

**O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

YUZ-JAG` JARROHLIGI KAFEDRASI

**YUZ VA BO'YIN SOHASIDAGI ESTETIK OPERATSIYALAR
(KO'RSATMALAR, JARROHLIK USULLARI : QULOQ SUPRASINI
TUZATISH, BLEFAROPLASTIKA, AJINLARNI YO'Q QILISH VA
BOSHQALAR)**

2026 -yil

**O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

**YUZ VA BO'YIN SOHASIDAGI ESTETIK OPERATSIYALAR
(KO'RSATMALAR, JARROHLIK USULLARI :QULOQ SUPRASINI
TUZATISH, BLEFAROPLASTIKA, AJINLARNI YO'Q QILISH VA
BOSHQALAR)**

O'quv qo'llanma

(Yuz-jag`jarroxligi fanidan)

Bilim sohasi: 900000 - Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta`minot

Ta'lim sohasi: 910000 – Sog'liqni saqlash

Ta'lim yo`nalishi : 60910100 – Stomatologiya

2026 -yil

Tuzuvchilar:

Xalmatova Matluba Artikovna - tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent davlat tibbiyot universiteti, dotsent.

Maxmudov Alisher Axmedovich - tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent davlat tibbiyot universiteti, dotsent.

Xamrayeva Ra`no Raxmatiloyevna -PhD, Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Taqrizchilar:

A.A. Yuldashev – Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Bolalar jarrohlik kafedrası , t.f.d., professor

A.I.Hazratov – Samarqand davlat tibbiyot universiteti, og`iz bo`shlig`i jarroxligi va dental implantologiya kafedrası mudiri DSc, dotsent.

O`quv qo`llanma “Yuz-jag` jarrohligi” fanini o`rganish uchun qo`yilgan talablarga mos xolda tayyorlandi.

O`quv qo`llanma yuz yumshoq to`qimalarida patologiyasiga ega bo`lgan bemorlarni tashxislash, uning klinikasi, davolash va reabilitatsiyasi, ushbu sohaning anatomik tuzilishini o`ziga xosliklarini hisobga olish bilan “Yuz va bo`yin sohasidagi estetik operatsiyalar (ko`rsatmalar, jarrohlik usullari: quloq suprasini tuzatish, blefaroplastika, ajinlarni yo`q qilish va boshqalar).” mavzusini har tomonlama qamrab olgan, "Plastik va estetik jarrohlik restovrativ jarrohlikning bir qismidir, chunki nafaqat funktsiyani, balki organning atrofdagi to'qimalarga to'liq o'xshashligini ham takrorlash kerak. Bularning barchasi estetik jarrohlik, kosmetik maqsadlarga erishish, qo'shimcha ravishda sog'likni tiklashini ko'rsatadi.

shuningdek mazkur guruh kasalliklarini oldini olish masalalari ko'rib chiqilgan. Qo'llanma shuningdek klinik fikrlashni shakllantirish va o'qilgan ma'lumotlarni mustahkamlash uchun ko'rgazmali materiallar, testlar va vaziyatli masalalarni o'z ichiga olgan.

O'quv qo'llanma 14.00.21-Stomatologiya mutaxassisligi bo'yicha oliy o'quv yurti talabalari uchun mo'ljallangan.

MUQADDIMA

Yuz va bo'yinning yumshoq to'qimalarida yoshga bog'liq o'zgarishlar kosmetik tibbiyotning eng muhim muammolaridan biridir. G'arbiy Evropa mamlakatlarida plastik jarrohlikka qiziqish bemorlar va jarrohlar tomonidan g'ayrioddiy darajada oshdi. Turmush darajasini oshirish va jamiyatning keng ijtimoiy qatlamlarining global tendentsiyalarga mos kelish istagi plastik jarrohlikka bo'lgan ehtiyojning oshishiga ta'sir qiluvchi ob'ektiv omillar. Zamonaviy xorijiy texnologiyalarni kattalashtirishdan oldin amalga oshirilgan ijtimoiy-siyosiy o'zgarishlar va axborot almashinuvi (konferentsiyalar, seminarlar, stajirovkalar, o'quv dasturlari), yangi vositalar, uskunalar, tikuv materiallarining joriy etilishi ushbu jarrohlik sohasining jadal rivojlanishiga yordam berdi.

"Plastik va estetik jarrohlik restovrativ jarrohlikning bir qismidir, chunki nafaqat funktsiyani, balki organning atrofdagi to'qimalarga to'liq o'xshashligini ham takrorlash kerak. Ma'lumki, jismoniy noqulaylik tug'diradigan yoshga bog'liq o'zgarishlar ko'pincha odamning psixo-emotsional holatiga ko'proq ta'sir qiladi. Ko'pincha bularda bemorlarda depressiv va astenodepressiv reaksiyalar paydo bo'ladi, ba'zida o'z joniga qasd qilish tajribalari va urinishlari bilan. Buning sababi shundaki, yuz jamiyatdagi insonning "tashrif qog'ozi" bo'lib xizmat qiladi va yuzning estetik mezoni tobora muhim ahamiyat kasb etmoqda. Bularning barchasi estetik jarrohlik, kosmetik maqsadlarga erishish, qo'shimcha ravishda sog'likni tiklashini ko'rsatadi.

So'nggi o'n yil ichida yuz terisini yoshartirish usullari sezilarli darajada yaxshilandi. Birinchidan, jarrohlik aralashuvlar doirasi kengaydi, mikrojarrohlik texnikasidan foydalangan holda operatsiyalarni rejalashtirish va amalga oshirishning yangi printsiplari paydo bo'ldi, ular molekulyar to'qimalarning anatomiyasi va morfologiyasi haqidagi g'oyalarga asoslangan darajasi, ularning qon ta'minoti va limfa oqimi qonuniyatlari to'g'risida.

Tibbiyotning ushbu sohasi rivojlanishi bilan bog'liq holda, uning umumiy va xususiy masalalari bo'yicha yangi ma'lumotlarni umumlashtiradigan kitob nashr etish zarurati paydo bo'ldi. Ushbu nashr ma'lum darajada bunday muammoni hal qilishga urinishdir. Ushbu asar taqdim etilgan vaqtga kelib, rus adabiyotida plastik

jarrohlikka bag'ishlangan nashrlar umuman olganda, ular alohida xarakterga ega edi. Mualliflar o'z oldiga mahalliy va xorijiy adabiyotlarda mavjud bo'lgan materiallarni keng jarrohlik jamoatchiligi uchun umumlashtirish vazifasini qo'ydilar, bu jarrohlikning ushbu yo'nalishi, uning asosiy tamoyillari va asosiy texnologiyalari haqida tushuncha beradi. Kitobda yuz, ko'z qovoqlari, lablar terisidagi yoshga bog'liq o'zgarishlarni jarrohlik davolashda, burun va aurikulalarning deformatsiyasini tuzatishda ishlatiladigan eng keng tarqalgan usullar keltirilgan.

PLASTIKNING UMUMIY TAMOYILLARI VA ESTETIK JARROHLIK

11. PLASTIK VA ESTETIK JARROHLIKNING MAVZUSI VA XUSUSIYATLARI

Yigirmanchi asrning 20-yillari boshlariga kelib, umumiy plastik jarrohlikning ikkita mustaqil yo'nalishi shakllandi-plastik va kosmetik (estetik) jarrohlik [Nerobeev A. I. 2003].

"Plastik jarrohlik" atamasi juda keng qo'llanilishiga qaramay, mutaxassislikning aniq ta'rifi mavjud emas. Eng muhimi, ushbu ta'rifga quyidagilar mos keladi: "plastik jarrohlik - bu to'qima nuqsonlari, deformatsiyalari va tananing turli qismlari faoliyati buzilgan bemorlarni jarrohlik davolash usullarini ishlab chiqadigan jarrohlik sohasi."

Aslida, plastik jarrohlik XX asrda, birinchi jahon urushidan keyin mustaqil bo'lim sifatida shakllana boshladi va nihoyat 50-yillarda — ikkinchi jahon urushidan keyin o'zini namoyon qildi. Mutaxassislik ta'rifini shakllantirish qiyin, chunki agar plastmassa nafaqat harakatni, balki nuqson joyida to'qimalarni tiklashni ham tushunsa, unda umumiy jarrohlikdagi ko'plab manipulyatsiyalar ushbu nomga mos keladi. Shunday qilib, ma'lum darajada "plastik jarrohlik" mutaxassisligini sun'iy ravishda ajratish mavjud deb taxmin qilish kerak. Bundan tashqari, plastik jarrohlik doirasi turli mamlakatlarda ham, bir mamlakatdagi turli klinikalarda ham juda keng tarqalgan. Amalga oshirilgan operatsiyalar hajmi ko'p jihatdan klinika rahbarining ilmiy va amaliy manfaatlarining kengligiga bog'liq. Shu bilan birga, jarrohlikning ushbu qismini mustaqil mutaxassislikka ajratish zarurati juda aniq. Hozirgi vaqtda jarrohlikda juda ko'p tor mutaxassisliklar paydo bo'ldi va maydalash davom etmoqda. Natijada, rasmiy ravishda biron bir mutaxassislikka tegishli bo'lmagan o'lik zonalar paydo bo'ladi.

Mutaxassislar tor muammolarga duch kelishadi, katta yutuqlarga erishadilar, ammo qarashlarning kengligi va miqyosi tuyg'usini yo'qotadilar. U erdan plastik jarrohlik turli xil jarrohlik fanlarini birlashtirgan soha sifatida qaralishi kerak.

Plastik jarrohlikning mustaqil fan sifatida shakllanishi asosan 40-50-yillarda sodir bo'lgan. o'tgan asrning Angliya va AQShda, garchi uning asosiy tamoyillari 20-yillarda taniqli ingliz jarrohi S. sish tomonidan belgilangan bo'lsa-da, \$5. Shuni unutmashimiz kerakki, bizning mahalliy olimimiz V. P. Filatov, mutaxassislik bo'yicha oftalmolog, bemorning terisidan hosil bo'lgan yumaloq poya deb ataladigan plastik materialni yaratish usulini taklif qilgan plastik jarrohlikka katta hissa qo'shgan.

Yigirmanchi asrning 30-yillarida SSSRda yuz jarrohligi stomatologlarga "berilgan" holat mavjud edi. "Jarrohlik stomatologiyasi" ixtisosligi juda keng bo'lib, og'iz operatsiyalaridan tashqari, yuz va yuqori bo'yin operatsiyalarining barcha turlarini o'z ichiga oladi va bu tibbiyot mutaxassisliklari ro'yxatida yuz-yuz jarrohligi mavjud emasligiga qaramay (1995 yil fevral oyida ro'yxatga kiritilgan).

Mikrojarrohlik paydo bo'lishi bilan mamlakatimizda vaziyat tubdan o'zgardi. Zudlik bilan revaskulyarizatsiya bilan to'qimalarning keng bloklarini avtografizatsiya qilish tufayli qisqa vaqt ichida – bir yoki ikkita operatsiyada-eng yaxshi estetik natijalar bilan nuqsonlarni bartaraf etish imkoniyati paydo bo'ldi.

Ko'pincha shunga o'xshash natijani mikrojarrohlik operatsiyasiz, qon tomir oyog'idagi murakkab teri qopqog'ining nuqsonli joyiga o'tish orqali olish mumkin. Siz tananing sirt qatlamlarining anatomik tuzilishini ularning angioarxitektonikasini hisobga olgan holda yaxshi bilishingiz va arteriyalarning terminal shoxlari tarvaqaylab ketgan joyda to'qimalarni shakllantirishingiz kerak. Plastik jarrohlikning asosiy qoidasi rad etildi: to'qimalarning migratsiyasi, agar ularning hayotiyliqi saqlanib qolsa, faqat uzunlik va kenglik nisbati 2: 1 ga teng bo'lsa mumkin. Ko'chirilgan qopqoqning omon qolish darajasi uning oyog'ining kengligiga emas, balki shoxlarning oxirgi dallanishi (angiosomalar) bilan qon tomir tarmog'ining kiritilishiga bog'liq ekanligi aniqlandi. Jarrohlikda birinchi marta tananing buzilmagan joylaridan etarli miqdorda plastik material olish imkoniyati paydo bo'ldi. Operatsiyalarda to'qimalarni angiosomal qon bilan ta'minlashning o'ziga xos xususiyatlaridan amaliy foydalanishdan keyin aynan shu kashfiyot, ya'ni to'qimalarning teri-mushak va teri-mushak-suyak bloklarini mikrojarrohlik avtografizatsiyasi "plastik jarrohlik" tushunchasini yanada murakkablashtirdi.

Shunga qaramay, yuzning anatomik va fiziologik xususiyatlari, uning insonning ijtimoiy xususiyatidagi muhim roli, shuningdek, yuzdagi tiklanish operatsiyalarini takomillashtirish tarixi plastik jarrohlikda bunday operatsiyalarning ustuvorligini aniqladi.

Plastik jarrohlikdan nafaqat professional xususiyatlarga ega bo'lgan estetik jarrohlik alohida ajralib turdi.

SSSRda estetik jarrohlik tibbiyotning o'gay o'g'li edi, chunki bu tibbiyotning deyarli yagona sohasi bo'lib, u erda davolanish tijorat asosida amalga oshirilgan. Bugungi kunga qadar rasman tan olinmagan plastik jarrohlikning ushbu bo'limi nuqsonli shaklda mavjud edi: odatdagi estetik operatsiyalar - yuz, ko'z qovoqlari ajinlarini yo'q qilish, burun va quloqchalar shaklini tuzatish uchun bir nechta ruxsat etilgan davolash muassasalari faoliyat ko'rsatgan. Tibbiy jamiyat tomonidan rad etilgan kosmetologlar o'zlarining konferentsiyalarini o'tkazdilar, beixtiyor o'zlarining tanlanganligi va eksklyuzivligiga sig'inishni shakllantirdilar. Shunga qaramay, plastik jarrohlik maktabida tajribaga ega bo'lmagan estetik jarrohlar va tijorat operatsiyalari bilan shug'ullanishga ruxsat berilmagan restorativ jarrohlik mutaxassisleri o'rtasida sezilarli masofa paydo bo'ldi.

90-yillarda mamlakatdagi siyosiy vaziyatning o'zgarishi va pullik tibbiyotga yondashuvning erkinlashtirilishi bilan estetik jarrohlik bilan shug'ullanadigan ko'plab jarrohlik muassasalarining o'z-o'zidan paydo bo'lishi boshlandi. Operatsiyalarning soddaligi (yuzaki to'qimalarda, muvaffaqiyatsizlikka uchragan taqdirda hayotga xavf tug'dirmaslik) ko'plab jarrohlarni kosmetologlar safiga jalb qildi.

Plastik va estetik jarrohlik o'rtasida tub farq bor. Kosmetik (estetik) jarrohlik-bu inson tanasining anatomik tuzilmalarining tashqi ko'rinishi, shakli va o'zaro bog'liqligini o'zgartirish bilan shug'ullanadigan jarrohlik sohasi bo'lib, ular tashqi tomondan me'yordan sezilarli darajada farq qilmasligi va ma'lum bir odamning yoshi va etnik xususiyatlarini hisobga olishi kerak. Kosmetik jarrohlik-bu me'yordan "oshib ketishga" urinish. Estetik jarrohlik, birinchi navbatda, bir tomondan katta imkoniyatlarga ega bo'lgan, ammo boshqa tomondan xavf va muvaffaqiyatsizliklar bilan bog'liq bo'lgan jarrohlik. Operatsiyalardagi muvaffaqiyatsizliklar ko'pincha bemorlarni noto'g'ri tanlash bilan bog'liq. Shuni tushunish kerakki, estetik jarrohlik aslida "psixojarrohlik"dir. U psixologik muammolarni jarrohlik yo'li bilan hal qiladi, insonning shaxsiy va ijtimoiy hayotiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan komplekslar va pastlik tuyg'ularidan xalos bo'lishga yordam beradi. Estetik jarrohlikning asosiy ajralib turadigan xususiyatlari bemorning yo'qolgan sog'lig'ini tiklash emas, balki uning hayotining katastrofiyasini oshirishdir.

Estetik jarrohlik deyarli sog'lom odamlarning ko'rinishini yaxshilashga qaratilgan, shuning uchun operatsiyalar ko'p hollarda normal, ammo yoshga qarab o'zgargan to'qimalarda amalga oshiriladi. Estetik operatsiyalar majburiy emas, ularni bajarish yoki qilmaslik mumkin. Estetik jarrohlik shart emasligi sababli, bemor buning uchun pul to'lashi kerak. Bemorlar ko'pincha tashqi ko'rinishini o'zgartirish oson deb hisoblashadi, shu bilan birga operatsiyalarning murakkabligi va xavfini kam baholaydilar.

Bularning barchasi estetik operatsiyalarni amalga oshirishga faqat mintaqaning o'ziga xos xususiyatlarini yaxshi biladigan restorativ jarrohlikda etarli tajribaga ega bo'lgan mutaxassislarga ruxsat berish mumkinligini ta'kidlash uchun asos beradi.

Xalqaro plastik va estetik jarrohlar assotsiatsiyasining nizomiga binoan, estetik jarrohlik plastik jarrohlikning tor bo'limlaridan biri bo'lgan mustaqil mutaxassislik emas deb hisoblash kerak. Prezidentning (plastik, rekonstruktiv va estetik jarrohlar Konfederatsiyasi) yo'l-yo'riq maktubida shunday deyilgan: "estetik jarrohlik bo'yicha trening rekonstruktiv plastik jarrohlik bo'yicha treningning yakuniy bosqichi bo'lishi kerak... Kerakli asossiz estetik jarrohlikni o'rganishga bo'lgan barcha urinishlar mutaxassisni shakllantirish uchun etarli bo'lmaydi... Estetik jarrohlikning psevdota'limi plastik jarrohlikda ixtisoslashuv tizimini buzadi. Natijada, ba'zi mamlakatlarda estetik jarrohlikda psevdomutaxassislar paydo bo'ladi, ular etarli tayyorgarlikka ega bo'lmagan holda, rekonstruktiv va plastik jarrohlikni taqdim etadilar. Va nihoyat, oxirgi iqtibos: "biz operatsiya xonasiga plastik bo'lmagan jarrohlarni tashrif buyuruvchi sifatida kiritmaslikni tavsiya qilamiz."

Yuqorida aytilganlarning barchasiga qaramay, "plastik jarrohlik" atamasi, qoida tariqasida, alohida ishlatilishi mumkin emasligini tan olish kerak [Nerobeev A. I., Plotnikova N. A., 1997]. Faqat yumshoq to'qimalarni tiklash yoki tuzatish zarurati juda kam uchraydi. Ko'pincha anatomik zonalarini, shu jumladan suyaklar va xaftaga tiklash kerak, ya'ni biz yo'qolgan organni rekonstruktsiya qilish (tiklash) haqida gapiramiz. Shuning uchun "plastik" va "rekonstruktiv jarrohlik" tushunchalari aslida bir-biridan ajralmasdir. Burunning suyaklari va xaftaga osteotomiyasini o'tkazmasdan burun hajmini kamaytirish uchun estetik operatsiyani amalga oshirish mumkin emas, xuddi shu tarzda yuzning turli qismlarining shaklini o'zgartirish uchun yuz va jag ' suyaklarini siljitish kerak. Bemorni tashqi ko'rinishini yaxshilaydigan operatsiyaning texnik tafsilotlari qiziqitirmaydi-u uchun yakuniy natija muhimdir. Va bu erda kamchiliklarni tezda tuzatishga qaror qilgan kishi uchun qaysi mutaxassisga murojaat qilishni bilish muhimdir. Shubhasiz, kichik, kam shikastli operatsiyalarni estetik operatsiyalarga ixtisoslashgan jarroh amalga oshirishi mumkin, ammo rekonstruktiv va estetik jarrohlikda teng tajribaga ega bo'lgan faqat yuz-yuz jarrohi bemorning yuzining haqiqiy holatini to'liqroq baholay oladi. Evropa va Amerikaning rivojlangan mamlakatlarida plastik va rekonstruktiv jarrohlik sohasidagi taniqli mutaxassislarning aksariyati estetik jarrohlik bo'yicha etakchi mutaxassislardir.

Shunday qilib, yuqorida aytilganlarga asoslanib, hozirgi vaqtda yuz operatsiyalarida yuz-yuz jarrohligi va plastik jarrohlik nima ekanligini hal qilishga imkon beradigan aniq chiziq yo'q. G'arbiy Evropa mamlakatlarida va AQShda

og'iz bo'shlig'i va jag'dagi operatsiyalar yuz-yuz jarrohining vakolatiga, sirt to'qimalarida tiklash operatsiyalari plastik jarrohning vakolatiga kiradi degan pozitsiya ildiz otgan. Agar biz plastik jarrohlikning ta'rifini aksariyat mamlakatlarda amal qiladigan tananing sirt to'qimalari jarrohligi sifatida qabul qilsak, u holda plastik jarrohning kasbiy faoliyati sohasi inson tanasining butun yuzasi hisoblanadi.

INSON HAYOTIDA TASHQI KO'RINISHNING ROLI

Insonni o'rab turgan hamma narsa u tomonidan estetik nuqtai nazardan qabul qilinadi. Tashqi ko'rinishingizga g'amxo'rlik qilish har qanday oddiy odamning tabiiy xususiyatidir. Zamonaviy inson hayotida tashqi ko'rinish katta rol o'ynaydi. Go'zallikka intilish abadiy va so'nmasdir, bu insonning mavjudligi va takomillashuvining omillaridan biriga aylanadi. Go'zallik oddiy tushunchalarga mos kelmaydi va mantiqiy tushuntirishlarga berilmaydi. Go'zallikni baholash noaniq va psixologik, biologik va axloqiy-estetik jihatlarning kombinatsiyasidir.

Biror kishini qanchalik yoqtirishi yoki yoqtirmasligi, asosan, uning hayot sifatini va tashqi ko'rinishini o'zgartirishga turtki beradi. Shu bilan birga, inson o'zining tashqi qiyofasini va o'zini atrofdagi dunyoning muhim qismi sifatida qabul qiladi va tashqi ko'rinishning yomonlashishi uning uchun hayot sifatining pasayishini anglatadi.

Biologik tur sifatida insonning eng muhim vazifasi jinsning davomi bo'lib, uni hal qilishda tashqi ko'rinish muhim rol o'ynaydi. Yosh ayol uchun erkaklarga yoqishni o'z vaqtida turmush qurish va oila qurish, jinsiy munosabatlardan va umuman odamlar bilan muloqot qilishdan ko'proq ijobiy his-tuyg'ularni olish demakdir. Bularning barchasi, hatto yosh bo'lmasa ham, inson hayotini yanada baxtli qiladi.

ESTETIK OPERATSIYALAR UCHUN BEMORLARNI TANLASH.

BEMOR VA UNING YAQIN DOIRASI

Birinchi maslahatning eng muhim vazifalaridan biri bemorga uning tashqi ko'rinishining xususiyatlari, operatsiya mazmuni va operatsiyadan keyingi davr haqida ma'lumot berishdir. Ma'lumki, insonning fikri asosan boshqalarning ta'siri ostida shakllanadi. Ularning "yordami" bilan bemorda chuqur pastlik kompleksi paydo bo'lishi mumkin. Boshqa tomondan, bu odamlar operatsiyaga tayyorgarlik ko'rishda ham, uning natijalarini baholashda ham muhim ijobiy rol o'ynashi mumkin. Shuning uchun jarroh bemorning yaqin atrofdagi odam bilan

maslahatlashishga kelishini har tomonlama kutib olishi kerak, chunki muloqotga to'g'ri yondashish uni maslahatlashgandan keyin ham sizning ittifoqdoshingizga aylantirishi mumkin. Ushbu" ikki tomonlama " ta'sir natijasida bemor operatsiyani osonroq hal qiladi. Bemorning aralashuv natijalarini baholashi ham osonlashadi, chunki hamroh ko'pincha jarroh va'da qilgan va ogohlantirgan narsalarni bemorga qaraganda yaxshiroq eslaydi.

Muammoning birinchi qismini hal qilishda bemorning o'zini past his qilishini kuchaytirmaslik kerak, chunki bu mumkin bo'lgan davolanishni sezilarli darajada murakkablashtirishi mumkin. Suhbat davomida bemorning e'tiborini barcha asosiy, hatto eng sezilarli o'zgarishlarga ham qaratish lozim, chunki kuzatuvchi bemor (ular haqida ham bilgan holda) shifokorning professional kuzatuviga ishonch hosil qiladi. Agar ular bemor uchun yangilik bo'lsa, unda operatsiyadan keyin emas, balki operatsiyadan oldin buni yaxshiroq bilib oling. Bemor bilan operatsiyadan keyingi davrda rivojlanishi mumkin bo'lgan asoratlarning muammasini muhokama qilish juda muhimdir. Bir tomondan, operatsiyaning mumkin bo'lgan salbiy oqibatlarini to'g'risida ma'lumot bemorning qonuniy huquqidir. Boshqa tomondan, faqat mutaxassis asoratlarning sabablarini, rivojlanish ehtimoli va tabiatini, shuningdek ularning bemor uchun xavfini to'g'ri baholay oladi.

Shuning uchun dastlab shuni ta'kidlash kerakki, nazariy jihatdan har qanday (shu jumladan plastik jarrohlik) operatsiya bilan umumiy va mahalliy har qanday umumiy jarrohlik asoratlarni rivojlantirish mumkin. Shu bilan birga, haqiqatan ham yuzaga keladigan asoratlarning muammasini muhokamani talab qiladi.

Bemor bilan uchrashuvning ushbu eng qiyin qismida jarroh ma'lum bir vaziyatga e'tibor qaratib, haqiqatga qarshi gunoh qilmasdan, bemorga yuzaga kelishi mumkin bo'lgan muammolar to'g'risida etarli darajada ma'lumot berishga imkon beradigan so'zlar va iboralarni topishi kerak. Operatsiya to'g'risida qaror qabul qilingandan so'ng, bemorga yaqinlashib kelayotgan davolanishning mazmuni va uning xususiyatlari to'g'risida qo'shimcha yozma ma'lumotlarni taqdim etish kerak. Alohida hujjat-bu mumkin bo'lgan xavf va ushbu turdagi operatsiyalarga xos bo'lgan asoratlarning tabiati to'g'risida ma'lumot. Ushbu hujjat bemor tomonidan sinchkovlik bilan o'rganiladi, har bir operatsiya guruhiga xosdir va tibbiy tarix yoki tibbiy yozuvning bir qismidir. Ko'pgina hollarda, qo'shimcha intervyu va paydo bo'lgan savollarga javob beriladi, shundan so'ng bemor guvoh ishtirokida hujjatni imzolaydi, uning rolini hamshira o'ynashi mumkin. Bemor o'z imzosi bilan operatsiyadan keyin ma'lum asoratlarni rivojlanish ehtimoli to'g'risida xabardor bo'lganligini tasdiqlaydi, ammo shunga qaramay, u operatsiya qilishga rozi va ongli ravishda tavakkal qiladi.

Qo'llanilishi kerak bo'lgan yana bir hujjat-bu shifokorga sog'lig'i to'g'risida noto'g'ri yoki to'liq bo'lmagan ma'lumotlar uchun bemorning shaxsiy javobgarligi to'g'risida ogohlantirish. Ushbu yondashuvning maqsadga muvofiqligi ba'zi bemorlarning operatsiyadan oldingi muntazam tadqiqotlar davomida aniqlanmasligi mumkin bo'lgan jiddiy tibbiy muammolar va qo'shma kasalliklar mavjudligiga qaramay, har qanday holatda ham operatsiya qilish istagi bilan belgilanadi. Bunday ma'lumotlarni yashirish orqali bemorlar yuzaga kelishi mumkin bo'lgan oqibatlar xavfini tushunmasdan asoratlarni rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradilar.

Ko'pgina hollarda, birinchi maslahat paytida plastik jarroh uchta asosiy muammoni hal qilish kerak:

- 1) bemorning hayot sifatiga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan tashqi ko'rinish muammolari borligi to'g'risida ob'ektiv dalillar mavjudligini aniqlang;
- 2) bemorni ushbu muammoni qanday hal qilish mumkinligi bilan tanishtirish, alternativallarni muhokama qilish;
- 3) bemorni operatsiyaning mumkin bo'lgan natijalari va asoratlari to'g'risida xabardor qilish.

Bemor bilan birinchi aloqa juda muhimdir, chunki bu jarrohga uchrashuvning dastlabki daqiqalarida bemorning reaksiyasidan uning psixologik turini aniqlashga imkon beradi, bu esa operatsiya to'g'risida qaror qabul qilishga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin. Barcha holatlarda, istisnosiz, bemorlarning e'tiborini operatsiyaning asosiy maqsadi idealga erishish emas, balki faqat tashqi ko'rinishini yaxshilash degan muhim pozitsiyaga qaratish lozim. Bemorning haqiqatni haqiqatan ham baholay olmasligi juda noqulay psixologik fon bo'lib, unda kosmetik operatsiya to'g'risida qaror qabul qilish xato hisoblanadi. Ba'zi hollarda, vaziyatni to'g'ri baholash uchun bemorga operatsiya nafaqat bemor xohlasa, balki jarroh uni amalga oshirishni maqsadga muvofiq deb hisoblasa ham amalga oshirilishi mumkinligini tushuntirish kerak. O'zaro tushunish bo'lmasa, bemorga boshqa jarrohlarga murojaat qilish tavsiya etiladi. Shuning uchun konsultatsiyaning boshida bemorning kasbi, ijtimoiy mavqei, bolalari borligi kabi muhim xususiyatlarini diqqat bilan aniqlashtirish juda muhimdir. Yolg'iz ayollar va erkaklar darhol jarrohni ogohlantirishlari kerak, ayniqsa ularning shikoyatlari haqiqatga to'g'ri kelmasa.

Ba'zi hollarda, bemorga uning hayotiy muammolari nafaqat tashqi ko'rinishning individual xususiyatlariga, balki hayotiy vaziyatlarni etarli darajada baholashga va ularga to'g'ri javob berishga psixologik tayyor emasligiga asoslanganligini tushuntirishga harakat qilish maqsadga muvofiqdir. Bunday bemorga skalpelsiz odamning dunyoqarashini yaxshilashga qodir bo'lgan psixoterapevt yoki psixologga murojaat qilish tavsiya qilinishi kerak (lekin psixiatr

emas, bu keskin salbiy reaksiyaga olib kelishi mumkin). Bunday holatlarda operatsiya nafaqat bemor xohlagan natijani bermaydi, balki uning depressiyasini kuchaytirishi mumkin.

QACHON, QANDAY VA NIMA UCHUN BEMORGA ESTETIK OPERATSIYANI RAD ETISH TAVSIYA ETILADI

Mashhur amerikalik plastik jarroh R. Goldwynning so'zlariga ko'ra, jarroh bemorga "yo'q"deb aytishi kerak bo'lgan bir nechta holatlar mavjud.

1. Agar jarrohning fikriga ko'ra, bemor kosmetik operatsiyaga muhtoj bo'lmasa, unda uni rad etish uchun barcha asoslar mavjud. Bunday vaziyatda shifokor o'z qarori uchun bunday tushuntirishlarni topishi kerakligi aniq, bu har qanday holatda ham bemorni uning shaxsiy dushmaniga aylantirmaydi.
2. Kosmetik operatsiyaga rozilik jarroh uchun juda qiyin va bemor unga chinakam xunuk ko'rinish bilan murojaat qilganda. Qoida tariqasida, bu holda boshqa mutaxassisliklar jarrohlari ishtirokida bir nechta rekonstruktiv operatsiyalar zarur. Bunday tug'ma sharoitlar odatda psixiatrning doimiy e'tiborini talab qiladigan og'ir psixo-emotsional kasalliklar bilan birga keladi.
3. Agar jarroh bemor uchun zarur bo'lgan aralashuv turini amalga oshirishda o'zini etarlicha tajribali deb hisoblamasa, uni boshqa, tajribali mutaxassisga yuborishi mumkin. Ushbu qarorni qabul qilish ko'pincha oson emas va bu har doim shifokorni boshqaradigan yuqori axloqiy me'yorlarning dalilidir. Shuni esda tutish kerakki,"jarroh operatsiya qilish orqali tirikchilik qiladi, ammo operatsiyani rad etish orqali o'z obro'sini oshiradi".
4. Bemorda qo'shma kasalliklar tufayli aralashuvga qarshi ko'plab kontrendikatsiyalar operatsiyani rad etish uchun etarli sabab bo'lishi mumkin. Ba'zida muammoni hal qilish faqat noma'lum vaqtga qoldiriladi, bemor boshqa mutaxassisliklar shifokorlari yordamida sog'lig'ini yaxshilashga harakat qiladi.
5. Agar bemorning tashqi ko'rinishini sezilarli darajada yaxshilasa, estetik operatsiyani rad etish ancha qiyin. Shu bilan birga, bemorning haddan tashqari talablari, uning faqat mukammallikka bo'lgan psixologik munosabati, murosaga kelishga tayyor emasligi va zamonaviy jarrohlik haqiqatlarini qabul qilishni istamasligi jarrohga boshqa tanlov qoldirmaydi.

ESTETIK OPERATSIYALARGA KO'RSATMALAR VA KONTRENDIKATSIYALAR

Yuzdagi estetik operatsiyalarning ko'rsatkichi, birinchi navbatda, kosmetik nuqsonning mavjudligi va bemorning undan xalos bo'lish istagi. Tajribali plastik

jarrohlarning bayonotlariga ko'ra, shifokorning mahorati ko'p jihatdan uning deformatsiyani, rejalashtirilgan operatsiyaning kutilgan natijasini va bemorning unga tayyorgarlik darajasini to'g'ri baholash qobiliyati bilan belgilanadi. Boshlang'ich jarrohlar jarrohlik davolash uchun bemorlarni tanlashda qat'iyroq bo'lishlari kerak. Bu, ayniqsa, burun deformatsiyalari uchun to'g'ri keladi. Deformatsiya qanchalik kam aniqlansa, har bir holatda jarrohlik davolash foydasiga ijobiy qarorga shunchalik ehtiyotkorlik bilan yondashish kerak. Yuzdagi estetik operatsiyalarga qarshi ko'rsatmalar mahalliy va umumiy.

Mahalliy kontrendikatsiyalarga burun, ko'z qovoqlari, og'iz bo'shlig'i, terining o'tkir yallig'lanish kasalliklari kiradi.

Umumiy kontrendikatsiyalarga aniqlanmagan etiologiyaning subfebril holati, o'pkada yoki boshqa organlarda faol sil kasalligi jarayonining mavjudligi, anemiya, hayz ko'rish, davolanmagan sifilis, aktinomikoz, Lupus, Markaziy asab kasalliklari, yurak-qon tomir, endokrin tizim, yuqumli patologiya, surunkali yallig'lanishning kuchayishi, gematopoetik organlarning kasalliklari kiradi.

Bundan tashqari, operatsiya paytida va operatsiyadan keyingi davrda ishlatiladigan dorilarga nisbatan murosasizlikni aniqlash juda muhimdir.

Bemorning sog'lig'ini ob'ektiv baholash uchun uni har tomonlama tekshirish kerak: klinik va biokimyoviy qon testlari, siydik tahlili, EKG, tegishli mutaxassislarning maslahati (terapevt, otorinolaringolog, stomatolog, ko'z qovoqlari sohasidagi operatsiyalar uchun - Optometrist).

Kutilayotgan operatsiya turini hisobga olgan holda bemorning yoshiga e'tibor berish kerak. Shunday qilib, aurikulalarni tuzatish 6-7 yoshga to'lgan bolalar uchun amalga oshirilishi mumkin, chunki bu vaqtga kelib aurikulaning shakllanishi asosan tugaydi. Biroq, ba'zi deformatsiyalar bilan, masalan, kattalashgan aurikullar bilan, butun tananing o'sishi tugamaguncha operatsiyalarni bajarish tavsiya etilmaydi: bolalik davrida katta ko'rinadigan aurikullar vaqt o'tishi bilan yuzning qolgan xususiyatlariga mutanosib bo'lib qolishi mumkin. Bunday hollarda, otalarning xohish-istaklari bilan hisoblashmaslik mumkin, ularga vaziyatni va kutish taktikasining afzalliklarini tushuntirish mumkin. Agar biz W va P darajalarining mikrootiyasi bilan ko'p bosqichli va murakkab jarrohlik aralashuvlar amalga oshirilishini hisobga olsak, bu bolalarda kosmetik operatsiyalar 9-10 yoshda yoki undan ham katta yoshda o'tkazilishi kerak. Shunday qilib, savol aurikul deformatsiyalari bo'lgan bolalarda estetik operatsiyalar vaqti alohida hal qilinishi kerak.

Kosmetik rinoplastikani kamida 18 yoshli ayollarda, ya'ni bosh suyagining yuz qismini, erkaklarning au rivojlanishini tugatgandan so'ng - kamida 21-23 yoshda bajarish tavsiya etiladi. Shu bilan birga, 40 yoshdan oshgan bemorlarda

burunni tuzatish tavsiya etilmaydi, chunki ular boshqa ko'rinishga ko'nikishlari qiyin va ba'zida ular paydo bo'lgan o'zgarishlardan afsuslanishadi.

Bundan tashqari, bu yoshda kosmetolog-jarrohga operatsiya uchun ma'lum psixologik kayfiyatga ega bo'lgan va shu bilan birga uning mahalliy ko'rsatkichlari etarli bo'lmagan bir nechta ayol bemorlar murojaat qilishadi. Ularning ba'zilari burunning deformatsiyasini rinoplastikaning muvaffaqiyatiga qaramay, bartaraf etilishi mumkin bo'lmagan hayotiy muammolarning sababi deb hisoblashadi.

Geriatrik profilning jarrohlik aralashuvlari, ya'ni yuz va bo'yinning turli qismlarining ortiqcha terisini olib tashlash mahalliy ko'rsatkichlar mavjud bo'lganda amalga oshiriladi. Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, ortiqcha teri odatda 35-40 yoshdan keyin paydo bo'ladi.

Ba'zi bir xususiyat-bu pastki ko'z qovoqlari sohasidagi operatsiyalar yog ' churrallari haqida. Ularning aniq shishishi, shishishi, mustaqil ravishda qabul qilingan suyuqlik miqdoridan, agar sog'liq yaxshi bo'lsa, ular olib keladi yosh sub'ektlar uchun asosan ayollar uchun ko'plab tajribalar. Yog ' churrallarini olib tashlash 16-17 yoshdan keyin mumkin va tavsiya etiladi.

ESTETIK OPERATSIYAGA TAYYORGARLIK VA OPERATSIYA

Odatda, bemor operatsiya kuni klinikaga keladi. Aralashuvdan oldin u palataga joylashtiriladi, u erda u uchun mutlaqo g'ayrioddiy vaziyatga tushib qoladi, bu odamning hayajonini va operatsiya stolida jarroh bilan uchrashishdan qo'rqishini sezilarli darajada oshirishi mumkin. Bemorning bitta xonada bo'lishi ayniqsa muhimdir, chunki uning operatsiya qilingan bemorlar bilan aloqasi juda istalmagan. Shuning uchun zamonaviy mehmonxonada bo'lgani kabi palatada maksimal qulaylikni yaratish kosmetik jarrohlikda muhim ahamiyatga ega. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlar uchun istalgan vaqtda mavjud bo'lish muhimdir.

ESTETIK JARROHLIKDA OPERATSIYADAN KEYINGI ASORATLAR VA QONIQMAGAN BEMOR

Ma'lumki, estetik jarrohlikning asosiy maqsadi qoniqarli bemorni "olish" dir. Ushbu maqsadga erishish yo'lidagi asosiy to'siqlar operatsiyadan keyingi asoratlar (umumiy va mahalliy), shuningdek bemorning nafaqat operatsiyadan keyingi davrni, balki yakuniy natijalarni salbiy baholashidir.

Asoratlarning chastotasi bemorlarni jarrohlik uchun tanlash sifatiga, jarrohning tajribasiga, uning texnikasi darajasiga, shuningdek, har bir jiddiy klinikada mavjud bo'lgan va takomillashtiriladigan bemor bilan ishlash sifatining ko'plab standartlarini amalga oshirishga bog'liq.

Agar bemorlarni yakuniy tanlash ularning operatsiyadan oldingi chuqur tekshiruvi asosida amalga oshirilsa, umumiy asoratlar deyarli yuzaga kelmaydi. Uning muhim qismi bemorni anesteziolog tomonidan tekshirishdir. Ijobiy natijalar bilan ular aralashuvni o'tkazish to'g'risida yakuniy qaror qabul qilishadi va behushlikning o'ziga xos xususiyatlarini aniqlaydilar.

Kosmetik jarrohlikda operatsiyadan keyingi mahalliy asoratlar juda muhim va heterojen guruh bo'lib, ularning paydo bo'lish sabablari shifokorning san'atini yoki klinikada tartibni yomonlashtirmasligi mumkin. Barcha asoratlarni uchta asosiy guruhga bo'lish mumkin: jarrohga bog'liq, bemorga bog'liq va boshlang'ich vaziyatning murakkabligi tufayli ob'ektiv ravishda.

Jarroh yoki tibbiyot xodimlarining xatolariga bog'liq bo'lgan mahalliy asoratlarni o'z navbatida uchta kichik guruhga bo'lish mumkin: intraoperativ (asosan yatrogen shikastlanish); erta (gematomalar, yiringlash, tromboflebit va boshqalar) va kech (operatsiya sohasidagi konturlarning buzilishi, chandiq deformatsiyalari va boshqalar). asosan yatrogen zarar); erta (gematomalar, yiringlash, tromboflebit va boshqalar) va kech (operatsiya zonasida konturlarning buzilishi, chandiq deformatsiyalari va boshqalar).

ESTETIK JARROHLIKNING HUQUQIY ASOSLARI

Yangi ijtimoiy-iqtisodiy sharoitda qonunlarni bilishga asoslangan huquqiy xavfsizlik, ularning to'g'ri va o'z vaqtida qo'llanilishi, sog'liqni saqlash xodimlariga kasbiy burchini bajarishda o'z huquqlaridan samarali foydalanish, boshqa fuqarolarning huquq va erkinliklariga ta'sir qilmasdan yoki buzmasdan samarali foydalanish imkonini beradi. shifokor faoliyatining professional asoslari. Aynan shu nuqtai nazardan biz estetik jarrohlikning ba'zi huquqiy jihatlarini ko'rib chiqishga qaror qildik. Sog'liqni saqlash muassasalarini huquqiy ta'minlashning asosiy yo'nalishlari, bizning fikrimizcha, quyidagi bo'limlarni o'z ichiga olishi kerak:

- tibbiy huquqiy tartibga solish bo'yicha hujjatlar to'plamini ishlab chiqish faoliyat;
- tibbiyot xodimlarini huquqiy o'qitish;
- sog'liqni saqlash muassasalari faoliyatini huquqiy normalarga muvofiqlashtirish tibbiy hujjatlarga huquqiy ma'lumotlarni kiritish;
- tibbiy xizmatning huquqiy rejimini aniqlash.

Yuqoridagilarning yo'qligi ko'pincha bemorlarning huquqlarini buzilishiga va sudda nizolarni hal qilishga olib keladi. Shu bilan birga, agar uning xodimlarining aybi aniqlansa, tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha xizmat vazifalarini lozim darajada bajarmaganlikda ifodalangan bo'lsa, tibbiyot muassasasi aybdor deb topiladi.

Fuqarolik-huquqiy ma'noda tibbiyot muassasalari xodimlarining aybi xodimlarning aybi bilan kamayganligi sababli, uning malakasi va tajribasiga alohida talablar qo'yilishi kerak.

Har bir sog'liqni saqlash xodimi (tibbiy, farmatsevtika) o'z ixtisosligi, unvoni va lavozimiga mos keladigan barcha bilimlarga to'liq ega bo'lishi, shuningdek favqulodda vaziyatlarda yordam ko'rsatishi kerakligi haqidagi umumiy qoida shubha tug'dirmaydi. Sertifikatlangan mutaxassis ma'lumot, bilim etishmasligi haqida gapira olmaydi; uning malakasi professional talablarga to'liq javob berishi kerak.

Himoyalangan foyda — hayot va sog'liqning ahamiyati, tibbiyot fanining jadal rivojlanishi va uning usullarini sezilarli darajada yangilash tufayli — yeditsina xodimlarining malakasi va tajribasi masalasi katta ahamiyatga ega (shu jumladan aybdorlik muammosini to'g'ri hal qilish uchun) va sog'liqni saqlash organlariga va ularning har bir xodimiga ma'lum majburiyatlarni yuklaydi.

Vaqt o'tishi bilan sog'liqni saqlashni huquqiy qo'llab-quvvatlash muammosining dolzarbligi tobora ortib bormoqda. Mamlakatda fuqarolik munosabatlarining davom etayotgan huquqiy o'zgarishi ular haqidagi g'oyalarni doimiy ravishda Qonunchilik yangiliklariga moslashtirish zarurligini taqozo etadi. Sog'liqni saqlash muassasalarini huquqiy qo'llab-quvvatlash past darajada va bugungi kunda tibbiy xizmatlarni taqdim etish bilan bog'liq ko'plab huquqiy muammolar mavjud. Sog'liqni saqlash sohasida erkin iqtisodiy oborot rivojlanishi bilan ular yanada ko'payadi. Endi ikkalasi ham to'lashlari kerak, va qancha uzoq bo'lsa, shuncha ko'p.

Shuning uchun tibbiyot huquqiy o'zgarishlarni boshdan kechirmoqda va yuzaga keladigan nizolarni hal qilishda huquqiy usullarni e'tiborsiz qoldirmaslik kerak. Hozirgi vaqtda sog'liqni saqlash sohasidagi mutaxassislarning huquqiy tayyorgarligi ularning kasbiy tayyorgarligining majburiy va tubdan muhim qismidir.

Kasbiy tibbiy va farmatsevtika faoliyatini tartibga soluvchi huquqiy me'yorlar to'g'risida doimiy ma'lumotga ega bo'lmagan holda, sog'liqni saqlash xodimi kasbiy vazifalarni kerakli darajada bajara olmaydi. Sog'liqni saqlash xodimlarining o'z huquqlari, majburiyatlari, ma'muriy va huquqiy javobgarligini bilish, bemorning va aholining turli guruhlarining sog'liqni saqlash sohasidagi huquqlarini, shuningdek, kasbiy faoliyat jarayonida shifokor va bemorning huquqiy munosabatlarini bilish bemorlar bilan nizolarning oldini olishda muhim yordam beradi. tibbiy xatolar va kasbiy jinoyatlar. Huquqiy demokratik davlat va bozor munosabatlarining yangi sharoitlarida ishlayotganda, aholi salomatligini muhofaza qilish to'g'risidagi qonun hujjatlari asoslarini bilish va ularga egalik

qilish profilaktika, diagnostika va davolash masalalari kabi shifokor uchun majburiy malaka talabidir.

Kosmetik aralashuvlar davolanayotgan kasallik sifatida qaralmasligi kerak. Shuni ta'kidlash kerakki, bu faqat holat va bemor uni yo'q qilish yoki qilmaslikni o'zi tanlaydi. Bemor deyarli aralashuvga sog'lom keladi. Bu erda zamonaviy huquqiy narsalar yotadi biz taklif qilishimiz kerak deb hisoblagan muammolar.

Umumiy yoki lokal og'riqsizlantirish ostida amalga oshiriladigan har qanday jarrohlik aralashuv sog'liqqa zarar etkazish xavfini keltirib chiqaradi, bu esa jinoiy (shaxsan ushbu bemorga xizmat ko'rsatadigan shifokor yoki tibbiyot xodimi) yoki fuqarolik javobgarligiga (sog'liqni saqlash muassasasi, xususiy muassasa yoki klinikaga) olib kelishi mumkin. tibbiyot xodimlari mehnat munosabatlarida).

Estetik aralashuv sud tomonidan buzilish deb hisoblanishi mumkin bo'lgan yuzdagi doimiy oqibatlarga olib kelishi mumkin. Shuni ta'kidlash kerakki, bugungi sud amaliyoti asosan o'chmas o'zgarishlar qatoriga kiradi, ularni maxsus jarrohlik aralashuviziz bartaraf etib bo'lmaydi. Bu erda, albatta, sog'liqqa zarar etkaziladi.

Oddiy shahar kosmetik klinikasi sharoitida bemorga xavfni tushuntirish va hujjatlarni imzolash, davolanishga rozilik yoki xabardor qilingan rozilik bilan bog'liq muayyan huquqiy choralar ko'rilishi kerak. Operatsiya ixtiyoriy tibbiy sug'urta shartnomasiga muvofiq amalga oshirilgan hollarda, bizning fikrimizcha, bemorning xavfi hayotni sug'urtalash va baxtsiz hodisalardan sug'urta qilish tamoyillari bo'yicha sug'urta mukofotini operatsiya uchun tarifga kiritish orqali qoplanishi kerak.

Shuni ta'kidlash kerakki, zamonaviy qonun bilan jarroh kosmetolog va bemor o'rtasidagi munosabatlarning ko'plab masalalari hal qilinmagan. Bunday sharoitda biz sug'urta shartnomasi bo'lmagan taqdirda kosmetik operatsiya to'g'risida shartnoma tuzishni tavsiya etamiz. Bu biroz noqulay protsedura, ammo asoratlar yuzaga kelganda, bu sizga qat'iy belgilangan yo'nalishda huquqiy ishlarni bajarishga imkon beradi.

Aralashuv faqat fuqaroning oldindan xabardor qilingan roziligidan keyin amalga oshirilishi mumkin. Shu bilan birga, qonun chiqaruvchi ushbu rozilikni yozma ravishda qo'llab-quvvatlash kerakmi yoki yo'qligini aniqlamadi.

TURLI XIL PLASTIK OPERATSIYALAR UCHUN ANESTEZIYA

Blefaroplastika. Midazolam premedikatsiyasi (5-7,5 mg) fonida 1:100,000 konsentratsiyasida adrenalın gidroxlridi bilan 1% lidokain eritmasidan foydalanish odatda yuqori va pastki qovoqlarda, shu jumladan pastki qovoqlarning transkonjunktival blefaroplastikasida operatsiya qilish uchun etarli. Anestetik qo'llanilganda yonish hissi har 10 ml lidokain eritmasi uchun 1 ml 8,4% natriy

bikarbonat eritmasi qo'shilishi bilan tekislanishi mumkin. 0,1 mg Klonidin qo'shilishi operatsiyadan keyingi va operatsiyadan keyingi gipertenziyani va operatsiyadan keyingi qon ketish xavfini kamaytiradi.

Otoplastika. Jarrohlik odatda lokal behushlik ostida 0,5-1% lidokain eritmasi yordamida amalga oshiriladi. Premedikatsiya sxemalarida midazolam (ichkarida 5-7,5 mg) yoki stadol (mushak ichida 2 mg) ishlatiladi.

Submental plastmassa. Operatsiya to'qimalarning gidropreparatsiyasi yordamida amalga oshiriladi. Anesteziya eritmasi: 500 ml natriy xlorid izotonik eritmasiga 500 mg lidokain, 1 mg adrenalin gidroxlorid va 12,5 ml 8,4% natriy idrokarbonat. Infiltratsiya qilinadigan eritma miqdori odatda 150 ml dan oshmaydi.

Yuzdagi yoshartiruvchi operatsiyalar. Ushbu operatsiyalarni bajarish uchun tinchlantiruvchi vositalar va behushlik fonida to'qimalarni gidropreparatsiya qilish qo'llaniladi. Anesteziya eritmasi: 500 mg lidokain, 1 mg epinefrin gidroxlorid, 500 ml izotonik natriy xlorid eritmasi uchun 12,5 ml 8,4% natriy gidrokarbonat eritmasi. Sedativ ta'sirga erishish uchun mushak ichiga 2,5 mg midazolamni har 1,5 soatda 4-5 soatlik intervalda yuborish kerak.

Minimal miqdordagi intrauterin qon ketish bilan operatsiyadan keyingi tez tiklanish to'qimalarni gidro-payvandlash texnikasining eng muhim afzalliklaridan biridir. Muhim kamchilik-bu ehtiyotsiz eritmani ehtiyotkorlik bilan kiritish uchun zarur bo'lgan qo'shimcha vaqt (taxminan 1 soat) tufayli operatsiya davomiyligini oshirish.

Anesteziya bemor "o'z operatsiyasida bo'lishni" xohlamasdan, uni qo'llashni talab qiladigan holatlarda ko'rsatiladi.

Ushbu holatlarda eng maqbul narsa nafas olish, tomir ichiga behushlik va analjezikdan foydalanish uchun vositalar asosida miyoplegiya va mexanik shamollatish sharoitida behushlik qilishdir. Buning uchun ketma-ket tomir ichiga yuboriladi:

- * atropin sulfat 0,1% eritma 0,5 ml dozada salivatsiyani kamaytirish va traxeya intubatsiyasida vagus reflekslarini oldini olish uchun;
- * stadol 2 mg dozada;
- * arduan 1 mg dozada;
- * tiopental-natriy 4-6 mg/kg dozada tayyorlangan ex tempore 1% eritmasi shaklida;
- * listenon 2 mg/kg dozada.

Traxeyani intubatsiya qiling.

Anesteziyaning etarli darajasiga erishgandan so'ng, u fluotan kombinatsiyasi bilan qo'llab-quvvatlanadi (0,5-1 vol.%), propofol [4 mg / (Kgh)], stadolni 2 mg dozada qayta yuborish.relaksatsiya arduanning kamayib borayotgan dozada qo'shimcha kiritilishi bilan ta'minlanadi.

Ekstubatsiya, qoida tariqasida, neyromuskulyar o'tkazuvchanlik va gemodinamikaning barqarorligini to'liq tiklashga ishonch hosil qilib, engil tibbiy uyqu sharoitida amalga oshiriladi.

Fluotanning gepatotoksik ta'siri tufayli jigar kasalligiga shubha qilingan bemorlarda uni qo'llash mutlaqo chiqarib tashlanadi. Agar yuzdagi plastik jarrohlik davomiyligini hisobga olsak, fluotanni inhalatsiyalash davomiyligi 2 soatdan oshmasligi kerak, shu bilan birga kelajakda propofol dozasi ko'paytirish yoki propofolni azot oksidi bilan birlashtirish orqali asosiy behushlik ta'minlanishi mumkin.

Rinoplastika operatsiyalarining o'ziga xos xususiyati ularning shikastlanishi va yuzaki behushlik sharoitida laringospazmga olib kelishi mumkin bo'lgan qon aspiratsiyasining potentsial xavfidir. Shuning uchun Rinoplastika fluotan, diprivan va analjezik stadol yordamida kombinatsiyalangan endotrakeal behushlik ostida amalga oshiriladi. Qon yo'qotishining kamayishi mintaqaviy behushlik va fluotan inhalatsiyasi fonida boshqariladigan gipotenziya bilan ta'minlanadi.

Amaliyot oxirida orofarenks so'rish orqali sekretsiyadan tozalanadi. Ekstubatsiya tiklangan himoya refleksleri fonida sayoz uyqu jarayonida amalga oshiriladi.

Plastik operatsiyalarni behushlik bilan ta'minlash operatsiyadan keyingi og'riq sindromiga qarshi kurashni ham o'z ichiga oladi. Operatsiyadan keyingi og'riqni davolashning istiqbolli usuli bu steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni og'riq qoldiruvchi, yallig'lanishga qarshi va antipiretik xususiyatlarning muvaffaqiyatli kombinatsiyasi bilan ishlatishdir. Steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarning og'riq patogenezi va yallig'lanish genezisining giperaljeziyasida ishtirok etadigan araxidon kislotasi metabolitlarini blokirovka qilish qobiliyati, ushbu guruhdagi dorilarning periferik va Markaziy ta'sir mexanizmlarining mavjudligi ularni estetik jarrohlikda ajralmas holga keltiradi.

Ogohlantirish analgeziyasi diklofenak natriy eritmasini operatsiyadan oldin darhol 75 mg dozada va tugagandan so'ng darhol solpadeinni (paratsetamol+kofein natriy benzoat+kodein) og'iz orqali qabul qilishga keyingi o'tish bilan mushak ichiga yuborishni ta'minlaydi. ishlab chiqaruvchi tomonidan tavsiya etilgan dozada (kuniga to'rt marta, dozalar orasidagi interval bilan kamida 4 soat va tungi tanaffus 8 soat).

KOSMETIK OPERATSIYALAR PAYTIDA KESMALARNING XUSUSIYATLARI

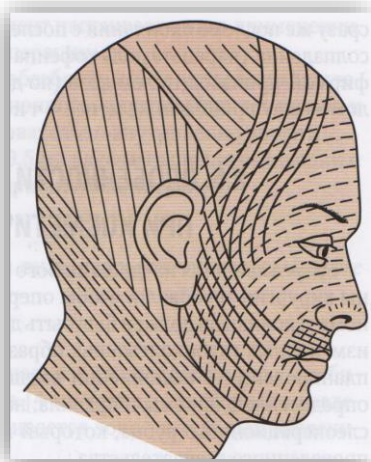
Kesish har qanday jarrohlikning boshlanishi hisoblanadi. Jarrohlikning eski qonunlari jarrohlik kesimining yagona shartni qondirishini talab qildi: bu patologik o'zgargan chuqur yotgan tuzilmalarni ochish uchun yetarli bo'lishi kerak edi. Kosmetik jarrohlikda, aralashuvni rejalashtirish va amalga oshirishda,

operatsiyadan keyingi estetik chandiqni olishga qaratilgan ba'zi usullar va qoidalar har doim hisobga olinadi va qo'llaniladi, bu ba'zan aralashuvning yagona natijasidir.

Kesish har qanday operatsiyaning boshlanishi. Jarrohlikning eski qonunlari jarrohlik kesimini bitta shartni qondirishni talab qildi: bu patologik o'zgargan chuqur yotgan tuzilmalarni ochish uchun etarli bo'lishi kerak edi. Kosmetik jarrohlikda aralashuvni rejalashtirish va amalga oshirishda har doim operatsiyadan keyingi estetik chandiqni olishga qaratilgan ba'zi usullar va qoidalar hisobga olinadi va qo'llaniladi, bu ba'zan aralashuvning yagona natijasidir.

Yuz va tananing terisida operatsiyalarda operatsiyadan keyingi estetik jihatdan yaxshi chandiq atrofdagi to'qimalar bilan bir xil darajada yotadigan, rangi va zichligi jihatidan farq qilmaydigan va kontrakturalarga yoki yaqin atrofdagi shakllanishlarning boshqa siljishlariga olib kelmaydigan ingichka chandiq deb hisoblanishi kerak.

Ko'z qovoqlaridagi kesma chiziqlar ko'z bo'shlig'iga parallel ravishda joylashgan. Agar yuqori ko'z qovog'ini kesishni davom ettirish kerak bo'lsa, u holda kesilgan chiziq yuqoriga qarab egilgan bo'lishi kerak; pastki ko'z qovog'ini kesishni davom ettirganda, kesilgan chiziq 60-83°burchak ostida pastga egiladi. Peshonada kesma odatda ko'ndalang, burmalar bo'ylab joylashgan; ortiqcha transfert sohasida - qoshlar orasidagi burmalar yo'nalishiga muvofiq; yuz va bo'yinning lateral yuzasida - bosh terisi chetiga parallel, aurikul tagida, pastki jag ' burchagida, nazolabial burma sohasida.



2.1. rasm.

Bundan tashqari, yuzdagi kesmalar teridagi kollagen yo'nalishiga muvofiq amalga oshiriladi. Operatsiya yarasining uzunligining terining kollagen tolalari oqimiga nisbati masalasi o'z tarixiga ega. Langer diametri 2 mm bo'lgan maxsus dumaloq teshik bilan jasadlarning terisini 2,5 sm chuqurlikka teshdi va shu bilan birga dumaloq emas, balki cheklangan tizimda joylashgan liptik teshiklarni oldi.

Bunday holda, ellipsning uzun o'qi terining kuchlanish chiziqlari deb nomlangan chiziqlar bo'ylab yo'naltirilgan (rasm. 2-1).

Uzoq vaqt davomida operatsion kesmalar Langer chiziqlari bo'ylab amalga oshirilishi kerak deb ishonishgan. Ular tufayli ular jasadning terisida statik kuchlarning ta'siri natijasidir, klinikada ushbu qoidadan foydalanish rad etildi.

1935 yilda Webster kesiklarni tabiiy ajinlar bo'ylab joylashtirangiz, operatsiyadan keyingi chandiqlarni yaxshiroq olish mumkinligini aniqladi. Ko'pgina plastik jarrohlar-tabiiy chuqurliklarda operatsion kesmalar qilish kerakmi, bu asosan teriga qo'llaniladigan dinamik kuchlarning ta'siri natijasidir, bu asosan mushaklarning teri osti tortilishi yo'nalishi bilan belgilanadi.

Kocher birinchilardan bo'lib Langerning yuz sohasidagi kuchlanish chiziqlarining nomuvofiqligini payqadi. Yuzning anatomik tuzilishining o'ziga xos xususiyatlari tufayli bir qator fiziologik burmalar yuzaki yuz mushaklarining teri osti yog ' to'qimalariga yoki to'g'ridan-to'g'ri teriga birikishi natijasidir. Bunday tabiiy burmalarda yoki to'g'ridan-to'g'ri ajinlarda joylashgan chandiqlar ajinlarni taqlid qiladi. Shu munosabat bilan terining mahalliy plastik usullari yordamida noto'g'ri joylashtirilgan chandiqlar yo'nalishini o'zgartirish kerak bo'ladi. Operatsion kesmalarining joylashishini aniqlaydigan bu chiziqlar terining bo'shashish chiziqlari deb nomlangan, ular juda tez-tez uchraydi, lekin har doim ham ajinlar yo'nalishiga mos kelmaydi, chunki ajinlar va terining tabiiy burmalarining joylashishi teri osti mushaklari va bo'g'imlardagi harakatlarning yo'nalishiga bog'liq, bu har doim ham dam olish paytida terining bo'shashish chiziqlari yo'nalishiga to'g'ri kelmaydi. Bu peshonaning vertikal burmalari va ajinlariga, burunning orqa qismidagi egri chiziqlarga, ko'zlarning tashqi burchaklariga, ma'badga va boshqalarga tegishli.D. (rasmga qarang. 2-1).

Terining gevşeme chiziqlari terini Barmoqlaringiz bilan siqish orqali aniqlanadi. Agar biron sababga ko'ra buni qilish qiyin bo'lsa, unda yuzning yoki tananing nosimmetrik sohasidagi gevşeme chiziqlari ko'rsatma bo'lib xizmat qilishi mumkin. Tabiiy teshiklar atrofida gevşeme chiziqlari odatda radial tarzda o'tadi.

Bosh barmog'i va ko'rsatkich barmog'i bilan terining siqilishi, agar siqish teri osti mushaklari yo'nalishiga perpendikulyar ravishda amalga oshirilsa, bir xil parallel burmalar paydo bo'lishiga olib keladi. Aks holda, terining burmalari notekis joylashtirilgan. Bolalarda va kattalar yuzining ko'plab joylarida terida ifoda etilmagan naqsh mavjud, shuning uchun- siqilishdan oldin uni talk kukuni bilan sepish tavsiya etiladi.

Asosiy to'qimalarning yengilligi operatsiyadan keyingi chandiq ko'rinishiga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin. Qavariq yuzalarda (peshona, yonoq suyaklari, iyak) chandiqlar burmalarga qaraganda ko'proq seziladi. Ushbu joylar bu erda terining har doim taranglashishi, hatto harakatlar paytida ham burmalarga

to'planish tendentsiyasi yo'qligi bilan ajralib turadi. Yuqorida muhokama qilinganlardan ko'rinib turibdiki, bu dermisning tolali tuzilmalarining maxsus holati, ularning stress holati, olib tashlanganda sodir bo'ladi undan chandiqlarda kollagenning normal yo'nalishi uchun sharoit yaratilmaydi, ammo xaotik tez rivojlanish sodir bo'ladi. Natijada gipertrofik yoki keloid chandiq paydo bo'ladi.

Shuni alohida ta'kidlash kerakki, qalin teri uchun bo'shashgan chiziqlar va chandiq yo'nalishi nisbati ingichka teriga qaraganda muhimroqdir, bu erda chandiq kollagen tolalari miqdori va ularning yo'nalishiga kamroq bog'liq.

