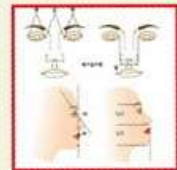


Στέλιος Κοτζαμπασάκης
Πλαστικός Χειρουργός

Οδηγός
Αισθητικής
Πλαστικής
Χειρουργικής



ΑΘΗΝΑ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΜΕΡΟΣ Α	
Αισθητική πλαστική χειρουργική. Παρελθόν, παρόν και μέλλον.....	10
Η ομορφιά. Φιλοσοφική, καλλιτεχνική και χειρουργική προσέγγιση.....	12
Η συμβολή της πλαστικής χειρουργικής στην προαγωγή, την ανάδειξη και τη διατήρηση της ομορφιάς.....	26
Η επιλογή χειρουργού.....	30
Η πρώτη επίσκεψη στον Πλαστικό χειρουργό.....	34
Η προετοιμασία για την επέμβαση.....	38
Η μετεγχειρητική διαδικασία.....	40
Οι επιπλοκές των αισθητικών επεμβάσεων.....	44
ΜΕΡΟΣ Β	
ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	
Ρυτιδοπλαστική.....	50
Παραλλαγές ρυτιδοπλαστικής.....	62
Βλεφαροπλαστική.....	66
Εναλλακτικές τεχνικές ανανέωσης του προσώπου.....	74
Ρυτιδοπλαστική με ράμματα.....	76
Ρυτιδοπλαστική με αφαίρεση στοιβάδας δέρματος.....	80
Ρυτιδοπλαστική με εμφυτεύματα.....	82
Κολλαγόνο.....	82
Botox.....	84
Υαλουρονικό οξύ.....	86
Υδροξυαπατίτης του ασβεστίου.....	88
Ρυτιδοπλαστική με μεταμόσχευση λίπους.....	90
Ρυτιδοπλαστική με αυτόλογους αυξητικούς παράγοντες.....	92
ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	
Ρινοπλαστική.....	96
Πωγωνοπλαστική.....	108
Χειλοπλαστική.....	114
Ωτοπλαστική.....	120
ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ	
Μείωση μαστών γυναίκας.....	128
Μείωση μαστών άνδρα.....	138
Αύξηση μαστών.....	144
Ανόρθωση μαστών.....	160
Διόρθωση ανισομαστίας.....	172
ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ	
Κοιλιοπλαστική.....	180
ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΓΡΑΜΑΤΟΣ	
Λιποαναρρόφηση.....	192
ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ	
Βραχιονοπλαστική.....	210
Ανόρθωση μηρών.....	212

Ανόρθωση γλουτών.....	214
ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	
Ανάπλαση γεννητικών οργάνων γυναίκας.....	218
Επιμήκυνση πέους.....	220
Φίμωση.....	222
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	
Δερμοαπόξεση.....	226
Χημικό πηλινγκ.....	230
Θεραπεία ουλών.....	232
Αφαίρεση τατουάζ.....	234
Αποτρίχωση.....	236
Αιμαγγειώματα.....	238
Ευρυαγγείες.....	240
Ανανέωση δέρματος με Laser.....	242
Μεσοθεραπεία.....	246
Αναζωογόνηση με ραδιοσυχνότητες.....	248
Θεραπεία κυτταρίτιδας.....	250

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κάθε είδους ασυμμετρία, δυσαναλογία ή δυσαρμονία του ανθρώπινου σώματος δημιουργεί ανασφάλεια, αίσθημα κατωτερότητας και άγχος. Η ασχήμια δεν είναι αρεστή σε κανένα και απωθεί.

Αντίθετα η ομορφιά, το Κάλλος των αρχαίων Ελλήνων, αυτή η εκπληκτική λάμψη ενός ωραίου αντικειμένου, ενός έργου τέχνης ή ενός ωραίου ανθρώπινου σώματος σαγηνεύει τις αισθήσεις και έλκει.

Η αισθητική χειρουργική συμβάλλει αποτελεσματικά στην εξάλειψη της ασχήμιας και στην ανάδειξη και διατήρηση της ομορφιάς, τόσο με άμεσο όσο και με έμμεσο τρόπο.

Άμεσα, με την τροποποίηση των αναλογιών, την αποκατάσταση της συμμετρίας και της αρμονίας και την ανανέωση του δέρματος του ανθρώπινου σώματος. Έμμεσα με την βελτίωση της αυτοπεποίθησης και του ψυχισμού, την αποβολή του άγχους της ασχήμιας και του γηρασμού και την έξοδο από τον κοινωνικό απομονωτισμό.

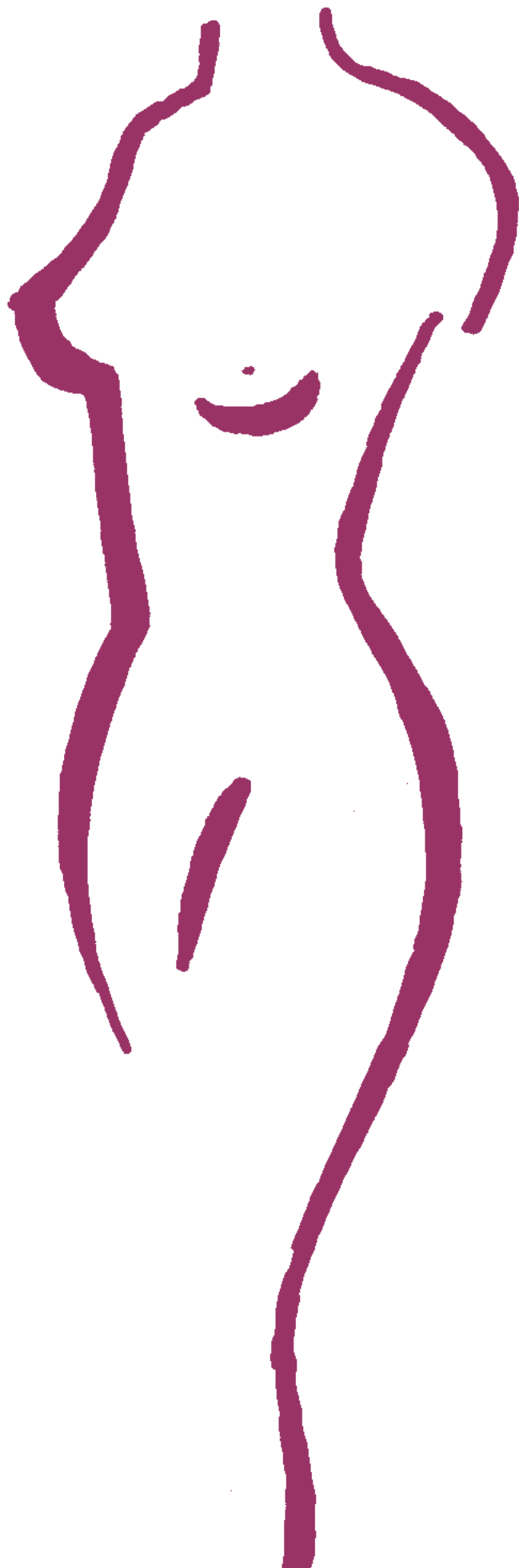
Η ενασχόλησή μου με την αισθητική χειρουργική πάνω από 25 χρόνια μου έδωσε την εμπειρία και το κίνητρο να συγκεντρώσω και να καταγράψω τις γνώσεις που, κατά την άποψή μου είναι χρήσιμες σε όλους εκείνους που ταλαιπωρούνται από τις δυσμορφίες και τις επιπτώσεις τους.

Το βιβλίο αυτό είναι ένας οδηγός που απευθύνεται σε όσους σχεδιάζουν να πραγματοποιήσουν μια αισθητική επέμβαση. Είναι γραμμένο σε απλή γλώσσα, όσο αυτό είναι δυνατόν, χωρίς να απομακρύνεται από την εγκυρότητα και την επιστημονική ακρίβεια.

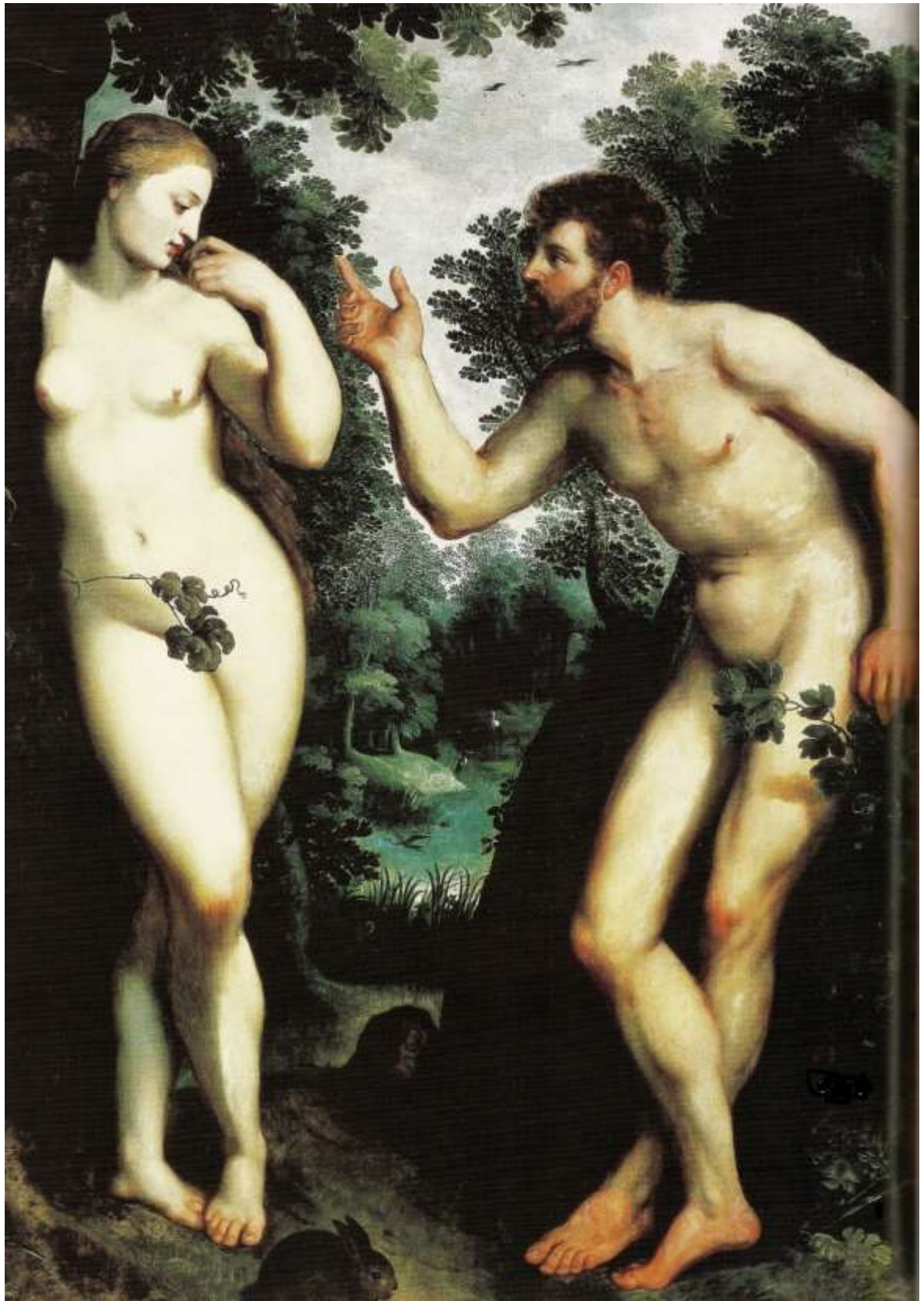
Η ύλη είναι χωρισμένη σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος ο αναγνώστης θα ενημερωθεί για γενικά αλλά ουσιαστικά θέματα που αφορούν τις αισθητικές επεμβάσεις και θα λύσει πολλές απορίες, τουλάχιστον αυτές που ο ίδιος έχω καταγράψει στα χρόνια που ασχολούμαι με την πλαστική χειρουργική. Στο δεύτερο μέρος περιγράφονται αναλυτικά οι πιο συχνές και καθιερωμένες αισθητικές επεμβάσεις.

Εύχομαι η προσπάθεια αυτή να βοηθήσει μερικούς συνανθρώπους μου να ξαναβρούν το χαμένο τους χαμόγελο.

Στέλιος Κοτζαμπασάκης



ΜΕΡΟΣ Α΄



**Ο Αδάμ και η Εύα στον Παράδεισο
του Peter Paul Rubens (1605).**

Αισθητική πλαστική χειρουργική. Παρελθόν, παρόν και μέλλον.

Η πλαστική χειρουργική έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Από τα υπάρχοντα στοιχεία φαίνεται ότι ήδη από τον 5^ο πΧ αιώνα, στην Ινδία ,πραγματοποιούσαν «ρινοπλαστικές» για να αποκαταστήσουν τις μύτες καταδικασμένων στην ποινή του ακρωτηριασμού της ρινός.

Η παλαιότητα της πλαστικής χειρουργικής ερμηνεύεται από τη διαχρονική αγωνία του ανθρώπου να απαλλαγεί από τη δυσμορφία και τα ψυχολογικά και κοινωνικά της επακόλουθα.

Η πλαστική χειρουργική άρχισε να αποκτά οντότητα στην Ευρώπη μετά τον 15^ο αιώνα μΧ . Την αρχή έκανε ο Ιταλός **Gaspere Tagliacozzi** με τη δημοσίευση , το 1587, δίτομου συγγράμματος πλαστικής χειρουργικής για να αφοριστεί, όπως ήταν αναμενόμενο, από την Καθολική Εκκλησία.

Ο όρος πλαστική καθιερώθηκε από τον Γερμανό **Eduard Zeiss** το 1838 και προέρχεται από το ελληνικό ρήμα «πλάθω» επειδή η χειρουργική αυτή ειδικότητα πλάθει, διαπλάθει και διαμορφώνει τους ιστούς.

Στους επόμενους αιώνες, μεγάλοι χειρουργοί όπως ο **Baronio**, ο **Dupuytren**, ο **Reverdin**, ο **Gillies** και ο **Dieffenbach** καθιέρωσαν πρωτοποριακές πλαστικές επεμβάσεις που, ακόμη και σήμερα, αποτελούν τη βάση της ειδικότητας.

Μεγάλη εντούτοις αίγλη άρχισε να αποκτά η πλαστική χειρουργική μετά τους δύο παγκόσμιους πολέμους εξ αιτίας των πολεμικών παραμορφώσεων που κλήθηκε να αντιμετωπίσει.

Σήμερα η πλαστική χειρουργική είναι ανεξάρτητη, καθιερωμένη σε όλο τον κόσμο, χειρουργική ειδικότητα που αποκτάται με εξαιτή θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση.

Το μεγάλο εύρος του αντικειμένου της πλαστικής χειρουργικής οδήγησε ήδη από τα τέλη του 18^{ου} αιώνα το διαχωρισμό της σε δύο κλάδους. Την επανορθωτική πλαστική χειρουργική και την αισθητική πλαστική χειρουργική.

Η **επανορθωτική πλαστική χειρουργική** καταγίνεται με την επανόρθωση ή την αποκατάσταση συγγενών, μετατραυματικών ή μετεγχειρητικών δυσμορφιών και την επαναφορά τους σε κανονική, φυσιολογική μορφή.

Η **αισθητική πλαστική χειρουργική** στοχεύει στην επιβράδυνση του γηρασμού, στην ανάδειξη της ανθρώπινης ομορφιάς και στην τελειοποίηση της ανθρώπινης μορφής.

Η αισθητική χειρουργική δεν ανέχεται τη μετριότητα. Δεν ικανοποιείται με τη διόρθωση μιας δυσμορφίας και την μετατροπή της σε συνηθισμένη, φυσιολογική μορφή. Επιδιώκει τη μετατροπή της δυσμορφίας σε τέλεια μορφή, σε ευμορφία.

Ο πλαστικός χειρουργός που επουλώνει ένα ανοικτό τραύμα μεταμοσχεύοντας επάνω του ένα τμήμα δέρματος θα δεχτεί συγχαρητήρια όσο άσχημη και αν είναι η εμφάνισή του. Αν ο ίδιος χειρουργός επιχειρήσει να ανορθώσει τους πεσμένους μαστούς γυναίκας και ο ένας μαστός παραμείνει λίγα χιλιοστά χαμηλότερα από τον άλλο δεν θα έχει την ίδια ικανοποίηση.

Η αμιγής αισθητική χειρουργική άρχισε να αναπτύσσεται στα τέλη του 18^{ου} και στις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Η πρώτη κοιλιοπλαστική επιχειρήθηκε το 1899 από τον Howard Kelly στη Βαλτιμόρη ενώ η πρώτη ρυτιδοπλαστική το 1901 από τον Eugene Hollander στη Γερμανία. Ακολούθησε η πρώτη βλεφαροπλαστική από τον C Miller στο Σικάγο και η πρώτη προσπάθεια αντιμετώπισης του διπλοσάγονου από τον J. Joseph, το 1912 στη Γερμανία.

Η οικονομική ανάπτυξη στις χώρες του δυτικού κόσμου και οι επιτυχίες της ειδικότητας δημιούργησαν μεγάλη ζήτηση για πλαστικές αισθητικές επεμβάσεις κατά το δεύτερο ήμισυ του 20^{ου} αιώνα. Η αισθητική χειρουργική έπαψε να είναι προνόμιο των αριστοκρατών, των εκατομμυριούχων και των διασημοτήτων. Σήμερα κάθε γυναίκα και κάθε άνδρας μπορεί να βελτιώσει την εμφάνισή του, σε κάθε σημείο του πλανήτη.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Αισθητικής Πλαστικής Χειρουργικής (American Society for Aesthetic Plastic Surgery), το έτος 2003 πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ 11,5 εκατομμύρια, χειρουργικές και μη, κοσμητικές επεμβάσεις. Η αύξηση του αριθμού του συνόλου των κοσμητικών επεμβάσεων, από το 1997 μέχρι το 2003, έφθασε το 444% και των κοσμητικών χειρουργικών επεμβάσεων το 119%.

Σήμερα, πολυάριθμοι ικανοί πλαστικοί χειρουργοί διαπρέπουν σε όλο τον κόσμο. Οι αισθητικές επεμβάσεις τελειοποιούνται συνεχώς με την έρευνα, την εμπειρία και την αλληλοενημέρωση των πλαστικών χειρουργών. Εταιρείες αισθητικής πλαστικής χειρουργικής, που στοχεύουν στην ανάδειξη της ειδικότητας και τη διαρκή ενημέρωση των πλαστικών χειρουργών έχουν ιδρυθεί σε όλες τις χώρες του κόσμου.

Η μεγάλη ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει εξοπλίσει τον πλαστικό χειρουργό με αδιανόητες για το παρελθόν δυνατότητες. Η χρήση των Lasers, η κατασκευή τελειοποιημένων προθέσεων μαστού και τα διάφορα εμφυτεύματα είναι μερικές από τις δυνατότητες αυτές.

Η εξέλιξη όμως και η αναζήτηση του καλύτερου δεν έχει τέλος. Είναι βέβαιο ότι το μέλλον επιφυλάσσει νέες εκπλήξεις και επιτεύγματα στον τομέα της πλαστικής αισθητικής χειρουργικής. Οι έρευνες της ιατρικής, της βιολογίας και της βιοτεχνολογίας θα δώσουν νέα ώθηση στην ειδικότητα. Ενθέματα και εμφυτεύματα νέας γενιάς, με ακόμη καλύτερες ιδιότητες, θα κατασκευαστούν. Οι μηχανισμοί της επούλωσης θα κατανοηθούν καλύτερα και οι μετεγχειρητικές ουλές θα βελτιωθούν, Η γενετική θα δώσει πιθανότατα τη δυνατότητα ανανέωσης των κυττάρων και συγκράτησης της διαδικασίας του γηρασμού. Νέες χειρουργικές τεχνικές όπως η μεταμόσχευση ολόκληρου προσώπου ή μέλους θα ανακαλυφθούν.

Οι επόμενες γενιές των πλαστικών χειρουργών θα είναι σίγουρα σε θέση να μετατρέψουν κάθε είδους δυσμορφία σε ευμορφία.

Η ομορφιά. Φιλοσοφική, καλλιτεχνική και χειρουργική προσέγγιση.

Σύμφωνα με τον Ησίοδο στους γάμους του Κάδμου και της Αρμονίας στη Θήβα, οι Μούσες τραγουδούσαν, προς τιμή των νεόνυμφων, τους παρακάτω στίχους, που αμέσως επανέλαβαν οι παρευρισκόμενοι θεοί: « **Τ' όμορφο ο κόσμος αγαπούν και τ' άσχημο μισούνε**».

Τι είναι όμως η περίφημη ομορφιά που αναστατώνει τις αισθήσεις, συναρπάζει τον άνθρωπο και αποτελεί το όραμα των γλυπτών, των αρχιτεκτόνων, των ποιητών, των ζωγράφων και των πλαστικών χειρουργών όλων των εποχών, σε όλο τον κόσμο?

Η ομορφιά, το **κάλλος** των αρχαίων Ελλήνων, δεν έχει κοινά αποδεκτό ορισμό. Αιτία γι' αυτό είναι η υποκειμενική εκτίμηση του ωραίου. Ωραίο είναι ό' τι μας αρέσει, προκαλεί το θαυμασμό μας και προσελκύει το βλέμμα μας.

Στη νεκρή φύση όμορφο θεωρείται το αντικείμενο που, χάρη στη μορφή του, ικανοποιεί τις αισθήσεις μας, ιδιαίτερα την όραση και την ακοή. Στη περίπτωση όμως του ζωντανού ανθρώπινου σώματος, εκτός από τις αντιληπτές μέσω των αισθήσεων ιδιότητες, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι ψυχικές ιδιότητες και τα πνευματικά χαρίσματα που γίνονται αντιληπτά με τα μάτια του νου και όχι με τις αισθήσεις. Πιθανότατα αυτός είναι ο λόγος που, κατά τον Ξενοφώντα, ο Σωκράτης διαχώριζε το κάλλος σε *Ιδεώδες Κάλλος*, *Πνευματικό Κάλλος* και *Λειτουργικό Κάλλος*.

Πρέπει να διαχωρίσουμε τη φυσική από την τεχνητή ομορφιά. Η πρώτη σαφώς υπερτερεί της δεύτερης. Το ηλιοβασίλεμα, ένα σμήνος πουλιών, το ουράνιο τόξο ή ένα τέλειο ανθρώπινο σώμα δεν μπορούν να αποτυπωθούν ή να αναπαραχθούν με πινέλο ή νυστέρι. Χωρίς αμφιβολία ο καλύτερος ζωγράφος και ο πιο επιδέξιος πλαστικός χειρουργός είναι ο ίδιος ο Πλάστης του σύμπαντος.

Μπορεί η ομορφιά του ανθρώπινου σώματος να αναλυθεί σε επιμέρους στοιχεία? Μπορούμε να διακρίνουμε τα δομικά συστατικά της ώστε να τα μελετήσουμε και στη συνέχεια να τα τροποποιήσουμε ή να τα αναπαράγουμε? Παρά την υποκειμενικότητα της αξιολόγησης του ωραίου, τις κατά τόπους διαφορετικές αντιλήψεις και τις συνεχείς αλλαγές των προτύπων, μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερα βασικά, αντικειμενικά, διαχρονικά κριτήρια της ανθρώπινης ομορφιάς.

1ο κριτήριο: Η αρμονία των διαφόρων τμημάτων, των γραμμών και των σχημάτων του σώματος.

Χωρίς αμφιβολία η αρμονία αποτελεί βασικό στοιχείο της ομορφιάς. Η σύγκριση μεταξύ της μάσκας και της προτομής του 2^{ου} πΧ αιώνα στην εικ 2, το αποδεικνύει.



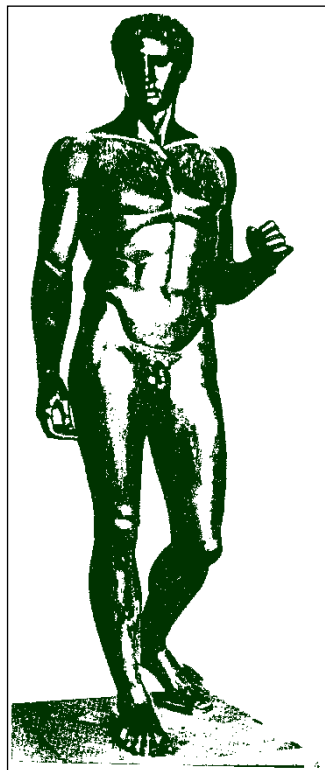
Λεπτομέρεια από το έργο του Ivo Saliger “ The Judgement of Paris”



Εικόνα 2: Μάσκα του 2ου πΧ αιώνα (αριστερά). Προτομή της ίδιας περιόδου (δεξιά)

Η αρμονία του ανθρώπινου σώματος πρέπει να βασίζεται σε συγκεκριμένες αναλογίες. Αυτές τις ιδανικές αναλογίες προσπάθησαν να κωδικοποιήσουν, με διάφορους κανόνες, πολλοί ανατόμοι, φιλόσοφοι, ζωγράφοι και γλύπτες.

Για τους αρχαίους Έλληνες η τέχνη ήταν « μίμησις πράξης τελείας». Ο Πολύκλειτος το 420 πΧ με τον «Κανόνα» ή «Δορυφόρο» του προσπάθησε να καθορίσει κανόνες συμμετρίας και αρμονίας του σώματος πιστεύοντας ότι « το κάλλος ουκ εν τη των στοιχείων αλλά εν τη των μορίων συνίστασθαι...» συμμετρία.



Εικόνα 3: Κανών Πολύκλειτος 420 πΧ.

Οι αρχαίοι Έλληνες ,στα έργα τους, φαίνεται ότι χρησιμοποιούσαν εμπειρικά αυτό που το 1509 ονόμασε **χρυσή τομή** ο Ιταλός μοναχός Fra Pacioli. Αυτή η «θεία αναλογία», όπως χαρακτηρίστηκε, συνίσταται στον ιδανικό χωρισμό μιας ευθείας γραμμής σε δύο άνισα τμήματα με τέτοιο τρόπο ώστε το μεγαλύτερο τμήμα να έχει την ίδια σχέση με το σύνολο με αυτή που έχει το μικρό με το μεγάλο. Πρέπει δηλαδή



Ο Ερμής του Πραξιτέλη.



Εικόνα 5: Η Αφροδίτη της Μήλου.

το μικρό τμήμα να ισούται με το 62% του μεγάλου και το μεγάλο με το 62% του συνόλου. Αυτή η αναλογία εξασφαλίζει την καλύτερη εντύπωση ισορροπίας.

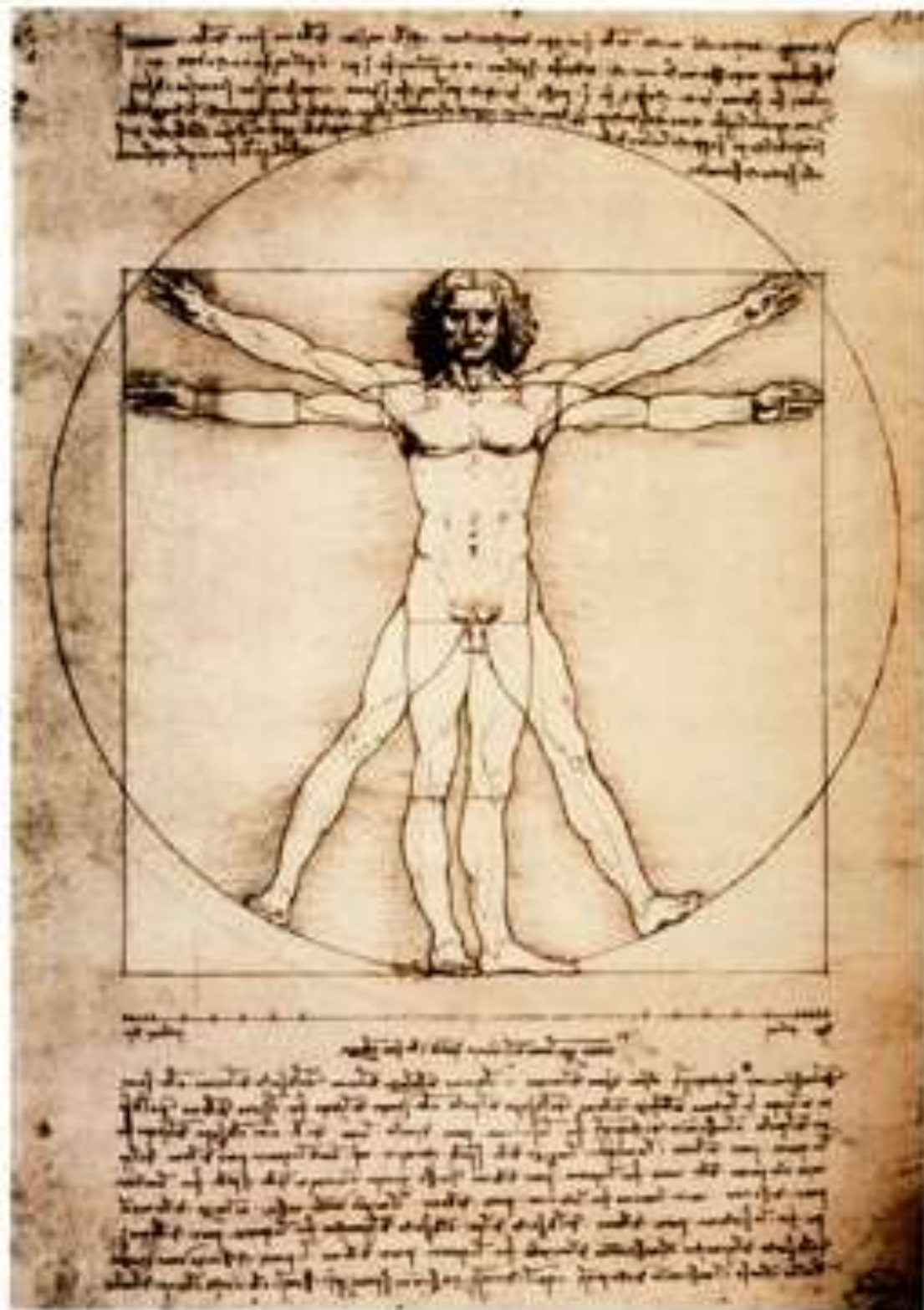
Οι Έλληνες καλλιτέχνες έδιναν ιδιαίτερη σημασία στην **οπτική ισορροπία** και στην **ευρυθμία** των έργων τους. Δεν δίσταζαν να χρησιμοποιήσουν **οπτικές πλάνες** προκειμένου να εξασφαλίσουν αυτή την οπτική ευρυθμία. Οι κολώνες του Παρθενώνα για παράδειγμα είναι κατασκευασμένες με ελαφρά κυρτότητα στο μέσον έτσι ώστε η πρόπτωση του φωτός να δίνει την εντύπωση απόλυτης ευθείας. Στον ίδιο ναό οι κολώνες δεν είναι σε παράλληλες ευθείες αλλά σε ελαφρά αποκλίνουσες ώστε να μη δίνεται η εντύπωση ότι ο ναός στενεύει στην προοπτική του.



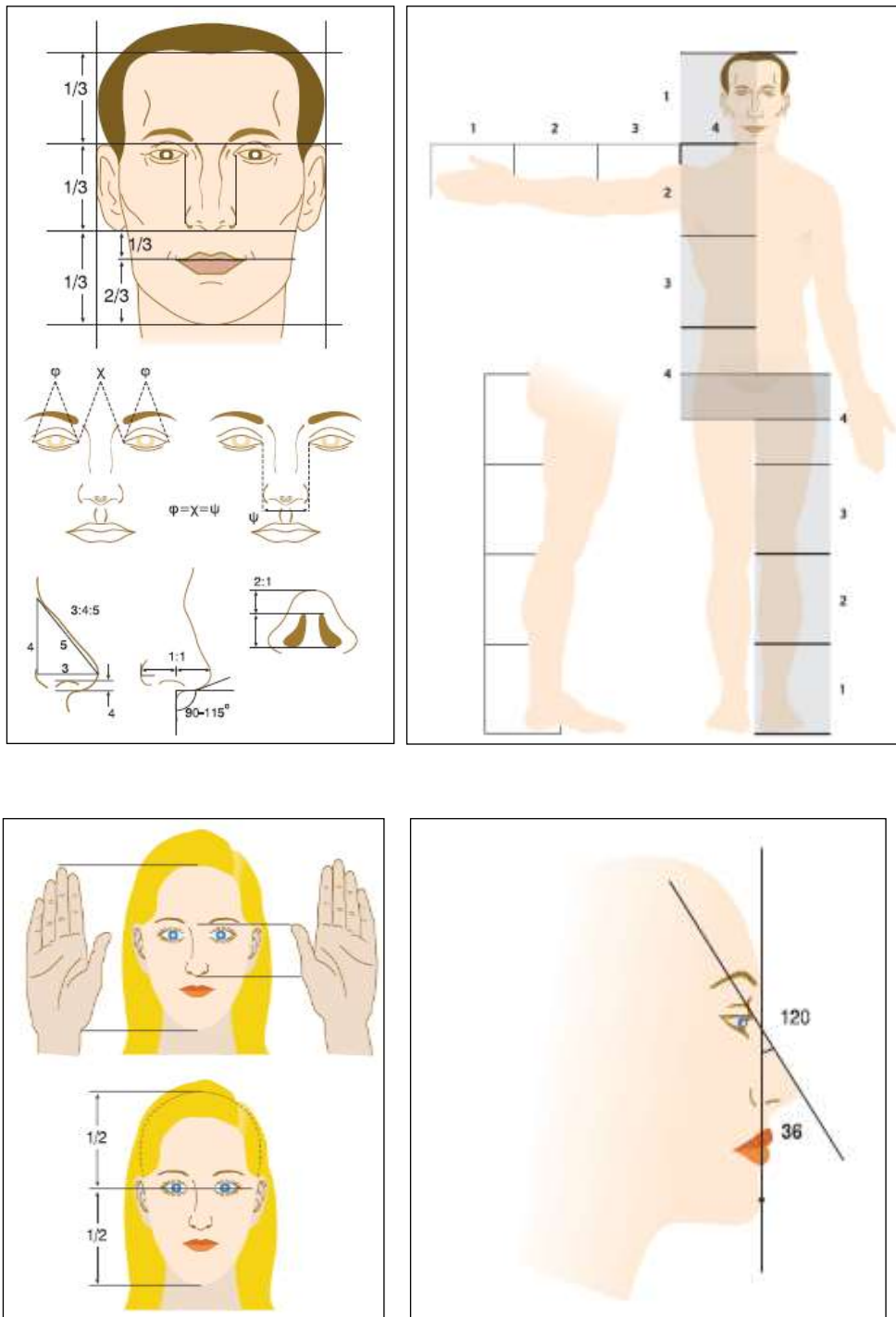
Εικόνα 6: Ο Παρθενώνας.



Αργότερα ο Επίκτητος, ο Leonardo da Vinci, ο Durer, ο Μιχαήλ Άγγελος και πολλοί άλλοι προσπάθησαν να καθιερώσουν κανόνες αρμονίας και ιδανικής αναλογίας των μερών του σώματος.

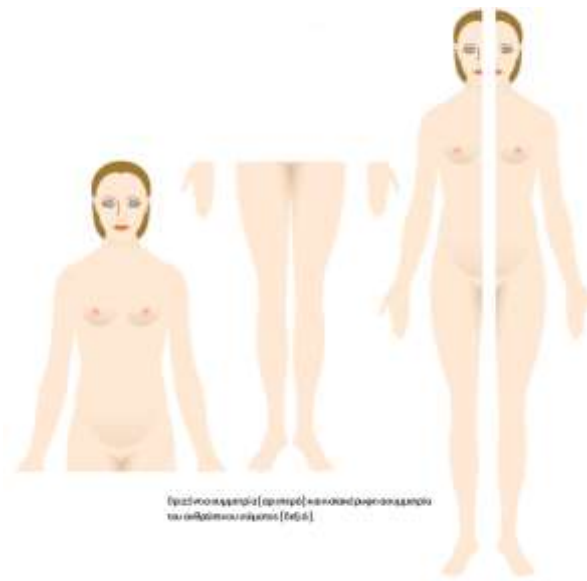


Vitruvian Man. Leonardo da Vinci. 1492 μΧ.



Εικόνα 8: Καθιερωμένες αναλογίες του ανθρώπινου σώματος.

Είναι γνωστό ότι η συμμετρία ενός αντικείμενου είναι ορατή μόνο όταν βλέπουμε ολόκληρο το αντικείμενο. Το ανθρώπινο σώμα είναι συμμετρικό μόνο οριζόντια. Γι' αυτό η αμφοτερόπλευρη συμμετρία είναι βασικής σημασίας στην αισθητική χειρουργική.



Εικόνα 9: Οριζόντια συμμετρία και κατακόρυφη ασυμμετρία του ανθρώπινου σώματος.

Αυτούς τους κανόνες ή αλλιώς ιδανικές αναλογίες χρησιμοποιούν οι πλαστικοί χειρουργοί προκειμένου να επαναφέρουν τη συμμετρία και την αρμονία του ανθρώπινου σώματος.

2^ο κριτήριο. Οι εκφράσεις και οι κινήσεις του σώματος.

Δεν αρκούν η αρμονία, η συμμετρία και οι τέλει αναλογίες για να συνθέσουν την ομορφιά του ανθρώπινου σώματος. Ένα ανέκφραστο, παγωμένο πρόσωπο δεν είναι ωραίο ακόμη και αν διαθέτει τέλει αναλογίες.

Αντίθετα το περίφημο έργο του Leonardo da Vinci, η Gioconda, δε διακρίνεται για τις εξαιρετικές αναλογίες του προσώπου και του δεξιού χεριού. Στην Guernica του Pablo Picasso λείπει παντελώς η συμμετρία και η αρμονία των σχημάτων. Και όμως τα δύο έργα είναι ακαταμάχητης ομορφιάς.

Αυτό που θαυμάζει κανείς στο πορτραίτο της συζύγου του Francesco del Giocondo, τη Mona Lisa, είναι το εκπληκτικό, αινιγματικό της χαμόγελο.

Οι εκφράσεις, επομένως, που οφείλονται στις συσπάσεις των μυών και προκαλούνται από τα συναισθήματα της συγκεκριμένης στιγμής είναι βασικό στοιχείο ομορφιάς.

Η ομορφιά της Guernica οφείλεται στην εκπληκτική αποτύπωση της δυναμικής και της κίνησης. Ο θεατής του έργου αισθάνεται ότι βρίσκεται μέσα στον αγό του πολέμου και συμμετέχει σε αυτόν.



Gioconda. Leonardo da Vinci



Guernica. Pablo Picasso

Ο βηματισμός ενός μοντέλου, το πέταγμα του αητού και το παιχνίδι του δελφινιού μέσα στο νερό είναι μερικές κινήσεις που εκφράζουν αυτό που λέμε χάρη της κίνησης.

Οι στάσεις επομένως του σώματος, οι ρυθμοί και η αρμονία των κινήσεων αποτελούν επίσης στοιχείο ομορφιάς.

Οι εκφράσεις του προσώπου και οι κινήσεις του σώματος εξαρτώνται από τον ψυχισμό. Το «οία η ψυχή τοιάδε και η μορφή» είναι αληθές γιατί οι συνεχείς επιλεκτικές συσπάσεις ορισμένων μυών εξαναγκάζουν σταδιακά το πρόσωπο, αλλά και το υπόλοιπο σώμα να αλλάξει μόνιμα εμφάνιση. Η εικόνα ανθρώπου με βαριά κατάθλιψη, που κινείται αργά με πεσμένους ώμους και κρεμασμένο πρόσωπο είναι χαρακτηριστική.

Αληθές είναι όμως και το αντίθετο. Η ξαφνική απόκτηση μιας δυσμορφίας επηρεάζει αρνητικά τον ψυχισμό ενώ η απαλλαγή από αυτή επαναφέρει ή βελτιώνει τον ψυχισμό του ατόμου.

3^ο κριτήριο: Η υφή, το χρώμα και η σπαργή του δέρματος.

Η κατάσταση του δέρματος δεν αποτελεί καθιερωμένο κριτήριο αξιολόγησης της ομορφιάς στην τέχνη. Για την αισθητική χειρουργική όμως, αποτελεί βασικής σημασίας κριτήριο.

Σώμα με εκπληκτικές αναλογίες και τέλειες κινήσεις και εκφράσεις αλλά με χαλαρωμένο, ξεθωριασμένο δέρμα, γεμάτο ρυτίδες και πτυχές, δεν μπορεί φυσικά να χαρακτηριστεί ωραίο.

Το δέρμα είναι το εξωτερικό κάλυμμα του οργανισμού και εύκολα υφίσταται τη φθορά βλαπτικών παραγόντων του περιβάλλοντος. Η αστάθεια του βάρους και ο χρόνος οδηγούν στην απώλεια της ελαστικότητας και στην αλλοίωση του χρώματος και της υφής του.



Εικόνα 12: Σώμα με καλές αναλογίες και άριστο δέρμα (αριστερά).
Σώμα με παρόμοιες αναλογίες αλλά με χαλαρό, χωρίς σπαργή δέρμα (δεξιά).

Η κατάσταση επομένως του δέρματος αποτελεί βασικό κριτήριο ομορφιάς του ανθρώπινου σώματος, τουλάχιστον για την αισθητική χειρουργική.

4^ο κριτήριο: Η προσωπικότητα του ατόμου

Η αρμονία, το χαμόγελο, η χαριτωμένη κίνηση και το εξαιρετικό δέρμα είναι χωρίς αμφιβολία ισχυρά στοιχεία ομορφιάς του ανθρώπινου σώματος. Τα στοιχεία όμως αυτά, σε άτομο που συμπεριφέρεται άκομψα, που αδυνατεί να συμμετάσχει σε οποιαδήποτε συζήτηση που δεν εκπέμπει τίποτε το αξιόλογο γύρω του, δεν συνθέτουν φυσικά αυτό που λέμε απόλυτη ομορφιά.

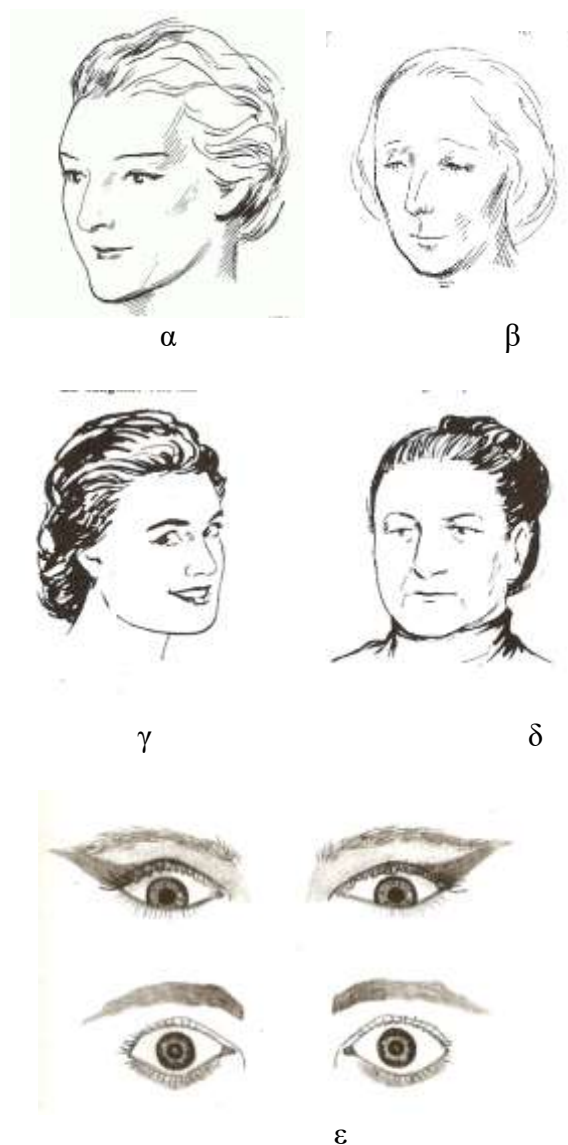
Πανέμορφο είναι το άτομο που συνδυάζει τα παραπάνω στοιχεία με πνευματική καλλιέργεια, μόρφωση, ευστροφία αξιοπρέπεια και καλοσύνη.

Υπάρχουν εντούτοις περιπτώσεις που διαισθητικά και μόνο δε θαυμάζουμε ένα άτομο που διαθέτει και τα 4 παραπάνω κριτήρια. Η εξήγηση δίνεται από την **χαρακτηριολογία**.

Αυτός ο κλάδος ,βασιζόμενος στη μορφή ορισμένων ανατομικών στοιχείων, προσπαθεί να μαντέψει το χαρακτήρα και τις τάσεις του ατόμου. Ανεξάρτητα από το αν συμφωνεί κανένας με τη μεθοδολογία και τα πορίσματα της χαρακτηριολογίας, είναι γεγονός ότι ορισμένα χαρακτηριστικά, κυρίως του προσώπου, συνδέονται με συγκεκριμένες ψυχικές καταστάσεις ή συμπεριφορές.

Η μικρή προβολή του μετώπου δεν συνδέεται με την ευφυΐα. Το ευρύ πηγούνι παραπέμπει σε θεληματικότητα αλλά η λεπτή, μακριά μύτη σε κακία ή παραξενιά.

Τα μικρά στρογγυλά μάτια ερμηνεύονται σαν πονηριά και καχυποψία ενώ οι κυρτές, προς τα κάτω γραμμές και ρυτίδες του προσώπου, της μύτης των φρυδιών και των βλεφάρων υποδηλώνουν θλίψη και επιβαρύνουν την ηλικία, διαπίστωση που οδηγεί πολλές γυναίκες να βγάξουν τα φρύδια και να τα σχεδιάζουν προς τα επάνω.



Εικόνα 13: Χαρακτηριστικά προσώπου που συνδέονται με συγκεκριμένες τάσεις και συμπεριφορές: α. προέχον μέτωπο(ευφυΐα), β. πεσμένες γραμμές προσώπου (κατάθλιψη), γ. γραμμές προσώπου προς τα άνω (ευχάριστη διάθεση), δ. ευρύ πηγούνι (αυστηρότητα), ε. μικρά, στρογγυλά μάτια (καχυποψία).

Η προσπάθεια της αισθητικής χειρουργικής να βελτιώσει την εμφάνιση του ανθρώπου βασίζεται στην τροποποίηση των επιμέρους στοιχείων που συνθέτουν την ομορφιά. Στην αλλαγή δηλαδή των αναλογιών, των εκφράσεων και των αρνητικών φυσιολογικών χαρακτηριστικών του σώματος και ιδιαίτερος του προσώπου.



Η συμβολή της αισθητικής χειρουργικής στην προαγωγή, την ανάδειξη και την διατήρηση της ομορφιάς.

Κάθε είδους δυσμορφία, δυσαναλογία ή δυσαρμονία που συνιστά παρέκκλιση από τα τέσσερα βασικά κριτήρια της ομορφιάς προκαλεί την περιέργεια και τον αιφνιδιασμό των άλλων. Μάλιστα ο βαθμός των αντιδράσεων αυτών είναι ανάλογος με το βαθμό της απόκλισης από τα κριτήρια.

Η αντίδραση αυτή οφείλεται στο ξάφνιασμα των αισθήσεων που καλούνται ξαφνικά να αναγνωρίσουν και να ταυτοποιήσουν κάτι το διαφορετικό. Έκπληξη είναι η αντίδραση και στη θέα μιας καλλονής, επειδή και αυτό παρεκκλίνει από το συνηθισμένο, από το μέσο όρο. Η διαφορά είναι ότι στην περίπτωση της δυσμορφίας η νοητική αντίδραση είναι λύπη και απόρριψη ενώ στη θέα της ομορφιάς είναι θαυμασμός και επιθυμία.



Δεν είναι όμως η αντίδραση των άλλων η κύρια αιτία που οδηγεί στον πλαστικό χειρουργό αλλά η επιθυμία του ίδιου του ατόμου να διορθώσει ένα φυσικό ελάττωμα. Επιθυμία που δεν έχει κίνητρο την κατάκτηση των «αλλοφύλων», όπως λανθασμένα ερμηνεύεται αλλά τη βελτίωση της αυτοεικόνας του ατόμου, την αύξηση της αυτοπεποίθησης και την απαλλαγή του από το άγχος της ασχήμιας και της κατωτερότητας .

Θυμάμαι μια κοπέλα 24 χρονών , από επαρχιακή πόλη, που με επισκέφθηκε με τη μητέρα της γιατί είχε απλασία μαστών. Δεν είχε καθόλου στήθος! Η μητέρα της ήταν έντονα αρνητική στην ιδέα της αύξησης των μαστών με την αιτιολογία ότι «θέλει να το κάνει για να γυρνάει...». Ήμουν έτοιμος να διακόψω την επίσκεψη όταν είδα τα μάτια του παιδιού να με κοιτάζουν απογοητευμένα και να με παρακαλούν σιωπηλά να πείσω τη μητέρα της. Κατάφερα να πείσω τη γυναίκα. Λίγες μέρες αργότερα ήρθε το κορίτσι στο γραφείο μου με ένα υπέροχο στήθος και μια τεράστια ανθοδέσμη. Με αγκάλιασε, με φίλησε και με ευχαρίστησε. Έλαμπε από ευτυχία! Έλαμπα κι εγώ από ικανοποίηση. Άλλη μια φορά είχα καταφέρει να ξαναδώσω σε ένα παιδί το χαμένο του χαμόγελο.

Πολλές γυναίκες κυρίως, με καλή εμφάνιση αρχικά, παντρεύονται και λίγα χρόνια αργότερα, μετά από 1-2 εγκυμοσύνες βλέπουν το σώμα τους αγνώριστο. Ήδη συμπληρώνεται η πρώτη οκταετία του γάμου! Οι άνδρες τους, θυμούνται το καλλίγραμμα κοριτσάκι που γνώρισαν και μελαγχολούν. Είναι βέβαιο ότι 1-2 αισθητικές επεμβάσεις θα βοηθήσουν να επανέλθει η αρμονία και η ισορροπία στο ζευγάρι.

Άλλες γυναίκες αλλά και άνδρες, μετά τις προγαμιαίες αυστηρές δίαιτες μεταπίπτουν στη βουλιμία. Άλλαξε λέει ο μεταβολισμός τους! Όταν συνειδητοποιούν τις ψυχολογικές, σεξουαλικές και κοινωνικές επιπτώσεις της δυσμορφίας τους καταφεύγουν και πάλι στην παλιά δοκιμασμένη συνταγή. Στη δίαιτα. Οι συνεχείς όμως διακυμάνσεις του βάρους οδηγούν στην απώλεια της ελαστικότητας και στη χαλάρωση του δέρματος. Το λόγο έχει φυσικά η αισθητική χειρουργική.

Σε όλα τα επαγγέλματα η καλή εμφάνιση είναι ευπρόσδεκτη. Σε κάποια όμως η ομορφιά είναι απαραίτητος όρος. Ηθοποιοί, τραγουδιστές, παρουσιαστές, μοντέλα και πολλοί άλλοι γνωρίζουν καλά τις επιπτώσεις της δυσμορφίας στην επαγγελματική τους καριέρα, εκτός αν επέμβει η αισθητική χειρουργική.

Όσοι περνάμε τη γέφυρα που συνδέει τα νιάτα με τα γερατειά στεκόμαστε πανικόβλητοι στη μέση της. Δεν αποφασίζουμε να περάσουμε. Πισωγυρίζουμε! Εν τω μεταξύ τα άλλοτε κραταιά κριτήρια ομορφιάς έχουν αρχίσει να ξεθωριάζουν. Η ανανέωση με τη βοήθεια της αισθητικής χειρουργικής είναι αυτό που χρειαζόμαστε. Θα μου πείτε, αργά η γρήγορα θα περάσουμε τη γέφυρα. Θα γεράσουμε. Θα σας απαντήσω: Ας γεράσουμε ωραίοι, με αξιοπρέπεια και όχι άσχημοι στο περιθώριο. Με μικρότερες ή μεγαλύτερες παρεμβάσεις, σε αραιά χρονικά διαστήματα, η αισθητική χειρουργική είναι σε θέση να διατηρήσει το ανθρώπινο σώμα σε μια αξιοπρεπή κατάσταση, ακόμη και σε προχωρημένη ηλικία.

Η αισθητική χειρουργική συμβάλλει αποτελεσματικά στην ανάδειξη και στη διατήρηση της ομορφιάς τόσο με άμεσο όσο και με έμμεσο τρόπο.

Άμεσα, με την τροποποίηση των αναλογιών, την αποκατάσταση της συμμετρίας και της αρμονίας και την ανανέωση του δέρματος του ανθρώπινου σώματος. Έμμεσα με την βελτίωση της αυτοπεποίθησης και του ψυχισμού, την αποβολή του άγχους της ασχήμιας και του γηρασμού και την έξοδο από τον κοινωνικό απομονωτισμό.

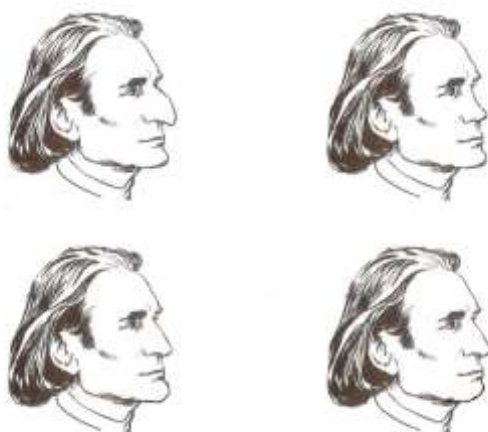
Η αισθητική χειρουργική επιτυγχάνει τους στόχους της με πολλές τεχνικές και μέσα:

- 1. Με την αφαίρεση ιστών που πλεονάζουν.** Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η μείωση των υπερτροφικών μαστών, η αφαίρεση του ύβου από τη μύτη, η λιποαναρρόφηση, η κοιλιοπλαστική και οι δερμολιπεκτομές των μηρών, των γλουτών και των βραχιόνων.
- 2. Με την αύξηση υποπλαστικών ιστών ή ιστών που απουσιάζουν.** Η αύξηση μπορεί να γίνει με αυτόλογους ιστούς από το ίδιο το άτομο (χόνδρος, λίπος οστό κλπ) η με ξένα αλλά βιοσυμβατά υλικά όπως είναι οι προθέσεις σιλικόνης και τα εμφυτεύματα. Τέτοιες επεμβάσεις είναι μεταξύ των άλλων η αύξηση των μαστών, η διόρθωση της καθίζησης της

μύτης, τα εμφυτεύματα στα χείλη και τα ενθέματα στους γλουτούς και στις γάμπες.

3. **Με τη μετατόπιση ιστών.** Στην ομάδα των επεμβάσεων αυτών ανήκουν η ωτοπλαστική για προέχοντα αυτιά, η ανόρθωση των μαστών και η διόρθωση της μύτης που αποκλίνει από τον άξονά της.
4. **Με την τροποποίηση των χαρακτηριστικών του προσώπου.** Η ρινοπλαστική, η πωγωνοπλαστική και η βλεφαροπλαστική είναι οι κατ'εξοχήν επεμβάσεις που αλλάζουν τα παρεξηγημένα χαρακτηριστικά και μεταβάλλουν τη φυσιογνωμία του προσώπου.
5. **Με την αφαίρεση του χαλαρωμένου δέρματος.** Τέτοιες επεμβάσεις είναι η ρυτιδοπλαστική και η βλεφαροπλαστική.
6. **Με την ανανέωση του φθαρμένου δέρματος.** Στην κατηγορία αυτή ανήκουν ενδεικτικά η δερμοαπόξεση, τα πήλινγκ, η ανανέωση με Laser αλλά και η αντιμετώπιση ουλών, νεοπλασμάτων και διαφόρων δερματοπαθειών.

Ο πλαστικός χειρουργός είναι σε θέση να τροποποιήσει τα στοιχεία του προσώπου, με τέτοιο τρόπο, ώστε να απαλλάξει το άτομο από τα παρεξηγημένα ή αμφίβολα, κατά τη χαρακτηρισιολογία, χαρακτηριστικά. Στην εικόνα 1 φαίνεται πως μπορεί να τροποποιηθεί το ύφος του ίδιου ανθρώπου με την αύξηση ή μείωση της μύτης και του πηγουνιού.



Εικόνα 2: Αλλαγές στο ύφος του προσώπου με την τροποποίηση της ράχης της μύτης (επάνω) και του πηγουνιού (κάτω).

Η αλλαγή της φυσιογνωμίας πρέπει να γίνεται με απόλυτη συναίνεση του υποψηφίου. Ο πλαστικός χειρουργός είναι σε θέση να τροποποιήσει το σύνολο των χαρακτηριστικών του προσώπου ή ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Είναι πάντως υποχρεωμένος να σεβαστεί τις επιθυμίες του συγκεκριμένου ατόμου. Υπάρχουν άτομα που επιζητούν μια τοπική μόνο αλλαγή, χωρίς αυτή να επηρεάσει την ταυτότητα και την προσωπικότητά τους.



Η επιλογή χειρουργού

Οι αισθητικές επεμβάσεις τροποποιούν την εμφάνιση και τη φυσιολογία ενός ανθρώπου, κατά κανόνα μόνιμα και αμετάκλητα. Η επιλογή του κατάλληλου γιατρού, που θα αναλάβει και θα φέρει σε αίσιο τέλος τη διαδικασία των αλλαγών αυτών είναι θεμελιώδους σημασίας.

Το καλύτερο κριτήριο επιλογής είναι το «αισθητήριο» του ενδιαφερόμενου. Εντούτοις μερικοί βασικοί κανόνες είναι χρήσιμοι για την επιλογή του γιατρού στον οποίο θα ανατεθεί η μόνιμη αλλαγή της εμφάνισης και της φυσιολογίας του.



1^{ος} κανόνας: Πρέπει να συλλέγονται όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για το γιατρό

Ο υποψήφιος για αισθητικές επεμβάσεις έχει σήμερα τη δυνατότητα συλλογής πληροφοριών από πολλές και διαφορετικές πηγές:

1. **Συστάσεις από άτομα που χειρουργήθηκαν από τον ίδιο γιατρό.** Είναι η πιο έγκυρη πηγή γιατί παρέχει ακριβείς και ουσιαστικές πληροφορίες για τις χειρουργικές ικανότητες και την προσωπικότητα του γιατρού.
2. **Αποτελέσματα παρόμοιων επεμβάσεων του γιατρού:** Ο ενδιαφερόμενος μπορεί να ζητήσει να δει φωτογραφίες ή άλλο υλικό με αποτελέσματα από παρόμοιες, προηγούμενες επεμβάσεις. Το πιθανότερο φυσικά είναι να δει μόνο τα καλύτερα αποτελέσματα και όχι τα μέτρια ή τα άσχημα. Ασφαλέστερο είναι να δει ζωντανό αποτέλεσμα, σε τυχαίο άτομο που χειρουργήθηκε από τον ίδιο γιατρό.
3. **Συστάσεις από άλλο γιατρό:** Κατά κανόνα οι συστάσεις αυτού του είδους είναι ασφαλείς και πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στην επιλογή γιατρού.

4. **Μέσα μαζικής ενημέρωσης:** Οι πληροφορίες από τα ΜΜΕ είναι αναξιόπιστες. Οι εμφανίσεις γιατρών στα διάφορα μέσα, ενώ φαινομενικά σκοπεύουν στην ενημέρωση του κοινού, ουσιαστικά αποσκοπούν στην προβολή τους. Η επιλογή των προβαλλομένων δεν βασίζεται φυσικά σε επιστημονικά κριτήρια, γιατί ο δημοσιογράφος δεν έχει στη διάθεσή του τέτοια στοιχεία, αλλά και αν ακόμη είχε, δεν έχει τη δυνατότητα και τις γνώσεις να τα αξιολογήσει.
5. **Συγγράμματα, άρθρα και επιστημονικές δημοσιεύσεις του γιατρού.** Είναι δύσκολη η ανεύρεση τέτοιων πληροφοριών από το κοινό. Η ανεύρεσή τους όμως είναι αξιόπιστη πηγή γιατί αποτυπώνουν την επιστημονική εικόνα του γιατρού.
6. **Ιστοσελίδα του γιατρού:** Είναι χρήσιμη η επίσκεψη της ιστοσελίδας του γιατρού- αν υπάρχει-γιατί κατά κανόνα περιέχει βιογραφικά στοιχεία και άλλες χρήσιμες πληροφορίες.



2^{ος} κανόνας: Οι αισθητικές επεμβάσεις πρέπει να γίνονται μόνο από ειδικευμένους πλαστικούς χειρουργούς

Καλός χειρουργός είναι ασφαλώς αυτός που έχει άριστη θεωρητική κατάρτιση, συνεχή πρακτική εξάσκηση και μεγάλη εμπειρία στο αντικείμενό του . Καλός πλαστικός χειρουργός είναι ο χειρουργός που γνωρίζει καλά τις δυσμορφίες και τη συμπεριφορά των υγείων και των τραυματισμένων ιστών και μπορεί να προβλέψει και να επηρεάσει τη διαδικασία της επούλωσής τους.

Αυτός που πραγματοποιεί αισθητικές επεμβάσεις πρέπει να είναι καλός χειρουργός, καλός πλαστικός χειρουργός και να διαθέτει άριστη γνώση των ιδανικών γραμμών, των τέλειων σχημάτων και αναλογιών του ανθρώπινου σώματος.

Ο πλαστικός χειρουργός που διενεργεί αισθητικές επεμβάσεις διαθέτει κατά τεκμήριο αυτό που λέμε «**αίσθηση του ωραίου**». Το καλλιτεχνικό χάρισμα δηλαδή που του επιτρέπει να διακρίνει το ωραίο από το άσχημο, την αρμονία από τη δυσαρμονία, το τέλειο από το μέτριο.

Το χάρισμα αυτό είναι πρώτιστα έμφυτο ταλέντο αλλά μπορεί να αναπτυχθεί και να καλλιεργηθεί με τα χρόνια και με την εκπαίδευση.

Η αισθητική χειρουργική δεν είναι εύκολη ειδικότητα όχι μόνο γιατί απαιτεί πολλές και εξειδικευμένες γνώσεις. Η δυσκολία της επαυξάνεται από το γεγονός ότι καλείται να αλλάξει ένα φυσιολογικό όργανο, σε υγιές άτομο, και όχι να θεραπεύσει ένα παθολογικό.

Η διενέργειά επομένως μιας αισθητικής επέμβασης δικαιολογείται μόνο αν καταφέρει να μετατρέψει το φυσιολογικό σε τέλειο. Μόνο όταν είναι μίμησις πράξης τελείας.

Δεν είναι λίγοι οι γιατροί από άλλες ειδικότητες που επιχειρούν αισθητικές επεμβάσεις, χωρίς να διαθέτουν την ανάλογη εξειδίκευση και εμπειρία. Γνωρίζω καλά να χειρουργήσω μια κήλη, να κάνω μια χολοκυστεκτομή ή να θεραπεύσω μια δερματίτιδα. Δεν το κάνω γιατί ξέρω πως υπάρχουν άλλοι που μπορούν να το κάνουν καλύτερα.

Αισθητικές επεμβάσεις, κυρίως μη χειρουργικές, επιχειρούν παράνομα ακόμη και άτομα εκτός του ιατρικού χώρου. Ο κίνδυνος ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων ή επιπλοκών είναι προφανής.

