

ДО ПИТАННЯ ПОМИЛКОВИХ ДІАГНОЗІВ ПРИ СИНДРОМІ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ

Дегтяренко О. В., Глиненко В. В.

Науковий керівник – професор Дужий І. Д.

Сумський державний університет,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії

Питання діагностики хвороб плеври завжди мало значні складнощі. Причин цього явища декілька. Підраховано, що синдром плеврального випоту (СПВ) трапляється більше ніж при 90 різних хворобах внутрішньогрудної та позаторакальної локалізації (І. Д. Дужий, 1998–2008). Найчастіше даний синдром окрім туберкульозу та новоутворень трапляється при хворобах серця, неспецифічних запаленнях, системних захворюваннях судин та сполучної тканини і травмах. В умовах сьогодення найбільш відповідальною є своєчасна діагностика туберкульозу та онкологічних процесів, оскільки на ці два процеси припадає 70 % діагностованих захворювань плеври, що супроводжуються СПВ.

Розмаїтість поєднань та комбінацій різних симптомів можуть «змінити» суб'єктивні відчуття хворого, головним чином біль, що може нагадувати патофізіологічні процеси у інших, іноді значно віддалених органах. У зв'язку із переліченим подібні синдроми можна називати «заміненими», або ерзац – синдромами. Сумісно із керівником нам вдалося виділити такі синдроми.

Плевроабдомінальний синдром супроводжується сильним болем у животі, іноді з типовою іррадіацією чи переймоподібними проявами. Можливі вегетативні порушення: нудота, блювота, пітливість, висока температура тіла. Синдром може нагадувати «гострий живіт».

Плеврокардіальний синдром нагадує ішемічну хворобу серця. Інколи виникають явища іррадіації та емоційного напруження і тривоги. На відміну від постійної іррадіації при ішемічній хворобі серця (ІХС) при захворюваннях плеври такий біль посилюється при диханні, особливо глибокому.

Плевротромбоемболічний синдром розвивається, як правило, протягом декількох хвилин. Особливо він складний для діагностики у хворих, у яких є передумови можливої емболізації: порушення венозного току крові у системі нижньої порожнистої вени і кінцівок, захворювань органів малої миски. Частіше больовий синдром з'являється при обмеженому випоті. Встановити його можливо лише при багатопрофільній рентгенографії чи УЗД.

Плевроміжреберний синдром проявляється болем, який локалізується за ходом ребер, нагадуючи міжреберний міозит чи неврит, інколи – періостит чи остеомієліт, якщо в анамнезі хворого були травми, переохолодження або протяги.

Плевробрахіальний синдром характеризується болями у плечовому поясі, надключичній чи лопатковій зонах. Як правило, синдром виникає при локалізації випоту у будь-якій ділянці над діафрагмою.

Плевроішіорадикулярний синдром нагадує радикуліт чи ішіас. Болі при цьому захворюванні посилюються під час глибокого дихання, зітхання, кашлю чи чхання. Все це змушує таких хворих інколи навіть спати у сидячому положенні.

Плевроренальний синдром нагадує коліку при сечокам'яній хворобі.

Наведені різновиди ерзац-синдромів повинні налаштовувати лікарів на достеменне зібрання скарг та анамнезу. Особливо важливим є своєчасне і чітке виконання фізикального обстеження хворих. На першому етапі обстеження повинен бути встановлений попередній, синдромний, діагноз – СПВ. Наступний, другий, етап обстеження повинен перевести попередній діагноз у ймовірний. Для цього найчастіше застосовуються оглядова рентгенографія і ультрасонографія. Третій етап обстеження – пункція плевральної порожнини, що являється достовірною діагностикою СПВ. Інколи вона може стати й етіологічною.

Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 16-18 квітня 2014 р. / М.В. Погорелов. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 249.