

УДК [617.576:616.717.7/.9]-002.3(1-22)

ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИСТИ У ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА С НЕРАЗВИТОЙ ИНФРАСТРУКТУРОЙ

© 2010 г. А. Л. Петрушин

Карпогорская центральная районная больница, Архангельская область

В статье представлены анализ причин и структура гнойных заболеваний кисти у 1 454 сельских жителей, обратившихся в МУЗ «Карпогорская центральная районная больница» с 1980 по 2007 год. Выявлена отчетливая сезонная зависимость заболеваемости, связанная с социально-бытовыми условиями и особенностями трудовой деятельности. Поздняя обращаемость (средний срок обращения с момента заболевания при панарициях составил 7,8 дня) объясняется как отдаленностью места жительства пациентов, так и ошибками медицинских специалистов первичного звена; удельный вес последних составил 21,9 % от общего количества поздно обратившихся. Позднее обращение к хирургу явилось причиной высокого удельного веса осложненных форм панариция (19,6 %). Показания к госпитализации пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти из отдаленных населенных пунктов должны быть расширены.

Ключевые слова: кисть, пальцы, панариций, флегмона, структура заболеваемости.

Воспалительные заболевания кисти как органа труда приводят к нарушению и потере ее тонких, важных функций и утрате трудоспособности больного. По данным зарубежных авторов [3], панариций является наиболее частой нозологической формой, которая ежегодно наблюдается приблизительно у 0,5 % населения. Доля пациентов с данной патологией составляет 15,0 % среди амбулаторных хирургических больных [3]. В России по поводу травм и гнойно-воспалительных заболеваний пальцев и кисти за медицинской помощью ежегодно обращается до 1 % населения. Доля панариция в качестве объекта амбулаторных хирургических вмешательств составляет до 46 % [2]. В научной литературе, посвященной проблеме гнойной патологии кисти, подробно отражены эпидемиология, причины, нозологическая структура и течение заболеваний у жителей городов [7, 9, 11, 13]. Гнойные заболевания кисти у сельских жителей северных регионов России до настоящего времени не изучены. Не приходится сомневаться в том, что природно-географические факторы, социальные и экономические условия влияют на распространенность, структуру, исходы лечения этой патологии. Указанные предпосылки явились основанием для выполнения научного исследования в Пинежском районе Архангельской области.

Пинежский район Архангельской области площадью 34 тыс. км² занимает значительную территорию ее северо-восточной части. Плотность населения на 1 января 2008 года составила 0,9 человека на 1 км² (в Архангельской обл. — 3,15; в России — 8,3 человека на 1 км², данные Всероссийской переписи населения 2002 г.). Дорожная сеть развита слабо. Регулярное круглогодичное сообщение между районным центром и отдаленными населенными пунктами отсутствует. Большинство населения занято тяжелым слабо механизированным и ручным трудом в сельском хозяйстве и на лесозаготовках. Особенности хозяйственного уклада создают условия для частых открытых повреждений кистей ручными орудиями труда. Раны, ссадины, трещины, потертости грязных кистей нередко осложняются гнойно-воспалительными процессами, которые требуют неотложных хирургических вмешательств. Медицинская служба района представлена центральной районной (ЦРБ) и участковыми больницами, фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), расстояние от ФАП до ЦРБ составляет от 7 до 130 км. Хирургическая служба функционирует только в районном центре. Оптимизация диагностики и лечения гнойных заболеваний кисти в сельском районе с неразвитой инфраструктурой является актуальной задачей практического здравоохранения.

Объект и методы исследования

Объектом исследования явились 1 454 пациента с панарициями и флегмонами кисти в возрасте от 14 лет до 89 лет, находившихся

на стационарном и амбулаторном лечении в МУЗ «Карпогорская ЦРБ» с 1980 по 2007 год.

