



# Метастатическое поражение желудка и ободочной кишки при раке молочной железы

Ю.Ю. Широбокова<sup>1</sup>, М.А. Аболмасова<sup>2</sup>✉, М.Ю. Ильин<sup>1</sup>, В.В. Подольский<sup>1</sup>, Е.А. Каменева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова», Курск, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

✉abolmasovam@mail.ru

## Аннотация

**Актуальность.** Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенным онкологическим заболеванием среди женщин. Основными областями метастазирования РМЖ являются кости, легкие, плевра, печень и головной мозг. Метастазирование РМЖ в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) встречается относительно редко. В обзорах литературы сообщается о частоте метастазирования в ЖКТ до 1%. Макроскопически оно может имитировать первичный рак ЖКТ или воспалительное заболевание. Представленные случаи наглядно иллюстрируют метастатическое поражение ЖКТ при РМЖ.

**Цель.** Презентация редких случаев метастазирования РМЖ в желудок и ободочную кишку с исследованием особенностей эндоскопической картины поражения.

**Материалы и методы.** Был проведен анализ историй болезни пациенток К. 66 лет, Я. 66 лет и В. 70 лет, находившихся на обследовании и стационарном лечении в онкологическом отделении опухолей молочной железы ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова», а также материалы платформы Pubmed.

**Результаты.** В статье представлены три клинических случая метастатического поражения желудка и ободочной кишки у пациенток с РМЖ в анамнезе с описанием характерной эндоскопической картины и гистологическим исследованием.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, метастазы, желудок, ободочная кишка, эндоскопия.

**Для цитирования:** Широбокова Ю.Ю., Аболмасова М.А., Ильин М.Ю., Подольский В.В., Каменева Е.А. Метастатическое поражение желудка и ободочной кишки при раке молочной железы. *Клинический разбор в общей медицине*. 2025; 6 (6): 40–46.

DOI: 10.47407/kr2025.6.06.00p4535

## Metastatic lesions of the stomach and colon in breast cancer

Yulia Yu. Shirobokova<sup>1</sup>, Maria A. Abolmasova<sup>2</sup>✉, Mikhail Yu. Ilyin<sup>1</sup>, Vladimir V. Podolsky<sup>1</sup>, Elena A. Kameneva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ostroverkhov Kursk Oncology Scientific and Clinical Center, Kursk, Russia;

<sup>2</sup> Kursk State Medical University, Kursk, Russia

✉abolmasovam@mail.ru

## Annotation

**Relevance.** Breast cancer is the most common cancer among women. The main areas of breast cancer metastasis are bones, lungs, pleura, liver and brain. Metastasis of breast cancer into the gastrointestinal tract is relatively rare. Literature reviews report a frequency of metastasis in the gastrointestinal tract of up to 1%. Macroscopically, it can mimic primary gastrointestinal cancer or an inflammatory disease. The presented cases emphasize the need to remember about this possibility and always associate the appearance of symptoms of gastrointestinal tract damage with a history of concomitant breast cancer.

**Goal.** Presentation of rare cases of metastasis of breast cancer to the stomach and colon with consideration of the features of the endoscopic picture of the lesion.

**Materials and methods.** The analysis of the case histories of patients K., 66 years old, Ya., 66 years old, V., 70 years old, who are undergoing examination and inpatient treatment at the oncological department of breast tumors of the Ostroverkhov Kursk Oncological Research and Clinical Center, as well as materials from the Pubmed platform, was carried out.

**Results.** The article presents three clinical cases of metastatic lesions of the stomach and colon in patients with a history of breast cancer with a description of the characteristic endoscopic pattern and histological examination.

**Keywords:** breast cancer, metastases, stomach, colon, endoscopy.

**For citation:** Shirobokova Y.Y., Abolmasova M.A., Ilyin M.Y., Podolsky V.V., Kameneva E.A. Metastatic lesions of the stomach and colon in breast cancer. *Clinical review for general practice*. 2025; 6 (6): 40–46 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.06.00p4535

## Введение

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенным онкологическим заболеванием, поражая каждую восьмую женщину в течение жизни. Уровень смертности от РМЖ в Российской Федерации снижается, однако в мире РМЖ продолжает оставаться основной причиной смерти от злокачественных опухолей среди женщин. Даже с учетом успехов в лечении РМЖ, большинство смертей связано с метастатическим поражением, часто устойчивым к традиционным методам

терапии. Это подчеркивает важность ранней диагностики и разработки новых эффективных методов лечения для улучшения выживаемости пациенток [1].

При РМЖ метастатическое поражение наблюдается примерно в 50% случаев. РМЖ может метастазировать в несколько органов, среди которых наиболее часто метастазы обнаруживаются в костях, легких, печени, головном мозге, мягких тканях. Метастазирование в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) встречается крайне редко: менее 1% всех случаев метастазирования. Ча-

стота метастазирования выше для инвазивной лобулярной карциномы по сравнению с протоковой аденокарциномой [1]. Обычно метастазирование в ЖКТ связано с обширным системным распространением. Метастазы могут встречаться в различных участках ЖКТ, от ротоглотки до анального отверстия, при этом наиболее часто поражается желудок. Метастазы в толстой кишке наблюдаются крайне редко. РМЖ занимает второе место по распространенности среди видов рака, метастазирующих в ЖКТ, уступая только злокачественной меланоме [2].

