

И.А. Стриканова, Ю.В. Гуменецкая, С.О. Джабраилова, К.С. Макарова, Т.А. Киреева  
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА IV СТАДИИ**

Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба Минздрава РФ, Калужская обл., Обнинск.

Контактное лицо: Стриканова Ирина Александровна: Strik.88@mail.ru

#### РЕФЕРАТ

В 2018 году в Российской Федерации установлено более 500 тыс. новых случаев рака, из них около 8 тыс. случаев составили злокачественные опухоли пищевода, при этом более чем у 30 % пациентов выявлена IV стадия. Рак пищевода находится на 6-м месте из причин смерти, связанной с раком, во всем мире и по сей день остается одной из основных глобальных проблем здравоохранения.

Наиболее трудный выбор стоит перед врачами-онкологами при выборе тактики лечения распространенных стадий заболевания. В таких ситуациях рекомендовано комбинированное лечение (операция, неоадьювантная и адьювантная химиотерапия). Самостоятельная лучевая терапия или химиолучевая терапия (без хирургического вмешательства) проводится у пациентов с неоперабельной опухолью пищевода.

В данной работе представлен клинический случай успешного лечения пациента с метастатическим раком пищевода. Больному проведена химиолучевая терапия в 2017 г., и на момент контрольного обследования в ноябре 2019 г. установлена ремиссия заболевания. После проведенного лечения отмечено купирование болевого синдрома и дисфагии, восстановлен пассаж пищи по пищеводу. Пациент отмечает хорошее качество жизни, он физически активен и социально адаптирован.

**Ключевые слова:** рак пищевода, лучевая терапия, химиолучевая терапия, паллиативное лечение, клиническое наблюдение

**Для цитирования:** Стриканова И.А., Гуменецкая, Ю.В. Джабраилова С.О., Макарова К.С., Киреева Т.А. Клинический случай лечения рака пищевода IV стадии // Медицинская радиология и радиационная безопасность. 2021. Т. 66. № 5. С.101–104.

DOI: 10.12737/1024-6177-2021-66-5-101-104

#### Введение

Как известно, рак пищевода (РП) является одним из самых агрессивных злокачественных новообразований, занимая шестое место в структуре смертности в мире и, по настоящее время, проблема своевременной диагностики и лечения заболевания остается одной из основных глобальных проблем здравоохранения [1–3].

Нередко уже при первичном обращении пациента диагностируют распространенные формы РП, которые, как правило, сопровождаются выраженными алиментарными нарушениями, приводящими к кахексии, наличием болевого синдрома. Так, удельный вес пациентов с опухолевым процессом IV стадии от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом в 2018 г. составил 30,9 % [1].

Выбор тактики лечения данной категории больных представляет большую проблему, так как запущенные формы заболевания на фоне низкого соматического статуса пациента ограничивают не только возможность хирургического лечения, но и применение других видов противоопухолевой терапии. Поэтому, несмотря на широкое внедрение в клиническую практику большинства онкологических учреждений нашей страны современных методов противоопухолевого лечения, летальность больных РП в течение года с момента установления диагноза остается высокой: в 2018 г. составила 59,0 % [1].

По данным литературы, медиана выживаемости больных метастатическим раком пищевода не превышает 9–10 мес. В подобных случаях выбор лечебной тактики существенно ограничен, и фокус обычно смещен в сторону паллиативной терапии [4]. Приоритетной задачей лечения больных метастатическим РП является улучшение качества жизни посредством уменьшения выраженности симптомов, обусловленных распространением злокачественной опухоли. Одним из возможных вариантов помощи таким пациентам может быть противоопухолевое лекарственное лечение, но его применение возможно, в целом, при удовлетворительном состоянии пациента (по шкале ECOG 0–2 балла), при отсутствии значимой (III – IV степени) дисфагии, ведущей к кахексии.

Как известно, наиболее эффективными лекарственными противоопухолевыми препаратами при РП являются цисплатин, фторпиримидины, таксаны. При плоскоклеточных раках стандартным режимом химиоте-

рапии (ХТ) является комбинация цисплатина с 5-фторурацилом или капецитабином. Вместе с тем, частота объективного ответа при использовании ХТ составляет около 35 %, а продолжительность жизни не превышает 6–8 мес. Отсутствие рандомизированных исследований не позволяет оценить эффективность не только различных схем ХТ при РП, но и возможный терапевтический выигрыш от её применения по сравнению только с симптоматическим лечением. До настоящего времени неизвестной остается оптимальная продолжительность химиотерапии первой линии при РП. В соответствии с известными рекомендациями, в зависимости от степени ответа опухоли на лечение, проводят от 4 до 6 курсов ХТ. Стандартной ХТ второй линии не существует [5]. В то же время, применение химиотерапии с паллиативной целью не имеет каких-либо преимуществ по сравнению с лучевой терапией, но может сопровождаться клинически значимой токсичностью [6].

