

DOI: 10.33454/1728-1261-2022-4-19-24  
УДК 616.714-006.03

## Гигантоклеточная опухоль основания черепа: редкое клиническое наблюдение

В. П. Янчук<sup>1</sup>, А. А. Авилова<sup>1</sup>, Е. А. Янчук<sup>1</sup>, Д. С. Долока<sup>2</sup>, А. Г. Поляков<sup>3</sup>

<sup>1</sup> КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

<sup>2</sup> ООО «ДВЦ МаксКлиник», Хабаровск, Россия

<sup>3</sup> КГБУЗ «Краевая клиническая больница» имени профессора О. В. Владимирцева, Хабаровск, Россия

## Giant cell tumors of the base of the skull: a rare clinical case

V. P. Yanchuk<sup>1</sup>, A. A. Avilova<sup>1</sup>, E. A. Yanchuk<sup>1</sup>, D. S. Doloka<sup>2</sup>, A. G. Polyakov<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Postgraduate Institute for Public Health Workers of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia

<sup>2</sup> DVC MaxClinic LLC, Khabarovsk, Russia

<sup>3</sup> O. V. Vladimirtsev Regional Clinical Hospital, Khabarovsk, Russia

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

В. П. Янчук – ORCID:0000-0001-5173-8599  
А. А. Авилова – ORCID:0000-0001-9634-9386  
Е. А. Янчук – ORCID:0000-0002-4653-2876  
Д. С. Долока – ORCID:0000-0003-2658-473X  
А. Г. Поляков – ORCID:0000-0002-8006-7314

### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

V. P. Yanchuk – ORCID:0000-0001-5173-8599  
A. A. Avilova – ORCID:0000-0001-9634-9386  
E. A. Yanchuk – ORCID:0000-0002-4653-2876  
D. S. Doloka – ORCID:0000-0003-2658-473X  
A. G. Polyakov – ORCID:0000-0002-8006-7314

### Резюме

Гигантоклеточная опухоль (остеобластокластома) – доброкачественный опухолевый процесс, склонный к малигнизации и способный повреждать самые различные отделы костного скелета. В статье приведено клиническое наблюдение с редкой локализацией остеобластокластомы в области основания черепа. Было применено высокотехнологичное вмешательство – эндоскопическое трансназальное микрохирургическое удаление опухоли верхних отделов ската с пластикой дефекта основания черепа аутоотрансплантатом.

**Ключевые слова:** остеобластокластома, гигантоклеточная опухоль, опухоли черепа

### Abstract

Giant cell tumor (osteoblastoclastoma) is a benign tumor process that is prone to malignancy and can damage various parts of the bone skeleton. The article presents a clinical observation with a rare localization of osteoblastoclastoma in the region of the base of the skull. A high-tech intervention was applied - endoscopic transnasal microsurgical removal of the tumor of the upper clivus with plastic surgery of the skull base defect with an autograft.

**Keywords:** osteoblastoclastoma, giant cell tumor, skull tumors

Впервые гигантоклеточную опухоль подробно описал французский хирург Август Нелатон. Во второй половине XIX века гигантоклеточное образование было включено в категорию фиброзных остеодистрофий. Патологию называли разными терминами: бурой опухолью, гигантомой, остеокластомой, местной фиброзной остеодистрофией, гигантоклеточной саркомой. Название «остеобластокластома» ввел в меди-

цинскую терминологию профессор А. В. Рукавов (1959). На сегодняшний день у специалистов не осталось сомнений в опухолевом происхождении остеобластокластомы, которая считается одним из наиболее распространенных костных новообразований. Созданная Т. П. Виногодовой (1973) классификация опухолей, пересмотренная ВОЗ в 1993 году, основанная на гистогенетических и гистологических при-

знаках, облегчает дифференциальную диагностику новообразований [1, 2, 3].

