



УДК 616.216  
DOI 10.52575/2687-0940-2025-48-2-134-145  
EDN BVQPUE  
Клинический случай

## Диффузная форма аденокарциномы под маской пневмонии

Бонцевич Р.А.<sup>1,2</sup> , Хамитова А.А.<sup>1</sup> , Данилова М.С.<sup>1</sup> ,  
Завиткевич Г.И.<sup>1</sup> , Гаврилов П.В.<sup>3</sup> 

<sup>1)</sup> Марийский государственный университет,  
Россия, 424000, г. Йошкар-Ола, пл. Ленина, 1;

<sup>2)</sup> Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии  
непрерывного профессионального образования Минздрава России,  
420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 36;

<sup>3)</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии,  
Россия, 191036, г. Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2–4  
E-mail: [dr.bontsevich@gmail.com](mailto:dr.bontsevich@gmail.com)

**Аннотация.** В настоящей статье описан случай ведения пациента диффузной формой аденокарциномы легкого. Особенность данного кейса: первоначально пациенту была диагностирована внебольничная пневмония и назначена соответствующая терапия. Однако на фоне лечения наблюдалось снижение некоторых объективных критериев и нехарактерная картина по данным методов лучевой диагностики, несмотря на относительно «спокойные» лабораторные показатели. Данная ситуация подчеркивает сложность дифференциальной диагностики, особенно в условиях перекрытия клинических проявлений. В клинической статье обсуждаются изменения на КТ, результаты патологоанатомического исследования и важность междисциплинарного подхода в диагностике и лечении респираторных заболеваний. Приведенный случай иллюстрирует необходимость повышения уровня осведомленности медицинских работников о возможных диагностических ловушках и формирования системы постоянной онконастороженности.

**Ключевые слова:** аденокарцинома легких, легочные заболевания, онкология, патологоанатомическое исследование, междисциплинарный подход, респираторные симптомы

**Для цитирования:** Бонцевич Р.А., Хамитова А.А., Данилова М.С., Завиткевич Г.И., Гаврилов П.В. 2025. Диффузная форма аденокарциномы под маской пневмонии. *Актуальные проблемы медицины*, 48(2): 134–145. DOI: 10.52575/2687-0940-2025-48-2-134-145. EDN: BVQPUE

**Финансирование:** работа выполнена без внешних источников финансирования.

## Diffuse Form of Adenocarcinoma under the Guise of Pneumonia

Roman A. Bontsevich<sup>1,2</sup> , Alina A. Khamitova<sup>1</sup> , Marina S. Danilova<sup>1</sup> ,  
Georgy I. Zavitkevich<sup>1</sup> , Pavel V. Gavrilov<sup>3</sup>

<sup>1)</sup> Mari State University,

1 Lenin Square, Yoshkar-Ola 424000, Russia;

<sup>2)</sup> Kazan State Medical Academy – branch of the Russian Medical Academy  
of Continuing Professional Education,  
36 Butlerov St., Kazan 420012, Russia;

<sup>3)</sup> St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology,  
2–4 Ligovsky Ave., St. Petersburg 191036, Russia

E-mail: [dr.bontsevich@gmail.com](mailto:dr.bontsevich@gmail.com)

**Abstract.** This article describes a case of managing a patient with a diffuse form of lung adenocarcinoma. The peculiarity of this case is that initially the patient was diagnosed with community-acquired pneumonia and appropriate therapy was prescribed. However, during the treatment, there was a decrease in some objective criteria and an uncharacteristic picture according to radiation diagnostic methods, despite relatively "calm" laboratory parameters. This situation highlights the complexity of differential diagnosis, especially in conditions of overlapping clinical manifestations. The clinical article discusses changes in CT scans, the results of a pathological and anatomical study, and the importance of an interdisciplinary approach in the diagnosis and treatment of respiratory diseases. The above case illustrates the need to raise the awareness of medical professionals about possible diagnostic pitfalls and to form a system of constant cancer awareness.

**Keywords:** lung adenocarcinoma, pulmonary diseases, oncology, pathologic and anatomical study, interdisciplinary approach, respiratory symptoms

**For citation:** Bontsevich R.A., Khamitova A.A., Danilova M.S., Zavitkevich G.I., Gavrilov P.V. 2025. Diffuse Form of Adenocarcinoma under the Guise of Pneumonia. *Challenges in Modern Medicine*, 48(2): 134–145 (in Russian). DOI: 10.52575/2687-0940-2025-48-2-134-145. EDN: BVQPUE

**Funding:** The work was carried out without external sources of funding.

---

---

### Введение

Среди причин смертности населения онкологические заболевания занимают второе место, уступая лишь сердечно-сосудистым заболеваниям. По данным Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена, в 2023 году в России впервые был выявлен 674 587 случай злокачественных новообразований (ЗНО). В среднем поражение трахеи, бронхов и легкого обнаружено у 98,8 больных на 100 тысяч населения, при этом 28,7 % случаев диагностированы на I–II стадии, 27,9 % – на III и 42,5 % приходятся на IV стадию ЗНО [Каприн и др., 2024]. По заболеваемости рак легкого занимает 1-е место среди других злокачественных опухолей у мужчин в России, а по смертности – 1-е место среди мужчин и женщин как в России, так и в мире [Лактионов и др., 2022].

В России в 2015 г. данное заболевание обнаружено у 55 157 человек. От него ежегодно умирает больше пациентов, чем от рака простаты, молочной железы и толстой кишки вместе взятых [Лактионов и др., 2022]. Существенных половых различий по заболеваемости среди молодых возрастных групп нет: и у мужчин, и у женщин вероятность развития рака легких составляет 0,03 % до 39 лет. Показатели заболеваемости резко возрастают в возрасте 45–49 лет и достигают пика в возрастной группе 85–89 лет для мужчин и в возрастной группе 80–84 года для женщин. В Соединенных Штатах Америки средний возраст постановки диагноза рака легкого составляет 70 лет, у 68 % пациентов заболевание диагностируется после 65 лет; а в 14 % случаев – у пациентов старше 80 лет [Venuta et al., 2016].



Курение – ведущий экзогенный фактор риска развития рака легких, и более 80 % пациентов с данным диагнозом являются курильщиками. Однако даже среди людей, не имеющих курения в анамнезе, рак легких считается седьмой по значимости причиной смерти среди онкологических заболеваний [Gorman et al., 2024; Li et al., 2024; LoPiccolo et al., 2024].