В связи со старением населения и ростом числа выживших после рака, можно ожидать большое количество пациенток с отдаленными метастазами. Метастазирование в органы ЖКТ обычно происходит через 5–7 лет после постановки диагноза первичной опухоли. Известны случаи метастазирования в прямую кишку, появляющиеся до 20–30 лет после диагноза первичной инвазивной лобулярной карциномы [3]. Это подчеркивает необходимость внимательного мониторинга клинических проявлений в долгосрочной перспективе у больных РМЖ.

Метастатическое поражение ЖКТ всегда должно учитываться, когда пациентка с РМЖ обращается с гастроэнтерологическими жалобами, даже спустя много лет после постановки диагноза РМЖ. Симптомы метастатического заболевания зависят от локализации поражения, и выделяют: тошноту, рвоту, боль в животе, диарею, запор, непроходимость, потерю массы тела, тенезмы. Большинство этих симптомов являются неспецифическими и могут быть связаны как с побочными эффектами от лечения, так и с воспалительными заболеваниями ЖКТ. Кроме того, они могут имитировать проявления первичного рака ЖКТ, который встречается гораздо чаще, чем изолированные метастазы в ЖКТ от первичной опухоли молочной железы [4].

Эндоскопия играет важную роль в правильной постановке диагноза. Желудок является относительно редким местом метастазирования РМЖ. Метастатическое поражение желудка может развиваться спустя много лет после лечения первичной опухоли молочной железы, и его трудно отличить от первичного рака желудка на основе клинических, эндоскопических, рентгенологических и морфологических признаков. Наиболее частым проявлением метастазов является диффузная инфильтрация, которая приводит к утолщению и ригидности стенки желудка и толстой кишки. Это также может привести к сужению просвета, что вызывает осложнения. Эндоскопия с биопсией считается наилучшим методом диагностики, однако существует риск ложноотрицательных результатов, особенно если опухоль располагается под слизистой оболочкой [1, 6]. Таким образом, хоть эндоскопия является наиболее важным инструментальным методом исследования, необходима аккуратность в интерпретации результатов, а также проведение дополнительных исследований при подозрении на метастатическое поражение. Также возможен вариант манифестации РМЖ именно со стороны

пораженных метастазами органов ЖКТ, что значительно затрудняет диагностику. Основное лечение метастазов РМЖ в желудок чаще всего включает системную терапию, в отличие от хирургического вмешательства, которое может быть предпочтительным для первичного рака желудка [5]. Эти аспекты делают крайне важным диагностику и понимание природы поражения для выбора адекватной терапии.

Наиболее часто метастазы располагаются в дне и антральном отделе желудка. При этом маловероятно метастатическое поражение двух отделов желудка одновременно. Обычно метастазирование проявляется в виде диффузного поражения стенки желудка, которое выражается как пластический линит (*Linitis plastica*). Диффузная инфильтрация в основном подслизистого и мышечного слоев желудка злокачественной тканью, приводящая к ригидности стенки и сужению просвета желудка, при этом желудок выглядит неподвижным, «застывшим», складки слизистой сглажены. Ригидность и утолщение стенки желудка являются также и основными рентгенологическими признаками. Часто наблюдаются лишь увеличенные утолщенные складки. Также могут быть отмечены признаки полипов, эрозий и язвенных поражений [1, 5]. Таким образом, для точной диагностики необходимо учитывать разнообразие клинических и эндоскопических проявлений метастатического поражения.

Гистопатологическая диагностика метастатических поражений может представлять собой сложную задачу. Отсутствие дисплазии слизистой оболочки желудка или прямой кишки помогает отличить первичное поражение от метастатического. Для достижения максимально точного диагноза следует использовать иммуногистохимические методы. Важно учитывать состояние эстрогеновых рецепторов (ER), прогестероновых рецепторов (PR) и HER2-*neu*, которое затем должно сравниваться с особенностями первичной опухоли молочной железы [6]. Таким образом, комплексный подход, включающий морфологические и иммуногистохимические исследования, необходим для успешной диагностики и определения метастатического процесса.

Несмотря на повышение выживаемости пациентов с РМЖ, прогноз для пациентов с метастазами в ЖКТ остается неблагоприятным, так как часто связан с обширной диссеминацией заболевания. Средняя выживаемость после диагностики метастазов в ЖКТ составляет 1–2 года [7]. В связи с этим важно продолжать исследования для улучшения методов лечения и повышения качества жизни пациентов с данными метастатическими поражениями.

