

СИНДРОМ ТІТЦЕ У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Т.М. Воротняк, В.С.Хільчевська, І.Б. Харманська

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Синдром Тітце — це доброякісне болісне пухлиноподібне утворення одного або декількох реберних хрящів, що з'єднують кожне ребро з грудиною. Патологія зустрічається в усіх вікових групах, однак найбільш розповсюджена в молодому віці. У статті представлено клінічний опис синдрому Тітце у дівчинки-підлітка. Наведені стислі літературні відомості про виникнення, клінічні прояви та сучасні можливості діагностики й лікування даного захворювання у дітей.

Ключові слова: діти, синдром Тітце, торакохондралгія.

Вступ

Синдром Тітце — ураження реберного хряща, що характеризується появою болісного пухлиноподібного утворення непухлинного походження.

Вперше детально описав клінічні прояви та намагався патогенетично обґрунтувати появу захворювання А. Tietze, який пояснював зміни в реберних хрящах недостатнім харчуванням з подальшим порушенням обміну речовин [12]. Водночас, з накопиченням даних літератури, виявлено, що синдром Тітце є скоріше маловідомим, аніж рідкісним захворюванням, оскільки у практичній медицині він зустрічається нерідко (14,1–32,9 випадку на 1000 населення) [8].

Етіологія та патогенез захворювання наразі невідомі. Розглядаються три основні теорії: аліментарно-дистрофічна, інфекційно-алергічна та травматична, хоча наразі вважають найбільш обґрунтованою травматичну етіологію даного синдрому. Захворювання частіше виникає в людей, зайнятих тяжкою фізичною працею, у спортсменів, у різні вікові періоди [7].

Клінічно синдром Тітце характеризується болем у верхніх відділах грудної клітки, який буває нерізким і ниючим, з іррадіацією за грудину, в плече, лопатку, шию та потилицю. Біль може спостерігатися як з одного боку грудної клітки (частіше), так і з обох боків. Біль, як правило, посилюється при чханні, різких вдихах, рухах тулуба, причому часто супроводжується виникненням у хворих відчуття тривожності, драгієвливості. Другою клінічною ознакою синдрому Тітце є поява болючої рухомої припухлості в місці з'єднання хрящів з грудиною без зміни шкіри над нею, частіше у місці прикріплення III–IV ребер і частіше з одного боку. Больовий синдром і припухлість в ділянці реберних хрящів утримуються від декількох тижнів до декількох місяців [1,8].

При проведенні лабораторних досліджень змін, як правило, не виявляють [4]. Окремі дослідники зазначають наявність при рентгенологічному дослідженні через 2–3 місяці хвороби потовщення уражених реберних хрящів, зрушення міжреберних проміжків, плямисту кальцифікацію кісткового відрізка ребра, а при проведенні магнітно-резонансної томографії виявляються збільшення поперечних розмірів уражених хрящів, зміни їх структури, інфільтративні зміни структур реберно-грудинних суглобів [1].

Зважаючи на відсутність параклінічних ознак на початку захворювання, даний синдром слід диференціювати з новоутвореннями хрящів ребер (хондрома, остеохондрома, метастазами з іншим органом), переломом ребра, міжреберною невралгією, рахітом, туберкульозним остеохондритом, остеомієлітом, стенокардією, інфарктом міокарда тощо. Взагалі, синдром Тітце перебігає під маскою різноманітних захворювань серця, легень та плеври, симптомом яких є біль в грудній клітці [9,11].

Патогенетичної терапії синдрому не існує. Застосовують симптоматичну терапію у вигляді нестероїдних про-

тизапальних препаратів, вітамінотерапії, місцевих блокад гідрокортизоном з новокаїном, фізіопроцедур [2,13]. У випадках затяжного перебігу захворювання та неефективності консервативних методів лікування раніше застосовували резекцію ураженої частини ребра, однак на даний час мало прихильників даного методу лікування [5].

Прогноз сприятливий, у більшості хворих відмічається позитивний результат, хоча описані випадки, коли захворювання набуває хронічного перебігу і навіть призводить до інвалідизації хворих [3,10].

Наводимо спостереження за пацієнткою, у якої клінічна картина була характерна для синдрому Тітце.

Дівчина О., 17 років, студентка медичного коледжу, поступила в кардіоревматологічне відділення обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці зі скаргами на гострий інтенсивний біль в ділянці грудини та грудної клітки, більше справа, швидко втомлюваність, одноразову втрату свідомості. Направлена лікарем-педіатром за місцем проживання з діагнозом: вегето-судинна дистонія за кардіальним типом.