Для устранения дисфагии в качестве эффективных современных средств предлагаются различные методы, включающие эндоскопические процедуры, лучевую терапию (дистанционную или контактную), а также стентирование пищевода [7].

Особую сложность представляет собой выбор метода лечения болевого синдрома при РП, который, как правило, является резистентным к традиционным анальгетическим средствам.

Все вышеизложенное свидетельствует о сложном выборе оптимальной тактики лечения для каждого пациента с метастатическим РП и определяется, как правило, распространенностью заболевания, соматическим состоянием больного и его предпочтением, а также возможностями и клиническим опытом онкологического учреждения.

#### Клинический случай

Пациент П., 62 лет, обратился в Медицинский радиологический научный центр им. А.Ф. Цыба (МРНЦ им. А.Ф. Цыба) в мае 2017 г. с жалобами: наличие образования в надключичной области слева; боль в области шеи с иррадиацией в левую лопаточную область (6 баллов по ВАШ боли); ограничение движения левой верхней конечности; затруднение и болезненность прохождения пищи

по пищеводу, вследствие чего вынужден принимать пищу только жидкой консистенции. С целью уменьшения боли на протяжении нескольких последних месяцев принимает ненаркотические анальгетики (до 2–3 раз в день), практически без эффекта.

При осмотре: пациент пониженного питания, в левой надключичной области визуализируется образование размерами до 50 × 60 мм, плотно эластической консистенции, тугоподвижное, болезненное при пальпации.

Из анамнеза заболевания: пациент в марте 2017 г. отметил появление боли в левой верхней конечности. Обратился к невропатологу по месту жительства, назначена консервативная терапия шейно-грудного остеохондроза позвоночника. Лечение проводилось на протяжении нескольких недель, – без эффекта. Позже пациент отметил уменьшение массы тела (на 9 кг за 3 мес), дискомфорт в левой руке, затем ограничение подвижности конечности, около месяца назад заметил округлое образование в левой надключичной области, затруднение прохождения пищи по пищеводу, в течение последних недель – боль при прохождении пищи по пищеводу. Принимает только жидкую пищу (дисфагия II степени).

Через 1,5 мес после первичного обращения к врачу по месту жительства выполнено МРТ-исследование (21.04.2017 г.): выявлено объемное образование пищевода протяженностью до 6,3 см; увеличение шейных лимфатических узлов; образование в надключичной области слева, максимальным размером до 5,4 см.

При гастроуденоскопии (28.04.2017 г.) обнаружено циркулярное, изъязвленное образование с подрытыми краями, суживающее просвет пищевода. Выполнена биопсия образования.

Диагноз верифицирован, гистологическое заключение: плоскоклеточный рак пищевода с изъязвлением. Выполнена биопсия лимфатического узла левой надключичной области – цитограмма плоскоклеточного рака.

Пациент самостоятельно обратился на консультацию в консультативно-поликлиническое отделение МРНЦ им. А.Ф. Цыба. С целью уточнения распространенности опухолевого процесса выполнена КТ органов грудной и брюшной полости (23.05.2017 г.): выявлено неравномерное циркулярное утолщение стенок верхней трети пищевода, толщиной до 10 мм, протяженностью приблизительно 9 см (рис. 1). Наружные контуры пищевода в зоне поражения несколько нечеткие. В надключичной области слева определяется образование 55×46 мм (рис. 2, 3). В правом легком определяются единичные образования размерами: в S3 – до 5 мм, в S9 – до 7 мм. В паренхиме печени определяются очаговые образования, неправильной формы, с неровными контурами,

лучше визуализируемые в венозную фазу, размерами: в 8-ом сегменте – 8 мм, в 5-ом сегменте – до 7 мм, в 4-ом сегменте – 8,6 мм.

На основании данных обследования пациенту установлен клинический диагноз: Рак верхнегрудного отдела пищевода cT<sub>3</sub>N<sub>2</sub>M<sub>1</sub> (метастазы в легкие, печень), IV ст. Дисфагия II ст. Болевой синдром.