3^{ος} κανόνας: Είναι απαραίτητος ο έλεγχος των τυπικών προσόντων του πλαστικού χειρουργού.

Σήμερα υπάρχουν 350 περίπου ειδικευμένοι πλαστικοί χειρουργοί, εγκατεστημένοι σε όλες σχεδόν τις πόλεις της Ελλάδας. Είναι όλοι εκπαιδευμένοι σύμφωνα με την προβλεπόμενη νομοθεσία και πολύ καλά κατηρτισμένοι.

Σύμφωνα με τη νομοθεσία πλαστικός χειρουργός είναι ο γιατρός που μετά από 2 χρόνια εκπαίδευσης στη γενική χειρουργική, 3 χρόνια εξάσκησης στην πλαστική χειρουργική, 2 εξάμηνα εξάσκησης σε όμορες ειδικότητες και ειδικές εξετάσεις, κατέχει νόμιμα τον τίτλο αυτής της ειδικότητας.

Συνήθως το πτυχίο και ο τίτλος της ειδικότητας είναι αναρτημένα σε εμφανές σημείο του χώρου εργασίας του γιατρού. Πληροφορίες σχετικά με τα τυπικά προσόντα των Ελλήνων πλαστικών χειρουργών δίνονται πάντως από την Ελληνική Εταιρεία Πλαστικής Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής (Τηλ 2107710116, www.hespras.gr) και από τον τοπικό ιατρικό σύλλογο των οποίων ο γιατρός πρέπει να είναι εγγεγραμμένο μέλος.

4^{ος} κανόνας: Ο γιατρός πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη

Οι καλές συστάσεις και πληροφορίες και τα καλά αποτελέσματα ενός πλαστικού χειρουργού είναι ασφαλώς μείζονα κριτήρια επιλογής. Δεν είναι όμως σπάνιες οι περιπτώσεις που, στην πρώτη κιόλας επίσκεψη, αυτός ο γιατρός απορρίπτεται.

Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στην αδυναμία επαφής γιατρού και ασθενούς. Εξηγείται μόνο διαισθητικά αλλά παρόλα αυτά δεν πρέπει να παραγνωρίζεται. Στην πρώτη επίσκεψη μεγάλη σημασία έχει η γνωριμία και η αμφίδρομη εξοικείωση

ασθενούς και πλαστικού χειρουργού. Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης επιτρέπει στον υποψήφιο για επέμβαση να εκθέσει το πρόβλημά του και, το κυριότερο, να πληροφορηθεί και να αποδεχτεί τις προτάσεις και τις συμβουλές του γιατρού.

Στην αξιολόγηση του γιατρού, μεταξύ των άλλων, έχει μεγάλη σημασία η σταθερότητα των απόψεών του, η σιγουριά με την οποία τις εκφράζει, η δυνατότητα επικοινωνίας, η αξιολόγηση της λεπτομέρειας, η σχολαστικότητα στην εξέταση και η υπομονή να ακούει τον άλλο.

Η Αμερικανική Εταιρεία Αισθητικής Χειρουργικής συμβουλεύει αλλαγή του γιατρού όταν:

- Προσπαθεί να συστήσει άλλη επέμβαση από αυτή που ζητά ο ενδιαφερόμενος
- Αποκλείει παντελώς τις επιλοκές
- Υπόσχεται 100% επιτυχία
- Δεν διενεργήσει κλινική εξέταση
- Δεν δείχνει φωτογραφίες
- Δεν δέχεται ερωτήσεις
- Ο υποψήφιος δεν αισθάνεται άνετα μαζί του

Η επιλογή νοσοκομείου ή κλινικής ανήκει συνήθως στον πλαστικό χειρουργό που θα προτείνει το χώρο όπου εργάζεται. Οι μεγάλες αισθητικές επεμβάσεις πρέπει να γίνονται μόνο σε μεγάλα νοσοκομεία ή οργανωμένες κλινικές που κατέχουν άδεια λειτουργίας και διαθέτουν σύγχρονες αίθουσες χειρουργείου, τελευταίας τεχνολογίας αναισθησιολογικά μηχανήματα, γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, σταθμό αιμοδοσίας και μονάδα εντατικής νοσηλείας.

Μικρές επεμβάσεις με τοπική αναισθησία μπορεί να πραγματοποιηθούν σε ιατρείο που διαθέτει τον κατάλληλο εξοπλισμό και τα βασικά τουλάχιστον μέτρα ασφάλειας.



Η πρώτη επίσκεψη στον πλαστικό χειρουργό

Η πρώτη επίσκεψη στον πλαστικό χειρουργό είναι αποφασιστικής σημασίας τόσο για το γιατρό όσο και για το άτομο που τον επισκέπτεται.

Ο πλαστικός χειρουργός που γνωρίζει καλά το αντικείμενο της δουλειάς του, οφείλει να εξετάσει τον επισκέπτη του τόσο συνολικά όσο και στα επιμέρους σημεία. Η **ολιστική προσέγγιση** του επιτρέπει καταρχήν να διερευνήσει ποια κριτήρια ομορφιάς εκπληρώνει το συγκεκριμένο άτομο και ποια όχι. Με βάση τα κριτήρια αυτά θα εντοπίσει τις δυσαρμονίες του συγκεκριμένου ατόμου και θα εκτιμήσει την κατάσταση του δέρματός του. Θα εντοπίσει επίσης τις άκομμες εκφράσεις και κινήσεις και φυσικά ενδεχόμενες διαταραχές της προσωπικότητάς του.

Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί το άτομο που εμφανίζει προβληματική συμπεριφορά και απομονώνεται γι' αυτό από το περιβάλλον του, δεν θα επανενταχτεί σε αυτό αλλάζοντας απλά τη μύτη του, χωρίς να διορθώσει και την προσωπικότητά του.

Δικαιολογημένα θα αναρωτηθεί κανείς. Είναι ο πλαστικός χειρουργός και ψυχολόγος? Η απάντηση είναι θετική, στα θέματα τουλάχιστον που αφορούν την εμφάνιση και τις επιπτώσεις της στον ψυχισμό του ανθρώπου. Άλλωστε η ιατρική επιστήμη είναι ενιαία και αδιαίρετη.

Ο πλαστικός χειρουργός θα εκτιμήσει τη γενική κατάσταση της υγείας του επισκέπτη του. Θα ενημερωθεί αν πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, κυκλοφοριακές, καρδιακές, πνευμονικές, δερματολογικές ή άλλες παθήσεις. Είναι πιθανό, αυτές οι παθήσεις να επηρεάσουν δυσμενώς το τελικό αποτέλεσμα.

Ο γιατρός, στην επίσκεψη αυτή, θα προσπαθήσει να μαντέψει τους στόχους και τις προσδοκίες του επισκέπτη του. Να εκμαιεύσει τι είναι αυτό που πραγματικά θέλει να αλλάξει το άτομο που έχει απέναντί του. Είναι σημαντικό να ακούσει με προσοχή και χωρίς βιασύνη:

- **Το λόγο της επίσκεψης**
- **Το σημείο στο οποίο εντοπίζει ο επισκέπτης τη δυσμορφία**
- **Τη λύση που φαντάζεται ότι μπορεί να ταιριάζει στο πρόβλημά του**
- **Το αποτέλεσμα που προσδοκά ο ενδιαφερόμενος**

Η εξέταση του υποψήφιου για αισθητική επέμβαση ατόμου πρέπει να γίνεται με υπομονή και σχολαστικότητα. Ο οπτικός έλεγχος της δυσμορφίας πρέπει να γίνεται από κοντά, για τον εντοπισμό των λεπτομερειών και από μακριά, προκειμένου να εκτιμηθεί η επίπτωση του προβλήματος στην αρμονία και στη συμμετρία ολόκληρου του σώματος. Είναι γνωστό ότι η ασυμμετρία του ανθρώπινου σώματος γίνεται αντιληπτή μόνο όταν το βλέπουμε ολόκληρο.

Η εκτίμηση της ποιότητας του δέρματος έχει ιδιαίτερη σημασία για τον πλαστικό χειρουργό. Το δέρμα εξετάζεται με την όραση, με την αφή και με την ψηλάφηση. Υπερβολική ατροφία, λέπτυνση ή χαλάρωση αλλά και κηλίδες ή ουλές είναι πιθανό να επηρεάσουν αρνητικά το τελικό αποτέλεσμα. Η αναζήτηση και εκτίμηση παλιών ουλών θα βοηθήσει πιθανότατα στην πρόβλεψη δημιουργίας υπερτροφικών μετεγχειρητικών ουλών.

Για τον επισκέπτη η πρώτη επίσκεψη έχει καθοριστική σημασία. Προτεραιότητα φυσικά έχει η γνωριμία και η εξοικείωσή του με το γιατρό. Στην επίσκεψη αυτή καλείται να επιβεβαιώσει ή όχι τις πληροφορίες και τις συστάσεις που έχει συλλέξει από έγκυρες και σοβαρές πηγές για το γιατρό του. Αν η επιβεβαίωση είναι θετική θα αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης προς το γιατρό γεγονός που θα του επιτρέψει να ενημερωθεί λεπτομερώς για

- την έκταση και τη βαρύτητα του προβλήματός του
- την καλύτερη δυνατή λύση και τις εναλλακτικές επιλογές
- το είδος, τη βαρύτητα, τη διάρκεια και τις πιθανές επιπλοκές της προτεινόμενης χειρουργικής επέμβασης
- το χρόνο νοσηλείας και τη διάρκεια απομάκρυνσης από την εργασία του
- το κόστος της χειρουργικής επέμβασης

Στο σημείο αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Ο επισκέπτης πρέπει να εξηγήσει με σαφήνεια στο γιατρό τι επιδιώκει και τι αναμένει από τη συγκεκριμένη επέμβαση και ο γιατρός οφείλει να εξηγήσει με ειλικρίνεια στην ασθενή τι είναι ρεαλιστικό και εφικτό και τι όχι .

Ο γιατρός, αφού ακούσει τον επισκέπτη και ολοκληρώσει την εξέτασή του, θα προτείνει τις πιθανές λύσεις για το πρόβλημα του. Αν οι λύσεις είναι πολλές θα εξηγήσει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε μιας από αυτές. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει ικανοποιητική λύση οφείλει να αποτρέψει τον επισκέπτη του από την επέμβαση.

Όλες οι πιθανές επιπλοκές της προτεινόμενης επέμβασης πρέπει να αναφερθούν στον ενδιαφερόμενο. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει ότι θα συμβούν όλες μαζί σε εκείνον. Το πιθανότερο είναι να μη συμβεί καμία. Όταν η επέμβαση διενεργείται από έμπειρο, ειδικευμένο πλαστικό χειρουργό, σύμφωνα με τους κανόνες της χειρουργικής και της ιατρικής επιστήμης, οι επιπλοκές είναι σπάνιες και πάντως αντιμετωπίσιμες.

Ιδιαίτερη συζήτηση απαιτεί η ενδεχόμενη δημιουργία μετεγχειρητικών ουλών. Οι ουλές αυτές βελτιώνονται σταδιακά ,κατά τους επόμενους 10-12 μήνες μετά την επέμβαση και καταλήγουν συνήθως σε λεπτές, δυσδιάκριτες, λευκές γραμμές. Η τελική πάντως εμφάνιση των ουλών δεν εξαρτάται από την ικανότητα του πλαστικού χειρουργού αλλά από πολλούς άλλους απρόβλεπτους παράγοντες μερικοί από τους οποίους είναι η τάση δημιουργίας υπερτροφικών ουλών, η αστάθεια του βάρους και η έκθεση στον ήλιο. Σημαντικό όφελος προσφέρει η επικάλυψη, για τους επόμενους μήνες, των ουλών με γέλη ή φύλλα σιλικόνης ή η επάλειψή τους με αλοιφές που θα συστήσει ο γιατρός.

Ο επισκέπτης οφείλει να εκθέσει όλες τις απορίες του και ο γιατρός να δώσει όλες τις σχετικές διευκρινίσεις.

Η πρώτη επίσκεψη δεν πρέπει να τελειώσει χωρίς να κατανοήσει ο γιατρός αυτό ακριβώς που ζητά ο επισκέπτης του και χωρίς να κατανοήσει ο επισκέπτης το είδος, το στόχο, τη διαδικασία και τις πιθανές επιπλοκές της επέμβασης που του προτείνει ο γιατρός του.

Στην αντίθετη περίπτωση είναι πιθανό να προκύψουν ασάφειες, παρεξηγήσεις και απογοητεύσεις. Η αισθητική χειρουργική μπορεί να κάνει θαύματα. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις διορθώνει ακόμη και σφάλματα της φύσης. Δεν είναι όμως ίδιες όλες οι περιπτώσεις και το κυριότερο, οι αντιδράσεις του ανθρώπινου οργανισμού δεν είναι πάντα προβλέψιμες.

Σε ολόκληρο τον κόσμο οι εταιρείες πλαστικών χειρουργών και φυσικά η Ελληνική, συστήνουν τη σύνταξη ενός ενημερωτικού εντύπου, που ουσιαστικά περιλαμβάνει όσα συζητήθηκαν στην πρώτη επίσκεψη. Το έντυπο αυτό, που πρέπει να υπογράφεται τόσο από το γιατρό όσο και από τον υποψήφιο για επέμβαση, έχει σκοπό την κατανόηση του στόχου και της διαδικασίας της επέμβασης από τον ενδιαφερόμενο, την κατοχύρωση του αλλά και την εξασφάλιση του γιατρού από πιθανές, εκ των υστέρων, παρεξηγήσεις.





Η προετοιμασία για την επέμβαση

Η έγκαιρη και σωστή προετοιμασία για τη διενέργεια μιας αισθητικής επέμβασης είναι ιδιαίτερα σημαντική. Με τη σωστή προετοιμασία:

- εξασφαλίζονται ιδανικές συνθήκες διενέργειας της επέμβασης
- ελαχιστοποιούνται οι πιθανότητες επιπλοκών
- διευκολύνεται η μετεγχειρητική διαδικασία

Στην προετοιμασία της επέμβασης που πρόκειται να γίνει υπό γενική, ενδοφλέβια ή ραχιαία αναισθησία, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει ο προεγχειρητικός κλινικός έλεγχος. Η εξέταση δηλαδή από την ιατρική ομάδα που σχετίζεται άμεσα με την επέμβαση.

Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την εξέταση του πλαστικού χειρουργού, την εκτίμηση από τον αναισθησιολόγο και τον έλεγχο από τον καρδιολόγο. Σε περίπτωση διαπίστωσης παθολογικών καταστάσεων η διαγνωστική διαδικασία είναι πιθανό να επεκταθεί σε άλλες ειδικότητες (πχ πνευμονολόγος, αιματολόγος κλπ) και η επέμβαση μπορεί να ακυρωθεί ή να αναβληθεί μέχρι να αντιμετωπιστεί η παθολογική κατάσταση.

Μεγάλη βαρύτητα έχει επίσης ο προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος
- Ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ψευδοχοληστεράση ορού
- Δοκιμασία πήξεως του αίματος
- Ακτινογραφία θώρακος
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.

Τα ευρήματα του κλινικού και τα αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου πρέπει να είναι απολύτως φυσιολογικά προκειμένου να πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε αισθητική επέμβαση, υπό γενική αναισθησία. Άλλωστε οι επεμβάσεις αυτές δεν είναι επείγουσες και η ενδεχόμενη αναβολή τους δεν απειλεί τη ζωή, μια και γίνονται σε υγιή, κατά τεκμήριο, άτομα.

Σε περίπτωση μικρών επεμβάσεων που διενεργούνται με τοπική αναισθησία δεν είναι απαραίτητος ο προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος παρά μόνο σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων της καρδιάς, των πνευμόνων ή των νεφρών.

Γενικά προεγχειρητικά μέτρα:

Προκειμένου να εξασφαλιστούν ιδανικές συνθήκες για τη διενέργεια της αισθητικής επέμβασης, είναι απαραίτητο να λαμβάνονται ορισμένα γενικά προεγχειρητικά μέτρα.

- **Αποφυγή λήψης ασπιρίνης και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων** πριν από την επέμβαση. Τα φάρμακα αυτά αυξάνουν την αιμορραγία τόσο κατά την επέμβαση όσο και μετά από αυτή. Πρέπει να διακόπτονται 5-7 ημέρες πριν από την επέμβαση και 3-5 ημέρες μετά από αυτήν. Ο χειρουργός πρέπει οπωσδήποτε να ενημερώνεται.
- **Διακοπή καπνίσματος** 1-2 εβδομάδες πριν από την επέμβαση. Το μέτρο αυτό βελτιώνει τη λειτουργία κυρίως των πνευμόνων, της καρδιάς και των αγγείων και μειώνει αποφασιστικά τις πιθανότητες επιπλοκών από την αναισθησία και την επέμβαση.
- **Αφαίρεση κοσμημάτων, μακιγιάζ και χρωστικών από τα χείλη και τα νύχια** πριν από την επέμβαση.
- **Μπάνιο και λούσιμο μαλλιών** την προηγούμενη ημέρα.
- **Προμήθεια φαρμάκων** συνήθως αντιβιοτικού και αναλγητικών που θα υποδείξει ο γιατρός
- **Προμήθεια ζώνης, στηθόδεσμου, φόρμας ή άλλου υλικού** που θα υποδείξει ο γιατρός.
- **Ρύθμιση πρακτικών ζητημάτων** όπως ο χώρος ανάρρωσης, άτομα για συμπαράσταση κλπ

Η μετεγχειρητική διαδικασία

Η περίοδος αμέσως μετά τη αισθητική επέμβαση έχει μεγάλη σημασία για την ομαλή έκβαση και την επιτυχία της. Οι σωστές μετεγχειρητικές φροντίδες επιταχύνουν την ανάρρωση, μειώνουν την πιθανότητα επιπλοκών και μεγιστοποιούν το καλό αποτέλεσμα της επέμβασης.

Η νοσηλεία, δηλαδή η παραμονή στην κλινική μετά από αισθητική επέμβαση, εξαρτάται κυρίως από τη βαρύτητα της επέμβασης και το είδος της αναισθησίας. Μεγάλες επεμβάσεις με γενική αναισθησία επιβάλλουν την παραμονή στην κλινική για 1-3 24ωρα. Σε επεμβάσεις μικρότερης βαρύτητας ή σε επεμβάσεις με ραχιαία αναισθησία, αρκεί συνήθως νοσηλεία ενός 24ώρου. Επεμβάσεις που γίνονται με ενδοφλέβια αναισθησία απαιτούν την παραμονή στην κλινική για 5-6 ώρες. Δεν χρειάζεται νοσηλεία σε επεμβάσεις με τοπική αναισθησία, στις οποίες η παραμονή στην κλινική ή στο ιατρείο για 1 ώρα περίπου είναι αρκετή. Ο χρόνος νοσηλείας είναι αποκλειστικά προνόμιο του γιατρού που μπορεί να τον μειώσει αν όλα πάνε καλά ή να τον επιμηκύνει σε περίπτωση επιπλοκής.



**Εικόνα 1: Περίδεση του προσώπου
μετά από ρυτιδοπλαστική.**

Ο πόνος μετά από αισθητικές επεμβάσεις είναι συνήθως ελάχιστος, καλά ανεκτός από την πλειοψηφία των χειρουργημένων. Οι πιο ψύχραιμοι δεν χρειάζονται παυσίπονα. Υπερευαίσθητα άτομα είναι πιθανό να χρειαστούν κάποιο παυσίπονο, ιδιαίτερα τις πρώτες ώρες μετά την επέμβαση. Ενδεχόμενο μετεγχειρητικό άγχος αντιμετωπίζεται με ηρεμιστικά φάρμακα. Ο χειρουργημένος οφείλει να αποφεύγει κινήσεις που προκαλούν πόνο και να ενημερώνει το γιατρό ή το νοσηλευτικό προσωπικό σε περίπτωση παράδοξου, μη αναμενόμενου φυσιολογικά, πόνου.

Το οίδημα μετά από αισθητικές επεμβάσεις είναι κατά κανόνα έντονο. Εμφανίζεται αμέσως μετά την επέμβαση, κορυφώνεται στο 2^ο-3^ο 24ωρο και υποχωρεί σταδιακά κατά τα επόμενα 4-5 24ωρα. Επιτάχυνση της υποχώρησης του

οιδήματος επιτυγχάνεται με κρύες κομπρέσες, ανύψωση του χειρουργημένου μέλους και αποφυγή της παρατεταμένης ορθοστασίας. Αποιδηματικά φάρμακα χρειάζονται σπάνια.



Εικόνα 2: Ορθοπεδικές κατασκευές κατάλληλες για αισθητικές επεμβάσεις.

Η παραμονή στο κρεβάτι επιβάλλεται μόνο κατά το πρώτο 24ωρο. Την επόμενη ημέρα πρέπει να αρχίζει η σταδιακή επανακινητοποίηση. Οι ακραίες υπερβολές πρέπει να αποφεύγονται. Σε λίγα συνήθως 24ωρα είναι δυνατή η επάνοδος στις συνηθισμένες δραστηριότητες.

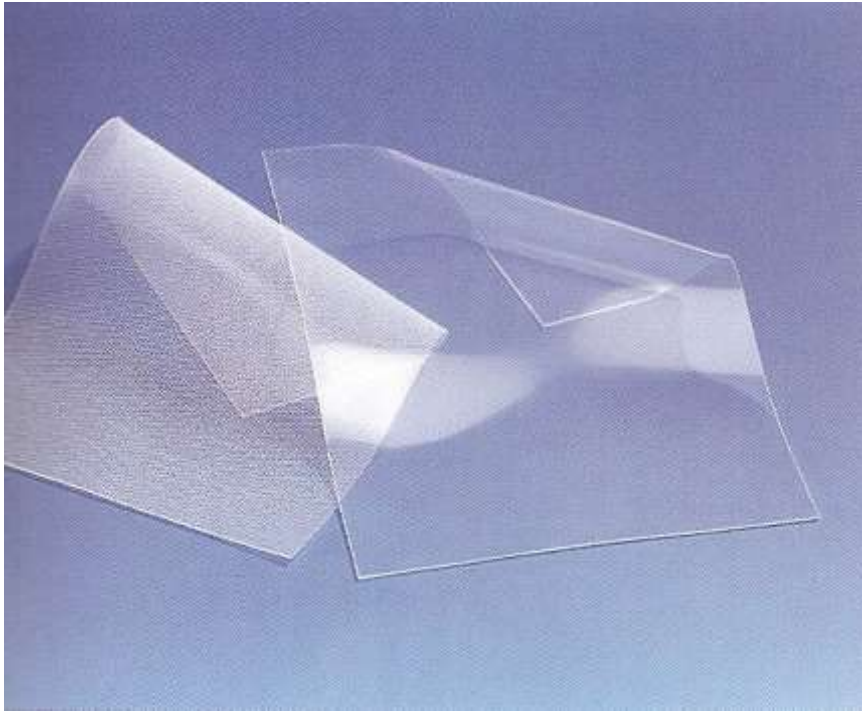
Το μπάνιο ή το λούσιμο δεν επιτρέπεται συνήθως τα πρώτα τρία 24ωρα. Μετά την περίοδο αυτή επιτρέπεται το πλύσιμο της χειρουργημένης περιοχής εκτός αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι.

Η διατροφή μετά από αισθητική επέμβαση είναι ελεύθερη μετά την επαναλειτουργία του πεπτικού συστήματος, συνήθως σε λίγες ώρες. Πρέπει πάντως να είναι λογικής ποσότητας αλλά υψηλής ποιότητας. Επιβάλλεται η λήψη αρκετής ποσότητας νερού ή άλλων υγρών κατά προτίμηση. Δίαιτα κατά την περίοδο της ανάρρωσης δεν συνιστάται.

Οι επισκέψεις στο γιατρό μετά την επέμβαση είναι συνήθως προκαθορισμένες και πρέπει να εκτελούνται κατά γράμμα. Η πρώτη αλλαγή των επιδέσεων γίνεται συνήθως την επόμενη της επέμβασης, πριν την αναχώρηση από την κλινική. Οι επόμενες αλλαγές διενεργούνται κατά κανόνα την 3^η, 7^η-8^η και 12^η-14^η μετεγχειρητική ημέρα.

Τα ράμματα αφαιρούνται μεταξύ 4^{ης} και 14^{ης} ημέρας ανάλογα με την επέμβαση. Σε ορισμένες επεμβάσεις τα ράμματα μπορεί να είναι εσωτερικά, μέσα στο δέρμα, οπότε απορροφούνται μόνα τους και δεν αφαιρούνται.

Η φροντίδα των ουλών μετά την αφαίρεση των ραμμάτων μπορεί να επηρεάσει θετικά την εξέλιξη τους. Κάθε ερεθισμός τους, μηχανικός, χημικός ή ακτινικός, πρέπει να αποφεύγεται. Οι ουλές πρέπει να καθαρίζονται με νερό και σαπούνι, να στεγνώνονται χωρίς τριβές και να επαλείφονται με κρέμες ή άλλα υλικά που θα συστήσει ο γιατρός. Είναι δυνατή η κάλυψη των ουλών με μακιγιάζ, μετά την αφαίρεση των ραμμάτων.



Εικόνα 3: Διαφανή φύλλα σιλικόνης για κάλυψη των μετεγχειρητικών ουλών.

Η ηλιακή ακτινοβολία επιδεινώνει την εμφάνιση των ουλών. Η παρατεταμένη έκθεση της χειρουργημένης περιοχής στον ήλιο δεν επιτρέπεται κατά τους επόμενους 6-12 μήνες. Ιδιαίτερα κατά τους θερινούς μήνες πρέπει να προφυλάσσεται με αντηλιακά σκευάσματα ή με κατάλληλα ρούχα. Σε περίπτωση υπερτροφίας πρέπει να ενημερώνεται άμεσα ο γιατρός.

Η αποτίμηση του οριστικού αποτελέσματος μιας αισθητικής επέμβασης δεν μπορεί να γίνει αμέσως μετά τη διενέργειά της. Μόνο οι βασικές αλλαγές είναι κατά προσέγγιση ορατές τις πρώτες ημέρες μετά την επέμβαση. Στη ρινοπλαστική το τελικό αποτέλεσμα φαίνεται μετά τον 6^ο μήνα, στη λιποαναρρόφηση μετά τον 3^ο και στην κοιλιοπλαστική σε 6-10 μήνες. Η καθυστέρηση αυτή οφείλεται κυρίως στην βραδεία υποχώρηση του συνόλου του οιδήματος και στην χρονοβόρα διαδικασία της επούλωσης.



Οι επιπλοκές των αισθητικών επεμβάσεων

Όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν επιπλοκές. Από τον κανόνα αυτό δεν εξαιρούνται οι αισθητικές επεμβάσεις γιατί απλά είναι κανονικές χειρουργικές επεμβάσεις. Εντούτοις οι καθαρά χειρουργικές επιπλοκές των αισθητικών επεμβάσεων είναι σχεδόν ανύπαρκτες για δύο βασικούς λόγους:

- 1. Διενεργούνται κατά κανόνα σε νέα, υγιή άτομα ή σε υγιή άτομα μεγαλύτερης ηλικίας .**
- 2. Αφορούν την εξωτερική επιφάνεια του σώματος, το δέρμα και όχι εσωτερικά ζωτικής σημασίας όργανα**

Προϋπόθεση για τη χαμηλή συχνότητα επιπλοκών είναι να τηρούνται ορισμένοι κανόνες ασφάλειας:

- Να διενεργείται πάντα ο προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος
- Να αποκλείονται άτομα με σοβαρές παθήσεις ή σε προχωρημένη ηλικία
- Να διενεργείται η επέμβαση μόνο από έμπειρο, ειδικευμένο πλαστικό χειρουργό και αναισθησιολόγο.
- Να διενεργείται η επέμβαση σε οργανωμένη κλινική ή νοσοκομείο
- Να μη διενεργούνται ταυτόχρονα πολλές επεμβάσεις
- Να μη παρατείνεται υπερβολικά η διάρκεια της επέμβασης
- Να τηρείται σχολαστικά η προκαθορισμένη προεγχειρητική και μετεγχειρητική διαδικασία (Βλ Η προετοιμασία για την επέμβαση και Η μετεγχειρητική διαδικασία)
- Να υπάρχει δυνατότητα μετάγγισης αίματος, αν χρειαστεί, σε μεγάλες επεμβάσεις

Οι «χειρουργικές» επιπλοκές των αισθητικών επεμβάσεων είναι αυτές που μπορεί να προκύψουν σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις. Επιπλοκές από την αναισθησία και επιπλοκές από την ίδια την χειρουργική επέμβαση.

Επιπλοκές της αναισθησίας:

- Καρδιακές αρρυθμίες
- Καρδιακή ανακοπή
- Περιορισμό της αναπνοής. Λαρυγγόσπασμος
- Εισρόφηση
- Αρτηριακή ή φλεβική θρόμβωση. (Εμφανίζεται σε μεγάλης διάρκειας επεμβάσεις)
- Εγκεφαλική βλάβη

Επιπλοκές της επέμβασης:

- Αιμορραγία και αναιμία.
- Αιμάτωμα..
- Φλεγμονή.
- Διαπύση ή διάσπαση τραύματος.
- Οροαιματηρή συλλογή.

- Νέκρωση δέρματος.

Οι αισθητικές επεμβάσεις αφορούν συνήθως την επιφάνεια του σώματος. Το αποτέλεσμά τους επομένως είναι άμεσα ορατό και ελεγχόμενο. Στο γεγονός αυτό οφείλεται η ύπαρξη μιας ιδιαίτερης ομάδας αισθητικών ή κοσμητικών «επιπλοκών», όπως έχει επικρατήσει να ονομάζονται.

Οι αισθητικές επιπλοκές δεν είναι ουσιαστικά επιπλοκές, με την ακριβή έννοια του όρου, γιατί δεν απειλούν την υγεία ή τη ζωή του χειρουργημένου. Χαρακτηρίζονται εντούτοις ως επιπλοκές επειδή είναι δυνατόν να προκαλέσουν πρόσθετη ταλαιπωρία ή ακόμη να υποχρεώσουν τον χειρουργημένο σε διορθωτική επέμβαση.

Οι αιτίες των επιπλοκών αυτών είναι πολλές. Η διόρθωση μιας δυσαναλογίας ή μιας ασυμμετρίας με ακρίβεια χιλιοστών είναι αδύνατη από ανθρώπινο, μη θεϊκό χέρι. Επιπλέον υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις αντιδράσεις του ανθρώπινου οργανισμού. Μερικά άτομα για παράδειγμα επουλώνουν τις τομές με εκπληκτικό τρόπο. Άλλα εμφανίζουν τάση υπερτροφικής επούλωσης γεγονός που δεν μπορεί να προβλεφτεί. Ακόμη και τυχαία γεγονότα όπως η πρόωρη αφαίρεση του νάρθηκα ή της επίδεσης, η πτώση και ο τραυματισμός της χειρουργημένης περιοχής, η μη τήρηση των μετεγχειρητικών οδηγιών, η έκθεση στον ήλιο και η πρόωγη επάνοδος στις κανονικές ή αθλητικές δραστηριότητες μπορεί να εκτρέψουν το αποτέλεσμα της επέμβασης.

Στις αισθητικές επιπλοκές των επεμβάσεων αυτών περιλαμβάνονται:

- Ασυμμετρία.
- Υπερβολική αφαίρεση ιστών και δημιουργία ελλείμματος.
- Άτολη αφαίρεση ιστών και ατελής διόρθωση της δυσμορφίας
- Ανωμαλίες της επιφάνειας του δέρματος.
- Δυσχρωμίες του δέρματος
- Υπαισθησία του δέρματος
- Υπερτροφικές ουλές ή χηλοειδή
- Μετατόπιση ενθεμάτων

Οι επιπλοκές αυτές συχνά υποχωρούν από μόνες τους και δεν χρειάζονται αντιμετώπιση. Σε σοβαρές όμως περιπτώσεις είναι πιθανό να απαιτηθεί διόρθωση και ίσως επανάληψη της επέμβασης.

Οι κατά φαντασία επιπλοκές είναι μια ιδιαίτερη κατηγορία υποκειμενικών επιπλοκών που δεν έχουν αντικειμενική βάση. Εμφανίζονται συνήθως ως εμμονή σε ανύπαρκτη μετεγχειρητική ασυμμετρία ή δυσαναλογία.

Η εμμονή αυτή συχνά επιβάλλεται από το άμεσο περιβάλλον, ιδίως από άτομα που διαφωνούσαν με τη διενέργεια της επέμβασης. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που η εμφάνιση τέτοιων «επιπλοκών» υποκρύπτει λανθάνουσες ψυχολογικές διαταραχές που είναι πιθανό να απαιτήσουν ειδική αντιμετώπιση.

ΜΕΡΟΣ Β΄



ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ



Ρυτιδοπλαστική

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Ολική ή μερική ρυτιδοπλαστική: Γενική
Μικρή ρυτιδοπλαστική: Γενική, μέθη ή τοπική
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: Ολική ρυτιδοπλαστική 3-5 ώρες
Μερική ρυτιδοπλαστική 2-3 ώρες
Μικρή ρυτιδοπλαστική 1-2 ώρες
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Μόνο σε αναιμία.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρο
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: 7 και 10-14 ημέρες
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 2^η ημέρα
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 15η ημέρα
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά τη 10^η ημέρα
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Ειδικός, ελαστικός, πιεστικός επίδεσμος για 10 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 1 μήνα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Λεπτή, γραμμική ουλή στα όρια του αυτιού, συνήθως ελάχιστα ορατή. Σπάνια προκαλείται υπερτροφική ουλή ή χηλοειδές που βελτιώνεται με το χρόνο. Γραμμικές ουλές στον κρόταφο, στο μέτωπο και πίσω από τα αυτιά κρυμμένες μέσα στα μαλλιά.

Ρυτιδοπλαστική είναι η χειρουργική διόρθωση της χαλάρωσης του δέρματος και των υποδόριων ιστών του προσώπου και του τραχήλου, με στόχο τη διάτασή τους και την απόσβεση των ρυτίδων και των άλλων σημείων του γηρασμού. Η ρυτιδοπλαστική αποκαλείται και ρυτιδεκτομή ή πλαστική του προσώπου.

Στην αγγλική γλώσσα η ρυτιδοπλαστική αποδίδεται με τους όρους **Rhytidectomy, Rhytidoplasty, Lifting** ή **Face lift**.

Ολική ρυτιδοπλαστική είναι η ρυτιδοπλαστική που αφορά όλες τις ανατομικές ζώνες του προσώπου.

Ρυτιδοπλαστική παρειών και τραχήλου είναι η ρυτιδοπλαστική των παρειών και της τραχηλικής χώρας.

Ρυτιδοπλαστική του μετώπου είναι η ρυτιδοπλαστική μόνο του μετώπου.

Μικρή ρυτιδοπλαστική είναι η περιορισμένης έκτασης, διάρκειας και βαρύτητας ρυτιδοπλαστική των παρειών και του τραχήλου.

Στόχοι

Με την ρυτιδοπλαστική επιτυγχάνεται:

- Αφαίρεση της περίσσειας του χαλαρού δέρματος του προσώπου που εκδηλώνεται ιδιαίτερα με την πτώση των φρυδιών, των παρειών και του τραχήλου.
- Σύσφιξη της περιτονίας και του μυϊκού στρώματος κάτω από το δέρμα του προσώπου
- Εξάλειψη ή βελτίωση των ρυτίδων, των αυλάκων και των αναδιπλώσεων που προκαλεί η χαλάρωση των ιστών του προσώπου.
- Αφαίρεση της περίσσειας του λίπους από τις παρειές και τον τράχηλο.
- Επαναφορά της όψης του προσώπου σε προγενέστερη ηλικία



Η ρυτιδοπλαστική επαναφέρει την όψη του προσώπου σε προγενέστερη ηλικία όχι όμως και την πραγματική ηλικία. Ο βαθμός της επαναφοράς εξαρτάται από τη δεξιοτεχνία του πλαστικού χειρουργού αλλά και από μια σειρά άλλων παραγόντων όπως η ηλικία, το βάρος του σώματος, ο τύπος του δέρματος, η ψυχική διάθεση, η κληρονομικότητα, οι συνθήκες διαβίωσης και η γενική κατάσταση της υγείας.

Μια ιδέα του αποτελέσματος της ρυτιδοπλαστικής σχηματίζουμε έλκοντας με τα χέρια το δέρμα του τραχήλου και των παρειών προς τα επάνω και πίσω και το δέρμα του μετώπου προς τα επάνω έτσι ώστε να επανέρχονται τα πεσμένα φρύδια στη σωστή τους θέση.

Αντενδείξεις

- Βαριές, μη ελεγχόμενες πνευμονικές, καρδιακές, νεφρικές ή ορμονικές παθήσεις.
- Ανεξέλεγκτη υπέρταση και αρρυθμιστος διαβήτης.
- Ηλικία μικρότερη των 30 και μεγαλύτερη των 75 χρόνων
- Ανωμαλίες πήξεως του αίματος
- Κύηση
- Βαρύ κάπνισμα
- Σοβαρή ψυχιατρική πάθηση
- Ψυχολογική αστάθεια, με υπέρμετρες απαιτήσεις και προσδοκίες επίλυσης άλλων προβλημάτων μέσω της επέμβασης.

Διαδικασία ρυτιδοπλαστικής

1^η επίσκεψη: Στην πρώτη επίσκεψη μεγάλη σημασία έχει η γνωριμία και η αμφίδρομη εξοικείωση ασθενούς και πλαστικού χειρουργού. Η ασθενής πρέπει να εκθέσει στο γιατρό, με κάθε λεπτομέρεια, το πρόβλημά της. Οφείλει να υποδείξει τα σημεία του προσώπου της που, κατά τη γνώμη της, είναι προβληματικά και την ενοχλούν και ακόμη πως και πόσο φαντάζεται ότι μπορούν να διορθωθούν.

Ο γιατρός θα εξετάσει επιμελώς τη γυναίκα προκειμένου να διαπιστώσει την έκταση της χαλάρωσης του δέρματος και των υποδόριων μυών και περιτονιών. Θα εκτιμήσει την υφή και την ελαστικότητα του δέρματος και θα προσπαθήσει να υπολογίσει το βαθμό της επαναφοράς, έλκοντας το δέρμα του προσώπου και του τραχήλου προς τα επάνω και πίσω. Ο πλαστικός χειρουργός θα εκτιμήσει τη γενική κατάσταση της υγείας, την προσωπικότητα και την ψυχική σταθερότητα της ασθενούς και θα προσπαθήσει να μαντέψει τους στόχους και τις προσδοκίες της.

Στο σημείο αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Η ασθενής πρέπει να εξηγήσει με σαφήνεια στο γιατρό τι επιδιώκει και τι αναμένει από τη συγκεκριμένη επέμβαση και ο γιατρός οφείλει να εξηγήσει με ειλικρίνεια στην ασθενή τι είναι ρεαλιστικό και εφικτό και τι όχι. Ενδεικτικά, θέματα που χρειάζονται διευκρίνιση είναι:

- Η ρυτιδοπλαστική εξασφαλίζει την απομάκρυνση της χαλάρωσης και τη διάταση του δέρματος και των μυών του προσώπου. Εξαφανίζει ή βελτιώνει τις ρυτίδες και τις αυλακώσεις του προσώπου. Δεν αλλάζει την υφή και τη χροιά του δέρματος.
- Η ρυτιδοπλαστική επαναφέρει πράγματι την όψη του προσώπου σε προγενέστερη ηλικία. Ο γιατρός όμως δεν μπορεί να προκαθορίσει σε ποια

ηλικία γιατί αυτό εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων την επίδραση των οποίων δεν μπορεί να προβλέψει.

- Είναι πιθανό, μαζί με τη ρυτιδοπλαστική, να απαιτηθούν πρόσθετες παρεμβάσεις προκειμένου να μεγιστοποιηθεί το όφελος. Τέτοιες παρεμβάσεις είναι η βλεφαροπλαστική, η δερμοαπόξεση των χειλέων, η ανανέωση του δέρματος του προσώπου με τη βοήθεια λέιζερ, χημικού πήλινγ ή δερμοαπόξεσης, η εμφύτευση ουσιών όπως είναι το υαλουρονικό οξύ και το κολλαγόνο, η χρήση αλλαντικής τοξίνης (Botox, Dyspersa) ή ακόμη αισθητικές παρεμβάσεις (μάσκες ανανέωσης, κρέμες, μακιγιάζ, αλλαγή χτενίσματος και χρώματος μαλλιών κλπ).
- Οι παλιές, βαθιές, έντονες ρυτίδες και αύλακες του προσώπου θα βελτιωθούν αλλά μπορεί να μην εξαφανιστούν με τη ρυτιδοπλαστική. Στην περίπτωση αυτή είναι πιθανό να απαιτηθούν πρόσθετες παρεμβάσεις.
- Η ρυτιδοπλαστική δεν αναστέλλει τη διαδικασία του γηρασμού και επομένως η ανανέωση που επιτυγχάνει μειώνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Παρότι, αποδεδειγμένα, ασκεί ευνοϊκές επιδράσεις ακόμη και πολλά χρόνια μετά την επέμβαση, η ανανέωση που επιτυγχάνει διατηρείται ικανοποιητικά για 7-10 χρόνια κατά μέσο όρο. Είναι επομένως πιθανό να απαιτηθεί επανάληψη της ολικής ρυτιδοπλαστικής ή μικρή ρυτιδοπλαστική, σε χρόνο που εξαρτάται από ποικιλία παραγόντων μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η ηλικία, οι επαγγελματικές δραστηριότητες (ηθοποιοί, τραγουδιστές, δημόσια πρόσωπα), η ποιότητα του δέρματος, οι κληρονομικές καταβολές, η ψυχική διάθεση (κατάθλιψη, νευρώσεις) και οι συνθήκες διαβίωσης.



Ο πλαστικός χειρουργός θα συνεκτιμήσει όλα τα δεδομένα και μετά τις παραπάνω διευκρινίσεις θα προτείνει την ενδεδειγμένη, σε κάθε περίπτωση, επέμβαση που μπορεί να είναι:

- Ολική ρυτιδοπλαστική αν η χάλαση του δέρματος επεκτείνεται σε ολόκληρο το πρόσωπο. Είναι πιθανό να συνδυαστεί με λιποαναρρόφηση των παρειών και του τραχήλου, αν υπάρχει συγκέντρωση λίπους, με βλεφαροπλαστική, αν συνυπάρχει χάλαση των βλεφάρων ή με δερμοαπόξεση των χειλιών αν υπάρχουν περιστοματικές ρυτίδες.
- Μερική ρυτιδοπλαστική παρειών και τραχήλου αν η χάλαση του δέρματος εντοπίζεται κυρίως στις παρειές και στον τράχηλο. Είναι πιθανό να συνδυαστεί με λιποαναρρόφηση παρειών και τραχήλου, με βλεφαροπλαστική ή με δερμοαπόξεση των χειλιών.

- Μερική ρυτιδοπλαστική του μετώπου αν η χάλαση του δέρματος εντοπίζεται στο μέτωπο. Είναι πιθανό να συνδυαστεί με βλεφαροπλαστική.
- Μικρή ρυτιδοπλαστική σε περιπτώσεις περιορισμένης χάλασης των παρειών και του τραχήλου, σε περιπτώσεις προηγούμενης ρυτιδοπλαστικής ή σε περιπτώσεις που η ολική ή η μερική ρυτιδοπλαστική δεν ενδείκνυται λόγω μεγάλης ηλικίας ή προβλημάτων υγείας. Είναι πιθανό να συνδυαστεί με λιποαναρρόφηση του τραχήλου, με βλεφαροπλαστική ή με δερμοαπόξεση των χειλιών.

Καλό είναι, όλα τα παραπάνω να καταγραφούν σε ένα είδος ιατρικού συμφωνητικού που θα υπογραφεί από το γιατρό και την ασθενή για αμφοτερόπλευρη εξασφάλιση και πρόληψη πιθανών παρεξηγήσεων.

Προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος:

Ο βασικός προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος
- Ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ψευδοχοληστεράση ορού
- Βασικός αντιπηκτικός έλεγχος
- Ακτινογραφία θώρακος
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ο βασικός προεγχειρητικός κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Καρδιολογική εκτίμηση
- Αναισθησιολογική εκτίμηση

Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.

Προεγχειρητικά μέτρα:

- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης, αντιπηκτικών φαρμάκων, αντισυληπτικών και βιταμίνης Ε μία εβδομάδα πριν από την επέμβαση. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Διακοπή καπνίσματος 2 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.
- Επιλογή οικείου προσώπου για συμπαράσταση κατά τα πρώτα 2-3 24ωρα μετά την επέμβαση
- Επιλογή και προετοιμασία του κατάλληλου χώρου για τη μετεγχειρητική ανάρρωση.
- Προμήθεια των απαιτούμενων φαρμάκων και υλικών (ειδικός πιεστικός επίδεσμος προσώπου, επίδεσμοι, γάζες) μετά από συνεννόηση με το γιατρό.
- Καλό λούσιμο το προηγούμενο βράδυ
- Αφαίρεση κάθε είδους μακιγιάζ και αποφυγή χρήσης λάκ.
- Αποφυγή λήψης νερού και τροφής τουλάχιστον 6 ώρες πριν από την επέμβαση.



Τεχνική της επέμβασης:

Η ρυτιδοπλαστική βασίζεται στην αποκόλληση του χαλαρωμένου δέρματος του προσώπου, στη διάτασή του, στην αφαίρεση του τμήματος που περισσεύει και στην καθήλωση του υπολοίπου σε υψηλότερα σημεία.

Στις περιπτώσεις προχωρημένης χαλάρωσης δεν αρκεί η «ανάρτηση» μόνο του δέρματος αλλά επιβάλλεται η επανατοποθέτηση βαθύτερων ανατομικών στοιχείων όπως είναι το επιπολής μυοαπονευρωτικό σύστημα (SMAS).

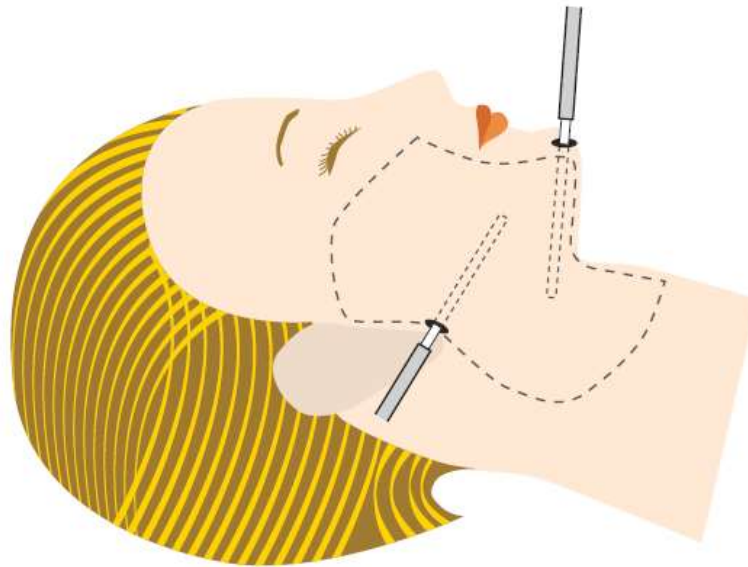
Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται το **υποπεριστικό λίφτινγκ** στο οποίο η αποκόλληση γίνεται ακόμη βαθύτερα, κάτω από το περίσσειο των οστών του προσώπου με τη βοήθεια ειδικών ενδοσκοπικών χειρουργικών εργαλείων, που περιορίζουν τις τομές του δέρματος και τις κακώσεις των ιστών στο ελάχιστο.



Ολική Ρυτιδοπλαστική.

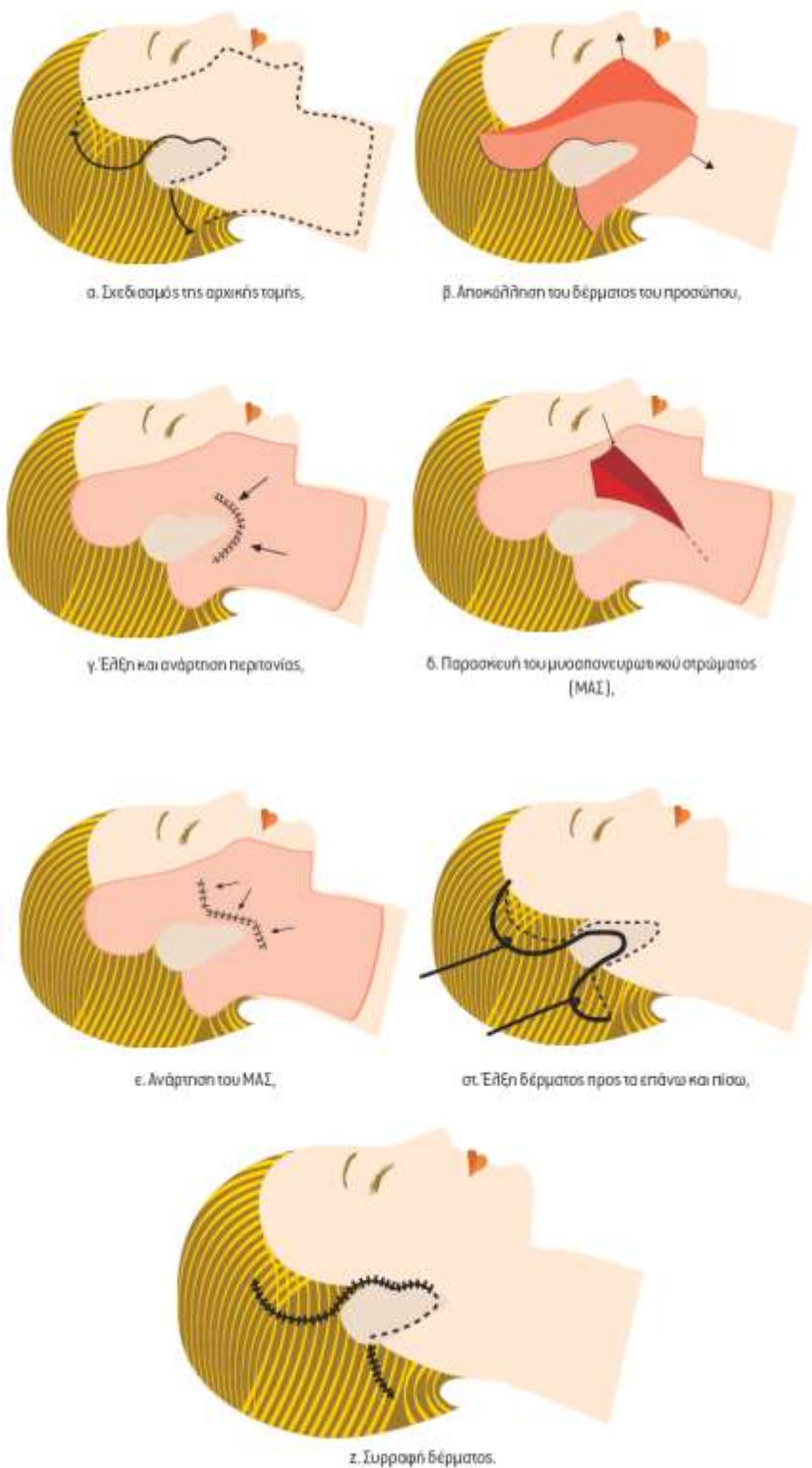
Ολική ρυτιδοπλαστική είναι η πλαστική όλων των ανατομικών ζωνών του προσώπου και επομένως περιλαμβάνει τη ρυτιδοπλαστική του τραχήλου, των παρειών, των κροτάφων και του μετώπου. Η μερική ρυτιδοπλαστική του τραχήλου, των παρειών, των κροτάφων και του μετώπου εκτελείται με την ίδια ακριβώς τεχνική. Απλώς περιορίζεται στη συγκεκριμένη ανατομική ζώνη. Για το λόγο αυτό περιγράφεται αναλυτικά μόνο η ολική και όχι οι επιμέρους ρυτιδοπλαστικές του προσώπου.

Μετά την έγχυση διαλύματος φυσιολογικού ορού, τοπικού αναισθητικού και αδρεναλίνης κάτω από το δέρμα των κροτάφων, των παρειών και του τραχήλου, ακολουθεί λιποαναρρόφηση, με λεπτή κάνουλα, κατά την οποία αναρροφάται το πλεονάζον λίπος στον λαιμό και στις παρειές, πάνω από τις ρινοπαρειακές αύλακες. Το στάδιο αυτό είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό σε άτομα παχύσαρκα με συσσώρευση λίπους στις περιοχές αυτές (έντονα μήλα, διπλοσάγονο) ενώ μπορεί να παραληφθεί σε λεπτά άτομα χωρίς ιδιαίτερη συγκέντρωση λίπους.



Εικόνα 1: Λιποαναρρόφηση προσώπου

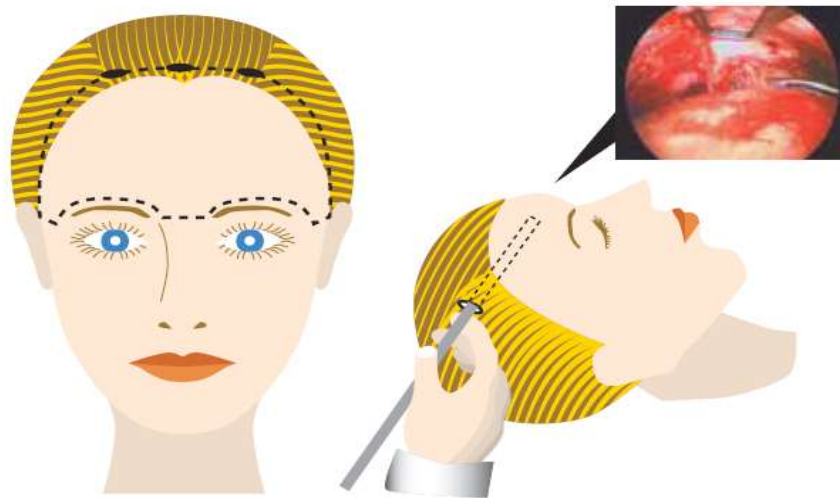
Με τη βοήθεια αποστειρωμένης μεταλλικής χτένας και μαρκαδόρου σχεδιάζεται η τομή που ξεκινά από τον κρόταφο 5-6 εκ πάνω από το αυτί και 5-6 εκ πίσω από το όριο των τριχών, διέρχεται σταδιακά μπροστά από το άνω τριτημόριο του πτερυγίου, πίσω από τον τράγο, γύρω από τη βάση του λοβίου και πίσω από το πτερύγιο και καταλήγει στα μαλλιά του αυχένα σε βάθος 3-4 εκ. Μέσω της τομής αυτής αποκολλάται το δέρμα από τους υποκείμενους ιστούς σε περιοχή που αφορίζεται από το αυτί, τον κρόταφο, τη γωνία του ματιού, την ρινοπαρειακή αύλακα και τη μέση γραμμή του τραχήλου και περιλαμβάνει το σύνολο του προσώπου, εκτός από τα μάτια, τη μύτη, το στόμα και το πηγούνι.



Εικόνα3: Τεχνική ρυτιδοπλαστικής παρειών και τραχήλου: α Σχεδιασμός της αρχικής τομής, β Αποκόλληση του δέρματος του προσώπου, γ Έλξη και ανάρτηση περιτονίας, δ Παρασκευή του μυοσπονευρωτικού στρώματος (ΜΑΣ), ε Ανάρτηση του ΜΑΣ, στ Έλξη δέρματος προς τα επάνω και πίσω, ζ Συρραφή δέρματος.

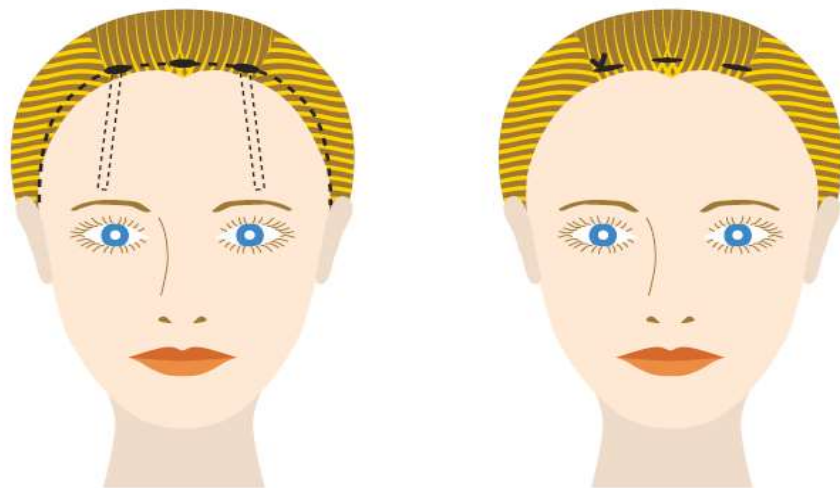
Ακολουθεί η έλξη και ανάρτηση των εσωτερικών στρωμάτων του προσώπου. Αν η χαλάρωση του δέρματος στον τράχηλο είναι περιορισμένη αρκεί η αναδίπλωση του εσωτερικού μυοαπονευρωτικού στρώματος και η ανάρτησή του υψηλότερα, μπροστά και πίσω από το αυτί, με εσωτερικά απορροφήσιμα ράμματα. Στις περιπτώσεις σοβαρής χαλάρωσης του τραχήλου, που σχηματίζει χορδή, εντοπίζεται το εσωτερικό μυοαπονευρωτικό στρώμα (SMAS), παρασκευάζεται προσεκτικά, αποκολλάται από τα βαθύτερα στρώματα, διαχωρίζεται μερικά και ράβεται υψηλότερα μπροστά και πίσω από το αυτί, με παρόμοια ράμματα.

Έλκεται το δέρμα προς τα πίσω και πάνω, από δύο σημεία εμπρός και πίσω από το αυτί, υπολογίζεται και αποκόβεται το τμήμα που περισσεύει και το υπόλοιπο ράβεται με ελαφρά τάση, κατά μήκος της αρχικής τομής, αφού προηγουμένως τοποθετηθούν δύο λεπτοί σωλήνες παροχέτευσης κενού.



α. Περιοχή αποκόλλησης,

β. Εισαγωγή ενδοσκοπίου και αποκόλληση δέρματος,



γ. Ανάρτηση δέρματος με εσωτερικά ράμματα,

δ. Συρραφή δέρματος.

Εικόνα 4: Ενδοσκοπική ρυτιδοπλαστική του μετώπου. α. περιοχή αποκόλλησης, β Εισαγωγή ενδοσκοπίου και αποκόλληση δέρματος, γ Ανάρτηση δέρματος με εσωτερικά ράμματα, δ Συρραφή δέρματος.

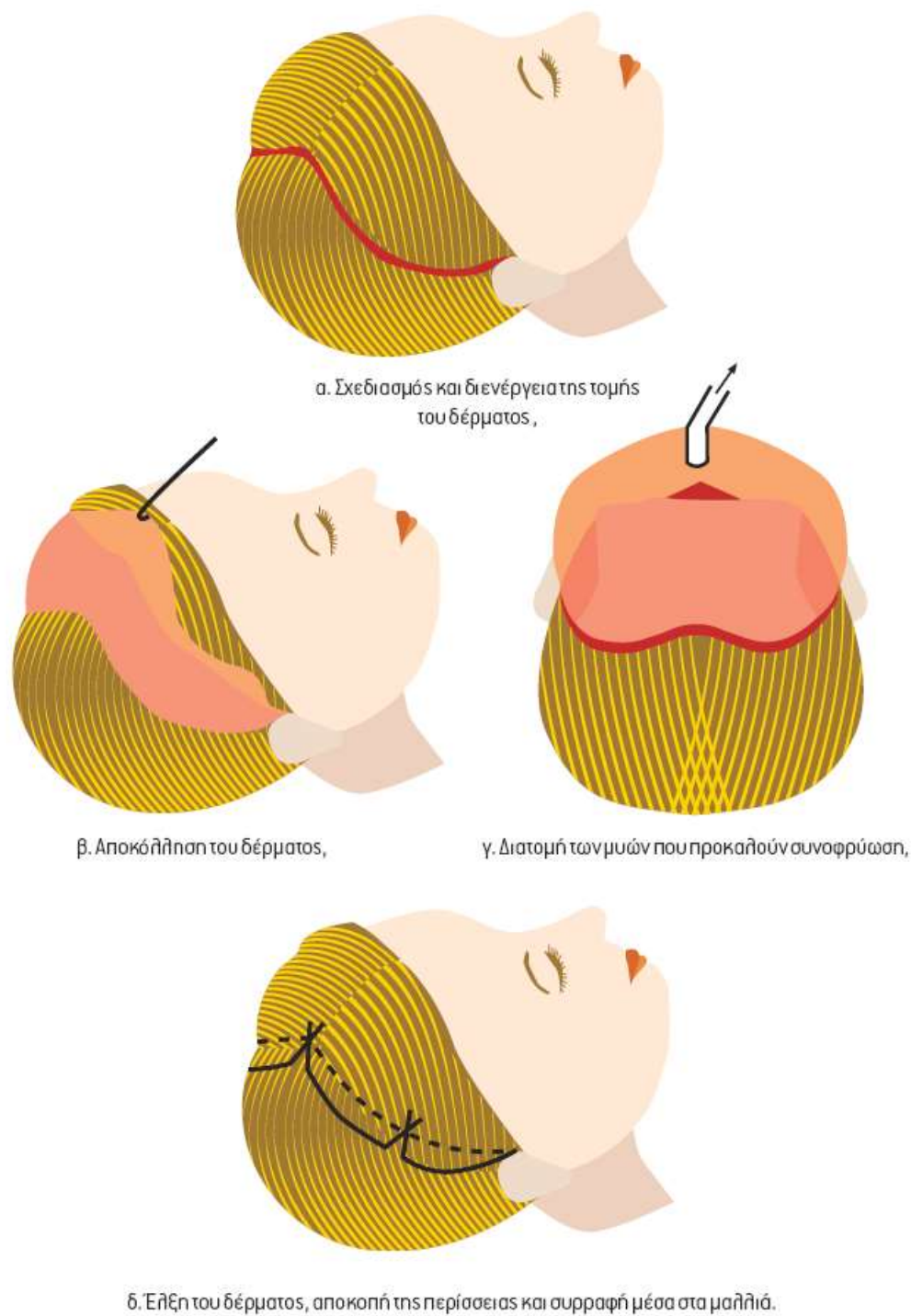
Εάν το δέρμα του μετώπου είναι σε καλή κατάσταση και η πτώση των φρυδιών είναι ελάχιστη η επέμβαση τερματίζεται στο σημείο αυτό, έχοντας ολοκληρώσει μια **βασική ρυτιδοπλαστική** ή ένα βασικό λίφτινγκ. Στην αντίθετη περίπτωση το χειρουργικό πεδίο μεταφέρεται στο μέτωπο όπου, ανάλογα με το βαθμό της χαλάρωσης, την ηλικία και τον βαθμό πτώσης των φρυδιών, επιλέγεται η ενδεδειγμένη μέθοδος. Σε νέα άτομα, με περιορισμένη χαλάρωση του δέρματος του μετώπου και μικρή ή μέτρια πτώση των φρυδιών, επιλέγεται η ενδοσκοπική ρυτιδοπλαστική του μετώπου. Αντίθετα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με σοβαρή πτώση των φρυδιών και μεγάλη χαλάρωση του μετώπου, που δεν αντιμετωπίζεται χωρίς αφαίρεση δέρματος, επιλέγεται η ανοικτή ρυτιδοπλαστική του μετώπου.

