

1 **Abdominoplastyka plastyka brzucha**

2 **Plastyka brzucha**

- Celem jest zwiększenie napięcia skóry brzucha gdy jest ona zwiotczała lub zmieniona w postaci fartucha tłuszczowego, oraz wzmoczenie napięcia mięśni brzucha.
- Podczas określania rozmiarów zaplanowanego wycięcia skóry należy uwzględnić fakt, że zbyt silne napięcie w obrębie płata skórno-podskórnego może prowadzić do martwicy skóry.

3 **Plastyka brzucha**

- jest dużą operacją polegającą na wycięciu nadmiaru skóry i tkanki tłuszczowej z okolic śródbrzusza i podbrzusza, oraz na plastyce mięśni brzucha. Jej efektem jest widoczna poprawa wyglądu brzucha. Należy zdecydowanie podkreślić, że w konsekwencji zabiegu pozostaje blizna w okolicy podbrzusza o wymiarach zależnych od pierwotnego problemu, który był korygowany.

4 **Plastyka brzucha**

- Najlepszymi kandydatami do abdominoplastyki są zarówno kobiety jak i mężczyźni o stosunkowo dobrej sylwetce cierpiący z powodu nadmiaru tkanki tłuszczowej zgromadzonej w obrębie obwisłej skóry brzucha i nie dającej się zredukować mimo stosowanej diety i ćwiczeń fizycznych. Leczenie chirurgiczne jest szczególnie pomocne w korekcji brzucha u kobiet po przebytych wielu ciążach, u których doszło do rozejścia się mięśni brzucha. Również osoby starsze z zaznaczonym spadkiem elastyczności skóry brzucha i jej zwisaniem poniżej pępka, mogą skorzystać z zalet abdominoplastyki.

5 **Powikłania i ryzyko związane z wykonaniem operacji**

- zakażenie czy zmiany zakrzepowo-zatorowe mimo rzadkiego występowania muszą być brane pod uwagę. W leczeniu zakażenia stosuje się najczęściej drenaż rany i podaje antybiotyki. Prowadzi to najczęściej do wyleczenia ale może przedłużyć pobyt w szpitalu i powrót do pełnej aktywności. Ryzyko zakrzepów zmniejsza się podając rutynowo przed operacją leki zmniejszające krzepliwość krwi. Również sam pacjent może pomóc w walce z tym powikłaniem poprzez jak najszybszą aktywność ruchową po operacji.

6 **Mini-abdominoplastyka**

- Jeśli nadmiar tkanki tłuszczowej jest ograniczony jedynie do okolic podbrzusza, poniżej pępka, wówczas może być wykonana ograniczona abdominoplastyka, zwana często mini-abdominoplastyką, przeprowadzanej w znieczuleniu miejscowym w warunkach ambulatoryjnych. Być może ten zabieg będzie połączony z liposuction bioder lub też defekt zostanie skorygowany przy użyciu samego odsysania tkanki tłuszczowej.

7 **Plastyka brzucha**

- Czas trwania całkowitej abdominoplastyki wynosi od trzech do czterech godzin w zależności od rozległości zabiegu. Natomiast mini-abdominoplastyka wykonywana jest w czasie jednej, dwóch godzin.
- Najczęściej operacja zaczyna się od długiego cięcia skórno-przebiegającego od biodra do biodra i nad pępkiem. Następnie okrężnym cięciem oddzielany jest pępek od otaczającej skóry.

8 **Plastyka brzucha**

- W przypadku ograniczonej abdominoplastyki (mini-abdominoplastyki) cięcie jest znacznie krótsze i przebiega w podbrzuszu. Pępek pozostaje na swoim miejscu, choć w skutek naciągania skóry ku dołowi może dojść do deformacji pępka.

9 **Plastyka brzucha**

- Skóra wraz z tkanką tłuszczową jest odpreparowywana od powięzi mięśniowej aż do poziomu łuków żebrowych. Pozwala to na odsłonięcie mięśni brzucha, które wielokrotnie są zsywane dzięki czemu wzmacnia się przednią ścianę brzucha i uzyskuje efekt wyszczuplenia talii.
- Pełen płat tłuszczowo-skórny jest następnie ściągany ku dołowi, co pozwala określić jak duży fragment skóry poniżej pępka można wyciąć nie ryzykując nadmiernego napięcia skóry.

10 **Plastyka brzucha**

- Celem wytworzenia nowego pępka w skórze powyżej blizny wycina się niewielki otwór, w który wszywany jest pępek. Blizna w jego otoczeniu jest niewielka i niewidoczna. W okolicy operowanej pozostawiane są dreny połączone z butlami ssącymi. Najczęściej dreny utrzymywane są dwa, trzy dni.

11 **Plastyka brzucha**

- Wykonując ograniczoną abdominoplastykę (mini-abdominoplastykę) wycina się jedynie niewielki fragment skóry i tkanki tłuszczowej poniżej pępka. Operacja nie wymaga zabiegu odtwórczego pępka. Jest wykonywana wielokrotnie w znieczuleniu miejscowym, a okres rekonwalescencji jest znacznie krótszy.

12 **Po operacji**

- W pierwszych dniach po operacji brzuch będzie nieco obrzęknięty odczuwa się ból powłok brzusznych i napięcie mięśni. Dolegliwości te można złagodzić lekami przeciwbólowymi.
- Powrót do pełnej aktywności życiowej może zająć Ci od kilku tygodni do kilku miesięcy.
- Należy unikać forsownych ćwiczeń by nie zaburzyć procesów gojenia się ran i plastyki mięśni brzucha.

13 **Efekty**

- Abdominoplastyka zarówno rozległa jak i ograniczona pozwala na uzyskanie wysoce satysfakcjonujących efektów, szczególnie u pacjentów z osłabioną mięśniówką i obwisłą skórą brzucha. Efekt jest tym lepszy im bardziej jest wspomagany odpowiednią dietą i rozsądnym programem fizykoterapeutycznym.
- Skorygowany brzuch i nisko umiejscowiona blizna pozwalają na nieskrępowane przebywanie na plaży w stroju kąpielowym.

1 **Chirurgia plastyczna**

Aspekty psychologiczne

2 **Ch.p**

- Chirurgia plastyczna w okresie ostatnich 20 lat stała się obszerną dziedziną medycyny jak żadna inna specjalność zabiegowa.
- Dotyczy to zabiegów chirurgicznych na obszarze twarzo-czaszkowym w mikrochirurgii, oraz pokrywania ubytków z zastosowaniem płatów mięśniowo-skórnych i powięziowo-skórnych, rekonstrukcji piersi i chirurgii nerwów obwodowych.
- W chirurgii kosmetycznej rozwinięto nowe metody zmniejszania piersi, korekcji starzejacej się twarzy, odsysania tkanki tłuszczowej i inne operacje.

3 **Ch.p**

- Zadaniem chirurgii plastycznej i wytwórczej jest chirurgicznoplastyczna zmiana zewnętrznych obrysów ludzkiego fenotypu w przypadku subiektywnych i obiektywnych odchyleń od norm oraz rekonstrukcja jeżeli uległ on uszkodzeniu w następstwie urazów, wycięcia guzów, zmian zapalnych lub wad rozwojowych

4 **c.d**

- Pomimo niewątpliwych sukcesów leczenia niedorozwojów i ubytków tkankowych nadal jest problemem dla chirurgii plastycznej leczenie oparzeń.
- Podobnie jak inne dziedziny nauki tak i medycyna podlega stałemu rozwojowi.
- Badania i doświadczenia kliniczne przyczyniają się do rozszerzania jej zakresu.

5 **c.d**

- Duży biust, pełne usta, twarz bez jednej zmarszczki - ideał lansowany przez media to marzenie wielu kobiet. Aby się do niego zbliżyć, wiele kobiet decyduje się na operacje plastyczne. W wielu przypadkach motywacją do zrobienia sobie operacji plastycznej jest potrzeba dostania lepszej pracy, zwiększenia pewności siebie lub za wszelką cenę zatrzymania partnera u swego boku.

6 **cd**

- Zabiegi chirurgii plastycznej przestały być luksusem na który pozwalały sobie nieliczne osoby.
- Środowisko dostarcza nam informacji o tym jak powinniśmy wyglądać. Istnieją określone kanony piękna.
- Jeśli będziesz tak wyglądać będziesz szczęśliwa.
- Coraz popularniejsze stają się operacje plastyczne w miejscach intymnych.

7 **89% Polek jest niezadowolonych ze swojego wyglądu**

8 **c.d**

- Operacje plastyczne niegdyś stosowane w celu poprawy zdrowia i usuwania blizn dziś wykonywane są w dużej mierze ze względów estetycznych.
- Nie byłoby w tym nic złego gdyby nie fakt, iż dążeniom do poprawy wyglądu towarzyszy groźne zjawisko uzależnienia się od operacji plastycznych poprawiających wygląd.
- Wiara w to, że dzięki pewnym zabiegom możemy zyskać przychylność szefa, awans, czy lepszą ofertę pracy może być świetną wymówką do kolejnych zabiegów.

9 **cd**

- Ten wysoki odsetek niezadowolonych z własnej urody kobiet jest niepokojący. Może on świadczyć o zbyt niskiej samoocenie i nadmiernym porównywaniu się do innych.
- Dymorfobia jest to zaburzenie psychiczne, które objawia się lękiem przed brzydotą własnego ciała.
- Cierpiący na tę chorobę mogą łatwo uzależnić się od poprawiania urody za pomocą operacji plastycznych

10 **c.d**

- W przypadku uzależnionych od operacji plastycznych ilość kompleksów przekłada się na

ilość zabiegów, którym tacy pacjenci z chęcią się poddają.

