

**ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ПОМИЛОК ПРИ БОЛЬОВОМУ
АБДОМІНАЛЬНОМУ ТА ТОРАКАЛЬНОМУ СИНДРОМАХ**

І. Д. Дужий¹, І. Я. Гресько¹, В. А. Сміянов², Г. П. Олещенко¹, В. В. Шимко¹
Сумський державний університет, Медичний інститут

Автори

1. Співробітники кафедри загальної хірургії, радіаційної медицини і фтизіатрії, Медичний інститут Сумського державного університету:

- **ДУЖИЙ Ігор Дмитрович**, професор доктор медичних наук, завідувач кафедри загальної хірургії, радіаційної медицини і фтизіатрії

- **ГРЕСЬКО Ігор Яремович**, асистент кандидат медичних наук

- **ОЛЕЩЕНКО Галина Павлівна**, аспірант

- **ШИМКО Володимир В'ячеславович**, аспірант

2. Співробітник кафедри сімейної та соціальної медицини, Медичний інститут Сумського державного університету:

- **СМІЯНОВ Владислав Анатолійович**, директор Медичного інституту, доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри сімейної та соціальної медицини, секція соціальної медицини

ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ПОМИЛОК ПРИ БОЛЬОВОМУ АБДОМІНАЛЬНОМУ ТА ТОРАКАЛЬНОМУ СИНДРОМАХ

І. Д. Дужий, І. Я. Гресько, В. А. Сміянов, Г. П. Олещенко, В. В. Шимко

Сумський державний університет

Актуальність проблеми посягає у особливостях нервової регуляції плевральної та черевної порожнини, що нерідко веде до «зміненої» клініки захворювань цих утворень з гіпо- чи гіпердіагностичною та необґрунтованими оперативними втручаннями.

Автори діляться досвідом диференціальної діагностики захворювань плеври, що супроводжувалися плевроабдомінальним больовим синдромом, який симулював «гострий живіт».

При синдромі плеврального випоту такий перебіг трапився у 17 (3,0 %) хворих, з яких оперовано 7 (1,23 %), а при синдромі спонтанного пневмотораксу – у 3 (1,7 %) хворих, оперовано 1 (0,4 %).

Наводиться запропонований алгоритм діагностики.

Ключові слова: гострий живіт, гострий плеврит, помилки діагностики

PREVENTION OF SURGICAL MISTAKES IN DIAGNOSTICS OF ABDOMINAL AND THORACIC PAIN SYNDROMES

I. D. Duzhiy, I. Ya. Gresko, V. A. Smiyanov, G. P. Oleshchenko, Shymko V. V.

Sumy State University

The problem is widely present still because the pleural and peritoneal cavities are innervated in a special fashion, when some symptoms guide to hypo- or hyperdiagnostics, even unreasonable surgery.

The authors presented an experience of differential diagnostics for the pleural diseases and pleuroabdominal pain syndrome associated with “acute abdomen”. The associated pleural effusion syndrome was suspected in 17 (3%) patients. Seven (1,23%) patients were operated. While in case of the spontaneous pneumothorax syndrome a total of 3 (1,7 %) patients were observed, one (0,4 %) of them was operated. A diagnostic algorithm was illustrated.

Key words acute abdomen, acute pleurisy, diagnostic mistakes.

ВСТУП

Незважаючи на суттєво збільшені діагностичні можливості практичної медицини в останні 20–25 років у зв'язку з поширеним застосуванням з цією метою досягнень променевої галузі, зокрема ультразвукової (УЗД), комп'ютерної (КТТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ), помилки у діагностичному процесі продовжують переслідувати як клініцистів (терапевтів і хірургів), так і променевих діагностів [1,7,8]. Якщо у фахівців терапевтичного напрямку, що стосується переважно фтизіатрів та пульмонологів, помилки залишають моральне та психологічне незадоволення, то у хірургів це безсонні ночі, повторні оперативні втручання, комісійні розслідування, напружені відносини з адміністрацією, рідними та близькими пролікованих чи оперованих, а нерідко... [3,6,8] Про що не хочеться говорити.

