

ТРАХЕАЛЕН БРОНХ – СЛУЧАЙНА НАХОДКА ОТ КОМПЮТЪРНА ТОМОГРАФИЯ ПРИ ЕДНОГОДИШНО ДЕТЕ

С. Милева¹, М. Янкова¹, И. Галева¹, Сн. Георгиева² и Д. Златарева²

¹Клиника по педиатрия, УМБАЛ „Александровска”, МУ – София

²Клиника по образна диагностика, УМБАЛ „Александровска”, МУ – София

TRACHEAL BRONCHUS IN A ONE-YEAR OLD CHILD IDENTIFIED BY CONVENTIONAL COMPUTED TOMOGRAPHY

S. Mileva¹, M. Yankova¹, I. Galeva¹, S. Georgieva² and D. Zlatareva²

¹Pediatric Department, Alexandrovsk Hospital, Medical University – Sofia

²Imaging Clinic (Radiology), Alexandrovsk Hospital, Medical University – Sofia

Резюме:	Трахеалният бронх е рядко срещана аномалия на трахеобронхиалното дърво. Протича най-често безсимптомно и е случайна бронхоскопска или рентгенологична находка. Рядко може да протече клинично с прояви като стридор, персистираща или рецидивираща пневмония, ателектаза. Представяме този случай като рядка аномалия, открита случайно в хода на диагностично уточняване на друг подлежащ проблем.
Ключови думи:	трахеален бронх, аномалии на трахеобронхиалното дърво
Адрес за кореспонденция:	Д-р Сирма Милева, Клиника по педиатрия, УМБАЛ „Александровска”, ул. „Св. Г. Софийски” № 1, 1431 София
Summary:	Tracheal bronchus is a rare congenital tracheobronchial anomaly. It occurs most often asymptomatic and is incidental bronchoscopic or radiographic finding. It can present with clinical manifestations such as stridor, persistent or recurrent pneumonia, and atelectasis. We present this case as a rare anomaly discovered during diagnostic specification of other underlying problem.
Key words:	tracheal bronchus, tracheobronchial anomaly
Address for correspondence:	Sirma Mileva, M.D., Pediatric Department, Alexandrovsk Hospital, 1, Sv. G. Sofiyski St., Bg – 1431 Sofia

Трахеалният бронх е рядко срещан аномален бронх, изхождащ най-често от дясната стена на трахеята на 2 до 6 см над карината. Протича най-често безсимптомно и е случайна бронхоскопска или рентгенологична находка.

ОПИСАНИЕ НА СЛУЧАЯ

Момиче на 12 месеца (ХПН, ИЗ 32653/2014) от ромския етнос, родено от трета нормално протекла бременност, с тегло 2800 g. През последните 2 месеца двукратно е хоспитализирано по повод на пневмония и бронхиолит. Поради рецидивиращи белодробни инфекции в хода на анемичен синдром и съмнение за хемосидероза детето е насочено към Клиниката за диагностично уточняване.

При постъпването детето беше в увредено общо състояние, вяло, емоционално потиснато, с прояви на вентилаторна недостатъчност, бле-

да кожа и видими лигавици. Установи се умерено изразена бронхиална обструкция и ексудативна находка в дясната гръдна половина. Тахиритмична сърдечна дейност, без шумова находка. Без хепатоспленомегалия.

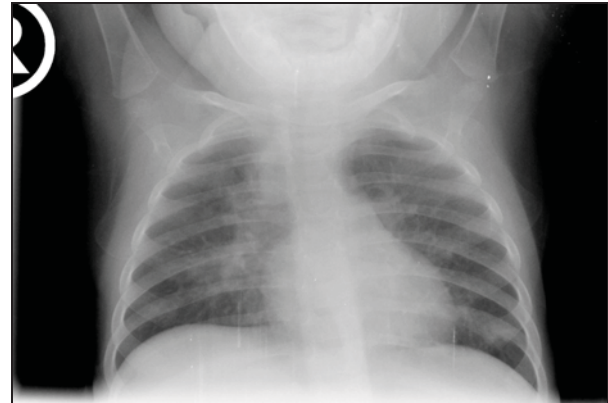
Изследваната кръвна картина е без данни за възпалителна активност, с изразен анемичен синдром (Hb – 7,8 g/dl; Er – 2,07 x 10⁶/mm³; Hct – 23,0%; MCV 111 μm³; MCH 37,8 pg; MCHC 34,0 g/dL; RDW 27,3%, Ret – 4,2%), с полихроматофилия и пойкилоцитоза – анизомacroцитоза, наличие на макроцити, микроцити, таргетни клетки и шизоцити, при нормални стойности на серумно желязо и ЖСК. Установено бе силно повишено ниво на LDH-1535 U/L при нормален общ и директен билирубин в серума. Нормална урина. Кръвнотазовият анализ бе с данни за хипоксемия. Двукратно изследвахме храчка за хемосидерофаги, която бе отрицателна.

