



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ ΑΡΙΣΤΕΑ

ΚΑΡΔΑΡΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. ΤΖΕΝΑΛΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2022

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μας στο τμήμα της Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών. Έχει θέμα την πλαστική χειρουργική αποκατάστασης και τον ρόλο του νοσηλευτή στην ειδικότητα αυτή. Το θέμα μας κέντρισε το ενδιαφέρον τόσο από τα κλινικά μας πλαίσια στα νοσοκομεία, όσο και από την πρακτική μας άσκηση, και η αναζήτηση βιβλιογραφίας μας ανέπτυξε τις γνώσεις στον τομέα αυτό και μας παρακίνησε να εκπαιδεύσουμε τους εαυτούς μας στον χώρο της πλαστικής χειρουργικής. Ο νοσηλευτικός ρόλος αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στην κλινική και στο χειρουργείο και η φροντίδα των ασθενών δεν θα μπορούσε να επιτευχθεί χωρίς τους νοσηλευτές.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Αναστάσιο Τζεναλή, τον καθηγητή μας, ο οποίος μας βοήθησε με την καθοδήγηση και τις συμβουλές του να ολοκληρώσουμε την πτυχιακή εργασία. Ακόμα, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλουμε να δώσουμε στις οικογένειες μας, που μας στήριξαν στην ακαδημαϊκή μας πορεία και, κυρίως, η μία στην άλλη για την υπέροχη συνεργασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η πλαστική χειρουργική αποκατάστασης λειτουργεί διορθωτικά σε δυσλειτουργίες, επίκτητες ή εκ γενετής, του ανθρώπου. Αποτελεί ένα κλάδο που αναπτύσσεται συνεχώς και η ανάγκη για αυτόν μπορεί να παρουσιαστεί για τραύματα, όπως τα εγκαύματα, έως και για χειρουργικές αποκαταστάσεις βλαβών του προσώπου, της κοιλιάς, του στήθους και του δέρματος.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην ανάλυση των διαφορετικών τομέων της πλαστικής χειρουργικής αποκατάστασης στα μέρη του σώματος, αλλά και τον αναπόσπαστο ρόλο της νοσηλευτικής φροντίδας σε αυτούς.

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Για τη διάπλαση της εργασίας αξιοποιήθηκαν πηγές ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας, από βιβλία και άρθρα. Διενεργήθηκε αναζήτηση άρθρων σε βάσεις δεδομένων ιατρικής βιβλιογραφίας (Pubmed, Google Scholar, Science Direct, CINAHL).

Συμπεράσματα: Από την διεξαγωγή της πτυχιακής εργασίας καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η πλαστική χειρουργική μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε για αισθητικούς λόγους είτε για λόγους αποκατάστασης και θεωρείται αναγκαίο κομμάτι κάθε νοσοκομείου. Καθώς εξελίσσεται η επιστήμη, ο κλάδος της πλαστικής βελτιώνεται συνεχώς, με αποτέλεσμα να γίνεται πιο εφικτή η εξατομικευμένη φροντίδα των ασθενών και η επίτευξη χειρουργείων που θα ήταν αδύνατον να πραγματοποιηθούν με την τεχνολογία των περασμένων δεκαετιών. Η νοσηλευτική ομάδα οφείλει να εξελίσσεται παράλληλα με την επιστήμη, εφόσον ο ρόλος της θεωρείται μείζων κομμάτι για τη διεξαγωγή της φροντίδας καθώς και για την εκπαίδευση των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: πλαστική, αποκατάσταση, χειρουργική, νοσηλευτής, πρόσωπο, στήθος, κοιλιοπλαστική, δέρμα, μελάνωμα, έγκαυμα, χειρουργική αποκατάσταση, διάγνωση, θεραπεία, αύξηση στήθους, λιποαναρρόφηση, λαγωχειλία, κρανιοσυνοστέωση, ουλές, φροντίδα, νοσηλευτικός ρόλος.

ABSTRACT

Introduction: Plastic reconstructive surgery works to correct human dysfunctions, whether acquired or congenital. It is an ever-growing field and the need for it can arise from trauma, such as burns, to surgical reconstruction of facial, abdominal, breast and skin defects.

Purpose: This thesis aims to analyze the different areas of plastic surgery rehabilitation in body parts and the integral role of nursing care in them.

Literature review: The method used to conduct the thesis is literature review. Sources of foreign language literature of books and articles were utilized to form the thesis. A search of articles in medical literature databases (Pubmed, Google Scholar, Science Direct, CINAHL) was conducted.

Conclusions: From the conduct of this thesis we conclude that plastic surgery can be used either for aesthetic or rehabilitation purposes and is considered a necessary part of every hospital. As the science evolves, the field of plastic surgery is constantly improving, making it more achievable to provide personalized patient care and perform surgeries that would have been impossible with the technology of past decades. The nursing team must evolve alongside science, since their role is considered integral to the delivery of care as well as patient education.

Key words: plastic, reconstruction, surgery, nurse, face, breast, abdominoplasty, skin, melanoma , burn, surgical reconstruction, diagnosis, treatment, breast augmentation, liposuction, laparoscopy, craniosynostosis, scarring, care, nursing role.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	10
1.1 Ορισμός πλαστικής χειρουργικής.....	10
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	11
1.3 Χρήση χειρουργικής αποκατάστασης.....	12
1.3.1 Συγγενείς	12
1.3.2 Επίκτητες	13
1.4 Τεχνικές	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	15
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΩΠΟΥ.....	15
2.1 Λαγωχειλία και υπερωιοσχιστία	15
2.2 Κρανιοσυνοστέωση	17
2.3 Αναμόρφωση του πηγουνιού, σαγονιου ή μάγουλων.....	19
2.3.1 Αναμόρφωση πηγουνιού	19
2.3.2 Αναμόρφωση σαγονιού	20
2.3.3 Αναμόρφωση μάγουλων	21
2.4 Πλαστική αυτιού.....	22
2.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	27
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΤΗΘΟΥΣ	27
3.1 Ανάπλαση – αποκατάσταση στήθους.....	27
3.2 Αυξητική στήθους	28
3.3 Αφαίρεση εμφυτευμάτων στήθους.....	29
3.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	31
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΟΙΛΙΑΣ	31
4.1 Κοιλιοπλαστική	31
4.2 Λιποαναρρόφηση	33
4.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	38
ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	38
5.1 Εγκαύματα	38
5.2 Μείωση ουλών	41
5.3 Αφαίρεση τατουάζ	43
5.4 Αφαίρεση καρκίνου του δέρματος	46
5.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	50
Μικροχειρουργική	50
6.1 Ορισμός	50
6.2 Ιστορική αναδρομή	50
6.3 Αναγεννητική ιατρική και πλαστική χειρουργική	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	53
Πλαστική χειρουργική και Covid-19	53
7.1 Η πανδημία Covid-19	53
7.2 Χειρουργικές επεμβάσεις και πανδημία	53
7.3 Οδηγίες για ασφαλή πλαστική χειρουργική επέμβαση	54
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	57
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	58
ΣΕΝΑΡΙΟ 1	60
ΣΕΝΑΡΙΟ 2	63
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην πτυχιακή εργασία παρουσιάζεται η πλαστική χειρουργική αποκατάστασης και τον ρόλο που έχει η νοσηλευτική στον κλάδο αυτό. Η νοσηλευτική ομάδα είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της προεγχειρητικής και της μετεγχειρητικής φροντίδας καθώς και της χειρουργικής επέμβασης.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Το γενικό αποτελείται από επτά κεφάλαια, τα οποία καλύπτουν αναλυτικά τις κατηγορίες της πλαστικής χειρουργικής και τα μέρη του σώματος που αφορά. Στο ειδικό μέρος εξετάζονται δύο περιστατικά που αφορούν το θέμα της εργασίας.

Το πρώτο κεφάλαιο επεξηγεί την έννοια της πλαστικής χειρουργικής και την εξέλιξη της στο σημείο που βρίσκεται στην σημερινή εποχή. Ακόμα, αναλύει τα επίπεδα ανάπτυξης της σε διάφορα μέρη του κόσμου και την διαφορά που παρατηρείται σε κάθε περιοχή.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναλύει την πλαστική του προσώπου και σε ποιές καταστάσεις καθιστάται αναγκαία. Αρχικά στην περίπτωση της λαγωχειλίας, της υπερωιοσχιστίας και της κρανιοσυνοστέωσης, τα οποία απαιτούν διόρθωση σε πρόωμη ηλικία. Στη συνέχεια στην ανάγκη αναμόρφωσης του πηγουνιού, του σαγονιού και των μάγουλων καθώς και του αυτιού, τα οποία μπορεί να παρουσιάσουν ανάγκη διόρθωσης μετέπειτα στη ζωή του ατόμου, εξαιτίας εξωτερικών παραγόντων. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τον ρόλο του νοσηλευτή στα χειρουργεία προσώπου και την ανάμειξή του στην θεραπεία του ασθενούς.

Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται την αναδιαμόρφωση του στήθους, τόσο αυξητικά, όσο και σε ανάγκες αποκατάστασης. Αφορά τις αλλαγές που πραγματοποιεί η πλαστική χειρουργική με αισθητικό και επιδιορθωτικό τρόπο στον χώρο του στήθους καθώς και την ανάγκη για αφαίρεση εμφυτευμάτων. Ακόμα τεκμηριώνει την σημασία της νοσηλευτικής ομάδας στις επεμβάσεις αυτές.

Το τέταρτο κεφάλαιο καλύπτει τις επεμβάσεις της κοιλιοπλαστικής και της λιποαναρρόφησης, οι οποίες γίνονται για αισθητικούς και αποκαταστατικούς λόγους, βοηθώντας τον ασθενή να επανέλθει στη φυσιολογική του ζωή και να καταπολεμήσει την σωματική δυσφορία. Η νοσηλευτική συμμετοχή περιγράφεται αναλυτικά σε όλη την πορεία του ασθενούς στο νοσοκομείο, όσο και στην εκπαίδευση που παρέχει πριν την έξοδο του από αυτό.