У мужчин и у женщин заболевание возникает примерно с одинаковой частотой. Имеются описания семейной и наследственной патологии. Поражение чаще всего распространяется на длинные трубчатые кости (почти 75 % случаев) [4]. Остеобластокластома черепа наблюдается достаточно редко, поражение лицевых костей составляет более 20 % среди всех встречающихся опухолей с данной локализацией и развивается обычно в возрасте 10–15 лет, так же редко наблюдается и в молодом возрасте. По статистике почти 60 % пациентов с подобным новообразованием – это лица в возрасте 20–30 лет, т.е. пик заболеваемости приходится на третье десятилетие жизни [5]. Это доброкачественная мягкотканная опухоль, поражающая преимущественно тело нижней челюсти у лиц женского пола. Выделяют ячеистую, кистозную и литическую формы остеобластокластомы, отличающиеся темпами роста и характером разрушения кости.

В литературе мы не нашли публикаций выявленных случаев остеобластокластом в области основания черепа, а именно области ската турецкого седла [6]. В контексте вышесказанного приводим наше клиническое наблюдение.

Пациентка Н., в возрасте 21 года.

Жалобы на периодическую головную боль в области левого глаза.

Анамнез жизни: операции отрицает. Препараты не принимает.

Физикальное исследование: общее состояние удовлетворительное. Общий осмотр: кожа и слизистые оболочки – физиологической окраски. Нормостеник. Лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 18 в 1 минуту. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧСС 70. АД 120/70 мм рт. ст. Температура тела 36,6° С. Тоны сердца приглушены. Язык и слизистые оболочки полости рта розовые, влажные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Со стороны мочеполовой системы нарушений нет. Стул регулярный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Рост 168 см, вес 58 кг. Психическое состояние: больная контактна.

Неврологический статус: ориентирована в месте, времени, личной ситуации. Критика сохранена. Менингеальных знаков нет. Запахи различает, движения глаз без ограничений, чувствительность на лице не нарушена. Жевание не нарушено, мимика не нарушена, нарушения глотания нет. Фонация не нарушена, плечи поднимает, язык на средней линии. Чувствительность на теле и в конечностях

без нарушений. Сила в конечностях 5 баллов. Движения в конечностях в полном объеме. Координаторные пробы без нарушений. В позе Ромберга стоит уверенно. Сухожильные рефлексы в норме. Тазовые функции контролирует. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет. Речь, письмо, чтение, счет не нарушены.

Из анамнеза болезни: болеет больше года.

Ввиду указанных жалоб больной выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга 26.12.2021 г., при проведении которой была выявлена опухоль верхних отделов ската (рис. 1).

Из протокола проведения МРТ: в структуре верхних отделов ската, больше справа, визуализируется дополнительное образование, с четкими контурами, однородной структуры, нерезко пролабирует в полость турецкого седла, умеренно смещая гипофиз. Размер образования 16x10x16 мм. После введения парамагнетика отмечается умеренное (менее интенсивное, чем в аденогипофизе) однородное накопление контрастного вещества (рис. 1 а, б, в, г).

Заключение: МРТ-картина объемного образования, опухоли ската, пролабирующей в полость турецкого седла. Дифференцировать: первичное образование ската и инвазивную макроаденому с ретроселлярным ростом. Рекомендовано: консультация нейрохирурга, эндокринолога.

При проведении компьютерной томографии (КТ) с контрастированием от 13.01.2022 г. (рис. 2 а, б, в, г), при выполнении 3D-реконструкции (рис. 3 а, б) в спинке турецкого седла справа с распространением по скату определяется литическое овоидной формы образование с фестончатыми несклерозированными краями, неоднородной структуры за счет мелких костных секвестров, размерами до 16x10x16 мм (рис. 2, 3). При прицельном исследовании параметров кровотока в образовании основной кости в режиме СКТ-перфузии отмечается однородное повышение гемодинамических показателей: СВФ – 38,65; СВВ – 6,8; МТТ – 10,95; PS – 3,0. Показатели в неизмененном белом веществе: СВФ – 6,0; СВВ – 0,6; МТТ – 7,3; PS – 0,4.