В работе использовали классификацию, предложенную А. В. Коннычевым [2], согласно которой все гнойные заболевания кисти подразделяются на панариции и флегмоны. Среди панарициев автор выделяет кожный, ногтевой (паронихия, околоногтевой и подногтевой), эризипеллоид, подкожный, суставной, костный, костно-суставной, сухожильный и пандактилит; среди флегмон кисти — комиссуральную, флегмону возвышений 1-го и 5-го пальцев, срединного пространства кисти, тыла кисти, V-образную, флегмону пространства Пирогова — Парона и сочетанные флегмоны. Кожный, ногтевой панариции и эризипеллоид объединяют под термином «поверхностные формы панариция». Суставной, костный, сухожильный, костно-суставной панариции и пандактилит относят к осложненным формам, т. к. в подавляющем большинстве наблюдений они являются осложнениями поверхностных форм панариция при неадекватном лечении.

Математическая обработка полученных данных выполнена на персональном компьютере посредством электронных таблиц Microsoft Excel (Windows XP 2000), пакета прикладных программ Биостат и Aca Stat 4,5. Для описания количественных данных использовали среднее квадратичное отклонение (s) и доверительные интервалы (CI) для 95 % вероятности нахождения средней величины. Для описания качественных признаков использовали относительную частоту, выраженную в процентах, и CI, которые определяли, используя формулу $CI = \pm 1,96\sqrt{p(100 - p)/n}$, где p — относительная частота, n — объем выборки [1]. Анализ различия частот в двух независимых группах проводился путем проверки нулевой статистической гипотезы об отсутствии различий этих величин, при этом для сравнения групп по качественному признаку использовались критерии z, при сравнении количественных признаков — критерий Стьюдента для параметрического распределения данных. Вид распределения определяли с помощью критерия Колмогорова — Смирнова. Для выявления связи двух независимых групп использовали ранговый коэффициент корреляции Спирмена (r). Статистически значимыми признавались различия с уровнем доверительной вероятности не менее 95 % ($p < 0,05$).

Результаты исследования

Среди пациентов с гнойной инфекцией кисти мужчин было 942 (64,8 %), женщин — 512 (35,2 %). Распределение больных по возрасту и полу представлено в таблице.

В возрасте до 50 лет наблюдали 1 264 пациентов, из них мужчин 861 (68,1 % CI 65,5; 70,7), женщин — 403 (31,9 % CI 29,3; 34,5). В возрасте старше 50 лет из 190 пациентов мужчин было 81 (42,6 % CI 35,5; 49,7), женщин — 109 (57,4 % CI 47,6; 68,1; $z = 6,5$; $p < 0,001$). Средний возраст мужчин составил 32,7 (CI 31,9; 33,5), женщин — 38,6 (CI 37,2; 40,0) года. Среди пациентов рабочих было 694 (47,7 %), безработных — 186 (12,8 %), учащихся — 185 (12,7 %), служащих — 240 (16,5 %), пенсионеров — 139 (9,6 %), военнослужащих — 3 (0,2 %). У 7 (0,5 %) пациентов род занятий выяснить не удалось.

Больных с различными формами панариция было 1 245 (85,6 %), флегмонами кисти — 209 (14,4 %).

Структура панарициев:

Кожный	87 (7,0 %)
Ногтевой	296 (23,7 %)
Эризипеллоид	94 (7,6 %)
Подкожный	526 (42,1 %)
Костный	114 (9,2 %)
Суставной	21 (1,7 %)
Костно-суставной	36 (2,9 %)
Сухожильный	43 (3,5 %)
Пандактилит	28 (2,3 %)
Всего	1 245 (100 %).

Структура флегмон кисти:

Комиссуральная	103 (49,3 %)
Возвышения 1-го пальца	22 (10,5 %)
Возвышения 5-го пальца	11 (5,3 %)
Срединного пространства ладони	19 (9,1 %)
Тыла кисти	49 (23,4 %)
Сочетанные флегмоны	5 (2,4 %)
Всего	209 (100 %)

Суммарный удельный вес осложненных форм панариция составил 19,6 %. Среди панарициев преобладали подкожные формы, среди флегмон кисти — комиссуральные флегмоны.