Ενδοσκοπική ρυτιδοπλαστική του μετώπου: Η περιοχή του μετώπου προετοιμάζεται με έγχυση διαλύματος φυσιολογικού ορού, τοπικού αναισθητικού και αδρεναλίνης.

Η επέμβαση πραγματοποιείται με τη βοήθεια γωνιακού ενδοσκοπίου συνδεδεμένου σε κάμερα που εισάγεται κάτω από το δέρμα από 3 μικρές τομές μήκους 2-3 εκ, 2 εκ πίσω από το όριο των τριχών της κεφαλής, μία στη μέση του μετώπου και δύο στην προέκταση του τέλους των φρυδιών. Το δέρμα αποκολλάται με ειδικά εργαλεία, σε όλη την έκταση του μετώπου, πάνω στην κροταφική περιτονία, στους κροτάφους και κάτω από το περίοστεο στο οστό του μετώπου, μέχρι το χείλος του οφθαλμικού κόγχου. Αν απαιτείται, διατέμνονται οι μύες που προκαλούν κάθετες αυλακώσεις στο μεσόφρυο (επισκύνιοι και πυραμοειδής). Οι ουρές των φρυδιών έλκονται εσωτερικά προς τα επάνω με ειδικό ράμμα και αναρτώνται στην περιτονία του κρανίου, κοντά στις αρχικές τομές του δέρματος. Αφαιρείται μικρό τμήμα δέρματος που περισσεύει και οι τομές ράβονται με χειρουργικά κλίπς.

Ανοικτή ρυτιδοπλαστική του μετώπου: Η περιοχή του μετώπου προετοιμάζεται με έγχυση διαλύματος φυσιολογικού ορού, τοπικού αναισθητικού και αδρεναλίνης.

Σχεδιάζεται στεφανιαία τομή που εκτείνεται από τον ένα κρόταφο στον άλλο σε σχήμα «στέκας» και σε βάθος 7 εκ από το όριο των τριχών του μετώπου. Το δέρμα του μετώπου αποκολλάται μέχρι το χείλος των οφθαλμικών κόγχων. Διατέμνονται οι μύες που προκαλούν κάθετες αυλακώσεις στο μεσόφρυο (επισκύνιοι και πυραμοειδής). Οι ουρές των φρυδιών έλκονται εσωτερικά με ειδικό ράμμα και αναρτώνται κοντά στο νέο όριο των τριχών, στην επικράνια απονεύρωση και το περίοστεο. Το δέρμα του μετώπου έλκεται προς τα επάνω, αποκόπτεται το τμήμα που περισσεύει και το υπόλοιπο ράβεται με χειρουργικά κλίπς κατά μήκος της αρχικής τομής υπό τάση.



Εικόνα 5: Άνοιξη ρυτιδοπλαστική του προσώπου: α Σχεδιασμός και διενέργεια της τομής του δέρματος, β Αποκόλληση του δέρματος, γ Διατομή των μυών που προκαλούν συνοφρύωση, δ Έλξη του δέρματος, αποκοπή της περίσσειας και συρραφή μέσα στα μαλλιά.

Με το τέλος της ρυτιδοπλαστικής του μετώπου η ολική ρυτιδοπλαστική ολοκληρώνεται. Αν απαιτούνται πρόσθετες επεμβάσεις στα βλέφαρα, στο στόμα ή στον τράχηλο, εκτελούνται στη φάση αυτή.

Το πρόσωπο τυλίγεται με γάζες και ελαστικό επίδεσμο, υπό ελαφρά πίεση και με τέτοιο τρόπο ώστε να παραμένουν ελεύθερα τα μάτια, η μύτη και το στόμα.

Μετεγχειρητική πορεία:

- Ελάχιστος ή υποφερτός πόνος ,κυρίως κατά το πρώτο 24ωρο, που ελέγχεται με παυσίπονα.
- Οίδημα του προσώπου που ξεκινά το 1^ο 24ωρο, κορυφώνεται το 2^ο και υποχωρεί, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό, στο 4^ο-5^ο 24ωρο. Είναι δυνατό να συνυπάρχουν εκχυμώσεις. Μικρό ποσοστό του οιδήματος παραμένει και υποχωρεί σταδιακά μέχρι την 20^η-30^η ημέρα.
- Λήψη αντιβιοτικού για 8 ημέρες. Λήψη αποιδηματικών ή αντιφλεγμονοδών φαρμάκων, αν ο γιατρός το κρίνει απαραίτητο.
- Ελαστικός, πιεστικός επίδεσμος αρχικά και ειδικός επίδεσμος για ρυτιδοπλαστική που πιέζει τις παρειές, το μέτωπο και τον τράχηλο αφήνοντας ελεύθερα τη μύτη, το στόμα και τα μάτια, μετά το 1^ο 24ωρο, για 10 ημέρες.



Εικόνα 6: Επίδεση προσώπου μετά από ρυτιδοπλαστική. α 1ο 24ωρο, β επόμενες 10 ημέρες

- Κρύες κομπρέσες στις παρειές και στα βλέφαρα κατά τα δύο πρώτα 24ωρα περιορίζουν σημαντικά το οίδημα και το αίσθημα τάσης.
- Εφαρμογή αντισηπτικού, της επιλογής του γιατρού, κατά μήκος της τομής με τα ράμματα, τις πρώτες 3 ημέρες.
- Αποφυγή λήψης σκληρής τροφής τις πρώτες 2-3 ημέρες.
- Αποφυγή ύπνου στα πλάγια, έντονου γέλιου και εκφράσεων του προσώπου για 7 ημέρες μετά την επέμβαση.
- Αποφυγή βαφής και περμανάντ για 15 ημέρες μετά την επέμβαση.
- Λούσιμο μετά την 3^η ημέρα και ελαφρύ χτένισμα με τα χέρια ή προσεχτικά με βούρτσα.
- 1^η αλλαγή την επόμενη της επέμβασης, οπότε αφαιρούνται συνήθως και οι παροχετεύσεις. 2^η αλλαγή το 3^ο 24ωρο και επόμενη το 7^ο οπότε συνήθως αφαιρούνται τα ράμματα μπροστά από τα αυτιά. Τα υπόλοιπα ράμματα, στα μαλλιά, αφαιρούνται κατά την 10^η-14^η ημέρα.

- Εκτίμηση της μετεγχειρητικής πορείας από το γιατρό σε 1, 6 και 12 μήνες.

Επιπλοκές

Στις επιπλοκές της ρυτιδοπλαστικής περιλαμβάνονται

- Επιπλοκές από την αναισθησία
- Αιμάτωμα

Στις σπανιότερες επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Νέκρωση δέρματος
- Βλάβη του προσωπικού ή του οπισθοωτιαίου νεύρου

Στις αισθητικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Ασυμμετρία του προσώπου
- Ατελής εκτομή της περίσσειας του χαλαρωμένου δέρματος
- Υπερδιάταση του δέρματος του προσώπου
- Κολλημένα λοβία στις παρειές
- Απώλεια τριχών κυρίως στις κροταφικές χώρες
- Υπερτροφικές ουλές

Παραλλαγές ρυτιδοπλαστικής

Υποπεριστική ρυτιδοπλαστική :

Συνίσταται στην αποκόλληση του περιοστέου του μετώπου, των γνάθων και των ζυγωματικών οστών και την ανάρτηση των ιστών του προσώπου υψηλότερα. Η επέμβαση πραγματοποιείται με ενδοσκοπική κάμερα συνδεδεμένη σε οθόνη και ειδικά ενδοσκοπικά εργαλεία. Στο μέτωπο το ενδοσκόπιο εισάγεται από 3 τομές μήκους 2 εκ, 2εκ πίσω από το όριο των τριχών. Όλο το δέρμα του μετώπου μέχρι το χείλος του κόγχου και το επάνω τμήμα των ζυγωματικών οστών αποκολλάται κάτω από το περίοστέο. Διατέμνονται οι μύες του μεσοφρύου.

Στις παρειές η αποκόλληση του περιοστέου γίνεται από μικρή τομή μπροστά από τον 1^ο προγόμφιο, στην άνω γνάθο. Αποκολλάται το περίοστέο των ζυγωματικών και της άνω γνάθου μέχρι το κάτω χείλος των κόγχων. Οι γωνίες του στόματος και οι παρειές αναρτώνται με ειδικά ράμματα στα ζυγωματικά και στο κάτω χείλος των κόγχων.

Η ιδέα της τεχνικής είναι εντυπωσιακή. Εντούτοις στην πράξη δεν επιτυγχάνονται τα αναμενόμενα αποτελέσματα ενώ οι επιπλοκές δεν είναι σπάνιες. Σε κάθε περίπτωση δεν συνιστάται σε άτομα με σοβαρή χαλάρωση, εκτός αν συνδυαστεί με βασική ρυτιδοπλαστική των παρειών και του τραχήλου, οπότε επιμηκύνεται η διάρκεια και αυξάνεται η βαρύτητα της επέμβασης. Στο μέτωπο πάντως τα αποτελέσματα είναι καλύτερα και οι επιπλοκές σπανιότερες.

Μικρή ρυτιδοπλαστική:

Στη μικρή ρυτιδοπλαστική αποκολλάται το δέρμα των παρειών και του τραχήλου σε μικρή ζώνη μπροστά και πίσω από το αυτί. Κατά κανόνα εκτελείται με τοπική αναισθησία που μπορεί να συνδυαστεί με μέθη.

Μετά την έγχυση διαλύματος φυσιολογικού ορού, τοπικού αναισθητικού και αδρεναλίνης κάτω από το δέρμα των παρειών και του τραχήλου, ακολουθεί λιποαναρρόφηση, με λεπτή κάνουλα, κατά την οποία αναρροφάται το πλεονάζον λίπος στον λαιμό και στις παρειές.

Σχεδιάζεται η τομή που ξεκινά στον κρόταφο, λίγα εκατοστά πάνω από το αυτί, διέρχεται σταδιακά μπροστά από το άνω τριτημόριο του πτερυγίου, πίσω από τον τράγο, γύρω από τη βάση του λοβίου και πίσω από το πτερύγιο και καταλήγει στα μαλλιά του αυχένα σε βάθος 3-4 εκ. Μέσω της τομής αυτής αποκολλάται το δέρμα από τους υποκείμενους ιστούς σε μια ζώνη φάρδους 6-7 εκατοστών γύρω από το αυτί.

Ακολουθεί η έλξη και ανάρτηση των εσωτερικών στρωμάτων του προσώπου με την αναδίπλωση του εσωτερικού μυοαπονευρωτικού στρώματος και την ανάρτησή του υψηλότερα, μπροστά και πίσω από το αυτί, με εσωτερικά απορροφήσιμα ράμματα.

Έλκεται το δέρμα προς τα πίσω και άνω, από δύο σημεία εμπρός και πίσω από το αυτί, υπολογίζεται και αποκόβεται το τμήμα που περισσεύει και το υπόλοιπο ράβεται με τάση, κατά μήκος της αρχικής τομής.

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



I: Ρυτιδοπλαστική παρειών και τραχήλου με βλεφαροπλαστική.



II: Ρυτιδοπλαστική παρειών και τραχήλου με βλεφαροπλαστική.



III: Ρυτιδοπλαστική παρειών και τραχήλου με βλεφαροπλαστική.



IV: Ρυτιδοπλαστική παρειών και τραχήλου με βλεφαροπλαστική και δερμοαπόξεση χειλέων.



V: Ρυτιδοπλαστική παρειών και τραχήλου με βλεφαροπλαστική.



Βλεφαροπλαστική

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Τοπική. Γενική ή μέθη σε υπερευαίσθητα άτομα
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: Ολική βλεφαροπλαστική 1-2 ώρες
Μερική βλεφαροπλαστική άνω ή κάτω βλεφάρων ½-1 ώρα
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Δεν απαιτείται όταν εκτελείται με τοπική αναισθησία.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 1 ημέρα
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: 4 ημέρες
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά από 3-4 ώρες
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 5η ημέρα
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά το 10 24ωρο με γυαλιά. Μετά το 4^ο 24ωρο χωρίς γυαλιά
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΞΗ: Δεν απαιτείται. Κρύες κομπρέσες κατά το 1^ο 24ωρο.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 1 μήνα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Λεπτή, τοξοειδής ουλή στο άνω βλέφαρο, αόρατη με ανοιχτά μάτια και ελάχιστα ορατή με κλειστά. Λεπτή δυσδιάκριτη ουλή κάτω από τις βλεφαρίδες των κάτω βλεφάρων. Κατά κανόνα οι ουλές εξαφανίζονται πλήρως σε 3-4 μήνες.

Βλεφαροπλαστική είναι η χειρουργική αφαίρεση της περίσσειας του χαλαρωμένου δέρματος των βλεφάρων και του ενδοκογχικού λίπους.

Στην αγγλική γλώσσα η βλεφαροπλαστική αποδίδεται με τους όρους **blepharoplasty και eyelid surgery.**

Ολική βλεφαροπλαστική είναι η βλεφαροπλαστική των άνω και κάτω βλεφάρων.

Μερική βλεφαροπλαστική είναι η βλεφαροπλαστική των άνω ή των κάτω βλεφάρων.

Στόχοι

Με την βλεφαροπλαστική επιτυγχάνεται:

- Αφαίρεση της περίσσειας του χαλαρού δέρματος των βλεφάρων.
- Αφαίρεση της προβολής του ενδοκογχικού λίπους (σακούλες) στα κάτω βλέφαρα.
- Αφαίρεση ογκιδίων και στιγμάτων (ξανθελάσματα, αδενώματα, πανάδες κλπ)
- Διόρθωση της εκτροφής του κάτω βλεφάρου (γεροντικό εκτρόπιο)
- Σύσφιξη των μυών των βλεφάρων.
- Απόσβεση των ρυτίδων στις έξω γωνίες των ματιών (πόδι χήνας).
- Αλλαγή του σχήματος και της φοράς των βλεφαρικών σχισμών.
- Επαναφορά της όψης του προσώπου σε προγενέστερη ηλικία.

Η βλεφαροπλαστική επαναφέρει την όψη του προσώπου σε προγενέστερη ηλικία. Εξαλείφει την έκφραση θλίψης και κούρασης, βελτιώνει τους μαύρους κύκλους των ματιών και βελτιώνει την όραση, που στις βαριές περιπτώσεις, παρεμποδίζεται.

Η επαναφορά εντούτοις είναι εντοπισμένη και αφορά συγκεκριμένη ανατομική ζώνη και όχι το σύνολο του προσώπου. Ο βαθμός της επαναφοράς εξαρτάται από τη δεξιοτεχνία του πλαστικού χειρουργού αλλά και από μια σειρά άλλων παραγόντων όπως η ηλικία, το βάρος του σώματος, ο τύπος του δέρματος, η

ψυχική διάθεση, η κληρονομικότητα, οι συνθήκες διαβίωσης και η γενική κατάσταση της υγείας.

Είναι καλή επιλογή στις περιπτώσεις εντοπισμένης χαλάρωσης των βλεφάρων. Στις περιπτώσεις εκτεταμένης χαλάρωσης του συνόλου του προσώπου πρέπει να συνοδεύεται από ρυτιδοπλαστική.

Αντενδείξεις

- Βαριές, μη ελεγχόμενες πνευμονικές, καρδιακές, νεφρικές ή ορμονικές παθήσεις.
- Ανεξέλεγκτη υπέρταση και αρρυθμιστος διαβήτης.
- Ανωμαλίες πήξεως του αίματος
- Σοβαρή ψυχιατρική πάθηση
- Ψυχολογική αστάθεια, με υπέρμετρες απαιτήσεις και προσδοκίες επίλυσης άλλων προβλημάτων μέσω της επέμβασης.

Διαδικασία βλεφαροπλαστικής

Στην πρώτη επίσκεψη η ασθενής πρέπει να εκθέσει στο γιατρό, με κάθε λεπτομέρεια, το πρόβλημά της. Οφείλει να υποδείξει τα σημεία των βλεφάρων της που, κατά τη γνώμη της, είναι προβληματικά και την ενοχλούν και ακόμη πως και πόσο φαντάζεται ότι μπορούν να διορθωθούν.

Ο γιατρός θα εξετάσει επιμελώς τη γυναίκα προκειμένου να διαπιστώσει την έκταση της χαλάρωσης του δέρματος και των υποδόριων στοιχείων. Θα εκτιμήσει την υφή και την ελαστικότητα του δέρματος, τη γενική κατάσταση της υγείας, την προσωπικότητα και την ψυχική σταθερότητα της ασθενούς και θα προσπαθήσει να μαντέψει τους στόχους και τις προσδοκίες της.

Στο σημείο αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Η ασθενής πρέπει να εξηγήσει με σαφήνεια στο γιατρό τι επιδιώκει και τι αναμένει από τη συγκεκριμένη επέμβαση και ο γιατρός οφείλει να εξηγήσει με ειλικρίνεια στην ασθενή τι είναι ρεαλιστικό και εφικτό και τι όχι. Μερικά θέματα που χρειάζονται διευκρίνιση είναι:

- Η βλεφαροπλαστική εξασφαλίζει την απομάκρυνση της χαλάρωσης και του λίπους και τη διάταση του δέρματος των βλεφάρων. Εξαφανίζει ή βελτιώνει τις ρυτίδες στις γωνίες των ματιών και αφαιρεί ξανθελάσματα, στίγματα και πανάδες. Δεν αλλάζει την υφή και τη χροιά του δέρματος των βλεφάρων.
- Η βλεφαροπλαστική επαναφέρει την όψη του προσώπου σε προγενέστερη ηλικία. Ο γιατρός όμως δεν μπορεί να προκαθορίσει σε ποια ηλικία γιατί αυτό εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων την επίδραση των οποίων δεν μπορεί να προβλέψει.
- Είναι πιθανό, μαζί με τη βλεφαροπλαστική, να απαιτηθούν πρόσθετες παρεμβάσεις προκειμένου να μεγιστοποιηθεί το αποτέλεσμα. Τέτοιες παρεμβάσεις είναι η ρυτιδοπλαστική, η ανανέωση του δέρματος των βλεφάρων με λέιζερ, η εμφύτευση ουσιών όπως είναι το υαλουρονικό οξύ και το κολλαγόνο, η χρήση αλλαντικής τοξίνης (Botox, Dyspersa) ή ακόμη αισθητικές παρεμβάσεις (μάσκες ανανέωσης, κρέμες, μακιγιάζ κλπ).
- Η βλεφαροπλαστική δεν αναστέλλει τη διαδικασία του γηρασμού και επομένως η ανανέωση που επιτυγχάνει μειώνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Παρότι, αποδεδειγμένα, ασκεί ευνοϊκές επιδράσεις ακόμη και πολλά χρόνια μετά την επέμβαση, η ανανέωση που επιτυγχάνει διατηρείται ικανοποιητικά για 7-10 χρόνια κατά μέσο όρο. Είναι επομένως πιθανό να

απαιτηθεί επανάληψη της βλεφαροπλαστικής, σε χρόνο που εξαρτάται από ποικιλία παραγόντων μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η ηλικία, οι επαγγελματικές δραστηριότητες (ηθοποιοί, τραγουδιστές, δημόσια πρόσωπα), η ποιότητα του δέρματος, οι κληρονομικές καταβολές, η ψυχική διάθεση (κατάθλιψη, νευρώσεις) και οι συνθήκες διαβίωσης.

Καλό είναι, όλα τα παραπάνω να καταγραφούν σε ένα είδος ιατρικού συμφωνητικού που θα υπογραφεί από το γιατρό και την ασθενή για αμφοτερόπλευρη εξασφάλιση και πρόληψη πιθανών παρεξηγήσεων.



Προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος:

Σε περίπτωση διενέργειας της επέμβασης με γενική αναισθησία επιβάλλεται ο βασικός προεγχειρητικός εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος που περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος
- Ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ψευδοχοληνεστεράση ορού
- Βασικός αντιπηκτικός έλεγχος
- Ακτινογραφία θώρακος
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Καρδιολογική εκτίμηση
- Αναισθησιολογική εκτίμηση

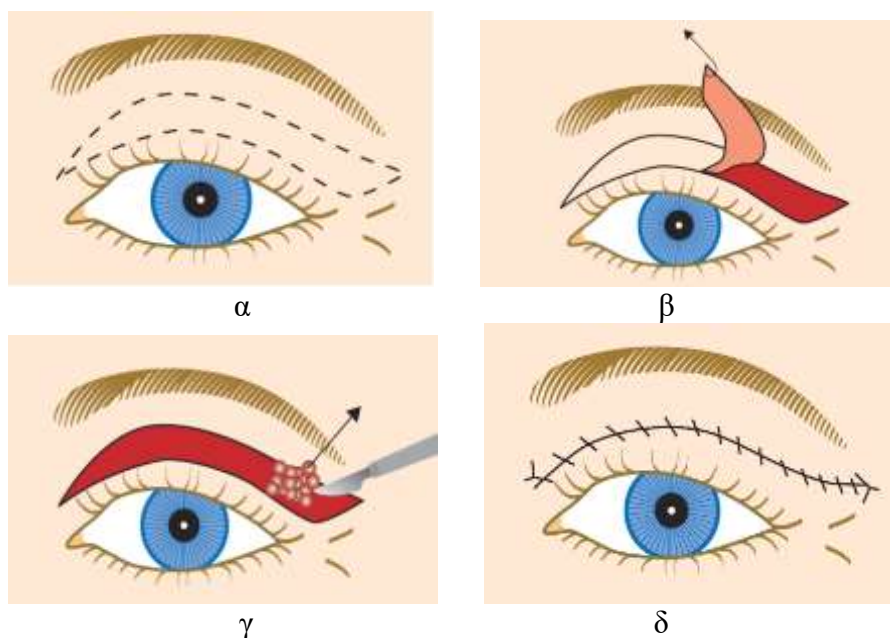
Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.



Στις περιπτώσεις τοπικής αναισθησίας δεν απαιτείται πλήρης προεγχειρητικός έλεγχος. Ηλεκτροκαρδιογράφημα, καρδιολογική εκτίμηση, οφθαλμολογική εξέταση ή μεμονωμένες βιοχημικές εξετάσεις μπορεί να απαιτηθούν σε ειδικές περιπτώσεις.

Προεγχειρητικά μέτρα:

- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων, μία εβδομάδα πριν από την επέμβαση. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Λήψη ηρεμιστικού και αναλγητικού χαπιού, 1-2 ώρες πριν την επέμβαση ,συνιστάται από το γιατρό σε υπερευαίσθητα άτομα, αν η επέμβαση πρόκειται να γίνει με τοπική αναισθησία.
- Αφαίρεση κάθε είδους μακιγιάζ την ημέρα της επέμβασης.
- Αποφυγή λήψης νερού και τροφής τουλάχιστον 6 ώρες πριν από την επέμβαση σε περίπτωση διενέργειας της επέμβασης με γενική αναισθησία ή μέθη.



Εικόνα 1: Τεχνική άνω βλεφαροπλαστικής: α Σχεδιασμός της τομής, β αφαίρεση της περίσσειας του δέρματος, γ Αφαίρεση της περίσσειας του ενδοκογχικού λίπους, δ Συρραφή του δέρματος.

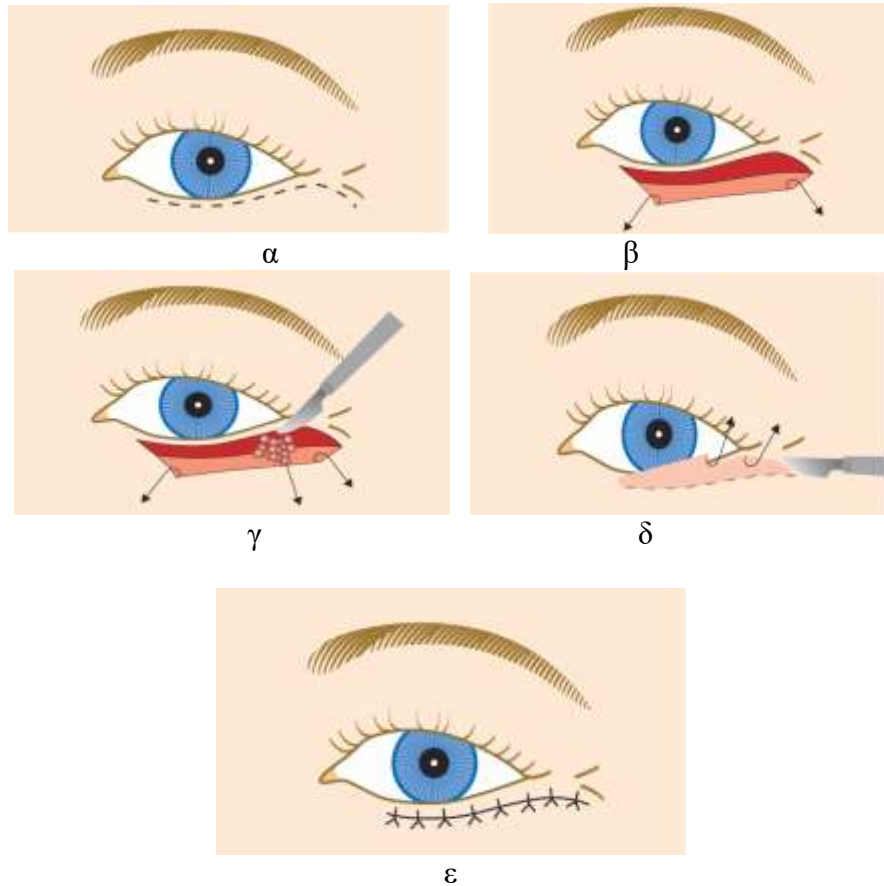
Τεχνική κλασικής βλεφαροπλαστικής:

Μετά την εφαρμογή αντισηπτικού διαλύματος στο πρόσωπο εκτιμάται και σχεδιάζεται με τη βοήθεια ειδικής λαβίδας και λεπτού μαρκαδόρου η περίσσεια του δέρματος των βλεφάρων, η θέση και η έκταση των τομών. Στο άνω βλέφαρο αφαιρείται ατρακτοειδές τμήμα δέρματος σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο ώστε η τελική ραφή να συμπίπτει με την πτυχή του βλεφάρου και τις ρυτίδες της έξω γωνίας του ματιού. Στο κάτω βλέφαρο η τομή σχεδιάζεται 1-2 mm κάτω από τις βλεφαρίδες και επεκτείνεται προς τα έξω, στις ρυτίδες της έξω γωνίας του ματιού.

Ακολουθεί η διενέργεια τοπικής αναισθησίας με λεπτή βελόνα. Η αναισθησία γίνεται τμηματικά σε κάθε ένα από τα 4 βλέφαρα, με τη σειρά που επιλέγει ο γιατρός.

Αφαιρείται το πλεόνασμα του δέρματος και στη συνέχεια το πλεονάζον ενδοκογχικό λίπος, από μικρές τομές στο σφιγκτήρα μυ των βλεφάρων. Συρράπτεται το δέρμα του βλεφάρου με συνεχόμενο λεπτό ράμμα.

Στο κάτω βλέφαρο, μετά τη διάνοιξη του δέρματος στην προσχεδιασμένη θέση, αποκολλάται το δέρμα του βλεφάρου. Στη συνέχεια αφαιρείται το πλεονάζον ενδοκογχικό λίπος με 2-3 μικρές τομές στον σφιγκτήρα μυ.



Εικόνα 2: Τεχνική κάτω βλεφαροπλαστικής: α Σχεδιασμός της τομής, β Αποκόλληση του δέρματος, γ Αφαίρεση της περίσσειας του ενδοκογχικού λίπους, δ Αποκοπή του πλεονάζοντος δέρματος, ε Συρραφή του δέρματος.

Το δέρμα του βλεφάρου έλκεται ελαφρά προς τα άνω και έξω, αποκόπτεται το πλεονάζον τμήμα του και το υπόλοιπο συρράπτεται με λεπτά, χωριστά ράμματα.

Εναλλακτικές τεχνικές βλεφαροπλαστικής:

Βλεφαροπλαστική διαμέσου του επιπεφυκότα: Πρόκειται για βλεφαροπλαστική των κάτω βλεφάρων που διενεργείται με τομή στο εσωτερικό του βλεφάρου και όχι στο δέρμα. Μέσω της τομής αυτής αφαιρείται το πλεονάζον

ενδοκογχικό λίπος. Στη συνέχεια η τομή συρράπτεται με λεπτό απορροφήσιμο ράμμα. Αν είναι αναγκαίο διενεργείται ανανέωση του δέρματος του βλεφάρου με Laser.

Η τεχνική αυτή δεν προκαλεί ορατή μετεγχειρητική ουλή. Είναι αποτελεσματική σε περιπτώσεις μεγάλης συγκέντρωσης ενδοκογχικού λίπους, που προκαλεί έντονες “σακούλες” στα κάτω βλέφαρα, χωρίς ιδιαίτερη χαλάρωση του δέρματος. Αντίθετα δεν ενδείκνυται σε περιπτώσεις σοβαρής χαλάρωσης του δέρματος του βλεφάρου.

Βλεφαροπλαστική σε Ασιάτες: Τα άτομα Ασιατικής καταγωγής εμφανίζουν ανατομικές ιδιαιτερότητες στα βλέφαρα. Διακρίνονται κυρίως από την απουσία βλεφαρικής πτυχής και από τη μεγάλη ποσότητα ενδοκογχικού λίπους στα επάνω βλέφαρα. Εμφανίζουν επίσης επίκανθο, πτυχή δέρματος του επάνω βλεφάρου που καλύπτει τον κανθό.

Η απόσβεση των διαφορών αυτών, με στόχο την προσαρμογή των ματιών στα δυτικά πρότυπα απαιτεί τροποποιημένη τεχνική βλεφαροπλαστικής.

Μετεγχειρητική πορεία:

- Ελάχιστος ή υποφερτός πόνος , κυρίως κατά το πρώτο 24ωρο, που ελέγχεται με παυσίπονα.
- Οίδημα των βλεφάρων που ξεκινά το 1^ο 24ωρο, κορυφώνεται το 2^ο και υποχωρεί, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό, στο 4^ο-5^ο 24ωρο. Είναι πιθανό να συνυπάρχουν εκχυμώσεις. Μικρό ποσοστό του οιδήματος παραμένει και υποχωρεί σταδιακά μέχρι την 10^η-15^η ημέρα.
- Λήψη αποιδηματικών ή αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, αν ο γιατρός το κρίνει απαραίτητο.
- Δεν απαιτείται αντιβίωση , εκτός αν ο γιατρός κρίνει διαφορετικά.
- Σε περίπτωση ερεθισμού των επιπεφυκότων, πιθανό να χρειαστεί κολλύριο.
- Δεν επιτρέπεται η χρήση φακών επαφής κατά τα 4 πρώτα 24ωρα.
- Κρύες κομπρέσες στα βλέφαρα κατά τα δύο πρώτα 24ωρα περιορίζουν σημαντικά το οίδημα και το αίσθημα τάσης.
- Συνιστάται κατάκλιση σε ύπτια θέση, με την κεφαλή υπερυψωμένη κατά τα 2 πρώτα 24ωρα
- Αποφυγή μακιγιάζ για 4-5 ημέρες μετά την επέμβαση.
- Λούσιμο και πλύσιμο του προσώπου μετά την 3^η ημέρα
- Τα ράμματα αφαιρούνται συνήθως με τη συμπλήρωση του 4^{ου} 24ώρου.
- Εκτίμηση της μετεγχειρητικής πορείας από το γιατρό σε 1 μήνα.

Επιπλοκές

Στις επιπλοκές της βλεφαροπλαστικής περιλαμβάνονται

- Επιπλοκές από την αναισθησία.
- Αιμάτωμα βλεφάρων

Στις σπανιότερες επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Εκτρόπιο
- Επιφορά
- Τραυματισμός κερατοειδούς
- Ενόφθαλμος
- Ξηροφθαλμία

Στις αισθητικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Ασυμμετρία των ματιών
- Ατελής εκτομή της περίσσειας του χαλαρωμένου δέρματος
- Υπερβολική εκτομή δέρματος και λαγόφθαλμος
- Υπερτροφικές ουλές



Εναλλακτικές τεχνικές ανανέωσης του προσώπου

Η ρυτιδοπλαστική αποδεδειγμένα αμβλύνει ή εξαλείφει τα σημάδια του γηρασμού με τη διόρθωση της χαλάρωσης του δέρματος και των εσωτερικών μυοαπονευρωτικών στρωμάτων του προσώπου. Δεν επιτυγχάνει όμως πάντοτε την πλήρη εξάλειψη των παλιών, βαθιών ρυτίδων και των αυλάκων του προσώπου. Δεν επηρεάζει επίσης την υφή και τη χροιά της γερασμένης επιδερμίδας. Για να επιτύχουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, είναι συχνά επιβεβλημένη η εφαρμογή συμπληρωματικών μεθόδων ανανέωσης.

Υπάρχουν ακόμη περιπτώσεις που η χειρουργική ρυτιδοπλαστική δεν ενδείκνυται. Τέτοιες περιπτώσεις είναι νέες/οι σχετικά ασθενείς με αρχόμενα σημάδια γηρασμού, ασθενείς μεγάλης ηλικίας, ασθενείς με σοβαρές χρόνιες παθήσεις και άτομα που φοβούνται τη χειρουργική επέμβαση. Στις περιπτώσεις αυτές οι εναλλακτικές τεχνικές ανανέωσης μπορούν να δώσουν λύση.

Ήδη από νωρίς η πλαστική χειρουργική αναζήτησε απλούστερες μεθόδους ανανέωσης του προσώπου και αναγέννησης της επιδερμίδας. Οι έρευνες στράφηκαν σε τρεις κυρίως κατευθύνσεις.

- Στην προσπάθεια ανάρτησης του δέρματος με βιοσυμβατά, ασφαλή υλικά , έτσι ώστε να υπερνικηθεί η δράση της βαρύτητας. Εδώ κατατάσσεται η **ρυτιδοπλαστική με ράμματα**.
- Στην απομάκρυνση του εξωτερικού , γερασμένου στρώματος του δέρματος με τέτοιο τρόπο ώστε να υποχρεωθεί η εσωτερική, βασική στιβάδα να αναπλάσει το δέρμα που αφαιρέθηκε και να το αντικαταστήσει με νέο, απαλλαγμένο από τα σημάδια του γηρασμού. Στην ομάδα αυτή ανήκουν η **ανανέωση με Laser** και η **δερμοαπόξεση**.
- Στην εισαγωγή **εμφυτευμάτων** κάτω από το γερασμένο δέρμα. Τα εμφυτεύματα είναι ουσίες ή υλικά που τοποθετούνται κάτω από το δέρμα ή μέσα σε αυτό και στοχεύουν είτε στην απόσβεση ρυτίδων, αυλάκων ή ελλειμμάτων των υποδόριων στρωμάτων είτε στην τόνωση και ανάδειξη ανατομικών στοιχείων, κυρίως του προσώπου. Μπορεί να είναι **βιολογικά**, να προέρχονται δηλαδή από ζώντες οργανισμούς ή **βιοσυμβατά** δηλαδή χημικές ουσίες αποδεκτές από τον οργανισμό. Τέτοιες ουσίες είναι το **Botox**, το **υαλουρονικό οξύ**, το **κολλαγόνο** κλπ.



1.Ρυτιδοπλαστική με ράμματα

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ :Μέθη ή τοπική
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 1-2 ώρες ανάλογα με τον αριθμό των ραμμάτων.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 2-5 ώρες σε μέθη. 1ώρα σε τοπική αναισθησία.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: Άμεση ανάρρωση.
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Σε 7 ημέρες
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά από 3-4 ώρες
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 15η ημέρα
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά από 2-3 ημέρες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Δεν απαιτείται.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 15 ημέρες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν.

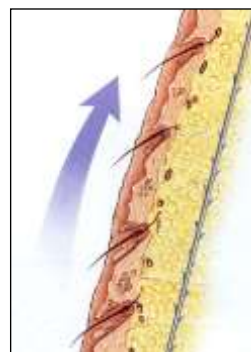
Πρόκειται για νέα τεχνική ανανέωσης του προσώπου που βασίζεται στην ανάρτηση του δέρματος του προσώπου με ειδικά ακανθωτά ράμματα.

Τα ράμματα κατασκευάζονται από καθαρό πολυπροπυλένιο, υλικό που χρησιμοποιείται πολλά χρόνια στην ιατρική. Το μήκος τους είναι 20 εκ για το μέτωπο και 25 εκ για τις παρειές και τον τράχηλο. Είναι ακανθωτά έτσι ώστε, όταν τοποθετηθούν κάτω από το δέρμα, να το συγκρατούν σαν άγκιστρα, σε υψηλότερο σημείο. Τα άκρα των ραμμάτων συνδέονται με βελόνες, μια ευθεία και μια κυρτή, που χρησιμεύουν στην εισαγωγή και στη σταθεροποίησή τους.

Η ρυτιδοπλαστική με ράμματα επιτυγχάνει την ανύψωση των πεσμένων ιστών του μετώπου, των παρειών και του τραχήλου και τον τονισμό της περιμέτρου της κάτω γνάθου. Η ανάρτηση του δέρματος του προσώπου υψηλότερα οδηγεί στην απόσβεση των ρυτίδων και των αυλάκων που οφείλονται στη βαρύτητα και προσδίδει χαρούμενη, ανανεωμένη όψη. Η μέθοδος είναι αποτελεσματική σε ελαφρά ή μέτρια όχι όμως σε προχωρημένη χαλάρωση του προσώπου στην οποία απαιτείται αφαίρεση του πλεονάζοντος δέρματος. Μπορεί ακόμη να χρησιμοποιηθεί στη διόρθωση συγγενών, μετατραυματικών ή μετεγχειρητικών ασυμμετριών του προσώπου.



1



2

Εικόνα 1: Ακανθωτό ράμμα πολυπροπυλενίου με ευθεία και κυρτή βελόνα στα άκρα.

Εικόνα 2: Μηχανισμός υποδόριας ανάρτησης του δέρματος με ακανθωτό ράμμα πολυπροπυλενίου.

Η διάρκεια του αποτελέσματος ποικίλει ανάλογα με την ηλικία, το χρόνο τοποθέτησης, τον τύπο του δέρματος και των αριθμό των ραμμάτων. Κατά μέσο όρο η ανανέωση του προσώπου παραμένει σε καλή κατάσταση για 2-4 χρόνια και σε ικανοποιητική για 5-7 χρόνια. Μετά το διάστημα αυτό είναι δυνατή η αντικατάσταση των παλιών ραμμάτων με νέα.

Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου περιλαμβάνονται:

- η μικρή διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης
- η τοπική αναισθησία. Ενδοφλέβια καταστολή σε υπερευαίσθητα άτομα.
- η απουσία σοβαρών επιπλοκών
- ο μικρός χρόνος ανάρρωσης
- οι ελάχιστες, κριμένες στα μαλλιά μετεγχειρητικές ουλές

Εντούτοις, όπως σε κάθε νέα τεχνική, είναι άγνωστες ακόμη οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της (αντίδραση απόρριψης, φλεγμονή) και η συμπεριφορά των ραμμάτων σε μακροχρόνια βάση. Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι η αδυναμία αφαίρεσης του χαλαρωμένου δέρματος που περισσεύει, ο περιορισμός των εκφράσεων του προσώπου και το σημαντικό κόστος των απαιτούμενων υλικών.

Προεγχειρητικά μέτρα:

- Διακοπή αντιφλεγμονοδών φαρμάκων 2 εβδομάδες πριν την επέμβαση
- Λούσιμο το προηγούμενο βράδυ
- Λήψη ηρεμιστικού και αναλγητικού χαπιού 1-2 ώρες πριν την επέμβαση από υπερευαίσθητα άτομα.

Διαδικασία τοποθέτησης. Στην πρώτη επίσκεψη ο γιατρός θα πάρει ιστορικό της γυναίκας και θα εξετάσει το πρόσωπό της προκειμένου να αποφασίσει για την καταλληλότητα ή όχι της μεθόδου. Στην επίσκεψη αυτή πρέπει να γίνουν κατανοητές όλες οι λεπτομέρειες της τεχνικής και να δοθούν οι δέουσες προεγχειρητικές οδηγίες.



Την ημέρα της επέμβασης ο γιατρός, με την ασθενή σε καθιστή ή όρθια θέση, σημειώνει με λεπτό μαρκαδόρο τα σημεία η ανάρτηση των οποίων θα επιτύχει το καλύτερο αποτέλεσμα. Συνήθως τα σημεία αυτά είναι:

- 2-3 σε κάθε φρύδι
- 4-6 σε κάθε παρειά
- 2-4 σε κάθε πλευρά του λαιμού

Σημειώνεται επίσης η διαδρομή των ραμμάτων. Το πρόσωπο πλένεται με αντισηπτικό διάλυμα και ακολουθεί η τοπική αναισθησία. Η εισαγωγή των ραμμάτων διενεργείται από μικροσκοπικές τομές, σε κάθε πλευρά του προσώπου, λίγα χιλιοστά μέσα στο όριο των μαλλιών στο μέτωπο, λίγο πιο πάνω από το αυτί και πίσω από αυτό. Τα ράμματα εισάγονται από τις τομές με την ευθεία βελόνα και με τεθλασμένη πορεία κάτω από το δέρμα εξάγονται στα προσημειωμένα σημεία ανάρτησης. Με τη βοήθεια της κυρτής βελόνας στερεώνονται και δένονται μέσα σε τομές 1 εκατοστού, λίγα χιλιοστά μέσα από το όριο των μαλλιών. Στη συνέχεια τα ράμματα συγκρατούνται από τα τμήματα που εξέχουν στα σημεία ανάρτησης και το δέρμα ωθείται προς τα άνω μέχρι να επιτύχουμε την ιδανική του ανάρτηση. Αφαιρούνται τα περισσεύματα των ραμμάτων από τα σημεία ανάρτησης και ράβονται οι τομές του δέρματος.

Δεν είναι πάντα αναγκαία η ταυτόχρονη ανάρτηση όλων των ζωνών του προσώπου. Είναι πιθανό να απαιτηθεί η ανάρτηση μίας ή δύο ζωνών μόνο, ανάλογα με το βαθμό και τη θέση της χαλάρωσης .

Μετεγχειρητικά μέτρα: Κατά τα δύο πρώτα 24ωρα συνιστώνται κρύες κομπρέσες στο πρόσωπο και αναλγητικά αν είναι απαραίτητα. Για 15 ημέρες μετά την επέμβαση δεν επιτρέπεται η έλξη του δέρματος προς τα κάτω, οι έντονες εκφράσεις του προσώπου, το δυνατό γέλιο, οι κραυγές, η λήψη σκληρών, ογκωδών τροφών, το «καλαμάκι» στα ποτά και η υπερέκταση του λαιμού.

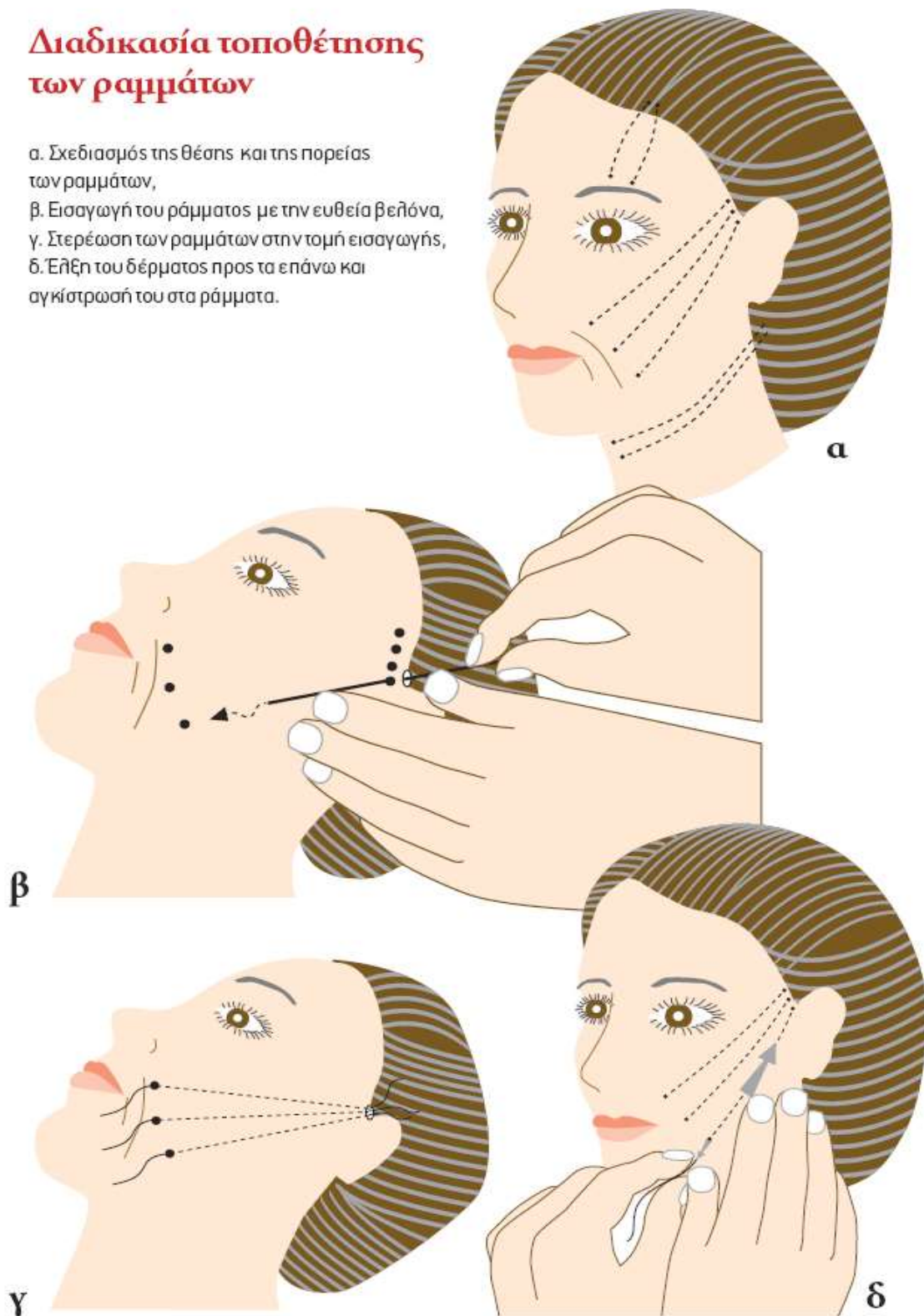
Επιπλοκές: Οίδημα του προσώπου που υποχωρεί σε 1-2 24ωρα. Φλεγμονή, αιμάτωμα και βλάβη νεύρου είναι σπάνιες επιπλοκές.

Αισθητικές επιπλοκές: Ασυμμετρία του προσώπου, υπερβολική ανάρτηση του δέρματος, μετατόπιση ραμμάτων, απόρριψη ραμμάτων, ρήξη ραμμάτων, ανωμαλίες δέρματος (πτυχώσεις, ρυτίδες) και ράμματα αισθητά στην ψηλάφηση έχουν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

Η μέθοδος μπορεί να συνδυαστεί με άλλες τεχνικές ανανέωσης όπως είναι η κλασική ρυτιδοπλαστική, η ρυτιδοπλαστική με Laser, η δερμοαπόξεση, η εντοπισμένη λιποαναρρόφηση του τραχήλου, η έγχυση βοτυλινικής τοξίνης και η χρήση εμφυτευμάτων. Η σωστή επιλογή του κατάλληλου σε κάθε περίπτωση συνδυασμού μπορεί να αυξήσει θεαματικά το τελικό αποτέλεσμα.

Διαδικασία τοποθέτησης των ραμμάτων

- α. Σχεδιασμός της θέσης και της πορείας των ραμμάτων,
- β. Εισαγωγή του ράμματος με την ευθεία βελόνα,
- γ. Στερέωση των ραμμάτων στην τομή εισαγωγής,
- δ. Έλξη του δέρματος προς τα επάνω και αγκίστρωσή του στα ράμματα.



Εικόνα 3: Διαδικασία τοποθέτησης των ραμμάτων. Α Σχεδιασμός της θέσης και της πορείας των ραμμάτων, β Εισαγωγή του ράμματος με την ευθεία βελόνα, γ Στερέωση των ραμμάτων στην τομή εισαγωγής δ. Έλξη του δέρματος προς τα επάνω και αγκίστρωση του στα ράμματα.

2.Ρυτιδοπλαστική με αφαίρεση στοιβάδας δέρματος

Δερμοαπόξεση

Δερμοαπόξεση είναι η αφαίρεση των επιφανειακών στοιβάδων του δέρματος, με τη βοήθεια ειδικών τροχίσκων που περιστρέφονται από κατάλληλη ηλεκτρική συσκευή ή με τη βοήθεια δερμοτόμων, εργαλείων που αφαιρούν λεπτό στρώμα δέρματος.

Η αφαίρεση της επιφανειακής στοιβάδας απομακρύνει ανωμαλίες της επιφάνειας του δέρματος όπως είναι οι προεξοχές που οφείλονται σε μετατραυματικές ή σε μετεγχειρητικές ουλές, τα εντυπώματα από την ακμή, οι λεπτές ρυτίδες, οι πανάδες και οι δυσχρωμίες. Το δέρμα αναγκάζεται να αναπλαστεί από μόνο του και η νέα επιδερμίδα είναι λεία, ομοιόμορφη, με χρωματική ομοιογένεια.

Η μέθοδος χρησιμοποιείται για την αφαίρεση των ρυτίδων γύρω από το στόμα, για την απόσβεση των λεπτών ρυτίδων και των ουλών του προσώπου, για την αφαίρεση των ουλών της ακμής και για την απομάκρυνση των πανάδων του προσώπου και των χεριών.

Περισσότερα στο κεφάλαιο ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.

Ανανέωση του προσώπου με Laser

Η ρυτιδοπλαστική με Laser είναι μια διαδικασία που με τη χρήση των ακτίνων Laser τελευταίας τεχνολογίας, επιτυγχάνει την καταστροφή μιας επιφανειακής στοιβάδας δέρματος πλήρως ελεγχόμενου πάχους. Η αφαίρεση της επιφανειακής στοιβάδας απομακρύνει ανωμαλίες της επιφάνειας του δέρματος όπως είναι οι προεξοχές που οφείλονται σε μετατραυματικές ή σε μετεγχειρητικές ουλές, τα εντυπώματα από την ακμή, οι λεπτές ρυτίδες, οι πανάδες και οι δυσχρωμίες. Το δέρμα αναγκάζεται να αναπλαστεί από μόνο του και η νέα επιδερμίδα είναι λεία, ομοιόμορφη, απαλλαγμένη από τα σημάδια του γηρασμού.

Η τεχνική υπερτερεί της δερμοαπόξεσης και του χημικού πηλινγκ στον ακριβέστερο καθορισμό του πάχους της στοιβάδας του δέρματος που αφαιρείται. Επιπλέον δεν προκαλεί αιμορραγία και δεν δημιουργεί μετεγχειρητικές ουλές.

Η ρυτιδοπλαστική με Laser είναι αποτελεσματική σε άτομα με γερασμένο δέρμα, χωρίς εκτεταμένη χαλάρωση, που εμφανίζει λεπτές ρυτίδες, πανάδες, στίγματα, μικρές ουλές κλπ. Δεν είναι αποτελεσματική σε άτομα με μεγάλη χαλάρωση του δέρματος του προσώπου και βαθιές ρυτίδες.

Περισσότερα στο κεφάλαιο ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.

Χημικό πηλινγκ

Χημικό πηλινγκ είναι η αφαίρεση επιφανειακής στοιβάδας του δέρματος, με τη βοήθεια χημικής ουσίας, με στόχο την απομάκρυνση των ουλών και των σημείων του γηρασμού και την ανανέωση της επιδερμίδας.

Οι χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι κυρίως διαλύματα φαινόλης, τριχλωροακετικού οξέως και αλφαιδροξυοξέων (ΑΗΑ) σε διάφορες πυκνότητες. Βαθύ πηλινγκ επιτυγχάνεται με τη φαινόλη και το τριχλωροακετικό οξύ

ενώ τα υδροξυοξέα προορίζονται για ελαφρά, επιφανειακή ανανέωση της επιδερμίδας.

Η χημική ουσία, όταν εφαρμόζεται στο δέρμα, προκαλεί επιφανειακό χημικό έγκαυμα ελεγχόμενου βάθους που καταλήγει σε νέκρωση και απόπτωση μιας λεπτής επιφανειακής στοιβάδας δέρματος. Μαζί της απομακρύνονται οι δυσχρωμίες, τα γεροντικά στίγματα, οι πανάδες, οι λεπτές κυρίως ρυτίδες, οι ουλές της ακμής, οι μικρές μετατραυματικές ουλές και η γερασμένη, άχρωμη επιδερμίδα.

Το χημικό πήλινγκ διενεργείται και σε ιατρείο. Δεν είναι απαραίτητη η αναισθησία. Συνήθως αρκεί η λήψη από το στόμα ενός ηρεμιστικού και ενός παυσίπονου 1-2 ώρες πριν την επέμβαση. Αν χρειάζεται βαθύ πήλινγκ σε συγκεκριμένη περιοχή του προσώπου μπορεί να γίνει εντοπισμένη περιοχική αναισθησία.

Η χημική ουσία εφαρμόζεται στην υπό θεραπεία περιοχή με βαμβακοφόρο στυλεό. Αφήνεται να δράσει για συγκεκριμένο χρόνο, συνήθως 5-15 λεπτά, ανάλογα με την πυκνότητα της ουσίας, το επιθυμητό βάθος του πήλινγκ και την ανοχή της ασθενούς. Στη συνέχεια εφαρμόζεται το αντίδοτο της ουσίας, υπό μορφή διαλύματος ή κρέμας, που εξουδετερώνει την ενεργό χημική ουσία και σταματά τη δράση της.

Σε βαθιές βλάβες που επιμένουν, είναι πιθανό να χρειαστεί επανάληψη του πήλινγκ 4-6 μήνες αργότερα.

Το αίσθημα καύσου των πρώτων ωρών αντιμετωπίζεται με κρύες κομπρέσες και καταπραϊντικές αλοιφές. Η λεπτή κρούστα που σχηματίζεται συνήθως στα σημεία εφαρμογής της χημικής ουσίας, αποκολλάται σε λίγες ημέρες και το υποκείμενο δέρμα εμφανίζει χρώμα ερυθρωπό-ροζ. Το χρώμα του νέου δέρματος αποκαθίσταται σταδιακά στους επόμενους 1-2 μήνες. Στο διάστημα αυτό συνιστάται η κάλυψή του με make up ή με ειδικές κρέμες για camouflaging.

Δεν επιτρέπεται η παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο για 6 μήνες. Στο διάστημα αυτό επιβάλλεται η χρήση αντηλιακών σκευασμάτων με υψηλό δείκτη προστασίας. Περισσότερα στο κεφάλαιο ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.



3.Ρυτιδοπλαστική με εμφυτεύματα

Κολλαγόνο

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Δεν απαιτείται.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 15 min-1 ώρα ανάλογα με την ποσότητα του εμφυτεύματος.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Δεν απαιτείται νοσηλεία.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: Δεν απαιτείται.
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Δεν υπάρχουν ράμματα.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: 1 ώρα μετά την εμφύτευση.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 1^η ημέρα
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά την 1^η ημέρα
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Δεν απαιτείται.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Άμεσα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν.

Το κολλαγόνο είναι το κύριο δομικό συστατικό του συνδετικού ιστού, του ιστού δηλαδή που γεμίζει τα κενά ανάμεσα στα διάφορα ανατομικά στοιχεία των ζώντων οργανισμών. Είναι βασικό συστατικό του υποδόριου χώρου, του χώρου δηλαδή κάτω από το δέρμα.

Το κολλαγόνο είναι καλά αποδεκτό από τον ανθρώπινο οργανισμό. Αυτός είναι ο λόγος που το 1970 οδήγησε ερευνητές στο Πανεπιστήμιο Stanford να χρησιμοποιήσουν βόειο κολλαγόνο για να διορθώσουν υποδόρια ελλείμματα και το 1981 το FDA να εγκρίνει την κυκλοφορία του.

Το κολλαγόνο παρασκευάζεται με υδρόλυση δέρματος βοδιού, καθαρίζεται από πυρετογόνες και άλλες τοξικές ουσίες, αποστειρώνεται και κυκλοφορεί σε σύριγγες των 0,1 ml για δοκιμαστικό τεστ και των 1/2, 1 και 2 ml για έγχυση, που περιέχουν φυσιολογικό ορό, 0,3% λιδοκαΐνη και κολλαγόνο σε πυκνότητα 35% στο **Zyderm I** και 65% στο **Zyderm II**. Μεγαλύτερη πυκνότητα κολλαγόνου περιέχει το **Zyplast** που περιέχει επίσης γλουτεράλδεύδη, ουσία που σταθεροποιεί το κολλαγόνο και το καθιστά ανθεκτικότερο στην αποδόμηση και λιγότερο αντιγονικό.

Το κολλαγόνο ενδείκνυται στις ρυτίδες του μετώπου, του μεσοφρύου και των οφθαλμών (πόδι χήνας), στις ρινοπαραρειακές αύλακες και στις περιστοματικές ρυτίδες. Χρησιμοποιείται ακόμη για τη διόρθωση μικρών ελλειμμάτων και εντυπωμάτων κάτω από το δέρμα σε οποιοδήποτε σημείο του οργανισμού.

Συνήθως χρησιμοποιείται το zyplast στις βαθιές και το zyderm II στις λεπτότερες επιφανειακές ρυτίδες.

Αντενδείξεις: Ρευματοειδής αρθρίτιδα, νοσήματα κολλαγόνου και αυτοάνοσα νοσήματα. Δεν συνιστάται η χρήση του στα μεγάλα ελλείμματα και στις περιπτώσεις που απαιτείται σημαντική αύξηση περιοχών του προσώπου όπως είναι το πηγούνι και τα ζυγωματικά τόξα.

Το κολλαγόνο αποδομείται και απορροφάται σταδιακά από τον οργανισμό. Η μέση διάρκεια ζωής του είναι 6 μήνες. Για τη διατήρηση του αποτελέσματος απαιτείται επανάληψη της εμφύτευσης κάθε 6-10 μήνες περίπου.

Διαδικασία έγχυσης: Η ζωική προέλευση του κολλαγόνου επιβάλλει, για λόγους ασφάλειας, τη διενέργεια δοκιμασίας ευαισθησίας πριν από την έγχυσή του. Η δοκιμασία έγκειται στην έγχυση μικρής ποσότητας της ουσίας μέσα στο δέρμα του αντιβραχίου και στην εξέταση της περιοχής για τυχόν αντίδραση μετά από 48 ώρες και μετά από μία εβδομάδα. Αν δεν παρατηρηθεί αντίδραση, προχωρούμε στην τελική έγχυση του υλικού στα προκαθορισμένα σημεία.

Η τοπική αναισθησία με βελόνα πρέπει να αποφεύγεται επειδή το οίδημα που προκαλεί μπορεί να αλλοιώσει τις ρυτίδες. Αν είναι ανάγκη συνιστάται η εφαρμογή τοπικού αναισθητικού, σε μορφή κρέμας ή ζελέ, 1 ώρα πριν από την έγχυση.

Η εμφύτευση γίνεται με λεπτή βελόνα ινσουλίνης ,με διαδοχικά νύγματα κατά μήκος της ρυτίδας ή σε όλη την έκταση του ελλείμματος. Το κολλαγόνο πρέπει να εμφυτεύεται μέσα στο χόριο με τέτοιο τρόπο ώστε να υπερδιορθώνεται ελαφρά η ρυτίδα. Είναι πιθανό να χρειαστεί ταυτόχρονη εμφύτευση παχύρευστου και λεπτόρευστου κολλαγόνου στο ίδιο σημείο. Η εμφύτευση ολοκληρώνεται με ελαφρά πίεση και ήπιες μαλάξεις.

Επιπλοκές: Μικρές εκχυμώσεις και περιορισμένης έκτασης οίδημα και ερυθρότητα είναι πιθανό να εμφανιστούν κατά τα δύο πρώτα 24ωρα και αντιμετωπίζονται με κρύες κομπρέσες. Αλλεργική αντίδραση είναι σπάνια.



Botox:

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Δεν απαιτείται
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 15-30 min.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται..
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Δεν απαιτείται νοσηλεία.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: Άμεση ανάρρωση.
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Δεν υπάρχουν ράμματα.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά από 1 ώρα.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά το 2^ο 24ωρο.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά από 2-3 ώρες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΞΗ: Δεν απαιτείται..
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 5-10 ημέρες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν.

Πρόκειται για χημική ουσία, νευροτοξίνη, που παράγεται από ένα αναερόβιο μικροοργανισμό το *clostridium botulinum*. Έχει τη δυνατότητα, ενιέμενο μέσα στους μύες να μπλοκάρει τις νευρομυϊκές συνάψεις και να προκαλεί προσωρινή παράλυση. Λόγω της ιδιότητάς του αυτής χρησιμοποιείται για τη θεραπεία παθήσεων όπως είναι το ραιβόκρανο, ο στραβισμός, ο βλεφαρόσπασμος, οι εντοπισμένοι σπασμοί του προσώπου, η αυχενική δυστονία, η σπαστική παράλυση και η μασχαλιαία υπερυδρωσία.

Το 1982 ανακαλύφθηκε τυχαία, από τον καθηγητή Jean Carruthers του πανεπιστημίου του Βανκούβερ στον Καναδά, η ευνοϊκή του δράση στις ρυτίδες έκφρασης του προσώπου. Διαπιστώθηκε ότι η αδυναμία σύσπασης των μιμικών μυών του προσώπου, που προκαλείται από την εν λόγω τοξίνη, εμποδίζει την έλξη του δέρματος και το σχηματισμό των ρυτίδων. Αυτός είναι ο λόγος που η βοτουλινική τοξίνη είναι αποτελεσματική μόνο κατά των ρυτίδων που προκαλούνται από την υπερδραστηριότητα των μυών του προσώπου και όχι αυτών που οφείλονται στη χαλάρωση και τη λέπτυνση του δέρματος ή στη δράση της βαρύτητας.

Η δράση του αρχίζει να εκδηλώνεται 24-72 ώρες μετά την ενδομυϊκή έγχυση και φθάνει στο μέγιστο 1-2 εβδομάδες αργότερα. Διατηρείται αναλλοίωτη περίπου 3 μήνες και στη συνέχεια υποχωρεί σταδιακά, μέχρι τον 7^ο -9^ο μήνα οπότε εξαφανίζεται.

Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου καταγράφονται η εφαρμογή της χωρίς χειρουργική επέμβαση και αναισθησία, η άμεση επαναφορά στις δραστηριότητες (δεν απαιτείται ανάρρωση), η απουσία επιπλοκών και η αυτόματη επαναφορά στην αρχική κατάσταση, μετά από λίγους μήνες. Εντούτοις μειονέκτημα της μεθόδου αποτελεί η μικρή διάρκεια δράσης της τοξίνης, γεγονός που επιβάλλει την τακτική επαναχορήγησή της.