Складнощі діагностики захворювань органів грудної порожнини, головним чином плеври та гострих захворювань черевної порожнини нерідко поєднують зусилля фтизіопульмонологів, торакальних хірургів і загальних хірургів ургентного напрямку (в ургентних ситуаціях). Помилковий діагноз за даними [5,8] трапляється у 33,5 – 60,0 %.

Про подібні помилки у площині гіпо-, і гіпердіагностики писали у свій час терапевти і хірурги [2,3,5,6,8,9,10]. Ф. Углев відносив такі помилки до торакоабдомінальних (?). Але сама їх назва практичному лікарю при діагностиці захворювань допомагала мало. Оскільки і у грудній і в черевній порожнинах трапляється багато як гострих, так і хронічних захворювань. Найближче до вирішення даного питання підійшли українські хірурги Д. Ф. Скрипниченко та А. П. Подоненко-Богданова [6,8]. Безумовно, в усіх випадках помилки визначаються досвідом, спеціальною підготовкою і, що не менш важливо, морально-психологічним та фізичним станом діагноста, оскільки розмежування захворювань вимагає значного інтелектуального напруження. Проте мета нашої праці у іншому. Ми постараємося обґрунтувати причини помилок об'єктивними чинниками.

Мета роботи. Поділитися з широким загалом фахівців первинної ланки охорони здоров'я та зі спеціалістами хірургічного напрямку, що працюють у галузі

надання невідкладної допомоги, досвідом діагностики «замінних» плевральних синдромів, а саме – плевроабдомінального.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Під нашим спостереженням за 10 останніх років було 567 хворих із синдромом плевального випоту (СПВ). Плевроабдомінальний синдром поміж них був маніфестуючим у 17 (3,0 %) осіб. У 11 (64,7 %) з них він був зафіксований при туберкульозному генезі плевриту, у 2 (11,8%) – при метастатичному СПВ, у 2 – при кардіальному, іще у 2 – при СПВ, що супроводжував неспецифічний плеврит. Поміж усіх цих хворих оперовано помилково 7 (1,23 %) осіб, а по відношенню до хворих із плевроабдомінальним синдромом (17) оперовано – 41,2 %. У інших хворих «черевну катастрофу» вдалося відкинути.

Поряд із цим нами було досліджено 269 хворих із синдромом спонтанного пневмотораксу (ССП), 182 з яких мали неспецифічний генез. Поміж хворих із ССП цього генезу (бульозно-дистрофічного) плевроабдомінальний синдром мав місце у 3 (1,7 %) спостережених, оперовано 1 (0,4 %). При ССП метатуберкульозного генезу плевроабдомінальний синдром не мав місця.

Обстеження хворих проводили за загально-клінічними методами, фізикальними, лабораторними, променевими, ендоскопічними, та біопсійно-морфологічними (цитологічними, гістологічними). Найважливішими методами діагностики СПВ залишаються перші два: загально-клінічні та фізикальні. Застосовуючи саме ці методи, лікар первинної медичної допомоги та діагностики (дільничний, сімейний, швидкої допомоги), який вивчає вперше хворого, стикається з типовою чи нетиповою маніфестацією захворювання, у тому числі із замінними синдромами, які у більшості випадків спрямовують думку лікаря у іншому, хибному напрямку. Діагностичні помилки (при цьому) ведуть до ускладненого перебігу (основного) захворювання, його хронізації, а нерідко і до інвазійних необґрунтованих оперативних втручань.

Відомо, що в іннервації парієтальних листків плеври (костальної, діафрагмальної, медіастинальної та склепіння) беруть участь як соматичні нерви, так і відповідні відділи вегетативної нервової системи. Чутлива та рухова іннервація

