

Министерство Здравоохранения Украины
Тернопольский национальный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского Министерства Здравоохранение Украины

на правах рукописи

Your Name

магистерская работа

АСПЕКТЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ
ХИРУРГИИ

магистр сестринского дела

Научный руководитель:

Тернопольского национального
медицинского университета
имени И. Я. Горбачевского
МЗ Украины

Тернополь – 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	7
ГЛАВА 2 ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	18
ГЛАВА 3 РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ	19
ГЛАВА 4 ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ И ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ.....	27
ГЛАВА 5 ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ И ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ.....	43
ГЛАВА 6 СРАВНЕНИЕ ВОСТРЕБОВАННОСТИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ.....	55
ГЛАВА 7 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКИХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ.....	58
ВЫВОДЫ.....	63
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	64

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В настоящее время эстетическая и реконструктивная хирургия является весьма востребованным направлением медицинских вмешательств. За последние два десятилетия отмечается значительный рост спроса на услуги по пластической хирургии в геометрической прогрессии и последовательное развитие ее различных направлений, в частности таких как косметология, эстетическая и реконструктивная хирургии [3, 5]. Официальное признание специальности «пластическая хирургия» обозначило новый этап развития этой области медицины [7, 16]. Это направление в хирургии является одним из инновационных и востребованных, его развитие требует изучения и реализации мер по совершенствованию организации данного вида помощи, внедрения современных безопасных методик вмешательств, усиления мер по защите прав пациентов и анализа их эмоциональной составляющей до и после операции [10, 34].

Практика показывает, что не менее важным является изучение роли сестринского процесса в эстетической и реконструктивной хирургии [16]. При правильном проведении психологической подготовки снижается уровень тревожности, послеоперационной боли и частота послеоперационных осложнений. Также стремительно возрастает спрос на косметические улучшения внешности для увеличения уверенности в себе и комфорта жизни в сравнении с необходимой реконструкцией для исправления явных дефектов внешности или строения частей тела [20, 36].

Важной составляющей пластической хирургии является эмоциональное состояние пациента, так как именно оно является пусковым механизмом, влияющим на принятие человеком решения об усовершенствовании собственного тела [23, 33]. Очень важным является также исследование психологических аспектов обращения пациентов к пластическим хирургам, провести сравнение ощущения необходимости

людей чувствовать себя более привлекательно среди других или не выделяться с плохой стороны. Реконструктивная и эстетическая хирургия — это два направления пластической хирургии, которые действуют в разных направлениях, и наша задача определить важность их обеих в современном обществе. Изучение роли медицинского персонала в пластической хирургии занимает ключевое звено в пластической эстетической и реконструктивной хирургии.

Цель исследования: изучить особенности роли сестринского ухода за пациентами в эстетической и реконструктивной хирургии, изучить возможности усовершенствования организации и повышения качества работы медицинского персонала в пластической хирургии, сравнить востребованность эстетической и реконструктивной хирургии, изучить психологические аспекты в пластической хирургии.

Задания исследования.

1. Изучить особенности организации и проведения пластической хирургии.
2. Изучить особенности эстетической и реконструктивной хирургии.
3. Провести анализ сестринского процесса в эстетической и реконструктивной хирургии.
4. Изучить особенности проведения маммопластики (пластической операции на молочной железе) в эстетической и реконструктивной хирургии.
5. Изучить особенности проведения ринопластики в эстетической и реконструктивной хирургии.
6. Изучить особенности проведения абдоминопластики в эстетической и реконструктивной хирургии.
7. Изучить особенности проведения пластики лица в эстетической и реконструктивной хирургии.

8. Провести сравнение востребованности эстетической и реконструктивной хирургии, а также провести анализ жалоб пациентов после операции.

9. Определить главные психологические аспекты эстетической и реконструктивной хирургии.

Объект исследования. Пациенты эстетической и реконструктивной хирургии, которым проводили маммопластику, ринопластику, абдоминопластику и реконструкцию или эстетические вмешательства для эстетического эффекта улучшения лица.

Предмет исследования. Сестринский процесс в пластической хирургии и психологические аспекты выбора пластической хирургии, как метода лечения или эстетического улучшения внешности, сравнение некоторых показателей между реконструктивной и эстетической хирургией.

Методы исследования: общеклинические методы (общетерапевтические и общехирургические методы, специальные хирургические методы), сбор анамнеза болезни, жизни, наблюдение за хирургическим больным, объективное обследование, оценка общего состояния пациента, сбор информации об основных предпочтениях по поводу вмешательств с целью изменения внешности, изучение психологической составляющей, сравнение данных, лабораторные и инструментальные методы исследования; аналитический метод; статистические методы научного исследования.

Научно-практическое значение исследования. Пластическая хирургия является очень востребованной отраслью медицины, особенно на современном этапе ее развития. В данном исследовании изучены принципы и особенности проведения пластической хирургии, основные причины по которым пациенты обращаются к пластическим хирургам, принципы и особенности проведения эстетической и реконструктивной хирургии, их положительные и отрицательные аспекты; определены особенности сестринского процесса в эстетической и реконструктивной хирургии и их

роль в проведении хирургических манипуляций; проанализировано психологические аспекты до и после оперативного вмешательства пациентов эстетической и реконструктивной хирургии; проведен анализ и сравнение востребованности эстетической и пластической хирургии в зависимости от локализации оперативного вмешательства, а также выделены основные психологические аспекты эстетической и реконструктивной хирургии.

ГЛАВА 1

ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

На протяжении всей истории медицины не было периода, когда бы не практиковались операции по реконструкции внешности человека. В Египте уже во времена изобретения папируса (1600 до н. э.) хирурги заботились об эстетических аспектах своих операций. Можно предположить, что описанные в папирусах методики и хирургические техники операций имели свое начало в более ранний период, что даёт нам ещё более раннюю дату их возникновения — около 3000 лет до н. э. [5], и продолжали развиваться на основании этих более древних знаний.

В Индии в 800 году до н. э. уже могли делать пластические операции по исправлению носа, используя для этого кожу со лба или щёк. В сохранившихся документах целителя из Древнего Китая Бянь Цюе, жившего в V веке до н. э., описывались проведённые им операции на глазах и ушах. Знаменитый врач Хуа То, живший в Китае в 150—208 годах н. э., также оставил записи с подробным описанием различных пластических операций. В записях медиков Китая встречались сведения о проведении оперативного вмешательства для исправления врожденных дефектов внешности, например, «заячьей губы», а также процедур, направленных на коррекцию фигуры и внешности [3, 5].

Вплоть до XVII века успехи индийской хирургии были более значительными, чем европейской. В Европе же были известны лишь единичные случаи таких операций. В VII веке н. э. в Александрии Паулос Айджинский проводил операции, направленные на уменьшение мужской груди, если она была чрезмерно большого размера. Такое заболевание получило название гинекомастия. Операции по уменьшению размеров мужской груди проводят и в современной хирургии [18, 31]. Для избавления

от избыточного веса современные пластические хирурги используют метод липосакции. Однако ещё в первом веке н. э. этот метод борьбы с ожирением описывался в сохранившихся записях хирургов. Пластическую хирургию в эпоху Возрождения выделили как самостоятельную область медицины, назвав при этом «хирургией красоты». До нас дошел трактат 1597 года итальянского врача Гаспара Тальякоцци о восстановлении повреждения носа при помощи фрагментов тканей с предплечья. Тальякоцци разработал собственную методику и успешно проводил операции по реконструкции носа, за что современные хирурги наградили его титулом основателя пластической хирургии [1, 25]. Однако современники достижения первого талантливого пластического хирурга по достоинству не оценили. Посчитав его действия преступными, они похоронили его на неосвящённой земле, где принято хоронить злодеев и самоубийц [6, 36].

Основа для современной пластической хирургии была заложена в начале XIX века, когда хирурги разработали более совершенные инструменты и методы для преобразования человеческой внешности. Появление и распространение антисептических средств позволило хирургам производить пересадку кожи, хрящей, других тканей [12, 31].

В середине 1920-х годов, после первой мировой войны, в Европе появилось огромное множество изувеченных людей, которые не хотели мириться с недостатками и обращались к хирургам с просьбами улучшить не только функцию той или иной повреждённой части тела, но и её внешний вид. Пластические хирурги были пионерами в разработке сотен новаторских методов, включая пересадку тканей, микрососудов, техник для челюстно-лицевой хирургии и липэктомии. Одним из новаторов и основателей пластической и реконструктивной хирургии является известный армяно-американский хирург Вараздат Газандян [13, 25].

Дальнейшее совершенствование техники пересадки кожи после второй мировой войны в 1950-е годы и новое качество анестезии, в частности, возможность проводить операции под местным обезболиванием, сделали

пластические операции более безопасными и, следовательно, более распространёнными [21, 26].

Пластическая хирургия – это область хирургии, разрабатывающая оперативные методы лечения больных с дефектами тканей, деформациями и нарушениями функции различных частей тела. Эта дисциплина подразделяется в свою очередь на два направления: реконструктивная и эстетическая хирургия [3, 7, 17].

Реконструктивные пластические операции помогают устранить деформации, дефекты тканей и органов, и восстановить их функции методами пластической хирургии. Подобные операции проводятся у людей, получивших телесное повреждение в результате травмы, болезни или имеющих врождённые дефекты. Успешно проведённая реконструктивная операция может коренным образом изменить качество жизни человека, помогая ему вернуть ощущение полноценной жизни, а также скрыть явные генетические дефекты [36].

Эстетические пластические операции — это применение методов пластической хирургии с целью улучшения внешности. Благодаря подобным операциям люди могут не только продлить молодость и почувствовать свою красоту, но и избавиться от эмоционального стресса от осознания своих реальных или надуманных несовершенств, и тем самым также значительно улучшить качество жизни [33].

Косметология и пластическая хирургия являются одними из самых инновационных направлений современной медицины, поскольку они связаны с появлением и дальнейшей разработкой методик изменения человеческой внешности. До этого вся медицинская наука занималась лечением исключительно внутренних функциональных расстройств. Поскольку результаты в пластической хирургии более очевидны, чем в какой-либо другой специальности, ученые постоянно ищут способы усовершенствования, равно как и снижения травматичности своих методик [14].

В отличие от хирургии внутренних органов, пластическая хирургия изменяет внешний облик человека, поэтому принципиальное значение приобретает вид результата операции.

Современной тенденцией пластической хирургии является значительное расширение возможностей специализированного лечения, вследствие внедрения в клиническую практику стабильно-функционального остеосинтеза, реконструктивно-восстановительных операций на сосудах, нервах, сухожилиях, пластического замещения дефектов костей и мягких тканей, с использованием микрохирургических технологий, применение компьютерного прототипирования поврежденных или утраченных частей тела на этапе планирования операций и др. [19]. Все это позволяет добиваться лучших анатомических и функциональных результатов.

Перед пластической операцией пациент должен пройти некоторые этапы подготовки. Сначала пациент приходит к пластическому хирургу на первичную консультацию. Врач проводит осмотр, выслушивает пожелания пациента и определяет, каким образом можно достичь результата. Потом хирург рассказывает о предстоящей операции, прогнозирует, какой будет результат [11].

Непосредственно перед самой операцией нужно сдать анализы крови и мочи, сделать ЭКГ и при наличии показаний пройти другие инструментальные исследования. В некоторых случаях могут потребоваться консультации врачей других специальностей (терапевта, анестезиолога) [15, 30].

Главными противопоказаниями к проведению пластических операций являются:

- Злокачественные новообразования любой локализации.
- Нарушение свертываемости крови.
- Декомпенсированный сахарный диабет.
- Декомпенсированная гипертония.
- Хронические инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатит и т.д.).

- Склонность к образованию келоидных рубцов.
- Психические заболевания.
- Непереносимость препаратов, применяемых для обезболивания и других манипуляций.

Временными противопоказаниями также являются острые заболевания (ОРВИ, грипп), обострение хронических болезней, беременность и кормление грудью [28].

В современной пластической хирургии широко используются различные методы обезболивания, которые позволяют достигнуть необходимого уровня анестезии и обеспечить пациенту максимальный комфорт после операции. Многие пластические операции (пластика век, отопластика, липосакция, миниабдоминопластика, пластика рубцов, периареолярная мастопексия и др.) выполняются под местной анестезией, но есть операции, которые проводятся только с использованием общей анестезии (подтяжка лица, абдоминопластика, увеличение груди и др.) [27, 29, 37].

