

## Аномалия развития — сверхкомплектный бронх

Колпинский Г.И., Бурдин С.Н., Шкарабуров А.С., Попова О.П., Ракунова Н.В.

## Abnormal development — extra bronchus

Kolpinsky G.I., Burdin S.N., Shkaraburov A.S., Popova O.P., Rakunova N.V.

МБУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр», г. Кемерово

© Колпинский Г.И., Бурдин С.Н., Шкарабуров А.С. и др.

Впервые трахеальный бронх был описан J. Chiari в 1889 г. Трахеальный бронх возникает из боковых выростов трахеи, которые в онтогенезе обычно подвергаются обратному развитию. Относится к числу редких пороков развития трахеобронхиальной системы. Чаще отходит от правой стенки трахеи. Частота аномалии 1—2% наблюдений. Известны два основных варианта: добавочный (сверхкомплектный) трахеальный бронх и смещенный трахеальный бронх (дисплазия).

Обычно не наблюдается клинических проявлений, типичных для этого вида аномалий. Жалобы появляются только при наличии патологических процессов в легких и обуславливаются этими процессами.

Клиническое значение трахеального бронха заключается в том, что в некоторых случаях аэрация и дренирование соответствующего ему участка легочной паренхимы осуществляются неполноценно, что является причиной возникновения в соответствующей зоне таких патологических процессов, как бронхоэктатическая болезнь, пневмония, острое нагноение, туберкулез. В ряде случаев трахеальный бронх сочетается с другими аномалиями, в частности с кистозной гипоплазией легкого.

Распознается эта аномалия при компьютерной томографии и фибробронхоскопии. Фибробронхоскопия позволяет уточнить вариант бронха (добавочный или смещенный), отношение к вентиляции легочной ткани, а также обнаружить устье бронха на стенке трахеи.

Наличие этого вида патологии, как правило, лечения не требует. Ушивание бронха производится в случаях, когда он ведет к появлению кистозной области (при ее удалении), и осуществляется по общим правилам ушивания культи бронха. Заблаговременная диагностика трахеального бронха чрезвычайно важна для того, чтобы при удалении верхней доли или целого легкого не образовался высокий дефект в стенке трахеи, который в послеоперационном периоде приводит к развитию бронхиального свища.

Самой частой ошибкой, имеющей место в ходе радикальных операций при наличии этой аномалии, являются ошибочное принятие этого бронха за сосуд и простая перевязка его кетгутом или шелком вместо соответствующей обработки. Такая ошибка может повлечь за собой развитие бронхиального свища на 4—7-е сут после операции.

С учетом редкости данной патологии ниже приведено собственное клиническое наблюдение.

Большая А., 58 лет, поступила в клинический консультативно-диагностический центр (ККДЦ)

(г. Кемерово) 10.11.2011 г. с жалобами на кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и на умеренные боли в груди при глубоком вдохе, а также отчасти зависящие от положения тела. Больна более 10 лет. При обследовании на туберкулез до настоящего времени изменений не выявлено. Микробиологическое исследование до сих пор выявляло *Haemophilus influenzae*.

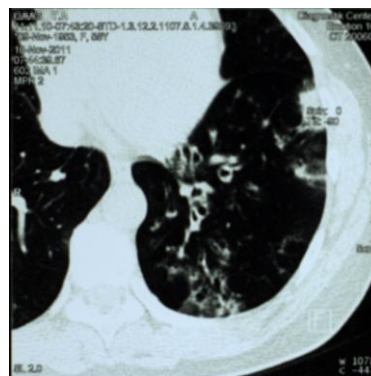
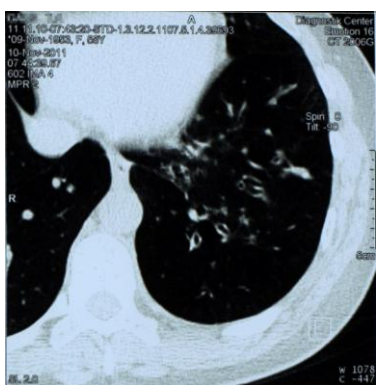
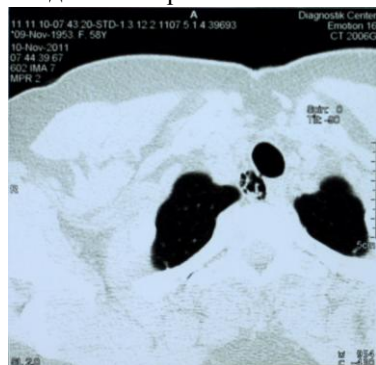
Мультиспиральную компьютерную томографию проводили в 2009 и 2010 г. в Германии — выставили бронхоэктазы, там же проводили курсы противовоспалительной терапии.

При проведении мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной полости в 2011 г. в ККДЦ были выявлены справа в S7 и слева в нижней доле левого легкого многочисленные бронхоэктазы, отдельные с воспалительным компонентом окружающей паренхимы и уровнями жидкости.

Дополнительно выявлена воздушная полость с ячеистой внутренней структурой, локализующаяся справа паратрахеально (около 7 см выше бифуркации трахеи), тесно прилегающая к стенке пищевода и имеющая связь с трахеей через свищевой ход. Данное образование при MPR-, MIP- и 3D-реконст-

рукциях с апикальными отделами паренхимы не свя-

зано.



Для подтверждения наличия свищевого хода в трахею пациентка была направлена на фибробронхоскопию. При проведении фибробронхоскопии выяснилось, что на границе средней и нижней трети трахеи по заднеправой стенке между кольцами имеется углубление, в центре которого пятно гиперемии 4 мм с отходящими периодически пузырьками воздуха из центра, вокруг сосудистый рисунок усилен — свищевой ход.

Учитывая результаты мультиспиральной компьютерной томографии, фибробронхоскопии, а также на-

личия бронхоэктатической болезни, высказано предположение о наличии аномалии развития — сверхкомплектного бронха.

Пациентка направлена на консультацию к торакальным хирургам, диагноз подтвержден. В оперативном лечении отказано.

Клиническое значение этих аномалий заключается в том, что они предрасполагают к повторным инфекционным воспалениям.

Для корреспонденции

E-mail: kemdc@mail.ru