Полученные данные свидетельствуют о наличии сезонных колебаний заболеваемости панарициями и флегмонами кисти (рис. 1). Увеличение количества заболевших происходит весной и летом. Между распределением заболевших флегмонами кисти и панарициями по месяцам года имеется умеренно выраженная корреляция ($r = 0,7$; $p = 0,02$). Кроме того, отмечен некоторый рост заболеваемости и в

Распределение пациентов с гнойными заболеваниями кисти по возрасту и полу

Возрастная группа, годы	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	% (CI)	Абс.	% (CI)	Абс.	% (CI)
До 20	179	19,1 (16,7; 21,5)	74	14,4 (11,5; 17,3)	253	17,4 (15,4; 19,4)
21–30	284	30,1 (27,2; 33,0)	94	18,4 (15,1; 21,7)	378	26,0 (23,8; 28,8)
31–40	216	22,9 (20,2; 26,6)	127	24,8 (21,1; 28,5)	343	23,6 (21,4; 25,8)
41–50	182	19,3 (16,8; 21,8)	108	21,1 (17,6; 24,6)	290	19,9 (17,9; 21,9)
Более 50	81	8,6 (6,8; 10,4)	109	21,3 (17,8; 24,8)	190	13,1 (11,3; 14,9)
Всего	942	100	512	100	1454	100

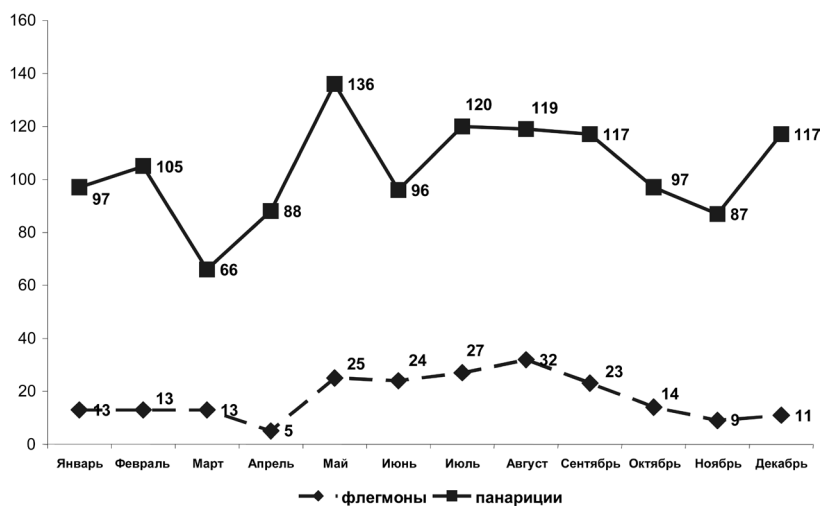


Рис. 1. Сезонное распределение гнойных заболеваний кисти

Примечание. По вертикальной оси — абсолютное число заболевших.

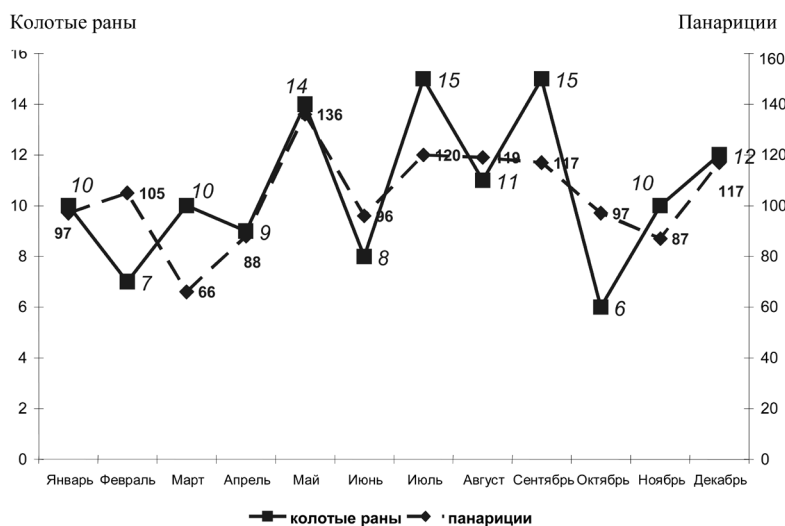


Рис. 2. Сезонное распределение панарициев и колотых ран кисти

Примечание. По вертикальным осям абсолютные числа.

зимние месяцы: с декабря по февраль наблюдали 319 пациентов с различными формами панариция, что составило 25,6 (CI 23,2; 28,0) % от их общего количества. Удельный вес пациентов с флегмонами кисти, обратившихся в зимнее время года, составил 17,7 (CI 15,1; 20,3) % ($z = 2,4$; $p = 0,02$).