Аденокарцинома легких имеет широкий спектр проявлений на компьютерной томографии (КТ) и иногда может представлять собой локальную или диффузную легочную консолидацию, которая обычно ошибочно диагностируется как пневмония. Этот тип аденокарциномы легкого в настоящее время в радиологической литературе чаще называется аденокарциномой пневмонического типа [Huo et al., 2021].

Такая форма онкологического процесса в легких ранее была известна как «бронхиолоальвеолярный рак» (БАР). Данный термин был введен известным патологом Авериллом Либовым (Liebow A.), который в 1960 году впервые предложил критерии морфологической диагностики этой опухоли. Термин БАР официально был принят в первой гистологической классификации опухолей легких Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), вышедшей в 1967 году [Гринберг и др., 2014]. Были выделены три рентгенологические формы данного процесса: узловая, пневмониеподобная и диссеминированная.

Международная ассоциация по изучению рака легких, Американское торакальное общество и Европейское респираторное общество в 2011 году предложили исключить термин «бронхиолоальвеолярный рак» и данные злокачественные образования трактовать как варианты аденокарцином.

Для малого биопсийного материала и цитологических исследований было предложено варианты: аденокарцинома с лепидным ростом (ранее немучинозная бронхиолоальвеолярная карцинома) и муцинозная аденокарцинома (ранее муцинозная бронхиолоальвеолярная карцинома).

Для комплексных гистологических исследований было выделено 5 категорий:

- аденокарцинома *in situ*, которая может быть немучинозной и редко муцинозной;
- минимально инвазивная аденокарцинома, которая может быть немучинозной и редко муцинозной;
- лепидная преобладающая аденокарцинома (немучинозная);
- аденокарцинома, преимущественно инвазивная с некоторым количеством немучинозного лепидного компонента (включает некоторые резецированные опухоли, ранее классифицированные как смешанный подтип, и некоторые клинически запущенные аденокарциномы, ранее классифицированные как немучинозный БАР);
- инвазивная муцинозная аденокарцинома (ранее муцинозная БАР).

В 2015 году новая концепция классификации аденокарциномы легкого 2011 года включена в новую классификацию ВОЗ [Nicholson et al., 2022].

При этом отсутствует прямая корреляция между рентгенологическими проявлениями и патоморфологическим диагнозом. В одной работе [Huo et al., 2021] было показано, что при диффузных формах аденокарциномы среди гистологических подтипов преобладала инвазивная муцинозная аденокарцинома (80,8 %), но также встречались аденокарциномы с преобладанием ацинарного типа роста (11,5 %) и с преобладанием папиллярного типа роста (7,7 %) [Гринберг и др., 2014].

Данный тип аденокарцином относится к разновидностям высокодифференцированной карциномы легких и склонен к распространению по стенкам бронхиол и альвеол без прорастания в них. Его диагностика усложняется относительной редкостью в структуре онкологических заболеваний легких (2–14 % среди первичных форм) и отсутствием патогномоничных симптомов, из-за чего его клиническая картина сходна с другими заболеваниями легких [Frank et al., 2023; Melocchi et al., 2023]. В контексте пульмонологических пациентов дифференциальная диагностика может вызвать затруднения,

поэтому большое значение приобретает комплексный и междисциплинарный подход [Бонцевич и др., 2012; Бонцевич и др., 2021; Бонцевич и др., 2024].

Для дифференциальной диагностики диффузных аденокарцином пневмонического типа необходимо выделить следующие 4 нозологические группы диссеминированных заболеваний легких:

– фиброзирующие альвеолиты. Данная группа включает в себя идиопатический фиброзирующий альвеолит (проявляется различными формами интерстициальной пневмонии) и альвеолит экзогенного аллергического или токсического происхождения в результате поражения легких различными веществами [Duman, 2022];

– гранулематозы. Среди них различают саркоидоз легких, пневмокониозы, диссеминированные формы туберкулеза легких и гранулематоз Вегенера;

– заболевания внелегочного происхождения. К ним относят системные заболевания соединительной ткани (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, склеродермия и др.), легочные васкулиты и поражения легких при иных болезнях, например, хронической сердечной недостаточности;

– легочные диссеминации опухолевой природы (карциноматозный лимфангит и милиарный карциноматоз легких) [Shah Gupta et al., 2023].

Главными особенностями, которые отличают диффузную форму аденокарциномы легких (ранее БАР) от других форм рака легких, считаются: периферическая локализация новообразования, тенденция к формированию множественных узлов в результате мультицентрического роста или диссеминации, возможность вовлечения в процесс всей доли или целого легкого, частое обнаружение фиброзных изменений с формированием рубца в центральных отделах опухолевого узла [Чучалин и др., 2000].

Дифференциальная диагностика пневмонии и рака легкого представляет собой сложную задачу, особенно в случаях, когда клинические проявления обеих патологий перекрываются [Joshi, 2024]. Пневмония, в том числе вызванная COVID-19, может маскировать наличие злокачественного образования, что приводит к выявлению рака легкого на поздних стадиях [Xu et al., 2021].

Несмотря на схожесть симптомов, отмечается разница в выраженности лихорадки, повышении количества лейкоцитов и уровня С-реактивного белка между пневмонической инфекцией и пневмоническим типом аденокарциномы [Zhang et al., 2022].

Важно отметить, что в ряде случаев даже при наличии рентгенографических и компьютерно-томографических признаков пневмонии следует учитывать возможность наличия опухолевого процесса, особенно если наблюдается отсутствие положительной динамики в состоянии пациента после стандартной антибактериальной терапии [Guarnera et al., 2022].

В настоящей статье описывается случай ведения пациента с диффузной формой аденокарциномы легких (ранее БАР), приводятся изменения данных компьютерной томографии и обсуждаются результаты прижизненного патологоанатомического исследования биопсионного материала. Следует отметить, что первоначально пациенту был поставлен диагноз внебольничной пневмонии и назначено соответствующее лечение, однако на его фоне наблюдалось снижение ряда объективных критериев и нехарактерная картина по данным методов лучевой диагностики, несмотря на относительно «спокойные» лабораторные показатели. Подробный разбор данной ситуации может стать полезным для врачей любой сферы и помочь заподозрить серьезные ухудшения на фоне малых изменений. Пневмония остается одним из самых распространенных заболеваний в развитых странах [Чучалин, 2024], и следует помнить, что вопросы диагностики, дифференциальной диагностики и оптимизации фармакотерапии пневмоний, несмотря на постоянно совершенствующиеся лечебно-диагностические возможности, сохраняют свою актуальность.



