

УДК 616.33

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАКА ЖЕЛУДКА С ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПЕРВИЧНЫМ ДИАГНОЗОМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Лукашенко А.В., Хачатрян В.А., Колесникова Е.Н.

Курский государственный медицинский университет (КГМУ)

Россия, 305041, Курская область, г. Курск, ул. К. Маркса, д. 3

Актуальность. Рак желудка (РЖ) остается одной из наиболее актуальных проблем клинической онкологии, занимая ведущие позиции в структуре онкологической заболеваемости и смертности в мире. Проблема данного заболевания заключается в его длительном бессимптомном течении на ранних стадиях, что приводит к поздней диагностике, когда опухоль уже достигает значительных размеров и имеет отдаленные метастазы. Нередко первыми клиническими проявлениями диссеминированного процесса являются неспецифические симптомы или паранеопластические синдромы, например, тяжелые инфекционные осложнения, которые маскируют основное заболевание и затрудняют первичную диагностику.

Цель – на основании клинического случая описать диагностические и тактические задачи у пациента с впервые выявленным распространенным раком желудка, манифестирующим тяжелой внебольничной пневмонией.

Материалы и методы. Для проведения данного исследования был использован клинический случай пациента П., поступившего в приемное отделение больницы ОКИБ им. Н.А. Семашко.

Результаты. Пациент П. поступил 27.09.2025 г. в ОКИБ им. Н.А. Семашко с жалобами на повышение температуры тела до 38,2 С, общую слабость, малопродуктивный кашель, боль в горле. Проведены лабораторные и инструментальные исследования. В динамике ОАК сохраняется лейкоцитоз ($10,5 \cdot 10^9/\text{л}$ с нейтрофильным сдвигом (87%), увеличение СОЭ (с 35 до 55 мм/ч). При подозрении на рак желудка была проведена ФГДС, при которой в средней и нижней третях определяется бугристая опухоль, выбухающая в просвет желудка. Взята биопсия, по итогам которой была у пациента выявлена низкодифференцированная карцинома желудка.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует классическое течение агрессивного низкодифференцированного рака желудка с длительным бессимптомным периодом и поздней диагностикой на стадии диссеминации (подозрение на метастазы в печень).

Манифестация заболевания с тяжелой внебольничной пневмонии и выраженного интоксикационного синдрома подчеркивает важность тщательного сбора онкоанамнеза и настороженности врачей общего профиля в отношении «синдрома малых признаков» у пациентов с неспецифическими жалобами.

Ключевые слова: рак желудка, лечение, внебольничная пневмония, паранеопластический синдром.

Лукашенко Артем Владимирович – студент 6 курса лечебного факультета, КГМУ, г. Курск. ORCID ID: 0009-0001-7585-2115. E-MAIL: ARTEM.LUKASHENEO.02@BK.RU (автор, ответственный за переписку).

Хачатрян Валентина Артуровна – студентка 6 курса лечебного факультета, КГМУ, г. Курск. ORCID ID: 0000-0002-7134-1959. E-MAIL: VALENTINA777.RU@MAIL.RU.

Колесникова Елена Николаевна – ассистент кафедры онкологии, КГМУ, г. Курск. ORCID ID: 0009-0002-9047-1959. E-MAIL: LENASIDELEVA@YANDEX.RU.

УДК 616.33

CLINICAL CASE OF GASTRIC CANCER WITH PARANEOPLASTIC SYNDROME AND PRIMARY DIAGNOSIS OF OUTPATIENT PNEUMONIA

LUKASHENKO A.V., KHACHATRYAN V.A., KISELEVA V.V.

KURSK STATE MEDICAL UNIVERSITY (KSMU)

305041, 3, K. MARX STREET, KURSK, RUSSIAN FEDERATION

RELEVANCE. STOMACH CANCER (RV) REMAINS ONE OF THE MOST PRESSING PROBLEMS OF CLINICAL ONCOLOGY, OCCUPYING A LEADING POSITION IN THE STRUCTURE OF CANCER MORBIDITY AND MORTALITY IN THE WORLD. THE PROBLEM OF THIS DISEASE LIES IN ITS LONG-TERM ASYMPTOMATIC COURSE IN THE EARLY STAGES, WHICH LEADS TO LATE DIAGNOSIS WHEN THE TUMOR HAS ALREADY REACHED SIGNIFICANT SIZE AND HAS DISTANT METASTASES. OFTEN, THE FIRST CLINICAL MANIFESTATIONS OF THE DISSEMINATED PROCESS ARE NONSPECIFIC SYMPTOMS OR PARANEOPLASTIC SYNDROMES, SUCH AS SEVERE INFECTIOUS COMPLICATIONS, WHICH MASKS THE UNDERLYING DISEASE AND COMPLICATES THE INITIAL DIAGNOSIS.

