УДК 616.24-006.6-082.4-07

И. Н. Кирилин, Д. Д. Козакевич

Научный руководитель: старший преподаватель Н. В. Халецкая

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ РАКА ЛЕГКОГО У ПАЦИЕНТОВ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Введение

Согласно предоставленным данным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Международным агентством по изучению рака (IARC) по заболеваемости и смертности населения от онкологических заболеваний за 2022 год во всем мире рак легких находится на первом месте (рисунок 1) [1].

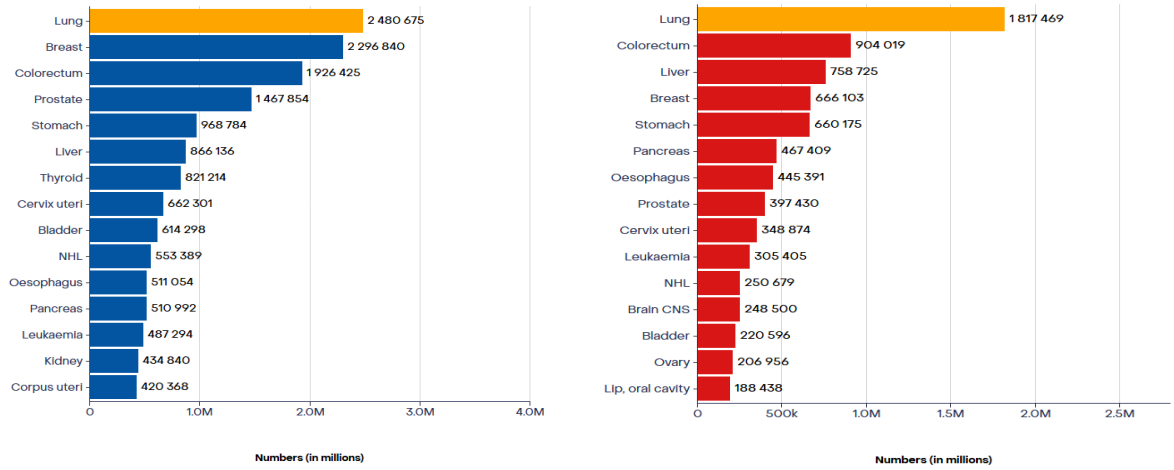


Рисунок 1 – Данные ВОЗ по заболеваемости и смертности населения от онкологических заболеваний в мире за 2022 год

Высокая смертность от рака легких прежде всего обусловлена поздним обращением пациентов. Заболевание на ранних стадиях имеет скрытое течение и как правило является находкой при профилактических рентгенологических исследованиях органов грудной клетки. Диагноз чаще устанавливается на III стадии в 27,9% и IV стадии в 42,5% [2, 3].

Но даже при наличии клинических симптомов дифференциальная диагностика рака легких и пневмонии может оказаться непростой задачей. Нередко рентгенологические изменения ввиде диффузной легочной консолидации ошибочно диагностируются как пневмония. Следует помнить о возможности опухолевого процесса если не наблюдается положительная динамика в состоянии пациента после стандартной антибактериальной терапии [4].

Цель

Провести сравнительный анализ клинических и лабораторно-инструментальных данных у пациентов с верифицированным раком легкого и пациентов с пневмонией без онкопатологии.

Материал и методы исследования

В исследование включили 50 пациентов, которые находились на стационарном лечении в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице. Группа 1 (n=25) паци-

енты, которым был верифицирован рак легких и группа сравнения 2 (n=25) пациенты с внегоспитальной пневмонией без онкопатологии. В анализ включали пол, возраст, показатели клинического анализа крови (лейкоциты, гемоглобин, эритроциты, СОЭ), С-реактивный белок, микробиологическое исследование мокроты, данные фибробронхоскопии и рентгенологического исследования органов грудной клетки.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 12. Результаты считались статистически значимыми при p<0,05. Количественные переменные описывали как среднее арифметическое значение (M) и стандартное отклонение среднего значения (SD).

Результаты исследования и их обсуждение

Группы различались по возрасту и полу. Средний возраст в группе 1 составил M64,3 SD (10,6) средний возраст в группе 2 M54, 2 SD (15,4) p<0,009. В групп 1 мужчин (n=20) 80%, а женщин (n=5) 20%, а в группе 2 мужчины (n=11) 44%. женщины (n=14) 56% (рисунок 2).