По способу воздействия на организм человека анестезия, применяемая в современной пластической хирургии подразделяется на:

1. Местное обезболивание, которое достигается аппликаторным (нанесение мази, геля, эмульсии или пластыря на небольшой участок тела) или инъекционным способом. В процессе инъекции анестетик вводится послойно: первоначально тонкой иглой делается подкожный укол, в следствие которого образуется т.н. «лимонная корочка». Затем используется длинная игла, укол которой производит послойную инфильтрацию необходимых тканей. Местная анестезия прекрасно справляется с задачей обезболивания для процедур, производимых на небольших областях кожи. Неприятные ощущения у пациента в процессе проведения процедуры могут сохраняться [1, 22]. Серьезным противопоказанием к проведению этого вида анестезии является наличие у пациента аллергических реакций. Для

выполнения местного обезболивания достаточно квалификации медицинской сестры.

2. Регионарная анестезия это – методика, применяемая в случае объемных, травматичных и болезненных процедурах. Делается только анестезиологом. Спинальная анестезия осуществляется при помощи введения местного анестетика в спинномозговой канал. Специальной тонкой иглой вводится 1-3 мл препарата в строго определенные места, со стопроцентной гарантией, что спинной мозг не будет задет. Безопасность процедуры достигается введением активного вещества в строго определенные зоны, в которых спинной мозг отсутствует. Болевые ощущения исчезают через 1-3 минуты, действие препаратов длится от 40 мин до 2 часов, никаких неприятных ощущений от процедуры пациент не испытывает [2, 8]. Блокада импульсов обеспечивает полное расслабление мускулатуры.

3. Проводниковую, которая запускает блокаду проведения нервных импульсов, достигается глубинным введением обезболивающих препаратов. Для проведения такой анестезии уже недостаточно знаний и опыта медсестры – требуется более высокая квалификация: хирурга или анестезиолога. Препарат вводится в район проводящих нервов или нервного ствола на некотором удалении от оперируемой области. Возможными осложнениями манипуляции являются: образования гематом в случае повреждения расположенных рядом кровеносных сосудов и повреждение нервов и ствола (это может послужить причиной нарушения кожной чувствительности, подавлении функционирования мышечных тканей). Описанные осложнения могут стать причиной длительного восстановительного периода [36].

4. Общая анестезия (или собственно наркоз) воздействует на центральную нервную систему, а не на периферическую. Импульсы боли продолжают поступать в мозг, но их восприятие мозгом подавляется, в результате чего пациент не чувствует боли. Активное вещество для наркоза

может быть введено посредством ингаляции или же внутривенно. Эта манипуляция требует квалифицированного анестезиолога и младшего медицинского персонала [32].

Какой именно вид анестезии будет выбран анестезиологом будет зависеть от анамнеза пациента (нет ли аллергических реакций на определенные препараты), возраста и общего состояния здоровья. Врач учтет пожелание пациента, но окончательное решение о выборе способа обезболивания оставит за собой. Пластический хирург всегда склоняется к выбору наиболее щадящего вида анестезии: например, при блефаропластике, отопластике и некоторых видах ринопластики, так как врачи стараются использовать только седацию и местную анестезию, и достаточно редко прибегают к общему наркозу [24].

В течении первых 2-3 суток после операции для быстрого восстановления и заживления ран организму требуется покой. Поэтому необходимо заранее побеспокоиться о том, кто в этот период будет заботиться о пациенте, забирать из клиники, готовить обед, давать прописанные лекарства. В этот период психологический комфорт не менее важен, чем физический. После операции пациент столкнется с перечнем побочных эффектов оперативного вмешательства [35].

Во время выхода из наркоза, в течении первых 6-8 часов, возможны приступы тошноты. Вероятность их возрастает с увеличением времени анестезии при более серьёзных оперативных вмешательствах. Побочные действия в современных анальгетиках и снотворных сведены к минимуму, но всё же особо чувствительные пациенты периодически их испытывают [20].

В первый момент, когда пациент придет в себя, после операции, вероятнее всего, почувствуются болевые ощущения в оперированной зоне. Обычно, чтобы их снять, достаточно принять обезболивающее. Через 2-3 суток у большинства пациентов испытывается лишь умеренная болезненность, заметно усиливающаяся в прооперированной зоне лишь при

движениях или прикосновениях к ней. А если выполняются небольшие косметические коррекции (например, контурная пластика или лазерная липосакция), скорее всего даже не потребуется и анальгетики, поскольку начальная боль может быть незначительной [14, 18].

Отёк — это естественная реакция организма на хирургическое вмешательство. Больше всего отёкам подвергается наше лицо, именно ткани вокруг глаз, поскольку они являются самыми тонкими и в них проще скапливаться жидкости. Поэтому при пластике лица в первую очередь отекает область вокруг глаз. Пик отёка фиксируется на второй или на третий день, после чего наблюдается спад [5, 19]. Спустя неделю кожа сглаживается и натягивается немного туже обычного, а через две недели наблюдаются лишь незначительные отечные зоны, практически незаметные со стороны. Для ускорения процесса восстановления после пластики лица, шеи или груди, в первое время (несколько дней) после операции рекомендуется спать на высоких подушках, что существенно уменьшает отёки. В борьбе с этим также помогает лёд. В первые сутки зону операции следует охлаждать постоянно. Для уменьшения опухолей хирургом могут быть прописаны специальные мази, порекомендован лимфодренаж или физиопроцедуры [8, 21].

Более заметным следом в первое время после операции являются синяки. Это считается нормальным явлением, а проявляются они из-за небольшого остаточного количества крови под кожей после операции. Синяки наблюдаются в течение трёх недель до момента первичного заживления ран. Если резорбция большой гематомы затягивается на месяц или дольше, то это уже констатируется как осложнение [15]. На количество и состояние кровоподтёков влияет не только мастерство хирурга, но и особенность тканей пациента. Поэтому в первую неделю после операции противопоказан приём аспирина и других лекарств с ацетилсалициловой кислотой, во избежании разжижения крови и возможного увеличения гематом [22].

Уплотнения (инфильтраты) могут образовываться из-за рассасывающихся гематом и заживающих рубцов и не относятся к осложнениям. Для ускорения их рассасывания нужен легкий массаж или ультразвуковые процедуры. Такие процедуры после операции рекомендуются лечащим врачом при надобности [17].

Любое хирургическое вмешательство неизбежно приводит к повреждению нервных окончаний и поэтому временное появление некоторого онемения и снижения чувствительности в зоне операции осложнением не является. В течение 1-1,5 месяцев после операции нервные окончания восстанавливаются и чувствительность постепенно возвращается [13, 31].

К бесшовным относятся лишь косметологические процедуры, где не затрагиваются ткани тела, лежащие под кожей, такие как пилинг или лазерная коррекция. Даже после контурной пластики на пару дней остаются следы от уколов на обрабатываемой зоне. Невозможно рассечь кожу так, чтобы она зажила без образования видимого рубца. Однако современная пластическая хирургия, владеющая определенными техниками операций, дала возможность оставлять максимально тонкие, короткие шрамы, к тому же в малозаметных местах [2, 29].

На внешний вид шрама влияют многие факторы: физиологическая особенность тканей тела, где расположен разрез, возраст пациента, как и чем была ушита хирургическая рана. Для скорейшего заживления и созревания рубцов используются специальные наклейки, позволяющие снять нагрузку с рубца и улучшить условия заживления. Первоначальный период может длиться до трёх недель, когда рубцовая ткань наиболее активна. В это время она жёсткая и красная. Современная хирургия обладает значительным арсеналом средств, позволяющих существенно ускорить процесс заживления и сделать рубец наименее заметным [18, 37]. К ним относятся различные физиопроцедуры, специальные мази и наклейки на рубцы. Через три месяца некоторые шрамы становятся едва заметными, а их прочность

достигает конечного значения - порядка 80% от прочности кожи. Окончательный вид рубца формируется где-то через год. И только после этого в случае, если шрам будет слишком заметен, возможна его коррекция.

Сразу после проведения пластики необходимо наложить давящую повязку на прооперированную зону, чтобы отёки и синяки были меньше. В случае проведения коррекции на голове или шее, повязка необходима только в первую неделю после операции. Если коррекция проводилась на других частях тела, то чаще всего кроме повязки рекомендуется носить компрессионное бельё [26, 32]. После липосакции или абдоминопластики пациенту нужно обязательно носить бандаж. Но всё это не создает значительных неудобств, даже если их придётся носить несколько месяцев - современные модели компрессионного белья красивы и удобны, они незаметны под одеждой и не сковывают движений.

Приём душа после операции в среднем возможен уже через 5-7 дней. В дальнейшем, через 2 недели, после полного заживления рубцов, возможен приём ванны. На время реабилитационного периода многие пациенты оформляют отпуск. Однако нужно знать, что посещение жарких стран не рекомендовано: пока есть отеки, пребывание на солнце противопоказано, расширяются капилляры и соответственно увеличиваются отёки, что замедляет восстановление. По этой же причине в течение месяца после пластики рекомендуется отменить походы в баню или сауну. Воздействие солнечного излучения на свежие рубцы может привести к их пигментации, что сделает швы заметными и потребует последующего лечения пигментации [19].

Обычно после пластической операции рекомендуется начинать движения в ранние сроки (в идеале - в этот же день), а после обширного вмешательства особенно. Ранняя активизация является профилактикой грозных осложнений, связанных с застоем венозной крови в нижних конечностях и повышенным риском образования тромбов. Через 3-5 дней можно начинать прогулки и выполнять домашнюю работу. В течение месяца

пациент должен избегать подъема тяжестей. В случае проведения пластики живота, рекомендуется увеличение этого срока до трёх месяцев, чтобы избежать нагрузки на шитые мышцы. Следует зазначить, что движения, которые растягивают и напрягают операционный рубец, зачастую приводят к его увеличению. Активные занятия спортом можно начинать не ранее, чем через 3-5 месяцев в зависимости от типа операции. Через полгода любая активность не будет вызывать никакого дискомфорта [28].

Любое хирургическое вмешательство в значительной степени уменьшает количество жидкости в организме. Поэтому в первые дни после операции необходимо восстановить водный баланс. Для этого лучше всего подойдет чистая питьевая вода примерно по 8 стаканов в день. Тяжелая пища станет лишней нагрузкой ослабленному после операции организму. Поэтому в течение первых дней следует употреблять только легкую для переваривания пищу [33, 34].

Почти все типы косметических и пластических коррекций не лишены побочных эффектов как синяки, отёки, необходимость временной перемены привычного образа жизни. Но все они постепенно проходят, и только тогда можно сказать о полном завершении операции.

ГЛАВА 2

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования были пациенты эстетической и реконструктивной хирургии, которые прошли такие оперативные вмешательства как маммопластика, ринопластика, абдоминопластика и эстетические или реконструктивные изменения лица. При этом изучали особенности организации медсестринской помощи пациентам и сравнение востребованности эстетической и реконструктивной хирургии, а также их психологические аспекты.

Учитывая необходимость исследования причины выбора пациентов эстетической и пластической хирургии, мы использовали общеклинические методы исследования, проводили сбор анамнеза болезни, учитывали данные жизни больных: история жизни, история заболевания, наблюдение, данные о психологическом здоровье пациента, объективное обследование, оценка общего состояния пациента, сбор информации об основных жалобах, сравнение, аналитические, статистические, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Наше исследование состояло из 2-х частей: наблюдений и анализа полученных данных. В первой части исследования мы проводили анализ количества пациентов эстетической хирургии, которые прошли маммопластику, ринопластику, абдоминопластику или пластику лица, а также анализировали жалобы после операции. В ней приняло участие 170 пациентов. Во второй части исследования мы проводили анализ количества пациентов реконструктивной хирургии, которые прошли маммопластику, ринопластику, абдоминопластику или пластику лица, а также анализировали жалобы после операции. В ней приняло участие 103 пациента. В последующем было проведено анализ и сравнение данных, обобщение и формирование выводов.

ГЛАВА 3

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Термин «медсестра пластической хирургии» относится к медсестрам эстетической и реконструктивной хирургии. Хотя медсестры эстетической хирургии и медсестры реконструктивной хирургии являются медсестрами пластической хирургии, их следует отличать друг от друга. Медсестры реконструктивной хирургии специализируются на медсестринском уходе по хирургической специальности, которая включает реконструкцию или восстановление тела пациента. Реконструктивная хирургия — это больше, чем тщеславие, связанное с эстетикой. Часто такая операция абсолютно необходима для улучшения или восстановления нормального функционирования организма пациента. В то время как эстетический или косметический уход фокусируется не на функциях тела, а на форме. Медсестры-эстетики участвуют в уходе за пациентами, которые проходят процедуры, такие как: инъекции, введение наполнителей и лазерные процедуры.

Медсестра по пластической хирургии может работать в разных местах. Большинство из них работают в амбулаторных кабинетах косметической или пластической хирургии, но другие могут работать в больнице и / или операционной. В зависимости от места работы — это также может определять типы процедур, с которыми будет иметь дело медсестра. Например, медсестра по пластической хирургии в больнице вряд ли осмотрит пациента с микродермабразией, а офисная медсестра вряд ли поможет в операции по увеличению груди.

