



мых межгрупповых различий уровня лихорадки при поступлении (исследуемая группа – $37,51 \pm 0,24$ °С, контрольная – $37,63 \pm 0,29$ °С), а также сроков нормализации температуры тела ($2,92 \pm 0,54$ и $2,76 \pm 0,47$ дня соответственно) не выявлено.

В аускультативной картине у 69,2% больных исследуемой группы регистрировались локальное ослабление везикулярного дыхания (в группе сравнения – 88,9%), у 23,7% – влажные хрипы (в группе сравнения – 83,3%, $p < 0,05$), крепитация – соответственно у 15,4 и 33,3%. При этом средний срок нормализации аускультативной картины при вирусно-бактериальной ВП был несколько больше ($8,38 \pm 0,51$ дня), чем в контрольной группе ($6,62 \pm 0,64$ дня). Значимых межгрупповых различий гемодинамических показателей (частота сердечных сокращений, систолическое и диастолическое АД) и данных портативной пульсоксиметрии при поступлении на стационарное лечение не отмечено.

Изучение данных общих анализов крови у пациентов исследуемой группы показало следующее: средний уровень лейкоцитов – $8,51 \pm 1,24 \times 10^9$ /л, нейтрофилов – $6,51 \pm 1,18 \times 10^9$ /л, лимфоцитов – $1,46 \pm 0,18 \times 10^9$ /л (в группе сравнения соответствующие показатели составили соответственно $11,58 \pm 1,46 \times 10^9$ /л, $p < 0,05$; $9,57 \pm 1,82 \times 10^9$ /л и $0,95 \pm 0,14 \times 10^9$ /л). Достоверных межгрупповых различий в биохимических показателях крови (билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, мочевины, креатинин) не выявлено. У больных с вирусно-бактериальной ВП средний уровень С-реактивного белка в сыворотке

крови при поступлении ($32,41 \pm 4,28$ мг/л) был достоверно ($p < 0,05$) ниже аналогичного показателя в контрольной группе ($128,63 \pm 12,39$ мг/л).

У всех пациентов исследуемой группы этиотропная антибактериальная терапия после верификации гриппа А/Н1N1 дополнялась противовирусным препаратом осельтамивиром в дозе 150 мг в сутки. У 100% больных обеих групп наступило выздоровление. Средний срок лечения в исследуемой группе составил $20,33 \pm 2,36$ дня, в контрольной – $18,69 \pm 2,45$ дня ($p > 0,05$).

На основании изложенного можно сделать следующие выводы.

1. Клиническая картина внебольничной вирусно-бактериальной пневмонии, ассоциированной с вирусом гриппа А/Н1N1, у лиц молодого возраста характеризуется преобладанием такого симптома общей интоксикации, как головная боль, наличием малопродуктивного кашля (при наличии мокроты – с геморрагическим компонентом), скудной физикальной симптоматикой.

2. Особенности вирусно-бактериальной ВП, ассоциированной с вирусом гриппа А/Н1N1, у лиц молодого возраста являются нормальный уровень лейкоцитов в общем анализе крови при поступлении, склонность к лимфоцитозу, невысокий (по сравнению с больными бактериальной ВП) уровень С-реактивного белка.

3. Своевременно назначенная адекватная этиотропная противовирусная терапия (осельтамивир 150 мг/сут) обеспечивает благоприятный исход ВП, ассоциированной с гриппом А/Н1N1.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.25-006-311.04

Кузьмин О.В. (astkuzmin@gmail.com), Волков В.С., Боричевский Г.Г., Феофанов А.А., Волков А.В., Калугина С.М. – Случай наблюдения и лечения пациента с гемангиоперицитомой париетальной плевры.

Фиалил № 2 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, г. Пушкино, Московская область

Гемангиоперицитомы – сосудистая опухоль, образованная множеством капилляров, окруженных ветеринообразными и круглыми клетками – перицитами. Представлено клиническое наблюдение выявления гемангиоперицитомы исключительно редкой локализация в грудной полости, а также приведено описание хирургического лечения опухоли.

К л ю ч е в ы е с л о в а: гемангиоперицитомы, плевральная полость, плевроскопия, компьютерная томография, операция.

Kuzmin O.V., Volkov V.S., Borichevskii G.G., Feofanov A.A., Volkov A.V., Kalugina S.M. – Case of observation and treatment of a patient with perithelial endothelioma of parietal pleura. Perithelial endothelioma is a vascular tumor, formed by a number of capillaries, surrounded by spindle and round cells – pericapillary cells. The clinical observation of the detection of perithelial endothelioma is extremely rare in the thoracic cavity, and the description of the surgical treatment of the tumor is given. К е у в о р д s: perithelial endothelioma, pleural cavity, thoracoscopy, computed tomography, operation.