нижніх відділів грудної стінки і пристінкової плеври, а разом з ними черевної стінки й очеревини аж до лонного з'єднання здійснюється шістьма нижніми міжребровими нервами. З огляду на це будь-який патологічний процес, розташований у грудній порожнині нижче VI ребра, може визивати біль та порушення функції за типом гіподинамії чи гіпердинамії не лише у грудній клітці, а й у черевній порожнині до рівня лонного з'єднання. Залежно від фази запалення біль може бути гострим чи тупим, незначним чи нестерпним, постійним чи пов'язаним з актом дихання (частіше!) чи залежати від рухів у ділянці тулуба. Локалізація болю визначається не стільки локалізацією хворобливого процесу, скільки зоною інервації. Отже, біль може бути у будь-яких відділах живота. Проте біль абдомінального генезу має більш обмежену локалізацію, а торакальний біль характеризується більшою поширеністю. Разом з цим торакальний біль підсилюється при поглибленні дихання і при покашлюванні. Останнє підсилює біль і при гострих захворюваннях живота, але при них він буде відносно локалізованим на відміну від «торакального» болю, який при кашлі матиме «розлитий» характер.

Болісність при пальпації грудної стінки за наявності захворювань плеври визначається по всьому периметру нижніх відділів гемітораку. При захворюваннях черевної порожнини болісність буде відносно локальною. При переведенні хворого із лежачого (горизонтального) положення у сидяче (вертикальне) болісність зменшується при торакальному плевральному процесі, залишаючись незмінною чи суттєво підсилюється при абдомінальному захворюванні.

Біль при захворюваннях органів черевної порожнини спонукає хворого вибрати якесь положення тіла, при якому біль стихає чи значно зменшується («вимушене положення»). У більшості випадків це напівсидяче положення. При захворюваннях плеври – це положення на хворому боці, що зменшує екскурсію діафрагми і, відповідно, легені, а відтак – притамовує біль.

Окрім наведеного плевральний біль супроводжується задишкою, яка збільшується при будь-яких рухах і при спробі прийняти сидяче положення.

При пальпації черевної стінки у разі захворювання органів черевної порожнини визначається її напруга, яка підсилюється при переводі хворого у

вертикальне положення. За наявності ж захворювання плеври напруга черевної стінки при цьому зменшується чи й зовсім зникає.

Симптоми подразнення очеревини супроводжують захворювання органів живота з деякою чи значною інтенсивністю, а при захворюваннях плеври вони відсутні.

Симптоми інтоксикації, які завжди супроводжують запальні патологічні процеси суттєво відрізняються. При захворюваннях черевної порожнини температура залишається на рівні 38-39° С, а при захворюваннях плеври вона може коливатися від 37 до 40° С. Такі хворі на противагу черевним процесам «обливаються» холодним потом. Має місце тахіпное, що не характерне для черевних процесів. АТ має схильність до гіпотонії, а при захворюваннях брюшної порожнини без поширеного втягнення у процес очеревини залишається на «робочому» рівні. Тахікардія при цьому має місце, але на відносно великих цифрах, у той час як при захворюваннях плеври вона сягає 110-130 ударів за 1 хв.

Хворі із гострими черевними захворюваннями скаржаться на слабкість, пітливість, сухість у ротовій порожнині, на рівні «важко повернути язик». При хворобах плеври останнього симптому не буває, але часто трапляється запаморочення.

Найбільш часто помилки трапляються, коли при огляді хворих лікарі, частіше хірурги, не надають належного значення вивченню грудної клітки, забуваючи за такі прийоми як пальпація, перкусія та аускультация. При останніх за наявності плевральних захворювань, які завжди супроводжуються синдромом плеврального випоту чи пневмотораксу, вдається констатувати відсутність голосового тремтіння, тупість у відповідних ділянках грудної клітки та відсутність дихання. Наведені ознаки можуть бути вирішальними при обстеженні хворого і проведенні диференціальної діагностики. Вони ж скеровують думку лікаря щодо неопхідності проведення променевого обстеження, яке у більшості випадків спроможне поставити крапки над «і».

Безумовно, клінічні лабораторні дослідження виконуються обов'язково, що визначено «Протоколом», проте вони у диференціальній діагностиці практичного значення не мають.

Наводимо клінічні спостереження.