В ежедневные обязанности практикующей эстетической медсестры во многом зависят от того, где они работают. Например, в медицинских спа-центрах практикующие медсестры могут отвечать практически за каждый аспект своей практики. Фактически, некоторые практикующие эстетические медсестры даже могут владеть своими собственными учреждениями, в

зависимости от государственных правил, в которых они практикуют. Для практикующих медсестер с таким уровнем ответственности ежедневные задачи могут включать в себя все: от подтверждения назначений до первоначальных консультаций и самих эстетических процедур.

У медсестер-эстетистов, работающих в кабинете врача (особенно в центрах пластической хирургии), повседневные обязанности будут отличаться от повседневных обязанностей тех, кто работает в спа-салоне. В случае более интенсивных операций практикующие медсестры могут помочь пациентам, находящимся на стадии выздоровления, или даже помочь во время операции, в зависимости от их собственного опыта.

Независимо от того, в какой обстановке практикующие медсестры-эстетисты должны ожидать тесного сотрудничества с пациентами во время консультации, процедуры и восстановления. Медсестры в эстетических клиниках, как правило, работают в обычные часы, и им не приходится бороться со стрессом от работы по вызову или в праздничные дни, как это делают многие другие медсестры.

Помимо клинического лечения, консультации являются важной частью клинического опыта практикующих эстетических медсестер. Поскольку эстетические процедуры являются факультативными, а их результаты несколько субъективны, важно, чтобы пациенты могли доверять своей практикующей медсестре и врачу. Опытная практикующая медсестра должна уметь помочь пациентам определить, какие виды процедур могут принести им наибольшую пользу и придать им желаемый вид. Практикующие медсестры-эстетики часто могут курировать своих пациентов на протяжении длительного времени, помогая им выполнять несколько процедур или регулярно ухаживая за ними, поэтому глубокие знания эстетики, а также тенденций красоты могут быть весьма полезны в этой области.

Медсестры по пластической хирургии которые работают вместе с хирургами и вспомогательным персоналом, чтобы помочь пациентам в достижении желаемых результатов. Конкретные обязанности включают:

- Скрининг пациентов при подготовке к операции.
- Обзор медицинского и хирургического анамнеза.
- Проведение таких процедур, как химический пилинг, ботокс, световые и лазерные процедуры.
- Подготовка процедурной или операционной.
- Наблюдение за пациентами во время и после процедур.
- Информирование пациентов о конкретных процедурах и о том, чего ожидать до, во время и после.
- Наблюдение за пациентами после процедур для обеспечения заживления.
- Уход за раной, ожогом или местом хирургического вмешательства.

Необходимые навыки медицинской сестры в пластической хирургии включают способность быстро учиться и адаптироваться, сильные навыки межличностного общения, высокая степень сочувствия и восприимчивости к потребностям пациентов, должна уметь эффективно общаться с пациентами, хирургами и другим медицинским персоналом.

Как и в случае с повседневными обязанностями, типы клинических процедур, выполняемых практикующей медсестрой-эстетиком, зависят от типа кабинета, в котором эта медсестра работает.

Кабинет косметических процедур предоставляет услуги, в которые входят улучшение качества кожи такие как пилинги, лазерные шлифовки, чистки пор, наполнение губ колагеном или ботексом и другие манипуляции.

Несмотря на то, что основные аппаратные и инъекционные процедуры медицинская сестра по косметологии выполняет самостоятельно, назначения делает врач. Косметологическая медсестра, работающая в клинике или салоне, должна владеть:

- техникой депиляции воском, сахаром, косметическими препаратами;
- уходовыми методиками, которые включают: массаж (лица, тела, антицеллюлитный, медицинский), чистку кожи (химический или механический абразивный пилинг), обертывания и маски;
- техниками, применяемыми в криотерапии (при воздействии на организм низкими температурами с целью достижения омолаживающего эффекта);
- инъекционными методиками: мезотерапией (внутрикожным введением питательных коктейлей из витаминов и биологически активных веществ), ботулинотерапией, контурной пластикой, и др.;
- аппаратными процедурами – лазерной и фотоэпиляцией, вакуумным массажем и др.;
- приемами оказания первой помощи в случае аллергических реакций у пациента.

Кабинет реконструктивной хирургии.

В обязанности медсестры по пластической хирургии входит уход за пациентами, проходящими реконструктивные процедуры, помощь пациентам в достижении желаемых результатов, а также оказание периоперационной и послеоперационной помощи. В обязанности медсестры входят:

- Выполнение задач по скринингу пациентов и изучение истории болезни и психосоциального статуса перед операцией.
- Проведение неинвазивных процедур, таких как ботокс, лазерные процедуры и химический пилинг.
- Подготовка операционной перед процедурами и помощь в инвазивном лечении.
- Наблюдение за пациентами до и после операций.

- Обсуждение процедур пациентов с ними и объяснение того, чего им следует ожидать до, во время и после процедуры.
- Уход за пациентами после процедур для обеспечения их правильного выздоровления.
- Обеспечение соответствующего ухода за раной или местом операции.
- Поддержка пациентов и семей на протяжении всего лечения.
- Беспристрастное и непредвзятое отношение к пациентам с косметическими и реконструктивными операциями.
- Сотрудничество с врачами и другими членами команды для обеспечения удовлетворения всех потребностей пациента.

Кабинет эстетической хирургии.

Зачастую в таком кабинете проводятся как косметические процедуры, так и пластические операции. В эстетической хирургии медсестра должна уметь делать простые косметические манипуляции по поручениям врача, участвовать в операции. Эстетическая сестра должна давать консультации и направлять к врачу, она должна быть приветливой, доброжелательной и аккуратной.

Эстетические медсестры работают в различных учреждениях, таких как частные врачи, больницы, клиники, дерматологические кабинеты и медицинские курорты, непосредственно под наблюдением врача, пластического хирурга или дерматолога.

Наиболее распространенными клиническими процедурами являются:

1. Инъекционные процедуры.

Пожалуй, самая известная эстетическая процедура, которую медсестра может выполнять на регулярной основе — это ботокс, который является собой нейротоксин, который парализует мышцы и разглаживает морщины. В эстетической сфере есть и другие инъекционные методы лечения. Кожные наполнители, такие как коллаген или другие, также распространены, чтобы заполнить неровности кожи, морщинки или придать губам более пухлую

форму. Поскольку более 6 миллионов человек в США получают один только ботокс каждый год, вполне естественно, что практикующая медсестра очень быстро ознакомится с этими типами процедур.

Склеротерапия, которая устраняет варикозное расширение вен путем инъекции склерозанта в сбившуюся вену, является еще одной очень распространенной эстетической процедурой, которую часто проводят многие клиники и врачи.

2. Лазерная коррекция кожи.

Обработка кожи — это еще один тип клинической процедуры, распространенной в эстетической или косметической специальности. Некоторые из наиболее распространенных методов лечения включают:

- Микродермабразия
- Удаление татуировок лазером
- Лазерная шлифовка

В зависимости от специализации конкретной клиники, медсестры должны знать весь процесс работы с лазерными аппаратами и уметь выполнять все процедуры, которые предоставляет клиника, даже если ей не придется иметь с ними дело на постоянной основе.

3. Помощь хирургу.

Медсестры по пластической хирургии оказывают помощь пациентам до, во время и после процедур пластической хирургии. Во время процедуры медсестра пластической хирургии помогает хирургу, подготавливая стерильную операционную среду, раскладывая необходимые инструменты и регулируя освещение и настройки комнаты, чтобы создать оптимальные условия для успешной операции. Перед началом процедуры медсестра пластической хирургии дает пациенту краткий обзор процедуры и отвечает на любые вопросы, которые могут у него возникнуть. Затем медсестра пластической хирургии готовит пациента к операции и вызывает анестезиолога, чтобы ввести пациенту анестетик. После завершения операции медсестра пластической хирургии отвечает за помощь пациенту в

его выздоровлении. Это включает прием лекарств, очищение и перевязку ран, предоставление конкретных инструкциях по уходу в домашних условиях, чтобы обеспечить их правильное заживление. Многие обязанности, выполняемые медсестрой пластической хирургии, аналогичны обязанностям медсестер других типов, но в их работу входят пациенты, перенесшие пластические или реконструктивные операции, или пациенты, которым предстоит пройти данные процедуры.

Одной из главных обязанностей медсестры — это уход за пациентом до и после операции или процедуры. Амбулаторный уход — это особый вид сестринской практики, в которой есть три основные обязанности. Медсестры амбулаторного лечения в пластической хирургии должны обеспечивать быструю и точную оценку состояния пациентов, создавать выполнимые мероприятия для ухода за пациентами в соответствии с их руководящими принципами ухода и поддерживать заботливые отношения с пациентами и их семьями. Уход за амбулаторным уходом требует, чтобы медсестры могли быстро и эффективно обрабатывать большое количество пациентов, обеспечивая быстрое реагирование. Существуют процессы и процедуры, которые помогают заложить основу для амбулаторного ухода. Уход за пациентами требует способности переключать передачи и изменять распорядок дня, если необходимо, в соответствии с индивидуальными медицинскими потребностями амбулаторного пациента.

Медсестры, работающие по этой специальности, должны обладать высокими практическими навыками. Ожоги, травмы и раны могут легко привести к инфекции и другим осложнениям, поэтому медсестра должна хорошо разбираться в этих потенциальных проблемах. Оценка состояния кожи имеет особую важность для медсестры пластической хирургии, поэтому очень важна аккуратность и тщательность в использовании инструментов и проведения различных процедур.

Для опытной медсестры в косметической или реконструктивной хирургии. Эта специальность может обеспечить увлекательную карьеру,

которая предполагает высокий уровень навыков оценки, коммуникативных навыков и обучения для оказания непосредственной помощи во время хирургических процедур. Наблюдение за некоторыми пациентами может длиться годами, особенно после реконструкции груди, поэтому долгосрочные отношения между медсестрой и пациентом могут быть обычным явлением.

Что касается взаимоотношений с пациентами, пластическая хирургия может включать восстановление после реконструктивных операций, несчастных случаев, травм, насилия или других событий. Независимо от причины необходимости пластической хирургии, пациент, несомненно, будет испытывать страх, тревогу и огромный потенциал дефицита знаний о хирургических процессах и процессах восстановления, поэтому медсестра должна быть чуткой, сострадательной, знающей и уметь общаться четко и эффективно.

ГЛАВА 4

ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ И ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Забота о своей внешности — естественная черта любого нормального человека. Каждое общество имеет свои стандарты красоты и свою иерархию ценностей в вопросе, что «хорошо», а что «плохо» выглядит. Но, несмотря на значительные различия, присущие каждому обществу, мировые стандарты привлекательности достаточно определённы. Больше того, стремление украсить свое тело издавна проявлялось в самых разнообразных формах: от диковинных причёсок и окраски волос до использования драгоценностей и макияжа, от татуировок и разнообразной одежды до прокалывания ноздрей и ушей и т. д. Современные пациенты, приходя к косметическому хирургу, часто просят считать критерием красоты особенности внешности тех людей, на кого они хотят или не хотят быть похожими.

Эстетическая хирургия — это уникальное направление медицины, направленное на улучшение внешнего вида с помощью хирургических и медицинских методов. Косметическая операция может выполняться на всех участках головы, шеи и тела. Поскольку обработанные участки функционируют должным образом, но не имеют эстетической привлекательности, косметическая операция является факультативной.

Хирурги могут изменить внешний вид многих частей тела с помощью косметической хирургии. Некоторые из наиболее распространенных частей тела, которые пациенты видоизменяют с помощью косметической хирургии, изменяя размер или форму:

- Молочных желез;
- Ушей;
- Глаз;
- Лица;
- Волос;

- Носа;
- Живота.

Большинство пациентов подвергаются эстетической хирургии, потому что они недовольны своим телом, и у них есть проблемы с самооценкой и уверенностью, которые они хотят снизить. Таким образом, разумно измерять успех процедур косметической хирургии не только с точки зрения удовлетворенности внешним видом после операции, но также с точки зрения получаемых психологических изменений, таких как повышение самооценки.

Можно выделить следующие особенности эстетической хирургии:

1) Конечной целью эстетической хирургии является не восстановление утраченного здоровья пациента, а повышение качества его жизни.

2) Эстетическая хирургия направлена на улучшение внешнего вида практически здоровых людей, поэтому операции в большинстве случаев выполняют на нормальных, хотя и измененных с возрастом тканях.

3) Она не является обязательной, так как операции можно делать, а можно не делать; хотя отказ от вмешательства и не влияет прямо на здоровье, возрастные изменения внешнего вида человека способны создать у него сильнейший комплекс неполноценности, который может привести, в свою очередь, к депрессивному состоянию, влияющему на общее состояние здоровья.