Гемангиоперицитома – сосудистая опухоль, образованная множеством капилляров, окруженных ветеренообразными и круглыми клетками – перицитами. Различают дифференцированную и недифференцированную формы опухоли. Первая обладает склонностью к рецидивам после недостаточного широкого хирургического иссечения. Вторая форма является злокачественной опухолью.

Лечение больных хирургическое. Гемангиоперицитомы органов грудной клетки встречаются очень редко. В доступной литературе случаев гемангиоперицитомы париетальной плевры мы не обнаружили. Поэтому приводим собственное наблюдение.

Пациент Б., 28 лет. С начала ноября 2016 г. стал отмечать болезненные ощущения в области грудной клетки слева. Полагая, что это связано с нарушениями функции позвоночника, проходил лечение у мануального терапевта. Однако вследствие нарастания одышки и болей в левой половине грудной клетки обратился за медицинской помощью по месту жительства. Рентгенологически выявили массивный плевральный выпот слева и выполнили плевральную пункцию. Со слов пациента, эвакуировали около 2 л красного цвета жидкости. Для более полного обследования и определения характера лечения пациент обратился в Филиал № 2 ГВКГ им. Н.Н.Бурденко и 29.11.2016 г. был госпитализирован. В тот же день выполнена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки. В левой плевральной полости обнаружена свободная жидкость в виде полосы

шириной 25×36×45 мм, обусловившая частичный компрессионный ателектаз 8–10-го сегментов левого легкого (рис. 1).

Бронхоскопия от 01.12.2016 г. патологии не выявила. Для уточнения диагноза пациенту 06.12.2016 г. произведена плевроскопия. В левой плевральной полости обнаружено 150 мл темно-красного цвета свободной жид-

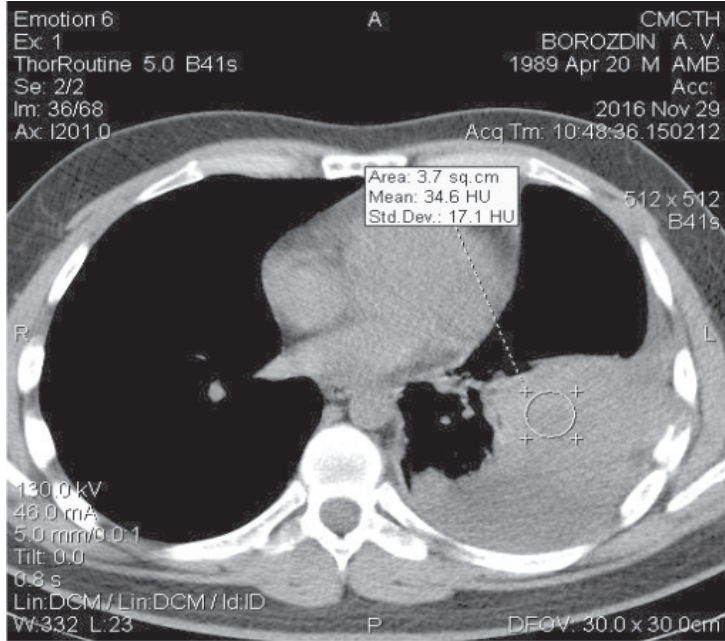


Рис. 1. Компьютерная томограмма органов грудной клетки больного Б. Свободная жидкость в левой плевральной полости

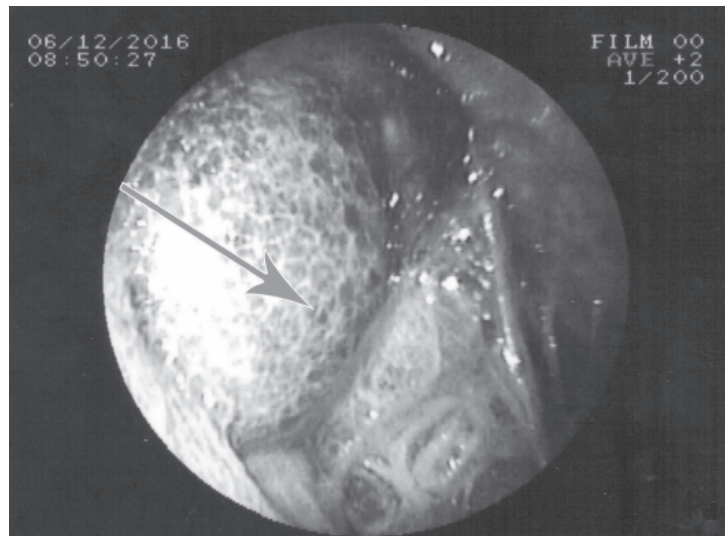


Рис. 2. Больной Б. Кистозное образование париетальной плевры (показано стрелкой), спайки между ним и легким



