

## ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

### СЛУЧАЙ ТРАХЕОБРОНХОПАТИИ У МУЖЧИНЫ 45 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Филатова Е.А., Басыров Р.Т., Бердников Р.Б., Голубев Д.Н.,  
Медвинский И.Д., Савельев А.В., Черняев И.А., Федорова О.К.

ФГБУ «УНИИФ» Минздрава РФ, г. Екатеринбург, Россия

**Резюме:** Демонстрируется случай диагностики трахеобронхопатии у мужчины 45 лет, выявленный случайно после перенесенной пневмонии.

**Ключевые слова:** трахеобронхопатия, орфанная патология, морфологическая верификация

#### CASE TRAHEOBRONHOPATII IN MEN 45 YEARS (CASE)

Filatova E.A., Fedorova O.K., Scorniakov S.N., Basyrov R. T., Golubev D.N., Berdnikov R.B., Medvinsky I.D., Saveljev A.V., Chernyaev I.A.

**Summary:** Demonstrated diagnostic traheobronhopatii case of a man 45 years old, revealed accidentally after pneumonia.

**Keywords:** traheobronhopatiya, Orff pathology, morphological verification

#### **Введение.**

Трахеобронхопатия – это патология, характеризующаяся развитием участков обызвествления и окостенения в слизистой оболочке трахеи и крупных бронхов. Заболевание встречается редко и наблюдается в основном в возрасте 30-60 лет с приблизительно одинаковой частотой у мужчин и женщин. Этиология его неизвестна. Костные, хрящевые и обызвествленные участки располагаются под эпителиальным слоем и образуются только в области хрящевой части трахеобронхиальных стенок, не затрагивая область

мембранозной части трахеи и бронхов. В центре окостенения могут обнаруживаться мозговые зачатки. В начальной стадии патологические образования имеют вид отдельных бугорков. При прогрессировании процесса в стенках трахеи и бронхов формируются сплошные бугристые поля, усыпанные известковыми и костными глыбками, иногда принимающими сталактитоподобный вид; трахеобронхиальные стенки становятся ригидными, могут наступить их резкая деформация и стенозирование дыхательных путей. Поражение трахеобронхиального дерева наиболее выражено в нижней трети трахеи, редко распространяется дистальнее долевых бронхов, обычно не наблюдается в верхней трети трахеи. Заболевание характеризуется бессимптомным течением. Клинические проявления обычно связаны с сопутствующим воспалительным процессом в органах дыхания. У некоторых больных наблюдаются повторные пневмонии. Диагностика заболевания основывается на данных рентгенологического исследования и бронхоскопии. Массивные костно-известковые отложения могут выявляться на рентгенограмме и томограммах грудной клетки, располагаясь на внутренней поверхности стенок нижней трети трахеи и главных бронхов.

### **Приводим собственное клиническое наблюдение.**

Мужчина, 45 лет, считает себя больным с середины декабря 2009 г. , когда внезапно повысилась температура до 39С, появилась слабость, сухой кашель, одышка. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты в течение трех дней - без эффекта, затем обратился к терапевту по месту работы, был госпитализирован в терапевтический стационар с диагнозом внебольничная пневмония (рис.2). К этому времени стала отходить слизисто-гнойная мокрота, появилась тяжесть в левой половине грудной клетки. Проводилась неспецифическая антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, получал бронхо - и муколитики. На фоне лечения температура

нормализовалась, кашель регрессировал. При фибробронхоскопии (ФБС) выявлена участки обызвествления. Для уточнения этиологии процесса пациент был направлен в ФГБУ «УНИИФ Минздрава РФ», г. Екатеринбург. Ранее заболеваниями органов дыхания не страдал.

При объективном обследовании большого патологии не выявлено. В общем анализе мокроты определялось большое количество лейкоцитов, других изменений при лабораторном обследовании не выявлено.

При исследовании функции внешнего дыхания жизненная емкость легких (FVC- 99,5%) и проходимость дыхательных путей ( $FEV_1$ -102,6%, FEF25-82%, FEF50-83%, FEF75-67%) не изменены. Диффузионная способность легких от 09.03.10 в пределах нормы – 95,63%. Объем альвеолярной вентиляции в пределах нормы – 93,1%. Отношение диффузионной способности легких к объему альвеолярной вентиляции (DLCO/VA) в пределах нормы – 104.8%.

При ФБС (рис.2) обнаружено, что просвет трахеи на всем протяжении неравномерный. Контуры неровные, волнистые. В передне-латеральных стенках трахеи определяются множественные обызвествления разной формы и размеров. Аналогичные изменения в правом главном бронхе и проксимальной части левого главного бронха. Бронхи более мелкого калибра с обеих сторон не изменены. Справа в 5 сегменте- участок фиброза, включающий деформированные бронхиальные ветви. Слева в нижней зоне хаотично расположены участки фиброза линейной формы. Внутригрудные лимфатические узлы (ВГЛУ) не увеличены.

При рентгенологическом обследовании и компьютерной томографии (см. рис. 3) выявлены постпневмонический фиброз в нижней доле справа.