4) Так как эстетическая хирургия не является для пациента обязательной, он должен за нее платить, поскольку государство и страховые компании оплачивают лишь те виды операций, которые необходимы для возвращения человека к нормальному состоянию из состояния болезни;

5) В 95% случаев пациентами являются женщины; это связано со следующими причинами:

- а) особенности психологии женщин определяет тот факт, что для них вообще внешний вид более важен, чем для мужчин;

- b) рождение ребенка (особенно двух и более) всегда существенно изменяет фигуру женщины, форму молочных желез, расслабляет переднюю брюшную стенку; это, в свою очередь, может изменить взаимоотношения в семье;
- c) многие незамужние женщины часто считают дефекты внешнего вида причинами своего одиночества;
- d) для многих женщин коррекция внешности существенно повышает шансы получить определенную работу;
- e) пациенты часто считают желаемое изменение своей внешности легко достижимым, недооценивая сложность и риск операций.

В большинстве случаев в ходе первой консультации пластический хирург должен решить три главные задачи:

- установить, есть ли объективные свидетельства существования у пациента проблемы внешности, которая может повлиять на качество его жизни;
- информировать пациента о том, какими путями можно решить данную проблему, обсудить альтернативы;
- информировать пациента о возможных результатах операции и осложнениях.

Первый контакт с пациентом исключительно важен, так как позволяет хирургу по реакции больного уже в первые минуты встречи определить его психологический тип, что может существенно повлиять на принятие решения об операции. Практика позволяет выделить следующие наиболее часто встречающиеся типы пациентов.

После принятия решения об операции каждому пациенту должна быть предоставлена дополнительная письменная информация о содержании предстоящего лечения и его особенностях. Отдельным документом является информация о возможном риске и содержании осложнений, характерных для операций каждого типа. Этот документ тщательно изучается пациентом,

он специфичен для каждой группы операций и является частью истории болезни или медицинской карты.

В большинстве случаев после этого следуют дополнительное собеседование и ответы на возникшие вопросы, после чего пациент подписывает документ в присутствии свидетеля, роль которого может играть медсестра. Своей подписью пациент подтверждает, что он был ознакомлен с возможностью развития определенных осложнений, которые могут возникнуть при операции, но, несмотря на это, согласен оперироваться и сознательно идет на риск.

Как правило, пациент приходит в клинику в день операции. Перед вмешательством его помещают в палату, где он попадает в совершенно непривычную для него обстановку, которая может существенно усилить волнение человека и его страх перед встречей с хирургом на операционном столе. Вот почему принципиально важное значение в эстетической хирургии имеет создание в палате максимального комфорта, как в современной гостинице. Особое значение имеет нахождение пациента в одноместной палате, так как его контакты с больными, перенесшими операцию, крайне нежелательны. Вид пятен крови на чужой повязке, отек тканей лица, рассказы о неприятных ощущениях и боли, переносимых другими пациентами, могут стать основой для немедленного отказа от операции. Отвлечь больного от неприятных мыслей помогают включенный телевизор, наличие которого в палате обязательно, комфортабельная обстановка и приветливость персонала.

Необходимо максимально сокращать срок ожидания пациентом операции, так как, по мнению многих из них, этот момент является иногда самым мучительным во всем процессе лечения.

В идеальном случае человеком, которого пациент видит перед операцией последним и первым - после нее, должен быть хирург. Это в максимальной степени сохраняет доверие пациента и его расположение к лечащему врачу. После окончания вмешательства важно уведомить об этом

родственников пациента по телефону. И тот хирург, который это сделает, почувствует на себе их признательность за внимание.

В послеоперационном периоде важно быть доступным для пациентов в любое время дня и ночи. Это достигается созданием в клинике соответствующей дежурной службы, способной оперативно реагировать на любую ситуацию (от круглосуточно дежурящей медсестры-координатора до полноценной дежурной службы во главе с дежурным хирургом).

4.1. Увеличение груди (маммопластика).

Увеличение груди - операция, которая уверенно опережает другие в сфере пластической хирургии. Сделать бюст пышным, скорректировать форму груди – об этом мечтают многие женщины.

Индустрия эстетической хирургии впечатляет множеством методик, изобилием имплантов и количеством клиник пластической хирургии.

В сфере эстетической хирургии на сегодняшний день наиболее популярной является операция по увеличению груди, в процессе которой используется эндопротезирование силиконовыми имплантами. Подобное оперативное вмешательство позволяет скорректировать или полностью изменить форму груди, а также придать ей упругость и увеличить размер. Вопреки распространенному мнению, повлиять на размер молочных желез с помощью физических упражнений и различных кремов нельзя, так что аугментационная маммопластика является единственной гарантированной возможностью получить привлекательную грудь желаемого размера и формы.

Существует несколько вариантов доступа к тканям молочной железы во время операции:

- субмаммарный (подгрудный)
- инфраареолярный (через ареолу)
- трансаксиллярный (через подмышку)
- трансумбиликальный (через пупок)

Место расположения самого импланта также может варьироваться. Все это зависит от особенностей организма и строения груди пациентки, а потому подбирается хирургом индивидуально в каждом конкретном случае.

Выбор пациентом доступа при увеличении груди в значительной степени зависит от знаний пациентом вариантов разрезов и их относительных преимуществ и недостатков.

Пациенты с оптимальным результатом увеличения груди редко выражают какую-либо озабоченность по поводу положения своего рубца.

Расположение разреза — это больше предоперационная проблема, чем послеоперационная, при условии, что хирург обучает пациента и применяет основные принципы для оптимизации качества рубца.

Наиболее важные принципы оптимизации качества рубца в каждом случае, независимо от типа кожи или других соображений, включают:

- достаточную длину разреза, чтобы минимизировать травму краев кожи для доступа и установки имплантата,
- предотвращение травматизации краев кожи во время операции,
- оптимальное расположение разреза для минимизации напряжения и растяжения на разрезе,
- оптимальные методы закрытия раны, которые минимизируют натяжение кожи, а также минимизируют количество шовного материала, оставшегося в ране, способного вызвать воспаление.

При выборе доступа у хирурга обычно имеются личные предпочтения, основанные на их индивидуальном обучении, личном опыте и маркетинговых убеждениях.

Также варьируются способы расположения импланта:

- Субгландулярный (под молочной железой).
- Субмускулярный (под грудной мышцей).
- Комбинированный (метод двойственной плоскости).

Операция проводится под общей внутривенной анестезией (короткосрочная общая анестезия). Время операции – приблизительно 1,5

часа. Вся процедура проводится под точнейшим и строжайшим контролем медиков и аппаратуры. Наложение швов делается таким образом, чтобы шрам остался наименее заметным и наиболее эстетичным. Хирургический дренаж не используется.

В послеоперационном периоде врач назначает пациенткам антибиотики, противовоспалительные и противоотечные препараты для приема. Послеоперационный болевой синдром не сильно выражен и, как правило, проходит уже на третьи сутки, при необходимости, снимается обычными обезболивающими препаратами. То же касается синяков и отечности, которые также хорошо контролируются медикаментами.

Стационарное лечение составляет 2-3 дня. Для этого клиники предоставляют оборудованную всем необходимым, комфортабельную палату, а также обеспечивают круглосуточный уход. Продолжительность послеоперационной реабилитации составляет от 10 до 15 дней. К нормальной жизнедеятельности можно вернуться через 1-2 дня.

В большинстве случаев причиной увеличения груди в эстетической хирургии является психологические причины и комплексы пациентки. Так как все другие дефекты относятся к реконструктивной хирургии.

4.2. Эстетическая ринопластика.

Эстетическая ринопластика – это хирургическая операция по комплексной коррекции деформаций носа. Целью ринопластики является исправление эстетических дефектов.

Перед прохождением ринопластики необходимо пройти перечень исследований.

Основным является обследование полости носа с помощью риноскопии, эндоскопия носа и внешний осмотра носа для определения вместе с пациентом, как исправить нос, чтобы достичь желаемой гармонии черт лица.

В некоторых случаях проводятся дополнительные исследования, такие как визуальная диагностика, которая позволяет пациенту увидеть практический и приблизительный пример результатов ринопластики.

Основным показателем является желание человека изменить свой нос – это может быть что угодно, начиная от очень широкого кончика и заканчивая длиной органа. С помощью такой операции можно:

- удалить или откорректировать горбинку;
- изменить форму и угол расположения кончика;
- уменьшить или увеличить нос;
- скорректировать асимметрию;
- выровнять носовую перегородку;
- устранить эффект кивания кончика носа.

Операция проводится под общим наркозом эндоназальным методом (через нос), без наружных разрезов. Только в отдельных случаях и при предварительном согласии пациента могут быть выполнены небольшие внешние разрезы, следы от которых через несколько недель, как правило, уже почти незаметны.

Во время операции исправляются внутренние и внешние дефекты носа. В конце операции в носовые ходы устанавливаются тампоны, а на нос накладывается фиксирующая повязка (лангета) для закрепления результата и защиты от повреждений. Повязку следует носить несколько дней.

Нос состоит из хряща и кости. Каждый нос – это результат составляющих его элементов. Нижнюю часть (основание) носа определяет форма хрящей крыльев носа и носовой перегородки, а форма верхней части зависит от формы верхних хрящей и носовых костей.

Ринопластика проводится с помощью эндоназальных разрезов, сделанных в определенных местах, благодаря чему можно получить доступ к каждой из этих структур и изменить их. Наиболее частые манипуляции во время операции: исправление формы хряща, накладывание швов, остеотомия и частичное удаление хряща.

В первые дни в носу установлены тампоны, поэтому пациент будет вынужден дышать ртом. Послеоперационный период протекает безболезненно, однако некоторый дискомфорт доставляет наличие тампонов в носу. Также может появиться отек лица и гематомы.

Как правило, через несколько недель пациент может полностью вернуться к нормальному образу жизни, но следует не допускать травм в оперированной области, поэтому рекомендуется в течение нескольких месяцев избегать контактных видов спорта без надлежащей защиты.

Ринопластика, как и любая хирургическая операция под общим наркозом, имеет минимальный риск осложнений, которые могут возникнуть при кровотечении и общем наркозе. У пациентов без значительных заболеваний этот риск очень мал.

В любом случае, тщательное изучение анамнеза пациента и предоперационная подготовка позволяют определить индивидуальный риск для каждого пациента и избежать большинства осложнений.

4.3. Эстетическая абдоминопластика.

Абдоминопластика — объёмное оперативное вмешательство, осуществляемое с целью восстановления эстетических пропорций живота. Абдоминопластика направлена на иссечение избытков кожи и жировых отложений, образовавшихся в силу особенностей строения организма.

Операция представляет собой относительно сложное и тяжёлое для организма хирургическое вмешательство. В связи с этим перед её проведением нужна полноценная подготовка, проводится сбор анамнеза больного, выясняется наличие у него сопутствующих заболеваний, выполняется контроль основных показателей организма. Продолжительность операции колеблется от 2 до 5 часов, проводится абдоминопластика под общей анестезией в стационаре.

Суть операции заключается в следующем: производится разрез вокруг пупка и над лобком по линии бикини. Затем хирург отделяет и приподнимает кожу и подкожную жировую клетчатку от передней

брюшной стенки, укрепляет и соединяет между собой прямые мышцы живота, с помощью канюли убирает жировые отложения, осуществляет коррекцию апоневроза, формирует пупочное отверстие заданных форм и очертаний, после чего отсекает возникший избыток кожи. Затем, с целью отведения экссудата после операции, устанавливается подкожный дренаж, накладываются швы и соответствующая повязка. Рубец после выполнения абдоминопластики будет располагаться горизонтально в надлобковой зоне, незаметной под бельём.

Все вышеперечисленные оперативные вмешательства, включая абдоминопластику, имеют ряд противопоказаний. Они не рекомендуются при:

- онкологических заболеваниях;
- обострении тяжелых хронических заболеваний сердечно-легочной систем;
- сахарном диабете;
- беременности, периоде лактации;
- тяжелые психические заболевания.

В эстетических целях абдоминопластику часто объединяют с липосакцией.

Липосакция — это метод коррекции контуров тела путем вакуумного удаления скоплений жировой ткани. Через специальную трубку, которая называется канюлей, которая помещается в подкожное пространство, под давлением, создаваемым специальным аппаратом, удаляются излишки жировой ткани. Жир удаляется через небольшие отверстия (5-10 мм) в коже с помощью тонких металлических канюль и специального аппарата для отсоса. Конец канюли подсоединен к вакуумному аппарату. Он создает отрицательное давление, которое и обеспечивает удаление жира. Поступательные веерообразные движения канюли (вперед-назад) приводят к механическому разрушению жировой ткани и ее вакуумной аспирации.