Клинические, эндоскопические и рентгенологические особенности могут быть вариабельными, неспецифическими и вводящими в заблуждение. Это затрудняет постановку правильного диагноза и, вероятно, приводит к недооценке данной патологии. Понимание того, что метастазирование в ЖКТ может произойти через много лет после первичного диагноза РМЖ важно и демонстрирует необходимость долгосрочного наблюд-

ния. Ранняя и точная диагностика имеет значение для последующего лечения.

### Цель и задачи

Цель – выявить патогномоничные эндоскопические признаки метастазов РМЖ в ЖКТ.

Задачи:

- проанализировать данные литературы о метастазировании РМЖ в ЖКТ;
- произвести анализ выявленных клинических случаев;
- описать семиотику метастатического поражения желудка и толстой кишки при РМЖ на примере выявленных клинических случаев;
- выявить клинико-диагностические критерии метастатического поражения ЖКТ при прогрессировании РМЖ, выявить корреляцию между метастатическим поражением органов ЖКТ и других органов и тканей.

### Материалы и методы

Проведен анализ историй болезни пациенток К. 66 лет, Я. 66 лет, В. 70 лет, находящихся на обследовании и стационарном лечении в онкологическом отделении опухолей молочной железы ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова» (далее КОНКЦ), а также материалы платформы Pubmed. Все пациентки подписали информированное добровольное согласие.

### Результаты

В течение 2023 г. в КОНКЦ выявлено 3 случая метастатического поражения желудка и ободочной кишки при РМЖ.

*Клинический случай 1.* Пациентка В., 70 лет, предъявляла жалобы на общую слабость, одышку, дискомфорт в эпигастрии, изжогу, тошноту, боль в подреберьях. Из анамнеза болезни известно, что считает себя больной с октября 2023 г., когда впервые стала отмечать вышеперечисленные жалобы.

При обследовании в частном медицинском центре в ноябре 2023 г. была выполнена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости, выявлено объемное образование желудка, ненапряженный асцит, двусторонний гидроторакс, очаговые изменения костей, вероятно, метастазы, а также фиброгастроэнтероскопия: в желудке пища.

Пациентка направлена в КОНКЦ, где были проведены следующие исследования:

- КТ органов грудной полости: полученные данные могут соответствовать очаговым изменениям обоих легких (возможно лимфогенные метастазы); двустороннему гидротораксу; участку уплотнения левой молочной железы (подозрение на рак, рекомендовано дообследование); метастазы в кости; асциту и очаговому образованию правого надпочечника на границе сканирования;
- маммография двух молочных желез: BI-RADS 2 справа, 4b слева;

- ультразвуковое исследование (УЗИ) лимфатических узлов (комплексное): двухсторонняя надключичная, подмышечная специфическая лимфоаденопатия, левосторонняя подключичная специфическая лимфоаденопатия. Проведена тонкоигольная аспирационная биопсия подмышечного лимфоузла слева, при цитологическом исследовании – метастазы железистого рака в лимфоузлах;

- видеоэзофагогастроэнтероскопия (ВЭГДС): в желудке жидкая пища, застойная желчь. Слизистая тела желудка диффузно гиперемирована, отечная, зернистая, застойного вида. Пилоробульбарный переход циркулярно инфильтрирован опухолью. Привратник проходим с затруднением. Выполнена щипцовая биопсия. Заключение: рефлюкс-эзофагит, тип С (по Лос-Анджелесской классификации). Злокачественное новообразование пилоробульбарного перехода, IV тип по Парижской классификации. Субкомпенсированный стеноз (рис. 1). Патолого-анатомическое заключение: фрагменты слизистой пилорического отдела с явлениями фоверолярной гиперплазии, обширными полями фиброза стромы, атрофией собственных желез, скудной воспалительной инфильтрацией;

- патолого-анатомическое исследование биопсийного материала молочной железы: столбики ткани молочной железы – инвазивная дольковая карцинома (LCI). Иммуногистохимическое исследование: HER2 – 0 (статус отрицательный), ER – до 100%, PR – до 5%, Ki67 – до 5%, ОЦК «+», Cadherin «-». Молекулярно-биологический подтип – люминальный тип В, HER2-негативный (по PR до 5%).

В ходе консилиума с учетом гистологического типа опухоли по молочной железе была рекомендована гормонотерапия анастрозол 1 мг/сут, в плане дообследования – ВЭГДС с повторной биопсией.

При повторной ВЭГДС заключение осталось прежним, произведен забор материала для патолого-анатомического исследования. Гистологическое заключение: участок слизистой пилорического отдела желудка с наличием расположенного под покровным эпителием очага злокачественной опухоли, клетки которой экспрессируют ER, не экспрессируют PR, HER2. Приведенные данные свидетельствуют в пользу метастаза опухоли молочной железы в стенку желудка (рис. 2).