- W przypadku osób uzależnionych ból staje nierozdzielną częścią życia. Następstwem tego jest nadużywanie leków przeciwbólowych i niekiedy tygodnie rekonwalescencji.

11 **c.d**

- Chirurgia plastyczna stała się popularna a co za tym idzie bardziej dostępna.
- W przypadku medycyny estetycznej słyszymy głównie o efektach jakie pozwala osiągnąć.
- Niewiele opowiada się o bólu po operacji. Im bardziej inwazyjny zabieg tym większy towarzyszy mu ból i dyskomfort.
- Problem zaczyna się wtedy, gdy po przebytej operacji pacjenci wynajdują inne mankamenty do poprawy. Jeśli uzależnią swoje szczęście od wyglądu, nigdy nie osiągną pełni zadowolenia

12 **cd**

- Chorych na uzależnienie od poprawiania urody nie powstrzyma nawet strach przed powikłaniami, które mogą się skończyć ciężką chorobą a nawet śmiercią.
- Im większa ilość operacji tym większe ryzyko powikłań, które mogą wystąpić:
 - nieodwracalne deformacje operowanych części ciała
 - utrata własnej tożsamości
 - długa rekonwalescencja po operacji
 - śmierć pacjenta

1 Choroby gruczołu sutkowego

2 Epidemiologia

- -najczęściej występujący nowotwór u kobiet w Polsce
- Jest drugą po raku płuc przyczyną zgonów spowodowanych przez nowotwór złośliwy wśród kobiet
- Rak piersi u mężczyzn występuje bardzo rzadko

3 Etiologia w większości przypadków jest nieznana

- Najważniejsze czynniki ryzyka to :
- Starszy wiek
- Nosicielstwo mutacji niektórych genów
- Rodzinne występowanie raka piersi
- Pierwsza miesiączka we wczesnym wieku
- Menopauza w późnym wieku
- Późny wiek pierwszego porodu zakończonego urodzeniem żywego dziecka
- Długoterminowa hormonalna terapia zastępcza

4 Etiologia w większości przypadków jest nieznana

- Ekspozycja na działanie promieniowania jonizującego
- Niektóre łagodne rozrostowe choroby piersi

5 Diagnostyka

- Badania podmiotowe i przedmiotowe
- Badania laboratoryjne
- Badania obrazowe piersi
- Rtg klatki piersiowej
- Scyntygrafia kości
- USg
- Tomografia komputerowa

6 klasyfikacja

- Ujednolicenie oceny zaawansowania umożliwia wybór odpowiedniego leczenia ,porównanie wartości różnych metod leczenia i określenie rokowania
- Powszechnie akceptowana klasyfikacja TNM opiera się na ocenie guza pierwotnego tumor T regionalnych węzłów chłonnych node N i przerzutów w odległych narządach metastases M
- U chorych leczonych pierwotnie z radykalnym założeniem obowiązuje ocena zaawansowana na podstawie wyniku histologicznego badania materiału usuniętego chirurgicznie z zastosowaniem klasyfikacji patomorfologicznej
- Klasyfikacja pTNM umożliwia dobór optymalnej metody leczenia uzupełniającego

7 Metody i techniki operacyjne

- Mastopeksja, inaczej zwana liftingiem biustu, to zabieg chirurgiczny podnoszący piersi i poprawiający ich kształt. Wskazaniami do mastopeksji są piersi obwisłe wskutek nagłej utraty wagi, ciąży i karmienia piersią oraz procesów starzenia.
- Kwadrantektomia polega na usunięciu jednej czwartej piersi w przypadku gdy guz nie przekroczył I fazy rozwoju, a jednocześnie nie jest wyraźnie oddzielony od zdrowej tkanki czyli w przypadku gdy należy zastosować większy margines bezpieczeństwa.
- Powiększenie piersi korekcja niedorozwoju przez zastosowanie protezy silikonowej

8 Metody i techniki operacyjne

- Rekonstrukcje gruczołu sutkowego
- Rekonstrukcja za pomocą mięśniowo- skórnej plastyki płatowej z mięśnia najszerzego grzbietu
- Rekonstrukcja płatem skręconym mięśnia skośnego zewnętrznego
- Rekonstrukcja za pomocą przesunięć skóry nadbrzusza
- Rekonstrukcja obwódki i brodawki piersi
- Rekonstrukcja brodawki metodą płatową

9 Pielęgniarstwo operacyjne a zabiegi rekonstrukcyjne;

- Pielęgniarka operacyjna to wykwalifikowana pielęgniarka, która wyspecjalizowała się w pracy na bloku operacyjnym.
- Praca na bloku operacyjnym musi mieć charakter zintegrowany.

- Każdy zabieg wymaga od zespołu operacyjnego wiedzy medycznej i doświadczenia.

10 Sprzęt dodatkowy

- Diatermia bipolarna
- Diatermia monopolarna
- Elektroda bierna
- Zestaw narzędzi
- Protezy
- Ekspandery
- Materiał szewny
- Materiał opatrunkowy
- Dreny i butle Redona

11 Etapy operacji rekonstrukcyjnych

- Natychmiastowa rekonstrukcja z użyciem ekspandera
- Wtórna z użyciem ekspandera po upływie 1-2 miesięcy po odjęciu piersi
- Rekonstrukcja brodawki po upływie kilku miesięcy

12 Powikłania

- Krwawienie śródoperacyjne
- Krwaki
- Martwica skóry
- Zakażenie
- Zróżnicowana wielkość piersi
- Niesymetryczność
- Błędny wybór wielkości protezy lub ekspandera

13 Powikłania

- wytworzenie torebki łącznotkankowej
- powikłania zakrzepowo zatorowe

14 Zaopatrzenie rany pooperacyjnej

- Jałowy opatrunek
- Dreny redona
- Steri stripy
- Bandaż elastyczny
- Gorset
- Betadyna
- Braunoderm
-

1) Choroby i urazy twarzoczaszki

- Chirurgię twarzowo-czaszkową z powodzeniem może uprawiać tylko zespół składający się z lekarzy czynnych zawodowo neurochirurga, chirurga plastyka, anestezjologa, okulisty, neurologa, audiologa, ortodonta i pediatry
- Zadaniem jest ułatwienie życia chorym z urazami lub wytworzonymi w następstwie wad zniekształceniami twarzowej części czaszki z wykorzystaniem wszechstronnej koncepcji rehabilitacyjnej w której chirurgia odtwórcza odgrywa istotną rolę

2) Wady

- Pierwsza grupa związana z wytworzeniem rozszczeptów szczelin w obrębie twarzy
- Druga grupa to przedwczesne kościocrosty czaszki

3) Zespół Bindera

- Zespół Bindera stanowi rzadką postać wrodzonego niedorozwoju szczęki oraz szkieletu nosa. Inne cechy kliniczne opisywanej jednostki to: hipoplazja lub brak przedniego kolca nosowego, krótki, płaski nos z krótką przegrodą miękką, ostry kąt nosowo-wargowy, wklęsła warga górna oraz zaburzenia zgryzu klasy III według Angle'a.

4) Choroba Romberga

- Choroba Romberga, nazywana też włędem rdzenia, to postać późnej kłty układu nerwowego. Zmiany degeneracyjne występują w korzeniach i powrózkach tylnych rdzenia. W początkowym stadium widoczne są zapalne nacieki w oponach mózgu. Schorzenie jest bardzo rzadkie, przy czym 4–6 razy częściej chorują mężczyźni.

5) Wczesne objawy

- bóle,
- parestezje,
- zaburzenia funkcji pęcherza moczowego,
- niemoc płciowa,
- lekka niezdolność.

6) ZESPÓŁ GOLDENHARA (ZG)

- podłoże genetyczne ZG jest nieznanne
- jako przyczynę ZG podejrzewa się liczne czynniki teratogenne (szkodliwe czynniki środowiskowe działające na kobietę w ciąży, które powodują wady u płodu
- Oprócz charakterystycznych cech dysmorficznych twarzoczaszki u noworodków zwracają uwagę problemy z karmieniem, związane nie tylko z niedorozwinięciem żuchwy i szczęki oraz rozszczeptami (twarzy, wargi i podniebienia), ale także ze zmniejszonym napięciem mięśni okolicy ust oraz podniebienia miękkiego i gardła i ewentualnym porażeniem nerwu twarzowego

7) ZG

- bjawy ZG, różniące się znacznie nasileniem wśród zdiagnozowanych pacjentów, obejmują głównie czaszkę, narządy i struktury głowy i twarzy, a także kręgi kręgosłupa.
- Wady dotyczące czaszki obejmują rozszczept czaszki, małogłowie (mikrocefalie), długogłowie (dolichocefalie) i skośnogłowie (plagiocefalie), wady kręgów natomiast – rozszczept kręgosłupa, kręgi w kształcie motyla, półkręgi, złączone kręgi i inne.