Kesish terining yuzasiga qat'iy perpendikulyar bo'lgan juda o'tkir skalpel bilan amalga oshirilishi kerak. Pichoqni xuddi shu joyda takroriy harakatlardan qochish kerak, chunki keyinchalik yaraning qirralarini aniq taqqoslash deyarli imkonsiz bo'ladi va shuning uchun chuqur xunuk chandiq paydo bo'ladi. Teri osti yog ' to'qimalariga juda ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lish kerak, chunki u ayniqsa, to'mtoq asboblari bilan mexanik stressga sezgir, osongina nekrotik bo'lib, ko'pincha asoratlarga olib keladi. Terining ajralishi, shuningdek, o'tkir skalpel bilan va har doim bir qatlamda amalga oshirilishi kerak, bu qon ketishini minimal darajada ushlab turishga imkon beradi. Terini ajratgandan so'ng, ehtiyotkorlik bilan gemostaz zarur. Idishni ushlab turganda, iloji boricha kamroq tolani qisqichga olish kerak. Buning uchun ingichka qisqich idishga perpendikulyar emas, balki parallel yo'nalishda qo'llaniladi.

N. I. Pirogov va F. Burian tomonidan tasvirlangan mahalliy to'qima shokining hodisalari, birinchi navbatda, to'mtoq asboblari bilan uzoq muddatli mexanik shikastlanish natijasida yuzaga keladi. Shu munosabat bilan yaraning qirralari nozik ilgaklar bilan ushlab turilishi yoki ko'tarilishi kerak. Agar jarrohlik aralashuvi vaqt o'tishi bilan davom etsa, unda yaraning qirralari ilgaklar bilan emas, balki uchlari asbob bilan ushlangan iplar yordamida ushlab turiladi. Jarrohlik cimbizlari faqat operatsiya paytida olib tashlanadigan terining joylarini ushlab uchun yaxshiroq qo'llaniladi.

YUZ TERISINI TO'LIQ KO'TARISH

Yuzning lateral yuzalarida, bo'yin va peshonada yumshoq to'qimalarda (ajinlar, burmalar) yoshga bog'liq o'zgarishlarni bartaraf etishga qaratilgan operatsiyalar yuz terisini to'liq ko'tarish deb ataladi. Ushbu operatsiyalar kosmetik aralashuvlar umumiy sonining 28-38 foizini tashkil qiladi. Bu estetik jarrohlikning eng keng bo'limlaridan biri bo'lib, rinoplastikadan keyin ikkinchi o'rinda turadi.

Hozirgi vaqtda yuzdagi yoshga bog'liq o'zgarishlarni tuzatish usullari mass tizimini kengaytirilgan tuzatish bilan yuzni ko'tarish texnikasini ishlab chiqishga asoslangan bo'lib, ular terining va chuqur tuzilmalarning kombinatsiyalangan

tuzatilishini amalga oshirganda, tuzatiladigan qatlamlarning kuchlanish vektorlarini ajratib turadi.

Bu yuz va bo'yinning yoshartiruvchi jarrohligida sifatli sakrashga olib keldi. Yuzaki mushak-fassial tizim, platizm va yuz skeletining suyaklariga bir qator jarrohlar tomonidan taklif qilingan aralashuvlar hatto o'ta aniq yoshdagi va tug'ma deformatsiyalarni ham yo'q qilishga imkon berdi.

Ko'rsatkich-yuqori yarmida (peshona, ko'z qovoqlari, ko'zlar va zigomatik suyaklarning tashqi burchaklari), yuzning lateral yuzalarida (yonoq va nazolabial burmalar), pastki jag ' va bo'ynida ajinlar va burmalar mavjudligi. Shuni yodda tutish kerakki, agar bemorlarda ko'plab va ayniqsa chuqur jo'yaklar bo'lsa, operatsiya natijasi har doim ham qoniqarli emas, chunki jo'yaklar tez orada yana paydo bo'ladi.

Og'riqni yo'qotish. Ko'pincha intubatsion behushlik va tomir ichiga behushlik anesteziyaning aralashuv zonasiga mahalliy infiltratsiya kiritilishi bilan birgalikda qo'llaniladi. Quloq, temporal va sternokleidomastoid mintaqada gidropreparatsiya ta'siri ayniqsa muhimdir.

Texnika. Yuz terisini standart to'liq ko'tarish uchta mintaqada (temporal, bukkal va posadius) yog ' -teri qopqog'ini chiqarishni o'z ichiga oladi. Operatsiya terini kesish, teri-yog ' yoki yuzaki mushak-fasyal qopqoqni (mass - lifting) ajratish, so'ngra uni tortish, hosil bo'lgan ortiqcha terini olib tashlash (SKIN - lifting) va terini tikishni o'z ichiga oladi. Ba'zi bemorlar submental sohada qo'shimcha operatsiyaga muhtoj.

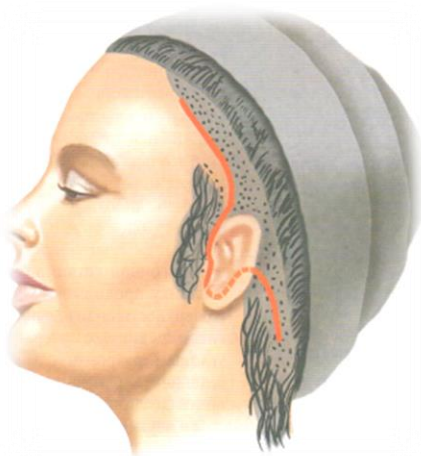
Operatsiya vaqtinchalik hududdagi sochlarni tasma shaklida tarash bilan boshlanadi, uning kengligi terining harakatchanlik darajasiga bog'liq va o'rtacha 2-2,5 sm. ushbu chiziq ostida sochlar operatsiyadan keyingi chandiqni qoplash uchun qoldiriladi. Bo'yinning orqa qismida sochlar butunlay qirgiladi. Shundan so'ng, kelajakdagi kesma chizig'i belgilanadi. Terining kesilgan chizig'ini tanlashga ko'plab omillar ta'sir qiladi: oldingi soch chizig'ining tabiati va joylashishi, soch turmagi, jarrohning afzalliklari va boshqalar.

Teri kesmasi aurikula ustida boshlanadi, so'ngra quloq lobini aylanib, aurikulaning oldingi chetida davom etadi. Keyinchalik, kesma quloq orqasidagi truba bo'ylab tashqi quloq kanali darajasiga ko'tariladi. Aqliy ravishda "ko'zning tashqi burchagi - quloq kanali" chizig'ini davom ettirib, kesma orqaga olib boriladi va operatsiyadan keyingi chandiq sezilmasligi uchun bosh terisida tugaydi.

Vaqtinchalik mintaqada kesishning ikkita varianti mavjud: soch chizig'i ichida va soch chizig'i bo'ylab kemerli kesma.

Bunday kesma siyrak sochli bemorlarda, ingichka teri-yog ' qopqog'ining marginal nekrozining oldini olish uchun aniq "qarg'a oyoqlari" mavjud bo'lganda va ma'baddagi soch chizig'ining orqaga siljishi istalmagan bo'lsa amalga oshiriladi.

Agar terining katta miqdori olib tashlansa, kirishni shakllantirishda pastki soch chizig'i ostida joylashgan terining uchburchak qismini gorizontal ravishda rezektsiya qilish mumkin.

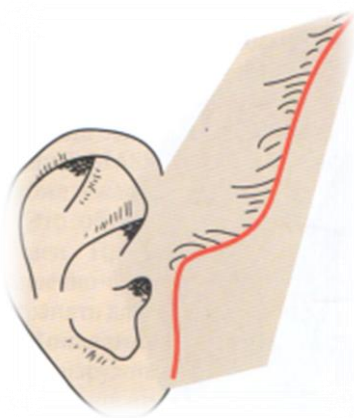


Yuz terisini to'liq ko'tarish bilan kesilgan chiziq.

Bosh terisi ichidagi kesma.



temporal mintaqada



Soch chizig'ining old chetidagi temporal mintaqada kesma.

Temporal mintaqada yuzaki temporal fastsiya ostida joylashgan qatlamda, yuz nervining temporal filialining lokalizatsiya zonasiga kirishni ochadigan "kalit" rolini o'ynaydigan yuzaki temporal tomirlarga qadar parchalanadi. Keyin ajralish teri osti rejasida davom etadi. Yuzaki mushak-aponevrotik tizim maksiller

ligamentning majburiy kesishishi bilan jingalak burchakli kesma bilan keng tozalanadi.

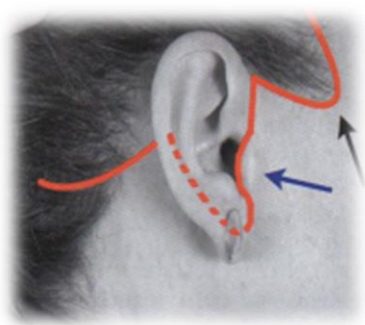
Mass tizimining kuchlanish vektori og'iz burchagidan parietal mintaqaga chiziq bo'ylab yo'naltiriladi. Teri vektorlari ikki yo'nalishda joylashgan - gorizontal ravishda yonoqlarda va vertikal ravishda bo'yin sohasida.

Prekostal sohada jarrohning tanlovi prekoselkovo va posadikoselkovo kirish o'rtasida yotadi. Klassik prekanseroz kirish tragus ustida ozgina egilish va burilish bilan amalga oshiriladi, bu esa qo'pol chandiqning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi.

Posadikoselokka kirishda yumshoq to'qimalarning kesilishi quloq tragusining orqasida amalga oshiriladi.

Posadikoselka kirish chandiqni niqoblaydi, ammo ba'zi bemorlarda uning bajarilishi prekoselka depressiyasining yo'qolishi xavfini keltirib chiqaradi.

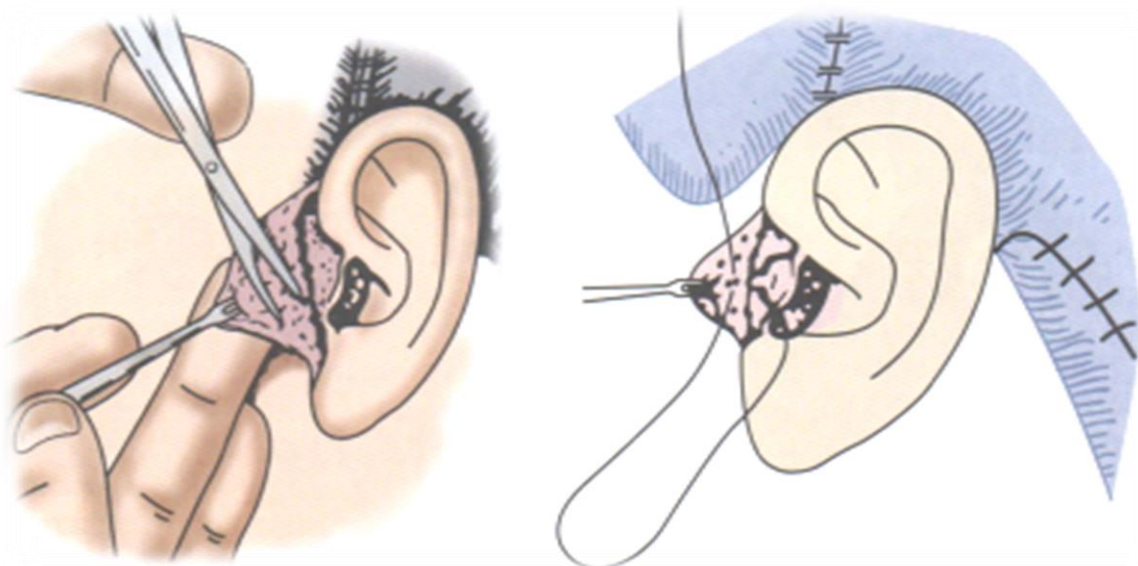
Dermisning ichki yuzasidagi butun yog ' qatlamini tragusga yotqizish zonasida olib tashlash va prekosel zonasining eng katta chuqurlashishi nuqtasida ichki doimiy yoki vaqtinchalik tashqi tikuvni qo'llash orqali uni oldini olish mumkin.



Posadikoselok kesimi.

Posadiousoal mintaqada kesma quloq pardasining orqa yuzasi bo'ylab quloq orqasidagi burmadan 0,5 sm masofada quloq pardasining pastki oyoq qavatigacha o'tadi, u erda 45° burchak ostida silliq siljiydi mastoid mintaqaga. Kesish chizig'ining bunday harakati aurikulaning orqa yuzasida tashqi tekshiruv paytida sezilmaydigan ingichka chandiq hosil bo'lishiga imkon beradi. Mastoid mintaqada kichik uchburchak qopqoq hosil bo'ladi, bu keyinchalik qo'pol chandiq paydo bo'lishining oldini oladi. Keyinchalik, kesma soch chizig'i bo'ylab yoki soch chizig'i ichida 5-6 sm pastga qarab davom etadi, u erda old tomonga qaragan yoy hosil bo'ladi.

Kesishlarni tugatgandan so'ng, teri-yog ' qopqog'ini asosiy to'qimalardan nuqta chizig'i bilan belgilangan hajmda ajratib oling.



A

B

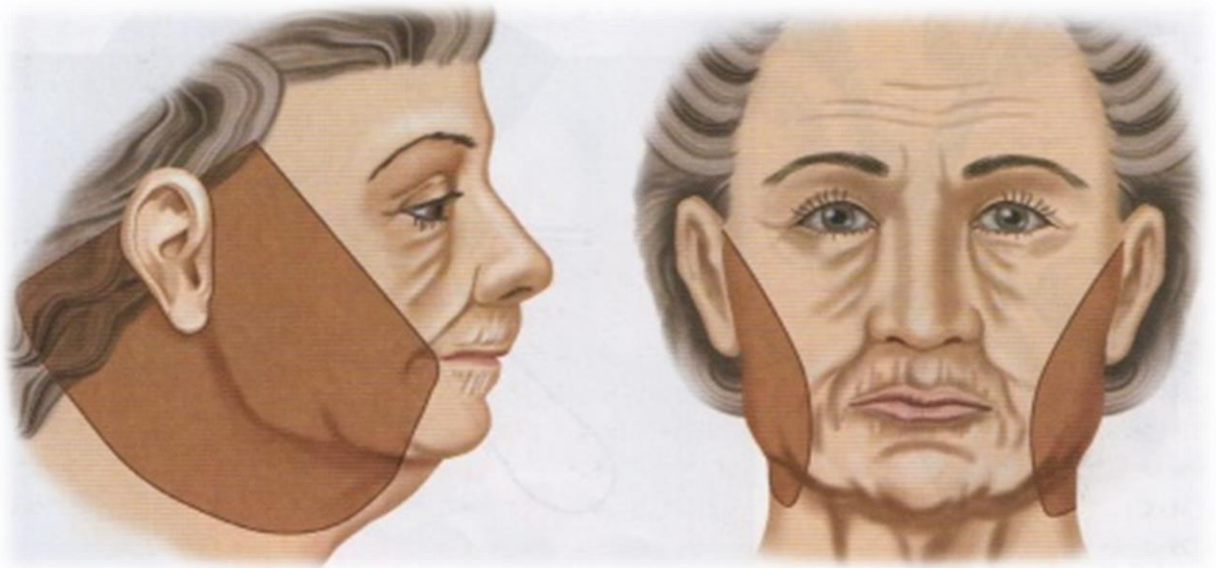
Prekodel tushkunligini tuzatish: a - tragusni qoplaydigan zonadagi qopqog'dagi yog ' to'qimalarining eksizatsiyasi; b-prekodel tushkunligini hosil qiluvchi ichki tikuvning qo'llanilishi.

Yog ' -teri qopqog'ini ajratish chegaralari yoshga bog'liq o'zgarishlarning og'irligiga qarab farq qilishi mumkin.

Yuz terisini to'liq ko'tarish uchun ishlatiladigan kesma murakkab shaklga ega va ko'pincha temporal, prepozitsiya, posadius, mastoid va oksipital mintaqalarda sodir bo'ladi.

Bosh terisi ichida, vaqtinchalik mintaqada, quloq akovinasining orqa yuzasida, aurikulaning orqasida, mastoid mintaqada va sternokleidomastoid mushak mintaqasida faqat teri qopqog'i, tuprik bezi ustida, bukkal mintaqada va bo'yin hududida - teri-yog ' qopqog'i.

Teri-yog ' qopqog'ining ajralishi, qoida tariqasida, aurikulaning orqasida boshlanadi. Buning uchun dumaloq uchlari bo'lgan tekislikdagi maxsus kavisli qaychi ishlatiladi, ular yordamida terini asosiy to'qimalardan ajratish oson (1-rasm). 4-10, a). Bo'shashgan terining yara yuzasiga o'tkir burchak ostida qirralari beshta aniq belgilangan nuqtada maxsus qisqichlar bilan ushlanadi: quloq orqasida hosil bo'lgan qopqog'ning oxirida (5-nuqta), quloq lobining tagida (4-nuqta), quloq tragusining chetidan pastda va yuqorida (3 va 2-nuqtalar) va nihoyat, quloq kivrilmassinin asosi darajasida (1-nuqta). Ajratilgan qopqog' qizil o'qlar bilan ko'rsatilgan yo'nalishda tortiladi, shunda disektsiya paytida teri tekislangan holatda bo'ladi.



Yog ' - teri qopqog'ini ajratish hajmi.

Quloq orqasidagi to'qimalarni ajratishda qaychi uchlari teriga yo'naltirilishi kerak va to'qimalarni ajratish gorizontal va vertikal yo'nalishda tabaqalanish bilan almashtirilishi kerak.

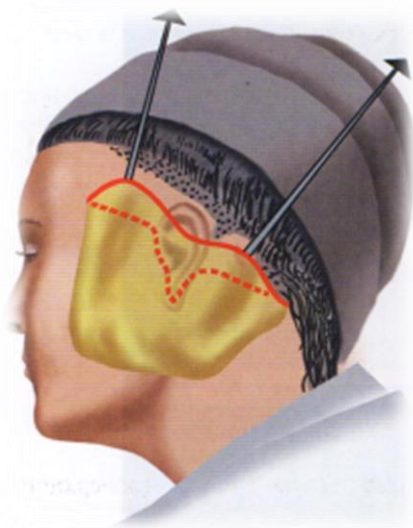
Moviy o'qlar terining qopqog'i ostidagi qaychi uchlarini, qizil o'qlar esa teri qopqog'ining kuchlanish yo'nalishini ko'rsatadi. Bundan tashqari, muhim nuqta shundaki, yordamchi barmoqlar bilan ajratish paytida terini yashil o'qlar bilan belgilangan yo'nalishda cho'zadi, bu ham dissektsiyani sezilarli darajada osonlashtiradi.

Orqa miya sohasida teri-yog ' qopqog'ini ajratib olgandan so'ng, jarroh pastki jag'ning burchagiga qarab harakatlanadi.

Ushbu yondashuv bilan pastki jag'ning marginal shoxiga va yuz nervining boshqa shoxlariga zarar etkazish xavfi sezilarli darajada kamayadi.

M. platisma qirralarini tikish va ortiqcha teri osti yog'ini to'g'ridan-to'g'ri olib tashlashdan iborat bo'lgan iyak mintaqasini tuzatish iyakdagi qo'shimcha kesmadan amalga oshiriladi.

Shundan so'ng, jarroh teri-yog ' qopqog'ini yuz yuzasidan to'liq ajratish va bo'ynidagi bir xil qopqoqni ajratishni boshlash imkoniyatiga ega. Odatda, terining ajralishi chegarasi orbitaning tashqi chetiga etib boradi, yonoqning o'rta qismidan o'tadi va pastki jag'ning chetidan yarim doira shaklida bo'yniga egiladi. Teri qopqog'ini ajratib, chuqur tuzilmalarga aralashgandan so'ng, qopqoq buriladi va qon tomirlarini bog'lash yoki elektrokoagulyatsiya qilish orqali ehtiyotkorlik bilan gemostaz hosil bo'ladi. Gemostazning puxtaligi muhim ahamiyatga ega, chunki teri ostida qon to'planishi operatsiya natijalariga salbiy ta'sir qiladi va davolanishni kechiktiradi.



Ajratilgan qopqoqni yo'naltiruvchi tikuvlar bilan taranglash.

Keyinchalik, operatsiyaning yakuniy bosqichiga o'ting: bemorning boshini yaraning qarama-qarshi tomoniga burang. Ajratilgan teri-yog ' qopqog'i ketma-ket ikkita vaqtinchalik yo'naltiruvchi tikuv bilan oldinga va orqaga sezilarli kuchlanish bilan o'rnatiladi. Quloq lobining tagida va quloqchaning orqasida (4 va 5-nuqtalar) ajratilgan qopqoqning uchida joylashgan qisqichlar yordamida birinchi yo'naltiruvchi tikuvni qo'llash uchun ajratilgan teri orqa va yuqoriga tortiladi va tikuv bilan mahkamlanadi. quloq orqasidagi jarohatning eng yuqori nuqtasiga.

Tikuv mastoid jarayonining periosteumiga qadar to'qimalarni ushlash orqali amalga oshiriladi. Bundan tashqari, temporal mintaqada (birinchi nuqta) joylashgan qisqich yordamida teri yuqoriga va orqaga tortiladi. Ikkinchi yo'naltiruvchi tikuv aurikulaning kivrılmasının tagida qo'llaniladi.

Yo'naltiruvchi tikuvlar bilan ko'chirilgan va mahkamlangan teri aurikulaning pastki qismini va quloq lobini qoplaydi.

Operatsiyaning keyingi bosqichi lobning poydevorining yangi joyini, shuningdek, aurikulaning tragusini aniqlashdir. Buning uchun 5-nuqtada joylashgan qisqichdan boshlab, cho'zilgan terining qirrasi qaychi bilan old tomondan og'iz burchagiga 1,5-2 sm gacha kesiladi.

Aurikul bo'shatiladi va quloq lobining asosi yaraning oxirida tikuv bilan tikiladi. Lob uning ko'rinadigan normal holatidan biroz balandroq bo'lishi kerak. Bu quloq lobining to'g'ri shaklini saqlashga imkon beradi. Aks holda, keyinchalik, yuz terisi osilganida, quloq bo'lagi shunchalik orqaga tortilishi mumkinki, u chirkin shaklga ega bo'lib, qo'shimcha tuzatish operatsiyasini talab qiladi. Bundan tashqari, 3 va 4-nuqtalarda qo'llaniladigan qisqichlardan tortib, ular orasidagi teri tragusning

o'rta qismida yara qirrasi paydo bo'lguncha kesiladi va bu qismda tikuv qo'llaniladi.

Shunday qilib, kerakli chegaralarga tortilgan teri paydo bo'ladi asosiy nuqtalarda belgilangan, shuningdek, tragusning holati va quloq loblari.

Yaqinda teri-yog ' qopqog'ini ajratish o'rniga, yuzaki mushak-fasyal qopqoqni (mass - lifting) ajratish tavsiya etiladi mass - inglizcha musculo-aponeurotical superficial system (yuzaki mushak-aponevrotik tizim) qisqartmasi.

Biroq, bu muammoni faqat kerakli darajada harakatchanlikni ta'minlaydigan etarlicha keng mass diseksiyasi bilan muvaffaqiyatli hal qilish mumkin.

Shu bilan birga, operatsiyaning muvaffaqiyati ko'p jihatdan yuzning topografik anatomiyasini yaxshi bilishga bog'liq.

Yuzaki aponevrotik tizimni tuzatishning anatomik asoslari yuz mintaqasining qatlamli tuzilishi bo'lib, u erda beshta asosiy qatlamni ajratish mumkin:

- 1) teri;
- 2) teri osti yog ' to'qimasi;
- 3) yuzaki mushak-aponevrotik tizim (yuzning yuzaki fastsiyasi);
- 4) yuz mushaklari qatlami;
- 5) yuzning chuqur fastsiyasi.

Yuzaki mushak-aponevrotik tizim (mass) ifodalaydi bir-biriga bog'langan mushaklar va aponevrozlarning anatomik majmuasi.

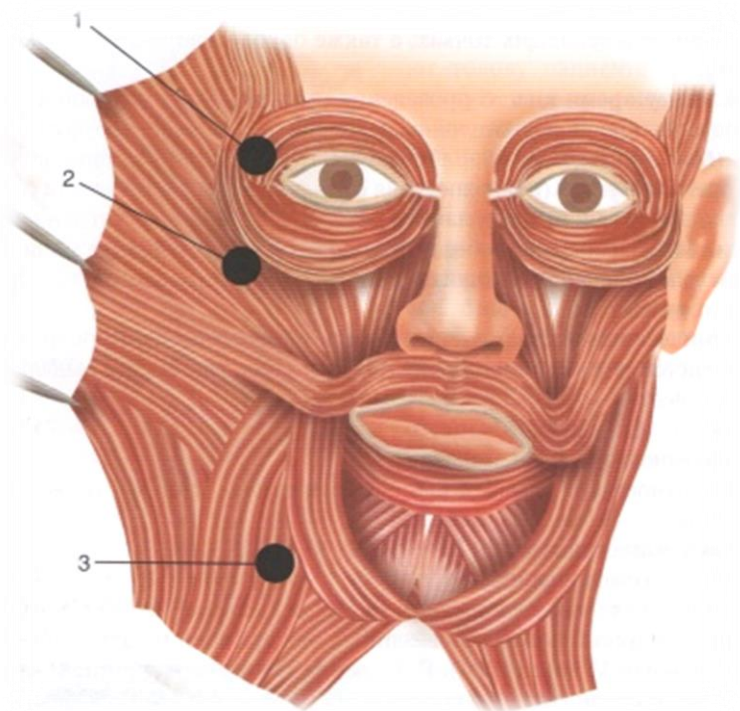
V. Mitz (1976) ma'lumotlariga ko'ra, R. Tessier (1979) yuzaki mushaklar bilan, bir-biri bilan bog'liq aponevroz frontal, dumaloq mushaklardir ko'z va og'iz, kulgi mushaklari, burun mushaklari va platizm. Mass ga kiritilgan mushaklar, tananing boshqa burmalaridan farqli o'laroq, anatomik jihatdan aniq uchlari va nuqtalari yo'q fiksatsiya. Biroq, ular atrofdagi uchta asosiy joyda suyaklarga biriktirilgan qaysi teri siljiydi, yuz ifodasini o'zgartiradi.

Ko'p sonli biriktiruvchi to'qima ligamentlarining mavjudligi kuchli fiksatsiyaning sababi hisoblanadi mass qo'shni qatlamlarga. Barcha ligamentlardan (yuqori-jag', teri-parotid, teri-chaynash, mandibulyar) yuqori jag ' ligamenti mass safarbarligi uchun eng katta ahamiyatga ega.

Mass parotid mintaqalari darajasida aniq ajralib turadi va nazolabial burma sohasida va yuqori temporal chiziq darajasida sezilarli darajada ingichka bo'lib, bu erda temporal aponevrozdan osongina ajralib chiqadigan temporal mintaqaning yaxshi aniqlangan yuzaki fastsiyasiga o'tadi. Pastki qismida mass zigomatik kamarning Periosteum bilan birlashtirilgan, ammo undan osongina ajralib chiqadi. Old tomondan u ko'zning dumaloq mushaklariga o'tadi.

Yuz nervi shilosostsiform teshikdan chiqib, parotid tuprik bezining to'qimalariga kiradi. Bezdan zigomatik yoy ostidagi oldingi yuqori chetida paydo

bo'lib, yuz nervining terminal shoxlari mussni teshadi va uning yuzasida yotadi, xuddi trigeminal asabning quloq-temporal nervi kabi.



Mass – uchta asosiy fiksatsiya nuqtasi bo'lgan yuz tizimining sxematik tasviri: 1 – orbital; 2 – zigomatik; 3-mandibular.

Shunday qilib, temporal mintaqada mass yaqin atrofdan, ba'zilar boshqalarga yaqin, yuzaki temporal arteriya shoxlari, tomirlar, yuz nervining temporal shoxlari va quloq-temporal asab quloq kanalining old tomonida joylashgan. Mass temporal

aponevrozdan ajratilganda ular aniq ko'rinadi. Old tomondan, yuz nervining terminal shoxlari frontal mushakka etib boradi va ularning shikastlanishi istalmagan. Shuni ham ta'kidlash kerakki, zigomatik kamarning yuz nervining vaqtinchalik shoxlari bilan kesishishi tashqi eshitish kanalidan 4 sm masofada sodir bo'ladi.

Texnika. Temporal mintaqada to'qimalar ko'zning dumaloq mushaklarigacha tozalanadi, bu esa zigomatik asabning shikastlanishiga yo'l qo'ymaydi. Shundan so'ng, yuzaki mushak-aponevrotik qopqoq vertikal ravishda tragusdan 0,5 sm masofada va zigomatik yoy bo'ylab gorizontal ravishda 3-4 mm gacha chuqurlikda kesiladi. Zigomatik suyak bo'ylab harakatlanib, yuzaki mushak-fastsiya tizimining zigomatik fiksatsiya nuqtasini biriktiruvchi to'qima lintellaridan ozod qiling, yuzaki mushak-aponevrotik yuz qopqog'ini Periosteum bilan mahkam bog'lab turadi. Ushbu tolali lintellarning kesishishi bukkal mintaqaning o'rta qismlarini kuchlanish uchun harakatchan qiladi. Ammo shuni esda tutish kerakki, fastsiyani zigomatik suyakdan ajratishda trigeminal asabning zigomatik va zigomatik shoxlariga zarar etkazish xavfi mavjud; ikkinchisi, kattaroq, ko'zning tashqi burchagida joylashgan. Yuz filialining zigomatik yoyi ostida bo'lgani uchun nervlar yuzaki fastsiya ostida yotadi, uning ajralishi bu erda ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak va quloq kanaliga 4 sm dan kam yaqinlashmasligi kerak, katta zigomatik mushak qaychi bilan tayyorlash orqali oldingi yuzadagi fastsiyadan

ehtiyotkorlik bilan ozod qilinadi. Chaynash mushaklarining ichki chetida kesib o'tish uchun bir nechta vertikal tolali o'tish joylari bo'lishi mumkin. To'qimalarni ajratish medial yo'nalishda nazolabial katlama darajasiga qadar davom etishi mumkin. Pastki jag ' mintaqasida faqat platismadan iborat yuzaki mushak-fassial tizim sternokleidomastoid mushakning oldingi chetining proektsiyasida bo'linadi va mushak qopqog'ini tashqi bo'yin venasidan va bo'yinning II fastsiyasidan ajratib turadi. Bunday holda, yuz nervining servikal shoxini platizmga qarab aniqlash va saqlash kerak. Yuzaki mushak-fassial tizim qopqoqlarining shakllanishi va siqilishi teri qopqoqlarining ajralish darajasini sezilarli darajada kamaytirishi va ularning qon bilan ta'minlanishining keskin pasayishi ehtimolini kamaytirishi mumkin. Bundan tashqari, gematomalar paydo bo'lishi mumkin bo'lgan teri ostidagi "o'lik bo'shliq" kamayadi. Shu bilan birga, yuzaki mushak-aponevrotik tizimga aralashish bir qator asoratlarga olib kelishi mumkin, chunki bu tizim yuz nervi shoxlari va katta tomirlar bilan yaqin anatomik aloqaga ega. Yuqorida sanab o'tilgan barcha manipulyatsiyalarni bajargandan so'ng, yuzaki mushak-aponevrotik qopqoq harakatchan bo'lib, yaxshi yuqoriga siljiydi, mahkamlash tikuvlarini qo'llashni boshlaydi. Yuzaki mushak-fassial qopqoq temporal aponevrozga tikiladi. Qopqoqning vaqtinchalik qismi yuqoriga va orqaga tortiladi. Ichki tikuvlar so'rilmaydigan iplar bilan qo'llaniladi.

Tikuvlar dermissiz yuzaki fastsiyani ushlaydi. Aponevrotik dubulg'aning ortiqcha qismi teri bilan birga quloq orqasida, temporal va prekanseroz mintaqada va bo'ynida chiqariladi.

Mushak-aponevrotik dubulg'aning qirralari ehtiyotkorlik bilan bog'langan. Teri uzluksiz o'ralgan tikuv bilan bog'langan. Asosiy yuk aponevroz va fastsiyani bog'laydigan ichki tikuvlarga to'g'ri kelganligi sababli, terida taranglik bo'lmaydi va odatda sochlar ostida yaxshi yashiringan tor, nozik chandiq hosil bo'lishi bilan yaxshi davolanadi.

Amaliyot jarayonida simmetriyani kuzatish muhimdir, ya'ni, kesiklarni teng ravishda joylashtiring, terini tozalang va torting, asosiy tikuvlarni birinchi tomondan bir xil nuqtalarda qo'llang. Ikkinchi tomondan asosiy tikuvlarni qo'llaganingizdan so'ng, yuzning ikkala yarmini taqqoslash tavsiya etiladi, asosiy e'tibor ko'z va og'iz burchaklarining bir xil joylashishiga qaratiladi.

Operatsiyaning muhim bosqichi faol yoki passiv drenaj tizimlaridan foydalanishdir. Faol drenaj kichik diametrli silikon naychalarni o'z ichiga olgan assimilyatsiya tizimlari tomonidan amalga oshiriladi.

Ko'rsatma: teri-yog ' qopqog'ining uzunligi (uning tagidan chetiga) 5-6 sm dan oshadigan holatlar.

Texnika. Yuz terisini qattiqlashtirganda, uni ishlatish eng maqbuldir tashqi uchlari bosh terisi ichidagi jarrohlik kesmasidan uzoqda joylashgan ikkita naycha. Naychalardan biri quloqchaning old tomoniga parallel ravishda va tikuv chizig'idan 3-4 sm masofada, ikkinchisi - quloq orqasidagi zonaning va bo'yin mintaqasining eng tik joylarida quloq orqasida o'rnatiladi.

Shu bilan birga, naychalarni qoplaydigan teri qopqog'i joylarida qon aylanishining holatiga alohida e'tibor beriladi (drenaj moslamasini ulagandan keyin). Ba'zi hollarda naychaning mahalliy assimilyatsiya ta'siri teri qopqog'ining periferik qismida qon oqimining qo'shimcha pasayishiga olib kelishi va shu bilan paydo bo'lishiga yordam berishi mumkin marginal nekroz. Agar operatsiya oxiriga qadar qopqoqning ushbu joylari etarli darajada ta'minlanmaganligi belgilari saqlanib qolsa, tegishli naychani olib tashlash kerak.

Passiv drenaj

Ko'rsatma. Qopqoqlarning nisbatan kichik ajralishi, ularning uzunligi 5-6 sm dan oshmasa va jarrohning qon ketishini mutlaq to'xtatish kerakligiga ishonchi.

Texnika. Drenaj bitiruvchilari bosh terisiga vaqtinchalik va quloq orqasidagi joylarda tikuv chizig'i bo'ylab o'rnatiladi. Operatsiya aseptik, muloyimlik bilan bosilgan doka bandajini qo'llash bilan yakunlanadi, shu bilan yonoq va bo'yin to'qimalarining holatini vizual nazorat qilish imkoniyatini saqlab qoladi, bu esa operatsiyadan keyingi davrda gematomalarni o'z vaqtida aniqlashga imkon beradi.

BLEFAROPLASTIKA (KO'Z QOVOQLARI PLASTIKASI)

Blefaroplastika

Blefaroplastika-ko'z qovoqlari shaklini, ko'z kesimini o'zgartirish bo'yicha operatsiya(boshqa yunon. βλέφαρον ko'z qovog'i). Ushbu turdagi operatsiya ortiqcha terini va yog ' hosil bo'lishini olib tashlashni o'z ichiga oladi.

Yoshi bilan yuz terisi kamroq elastik bo'ladi, turgorini yo'qotadi, yuz mushaklarining doimiy ishlashi tufayli ko'plab mayda va katta ajinlarga ega bo'ladi. Shunday qilib, ko'z qovoqlarida asta-sekin ortiqcha teri, ajinlar paydo bo'ladi va ko'z ostidagi "sumkalar" yoshligida ko'z qovoqlarining "churrasi" ning periorbital yog ' to'qimalarining ortiqcha miqdori bilan paydo bo'lishi mumkin.

Blefaroplastika uchun ko'rsatmalar: yuqori va pastki qovoqlarning terisini osib qo'yish, ko'z qovoqlarining" yog 'qoplari", ko'zning pastki burchaklarini tushirish, ko'zning kesilishi va shakli.

Jarrohlik paytida ortiqcha teri va yog ' ko'zning tabiiy burmalaridagi kesmalar orqali chiqariladi. Blefaroplastika kasalxonada umumiy behushlik ostida amalga oshiriladi. Davomiyligi 2 dan 3 soatgacha. Rehabilitatsiya davri 10-12 kundan oshmaydi.

KO'Z QOVOQLARI TUZILISHINING JARROHLIK ANATOMIYASI

Orbitada uzunligi 30 mm gacha va balandligi 8-15 mm gacha bo'lgan ko'z qovoqlari (Rima palpebrarum) joylashgan bo'lib, u yuqori va pastki ko'z qovoqlari bilan cheklangan (palpebrae superior et inferior). Har bir ko'z qovog'ida old va orqa yuzalar va erkin chekka farqlanadi. Ko'z qovog'ining old yuzasi teri bilan qoplangan, uning ostida bo'shashgan biriktiruvchi to'qima joylashgan. Pastga qarab, ko'z qovog'ining old yuzasi kengligi 2 mm bo'lgan erkin qirraga o'tadi.

Ko'z qovoqlari oldingi qovurg'aning orqa va oval shakllarini ajratib turadi, bu erda kirpiklar qovurg'aning old chetida o'sadi. Ko'zning medial va lateral burchaklari sohasida ko'z qovoqlarining erkin qirralari birlashib, ko'z qovoqlarining medial va lateral yopishishini hosil qiladi (commissural palpebrarum medialis et lateralis). Ko'z qovoqlarining yopishishi ko'z qovoqlarining medial va lateral ligamentlari tomonidan orbital chetiga o'rnatiladi.

To'g'ridan-to'g'ri yuqori va pastki qovoqlarning terisi ostida ko'zning dumaloq mushaklari joylashgan (M. Orbicularis oculi). Yuqori ko'z qovog'ida, ko'zning dumaloq mushaklari orqasida, yuqori ko'z qovog'ini ko'taradigan mushak tendoni joylashgan (M. Levator palpebrae superioris). Mushak orbitaning yuqori devorining periosteumidan boshlanadi, oldinga siljiydi va orbitaning yuqori chetida tekis tendonga o'tadi, u yuqori ko'z qovog'ining qalinligiga kiradi va yuzaki va chuqur plitalarga bo'linadi. Yuzaki plastinka dastlab ko'zning dumaloq mushaklari orqasida joylashgan bo'lib, keyin uni teshib, ko'z qovog'ining terisiga yo'naltiriladi. Chuqur plastinka yuqori ko'z qovog'ining xaftaga yuqori chetiga yopishadi.

BLEFAROPLASTIKA USULLARI

Hozirgi vaqtda blefaroplastikaning barcha usullari to'rtta asosiy guruhga bo'lingan.

1. Kvadrilateral blefaroplastika yuqori va pastki qovoqlarda ortiqcha teri va yog ' chiqishini olib tashlashdan iborat.
2. Ikki tomonlama yuqori blefaroplastika yog'ni olib tashlashdan iborat protrusion va yuqori ko'z qovog'idagi ortiqcha teri.
3. Ikki tomonlama pastki blefaroplastika faqat pastki qovoqdagi yog ' chiqishini olib tashlashdan iborat.
4. Yopiq blefaroplastika yog'ni olib tashlashdan iborat protrusion transkonjunktival kirishdan.

Yuqori va / yoki pastki blefaroplastika jssni sozlash imkonini beradi- ko'z qovoqlarining o'simlik o'zgarishlari [Bannier M., Elbaz D., 1994; Matarasso A., 1995; Fridland J. A., Jacobsen W. M., Terhonda S., 1996; Kraslinova-Lolov D., Jasinski M., 1999): yuqori dermatokalaz, yuqori va pastki cho'ntaklardagi yog ' churrallari. Odatda blefaroplastika boshqa usullar bilan birlashtiriladi: kantoplastika, lazer ta'siri, peeling va boshqalar.

Blefaroplastikaning cheklovlari frontal-supraspinatus mintaqasining ma'lum bir holati bilan bog'liq. Ba'zi hollarda yuqori palpebral dermatokalaz mushaklarning reaktiv qisqarishiga va qosh chizig'ining ko'tarilishiga olib keladi, bu esa peshonada yuz ajinlari paydo bo'lishi bilan birga keladi.

Yuqori qovoq blefaroplastikasi

Ko'rsatma — yuqori ko'z qovoqlarining yog'li churrallari mavjudligi.

Texnika. Birinchidan, eksiziya qilinadigan terining joylari belgilanadi. Kesmaning pastki chegarasi siliyer chetidan 7-9 mm balandlikda, yuqori qismi esa yuqori lazer burmasining tagida, qoshning pastki chetidan kamida 15 mm masofada joylashgan bo'lishi kerak.

Keyinchalik, ko'zning bir burchagidan ikkinchisiga terining fusiform eksizyoni amalga oshiriladi.

Kesishlarni birlashtirganda, ortiqcha teri minimal bo'lgan medial qismlarda burchak o'tkirroq bo'lishi kerak va ortiqcha teri eng ko'p bo'lgan tashqi qismlarda to'mtoq bo'lishi kerak. Qalinlashgan ko'z qovog'i bilan eksizyon barcha qatlamlar (teri, dumaloq mushak, asosiy tolalar) orqali, yuqori ko'z qovog'ini ko'taradigan mushak aponevrozigacha amalga oshirilishi kerak.

Yog 'churrallari mavjud bo'lganda, dumaloq mushak tolalari lümen ichida sarg'ish yog' ko'rinadigan orbital fastsiya paydo bo'lguncha to'mtoq bo'linadi. Orbital septum cımbızla ko'tariladi va kesiladi. Pastki qovoq orqali barmoq ko'z olmasiga bosiladi, bu orbitadagi bosimni oshiradi va periorbital yog ' to'qimalarining yaraga siljishiga olib keladi.

Shundan so'ng, yog ' sumkasining kapsulasi ochiladi. Chiqib ketgan yog ' to'qimasi cımbızla o'rnatiladi va to'mtoq yo'l bilan safarbar qilinadi. Yog ' to'qimalarining ajratilgan qismi qisqich bilan siqiladi, kesiladi va elektrokoagulyator bilan kesiladi.

Yara ichki tikuv bilan tikilgan. Bunday holda, 3-4 tikuv xaftaga tushadigan teri osti to'qimasini ushlaydi, bu terining normal yivini tiklashga imkon beradi. Choklarning uchlarini mahkamlash kerak emas, faqat yaraning qirralari bir-biriga to'g'ri kelishiga ishonch hosil qilishingiz kerak.

Noto'g'ri, kutilmagan yoki umidsizlikka uchragan natijaga yo'l qo'ymaslik uchun operatsiya har bir bemorning individual anatomik cheklovlarini,

shuningdek, taxminlarini (ham Real, ham Real bo'lmagan) hisobga olishi kerak.



* Ba'zi bemorlar minimal o'zgarishlarga intilishlari mumkin, boshqalari esa o'rtacha yoki hatto tajovuzkor yondashuvni xohlashlari mumkin.

Erkaklar va ayollar ko'pincha ko'z qovoqlarining o'ziga xos xususiyatlarining o'zgarishi haqida turli yo'llar bilan tashvishlanadilar. Masalan, ayollar ko'z qovog'ining yuqori burilishini so'rashga moyil bo'lib, bu bo'yanishga yordam beradi.

Aksariyat yosh bemorlar aniq va balandroq burma hosil qilishni xohlashsa-da, ba'zi keksa bemorlar hech qanday asosiy etnik xususiyatlarni sezilarli darajada o'zgartirmasdan, faqat yosh ko'z qovog'ini tiklashni xohlashlari mumkin.

* Yuqori ko'z qovog'ining burmasi shakli va holatining jarrohlik variantlari har doim batafsil muhokama qilinishi kerak va operatsiyadan oldin yakuniy qarorlar aniq etkazilishi kerak.

Oldin Rejalashtirilgan Keyin



Burmasi past bo'lgan ayol.

Shakl: bemor parallel yoki xanjar shaklidagi burmani xohlaydimi yoki yo'qligini hal qilishi kerak (demo). Faqat vaqti-vaqti bilan yarim oy burmasi Osiyo yuziga mos keladi (masalan, qoshlari juda yuqori bo'lgan bemorda yoki aralash Osiyo va g'arbiy kelib chiqishi bo'lgan bemorda). Agar vaqtinchalik (tashqi) yuqoriga qarab yorug'lik kerak bo'lsa, bu aniq ko'rsatilishi kerak. Osiyo

qovoqlarining tug'ma burmalarining aksariyati konus shaklida bo'ladi, shuning uchun bu shakl eng "tabiiy"ko'rinadi.

Balandligi: oddiy g'arbiy burma ko'z qovog'ining chetidan 7-11 mm balandlikda joylashgan bo'lishi mumkin bo'lsa-da, ko'pchilik tug'ma Osiyo burmalari pastroq, odatda 2-5 mm.ikki ko'z qovog'ini operatsiya qilish uchun murojaat qilgan bemorlar noldan burma yaratishga yoki mavjud tug'ma burmaning balandligini o'zgartirishga harakat qilishlari mumkin. Yupqa ko'z qovog'i (ozgina yog') va qoshlarning boshlang'ich holati yuqori bo'lgan bemor, odatda, qalin ko'z qovog'i va qoshlari past bo'lgan bemorga qaraganda yuqori burmalarni saqlab turishi mumkin.

Burmalarining balandligini tasniflash uchun quyidagilar foydali bo'lishi mumkin:

Past 2-3 mm
O'rtacha 4-6 mm
Yuqori 7-9 mm

Jarrohlikdan oldin balandlik afzalliklarini ifodalashda, hatto mutaxassisning qo'lida ham, ikki qavatli ko'z qovog'i operatsiyasi shunchalik aniq emasligini tushunish kerakki, shifokor yangi burmaning balandligini (yoki shaklini) millimetrgacha aniq nazorat qila oladi. Shunday qilib," past"," o'rta "yoki" yuqori " burmalarni tanlash aniq balandlikni emas, balki diapazonni tanlash sifatida qaralishi kerak.

Uzluksizlik: agar vaqti-vaqti bilan yoki to'liq bo'lmagan burma mavjud bo'lsa, uni mavjud burmaning shakli va/yoki balandligini o'zgartirmasdan "tugatish" mumkin. Bir nechta noto'g'ri aniqlangan burmalar bitta dominant burmaga aylantirilishi mumkin.

* Ko'z qovoqlari, ko'z teshiklari yoki yuzning allaqachon mavjud bo'lgan har qanday muhim assimetriyasini yaxshi bilish juda muhim, chunki u operatsiyadan deyarli "o'tib ketadi" va operatsiyadan keyin ham mavjud bo'ladi. Masalan, Agar ptozis mavjud bo'lsa (ko'z qovog'ining ichki ko'tarilish mexanizmining etishmasligi tufayli ko'z qovog'ining tushishi), blefaroplastikaning o'zi uni yaxshi holatga keltirmaydi.

Agar qoshlarning holati bir xil bo'lmasa, bu deyarli burmalarining oxirgi holatiga ta'sir qiladi.

Agar ko'zlar orbitada turli xil holatlarda bo'lsa (yuqorida yoki pastda yoki chuqur joylashtirilgan yoki bo'rtib chiqqan bo'lsa), bunday okulyar-orbital assimetriya blefaroplastikadan keyin ham ko'rinadigan ta'sirga olib keladi.

- Bir kishi ko'z qovoqlarini boshqa odamning ko'z qovoqlariga o'xshatishini istashi (masalan, moda jurnalidagi modellar) bu natija texnik jihatdan mumkin degani emas. Jozibali erkak yoki ayolning namuna bo'lishining muhim

sabablaridan biri shundaki, ular genetika va omad bilan tana xususiyatlarining ajoyib va ba'zan juda g'ayrioddiy kombinatsiyasi bilan barakalangan. Fotosurat istaklarni ifoda etish va jarrohlik yo'li bilan mumkin bo'lgan va mumkin bo'lmagan narsalarni muhokama qilish uchun yaxshi boshlanish nuqtasi bo'lib xizmat qilishi mumkin bo'lsa-da, hech bir bemor hech qachon boshqa birov kabi ko'rinishga umid qilmasligi kerak.

* Oldindan mavjud bo'lgan asosiy anatomiyani haddan tashqari tubdan o'zgartirishga urinish oqilona emas va ko'z qovoqlarining g'ayritabiiy ko'rinishiga yoki yuzning qolgan qismiga mos kelmasligiga olib kelishi mumkin.

* Osiyo yuzidagi eng tabiiy ko'rinadigan burma-bu past xanjar shaklidagi burma. Eng g'ayritabiiy ko'rinadigan burma-bu yuqori yarim oy burmasi bo'lib, ikkinchisi yaqin parallel bo'lib, ikkalasi ham Osiyo asrini "g'arbiylashtiradi". (Eslatma: yuqori burmalarni toraytirib bo'lmaydi.)

Eng tabiiydan eng kam tabiiygacha

Past konusning

O'rta konusning

Past parallel

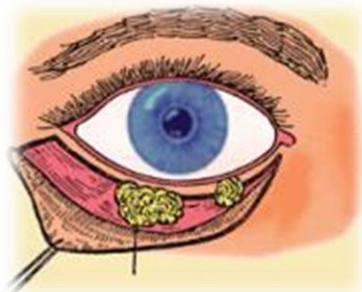
Medium parallel

Yuqori parallel

Yuqori yarim oy

- Agar epikantal burma ayniqsa yaxshi rivojlangan bo'lsa, konusning burmasi eng yaxshi tanlovdir. Agar parallel shakl tanlansa, burmaning oxiri va epikantal burmaning boshi o'rtasida kichik "ajralish" (yoki tanaffus) bo'ladi.

Odatda, blefaroplastikaning yakuniy natijasini 1,5-2 oydan keyin, shish butunlay yo'qolganda va chandiqlik paydo bo'lganda baholash mumkin. Ko'z qovoqlarini plastik qilish natijasi 7-10 yil davom etishi mumkin, agar tavsiyalar va tegishli terini parvarish qilish zarur bo'lsa.



Yuqori va pastki qovoqlarning klassik blefaroplastikasi

Plastik jarroh bilan maslahatlashish



Operatsiyadan oldin ko'z qovoqlarini belgilash



Operatsiyaga tayyorgarlik, og'riqsizlantirish



Jarrohlikning boshlanishi, infiltratsiya va yuqori ko'z qovog'ining kesilishi



Ortiqcha terini olib tashlash va yuqori ko'z qovog'ining churrasini olib tashlash



Qon tomirlarining koagulyatsiyasi va yuqori ko'z qovog'iga kosmetik tikuv qo'yish



Infiltratsiya va pastki qovoqning kesilishi



Pastki qovoq churrasini olib tashlash va qon tomir koagulyatsiyasi



Pastki qovoqning ortiqcha terisini olib tashlash



Pastki qovoqqa kosmetik tikuv qo'yish



Boshqa tomondan operatsiyani davom ettirish

Bandajni qo'llash, operatsiyani tugatish





Transkonjunktival blefaroplastika (choksiz)

Operatsiya uchun ko'rsatmalar. Transkonjunktival blefaroplastika (choksiz) pastki qovoqlarda tug'ma yoki orttirilgan churralar ("shish") bo'lgan, terining yo'qligi yoki juda mo " tadil ortiqcha bo'lgan bemorlarga ko'rsatiladi

Kesmalar. Kesish pastki qovoqning kon'yunktivasi bilan amalga oshiriladi. Choklar qo'llanilmaydi, chunki kon'yunktiva shilliq qavati yaxshi tiklanadi.





Pastki ko'z qovoqlarining transkonjunktival blefaroplastikasidan 1 oy o'tgach

"Sumkalar", shuningdek, ko'z ostidagi uzoq muddatli qora doiralar tug'ilish paytida berilgan ba'zi anatomik xususiyatlarning natijasidir. Ko'z ostidagi ko'z qovoqlari va sumkalarining paydo bo'lishining asosiy sababi periorbital mintaqada teri va teri osti to'qimalari o'rtasida joylashgan membrananing tuzilish xususiyatlari - ko'zni o'rab turgan joy. Ba'zi odamlarda biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan membrana juda nozik bo'lishi mumkin va vaqt o'tishi bilan, salbiy omillar ta'sirida - stress, yomon ovqatlanish, jarohatlar tufayli qon ta'minoti buzilishi, terining foto qarishi, membrana shu qadar yupqalashishi mumkinki, kichik teshiklar hosil bo'ladi. Yog ' to'qimasi membranadagi bu teshiklar orqali chiqadi. Shunday qilib, churraning bir turi hosil bo'ladi, bu tashqi tomondan sumkalar yoki osilgan ko'z qovog'i sifatida namoyon bo'ladi. Ko'z ostidagi sumkalar har qanday yoshda paydo bo'lishi mumkin, bu membrananing yupqalash darajasiga va zararli omillarning ta'siriga bog'liq. Limfa suyuqligining turg'unligi natijasida paydo bo'ladigan shish odatda ta'sirni kuchaytiradi, bu esa o'z navbatida limfa tomirlarining yomon



ishlashi bilan bog'liq.

Ko'z bo'shlig'ini o'rab turgan mushaklar. 1) ko'zning dumaloq mushaklari, m. orbicularis oculi, 3 qismdan iborat. Orbitali pars orbitalis, eng keng, orbitaning atrofida joylashgan bo'lib, frontal suyakning burun qismidan, yuqori jag'ning frontal jarayonidan va ligamentum palpebrale mediale, orbitaning yuqori va pastki qirralari bo'ylab dumaloq bo'lib, raphe palpebralis lateralis va qosh terisida tugaydi. Asr qismi, pars palpebralis, yuqori va pastki qovoqlarning terisi ostida yotadi, ligamentum palpebrale mediale-dan kelib chiqadi, ko'zning lateral burchagiga boradi, ligamentum palpebrale laterale-ga yopishadi. Pars lacrimalisning lakrimal qismi orqa lakrimal tizmadan boshlanadi, lakrimal qopni qoplaydi va pars palpebralis funktsiyasi: ko'z bo'shlig'ini yopadi, lakrimal qopni kengaytiradi.

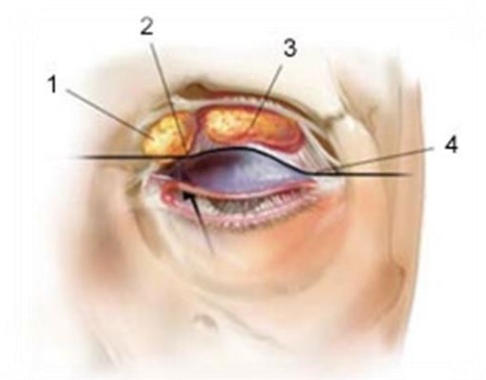
2) qoshni burishtiruvchi mushak, m. corrugator supercilii, ko'zning dumaloq mushaklari ostida joylashgan. U frontal suyakning burun qismidan boshlanadi, pastga va ichkariga qarab egilib, qoshlarning terisiga yopishadi. Funktsiya qoshlarni burishtiradi, ular orasida uzunlamasına burmalar hosil qiladi.

3) qoshni tushiruvchi mushak, m. depressor supercilii, ko'pincha yo'q, oksipital-frontal mushakning frontal qorinining medial chetidan kelib chiqadi, burunning orqa terisiga yopishadi. F-men qoshni tushiraman

4) Mag'rurlarning mushaklari m. procerus burun suyaklari va aponevrozidan boshlanadi M. Nasalis, frontal qorin bilan bog'lanib, supraspinatus terisiga yopishadi, m occipitofrontalis funktsiyasi supraspinatus terisini pastga tushiradi, bu erda ko'ndalang burmalar hosil qiladi.

Ko'z qovoqlari va periorbital mintaqqa qalinligi millimetrdan kam bo'lgan harakatlanuvchi teridan, ko'z olmasini himoya qiluvchi dumaloq ko'z mushaklaridan, miltillashni amalga oshiradigan, "ko'z yoshi pompasi" vazifasini bajaradigan yagona anatomik kompleksdir. Dairesel mushak ostida orbital septum joylashgan bo'lib, u orbital ichidagi yog'ni ushlab turadigan ingichka va kuchli membrana bo'lib, u ko'z olmasining amortizatori vazifasini bajaradi. Pastki qovoqning intraorbital yog'i uchta qismga bo'linadi - medial, medial va lateral. Yuqori ko'z qovog'ining intraorbital yog'i ikki – medial va lateral. Ko'z qovoqlarining ichki tomoni ingichka shaffof biriktiruvchi to'qima – kon'yunktiva bilan qoplangan. Har bir ko'z qovog'ining asosi xaftaga deb ataladigan zich biriktiruvchi to'qima plastinkasidan iborat. Kikirdak ko'z qovog'ining skeleti bo'lib xizmat qiladi va kichik bo'rtiq tufayli ko'z qovoqlariga mos shakl beradi. yuqori va pastki xaftaga o'rtasida yoriq hosil bo'ladi-ko'z qovoqlari yoki ko'z qovoqlari. Ko'z bo'shlig'i ochiq bo'lsa, yuqori ko'z qovog'ining terisi qosh kamaridan bir oz pastroq bo'lib, unga biriktirilgan mushak tolalari bilan ichkariga tortiladi, bu esa yuqori ko'z qovog'ini ko'taradi, natijada bu erda chuqur yuqori Orbito-palpebral burma

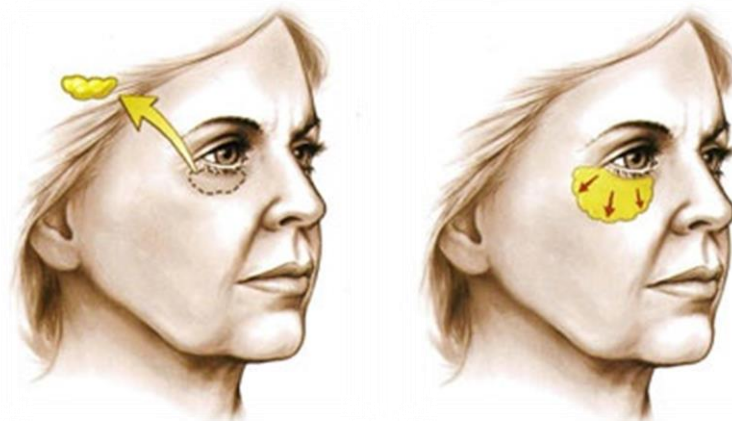
hosil bo'ladi. Pastki ko'z qovog'ida pastki, orbital qirradi bo'ylab kamroq aniqlangan gorizontal burma mavjud.



1-intraorbital yog'ning ichki qismi, 2-yuqori ko'z qovog'ini ko'taruvchi mushak Tendon, 3-intraorbital yog'ning Markaziy qismi, 4-yuqori ko'z qovog'ini ko'taruvchi mushak Tendon



Pastki yog ' saqlovchi blefaroplastika (intraorbital yog'ni saqlash va qayta taqsimlash) - teri orqali kirish ushbu texnikadan foydalanib, ko'zning "cho'kib ketgan" ko'rinishini oldini olish mumkin va ko'z qovog'ini ajratish-yonoq va qisman lakrimal sulkus deyarli butunlay yashirin bo'lishi mumkin, bu esa parorbital mintaqaning yanada uyg'un yoshartirilishiga erishadi.



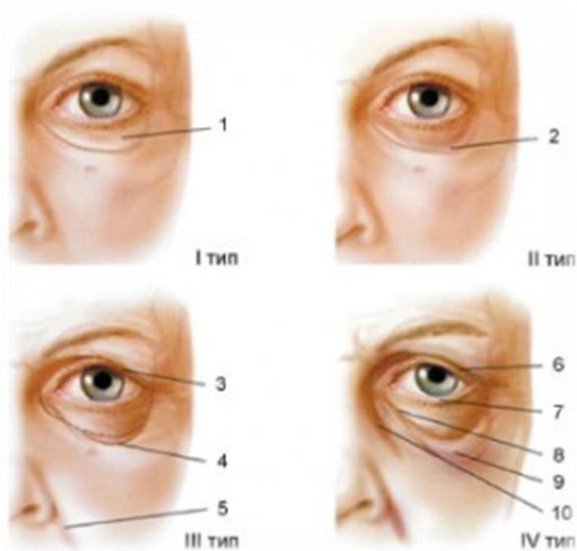
Teri osti kirish yo'li bilan pastki yog ' saqlovchi blefaroplastika (intraorbitalgo yog'ini saqlash va qayta taqsimlash) odatda behushlik ostida amalga oshiriladi.

Ko'rsatkichlar yoshga bog'liq aniq o'zgarishlardir. Agar kerak bo'lsa, blefaroplastika yuzning o'rta uchdan bir qismini ko'tarish bilan to'ldirilishi kerak.

Yoshga bog'liq ko'z qovoqlari o'zgarishlarining tasnifi

Pastki ko'z qovoqlari sohasidagi yoshga bog'liq o'zgarishlar uzoq vaqt davomida rivojlanib boradi va ularni quyidagi to'rt turga bo'lish mumkin:

I tip-o'zgarishlar pastki ko'z qovoqlari mintaqasi bilan cheklangan, ko'zni o'rab turgan mushak tonusining zaiflashishi va orbital yog'ning bo'rtib chiqishi kuzatilishi mumkin.



II tip-o'zgarishlar pastki qovoqlarning chegaralaridan tashqariga chiqadi, atrofdagi ko'z mushaklarining ohangining zaiflashishi, terining ohangining zaiflashishi va uning ortiqcha ko'rinishi, yonoq to'qimalarining ozgina tushishi va ko'z qovog'ini ajratish paydo bo'lishi mumkin. -yonoq.

III tur - o'zgarishlar ko'z qovoqlari bilan chegaradosh barcha to'qimalarga ta'sir qiladi, yonoq va zigomatik hudud to'qimalarining tushishi, ko'z qovog'ining ajralishini kuchaytiradi-yonoq, orbitaning skeletonizatsiyasi - orbitaning suyaklari ko'rinadi, nazolabial burmalar chuqurlashadi.

IV tur-keyingi tushish ko'z qovog'ini ajratish-yonoq, nazolakrimal jo'yaklarning chuqurlashishi, deb atalmish paydo bo'lishi. "bo'yash" yoki zigomatik "sumkalar", ko'zning tashqi burchaklarining tushishi va skleraning ta'siri.

1 - pastki qovoqning minimal qarishi,

2-ko'z qovog'ini ajratishning minimal tushishi-yonoq, 3 - qoshning tushishi bilan yuqori ko'z qovog'ining o'rtacha qarishi, 4-ko'z qovog'ining ajralishi-yonoq

orbitaning chetidan pastga tushadi, 5-nazolabial burma, 6-qoshning tushishi bilan yuqori ko'z qovog'ining aniq qarishi, 7-pastki qovoqning chetini sarkma, "ko'zni yumaloqlash", skleraning 8-nazolakrimal sulkus, 9-niqobli "sumka", 10-lakrimal sulkus

Yoshga bog'liq ko'z qovoqlarining o'zgarishi tasnifi yuqorida oshkor qilingan ko'rsatkichlarni to'g'ri aniqlashga va yaqinlashib kelayotgan blefaroplastikani rejalashtirishga yordam beradi.

I turdagi yoshga bog'liq o'zgarishlar bilan dastlabki o'zgarishlar asosan pastki ko'z qovoqlari sohasida kuzatiladi. Kichkina ortiqcha teri va atrofdagi ko'z mushaklarining sarkmasi, shuningdek, intraorbital yog'ning aniq shishishi kuzatilishi mumkin. Biroq, orbital yog ' miqdori odatda nisbatan o'zgarishsiz qoladi. Aksincha, yuzdagi yog', shu jumladan zigomatik yog', yoshga qarab pasayishni boshlaydi. Intraorbital yog ' hajmining oshishini idrok etish ko'pincha shish paydo bo'lishi bilan bog'liq. Ko'z qovoqlarining ko'rinishini yaxshilash uchun yuqori va pastki blefaroplastikani amalga oshirish mumkin, intraorbital yog'ning bir qismini transkonjunktival yoki teri orqali olib tashlash va oz miqdordagi terini olib tashlash mumkin. Kabi muqobil protseduralar intraorbital yog'ni qayta taqsimlash ham ishlashi mumkin.