OBJECTIVE: TO DESCRIBE THE DIAGNOSTIC AND TACTICAL CHALLENGES IN A PATIENT WITH NEWLY DIAGNOSED ADVANCED GASTRIC CANCER MANIFESTING AS SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA, BASED ON A CLINICAL CASE.

MATERIALS AND METHODS. TO CONDUCT THIS STUDY, WE USED THE CLINICAL CASE OF PATIENT P., WHO WAS ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT OF THE N.A. SEMASHKO OKIB HOSPITAL.

RESULTS. THE PATIENT P. WAS ADMITTED ON SEPTEMBER 27, 2025 TO THE N.A. SEMASHKO OKIB WITH COMPLAINTS OF AN INCREASE IN BODY TEMPERATURE TO 38.2 C, GENERAL WEAKNESS, UNPRODUCTIVE COUGH, SORE THROAT. LABORATORY AND INSTRUMENTAL STUDIES HAVE BEEN CARRIED OUT. LEUKOCYTOSIS PERSISTS IN THE DYNAMICS OF THE UAC ($10.5 \cdot 10^9 / \text{L}$ WITH A NEUTROPHIL SHIFT (87%), AN INCREASE IN ESR (FROM 35 TO 55 MM/H). IF STOMACH CANCER WAS SUSPECTED, FGDS WAS PERFORMED, IN WHICH A LUMPY TUMOR PROTRUDING INTO THE LUMEN OF THE STOMACH IS DETECTED IN THE MIDDLE AND LOWER THIRDS. A BIOPSY WAS PERFORMED, WHICH REVEALED A LOW-GRADE GASTRIC CARCINOMA IN THE PATIENT.

CONCLUSION. THE PRESENTED CLINICAL CASE DEMONSTRATES THE CLASSIC COURSE OF AGGRESSIVE LOW-GRADE GASTRIC CANCER WITH A LONG ASYMPTOMATIC PERIOD AND LATE DIAGNOSIS AT THE STAGE OF DISSEMINATION (SUSPECTED LIVER METASTASES). THE MANIFESTATION OF THE DISEASE WITH SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AND SEVERE INTOXICATION SYNDROME UNDERSCORES THE IMPORTANCE OF CAREFUL COLLECTION OF CANCER HISTORY AND THE VIGILANCE OF GENERAL PRACTITIONERS REGARDING THE "SYNDROME OF SMALL SIGNS" IN PATIENTS WITH NONSPECIFIC COMPLAINTS.

KEYWORDS: STOMACH CANCER; TREATMENT; COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA; PARANEOPLASTIC SYNDROME.

LUKASHENKO ARTEM V. – 6 YEAR STUDENT OF THE FACULTY OF MEDICINE, KSMU, KURSK, RUSSIAN FEDERATION. ORCID ID:0009-0001-7585-2115. E-MAIL: ARTEM.LUKASHENEO.02@BK.RU (THE AUTHOR RESPONSIBLE FOR THE CORRESPONDENCE).

KHACHATRYAN VERA A. – 3 YEAR STUDENT OF THE FACULTY OF MEDICINE, KSMU, KURSK, RUSSIAN FEDERATION. ORCID ID: 0009-0007-6362-8451. E-MAIL: 2VERA07@MAIL.RU.

KOLESNIKOVA ELENA N. – ASSISTANT PROFESSOR OF THE DEPARTMENT OF ONCOLOGY, KSMU, KURSK, RUSSIAN FEDERATION. ORCID ID: 0009-0002-9047-1959. E-MAIL: LENASIDELEVA@YANDEX.RU.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Рак желудка — одна из самых смертоносных злокачественных опухолей, пятилетняя выживаемость при которой составляет около 20 %. Существует несколько хорошо изученных факторов риска развития рака желудка: *HELICO-VACTER PYLORI* инфекция, особенности питания, курение, ожирение и радиация [1, 4]. Низкодифференцированные формы карцином желудка характеризуются особо агрессивным течением и быстрым метастатическим распространением, что значительно ухудшает прогноз [3].