8) ZG

- jednym z wiodących objawów ZG jest asymetria twarzy (od łagodnej do znacznej nasilonej), która jest najbardziej widoczna po okresie niemowlęcym. W obrębie zajętej połowy twarzy (w 10-30% obustronnie) występują wady i zaburzenia następujących narządów:

9) ZG

- 1. narząd wzroku

- asymetria dysmorfia oczu

- torbiel skórzasta na rogówce i twardówce oka (cecha najbardziej charakterystyczna dla ZG, występująca u ok 1/3 chorych, zazwyczaj po okresie niemowlęcym)
- małoccze (mikroftalmia), brak oka (anoftalmia)
- rozszczept powieki górnej, rozszczept siatkówki
- zez
- wytrzeszcz
- inne znacznie rzadziej występujące zaburzenia

10) ZG

- narząd słuchu
- asymetria małżowin usznych
- mała, o nieprawidłowej budowie małżowina uszna lub całkowity jej brak
- wyrośla oraz rzadziej przetoki przeduszne (w linii biegnącej od ucha do kąćka ust)
- zarośnięcie (atrezja) przewodu słuchowego zewnętrznego
- zaburzenia budowy ucha środkowego i wewnętrznego
- niedosluch przewodzeniowy (najczęstszy), odbiorczy lub mieszany

11) ZG

- jama ustna
- asymetria dysmorfia jamy ustnej
- rozszczept twarzy, biegnący od kąćka ust do ucha (ewentualnie bruzda lub dołeczki na tej linii)
- rozszczept wargi i/lub podniebienia
- duże usta (makrostomia)
- niewydolność gardłowo-podniebnienna (wynikająca z hipoplazji mięśni podniebienia miękkiego oraz gardła i prawdopodobnie z porażenia nerwów czaszkowych unerwiających te mięśnie)

12) ZG

- żuchwa i szczęką
- niedorozwój (hipoplazja) szczęki i żuchwy
- wady zgryzu
- asymetria żuchwy

13) ZG

- W ok. 50% przypadków występują dodatkowe wady rozwojowe, dotyczące:
 - serca (najczęściej ubytek przegrody międzykomorowej i tetralogia Fallota)
 - nerek (agenezja nerki, nerka ektopowa, podwójny moczowód, wodonercze, zmiany naczyniowe w nerce)
 - mózgu (wodogłowie, przepuklina mózgowa, tłuszczak, potworniak, torbiel skórzasta, malformacja Arnolda-Chiari'ego, lisencefalia, hipoplazja ciała modzelowatego i inne)
 - kończyn (stopy końsko-szpotałe, agenezja kości promieniowej, anomalie budowy kciuka)
 - przewodu pokarmowego (zarośnięcie odbytu, zarośnięcie przelyku, przetoka tchawiczo-przelykowa) i oddechowego (zaburzenia budowy gardła i krtani, zaburzenia budowy płatowej płuc)

14) ZG

- U dzieci z ZG obserwuje się także:
 - niski wzrost
 - opóźniony rozwój psychoruchowy
 - niepełnosprawność intelektualną (częstsza przy współistnieniu zaburzeń budowy mózgu oraz małocza)
 - zaburzenia mowy (mowa nosowa, nietypowa barwa głosu, nieprawidłowa artykulacja mowy – mowa niewyraźna)

1 **Pielęgniarstwo operacyjne w zabiegach rekonstrukcyjnych rejonu głowy i szyi.**

2 **Operacja rekonstrukcyjna**

3 **Przykładowe zdjęcia przebiegu operacji:**

4 **Pielęgniarstwo operacyjne a zabiegi rekonstrukcyjne;**

- Pielęgniarka operacyjna to wykwalifikowana pielęgniarka, która wyspecjalizowała się w pracy na bloku operacyjnym.
- Praca na bloku operacyjnym musi mieć charakter zintegrowany.
- Każdy zabieg wymaga od zespołu operacyjnego wiedzy medycznej i doświadczenia.
-

5 **Zadania pielęgniarki operacyjnej:**

- Dokumentacja medyczna:
- Identyfikacja pacjenta;
 - Zapoznanie się z jednostką chorobową pacjenta;
 - Dokumentacja przebiegu operacji;

6 **Zadania pielęgniarki operacyjnej:**

Przygotowanie stołu operacyjnego:

- Pozycjonery
- Walek pod barki
- Podkładki silikonowe

7 **Zadania pielęgniarki operacyjnej:**

Obłożenie ciała serwetami, kompresami;

Utrzymywanie ciepłej temperatury na sali oraz stosowanie podgrzewanych płynów;

8 **Zadania pielęgniarki operacyjnej:**

Ułożenie pacjenta na stole operacyjnym;

Rodzaje ułożenia:

- podczas pobierania płata z przedramienia - dodatkowy stolik;

9 **Zadania pielęgniarki operacyjnej:**

- pobieranie płata z uda - silikonowa podkładka pod biodro;
- pobieranie płata strzałkowego – zabezpieczenie stopy podkładką i założenie opaski Esmarcha na udo;

10 **Zadania pielęgniarki operacyjnej:**

Przygotowanie do tracheostomii- wykspnowanie szyi pacjenta;

11 **Zadania pielęgniarki operacyjnej:**

Przygotowanie kilku zestawów narzędzi; jednocześnie pracują dwa zespoły operacyjne;

1. Zestaw - resekcja nowotworu, guza;

12 **Zadania pielęgniarki operacyjnej:**

13 **Zadania pielęgniarki operacyjnej:**

3. Zestaw - wszczepienie płata

14 **Dodatkowy sprzęt specjalistyczny:**

- Urządzenie Liga Sure;
- Elektrokoagulacje;

15 **Urządzenie do oddymiania z pola operacyjnego:**

- Układ ssący;
-

- Klipsownice

automatyczne:

16 **Dodatkowy sprzęt specjalistyczny:**

-
- Wiertarka Visao;
- Piła;

17 **Dodatkowy sprzęt specjalistyczny:**

-
- Mikroskop

18 **Specjalistyczny zestaw do mikrozespołów:**

19 **Dodatkowy sprzęt specjalistyczny:**

- 1 Zestaw Synthes

20 **Dodatkowy sprzęt specjalistyczny:**

- Specjalny zestaw serwet operacyjnych Custom Pack;
-

21 **Dodatkowy sprzęt specjalistyczny:**

- 1 • materiał szewny;

22 **Dodatkowy sprzęt specjalistyczny:**

- płyny do dezynfekcji i płyny używane bezpośrednio przy zabiegu;
-

23 **Pielęgniarki operacyjne**

Do operacji rekonstrukcyjnej wymagane są 3 pielęgniarki operacyjne;

- 2 pielęgniarki asystujące podczas zabiegu;
- 1 pielęgniarka pomagająca podczas zabiegu;

24 **Podsumowanie**

- Pielęgniarstwo operacyjne odgrywa bardzo ważną rolę przy każdej operacji.
- Każda pielęgniarka, uczestnicząca w zabiegach rekonstrukcyjnych rejonu głowy i szyi jest do takiego zabiegu odpowiednio przygotowana i przeszkolona.
- Praca na bloku operacyjnym jest zgodna z istniejącymi standardami i procedurami obowiązującymi w Wielkopolskim Centrum Onkologii.
-

25 **Staramy się wykonywać swoją pracę najlepiej jak potrafimy, bo w końcu ta praca rzutuje na pacjenta, który jest dla nas najważniejszy!!!**

1 **USZY**

2

3 **KOREKCJA USZÓW ODSTAJĄCYCH****ANATOMIA**

- Obrąbek
- Odnoga obrąbka
- Grobelka
- Odnoga górna grobelki
- Odnoga dolna grobelki
- Skrawek
- Przeciwskawek
- Płatek
- Czólenko –podłużny dołek pomiędzy obrąbkiem i grobelką
- Dół trójkątny- dołek pomiędzy odnogą górną i dolną grobelki
- Dół łódkowaty muszli- górna część muszli oddzielona od dolnej odnogi grobelki
- Jama muszli- dolna część muszli oddzielona od górnej odnogą obrąbka
- Wcięcie międzyskawkowe - wcięcie pomiędzy skrawkiem i przeciwskawkiem

4

5 **ODSTAJĄCE MAŁŻOWINY USZNE**

- A. Mianem odstające małżowiny usznej określa się małżowinę, której najdalej oddalony punkt obrąbka od czaszki jest w odległości >2cm
- B. Odstawienie usznej od czaszki określa się 3 kątami:
1. Kąt czaszkowo-muszlowy –norma ok.90st.
 2. Kąt muszlowo-czólenkowy- norma 90-120st.
 3. Kąt skroniowo-obrąbkowy=kąt pomiędzy małżowiną uszną a powierzchnią skroniową czaszki – norma ok.20st (max 23)

6

WYBÓR CZASU KOREKCJI

- Maksymalny wzrost małżowiny usznej dokonuje się do 5r.ż., małżowina osiąga-85% swojej ostatecznej wielkości
- Do 10r.ż.- wzrost jeszcze następuje
- Między 10a18r.ż.-małżowina już prawie nie rośnie, w tym czasie dokonuje się wzrost wyrostków sutkowych i to powoduje, że odstawianie staje się mniej widoczne
- Przed 8r.ż zabieg wykonuje się w znieczuleniu ogólnym
- Zabieg można wykonać w wieku 8-10lat (u rozsądnego dziecka- znieczulenie miejscowe)
- Najkorzystniejszy wiek na wykonanie zabiegu- 14r.ż.

7

NAJCZĘSTSZE PRZYCZYNY ODSZTAWIANIA MAŁŻOWIN USZNYCH

1. Muszla(25%):nadmierne rozwinięta lub nadmiernie głęboka; nadmierna głębokość może dotyczyć tylko dołu łódkowatego lub tylko jamy muszli lub obu
2. Fałd grobelki(50%):może być niedorozwinięty, zatarty(splaszczony), lub jego brak; niedorozwój może dotyczyć całej grobelki lub jej części
3. Muszla i fałd grobelki (25%)-kombinacja powyższych wad
4. Duża małżowina uszna- ale ona rzadko jest przyczyną odstawiania, korekcja polega na zmniejszeniu małżowiny
5. Ucho z dodatkową – trzecią odnogą grobelki-tzw ucho Stahl,a
6. Ucho zbyt małe- większość tego typu przypadków stanowi tzw. ucho filiżankowe =ucho zwisające=ucho zwinięte.

