

## МЕТОДЫ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ

**Бахромовна Одина Алишеровна**

*Магистр, Ташкентская медицинская академия, факультет Общая хирургия Узбекистан, Ташкент*

*E-mail: [azimbaevaodina4@gmail.com](mailto:azimbaevaodina4@gmail.com)*

**Эшонходжаев О.Д**

*Доцент медицинских наук*

**Хаялиев Р.Я**

*Доцент медицинских наук*

ТАШКЕНТ 2023

**Аннотация:** в данном тезисе изучены методы пластики передней стенки трахеи. На сегодняшний день ранняя инновационная диагностика и профилактика дефектов трахеи является одним из самых актуальных проблем в медицине.

**Ключевые слова:** трахея, этиология, инструментальная диагностика, дефекты, методы пластики, Я.С. Бокштейн.

### **Методы пластики передней стенки трахеи**

Для местной пластики ОДТ достаточно использования ротируемого на 180° кожного лоскута и мобилизованных медиальных ножек грудино-ключично-сосцевидных мышц. Для восстановления каркасности трахеи через 7-8 месяцев после начала ЭРПО при дефекте передней стенки более 3,5x1 см и высоте боковых стенок менее 8-9 мм показана имплантация реберных аутохрящей с проведением через 2-3 месяца дермохондромиопластики ОДТ. ОДТ при ЭРПО по поводу РСТ в большинстве случаев могут быть устранены технически простыми, но надежными способами местной пластики в условиях специализированного центра. Реабилитация и обеспечение адекватного качества жизни больных хроническими стенозами гортани и трахеи различного генеза представляют собой актуальную и во многом нерешенную проблему современной реконструктивно-пластической оториноларингологии [1]. Исключительное положение этой категории пациентов объясняется тем, что стеноз респираторного тракта является одной из главных причин длительной утраты трудоспособности и инвалидизации больного, приводя к его социальной и профессиональной дезадаптации [2,3]. Несмотря на достигнутый за последние годы прогресс в лечении больных

хроническими стенозами гортани и трахеи, по-прежнему остаются дискуссионными вопросы пластики бесканюльной трахеостомы, что подтверждает анализ данных литературы [4]. Считается, что пластика стойких ларинготрахеальных дефектов, в частности кожная пластика, разработана достаточно хорошо [5]. Однако устранение дефекта трахеи путем кожно-мышечной пластики без использования каркасных тканей не всегда бывает достаточным. Необходимость в опорных тканях возникает при обширных стомах, когда создаются условия для патологической флотации вновь образованной передней стенки и сужения респираторного тракта во время форсированных дыхательных экскурсий. Существующие способы пластики трахеостом с применением биологических и искусственных материалов не всегда отвечают необходимым требованиям. Ослабление фиксации имплантата, его резорбция, чувствительность к инфекции, антигенная активность и сложности интраоперационной механической обработки создают ряд трудностей, существенно удлиняющих сроки лечения и нередко требующих выполнения повторных хирургических вмешательств. В этой связи очевидна целесообразность поиска оптимальных методов и имплантационных материалов с целью проведения подобных оперативных вмешательств. Несомненный интерес представляет возможность использования материалов на основе никелида титана (TiNi) для пластического закрытия трахеостомы, пригодного для регенерации в условиях изначально инфицированной раневой поверхности и повышенного давления воздуха в просвете трахеи. Успешное использование в медицинской практике имплантатов, изготовленных из материалов на основе TiNi, обусловлено прежде всего их биомеханической и биохимической совместимостью с тканями организма. Обладая капиллярным эффектом, никелид-титановые имплантаты удерживают растворы антибиотиков. Это открывает перспективы придания им свойств антисептической защиты в условиях инфицированной раны и позволяет надеяться на снижение вероятности возникновения послеоперационных осложнений. Новый метод пластики зияющих дефектов трахеи повышает эффективность хирургической реабилитации больных хроническими стенозами гортани и трахеи. Использование при пластическом закрытии бесканюльной трахеостомы или дефекта трахеи имплантатов на основе TiNi обеспечивает надежную герметизацию просвета трахеи и высокую функциональную состоятельность на заключительном этапе

хирургической и функциональной реабилитации больных стенозами гортани и трахеи.

В настоящее время разработано большое количество оперативных методик, позволяющих корригировать дефекты передней стенки трахеи, но, несмотря на существующие успехи в хирургии трахеи, высок уровень осложнений и, как следствие, качество лечения этих больных ниже желаемого.

Я.С. Бокштейн (1941) усовершенствовал метод двойной кожной пластики и предложил собственную технику закрытия трахеостомы, которая и до настоящего времени не потеряла своей актуальности. Метод предусматривает послойное закрытие гортанно-трахеальных дефектов граничащими с ними собственными тканями. Операция по закрытию ларинготрахеального дефекта, разработанная Я.С. Бокштейном, заключается в выполнении окаймляющего разреза кожи вокруг ларинготрахеостомы, опрокидывании мобилизованной кожи на дефект и сшивании по средней линии эпидермисом внутрь отдельными узловыми швами без срезания лигатур. Затем, после мобилизации наружных мышц гортани до соприкосновения их поверхностей, они без натяжения прошиваются и фиксируются лигатурами внутреннего шва. Наложением швов на подкожную жировую клетчатку и кожу завершалось оперативное вмешательство. Отдавая должное достижениям перечисленных методик пластики ларинготрахеальных дефектов, следует заметить, что все они предусматривают устранение дефекта слизистой оболочки за счет аутогенной кожи. Кожная пластика даже при благоприятном приживлении трансплантата не лишена недостатков. Получение полноценных ауто трансплантатов кожи невозможно при наличии рубцовых или постлучевых изменений тканей, прилежащих к дефекту, волосистости кожного покрова. При сохранении функций ее дериватов (сальные, потовые железы, волосы) вследствие выраженных морфофункциональных различий слизистой оболочки органа и кожи погружного лоскута нередко возникают тягостные для больного ощущения: сухость, скопление корок, вязкой мокроты, першение, кашель и, наконец, затрудненное дыхание [5].

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дармаков В.В., Бойкова Н.Э., Азаров Р.С. Реконструкция обширных ларинготрахеальных дефектов с применением имплантатов

с памятью формы // Материалы с памятью формы и новые технологии в медицине / под ред. проф. В.Э. Гюнтера. Томск: Изд-во «НПП МИЦ», 2006. С. 77-78.

2. Животовская Е.В. Функциональные дифференциально-диагностические критерии оценки трахео-бронхиальной проходимости у больных со стенозами трахеи. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 1989. - 21с

3. Кариев Т.М. Пластические операции на трахее и крупных бронхах. Актуальные вопросы реконструктивной хирургии // Сб. тез. Конф. «Ва-хидовские чтения - 2004». Ташкент - С. 93

4. Павлов В.Ю. Методы формирования и пластики бесканюльной трахеостомы в лечении и реабилитации больных посттравматическими и опухолевыми стенозами гортани и трахеи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2009. 22 с

5. Абдуллаева Н.Н. Стойкие деформации гортани и трахеи: клинико-функциональная характеристика, оптимизация лечения и ранняя реабилитация. Дисс. д-ра мед. наук. - Ташкент, 2004. - 227 с