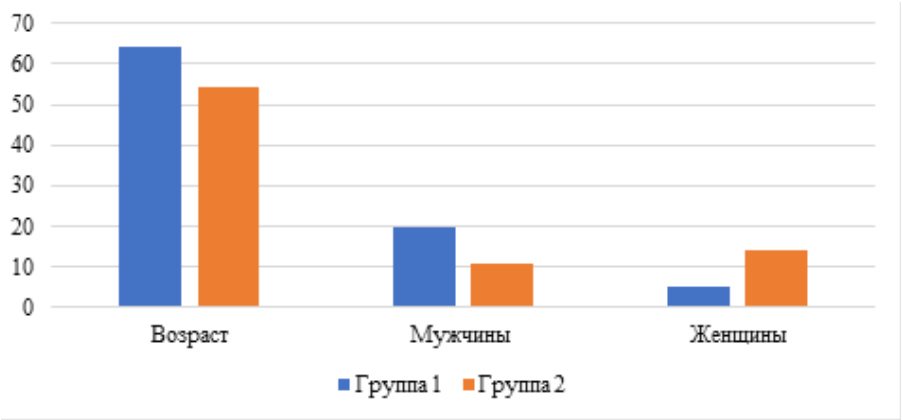


Рисунок 2 – Сравнение групп по возрасту и полу

При анализе лабораторных данных группы не имели статистически значимых отличий. Уровень лейкоцитов в группе 1 M 8,1948×10^9/л SD (3,12) в группе 2 M 9,2344×10^9/л SD (4,49) p=0,34. Также группы не отличались по уровню эритроцитов в группе 1 M 4,18×10^{12}/л SD (0,6) в группе 2 M 4,3×10^{12}/л SD (1,02) p=0,48. Уровень гемоглобина в группе 1 M 123г/л SD (25,6) в группе 2 M 122 г/л SD (33,1) p=0,89 Показатель скорости оседания эритроцитов (СОЭ) также не имел статистически значимых отличий в группе 1 M 31,6 мм/ч SD (20), а в группе 2 M 36,9 мм/ч SD (15,6) p=0,29. Уровень С-реактивного белка в группах статистически не отличался в группе 1 M 53,5мг/л SD (57,1), а в группе 2 M 71,9 мг/л SD (57,3) p=0,26.

Диагностическая фибробронхоскопия была выполнена всем пациентам группы 1 (n=25) 100%. У (n=21) 84% выявлен центральный рак, у (n=4) 16% описывалась картина бронхита, но в последующем по гистологическим данным, верифицирован рак легких. В (n=12) 48% поражался правый верхний долевой бронх, (n=1) 4% правый средний долевой бронх, (n=1) 4% правый нижний долевой бронх, (n=1) 4% правый главный бронх. У (n=8) 32% было поражение левого верхнего долевого бронха, (n=1) 4% левого главного бронха. У одного пациента (n=1) 4% было выявлено поражение обоих главных бронхов.

По данным гистологического исследования у (n=17) пациентов группы 1 68% выявили плоскоклеточный рак, у (n=4) 16% мелкоклеточный рак и у (n=4) 16% аденокарцинома.

В группе 2 фибробронхоскопию выполнили у 48% пациентов, по данным гистологического исследования описывалась картина катарального бронхита.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки выполнили всем пациентам (n=50) 100%. В группе 1 у (n=10) 40% на рентгенограмме было неоднородное снижение

пневматизации легочной ткани, у (n=8) 32% выявлено образование с нечетким лучистым контуром, у (n=9) 36% деформация корня легкого. В группе 2 у (n=20) 80% была инфильтрация легочной ткани, снижение пневмотизации и усиление легочного рисунка. У (n=10) 40% также отмечалась деформация корня.

Следует отметить, что при микробиологическом посеве мокроты в группе 1 у (n=9) 36% был рост вторичной флоры. Из них у (n=2) 22% выделена *E. Coli*, другие возбудители *(Staph haemolyt, Crypt. Laurentii, Enterococcus faecalis, Strept. Pneumnia, Enterobacter spp, Candida spp, S. Aureus)* встречались в (n=1) 11%.

Выводы

У мужчин в возрасте 64 (54–74) лет при наличии факторов риска, прежде всего курения, следует подозревать рак легких даже при наличии маловыраженных респираторных симптомов.

Диагностическая фибробронхоскопия в данной группе пациентов должна рассматриваться как метод скрининга центрального рака легких.

Лабораторные показатели: лейкоциты, гемоглобин, эритроциты, СОЭ и С-реактивный белок при проведении дифференциальной диагностики внегоспитальной пневмонии и рака легких могут оказаться низко информативными.

Пациентам с диагнозом внегоспитальная пневмония при отсутствии положительной динамики клинических симптомов и данных рентгенограммы органов грудной клетки после проведения курса стандартной антибактериальной терапии не стоит назначать повторные курсы антибактериальной терапии без предварительной консультации онколога.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization : [site]. – Geneva, – 1948–2026. – URL: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/39-all-cancers-fact-sheet.pdf (date of access 04.02.2026).

2. Диффузная форма аденокарциномы под маской пневмонии / Р. А. Бонцевич, А. А. Хамитова, М. С. Данилова [и др.]. // Актуальные проблемы медицины. – 2025. – Т. 48, № 2. – С. 134–145.

3. Специфическая морфологическая диагностика злокачественных опухолей легких. Перспективы дальнейшего изучения / Н. А. Корсиков, В. В. Ударцева, А. В. Дроздова [и др.]. // Современные проблемы науки и образования. –2023. – Т. 1, № 6. – С. 145 – 159.

4. Ранняя диагностика рака легких : литературный обзор. / О. Н. Ямщиков, Н. И. Дробышева, Н. В. Емельянов [и др.]. // Лучевая диагностика, лучевая терапия. – 2022. – Т. 5, № 1. – С. 74–82.

УДК 616.127-005.8-052-06-071.2-055

Д. М. Козак, К. Д. Синьковская

Научные руководители: ассистент С. П. Тишков, преподаватель Е. С. Сукач

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место в структуре смертности населения Республики Беларусь. Инфаркт миокарда (ИМ) является наиболее тяжелым проявлением ишемической болезни сердца. Сочетание ИМ и сахарного диабета 2-го типа (СД) утяжеляет прогноз, увеличивает частоту осложнений и летальность. Распространенность СД среди