После выполнения абдоминопластики следует ограничить физическую активность. Некоторое время могут наблюдаться боль в мышцах и коже. В большинстве случаев после операции требуется приём анальгетиков.

В течение двух суток после проведения абдоминопластики пациент находится в стационаре. Среди рекомендаций к послеоперационному периоду следует назвать:

- Ношение бандажа или эластичного пояса в течение 3-х недель.
- Ограничение физических нагрузок в течение 3-4 недель.
- Защита рубцов с помощью пластыря и/или солнцезащитного крема.

Окончательный результат от проведения абдоминопластики можно оценить по прошествии нескольких месяцев.

4.4. Эстетические операции с целью омоложения лица.

Омоложение лица — это комбинация косметических процедур, используемых для восстановления ваших черт лица до их прежнего молодого вида. Хотя подтяжка лица часто является основой многих омоложений лица, другие процедуры могут дополнить и улучшить результат. Хирургические процедуры, такие как хирургия век, подтяжка бровей и лицевые имплантаты, могут помочь исправить определенные проблемные области на лице. Нехирургические методы лечения, включая наполнители, нейротоксины (ботулинические токсины) и инъекции жира, могут использоваться для увеличения объема и устранения морщин и складок. Лазерная шлифовка кожи или другие легкие средства могут быть использованы для улучшения текстуры кожи и коррекции кожных пятен или пигментных пятен.

Для омоложения лица необходимо тщательное планирование и последовательность процедур. Пластический хирург определяет оптимальный порядок процедур в конкретном случае.

Если для омоложения лица желательно увеличение объема с помощью пересадки жира, оно обычно выполняется сначала путем пересадки жира в области с дефицитом. Жир собирается из других частей тела, а затем переносится в нужные области.

В зависимости от степени дряблости кожи лица выполняется либо ограниченный разрез (от минимальной до умеренной дряблости), либо более обширная подтяжка лица. Также могут быть выполнены операции на веках, подтяжка бровей или лицевые имплантаты.

При подтяжке лица кожные лоскуты поднимаются и обрезаются или подтачиваются по мере необходимости, затем лоскуты перемещаются, чтобы удалить лишнюю кожу, и закрепляются швами.

После закрытия разрезов можно использовать лазерную шлифовку для улучшения качества поверхности кожи, удаления морщин вокруг рта и глаз, устранения пятнистой пигментации, уменьшения появления мешков под глазами и помощи в обращении вспять повреждения кожи в результате воздействия солнца.

Перед лечением пациенту назначают на программу предварительной обработки, во время которой будут наноситься на кожу специальные кремы, лосьоны или гели на несколько недель или дольше. Также могут назначить определенные пероральные препараты, которые пациент должен начать принимать до начала лечения. Хирург предоставляет инструкции по подготовке к лечению, отвечает на любые ваши вопросы, подробно изучает историю болезни и проводит медицинский осмотр, чтобы определить пригодность к операции пациента.

В омоложение лица входят такие хирургические вмешательства:

Операция по удалению «мешков» вокруг глаз. Эта хирургическая процедура проста и может проводиться на верхних веках, нижних веках или на обоих, чтобы омолодить внешний вид области вокруг глаз. Хирург удаляет излишки кожи и жировую ткань вокруг глаз и растянет кожу, чтобы разгладить любые линии и морщины и уменьшить эффект «прикрытия» над

глазами, прежде чем сшить кожу обратно на место. Эта процедура часто выполняется одна, но многие люди также предпочитают сочетать ее с подтяжкой лица или бровей.

Подборочные имплантаты. Их можно использовать для создания опускающегося подбородка, чтобы придать ему более заметный вид, их также можно использовать для изменения формы подбородка и придания ему максимально эстетической формы. Операцию по имплантации подбородка можно сочетать с операцией по подтяжке лица или изменением формы носа, чтобы лицо было идеально сбалансировано.

Подтяжка лица и шеи - ритидэктомия. Процесс старения может быть очень трудным для некоторых людей, и с годами операция по подтяжке лица становится все более популярной среди тех, кто хочет уменьшить дряблость кожи, устранить линии и морщины и омолодить лицо. Многие мужчины и женщины выбирают операцию по подтяжке лица вместо инъекций ботокса и филлеров. Операция по подтяжке лица может вернуть это чувство уверенности в себе и может быть объединена с операцией по подтяжке шеи и удалением «мешков» под глазами, чтобы избавить лицо от признаков прожитых лет.

Исправление ушей (отопластика) в хирургии. Многие люди стесняются своих ушей, особенно если они торчат, а не прижимаются к голове, и операция по изменению формы ушей может помочь. Хирурги изменяют размер, форму и положения ушей тем людям, которым не нравится их внешний вид.

Подтяжка шеи (платизмапластика). Дряблая кожа, складки и морщины на шее, усталый вид являются показаниями для этой процедуры. Для многих людей операция по подтяжке шеи просто уменьшает признаки старения и гарантирует, что они будут выглядеть значительно моложе. Для многих людей подтяжка шеи — это все, что нужно для омоложения внешнего вида, в то время как для других эта процедура в сочетании с операцией по подтяжке лица может уменьшить признаки старения на лице и шее.

Подтяжка шеи также может выполняться тем, у кого дряблая кожа является наследственной, или людям, у которых дряблая кожа осталась после значительной потери веса.

Как известно, конечная цель эстетической хирургии – способствовать тому, что пациент станет удовлетворенным своим внешним видом. Основными преградами на пути к этой цели являются развитие послеоперационных осложнений, а также негативная оценка пациентом как течения послеоперационного периода, так и конечных результатов лечения.

Частота осложнений зависит от:

- качества отбора пациентов на операцию,
- опыта хирурга,
- уровня техники хирурга,

а также от реализации многочисленных стандартов качества работы с пациентом, существующих и совершенствуемых в каждой серьезной клинике. К этим стандартам, в частности, относятся:

1) достаточно глубокое предоперационное обследование больных, подтверждающее нормальное состояние их здоровья, отсутствие скрытых заболеваний, а, следовательно, и противопоказаний к операциям. Оно включает также клинические исследования крови на сифилис и ВИЧ-антитела;

2) реализация требований, улучшающих общее состояние организма больных перед операцией (отказ от курения или уменьшение его интенсивности, проведение вмешательства в промежутке между менструациями и др.);

3) соблюдение стандартов укладки больных на операционном столе, катетеризация мочевого пузыря, температурный и другие виды мониторингового контроля за состоянием пациентов;

4) высокий уровень проведения общей анестезии, обеспечивающий быстрый выход пациентов из наркоза и удовлетворительное самочувствие уже в первые сутки после операции.

Общие осложнения практически не встречаются, если окончательный отбор пациентов осуществляется, основываясь на предварительном проведении достаточно глубокого предоперационного обследования. Его важной частью является осмотр пациента анестезиологом, при положительных результатах которого принимают окончательное решение о проведении вмешательства и определяют индивидуальные особенности проведения анестезии.

Местные послеоперационные осложнения в эстетической хирургии представляют собой весьма значительную и разнородную группу, а причины их возникновения могут быть разнообразными, например, местное воспаление тканей в связи с проникновением инфекции, кровотечение, неприглядный шрам, неправильное закрытие раны.

В нашем исследовании приняло участие 170 пациентов, которым проводились эстетические операции. Пациентов разделили на 4 группы в зависимости от локализации оперативного вмешательства:

- 1 группа – маммопластика.
- 2 группа – ринопластика.
- 3 группа – абдоминопластика.
- 4 группа – эстетические изменения лица.

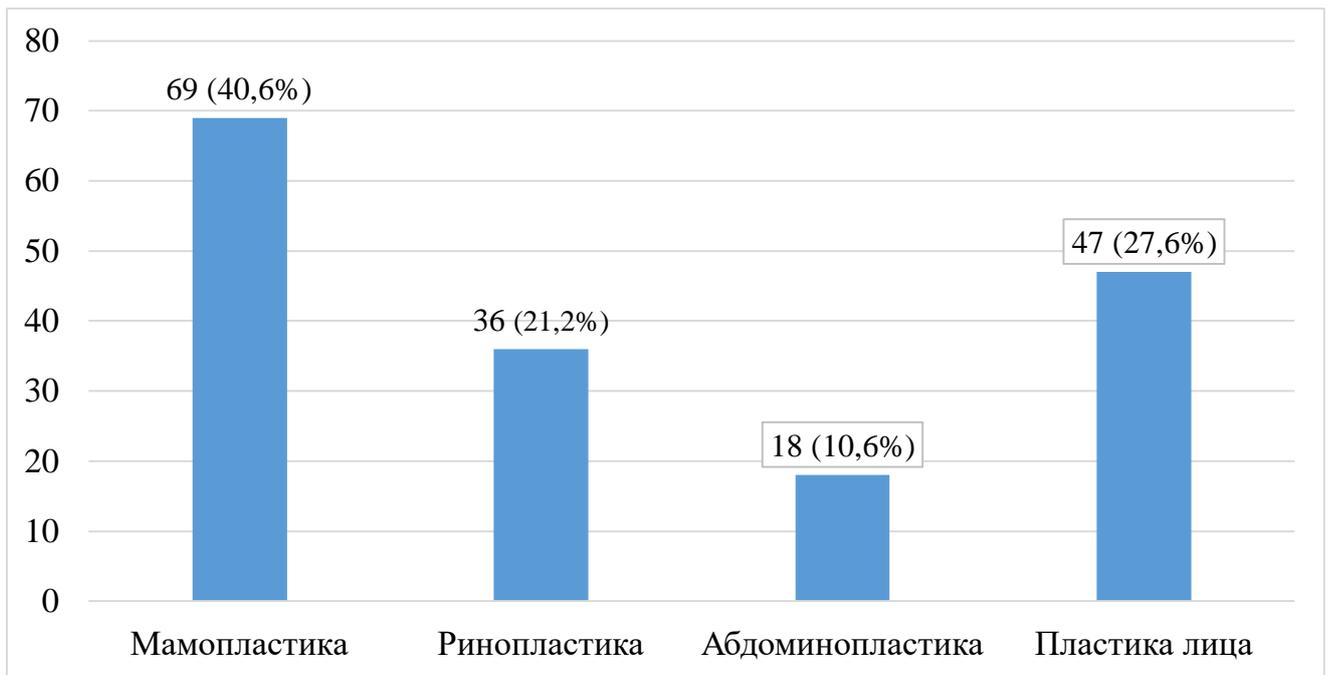


Таблица 4.1. Соотношение количества проведённых эстетических операций в зависимости от локализации оперативного вмешательства.

После эстетических операций мы провели опрос пациентов на количество осложнений и неудобства, которые возникали после операции. Некоторые пациенты, которым проводили маммопластику жаловались на отеки, синяки и всего один на отторжение импланта. Пациенты с проведённой ринопластикой были очень удовлетворены и лишь немногие отмечали отеки, гематомы и длительную боль после операции. При абдоминопластике наиболее распространенной жалобой является наличие рубцов, отеков и гематом. После пластики лица пациенты жаловались на гематомы и временное снижение чувствительности и ухудшение мимики.

ГЛАВА 5

ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ И ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ

Реконструктивная хирургия включает в себя широкий спектр процедур, направленных на восстановление поврежденных тканей. Причины повреждения тканей могут варьироваться от врожденных дефектов или травм до тяжелых ожогов, или болезней.

По данным Американского общества пластических хирургов, ежегодно выполняется более 1 миллиона реконструктивных операций. Вот некоторые из наиболее распространенных видов реконструктивных операций. Наиболее часто восстановительные операции нужны после радикального лечения онкологических заболеваний. Однако есть ряд других причин: вальгусная деформация стопы; дефекты мягких тканей или костей после удаления доброкачественных опухолей; молоткообразное видоизменение пальцев ног; патологии брюшной стенки; деформации, вызванные резким и существенным похудением; хронические язвы; врожденные патологии; ожоги и травмы; неудачные пластические операции в прошлом; последствия беременности (одно из них – перерастяжение мышц живота); удаленная ранее грыжа; осложнения после родов, проявляющиеся выпадением матки, опущением стенок влагалища и др.; неэстетичный внешний вид и/или нарушенная функция половых органов у мужчин; неправильное строение конечностей; осложнения ревматоидного артрита; плоскостопие; и др.

Обычно целью реконструктивной пластической хирургии является улучшение функций организма. Аномальные структуры тела могут возникнуть в результате:

- Травма, повреждение.
- Инфекционное заболевание.
- Аномалии развития.
- Врожденные дефекты.

- Болезни.
- Опухоли.

Наиболее часто выполняемые реконструктивные операции у онкологических больных — это реконструкция груди, заживление разрывов, ревизия рубцов и удаление опухолей.