Το πέμπτο κεφάλαιο επεξηγεί την αναγκαιότητα της πλαστικής χειρουργικής στο δέρμα, ξεκινώντας με την καταπολέμηση εγκαυμάτων. Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του κλάδου, με μονάδες εγκαυμάτων σε πολλές κλινικές πλαστικής χειρουργικής. Στην συνέχεια, αναλύεται η αντιμετώπιση των ουλών και η αφαίρεση τατουάζ, καθώς και ο ρόλος της στην καταπολέμηση του καρκίνου του δέρματος. Με την ποικιλία των περιστατικών στην πλαστική δέρματος, η νοσηλευτική προσέγγιση εξατομικεύεται με κάθε περιστατικό.

Το έκτο κεφάλαιο αναπτύσσει την έννοια της αναγεννητικής ιατρικής και την δυνατότητα αντιγραφής ανθρώπινων κυττάρων, ιστών και οργάνων για να αξιοποιηθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις. Με τις δυνατότητες που προσφέρει η microsurgery, η ιδέα αυτή είναι πιο εφικτό να γίνει πράξη και αξιοποιείται στην πλαστική ιατρική για την μεταμόσχευση ιστών.

Το έβδομο κεφάλαιο επεξηγεί την εξέλιξη της πλαστικής χειρουργικής αποκατάστασης τα τελευταία δύο χρόνια, κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αναλύει την επιρροή που είχε στα χειρουργεία καθώς και τις μεταβολές του κλάδου στα νοσοκομεία το διάστημα αυτό.

Ακολουθεί το ειδικό μέρος, με την ανάλυση των δύο περιστατικών που επιλέχθηκαν, τον νοσηλευτικό ρόλο στην θεραπεία τους και την νοσηλευτική διεργασία που αποφασίστηκε. Η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα, τα οποία αποδεικνύουν, μαζί με την σημασία της πλαστικής χειρουργικής αποκατάστασης στον χώρο της ιατρικής, την αναγκαιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού στον κλάδο και το αναπόσπαστο κομμάτι που αποτελεί.

Κεφάλαιο 1

1. Πλαστική Χειρουργική Αποκατάστασης

1.1 Ορισμός

Η πλαστική χειρουργική είναι ένας κλάδος της ιατρικής που ασχολείται με την αποκατάσταση τόσο της μορφής όσο και της λειτουργίας διαφόρων μερών του σώματος, μέσω της ανακατασκευής συγγενών, τραυματικών και επίκτητων καταστάσεων. Καλύπτει ένα πολύ μεγάλο πεδίο και ασχολείται με ασθενείς με συγγενείς παθήσεις όπως ελαττώματα μαστού και θωρακικού τοιχώματος, χείλους και άλλες παραμορφώσεις του προσώπου, συμπεριλαμβανομένων κρανιοπροσωπικών ελαττωμάτων και ελαττωμάτων δέρματος. Ασχολείται επίσης με ασθενείς που έχουν υποστεί εγκαύματα, τραύματα προσώπου, χεριών και κάτω άκρων και με την αφαίρεση ουλών και τατουάζ (Santoni-Rugiu & Sykes, 2007).

Η πλαστική χειρουργική αποκατάστασης πραγματοποιείται για τη διόρθωση λειτουργικών βλαβών που προκαλούνται από εγκαύματα, τραυματικές κακώσεις, όπως κατάγματα και σπασίματα των οστών του προσώπου και συγγενείς ανωμαλίες, όπως η σχιστία υπερώας και η κρανιοσυνοστέωση. Οι πιο κοινές επεμβάσεις αποκατάστασης είναι η αφαίρεση όγκων, η αποκατάσταση τραυμάτων, η γναθοπροσωπική χειρουργική και η επανόρθωση ουλών, μεταξύ άλλων. Μερικές άλλες κοινές επανορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις περιλαμβάνουν την ανακατασκευή του μαστού μετά από μαστεκτομή, την χειρουργική επέμβαση χειλοσχιστίας και υπερώας, την διόρθωση τραυμάτων για επιζώντες εγκαυμάτων και την αποκατάσταση τραυμάτων του αυτιού (Santoni-Rugiu & Sykes, 2007).

Οι πλαστικοί χειρουργοί χρησιμοποιούν μικροχειρουργική για τη μεταφορά ιστού για την κάλυψη ενός ελαττώματος όταν δεν υπάρχει διαθέσιμος τοπικός ιστός. Τα ελεύθερα περύγια δέρματος, μυών, οστών, λίπους ή συνδυασμού μπορούν να αφαιρεθούν από το σώμα, να μετακινηθούν σε άλλο σημείο του σώματος και να επανασυνδεθούν με παροχή αίματος. Η χρήση της μικροχειρουργικής στον τομέα της πλαστικής χειρουργικής εξελίσσεται διαρκώς και αξιοποιείται και σε συγγενείς δυσπλασίες του προσώπου, οι οποίες απαιτούν από την φύση τους πιο λεπτούς χειρισμούς (Habal, 2011).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Η πλαστική χειρουργική είναι μια από τις αρχαιότερες μορφές χειρουργικής και οι ρίζες της εντοπίζονται στην εποχή του Sushruta, του πατέρα της χειρουργικής (600 π.Χ.), στον οποίο οφείλεται η πραγματοποίηση των πρώτων επεμβάσεων πλαστικής χειρουργικής. Η πλαστική χειρουργική αναφέρεται σε πάπυρο από την Αρχαία Αίγυπτο, όταν πρωτοχρησιμοποιήθηκε για την επιδιόρθωση μιας σπασμένης μύτης. Στην Αίγυπτο η πλαστική χειρουργική χρησιμοποιήθηκε σε πτώματα για τη μετά θάνατον ζωή. Ακόμα, έχουν αναγνωρισθεί προσπάθειες πλαστικής χειρουργικής στην αρχαία Ελλάδα για την αποκατάσταση τραυμάτων του πολέμου. (Pećanac, 2015).

Ο Sushruta, ένας Ινδός γιατρός, είναι γνωστός για τις πρωτοποριακές του επεμβάσεις και τεχνικές, συμπεριλαμβανομένης της επιδιόρθωσης και της ανακατασκευής μιας μύτης. Το Sushruta Samhita είναι η περίφημη χειρουργική του επιτομή στην οποία περιγράφει τις βασικές αρχές της πλαστικής χειρουργικής. Οι Ρωμαίοι έκαναν απλές τεχνικές πλαστικής χειρουργικής για να βελτιώσουν την εικόνα τους, όπως η επισκευή κατεστραμμένων αυτιών. Ο ιατρικός συγγραφέας Aulus Cornelius Celsus περιέγραψε την πλαστική χειρουργική του προσώπου, χρησιμοποιώντας πρώιμες μορφές ραμμάτων. Το βιβλίο του ήταν ο οδηγός πλαστικών χειρουργιών για περισσότερα από 1700 χρόνια (Santoni-Rugiu & Sykes, 2007).

Το Sushruta Samhita μεταφράστηκε και η πλαστική χειρουργική εξαπλώθηκε σε όλη την Ευρώπη. Οι Ιταλοί χειρουργοί Gustavo Branca και ο γιος του Antonio Branca ανέπτυξαν τις τεχνικές ρινοπλαστικής. Το πρώτο εγχειρίδιο πλαστικής χειρουργικής γράφτηκε από τον Ιταλό χειρουργό Gaspare Tagliacozzi, ο οποίος ανέπτυξε την «ιταλική μέθοδο» αποκατάστασης της μύτης (Santoni-Rugiu & Sykes, 2007).

Οι πιο σημαντικές βελτιώσεις στον τομέα της πλαστικής χειρουργικής σημειώθηκαν κατά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν η επανορθωτική χειρουργική ήταν μια αναγκαιότητα για τα θύματα του πολέμου. Οι στρατιωτικοί γιατροί αντιμετώπισαν πολλούς τραυματισμούς στο πρόσωπο και στο κεφάλι που προκλήθηκαν από σύγχρονα όπλα. Οι γνώσεις που απέκτησαν και μετέφεραν μαζί του πίσω στις περιοχές του, βοήθησε την εξάπλωση της εξέλιξης της πλαστικής χειρουργικής σε μεγάλο βαθμό (Yousef & Morrison, 2021).

Η πλαστική χειρουργική έχει κάνει τεράστια βήματα προόδου κατά το τελευταίο μισό του 20ου αιώνα και μέχρι σήμερα. Έχει κερδίσει την αποδοχή του κοινού ως μέθοδος για την

επίτευξη της επιθυμητής εμφάνισης τόσο για γυναίκες όσο και για άνδρες. Οι πλαστικοί χειρουργοί έχουν αναπτύξει καινοτόμες τεχνικές για τη μείωση των επιπτώσεων της γήρανσης στο πρόσωπο και το σώμα και για την αναμόρφωση της μύτης, του μαστού και άλλων σημείων του σώματος. Η πιο σημαντική εξέλιξη έχει παρατηρηθεί στα χειρουργεία αποκατάστασης, με δραστικές αλλαγές στους χώρους της αντιμετώπισης του καρκίνου και την μεταμόσχευση δέρματος από το 1950 μέχρι σήμερα (Harii, 2005).

Η παρουσία γυναικών στον χώρο της πλαστικής χειρουργικής είναι μεγαλύτερη από άλλες ειδικότητες. Η πρώτη γυναίκα πλαστική χειρουργός ήταν η Suzanne Noel, η οποία πρόσθεσε σημαντικά στον χώρο της αποκατάστασης του προσώπου. Η εισαγωγή της Alma Dea Morani στον αμερικανικό σύλλογο πλαστικών χειρουργών το 1948 έθεσε τα θεμέλια για την παρουσία γυναικών στον χώρο, σε συνδυασμό με τον αγώνα της για ίσα δικαιώματα με τους άνδρες συνεργάτες της. Τις δεκαετίες του 1980 και του 1990 σημειώθηκε αύξηση της πλαστικής χειρουργικής καθώς η αντίληψη του κοινού βελτιώθηκε και υπήρξε μια στροφή προς τη διάθεση πιο ποιοτικής εκπαίδευσης για τις παρεχόμενες επιλογές της ειδικότητας. Η προβλεπόμενη άνοδος του χώρου με την ανάπτυξη της μικροχειρουργικής και των ερευνών των πλαστικών χειρουργών σχηματίζει μία εξέλιξη στον τομέα που θα επιτρέψει την καλύτερη δυνατή φροντίδα, με διορθώσεις που είναι αδύνατες ακόμα (Plana et al, 2018, Pećanac, 2015).

