

Д. В. Манкевич

ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ КАЛИНИНГРАДСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРИОД «РАЗВИТОГО СОЦИАЛИЗМА»

Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград, Россия

Поступила в редакцию 15.10.2022 г.

Принята к публикации 15.12.2022 г.

doi: 10.5922/sikbfu-2022-4-6

59

Для цитирования: Манкевич Д. В. Достижения и проблемы калининградского здравоохранения в период «развитого социализма» // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Сер.: Гуманитарные и общественные науки. 2022. №4. С. 59 – 69. doi: 10.5922/sikbfu-2022-4-6.

Выявлен и рассмотрен ряд направлений развития здравоохранения Калининградской области во второй половине 1960-х – первой половине 1980-х гг., проведено их сопоставление с общегосударственными. По сравнению с периодом становления и раннего развития калининградского здравоохранения процессы этого времени исследованы слабо. В качестве основных источников использованы документы областного отдела здравоохранения, облисполкома и бюро медицинской статистики из соответствующих фондов Государственного архива Калининградской области. Рассматриваемый период характеризуется дальнейшим развитием инфраструктуры здравоохранения, снижением детской и материнской смертности, успехами в развитии системы скорой помощи, значительным ростом числа врачей и средних медработников, расширением доступа граждан к базовой медицинской помощи. Однако не все кадровые проблемы были преодолены. Сохранялись трудности в оказании онкологической и стоматологической помощи, хотя потребность в медицинском обслуживании в этой сфере росла. Возникли сложности с реализацией планов строительства новых объектов здравоохранения, некоторые из которых превратились в настоящий «долгострой». Недостаток финансирования не позволял решить ряд проблем, связанных с устареванием оборудования и медицинской техники. Несмотря на успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями, в регионе сохранялся высокий уровень заболеваемости дизентерией и другими кишечными инфекциями. Семидесятые годы стали временем дальнейшего развития системы санитарного просвещения, которая охватывала значительную часть населения области. Однако источники не позволяют в должной мере оценить эффективность «санпросвета». В целом необходимо констатировать, что в калининградском здравоохранении происходили процессы, характерные для страны в целом, медленно нарастали проявления системного кризиса. К особенностям региона, которые смягчали эту тенденцию, можно отнести хорошие показатели обеспеченности области медработниками, более тесную связь сельского и городского здравоохранения и более молодой состав населения.

Ключевые слова: заболеваемость, здравоохранение, Калининградская область, медицина, онкология, СССР



Введение

История становления и развития советского здравоохранения на территории Калининградской области исследована крайне неравномерно. Наиболее пристальное внимание исследователей и авторов популярных изданий всегда привлекал послевоенный период (1945–1950 гг.), когда в регионе формировались базовые институты и подсистемы здравоохранения, кадровый потенциал, а также 1950-е гг., на протяжении которых были достигнуты существенные успехи в сокращении общей и особенно детской смертности, развитии сельской медицины; произошли заметные позитивные сдвиги в структуре заболеваемости [2; 5–7]. Заметно слабее изучен процесс дальнейшей эволюции регионального здравоохранения [8, с. 21–23]. Несмотря на доступность внушительного корпуса источников и сохранение возможности сбора устных свидетельств, полноценная научная разработка периода 1960–1980-х гг. только начинается. Актуальность этой задачи обусловлена не только необходимостью дополнения научной картины истории калининградского здравоохранения, но и теми возможностями, которые открывает исследование социальных сюжетов истории советской медицины, тесно интегрированной с партийно-государственными институтами, практиками внутренней политики государства. Обращение к истории советского здравоохранения на региональном уровне позволяет уточнить соотношение общегосударственных тенденций и «местной специфики», сформулировать предварительный ответ на вопрос об эффективности социальной политики центра.

Цель данной статьи – выявление основных тенденций и проблем калининградского областного здравоохранения середины 1960-х – первой половины 1980-х гг. и сопоставление их с характерными для РСФСР показателями в этой части. В качестве источников при написании статьи были использованы документы отдела здравоохранения и профильных комиссий калининградского облисполкома, материалы, собранные областным бюро медицинской статистики и сохранившиеся в соответствующих фондах ГАКО.