Заключение: с учетом данных МРТ и СКТ-перфузии выявлено образование; опухоль селлярной области дифференцировать между инвазивной макроаденомой гипофиза и плазмочитомой основания черепа.

Таким образом, на основании МРТ-исследования головного мозга и КТ с контрастированием, а также клинических данных был выставлен основной диагноз: D48.0 Опухоль ската, которая явилась основанием для обращения в клинику и проведения операции [6, 7].

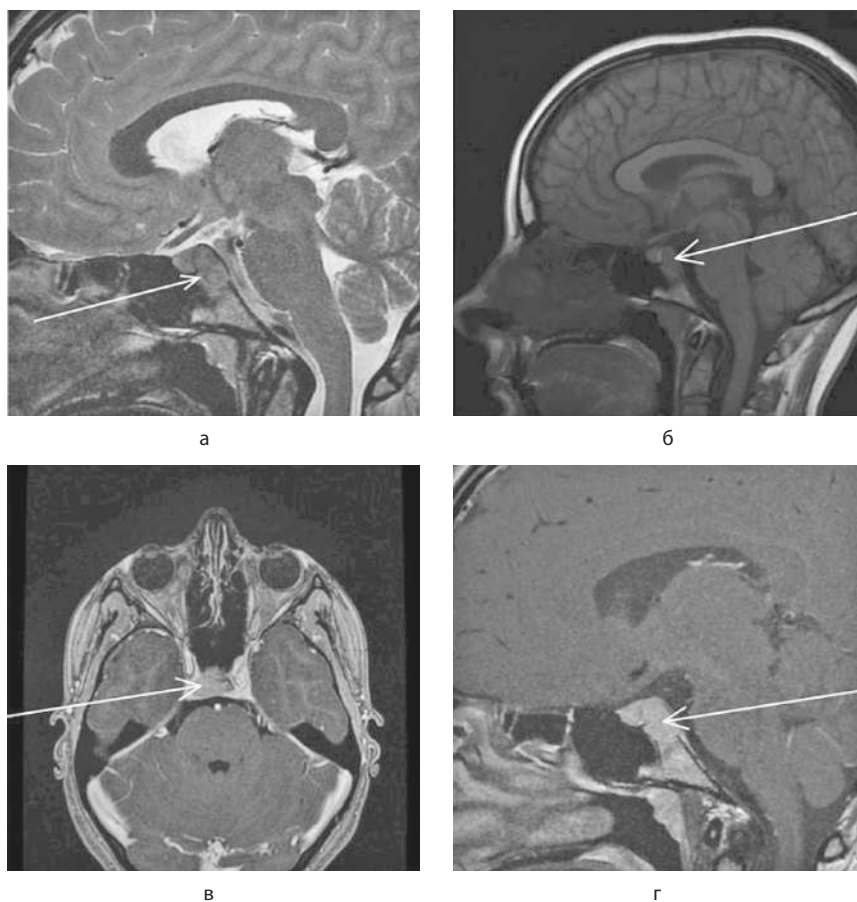


Рис. 1. МРТ головного мозга

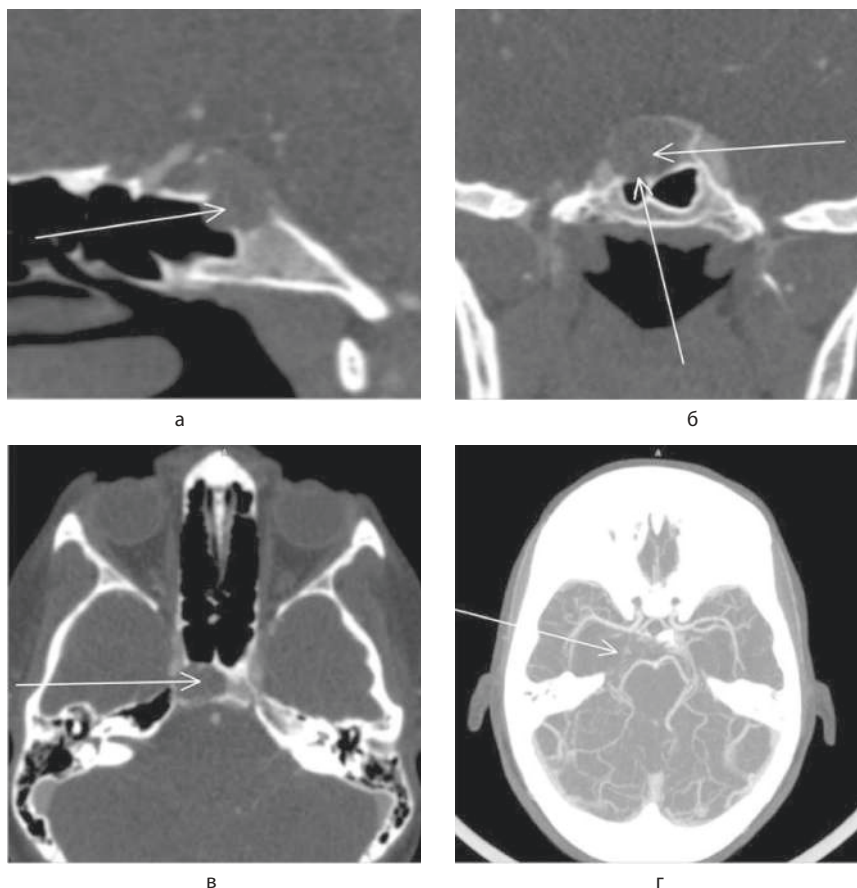


Рис. 2. КТ головного мозга





тический статус – пациентка самостоятельно ходит по отделению. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 70 ударов в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Физиологические отправления нормальные. Учитывая компенсированное состояние, а также нормальные лабораторные показатели, принято решение о выписке пациентки. В удовлетворительном состоянии была выписана под наблюдение эндокринолога, невролога, отоларинголога по месту жительства.

При проведении прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала от 15.03.2022 г., регистрационный номер 22.864/1, установлено следующее:

