

Мультидисциплинарный подход к ведению пациента с акромегалией и раком толстой кишки (клинический случай)

Н.И. Боровская^{1✉}, dr-borovskaya@mail.ru, Г.Р. Сетдикова¹, А.В. Семенов^{1,2}, А.Н. Вербовский¹, Д.В. Ереско¹, В.Е. Шикина¹, И.А. Иловайская¹

¹ Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2

² Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

Акромегалия – заболевание, возникающее на фоне длительной неконтролируемой гиперсекреции гормона роста опухолью гипофиза. Акромегалия отмечена среди значимых факторов риска рака толстой кишки. Приводится клинический случай диагностики аденокарциномы толстой кишки у пациента с активной акромегалией. Цель – демонстрация мультидисциплинарного подхода к лечению пациента с акромегалией при диагностике онкологического заболевания. Приведено описание клинического случая. У пациента в возрасте 56 лет диагностированы активная акромегалия, макроаденома гипофиза (соматотропинома) и ассоциированный сахарный диабет 2-го типа. Рекомендованные дообследования (включающее колоноскопию) и лечение акромегалии (трансфеноидальная аденомэктомия) не были выполнены в связи с ограничительными мерами в период пандемии (COVID-19), принимал метформин. В возрасте 58 лет при повторном обследовании зафиксировано отсутствие отрицательной динамики размеров соматотропиномы без лечения, однако уровни ИРФ-1 и HbA1c возросли. При колоноскопии выявлена тубуло-ворсинчатая аденома восходящей ободочной кишки. Оптимизирована сахароснижающая терапия, рекомендованы нейрохирургическое лечение акромегалии и полипэктомия. Однако пациент продолжил прием сахароснижающей терапии и не обратился за хирургическим лечением. В возрасте 60 лет в ходе повторной колоноскопии у пациента диагностировано злокачественное новообразование восходящей ободочной кишки, что потребовало изменения основного диагноза и соответствующей смены тактики лечения. Проведена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия с последующим активным мониторингом через 3 и 6 мес., признаки рецидива онкологического заболевания отсутствовали. По поводу акромегалии назначены аналоги соматостатина пролонгированного действия на период лечения онкологического заболевания, вторым этапом комплексного лечения выполнено нейрохирургическое лечение акромегалии. Ведение пациентов с акромегалией требует междисциплинарного подхода и комбинации клинических рекомендаций в зависимости от индивидуального спектра сопутствующих коморбидных заболеваний.

Ключевые слова: акромегалия, колоректальная аденокарцинома, макроаденома гипофиза, гемиколэктомия, колоноскопия

Для цитирования: Боровская НИ, Сетдикова ГР, Семенов АВ, Вербовский АН, Ереско ДВ, Шикина ВЕ, Иловайская ИА. Мультидисциплинарный подход к ведению пациента с акромегалией и раком толстой кишки (клинический случай). *Медицинский совет.* 2025;19(16):228–236. <https://doi.org/10.21518/ms2025-421>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Multidisciplinary approach to management of a patient with acromegaly and colon cancer (a clinical case)

Natalia I. Borovskaya^{1✉}, dr-borovskaya@mail.ru, Galiya R. Setdikova¹, Alexey V. Semenov^{1,2}, Alexandr N. Verbovsky¹, Denis V. Eresko¹, Valentina E. Shikina¹, Irena A. Ilovayskaya¹

¹ Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky; 61/2, Shchepkin St., Moscow, 129110, Russia

² Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

Abstract

Acromegaly is a disease that occurs due to prolonged, uncontrolled hypersecretion of growth hormone by a pituitary tumor. Acromegaly is a significant risk factor for colon cancer. A clinical case of colon adenocarcinoma diagnosed in a patient with active acromegaly is presented.

The aim was to demonstrate a multidisciplinary approach to the treatment of a patient with acromegaly when diagnosed with cancer. Clinical case. Active acromegaly due to pituitary macroadenoma (somatotropinoma) and associated type 2 diabetes mellitus were diagnosed in the 56-year-old patient. The additional examination (including colonoscopy) and transsphenoidal adenomectomy as the first-line acromegaly treatment were recommended but not performed due to restrictive measures during the pandemic (COVID-19), he was taking metformin. At age 58, a repeat examination revealed no negative dynamics in the

somatotropinoma size without treatment, nevertheless, IGF-1 and HbA1c levels worsened. Colonoscopy revealed tubulovillous adenoma of the ascending colon. Treatment of diabetes mellitus was optimized, neurosurgery for acromegaly as well as polypectomy were recommended. From the set of prescriptions and recommendations, However, the patient followed the treatment of diabetes mellitus only. At age 60, after repeated colonoscopy and histological examination the malignant neoplasm of the ascending colon was diagnosed in our patient that required the primary diagnosis changing and corresponding changing in treatment tactics. Prolonged-acting somatostatin analogs were prescribed, laparoscopic right-sided hemicolectomy with subsequent active monitoring was performed. Control examinations after 3 and 6 months showed no convincing signs of cancer recurrence. Successful transnasal transsphenoidal adenomectomy was finally performed. Management of patients with acromegaly requires a multidisciplinary approach and a combination of clinical guidelines depending on the individual spectrum of concomitant comorbid diseases.

Keywords: acromegaly, colorectal adenocarcinoma, pituitary macroadenoma, hemicolectomy, colonoscopy

For citation: Borovskaya NI, Setdikova GR, Semenov AV, Verbovsky AN, Eresko DV, Shikina VE, Ilovayskaya IA. Multidisciplinary approach to management of a patient with acromegaly and colon cancer (a clinical case). *Meditsinskiy Sovet.* 2025;19(16):228–236. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-421>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Акромегалия – заболевание, ассоциированное с гиперпродукцией гормона роста (ГР) и инсулиноподобного фактора роста 1-го типа (ИФР-1) вследствие опухоли гипофиза [1, 2]. Как правило, из-за неспецифичности первых симптомов заболевание характеризуется длительным латентным периодом, что приводит к высокой коморбидности [1, 2].

Метаанализ 19 исследований показал, что при акромегалии, по сравнению с общей популяцией, была выше частота всех онкологических заболеваний (SIR = 1,45, 95% ДИ = 1,20–1,75), среди которых были рак щитовидной железы (SIR = 6,96, 95% ДИ = 2,51–19,33), колоректальный рак (SIR = 1,95, 95% ДИ = 1,32–2,87), рак желудка (SIR = 3,09, 95% ДИ = 1,47–6,50), рак поджелудочной железы и тонкой кишки (SIR = 2,59, 95% ДИ = 1,58–4,24) и некоторых других органов [3].