7.

8

ZABIEG OPERACYJNY WYTWORZENIA GROBELKI

- Podstawowy element zabiegu-to nacięcie, zcieńczenie lub wycięcie chrząstki tam, gdzie chcemy uzyskać jej złamanie
- Najbardziej popularne jest linijne nacięcie (pojedyncza, bardzo równa linia), żeby nie

było nierówności, widocznych pod skórą

- Nie zaleca się nacinania chrząstki na wylot
- Na przedniej powierzchni małżowiny należy zaznaczyć miejsce (nakłóć je igłą), gdzie mają być zakładane szwy i wówczas na tylnej powierzchni (tam gdzie wychodzi igła) poprowadzić linię cięcia
- Przy dostępie przednim zcieńczyć chrząstkę w miejscu pożądanego jej wygięcia i to powoduje samoistne jej wygięcie w kierunku tylnym (ale z tego dostępu jest bliźna)
- Założenie szwów ustalających na trwale załamania-niewchłaniałne (Amifil 3-0 na okrągłej igle)
- Opatrunek uciskowy z waty na min 10 dni a na noc opaska zabezpieczająca na kolejne 4 tygodnie
- Zabiegi skierowane na muszlę polegają na przyszcyciu muszli do okostnej wyrostka sutkowego (przy bardzo dużych muszlach należy usunąć jej fragment)

9 **POWIKŁANIA POOPERACYJNE**

1. Krwaki
2. Utrata ustawienia (nawrót odstawiania)
3. Zakażenie (rzadko), ale może prowadzić do zapalenia chrząstki
4. Ucho telefoniczne- chowający się obrąbek w środkowej części w pozycji od przodu+ odstawianie górnego bieguna i płatka od czaszki
5. Ucho przyklejone- nadmierne przyleganie całej małżowiny do czaszki
6. Przejściowe zaburzenia czucia- w dostępie tylnym
7. Błizny przerostowe i keloidy-w kilku % przypadków

10 **REKONSTRUKCJA MAŁŻOWINY USZNEJ**

- Częstość występowania niedorozwoju małżowiny usznej-1-6 tyś. porodów
- Częściej po str. prawej
- Częściej występuje niedorozwój jednostronny
- Częściej u płci męskiej

11 **KLASYFIKACJA ZNIEKSZTAŁCEŃ WRODZONYCH MAŁŻOWIN USZNYCH**

1. ANOCIA – zupełny brak małżowiny usznej
2. MICROCIE – różnego stopnia niedorozwoje:
 - Z wytworzeniem
 - Bez wytworzenia –przewodu słuchowego zewnętrznego
 Pełna mikrocia występuje w postaci wałeczka skórno-chrząstnego i płatka
3. Niedorozwój 1/3 środkowej małżowiny usznej (1/3 dolna i 1/3 górna są prawidłowo rozwinięte)

12

13 **REKONSTRUKCJA**


- Rekonstrukcja małżowiny usznej polega na zastosowaniu chrząstki autogennej i następnie oddzielenie jej od podłoża przy pomocy okolicznych tkanek.
- Chrząstkę pobiera się z 6-7 żebra (w jednym bloku lub w kilku częściach z 6-7 i 8 żebra)
 - Modelowanie (dłutem)- polega na rzeźbieniu zagłębieni i krzywizn
 - Przeszczepienie wymodelowanej chrząstki w okol. rekonstruowanej małżowiny usznej
 - Pobranie dodatkowego fragmentu chrząstki z łuku żebrowego i wszczepienie go pod skórę brzucha w celu uzyskania w przyszłości materiału, który posłuży do odstawiania małżowiny
 - Oddzielenie małżowiny od czaszki po ok. 2-3 mieś. I pokrycie rany przeszczepem ,
 - Odtworzenie skrawka

14


15 **Meatoplastyka tympanoplastyka**


- Zabieg operacyjny polegający na usunięciu wszystkich chorych tkanek z przestrzeni ucha środkowego i wyrostka sutkowego (znajdującego się z tyłu za małżowiną uszną). Usuwa się perlaka, ziarninę, polipy oraz, zwykle już w dużym stopniu zniszczone

przez stany zapalne, kosteczki słuchowe: młoteczek i kowadelko. Priorytetem przy tego typu zabiegach jest usunięcie z ucha stanu zapalnego i zapobiegnięcie wystąpieniu groźnych powikłań. Stan słuchu stawiany jest na dalszym miejscu, jednak jeżeli jest to możliwe, to jednocześnie wykonuje się operację tympanoplastyczną (rekonstrukcję układu przewodzącego ucha tzn. błony bębenkowej i kosteczek słuchowych) poprawiającą słuch. W pozostałych przypadkach zabieg poprawiający słuch wykonuje się po całkowitym wygojeniu ucha (po około 6 miesiącach).

16  **Okres pooperacyjny**

Po zabiegu najtrudniejsze są pierwsze godziny po narkozie. Mogą pojawić się zawroty głowy i nudności, ustępujące najczęściej w ciągu pierwszej doby. Czas pobytu w szpitalu wynosi zwykle 7-10 dni po operacji. Po tym okresie z rany za małżowiną uszną zdejmowane są szwy. Pozostający w uchu opatrunek jest co kilka dni wymieniany, a następnie usuwany całkowicie. Badania kontrolne wykonywane są w różnych odstępach czasu, w zależności od tempa gojenia. Po wygojeniu, co następuje najczęściej w kilka tygodni od operacji, wykonuje się badania słuchu.

17  **Powikłania**

18  **Kanaloplastyka**

- Nowoczesna operacyjna metoda leczenia jaskry
- Jej celem jest zmniejszenie ciśnienia wewnątrz gałki ocznej a co za tym idzie uratowanie nerwu wzrokowego przed dalszym uszkodzeniem i zanikiem a w konsekwencji przed ślepotą
- Celem kanaloplastyki jest odtworzenie naturalnego odpływu cieczy wodnistej
- Kanaloplastyka polega na wprowadzeniu za pomocą mikrocewnika do kanału Schlemma(główną drogę odpływu cieczy z oka) nici nylonowych, które napinają jego ściany. W ten sposób najważniejsza droga odpływu cieczy wodnistej oka zostaje odbudowana

-
-
-
-
-

1 **MAMMOPLASTYKA I MASTOPEKSJA**2 **Mammoplastyka**

- Mammoplastyka stanowi przykład nakładania się na siebie chirurgii rekonstrukcyjnej i estetycznej. Jej głównym celem jest uniesienie gruczołu, zmniejszenie jego masy i objętości ale równie ważna jest poprawa wyglądu piersi, z zachowaniem funkcji czucia i laktacji.

3 **ANATOMIA I FIZJOLOGIA**

- Granice prawidłowej, normalnej piersi kobiecej są od drugiego żebra(u góry) do siódmego (na dole) i od brzegu mostka (od przyśrodkka) do linii pachowej przedniej (z boku)
- W górnej części gruczoł leży na powięzi mięśnia piersiowego większego i może nawet przenikać przez powięź w głąb mięśnia, w dolnej części leży na powięzi mięśnia zębatego przedniego, skośnego zewnętrznego i prostego brzucha
- Unerwienie czuciowe do części górnej piersi dochodzi ze spłotu szyjnego, za pośrednictwem nerwów nadobojczykowych, nerwem dominującym brodawki jest boczna gałąź skóra IV nerwu międzyżebrowego
- Pierś ma dwa spływy żyłne: powierzchowny (podzielony na typ poprzeczny i podłużny) oraz głęboki

4 **REDUKCYJNA MASTOPLASTYKA****WSKAZANIA:**

- Po porodach dochodzi do inwolucji piersi, co prowadzi do utraty kształtu i objętości
- Pomenopausalny spadek poziomu estrogenów i progesteronu prowadzi do inwolucji piersi, w których dominuje tłuszcz i tk. łączna, mało jest natomiast tk. gruczołowej
- Ciężki i obwisły biust, powoduje dyskomfort fizyczny, pacjentki skarżą się na bóle szyi, pleców oraz podrażnione wydrążenia na ramionach spowodowane naramkami staników
- Przewlekła bolesność samych piersi; podrażniona, zmacerowana i podatna na dermatozy skóra w fałdzie podpiersiowym
- Zbyt duży i obwisły biust stanowi powód zakłopotania zarówno dla nastolatek jak i dorosłych kobiet

5 **Kiedy najlepiej wykonać redukcyjną mammoplastykę?**

- Najlepiej, gdy rozwój piersi jest już zakończony
- Możliwe jest wykonanie zabiegu u nastolatki, gdy korzyści wynikające z bardziej normalnego rozwoju emocjonalnego przewyższają ryzyko nawrotu i ewentualnej konieczności reoperacji
- Kobiety po 60, czy 70 r.ż. doceniają zalety zabiegu, jako uwolnienie od trwającego przez całe życie problemu, a w szczególności korzyści odniesie ich układ kostno- szkieletowy
- Chęć uzyskania zmniejszonego biustu (operacyjnie) staje się podstawowym bodźcem do uzyskania zmniejszonej masy ciała

6 **PODZIAŁ**1. **PODZIAŁ PRZEROSTU PIERSI:**

- Łagodny - do 300g
- Średni - 300-600g
- Duży - 600-900g
- Bardzo duży - >900g

2. **PODZIAŁ OPADANIA PIERSI-** opiera się na stosunku kompleksu brodawka/otoczkka do bruzdy podsutkowej

