

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ СИМФИЗИТ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
11 городская клиническая больница г. Минска²

Поражение симфиза является редкой локализацией любого костно-суставного процесса, особенно если оно изолированное. Туберкулезная инфекция симфиза считается нетипичной, диагностируется крайне редко.

В ревматологической практике, симфизиты встречаются чаще в контексте спондилоартритов.

В статье представлен случай туберкулезного симфизита, интересный тем, что травма была единственным фактором риска костно-суставного туберкулеза.

Приведена дифференциальная диагностика симфизалгий, включающая также их туберкулезную этиологию.

Ключевые слова: симфизалгии, туберкулёзный симфизит, дифференциальный диагноз симфизалгий, лобковые остеиты, энтезиты.

E. A. Mikhnevich, N. I. Artishevskaja, T. G. Golovko, N. A. Kruchyna

TUBERCULOUS SYMPHYSITIS: CASE FROM PRACTICE

Symphysis is rare localization of arthritis, especially as isolated or main manifestation of disease. Tuberculosisinfection of symphyse are uncommon and not frequent. In rheumatologic practice, we can meet symphysitis in spondyloarthritis. In the article we present a case of tuberculoussymphysitis. This case is interesting in that trauma was an alone risk factor of osteoarticular tuberculosis. Differential diagnosis of symphysalgushoud include its tuberculous origin.

Key words: *symphysalgya, tuberculoussymphysitis, differential diagnosis of symphysalggy, osteitis pubis, enthesitis.*

Мы столкнулись со случаем туберкулёзного симфизита, который оказался интересен тем, что пациентка не имела туберкулёзного анамнеза, другой хронической патологии, способной вызвать дефицит иммунитета. По сути, факторы риска остеоартикулярного туберкулёза отсутствовали, за исклю-

чением травмы. Мы представляем этот случай с последовательным описанием наших рассуждений и проводимых обследований. После описания случая дана классификация энтезопатий и, в частности, уделено внимание причинам, клинике и необходимому обследованию при симфизалгиях и симфизитах.

Пациентка З., 60 лет поступила в отделение ревматологии 2-ой городской клинической больницы г. Минска в июле 2010 г. с жалобами на боли внизу живота, усиливающиеся при малейшем движении, субфебрильную температуру по вечерам в течение последнего месяца, единичные очаговые изъязвления размером до 5 см в диаметре в области голени.

Анамнез болезни. Дискомфорт в области лонного сочленения после долгой ходьбы или стояния возник у пациентки в конце января 2010 г., после падения на живот на скользкой дорожке. Она продолжала работать. С течением времени дискомфорт сменился болями, которые эффективно купировались диклофенаком. Вначале боли возникали только при движении, последний месяц боли беспокоили постоянно, стали затруднять передвижение пациентки. За последние 3 дня боли усилились до такой степени, что пациентка вынуждена была оставаться в постели, принимала до 300 мг в сутки диклофенака без особого эффекта, и это послужило основанием для вызова Скорой помощи.

Анамнез жизни. На пенсии, но продолжает работать контролёром охраны на предприятии. Росла здоровым ребёнком. Родила троих здоровых детей. Месячные отсутствуют с 53 лет. В ноябре 2009 г. перенесла очаговую пневмонию в нижней доле слева, по поводу которой лечилась стационарно с рентгенологическим контролем после выписки. В конце января 2010 г. появилась эритематозная сыпь на голених и стопах, единичная на предплечьях, на месте которой в области голених возникли поверхностные единичные некрозы кожи. Лечилась в городском кожно-венерологическом диспансере с диагнозом: геморрагический васкулит, некротическая форма. За неделю до поступления в стационар возникли новые высыпания и появились новые изъязвления. Применение кортикостероидных и антибактериальных мазей было безуспешным. В 2009 г. выставлен диагноз аутоиммунного тиреоидита, без медикаментозного лечения.

Не курит, алкоголь не употребляет. Не была в контакте с больными туберкулёзом. Не было снижения веса.

