

DOI: 10.21294/1814-4861-2025-24-5-180-189
УДК: 616.329+616.33]-006.6



Для цитирования: Тонеев Е.А., Деньгина Н.В., Глумнушина Д.В., Валеева Р.Р., Руденко М.С., Мартынов А.А., Анохина Е.П., Пономаренко А.М. Три редких клинических случая одновременного развития плоскоклеточного рака пищевода и аденокарциномы желудка. Сибирский онкологический журнал. 2025; 24(5): 180–189. – doi: 10.21294/1814-4861-2025-24-5-180-189

For citation: Toneev E.A., Dengina N.V., Glumnushina D.V., Valeeva R.R., Rudenko M.S., Martynov A.A., Anokhina E.P., Ponomarenko A.M. Concurrent incidence of esophageal squamous cell carcinoma and gastric adenocarcinoma: a report of three cases. Siberian Journal of Oncology. 2025; 24(5): 180–189. – doi: 10.21294/1814-4861-2025-24-5-180-189

ТРИ РЕДКИХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯ ОДНОВРЕМЕННОГО РАЗВИТИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ПИЩЕВОДА И АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЖЕЛУДКА

Е.А. Тонеев^{1,2}, Н.В. Деньгина¹, Д.В. Глумнушина², Р.Р. Валеева²,
М.С. Руденко³, А.А. Мартынов¹, Е.П. Анохина¹, А.М. Пономаренко¹

¹ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»

Россия, 432017, г. Ульяновск, ул. 12 Сентября, 90

²ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

Россия, 432017, г. Ульяновск, ул. Льва Толстого, 42

³ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер»

Россия, 620036, г. Екатеринбург, ул. Соболева, 29

Аннотация

Одновременное возникновение плоскоклеточного рака пищевода и аденокарциномы желудка – крайне редкое явление, обладающее высокой степенью опасности. Это обусловлено агрессивным течением данных заболеваний, а также отсутствием в мировой медицинской практике единого подхода к их лечению. **Цель исследования** – анализ уникальных случаев сочетанного возникновения плоскоклеточного рака пищевода и аденокарциномы желудка с целью разработки эффективной стратегии лечения. **Материал и методы.** Представлено 3 клинических случая одновременного развития плоскоклеточного рака пищевода и аденокарциномы желудка у пациентов, получавших лечение в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Ульяновск, и ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», г. Екатеринбург. Пациентам проведены хирургическое вмешательство, химиотерапия и лучевая терапия. **Результаты.** Первично-множественный синхронный плоскоклеточный рак пищевода и аденокарцинома желудка представляют собой сложную клиническую задачу, требующую вмешательства мультидисциплинарной команды специалистов. Химиолучевая терапия с использованием схемы FOLFOX продемонстрировала хорошую переносимость и позволила достичь удовлетворительного клинического ответа со стороны опухолей обеих локализаций. **Заключение.** Комплексный подход, включающий хирургическое лечение и химиолучевую терапию по схеме FOLFOX, позволяет эффективно бороться со злокачественными образованиями пищевода и желудка.

Ключевые слова: плоскоклеточный рак пищевода, аденокарцинома желудка, лечение рака пищевода и желудка, химиолучевая терапия рака пищевода, FOLFOX.

CONCURRENT INCIDENCE OF ESOPHAGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA AND GASTRIC ADENOCARCINOMA: A REPORT OF THREE CASES

E.A. Toneev^{1,2}, N.V. Dengina¹, D.V. Glumnushina², R.R. Valeeva²,
M.S. Rudenko³, A.A. Martynov¹, E.P. Anokhina¹, A.M. Ponomarenko¹

¹Regional Clinical Oncology Center
90, 12 September St., Ulyanovsk, 432017, Russia

²Ulyanovsk State University
42, Lva Tolstogo St., Ulyanovsk, 432017, Russia

³Sverdlovsk Regional Oncology Center
29, Soboleva St., Ekaterinburg, 620036, Russia

Abstract

The purpose of the study was to investigate rare cases of concurrent incidence of esophageal squamous cell carcinoma and gastric adenocarcinoma to develop an effective treatment strategy. **Material and Methods.** Herein, we present a report of three cases of simultaneous occurrence of esophageal squamous cell carcinoma and gastric adenocarcinoma treated at the Regional Clinical Oncology Center in Ulyanovsk and Sverdlovsk Regional Oncology Center in Yekaterinburg. The patients underwent surgery, chemotherapy and radiation therapy. **Results.** Synchronous esophageal squamous cell carcinoma and gastric adenocarcinoma pose significant treatment challenges, necessitating a multidisciplinary team of specialists. Chemoradiotherapy with the FOLFOX regimen demonstrated favorable tolerability and satisfactory clinical response. **Conclusion.** A multimodal approach, involving surgery and chemoradiotherapy with the FOLFOX scheme, may be a valuable option for the treatment of patients with synchronous esophageal squamous cell carcinoma and gastric adenocarcinoma.

Key words: squamous cell carcinoma of the esophagus, gastric adenocarcinoma, treatment of esophageal and gastric cancers, chemoradiotherapy of esophageal cancer, FOLFOX.

Введение

Рак желудка (РЖ) в течение длительного времени занимает ведущее положение в структуре онкологических заболеваний, с неблагоприятным прогнозом при несвоевременном выявлении. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за 2022 г., рак желудка входит в число наиболее распространенных злокачественных новообразований, занимая 5-е место. На его долю ежегодно приходится 969 тыс. новых случаев. По уровню смертности РЖ занимает также 5-е место. Рак пищевода (РП) занимает 11-е место по частоте и 7-е место в структуре летальности среди всех злокачественных новообразований [1]. Синхронное развитие злокачественного процесса в пищеводе и желудке является редким клиническим случаем и затрудняет выбор тактики лечения, т.к. ввиду их разного гистологического строения на данный момент не существует унифицированного подхода [2–4]. В современной литературе представлено крайне мало исследований, посвященных клинике и лечению данной категории больных [5].

Согласно данным S.K. Lim et al. [6], прогноз в такой клинической ситуации определяется стадией опухоли на момент постановки диагноза, типом лечения, а также необходимостью проведения дифференциальной диагностики между первичной карциномой и метастатическим поражением.

В последнем случае прогноз, как правило, менее благоприятный.

В нашем клиническом наблюдении мы приводим 3 случая лечения плоскоклеточного рака пищевода и аденокарциномы желудка в двух региональных онкологических центрах.