Хворий В., 24 років, мешканець міста, захворів гостро: вночі проснувся від сильного болю у середніх відділах живота. Через півгодини біль «зосередився» у правому відділі. Порушень сечовиділення не було. Була викликана швидка допомога. Запідозрено гострий апендицит. Консультований хірургом. Оскільки при огляді була нудота, сухість у ротовій порожнині, болісність у нижніх відділах живота з наявністю симптомів «подразнення» очеревини діагноз було підтверджено. Клінічне дослідження крові: Л – $8,8 \times 10^9/\text{л}$: м – 2%, ю – 1%, паличкоядерних – 14%, с – 58%, л – 23%, м – 19%; ШОЕ – 32%. Через 1 год 30 хв після госпіталізації виконана апендектомія, під час якої випоту у черевній порожнині не знайдено, брижі паростка не змінені. Констатовано катаральну форму апендициту. Операційна рана зашита глухо. Біль у черевній порожнині продовжувався, а через 12 годин з'явилися переймоподібні болі, нудота. Знеболювальні з огляду на нудоту скасовано, призначено спазмолітики (чергування НО-ШПА і папаверину гідрохлориду 2% - 1,0). Незважаючи на терапію з'явилося здуття живота, перейми продовжувалися. Залишалася пітливість і сухість у ротовій порожнині. Клінічні дослідження крові не мали позитивної тенденції. Температура на рівні субфебрильної. При оглядовій рентгенографії черевної порожнини знайдено «роздуті» петлі кишківника. З огляду на виконану майже дві доби тому апендектомію запідозрено спайкову непрохідність. Виконана лапаротомія, під час якої механічних перепон у черевній порожнині не знайдено. Проведене подвійне дренивання. Оскільки хворий знаходився на знеболюючих та спазмолітичних препаратах біль дещо зменшився. Проте температура утримувалася на рівні 38,0-38,5 °С. З огляду на це хворий консультований терапевтом, який запідозрив пневмонію. Виконана оглядова рентгенографія грудної порожнини. Знайдено затемнення у нижніх відділах лівого геміторака з чіткою косою лінією. Запідозрено СПВ. Консультований торакальним хірургом. Підтверджено наявність СПВ, що

підтверджено плевральною пункцією. Виконана торакоскопія зліва. Під час останньої виявлено набряк пристінкової плеври, яка нагадувала «стеаринову плівку». Міжреброві проміжки не визначалися. Паравертебрально, більше у нижніх відділах велика кількість дисемінованих утворів до 1-1,5 мм у діаметрі жовтого кольору, що нагадувало картину «зоряного неба». Виконано плевробіопсію у 3^x ділянках. Цитологічно: лімфоцити, моноцити. Гістологічно: скупчення епітеліоїдних клітин, оточених валом лімфоцитів, а в центрі – сироподібна маса. Заключення: елементи туберкульозної гранулеми.

Клінічний діагноз: туберкульозний плеврит, стан після апендектомії і лапаратомії. Призначене специфічне протитуберкульозне лікування. Видалено дренаж. Через тиждень після торакоскопії виконана контрольна пункція плевральної порожнини, видалено 200 мл серозного випоту.

Аналізуючи даний випадок можна зробити декілька (висновків): туберкульоз плеври перебігав із СПВ, який локалізувався у базальних відділах лівого геміторака, що визвало подразнення міжребрових нервів, а останнє відбилося болем у нижніх відділах черевної порожнини. Оскільки міжреброві нерви мають анастомози з подібними утворами протилежного геміторака, біль у превалюючій мірі мав правобічну локалізацію. Не орієнтуючись у «замінному» плевроабдомінальному ерзац синдромі, лікарі, що оглядали хворого, скарги і клінічний перебіг захворювання не деталізували, випустивши з диференціально-діагностичного ряду захворювання плеври. Подразнення діафрагмального нерва, до якого входять волокна і гілочки блукаючого нерва, у післяопераційний період проявились нудотою, запамороченням, переймоподібними болями у животі за рахунок спастичних явищ, які навели лікарів на думку щодо спайкової непрохідності, оскільки напередодні була виконана апендектомія. Безумовно, все це нібито співпадало. Але ж «апендицит» був катаральний! Випоту у черевній порожнині, вже не кажучи за гній, не було! То звідки ж взятися злукам?! Чим пояснити явище інтоксикації?! До того ж «напад апендициту» був першим! На цьому можна було загострити увагу?! А якщо так, то можна було б і без терапевта прощупати, проперкутувати і аускультувати не лише черевну порожнину, що було,