### Описание клинического случая

На амбулаторный прием к пульмонологу 12.09.2024 обратился пациент Ф., 69 лет, с жалобами на прогрессирование одышки, кашля, отсутствие существенных улучшений после лечения пневмонии, установленной тремя месяцами ранее. При сборе анамнеза больной отметил, что болен гипертонической болезнью; туберкулез, вирусные гепатиты, венерические заболевания, вирус иммунодефицита человека, сахарный диабет отрицает, не курит, аллергологический и семейный анамнез не отягощены. Пациент сообщил, что явился после перенесенной «пневмонии» в 05/24. На первом этапе пациент лечился в амбулаторных условиях в связи с «ухудшением простуды, одышки и кашля» 17.05.2024 выполнена КТ легких: КТ-признаки двусторонней полисегментарной пневмонии: «в S1, S2, S3 правого легкого отмечается снижение пневматизации легочной ткани за счет зон консолидации неоднородного характера. Стенки бронхов утолщены, с участками уплотнения структуры, прослеживаются на фоне консолидации. Зоны утолщения внутри- и междолькового интерстиция в верхней доле правого легкого. В нижней доле левого легкого тотально отмечается снижение пневматизации за счет зон консолидации неоднородного характера. Стенки бронхов утолщены, с участками уплотнения структуры, прослеживаются на фоне консолидации. В левой плевральной полости выпот толщиной до 6 мм».

На фоне проводимого терапевтом лечения улучшения не наблюдалось, 24.05.2024 больному была проведена рентгенография органов грудной клетки (ОГК), после которой он был госпитализирован в терапевтическое отделение центральной районной больницы (период с 24.05.24 по 06.06.2024). Изменения на рентгеновском снимке были схожи с изменениями при пневмонии: «снижена прозрачность легочной ткани в среднем легочном поле справа и в легочном поле слева за счет очагов инфильтрации. Легочный рисунок усилен. Корни не расширены, малоструктурны. Боковые синусы свободны. Границы сердца в пределах нормы. Заключение: Двусторонняя полисегментарная пневмония». Диагноз в стационаре: Внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония средней тяжести в стадии затянувшегося разрешения. Дыхательная недостаточность 0. По данным выписки, на момент пребывания в ЛПУ данные общего анализа крови (ОАК) и С-реактивный белок (СРБ) находились в пределах физиологической нормы.

Пациент получал следующее лечение: левофлоксацин, эноксипарин, ацетилцистеин. Был выписан в «удовлетворительном состоянии», получив стандартные рекомендации: избегать переохлаждений, тепловых процедур в течение месяца, консультация пульмонолога государственного бюджетного учреждения Республики Марий Эл «Республиканская клиническая больница» с выпиской, описанием предыдущих снимков, данных КТ ОГК, рентгенография ОГК через 1 месяц. Была рекомендована повторная явка пациента. Пациент рекомендации не последовал.

После выписки контрольная рентгенография ОГК от 06.06.2024 оставалась без динамики в сравнении с данными от 24.05.2024.

Комментарий: важно упомянуть, что на первоначальной рентгенографии, несмотря на признаки пневмонии, все же наблюдались нехарактерные для пневмонии изменения, поэтому пациенту было рекомендовано провести контрольный рентген-снимок, однако пациент рекомендации не последовал.

Данные выписки пациента из стационара приведены в таблице.

Комментарий: данные общего анализа мочи, бронхоскопия, микробиологическое исследование мокроты, микроскопия мокроты на микобактерии туберкулеза: в пределах нормальных значений.

В течение 3 месяцев после выписки из стационара больной отмечал ухудшение общего состояния, нарастание кашля, одышки, отхождение слизисто-пенистой мокроты, обильное потоотделение, заметное снижение трудоспособности, в связи с чем в амбулаторном порядке обратился к врачу-пульмонологу в сентябре (12.09.2024).

Таблица 1  
Table 1Данные пациента  
Patient's data

Исследование	Дата	Результат
Общий анализ крови	29.05.2024	Лейкоциты $5,5 \times 10^9$ /л, эритроциты $4,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 153 г/л, тромбоциты $145 \times 10^9$ /л, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 15 мм/час
Биохимический анализ крови	29.05.2024	Глюкоза 5,44 ммоль/л, холестерин 4,78 ммоль/л, мочевины 5,33 ммоль/л, креатинин 97 ммоль/л, билирубин общий 10,6 мкмоль/л, аспаратаминотрансфераза 27 Ед/л, аланинаминотрансфераза 22 Ед/л, СРБ 4 мг/л, калий 4,22 ммоль/л, натрий 140,2 ммоль/л
Липидограмма	29.05.2024	Липопротеины высокой плотности 1,93 ммоль/л, липопротеины низкой плотности 2,46 ммоль/л, липопротеины очень низкой плотности 0,39 ммоль/л, триглицериды 0,87 ммоль/л, коэффициент атерогенности 1,47
Коагулограмма	29.05.2024	Протромбиновый индекс 63,8 %, международное нормализованное отношение 1,21
ЭКГ	28.05.2024	Синусовый ритм, частота сердечных сокращений (ЧСС) 73 в минуту, нормограмма. Полная блокада правой ножки пучка Гиса, гипертрофия левого желудочка
Общий анализ мокроты	29.05.2024	Слизисто-гнойная, комковатая, лейкоциты 10–11–12 в поле зрения, эпителий 3–4–5 в поле зрения, кокки

Физикальный осмотр на момент обращения к пульмонологу (12.09.2024): рост 178 см, вес 70 кг, температура тела 36,7 °С. Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостеническое. Склеры и зев чистые, физиологической окраски. Кожные покровы нормальной влажности, чистые, без патологических элементов. Костно-мышечная система без видимой патологии. Пальпация без особенностей, лимфатические узлы не увеличены. Над легкими перкуторно: легочной звук, притупление в нижних отделах слева, голосовое дрожание ослаблено в нижних отделах слева, аускультативно: жесткое дыхание, в нижних отделах слева – влажные мелкопузырчатые хрипы, крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД): 20, сатурация: 94 %. Тоны сердца: звучные, ритмичные. ЧСС 90 уд/мин. Артериальное давление одинаково для правой и левой руки – 160/90 мм рт. ст. Остальные органы и системы без патологии.

