

© ШЕСТЕРНЯ П.А., ВАСИЛЬЕВА А.О., ШКИЛЬ Л.М., ОНИЩЕНКО С.Б., МИХАЙЛОВА К.О., НИКИТИНА М.А.

УДК 616.71-018.3-002

DOI: 10.20333/2500136-2017-2-112-116

СИНДРОМ ТИТЦЕ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

П.А. Шестерня¹, А.О. Васильева¹, Л.М. Шкиль², С.Б. Онищенко², К.О. Михайлова¹, М.А. Никитина¹

¹Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022, Российская Федерация

²Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И.С. Берзона, Красноярск 660123, Российская Федерация

Резюме. Боль в груди является одной из наиболее частых жалоб при обращении за медицинской помощью. При этом болезни костно-мышечной системы – ведущие причины болезненности передней грудной стенки. Костохондрит и синдром Титце – воспаление реберно-грудинных сочленений являются не столько редкими, сколько незаслуженно забытыми заболеваниями. В статье приведен собственный клинический случай синдрома Титце и обзор текущих публикаций по данной тематике. Особое внимание уделено многопрофильному подходу в дифференциальной диагностике и верификации диагноза на ранней стадии.

Ключевые слова: синдром Титце, торакалгия, остеохондрит.

Для цитирования: Шестерня ПА, Васильева АО, Шкиль ЛМ, Онищенко СБ, Михайлова КО, Никитина МА. Синдром Титце – междисциплинарный клинический случай. Сибирское медицинское обозрение. 2017; (2):112-116. DOI: 10.20333/2500136-2017-2-112-116

SYNDROME TIETZE -INTERDISCIPLINARY CLINICAL CASE

P.A. Shesternya¹, A.O. Vasileva¹, L.M. Shkil², S.B. Onishchenko², K.O. Mikhailova¹, M.A. Nikitina¹

¹ Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

²I.S. Berzon Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital № 20, Krasnoyarsk 660123, Russian Federation

Abstract. Pain in the chest is one of the most frequent complaints when seeking medical care. Moreover, diseases of the musculoskeletal system are the leading causes of pain in the anterior chest wall. Costochondritis and Tietze syndrome - inflammation of the rib-chest joints are not so rare, as undeservedly forgotten diseases. The article contains the own clinical case of the Tietze syndrome and an overview of current publications on this topic. Particular attention is paid to a multidisciplinary approach in differential diagnostics and verification of the diagnosis at an early stage.

Key words: Tietze syndrome, thoracalgia, osteochondritis.

Citation: Shesternya PA, Vasileva AO, Shkil LM, Onishchenko SB, Mikhailova KO, Nikitina MA. Syndrome Tietze – interdisciplinary clinical case. Siberian Medical Review. 2017;(2):112-116. DOI: 10.20333/2500136-2017-2-112-116

Боль в грудной клетке (торакалгия) – одна из наиболее частых причин обращения за экстренной медицинской помощью [1, 2]. В таблице представлены результаты двух работ, проведенных независимо друг от друга. В исследовании Gräni С. с соавторами обобщены клинические диагнозы пациентов старше 18 лет, обратившихся в стационар самостоятельно с жалобами на боль в груди [3]. В работе Bösnér S. et al. подобный анализ амбулаторной практики проведен среди пациентов старше 35 лет [4]. Обращает внимание практически полное совпадение полученных данных. Лидирующее место занимали болезни костно-мышечной системы, имевшиеся фактически у каждого второго пациента.

В силу особенностей анатомического строения и иннервации боль, локализуемая в груди, может быть обусловлена широчайшим спектром заболеваний, в том числе и представляющих опасность для жизни. В подавляющем большинстве случаев некардиальная торакалгия имеет многофакторный генез и, вопреки широко бытующим взглядам, обычно не связана с остеохондрозом и компрессией нервов; ведущей причиной являются миофасциальные поражения, остеохондропатии, ревматические заболевания [5].

Синдром Титце (перихондрит, синдром передней грудной стенки, реберный хондрит) названный в честь немецкого хирурга Alexander Tietze, впервые описавшего заболевание

в 1921г., относится к группе хондропатий (М91, МКБ Х). Несмотря на практически столетнее изучение различных аспектов этого заболевания, его этиология и патогенез остаются не совсем ясными. Факторы, запускающие патологический процесс, могут быть самыми разнообразными, но наиболее типичными являются стереотипная физическая нагрузка, травмы или оперативные вмешательства, патология дыхательных путей, сопровождающаяся мучительным кашлем, дефекты метаболизма в соединительной ткани.