Позитивные тенденции

К середине 1960-х гг. в самой западной российской области существовала полноценная региональная система здравоохранения. Позади остались как трудности, героизм и потери периода становления области, так и несомненные достижения второго послевоенного десятилетия. Во второй половине 1960-х гг. в регионе наблюдалось динамичное развитие медицинской и санитарной инфраструктуры: началась работа больницы в г. Пионерском, областной станции переливания крови, завершалась отделка больницы для рыбаков в областном центре, там же должно было стартовать строительство крупной многопрофильной больницы. Обеспеченность сельского населения коечным фондом за счет использования мощностей городских и областных больниц достигла показателей обеспеченности городского населения. Улучшению качества медицинского обслуживания способствовало и разукрупнение терапевтических участков, открытие медико-санитарных частей [1, ф. 233, оп. 6, д. 603, л. 3].



Все районные больницы были наконец снабжены клинико-диагностическим оборудованием, оснащены рентгеновскими и физиотерапевтическими кабинетами, аппаратурой для проведения электрокардиографических исследований [1, ф. 297, оп. 9, д. 177, л. 145, 147]. Калининградские медики по праву гордились успехами в борьбе за снижение младенческой и материнской смертности, заболеваемости корью и коклюшем, победой над малярией, полиомиелитом и дифтерией [Там же, л. 149]. Приоритетное внимание уделялось здоровью детей. В 1963–1965 гг. в области работало 7 детских больниц (в том числе одна областная и еще три городских, расположенных в Калининграде), противотуберкулезная больница, два детских санатория [1, ф. 233, оп. 6, д. 289а, л. 8, 9, 73].

В практику постепенно внедрялись достижения научно-технического прогресса. Калининградские травматологи успешно применяли аппарат Илизарова при внутрисуставных переломах, в Озерской районной больнице изучали возможности интрахеального введения антибиотиков, в областной психиатрической больнице применяли коллективную гипнотерапию при лечении больных с хроническим алкоголизмом [1, ф. 233, оп. 6, д. 562, л. 6–20]. Работники здравоохранения области регулярно выдвигали социалистические обязательства (см., напр. [1, ф. 233, оп. 6, д. 710, л. 5]): повысить качество и культуру лечебно-профилактической помощи, укрепить материально-техническую базу больниц и амбулаторий, повысить производительность труда и т. д.

Врачи Янтарного края регулярно получали приглашения на всесоюзные и республиканские медицинские конференции [1, ф. 233, оп. 6, д. 278, л. 23]. Был организован обмен делегациями с Ольштынским воеводством Польской Народной Республики. В мае 1964 г. польские коллеги пришли в восторг, познакомившись с организацией медицинского обслуживания детей и женщин в Калининграде [1, ф. 233, оп. 6, д. 305, л. 14]. В марте 1977 г. группа калининградских медиков посетила ряд лечебных учреждений ГДР. Судя по отчету о поездке, ее участников приятно удивили высокий уровень бытового комфорта в больничных палатах и отсутствие очередей в поликлинике [1, ф. 233, оп. 6, д. 662, л. 1–3].

К середине 1960-х гг. в области уже была сформирована полноценная служба скорой помощи. Однако укрепление ее кадрового потенциала и материально-технической базы продолжалось. К 1965 г. служба включала 21 станцию скорой помощи, к концу 1970-х гг. — 24 станции [1, ф. 233, оп. 6, д. 603, л. 8, 10]. Снабжение автотранспортом было организовано хорошо, однако систему устойчивой радиосвязи удалось создать только в областном центре. В районах области и в конце 1970-х гг. большинство машин не были оснащены радиостанциями [1, ф. 233, оп. 6, д. 713, л. 98]. В начале 1980-х гг. было проведено масштабное переоснащение служб новыми автомашинами, оснащенными радиостанциями и дыхательной аппаратурой. Постепенно сокращалось число жалоб на работу бригад скорой помощи, большая часть которых состояла из фельдшеров. Плохо были укомплектованы врачами бригады Советска, Немана и Черняховска [1, ф. 233, оп. 6, д. 975, л. 13, 14].