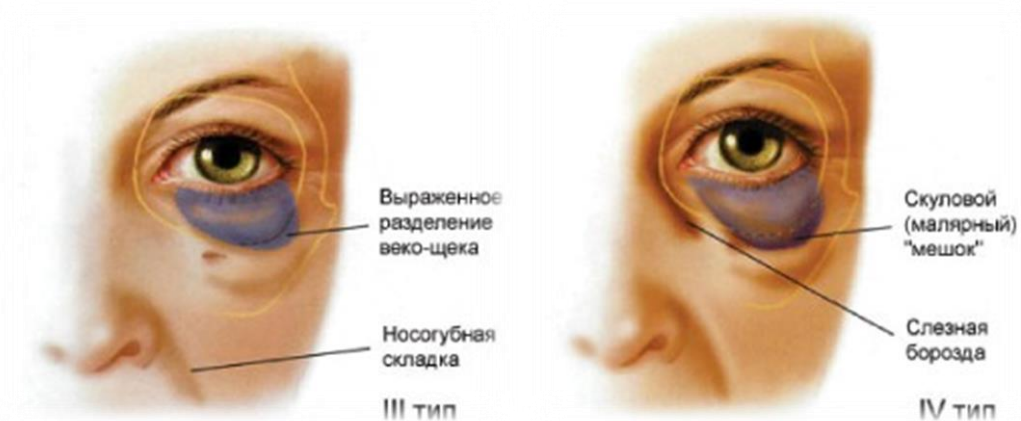


II turdagi yoshga bog'liq o'zgarishlar bilan yuqori va pastki qovoqlarda qarish belgilari va yuzning o'rta zonasida prolapsaning dastlabki dalillari mavjud. Zigomatik yog ' to'qimalarining prolapsasi qayd etilganligi sababli, ko'z qovog'ining ajralishi-yonoq va lakrimal sulkus aniqroq bo'ladi. Ushbu bemorlar intraorbital yog 'tolasi bilan paydo bo'lgan tushkunliklarni to'ldirishlari, orbital septumni ajratishlari va yog' to'qimasini ko'z qovog'i-yonoq ajratish joyiga tushirishlari kerak. Shuningdek, yuzning o'rta zonasini cheklangan periosteal ko'tarish mumkin.



III turdagi yoshga bog'liq o'zgarishlar bilan yuzning o'rta zonasining yanada aniqroq qarishi ko'z qovog'i-yonoq birikmasining keyingi tushishi va nazolabial burmalarning chuqurlashishi bilan sodir bo'ladi. Zigomatik yog ' to'qimalarining prolapsasi nazolabial burmalarning shakllanishiga olib keladi va yuzning o'rta zonasini subperiosteal ko'tarish bilan ko'tarilishni talab qiladi.

IV turdagi bemorlarda odatda o'rta zonada sezilarli o'zgarishlar, zigomatik "bo'yash" qoplari mavjud va ko'pincha pastki qovoqning sarkmasi tufayli ko'zning yaxlitlanishi mavjud. Bunday vaziyatda zigomatik ligament, orbital to'xtatuvchi ligamentlar va kantopeksiyaning bo'shatish bilan yuzning o'rta zonasini subperiosteal ko'tarish yordam berishi mumkin.



Клиник текширув

Клиник текширув paytida ko'z qovoqlarining holati aniqlanadi, ya'ni:

yuqori va pastki qovoqlarda terining ortiqcha miqdorini aniq aniqlash;

ko'z qovog'ining tashqi uchdan bir qismi yo'nalishi va mumkin bo'lgan ptozis darajasi;

teri tuzilishi: yuzaki yoki chuqur ajinlar;

"qarg'a oyoqlari" holati;

ko'z qovog'ining xaftaga ohangi, (fibro-elastik to'qimalar), bu ko'z qovog'iga qattiqlik beradi;

pastki ko'z qovog'ini oldinga tortish testi pastki ko'z qovog'ini 10 mm orqaga tortib, uni avvalgi holatiga qaytarishga imkon beradi;

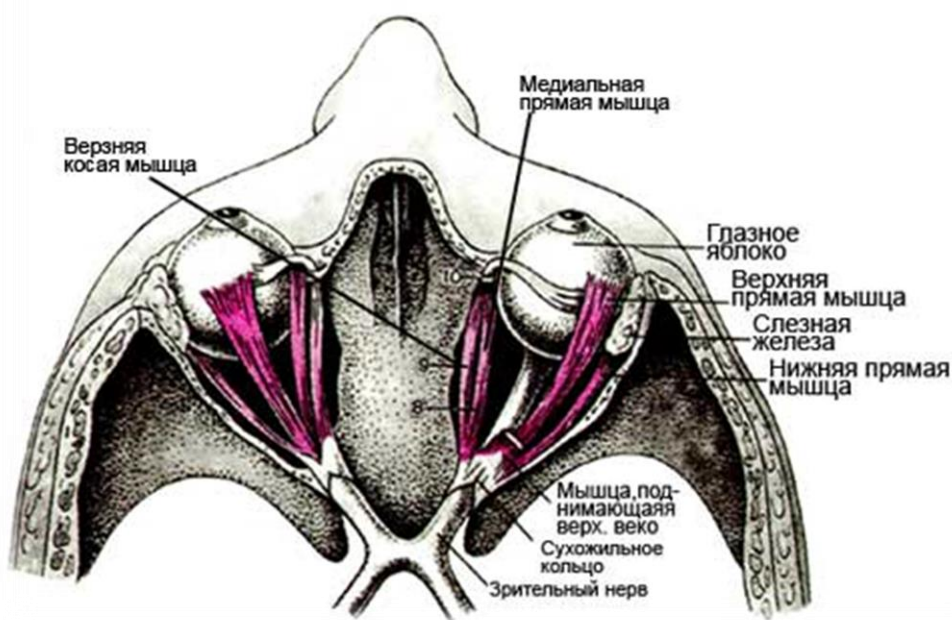
pastki qovoqning yuqori chetining aniq yo'nalishi: to'g'ri yoki biroz yuqoriga egilgan shaklda dumaloq ko'z xavfi mavjud, shuning uchun terini rezektsiya qilish o'rtacha bo'lishi kerak;

pastki qovoq terisi pigmentatsiyasi;

ko'z qovog'ining chuqurlashishi va markazda ortiqcha yog ' to'qimalari;

ko'z olmasiga engil bosim o'tkazib, ortiqcha yog ' miqdorini aniqlash va ularning joylashishini aniq aniqlash: butun mintaqada, asosan ichkarida yoki tashqarisida;

yuqori ko'z qovog'ini ko'taradigan mushaklarning funktsiyasi, senil ptozisining mavjudligi va yuqori ko'z qovog'ining katlama darajasi maxsus testlar yordamida aniqlanadi;



Orbitaning fastsiyasi

Ko'z olmasi joylashgan bo'shliqda joylashgan orbitaning Periosteum bilan qoplangan bo'lib, u optik kanal va yuqori orbital yoriqda miyaning qattiq membranasi bilan birlashadi. Ko'z olmasi uning qobig'i-qin yoki tenon kapsulasi bilan o'ralgan bo'lib, u sklera bilan bo'shashgan. Ko'z olmasi va uning qini

orasidagi bo'shliq episklral (tenon) bo'shliq deb ataladi. Ko'z olmasining orqa yuzasida qin optik asabning tashqi vaginasi bilan birlashadi, old tomondan qin kon'yunktiva kamariga yaqinlashadi. Ko'z olmasining qinini tomirlar va nervlar, shuningdek, okulomotor mushaklarning tendonlari teshadi, ularning o'z fastsiyalari bu qin bilan birlashadi.

Ko'z olmasining vaginasi va orbitaning Periosteum o'rtasida, okulomotor mushaklar va optik asab atrofida biriktiruvchi to'qima jumperlari bilan teshilgan yog 'to'qimasi - ko'z olmasi uchun elastik yostiq vazifasini bajaradigan orbitaning yog' tanasi yotadi. Old tomondan, uning tarkibidagi ko'z teshigi qisman orbital septum bilan qoplangan bo'lib, u orbitaning yuqori va pastki qirralarining periosteumidan kelib chiqadi va yuqori va pastki qovoqlarning xaftaga yopishadi va ko'zning ichki burchagi sohasida ko'z qovog'ining medial ligamentiga ulanadi.

Churra: ko'z olmasi orbitadan amortizator vazifasini bajaradigan va periorbital tolalar deb ataladigan yog ' to'qimasi qatlami bilan ajralib turadi. U ko'z qovog'ining terisidan biriktiruvchi to'qima membranasi bilan ajralib turadi-ko'z teshigi ichidagi yog ' to'qimasini ushlab turadigan orbital septum.ko'z ostidagi" sumkalar "biriktiruvchi to'qima membranasi elastikligini yo'qotganda, cho'zilganda, tashqariga osilib qolganda va ichidagi yog' to'qimasini ushlab turolmay, o'ziga xos churra hosil qilganda paydo bo'ladi. Shuning uchun, "sumkalar" ni yo'q qilish uchun pastki qovoqlarda plastik jarrohlik amaliyotini o'tkazishda jarrohlar, birinchi navbatda, orbital septumni tikdilar va mustahkamladilar.

1 Sabab. Genetika

2 Sabab. Tuz

Tuzli ovqatlarga haddan tashqari ishtiyoq ham ko'z qovoqlarining shishishiga olib keladi – siz bilganingizdek, tuz tanadagi suvni ushlab turadi, uning katta miqdori yog ' to'qimasini "saqlaydi". Shu jumladan orbitaning ichida.

3 Sabab. Kasalliklar

Periorbital tolada suvni ushlab turish (shish) quyidagilarga olib kelishi mumkin:

buyrak kasalliklari,
allergik kasalliklar (rinit, kon'yunktivit),
nafas olish yo'llari infeksiyalari,
sinuslarning yallig'lanishi.

4 Sabab. Gormonlar

Ko'pgina ayollarda ko'z ostidagi "sumkalar" hayz davrining ba'zi bosqichlarida paydo bo'ladi. Bunday hollarda suyuqlikni ushlab turish (shish) gormonal darajadagi o'zgarishlar bilan bog'liq.

5 sabab. Ultrafiolet nurlari

6 sabab. 7. Ortiqcha ish

7 sabab. Yosh/

Blefaroplastikaning asoratlari

Kosmetik blefaroplastikada o'z-o'zidan o'tib ketadigan vaqtinchalik asoratlar va faol aralashuvlarni talab qiladigan uzoq muddatli asoratlar qayd etiladi.

Retrobulbar gematoma va orbital bo'shliqqa qon ketish eng dahshatli asoratlardir. Ular prianesteziya tomirining shikastlanishi yoki orbital yog'ning qo'pol tortilishi natijasidir. Operatsiyadan 1,5—2 soat o'tgach retrobulbar qon ketishi bilan retinaning Markaziy arteriyasida qon oqimining buzilishi tufayli ko'rish yo'qolishi mumkin. Retrobulbar qon ketishida ko'rlik vaqtinchalik, chunki qon pıhtılar asta-sekin eriydi.

Teri osti gematomasi siyanoz va terining bo'rtib chiqishi, so'ngra markazda tebranish bilan tashxis qilinadi. Bunday hollarda, uni birinchi kuni olib tashlash shart emas. Gematoma lokalizatsiya qilinmaguncha kutish kerak va uni 7-10-kuni terining kichik kesmasi orqali yoki ponksiyon uchun qalin igna orqali bo'shatish kerak.

Lakrimatsiya ko'z qovoqlarining shishishi bilan bog'liq bo'lib, ularning chetida lakrimal naychalar siljiydi. Bir necha hafta davomida uzoq muddatli ko'z yoshi kamdan-kam uchraydi, bu odatda naychalar yoki ko'z yoshi sumkasining chandiqlar bilan torayishi bilan bog'liq. Shuning uchun, aralashuv paytida, operatsiya kesiklari ko'zning ichki burchagiga etib bormasligiga ishonch hosil qilish kerak, ayniqsa mushak-teri qopqog'i chiqarilganda. Ko'zning dumaloq mushaklarini ehtiyotkorlik bilan davolash kerak, bu "ko'z yoshi chiqishi uchun nasos".

Keratokonjunktivit sicca blefaroplastikaning asoratlari bo'lishi mumkin, ammo bu har doim ham aralashuvning bevosita natijasi emas va faqat u tomonidan qo'zg'atilishi mumkin. Operatsiyadan oldin lakrimal suyuqlik ishlab chiqarishni maxsus testlar bilan aniqlash, bemorlarni operatsiya uchun ehtiyotkorlik bilan tanlash kerak (ko'z kasalliklari tarixi, iris ostidagi skleraning ta'siri bilan ko'z qovoqlarining zaifligi) va yumshoq jarrohlik texnikasini qo'llash kerak.

Diplopiya operatsiyadan keyin bir necha soat ichida o'zini namoyon qilishi mumkin va bu ko'z mushaklarining buzilishi bilan bog'liq. Shu bilan birga, tashqi xonalarning shikastlanishi (masalan, o'rta va ichki yog ' paketlarini ajratib

turadigan pastki qiya mushak) tufayli uzoq muddatli diplopiya chiqarib tashlanmaydi. Mushakni shikastlamaslik uchun bu joylarda orbital tolani juda ehtiyotkorlik bilan ajratish kerak. Xuddi shu sabablarga ko'ra, hech qachon ular ko'zning dumaloq mushaklarini to'liq ajratadilar va uni faqat to'g'ridan-to'g'ri yog ' paketlari ustida amalga oshiradilar.

Ba'zi bemorlarda operatsiyadan keyin tashqi qismlarda pastki qovoqlarning ko'z olmasidan biroz orqada qolishi kuzatiladi. Odatda, bu holat yaradagi reaktiv o'zgarishlar yoki chandiq kontrakturasini tufayli yuzaga kelsa, bir necha haftadan so'ng o'z-o'zidan o'tib ketadi. Bunday o'zgarishlarning uzoq muddatli mavjudligi allaqachon pastki qovoqlarning inversiyasining shubhasiz belgisi bo'lib xizmat qiladi. Uning asosiy sabablari terining haddan tashqari eksizatsiyasi, orbital fastsiyaning tikuv bilan qisqarishi, ko'zning dumaloq mushaklarining pareziyasi, yog ' to'qimasini haddan tashqari olib tashlash, gematoma. Pastki qovoqlarning burilishini tashxislashda avval konservativ choralarni qo'llash kerak, masalan, 72 soat davomida qo'llab-quvvatlovchi tikuvlar, to'qimalarni bo'shatish uchun pastki qovoqlarni gips bilan yuqoriga ko'tarish, dumaloq ohangni oshirish uchun faol gimnastika ko'z mushaklari. Pastki qovoqning aniq burilishi bilan jarrohlik tuzatish talab etiladi-birlamchi aralashuvdan 48 soat o'tgach yoki 4-6 oydan keyin amalga oshirilishi mumkin bo'lgan to'liq qalinlikdagi teri qopqog'ini ko'chirib o'tkazish. Bunday operatsiyalar uchun teri yuqori ko'z qovog'idan, mastoid jarayonidan yoki supraklavikulyar mintaqadan olinadi.

Ildiz Z-epikantoplastika

Epikantal burmalarni o'zgartirish bo'yicha operatsiya

Operatsiyadan oldin bu nisbatan xira epikantal burma ko'zning gorizontal ochilishini toraytiradi.



Teri burun tomon tortiladi va mo'ljallangan kesmalar o'lchanadi va belgilanadi.

Teri ikkita uchburchak qopqoq hosil qilish uchun z shaklida kesiladi.



Qopqoqlar pastki tuzilmalardan ajratiladi, ammo to'qimalar olib tashlanmaydi. Kuchlanishsiz ham, pastki qopqoq o'z-o'zidan qisman ko'tarilishni ko'rsatadi.

Qopqoqlar transpozitsiya qilinadi (pastki qopqoq yuqoriga, pastki qopqoq pastga aylanadi) va tikiladi.



Oldin Keyin

RINOPLASTIKA

Tashqi burun va burun septumining shakllanishi estetik plastik jarrohlikda alohida o'rin tutadi. Aksariyat jarrohlr rinoseptoplastikani eng qiyin deb bilishadi

boshqa estetik operatsiyalar bilan taqqoslaganda, barqaror va bashorat qilinadigan natijalarga erishish ularning kasbiy mahoratining eng yuqori darajasi deb hisoblanadi.

Tashqi burun va umuman Rinoplastika sohasidagi aralashuvlarning o'ziga xos xususiyatlari, bizning fikrimizcha,:

- * jarrohlik aralashuvning " ochiq " maydoni, uni kiyim, soch turmagi yoki aksesuarlari bilan kamuflyaj qila olmaslik;
- * uch o'lchovli, eksenel simmetriya uchun maxsus talablar;
- * organning hal qiluvchi funktsional qiymati;
- * tananing ushbu qismining maxsus psixologik va ijtimoiy roli; jinsiga, yoshiga, etnik kelib chiqishiga, yuzning nisbatlariga qarab operatsiya variantlarining xilma-xilligi;
- * plastik jarrohlik va transplantatsiya tamoyillariga qat'iy rioya qilish majburiyati;
- * estetik operatsiyaning rekonstruktiv asoslari;
- * aralashuvdan keyin faqat 1 yil (yillar) keyin natijani haqiqiy baholash imkoniyati;
- * mumkin bo'lgan asoratlarning " fanlararo " tabiati.

Tegishli mutaxassisliklar vakillari (otorinolarologlar, yuz-yuz jarrohlari) muammosiga g'ayratli munosabat.

Yuzda bajariladigan barcha plastik operatsiyalarda bo'lgani kabi, rinoplastikada ham hisoblash millimetr va ularning fraktsiyalariga to'g'ri keladi. Shuning uchun burun anatomiyasi va uning variantlarini bilish ayniqsa muhimdir.

Jarrohlik anatomiyasi

burun funktsiyalari

Anatomik shakllanishlar, ayniqsa, bemorni etarlicha yoritilgan xonada tekshirishda aniq ko'rinadi. Bunday holda, burun uchi sohasidagi tashqi belgilar va aniqlovchi nuqtalar, shuningdek, ushbu belgilar o'rtasidagi munosabatlar aniq aniqlanadi.

Teri suyak va xaftaga tushadigan tonozlarning yuqori 2/3 qismida ingichka va harakatchan. Burun uchi va qanotlari ustida. Teri sezilarli qalinlikka ega va yog' bezlariga boy.

Funktsional jihatdan ikkita mushak muhim ahamiyatga ega. Levator labii superioris mushak tashqi burun qopqog'ini kengaytiradi, bu burun teshigidan chiqishdir.

Yuz falaji tashqi burun qopqog'ining qulashi bilan birga keladi. Burun septumining depressor mushaklari burun uchining proektsiyasining pasayishiga va yuqori trubaning qisqarishiga olib keladi. Bu, keng tabassum qilganda, burun uchining cho'kishidan noqulay bo'lgan bemorlarning shikoyatlarining asosiy sababi bo'lishi mumkin.

Tashqi burunni qon bilan ta'minlash yuz arteriyasi tizimidan ikkita asosiy tomirni o'z ichiga oladi. Asosiysi, tashqi lateral burun arteriyasi, burchak arteriyasining filiali bo'lib, u 100% hollarda uchraydi. Yuqori lab arteriyasidan kelib chiqqan burun septumining teri qismining arteriyasi (kolumella) faqat 68,2% da uchraydi. 'holatlar. Bu rinoplastika paytida ochiq yondashuvni amalga oshirish xavfsizligini oqlaydi, bunda bu sohadagi tomirlarning kesishishi, qoida tariqasida, muqarrar. Bu arteriyalarning barchasi mushaklar ustida, teri osti qatlamida o'tadi, shuning uchun esda tutish kerakki, uchi sohasidagi to'qimalarni radikal yog'sizlantirish paytida bu tomirlar orasidagi mikroanastomozlarning shikastlanishi to'qimalarning qon bilan ta'minlanishining jiddiy buzilishiga olib kelishi mumkin. bu sohada.

Burunning suyak skeleti juftlashgan burun suyaklari va yuqori jag'ning frontal jarayonlaridan iborat. Yanal osteotomiyalar kamdan-kam hollarda medial kantus darajasidan yuqori bo'lishi kerak, chunki burun piramidasi bu erda sezilarli darajada torayadi. Agar bemorning burun suyaklari qisqa bo'lsa, uzunligi 15 mm dan kam bo'lsa, lateral osteotomiyalar burun suyaklarining qulashiga olib kelishi mumkin. burun qopqog'i. Suyaklarning bunday joylashishi bilan burun orqa qismining tashqi deformatsiyasini bartaraf etish uchun osteotomiyaga alternativa kamuflyajdan foydalanish hisoblanadi. burun dorsumining suyaklari ustidagi xaftaga tushadigan avtogreftlar.

Burunning xaftaga tushadigan tonozining proksimal 2/3 qismi burun septumining xaftaga va burun qanotlarining juftlashgan mayda xaftaga (yuqori lateral yoki uchburchak) tomonidan hosil qilingan monoblok bilan ifodalanadi. Bu xaftagalarning burun suyaklari bilan artikulyatsiyasi asosiy soha sifatida aniqlanadi. Burun qanotlarining mayda xaftaga septum bilan artikulyatsiyasining konturi bu erda T harfi shakliga ega. Estetik nuqtai nazardan, asosiy zona dorsumning eng keng qismi ekanligi e'tiborga loyiqdir. Shuning uchun burun ko'prigining tepasini olib tashlash uchun jarrohlik manipulyatsiyalaridan keyin ham uni shu tarzda qoldirish kerak. yoki, aksincha, to'qimalarni avtogreftlar bilan mustahkamlang.

Burun qanotlarining mayda xaftagalari kranial qismi bilan burun suyaklari orqasida 6-8 mm maydonda joylashgan. Bu xaftaga tashqi yordam yo'q. Proksimal soatda xaftaga tushadigan tonozni bo'lishda.

Bu ko'pincha yomon o'tkir raspalardan foydalanish bilan izohlanadi, ular o'zlarining barqarorligini yo'qotadilar, chunki ularni faqat nokga boradigan tolali ko'priklar ushlab turadi.

ko'rinadigan ochilish va burun qanotining to'qimalari. Tashqi tomondan, bu teskari lotin V harfi shaklida xarakterli deformatsiya sifatida namoyon bo'lishi mumkin.

Burun septumining old qismi etmoid suyakning perpendikulyar plastinkasiga ulashgan (ulangan) tartibsiz to'rtburchaklar shaklidagi xaftaga bilan ifodalanadi. va ochuvchi, ya'ni. burun septumining suyak qismi bilan. Septum burunning butun osteokartilajli ramkasini qo'llab-quvvatlaydi. Burun septumining aniqlanmagan og'ishlari mumkin rinoplastikadan keyin nafas olishga salbiy ta'sir qiladi.

Burunning uchi burun qanotlarining katta va kichik xaftaga va burun septumining xaftaga tushadigan qismi orasidagi tolali ko'priklar bilan ta'minlanadi. Qo'llab-quvvatlashni yo'qotish

Burunning uchi bu tolali ko'priklarning qarishi natijasida zaiflashishi yoki jarrohlik yondashuvlar, masalan, yopiq rinoplastikada xaftaga o'rta kesma natijasi bo'lishi mumkin. Burun qanotlarining katta xaftaga o'rtasidagi ko'priklar ham juda mo'rt bo'lib, burunga jarrohlik yondashuvlarni amalga oshirishda shikastlanishi mumkin.

Turbinatlar burunning uchta eng muhim funktsional sohalaridan biridir. Boshqalar burun septumini va burun qopqog'ini o'z ichiga oladi. Burun turbinalari burunga kiradigan havoni 90% izolyatsiya qiladi va namlaydi. Nafas olish paytida ular siqilib, kengayib, kiruvchi havo oqimini tartibga soladi. Oldingi bo'limlarda burun konkasining gipertrofiyasi nafas olish disfunktsiyasining eng keng tarqalgan sababidir. Ma'lumki, burun yo'llari asta-sekin orqa tomonga kengayadi, shuning uchun odatda posterior hududlarda pastki konkani rezektsiya qilish kerak emas. Bundan tashqari, u sezilarli qon ketishiga olib kelishi mumkin.

Ichki burun qopqog'i burun qanotining kichik xaftaga kaudal qismi bilan burun septumining artikulyatsiyasi orqali hosil bo'ladi. Odatda, natijada olingan burchak 10 dan 15 ° gacha. Bu burchak qanchalik kichik bo'lsa, burunga kiradigan havo oqimi tezligi shunchalik katta bo'ladi. Bu o'z navbatida intranazal bosimni oshiradi. Ichki burun qopqog'ini tashkil etuvchi xaftagalarning nomutanosib kesishishi yoki kesilishi tufayli qo'llab-quvvatlashning yo'qolishi uning qulashiga olib keladi.

Havo oqimi laminar yoki turbulent bo'lishi mumkin. Bir qator omillar (burun turbinatlarining gipertrofiyasi, burun septumining egriligi va teshilishi, burun klapanlari sohasidagi chandiqlar) havo oqimi paytida turbulentlikning

kuchayishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida nafas olishning ko'payishi bilan birga keladi. qarshilik. Ma'lumki, burun yo'lining diametrini $\frac{1}{4}$ ga qisqartirish bosimning 16 barobar oshishiga olib keladi. Shuning uchun estetik rinoplastikadan o'tmoqchi bo'lgan bemorlar birinchi navbatda rinometriya va rinomanometriya yordamida tekshirilishi kerak.

Bemorni tekshirish

Rinoplastikaga muhtoj bo'lgan bemor odatda burunning o'lchami va shaklidan qoniqmaydi. Shu bilan birga, shikoyatlar burun yo'llarining torayishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin, bu esa nafas olish muammolariga, horlamaga va faqat ma'lum bir tomonda uxlash qobiliyatiga olib keladi. Shikoyatlarni aniqlaganda, bemorning noroziligiga sabab bo'lgan barcha fikrlarni aniqlab olish, uning muammolari haqida gapiradigan hissiy uslubga e'tibor berish kerak. Tekshiruv davomida oila tarixini, oldingi jarohatlar va operatsiyalarning mavjudligini aniqlash, shuningdek, u qaysi intranazal dorilarni qo'llaganligi va qanday sabablarga ko'ra, ularga allergik reaksiyalar yoki intranazal qon ketishlar mavjudligini aniqlash kerak.

Burunni tekshirish intranazal tuzilmalarni tekshirish, shuningdek, tashqi burun shakllanishining hujjatli tavsifi bilan boshlanadi. Burun 4 ta asosiy proektsiyada suratga olinadi:

to'liq yuz, profil, yarim profil va pastdan:

Og'iz yopiq holda, shuningdek, bitta burun teshigi yopilganda, so'ngra burun qanotini yonoq orqasiga tortgan holda tashqi nafas olish funksiyasini kuzatish sizga oqimni taxminiy baholashga imkon beradi.

burun orqali havo o'tadi. Shundan so'ng, vazokonstriktorlarni qo'llashdan oldin va keyin intranazal tuzilmalarni ko'zgu va endoskop yordamida tekshirish amalga oshiriladi. dorilar. Bunday holda, suyak sohasida burun septum va turbinatlari qanday ko'rinishini aniqlash mumkin. Tekshiruv natijalari burun va paranasal sinuslarning rentgen ma'lumotlari yoki (yaxshiroq) kompyuter tomogrammalari bilan taqqoslanadi.

Ochiq rinoplastikaning xususiyatlari

Hozirgi vaqtda ko'pchilik plastik jarrohlar burunni shakllantirishning ochiq usuli yopiq usuldan ko'ra ko'proq anatomik va prognozli ekanligiga shubha qilmaydi. Bu, ayniqsa, tashqi burunning belgilovchi qismi sifatida burun uchi sohasidagi manipulyatsiyalar uchun to'g'ri keladi. Ma'lumki, yopiq rinoplastika paytida saqlanib qolgan elementlarning holatini bilvosita nazorat qilish bilan burun qanotlarining xaftaga chiziqlarini kesish, yumshatish va kesish strukturaviy

yo'qotishlarga va funktsional buzilishlarga olib keladi, bu esa uchini qo'llab-quvvatlovchi tuzilmalarning yo'qolishi bilan birga keladi. burunning proektsiyasi va assimetriyasining pasayishiga. Xaftaga jarrohlik ta'sirining qaytarilmas tabiati, biriktiruvchi to'qimalarning etuk kuchlarining dasturlashtirilmagan ta'siri bilan birgalikda, o'z navbatida, rinoplastika operatsiyasining oldindan aytib bo'lmaydigan natijasiga olib keladi.

Ochiq rinoplastikani amalga oshirishda operatsiya bosqichlari ketma-ketligi tabiiy ravishda o'zgaradi:

1. Yumshoq to'qimalar qopqog'ini ko'tarish.
2. Burun uchining dastlabki shakllanishi.
3. Burun ko'prigining dastlabki shakllanishi.
4. Septumni tuzatish.
5. Lavaboga aralashuv.
6. Osteotomiya.
7. Burun ko'prigining yakuniy shakllanishi.
8. Burun uchining yakuniy shakllanishi.
9. Lab-burun uchi kompleksining shakllanishi.
10. Burun qanotlari asosining shakllanishi.
11. Yaraning yopilishi.
12. Bandajni qo'llash.

Yumshoq to'qimalar qopqog'i kesma shaklida burun ustuni va bo'lakchasi hosil qilgan burchakdan bir oz orqada joylashgan kolumelladagi qadam shaklida ko'tariladi, kesma vestibulada terining marginal (subxondral) kesilishi bilan davom ettiriladi. hudud. Yumshoq to'qimalar qopqog'ini harakatga keltirganda, ular burun qanotlarining katta va kichik xaftagalarini iloji boricha skeletizatsiya qilishga harakat qiladilar, bu esa qopqoqning ichki yuzasida tolali-yog'li to'qimalarni qoldiradi. Bu xaftaga anatomik xususiyatlarini vizual baholash, shuningdek, vizual nazorat ostida elektrokoagulator bilan ehtiyotkorlik bilan gemostaz qilish imkonini beradi. Burun a'zolarining asosiy xaftaga lateral kranial qismlarini tejamkorlik bilan rezekeksiya qilgandan so'ng, burun orqa qismining balandligidagi dastlabki o'zgarishlar uchun yopiq rinoplastika kabi, lekin qattiqroq vizual nazorat ostida ko'proq kirish mumkin. Tabiiyki, bu erda burun orqa qismidagi shilliq qavatning shikastlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun ko'proq imkoniyatlar yaratiladi, shuningdek, teshilgan holda teshikni tikish. Bundan tashqari, burun septumiga keng dorsal kirish plastik materialni olish uchun ham, ushbu tuzilmani shakllantirish uchun ham taqdim etiladi.

Ochiq rinoplastika bilan burun orqa qismini yakuniy tuzatish burun turbinatlariga aralashuvdan so'ng mumkin bo'ladi (ikkinchisini kamaytirish burun bo'shlig'ining hajmini baholashga imkon beradi, bu esa lateral osteotomiyadan va suyaklarning

modellastirilgan sinishidan keyin tabiiy ravishda kamayadi. burun piramidasi). Ushbu bosqichda jarrohlikning ochiq usulining afzalliklari shubhasizdir. Burun pardasidan ajratilgan burun qanotlarining mayda xaftagalarini choklar bilan mahkamlash, shu jumladan ular orasiga kengaytiruvchi greftlar kiritish mumkin bo'ladi. Burun orqa qismini mustahkamlash uchun payvandlar modellastirilishi va ma'lum bir holatda ishonchli tarzda o'rnatilishi mumkin.

Odatda shundan so'ng ular operatsiya bosqichiga o'tadilar, uni amalga oshirish ayniqsa katta aniqlik - shakllantirishni talab qiladi. burun uchi. Ochiq rinoplastika texnikasi bo'yicha malakali tajribali jarroh burunning yuqori uchdan bir qismini qisqartirishni amalga oshirishi mumkin.

burun uchini tuzatishdan oldin ham, keyin ham proektsiyaning tabiatiga qarab. Shunday qilib, agar burun uchining proektsiyasi etarlicha baland bo'lsa, avval osteoxondral dumni olib tashlash kerak. Agar burun uchining proektsiyasi baland bo'lmasa, avval burun uchining maksimal proektsiyasini ta'minlash kerak, keyin esa osteoxondral dumni olib tashlash kerak.

Aks holda, keyinchalik burun ko'prigining egar shaklidagi deformatsiyasi paydo bo'lishi mumkin.

Ochiq rinoplastika paytida burun uchining yakuniy shakllanishi uchta asosiy tamoyilga asoslanadi, ularga rioya qilish operatsiya natijasini oldindan aytib beradi:

- burunning xaftaga tushadigan elementlarining strukturaviy uzluksizligini saqlab qolgan holda shaklni o'zgartirish;
- sozlanishi va to'liq qaytariladigan tikuv texnologiyalaridan foydalanish (tikuvlarni yechish mumkin);
- "ko'rinadigan" greftlardan (onley) foydalanmasdan burun uchi elementlarining etarli proyeksiyasi va joylashishiga erishish.

J. Tabbetts (1994) tikuv va yashirin greftlarning ma'lum turlarini tizimlashtirdi, shuningdek, bu tamoyillarga muvofiq burun uchini shakllantirishda jarrohning harakatlarining algoritmini taklif qildi. Shaklda. 116, 117, 119-124, aylana nuqta tikuvni mahkamlashda kuch vektorini yo'naltirilgan joyni belgilaydi. Qattiq o'q oldinga kuch vektorining yo'nalishini, soyali o'q uzatilgan kuchlarni va soyasiz o'q to'qimalarning qarshiligi yo'nalishini ko'rsatadi.

Yuqorida aytib o'tilganidek, birinchi navbatda, burun qanotlarining katta xaftaga lateral krarasining nosimmetrik chiziqlari hosil bo'ladi. Keyin medial kraralar asosan gumbazlarning simmetriyasini ta'minlash uchun qayta shakllanadi. Bunday

holda, ikki turdagi tikuv ishlatiladi. Medial krarani mahkamlaydigan tikuv gumbazlarning asosiy simmetriyasini ta'minlaydi va ularni birlashtiradi, shuningdek, burun qanotlarining katta xaftaga o'rta va medial kraralari o'rtasidagi munosabatni o'rnatadi. Medial krarani boshqaradigan tikuv alohida yoki ular orasidagi bo'shliq bilan bir vaqtda joylashtiriladi. Ushbu tikuv medial va o'rta kraralar orasidagi ajralish burchagi shaklini o'rnatishi kerak. Keyinchalik, asosiy e'tibor lateral krara va gumbazlarning shakliga qaratiladi.

Medial kraralar orasidagi nazorat bo'shlig'i burun uchining proektsiyasini 2 mm dan ortiq oshirish yoki kamaytirish imkonini beradi; medial oyoqlarni birlashtirish; medial kraraning holatini, shakli va barqarorligini nazorat qilish; kolumella va lobula orasidagi burchakni nazorat qilish; munosabatlarni boshqarish: septumning kaudal qismi - burun uchining lobulasi; nazorat choklarining nazorat vektorlari. Spacerdan foydalanish, shuningdek, osilgan yoki tortib olingan kolumella belgilari mavjud bo'lganda ham oqlanadi.

Qavariq gumbazlardan tashqariga 5 mm dan ortiq bo'lsa, ularni to'g'rilash uchun lateral kraraga qattiqlashtiruvchi tikuv qo'llaniladi. Uning yordami bilan siz burun uchining proektsiyasini oshirishingiz yoki kamaytirishingiz, shuningdek uni aylantirishingiz yoki tushirishingiz mumkin. Gumbazni mahkamlaydigan tikuvlar burunning uchini ta'kidlaydi va uning proektsiyasini oshiradi. Ular, shuningdek, katta alar xaftaga medial krarasining divergentsiya burchagini nazorat qiladi. Burun uchining simmetriyasiga erishish uchun gumbazlardagi tikuvlar turli darajada tortiladi. Agar bu ishlamasa, barcha tikuvlarni olib tashlash va qayta qo'llash kerak.

Yanal krarani kengaytiruvchi payvandlar, bu kraralarni bir-biriga yaqinlashtiradigan tikuvga qarama-qarshi ta'sir ko'rsatadi. Ushbu greftlar lateral kraraning qulashini bartaraf qiladi, ichki burun qopqog'ini ochadi va burun uchining aylanishini kamaytiradi.

Keyingi bosqichda burun uchining proektsiyasini va aylanishini ta'minlash uchun uchi kompleksi joylashtiriladi. Buning uchun burun septumining xaftaga va medial krara orasiga choklar qo'yiladi, ular burun uchi proektsiyasining ortishi yoki kamayishini nazorat qiladi, shuningdek, uchining aylanishi uchun mas'ul chok yoki payvand.

Rinoplastika (burunni tuzatish) plastik va estetik jarrohlikning eng murakkab bo'limlaridan biri bo'lib, ayni paytda eng mashhur va talabga ega bo'lgan operatsiya hisoblanadi. Zamonaviy rinoplastika falsafasi - bu atravmatik texnikadan foydalangan holda burun uchining xaftaga tushadigan ramkasining ko'p qismini saqlab qolish istagi. Jarrohlik anatomiyasi, burun uchini qo'llab-quvvatlovchi mexanizmlar va zamonaviy yumshoq jarrohlik usullarini bilish yaxshi uzoq muddatli natijalar uchun zaruriy shartdir.

Burun yuzning markaziy va eng ko'zga ko'ringan qismi bo'lib, u appertsepsiyaning tabiiy markazini ifodalaydi, birinchi navbatda, muloqot paytida odamlarning diqqatini qaratadi. Burun tuzilishida sezilarli ko'rinadigan buzilishlar bilan, hatto nomukammal estetik tuzatish bilan ham, operatsiyadan keyingi natija bemorlar uchun juda qoniqarli. Estetik maqsadlarda kichik nuqsonlarni bartaraf etish juda qiyin.

Birinchi plastik operatsiyalar, ehtimol, 3000 yil oldin Misr va Hindistonda amalga oshirilgan. Jazo natijasida kesilgan burunni tiklash zarurati ushbu turdagi jarrohlikning rivojlanishi uchun katalizator bo'ldi. Tashqi burunni sindirishning birinchi ta'rifi Hindistondan kelgan. Miloddan avvalgi 1500 yilda shahzoda Lakshmana tomonidan Surpanaxa xonimning burnini majburiy kesib tashlash. e., jahon tarixida birinchi bunday misol. Qudratli podshoh Ravon buyrug'i bilan shifokorlar tomonidan amalga oshirilgan Surpanax xonimning burnini rekonstruksiya qilish Hindistonda amalga oshirilgan birinchi hujjatlashtirilgan rinoplastika operatsiyasidir.

Tarixdan oldingi davrlarda jamiyat yuz va tananing tug'ma nuqsonlari bo'lgan bolalardan xalos bo'ldi. Hindiston, Xitoy, Yaponiya, Gretsiya, Rim va Afrikada bunday bolalar ko'chaga haydalgan, yoqib yuborilgan, zaharlangan yoki cho'kib ketgan. Qadimgi Hindistonda burun obro' va obro'-e'tibor yaratuvchi organ hisoblangan. Xiyonatda gumon qilingan ayollar burunlarini kesish bilan jazolangan; qotillar, zo'rlovchilar va boshqa mahbuslar. Hatto Evropada o'n to'qqizinchi asrning oxirigacha. Burunni kesish, qanotlarini yirtib tashlash, peshona va yonoqlarga tamg'a kuydirish, tishlarni olish, tanadan teri chiziqlarini kesish kabi jazolar qo'llanilgan. Ba'zi mamlakatlarda bu amaliyot hali ham mavjud.

RINOPLASTIKADAGI OPERATIV KIRISHLAR

Hatto kichik burunni tuzatish ham yuzingizning ko'rinishini sezilarli darajada o'zgartirishi mumkin. Shuning uchun operatsiya qiluvchi jarrohning arsenalidagi

ishonchli texnik texnikalar to'plami va ulardan to'g'ri foydalanish katta ahamiyatga ega.

Jarrohlikning barcha sohalarida bo'lgani kabi, protsedura muvaffaqiyatini belgilovchi omil yaxshi jarrohlik yo'li. Biroq, estetik jarrohlikda qulay kirishni tanlash operatsiyadan keyingi chandiqlarning kosmetikligini hisobga olgan holda belgilanadi.

Rinoplastikada ichki yoki yopiq (endonazal) va tashqi yoki ochiq (ekstranazal) yondashuvlar mavjud.

Ichki kirish joylari burunning vestibulyulida joylashganki, natijada paydo bo'lgan chandiqlar tashqi tekshiruv vaqtida ko'rinmaydi. Endonazal (yopiq) rinoplastika sizga burunning osteoxondral piramidasini tuzatishda deyarli har qanday muammoni hal qilishga imkon beradi, ammo bu yondashuv burun uchida harakat erkinligini sezilarli darajada cheklaydi. Biroq, bu katta afzallik, jarrohning manipulyatsiyalarining asosiy qismi vizual nazoratsiz amalga oshirilganda, ichki yondashuvlarning bir xil darajada muhim kamchiliklari bilan birlashtiriladi, bu esa jarrohlik natijalarining taxminiyligini pasaytiradi.

Ochiq rinoplastika uchun tashqi yondashuv optimal ko'rinishni ta'minlaydi va jarrohga o'ziga xos burun deformatsiyalarini to'g'ri baholash imkonini beradi. Bu, ayniqsa, revizion rinoplastika va burun hajmini to'g'rilaydigan aralashuvlar uchun juda muhimdir [Trenite N.G., 1996]. Ekstranazal yondashuvlar jarrohga burun uchi va burun septumining barcha qismlarida ishlash uchun ideal sharoitlarni ta'minlaydi va piramida tuzatilgan bo'lsa, hech qanday kamchiliklarga ega emas. Klinik ishda ochiq yondashuvni tanlash masalasi faqat yopiq rinoplastika ijobiy natijaga umid qilishga imkon bermaydigan hollarda paydo bo'ladi.

Quyidagi hollarda tashqi ruxsatdan foydalanish mumkin:

- 1) yuqori darajadagi aniqlik talab qilinadi;
- 2) jarrohning muayyan aralashuvni amalga oshirish bo'yicha shaxsiy tajribasi etarli emas;
- 3) operatsiya keng doiradagi jarrohlik usullarini talab qilishi mumkin;
- 4) jarrohga operatsiya natijalarini maksimal darajada oldindan aytish kerak.

Boshqacha qilib aytadigan bo'lsak, endigina mustaqil ravishda rinoplastika qilishni boshlayotganlar uchun tashqi kirish asosiy bo'lishi kerak, chunki faqat ichki kirishdan foydalangan holda rinoplastika qilishni boshlagan jarroh natijalarning past prognozligiga ko'nikib ketishi mumkin va ko'pincha ularning past sifatiga

olib keladi. Tashqi kirishdan boshlagan (va keyin asta-sekin ichki kirishdan foydalanadigan) har bir kishi buning teskarisiga o'rganib qoladi: operatsiya rejasini juda aniq amalga oshirish, natijalarni sezilarli darajada prognoz qilish va ularning yuqori sifati.

Shunday qilib, mavjud ikkita jarrohlik yondashuvdan: tashqi va ichki, ikkinchisi ko'proq kosmetikdir, chunki u tashqi izlarni qoldirmaydi, shu bilan birga tashqi kirish vizual nazorat va manipulyatsiya erkinligini ta'minlaydi.

Rinoplastikada ichki yondashuvlar

Ichki kirishning quyidagi turlari ajratiladi:

- 1) old yoki chekka;
- 2) o'rta, yoki xaftaga o'xshash;
- 3) orqa, yoki xaftaga aro;
- 4) oraliq.

Old yoki chekka kirish

Ko'rsatkichlar: burun qanotlari va uchini tuzatish.

Texnika. Kesish burun teshigi chetidan 2 mm masofada katta qanot xaftaga lateral pedikulaning kaudal qirrasi bo'ylab amalga oshiriladi va medial pedikulaga o'tadi. Ushbu yondashuv burunning qarama-qarshi tomonidagi kirishga ulanishi mumkin, bu esa medial krara o'rtasida joylashgan yumshoq to'qimalarni va ajraladigan ko'prikdagi tomirlarni kiritishni talab qiladi.

Kesishni amalga oshirgandan so'ng, jarroh yumshoq to'qimalarni olib tashlaydi va shu bilan burun qanotining katta xaftaga yuzasini ochib beradi.

Kamchiliklari: qanotning katta xaftaga zarar etkazish ehtimoli bor; burunning suyak qismiga va lateral xaftaga yaqinlashishning hech qanday usuli yo'q; burun bo'shlig'iga kirishning erkin chetida joylashgan chandiq burun teshigining deformatsiyasiga va tsikatrizial stenozning paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. O'rta yoki trikartilajli yondashuv

Ko'rsatkichlar. Kesish nafaqat qanotning katta xaftaga, balki lateral xaftaga, shuningdek, burunning septum va suyak qismiga ham yaxshi kirish imkonini beradi.

Texnika. Kesish taxminan katta qanot xaftaga lateral qisqichining o'rtasidan uning medial qirrasi orqasida amalga oshiriladi. Bunday holda, kesim U harfiga o'xshaydi.

Kesmaning oldingi (qisqa) oyog'i burun septumining teri qismini to'rtburchak xaftaga kaudal chetidan ajratib turadi. Kesishning bu qismi ikkala tomondan bir vaqtning o'zida amalga oshiriladi, so'ngra yordamchi tikuv yordamida kolumella pastga tortiladi, bunda qanotning katta xaftaga medial oyoqlari saqlanib qoladi. Kesishning uzun oyog'i uning pastki chetidan 4 mm masofada katta qanot xaftaga egilishi va lateral crus orqali o'tadi.

Posterior yoki xaftaga o'xshash yondashuv

Ko'rsatkichlar: burunning suyak qismida manipulyatsiyalar.

Texnika. Kesish katta qanot xaftaga bosh cheti bo'ylab O harfi bilan, u bilan lateral xaftaga kaudal qirradi o'rtasida amalga oshiriladi. Qisqa jins teri septumida katta alar xaftaga medial pedunkulining bosh chetida va to'rtburchak xaftaga kaudal chetida joylashgan. Keyin kesma yuqoriga, so'ngra katta alar xaftaga lateral krusining bosh qirradi va lateral xaftaga kaudal qirradi orasidagi qanotga o'tadi. Kesish burunning suyak qismiga imkon qadar yaqinroq bo'lishga imkon beradi.

Oraliq kirish

Ko'rsatkichlar: septum rezektsiyasi bilan burun qisqarishining barcha holatlari.

Texnika. Kesish to'rtburchakli xaftaga kaudal qirradi va tolali membrana bo'ylab katta qanot xaftaga medial krassining bosh qirradi o'rtasida amalga oshiriladi.

Rinoplastikada tashqi yondashuvlar

Ichki yondashuvlarning mashhurligiga qaramay, asosi burun septumining teri qismida joylashgan "qaldirg'och" to'qima kesmasi bilan tashqi yondashuvlar chet elda yana mashhurlikka erishmoqda. Operatsiyadan keyingi deyarli tashqi chandiq juda tez sezilmaydigan bo'lib qoladi. Tashqi yondashuvlardan eng ko'p ishlatiladigan kolumella o'rtasida bo'ylama va ko'ndalang kesmalar va Rauer ko'ra "qaldirg'och" kesmasi.

Texnika. Uzunlamasına kesma to'g'ridan-to'g'ri kolumella o'rtasidan amalga oshiriladi, bu erda odatda piriform teshikning tagidan burun uchigacha cho'zilgan kichik truba mavjud.

Transvers transkolumelyar yondashuv bilan burun septumining teri qismi uning eng tor qismida kesib o'tadi.

Rauer yondashuvi yoki "qaldirg'och" yondashuvidan foydalanganda, kesma kolumella bo'ylab amalga oshiriladi, uni burun qanotlari bo'ylab har ikki yo'nalishda cho'ziladi. Kesma ikkala yo'nalishda ham burun qanotlari chetida amalga oshirilishi mumkin. burun qanotlari.

Tashqi kirish burunning barcha tuzilmalariga keng jarrohlik ko'lamini ta'minlaydi, bu esa ko'z nazorati ostida yuqori aniqlikdagi tuzatish operatsiyalarini amalga oshirish imkonini beradi.

KOSMETIK BURUN DEFORMASIYASI TURLARI

Burunning orqa qismi, burun uchi, burun septumi va burun asosining deformatsiyalari mavjud.

Burun ko'prigining kosmetik nuqsonlari uchun asosiy variantlar

Burun orqa qismining asosiy kosmetik nuqsonlari orasida uning haddan tashqari balandligi (burunning tepasi), sezilarli retsessiya (egar burun), yuzning o'rta vertikaliga nisbatan orqa tomonning siljishi (dorsumning egriligi), shuningdek, uning kengayishi yoki torayishi.

Burun bugrilarini tuzatish

Burun bugriligi - bu bolalik davrida kamdan-kam kuzatiladigan burun deformatsiyasi, odatda hayotning ikkinchi o'n yilligida paydo bo'ladi, ko'pincha irsiy, oilaviy xususiyatdir. Ba'zi hollarda burunning suyak qismi shikastlangan joyda tepalik paydo bo'ladi, bu suyak ekzostozining mavjudligi yoki burun suyaklarining periosteumidan chiqadigan osteofitning paydo bo'lishi bilan bog'liq.

Shikast bo'lmagan suyak bugrilari ko'p hollarda burun orqa tomonining butun uzunligi bo'ylab kamar profil chizig'ini hosil qiladi, bu yuqori lateral xaftagalarning mavjudligi bilan bog'liq.

Suyak dumining balandligi har xil - kamonli, bir oz qavariq old protrusiondan aniq va sezilarli balandlikgacha. Bunday odamlarda suyak dumlari ko'p hollarda nosimmetrikdir. Yo'q qilinishi kerak bo'lgan tepalikning balandligi burunning ildizini uchi bilan bog'laydigan chiziq bilan aniqlanadi.

Texnika. Rauerning tashqi yondoshuvi yoki endonazal yondashuvlardan biri (odatda xaftaga aro kesma) qo'llaniladi. Keyinchalik, burunni keletizatsiya qilish uchun tor uchli skalpel ishlatiladi, buning uchun teri burun skeletidan butun uzunligi bo'ylab orqa va uning lateral yuzalaridan tozalanadi. Gemostaz uchun burun to'qimasi tashqi tomondan bir necha soniya davomida bosiladi.

Teri ajratilgandan so'ng, jarroh periosteumni ajratishni amalga oshiradi. Buning uchun piriform teshikning chetida suyak yuzasi sezilguncha periosteum skalpel bilan kesiladi. Keyinchalik, ajratish burun suyaklari va yuqori jag'ning burun

jarayoni bo'ylab raspator bilan subperiosteal ravishda amalga oshiriladi. Ajratish ko'r-ko'rona amalga oshiriladi va uni amalga oshirishning to'g'riligi suyak yuzasining juda xarakterli hissiyotlari (qirqish) bilan belgilanadi. Periosteum bilan barcha manipulyatsiyalar juda ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak, chunki uning dorsal tizma hududida saqlanishi burun dorsumining holatini aniqlaydi.

Keyingi bosqichda burunning osteoxondral tepaligi tuzatiladi. Tepani bir blokda yoki bosqichma-bosqich olib tashlash mumkin. Bitta blokda olib tashlashda burunning orqa qismidan to'qimalarni haddan tashqari olib tashlash mumkin, shuning uchun xaftaga tushadigan qismni rezektsiya qilish yoki aksincha, suyaklarga aralashuv bilan boshlanishi mumkin bo'lgan dumg'azalarni bosqichma-bosqich olib tashlash afzalroqdir. Xaftaga tushadigan qismni rezektsiya qilishdan oldin, olinadigan to'qimalarning hajmi aniqlanadi.

Xaftaga tushadigan qismni to'g'rilashda burchakli kavisli qaychi yoki skalpel lateral xaftaga va to'rtburchak xaftaga dorsal qismini qisman rezektsiya qilish uchun ishlatiladi.

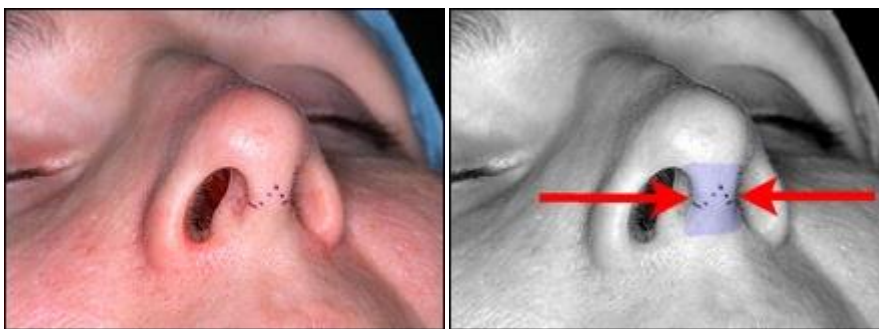
Rinoplastikaning keyingi bosqichi - bu suyak dumini olib tashlash. Suyak qismidagi burun tepasi burun suyaklari va etmoid suyagining perpendikulyar plastinkasidan iborat. Shuni esda tutish kerakki, etmoid suyakning perpendikulyar plastinkasi va septal xaftaga tekislanmaguncha, burun suyaklarini mobilizatsiya qilish va ularni tuzatishga erishilmaydi.

Buning uchun bolg'aning ehtiyotkorlik bilan zarbalari bilan ortiqcha suyak to'qimasini olib tashlash uchun o'tkir osteotom (chisel) dan foydalaning.

Suyak dumlarini olib tashlash uchun siz Vojacek faylidan ham foydalanishingiz mumkin. Katta suyak bugriligini olib tashlash uchun foydalanish qulay.

Biroq, tajribasiz jarroh kesish darajasini nazorat qilishda qiyinchiliklarga duch keladi va odatda kerak bo'lgandan ko'ra ko'proq to'qimalarni olib tashlaydi. Natijada, burunning past, konkav ("qush shaklidagi") orqa qismi hosil bo'ladi. Fayl suyak to'qimasini va ba'zan uning atrofidagi yumshoq to'qimalarni sezilarli darajada yo'q qilish bilan qo'pol kesma hosil qiladi. Shu nuqtai nazardan, osteotom afzalroqdir, chunki u nozik va "tozaroq" sinish chizig'ini ishlab chiqaradi. Chisel, ayniqsa, asbobning harakatchanligi arralashdan ko'ra yaxshiroq bo'lgan kichik dumlar uchun qulaydir.

Ushbu bobda rinoplastika operatsiyasining birinchi bosqichi tasvirlangan. Ushbu bosqichda burunning kerakli kesiklari amalga oshiriladi, bu esa uning asosini - suyaklar va xaftaga tushishini ko'rish imkonini beradi.



Yuqoridagi rasmlarga qarang. Tashqi kesma nuqta chiziq bo'ylab teskari V shaklida, boshqa kesmalar shilliq qavatdagi burun bo'shlig'ida amalga oshiriladi. Teri kesilgan operatsiya ochiq rinoplastika deb ataladi. Agar kirish faqat burun shilliq qavatidan amalga oshirilsa, yopiq rinoplastika qo'llaniladi.

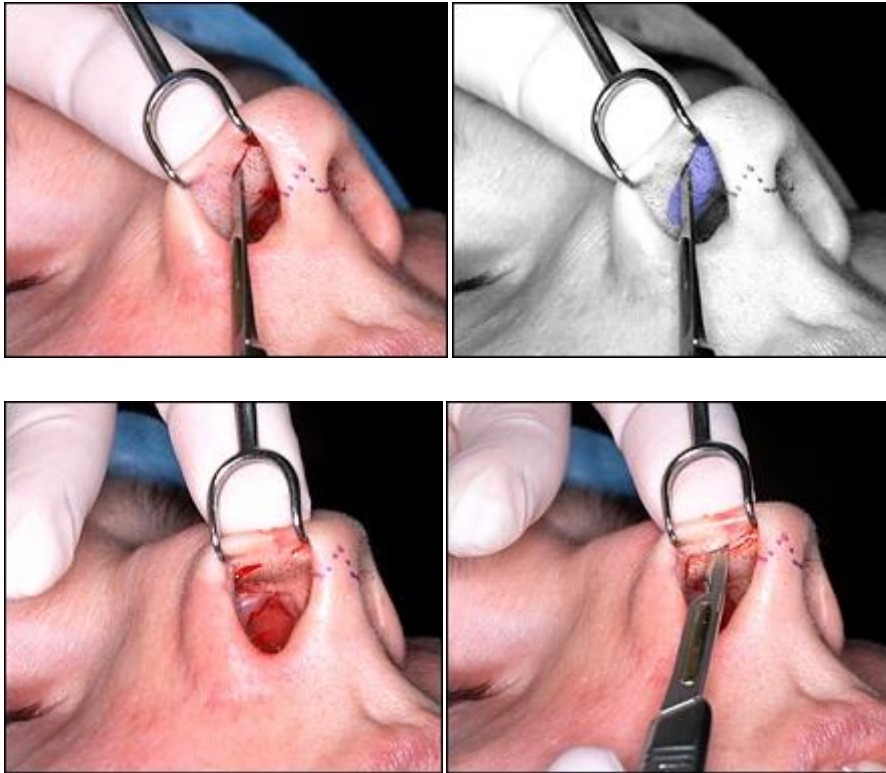
Burunning kesma qilingan qismiga kolumella yoki ustun deyiladi. Rasmda kolumella ko'k rangga ega. Kesish uning eng tor qismida amalga oshiriladi (qizil o'qlar bilan ko'rsatilgan). Bu "trans-kollumer" kesma deb ataladi. Kolumella bu joydan yuqorida va pastda eng katta kenglikda joylashgan.

Kesish kolumellaning eng tor qismida amalga oshiriladi, shuning uchun operatsiyadan keyin qolgan chandiq minimal bo'ladi. Garchi jarohatni to'liq davolashdan keyin u deyarli ko'rinmas holga keladi.



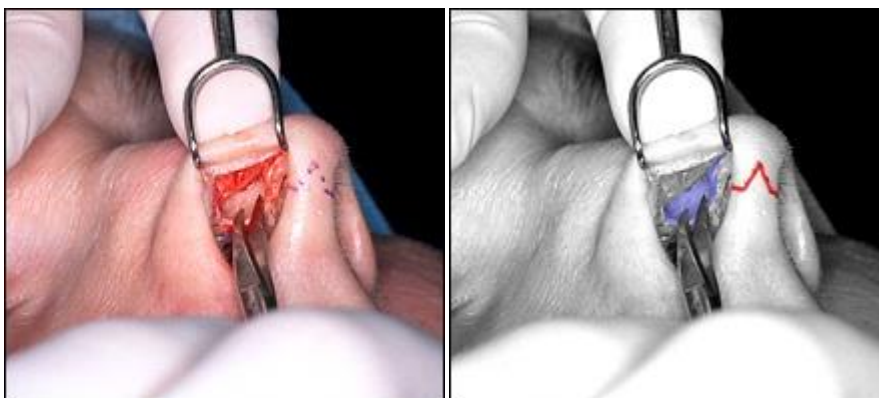
Qoida tariqasida, operatsiya tashqi kesma bilan emas, balki ichki qismlardan biri bilan boshlanadi. Chap qo'l bilan (fotosuratlardagi operatsiya o'ng qo'l jarroh tomonidan amalga oshiriladi), burunning uchi chapga buriladi va shu bilan burunning o'zi o'rnini ta'minlaydi. Bu, shuningdek, kelajakdagi kesma joyiga kirishni ochadi. Yuqoridagi rasmlar tasvirlangan jarayonni ko'rsatadi. Chap rasmda uning boshlanishi, o'ngda medial-marginal deb ataladigan tayyor kesma ko'rsatilgan. Operatsiyaning ushbu qismida muntazam tibbiy skalpel qo'llaniladi.

Keyinchalik, marginal kesmaning lateral qismi ("lateral" o'rtadan uzoqda, ya'ni bu holda bu yon qismi) amalga oshiriladi. Kesish marginal kesma deb ataladi, chunki u burun xaftaga (yuqori rasmda ko'k rangda ko'rsatilgan) qirrasini bo'ylab amalga oshiriladi, bu burunning uchiga uning shaklini beradi. Kesish amalga oshirilgandan so'ng, butun xaftaga tushishi mumkin.



Yuqoridagi chap rasmda kichik qizil chiziq kesmaning lateral qismini ko'rsatadi. Kolumella yonidagi kichik qizil chiziq kesmaning medial qismidir (kolumella bo'ylab kesma). Keyinchalik, kesmaning ikkala qismi ham ulanadi.

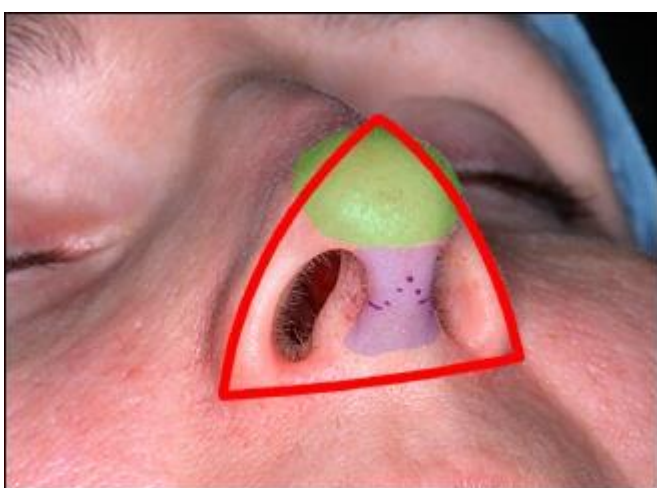
Jarroh qo'llarining ishiga e'tibor bering. Chap qo'l burunni kerakli holatda o'rnatadi, xaftaga tortadi, bu aniq kesish uchun zarur bo'lgan va boshqa ko'plab funktsiyalarni bajaradi. Bunday holda, chap qo'l o'ng burun teshigiga kirishni ochadigan retraktorni ushlab turadi. Qo'lning barmog'i burunni bosib, kesma uchun joy ochadi va mos ravishda o'ng qo'l bilan ushlab turiladigan skalpelga yo'nalish beradi.



Biz tashqi kesishga qaytamiz (qizil chiziq bilan ko'rsatilgan).



Operatsiyaning keyingi bosqichi burun uchining terisini ostida joylashgan xaftaga ajratishdir. Qaychi (albatta to'mtoq uchlari bilan) kolumellaning ichki qismidan o'ralgan (yuqoridagi rasm). Keyin ular ehtiyotkorlik bilan ochiladi va teri xaftaga ajratiladi. Bu harakat qattiq bog'langan teri va xaftaga zarar bermaslik uchun juda ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak.



Rasmga e'tibor bering. Shuni unutmangki, burunning ko'k rangga bo'yalgan qismi kolumella deb ataladi, yashil rangga bo'yalgan qismi burunning uchi va poydevori qizil uchburchakda tasvirlangan.

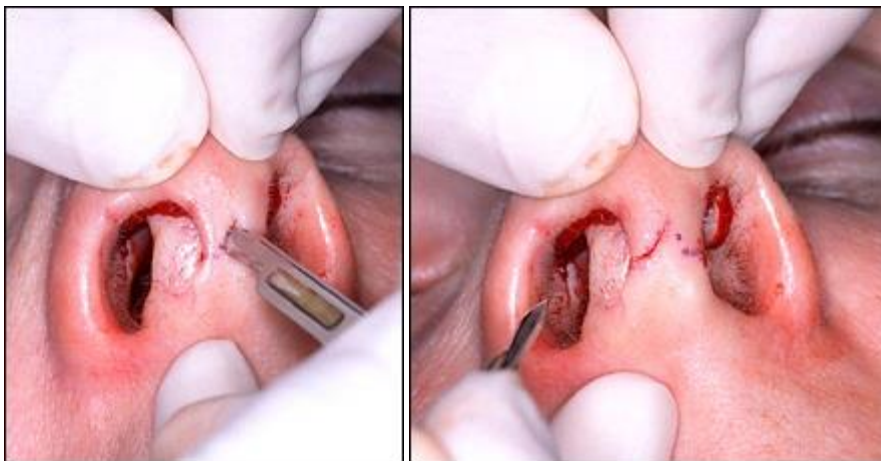


Burunning uchida terini xaftaga ajratganimizdan so'ng, biz kolummelda ham xuddi shunday qilishimiz kerak. Buning uchun qaychi medial marginal kesmaga kiritiladi va ular boshqa tomondan paydo bo'lguncha ehtiyotkorlik bilan oldinga siljiydi (quyidagi rasmga qarang).