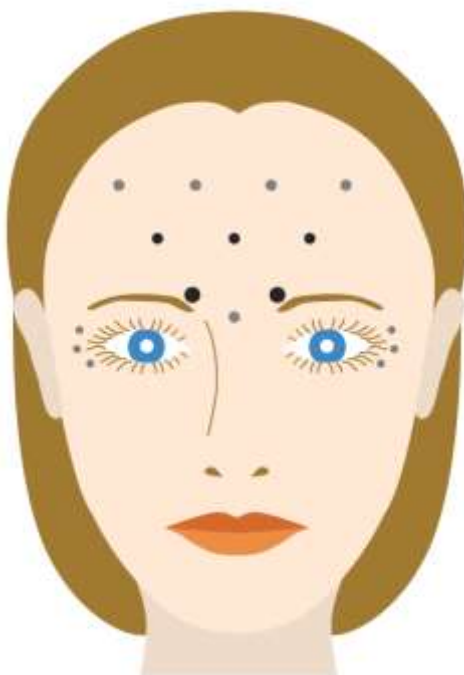
Η βοτουλινική τοξίνη ενδύκνεται στην αντιμετώπιση των ρυτίδων έκφρασης του μετώπου, του μεσοφρύου και των ρυτίδων του έξω χείλους του οφθαλμικού κόγχου. Η χρήση της ουσίας στο κάτω ημιμόριο του προσώπου, κυρίως στο στόμα και στον λαιμό, δεν συνιστάται γιατί μπορεί να προκαλέσει λειτουργικές και μορφολογικές επιπλοκές. Η χρήση της δεν επιτρέπεται σε νευρομυϊκές παθήσεις, σε

λήψη φαρμάκων που επηρεάζουν τη νευρομυϊκή μετάδοση, σε κύηση ή προβλεπόμενη κύηση στους επόμενους μήνες και κατά τη διάρκεια λοχείας.

Διαδικασία έγχυσης: Η έγχυση της βοτυλινικής τοξίνης δεν χρειάζεται αναισθησία. Καλό είναι πάντως, ευαίσθητα, αγγώδη άτομα να παίρνουν ένα ηρεμιστικό και ένα παυσίπονο χάπι 1-2 ώρες πριν από αυτήν. Η έγχυση μπορεί να γίνει στο ιατρείο, υπό συνθήκες αποστείρωσης, σε μία επίσκεψη. Προηγείται η εξέταση από τον γιατρό που θα πάρει ιστορικό, θα εκτιμήσει την κατάσταση του προσώπου και στη συνέχεια θα εξηγήσει τη δράση του φαρμάκου, τις θέσεις έγχυσης, το χρόνο δράσης και τη διάρκεια του αποτελέσματος και θα απαντήσει στις τυχόν απορίες της ασθενούς. Το πρόσωπο καθαρίζεται με αντισηπτικό και ο γιατρός σημειώνει με λεπτό μαρκαδόρο τα σημεία της έγχυσης. Η έγχυση γίνεται με σύριγγα ινσουλίνης και μικροσκοπική βελόνα. Λεπτομέρειες όπως το βάθος της έγχυσης, η κατεύθυνση εισαγωγής της βελόνας και η ποσότητα της ουσίας σε κάθε σημείο, είναι καθοριστικής σημασίας για το αποτέλεσμα.

Τα σημεία του μαρκαδόρου απομακρύνονται με οινόπνευμα. Επιβάλλεται παραμονή στο ιατρείο 10-20 λεπτών ενώ συνιστάται η εφαρμογή κρύων επιθεμάτων μετά την επιστροφή στο σπίτι. Δεν χρειάζεται περίδεση του προσώπου με επιδέσμους.

Η έγχυση της βοτυλινικής τοξίνης πρέπει να γίνεται από πλαστικό χειρουργό που γνωρίζει την ανατομία του προσώπου, τη δράση, τις ενδείξεις και τις αντενδείξεις της ουσίας προς αποφυγή δυσάρεστων αποτελεσμάτων.



Εικόνα 1: Σημεία έγχυσης της βοτυλινικής τοξίνης κατά B. Ascher (τροποποιημένο)

Επιπλοκές: Πτώση των φρυδιών και των βλεφάρων που μπορεί να προκαλέσει ασυμμετρία του προσώπου είναι σπάνιες, προσωρινές επιπλοκές που υποχωρούν σε 1-2 εβδομάδες.

Εμπορικά σκευάσματα: Botox, Dysport, Vistabel

Υαλουρονικό οξύ

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Δεν είναι απαραίτητη. Σε υπερευαίσθητα άτομα συνιστάται τοπική αναισθησία.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 15-30 min.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Δεν απαιτείται νοσηλεία.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: Άμεση ανάρρωση.
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Δεν υπάρχουν ράμματα.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά από 1 ώρα.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά το 1^ο 24ωρο.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά από 2-3 ώρες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΕΞΗ: Δεν απαιτείται..
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 2 ημέρες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν.

Το υαλουρονικό οξύ είναι μια γλυκοζαμινογλυκάνη και αποτελεί βασικό συστατικό του συνδετικού ιστού και του δέρματος των ζώντων οργανισμών. Η εξαιρετική του βιοσυμβατότητα επιτρέπει τη χρήση του για κοσμητικούς λόγους. Το υαλουρονικό οξύ είναι εγκεκριμένο από το FDA της Αμερικής.

Το υαλουρονικό οξύ εμφυτεύεται κάτω από το δέρμα με στόχο τη διόρθωση των ρυτίδων και των ρινοπαραριακών αυλάκων του προσώπου. Χρησιμοποιείται επίσης για την αύξηση των χειλιών με εξαιρετικά αποτελέσματα. Είναι καλά ανεκτό και δεν προκαλεί αλλεργικές ή φλεγμονώδεις αντιδράσεις.

Αποδομείται από ειδικά ένζυμα τις υαλουρονιδάσες, 6-12 μήνες μετά την εμφύτευση γεγονός που επιβάλλει την επανάληψή της, μετά το διάστημα αυτό, προκειμένου να διατηρηθεί το αποτέλεσμα.

Διαδικασία εμφύτευσης: το υαλουρονικό οξύ εμφυτεύεται σε ιατρείο με τοπική ή χωρίς αναισθησία. Η εμφύτευση γίνεται με ειδική σύριγγα, με μικροσκοπική βελόνα. Το υλικό εμφυτεύεται στο κατώτερο στρώμα του χορίου ή ακριβώς κάτω από αυτό με τη μέθοδο των πολλαπλών νυγμών ή με τη μέθοδο “τούνελ” δηλαδή με έγχυση κατά την βραδεία απόσυρση της βελόνας. Δεν χρειάζεται υπερδιόρθωση. Μετά την εμφύτευση απαιτούνται ελαφρές μαλάξεις.



Εικόνα 1: Σύριγγα εμφύτευσης υαλουρονικού οξέος.

Επιπλοκές: Οίδημα, ερύθημα και μικρές εκχυμώσεις μπορεί να εμφανιστούν στα σημεία της εμφύτευσης. Υποχωρούν σε 1-2 24ωρα. Αντίδραση υπερευαισθησίας είναι σπάνια. Αρτηριακή εμβολή είναι δυνατόν να προκληθεί από λανθασμένη έγχυση του υλικού μέσα σε αγγείο.

Εμπορικά σκευάσματα:

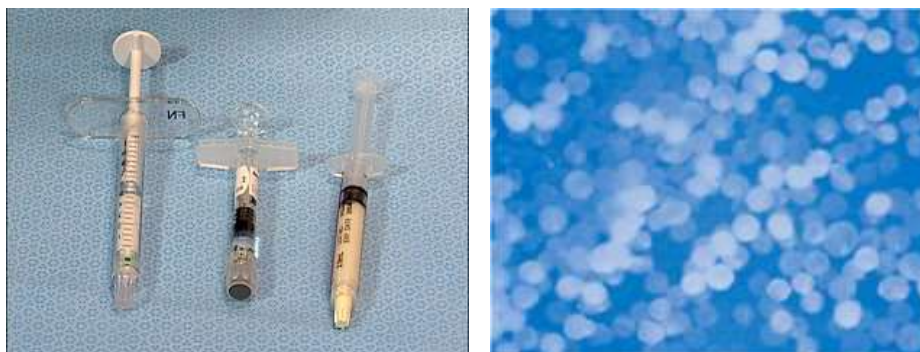
- Restylane
- Perfectha
- Hylaform
- Derma-live
- Reviderm
- Rofilan
- Juvaderm
- Puragen



Υδροξυαπατίτης ασβεστίου

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Δεν είναι απαραίτητη. Σε υπερευαίσθητα άτομα συνιστάται τοπική αναισθησία.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 15-30 min.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Δεν απαιτείται νοσηλεία.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: Άμεση ανάρρωση.
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Δεν υπάρχουν ράμματα.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά από 1 ώρα.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά το 1^ο 24ωρο.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά από 2-3 ώρες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΞΗ: Δεν απαιτείται..
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 2 ημέρες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν.

Πρόκειται για βιοσυμβατό, βιοαποδομήσιμο υλικό. Διατίθεται σε διάλυμα που περιέχει αποστειρωμένο νερό, καρβοξυμεθυλοκυτταρίνη, γλυκερίνη και ιόντα ασβεστίου και φωσφόρου σε ποσοστό περίπου 30%. Όταν εμφυτεύεται, διαπλέκεται με ίνες κολλαγόνου που παράγονται από τους ινοβλάστες, σταθεροποιείται και παραμένει στη θέση εμφύτευσης 18-24 μήνες, χωρίς να μεταναστεύει.



Εικόνα 1: Σκεύασμα υδροξυαπατίτη ασβεστίου σε σύριγγα, έτοιμο για εμφύτευση (αριστερά) και μικροσκοπική εικόνα του διαλύματος (δεξιά).

Ενδύκνεται για την απόσβεση των ρινοπαραρειακών αυλάκων και των μεγάλων ρυτίδων του προσώπου και για την αύξηση των ζυγωματικών, του πηγουνιού και της ράχης της μύτης. Αντενδείκνυται για την αύξηση των χειλέων.



Εικόνα 2: Θέσεις εμφύτευσης του υδροξυαπατίτη ασβεστίου.

Διαδικασία εμφύτευσης: Ο υδροξυαπατίτης του ασβεστίου εμφυτεύεται σε ιατρείο με τοπική ή χωρίς αναισθησία. Η εμφύτευση γίνεται με ειδική σύριγγα, με μικροσκοπική βελόνα. Το υλικό εμφυτεύεται στο κατώτερο στρώμα του χορίου ή ακριβώς κάτω από αυτό με τη μέθοδο της σειριακήςδιάτρησης, με γραμική έγχυση ή με έγχυση σε σχήμα βεντάλιας. Δεν χρειάζεται υπερδιόρθωση. Μετά την εμφύτευση απαιτούνται ελαφρές μαλάξεις.



Εικόνα 3: Τεχνική εμφύτευσης υδροξυαπατίτη του ασβεστίου.

Επιπλοκές: Σύμφωνα με τους κατασκευαστές του το υλικό δεν προκαλεί αντιδράσεις, δεν μεταναστεύει σε άλλα σημεία του σώματος και δεν δημιουργεί κοκκιώματα.

Εμπορικά σκευάσματα:

- Radiesse

4. Ρυτιδοπλαστική με μεταμόσχευση λίπους

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: τοπική. Γενική για μεγαλύτερες περιοχές.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 1 ώρα.

ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Δεν απαιτείται νοσηλεία.

ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 1-7 ημέρες.

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Δεν υπάρχουν ράμματα.

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά από 1 ώρα.

ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά από 20 ημέρες.

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά από 2-7 ημέρες.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΞΗ: Δεν απαιτείται..

ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 20 ημέρες.

Η μεταμόσχευση λίπους για διόρθωση ελλειμμάτων των ιστών του σώματος δεν είναι νέα ιδέα. Η πρώτη εφαρμογή της τεχνικής ανάγεται στο 1893. Η τεχνική επανήλθε στην επιφάνεια, βελτιωμένη, μετά το 1980.

Πολλά υλικά έχουν χρησιμοποιηθεί κατά το παρελθόν για τη διόρθωση ελαττωμάτων των μαλακών ιστών. Ωστόσο, η χρήση τους συνάντησε δυσκολίες όπως η σύντομη αδρανοποίησή τους, η αντίδραση ξένου σώματος, η πρόκληση κοκκιωμάτων και το κόστος τους.

Η μεταμόσχευση αυτόλογου λίπους έχει πολλά πλεονεκτήματα μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η απουσία αντιδράσεων, η αφθονία περιοχών λήψεως, η απουσία παραμορφώσεων στις περιοχές λήψεως και το μηδενικό κόστος των μοσχευμάτων. Το κυριότερο εντούτοις μειονέκτημα της μεθόδου είναι η σταδιακή διάλυση και απορρόφηση του μεταμοσχευμένου λίπους γεγονός που περιορίζει χρονικά τη διάρκεια του αποτελέσματος και επιβάλλει επανάληψη της διαδικασίας σε

Η ρυτιδοπλαστική με λίπος επιτυγχάνει:

- Απόσβεση έντονων ρυτίδων του προσώπου
- Απόσβεση αυλακώσεων του προσώπου (ριναπαραειακές αύλακες, ρυτίδες μεσοφρύου κλπ)
- Διόρθωση ουλών προσώπου
- Απόσβεση ουλών ακμής
- Αύξηση του όγκου υποπλαστικών περιοχών του προσώπου
- Αύξηση του όγκου των χειλέων
- Διόρθωση των κρυμμένων θηλών
- Αύξηση της διαμέτρου του πέους
- Διάταση του χαλαρού δέρματος των άκρων χεριών
- Θεραπεία ορισμένων δυσμορφιών του προσώπου

Τεχνική μεταμόσχευσης λίπους.

Η διαδικασία μεταμόσχευσης λίπους μπορεί να πραγματοποιηθεί με τοπική ή γενική αναισθησία. Η αναγκαία ποσότητα λίπους λαμβάνεται με λιποαναρρόφηση συνήθως από την κοιλιά ή την έξω επιφάνεια των μηρών, περιοχές στις οποίες υπάρχει πλεόνασμα.

Το λίπος φυγοκεντρείται και μετά από κατάλληλη επεξεργασία εγχέεται με σύριγγα κάτω από το δέρμα των υπό θεραπεία περιοχών.

Η διαδικασία είναι ανώδυνη. Το αίσθημα τάσης λόγω οιδήματος της περιοχής και η τοπική ερυθρότητα υποχωρούν στις επόμενες 1-7 ημέρες.

Η ρυτιδοπλαστική με λίπος δεν έχει επιπλοκές και δεν αφήνει ουλές.



5. Ρυτιδοπλαστική με αυτόλογους αυξητικούς παράγοντες.

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: χωρίς αναισθησία.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 1 ώρα.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Δεν απαιτείται νοσηλεία.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 1-3 ημέρες.
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Δεν υπάρχουν ράμματα.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά από 1 ώρα.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά από 10 ημέρες.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά από 2 ημέρες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Δεν απαιτείται..
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 20 ημέρες.

Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκε νέα τεχνική αναζωογόνησης του δέρματος. Πρόκειται για την τεχνική της Αυτόλογης Αναζωογόνησης των Ιστών που βασίζεται στην αξιοποίηση των αιμοπεταλίων και των λευκών αιμοσφαιρίων του ίδιου του ασθενούς. Τα έμμορφα αυτά στοιχεία του αίματος, ενιέμενα κάτω από το δέρμα, απελευθερώνουν αυξητικούς παράγοντες ικανούς να διεγείρουν την ανάπτυξη των υποδόριων ιστών.

Διαδικασία αυτόλογης αναζωογόνησης:

Χωρίς αναισθησία εκτελείται αιμοληψία από περιφερική φλέβα. Το αίμα φυγοκεντρείται σε ειδική συσκευή και ο ορός που περιέχει αποβάλλεται.

Τα εναπομείναντα έμμορφα στοιχεία του αίματος συγκεντρώνονται και εγχέονται με ειδική σύριγγα κάτω από το δέρμα των υπό θεραπεία περιοχών. Συνήθη σημεία έγχυσης είναι οι βαθιές αύλακες και ρυτίδες του προσώπου.





**ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ
ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ
ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ**



Ρινοπλαστική

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική, ενδοφλέβια ή τοπική
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 1-2 ώρες
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρο
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Δεν υπάρχουν ράμματα για αφαίρεση. Μόνο σε ειδικές περιπτώσεις τοποθετούνται εξωτερικά ράμματα που αφαιρούνται σε 7-10 ημέρες.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 3^η ημέρα.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 15^η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά την 8^η- 10^η ημέρα (Μετά την 3^η ημέρα με νάρθηκα).
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Γύψινος ή θερμοπλαστικός νάρθηκας, σε σχήμα κεφαλαίου «T», που στηρίζεται στο μέτωπο και καλύπτει τη μύτη για 8-10 ημέρες. Γάζες ή ταμπόν πολυουρεθάνης στα ρουθούνια για 3 24ωρα.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 10 ημέρες είναι ορατές οι βασικές διαφορές. Το οριστικό αποτέλεσμα είναι ορατό σε 6 μήνες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν. Λεπτή, μικροσκοπική ουλή στην άκρη των ρωθώνων, συνήθως ελάχιστα ορατή, αν έχει προηγηθεί σμίκρυνσή τους.

Ρινοπλαστική είναι η χειρουργική επέμβαση που επιτυγχάνει την ανάπλαση της μύτης με στόχο την τροποποίηση της εμφάνισής της για κοσμητικούς λόγους ή για την αποκατάσταση συγγενών, μετατραυματικών ή μετεγχειρητικών ανωμαλιών. Στην Αγγλική γλώσσα η ρινοπλαστική αποδίδεται με τον όρο **Rhinoplasty**.

Πρόκειται για μία από τις πιο δημοφιλείς επεμβάσεις της πλαστικής χειρουργικής επειδή, με την τροποποίηση των στοιχείων μιας μικρής αλλά συνεχώς ορατής στο μέσο του προσώπου ανατομικής ζώνης, επιτυγχάνει μεγάλη βελτίωση στο ύψος και στη συνολική εμφάνιση του ατόμου, χωρίς να δημιουργεί μετεγχειρητικές ουλές.

Η ρινοπλαστική είναι ο καθρέπτης του πλαστικού χειρουργού γιατί στην επέμβαση αυτή αποτυπώνονται οι χειρουργικές, οι καλλιτεχνικές, οι ψυχολογικές και οι διαισθητικές του ικανότητες.

Η ρινοπλαστική δεν είναι μια συγκεκριμένη, τυπική επέμβαση αλλά μια ομάδα επεμβάσεων και τεχνικών που επιλέγονται και εφαρμόζονται κάθε φορά, εξατομικευμένα, ανάλογα με το είδος και την έκταση της δυσμορφίας στο συγκεκριμένο άτομο. Συχνότερα αφαιρούνται τμήματα οστού ή χόνδρου που προέχουν. Δεν είναι όμως σπάνιες οι περιπτώσεις που απαιτείται πρόσθεση ιστών, κυρίως αυτομοσχευμάτων από άλλα σημεία του σώματος ή βιοσυμβατικών υλικών.

Στόχοι

Με τη ρινοπλαστική επιτυγχάνεται:

- Εναρμόνιση του συνολικού μεγέθους της μύτης (μείωση ή αύξηση) με το πρόσωπο.
- Τροποποίηση των επιμέρους ανατομικών αναλογιών (εύρος και μήκος της μύτης).
- Αλλαγή της μετωπορινικής και της ρινοχειλικής γωνίας.
- Ευθίαση του άξονα της μύτης σε περίπτωση παρέκκλισης ή σκολίωσης.
- Αφαίρεση του ύβου (καμπούρας) ή αντίθετα αύξησή του και τροποποίηση της γραμμής στη ράχη της μύτης.

- Λέπτυνση, ευθίαση και ανόρθωση της κορυφής της μύτης.
- Τροποποίηση του μεγέθους και του προφίλ του άνω χείλους
- Ελάττωση του εύρους των ρωθώνων.

Με το συνδυασμό των επιμέρους αυτών παρεμβάσεων ο πλαστικός χειρουργός είναι σε θέση να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε αλλαγή στο ύφος και στην εμφάνιση της μύτης και του προσώπου.

Η ρινοπλαστική προσδίδει στο πρόσωπο πιο ευχάριστη και χαρούμενη όψη αλλά δεν επηρεάζει ουσιαστικά την ηλικία.

Εκτός από τις δυσμορφίες, η ρινοπλαστική μπορεί να διορθώσει λειτουργικές διαταραχές όπως είναι η στένωση ή η απόφραξη των ρωθώνων. Μπορεί να συνδυαστεί με πλαστική του ρινικού διαφράγματος σε περίπτωση σκολίωσης μικρού ή μέτριου βαθμού. Μπορεί επίσης να συνδυαστεί με την αφαίρεση ουλών, ογκιδίων ή άλλων συγγενών και επίκτητων ανωμαλιών στο εσωτερικό και στο εξωτερικό της μύτης.

Αντενδείξεις

- Βαριές, μη ελεγχόμενες πνευμονικές, καρδιακές ή νεφρικές παθήσεις.
- Ανεξέλεγκτη υπέρταση και αρρυθμιστος διαβήτης.
- Ηλικία μικρότερη των 17 χρόνων
- Ανωμαλίες πήξεως του αίματος
- Κύηση
- Βαρύ κάπνισμα
- Σοβαρή ψυχιατρική πάθηση
- Ψυχολογική αστάθεια, με υπέρμετρες απαιτήσεις και προσδοκίες επίλυσης άλλων προβλημάτων μέσω της επέμβασης.

Διαδικασία ρινοπλαστικής

1^η επίσκεψη: Στην πρώτη επίσκεψη μεγάλη σημασία έχει η γνωριμία και η αμφίδρομη εξοικείωση ασθενούς και πλαστικού χειρουργού.

Οι αλλαγές που πρόκειται να γίνουν στη μύτη πρέπει να αποφασιστούν και να προσχεδιαστούν με σαφήνεια και απόλυτη συναίνεση. Η ασθενής πρέπει να υποδείξει, η ίδια, στο γιατρό τα σημεία της μύτης της που, κατά τη γνώμη της, χρειάζονται τροποποίηση και τις αλλαγές που επιθυμεί να πραγματοποιήσει στη μύτη της με κάθε λεπτομέρεια.

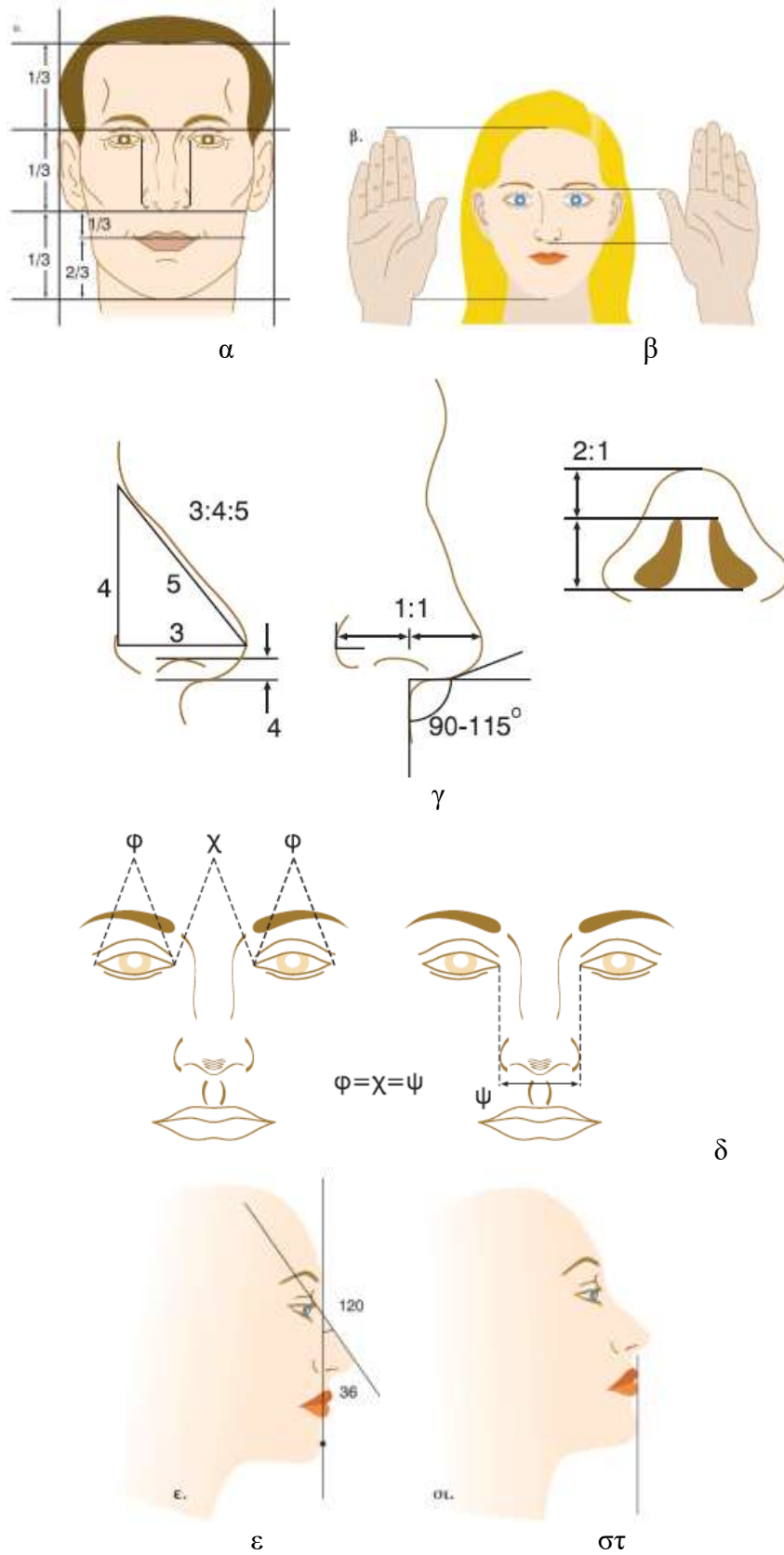
Ο γιατρός θα ακούσει με προσοχή τις αλλαγές που επιθυμεί το συγκεκριμένο άτομο, στο σύνολο και στα επιμέρους σημεία της μύτης. Θα εξετάσει αναλυτικά τη μύτη προκειμένου να εντοπίσει τα συγκεκριμένα σημεία που προκαλούν τη δυσμορφία και θα εκτιμήσει την προσωπικότητα και τις κοινωνικές και ψυχολογικές ιδιαιτερότητες του ατόμου. Βασισζόμενος στα στοιχεία αυτά, στην καλλιτεχνική ανατομική και στην εμπειρία του θα καθορίσει το στυλ και τα επιμέρους χαρακτηριστικά της μύτης που ταιριάζουν στο συγκεκριμένο άτομο.



Πολυάριθμες ανθρωπομετρικές μελέτες και μετρήσεις έχουν οδηγήσει στην καθιέρωση των ιδανικών αναλογιών του προσώπου και της μύτης. Τις αναλογίες αυτές που χρησιμοποίησαν στο παρελθόν γνωστοί μεγάλοι γλύπτες και ζωγράφοι χρησιμοποιούν και οι σύγχρονοι καλλιτέχνες για την επιτυχία των έργων τους. Αυτές τις διαχρονικές αναλογίες χρησιμοποιεί, σαν οδηγό, και ο πλαστικός χειρουργός προκειμένου να αναπλάσει τη μύτη και να την εναρμονίσει με το υπόλοιπο πρόσωπο.

Μερικές από τις καθιερωμένες αναλογίες της μύτης και του προσώπου είναι: Το μήκος της βάσης της μύτης δεν πρέπει να ξεπερνά το $1/3$ του συνολικού μήκους του προσώπου ενώ πρέπει να ισούται με το μήκος του μετώπου, με την απόσταση μύτης- πηγουνιού καθώς και με το μήκος του αντίχειρα (Εικ1α, 1β). Το ύψος της μύτης πρέπει να συνδέεται με το μήκος της βάσης και το μήκος της ράχης της με την αναλογία $3/4/5$. Τα ρουθούνια πρέπει να φαίνονται στα πλάγια μόνο κατά 4mm, ενώ το μήκος τους, από κάτω, πρέπει να συνδέεται με το μήκος της κορυφής της μύτης με την αναλογία $2/1$. Η γωνία μεταξύ του άνω χείλους και της στυλίδας της μύτης πρέπει να είναι 90° στους άνδρες και να κυμαίνεται μεταξύ 90° και 110° στις γυναίκες (Εικ1γ). Η απόσταση μεταξύ των δύο έσω κανθών πρέπει να είναι ίδια με το μήκος των βλεφαρικών σχισμών αλλά και με την απόσταση ανάμεσα στην εξωτερική επιφάνεια των δύο ρωθώνων και να ισούται με το $1/5$ του εύρους του προσώπου (Εικ1δ). Ιδανικά η μετωπο-ρινική γωνία πρέπει να είναι 120° και η ρινο-προσωπική 36° (Εικ1ε) ενώ η κορυφή του άνω και του κάτω χείλους και το πιο απομακρυσμένο σημείο του πηγουνιού πρέπει να βρίσκονται σε κάθετη ευθεία, στην πλάγια όψη (Εικ1στ).

Δεν αρκεί όμως η διόρθωση των αναλογιών για να επιτευχθεί το τέλειο αποτέλεσμα της ρινοπλαστικής. Η ανθρώπινη ομορφιά δε βασίζεται μόνο στις τέλειες, στατικές αναλογίες αλλά και στην προσωπικότητα, στο ύφος και στις ιδιαιτερότητες του ατόμου. Μια γαλλική μύτη, για παράδειγμα, με τέλειες αναλογίες θα ήταν απαράδεκτη σε ένα συνταγματάρχη του στρατού αλλά πολύ ωραία σε μια αισθητικό, με έντονα θηλυκά χαρακτηριστικά.



Εικόνα 1: Ιδανικές αναλογίες μύτης και προσώπου.

Ο πλαστικός χειρουργός είναι ο μόνος που διαθέτει την εμπειρία και τις ικανότητες να συνεκτιμήσει όλα τα δεδομένα και να αναπροσαρμόσει μια μύτη με βάση τις ιδανικές αναλογίες, την προσωπικότητα του συγκεκριμένου ατόμου, τις ιδιαίτερες επιθυμίες του αλλά και τις δυνατότητες της σύγχρονης χειρουργικής.

Αν οι αλλαγές που κρίνει ορθές και χειρουργικά εφικτές ο γιατρός συμπίπτουν με τις επιθυμίες του ασθενούς η λεπτή αυτή διαδικασία ολοκληρώνεται. Σε διαφορετική περίπτωση ο γιατρός θα αιτιολογήσει τη διαφωνία του και θα αναλύσει τις προτάσεις του στην ασθενή με κατανοητό τρόπο. Θα αναπροσαρμόσει ενδεχομένως τις αλλαγές που προτείνει στην ασθενή, έτσι ώστε να εκπληρώσει τις επιθυμίες της, μόνο αν αυτό είναι χειρουργικά εφικτό. Σε κάθε περίπτωση οι αλλαγές πρέπει να είναι κοινής αποδοχής από γιατρό και ασθενή διαφορετικά ο γιατρός μπορεί να αρνηθεί να πραγματοποιήσει την επέμβαση.



Εικόνα 2: Απλός τρόπος πρόβλεψης του αποτελέσματος ρινοπλαστικής.

Στην ίδια επίσκεψη ο γιατρός θα εξηγήσει την όλη διαδικασία της επέμβασης. Ιδιαίτερη σημασία έχει ο χρόνος ανάρρωσης, η μετεγχειρητική διαδικασία και οι τυχόν επιπλοκές.

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι το τελικό αποτέλεσμα μιας ρινοπλαστικής εξαρτάται πρώτιστα από τη δεξιοτεχνία του πλαστικού χειρουργού αλλά μπορεί να επηρεαστεί από απρόβλεπτους παράγοντες (ιδιομορφίες και προβλήματα υγείας του ασθενούς, αλλεργικές ρινίτιδες, αιμορραγική τάση, τάση δημιουργίας υπερτροφικών ουλών κλπ) ακόμη και από τυχαία γεγονότα (τραυματισμός μετά την επέμβαση, πτώση, πρόωγη αφαίρεση του νάρθηκα ή του πωματισμού, μετεγχειρητική φλεγμονή κλπ). Είναι πιθανό, σε ορισμένες περιπτώσεις, να απαιτηθεί διόρθωση μετά από ένα βμηνο, συνήθως με τοπική και σπανιότερα με γενική αναισθησία.

Καλό είναι, όλα τα παραπάνω να καταγραφούν σε ένα είδος ιατρικού συμφωνητικού που θα υπογραφεί από το γιατρό και την ασθενή για αμφοτερόπλευρη εξασφάλιση και πρόληψη πιθανών παρεξηγήσεων.

Προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος:

Ο βασικός προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος
- Ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ψευδοχοληστεράση ορού
- Βασικός αντιπηκτικός έλεγχος
- Ακτινογραφία θώρακος και ρινός
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ο βασικός προεγχειρητικός κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Ρινοσκόπηση
- Δοκιμασία όσφρησης
- Καρδιολογική εκτίμηση
- Αναισθησιολογική εκτίμηση

Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.

Προεγχειρητικά μέτρα:

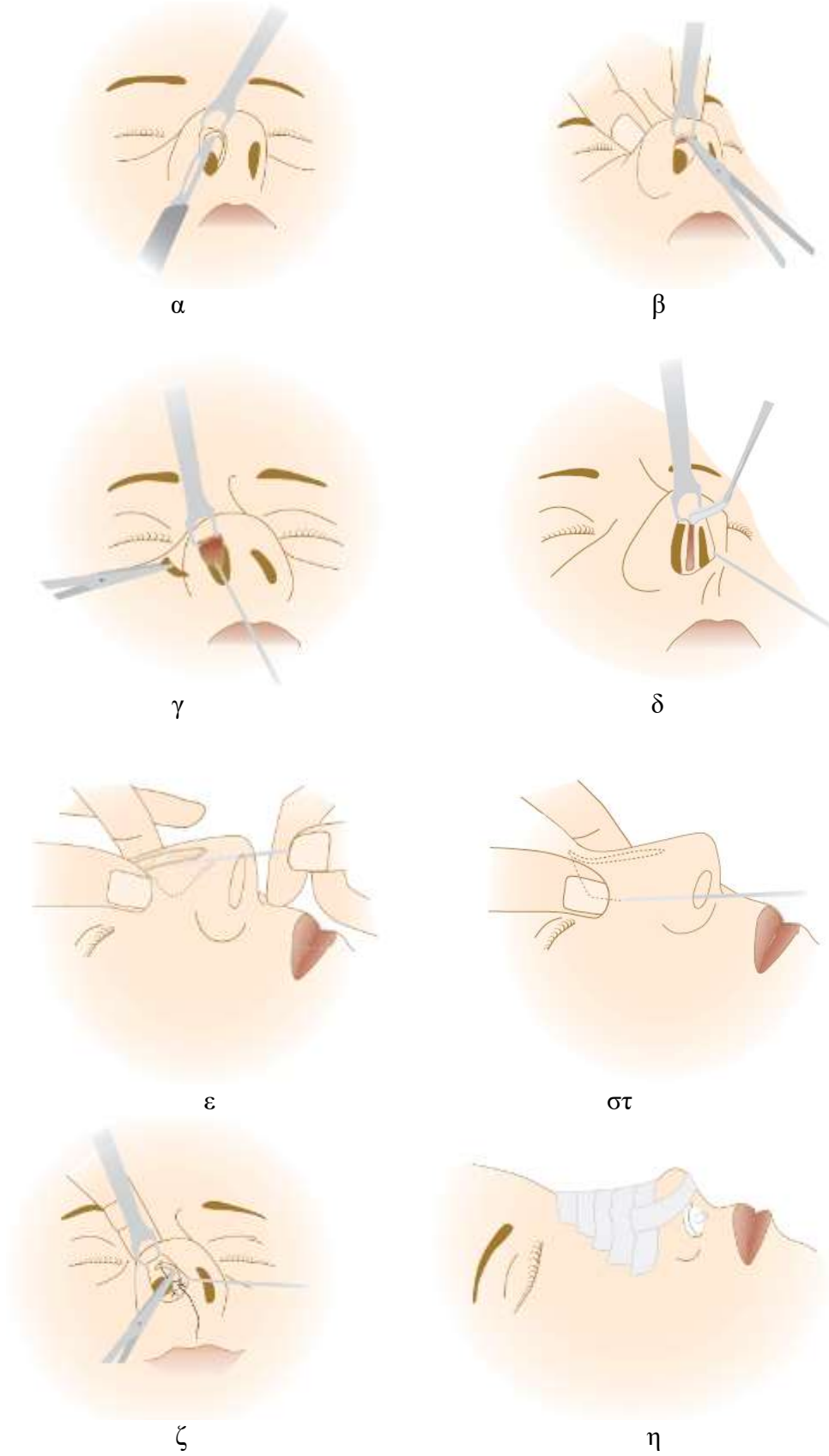
- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων μία εβδομάδα πριν από την επέμβαση. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Διακοπή καπνίσματος 2 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.
- Προμήθεια των απαιτούμενων φαρμάκων μετά από συνεννόηση με το γιατρό.
- Λούσιμο το προηγούμενο βράδυ
- Αφαίρεση κάθε είδους μακιγιάζ .
- Αφαίρεση φακών επαφής.
- Αποφυγή λήψης νερού και τροφής τουλάχιστον 6 ώρες πριν από την επέμβαση.

Τεχνική βασικής ρινοπλαστικής:

Η επέμβαση πραγματοποιείται από δύο μικρές τοξοειδείς τομές στο εσωτερικό των ρωθώνων που συνενώνονται στη μέση και αποχωρίζουν τη στυλίδα από το σκελετό της μύτης (Εικ 3α). Από τις τομές αυτές αποκολλάται με ψαλίδι το δέρμα από τον υποκείμενο οστεοχόνδρινο σκελετό της μύτης (Εικ 3β). Με τον τρόπο αυτό ο σκελετός της μύτης απελευθερώνεται και απομονώνεται ώστε να είναι δυνατή η τροποποίησή του με τη βοήθεια ειδικά διαμορφωμένων εργαλείων που εισάγονται από τις ίδιες τομές των ρωθώνων. Η ρινοπλαστική, κατά το μεγαλύτερο μέρος της, είναι τυφλή επέμβαση. Ο χειρουργός επεμβαίνει χωρίς να βλέπει, καθοδηγώντας τα εργαλεία που εισάγει από τις τομές των ρωθώνων με το αριστερό χέρι μέσω της αφής.

Αρχικά πραγματοποιείται λέπτυνση της κορυφής της μύτης με αφαίρεση τμημάτων από τους χόνδρους που σχηματίζουν τα ρουθούνια (Εικ 3γ. Αν χρειάζεται μείωση του μήκους της μύτης αυτή επιτυγχάνεται με αφαίρεση τμήματος από το κάτω χείλος του διαφράγματος (Εικ 3δ). Η αλλαγή της ρινοχειλικής γωνίας γίνεται με σφηνοειδή αφαίρεση χόνδρου από την ίδια περιοχή του διαφράγματος

Στη συνέχεια αφαιρείται ο ύβος (καμπούρα) της μύτης με τη βοήθεια ψαλιδιού και σμίλης ή ράσπας με τέτοιο τρόπο ώστε να δοθεί η προεπιλεγμένη κλίση



Εικόνα 3: Τεχνική βασικής ρινοπλαστικής.

και γραμμή (ευθεία ή κοίλη) στη ράχη (Εικ 3ε). Ακολουθεί τομή των ρινικών οστών, κοντά στη βάση τους με τη βοήθεια ειδικών οστεοτόμων και συμπλησίασή τους έτσι ώστε να στενέψει το κεντρικό τμήμα της μύτης και να κλείσει το κενό που δημιούργησε η προηγούμενη αφαίρεση του ύβου (Εικ 3στ). Τέλος οι αρχικές τομές ράβονται με απορροφήσιμα ράμματα. Αν απαιτείται σμίκρυνση των ρωθώνων, διενεργείται στη φάση αυτή με αφαίρεση σφηνοειδούς τμήματος από τη βάση τους και συρραφή με λεπτά ράμματα.

Μετά την ολοκλήρωση των αλλαγών στο σκελετό της μύτης, πωματίζονται τα ρουθούνια με γάζες ή ταμπόν πολυουρεθάνης που επιτρέπουν τη διέλευση του αέρα μέσω σωληνίσκων. Ο χειρουργός «πλάθει» τη μύτη έτσι ώστε να πάρει το επιθυμητό σχήμα και καθλώνει το δέρμα με αυτοκόλλητες ταινίες (Εικ 3η).

Σε περίπτωση που προηγήθηκαν οστεοτομίες των ρινικών οστών τοποθετείται γύψινος ή θερμοπλαστικός νάρθηκας που στηρίζεται στο μέτωπο και καλύπτει τη ράχη της μύτης και έχει σκοπό τη συγκράτηση των ρινικών οστών και τη διόρθωση τυχόν παρέκκλισης ή σκολίωσης της μύτης.

Μετεγχειρητική πορεία:

- Ελάχιστος ή υποφερτός πόνος ,κυρίως κατά το πρώτο 24ωρο, που ελέγχεται με παυσίπονα.
- Οίδημα της περιοχής της μύτης και των βλεφάρων που ξεκινά το 1^ο 24ωρο, κορυφώνεται το 2^ο και υποχωρεί, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό, στο 3^ο-4^ο 24ωρο.
- Εκχυμώσεις των βλεφάρων που υποχωρούν σταδιακά σε 7-10 ημέρες.
- Γύψινος ή θερμοπλαστικός νάρθηκας σε σχήμα T κεφαλαίου στη ράχη της μύτης. Το οριζόντιο τμήμα στηρίζεται στο μέτωπο και το κάθετο επικαλύπτει τη ράχη της. Ο νάρθηκας παραμένει στη θέση του 8-10 ημέρες.
- Γάζες ή μαλακά ταμπόν πολυουρεθάνης στα ρουθούνια για 3 24ωρα.
- Πλύσεις της μύτης με κατάλληλο διάλυμα που θα συστήσει ο γιατρός, μετά την αφαίρεση των ταμπόν από τα ρουθούνια.
- Αλοιφή ή ψεκασμοί με αποσυμφορητικό σκεύασμα του βλεννογόνου της μύτης είναι πιθανό να χρειαστεί μετά την αφαίρεση των ταμπόν.
- Λήψη αντιβιοτικού για 4-7 ημέρες. Λήψη αποιδηματικών ή αντιφλεγμονοδών φαρμάκων, αν ο γιατρός το κρίνει απαραίτητο.
- Κρύες κομπρέσες στα βλέφαρα κατά τα δύο πρώτα 24ωρα περιορίζουν σημαντικά το οίδημα και το αίσθημα τάσης.
- Αποφυγή λήψης σκληρής, ογκώδους τροφής τις πρώτες 2-3 ημέρες.
- Αποφυγή ύπνου σε πρηνή θέση για 20-30 ημέρες.
- Λούσιμο επιτρέπεται μετά το 1^ο 24ωρο με το κεφάλι σε υπερέκταση. Κανονικό λούσιμο επιτρέπεται μετά την αφαίρεση του νάρθηκα.
- 1^η αλλαγή με τη συμπλήρωση του 3^{ου} 24ώρου οπότε αφαιρούνται οι γάζες ή ταταμπόν από τα ρουθούνια.
- 2^η αλλαγή την 8^η-10^η ημέρα οπότε αφαιρείται ο νάρθηκας.
- Δεν υπάρχουν εξωτερικά ράμματα για αφαίρεση. Τα ράμματα στο εσωτερικό της μύτης είναι συνήθως απορροφήσιμα και δε χρειάζονται αφαίρεση. Σε περίπτωση σμίκρυνσης των ρουθουνιών τα ράμματα αφαιρούνται την 7^η-10^η ημέρα.
- Εκτίμηση της μετεγχειρητικής πορείας από το γιατρό σε 1 και κυρίως σε 6 μήνες.

Επιπλοκές

Στις επιπλοκές της ρινοπλαστικής περιλαμβάνονται

- Επιπλοκές από την αναισθησία
- Ρινορραγία
- Φλεγμονή

Στις σπανιότερες επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Διαταραχές όσφρησης
- Ρινική βαλβίδα
- Διάτρηση του διαφράγματος

Στις αισθητικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Ανωμαλίες στο περίγραμμα της μύτης
- Ασυμμετρία της μύτης
- Παρέκκλιση του άξονα της μύτης
- Ατελής εκτομή του ύβου
- Υπερβολική εκτομή του ύβου
- Καθίζηση της ράχης
- Πτώση ή υπερβολική ανύψωση της κορυφής

Εναλλακτικές τεχνικές ρινοπλαστικής

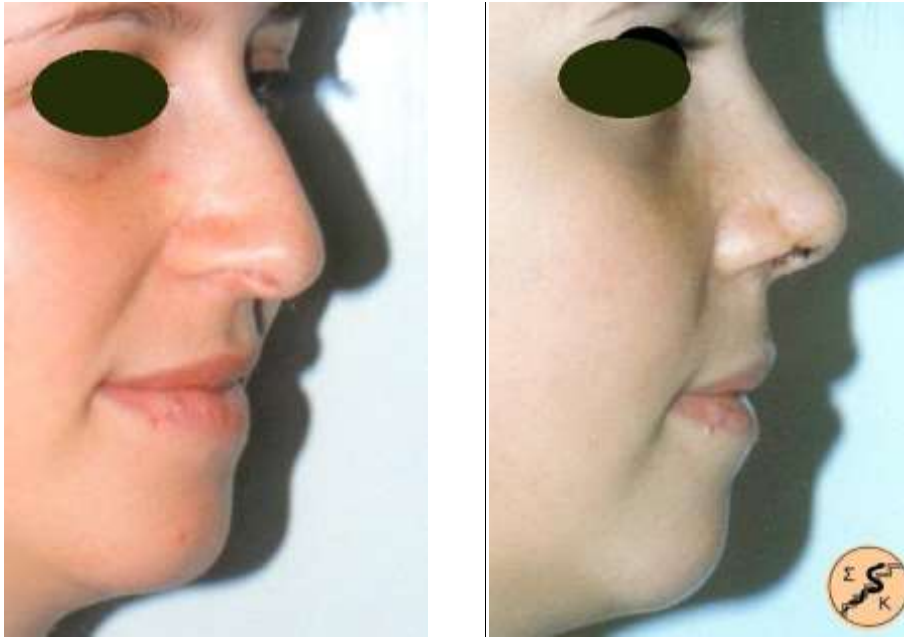
Ανοικτή ρινοπλαστική: Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται ακόμη από ορισμένους χειρουργούς με το επιχείρημα ότι η επέμβαση γίνεται υπό άμεση όραση και έλεγχο του ρινικού σκελετού. Στην πραγματικότητα δεν διαφέρει από την κλειστή ρινοπλαστική παρά μόνο στην αρχική τομή που περιλαμβάνει και τη βάση της στυλίδας και επιτρέπει την πληρέστερη αποκάλυψη του ρινικού σκελετού.

Επανορθωτική ρινοπλαστική: Πρόκειται για τη ρινοπλαστική που στοχεύει στην αποκατάσταση συγγενών, μετατραυματικών ή μετεγχειρητικών παραμορφώσεων της μύτης. Στις περιπτώσεις αυτές, δεν αφαιρούνται συνήθως ιστοί αλλά διορθώνονται ελλείμματα ιστών με τρεις κυρίως τρόπους:

- Με μετακίνηση ιστών από την ίδια τη μύτη
- Με μεταμόσχευση οστού ή χόνδρου από άλλο σημείο του σώματος (αυτιά, πλευρές, λαγόνια οστά)
- Με τοποθέτηση βιοσυμβατών εμφυτευμάτων

Προϋπόθεση για την επιτυχία μιας επανορθωτικής ρινοπλαστικής είναι ο λεπτομερής διαγνωστικός προεγχειρητικός έλεγχος ώστε να εντοπιστούν επακριβώς οι αιτίες της δυσμορφίας γεγονός που θα βοηθήσει τον γιατρό να επιλέξει τις κατάλληλες για κάθε περίπτωση παρεμβάσεις.

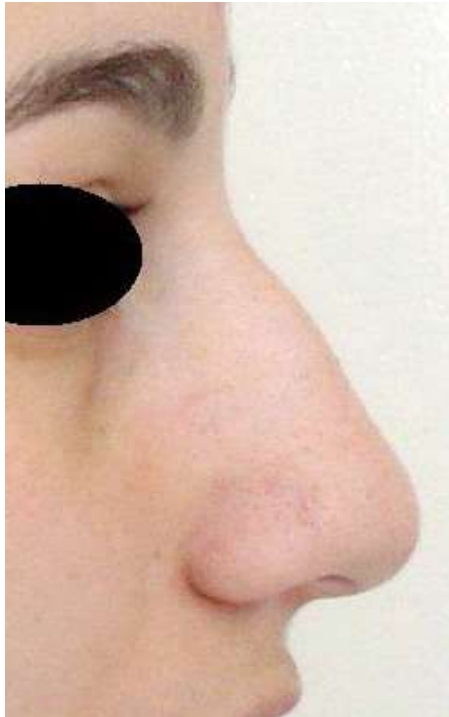
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



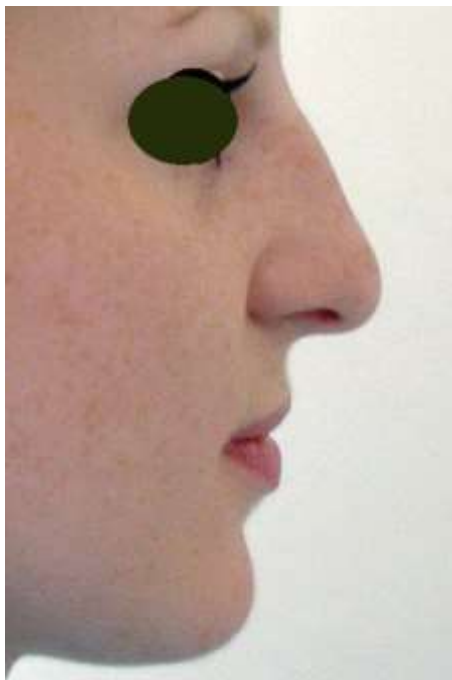
I: Ρινοπλαστική. Αποτέλεσμα 6 μήνες μετά την επέμβαση.



III: Ρινοπλαστική. Ανόρθωση κορυφής και εναρμόνιση του προφίλ.



**III: Ρινοπλαστική. Αλλαγή της γραμμής της ράχης.
Λέπτυνση και ανόρθωση της κορυφής**



IV: Ρινοπλαστική. Λέπτυνση και ανύψωση κορυφής. Αλλαγή προφίλ.



Πωγωνοπλαστική

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική ή ενδοφλέβια
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 0,5-1 ώρα
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρο
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3-5 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Δεν υπάρχουν εξωτερικά ράμματα.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά το 1^ο 24ωρο.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 10η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά την 3^η- 5^η ημέρα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Πιεστική επίδεση του πηγουνιού για 3-5 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Άμεσα ορατές αλλαγές. Οριστικό αποτέλεσμα σε 1 μήνα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν ορατές ουλές.

Πωγωνοπλαστική είναι η χειρουργική ανάπλαση του πηγουνιού με στόχο την εναρμόνισή των αναλογιών και του προφίλ του προσώπου.

Στην Αγγλική γλώσσα η πωγωνοπλαστική αποδίδεται με τους όρους **mentoplasty, chin surgery** και **genioplasty**.

Πρόκειται για επέμβαση που αποσκοπεί στην αύξηση του μεγέθους και της προβολής του πηγουνιού (αυξητική πωγωνοπλαστική) ή στη μείωση τους (μειωτική πωγωνοπλαστική). Συχνά συνδυάζεται με ρινοπλαστική με στόχο την εναρμόνιση του προφίλ του προσώπου (προφίλοπλαστική).

Στόχοι

Με την πωγωνοπλαστική επιτυγχάνεται:

- Αύξηση ή μείωση του μεγέθους του πηγουνιού.
- Αύξηση ή μείωση της προβολής του πηγουνιού.
- Αλλαγή του περιγράμματος του πηγουνιού
- Εναρμόνιση του πηγουνιού με τη μύτη και το μέτωπο
- Επαναφορά του προφίλ του προσώπου κοντά στις ιδανικές αναλογίες.

Η πωγωνοπλαστική δεν αλλάζει την ηλικία του προσώπου, εκτός αν συνδυαστεί με άλλες επεμβάσεις ανανέωσης του τελευταίου. Προσδίδει πάντως ευχάριστη και χαρούμενη όψη.

Αντενδείξεις

- Βαριές, μη ελεγχόμενες πνευμονικές, καρδιακές ή νεφρικές παθήσεις.
- Ανεξέλεγκτη υπέρταση και αρρυθμιστος διαβήτης.
- Ανωμαλίες πήξεως του αίματος
- Σοβαρή ψυχιατρική πάθηση

Διαδικασία πωγωνοπλαστικής

1^η επίσκεψη: Στην πρώτη επίσκεψη μεγάλη σημασία έχει η γνωριμία και η αμφίδρομη εξοικείωση ασθενούς και πλαστικού χειρουργού.

Οι αλλαγές που πρόκειται να γίνουν στο προφίλ του προσώπου είναι σημαντικές και πρέπει να αποφασιστούν και να προσχεδιαστούν με σαφήνεια και απόλυτη συναίνεση.

Ο γιατρός θα εξετάσει με προσοχή το πηγούνι και το σύνολο του προσώπου και θα εντοπίσει τις μεταξύ τους δυσαναλογίες. Είναι πιθανό να χρειαστούν ακτινολογικές εξετάσεις που θα επιτρέψουν πληρέστερη κεφαλομετρική μελέτη.

Στην ίδια επίσκεψη ο γιατρός θα εξηγήσει τη διαδικασία της επέμβασης. Αν πρόκειται για προγενεία, που απαιτεί μείωση του πηγουνιού, θα αφαιρεθεί τμήμα οστού από το πηγούνι μέσω τομής στο εσωτερικό του κάτω χείλους. Αντίθετα σε περίπτωση οπισθογενείας θα προστεθεί βιοσυμβατό ένθεμα με παρόμοια τομή. Τα ενθέματα που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι κυρίως από σιλικόνη ή πορώδες πολυαιθυλένιο, κατάλληλα διαμορφωμένου σχήματος.



Εικόνα 1: Ένθεμα πορώδους πολυαιθυλενίου για την αύξηση του πηγουνιού.

Τα βιοσυμβατά αυτά υλικά είναι καλά ανεκτά από τον οργανισμό, ενσωματώνονται στην περιοχή του πηγουνιού και συνήθως δεν προκαλούν αντιδράσεις, με την προϋπόθεση να τοποθετηθούν υπό αυστηρά άσηπτες συνθήκες. Στο παρελθόν, έχει δοκιμαστεί μεταμόσχευση οστού από το ίδιο άτομο, τεχνική που σήμερα έχει εγκαταληφθεί, επειδή προκαλεί πρόσθετες κακώσεις στο σημείο λήψης του μοσχεύματος και επιπλέον απορροφάται σταδιακά με αποτέλεσμα την απώτερη αλλοίωση του αποτελέσματος. Προσωρινή αύξηση του πηγουνιού είναι δυνατή με ορισμένα εμφυτεύματα όπως ο υδροξυαπατίτης του ασβεστίου (βλ Επεμβάσεις ανανέωσης του προσώπου).

Αν οι αλλαγές που κρίνει ορθές και χειρουργικά εφικτές ο γιατρός συμπίπτουν με τις επιθυμίες της γυναίκας η διαδικασία ολοκληρώνεται. Καλό είναι, όλα τα παραπάνω να καταγραφούν σε ένα είδος ιατρικού συμφωνητικού που θα υπογραφεί από το γιατρό και την ασθενή για αμοτερόπλευρη εξασφάλιση και πρόληψη πιθανών παρεξηγήσεων.

Προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος: Στις περιπτώσεις που η επέμβαση πραγματοποιείται με γενική αναισθησία, απαιτείται ο συνήθης προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος.

Ο βασικός προεγχειρητικός κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Καρδιολογική εκτίμηση
- Αναισθησιολογική εκτίμηση

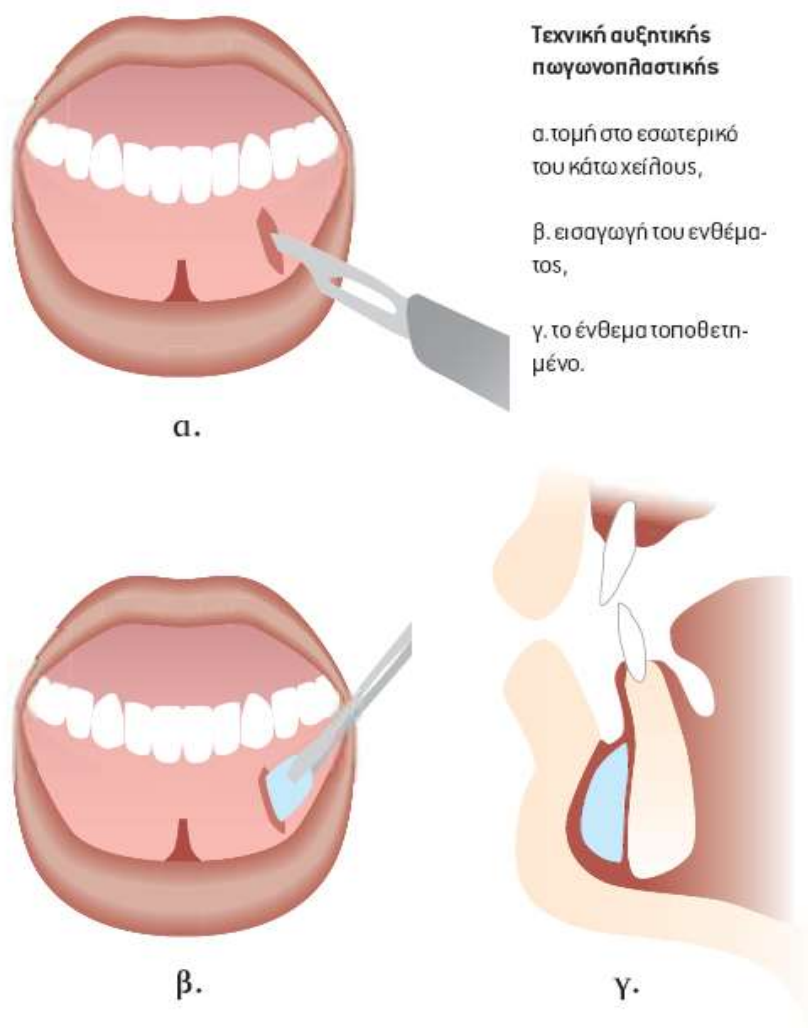
Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.

Προεγχειρητικά μέτρα:

- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων 5 ημέρες πριν από την επέμβαση. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Διακοπή καπνίσματος 2 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.
- Προμήθεια των απαιτούμενων φαρμάκων μετά από συνεννόηση με το γιατρό.
- Αποφυγή λήψης νερού και τροφής τουλάχιστον 6 ώρες πριν από την επέμβαση.

Τεχνική αυξητικής πωγωνοπλαστικής:

Με τομή στην εσωτερική επιφάνεια του κάτω χείλους, μήκους λίγων εκατοστών, αποκολλούνται οι ιστοί του πηγουνιού από το υποκείμενο οστό. Διαμορφώνεται θήκη με διαστάσεις ίδιες με αυτές του ενθέματος. Τοποθετείται το ένθεμα με τη σωστή κατεύθυνση και η τομή ράβεται με απορροφήσιμα ράμματα.



Εικόνα 2: Τεχνική αυξητικής πωγωνοπλαστικής. Α. Τομή στο εσωτερικό του κάτω χείλους, β. εισαγωγή του ενθέματος, γ. το ένθεμα τοποθετημένο.

Τεχνική μειωτικής πωγωνοπλαστικής:

Με οριζόντια τομή στην εσωτερική επιφάνεια του κάτω χείλους αποκολλάται το δέρμα του πηγουνιού και αποκαλύπτεται το οστό της κάτω γνάθου. Με ειδικά εργαλεία αφαιρείται το τμήμα του οστού που προέχει, διαμορφώνεται το σχήμα του πηγουνιού και η τομή ράβεται με απορροφήσιμα ράμματα.



α.

Τεχνική μειωτικής πωγωνοπλαστικής

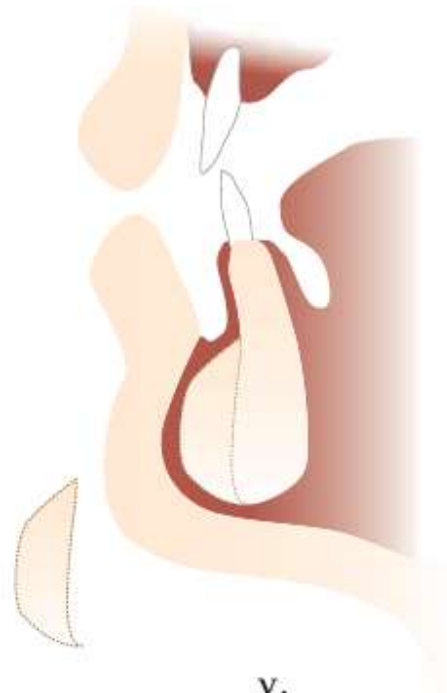
α. τομή στο εσωτερικό του κάτω χείλους,

β. αφαίρεση του τμήματος του οστού που προέχει,

γ. η αφαίρεση σε πλάγια τομή.



β.



γ.

Εικόνα 3: Τεχνική μειωτικής πωγωνοπλαστικής: α. τομή στο εσωτερικό του κάτω χείλους, β. αφαίρεση του τμήματος του οστού που προέχει, γ. η αφαίρεση σε πλάγια τομή.

Μετεγχειρητική πορεία:

- Ελάχιστος ,υποφερτός πόνος ,κυρίως κατά το πρώτο 24ωρο, που ελέγχεται με παυσίπονα.
- Οίδημα του πηγουνιού κατά το 1^ο 24ωρο που υποχωρεί σταδιακά στα επόμενα 2-4 24ωρα.
- Εκχυμώσεις της περιοχής που υποχωρούν σταδιακά σε 2-3 ημέρες.
- Επίδεση με ελαφρά πιεστικό επίδεσμο επιβάλλεται τα πρώτα 3-5 24ωρα.
- Καθημερινές πλύσεις του στόματος με αντισηπτικό που θα συστήσει ο γιατρός για 3-5 24ωρα.
- Λήψη αντιβιοτικού της επιλογής του γιατρού.
- Λήψη αποιδηματικών ή αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, αν ο γιατρός το κρίνει απαραίτητο.
- Κρύες κομπρέσες στο πηγούνι κατά τα δύο πρώτα 24ωρα περιορίζουν σημαντικά το οίδημα και το αίσθημα τάσης.
- Αποφυγή λήψης σκληρής, ογκώδους τροφής τις πρώτες 7-10 ημέρες.

Επιπλοκές

Σπάνιες που περιλαμβάνουν

- Φλεγμονή και διαπύηση του ενθέματος
- Διάσπαση της ραφής του βλεννογόνου
- Απόρριψη του ενθέματος
- Επιπλοκές από την αναισθησία

Στις αισθητικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Μετατόπιση του ενθέματος
- Ασυμμετρία πηγουνιού
- Ατελής ή υπερβολική εκτομή οστού

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



I: Αυξητική πωγωνοπλαστική με ένθεμα πολυαιθυλενίου και ταυτόχρονη ρινοπλαστική.



II: Μειωτική πωγωνοπλαστική και ταυτόχρονη ρινοπλαστική.



