

Дифференциальная диагностика подагры и гигантоклеточной теносиновиальной опухоли: описание клинического случая

Пятницкая П.И., Оттева Э.Н., Полухина Е.В.

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»

Минздрава Хабаровского края, Хабаровск
Россия, 680009, Хабаровск ул. Краснодарская, 9

Подагра — наиболее распространенное воспалительное заболевание суставов, относящееся к микрокристаллическим артритам. При неправильном или недостаточном лечении подагра может привести к инвалидизации пациента.

Представлено описание пациентки с ошибочным диагнозом тофусной формы подагры, у которой проводилась дифференциальная диагностика с новообразованием. В результате дополнительного обследования выявлена гигантоклеточная теносиновиальная опухоль II пальца правой кисти.

Ключевые слова: мочевая кислота; гиперурикемия; тофус; артрит; синовиальная гигантоклеточная опухоль.

Контакты: Полина Игоревна Пятницкая; strizhik-38@mail.ru

Для ссылки: Пятницкая ПИ, Оттева ЭН, Полухина ЕВ. Дифференциальная диагностика подагры и гигантоклеточной теносиновиальной опухоли: описание клинического случая. Современная ревматология. 2025;19(1):105–109. DOI: 10.14412/1996-7012-2025-1-105-109

Differential diagnosis of gout and tenosynovial giant cell tumor, a case report

Pyatnitskaya P.I., Otteva E.N., Polukhina E.V.

*Postgraduate Institute for Public Health Workers, Khabarovsk
9, Krasnodarskaya Street, Khabarovsk 680009, Russia*

Gout is the most common inflammatory joint disease, related to microcrystalline arthritis. With improper or inadequate treatment, gout can lead to disability.

A patient with a misdiagnosis of tophaceous gout is described in whom a differential diagnosis with a neoplasm was performed. As a result of the additional examination, a giant cell tenosynovial tumor of the second finger of the right hand was discovered.

Keywords: uric acid; hyperuricemia; tophus; arthritis; synovial giant cell tumor.

Contact: Polina Igorevna Pyatnitskaya; strizhik-38@mail.ru

For reference: Pyatnitskaya PI, Otteva EN, Polukhina EV. Differential diagnosis of gout and tenosynovial giant cell tumor, a case report. *Sovremennaya Revmatologiya*=Modern Rheumatology Journal. 2025;19(1):105–109. DOI: 10.14412/1996-7012-2025-1-105-109

Подагра — системное тофусное заболевание, для которого характерно отложение кристаллов моноурата натрия (МУН) в различных тканях и развитие в связи с этим воспаления у лиц с гиперурикемией (ГУ), обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами [1]. Наиболее часто тофусы локализуются в области мелких суставов кистей и стоп, локтевого отростка, ушной раковины, но отечественными авторами описан и редкий случай тофусного поражения грудного отдела позвоночника [2]. Основной причиной развития подагры является стойкая хроническая ГУ с отложением кристаллов МУН в различных органах и тканях. В 70–90% наблюдений заболевание дебютирует с поражения I плюснефалангового сустава [3, 4], все чаще встречается атипичная локализация артрита — голеностопные, коленные суставы, суставы свода стопы и кистей (в основном у женщин), что может быть характерно для поздней стадии заболевания [5].

Интерес к изучению микрокристаллических артритов неуклонно растет, что связано с их высокой распространенностью. Считается, что подагрой страдает 1–3% населения,

большинство больных составляют мужчины старше 45 лет [3]. Значительная распространенность данной патологии в последние десятилетия во многом связана с быстрым экономическим развитием, высоким социально-экономическим статусом, а также с изменением образа жизни, что проявляется гиподинамией, повышением частоты избыточной массы тела и ожирения, нарушением пищевого поведения с увеличением в рационе продуктов, богатых пуринами [6, 7].

Основной принцип лечения подагры — назначение урат-снижающей терапии, обеспечивающей достижение и постоянное поддержание целевого уровня мочевой кислоты (МК) в крови (<360 мкмоль/л у всех пациентов и <300 мкмоль/л при наличии тофусов и хронического артрита), предупреждение приступов острого подагрического артрита, рассасывание имеющихся тофусов и предотвращение образования новых [8, 9].