1.3 Χρήση χειρουργικής αποκατάστασης

Η χειρουργική αποκατάστασης χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ενός ευρέος φάσματος παθήσεων που εμπίπτουν στις δύο ακόλουθες κατηγορίες, συγγενείς και επίκτητες.

1.3.1 Συγγενείς

Συγγενείς παθήσεις είναι αυτές που υπάρχουν κατά τη γέννηση. Αντιμετωπίζονται με επανορθωτική χειρουργική και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την χρήση τοπικών πτερυγίων και μοσχευμάτων, με τα οποία επιτυγχάνουν την επιδιόρθωση της ατελούς συντηγμένου περιοχής του χείλους και της υπερώας. Η επανορθωτική χειρουργική χρησιμοποιείται για τη διόρθωση όλων των τύπων ελαττωμάτων του αυτιού. Η χειρουργική αποκατάστασης χρησιμοποιείται για τη διόρθωση ενός ευρέος φάσματος παραμορφώσεων του κρανίου και του προσώπου, όπως η κρανιοσυνοστέωση καθώς και γενετικές ανωμαλίες του χεριού. Σημαντική εξέλιξη στον χειρισμό των ελαττωμάτων εκ γενετής είναι ο εντοπισμός τους κατά

τη διάρκεια της κύησης και η χειρουργική αντιμετώπιση λαπαροσκοπικά πριν την γέννηση (Gimenez, 2019).

1.3.2 Επίκτητες

Επίκτητες καταστάσεις είναι αυτές που αναπτύσσονται ή εμφανίζονται μετά τη γέννηση. Μπορεί να περιλαμβάνουν ασθένειες και λοιμώξεις ή μπορεί να περιλαμβάνουν ατυχήματα και τραυματισμούς. Οι επίκτητες καταστάσεις που αντιμετωπίζονται με επανορθωτική χειρουργική αποτελούν μεγάλο μέρος της πλαστικής χειρουργικής.

Οι χειρουργοί του κλάδου αφιερώνουν πολύ χρόνο σε χειρουργεία ασθενών με καρκίνο. Η χειρουργική αποκατάστασης, κυρίως η εκτομή, το κλείσιμο και η ανακατασκευή κρημνού, χρησιμοποιείται για τη θεραπεία μιας σειράς καρκινικών καταστάσεων, ιδιαίτερα του καρκίνου του δέρματος, του μαστού και της κεφαλής. Οι χειρουργικές τεχνικές αποκατάστασης είναι ζωτικής σημασίας για τη θεραπεία τραύματος. Χρησιμοποιείται επίσης για την αφαίρεση νεκρού ιστού μετά από σοβαρές λοιμώξεις και για την αποκατάσταση της γύρω περιοχής. Οι πλαστικοί χειρουργοί είναι οι κύριοι κλινικοί γιατροί που εμπλέκονται στην ανάνηψη, τη χειρουργική θεραπεία και την αποκατάσταση ασθενών που έχουν υποστεί εγκαύματα (de Blacam et al, 2015, Linares et al, 2015, Jeschke & Herndon, 2014).

1.4 Τεχνικές

Η επανάσταση στις τεχνικές πλαστικής χειρουργικής συνέβη τις τελευταίες τρεις δεκαετίες του εικοστού αιώνα, όταν οι χειρουργοί απέκτησαν μια νέα κατανόηση της παροχής αίματος των ιστών και του αγγειακού συστήματος, για να επιτρέψουν την ανάπτυξη μεγάλου αριθμού επεμβάσεων δερματικών μοσχευμάτων. Στη σύγχρονη εποχή, έχουν βελτιωθεί σημαντικά οι ικανότητες των πλαστικών χειρουργών να βοηθούν στην αποκατάσταση της λειτουργίας και της μορφής για σοβαρά τραυματισμένους ή παραμορφωμένους ασθενείς. Οι κύριες τεχνικές που χρησιμοποιούνται από τους πλαστικούς χειρουργούς στις επεμβάσεις αποκατάστασης είναι τα δερματικά μοσχεύματα, τα σύνθετα μοσχεύματα, η επέκταση ιστού, το χειρουργείο κρημνού και η μικροχειρουργική (Vamadeva & Curnier, 2016).

Ένα δερματικό μόσχευμα περιλαμβάνει τη λήψη ενός υγιούς επιθέματος δέρματος από μια περιοχή του σώματος, γνωστή ως περιοχή δότη, και τη χρήση του για την κάλυψη μιας άλλης περιοχής όπου το δέρμα λείπει ή έχει καταστραφεί. Το κομμάτι του δέρματος που μετακινείται είναι εντελώς αποσυνδεδεμένο και απαιτεί αιμοφόρα αγγεία να αναπτυχθούν σε

αυτό όταν τοποθετηθεί στη θέση που το απαιτεί. Χρησιμοποιείται συχνά για τη θεραπεία ασθενών πλαστικής χειρουργικής και αφαιρούνται όλα τα στρώματα δέρματος από τη δότρια περιοχή. Μπορεί να αξιοποιηθεί σε αποκατάσταση στήθους ύστερα από μαστεκτομή και σε ασθενείς εγκαυμάτων για την ταχύτερη επούλωση πληγών. (Linares et al, 2015, Djohan et al, 2008).

Η επέκταση ιστού είναι μια διαδικασία που επιτρέπει στο σώμα να «μεγαλώσει» επιπλέον δέρμα τεντώνοντας τον περιβάλλοντα ιστό,. Συχνά αξιοποιείται πριν την μεταμόσχευση δέρματος, όταν δεν υπάρχει επαρκής ιστός. Ο χρόνος που απαιτείται για την επέκταση εξαρτάται από τη μεμονωμένη περίπτωση και το μέγεθος της περιοχής που πρόκειται να επισκευαστεί (Vamadeva & Curnier, 2016).

Η αναδόμηση του κρημνού περιλαμβάνει τη μεταφορά ενός ζωντανού κομματιού ιστού από το ένα μέρος του σώματος στο άλλο, μαζί με το αιμοφόρο αγγείο που το διατηρεί ζωντανό. Σε αντίθεση με ένα μόσχευμα δέρματος, τα πτερύγια (flaps) φέρουν τη δική τους παροχή αίματος, επομένως μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επιδιόρθωση πιο πολύπλοκων ελαττωμάτων. Η χειρουργική επέμβαση κρημνού μπορεί να αποκαταστήσει τη μορφή και τη λειτουργία σε περιοχές του σώματος που έχουν χάσει το δέρμα, την κίνηση των μυών ή/και την σκελετική υποστήριξη (Vamadeva & Curnier, 2016).

Περισσότερο από κάθε άλλη τεχνική, η μικροχειρουργική έχει φέρει επανάσταση στην πλαστική χειρουργική ως ειδικότητα και επιτρέπει την συνεργασία με άλλους τομείς της ιατρικής για ολοκληρωτική αντιμετώπιση των τραυμάτων (Habal, 2011).

Κεφάλαιο 2

2. Πλαστική Προσώπου

2.1 Λαγωχειλία και Υπερωιοσχιστία

Οι στοματοπροσωπικές σχιστίες είναι οι πιο συχνές συγγενείς δυσπλασίες της κρανιοπροσωπικής περιοχής (Farronato et al, 2014) με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου (Worley et al, 2008). Οι δυσπλασίες αυτές μπορούν να παρουσιαστούν με διαφορετικούς τρόπους, ανάλογα με τις ανατομικές δομές που εμπλέκονται. Οι δύο πιο κοινές είναι η λαγωχειλία και η υπερωιοσχιστία (Farronato et al, 2014).

Στη λαγωχειλία, κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης δεν παρουσιάζεται πλήρης συγχώνευση του χείλους. Στην υπερωιοσχιστία παρατηρείται η ίδια ελλειπής συγχώνευση αλλά στην οροφή του στόματος και αυτό το άνοιγμα στην υπερώα μπορεί να επεκταθεί στη ρινική κοιλότητα. Και στις δύο περιπτώσεις εμπλέκεται η ίδια γονιδιακή μετάλλαξη, παρόλο που μπορεί να εμφανιστούν ανεξάρτητα στην πορεία της εμβρυολογικής ανάπτυξης, και ο βαθμός της παραμόρφωσης μπορεί να ποικίλει από ήπιο έως σοβαρό (Alois et al, 2020). Αυτές οι ανωμαλίες εμφανίζονται σε περίπου 1,7 ανά 1000 νεογνά, με εθνικές και γεωγραφικές διακυμάνσεις και πλήττουν το άτομο και την κοινωνία που το περιβάλλει τόσο οικονομικά όσο και ψυχολογικά και κοινωνικά, ενώ ακόμα σε όλο το μήκος της ζωής του θα υπάρχει αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας και νοσηρότητας (Shkoukani et al, 2014, Mossey et al, 2009).

Τα άτομα με σχιστία χείλους ή/και ουρανίσκου μπορεί να αντιμετωπίσουν προβλήματα στη σίτιση, την προφορά, την ακοή και την κοινωνική ένταξη, τα οποία μπορούν να διορθωθούν σε διαφορετικό βαθμό με χειρουργική επέμβαση, οδοντιατρική θεραπεία, λογοθεραπεία και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Farronato et al, 2014). Μια υπερωιοσχιστία δημιουργεί δυσκολίες στη σίτιση και επηρεάζει τη λειτουργία του βλενοφαρυγγικού σφιγκτήρα κατά τη διάρκεια της ομιλίας και μπορεί να παρουσιαστεί η ανάγκη για εξειδικευμένους τροφοδότες (Ysunza et al, 2016, Worley et al, 2008).