Клиническое наблюдение № 1

Пациент 3., 1958 г.р., в мае 2024 г. обратился в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Ульяновск, с жалобами на затруднение прохождения грубой пищи. Считает себя больным в течение 1 мес. При ЭГДС, выполненной по месту жительства, выявлено новообразование пищевода. Направлен в ГУЗ ОКОД г. Ульяновска.

Объективный статус при обращении: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, оценка по шкале ECOG – 0 баллов. Сопутствующая патология не выражена. Индекс Чарлсона – 4 балла. По данным ЭГДС пищевод свободно проходит, на расстоянии 32 см от резцов определяются бугристые разрастания слизистой пищевода, суживающие просвет на 1/3, протяженностью около 2 см. Кардия смыкается, в нижней и средней части тела желудка, ближе к большой кривизне, образование до 5 см, с налетом фибрина. С опухоли пищевода и желудка взята биопсия.

Гистологическое заключение. Биопсия из пищевода: умеренно дифференцированный плоско-

клеточный ороговевающий рак, с выраженной цитологической атипией опухолевых клеток и менее упорядоченным их расположением, с наличием единичных патологических митозов, визуализируются жемчужины кератина; в строме отмечается умеренно выраженная перитуморальная лимфоцитарная инфильтрация. Биопсия из желудка: в собственной пластинке слизистой оболочки обнаружен рост тубулярной аденокарциномы, представленной плотной скученностью деформированных расширенных и ветвящихся желез разного диаметра, выстланных клетками кубической формы с выраженной цитологической атипией, с бледной эозинофильной цитоплазмой, с овальными и округлыми ядрами с потерей их полярности, некоторые из них с мелкими ядрышками; визуализируются единичные патологические митозы.

По данным МСКТ органов грудной и брюшной полости, малого таза с контрастным усилением: опухоль средней трети пищевода, протяженностью 48 мм, паразофагеальные и медиастинальные лимфоузлы не изменены (рис. 1). Задняя стенка желудка на протяжении 4 см утолщена



Рис. 1. На КТ-сканах органов грудной клетки до лечения (сагиттальная плоскость, мягкотканое окно, толщина среза 1,0 мм) с контрастным усилением определяется неравномерное утолщение стенок средней трети пищевода, протяженностью 48 мм, просвет пищевода сужен, прослеживается фрагментарно. Определяются единичные паразофагеальные лимфоузлы, размерами до 13×15 мм. Примечание: рисунок выполнен авторами

Fig. 1. Chest CT scans performed before treatment (sagittal plane, soft tissue window, slice thickness of 1.0 mm) with contrast enhancement demonstrate uneven thickening of the walls of the middle third of the esophagus (48 mm long), narrowing of the esophageal lumen, and enlargement of paraesophageal lymph nodes to 13x15 mm. Note: created by the authors

до 11 мм, патологически измененных лимфоузлов не выявлено (рис. 2).

На мультидисциплинарном консилиуме с участием торакального хирурга, химиотерапевта, радиотерапевта установлен диагноз: Первично-множественный рак (ПМР): Рак средней трети пищевода cT2N1M0, II стадия; Рак тела желудка cT3N0M0, IIB стадия. На первом этапе лечения назначена химиолучевая терапия с использованием схемы FOLFOX (оксалиплатин в дозе 85 мг/м² в 1-й день + кальция фолиат в дозе 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил в дозе 400 мг/м² внутривенный болюс в 1-й день + фторурацил в дозе 2400 мг/м² (по 1200 в сут) 46-часовая внутривенная инфузия в 1–2-й дни; цикл 14 дней). С июня по август 2024 г. проведен курс радиотерапии, РОД 1,8 Гр, СОД 50,4 Гр на фоне 2 курсов химиотерапии. Облучение проводили согласно протоколу RTOG: CTV на 4 см выше/ниже GTV (видимой опухоли) и на 1,0 см в радиальном направлении (с исключением критических органов – сердца, сосудов, костных структур) плюс равномерное расширение PTV на 0,7 см, на аппарате TomoTherapy HDA с ежедневной визуализацией. В поле облучения также включены зона опухолевого поражения желудка и лимфоузлов малой кривизны и области чревного ствола. Лечение перенес удовлетворительно, из негематологических осложнений отмечалось нарастание дисфагии до II степени, нутритивный статус скорректирован нутритивной поддерж-

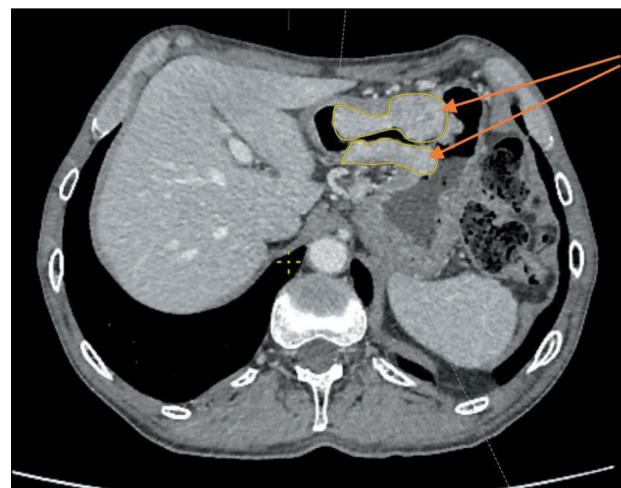


Рис. 2. На КТ-сканах органов брюшной полости до лечения (аксиальная плоскость, мягкотканое окно, толщина среза 1,2 мм), в портальную фазу определяется неравномерное полуциркулярное утолщение стенок нижней трети тела и антрального отдела желудка на участке протяженностью до 63 мм с признаками патологического накопления контрастного вещества.

Примечание: рисунок выполнен авторами
Fig. 2. Abdominal CT scans (axial plane, soft tissue window, 1.2 mm slice thickness) in the portal phase reveal an uneven semicircular thickening of the walls of the lower third of the body and the antrum of the stomach in an area extending up to 63 mm with signs of pathological accumulation of contrast agent.