Количество зарегистрированных случаев неопластических новообразований органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) растет во всем мире как за счет увеличения заболеваемости, так и за счет улучшения диагностики. Аденомы толстой кишки являются потенциальными предикторами колоректального рака, который остается одной из самых распространенных причин смертности от онкологических заболеваний [4, 5]. В Российской Федерации риск развития колоректального рака (КРР) в течение жизни (до 75 лет) составляет 3,0% [6]. Патогенетические механизмы развития колоректального рака могут включать повышение уровней инсулина, ИФР 1-го и 2-го типов, ИФР-связывающих белков 2-го и 3-го типов, повреждение локального иммунного ответа и генетическую предрасположенность [7, 8]. Установленные факторы риска развития аденом толстой кишки и КРР включают возраст старше 45 лет, мужской пол, наследственность, а также ожирение и гиподинамию, сахарный диабет 2-го типа, нарушения рациона питания, среди редких факторов указана акромегалия [5, 8].

В список обследований пациентов с впервые выявленной акромегалией включена колоноскопия для исключения неопластических поражений ЖКТ [1, 2, 9], выявление онкологического заболевания требует привлечения

мультидисциплинарной команды и может существенно повлиять на тактику ведения пациента. Представляем собственный клинический случай диагностики и лечения пациента с акромегалией и раком толстой кишки.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мужчина К. в возрасте 55 лет в 2019 г. обращался к неврологу по поводу онемения рук, оториноларингологу – по поводу храпа, специалистами были отмечены непропорционально укрупненные черты лица и размеры кистей рук и рекомендована консультация эндокринолога. Однако самого пациента это не беспокоило, он не замечал никаких изменений внешности и к эндокринологу не обратился.

В возрасте 56 лет, в 2020 г., при обследовании у пациента К. отмечено повышение уровня гликемии натощак до 9 ммоль/л, обратился к эндокринологу. При осмотре эндокринологом: жалобы на боли и онемение кистей рук, затруднения при выполнении мелкой ручной работы, повышенную потливость, храп во сне, периодическую сухость во рту; общее состояние удовлетворительное, рост 166 см, вес 82 кг, ИМТ 29,8 кг/м²; укрупнение черт лица по акромегалоидному типу, прогнатизм, характерные изменения кистей рук и стоп; АД 130/90 мм рт. ст., ЧСС 103 уд/мин; щитовидная железа 1-й ст. по ВОЗ, плотно-эластической консистенции, безболезненная, подвижная, низко расположена – четко узловое образования не пальпируются; в остальном по органам и системам без патологических изменений.

По результатам проведенного обследования (табл. 1) у пациента была выявлена активная акромегалия, сахарный диабет 2-го типа, не отмечено нарушения функции щитовидной железы и/или повышения уровня пролактина.

По данным МРТ-исследования выявлено объемное образование гипофиза размерами 13 x 12 x 13 мм с инфрасупраселлярным и левосторонним параселлярным ростом (рис. 1А, В).

Пациенту К. в 56 лет (2020 г.) был поставлен диагноз: *Основной:* Акромегалия, впервые выявленная, активная. Макроаденома гипофиза с инфрасупраселлярным и левосторонним параселлярным ростом (соматотропинома).

Сопутствующие/осложнения: Сахарный диабет 2-го типа, гликированный Hb – 7,4% (целевой гликированный Hb < 7%).

По поводу акромегалии была рекомендована транссфеноидальная аденомэктомия и дообследование (включающее колоноскопию) для исключения ассоциированных с акромегалией заболеваний; по поводу сахарного диабета назначен метформин 1000 мг/сут. В связи с действием ограничительных мер в период пандемии (COVID-19) пациент за помощью не обращался, транссфеноидальная аденомэктомия и колоноскопия не выполнены.

В возрасте 58 лет, в 2022 г., пациент обратился к эндокринологу повторно, в течение прошедшего периода принимал метформин (1000 мг/сут). По данным клинического осмотра соматическое состояние без выраженной отрицательной динамики: жалобы те же, укрупненные черты лица по акромегалоидному типу, прогнатизм, вес 82 кг, рост 166 см, ИМТ 29,8 кг/м²; АД 130/90 мм рт. ст., ЧСС 90 уд/мин.

По результатам очередного биохимического обследования отмечен рост показателей ИФР-1 и гликированного гемоглобина (табл. 1). По данным МРТ гипофиза размеры соматотропиномы не изменились по сравнению с 2020 г.

Выполнен комплекс исследований, который рекомендован при выявлении акромегалии (табл. 2). Результаты тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) узлового образования правой доли щитовидной железы показали наличие доброкачественного процесса (TBSRTC, 2023 – Bethesda II).

При колоноскопии выявлено поверхностное эпителиальное новообразование восходящей ободочной кишки (рис. 2), которое по результатам гистологического исследования оказалось тубуло-ворсинчатой аденомой толстой кишки (биопсия №1, рис. 3).

Пациенту в 58 лет (2022 г.) был дополнен диагноз:

Основной: Акромегалия, активная. Макроаденома гипофиза с инфрасупраселлярным и левосторонним параселлярным ростом (соматотропинома).

Сопутствующие: Сахарный диабет 2-го типа, гликированный Hb – 8,2% (целевой гликированный Hb < 7%). Тубуло-ворсинчатая аденома толстой кишки. Эритематозная гастропатия, хронический рефлюкс-эзофагит, недостаточность кардии. Правосторонний узловой эутиреоидный зоб 2-й ст. (ВОЗ).

В плане лечения акромегалии повторно рекомендована трансназальная транссфеноидальная аденомэктомия как первая линия лечения акромегалии; скорректирована медикаментозная терапия сахарного диабета (метформин 1000 мг 2 р/сут, вилдаглиптин 50 мг 2 р/сут); для лечения

● **Таблица 1.** Результаты лабораторного обследования пациента К.

● **Table 1.** Laboratory examination results of patient K.

