улучшилось их оснащение медицинской техникой и оборудованием, а также качество медицинского обслуживания населения области.

Завершилось формирование диспансерной сети, в которую входили онкологический, врачебно-физкультурный, кожно-венерологический, психоневрологический, противотуберкулезный диспансеры.

В середине 60-х годов область занимала одно из ведущих мест в Российской Федерации по обеспеченности населения больничными койками и врачебными кадрами. Организация областной акушерской (в 1957 году) и детской областной (в 1962 году) больниц была уникальна для республики.

Медицинские учреждения, и прежде всего областная, областная детская, областная акушерско-гинекологическая больницы, стали организационно-методическими центрами охраны здоровья людей и центрами оказания специализированной медицинской помощи.

Они начали широко использовать новые методы лечения, производить сложные операции на легких, магистральных сосудах, брюшной полости, при сердечно-сосудистой и нефроурологической патологиях с применением аппаратов искусственного кровообращения и «искусственная почка».

Отпала необходимость отправлять больных (даже с самыми тяжелыми заболеваниями) за пределы области. Помощь могла быть оказана на месте. Были открыты три детских санатория в Светлогорске и Ладушкино. Большое внимание уделялось экстренной помощи больным в сельской местности.

Позднее были открыты детские больницы в Советске и Черняховске, в двух районах Калининграда. В районных больницах выделились самостоятельные детские отделения, были открыты молочные кухни в Советске и Черняховске. Продолжалось разверты-вание детских яслей, в том числе сезонных.

Увеличилась обеспеченность детских лечебно-профилактических учреждений медицинскими кадрами, в том числе врачами-педиатрами и акушерами-гинекологами. Изменилась амбулаторная помощь детям и женщинам: были выделены детские и женские консультации - как самостоятельные, так и объединенные со стационаром. В школах вводились должности врачей и медицинских сестер.

Все это позволило в более широком объеме проводить профилактические мероприятия. В 60-е гг. изменилась и служба судебно-медицинской экспертизы. Были открыты физико-техническое отделение, биологические, химические и гистологические лаборатории. Повсеместно выделялись штатные должности экспертов, организовывались межрайонные отделения.

В августе 1965 года было создано областное управление «Медтехника», его первым начальником стал Всеволод Крупский. Он сыграл огромную роль в организации в Калининграде одноименного специализированного магазина и его филиалов в Советске и Черняховске, которые работали по межрайонному принципу.

К концу 60-х годов в каждой больнице были организованы пункты ТО и созданы бригады по изготовлению нестандартного оборудования, монтажа систем медицинских газов, заземления. В Калининграде и большинстве районов появились магазины «Оптика».

В эти годы особое внимание стало уделяться улучшению материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений за счет их типового строительства, реконструкции существующих ЛПУ и перевода их в передаваемые здания после проведения приспособительных работ.

В период с 1957 по 70-е годы за счет строительства введено 990 новых больничных коек и 230 ясельных мест (в том числе 250 коек для областной психиатрической больницы; 260 коек для медико-санитарной части № 1, обслуживающей работников рыбной промышленности; 100 коек для тубдиспансера в Калининграде и для районных больниц в Гвардейске, Балтийске, Нивенском и Большаково). Это дало прирост коечного фонда и медицинских кадров. Продолжался рост фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Крепли связи областной больницы с медицинскими учреждениями в городах и селах, для чего был организован методический кабинет, который длительное время возглав-ляла Наталья Малкова. Возрастал профессиональный уровень ведущих специалистов крупных (и прежде всего - областных) больниц. Повсеместно организовывались палаты интенсивного наблюдения и лечения и реанимационно-анестезиологические отделения в больницах Калининграда, Советска и Черняховска.

В областной больнице начали появляться специализированные центры. Одна из крупнейших больниц Калининграда - вторая городская, получила статус городского консультативно-методического центра. Первым главным врачом этой больницы был Григорий Кемтер.

Продолжалось совершенствование медицинской помощи рабочим открывающихся промышленных предприятий, для чего в некоторых из них стали функционировать врачебные и фельдшерские здравпункты, медико-санитарные части.

Все большую роль играли центры научно-методической работы областной, областных акушерско-гинекологической и детской больниц. Эти лечебные учреждения стали центрами оказания практической помощи и проведения научных исследований, что позволило ряду врачей на местных материалах защитить кандидатские и докторские диссертации.

К концу 1969 года во многих городах области удалось резко сократить заболеваемость детей коклюшем, корью, скарлатиной и дифтерией. Была ликвидирована такая страшная болезнь, как полиомиэлит.

Высокую оценку получила система оказания хирургической помощи детям: министерство здравоохранения РФ признало детскую областную больницу школой передового опыта по детской хирургии, и на ее базе стали обучать детских хирургов областей и краев России. В эти годы главным врачом здесь была Мария Лугина.

Газета «Вестник врачебной палаты». № 4 (05), апрель 2013 г. Учредитель: КРОО «Врачебная палата Калининградской области». Адрес редакции: 236040, г. Калининград, ул. Летняя, д 3, тел. 64-79-61. Отпечатано в типографии «Страж Балтики», г. Калининград. Тираж - 999 экз. Подписано в печать 29.04.2013 г. Распространяется бесплатно. Главный редактор: Николай Иванаев.