Данные объективного обследования. Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, повышенного питания. В области нижней трети обеих голених 3 язвенных дефекта: самый большой 5 см в диаметре и глубиной до 2 мм, с небольшой гиперемией краёв. Вес 86 кг, рост 169 см, индекс массы тела 30 кг/м². Зев – чистый. Щитовидная железа пальпируется, увеличена, безболезненная. Периферические лимфоузлы не паль-

пируются. Лёгкие: перкуторно – лёгочной звук, при аускультации – везикулярное дыхание. ЧД – 17 в минуту. Сердце: границы в пределах нормы, тоны несколько приглушены, ритм правильный, ЧСС 82 уд. в мин. А/Д 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный и несколько напряжённый при пальпации в надлобковой области, умеренно вздут. При пальпации максимальная боль над лобком, покраснения кожи над ним, флюктуации нет. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Суточный диурез 1,5 л. Оценить объём движений в тазобедренных суставах невозможно из-за болей в лобковой области при малейшем движении в них. Другие суставы без особенностей.

Инструментальное обследование. В общем анализе крови СОЭ – 41 мм/час, лейкоциты – $14,2 \times 10^9$ /л, эритроциты – $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 92 г/л, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, базофилы – 10%, лимфоциты – 33%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 7,15 мкмоль/л, АСТ – 22 МЕ/л, АЛТ – 28 МЕ/л, мочевины – 14,9 ммоль/л, креатинин – 161 мкмоль/л, амилаза – 25,4 Е/л, С – реактивный белок – 21 мг/л. Тиреотропный гормон – 0,46 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, прозрачная, удельный вес – 1022, белок – 0,27 г, сахар – отрицательный, лейкоциты – 5–8 в поле зрения, эритроциты – в значительном количестве. Посевы мочи и крови на культуры, в том числе и БК, отрицательны.

Рентгенография органов грудной клетки: диффузный пневмосклероз, склероз дуги аорты, гипертрофия левого желудочка. Рентгенография костей таза: описание см. под снимком.

После первичного осмотра и рутинного обследования рассматривались несколько возможных диагнозов:

1) опухолевой процесс, первичный или метастатический, возможно, из первичного очага в малом тазу;



Рис. 1. Рентгенограмма костей таза. Контактные поверхности костей лонного сочленения деструктивно изменены, с нечёткими, неровными контурами и наличием структурного дефекта между ними

□ Случай из практики

2) инфекционный процесс, в том числе и туберкулёзный;

3) хронический эрозивный симфизит на фоне других воспалительных заболеваний скелета, а также на фоне аутоиммунного тиреоидита.

Ультрасонография щитовидной железы выявила узловую гиперплазию и признаки хронического тиреоидита. Консультирована эндокринологом, сделавшим заключение: аутоиммунный тиреоидит с узлообразованием, гипертрофическая форма. Состояние эутиреоза.

Ультрасонография органов брюшной полости и малого таза позволила подтвердить признаки деструктивных изменений лонного сочленения с формированием жидкостного образования размером 50×55 см в предпузырном пространстве, диастазлонного сочленения около 12 мм. Под контролем УЗИ выполнена пункция жидкостного образования области лонного сочленения. Получено 5 мл гнойно-кровянистой, мутной жидкости, при исследовании которой лейкоциты густо покрывают все поля зрения, 10–15 эритроцитов в поле зрения, микроскопия на БК отрицательна.

КТ таза: см. описание снимка ниже. Проведенные ультрасонография и КТ органов малого таза, выявившие абсцесс, позволили с большей вероятностью думать о туберкулёзном процессе; опухолевой процесс менее вероятен. Что же заставило нас склониться в пользу диагноза туберкулёзного симфизита, осложнённого абсцессом? То, что характерно для туберкулёза: медленное незаметное течение, малосимптомная клиника в течение полугода, механический характер болей, остеолитический процесс, наличие абсцесса, умеренный воспалительный синдром [1].

Кожные проявления в виде язв голени нами трактовались как язвенно-некротический васкулит вторичного происхождения: паранеопластический, на фоне инфекций либо, что менее вероятно, аутоиммунного генеза. Одновременно была выполнена



Рис. 2. Компьютерная томография костей таза. Выраженное расширение симфиза до 12 мм с разрушением костной поверхности и с наличием жидкостного образования между костями и несколько впереди от них; тазобедренные суставы не изменены, паховые лимфоузлы не увеличены

биопсия кожного лоскута в области язвенного дефекта кожи. Была выявлена очаговая лейкоцитарная инфильтрация в дерме, преимущественно периваскулярно, местами фибриноидная дезорганизация стенок, что позволило морфологам сделать заключение о процессе, могущем соответствовать васкулиту.