Note: created by the authors

кой (сипинг), при завершении лечения дисфагия 0 степени. Из гематологической токсичности отмечалась лейкопения III степени после первого курса ХТ, которая скорректирована приемом Г-КСФ. После второго курса ХТ гематологических осложнений не отмечено. Химиолучевую терапию перенес удовлетворительно. При контрольной МСКТ органов грудной и брюшной полости с контрастным усилением после завершения лечения в пищеводе опухоль не определяется. В портальную фазу в структуре стенки желудка по малой кривизне и задней стенке желудка имеется неравномерное утолщение стенок до 7–8 мм, единичные увеличенные до 10–12 мм

лимфоузлы вдоль малой кривизны желудка без признаков накопления контраста (рис. 3, 4). При ЭГДС в пищеводе определяется линейный рубец, с налетом фибрина, биопсия, в желудке опухоль прежних размеров, с незначительным налетом фибрина, биопсия. Гистологическое заключение. Биопсия из пищевода: детрит, опухолевые клетки не определяются. Биопсия из желудка: детрит, определяются единичные опухолевые клетки.

На мультидисциплинарном консилиуме, с участием торакального хирурга, радиотерапевта, химиотерапевта, пациенту предложено оперативное вмешательство, от которого он категорически отказался. Принято решение о продолжении лекарственной терапии по прежней схеме FOLFOX до 12 курсов, с оценкой объективного ответа, далее обсудить вопрос о поддерживающем режиме ХТ капецитабином в дозе 2 000 мг/м² в сут. На момент написания статьи пациент



Рис. 3. На КТ-сканах органов брюшной полости (аксиальная плоскость, мягкотканое окно, толщина среза 1,2 мм) в портальную фазу в области ранее описываемой опухоли стенки не утолщены, дополнительных образований не определяется.

Примечание: рисунок выполнен авторами

Fig. 3. Abdominal CT scans before treatment (axial plane, soft tissue window, 1.2 mm slice thickness), in the portal phase, show that in the area of the previously described tumor, the walls are not thickened, no additional lesions are detected. Note: created by the authors

получил 12 курсов ХТ, значимых нежелательных явлений (НЖЯ) не отмечалось.

Клиническое наблюдение № 2

Пациент Ш., 1956 г.р., обратился в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», г. Ульяновск, в феврале 2023 г. по поводу новообразования пищевода, выявленного по месту жительства, с жалобами на умеренную дисфагию. Семейный анамнез – у матери рак желудка. Объективное состояние: ECOG – 1 балл. Сопутствующая патология не выражена. Индекс Чарлсона – 5 баллов. По данным ЭГДС от февраля 2023 г. в пищеводе, на расстоянии 28 см от резцов, определяется язва, размером около 1 см, с налетом фибрина. На задней стенке тела желудка определяется язва овальной формы, размером 4×3 см. Дно плотное, бугристое, покрыто фибрином, края с выраженной инфильтрацией.

Гистологическое заключение. Биопсия из пищевода: умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак. Биопсия из желудка: тубулярная аденокарцинома high-grade, представленная железистыми структурами с изменениями в виде солидных и криброзных комплексов, с выраженным



Рис. 4. На КТ-сканах органов грудной клетки (сагиттальная плоскость, мягкотканое окно, толщина среза 1,2 мм) с контрастным усилением состояние после химиолучевой терапии на область средней трети пищевода. На месте ранее определяемого утолщения стенок просвет пищевода свободный, стенки не утолщены, просвет пищевода прослеживается.

Примечание: рисунок выполнен авторами

Fig. 4. Contrast-enhanced chest CT scans (sagittal plane, soft tissue window, 1.2mm slice thickness) after chemoradiation therapy show that the wall thickness and potential narrowing are no longer present. Note: created by the authors



Рис. 5. На КТ-сканах органов грудной клетки до лечения (сагиттальная плоскость, мягкотканое окно, толщина среза 2,6 мм) в портальную фазу определяется неравномерное утолщение стенки средней трети пищевода с признаками патологического накопления контрастного вещества, в прилежащей клетчатке патологически измененные лимфатические узлы. Примечание: рисунок выполнен авторами

Fig. 5. Chest CT scans before treatment (sagittal plane, soft tissue window, 2.6 mm slice thickness) in the portal phase reveal an uneven thickening of the wall of the middle third of the esophagus with signs of pathological accumulation of contrast agent, pathologically altered lymph nodes in the adjacent tissue.

Note: created by the authors

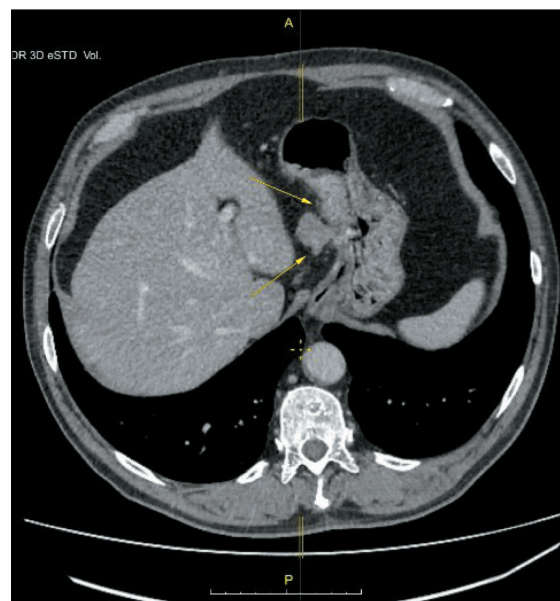


Рис. 6. На КТ-сканах органов брюшной полости до лечения (аксиальная плоскость, мягкотканое окно, толщина среза 2,5 мм) в портальную фазу в структуре стенки желудка по малой кривизне участок утолщения стенки за счет образования, распространяющегося за пределы серозной оболочки в прилежащую клетчатку, при контрастном усилении накапливает контрастное вещество. Примечание: рисунок выполнен авторами

Fig. 6. Abdominal CT scans before treatment (axial plane, soft tissue window, 2.5 mm slice thickness), in the portal phase show that in the structure of the stomach wall along the lesser curvature, there is an area of wall thickening due to a lesion extending beyond the serous membrane into the adjacent tissue, accumulation of the contrast agent. Note: created by the authors

ядерным плеоморфизмом и высоким соотношением ядра и цитоплазмы, в большинстве клеток видны ядрышки; наблюдается повышенная митотическая активность с атипичными формами.

По данным МСКТ органов грудной и брюшной полости, малого таза с контрастным усилением имеются признаки рака тела желудка с метастазами в регионарные лимфатические узлы (рис. 5, 6). Проведен мультидисциплинарный консилиум с участием торакального хирурга, радиотерапевта, химиотерапевта, установлен диагноз: первично-множественный синхронный рак: Рак средней трети пищевода II стадии cT2N0M0; Рак тела желудка cT3N0M0 IVB стадии.