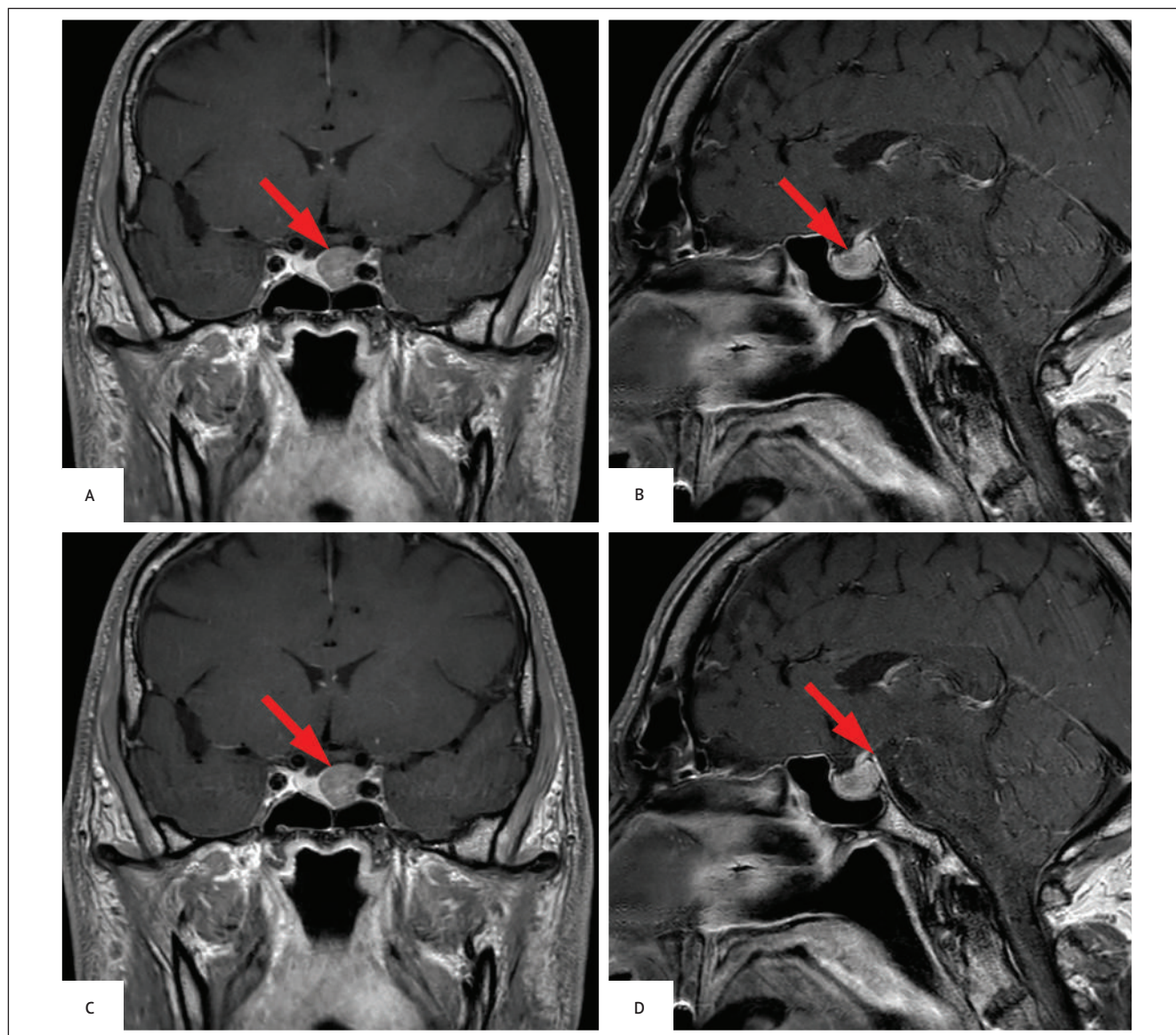
Показатели	Ед. изм.	56 лет	58 лет	60 лет	Референсные значения
ТТГ	мМЕ/л	1,24	1,42	0,858	0,34–5,6
Своб. Т4	пмоль/л	12,18	13,81	12,23	7,86–14,41
Пролактин	мМЕ/л	183	246	324	45–375
СТГ	нг/мл	10,7	17,5	21,1	<2,5
ИФР-1	нг/мл	720	909	882	89–255
Индекс ИФР-1		2,82	3,56	3,45	<1
HbA1c	%	7,4	8,2	6,44	<7,0
Глюкоза	ммоль/л	8,09	8,3	7,68	4,1–5,9

● **Таблица 2.** Результаты инструментального обследования пациента К.

● **Table 2.** Instrumental examination results of patient K.

Вид обследования	Возраст пациента	
	58 лет (2022)	60 лет (2024)
МРТ гипофиза	Аденома гипофиза размерами 13 x 12 x 13 мм с инфрасупраселлярным и левосторонним параселлярным ростом (рис. 1А, В)	Аденома гипофиза размерами 13 x 12 x 13 мм с инфрасупраселлярным и левосторонним параселлярным ростом (рис. 1С, D)
ЭКГ	Синусовая тахикардия с ЧСС 100 уд/мин. Повышение электрической активности правого предсердия. Нормальное направление ЭОС	Синусовая тахикардия с ЧСС 97–99 уд/мин. АВ-блокада I степени. Нормальное направление ЭОС. Изменения миокарда левого желудочка. Признаки ранней реполяризации желудочков
УЗИ щитовидной железы	Узловое образование правой доли размером 47 x 30 x 40 мм (TI-RADS 4), фокальные образования левой доли размером 4 x 2 мм и 4 x 3 мм (TI-RADS 2), диффузные изменения паренхимы и увеличение объема щитовидной железы	Узловое образование правой доли размером 36 x 29 x 35 мм (TI-RADS 4), фокальные образования левой доли размером 4 x 2 мм и 4 x 3 мм, в верхнем полюсе 6 x 3 мм (TI-RADS 2), диффузные изменения паренхимы и увеличение объема щитовидной железы
УЗИ органов брюшной полости и почек	УЗ-признаки диффузных изменений печени, мелкой кисты правой доли печени, кист почек	УЗ-признаки диффузных изменений печени, мелкой кисты правой доли печени, кист почек
ЭГДС	Эритематозная гастропатия, хронический рефлюкс-эзофагит, недостаточность кардии, единичная эрозия антрального отдела желудка	Эритематозная гастропатия, хронический рефлюкс-эзофагит, недостаточность кардии, эрозии антрального отдела желудка
Колоноскопия Восходящая ободочная кишка	Эпителиальное новообразование размером 20 x 25 мм, тип LST-NG-FA, JNET 2a, биопсия №1	Эндоскопическая картина инвазивной карциномы толстой кишки размером 25 x 30 мм, тип JNET 3, биопсия №2

- **Рисунок 1.** МРТ гипоталамо-гипофизарной области с контрастированием
- **Figure 1.** MRI of the hypothalamic-pituitary region with contrast



Примечание: МР-картина аденомы в левых отделах гипофиза с инфрасупраселлярным и левосторонним параселлярным ростом (2020 г. А – фронтальный срез, В – сагиттальный срез; 2024 г. С – фронтальный срез, D – сагиттальный срез).

новообразования толстой кишки рекомендовано эндоскопическое удаление в условиях стационара хирургического профиля и ЭГДС через 12–18 мес. Из комплекса назначений и рекомендаций пациентом выполнено только лечение сахарного диабета.

В 2024 г., в возрасте 60 лет пациент обратился с ухудшением общего самочувствия: усилились боли и онемение кистей рук, потливость, храп во сне.

При осмотре не выявлено выраженных динамических изменений: характерные для акромегалии изменения внешности и конечностей, прогнатизм, вес 82 кг, рост 166 см, ИМТ 29,8 кг/м², АД 130/90 мм рт. ст., ЧСС 88 уд/мин.