Кадровый потенциал и специализированная медицинская помощь

В середине 1960-х – начале 1980-х гг. продолжалось развитие профессионального медицинского сообщества области, основа которого была сформирована в первое послевоенное десятилетие. С 1947 г. в Калининграде функционировала фельдшерско-акушерская школа, преобразованная в 1954 г. в медицинское училище. Однако собственной базы подготовки медицинских кадров с высшим образованием область не имела. Врачи направлялись в регион по распределению после завершения обучения в мединститутах или переводились из других областей и республик. Основными «кузницами кадров» для калининградской медицины были мединституты Смоленска, Саратова, Ленинграда и Свердловска [1, ф. 233, оп. 6, д. 49, л. 6, 7]. Однако остававшаяся высокой мобильность специалистов вносила свои коррективы в решение кадровой проблемы. Так, в 1970 г., когда в область прибыл 301 врач (в том числе 159 молодых врачей), Янтарный край покинули 148 врачей, из которых около 60 % составляли жены военнослужащих [1, ф. 297, оп. 9, д. 177, л. 146, 147]. В решении постоянной комиссии облисполкома по здравоохранению от 6 декабря 1971 г. отмечалась острая нехватка педиатров, невропатологов, офтальмологов. Существенным препятствием на пути переезда в область квалифицированных специалистов была жилищная проблема. На момент принятия решения 47 врачей областного центра и 15 врачей районных больниц не были обеспечены жильем [1, ф. 297, оп. 9, д. 378, л. 12].

Несмотря на все трудности, одной из ключевых позитивных тенденций рассматриваемого периода был очень значительный количественный рост медработников. В 1970 г. в области работало 1 703 врача, к началу 1983 г. – 2781 специалист, численность средних медработников за тот же период возросла с 4421 до 8 866 человек [1, ф. 639, оп. 1, д. 140, л. 25; д. 301, л. 23]. В результате существенно улучшились показатели обеспеченности области специалистами сферы здравоохранения.

Однако этот рост был очень неравномерным. Почти удвоилось число терапевтов (с 288 до 512), существенно пополнились ряды педиатров и хирургов (с 235 до 336 и со 105 до 197 соответственно), менее выраженным был рост числа психиатров, травматологов-ортопедов и эпидемиологов. При этом удивительной стабильностью отличалась очень компактная группа онкологов (17 врачей в 1970 и столько же в 1983 г.) [1, ф. 639, оп. 1, д. 8, л. 18, 19; д. 301, л. 22, 23].

Между тем состояние онкологической помощи в области было далеким от удовлетворительного. Центром проведения специализированного лечения оставался калининградский онкодиспансер. Несмотря на то что работа его врачей в 1973 г. была удостоена высокой оценки со стороны ученого совета Института онкологии, а опыт калининградских медиков рекомендован к внедрению в других лечебных учреждениях страны [1, ф. 297, оп. 10, д. 578, л. 26], на октябрь 1974 г. в стационаре, размещенном в тесном здании, было всего 155 мест (коек), отсутствовал пансионат для приезжающих из области больных, не хватало умывальников, туалетов, палаты рассчитаны на 12–14 пациентов, имелось два рентгеновских аппарата («старых марок, часто выходят из



строю»), но не было фиброгастроскопа. Облздравотдел обращался в облисполком с просьбой решить вопрос о строительстве в период десятой пятилетки нового диспансера (на 400 коек), а в качестве срочной помощи учреждению планировалось «просить» заместителя начальника управления торговли выделить в 1974 г. 3 холодильника и 2 телевизора [Там же, л. 27, 28].

Однако вопрос о новом диспансере не был решен и к середине 1980-х гг. В справке о состоянии онкологической помощи в области, составленной в апреле 1987 г., отмечались все те же проблемы: теснота помещений (3,2 м² на койку при норме в 7), старое оборудование («аппарат дистанционной гамматерапии АГАТ-С поколения 60-х годов»), неблагоустроенность территории, явно недостаточное для области количество специализированных коек (165) [1, ф. 233, оп. 6, д. 1065, л. 43]. Несмотря на хорошие показатели обеспеченности населения области местами в лечебных стационарах (на фоне многих других регионов РСФСР), в регионе остро не хватало больничных коек для тех, кто нуждался в сложном и зачастую неотложном лечении [1, ф. 297, оп. 9, д. 378, л. 10]. В результате многие больные были вынуждены лечиться в неспециализированных учреждениях (районных и городских больницах), а показатели заболеваемости и смертности от злокачественных образований неуклонно росли. Если в 1976 г. заболеваемость в области составляла 174,8 случая на 100 тыс. человек (при среднем по РСФСР 210,2), то к 1985 г. — уже 231,4 (237,1 в РСФСР) [Там же, л. 44, 46]. После ряда обсуждений и согласований строительство онкодиспансера было наконец запланировано на 1991 г. [1, ф. 233, оп. 6, д. 1121, л. 6, 8]

