

*Алексеевко Н.О., студент  
6 курс, факультет «Лечебное дело»  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова  
Россия, г. Москва*

*Мельникова А.С., студент  
6 курс, факультет «Лечебное дело»  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова  
Россия, г. Москва*

*Пророкова А.В., студент  
6 курс, факультет «Лечебное дело»  
РНИМУ им. Н.И. Пирогова  
Россия, г. Москва*

## СИНДРОМ ТИТЦЕ

**Аннотация:** в данной статье рассматривается клиника, диагностика и ведение пациентов с синдромом Титце.

**Ключевые слова:** синдром Титце, синдром реберно-хрящевого соединения, туберозная хондропатия, боль в грудной клетке, лечение синдрома Титце, диагностика синдрома Титце, течение синдрома Титце.

**Abstract:** this article discusses the clinic, diagnosis and management of patients with Tietze syndrome.

**Keywords:** Tietze syndrome, costochondral junction syndrome, chondropathia tuberosa, chest pain, treatment of Tietze syndrome, diagnosis of Tietze syndrome, treatment of Tietze syndrome.

Синдром Титце является нетипичной причиной боли в передней части грудной клетки, характеризуется локализованной болезненностью и негнойным отеком, обычно связанным со 2-м или 3-м реберными хрящами одной стороны. Это состояние является доброкачественным и самоограничивающимся, при этом большинство пациентов испытывают полное облегчение боли и отека в течение нескольких недель или месяцев при использовании консервативных методов симптоматического лечения. В этой статье мы рассмотрим диагностику и лечение синдрома Титце, а также сделаем акцент на важности всего медицинского персонала в уходе и процессе лечения пациентов с данной патологией.

Синдром Титце (синдром реберно-хрящевого соединения или туберозная хондропатия), впервые описанный в 1921 году немецким хирургом Александром Титце, представляет собой редкое и доброкачественное воспалительное заболевание, характеризующееся болью в груди и отеком в области реберно-хрящевого соединения.[1]

Точная этиология синдрома Титце неясна. В некоторых исследованиях постулировалось, что множественные микротравмы передней грудной стенки могут спровоцировать развитие синдрома Титце. Это может происходить чаще при определенных состояниях, таких как псориатический артрит. Иногда развитию расстройства может предшествовать хронический, чрезмерный кашель, рвота, травма или удар в грудную клетку, вирусные или бактериальные инфекции или хирургическое вмешательство в области грудной клетки.[2][3]

Точная распространенность и частота встречаемости синдрома Титце неизвестны. Биологический пол, этническая принадлежность, география или род занятий не дают никакого представления о частоте встречаемости. Молодежь старшего возраста и молодые взрослые, по-видимому, действительно страдают чаще, чем их старшие коллеги старше 40 лет. Редко страдают дети и пожилые люди, но сообщалось и о таких случаях.[3][4][5]

Синдром Титце описывается как локализованное, болезненное, опухшее, непустулезное образование, обычно без рубца или эритемы. Чаще всего он связан с хрящом двух или трех ребер и локализуется с одной стороны примерно у 70% пациентов, хотя были случаи выявления в грудино-ключичном и мечевидном суставах.[6]

Были дискуссии насчет вероятности того, что этот болезненный процесс является воспалительным и может быть частью более всеобъемлющей серонегативной патологии.[3] Симптомы часто разрешаются самостоятельно, но возможны рецидивы синдрома Титце.

Гистопатология реберного хряща характеризуется сосудистыми разрастаниями и гипертрофией периферического хряща, что указывает на происходящую пролиферацию. Надхрящница, по-видимому, не затронута. Также встречаются участки мукополисахарида, который может подвергаться кальцификации.[7]

Пациенты обычно жалуются на острую боль в груди, анамнез без травм. Как правило синдром Титце возникает у молодых, и нередко пациенты в остальном здоровы. Боль острая и колющая в области отека и может иррадиировать в плечо и проксимальный отдел руки. Жар и эритема обычно не сопровождаются отеком. Пациент может жаловаться на дискомфорт при движении ипсилатеральной руки, движении туловища, кашле, чихании и глубоком дыхании.[2]

Обычно при синдроме Титце нет связанных с ним неврологических заболеваний, проблем с сердечной или дыхательной системами, однако любые сопутствующие сердечно-легочные заболевания, обнаруженные при обследовании, должны привлечь ваше внимание.

Синдром Титце - это диагноз исключения, то есть о нем нужно думать после завершения тщательного обследования и исключения опасных для жизни или более распространенных заболеваний. Электрокардиограмма (ЭКГ) должна быть выполнена всем пациентам с острой болью в груди.

Лабораторные данные для этого синдрома неспецифичны. Биопсия реберного хряща позволит уточнить диагноз быстрее, если она проводится на ранних стадиях прогрессирования заболевания. Ультразвук оказался наиболее эффективным методом диагностики синдрома Титце, поскольку он может быстро продемонстрировать отек мягких тканей в месте воспаления. Другим полезным диагностическим инструментом, хотя и не специфичным, является магнитно-резонансная томография (МРТ), которая точно определит изменения в соседней жировой ткани и костном мозге из-за воспаления. Эти воспалительные изменения могут привести к компрессии и сужению суставной щели пораженного сустава.[2] Лабораторное исследование также может показать повышенные маркеры воспаления, такие как СОЭ или СРБ.

Краеугольным камнем лечения синдрома Титце является консервативная терапия и выжидательная тактика, так как этот болезненный процесс часто проходит сам по себе без необратимых последствий, часто в течение нескольких недель. Но есть вероятность того, что это продлится месяцы или даже до года. Медикаментозное лечение первой линии - это пероральные или топические противовоспалительные и обезболивающие средства.