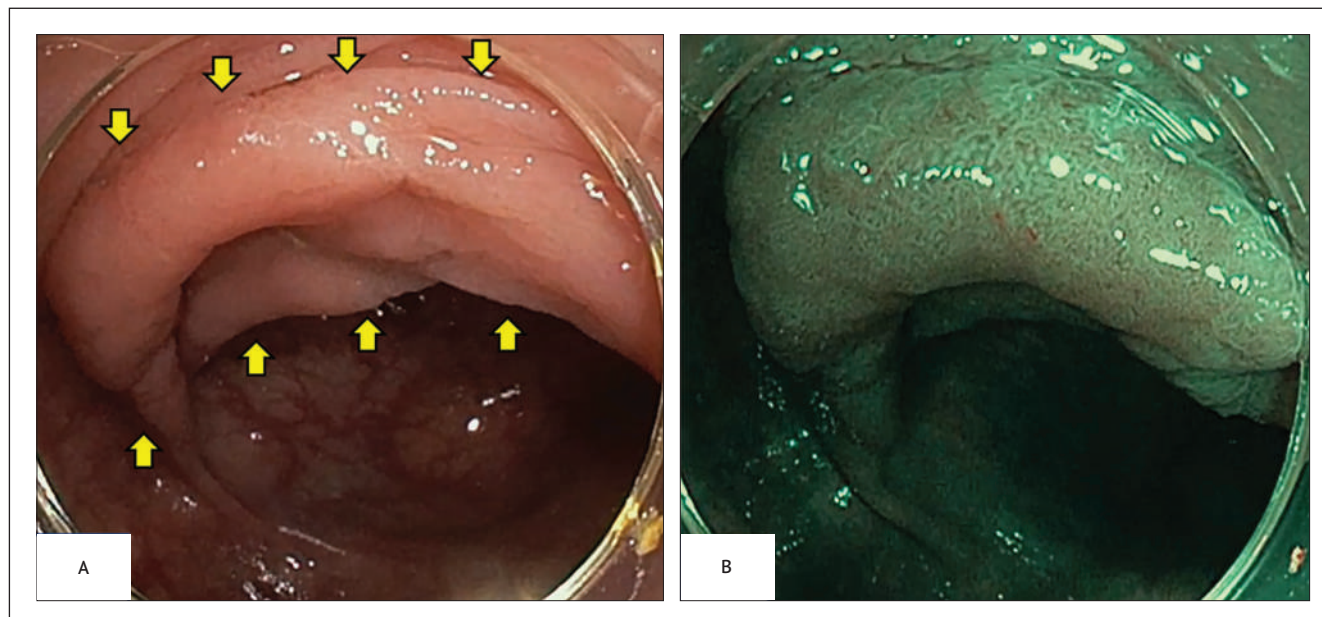
Результаты гормонального (табл. 1) и инструментального (табл. 2, рис. 1) обследования не выявили значительных отрицательных изменений, за исключением колоноскопии: отмечены признаки злокачественной трансформации ранее выявленного эпителиального новообразования

восходящей ободочной кишки. Результаты повторного гистологического исследования эпителиального образования восходящего отдела толстой кишки (биопсия №2): инвазивная колоректальная аденокарцинома толстой кишки на фоне тубуло-ворсинчатой аденомы; элементов подслизистого слоя в пределах присланного материала не обнаружено (рис. 4). Таким образом, диагностировано злокачественное новообразование восходящей ободочной кишки. Для исключения отдаленных метастазов выполнено МСКТ с контрастированием органов грудной клетки, органов брюшной полости, органов малого таза: не выявлено патологического накопления контрастного вещества в обследуемых областях, которые могли бы свидетельствовать об отдаленных очагах.

Пациенту в возрасте 60 лет (2024 г.) был изменен диагноз:
Основной диагноз: Рак восходящей ободочной кишки сT1N0M0 St 1. Акромегалия, активная. Макроаденома

● **Рисунок 2.** Поверхностное эпителиальное новообразование восходящей ободочной кишки, обнаруженное при диагностической колоноскопии (2022 г.)

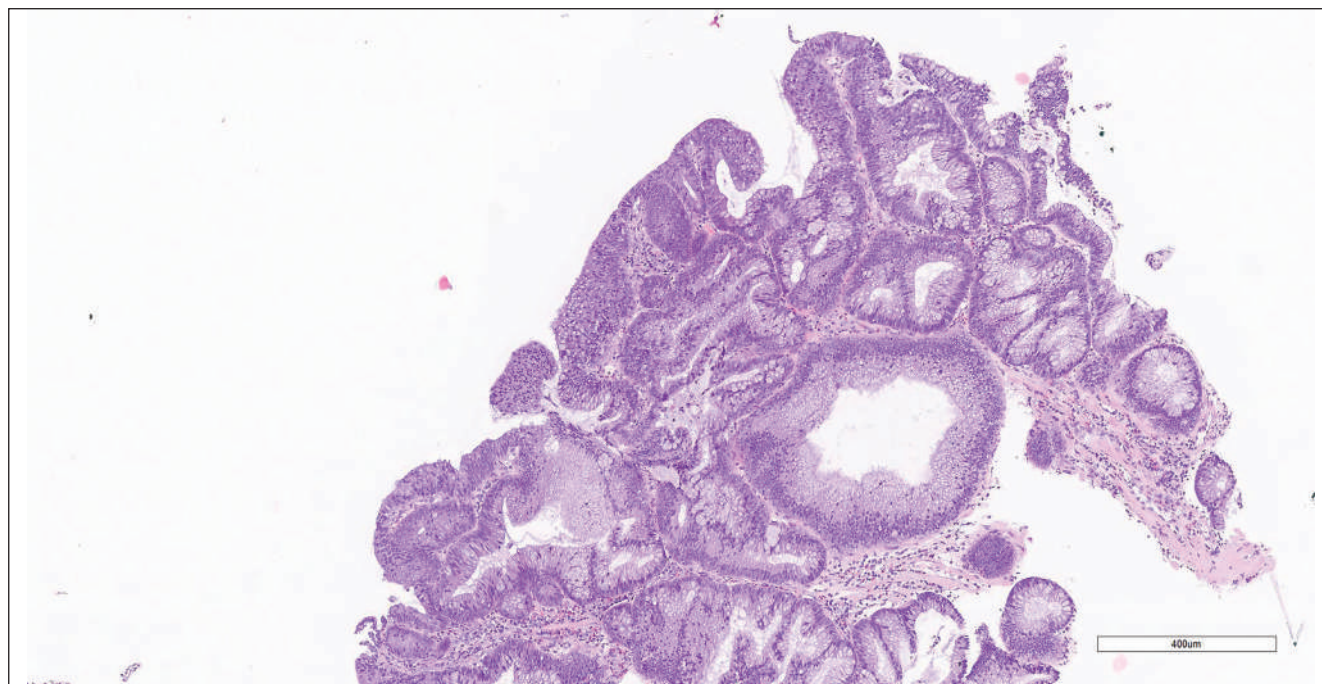
● **Figure 2.** Superficial epithelial neoplasm of the ascending colon detected during diagnostic colonoscopy (2022)



Примечание: А – осмотр в белом свете. Плоско-приподнятое эпителиальное новообразование восходящей ободочной кишки негранулярного типа (LST-NG-FA), занимающее ½ полуокружность просвета кишки. Стрелками указаны границы новообразования. В – осмотр в узкоспектральном режиме (NBI – Narrow-Band Imaging). Ямочная и микрососудистая микроструктуры новообразования регулярные, тип 2a в соответствии с классификацией JNET (Japanese NBI Expert Team), что может указывать на аденому толстой кишки с легкой дисплазией эпителия.