Больная консультирована ортопедом 1-ого городского противотуберкулёзного диспансера, сделавшего заключение: симфизит, нельзя исключить его туберкулёзную этиологию.

Подозрение на абсцесс и усугубление болей в животе послужили показанием для проведения лапароскопии, в ходе которой осуществлено вскрытие и дренирование предпузырного абсцесса.

Ещё за неделю до лапароскопии был назначен рифампицин 600 мг в сутки. Наблюдая за пациенткой, мы отметили полное заживление язв голени к её переводу в противотуберкулёзный стационар через 3 недели после операции. Это позволило нам рассматривать кожные изменения как вторичный язвенно-некротический васкулит.

Что касается изменений анализа мочи в виде гематурии и слабой протеинурии, то это может быть нефропатия в контексте васкулита либо можно думать и о туберкулёзном поражении почек как первичном очаге. Во-вторых, снижение СКФ может быть в большей степени связано и с анальгетической нефропатией, учитывая сверхвысокие дозы диклофенака, принимаемые пациенткой амбулаторно.

Пациентка осмотрена через 5 месяцев: на коже голени сохраняется пигментация; движения в тазобедренных суставах в полном объёме, как пассивные, так и активные; пальпация области лонного сочленения безболезненна, походка без особенностей; анализы крови и мочи в норме.

Особенностями приведенного случая являются:

- Травма как единственный фактор риска развития туберкулёзного лонного сочленения.
- Отсутствие туберкулёзного анамнеза и явного первичного очага.
- Механический характер болей.
- Диагностика при появлении осложнения – абсцесса.

Симфиз представляет собой энтезис – место прикрепления к кости сухожилий мышц и связок, соответственно симфизалгии – разновидность энтезопатий. Обобщив литературные данные, мы представляем свою классификацию энтезопатий [2, 3, 4, 5].

Классификация энтезопатий

1. По распространённости: изолированные и множественные; множественные бывают при спондилоартритах, фибромиалгии, а изолированные энтезопатии чаще имеют травматический генез.

2. По происхождению:

- посттравматические: чаще у спортсменов;
- перегрузочные: например, латеральный эпикондилит;

- нарушение тазовой биомеханики: при дисфункции крестцово-подвздошных суставов;
- при эндокринной патологии: аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, гиперпаратиреоз, гипогонадизм;
- при метаболических болезнях: пирофосфатная и гидроксиапатитная артропатии, охроноз;
- при беременности: дисфункция лонного сочленения беременных;
- дегенеративные: болезнь Форестье (DISH – синдром);
- воспалительные: спондилоартриты;
- нейрогенные: фибромиалгия.

Симфизалгии могут быть проявлением чистоэнтезопатическим, а с другой стороны, они могут быть проявлением лобковых остеоитов с поражением костных структур. Симфизиты, как лобковые остеоиты наблюдаются при спондилоартритах, а также как остеоиты инфекционного генеза, или остеомиелиты. *Staphylococcus aureus* является наиболее частой их причиной; реже причиной костной деструкции становятся *Pseudomonas aeruginosa* и *Escherichiacoli*. Реже встречается метастатическое поражение лобковых костей, преимущественно при первичном очаге в органах малого таза.

Клиника симфизитов. Жалобы при симфизалгиях: боли в паху, внизу живота, яичках у мужчин, области прикрепления аддукторов бедра. Иногда боль может распространяться на всю нижнюю конечность, напоминать боль при ишиасе. Боль носит механический характер, усиливаясь при беге, прыжках, резкой аддукции бедра, часто носит унilaterальный характер. Особое внимание следует обращать на напряжение мягких тканей над областью лобка и появление температуры.

В анамнезе уточняют любые хирургические вмешательства в малом тазу с целью исключения остеомиелита. Как правило, всегда имеется микро- или макротравматизм, занятия спортом в анамнезе. Наиболее часто симфизалгии встречаются у футболистов и хоккеистов, чаще изолированные, при повреждении аддукторов бедра (*m. gracilis*, *m. m. adductor longus*, *m. adductor brevis* и *m. adductor magnus*) или абдоминальных мышц (*m. pectineus* и *m. rectus abdominis*) в результате мышечного спазма [7].