Пик заболеваемости приходится на возраст от 20 до 40 лет и не имеет гендерных различий. В основе патогенеза лежит асептическое воспаление одного или нескольких верхних реберных хрящей в области их сочленения с грудиной. Клинические проявления могут быть очень разнообразны: от значительного болевого синдрома до минимальных симптомов, в связи с чем точные данные о его распространенности отсутствуют.

С синдромом Титце чаще других сталкиваются хирурги, травматологи. Однако, учитывая неспецифические клинические проявления синдрома, врачи многих специальностей должны помнить о нем в дифференциальной диагностике.

Клинический случай. У мужчины А., 49 лет, через несколько дней после перенесенной респираторной вирусной инфекции, сопровождавшейся надсадным мучительным кашлем, ночью

Клинический диагноз пациентов, обратившихся за экстренной медицинской помощью с жалобой на боль в груди

Амбулаторная практика, n=1212 <i>Bösner S. с соавт. (2013)</i>		Стационар, n=121 <i>Gräni C. с соавт. (2015)</i>	
Костно-мышечные заболевания	565 (46,6%)	Костно-мышечные заболевания	62 (51,2%)
Ишемическая болезнь сердца	179 (14,8%)	Острый коронарный синдром	14 (11,6%)
Психосоматические расстройства	115 (9,5%)	Тахикардии	7 (5,8%)
Инфекции верхних дыхательных путей	98 (8,1%)	Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь	6 (5,0%)
Артериальная гипертензия	48 (4,0%)	Пневмония	6 (5,0%)
Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь	42 (3,5%)	Перикардит/миокардит	6 (5,0%)
Травма	39 (3,2%)	Тромбоз легочной артерии	5 (4,1%)
Патология желудка	26 (2,1%)	Стенокардия напряжения	5 (4,1%)
Пневмония/плеврит	25 (2,1%)	Плеврит	3 (2,5%)
Хроническая обструктивная болезнь легких/бронхиальная астма	23 (1,9%)	Гипертонический криз	3 (2,5%)
Другие	52 (4,3%)	Психосоматические расстройства	3 (2,5%)
		Расслоение аорты	1 (0,8%)

30.11.2016 г. появилась острая простреливающая боль в области грудины и правой половины передней грудной стенки. Несмотря на использование диклофенака per os и локально самостоятельно в течение нескольких дней боль усиливалась, иррадиировала в шею, правую руку, появилось ограничение объема движений в правом плечевом суставе, шее. Появилась локальная мягко-эластическая припухлость в области правого грудино-ключичного сустава с локальной гиперемией и гипертермией кожи (рис. 1); стойкий субфебрилитет в течение суток, общая слабость, потливость. Пациент впервые обратился за медицинской помощью и в дальнейшем наблюдался в поликлинике по месту жительства.

В течение шести недель пациент получал различные нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и миорелаксанты (толперизон) без существенного улучшения. Боль приобрела волнообразный характер, усиливалась при минимальной физической активности; периодически появлялся спазм грудино-ключично-сосцевидной мышцы и большой грудной мышцы справа, значительно ограничивавший повороты головы и движения в плечевом суставе. Припухлость постепенно приобрела твердую «костную» консистенцию.

Амбулаторно был проведен комплекс обследований, направленный на онкопоиск: УЗИ органов брюшной полости, почек, трансректальное УЗИ предстательной железы и мочевого пузыря, фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия. Выявлен диффузный поверхностный гастрит, мелкие аденоматозные узлы в простате (общий простатспецифический антиген 1,7 нг/мл), других клинически значимых отклонений не выявлено.

Спиральная компьютерная томография (СКТ) органов грудной полости: признаки хронического бронхита, умеренный лимфостаз и венозный застой в легких, лимфостаз в средостении. В заключении описывается миозит правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы (правая

грудино-ключично-сосцевидная мышца минимально диффузно утолщена по сравнению с левой и спазмирована) и высказывается предположение о тромбофлебите правой яремной вены (веретенообразное расширение правой внутренней яремной вены до 2,5x2,0 см). УЗИ подключичной области: гипоехогенные образования с гиперэхогенной сердцевиной размерами 1,5x0,7x1,2 см и 1,3x0,6x1,1 см



Рисунок 1. «Опухолевидное» образование.

справа, гипоехогенные образования размерами 1,3x0,7x1,0 и 2,0x0,4x1,0 см, однородные по структуре слева. Заключение: вероятное наличие лимфаденопатии. Учитывая вышеописанные результаты обследований и наличие лабораторных воспалительных изменений (лейкоцитоз — $10,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 37-52 мм/ч, СРБ 19 мг/л) дальнейший ход диагностического поиска был предопределен диагнозом опухоль.