Направената фасова рентгенография на гръден кош визуализира уголемена и уплътнена дясна хилусна сянка с усилен белодробен рисунок и фини дребнопетнисти сенки с малък интензитет в дясното белодробно поле (фиг. 1).

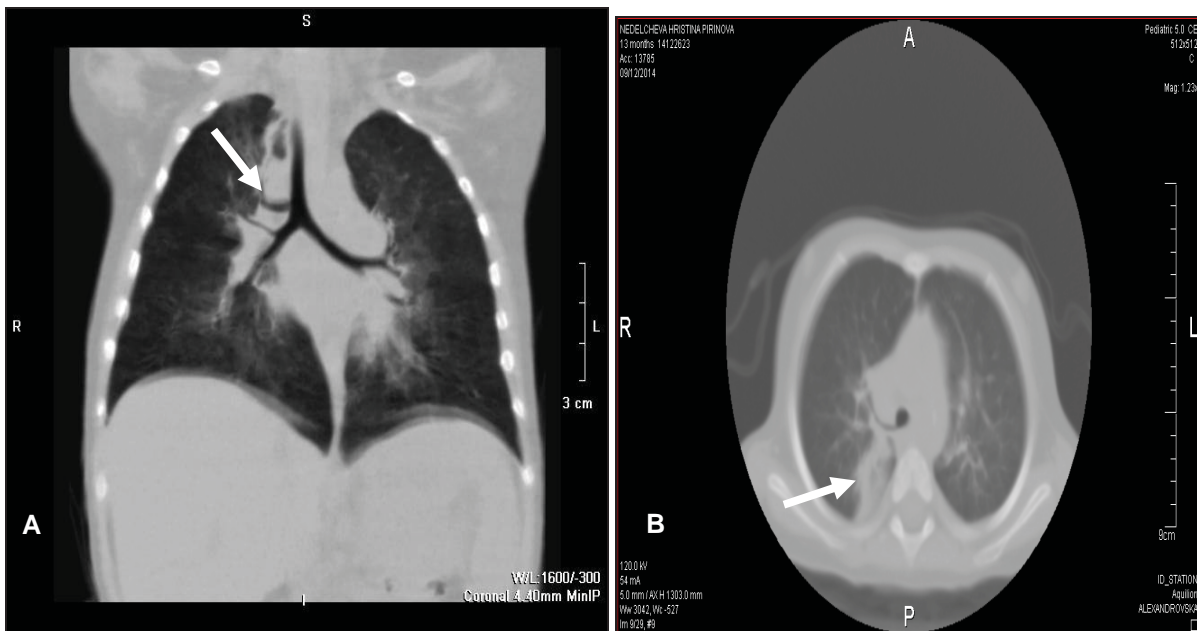
Поради задържащите се физикални и рентгенологични промени в дясната гръдна половина отсъствието на параклинични данни за хемолита и предполагаемо ангажиране на трахеалните лимфни възли в рамките на подлежащ неопластичен процес бе осъществена компютърна томография.

Установена бе вродена аномалия – **трахеален бронх** вдясно на около 3 см над бифуркацията на трахеята (фиг. 2А) и зона на консолидация на паренхима с набелязана въздушна

бронхограма в дорзалния сегмент на десния горен дял (фиг. 2В).



Фиг. 1. Фасова рентгенография на гръден кош при постъпването



Фиг. 2. Компютърнотомографски образ – сагитален (А) и трансверзален (В) срез

Проведено бе симптоматично лечение – хемотрансфузия, кислородотерапия, инхалаторно бронходилататорно лечение и курс с кортикостероиди.

За диагностично уточняване на анемичния синдром и задържащите се високи стойности на LDH детето бе консултирано с детски хематолог. Преценено бе, че се касае за транзиторна еритробластопения след прекарана вирусна инфекция.

Изписано бе с нормален белодробен статус и параклинични показатели, с указания за активно проследяване от педиатър. При рецидивирание на белодробните промени бе препоръчана консултация с детски гръден хирург.

