

РАЗНАТОВСКАЯ Е.Н.¹, БЕНДУС М.В.¹, БЕЗДЕНЕЖНЫЙ В.В.², ФЕДОРЕЦ А.В.²

¹Запорожский государственный медицинский университет

²КУ «Запорожский противотуберкулезный клинический диспансер»

ТУБЕРКУЛЕЗ РЕБЕР

Туберкулез костей грудной клетки включает поражение разных костей, которые образуют ее каркас. Специфическое поражение ребер встречается редко, но в 5 раз чаще, чем грудины [1–5].

Ребра — это дугообразные парные плоские кости, которые, соединяя позвоночник и грудную кость, образуют грудную клетку [6]. Ребра состоят из кости (длинные губчатые кости с головкой, шейкой и бугорком) и хряща. Тело ребра имеет внутреннюю (вогнутую) и наружную (выпуклую) поверхности, ограниченные закругленным и острым краями. Сосуды и нервы располагаются в борозде, проходящей по внутренней поверхности нижнего края. Грудная клетка изнутри выстлана соединительнотканной оболочкой, сразу под которой расположена состоящая из двух гладких листков плевры.

Частичное нарушение целостности ребра без смещения костных отломков, возникающее по причине травмы или патологического процесса, приводящего к уменьшению прочности костной ткани, называется неполным переломом. Одним из таких патологических процессов является туберкулез.

Туберкулезным процессом поражается как костная, так и хрящевая часть ребра, но чаще — реберный хрящ на границе с костью, у места прикрепления ребра к грудице [3]. Поражение реберного хряща происходит при переходе процесса с ближайших периплевральных лимфатических сосудов и желез. Сначала в процесс вовлекается надхрящница, а затем хрящ. Головки и шейки ребер чаще поражаются вторично при поражении позвоночника.

Чаще туберкулез ребер вторичный и развивается вследствие [1–5, 7]:

— гематогенного заноса микобактерий туберкулеза (МБТ) из очагов в легких;

— перехода специфического процесса с бронхоплевральных лимфатических желез и плевры на ребро (чаще поражаются V–VII ребра) или хрящ (чаще хрящи III–V ребер): прежде всего происходит поражение периоста, процесс быстро распространяется на всю кость. Поверхность ребра или хряща, обращенная к плевре, узурируется и подвергается гнойному расплавлению с последующим образованием свища с гнойным отделяемым, содержащим МБТ.

При первичном туберкулезном поражении ребер (костной ткани) процесс возникает в губчатом веществе кости и приобретает характер первичного специфического остеомиелита. А при первичном поражении реберного хряща вследствие бедности кровоснабжения в нем в отличие от поражения костной ткани бы-

стрее наступает некроз и образуются свищи с упорным течением.

Клинически туберкулез ребер проявляется субфебрильной температурой тела, локально над пораженным участком ребра (хряща) определяется припухлость (обусловленная либо утолщением кости (хряща), либо инфильтрацией мягких тканей) с последующим образованием абсцесса, а затем свища. При пальпации болезненность вначале незначительная, а при образовании абсцесса нарастает [8]. При поражении реберного хряща на границе с костью образуются свищи, длительно не заживающие. Первичное поражение ребер клинически проявляется вздутием кости с дальнейшим образованием секвестров и свищей. При вскрытии свищей выделяется гной с примесью казеозного некроза, а при присоединении вторичной инфекции типичная картина туберкулеза стирается.

Рентгенологически в начале заболевания данные очень скудные. По мере прогрессирования процесса наблюдается краевая деструкция контуров ребра («изъеденность») в виде «тающего сахара» и образование мелких, крошковидных секвестров.

А.В. Асеев с соавт. (2008) [8] после изучения особенностей рентгенодиагностики туберкулеза ребер установили, что обзорная рентгенограмма и томограмма ребер для подтверждения диагноза малоинформативны. Основу лучевой диагностики составляла фистулография в сочетании с рентген-снимками в прямой и боковой проекциях (при необходимости — в косой).

По данным исследования Г.Г. Голка (2003) [9] установлено, что для диагностики туберкулеза костей и суставов необходимо применять комплекс лучевых методов: рентгенографию (РГ), рентгенотомографию (ТГ), компьютерную томографию (КТ) и ядерно-магнитный резонанс.

Предлагаем клинические случаи собственных наблюдений больных с туберкулезом ребер.