Подготовка к реконструктивной операции зависит от типа операции, которую предстоит выполнить. Некоторые реконструктивные операции могут проводиться в амбулаторных условиях. Эти процедуры требуют только местной анестезии и очень небольшой подготовки пациента, кроме консультирования о рисках, возможных достижимых результатах и альтернативах операции. Другие реконструктивные операции считаются серьезными операциями. Это требует госпитализации, общей анестезии и гораздо более обширного консультирования, и обсуждения возможных альтернатив.

Прием рецептурных лекарств, которые могут помешать проведению реконструктивной хирургии, следует прекратить примерно за две недели до операции, если хирург не посоветует иначе. Эти лекарства включают любые лекарства, которые могут влиять на анестезию или увеличивать кровотечение. Лекарства, отпускаемые без рецепта, такие как аспирин и нестероидные противовоспалительные препараты, не следует принимать по крайней мере за одну неделю до операции, если только это не одобрено врачом, который будет проводить операцию. Пациентов, перенесших операции, требующие общей анестезии, попросят не есть после полуночи перед операцией и не пить как минимум за восемь часов до операции. Это делается для того, чтобы желудок был пуст, пока пациент без сознания. В противном случае содержимое желудка может попасть в легкие, что приведет к осложнениям при операции или выздоровлении.

Для процедур с использованием кожных лоскутов пациента могут попросить сдать кровь для возможного использования при последующем переливании.

В случае процедур расширения ткани количество времени, которое потребуется для расширения ткани, зависит от количества ткани, которое необходимо вырастить, чтобы гарантировать адекватное закрытие раны. Это может занять от нескольких дней до нескольких недель.

Психологическая и эмоциональная подготовка важна в реконструктивной хирургии для управления ожиданиями пациента. Пациенту не следует ожидать косметически безупречного результата. Для успешного исхода необходимо полное понимание ограничений, а также преимуществ этой операции.

Риски, связанные со всеми реконструктивными операциями, включают инфекцию, кровотечение, неприглядный шрам, неправильное закрытие раны и побочные реакции на анестезию. Осложнения, связанные с реконструкцией груди лоскутом, включают необычную твердость жировой ткани (некроз жира), частичную потерю лоскута, скопление жидкости под лоскутом и мышечную слабость (включая грыжи живота) в донорском участке. Для грудных имплантатов осложнения включают образование фиброзной ткани вокруг имплантата, разрыв или утечку имплантата или перемещение имплантата из предполагаемого места.

Последующий уход за пациентом, перенесшим реконструктивную операцию, зависит от операции, общего состояния здоровья пациента и процесса ухода за раной. Некоторые амбулаторные процедуры требуют небольшого последующего ухода, за исключением последующего обследования, чтобы определить успех процедуры. Другие процедуры могут потребовать длительной госпитализации с последующей интенсивной физиотерапией. Следует избегать курения, так как это может вызвать замедленное заживление ран и более высокий риск осложнений, включая инфекцию.

Процедуры с использованием кожных лоскутов или трансплантатов требуют тщательного наблюдения в первые дни после операции, чтобы

гарантировать надлежащее кровообращение. Бинты и дренажные трубки останутся на месте не менее суток.

Рубцы могут оставаться покрасневшими и приподнятыми в течение месяца или дольше и вызывать зуд. Признаки воспаления или сильный зуд от послеоперационных рубцов уменьшаются или полностью устраняются с помощью местного лечения витамином Е или стероидными кремами.

После удаления опухоли многим пациентам требуется последующее лечение и медицинская визуализация, чтобы убедиться, что опухоль не развивается заново.

Нормальным результатом реконструктивной хирургии является пациент, у которого улучшилась способность функционировать и / или улучшился образ тела в результате операции. Нормальный результат зависит также от реальных целей и ожиданий пациента. Пациент должен понимать, что ощущение и внешний вид реконструированной области улучшатся, а не полностью восстановятся до нетронутого состояния.

5.1. Реконструкция груди.

Операции по реконструкции груди могут выполняться как часть процедуры удаления груди (немедленная мастэктомия). Они также могут выполняться как отдельная процедура после восстановления после мастэктомии (отсроченная). Существует два типа реконструкции груди: реконструкция аутогенного свободного лоскута и имплантаты груди. Также к реконструкции груди относится хирургическая операция по уменьшению груди показанная женщинам с чрезмерно большим размером молочных желез. Макромастия является патологическим состоянием, вызванным сбоем в работе гормональной системы. Различают первичную патологию (несоответствующее увеличение желез в период полового созревания), и послеродовой синдром, суть которого заключается в том, что после отмены грудного вскармливания железистая ткань замещается обширной жировой прослойкой.

Пластическая операция по уменьшению груди нередко требуется женщинам с ожирением второй-третьей степени, когда грудь увеличивается в объемах за счет приобретения лишних килограммов. Повышенный вес молочных желез, не соответствующий пропорциям тела, неблагоприятно сказывается на состоянии опорно-двигательной системы, поскольку нагрузка на позвоночник превышает физиологически допустимые нормы.

Следствием макромастии являются такие неприятные симптомы как повышенная усталость, боли в области шейного отдела, бессонница. В пожилом возрасте к перечисленным признакам присоединяется одышка, боль в за грудиной области, нарушение осанки.

Аутогенная реконструкция свободного лоскута использует ткань из другой части тела для формирования реконструированной груди. Эта категория реконструкции груди включает методы, называемые TRAM (поперечная прямая мышца живота, кожно-мышечная), LD (широчайшая мышца спины) и VRAM (вертикальная мышечно-кожная мышца прямой мышцы живота).

Имплантаты груди включают размещение искусственного объекта в теле, чтобы имитировать форму и размер естественной груди. Имплантат чаще всего представляет собой мешок, заполненный физиологическим раствором (соленой водой) или силиконом. Из-за проблем со здоровьем, о которых сообщают многие женщины после силиконовых имплантатов груди, этот метод больше не так широко распространен, как раньше, особенно при реконструктивных операциях.

5.2. Реконструктивная ринопластика.

Реконструктивная ринопластика — это процедура, которая фактически восстанавливает нос, что бы это ни значило для каждого отдельного случая. Для некоторых пациентов для проведения реконструктивной ринопластики необходимо проводить трансплантацию кожи после операции по поводу рака. У других пациентов может потребоваться сложная реконструкция,

затрагивающая все структуры носа, в том числе хрящевую и костную часть носа.

Состояния, которые можно исправить с помощью реконструктивной ринопластики, включают:

- поражения в результате рака кожи
- повреждение в результате травмы носа
- искривленная перегородка
- врожденные дефекты
- расщелины
- чрезмерное или недоразвитие носовых структур
- асимметричная носовая кость
- аномальная носовая масса
- заболевания, вызывающие структурные изменения носа
- заложенность носа

Иногда простая септопластика для исправления искривления перегородки — это все, что требуется, особенно в случаях, когда не требуется дополнительных косметических операций. В тех случаях, когда пациент может получить преимущества как функциональных, так и косметических методов, может быть проведена септоринопластика или Fusion Rhinoplasty, что помогает пациентам избежать двух отдельных операций и двух отдельных периодов восстановления.

При реконструктивной ринопластике дефекты и деформации, с которыми сталкивается пластический хирург и которые должны восстановить нормальное функционирование, форму и внешний вид, включают сломанные и смещенные носовые кости; разрушенные и смещенные носовые хрящи; разрушенная переносица; врожденный дефект, травма (тупая, проникающая, взрывная), аутоиммунное заболевание, рак, интраназальные повреждения, вызванные наркотиками, и неудачные исходы первичной ринопластики. Ринопластика уменьшает костные горбинки и выравнивает носовые кости после их разреза (рассечения,

резекции). Когда хрящ разрушается, ушивание для повторного подвешивания (структурная поддержка) или использования хрящевых трансплантатов для маскировки углубления, позволяя восстановить нормальный контур носа для пациента. Когда переносица разрушена, можно использовать трансплантаты реберного хряща, ушного хряща или черепной кости для восстановления его анатомической целостности и, следовательно, эстетической целостности носа. Для увеличения спинки носа аутологичные хрящевые и костные трансплантаты предпочтительнее (искусственных) носовых протезов из-за снижения частоты гистологического отторжения и медицинских осложнений.

4.3. Реконструктивная абдоминопластика.

Реконструкция живота (абдоминопластика) — это операция, которая направлена на корректировку контуров передней брюшной стенки с целью восстановления нормальных эстетических пропорций.

Показания к реконструкции живота:

- значительный избыток кожи, после резкого похудения;
- послеродовые растяжки;
- диастаз (расхождение) мышц передней брюшной стенки;
- наличие пупочной или паховой грыжи.

При помощи абдоминопластики можно ликвидировать избыток кожи, жира, клетчатки, которые образуют «фартук».

Убирать «растяжки» и послеоперационные рубцы различного происхождения. Восстановить расхождение прямых мышц живота. Возвратить упругость ослабленным брюшным мышцам. Возможно, убирать образовавшуюся пупочную грыжу. Вернуть талии естественные линии.

Есть три типа проведения абдоминопластики:

1. Эндоскопическая абдоминопластика.

Проводится минимальный горизонтальный разрез (5-6 см) в области лобка, через который выполняется ушивание прямых мышц живота с помощью эндоскопической техники. Эндоскопическая абдоминопластика

применяется при наличии расхождения прямых мышц живота и отсутствии избытка кожи. Время проведения 1-2 часа.

2. Миниабдоминопластика.

Применяют при незначительном провисании кожно-жировой складки и наличии многочисленных стрий, а также: при небольшом расхождении брюшных мышц, при наличии пупочной и паховой грыж и при отсутствии необходимости перемещения пупка.

Время проведения: 2-3 часа.

Кожный покров разрезают над лобком и иссекают провисшую кожу. Также такой метод используют при небольшом диастазе мышц. При проведении миниабдоминопластики также можно удалить небольшие грыжи. Часто это совмещают липосакцией. Анастезия: местная или эпидуральная.

3. Обширная абдоминопластика

Это самый сложный вид пластики живота. Заключается в иссечении значительно отвисшей кожно-жировой складки, удалении грыж, укреплении мышц передней брюшной стенки с выраженным диастазом, восстановлении формы талии, перемещении и фиксации пупка. Проводится операция в несколько этапов и длится в среднем 4-5-часов при применении общего наркоза.

В ходе абдоминопластики хирург делает разрезы - вертикальный, круговой вокруг пупка или горизонтальный, над лобком. Кожа приподнимается, после чего удаляется подкожная жировая клетчатка. При потребности – соединяются прямые мышцы живота. Дальше – извлекаются фрагменты жировой ткани. Корректируется апоневроз – сухожильная пластинка. Формируется пупочное отверстие. Оперативный этап абдоминопластики завершает установка подкожного дренажа, накладывание швов, повязки. Обязательный бандаж.

В послеоперационном периоде необходимо сохранять небольшой согнутости тела человека. Достигается при помощи бандажа и постельного

режима первые дни после хирургической пластики живота. Контролировать выход из голодной диеты. Дозировать физическую активность первые 3 недели после операции.

4.4. Реконструктивные операции лица.

Восстановительная пластика лица – направление хирургии, решающее задачи по улучшению внешности. Дефекты могут быть разные – врожденные или приобретенные. И практически любые из них можно устранить, создав гармоничный и естественный облик.

Производственные, спортивные, бытовые травмы, аварии часто влекут за собой последствия в виде различных по масштабу дефектов внешности. Это могут быть следы от ожогов, глубокие и/или множественные порезы, переломы лицевых костей (челюсти, носа) и мн. др. Современная реконструктивная хирургия способна восстановить лицо пациента или изменить его, если повреждения слишком обширны. Для этого трансплантируются или перераспределяются ткани, накладываются косметические швы, проводится дополнительная коррекция хирургических рубцов. Иногда к пластическому хирургу обращаются для удаления шрама от давней травмы. В этом случае выбирается методика его удаления или применяется шлифовка.

Врожденный дефект – это патология, которая формируется у плода на раннем сроке внутриутробного развития. Успешность коррекции зависит от возраста пациента, его общего состояния, выраженности дефекта. Операция может быть проведена и маленькому ребенку, и взрослому. Ряд врожденных патологий можно устранить еще в первые полгода жизни. Хирурги проводят следующие манипуляции:

- успешно моделируют ушные раковины, сохраняя маленьким пациентам нормальный слух;
- устраняют «заячью губу», «волчью пасть»;
- устраняют другие дефекты, которые могли бы привести задержке речевого развития и нарушению зрения.

В ходе челюстно-лицевой пластики воздействию могут подвергаться мягкие ткани (подтяжка, пересадка и др.), костные и хрящевые структуры. Практически любые врожденные патологии в области лица и шеи, не затрагивающие мозг и зрительный аппарат, успешно устраняются с возвращением естественных функций.