При диагностике данного заболевания часто встречаются врачебные ошибки. Одни специалисты воспринимают подагру как эпизоды острого воспаления суставов, другие подразу-



Рис. 1. Образование в области ДМФС II пальца правой кисти

Fig. 1. A lesion in the distal interphalangeal joint (DIPJ) of the second finger of the right hand

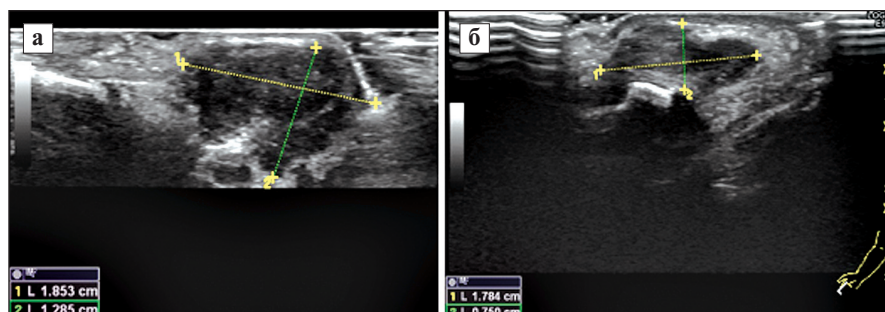


Рис. 2. Эхограммы образования II пальца кисти. Режим серой шкалы: а — тыльная поверхность зоны II ДМФС; б — ладонная поверхность зоны II ДМФС

Fig. 2. Sonograms of the lesion in the second finger of the hand. Gray scale mode: a — dorsal surface of zone in the second DIPJ; b — palmar surface of zone in the second DIPJ

мевают под диагнозом подагры наличие изолированной ГУ без приступов острого артрита в анамнезе или обнаружения депонирования кристаллов МУН, что приводит к гипердиагностике данного заболевания [10]. В то же время при правильной диагностике подагры лишь небольшое число пациентов привержены назначенной терапии. В большинстве случаев ревматологи сталкиваются с отказом от дальнейшего титрования дозы, возникновением неблагоприятных реакций (НР) на фоне приема препаратов, обострением подагрического артрита в начальный период уратснижающей терапии. Так, во Франции целевой уровень МК был достигнут лишь у 25% пациентов с подагрой [11], а в США — у 1/3 [12]. Все это ведет к формированию запущенной стадии подагры с множественными тофусами, приводящими к инвалидизации.

Нередко в клинической практике при диагностике подагры возникают трудности, связанные с подтверждением наличия МУН в тканях, особенно при атипичной локализации острого подагрического артрита. «Золотым стандартом» диагностики заболевания является выявление кристаллов МУН в синовиальной жидкости или тофусах с помощью поляризационной микроскопии [13]. Однако этот способ не всегда доступен в медицинских учреждениях. Имеются также другие современные методы визуализации депозитов МУН в опорно-двигательном аппарате — УЗИ, двухэнергетическая компьютерная томография [14]. Данные методы диагностики являются доступными, атравматичными и позволяют идентифицировать осаждение кристаллов МУН [15, 16].

Представляем описание пациентки, обратившейся на первичный амбулаторный прием к ревматологу с подозрением на тофус в области сустава кисти.

Пациентка К., 72 лет, весной 2023 г. обратилась в КГБУЗ «Клинико-диагностический центр» Хабаровска на прием к ревматологу в связи с наличием безболезненного белесоватого узла в области дистального межфалангового сустава (ДМФС) II пальца правой кисти.

Из анамнеза известно, что около года назад (в 2022 г.) пациентка отметила появление небольшого безболезненного не изменявшего цвет кожного покрова образования в области уку-

занного сустава. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно ничем не лечилась. В течение года образование увеличилось, и пациентка обратилась на прием к участковому терапевту. При дополнительном обследовании общий анализ крови без особенностей, СОЭ — 2,0 мм/ч (норма — до 15 мм/ч), в биохимическом анализе крови выявлено повышение уровня МК до 464 мкмоль/л (при норме до 360 мкмоль/л), остальные показатели в пределах нормы, в том числе СРБ и ревматоидный фактор. При рентгенографии кистей обнаружены признаки остеоартрита суставов кистей 2-й стадии. С учетом наличия образования, похожего на тофус, и ГУ терапевтом установлен диагноз хронической подагры, тофусной формы, пациентка направлена на консультацию к ревматологу.