звичайно, зроблено, й грудну порожнину. Консультація терапевта та променево дослідження допомогли скерувати хворого за належним напрямком, де СПВ був верифікований як туберкульозний плеврит. Діагностичний процес у даного хворого був відносно нетривалим, оскільки він мешканець обласного центру. А якби був сільським жителем? Думаємо більшість хірургів, які оперують понад 10 років, стикалися з подібними випадками, за яких СПВ оцінювався як плеврит, що ускладнив той чи інший патологічний процес черевної порожнини.

Наводимо інший клінічний приклад. Хворий С., 54 років, мешканець села, працював у районному центрі, слюсар. Захворів «підгостро»: під вечір з'явився біль у правому плечовому поясі, а під ранок – у ієших відділах руки. Турбувала значна слабкість. Звернувся до дільничного лікаря, який одразу переадресував до невропатолога. З діагнозом плексит правого плечового сплетення госпіталізований. У стаціонарі проводилася протизапальна терапія, вітаміни, гангліоблокатори, фізіопроцедури. Через 18 днів виписаний до роботи з деяким покращенням. Через добу серед ночі з'явився сильний біль у животі нелокалізованого характеру. До ранку «тримався». Потім звернувся за швидкою допомогою. При консультації хірургом температура 39,2 °С, загальна слабкість, сухість у ротовій порожнині, асиметрична гіперемія обличчя (справа), сухий язик, виявлені ознаки подразнення очеревини. Оскільки при клінічному дослідженні крові був лейкоцитоз – $9,7 \times 10^9/\text{л}$: ю. – 1 %, м. – 2 %, п. – 13 %, с. – 62 %, л. – 7 %, м. – 5 %; ШОЕ – 48 мм/год, констатовано наявність перитоніту невстановленої етіології. Запропоновано і виконано оперативне втручання – верхньо–серединна лапаротомія. Випіт у черевній порожнині не знайдено. Додаткових утворів у кишківнику та шлунку, печінці, селезінці і підшлунковій залозі не було. Не знайдено збільшених лімфовузлів та змін у брижах і очеревині. Аналізуючи клінічну картину з ознаками перитоніту (фебрильну температуру, лейкоцитоз $9,7 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 48 мм/год) зі «знахідками» у черевній порожнині (відсутність будь-яких патологічних змін), було вирішено, що мав місце ангіоспастичний синдром у брижах. Але у цей діагноз не вкладався характер лабораторних змін. Черевна порожнина була зашита. Через 12 годин після операції температура сягнула 39,9 °С. Запрошений терапевт порекомендував

виконати оглядову рентгенографію органів грудної порожнини. На знімку виявлено затемнення у верхньо–середніх відділах лівої легені. Констатовано «пневмонію». Але після виконаної бокової рентгенографії наведене вище затемнення «перетворилося» у лінзоподібний утвір, що дало право діагностувати синдром міждольового плеврального випоту. Через півтори доби після лапаротомії хворий переведений у легенево–хірургічне відділення обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру. При госпіталізації стан хворого тяжкий: значна пітливість, гіперемія обличчя, участь в акті дихання крил носа, тахіпноє, артеріальний тиск 100/60 ммHg, тахікардія. Над лівим гемітораксом у задніх і аксилярних відділах притуплення. Дихання над лівою легенею послаблене. Відразу виконана плевральна пункція в аксилярній зоні по V міжребер'ю. Пристінковий листок значно ущільнений, голка «провалилася» крізь нього зі значними труднощами. Аспіровано біля 700 мл гнійного випоту із «солодким» запахом. Констатована хронічна міждольова емпієма лівої плевральної порожнини. Хронічна емпієма була встановлена з огляду на щільність пристінкового листка. У перші чотири дні пункції плевральної порожнини виконували двічі на добу. При цьому плевральну порожнину промивали неспецифічними антисептиками. Антибіотики не застосовували. Після санації порожнини плеври (через 20 днів) виконана операція – плевректомія. Видалений плевральний мішок мав три відгалуження: основне розташовувалося у міждольовій щілині, два інших – над діафрагмою і пристінково. Заключення патоморфолога – неспецифічний хронічний плеврит. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Виписаний із відділення у задовільному стані. Через 2 роки – працює за фахом, скарг нема.

