



Описание клинического случая

Осложненная рецидивирующая гигантоклеточной опухоли проксимальной фаланги 4-го пальца левой кисти у пациентки пожилого возраста.

Клинический случай

Received: 21 June 2025

Revised: 28 July 2025

Accepted: 11 August 2025

Published: 31 August 2025

[Березуцкий С.Н.](#)

Citation: Sergey Berezutsky. Oslozhnennaja recidivirujushhaja gigantokletochnoj opuholi proksimal'noj falangi 4-go pal'ca levoj kisti u pacientki pozhilogo vozrasta. Klinicheskij sluchaj [in Russian]. Trauma & Ortho Kaz, 2025, 76 (4), jto016
<https://doi.org/10.52889/1684-9280-2025-76-4-jto016>

Заведующий кафедрой травматологии и ортопедии, Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Российская Федерация
*E-mail: s79242147010b@yandex.ru

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



Резюме

Гигантоклеточная опухоль костей (ГКОК) представляет собой местно агрессивное, лизирующее, первичное новообразование кости, относящаяся к группе опухолей с неопределенным потенциалом злокачественности. ГКОК мелких костей кисти и стопы недостаточно изучена и характеризуется высокой непредсказуемостью в отношении рецидивирования. Большинство рецидивов возникает в течение двух лет после операции.

Целью работы является представление клинического случая гигантской рецидивирующей осложненной гигантоклеточной опухоли проксимальной фаланги 4 пальца левой кисти у пациентки пожилого возраста, тем самым обратить внимание хирургов на важность данной проблемы.

Пациентке была выполнена ампутация 4 луча с учетом принципов абластичности. Через год у пациентки развился рецидив с поражением всего левого предплечья. При локализациях в мелких костях ГКОК проявляет более агрессивное течение и чаще рецидивирует, вовлекая важные анатомические структуры кисти и стопы. Хирургические методы, разработанные для длинных трубчатых костей, не всегда применимы при локализациях ГКОК в мелких костях. Трудности также связаны с определением границ опухоли в пределах мягких тканей и, соответственно, объема их резекции. Отсутствие четких клинических рекомендаций и недооценка онкологами агрессивности ГКОК в мелких костях дополнительно осложняют выбор тактики лечения.

Представленный случай подчеркивает необходимость более радикальных методиках хирургического лечения при данной патологии и расширении информированности онкологов о современных методиках лечения данной патологии с учетом ее высокой частоте и непредсказуемости развития рецидива.

Ключевые слова: гигантоклеточная опухоль костей, деносумаб, опухоль кости, местный рецидив, злокачественная трансформация, резекция кости, виды ампутаций кисти.

1. Введение

Как известно, ГКОК относится к числу местно агрессивных, лизирующих, первичных новообразований кости, включенных в группу опухолей с неопределенным потенциалом злокачественности [1]. ГКОК является относительно редким заболеванием и составляет от 4% до 5% первичных опухолей кости, и 20% доброкачественных опухолей кости [2]. Данная опухоль встречается в основном в возрасте от 30 до 50 лет и характеризуется более высокой частотой у женщин [3]. Наиболее частая локализация ГКОК – это метаэпифизарные области длинных трубчатых костей (85%), из которых более 50% расположены в дистальном бедре, проксимальной большеберцовой кости и дистальном метаэпифизе лучевой кости [4]. При этом данная опухоль редко встречается в мелких костях кистей и стоп – от 1,7% до 5% всех ГКОК [5].

Дифференциальный диагноз, как правило, проводится с энхондромой, фиброзной дисплазией, аневризматической кистой кости, остеомиелитом и некоторыми другими, более редкими, объемными образованиями [6].