Заключение: Неуточненное поражение легких с преимущественной локализацией в нижней доле слева по типу консолидации, множественные несолидные двусторонние очаги (КТ от 05/24) – инфекционный процесс, новообразование? Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск 4. Легочная гипертензия? Хроническая сердечная недостаточность 2а, 3 функциональный класс. Дыхательная недостаточность 0–1.

С учетом данных клиники, нехарактерно низких маркеров воспаления на момент обращения с «пневмонией» и анализа картины спиральной компьютерной томографии (СКТ) от 17.05.24 (рис. 1) было выдвинуто предположение о неопластическом онкологическом процессе в легких, прогрессировании кардиопатологии (ХСН) и сформирован план дообследования: СКТ ОГК, ОАК, СРБ, натрийуретический пептид (NT-Pro-BNP), эхокардиография. Была назначена консультация фтизиатра, диаскинтест. Назначен повторный осмотр и план лечения: бисопролол 2,5 мг 1 раз в сутки, спиронолактон 25 мг утром, коррекция после обследования. В этот же день была проведена онлайн-консультация с врачом-экспертом рентгенологом ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, канд. мед. наук Гавриловым П.В. и выдвинуто предположение о диффузной форме аденокарциномы.

На повторном приеме 13.09.24 пациенту выдано следующее заключение: неуточненное поражение легких с преимущественной локализацией в нижней доле слева по типу консолидации, множественные несолидные двусторонние очаги (КТ 05/24) – вероятная

высокодифференцированная аденокарцинома нижней доли правого легкого, диффузно-инфильтративная форма (с метастазами в легких).

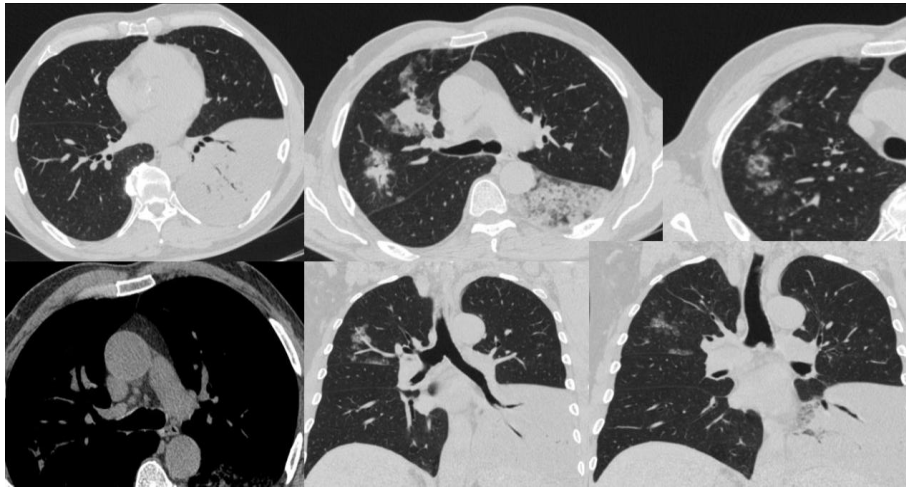


Рис. 1. Спиральная компьютерная томография ОГК от 17.05.2024, срезы компьютерных томограмм в аксиальной и корональной плоскости. Нижняя доля левого лёгкого увеличена в объёме, визуализируется как тотальный участок консолидации легочной ткани с видимыми просевами бронхов (симптом «воздушной бронхографии»). Дополнительно определяются множественные участки уплотнения легочной ткани в верхней доле правого легкого как по типу «матового стекла», так и по типу консолидации. Внутригрудные лимфоузлы не увеличены

Fig. 1. Spiral chest CT, axial and coronal CT slices, dated May 17, 2024. The lower lobe of the left lung is enlarged and appears as a total area of lung tissue consolidation with visible air-filled bronchi (air bronchogram sign). Additionally, multiple areas of lung tissue densification are detected in the upper lobe of the right lung, presenting as both ground-glass opacities and consolidations. Intrathoracic lymph nodes are not enlarged

Срочно была рекомендована консультация онколога и контрольная спиральная компьютерная томография (рис. 2).

Заключение компьютерной томографии от 19.09.24 (см. рис. 2): КТ-картина: Бронхоальвеолярный рак легких. Лимфоаденопатия средостения.

Комментарий: в сравнении с результатами рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки, проведенной 17.05.2024, определяется выраженная отрицательная динамика.

На повторном приеме врача-пульмонолога от 19.09.2024 состояние больного существенно не изменилось: общее состояние относительно удовлетворительное. Над легкими перкуторно: легочной звук, притупление в нижних отделах слева, голосовое дрожание ослаблено в нижних отделах слева, аускультативно: жесткое дыхание, в нижних отделах слева влажные мелкопузырчатые хрипы, крепитации; ЧДД 21, сатурация 93 %. Остальные органы и системы без патологии.

После проведения повторной СКТ и консультации с рентгенологом НИИ фтизиопульмонологии Санкт-Петербурга врачом-пульмонологом 19.09.24 был выставлен основной диагноз: «Неуточненное поражение легких с преимущественной локализацией в нижних отделах слева по типу консолидации, множественные несолидные двусторонние очаги (КТ 17.05.24 (см. рис. 2)) – вероятная высокодифференцированная аденокарцинома нижних долей правого легкого, диффузно-инфильтративная форма (с метастазами в разных отделах легких). Дыхательная недостаточность 1 степени». В связи с этим была назначена незамедлительная консультация онколога.

В Республиканском клиническом онкологическом диспансере Министерства здравоохранения Республики Татарстан имени профессора М.З. Сигала 01.10.2024 было проведено прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного материала, в ходе которого в тканях были выявлены дислектазы, хроническое воспаление, группы хорошо сформированных атипичных желез, что характерно для аденокарциномы.