Возникали проблемы и с другими объектами капитального строительства. Так, в середине 1984 г. в облисполкоме констатировали превращение в настоящий «долгострой» новых корпусов областной больницы: «К сожалению, начинает разрушаться заложенный нулевой цикл под поликлинику, в котловане для глазного корпуса ребята ловят рыбу. Более 5 лет строится лабораторный корпус с пищеблоком, ввод которого был запланирован 2 года назад. В настоящее время в связи с выходом из строя энергетического хозяйства старого пищеблока создается угроза закрытия областной больницы» [1, ф. 297, оп. 10, д. 578, л. 84]. По итогам проверки плана строительства учреждений здравоохранения, проведенной республиканским министерством в 1982 г., Калининградская область вместе с рядом других регионов оказалась в категории «особенно плохо организована работа». Основания для такого вывода имелись: в регионе за год было освоено всего 32 % запланированных капиталовложений [Там же, л. 51].

Но даже официальное введение объекта в строй не всегда свидетельствовало об отсутствии существенных строительных недостатков. Характерным примером может служить состояние Калининградской областной многопрофильной больницы, принятой с серьезными строительными дефектами. Проведенная в 1981 г. проверка установила, что здание стационара, возведенное методом «народной стройки» и принятое в эксплуатацию в том же году, «находится в неудовлетворительном санитарно-техническом состоянии». В больнице не работала приточно-вытяжная вентиляция, отмечались частые перебои в подаче холод-



ной и горячей воды, в зимний период не получалось соблюдать температурный режим, в связи с чем работа ряда операционных становилась невозможной, не функционировали душевая, часть унитазов и раковин [1, ф. 233, оп. 6, д. 975, л. 90].

Некоторые положительные сдвиги произошли в рассматриваемый период в развитии стоматологической помощи. Были открыты четыре специализированные поликлиники, работали зубоучастковые кабинеты на 25 промышленных предприятиях и в 20 школах. В поликлинике Ленинградского района г. Калининграда функционировало отделение протезирования. Однако, несмотря на позитивную динамику, калининградская стоматология оставалась одним из наиболее проблемных направлений местного здравоохранения. Источники демонстрируют низкий уровень оказывавшейся помощи, наличие проблем материально-технического характера («устарелое оборудование»), нехватку врачей-ортопедов и зубных техников, систематические жалобы населения [1, ф. 233, оп. 6, д. 713, л. 100]. Свою долю упреков регулярно получало управление «Медтехника», не обеспечивавшее стоматологов современными пломбирочными материалами. С началом Перестройки, на волне гласности, критика областной стоматологии (особенно районной) стала еще более острой [1, ф. 233, оп. 6, д. 1051, л. 134–136].

На эпидемиологическом «фронте»

Актуальной проблемой в рассматриваемый период оставалась ситуация с инфекционными заболеваниями. Несмотря на то что в структуре смертности населения области они еще в 1950-е гг. переместились на третье место, уступив патологиям сердечно-сосудистой системы и новообразованиям, средний уровень инфекционной заболеваемости оставался высоким, а эпидемические вспышки регулярно повторялись в ряде городов и районов.

Например, в 1970 г. облздравотдел и облисполком забили тревогу по причине резкого роста инфекционной заболеваемости в Гвардейском районе, где соответствующие показатели предыдущего года были превышены более чем в 2,5 раза. В районном центре была зафиксирована крупная вспышка дизентерии (высокий уровень заболеваемости которой был характерен и для других районов и городов области) [1, ф. 233, оп. 6, д. 305, л. 3], отмечались случаи заболевания брюшным тифом. Проверка выявила неудовлетворительное санитарное состояние многих поселков района, многочисленные случаи загрязнения молочных продуктов, выработанных на местном маслозаводе. Сохранению сложной эпидемической обстановки способствовали «переуплотненность детских дошкольных учреждений», аварийное состояние водопроводных и канализационных сетей, приводившее к бактериальному загрязнению питьевой воды [1, ф. 297, оп. 9, д. 177, л. 135, 136]. Несмотря на всю серьезность ситуации, большинство намеченных на ближайшие недели и месяцы мероприятий комплексного плана по снижению заболеваемости на выполнялось: руководство маслозавода саботировало указания областной СЭС, строительство новых скважин было отложено на ближайшую пятилетку [Там же, л. 138, 139].