При ретроспективному аналізі на початковому етапі процесу бачимо, що неспецифічний плеврит мав превалюючу наддіафрагмальну локалізацію випоту, що далеко не завжди має загальні та місцеві ознаки запалення. Проте основний субстрат запалення (фібринні нашарування), а у подальшому – СПВ, завжди проявляються болем різного характеру. За рахунок подразнення діафрагмального нерва біль маніфестував плевро-брахіальним синдромом. Не обстеживши хворого фізикальними прийомами, вже не кажучи за променеві, хворого лікували

невропатологи. Безумовно, протизапальні засоби та лікарняний режим у деякій мірі «свою справу» зробили. Але відсутність етіопатогенетичної терапії сприяли хронізації плевриту, а у подальшому – нагноєнню та розвитку плевроабдомінального синдрому, який симулював гострий перитоніт. Відсутність змін у черевній порожнині за наявності «запальних» змін у периферійній крові все ж не відразу скерували думку лікарів на поглиблене дослідження оперованого. І лише огляд терапевта сприяв проведенню променевого дослідження, яке знову-таки було проведено неякісно. Терапевт відчула, що зміни локалізуються у лівому гемітораксі. Без виконаної бокової рентгенографії було б призначено лікування «пневмонії», за яку говорили рентгеноморфологічні зміни на оглядовій рентгенограмі. Зміни ж, характерні для міждольового СПВ, знайдені на боковій рентгенограмі, сприяли застосуванню подальшого алгоритму діагностики, що дало змогу підтвердити хронічний плеврит (емпієму).

Отже, при обґрунтованому використанні алгоритму діагностики СПВ, що тотожне діагностиці захворювання плеври, вже на етапі плевро-брахіального синдрому лікування плевриту можна було б закінчити за ті ж 18 днів. При розвитку плевро-абдомінального синдрому належне обстеження, про що йшла мова у «матеріалах і методах» позбавила б лікарів і хворого від «діагностичної» лапаротомії, хоча від плевректомії – ні, оскільки плеврит вже прийняв характер хронічного.

Наводимо іще одне клінічне спостереження, яке, хоча й «не реабілітує» медичну спільноту, проте показує, що грубих діагностичних помилок можна уникнути навіть при замінних торако-абдомінальних больових синдромах.

Хворий П., 32 років, бізнесмен, мешканець обласного центру, разом із сім'єю (дружина і дитина) у період найбільшої серпневої спеки своєю автівкою приїхали відпочити на море. На наступний день «від сонця не ховалися». Уже надвечір відчув себе знесиленим: головний біль, слабкість, запаморочення, температура до 38 °С. За словами дружини хворий почав навіть забалакуватися. Запросили медичного працівника, яка констатувала «перегрів». Рекомендувала багато пити. Ніч провів без сну. Під ранок з'явився біль у нижніх відділах правої половини грудної клітки,

переважно у підребер'ї. Знову викликали медичного працівника, яка запідозрила холецистит і призначила спазмолітики. Протягом доби відчував себе так же погано. Вранці з'явилася нудота, а біль підсилювався. Визвана швидка допомога транспортувала хворого до лікарні, де хірурга не було. Виконане УЗД «підтвердило» холецистит. Дві доби хворому проводили трансфузійну терапію. Стан ніби дещо покращав. У п'ятницю хворому запропонували виписку, оскільки лікар у суботу не працює. Добравшись до бази відпочинку хворий відчув погіршення, температура підвищилася до 38,4 °С. Протягом ночі приймав декілька разів ацетилсаліцилову кислоту. Вранці, зібравшись із силами, почали «тікати» до дому. Добравшись до домівки відразу викликали швидку і хворий був госпіталізований з «плевропневмонією» у терапевтичне відділення. Біль у підребер'ї не дав можливості заснути. Виконана у двох проекціях рентгенографія підтвердила «базальну плевропневмонію». Консультант, торакальний хірург, констатував СПВ і перевів хворого у своє відділення. Плевральна пункція підтвердила синдромний діагноз. Дослідження випоту на мікобактерії туберкульозу констатувало наявність останніх. Знайдені вогнищеві зміни на верхівці протилежної (лівої) легені дозволили відмовитися від ендоскопічного дослідження, яке за алгоритмом верифікації етіології СПВ обов'язкове.