- I stopień- brodawka jest na poziomie bruzdy
- II stopień- brodawka jest poniżej poziomu bruzdy, ale powyżej najniższego konturu piersi (do 3 cm)
- III stopień-brodawka schodzi do poziomu najniższego konturu piersi (powyżej 3 cm)

7

8 **METODY REDUKCJI PIERSI**

Obecnie stosowane metody redukcji piersi można podzielić wg sposobu resekcji skóry i powstałej w wyniku tego blizny;

- Blizna przebiega bocznie i skośnie od otoczeki z uniknięciem powstania przyśrodkowej komponenty blizny
- Blizna ma kształt odwróconej litery T z obecnością blizny w kierunku przyśrodkowym od południka piersi w fałdzie podsutkowym; w tej grupie wykonywane są zabiegi z pionową szypułą, dolną szypułą i centralną szypułą

9

TECHNIKI MAMMOPLASTYKI REDUKCYJNEJ

- W 1972r McKissock opisał pionową, podwójną szypułę do przemieszczenia kompleksu brodawka/otoczkka, górna szypuła jest wytwarzana i pozostawiana głównie w celu uzyskania strukturalnego podparcia. Centralna część piersi jest redukowana, do tego stopnia, że pozostaje tylko pionowa, dwubiegunowa szypuła oparta w górnej części na górnym brzegu, a na dole na linii podsutkowej i mięśniach ściany klatki piersiowej

10

11

12

13

14

15

16

17

18

MASTOPEKSJA

Mastopeksja jest zabiegiem typowo estetycznym. Polega na uniesieniu gruczołu do góry z minimalną lub żadną redukcją.

W skład mastopeksji wchodzi:

- Uniesienie kompleksu brodawka-otoczkka
- Konturowe wycięcie nadmiaru skóry
- Fiksacja gruczołu do ściany klatki piersiowej (czasami)

19

20

KLASYFIKACJA

- I Stopień opadania-** brodawka zstępuje do poziomu linii podsutkowej (w pozycji stojącej)
- II Stopień opadania-** brodawka schodzi poniżej linii sutkowej, ale jest powyżej dolnego konturu piersi (brodawka jest do 3cm poniżej bruzdy podsutkowej)
- III Stopień opadania-** brodawka osiąga poziom najniższego konturu piersi (brodawka jest > niż 3cm poniżej bruzdy podpiersiowej)

21

22

23

TECHNIKA ZABIEGU

W zabiegu ważne jest aby nie przemieszczać niepotrzebnie kompleksu B-O. Po zaznaczeniu nowego obwodu na otoczce dokonuje się deepitalizacji skóry wewnątrz zaznaczenia, następnie wykonuje się cięcia skóry. Gdy znaczna część zdeepitalizowanej piersi zwisa poniżej linii podsutkowej, to ten nadmiar gruczołu jest podwijany i przyszywany do przedniej ściany klatki piersiowej.

Ewolucja w leczeniu opadniętych i hipoplastycznych piersi zapoczątkowała podgruczołowe zakładanie implantów w celu uzyskania korekcji małego stopnia opadania, zaś bardziej nasilone opadanie było korygowane implantem i zabiegiem podciągnięcia i korygowania. McKissock wprowadził polepszenie wyników leczenia w przypadku, gdy stosuje się rutynowo podmięśniową mammoplastykę jako komponent mastopeksji

24

PRZYKŁAD

25
26

POWIKŁANIA

Powikłania pooperacyjne po zabiegach redukcyjnych i mastopeksji można pogrupować na błędy w planowaniu, błędy w wykonaniu planu i niespecyficzne powikłania pooperacyjne.

- Umieszczenie brodawki zbyt wysoko, zboczenie brodawki
- Niewystarczająca resekcja skóry lub tk. gruczołowej
- Blizny przerostowe
- Symmastia tj. zlanie się ze sobą obu piersi w okol. przedmostkowej
- Zaburzenia ukrwienia kompleksu B-O
- Depigmentacja otoczki
- Odnierwienie kompleksu B-O , zaburzenia czucia
- Martwica tk. tłuszczowej z wytworzeniem się drenującej przetoki, martwica skóry
- Zakażenie rany
- krwawienie pooperacyjne
- krwiak

1 **MODELOWANIE TWARZY**

Zabiegi estetyczne przy użyciu szwów SILHUETTE SOFT

Krygujące i modelujące twarz i kształty ciała preparaty zawierające kwas hialuronowy.

2 **SILHUETTE SOFT**

Silhouette Soft jest nowatorską techniką liftingu twarzy, rekomendowana dla osób po 40 roku życia, których skóra utraciła młodzieńczy wygląd, pojawiły się pierwsze oznaki starzenia w obrębie twarzy i policzków, a jednocześnie skóra jest w zbyt dobrej kondycji, aby zastosować tradycyjny, chirurgiczny lifting.

Sprawdza się doskonale w przypadku korekcji: fałdów nosowo-wargowych, zmarszczek mimicznych oraz owalu twarzy, policzków i szyi. Stosuje się je również przy podnoszeniu i modelowaniu pośladków.

Efekty są rewelacyjne i długotrwałe!

3

4

5

6

POWIKŁANIA

1. Uciążliwości:

- Ból lub dyskomfort
- Opuchnięcie lub tkliwość w miejscu wkłucia
- Ograniczona mimika twarzy i odczucia ciągnięcia tkanek- czasowo
- Blizny- (b.rzadko) niewielka blizna w miejscu wprowadzenia szwu do tkanek miękkich za pomocą igły
- Krwaki, zapalenie i zakażenie oraz krwawienie(może pojawić się w czasie lub po zabiegu)
- Uszkodzenie głębszych struktur tkanek- uszkodzenie może dotyczyć nerwów, naczyń krwionośnych, mięśni- niezwykle rzadko
- Reakcje alergiczne- mogą dotyczyć uczulenia na materiał , z którego wykonane są nici lub leki do znieczulenia
- pigmentacja- jaśniejsze lub ciemniejsze zabarwienie obszaru poddanego zabiegowi- czasowe lub stałe
- Częściowa korekcja tkanek obwisłych- niepełny efekt
- Wydłużona rekonwalescencja (szczególnie u palaczy i nadużywających alkohol)

7 **PO ZABIEGU**

1. Przez pierwsze 3 noce- spać na plecach
2. Zimne okłady- w pierwszych 6 godzinach
3. Unikać urazów twarzy
4. Ograniczyć mimikę twarzy w ciągu pierwszych 3 tyg. po zabiegu
5. Unikać żucia twardych produktów i energicznego otwierania ust
6. Twarz i włosy można myć bez zastrzeżeń

8 **MODELOWANIE KSZTAŁTU TWARZY**

- Cel- zmiana rysów twarzy, wypuklenie okolic jarzmowych, powiększenie bródkki, wypłylenie fałdów nosowo-wargowych
- Metody -umieszczenie odpowiednich implantów z cięć w obrębie przedśionka jamy ustnej, wypuklenie i modelowanie przy użyciu kwasu hialuronowego, autogenego przeszczepu tkanki tłuszczowej pobranego z podbrzusza lub pośladka

9

10 **PREPARATY KORYGUJĄCE I MODELUJĄCE**

RODZAJE PREPARATÓW: Macrolane, Juvederm (Ultra 3, Ultra 4, Smille)

OPIS: są to jasne, przezroczyste i lepkie żele, oparte na stabilizowanym kwasie hialuronowym pochodzenia niezwierzęcego. Kwas hialuronowy jest naturalnym polisacharydem, stanowiącym ważny składnik skóry i tkanki podskórnej oraz łącznej, a także maziówki i płynu stawowego.

ZASTOSOWANIE: działa przez zwiększenie objętości tkanki. Przeznaczony do wypełnienia średnich i głębokich zagłębień skórnych , zwiększenia objętości i podkreślenia konturu ust, powiększenia piersi . Do powiększenia piersi- zaleca się iniekcje podgruczołowe , do modelowania ciała- iniekcje podskórne.

11 **PRZECIWSKAZANIA**

- Nie wstrzykiwać donaczyniowo
- Nie przekraczać zalecanej dawki
- Nie stosować u pacjentów:
 - z nieleczona epilepsja
 - ze skłonnością do tworzenia się blizn hipertroficzych
 - z nadwrażliwością na kw.hialuronowy
 - z nadwrażliwością na leki znieczulające(lignocain)
 - cierpiących na porfirię
 - U kobiet w okresie ciąży i karmiących
 - U dzieci
- Nie stosować w miejscach z problemami skórnymi typu: opryszczka, zapalenie
-
-

12 **DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE**

- Reakcje zapalne- zaczerwienienie, obrzęk, rumień, którym może towarzyszyć ból, świąd
- Krwaki
- Zgrubienia lub guzki w miejscu wstrzyknięcia
- Przebarwienia lub odbarwienia skóry
- Słaba skuteczność lub niezadowalający efekt
- Martwica w rejonie głazizny, ropnie, ziarniaki- niezwykle rzadko
-

13 **POWIĘKSZENIE UST IMPLANTY PERMA LIP**

Bezpieczny i trwały sposób powiększenia ust polega na wszczępieniu silikonowych implantów . Są wykonane z miękkiego, litego silikonu i mają naturalny kształt oraz nieporowatą, gładką powierzchnię. Nie mogą one pęknąć i nie ma niebezpieczeństwa "wylania się" zawartości, bo nie zawierają w sobie płynu. Choć jest to rozwiązanie trwałe, to w każdej chwili implant może być usunięty, na życzenie pacjenta, albo zamieniony na większy lub mniejszy.