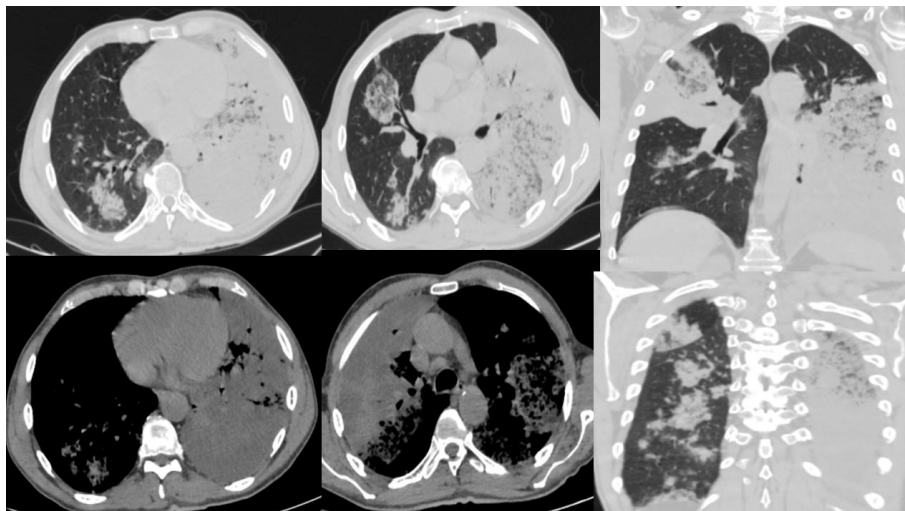


Рис. 2. Спиральная компьютерная томография ОГК от 19.09.2024, срезы компьютерных томограмм в аксиальной и корональной плоскости. Выраженное увеличение объема участков уплотнения легочной ткани в динамике как по типу консолидации, так и по типу «матового стекла», с субтотальным поражением левого легкого. Внутригрудные лимфоузлы в пределах формальной нормы (до 10 мм по короткому диаметру)

Fig. 2. Spiral chest CT, axial and coronal slices, dated September 19, 2024. Marked increase in the volume of pulmonary parenchymal opacities over time, presenting as both consolidations and ground-glass opacities, with near-total involvement of the left lung. Intrathoracic lymph nodes are within normal limits (up to 10 mm in short-axis diameter)

Объективный статус на момент осмотра онкологом неизменен, состояние удовлетворительное. По шкале ECOG (The Eastern Cooperative Oncology Group) – 0 баллов. Кожные покровы физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторно: укорочение легочного звука слева. Онкологом был выставлен окончательный диагноз: С34.8 Бронхоальвеолярный рак левого легкого, метастазы в правое легкое Т3 N2 M1. Стадия: 4. Клиническая группа: II (подлежит специальному (радикальному) лечению).

С учетом 4 стадии заболевания пациенту были даны следующие рекомендации: консультация химиотерапевта с последующим проведением химиотерапии по месту жительства. Гистоблоки были отправлены по программе Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) на определение панели мутации NGS при раке легкого по полису обязательного медицинского страхования. По результатам анализа мутации не выявлены. Также было назначено дообследование: позитронно-эмиссионная томография – компьютерная томография или рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки, органов брюшной полости, органов малого таза с контрастным усилением и остеосцинтиграфия; ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи, надключичной области, магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастом.

Однако из-за поздней верификации заболевания, когда пациент находился на 4 стадии заболевания, не было возможности провести своевременный и полноценный курс специфической терапии, что привело к летальному исходу в ноябре 2024 года.

### Выводы

Таким образом, в настоящее время существует проблема раннего выявления онкологических заболеваний в медицине. Данный клинический случай подчеркивает необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению респираторных заболеваний. Отсутствие улучшения клинических данных и данных физикального обследования, а также нетипично низкие СОЭ и СРБ должны были поставить под сомнение тактику ведения пациента «по пути пневмонии», что в очередной раз доказывает важность междисциплинарного подхода в работе с больным. Этот клинический случай иллюстрирует необходимость повышения уровня





осведомленности медицинских работников о возможных диагностических «ловушках» и формирования системы постоянной онконастороженности врачей всех специальностей.