● **Рисунок 3.** Микроскопическая картина фрагмента слизистой толстой кишки с фокусом на тубуло-ворсинчатой аденоме (биопсия №1). Окрашивание гематоксилином и эозином. Увеличение x400

● **Figure 3.** Microscopic picture of a fragment of the colon mucosa with a focus on tubulovillous adenoma (biopsy №1). Color: hematoxylin and eosin. Magnification x400



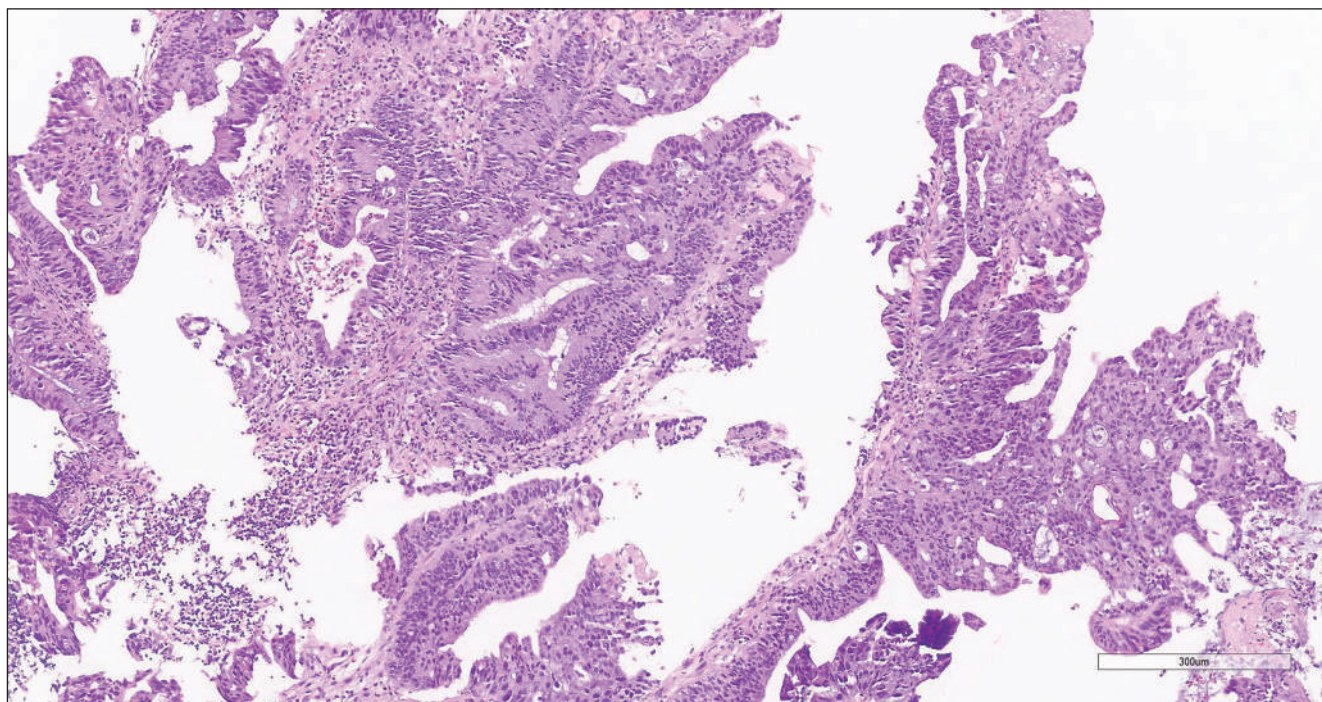
гипофиза с инфрасупраселлярным и левосторонним параселлярным ростом (соматотропинома).

Сопутствующий: Сахарный диабет 2-го типа, гликированный Hb – 6,44% (целевой гликированный Hb < 7%). Эритематозная гастропатия, хронический рефлюкс-эзофагит, недостаточность кардии. Правосторонний узловой эутиреоидный зоб 2-й ст. (ВОЗ).

Учитывая морфологические особенности новообразования восходящей кишки и отсутствие данных по глубине инвазии опухоли, врачебный консилиум по профилю «Онкология» определил необходимость проведения расширенной биопсии новообразования толстой кишки методом эндоскопической резекции слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое. Нейрохирургическое

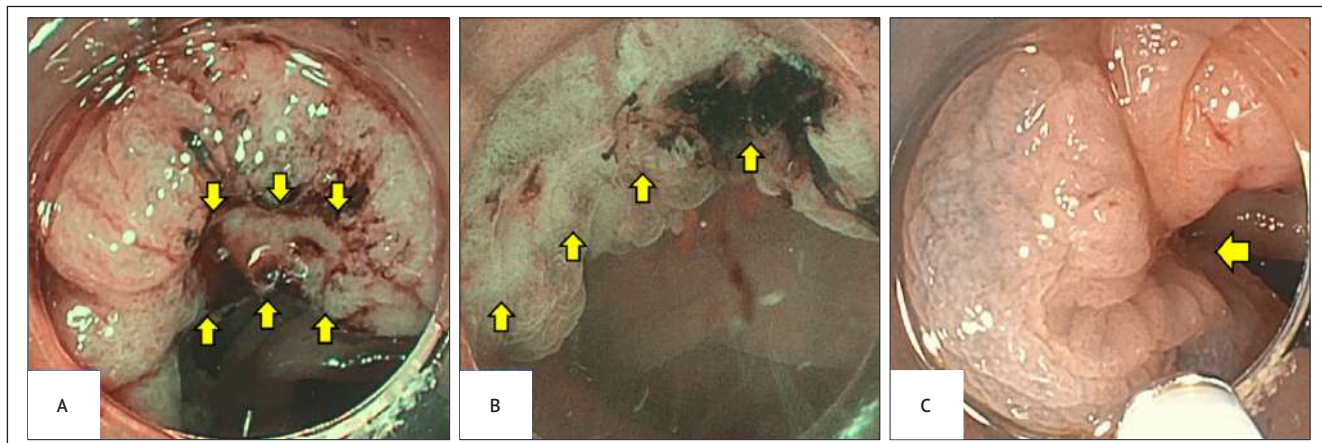
● **Рисунок 4.** Микроскопическая картина фрагмента слизистой толстой кишки с ростом инвазивной колоректальной аденокарциномы, низкой степени злокачественности (биопсия №2). Окрашивание гематоксилином и эозином. Увеличение x400 (2024 г.)

● **Figure 4.** Microscopic picture of a fragment of the colonic mucosa with the growth of invasive colorectal adenocarcinoma, low grade malignancy (biopsy No. 2). Color: hematoxylin and eosin. Magnification x400 (2024)



● **Рисунок 5.** Инвазивная карцинома восходящей ободочной кишки (2024 г.)