Пациент был консультирован различными специалистами — хирургом, сосудистым хирургом, онкологом. Не-

обходимо отметить, что большинство исследований были проведены позже уже имевшегося заключения СКТ грудной клетки и плечевых суставов (13.12.2016 г.). На рисунке 2 визуализируются краевые костные экзостозы в области грудинно-ключичного сочленения и неровность и утолщение хряща (признаки перихондрита) первого реберно-грудинного сочленения справа.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) грудной клетки проведена спустя 6 недель от начала заболевания. Выявлен экссудат в правом грудинно-ключичном суставе, включения отграниченного выпота с признаками коллоидного компонента в периартикулярной области, а также выраженные инфильтративно-воспалительные изменения прилежащих мягких тканей с распространением на подкожную жировую клетчатку, большую грудную, подключичную, грудино-щитовидную мышцы, начальные отделы грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа (рис. 3). Заключение: артрит правого грудинно-ключичного сустава. Только после результата МРТ



Рисунок 2. Спиральная компьютерная томография грудной клетки.

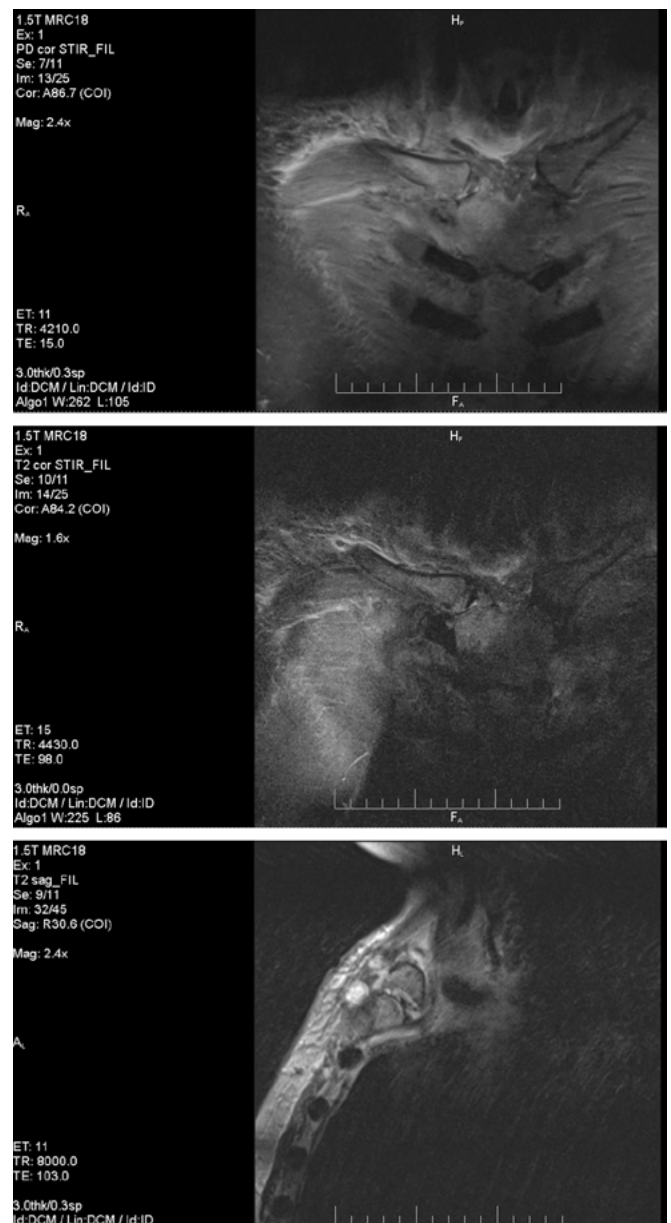


Рисунок 3. Магнитно-резонансная томография грудной клетки.

с отсутствием положительной динамики на фоне проводимой терапии пациент был направлен к ревматологу с диагнозом артрит правого грудино-ключичного сустава.

При поступлении в ревматологическое отделение диагностирован синдром Титце. Назначен преднизолон 20 мг/сутки, НПВС (кетопрофен 150 мг/сутки), омепразол 20 мг/сутки, физиопроцедуры. Через 2 недели адекватной противовоспалительной терапии глюкокортикостероидами состояние пациента улучшилось, болевой синдром купирован, значительно уменьшилась в размере и плотности припухлость, полностью восстановился объем движений в плечевом суставе, нормализовались воспалительные показатели (СОЭ 6 мм/час, СРБ 7,47 мг/л).