Из анамнеза жизни: клинические признаки артрита (в том числе с поражением I плюснефаланговых суставов стоп), а также наследственный анамнез подагры пациентка отрицала, ГУ, с ее слов, обнаружена впервые. Из хронических заболеваний: ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия, дважды инфаркт миокарда (в 2005 и 2006 гг.). Постоянно получает лизиноприл, метопролола сулцинат, индапамид, амлодипин, розувастатин и кардиомагнил.

При осмотре: нормостеническое телосложение, индекс массы тела — 25,22 кг/м². В области ДМФС II пальца правой кисти — образование до 1,5–2 см в диаметре, твердое на ощупь, слегка белесоватое, безболезненное, с выпуклостями, цвет кожных покровов над ним не изменен (рис. 1), сгибание дистальной фаланги пальца ограничено, безболезненно. При осмотре других суставов подобных образований не обнаружено. Учитывая наличие ГУ, заподозрен тофус в проекции ДМФС II пальца правой кисти, выполнено УЗИ данного образования и почек с целью исключения нефролитиаза.

При УЗИ в проекции ДМФС II пальца справа выявлено мягкотканное образование, состоящее из нескольких узлов, общим размером 2,5×1,5×2,0 см, пониженной эхогенности, с четкими неровными контурами, однородной структуры, с единичными сигналами кровотока (рис. 2, 3). Целостность сухожилий разгибателя и сгибателей пальца сохранена. Заключение: структура образования нехарактерна для тофуса. Больше данных в пользу синовиальной гигантоклеточной опухоли.

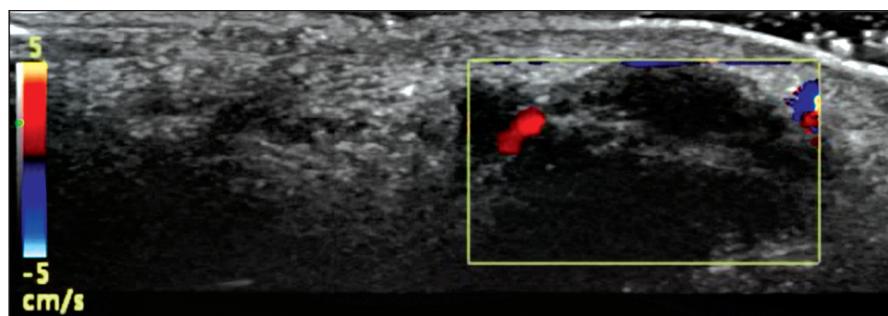


Рис. 3. Эхограмма образования II пальца кисти. Режим цветового доплеровского картирования. Единичные сигналы кровотока в образовании
Fig. 3. Sonogram of the lesion of the second finger of the hand. Color Doppler mapping mode. Single blood flow signals in the lesion

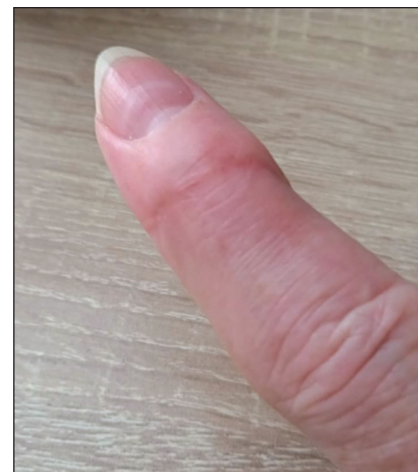


Рис. 4. ДМФС II пальца правой кисти после удаления синовиальной гигантоклеточной опухоли
Fig. 4. DIPJ of the second finger of the right hand after removal of a synovial giant cell tumor

При УЗИ почек и почечных артерий выявлены диффузные изменения паренхимы почек, кортикальная эхогенность почек I-й степени (умеренно повышена), признаков нефрокальциноза и дополнительных образований, подозрительных на конкременты, не обнаружено.

Учитывая полученные данные, установлен диагноз: дополнительное образование мягких тканей II пальца кисти (синовиальная гигантоклеточная опухоль?), остеоартрит суставов кистей II стадии, бессимптомная ГУ. Даны рекомендации по немедикаментозной коррекции повышенного уровня МК, пациентка направлена на консультацию к онкологу и кистевому хирургу.