### Список литературы

- Бонцевич Р.А. 2012. Внегоспитальная пневмония с осложненным течением у пациента группы риска. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 24(123): 266–272.
- Бонцевич Р.А., Соловьева Л.В., Флусова В.А., Землянская О.И., Максимов М.Л. 2024. Интерстициальное поражение лёгких при аутоиммунном гепатите. Справочник врача общей практики. 9(242): 24–33. doi: 10.33920/med-10-2409-02
- Бонцевич Р.А., Соловьева Л.В., Широкая М.А., Солянова Н.А., Щуровская К.В., Михно А.В. 2021. Опыт ведения пациента с ревматоидным артритом и легочными проявлениями. Актуальные проблемы медицины. 44(1): 38–48. doi: 10.18413/2687-0940-2021-44-1-38-48
- Гринберг Л.М., Бердников Р.Б., Сорокина Н.Д., Костерина Н.Е. 2014. Эволюция представлений о бронхоаллергическом раке и новая классификация аденокарциномы легкого. Уральский медицинский журнал. 8(122): 17–22.
- Лактионов К.К., Артамонова Е.В., Борисова Т.Н., Бредер В.В., Бычков Ю.М., Владимирова Л.Ю., Волков Н.М., Ергян С.М., Жабина А.С., Кононец П.В., Кузьминов А.Е., Левченко Е.В., Малихова О.А., Маринов Д.Т., Миллер С.В., Моисеенко Ф.В., Мочальникова В.В., Новиков С.Н., Пикин О.В., Реутова Е.В., Родионов Е.О., Сакаева Д.Д., Саранцева К.А., Семенова А.И., Смолин А.В., Сотников В.М., Тузиков С.А., Туркин И.Н., Тюрин И.Е., Чхиквадзе В.Д., Колбанов К.И., Черных М.В., Черниченко А.В., Феденко А.А., Филоненко Е.В., Невольских А.А., Иванов С.А., Хайлова Ж.В., Геворкян Т.Г., Бутенко А.В., Гильмутдинова И.Р., Гриднева И.В., Еремушкин М.А., Зернова М.А., Каспаров Б.С., Ковлен Д.В., Кондратьева К.О., Кончугова Т.В., Короткова С.Б., Крутов А.А., Обухова О.А., Пономаренко Г.Н., Семиглазова Т.Ю., Степанова А.М., Хуламханова М.М. 2022. Злокачественное новообразование бронхов и легкого. Современная Онкология. 24(3): 269–304. doi: 10.26442/18151434.2022.3.201848
- Респираторная медицина: руководство: в 5 т. 3-е изд., доп. и перераб. Т. 2. 2024. Под ред. Чучалина А.Г. М., ПульмоМедиа, 734 с. doi: 10.18093/978-5-6048754-6-9-2024-2
- Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году. 2024. Под ред. Каприна А.Д., Старинского В.В., Шахзадовой А.О. М., МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 262 с.
- Чучалин А.Г., Харченко В.П., Галил-Оглы Г.А., Коган Е.А., Черняев А.Л., Берщанская А.М., Пакина О.В. 2000. Бронхоаллергический рак. Пульмонология. (2): 6–12.
- Duman D. 2022. Progressive Pulmonary Fibrosis (PPF). Tuberk Toraks. 70(4): 375–381. doi: 10.5578/tt.20229609
- Frank A.J., Dagogo-Jack I., Dobre I.A., Tait S., Schumacher L., Fintelman F.J., Fingerman L.M., Keane F.K., Montesi S.B. 2023. Management of Lung Cancer in the Patient with Interstitial Lung Disease. Oncologist. 28(1): 12–22. doi: 10.1093/oncolo/oyac226. Erratum in: Oncologist. 8; 28(5): e314. doi: 10.1093/oncolo/oyad018
- Gorman B.R., Ji S.G., Francis M., Sendamarai A.K., Shi Y., Devineni P., Saxena U., Partan E., DeVito A.K., Byun J., Han Y., Xiao X., Sin D.D., Timens W., Moser J., Muralidhar S., Ramoni R., Hung R.J., McKay J.D., Bossé Y., Sun R., Amos C.I. VA Million Veteran Program; Pyarajan S. 2024. Multi-Ancestry GWAS Meta-Analyses of Lung Cancer Reveal Susceptibility Loci and Elucidate Smoking-Independent Genetic Risk. Nat Commun. 15(1): 8629. doi: 10.1038/s41467-024-52129-4
- Guarnera A., Santini E., Podda P. 2022. COVID-19 Pneumonia and Lung Cancer: A Challenge for the Radiologist Review of the Main Radiological Features, Differential Diagnosis and Overlapping Pathologies. Tomography. 8(1): 513–528. doi: 10.3390/tomography8010041
- Huo J.W., Huang X.T., Li X., Gong J.W., Luo T.Y., Li Q. 2021. Pneumonic-Type Lung Adenocarcinoma with Different Ranges Exhibiting Different Clinical, Imaging, and Pathological Characteristics. Insights Imaging. 12(1): 169. doi: 10.1186/s13244-021-01114-2
- Joshi P.R. 2024. Pulmonary Diseases in Older Patients: Understanding and Addressing the Challenges. Geriatrics (Basel). 9(2): 34. doi: 10.3390/geriatrics9020034
- Li Y., Xiao X., Li J., Han Y., Cheng C., Fernandes G.F., Slewitzke S.E., Rosenberg S.M., Zhu M., Byun J., Bossé Y., McKay J.D., Albanes D., Lam S., Tardon A., Chen C., Bojesen S.E., Landi M.T., Johansson M., Risch A., Bickeböller H., Wichmann H.E., Christiani D.C., Rennert G., Arnold S.M.,

- Goodman G.E., Field J.K., Davies M.P.A., Shete S., Marchand L.L., Liu G., Hung R.J., Andrew A.S., Kiemeny L.A., Sun R., Zienolddiny S., Grankvist K., Johansson M., Caporaso N.E., Cox A., Hong Y.C., Lazarus P., Schabath M.B., Aldrich M.C., Schwartz A.G., Gorlov I., Purrington K.S., Yang P., Liu Y., Bailey-Wilson J.E., Pinney S.M., Mandal D., Willey J.C., Gaba C., Brennan P., Xia J., Shen H., Amos C.I. 2024. Lung Cancer in Ever- and Never-Smokers: Findings from Multi-Population GWAS Studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 33(3): 389–399. doi:10.1158/1055-9965.EPI-23-0613
- LoPiccolo J., Gusev A., Christiani D.C., Jänne P.A. 2024. Lung Cancer in Patients Who have Never Smoked – an Emerging Disease. *Nat Rev Clin Oncol.* 21(2):121-146. doi: 10.1038/s41571-023-00844-0
- Melocchi L., Mengoli M.C., Bogina G., Facchetti M., Migliorati F., Gandolfi L., Rossi G. 2023. COVID-19 and Lung Cancer. *Pathologica.* 115(5): 284–291. doi: 10.32074/1591-951X-908
- Nicholson A.G., Tsao M.S., Beasley M.B., Borczuk A.C., Brambilla E., Cooper W.A., Dacic S., Jain D., Kerr K.M., Lantuejoul S., Noguchi M., Papotti M., Rekhtman N., Scagliotti G., van Schil P., Sholl L., Yatabe Y., Yoshida A., Travis W.D. 2022. The 2021 WHO Classification of Lung Tumors: Impact of Advances Since 2015. *J. Thorac. Oncol.* 17(3): 362–387. doi:10.1016/j.jtho.2021.11.003
- Shah Gupta R., Koteci A., Morgan A., George P.M., Quint J.K. 2023. Incidence and Prevalence of Interstitial Lung Diseases Worldwide: A Systematic Literature Review. *BMJ Open Respir. Res.* 10(1): e001291. doi: 10.1136/bmjresp-2022-001291
- Venuta F., Diso D., Onorati I., Anile M., Mantovani S., Rendina E.A. 2016. Lung Cancer in Elderly Patients. *J. Thorac. Dis.* 8(Suppl 11): S908–S914. doi: 10.21037/jtd.2016.05.20
- Xu C., Li L., Wang W. 2021. Challenges in Advanced Lung Cancer Diagnosis during the COVID-19 Pandemic. *Technol. Cancer. Res. Treat.* 20:15330338211050764. doi: 10.1177/15330338211050764
- Zhang S., Yu X., Huang Y., Nie P., Deng Y., Mao N., Li S., Zhu B., Wang L., Wang B., Wang X. 2022. Pneumonic-Type Invasive Mucinous Adenocarcinoma and Infectious Pneumonia: Clinical and CT Imaging Analysis from Multiple Centers. *BMC Pulm. Med.* 22(1): 460. doi: 10.1186/s12890-022-02268-5