кости. Parietalный и висцеральный листки плевры сращены рыхлыми спайками в верхних и средних отделах. Подвижность легкого несколько ограничена на участках спаечного процесса. После удаления свободной жидкости между листками плевры обнаружено кистозное образование размерами более 6 см в поперечнике, покрытое рыхлой слизистой оболочкой бело-розового цвета. Образование эластичное, неподвижное, спаянное с легким (рис. 2).

Пациент осмотрен торакальным хирургом, и ему было предложено оперативное вмешательство по удалению обнаруженного образования. От оперативного вмешательства пациент воздержался, был выписан с рекомендацией явиться через 2–3 мес для выполнения контрольного КТ-исследования и повторного осмотра торакальным хирургом. В марте 2017 г. выполнена контрольная КТ грудной полости. В левой плевральной полости сохранились признаки объемного образования с частичным компрессионным ателектазом нижней доли (рис. 3).

Повторно осмотрен торакальным хирургом, рекомендовано оперативное лечение. Госпитализирован в торакальное хирургическое отделение филиала для планового оперативного вмешательства. Состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Грудная клетка правильной формы. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. ЧДД – 19 в минуту. Аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ясные. Пульс – 84 уд. в минуту. АД – 120/60 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. Общий и биохимический анализы крови в пределах нормы. Анализ мочи – в норме. Анализ крови на ВИЧ, RW и маркеры гепатитов В и С – отрицательные. ЭКГ: ритм синусовый, электрическая ось сердца расположена горизонтально.

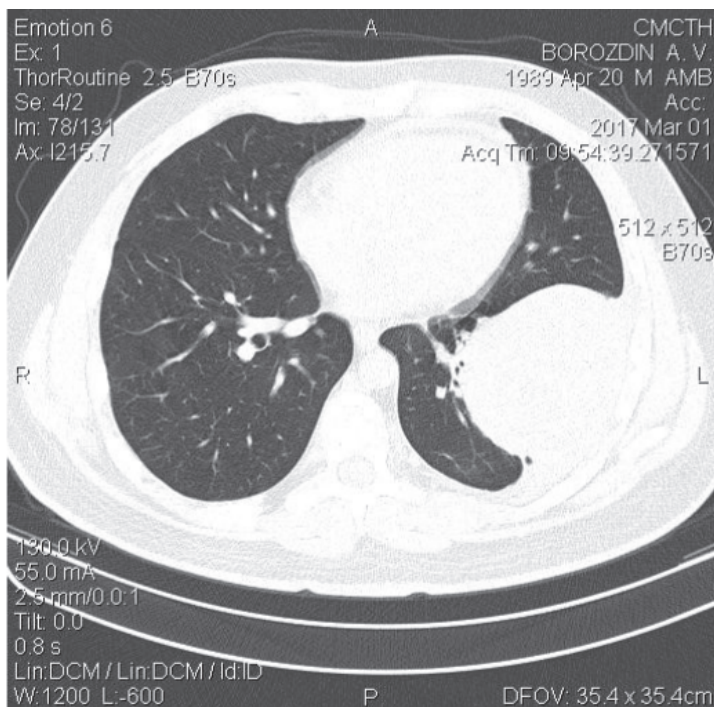


Рис. 3. Компьютерная томограмма больного Б. Образование в левой плевральной полости

Операция 04.04.2017 г. – торакотомия, ревизия левой плевральной полости. Обнаружено образование, не связанное с легочной тканью. Имеет шаровидную форму с гладкой плотной оболочкой, широким основанием плотно соединено с мягкими тканями грудной стенки. При удалении образования имела место выраженная кровоточивость из мягких тканей и из межреберной артерии, которая оказалась спаянной с основанием опухоли, что потребовало выполнения частичной резекции передне-бокового отрезка 6-го ребра и перевязки межреберной артерии на протяжении.

Кровопотеря компенсирована переливанием одногруппной эритроцитарной массы и свежзамороженной плазмы. Послеоперационный период – без осложнений. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на десятые сутки. Гистологическое исследование позволило уточнить характер удаленного образования – гемангиоперицитома плевры. Пациент выписан из стационара с рекомендациями продолжения наблюдения и лечения у онколога. Контрольный осмотр через 3 мес: состояние пациента удовлетворительное, жалоб не предъявляет, к онкологу не обращался.