Tashqi rinoplastikaning ichki rinoplastikaga nisbatan asosiy afzalligi shundaki, jarroh burun xaftaga yaxshi ko'rinish oladi, bu esa o'z navbatida operatsiyani to'liq vizual nazorat ostida bajarish imkonini beradi.

Shuningdek, takroriy jarrohlik amaliyotida tashqi rinoplastikadan foydalanish oqlanadi. Qoidaga ko'ra, bunday ehtiyoj avvalgisi muvaffaqiyatsiz bo'lganidan keyin paydo bo'ladi.

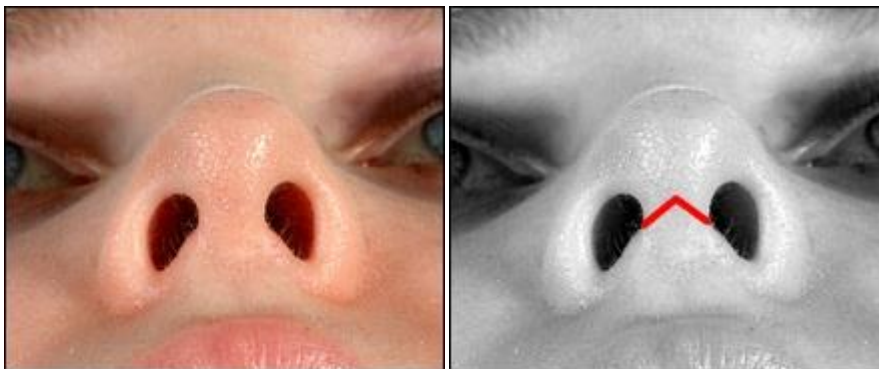


Va shuning uchun biz kolumellani ajratishga o'tamiz. Kesish teskari V ning yuqori qismidan boshlanishi kerak. Chap qo'l burun uchini yuqoriga tortadi va o'ng qo'lning kichik barmog'i kolumellani pastga siljitadi, terini cho'zadi, bu esa o'z navbatida kesishni osonlashtiradi. Yuqoridan, har ikki yo'nalishda ham ketma-ket poydevorga kesma amalga oshiriladi.



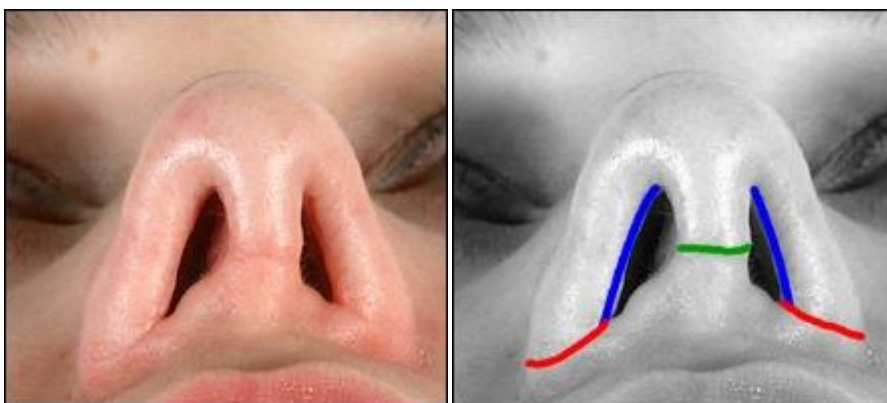
Operatsiya bosqichining muvaffaqiyatli yakunlanishiga ishonch hosil qilish uchun terini yaraning chetlari bo'ylab bir oz yoyish kerak. Agar Kolumella biroz ochilsa, unda kesma to'g'ri amalga oshiriladi.

Kolumella terisining qalinligi minimaldir, shuning uchun to'g'ridan-to'g'ri teri ostida yotgan xaftaga zarar bermaslik uchun kesma juda ehtiyotkorlik bilan bajarilishi kerak.



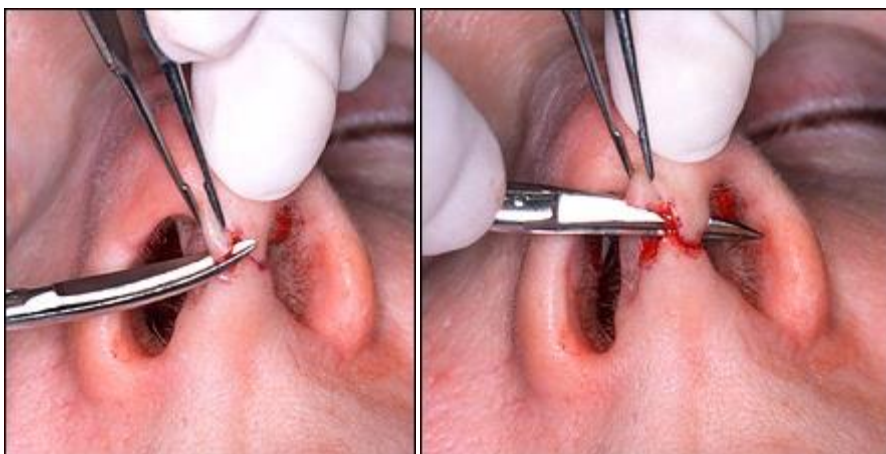
Tashqi kesma chandiq paydo bo'lishiga olib keladigan bo'lsa-da, ko'p hollarda uni ishlatish kerak. Shuni ta'kidlash kerakki, agar operatsiya malakali jarroh tomonidan amalga oshirilsa, unda chandiqni ko'rish deyarli mumkin emas. Ayniqsa, u tuzalgandan keyin (yuqoridagi rasmlarga qarang, qizil chiziq chandiq joyini bildiradi).

Bu erda malakasiz shifokorlar mavzusiga biroz to'xtalishga arziydi. Garchi bu alohida muhokamani talab qilsa-da va ushbu maqolaning bir qismi sifatida emas.



Misolni ko'rib chiqing. Operatsiyani amalga oshirgan jarroh (rasmga qarang) burun tagida ko'plab noto'g'ri kesmalar qildi. Bunday holda, u quyidagi xatolarga yo'l qo'ydi: u trans-kollumerik kesmani (yashil rang bilan belgilangan) noto'g'ri ishlab chiqardi, bu to'g'ri harakatlar bilan umuman iz qoldirmaydi. Keyingi xato-bu burun teshigi terisining kattaligi va qalinligini kamaytirish uchun qilingan noto'g'ri kesmalar (mos ravishda qizil va ko'k ranglarda ko'rsatilgan).

Shuning uchun plastik jarrohnı tanlash masalasiga diqqat bilan yondashing. Axir, operatsiyadan keyingi xatolarni har doim ham tuzatish mumkin emas.

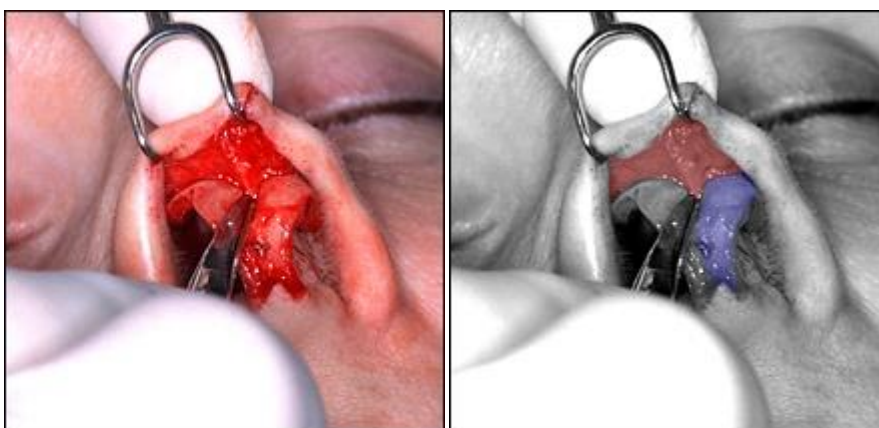


Biz operatsiya jarayoniga qaytamiz. Kolumella skalpel bilan kesilganidan so'ng, teri qaychi bilan to'liq qalinlikda kesiladi. Bu burunning uchini ochib, kerakli xaftaga tushishiga imkon beradi.

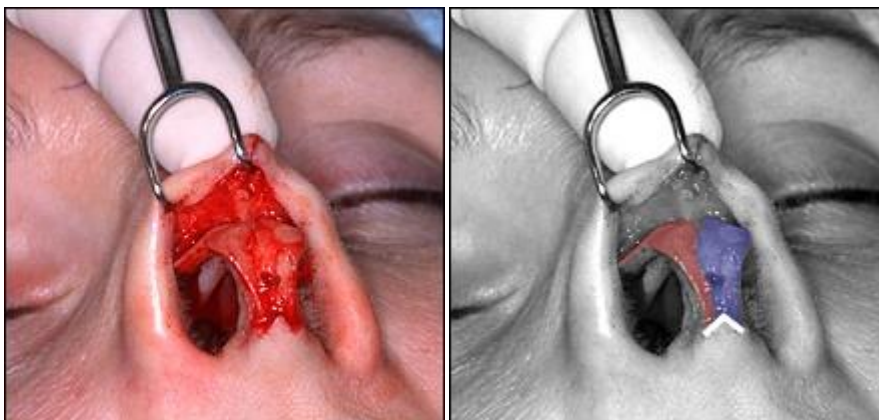


Ikki tishli retraktor yordamida kesilgan joydan yuqori teri yuqoriga ko'tariladi. Va pastki qismi joyida qoladi (o'ng rasmda kesilgan joy qizil chiziq bilan ko'rsatilgan).

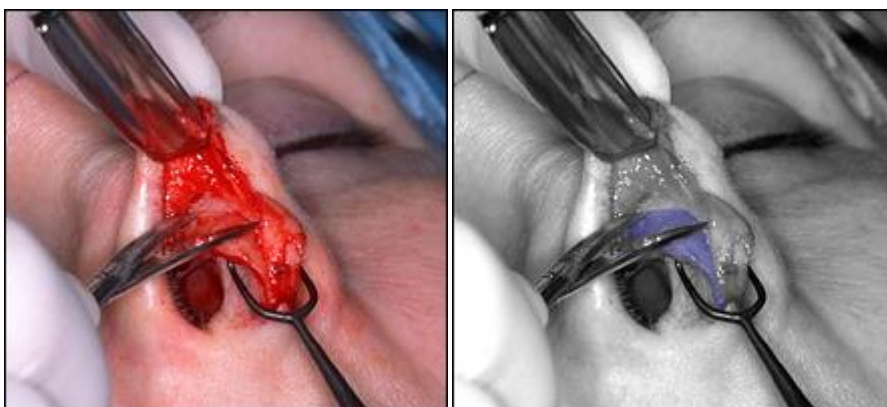
Qaychi uchi bilan Kolumellaning yumshoq to'qimalari xaftaga tushadi. Burun uchida joylashgan xaftaga pastki lateral xaftaga deyiladi (rasmda o'ng xaftaga ko'k rangga bo'yalgan).



Yuqori rasmdagi pushti rang burun uchining xaftaga tutashgan teri yuzasini bildiradi.

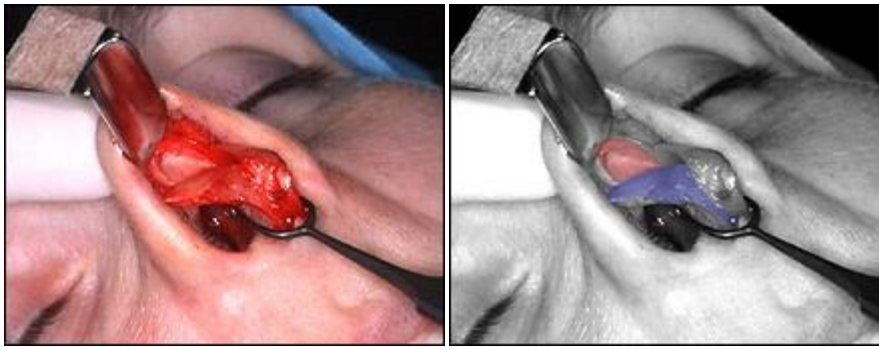


Keyinchalik, teri pastki lazer xaftaga to'liq ajratiladi (rasmda chap va o'ng xaftaga mos ravishda ko'k va qizil rang bilan ko'rsatilgan). Oq chiziq trans-kollumerik kesma joyini bildiradi.



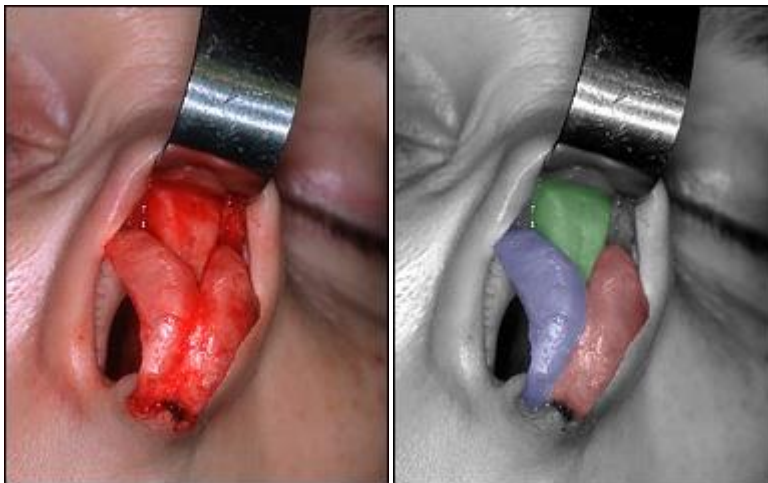
Shunday qilib, pastki lazer xaftaga kirish mumkin. Keyinchalik, qaychi yordamida burun uchining yumshoq to'qimalari ulardan butunlay ajralib chiqadi.

Biz hammamiz bilamizki, qaychi uchun an'anaviy foydalanish buyumni pichoqlar orasiga qo'yish va uni kesishdir. Ko'pincha Rinoplastika bilan shug'ullanadigan jarroh ushbu vositadan biroz boshqacha foydalanadi. Ko'pincha u kesish harakatlarini emas, balki siljish harakatlarini bajaradi. Pastki lateral xaftaga ta'sir qilish uchun jarroh qaychi yopadi, qaychi uchlarini xaftaga yuzasiga qo'yadi va keyin qaychi pichoqlari bilan to'qimalarni bir-biridan ajratib, qaychi ochadi.



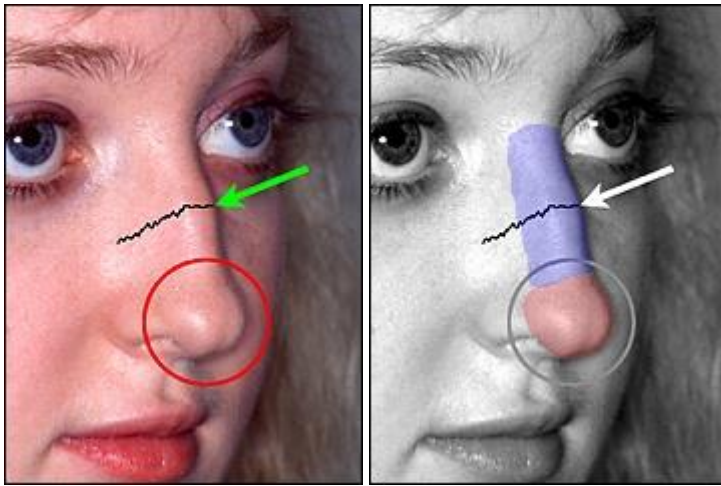
Endi burun uchining xaftaga to'liq ochiladi va siz burunning orqa qismini tashkil etuvchi xaftaga ko'rishingiz mumkin (rasmda pushti rang bilan ta'kidlangan, pastki o'ng xaftaga ko'k rang bilan ko'rsatilgan).

Xaftaga ajratilgan terining keyingi operatsiyaga xalaqit bermasligi uchun uni ushlab turadigan yara kengaytirgich ishlatiladi.



Endi pastki va yuqori xaftaga kirish mumkin bo'ldi (fotosuratda yuqori xaftaga yashil rang, pastki qismi esa mos ravishda ko'k va qizil rang bilan ko'rsatilgan).

Shuni ta'kidlash kerakki, ko'rsatilgan rasmlarda qon ketish deyarli yo'q. Bu quyidagicha izohlanadi. Burun, tananing boshqa qismlari singari, qon ta'minoti ko'p bo'lgan joylarga va qon tomirlari soni minimal bo'lgan zonalarga ega. Malakali jarroh ko'plab qon tomirlari bo'lgan joylarni buzilmagan holda qoldiradi, bu esa ko'p qon ketishining oldini oladi va operatsiyaga xalaqit bermaydi.



Anatomiya va terminologiya bo'yicha ba'zi fikrlarni aniqlang (yuqoridagi rasimga qarang).

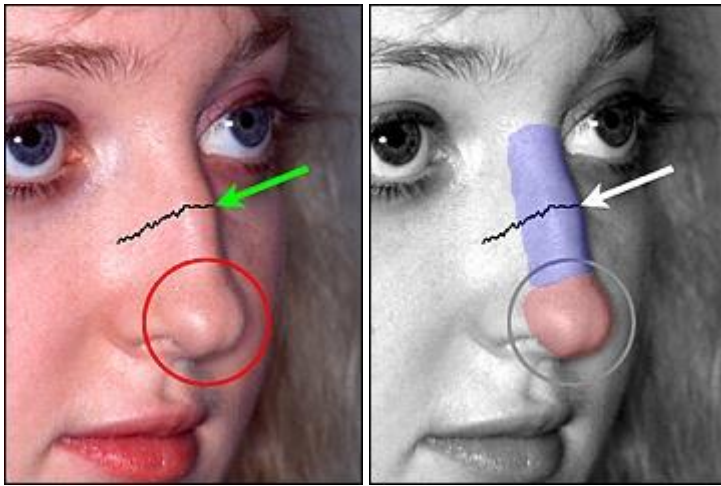
Burun uchi-o'ng fotosuratda pushti rang bilan ko'rsatilgan va chap fotosuratda qizil doira bilan o'ralgan qism.

Burunning orqa qismi-burun uchi va uning yuqori nuqtasi orasidagi ko'z o'rtasida joylashgan qism. Rasmda burunning orqa qismi ko'k rang bilan belgilangan.

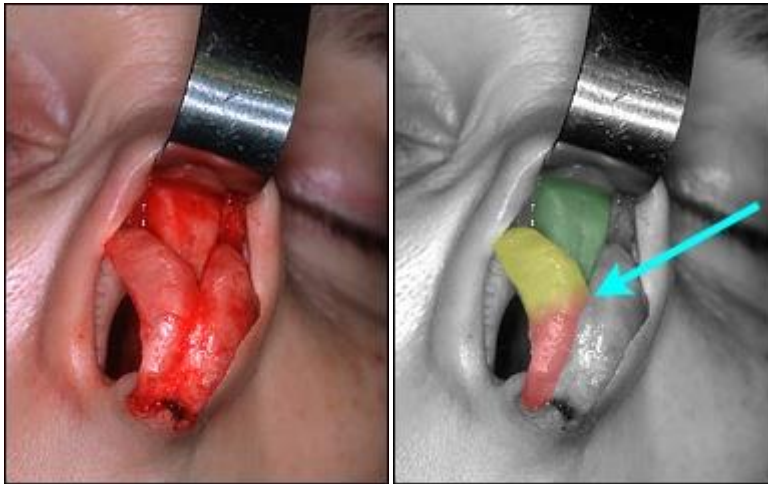
Hump-burunning bir qismi, qoida tariqasida, burunning orqa qismining o'rtasida joylashgan. Ko'pincha bu joyda burunning egilishi bor (rasmda dumg'aza yashil o'q bilan ko'rsatilgan).

Ko'zlarga yaqinroq joylashgan burunning yuqori qismi burun suyaklarini, pastki qismi esa xaftaga hosil qiladi. Rasmda suyak va xaftaga bo'linish chegarasi qora to'lqinli chiziq bilan ko'rsatilgan.

Burun suyaklari bosh suyagi suyaklariga mahkam bog'langan. Burunning xaftaga tushadigan pastki qismi ancha harakatchan (shuning uchun, masalan, bokschilarda burun har doim pastki qismida singan).



Burun suyaklari va xaftaga ajratadigan chegara burun dumg'azasining eng yuqori qismida joylashgan (agar u aniq bo'lsa, aks holda bu joyni teginish orqali aniqlash mumkin).



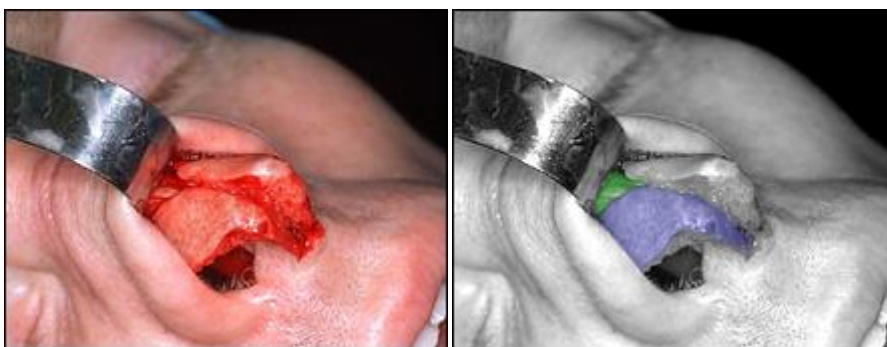
Suratda retraktor terining yuqoriga tortilishiga qaramay, burunning orqa qismining suyak qismi ko'rinmaydi (burunning orqa qismini tashkil etuvchi xaftaga yashil rangga bo'yalgan).

Fotosuratdagi pastki o'ng lazer xaftaga ikki rangga bo'yalgan. Qizil rang Kolumella hosil qiluvchi xaftaga pastki qismini, sariq rang esa burun teshigi ustida joylashgan yuqori qismini bildiradi. Ushbu joylar tutashgan joyda (ko'k o'q bilan ko'rsatilgan) burun uchining eng ko'zga ko'ringan qismi hosil bo'ladi.

Yuqoridagi fotosuratda bu ikki sohani bir-biridan ajratish oson. O'tish joyida xaftaga oq chiziq bilan ko'rsatilgan kichik egri chiziq hosil qiladi.



Shuningdek, ko'k o'q xaftaga kollumellar qismining lateral qismiga o'tish joyini ko'rsatadi. Aynan shu hudud biz tomonidan burun uchi sifatida qabul qilinadi. Ushbu o'tish pastki lateral xaftaga gumbazi deb ataladi. Rasmda gumbaz yashil rang bilan belgilangan.



Yuqori rasmda odatdagidek joylashtirilgan, ilgari operatsiya qilinmagan xaftaga ko'rsatilgan. O'ng burun xaftaga ko'k rangga bo'yalgan. Uning ustidagi teri retractor tomonidan yuqoriga tortiladi, shunda burunning orqa qismidagi xaftaga yashil rangga bo'yalgan kichik qismi ko'rinadi.



Yuqoridagi fotosuratda bir xil bemorning ikkala xaftaga tushishi ko'rsatilgan. Bu xaftaga to'liq nosimmetrik bo'lgan kamdan-kam holat. Ular odatda hajmi va shakli

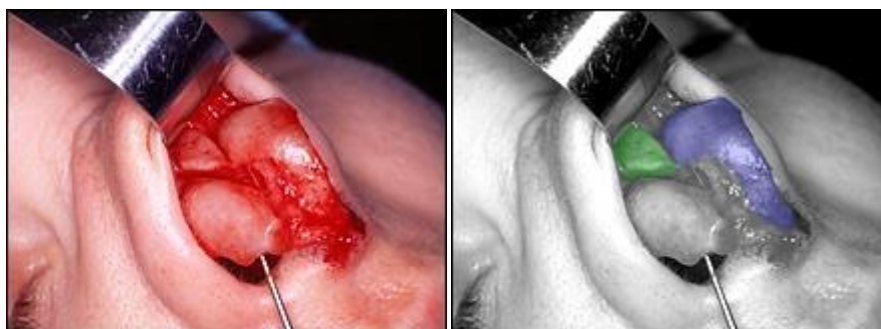
jihatidan bir oz farq qiladi, bu esa Rinoplastika operatsiyasini bajarishni qiyinlashtiradi.



Burun uchining xaftaga etarlicha kuchli bo'lsa va ularni qoplaydigan teri ingichka bo'lsa, xaftaga o'rtasida kichik ko'rinadigan truba hosil bo'ladi (fotosuratda ko'k rangda ko'rsatilgan).

Uni tirnoq bilan burun uchiga (gumbazga) bosish orqali osongina aniqlash mumkin.

Agar xaftaga orasidagi truba aniq ko'rinadigan bo'lsa, unda burun uchi split deb ataladi.



Yuqoridagi rasmda burun uchi ochilgandan keyin odatiy ko'rinishi ko'rsatilgan. Pastki o'ng xaftaga maxsus metall ilgak bilan pastga egilgan, bu sizga xaftaga ajratish maydonini yaxshi ko'rish imkonini beradi (chap xaftaga ko'k rang bilan, burunning orqa qismidagi xaftaga yashil rang bilan ajratilgan).

Yana bir bor e'tibor berish kerakki, xaftaga shakli va hajmi faqat yumshoq to'qimalardan yaxshilab tozalanganda aniq ko'rinadi.



Yuqori fotosuratlariga qarang. Chap tomonda ilgari operatsiya qilinmagan, normal pastki xaftaga ega bemor tasvirlangan. O'ng tomonda yomon bajarilgan Rinoplastika natijasi. Bunday holda, xaftaga biriktiruvchi to'qimalarning qalin qatlami bilan qoplangan, shuning uchun ularni ko'rish juda qiyin. Oldingi aralashuvning qoniqarsiz natijalari tufayli amalga oshirilishi kerak bo'lgan takroriy operatsiya biroz qiyinlashadi, chunki xaftaga zarar bermasdan ajratish oson emas.



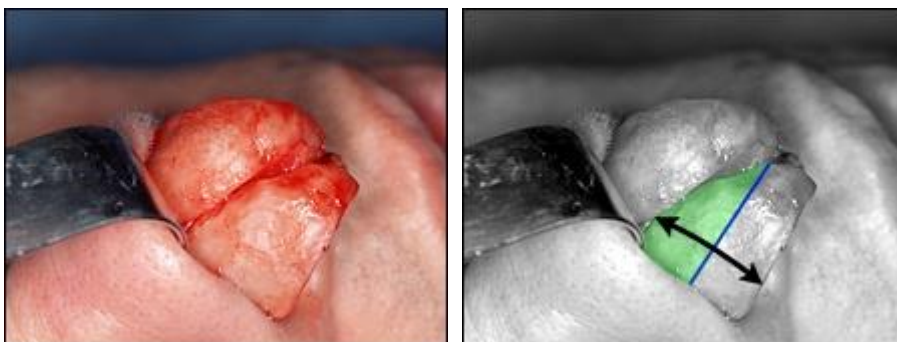
Bu erda muvaffaqiyatsiz rinoplastikadan keyin boshqa bemorning burni ko'rsatilgan.

Men ko'rishni istagan oddiy xaftaga o'rniga, bu holda chandiq to'qimalarining katta o'sishi mavjud.



Keyingi bobda biz burunning orqa qismini tuzatish haqida gaplashamiz.

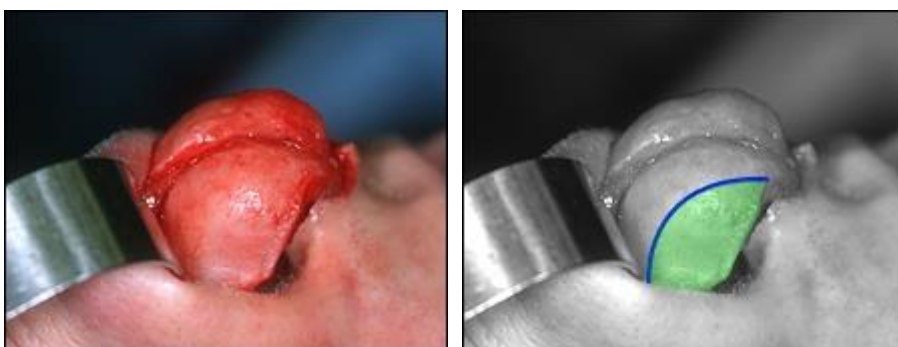
Ushbu bob g'ayrioddiy shakl va o'lchamlarga ega bo'lgan pastki lateral xaftaga bag'ishlangan. Burun uchining xaftaga tushishi uning shakllanishida ishtirok etadi. Ko'p sonli turli xil burunlar har xil o'lchamdagi va konfiguratsiyadagi lateral xaftaga mavjudligini taxmin qiladi. Quyida ularning ba'zilar ko'rib chiqiladi.



Yuqori fotosuratda juda keng xaftaga tushirilgan. Kikirdak kengligi qora o'q bilan ko'rsatilgan. Amaliyot davomida xaftaga yashil rang bilan ajratilgan xaftaga qismini kesib torayadi. Kesish ko'k chiziq bo'ylab amalga oshiriladi. Bir qarashda, xaftaga juda ko'p qismi olib tashlangandek tuyulishi mumkin, ammo bu bemor uchun ortiqcha bo'lmaydi.



Sizning oldingizda xuddi shu bemorning fotosuratlari, ammo boshqa nuqtai nazardan. Operatsiyadan oldin uning burni juda katta dumaloq xaftaga hosil bo'lgan.

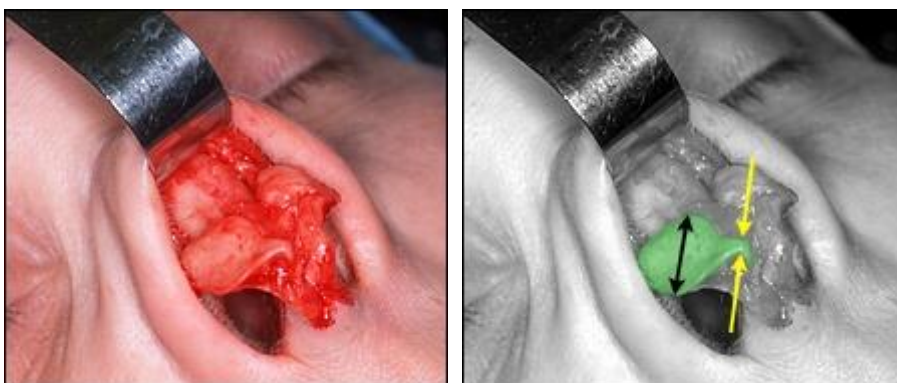


Ushbu bemorning pastki lateral xaftaga shunchalik keng va egilganki, ular deyarli sharsimon shaklga ega. Kikirdak qismini olib tashlash pastki chetida amalga oshiriladi. Diagrammada olib tashlangan qism yashil rangga bo'yalgan.

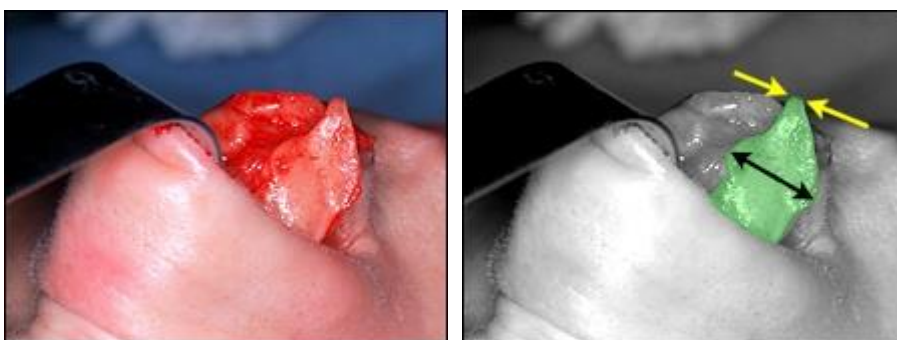
Nima uchun pastki chekka olib tashlandi? Bu kamdan-kam uchraydigan holat, ammo bu holda bu variant eng maqbul bo'ldi.



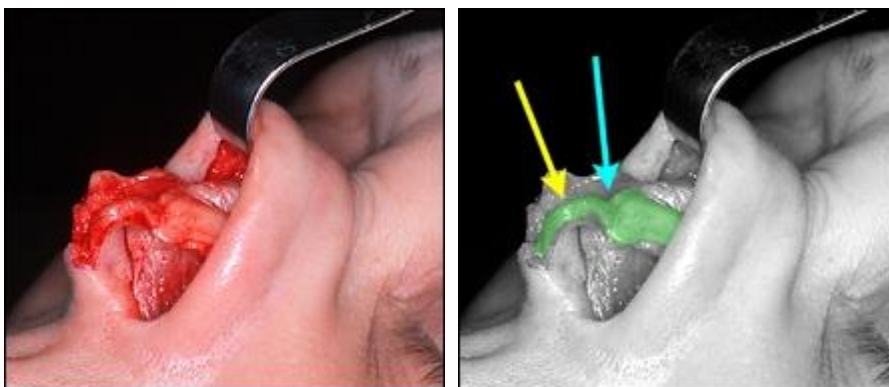
Sizning oldingizda ajoyib yumaloq xaftaga ega bo'lgan bir xil burun bor.



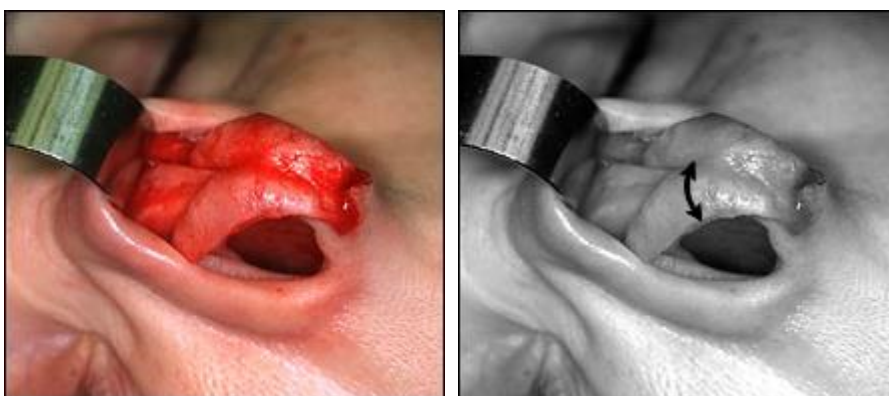
Pastki lateral xaftaga gumbazi uning burun uchida joylashgan qismidir. Yuqoridagi fotosuratda gumbaz sohasida xaftaga juda toraygan. Kikirdak o'zi yashil rangda ta'kidlangan, uning gumbazi sariq o'qlar bilan ko'rsatilgan. Qora o'qlar xaftaga kengligini ko'rsatadi.



Bu boshqa nuqtai nazardan bir xil bemor.



Ushbu bemorda pastki lateral xaftaga ham juda tor, ammo oldingi holatdan farqli o'laroq, xaftaga faqat ko'k o'q bilan belgilangan nuqtada o'zgaradi. Bu erda xaftaga keskin kengayadi. Xaftaga ikki xil o'lchamdagi xaftaga hosil bo'ladi degan xayol paydo bo'ladi.



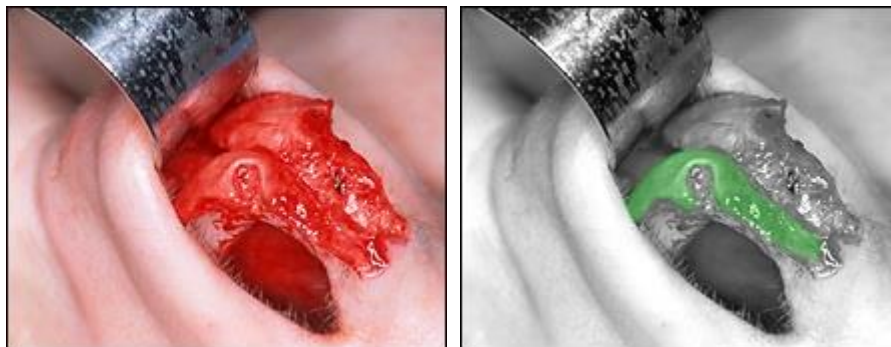
Suratda sizning oldingizda juda keng xaftaga bor. Qora o'qlar bu xaftaga kengligini ko'rsatadi. Ular juda normal konveks shaklga ega. Agar siz bir qora o'qdan ikkinchisiga xayoliy yo'lni bosib o'tsangiz, avval ko'tarilishingiz kerak, so'ngra xuddi shu kichik tepalikning tepasidan, pastki lateral xaftaga tushadigan chiziq bo'ylab tushishingiz kerak.



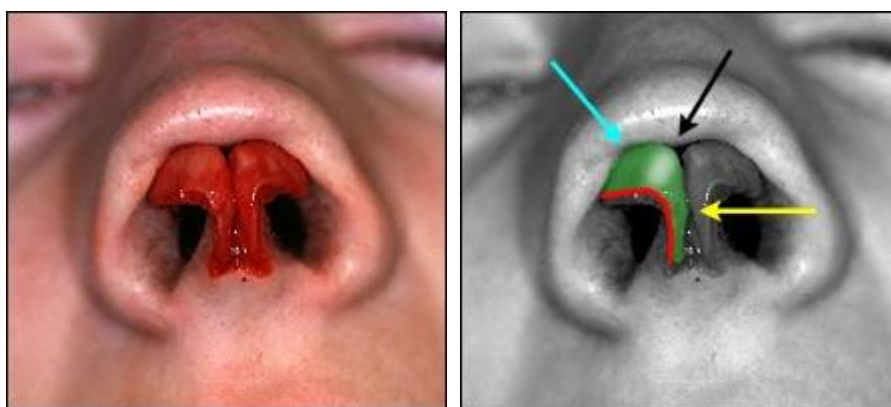
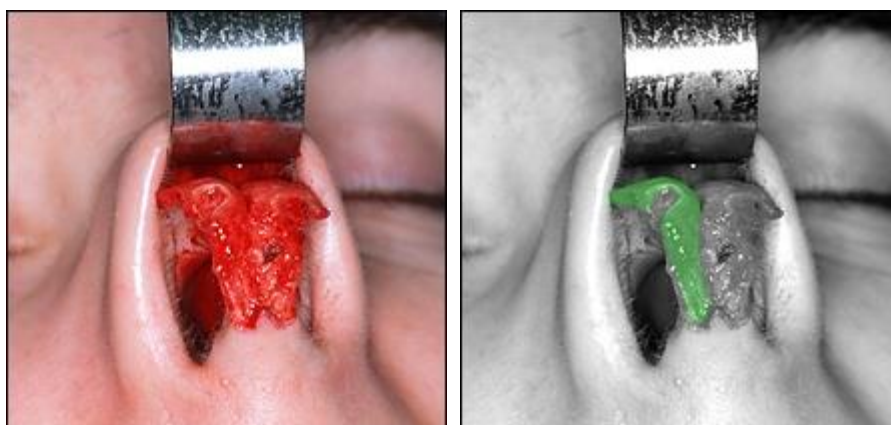
Yuqoridagi fotosuratda xaftaga, aksincha, konkav shaklga ega. Agar biz xayoliy topografik tajribani davom ettirsak, unda ko'tarilish o'rniga bizni kichik bo'shliqqa

tushish kutmoqda.

Odatda, shunga o'xshash xaftaga ega burun chiroyli muntazam shaklga ega. Biroq, konkav lateral xaftaga keng gumbaz bilan bog'liq muammolarni keltirib chiqarishi mumkin. Bunday holda, burun o'zining go'zalligi va shaklini yo'qotadi.



Sizning oldingizda bir xil bemorning fotosuratlari bor, lekin har xil nuqtai nazardan. Pastki lateral xaftaga gumbaz sohasida Tenderloin mavjud. Bundan tashqari, xaftaga nuqson joyida juda toraygan.



Yuqorida normal lateral xaftaga tasvirlangan. Diagrammada o'ng pastki lateral xaftaga yashil rangga bo'yalgan. Kikirdakın pastki qirrasi qizil chiziq bilan belgilanadi, Kolumella sariq o'q bilan, gumbaz esa qora bilan belgilanadi. Kikirdak

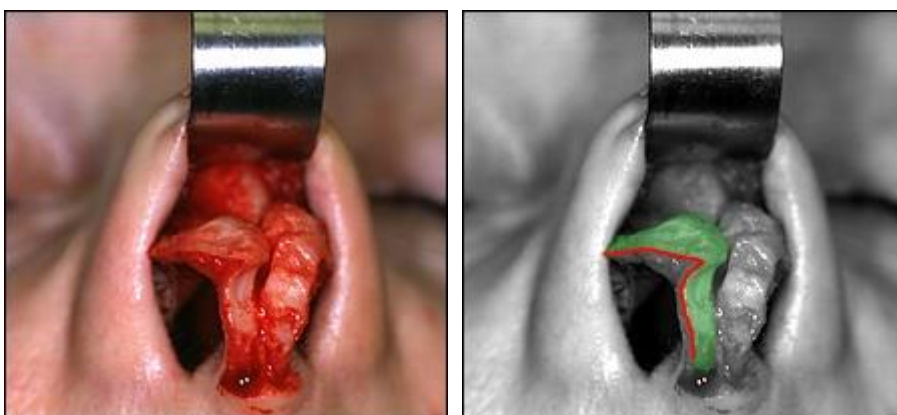
yon qismi ko'k o'q bilan ko'rsatilgan.

E'tibor bering, qizil chiziq silliq egilib, lateral qismning medialga silliq o'tishini hosil qiladi.

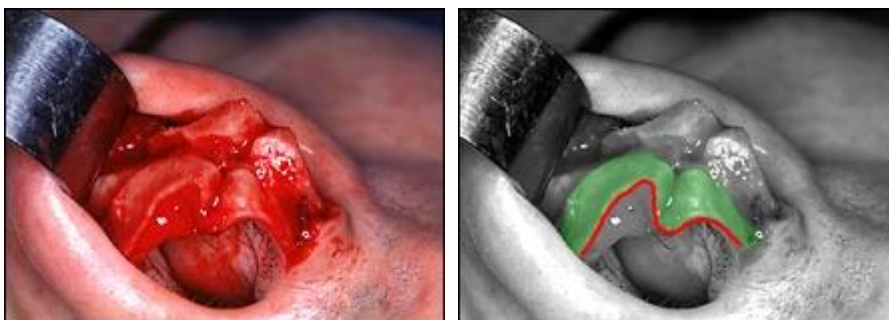


Fotosuratda gumbaz sohasida aniq tizma va keskin egri chiziqli assimetrik xaftaga tasvirlangan. Kikirdakın ikki qismi orasidagi o'tish silliq chiziq o'rniga o'tkir burchak hosil qiladi.

Qizil chiziq bu xaftaga keskin egilishini ko'rsatadi.



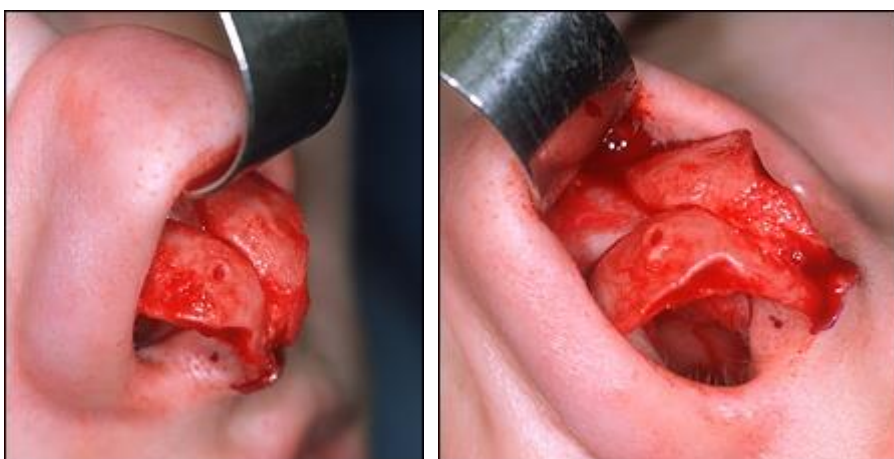
Ushbu rasmda xaftaga egilgan joyning o'tkir burchagi aniq ko'rsatilgan.



Sizning oldingizda gumbazning kollumelalaral qismining yanada g'ayrioddiy tasviri bor. Ilgari bo'lgani kabi, xaftaga pastki qirrasi qizil chiziq bilan belgilanadi.



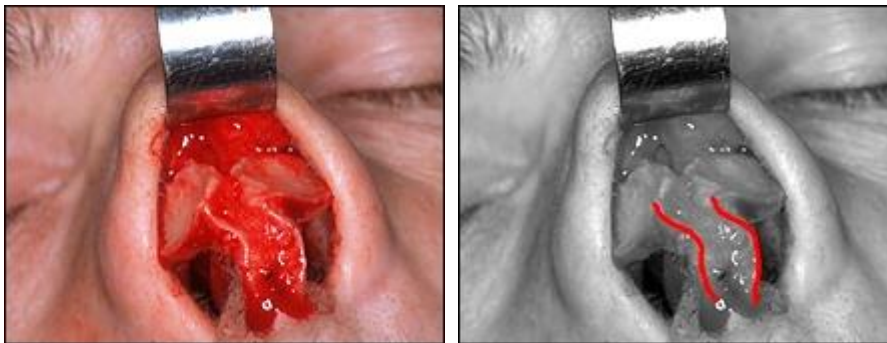
Ushbu pastki lateral xaftaga, ortiqcha kenglikdan tashqari, u orqali o'tadigan tomir tomonidan hosil bo'lgan kichik teshikka ega. Bunday nuqson kamdan-kam hollarda burun ko'rinishini o'zgartiradi, shuning uchun jarrohlar kamdan-kam hollarda duch kelishadi.



Yuqori fotosuratlarda bir xil odamning xaftaga tushishi tasvirlangan, ammo turli burchaklarda. Bu erda xaftaga tushadigan teshik ham mavjud. Ko'pgina hollarda, bu teshikning qirralari xaftaga yuzasidan biroz ko'tariladi, bu o'ng rasmda aniqroq ko'rinadi.



Ko'pincha assimetrik pastki lateral xaftaga uchraydi. Yuqoridagi fotosuratda o'ng pastki lateral xaftaga burma bor, chap tomonda bu burma yo'q. Diagrammada katlama qizil chiziq bilan ko'rsatilgan.

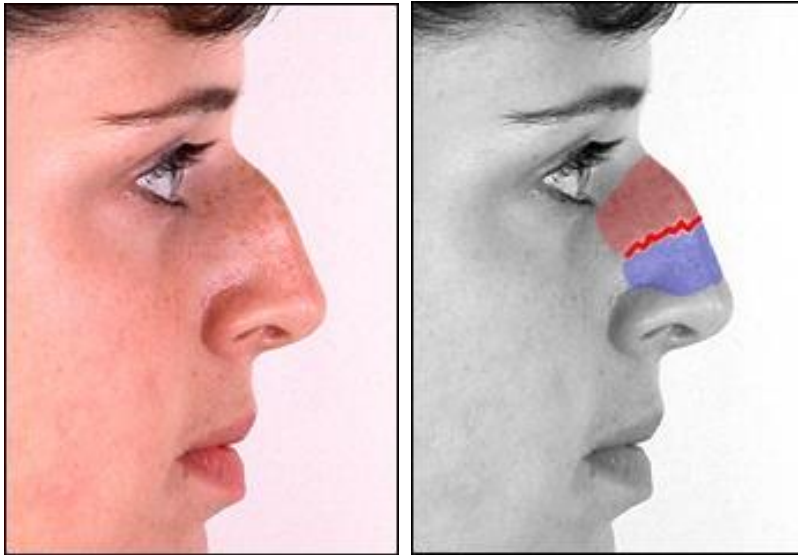


Burun uchidagi bu xaftaga yanada assimetrikdir. Kolumella tarkibiga kiradigan medial qismlar to'g'ri bo'lish va bir - biriga parallel bo'lish o'rniga egri.

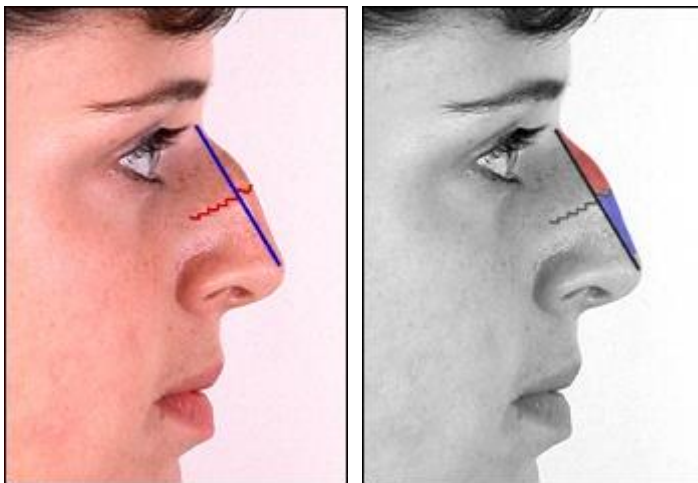
Burun uchi xaftaga assimetriyasi operatsiyani qiyinlashtiradi. Ayniqsa, burun uchini o'zgartirish operatsiyaning eng qiyin qismidir. Ko'pincha xaftaga assimetriyasi faqat operatsiya paytida aniqlanadi. Bunday holatda, burun uchini toraytirish yoki ko'tarish uchun xaftaga hajmini o'zgartirish assimetriyani kuchaytirishi mumkin, bu esa burun shakliga ta'sir qiladi. Shuning uchun tajribali jarroh ushbu nuqsonni oldindan tan olishi va operatsion xavflarni minimallashtirish uchun bunday operatsiya texnikasini tanlashi kerak.

Bugrilikni olib tashlash

Rinoplastikaning asosiy vazifalaridan biri burundagi bugriligi olib tashlashdir. U suyak va xaftaga tushadigan to'qimalardan hosil bo'ladi, shuning uchun burunni mukammal shaklga keltirish uchun suyak va xaftaga qismini mutanosib ravishda olib tashlash kerak.



Burunning suyak va xaftaga tushadigan qismlarining birlashishi fotosuratda to'liq qizil chiziq bilan ko'rsatilgan. Suyak qismi pushti rangda, xaftaga qismi ko'k rangda ko'rsatilgan.

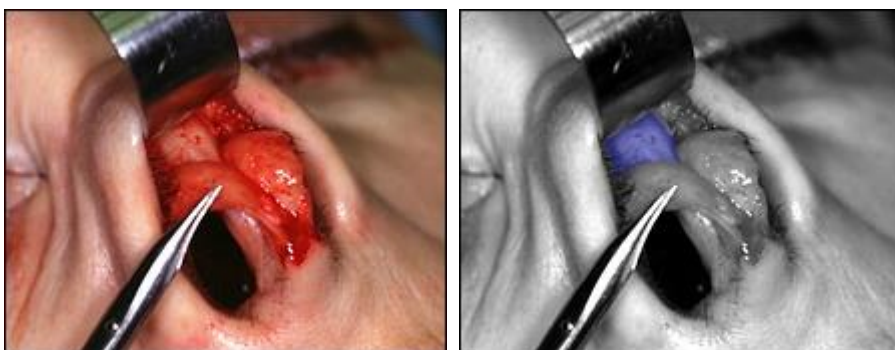


Ushbu maqolada burunning orqa qismini qanday qilib uni qaysi darajaga tushirishni aniqlamasdan qanday tuzatish kerakligi batafsil bayon etilgan, chunki ikkinchisi butunlay bemorning burni yoshiga, jinsiga, bo'yiga, xususiyatlariga va, albatta, uning go'zallik haqidagi g'oyalariga bog'liq.

Burunning orqa qismini ko'k rang bilan belgilangan darajaga moslashtirish uchun burunning suyak va xaftaga qismlarini olib tashlash kerak (yuqori o'ng rasm).



Burunning orqa qismini tuzatish rinoplastikaning eng muhim jihatlaridan biri ekanligi ajablanarli emas. Dumg'azani olib tashlash, tashqi odamning e'tiborini yanada jozibali yuz xususiyatlariga qaratishga imkon beradi.



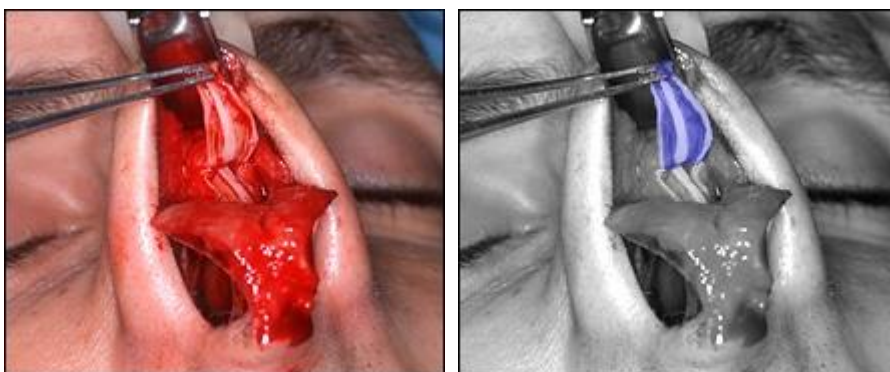
Burunning orqa qismini to'g'rilash. Operatsiyaning birinchi bosqichi oldingi bobda etarlicha batafsil tavsiflangan. Bu burun skeletining suyak va xaftaga tushadigan qismini teridan ozod qilishdan iborat. Burundan terini ajratish va olib tashlash jarayoni "skeletizatsiya" deb nomlanadi.

O'ng pastki lateral xaftaga qaychi uchlari bilan belgilanadi (yuqoridagi rasm), ilgari xaftaga tushadigan qism ko'k rangda ko'rsatilgan.



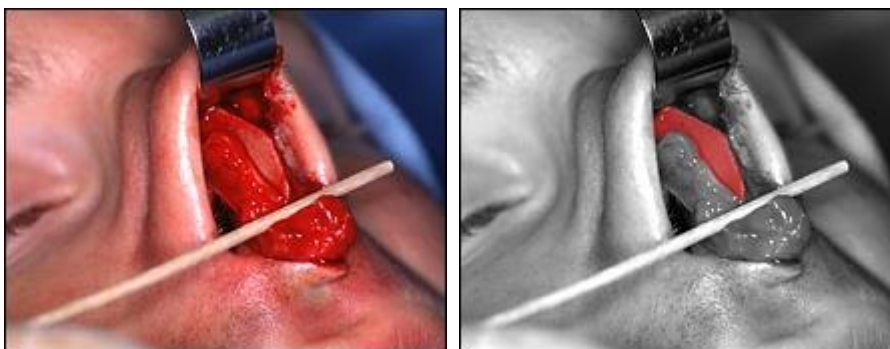
Keyinchalik, bu xaftaga kesma qilinadi. Yuqori o'ng fotosuratda kesmaning lokalizatsiyasi qizil chiziq bilan, olib tashlangan xaftaga esa ko'k rang bilan ko'rsatilgan.

Jarrohlikning ushbu bosqichida xaftaga olib tashlangan qismining hajmini va kesmaning aniq darajasini aniqlash mumkin emas, shuning uchun zarur bo'lgan hajmdan sezilarli darajada kamroq olib tashlash kerak. Keyinchalik, operatsiya davomida xaftaga qolgan qismi asta-sekin olib tashlanadi. Shunday qilib, jarroh xaftaga ortiqcha qismini olib tashlashda qiyinchiliklardan qochadi.



Yuqori fotosuratda xaftaga olib tashlanadigan qismi ushlab turiladi. Kesilgan xaftaga qirralari oq chiziqlar bilan ko'rsatilgan.

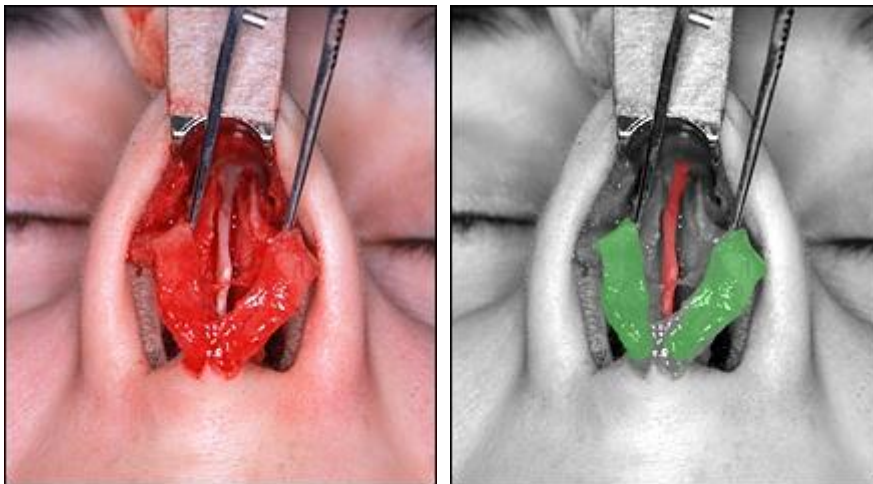
Keyingi harakatlarni yaxshiroq tushunish uchun ozgina anatomik ma'lumotlar.



Burun septum (o'ngdagi fotosuratda qizil rang bilan ko'rsatilgan) - burunning o'ng va chap yarmini ajratib turadigan shakllanish. Uning yordamida nafas olish paytida havo oqimi ikki qismga bo'linadi va mustaqil ravishda nazofarenksga kiradi.

Yuqoridagi fotosuratda septumni yaxshiroq ko'rish uchun burun uchining xaftaga tushishi pastga siljiydi. Ehtimol, ko'pchilik septumning markazga nisbatan siljishini anglatuvchi "septal og'ish" yoki "septal og'ish" atamalarini

eshitgan bo'lishi mumkin, shuning uchun nafas olish qiyin bo'lishi mumkin.



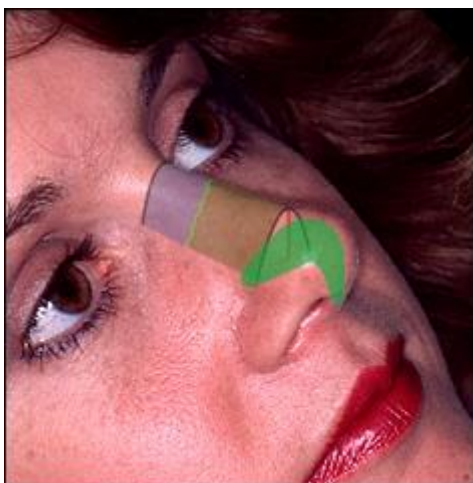
Burunga uning tagidan qarang. Burun bo'shlig'ining o'ng va chap yarmi o'rtasida burun septumi ko'rinadi (qizil rang bilan ko'rsatilgan). Uni yaxshiroq ko'rish uchun burun uchining xaftaga cimbız bilan yon tomonga suriladi (yashil rangda ko'rsatilgan).



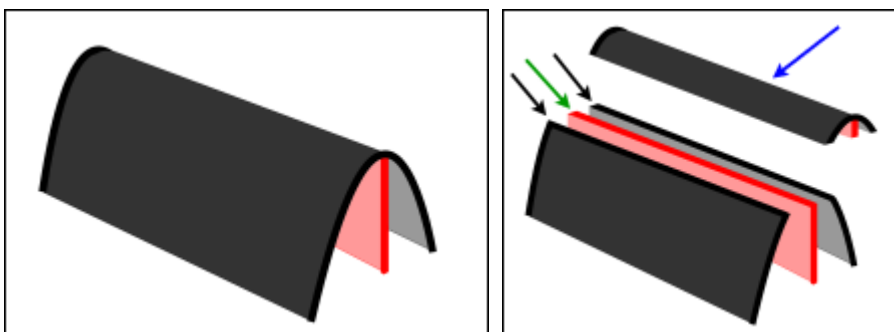
Keyinchalik, diqqatni jamlab, quyidagi harakatlar amalga oshiriladi: ko'rsatkich barmog'ingizni o'ng ko'z ostidagi zigomatik suyakdan burun tomon chap yonoqqa yetguncha suring. Siz kesib o'tgan burun qismi kamar shaklida bo'lib, yuqori chap rasmda ko'rsatilgan. Ushbu kamarning devorlari yuqori lateral xaftaga hosil bo'ladi.



Chapdagi rasmda o'ng xaftaga proektsiyasi yashil rangda ko'rsatilgan, chap tomonda uning konturlari ko'rsatilgan. Pastki (rasmda qora) va yuqori lateral xaftaga burun bo'shlig'ining tashqi devorlarini hosil qiladi. Lateral xaftaga ularning nomiga qat'iy muvofiq ravishda joylashtirilgan.



Eslatib o'tamiz, fotosuratda to'lqinli yashil chiziq ustidagi burun bo'shlig'ining tashqi devorining yuqori qismi suyakdan iborat. Pastki qismi yuqori lateral xaftaga hosil bo'ladi, uchi esa pastki lateral xaftaga asoslangan (fotosuratda yashil rangda). O'z navbatida, burun bo'shlig'ining septumi uni o'ng va chap yarmiga ajratadi.

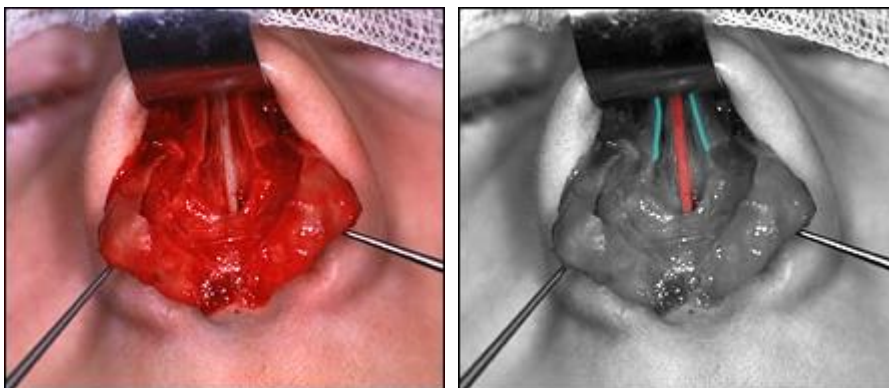


O'ngdagi diagrammada dumg'azaning xaftaga tushadigan tarkibiy qismlari qanday olib tashlanishi ko'rsatilgan. Aslida, bu yuqori lateral xaftaga va burun septumining bir qismini olib tashlashdir.

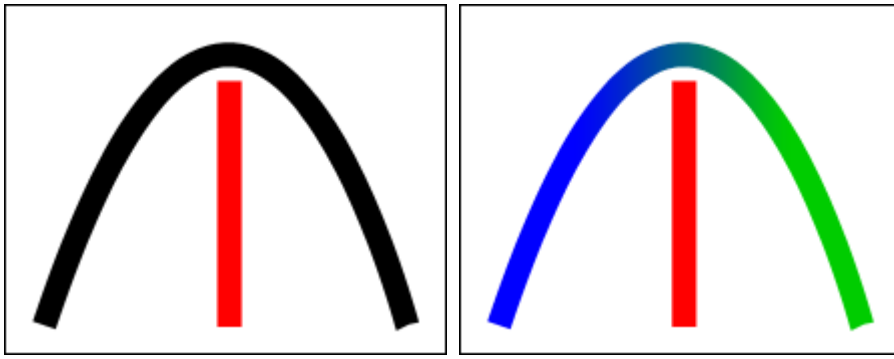
Shuni ta'kidlash kerakki, dumg'azani olib tashlashda burun septumining kesilgan qirralari va yuqori lateral xaftaga (mos ravishda yashil va qora o'qlar) ko'rinishi kerak.