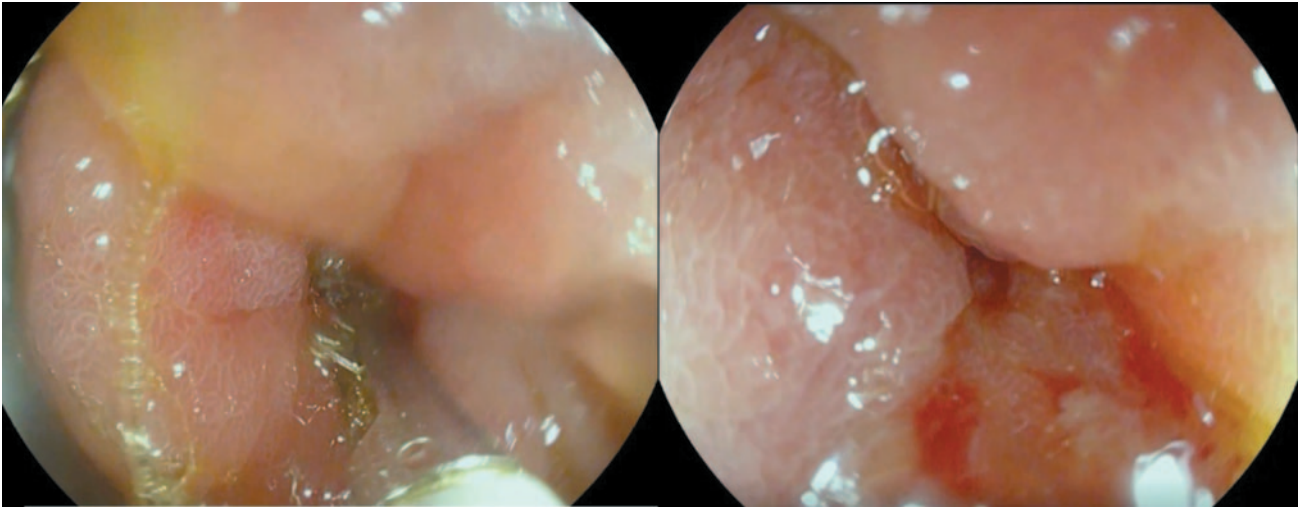
Установлен диагноз: рак левой молочной железы, метастазы в кости, легкие, желудок St. IV, cT<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>1</sub>, KГ IV. С учетом распространенности процесса, тяжести общего состояния рекомендовано симптоматическое лечение по месту жительства.

Смерть пациентки наступила в январе 2024 г.

*Клинический случай 2.* Пациентка К., 66 лет, в марте 2023 г. обратилась к онкологу с жалобами (беспокоили около месяца) на умеренные боли в крестцовом отделе позвоночника без иррадиации с положительным эффектом на фоне нестероидных противовоспалительных средств, снижение памяти и внимания, быструю утомляемость, слабость, тошноту после приема пищи. Из анамнеза заболевания: в 2013 г. мастэктомия по Мад-

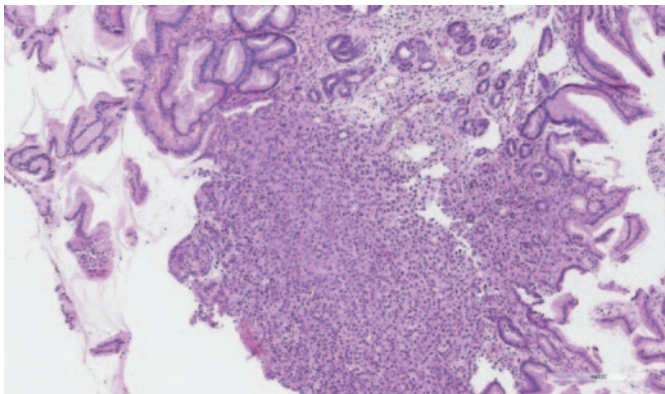
**Рис. 1. Вид препилорического отдела желудка и привратника при ВЭГДС – эндоскопическая картина злокачественного новообразования.**

*Fig. 1. View of prepyloric region of the stomach and the pylorus during esophagogastroduodenoscopy - endoscopic signs of malignant neoplasm.*



**Рис. 2. Гистологический материал опухоли желудка.**

*Fig. 2. Histology specimen of gastric tumor.*



дену справа, гистологическое заключение: мультицентричная (3) инвазивная карцинома неспецифического типа. Иммуногистохимия: HER2 – 0, ER8, PRo, KI67 до 20%. Адьювантная полихимиотерапия (ПХТ) 6 курсов по схеме FАС. Тамоксифен 20 мг/сут, рецидивирующая гиперплазия эндометрия. При контрольном УЗИ органов брюшной полости по месту жительства: образова-