При гистологическом исследовании биоптата обнаружено, что в слизистой трахеи на фоне диффузной лимфоцитарной инфильтрации с примесью нейтрофилов и плоскоклеточной метаплазии покровного эпителия определяется несколько фрагментов гиалинового хряща и костных балок с массивными отложениями в них солей извести. (см. рис. 4). В слизистой

диффузная лимфоцитарная инфильтрация и фрагменты костных балок с отложением в них солей извести.

В результате комплексного обследования был установлен диагноз – хондро-остеопластической трахеобронхопатии.

**Заключение:** клинический случай подтверждает, что орфанная патология (трахеобронхопатия) может протекать бессимптомно и является находкой при обследовании по поводу воспалительного заболевания органов дыхания.

Ответственный за переписку: Филатова Елена Анатольевна, тел. 8-(343) 333-44-31; e-mail:elena.filatowa2009@yandex.ru

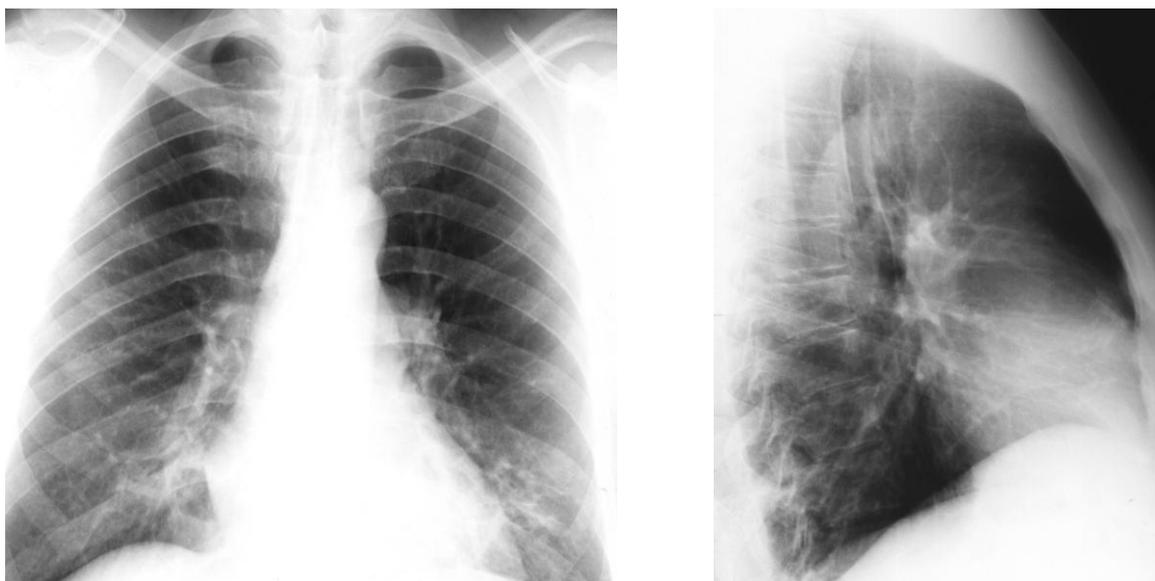


Рис.1. Рентгенологическое обследование (обзорный и правый боковой снимок) – патологии не выявлено

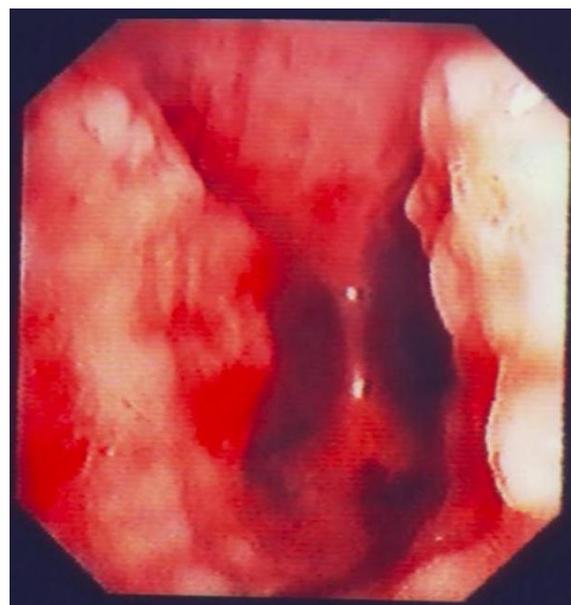
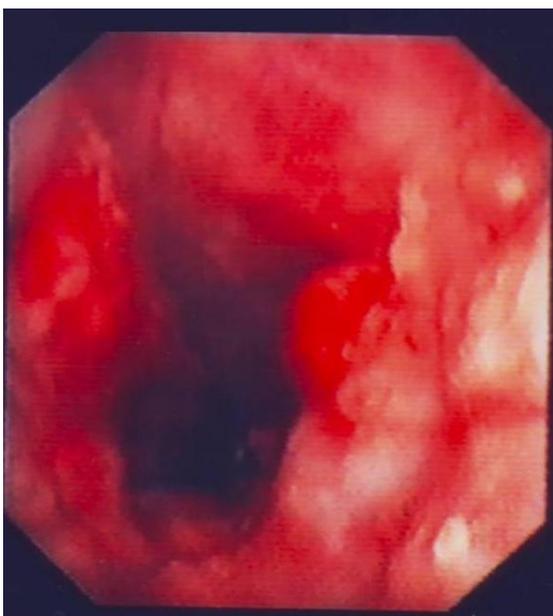