С учетом клинической картины принято решение о проведении химиолучевой терапии по схеме FOLFOX (оксалиплатин в дозе 85 мг/м² в 1-й день + кальция фолиат в дозе 400 мг/м² в 1-й день + фторурацил в дозе 400 мг/м² внутривенный болюс в 1-й день + фторурацил в дозе 2400 мг/м² (по 1200 в сут) 46-часовая внутривенная инфузия в 1–2-й дни; цикл 14 дней). Далее обсудить вопрос об оперативном лечении. С марта по апрель 2023 г. проведено химиолучевое лечение: РОД 1,8 Гр, СОД 50,4 Гр на фоне 2 курсов химиотерапии на область опухоли средней трети пищевода и параэзофаге-

альной клетчатки, а также опухолевый конгломерат малой кривизны и области чревного ствола. Облучение проводили согласно протоколу RTOG: CTV на 4 см выше/ниже GTV (видимой опухоли) и на 1,0 см в радиальном направлении (с исключением критических органов – сердца, сосудов, костных структур) плюс равномерное расширение PTV на 0,5 см на аппарате Tomotherapy HDA с ежедневной визуализацией. Лечение перенес удовлетворительно, из негематологических осложнений отмечалось нарастание дисфагии до III степени, нутритивный статус скорректирован нутритивной поддержкой (сипинг), при завершении лечения дисфагия была на уровне I степени. Гематологической токсичности не отмечалось.

При контрольном обследовании через 3 мес по данным МСКТ органов грудной и брюшной полости с контрастным усилением, ЭГДС зарегистрирована стабилизация процесса. При повторной биопсии в пищеводе опухоль не определяется, в желудке – разрозненные опухолевые комплексы на фоне фиброзной ткани. От предложенного оперативного вмешательства пациент категорически отказался.

Мультидисциплинарным консилиумом принято решение о проведении еще 6 курсов ХТ по

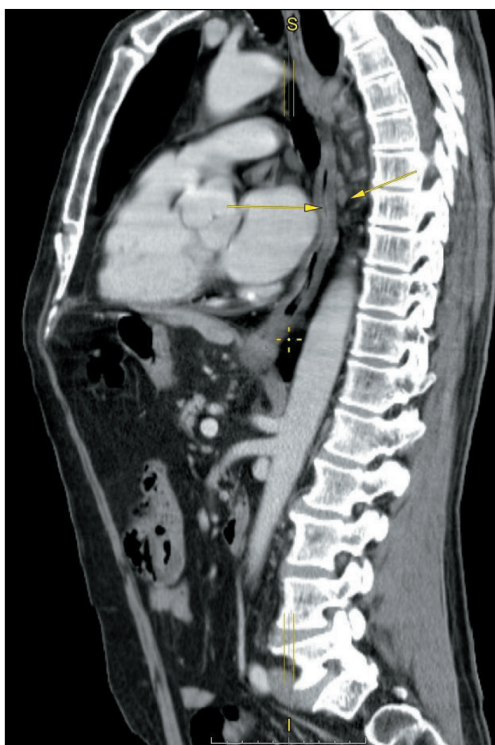


Рис. 7. На КТ-сканах органов грудной клетки (сагиттальная плоскость, мягкотканое окно, толщина среза 1,2 мм) в портальную фазу после химиолучевого лечения на месте ранее определяемого утолщения стенок средней трети пищевода толщина стенки не изменена (по сравнению с другими отделами), участков патологического накопления контрастного вещества не выявлено. Примечание: рисунок выполнен авторами

Fig. 7. Chest CT scans (sagittal plane, soft tissue window, 1.2 mm slice thickness) in the portal phase after chemoradiotherapy show no change in the site of the previously revealed thickening of the walls of the middle third of the esophagus (compared with other sites); no areas of pathological accumulation of contrast agent are seen. Note: created by the authors

схеме FOLFOX. После ее завершения проведены ФГДС и биопсия участка прежней опухоли пищевода и тела желудка; в пищеводе – без признаков опухолевого роста, в желудке – аденокарцинома. Выполнена ПЭТ/КТ всего тела с использованием ^{18}F -фтордезоксиглюкозы, выявлена область патологического накопления радиофармпрепарата ($\text{SUV}_{\text{max}}=6,8$) в проекции задней стенки тела желудка. Очаг соответствует визуализируемому утолщению стенки желудка по данным МСКТ. Регионарные лимфатические узлы без признаков увеличения и патологического накопления радиофармпрепарата (РФП), данных за гематогенные метастазы не получено.

Проведен повторный консилиум, от оперативного вмешательства пациент отказался. Назначен капецитабин в дозе 2000 мг/м^2 в сут в 2 приема в течение 14 дней, цикл – 1 раз в 21 день до неприемлемой переносимости или токсичности. Получил 12 циклов химиотерапии в монорежиме, при контрольной МСКТ органов грудной и брюшной полости с контрастным усилением (14.11.24):

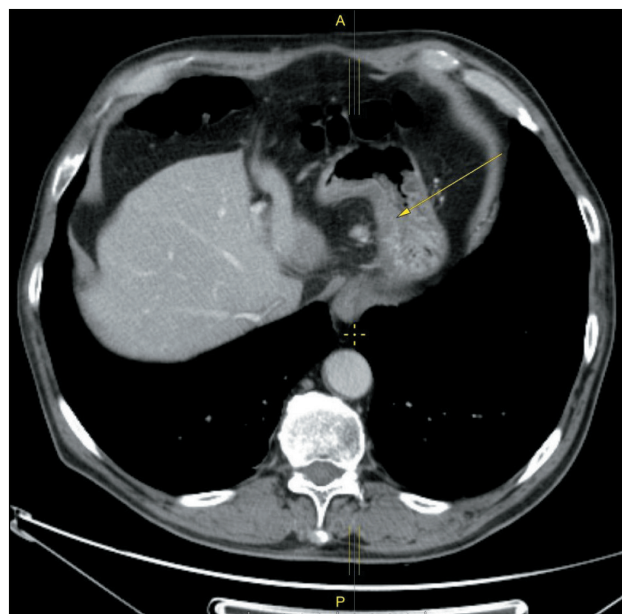


Рис. 8. На КТ-сканах органов брюшной полости (аксиальная плоскость, мягкотканое окно, толщина среза 1,2 мм) в портальную фазу после химиолучевого лечения в структуре стенки желудка по малой кривизне на месте ранее определяемого образования дополнительных образований не выявлено, признаков патологического накопления контрастного вещества не выявлено. Примечание: рисунок выполнен авторами

Fig. 8. Abdominal CT scans (axial plane, soft tissue window, slice thickness 1.2 mm), in the portal phase after chemoradiotherapy show no additional lesions in the structure of the stomach wall along the lesser curvature; no signs of pathological accumulation of contrast agent are not seen. Note: created by the authors

признаки утолщения стенок пищевода без признаков накопления контраста, фиброзные изменения в легких, постлучевой фиброз. Неравномерное утолщение стенок желудка, признаки жировой дистрофии печени и поджелудочной железы (рис. 7, 8). При сравнении с исследованием от июля 2024 г. – без динамики.