Клинический случай 1

Больной Ш., 62 года. Из анамнеза: туберкулезом ранее не болел, но 8 лет назад состоял на диспансерном учете у фтизиатра по месту жительства как «контактный» (жена болела активной формой туберкулеза легких). 11 месяцев назад с жалобами на повышение тем-

© Разнатовская Е.Н., Бендус М.В., Безденежный В.В., Федоренко А.В., 2014

© «Боль. Суставы. Позвоночник», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

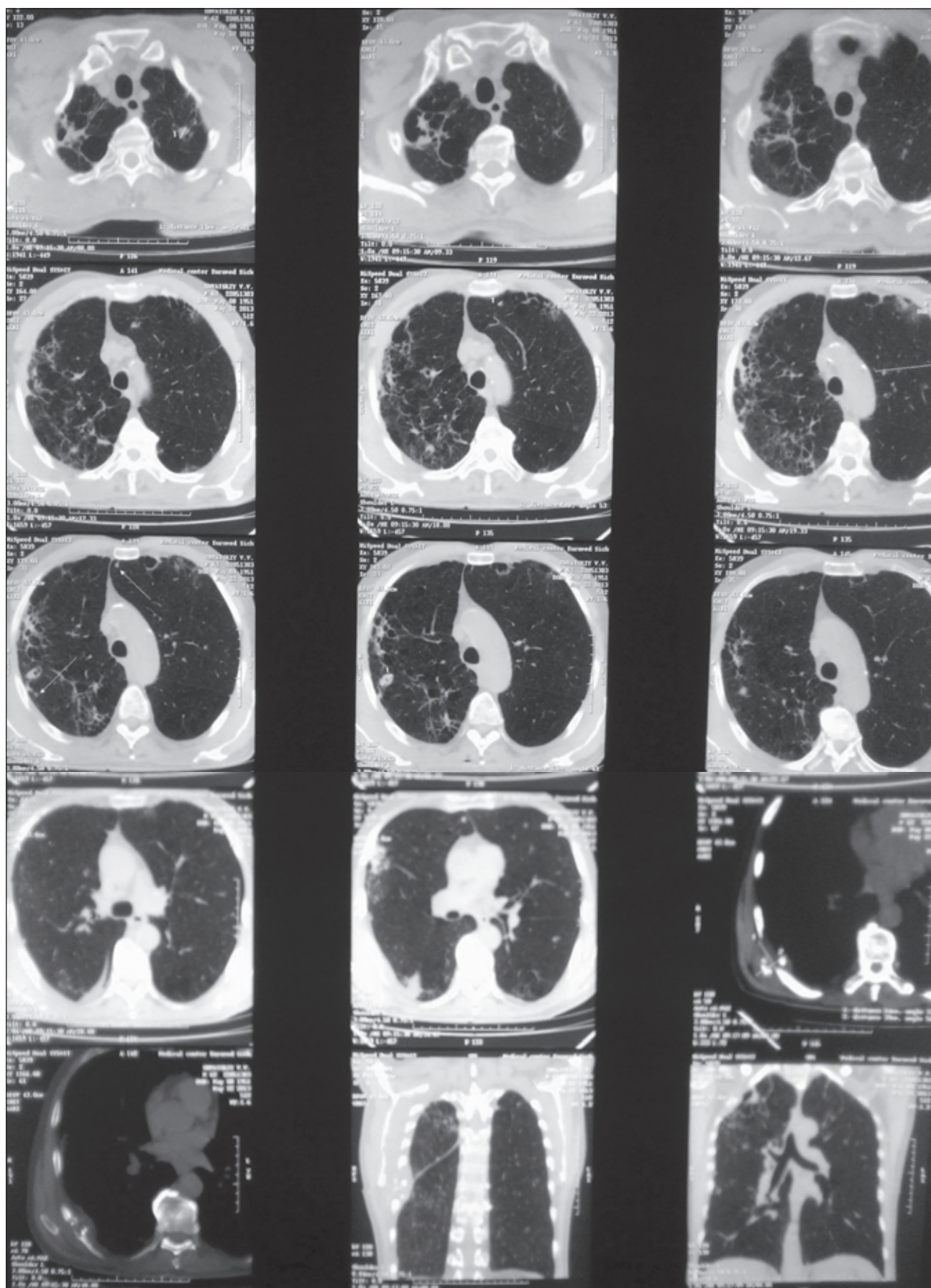


Рисунок 1. КТ ОГП больного Ш., 62 лет, при поступлении в стационар

пературы тела до 40 °С, потерю в весе и боль в области VIII ребра справа больной обратился к участковому терапевту, после дообследования ему был проведен курс неспецифической антибактериальной терапии. Учитывая анамнез больного, был изучен рентген-архив: органы грудной полости (ОГП) без патологии.