14 **Przebieg zabiegu**

- Wielkość implantów dobiera lekarz.
- Zabieg przeprowadza się w warunkach ambulatoryjnych, w znieczuleniu miejscowym i zajmuje około 30 minut . Polega on na wprowadzeniu w wargę górną i/lub dolną, odpowiednio ukształtowanego, sterylnego, silikonowego implantu, poprzez małe nacięcia (4-5 mm) w kąciach ust - od strony jamy ustnej. Miejsca nacięć, które nawet bezpośrednio po zabiegu pozostają niewidoczne z zewnątrz, zaszwywa się wchlaniającymi nićmi.
-

15 **OBJAWY NIEPOŻĄDANE**

- zasinienia i krwaki, które zwykle goją się w ciągu 1-2 tygodni
- niesymetryczne ułożenie implantu w wardze, które wymaga korekty
- zaburzenia gojenia po zabiegu, które w skrajnym przypadku może wymagać usunięcia implantu.

16

17 **Operacja napinania skóry twarzy**

- Wskazania do operacji więcej zależne są od stanu miejscowego skóry a mniej od wieku pacjenta
- Możliwe jest napinanie skóry twarzy z plastyką

1 **Metody i techniki operacyjne**

- Dwuetapowa plastyka płatowa –przygotowanie płata, które powoduje poprawę ukrwienia i poprawę wartości stosunku długości do szerokości płata bez określonego ukrwienia.
- Podczas pierwszego zabiegu płat można tylko okroić i do połowy oddzielić od podłoża lub wykonać płat z dwiema naprzeciw siebie leżącymi szypułkami.
- Lub użycie ekspandera

2 **Przeszczep chrząstki**

- Przeszczep z chrząstki stosuje się do rekonstrukcji małżowiny usznej i nosa oraz do korekcji ubytków w obrębie twarzy.
- W zależności od potrzebnej wielkości przeszczepu następuje wybór wśród chrząstek przegrody nosa, ucha bądź żeber.
- Przeszczep chrząstki mocuje się za pomocą kleju fibrynowego lub szwami wkuwanymi przez skórę

3 **Przeszczep kości**

- Celem przeszczepienia kości jest uzupełnienie brakujących struktur kostnych w obrębie twarzy i na kończynach
- W obrębie głowy- rekonstrukcja sklepienia czaszki, kości nosa, lub ubytki w szczęce i w żuchwie

4

- powiek ,plastyką nosa uwypukleniem podbródka
- Przez uniesienie skóry czoła i częściowe wycięcie mięśnia marszczącego brwi lub rozdzielenie mięśnia czołowego można wygładzić fałdy czołowe i unieść brwi.

1 **OPADANIE POWIEK - PTOSIS**

Opadanie powiek to patologiczne obniżenie się poziomu powieki górnej. Prawidłowy poziom powieki górnej jest taki, że pokrywa ona 1-2mm górnego rąbka rogówki, a zakres czynności mięśni unoszących powiekę wynosi ok. 15mm.

2 

3 **KLASYFIKACJA OPADANIA POWIEK**

1. WRODZONE: niedorozwinięty mięsień dźwigacza często ma słabą funkcję

2. NABYTE : funkcja mięśni jest dobra lub bardzo dobra

4 

WRODZONE OPADANIE POWIEK

Związane jest z dystrofią (stan przewlekłych zaburzeń odżywiania prowadzący do zaniku) mięśnia dźwigacza powieki górnej co powoduje jego słabą funkcję.

- Proste(siple)
- Z anomaliami powieki (najczęściej małoocze, opadanie, fałdy nakątne)
- Z porażeniem mięśni oka (z ophtalmoplegią)
- Synkinetyczny (synkineza to współruch)

5 

NABYTE OPADANIE POWIEK

- NEUROGENNE – zawiera w sobie porażenie nerwu III (okoloruchowy) wrodzone lub nabyte i zespół Hornera- porażenie szyjnego odcinka pnia współczulnego
- MIOGENNE – zawiera w sobie:- opadanie inwolucyjne (starcze), - nabytą dystrofię mięśni, - postępującą zewnętrzną ophtalmoplegię (porażenie mięśnia oka), - miastenię gravis
- POURAZOWE – zależy od miejsca urazu mięśnia dźwigacza lub urazu mechanizmu powieki
- MECHANICZNE – może wynikać z obecności guzów, torbieli, powiększonego gruczołu łzowego
- Rzekome (pseudoptosis) – odnosi się do zwiotczenia powieki

6 

KLASYFIKACJA OPADANIA POWIEK WG WIELKOŚCI

- MILD- małego stopnia – 1-2mm
- MODERATE- średniego stopnia – 3mm
- EVERE- dużego stopnia- 4+mm

KLASYFIKACJA WG FUNKCJI MIĘŚNIA DZWIGACZA

- EXCELLENT- bardzo dobra czynność -12-15mm
- GOOD – dobra czynność- 8-12mm
- FAIR – dostateczna czynność- 5-7mm
- POOR – zła czynność- 2-4mm

7 

METODY OPERACYJNE

1. Jedną z technik korekcji małego stopnia (mild=1-2mm) polega na wycięciu spojówki i mięśnia Mullera oraz kombinacji wycięcia tarczki z mięśniem Mullera z wycięciem rozciągniętego mięśnia dźwigacza z dostępu tylnego przez spojówkę powiekową.

2. W przypadku korekcji średniego stopnia opadania stosowane są metody skracające mięsień dźwigacz. Stosuje się dostęp przedni- zewnętrzny, zwykle usuwana jest część skóry wraz z mięśniem okrężnym oka (kształt elipsy), co daje dobry dostęp do przegrody oczodołu. Następnie przegroda jest otwierana a tłuszczuk (leżący przed rozciągnięciem) jest rozdzielany by odsłonić rozciągnięto. Dokonuje się identyfikacji wszystkich struktur i nacina się na rozciągnięciu mięśnia i wycina elipsę, następnie rozciągnięto jest przyszywane do tarczki pojedynczym szwem. Dokładna hemostaza i zamknięcie skóry szwem ciągłym niewchłanialnym (prolen 6-0)

8 

POWIKŁANIA POOPERACYJNE

- Zbyt mała korekcja
- Nadmierna korekcja- prowadzi do odsłonięcia rogówki i jej wysychania, a nawet nadżerek

- Niedomykalność powiek= oko zajęcze (lagophthalmos)- następstwo usunięcia dużego fragmentu rozciągniętego z następowymi zrostami
- Krwaki, masywny obrzęk- może zniweczyć wynik zabiegu
- Utrata rzęs- prawdopodobnie z powodu preparowania zbyt blisko brzoju rzęsowego
- Wwinięcie powieki- ENTROPION-jako wynik usunięcia zbyt dużego fragmentu tarczki lub nieprawidłowego założenia szwów przytwierdzających mięsień dźwigacza do tarczki

1) OPARZENIA

SKÓRA

Powłoka ciała ludzkiego, oddzielająca je od środowiska. Stanowi 15% wagi człowieka, jej powierzchnia waha się 1,5 do 2 m, grubość od 0,5mm (powieki) do 7mm (okolica grzbietowa –tułowia, pośladki)

2) Budowa skóry

Anatomicznie składa się z: naskórka, skóry właściwej oraz tkanki podskórnej

- NASKÓREK- beznaczyniowa struktura komórkowa pochodzenia ektodermalnego, złożona z komórek wytwarzających keratynę. Wytwarzanie warstwy rogowej- (podlegającej stałemu złuszczeniu) to jej zasadnicza funkcja.
- Wyróżniamy tu: warstwę podstawową oraz kołczystą, które stanowią żywą część naskórka, pozostałe warstwy nie posiadają żywych komórek, a są to: W.ziarnista, W.jasna, W.zrogowaciała
- Odżywienie naskórka odbywa się przez pobieranie substancji odżywczych ze skóry właściwej
- Posiada 2 rodzaje przydatków: gruczoły łojowe i potowe oraz twory rogowe- włosy i paznokcie
- Grubość naskórka od 15 do 600 mikronów

3) Skóra właściwa

- Pochodzenie mezodermalne
- Zbudowana z włóknistej tkanki łącznej, z dwóch warstw: warstwa brodawkowa (duża ilość włókien kolagenowych o jednokierunkowym przebiegu) ; warstwy siateczkowej (włókna o nieuporządkowanym przebiegu)
- Znajdują się tu także włókna sprężyste (nadają skórze sprężystość i rozciągliwość) i srebrnochłonne, ponadto liczne fibroblasty, histocyty, komórki tłuszczne i komórki krwi

4)

5) Podział oparzeń

- Oparzenia termiczne- gorące płyny, para, gorące gazy, płomień
- Oparzenia elektryczne- prądem niskiego napięcia- do 1000V i prądem wysokiego napięcia >1000V
- Oparzenia chemiczne- kwasami, zasadami, związkami fosforu i wstrzyknięcia chemikaliów
- Temat oparzeń łączony jest często z odmrożeniami oraz ze zmianami skórnymi o charakterze popromiennym

6) Klasyfikacja oparzeń wg głębokości

- Oparzenia I St. – Obejmuje powierzchowne warstwy naskórka; klinicznie rumień i tkliwość, niewielkie nasilenie bólu . W okresie 5-10 dni uszkodzony naskórek ulega złuszczeniu , bez pozostawienia blizny
- Oparzenia II St.- Obejmuje wszystkie warstwy naskórka i część skóry właściwej (nie dochodzi do warstwy siateczkowej); klinicznie pęcherze epidermalne , wypełnione płynem surowicznym
- St.II A- Bardzo bolesne, zostają odsłonięte zakończenia nerwowe. Pęcherze ulegają wygojeniu w ciągu 7-14 dni, gojenie następuje od przydatków skóry, mogą pozostać przebarwienia

7)

8) Klasyfikacja oparzeń wg ciężkości wg American Burn Association

- Oparzenia lekkie:
 - II St. <10% pow.ciała, I St.do 15% pow. ciała, III St.<5% pow. ciała dzieci i dorośli
- Oparzenia średnie:
 - II St.-10-20% p.c. , I St.15-25%p.c, IIISt.<10%pc
- Oparzenia ciężkie:
 - IISt.>20% p.c. u dzieci, powyżej 25%BSA u dorosłych, IIISt.>10%p.c.