Επί του παρόντος, δεν είναι ακόμη εφικτό να αποφευχθούν πλήρως οι σχιστίες (Ysunza et al, 2016). Με ένα συνδυασμό ακριβούς ανάλυσης και τεχνικής ακρίβειας, μπορεί να επιτευχθεί επιτυχής διόρθωση των δευτερογενών παραμορφώσεων του ουρανίσκου και του χείλους (Monson et al, 2014). Αν και η πρόσβαση στη φροντίδα έχει αυξηθεί τα

τελευταία χρόνια, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, η ποιότητα της φροντίδας εξακολουθεί να διαφέρει σημαντικά. Παραδείγματος χάρη, οι Ιθαγενείς της Αμερικής διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο, ενώ άλλες ομάδες πληθυσμού που επηρεάζονται είναι τα παιδιά με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Το γεγονός ότι έχει παρατηρηθεί σε συγκεκριμένες περιοχές της Αιθιοπίας αυξημένη παρουσία της χειλογναθικής σχιστίας μπορεί και αυτό να αντανακλά περιβαλλοντικές επιπτώσεις (Lewis et al, 2017).

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη μιας στοματοπροσωπικής σχισμής περιλαμβάνουν τη γενετική, καθώς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η χρήση ή η παθητική έκθεση στο κάπνισμα και σε άλλα προϊόντα καπνού. Επιπλέον και η χρήση φαρμάκων όπως η φαινυτοΐνη και το βαλπροϊκό νάτριο, η κατανάλωση αλκοόλ, η ανεπάρκεια φυλλικού οξέος, η παχυσαρκία της μητέρας και ο διαβήτης αυξάνουν την πιθανότητα παρουσίασης των σχισμών (Alois et al, 2020). Η πρόληψη είναι ο απώτερος στόχος, και προϋπόθεση αυτού του στόχου είναι η διαλεύκανση των αιτίων των διαταραχών (Mossey et al, 2009).

Διάφορες τεχνικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αποκατάσταση της λαγωχειλίας, ανάλογα με το αν η σχισμή είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, το πλάτος της σχισμής και αν είναι απαραίτητη η επιμήκυνση της υπερώας. Όλες οι χειρουργικές τεχνικές έχουν ως στόχο την αποκατάσταση της λειτουργικής ομιλίας, της κατάποσης και της αισθητικής (Shkoukani et al, 2014).

Όλοι οι ασθενείς με σχιστία χείλους έχουν μια συναφή ρινική παραμόρφωση που ποικίλλει σε βαθμό σοβαρότητας (Sykes et al, 2016). Η αποκατάσταση της σχιστίας συνδυάζεται με την αποκατάσταση του παραρρίνιου (Smarius et al, 2021). Οι επιδιορθώσεις αποσκοπούν στη δημιουργία ενός συμμετρικού και ισορροπημένου χείλους και μύτης με ελάχιστες ουλές και η πλειοψηφία δέχεται τους 6 έως 12 μήνες ως τη βέλτιστη ηλικία αποκατάστασης (Agrawal, 2009). Οι κύριοι στόχοι μιας επέμβασης επιδιόρθωσης είναι να επιτευχθεί ανατομική σύγκλειση του ελλείμματος, να απομονωθούν η ρινική με την στοματική κοιλότητα, να δημιουργηθεί μια συσκευή για την ανάπτυξη και την παραγωγή φυσιολογικής ομιλίας με την ανάπλαση των μυών της υπερώας και την επαρκή κίνησή τους, και να ελαχιστοποιηθούν οι διαταραχές της μεγέθυνσης της άνω γνάθου και οι οδοντικές παραμορφώσεις (Puate et al, 2021, Agrawal, 2009).

Μετά την επιδιόρθωση παρουσιάζονται επιπλοκές σχετικές και μη με το χειρουργείο που πραγματοποιήθηκε.. Οι συνήθεις χειρουργικές επιπλοκές περιλαμβάνουν αιμορραγία, την αποκόλληση του τραύματος ή την λοίμωξη του και αναπνευστικά προβλήματα, όπως λαρυγγόσπασμος και αναπνευστική απόφραξη (Alois et al, 2020). Ακόμα μπορεί να σχηματιστεί στοματορινικό συριγγιο, αυξημένη αρτηριακή πίεση, που είναι δυνατόν να προκαλέσει την αποκόλληση των θρόμβων αίματος που σχηματίζονται στο σημείο της επιδιόρθωσης, και υποπλασία της άνω γνάθου, η οποία μπορεί να πλήξει τον σχηματισμό των δοντιών (Puente et al, 2021). Η μέση ωτίτιδα έχει παρατηρηθεί ως επιπλοκή μετά το χειρουργείο και μετέπειτα στη ζωή του ασθενή, ενώ μπορεί να επηρεαστεί και η ομιλία (Agrawal, 2009). Επιπλέον, επιπλοκές όπως η μετεγχειρητική απόφραξη του αεραγωγού λόγω οιδήματος της γλώσσας, η παρατεταμένη διασωλήνωση και η εμφάνιση ενός σπασμού στο λάρυγγα είναι πιθανές χωρίς να σχετίζονται με το χειρουργείο που πραγματοποιήθηκε. Κάθε ασθενής θα πρέπει να αξιολογείται και για συγγενείς ανωμαλίες, αναπτυξιακή καθυστέρηση και νευρολογικές διαταραχές (Crockett et al, 2014).

Η λοίμωξη είναι μια επιπλοκή που συνήθως εκδηλώνεται ως συρίγγιο που σχηματίζεται σε μια τοπική περιοχή της αποκατάστασης του ουρανίσκου. Ωστόσο, μπορεί να παρουσιαστεί ως φανερή λοίμωξη, με ερυθρότητα, θερμότητα, πυώδες εξίδρωμα και πόνο. Μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστεί είναι η νέκρωση του ουρανίσκου, μια καταστροφική επιπλοκή που οφείλεται σε τυχαίο τραυματισμό της μεγαλύτερης αρτηρίας του ουρανίσκου και εμφανίζεται πιθανώς και με καθυστέρηση (Puente et al, 2021).

Έχει καθοριστεί αναγκαία η παρακολούθηση του ασθενούς ετησίως για την αξιολόγηση της συμμετρίας των χειλιών και της μύτης με την κρανιοπροσωπική ανάπτυξη του. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας η ανάπτυξη του παιδιού μπορεί να κάνει αναγκαία μια επαναληπτική ρινοπλαστική, καθώς η μύτη αναπτύσσεται με έλλειψη συμμετρίας σε πολλά περιστατικά (Alois et al, 2020).

2.2 Κρανιοσυνοστέωση

Η κρανιοσυνοστέωση παρουσιάζεται ως μια κρανιοπροσωπική αναπτυξιακή ανωμαλία, κατα την οποία οι ραφές του κρανίου γίνονται οστεοποιούμενες πρόωρα (Kajdic et al, 2018). Αυτό οδηγεί σε ανώμαλο σχήμα του κρανίου, επηρεάζει την ανάπτυξη του εγκεφάλου και οδηγεί

σε μία σειρά ανωμαλιών, τόσο μορφολογικά όσο και λειτουργικά. Οι κύριοι στόχοι είναι να επιτευχθεί φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου με την παροχή επαρκούς χώρου εντός του κρανίου, ενώ ταυτόχρονα επιδιώκεται ένα ευχάριστο αισθητικό αποτέλεσμα (Lattanzi et al, 2017). Με εργαλεία την σωστή διάγνωση, τις γνώσεις και τις χειρουργικές ικανότητες και τεχνικές του ιατρού και την μετεγχειρητική φροντίδα που γίνεται στην κλινική απο τους νοσηλευτές, η θεραπεία της κρανιοπροσωπικής πάθησης μπορεί να επιτευχθεί (Kajdic et al, 2018).

Για να διαγνωστεί η ανωμαλία του κρανίου με ακρίβεια είναι σημαντικό να μελετηθεί κλινικά αλλά και μέσω εξετάσεων απεικόνισης όπως με την αξονική τομογραφία. Λαμβάνεται οικογενειακό ιστορικό παρόμοιων ανώμαλων σχημάτων κεφαλής, εξετάζονται πιθανές επιπλοκές κύησης, όπως ολιγοδράμνιο, η πρωιμότητα, ο διαβήτης κύησης και η ανώμαλη θέση του εμβρύου (Lattanzi et al, 2017). Εξετάζεται ακόμα το σχήμα του κεφαλιού, πιθανές ασυμμετρίες και παραμορφώσεις, η μέτρηση της περιφέρειας της κεφαλής για τον υπολογισμό του κεφαλικού δείκτη καθώς και το σχήμα των αυτιών (Fernández et al, 2020). Οι ασθενείς μπορεί να έχουν αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, σε πιο σοβαρές εμφανίσεις της κρανιοπροσωπικής ανωμαλίας, και να εμφανίζουν λειτουργικά προβλήματα, όπως τάση για έμετους, δύσπνοια, δυσκαταποσία, ευερεθιστότητα, αναπτυξιακές καθυστερήσεις, αλλά ακόμα και να τεθεί σε κίνδυνο η ζωή του (Azoulay-Avinoam et al, 2020).

Θεωρείται ως η βέλτιστη επιλογή θεραπείας η χειρουργική επέμβαση σε πρώιμο στάδιο της ζωής του παιδιού, κατα προτίμηση στο πρώτο έτος του. Με αυτόν τον τρόπο είναι πιο εύκολο να αποφευχθεί η ενδοκρανιακή πίεση, η οποία με την σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε επιληπτικές κρίσεις και ενδοκρανιακή υπέρταση. Άλλα πλεονεκτήματα της επέμβασης σε νεαρή ηλικία είναι η καλύτερη αισθητική πορεία του κρανίου και η δυνατότητα να μειωθούν τα μετέπειτα χειρουργεία, πράγματα που δεν είναι εφικτά με καθυστερημένη παρέμβαση. (Fernández et al, 2020).