● **Figure 5.** Invasive carcinoma of the ascending colon (2024)



Примечание: А, В – осмотр в узкоспектральном режиме (NBI – Narrow-Band Imaging). Эпителиальное новообразование восходящей ободочной кишки с депрессией в центре. Стрелками указана демаркационная линия. В центре новообразования (область депрессии) ямочный и микрососудистый рисунок стерты и соответствуют типу 3 по JNET (Japanese NBI Expert Team), что указывает на глубокую инвазию опухоли толстой кишки. Отмечается умеренная контактная кровоточивость тканей. С – по периметру новообразования в подслизистый слой введена тушь с целью маркировки для дальнейшего хирургического лечения. Стрелкой указан центр новообразования без признаков лифтинга после проведенной инъекции туши.

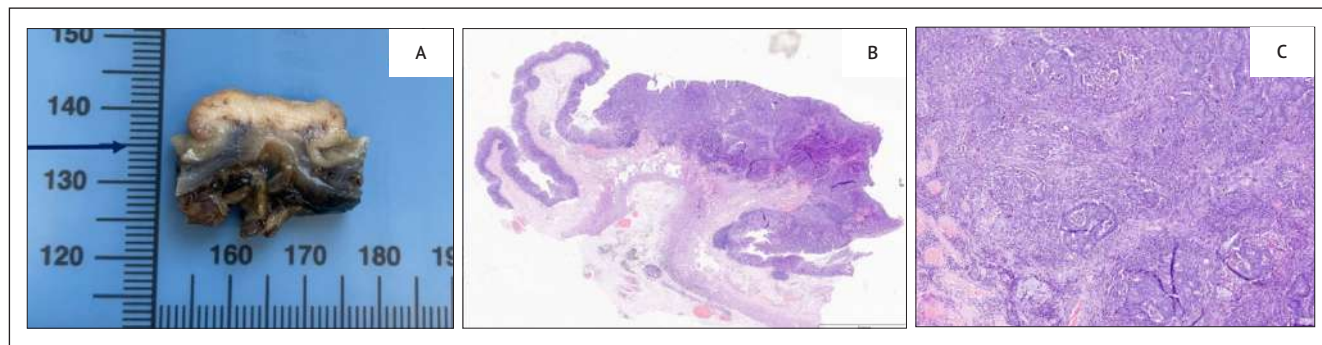
лечение по поводу акромегалии решено выполнить вторым этапом, до выполнения оперативного лечения назначено медикаментозное лечение аналогами соматостатина.

При проведении очередной колоноскопии было визуализировано эпителиальное новообразование восходящей ободочной кишки размером 25 x 30 мм, с депрессией и конвергенцией складок к центру; в узкоспектральном режиме ямочная и микрососудистая структуры центральной части новообразования стерты (JNET 3), с целью маркировки в подслизистый слой краев новообразования введена тушь (рис. 5). Эндоскопическая картина

соответствовала глубокой инвазии опухоли, поэтому было решено отказаться от проведения эндоскопической резекции в пользу традиционного хирургического лечения в связи с высоким риском метастазирования опухоли в регионарные лимфатические узлы.

Следующим этапом лечения стала лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия, которая была проведена в августе 2024 г. При макроскопическом исследовании: фрагмент толстой кишки длиной 19,0 см. На расстоянии 8,0 см от баугиниевой заслонки обнаружено полиповидное образование максимальным размером 2,5 см (рис. 6А).

- **Рисунок 6.** Резецированный фрагмент толстой кишки
- **Figure 6.** Resected fragment of the colon



Примечание: А – макропрепарат, при диссекции макроскопически опухоль в пределах стенки толстой кишки. В – микроскопическая картина роста инвазивной колоректальной аденокарциномы на фоне тубуло-ворсинчатой аденомы. Окрашивание гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 5$. С – микроскопическая картина аденокарциномы низкой степени злокачественности (low-grade) при значительном увеличении. Окрашивание гематоксилином и эозином. Увеличение $\times 400$.

Микроскопически: инвазивная колоректальная аденокарцинома толстой кишки, низкой степени злокачественности (low-grade) pT2 pN0 Pn0 Lv0 Bd-1 R0 (рис. 6В, С).

Пациент выписан из стационара на 8-е сут. в удовлетворительном состоянии. *Заключительный клинический диагноз основной:* МКБ-10 [С18.2]. Рак восходящей ободочной кишки pT2pN0 (0/24) Pn0 Lv0 R0 cM0. I st, состояние после лапароскопической правосторонней гемиколэктомии. Акромегалия, активная. Макроаденома гипофиза с инфрасупраселлярным и левосторонним параселлярным ростом (соматотропинома).

Сопутствующий: Сахарный диабет 2-го типа, гликированный Hb – 6,44% (целевой гликированный Hb < 7%). Эритематозная гастропатия, хронический рефлюкс-эзофагит, недостаточность кардии. Правосторонний узловой эутиреоидный зоб 2-й ст. (ВОЗ).

По результатам контрольных КТ-исследований в ноябре 2024 г. и в январе 2025 г. (через 3 и 6 мес.) убедительных признаков рецидива или прогрессирования заболевания не обнаружено. Рекомендовано динамическое наблюдение онколога.

С августа 2024 г. по январь 2025 г. пациент получал октреотид продленного действия 20 мг внутримышечно каждые 28 дней, за это время индекс ИРФ-1 снизился незначительно – с 3,45 до 2,72, т. е. на 21%, что свидетельствовало о резистентности к аналогам соматостатина первого поколения. В феврале 2025 г. пациенту выполнена трансназальная трансфеноидальная аденомэктомия, через 3 мес. после нейрохирургического вмешательства показатели ИРФ-1 в пределах референсных значений.

ОБСУЖДЕНИЕ

С одной стороны, представленный клинический случай представляет обычную историю пациента с акромегалией. Пациент обращался к различным специалистам, которые отметили характерные для акромегалии изменения внешности, однако сам он не замечал подобных изменений. Такая ситуация характерна для акромегалии и затрудняет раннюю диагностику заболевания [10]. У пациента была выявлена макроаденома гипофиза, что отмечается у большинства больных с акромегалией [1, 2].

Из коморбидных заболеваний выявлены сахарный диабет 2-го типа, узловой эутиреоидный зоб и полип толстой кишки, что характерно для больных акромегалией [9]. По данным литературы, при акромегалии 25–40% аденом и 50% аденокарцином толстой кишки располагаются в восходящей и поперечной ободочной кишке [11], и наш пациент не оказался исключением. С другой стороны, низкая приверженность лечению как в силу внешних обстоятельств (COVID-19), так и внутренних причин (пациент не считал необходимым лечение своего заболевания) дает возможность оценить естественное течение активной акромегалии в течение 5 лет наблюдения. У пациента за это время не отмечалось отрицательной динамики размеров соматотропиномы, тем не менее отмечалось увеличение показателей ИРФ-1 и ГР, постепенно ухудшалось общее самочувствие. Кроме того, прогрессировали и сопутствующие заболевания, среди которых был аденоматозный полип толстой кишки. Такие полипы признаны предзлокачественным состоянием, и Российское общество клинической онкологии (RUSSCO) строго рекомендует эндоскопическое удаление аденоматозных полипов толстой кишки при их обнаружении [12], однако пациент не считал необходимым следовать врачебным рекомендациям.

