

образовательным уровнем ($P>0,05$). Лишь 3/4 опрошенных (соответственно 70,3% мужчин и 74,4% женщин) обращались бы к врачу за лечением по собственному желанию и еще меньше (67,4% мужчин и 71,5 % женщин) выбрали бы для лечения именно своего участкового врача.

Причин неудовлетворенности населения работой врачебного персонала названо много. Чаще всего респонденты высказывали удовлетворенность работой (по убывающей) гастроэнтеролога, онколога, физиотерапевта, оториноларинголога, невролога, офтальмолога, кардиолога; хуже оценена работа стоматологов, дерматовенерологов, хирургов, эндокринологов. Невысоко оценили женщины работу гинекологов. Основными причинами (по рейтингу) являются недостаточное внимание к больному (28,6%), плохое лечение (15,7%), излишняя поспешность в работе (12,9%), отсутствие вежливости (11,4%), то есть причины, которые являются легко устранимыми без дополнительных материальных затрат.

Работой среднего медицинского персонала недоволен каждый шестой пациент (16,4%). Недовольство работой вспомогательно-диагностических подразделений высказали 5,7% пациентов (лаборатория – 10,3%, рентгенкабинет – 6,4%, кабинет ЭКГ – 3,9%). Работа регистратуры не устраивает каждого четвертого пациента (24,4%).

Таким образом, изучение удовлетворенности медицинской помощью представляет собой критерий, характеризующий объективное состояние системы здравоохранения посредством субъективного осознания его индивидуумом. Уровень удовлетворенности базируется на самочувствии пациента, оправдании его ожиданий после контакта с системой здравоохранения.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ГРУДНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ В

ЛЕЧЕНИИ АНГИОТРОФОНЕВРОЗА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Купреева Л.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель - д.м.н., профессор Н.Н. Иоскевич

Актуальной проблемой сосудистой хирургии является лечение ангиотрофневроза верхних конечностей, преимущественно встречающегося у лиц молодого и среднего возрастов. Вместе с тем, результаты его консервативного лечения далеки от совершенства, а традиционные хирургические вмешательства на грудных симпатических ганглиях отличаются травматичностью.

Целью настоящей работы явился анализ клинической эффективности видеоторакоскопии в лечении ангиотрофневроза верхних конечностей.

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 18 больных с ангиотрофневрозом верхних конечностей. В возрасте от 17 до 19,9 лет прооперировано 6 чел., от 20 до 22,9 лет - 7 чел., от 22,9 до 25 лет - 5 чел. Анамнез заболевания у 8 пациентов составил 3 года, у 10 - 5 лет. В дооперационном периоде прошли курсы консервативного лечения 3 раза 7 больных, до 5 раз - 11 больных.

Обследование пациентов предполагало изучение физикальных данных, общеклинические лабораторные методы, капилляроскопию, рентгенографию шейно-грудного отдела позвоночника. Предоперационная подготовка включала назначение сосудорасширяющих препаратов (ксантинола никотинат в дозе 15% - 4 мл в 500 мл 0,9% физиологического раствора) и средств, улучшающих микроциркуляцию (трентал 10 мл в 500 мл 0,9% физиологического раствора) внутривенно капельно медленно по 3 инфузии каждого препарата.

В 1 стадии заболевания оперированы 6 чел., во 2 - 8 чел., в 3 - 4

чел.

Основным методом лечения ангиотрофоневроза явилась видеоторакоскопическая грудная симпатэктомия с удалением симпатического ствола на расстоянии от 4 межреберья в проксимальном направлении до 2 межреберья (до узла Зоргиуса).

Видеоторакоскопическая грудная симпатэктомия проводилась с помощью базового комплекса эндоскопической аппаратуры фирмы «Aescular» (ФРГ).

Длительность операции составила $25,7 \pm 2,3$ мин. Интраоперационных осложнений и кровопотери в ходе хирургического вмешательства не отмечалось. Операция завершалась дренированием плевральной полости через торакопорты с активной аспирацией воздуха. В раннем послеоперационном периоде у 2 чел. наблюдалась ограниченная подкожная эмфизема в месте стояния дренажа. Ее лечение проводилось консервативно. Дренажи удалялись после расправления легкого на 1 сутки послеоперационного периода. Выписка больных из стационара осуществлялась на 7-8 сутки с момента выполнения хирургического вмешательства. Средний койко-день пребывания больных в стационаре составил $8,2 \pm 1,4$ дня.

К моменту выписки на амбулаторное лечение у всех прооперированных больных отмечено улучшение клинического течения заболевания. Это проявилось в повышении температуры дистальных отделов верхних конечностей, улучшении капилляроскопической картины ногтевого ложа, купировании приступов артериоспазма и заживлении трофических расстройств кожи пальцев кистей.

Таким образом, видеоторакоскопическая грудная симпатэктомия является эффективным методом лечения ангиотрофоневроза верхних конечностей. Вместе с тем, требует усовершенствования техника ее выполнения, разработка принципов послеоперационного ведения больных.

СЕРОСОДЕРЖАЩИЕ АМИНОКИСЛОТЫ В ТАЛАМИЧЕСКОЙ