Связь с микротравмой удалось выявить у 870 (70,0 %) больных панарицием и у 78 (37,3 %) пациентов с флегмонами кисти. При анализе сезонного распределения панарициев и колотых ран пальцев выявлена умеренная корреляция в сравниваемых группах ($r = 0,6$; $p = 0,03$; рис. 2).

Изучена длительность течения панарициев и колотых ран пальцев от начала болезни до оказания квалифицированной хирургической помощи у 1 005 (69,1 %) пациентов. Из 814 пациентов с панарицием в первые 3 суток заболевания к хирургу обратились 222 (27,3 %), от 4 до 7 — 310 (38,1 %), позже 7 суток — 282 (34,6 %); из 191 пациента с флегмоной кисти соответственно 70 (36,6 %), 84 (44,0 %) и 37 (19,4 %). Таким образом, предельно поздняя обращаемость в срок более недели от момента начала заболевания была зафиксирована у 34,6 (CI 31,3; 37,9) % пациентов с

различными формами гнойной патологии пальцев и у 19,4 (CI 13,7; 25,1) % пациентов с флегмонами кисти ($z = 4,0$; $p < 0,001$).

Проведен анализ длительности течения панарициев и флегмон кисти до момента обращения к хирургу пациентов, проживающих на расстоянии 30 и более километров от районного центра. Из 165 больных панарицием в течение 3 суток от момента заболевания обратились 21 (12,7 %), от 4 до 7 — 60 (36,4 %), позднее 7 — 84 (50,9 %); из 43 пациентов с флегмоной кисти соответствующие показатели составили 11 (25,6 %), 21 (48,8 %), и 11 (25,6 %). Таким образом, предельно позднее обращение за хирургической помощью сельских жителей, проживающих на значительном удалении от районного центра, не редкость: 50,9 (CI 43,3; 58,5) % наблюдений панариция и 25,6 (CI 12,5; 38,7) % — флегмон кисти ($z = 2,8$; $p = 0,005$).

У 70 (21,9 % от общего количества поздно обратившихся) пациентов причиной задержки оказания квалифицированной помощи явились диагностические и тактические ошибки, допущенные медицинскими работниками ФАП и участковых больниц. Имели

место следующие диагностические ошибки: гнойные заболевания кисти принимались за рожистое воспаление, не диагностировались костные повреждения и открытые вывихи при открытых травмах кисти. Тактические ошибки сводились в основном к неоправданному затягиванию консервативной терапии. Ошибки были допущены у 66 пациентов с гнойными заболеваниями пальцев, что составило 8,1 (CI 6,3; 9,9) % от общего количества больных с известными сроками начала заболевания, и у 4 (2,1 %) пациентов с флегмонами кисти ($z = 2,8$; $p = 0,006$). Средний срок заболевания до обращения к хирургу у пациентов с панарициями составил 7,8 (CI 7,3; 8,3) дня, у пациентов с флегмонами кисти — 6,5 (CI 5,6; 7,4; $p = 0,02$).

Из 1 245 пациентов с различными формами панариция стационарное лечение проведено у 412 (33,1 CI 30,5; 35,7 %), из 209 пациентов с флегмонами кисти — у 169 (80,9 CI 75,6; 86,2 %; $z = 13,0$; $p < 0,001$). Все пациенты с поверхностными формами панариция пролечены амбулаторно. Из 526 больных с подкожным панарицием были госпитализированы 189 (35,9 CI 31,8; 40,0 %), из 242 с осложненными формами — 225 (93,0 CI 89,9; 96,1 %; $z = 14,7$; $p < 0,001$). Осложненные формы заболевания выявлены у 54,4 % от общего количества пациентов, госпитализированных по поводу панариция.