Через 2 месяца улучшения состояния больного не отмечалось. Назначено дообследование — КТ ОГП и исследование мокроты на МТБ: на КТ ОГП выявлены в легких изменения по типу милиарного канцероматоза, изменения в VIII ребре справа по типу остеохондромы — по лопаточной линии очаг деструкции протяженностью до 3 см с мягкотканым компонентом до 5 × 4 см (рис. 1), а в анализе мокроты бактериоскопически выявлены МТБ, после чего больной консультирован фтизиатром и направлен на стационарное лечение в противотуберкулезный диспансер.

Через 1,5 недели при поступлении в стационар рентгеноскопически отмечалось: в легких на фоне выраженных фиброзно-буллезных изменений очаговая диссеминация; справа VIII ребро разрушено по задней подмышечной линии, костные фрагменты в мягкотканном компоненте; корни структурны; синусы свободны. В анализе пунктата образования в области VIII ребра справа выявлено: на фоне межучточного вещества располагаются лейкоциты (н/с 100 %), обнаружены скопления полуразрушенных клеток типа гистиоцитов, атипичные клетки не обнаружены, МБТ 2+. Так, у больного был подтвержден туберкулез VIII ребра справа. При этом посев пунктата показал рост МБТ и устойчивость к изониазиду, рифампицину и стрептомицину (HRS), на основании чего больной был переведен в категорию 4 (мультирезистентный туберкулез (МРТБ)). При этом стоит отметить, что посев мокроты до перевода в категорию МРТБ у больного был отрицательным, а скопическим способом в процессе всего лечения МТБ были выявлены только однократно. В результате проводимого лечения у больного рентгенологически отмечается положительная рентгенодинамика со стороны легких (частичное рассасывание очаговой инфильтрации) и стабильная — со стороны реберного процесса (рис. 2).



Рисунок 2. Обзорная рентгенограмма больного Ш., 62 лет, через 9 месяцев лечения



Рисунок 3. РГ ОГП больной М., 29 лет, при обращении

Клинический случай 2

У больной М., 29 лет, 2 месяца назад без видимой причины появилась припухлость над правой молочной железой. Обратилась к врачу по месту жительства. Из анамнеза: туберкулезом ранее не болела, контакт с туберкулезным больным отрицала. Направлена на консультацию к онкологу, после дообследования установлен диагноз: опухоль III ребра справа. На РГ ОГП — без патологии (рис. 3), ФБС — трахеобронхиальное дерево без патологии.

Через 3 недели больной проведено оперативное удаление опухоли. При гистологическом исследовании выявлены гигантские макрофаги, клетки типа Пирогова — Лангханса, после чего больная направлена в стационар противотуберкулезного диспансера с диагнозом: киста с некрозом мягких тканей передней грудной стенки, туберкулез (?).

После дообследования в противотуберкулезном диспансере установлен диагноз: туберкулез хрящевой части III ребра справа, состояние после операции (рис. 4), деструкция +, гистология +.



Рисунок 4. РГ ОГП больной М., 29 лет, после операции

Список литературы

1. Фещенко Ю.І., Ільницький І.Г., Мельник В.М., Панасюк О.В. Туберкульоз позалегеневої локалізації. — Київ: Логос, 1998. — 378 с.
2. Внегочный туберкулез: Руководство для врачей / Под ред. проф. А.В. Васильева. — СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000. — 561 с.
3. Голка Г.Г. Костно-суставной туберкулез — актуальная проблема здравоохранения // Укр. пульмон. журнал. — 2004. — № 1. — С. 54-56.
4. Голка Г.Г., Хвисяк О.М. Кістково-суглобовий туберкульоз. — Харків: Прапор, 2004. — 117 с.
5. Беллендир Э.Н. Костно-суставной туберкулез: современные аспекты // Травматология и ортопедия России. — 1995. — № 6. — С. 7-13.
6. Гайворонский И.В. Нормальная анатомия человека: Учебник для медицинских вузов. — СПб.: СпецЛит, 2007. — 559 с.
7. Голка Г.Г. Современные аспекты диагностики костно-суставного туберкулеза // Вісник ортопедії, травматології та протезування. — 2003. — № 2. — С. 27-32.
8. Асеев А.В., Серяков В.Н., Цветкова Н.В. Особенности рентгенодиагностики и лечения туберкулеза ребер // Медицинская визуализация: Мат-лы 2-го нац. конгресса по лучевой диагностике и терапии. — М., 2008. — С. 23-24.
9. Голка Г.Г. Принципы променевої діагностики кістково-суглобового туберкульозу // Укр. радіологічний журнал. — 2003. — № 11. — С. 25-30.

Получено 12.02.14 ■