Для хирургической коррекции постоперационных или посттравматических дефектов, шрамов и рубцов в отделении используются все стандартные, а также инновационные в мировой практике методы кожной пластики:

- пластика ротированными и перемещенными лоскутами
- острая и баллонная дермотензия
- пластика сложносоставными лоскутами
- различные виды комбинированной пластики

Благодаря применению современных технологий и мастерству хирургов пересаженная кожа отлично приживается, а саморассасывающиеся швы сглаживают границы пересаженных лоскутов, что в результате дает отличный косметический эффект.

Использование аутотрансплантатов сводит к минимуму процент возможного отторжения и существенно сокращает время реабилитации.

Способ и метод пересадки кожи выбирается хирургом исходя из тяжести поражения, объема необходимой пересадки, возможности донорских зон и других факторов.

Для скорейшего заживления (по возможности) выбирается метод, при котором пересаженной коже будет обеспечиваться максимальное питание.

Наиболее эффективным в этом отношении является метод кожной пластики лоскутком на ножке.

Задание хирурга заключается в выборе наиболее подходящего и действенного способа лечения, полном или максимально возможном устранении последствий травм, нарушающих целостность лица и видимых

частей тела, восстановление эстетического облика пациента и восстановления его функции.

Главная цель хирургической реконструкции после травм и онкопатологии – по возможности максимально восстановить функции организма и свести к минимуму следы травмы или хирургического вмешательства онкохирургов. То есть, в отличие от эстетической пластической хирургии, восстановление и улучшение внешнего вида и функции здесь идет по медицинским показаниям.

Реконструктивные операции могут выполняться при помощи перенесения тканей, взятых у этого же человека или имплантации специальных приспособлений – имплантатов.

В большинстве случаев реконструктивные операции проводятся в несколько этапов. В современной пластической хирургии нет четкого разделения на эстетические и реконструктивные операции – почти всегда реконструктивные операции включают в себя эстетические элементы и наоборот.

В нашем исследовании приняло участие 103 пациента, которым делали реконструктивные операции. Пациентов разделили на 4 группы в зависимости от оперативного вмешательства:

- 1 группа – маммопластика.
- 2 группа – ринопластика.
- 3 группа – абдоминопластика.
- 4 группа – реконструкция лица.

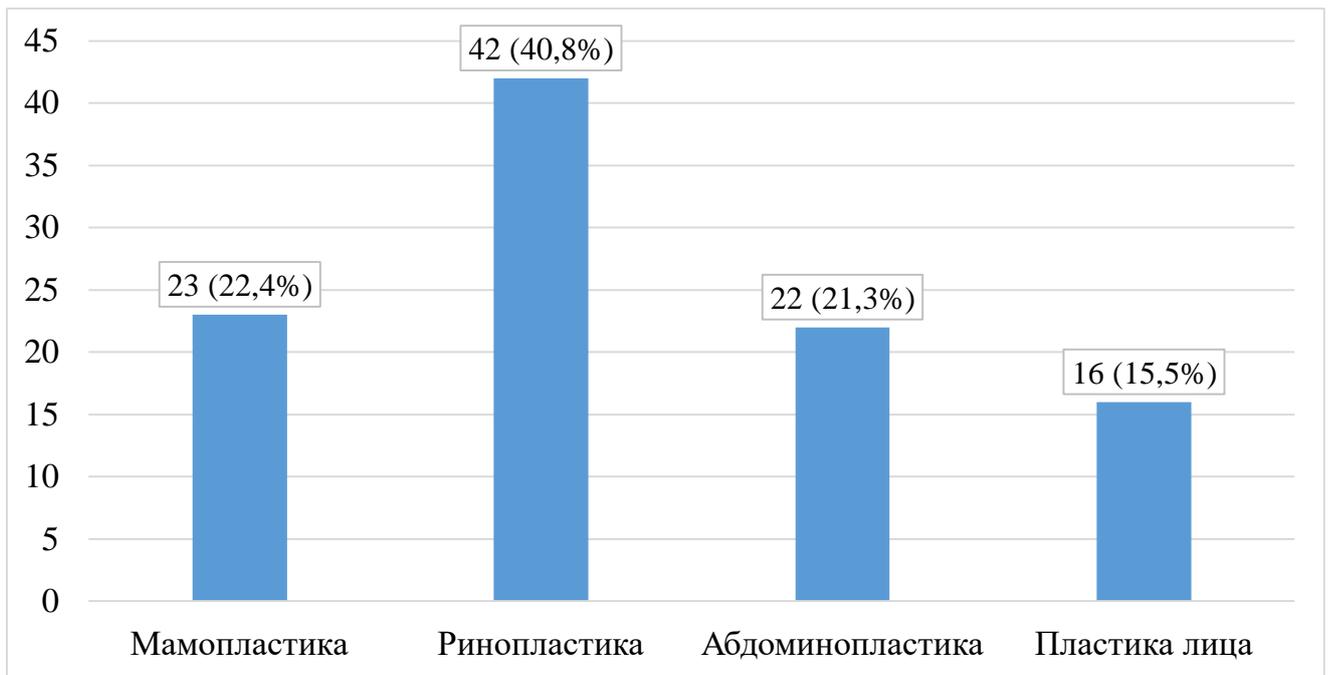


Таблица 5.1. Соотношения количества проведённых реконструктивных операций в зависимости от оперативного вмешательства.

После реконструктивных операций мы провели опрос пациентов на количество осложнений и неудобства, которые возникали после операции. Некоторые пациенты, которым проводили маммопластику жаловались на отеки, гематомы. Пациенты с проведённой ринопластикой были очень удовлетворены и лишь немногие отмечали отеки, гематомы, затруднение дыхание и длительную боль после операции. При абдоминопластике наиболее распространенными были жалобы на появление рубцов, отеков и гематом. После пластики лица пациенты жаловались на гематомы и временное снижение чувствительности, а также на некоторое ухудшение мимики.

ГЛАВА 6

СРАВНЕНИЕ ВОСТРЕБОВАННОСТИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ

В красоте мы нуждаемся и вокруг себя. Мы воспринимаем ее в красоте природы, в необычности предметов, которыми мы себя окружаем, и даже в совершенстве идей, для которых мы живем.

Каждый человек должен осознавать в себе собственную красоту, чтобы чувствовать себя равноценным членом общества. И мы должны быть убеждены, что в основных чертах мы одинаковы с остальными людьми, но некоторые особенности нашего тела делают нас единственными и неповторимыми. Только при осознании того, что окружающие нас принимают, мы можем раскрыть свою внутреннюю красоту и реализоваться как личность.

Постоянное желание нравиться себе и окружающим – это одна из основных потребностей человеческой жизни. Сегодня реализовать эту цель можно с помощью хирургических вмешательств в пластической хирургии.

Главной целью эстетической хирургии является усовершенствование и так привлекательных людей, реконструктивной – улучшить функциональность или исправить значительные видимые дефекты, которые препятствуют чувствовать себя полноценно в обществе.

Для определения востребованности эстетической и реконструктивной хирургии, мы изучили 273 пациентов эстетической и реконструктивной хирургии операциями со схожими локализациями, но различными целями проведения хирургических вмешательств.

Мы определили количество пациентов, которые обращались в течении 3 месяцев в отделение эстетической или реконструктивной хирургии и сделали опрос о причинах, которые способствовали принятию выбора о необходимости данной операции. В нашем научном исследовании мы распределили пациентов в зависимости от операции:

- Маммопластика.
- Ринопластика.
- Абдоминопластика.
- Пластика лица.

Всех пациентов мы разделили на 2 группы:

1 группа – пациенты, которые проходили эстетическую операцию (170 пациентов).

2 группа – пациенты, которые проходили реконструктивную операцию (103 пациента).

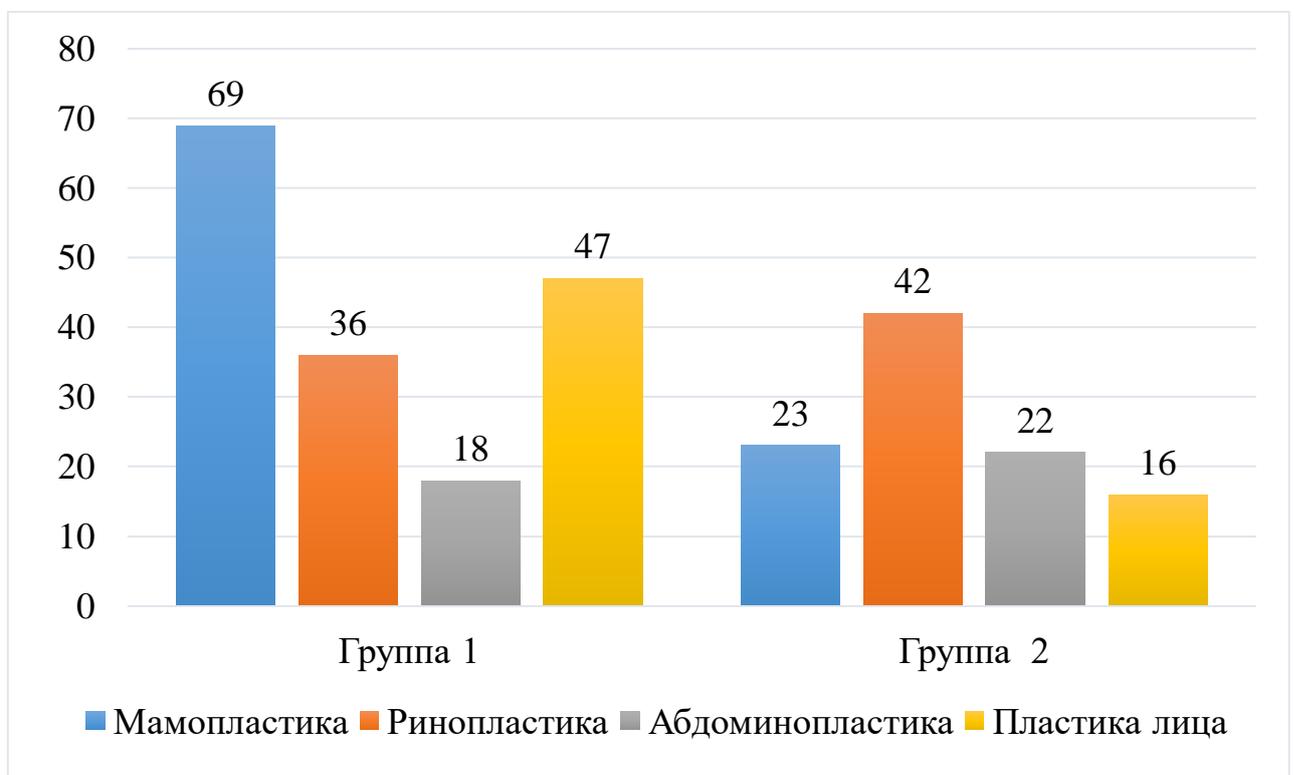


Таблица 6.1. Соотношение количества проведённых эстетических (1 группа) и реконструктивных (2 группа) операций.

Анализируя различия в востребованности эстетической и реконструктивной хирургии, мы выяснили, что общее количество проведенных эстетических операций значительно превышает

реконструктивные. Также мы выяснили, что такие операции как маммопластика и эстетические операции на лице значительно превосходят реконструктивные операции по их востребованности. Но ринопластика и абдоминопластика были чуть более актуальны в качестве реконструкции.

ГЛАВА 7

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКИХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Образ собственного «Я» воспринимается человеком индивидуально и может значительно отличаться от личности к личности. Оно такое, каким мы себе его представляем, но не всегда такое, каким его воспринимают окружающие. Специалисты считают, что высокая самооценка эффективно сказывается на результатах труда и взаимоотношениях в обществе. Недовольные собой люди реже добиваются успеха.

Пластическая операция, косметическая или реконструктивная, способствует повышению восприятия собственного «Я». Даже незначительные изменения во внешности способны привести к кардинальным переменам в мироощущениях индивидуума.

Оставаться честным перед самим собой является самым важным аспектом в подготовке к пластической операции. Перед операцией пациент должен ответить на следующие вопросы:

- Почему вы хотите сделать операцию?
- Какую цель вы преследуете?
- Чего вы ждете от пластической операции?

К наиболее подходящим кандидатам на проведение эстетических операций относят две категории пациентов.

Первая группа людей обладает высокой самооценкой и часто беспокоится об эстетической стороне своей внешности. Для таких пациентов характерно стремление к улучшению чего-либо в себе. Послеоперационный период у таких пациентов протекает хорошо, что способствует поддержке положительного имиджа в собственных глазах.

Вторая группа людей обладает физическими недостатками и косметическими дефектами, которые снижали их самооценку длительное время. Послеоперационный период этой категории лиц протекает медленно,

так как требует значительного количества времени на восстановление доверия и повышения восприятия собственного «Я».