Одна из причин поздней диагностики синдрома Титце состоит в том, что врачи забывают о его существовании. За последние десять лет в биомедицинской базе данных PubMed имеется 17, а российской научной библиотеке e-library – всего 3 публикаций по данной тематике.

Наличие значительного числа заболеваний, имеющих сходную симптоматику, обязывает к тщательной оценке жалоб, анамнеза и данных объективного исследования. Сложность диагностики обусловлена также отсутствием воспалительных изменений у части больных. Рентгенографические признаки, такие как обызвествление и утолщение пораженного реберного хряща, примыкающей костной части ребра, появляются достаточно поздно, не ранее, чем через 2-3 месяца от начала заболевания [6].

В литературе имеются весьма ограниченные сведения о возможности верификации синдрома Титце с помощью СКТ и МРТ на ранней стадии заболевания. L. Volterani et al. впервые опубликованы результаты МРТ диагностики синдрома Титце у двенадцати больных [7]. Нативной МРТ в режиме PD или T2 с жироподавлением (STIR/FAT SAT) вполне достаточно для выявления локального утолщения хряща, субхондрального отека кости, воспалительной инфильтрации прилежащих мягких тканей (связок, мышц и др.). Помимо этого использование современных методов визуализации позволяет значительно увереннее проводить дифференциальную диагностику синдрома Титце, особенно у пациентов старшей возрастной группы. I.H. Jeon et al. описаны два случая неходжкинской лимфомы, дебютировавшей с поражения медиальной головки ключицы [8]. В обоих случаях изначально был диагностирован синдром Титце на основании типичной картины, без проведения МРТ.

Первичные опухоли передней грудной стенки также могут мимикрировать под синдром Титце. В одном из крупнейших исследований T. Kaplan et al. проведен анализ десятилетнего наблюдения 121 больного синдромом Титце [9]. В 27 случаях в связи с отсутствием или медленной динамикой на фоне лечения пациентам повторно (через $8,5 \pm 2,1$ месяцев) проводились СКТ, сцинтиграфия костей, биопсия. У 13 из них были выявлены первичные опухоли передней грудной стенки, в 5 случаях злокачественные.

Совершенно очевидно, что больной синдромом Титце должен наблюдаться до полного разрешения симптомов заболевания. Лечение, включающее функциональный покой, НПВС, физиотерапевтические процедуры, локальное

введение кортикостероидов, позволяют достаточно быстро достигнуть результата. Заболевание имеет доброкачественное течение и продолжительность болезни, в большинстве случаев, измеряется несколькими неделями-месяцами [10]. Однако, необходимо помнить, что отрицательная или замедленная динамика, несмотря на проводимую противовоспалительную терапию, является показанием для проведения пункционной биопсии и повторного углубленного обследования пациента.

Литература

1. Головюк А.А., Чернова Т.Г. Синдром Титце. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2009; (10):65-8.
2. Lanham DA, Taylor AN, Chessell SJ, Lanham JG. Non-cardiac chest pain: a clinical assessment tool. *British Journal of Hospital Medicine*. 2015; 76(5):296-300. DOI: 10.12968/hmed.2015.76.5.296.
3. Gräni C, Senn O, Bischof M, Cippà PE, Hauffe T, Zimmerli L, Battegay E, Franzen D. Diagnostic performance of reproducible chest wall tenderness to rule out acute coronary syndrome in acute chest pain: a prospective diagnostic study. *British Medical Journal*. 2015;(5):e007442. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007442.
4. Bösner S, Bönisch K, Haasenritter J, Schlegel P, Hüllermeier E, Donner-Banzhoff N. Chest pain in primary care: is the localization of pain diagnostically helpful in the critical evaluation of patients? - A cross sectional study. *BMC Family Practice*. 2013;(14):154. DOI: 10.1186/1471-2296-14-154.
5. Шмырев В.И., Васильев А.С., Васильева В.В. Синдром торакалгии в клинической практике. *Врач*. 2009;(12):66-9.
6. Мокрышева Н.Г. Течение болезни Титце в различных возрастных группах. *Справочник фельдшера и акушерки*. 2013;(2):18-22.
7. Volterrani L, Mazzei MA, Giordano N, Nuti R, Galeazzi M, Fioravanti A. Magnetic resonance imaging in Tietze's syndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2008; 26(5):848-853.
8. Jeon IH, Jeong WJ, Yi JH, Kim HJ, Park IH. Non-Hodgkin's lymphoma at the medial clavicular head mimicking Tietze Syndrome. *Rheumatology international*. 2012;32(8):2531-4. DOI: 10.1007/s00296-010-1397-2.
9. Kaplan T, Gunal N, Gulbahar G, Kocer B, Han S, Eryazgan MA, Ozsoy A, Naldoken S, Alhan A, Sakinci U. Painful Chest Wall Swellings: Tietze Syndrome or Chest Wall Tumor? *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*. 2016; 64 (3):239-244. DOI: 10.1055/s-0035-1545261.
10. Proulx AM, Zryd TW. Diagnosis and Treatment. *American Family Physician*. 2009;80(6):617-20.