Методы лечения при поражениях длинных костей достаточно хорошо изучены и включают, как

правило, кюретаж в сочетании с местными адьювантами (фенол и другие), жидкий азот (криохирургия) и/или полиметилметакрилат (РММА), чтобы уменьшить показатели рецидивов, которые варьируют от 12% до 34% по разным источникам [7,8,9]. Что касается опухолевых поражений мелких костей кисти и стопы, то публикаций на эту тему на порядок меньше и лечение их варьирует от кюретажа (с адьювантами или без) до обширных резекций и даже ампутаций. Частота приводимых местных рецидивов после хирургического лечения, по данным различных авторов, колеблется от 0% до 100% [10,11,12]. Согласно данным литературы, большинство рецидивов возникает в течение двух лет после операции. Доказано, что обширная резекция с костной пластикой или ампутация блоком приводит к более низкому уровню рецидивов (от 0% до 50%) [13,14].

Целью работы является представление клинического случая гигантской рецидивирующей осложненной гигантоклеточной опухоли проксимальной фаланги 4 пальца левой кисти у пациентки пожилого возраста, тем самым обратить внимание хирургов на важность данной проблемы.

2. Описание клинического случая

В отделение хирургии кисти по направлению из краевого онкологического диспансера (КОД) обратилась пациентка 75 лет с жалобами на

наличие большого кровоточащего опухолевидного образования в области левой кисти (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Вид левой кисти при поступлении в стационар

Также женщину беспокоили боли в области образования, краснота, отек, периодические подъемы температуры, невозможность пользоваться этой рукой в повседневной деятельности.

Пациентка отметила появление образования около 2 лет назад, однако за медицинской помощью не обращалась вплоть до появления изъязвлений на ладонной поверхности опухоли, что произошло за 3–

4 месяца до госпитализации. При обращении в онкологическое отделение КОД была выполнена биопсия, по результатам которой получено патогистологическое заключение: «Гигантоклеточная опухоль с неопределенным злокачественным потенциалом». По настоянию родственников препараты были пересмотрены в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, где

патогистологический диагноз подтвердили и рекомендовали провести дополнительное исследование в виде иммуногистохимического исследования опухоли для верификации диагноза.

При поступлении у пациентки визуально определялось опухолевидное образование значительных размеров, в виде утолщения тканей по тыльной стороне левой кисти в проекции 4 луча и бугристой опухоли мягких тканей по ладонной

поверхности с тотальной изъязвляющей поверхностью с признаками сопутствующего инфекционного воспаления в виде выраженной гиперемии и пограничного отека. Чувствительность 4 пальца была резко снижена, движения этого пальца качательные, кровоснабжение 4 пальца не страдало.

На рентгенограмме левой кисти определялось литическое разрушение проксимальной и, частично, средней фаланги 4 пальца (Рисунок 2).



Рисунок 2 – Рентгенограмма левой кисти при поступлении

Результат ПЭТ/КТ: «Имеется мягкотканое образование в мягких тканях 4 пальца левой кисти размером 30*24*28 мм с литической деструкцией проксимальной фаланги, показатель метаболической активности (ПМА) в его проекции опухоли составляет $sUV\ max11,9$, что соответствует ЗНО. Очаг в мягких тканях левой кисти между 3 и 4 пястными костями размером 12*9 мм с $sUV\ max8,19$ может соответствовать злокачественным изменениям. Иных очагов ПМА, патологических изменений в мягких тканях левой верхней конечности не выявлено. ПЭТ

диагноз – гигантоклеточная опухоль проксимальной фаланги 4 пальца левой кисти».

В отделении на протяжении нескольких дней была выполнена предоперационная подготовка с целью уменьшения явлений воспалительного сопутствующего компонента в области раны и компенсации, имеющих коморбидных заболеваний. Удалось значительно уменьшить отек и устранить гиперемию в области раны (Рисунок 3).



Рисунок 3 – После подготовки перед операцией

После начала операции при ревизии были определены границы удаляемого блока с учетом

результатов визуального осмотра, результатов ПЭТ и принципов абластичности (Рисунок 4).



Рисунок 4 – Планирование объема ампутации во время операции

Границы блока составили: вся длина 4 луча кисти, границы видимой части опухоли с отступлением по 2 см по краям в пределах здоровых тканей (Рисунок 5).