Анамнестичні дані. Стан дівчини погіршився за день до госпіталізації, коли почав турбувати гострий тиснучий біль за грудиною в ділянці серця з іррадіацією у праву руку, праву щелепу, праву частину шиї. Біль посилювався при рухах тулуба, кашлі, глибокому вдиху. Для зняття болю приймала валідол, корвалмент, нітрогліцерин, після чого раптово втратила свідомість. З анамнезу відомо, що дівчина хворіє впродовж останніх двох місяців. Півтора місяці тому вже проходила курс консервативного лікування в кардіоревматологічному відділенні ОДКЛ з приводу скарг на періодичні болі за грудиною тиснучого характеру. За два тижні до першої госпіталізації перенесла ГРВІ: гострий ринофарингіт середнього ступеня тяжкості. Травматичні пошкодження, тяжкі фізичні навантаження заперечує. Спортом активно не займається. З перенесених інфекційних хвороб — вітряна віспа та епідемічний паротит.

Об'єктивне обстеження. Загальний стан пацієнтки при поступленні середньої тяжкості за рахунок більового торакального, астеновегетативного синдромів, свідомість не порушена, температура тіла 36,6°C. Нормального живлення, шкірні покриви та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожеві, периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Катаральні явища відсутні. Суглоби верхніх та нижніх кінцівок не змінені. При огляді грудної клітки спостерігається припухлість у місці кріплення III–V ребер до грудини зліва, при пальпації відмічається виразна болючість. Шкіра над припухлістю не змінена. Артеріальний тиск — 95/60 мм рт. ст. Пульс ритмічний, задовільних властивостей, 70 уд./хв. Межі серця не розширені. Серцеві тони ритмічні, звучні, вислуховується систолічний шум I ст. у III–IV міжребер'ї зліва біля грудини. Над легенями дихання везикулярне, хрипів немає. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка не збільшена, селезінка не пальпується.

Додаткові методи обстеження. У загальному аналізі крові на момент поступлення: еритроцити — 3,5 Т/л, гемоглобін — 110 г/л, кольоровий показник — 0,94, лейкоцити — 4,0 Г/л, еозинофіли — 6%, паличкоядерні — 5%, сегментоядерні — 45%, лімфоцити — 41%, моноцити — 3%, ШОЕ — 6 мм/год. Біохімічне обстеження сироватки крові: глюкоза — 5,2 ммоль/л, загальний білірубін — 13,6 мкмоль/л, АЛАТ — 0,6 мкмоль/год/мл, АСАТ — 0,4 мкмоль/год/мл, загальний білок — 67,0 г/л, С-реактивний білок — негативний, серумкоід — 0,19 од. опт.щ., титр антистрептолізину-О — 300 од.

Рентгенологічне дослідження ОГК: легеневі поля прозорі, корені дещо розширені, структурні, міжреберні проміжки рівномірні, змін з боку ребер не виявлено, синуси вільні, межі серця не змінні. ЕКГ: ектопічний передсердний ритм, правильний, ЧСС — 68 уд. за хв., вертикальне положення електричної вісі серця. УЗД серця: пролапс мітрального клапана I–II ст., гемодинаміка серця стабільна, даних щодо вади серця не виявлено.

Консультація невролога: Синдром вегетативних дисфункцій з синкопальними пароксизмами. Церебрастенічний синдром.

На підставі всіх вищевикладених даних дівчині виставлено клінічний діагноз: «Синдром Тітце. Пролапс мітрального клапана I–II ст. Синдром вегетативних дисфункцій з синкопальними пароксизмами».

Диференційний діагноз проводився з різними захворюваннями, серед яких перш за все виключалися кардіоміопатія, ревматичний кардит, кардіоневроз, міжреберна

невралгія, плеврит. Заслуговує на увагу те, що характерний біль у лівій половині грудної клітки спочатку вказував на наявність кардіальної патології, що було виключено відсутністю патологічних змін на кардіоехографії. На користь синдрому Тітце свідчила також відсутність змін з боку ребер на оглядовій рентгенограмі органів грудної клітки.