В структуре инфекционной заболеваемости населения региона в 1970-е гг. преобладали грипп и ОРЗ, на которые приходилось до 80 % всех случаев. Второе место уверенно занимали кишечные инфекции (8–9 %), среди которых лидировала острая дизентерия, поражавшая преимущественно детей. Достаточно частыми были случаи заражения вирусным гепатитом. В докладе на семинаре главных врачей в марте 1973 г. главный эпидемиолог области обращал внимание коллег на быстрый рост числа случаев сывороточной передачи этого заболевания, причинами которого были названы «чрезмерное увлечение гемотрансфузиями» и недостаток шприцев в стационарах [1, ф. 233, оп. 6, д. 509, л. 57, 58, 60–62].

В 1971–1975 гг. началась реализация комплексного плана, направленного на предупреждение пищевых отравлений и сокращение распространенности кишечных инфекций. План предусматривал строительство новых водопроводов, реконструкцию канализации, постройку общественных туалетов, благоустройство свалок, а также комплекс мероприятий по защите от загрязнения молока и мясных продуктов. Плохо функционировавшую систему регулярного удаления мусора в Калининграде планировалось отладить до конца 1972 г. На предприятиях пищевой промышленности должны были появиться новые холодильники, цеха изготовления полуфабрикатов, а посудомоечные всех предприятий общепита должны были быть обеспечены водопроводом и канализацией [1, ф. 297, оп. 9, д. 378, л. 1, 2, 5–8].

Иногда в жизни области случались и настоящие стресс-тесты, в ходе которых выявлялись неочевидные «в обычных условиях» возможности областного здравоохранения по противодействию эпидемическим «вызовам». В августе 1982 г. в пробах воды из источника водоснабжения Калининграда (ЮВС-1 и ЮВС-2) был обнаружен возбудитель холеры. В течение суток был разработан и утвержден план оперативных мероприятий по предупреждению заболеваний калининградцев холерой, включавший санитарно-гигиеническое расследование инфицирования водохранилища, запрет на любое использование воды реки Преголи, ежедневный контроль воды Преголи и ее притоков в районе водохранилища, водопроводной воды областного центра, сточных вод инфекционной больницы [1, ф. 233, оп. 6, д. 865, л. 13]. Предусматривалась тотальная госпитализация больных острыми кишечными инфекциями с трехкратным исследованием их на холеру, была развернута подготовка дополнительных стационаров для таких пациентов, организовано обучение медицинского персонала по вопросам клиники, диагностики и лечения холеры, проведена проверка готовности патологоанатомической службы и судебно-медицинской экспертизы к обследованию умерших на предмет заражения холерой. Выделенная культура была оперативно направлена для типирования в Ленинградскую противочумную станцию, издан приказ об обследовании на холеру советских и иностранных граждан, прибывших из неблагополучных по холере стран, в Калининграде вводилось повышенное хлорирование водопроводной воды [Там же, л. 28–30]. Эпидемии холеры удалось избежать.



Санпросвет в действии

Важным каналом взаимодействия медицины и общества была областная система санитарного просвещения, высшей точкой развития которой стали 1970-е годы. Статистические показатели, ежегодно обсуждавшиеся в постоянной комиссии облисполкома по здравоохранению, отражают размах просветительской активности калининградских медработников. Так, в 1973 г. ими было проведено более 26 тыс. лекций, около 220 тыс. бесед, 2339 передач на радио, 28 тыс. кинопоказов научно-популярных фильмов, около 10 тыс. «выставок и санитарных уголков». В области действовали 300 школ здоровья, 27 факультетов здоровья при домах культуры и промышленных предприятиях. По программам санитарного минимума в 1973 г. было обучено 34 тыс. человек, в том числе 9 тыс. работников детских учреждений [1, ф. 297, оп. 9, д. 578, л. 15, 16]. В последующие годы количественные показатели медицинского просвещения оставались высокими.