Рисунок 5 – Вид ампутированного блока



Рисунок 6 – Вид кисти после ампутации и формирования узкой кисти

Результат гистологического препарата: «Ткань опухоли сочетает волокнисто-саркоматозный компонент и разрастание округлых клеток с умеренной эозинофильной цитоплазмой, формирующих солидные поля, альвеолярные структуры и мелкие кисты, щели. Морфологическая картина мягкотканой саркомы, нельзя исключить синовиальную саркому».

Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление раны первичным натяжением. После выписки пациентка находилась под наблюдением у онколога и хирурга по месту жительства. По решению онкологического консилиума дополнительные методы консервативного лечения (лучевая терапия, химиотерапия) не проводились. Спустя примерно

один год после операции пациентка отметила появление аналогичной клинической картины уже в проекции 3-го луча. В дальнейшем появились

опухолевидные образования в области всего левого предплечья до локтевого сустава (Рисунок 7).



Рисунок 7 – Вид руки 1 год после операции

После первичного обращения к онкологу пациентка неоднократно проходила консультации в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, где было рекомендовано

оперативное лечение либо в виде санации всех очагов, либо в виде ампутации левой верхней конечности на уровне локтевого сустава. В настоящий момент пациентка госпитализирована в специализированное отделение для проведения ампутации на указанном уровне.

3. Обсуждение

ГКОК представляет собой агрессивное лизирующее первичное новообразование с неопределенным потенциалом злокачественности. При локализации в мелких костях ГКОК ведет себя более агрессивно и высокой частотой рецидивов, что связано с поражением важных анатомических структур и трудностью определения истинных границ опухоли в мягких тканях. Хирургические методы, разработанные для длинных трубчатых костей, не всегда коррелированы напрямую для применения при локализациях ГКОК в мелких костях.

Согласно данным литературы, наибольшую эффективность демонстрируют обширные резекции с костной пластикой и использованием

местных адъювантов, однако даже при таких подходах частота рецидивов остается значительно выше, чем при поражении длинных костей. Определение границ поражения мягких тканей при ГКОК часто представляет значительные трудности, что влияет на радикальность хирургического вмешательства.

Дополнительным затруднением является отсутствие клинических рекомендаций по лечению ГКОК мелких костей, а также недооценка агрессивности этой опухоли в клинической практике. Представленный случай иллюстрирует указанные трудности и подчеркивает необходимость поиска более эффективных лечебных стратегий.

4. Выводы

ГКОК мелких костей отличается более агрессивным течением по сравнению с локализацией в длинных костях, причем эти цифры примерно одинаковы при различных типах резекций и ампутаций. В представленном случае рецидив заболевания развился в течение первых двух лет после операции, что соответствует известным статистическим данным. Существенным

фактором риска рецидива является прорастание опухоли в мягкие ткани, что отмечалось у нашей пациентки.

Обширные резекции и ампутации при ГКОК мелких костей кисти необходимо дополнять введением местно различных утвержденных адъювантов. Дополнительно перспективным направлением может быть предоперационное

лечение препаратом с доказанной эффективностью при ГКОК деносуабом.

Важным является повышение информированности онкологов о специфике течения ГКОК мелких костей для своевременного назначения адекватной предоперационной терапии. В то время как за травматологами-

ортопедами организационно закреплено выполнение оперативных вмешательств.