Χειλοπλαστική

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Τοπική ή ενδοφλέβια
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 1/2-1 ώρα ανάλογα με την επέμβαση
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Δεν απαιτείται
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Αν υπάρχουν εξωτερικά ράμματα αφαιρούνται σε 7-10 ημέρες.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά από λίγες ώρες.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 2η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά την 8^η- 10^η ημέρα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΞΗ: Δεν απαιτείται συνήθως.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 10 ημέρες είναι ορατές οι βασικές διαφορές. Το οριστικό αποτέλεσμα είναι ορατό σε 1 μήνα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Λεπτή, δυσδιάκριτη ουλή στο περίγραμμα των χειλέων, αν η επέμβαση γίνει εξωτερικά. Είναι πιθανό να χρειάζεται κάλυψη με crayon ή μολύβι. Λεπτή δυσδιάκριτη ουλή στη ρινοχειλική πτυχή σε περίπτωση ανύψωσης του άνω χείλους.

Χειλοπλαστική είναι η χειρουργική ανάπλαση των χειλέων για κοσμητικούς λόγους.

Στην Αγγλική γλώσσα η χειλοπλαστική αποδίδεται με τους όρους **lips surgery** και **labiaplasty**.

Πρόκειται για μία ομάδα χειρουργικών παρεμβάσεων με στόχο τη βελτίωση της εμφάνισης των χειλέων. Με τη χειλοπλαστική είναι δυνατή η αύξηση ή η μείωση του όγκου και η αλλαγή του σχήματος των χειλέων .

Ανάδειξη των χειλέων είναι επίσης δυνατή με **μη χειρουργικές παρεμβάσεις**. Στις παρεμβάσεις αυτές συγκαταλέγονται τα βιολογικά ή βιοσυμβατά εμφυτεύματα (κολλαγόνο, υαλουρονικό οξύ, πολυαιθυλένιο κλπ), που περιγράφονται αναλυτικά στο κεφάλαιο «Επεμβάσεις ανανέωσης του προσώπου». Με τα εμφυτεύματα επιτυγχάνεται αύξηση του όγκου των χειλέων, τονισμός του περιγράμματος, απόσβεση των περιστοματικών ρυτίδων, των ρινοπαρειακών αυλάκων και των αυλάκων στις γωνίες του στόματος.

Στόχοι

Με τη χειλοπλαστική επιτυγχάνεται:

- Αύξηση ή μείωση του όγκου των χειλέων.
- Απόσβεση των κάθετων περιστοματικών ρυτίδων.
- Αύξηση του βλεπνογόνου (ερυθρού) των χειλέων.
- Αλλαγή του σχήματος των χειλέων.
- Τονισμός του περιγράμματος των χειλέων.
- Ανύψωση του άνω χείλους

Η χειλοπλαστική μειώνει την ηλικία του συνόλου του προσώπου, ιδίως αν συνδυαστεί με άλλες επεμβάσεις ανανέωσης του τελευταίου. Η απόσβεση των περιστοματικών ρυτίδων και η αύξηση του όγκου των χειλέων προσδίδει μεγάλη τοπική ανανέωση, πιο ευχάριστη και πιο χαρούμενη όψη.



Αντενδείξεις

- Βαριές, μη ελεγχόμενες πνευμονικές, καρδιακές ή νεφρικές παθήσεις.
- Ανεξέλεγκτη υπέρταση και αρρυθμιστος διαβήτης.
- Ανωμαλίες πήξεως του αίματος
- Σοβαρή ψυχιατρική πάθηση

Διαδικασία χειλιοπλαστικής

1^η επίσκεψη: Στην πρώτη επίσκεψη πρέπει να αναπτυχθεί η αμφίδρομη εξοικείωση και εμπιστοσύνη ασθενούς και πλαστικού χειρουργού.

Οι αλλαγές που πρόκειται να γίνουν στα χείλη πρέπει να αποφασιστούν και να προσχεδιαστούν με σαφήνεια και απόλυτη συναίνεση. Η γυναίκα πρέπει να υποδείξει, η ίδια, στο γιατρό τα σημεία που, κατά τη γνώμη της, χρειάζονται τροποποίηση και τις αλλαγές που επιθυμεί να πραγματοποιήσει στα χείλη της με κάθε λεπτομέρεια.

Ο γιατρός θα ακούσει με προσοχή τις αλλαγές που επιθυμεί το συγκεκριμένο άτομο, στο σύνολο και στα επιμέρους σημεία του στόματος. Θα εξετάσει τα χείλη και θα καθορίσει ποιες από τις αλλαγές αυτές είναι χειρουργικά εφικτές.

Αν οι αλλαγές που κρίνει ορθές και χειρουργικά εφικτές ο γιατρός συμπίπτουν με τις επιθυμίες της γυναίκας η διαδικασία ολοκληρώνεται. Σε διαφορετική περίπτωση ο γιατρός θα αιτιολογήσει τη διαφωνία του και θα αναλύσει τις προτάσεις του με κατανοητό τρόπο. Θα αναπροσαρμόσει ενδεχομένως τις αλλαγές που προτείνει, έτσι ώστε να εκπληρώσει τις επιθυμίες της, μόνο αν αυτό είναι χειρουργικά εφικτό. Σε κάθε περίπτωση οι αλλαγές πρέπει να είναι κοινής αποδοχής από γιατρό και ασθενή διαφορετικά ο γιατρός μπορεί να αρνηθεί να πραγματοποιήσει την επέμβαση.

Στην ίδια επίσκεψη ο γιατρός θα εξηγήσει την όλη διαδικασία της επέμβασης. Ιδιαίτερη σημασία έχει ο χρόνος ανάρρωσης, η μετεγχειρητική διαδικασία και οι τυχόν επιπλοκές.

Καλό είναι, όλα τα παραπάνω να καταγραφούν σε ένα είδος ιατρικού συμφωνητικού που θα υπογραφεί από το γιατρό και την ασθενή για αμφοτερόπλευρη εξασφάλιση και πρόληψη πιθανών παρεξηγήσεων.

Προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος: Απαιτείται μόνο στις περιπτώσεις που υπάρχουν γνωστά προβλήματα υγείας ή στις περιπτώσεις που η επέμβαση πραγματοποιείται με γενική αναισθησία και περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος
- Ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ακτινογραφία θώρακος και προσώπου
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ο βασικός προεγχειρητικός κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Καρδιολογική εκτίμηση
- Αναισθησιολογική εκτίμηση

Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.

Προεγχειρητικά μέτρα:

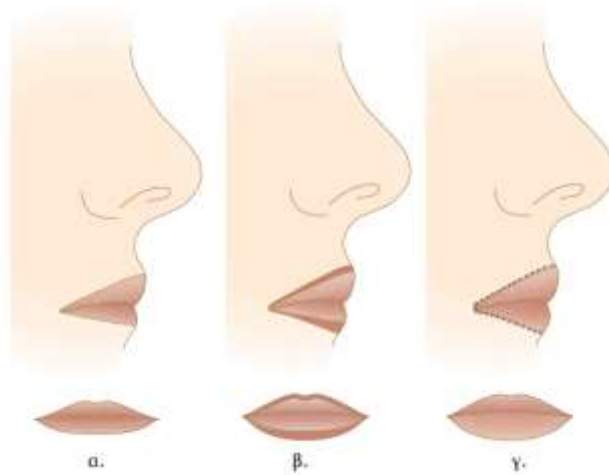
- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων 5 ημέρες πριν από την επέμβαση. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Αφαίρεση κάθε είδους *crayon* και επικαλύψεων των χειλέων.

Τεχνική αυξητικής χειλοπλαστικής:

Η επέμβαση πραγματοποιείται με δυο τρόπους. Στην εξωτερική επιφάνεια των χειλέων ή στο εσωτερικό του στόματος.

Στην εξωτερική χειλοπλαστική σχεδιάζεται και αφαιρείται λωρίδα δέρματος πάχους μερικών χιλιοστών κατά μήκος του ορίου δέρματος-ερυθρού των χειλέων. Στη συνέχεια ράβεται η τομή με λεπτά εξωτερικά ή ενδοδερμικά, απορροφήσιμα ράμματα. Για καλύτερη συρραφή ο γιατρός μπορεί να χρησιμοποιήσει ειδικά μεγεθυντικά γυαλιά. Η επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί στο ένα ή και στα δύο χείλη ταυτόχρονα.

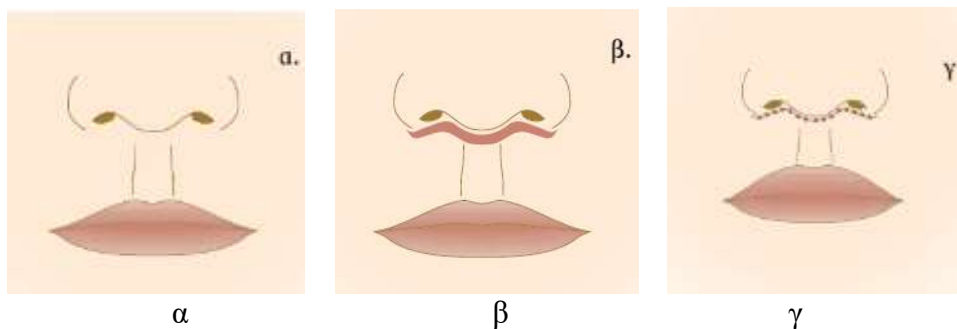
Στην εσωτερική χειλοπλαστική σχεδιάζεται στον βλεννογόνο τομή σχήματος λατινικού V με το άνοιγμα προς τα κάτω, για το επάνω χείλος και προς τα επάνω για το κάτω. Έλκεται το χείλος προς τα έξω, η τομή διανοίγεται στην επιθυμητή έκταση και στη συνέχεια ράβεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μετατραπεί σε κεφαλαίο Y. Η ραφή αυτή ωθεί τον βλεννογόνο του στόματος προς τα έξω, αυξάνοντας το ορατό τμήμα του ερυθρού των χειλέων.



Εικόνα 1: Τεχνική εξωτερικής αυξητικής χειλεοπλαστικής: α. προεγχειρητική εικόνα, β. αφαίρεση λωρίδας δέρματος, γ. συρραφή

Τεχνική μειωτικής χειλεοπλαστικής: Σχεδιάζεται τοξοειδής τομή του βλεννογόνου, στο εσωτερικό του στόματος, παράλληλη με τη γραμμή του ερυθρού των χειλέων και σε απόσταση τέτοια ώστε να μην είναι ορατή. Υπολογίζεται και αφαιρείται λωρίδα βλεννογόνου τόση ώστε να προκληθεί η επιθυμητή μείωση του ορατού τμήματος του ερυθρού των χειλέων. Ο βλεννογόνος ράβεται στη συνέχεια με απορροφήσιμα ράμματα που δεν αφαιρούνται.

Τεχνική ανύψωσης του άνω χείλους. Η ανύψωση του κρεμασμένου άνω χείλους επιτυγχάνεται με την αφαίρεση τμήματος δέρματος και υποδόριου ιστού από τη βάση της μύτης. Η αφαίρεση σχεδιάζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να ελαττωθεί το μήκος του χείλους στον επιθυμητό βαθμό και η τελική ραφή του δέρματος να συμπέσει με την ρινοχειλική πτυχή.



Εικόνα 2: Τεχνική ανύψωσης του άνω χείλους: α. προεγχειρητική εικόνα, β. αφαίρεση τμήματος δέρματος στη βάση της μύτης, γ. συρραφή

Μετεγχειρητική πορεία:

- Ελάχιστος, υποφερτός πόνος, κυρίως κατά το πρώτο 24ωρο, που ελέγχεται με παυσίπονα.
- Οίδημα των χειλέων κατά το 1^ο 24ωρο που υποχωρεί, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό, στο 2^ο-4^ο 24ωρο.
- Εκχυμώσεις των χειλέων που υποχωρούν σταδιακά σε 2-3 ημέρες.
- Δεν χρειάζεται επίδεση

- Καθημερινή επάλειψη ή πλύσεις στόματος (αν η επέμβαση είναι εσωτερική) με αντισηπτικό που θα συστήσει ο γιατρός για 3 24ωρα.
- Λήψη αντιβιοτικού δεν απαιτείται συνήθως. Λήψη αποιδηματικών ή αντιφλεγμονοδών φαρμάκων, αν ο γιατρός το κρίνει απαραίτητο.
- Κρύες κομπρέσες στα χείλη κατά τα δύο πρώτα 24ωρα περιορίζουν σημαντικά το οίδημα και το αίσθημα τάσης.
- Αποφυγή λήψης σκληρής, ογκώδους τροφής τις πρώτες 7-10 ημέρες.
- Αποφυγή χρήσης crayon για 2-3 24ωρα.
- Αν υπάρχουν εξωτερικά ράμματα αφαιρούνται σε 7-10 ημέρες.

Επιπλοκές

Δεν υπάρχουν σοβαρές χειρουργικές επιπλοκές.

Στις αισθητικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Ασυμμετρία των χειλέων
- Ατελής ή υπερβολική εκτομή του βλεννογόνου
- Ανωμαλίες στο περίγραμμα των χειλέων

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



I: Αυξητική χειλιοπλαστική άνω χείλους.



II: αυξητική χειλιοπλαστική άνω χείλους.



Ωτοπλαστική

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική, μέθη ή τοπική
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 1-2 ώρες
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρο
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 7 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Σε 10-12 ημέρες.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 1^η ημέρα.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 10^η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά την 8^η- 10^η ημέρα (Μετά την 4^η ημέρα με επίδεσμο).
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Περιέδεση με ελαστικό επίδεσμο κατά τα πρώτα 3 24ωρα. Ελαστική ταινία ή κορδέλα μαλλιών μέχρι την 8^η-10^η ημέρα. Κορδέλα μόνο τη νύχτα, για 20-30 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 3 μήνες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Λεπτή, γραμμική ουλή στην πίσω επιφάνεια του πτερυγίου.

Ωτοπλαστική είναι η χειρουργική ανάπλαση των πτερυγίων των αυτιών για κοσμητικούς λόγους ή για την αποκατάσταση συγγενών, μετατραυματικών ή μετεγχειρητικών ανωμαλιών.

Στην Αγγλική γλώσσα η ωτοπλαστική αποδίδεται με τους όρους **Otoplasty** και **Ear surgery**.

Οι πιο συχνές συγγενείς ανωμαλίες στα πτερύγια των αυτιών είναι τα προέχοντα ή αφεστώτα ότα, η υπερπλασία, η υποπλασία και η ανοτία (μερική ή ολική). Πολλές είναι επίσης οι μετατραυματικές ανωμαλίες των πτερυγίων με συχνότερες τον ακρωτηριασμό και τις νεοπλασίες. Στο κεφάλαιο αυτό θα περιγραφεί η διόρθωση των πτερυγίων που προέχουν, επειδή είναι η κατεξοχήν αισθητική ανωμαλία ενώ οι υπόλοιπες ανήκουν στη σφαίρα της επανορθωτικής κυρίως πλαστικής χειρουργικής.

Τα προέχοντα πτερύγια είναι μια δυσμορφία που ταλαιπωρεί ψυχολογικά τα παιδιά της σχολικής ηλικίας καθώς είναι συχνά η αιτία πειραγμάτων και χαρακτηρισμών από τους συμμαθητές τους. Για το λόγο αυτό είναι σκόπιμο να διορθώνεται νωρίς, στην προσχολική ηλικία των 5-6 χρόνων.

Τα σημεία που χαρακτηρίζουν τα πτερύγια ως προέχοντα είναι:

- Απόσταση του πιο απομακρυσμένου σημείου του πτερυγίου από την πλάγια επιφάνεια της κεφαλής μεγαλύτερη από 2 εκατοστά.
- Γωνία μεταξύ πτερυγίου και οπισθοωτιαίας επιφάνειας της κεφαλής μεγαλύτερη από 30° .
- Απουσία ανθέλικας.
- Δυσανάλογα μεγάλη κόγχη.



Εικόνα 1: Προέχοντα πτερύγια.

Στόχοι

Με την ωτοπλαστική επιτυγχάνεται:

- Ελάττωση του μεγέθους της κόγχης
- Δημιουργία ανθέλικας
- Μείωση της γωνίας πτερυγίου-κεφαλής κάτω από 30°.
- Μείωση της απόστασης πτερυγίου-κεφαλής κάτω από 2 εκατοστά.
 - Διόρθωση της προπέτειας του λοβίου.

Αντενδείξεις

- Βαριές, μη ελεγχόμενες πνευμονικές, καρδιακές ή νεφρικές παθήσεις.
- Ανεξέλεγκτη υπέρταση και αρρυθμιστος διαβήτης.
- Ανωμαλίες πήξεως του αίματος
- Βαρύ κάπνισμα
- Σοβαρή ψυχιατρική πάθηση



Διαδικασία ωτοπλαστικής

1^η επίσκεψη: Στην πρώτη επίσκεψη μεγάλη σημασία έχει η γνωριμία και η αμφίδρομη εξοικείωση ασθενούς και πλαστικού χειρουργού.

Ο γιατρός θα ακούσει με προσοχή τις αλλαγές που επιθυμεί το συγκεκριμένο άτομο, στο σύνολο και στα επιμέρους σημεία των πτερυγίων. Θα εξετάσει τα αυτιά προκειμένου να εντοπίσει τα συγκεκριμένα σημεία που προκαλούν τη δυσμορφία. Βασιζόμενος στα στοιχεία αυτά, στην καλλιτεχνική ανατομική και στην εμπειρία του θα επιλέξει και θα προτείνει την τεχνική που ταιριάζει καλύτερα στο συγκεκριμένο άτομο.

Στην ίδια επίσκεψη ο γιατρός θα εξηγήσει την όλη διαδικασία της επέμβασης. Ιδιαίτερη σημασία έχει ο χρόνος ανάρρωσης, η μετεγχειρητική διαδικασία και οι τυχόν επιπλοκές.

Καλό είναι, όλα τα παραπάνω να καταγραφούν σε ένα είδος ιατρικού συμφωνητικού που θα υπογραφεί από το γιατρό και την ασθενή για αμοτερόπλευρη εξασφάλιση και πρόληψη πιθανών παρεξηγήσεων.

Προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος:

Ο βασικός προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος
- Ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ψευδοχοληνεστεράση ορού
- Βασικός αντιπηκτικός έλεγχος
- Ακτινογραφία θώρακος και ρινός
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ο βασικός προεγχειρητικός κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Καρδιολογική εκτίμηση
- Αναισθησιολογική εκτίμηση

Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.

Προεγχειρητικά μέτρα:

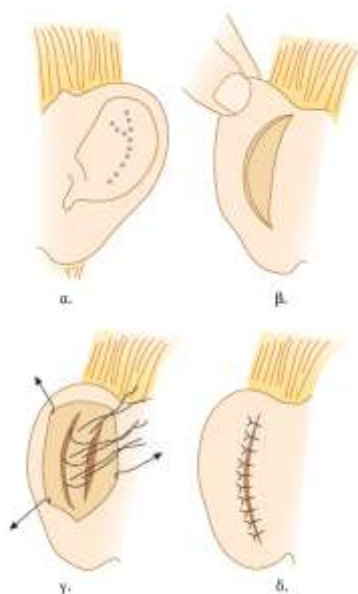
- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων 5 ημέρες πριν από την επέμβαση. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Διακοπή καπνίσματος 2 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.
- Προμήθεια των απαιτούμενων φαρμάκων μετά από συνεννόηση με το γιατρό.
- Λούσιμο το προηγούμενο βράδυ
- Αφαίρεση φακών επαφής.
- Αποφυγή λήψης νερού και τροφής τουλάχιστον 6 ώρες πριν από την επέμβαση.

Τεχνική ωτοπλαστικής:

Η επέμβαση διενεργείται στην οπίσθια επιφάνεια των πτερυγίων έτσι ώστε η μετεγχειρητική ουλή να είναι αόρατη, πίσω από το αυτί. Αρχικά αφιρείται ένα τμήμα δέρματος, ατρακτοειδούς σχήματος, προκειμένου να αποκαλυφθεί ο χόνδρος του πτερυγίου.

Σχεδιάζεται και αποκολλάται μια λωρίδα χόνδρου κατά μήκος της πορείας της ανθέλικας που στη συνέχεια αναδιπλώνεται και ράβεται με ράμματα, με τέτοιο τρόπο ώστε να σχηματίζει σωλήνα. Ακολουθεί αφαίρεση ατρακτοειδούς λωρίδας από τον χόνδρο της κόγχης ώστε η τελευταία να αποκτήσει το επιθυμητό μέγεθος. Η δημιουργία της ανθέλικας είναι δυνατή και με άλλες τεχνικές. Η επιλογή της τεχνικής εξαρτάται από τις προτιμήσεις του γιατρού.

Μετά την ολοκλήρωση των αλλαγών στον χόνδρινο σκελετό του πτερυγίου συμπλησιάζεται και ράβεται το έλλειμμα του δέρματος πίσω από το αυτί. Η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται στο άλλο αυτί.



Εικόνα 2: Τεχνική ωτοπλαστικής σε προέχοντα αυτιά: α. σχεδιασμός της θέσης της ανθέλικας,β. αφαίρεση τμήματος δέρματος από την οπίσθια επιφάνεια του πτερυγίου, γ. δημιουργία ανθέλικας, δ. συρραφή του δέρματος.

Τα πτερύγια καλύπτονται με βαζελινούχες και κοινές γάζες και η κεφαλή περιτυλίγεται με ελαστικό επίδεσμο, έτσι ώστε τα αυτιά να ωθούνται με ελαφρή πίεση προς τα μέσα.

Μετεγχειρητική πορεία:

- Ελάχιστος ή υποφερτός πόνος ,κυρίως κατά το πρώτο 24ωρο, που ελέγχεται με παυσίπονα.
- Οίδημα των πτερυγίων που ξεκινά το 1^ο 24ωρο, κορυφώνεται το 2^ο και υποχωρεί, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό, στο 3^ο-4^ο 24ωρο.
- Εκχυμώσεις των πτερυγίων που υποχωρούν σταδιακά σε 7-10 ημέρες.
- Αλλαγή επιδέσμων το 2^ο-3^ο 24ωρο. Αντικατάστασή τους με λεπτό, αφαιρούμενο επίδεσμο ή με κορδέλα για τα μαλλιά για 7 περίπου ημέρες.
- Χρήση ελαφρού επιδέσμου κατά τον ύπνο για 20 -30 ημέρες.
- Λήψη αντιβιοτικού για 4-7 ημέρες. Λήψη αποιδηματικών ή αντιφλεγμονοδών φαρμάκων, αν ο γιατρός το κρίνει απαραίτητο.
- Αποφυγή ύπνου σε πλάγια θέση κατά τα πρώτα 2-3 24ωρα.
- Λούσιμο επιτρέπεται μετά την 3^η ημέρα.
- 2^η αλλαγή την 10^η-12^η ημέρα οπότε αφαιρούνται τα ράμματα.
- Εκτίμηση της μετεγχειρητικής πορείας από το γιατρό σε 1 και σε 6 μήνες.

Επιπλοκές

Σπάνιες επιπλοκές

- Επιπλοκές από την αναισθησία
- Αιμορραγία
- Φλεγμονή

Αισθητικές επιπλοκές

- Ατελής διόρθωση της προεξοχής των πτερυγίων
- Ασυμμετρία των πτερυγίων
- Προεξοχή των λοβίων

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



I: Ωτοπλαστική σε προέχοντα πτερύγια.



II: Ωτοπλαστική.



III: Ωτοπλαστική.



IV: Ωτοπλαστική.

**ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ
ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ
ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ**



Μείωση μαστών γυναίκας

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική

ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 2 ώρες.

ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Απαιτείται στη γιγαντομαστία, σε περίπτωση αναιμίας.

ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρο

ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3 ημέρες

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Τα ενδοδερμικά ράμματα δεν χρειάζονται αφαίρεση. Αν υπάρχουν εξωτερικά ράμματα αφαιρούνται την 12^η -14^η ημέρα.

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 3^η ημέρα.

ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 40^η ημέρα.

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά την 3^η- 4^η ημέρα.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΕΞΗ: Περίδεση μαστών με ελαστικούς επιδέσμους κατά τα δύο πρώτα 24ωρα. Στηθόδεσμος θηλασμού ή ειδικός ορθοπεδικός στηθόδεσμος για 30-40 ημέρες.

ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Άμεσα ορατό αποτέλεσμα. «Φυσικοί» μαστοί σε 30 ημέρες..

Μείωση ή μειωτική μαστών ή σμίκρυνση μαστών είναι η χειρουργική επέμβαση που επιτυγχάνει την ελάττωση του όγκου και την ταυτόχρονη, συνήθως, ανόρθωση των μαστών.

Στην Αγγλική γλώσσα η μείωση των μαστών αποδίδεται με τους όρους **breast reduction** και **reduction mammoplasty**.

Η υπερτροφία των μαστών ταλαιπωρεί μεγάλο αριθμό γυναικών σε όλο τον κόσμο, τόσο για κοσμητικούς όσο και για λόγους υγείας. Η μεγαλομαστία:

- Αυξάνει την περίμετρο και τον όγκο του άνω μισού του σώματος
- Περιορίζει τις επιλογές ένδυσης
- Δυσχεραίνει την κίνηση και την άθληση
- Συνοδεύεται σχεδόν πάντοτε με πτώση των μαστών
- Προκαλεί αίσθημα ανασφάλειας και κατωτερότητας στη γυναίκα
- Δυσχεραίνει την ψηλάφηση και τον έλεγχο των μαστών
- Αυξάνει την πιθανότητα νόσησης των μαστών
- Προκαλεί πόνους στον αυχένα και στη ράχη
- Δυσκολεύει την αναπνοή
- Ευθύνεται για διαφόρων ειδών ερεθισμούς και δερματοπάθειες, κάτω από τους μαστούς

Συνήθεις αιτίες μεγαλομαστίας αποτελούν οι κληρονομικές καταβολές, διάφορες ενδοκρινολογικές παθήσεις, ορμονικές ανακατατάξεις (παρθενική ή εφηβική μεγαλομαστία), οι πολλαπλές εγκυμοσύνες και η παχυσαρκία.



Εικόνα 1: Γιγαντομαστία.

Στόχοι:

Με την μειωτική των μαστών επιτυγχάνουμε

- Ελάττωση του όγκου των μαστών
- Ανόρθωση των μαστών
- Βελτίωση της φόρμας των μαστών
- Αφαίρεση του χαλαρωμένου δέρματος
- Βελτίωση των ραγάδων στην επιφάνεια των μαστών
- Ανακούφιση από τα προβλήματα υγείας που προκαλεί η υπερτροφία των μαστών

Αντενδείξεις:

- Ηλικία κάτω των 17 ετών με εξαίρεση την παρθενική γιγαντομαστία που προκαλεί σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα
- Κύηση
- Θηλασμός
- Καρκίνος μαστού που δεν έχει αντιμετωπιστεί
- Ενεργός φλεγμονή των μαστών
- Βαριές, μη ελεγχόμενες πνευμονικές, καρδιακές ή νεφρικές παθήσεις.
- Παθήσεις ανοσοποιητικού συστήματος όπως είναι το AIDS
- Ανεξέλεγκτη υπέρταση και αρρυθμιστος διαβήτης.
- Διαταραχές πήξης του αίματος
- Ιστορικό ανάπτυξης υπερτροφικών ουλών ή χηλοειδών
- Σοβαρή ψυχιατρική πάθηση ή ψυχολογική αστάθεια

Διαδικασία μείωσης των μαστών

1^η επίσκεψη: Στην πρώτη επίσκεψη ο γιατρός θα πάρει πλήρες ατομικό και οικογενειακό ιστορικό εστιάζοντας το ενδιαφέρον του στις παθήσεις που αφορούν το μαστό. Θα εξετάσει οπτικά και ψηλαφητικά τους αδένες, τους λεμφαδένες της μασχάλης και το δέρμα των μαστών και θα εκτιμήσει το βαθμό της πτώσης, αν υπάρχει και το μέγεθος των μαστών. Θα καταγράψει τυχόν υπάρχουσα ανισομαστία ή άλλες συγγενείς ή επίκτητες δυσμορφίες των μαστών. Είναι πιθανό, σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, να ζητήσει μαστογραφία ή άλλη απεικονιστική εξέταση των μαστών.

Ο πλαστικός χειρουργός πρέπει να εξηγήσει στη γυναίκα τις εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισης της μεγαλομαστίας, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα καθεμιάς, τη διαδικασία της επέμβασης και τις πιθανές επιπλοκές. Μερικά από τα θέματα που πρέπει οπωσδήποτε να διευκρινιστούν είναι:

- Η μείωση των μαστών, με οποιαδήποτε τεχνική, αναπόφευκτα δημιουργεί μετεγχειρητικές ουλές. Η θέση και η έκταση των ουλών μπορεί να αλλάζει από τη μια τεχνική στην άλλη κατά κανόνα όμως παραμένει κυκλική ουλή στα όρια της άλλως, ευθεία κάθετη ουλή από την άλλω μέχρι την υπομάστια πτυχή και οριζόντια, ευθεία ή ελαφρά κοίλη, ουλή σε τμήμα της υπομάστιας πτυχής (σχήμα άγκυρας). Οι ουλές αυτές βελτιώνονται σταδιακά ,κατά τους επόμενους 10-12 μήνες και καταλήγουν συνήθως σε λεπτές, δυσδιάκριτες, λευκές γραμμές. Η τελική πάντως εμφάνιση των ουλών δεν εξαρτάται μόνο από την ικανότητα του πλαστικού χειρουργού αλλά και από πολλούς άλλους απρόβλεπτους παράγοντες μερικοί από τους οποίους είναι η τάση δημιουργίας υπερτροφικών ουλών, η αστάθεια του βάρους και η έκθεση στον ήλιο. Σημαντικό όφελος προσφέρει η επικάλυψη, για τους επόμενους 1-2 μήνες, των ουλών με γέλη ή φύλα σιλικόνης ή η επάλειψή τους με αλοιφές που θα συστήσει ο γιατρός.
- Η μείωση των μαστών είναι δυνατόν να επηρεάσει αρνητικά μελλοντικό θηλασμό. Συνήθως μειώνει την ποσότητα του παραγόμενου γάλακτος.
- Ενδεχόμενη εγκυμοσύνη, μετά την επέμβαση, είναι πιθανό να αλλοιώσει το αρχικό αποτέλεσμα. Στην περίπτωση αυτή θα χρειαστεί επανεπέμβαση μικρότερης συνήθως βαρύτητας από την αρχική.
- Η μείωση των μαστών δεν εμποδίζει τη διενέργεια και την ανάγνωση της μαστογραφίας.
- Η ψηλάφηση των μαστών διευκολύνεται.

Καλό είναι, όλα τα παραπάνω να καταγραφούν σε ένα είδος ιατρικού συμφωνητικού που θα υπογραφεί από το γιατρό και την ασθενή για αμφοτερόπλευρη εξασφάλιση και πρόληψη πιθανών παρεξηγήσεων.

Προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος:

Ο βασικός προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος
- Ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ψευδοχοληνεστεράση ορού
- Βασικός αντιπηκτικός έλεγχος

- Ακτινογραφία θώρακος
- Μαστογραφία (πιθανώς, σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση)
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ο βασικός προεγχειρητικός κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Καρδιολογική εκτίμηση
- Αναισθησιολογική εκτίμηση

Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.



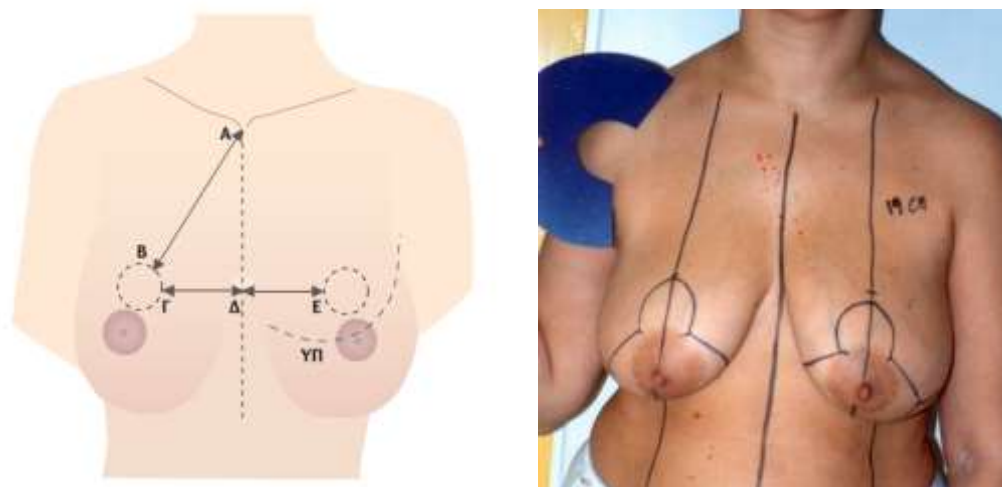
Προεγχειρητικά μέτρα:

- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων μία εβδομάδα πριν από την επέμβαση. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Διακοπή καπνίσματος 2 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.
- Προμήθεια των απαιτούμενων φαρμάκων μετά από συνεννόηση με το γιατρό.
- Προμήθεια κατάλληλου στηθόδεσμου.
- Αφαίρεση φακών επαφής.
- Αποφυγή λήψης νερού και τροφής τουλάχιστον 6 ώρες πριν από την επέμβαση.

Τεχνικές μείωσης των μαστών:

Όλες οι σχετικές τεχνικές αποσκοπούν στη μείωση του υπερτροφικού αδένου των μαστών και του ινολιπωδούς ιστού που τον περιβάλλει, στην αφαίρεση της περίσσειας του δέρματος και στην ανάρτηση της θηλής υψηλότερα. Η μεταφερόμενη θηλή πρέπει, για να μην νεκρωθεί, να μετακινηθεί πάνω σε τμήμα ιστού (κρημνό)

ικανό να εξασφαλίσει την αιμάτωσή της. Οι τεχνικές μείωσης των μαστών διαφοροποιούνται ακριβώς ως προς τη θέση και το μέγεθος του κρημνού της θηλής.



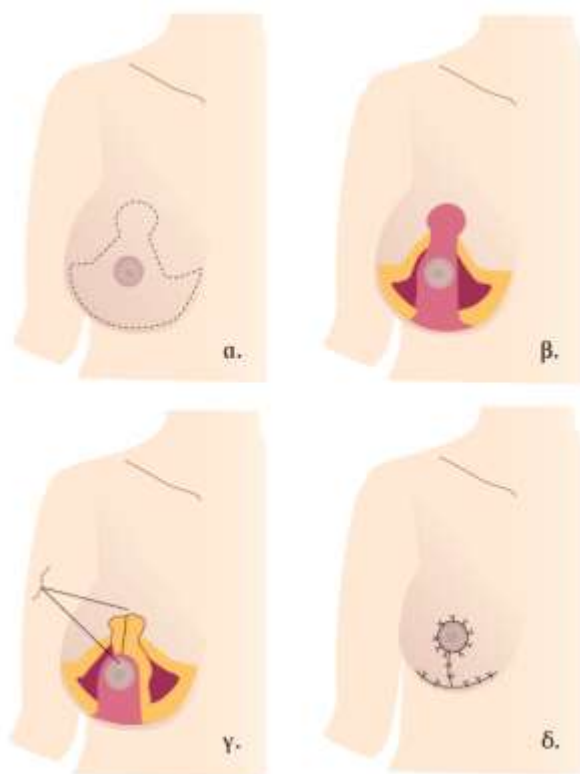
Εικόνα 2: Προεγχειρητικός σχεδιασμός μείωσης μαστών.

Όλες οι καθιερωμένες σήμερα τεχνικές επιτυγχάνουν τους στόχους τους. Ο γιατρός επιλέγει εκείνη που, κατά την άποψή του, ταιριάζει καλύτερα στη συγκεκριμένη περίπτωση. Η περιγραφή όλων των τεχνικών μείωσης των μαστών είναι αδύνατη. Θα περιγραφούν δύο τεχνικές που προτιμά ο συγγραφέας, θεωρώντας ότι επιτυγχάνουν το καλύτερο αποτέλεσμα.

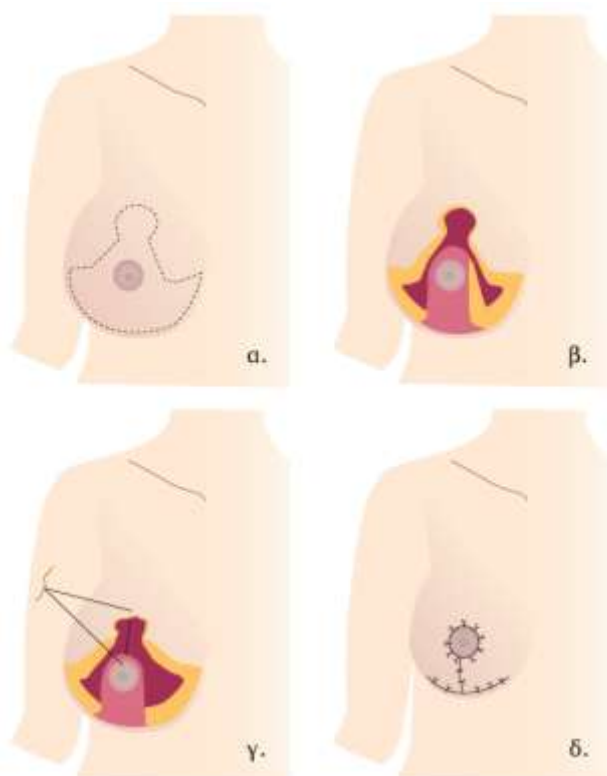
Με τη γυναίκα σε όρθια στάση, πριν από την έναρξη της επέμβασης, σχεδιάζεται με κάθε λεπτομέρεια η νέα θέση της θηλής και το τμήμα του δέρματος που πρέπει να αφαιρεθεί σε κάθε μαστό. Ο σχεδιασμός γίνεται με πολλαπλές μετρήσεις στο θωρακικό τοίχωμα και με τη βοήθεια μαρκαδόρου και προσχεδιασμένης πατέντας (Εικ 2).

Η θηλή πρέπει να τοποθετηθεί στο ύψος της υπομάστιας πτυχής χωρίς να υπερβαίνει τη μεσότητα του βραχίονα. Η άλλως πρέπει να απέχει 19-22 εκ από τη σφαγιτιδική εντομή του στέρνου, 10-12 εκ από τη μέση γραμμή του στέρνου και 20-24 εκ από την άλλω του αντίθετου μαστού. Η αφαίρεση δέρματος σχεδιάζεται έτσι ώστε η τελική ραφή να δώσει στον μαστό την επιθυμητή φόρμα και να τον ωθήσει προς τα επάνω.





Εικόνα 3: Τεχνική μείωσης μαστού με κάθετο, δίμισχο κρημό. α. περιοχή αφαίρεσης δέρματος β. δημιουργία κρημού της θηλής, γ. μετακίνηση θηλής στη νέα θέση, δ. συρραφή δέρματος.



Εικόνα 4: Τεχνική μείωσης μαστού με κρημό κατώτερου μίσχου. α. περιοχή αφαίρεσης δέρματος β. δημιουργία κρημού της θηλής, γ. μετακίνηση θηλής στη νέα θέση, δ. συρραφή δέρματος.

Αρχικά αφαιρείται το προσχεδιασμένο τμήμα του δέρματος στο επίπεδο του χορίου. Στη συνέχεια σχεδιάζεται ο κρημνός της θηλής. Στην πρώτη **τεχνική του κάθετου δίμισχου κρημνού** σχεδιάζεται ένα τμήμα ιστού σε σχήμα γέφυρας ανάμεσα στον άνω και στον κάτω πόλο του μαστού πάνω στο οποίο μεταφέρεται η θηλή. Στην δεύτερη **τεχνική του κατώτερου μίσχου** δημιουργείται ένα τμήμα ιστού σε σχήμα γλώσσας με ευρεία βάση στον κάτω πόλο του μαστού, στην κορυφή του οποίου μεταφέρεται η θηλή.

Ακολουθεί η αφαίρεση προκαθορισμένων τμημάτων του μαστού μέχρι να επιτευχθεί το επιθυμητό μέγεθος. Η θηλή ράβεται στη νέα θέση και το δέρμα ράβεται με ενδοδερμικά ή εξωτερικά ράμματα.

Μετεγχειρητική πορεία:

- Ελάχιστος ή υποφερτός πόνος ,κυρίως κατά το πρώτο 24ωρο, που ελέγχεται με παυσίπονα.
- Οίδημα των μαστών κυρίως κατά τα πρώτα 3-4 24ωρα.
- Περίδεση των μαστών με ελαστικούς επιδέσμους σε σχήμα οριζόντιου 8 κατά τα πρώτα 3 24ωρα. Στηθόδεσμος θηλασμού ή ειδικός ορθοπεδικός στηθόδεσμος στη συνέχεια, για 30-40 ημέρες.
- Πρώτη αλλαγή την επομένη της επέμβασης και δεύτερη κατά το 3^ο 24ωρο.
- Λήψη αντιβιοτικού για 8 ημέρες. Λήψη αποιδηματικών ή αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, αν ο γιατρός το κρίνει απαραίτητο.
- Αποφυγή ύπνου σε πρηνή θέση για 10-15 ημέρες.
- Μπάνιο επιτρέπεται μετά την 3^η- 5^η ημέρα.
- Τα ενδοδερμικά ράμματα δεν αφαιρούνται. Τα ράμματα γύρω από τη θηλή αφαιρούνται την 7^η ημέρα. Αν υπάρχουν άλλα εξωτερικά ράμματα αφαιρούνται την 10^η-12^η ημέρα.
- Εκτίμηση της μετεγχειρητικής πορείας από το γιατρό σε 1 και σε 6 μήνες.



Εικόνα 5: Ορθοπεδικός μετεγχειρητικός στηθόδεσμος.

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της μείωσης των μαστών, όταν η επέμβαση διενεργείται από έμπειρο, ειδικευμένο πλαστικό χειρουργό, σύμφωνα με τους κανόνες της χειρουργικής και της ιατρικής επιστήμης, είναι σπάνιες και αντιμετωπίσιμες.

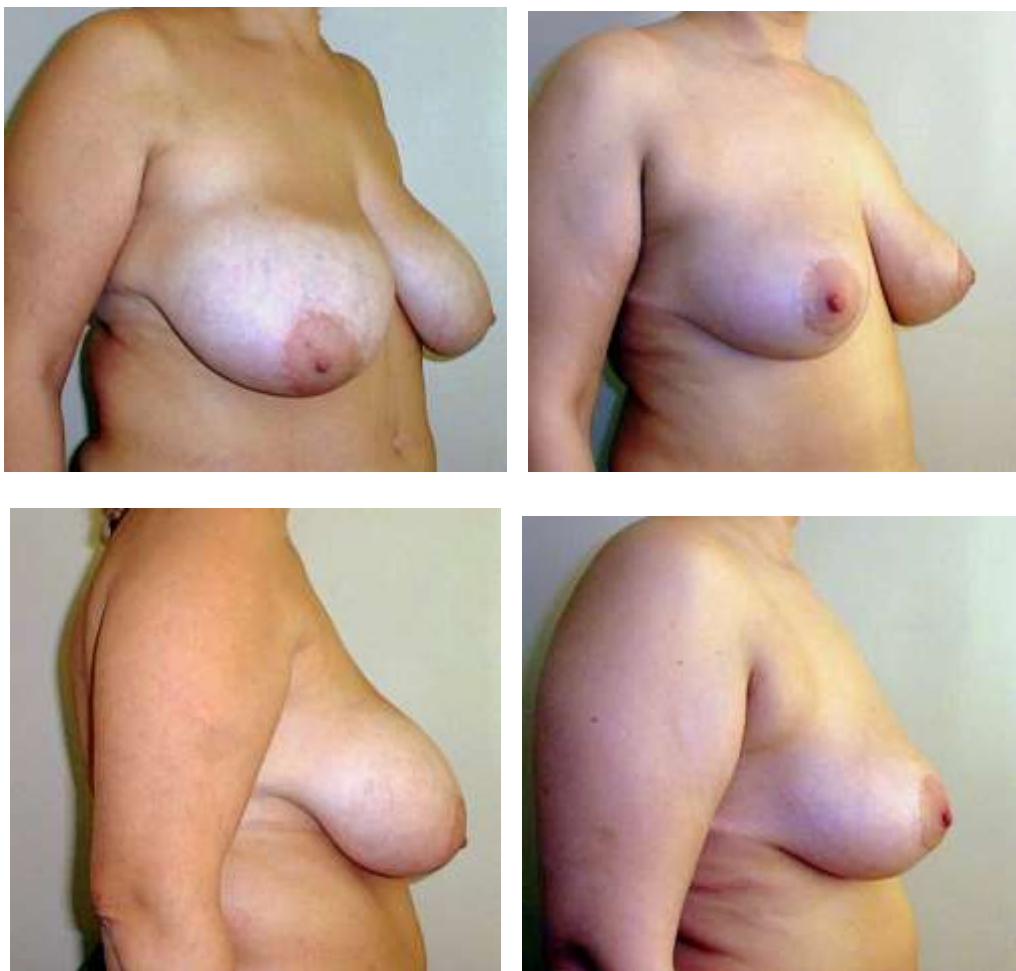
Στις χειρουργικές επιπλοκές της επέμβασης περιλαμβάνονται

- Επιπλοκές από την αναισθησία
- Αιμάτωμα
- Φλεγμονή
- Νέκρωση θηλής
- Διάσπαση ραφής

Στις αισθητικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Ασυμμετρία των μαστών
- Ανωμαλίες της θηλής
- Διαταραχές αισθητικότητας της θηλής
- Υπερτροφικές ουλές

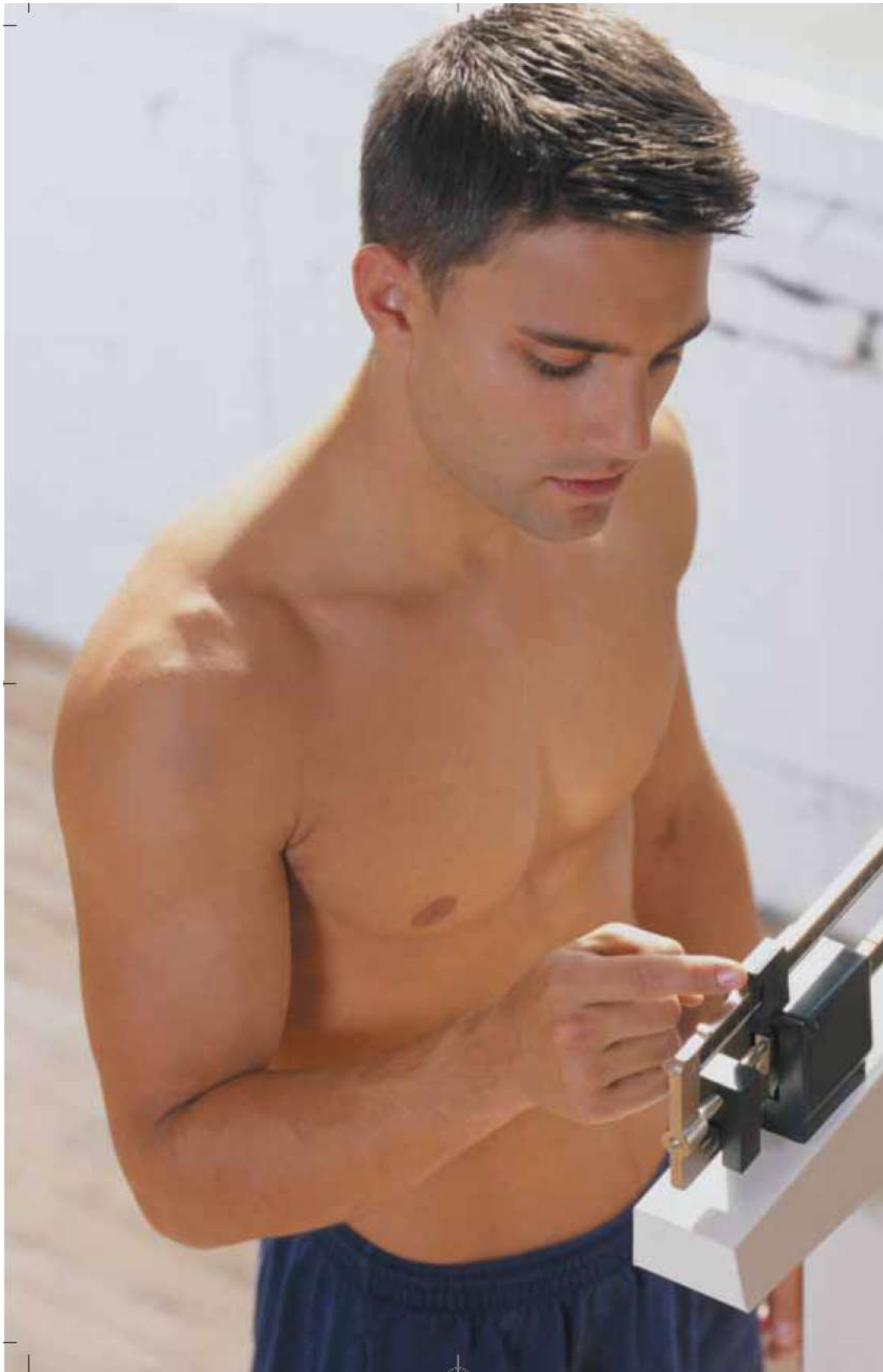
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



I: Μείωση μαστών. Αποτέλεσμα 6 μήνες αργότερα.



II: Μείωση μαστών. Αποτέλεσμα την 25η μετεγχειρητική ημέρα.



Μείωση μαστών άνδρα

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 45 min -2 ώρες ανάλογα με την τεχνική.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρο
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Τα ράμματα γύρω από τη θηλή αφαιρούνται την 7^η ημέρα. Αν υπάρχουν άλλα εξωτερικά ράμματα αφαιρούνται την 10^η-12^η ημέρα.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 1^η ημέρα.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 40^η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά την 3^η- 4^η ημέρα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Περίδεση θώρακα με ελαστικό επίδεσμο κατά τα δύο πρώτα 24ωρα. Ελαστική ζώνη για 30-40 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 30 ημέρες.

Μείωση ή σμίκρυνση μαστών σε άνδρα είναι η χειρουργική επέμβαση που αφαιρεί τους ανδρικούς υπερτροφικούς μαστούς.

Στην Αγγλική η μείωση των ανδρικών μαστών αποδίδεται με τους όρους **breast reduction in males** και **gynecomastia**.

Η υπερτροφία των μαστών χαρακτηρίζεται ακόμη με τον άκομψο όρο **γυναικομαστία** επειδή, σε υπερτροφίες μεγάλου βαθμού, οι μαστοί του άνδρα μοιάζουν με αυτούς της γυναίκας.



Εικόνα 1: Υπερτροφία μαστών σε άνδρα.

Η υπερτροφία των ανδρικών μαστών εμφανίζεται σε έφηβους αλλά και σε ενήλικες. Τα αίτια που την προκαλούν είναι συχνά ασαφή (ιδιοπαθής υπερτροφία). Ενοχοποιούνται οι ορμονικές διαταραχές ή οι απότομες ορμονικές αλλαγές στην αναλογία οιστρογόνων/ τεστοστερόνης, η υπερευαισθησία των μαζικών αδένων στη

δράση ορμονών, οι χρόνιες παθήσεις των νεφρών και του ήπατος, η λήψη ορισμένων φαρμάκων, η κατανάλωση τροφίμων που περιέχουν ορμόνες και η παχυσαρκία. Η τελευταία προκαλεί συσσώρευση λίπους στους μαστούς που χαρακτηρίζεται ως **λιπομαστία** ή **ψευδογυναικομαστία**.

Η υπερτροφία των ανδρικών μαστών συνοδεύεται συχνά από αύξηση του μεγέθους του συμπλέγματος θηλής- άλλως γεγονός που επιδεινώνει τη δυσμορφία.

Η υπερτροφία των μαστών προκαλεί στον άνδρα σοβαρότατα ψυχολογικά προβλήματα, επειδή λανθασμένα συνδέεται με μείωση του ανδρισμού και της σεξουαλικής ικανότητας.

Η διάγνωση και η αντιμετώπιση της υπερτροφίας των ανδρικών μαστών πρέπει να γίνεται αρχικά από ενδοκρινολόγο που θα ερευνήσει τα αίτια και την πιθανή ύπαρξη άλλων παθήσεων. Η διακοπή λήψης φαρμάκων, η απώλεια βάρους και η θεραπεία ενδεχόμενων ορμονικών διαταραχών είναι πιθανό να εξαλείψει ή να βελτιώσει την υπερτροφία. Αν, παρά τη θεραπεία, η υπερτροφία επιμένει θα χρειαστεί η παρέμβαση του πλαστικού χειρουργού.

Ενδείξεις διόρθωσης υπερτροφίας μαστών σε άνδρες:

- Ορατή υπερτροφία και των δύο μαστών που δεν υποχωρεί με συντηρητικά μέσα
- Ανισομαστία
- Αύξηση του μεγέθους του συμπλέγματος θηλής- άλλως

Αντενδείξεις διόρθωσης υπερτροφίας μαστών σε άνδρες:

- Ενεργός φλεγμονή των μαστών
- Βαριές, μη ελεγχόμενες πνευμονικές, καρδιακές ή νεφρικές παθήσεις.
- Παθήσεις ανοσοποιητικού συστήματος όπως είναι το AIDS
- Ανεξέλεγκτη υπέρταση και αρρυθμιστος διαβήτης.
- Διαταραχές πήξης του αίματος
- Ιστορικό ανάπτυξης υπερτροφικών ουλών ή χηλοειδών
- Σοβαρή ψυχιατρική πάθηση

Διαδικασία μείωσης μαστών άνδρα

1^η επίσκεψη: Στην πρώτη επίσκεψη ο γιατρός θα πάρει πλήρες ατομικό και οικογενειακό ιστορικό. Θα εξετάσει οπτικά και ψηλαφητικά τους μαστούς, τους λεμφαδένες της μαχάλης και το δέρμα των μαστών και θα εκτιμήσει το βαθμό και την αιτία της υπερτροφίας. Θα καταγράψει τυχόν υπάρχουσα ανισομαστία ή ανωμαλία στο σύμπλεγμα θηλής-άλλως.

Ο πλαστικός χειρουργός πρέπει να αναλύσει τις εναλλακτικές μεθόδους αντιμετώπισης, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα καθεμιάς, τη διαδικασία της επέμβασης και τις πιθανές επιπλοκές.

Σε βαριές περιπτώσεις που απαιτείται αφαίρεση δέρματος είναι πιθανό να παραμείνουν ορατές μετεγχειρητικές ουλές. Η θέση και η έκταση των ουλών εξαρτάται από το είδος της επέμβασης που θα πραγματοποιηθεί. Στις περισσότερες περιπτώσεις παραμένει δυσδιάκριτη, ημικυκλική ουλή στα όρια του κάτω μισού της άλλως. Στις βαρύτερες περιπτώσεις παραμένουν ουλές στο κάτω μισό του μαστού.

Αντίθετα σε περίπτωση που αρκεί η διενέργεια λιποαναρρόφησης δεν παραμένουν μετεγχειρητικές ουλές.

Οι ουλές αυτές βελτιώνονται σταδιακά, κατά τους επόμενους 10-12 μήνες και καταλήγουν συνήθως σε λεπτές δυσδιάκριτες, λευκές γραμμές. Η τελική πάντως εμφάνιση των ουλών δεν εξαρτάται από την ικανότητα του πλαστικού χειρουργού. Σημαντικό όφελος προσφέρει η επικάλυψη, για τους επόμενους 1-2 μήνες, των ουλών με γέλη ή φύλλα σιλικόνης ή η επάλειψή τους με αλοιφές που θα συστήσει ο γιατρός.

Καλό είναι, όλα τα παραπάνω να καταγραφούν σε ένα είδος ιατρικού συμφωνητικού που θα υπογραφεί από το γιατρό και την ασθενή για αμφοτερόπλευρη εξασφάλιση και πρόληψη πιθανών παρεξηγήσεων.

Προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος:

Ο βασικός προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος
- Ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ψευδοχοληνεστεράση ορού
- Βασικός αντιπηκτικός έλεγχος
- Ακτινογραφία θώρακος
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ο βασικός προεγχειρητικός κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Καρδιολογική εκτίμηση
- Αναισθησιολογική εκτίμηση

Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.

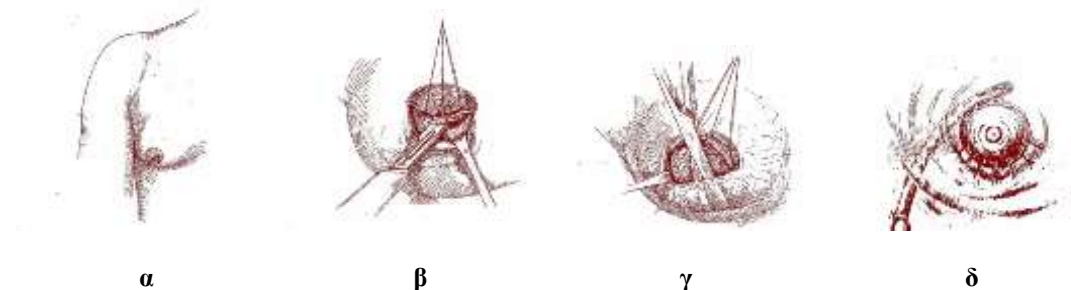
Προεγχειρητικά μέτρα:

- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων μία εβδομάδα πριν από την επέμβαση. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Διακοπή καπνίσματος 2 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.
- Προμήθεια των απαιτούμενων φαρμάκων μετά από συνεννόηση με το γιατρό.
- Προμήθεια ελαστικής ζώνης.
- Αφαίρεση φακών επαφής.
- Αποφυγή λήψης νερού και τροφής τουλάχιστον 6 ώρες πριν από την επέμβαση.

Τεχνικές μείωσης των μαστών σε άνδρα:

Η διόρθωση της υπερτροφίας των ανδρικών μαστών, σε αντίθεση με την μεγαλομαστία των γυναικών, στοχεύει στην ολοσχερή σχεδόν αφαίρεση του αδένου και του λίπους των μαστών. Σε βαριές περιπτώσεις απαιτείται επιπλέον και αφαίρεση δέρματος. Οι στόχοι αυτοί επιτυγχάνονται με διάφορες τεχνικές που επιλέγονται από το γιατρό, ανάλογα με την αιτία και το βαθμό της υπερτροφίας. Σημαντικό ρόλο στην επιλογή της κατάλληλης τεχνικής παίζει η δημιουργία ή όχι μετεγχειρητικών ουλών δεδομένου ότι η κάλυψή τους με στήθοδεσμο δεν είναι δυνατή.

Ελαφρά ή μέτρια υπερτροφία: Η υπερτροφίες αυτού του τύπου αντιμετωπίζονται άριστα με υποδόρια μαστεκτομή δηλαδή με αφαίρεση του αδένου κάτω από το δέρμα του μαστού. Η αφαίρεση γίνεται με τομή στα όρια του κάτω ημικυκλίου της άλλως, μέσω της οποίας αποχωρίζεται όλος ο μαζικός αδένος από το υπερκείμενο δέρμα και από τον υποκείμενο μείζονα θωρακικό μυ.



Εικόνα 2: Τεχνική υποδόριας μαστεκτομής: α. προεγχειρητική εικόνα, β. ημικυκλική περιθηλαία τομή δέρματος, γ. αποχωρισμός μαζικού αδένου από το δέρμα, δ. συρραφή του δέρματος.

Τοποθετείται σωλήνας παροχέτευσης και ράβεται η τομή με εξωτερικά ράμματα. Το αποτέλεσμα της υποδόριας μαστεκτομής είναι εξαιρετικό επειδή εξασφαλίζει την πλήρη αφαίρεση του αδένου και του λίπους του μαστού με μικρή δυσδιάκριτη, ημικυκλική ουλή στα όρια της άλλως.

Η υποδόρια μαστεκτομή εντούτοις δεν ενδείκνυται σε περιπτώσεις βαριάς υπερτροφίας όπου απαιτείται αφαίρεση δέρματος.

Αν χρειάζεται μείωση του μεγέθους της άλλως είναι προτιμότερο να διενεργείται αργότερα με τοπική αναισθησία.

Βαριά υπερτροφία: Στις περιπτώσεις βαριάς υπερτροφίας, εκτός από την αφαίρεση του αδένου και του λίπους των μαστών απαιτείται και η αφαίρεση δέρματος. Η χειρουργική επέμβαση είναι παρόμοια με την επέμβαση μείωσης των μαστών γυναίκας (βλ σχετικό κεφάλαιο)

Λιπομαστία: Στις περιπτώσεις παχυσαρκίας όπου η υπερτροφία των μαστών οφείλεται περισσότερο σε συσσώρευση λίπους και λιγότερο σε διόγκωση του αδένου είναι δυνατή η διόρθωση με λιποαναρρόφηση. Η λιποαναρρόφηση αφαιρεί το πλεονάζον λίπος αλλά όχι τον αδένου του μαστού. Η υπερτροφία υποχωρεί θεαματικά στη διάρκεια των τριών επόμενων μηνών.

Η μέθοδος πλεονεκτεί στο γεγονός ότι δεν αφήνει μετεγχειρητικές ουλές. Δεν ενδείκνυται όμως σε περιπτώσεις βαριάς λιπομαστίας όπου απαιτείται και αφαίρεση δέρματος.

Μετεγχειρητική πορεία:

- Ελάχιστος ή υποφερτός πόνος ,κυρίως κατά το πρώτο 24ωρο, που ελέγχεται με παυσίπονα.
- Οίδημα και εκχυμώσεις των μαστών κυρίως κατά τα πρώτα 3^ο-4^ο 24ωρα.
- Περίδεση του θώρακα με ελαστικούς επιδέσμους κατά τα πρώτα 3 24ωρα. Ελαστική ζώνη στη συνέχεια για 30-40 ημέρες.
- Πρώτη αλλαγή την επομένη της επέμβασης και δεύτερη κατά το 3^ο 24ωρο.

- Λήψη αντιβιοτικού για 8 ημέρες. Λήψη αποιδηματικών ή αντιφλεγμονοδών φαρμάκων, αν ο γιατρός το κρίνει απαραίτητο.
- Μπάνιο επιτρέπεται μετά την 3^η-5^η ημέρα.
- Τα ράμματα γύρω από τη θηλή αφαιρούνται την 7^η ημέρα. Αν υπάρχουν άλλα εξωτερικά ράμματα αφαιρούνται την 10^η-12^η ημέρα.
- Εκτίμηση της μετεγχειρητικής πορείας από το γιατρό σε 1 και σε 6 μήνες.

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της μείωσης των ανδρικών μαστών, όταν η επέμβαση διενεργείται από έμπειρο, ειδικευμένο πλαστικό χειρουργό, είναι σπάνιες και αντιμετωπίσιμες.

Στις χειρουργικές επιπλοκές της μείωσης των μαστών σε άνδρα περιλαμβάνονται

- Επιπλοκές από την αναισθησία
- Αιμάτωμα
- Φλεγμονή
- Νέκρωση θηλής
- Διάσπαση ραφής

Στις αισθητικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Ασυμμετρία των μαστών
- Διαταραχές αισθητικότητας της θηλής
- Υπερτροφικές ουλές

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



I : Μείωση υπερτροφικών μαστών σε άνδρα με υποδόρια μαστεκτομή. Αποτέλεσμα 10 ημέρες αργότερα.



II : Μείωση υπερτροφικών μαστών σε άνδρα με υποδόρια μαστεκτομή. Αποτέλεσμα την 8^η μετεγχειρητική ημέρα.