9) Wskazania do hospitalizacji

- Wiek <1 r.ż
- Oparzenie II St.> 5% pow. Ciała
- Oparzenia III St.
- Oparzenie okolic wstrząsorodnych: twarz , krocze
- Oparzenie elektryczne, chemiczne, dróg oddechowych
- Inne towarzyszące choroby – niewydolność serca, nerek itp.
- Urazy towarzyszące – urazy głowy, złamania

10) Choroba oparzeniowa

Całokształt zaburzeń metabolicznych i klinicznych, występujących wskutek działania wysokiej temperatury, żrących środków chemicznych, prądu elektrycznego, promieniowania świetlnego i jonizującego. Oparzenie jest jednym z najczęstszych i najcięższych urazów.

11) Okresy choroby oparzeniowej

- Okres wstrząsu oparzeniowego- trwa 2-3 dni. Początkowo krótka faza wstrząsu neurogennego, następnie może rozwinąć się oligowolemiczny oraz septyczny.
- Okres kataboliczny= gojenia rany oparzeniowej- trwa ok. 3 tygodnie. Następuje pod wpływem przedłużonego działania hormonów katabolicznych-amin katecholowych i glukagonu. Charakteryzuje się niedoborem białka, niedokrwiłością. Tu pojawia się niebezpieczeństwo zakażenia rany oparzeniowej.

12)

13) Leczenie choroby oparzeniowej.

Leczenie przed szpitalne i szpitalne.

Prawidłowe postępowanie w pierwszych godzinach decyduje o dalszych losach oparzonego.

- Ocena drożności dróg oddechowych, wydolności układu oddechowego (czysty tlen, maska, intubacja)
- Ocena wydolności ukt. Krążenia (tętno, ciśnienie, mikrokrażenie-ocena łożyska paznokcie)
- Przerwanie działania środka powodującego uraz
- Zabezpieczenie kontaktu z żyłą (1-2 linie)
- Podanie leków p/bólowych (narkotycznych np. Morfina 0,1mg/kg, co 2-3h lub we wlewie ciągłym)

14)

15) Strefy rany oparzeniowej.

Chłodzenie rany oparzeniowej

- Strefy obecne w ranie oparzeniowej:
 - Strefa koagulacji- nieodwracalna martwica
 - Strefa zastój- może ulec konwersji w strefę koagulacji, ale może zostać uratowana, poprzez odpowiednie postępowanie np. oziębienie rany
 - Strefa przekrwienia
- Chłodzenie rany oparzeniowej=zapobieganie przejścia strefy zastój w strefę koagulacji= zapobieganie pogłębieniu się oparzenia:
 - Oziębienie powierzchni ciała wodą o temp. 10-20°C, nie krócej niż 30 min- później nie, bo co się miało dokonać to się dokonało przez te 30 min i rana ulega samoistnemu schłodzeniu

16)

17) Leczenie miejscowe

- Oceniamy głębokość oparzenia
- Ranę oczyszczamy w warunkach sali operacyjnej
- Metoda otwarta-bez opatrunku, oparzenia twarzy, krocza, pośladków (Fibrolan, Iruxolmono, Flamazylna)

4. Sposób gojenia rany ziarninującej po oddzieleniu się martwicy to historia przeszczepów skóry (XIX w)
5. Współczesne metody wycinania tkanek martwych z natychmiastowym pokrywaniem ran przeszczepami

18 **Materiały trwałe zastępujące skórę = sztuczna skóra = substytuty skóry**

1. Sztuczna skóra bez elementów komórkowych
 - **Syntetyczna (INTEGRA)**-odpowiednikiem skóry właściwej jest kolagen z dodatkiem 6-siarczanu chondroityny ,odpowiednikiem naskórka jest błona siłastkowa; po 2-3 tyg. zdejmuje się błonę siłastkową i wgojony odpowiednik skóry właściwej pokrywa się cienkim wpspg lub hodowlą autogennych keratynocytów – odsetek wgojen-80%
 - **Biologiczna (ALLODERM)**-odpowiednikiem skóry właściwej jest allogenna skóra właściwa pozbawiona elementów komórkowych; po wgojeniu pokrywa się ją cienkim wpspg

19 

20 **Sposoby postępowania chirurgicznego ze strupem oparzeniowym**

- **ESCHAROTOMIA**-pilne nacięcie strupa oparzeniowego w przypadku oparzenia głębokiego okrężnego (na kończynach zapobiega niedokrwieniu kończyn, na klatce piersiowej i brzuchu zapobiega niewydolności oddechowej, na szyi udrażnia drogi oddechowe)
- **FASCIOTOMIA**-przy oparzeniach elektrycznych
- **NEKREKTOMIA**-usunięcie tkanek martwych z rany oparzeniowej
- **NEKREKTOMIA WSPOMAGANA**-leczenie rany oparzeniowej metodą tradycyjną tj.wykonuje się zmiany opatrunków podczas których usuwa się (przy łóżku chorego) oddzielające się tkanki martwe, wspomaganie to np. stosowanie środków osmotycznych (10%NaCl), lub enzymatycznych (Fibrolan, Iruxol-Mono)

21 22 

23 **Podział wolnych przeszczepów skóry**

AKTUALNY PODZIAŁ-Blair

Przeszczep pełnej grubości-niewielka skłonność do obkurczania i zmiany zabarwienia, duża odporność na urazy. Przeszczepy te stanowią materiał z wyboru w operacjach: wywinięcia powiek, rekonstrukcji worka spojówkowego, pokrywania różnych ubytków w zakresie twarzy i szyi.

Miejsca pobrania: okol.pozamałżowinowa, nadobojczykowa-(pokryw ubytki na twarzy i szyi), przyśrodkowa powierzchnia ramienia-zawiera dużą ilość gruczołów potowych (pokrywa ubytki okol. rąk, odtwarzania prącia), okol.pachwinowa, grzbietowa powierzchnia stopy-ubytki okol. piętowej i podeszwowej

WADY:

- Mała ilość materiału
- Większa trudność wgajania się
- Późny nawrót ukrwienia
- Niekiedy nadmierne grubienie przeszczepu

24 

25 **Zalety WPS**

- Możliwość pobierania dużej ilości materiału
- Lepsze wgajanie przeszczepu
- Nieznaczna zmiana zabarwienia
- W nieznacznym stopniu ulegają obkurczeniu
- Posiadają dużą wytrzymałość na urazy
- Dość szybki powrót unerwienia
- Wymagają jednak dobrze unaczynionego, nie zakażonego podłoża, im gorsze podłoże tym należy użyć cieńszego przeszczepu

26 

Plat pośredniej grubości

27 

Teknika zabiegu

- Pobranie odcisku na szablon

- Odrysowanie szablonu w miejscu pobrania przeszczepu
- Atraumatyczne pobranie przeszczepu
- Hemostaza
- Wycięcie tkanki podskórnej do powięzi i zeszcycie rany, bądź położenie przeszczepu pośredniej grubości pobranego z innej okol. ciała
- Dokładne i staranna ułożenie płata w łóżysku
- Ewentualne nakłucie płata igłą
- Sumienna adaptacja brzegów
- Szwy, czasami pikowane (nierówna powierzchnia)
- Opatrunek- elastyczny, uciskowy, wiązany
- Unieruchomienie miejsca przeszczepu
- Zmiana opatrunku od 2-7 dni

28 **Powikłania**

1. Wczesne:
 - martwica przeszczepu- częściowa lub całkowita
 - krwiak
 - ropienie
2. Odległe:
 - zmiana zabarwienia
 - kurczenie przeszczepu
 - bliźny przerostowe

29 

PRZESZCZEPY SKÓRY W ZALEŻNOŚCI OD POCZĄTKA

1. AUTOPRZESZCZEPY - PRZESZCZEPY WŁASNOPOCHODNE

- **LITE** – najlepsze, lecz na małe powierzchnie, dają dobry efekt kosmetyczny. Ich wady: pod przeszczepem powstaje płaska bliźna, nie regenerują się w nich przydatki skóry, trudności wykrycia powikłań pod przeszczepem (krwiak, zakażenie)
- **SIATKOWE** – najpowszechniejszy sposób zwiększenia powierzchni pokrycia przeszczepem. **Szybkość naskórkowania 1mm/dzień**. **ZALETY**- im cieńszy tym łatwiejsze przyjęcie i tym delikatniejsze. Nacięcie stwarza lepszą możliwość drenażu rany. Wskazane- w podłożu niepewnym, nadmiernie wydzielającym, rozrost naskórka w tym przeszczepie odbywa się od brzegów i jest szczególnie intensywny

30 31 

32 **WGAJANIE SIĘ WOLNYCH PRZESZCZEPÓW SKÓRY**

PRZEBIEG ODNOWY UKŁ. KRĄŻENIA:

- Okres krążenia plazmatycznego
- Okres odtworzenia krążenia naczyńowego

STADIUM 1 – odżywiania płynem tkankowym 1-5 dni. Przeszczep odżywiany jest przez dyfuzję składników z płynu tkankowego; ulega on obrzękowi, wzrasta jego waga na skutek zasysania z podłoża płynu tkankowego