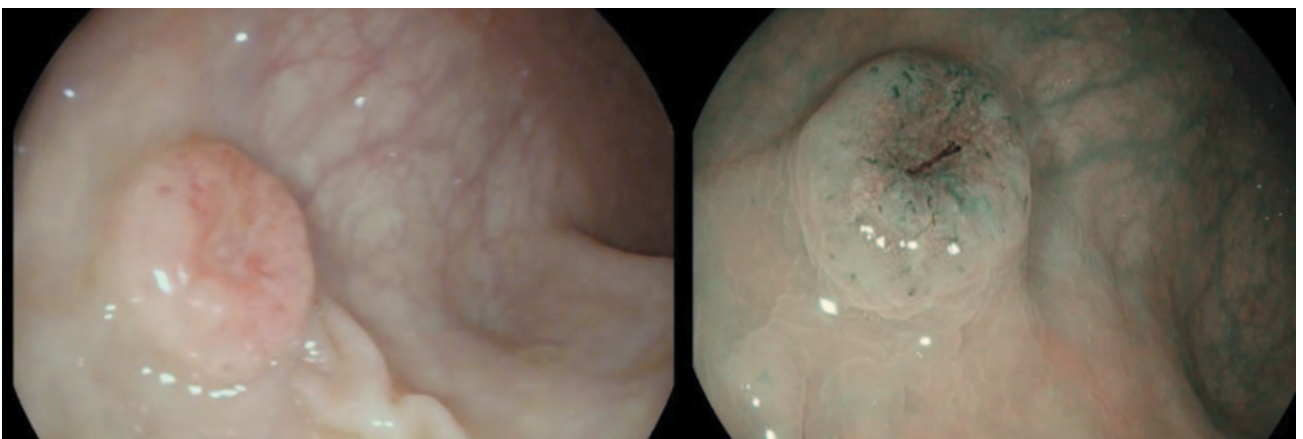
ния печени (кисты?), гипоэхогенные от 5 до 15 мм. Диффузные изменения паренхимы печени, поджелудочной железы. УЗИ молочных желез: без признаков рецидива.

Были проведены следующие исследования:

- маммография двух молочных желез: BI-RADS-1 слева, состояние после мастэктомии справа;
- КТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием: полученные данные могут соответствовать множественным метастазам в печень, кости, медиастинальные лимфоузлы;
- УЗИ печени: множественные очаговые образования обеих долей печени (сонографически больше данных, подтверждающих метастазы);
- сцинтиграфия костей всего тела: полученные данные могут соответствовать очаговым метаболическим изменениям в проекции L5, нельзя исключить метастазы;
- колоноскопия: объемное образование (рис. 3) локализуется в прямой кишке, на расстоянии 10 см от ануса, полусферической формы с депрессией по центру с ровным контуром, диаметром около 1,5 см. В зоне депрес-

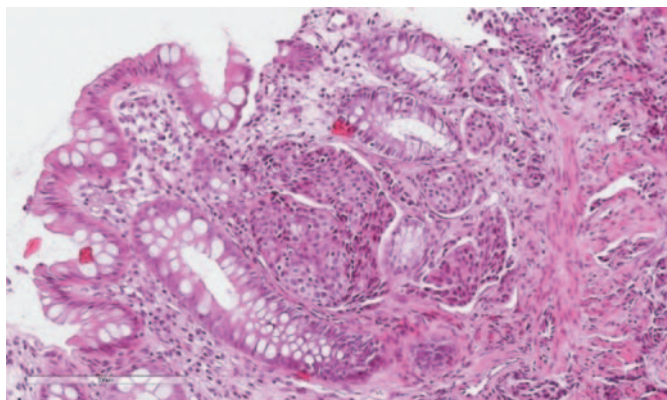
**Рис. 3. Выявленное при колоноскопии образование, осмотр в белом свете (слева) и в узком световом спектре NBI (справа).**

*Fig. 3. Mass revealed by colonoscopy, examination in white light (on the left) and narrow-band imaging (NBI, on the right).*



**Рис. 4. Гистологический материал, метастаз РМЖ.**

*Fig. 4. Histology specimen, breast cancer metastasis.*



сии иррегулярный ямочный и сосудистый рисунок. Щипцовая биопсия, 4 фрагмента;

- патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала прямой кишки: в биоптате кусочки стенки толстой кишки, структура кишечных крипт обычная, в собственной слизистой солидные гнезда опухолевой ткани, имеющей гистологическое строение карциномы молочной железы (метастаз). Иммуногистохимия: экспрессия HER2 – 0, PR, ER – до 100%, TS8 (PS5+IS3), Ki67 – до 90%, GCDFP-15 «-», маммоглобин «-». Заключение: метастаз карциномы молочной железы (рис. 4).

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга: полученные данные могут соответствовать множественным образованиям (метастазы) головного мозга.

После получения результатов проведенных исследований был проведен консилиум. С учетом тяжести общего состояния, признаков печеночной недостаточности, рекомендовано симптоматическое лечение по месту жительства, противоопухолевая терапия по месту жительства. Диагноз: С50.4. Рак правой молочной железы, мультицентричная форма. St. IIB, pT1cN1Mo, KГ IV. Со-

стояние после комплексного лечения в 2013 г., гормонотерапия Тамоксифен 2013–2023 гг. Прогрессирование (март 2023 г.) – метастазы в медиастинальные лимфузлы, кости, печень, прямую кишку.