Если они не приносят значительного облегчения, пациентам может быть полезна целенаправленная инъекция местного анестетика, стероида или того и другого в место максимального отека, которое следует визуализировать с помощью сонограммы. Некоторые пациенты сообщали о пользе применения согревающих прокладок к пораженному участку. Есть данные о том, что в тяжелых случаях заболевания прибегали к удалению хряща. Но такое радикальное лечение следует рассматривать для каждого пациента индивидуально и прибегать к нему не рекомендуется.[2]

Как упоминалось ранее, синдром Титце – диагноз исключения, прежде чем думать о нем при первоначальном проявлении острой боли в груди, необходимо провести широкую дифференциальную диагностику. Синдром

Титце чаще всего ошибочно диагностируется как костохондрит, поскольку также проявляется болью в передней стенке грудной клетки, которая усиливается при пальпации в грудино-хрящевых и реберно-хрящевых соединениях. Костохондрит, однако, связан с поражением и других реберно-грудинных суставов, как правило, от 2 до 5, и не связан с местным отеком над пораженными суставами. Ультразвуковое исследование практически не информативно при костохондрите, в то время как УЗИ- исследование - основа диагностики при синдроме Титце.

Дифференциальный диагноз также следует проводить с: острым коронарным синдромом, гипертоническим кризом, воспалительными процессами или инфекцией легких и сопутствующей плевры, злокачественными новообразованиями, переломом грудной клетки, ревматоидным или пиогенным артритом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью или психогенными расстройствами.[2][5]

Синдром Титце – это нераспространяющееся заболевание с хорошим прогнозом. Большинство пациентов сообщают о полном исчезновении симптомов в течение 1-2 недель при консервативном лечении, есть данные о характерном отеке, который длился до одного года. Заболевание также может иметь характер рецидивирующего.

Обычно нет осложнений, непосредственно связанных с синдромом Титце, за исключением тех, которые могут возникнуть в результате инъекций, лекарств или хирургического вмешательства. Они могут включать инфекцию, медикаментозные реакции, побочные эффекты лекарств и образование рубцов.

Пациентам следует избегать напряженной деятельности в течение 1-2 недель, так как это может усилить боли и, возможно, отсрочить выздоровление. Медицинские работники должны внимательно следить за этими пациентами, особенно за пациентами с отрицательной динамикой, в том числе при увеличении отека.

Важно, что синдром Титце – это диагноз исключения. Сама по себе эта болезнь не смертельна. Чтобы уменьшить физический дискомфорт пациента, душевные страдания, потраченное впустую время и расходы, практикующие врачи должны быть осведомлены о клинической картине, идентифицировать состояние, провести тщательное обследование на предмет любых острых угрожающих жизни расстройств, которые могут быть возможными, и информировать пациентов об этом состоянии, чтобы убедить пациента в том, что это доброкачественное заболевание, как правило не дающее осложнений.[5] Коммуникация, обсуждение и решение задач совместно в команде врачей - это ключевой элемент в постановке надлежащего и своевременного диагноза. Только при проведении качественного дифференциального диагноза можно быть уверенным в диагностированном заболевании. А далее пациент может находиться под наблюдением врачей поликлинического звена в амбулаторных условиях на диспансерном наблюдении, если это необходимо.

#### **Использованные источники:**

1. Wise CM, Semble EL, Dalton CB. Musculoskeletal chest wall syndromes in patients with noncardiac chest pain: a study of 100 patients. Arch Phys Med Rehabil. 1992 Feb;73(2):147-9.
2. Rokicki W, Rokicki M, Rydel M. What do we know about Tietze's syndrome? Kardiochir Torakochirurgia Pol. 2018 Sep;15(3):180-182.
3. Gregory PL, Biswas AC, Batt ME. Musculoskeletal problems of the chest wall in athletes. Sports Med. 2002;32(4):235-50.
4. Fam AG, Smythe HA. Musculoskeletal chest wall pain. CMAJ. 1985 Sep 01;133(5):379-89.
5. Sawada K, Ihoriya H, Yamada T, Yumoto T, Tsukahara K, Osako T, Naito H, Nakao A. A patient presenting painful chest wall swelling: Tietze syndrome. World J Emerg Med. 2019;10(2):122-124.

6. Do W, Baik J, Kim ES, Lee EA, Yoo B, Kim HK. Atypical Tietze's Syndrome Misdiagnosed as Atypical Chest Pain: Letter to the Editor. *Pain Med.* 2018 Apr 01;19(4):813-815.
7. Cameron HU, Fornasier VL. Tietze's disease. *J Clin Pathol.* 1974 Dec;27(12):960-2.
8. Honda N, Machida K, Mamiya T, Takahashi T, Takishima T, Hasegawa N, Kamano T, Hashimoto M, Ohno K, Itoyama S. Scintigraphic and CT findings of Tietze's syndrome: report of a case and review of the literature. *Clin Nucl Med.* 1989 Aug;14(8):606-9.
9. Doudouh A, Benameur Y, Oueriagli SN, Ait Sahel O, Biyi A. A case of Tietze's syndrome visualized on PET/CT-FDG. *Nucl Med Rev Cent East Eur.* 2019;22(2):88-89.
10. Oh JH, Park SB, Oh HC. 18F-FDG PET/CT and Bone Scintigraphy Findings in Tietze Syndrome. *Clin Nucl Med.* 2018 Nov;43(11):832-834.