Обсуждение результатов

Среди пациентов с гнойной инфекцией кисти, по литературным данным [6, 12, 13], преобладают мужчины, удельный вес которых составляет от 58 до 71 %, чаще болеют лица трудоспособного возраста (до 70 %). По нашим данным, в возрастной группе пациентов старше 50 лет преобладают женщины. Впервые преобладание женщин над мужчинами в старших возрастных группах отметил в 1891 году Н. А. Мейнгард [5], который указывал, что в возрасте после 50 лет панариций встречается у женщин в 4 раза чаще, чем у мужчин. Высокий удельный вес гнойных заболеваний кисти у женщин старших возрастных групп он объяснял частыми микротравмами кисти во время ведения домашнего хозяйства и работы со швейной иглой. В современной научной литературе данных по половой структуре гнойных заболеваний кисти в различных возрастных группах мы не выявили. Считаем, что в трудоспособном возрасте активность мужской части населения значительно выше, мужчины чаще пользуются различным инструментарием и, следовательно, больше подвержены открытым повреждениям кисти, которые являются основной причиной гнойных заболеваний. Трудовая активность мужчин в старших возрастных группах снижается. Женщины в сельской местности даже в пожилом и старческом возрасте продолжают выполнять работы, связанные с ведением домашнего хозяйства, огородничеством, уходом за домашними животными, при этом частота открытых повреждений кисти и гнойно-воспалительных осложнений у них

остается высокой.

При изучении сезонного распределения гнойной патологии кисти отмечено отчетливое увеличение заболеваемости панарициями и флегмонами в теплое время года — с мая по сентябрь. Авторы, изучавшие структуру гнойной патологии кисти у городских жителей, отмечают увеличение заболеваемости в другие месяцы года [2, 7]. D. Sokolowski [17] отметил, что около 70 % наблюдений гнойно-воспалительных заболеваний у сельских жителей Польши приходится на летние месяцы. Причинами подъема заболеваемости мы считаем интенсивные сельскохозяйственные работы, которыми занимается сельское население в этот период, что влечет за собой увеличение количества контаминированных микротравм кисти. В структуре панарициев выявлен также подъем заболеваемости в зимние месяцы. Зимой в северном регионе проводится интенсивная заготовка и переработка леса как в производственных масштабах, так и для личного пользования. Выполнение этих работ сопряжено с колотыми ранениями кистей концами металлических тросов, острыми фрагментами дерева и т. д. Именно колотые повреждения наиболее часто являются причиной гнойных процессов кисти [4, 6, 14, 16]. Сезонное распределение панарициев и колотых ран наглядно иллюстрирует эту зависимость (см. рис. 2).

Среди гнойных заболеваний пальцев преобладал подкожный панариций, его удельный вес составил 42,1 %. Данные литературы [4, 13, 18] также свидетельствуют о большом удельном весе этой формы в структуре гнойной патологии пальцев — от 24 до 50 %. Доля пациентов с осложненными формами панариция, по данным нашего исследования, равна 19,6 % и превышает этой показатель (9–14 %) в опубликованных материалах других авторов [4, 15]. Существенной особенностью организации лечения в сельском районе является частая госпитализация больных подкожным панарицием — 45,6 %. Городские жители помещаются в хирургический стационар по поводу данной формы панариция гораздо реже — в 9–24 % наблюдений [3, 6, 18]. Это объясняется невозможностью ежедневного посещения поликлиники пациентом вследствие отдаленного местожительства и отсутствия регулярного транспортного сообщения между населенными пунктами в сельском районе. Мы определили следующие показания к госпитализации сельских жителей по поводу подкожного панариция:

- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;
- локализация гнойного процесса на проксимальной фаланге;
- необходимость повторного оперативного вмешательства;
- лихорадка выше $37,5^{\circ}$ в течение суток;
- подозрение на возможное развитие анаэробной или гнилостной инфекции (гнойные осложнения укушенных ран, «clenched fist» травма);
- наличие признаков генерализации инфекции

(лимфангииты, лимфадениты);

- необходимость выполнения оперативного вмешательства под общей анестезией (непереносимость местных анестетиков, отказ больного от местной анестезии);
- наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной и других систем, негативно влияющих на течение гнойного процесса;
- низкий социальный статус пациента.

Ввиду значительной отдаленности места жительства пациентов от районного центра и транспортных затруднений актуальным является вопрос организации пансионата при ЦРБ для временного проживания больных при проведении амбулаторного лечения или лечения в стационаре дневного пребывания.