*Макроскопическое описание:* множество плотных фрагментов до костной плотности, серо-бурого цвета, общим объемом 3х2,5х0,5 см.

*Микроскопическое описание 11.001, 11.002, 11.008.* В присланном биоптате определяется двухкомпонентная опухоль, разрушающая костную ткань. Опухоль представлена многочисленными гигантскими многоядерными клетками, окруженными вытянутыми клетками с одним ядром. Стоит отметить, что ядра мононуклеаров и гигантских клеток идентичные, округлые, светлые, с глыбчатым хроматином. Митотическая активность умеренно повы-

шена до 2 фигур митозов на 10 полей зрения при увеличении в 400 раз. Отмечаются следы кровоизлияний. Иммуногистохимическое исследование на приборе иммуностейнере Ventana BenchMark Ultra: определяется положительная ядерная экспрессия H3F3A G34W и отрицательная экспрессия H3F3B K36M.

Морфологическое заключение: 9250/1 Гигантоклеточная опухоль кости, БДУ; МКБ-10: опухоль ската (D48/0); МКБ-0: C41.0 V-9250/1 (Гигантоклеточная опухоль кости, БДУ).

При проведении гистологического исследования (операция от 02.03.2022 г. в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ): гигантоклеточная опухоль кости, умеренная митотическая активность – 2 митоза в 10 полях зрения.