По данным ФГДС: на 30 см от края резцов в пищеводе определяется белый звездчатый рубец, на задней стенке тела желудка – язва овальной формы, размером $4 \times 3 \text{ см}$. Дно плотное, бугристое, покрыто фибрином, края с выраженной инфильтрацией. Лечение переносит удовлетворительно, НЖЯ не отмечается. От оперативного лечения пациент вновь отказался. Консультирован химиотерапевтами, рекомендовано продолжить лечение в прежнем режиме, контрольные обследования через 3 мес. На момент написания статьи объективное состояние оценивается как ECOG 0–1 балла. Лечение переносит удовлетворительно.

Клиническое наблюдение № 3

Пациент М., 1956 г.р., обратился в январе 2021 г. в ГАУЗ «Свердловский областной онкологический диспансер», г. Екатеринбург, по поводу новообразования пищевода, выявленного по месту жительства, с жалобами на дисфагию I степени в течение 3 мес. Объективное состояние: ECOG –

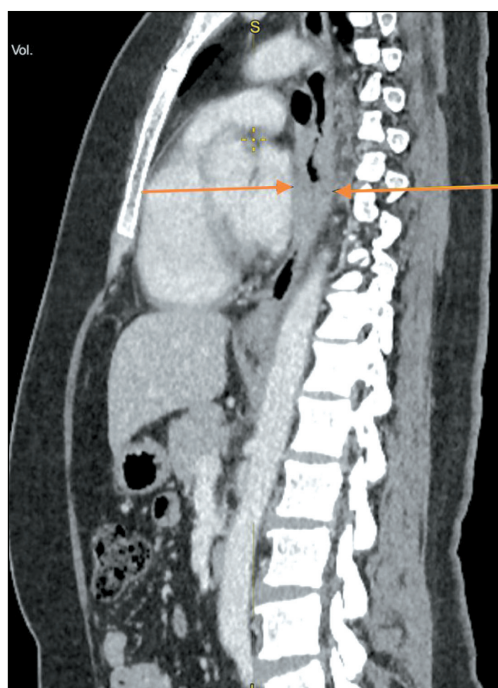


Рис. 9. На КТ-сканах органов грудной клетки (сагиттальная плоскость, мягкотканое окно, толщина среза 1,0 мм) с контрастным усилением определяется неравномерное утолщение стенок средней трети пищевода, протяженностью 52 мм, просвет пищевода сужен, прослеживается фрагментарно.

Примечание: рисунок выполнен авторами

Fig. 9. Contrast-enhanced chest CT scans (sagittal plane, soft tissue window, 1.0 mm slice thickness) reveal an uneven thickening of the walls of the middle third of the esophagus in a 52 mm long, the lumen of the esophagus is narrowed, fragmentary. Note: created by the authors

1 балл. Индекс Чарлсона – 4 балла. При ЭГДС пищевод свободно проходим, на расстоянии 30 см от резцов определяются бугристые разрастания слизистой пищевода, незначительно суживающие просвет на 2/3, протяженностью около 1 см. Далее осмотр невозможен ввиду стеноза. Гистологическое заключение: высокодифференцированный плоскоклеточный рак пищевода. По данным рентгеноскопии пищевода и желудка: акт глотания не нарушен, пищевод свободно проходим до уровня средней трети, где происходит задержка контраста на протяжении 3 см. Далее контраст проходит, кардия смыкается, желудок осмотрен не полностью. По данным МСКТ органов грудной и брюшной полости, малого таза с контрастным усилением: опухоль пищевода, протяженностью 52 мм, параззофагеальные медиастинальные и лимфоузлы не изменены (рис. 9). На основании результатов обследования выставлен диагноз: Рак нижней трети пищевода cT2N0M0 II стадии.

Пациент от химиолучевого лечения отказался, на хирургическое вмешательство согласен. После предоперационной подготовки в плановом порядке проведено хирургическое вмешательство, которое планировалось в объеме гастрэктомии с субтотальной резекцией пищевода с одномоментной

пластикой толстой кишки, двухзональной лимфодиссекцией. При выполнении лапаротомии для формирования трансплантата из большой кривизны желудка выявлена опухоль малой кривизны желудка, ввиду чего интраоперационно изменена тактика хирургического вмешательства. Выполнена гастрэктомия с лимфодиссекцией D2, далее из левой половины ободочной кишки на *a. colica media* сформирован трансплантат и из правостороннего торакотомного доступа сформирован внутривисцеральный анастомоз на уровне непарной вены. Проксимальный конец толстой кишки анастомозирован с культей ДПК.

Послеоперационный период осложнился несостоятельностью дуоденотрансверзоанастомоза, перитонитом, в связи с чем выполнена релапаротомия, разобщение дуоденотрансверзоанастомоза, формирование еюнотрансверзоанастомоза, лапаростомия. Далее проведено еще 3 релапаротомии. Пациент проходил длительное лечение в условиях реанимационного отделения с продленной ИВЛ и формированием трахестомы. Из стационара выписан в удовлетворительном состоянии на 114-е сут после первой операции. По данным контрольной МСКТ органов грудной и брюшной полости с контрастным усилением и ЭГДС через 40 мес признаков прогрессирования не выявлено. На момент написания статьи пациент жив, объективное состояние: ECOG–1 балл, социально активен.

Обсуждение

Одновременное развитие злокачественных новообразований в пищеводе и желудке – редкое явление, требующее мультидисциплинарного подхода [7]. В данный момент не существует единого подхода к лечению пациентов с такой патологией [8]. Частота встречаемости подобной комбинации, по данным крупного исследования X. Li et al., в которое включено 10 783 пациента, составляет 0,38 % [9]. В нашей работе проведен анализ за 3 года по двум реестрам онкологических диспансеров Ульяновской и Свердловской областей и выявлено, что частота первично-множественного синхронного плоскоклеточного рака пищевода и аденокарциномы желудка составила 0,21 % (три на 1 427 случаев первично выявленного плоскоклеточного рака пищевода). A. Vogt et al. в 2017 г. [10] провели крупное исследование и определили, что частота первично-множественных опухолей составляет 2–17 %. При этом установлено, что разработка стратегии терапии для пациентов, страдающих от опухолей различных локализаций и гистологических форм, является непростой задачей, не допускающей компромиссов в стремлении к успешному лечению всех опухолей.