66

Имеющиеся в распоряжении документы не позволяют судить о содержании и методическом уровне всех проведенных мероприятий, однако некоторые темы встреч, бесед и лекций все же сохранились в массиве делопроизводственной документации. В школах и ПТУ проводились беседы и лекции о нормах личной гигиены, половом воспитании, безопасности движения. Перед началом детских киносеансов практиковались выступления медработников, сотрудников ГАИ и детских комнат милиции, которые рассказывали об опасности нарушения правил дорожного движения, анализировали конкретные несчастные случаи с детьми [1, ф. 233, оп. 6, д. 509, л. 34]. Педагогические коллективы ПТУ включались в проведение всероссийских смотров-конкурсов на лучшую организацию гигиенического, физического воспитания и медико-санитарного обслуживания учащихся, в условиях которых был предусмотрен раздел гигиенического и полового воспитания [1, ф. 297, оп. 10, д. 116, л. 10]. При калининградском Доме счастья действовал лекторий для молодоженов, в котором проводились лекции на темы «О девичьей чести, женской гордости и мужском достоинстве», «Семья и брак», «Вредная привычка». Проводилась и профилактика абортов. В женских консультациях и фельдшерско-акушерских пунктах организовывались выставки-продажи средств контрацепции, работали «школы матерей и отцов», лектории. На базе женской консультации Ленинградского района Калининграда в 1985 г. начала работать школа передового опыта «по противоабортной работе» [1, ф. 233, оп. 6, д. 975, л. 151, 152]. При обсуждении тематики и результатов санпросвета в облисполкоме звучали и критические замечания: некоторые члены постоянной комиссии отмечали недостаточное внимание к задачам антиалкогольной пропаганды [1, ф. 297, оп. 9, д. 578, л. 18, 19].

Заключение

Сопоставление тенденций развития и проблем регионального здравоохранения с общереспубликанскими и общесоюзными демонстрирует глубокую вовлеченность Калининградской области в процессы расширения доступа к медицинской помощи, развития материально-технического обеспечения лечебных учреждений, численного



роста профессионального медицинского сообщества, укрепление санитарного благополучия. Вместе с тем рассматриваемый период ознаменовался накоплением проблем, структура и масштаб которых позволяют современным исследователям констатировать нарастание во второй половине 1970-х — начале 1980-х гг. системного кризиса советского здравоохранения [3, с. 365—367; 4, с. 159]. Его симптомами были дефицит специализированной помощи (нехватка врачей-специалистов, очереди в поликлиниках), среднего медперсонала, серьезные инфраструктурные проблемы, явно недостаточное материально-техническое обеспечение лечебной и диагностической деятельности, медленное внедрение новых методов и приемов, операционных техник и лекарственных препаратов, снижение уровня подготовки выпускников медицинских вузов и эффективности профилактических мероприятий, распространение коррупции. Доля бюджетных расходов на здравоохранение постепенно сокращалась, одновременно росли требования граждан к доступности и качеству медицинской помощи, а изменение структуры заболеваемости и общее старение населения выдвигали на первый план новые, трудные в решении задачи [4, с. 154—159]. Многие из перечисленных проблем были характерны и для «самой западной» (см. выше), выявление других требует проведения дополнительных изысканий, в том числе с использованием материалов второй половины 1980-х гг., когда на волне «гласности» многие болезненные вопросы звучали громче, а их обсуждение велось более открыто (о чем свидетельствует предварительное изучение соответствующих материалов¹).

Компактные размеры и урбанизированный характер Калининградской области оказывали благотворное воздействие на «сближение медицины и общества». В регионе на протяжении всего рассматриваемого периода сохранялись высокие показатели обеспеченности врачебными кадрами. Несмотря на явное отставание сельского здравоохранения от городского, здесь не было такой дистанции между городом и деревней, как во многих других регионах страны, а лечебные учреждения Калининграда и других городов принимали самое непосредственное участие в помощи пациентам из села. Более молодой в сравнении с большинством российских регионов средний возраст жителей края несколько снижал нагрузку на кардиологов и онкологов. Свой вклад в формирование областной специфики заболеваемости и организации здравоохранения вносили и особенности структуры местной экономики, прежде всего — значительный вес рыбопромышленного сектора. Во второй половине 1980-х гг. находившееся в состоянии медленной эволюции калининградское здравоохранение вместе со всей страной вступило в бурную эпоху Перестройки.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 21-09-43039 «“Советский народ” на крайнем западе России: теория и практика формирования “новой исторической общности” в Калининградской области (1945 — 1991)».