Этические аспекты. У пациента было получено информированное согласие на использование его медицинской информации в данной рукописи.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Larsson, S. E., Lorentzon, R., & Boquist, L. (1975). Giant-cell tumor of bone. A demographic, clinical, and histopathological study of all cases recorded in the Swedish Cancer Registry for the years 1958 through 1968. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 57(2), 167–173.
2. Campanacci, M., Baldini, N., Boriani, S., & Sudanese, A. (1987). Giant-cell tumor of bone. *JBJS*, 69(1), 106-114.
3. Balke, M., Henrichs, M. P., Gosheger, G., Ahrens, H., Streitbueger, A., Koehler, M., & Harges, J. (2012). Giant cell tumors of the axial skeleton. *Sarcoma*, 2012(1), 410973. <https://doi.org/10.1155/2012/410973>
4. JM, M. (1989). Giant cell tumors. *Bone Tumors Clinical, Radiologic, and Pathologic Correlations*, 941-1020.
5. Averill, R. M., Smith, R. J., & Campbell, C. J. (1980). Giant-cell tumors of the bones of the hand. *The Journal of hand surgery*, 5(1), 39–50. [https://doi.org/10.1016/s0363-5023\(80\)80042-6](https://doi.org/10.1016/s0363-5023(80)80042-6)
6. Biscaglia, R., Bacchini, P., & Bertoni, F. (2000). Giant cell tumor of the bones of the hand and foot. *Cancer*, 88(9), 2022–2032. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(20000501\)88:9<2022::aid-cnrc6>3.0.co;2-y](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(20000501)88:9<2022::aid-cnrc6>3.0.co;2-y)
7. Balke, M., Schrempfer, L., Gebert, C., Ahrens, H., Streitbueger, A., Koehler, G., Harges, J., & Gosheger, G. (2008). Giant cell tumor of bone: treatment and outcome of 214 cases. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 134(9), 969–978. <https://doi.org/10.1007/s00432-008-0370-x>
8. Knochentumoren, A. (2008). Local recurrence of giant cell tumor of bone after intralesional treatment with and without adjuvant therapy. *JBJS*, 90(5), 1060-1067. <https://doi.org/10.2106/JBJS.D.02771>
9. Errani, C., Ruggieri, P., Asenzio, M. A., Toscano, A., Colangeli, S., Rimondi, E., Rossi, G., Longhi, A., & Mercuri, M. (2010). Giant cell tumor of the extremity: A review of 349 cases from a single institution. *Cancer treatment reviews*, 36(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2009.09.002>
10. Biscaglia, R., Bacchini, P., & Bertoni, F. (2000). Giant cell tumor of the bones of the hand and foot. *Cancer*, 88(9), 2022–2032. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(20000501\)88:9<2022::aid-cnrc6>3.0.co;2-y](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(20000501)88:9<2022::aid-cnrc6>3.0.co;2-y)
11. Minhas, M. S., Mehboob, G., & Ansari, I. (2010). Giant cell tumours in hand bones. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*, 20(7), 460–463.
12. Athanasian, E. A., Wold, L. E., & Amadio, P. C. (1997). Giant cell tumors of the bones of the hand. *The Journal of hand surgery*, 22(1), 91–98. [https://doi.org/10.1016/S0363-5023\(05\)80187-X](https://doi.org/10.1016/S0363-5023(05)80187-X)
13. Ge, J., Chen, G., Zhang, Z., Wan, Y., & Lu, X. (2010). Zhongguo xiu fu chong jian wai ke za zhi = Zhongguo xiufu chongjian waike zazhi = Chinese journal of reparative and reconstructive surgery, 24(8), 922–925.
14. Sanjay, B. K., Raj, G. A., & Younge, D. A. (1996). Giant cell tumours of the hand. *Journal of hand surgery (Edinburgh, Scotland)*, 21(5), 683–687. [https://doi.org/10.1016/s0266-7681\(96\)80161-6](https://doi.org/10.1016/s0266-7681(96)80161-6)

Егде жастағы науқаста сол қолдың 4 саусағының проксимальды фалангасының алып қайталанатын асқынған алып жасушалы ісігін бақылау. Клиникалық жағдай

[Березуцкий С.Н.](#)

Травматология және ортопедия кафедрасының меңгерушісі, Қыыр Шығыс Мемлекеттік медицина университеті,
Хабаровск, Ресей Федерациясы

Түйіндеме

Алып жасушалы сүйек ісігі (АЖСІ) – қатерлі ісік потенциалы белгісіз ісіктер тобына жататын жергілікті агрессивті, лизир, бастапқы сүйек өсіндісі. Қол мен аяқтың ұсақ сүйектерінің АЖСІ аз зерттелген және қайталану болжамы нашар. Рецидивтердің көпшілігі операциядан кейін екі жыл ішінде пайда болады.