## References

- Bontsevich R.A., Solovyova L.V., Flusova V. A., Zemlyanskaya O.I., Maksimov M.L. 2024. Interstitial'noe porazhenie ljogkih pri autoimmunom gepatite [Interstitial Lung Lesion in Autoimmune Hepatitis]. *Spravochnik vracha obshhej praktiki.* 9(242): 24–33. doi: 10.33920/med-10-2409-02
- Bontsevich R.A., Solovyeva L.V., Shirokaya M.A., Solyanova N.A., Shchurovskaya K.V., Mikhno A.V. 2021. Opyt vedenija pacienta s revmatoidnym artritom i legochnymi pojavlenijami [Experience in Managing Patients with Rheumatoid Arthritis and Pulmonary Manifestations]. *Aktual'nye problemy mediciny.* 44(1): 38–48. doi: 10.18413/2687-0940-2021-44-1-38-48
- Bontsevich R.A. 2012. Vnegospital'naja pnevmonija s oslozhnennym techeniem u pacienta gruppy riska [Out-of-Hospital Pneumonia with a Complicated Course in a Patient at Risk]. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Medicina. Farmacija.* 4(123): 266–272.
- Grinberg L.M., Berdnikov R.B., Sorokina N.D., Kosterina N.E. 2014. Jevoljucija predstavlenij o bronhioloal'veoljarnom rake i novaja klassifikacija adenokarcinomy legkogo [The Evolution of Ideas about Bronchioloalveolar Cancer and a New Classification of Lung Adenocarcinoma]. *Ural'skij medicinskij zhurnal.* 8(122): 17–22.
- Laktionov K.K., Artamonova E.V., Borisova T.N., Breder V.V., Bychkov Iu.M., Vladimirova L.Iu., Volkov N.M., Ergnjan S.M., Zhabina A.S., Kononets P.V., Kuz'minov A.E., Levchenko E.V., Malikhova O.A., Marinov D.T., Miller S.V., Moiseenko F.V., Mochal'nikova V.V., Novikov S.N., Pikin O.V., Reutova E.V., Rodionov E.O., Sakaeva D.D., Semenova A.I., Smolin A.V., Sotnikov V.M., Tuzikov S.A., Turkin I.N., Tiurin I.E., Chkhikvadze V.D., Kolbanov K.I., Chernichenko A.V., Fedenko A.A., Filonenko E.V., Nevol'skikh A.A., Ivanov S.A., Khailova Zh.V., Gevorkian T.G., Butenko A.V., Gil'mutdinova I.R., Gridneva I.V., Eremushkin M.A., Zernova M.A., Kasparov B.S., Kovlen D.V., Kondrat'eva K.O., Konchugova T.V., Korotkova S.B., Krutov A.A., Obukhova O.A., Ponomarenko G.N., Semiglazova T.Iu., Stepanova A.M., Tkachenko G.A., Khulamkhanova M.M. 2021. Zlokachestvennoe novoobrazovanie bronhov i legkogo [Malignant Neoplasm of the Bronchi and Lung: Russian Clinical Guidelines]. *Sovremennaja Onkologija.* 23(3): 369–402. doi: 10.26442/18151434.2021.3.201048
- Respiratornaja medicina: rukovodstvo: v 5 t. 3-e izd., dop. i pererab. T. 2 [Respiratory Medicine: A Manual: in 5 vol. 3rd ed., Reprint and Additional. Vol. 2]. 2024. Pod red. Chuchalin A.G. M., Pul'moMedia, 734 s. doi: 10.18093/978-5-6048754-6-9-2024-2