Αύξηση μαστών

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 45 min -1 ώρα.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρο
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Αν υπάρχουν εξωτερικά ράμματα αφαιρούνται την 10^η-12^η ημέρα.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 1^η ημέρα.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 40η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά την 3^η- 4^η ημέρα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΕΞΗ: Περίδεση μαστών με ελαστικούς επιδέσμους κατά τα τρία πρώτα 24ωρα. Στηθόδεσμος θηλασμού ή ειδικός ορθοπεδικός στηθόδεσμος στη συνέχεια για 30-40 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Άμεσα ορατό αποτέλεσμα. «Φυσικοί» μαστοί σε 30 ημέρες..

Αύξηση ή αυξητική των μαστών είναι η χειρουργική επέμβαση που επιτυγχάνει την αύξηση του μεγέθους των μαστών για κοσμητικούς λόγους ή για την αντιμετώπιση συγγενών ή μετεγχειρητικών δυσμορφιών.

Στην αγγλική γλώσσα η επέμβαση προσδιορίζεται με τους όρους **augmentation mammoplasty, breast augmentation, breast enlargement** ή **breast enhancement**.

Προθέσεις μαστών: Η αύξηση του μεγέθους των μαστών είναι δυνατή με επεμβάσεις μεταφοράς γειτονικών ή απομακρυσμένων, αυτόλογων ιστών από την ίδια τη γυναίκα. Τέτοιες επεμβάσεις είναι η προώθηση τμήματος χορίου-λίπους από το κατώτερο θωρακικό τοίχωμα, η πρόσθια μετακίνηση τμήματος από τους πλατύς ραχιαίους μυς και η μεταφορά αγγειούμενων τμημάτων χορίου-λίπους με τη βοήθεια μικροσκοπίου. Οι επεμβάσεις όμως αυτές είναι ιδιαίτερα τραυματικές, μεγάλης διάρκειας, προκαλούν κακώσεις στις περιοχές λήψης των μεταφερόμενων ιστών, αφήνουν δύσμορφες ουλές ενώ το αισθητικό αποτέλεσμά τους είναι, συνήθως, απογοητευτικό.

Τα μειονεκτήματα της χρήσης αυτόλογων ιστών, από την ίδια τη γυναίκα, οδήγησαν στην αναζήτηση προθέσεων από αδρανή, βιοσυμβατά υλικά. Οι προθέσεις αυτές θα έπρεπε:

- Να είναι καλά ανεκτές από τον οργανισμό
- Να μην προκαλούν αντιδράσεις απόρριψης
- Να μην ενέχονται σε καρκινογένεση
- Να μην είναι αντιληπτές οπτικά και ψηλαφητικά
- Να μην απομακρύνονται από τη θέση τοποθέτησής τους
- Να έχουν λογικό κόστος

Οι πρώτες προθέσεις σιλικόνης τοποθετήθηκαν το 1960. Έκτοτε, οι συνεχείς έρευνες και οι τεχνολογικές εξελίξεις οδήγησαν στην κατασκευή τελειοποιημένων,

ασφαλών προθέσεων για τους μαστούς που πληρούν τα παραπάνω κριτήρια. Ο πλαστικός χειρουργός έχει σήμερα στη διάθεσή του ευρύ φάσμα ασφαλών προθέσεων, σε ποικιλία δομής, σχημάτων και μεγεθών που του παρέχουν τη δυνατότητα εξατομικευμένης επιλογής ανάλογα με τις ανάγκες κάθε γυναίκας.

Η 50χρονη σχεδόν εμπειρία από την τοποθέτηση των προθέσεων σιλικόνης απέδειξε ότι τα οφέλη από τη χρήση τους είναι πολλά ενώ τα μειονεκτήματα ελάχιστα. Πολλά εκατομμύρια γυναίκες, σε όλο τον κόσμο, έχουν απαλλαγεί από το άγχος και το σύμπλεγμα κατωτερότητας που προκαλεί η απλασία και η υποπλασία των μαστών, η ανισομαστία και η μαστεκτομή. Είναι γνωστό ότι ο μαστός αποτελεί πρωτεύον χαρακτηριστικό του φύλου και κατεξοχήν σύμβολο θηλυκότητας.

Η αύξηση των μαστών με προθέσεις είναι από τις πιο δημοφιλείς και διαδεδομένες επεμβάσεις της πλαστικής χειρουργικής.

Είδη προθέσεων σιλικόνης: Οι σύγχρονες προθέσεις των μαστών είναι φάκελοι ημισφαιρικού σχήματος, με τοίχωμα από ελαστική σιλικόνη μεγάλης αντοχής, που περιέχουν γέλη σιλικόνης ή γεμίζονται με φυσιολογικό ορό.

Ανάλογα με την υφή του τοιχώματος διακρίνονται σε προθέσεις **λείας επιφάνειας** και **τραχείας επιφάνειας**. Πρόσφατα κυκλοφόρησαν προθέσεις με επίστρωση **τιτανίου** που είναι όμως υπό αξιολόγηση. Οι προθέσεις λείας επιφάνειας τείνουν να εγκαταλειφθούν επειδή προκαλούν συχνότερα κάψα. Σήμερα χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο προθέσεις τραχείας επιφάνειας που είναι καλά ανεκτές και δημιουργούν σπανιότερα κάψα.

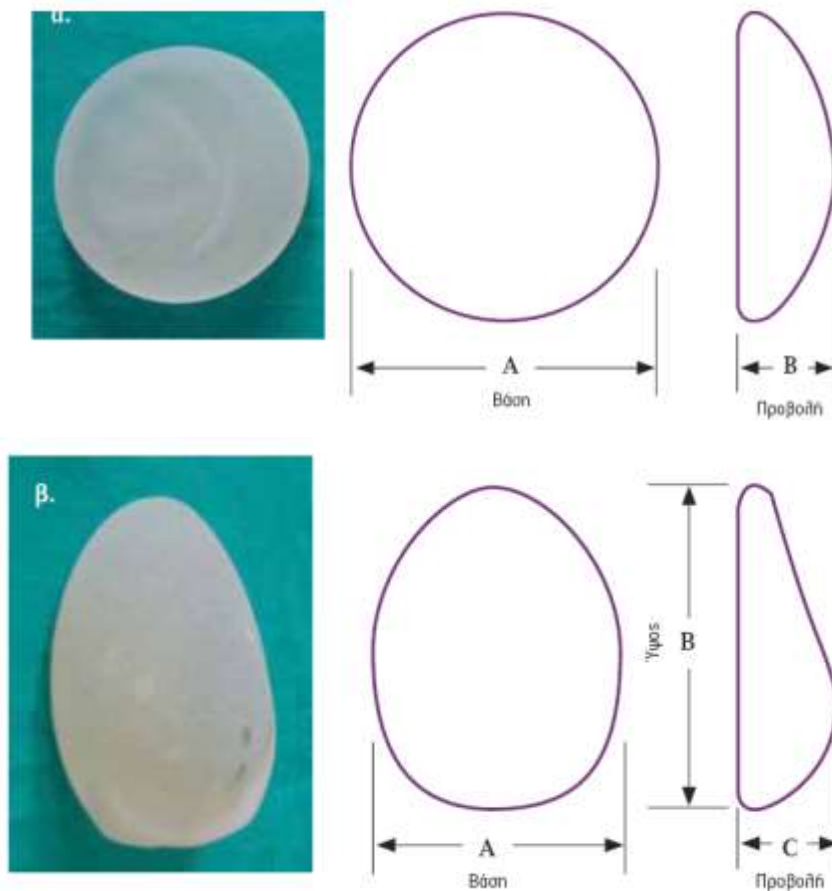


α

β

**Εικόνα1: Είδη προθέσεων ανάλογα με την υφή του τοιχώματος:
α. λείας επιφάνειας, β. τραχείας επιφάνειας.**

Ανάλογα με το σχήμα τους οι προθέσεις διακρίνονται σε **στρογγυλές** και **ανατομικές**. Οι στρογγυλές προθέσεις έχουν σχήμα ημισφαιροειδές γεγονός που προσδίδει ομοιόμορφη προβολή στο άνω και στο κάτω ήμισυ του μαστού. Αντίθετα οι ανατομικές προθέσεις έχουν ημισταγονοειδές σχήμα με μεγαλύτερη προβολή στο κάτω και μικρότερη στο επάνω τμήμα τους. Το σχήμα αυτό δίνει μεγάλη προβολή στο κάτω ήμισυ του μαστού και μικρότερη στο επάνω με αποτέλεσμα να φαίνεται ο μαστός πιο φυσικός, με ελαφρά πτώση.



**Εικόνα 2: Προθέσεις ανάλογα με το σχήμα τους:
α. στρογγυλή πρόθεση, β. ανατομική πρόθεση.**

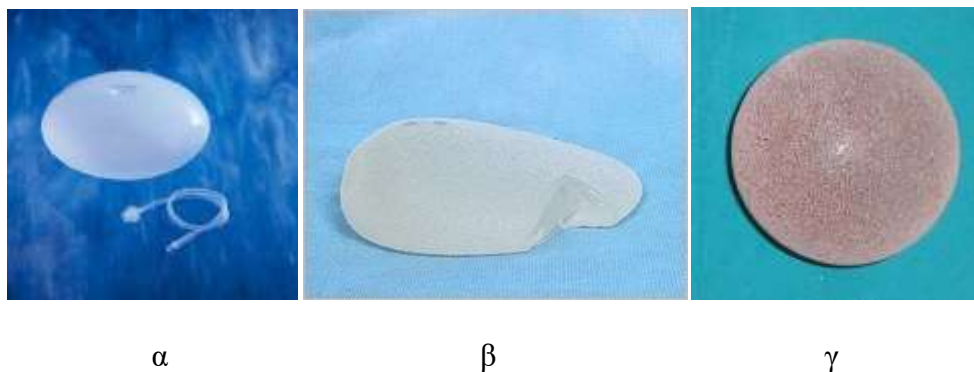
Ανάλογα με την προβολή (ύψος) οι προθέσεις χαρακτηρίζονται ως **χαμηλής, υψηλής και πολύ υψηλής προβολής.**

Με βάση το περιεχόμενο οι προθέσεις διακρίνονται σε **φυσιολογικού ορού και υγρής σιλικόνης.** Άλλες ουσίες, όπως το πυκνόρρευστο διάλυμα πολυσακχαρίτη, έχουν παλαιότερα χρησιμοποιηθεί.

Οι προθέσεις φυσιολογικού ορού είναι κενοί ασκοί που διαθέτουν βαλβίδα από την οποία, με τη βοήθεια ειδικού καθετήρα, εισάγεται φυσιολογικός ορός, αμέσως μετά την τοποθέτησή τους. Θεωρούνται ασφαλέστερες επειδή δεν υπάρχει κίνδυνος διαφυγής σιλικόνης. Σε περίπτωση ρήξης ο φυσιολογικός ορός απορροφάται από τον οργανισμό χωρίς επιπτώσεις. Επιπλέον, η τοποθέτησή τους απαιτεί συνήθως μικρότερη τομή στο δέρμα. Μειονεκτούν όμως σε δύο σημεία: γίνονται ευκολότερα αντιληπτές με την ψηλάφηση και συχνά αδειάζουν λόγω εξόδου του φυσιολογικού ορού από το τοίχωμα.

Οι προθέσεις υγρής σιλικόνης περιέχουν γέλη σιλικόνης με αποτέλεσμα να γίνονται δύσκολα αντιληπτές με την ψηλάφηση και να μην αδειάζουν. Για το λόγο αυτό επιτυγχάνουν καλύτερο, μόνιμο αισθητικά αποτέλεσμα. Μειονέκτημα των

προθέσεων αυτών είναι η πιθανότητα μετανάστευσης σιλικόνης, σε περίπτωση ρήξης και η δημιουργία σιλικονωμάτων, ογκιδίων δηλαδή που περιέχουν σιλικόνη.



Εικόνα 3: Είδη προθέσεων ανάλογα με το περιεχόμενό τους: α. πρόθεση φυσιολογικού ορού, β. πρόθεση υγρής σιλικόνης υψηλού ιξώδους, γ. πρόθεση πυκνού διαλύματος πολυσακχαρίτη.

Το ιξώδες της σιλικόνης που περιέχεται στις προθέσεις αυτού του τύπου τις χαρακτηρίζει ως προθέσεις **χαμηλού ή υψηλού ιξώδους**. Οι τελευταίες θεωρούνται ασφαλέστερες επειδή δεν επιτρέπουν την απομάκρυνση σιλικόνης και τη δημιουργία σιλικονωμάτων. Μειονεκτούν στο ότι είναι δυνατός ο εντοπισμός τους με την ψηλάφηση.

Ασφάλεια προθέσεων: Η σιλικόνη είναι ένα αδρανές βιοσυμβατό υλικό που χρησιμοποιείται πολλά χρόνια στην ιατρική χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Η 50χρονη σχεδόν χρήση των προθέσεων σιλικόνης από τους πλαστικούς χειρουργούς αποτελεί αρκετό χρόνο για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Ο απολογισμός από τη χρήση των προθέσεων είναι θετικός, γεγονός που αποτυπώνεται σε τεράστιο αριθμό ιατρικών δημοσιεύσεων.

Βεβαίως οι προθέσεις των μαστών δεν είναι ζωντανοί, ιστοί που ανανεώνονται. Είναι ξένα υλικά που υπόκεινται στη φθορά του χρόνου. Δεν είναι όμως τα μόνα ξένα υλικά που εισάγονται στον ανθρώπινο οργανισμό. Δεν θα μπορούσε να φανταστεί κανείς τη σύγχρονη ιατρική χωρίς τεχνητές βαλβίδες καρδιάς, χωρίς βηματοδότες, χωρίς αγγειακά μοσχεύματα, τεχνητές αρθρώσεις, βίδες και λάμες οστεοσύνθεσης.

Οι προθέσεις των μαστών, ως ξένα σώματα, χρειάζονται παρακολούθηση. Μερικές φορές μπορεί να προκαλέσουν αντιδράσεις και σπάνια μπορεί να χρειαστεί αφαίρεση ή αντικατάστασή τους. Τα προβλήματα αυτά δεν αναιρούν με κανένα τρόπο την απαλλαγή πολλών εκατομμυρίων γυναικών σε όλο τον κόσμο από το άγχος και το σύμπλεγμα κατωτερότητας που προκαλεί η απλασία και η υποπλασία των μαστών, η ανισομαστία και η μαστεκτομή.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η τοποθέτηση των προθέσεων ήταν και συνεχίζει να είναι ελεύθερη. Αντίθετα στην Αμερική, το 1992, η υπηρεσία ελέγχου τροφίμων και φαρμάκων FDA (Food & Drug Administration) απαγόρευσε τη χρήση προθέσεων με περιεχόμενο σιλικόνης. Αντίθετα επέτρεψε τη συνέχιση της χρήσης προθέσεων φυσιολογικού ορού. Το FDA υποχρέωσε τις κατασκευάστριες εταιρείες να

προσκομίσουν στοιχεία από μελέτες σχετικές με την ασφάλεια αυτού του είδους των προθέσεων.

Οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε μεγάλες ομάδες γυναικών απέδειξαν ότι οι σιλικονούχες προθέσεις των μαστών:

- Δεν αυξάνουν τη γενική συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού
- Δεν ευθύνονται για την εμφάνιση άλλων παθήσεων
- Αυξάνουν ελάχιστα την πιθανότητα εκδήλωσης παθήσεων του συνδετικού ιστού
- Δεν προκαλούν αντιδράσεις απόρριψης

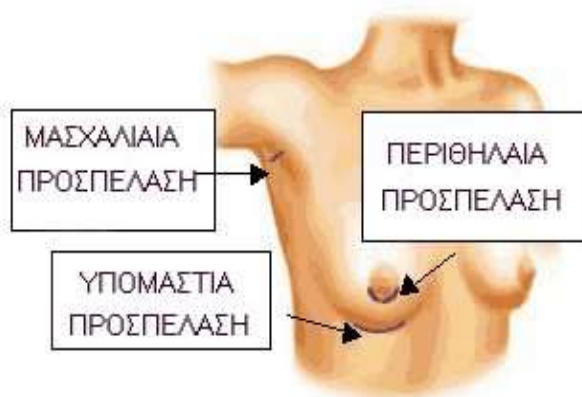
Τον Νοέμβριο του 2006, μετά την ανάλυση των σχετικών μελετών και των συμπερασμάτων τους, το FDA επέτρεψε εκ νέου τη χρήση ορισμένων προθέσεων υγρής σιλικόνης σε γυναίκες άνω των 22 ετών. Επέβαλε μόνο την υποχρεωτική γραπτή συναίνεση της ασθενούς, μετά την ενημέρωσή της.

Το γεγονός ότι επιβάλλονται επίμονοι έλεγχοι και έρευνες ειδικά για τις προθέσεις σιλικόνης και όχι για άλλα βιοσυμβατά ενθέματα και εμφυτεύματα εξηγείται πιθανότατα από το γεγονός ότι οι προθέσεις χρησιμοποιούνται κυρίως για κοσμητικούς και όχι για θεραπευτικούς σκοπούς. Προφανώς, εκτός από τους πλαστικούς χειρουργούς και τις ίδιες τις γυναίκες, λίγοι είναι εκείνοι που γνωρίζουν τι σημαίνει δυσμορφία και μειονέκτημα στην εμφάνιση και πόση σημασία έχει η διόρθωσή του.

Σημεία εισαγωγής προθέσεων: Οι προθέσεις τοποθετούνται με μικρές τομές του δέρματος μήκους 3-4 εκατοστών ανάλογα με το μέγεθός τους. Οι εναλλακτικές θέσεις της τομής αυτής είναι τρεις:

Μασχάλη: Πλεονεκτεί στην ευκολία τοποθέτησης της πρόθεσης και στην αποφυγή τραυματισμών του αδένα. Η ουλή είναι ορατή μόνο σε περίπτωση ανύψωσης του βραχίονα

Περίμετρος της άλλως: Σχεδιάζεται συνήθως στο κάτω ημικύκλιο της άλλως, στα όρια της αλλαγής του χρώματος του δέρματος. Κατά κανόνα δεν είναι ορατή αν και σε μερικές περιπτώσεις διακρίνεται λεπτή ημικυκλική, λευκή γραμμή σε όλες τις στάσεις του σώματος.

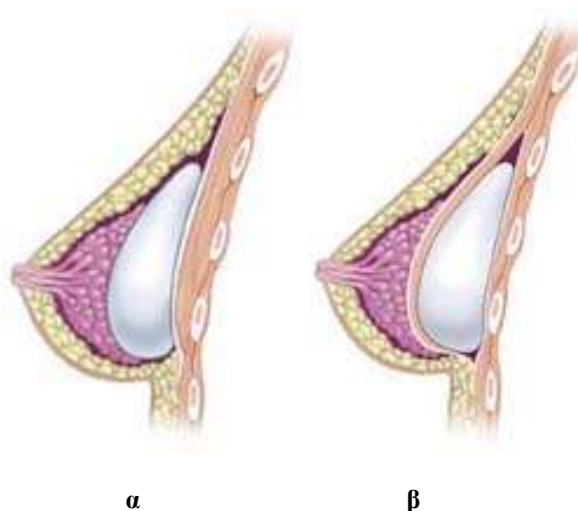


Εικόνα 4: Σημεία εισαγωγής των προθέσεων.

Υπομάστια πτυχή Πλεονεκτεί στην ευκολία τοποθέτησης της πρόθεσης και στο γεγονός ότι επιτρέπει τον άμεσο έλεγχο της περιοχής τοποθέτησης. Επιπλέον η προσπέλαση αυτή δεν τραυματίζει τον αδένα. Η ουλή στην υπομάστια πτυχή είναι ορατή μόνο στην ύπτια θέση.

Επίπεδο τοποθέτησης των προθέσεων: Η ανατομία του μαστού και του θωρακικού τοιχώματος επιτρέπει την τοποθέτηση των προθέσεων σε δύο επίπεδα:

- **Κάτω από τον μαζικό αδένα.**
- **Κάτω από τον μείζονα θωρακικό μυ.**



Εικόνα 5: Επίπεδα τοποθέτησης προθέσεων: α. κάτω από τον αδένα, β. κάτω από τον μείζονα θωρακικό μυ.

Η τοποθέτηση κάτω από τον θωρακικό μυ έχει δύο κύρια πλεονεκτήματα. Η πρόθεση δεν εφάπτεται με τον μαζικό αδένα και επιπλέον υποστηρίζεται από τον μυ με αποτέλεσμα να συγκρατείται καλύτερα στη θέση της, ιδίως αν είναι ογκώδης με μεγάλο βάρος. Τα μειονεκτήματά της όμως δεν είναι ευκαταφρόνητα. Η πίεση που ασκείται επάνω στην πρόθεση από τον υπερκείμενο μυ μειώνει την προβολή της και αυξάνει τη βάση της. Επιπλέον οι διαρκείς συσπάσεις του μυ είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε μετακίνηση της πρόθεσης από την αρχική της θέση. Η τοποθέτηση κάτω από τον μυ απαιτεί μια περισσότερο τραυματική επέμβαση που, εκτός των άλλων, τραυματίζει ένα χρήσιμο ανατομικό στοιχείο τον μείζονα θωρακικό μυ.

Η τοποθέτηση ανάμεσα στον μαζικό αδένα και στον μυ μειονεκτεί κατά το γεγονός ότι η πρόθεση είναι πιο κοντά στον αδένα του μαστού. Στην πραγματικότητα όμως η πρόθεση περιτυλίγεται από μεμβράνη (κάψα) από ινώδη συνδετικό ιστό και απομονώνεται, με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην έχει επαφή με τον αδένα του μαστού. Επιπλέον η θέση αυτή δεν εξασφαλίζει ικανοποιητική συγκράτηση των μεγάλων, βαριών κυρίως προθέσεων, ιδίως σε γυναίκες με χαλαρό δέρμα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στην ταχύτερη, μελλοντική πτώση των μαστών.

Αντίθετα, τα πλεονεκτήματα της θέσης αυτής είναι αξιόλογα. Η προβολή του μαστού είναι καλύτερη. Ο έλεγχος της πρόθεσης είναι ευκολότερος με την ψηλάφηση και η επέμβαση που απαιτείται για την τοποθέτησή της είναι ταχύτερη, λιγότερο τραυματική και δεν κακοποιεί τον μείζονα θωρακικό μυ.

Κατά την άποψη του συγγραφέα η τοποθέτηση ανάμεσα στο μαστό και τον μείζονα θωρακικό είναι προτιμότερη εκτός από τις περιπτώσεις προηγούμενης μαστεκτομής, βεβαρημένου οικογενειακού ιστορικού καρκίνου του μαστού και βαριάς ινοκυστικής μαστοπάθειας και εκτός από τις περιπτώσεις τοποθέτησης προθέσεων μεγάλου όγκου, σε γυναίκες με χαλαρό δέρμα.

Ενδείξεις αύξησης μαστών:

- Απλασία μαστών
- Υποπλασία μαστών (Μικρομαστία)
- Ανισομαστία
- Πτώση μαστών 1^{ου} βαθμού
- Υποστροφή μαστών (εγκυμοσύνη, απώλεια βάρους)
- Μαστεκτομή (ολική ή μερική)
- Προληπτική υποδόρια μαστεκτομή
- Αλλαγή φύλου
- Ψυχολογικοί λόγοι

Αντενδείξεις αύξησης μαστών με προθέσεις:

- Ηλικία κάτω των 22 ετών
- Κύηση
- Θηλασμός
- Καρκίνος μαστού που δεν έχει αντιμετωπιστεί
- Βαριά ινοκυστική μαστοπάθεια
- Ενεργός φλεγμονή σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος
- Βαριές, μη ελεγχόμενες πνευμονικές, καρδιακές ή νεφρικές παθήσεις.
- Αυτοάνοσες παθήσεις όπως είναι ο ερυθρηματώδης λύκος και η σκληροδερμία
- Παθήσεις ανοσοποιητικού συστήματος όπως είναι το AIDS
- Ανεξέλεγκτη υπέρταση και αρρυθμιστος διαβήτης.
- Διαταραχές πήξης του αίματος
- Ιστορικό ανάπτυξης υπερτροφικών ουλών ή χηλοειδών
- Σοβαρή ψυχιατρική πάθηση και ψυχολογική αστάθεια

Διαδικασία τοποθέτησης προθέσεων

1^η επίσκεψη: Στην πρώτη επίσκεψη μεγάλη σημασία έχει η γνωριμία και η αμφίδρομη εξοικείωση ασθενούς και πλαστικού χειρουργού.

Ο γιατρός θα πάρει πλήρες ατομικό και οικογενειακό ιστορικό με ιδιαίτερη προσοχή στις παθήσεις που αφορούν το μαστό. Θα εξετάσει οπτικά και ψηλαφητικά τους αδένες, τους λεμφαδένες της μαχάλης και το δέρμα των μαστών, θα εκτιμήσει το βαθμό της πτώσης, αν υπάρχει, και θα υπολογίσει το μέγεθος των υπαρχόντων μαστών. Θα καταγράψει τυχόν υπάρχουσα ανισομαστία ή άλλες συγγενείς ή επίκτητες δυσμορφίες των μαστών. Είναι πιθανό, σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, να ζητήσει μαστογραφία ή άλλη απεικονιστική εξέταση των μαστών.

Ο πλαστικός χειρουργός πρέπει να εξηγήσει στη γυναίκα, με κάθε λεπτομέρεια, τα είδη, τα σχήματα και τα μεγέθη των προθέσεων, τα σημεία εισαγωγής και τα επίπεδα τοποθέτησης των προθέσεων.



Η επιλογή του είδους, του σχήματος και του μεγέθους των προθέσεων καλό είναι να αφήνεται στον πλαστικό χειρουργό. Ο γιατρός θα λάβει υπόψη του ορισμένα ανθρωπομετρικά δεδομένα (η περίμετρος για παράδειγμα των μαστών, πρέπει να είναι ίση με την περίμετρο των γλουτών). Θα συνυπολογίσει επίσης το ύψος, το βάρος, τον χαρακτήρα, τις επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες αλλά και τις δυνατότητες του θώρακα της γυναίκας και θα προτείνει τις κατάλληλες για την περίπτωση της προθέσεις. Αν ληφθεί υπόψη ότι ο ιδανικός όγκος ενός ωραίου μαστού, γυναίκας κανονικών διαστάσεων, κυμαίνεται μεταξύ 400 και 500 κ εκ μπορούμε να υπολογίσουμε το κατάλληλο μέγεθος προθέσεων, αφαιρώντας τον όγκο του υπάρχοντος μαστού από τον ιδανικό. Ένας άλλος τρόπος υπολογισμού του κατάλληλου μεγέθους είναι η τοποθέτηση διαφόρων δειγμάτων, που πρέπει να διαθέτει ο γιατρός, στο στήθος, πάνω από τους μαστούς.

Τα θέματα ασφάλειας των προθέσεων πρέπει να διευκρινιστούν ήδη στην πρώτη επίσκεψη. Στην ίδια επίσκεψη ο γιατρός θα εξηγήσει τη διαδικασία της επέμβασης. Ιδιαίτερη σημασία έχει ο χρόνος ανάρρωσης, η μετεγχειρητική διαδικασία και οι τυχόν επιπλοκές. Μερικά από τα θέματα που πρέπει οπωσδήποτε να διευκρινιστούν είναι:

- Η τοποθέτηση των προθέσεων επιβάλλει την περιοδική παρακολούθηση και την επίσκεψη στον γιατρό
- Οι προθέσεις δεν είναι ζωντανό ιστό. Ως ξένα σώματα δεν ανανεώνονται και υπόκεινται στην φθορά του χρόνου. Είναι πιθανό να χρειαστεί αφαίρεση ή αλλαγή τους στο μέλλον.
- Κατά την άποψη του συγγραφέα οι προθέσεις των μαστών πρέπει να αντικαθίστανται ανά 8-10 χρόνια. Η αντικατάσταση των παλιών, φθαρμένων προθέσεων με νέες αυξάνει την ασφάλειά τους. Επιπλέον δίνει την ευκαιρία ελέγχου των μαστών, υπό άμεση όραση, αφαίρεσης ενδεχόμενης κάψας και αλλαγής του μεγέθους ή του σχήματος των προθέσεων, αν αυτό είναι απαραίτητο.
- Η οριστική αφαίρεση των προθέσεων συνήθως επαναφέρει τους μαστούς στην αρχική τους κατάσταση. Δεν αποκλείεται όμως να

εμφανιστούν αλλαγές όπως μικρή πτώση, χαλάρωση ή αλλαγή του σχήματος των μαστών.

- Οι προθέσεις σιλικόνης είναι δυνατόν να επηρεάσουν αρνητικά μελλοντικό θηλασμό. Συνήθως μειώνουν την ποσότητα του παραγόμενου γάλακτος.



- Ενδεχόμενη εγκυμοσύνη, μετά την τοποθέτηση προθέσεων, είναι πιθανό να αλλοιώσει το αρχικό αποτέλεσμα.
- Οι προθέσεις δυσχεραίνουν τη διενέργεια και την ανάγνωση της μαστογραφίας. Υπερβολική πίεση κατά τη διενέργεια της εξέτασης είναι πιθανό να προκαλέσει ακόμη και ρήξη των προθέσεων. Για το λόγο αυτό ο ακτινολόγος πρέπει να ενημερώνεται εκ των προτέρων. Είναι πιθανό να απαιτηθεί αξονική τομογραφία ή άλλη απεικονιστική μέθοδος, προκειμένου να διερευνηθεί στο μέλλον ενδεχόμενη παθολογική κατάσταση των μαστών.
- Η ψηλάφηση των μαστών δεν επηρεάζεται δεδομένου ότι ολόκληρος ο αδένας επικάθεται πάνω στις προθέσεις. Αρκεί ο πλαστικός χειρουργός να υποδείξει στη γυναίκα πως να εντοπίζει τις προθέσεις και να απομονώνει τους αδένες ώστε να είναι δυνατή η ψηλάφηση, που πρέπει να γίνεται τουλάχιστον μια φορά το μήνα.
- Είναι υποχρεωτικές οι μαλάξεις των μαστών σε τακτά χρονικά διαστήματα. Μια καλή λύση είναι να εκτελούνται για 2-3 λεπτά κατά τη διάρκεια του μπάνιου.
- Οι παλαιότερες προθέσεις, με λείο τοίχωμα σιλικόνης, ανέπτυσαν σε σημαντικό ποσοστό σκληρό περίβλημα συνδετικού ιστού (κάψα). Οι σύγχρονες προθέσεις με τοίχωμα τραχείας επιφάνειας σπάνια αναπτύσσουν σκληρή, αισθητή κάψα, ιδίως αν διενεργούνται τακτικές μαλάξεις των μαστών. Στις περισσότερες περιπτώσεις η κάψα δεν είναι οπτικά και ψηλαφητικά αισθητή. Εντούτοις σε ελάχιστες περιπτώσεις είναι πιθανό να χρειαστεί επέμβαση για απομάκρυνση της κάψας ή ακόμη και αφαίρεση των προθέσεων. Η παλαιότερη

κλειστή, χωρίς επέμβαση, καψουλοτομή δεν συνιστάται επειδή μπορεί να προκαλέσει κακώσεις των μαστών ή ρήξη των προθέσεων.

- Τα αεροπορικά ταξίδια δεν απειλούν τις προθέσεις, εκτός αν υπάρξει βλάβη στο σύστημα ρύθμισης της πίεσης στην καμπίνα του αεροσκάφους!
- Οι προθέσεις σιλικόνης είναι εξαιρετικής αντοχής. Ενδεχόμενη όμως σοβαρή πλήξη, για παράδειγμα σε τροχαίο ατύχημα, στους μαστούς μπορεί να προκαλέσει ρήξη των προθέσεων και διασπορά σιλικόνης. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται η άμεση αντικατάσταση των προθέσεων από τον γιατρό.

Καλό είναι, όλα τα παραπάνω να καταγραφούν σε ένα είδος ιατρικού συμφωνητικού που θα υπογραφεί από το γιατρό και την ασθενή για αμφοτερόπλευρη εξασφάλιση και πρόληψη πιθανών παρεξηγήσεων.



Προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος:

Ο βασικός προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος
- Ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ψευδοχοληνεστεράση ορού
- Βασικός αντιπηκτικός έλεγχος
- Ακτινογραφία θώρακος
- Μαστογραφία (πιθανώς, σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση)
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ο βασικός προεγχειρητικός κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Καρδιολογική εκτίμηση

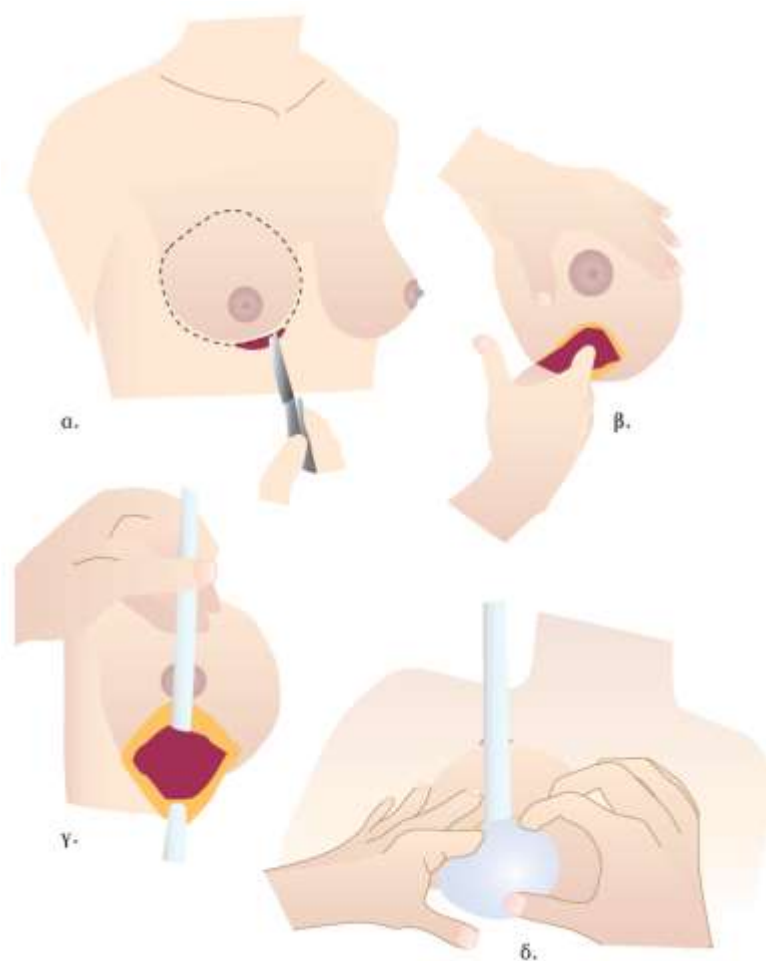
- Αναισθησιολογική εκτίμηση
- Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.

Προεγχειρητικά μέτρα:

- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων μία εβδομάδα πριν από την επέμβαση. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Διακοπή καπνίσματος 2 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.
- Προμήθεια των απαιτούμενων φαρμάκων μετά από συνεννόηση με το γιατρό.
- Προμήθεια κατάλληλου στηθόδεσμου.
- Αφαίρεση φακών επαφής.
- Αποφυγή λήψης νερού και τροφής τουλάχιστον 6 ώρες πριν από την επέμβαση.

Τεχνική τοποθέτησης των προθέσεων:

Η θήκη τοποθέτησης της πρόθεσης διανοίγεται, μέσω της προαποφασισμένης τομής του δέρματος, με τη βοήθεια χειρουργικών εργαλείων και του δείκτη του χειρουργού. Στη συνέχεια ελέγχεται, υπό άμεσο ψυχρό φωτισμό, για τυχόν αιμορραγία ή ανωμαλία.



Εικόνα 6: Τεχνική τοποθέτησης πρόθεσης σιλικόνης με υπομάστια προσπέλαση: α. διάνοιξη τομής, β. παρασκευή θήκης, γ. έλεγχος θήκης, δ. εισαγωγή πρόθεσης.

Η επιλεγμένη πρόθεση εισάγεται από την οπή του δέρματος με λεπτές κινήσεις και αυστηρά άσηπτες συνθήκες. Ελέγχεται η θέση και ο προσανατολισμός της και πλάθεται ο μαστός με τα χέρια, Τέλος, ράβεται το δέρμα κατά στρώματα με απορροφήσιμα ράμματα.

Δεν είναι απαραίτητη η τοποθέτηση σωλήνων παροχέτευσης. Άλλωστε μπορεί να βλάψουν το τοίχωμα της πρόθεσης κατά την αφαίρεσή τους. Αναγκαία είναι η τοποθέτησή τους μόνο σε ειδικές συνθήκες (αιμορραγική τάση κλπ).

Μετεγχειρητική πορεία:

- Ελάχιστος ή υποφειρτός πόνος ,κυρίως κατά το πρώτο 24ωρο, που ελέγχεται με παυσίπονα.
- Οίδημα των μαστών κυρίως κατά τα πρώτα 3^ο-4^ο 24ωρα.
- Περίδεση των μαστών με ελαστικούς επιδέσμους σε σχήμα οριζόντιου 8 κατά τα πρώτα 3 24ωρα. Στηθόδεσμος θηλασμού ή ειδικός ορθοπεδικός στηθόδεσμος στη συνέχεια για 30-40 ημέρες.
- Πρώτη αλλαγή την επομένη της επέμβασης και δεύτερη κατά το 3^ο 24ωρο.
- Λήψη αντιβιοτικού για 8 ημέρες. Λήψη αποιδηματικών ή αντιφλεγμονοδών φαρμάκων, αν ο γιατρός το κρίνει απαραίτητο.
- Αποφυγή ύπνου σε πρηνή θέση 10-15 ημέρες.
- Μπάνιο επιτρέπεται μετά την 3^η-5η ημέρα.
- Αν υπάρχουν εξωτερικά ράμματα αφαιρούνται την 10^η-12^η ημέρα.
- Τακτικές μαλάξεις των μαστών για 1-2 λεπτά μετά την 15^η ημέρα.
- Εκτίμηση της μετεγχειρητικής πορείας από το γιατρό σε 1 και σε 6 μήνες.

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της αύξησης των μαστών, όταν η επέμβαση διενεργείται από έμπειρο, ειδικευμένο πλαστικό χειρουργό, σύμφωνα με τους κανόνες της χειρουργικής και της ιατρικής επιστήμης, είναι σπάνιες και αντιμετωπίσιμες.

Στις χειρουργικές επιπλοκές της αυξητικής των μαστών με προθέσεις περιλαμβάνονται

- Επιπλοκές από την αναισθησία
- Αιμάτωμα
- Φλεγμονή
- Σπάνιες απώτερες επιπλοκές:
 - Ρήξη των προθέσεων
 - Εναπόθεση ασβεστίου στο περίβλημα των προθέσεων
 - Νοσήματα του συνδετικού ιστού

Στις αισθητικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Μετατόπιση των προθέσεων
- Άδειασμα προθέσεων φυσιολογικού ορού
- Ανάπτυξη κάψας
- Διαταραχές αισθητικότητας της θηλής
- Υπερτροφική ουλή

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



I: Αύξηση μαστών με προθέσεις σιλικόνης.



II: Αύξηση μαστών.



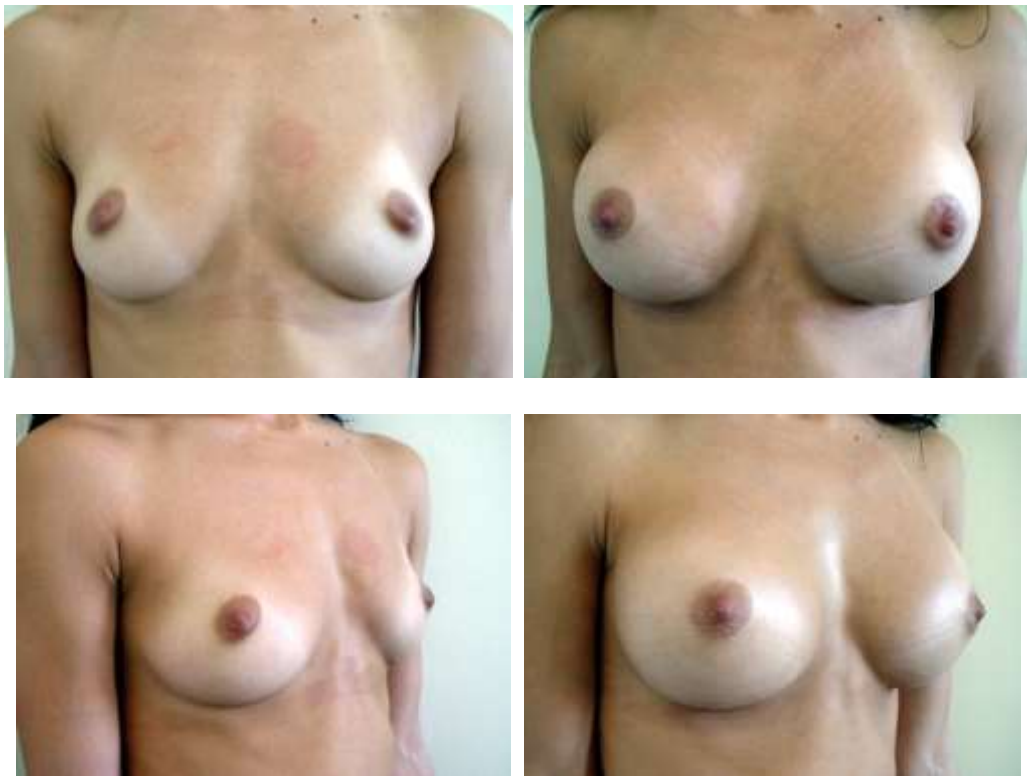
III: Αυξητική μαστών. Αποτέλεσμα την 15η μετεγχειρητική ημέρα.



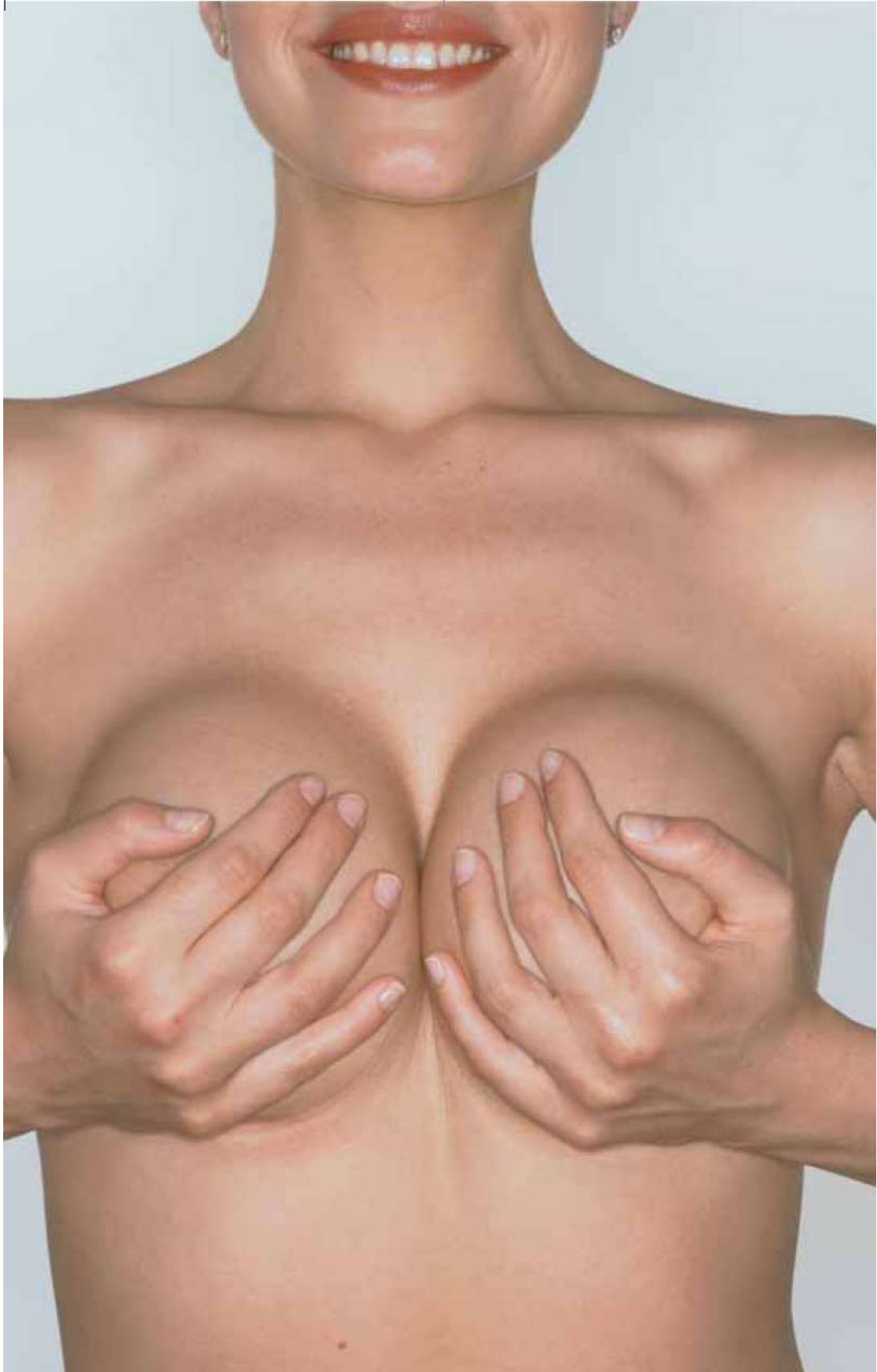
IV: Αυξητική μαστών. Αποτέλεσμα 7 ημέρες μετά την τοποθέτηση των προθέσεων.



V: Αυξητική μαστών. Αποτέλεσμα την 5η μετεγχειρητική ημέρα.



VI: Αύξηση μαστών.



Ανόρθωση μαστών

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 45 min -2 ώρες ανάλογα με την τεχνική.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρο
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Τα ενδοδερμικά ράμματα δε χρειάζονται αφαίρεση. Αν υπάρχουν εξωτερικά ράμματα αφαιρούνται την 10^η-12^η ημέρα.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 1^η ημέρα.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 40^η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά την 3^η- 4^η ημέρα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Περίδεση μαστών με ελαστικούς επιδέσμους κατά τα τρία πρώτα 24ωρα. Στηθόδεσμος θηλασμού ή ειδικός ορθοπεδικός στηθόδεσμος στη συνέχεια, για 30-40 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Άμεσα ορατό αποτέλεσμα. «Φυσικοί» μαστοί σε 30 ημέρες.

Ανόρθωση μαστών ή μαστοπηξία είναι η χειρουργική επέμβαση που επαναφέρει τους πεσμένους μαστούς και τις θηλές στην αρχική τους θέση.

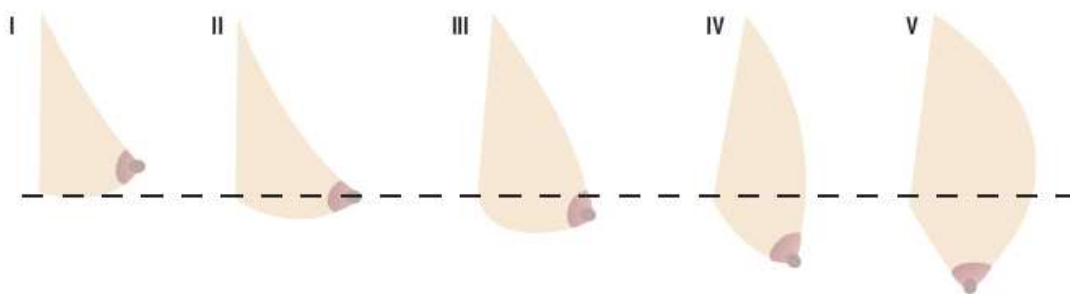
Στην Αγγλική η μαστοπηξία αποδίδεται με τους όρους **mastopexy** και **breast lift**.

Η πτώση των μαστών είναι ιδιαίτερα συχνή δυσμορφία και οφείλεται:

- Στο μεγάλο μέγεθος των μαστών και στη βαρύτητα
- Στη χαλάρωση του δέρματος μετά από μεγάλη απώλεια βάρους
- Στην υποστροφή των μαστών μετά από εγκυμοσύνη

Η πτώση των μαστών επιταχύνεται από κληρονομική επιβάρυνση, από την αστάθεια του βάρους και από την αποφυγή χρήσης στηθόδεσμου.

Το κύριο πρόβλημα στην πτώση των μαστών είναι η χαλάρωση και η περίσσεια του δέρματος που προκαλούνται από το βάρος ή τη διάτασή τους. Αυτός είναι ο λόγος που όλες οι τεχνικές ανόρθωσης των μαστών βασίζονται στην αφαίρεση του δέρματος που περισσεύει.



Εικόνα 1: Βαθμοί πτώσης των μαστών.

Ανάλογα με τη θέση της θηλής διακρίνονται 5 βαθμού πτώσης:

- **Βαθμός I:** (Ψευδοπτώση). Ελαφρά πτώση των μαστών. Οι θηλές παραμένουν πάνω από την υπομάστια πτυχή.
- **Βαθμός II:** Μικρή πτώση των μαστών. Θηλές στο ύψος της υπομάστιας πτυχής.
- **Βαθμός III:** Μέτρια πτώση μαστών. Θηλές κάτω από την υπομάστια πτυχή αλλά ορατές πάνω από τον κάτω πόλο των μαστών.
- **Βαθμός IV:** Σοβαρή πτώση μαστών. Θηλές και άλλως μόλις ορατές κάτω από τους μαστούς.
- **Βαθμός V:** Βαριά πτώση μαστών. Θηλές κρυμμένες πίσω από τον κάτω πόλο των μαστών.

Στόχοι

Με τη μαστοπηξία επιτυγχάνουμε

- Ανύψωση και καθήλωση των μαστών και των θηλών σε υψηλότερη θέση.
- Αφαίρεση του χαλαρού δέρματος και σύσφιγξη των μαστών.
- Αναδιαμόρφωση των μαστών.

Η μαστοπηξία μπορεί να συνδυαστεί με τοποθέτηση προθέσεων σιλικόνης, σε περίπτωση που η πτώση συνδυάζεται με υποπλασία ή υποστροφή των μαστών.

Αντενδείξεις

- Βαριές, μη ελεγχόμενες πνευμονικές, καρδιακές, νεφρικές ή ορμονικές παθήσεις.
- Διαταραχές πήξης του αίματος
- Κύηση
- Βαρύ κάπνισμα
- Ψυχολογική αστάθεια.

Διαδικασία ανόρθωσης μαστών

1^η επίσκεψη: Στην πρώτη επίσκεψη ο πλαστικός χειρουργός θα εκτιμήσει τη γενική κατάσταση της υγείας της γυναίκας και θα εξετάσει τους μαστούς της.

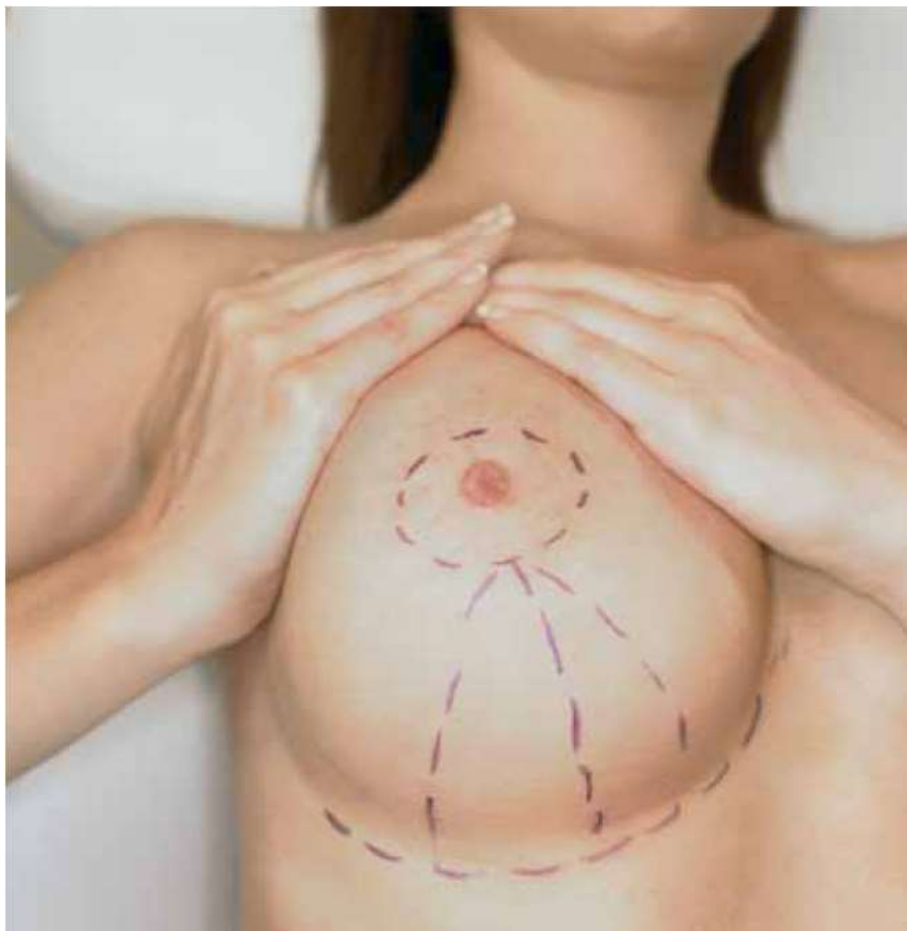
Θα ψηλαφίσει τους μαστούς και τις μασχάλες και θα καθορίσει το βαθμό της πτώσης. Ανάλογα με το βαθμό πτώσης, το μέγεθος των μαστών και την κατάσταση του δέρματος ο γιατρός θα προτείνει τις κατάλληλες για την περίπτωση τεχνικές.

Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για τη διαδικασία της επέμβασης για το αναμενόμενο αποτέλεσμα και για τις πιθανές επιπλοκές. Ενδεικτικά, θέματα που χρειάζονται διευκρίνιση είναι:

- Η ανόρθωση των μαστών δεν ανακόπτει τη διαδικασία γήρανσης και χαλάρωσης του δέρματος. Αν το βάρος των μαστών δεν είναι υπερβολικό και το δέρμα είναι σε καλή κατάσταση οι μαστοί θα παραμείνουν στη θέση τους για πολλά χρόνια. Σταδιακή πτώση, που μπορεί να χρειαστεί διόρθωση, είναι πιθανό να παρατηρηθεί αργότερα.

- Μελλοντική εγκυμοσύνη είναι πιθανό να αλλοιώσει, σε άλλοτε άλλο βαθμό, το αποτέλεσμα, ιδίως αν συνοδευτεί με μεγάλη αύξηση βάρους.
- Η ανόρθωση των μαστών αναπόφευκτα δημιουργεί μετεγχειρητικές ουλές. Η θέση και η έκταση τους εξαρτώνται από το βαθμό της πτώσης και την τεχνική που επιλέγεται. Μπορεί να παραμείνει κυκλική ουλή στα όρια της άλλως, γραμμική, κάθετη ουλή από την άλλω μέχρι την υπομάστια πτυχή ή γραμμική ουλή σε τμήμα της υπομάστιας πτυχής. Σε περίπτωση μεγάλης πτώσης συνυπάρχουν όλες οι παραπάνω σε σχήμα άγκυρας. Οι ουλές ,που αρχικά είναι έντονες, βελτιώνονται σταδιακά ,κατά τους επόμενους 10-12 μήνες και καταλήγουν συνήθως σε λεπτές δυσδιάκριτες, λευκές γραμμές.
- Πτώση μέχρι και το βαθμό II μπορεί να αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά με τοποθέτηση προθέσεων σιλικόνης περιορίζοντας κατά πολύ την έκταση των μετεγχειρητικών ουλών.
- Είναι δυνατή η ταυτόχρονη ανόρθωση και αύξηση υποπλαστικών μαστών με προθέσεις σιλικόνης.

Καλό είναι, όλα τα παραπάνω να καταγραφούν σε ένα είδος ιατρικού συμφωνητικού που θα υπογραφεί από το γιατρό και την ασθενή για αμφοτερόπλευρη εξασφάλιση.



Προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος: Ο βασικός προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος
- Ουρία αίματος

- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ψευδοχοληνεστεράση ορού
- Βασικός αντιπηκτικός έλεγχος
- Ακτινογραφία θώρακος
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ο βασικός προεγχειρητικός κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Καρδιολογική εκτίμηση
- Αναισθησιολογική εκτίμηση

Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.



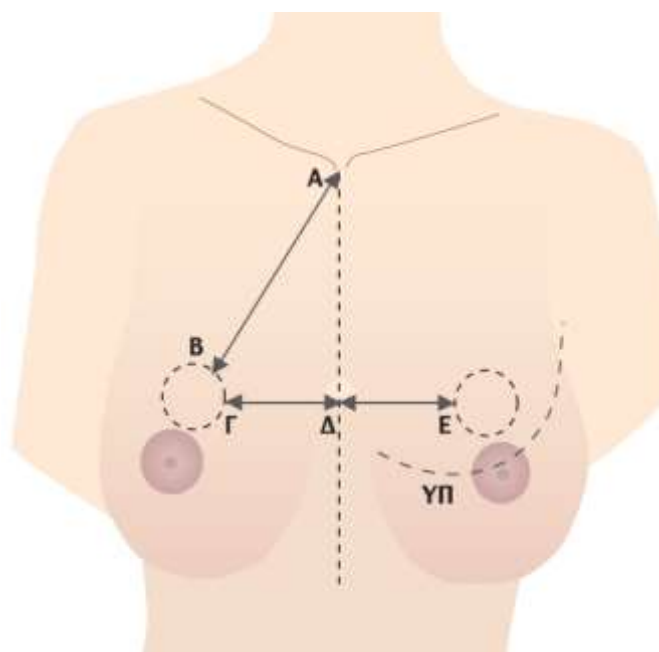
Προεγχειρητικά μέτρα:

- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης και αντιφλεγμονοδών φαρμάκων. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Διακοπή καπνίσματος 2 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.
- Προμήθεια των απαιτούμενων φαρμάκων
- Προμήθεια στηθόδεσμου θηλασμού ή ειδικού ορθοπεδικού στηθόδεσμου. μετά από συνεννόηση με το γιατρό.

Τεχνικές ανόρθωσης των μαστών:

Πολλές είναι οι τεχνικές που εφαρμόζονται για την ανόρθωση των πεσμένων μαστών. Όλες οι επεμβάσεις ανόρθωσης στοχεύουν στην αφαίρεση του δέρματος που περισσεύει, με τις λιγότερες δυνατές ουλές και με τέτοιο τρόπο ώστε να

μεταφερθεί η θηλή στη σωστή θέση και να συγκρατηθούν οι μαστοί σε υψηλότερο σημείο.

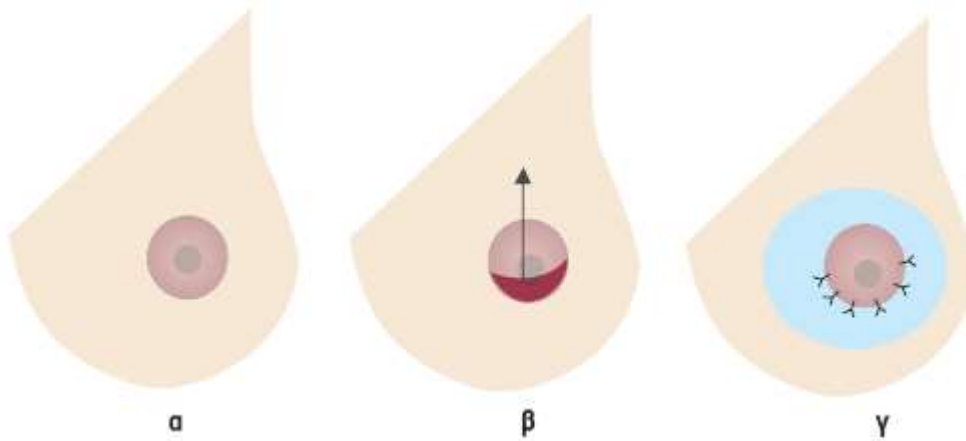


Εικόνα 2: Προεγχειρητικός υπολογισμός της ορθής θέσης των θηλών. $AB=19-22$ εκ, $\Gamma\Delta=\Delta\text{Ε}=10-12$ εκ

Πριν από την επέμβαση και με τη γυναίκα σε όρθια στάση υπολογίζεται και σχεδιάζεται η νέα θέση της θηλής. Η θηλή πρέπει να τοποθετηθεί στο ύψος της υπομάστιας πτυχής χωρίς να υπερβαίνει τη μεσότητα του βραχίονα. Η άλλως πρέπει να απέχει 19-22 εκ από τη σφαγιτιδική εντομή του στέρνου, 10-12 εκ από τη μέση γραμμή του στέρνου και 20-24 εκ από την άλλω του αντίθετου μαστού.

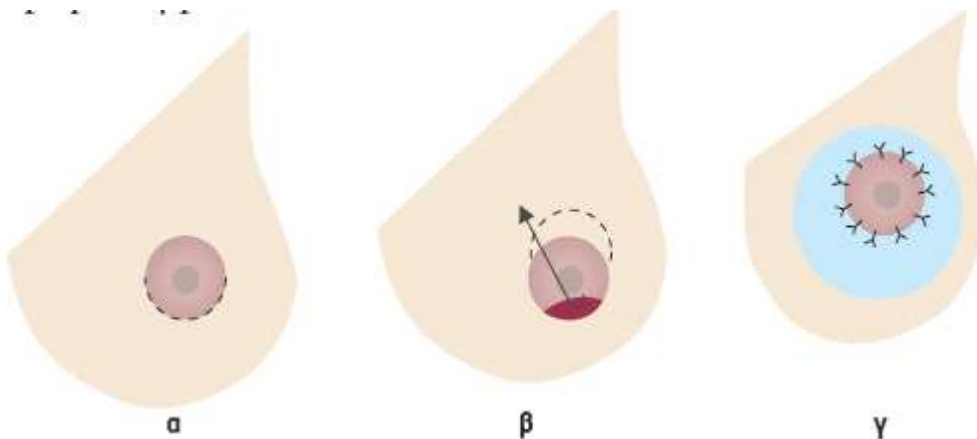
Ο πλαστικός χειρουργός επιλέγει κάθε φορά την ενδεδειγμένη τεχνική, ανάλογα με το βαθμό της πτώσης και την εμπειρία του. Η περιγραφή όλων των τεχνικών εδώ είναι αδύνατη. Θα αναφερθεί μία από τις πιο καθιερωμένες τεχνικές για κάθε βαθμό πτώσης.

Πτώση βαθμού I: Σε περίπτωση υποπλαστικών μαστών η πτώση αυτή αντιμετωπίζεται άριστα με τοποθέτηση προθέσεων σιλικόνης. Με την τεχνική αυτή αποφεύγονται οι μεγάλες ουλές ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται το μέγεθος των μαστών. Αν οι μαστοί είναι μεγάλοι ή η τοποθέτηση προθέσεων δεν είναι επιθυμητή, επιλέγεται η ανόρθωση της θηλής όπως περιγράφεται στην αντιμετώπιση της πτώσης βαθμού II.