Учитывая возраст больного (62 года), наличие выраженного болевого синдрома, резистентного к применению ненаркотических анальгетиков, дисфагии, распространенности опухоли, мультидисциплинарным консилиумом (с участием онколога, радиотерапевта, химиотерапевта) принято решение о попытке проведения пациенту химиолучевой терапии.

С 05.2017 по 07.2017 гг. пациенту реализован курс конформной дистанционной лучевой терапии на область опухоли пищевода и лимфатических узлов, в режиме традиционного фракционирования до суммарной очаговой дозы (СОД) 50 изоГр. Проведено 6 курсов полихимиотерапии (ПХТ) по схеме цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день цикла + 5-фторурацил 500 мг с 1-го по 5-й день цикла, каждые 21 день. На протяжении всего курса лечения пациент получал консервативную сопроводительную терапию для профилактики развития реакций и осложнений лучевой терапии и химиотерапии и нутритивную поддержку.

В процессе лечения на СОД 16 Гр пациент отметил уменьшение боли (4 балла по ВАШ), отказался от обезболивающих лекарственных средств. На СОД 22 Гр отмечены явления острого лучевого эзофагита I ст. (RTOG). Лучевые реакции были купированы традиционной консервативной терапией и не потребовали перерыва в лечении.

Сразу после завершения лечения отмечено купирование болевого синдрома (1–2 балла по ВАШ), улучшение пассажа пищи по пищеводу, увеличение массы тела на 1,5 кг.

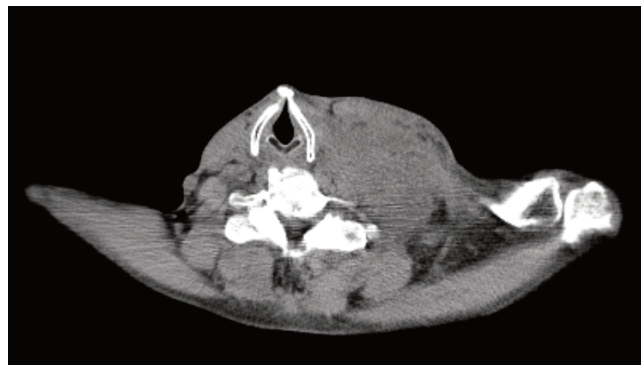


Рис.2. КТ (23.05.2017) Конгломерат лимфатических узлов  
Fig.2. CT (23.05.2017) Conglomerate of lymph nodes



Рис.1. КТ (23.05.2017) Циркулярное утолщение стенок верхней трети пищевода  
Fig.1. CT (23.05.2017) Circular thickening of the walls of the upper third of the esophagus

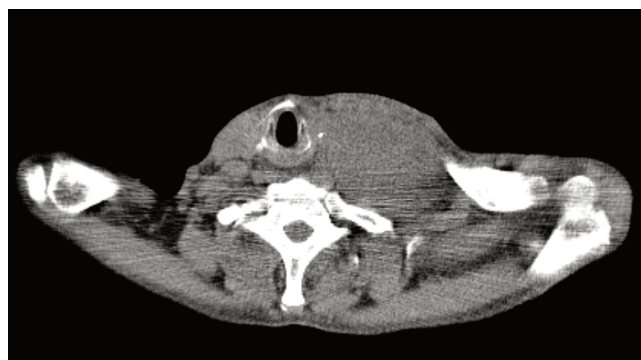


Рис.3. КТ (23.05.2017) Конгломерат лимфатических узлов  
Fig.3. CT (23.05.2017) Conglomerate of lymph nodes



Рис.4. КТ (15.11.2019) Пищевод на уровне поражения  
Fig.4. CT (15.11.2019) Esophagus at the lesion level



Рис.6. КТ (15.11.2019) Конгломерат лимфатических узлов  
Fig.6. CT (15.11.2019) Conglomerate of lymph nodes



Рис.5. КТ (15.11.2019) Конгломерат лимфатических узлов  
Fig.5. CT (15.11.2019) Conglomerate of lymph nodes

После проведения химиолучевого лечения пациент находится под динамическим наблюдением, регулярно выполняются контрольные обследования. Через 3 и 6 мес после ХЛТ наблюдали частичную регрессию опухоли пищевода; в последующем при проведении инструментальных обследований данных за наличие опухоли и метастазов не выявлено. Болевой синдром и дисфагия полностью купированы, движение в левой верхней конечности восстановлено. Пациент при осмотрах отмечает хорошее самочувствие, восстановление аппетита, увеличение массы тела.