Дополнительно проконсультирована в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ (ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ), где был подтвержден диагноз: гигантоклеточная опухоль кости основания черепа (ската) по данным МРТ головного мозга с контрастным усилением от 26.12.2021 г. (размеры опухоли – 16х10х16 мм). Состояние после эндоскопического трансназального

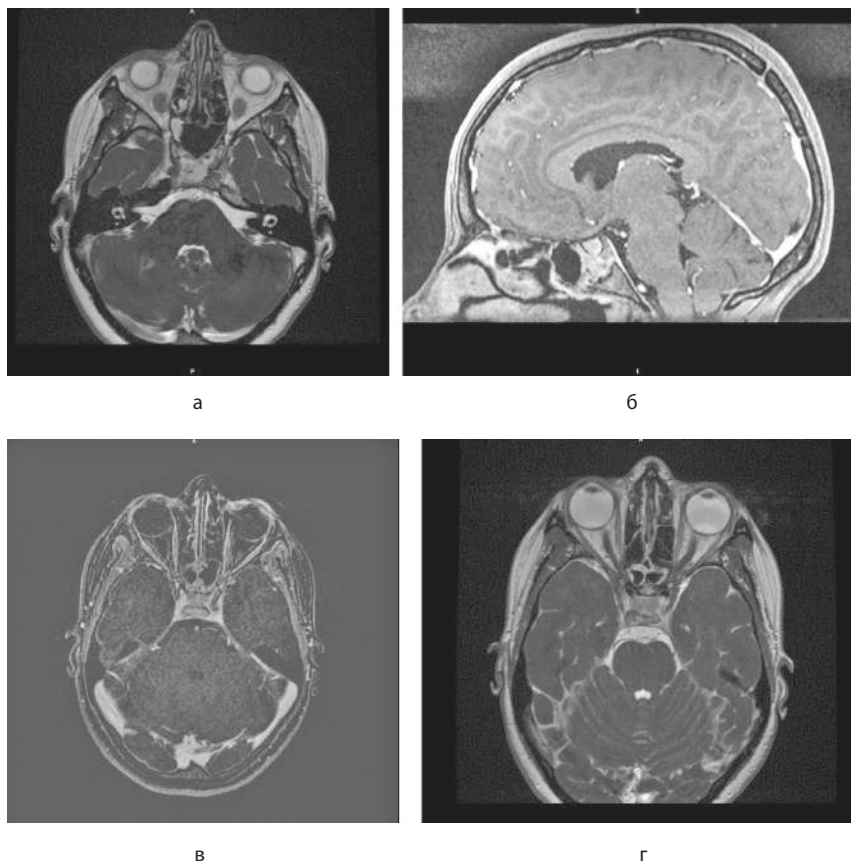


Рис. 5. МРТ головного мозга. Послеоперационные изменения клиновидной кости

удаления опухоли верхних отделов ската с пластикой аутооттрансплантатом (02.03.2022 г. в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ).

Пациентка вернулась в Хабаровск спустя почти 2,5 месяца. С целью динамического наблюдения 22.05.2022 г. была выполнена МРТ.

Из протокола МРТ: состояние после удаления опухоли верхнего отдела ската с пластикой аутооттрансплантатом. Определяются послеоперационные изменения клиновидной кости. Отмечается нарушение пневматизации основной пазухи носа и ячеек решетчатой кости за счет невыраженного утолщения слизистой оболочки. Дополнительные образования и «фокусы» патологического накопления контрастного вещества не определяются. Форма турецкого седла сохранена. Данных за рецидив не получено (рис. 5 а, б, в, г).

Рекомендовано: консультация лечащего врача и МРТ в динамике.

Повторное МРТ-исследование было выполне-

но 18.09.2022 г., где также данных за рецидив опухоли не обнаружено, отмечена стабильная МРТ-картина после удаления опухоли верхнего отдела ската с пластикой аутооттрансплантатом.

### Выводы

1. Остеобластокластома основания черепа является редким опухолевым заболеванием из-за ее локализации. Характер выявленного патологического процесса при такой локализации можно установить только в момент удаления опухоли с последующим гистологическим исследованием.

2. Применение современных эндоскопических высокотехнологичных методов лечения остеобластокластомы при такой локализации позволило достичь положительного результата.