Существуют сложности в диагностике опухолей желудка при заболевании пищевода, т.к. часто желудок недоступен для эндоскопического исследова-

дования [11]. В нашем наблюдении № 3 только интраоперационно удалось выявить новообразование желудка, что существенно изменило объем операции. Ведущим методом выявления первично-множественных опухолей считается ПЭТ/КТ, которая демонстрирует высокую чувствительность [12]. В нашем исследовании у двух неоперированных пациентов ПЭТ/КТ выполнена на более позднем этапе, для исключения генерализации опухолевого процесса на фоне проводимого лечения.

Стратегия лечения представленных пациентов была определена на мультидисциплинарном консилиуме, включающем торакальных хирургов, клинических онкологов и радиотерапевтов. В первых двух клинических наблюдениях выбрана стратегия химиолучевого лечения с использованием химиотерапии по схеме FOLFOX с включением в поле облучения опухолей пищевода и желудка с захватом увеличенных лимфоузлов. В дальнейшем в связи с отказом пациентов от операции назначена поддерживающая химиотерапия капецитабином. В третьем случае выполнено хирургическое вмешательство «upfront» в связи с отказом пациента от консервативного лечения. Возможно, при подозрении на наличие опухоли в желудке данный подход был бы скорректирован, но РЖ выявлен интраоперационно, в связи с чем тактика изменена на этапе хирургического лечения.

Выбор в двух клинических наблюдениях схемы химиотерапии FOLFOX при одновременной химиолучевой терапии обусловлен доказанной эффективностью в ранее проведенных (в том числе и собственных) исследованиях [13]. Т. Kadono et al. в своем исследовании продемонстрировали 16,2 % полных ответов у пациентов с плоскоклеточным раком пищевода при проведении ХЛТ с FOLFOX, с приемлемой переносимостью и наличием минимальных осложнений [14]. Т. Conroy et al. (исследование PRODIGE5/ACCORD17) показали, что применение FOLFOX в составе химиолучевой терапии обеспечивает сопоставимую эффективность по сравнению с классической комбинацией

цисплатина и фторурацила при меньшей токсичности [15].

Таким образом, наши два наблюдения из трех, в которых пациентам проведено химиолучевое лечение обеих локализаций с химиотерапией FOLFOX, демонстрируют приемлемые результаты. Полный клинический ответ в двух случаях при плоскоклеточном раке пищевода, а также ранее проведенные немногочисленные исследования позволяют рассматривать его как возможный перспективный вариант лечения при первично-множественных опухолях пищевода и желудка, а также при «изолированном» раке желудка [16, 17]. Использование хирургического подхода в объеме эзофагогастрэктомии и ее эффективность были продемонстрированы во многих исследованиях [18, 19].

В одном наблюдении пациент оперирован в указанном объеме, через 3,5 года не было признаков прогрессирования. Х. Li et al. показано, что у 26 оперированных пациентов с эзофагогастрэктомиями на первом этапе получены лучшие результаты выживаемости, чем при хирургическом вмешательстве «upfront» по каждой нозологии по отдельности (рак желудка или рак пищевода) [9]. В двух случаях пациенты от операции отказались в пользу консервативного лечения, при этом получены приемлемые результаты контроля опухолевого процесса. Таким образом, выбор стратегии лечения синхронного плоскоклеточного рака пищевода и аденокарциномы желудка является сложной клинической задачей, т.к. врач должен учитывать много факторов, в том числе и решение пациента.

Заключение

Первично-множественный синхронный плоскоклеточный рак пищевода и аденокарцинома желудка представляют собой сложную клиническую проблему, которая требует участия мультидисциплинарной команды. Химиолучевая терапия с применением схемы FOLFOX хорошо переносима и позволяет достичь удовлетворительного клинического ответа со стороны опухолей обеих локализаций.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel R.L., Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024; 74(3): 229–63. doi: 10.3322/caac.21834.
2. Zhan X, He L., Song K., Cao S., Meng E., Wang Y. Case Report: Triple Primary Malignant Tumors of the Esophagus, Stomach, and Colon in a Patient With Genetic Analysis. *Front Genet.* 2021; 12: 676497. doi: 10.3389/fgene.2021.676497.
3. Cui Y., Ren W., Du X., Yang L., Tan B. Research Progress of Multiple Primary Malignancies Associated With Esophageal Cancer. *Cancer Control.* 2023; 30: 10732748231176641. doi: 10.1177/10732748231176641.
4. Писарева Л.Ф., Одинцова И.Н., Ананина О.А., Афанасьев С.Г., Волков М.Ю., Давыдов И.М. Рак желудка в Томской области: эпидемиологические аспекты. *Сибирский онкологический журнал.* 2013; (3): 40–42. [Pisareva L.F., Odintsova I.N., Ananina O.A., Afanasyev S.G., Volkov M.Yu., Davydov I.M. Gastric cancer in Tomsk region: epidemiological aspects. *Siberian Journal of Oncology.* 2013; (3): 40–42. (in Russian)]. EDN: RQACBD.
5. Hirao M., Katada C., Yokoyama T., Yano T., Suzuki H., Furue Y., Yamamoto K., Doyama H., Koike T., Tamaoki M., Kawata N., Kawahara Y.,

Katagiri A., Ogata T., Yamanouchi T., Kiyokawa H., Kawakubo H., Konno M., Ishikawa H., Yokoyama A., Muto M. Metachronous primary gastric cancer after endoscopic resection in patients with esophageal squamous cell carcinoma. *Gastric Cancer.* 2023; 26(6): 988–1001. doi: 10.1007/s10120-023-01413-1.

6. Lim S.K., Sampson C.C., Warner O.G. Simultaneous primary carcinomas—a report of three cases. *J Natl Med Assoc.* 1981; 73(5): 413–17.

7. Тонеев Е.А., Пикин О.В., Мартынов А.А., Фирстов А.А. Хирургическое и комплексное лечение больных раком грудного отдела пищевода в региональном онкологическом центре. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.* 2023; 65(5): 579–88. [Toneev E.A., Pikin O.V., Martynov A.A., Firsov A.A. Surgical and multimodality treatment of patients with cancer of the thoracic esophagus in the regional oncology center. *Russian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.* 2023; 65(5): 579–88. (in Russian)]. doi: 10.24022/0236-2791-2023-65-5-579-588. EDN: IAWKZU.