Η επόμενη απόφαση στο πλάνο θεραπείας του ασθενή είναι η επιλογή μεταξύ ανοικτής ή ενδοσκοπικής επέμβασης. Με την επιλογή της ενδοσκοπικής επέμβασης περιλαμβάνονται πλεονεκτήματα όπως ταχύτερο χειρουργείο και μετεγχειρητική ανάρρωση, μικρότερη απώλεια αίματος, αλλά δυστυχώς δεν επιτρέπει την πλήρη αναδόμηση. Επιλέγεται η ανοικτή επέμβαση όταν ο ασθενής είναι πάνω από έξι μηνών και τα οστά δεν είναι πλέον το ίδιο εύκαμπτα για να γίνει χρήση ενδοσκοπίου (Kajdic et al, 2018). Με την επιλογή αυτής της μεθόδου απαιτείται παραπάνω χρόνος νοσηλείας και αναισθησίας και συνδέεται με αυξημένη

νοσηρότητα (Taylor et al, 2017). Σε πιο σοβαρά περιστατικά η χειρουργική ομάδα θα ασχοληθεί ιδιαίτερος με την διατήρηση μιας φυσιολογικής ενδοκρανιακής πίεσης, την ομαλή λειτουργία του αεραγωγού και των ματιών και την συνεχόμενη διατροφική υποστήριξη (Lattanzi et al, 2017). Κατά την αναπτυξη του ασθενούς μπορεί να παρουσιαστεί η ανάγκη για περαιτέρω χειρουργικές επεμβάσεις οστικής διαμόρφωσης και μαλακών μορίων, καθώς και ορθογναθική χειρουργική (Taylor et al, 2017).

Οι επιπλοκές της χειρουργικής θεραπείας περιλαμβάνουν την μετεγχειρητική υπερθερμία ως την βασική επιπλοκή, μηνιγγίτιδα, διαρροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού, απώλεια αίματος, υποδόριο αιμάτωμα και ρήξη της σκληράς μήνιγγας (Kajdic et al, 2018). Αν και τα ποσοστά θνησιμότητας βρίσκονται στο 0,1%, αυτό το ποσοστό φτάνει ακόμα και στο 50% αν παρουσιαστεί σοβαρή απώλεια αίματος (Lattanzi et al, 2017). Έπειτα από το πρώτο χειρουργείο ακολουθεί παρακολούθηση της ανάπτυξης του κρανίου τακτικά, και έλεγχος για άλλες επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν καθυστερημένα (Kajdic et al, 2018). Εάν ο ασθενής έχει σύνθετη μορφή κρανιοσυνοστέωσης τότε θα ακολουθήσουν περαιτέρω χειρουργεία, με αποτέλεσμα την αυξημένη επιβάρυνση του οργανισμού που θα έχει ως συνέπεια χειρότερη πρόγνωση (Lattanzi et al, 2017).

Η διεπιστημονική φροντίδα με τη συμμετοχή της πλαστικής χειρουργικής και της νευροχειρουργικής θεωρείται ως την καλύτερη αντιμετώπιση ώστε να αποφεύγονται οι επιπλοκές και να οδηγηθεί ο ασθενής στο καλύτερο αποτέλεσμα (Lee et al, 2012).

2.3 Αναμόρφωση πηγουνιού, σαγονιού και μάγουλων

2.3.1 Αναμόρφωση πηγουνιού

Η αναμόρφωση πηγουνιού εξαρτάται από τον στόχο κάθε χειρουργού και την ανάγκη διαμόρφωσης που παρουσιάζεται. Αξιοποιείται, μεταξύ άλλων, σαν χειρουργείο για την διόρθωση μακρού πηγουνιού, προβαλλόμενου ή μη, την διόρθωση ουλών και την αναδιαμόρφωση με σκοπό να προσφερθεί μια πιο γυναικεία όψη σε ασθενείς κατά τη διαδικασία αλλαγής φύλου (Lighthall et al, 2017, Warren et al, 2007). Σημαντικός τρόπος μεταβολής του πηγουνιού είναι και μέσω της χρήσης εμφυτεύματος (Edward, 2013).

Υπάρχουν δύο χειρουργικές προσεγγίσεις για την αναδόμηση του ύψους του πηγουνιού (το οποίο είναι το κύριο χειρουργείο που πραγματοποιείται στο σημείο αυτό του

προσώπου), είτε ενδοστοματικά ή εξωστοματικά. Με την εξωστοματική προσέγγιση χρησιμοποιείται ένα πριόνι με το οποίο αφαιρείται το κάτω όριο της σύμφυσης και επιτυγχάνεται η μείωση του κάθετου ύψους του σαγονιού. Γίνεται επανασύνδεση του μυϊκού συστήματος και τοποθετείται εμφύτευμα για να στερεωθεί η σύμφυση πλέον. Στο ενδοσκοπικό χειρουργείο γίνεται μία οριζόντια τομή στο οστό, το οποίο έπειτα στερεώνεται με την χρήση βιδών στη κάτω γνάθο. Και οι δύο αυτές τεχνικές βοηθούν στην προβολή του σαγονιού, ενώ παράλληλα μειώνουν το ύψος του (Warren et al, 2007).

Για την διόρθωση ουλών που έχουν σχηματιστεί από προηγούμενα χειρουργεία, προσεγγίζεται μια τεχνική αποκατάστασης που περιλαμβάνει την τοποθέτηση ουλών σε φυσικές ρυτίδες του προσώπου ώστε να είναι όσο το λιγότερο δυνατόν εμφανή μετά την επούλωση τους, την εκτομή τους ή την δημιουργία κρημών για την βελτίωση του αισθητικού αποτελέσματος. Πρέπει να δοθεί εξίσου σημασία σε ένα αποτέλεσμα που επιτυγχάνει την επιθυμητή λειτουργία και μέγεθος του πηγουνιού, όσο και στην αποφυγή της δημιουργίας δυσάρεστης όψης στην εμφάνιση του ασθενούς (Deschamps-Braly, 2019).

Κοινές επιπλοκές όλων των χειρουργείων είναι η εμφάνιση λοίμωξης, αιμορραγίας ή οιδήματος. Επιπλοκές του συγκεκριμένου είδους χειρουργείου είναι η εμφάνιση νευρολογικών ελλειμμάτων και η διάβρωση του οστού. Ακόμα είναι πιθανό να εμφανιστεί υποτροπή, παραμόρφωση μαλακών μορίων αλλά και μετατόπιση των εμφυτευμάτων, αν αυτά έχουν χρησιμοποιηθεί (Geelan-Hansen et al, 2019).

2.3.2 Αναμόρφωση σαγονιού

Η αναμόρφωση της κάτω γνάθου τίθεται αναγκαία λόγω επίκτητων βλαβών και συγγενών αναπτυξιακών αναμορφώσεων που προκλήθηκαν από εκτομή όγκων, τραυμάτων και οστεονεκρώσεων, οι οποίες με τη σειρά τους οφείλονται σε λοιμώξεις οστεομυελίτιδας (Society of Oral and Maxillofacial Surgery et al, 2019). Καθώς είναι το μόνο κινητό οστό της γναθοπροσωπικής περιοχής, παίζει μείζων ρόλο στην ομαλή λειτουργία της μάσησης, της κατάποσης, της ομιλίας, των αεραγωγών και στηρίζει την γλώσσα (Andrades et al, 2011, Genden, 2010).

Για να επιτευχθεί ένα ιδανικό αποτέλεσμα διόρθωσης ενός ελλείμματος της κάτω γνάθου, πρέπει να επιδιωχθούν μερικοί βασικοί στόχοι. Αρχικά η αποκατάσταση του σχήματος του, η διατήρηση της συνέχειας της γνάθου, η αποκατάσταση λειτουργιών, όπως η

μάσηση, η κατάποση και η ομιλία. Παράλληλα καθιστά δυνατή τη δημιουργία χωροθέτησης μεταξύ της γνάθου και των μαλακών μορίων της περιοχής (Andrades et al, 2011).

Μεταξύ των χειρουργικών προσπαθειών αποκατάστασης συμπεριλαμβάνονται η χρήση τεχνητών εμφυτευμάτων και η σταδιακά πιο δημοφιλής, ελεύθερη μεταφορά ιστών (Andrades et al, 2011, Genden, 2010). Η τεχνική που προτιμάται όμως για το συγκεκριμένο χειρουργείο είναι η αυτόλογη μεταμόσχευση οστού, με κύριους δότες την περόνη και την ωμοπλάτη (Andrades et al, 2011). Σε συνδυασμό με τις κοινές επιπλοκές όλων των χειρουργείων, συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες που εμφανίζονται στα χειρουργεία σαγονιού είναι η λάθος επαφή των οστών που δέχτηκαν επιδιόρθωση και ο τραυματισμός του οπτικού νεύρου (Ferri et al, 2019).

Περιστατικά που επιζητούν την ανακατασκευή της κάτω γνάθου είναι ασθενείς με επικείμενη αλλαγή φύλου. Για τις ασθενείς η θηλυκοποίηση περιλαμβάνει την μείωση του πλάτους και του μεγέθους της γωνίας της γνάθου. Αντιθέτως, η αρρενοποίηση οδηγεί στην αύξηση της γωνίας με χρήση εμφυτευμάτων, λίπους και οστού. Το χειρουργείο αυτό μπορεί να μειώσει δραστικά την δυσφορία τους (Morrison et al, 2019). Ακόμα, δραστική αύξηση σε ενδιαφέρον έχει αποκτήσει τα τελευταία χρόνια η υποβοηθούμενη, με υπολογιστή, χειρουργική. Προσφέρει πιο σαφή τρισδιάστατη απεικόνιση και καθιστά πιο εύκολη και ανώδυνη την μετεγχειρητική φροντίδα (Society of Oral and Maxillofacial Surgery et al, 2019).