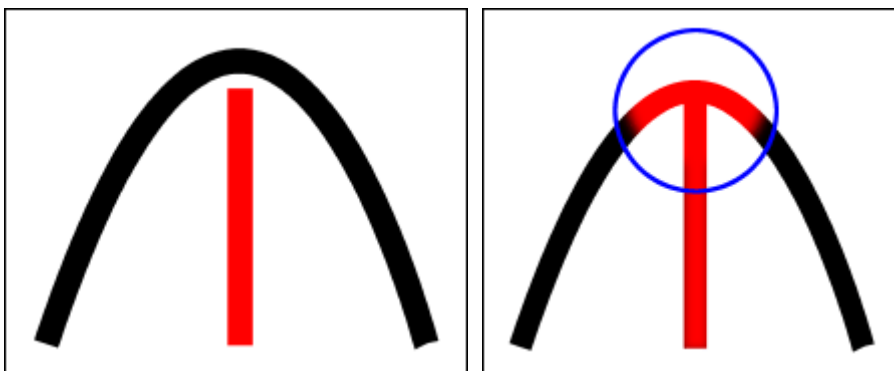
Fotosuratda dumg'azaning xaftaga tushadigan qismini olib tashlaganingizdan so'ng darhol burunning tasviri keltirilgan. Septumning kesilgan qirralari bu erda pushti chiziq bilan ko'rsatilgan, yuqori lateral xaftaga ko'k, pastki qismi esa yashil rangga bo'yalgan.



Ushbu fotosuratda yuqoridagi rasmni yaxshiroq ko'rish uchun pastki lateral xaftaga yon tomonlarga tortiladi.

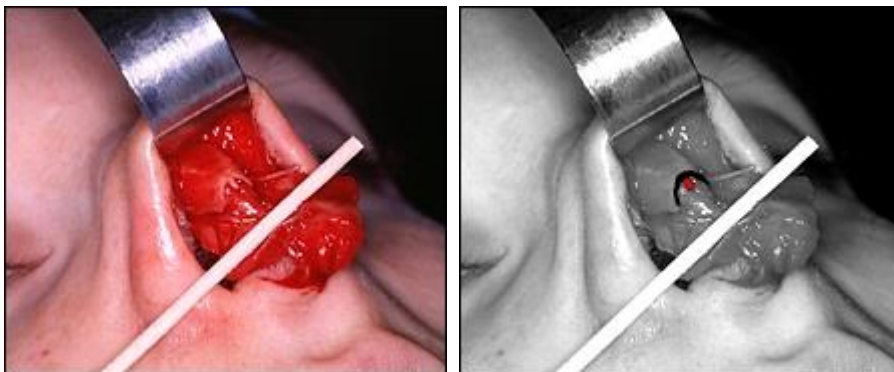


Yuqori lateral xaftaga chap va o'ngga bo'linish faqat dumg'aza olib tashlanganidan keyin sodir bo'ladi. Bu jarayonning sxematik bajarilishi sizning oldingizda.



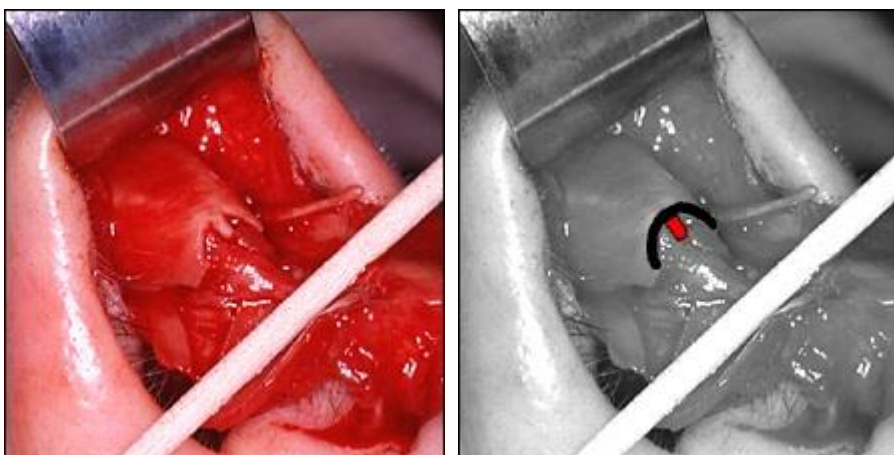
Shunga ko'ra, burun septumi ham mustaqil shakllanish emas (rasmda bemorning yuzining fotosuratiga xaftaga tushadigan sxemaning ustma-ust qo'yilishi ko'rsatilgan).



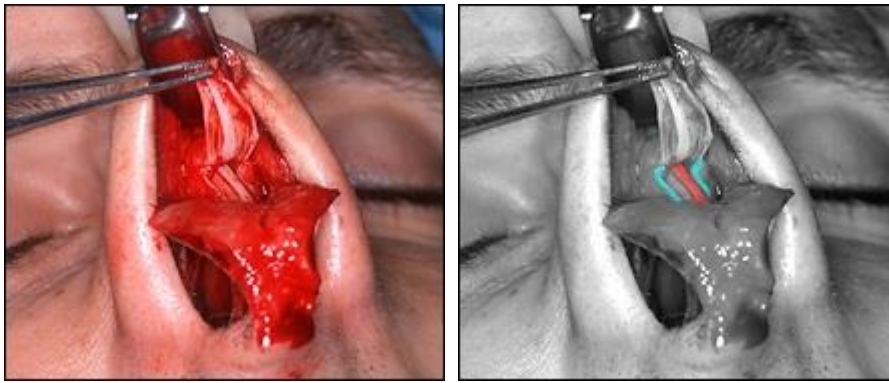


Rasmda burun xaftaga biroz g'ayrioddiy ko'rinishi ko'rsatilgan. Ushbu bemorga burunni qisqartirishning maxsus usuli qo'llaniladi, bu quyida muhokama qilinadi. Pastki lateral xaftaga tushish o'ng va chap yuqori xaftaga yoyini, shuningdek burun septumini pastga qarab ko'rish imkonini beradi. Bo'lim biroz kichik ko'rinadi, chunki uning faqat kichik qismi ko'rinadi.

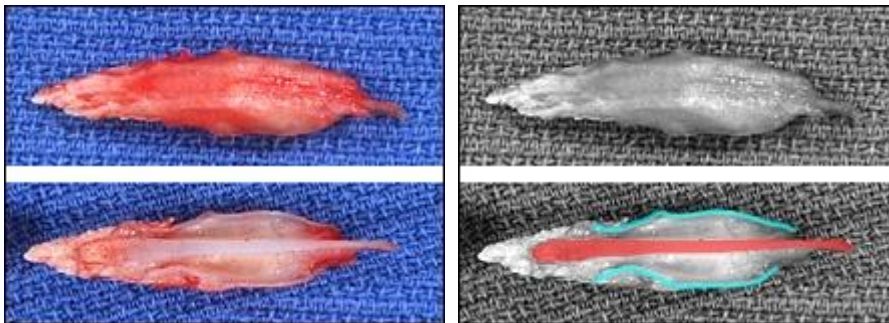
Quyida xuddi shu bemorning kattalashtirilgan fotosurati keltirilgan.



Shunday qilib, biz burunni to'g'rilash operatsiyasini davom ettirmoqdamiz. Fotosuratda qizil chiziq xaftaga tushadigan joyni, ko'k chiziq uning olib tashlanadigan qismini ko'rsatadi.

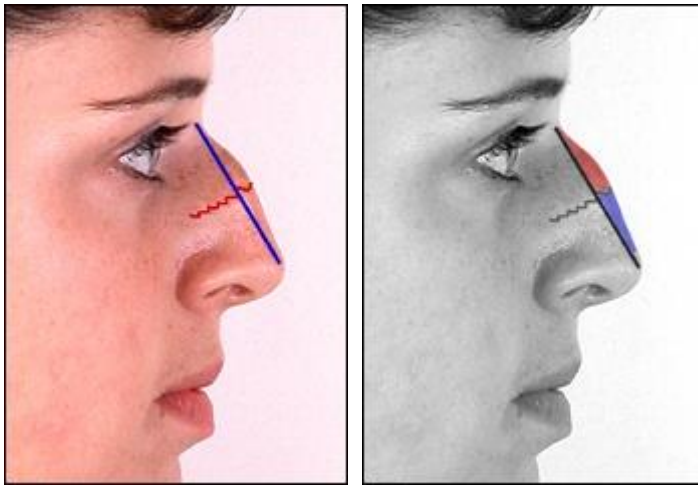


Pushti chiziq septumning dorsal qismini, ko'k rangni bildiradi yuqori lateral xaftaga, bu kesilgan qism ko'tarilganda ko'rinadi. "Dorsal sirt" - bu orqa tomonga qaragan sirt.

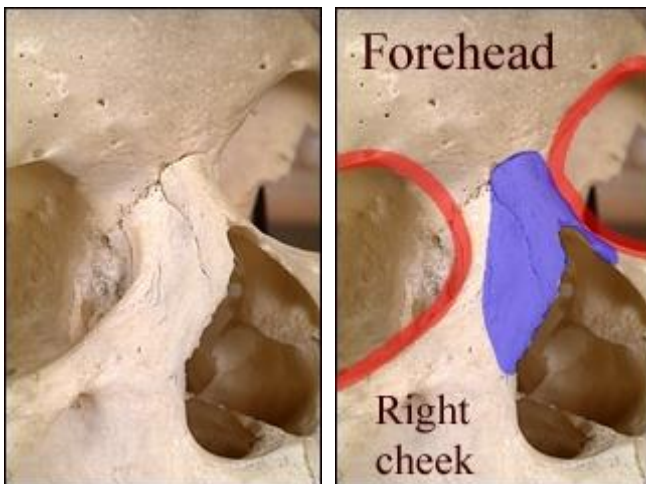


Sizning oldingizda sichqonchani uzoqdan eslatuvchi uzoq burun bor. Yuqori fotosuratda burun dumg'azasining tashqi yuzasi ko'rsatilgan, agar siz burunning orqa qismini ushlasangiz, buni his qilishingiz mumkin. Bu erda teri ayniqsa nozik va ichki nosimmetrikliklar va pürüzlülük osongina sezilishi mumkin.

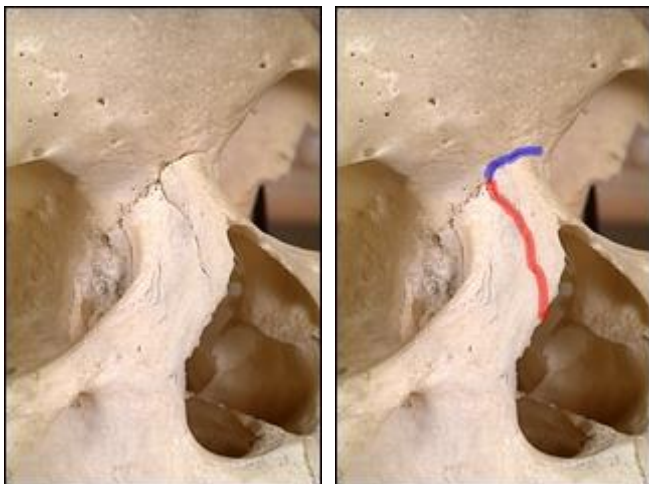
Pastki fotosuratlarda olib tashlangan dumg'azaning ichki yuzasi tasvirlangan, bu erda burun septum pushti chiziq bilan, yuqori lateral xaftaga qirralari ko'k rangda ko'rsatilgan.



Keyingi bosqich-dumg'azaning suyak qismini olib tashlash. Diagrammada kelgusi operatsiyaning maqsadi pushti rangga bo'yalgan. Burun suyaklari bosh suyagining bir qismidir, shuning uchun to'g'ri ishlash uchun bosh suyagining o'ziga qarash kerak.



Sizning oldingizda jarroh Rinoplastika ishlab chiqarish bilan shug'ullanadigan bosh suyagi qismining fotosurati. Orbitalar qizil rangda, burun sohasidagi suyaklar esa ko'k rangda.



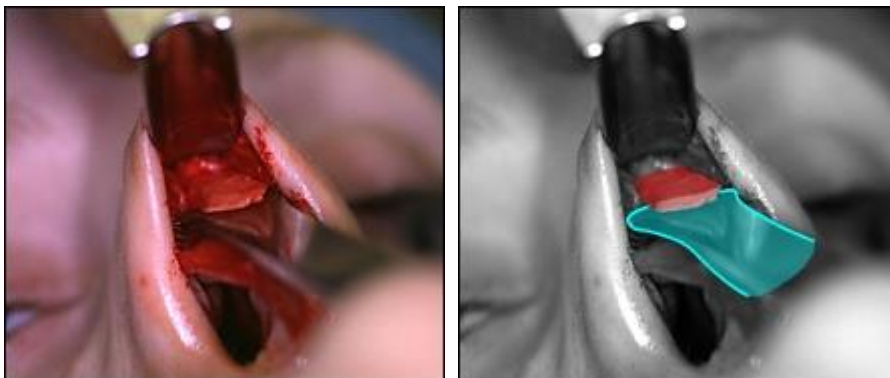
Bosh suyagini diqqat bilan ko'rib chiqsangiz, jo'yaklar yoki yoriqlarga o'xshash narsani ko'rishingiz mumkin. Aslida, bu bosh suyagini tashkil etuvchi turli xil suyaklarning aloqa joyida hosil bo'lgan tikuv chiziqlari.

O'ngdagi diagrammada ko'k chiziq burun va frontal suyaklarni bog'laydigan tikuvni, qizil chiziq esa o'ng burun va o'ng zigomatik suyaklarning birlashishini ta'kidlaydi.



Yuqoridagi fotosuratlar dumg'azaning suyak qismining joylashishini ko'rsatadi. Qizil rang olib tashlanishi kerak bo'lgan qismni ko'rsatadi. Taqdim etilgan bosh suyagida juda kichik joy bo'yalgan, chunki u odamning burni deyarli tekis edi.

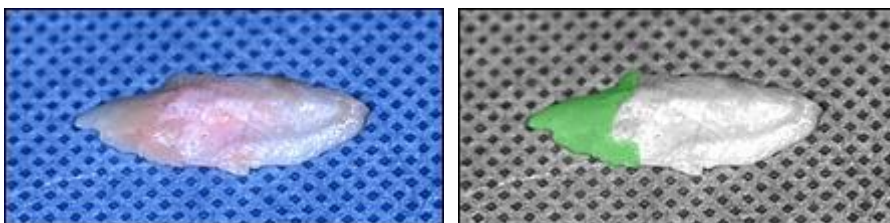
Burun suyaklari to'liq olib tashlanmaydi, faqat kichik bir qismi kesiladi.



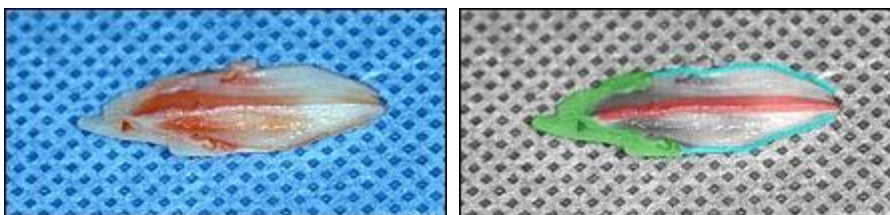
Yuqorida joylashgan rasmda burun dumg'azasining xaftaga tushadigan qismi allaqachon olib tashlangan. Katta dumg'aza o'lchamlari bilan chiseldan foydalanish tavsiya etiladi, kichiklari bilan xochga mixlangan yoki fayldan foydalanish yaxshiroqdir. Fayl uni haddan tashqari kesishdan saqlaydi.

Diagrammada chisel yashil rang bilan belgilanadi va suyakning olib tashlangan qismi pushti rangga ega.

Dumg'azaning suyak qismini olib tashlash xaftaga tushadigan qism bilan bir xil tarzda amalga oshiriladi. Suyakning juda katta hajmini kesish xavfi haqida eslash kerak.



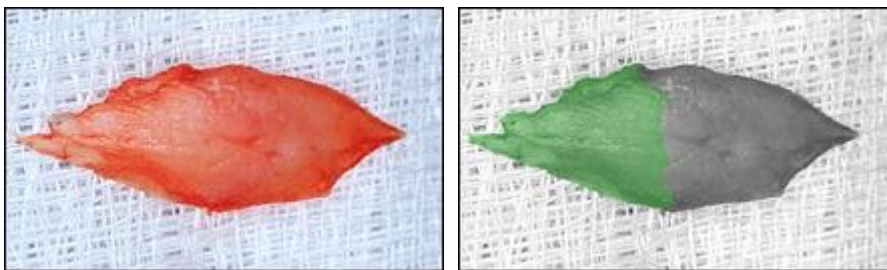
Operatsiyani bajarish uchun yuqori texnikaga ega bo'lgan va uni ehtiyotkorlik bilan rejalashtiradigan jarroh dumg'azaning ikkala qismini ajratmasdan olib tashlaydi, chunki dumg'azani qismlarga bo'lib olib tashlashning foydasi yo'q. Yuqoridagi diagrammada suyak komponenti yashil rangga bo'yalgan, qolgan qismi xaftaga.



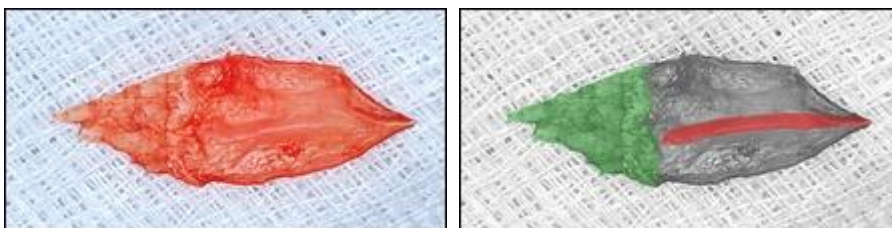
Qarama - qarshi tomonda biz allaqachon tanish bo'lgan rasmni ko'ramiz - suyak yashil, burun septum qizil va ko'k-yuqori lateral xaftaga.



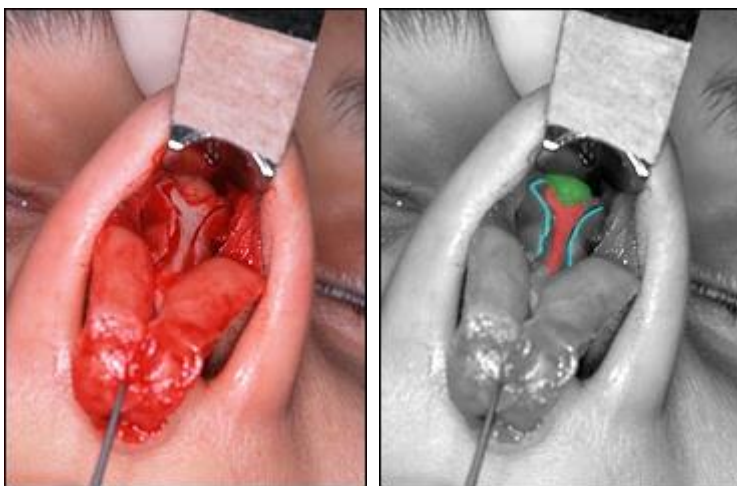
Dumg'azani olib tashlash uchun bolg'a va chisel ishlatiladi. Fotosuratda asbob namunalari ko'rsatilgan. Bolg'a misdan qilingan. O'rtada chisel operatsiya paytida uni ushlab turish uchun tutqich.



Suratda, ajratmasdan olib tashlangan dumg'azaning suyak va xaftaga tushadigan qismlarining yana bir misoli. Suyak qismi yashil rangga bo'yalgan.



Quyidagi fotosuratda bemorning burun septumi markazda emas, balki suyakka yaqinlashib, sezilarli darajada yon tomonga o'tganligi aniq ko'rsatilgan.



Fotosuratda dumg'azaning xaftaga tushadigan qismi olib tashlanganidan keyin burunning ichki qismi ko'rsatilgan. Septumning dorsal yuzasi pushti rang bilan belgilangan, garchi u aslida oq bo'lsa. U erda biz xaftaga kesilgan qirralarini va yashil rangga bo'yalgan burunning suyak asosini ko'ramiz. Bunday holda, suyakning kichik qismini olib tashlash fayl yordamida amalga oshiriladi.



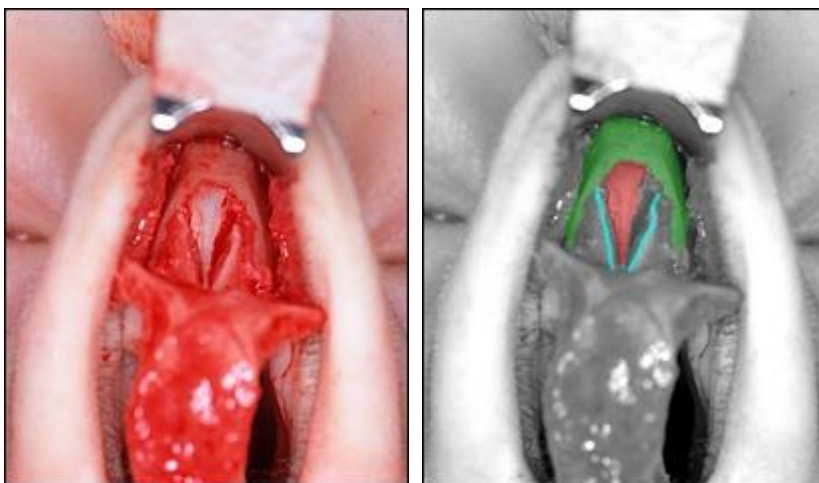
Yuqori fotosuratda operatsiya oxiriga yaqin olib tashlangan dumg'azaning xaftaga tushadigan qismi ko'rsatilgan, qalinligi millimetrning beshdan biriga teng.



Operatsiya paytida ishlatiladigan raspator oddiy faylga o'xshaydi. Uning yordami bilan davolangan suyak asta-sekin, ingichka qatlamlarda kerakli o'lchamlarga kesilishi mumkin. Hozirgi vaqtda ishchi yuzadagi tishlarning yo'nalishi bo'yicha farq qiluvchi ikki turdagi raspatorlar qo'llaniladi. Yuqorida tasvirlangan xochga mixlash bilan siz aniqroq va aniqroq ishlashingiz mumkin degan fikr paydo bo'ldi.



Suyak to'qimalarining turli xil xususiyatlari tajribali jarrohn o'z arsenalida juda keng vositalar to'plamiga ega bo'lishga majbur qiladi.



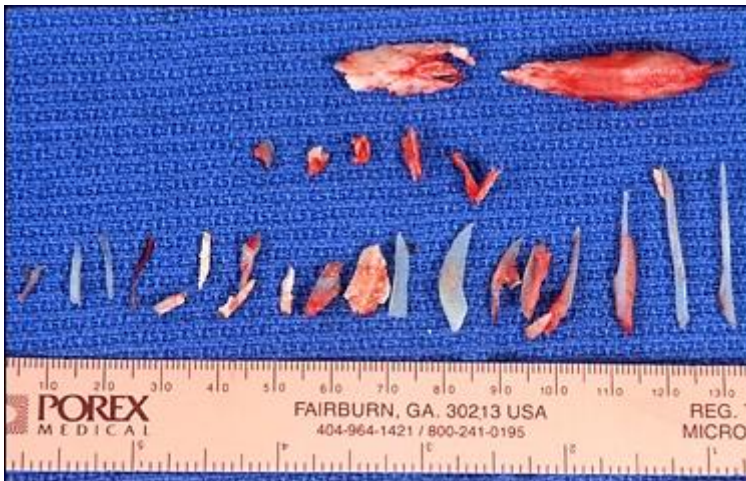
Fotosuratda dumg'azaning xaftaga va suyak qismi olib tashlanganidan keyin burunning odatiy ko'rinishi ko'rsatilgan. Suyak yashil rangga, septum pushti rangga va yuqori lateral xaftaga qirralari ko'k rangga bo'yalgan.



Hozirgi vaqtda burun burunini olib tashlash bo'yicha operatsiya har qanday yoshdagi odamlar tomonidan amalga oshiriladi. Keksa odamlarda suyaklar yoshlarga qaraganda ancha moslashuvchan. Biroq, bu aksincha sodir bo'ladi. Bularning barchasi tananing xususiyatlariga bog'liq. Qanday bo'lmasin, dumg'azani olib tashlash, yoshidan qat'i nazar, yuzni yanada jozibali va tushunarsiz sirli qiladi.



Rinoplastikadan oldin va keyin yosh ayolning fotosuratlarini taqqoslab, burundagi dumg'aza uning yuzining barcha go'zalligini ko'rishga imkon bermaganligi ayon bo'ladi. Biroq, tajribali mutaxassis dumg'azani olib tashlash burun uchiga qo'shimcha aralashuvlarni talab qilishini ko'radi, aks holda odam qutulmoqchi bo'lgan yuz xususiyatlari yanada aniqroq namoyon bo'ladi. Bu haqda suhbat keyinroq bo'ladi.



Fotosuratda ko'rgan hamma narsa etarlicha katta dumg'azani olib tashlash jarayonida bir kishidan olib tashlangan.



Chapdagi fotosuratda Rinoplastika operatsiyasini o'tkazgan ayol tasvirlangan. Biroq, uni operatsiya qilgan jarroh burunning orqa qismini notekis qoldirdi. Nima uchun? O'ngdagi fotosuratda-avvalgi shifokorning xatolari allaqachon tuzatilgan ikkinchi operatsiyadan keyin xuddi shu ayol. Ko'rib turganingizdek, bemorlar jarrohnı tanlashda juda ehtiyot bo'lishlari kerak.



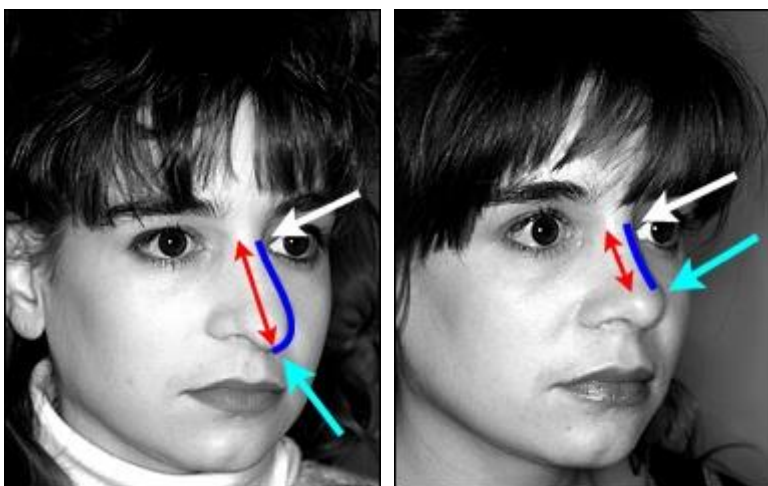
Keyingi bob burun septumiga bag'ishlangan: bu nima, u qaerda joylashtirilgan, ushbu ta'lim bilan qanday muammolar bog'liq bo'lishi mumkin va, albatta, biz jarroh nuqtai nazaridan ko'plab savollarga javob beramiz.

Burunni qisqartirish

Ushbu bobda burun uzunligini qisqartirish usullari ko'rib chiqiladi.



Sizning oldingizda Rinoplastika operatsiyasidan oldin va keyin yosh ayolning yuzi bor. Uzoq burun bo'lsa, katta jozibali ko'zlari bo'lgan miniatyura yuzi etarlicha yoqimli va qiziqarli ko'rinmasligini payqash qiyin emas.



Burun uzunligini qanday aniqlash mumkin? Burun uzunligini baholashning turli usullari mavjud, ammo tajribali rinoplast jarroh burunning uzunligi burun ko'prigidan burun uchigacha bo'lgan masofani aniq tushunadi.

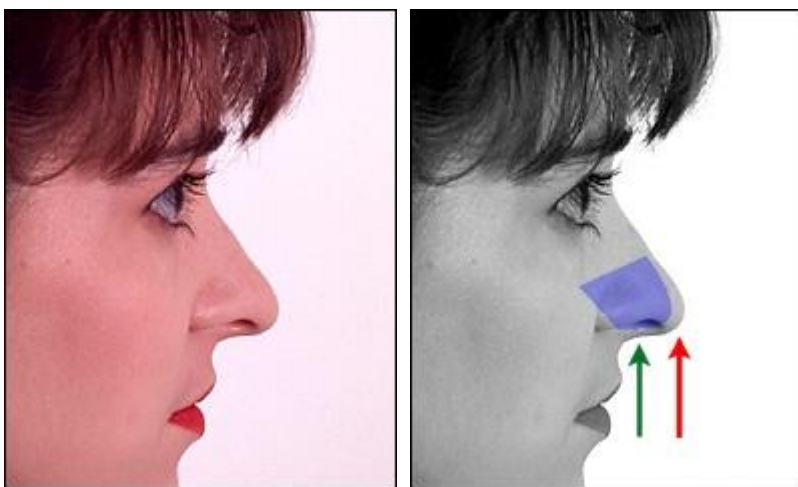
Sizning oldingizda turgan fotosuratlarda burun uchini aniqlaydigan nuqtani operatsiyadan keyin olingan fotosuratda topish ancha oson.

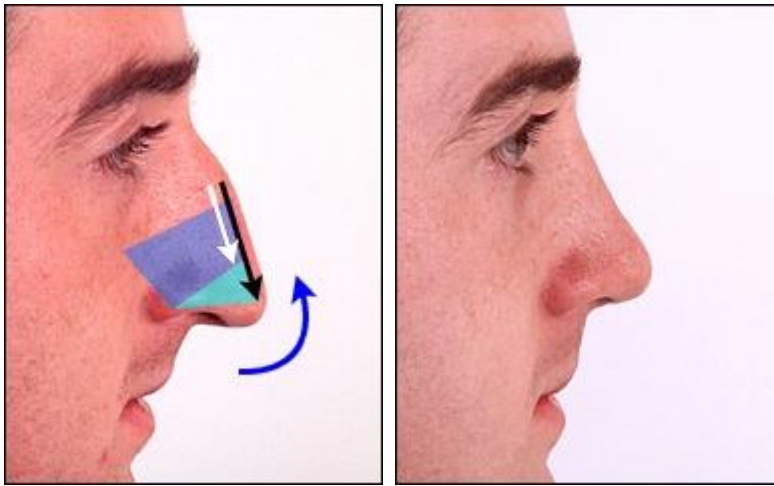
Jarrohlikdan oldin va keyin burunning ko'rinadigan uzunligi fotosuratda qizil chiziq bilan ko'rsatilgan. Bundan tashqari, burunning uzunligini burun boshidan va uning uchidan Profil konturlarini kuzatadigan ko'k chiziqlar hajmini o'lchash orqali aniqlash mumkin.



Burun uzunligini belgilaydigan omillardan biri bu burun septumining uzunligi. Uzoq septum burunning uchini pastki qismida ushlab turadi va uzoq uzunlikdagi illyuziya hosil qiladi.

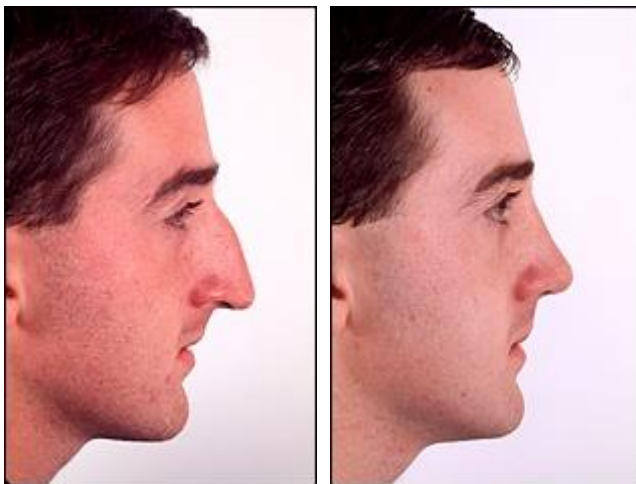
Agar siz pastki fotosuratda qizil o'q bilan ko'rsatilgan yo'nalishda burun uchini bossangiz, u "cho'chqaning burni"ga aylanadi. Yashil o'q yo'nalishi bo'yicha, yuqori labga yaqinroq bosilganda, barmoq septumning pastki qismiga tushadi.



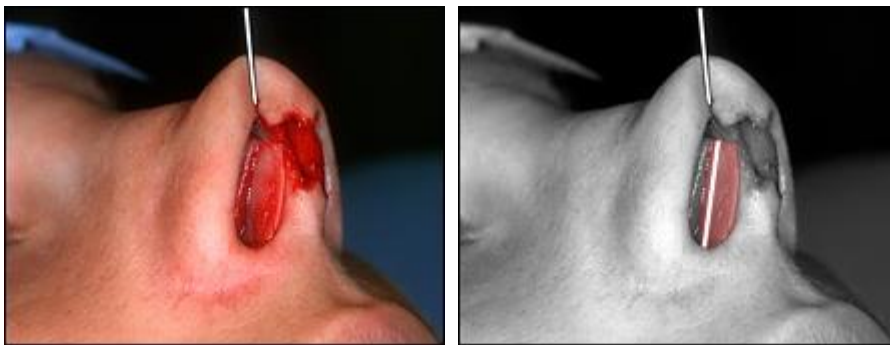


Ba'zilar ko'pincha burunni faqat septumning bir qismini olib tashlash orqali qisqartirishi mumkin. Yuqoridagi Chapdagi fotosuratda, olib tashlanadigan qismning uchburchak qismi ochiq ko'k rangda, qolgan qismi quyuq ko'k rangda ko'rsatilgan.

Albatta, septumning bu qismini olib tashlaganingizdan so'ng, u qisqaradi, burun uchini yuqoriga siljitadi va shu bilan burun uzunligini kamaytiradi. Fotosuratda operatsiyadan oldingi qismning uzunligi uzun qora o'q bilan, oq esa operatsiyadan keyingi uzunligi bilan ko'rsatilgan. Quyida operatsiyadan oldin va keyin bemorning fotosurati keltirilgan.



Haqiqiy vaziyatda, ilgari tasvirlanganlarga o'xshash burunni faqat septumning kesilishi bilan qisqartirish mumkin emas. Keyinchalik, burunni qisqartirishning boshqa usullari va usullari ko'rib chiqiladi.

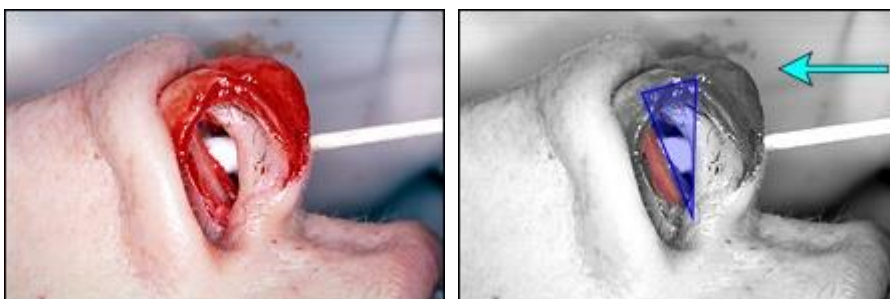


Fotosuratda sizning oldingizda burun septumining pastki qirrasi allaqachon ajratilgan (pushti rang bilan ko'rsatilgan). Septum aslida kolumellaga qo'shni bo'lib, uning uzunligini kamaytirish uchun burun uchini ko'tarishga xalaqit beradi. Shu sababli, qismning pastki chetining bir qismi kesiladi (kesish oq chiziq bo'ylab amalga oshiriladi). Fotosuratda ilgak burun uzunligini eng katta qisqartirish uchun burun uchini yuqoriga tortadi. Endi siz burun uchining kelajakdagi holatini



ko'rishingiz mumkin.

Kaudal qirrasi-bu septumning chekkasi kolumellaga ulashgan. Sizning oldingizda burunni qisqartirish uchun septumning kaudal chetidan olib tashlangan xaftaga qismi.



Yuqoridagi fotosuratda nima uchun septumning qisqarishi har doim ham burun uzunligining bir xil qisqarishiga olib kelmasligi aniq ko'rsatilgan. Amaliyot davomida diagrammadagi ko'k uchburchakka muvofiq qismning bir qismi olib

tashlandi. Septal xaftaga yangi pastki qirrasi pushti rang bilan ta'kidlangan. Ammo burun uchi ko'tarilmadi. U olib tashlangan septum joyidagi bo'shliqni yopmaydi va kolumellani septumning yangi pastki chetiga siljitmaydi.

Agar operatsiya paytida burun tagini ko'k o'q yo'nalishi bo'yicha bossangiz, burun uchi ko'tarilmaydi va to'siqni his qilish mumkin bo'ladi. Bu nima?

Septumning ortiqcha uzunligi juda kamdan-kam hollarda uzun burunning yagona sababidir. Keyinchalik, boshqa sabablar ko'rib chiqiladi.

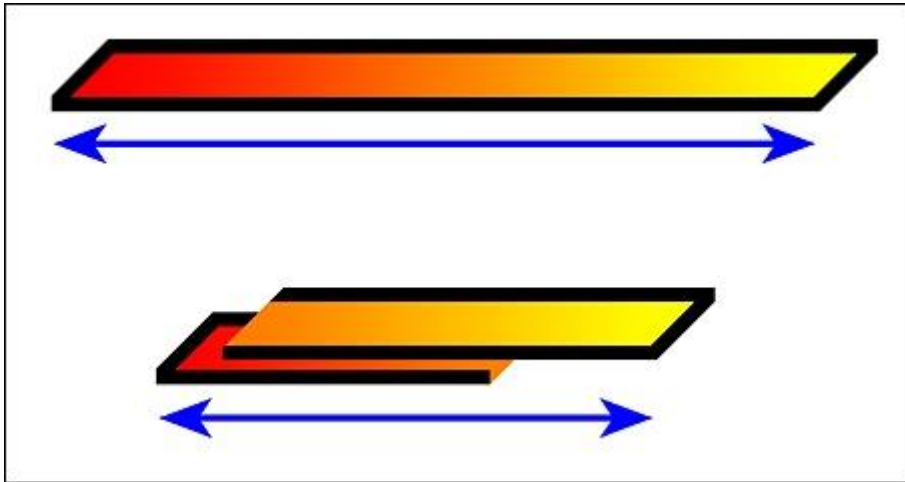


Burun uzunligiga ko'plab omillar ta'sir qiladi. Eng muhimlaridan biri pastki lateral xaftaga uzunligi va kuchidir. Pastki chap fotosuratda o'ng pastki lateral xaftaga ko'k rang bilan ajratilgan. Ushbu xaftaga nomutanosib uzunligi burun uchini pastga siljitib, burunning o'zini uzunroq qiladi.



Pastki lateral xaftaga uzunligi va kuchi burun uchini pastki qismida ushlab turadi va uzun burun ko'rinishini beradi. Shuning uchun burun uchini ko'tarish va burun uzunligini kamaytirish uchun pastki xaftaga qisqartirish kerak.

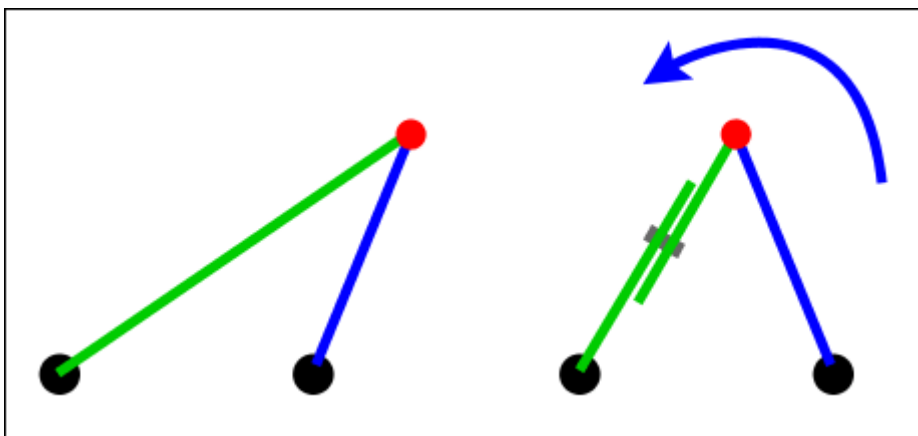
Shuning uchun septumning faqat bir qismini olib tashlash burun uzunligini qisqartirmaydi.



Yuqorida operatsiyadan oldin va keyin pastki lateral xaftaga sxematik tarzda tasvirlangan. Yuqori rasmda operatsiyadan oldin xaftaga tushadi. Quyida xaftaga allaqachon kesilgan va uning ikki yarmi bir-birining ustiga qo'yilgan. Moviy o'qlar har bir holatda xaftaga umumiy uzunligini ko'rsatadi.



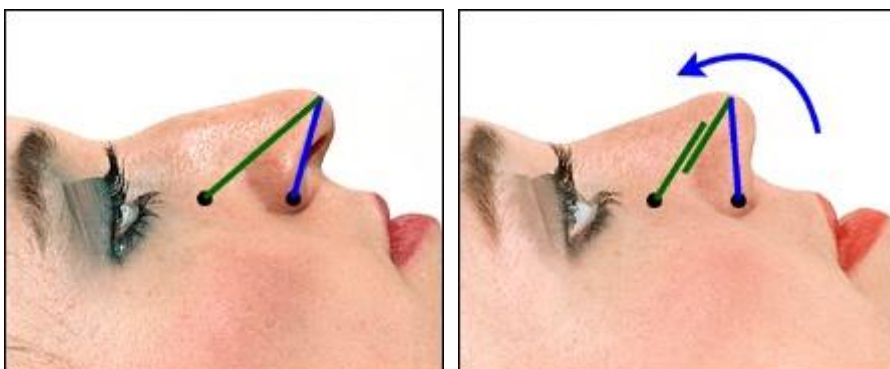
Pastki lateral xaftaga uzunligi va kuchi burun uchini pastki qismida ushlab turadi. Terining tabiiy elastikligi ta'sirida xaftaga yarmini kesib, bir-birining ustiga qo'ygandan so'ng, burun uchi yuqoriga ko'tariladi.



Burunni qisqartirish usulini qo'shimcha o'rganish, pastki lateral xaftaga qisman ustma-ust tushishi "tripod modeli" tushunchasi yordamida amalga oshiriladi. Yuqori chap rasmda ikkita nur tasvirlangan - ko'k va yashil, qizil nuqtada bir-biriga bog'langan. Qora nuqta ularning sirtga qayerda o'rnatilganligini ko'rsatadi. O'ngdagi rasmda yashil nur kesilgan va qisman hosil bo'lgan qismlarni bir-birining ustiga qo'yish bilan qoplangan. Natijada, ko'k nur yuqoriga buriladi.



Pastki fotosuratlarda "tripod modeli" haqiqiy bemorda tasvirlangan



To'q yashil nur pastki lateral xaftaga lateral qismini, ko'k nur esa kolumellada joylashgan pastki lateral xaftaga qismidir. Kesishlarni amalga oshirgandan so'ng, Kolumella va burun uchlari yuqoriga ko'tarilib, burunning umumiy uzunligini qisqartiradi.



Endi bu operatsiya paytida qanday amalga oshirilganligini ko'rib chiqamiz. Yuqori rasmda qisqartirilgan o'ng pastki lateral xaftaga yashil rangda ko'rsatilgan. Qora o'q qisqartirilishi kerak bo'lgan ortiqcha uzunlikni bildiradi.



Avvalo, terini xaftaga ichki yuzasidan ajratish amalga oshiriladi. Bu xaftaga va teriga qaychi kiritish orqali amalga oshiriladi. Shuning uchun xaftaga teriga zarar bermasdan kesish imkoniyati mavjud. Qaychi kesish uchlari diagrammada ko'k rangga bo'yalgan.



Keyin pastki lateral xaftaga ikki qismga bo'linadi - medial va lateral (mos ravishda

qizil va yashil rangga bo'yalgan). Eslatib o'tamiz, " medial "o'rta chiziqqa yaqinroq," lateral", aksincha, undan uzoqroq degan ma'noni anglatadi.

Moviy o'q chap pastki lateral xaftaga kesilgan joyni ko'rsatadi.

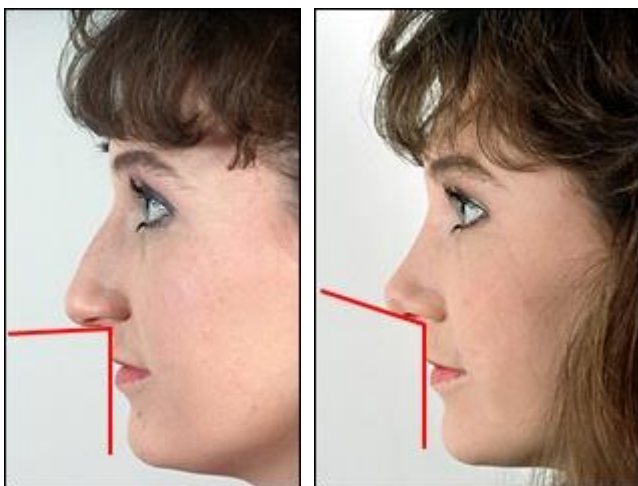


Keyin xaftaga kesilgan qismlari bir-birining ustiga qo'yiladi. Medial qism (qizil) lateral (yashil) bilan qoplangan. Qo'llash joyida xaftaga qismlari tikiladi.

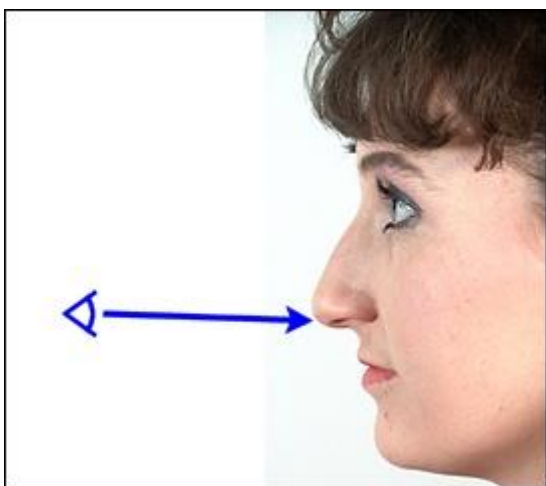


Ilgari burunning uzunligi burun ko'prigidan uchigacha bo'lgan masofa bilan aniqlangan. Burun uzunligini o'lchashning boshqa usullari bu erda keltirilgan. Yuqoridagi va pastdagi rasmlarni Solishtiring.

Burun uzunligini nazolabial burchakning kattaligi bilan aniqlash mumkin. Nazolabial burchak-bu burun poydevori va yuqori lab orasidagi burchak (fotosuratda pastki qismi qizil chiziqlar bilan ko'rsatilgan). Taqdim etilgan bemorda operatsiyadan oldin nazolabial burchak 88 daraja, operatsiyadan keyin esa 108 daraja edi.

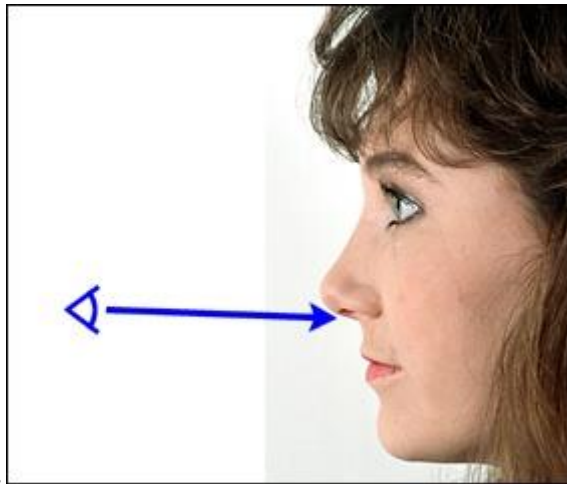


E'tibor bering, operatsiyadan keyingi fotosuratda burun uchi biroz "orqaga tortilgan" va burun tagining chizig'i erga parallel emas va yuqoriga ko'tariladi. Nazolabial burchak, shuningdek, bemorga old tomondan qaralganda ham muhimdir. Frontal ko'rinish-bu to'g'ridan-to'g'ri uning oldida turgan holda yuzingizga qaraydigan ko'rinish.



Yuqoridagi va pastdagi diagrammalarda chap tomonda bemorga qaragan ko'z ko'rsatilgan. Shunday qilib, nazolabial burchakning ma'lum qiymatlari bilan, agar bemorning burni uzun bo'lsa, kuzatuvchining ko'zi bemorning ochiq burun teshiklarini ko'ra olmaydi. Burunning tushirilgan uchi burun teshiklarini ko'zdan olib tashlaydi. Operatsiyadan keyin olingan pastki fotosuratda kuzatuvchi burun

teshiklarini ko'rishi mumkin.



Sizning oldingizda operatsiyadan oldin va keyin olingan fotosuratlarda bemorning frontal ko'rinishi. Operatsiyadan keyingi fotosuratda faqat burun teshiklarining qismlari ko'rinadi. Shuni ta'kidlash kerakki, frontal ko'rinishda burun teshiklari faqat kichik ko'rinishda ko'rinishi kerak. Bu, ayniqsa, ayollar uchun to'g'ri keladi. Operatsiyadan oldingi fotosuratlarda bemorning burun teshigi ko'rinmaydi, chunki burunning uchi uzun va pastga tushirilgan.

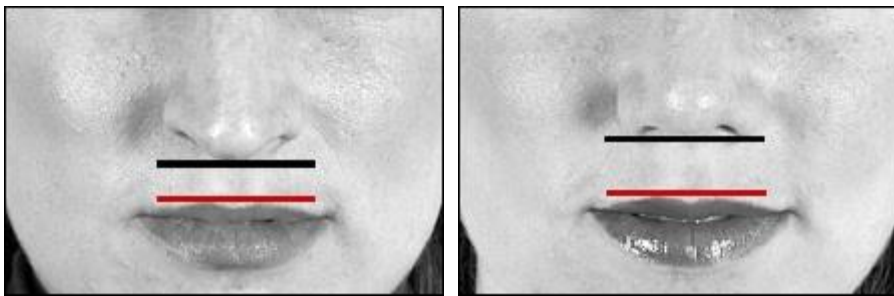
Turli xil kulgili jurnallar va gazetalarini varaqlayotganda, beixtiyor burun ko'pincha yuzida bir juft nuqta sifatida tasvirlanganligini sezasiz. Ular frontal ko'rinishda burun teshigining holatiga mos keladigan joylarda joylashgan. Rassomlar bu nuqtalarning holati burunning to'g'ri shakli haqida nima deyishini bilishadi.



Ushbu bemorning surati ilgari pastki lateral xaftaga "tripod" tushunchasi muhokama qilinganida taqdim etilgan. Quyida operatsiyadan oldin va keyin bemorning oldingi fotosuratlari keltirilgan. Burun uzunligining pasayishi nafaqat uning burun teshiklari ko'rinadigan bo'lishiga olib keladi, balki yuzning yuqori labi ustidagi qismi ancha oqlangan va kengroq ifodalanadi.



Quyidagi diagrammalarda qizil chiziq darhol yuqori labning ustiga, qora chiziq esa burunning pastki nuqtasining ko'rinadigan joyiga joylashtirilgan. Chap diagrammada u burun uchi bo'ylab, o'ng tomonda esa uning tagida joylashgan. Jarrohlikdan so'ng yuzning yuqori lab ustidagi ko'rinadigan qismi sezilarli darajada oshadi.



Burun uzunligini aniqlash mezonlari-bu mijozning jinsi, yoshi, bo'yi va istaklari.

Jins: odatda ayolning burni erkakdan farqli o'laroq qisqaroq va yuqoriga ko'tariladi. Bu ayolning yuzida yoqimli va uyg'un ko'rinadigan qisqa burun. Aksincha, erkaklar juda qisqa burunni ko'rishni xohlamaydilar, chunki bu yuzga erkaklik bermaydi.

Yoshi: yoshi bilan burun cho'zilib ketadi. Burun aslida o'smaydi, shunchaki birikmalar burun uchining xaftaga tushadigan joylari zaiflashadi, bu esa burun uchini pastga tushirishga imkon beradi va burunni vizual ravishda uzunroq qiladi. Umuman olganda, uzun burun etuk odamlar bilan bog'liq, shuning uchun yosh odamning burni keksa ayolga qaraganda qisqaroq bo'lishi mumkin.

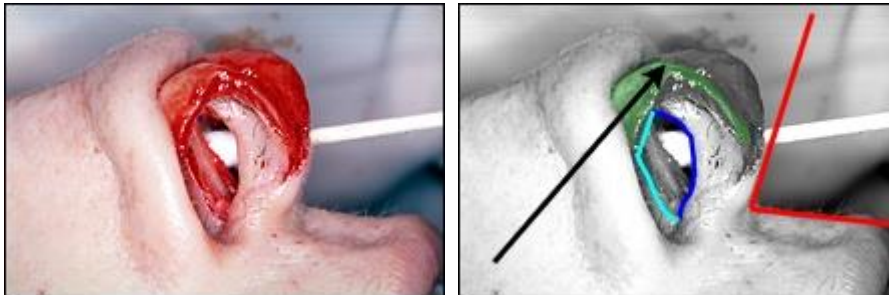
Burun uzunligi to'g'risida qaror qabul qilayotganda, jarroh o'n olti yoshli qizning qisqartirilgan burni oltmish yoshli ayolning yuziga noo'rin ko'rinishi mumkinligini yodda tutishi kerak.

O'sish: odamga frontal qarashda burun teshigining ko'rinadigan qismiga nisbatan yuqorida muhokama qilingan oddiy nisbatga amal qilish mutlaqo to'g'ri emas. Odamlarning o'sishi har xil va malakali jarroh buni hisobga olishi kerak. Agar siz baland bo'yli odamga pastdan yuqoriga qarasangiz, unda burun teshiklarining aksariyati sizga ochiladi. Agar bu odamning burni qisqa bo'lsa, unda burun

teshiklari juda katta ko'rinadi. Shuning uchun, uzun bo'yli odamlarning burni uzunroq, kalta odamlarning burni qisqaroq bo'lishi kerak.

Istaklar: albatta, bemorning shaxsiy didini hisobga olish kerak.

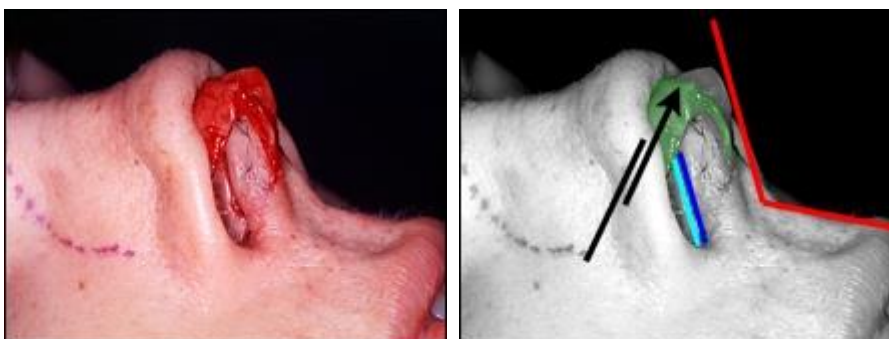
Shunday qilib, yuqoridagi fotosuratdagi qiz juda qisqa burunga ega bo'lishi mumkin, uzun bo'yli erkak esa uzunroq burunga to'g'ri keladi.



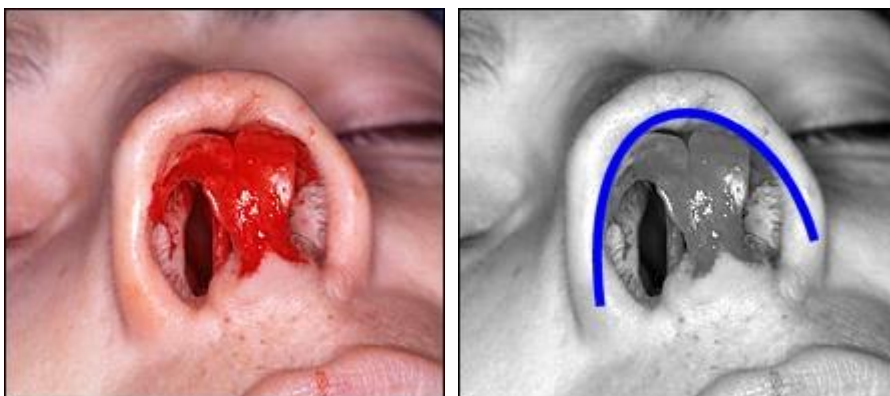
Yuqoridagi fotosuratlarinigiz allaqachon burun septumining qisqarishi har doim ham burunni qisqartirishga imkon bermasligini tushuntirishda ishlatilgan. Yuqori o'ng rasmda qora o'q pastki lateral xaftaga ortiqcha uzunligini ko'rsatadi. Nazolabial burchak qizil chiziqlar bilan ko'rsatilgan.

O'ngdagi rasmda och ko'k va to'q ko'k ranglar mos ravishda kesmaning old va orqa qirralarini bildiradi, bu septumning bir qismini va bu sohadagi ortiqcha terini olib tashlash uchun amalga oshiriladi.

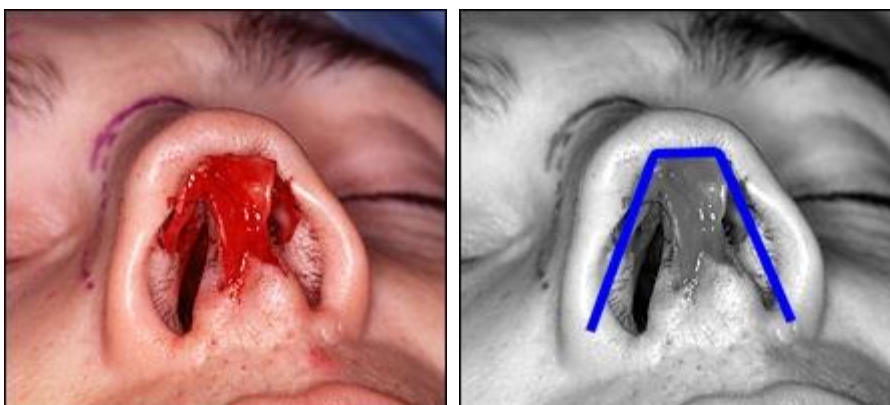
Kikirdaklari bir-birining ustiga qo'ygandan so'ng, burun uchi ko'tariladi va teshik yopiladi (quyidagi rasm). Kesmaning qirralari bir-biriga yaqin. Qora o'q pastki lateral xaftaga qismlari bir-birining ustiga qanday qo'yilganligini ko'rsatadi. Qizil chiziqlar nazolabial burchakning yangi holatini ko'rsatadi.



Aslida, nazolabial burchak fotosuratlarda ko'rinadigan darajada o'zgarmadi. Ular shunchaki turli burchaklardan qilingan.



Sizning oldingizda bir xil bemor bor, lekin fotosuratlar boshqa burchak ostida. Yuqorida, operatsiyadan oldin olingan fotosuratlar, undan keyin pastki qismida. Ular kesilganidan va o'zaro bog'langanidan keyin burun uchi xaftaga tushadigan kamar qanday siqilganligi aniq ko'rinadi. Burunning uchi sezilarli darajada torayadi. Ko'k chiziqlar burun uchining xaftaga holatini ko'rsatadi, agar siz ularga uning tagidan qarasangiz.



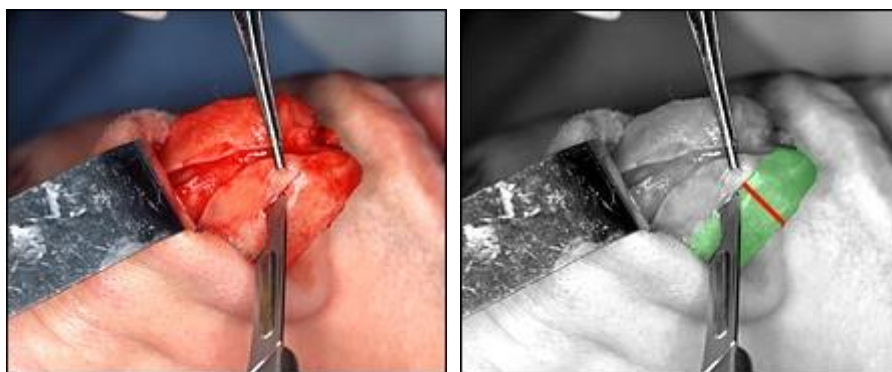
Kelgusi maqolalarda pastki lateral xaftaga sunnat qilish burun uchining kengligini toraytirishining sababi yana bir necha bor muhokama qilinadi.



Keyinchalik, pastki lateral xaftaga qismlarini kesish va bir-birining ustiga qo'yishning boshqa jihatlari ko'rib chiqiladi. Sizning oldingizda juda keng va uzun pastki lateral xaftaga (och yashil rangda ko'rsatilgan). Ushbu xaftaga torayishi

kerak. Buning uchun u ko'k chiziq bo'ylab kesiladi va diagrammada quyuuq yashil rang bilan soyali ortiqcha narsalar olib tashlanadi. Keyin xaftaga qizil chiziq bo'ylab kesish va olingan yarmini bir-birining ustiga qo'yish orqali uning uzunligi kamayadi.

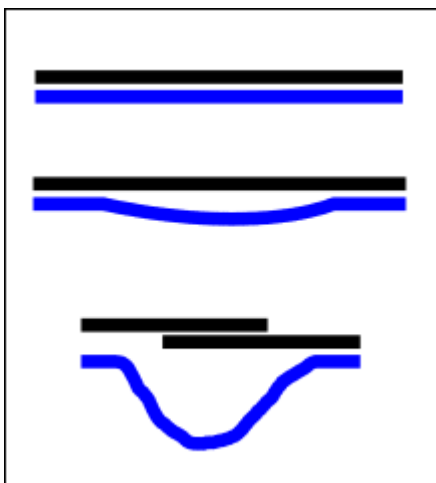
Sariq chiziq, o'ng tomonga o'xshash tarzda allaqachon toraygan chap pastki lateral xaftaga kengligini ko'rsatadi.



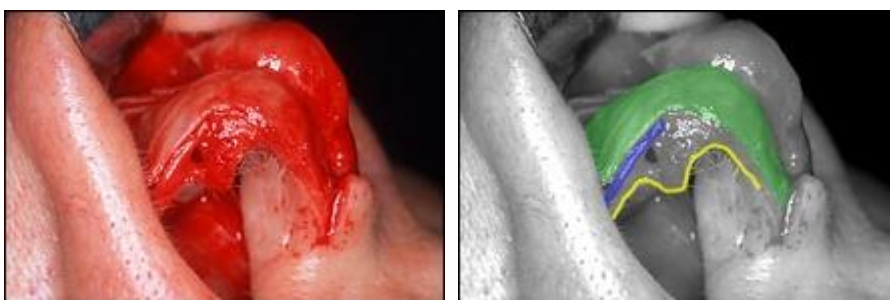
Kikirdak skalpel bilan kesiladi. Xaftaga yashil rangga bo'yalgan qismi burunda qoladi. Ortiqcha narsalarni olib tashlaganingizdan so'ng, qolgan xaftaga teridan ajralib chiqadi, bu esa uni ostida ushlab turadi. Keyin xaftaga qizil chiziq bo'ylab kesiladi.



Kesilganidan keyin pastki lateral xaftaga ikki qismga bo'linadi. Kesilgan joy qizil rang bilan belgilanadi. Cımbız xaftaga medial qismini ushlab turadi, so'ngra lateral o'rnatiladi. Suratdagi teri sariq rangda ko'rsatilgan.

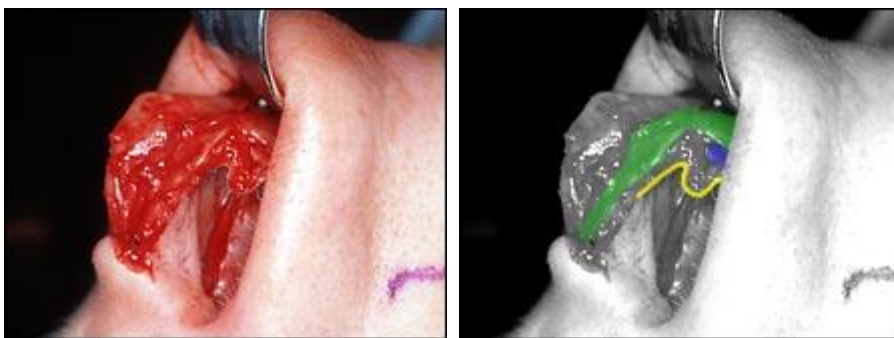


Yuqoridagi diagrammada xaftaga qora, teri esa ko'k rangga bo'yalgan. Yuqori diagrammada teri normal, normal holatda. Kesish kerak bo'lganda terini shikastlamaslik uchun teri va xaftaga o'rtasida kichik teshik hosil bo'ladi. O'rta sxema. Teri xaftaga qo'yilgandan so'ng, u burmaga yig'iladi. Pastki sxema.