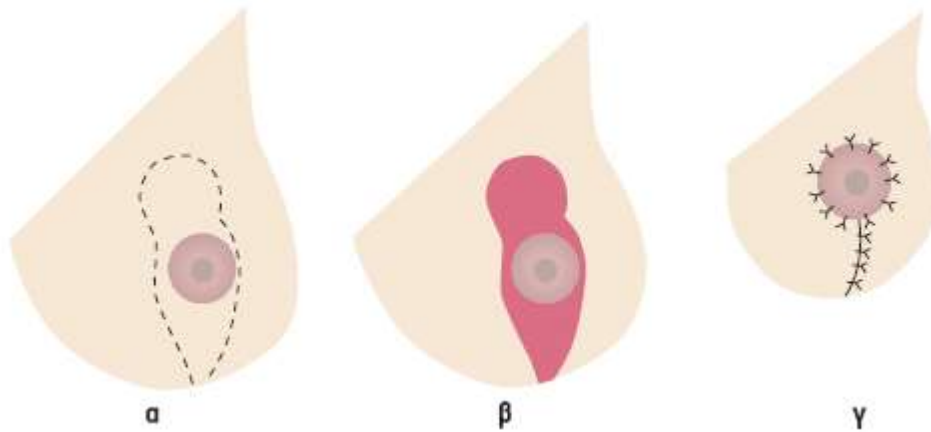
Εικόνα 3: Ανόρθωση μαστών με πτώση βαθμού I, με προθέσεις σιλικόνης:
 α. σχεδιασμός περιθηλαίας τομής, β. διάνοιξη τομής, γ. τοποθέτηση πρόθεσης σιλικόνης και συρραφή δέρματος.

Πτώση βαθμού II: Σε περίπτωση υποπλαστικών μαστών η πτώση αυτή αντιμετωπίζεται άριστα με περιθηλαία τοποθέτηση προθέσεων σιλικόνης και ανύψωση της θηλής. Αν οι μαστοί είναι μεγάλοι ή η τοποθέτηση προθέσεων δεν είναι επιθυμητή, ανυψώνεται η θηλή και αν είναι αναγκαίο αφαιρείται τμήμα δέρματος κάτω από την άλω.



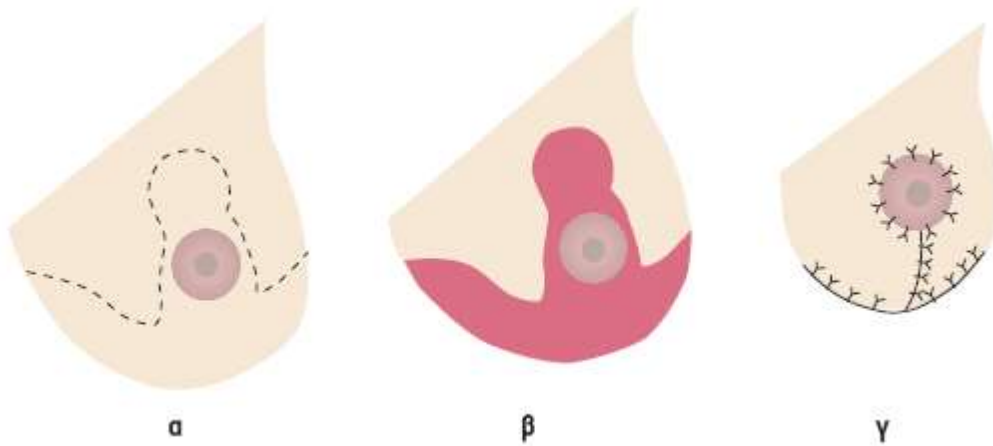
Εικόνα 4: Διόρθωση ελαφράς πτώσης βαθμού II, με προθέσεις και μεταφορά της θηλής:
 α. προεγχειρητική εικόνα, β. διάνοιξη περιθηλαίας τομής και αφαίρεση δέρματος σε σχήμα κρουασάν πάνω από τη θηλή, γ. τοποθέτηση πρόθεσης και συρραφή δέρματος.

Πτώση βαθμού III: Η μέτρια πτώση των μαστών δεν διορθώνεται με προθέσεις. Απαιτείται αφαίρεση δέρματος σχήματος V, με κορυφή στην υπομάστια πτυχή και ανύψωση της θηλής.



Εικόνα 5: Ανόρθωση μαστών με μέτρια πτώση βαθμού III, με αφαίρεση δέρματος σε σχήμα V: α. σχεδιασμός της περιοχής αφαίρεσης δέρματος, β. αφαίρεση δέρματος, γ. συρραφή δέρματος.

Πτώση βαθμών IV & V: Στη σοβαρή πτώση απαιτείται αφαίρεση μεγάλου τμήματος δέρματος και ανύψωση της θηλής σε μεγάλη απόσταση. Αυτό προϋποθέτει καλό προεγχειρητικό σχεδιασμό και δημιουργία κρημονού για την ασφαλή μεταφορά της θηλής στη νέα θέση.



Εικόνα 6: Ανόρθωση μαστών με σοβαρή πτώση βαθμών IV & V, με δημιουργία κρημών. Α. σχεδιασμός της ζώνης αφαίρεσης δέρματος, β. αφαίρεση δέρματος και δημιουργία κρημών, γ. συρραφή δέρματος.



Εικόνα 7: Μετεγχειρητικός ορθοπεδικός στηθόδεσμος μαστών.

Μετεγχειρητική πορεία:

- Ελάχιστος, υποφερτός πόνος ,κυρίως κατά το πρώτο 24ωρο, που ελέγχεται με παυσίπονα.
- Λήψη αντιβιοτικού για 8 ημέρες.
- Περίδεση μαστών με ελαστικούς επιδέσμους για 3 24ωρα. Ορθοπεδικός στηθόδεσμος ή στηθόδεσμος θηλασμού για 40 ημέρες.
- Αποφυγή λουτρού για 3-5 ημέρες.
- 1^η αλλαγή την επόμενη της επέμβασης, οπότε αφαιρούνται συνήθως οι παροχετεύσεις, αν υπάρχουν.
- 2^η αλλαγή το 3^ο 24ωρο και επόμενη το 7^ο οπότε συνήθως αφαιρούνται τα ράμματα γύρω από τη θηλή. Τα υπόλοιπα ράμματα, αν είναι εξωτερικά, αφαιρούνται κατά την 10^η-14^η ημέρα.
- Γέλη ή φύλα σιλικόνης στις ουλές για δύο μήνες.
- Εκτίμηση της μετεγχειρητικής πορείας από το γιατρό σε 1, 6 και 12 μήνες.

Επιπλοκές μαστοπηξίας:

Οι επιπλοκές της μαστοπηξίας, όταν η επέμβαση διενεργείται από έμπειρο, ειδικευμένο πλαστικό χειρουργό, σύμφωνα με τους κανόνες της χειρουργικής και της ιατρικής επιστήμης, είναι σπάνιες και αντιμετωπίσιμες.

Στις χειρουργικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Επιπλοκές από την αναισθησία
- Αιμάτωμα
- Φλεγμονή
- Διάσπαση ραφής δέρματος

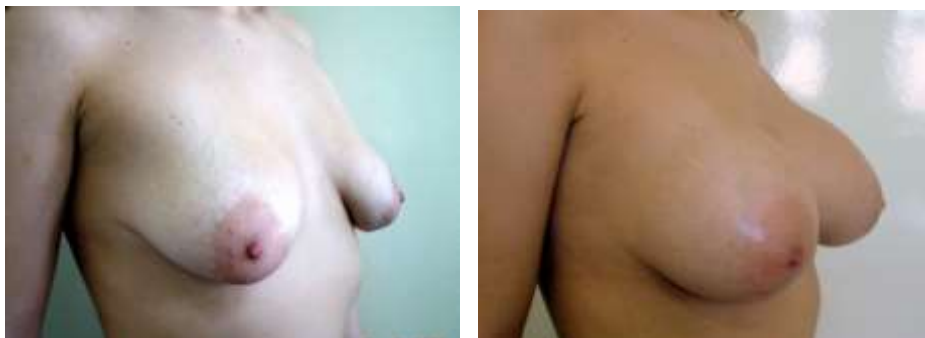
Στις αισθητικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Υπερτροφικές ουλές
- Ασυμμετρία μαστών
- Υπαισθησία θηλών.

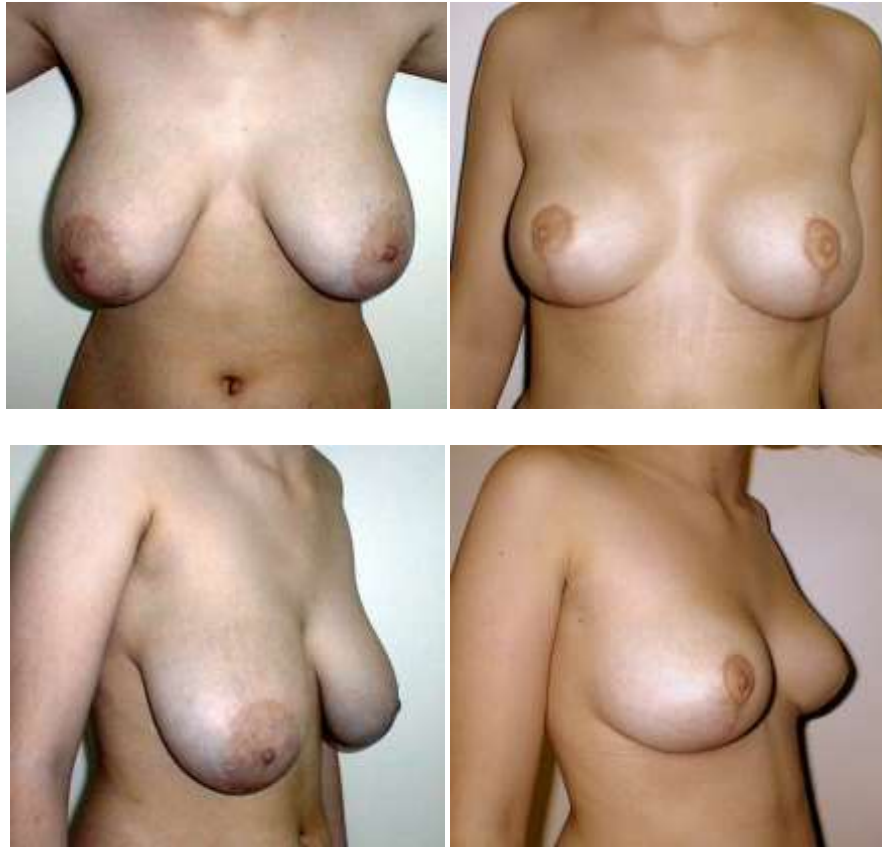
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



III: Ανόρθωση μαστών με τοποθέτηση προθέσεων σιλικόνης.



IV: Ανόρθωση μαστών με προθέσεις σιλικόνης.



V: Ανόρθωση μαστών με κρημνούς. Αποτέλεσμα ένα μήνα μετά την επέμβαση.



VI: Ανόρθωση μαστών, με μεγάλη πτώση, με την τεχνική των κρημνών.



VII: Ανόρθωση μαστών με κρημονούς . Αποτέλεσμα 1 μήνα αργότερα.



Διόρθωση ανισομαστίας

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 1-3 ώρες ανάλογα με την τεχνική.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρο
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Τα ενδοδερμικά ράμματα δε χρειάζονται αφαίρεση. Αν υπάρχουν εξωτερικά ράμματα αφαιρούνται την 10^η-12^η ημέρα.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 3^η ημέρα.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 40^η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά την 3^η- 4^η ημέρα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΞΗ: Περίδεση μαστών με ελαστικούς επιδέσμους κατά τα δύο πρώτα 24ωρα. Στηθόδεσμος θηλασμού ή ειδικός ορθοπεδικός στηθόδεσμος για 30-40 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Άμεσα ορατό αποτέλεσμα. «Φυσικοί» μαστοί σε 30 ημέρες.

Ανισομαστία ή ασυμμετρία των μαστών είναι η ορατή διαφορά στο μέγεθος, στο σχήμα ή στη θέση μεταξύ των δύο μαστών.

Στην Αγγλική γλώσσα η ανισομαστία αποδίδεται με τον όρο **breast asymmetry**.

Μικρές διαφορές στο μέγεθος, στο σχήμα ή στη θέση των μαστών παρατηρούνται συχνά σε πολλές γυναίκες. Οι διαφορές αυτές, όταν είναι δύσκολα αντιληπτές, είναι φυσιολογικές και δεν χαρακτηρίζονται σαν ανισομαστία.

Η ανισομαστία παρατηρείται συχνότερα σε γυναίκες και σπανιότερα σε άνδρες. Μπορεί να είναι συγγενής ή να οφείλεται σε διάφορες παθήσεις ή χειρουργικές επεμβάσεις. Μπορεί να προκληθεί από αφαίρεση κύστεων ή όγκων, από αφαίρεση τμήματος ή όλου του μαστού ή από αισθητικές επεμβάσεις των μαστών.

Στην ανισομαστία μπορεί να υπάρχει:

- **Υπερπλασία του ενός μαστού με κανονικό τον άλλο**
- **Υποπλασία του ενός μαστού με κανονικό τον άλλο**
- **Υποπλασία του ενός μαστού με υπερπλασία του άλλου**
- **Υπερπλασία διαφορετικού βαθμού και στους δύο μαστούς**
- **Υποπλασία διαφορετικού βαθμού και στους δύο μαστούς**
- **Πτώση μαστών διαφορετικού βαθμού**
- **Διαφορές στο σχήμα των δύο μαστών**
- **Ανωμαλίες του θωρακικού τοιχώματος**



Εικόνα 1: Ανισομαστία.

Διαδικασία διόρθωσης ανισομαστίας

1^η επίσκεψη: Στην πρώτη επίσκεψη ο πλαστικός χειρουργός θα πάρει πλήρες ιστορικό και θα εκτιμήσει τη γενική κατάσταση της υγείας της γυναίκας.

Θα εξετάσει τους μαστούς προκειμένου να εντοπίσει την αιτία της ασυμμετρίας και να καθορίσει τις ενδεδειγμένες, για τη συγκεκριμένη περίπτωση, λύσεις..

Η επιλογή της τεχνικής που θα εφαρμοστεί πρέπει να γίνει μετά από λεπτομερή ενημέρωση της γυναίκας και με απόλυτη συναίνεση. Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για τη διαδικασία της επέμβασης για το αναμενόμενο αποτέλεσμα, για τυχόν εναλλακτικές λύσεις και για τις πιθανές επιπλοκές κάθε μιας από αυτές.

Προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος: Η επεμβάσεις για τη διόρθωση της ανισομαστίας γίνονται συνήθως με γενική αναισθησία και διενεργείται ο βασικός προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος
- Ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ψευδοχοληστεράση ορού
- Βασικός αντιπηκτικός έλεγχος
- Ακτινογραφία θώρακος
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ο βασικός προεγχειρητικός κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Καρδιολογική εκτίμηση
- Αναισθησιολογική εκτίμηση

Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.

Προεγχειρητικά μέτρα:

- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης 5 ημέρες πριν από την επέμβαση. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Διακοπή καπνίσματος 2 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.
- Προμήθεια των απαιτούμενων φαρμάκων
- Προμήθεια στηθόδεσμου θηλασμού ή ειδικού ορθοπεδικού στηθόδεσμου μετά από συνεννόηση με το γιατρό.

Τεχνικές διόρθωσης ανισομαστίας:

Πολλές τεχνικές εφαρμόζονται για την διόρθωση της ανισομαστίας. Όλες στοχεύουν στην εξάλειψη των διαφορών μεγέθους, σχήματος και θέσης των μαστών.

Η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής εξαρτάται από την αιτία της ασυμμετρίας, τις προτιμήσεις του γιατρού αλλά και από τις επιθυμίες του συγκεκριμένου ατόμου.

Υπερπλασία του ενός μαστού με κανονικό τον άλλο : Η ανισομαστία αυτή διορθώνεται με τη μείωση του μεγέθους του υπερτροφικού μαστού (βλ μείωση μαστών). Μετεγχειρητικές ουλές θα υπάρχουν μόνο στον ένα μαστό.

Υποπλασία του ενός μαστού με κανονικό τον άλλο: Στην περίπτωση αυτή απαιτείται αύξηση του υποπλαστικού μαστού. Συνήθως η αύξηση επιτυγχάνεται με τοποθέτηση πρόθεσης σιλικόνης (βλ αύξηση μαστών).

Η ετερόπλευρη τοποθέτηση σιλικόνης είναι πιθανό να δημιουργήσει διαφορά στο σχήμα και στην ψηλάφηση των μαστών.

Υποπλασία του ενός μαστού με υπερπλασία του άλλου: Η ανισομαστία αυτού του τύπου διορθώνεται με τοποθέτηση πρόθεσης σιλικόνης στον υποπλαστικό και μείωση του μεγέθους του υπερτροφικού μαστού.

Υπερπλασία διαφορετικού βαθμού και στους δύο μαστούς: Αντιμετωπίζεται με ασύμμετρη μείωση και των δύο μαστών.

Υποπλασία διαφορετικού βαθμού και στους δύο μαστούς: Διορθώνεται με τοποθέτηση προθέσεων σιλικόνης διαφορετικού μεγέθους.

Πτώση μαστών διαφορετικού βαθμού: Η ασυμμετρία αυτή διορθώνεται με την ανόρθωση και των δύο μαστών στο ίδιο ύψος (βλ ανόρθωση μαστών)

Μετεγχειρητική πορεία:

Είναι ανάλογη της τεχνικής που θα εφαρμοστεί (βλ σχετικά κεφάλαια)

Επιπλοκές διόρθωσης ανισομαστίας:

Οι επιπλοκές της διόρθωσης της ανισομαστίας, όταν η επέμβαση διενεργείται από έμπειρο, ειδικευμένο πλαστικό χειρουργό, σύμφωνα με τους κανόνες της χειρουργικής και της ιατρικής επιστήμης, είναι σπάνιες και αντιμετωπίσιμες.

Χειρουργικές επιπλοκές: Είναι οι επιπλοκές των επεμβάσεων που θα απαιτηθούν όπως αναφέρονται στα αντίστοιχα κεφάλαια.

Αισθητικές επιπλοκές:

- Ατελής διόρθωση της ασυμμετρίας
- Μετεγχειρητικές ουλές
- Αίσθηση διαφοράς στην ψηλάφηση των μαστών

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



Ι: Διόρθωση ανισομαστίας με τοποθέτηση προθέσεων σιλικόνης διαφορετικού μεγέθους.





Π: Μεικτή ανισομαστία από εισολκή του στήρνου και του δεξιού ημιθωρακίου και ασύμμετρη υποπλασία των μαστών. Διόρθωση με τοποθέτηση προθέσεων σιλικόνης διαφορετικού μεγέθους.



ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ



Κοιλιοπλαστική

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική ή επισκληρίδειος.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: Ολική κοιλιοπλαστική 2-3 ώρες.
Μερική κοιλιοπλαστική 1-1,5 ώρα.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Μόνο σε βαριές περιπτώσεις με αναιμία.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1-3 24ωρα.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3-5 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: 10-14 ημέρες
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 7^η ημέρα
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 30^η-40^η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά τη 10^η ημέρα
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Ελαστικός, πιεστικός επίδεσμος για 3 ημέρες. Ζώνη οσφύος ή κορσές στη συνέχεια ,για 40 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 6-12 μήνες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Λεπτή συνήθως , τοξοειδής, λευκή ουλή στο κατώτερο κοιλιακό τοίχωμα. Το μήκος της εξαρτάται από το βαθμό της χαλάρωσης και την περίμετρο της μέσης. Αόρατη με μαγιό ή με εσώρουχο. Σπάνια δημιουργείται υπερτροφική ουλή ή χηλοειδές.

Η χαλάρωση του δέρματος της κοιλιάς είναι συχνή δυσμορφία που ταλαιπωρεί πολλές γυναίκες κυρίως έγγαμες με παιδιά αλλά και άνδρες. Πρόκειται για την περίσσεια δέρματος στην κοιλιακή χώρα που μερικές φορές είναι τόσο μεγάλη ώστε να αναδιπλώνεται προς τα κάτω και να σχηματίζει ποδιά που καλύπτει τα γεννητικά όργανα ή ακόμη και τους μηρούς (κρεμάμενη κοιλιά). Η δυσμορφία συμπληρώνεται από την παρουσία ραγάδων και την παραμόρφωση του ομφαλού.

Η χαλάρωση της κοιλιάς συνοδεύεται κατά κανόνα από χαλάρωση των εσωτερικών κοιλιακών τοιχωμάτων και διάσταση των δύο ορθών κοιλιακών μυών ενώ δεν είναι σπάνια η παρουσία ουλών ή κηλών (ομφαλοκήλη, κοιλιοκήλη, κήλη λευκής γραμμής).

Η κύρια αιτία της χαλάρωσης της κοιλιάς είναι η απότομη, μεγάλη διάταση του δέρματος που προκαλείται κυρίως από:

- Εγκυμοσύνη
- Απότομη αύξηση του βάρους
- Παθήσεις του πεπτικού (ασκίτης, μετεωρισμός)

Η χαλάρωση της κοιλιάς δεν αντιμετωπίζεται με γυμναστική, συσφίξεις ή άλλα «θεραπευτικά» μέσα. Αντιμετωπίζεται μόνο με την απομάκρυνση του χαλαρωμένου δέρματος πράγμα που επιτυγχάνει η κοιλιοπλαστική.

Κοιλιοπλαστική ή πλαστική κοιλιάς είναι η χειρουργική σύσφιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων και η αφαίρεση της περίσσειας λίπους και δέρματος από την κοιλιακή χώρα.

Στην Αγγλική γλώσσα η κοιλιοπλαστική χαρακτηρίζεται ως **abdominoplasty** ή **tummy tuck**.

Ολική κοιλιοπλαστική είναι η κοιλιοπλαστική κατά την οποία η αποκόλληση των κοιλιακών τοιχωμάτων εκτείνεται σε όλη σχεδόν την έκταση της κοιλιάς. Είναι μεγαλύτερης διάρκειας και βαρύτητας και απαιτεί μεγαλύτερη τομή στο κατώτερο τμήμα της κοιλιάς και κυκλική τομή στον ομφαλό.



Εικόνα 1 : Χαλάρωση κοιλιάς μετά από πολλαπλές εγκυμοσύνες.

Μερική ή μικρή κοιλιοπλαστική είναι η κοιλιοπλαστική στην οποία η αποκόλληση των κοιλιακών τοιχωμάτων περιορίζεται στο κατώτερο τμήμα της κοιλιάς. Είναι μικρότερης διάρκειας και βαρύτητας, απαιτεί μικρότερη συνήθως τομή στο κατώτερο τμήμα της κοιλιάς και δεν απαιτεί κυκλική τομή στον ομφαλό.

Στόχοι

Με την κοιλιοπλαστική επιτυγχάνουμε

- Αφαίρεση του χαλαρού δέρματος και του υποκείμενου λίπους της κοιλιάς.
- Σύσφιξη του κοιλιακού δέρματος
- Σύσφιξη του εσωτερικού κοιλιακού τοιχώματος
- Αναδιαμόρφωση του παραμορφωμένου ομφαλού.
- Απομάκρυνση των ραγάδων και των ουλών που εντοπίζονται κάτω από τον ομφαλό.
- Σμίκρυνση της περιμέτρου της κοιλιάς (λεπτή μέση)
- Περιορισμό ή εξαφάνιση της προπέτειας της κοιλιάς
- Ανύψωση του εφηβαίου και των γεννητικών οργάνων
- Ταυτόχρονη διόρθωση τυχόν ομφαλοκήλης, κοιλιοκήλης ή μετεγχειρητικής κήλης χωρίς εμφανείς εξωτερικές ουλές.

Αντενδείξεις

- Βαριές, μη ελεγχόμενες πνευμονικές, καρδιακές, νεφρικές ή ορμονικές παθήσεις.
- Προχωρημένη ηλικία
- Εκσεσημασμένη παχυσαρκία (Πρέπει να προηγείται απώλεια βάρους).
- Κύηση
- Βαρύ κάπνισμα
- Ψυχολογική αστάθεια, με υπέρμετρες απαιτήσεις και προσδοκίες επίλυσης άλλων προβλημάτων μέσω της επέμβασης.

Διαδικασία κοιλιοπλαστικής

1^η επίσκεψη: Στην πρώτη επίσκεψη μεγάλη σημασία έχει η γνωριμία και η εξοικείωση ασθενούς και πλαστικού χειρουργού. Αν αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης προς το γιατρό η ασθενής θα ενημερωθεί λεπτομερώς για

- την έκταση και τη βαρύτητα του προβλήματός της
- την καλύτερη δυνατή λύση και τις εναλλακτικές επιλογές
- το είδος, τη βαρύτητα, τη διάρκεια και τις πιθανές επιπλοκές της προτεινόμενης χειρουργικής επέμβασης
- το χρόνο νοσηλείας και τη διάρκεια απομάκρυνσης από την εργασία

Ο πλαστικός χειρουργός θα εκτιμήσει τη γενική κατάσταση της υγείας, την προσωπικότητα και την ψυχική σταθερότητα της ασθενούς. Θα ενημερωθεί αν η ασθενής πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, κυκλοφοριακές, καρδιακές, πνευμονικές, ηπατικές, δερματολογικές ή άλλες παθήσεις και αν χρειαστεί θα επεκτείνει τον βασικό προεγχειρητικό εργαστηριακό έλεγχο και θα πάρει πρόσθετα μέτρα ασφαλείας.

Η ασθενής πρέπει να εξηγήσει με σαφήνεια στο γιατρό τι επιδιώκει και τι αναμένει από τη συγκεκριμένη επέμβαση και ο γιατρός οφείλει να εξηγήσει με ειλικρίνεια στην ασθενή τι είναι ρεαλιστικό και χειρουργικά εφικτό και τι όχι. Ενδεικτικά, θέματα που χρειάζονται διευκρίνιση είναι:

- Αν η χαλάρωση και το περίσσειμα του λίπους εντοπίζονται κάτω από τον ομφαλό μπορεί να χρειαστεί μερική και όχι ολική κοιλιοπλαστική.
- Αν υπάρχει συσσώρευση λίπους αλλά ο τόνος του δέρματος είναι ικανοποιητικός και δεν υπάρχει περίσσεια δέρματος είναι προτιμότερη η διενέργεια λιποαναρρόφησης.
- Είναι πιθανό η πλαστική κοιλιάς να συνδυαστεί με λιποαναρρόφηση κυρίως στα πλάγια κοιλιακά τοιχώματα προκειμένου να επιτύχουμε καλύτερο περίγραμμα σώματος.
- Οι ραγάδες που εντοπίζονται κάτω από τον ομφαλό αφαιρούνται. Αυτές όμως πάνω από τον ομφαλό δεν εξαφανίζονται εκτός αν η χαλάρωση του δέρματος είναι μεγάλη. Συνήθως μεταφέρονται κάτω από τον ομφαλό κοντά στο όριο των τριχών του εφηβίου που καλύπτεται από το εσώρουχο ή το μαγιό.
- Ουλές από τραυματισμούς ή επεμβάσεις κάτω από τον ομφαλό αφαιρούνται με την κοιλιοπλαστική.
- Η διάταση της κοιλιάς που οφείλεται σε σπαστική κολίτιδα, μετεωρισμό κλπ δεν διορθώνεται μόνο με την κοιλιοπλαστική αλλά απαιτεί πρόσθετα θεραπευτικά και διαιτητικά μέτρα.
- Η κυκλική τομή στον ομφαλό μπορεί να είναι ορατή σαν δακτυλοειδής ουλή, αν και υπάρχει δυνατότητα να τοποθετηθεί βαθύτερα, μέσα στον ομφαλό, σε αόρατο σημείο.
- Το μήκος της τομής στο κατώτερο κοιλιακό τοίχωμα εξαρτάται κυρίως από το βαθμό χαλάρωσης του κοιλιακού τοιχώματος. Όσο μεγαλύτερη είναι η χαλάρωση τόσο μεγαλύτερη τομή θα απαιτηθεί προκειμένου να αφαιρεθεί η αναδίπλωση (πιέτα) στα πλάγια κοιλιακά τοιχώματα.

- Μελλοντική κύηση ή υπέρμετρη αύξηση του βάρους μπορεί να αλλοιώσουν το αποτέλεσμα και να επιβάλουν διόρθωση, που κατά κανόνα επιτυγχάνεται με μερική κοιλιοπλαστική
- Κοιλιοπλαστική ταυτόχρονα με φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική δεν επιτρέπεται.

Καλό είναι, όλα τα παραπάνω να καταγραφούν σε ένα είδος ιατρικού συμφωνητικού που θα υπογραφεί από το γιατρό και την ασθενή για αμφοτερόπλευρη εξασφάλιση.

Προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος: Ο βασικός προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος
- Ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ψευδοχοληνεστεράση ορού
- Βασικός αντιπηκτικός έλεγχος
- Ακτινογραφία θώρακος
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ο βασικός προεγχειρητικός κλινικός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Καρδιολογική εκτίμηση
- Αναισθησιολογική εκτίμηση

Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.

Προεγχειρητικά μέτρα:

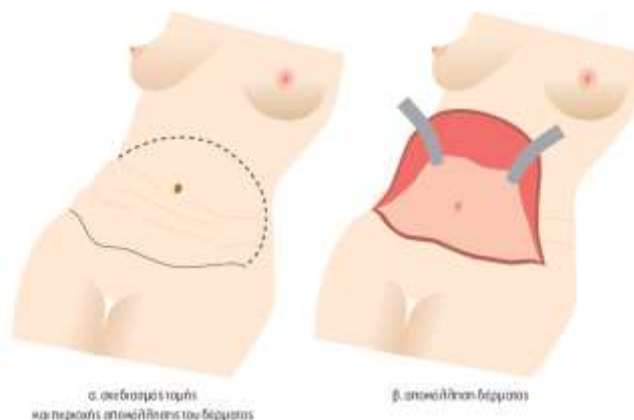
- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης και αντιφλεγμονοδών φαρμάκων. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Διακοπή καπνίσματος 2 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.
- Επιλογή οικείου προσώπου για συμπαράσταση κατά τα πρώτα 2-3 24ωρα μετά την επέμβαση
- Επιλογή και προετοιμασία του κατάλληλου χώρου για τη μετεγχειρητική ανάρρωση.
- Προμήθεια των απαιτούμενων φαρμάκων και υλικών (ζώνη, κορσές, επίδεσμοι, γάζες) μετά από συνεννόηση με το γιατρό.

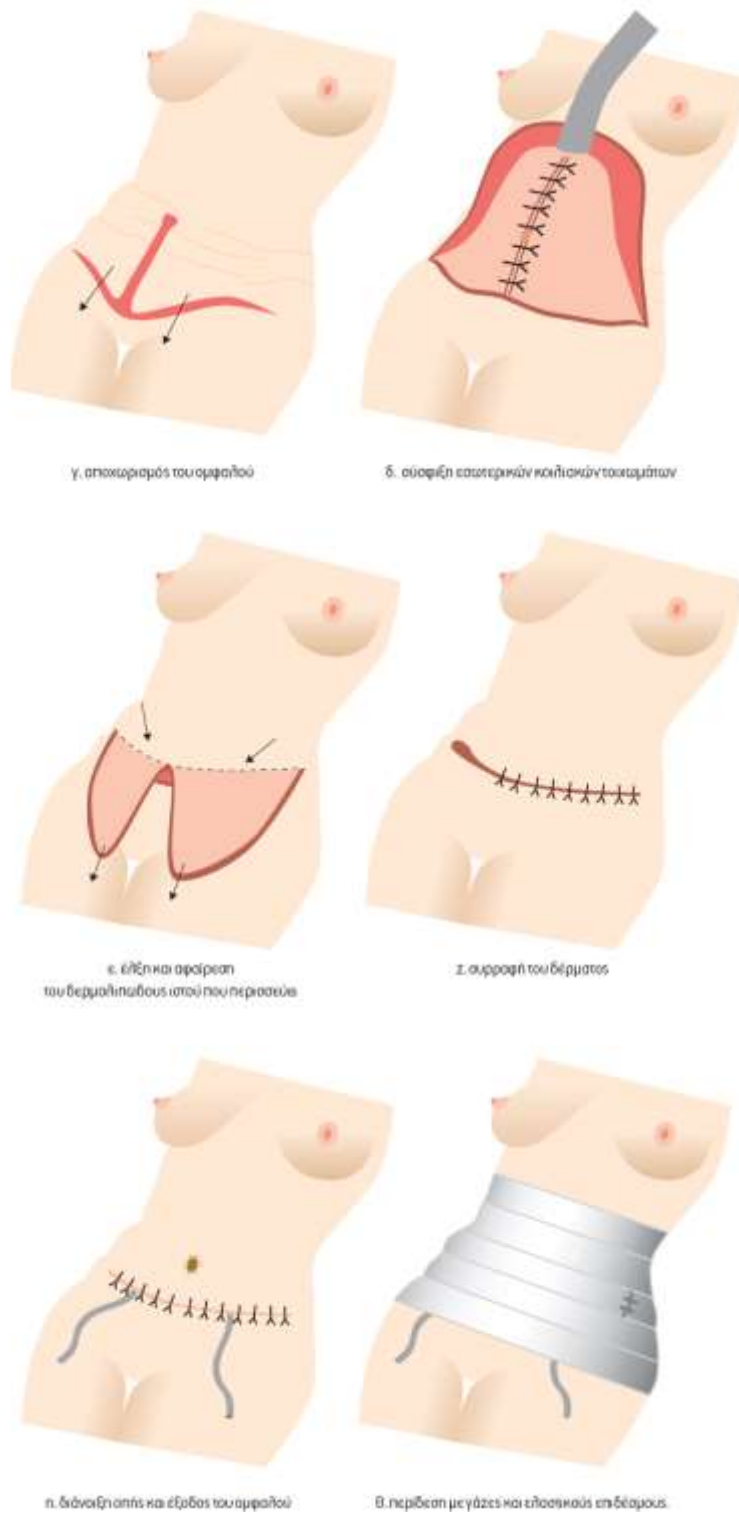


Τεχνική ολικής κοιλιοπλαστικής:

Η αρχική τομή –συνήθως τοξοειδής με το κοίλο προς τα επάνω- ή σπανιότερα σε σχήμα «W», εκτείνεται από τη μια μέχρι την άλλη λαγόνια ακρολοφία περνώντας από το όριο των τριχών του εφηβαίου στη μέση. Η θέση αυτή επιλέγεται επειδή αφήνει το λιγότερο δυνατό σημάδι και καλύπτεται εύκολα από το εσώρουχο ή το μαγιό. Μια δεύτερη κυκλική τομή γίνεται μέσα στον ομφαλό με τέτοιο τρόπο που να είναι ελάχιστα ή καθόλου ορατή.

Το δέρμα με το υποκείμενο λίπος αποκολλάται από το κοιλιακό τοίχωμα μέχρι την ξιφοειδή απόφυση, πάνω από τον ομφαλό. Η περιτονία, που εντοπίζεται ανάμεσα στο δέρμα και το μυϊκό τοίχωμα της κοιλιάς αναδιπλώνεται και ράβεται με ισχυρά ράμματα, κατά μήκος της μέσης γραμμής, με αποτέλεσμα να στενεύει η μέση και να μειώνεται η περίμετρος και η προβολή της κοιλιάς. Στη φάση αυτή είναι δυνατή η διόρθωση κηλών, που πιθανώς να υπάρχουν στον ομφαλό, στη λευκή γραμμή η αλλού στο κοιλιακό τοίχωμα, χωρίς τη δημιουργία εξωτερικών ουλών.





Εικόνα 2 : Τεχνική ολικής κοιλιοπλαστικής: α. σχεδιασμός τομής και περιοχής αποκόλλησης του δέρματος, β. αποκόλληση δέρματος, γ. αποχωρισμός του ομφαλού, δ. σύσφιξη εσωτερικών κοιλιακών τοιχωμάτων, ε. έλξη και αφαίρεση του δερμολιπωδούς ιστού που περισσεύει, ζ. συρραφή του δέρματος, η. διάνοιξη οπής και έξοδος του ομφαλού, θ. περιδέση με γάζες και ελαστικούς επιδέσμους.

Το δέρμα της κοιλιάς έλκεται προς το εφήβαιο, αφαιρείται όσο περισσεύει και ράβεται κατά μήκος της αρχικής τομής. Ανοίγεται μικρή κυκλική οπή πάνω από τον μίσχο του ομφαλού. Ο ομφαλός έλκεται και στερεώνεται στην οπή με λεπτά ράμματα. Κατά κανόνα τοποθετούνται δύο σωλήνες παροχέτευσης με φιάλη κενού και η κοιλιά περιδένεται με ελαστικούς επιδέσμους.

Τεχνική μερικής ή μικρής κοιλιοπλαστικής:

Η μερική κοιλιοπλαστική διενεργείται με τεχνική παρόμοια της ολικής. Απλώς, η έκταση της αποκόλλησης του κοιλιακού δέρματος περιορίζεται στο κάτω μισό της κοιλιακής χώρας, κάτω από τον ομφαλό. Η αρχική τομή είναι μικρότερη. Η διάρκεια της επέμβασης περιορίζεται στις 1-2 ώρες ενώ η βαρύτητα και οι πιθανές επιπλοκές της μειώνονται σημαντικά. Μπορεί να γίνει με γενική, τοπική ή επισκληρίδια αναισθησία.

Η μερική κοιλιοπλαστική είναι άριστη επιλογή και επιτυγχάνει τους ίδιους στόχους με την ολική όταν συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις:

- **Η χαλάρωση, οι ραγάδες και η υπερλίπωση του κοιλιακού δέρματος είναι περιορισμένες και εντοπίζονται κάτω από τον ομφαλό**
- **Ο ομφαλός είναι σε καλή κατάσταση.**
- **Το σωματικό βάρος δεν ξεπερνά το ιδανικό πάνω από 15%**



Η μερική κοιλιοπλαστική αποτελεί επίσης πολύ καλή λύση στις περιπτώσεις που απαιτείται διόρθωση σε παλιά κοιλιοπλαστική. Μπορεί να συνδυαστεί με **λιποαναρρόφηση** στην περιοχή πάνω από τον ομφαλό και στα πλάγια κοιλιακά τοιχώματα με εξαιρετικά αποτελέσματα.

Ο προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος και η μετεγχειρητική διαδικασία είναι ίδια με αυτά της ολικής κοιλιοπλαστικής. Εντούτοις ο χρόνος νοσηλείας, ανάρρωσης και περιορισμού των δραστηριοτήτων μειώνονται σημαντικά.

Μετεγχειρητική πορεία:

- Ελάχιστος ή υποφερτός πόνος ,κυρίως κατά το πρώτο 24ωρο, που ελέγχεται με παυσίπονα.
- Λήψη αντιβιοτικού για 8 ημέρες.
- Βάδιση με τον κορμό σε ελαφρά κάμψη προς τα εμπρός και κατάκλιση με μαζεμένους μηρούς (μαξιλάρι κάτω από τα γόνατα) τις πρώτες 4-6 ημέρες για να μη διατείνεται η κοιλιακή χώρα.
- Αποφυγή δραστηριοτήτων που προκαλούν δυσφορία.
- Κορσές, ζώνη ή επίδεσμος για 40 ημέρες. Μετά τις πρώτες 20 ημέρες μπορεί να αφαιρείται κατά τη νυκτερινή κατάκλιση.
- Αποφυγή λουτρού για 7 ημέρες. Επιτρέπεται το ντους μετά την 4η-6η ημέρα.
- 1^η αλλαγή την επόμενη της επέμβασης, οπότε αφαιρούνται συνήθως και οι παροχετεύσεις. 2^η αλλαγή το 3^ο 24ωρο και επόμενη το 7^ο οπότε συνήθως αφαιρούνται τα ράμματα του ομφαλού. Τα ράμματα της βασικής τομής αφαιρούνται κατά την 10^η-14^η ημέρα. Αν είναι ενδοδερμικά, απορροφήσιμα δε χρειάζονται αφαίρεση.
- Εκτίμηση της μετεγχειρητικής πορείας από το γιατρό σε 1, 6 και 12 μήνες.

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της κοιλιοπλαστικής, όταν η επέμβαση διενεργείται από έμπειρο, ειδικευμένο πλαστικό χειρουργό, σύμφωνα με τους κανόνες της χειρουργικής και της ιατρικής επιστήμης, είναι σπάνιες και αντιμετωπίσιμες.

Στις χειρουργικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Επιπλοκές από την αναισθησία
- Αιμάτωμα
- Διαπύηση
- Διάσπαση ραφής
- Οροαιματηρή συλλογή
- Υπερτροφική ουλή
- Χηλοειδές

Στις αισθητικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Ασύμμετρη ουλή στο κατώτερο κοιλιακό τοίχωμα
- Ουλή πάνω από τα όρια του εφηβαίου (ορατή έξω από το εσώρουχο ή το μαγιό)
- Αναδιπλώσεις (πιέτες ή αυτάκια) στα άκρα της ραφής
- Ορατή δακτυλιοειδής ουλή γύρω από τον ομφαλό
- Τοποθέτηση ομφαλού σε λανθασμένη θέση



ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



I: Ολική κοιλιοπλαστική.



II: Ολική κοιλιοπλαστική.





III: Ολική κοιλιοπλαστική. Αποτέλεσμα 6 μήνες μετά την επέμβαση



IV: Ολική κοιλιοπλαστική .

**ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ
ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ
ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ
ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**



Λιποαναρρόφηση

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική, επισκληρίδειος, ενδοφλέβια ή τοπική, ανάλογα με την έκταση και την εντόπιση του τοπικού πάχους.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 0.5 -2 ώρες ανάλογα με την έκταση και την εντόπιση του λίπους που αφαιρείται.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Μόνο σε περιπτώσεις με αναιμία που αφαιρούνται πάνω από 5 λίτρα λίπους.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρα.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3-5 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: 7 ημέρες
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 3η ημέρα
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 30^η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά την 2^η ημέρα σε μικρής έκτασης λιποαναρροφήσεις. Μετά την 7η ημέρα σε μεγαλύτερης έκτασης.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΞΗ: Ελαστική, πιεστική φόρμα που πιέζει τις περιοχές που αναρροφήθηκαν, για 40 ημέρες. Εφαρμόζεται όλο το 24ωρο τις πρώτες 20 ημέρες και μόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας τις επόμενες 20 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 3 μήνες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Μικροσκοπικές 3-5 mm, αόρατες ουλές στις περιοχές της αναρρόφησης.

Η εντοπισμένη συσσώρευση λίπους είναι συχνή δυσμορφία που ταλαιπωρεί πολλές γυναίκες, κυρίως έγγαμες, μετά από εγκυμοσύνες αλλά και άνδρες.

Πρόκειται για την εκλεκτική συσσώρευση λίπους σε ορισμένες μόνο περιοχές του σώματος. Τέτοιες περιοχές στις γυναίκες είναι οι γλουτοί και η έξω επιφάνεια των μηρών, η κοιλιά και η έσω επιφάνεια των γονάτων ενώ στους άνδρες παρατηρείται συχνότερα στην κοιλιακή χώρα και στον τράχηλο.

Οι ακριβείς αιτίες της εντοπισμένης συσσώρευσης λίπους δεν είναι γνωστές. Εκτός από τις κληρονομικές καταβολές φαίνεται να παίζουν κάποιο ρόλο η διατροφή, η έλλειψη άσκησης, οι ορμονικές ανακατατάξεις και οι εγκυμοσύνες.

Η εντοπισμένη συσσώρευση λίπους δεν αντιμετωπίζεται με δίαιτα, γυμναστική, συσφίξεις ή άλλα «θεραπευτικά» μέσα. Αντιμετωπίζεται μόνο με την απομάκρυνση του λίπους πράγμα που επιτυγχάνει η λιποαναρρόφηση.

Λιποαναρρόφηση ή **λιποπλαστική** ή **λιπογλυπτική** είναι η χειρουργική επέμβαση που αφαιρεί το τοπικά συσσωρευμένο λίπος κάτω από το δέρμα ορισμένων περιοχών του σώματος, για κοσμητικούς κυρίως λόγους.

Στην Αγγλική γλώσσα η λιποαναρρόφηση χαρακτηρίζεται ως **liposuction**, **lipoplasty**, **liposculpture** και **suction lipectomy**.

Πρόκειται για τη δημοφιλέστερη επέμβαση της πλαστικής χειρουργικής σε όλο τον κόσμο. Η φήμη της επέμβασης οφείλεται στο εξαιρετικό της αποτέλεσμα και στην απουσία μετεγχειρητικών ουλών. Με τη λιποαναρρόφηση ο πλαστικός χειρουργός είναι σε θέση να αναπλάσει ριζικά το περίγραμμα του σώματος, εφαρμόζοντας την τέχνη του γλύπτη σε ζωντανό οργανισμό.



Εικόνα 1: Εντοπισμένη παχυσαρκία.

Η λιποαναρρόφηση, υπό τη σημερινή της μορφή, ανακαλύφθηκε το 1982 στη Γαλλία από τον δόκτορα Yves-Gerard Illouz. Η μέθοδος Illouz εφαρμόζεται χωρίς ουσιαστικές αλλαγές εδώ και 25 χρόνια γεγονός που υποδηλώνει την αποτελεσματικότητά της. Το 1985 εφαρμόστηκε για πρώτη φορά η τεχνική των μικρών λιποαναρροφήσεων με τοπική έγχυση αναισθητικών διαλυμάτων ενώ από το 1990 χρησιμοποιούνται υπέρηχοι για την υποβοήθηση της αναρρόφησης του λίπους.



Εικόνα 2: Ο συγγραφέας με τον εμπνευστή της σύγχρονης λιποαναρρόφησης Δρ Yves-Gerard Illouz το 1992 στο Παρίσι.

Στόχοι

Με τη λιποαναρρόφηση επιτυγχάνουμε

- Αφαίρεση του εντοπισμένου λίπους από ορισμένες περιοχές του σώματος.
- Αλλαγή του περιγράμματος του σώματος

- Προσκόλληση του δέρματος στους υποκείμενους ιστούς υπό ορισμένες προϋποθέσεις (διπλοσάγονο)
- Αφαίρεση λιπωμάτων
- Διόρθωση ασυμμετρίας του σώματος
- Βελτίωση λεμφοιδήματος κάτω άκρων

Η λιποαναρρόφηση δεν επιτυγχάνει

- Σύσφιξη του δέρματος
- Αφαίρεση του χαλαρωμένου δέρματος
- Απομάκρυνση της κυτταρίτιδας
- Ανανέωση του γερασμένου δέρματος
- Απώλεια βάρους και γενικευμένο αδυνάτισμα



Εικόνα 3: Ιδανικοί υποψήφιοι για λιποαναρρόφηση.

Αντενδείξεις

- Βαριές, μη ελεγχόμενες πνευμονικές, καρδιακές, νεφρικές ή ορμονικές παθήσεις.
- Προχωρημένη ηλικία
- Εκσεσημασμένη παχυσαρκία (Πρέπει να προηγείται απώλεια βάρους).
- Κύηση
- Βαρύ κάπνισμα
- Ψυχολογική αστάθεια, με υπέρμετρες απαιτήσεις και προσδοκίες επίλυσης άλλων προβλημάτων μέσω της επέμβασης.



Διαδικασία λιποαναρρόφησης

1^η επίσκεψη: Στην πρώτη επίσκεψη είναι σημαντική η γνωριμία και η εξοικείωση ασθενούς και πλαστικού χειρουργού.

Ο γιατρός θα εξετάσει τη γυναίκα και θα εντοπίσει τα σημεία εντοπισμένης συσσώρευσης λίπους. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην αξιολόγηση της κατάστασης του δέρματος επειδή από την ποιότητα του δέρματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, το αποτέλεσμα της επέμβασης

Η σοβαρή χαλάρωση του δέρματος είναι πιθανό να επιδεινωθεί με μια επιθετική λιποαναρρόφηση και πρέπει να αποφεύγεται.

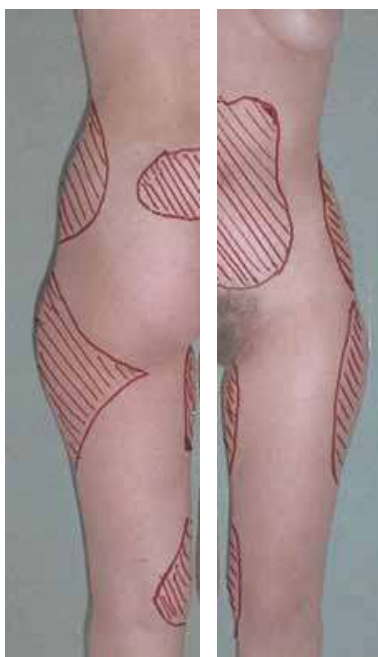
Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί λεπτομερώς για την έκταση και τη βαρύτητα του προβλήματός της, για την ενδεδειγμένη μέθοδο λιποαναρρόφησης, για τη βαρύτητα, τη διάρκεια και τις πιθανές επιπλοκές της, για το χρόνο νοσηλείας και για τη διάρκεια απομάκρυνσής από την εργασία της.

Ο γιατρός θα εκτιμήσει τη γενική κατάσταση της υγείας, την προσωπικότητα και την ψυχική σταθερότητα της ασθενούς.

Είναι απαραίτητο να προκαθοριστούν οι στόχοι της επέμβασης με ρεαλιστικό τρόπο. Η λιποαναρρόφηση είναι εξαιρετικά αποτελεσματική υπό τις κατάλληλες όμως ενδείξεις και προϋποθέσεις.

Ενδεικτικά, θέματα που χρειάζονται διευκρίνιση είναι:

- Η λιποαναρρόφηση αφαιρεί εντοπισμένο λίπος. Δεν αδυνατίζει και δεν ελαττώνει το βάρος.
- Λιποαναρρόφηση δεν μπορεί να διενεργηθεί σε όλες τις περιοχές του σώματος. Οι περιοχές που επιδέχονται ασφαλή αναρρόφηση λίπους είναι ο τράχηλος, η κοιλιά και οι πλάγιες κοιλιακές χώρες, τμήμα των γλουτών, η έξω και η έσω επιφάνεια των μηρών, η έσω επιφάνεια των γονάτων και η οπίσθια επιφάνεια των κνημών.



Εικόνα4: Συνήθεις περιοχές λιποαναρρόφησης.

- Η λιποαναρρόφηση αφαιρεί κυρίως το αποθηκευτικό λίπος. Ενδεχόμενη μελλοντική υπερκατανάλωση θερμίδων θα αυξήσει φυσικά το βάρος αλλά δεν θα συσσωρεύσει εκ νέου λίπος στις περιοχές που λιποαναρροφήθηκαν. Το λίπος θα κατανέμεται πλέον ομοιόμορφα σε όλο το σώμα.
- Η ποσότητα λίπους που απομακρύνεται από τις περιοχές της λιποαναρρόφησης δεν είναι μόνο αυτή που αφαιρείται κατά την επέμβαση. Διπλάσια σχεδόν ποσότητα κατεστραμμένων λιποκυττάρων απορροφάται επιπλέον από τον οργανισμό κατά τους επόμενους τρεις μήνες.
- Το διατεταμένο από το λίπος δέρμα, υπό την προϋπόθεση ότι διατηρεί την ελαστικότητά του, επανέρχεται σταδιακά ακολουθώντας την προοδευτική απομάκρυνση του λίπους. Η σύσφιξη του δέρματος υποβοηθείται από τη δημιουργία ουλώδους συνδετικού ιστού (συμφύσεις) και επιταχύνεται με την εξωτερική πίεση του δέρματος με τη βοήθεια πιεστικής φόρμας.
- Οι μετεγχειρητικές αυτές διεργασίες απαιτούν χρόνο. Το τελικό αποτέλεσμα της λιποαναρρόφησης δεν είναι ορατό αν δεν περάσουν τουλάχιστον τρεις μήνες από την επέμβαση. Σύμφωνα με τον **κανόνα του 30** τον πρώτο μήνα γίνεται αντιληπτό το 30% της συνολικής διαφοράς, τον δεύτερο το 60% και μόνο τον τρίτο μήνα είναι ορατό το σύνολο του αποτελέσματος.
- Η σοβαρή χαλάρωση του δέρματος αποτελεί αντένδειξη για επιθετική λιποαναρρόφηση. Σε τέτοιες περιπτώσεις απαιτείται δερμολιπεκτομή ή ελαφρά, ανακουφιστική λιποαναρρόφηση.
- Οι ραγάδες και η κυτταρίτιδα δεν επηρεάζονται από τη λιποαναρρόφηση αν και η αποσυμπίεση του λίπους μερικές φορές βελτιώνει την τελευταία.
- Οι ουλές που προκαλεί η λιποαναρρόφηση είναι μικροσκοπικές και δεν ξεπερνούν συνήθως τα 5mm.
- Η λιποαναρρόφηση διενεργείται κατά κανόνα αμφοτερόπλευρα. Αν και η αναρροφούμενη ποσότητα λίπους, σε κάθε περιοχή, υπολογίζεται και καταγράφεται με ακρίβεια είναι πιθανή ανεπαίσθητη συνήθως μετεγχειρητική ασυμμετρία.
- Η λιποαναρρόφηση είναι τυφλή επέμβαση. Διενεργείται με ειδική κάνουλα που αναρροφά λίπος κάτω από το δέρμα, καθοδηγούμενη με την αφή του χειρουργού και όχι με άμεσο οπτικό έλεγχο. Ο έμπειρος ειδικευμένος πλαστικός χειρουργός καθοδηγεί με εξαιρετική ακρίβεια την κάνουλα με τέτοιο τρόπο ώστε να αναρροφά ομοιόμορφο στρώμα λίπους. Εντούτοις είναι πιθανό να προκληθούν μετεγχειρητικές ανωμαλίες στην επιφάνεια του δέρματος, ιδίως αν αυτό είναι χαλαρωμένο και κακής ποιότητας. Οι ανωμαλίες αυτές βελτιώνονται κατά τους επόμενους μήνες, δεν αποκλείεται όμως να χρειαστεί διόρθωσή τους.
- Μελλοντική κύηση ή υπέρμετρη αύξηση του βάρους μπορεί να αλλοιώσουν το αποτέλεσμα της λιποαναρρόφησης

Καλό είναι, όλα τα παραπάνω να καταγραφούν σε ένα είδος ιατρικού συμφωνητικού που θα υπογραφεί από το γιατρό και την ασθενή για αμφοτερόπλευρη εξασφάλιση.

Προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος: Αν η λιποαναρρόφηση πραγματοποιηθεί με γενική, ενδοφλέβια ή επισκληρίδιο αναισθησία διενεργείται ο βασικός προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

- Γενική αίματος

- Ουρία αίματος
- Σάκχαρο αίματος
- Κρεατινίνη αίματος
- Ψευδοχοληνεστεράση ορού
- Βασικός αντιπηκτικός έλεγχος
- Ακτινογραφία θώρακος
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Καρδιολογική εκτίμηση
- Αναισθησιολογική εκτίμηση

Σε περίπτωση εντοπισμού παθολογικού εργαστηριακού ή κλινικού ευρήματος ο έλεγχος επαναλαμβάνεται ή επεκτείνεται κατά την κρίση του γιατρού.

Προεγχειρητικά μέτρα:

- Αποφυγή λήψης ασπιρίνης και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Λήψη άλλων φαρμάκων μετά από ενημέρωση του γιατρού.
- Διακοπή καπνίσματος 2 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.
- Προμήθεια των απαιτούμενων φαρμάκων και υλικών και ειδικού κορσέ για λιποαναρρόφηση, μετά από συνεννόηση με το γιατρό.
- Αποφυγή λήψης τροφής και νερού 6 ώρες πριν από την επέμβαση.

Τεχνική λιποαναρρόφησης:

Πριν από την αναισθησία σχεδιάζονται με μαρκαδόρο οι υποψήφιες περιοχές για λιποαναρρόφηση με τη γυναίκα σε όρθια στάση (Εικ 1). Η θέση στο χειρουργικό τραπέζι εξαρτάται από τις περιοχές που θα αναρροφηθούν και από τις προτιμήσεις του γιατρού. Μπορεί να είναι ύπτια, πρηνής, πλάγια ή να αλλάξει κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Οι περιοχές διηθούνται, με διάλυμα φυσιολογικού ορού και αδρεναλίνης, με ειδική συσκευή έγχυσης υπό πίεση. Διανοίγονται τομές μήκους 3-5 mm σε επιλεγμένα δυσδιάκριτα σημεία από τις οποίες εισάγεται η κάνουλα της λιποαναρρόφησης.

Η κάνουλα είναι τυφλός σωλήνας με πλάγιες οπές στο ένα άκρο ενώ στο άλλο καταλήγει σε χειρολαβή, το πίσω άκρο της οποίας συνδέεται, μέσω σωλήνα σιλικόνης, με ισχυρή συσκευή δημιουργίας κενού.



Εικόνα 5 : Τεχνική λιποαναρρόφησης: α. εισαγωγή και παλινδρομικές κινήσεις της κάνουλας, β. δημιουργία κενού από την αντλία, γ. συγκέντρωση λίπους στην ειδική φιάλη της συσκευής.

Ο χειρουργός εισάγει την κάνουλα κάτω από το δέρμα και με ήπιες παλίνδρομες κινήσεις οδηγεί το τυφλό άκρο της στα σημεία που πρέπει να αναρροφηθεί το λίπος. Η κάνουλα ελέγχεται και καθοδηγείται με το άλλο χέρι του χειρουργού. Το λίπος εισέρχεται στην κάνουλα από τις πλάγιες τομές του άκρου της και ,με τη βοήθεια του κενού που δημιουργεί η αντλία, οδηγείται μέσω του σωλήνα σε ειδική φιάλη .

Μετά την ολοκλήρωση της αναρρόφησης όλων των περιοχών, ράβονται οι τομές του δέρματος, συνήθως με 1-2 εξωτερικά ράμματα και τοποθετείται ο ειδικός κορσές στις γυναίκες ή η ζώνη στους άνδρες..



Εναλλακτικές τεχνικές λιποαναρρόφησης:

Λιποαναρρόφηση υποβοηθούμενη από υπέρηχους: Πρόκειται για λιποαναρρόφηση που διενεργείται με κάνουλες, η κορυφή των οποίων εκπέμπει υπέρηχους.

Ουσιαστικά είναι η ίδια τεχνική με τη διαφορά ότι οι υπέρηχοι διασπούν εύκολα το λίπος με αποτέλεσμα η αναρρόφηση να είναι ευκολότερη για τον χειρουργό και να προκαλεί λιγότερες κακώσεις στους υποδόριους ιστούς.

Δεν έχει εντούτοις διαπιστωθεί διαφορά στο αποτέλεσμα.

Λιποαναρρόφηση με μηχανική υποστήριξη: Με την τεχνική αυτή οι παλινδρομικές κινήσεις της κάνουλας γίνονται αυτόματα με τη βοήθεια ειδικού μηχανισμού στη χειρολαβή.

Λιποαναρρόφηση με μικροκάνουλες: Τεχνική αναρρόφησης λίπους από μικρές περιοχές με κάνουλες μικρής διαμέτρου.

Μετεγχειρητική πορεία:

- Ελάχιστος αμβλύς πόνος, κυρίως κατά το πρώτο 24ωρο, που δεν απαιτεί παυσίπονα.

- Ελαφρό οίδημα και έντονες εκχυμώσεις (μελανιές) ,στις περιοχές της αναρρόφησης που υποχωρούν προοδευτικά κατά τις επόμενες 8-10 ημέρες.
- Λήψη αντιβιοτικού για 8 ημέρες, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.
- Περιορισμός της βάρδισης και της ορθοστασίας τις πρώτες 5-6 ημέρες για να αποφευχθεί το οίδημα των ποδιών. Συνιστάται μαξιλάρι στα πόδια κατά την κατάκλιση.
- Αποφυγή δραστηριοτήτων που προκαλούν πόνο και δυσφορία.



Εικόνα 6: Ελαστικός πιεστικός κορσές για γυναίκες και ελαστική ζώνη για άνδρες μετά από λιποαναρρόφηση.

- Κορσές, ζώνη ή επίδεσμος για 40 ημέρες. Κατά τις πρώτες 20 ημέρες αφαιρείται μόνο μια ώρα για μπάνιο. Μετά τις πρώτες 20 ημέρες μπορεί να αφαιρείται κατά τη νυκτερινή κατάκλιση.
- Αποφυγή λουτρού για 7 ημέρες. Επιτρέπεται το ντους, μετά την 3η ημέρα, με χλιαρό νερό.
- 1^η αλλαγή την επόμενη της επέμβασης. 2^η αλλαγή το 3^ο 24ωρο και επόμενη το 7^ο οπότε συνήθως αφαιρούνται τα ράμματα.
- Εκτίμηση της μετεγχειρητικής πορείας από το γιατρό σε 1 και 3 μήνες.

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της λιποαναρρόφησης, όταν η επέμβαση διενεργείται από έμπειρο, ειδικευμένο πλαστικό χειρουργό, σύμφωνα με τους κανόνες της χειρουργικής και της ιατρικής επιστήμης, είναι σπάνιες και αντιμετωπίσιμες.

Στις χειρουργικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Επιπλοκές από την αναισθησία
- Αναιμία
- Φλεγμονή
- Λιπώδης εμβολή

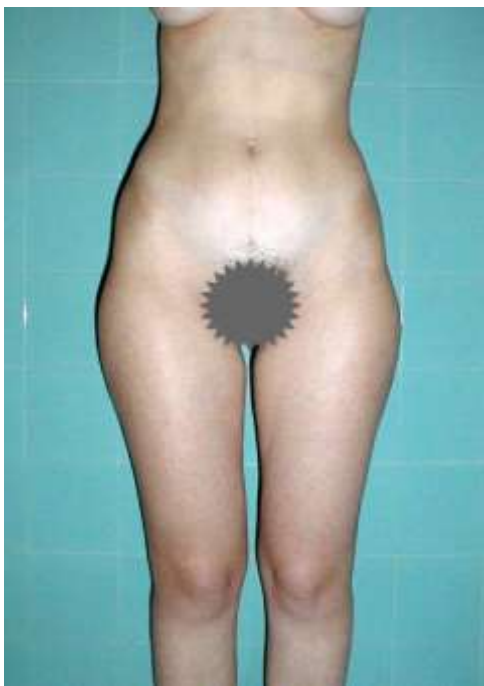
Στις αισθητικές επιπλοκές περιλαμβάνονται

- Μετεγχειρητική ασυμμετρία
- Ανωμαλίες στην επιφάνεια του δέρματος
- Ατελής ή υπερβολική αναρρόφηση λίπους
- Χαλάρωση του δέρματος

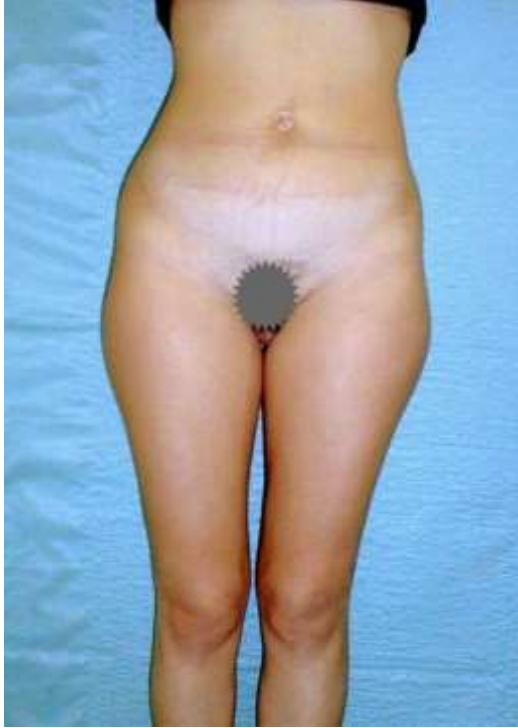
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



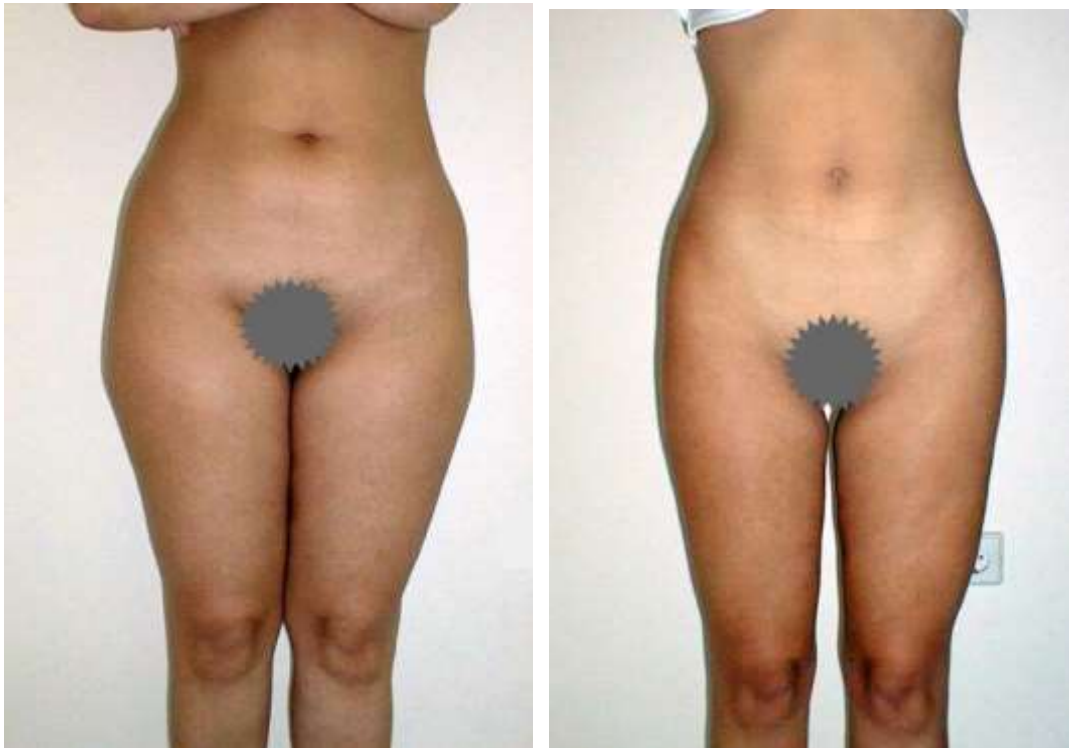
Γ: Λιποαναρρόφηση. Αποτέλεσμα ένα μήνα μετά την επέμβαση.