33 34 35 36 

PRZEBIEG ZABIEGU

- **UŁOŻENIE** –w zależności od obszaru operowanego
- **ZNIECZULENIE**- ogólne z intubacją dotchawiczą lub regionalne
- **DEZYNFEKCJA**- wodnym roztworem z jodyna np. Brauno, następnie roztworem NaCl w celu dokładnej oceny oparzenia lub pola do pobrania przeszczepu
- **MATERIAŁY I INSTRUMENTARIUM**- Dermatom z ostrzami do pobrania płata skóry niepełnej grubości, peseta anatomiczna- aby nie uszkodzić pobranej skóry, ostrze nr 11-do nacięcia skóry, urządzenie do rozciągania płata skórnoego , aparat Meekka lub

2018-05-21

meshgraft, miska z roztworem NaCl do zamoczenia pobranego płata, Nóż Humby-ego
lub Wecka do wycięcia ew. tkanek martwych z rany

37 
38 
39 
40 
41 
42 
43 
44 
45 

1 POWIĘKSZENIE PIERSI

Polega na poprawie kształtu i wielkości piersi. Powiększenie jest wykonywane z użyciem implantów piersiowych. Najczęściej stosowane są protezy silikonowe, zbudowane z utwardzonego żelu. Wybór kształtu i wielkości piersi dokonywany jest w oparciu o budowę anatomiczną i oczekiwania pacjentki.

2 Rodzaje cięcia operacyjnego

- Przez pępek – gl. implanty solne
- Pod pachą
- Wokół brodawki
- Nacięcie wzdłuż fałdu piersiowego

4 IMPLANTY

Implanty piersi mogą być wypełnione solą fizjologiczną lub żelem silikonowym, który może być ścisły lub bardzo ścisły. Obudowa implantu wykonana jest z elastomeru silikonowego, może mieć powierzchnię gładką lub z teksturą zapewniającą powierzchnię styku z warstwą kolagenową.

7 ZASTOSOWANIE

- Zabiegi chirurgiczne kosmetycznego powiększenia piersi
- Powiększenie lub poprawa kształtu piersi jako korekta wrodzonych anomalii
- Rekonstrukcja piersi po mastektomii podskórnej, innych zabiegach mastektomii lub urazach
- Współistniejące anomalie piersi i ścian klatki piersiowej
- Wymiana implantów z przyczyn medycznych lub kosmetycznych

9 PRZECIWSKAZANIA

- Torbielowate zapalenie sutka
- Zbyt mało tkanki pokrywającej w wyniku szkodliwego działania promieniowania na ściany klatki piersiowej, ciasne przeszczepy skóry na klatce lub znaczna resekcja mięśnia piersiowego większego
- Istniejący miejscowy lub przerzutowy nowotwór piersi
- Wrażliwość na ciała obce w wywiadzie, lub niezadowolający przebieg poprzednich zabiegów (powiększenia/rekonstrukcji)
- Pacjenci nieodpowiedni pod względem fizjologicznym lub psychologicznym
- Trwające zapalenie w dowolnym miejscu ciała
- Przebyły niedawno ropień piersi
- Zaburzenia gojenia ran w wywiadzie
- Inne poważne schorzenia

11 PRZEBIEG ZABIEGU

Chirurg jest odpowiedzialny za zbadanie pacjentki i zakwalifikowanie jej do zabiegu, a także za wybór techniki operacyjnej oraz dobór implantu (firmy). Wstawienie implantu może dać pacjentce satysfakcję psychiczną, jednak zabiegi te wiążą się z pewnym ryzykiem i możliwością powikłań oraz ewentualnością usunięcia lub wymiany implantu (co wiąże się koniecznością kolejnego zabiegu) dlatego pacjentka musi uzyskać pełne informacje i świadomie wyrazić zgodę.

Pacjentka jest zobowiązana do informowania o posiadaniu implantów piersi w następujących sytuacjach:

- Podczas mammografii (aby dostosować siłę docisku)
- W razie interwencji chirurgicznych w okolicy piersi

- Przed zastosowaniem w pobliżu piersi leków podawanych miejscowo (np. sterydów)
- W celu zapewnienia odpowiedniej kontroli i regularnych badań w kierunku raka piersi konieczna są regularne konsultacje (trudności w samokontroli piersi)

16 POWIKŁANIA POOPERACYJNE

- *Przykurcz torebki*- tworzenie się torebki włóknistej wokół implantu jest normalną reakcją fizjologiczną na ciało obce, nie wszystkie torebki obkurczają się; obkurczanie powoduje sztywność, dyskomfort lub ból w klatce piersiowej, zniekształcenie piersi oraz wyczuwalność lub przemieszczenie implantu; może rozwijać się jedno lub obustronnie, wystąpić kilka tyg. lub kilka lat po zabiegu i może wymagać interwencji chirurgicznej

23 PRZESZCZEP TŁUSZCZU I LIPOSUKCJA

- LIPOSUKCJA
- cel modelowanie sylwetki poprzez odsysanie nadmiaru tkanki tłuszczowej określonych okolic ciała
- znieczulenie miejscowe, przewodowe lub ogólne oraz roztwór kleina (Lidokaina o stężeniu 0,05%-0,15%, 10-20ml NaHCO₃ na 1000ml roztworu, Adrenalina 1:1000000 lub 1:2000000 oraz sól fizjologiczna)
- pobyt w klinice znieczulenie miejscowe bez konieczności
- znieczulenie przewodowe i ogólne 1 doba
- metody odsysanie tkanki tłuszczowej poprzez niewielkie 3mm nacięcia skóry
- przebieg pooperacyjny zdjęcie opatrunków i kąpiel ciała możliwa od 2-3 doby pooperacyjnej, ubranie uciskowe w dzień i w nocy przez 4 tygodnie, zakaz nastończenia i opalania przez 2 miesiące
- możliwe powikłania krwiaki, sińce, nierówności i asymetria odsysanych okolic

29 PRZESZCZEP TŁUSZCZU

Własna tkanka tłuszczowa pacjenta uważana jest za najlepszy wypełniacz, jest kompatybilna biologicznie, nie posiada cech antygenu, nie wywołuje stanu zapalnego, nie jest toksyczna, jest stabilna po podaniu, nie przemieszcza się z miejsca podania, jest w miarę trwała i jednocześnie wchłaniałna, i co ważne wygląda naturalnie. W założeniu jest to przeszczep żywych komórek, a nawet fragmentów tkanki tłuszczowej. Tkanekę pozbawia się unaczynienia w miejscu dawczym, przenosi się ją w miejsce biorcze, gdzie na nowo unaczynia się. Chociaż nie wszystkie przeszczepione komórki przetrwają długoterminowo w formie żywej, nadal są one użyteczne. Wykorzystują je tkanki danej okolicy ciała, dzięki czemu skóra staje się tam dobrze odżywiona, gładka i lśniąca.

1. **RHINOPLASTYKA**

PLASTYKA NOSA

Ostatnia dekada XIX i XX wieku to okres w którym korekcje nosa wykonywane były głównie z dostępu zewnętrznego, natomiast lata 30-te XX wieku (dr Joseph-1931) spopularyzowały korekcję z dostępu wewnętrznego. W ostatnich latach położono nacisk na modyfikacje techniczne rynoplastyki w postaci udoskonalania cięć, instrumentarium i wprowadzania częstego zastosowania przeszczepów chrząstki.

2. **INSTRUMENTARIUM**

- Nóż- (Joseph`a prosty lub zagięty, Cottle`a, Besvera, obsadka + ostrze nr 11 i nr15)
- Nożyczki- (Knappa-lekko zakrzywione, tępo zakończone, preparacyjne, Fomon, mikro...)
- Pęsety- (anatomiczne i chirurgiczne-mikrochirurgiczne, laryngologiczne)
- Haki- (zaokrąglone, dwu-zębne, ostre lub tępe, nosowe typu Neivert- zakrzywiony koniec, zagięty haczyk Aufrichta)
- Kleszcze laryngologiczne- (np. do usuwania garbu)
- Wzierniki laryngologiczne
- Raspator- podważka okostnowa= elewator
- Osteotomy- z ograniczeniem z obu stron 12 i 14, z ograniczeniem z prawej lub lewej str., lub dłuta i młotki
- Piłniki- raszpel typu Fomon

3

4. **ETAPY W RUTYNOWEJ RYNOPLASTYCE**

1. Etap pierwszy- uzyskanie dostępu do rusztowania nosa. Cięcie międzyskrzatkowe na poziomie dolnego brzegu chrząstki bocznej górnej, dokładnie na linii gdzie biała skóra przedsionka nosa przechodzi w różową błonę śluzową przewodów nosowych- to próg nosa. Przez cięcie to, pomiędzy chrząstkami dochodzi się na grzbiet nosa. Na ostro odpreparowuje się tkanki miękkie znad chrząstek bocznych (nożem Josepha lub nożyczkami) i odwarstwa się okostną od kości na grzbiecie nosa.

5

6

7

8

9

10

11

12

13

POWIKLANIA POOPERACYJNE

POWIKLANIA OGÓLNE:

- obrzęk nosa i twarzy
- Krwawienie, krwotok wymagający dodatkowego tamponowania lub operacji, krwiak
- Infekcja
- Nieprawidłowe gojenie rany, blizny
- Ból, niedoczulica
- Reakcja na leki (wysypka, nudności, wymioty)
- Potrzeba dodatkowych zabiegów (wtórne zabiegi korekcyjne)
- Depresja pooperacyjna
-
-

14

15