С другой стороны, злокачественная трансформация подобных полипов обычно занимает от 5 до 15 лет [13], и такое быстрое (за 2 года) изменение характера полипа с инвазией в стенку кишки является нетипичной клинической историей. В недавней публикации о результатах хирургического лечения колоректального рака в тубуло-ворсинчатых аденомах было показано, что в большинстве (до 89%) случаев эндоскопическое вмешательство позволило радикально удалить опухолевый очаг [14]. Таким образом, необходимость в данном случае гемиколэктомии также является исключительной ситуацией.

Избыточная секреция ГР и ассоциированного ИРФ-1 рассматриваются как факторы развития онкологических заболеваний, включая колоректальный рак [6]. Достижение биохимического контроля акромегалии является условием снижения онкологических рисков [9, 11], однако в силу объективных причин (пандемия COVID-19), а также низкой приверженности врачебным рекомендациям пациент не менее 4 лет оставался с повышенными

концентрациями ГР и ИФР-1, что также внесло свой вклад в развитие онкологического заболевания. Радикальное нейрохирургическое лечение акромегалии позволило не только нормализовать показатели ГР и ИФР-1, но и снизить вероятность рецидива онкологического заболевания.

Однако у данного пациента отмечалось несколько факторов возможного развития онкологических заболеваний толстой кишки, помимо активной акромегалии: мужской пол, возраст старше 45 лет, повышенный индекс массы тела, сахарный диабет 2-го типа [7]. При оценке риска колоректального рака необходимо учитывать не только наличие акромегалии, но и совокупность других факторов риска [15].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенный клинический случай подтверждает, что при выявлении активной акромегалии внимание специалистов должно быть сконцентрировано не только на контроле размеров опухоли гипофиза и нормализации

гормональных показателей (гормона роста и ИФР-1), но и на оценке коморбидных заболеваний, среди которых колоректальный рак, причем акромегалия может оказаться не единственным фактором риска этого заболевания. При выявлении предрактового состояния (в данном случае тубуло-ворсинчатой аденомы восходящего отдела ободочной кишки) у пациента с акромегалией требовалось дальнейшее лечение двух заболеваний (акромегалии и аденомы толстой кишки). Однако важным условием успешного лечения является приверженность пациента. Индивидуальная история пациента потребовала изменения приоритетности видов и методов лечения после подтверждения онкологического диагноза. Междисциплинарный подход и комбинация клинических рекомендаций позволили выбрать эффективную тактику лечения с учетом индивидуальных особенностей и сопутствующих коморбидных заболеваний.



Поступила / Received 02.09.2025
Поступила после рецензирования / Revised 17.09.2025
Принята в печать / Accepted 18.09.2025

Список литературы / References

1. Пржиляковская ЕГ, Мокрышева НГ, Трошина ЕА, Мельниченко ГА, Дедов ИИ, Анциферов МБ и др. Клинические рекомендации «Акромегалия» (проект). *Ожирение и метаболизм*. 2024;21(2):215–249. <https://doi.org/10.14341/omet13153>. Przhilyakovskaya EG, Mokrysheva NG, Troshina EA, Mel'nichenko GA, Dedov II, Antsiferov MB et al. Guidelines on diagnostics and treatment of acromegaly (draft). *Obesity and Metabolism*. 2024;21(2):215–249. (In Russ.) <https://doi.org/10.14341/omet13153>.
2. Fleseriu M, Biller BMK, Freda PU, Gadelha MR, Giustina A, Katznelson L et al. A Pituitary Society update to acromegaly management guidelines. *Pituitary*. 2021;24(1):1–13. <https://doi.org/10.1007/s11102-020-01091-7>.
3. Xiao Z, Xiao P, Wang Y, Fang C, Li Y. Risk of cancer in acromegaly patients: An updated meta-analysis and systematic review. *PLoS ONE*. 2023;18(11):e0285335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285335>.
4. Dornblaser D, Young S, Shaikat A. Colon polyps: updates in classification and management. *Curr Opin Gastroenterol*. 2024;40(1):14–20. <https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000000988>.
5. Sullivan BA, Noujaim M, Roper J. Cause, Epidemiology, and Histology of Polyps and Pathways to Colorectal Cancer. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2022;32(2):177–194. <https://doi.org/10.1016/j.giec.2021.12.001>.
6. Юсупова НЗ, Гиниятуллина НЗ. Анализ современных представлений о роли различных факторов риска в развитии колоректального рака (обзор литературы). *Вестник новых медицинских технологий*. 2020;4(4):5–10. <https://doi.org/10.24411/1609-2163-2020-16698>. Yusupova NZ, Giniyatullina NZ. Analysis current understanding of the role of various risk factors in the development of colorectal cancer (literature review). *Journal of New Medical Technologies*. 2020;4(4):5–10. (In Russ.) <https://doi.org/10.24411/1609-2163-2020-16698>.
7. Basu R, Boguszewski CL, Kopchick JJ. Growth Hormone Action as a Target in Cancer: Significance, Mechanisms, and Possible Therapies. *Endocr Rev*. 2025;46(2):224–280. <https://doi.org/10.1210/edrv/bnae030>.
8. Sninsky JA, Shore BM, Lupu GV, Crockett SD. Risk Factors for Colorectal Polyps and Cancer. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2022;32(2):195–213. <https://doi.org/10.1016/j.giec.2021.12.008>.
9. Giustina A, Barkan A, Beckers A, Biermasz N, Biller BMK, Boguszewski C et al. A Consensus on the Diagnosis and Treatment of Acromegaly Comorbidities: An Update. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105(4):dgz096. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgz096>.
10. Кривошеева ЮГ, Иловайская ИА. Первичные признаки макроаденом гипофиза, а также специалисты, к которым обращаются пациенты. *Медицинский вестник Юга России*. 2022;13(1):65–71. <https://doi.org/10.21886/2219-8075-2022-13-1-65-71>. Krivosheeva YG, Ilovayskaya IA. Primary signs of pituitary macroadenomas of different hormonal activity and specialists to whom patients referred at the first time. *Medical Herald of the South of Russia*. 2022;13(1):65–71. (In Russ.) <https://doi.org/10.21886/2219-8075-2022-13-1-65-71>.
11. Kasuki L, Maia B, Gadelha MR. Acromegaly and Colorectal Neoplasm: An Update. *Front Endocrinol*. 2022;13:924952. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.924952>.
12. Федянин МЮ, Гладков ОА, Гордеев СС, Карачун АМ, Козлов НА, Мамедли ЗЗ и др. Рак ободочной кишки, ректосигмоидного соединения и прямой кишки. *Злокачественные опухоли*. 2024;14(3s2-1):263–322. <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2024-14-3s2-1.1-14>. Fedyanin MYu, Gladkov OA, Gordeev SS, Karachun AM, Kozlov NA, Mammadli ZZ et al. Cancer of the colon, rectosigmoid junction and rectum. *Malignant Tumors*. 2024;14(3s2-1):263–322. (In Russ.) <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2024-14-3s2-1.1-14>.
13. Huck MB, Bohl JL. Colonic Polyps: Diagnosis and Surveillance. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016;29(4):296–305. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584091>.
14. Кит ОИ, Геворкян ЮА, Солдаткина НВ, Легостаев ВМ, Колесников ЕН, Бондаренко ОК и др. Результаты лечения больных раком в колоректальных тубулярно-ворсинчатых аденомах. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2025;(9):29–35. <https://doi.org/10.17116/hirurgia202509129>. Kit OI, Gevorkyan YuA, Soldatkina NV, Legostaev VM, Kolesnikov EN, Bondarenko OK et al. Treatment of cancer in tubular villous colorectal adenomas. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2025;(9):29–35. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/hirurgia202509129>.
15. Maia B, Madeira E, Gadelha MR, Kasuki L. Assessment of the frequency and risk factors for colorectal cancer in acromegaly. *Endocrine*. 2025;87(3):1162–1170. <https://doi.org/10.1007/s12020-024-04099-2>.