Медикаментозне лікування пацієнтки включало: кальцемін, диклак-гель на ділянку припухлості, ноофен, магне-В6, екстракт елеутерококку. В процесі лікування стан дівчини поступово покращувався, на 4-й день від початку лікування больовий синдром значно зменшився, а через 10 днів став незначним, припухлість зменшилась, залишилась помірна болючість при пальпації в ділянці зазначених реберних хрящів. Упродовж наступних 2-х місяців нашого спостереження зберігалася незначна припухлість у ділянці III–IV ребер з помірною болючістю при пальпації. Клініцистами відмічено, що подібна позитивна динаміка характерна саме для свіжих випадків синдрому [6]. Хоча причину захворювання встановити не вдалося, слід зазначити, що перебіг патологічного процесу вказує на гостру форму синдрому Тітце, виникнення якої, ймовірно, спровокувала перенесена ГРВІ.

Подібні клінічні випадки повинні привертати увагу до співпраці суміжних спеціалістів, а саме педіатрів, кардіоревматологів, хірургів, рентгенологів при виявленні рідкісної синдромальної патології, що дозволяє своєчасно верифікувати діагноз, прогнозувати перебіг патологічного процесу та визначитись з обсягом методів лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Головюк А. Л. Синдром Титце / А. Л. Головюк, Т. Г. Чернова // Хирургия. — 2009. — № 10. — С. 65–68.
2. Грейда Б. П. Сидром Титце у детей / Б. П. Грейда // Педиатрия. — 1980. — № 10. — С. 69.
3. Дмитриев А. Е. Синдром Титце / А. Е. Дмитриев, Б. Н. Крюков // Хирургия. — 1990. — № 9. — С. 7–10.
4. Зубова В. А. Сидром Титце у детей / В. А. Зубова // Педиатрия. — 1977. — № 11. — С. 145–146.
5. Кургузов О. П. Сидром Титце: обзор / О. П. Кургузов, Я. О. Соломка, Н. А. Кузнецов // Хирургия. — 1991. — № 9. — С. 161–167.
6. Парфирьев Г. М. О синдроме Титце / Г. М. Парфирьев // Хирургия. — 1970. — № 9. — С. 134–135.
7. Клинические и диагностические особенности синдрома Титце (случай из практики) / В. А. Пеннер, И. В. Романенко, П. Д. Бахтояров [и др.] // Укр. мед. альм. — 2011. — Т. 14, № 2 (дод.). — С. 56–59.
8. Болезнь Титце / В. Г. Тищенко, С. И. Гюльмамедов, В. В. Климов [и др.] // Вестн. неотл. и восстановит. медицины. — 2004. — Т. 5, № 2. — С. 376–377.
9. Hiramura-Shoji F. Atraumatic conditions of the sternoclavicular joint / F. Hiramura-Shoji, M. A. Wirth, C. A. Rockwood // J. Shoulder Elbow Surg. — 2003. — Vol. 12, № 1. — P. 79–88.
10. Landon J. Tietze's Syndrome / J. Landon, J. S. Malpas // Ann. Rheum. Dis. — 1959. — Vol. 18. — P. 249–254.
11. Lillingston G. A. Pleural rubs in Tietze's Syndrome / G. A. Lillingstone, Ph. R. Lee // California medicine. — 1963. — Vol. 99, № 1. — P. 20–21.
12. Tietze A. Ueber eine eigenartige Haufung von Fallen mit Dystrophic der Rippenknorpel / A. Tietze // Berl. Klin. Wschr. — 1921. — Vol. 58. — P. 829.
13. Valtonen E. J. Phenylbutazone in the treatment of Tietze's syndrome / E. J. Valtonen // Ann. Rheum. Dis. — 1967. — Vol. 26. — P. 133–135.

СИНДРОМ ТИТЦЕ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Т.М. Воротняк, В.С. Хильчевская, И.Б. Харманская

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

Синдром Титце — это доброкачественная болезненная припухлость одного или нескольких реберных хрящей, которые соединяют каждое ребро с грудиной. Патология встречается во всех возрастных группах, однако наиболее распространена в молодом возрасте. В статье представлено клиническое описание синдрома Титце у девочки-подростка. Приведены краткие литературные данные о происхождении, клинических проявлениях, современных возможностях диагностики и лечения данного заболевания у детей.

Ключевые слова: дети, синдром Титце, торакохондралгия.

TIETZE'S SYNDROME IN PEDIATRIC PRACTICE

T.M. Vorotnyak, V.S. Khilchevska, I.B. Harmanska

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi

Tietze's syndrome is a benign painful swelling of one or more costal cartilages that connects the each rib with the breastbone (sternum). It can occur in any age group and is most common in young adults. The clinical description of Tietze's syndrome in a girl-teenager are presented in the article. The brief literary data on the origin, clinical signs, modern opportunities of diagnostics and treatment of disease in children are addused.

Key words: children, Tietze's syndrome, thoracochondralgia.