Рис.2. Визуализация слизистой трахеи при фибробронхоскопии (описание в тексте)

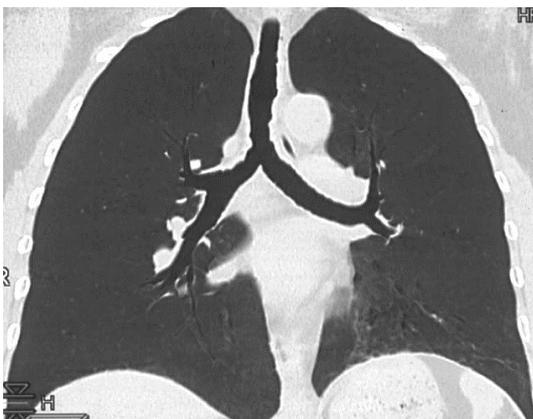
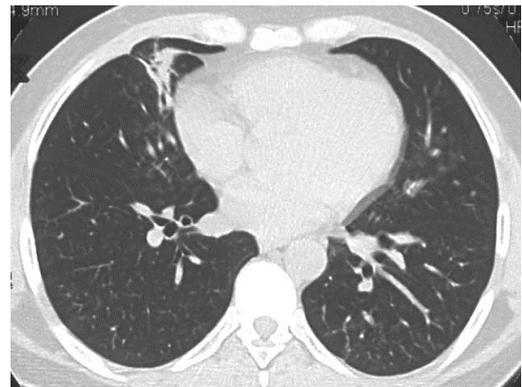
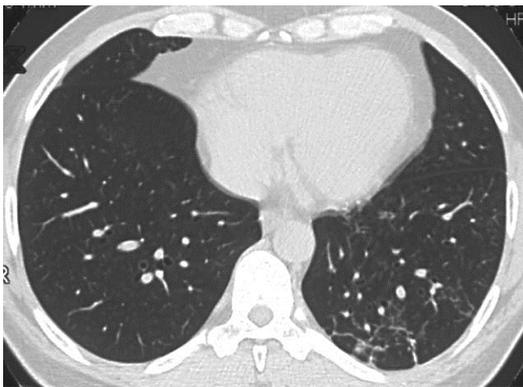
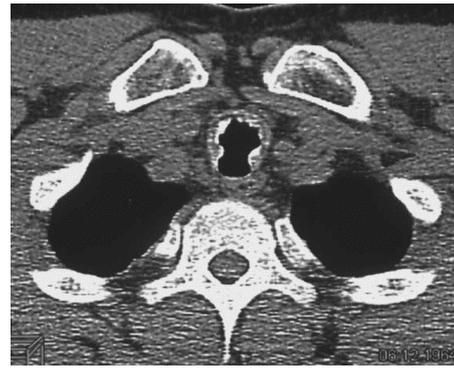


Рис.3 КТ-исследование (патологии не выявлено)

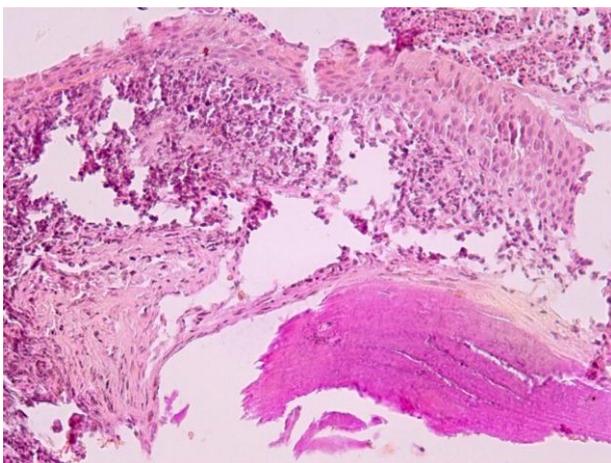


Рис. 4,а. Окраска гематоксилин и эозин, ×200

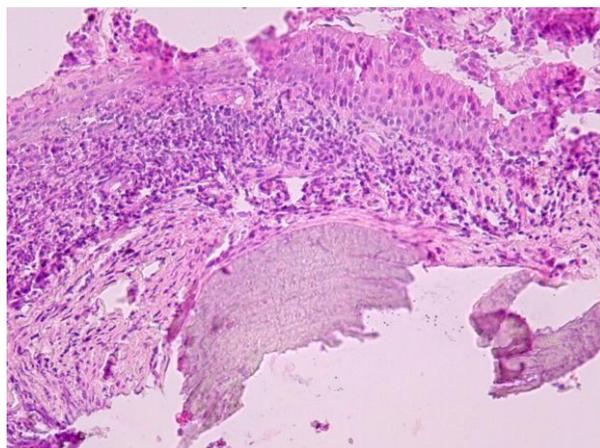


Рис.4,б. Окраска по Ван-Гизону, ×200