¹ Например, обсуждение проблемы нетрудовых доходов в областном здравоохранении было проведено в июле 1986 г. [1, ф. 233, оп. 6, д. 1014, л. 62—86].



Список литературы

1. Государственный архив Калининградской области.
2. Жданович Л. Н. Санитарно-эпидемиологическая ситуация в Калининградской области в первые послевоенные годы // Калининградские архивы: материалы и исследования : сб. ст. Калининград, 2011. Вып. 9. С. 171–181.
3. Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Ухудшение здоровья советских людей в эпоху Застоя // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. №29 (2). С. 359–368.
4. Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Чалова В. В. Состояние и возможности советского здравоохранения в 1960–1980-х годах // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. №29 (1). С. 153–160.
5. Манкевич Д. В. Заболеваемость малярией в Калининградской области в первые послевоенные годы // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. 2016. №2. С. 32–36.
6. Манкевич Д. В. О некоторых проблемах развития советского здравоохранения Калининградской области в конце 1940-х – середине 1950-х годов (по материалам областных архивов) // Ретроспектива. Всемирная история глазами молодых исследователей. Калининград, 2010. Вып. 5. С. 62–71.
7. Манкевич Д. В. Первые шаги детского здравоохранения в Калининградской области (1946 – начало 1948 года) // Время музея : сб. ст. Калининград, 2018. С. 438–450.
8. Медицина Янтарного края: от истории к современности: здравоохранению Калининградской области – 75 лет. Калининград, 2021.

Об авторе

Дмитрий Владимирович Манкевич – канд. ист. наук, Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград, Россия.

E-mail: hist-study@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2983-1962>

D. V. Mankevich

**ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES IN THE KALININGRAD
HEALTHCARE SYSTEM DURING “REAL SOCIALISM”**

Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia

Received 15 October 2022

Accepted 15 December 2022

doi: 10.5922/sikbfu-2022-4-6

To cite this article: Mankevich D. V. 2022, Achievements and challenges in the Kaliningrad healthcare in the period of “real socialism”, *Vestnik of Immanuel Kant Baltic Federal University. Series: Humanities and social science*, №4. P. 59–69. doi: 10.5922/sikbfu-2022-4-6.

The article identifies and examines a number of trends in the development of healthcare system in the Kaliningrad region in the second half of the 1960s and the first half of the 1980s in comparison with the national tendencies. The processes of this time, unlike the years of early



development of Kaliningrad healthcare, are poorly studied. The main sources are the documents of the Health Department of the Kaliningrad region, Oblispolkom (Regional Executive Committee) and the Bureau of Medical Statistics from the respective funds of the State Archive of the Kaliningrad Oblast. Further development of the health infrastructure, the reduction of infant and maternal mortality, the success in developing the ambulance system, a significant increase in the number of doctors and paramedics, and the expansion of access to basic healthcare for citizens are the features of the period under review. However, not all staff problems had been solved. The weak point of the regional healthcare was oncological and dental care, the need for which was constantly increasing. There were difficulties with implementing construction plans for new objects of public health services, some of which had turned into real long-term projects. The lack of financing made it impossible to solve a number of problems related to the obsolescence of equipment and medical technology. Despite successes in the control of infectious diseases, there was a high incidence of dysentery and other intestinal infections in the region. The 1970s saw further development of the system of sanitary education, which reached a large proportion of the population of the region. However, the sources do not allow to assess the efficiency of this measure. Processes that were taking place in Kaliningrad regional healthcare system were typical for the country as a whole, showing slow increase in the manifestations of a systemic crisis. The peculiarities of the region, which mitigated this tendency, included high indicators of provision of medical workers in the region, a closer connection between rural and urban healthcare and a younger average age of the population.

Keywords: Kaliningrad region, medicine, morbidity, oncology, public healthcare, USSR

The author

Dr Dmitrii V. Mankevich, Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia.

E-mail: hist-study@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2983-1962>