2.3.3 Αναμόρφωση μάγουλων

Η χειρουργική αποκατάσταση του μάγουλου, με τη κεντρική θέση του στο πρόσωπο, προκαλεί μία πρόκληση. Κύριοι λόγοι τραυματισμού του σημείου αυτού αποτελούν τα εγκαύματα, τα τραύματα και ο καρκίνος του δέρματος, για τα οποία η διόρθωση του θα απαιτήσει την αναδιαμόρφωση του τρισδιάστατου σχήματος του μάγουλου και την διατήρηση της συμμετρίας και του χρώματος του (Başagaoglu et al, 2018). Εξαιτίας την εμφανής θέσης των ελλειμμάτων στο πρόσωπο και την έλλειψη μεγάλης ποσότητας τοπικών ιστών, το έργο την ιατρικής ομάδας καθιστάται ακόμα πιο δύσκολο, ιδιαίτερα με τη σύνδεση του μάγουλου με βασικά όργανα του προσώπου, όπως τα μάτια, η μύτη, το στόμα και τα αυτιά (Heller et al, 2008).

Στην πορεία αποκατάστασης μελετάται η θέση του τραυματισμού, το βάθος του και η δομική συμμετοχή δέρματος, νεύρων και οστών (Başagaoglu et al, 2018, Meyerson et al,

2011). Ο στόχος της αποκατάστασης είναι πρωτίστως η διατήρηση της λειτουργικότητας του στόματος, περιλαμβάνοντας την ομιλία, την κατάποση και την μάσηση. Εξίσου σημαντική είναι η επαναδημιουργία σκελετικής στήριξης και έπειτα δίνεται σημασία σε ένα ικανοποιητικό αισθητικό αποτέλεσμα (坚 孙 Jian, 2018). Ιδιαίτερη σημασία οφείλει να δοθεί στις ογκολογικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες θα υπάρξει η παρόρμηση να διατηρηθούν οι δομές του προσώπου σε επαρκές αισθητικό επίπεδο, γεγονός το οποίο δεν υφίσταται δυνατό κατά την επαρκή αφαίρεση του καρκίνου (Heller et al, 2008).

Χειρουργικοί τρόποι διόρθωσης ελλειμμάτων του μάγουλου περιλαμβάνουν τα δερματικά μοσχεύματα, την χρήση κρημών και την πρωτογενή σύγκλειση (Meyerson et al, 2011). Με στόχο την ομοιομορφία του σχήματος και του χρώματος, γίνεται χρήση τοπικού ιστού, όπου αυτό καθίσταται δυνατόν. Η σειρά προτεραιότητας που πρέπει να ακολουθηθεί από κάθε χειρουργό είναι η άμεση σύγκληση, η μεταμόσχευση δέρματος, η δημιουργία τοπικού κρημού και η τοποθέτηση περιφερειακού ή ελεύθερου κρημού. Η καλύτερη προσέγγιση μπορεί να ληφθεί με αυτόν τον τρόπο και να καθοριστεί το τι είναι δυνατόν να συμβεί για κάθε ασθενή, καθώς δεν είναι δυνατή η σύγκλειση σε κάθε είδος τραύματος (Heller et al, 2008).

Το τελικό σχήμα, το μέγεθος και η τοποθέτηση της ουλής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την απόφαση μεθόδου χειρισμού, ώστε να αποφευχθούν τυχόν περαιτέρω χειρουργεία για την διόρθωση της. (Meyerson et al, 2011). Περαιτέρω επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν είναι η αναντιστοιχία χρώματος και υφής, η διαταραχή λειτουργικότητας των γύρω οργάνων και η απόρριψη του μοσχεύματος δέρματος. (Başagaoglu et al, 2018). Ακόμα, παρόλη την μειωμένη σημασία του σε σχέση με την αποκατάσταση του ελαττώματος, είναι απαραίτητο και για την ψυχολογία του ασθενούς να είναι όσο το δυνατόν πιο αισθητικά ευχάριστο το αποτέλεσμα. (Heller et al, 2008).

2.4 Πλαστική Αυτιού

Η θέση του ώτος αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πρόκληση τραυμάτων που οδηγούν στην παραμόρφωση, αλλά ακόμα και στην απώλεια ιστών και αποτελούν ιδιαίτερη πρόκληση για την αποκατάσταση τους (Pickrell et al, 2017). Αυτό προκαλεί πολύ συχνά ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, ιδιαίτερα αν συμβούν σε μικρή ηλικία, καθιστώντας την ανάγκη για ωτοπλαστική ακόμα πιο έντονη (Meaike et al, 2017). Παραμορφώσεις των αυτιών

παρουσιάζονται επίσης και ως συγγενείς δυσπλασίες εκ γενετής (Ali et al, 2017). Ιδιαίτερη σημασία οφείλει να δοθεί στην επίτευξη συμμετρίας, σωστής εμφάνισης και θέσης, καθώς και στον σωστό διαχειρισμό των ιστών και των αγγείων της περιοχής (Ebrahimi et al, 2015).

Εξωτερικές αιτιολογίες, όπως τραυματισμοί εξαιτίας αθλημάτων, τροχαίων, επιθέσεις ζώων και πτώσεις αποτελούν τις κύριες αιτίες κακώσεων των αυτιών, σε συνδυασμό με την αφαίρεση όγκων (Ebrahimi et al, 2015). Ελαττώματα εκ γενετής, όπως η μικροτία, έχουν λιγότερο σαφή αιτιολογία, με την επικρατέστερη να προτείνει την ισχαιμία των ιστών στη μήτρα εξαιτίας αιμορραγίας στο αυτί και την χρήση ορισμένων φαρμάκων όπως η θαλιδομίδη (Olshinka et al, 2017).

Όπως σε κάθε χειρουργείο αποκατάστασης, το περιστατικό εξετάζεται εξατομικευμένα και ακολουθείται ξεχωριστή πορεία θεραπείας αναλόγως με την δυνατότητα που παρέχει το ελάττωμα, την ποιότητα του δέρματος της γύρω περιοχής και την επιθυμία του ασθενούς. Κοινοί στόχοι παραμένουν η επίτευξη συμμετρίας και λειτουργικότητας τόσο της ακοής, όσο και του σχήματος για να είναι εφικτό να στηριχθούν γυαλιά και συσκευές ακοής. Η κυρτότητα του εξωτερικού αυτιού, καθώς και η ποικίλη ελαστικότητα του, μπορούν να οδηγήσουν σε πληθώρα διαφορετικών ελλειμμάτων και είναι απαραίτητη η τρισεδιάστατη εκτίμηση πριν αποφασιστεί ο τρόπος ανακατασκευής (Pickrell et al, 2017).

Η ολική αποκατάσταση του αυτιού προσεγγίζεται με ποικιλία τεχνικών μεταξύ των οποίων το προσθετικό εμφύτευμα, το αυτόλογο μόσχευμα (που προέρχεται από τον ίδιο τον ασθενή), και αλλοπλαστική επιλογή εμφυτεύματος (οι οποίες έρχονται από δότες) (Ali et al, 2017).

Αρχικά, τα προσθετικά αυτιά σαν επιλογή προσδίδουν ικανοποιητικά αισθητικά αποτελέσματα, αλλά δεν προσδίδουν κανένα λειτουργικό όφελος στην ακουστική αποκατάσταση (Ali et al, 2017). Φαίνονται ρεαλιστικά και προτιμούνται σε ασθενείς που δεν έχουν λειτουργήσει άλλες τεχνικές αποκατάστασης, σε ενήλικες με επίκτητες παραμορφώσεις του αυτιού και σε ηλικιωμένους που είχαν υποστεί εκτομή καρκίνου του ωτός ή τραύμα (Ebrahimi et al, 2015). Μεταξύ των μειονεκτημάτων τους περιλαμβάνεται η υψηλή τιμή τους και η ανάγκη για αντικατάσταση τους κάθε λίγα χρόνια, εξαιτίας της φθοράς και του ξεθωριάσματος του χρώματος, καθώς και η ανάγκη τακτικής υγιεινής που είναι συχνά ανέφικτο σε παιδιά και ενήλικες περιορισμένης κινητικότητας (Ali et al, 2017).

Η αλλοπλαστική τεχνική έχει γίνει πιο δημοφιλής, καθώς είναι εφικτό να χρησιμοποιηθεί από μικρότερη ηλικία. Συγκεκριμένα, στα παιδιά με μικρωτία είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν οι πιθανές διαταραχές της ακοής και της ομιλίας νωρίτερα και να επιτευχθεί η απαραίτητη συμμετρία των αυτιών. Για την απώλεια ακοής θα καταβληθεί μία συντονισμένη προσπάθεια αποκατάστασης για να αποφευχθούν περαιτέρω δυσλειτουργίες στην ανάπτυξη του παιδιού και να επιτευχθεί η ομαλή κοινωνική ένταξη του. Συχνή είναι η χρήση ακουστικών βαρηκοΐας που εδράζονται στα οστά (Ali et al, 2017).

Στις περιπτώσεις εγκαυμάτων της περιοχής, οι κύριοι στόχοι είναι η μεταμόσχευση ενός μέτριας ελαστικότητας μοσχεύματος και η χρήση καλυπτικού ιστού με ταιριαστό χρώμα και επαρκή αγγειακή παροχή. Μελέτες έχουν γίνει γύρω από τη χρήση αυτόλογου μοσχεύματος χόνδρου ή πορώδους εμφυτεύματος πολυαιθυλενίου για τέτοιες περιπτώσεις αλλά η αυτόλογη αποκατάσταση απαιτεί πολύ χρόνο καθώς και νοσηρότητα και πόνο στην περιοχή του δότη (Ali et al, 2017). Δυστυχώς το δέρμα γύρω από την περιοχή πολλές φορές είναι κατεστραμμένο λόγω του εγκαύματος, με αποτέλεσμα την κακή ποιότητα αιμάτωσης, την έλλειψη σημαντικής ελαστικότητας και την υπερπλασία της ουλής. Όλα αυτά οδηγούν σε περαιτέρω χειρουργικές προκλήσεις (Guo, P. et al, 2021).