References

1. Golovyuk AL, Chernova TG. The Tietze syndrome. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 2009;(10):65-8. (In Russian).
2. Lanham DA, Taylor AN, Chessell SJ, Lanham JG. Non-cardiac chest pain: a clinical assessment tool. *British Journal of Hospital Medicine*. 2015; 76(5):296-300. DOI: 10.12968/hmed.2015.76.5.296.
3. Gräni C, Senn O, Bischof M, Cippà PE, Hauffe T, Zimmerli L, Battegay E, Franzen D. Diagnostic performance of reproducible chest wall tenderness to rule out acute coronary syndrome in acute chest pain: a prospective diagnostic study. *British Medical Journal*. 2015;(5):e007442. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007442.
4. Bösner S, Bönisch K, Haasenritter J, Schlegel P, Hüllermeier E, Donner-Banzhoff N. Chest pain in primary care: is the localization of pain diagnostically helpful in the critical evaluation of patients? - A cross sectional study. *BMC Family Practice*. 2013;(14):154. DOI: 10.1186/1471-2296-14-154.
5. Shmyrev VI, Vasilyev AS, Vasilyeva VV. Thoracalgia syndrome in clinical practice. *Vrach*. 2009;(12):66-9. (In Russian).

6. Mokrysheva NG. Tietze disease course in different age groups. *Spravochnik fel'dshera i akusherki*. 2013;218-22 (In Russian).
7. Volterrani L, Mazzei MA, Giordano N, Nuti R, Galeazzi M, Fioravanti A. Magnetic resonance imaging in Tietze's syndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2008; 26(5):848-853.
8. Jeon IH, Jeong WJ, Yi JH, Kim HJ, Park IH. Non-Hodgkin's lymphoma at the medial clavicular head mimicking Tietze Syndrome. *Rheumatology international*. 2012;32(8):2531-4. DOI: 10.1007/s00296-010-1397-2.
9. Kaplan T, Gunal N, Gulbahar G, Kocer B, Han S, Eryazgan MA, Ozsoy A, Naldoken S, Alhan A, Sakinci U. Painful Chest Wall Swellings: Tietze Syndrome or Chest Wall Tumor? *The Thoracic and Cardiovascular Surgeon*. 2016; 64 (3):239-244. DOI: 10.1055/s-0035-1545261.
10. Proulx AM, Zryd TW. Diagnosis and Treatment. *American Family Physician*. 2009;80(6):617-20.

Сведения об авторах

Шестерня Павел Анатольевич, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: +7(902)9407616; email: shesternya75@mail.ru

Васильева Александра Олеговна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: +7(913)1806923; email: iam-krosh-va0221092@rambler.ru

Шкиль Людмила Михайловна, Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И. С. Берзона; адрес: Российская Федерация, 660014, г. Красноярск, ул. Инструментальная, г. 12 А; тел.: +7(913)0450163

Онищенко Сергей Борисович, Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И. С. Берзона; адрес: Российская Федерация, 660014, г. Красноярск, ул. Инструментальная, г. 12 А; тел.: +7(913)5320052

Михайлова Ксения Олеговна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: +7(929)3392633; email: ksenia_mihaylova@rambler.ru

Никитина Маргарита Александровна, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел.: +7(923)2926790; email: nikitina_krsk@mail.ru

Information about the authors

Shesternya Pavel Anatolevich, Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str.; Phone +7(902)9407616; e-mail: shesternya75@mail.ru

Vasileva Aleksandra Olegovna, Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone +7(913)1806923; e-mail: iam-krosh-va0221092@rambler.ru

Shkil Lyudmila Mikhailovna, I.S. Berzon Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital № 20; Address: 12 A, Instrumentalnaya Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660014; Phone +7(913)0450163

Onishchenko Sergei Borisovich, I.S. Berzon Krasnoyarsk Interdistrict Clinical Hospital № 20 Address: 12 A, Instrumentalnaya Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660014; Phone +7(913)5320052

Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone +7(929)3392633; e-mail: ksenia_mihaylova@rambler.ru

Nikitina Margarita Aleksandrovna, Professor V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone +7(923)2926790; e-mail: nikitina_krsk@mail.ru

Поступила 03.02.2017
Принята к печати 26.04.2017