Смерть пациентки наступила в мае 2023 г.

*Клинический случай 3.* Пациентка Я., 66 лет. Летом 2023 г. стали беспокоить слабость, умеренная боль в поясничном отделе позвоночника, при ходьбе. Жалоб со стороны органов ЖКТ не предъявляет. Из анамнеза заболевания известно, что считает себя больной с 1999 г., когда была проведена мастэктомия слева, 6 курсов полихимиотерапии (ПХТ) + послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) + тамоксифен 2 года, летрозол 5 лет, в 2018 г. прогрессирование, 6 курсов ПХТ + летрозол с 2018 до 2021 г.

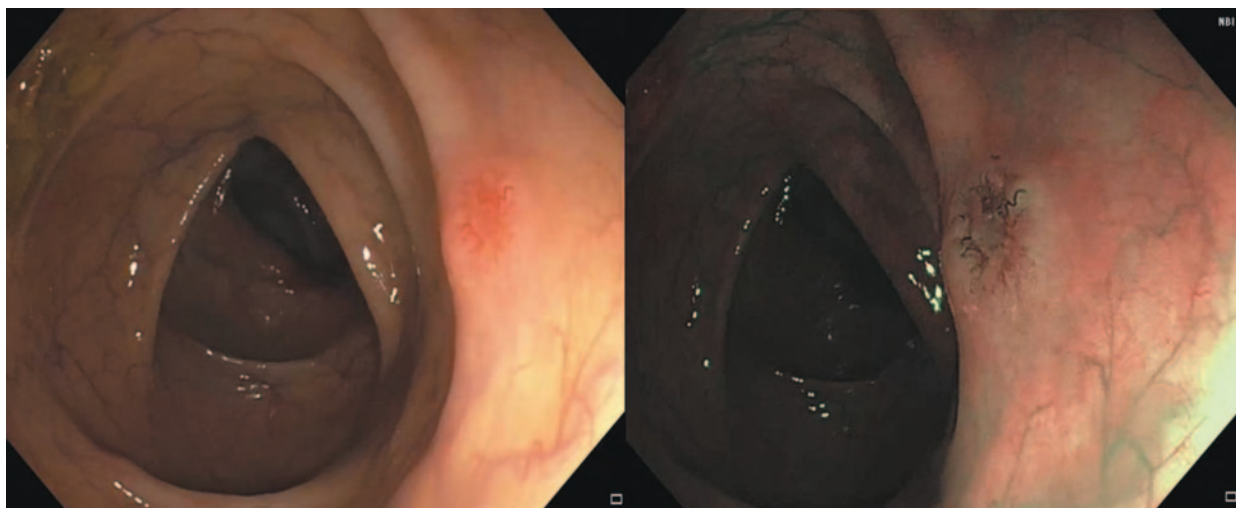
Самостоятельно выполнено КТ органов грудной клетки летом 2023 г. Полученные данные могут соответствовать состоянию после мастэктомии слева, перибронхиальной инфильтрации левого легкого (дифференциальный диагноз между метастатическим поражением и первичной опухолью), участкам консолидации и интерстициальным изменениям левого легкого (возможно, за счет явлений гиповентиляции), правосторонней подмышечной лимфаденопатии, левостороннему гидротораксу, медиастинальной лимфаденопатии, узловым образованиям мягких тканей передней грудной стенки, метастаз в Th12, очаговым изменениям печени.

В КОНКЦ был проведен комплекс обследований амбулаторно и в условиях торакоабдоминального отделения для дифференциальной диагностики метастатического поражения при РМЖ и раке легкого.

- Лимфаденэктомия подмышечная справа. Гистологическое заключение: лимфатический узел с макрометастазом карциномы молочной железы неспецифического типа. Иммуногистохимия: экспрессия HER2 (1+), ER до 100%, TS 8 (PS 5+IS 3), PR до 100%, TS 8 (PS 5+IS 3), Ki-67 до 80%, CK8 «+», GCDFP15 «+», Mammoglobin «-».

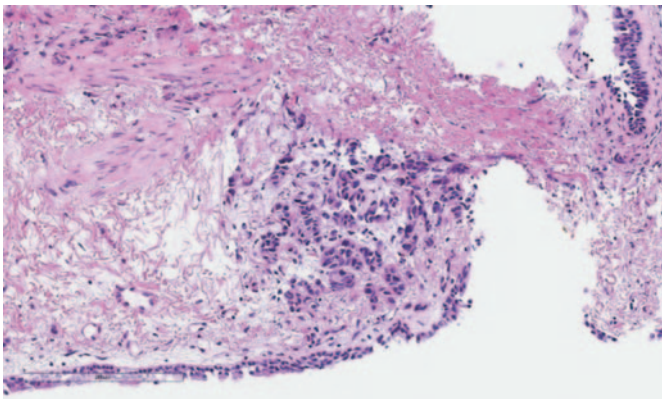
**Рис. 5. Выявленные при колоноскопии образования в нисходящей кишке – 2 образования 0-IIa+IIc по 5 мм с патологическим сосудистым рисунком. Осмотр в белом свете (слева) и в узком спектре света NBI (справа).**