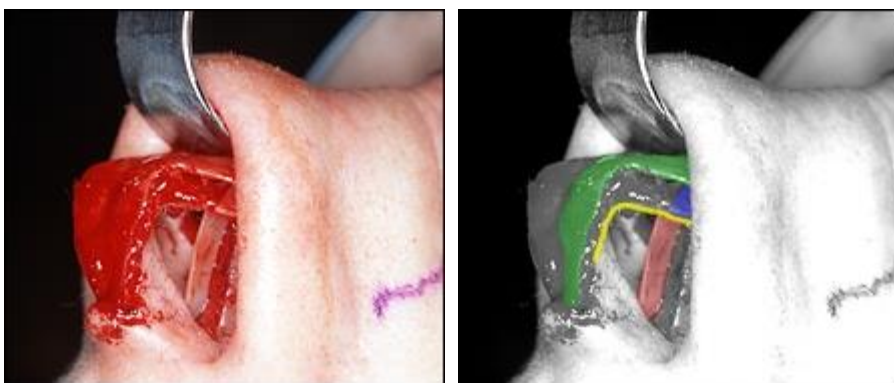


Haqiqiy hayotda bu quyidagicha sodir bo'ladi. Kikirdak bir-birining ustiga qo'yiladi va uning ostidagi teri ostidagi burmaga to'planadi. Bu holatda bo'lgani kabi, ortiqcha terining oz miqdori muhim emas. Operatsiyadan keyin teri o'z o'rnini egallaydi va tekis ko'rinadi. Qanday bo'lmasin, ortiqcha teri burunning chuqur qismida joylashgan va bemorga hech qanday noqulaylik tug'dirmaydi. Yuqori o'ng fotosuratda medial qism (yashil) lateral (ko'k) bilan qoplangan. Sariq chiziq terining burmaga to'plangan qismini ko'rsatadi.

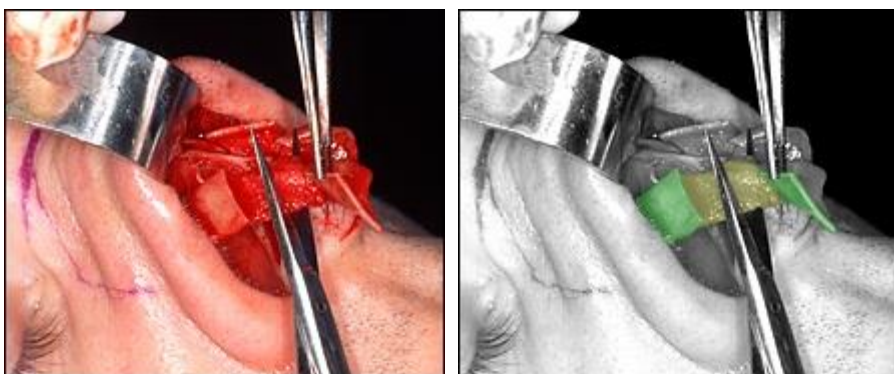
Agar burun juda uzun bo'lsa va xaftaga juda katta masofada qo'llanilsa, teri juda katta burmalarga to'planadi va uning ortiqcha qismini olib tashlash kerak bo'ladi.



Yuqori va pastki qismdagi fotosuratlar pastki lateral xaftaga qismlarini bir-birining ustiga qo'ygandan keyin hosil bo'lgan ortiqcha terini olib tashlashdan oldin va keyin olingan. Pastki lateral xaftaga medial qismi yashil rangga, osilgan terining qirrasi esa sariq rangga bo'yalgan. Fotosuratni sinchkovlik bilan o'rganib chiqsangiz, lateral xaftaga burun teshigidan (ko'k rangga bo'yalgan) qarab turgan qismini ko'rishingiz mumkin.

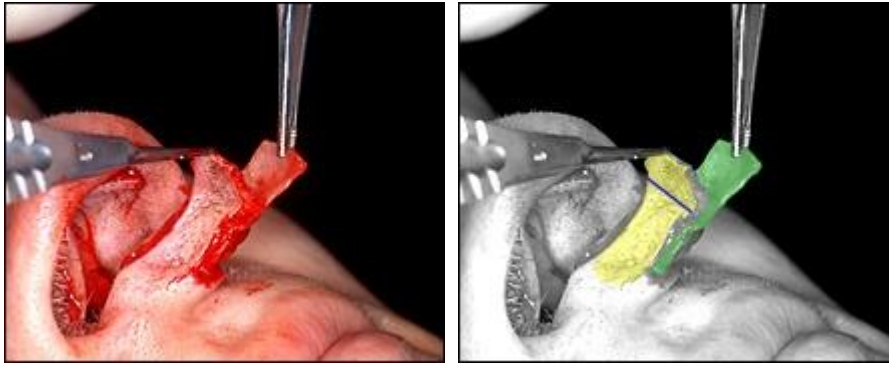


Suratda ortiqcha narsalarni olib tashlaganingizdan so'ng terining qanday qilib tekis va ingichka bo'lishi seziladi. Septum xaftaga pastki qismi pushti rang bilan belgilanadi.

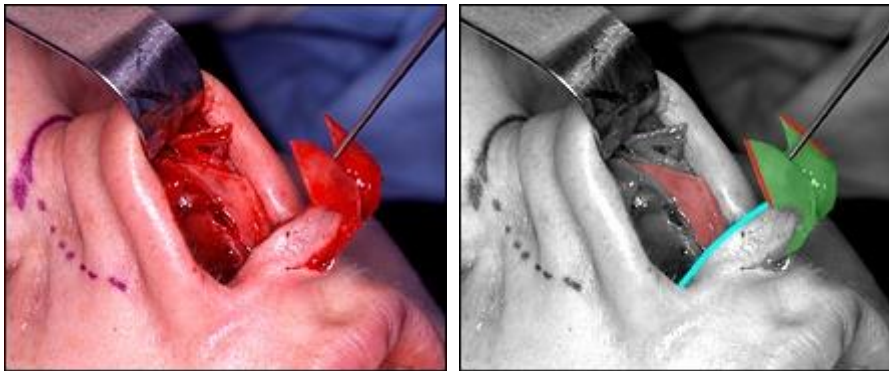


Yuqoridagi fotosuratda xaftaga bir-birining ustiga qo'yilishidan oldin terini qanday olib tashlash kerakligi ko'rsatilgan. Burun terisini kichkina qaychi bilan kesib oling, shunda terining bu qismi osongina olib tashlanishi mumkin. Pastki lateral

xaftaga yashil rang, teri esa bej rang bilan belgilanadi.

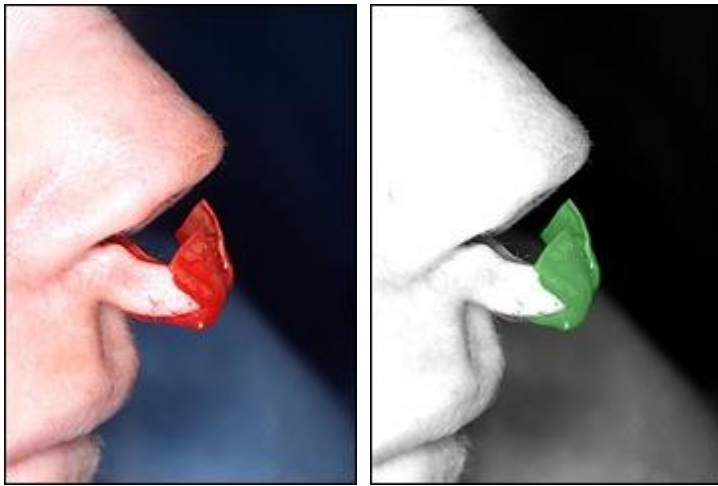


Yuqori rasmda siz terining ortiqcha qismini qanday olib tashlashni ko'rishingiz mumkin. Bir cımbız pastki lateral xaftaga medial qismini (yashil) ushlab turadi, ikkinchisi terini ushlab turadi. Moviy chiziq kesilgan joyni belgilaydi. Keyin ikkinchi cımbızla ushlab turilgan terining kesilgan qismi olib tashlanadi.

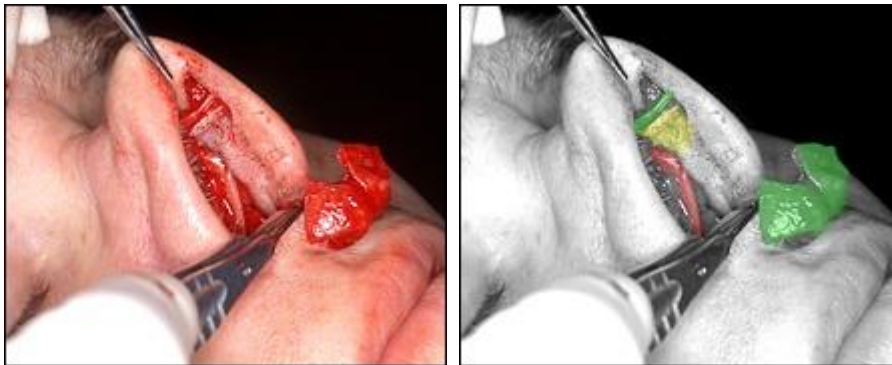


Barcha kesmalar amalga oshirilgandan so'ng, Kolumella burunning qolgan qismidan butunlay ajralib chiqdi. Kichkina ilgak (yashil) burun uchini pastki holatda ushlab turadi. Burun septum pushti rangga bo'yalgan.

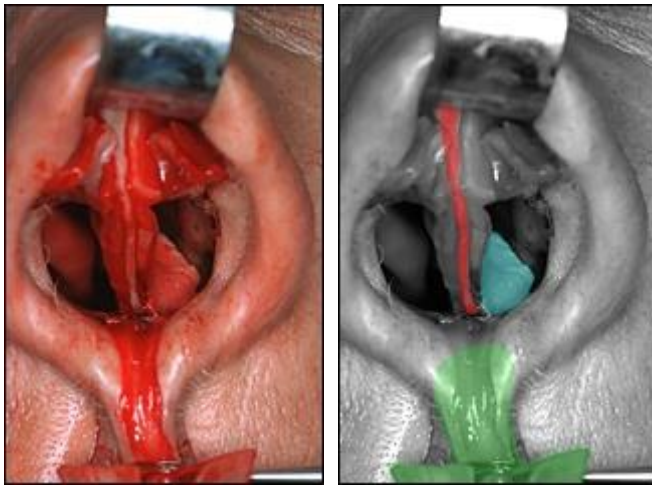
Natijada. Pastki lateral xaftaga lateral qanotlarining o'rtasida kesilgan (qizil chiziqlar bilan ko'rsatilgan). Burun septumini bo'shatish uchun Kolumella bo'ylab kesma qilingan (ochiq ko'k chiziq bilan ko'rsatilgan). Ushbu barcha kesmalar natijasida burun uchi uning qolgan qismidan butunlay ajralib chiqdi. Ko'pchilik plastik jarrohlar ko'rmagan g'alati ko'rinish paydo bo'ldi.



Burun uchi va kolumellani burunning qolgan qismidan ajratib turadigan bunday diseksiyalar faqat bemorning tashqi ko'rinishida katta o'zgarishlarni talab qiladigan holatlarda amalga oshiriladi.



Burun tagidagi cımbızlar pastki qismida Kolumella va burun uchining xaftaga tushishini ushlab turadi. Burun teshigining chekkalari ostida septumning kaudal qirrasi, chap pastki lateral xaftaga kesilgan lateral qismi va pastki lateral xaftaga ostidagi bu kichik bo'lakni mahkam o'rab turgan teri ko'rinadi (mos ravishda pushti , yashil va sariq ranglarda ko'rsatilgan).



Yuqori fotosuratda Kolumella va burun uchi pastga tushirilgan. Septal xaftaga asosiy qismi pushti rang bilan belgilanadi. Chap tomonga burilgan qismning qismi aniq ko'rinadi. U chap burun yo'lini to'sib qo'yadi va operatsiya paytida olib tashlanadi. Umuman olganda, kolumellani burun uchidan ajratmaslik tavsiya etiladi, ammo bu amalga oshirilganda septum ustida ishlash ancha osonlashadi.



Shunday qilib, bu usul burun uzunligini yaxshi sozlaydi. Bundan tashqari, burunning keng uchini toraytirish uchun ham foydalanish mumkin. Bundan tashqari, pastki lateral xaftaga ajratish va bir-birining ustiga qo'yish burunning chiqishini kamaytirishning samarali usuli hisoblanadi.



Ushbu fotosuratlar ilgari burun uchini qo'llab-quvvatlashga bag'ishlangan bobda taqdim etilgan. Bu bemorning burni kuchli chiqdi. Operatsiyadan keyin u yuzga yaqinroq" cho'kib ketgan".



Sizning oldingizda joylashgan diagrammada kesilgan xaftaga lateral qismi yashil rangga bo'yalgan. Medial qismi qizil rang bilan qoplangan. Diagrammada medial qismning ko'chirilishidan oldin uning holati ko'k rangda ko'rsatilgan.

Oq o'q burun uchining holatini ko'rsatadi.

Yuqoridagi barcha omillar ehtiyotkorlik bilan muvozanatli bo'lishi kerak. Jarroh, burunni qisqartirish uchun xaftaga qo'yish usulidan foydalanib, burunni kerakli darajadan pastga tushirmasligi kerak. Aks holda, u o'z o'rnini tiklash va burun uchini qo'llab-quvvatlash uchun boshqa usullardan foydalanishi kerak bo'ladi.

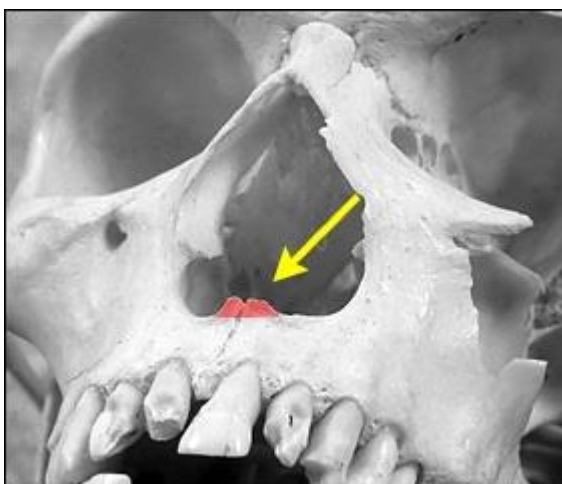
Qisman, Rinoplastika aynan shu qadar murakkabki, bir zonani yaxshilash orqali siz boshqasiga zarar etkazishingiz mumkin.



Agar burun chuqur "cho'kib ketgan" bo'lsa, unda uning uchi yuzdan uzoqqa cho'zilmaydi.



Burun poydevorining uzunligi (qizil o'q) burun yuzga yaqinlashganda sezilarli darajada kamayadi.



Keyingi bobning nomi "Old burun".

Burun suyaklarining yaqinlashishi

Ushbu bob burunning yuqori qismidagi suyaklarni bir-biriga yaqinlashtirish

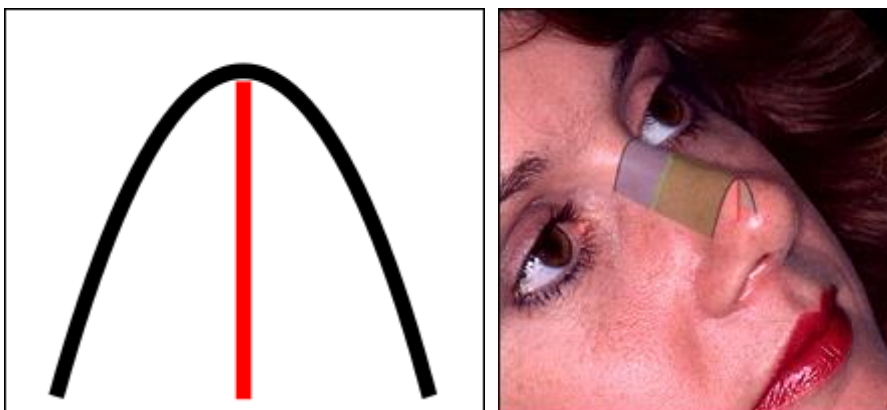
usullariga bag'ishlangan. Ushbu muammo burun suyaklarini bir-biriga yaqinlashtirish orqali hal qilinadi.



Operatsiyadan oldin va keyin bemorning fotosuratlarini o'rganayotganda, burunning yuqori qismi undan oldin qanchalik keng bo'lganligini sezmaslik mumkin emas. Jarrohlik natijasida burun konturlari qanchalik yaqinligini batafsil ko'rish uchun operatsiyadan oldingi konturning holati pastki fotosuratda qora rang bilan belgilanadi.



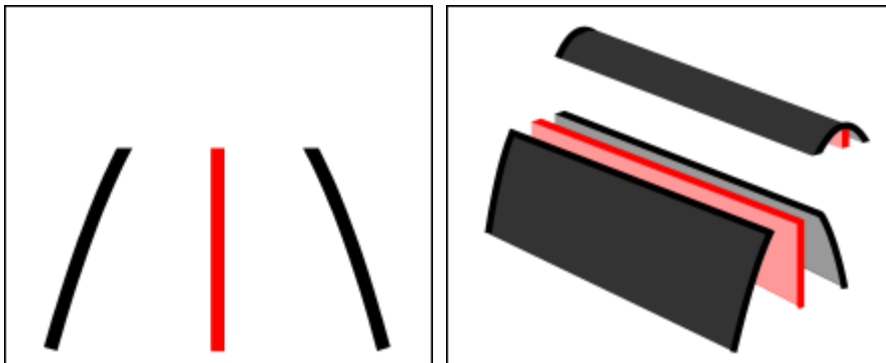
Aslida, burun suyaklarining yaqinlashishi har bir Rinoplastika operatsiyasida amalga oshiriladi. Buning sabablari boshqacha. Keyinchalik, ularning batafsil izohi berilgan.



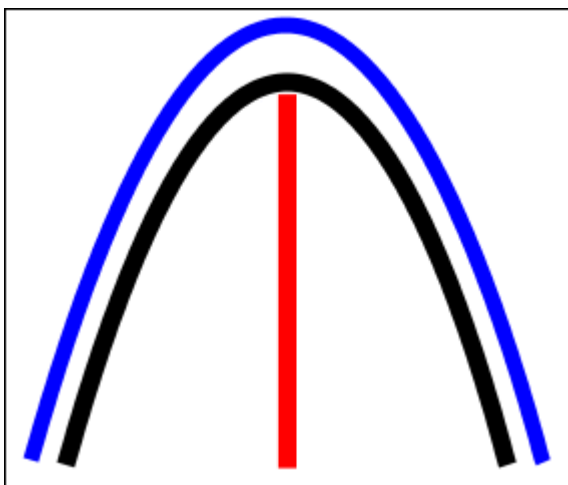
3D tasvirda burun shakli kengaytirilgan piramidaga, kesimida esa uchburchakka o'xshaydi. Shuning uchun burunning asosiy qismi burun piramidasi deb ataladi. Ko'k rangga bo'yalgan yuqori suyak qismi - suyak piramidasi, jigarrang rangga

bo'yalgan pastki xaftaga qismi - xaftaga piramidasi deb ataladi.

Shunday qilib, burun uchta asosiy qismga bo'linadi: suyak piramidasi, xaftaga piramidasi va burun uchi. Kikirdakli piramida va burun uchi xaftaga tushadi.

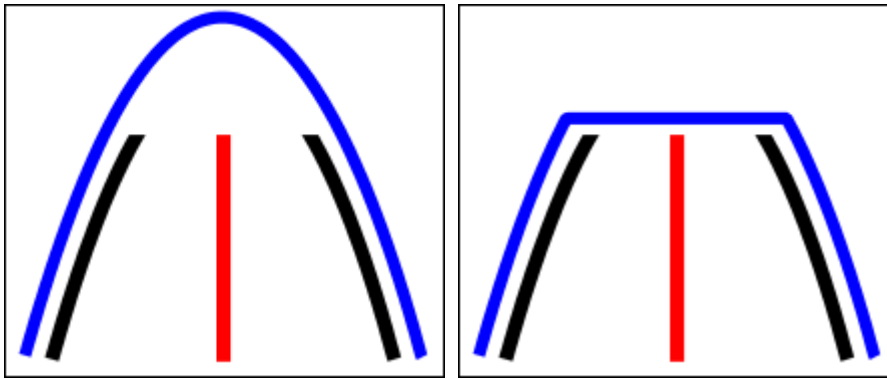


Burunning dumg'azasini olib tashlaganingizdan so'ng, uning orqa qismida keng tekis joy paydo bo'ladi. Jarrohlikning keyingi rivojlanishini yaxshiroq tushunish uchun dumg'aza olib tashlanganidan keyin burun terisi bilan nima sodir bo'lishini aniqlash kerak (yuqoridagi rasmlar).

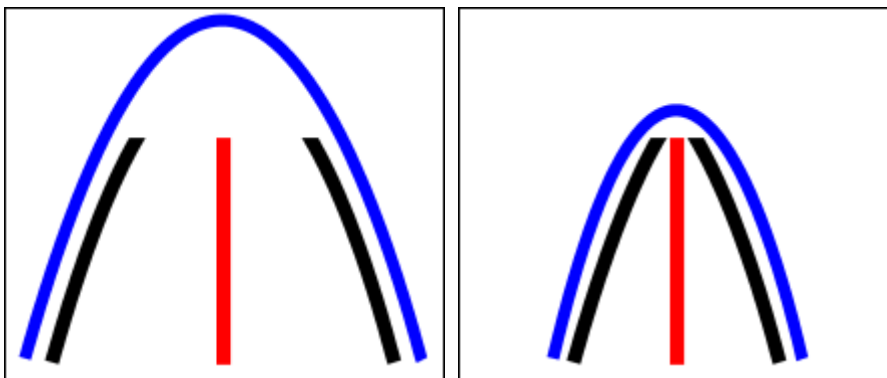


Yuqoridagi diagrammada yangi element - teri qo'shildi. Teri elastik va shuning uchun uning ostidagi suyak va xaftaga tushadigan ramkani mahkam ushlab, burunga uning hajmi va shaklini beradi. Diagrammada teri ko'k chiziq bilan ko'rsatilgan.

Operatsiya davomida xaftaga tushadigan suyaklarning shakli, hajmi, holati o'zgaradi, terining daxlsizligi saqlanib qoladi. Operatsiya oxirida teri burun ramkasiga joylashtiriladi, shunda u iloji boricha mahkam joylashadi.

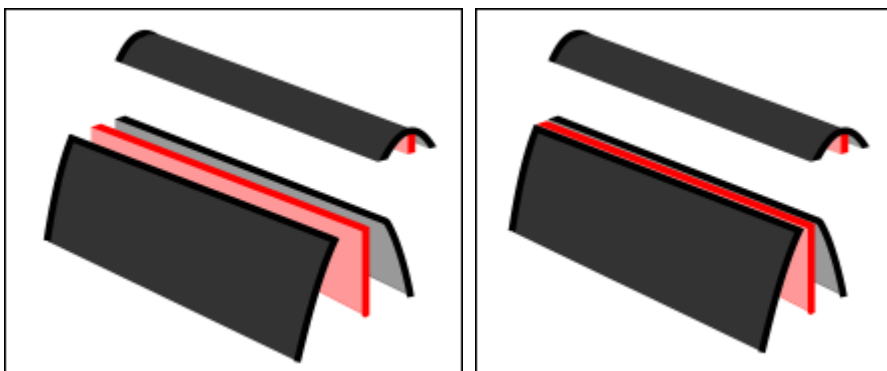


Yuqoridagi diagrammada burunning dumg'azasini olib tashlaganidan keyin vaziyat ko'rsatilgan. Agar siz ushbu bosqichda to'xtasangiz, qanday tashqi ko'rinish qolishini aniq ko'rishingiz mumkin. Burun juda keng, teri burunning orqa qismida yoqimsiz tekis joyga o'xshaydi. Shuning uchun burunning keng poydevorini toraytirish kerak, shunda u juda keng ko'rinmaydi va keksa, chiroyli shaklga ega bo'ladi.

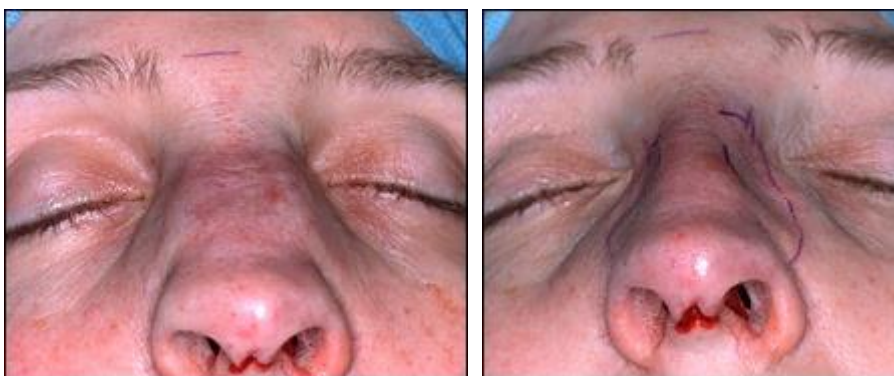


Burun kengligining pasayishi uning devorlarining mos ravishda septumga va bir-biriga yaqinlashishi tufayli yuzaga keladi. Keyin teri yangi burunga o'z-o'zidan moslashadi va u hali ham kesimdagi uchburchakdir.

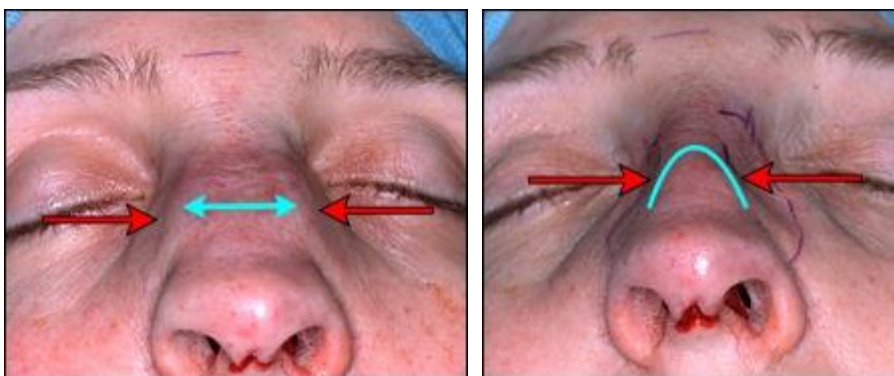
Yuqoridagi diagrammalarda terining yangi burun shakliga moslashishi qanday yo'l tutishini ko'rishingiz mumkin. Albatta, terining unga moslashishiga yordam beradigan bir necha jarrohlik usullari mavjud. Amalda, terida istisno holatlarda yangi burun konturlariga moslashishda muammolar mavjud.



Ushbu diagrammada dumg'aza olib tashlanganidan keyin burun devorlari ko'rsatilgan. Burun devorlari yaqinlashgandan so'ng, burunning orqa qismi sezilarli darajada o'zgaradi - burun ko'prigidagi keng maydon yo'qoladi. Amalda, suyak piramidasining suyaklari yaqinlashadi va xaftaga tushadigan piramidaning xaftaga o'zlari ergashadi, chunki burun devorlarining xaftaga suyaklari suyaklarga biriktirilgan.

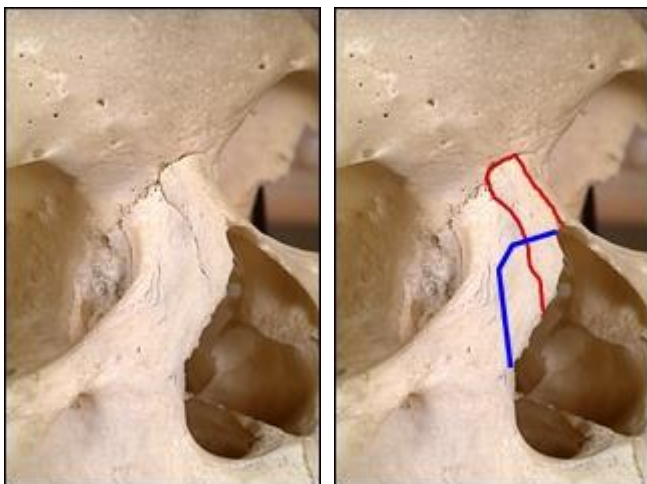


Burun suyaklari bir-biriga yaqin bo'lmasa, dumg'azani olib tashlash uchun operatsiyadan keyin bemorning burni qanday ko'rinishga ega ekanligining aniq namunasi. O'ngdagi fotosuratda suyaklar yaqinlashgandan keyin burun yanada yoqimli shakllarga ega bo'ladi, ammo operatsiya davom etar ekan, ko'plab nuqsonlar hali ham saqlanib qolmoqda.



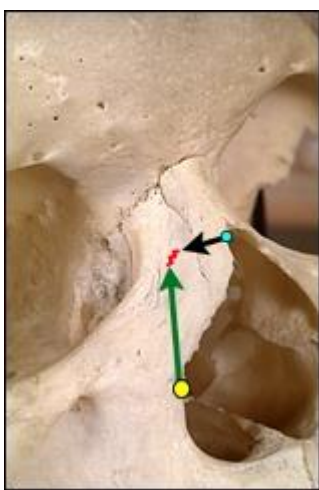
Sizning oldingizda bir xil fotosuratlar bor, lekin ularni birlashtirishdan oldin va

keyin suyaklarning holatini ko'rsatadigan belgilar mavjud. Qizil o'qlar bir devordan ikkinchisiga masofa qanday kamayishini ko'rsatadi. Ko'k rangda, burunning orqa qismidagi tekis nuqta sifatida ko'rsatilgan, bu esa suyaklarni birlashtirish bo'yicha operatsiyadan so'ng, dumg'aza olib tashlanganidan keyin hosil bo'lgan "to'g'ri" egri chiziqqa aylanadi.



Suyaklarni bir-biriga nisbatan harakatlantirish uchun kichik kesma ishlatiladi. Birinchidan, suyaklardagi kesmalar amalga oshiriladi, keyin ular bosh suyagidan ajralib, tegishli joylarga joylashtiriladi.

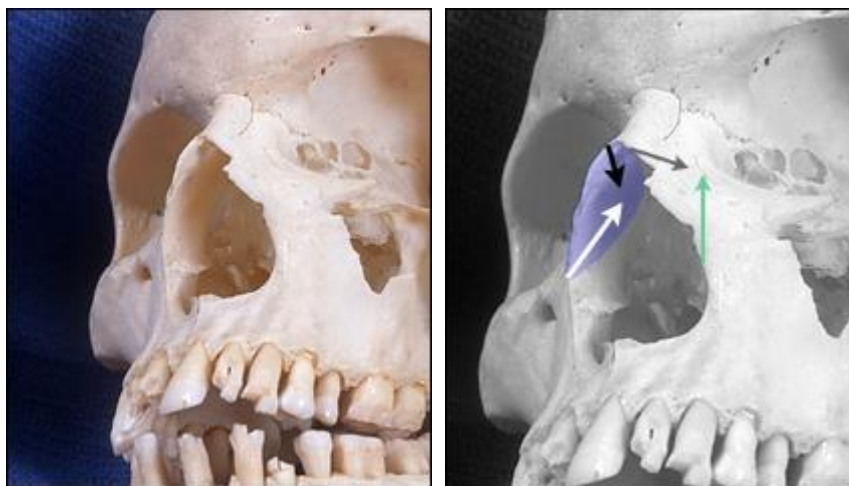
Boshsuyagi fotosuratida yuqori o'ng tomonda burun suyagining peshonaga yaqin qismi qizil rangda ko'rsatilgan bo'lib, u burun kengligini shakllantirishda ishtirok etmaydi. Shu sababli, suyakning bu olib tashlangan qismi burunning aniq anatomik mosligiga ega emas. Aksincha, suyakning ko'k rang bilan belgilangan qismi burunning kengligini shakllantirishda ishtirok etadi. Shuning uchun u bosh suyagidan ajralib chiqadi va burun suyagining bu qismi kerakli joyga qo'yiladi.



Suyakning qalinligi bir millimetrdan oshmaydi, mos ravishda undagi kesmalar

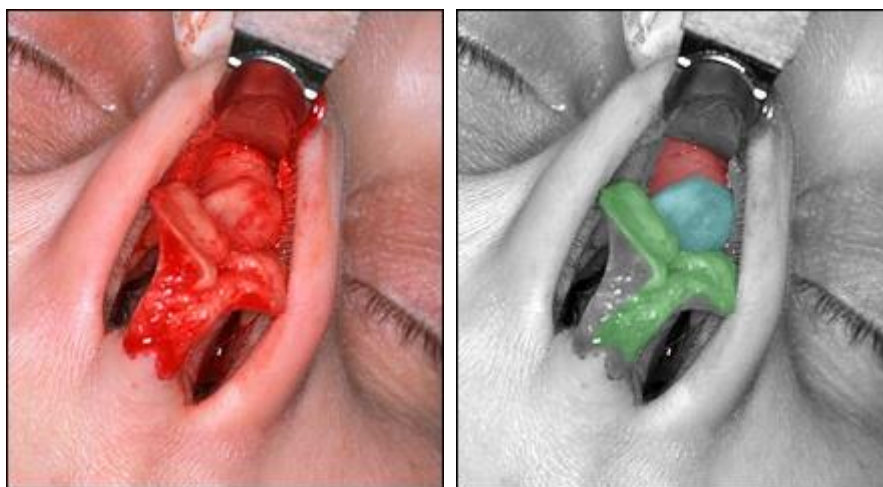
ingichka kesma bilan amalga oshiriladi. Ikki kesish amalga oshiriladi. Birinchi kesishni amalga oshirish uchun to'sar (diagrammada qora o'q bilan ko'rsatilgan) nuqtaga joylashtiriladi (ko'k rang bilan ko'rsatilgan) va bolg'a bilan ozgina uriladi.

Keyin kesma burun teshigi ichiga ko'chiriladi va ikkinchi kesma yashil o'q bo'ylab amalga oshiriladi. To'sar oxirigacha etib borgach, ular suyakka bosiladi. Shunday qilib, suyak tishli qizil chiziq bo'ylab ajratiladi. Ajratilgandan so'ng, suyak bo'shashadi va septumga yaqinroq harakatlanishi mumkin.



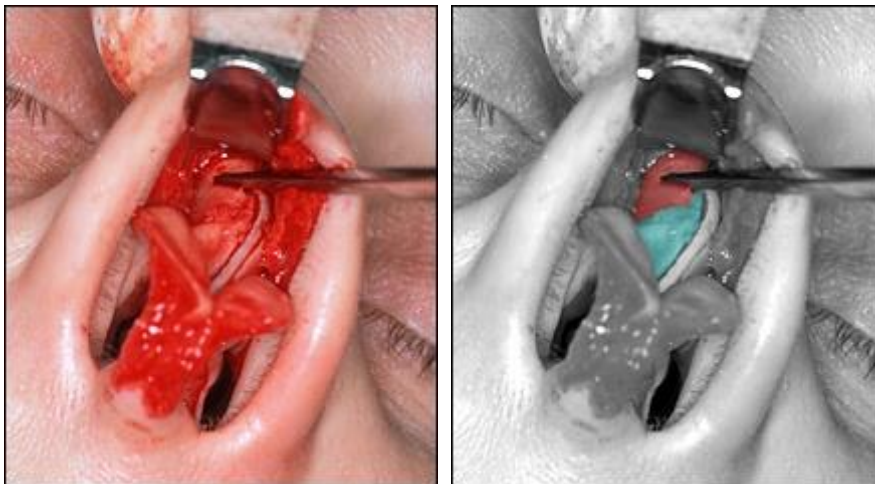
Yuqoridagi rasmda bosh suyagi o'ng burun suyagining ichki yuzasining bir qismi va suyak piramidasi (ko'k rang bilan belgilangan) ko'rinadigan qilib joylashtirilgan. Katta oq va qora o'qlar o'ng burun suyagi kesilgan joylarni belgilaydi.

Jarrohlikning bu qismi "osteotomiya" deb ataladi, boshqacha qilib aytganda - suyaklarni kesish va safarbar qilish, yunoncha "osteo" so'zidan - suyak.



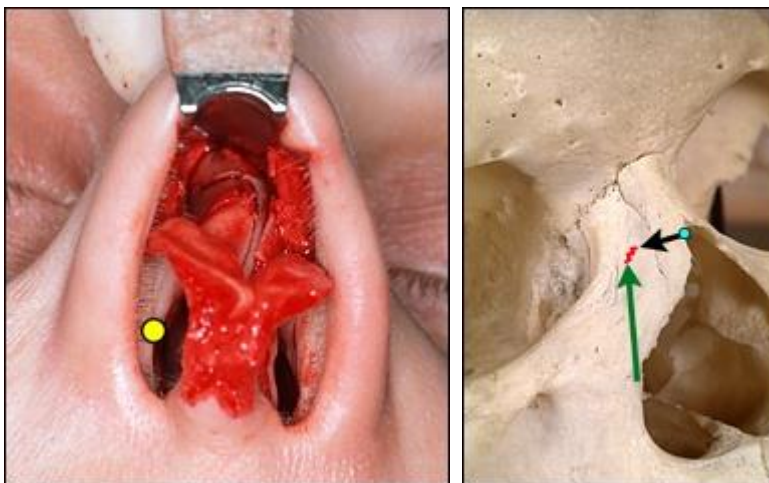
Sizning oldingizda haqiqiy bemor bor. O'ng rasmda suyak piramidasini hosil qiluvchi burun suyaklari pushti rangga, yuqori lateral xaftaga ko'k rangga, pastki

lateral xaftaga esa burun uchini yashil rangga aylantiradi.



Ikkita kesmaning birinchisi suyakning o'ng burun qismida qora o'qga muvofiq (yuqoridagi diagrammada), septumdan va undan keyin suyak piramidasi bo'ylab amalga oshiriladi. Diagrammada suyak pushti rangga, xaftaga tushadigan piramida esa ko'k rangga bo'yalgan.

Dumg'azani olib tashlash osteotomiya o'tkazilishidan oldin amalga oshiriladi. Sizning oldingizda turgan fotosuratlarda dumg'aza allaqachon olib tashlangan va burun septumining yuzasi juda yaxshi ko'rinishga ega. O'ng burun teshigini ko'rsatadigan oldingi fotosuratlarda septum hali ko'rinmaydi, chunki dumg'aza hali olib tashlanmagan. Yuqoridagi o'ngdagi diagrammada burun septum oq rangga bo'yalgan.



Ikkinchi kesma yashil o'q yo'nalishi bo'yicha amalga oshiriladi (yuqoridagi rasm), kesgichni o'ng burun teshigiga kiritish va uchini sariq nuqta bilan belgilangan joyga o'rnatish (chap rasm).

Qora o'qda bajariladigan kesma "medial osteotomiya", yashil "lateral osteotomiya" deb ataladi. "Medial" tibbiy atama bo'lib, "o'rta chiziq yo'nalishi bo'yicha", "lateral" esa "o'rta chiziq yo'nalishi bo'yicha" degan ma'noni anglatadi. Shunday qilib, "medial osteotomiya" "burun septumiga yaqin joyda qilingan suyak kesmasi va" lateral osteotomiya "burun tomoni bo'ylab, septumdan uzoqda joylashgan kesma.



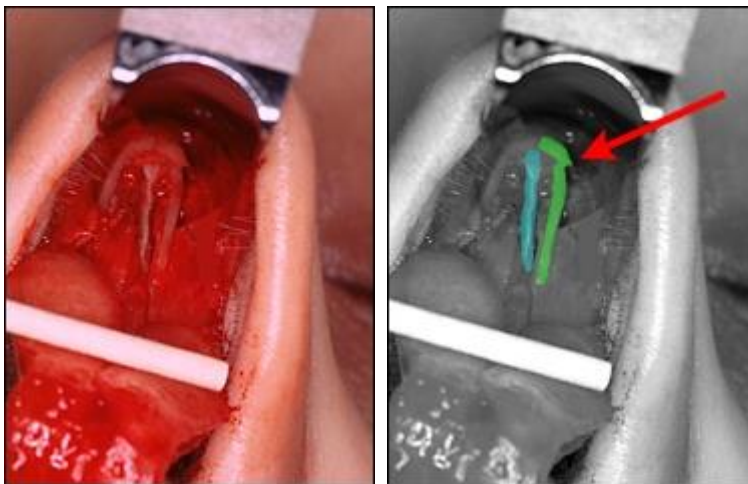
Sizning oldingizda medial osteotomiyaning yana bir misoli, chap burun suyagida birinchi kesma qilingan. Suyak pushti rangda, kesma ko'k rangda ko'rsatilgan. Kameraning burilish burchagi yuqori lateral xaftaga ko'rishga imkon bermaydi, chunki xaftaga tepalari ularning ko'rinishini qoplaydi. Quyidagi fotosuratda kesma va suyakning aloqa joyi kattalashtirilgan.





Sizning oldingizda burun anatomiyasining ajoyib turi. Dumg'aza allaqachon olib tashlangan, keyingi bosqich osteotomiya. Kichkina yog'och tayoq bilan xaftaga suyak piramidasining kesilgan tepasiga kirishni ochish uchun pastga suriladi. O'ng burun suyagi qizil, chap qismi yashil rangda ko'rsatilgan.

Diagrammada ko'k rang bilan ta'kidlangan burun septumi ilgari ko'rib chiqilganlardan farq qiladi, chunki bizning oldimizda septumning suyak qismi juda baland, deyarli ko'z darajasida joylashgan.



Agar biz ushbu fotosuratlarini yuqoridagi rasmlar bilan taqqoslasak, bemorga chap burun suyagining medial va lateral osteotomiyalari allaqachon o'tkazilganligi aniq bo'ladi. Chap burun suyagi o'rta chiziqqa (septum) yaqinroq siljiydi.

Yuqoridagi o'ngdagi fotosuratda siz septumga yaqinroq bo'lgan chap burun suyagining yangi joylashishini ko'rishingiz mumkin (mos ravishda yashil va ko'k bilan ko'rsatilgan). Medial osteotomiya joyi qizil o'q bilan ko'rsatilgan. Chap tomonda biroz balandroq, chap burun suyagining burun kengligini kamaytirish uchun siljishi shart bo'lmagan qismi joylashgan. Biroq, osteotomiya paytida

joyidan chiqmagan kichik bir bo'lak o'tkir protrusionni yaratdi, uni yanada silliqlash kerak, aks holda bemor bu joyda teri ostida nozik balandlikni his qiladi.



Sizning oldingizda osteotomiya qilish uchun ishlatiladigan ikkita odatiy kesma mavjud. Medial osteotomiya uchun ikki millimetr(1/12 dyuym) uchi bo'lgan pastki kesma ishlatiladi. Yuqori kesma biroz kengroq va kuchliroq bo'lib, lateral osteotomiya uchun, shuningdek, ikkita suyak kesilganidan keyin burun suyagiga bosim o'tkazish uchun qo'l sifatida ishlatiladi.

Tish kesuvchi deb ataladigan tibbiy atama "osteot" dir.



Plastik jarrohlr o'z ishlarida kichik mis bolg'adan foydalanadilar. O'ng qo'lida o'ng qo'l jarrohi osteot bilan ushlab turadi va chap qo'lini burun terisiga qo'yadi, shunda barmoqlar kesma uchining joyini aniqlay oladi. To'sar engil bolg'a zarbalari bilan oldinga siljiydi. Shunday qilib, jarroh kesgichni qaerga yo'naltirishni aniqlay oladi. Hamshira bolg'a bilan ishlaydi, to'sarning dastagiga ozgina uradi.

Ko'p odamlar rinoplastikadan qo'rqishadi, chunki shifokor"ularni buzadi, lekin bilan". Rinoplastika ikki yarim soatdan ko'proq vaqtni oladi va osteotomiya bu vaqtdan uch daqiqadan oshmaydi. Bemor uxlaydi va hech narsani sezmaydi. Yaxshi jarrohdan osteotomiya qon ketishiga olib kelmaydi va operatsiyadan keyingi ko'karishlar ko'paymaydi.

Agar siz yaxshi jarrohn tanlagan bo'lsangiz, ular operatsiya paytida nima

qilishidan qo'rqmang.



Ushbu bemorning fotosurati allaqachon ushbu bobning boshida edi. Endi suyaklarning bir-biriga qanday siljishini va burunning orqa qismidagi keng, tekis joyni olib tashlashni tushunish ancha oson.



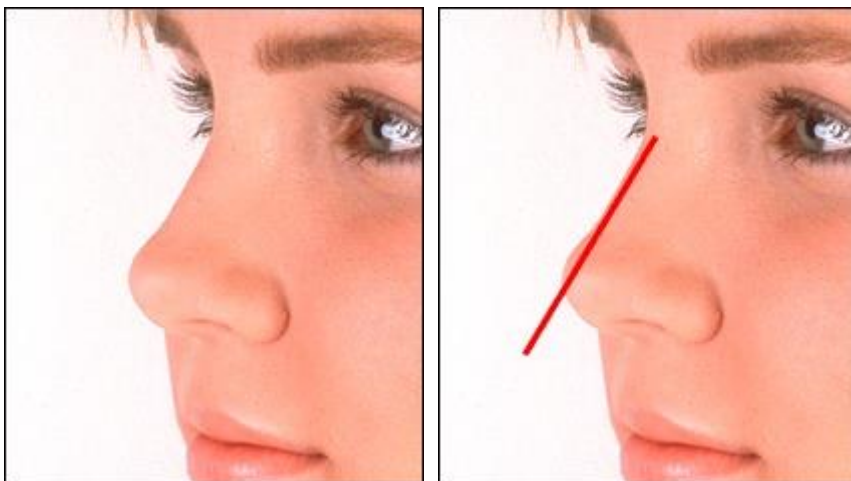
Operatsiyadan keyingi fotosuratda yuqori o'ng tomonda osteotomiya paytida kesma bilan ishlashni osonlashtirish uchun bo'yalgan binafsha rangli teri belgilari ko'rsatilgan.



Keyingi bobda burunni bog'lash va operatsiyadan keyin uni tezda davolash uchun qanday qilib to'g'ri tuzatish kerakligi haqida so'z boradi.

Burun uchini qo'llab-quvvatlash

Ushbu bob "burun uchini qo'llab-quvvatlash" masalalariga bag'ishlangan. Burun uchini qo'llab-quvvatlash-bu burun uchining yuzning qolgan qismidan mustaqil ravishda shaklini ushlab turish qobiliyatidir. I. e. burun xaftaga uchini "to'g'ri" holatda va "to'g'ri" shaklda ushlab turish qobiliyati ushbu kontseptsiyaga kiritilgan.



Yuqori o'ng fotosuratga e'tibor bering. Agar siz burunning orqa tomoni bo'ylab to'g'ri chiziq chizsangiz (qizil rang bilan ko'rsatilgan), unda burunning uchi bu chiziqdan biroz chiqib ketishini sezishingiz mumkin. Bunday holda, "burun uchi yaxshi qo'llab-quvvatlanadi" deb aytiladi. Bunga burun uchi xaftaga barqaror joylashishi tufayli erishiladi.



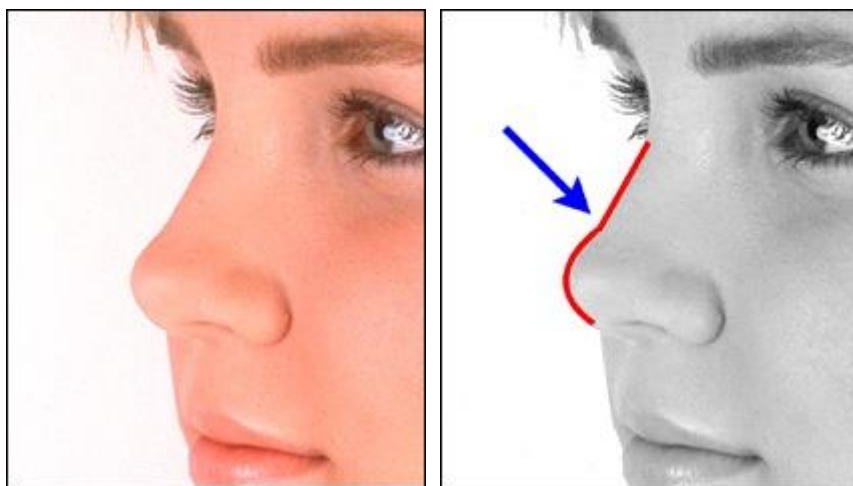
Rinoplastikada "protrusion" so'zi burun uchi yuzdan uzoq bo'lgan masofani tavsiflaydi. Yuqori fotosuratlarda bu masofa ko'k o'q yo'nalishi bo'yicha

aniqlanadi. Bemorning operatsiyadan oldingi fotosuratlari chap tomonda. Shubhasiz, operatsiyadan keyin protrusion sezilarli darajada kamaydi.

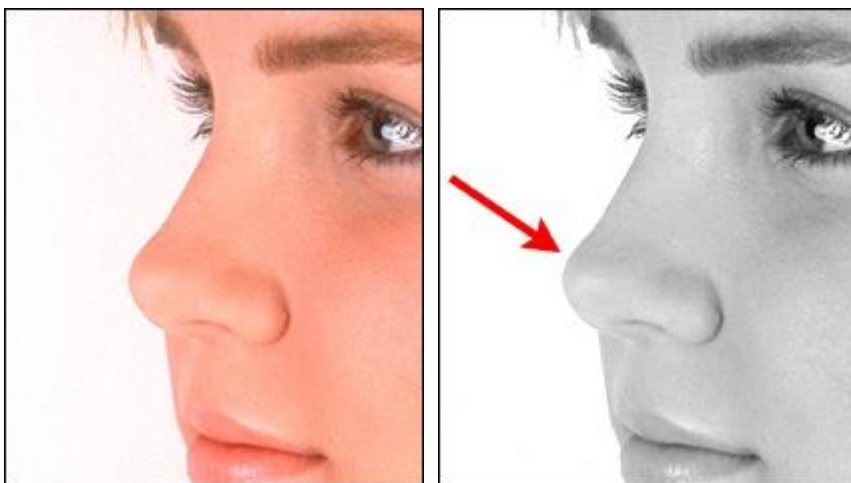


Yuqori chap fotosuratda avariya natijasida shikastlangan burun ko'rsatilgan. Burunning uchi asosan tekislanadi va bu, albatta, bu bemorga go'zallik bermaydi.

Kelajakda "burunni etarli darajada qo'llab-quvvatlash" tushunchasi ko'rib chiqiladi. Bu shuni anglatadiki, burun proektsiyasi etarli (normal) va burun uchi burunning orqa tomoni bo'ylab chizilgan chiziqqa nisbatan biroz tashqariga yoki ichkariga chiqib turadi.



Fotosuratda ko'rsatilgan burun uchini yaxshi qo'llab-quvvatlaydi. Burun bo'ylab qizil chiziq chizilgan. Chiziq egilib, burun uchi boshlanadigan joy (ko'k o'q bilan ko'rsatilgan) "burun uchini sindirish" deb nomlanadi.

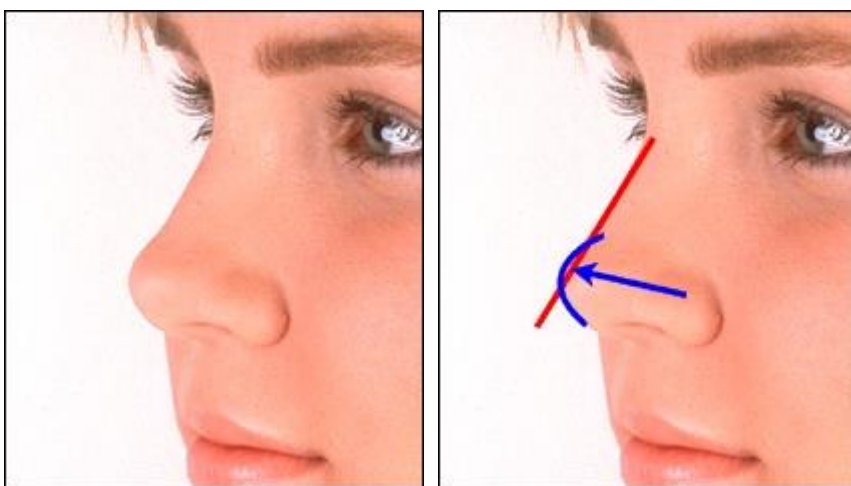


Keyingi tushuncha - "burun uchini belgilaydigan nuqta" (yuqori fotosuratda qizil o'q bilan ko'rsatilgan). Bu odatda burun uchi sifatida aniq qabul qilinadigan nuqtani anglatadi. Agar odam burun uchini ko'rsatishini so'rasa, unga barmog'i bilan ishora qiladi.

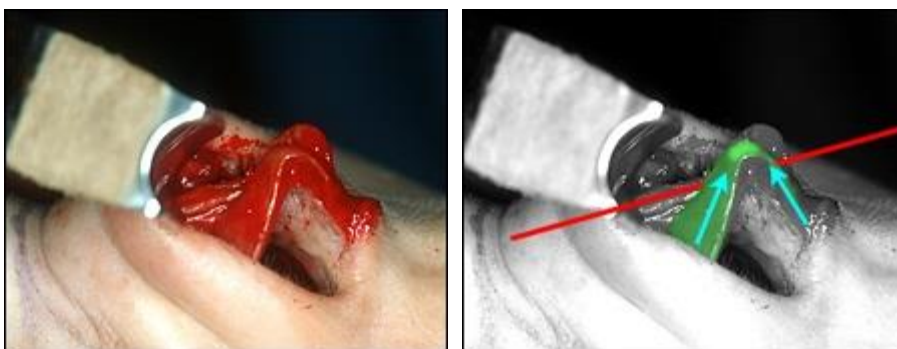


Yuqori fotosuratda burun profili deyarli tekis (ko'k chiziq) bo'lgan bemor tasvirlangan va "burun uchi sinishi" nuqtasi aniq ko'rinmaydi. Ammo bu burun juda oqlangan va chiroyli. Ko'pgina hollarda, burun uchini belgilaydigan nuqta mos ravishda joylashtirilganda, estetik jihatdan jozibali burun shakli bilan bog'liq muammolar bo'lmaydi.

Quyidagi fotosuratda operatsiyadan oldin va keyin bemor ko'rsatilgan. Burun uchining uzilish nuqtasi deyarli yo'q, bu uning burni juda jozibali bo'lib qolishiga mutlaqo xalaqit bermaydi.

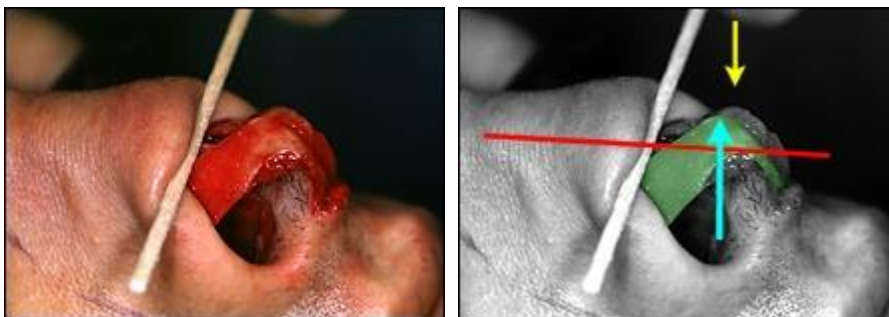


Burunni yaxshi qo'llab-quvvatlash-bu burun uchining kuchli va to'g'ri joylashtirilgan xaftaga (o'ng yuqori diagrammada ko'k yoy) natijasidir. Ular burunning orqa tomoni bo'ylab chizilgan qizil chiziqdan biroz balandroq yoki pastroq bo'lishi kerak.



Yuqorida burunning uchi yaxshi qo'llab-quvvatlanadigan odatiy ko'rinishi keltirilgan. Qizil chiziq burunning orqa tomoni bo'ylab profilini ko'rsatadi. Pastki lateral xaftaga (yashil rang bilan ko'rsatilgan) burun uchini ushlab turish uchun etarlicha kuchli.

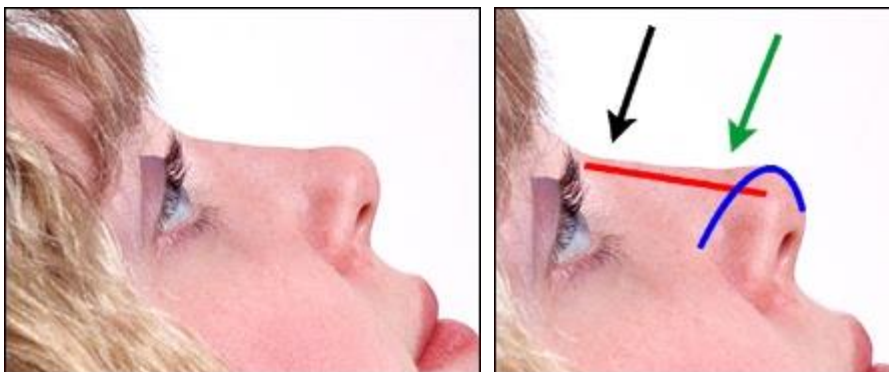
Moviy o'qlar gumbazni burun orqa profilining tepasida ushlab turadigan pastki lateral xaftaga kuchlarining yo'nalishini ko'rsatadi.



Sizning oldingizda turgan rasmda burun uchi yaxshi qo'llab-quvvatlanadi. Pastki lateral xaftaga qismi burunning orqa chizig'i ustida joylashgan (ko'k o'q burun uchiga ishora qiladi, pastki lateral xaftaga yashil rangga bo'yalgan, burunning orqa Profil chizig'i qizil rangda ko'rsatilgan).

Taqdim etilgan xaftaga juda kuchli bo'lib, burun uchini "to'g'ri" holatda ushlab turishga imkon beradi. Agar siz uni bossangiz, u xaftaga chidamliligi tufayli o'z pozitsiyasini o'zgartirmaydi.

Quyidagi savol tushunarsiz bo'lib qolmoqda: burunning xaftaga tushishi burunning orqa Profil chizig'idan qanchalik baland bo'lishi kerak.



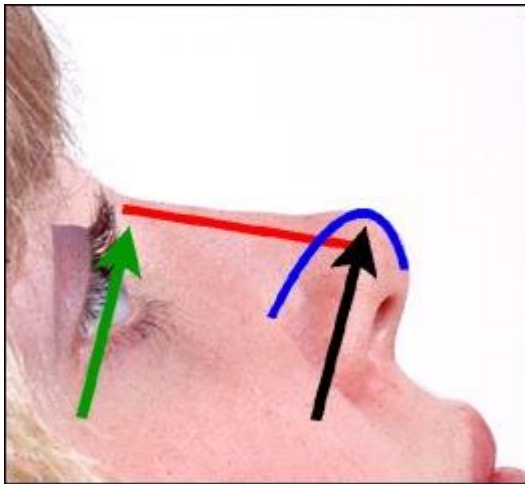
Yuqori fotosuratlarda siz Rinoplastika operatsiyasini o'tkazgan mutlaqo sog'lom bemorni ko'rishingiz mumkin. Ko'rib turganingizdek, operatsiya muvaffaqiyatli o'tdi va natijada biz juda jozibali burunni kuzatamiz.

O'ng fotosuratda burunning turli joylari rang bilan ko'rsatilgan. Burunning orqa chizig'i bo'ylab suyaklar va xaftaga joylashishi qizil rangda, ko'k rangda esa burun uchining xaftaga tushishi ko'rsatilgan.

Shuni ta'kidlash kerakki, burunning orqa profilidagi qizil chiziq terining yuzasiga

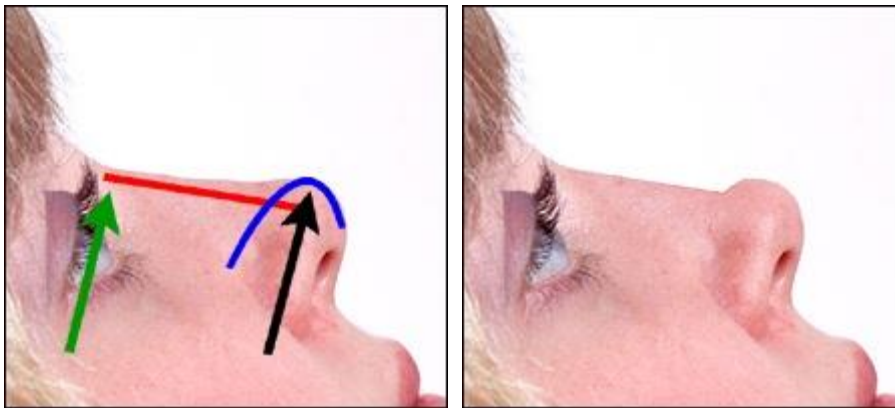
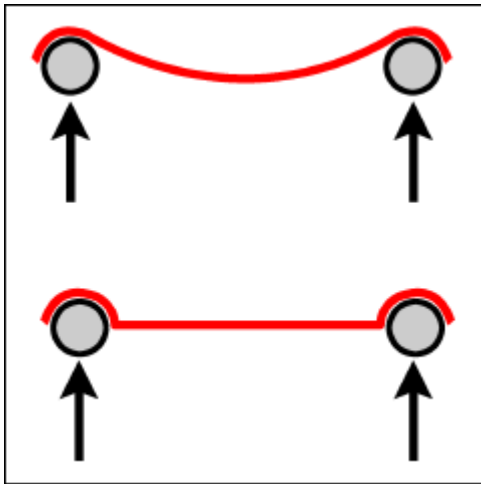
to'g'ri kelmaydi. Bu terining turli qismlarida qalinligi bilan bog'liq. Burunning yuqori qismida, ko'zlarga yaqinroq, teri ingichka (qora o'q) va burun uchiga yaqinroq, aniqrog'i "burun uchini sindirish" nuqtasida (yashil o'q) teri qalinroq va uning yuzasi burunning orqa profilidan sezilarli darajada uzoqlashadi (qizil chiziq).

Jarrohlik paytida burun uchining xaftaga burun orqa profilining chizig'idan 7-8 mm masofada joylashtirilishi tavsiya etiladi. Burun uchiga yaqinroq bo'lgan teri qalinlashadi, kamroq elastik bo'ladi va xaftaga holatiga moslashish uchun ko'proq qiyinchiliklarga duch keladi. Bunday muammolarni oldini olish uchun xaftaga shu masofani ko'tarish tavsiya etiladi.



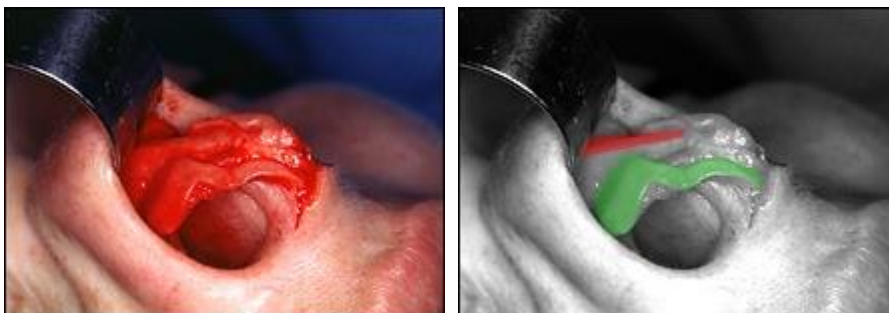
Teri eng qattiq tortilgan joylarda burun suyaklari va xaftaga tushadi. Bu, birinchi navbatda, burunning uchi (qora o'q) va burunning yuqori suyak qismi (yashil o'q). Burun uchidagi terining tarangligini tirgaklarga cho'zilgan chodir bilan taqqoslash mumkin. Perchlar xaftaga, chodir esa teriga o'xshaydi. Burun uchi va burun ko'prigi orasidagi burun qismida teri o'raladi (burmalar bo'lmasligi uchun optimal tarzda moslashadi).

Pastki rasimga e'tibor bering. U erda mato chodirni tortib olayotganda ikkita xayoliy tayanch yoki ustunlar orasidagi masofani qanday qilib sxematik tarzda tasvirlaydi. Xuddi shunday, teri burunning butun yuzasiga tarqalib, unga "silliqlik" ko'rinish beradi. Rasmdagi pastki diagrammada mos keladigan joyda mato yoki terining mumkin bo'lmagan pardasi ko'rsatilgan.