При контрольном обследовании ноябре 2019 г.: жалоб не предъявляет; боли нет (0–1 бал по ВАШ боли), подвижность левой верхней конечности восстановлена, глотание не нарушено, дисфагии нет. Отмечает улучшение прохождения пищи по пищеводу, принимает как жидкую, так и твердую пищу, отмечает увеличение массы тела на протяжении последнего года. Пациент вернулся к трудовой деятельности, занимается физическим трудом (житель сельской местности), социально полностью адаптирован.

15.11.2019 г. выполнена КТ органов грудной и брюшной полости: при сравнении с предыдущими данными четкого изображения опухолевого поражения пищевода не получено. Стенки верхней трети пищевода имеют равномерную толщину до 4–5 мм (рис. 4). Наружные контуры пищевода в зоне поражения несколько нечеткие (как и ранее). В надключичной области слева сохраняется образование неправильной формы, с неровными, нечеткими контурами, неоднородной структуры, размерами 21×14 мм (ранее 55×46 мм) (рис. 5, рис. 6). В правом легком сохраняются единичные очаговые образования, прежними размерами: в S3 – до 5 мм, в S9 – до 7 мм (без динамики). В паренхиме печени сохраняются очаговые образования, неправильной формы, с неровными контурами, лучше визуализируемые в венозную фазу, преж-

ними размерами: в 8-ом сегменте – 8 мм, в 5-ом сегменте – до 7 мм и до 5 мм, в 4В сегменте не дифференцируется (ранее 8,6 мм – контроль в динамике). Новых очаговых и диффузных участков патологической плотности в паренхиме печени не выявлено.

Показатели клинического и биохимического анализа крови в пределах референсных значений.

Пациент направлен на ПЭТ/КТ. ПЭТ/КТ <sup>18</sup>F=ФДГ. (26.11.2019 г.): Патологического утолщения стенки пищевода с гиперфиксацией РФП не выявлено. Уплотнение левой надключичной области с низким метаболизмом РФП, SUV<sub>max</sub>=1,9, размерами 20×15 мм. Единичные очаги в правом легком – S3, S4, S6 до 6 мм с низким уровнем метаболизма РФП, SUV<sub>max</sub>=0,86. Узловых образований с гиперфиксацией РФП в паренхиме печени не выявлено. Заключение: данных за прогрессирование, рецидив, отдаленное распространение основного заболевания не выявлено.

Таким образом, под нашим наблюдением находится пациент с IV стадией рака пищевода, которому с целью купирования дисфагии и боли была предпринята попытка химиолучевого лечения. В процессе лечения купирован болевой синдром, восстановлен пассаж пищи по пищеводу. На протяжении 2,5 лет после лечения самочувствие пациента хорошее, осложнений лечения не отмечено, качество жизни пациента позволяет вести социально активный образ жизни.

### Заключение

Стертое клиническое течение злокачественных новообразований пищевода, а также несвоевременное обращение пациентов к онкологу приводит к высокой частоте выявления распространенных и метастатических опухолей, что не позволяет выполнить радикальное лечение. На момент постановки диагноза до 60 % больных РП имеют показания только для паллиативной терапии [8]. Оказание помощи таким пациентам сопряжено с необходимостью выбора оптимальной тактики лечения, борьбы с кахексией, дисфагией, болью и представляет весьма сложную проблему, в решении которой требуется участие команды высококвалифицированных специалистов: онкологов, радиологов, радиотерапевтов, химиотерапевтов и др.

Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о необходимости и обоснованности индивидуального подхода к тактике лечения в каждом конкретном случае и успешной реализации химиолучевого лечения у больного метастатической формой РП, которое позволило достичь длительной ремиссии опухолевого процесса (на протяжении более чем двух лет наблюдения), существенно улучшить качество жизни пациента и достичь его полной социальной адаптации.

## Clinical Case of Treatment of Stage IV Esophageal Cancer

I.A. Strikanova, Ju.V. Gumeneckaja, S.O. Dzhabrailova, K.S. Makarova, T.A. Kireeva

A.F. Tsyb Medical Radiological Research Center, Obninsk, Russia

Contact person: Irina Alecsandrovna Strikanova : Strik.88@mail.ru

### ABSTRACT

In 2018 in Russian Federation more than 500 thousand new cases of cancer were found, including 8000 cases with malignant tumors of esophagus and more than 30 % of patients have the IV stage.