8. Рябов А.Б., Хомяков В.М., Соболев Д.Д., Колобаев И.В., Чайка А.В., Вашихмадзе Л.А., Мамонтов А.С., Пикин О.В. Непосредственные результаты хирургического и комбинированного лечения больных раком грудного отдела пищевода. *Онкология. Журнал им. П.А. Герцена.* 2021; 10(6): 19–28. [Ryabov A.B., Khomyakov V.M.,

Sobolev D.D., Kolobaev I.V., Chayka A.V., Vashakmadze L.A., Mamontov A.S., Pikin O.V. Immediate results of surgical and combined treatment in patients with thoracic esophageal cancer. P.A. Herzen Journal of Oncology. 2021; 10(6): 19–28. (in Russian). doi: 10.17116/onkolog20211006118. EDN: OFMRDR.

9. Li X., Lin S., Zhang Y., Wang H. Synchronous primary esophageal squamous cell carcinoma and gastric adenocarcinoma: analysis of 41 cases treated in a single institution. Sci Rep. 2015; 5: 13335. doi: 10.1038/srep13335.

10. Vogt A., Schmid S., Heinemann K., Frick H., Herrmann C., Cerny T., Omlin A. Multiple primary tumours: challenges and approaches, a review. ESMO Open. 2017; 2(2): e000172. doi: 10.1136/esmoopen-2017-000172.

11. Тонеев Е.А., Пикин О.В., Деньгина Н.В., Рябов А.Б., Мартынов А.А., Гальчин А.В., Исаев Д.Н., Фирстов А.А., Прохоров Д.Д. Результаты комбинированного и химиолучевого лечения больных раком грудного отдела пищевода по данным регионального онкологического центра. Сибирский онкологический журнал. 2023; 22(5): 84–95. [Toneev E.A., Pikin O.V., Dengina N.V., Ryabov A.B., Martynov A.A., Galchin A.V., Isaev D.N., Firstov A.A., Prohorov D.D. Results of combined and chemoradiation treatment of patients with thoracic esophageal cancer according to the data of the regional cancer center. Siberian Journal of Oncology. 2023; 22(5): 84–95. (in Russian)]. doi: 10.21294/1814-4861-2023-22-5-84-95. EDN: CZVAAV.

12. Luo Z.H., Qi W.L., Jin A.F., Liao F.X., Liu Q., Zeng Q.Y. The role of 18F-FDG PET/CT in patients with synchronous multiple primary malignant neoplasms occurring at the same time. Front Oncol. 2022; 12: 1068055. doi: 10.3389/fonc.2022.1068055.

13. Тонеев Е.А., Деньгина Н.В., Шагдалеев Р.Ф., Прохоров Д.Д., Мартынов А.А., Анохина Е.П. Опыт применения химиолучевого лечения рака пищевода с использованием химиотерапии по схеме FOLFOX. Медицинский совет. 2024; 18(21): 62–69. [Toneev E.A., Dengina N.V., Shagdaleev R.F., Prokhorov D.D., Martynov A.A., Anokhina E.P. The experience of using chemoradiotherapy for esophageal cancer with the FOLFOX chemotherapy regimen. Medical Advice. 2024; 18(21): 62–69. (in Russian)]. doi: 10.21518/ms2024-527. EDN: CMVUJR.

14. Kadono T., Yamamoto S., Hirose T., Ikeda G., Ohara A., Itoyama M., Yokoyama K., Honma Y., Hashimoto T., Sekine S., Ishiyama K., Oguma J., Daiko H., Kato K. Safety and short-term efficacy of preoperative FOLFOX therapy in patients with resectable esophageal squamous cell carcinoma

who are ineligible for cisplatin. Esophagus. 2023; 20(1): 109–15. doi: 10.1007/s10388-022-00951-4.

15. Conroy T., Galais M.P., Raoul J.L., Bouché O., Gourgou-Bourgade S., Douillard J.Y., Etienne P.L., Boige V., Martel-Lafay I., Michel P., Llacer-Moscardo C., François E., Créange G., Abdelghani M.B., Juzyna B., Bedenne L., Adenis A.; Fédération Francophone de Cancérologie Digestive and UNICANCER-GI Group. Definitive chemoradiotherapy with FOLFOX versus fluorouracil and cisplatin in patients with oesophageal cancer (PRODIGE5/ACCORD17): final results of a randomised, phase 2/3 trial. Lancet Oncol. 2014; 15(3): 305–14. doi: 10.1016/S1470-2045(14)70028-2. Erratum in: Lancet Oncol. 2014; 15(13): e587. Erratum in: Lancet Oncol. 2014; 15(13): e587. doi: 10.1016/S1470-2045(14)71151-9.

16. Тонеев Е.А., Деньгина Н.В., Анохина Е.П., Мартынов А.А., Куликов В.Д., Гальчин А.В., Староконь П.М., Благовестнов Д.А., Шабает Р.М., Чошчиев А., Прохоров Д.Д., Макаров М.П. Результаты химиолучевого лечения рака грудного отдела пищевода в режиме CROSS. Сибирский онкологический журнал. 2025; 24(3): 103–13. [Toneev E.A., Dengina N.V., Anokhina E.P., Martynov A.A., Kulikov V.D., Galchin A.V., Starokon P.M., Blagovestnov D.A., Shabaev R.M., Choshiev A., Prokhorov D.D., Makarov P.M. Results of chemoradiotherapy with CROSS regimen for middle third esophageal cancer. Siberian Journal of Oncology. 2025; 24(3): 103–13. (in Russian)]. doi: 10.21294/1814-4861-2025-24-3-103-113. EDN: VZWDFY.

17. Yoshii T., Hara H., Asayama M., Kumekawa Y., Miyazawa S., Takahashi N., Matsushima T., Shimizu S., Saito Y. Chemoradiotherapy with FOLFOX for esophageal squamous cell cancer with synchronous rectal cancer: Four case reports and a literature review. Mol Clin Oncol. 2020; 12(1): 23–30. doi: 10.3892/mco.2019.1945.

18. Ferreira R.P., Bussyguin D.S., Trombetta H., Melo V.J.D., Ximenez D.R., Preti V.B., Valladares G.C.G., Tomasich F.D.S., Abreu P. Treatment of esophageal cancer: surgical outcomes of 335 cases operated in a single center. Rev Col Bras Cir. 2021; 48: e20202723. doi: 10.1590/0100-6991e-20202723.