Согласие пациента на публикацию: пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patient signed informed consent regarding publishing their data.

Вклад авторов:

Концепция статьи – Н.И. Боровская

Концепция и дизайн исследования – В.Е. Шикина, И.А. Иловайская

Написание текста – Н.И. Боровская, Г.Р. Сетдикова, А.Н. Вербовский, Д.В. Ересько

Сбор и обработка материала – Н.И. Боровская, Г.Р. Сетдикова, А.В. Семенов, А.Н. Вербовский, Д.В. Ересько

Обзор литературы – Н.И. Боровская, В.Е. Шикина, И.А. Иловайская

Анализ материала – Н.И. Боровская, Г.Р. Сетдикова, А.В. Семенов, А.Н. Вербовский, Д.В. Ереско

Редактирование – А.В. Семенов, В.Е. Шикина, И.А. Иловайская

Утверждение окончательного варианта статьи – В.Е. Шикина, И.А. Иловайская

Contribution of authors:

Concept of the article – Natalia I. Borovskaya

Study concept and design – Valentina E. Shikina, Irena A. Ilovayskaya

Text development – Natalia I. Borovskaya, Galiya R. Setdikova, Alexandr N. Verbovsky, Denis V. Eresko

Collection and processing of material – Natalia I. Borovskaya, Galiya R. Setdikova, Alexey V. Semenov, Alexandr N. Verbovsky, Denis V. Eresko

Literature review – Natalia I. Borovskaya, Valentina E. Shikina, Irena A. Ilovayskaya

Material analysis – Natalia I. Borovskaya, Galiya R. Setdikova, Alexey V. Semenov, Alexandr N. Verbovsky, Denis V. Eresko

Editing – Alexey V. Semenov, Valentina E. Shikina, Irena A. Ilovayskaya

Approval of the final version of the article – Valentina E. Shikina, Irena A. Ilovayskaya

Информация об авторах:

Боровская Наталия Ивановна, онколог, младший научный сотрудник онкологического отделения хирургических методов лечения факультета усовершенствования врачей, Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; <https://orcid.org/0009-0001-4851-9472>; dr-borovskaya@mail.ru

Сетдикова Галия Равиленовна, д.м.н., руководитель отделения морфологической диагностики отдела онкологии, Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; <https://orcid.org/0000-0002-5262-4953>; Scopus Author ID: 25422894200; galiya84@mail.ru

Семенов Алексей Владимирович, д.м.н., руководитель онкологического отделения хирургических методов лечения, Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; профессор кафедры онкологии, радиотерапии и реконструктивной хирургии, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; <https://orcid.org/0000-0002-7365-6081>

Вербовский Александр Николаевич, научный сотрудник отделения эндоскопии отдела хирургии, заведующий эндоскопическим отделением, ассистент курса эндоскопии на кафедре хирургии факультета усовершенствования врачей, Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; <https://orcid.org/0000-0002-0831-0973>

Ереско Денис Викторович, заведующий отделением абдоминальной онкологии и торакальной онкологии, врач-онколог высшей квалификационной категории, Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; <https://orcid.org/0009-0000-4209-439X>; denis.eresko@mail.ru

Шикина Валентина Евгеньевна, к.м.н., заместитель директора по онкологии, профессор кафедры онкологии и торакальной хирургии факультета усовершенствования врачей, Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; <https://orcid.org/0000-0002-6672-4269>

Иловайская Ирэна Адольфовна, д.м.н., доцент, руководитель отделения нейроэндокринных заболеваний, профессор кафедры эндокринологии факультета усовершенствования врачей, Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; <https://orcid.org/0000-0003-3261-7366>

Information about the authors:

Natalia I. Borovskaya, Oncologist, Junior Researcher at the Oncological Department of Surgical Treatment at the Faculty of Advanced Medical Education, Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky; 61/2, Shchepkin St., Moscow, 129110, Russia; <https://orcid.org/0009-0001-4851-9472>; dr-borovskaya@mail.ru

Galiya R. Setdikova, Dr. Sci. (Med.), Head of the Morphological Diagnostics Department of the Oncology Department, Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky; 61/2, Shchepkin St., Moscow, 129110, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-5262-4953>; Scopus Author ID: 25422894200; galiya84@mail.ru

Alexey V. Semenov, Dr. Sci. (Med.), Head of the Oncological Department of Surgical Treatment, Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky; 61/2, Shchepkin St., Moscow, 129110, Russia; Professor of the Department of Oncology, Radiotherapy and Reconstructive Surgery, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-7365-6081>

Alexandr N. Verbovsky, Researcher at the Department of Endoscopy of the Department of Surgery, Head of the Endoscopic Department, Assistant of the Endoscopy course at the Department of Surgery of the Faculty of Advanced Physicians, Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky; 61/2, Shchepkin St., Moscow, 129110, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-0831-0973>

Denis V. Eresko, Head of the Department of Abdominal Oncology and Thoracic Oncology, Oncologist of the Highest Qualification Category, Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky; 61/2, Shchepkin St., Moscow, 129110, Russia; <https://orcid.org/0009-0000-4209-439X>; denis.eresko@mail.ru

Valentina E. Shikina, Cand. Sci. (Med.), Deputy Director of Oncology, Professor of the Department of Oncology and Thoracic Surgery, Faculty of Advanced Medical Training, Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky; 61/2, Shchepkin St., Moscow, 129110, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-6672-4269>

Irena A. Ilovayskaya, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Neuroendocrine Diseases, Professor of the Department of Endocrinology, Faculty of Advanced Medicine, Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky; 61/2, Shchepkin St., Moscow, 129110, Russia; <https://orcid.org/0000-0003-3261-7366>