Баяндаудың мақсаты егде жастағы науқаста сол жақ қолдың IV саусағының проксимальды фалангасының алып қайталанатын асқынған АЖСІ клиникалық жағдайын баяндап, хирургтардың назарын осы мәселенің маңыздылығына аудару болды.

Мақалада авторлар, егде жастағы науқасқа қабылданған әдістерге сәйкес – абластика принциптерін ескере отырып, IV саусақтың ампутациясы, проксимальды фалангасының алып қайталанатын асқынған алып жасушалық ісігінің клиникалық бақылауын ұсынады. Бір жылдан кейін науқаста бүкіл сол жақ білегінің зақымдануымен қайталану пайда болды. Ұсақ сүйектердегі локализация кезінде АЖСІ агрессивті сипатталады және рецидивке бейімділігі жоғары. Бұл жағдайда қол мен аяқтың маңызды анатомиялық құрылымдары зақымданады. Ұзын түтіккі сүйектерге арналған хирургиялық әдістер ұсақ сүйектердегі АЖСІ-нің ұсақ сүйектердегі орналасуында әрдайым тиімді қолдануға келе бермейді. Сонымен қатар, ісіктің жұмсақ тіндерге таралу шекарасын дәл анықтау қиын, бұл өз кезегінде резекция көлемін айқындауды күрделендіреді. Онкологтар да аурудың салыстырмалы түрде қатерсіз сипатына байланысты оның ерекшеліктеріне әрдайым тиісті назар аудармайды. Сондай-ақ, АЖСІ-нің локализациясы бойынша нақты клиникалық ұсыныстар жоқ.

Берілген патологияны хирургиялық емдеуде радикалды тәсілдердің қолданылуының қажеттілігі, сондай-ақ рецидивтің жоғары жиілігі мен ағымының болжап болмайтындығын ескере отырып, онкологтардың заманауи емдеу әдістері жөніндегі хабардарлығын арттыру қажеттігі атап өтіледі.

Түйін сөздер: алып жасушалы сүйек ісігі, деносумаб, сүйек ісігі, жергілікті рецидив, қатерлі трансформация, сүйек резекциясы, қол ампутациясының түрлері.

Complicated recurrent giant cell tumor of the proximal phalanx of the fourth finger of the left hand in an elderly patient. Clinical case

[Sergey Berezutsky](#)

Head of the Department of Traumatology and Orthopedics, Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russian Federation

Abstract

Giant cell tumor of bone (GCTB) is a locally aggressive, lytic, primary bone neoplasm classified as a tumor with uncertain malignant potential. GCTB of the small bones of the hand and foot remains poorly studied and unpredictable in terms of recurrence. Most recurrences occur within two years after surgery.

The aim of this study is to present a clinical case of a giant, recurrent, complicated giant cell tumor of the proximal phalanx of the fourth finger of the left hand in an elderly female patient, thereby drawing surgeons' attention to the importance of this problem.

The patient underwent amputation of the fourth ray in accordance with the principles of ablastics. One year later, she developed a recurrence involving the entire left forearm. In small bone localizations, GCTB tends to behave more aggressively and relapse more frequently, affecting critical anatomical structures of the hand and foot. Surgical techniques developed for long tubular bones are not always applicable in cases of GCTB in small bones. Additional difficulties are associated with defining the true boundaries of tumor spread within soft tissues and, consequently, determining the extent of their resection. The lack of clear clinical guidelines and underestimation of the aggressiveness of GCTB in small bones by oncologists further complicates treatment strategy selection.

The presented case highlights the necessity of more radical surgical approaches for this pathology, as well as the need to raise awareness among oncologists regarding modern treatment strategies, taking into account the high frequency and unpredictable nature of recurrences.

Keywords: giant cell tumor of bone, denosumab, bone tumor, local recurrence, malignant transformation, bone resection, types of hand amputations.