Υπάρχουν μερικοί βασικοί στόχοι που επιδιώκονται κατά την χειρουργική αποκατάσταση του ωτός. Αρχικά υπάρχει η αναγκαιότητα της διόρθωσης του ανώτερου μέρους του αυτιού, καθώς τα υπόλοιπα μέρη μπορούν να εξεταστούν στην συνέχεια. Στη συνέχεια στοχοποιείται η έλικα με σκοπό να αποκτήσει ομαλότητα σε όλο το μήκος της και έπειτα γίνεται η τοποθέτηση του αυτιού στη σωστή απόσταση από το κεφάλι. Εξετάζεται η ταύτιση των δύο αυτιών ως προς τη θέση τους και έπειτα γίνεται εμπρόσθιος, πλάγιος και οπίσθιος έλεγχος του ασθενούς πριν κλείσουν οι τομές. Αποφεύγονται τα αφύσικα περιγράμματα και η υπερδιόρθωση της φυσικής αύλακας, καθώς είναι εφικτό να επιτευχθεί ένα ομαλό αποτέλεσμα χωρίς να επηρεαστεί το φυσιολογικό περίγραμμα του αυτιού (Meaïke et al, 2017).

Πιθανές επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν είναι η λοίμωξη της περιοχής, πολλές φορές λόγω προηγούμενου χειρουργείου στη περιοχή με συνέπεια την φτωχή αγγείωση, η νέκρωση του λοβού και η έκθεση του χόνδρου (Ali et al, 2017, Olshinka et al, 2017). Μία από τις πιο συχνές συνέπειες είναι η υπολειμματική παραμόρφωση που εμφανίζεται έως και ένα εξάμηνο μετά την εγχείρηση. Στην περίπτωση εμφυτευμάτων συχνή είναι η παρουσία αιματωμάτων και αιμορραγίας και η χονδρίτιδα, η οποία είναι επείγουσα και μπορεί να

οδηγήσει στη νέκρωση του σημείου (Ali et al, 2017). Πιθανές χρόνιες επιπλοκές περιλαμβάνουν υπερτροφικές ουλές, ασυμμετρία, επιπλοκές ραμμάτων, έλλειψη αίσθησης και στένωση του εξωτερικού ακουστικού πόρου. Τέλος, σημαντική είναι η άποψη του ασθενούς και η ικανοποίησή του, τα οποία είναι αδύνατον να επιτευχθούν με ελλιπή διόρθωση και με μακροχρόνιες επιπλοκές (Meaike et al, 2017).

2.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Σε όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις, η μετεγχειρητική φροντίδα είναι υψίστης σημασίας για την επιτυχία του χειρουργείου. Η νοσηλευτική ομάδα έχει ενεργό ρόλο στη διαδικασία αυτή και η παρακολούθηση και παροχή φροντίδας τους είναι αναπόσπαστο κομμάτι της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Οι αρχικοί έλεγχοι μετά την επιστροφή από το χειρουργείο περιλαμβάνουν την μέτρηση ζωτικών σημείων και τον έλεγχο για εμφάνιση πόνου ή αιμορραγίας (Puentes et al, 2021).

Έπειτα από χειρουργεία λαγοχειλίας παρακολουθείται η λειτουργία των αεραγωγών και η δυνατότητα πρόσληψης τροφής από το στόμα, ώστε να κριθεί η ανάγκη περαιτέρω επανόρθωσης στην πορεία. Με την εμφάνιση επιπλοκής στην δυνατότητα στοματικής σίτισης, εμφανίζεται και η πιθανότητα αφυδάτωσης και δημιουργεί αναταραχή στον ψυχισμό του ασθενούς, και ως συνέπεια στην επαρκή ξεκούραση τους (Puentes et al, 2021, Agrawal 2009). Σημαντική είναι και η εκπαίδευση της οικογένειας του παιδιού, μεταξύ άλλων, για την περιποίηση του τραύματος έπειτα από την έξοδο τους από το νοσοκομείο, για την σωστή περιποίηση τραύματος και την αποφυγή έκθεσης του στον ήλιο χωρίς επαρκή προστασία (Alois et al, 2020).

Σε χειρουργεία κρανιοσυνοστέωσης ο ασθενής εισάγεται στη κλινική ύστερα από την επέμβαση και παρακολουθείται για πιθανή ανάγκη μετάγγισης αίματος, κρίνοντας από τα επίπεδα αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης. Γίνεται τακτικός έλεγχος παροχετεύσεων, αν έχουν τοποθετηθεί και παρακολουθείται η αποβολή υγρών σε αυτές καθημερινά. Χορηγείται αντιβιοτική αγωγή κατά τη διάρκεια νοσηλείας, για όσο κριθεί απαραίτητο από τους θεράποντες ιατρούς. Στους ασθενείς τοποθετούνται κράνη μορφοποίησης και γίνεται εκπαίδευση των γονέων για την σωστή χρήση και την ανάγκη της αντικατάστασης του με την ανάπτυξη του παιδιού στον επόμενο χρόνο (Han et al, 2016). Σημαντική είναι και η

ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας για την κατανόηση της νόσου και την αποδοχή της χειρουργικής πορείας του παιδιού (Taylor et al, 2017).

Σε περιστατικά με αναδιαμορφώσεις πηγουνιού, σαγονιού και μάγουλων, επιδιώκεται η ομαλή ανάρρωση του ασθενούς και η φροντίδα να αποφευχθούν πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως η λοίμωξη της χειρουργικής τομής και μεταβολές στα ζωτικά σημεία και στις εργαστηριακές τιμές. Παρόλο που δεν απαιτούν εξειδικευμένη αντιμετώπιση, είναι σημαντικό να δοθεί βάση στην ψυχολογική υποστήριξη και στην εκπαίδευση του ασθενούς, καθώς επιπλοκές σε χειρουργεία προσώπου επηρεάζουν δραστικά την ψυχολογία του ασθενούς και την ζωή του έπειτα από την επέμβαση, λειτουργικά και αισθητικά (Pudner, 2006).

Η ωτοπλαστική σε αντίθεση με δυσμορφίες όπως η λαγωχειλία και η κρανιοσυνοστέωση, περιλαμβάνει μεγαλύτερο εύρος ηλικίας των ασθενών και δεν επικεντρώνεται κυρίως σε παιδιατρικά περιστατικά. Το γεγονός αυτό επηρεάζει την φροντίδα και τη ψυχολογική υποστήριξη που θα χρειαστούν πριν και μετά από το χειρουργείο. Σε περιπτώσεις εμφυτευμάτων και μοσχευμάτων, μαζί με την τυπική μετεγχειρητική φροντίδα κάθε ασθενούς παρατηρείται και η αποδοχή των ξένων σωμάτων από τον οργανισμό. Ακόμα, γίνεται ενθάρρυνση του ασθενούς για ακινησία για προστασία του χειρουργημένου σημείου (Ali, K. et al, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Πλαστική Στήθους

3.1 Ανάπλαση-αποκατάσταση στήθους

Η αποκατάσταση του μαστού είναι μία χειρουργική επέμβαση για την αναδημιουργία του στήθους μετά από μαστεκτομή ή ογκεκτομή . Μερικές φορές απαιτούνται αρκετές χειρουργικές επεμβάσεις για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Μερικοί χρησιμοποιούν εμφυτεύματα στήθους σιλικόνης ή φυσιολογικού ορού ή επιλέγεται ένα μέρος ιστού από το σώμα του ίδιου του ασθενούς, συνήθως από το κάτω μέρος της κοιλιάς. Η αποκατάσταση μπορεί να γίνει αμέσως μετά την αφαίρεση του καρκίνου (άμεση αναδόμηση) ή μπορεί να συμβεί μήνες έως και χρόνια αργότερα (καθυστερημένη αναδόμηση) (Djohan et al, 2008).

Η μαστεκτομή αποτελεί πυλώνα της αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, όμως η μετέπειτα αποκατάσταση είχε θεωρηθεί αχρείαστη και επικίνδυνη μέχρι τον προηγούμενο αιώνα. Πλέον αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της αντιμετώπισης του καρκίνου και αναπτύσσονται διαρκώς νέοι και καλύτεροι τρόποι αναδόμησης του μαστού (Homsy et al, 2018). Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί αύξηση στην προληπτική διπλή μαστεκτομή, από ασθενείς με καρκίνο στον ένα μαστό, οι οποίοι επιλέγουν να πραγματοποιήσουν την αναδόμηση στο ίδιο χειρουργείο (Panchal & Matros, 2017).

Στην ανακατασκευή με αυτόλογα μοσχεύματα, ο χειρουργός παίρνει ιστό από το σώμα και τον χρησιμοποιεί για να σχηματίσει ένα στήθος. Συνήθως, παίρνουν τον ιστό από το κάτω μέρος της κοιλιάς, αλλά μπορεί επίσης να προέρχεται από τον μηρό ή την πλάτη. Σε ορισμένες τεχνικές χρησιμοποιείται ο δερματικός και ο λιπώδης ιστός, ο οποίος συνδέεται στα αιμοφόρα αγγεία του στήθους με μικροχειρουργική τεχνική (Klasson et al., 2014, Shons & Mosiello, 2001). Ο χώρος της κοιλιάς προτιμάται λόγω της ταύτισης του χρώματος και της ύπαρξης περισσότερου λίπους, το οποίο μπορεί να προσφέρει την δυνατότητα της αποφυγής χρήσης εμφυτεύματος, ενώ ταυτόχρονα η ασθενής λαμβάνει τα οφέλη μιας κοιλιοπλαστικής (Homsy et al, 2018).

Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί η γενικότερη κατάσταση υγείας της ασθενούς πριν την αποκατάσταση και τις πιθανότητες μελλοντικών ακτινοθεραπειών, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της δραματικά. (Djohan et al, 2008). Είναι πιθανή και η μείωση της κινητικότητας λόγω της αφαίρεσης μυών, καθώς και η εμφάνιση κήλης, η οποία θα

καθυστερήσει την θεραπεία του ασθενούς και την έξοδο του από το νοσοκομείο. Δεν συστήνεται η χρήση αυτόλογων μοσχευμάτων σε υπέρβαρους ασθενείς και σε καπνιστές και είναι σημαντική η γνώση της ασθενούς για την διάρκεια της μετεγχειρητικής επούλωσης και της πιθανής αποτυχίας των μοσχευμάτων (Shons & Mosiello, 2001).