В ноябре 2023 г. проведено хирургическое лечение — удаление дополнительного образования II второго пальца правой кисти. При гистологическом исследовании выявлена синовиальная гигантоклеточная опухоль. После операции функция и конфигурация сустава восстановлены (рис. 4).

Обсуждение. Теносиновиальная гигантоклеточная опухоль — частое доброкачественное образование мягких тканей кисти, которое не дает метастазирования [17]. Впервые данная патология была описана как «рак сухожильного влагалища» французским хирургом Эдуардом Шассеньяком в 1852 г. В настоящее время у этого образования есть несколько названий: «нодулярный теносиновит», «гигантоклеточная опухоль сухожильного влагалища», «пигментированный ворсинчато-узловатый синовит». Согласно классификации опухолей мягких тканей и костей ВОЗ, гигантоклеточная опухоль сухожильного влагалища относится к типу теносиновиальных гигантоклеточных опухолей (код D21.1 в МКБ-10). У женщин заболевание встречается чаще, чем у мужчин, возраст больных колеблется от 30 до 50 лет [18–20].

Для данного вида опухоли характерен медленный рост, расположение вблизи сухожилий или суставов, преимущественно под кожей. Внешне опухоль может состоять из одного или нескольких безболезненных узлов белого или сероватого цвета размером не более 0,5–5 см. Гистологическая картина нодулярного теносиновита представлена несколькими типами клеток: гистиоцитоподобными, фибробластоподоб-

ными, веретенообразными, гигантскими клетками и ксантомными клетками с редкими митозами [21]. Локализация и внешний вид опухоли, особенно в сочетании с ГУ, могут подтолкнуть врача к ошибочному диагнозу подагры.

В представленном клиническом случае правомерно проводилась дифференциальная диагностика с тофусом сустава кисти, так как в развитии подагры редко, но встречается стадия бессимптомной ГУ с депозитам кристаллов МУН [22].

Рентгенография при данном виде опухоли малоинформативна [23]. Методами выбора для дифференциальной диагностики и уточнения диагноза опухоли являются магнитно-резонансная томография и тонкоигольная биопсия с цитологическим исследованием материала [24, 25]. Расположение опухоли вблизи кожи позволяет провести диагностику с помощью УЗИ, визуализировав узлы и их расположение относительно сухожильных влагалищ и суставов. При УЗИ теносиновиальная гигантоклеточная опухоль выглядит как гипозоногенное новообразование, имеющее гомогенную структуру и контактирующее с сухожильным влагалищем или суставной капсулой [26].

УЗИ является наиболее доступным и информативным методом визуализации в диагностике подагры [27]. Так, отечественные клинические рекомендации указывают на необходимость проведения УЗИ всем пациентам с подозрением на подагру при невозможности исследования синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии [22]. Характерный признак отложения кристаллов МУН при подагре по данным УЗИ — двойной контур, появление которого связано с отложением на поверхности гиалинового хряща кристаллов, формирующих гиперэхогенную полосу, параллельную костному контуру [16]. Тофус при УЗИ имеет вид негетерогенного образования повышенной эхогенности, иногда с эффектом акустической тени, по периферии которого определяется анэхогенная зона в виде ободка [28].

При первичном приеме без дополнительных обследований врачу необходимо дифференцировать теносиновиальную гигантоклеточную опухоль не только с тофусом, но и с другими

образованиями мягких тканей, например с гемангиомой, эндохондромой, невриномой, мукоидной кистой, пиогенной гранулемой, ограниченным фиброматозом, ганглием, липомой, а также с гигантоклеточной опухолью кости.

У нашей пациентки, учитывая отсутствие характерных признаков тофуса по данным УЗИ, наличие нескольких узлов, пониженной эхогенности с единичными сигналами кровотока внутри образования, отсутствие в анамнезе предшествующих эпизодов подагрического артрита, отсутствие других образований, похожих на тофусы, иные методы для дифференциальной диагностики не использовались.

Единственным оптимальным методом лечения данной опухоли является удаление участка сухожильного влагалища,

суставной капсулы, надкостницы, связочного аппарата и сухожилия [29]. Однако существует высокий риск (до 47%) рецидива опухоли после операции [30].

Теносиновальная гигантоклеточная опухоль сухожильного влагалища является распространенным новообразованием мягких тканей кисти, вид ее может ввести врача в заблуждение и не позволить сразу определить характер патологии.