Esophageal cancer takes the 6-th place in death causes connected to cancer in the world and it is still one of the main global problems in medical care. Oncologists face the problem of the most difficult choice in treatment tactics for spread stages of disease. In this situation it is recommended to provide combined treatment (surgery, neoadjuvant and adjuvant chemotherapy).

Definitive radiotherapy or chemoradiotherapy (without surgery) is used for patients with unrespectable esophageal tumor.

In this article we present clinical case of successful treatment of a patient with metastatic esophageal cancer. The patient got chemoradiotherapy in 2017 and after control checkup in November 2019 remission was registered. After provided treatment stopping of pain syndrome and dysphagia, food passage through esophagus was restored. The patient notes good life quality, he is physically active and socially adapted.

**Key words:** *esophageal cancer, radiotherapy, chemoradiotherapy, palliative treatment*

**For citation:** Strikanova IA, Gumeneckaja JuV, Dzhabrailova SO, Makarova KS, Kireeva TA. Clinical Case of Treatment of Stage IV Esophageal Cancer. Medical Radiology and Radiation Safety. 2021;66(5):101-104.

DOI: 10.12737/1024-6177-2021-66-5-101-104

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 г. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. 2019. С. 27-31.
2. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries // CA Cancer J. Clin. 2018. V.68, No. 6. P.394–424.
3. Smyth E.C., Lagergren J., Fitzgerald R.C., et al. Oesophageal Cancer // Nature Reviews Disease Primers. 2017. No. 3. P. 17-48.
4. Alsop B.R., Sharm P. Esophageal Cancer // Gastroenterology Clinics of North America. 2016. V.45, No. 3. P. 399–412.
5. Трякин А.А., Бесова Н.С., Волков Н.М. и др. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака пищевода и пищеводно-желудочного перехода // Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO. 2018. Т.8. С. 260–272.
6. Jennifer E. Tham, Benjamin Tharian, Patrick B. Allen, et al. Oesophageal Stents for Potentially Curable Oesophageal Cancer—A Bridge to Surgery? // Ulster Medical Journal. 2019. V.88, No. 1. P. 10–14.
7. Hulshof M.C.C.M., van Laarhoven H.W.M. Chemoradiotherapy in Tumours of the Oesophagus and Gastro-Oesophageal Junction // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. 2016. No. 30. P. 551-563.
8. Grealley M., Ilson D.H. Neoadjuvant Therapy for Esophageal Cancer: who, when, and what? // Cancer. 2018. No. 124. P. 4276–4278.

### REFERENCES

1. Kaprin AD, Starinskiy VV, Petrova GV. State of Cancer Care in Russia in 2018. Moscow, P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute Publ., 2019. P. 27-31 (In Russian).
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J. Clin. 2018;68:6:394–424.
3. Smyth EC, Lagergren J, Fitzgerald RC, et al. Oesophageal Cancer. Nature Reviews Disease Primers. 2017;3:17-48.
4. Alsop BR, Sharm P. Esophageal Cancer // Gastroenterology Clinics of North America. 2016;45:3:399–412.
5. Tryakin AA, Besova NS, Volkov NM, et al. Practical Recommendations for Drug Treatment of Esophageal Cancer and Esophageal-Gastric Junction. Malignant Tumors: Practical Recommendations RUSSCO. 2018;8:260–272 (In Russian).
6. Tham JE, Tharian B, Allen PB, et al. Oesophageal Stents for Potentially Curable Oesophageal Cancer—A Bridge to Surgery? Ulster Medical Journal. 2019;88;1:10–14.
7. Hulshof MCCM, van Laarhoven HWM. Chemoradiotherapy in Tumours of the Oesophagus and Gastro-Oesophageal Junction. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. 2016;30:551-563.
8. Grealley M, Ilson DH. Neoadjuvant Therapy for Esophageal Cancer: who, when, and what? Cancer. 2018;124:4276–4278.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Участие авторов.** Статья подготовлена с равным участием авторов.

**Поступила:** 23.12.2020. Принята к публикации: 20.01.2021.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Financing.** The study had no sponsorship.

**Contribution.** Article was prepared with equal participation of the authors.

**Article received:** 23.12.2020. Accepted for publication: 20.01.2021.