Паранеопластический синдром диагностируют у 10-15% всех онкологических больных, однако эти данные, вероятнее всего, занижены, что связано с неоднозначностью термина и трудностями диагностики многих из этих состояний [5]. На сегодняшний день наиболее важным способом профилактики рака желудка является снижение воздействия факторов риска, а также скрининг и ранняя диагностика. Паранеопластический синдром может возникать в различные периоды времени относительно появления самой опухоли: предшествовать, развиваться параллельно новообразованию или же на поздних стадиях, причем в двух третях всех случаев он появляется до установления диагноза опухоли [2]. Проявления его чрезвычайно разнообразны и в одних случаях обусловлены глубокими биохимическими нарушениями, свойственными выраженным формам рака, в других — результатом аутоиммунных реакций, гормональных сдвигов, возникающих уже на ранних этапах развития опухоли.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для проведения данного исследования был использован клинический случай пациента П., поступившего в приемное отделение больницы ОКИБ им. Н.А. Семашко.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациент П. поступил 27.09.2025 г. в ОКИБ

им. Н.А. Семашко с жалобами на повышение температуры тела до 38,2 С, общую слабость, малопродуктивный кашель, боль в горле. Объективно при поступлении общее состояние средней степени тяжести. Температура 38,0 С. Кожные покровы бледные, видимые слизистые оболочки сухие. Пациент за последние несколько месяцев заметил резкое снижение собственного веса. Язык сухой, обложен белым налетом. Зев умеренно гиперемирован. Стул, диурез в норме. Аускультативно в легких дыхание ослабленное, жесткое, с двух сторон крепитирующие хрипы в нижних отделах обоих легких. Живот мягкий безболезненный. Пациент отмечает редкое появление мучительной отрыжки, изжоги, тошноты. Со сторон других органов и систем органов патологии не выявлено. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс = ЧСС = 90 в мин. ЧДД 20 в мин. На основании клинического анализа предварительно поставлен диагноз ОРВИ. Острый фарингит легкой степени тяжести. Внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония средней степени тяжести. ДН 0-1 ст [5].

Проведены лабораторные и инструментальные исследования. В динамике ОАК сохраняется лейкоцитоз (10,5*10⁹/л с нейтрофильным сдвигом (87%), увеличение СОЭ (с 35 до 55 мм/ч). В биохимическом анализе крови отмечается снижение уровня общего белка (51,3 г/л), СРБ (200 мг/л). Увеличиваются показатели коагулограммы: Д-димера (2069 мг/мл), МНО (1,32), АЧТВ (52"). Прокальцитонин 17,42 нг/мл. В ОАМ сохранялась протеинурия, лейкоцитурия, микрогематурия. Проводимые анализы крови: ИФА на ВИЧ, Гепатиты А, В, С, RW — отрицательные. Заключение МСКТ ОГК при поступлении: КТ-данные могут соответствовать за наличие воспалительной инфильтрации и очаговых изменений нижних долей обоих легких. Двусторонний следовой плевральный выпот. SUSP с-р желудка. Гепатомегалия с очаговыми изменениями паренхимы печени (SUSP MTS). УЗИ ОБП и почек: эхо-признаки гепатомегалии, реактивные изменения паренхимы печени, гипоэхогенное образование в правой доле печен до 20 мм (MTS?). На основании клинико-лабораторных данных выставлен диагноз: ОРВИ. Острый фарингит легкой

степени тяжести. Внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония средней степени тяжести. ДН 0-1 ст. С-Р желудка [2, 5].

При подозрении на рак желудка у пациента был уточнен онкоанамнез. Со слов пациента выяснило, что в течение последних нескольких месяцев он отмечал немотивированную общую слабость, прогрессирующее снижение массы тела (примерно на 10-15 кг), эпизоды мучительной отрыжки, изжоги и тошноты. Данные симптомы пациент связывал с погрешностями в диете и не обращался за медицинской помощью. Наследственный анамнез по онкологическим заболеваниям не отягощен. Вредные привычки: курит в течение 45 лет, ежедневно 1 пачка сигарет в день. Употребляет алкоголь несколько раз в месяц. Таким образом, наличие «синдрома малых признаков» в течение нескольких месяцев предшествовало острой манифестации заболевания.