19. Jiang R., Wang Y., Xu J., Chen Z., Pang L. Reconstruction using the colon or jejunum in patients with synchronous advanced esophageal and gastric cancers: a retrospective study from a single institutional database. BMC Surg. 2023; 23(1): 175. doi: 10.1186/s12893-023-02072-w.

Поступила/Received 30.01.2025

Одобрена после рецензирования/Revised 08.08.2025

Принята к публикации/Accepted 15.10.2025

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Тонеев Евгений Александрович, кандидат медицинских наук, торакальный хирург хирургического отделения торакальной онкологии, ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» (г. Ульяновск, Россия); доцент кафедры факультетской хирургии, медицинский факультет им. Т.З. Биктимирова, Институт медицины, экологии и физической культуры, ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» (г. Ульяновск, Россия). SPIN-код: 2236-3277. ORCID: 0000-0001-8590-2350.

Деньгина Наталья Владимировна, кандидат медицинских наук, заведующая радиологическим отделением, ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» (г. Ульяновск, Россия). ORCID: 0000-0002-6608-2745.

Глумнушина Дарья Валериевна, студентка медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова, Институт медицины, экологии и физической культуры, ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» (г. Ульяновск, Россия). ORCID: 0009-0000-3679-7187.

Валеева Рания Рафаэлевна, студентка медицинского факультета им. Т.З. Биктимирова, Институт медицины, экологии и физической культуры, ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» (г. Ульяновск, Россия). ORCID: 0009-0003-5540-9102.

Руденко Максим Сергеевич, заведующий отделением торакальной онкологии, ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер»; ассистент кафедры онкологии и лучевой диагностики, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Екатеринбург, Россия). ORCID: 0000-0003-0355-807X.

Мартынов Александр Александрович, заведующий хирургическим торакальным отделением, ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» (г. Ульяновск, Россия). SPIN-код: 6726-7147. ORCID: 0000-0003-4662-9886.

Анохина Екатерина Павловна, онколог отделения химиотерапии № 1, ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» (г. Ульяновск, Россия). SPIN-код: 7287-5667. ORCID: 0000-0002-8121-4654.

Пономаренко Анна Михайловна, рентгенолог отделения рентгенодиагностики, ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» (г. Ульяновск, Россия). ORCID: 0000-0002-1190-3112.

ВКЛАД АВТОРОВ

Тонеев Евгений Александрович: разработка концепции и дизайна исследования.

Деньгина Наталья Владимировна: разработка концепции и дизайна исследования.

Глумнушина Дарья Валериевна: подготовка текста, редактирование.

Валеева Рания Рафаэлевна: подготовка текста, редактирование.

Руденко Максим Сергеевич: сбор и обработка материалов, написание текста.

Мартынов Александр Александрович: сбор и обработка материалов, написание текста.

Анохина Екатерина Павловна: сбор и обработка материалов, написание текста.

Пономаренко Анна Михайловна: подготовка и интерпретация изображений к публикации.

Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой части работы.

Финансирование

Это исследование не потребовало дополнительного финансирования.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Информированное согласие

От пациентов получено письменное информированное добровольное согласие на публикацию описания клинических случаев и публикацию фотоматериалов в медицинском журнале, включая его электронную версию (дата подписания в клиническом случае № 1 – 23.01.25; дата подписания в клиническом случае № 2 – 20.01.25; дата подписания в клиническом случае № 3 – 16.01.25).

ABOUT THE AUTHORS

Evgeny A. Toneev, MD, PhD, Thoracic Surgeon, Surgical Department of Thoracic Oncology, Regional Clinical Oncology Center; Associate Professor, Department of Faculty Surgery, T.Z. Biktimirov Medical Faculty, Institute of Medicine, Ecology and Physical Culture, Ulyanovsk State University (Ulyanovsk, Russia). ORCID: 0000-0001-8590-2350.

Natalia V. Dengina, MD, PhD, Head of the Radiological Department, Regional Clinical Oncology Center (Ulyanovsk, Russia). ORCID: 0000-0002-6608-2745.

Darya V. Glumnushina, student, T.Z. Biktimirov Faculty of Medicine, Institute of Medicine, Ecology and Physical Culture, Ulyanovsk State University (Ulyanovsk, Russia). ORCID: 0009-0000-3679-7187.

Rania R. Valeeva, student, T.Z. Biktimirov Faculty of Medicine, Institute of Medicine, Ecology and Physical Culture, Ulyanovsk State University (Ulyanovsk, Russia). ORCID: 0009-0003-5540-9102.

Maxim S. Rudenko, MD, Head of the Thoracic Oncology Department, Sverdlovsk Regional Oncology Center; Assistant, Department of Oncology and Diagnostic Imaging of Higher Education, Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia (Ekaterinburg, Russia). ORCID: 0000-0003-0355-807X.

Alexander A. Martynov, MD, Head of the Surgical Thoracic Department, Regional Clinical Oncology Center (Ulyanovsk, Russia). ORCID: 0000-0003-4662-9886.

Ekaterina P. Anokhina, MD, Oncologist, Department of Chemotherapy No. 1, Regional Clinical Oncology Center (Ulyanovsk, Russia). ORCID: 0000-0002-8121-4654.

Anna M. Ponomarenko, MD, Radiologist, X-ray Department, Regional Clinical Oncology Center (Ulyanovsk, Russia). ORCID: 0000-0002-1190-3112.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Evgeny A. Toneev: study concept and design development.

Natalia V. Dengina: study concept and design development.

Darya V. Glumnushina: text preparation and editing.

Rania R. Valeeva: text preparation and editing.

Maxim S. Rudenko: data collection and processing, writing.

Alexander A. Martynov: data collection and processing, writing.

Ekaterina P. Anokhina: data collection and processing, writing.

Anna M. Ponomarenko: image preparation and interpretation for publication.

All authors approved the final version of the manuscript prior to publication and agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work were appropriately investigated and resolved.

Funding

This study required no funding.

Conflict of interests

The authors declare that they have no conflict of interest.

Voluntary informed consent

Written informed voluntary consent was obtained from patients for the publication of descriptions of clinical cases and publication of photographic materials in a medical journal, including its electronic version (date of signing in clinical case No. 1 – 23/01/2025; date of signing in clinical case No. 2 – 20/01/2025; date of signing in clinical case No. 3 – 16/01/2025).