Заключение. Приведенный клинический пример демонстрирует необходимость использования, помимо клинического и лабораторного исследования, дополнительных методов, среди которых наиболее доступным и информативным является УЗИ.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Насонова ВА, Барскова ВГ. Ранние диагностика и лечение подагры — научно обоснованное требование улучшения трудового и жизненного прогноза больных. Научно-практическая ревматология. 2004;(1):5-7. [Nasonova VA, Barskova VG. Early diagnostics and treatment of gout — a scientifically substantiated requirement for improving the work and life prognosis of patients. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya*. 2004;(1):5-7. (In Russ.)].
2. Сороцкая ВН, Елисеев МС. Подагра с тофусом, имитирующим опухоль грудного отдела позвоночника. Научно-практическая ревматология. 2018;56(1):113-116. [Sorotskaya VN, Eliseev MS. Gout with tophus mimicking a tumor of the thoracic spine. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya*. 2018; 56(1):113-116. (In Russ.)].
3. Mikuls TR, Saag KG. New insights into gout epidemiology. *Curr Opin Rheumatol*. 2006 Mar;18(2):199-203. doi: 10.1097/01.bor.0000209435.89720.7c.
4. Choi HK, Ford ES, Li C, Curhan G. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with gout: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Rheum*. 2007 Feb 15;57(1):109-15. doi: 10.1002/art.22466.
5. Владимиров СА, Елисеев МС, Раденска-Лоповок СГ, Барскова ВГ. Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и подагры. Современная ревматология. 2008;2(4):39-41. [Vladimirov SA, Eliseev MS, Radenska-Lopovok SG, Barskova VG. Differential diagnosis of rheumatoid arthritis and gout. *Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal*. 2008;2(4):39-41. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2008-505.
6. Choi HK, Liu S, Curhan G. Intake of purine-rich foods, protein, and dairy products and relationship to serum levels of uric acid: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Rheum*. 2005 Jan;52(1):283-9. doi: 10.1002/art.20761.
7. Li L, Yang C, Zhao Y, et al. Is hyperuricemia an independent risk factor for new-onset chronic kidney disease?: A systematic review and meta-analysis based on observational cohort studies. *BMC Nephrol*. 2014 Jul 27;15:122. doi: 10.1186/1471-2369-15-122.
8. Насонов ЕЛ, редактор. Подагра. В кн. Ревматология. Российские клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2017. С. 253-64. [Nasonov EL, editor. Gout. In: *Rheumatology. Russian clinical guidelines*. Moscow: GEOTAR-Media; 2017. P. 253-64].
9. Dalbeth N, Stamp LK, Taylor WJ. What is remission in gout and how should we measure it? *Rheumatology (Oxford)*. 2021 Mar 2;60(3):1007-1009. doi: 10.1093/rheumatology/keaa853.
10. Башкова ИБ, Тарасова ЛВ, Бусалаева ЕИ и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению подагры: насколько врачи первичного звена готовы к их обязательному соблюдению? *Терапия*. 2019;(8):74-80. [Bashkova IB, Tarasova LV, Busalaeva EI, et al. Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gout: how prepared are primary care physicians for their mandatory compliance? *Terapiya*. 2019;(8):74-80. (In Russ.)].
11. Pascart T, Norberciak L, Ea HK, et al. Patients With Early-Onset Gout and Development of Earlier Severe Joint Involvement and Metabolic Comorbid Conditions: Results From a Cross-Sectional Epidemiologic Survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 Jul; 71(7):986-992. doi: 10.1002/acr.23706.
12. Chen-Xu M, Yokose C, Rai SK, et al. Contemporary Prevalence of Gout and Hyperuricemia in the United States and Decadal Trends: The National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2016. *Arthritis Rheum*. 2019 Jun;71(6):991-999. doi: 10.1002/art.40807.
13. Richette P, Doherty M, Pascual E, et al. 2018 updated European League Against Rheumatism evidence-based recommendations for the diagnosis of gout. *Ann Rheum Dis*. 2020 Jan;79(1):31-38. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-215315. Epub 2019 Jun 5.
14. Glazebrook KN, Guimarras LS, Murthy NS, et al. Identification of intraarticular and periarticular uric acid crystals with dual-energy CT: initial evaluation. *Radiology*. 2011 Nov;261(2):516-24. doi: 10.1148/radiol.11102485.
15. Pastor CM, Perez EA, Casares EG. Usefulness of ultrasound in the diagnosis of crystal deposition diseases. *Eur J Rheumatol*. 2022 Mar 9;11(3):S334-S347. doi: 10.5152/eurjrheum.2022.20129. Online ahead of print.
16. Полухина ЕВ. Ультразвуковое исследование опорно-двигательного аппарата при подагре. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2023;(2):62-79. [Polukhina EV. Ultrasound examination of the musculoskeletal system in gout. *Ultrazvukovaya i funktsional'naya diagnostika*. 2023;(2):62-79. (In Russ.)].
17. Sommerhausen NS, Fletcher CD. Diffuse-type giant cell tumor: clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 50 cases with extraarticular disease. *Am J Surg Pathol*. 2000 Apr;24(4):479-92. doi: 10.1097/00000478-200004000-00002.
18. Goni V, Gopinathan NR, Radotra BD, et al. Giant cell tumour of peroneus brevis tendon sheath—a case report and review of literature. *BMJ Case Rep*. 2012 Jul 13;2012:bcr0120125703. doi: 10.1136/bcr.01.2012.5703.
19. Glowacki K.A. Giant cell tumors of tendon sheath. *Journal of the American Society for Surgery of the Hand*. 2003;3(2):100-107. doi:10.1016/s1531-0914(03)00025-1.
20. <https://ru.wikipedia.org/?curid=4064250&oldid=127616130>
21. Agarwal P, Gupta M, Srivastava A, Agarwal S. Cytomorphology of giant cell tumor of tendon sheath. A report of two cases. *Acta Cytol*. 1997 Mar-Apr;41(2):587-9. doi: 10.1159/000332562.
22. https://apicr.minzdrav.gov.ru/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=251_1
23. De Schepper AM, Hogendoorn PC, Bloem JL. Giant cell tumors of the tendon sheath may present radiologically as intrinsic