Teri burunning suyaklari va xaftaga butun yuzasiga mahkam yopishmaydi. Agar boshqacha bo'lsa, burun profili yuqoridagi o'ngdagi fotosuratda bo'lgani kabi ko'rinadi.

Har bir insonning terisi faqat o'ziga xos xususiyatlar va xususiyatlarga ega. Shuning uchun "burun uchini sindirish nuqtasi" ning joylashishini aniq aniqlash juda qiyin. Bu jarrohning burun uchining xaftaga to'g'ri shaklini olishi uchun uni joylashtirishning haqiqiy mahoratidir.

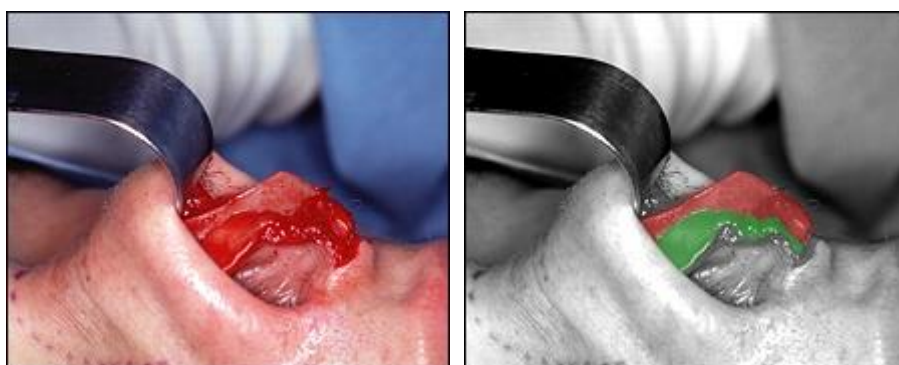


Yuqori fotosuratda burunning uchi shaklini yo'qotdi, chunki pastki lateral xaftaga

ingichka va sarkma. Burunning orqa chizig'i bo'ylab burun uchining xaftaga tushishi undan tashqariga chiqmaydi. Ushbu bobda ushbu masalani hal qilish usullari ko'rib chiqiladi (lateral xaftaga yashil rangda, orqa chiziq qizil rangda ko'rsatilgan).

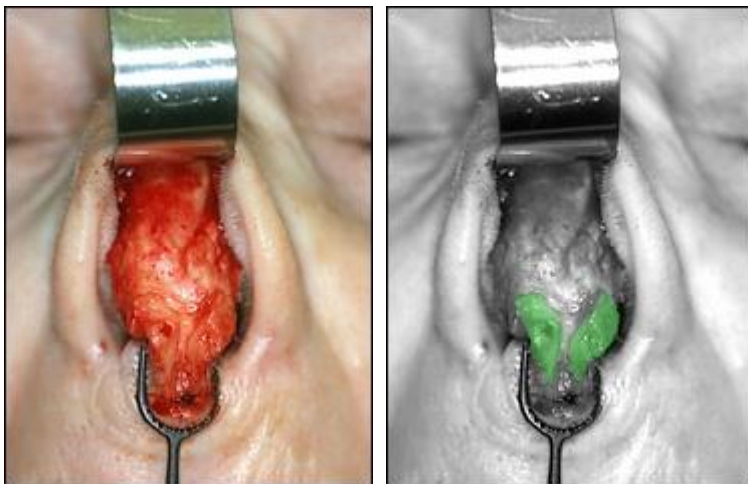


Burunni olib tashlash, burunni qisqartirish yoki boshqa operatsiyalardan so'ng, burunning orqa chizig'i va uchi xaftaga proektsiyasi o'rtasidagi munosabatni kuzatish juda muhimdir.



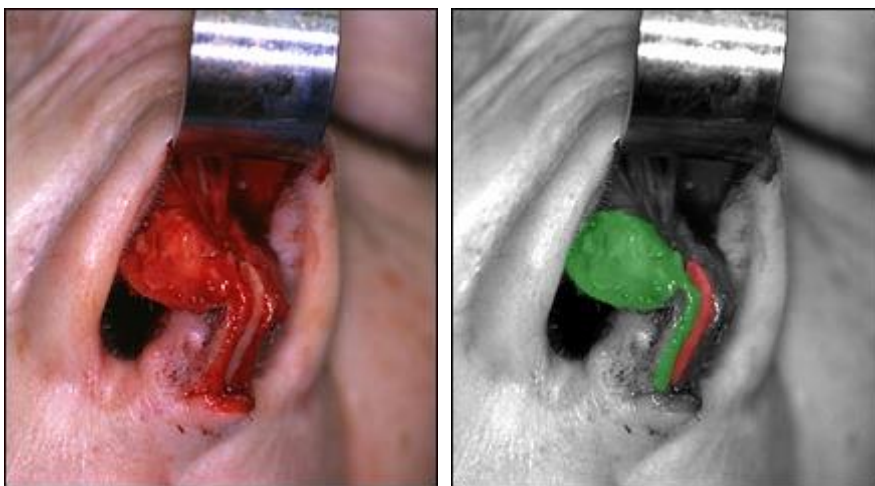
Suratda burun uchini to'liq qo'llab-quvvatlamaydigan boshqa burun bor. Eng ko'zga ko'ringan xaftaga tuzilishi burun septum xaftaga (diagrammada qizil rang bilan belgilangan). Pastki lateral xaftaga (yashil rang bilan ajratilgan) zaiflashadi va joyida emas. Agar siz operatsiyani hozir tugatsangiz, teri burun uchining xaftaga tushmaydi, bundan tashqari u burun septumining o'tkir chetiga osib qo'yiladi.

Burun septum burun uchini qo'llab-quvvatlash uchun mos emas. Bu faqat burunning orqa chizig'i bo'lib xizmat qiladi. Shunga ko'ra, bu holda burun uchini qo'llab-quvvatlash uchun burun uchining pastki lateral xaftaga ko'tarilishi kerak.



Burun uchini zaif qo'llab-quvvatlash odatda operatsiya malakali jarroh tomonidan amalga oshirilgan joyda kuzatiladi. Yuqori fotosuratda qo'shimcha pastki lateral xaftaga olib tashlangan (ulardan qolgan narsa yashil rangga bo'yalgan). Burun uchini kerakli holatda ushlab tura olmaydigan bu xaftaga qanchalik kichikligini ko'rish mumkin.

Ko'p miqdordagi chandiq to'qimasi burun tuzilishini ko'rishga imkon bermaydi. Biroq, bunday juda qiyin holatlarda ham, burun uchini qo'llab-quvvatlash usullari mavjud.



Transplantatsiya qilingan xaftaga foydalanish burun uchini qo'llab-quvvatlashni tiklashning bir usuli hisoblanadi. Ushbu burun pastki lateral xaftaga tiklash uchun burun septumining mustahkam, hatto xaftaga qismidan foydalanadi. Transplantatsiya qilingan xaftaga lateral xaftaga joylashtiriladi va pastki lateral xaftaga kuch berish uchun tikiladi. Bundan tashqari, bu ularga burun uchini burunning orqa qismidagi Profil chizig'idan yuqori ushlab turishga yordam beradi.

Yuqoridagi o'ngdagi diagrammada tiklangan pastki lateral xaftaga yashil rang bilan

ko'rsatilgan, burun septumining xaftaga qismi qizil rang bilan belgilangan. Qizil greft chap va o'ng pastki lateral xaftaga qismlari orasidagi sendvichga o'xshaydi.

Operatsiya tugashidan oldin, greftning bu chiqadigan qismi biroz pastga tushiriladi, shunda teri greftning o'zi emas, balki burun uchining mustahkamlangan xaftaga tushadi.



Yuqori fotosuratda burun septumidan olingan xaftaga etarlicha katta bo'lak ko'rsatilgan. Binafsha chiziq greft sifatida ishlatiladigan qismni belgilaydi. Graft sifatida ishlatiladigan xaftaga "qo'llab-quvvatlash" deb ataladi.

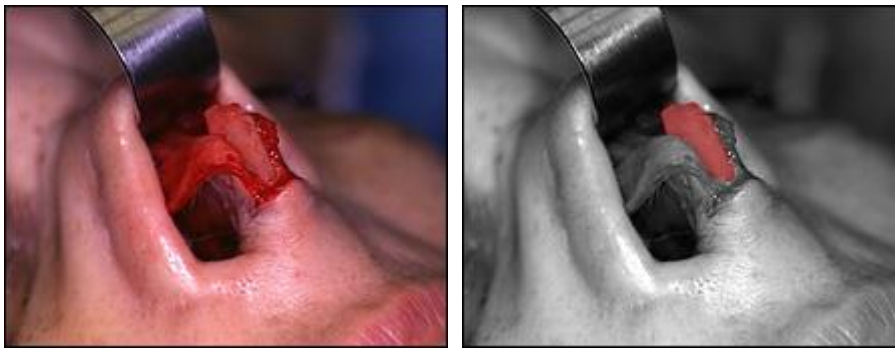


Kikirdak-qo'llab-quvvatlash pastki xaftaga orasidagi kerakli joyga tikilgandan so'ng, u tegishli o'lchamlarga kesiladi.

Yuqoridagi o'ngdagi diagrammada qo'llab-quvvatlashning haqiqiy hajmi va holati, shu jumladan ko'rinmaydigan qismi ko'rsatilgan, chunki u pastki lateral xaftaga qismlari orasidagi ustun ichida joylashgan. Yashil chiziq xaftaga kesilgan joyni ko'rsatadi.

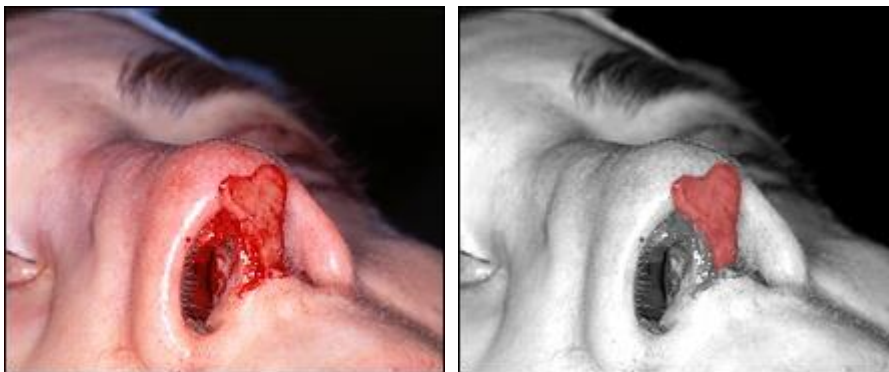
E'tibor bering, greft burun uchi xaftaga tushadigan gumbaz (yuqori nuqta) ostida kesiladi. Jarrohlikdan so'ng teri greftga emas, balki pastki lateral xaftaga tushadi. Qo'llab-quvvatlash grefti bilan birgalikda burun uchining xaftaga tushishi terining

tayanchiga aylandi.



Boshqa bir misolda, greftning yuqori qismi juda notekis. U skalpel bilan kesiladi va tekislanadi, pastki lateral xaftaga esa tayanchga kesiladi.

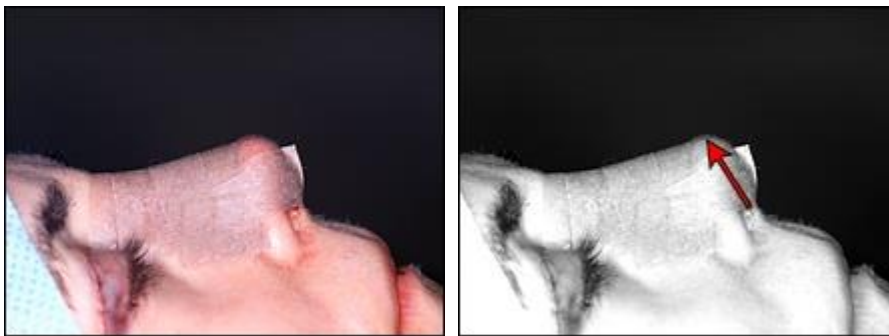
Quyida burun uchini qo'llab-quvvatlaydigan boshqa turdagi greft mavjud.



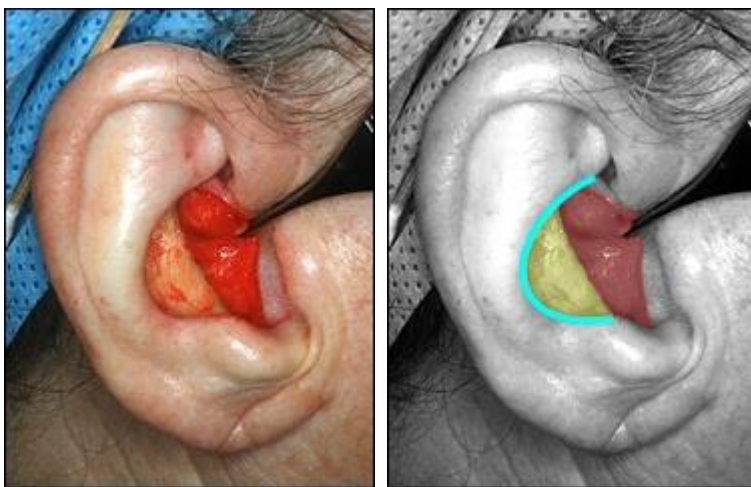
Yuqoridagi fotosuratda greft yurak shakliga ega. U tayanchning normal joylashishiga perpendikulyar ravishda joylashtirilgan.

Ushbu turdagi greft, qo'llab-quvvatlovchi greftdan farqli o'laroq, boshqacha tarzda qo'llaniladi. U burun uchidagi xaftaga qoplaydi, shunda teri xaftaga emas, balki uning ustiga yotadi. Ushbu greft burun uchidagi xaftaga juda shikastlanganda ham foydalidir va uni burun uchini mustaqil ravishda qo'llab-quvvatlash uchun ishlatib bo'lmaydi. Ushbu greft uchun ideal manba septal xaftaga.

Ko'rib chiqilgan greft turi uchi greft deb ataladi.



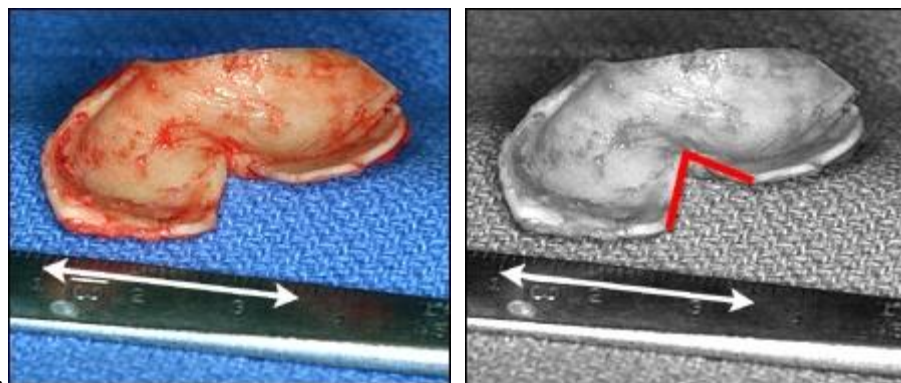
Sizning oldingizda burun uchi greftli bemor bor (qizil o'q bilan ko'rsatilgan). Burun uchini qo'llab-quvvatlash faqat shu orqali ta'minlanadi.



Ba'zida burun septumidan burun uchini transplantatsiya qilish uchun etarli xaftaga olish mumkin emas. Bu turli sabablarga ko'ra bo'lishi mumkin. Oldingi operatsiya paytida septal xaftaga olib tashlangan bo'lishi mumkin, yo'l-transport hodisasi paytida septum shikastlangan bo'lishi mumkin. Bunday hollarda transplantatsiya uchun xaftaga odamning tashqi ko'rinishiga zarar bermasdan quloqdan olinishi mumkin.

Quloqdan olingan xaftaga eng katta qismi biz "qobiq to'pi"deb ataydigan zonada joylashgan. Kesish yuqoridagi o'ngdagi diagrammada ko'k chiziq bo'ylab amalga oshiriladi. Yalang'och xaftaga sariq rangga bo'yalgan. Pushti zona-bu xaftaga

ajratilgan teri.



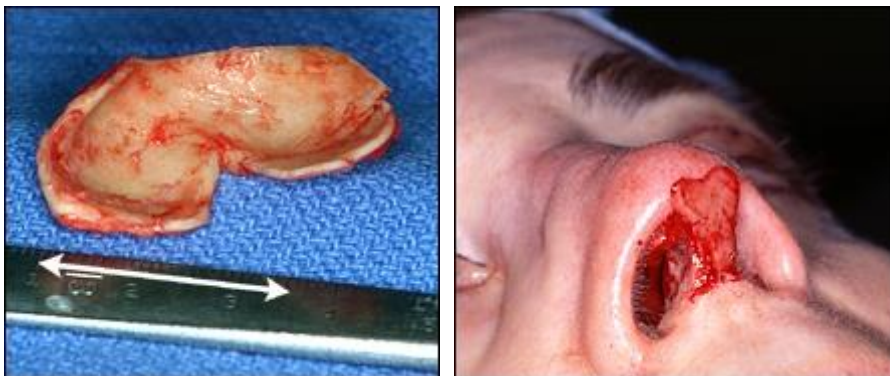
Yuqori rasmda aurikul xaftaga tushgan fotosurat. U etarlicha katta (fotosuratdagi o'lchagich santimetr bilan o'ralgan, oq o'qlar bir dyuymni ko'rsatadi). Shuningdek, zaxirada har doim ikkinchi quloq mavjud.

Yuqoridagi o'ngdagi diagrammada qizil chiziq bilan belgilangan kichik tikanning maqsadi xaftaga katta qismini olib tashlaganiga qaramay, tuzalgandan keyin quloqning ko'rinishini normal saqlashdir.



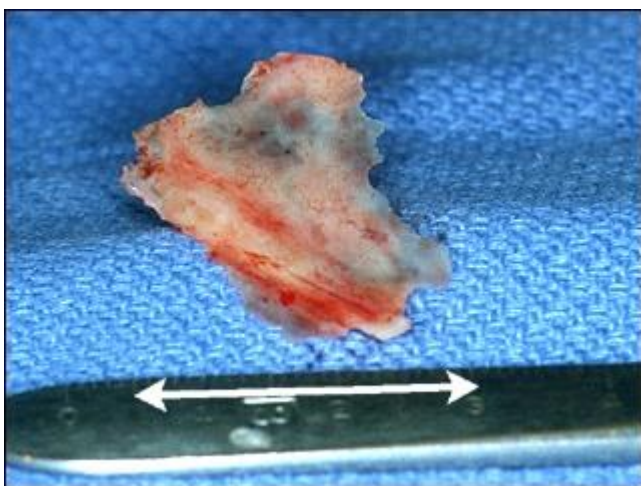
Yuqori o'ng rasmda yashil rangga bo'yalgan quloq halqasi deyiladi jingalak. Qora o'q bilan buklanish aurikulaning bo'shlig'ining o'rtasiga qanday suyanishi ko'rsatilgan. Buruqning aurikulaga suyanadigan qismi buruqning "oyog'i" deb ataladi. Ko'k rangda, greft olingan joy qoraygan.

Bunday holda, xaftaga to'liq kesilmagan va shuning uchun "oyoq" kivrılma zarar ko'rmagan. Yuqoridagi Chapdagi fotosurat xaftaga kesilganidan keyin va terining tikilishidan oldin olingan. Qayta tiklangandan so'ng, quloqning tashqi ko'rinishidagi ozgina o'zgarishlar qoladi.

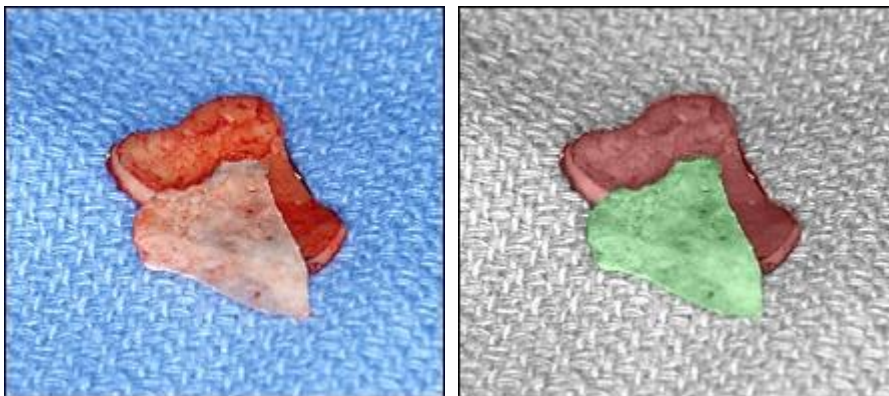


Quloq xaftaga kattaligi juda katta, ammo shu bilan birga u burun septumining xaftaga qadar qulay emas. U ancha nozik va yumshoqroq. Transplantatsiya uchun etarlicha tekis bo'lakni olish qiyin.

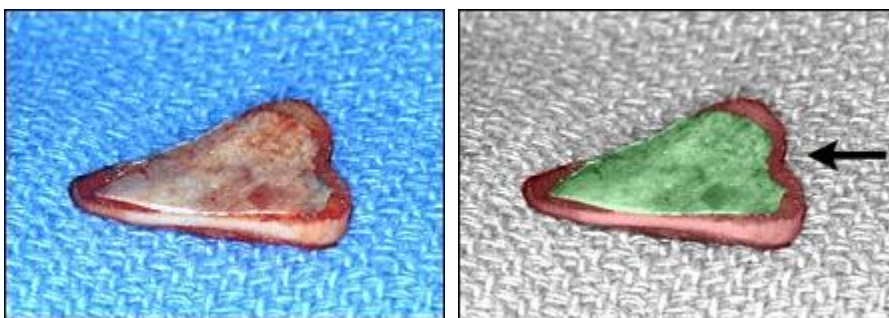
Burun uchini payvand qilish uchun quloq xaftaga foydalanish tavsiya etilmaydi. Bu etarli emas bardoshli uning ustiga cho'zilgan terining shakli va bosimini ushlab turish. O'ngdagi fotosuratda greft septumning teng xaftaga bardoshli bo'lagidan qilingan.



Eslatib o'tamiz, burun septum xaftaga va suyaklardan bosh suyagiga yaqinroq qilingan. Septum suyaklarining aksariyati juda nozik. Yuqori fotosuratda septumning orqa qismidan olingan suyak bo'lagi ko'rsatilgan. Bu shunchalik nozikki, agar siz uni ko'rsatkich barmog'ingizning yostig'iga qo'ysangiz, barmoq izlarining spiral naqshlarini ko'rishingiz mumkin. Fotosuratdagi oq o'qning uzunligi bir dyuymga teng.

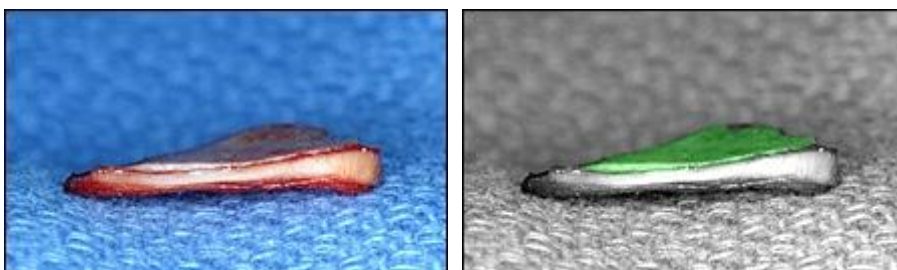


Ba'zi hollarda jarrohlr burun uchi greftini yaratish uchun septumdan olingan kuchli ingichka suyak va quloqning zaif xaftaga birikmasidan mohirona foydalanadilar. Quloq xaftaga pushti, septum suyagining bir qismi yashil rangga bo'yalgan.



Yuqorida tibbiy super elim bilan birlashtirilgan suyak va xaftaga. Endi bu xaftaga bo'lagi burun uchini payvand qilish uchun etarlicha mustahkam bo'ldi. Suyak shunchalik nozikki, igna u orqali o'tishi mumkin.

Suyak, albatta, xaftaga chegaralari ichida qoladi, ayniqsa qora o'q bilan ko'rsatilgan greftning tepasida. Shuning uchun burun uchining terisi suyakning o'tkir chetida emas, balki yumshoq, ingichka xaftaga yotadi.



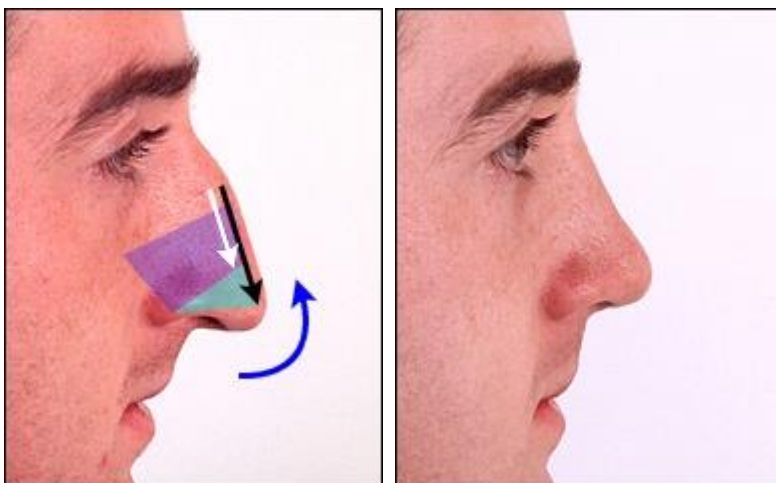
Yuqori rasmda greftning qanchalik nozikligi aniq ko'rsatilgan. Suyak yashil rangda ko'rsatilgan.



Afsuski, ko'plab jarrohlr rinoplastikani qanday qilishni bilishmaydi. Ilgari operatsiya qilingan burunlarni ochishda, ba'zida hech qanday sababsiz xaftaga olib tashlangan yoki nogiron bo'lgan muhim anatomik shakllanishlarning to'liq yo'qligi aniqlanadi. Bunday burunlarni operatsiya qilishda greftlar ajralmas narsadir.



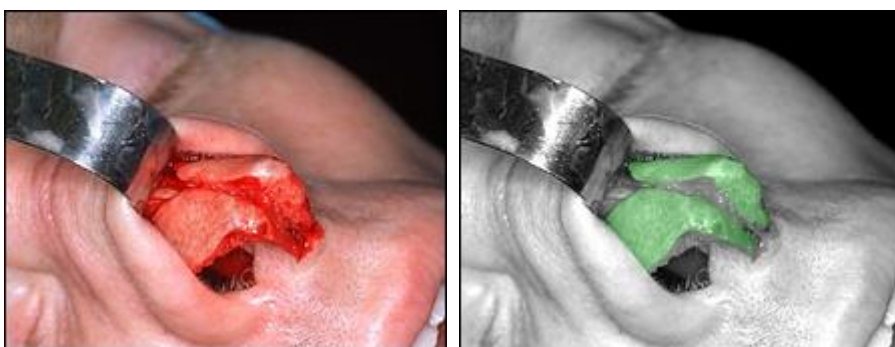
Jarrohlik paytida buruningiz oldida. Burun uchi grefti allaqachon joyiga qo'yilgan (yashil rang bilan belgilangan). Septal xaftaga bo'lagi o'ng pastki lateral xaftaga lateral qanotini almashtiradi (qizil rangda ko'rsatilgan).



Keyingi bobda burunni qisqartirish burun uzunligini aniqlaydi va uni qisqartirish usullarini ko'rib chiqadi.

Qayta Rinoplastika

Ushbu bobda takroriy Rinoplastika paytida jarroh oldida yuzaga keladigan muammolar qisman taqdim etiladi. Afsuski, ushbu bob avvalgilariga qaraganda quruqroq va texnik atamalar bilan to'yingan bo'ladi. Sizga Rinoplastika operatsiyasidan keyin qoniqarsiz natijalarga ega bemorlar taqdim etiladi. Rinoplastika uchun tasodifiy jarrohni tanlashga qaror qilgan bemorni qanday xavf-xatarlar kutayotgani haqida ko'p narsa aytiladi.

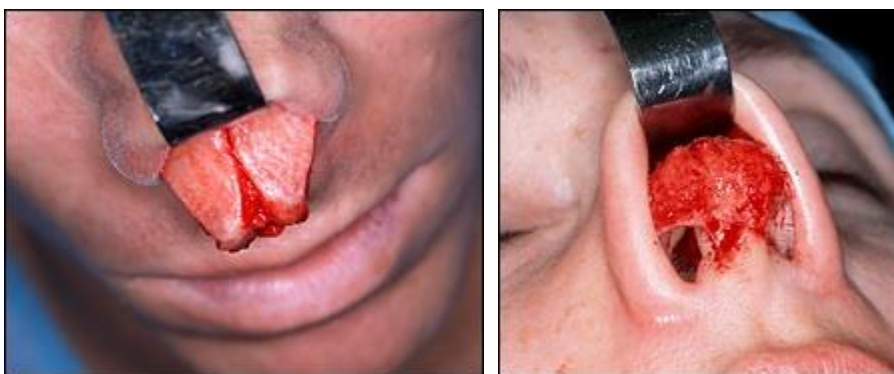


Burun uchining normal anatomiyasiga qarang. Yuqori fotosuratda birinchi operatsiyadan oldin normal yuqori lateral xaftaga tasvirlangan. Kıkırdak hech qanday zarar ko'rmaydi, kuchli, teng, aniq ko'rinadi. Quyidagi fotosuratda xaftaga qarash deyarli mumkin emas. Chap pastki lateral xaftaga zich chandiq

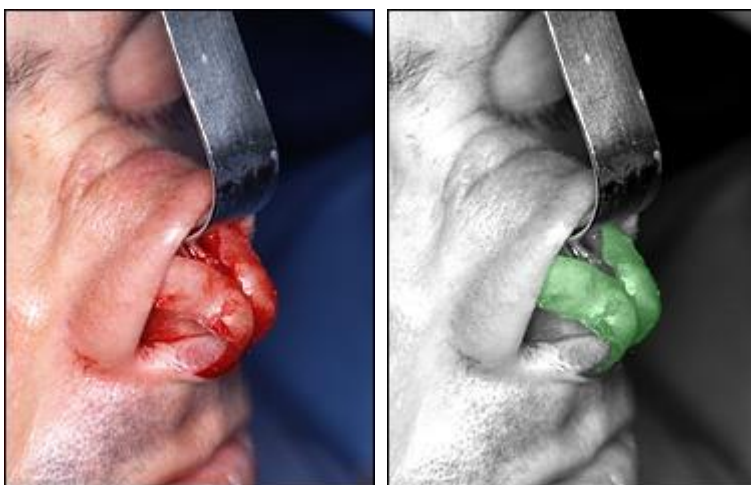
to'qimalarining massasi bilan qoplangan.



Har qanday jarrohlik aralashuvda chandiq to'qimalarining qatlami hosil bo'ladi. Biroq, jarrohning yuqori malakasi bilan bu kerakli natijalarga erishishga xalaqit bermaydi.



Yuqoridagi fotosuratlarda oddiy xaftaga (chapda) operatsiyadan keyin shikastlangan xaftaga (o'ngda) solishtirish mumkin.



Yuqoridagi fotosuratda normal pastki lateral xaftaga (yashil rang bilan

ko'rsatilgan) va quyida revizion Rinoplastika paytida bemorning burni ko'rsatilgan.

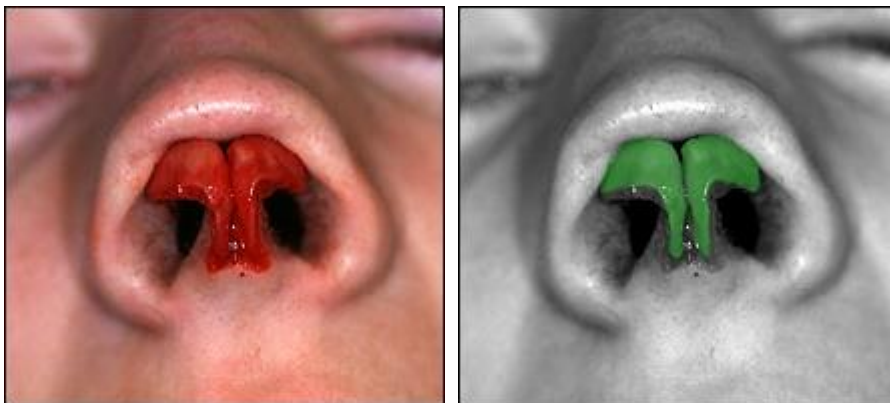


Yuqori rasmda biz xaftaga uchlari belgilarining to'liq yo'qligi bilan bir tekis, ingichka chandiq to'qimalarining massasini ko'ramiz. Jarrohlikning birinchi bosqichi chandiq to'qimasini uslubiy ravishda olib tashlash orqali pastki lateral xaftaga qarashdir. Bu oson ish emas. Chandiq to'qimasini olib tashlash oson emas, chunki u xaftaga mahkam o'rnashadi. Kikirdaklari umuman topa olmaslik yoki qidirish jarayonida tasodifan ularga zarar etkazish ehtimoli bor.

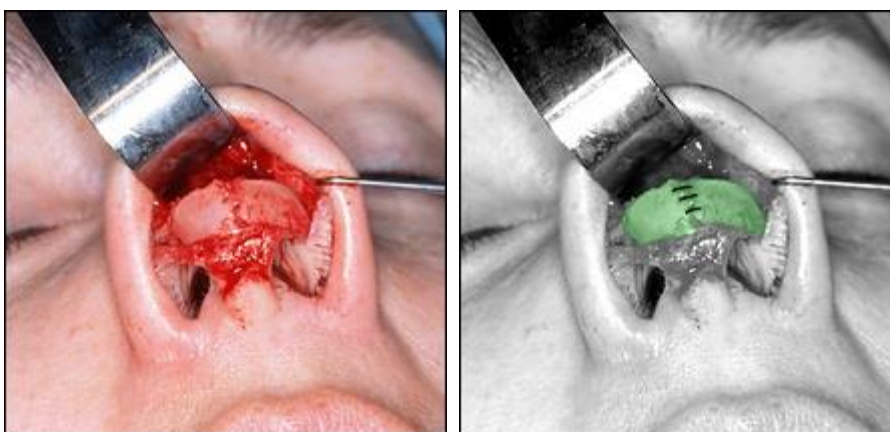
Qayta Rinoplastika paytida jarroh xaftaga hozirgi paytda qanday ko'rinishi haqida ma'lumotga ega emas. Shuning uchun operatsiya sekin, chuqur emas va juda ehtiyotkorlik bilan amalga oshiriladi. Oldingi operatsiya paytida qaysi xaftaga olib tashlanganligi, qaysi biri qolganligi va hozirda qanday shaklga ega ekanligi noma'lum. Afsuski, amalda xaftaga tasodifiy olib tashlash ham mavjud.

Rinoplastika operatsiyalari yuzni ko'tarish, ko'z qovoqlari yoki plastik jarrohlar tomonidan amalga oshiriladigan boshqa kosmetik operatsiyalarga qaraganda ancha qiyin. Jarroh to'g'ri yo'lni tanlash va rinoplastikani yuqori darajada bajarish uchun ko'plab usullarni o'zlashtirishi kerak.

Revizion Rinoplastika ko'p hollarda birlamchi operatsiyani bajarishdan ko'ra qiyinroq vazifadir. Chandiq to'qimasini nazorat qilish, hatto tajribali va professional jarroh uchun ham juda qiyin bo'lishi mumkin.



Yuqori fotosuratda Rinoplastika operatsiyasini boshlashdan oldin normal pastki lateral xaftaga tasvirlangan. Ular yashil rangda ko'rsatilgan. Quyida "tibbiyotga noma'lum tarzda" kesilgan va tikilgan pastki lateral xaftaga tasviri keltirilgan. Ushbu burun uchining xaftaga tushadigan tuzilmalari oddiy burunga o'xshamaydi.

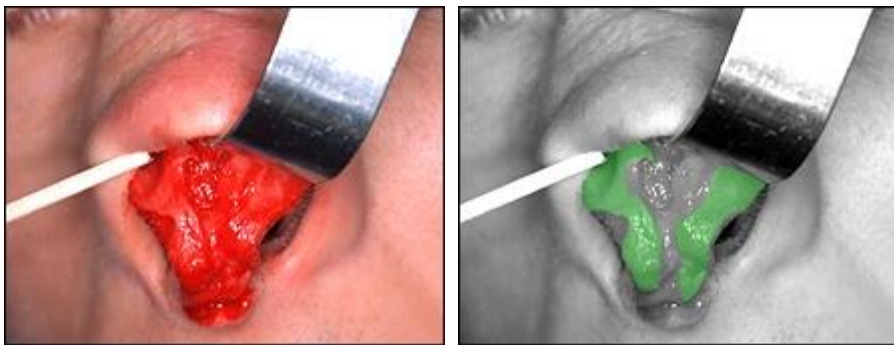


Agar Rinoplastika operatsiyasi muvaffaqiyatsiz bo'lsa, qanday qilib to'g'ri harakat qilish kerak. Hech shubha yo'qki, qoniqarli natijalarga erishish uchun ko'proq imkoniyatga ega bo'lgan yangi jarrohni qidirishni boshlash kerak.

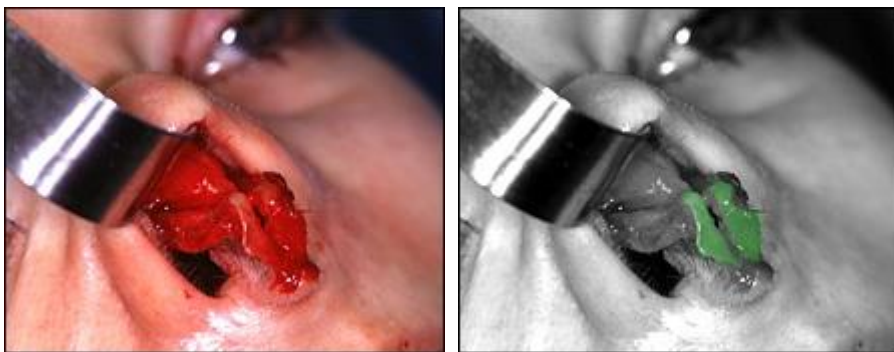
O'rtacha rinoplastikani o'tkazgan shifokor, ayniqsa, ikkinchi operatsiyani bajarish qobiliyatiga ega emas. Va uning biror narsani tuzatishga urinishi faqat mavjud muammolarni yanada kuchaytiradi. Qanday bo'lmasin, siz tajribali jarrohga murojaat qilishingiz kerak bo'ladi.



Hozirgacha ushbu bobda ko'p miqdordagi chandiq to'qimalari va deformatsiyalangan pastki lateral xaftaga ega burunlar ko'rib chiqilgan. Ammo jarrohlr qayta rinoplastikadan oldin duch keladigan eng keng tarqalgan muammo bu burun uchidagi xaftaga ortiqcha olib tashlashdir. Yuqorida normal xaftaga tasvirlangan. Pastki qismida muvaffaqiyatsiz operatsiya natijasi. Diagrammalarda pastki lateral xaftaga yashil rang bilan bo'yalgan. Yaxshi ko'rish uchun burun uchining o'ng xaftaga maxsus metall ilgak bilan ushlab turiladi.

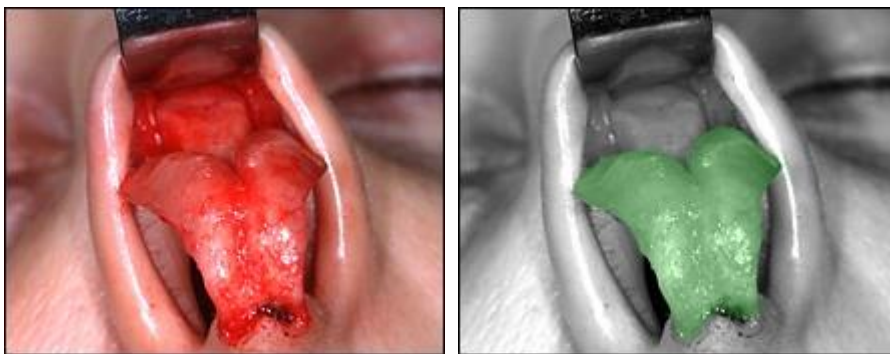


Qayta rinoplastikani amalga oshirishdan oldin, bu bemorda juda katta pastki lateral xaftaga ega edi. Xuddi shu holatda, agar burun uchidagi xaftaga tubdan olib tashlangan bo'lsa, unda tayanchlar yoki greftlardan foydalanish kerak. Bu qanday amalga oshirilganligi "burun uchini qo'llab-quvvatlash" bobida tasvirlangan.

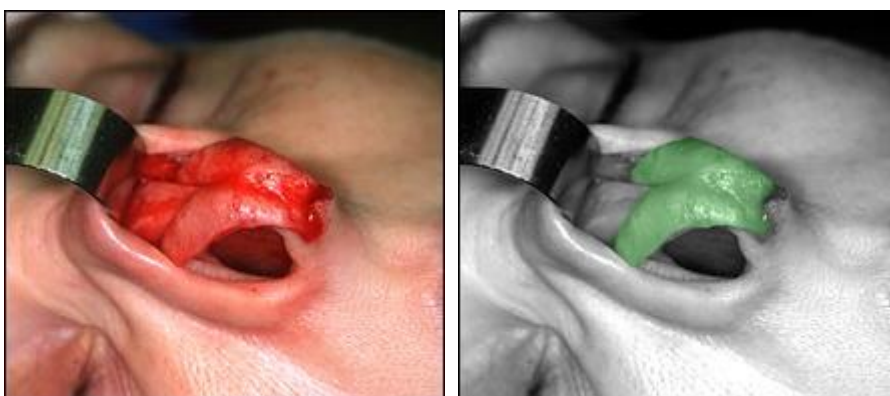


Ushbu bemorda pastki lateral xaftaga juda katta qismi olib tashlangan. Qolgan qismi burun uchining shaklini ushlab turishga qodir emas. Taqqoslash uchun

quyida normal xaftaga tasvirlangan.



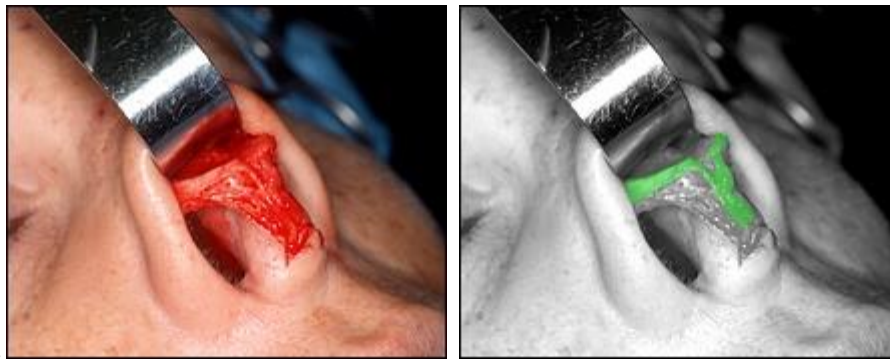
Xaftaga faqat bir qismini olib tashlash burunning pasayishiga olib keladi va shuning uchun uning jozibadorligini oshiradi degan noto'g'ri fikr mavjud. Bu xato. Hatto tananing cheksiz regeneratsiya (tiklash) qobiliyatlari ham malakasiz jarrohlarning jiddiy xatolarini tuzatishga qodir emas. Operatsiyaning butun jarayonini nazorat qilish kerak, aks holda bemorning tashqi ko'rinishi yaxshilanishini kutish mumkin emas.



Yuqoridagi fotosuratda normal xaftaga. Quydagi fotosuratda pastki lateral xaftaga "qoldiqlari" yashil rangga bo'yalgan. Yoqimsiz rasm.



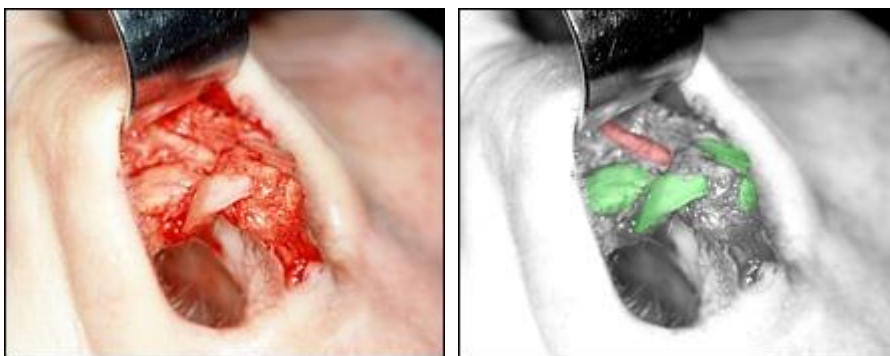
Pastki lateral xaftaga lateral qanoti burun uchining uzunligi, kengligi, proektsiyasi va uni qo'llab-quvvatlashda hal qiluvchi rol o'ynaydi. Yuqoridagi o'ngdagi fotosuratda u ko'k rangga bo'yalgan joyda bo'lishi kerak. Ammo u yo'q, u avvalgi operatsiya paytida butunlay olib tashlangan. Endi butun ko'k zona chandiq to'qimasidir



Yuqori fotosuratda pastki lateral xaftaga faqat kichik iplar qoldirilgan, pastki qismida esa ular butunlay olib tashlangan.

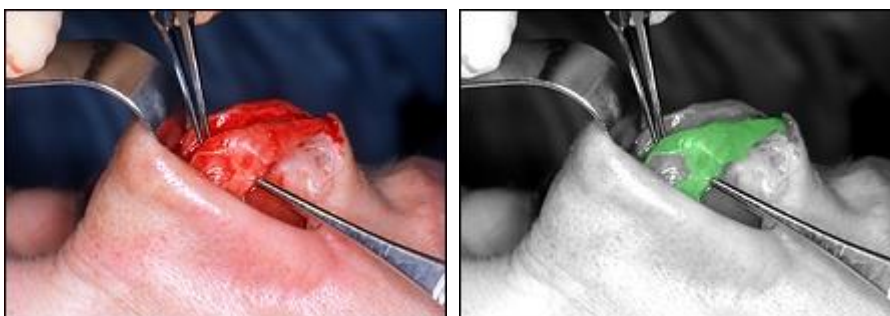


Sizning oldingizda burunning uchi, umuman xaftaga tushmagan. Burun septumining dorsal (yuqori) yuzasi o'ngdagi diagrammada pushti rangga bo'yalgan.



Pastki lateral xaftaga plastik jarrohlik xatolarining keyingi turi "yo'qolgan jarroh sindromi"deb nomlanadi. Pastki lateral xaftaga tushadigan ba'zi qismlar yashil rangda, burun septumining bir qismi qizil rangda ta'kidlangan. Jarroh bemorning burnida adashib, hamma narsani tasodifiy olib tashlashni boshlaganga o'xshaydi.

Afsuski, hatto burundagi xaftaga izlash ham ba'zi plastik jarrohlarning qobiliyatidan yuqori. Bunday hollarda davolanishni to'g'ri tanlash va uning yaxshi ishlashi haqida gapirish kerakmi? Jarrohni tanlashga ehtiyotkorlik bilan yondashing!



Yuqoridagi va pastdagi fotosuratlarda "adashgan jarroh sindromi" tashxisi qo'yilgan burunlar. Pastki lateral xaftaga tasodifiy operatsiya qilinadi.

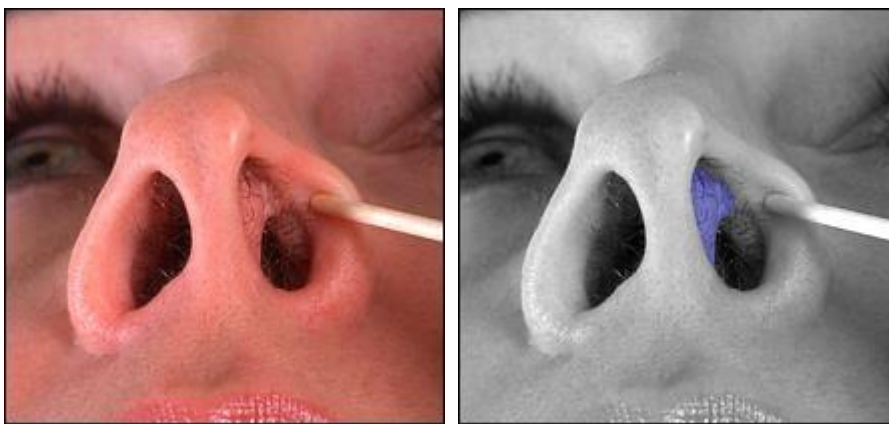


Hech qanday Rinoplastika operatsiyasi mukammal tarzda o'tmaydi, hatto" oltin " qo'llarda ham. Har bir burun har xil, bu har qanday operatsiyani o'ziga xos va takrorlanmas qiladi. Shu sababli, dunyodagi eng yaxshi jarrohlari operatsiya

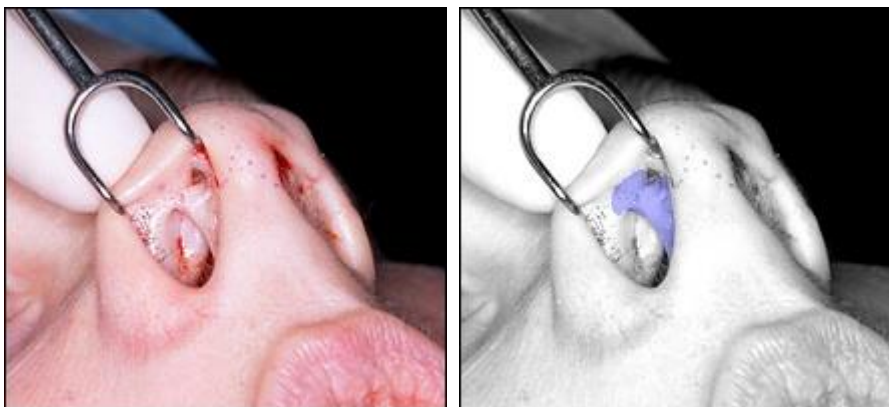
qilingan burunni yaxshilash uchun juda ko'p narsa borligini bilishadi. Ko'pincha takroriy operatsiyalar amalga oshiriladi, chunki bitta operatsiyada hamma narsani tuzatish mumkin emas.

Asoratlari va kutilmagan natijalar ham buyuk, ham iste'dodsiz jarrohlarda uchraydi. Ammo buyuk jarrohlarda asoratlari ahamiyatsiz bo'ladi va nisbatan og'riqsiz bo'ladi. Yomon jarrohlari kamdan-kam hollarda qoniqli ko'rsatkichlarga ega.

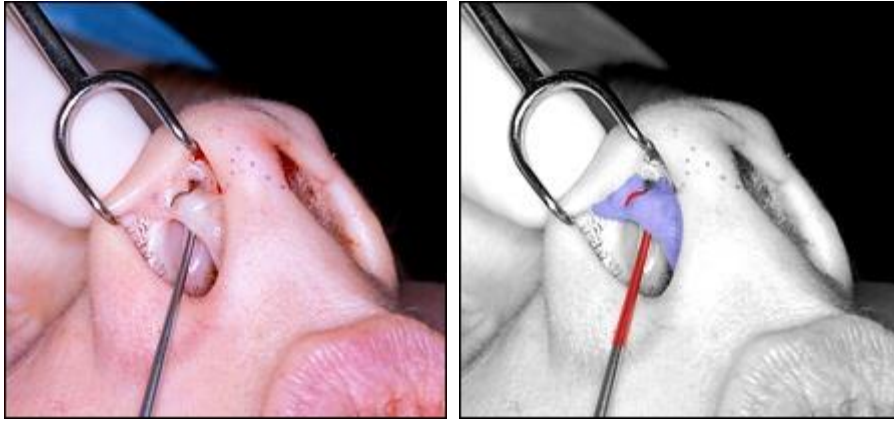
Asosan, vakolatli jarroh faqat olingan natijalarni yaxshilash uchun takroriy operatsiyani amalga oshiradi. Ammo barcha burunlari ularni qayta ishlashga imkon bermaydi.



Sizning oldingizda kamdan-kam uchraydigan qiziqarli asorat mavjud. Ushbu bemorda kolumellani burun devoriga bog'laydigan kiruvchi chandiq to'qima ko'prigi paydo bo'ldi. Bunday ko'priki sinexiya deb ataladi. Sinexiyani tashkil etuvchi chandiq to'qimasi ko'k rangga bo'yalgan.



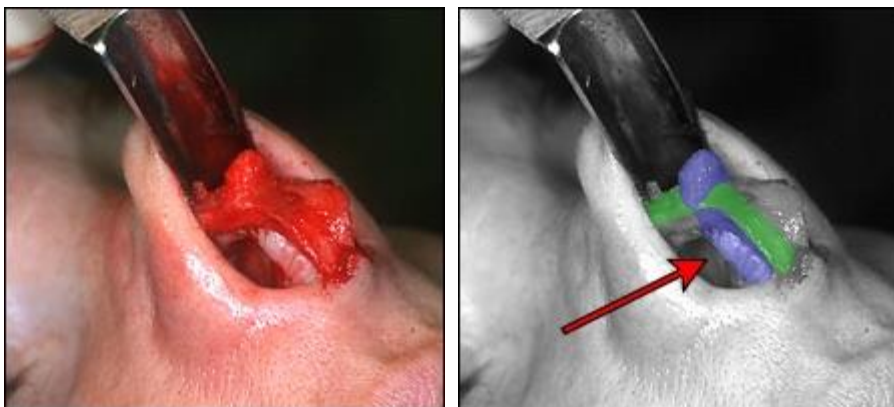
Bu sinekiyaning yana bir namunasidir. Bu erda chandiq to'qimalarining lentasi (ko'k rang bilan belgilangan) yaxshi ajratilgan.



Ushbu fotosuratda sinexiya uchun kichik qizil metall ilgak o'rnatilgan. Ba'zida sinexiyani ajratish oson. Quyida uning muvaffaqiyatli kesilganidan keyin ko'rinish ko'rsatilgan.



Yoqilgan Kolumella bu burun teskari "V" harfi bilan belgilanadi. Sinexiyani olib tashlaganingizdan so'ng, unda boshqa o'zgarishlar bo'ladi.

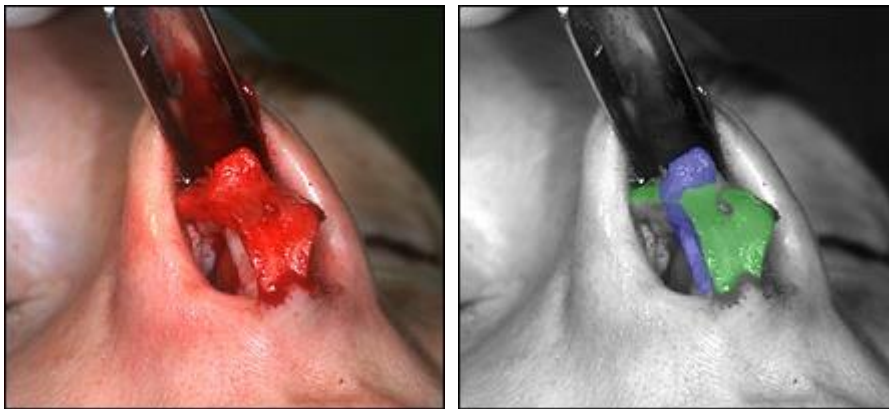


Bu burun burun uchini deformatsiya qiladigan g'ayrioddiy o'simtani ko'rsatadi. Bu pastki o'ng lateral xaftaga tushadigan zich narsa. Diagrammalarda pastki lateral

xaftaga yashil rang bilan ko'rsatilgan.

Ko'rib turganingizdek, u tashqi tomonga buriladi. Jarroh xaftaga tayanchini xaftaga orasidagi ustunga emas, balki pastki lateral xaftaga orqasiga qo'ydi. Bu noto'g'ri. Natijada, qo'llab-quvvatlash xaftaga zanglab, burun uchini deformatsiya qildi. Qo'llab-quvvatlash ko'k rangda soyalangan.

Qo'llab-quvvatlashning bir qismi hali ham pastki lateral xaftaga ostida (qizil o'q bilan belgilangan). U terining ostida yotadi va shuning uchun ko'rinmaydi. Biroq, qo'llab-quvvatlash teriga bosim o'tkazadigan joyda sezilarli bo'rtma mavjud. Ushbu burunning tasviri pastki qismida boshqa burchak ostida ko'rsatilgan.



Fotosuratda transplantatsiya noto'g'ri joylashtirilgan ayol tasvirlangan. Operatsiyadan oldin olingan fotosuratda burunning chap tomonida ikkita bo'rtma ko'rinadi.



Ushbu bobda burun uchiga juda katta e'tibor berildi. Burunning bu qismi aniq o'lchash uchun eng qiyin. Bu, shuningdek, yosh plastik jarrohlarni o'qitishni murakkablashtiradi. Ammo shu bilan birga, bu rinoplastikaning ko'proq tajribali plastik jarrohlarga tegishli bo'lmagan qismidir. Plastik jarrohlarning qoniqarsiz ishlashi haqidagi shikoyatlarning aksariyati burun uchi bilan etarli darajada ishlamaslik bilan bog'liq. Shuning uchun, ko'pincha operatsiyadan keyin burunlar hali ham juda uzun, sezilarli darajada oldinga, keng yoki chirkin.

Rinoplastika natijalarini jurnallarda, Internetda, shifokorlar kabinetlarida yoki boshqa joylarda aks ettiruvchi fotosuratlar taqdim etilgan fotosuratlarga o'xshaydi. Odatda bu profilda olingan rasmlar, burunning dumg'azasini banal olib tashlash natijalarini ko'rsatadi. Ushbu rasmlar sizga hech qanday tarzda shifokor darajasi haqida tushuncha bermaydi.





Hatto eng oddiy operatsiya Rinoplastika-dumg'azani olib tashlash, yomon jarroh tomonidan sifatli bajarilmaydi. Bu ayol ilgari Rinoplastika bilan shug'ullangan. Jarroh hatto xaftaga va dumg'aza suyaklarini ham kesib tashlay olmadi (Chapdagi rasm). O'ngdagi fotosurat qayta operatsiyadan keyin olingan.

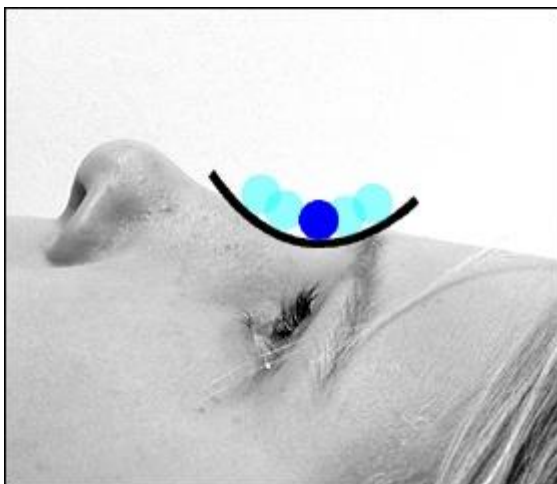


Albatta, ushbu bobda Rinoplastika paytida yuzaga keladigan xatolarning faqat bir qismi ko'rib chiqiladi. Yuqoridagi Chapdagi fotosuratda bemor rinoplastikadan bir yil o'tgach ko'rsatilgan. Uning Kolumellaning o'rta qismidan o'tib ketgan chandig'i bor edi, uni hozir sezish deyarli mumkin emas. O'ng tarafdagi burunni jarroh operatsiya qildi, u qaerda va qanday qilib kesishni bilmas edi.

Hozirgi vaqtda plastik jarroh Rinoplastika operatsiyasini sifatli bajara olmasligi uyat uchun sabab emas. Bu ko'proq o'rganish uchun yaxshi rag'batdir. Rinoplastika juda qiyin operatsiya bo'lib, bir necha yillik mashg'ulotlardan so'ng yuqori natijalarga erishilsa g'alati bo'lar edi.

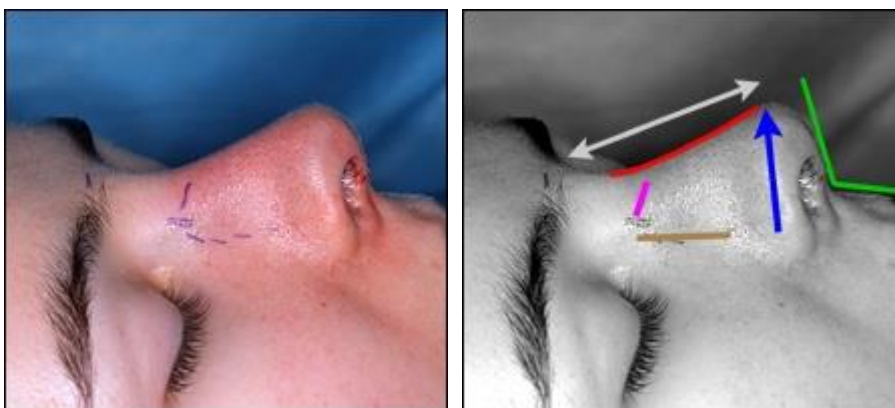
Savol shundaki, bemorlarni bemorlarning ahvoli haqida mutlaqo tashvishlanmaydigan, o'ziga ishongan, shuhratparast jarrohlardan qanday himoya qilish kerak. Aslida, ma'lum bir jarroh sizni operatsiya qilishiga ruxsat berishdan

oldin yaxshilab o'ylab ko'rishingiz kerak.



Keyingi bobda "Nazion", burunning bosh bilan bog'langan qismi muhokama qilinadi – bu qism burun ko'prigi deb ataladi. Ko'pgina bemorlar ushbu hududni sozlashni talab qiladi.

Burunni bog'lash



Ushbu bob operatsiyadan keyin burunni bog'lash haqida. Fotosuratda muvaffaqiyatli Rinoplastika operatsiyasidan so'ng bemor tasvirlangan. Burun profilining chizig'i biroz konkav (qizil chiziq), burun uchi "to'g'ri" shaklga ega va burunning orqa qismidan biroz tashqariga chiqadi (ko'k o'q). Burun uzunligi optimal (oq o'q), nazolabial burchak 90 darajadan yuqori (yashil rang bilan ko'rsatilgan).

Burunning yon tomonlaridagi binafsha chiziqlar (rangli fotosuratda) burun suyaklarini bir-biriga yaqinlashtirish operatsiyasini osonlashtirish uchun mo'ljallangan. Yuqoridagi o'ngdagi diagrammada medial osteotomiya binafsha chiziq bo'ylab, lateral osteotomiya esa jigarrang chiziq bo'ylab chizilganligi ko'rsatilgan. Eslatib o'tamiz, osteotomiya keng burunni toraytirish uchun suyaklarni bir-biriga yaqinlashtirish operatsiyasi. Medial va lateral osteotomiya burunning qismlari bilan farq qiladi, ular bilan hozirgi vaqtda zarur harakatlar amalga oshiriladi (medial - o'rta qism, later - pastki).

Operatsiyadan keyin burunning shishishi doimo paydo bo'ladi. Agar shishish sezilarli bo'lsa, unda burunning oxirgi shaklini faqat shish pasayganidan keyin ko'rish mumkin. Agar u kichik bo'lsa, unda burunning oxirgi shakli operatsiyadan keyin darhol o'zini yaxshi namoyon qiladi. Tajribali plastik jarroh operatsiyadan keyingi shishishni minimallashtirish usullari va usullarini biladi.

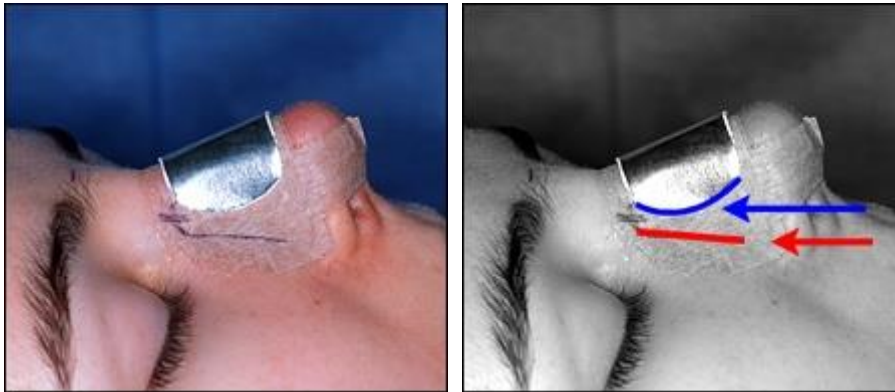


Burunga bandaj iloji boricha mahkam qo'llaniladi, shunda terining tezroq joylashishi mumkin. Bu, shuningdek, kiyinish teri va uning ostidagi xaftaga o'rtasida to'plangan suyuqlikni so'rib olishga imkon beradi. Agar bintlar teriga mahkam yopishmasa, u holda tana suyuqlik to'planishini chandiq to'qimasi bilan almashtirishi mumkin va shu bilan operatsiya natijasini yomonlashtiradi.