Π: Λιποαναρρόφηση. Αποτέλεσμα 3 μήνες αργότερα.



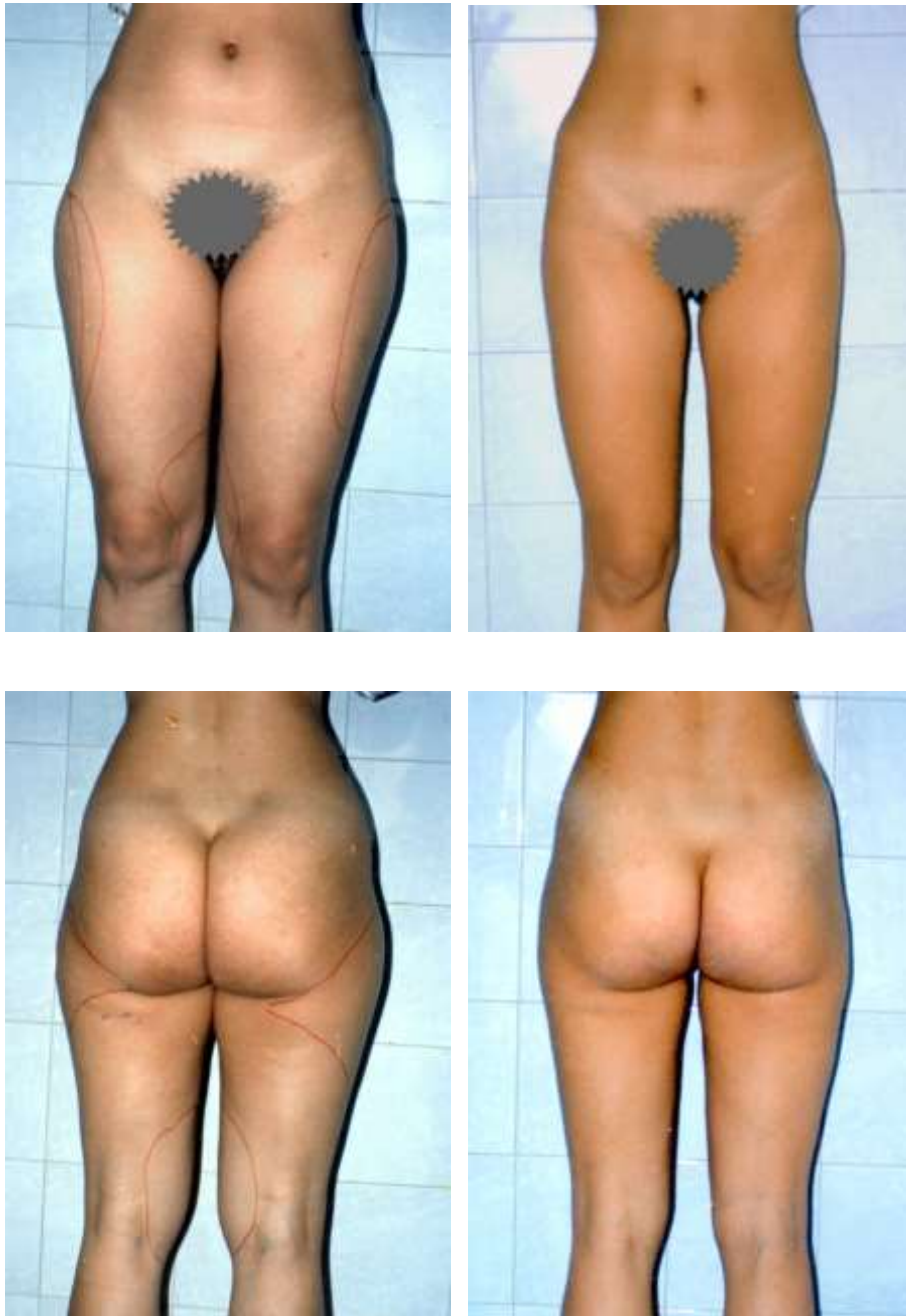
III: Λιποαναρρόφηση. Αποτέλεσμα 4 μήνες αργότερα.



IV: Λιποαναρρόφηση. Αποτέλεσμα μετά από 3 μήνες.



V: Λιποαναρρόφηση.



VI: Λιποαναρρόφηση. Αποτέλεσμα 7 μήνες μετά την επέμβαση.



**ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ
ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ
ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ**



Βραχιονοπλαστική

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική ή περιοχική.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 1-1,5 ώρα.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρο.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3-5 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: 10-14 ημέρες
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 3^η ημέρα
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 30^η-40^η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά τη 3^η ημέρα
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Ελαστικός, πιεστικός επίδεσμος για 3 ημέρες.
Ελαστικό περιβραχιόνιο ,για 20 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: 1 μήνα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Μικρή, δυσδιάκριτη ουλή μέσα στη μασχάλη. Στις βαρύτερες περιπτώσεις λεπτή συνήθως , επιμήκης, λευκή ουλή στην έσω επιφάνεια του βραχίονα

Η χαλάρωση του δέρματος στα μπράτσα και η συσσώρευση λίπους προκαλούν τη γνωστή αντιαισθητική κρεμάμενη χορδή που είναι ιδιαίτερα εμφανής με ανυψωμένα χέρια.

Το πρόβλημα αυτό αντιμετωπίζεται σήμερα αποτελεσματικά με συνδυασμό λιποαναρρόφησης και αφαίρεσης του δέρματος που περισσεύει.

Σε ελαφρές περιπτώσεις αρκεί μια μικρή τομή στο εσωτερικό της μασχάλης μέσω της οποίας διενεργείται η αφαίρεση του λίπους και ακολουθεί η έλξη και η αφαίρεση του πλεονάζοντος δέρματος.

Στις βαρύτερες περιπτώσεις απαιτείται επιμήκης τομή στην έσω επιφάνεια του βραχίονα μέσω της οποίας αφαιρούνται το πλεονάζον λίπος και το χαλαρωμένο δέρμα. Στις περιπτώσεις αυτές παραμένει λεπτή επιμήκης ουλή που σταδιακά αποσβένεται.





Ανόρθωση μηρών

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική ή επισκληρίδειος.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 2-3 ώρες.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Μόνο σε αναιμία.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1-3 24ωρα.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3-5 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: 10-14 ημέρες
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 7^η ημέρα
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 30^η-40^η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά τη 10^η ημέρα
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Ελαστικός κορσές για 40 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 2 μήνες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Λεπτή συνήθως , κυκλική, λευκή ουλή στη ρίζα του μηρού που καλύπτεται με μαγιό ή με εσώρουχο. Ενίοτε κατέρχεται σταδιακά χαμηλότερα. Πρόσθετη επιμήκης ουλή στην έσω επιφάνεια του μηρού, σε βαριές περιπτώσεις. Σπάνια δημιουργείται υπερτροφική ουλή ή χηλοειδές.

Η χαλάρωση και το “κρέμασμα” της έσω κυρίως επιφάνειας των μηρών είναι αποτέλεσμα του χρόνου και της αστάθειας του βάρους. Παρατηρείται συχνότερα σε γυναίκες και προκαλεί αντιαισθητικές πτυχές και ανωμαλίες της έσω επιφάνειας των μηρών.

Πολλές μέθοδοι και συσκευές υπόσχονται σύσφιξη του δέρματος των μηρών αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι τα αναμενόμενα. Η απώλεια, με την πάροδο του χρόνου, της σπαργής και της ελαστικότητας του δέρματος είναι μόνιμη, μη ανατάξιμη. Για το λόγο αυτό η μόνη αποτελεσματική και μόνιμη λύση είναι η αφαίρεση του πλεονάζοντος δέρματος.

Η ανόρθωση ή λίφτινγκ των μηρών βασίζεται στην έλξη του δέρματος προς τα άνω, μέσω οριζόντιας τομής στη ρίζα του μηρού, στην αφαίρεση του πλεονάζοντος τμήματος και στη συρραφή του στη νέα θέση. Παραμένει λεπτή κυκλική ουλή στη βάση του μηρού που, κατά κανόνα, καλύπτεται από το εσώρουχο.

Στις περιπτώσεις μεγάλης χαλάρωσης απαιτείται πρόσθετη κάθετη τομή κατά μήκος της έσω επιφάνειας του μηρού προκειμένου να επιτευχθεί αφαίρεση λωρίδας δέρματος και σύσφιξη. Το αποτέλεσμα είναι εξαιρετικό. Παραμένει όμως ορατή αρχικά, κάθετη, επιμήκης ουλή που κατά κανόνα αποσβένεται σταδιακά κατά τους επόμενους 10-12 μήνες.



Ανόρθωση γλουτών

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική ή επισκληρίδειος.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 2 ώρες.

ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρο.

ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3-5 ημέρες

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: 10-14 ημέρες

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 7^η ημέρα

ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 30^η-40^η ημέρα.

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά τη 10^η ημέρα

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Ελαστικός κορσές για 40 ημέρες.

ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 2 μήνες.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Λεπτή συνήθως, λευκή ουλή σχήματος V στην περιοχή του ιερού οστού που καλύπτεται με μαγιό ή με εσώρουχο. Δύο οριζόντιες ουλές 5 εκ σε περίπτωση ανόρθωσης με πλέγμα στο άνω όριο των γλουτών.

Η πτώση των γλουτών είναι συγγενής ιδιομορφία ή αποτέλεσμα του χρόνου και της αστάθειας του βάρους. Παρατηρείται κυρίως σε γυναίκες και προκαλεί αίσθημα ανασφάλειας και μειωμένης θηλυκότητας.

Πολλές μέθοδοι και συσκευές υπόσχονται σύσφιξη και ανόρθωση των γλουτών αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι τα αναμενόμενα. Η μόνη αποτελεσματική και μόνιμη λύση είναι η χειρουργική ανόρθωση.

Η ανόρθωση ή λίφτινγκ των γλουτών βασίζεται στην έλξη τους προς τα άνω, μέσω τομής σχήματος “V” (τομή τάνγκα) με κορυφή στον κόκκυγα και πλευρές προς τα άνω και έξω. Παραμένει λεπτή ουλή ιδίου σχήματος που καλύπτεται από το εσώρουχο και το μαγιό.

Τα τελευταία χρόνια η ανόρθωση των γλουτών, σε ελαφρά πτώση, επιτυγχάνεται με ειδικά πλέγματα σιλικόνης που τοποθετούνται μέσω οριζόντιας τομής 5cm. Το ελαστικό πλέγμα σιλικόνης επιτρέπει την κινητικότητα και προσαρμογή της περιοχής στις διάφορες στάσεις του σώματος.

Στις περιπτώσεις **υποπλασίας των γλουτών** είναι δυνατή η αύξηση του όγκου τους με τοποθέτηση, κάτω από το δέρμα ειδικών ενθεμάτων σιλικόνης.



**ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ
ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ
ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΝ**



Ανάπλαση των γεννητικών οργάνων γυναίκας

Τα γεννητικά όργανα της γυναίκας εκδηλώνουν νωρίς σοβαρές μορφολογικές και λειτουργικές διαταραχές. Οι τοκετοί, λόγω της διαστολής των μυικών στοιβάδων, οδηγούν αναπόφευκτα στη χαλάρωση του κόλπου, στη μείωση της σεξουαλικής ικανοποίησης ή και στην πλήρη απώλειά της, σε βαριές περιπτώσεις.

Τα έξω γεννητικά όργανα εμφανίζουν συχνά υπερπλασία ή χαλάρωση των μικρών και των μεγάλων χειλέων, υπερτροφία των αδένων ή βλάβες του δέρματος και των βλενογόνων (σπίλους, αδενώματα, κύστεις κλπ).

Η χαλάρωση των κοιλιακών τοιχωμάτων προκαλεί πτώση του εφηβαίου και επικάλυψη των γεννητικών οργάνων γεγονός που αλλοιώνει την αισθητική της περιοχής και προκαλεί ακράτεια, δυσχέρεια καθαρισμού και μείωση της σεξουαλικής απόλαυσης.

Στο παρελθόν τα προβλήματα αυτά ήταν ταμπού. Οι γυναίκες απέφευγαν ακόμη και την αναφορά τους με συνέπεια τη σταδιακή απομόνωση και αποστροφή από την ερωτική διαδικασία και τη μείωση της θηλυκότητας και της αυτοπεποίθησής τους με σοβαρά ψυχολογικά και κοινωνικά επακόλουθα.

Σήμερα τα προβλήματα αυτά αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με λεπτές χειρουργικές επεμβάσεις και τη βοήθεια του Laser που διενεργούνται με τοπική ή γενική αναισθησία.

Η **αιδοιοπλαστική** είναι η επέμβαση που επιτυγχάνει την αναμόρφωση και ανάπλαση των έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας. Στην πραγματικότητα πρόκειται για μια ομάδα μικρότερων επεμβάσεων που περιλαμβάνει τη σμίκρυνση ή την αποκατάσταση της συμμετρίας των μικρών χειλέων, την ενίσχυση και νεανική εμφάνιση των μεγάλων χειλέων, την υμενοπλαστική και την αφαίρεση ουλών, ογκιδίων, κύστεων ή υπερπλαστικών αδένων.

Η **πλαστική του κόλπου** επιτυγχάνει τη σύσφιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων, την επαναφορά της σπαργής και της τάσης τους και την αποκατάσταση της σεξουαλικής λειτουργίας.

Η **ανόρθωση του εφηβαίου** επαναφέρει το κατώτερο κοιλιακό τοίχωμα στη σωστή θέση, αποκαλύπτει και ανορθώνει τα έξω γεννητικά όργανα και καθιστά ευχερέστερη την υγιεινή της περιοχής.

Η **αποτρίχωση με Laser** απομακρύνει μόνιμα την ανεπιθύμητη τριχοφυΐα στο εφήβαιο, στους μηρούς και στο περίνεο.



Επιμήκυνση πέους

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Τοπική ή γενική.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 1 ώρα.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Με τοπική αναισθησία δεν απαιτείται. Με γενική 1 24ωρο.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3-5 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: 10 ημέρες
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Μετά την 20^η ημέρα
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 20^η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά τη 2^η ημέρα
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΞΗ: Μικρή γάζα στη βάση του πέους 3 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: 1 μήνα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Μικρή, δυσδιάκριτη ουλή στη βάση του πέους που καλύπτεται από το τοπικό τρίχωμα.

Το μήκος του πέους, σε πλήρη στύση, από την ηβική σύμφυση μέχρι την κορυφή της βαλάνου κυμαίνεται φυσιολογικά από 10 έως 15 εκ με μέσο όρο τα 13 εκ. Η μέση διάμετρος, σε χάλαση, υπολογίζεται σε 2,8 εκ.

Το μήκος του πέους δεν μετριέται ποτέ σε χάλαση. Το πολύ μεγάλο πέος είναι δυνατόν να εμφανίσει στυτικά προβλήματα λόγω αυξημένων αναγκών αιματώσεως προκειμένου να επιτευχθεί στύση.

Μικροφαλία θεωρείται η κατάσταση κατά την οποία το μήκος του πέους δεν υπερβαίνει τα 10 εκ.

Από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα επικρατούν πολλοί μύθοι σχετικά με το μέγεθος του πέους και το ρόλο του στην σεξουαλική ικανοποίηση της γυναίκας. Η επιστημονική έρευνα εντούτοις απέδειξε ότι, εκτός από τις ακραίες περιπτώσεις, δεν είναι το μέγεθος του οργάνου αλλά η τεχνική και η εμπειρία που εξασφαλίζει την απόλαυση της ερωτικής συντρόφου.

Παρά ταύτα η μικροφαλία δημιουργεί αίσθημα κατωτερότητας και άγχος σε πολλούς άνδρες που οδηγούν συχνά σε σοβαρές διαταραχές ή ακόμη και σε αναστολή της ερωτικής συνεύρεσης.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν διάφορες συσκευές (αντλίες κενού, βάρη κλπ) και σκευάσματα με αμφίβολα, προσωρινά αποτελέσματα ακόμη και μετά από μακροχρόνια, επίπονη χρήση. Οι υποσχέσεις τους είναι ανακριβείς και συχνά εμπεριέχουν κινδύνους.

Σήμερα η μικροφαλία αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με χειρουργική επιμήκυνση που εξασφαλίζει μόνιμη αύξηση του μήκους του πέους κατά 2-5 εκ, ανάλογα με την περίπτωση.

Η επέμβαση βασίζεται στη διατομή συνδέσμων που έλκουν και συγκρατούν το πέος προς τα μέσα και στην αναδιαμόρφωση της περιοχής του εφηβαίου. Αν χρειάζεται συνδυάζεται με πάχυνση του πέους που επιτυγχάνεται με την εισαγωγή μοσχευμάτων χορίου-λίπους από τις περιοχές των γλουτών.

Η επιμήκυνση του πέους μπορεί να γίνει με τοπική αναισθησία, χωρίς τη χρήση ξένων υλικών και χωρίς να επηρεάζει τις λειτουργίες και την αισθητικότητα του οργάνου.

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



Φίμωση

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Τοπική.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 1/2 ώρα.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Δεν απαιτείται νοσηλεία.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 3 ημέρες
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: 8 ημέρες
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ: Μετά την 20^η ημέρα
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 20^η ημέρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά την 2^η ημέρα
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Μικρή γάζα γύρω από το πέος για 3 ημέρες.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: 1 μήνα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Κυκλική, δυσδιάκριτη ουλή στη βαλανοποσθική αύλακα.

Φίμωση είναι η υπερβολική κάλυψη της βάλανου με δέρμα που παρεμποδίζει την ελεύθερη αποκάλυψή της.

Πρόκειται για συχνή πάθηση του πέους που μπορεί να προκαλέσει βαλανοποσθίτιδα, επώδυνη στύση, παρεμπόδιση της σεξουαλικής λειτουργίας και ενίοτε επικίνδυνο, επώδυνο περιβρογχισμό της βάλανου, κατάσταση που αποκαλείται παραφίμωση και χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η φίμωση, στα μικρά παιδιά, παρεμποδίζει την ανάπτυξη του πέους

Η φίμωση αντιμετωπίζεται με τη γνωστή μας περιτομή, Η επέμβαση είναι απλή γίνεται με τοπική αναισθησία και διαρκεί περίπου 30 λεπτά.

Σήμερα η περιτομή γίνεται ανώδυνα και αναίμακτα με τη χρήση Laser. Η τεχνική αυτή επιτυγχάνει την ακριβή διατομή της περίσσειας του δέρματος και ταυτόχρονα ελέγχει την αιμορραγία και τον μετεγχειρητικό πόνο.





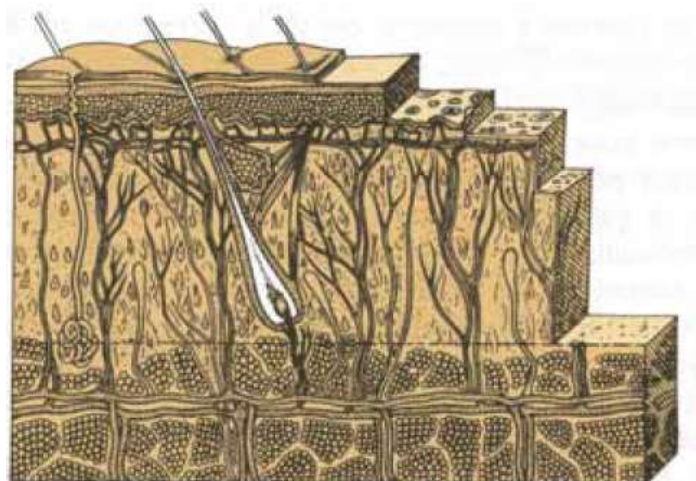
**ΤΕΧΝΙΚΕΣ
ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ
ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ**



Δερμοαπόξεση

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Γενική σε μεγάλες επιφάνειες, μέθη ή τοπική σε μικρότερες.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: 1-3 ώρες, ανάλογα με την έκταση.
ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 1 24ωρο σε περίπτωση γενικής αναισθησίας.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 1 24ωρο.
ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Δεν υπάρχουν ράμματα.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά την 2^η ημέρα
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 15^η ημέρα
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά τη 15^η ημέρα
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Επίδεση με γάζες ή διαφανή μεμβράνη για 10 ημέρες (κλειστή μέθοδος) ή χωρίς επίδεση (ανοικτή μέθοδος) οπότε σχηματίζεται κρούστα..
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 1-2 μήνες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν εκτός αν η απόξεση υπερβεί το επιτρεπτό βάθος. Χρώμα δέρματος ανοιχτό-ρόζ αρχικά. Αποκαθίσταται σταδιακά σε 1-2 μήνες. Δεν επιτρέπεται η έκθεση στον ήλιο για 6 μήνες. Συνιστάται η χρήση αντηλιακών με υψηλό δείκτη προστασίας.

Δερμοαπόξεση είναι η αφαίρεση των επιφανειακών στοιβάδων του δέρματος, με τη βοήθεια ειδικών τροχίσκων που περιστρέφονται από κατάλληλη ηλεκτρική συσκευή ή με τη βοήθεια δερμοτόμων, εργαλείων που αφαιρούν λεπτό στρώμα δέρματος.



Εικόνα 1: Στοιβάδες του δέρματος.

Η αφαίρεση της επιφανειακής στοιβάδας απομακρύνει ανωμαλίες της επιφάνειας του δέρματος όπως είναι οι προεξοχές που οφείλονται σε μετατραυματικές ή σε μετεγχειρητικές ουλές, τα εντυπώματα από την ακμή, οι λεπτές ρυτίδες, οι πανάδες και οι δυσχρωμίες. Το δέρμα αναγκάζεται να αναπλαστεί από μόνο του και η νέα επιδερμίδα είναι λεία, ομοιόμορφη, με χρωματική ομοιογένεια.

Η μέθοδος χρησιμοποιείται για την αφαίρεση των ρυτίδων γύρω από το στόμα, για την απόσβεση των λεπτών ρυτίδων και των ουλών του προσώπου, για την αφαίρεση των ουλών της ακμής και για την απομάκρυνση των πανάδων του προσώπου και των χεριών.

Διαδικασία δερμοαπόξεσης: Η διενέργεια δοκιμαστικής δερμοαπόξεσης σε μικρή περιοχή του δέρματος έκτασης 1-2 εκ², 2-3 μήνες πριν από την κύρια επέμβαση δίνει μια εικόνα του τελικού αποτελέσματος και μπορεί να προλάβει πιθανό ανεπιθύμητο αποτέλεσμα.



Εικόνα 2: Δοκιμαστική δερμοαπόξεση (επάνω) και τεστ ανανέωσης με Laser CO₂ (κάτω).

Η επέμβαση μπορεί να γίνει με τοπική, γενική αναισθησία ή μέθη. Το πρόσωπο καθαρίζεται με αντισηπτικό διάλυμα. Η υποψήφια για απόξεση περιοχή του προσώπου οριοθετείται και χωρίζεται σε μικρότερες ζώνες, με λεπτό μαρκαδόρο. Ακολουθεί η αφαίρεση της επιθυμητής στοιβάδας του δέρματος, με τροχίσκους ή με δερμοτόμο, σταδιακά, σε κάθε περιοχή. Η συνολική περιοχή καλύπτεται με αντισηπτικό διάλυμα ή αλοιφή, αντικολητικές και κοινές γάζες και επιδέσμους.

Αν η επίδεση αφαιρεθεί οριστικά, λίγες ώρες μετά την επέμβαση και η περιοχή δερμοαπόξεσης παραμένει ανοικτή, θα σχηματιστεί κρούστα που θα αποκολληθεί 10-15 ημέρες αργότερα. Αν επιλεγεί η κλειστή μέθοδος πρέπει να γίνεται αλλαγή της επίδεσης κάθε 2-3 ημέρες. Στην περίπτωση αυτή δεν σχηματίζεται κρούστα και η επούλωση συντομεύεται. Είναι πιθανό ο γιατρός να καλύψει την περιοχή με διαφανή μεμβράνη πολυουρεθάνης που υποκαθιστά προσωρινά το δέρμα, προστατεύει και ανακουφίζει. Η μεμβράνη αυτή πρέπει να αφαιρείται 2-3 ημέρες αργότερα και η περιοχή να καλύπτεται με αντιμικροβιακή αλοιφή.

Ανεξάρτητα από το είδος της επίδεσης το νέο δέρμα θα έχει αρχικά ανοικτό ροζ χρώμα και θα αποκτήσει φυσιολογική απόχρωση σταδιακά σε διάστημα μερικών εβδομάδων.

Η διαδικασία μπορεί να επαναληφθεί μετά από 2-6 μήνες. Πρέπει πάντως να αποφεύγεται στη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών λόγω της αυξημένης ηλιοφάνειας.

Μετεγχειρητικά μέτρα:

- Αποφυγή λήψης σκληρών ογκωδών τροφών 5-6 ημέρες μετά την επέμβαση
- Πausίπωνα σε υπερευαίσθητα άτομα
- Εφαρμογή αντισηπτικού διαλύματος ή κρέμας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού
- Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο ή σε τεχνητό φως (solarium) για 6 μήνες μετά την επέμβαση
- Χρήση δραστικών αντιηλιακών σκευασμάτων

- Μακιγιάζ μετά την 10^η-15^η ημέρα
- Εύρισμα μετά την 10^η ημέρα

Επιπλοκές:

- Δυσχρωμίες
- Μικροσκοπικές κύστες του δέρματος(Μίλια)
- Υπερτροφικές ουλές ή χηλοειδή

Η δερμοαπόξεση πρέπει να αποφεύγεται σε άτομα με πολύ σκούρο χρώμα δέρματος.

Η μέθοδος μπορεί να συνδυαστεί με άλλες τεχνικές ανανέωσης όπως είναι η κλασική ρυτιδοπλαστική, η ρυτιδοπλαστική με Laser, η έγχυση βοτulinικής τοξίνης και η χρήση εμφυτευμάτων.

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ





I: Δερμοαπόξεση σε ουλές ακμής του προσώπου. Αποτέλεσμα ένα μήνα μετά την επέμβαση (Δεξιά στήλη).



II: Δερμοαπόξεση σε ουλές ακμής του προσώπου. Αποτέλεσμα 6 μήνες μετά την επέμβαση.

Χημικό πήλινγκ

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Δεν απαιτείται
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: ½ -1 ώρα ανάλογα με την έκταση του προβλήματος.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Δεν απαιτείται.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 2-3 ώρες.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά από 1 ώρα.
ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 15η ημέρα
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά τη 10^η ημέρα
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Δεν απαιτείται.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 1-2 μήνες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν. Σχηματισμός κρούστας που αποκολλάται σε 10-15 ημέρες. Ερυθρότητα δέρματος που διαρκεί 1-2 μήνες. Δεν επιτρέπεται η έκθεση στον ήλιο για 6 μήνες. Συνιστάται η χρήση αντηλιακών με υψηλό δείκτη προστασίας.

Χημικό πήλινγκ είναι η αφαίρεση επιφανειακής στοιβάδας του δέρματος, με τη βοήθεια χημικής ουσίας, με στόχο την απομάκρυνση των ουλών και των σημείων του γηρασμού και την ανανέωση της επιδερμίδας.

Οι χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι κυρίως διαλύματα φαινόλης, τριχλωροακετικού οξέως και αλφαιδροξυοξέων (ΑΗΑ) σε διάφορες πυκνότητες. Βαθύ πήλινγκ επιτυγχάνεται με τη φαινόλη και το τριχλωροακετικό οξύ ενώ τα υδροξυοξέα προορίζονται για ελαφρά, επιφανειακή ανανέωση της επιδερμίδας.

Η χημική ουσία, όταν εφαρμόζεται στο δέρμα, προκαλεί επιφανειακό χημικό έγκαυμα ελεγχόμενου βάθους που καταλήγει σε νέκρωση και απόπτωση μιας λεπτής επιφανειακής στοιβάδας δέρματος. Μαζί της απομακρύνονται οι δυσχρωμίες, τα γεροντικά στίγματα, οι πανάδες, οι λεπτές κυρίως ρυτίδες, οι ουλές της ακμής, οι μικρές μετατραυματικές ουλές και η γερασμένη, άχρωμη επιδερμίδα.

Διαδικασία χημικού πήλινγκ: Στην πρώτη επίσκεψη δίνονται από το γιατρό ειδικές κρέμες προετοιμασίας του δέρματος που περιέχουν ρετινοειδή και υδροκινόνη και εφαρμόζονται καθημερινά για 1-3 εβδομάδες πριν από την επέμβαση.

Το χημικό πήλινγκ διενεργείται σε ιατρείο. Δεν είναι απαραίτητη η αναισθησία. Συνήθως αρκεί η λήψη από το στόμα ενός ηρεμιστικού και ενός παυσίπονου 1-2 ώρες πριν την επέμβαση. Αν χρειάζεται βαθύ πήλινγκ σε συγκεκριμένη περιοχή του προσώπου μπορεί να γίνει εντοπισμένη περιοχική αναισθησία.



Εικ1: Περιοχικό πήλινγκ τριχλωροακετικού οξέως
5 ημέρες μετά την επέμβαση.

Η χημική ουσία εφαρμόζεται στην υπό θεραπεία περιοχή με βαμβάκοφορο στυλέο. Αφήνεται να δράσει για συγκεκριμένο χρόνο, συνήθως 5-15 λεπτά, ανάλογα με την πυκνότητα της ουσίας, το επιθυμητό βάθος του πήλινγκ και την ανοχή της ασθενούς. Στη συνέχεια εφαρμόζεται το αντίδοτο της ουσίας, υπό μορφή διαλύματος ή κρέμας, που εξουδετερώνει την ενεργό χημική ουσία και σταματά τη δράση της.

Σε βαθιές βλάβες που επιμένουν, είναι πιθανό να χρειαστεί επανάληψη του πήλινγκ 4-6 μήνες αργότερα.

Μετεγχειρητική φροντίδα: Το αίσθημα καύσου των πρώτων 2-3 24ώρων αντιμετωπίζεται με κρύες κομπρέσες. Αντιφλογιστικές και καταπραϊντικές αλοιφές είναι απαραίτητες. Η κρούστα που σχηματίζεται συνήθως στα σημεία εφαρμογής της χημικής ουσίας, αποκολλάται σε 10-15 ημέρες και το υποκείμενο δέρμα εμφανίζει χρώμα ερυθρωπό-ροζ. Το χρώμα του νέου δέρματος αποκαθίσταται σταδιακά στους επόμενους 2-3 μήνες. Στο διάστημα αυτό συνιστάται η κάλυψή του με make up ή με ειδικές κρέμες για camouflage.



Εικόνα 2: Σύστημα επικάλυψης (camouflage) του προσώπου μετά από χημικό πήλινγκ.

Δεν επιτρέπεται η παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο για 6 μήνες. Στο διάστημα αυτό επιβάλλεται η χρήση ανηλιακών σκευασμάτων με υψηλό δείκτη προστασίας.

Επιπλοκές: Δυσχρωμίες και ανωμαλίες της επιφάνειας του δέρματος παρατηρούνται σπάνια σε πολύ βαθιά πήλινγκ φαινόλης και τριχλωροακετικού οξέος. Συνήθως βελτιώνονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου.

Θεραπεία ουλών

Κάθε διατομή ή τραυματισμός των ιστών πυροδοτεί τον μηχανισμό επούλωσης ο οποίος, μέσω παρατεταμένης περίπλοκης διεργασίας, καταλήγει στο σχηματισμό ουλής.

Στο εσωτερικό του οργανισμού οι σχηματιζόμενες ουλές είναι αόρατες και υπό τον όρο ότι δεν δημιουργούν λειτουργικά προβλήματα δεν ενοχλούν. Αντίθετα στην επιφάνεια του σώματος οι ουλές είναι εμφανείς και προκαλούν τόσο λειτουργικά όσο και κοσμητικά προβλήματα με σοβαρές ενίοτε ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις.

Η **φυσιολογική ουλή** είναι νεόπλαστος συνδετικός ιστός που καλύπτει όλη την έκταση του τραυματισμού του δέρματος. Αρχικά είναι ερυθρωπή και σκληρή και σταδιακά μαλακώνει και αποκτά το χρώμα του περιβάλλοντος δέρματος. Δεν έχει όμως τις ιδιότητες του φυσιολογικού δέρματος και γιαντό διαφέρει από αυτό και καθίσταται ορατή.



Η **υπερτροφική ουλή** είναι υπερπλαστική, εξέρυθρη και σκληρή ουλή που δεν υποχωρεί και δεν προσομοιάζει με το φυσιολογικό δέρμα μετά την πάροδο 8-10 μηνών από τον τραυματισμό του.

Το **χηλοειδές** είναι έντονα υπερτροφική ουλή που απλώνεται και εξέχει από τα όρια του τραυματισμού του δέρματος.

Ο τύπος της ουλής που θα δημιουργήσει ο τραυματισμός ενός ατόμου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες (θέση, έκταση, κατεύθυνση και είδος τραύματος, ηλικία, παθήσεις) αλλά κυρίως από την ιδιαίτερη τάση σχηματισμού “καλών ή κακών” ουλών.

Οι ουλές οιασδήποτε μορφής είναι μόνιμες και δεν εξαφανίζονται ποτέ. Δεν υπάρχει μέχρι σήμερα τεχνική, ουσία ή συσκευή που να μετατρέπει, με μαγικό τρόπο μια ουλή, σε φυσιολογικό δέρμα και να την εξαφανίζει. Ο ίδιος ο οργανισμός πάντως

, επιστρατεύοντας τις δυνάμεις του, βελτιώνει σταδιακά τις ουλές πολλές φορές σε αξιοθαύμαστο βαθμό.



Χηλοειδές από τρύπημα αυτιών.

Ο πλαστικός χειρουργός, γνωρίζοντας τους σχετικούς μηχανισμούς, εξασφαλίζει τις ιδανικότερες συνθήκες επούλωσης έτσι ώστε οι τελικές ουλές να εξαρτώνται μόνο από την αντίδραση του οργανισμού. Επιπλέον, όπου είναι δυνατόν, τοποθετεί τις ουλές σε αόρατα ή δυσδιάκριτα σημεία. Τέτοια σημεία είναι τα μαλλιά, τα ρουθούνια, οι πτυχές του δέρματος κλπ.

Οι ουλές όλων των μορφών μπορούν πάντως να βελτιωθούν, συχνά σε τέτοιο βαθμό, ώστε να καταστούν σχεδόν αόρατες. Στις κυριότερες τεχνικές βελτίωσης περιλαμβάνονται:

- Η αφαίρεση της ουλής και η επενασυρραφή του δέρματος υπό καλύτερες συνθήκες.
- Η τοποθέτηση, δίπλα στην ουλή, διατατήρα σιλικόνης και η ολική αφαίρεσή της σε δεύτερο χρόνο.
- Η χρήση Laser διαφόρων τύπων
- Η δερμοαπόξεση δηλαδή η αφαίρεση των επιφανειακών στοιβάδων του δέρματος, με τη βοήθεια ειδικών τροχίσκων, με στόχο την ανάπλαση του δέρματος χωρίς ουλές. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στις ουλές της ακμής.
- Το χημικό πήλινγκ
- Τα εμφυτεύματα (υαλουρονικό οξύ, κολλαγόνο κλπ) για “βυθισμένες” ουλές.
- Οι εγχύσεις διαλύματος κορτιζόνης υπό πίεση (Dermojet).
- Η ακτινοβολία
- Τα επιθέματα σιλικόνης
- Οι πιεστικές επιδέσεις

Η εκάστοτε καταλληλότερη τεχνική ή ο συνδυασμός τεχνικών αποτελεί στρατηγική επιλογή και αποκλειστικό προνόμιο του πλαστικού χειρουργού που καλείται να συνεκτιμήσει πληθώρα παραγόντων και να αντιμετωπίσει τον μεγάλο άγνωστο που δεν είναι άλλος από την ιδιαίτερη αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού.

Αφαίρεση τατουάζ

Τατουάζ θεωρείται η μόνιμη προσχεδιασμένη βαφή του δέρματος. Δημιουργείται με την εξαναγκασμένη εισδοχή μελάνης διαφόρων αποχρώσεων στο δέρμα, σε άλλοτε άλλο βάθος, με τη βοήθεια νυγμών βελόνας ή ειδικής συσκευής.

Τα τατουάζ είναι ακίνδυνα για τον οργανισμό. Μερικά είναι καλαίσθητα έργα τέχνης πολλά όμως αποτελούν χαρακτηριστικό ιδεολογίας, ομάδας, εξάρτησης, σχέσης κλπ με αποτέλεσμα να στιγματίζουν κοινωνικά τον κάτοχό τους. Αυτή είναι η συχνότερη αιτία που οδηγεί στην απόφαση αφαίρεσής τους.

Η αφαίρεση των τατουάζ επιτυγχάνεται με δύο τρόπους:

- Με την αφαίρεση της επιφανειακής στιβάδας του δέρματος που περιέχει το τατουάζ με δερμοαπόξεση ή με τη χρήση ειδικού δερμοτόμου. Η τεχνική αυτή δεν είναι χρονοβόρα και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε τατουάζ μικρού βάθους ενώ σε μεγαλύτερου βάθους μπορεί να παραμείνει ουλή ή δυσχρωμία.
- Με την αποσύνθεση και απομάκρυνση της μελάνης, χωρίς να προκληθεί βλάβη του δέρματος, με τη βοήθεια παλμικού Laser χρωστικής. Η τεχνική αυτή απαιτεί πολλές συνεδρίες και είναι αποτελεσματική ιδιαίτερα στα επιφανειακά μαύρου χρώματος τατουάζ.





Αποτρίχωση

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Δεν απαιτείται.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: ½-1 ώρα ανά συνεδρία, ανάλογα με την περιοχή.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: Δεν απαιτείται.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Άμεσα
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Άμεσα
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΞΗ: Δεν απαιτείται.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Άμεσα.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν.

Η ανεπιθύμητη τριχοφυΐα απασχολούσε ανέκαθεν γυναίκες και άνδρες τόσο για κοσμητικούς λόγους όσο και για λόγους υγείας. Προσωρινή λύση ήταν το ξύρισμα, η χαλάουα, το μακιγιάρισμα κλπ. Σύντομα διαπιστώθηκε ότι μόνιμη αποτρίχωση δεν είναι δυνατή χωρίς την αμετάκλητη καταστροφή του θυλάκου των τριχών.

Στην προσπάθεια αυτή επιστρατεύτηκαν κατά το παρελθόν πολλές τεχνικές. Μερικές από αυτές είναι η ηλεκτρόλυση, η θερμόλυση και η ακτινοβολία X με ικανοποιητικά αποτελέσματα αλλά με παρενέργειες και πολλές επίπονες, επαναλαμβανόμενες προσπάθειες.

Η ανακάλυψη και εφαρμογή των ακτίνων Laser στην ιατρική ανέτρεψε τα δεδομένα στην αποτρίχωση. Το laser είναι μια συσκευή υπερσύγχρονης τεχνολογίας που παράγει ενισχυμένο φως το οποίο απορροφάται από τη μελανίνη που βρίσκεται στη ρίζα της τρίχας. Η ενέργεια που εκπέμπεται εστιάζεται επιλεκτικά στο θύλακο της τρίχας και τον καταστρέφει χωρίς να επηρεάζει το υπόλοιπο δέρμα.

Υπάρχουν πολλοί τύποι Laser που χρησιμοποιούνται σε διάφορες ιατρικές εφαρμογές. Φαίνεται ότι ο καταλληλότερος τύπος για αποτρίχωση είναι το **Nd:YAG laser**.

Το Laser εφαρμόζεται ακίνδυνα σε όλες τις ηλικίες και σε όλες τις περιοχές του σώματος. Συχνότερα εντούτοις χρησιμοποιείται για την αποτρίχωση του προσώπου (άνω χείλος, πηγούνι, παρειές, φαβορίτες, φρύδια κ.α.), των χεριών, των μασχαλών, των μαστών και των ποδιών (γάμπες, μηροί, μπικίνι).

Η αποτρίχωση με Laser είναι ασφαλής διαδικασία, χωρίς άμεσες ή αψότερες παρενέργειες και ανώδυνη. Συνήθως, μετά από κάθε συνεδρία, εμφανίζεται μικρός παροδικός ερεθισμός (ερυθρότητα) που υποχωρεί σταδιακά τις επόμενες 3-4 ημέρες.

Η οριστική, μόνιμη αποτρίχωση απαιτεί μερικές επαναλαμβανόμενες, κάθε 4-6 μήνες, συνεδρίες. Η συχνότητα και ο ακριβής αριθμός των συνεδριών εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες τοπικούς και γενικευμένους.



Αιμαγγειώματα

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Τοπική.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: Συνεδρίες ½ -1 ώρας ανάλογα με την έκταση του αιμαγγειώματος.
ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: Δεν απαιτείται.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: Δεν απαιτείται.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά από 1 ώρα.
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Άμεσα
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Δεν απαιτείται.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 6-8 μήνες.
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν.

Τα αιμαγγειώματα είναι βλάβες που οφείλονται σε συσσώρευση πολλών διευρυμένων αγγείων κάτω από το δέρμα μιας περιοχής.

Τα διευρυμένα αγγεία είναι πλήρη αίματος γεγονός που προσδίδει τη χαρακτηριστική κόκκινη ή βυσσινί χροιά στο υπερκείμενο δέρμα. Πρόκειται για τις γνωστές κόκκινες πλάκες στο πρόσωπο και σε άλλα μέρη του σώματος.

Ποσοστό 10-12% των βρεφών εμφανίζουν αιμαγγειώματα. Από αυτά 30% υπάρχουν από τη γέννηση(συγγενή) και 70% αναπτύσσονται κατά τις πρώτες εβδομάδες της ζωής. Δεν φαίνεται να κληρονομούνται.

Τα αιμαγγειώματα είναι καλοήθη και δεν απειλούν τη ζωή. Ενίοτε συνδυάζονται με αιμαγγειώματα των εσωτερικών οργάνων λόγω που επιβάλλει πρώιμο σχετικό έλεγχο. Σπάνια προκαλούν αιμορραγία, βλάβες στον οφθαλμό και τοπικές διαταραχές ανάπτυξης που μπορεί να προκαλέσουν ασυμμετρία.

Τα εξογκωμένα μαλακά αιμαγγειώματα υποστρέφουν και εξαφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού και για το λόγο αυτό η θεραπεία τους πρέπει να αναβάλλεται. Αντίθετα τα επίπεδα, ομαλά αιμαγγειώματα δεν εξαφανίζονται και η θεραπεία τους πρέπει να αρχίζει το συντομότερο δυνατό.

Η θεραπεία των επίπεδων αιμαγγειωμάτων βασίζεται στην πρόκληση θρόμβωσης των αγγείων που θα οδηγήσει στην ατροφία και τελικά στην απορρόφηση και την εξαφάνισή τους. Η θρόμβωση των αγγείων πρέπει να γίνει χωρίς να προκληθεί βλάβη στο υπερκείμενο δέρμα γεγονός που θα προκαλούσε το σχηματισμό αντιαισθητικής ουλής.

Το **παλμικό Laser χρωστικής** εκπέμπει ειδικό ενισχυμένο φως που απορροφάται αποκλειστικά και μόνο από την αιμοσφαιρίνη, στο εσωτερικό των αγγείων. Με τον τρόπο αυτό προκαλείται θρόμβωση των αγγείων χωρίς να επηρεάζονται οι γύρω ιστοί και το δέρμα.

Ο αριθμός των απαιτούμενων θεραπευτικών συνεδριών εξαρτάται από την έκταση του αιμαγγειώματος. Είναι πιθανό να απαιτηθεί επαναληπτική θεραπεία σε 6-8 μήνες. Η θεραπεία είναι καλά ανεκτή ιδίως με τη χρήση τοπικής αναισθησίας σε μορφή κρέμας.



Ευρυαγγείες

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Δεν απαιτείται.
ΔΙΑΡΚΕΙΑ: ½-1 ώρα ανά συνεδρία, ανάλογα με την περιοχή.
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: Δεν απαιτείται.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Άμεσα
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Άμεσα
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΔΕΣΗ: Ελαστική επίδεση για 2-3 24ωρα.
ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 6 μήνες
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν.

Οι ευρυαγγείες είναι δίκτυο διατεταμένων αρτηριδίων ή φλεβιδίων κάτω ακριβώς από το δέρμα. Εμφανίζονται συχνότερα στα πόδια και σπανιότερα στο πρόσωπο και στον κορμό ως μπλε ή κόκκινο λεπτό δίκτυο.

Έξαρση των ευρυαγγειών παρατηρείται σε περιόδους ορμονικών ανακατατάξεων όπως είναι η εφηβεία, η εγκυμοσύνη και η κλιμακτήριος.

Οι ευρυαγγείες δεν προκαλούν σοβαρές λειτουργικές διαταραχές. Αποτελούν εντούτοις μείζον αισθητικό πρόβλημα για τις γυναίκες.

Οι μεγαλύτερης διαμέτρου ευρυαγγείες αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με **σκληροθεραπεία** δηλαδή με ενδοαυλική έγχυση, με τη βοήθεια λεπτής βελόνας, ειδικών ουσιών που προκαλούν ερεθισμό, θρόμβωση και τελικά εξαφάνισή τους. Οι λεπτότερες ευρυαγγείες αντιμετωπίζονται με το **Laser**. Συχνά απαιτείται συνδυασμός των δύο μεθόδων και σχεδόν πάντα 2-3 επαναληπτικές συνεδρίες.

Η απομάκρυνση των ευρυαγγειών είναι μόνιμη δεν αποκλείεται όμως η εμφάνιση νέων ευρυαγγειών στην ίδια ή σε παραπλήσια περιοχή του σώματος.





Ανανέωση δέρματος με Laser

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: Μέθη ή τοπική, με ένεση ή αλοιφή, ανάλογα με την έκταση του προβλήματος.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ: ½ -1 ώρα

ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ: Δεν απαιτείται.

ΣΥΝΗΘΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: 2-3 ώρες μόνο σε περίπτωση μέθης.

ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ: 1 ημέρα.

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ: Δεν υπάρχουν ράμματα.

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΟΔΗΓΗΣΗΣ: Μετά από 1 ώρα σε τοπική αναισθησία. Μετά από 5-6 ώρες σε μέθη.

ΑΘΛΗΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Μετά την 15η ημέρα

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ: Μετά τη 15^η ημέρα

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΠΙΛΕΞΗ: Δεν απαιτείται.

ΤΕΛΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Σε 1-2 μήνες.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ: Δεν υπάρχουν. Σπάνια παρατηρείται δυσχρωμία που υποχωρεί σταδιακά σε λίγους μήνες. Δεν επιτρέπεται η έκθεση στον ήλιο για 6 μήνες. Συνιστάται η χρήση αντηλιακών με υψηλό δείκτη προστασίας.

Η ανανέωση του δέρματος με Laser είναι μια διαδικασία που, με τη χρήση των ακτίνων Laser τελευταίας τεχνολογίας, επιτυγχάνει την καταστροφή μιας επιφανειακής στοιβάδας δέρματος πλήρως ελεγχόμενου πάχους. Η αφαίρεση της επιφανειακής στοιβάδας απομακρύνει ανωμαλίες της επιφάνειας του δέρματος όπως είναι οι προεξοχές που οφείλονται σε μετατραυματικές ή σε μετεγχειρητικές ουλές, τα εντυπώματα από την ακμή, οι λεπτές ρυτίδες, οι πανάδες και οι δυσχρωμίες. Το δέρμα αναγκάζεται να αναπλαστεί από μόνο του και η νέα επιδερμίδα είναι λεία, ομοιόμορφη, απαλλαγμένη από τα σημάδια του γηρασμού.

Η τεχνική υπερτερεί της δερμοαπόξεσης και του χημικού πηλινγκ στον ακριβέστερο καθορισμό του πάχους της στοιβάδας του δέρματος που αφαιρείται. Επιπλέον δεν προκαλεί αιμορραγία και δεν δημιουργεί μετεγχειρητικές ουλές.

Η ανανέωση με Laser είναι αποτελεσματική σε άτομα με γερασμένο δέρμα, χωρίς εκτεταμένη χαλάρωση, που εμφανίζει λεπτές ρυτίδες, πανάδες, στίγματα, μικρές ουλές κλπ. Δεν είναι αποτελεσματική σε άτομα με μεγάλη χαλάρωση του δέρματος του προσώπου και βαθιές ρυτίδες.

Διαδικασία ανανέωσης με Laser: 1-2 μήνες πριν από την εφαρμογή Laser στο πρόσωπο καλό είναι να προηγηθεί δοκιμαστική εφαρμογή του σε μικρή σχετικά αόρατη περιοχή. Η δοκιμασία αυτή επιτρέπει την πρόβλεψη του αποτελέσματος και εξασφαλίζει από τυχόν επιπλοκές της μεθόδου.

Το δέρμα επαλείφεται καθημερινά με συνδυασμό αλοιφών, που θα συστήσει ο γιατρός, για 10-15 ημέρες πριν από την επέμβαση.

Δεν απαιτείται γενική αναισθησία. Η επέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί με τοπική αναισθησία, υπό μορφή ενέσεων ή αλοιφής ή με μέθη. Η κάλυψη των ματιών με ειδικά γυαλιά είναι υποχρεωτική.



Εικόνα 1: Δοκιμαστική δερμοαπόξεση (επάνω) και τεστ ανανέωσης με Laser CO₂ (κάτω).

Το Laser εφαρμόζεται στην επιφάνεια του δέρματος με ειδική συσκευή χειρός, που συνδέεται μέσω οπτικών ινών με την κεντρική συσκευή που το παράγει. Η συσκευή χειρός διαχέει την ακτίνα σε ρυθμιζόμενη έκταση, ισχύ και διάρκεια με τέτοιο τρόπο ώστε να αφαιρείται εξαιρετικά λεπτή στοιβάδα δέρματος. Η συσκευή μετακινείται διαδοχικά έτσι ώστε να καλυφθεί πλήρως η υπό θεραπεία περιοχή. Αν η θεραπεία αφορά μεγάλη περιοχή δέρματος, εφαρμόζεται διαδοχικά σε όλες τις ανατομικές ζώνες. Οι περιοχές στις οποίες έχει ήδη εφαρμοσθεί το Laser ξεχωρίζουν από την ελαφρά γκρι απόχρωσή τους.

Λίγες ώρες μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης το δέρμα αποκτά ερυθρωπή χροιά που θυμίζει πρόσφατο ηλιακό έγκαυμα.

Μετεγχειρητική φροντίδα: Το αίσθημα τάσης και καύσου των 2-3 πρώτων 24ώρων αντιμετωπίζεται με κρύες κομπρέσες. Κατά κανόνα δεν χρειάζονται αναλγητικά φάρμακα.

Το δέρμα πρέπει να επαλείφεται με ειδικές αντιφλογιστικές, καταπραϋντικές κρέμες που θα συστήσει ο γιατρός. Η έκθεση της περιοχής στον ήλιο πρέπει να αποφεύγεται για 6 μήνες.

Επιπλοκές: Δυσχρωμία είναι η συχνότερη επιπλοκή. Παρατηρείται κυρίως σε άτομα με σκούρο δέρμα και κατά κανόνα υποχωρεί σταδιακά κατά τους επόμενους λίγους μήνες. Απώτερες επιπλοκές από τη χρήση του Laser δεν έχουν αναφερθεί.

Εναλλακτικές τεχνικές: Μια νέα τεχνική ρυτιδοπλαστικής με Laser είναι υπό αξιολόγηση. Πρόκειται για τη **ρυτιδοπλαστική με θερμά Laser**. Η τεχνική βασίζεται στην ταυτόχρονη χρήση ακτίνας Laser και ενέργειας υψηλής ραδιοσυχνότητας συνδυασμός που προκαλεί ρίκνωση του κολλαγόνου του δέρματος και εξάλειψη της χαλάρωσης. Το βάθος και η διάρκεια της εκπομπής της ενέργειας εξατομικεύεται με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή.

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ



I: Αφαίρεση περιστοματικών ρυτίδων άνω χείλους με Laser. Αποτέλεσμα την 4η μετεγχειρητική ημέρα.



II: Ανανέωση χεριών με Laser. Αποτέλεσμα (κάτω) 1 μήνα μετά την επέμβαση.



Μεσοθεραπεία.

Μεσοθεραπεία είναι ή πολλαπλή έγχυση μικρών ποσοτήτων φαρμακευτικών ουσιών σε ορισμένα σημεία του σώματος με μικρές ενέσεις στο μεσαίο στρώμα του δέρματος δηλαδή στο χόριο. Έχει αναφερθεί η έγχυση πολυάριθμων μειγμάτων διαφόρων ουσιών. Συνήθως χρησιμοποιούνται ουσίες όπως ισοπροτερενόλη, αμινοφυλίνη, καρνιτίνη, αργυνίνη, κολλαγενάση, προκαΐνη, πεντοξυφυλλίνη υαλουρονιδάση, Φωσφατιδιλχολίνη και διάφορες βιταμίνες.

Η μέθοδος χρησιμοποιείται για τον εμπλουτισμό του δέρματος με βιταμίνες , αντιοξειδωτικές ουσίες, μέταλλα, ένζυμα και αμινοξέα τα οποία τρέφουν το δέρμα, το αναζωογονούν, προωθούν την παραγωγή ελαστίνης και κολλαγόνου, βελτιώνουν τη μικρο-κυκλοφορία, οξυγονώνουν τα κύτταρα και αναστέλλουν την εκφύλιση των λιποκυττάρων. Έτσι διατηρείται υγιές και αστραφτερό μειώνοντας και προλαμβάνοντας τις φθορές από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος.

Η θεραπεία είναι ανώδυνη γιατί γίνεται με πολύ λεπτές βελόνες και **ειδική συσκευή**, η οποία επιτρέπει την ταχεία επαναλαμβανόμενη έγχυση δραστικών ουσιών, σε όλη την επιφάνεια του δέρματος, στην περιοχή του σώματος που εφαρμόζεται.

Η μεσοθεραπεία

- Βελτιώνει τη χαλάρωση του δέρματος
- Αποσβαίνει τις ρυτίδες του προσώπου
- Βελτιώνει την κυτταρίτιδα

Παρά ταύτα η μέθοδος δεν είναι αποδεκτή από πολλούς ερευνητές τόσο για την αποτελεσματικότητά όσο και για την ασφάλειά της.





Αναζωογόνηση με ραδιοσυχνότητες

Η αναζωογόνηση του δέρματος με ραδιοσυχνότητες είναι μια νέα, μη επεμβατική, τεχνική θεραπείας της χαλάρωσης του δέρματος.

Το **Ecotherm** είναι μια συσκευή ηλεκτροθερμικής διέγερσης που λειτουργεί με εκπομπή διπολικών ραδιοσυχνοτήτων που θερμαίνουν τους ιστούς του προσώπου σε βαθύτερο επίπεδο από τα συμβατικά λέιζερ. Η θερμική ενέργεια προκαλεί συστολή των ινών του κολλαγόνου και σύσφιξη του δέρματος. Υποστηρίζεται ότι οι ραδιοσυχνότητες ενεργοποιούν ακόμη τους ινοβλάστες του δέρματος που αναγκάζονται να παράγουν νέο κολλαγόνο.

Η θεραπεία με ραδιοσυχνότητες διαρκεί από λίγα λεπτά μέχρι 1 ώρα, αναλόγως του μεγέθους της περιοχής που εφαρμόζεται. Απαιτεί συνήθως 3-4 συνεδρίες με μεσοδιαστήματα των 3-4 εβδομάδων. Τα αποτελέσματα είναι ορατά μετά από 2-6 μήνες και διαρκούν συνήθως πάνω από δύο χρόνια.





Θεραπεία κυτταρίτιδας

Κυτταρίτιδα είναι λιποδυστροφία που συνίσταται στην συγκέντρωση υπερτροφικών λιποκυττάρων κατά σωρούς σε ορισμένα σημεία του σώματος (γλουτούς, μηρούς, γόνατα κλπ). Συνήθως συνοδεύεται από λιπώδη διήθηση και ίνωση.

Προκαλείται από ανομοιόμορφη κατανομή του λίπους και ρίκνωση του συνδετικού ιστού της περιοχής. Είναι γνωστό ότι ο λιπώδης ιστός αποτελείται από τμήματα που ονομάζονται λόβια και σχηματίζονται από λιποκύτταρα ικανά να εναποθηκεύουν λίπος. Τα λόβια διαχωρίζονται μεταξύ τους από διαφραγμάτια συνδετικού ιστού. Στην περίπτωση της κυτταρίτιδας υπάρχει επιβράδυνση της μικροκυκλοφορίας του αίματος και της λέμφου, με συνέπεια τη δημιουργία λιπολεμφοειδήματος και σκλήρυνσης των διαφραγματίων. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η ανομοιογενής κατανομή του λίπους της περιοχής και η δημιουργία ανωμαλιών στην επιφάνεια του δέρματος.

Στα αίτια δημιουργίας κυτταρίτιδας συγκαταλέγονται:

- Κληρονομικότητα
- Ορμονικές αναταραχές (εγκυμοσύνες, εμμηνόπαυση, αντισυληπτικά κλπ)
- Κακή διατροφή
- Παχυσαρκία
- Διαταραχές του μεταβολισμού
- Διαταραχές της τοπικής κυκλοφορίας (πίεση σε καθιστική ζωή κλπ)

Η κυτταρίτιδα είναι συχνότερη στις γυναίκες και εκδηλώνεται με ανωμαλίες της επιφάνειας του δέρματος που θυμίζουν φλοιό πορτοκαλιού.

Δεν υπάρχει, μέχρι σήμερα, μαγικός τρόπος εξαφάνισης της κυτταρίτιδας. Για το λόγο αυτό η πρόληψή της με περιορισμό των προδιαθεσικών παραγόντων έχει ιδιαίτερη σημασία. Συνιστάται σωστή διατροφή, αποφυγή αλκοόλ, καφέ, καπνίσματος, τακτική άσκηση, αποφυγή πολύωρου καθίσματος και συχνή αλλαγή θέσεως.

Πολλές από τις κρέμες που κυκλοφορούν κατά της κυτταρίτιδας δεν προσφέρουν τίποτα. Μόνο οι κρέμες που περιέχουν καφεΐνη φαίνεται ότι βελτιώνουν κυρίως την υφή του δέρματος.

Η μέθοδος **Endermologie (LPG)**, συνίσταται στη διενέργεια μασάζ με ειδική συσκευή που συνδυάζει εναλλάξ πίεση και αναρρόφηση στο δέρμα της προσβεβλημένης περιοχής, με σκοπό τη βελτίωση της τοπικής αγγειακής και λεμφικής κυκλοφορίας. Η μέθοδος επιτυγχάνει καλά αποτελέσματα σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτεί όμως πολλές επαναλαμβανόμενες συνεδρίες.

Η **μεσοθεραπεία** και η μέθοδος **Thermage** φαίνεται να βελτιώνουν την κυτταρίτιδα αλλά δεν είναι σε θέση να την θεραπεύσουν.

Κατά την άποψη του συγγραφέα η κυτταρίτιδα αποτελεί δύσκολο σύνθετο πρόβλημα. Μέχρις ότου βρεθεί αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να αντιμετωπίζεται με πρόληψη και συνδυασμό των παραπάνω μεθόδων.





Ο πλαστικός χειρουργός Στέλιος Κοτζαμπασάκης σπούδασε στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, από την οποία πήρε το πτυχίο του το 1980.

Ειδικεύτηκε σε νοσοκομεία της Αθήνας και απέκτησε την ειδικότητα του πλαστικού χειρουργού το 1989. Μετεκπαιδεύτηκε στο Παρίσι και μετά την επιστροφή του εργάστηκε ως πλαστικός χειρουργός σε ιδιωτικές κλινικές και σε κρατικά νοσοκομεία της Αθήνας.

Είναι διδάκτορας της Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, τακτικό μέλος της Ελληνικής και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Πλαστικής Επανορθωτικής και Αισθητικής Χειρουργικής, μέλος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και του GMC της Μ.Βρετανίας.

Ήταν, επί 12 χρόνια, αρχικά Επιμελητής και στη συνέχεια Διευθυντής της κλινικής Πλαστικής Χειρουργικής του νοσοκομείου ΚΑΤ στην Αθήνα.

Στη διάρκεια της τριακονταετούς ενασχόλησής του με την πλαστική χειρουργική πραγματοποίησε μεγάλο αριθμό επεμβάσεων αισθητικής και επανορθωτικής χειρουργικής, εκπαίδευσε μεγάλο αριθμό νέων πλαστικών χειρουργών και δημοσίευσε σημαντικό αριθμό επιστημονικών εργασιών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

Η συγγραφική του δραστηριότητα είναι πλούσια με τη συγγραφή και την επιμέλεια έκδοσης του συγγράμματος "ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ Αρχές και πρακτική της αντιμετώπισης των εγκαυμάτων". το βιβλίο "Ομορφιά και Αισθητική Πλαστική Χειρουργική" και τη συμμετοχή του με εξειδικευμένα κεφάλαια στη συγγραφή πολλών άλλων συγγραμμάτων Χειρουργικής.