- osseous lesions. *Eur J Radiol*. 2007 Feb;17(2): 499-502. doi: 10.1007/s00330-006-0320-4.
24. Palmerini E, Staals EL, Maki RG, et al. Tenosynovial giant cell tumour/pigmented villonodular synovitis: outcome of 294 patients before the era of kinase inhibitors. *Eur J Cancer*. 2015 Jan;51(2):210-7. doi: 10.1016/j.ejca.2014.11.001. Epub 2014 Nov 24.
25. Iyer VK, Kapila K, Verma K. Fine-needle aspiration cytology of giant cell tumor of tendon sheath. *Diagn Cytopathol*. 2003 Aug;29(2): 105-10. doi: 10.1002/dc.10319.
26. Wang Y, Tang J, Luo Y. The value of sonography in diagnosing giant cell tumors of the tendon sheath. *J Ultrasound Med*. 2007 Oct;26(10):1333-40. doi: 10.7863/jum.2007.26.10.1333.
27. Richette P, Doherty M, Pascual E, et al. 2018 updated European League Against Rheumatism evidence-based recommendations for the diagnosis of gout. *Ann Rheum Dis*. 2020 Jan;79(1):31-38. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-215315. Epub 2019 Jun 5.
28. Gutierrez M, Schmidt WA, Thiele RG, et al. OMERACT Ultrasound Gout Task Force group. International Consensus for ultrasound lesions in gout: results of Delphi process and web-reliability exercise. *Rheumatology (Oxford)*. 2015 Oct;54(10):1797-805. doi: 10.1093/rheumatology/kev112. Epub 2015 May 13.
29. Ikeda K, Osamura N, Tomita K. Giant cell tumour in the tendon sheath of the hand: importance of the type of lesion. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 2007;41(3):138-42. doi: 10.1080/02844310601159766.
30. Ozben H, Coskun T. Giant cell tumor of tendon sheath in the hand: analysis of risk factors for recurrence in 50 cases. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019 Oct 21;20(1):457. doi: 10.1186/s12891-019-2866-8.

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

22.08.2024/18.12.2024/24.12.2024

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Пятницкая П.И. <https://orcid.org/0000-0002-6732-1146>

Оттева Э.Н. <https://orcid.org/0000-0002-2365-5734>

Полухина Е.В. <https://orcid.org/0000-0002-8760-4880>