3. Эффективность радикального лечения была подтверждена на КТ во время выполнения хирургического вмешательства и динамического использования МРТ в послеоперационном периоде.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Эпидемиология, диагностика, клиническая симптоматика и классификация первичных злокачественных опухолей, поражающих основание черепа / Д. С. Спиринов и др. // Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. 2016. Т. 80, № 3. С. 106–113.
2. Келдибеков Р. И., Омурбеков Т. О. Анализ встречаемости и лечения остеобластокластомы у детей // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования: сб. ст. по материалам IV междунар. науч.-практ. конф. Бишкек, 2017. С. 21–24.
3. Мудунов А. М. Опухоли основания черепа. Клиника, диагностика, лечение: дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук / ГУ «Российский онкологический научный центр РАМН». М., 2010. 215 с.
4. Редкие доброкачественные опухоли латерального основания черепа с поражением височной кости: клинический опыт хирургического лечения 15 пациентов / Н. А. Дайхес и др. // Оториноларингология. Восточная Европа. 2021. Т. 11, № 4. С. 370–404.
5. Омурбеков Т. О., Сатылганов А. В. Оценка эффективности лечения остеобластокластомы у детей // Вестн. Кыргыз. гос. мед. акад. им. И. К. Ахунбаева. 2020. № 5–6. С. 76–80.
6. Рентгенодиагностика у больных с опухолями и опухолеподобными образованиями челюстно-лицевой области / М. Ш. Мирзоев и др. // Здоровоохранение Таджикистана. 2019. № 2. С. 51–57.
7. СКТ и МРТ-рентгенанатомическое обоснование арбалетного лобно-птерионально-височного доступа к опухолям основания средней черепной ямки, крыла основной кости / И. В. Баязин-Парфенов и др. // Рос. нейрохирург. журн. им. проф. А. Л. Поленова. 2017. Т. 9, № 3. С. 14–19.
8. Терсков А. Ю., Иванов В. В., Николаенко А. Н. Наша тактика в диагностике и лечении больных с гигантоклеточными опухолями костей // Геней ортопедии. 2013. № 2. С. 67–71.

### REFERENCES

1. Spirin DS et al. Epidemiology, diagnosis, clinical symptoms and classification of primary malignant tumors affecting the base of the skull. *Voprosy neurokhirurgii imeni N. N. Burdenko*. 2016;80(3):106–113. (In Russ.).
2. Keldibekov RI, Omurbekov TO. Analysis of the occurrence and treatment of osteoblastoclastoma in children. *Modern medicine: new approaches and current research: materials of the IV International scientific and practical conference Bishkek*, 2017, P. 21–24. (In Russ.).
3. Mudunov AM. Tumors of the base of the skull. *Clinic, diagnosis, treatment: dissertation of the doctor of medical sciences. Russian Cancer Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences. Moscow*, 2010. (In Russ.).
4. Daihes NA et al. Rare benign tumors of the lateral base of the skull with lesions of the temporal bone: clinical experience of surgical treatment of 15 patients. // *Otorinolaryngologiya. Vostochnaya Yevropa*. 2021;11(4):370–404. (In Russ.).
5. Omurbekov TO, Satylganov AV, Evaluation of the effectiveness of the treatment of osteoblastoclastoma in children. *Vestnik Kyrgyzskoi gosudarstvennoi meditsinskoi akademii imeni I. K. Akhunbaeva*. 2020;5–6:76–80. (In Russ.).
6. Mirzoev MSh et al. X-ray diagnostics in patients with tumors and tumor-like formations of the maxillofacial region. *Zdravookhraneniye Tadjikistana. Health of Tajikistan*. 2019;(2):51–57. (In Russ.).
7. Balyazin-Parfenov IV et al. SCT and MRI-X-ray anatomical substantiation of crossbow fronto-pterional-temporal access to tumors of the base of the middle cranial fossa, wing of the sphenoid bone. *Rossiiski neurokhirurgicheskii zhurnal imeni professora L. A. Polenova*. 2017;9(3)14–19. (In Russ.).
8. Terskov AYU, Ivanov VV, Nikolayenko AN. Our tactics in the diagnosis and treatment of patients with giant cell tumors of bones. 2013;(2):67–71 (In Russ.).