

СВЕРХКОМПЛЕКТНЫЙ ТРАХЕАЛЬНЫЙ БРОНХ У ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

М. Штейнер^{1,2}, доктор медицинских наук,
Н. Залогина¹

¹Самарская городская больница №4

²Самарский государственный медицинский университет

E-mail: ishte@mail.ru

У госпитализированного в экстренном порядке пациента с бронхиальной астмой (подозрение на массивную обструкцию дыхательных путей бронхиальным секретом на фоне неэффективной собственной экспекторации) при бронхоскопии был выявлен трахеальный бронх, расцененный как сверхкомплектный.

Ключевые слова: бронхоскопия, сверхкомплектный трахеальный бронх, бронхиальная астма.

Нередко анатомические аномалии трахеи и бронхов, не влекущие за собой серьезных функциональных нарушений, выявляют случайно, при бронхоскопии по самым различным причинам. Такой случайной находкой могут быть различные варианты трахеального бронха [1, 2].

Чаще этот бронх является вариантом проксимальной транспозиции верхнедолевого, или сегментарного (S₁) бронха. В этих случаях говорят о **смещенном** трахеальном бронхе; его частота колеблется в пределах 0,5–2,0% [1, 3].

Более редким вариантом является так называемый **сверхкомплектный** трахеальный бронх, который может аэрировать часть нормальной верхней доли (рудиментарное «третье» легкое), сообщаться с жидкостным образованием (трахеоцеле) или слепо заканчиваться по типу дивертикула трахеи [1, 3–5].

Чаще всего трахеальный бронх не сопровождается патологическими проявлениями и обнаруживается случайно – во время операции на легком по другому поводу или при патологоанатомическом исследовании. Потенциальное клиническое значение такого бронха заключается в неполноценных аэрации и дренировании соответствующего ему участка легочной паренхимы. Это становится причиной возникновения в соответствующей зоне таких патологических процессов, как пневмония, острое нагноение, туберкулезное поражение [6–8]. Реже наличие трахеального бронха способно приводить к неожиданным осложнениям при интубации трахеи [9, 10].

Диагноз устанавливают во время бронхоскопии, осуществляемой по различным показаниям, и уточняют при мульти-спиральной компьютерной томографии (МСКТ).

Приводим наблюдение.

Пациент П., 27 лет, госпитализирован в экстренном порядке в пульмонологическое отделение Самарской городской больницы №4 с диагнозом: бронхиальная астма, атопическая форма, на фоне отсутствия базисной терапии, дыхательная недостаточность III стадии.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, вертикальное положение электрической оси сердца, нарушение процессов реполяризации в области задней стенки левого желудочка. Сатурация кислородом: 88%.

Рентгенография грудной клетки не выявила очаговых и инфильтративных изменений.

Общий анализ крови: Hb – 136 г/л, эр. – $5,06 \cdot 10^{12}/л$, л. – $10,0 \cdot 10^9/л$, п. – 2%, с. – 54%, э. – 2%, лимф. – 34%, мон. – 8%, СОЭ – 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, отн. плотность – 1,018, белок отсутствует, цилиндры гиалиновые – 0–1, лейкоциты – 3–4, эритроциты – 0–1, эпителий – 4–5 в поле зрения; слизь.

С учетом выраженной кислородной задолженности пациент госпитализирован в отделение анестезиологии и реанимации. После стабилизации состояния он был переведен в общее отделение, но клинические признаки обструкции нижних дыхательных путей бронхиальным секретом сохранялись. Принято решение провести бронхоскопию на фоне трансназальной подачи кислорода.

Исследование провели с использованием видео-бронхоскопа МАФ-ТМ (Олимпус, Япония); применялась местная анестезия (8 мл 5% раствора лидокаина). Бронхоальвеолярный лаваж выполняли по стандартной методике.

Во время проведения бронхоскопии, помимо эндобронхиальных признаков, выраженного воспалительного процесса и стаза секрета на правой стенке трахеи, на 6–7 мм выше бифуркации было обнаружено устье бронха (см. рисунок).