Удельный вес комиссуральной флегмоны в структуре флегмон кисти у сельских жителей составил 49,3 %. По данным В. И. Юхтина [8], доля комиссуральных флегмон у городских жителей не превышает 21,5 % от общего числа флегмон кисти. Причинами большого количества комиссуральных флегмон являются инфицированные потертости ладонной поверхности кисти в связи с использованием ручных орудий труда в сельском хозяйстве.

По нашим данным, в первые сутки обратились к хирургу только 2,5 %, через 2 суток — 10,5 % пациентов. Средняя продолжительность заболевания до обращения к хирургу составила 7,6 (СИ 7,1; 8,1) дня. Данные литературы свидетельствуют о более ранней обращаемости городских жителей с гнойной патологией кисти. Так, В. И. Стручков [10] констатировал, что средний срок обращения пациентов с гнойной инфекцией кисти в Москве составил $(3,9 \pm 3,0)$ дня от начала заболевания. И. В. Титаренко с соавт. [11] указывают, что в медицинские учреждения Санкт-Петербурга в первые 2 суток с момента заболевания обратились 32,0 % пациентов с гнойными заболеваниями кисти. А. R. Phipps [15] отметил, что в первые сутки с момента заболевания обратились 20,0 % пациентов. Причинами позднего обращения сельских жителей за квалифицированной хирургической помощью послужили в первую очередь отдаленность местожительства пациентов и отсутствие регулярного транспортного сообщения. Одной из причин позднего обращения явились также диагностические и тактические ошибки медицинских работников первичного звена. Указанные ошибки имели место у каждого пятого среди поздно обратившихся пациентов. При анализе поздней обращаемости к хирургу установлено, что среди пациентов с панарицием удельный вес поздно обратившихся был в 4 раза выше, чем среди пациентов с флегмоной кисти. При панарициях также чаще совершались диагностические и тактические ошибки. Данная закономерность объясняется более яркой клинической картиной флегмоны кисти: выраженной интоксикацией, лихорадкой, распространенной интенсивной

болью и значительными нарушениями функции кисти, что побуждает больного раньше обратиться в лечебное учреждение, а медицинских работников первичного звена раньше направить больного к хирургу. Интоксикация при панариции выражена слабо или отсутствует. В большинстве наблюдений имеется лишь локальная симптоматика, что побуждает больного к самолечению и затягивает сроки обращения за квалифицированной медицинской помощью. Среди медицинских работников, оказывающих первичную медицинскую помощь, сохраняется ложное представление о панариции как легкотекущей болезни с благоприятным исходом.

Таким образом, гнойно-воспалительные заболевания кисти у сельских жителей северного региона России имеют особенности, которые следует учитывать при организации лечения. Среди больных высок удельный вес пожилых и старых женщин, страдающих сопутствующими болезнями, что объясняется особенностями социально-бытового устройства и образа жизни жителей села. Характерным является сезонность заболеваемости с пиком с мая по сентябрь, т. е. в период наиболее интенсивных сельскохозяйственных работ. Типичен рост числа заболевших панарицием в зимний период года и корреляция заболеваемости с колотыми ранами пальцев. Средний срок обращения за квалифицированной медицинской помощью при гнойной патологии пальцев у жителей села продолжительнее, чем у горожан, и составляет 7,8 дня при панариции и 6,5 — при флегмоне кисти. Позднее обращение, а также наличие ошибок на первичных этапах оказания медицинской помощи приводят к более высокому по сравнению с городским населением удельному весу осложненных форм панариция. Социально-экономические, географические особенности северных сельских районов и ограниченные возможности первичного звена здравоохранения обуславливают необходимость своевременного направления больных с воспалительными заболеваниями кисти в районную поликлинику, неотложной госпитализации пациентов с флегмоной кисти и расширения показаний к госпитализации пациентов с панарициями.

Список литературы

1. Гржибовский А. М. Типы данных, проверка распределения и описательная статистика / А. М. Гржибовский // Экология человека. — 2008. — № 1. — С. 52–58.
2. Коньчев А. В. Гнойно-воспалительные заболевания верхней конечности / А. В. Коньчев. — СПб.: Невский Диалект, 2002. — 351 с.
3. Кош Р. Хирургия кисти / Рудольф Кош. — Будапешт: Изд-во Академии наук Венгрии, 1966. — 511 с.
4. Лыткин М. И. Панариций / М. И. Лыткин, И. Д. Косачев. — Л.: Медицина, 1975. — 191 с.
5. Мейнгард Н. А. К хирургии ручной кисти и пальцев / Н. А. Мейнгард // Хирургический вестник. — 1891. — № 10. — С. 102–121.
6. Мелешевич А. В. Панариций и флегмона кисти / А. В. Мелешевич. — Гродно, 2002. — 185 с.