*Fig. 5. Masses of the descending colon revealed by colonoscopy - 2 masses 0-IIa+IIc sized 5 mm showing abnormal vascular pattern. Examination in white light (on the left) and narrow-band imaging (NBI, on the right).*



**Рис. 6. Гистологический материал ткани толстого кишечника, метастаз РМЖ.**

*Fig. 6. Histology specimen of the colon tissue, breast cancer metastasis.*



- Бронхоскопия: слизистая главного бронха, верхне-долевого, нижнедолевого бронха инфильтрирована, сосудистый рисунок смазан. Выполнена щипцовая биопсия. Патолого-анатомическое заключение: эндоскопические признаки злокачественного новообразования левого легкого с перибронхиальной формой роста. Гистологическое заключение: в стенке бронха злокачественная эпителиальная опухоль, возможно метастаз карциномы молочной железы.

- Колоноскопия: в прямой кишке – сегмент гиперемии, эрозирования. Выполнена биопсия. В сигмовидной кишке – 2 сегмента гиперемии, точечных поверхностных дефектов слизистой, выполнена биопсия. В нисходящей ободочной кишке – 2 поверхностных образования, тип 0-Па+Пс (по Парижской классификации) округлой формы по 5 мм, без четких границ, с участком депрессии по центру, с патологическим сосудистым рисунком (рис. 5), выполнена биопсия. Заключение: подозрение на болезнь Крона.

- Патолого-анатомическое заключение по биоптатам толстого кишечника. В одном из фрагментов биоптатов слизистой оболочки нисходящей ободочной кишки, между собственными железами определяются очаговые скопления клеток железистого рака, формирующие трабекулярные и розеткоподобные структуры, экспрессирующие эстрогены, прогестерон и GCDFP-15, что свидетельствует в пользу метастаза РМЖ (рис. 6). В биоптатах из других сегментов толстой кишки мелкие фрагменты слизистой с атрофией и деформацией желез, с выраженной воспалительной инфильтрацией.

С учетом данных, полученных в ходе проведенных исследований, был проведен консилиум, установлен диагноз: С50.4. Рак левой молочной железы St. ПА, cT2NoMo, КГ II. Комплексное лечение в 1999 г. (мастэктомия, 6 курсов ПХТ, послеоперационная ДЛТ, тамоксифен 2 года, летрозол 5 лет). Прогрессирование в 2018 г.: 6 курсов ПХТ, летрозол 5 лет. Прогрессирование: метастазы в легкие, печень, толстый кишечник, позвоночник, подмышечный лимфоузел справа; подмышечная лимфаденэктомия справа 20.09.2023. С учетом проведенного лечения и распространенности опухоли реко-

мендовано провести 3 курса монокимиотерапии: доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup>, цикл 21 день + бисфосфонаты 1 раз в 28 дней, продолжить ингибиторы ароматазы – анастрозол 1 мг/сут длительно.

Пациентке был проведен паллиативный анальгезирующий курс ДЛТ, 7 курсов ПХТ. На конец 2024 г. пациентка жива, в настоящий момент химиотерапию не получает в связи с наличием противопоказаний – высокий уровень печеночных трансаминаз. Продолжает принимать анастрозол. Повторные эндоскопические исследования не проводились.

### Обсуждение (дискуссия)

Метастазирование РМЖ представляет собой серьезную проблему в области медицины. Появление метастазов непредсказуемо в различные стадии заболевания, является признаком прогрессирования злокачественного новообразования, что значительно ухудшает прогноз для пациентов.

Первый клинический случай описывает манифестацию запущенного РМЖ неоднозначными жалобами, обусловленными в основном нарушением эвакуации пищи при метастатическом поражении желудка. Во втором и третьем клиническом случаях у пациенток не было выявлено существенных жалоб со стороны ЖКТ, что вполне объяснимо, учитывая небольшой размер выявленных изменений стенки толстой кишки, чем подтверждается диагностическая ценность эндоскопических исследований даже при отсутствии жалоб. Также в клинических случаях 2 и 3 представлено, что метастазы РМЖ могут появиться через 10 и более лет после постановки диагноза, в связи с чем необходимо внимательное наблюдение за пациентками с РМЖ в течение всей жизни для исключения рецидива и выявления злокачественной опухоли другой локализации.

Эндоскопия является наиболее важным инструментальным методом исследования. В первом клиническом случае тип поражения желудка – диффузная инфильтративная форма – мог быть как проявлением первичной опухоли желудка, так и метастатическим поражением при опухолях других локализаций.