Важно понимать, что пластическая операция способна изменить не только внешний, но и внутренний мир пациента. Хирургическое вмешательство, сделанное только ради изменения отношения чужого отношения, может привести к серьезному разочарованию. Близкие люди способны позитивно реагировать на изменения внешности, но способны ли они принять негативные ее последствия? Пациент должен понимать, что, такие изменения повлияют больше всего на самого пациента.

Идеальное физическое состояние пациента, подходящее для любой процедуры, является не единственным критерием соответствия кандидата на проведение пластической операции. Опытные хирурги выявляют сильно обеспокоенных клиентов еще во время консультации. Некоторые из них сводят работу с такими пациентами к минимуму, другие рекомендуют пройти курс психологической подготовки. Это связано с тем, что на хирургическое вмешательство они решаются, по большому счету, не только из-за стремления изменить внешность, но и из-за эмоциональных проблем, которые операция не исправит.

Существуют и другие причины, по которым хирург предлагает обратиться за консультацией к психологу:

1. Пациенты, находящиеся во внутреннем кризисе из-за смерти супруга, развода или потери работы. Их проблемы не решаются хирургическим путем. Изменение целей таких кандидатов является первым этапом преодоления кризиса.
2. Пациенты, чьи ожидания далеки от реальности. Стремление заполучить нос, как у знаменитости, связано с приобретением публичного образа жизни. Желание восстановить идеальную внешность после серьезной аварии или тяжелой болезни.
3. Пациенты, одержимые верой в идеальную жизнь после изменения незначительных недостатков их внешности. Такие

кандидаты идеально подходят для проведения операции, пока осознают, что результаты хирургического вмешательства не могут точно соответствовать их ожиданиям.

4. Пациенты, страдающие психическими отклонениями и параноидальным поведением. Хирургическое вмешательство может быть назначено в этих случаях, только если будет установлено, что целью операции не является психоз. В подобных ситуациях пластический хирург работает только при тесном контакте психиатра и пациентом.

Пластическая операция может стать причиной стресса. Важно, чтобы проведение хирургического вмешательства было приурочено к моменту жизни исключая внешние физические и эмоциональные нагрузки.

Пластический хирург, проверяя психологическую готовность человека к операции, задает несколько вопросов носящий личностный характер. Как правило, они связаны с вашей семейной жизнью, работой и прочими вещами. Опять же при выборе ответа на поставленные вопросы следует исходить из их честности. Нельзя планировать операцию в период сильного эмоционального потрясения, так как это может значительно увеличить срок восстановления.

Пройдет какое-то время, прежде чем пациент полностью оправится после операции и достигнет согласия с самим собой. Наиболее актуален этот вопрос для людей, чья внешность претерпела серьезные изменения в результате проведенной операции. Косметические процедуры (контурная пластика, блефаропластика) считаются простыми по периоду восстановления, так как пациенту отражение в зеркале будет знакомо и при этом будет весьма обновленным и помолодевшим.

Однако при более серьезном хирургическом вмешательстве (маммопластике, ринопластике), с часто встречающимися негативными последствиями, адаптивный период занимает значительно больше времени.

Это связано с тем, что отражение в зеркале будет измененным и потребуется время, прежде чем вы привыкните к своему новому образу.

Важной частью восстановительного периода является возможность кого-нибудь оказать физическую и эмоциональную поддержку. Даже самый независимый, на первый взгляд, пациент нуждается в помощи. В течение первой недели после проведенной операции пациент может прибывать в депрессивном состоянии, и выглядеть припухшим.

Большинство пациентов в период восстановления после проведенной операции чувствуют себя несчастными, нередко встречаются тяжелые случаи послеоперационной депрессии. Важно, однако, чтобы в этот период пациент получал поддержку со стороны медицинской сестры. Сочувствие и сопереживание чувствам и ощущениям пациента в этот период самые основные качества медицинской сестры.

Через три дня после хирургического вмешательства физическое состояние пациента значительно улучшается, а вот отеки и припухлости еще не начинают уходить. Это и становится первой причиной проявления депрессии. Это состояние может продолжаться нескольких дней, а то и недель. Эмоциональному спаду, как правило, способствуют стресс, истощение, метаболические изменения либо разочарование в проявляющихся результатах. Сложнее всего пациентам, находящимся на промежуточном этапе формирования их внешности, когда до завершения их образа предстоит пережить еще одну или даже несколько пластических операций. Наиболее подверженными послеоперационной депрессии считаются люди, переживающие состояние угнетенности еще до хирургического вмешательства.

Понимание возможности проявления эмоциональных перепадов в настроении во время восстановительного периода, способствует быстрому и более легкому их преодолению в первые дни после операции. Нужно помнить, что основной пик депрессивного состояния приходится на первую

неделю. Непродолжительные прогулки, экскурсии и легкая активность помогут преодолеть послеоперационный кризис быстрее.

Результаты проделанного хирургического вмешательства могут быть подвергнуты жесткой критике со стороны родных и друзей. Если была проведена косметическая процедура, то содержание комментариев будет говорить о несерьезности данного поступка. Если же операция была связана с изменением этнических признаков, то другие люди могут обвинить пациента в отрицании культурного наследия.

Это зачастую не касается реконструкции, так как обществом такие операции воспринимает положительно, поскольку такая операция проводится по показаниям врачей.

Пациенты пластической хирургии нуждаются в психологической поддержке со стороны медицинской сестры, так как их операции связаны с изменением внешности или реконструкцией дефектов, что является стрессом для пациента. Поэтому медицинские сестры должны быть подготовлены к проведению комплексной психологической поддержке пациентов до и после операции. Это способствует улучшению психоэмоционального статуса пациентов и в последующем, помогает принять свой новый облик положительно.

ВЫВОДЫ

1. Изучены принципы и особенности проведения пластической хирургии, изучены основные причины, по которым пациенты обращаются к пластическим хирургам.
2. Изучены принципы и особенности проведения эстетической хирургии.
3. Изучены принципы и особенности проведения реконструктивной хирургии.
4. Изучены все положительные и отрицательные аспекты эстетической и реконструктивной хирургии.
5. Определены особенности сестринского процесса в эстетической и реконструктивной хирургии и их роль в проведении хирургических манипуляций.
6. Проанализировано психологические аспекты до и после оперативного вмешательства пациентов эстетической и реконструктивной хирургии.
7. Проведен анализ и сравнение востребованности эстетической и пластической хирургии в зависимости от локализации оперативного вмешательства, а также анализ наиболее распространенных жалоб пациентов после операции.
8. Выделены основные психологические аспекты эстетической и реконструктивной хирургии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Arabi Mianroodi A, Eslami M, Khanjani N. Interest in Rhinoplasty and awareness about its postoperative complications among female high school students. *Iranian Journal of Otorhinolaryngol.* 2012;24(3):135–142.
2. Basińska BA, Wilczek-Rużyczka E. The role of rewards and demands in burnout among surgical nurses. *Int J Occup Med Environ Health.* 2013;26(4):593–604. doi: 10.2478/s13382-013-0129-8.
3. Behrbohm H, Briedigkeit W, Kaschke O. Jacques Joseph: father of modern facial plastic surgery. *Arch Facial Plast Surg.* 2008;10(05):300–303.
4. Bhumiratana S, Vunjak-Novakovic G. Concise review: personalized human bone grafts for reconstructing head and face. *Stem Cells Transl Med.* 2012;1(01):64–69.
5. Carruthers J, Fagien S, Matarasso S L; Botox Consensus Group. Consensus recommendations on the use of botulinum toxin type a in facial aesthetics *Plast Reconstr Surg* 2004;114(6, Suppl):1S–22S.
6. Connell B F, Lambros V S, Neurohr G H. The forehead lift: techniques to avoid complications and produce optimal results. *Aesthetic Plast Surg.* 1989;13(04):217–237.
7. Costa-Ferreira A, Rebelo M, Silva A, et al. Scarpa fascia preservation during abdominoplasty: randomized clinical study of efficacy and safety. *Plast Reconstr Surg.* 2013; 131:644–51.
8. Crerand, C. E., Infield, A. L., & Sarwer, D. B. (2007). Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plastic Surgical Nursing,* 27(3), 146-154.
9. Dybeck RB. Intraoperative positioning and care of the obese patient. *Plast Surg Nurs.* 2004; 24:118–22.
10. Eppley B L, Dadvand B. Injectable soft-tissue fillers: clinical overview. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(04):98e–106e.

11. García-Sierra R, Fernández-Castro J, Martínez-Zaragoza F. Work engagement in nursing: an integrative review of the literature. *J Nurs Manag.* 2016;24(2): E101–E111. doi: 10.1111/jonm.12312.
12. Harris J A. Follicular unit extraction. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2013;21(03):375–384.
13. Henstrom D K. Masseteric nerve use in facial reanimation. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;22(04):284–290.
14. Hershcovitch M D, Hom D B. Update in wound healing in facial plastic surgery. *Arch Facial Plast Surg.* 2012;14(06):387–393.
15. Hessler JL, Moyer CA, Kim JC, Baker SR, Moyer JS. Predictors of satisfaction with facial plastic surgery results of a prospective study. *Arch Facial Plast Surg.* 2010; 12:192–196.
16. Honigman R. J, Phillips K. A, Castle D. J. A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 2004;113(4):1229–1237.
17. International Society of Aesthetic Plastic Surgery. International study on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2013. Hanover: International Society of Aesthetic Plastic Surgery; 2014.
18. Kerrigan CL, Slezak SS. Evidence-based medicine: reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2013; 132:1670–83.
19. Larrabee W F., Jr The International Federation of Facial Plastic Surgery Societies. *JAMA Facial Plast Surg.* 2013;15(06):403–404.
20. Lazzeri D, Larcher L, Nicoli F, et al. Ethics and the limits of science. *Plast Reconstr Surg.* 2012; 130: 369e–370e. Persichetti P, Simone P, Tambone V. About beauty. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 114:270–271.
21. Lopez M A, Westine J G, Toriumi D M. The role of powered instrumentation in rhinoplasty and septoplasty. *J Long Term Eff Med Implants.* 2005;15(03):283–288.

22. Marsh DJ, Fox A, Grobbelaar AO, et al. Abdominoplasty and seroma: a prospective randomised study comparing scalpel and handheld electrocautery dissection. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2015; 68:192–6.
23. Mousavi SR. The ethics of aesthetic surgery. *J Cutan Aesthet Surg*. 2010; 3: 38–40.
24. Naik M N, Honavar S G, Das S, Desai S, Dhepe N. Blepharoplasty: an overview. *J Cutan Aesthet Surg*. 2009;2(01):6–11.
25. Neaman K C, Boettcher A K, Do V H et al. Cosmetic rhinoplasty: revision rates revisited. *Aesthet Surg J*. 2013;33(01):31–37.
26. Neaman KC, Armstrong SD, Baca ME, et al. Outcomes of traditional cosmetic abdominoplasty in a community setting: a retrospective analysis of 1008 patients. *Plast Reconstr Surg*. 2013; 131:403e–410e.
27. Ors S, Ozkose M, Ors S. Comparison of various rhinoplasty techniques and long-term results. *Aesthetic Plast Surg*. 2015;39(04):465–473.
28. Ríos-Risquez MI, García-Izquierdo M. Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016; 59:60–67. doi: 10.1016/ijnurstu.2016.02.008.
29. Rohrich RJ, Adams WP, Potter JK. A review of psychological outcomes and suicide in aesthetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 2007; 119:401–8.
30. Saldanha OR, Federico R, Daher PF, et al. Lipoabdominoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124:934–42.
31. Sarwer D. B, Cash T. F, Magee L. B. A, Williams E. F, Thompson J. K, Roehrig M, et al. Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image concern. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2005;115(3):931–938.
32. Sarwer D. B, LaRossa D, Bartlett S. P, Low D. W, Bucky L. P, Whitaker L. A. Body image concern concerns of breast augmentation patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2003;112(1):83–90.

33. Scuderi N. *A me la mela: dialoghi sulla bellezza, chirurgia plastica e medicina estetica*. Milano: FrancoAngeli; 2011.
34. Shridharani SM, Magarakis M, Manson PN, Rodriguez ED. Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. *Plast Reconstr Surg*. 2010; 126:2243–2251.
35. Spencer C R. Sir Harold Delf Gillies, the otolaryngologist and father of modern facial plastic surgery: review of his rhinoplasty case notes. *J Laryngol Otol*. 2015;129(06):520–528.
36. Sterodimas A, Radwanski HN, Pitanguy I. Ethical issues in plastic and reconstructive surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 2011; 35:262–267.
37. Teitelbaum S. Demystifying high-lateral-tension abdominoplasty. *Aesthet Surg J*. 2006; 26:325–9.