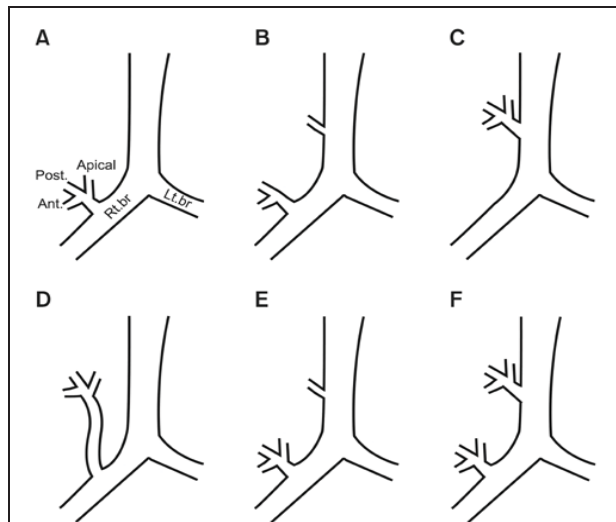
ОБСЪЖДАНЕ

Представяме този случай като рядка вродена аномалия на трахеобронхиалното дърво, открита случайно по повод диагностично уточняване на друг подлежащ проблем.

Трахеалният бронх е описан за първи път през 1785 г. от Sandifort. Различават се два анатомични варианта. По-честият вариант е т. нар. изместен (displace) бронх, при който един клон от горнодяловия десен бронх липсва и се замества от трахеалния бронх. При втория вариант – извънреден (supernumerary) бронх, е налице допълнително дублиращо разклонение, което аерира десния горен лоб при нормална анатомия на главния десен бронх, състоящ се от три разклонения (фиг. 3).

Когато трахеалният бронх аерира целия горен десен лоб, се нарича истински или *rig bronchus* (обичайна анатомична находка при прасета).

Описаният от нас случай спада към по-редкия вариант – „извънреден“ (*supernumerary*) бронх.



Фиг. 3. Аномалии на трахеобронхиалното дърво по M. Barat [1]

(A) Нормална анатомия, (B) Изместен (*displaced*) апикален бронх, (C) Изместен (*displaced*) лобарен бронх, (D) Аберантен лобарен бронх, (E) Извънреден (*supernumerary*) апикален бронх, (F) Извънреден (*supernumerary*) лобарен бронх

Честотата на аномалията според различни автори варира между 0,2 и 3% [1]. В серия от 400 бронхоскопирани деца Mc Laughlin открива аномалията при 2% от изследваните [6]. Това представя трахеалния бронх като нередък анатомичен вариант, за който би трябвало да се мисли при рецидивиращи пневмонии с върхова локализация вдясно, при персистираща ателектаза в горния десен лоб, както и при протрахирана, резистентна на бронходилататорна терапия бронхиална обструкция.

Трахеалният бронх е често асоцииран, според някои автори в 78% от случаите [6], с други вродени аномалии на дихателните пътища, като ларин-

гомалация, трахеомалация, стеноза на трахеята, вроден лобарен емфизем или други заболявания, като вродени сърдечни малформации, вродена диафрагмална херния, синдром на Даун.

Ние не установихме други вродени аномалии при нашия пациент.

Трахеалният бронх обикновено протича асимптомно и се диагностицира случайно по време на бронхоскопия или компютърна томография по повод на друго респираторно заболяване [2, 3]. Рядко може да протече клинично с прояви като стридор, персистираща или рецидивираща пневмония, ателектаза [4, 6, 7]. Тази аномалия създава анестезиологичен риск и може да доведе до усложнения при интубация, когато е високо позиционирана над нивото на карината [5].

Поведението при установяване на трахеален бронх зависи от тежестта на симптомите. При повечето пациенти е достатъчно само консервативно лечение, но при персистиращи или рецидивиращи върхови пневмонии, ателектази или оформяне на бронхиектазии се налага хирургична резекция.

Библиография

1. Barat, M. et H. R. Konrad. Tracheal bronchus. – *Am. J. Otolaryngol.*, 8, 1987, 118-122.
2. Baris, B. et E. Terzibasoglu. Tracheal Bronchus. – *N. Engl. J. Med.*, 357, 2007, 1744.
3. Doolittle, A. M. et E. A. Mair. Tracheal bronchus: classification, endoscopic analysis, and airway management. – *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 126, 2002, № 3, 240-243.
4. Gower, W.A., S. A. McGrath-Morrow. Tracheal bronchus in a 6-month-old infant identified by CT with three-dimensional airway reconstruction. – *Thorax*, 63, 2008, 93-94.
5. Ikeno, S., H. Mitsuhashi. Airway management for patients with a tracheal bronchus. – *Br. J. Anaesthes.*, 76, 1996, 573-575.
6. McLaughlin, F. J. et D. J. Strieder. Tracheal bronchus: association with respiratory morbidity in childhood. – *J. Pediatr.*, 106, 1985, № 5, 751-755.
7. Shahul, H. A., M. K. Manu et A. K. Mohapatra. A rare case of coexisting left pulmonary hypoplasia and right tracheal bronchus. – *BMJ Case Rep.*, 2014.

Постъпила за печат на 23 февруари 2015 г.