При метастатическом поражении толстой кишки в обоих случаях макроскопически выявлены округлые возвышающиеся образования с депрессией по центру, нерегулярным сосудистым рисунком в зоне депрессии. Образования имели нетипичный вид для истинных неоплазий толстой кишки. В третьем клиническом случае изменения в других отделах толстой кишки позволили заподозрить воспалительное заболевание кишечника, что затруднило дифференциальную диагностику. Все описанное подчеркивает необходимость и диагностическую ценность забора материала с целью гистологического исследования, так как метастазирование в органы ЖКТ макроскопически визуально может напоминать воспалительные заболевания, опухоли других локализаций.

Во всех описанных клинических случаях поражение желудка и кишечника не было изолированным, свя-

зано с обширным системным распространением злокачественной опухоли, синхронным выявлением гематогенных и лимфогенных метастазов других локализаций. Выживаемость после метастазирования РМЖ в ЖКТ варьирует, согласно данным литературы, от нескольких месяцев до 1–2 лет, независимо от различных видов лечения. В клинических случаях 1 и 2 пациентки умерли в течение 2 мес после гистологического подтверждения метастатического поражения желудка и кишечника, получив только гормональное лечение.

#### Литература / References

1. Ruymbeke H, Harlet L, Stragier B. Anorectal metastasis from breast carcinoma: a case report and review of the literature. *BMC Res Notes* 2018;11(1):268.
2. Falco G, Mele S, Zizzo M. Colonic metastasis from breast carcinoma detection by CESM and PET/CT: A case report. *Medicine* (Baltimore) 2018;97(21):329.
3. Blachman-Braun R, Felemovicius I, Barker K. Widespread metastatic breast cancer to the bowel: an unexpected finding during colonoscopy. *Oxf Med Case Reports* 2019;2019(2):217.
4. Cherian N, Qureshi NA, Cairncross C. Invasive lobular breast carcinoma metastasising to the rectum. *BMJ Case Rep* 2017;17:146.
5. Kanthan R, Sharanowski K, Senger. Uncommon mucosal metastases to the stomach. *World J Surg Onc* 2020;62:276.
6. Di Micco R, Santurro L, Gasparri ML. Rare sites of breast cancer metastasis: a review. *Transl Cancer Res* 2019;24:396.
7. Matsuda I, Matsubara N, Aoyama N. Metastatic lobular carcinoma of the breast masquerading as a primary rectal cancer. *World J Surg Onc* 2020;10:231.

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Широбокова Юлия Юрьевна** – врач-эндоскопист второй квалификационной категории, Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова. E-mail: yul.gorbachyova@yandex.ru; ORCID: 0009-0001-2950-3117

**Аболмасова Мария Алексеевна** – студент, ФГБОУ ВО «Курский ГМУ». E-mail: abolmasovam@mail.ru; ORCID: 0009-0009-6332-2166, SPIN-код: 9151-7511

**Ильин Михаил Юрьевич** – врач-эндоскопист, Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова. E-mail: michaelmed96@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1375-0981; SPIN-код: 2442-9746

**Подольский Владимир Владиславович** – врач-эндоскопист высшей квалификационной категории, Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова. E-mail: doc\_podolskiy@mail.ru; ORCID: 0000-0002-3602-9775, SPIN-код: 9817-0453

**Каменева Елена Алексеевна** – зав. эндоскопическим отделением, врач высшей квалификационной категории, Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова. E-mail: mogner999@gmail.ru; ORCID: 0000-0002-8325-7631

Поступила в редакцию: 28.12.2024  
Поступила после рецензирования: 17.01.2024  
Принята к публикации: 23.01.2024

#### Выводы

Метастазирование РМЖ в ЖКТ встречается очень редко. Представленные случаи подчеркивают важность осознания такой возможности и необходимость учитывать появление гастроэнтерологических жалоб с наличием в анамнезе РМЖ. Врачам клинических специальностей, эндоскопистам важно допускать многообразие макроскопических форм метастатического поражения ЖКТ при РМЖ.

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

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

#### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Yulia Yu. Shirobokova** – Endoscopist, Ostroverkhov Kursk Oncology Scientific and Clinical Center. E-mail: yul.gorbachyova@yandex.ru; ORCID: 0009-0001-2950-3117

**Maria A. Abolmasova** – Student, Kursk State Medical University. E-mail: abolmasovam@mail.ru; ORCID: 0009-0009-6332-2166, SPIN-код: 9151-7511

**Mikhail Yu. Ilyin** – Endoscopist, Ostroverkhov Kursk Oncology Scientific and Clinical Center. E-mail: michaelmed96@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1375-0981; SPIN-код: 2442-9746

**Vladimir V. Podolsky** – Endoscopist, Ostroverkhov Kursk Oncology Scientific and Clinical Center. E-mail: doc\_podolskiy@mail.ru; ORCID: 0000-0002-3602-9775, SPIN-код: 9817-0453

**Elena A. Kameneva** – Head of the Endoscopic Department, Ostroverkhov Kursk Oncology Scientific and Clinical Center. E-mail: mogner999@gmail.ru; ORCID: 0000-0002-8325-7631

Received: 28.12.2024  
Revised: 17.01.2024  
Accepted: 23.01.2024