7. Попов В. А. Панариций / В. А. Попов, В. В. Воробьев. — М. : Медицина, 1986. — 188 с.

8. Радикальное хирургическое лечение флегмон кисти с применением дренажно-промывной системы и первичных швов на рану / В. И. Юхтин, А. П. Чадаев, И. Н. Хуторенский, Г. Г. Савзен // Вестник хирургии. — 1996. — № 5. — С. 85–89.

9. Скрипниченко Д. Ф. Острые гнойные заболевания кисти / Д. Ф. Скрипниченко, М. Ф. Мазурик, Д. Г. Демьянюк. — Киев : Здоровье, 1981. — 156 с.

10. Стручков В. И. Руководство по гнойной хирургии / В. И. Стручков, В. К. Гостищев, Ю. В. Стручков. — М. : Медицина, 1984. — 512 с.

11. Титаренко И. В. Структура обращаемости и лечение пациентов с гнойно-септической патологией кисти в Центре кисти Санкт-Петербурга / И. В. Титаренко, Е. Е. Рассол, А. С. Лисицын // Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия. — 2001. — № 3. — С. 30.

12. Чадаев А. П. Хирургическое лечение пандактилита / А. П. Чадаев, А. С. Любский, А. А. Любский. — М. : Медицина, 2005. — 78 с.

13. Houshian S. Epidemiology of bacterial hand infections / S. Houshian, S. Seyedipour, N. Wedderkopp // Int. J. Infect. Dis. — 2006. — Vol. 10, N 4. — P. 315–319.

14. Mansingh A. Hand infections in Jamaica / A. Mansingh, D. M. Sawh // West Indian Med. J. — 2001. — Vol. 50, N 4. — P. 309–312.

15. Phipps A. R.. A review of in-patient hand infections / A. R. Phipps, J. Blanshard // Archives of Emergency Medicine. — 1992. — N 9. — P. 299–305.

16. Reichert B. Hand infections resulting from underestimation of minimal injuries / B. Reishert, P. Oeynhausens-Petsch, P. Mailänder // Handchir. Microchir. Plast. Chir. — 2007. — Vol. 39, N 2. — P. 124–127.

17. Sokolowsky D. The season's influence on the incidence of bacterial hand infections / D. Sokolowsky, K. Sosada // Wiad. Lec. — 2004. — N 57. — P. 449–452.

18. Weinzwieg N. Surgical infections of the hand and upper extremity: a county hospital experience / N. Weinzwieg,

M. Gonzales // Ann. Plast. Surg. — 2002. — Vol. 49, N 6. — P. 621–627.

HAND PURULENT DISEASES IN RESIDENTS OF RURAL LOCALITY WITH UNDEVELOPED INFRASTRUCTURE

A. L. Petrushin

Karpogory Central District Hospital, Arkhangelsk region

In the article, an analysis of the reasons and structure of hand purulent diseases in 1454 countrymen seeking medical aid in the Karpogory Central District Hospital from 1980 till 2007 have been given. A well-marked seasonal dependence of the morbidity rate connected with social and living conditions and features of work activity has been detected. Late appealability (average date of appealability from panaris beginning was 7, 8 days) was explained both by patient residence remoteness and mistakes of primary medical specialists; the proportion of the latter constituted 21,9 % of the total quantity of patients. Late appealability for surgical aid was the reason of high proportion of complicated panaris forms (19,6 %). Indications for hospitalization of patients with hand pyoinflammatory diseases from remote settlements should be widened.

Key words: hand, fingers, panaris, phlegmon, morbidity structure.

Контактная информация:

Петрушин Александр Леонидович — кандидат медицинских наук, зав. хирургическим отделением МУЗ «Карпогорская центральная районная больница» Пинежского района Архангельской области

Тел.: (8-256) 2-24-72, 2-11-03

E-mail: pal11@atnet.ru

Статья поступила 13.10.2009 г.