При объективном обследовании данные могут варьировать. При пальпации боль чаще всего определяется над областью верхних ветвей лобковых костей, часто сопровождается напряжением мягких тканей. При непостоянных болях одпрыгивание на одной ноге может спровоцировать её. Наиболее специфичным тестом для лобковых остеоитов является определение напряжения над областью симфиза при прямом надавливании (*direct-pressure spring test*): кончиками пальцев скользят в обе стороны от симфиза, надавливая на ветви лобковых костей латерально с обеих сторон, что провоцирует боль в области симфиза [8]. Латеральная от симфиза пальпация позволяет обнаружить более выраженную латеральную

или одностороннюю боль. Если боль не воспроизводится на уровне лобкового симфиза, следует думать о другой патологии (например, перелом).

При остром возникновении симфизалгии в сочетании с температурой должен быть заподозрен остеомиелит лобковых костей. Обязательным является проведение обследования на наличие паховой грыжи при локализации болей в паху. Проведение гинекологического исследования для исключения воспалительного процесса женской половой сферы также должно предусматриваться. Если симптомы не совсем ясны, ректальное обследование позволяет исключить заболевания прямой кишки и простаты [6, 9].

Лабораторное обследование. Общий анализ крови зависит от причины симфизалгий. Лейкоцитоз и сдвиг формулы влево позволяет заподозрить инфекцию. Ускоренная СОЭ в сочетании с высоким уровнем С-реактивного белка наблюдаются при воспалительных заболеваниях скелета. Общий анализ мочи исключает урологическую этиологию симфизалгий, чаще всего простатитов. При лихорадке, необходим посев крови на культуру. Пациенты с остеомиелитом, как правило, позитивны в отношении *Saureus*.

Инструментальное обследование. Рентгенография костей таза часто негативна на ранних стадиях симфизитов, после нескольких недель заболевания может наблюдаться небольшое расширение лобкового симфиза. При прогрессировании процесса появляются остеолиз и склероз. При остеомиелите костные эрозии могут быть видны и на рентгенограммах. Сканирование скелета с технецием-99m [^{99m}Tc] или фотонно-эмиссионная компьютерная томография (SPECT) позволяют выявить начальные изменения в костях. МРТ может помочь врачу отличить мышцы, сухожилия, периостальное или костное повреждение, выделить воспаление фиброзного хряща, костный отёк или склероз поверхностей лобковых костей.

В случаях, когда пациент лихорадит, но культура крови негативна, следует провести аспирацию в области лонного сочленения для культурального исследования. Аспирацию проводят под ультразвуковым контролем.

Итак, мы представили случай симфизалгии, наглядно демонстрирующий медленную, малосимптомную эволюцию туберкулёзного процесса лобковых костей. С другой стороны, такая локализация туберкулёзной инфекции крайне редка, чем можно, конечно, объяснить низкую степень подозрительности врачей. В связи с этим, дифференциальная диагностика симфизалгий должна обязательно включать и их туберкулёзную этиологию.

Литература

1. Михневич, Э., Артишевская Н., Кручина Н. Дифференциальная диагностика туберкулёзного коксита. *Здравоохранение*. – 2012; 10: 69–73.
2. Продан, А., Беренов К., Стауде В. и др. Классификация и диагностика пояснично-тазовой боли у беременных.

□ Случай из практики

Ортопедия, травматология и протезирование. – 2010; 1:17–22.

3. *Kuhlman, C., Domb B.* Hip impingement identification and treating: a common cause of hip pain. *Am. Fam. Physician.* – 2009, 80(12): 1429–34.

4. *Lynch, S., Reustrom P.* Groin injuries in sport: strategies. *Sport Med. Amer.* – 1999; 29(2): 137–44.

5. *Perry, J.* Les enthesopathies. *Rhumatol. en Europe.* – 2003; 26(2):68–70.

6. *Peters, K., Carrico D., Kalinowski S. et al.* Prevalence of pelvic floor dysfunction in patients with interstitial cystitis. *Urology.* – 2007; 70(1): 16–8.

7. *Robertson, B., Barker P., Faplnr M. et al.* The anatomy of the pubic region revisited: implication for the pathogenesis and clinical management of chronic groin pain in athletes. *Sport, Med.* – 2009; 39(3): 225–34.

8. *Ruane, J., Rossi T.* When groin pain is more than just a strain: navigating a broad differential. *Phys. Sportsmed.* – 1998; 26(4): 78–103.

9. *Wettstein, M., Mouhsine E., Borenso F. et al.* Differential diagnosis in groin pain. *Rev. Med. Suisse.* – 2007; 3(138): 2882–4.

Поступила 14.04.2014 г.