Суженный характер устья бронха не позволил ввести дистальный конец бронхоскопа. Поскольку в ходе исследования установлено, что топографическое расположение всех долевого и сегментарных бронхов было обычным, трахеальный бронх расценен как сверхкомплектный. Заключение бронхоскопии: «Сверхкомплектный трахеальный бронх. Диффузный эндобронхит II степени интенсивности воспаления по классификации Лемуана (1965), модифицированной Лукомским Г.И. и Орловым Г.М. (1973). Лаваж с 80 мл изотонического раствора хлорида натрия до «чистой



Трахеальный бронх

воды». Бронхоскопия выполнена на фоне трансназальной подачи кислорода».

При проведении в последующем МСКТ на правой стенке трахеи был обнаружен сверхкомплектный бронх протяженностью до 14 мм, слепо заканчивающийся.

В данном случае сверхкомплектный трахеальный бронх не вентилировал дополнительные рудиментарные образования или часть верхней доли, что благоприятно для прогноза. Однако, помимо потенциально отягощенного анестезиологического фона (бронхиальная астма), трахеальный бронх у пациента является дополнительным фактором риска, что следует учитывать в будущем (если у пациента возникнет необходимость в любых поднаркозных медицинских вмешательствах).

Литература

1. Макаров А.В., Сокур С.П. Врожденные аномалии развития бронхолегочной системы (диагностика, хирургическое лечение) // Украинский пульмонологічний журнал. – 2003; 2: 72–4.
2. Штейнер М.Л. Анатомические аномалии трахеи и бронхов у пациентов с выраженной обструкцией нижних дыхательных путей бронхиальным секретом: данные фибробронхоскопии // Туберкулез и болезни легких. – 2014; 2: 34–5.
3. Barat M., Konrad H. Tracheal bronchus // Am. J. Otolaryngol. – 1987; 8 (2): 118–22.
4. Татур А.А., Недвзведь М.К., Скачко В.А. и др. Дивертикулы трахеи: клиника, диагностика и лечение // Мед. журн. (Республика Беларусь). – 2010; 4: 92–6.
5. Аверьянов А.В., Кемеж Ю.В. Добавочный трахеальный бронх // Рус. электрон. радиол. журн. – 2013; 3 (3): 62–6.
6. McLaughlin F., Striedre D., Harris G. Tracheal bronchus: Association with respiratory morbidity in childhood // J. Pediatr. – 1985; 106 (5): 751–5.
7. Middleton R., Littleton J., Brickey D. et al. Obstructed tracheal bronchus as a cause of post-obstructive pneumonia // J. Thoracic Imaging. – 1995; 10 (3): 223–4.
8. Шпак О.И., Опанасенко Н.С., Басанец А.В. и др. Клиника, диагностика и лечение осложненного трахеального бронха // Украинский пульмонологічний журнал. – 2002; 1: 54–7.
9. Massoni C., Gimbert A., Escande G. et al. A rare cause of accidental selective intubation: right upper lobar bronchus originating from the trachea // Annales Francaises d'Anesthesie et de Reanimation. – 1997; 16 (2): 187–9.
10. Преловский А.В., Жуков Д.В., Недашковский Э.В. и др. Добавочный трахеальный бронх, как осложнение анестезии // Вестн. анестезиол. и реаниматол. – 2009; 6 (5): 30–2.

SUPERNUMERARY TRACHEAL BRONCHUS IN A PATIENT WITH ASTHMA

M. Shteiner^{1,2}, MD; N. Zalogina¹

¹Samara City Hospital Four

²Samara State Medical University

Bronchoscopy has revealed a tracheal bronchus regarded as supernumerary in an emergently admitted patient with asthma (suspected massive airway obstruction by bronchial secretion during ineffective intrinsic expectoration).

Key words: bronchoscopy, supernumerary tracheal bronchus, asthma.