

ского медицинского института и курса урологии, возглавляемого В.А. Мохортом. [2]

В Брестской области следует отметить П.И. Кананиди, прошедшего хирургическую школу в военных госпиталях. В 1945 г. в составе травматологического отделения впервые в БССР было зарегистрировано 5 урологических коек.

Говоря о Гомельской области, следует отметить, что в 1950 г. на базе хирургического отделения областной Гомеля были выделены 5 коек для лечения больных урологического профиля. Б.И. Яхнюк возглавил урологическое отделение и работал внештатным урологом Гомельской области до 1975 г. [2]

24 сентября 1994 г. на заседании пленума Белорусского общества урологов в Витебске был утвержден новый устав общества, согласно ему создавалось Общественное объединение «Белорусская ассоциация урологов» (ОО «БАУ»), президентом ассоциации избран академик НАН Белоруссии, профессор Савченко Н.Е.

Выводы. Как видно из исследования, история урологии в Беларуси достаточно скромна. На этапе становления она находилась в тесной связи с хирургией. Очевидно, что данная тенденция происходила из-за близости профилей, по которым велось лечение.

Литература:

1. Ананенко, В.А. Состояние и перспективы развития урологической службы в Могилевской области: Тез. докл. IV конф. урологов и нефрологов Белоруссии / В.А. Ананенко и др. // Минск, 1989. – С. 8-10.
2. Гольдин, Г.И. К истории отечественной урологии / Г.И. Гольдин. – М.: Медицина, 1964.
3. Гресь, А.А. Состояние и перспективы развития урологической помощи в Республике Беларусь: Тез. докл. пленума Белорусского общества урологов / А.А. Гресь // Витебск, 1994.
4. Доста, Н.И. Белорусская Ассоциация Урологов (БАУ) / Н.И. Доста // Сайт урологов Беларусь [Электронный ресурс]. – 2006-2012. – Режим доступа: <http://urobel.uroweb.ru/news/id-42>. – Дата доступа: 07.02.2014.
5. Сачек, М.Г. Кафедра госпитальной хирургии с курсами урологии и детской хирургии ВГМУ /М.Г. Сачек // Витебский государственный ордена дружбы народов медицинский центр университет [Электронный ресурс] – 2014. – <http://www.vsmu.by/about-vsmu/spisok-kafedr/18-departments/87-kafgosphir.html>. – Дата доступа 05.12.2014.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РУССКОЙ АРМИИ В 1812 Г.

Копать А.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра социально-гуманитарных наук

Научный руководитель – канд. ист. наук, доцент Гресь С.М.

Актуальность темы. Война 1812 г. оставила в истории целую цепь событий, которые неоднозначно трактуются до сегодняшнего дня. Организация медицинской службы в русской армии не рассматривается в отечественной историографии. Поэтому в работе мы попытались исследовать данную проблему.

Цель работы: исследовать организацию здравоохранения в русской армии в 1812 г.

Методы исследования: исторический, научный, хронологический.

Русских врачей в то время готовили Медико-хирургическая академия, а также медицинские факультеты Московского, Дерптского, Харьковского и Казанского университетов. Инструкция для генерал-штаб-докторов от 1756 г. обращала внимание на то, что нежелательно принимать на службу врача «не знающего полевых болезней», не умеющего «делать обыкновенные операции». [2, стр. 100]

Свою роль в развитии медицинской службы сыграл опыт суворовских походов, на основе которого было составлено «Наставление находящимся при армии вне пределов Империи из медицинских чинов инспектору и оператору». Этот

документ обобщал опыт организации армейской медицины и давал общие предписания по врачебным мероприятиям в полевых условиях. [5, стр. 20] «Положение для временных военных госпиталей при большой действующей армии» определяло порядок работы медицинской службы в полевых условиях.[5, стр. 22] Документ рекомендовал необходимое количество врачей из того расчета, что раненые могут составить десятую часть армии: на 200 больных полагался один врач и при нем шесть лекарских учеников; на каждого 100 больных приходился один госпитальный пристав, и на каждый десяток больных – один больничный надзиратель.[4, стр. 62]

Врачи в 1812 г. раны лечили в основном перевязками, редко прибегая к оперативному вмешательству, применяя его, только если существовала угроза для жизни человека. При проведении мероприятий по лечению раненых активно использовали лечебные средства растительного происхождения.[1, стр. 29]

Выходы. Здравоохранение в русской армии в 1812 году было развито слабо. Фактический уход за ранеными солдатами практически отсутствовал. Врачей для проведения операций было недостаточно. Вместе с этим следует отметить, что по ходу войны положение, хоть и медленно, но изменялось.

Литература:

1. Будко, А.А. Военная медицина России в Отечественной войне 1812 года и заграничном походе русской армии / А.А. Будко // Московский военный госпиталь и медицина России в Отечественной войне 1812 года / под общ. ред. И.Б.Максимова. – М.: Эко-Пресс, 2012. – С. 29.
2. Заглухинский, В.В. Организация и работа военно-медицинской службы русской армии в Отечественную кампанию 1812 г. / В.В. Заглухинский, В. П. Колосов, И. В. Фомин, под ред. В.В. Заглухинского – М.: типография «Сириус» 1912. – С. 124
3. Колосов, Г.А. Значение 1812-го года в истории русской медицины / Г.А. Колосов // Русский врач. – 1913. – № 7/8. – С. 227-230.
4. Корнеев, В.М. Медицинская служба в Отечественную войну 1812 года / В.М. Корнеев. – Л.: Государственное издательство медицинской литературы, 1962. – С. 92.
5. Кузьмин, М.К. Лекции по истории русской медицины: Медицина России в Отечественную войну 1812 года. / М.К. Кузьмин. – М.: Изд. 1-ый Московский медицинский институт, 1962. – С. 22.

ОЦЕНКА ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СРЕДНЕМ УХЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Корнейчик Т.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии

Научный руководитель – проф., д.м.н. Хоров О.Г.

Актуальность работы. Изучены результаты обследования и лечения 40 пациентов с хроническим гнойным средним отитом, которым было выполнено хирургическое вмешательство на ухе после ранее выполненной на этом же ухе операции.

Полость после санирующей операции по типу радикальной определялась у 27(67,5%) пациентов. У 12 (30%) пациентов установлено, что на предыдущей операции формировалась неотимпанальная система закрытого типа.

Выделения из барабанной полости в момент поступления в клинику были установлены у 35 (87,5%) пациентов. Грамотрицательная флора превалировала в 50% исследований отделяемого из уха.

Цели и задачи. Основным показанием к выполнению повторной операции после ранее произведенного вмешательства был рецидив гноино-деструктивного процесса в оперированном ухе (92,6 %). Причины возникновения рецидива заболевания после ранее выполненной радикальной операции: 1) наличие плохо вен-