Operatsiyadan keyin bandajni qo'llaganingizdan so'ng, osteotomiya yana binafsha chiziqlar bilan belgilanadi. Metall shinani mahkamlagandan so'ng, bu chiziqlarni ko'rish kerak.

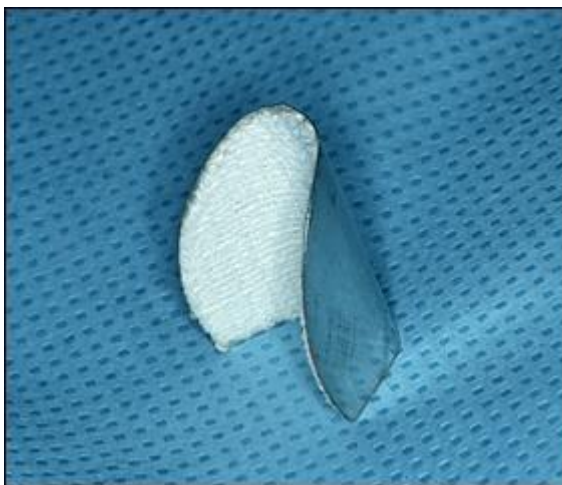
Ko'pincha mahkam bog'langan bandaj burunning qisqarishi illyuziyasini yaratadi, ammo bu shunchaki illyuziya. Bandaj olib tashlangandan so'ng, burun normal o'lchamlarga ega bo'ladi.

Va hech qanday bandaj operatsiya davomida qilingan nuqsonlarni tuzata olmaydi. Qanday bo'lmasin, burun jarrohning asboblari bilan bergan shaklini oladi.



Endi bemorning burniga metall splint qo'yilgan. Bu tegishli o'lcham va shaklda kesilgan metallning kichik bir qismidir. Splint burun suyaklarini to'liq tuzalguncha normal holatda mahkam ushlaydi.

Shuni ta'kidlash kerakki, shinaning pastki qirrasi (yuqoridagi o'ngdagi diagrammadagi ko'k chiziq va o'q) burun suyaklari kesilgan joyning tepasida (qizil chiziq va mos keladigan o'q). Splint suyak kesilgan joylarni yopmasligi kerak.



Bu shinani qo'llashdan oldin uning fotosurati. Pastki qismida oq bandaj bilan bog'langan burun metall shinalar uchun elastik asos bo'lib xizmat qiladi.

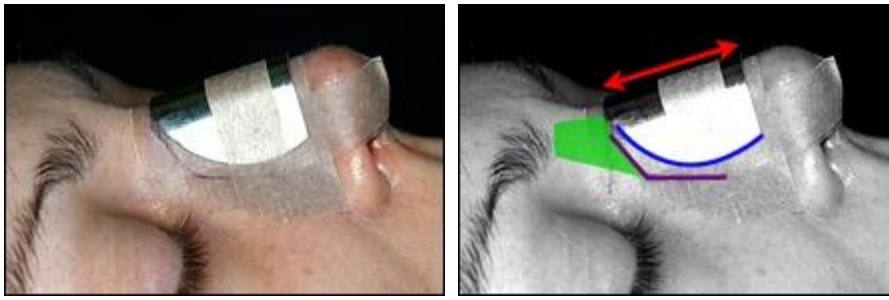


Metall shinani qo'shimcha qog'oz bandaj bilan qoplaganingizdan so'ng, operatsiyani tugallangan deb hisoblash mumkin. Yuqoridagi fotosuratda shinalar ko'rinmaydi, uni qog'oz bandaj qoplaydi. Metall splint va bandaj burunning bu qismini biroz tashqariga chiqaradi, bu esa burunning orqa qismida dumg'aza paydo bo'lishining illyuziyasini beradi.

Bandaj bir hafta davomida kiyiladi, shu vaqt ichida u asta-sekin zaiflashadi. Burun suyaklari etarlicha tez shifo beradi, shuning uchun qo'l singanida bo'lgani kabi, olti hafta davomida bandaj kiyishning hojati yo'q.



Biz yana hamma narsani takrorlaymiz. Suratda mahkam bog'langan burun bor. Binafsha rang lateral osteotomiya chizig'ini ko'rsatadi.



Yuqoridagi fotosuratda shinalar allaqachon ushlab turuvchi bandajning bir qatlami bilan mahkamlangan. Shinaning joylashishi va kattaligi uning asosiy maqsadi burun suyaklarini "to'g'ri" holatda ushlab turish bilan bog'liq. Shuning uchun splint faqat suyak va xaftaga piramidalarining bir qismini qoplaydi.

Binafsha chiziqlar osteotomiya joylarini ko'rsatadi. Burun suyaklarining yuqori qismi (yashil rang bilan belgilangan), operatsiya davomida u bosh suyagiga biriktirilgan joydan ajratilmagan, shuning uchun u normal holatda va splintni qo'llashni talab qilmaydi.

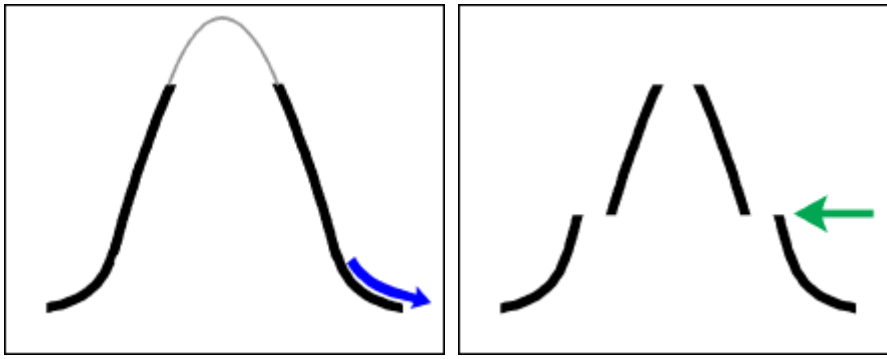
Ushbu shinalar ilgari ko'rsatilganidan biroz uzunroq. Uning uzunligi suyaklarning uzunligiga, butun burunning uzunligiga va boshqa ba'zi omillarga bog'liq.

Yana bir bor ta'kidlash kerakki, shinaning pastki qirrasi lateral osteotomiya joyidan yuqori va uni qoplamaydi (yuqoridagi diagrammada ko'k rangda ko'rsatilgan).



Yuqori fotosuratda splint burunning egri chizig'ini (qizil chiziq) qanday takrorlashi ko'rsatilgan.

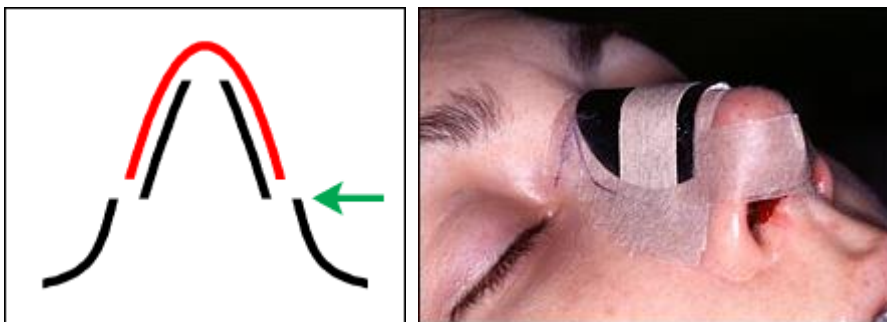
Endi nima uchun splint suyak kesilgan joylarni yopmasligi kerakligini bilib olaylik.



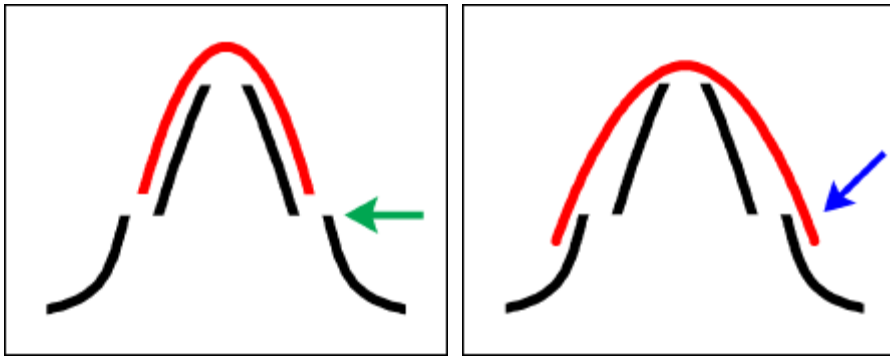
Yuqori rasmda operatsiyadan oldin burun suyaklari sxematik tarzda ko'rsatilgan. Yupqa kulrang kamar bu suyaklarni keraksiz ravishda ajratib turadigan va yaqinlashishga muhtoj bo'lgan holda olib tashlanadigan dumg'aza.

Yuqori o'ng rasmda suyak kesmalarining joylari ko'rsatilgan (yashil o'q). O'q ostidagi zigomatik suyaklar o'zgarishsiz qoladi (bu burunning yonoqlarga o'tadigan qismi). Kesma ustidagi suyaklar (yashil o'qning tepasida) bir-biriga yaqinlashadi.

Yuqoridagi Chapdagi rasmda ko'k o'q burun suyaklarining yonoqlarga o'tish joyini ko'rsatadi. Bu joyni aniq aniqlash uchun ko'rsatkich barmog'ingizni burunning dumg'azasiga qo'ying (yoki agar sizda yo'q bo'lsa, uning mo'ljallangan joyi) va uni yonoq tomon yo'naltiring. Sizning barmog'ingiz suyaklardan o'tadi, uning yuqori qismi osteotomiya paytida siljiydi.

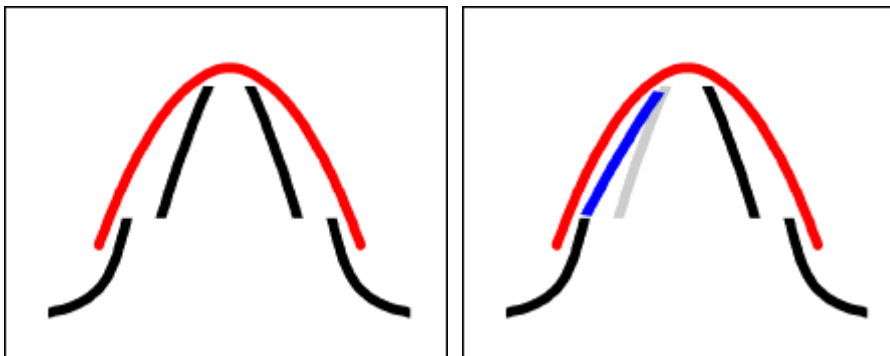


Yuqori fotosuratlarda splint jarrohlik paytida joyidan chiqib ketgan burun suyaklariga joylashtirilgan. Yana bir bor e'tibor bering, splint suyak kesilgan joyni qoplamaydi (chap fotosuratda u qizil chiziq bilan belgilangan).



Sizning oldingizda ikkita shinalar sxemasi mavjud. Chap diagrammada shinalar to'g'ri joylashtirilgan, o'ngda-noto'g'ri, chunki u kesilgan joylarni yopadi. Moviy o'q osteotomiya joyini qoplaydigan shinaning chetlariga ishora qiladi.

Yuqorida biz bandajni to'g'ri qo'llash qanchalik muhimligi haqida gaplashdik. O'ng diagrammada bandaj katta o'lchamlari tufayli burun suyaklariga mahkam yopishmasligi aniq ko'rinadi, shuning uchun davolanish asoratlari bilan kechishi mumkin.



Diagrammada chap tomonda burun suyaklari va noto'g'ri o'rnatilgan splint ko'rsatilgan. O'ng tomonda, bir hafta o'tgach, burunning sxematik ko'rinishi. Shinaning kattaligi tufayli u burun suyaklarining bir-biriga yaqin qismlarini kerakli holatda ushlab turolmaydi. Natijada, operatsiyadan keyingi bir hafta ichida burun suyaklari orasidagi masofa oshadi va shunga mos ravishda burun yana kengayadi. Natijada, noto'g'ri joylashtirilgan shinalar tufayli kerakli natijaga erishilmadi



Chap yuqori qismida suyaklar bir-biriga yaqinlashgandan keyin burun tasvirlangan. Bunday holda, burun suyaklari ichkariga noto'g'ri joylashtirilgan, natijada kesma joyida kichik gorizontal protrusion hosil bo'lgan (tayoqlar unga ishora qiladi). Pastki fotosuratda protrusion hosil bo'lgan joy kesilgan joyga to'g'ri kelishi ko'rsatilgan (binafsha chiziqlar bilan ko'rsatilgan). O'ng fotosuratda tayoqlar to'q jigarrang rangga, burun terisi esa bej rangga bo'yalgan.



Pastki fotosuratda bemorni operatsiyadan keyingi uchinchi kuni ko'rish mumkin. Bu davrda burunning shishishi eng yuqori darajaga etadi. Shishning katta qismi ko'zlar orasidagi joyga to'g'ri keladi. Keyingi kunlarda shishish sezilarli darajada kamayadi.

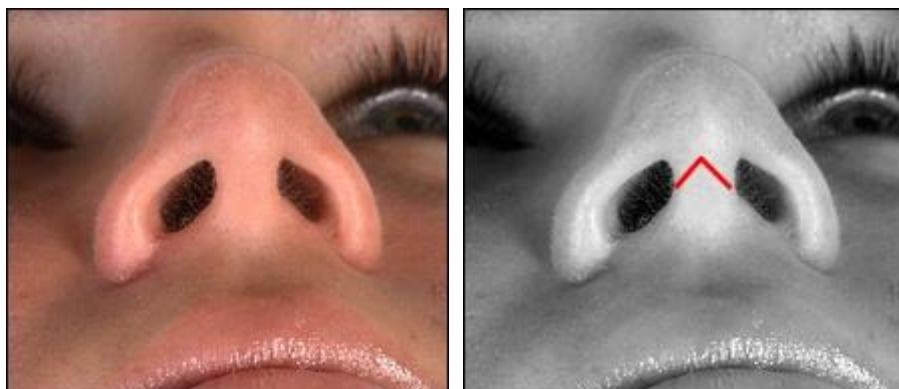


Bu bemorda o'rta kattalikdagi ko'zlar ostida ko'karishlar bor. Operatsiyadan keyingi ikkinchi yoki uchinchi kuni ko'karishlar iloji boricha sezilarli bo'ladi, keyin ular kamayadi.

Bir hafta o'tgach, bandaj olib tashlanadi, garchi shish to'liq tushmasa ham. Amalda, splintni olib tashlaganingizdan so'ng, bemor hech bo'lmaganda sevgilisi bilan uchrashishi mumkin va u operatsiyaning qoldiq belgilariga e'tibor bermaydi.

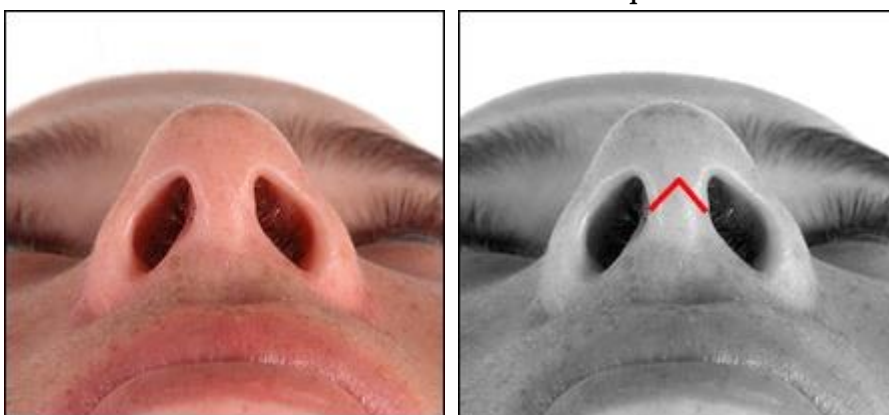


Agar operatsiyadan keyin siz bir muncha vaqt uyda qolishni rejalashtirmoqchi bo'lsangiz, unda siz shinani yoki ko'karganlarni yashirishingiz mumkin, chunki siz

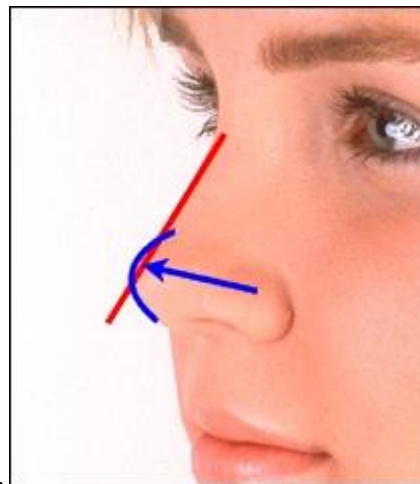


buni xohlaysiz.

Yuqoridagi fotosuratda davolanishdan keyin burunning pastki qismi (Kolumella) ko'rsatilgan. Ko'rinib turibdiki, chandiqlarning joyi deyarli sezilmaydi (o'ng fotosuratda qizil chiziq).



Sizning oldingizda odatdagi davolangan chandiqli boshqa bemor bor. Bunday



holda, chandiqlarni ham sezish deyarli mumkin emas.

Keyingi bobda burun uchini qo'llab-quvvatlash masalalari ko'rib chiqiladi.

Dumg'azaning suyak va xaftaga tushadigan qismlarini cımbız yoki gemostatik qisqich bilan olib tashlaganingizdan so'ng, dumg'azaning kesilgan joylari chiqariladi. To'g'ri olib tashlangan dumg'aza ikkala tomonda burun

suyaklarining teng qismlarini, ba'zan esa lateral xaftaga, etmoid suyakning perpendikulyar plastinkasining bir qismini va to'rtburchaklar xaftaga, shuningdek burun bo'shlig'ining vestibulasining ichki membranasini o'z ichiga oladi. Talaş yuzasi mayda raspa bilan ishlov beriladi.

Keyin burunning orqa tomoni bo'ylab shilliq qavatning kichik rezektsiyasi amalga oshiriladi, shunda kelajakda bu sohada qalinlashgan chandiq paydo bo'lmaydi, bu burunning orqa qismida shish paydo bo'lishiga olib keladi va takroriy jarrohlik aralashuvlarga sabab bo'ladi. Hump rezektsiyasidan so'ng, ko'ndalang kesimdagi burun piramidasi kesilgan konus shaklini oladi.

Bemorlarda burun tepasi olib tashlangandan so'ng, orqa kenglashadi va palpatsiya qilish oson bo'ladi. Yupqa teri bilan siz tashqi qirralarni "ko'z bilan" va o'rtada burun septumini ko'rishingiz mumkin "ochiq tom"alomi.

Burun suyagi va yuqori jag'ning frontal jarayonining bir qismini o'z ichiga olgan va burunning keng orqa qismiga olib keladigan joy.

"Ochiq tom" simptomini va burunning orqa qismini torayishini bartaraf etish uchun burun suyaklarining to'rt tomonlama osteotomiyasi amalga oshiriladi.

Burunning suyak piramidasida jarrohlik aralashuvi rinoplastikaning eng shikastli bosqichidir, chunki bu osteotomiya chizig'i bo'ylab burun suyaklarini skeletlashni talab qiladi. Burunning suyak piramidasidagi ba'zi mualliflar jarrohlik shikastlanishini sezilarli darajada kamaytiradigan osteotomiyalarni taklif qilishadi buning uchun suyak piramidasining har ikki tomonida nosimmetrik ravishda qora va yashil o'qlar bilan ko'rsatilgan chiziqlar bo'ylab osteotom kesmalar amalga oshiriladi. Qora o'q median oblikning yo'nalishini ko'rsatadi osteotomiya, yashil esa lateral oblik osteotomiya. Rinoplastikaning shikastlanishini kamaytirish uchun quyidagi tadbirlar taklif etiladi:

- * vazokonstriktor qo'shilishi bilan etarli anesteziya bilan jarrohlik diseksiya tekisliklarini toza infiltratsiya qilish, behushlik hajmini kamaytirish, to'qimalarning haddan tashqari qon ketishining oldini olish. Bularning barchasi kutilgan estetik natijani to'g'ri intraoperativ baholashga imkon beradi;

- * * mikro osteotomlardan foydalanish;

- * osteoperiostal aloqalarni saqlash;

- * median oblik osteotomiya va lateral oblik osteotomiyadan foydalanish transvers osteotomiya qilmaslikka imkon beradigan pastdan yuqoriga Osteotomiya uchun mikro osteotomalar va bolg'a ishlatiladi.

Median oblik osteotomiyani amalga oshirish uchun tor osteotom qo'llaniladi, va yon tomonni bajarish uchun-keng. Ishchi qismining kengligi 2-3 mm bo'lgan chisel bilan mikroosteotomadan foydalanish mukoperiostni ajratishni amaliy qilmaydi, ya'ni. siz perkutan osteotomiyadan foydalanishingiz mumkin, bu sizga

periosteumni uzoq vaqt davomida buzilmagan holda qoldirishga imkon beradi, bu ichki longeta vazifasini bajaradi.

Shuni ta'kidlash kerakki, aralashuvni amalga oshirishda median va lateral osteotomiyaning ulanish nuqtasi interkantall chiziqdan yuqori bo'lmasligi kerak, bu jarrohga burun ildizi sohasidagi qalin suyakni "chetlab o'tishga" imkon beradi.

Yanal osteotomiyada ichki (endonazal) yoki geskineal kirish vositalaridan foydalanish mumkin.

Endonazal kirishda mikroosteotom yumshoq to'qimalar orqali nok shaklidagi teshikning chetiga, yuqori jag'ning ko'tarilgan jarayoni sohasida osteotomiya boshlab, pastki turbinat biriktirilgan joyga olib boriladi. Osteotomiya chizig'i etarlicha past bo'lishi uchun uni armut shaklidagi teshikning lateral devorining suyak chetini saqlab, lateral ravishda chizish kerak. Ushbu usul bo'shliqning torayishini oldini oladi burun suyaklarining ichkariga siljishi natijasida burun.

Bundan tashqari, osteotomiya chizig'i interkantall chiziqqa tashqi tomondan ichkariga siljiydi, u erda u median Oblique osteotomiya chizig'iga ulanadi.

Grescutan lateral osteotomiya bilan rejalashtirilgan osteotomiya chizig'ining o'rtasida 2-3 mm uzunlikdagi teri kesmasi amalga oshiriladi, shundan so'ng kaudal va kranial yo'nalishlarda bir qator nuqta osteotomiyalari amalga oshiriladi.

Perkutan lateral osteotomiya endonazalga qaraganda ko'proq shikast etkazsa-da, bu nazorat qilish uchun ajoyib imkoniyat yaratadi.

Median oblik osteotomiya paytida burun suyagi tor osteotom bilan o'rta chiziqdan yuqori jag'ning frontal jarayoniga ko'ndalang bo'linadi. Boshqa tomondan, nosimmetrik kesma amalga oshiriladi.

Median oblik osteotomiyadan so'ng, lateral osteotomiya yuqori jag'ning frontal jarayonini pastdan yuqoriga qarab uzunlamasına ajratish orqali amalga oshiriladi. Ikkita osteotom kesiklari orasida kesilmagan suyak to'qimalarining ko'prigi qoladi.

Shundan so'ng, barmoqlar burun va burun ko'prigining lateral qismlarini bir-biriga yaqinlashtiradi va suyaklarga to'g'ri pozitsiyani beradi.

Amaliyot burunning lateral qismlari va burun ko'prigi barmoqlar bilan bir-biriga yaqinlashib, suyakka to'g'ri pozitsiyani beradi. Burun yo'llari 5-6 kun davomida doka turunda bilan tamponlanadi va gips qo'llaniladi.

Burunning tor orqa qismini tuzatish

Burunning tor orqa qismidagi rekonstruktiv operatsiyalarda asosiy muammo burun yo'llarining torayishi tufayli burun nafasining buzilishi, ham dastlabki, ham qo'shimcha ravishda operatsiyadan kelib chiqadi. Odatda, burunning tor orqa qismi jarrohga murojaat qilish uchun asos emas. Muammo odatda muvaffaqiyatsiz yoki

savodsiz bajarilgan operatsiyalar natijasida yuzaga keladi, burunning orqa qismini rezektsiya qilgandan so'ng, u uchli bo'ladi va (yoki) notekis shakl, ba'zida burun septum bilan.

Taklif etilayotgan operatsiyaning mohiyati shundan iboratki, burunning orqa qismini qayta ishlagandan so'ng, u xaftaga grefti bilan yopiladi, bu esa suyak-xaftaga tushadigan tonozning normal yuzasi va kengligini tiklashni ta'minlaydi.

Otoplastika

Aurikul eshitish organining tashqi qismidir. Uning shakli quloq xaftaga yengilligi bilan bog'liq bo'lib, u kıvrılma, oyoqlari bilan antipravit, tragus va antitussivlar, shuningdek chuqurliklar (skafoıd va uchburchak chuqurchalar, piyola va qobiq bo'shlig'i) hosil qiladi. Xaftaga asosidan mahrum bo'lgan aurikulaning pastki qismi lobula yoki lobula deb ataladi.

Tashqi quloq akustik va himoya funktsiyalarini bajaradi, eshitish naychasini va quloq pardasini atrof-muhitning zararli ta'siridan himoya qiladi.

Shu bilan birga, aurikul katta estetik rol o'ynaydi. Yuzning boshqa qismlariga nisbatan uning shakli va joylashuvining o'zgarishi odamning ko'rinishini buzadi, bu uning psixo-emotsional holatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Eng keng tarqalgan deformatsiya-bu aurikulaning bosh yuzasidan haddan tashqari uzoqlashishi bilan ajralib turadigan ochilgan aurikullar (lop-quloq). Odatda, aurikul tekisligi va bosh orasidagi burchak taxminan 30° ni tashkil qiladi. Kosaning ko'tarilish tekisligi va kavitga qarshi qism o'rtasidagi skafokonxal burchak 90°ga teng.



Chiqib ketgan aurikullar tug'ma deformatsiyadir. Intrauterin rivojlanishning 8-haftasi oxirida tekis birlamchi aurikula hosil bo'ladi. 3-4-da embriogenez oyida uning qirrasi bosh yuzasidan uzoqlasha boshlaydi. 5-oyning oxirida tashqi quloqning relyefi hosil bo'ladi: jingalak qirrasi egilib, paydo bo'ladi

burma antipravitka va uning oyoqlari. Ushbu jarayonning buzilishi va 90° dan yuqori bo'lgan antipravitka va skafokokal burchakning etarli darajada egilmasligi quloqning paydo bo'lishiga olib keladi.

Ushbu turdagi deformatsiya alohida yoki birgalikda yuzaga keladigan quyidagi anatomik kasalliklar bilan tavsiflanadi: antipravitus va uning lateral oyog'ining burmalari yomon ifodalangan, skafokonxal burchak 90° dan ortiq va aurikul kosasining balandligi oshgan.

Aurikul deformatsiyasining klinik ko'rinishini uch guruhga bo'lish mumkin (A. T. Gruzdeva):

1. Yaxshi aniqlangan antipravit va uning yuqori oyog'i bilan piyola balandligining oshishi, skafokonxal burchak normaldir.

2. Antipravitus va uning oyoqlari rivojlanmaganligi, har xil darajada ifodalangan. Bunday holda, quloq burchagi 90° gacha, skafokonchal burchak esa 150° gacha ko'tariladi

3. Idishning balandligini oshirish va antipravitkaning rivojlanmaganligi kombinatsiyasi. Bunday hollarda, burundan bosh yuzasigacha bo'lgan masofa Z3—3,5 sm ga etadi, quloq-bosh burchagi 90° , skafokonxal burchak esa 170° gacha.



Deformatsiya turini aniqlashtirish uchun buruqning chetini bosh terisiga bosish kifoya. Bunday holda, antipravitusning kam rivojlanganligini va aurikul kosasining xaftaga ortiqcha miqdorini aniqlash mumkin.

Aurikulani rekonstruktsiya qilish bosqichlarining ketma-ketligi deformatsiyaning og'irligiga, Mikrotik elementlarning joylashishi va sifatiga bog'liq. Ko'proq yoki kamroq normal tuzilishga ega bo'lgan aurikulalarning ikki

tomonlama nosimmetrik pasayishi bilan hech qanday tuzatish ishlarini bajarish kerak emas. Aurikulalarning teng bo'lmagan kattaligi bilan, aksariyat hollarda, siz o'zingizni aurikulaning katta hajmini kamaytirish bilan cheklashingiz mumkin va shu bilan assimetriyani yo'q qilishingiz mumkin. Faqat juda kamdan-kam hollarda, aurikulalardan biri haddan tashqari kichik bo'lsa, ikkinchisi juda katta bo'lsa, ikkinchi, kattaroq aurikuladan kesilgan teri-xaftaga grefti tufayli kichikroq aurikul kattalashadi.

Aurikulalarning kichraytirilgan o'lchamlarini tuzatishning asosiy printsiplari

Aurikulani rekonstruktsiya qilish bosqichlarining ketma-ketligi deformatsiyaning og'irligiga, Mikrotik elementlarning joylashishi va sifatiga bog'liq. Ko'proq yoki kamroq normal tuzilishga ega bo'lgan aurikulalarning ikki tomonlama nosimmetrik pasayishi bilan hech qanday tuzatish ishlarini bajarish kerak emas. Aurikulalarning teng bo'lmagan kattaligi bilan, aksariyat hollarda, siz o'zingizni aurikulaning katta hajmini kamaytirish bilan cheklashingiz mumkin va shu bilan assimetriyani yo'q qilishingiz mumkin. Faqat juda kamdan-kam hollarda, aurikulalardan biri haddan tashqari kichik bo'lsa, ikkinchisi juda katta bo'lsa, ikkinchi, kattaroq aurikuladan kesilgan teri-xaftaga grefti tufayli kichikroq aurikul kattalashadi.



Dufurmantel usuli bilan aurikulalarning kichraytirilgan o'lchamlarini tuzatish Texnika. Aurikul ko'ndalang ravishda ikki qismga bo'linadi - yuqori qutb va lobning bir qismi, o'rta qismi esa mastoid jarayoni sohasida keng poydevorli oyoq ustidagi qopqoq bilan tiklanadi.



Mavzulashtirilgan testlar

1. Erkaklar lab nuqsonini tiklashda ko'priksimon laxtak olinadi

- 1) Lekser (+)
- 2) bo'yindan
- 3) yuzdan
- 4) Lapchinskiy
- 5) qovoq sohasidan

2. Keng asosli burunda eng keng tarqalgan operatsiya turi qaysi biri hisoblanadi?

- 1) Gruber bo'yicha bir-biriga yaqinlashuvchi tikuvlarni qo'llash
- 2) burun qanotlari to'qimalarining oval qismini kesish
- 3) kengaytirilgan gumbazlarning torayishi va lateral kraraning egriligining o'zgarishi
- 4) burun qanotlari va burun teshigining pastki qismini sektoral rezektsiya qilish (+)

3. Agar yara infektsiyasi bo'lsa, qanday bog'lamlar qarshi ko'rsatma hisoblanadi.

- 1) plyonkali (+)
- 2) gidrogel
- 3) alginat
- 4) kollagen va selluloza bilan birlashtirilgan

4. Burun klapanlarining normal ishlashi va kompensatsiyalangan disfunktsiya o'rtasidagi farq aniqlanadi ?

- 1) vazokonstriktorlarni qo'llashning aniq ta'siri va uyqu paytida nafas olish qiyinlashuvi
- 2) maksimal nafas olganda burun qanotlarining yopishib qolish simptomi va ijobiy Cottle testi (+)
- 3) tinch nafas olish paytida burun qanotlarining flotatsiyasining yo'qligi va salbiy Cottle testi
- 4) tinch nafas olish va burunning yon devorlari va qanotlarining flotatsiyasining kuchayishi vazokonstriktorlarni qo'llashdan ta'sir etishmasligi

5. Qorin old devorining oltinchi turi qanday estetik nuqsonlari bilan tavsiflanadi ?

- 1) mushaklarning aponevrotik qatlamining zaiflashgan oldingi laparotomiyalardan keyin churra va chandiqlar mavjudligi bilan "fartuk" shaklida zaif kontraktilli teri va teri osti to'qimalarining nuqsoni (+)
- 2) normal yoki o'rtacha darajada kamaygan mushak-aponevroz tonusi bilan normal miqdordagi tolali o'rtacha ortiqcha teri
- 3) mushak-aponevrotik tonusi saqlanib qolgan qalinlashgan teri osti yog 'qatlami
- 4) normal yoki o'rtacha darajada kamaygan mushak-aponevroz tonusi bilan normal miqdordagi tolali o'rtacha ortiqcha teri

6. Proliferatsiya va epitelizatsiya fazalarida bog'lamning maqsadlari maksimal mexanik himoya, travmatiklik va

- 1) ikkilamchi infektsiyaning oldini olish (+)
- 2) bog'lamni mustaqil ravishda o'zgartirish qobiliyati
- 3) yarani avtolitik tozalash
- 4) ekssudatning maksimal miqdorini olib tashlash

7. Shalpanquloqlikning darajasini aniqlashning eng oddiy usuli o'lchashdir

- 1) quloq-bosh burchagi
- 2) konxaning chuqurliklari
- 3) skafo-konxal burchak
- 4) jingalakning chetidan bosh yuzasigacha bo'lgan chiziqli masofa (+)

8. Yara jarayonining bosqichi hisoblanadi

- 1) to'qimalarning revaskulyarizatsiyasi
- 2) to'qimalarning reinnervatsiyasi
- 3) limfedema
- 4) chandiqni qayta qurish (+)

9. Ag'dariluvchi laxtaklar ishlatiladi

- 1) ichki qoplamani yaratmoq uchun (+)
- 2) qovoq burilganda tiklashda
- 3)teri nuqsonlarini tiklashda
- 4)to'g'ri kesimni yopish uchun
- 5)yassi nuqsonni yopish uchun

10. Burun profilining xususiyatlarini va uning nisbatlarini baholash qobiliyati qaysi proyeksiyada suratga olishda aniqlanadi.

- 1) qiya-frontal
- 2) frontal
- 3) ekstenel o'rtacha
- 4) yon (+)

11. Ayollar lab nuqsonini tiklashda ko'priksimon laxtak olinadi

- 1)Lapchinskiy (+)
- 2)bo'yindan
- 3)Lekser
- 4)yuzdan
- 5)qovoq sohasidan

12. Birlamchi rinoplastika usulining eng keng tarqalgan modifikatsiyasi

- 1) Tennison-Obuxova
- 2) Skoog
- 3) Millard (+)
- 4) Diffenbax

13. Limberg bo'yicha kesishgan uchburchakli laxtaklar bilan plastika qilishga ko'rsatma

- 1)oqma yo'lni bartaraf etish (+)
- 2)yassi chandiqlarda
- 3)yuz suyaklarining katta nuqsonlarida
- 4)yumshoq to'qimalarni katta nuqsonlarida

5)bo'yinning katta nuqsonlarida

14. V.A.ga ko'ra ikkilamchi rinoxeyloplastika usuli. Vissarionova burun shilliq qavatining yetishmovchiligini bartaraf etishni ta'minlaydi

- 1) bepul teri avtotransplantatsiyasi
- 2) aurikula sohasidan teri-xaftaga grafiti
- 3) yuqori labning chandiq to'qimasidan sirg'aluvchi qopqoq (+)
- 4) pastki burun konkasidan qopqoq

15. Maxalliy to'qimalar bilan bajariladigan plastikani eng oddiy usuli

- 1)yara chetlarini mobilizatsiya qilish (+)
- 2)oyoqchali laxtak
- 3)uchburchakli laxtak
- 4)terini ko'chirib o'tkazish
- 5)Filatov bandi

16. Epikantoplastikaning eng ko'p uchraydigan asoratlari

- 1) gipertrofik chandiqlarning shakllanishi (+)
- 2) palpebral yoriqning ichki burchaklarining assimetriyasi
- 3) epikantusning qaytalanishi
- 4) ko'z yoshi drenajining buzilishi

17. Jarohatdan keyin yuzdagi chandiq deformatsiyalari keyin qachon yo'q qilinishi kerak

- 1) elastik chandiqlar paydo bo'lganidan keyin (+)
- 2) yaraning to'liq epitelizatsiyasi
- 3) chandiq tugallangandan keyin yillar o'tgach
- 4) chandiq tugagandan olti oy o'tgach

18. Yaraga erkin teri laxtagi o'rnatiladi

- 1) uzluksiz tikuv va kerosinli bandaj
- 2) uzlukli tikuvlar va bosimli bandaj (+)
- 3) uzlukli tikuvlari va bo'shashgan bandaj bilan
- 4) doimiy intradermal tikuv va chiziqlar

19 Limberg bo'yicha kesishgan uchburchakli laxtaklar bilan plastikada ishlatiladi

- 1)til yuganchasini kaltaligida (+)
- 2)yassi chandiqlarda
- 3)yuz suyaklarining katta nuqsonlarida
- 4)yuz yumshoq to'qimasini katta nuqsonlarida
- 5)bo'yin nuqsonlarining katta nuqsonlarida

20. Kesishgan uchburchakli laxtaklar bilan plastika usuli

- 1)Limberg (+)
- 2)Abbe
- 3)Milard
- 4)Sedillo

5) Lapchinskiy

21. Filatov bandining kamchiligi

- 1) ko'p bosqichli (+)
- 2) katta nuqsonlarning yallig'lanishi
- 3) kosmetik
- 4) usulning ishonarliligi
- 5) plastik materiallarning katta xajmda mavjudligi

22 Abbe uslubi nimani tiklashga qaratilgan

- 1) yuqori lab (+)
- 2) kalla terisi
- 3) qosh yoyi
- 4) burun
- 5) quloq suprasi

23. Filatov bandini yig'ish bosqichidan qancha vaqt o'tgach, A.A. Limberg, uning distal oyog'ini qo'lga o'tkazish tavsiya etiladi:

- 1) 14-16 kun;
- 2) 2-3 oy;
- 3) 3-4 hafta;
- 4) 6 oy; (+)
- 5) 4-5 hafta.

24. Quloqlarning chiqib ketish darajasini (chiqadigan quloqlar) baholashda quloq kozeligidan chetidan bosh yuzasigacha bo'lgan masofa hisobga olinadi va:

- 1) skafo-konkal va aurikulo-sefalik burchaklar (+)
- 2) aurikulning lobulasi (lobusi) ning aylanish darajasi
- 3) aurikulning kattaligi va qo'shimcha tuberkulyarlar
- 4) tragusning shakli va hajmi

25. Soxta blefaroxalazning klinik belgisi:

- 1) ko'z olmasini bosganda ko'z qovoqlarining yog'li churralarini vizualizatsiya qilish
- 2) ko'zni yumganda ko'z qovoqlarining yopilmasligi va ular orasidagi bo'shliqning mavjudligi
- 3) passiv qosh ko'tarish bilan ko'zni ochish (+)
- 4) to'g'ridan-to'g'ri qaraganingizda pastki qovoqning qovurg'a chetining shox pardaning chetidan 1 mm dan pastroqda joylashganligi

26. Ortirilgan nuqsonlar bo'lmaydi

- 1) tug'ma (+)
- 2) jarohatdan keyin
- 3) o'sma olingandan keyin
- 4) tuberkulyozdan keyin
- 5) zahmdan keyin

27. To'g'ri geometrik shakllar xosil qilish yo'li bilan plastika kim tomonidan yaratilgan

- 1)SHimanovskiy (+)
- 2)Limberg
- 3)Bernadskiy
- 4)Tirsh
- 5)Krauze

28. Muolajalarda maxalliy to'qimalarni ishlatish qachon mumkin

- 1)atrof to'qimalarda xarakatchan teri osti yog' kletchatkasining mavjudligi (+)
- 2)kletchatka yo'qligida
- 3)to'qimalarning chandiqli o'zgarishlarida
- 4)suyak nuqsonlarida
- 5)tog'ay to'qimasida nuqsonlar mavjudligida

29. Limberg bo'yicha kesishgan uchburchakli laxtaklar bilan plastika qilishga ko'rsatma

- 1)oqma yo'lni bartaraf etish (+)
- 2)yassi chandiqlarda
- 3)yuz suyaklarining katta nuqsonlarida
- 4)yumshok to'qimalarni katta nuqsonlarida
- 5)bo'yinning katta nuqsonlarida

30 Maxalliy to'qimalar bilan plastika usulida asosiy kesma yo'nalishi bo'yicha to'qimalarni o'sishi kuzatiladi

- 1)uchburchakli lahtak (+)
- 2)oyoqchali lahtak
- 3)yara chetlarin mobilizatsiya qilish
- 4)erkin terini ko'chirib o'tkazish
- 5)filatov bandi

Vaziyatli masalalar

1. Jarroh blefaroplastika (ko'z qovog'ini jarrohligi) qilish imkoniyatiga qiziqqan bemor bilan maslahatlashadi. Bemor, 55 yoshli ayol, teri ortiqcha terisi va ko'z ostidagi yog' qopchalaridan shikoyat qiladi. Maslahat paytida shifokor bemorga operatsiya jarayoni, foydalari va mumkin bo'lgan xavflar haqida gapirib beradi.

Savollar:

1- Shifokor bemorga qanday fikrlarni tushuntirishi kerak?

2- Shifokor sizga qanday xavflarni aytishi kerak?

Javoblar:

1- Shifokor blefaroplastika ko'z qovoqlaridagi ortiqcha teri va yog'larni olib tashlaydigan jarrohlik amaliyoti ekanligini tushuntiradi. Bu bemorga ko'z atrofini tortilishi va yangilanishi, yog' qopchalarini va ko'z atrofidagi ajinlarni yo'q qilish, yuzga yanada yosh va tinch ko'rinish berish imkoni haqida tushuntirish beradi.

2- Shifokor jarrohlik amaliyotidan oldin, amaliyot paytida va amaliyotdan keying bo'lishi mumkin bo'lgan xavflarini, jumladan infektsiya, qon ketish va ko'rish muammolari yoki chandiqlar kabi noyob asoratlarni muhokama qiladi. Uning ta'kidlashicha, operatsiyadan keyin shifokorning ko'rsatmalari va tavsiyalariga rioya qilish orqali ushbu xavflarni minimallashtirish mumkin.

2. Siz yuz plastik jarrohligiga ixtisoslashgan plastik jarrohsiz. Siz bilan 35 yoshli ayol rinoplastika, ya'ni burunni plastik jarrohlik amaliyotini o'tkazish iltimosi bilan murojaat qildi. U burni bilan noqulaylik va norozilikni boshdan kechiradi, bu ba'zi kamchiliklarga ega va uning jozibadorligi haqidagi g'oyalariga mos kelmaydi. Ayol sizning yutuqlaringiz va tavsiyalaringizni diqqat bilan o'rganib chiqdi va yaxshi ma'lumotga ega ko'rinadi.

1- Rinoplastikani ushbu bemor uchun mos muolaja sifatida tavsiya etishdan oldin qanday omillarni hisobga olgan bo'lardingiz?

- Bemorning kasallik tarixini aniqlang va uning burnining ko'rinishidan noroziligi sabablarini muhokama qiling. Sizning qaroringizga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan jismoniy va hissiy jihatlarni ko'rib chiqing.

2- Bemorga operatsiyaning kutilgan natijalarini, shuningdek, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan xavf va asoratlarni qanday tushuntirasiz?

- Rinoplastika natijasida burun ko'rinishida qanday o'zgarishlar kutish mumkinligini bemorga batafsil tushuntirib, jarrohlik bilan bog'liq bo'lgan asoratlarni va xavflar, masalan: qon ketish, infeksiya, zarbalar, chandiqlar va burun sezgirligidagi o'zgarishlar haqida gapirib berardim shuningdek qoniqarsiz natija ehtimoli va qo'shimcha tuzatish imkoniyatini muhokama qilgan bo'lar edim.

-

3- Bemorning rinoplastikaga mos kelishini qanday aniqlash mumkin?

- Bemorning burnining anatomik xususiyatlarini va uning umumiy sog'lig'ini baholang. Bemor jarrohlik amaliyoti uchun haqiqiy umidlarni tushunishiga va potentsial jismoniy va hissiy stressni yengishga tayyorligiga ishonch hosil qilish lozim. Bemor bilan uning rinoplastikadan umidlari va maqsadlarini muhokama qilinadi.

4- Ushbu bemorga qanday qo'shimcha maslahat va tavsiyalar berasiz?

- Bemorga jarrohlik amaliyotiga tayyorgarlik ko'rish uchun qo'shimcha maslahatlar bering, masalan, asoratlarni xavfini kamaytirish uchun ba'zi dori-darmonlar va nikotinlardan qochish. Eng yaxshi natijaga erishish uchun operatsiyadan keyingi ko'rsatmalarga rioya qilish muhimligini Bemorni boshqa rinoplastika bemorlari bilan uchrashishga undash, shunda u o'z tashvishlarini muhokama qilishi va qarorini qo'llab-quvvatlashi mumkin.

3. Siz plastik jarrohsiz va quloq nuqsoni bilan bemorni qabul qildingiz. Bemor quloqlarning assimetriyasi va qoniqarsiz ko'rinishidan shikoyat qiladi, bu unga noqulaylik va salbiy his-tuyg'ularni keltirib chiqaradi. Istalgan natijaga erishish uchun qanday tuzatish usullari mavjudligini bilmoqchi.

Savollar:

- 1- Assimetriya va qoniqarsiz ko'rinishni tuzatish uchun quloq plastik jarrohlikning qanday usullari mavjud? • Eng keng tarqalgan usullardan biri - Otoplastika operatsiyasi. Bu sizga quloqlarning shakli, hajmi va holatini sozlash imkonini beradi. • Ba'zi hollarda quloqdan boshqa anatomik tuzilmalarini, masalan, lob yoki burun bo'shlig'ini bir vaqtning o'zida plastik jarrohlik amaliyoti talab qilinishi mumkin.
- 2- Operatsiya natijasida qanday xavf va asoratlarni paydo bo'lishi mumkin? • Har qanday jarrohlik amaliyotida bo'lgani kabi, infeksiya, qon oqimi, anesteziyaga allergik reaksiyalar va boshqa asoratlarni xavfi mavjud. • Ba'zi mumkin bo'lgan asoratlarni orasida to'qimalarning nekrozi, gematoma shakllanishi kiradi. • Shuni ta'kidlash kerakki, asoratlarni

xavfi nafaqat jarrohning mahoratiga, balki bemorning individual xususiyatlariga va operatsiyadan keyingi parvarishiga ham bog'liq bo'lishi mumkin.

4. 22 yoshli bemorda kuyishdan keyin o'ng ko'z qovog'ining pastki qismida deformatsiya bor. O'ng ko'z qovog'ining deformatsiyasi mavjud, ko'p ko'z yoshlanishi, ayniqsa shamolda bezovta qiladi, bu shox pardaning qurishi va keratitning paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. Kon'yunktivaning muhim qismi ochiladi, lekin kon'yunktiva bo'shlig'ining pastki forniksi ochiq emas.

Tekshiruv va davolanish rejasini tuzing. Davolash usulini tanlashga qaysi omil muhim ta'sir ko'rsatadi?

5. Bemor jarrohlik stomatologiya poliklinikasiga o'ng tarafdagi bo'yinning lateral yuzasi terisida chandiq borligiga shikoyat bilan keldi. Taxminan 8 oy oldin kuyish tarixi bor edi. Klinik va laboratoriya tekshiruv o'tkazildi, umumiy holat ko'rinadigan o'zgarishlarsiz. Bemor kasalxonaga yotqizildi va kombinatsiyalangan davolanishga qaror qilindi. Qanday davolash rejasi tuzilishi lozim ?

6. Bemor A., 45 yosh, charchagan ko'rinish va ko'z ostidagi yog' qopchalar shikoyati bilan plastik jarrohga murojaat qildi. Anamnezdan ma'lum bo'lishicha, bemor bu alomatlarni yoshi bilan seza boshlagan. Avvaliga bu juda ko'p tashvish tug'dirmadi, lekin bu hodisalar kuchayib, tashqi ko'rinishdagi o'zgarishlar juda aniq bo'ldi. Mahalliy: o'ng va chap ko'zlarning shishgan pastki qovoqlari qayd etilgan. Pastki ko'z qovoqlari terisi ajinlangan, ikkala ko'zning pastki qovoqlari terisida biroz ortiqcha. Yuqori ko'z qovoqlarini paypaslaganda o'ng va chap ko'zlarning pastki qovoqlarining churra qoplari aniqlanadi.

1-savol: Tashxis qo'ying.;

2-savol: Tashxisingizni asoslang.;

3-savol: Davolash rejasini tuzing.;

4-savol: Jarrohlik aralashuv kursini tasvirlab bering.;

5-savol: Jarrohlik davolashning asoratlari qanday bo'lishi mumkin?

7. Bemorda jarohatdan keyin subtotal burun nuqsoni bor. Tarix: avtohalokat. Bemor uzoq vaqt viloyat shifoxonasida yotqizilgan. Hozirda bemorning ahvoli qoniqarli, faqat kosmetik nuqson haqida shikoyatlar bor. Filatov bandi yordamida nuqsonni yopishga qaror qilindi.

Filatov bandidan foydalanib rinoplastika qilishni taklif qilgan muallifni ayting?

- Mixelson

- Rauer

- Bruns

- Lekser

+ Xitrov

8. Bemor 33 yoshda. U ko'zlari ostidagi og'ir churra qoplardan shikoyat qildi. Bemor yosh, pastki qovoqlarning ortiqcha cho'zilgan terisi yo'q. Pastki ko'z qovoqlarining aniq yog'li churralarining sababi periorbital mintaqada tuzilishining individual anatomik xususiyatlari hisoblanadi. Mahalliy: o'ng va chap ko'zlarning shishgan pastki qovoqlari qayd etilgan. Yuqori

ko'z qovoqlarini paypaslaganda o'ng va chap ko'zlarning pastki qovoqlarining churra qoplari aniqlanadi.

1-savol: Tashxis qo'ying;

2-savol: Tashxisingizni asoslang.;

3-savol: Davolash rejasini tuzing.;

4-savol: Jarrohlik aralashuv kursini tasvirlab bering.;

5-savol: Jarrohlik davolashning mumkin bo'lgan asoratlarini sanab o'ting.

9. 55 yoshli bemorda 3-darajali kuyishdan keyin peshona sohada yumshoq to'qimalar nuqsoni bor. Defektning yuqori chegarasi bosh terisining boshidan boshlanadi, lateral chegaralar – peshona sohasining chakkaga o'tish nuqtasida, pastki chegarasi - qosh sohasida. Nuqsonning chuqurligi teri va teri osti yog 'qatlami darajasida.

Savollar

1. Ushbu holatda jarrohlik davolashning qaysi turi ko'rsatiladi?

2. Kelajakdagi operatsiya uchun nuqson paydo bo'lish yoshi muhimmi?

Javoblar

1. Bunday holda, peshona sohasining to'qimalarida nuqsonni bartaraf etish uchun ko'rsatiladi qorin bo'shlig'idan yoki yuqori qo'ldan olingan bepul teri grafiti bilan yopish.

2. Uchinchi darajali kuyishdan keyin granulyatsiya qiluvchi sirtini yopish maqsadga muvofiqdir iloji boricha tez.

10. Bemor 54 yoshda. Maslahatlashuvda u yuqori ko'z qovoqlarining tushishi va charchagan ko'rinishdan shikoyat qildi. Tekshiruvdan so'ng aniq yog'li churralar va yuqori ko'z qovoqlarining ortiqcha terisi aniqlanadi.

1-savol: Tashxis qo'ying.;

2-savol: Tashxisingizni asoslang.;

3-savol: Davolash rejasini tuzing.;

4-savol: Jarrohlik aralashuv kursini tasvirlab bering.;

5-savol: Jarrohlik davolashning mumkin bo'lgan asoratlari sabablarini sanab o'ting.;

11. Bemor 46 yoshda. U charchagan ko'rinish va ko'zlari ostidagi yog' churralaridan shikoyat qildi. Bu ko'z qovoqlari terisida yoshga bog'liq o'zgarishlarning namoyon bo'lishi. Tekshiruvda pastki qovoqlarning aniq yog'li churralari va yuqori va pastki qovoqlarning ortiqcha terisi qayd etilgan.

1-savol: Tashxis qo'ying.;

2-savol: Tashxisingizni asoslang.;

3-savol: Davolash rejasini tuzing.;

4-savol: Davolash rejasini tuzing.;

5-savol: Blefaroplastika uchun ko'rsatmalarni sanab o'ting.;

12. 35 yoshli bemorda chap tomonda yuqori va pastki lablar, chap tomonda yonbosh sohasi yumshoq to'qimalarining shikastlanishdan keyingi nuqsoni bor. Nuqson orqali 25, 24, 23 tishlar va bu sohadagi yuqori jag'ning alveolyar o'simtasi ko'rinadi. 26, 25, 24, 23 tishlari harakatsiz, tishlashda. Og'iz bo'shlig'ining shilliq qavati och pushti rangga ega. Og'iz 1,5 sm ochiladi.

1. Tashxis qo'ying.

2. Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

13. Bemor 36 yoshda. Ko'z atrofidagi yoshga bog'liq o'zgarishlarning dastlabki belgilari meni plastik jarrohga olib keldi. Ko'rinish yanada ma'yus va charchagan. Sabablari - yuqori ko'z qovoqlarining terisi, ko'z ostidagi churralar. Tekshiruvda o'ng va chap ko'zlarning yuqori va pastki qovoqlari shishganligi qayd etilgan.

1-savol: Tashxis qo'ying.;

2-savol: Tashxisingizni asoslang.;

3-savol: Davolash rejasini tuzing.;

4-savol: Jarrohlik aralashuv kursini tasvirlab bering.;

5-savol: Blefaroplastikaga qarshi ko'rsatmalarni sanab o'ting.;

14. Tashxisni shakllantirish.

Jarrohlik davolash rejasini ishlab chiqish.

Kislota kuyishidan so'ng, 40 yoshli bemorda o'ng tomonda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining ko'plab chandiqlari aniqlandi, bu og'iz ochilishini cheklashga olib keldi. Tashxis qo'yildi - o'ng tomonda pastki jag'ning chandig'I qayd etildi

Savol va vazifalar:

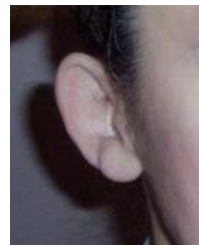
1. Tashxis qo'ying.

2. Jarrohlik davolash rejasini tuzing.

3. Plastik jarrohlik variantlarini ayting.

4. Jarrohlik davolashning mumkin bo'lgan asoratlarini sanab o'ting?

5. Operatsiyadan keyingi davolash usullari?



15. Bemor 18 yoshda. Burun orqasida dumba borligi va uning egriligi, burun uchining kattalashganligi, burun nafas olishida qiyinchilik haqida shikoyatlar. Mahalliy: burunning tor ko'prigi, burun ko'prigining 3-darajali chapga qisqa burun suyaklari bilan siljishi, burun septumining asosan C shaklidagi kranio-kaudal egriligi, o'ng burun yo'lining o'rtacha torayishi, subkompensatsiyalangan. o'ngdagi ichki burun qopqog'ining funktsiyasi, mo'tadil kengayish, etarli darajada ta'riflanmagan, uchi burunning gipoproeksiyasi, burunning yumshoq qanotlari, nozik teri. Bemorning asosiy istaklari burun ko'prigining tepaligi va egriligini yo'q qilish, shuningdek, burun uchini toraytirish edi.

1-savol: Tashxis qo'ying.;

2-savol: Tashxisingizni asoslang.;

3-savol: Jarrohlik davolashni asoslang.;

4-savol: Davolash rejasini tuzing.;

5-savol: Ushbu davolash bir vaqtning o'zida yoki bir necha bosqichda amalga oshirilishi mumkin;

16. 19 yoshli ayol bemor burun deformatsiyasiga shikoyat qildi. Qo'shimcha suhbatda tashqi ko'rinishdan norozilik aniqlandi. Tekshiruv natijasida bemorga "arman" burni tashxisi qo'yilgan.

1-savol: "Arman" burnining o'ziga xos xususiyatlarini sanab o'ting.;

2-savol: "Arman" burnini plastik jarrohlik qilishning asosiy usullarini sanab o'ting.;

3-savol: Jarrohlik muolajasini amalga oshirish uchun qilingan kesmalar va yondashuvlarni sanab o'ting.;

4-savol: Burun dumini olib tashlash usullarini sanab o'ting.;

5-savol: Texnikani tushuntiring: burun bo'shlig'ini ikki bosqichli aniqlik bilan olib tashlash;

17. 25 yoshli bemor burun deformatsiyasiga shikoyat qildi. Qo'shimcha suhbatda tashqi ko'rinishdan norozilik aniqlandi. Tekshiruv natijasida bemorga "arman" burni tashxisi qo'yilgan.

1-savol: "Arman burunlari" burunining oxirgi qismining strukturaviy xususiyatlarini sanab o'ting.

2-savol: Burun septumiga jarrohlik yondashuvni ko'rsating.;

3-savol: Yanal burun osteotomiyasi uchun jarrohlik yondashuvni ko'rsating.;

4-savol: Burunning oxiriga kerakli balandlikni berish uchun jarrohlik usullarini belgilang.;

5-savol: Operatsiyadan keyingi davrda bemorni boshqarish xususiyatlarini sanab o'ting.;

18. 45 yoshli bemor burunning tug'ma deformatsiyasi bo'yicha elektiv jarrohlik amaliyotiga yotqizilgan. Bemorda burun sohasida yoriq bor, yuzning o'rta zonasi tekislanadi, diqqatni katta peshona va uzoq masofali toraygan palpebral yoriqlar tortadi.

1-savol: Tashxis qo'ying;

2-savol: Tashxisingizni asoslang.;

3-savol: Davolash rejasini tuzing.;

4-savol: Operatsiyani rejalashtirishda bemorning qanday individual xususiyatlarini hisobga olish kerak.;

5-savol: Ushbu davolash bir vaqtning o'zida yoki bir necha bosqichda amalga oshirilishi mumkin;

21. 45 yoshli bemor burunning tug'ma deformatsiyasi bo'yicha elektiv jarrohlik amaliyotiga yotqizilgan. Bemorda burun sohasida yoriq bor, yuzning o'rta zonasi tekislanadi, diqqatni katta peshona va uzoq masofali toraygan palpebral yoriqlar tortadi.

1. Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

2. Operatsiyani rejalashtirishda bemorning qanday individual xususiyatlarini hisobga olish kerak?

Ushbu davolash bir vaqtning o'zida yoki bir necha bosqichda mumkinmi?

22. Bemor K., 20 yosh, jarohatdan 16 soat o'tgach, tishlashdan keyin chap quloq bo'shlig'idagi nuqson tufayli klinikaga yotqizilgan. Umumiy ahvoli qoniqarli. Tashqi tekshiruvda chap quloq bo'lagi to'liq yo'q. Yaraning o'lchami 2,2X5 mm, qirralari notekis, qiyshiq va shikastlangan. Yaraning chetlari biroz shishgan, yallig'lanish deyarli aniqlanmaydi. Yaraning pastki va qirralari nozik bir fibrinoz plastinka bilan qoplangan. Yordam bering.

1. Tashxis qo'ying.

2. Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

3. Ushbu operatsiyani bajarish uchun qanday ko'rsatmalar mavjud?

23. Bemor F., 46 yosh. Tishlagandan keyin chap tarafdagi yuqori labda nuqson borligi sababli jarohatdan 49 soat o'tib klinikaga yotqizilgan. Umumiy ahvoli qoniqarli. Tashqi tekshiruvda o'ng tomonda 28X20 mm o'lchamdagi aurikula va terining notekis qirralari bilan nuqsoni qayd etilgan. Yara qalin fibrinoz to'qima bilan qoplangan. Yordam bering.

24. 45 yoshli bemor yuz-jag' xirurgiyasi klinikasiga quloq shaklini to'g'rilash va ularga normal o'lcham berish istagi bilan keldi. Bemorda aurikullarning deformatsiyasi mavjud bo'lib, bu ularning yuqori qismida nomutanosib o'sishda namoyon bo'ladi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.
3. Ushbu operatsiyani bajarish uchun qanday ko'rsatmalar mavjud?

25. 34 yoshli bemor o'n sakkiz oylik jarohati oqibatlar bilan klinikaga keldi. Chap tomonda og'iz burchagi sohasida aniq chandiq deformatsiyasi mavjud bo'lib, chap tomonda jag'ning terisiga tarqaladi. Og'izning burchagi pastga tushirilgan.

1. Tashxis qo'ying.
 2. Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.
- Mahalliy plastik jarrohlik turini ko'rsating?

26. 35 yoshli bemorda chap tomonda yuqori va pastki lablar, chap tomonda yonbosh sohasi yumshoq to'qimalarining shikastlanishdan keyingi nuqsoni bor. Nuqson orqali 25, 24, 23 tishlar va bu sohadagi yuqori jag'ning alveolyar o'simtasi ko'rinadi. 26, 25, 24, 23 tishlari harakatsiz, tishlashda. Og'iz bo'shlig'ining shilliq qavati och pushti rangga ega. Og'iz 1,5 sm ochiladi.

1. Tashxis qo'ying.
2. Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

27. Siz plastik jarrohsiz va yuzni ko'tarish protseduralariga ixtisoslashgansiz. Sizning bemoringiz 50 yoshli erkak bo'lib, u tashqi qiyofasini yoshartirmoqchi va ajinlar ko'rinishini kamaytirmoqchi.

- 1- Bemorga qanday yuzni ko'tarish usullarini taklif qilish mumkin?
- 2- Facelift paytida yoki undan keyin yuzaga kelishi mumkin bo'lgan xavf va asoratlar qanday?
- 3- Yuzni ko'tarish amaliyotini o'tkazishdan oldin bemorga qanday ma'lumot berilishi kerak?
- 4- Operatsiyadan keyingi parvarish qanday amalga oshiriladi va yuzni ko'tarishdan keyin qanday ehtiyoj choralarini ko'rish kerak?

28. Bemor, 35 yoshli ayol, bolaligida olgan jarohati tufayli yuzidagi chandiq muammosi bilan plastik jarrohga murojaat qildi. Chandiq peshonaning yuqori qismini egallaydi va chap qosh orqali o'tadi. Bu uning ko'rinishini sezilarli darajada ta'sir qiladi va noqulaylik tug'diradi.

Plastik jarroh bemorni tekshirdi va bir nechta davolash usullarini taklif qildi:

- 1- chandiqni jarrohlik yo'li bilan olib tashlash va undan keyingi belbog'lar.
- 2- Mezoterapiya kursidan keyin chandiqlar uchun maxsus gel va kremlardan foydalanish tavsiyasi.
- 3- chandiqni yumshatish va kamaytirish uchun lazer terapiyasi usuli.
- 4- Skarning ko'rinishini kamaytirish uchun botulinum toksin (Botoks) in'ektsiyalaridan foydalanish.

29. Siz plastik jarrohsiz va bemorning yuz qiyofasini tuzatish uchun operatsiya qilyapsiz. Biroq, operatsiya vaqtida asoratlar paydo bo'ladi. Bemorning yuzi assimetrik, notekis va g'ayritabiiy bo'ladi. Bemor sizga operatsiya natijasi uning kutganiga mos kelmasligi haqida shikoyat bilan keladi. Bunday vaziyatda qanday harakat qilasiz?

1. Tashxis qo'ying.

2. Tekshiruv va davolash rejasini tuzing.

30. Bemor Anna baxtsiz hodisadan keyin yuzini tuzatish iltimosi bilan plastik jarrohlik klinikasiga murojaat qildi. Uning quyidagi jarohatlari bor: peshonasi va yonog'idagi chuqur yaralar, yirtilgan lab va pastki jag'i siljigan.

Savol: Anna yuzining yaxlitligini tiklash uchun qanday tikuv turlaridan foydalanish mumkin?