

17/XI судорог и болей нет. Прикосновение в области рубца еще болезненно, но тонической судороги не вызывает. Больной свободно встает и переходит в кресло. Гипестезия по наружной поверхности левого плеча, левого бедра и голени держится. Гиперестезии нет. Брюшные рефлексы живые справа и слева. Подошвенные — сгибательного типа. Сухожильные рефлексы — живые без общей реакции.

19/XI ходит с палочкой.

27/XI чувствительность в пределах нормы. Болезненности в области рубца нет. Больной ходит свободно без палочки.

29/XI больной выписан.

Поступила 16 февраля 1961 г.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

### **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ В КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Канд. мед. наук Д. К. Соколов*

Курганский областной отдел здравоохранения

Острый аппендицит вот уже в течение многих десятилетий привлекает к себе внимание исследователей в нашей стране и за рубежом. Это объясняется не только тем, что острый аппендицит был и остается наиболее часто встречающимся заболеванием, что диагностика его иногда бывает крайне трудна и т. д., но и тем, что многие вопросы, в том числе и уровень заболеваемости населения, остаются невыясненными.

Нами изучалась заболеваемость при остром аппендиците на территории Курганской области во всех ее стационарных учреждениях. Перепись населения дала точные данные о возрастном-половом составе населения на 15/I 1959 г., то есть на середину изученного нами периода (1958—1959 гг.).

Больные острым аппендицитом составляли 18,4% от всех лечившихся в эти годы в хирургических стационарах области. Среди же группы заболеваний, входящих в «острый живот», удельный вес острого аппендицита составил 86,7%.

На территории области острый аппендицит встречается в 31,3 случая на 10 000 населения.

Заболеваемость мужчин и женщин не одинакова. Уровень заболеваемости мужчин — 26,8, а женщин — 34,8 на 10 000 населения соответствующего пола.

Острый аппендицит не одинаково часто встречается в различных возрастном-половых группах. Уровень заболеваемости в детском возрасте у лиц обоего пола почти одинаков. В период полового созревания и в последующем возрасте заболеваемость женского населения значительно превышает уровень заболеваемости мужчин (соответственно 57,9 и 36,1). Наибольший уровень заболеваемости мужчин и женщин отмечается в возрасте от 20 до 40 лет.

Установлено увеличение заболеваемости населения острым аппендицитом со средним ежегодным приростом на 6,5—8,1%.

В последнее время возник вопрос, не обусловлен ли неуклонный рост больных острым аппендицитом тем, что хирурги оперируют без достаточных к тому показаний. В связи с этим был изучен уровень деструктивных форм острого аппендицита. Найдено, что за изученные годы не было значительных колебаний их (5,8—6,1 случая на 10 000 населения).

Уровень деструктивных форм аппендицита не прямо пропорционален острому аппендициту вообще по возрастно-половым группам. Он несколько выше в детском и пожилом возрастах, встречается чаще у мужчин. Необходимо продолжать работы в данном направлении, чтобы точнее установить повозрастную заболеваемость деструктивными формами острого аппендицита. Установлена разница в уровнях заболеваемости деструктивными и недеструктивными формами острого аппендицита в различных городах и районах области. Наименьший удельный вес деструктивных форм острого аппендицита среди других его форм отмечен в районах, где работают хирурги с небольшим стажем. Удельный вес деструктивных и инфильтративных форм нарастает пропорционально увеличению расстояния от места жительства больного до хирургического отделения, где ему оказывалась неотложная оперативная помощь. Установлено также нарастание числа деструктивных форм острого аппендицита с увеличением времени, прошедшего от начала заболевания до момента операции.

Повышая квалификацию хирургов, улучшая организационные формы здравоохранения (приближение специализированной хирургической помощи к населению), мы можем значительно снизить уровень деструктивных форм аппендицита, улучшить результаты лечения.

Что касается уровня острого аппендицита вообще, то, несмотря на большую работу по оздоровлению лиц, страдающих хроническим аппендицитом, мы не достигли снижения этого заболевания, хотя нами производится ежегодно 18,1 аппендэктомий на 10 000 населения, 11,5 — у мужчин и 23,3 — у женщин (на 10 000 данного пола).

Поступила 30 марта 1961 г.

## **ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

### **ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ТУБЕРКУЛИНОМ КОХА (1890—1891 гг.) И КРИТИКА ЕГО КАЗАНСКИМИ МЕДИКАМИ**

*Канд. мед. наук Н. И. Жучкова*

Кафедра организации здравоохранения и истории медицины  
(зав.— проф. Т. Д. Эпштейн) Казанского медицинского института

Еще в начале 1890 г. стало известно, что Р. Кох работает над проблемой специфического лечения туберкулеза.

На X Международном съезде врачей в августе 1890 г. Кох сообщил, что ему удалось найти средство против бугорчатки. Однако Кох не назвал еще самое средство, ссылаясь на недостаточность имеющихся у него наблюдений.

После этого заявления врачебный мир и широкая публика с нетерпением ждали новых известий, и, когда Кох с сотрудниками в ноябре 1890 г. приступили к лечению туберкулезных больных новым средством, русские и иностранные медицинские газеты и журналы были наполнены «сообщениями» и «заметками» о лечении первых больных «коховской лимфой» (позже средство, предложенное Р. Кохом, стали называть «туберкулином» и «кохином»). В газетных сообщениях безудержно расхваливался новый способ лечения.

«Коховская лимфа» применялась вначале только в берлинских больницах, поэтому уже в конце ноября 1890 г. в Берлин съехалось более 1 500 врачей, а больные прибывали толпами.

Казанские ученые внимательно следили за появлявшимися в печати сообщениями о лечебном действии лимфы.

13/XI 1890 г. состоялось экстренное заседание Общества врачей при Казанском университете, на котором проф. Л. Л. Лёвшин прочел реферат статьи Коха об открытии им средства против туберкулеза. Большинство членов Общества высказались осторожно в отношении широкого применения «коховской лимфы» с лечебной целью, считая, что врач не имеет права вводить человеку неизвестное и непроверенное средство.