- Sostojanie onkologicheskoy pomoshhi naseleniju Rossii v 2023 godu. [The State of Oncological Care for the Russian Population in 2023]. 2024. Pod red. Kaprina A.D., Starinsky V.V., Shakhzadova A.O. M., P.A. Herzen Moscow Medical Research Institute – Branch of the Federal State Budgetary Institution "NMITS of Radiology" of the Ministry of Health of the Russian Federation.
- Chuchalin A.G., Kharchenko V.P., Galil-Ogly G.A., Kogan E.A., Chernyaev A.L., Bershchanskaya A.M., Paklina O.V. 2000. Bronhioloal'veoljarnyj rak [Bronchioloalveolar Cancer]. *Pul'monologija*. (2): 6–12.
- Duman D. 2022. Progressive Pulmonary Fibrosis (PPF). *Tuberk Toraks*. 70(4): 375–381. doi: 10.5578/tt.20229609
- Frank A.J., Dagogo-Jack I., Dobre I.A., Tait S., Schumacher L., Fintelmann F.J., Fingerman L.M., Keane F.K., Montesi S.B. 2023. Management of Lung Cancer in the Patient with Interstitial Lung Disease. *Oncologist*. 28(1): 12–22. doi: 10.1093/oncolo/oyac226. Erratum in: *Oncologist*. 8; 28(5): e314. doi: 10.1093/oncolo/oyad018
- Gorman B.R., Ji S.G., Francis M., Sendamarai A.K., Shi Y., Devineni P., Saxena U., Partan E., DeVito A.K., Byun J., Han Y., Xiao X., Sin D.D., Timens W., Moser J., Muralidhar S., Ramoni R., Hung R.J., McKay J.D., Bossé Y., Sun R., Amos C.I. VA Million Veteran Program; Pyarajan S. 2024. Multi-Ancestry GWAS Meta-Analyses of Lung Cancer Reveal Susceptibility Loci and Elucidate Smoking-Independent Genetic Risk. *Nat Commun*. 15(1): 8629. doi: 10.1038/s41467-024-52129-4
- Guarnera A., Santini E., Podda P. 2022. COVID-19 Pneumonia and Lung Cancer: A Challenge for the Radiologist Review of the Main Radiological Features, Differential Diagnosis and Overlapping Pathologies. *Tomography*. 8(1): 513–528. doi: 10.3390/tomography8010041
- Huo J.W., Huang X.T., Li X., Gong J.W., Luo T.Y., Li Q. 2021. Pneumonic-Type Lung Adenocarcinoma with Different Ranges Exhibiting Different Clinical, Imaging, and Pathological Characteristics. *Insights Imaging*. 12(1): 169. doi: 10.1186/s13244-021-01114-2
- Joshi P.R. 2024. Pulmonary Diseases in Older Patients: Understanding and Addressing the Challenges. *Geriatrics (Basel)*. 9(2): 34. doi: 10.3390/geriatrics9020034
- Li Y., Xiao X., Li J., Han Y., Cheng C., Fernandes G.F., Slewitzke S.E., Rosenberg S.M., Zhu M., Byun J., Bossé Y., McKay J.D., Albanes D., Lam S., Tardon A., Chen C., Bojesen S.E., Landi M.T., Johansson M., Risch A., Bickeböllner H., Wichmann H.E., Christiani D.C., Rennert G., Arnold S.M., Goodman G.E., Field J.K., Davies M.P.A., Shete S., Marchand L.L., Liu G., Hung R.J., Andrew A.S., Kiemeny L.A., Sun R., Zienolddiny S., Grankvist K., Johansson M., Caporaso N.E., Cox A., Hong Y.C., Lazarus P., Schabath M.B., Aldrich M.C., Schwartz A.G., Gorlov I., Purrington K.S., Yang P., Liu Y., Bailey-Wilson J.E., Pinney S.M., Mandal D., Willey J.C., Gaba C., Brennan P., Xia J., Shen H., Amos C.I. 2024. Lung Cancer in Ever- and Never-Smokers: Findings from Multi-Population GWAS Studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 33(3): 389–399. doi:10.1158/1055-9965.EPI-23-0613
- LoPiccolo J., Gusev A., Christiani D.C., Jänne P.A. 2024. Lung Cancer in Patients Who have Never Smoked – an Emerging Disease. *Nat Rev Clin Oncol*. 21(2):121-146. doi: 10.1038/s41571-023-00844-0
- Melocchi L., Mengoli M.C., Bogina G., Facchetti M., Migliorati F., Gandolfi L., Rossi G. 2023. COVID-19 and Lung Cancer. *Pathologica*. 115(5): 284–291. doi: 10.32074/1591-951X-908
- Nicholson A.G., Tsao M.S., Beasley M.B., Borczuk A.C., Brambilla E., Cooper W.A., Dacic S., Jain D., Kerr K.M., Lantuejoul S., Noguchi M., Papotti M., Rekhtman N., Scagliotti G., van Schil P., Sholl L., Yatabe Y., Yoshida A., Travis W.D. 2022. The 2021 WHO Classification of Lung Tumors: Impact of Advances Since 2015. *J. Thorac. Oncol*. 17(3): 362–387. doi:10.1016/j.jtho.2021.11.003
- Shah Gupta R., Koteci A., Morgan A., George P.M., Quint J.K. 2023. Incidence and Prevalence of Interstitial Lung Diseases Worldwide: A Systematic Literature Review. *BMJ Open Respir. Res*. 10(1): e001291. doi: 10.1136/bmjresp-2022-001291
- Venuta F., Diso D., Onorati I., Anile M., Mantovani S., Rendina E.A. 2016. Lung Cancer in Elderly Patients. *J. Thorac. Dis*. 8(Suppl 11): S908–S914. doi: 10.21037/jtd.2016.05.20
- Xu C., Li L., Wang W. 2021. Challenges in Advanced Lung Cancer Diagnosis during the COVID-19 Pandemic. *Technol. Cancer. Res. Treat*. 20:15330338211050764. doi: 10.1177/15330338211050764
- Zhang S., Yu X., Huang Y., Nie P., Deng Y., Mao N., Li S., Zhu B., Wang L., Wang B., Wang X. 2022. Pneumonic-Type Invasive Mucinous Adenocarcinoma and Infectious Pneumonia: Clinical and CT Imaging Analysis from Multiple Centers. *BMC Pulm. Med*. 22(1): 460. doi: 10.1186/s12890-022-02268-5

**Конфликт интересов:** о потенциальном конфликте интересов не сообщалось.

**Conflict of interest:** no potential conflict of interest related to this article was reported.



Поступила в редакцию 12.02.2025  
Поступила после рецензирования 30.04.2025  
Принята к публикации 12.05.2025


Received February 12, 2025  
Revised April 30, 2025  
Accepted May 12, 2025

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ


**Бонцевич Роман Александрович**, кандидат медицинских наук, доцент, врач-терапевт, пульмонолог, клинический фармаколог, начальник Медицинского научно-образовательного центра, доцент кафедры внутренних болезней № 2, Марийский государственный университет, г. Йошкар-Ола, Россия; доцент кафедры клинической фармакологии и фармакотерапии, Казанская государственная медицинская академия – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Казань, Россия

 [ORCID: 0000-0002-9328-3905](https://orcid.org/0000-0002-9328-3905)

**Хамитова Алина Айратовна**, студентка 5 курса, Марийский государственный университет, г. Йошкар-Ола, Россия

 [ORCID: 0009-0007-8749-5286](https://orcid.org/0009-0007-8749-5286)


**Данилова Марина Сергеевна**, стажёр-исследователь Медицинского научно-образовательного центра, студентка 5 курса, Марийский государственный университет, г. Йошкар-Ола, Россия

 [ORCID: 0009-0000-1656-6517](https://orcid.org/0009-0000-1656-6517)

**Завиткевич Георгий Ильич**, стажёр-исследователь Медицинского научно-образовательного центра, студент 5 курса, Марийский государственный университет, г. Йошкар-Ола, Россия

 [ORCID: 0009-0007-5439-5342](https://orcid.org/0009-0007-5439-5342)

**Гаврилов Павел Владимирович**, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, руководитель направления «Лучевая диагностика», Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, г. Санкт-Петербург, Россия

 [ORCID: 0000-0003-3251-4084](https://orcid.org/0000-0003-3251-4084)

## INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Roman A. Bontsevich**, Candidate of Sciences in Medicine, Associate Professor, Internist, Pulmonologist, Clinical Pharmacologist, Director of the Medical Scientific and Educational Center, Head of the Department of Internal Medicine, Associate Professor of the Department of Internal Diseases No. 2, Mari State University, Yoshkar-Ola, Russia; Associate Professor of the Department of Clinical Pharmacology and Pharmacotherapy, Kazan State Medical Academy – branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kazan, Russia

**Alina A. Khamitova**, 5th-year Student, Mari State University, Yoshkar-Ola, Russia

**Marina S. Danilova**, Research Intern of the Medical Scientific and Educational Center, 5th-year Student, Mari State University, Yoshkar-Ola, Russia

**Georgy I. Zavitkevich**, Research Intern of the Medical Scientific and Educational Center, 5th-year Student, Mari State University, Yoshkar-Ola, Russia

**Pavel V. Gavrilov**, Candidate of Sciences in Medicine, Leading Researcher, Head of the Department of Radiology, Saint-Petersburg State Research Institute of Phthisiopulmonology, Saint-Petersburg, Russia