При подозрении на рак желудка была проведена ФГДС, при которой в средней и нижней третях определяется бугристая опухоль, выбухающая в просвет желудка. Взята биопсия, по итогам которой была у пациента выявлена низкодифференцированная карцинома желудка.

На момент нахождения в стационаре получал следующее лечение: инфузионная терапия, антибактериальная терапия (меропенем), патогенетическая терапия (пробиотики), симптоматическая терапия (омепразол, амброксол). Выписан с улучшением и дальнейшими рекомендациями: необходима консультация врача-онколога в поликлинике или онкодиспансере для постановки на учет и разработки плана последующего лечения. Дообследование: проведение полного стадирования заболевания для уточнения распространенности опухолевого процесса [3, 4].

Рекомендовано: КТ всего тела для оценки метастатического поражения (печень, легкие, лимфатические узлы, кости), МСКТ органов брюшной полости и малого таза с контрастированием, повторная ФГДС с биопсией для определения гистологического типа и молекулярно-генетических характеристик опухоли (статус HER2, MSI, PD-L1).

Необходимо определение тактики лечения: решение вопроса о возможности и объеме хирургического лечения (гастрэктомия) после оценки распространенности процесса. В случае нерезекtableйной опухоли или наличия диссеминированного процесса показано проведение системной лекарственной терапии (химиотерапия, таргетная терапия, иммунотерапия) в соответствии с молекулярным профилем опухоли.

В качестве симптоматической терапии продолжение приема ингибитора протонной помпы (омепразол) для снижения диспепсических явлений. Коррекция нутритивного статуса (консультация диетолога, при необходимости – нутритивная поддержка).

После проведения специализированного лечения необходим регулярный контроль (каждые 3-6 месяцев) включающий ФГДС, КТ, оценку лабораторных показателей.

ВЫВОДЫ

Представленный клинический случай демонстрирует классическое течение агрессивного низкодифференцированного рака желудка с длительным бессимптомным периодом и поздней диагностикой на стадии диссеминации (подозрение на метастазы в печень).

Манифестация заболевания с тяжелой внебольничной пневмонии и выраженного интоксикационного синдрома подчеркивает важность тщательного сбора онкоанамнеза и настороженности врачей общего профиля в отношении «синдрома малых признаков» у пациентов с неспецифическими жалобами.

Комплексное обследование пациента, включающее лучевые методы (МСКТ, УЗИ) и эндоскопию с биопсией, является золотым стандартом верификации диагноза и определения распространенности процесса.

Своевременная диагностика и направление пациента к онкологу для определения дальнейшей тактики (хирургическое вмешательство, системная терапия) являются критически важными для улучшения прогноза и повышения выживаемости даже на распространенных стадиях заболевания.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИЧНЫЙ ВКЛАД АВТОРОВ

Лукашенко А.В. – сбор данных, интерпретация данных, подготовка чернового варианта работы;

Хачатрян В.А. – интерпретация данных, подготовка чернового варианта работы;

Колесникова Е.Н. – окончательное редактирование текста данного клинического случая.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы сообщают об отсутствии источников финансирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов А.В., и др. *Внебольничная пневмония у взрослых: клинические рекомендации*. Москва: Минздрав России; 2023. 78 с.
2. Захаренков И.А., Рачина С.А., Дехнич Н.Н., и др. Этиология тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых: результаты первого российского многоцентрового исследования. *Терапевтический архив*. 2020;92(1):36-42.
3. Стяжкина С.Н., Орлова Р.В., Карпов О.Е. Особенности диагностики и лечения низкодифференцированного рака желудка. *Сибирский онкологический журнал*. 2022;21(4):98-105.
4. Чиссов В.И., Кит О.И., редакторы. *Клинические рекомендации «Рак желудка»*. Москва: Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»; 2023. 78 с.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. *Злокачественные новообразования в России в 2023 году (заболеваемость и смертность)*. Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена; 2024. 252 с.