Аналізуючи перебіг захворювання у даного хворого бачимо, що активація вже існуючого процесу відбулася внаслідок перегрівання і гіперінсоляції. Спочатку процес маніфестував інтоксикаційним синдромом, до якого додався плевроабдомінальний, який проявився «холециститом»! Лише виконане через п'ять днів променеве обстеження грудної клітки у двох проекціях дозволило запідозрити базальну плевропневмонію. Консультація фахівця, який добре розуміється на таких процесах сприяло як діагностиці СПВ, так і його верифікації та дало можливість уникнути антибактеріальної терапії з приводу «пневмонії», а можливо і оперативного лікування «холециститу».

ВИСНОВКИ

1. Помилки при діагностиці гострих захворювань органів черевної порожнини, які ведуть до необґрунтованих лапаротомій, можуть виникати при гострих

захворюваннях плеври, що визначається «замінним» больовим плевро-абдомінальним синдромом, в основі якого «поєднана» інервація плевральної і черевної порожнини, у тому числі пристінкової плеври і очеревини.

2. Уникнути гіпердіагностики гострих захворювань черевної порожнини вдається, застосовуючи розроблений алгоритм діагностики хвороб плеври, СПВ та ССП, які іноді проявляються больовим «замінним» синдромом.

3. Пропонується такий діагностичний алгоритм: збір анамнезу – вивчення скарг – фізикальні методи дослідження (пальпація – перкусія – аускультация) – променеве дослідження грудної порожнини шляхом УЗД або рентгенографією у двох (!) проекціях – плевральна пункція. Плевральна пункція інколи можлива і без променевого дослідження.

4. У разі встановлення СПВ чи ССП – консультація торакального хірурга. Подальша верифікація діагнозу проводиться у торакальному відділенні.

Список використаної літератури

1. Вагнер В. А., Субботин В. М., Черкесов В. А. //Торакальная хирургия.- М.,1993.-С.23-26.
2. Дужий І. Д. О клинике туберкульоза плеври // Лікар.справа.-1994.-№3.- С.19-21.
3. Дужий І. Д. Хірургія туберкульозу легень та плеври.-К.: Здоров'я.-2003.-360 с.
4. Дужий І. Д. Труднощі діагностики хвороб плеври.- Суми: ТОВ Мрія-1, 2008.- 560
5. Нелюбович Я. Н. Острые заболевания органов брюшной полости. – М. Медгиз, 1961.- С. 15-28.
6. Подоненко-Богданова А. П. Ошибки при диагностике «острого живота». – Киев: Здоров'я, 1981. – 112 с.
7. Савельев В. С., Константинова В. Г. Нетуберкулезный спонтанный пневмоторакс.- М.: Медицина, 1969.-136 с.

8. Скрипниченко Д. Ф. Неотложная хирургия брюшной полости.- К., Здоров'я.- 1966.-С. 267.

9. Стогова Н. А. Особенности диагностики парапневмонического и туберкулезного экссудативного плеврита // Пульмонология.-2004.-№ 5.-С.51-54.

10. Фещенко Ю. І., Ільницький І. Г., Мельник В. М. та ін. Туберкульоз позалегеневої локалізації.-К.: Лотос, 1998.-378 с.

Шляхи подолання хірургічних помилок при больовому абдомінальному та торакальному синдромах [Текст] / І. Д. Дужий, І. Я. Гресько, В. І. Дужий, Г. П. Олещенко // Клінічна хірургія. - 2017. - № 1. - С. 43-47.