3.2 Αυξητική Στήθους

Η αυξητική στήθους είναι μια κοινή χειρουργική επέμβαση που αυξάνει το μέγεθος και τροποποιεί το σχήμα των μαστών. Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι αύξησης: τα εμφυτεύματα στήθους και η αυξητική με χρήση ιστών του ατόμου. Το χειρουργείο αυτό επιλέγεται συχνά κατόπιν μαστεκτομής, αλλά και για αισθητικούς λόγους. Το μέγεθος καθορίζεται κατόπιν συζήτησης με τον ασθενή και σύμφωνα με την σωματικής τους δομή και τα αποτελέσματα θα εξαρτηθούν από τη συμμετρία του στέρνου, την γενικότερη κατάσταση του ήδη υπάρχοντος στήθους και την αύξηση του όγκου που είναι επιθυμητή (Djohan et al, 2008).

Οι επιλογές εμφυτευμάτων περιλαμβάνουν τα εμφυτεύματα φυσιολογικού ορού και της σιλικόνης, τα οποία χρησιμοποιούνται με τη μεγαλύτερη συχνότητα. Για να επιτευχθεί η χρήση μοσχευμάτων του ίδιου του ασθενή, αξιοποιούνται οι ιστοί της κοιλίας. Μερικές φορές οι χειρουργοί χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό εμφυτευμάτων και ιστού από το σώμα. Η τοποθέτηση μπορεί να γίνει πάνω ή κάτω από τον θωρακικό μυ, η να γίνει διαστολή του ιστού κάτω από το δέρμα για να δημιουργηθεί η θέση του εμφυτεύματος. Μία ακόμα κατηγοριοποίηση εξαρτάται από το σχήμα τους και διαχωρίζονται σε στρογγυλά, τα οποία δίνουν μία πιο γεμάτη εμφάνιση, και σε ομαλά, που προσφέρουν ένα πιο φυσικό αποτέλεσμα (Perry & Frame, 2020, Djohan et al, 2008).

Η απόφαση του ασθενούς για να πραγματοποιήσει το χειρουργείο αυτό πρέπει να ληφθεί αφού έχει λάβει τις απαραίτητες γνώσεις για την διαδικασία και τις πιθανές επιπλοκές. Η αυξητική στήθους μπορεί να επηρεάσει την ζωή του ασθενούς μετεγχειρητικά σε πολλούς τομείς, εφόσον τα εμφυτεύματα δημιουργούν προβλήματα σε ιατρικές διαδικασίες, όπως η μαστογραφία, καθώς και σε πιθανή μελλοντική κύηση. Ακόμα θα πρέπει να λάβει υπόψιν τις πιθανές επιπλοκές του χειρουργείου, όπως την ρήξη του εμφυτεύματος, την μόλυνση, την αντικατάσταση και την αφαίρεση που μπορεί να χρειαστεί να πραγματοποιηθεί (Schrager, 2021).

3.3 Αφαίρεση εμφυτευμάτων στήθους

Η επιθυμία αφαίρεσης εμφυτευμάτων στήθους μπορεί να γίνει για αισθητικούς λόγους ή λόγω παθογένειας. Με την αποκατάσταση και την αυξητική στήθους να είναι από τις πιο κοινές επεμβάσεις της πλαστικής χειρουργικής, θεωρείται αναμενόμενη η παρουσία επιπλοκών και η ανάγκη για αφαίρεση των εμφυτευμάτων σε έναν αριθμό ασθενών. Το στήθος παρουσιάζει αυξημένες πιθανότητες μόλυνσης μέσω της θηλής γεγονός που αυξάνει την παρουσία επιπλοκών σε εγχειρήσεις αυξητικής. Το ποσοστό εμφάνισης μόλυνσης παρατηρείται σε μικρό ποσοστό σε τυπικές τοποθετήσεις, όμως αυξάνεται δραματικά, έως και 35%, σε περιπτώσεις μαστεκτομής (Washer & Gutowski, 2012).

Οι προεγχειρητικοί κίνδυνοι είναι κοινοί με άλλα χειρουργεία, όπως η παρουσία διαβήτη, το αυξημένο σωματικό βάρος του ασθενούς, αν έχει γίνει χημειοθεραπεία, και οι επιβλαβείς συνήθειες όπως το κάπνισμα. Οι περιεγχειρητικές επιπλοκές όπως ο τραυματισμός των λεμφαδένων και η αυξημένη απώλεια αίματος και οι μετεγχειρητικοί κίνδυνοι όπως η εμφάνιση αιματωμάτων και οίδημάτων αυξάνουν τα ποσοστά απόρριψης του εμφυτεύματος (Washer & Gutowski, 2012).

3.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Η νοσηλευτική διαδικασία αποτελεί μία από τις βασικές αρχές κάθε χώρου υγείας. Η κατανόηση της χειρουργικής διαδικασίας, η δημιουργία σχεδίων φροντίδας και η εργασία για την εκπαίδευση των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας για τους νοσηλευτές να παρέχουν επιτυχή φροντίδα. Η συνάντηση με ασθενείς στο επίπεδό τους και το κλείσιμο των εκπαιδευτικών κενών είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας, παράλληλα με την αντιμετώπιση των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Η παροχή συμπόνιας προς αυτούς και η παροχή ψυχολογικής φροντίδας σε συνδυασμό με την σωματική, είναι αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας των νοσηλευτών. Αποτελούν την πρώτη γραμμή για τους ασθενείς τους και είναι σημαντικό να αξιολογούνται τα συμπτώματά τους μαζί με οποιαδήποτε συναισθηματική υποστήριξη χρειάζονται. Η σύνδεση των ασθενών με υποστηρικτικούς πόρους και η παροχή εκπαιδευτικού υλικού είναι απαραίτητη (Su, J. J et al, 2020).

Τα χειρουργικά περιστατικά περιλαμβάνουν ιδιαίτερη φροντίδα από την πλευρά των νοσηλευτών. Στο χώρο του χειρουργείου, είναι απαραίτητη η γνώση των επεμβάσεων που πραγματοποιούνται, τόσο για την επαρκή εργαλειοδοσία, όσο και για την σωστή συνεργασία με τους ιατρούς και την επαρκή γνώση του ίδιου του νοσηλευτή. Η προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και την πλήρη εκπαίδευση του πάνω στην επικείμενη επέμβαση του. Οι ασθενείς που θα πραγματοποιήσουν ανάπλαση στήθους κατόπιν μαστεκτομής απαιτούν διαφορετική αντιμετώπιση, καθώς πιθανόν να έχει επηρεαστεί δραματικά η αυτοπεποίθηση και η εικόνα για το σώμα τους. (Tan et al, 2018, Lamp & Lester, 2015)

Κεφάλαιο 4

4. Πλαστική Κοιλίας

4.1 Κοιλιοπλαστική

Η κοιλιοπλαστική αποτελεί μία από τις πιο δημοφιλείς αισθητικές επεμβάσεις. Έπειτα από εγκυμοσύνες, από μεγάλες απώλειες βάρους και από ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας, μεταξύ άλλων, αποζητείται για την σύσφιξη του μυός και την αφαίρεση ανεπιθύμητου δέρματος και λίπους (Matarasso, A. et al, 2014). Με την εξέλιξη της επέμβασης να εκτείνεται σε περισσότερο από 50 χρόνια, η τεχνική εξελίσσεται συνεχώς και αποτελεί πλέον ένα από τα βασικά χειρουργεία της αισθητικής πλαστικής (Ramirez, A. E. et al, 2021). Επιλέγεται πολύ συχνά να εκτελεστεί σε συνδυασμό με άλλες επεμβάσεις, όπως η λιποαναρρόφηση, η αποκατάσταση κήλης, η ανόρθωση μηρών και η επεμβάσεις στήθους. Κατά αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται ένα ολοκληρωμένο αισθητικό αποτέλεσμα και την μείωση των μετέπειτα χειρουργείων (Shermak M. A., 2020).

Ένα σύνηθες φαινόμενο είναι η επέκταση της επέμβασης στην αφαίρεση δέρματος από την οπίσθια περιοχή ή από τα πλάγια τμήματα της κοιλίας. Ένας από τους βασικούς στόχους της ιατρικής ομάδας, όμως, παραμένει η τοποθέτηση της ουλής σε διακριτικό σημείο, ώστε να μην επηρεάσει την αποδοχή του αποτελέσματος από τον ασθενή (Matarasso, A. et al, 2014). Για να επιτευχθεί η αφαίρεση του δέρματος είναι αναπόφευκτη η χειρουργική επέμβαση, επομένως παίζει μείζον ρόλο η ικανοποίηση του ασθενούς και η επιτυχής διαμόρφωση του σχήματος της κοιλίας (Staalesen, T. et al, 2012). Η επιλογή του ατόμου για το σχήμα του σώματος που προτιμά επηρεάζεται δραστικά από την άνοδο της χρήσης του διαδικτύου και από τις πληροφορίες που είναι πλέον παγκοσμίως προσβάσιμες. Η αισθητική επιρροή, που προηγουμένως ερχόταν σχεδόν αποκλειστικά από τη κουλτούρα και τον κοινωνικό περίγυρο του ανθρώπου, πλέον σχηματίζεται από παγκόσμια πρότυπα ομορφιάς. Με αυτό το τρόπο, έχει μειωθεί δραστικά το πολιτισμικό χάσμα και η αισθητική πλαστική χειρουργική επιλέγεται από τους ασθενείς με βάση παγκόσμιες τάσεις και πρότυπα (Saltz R., 2014).

Οι βασικοί λόγοι επιλογής της κοιλιοπλαστικής παραμένουν η γήρανση, η εγκυμοσύνη και η απώλεια βάρους, όμως, προτιμάται και σε περιστατικά που έχουν υποστεί βλάβες από τον ήλιο (Matarasso, A. et al, 2014). Πριν την επέμβαση πρέπει να εξεταστούν

και οι λόγοι αποφυγής του χειρουργείου, όπως οι νόσοι των ασθενών (π.χ. διαβήτης, καρδιακά προβλήματα) ένα ιστορικό θρομβοεμβολικής νόσου, το μεγάλο σωματικό βάρος και οι ήδη υπάρχοντες ουλές στο σημείο. Στη συνέχεια, όπως σε κάθε αισθητικό χειρουργείο, ενημερώνεται ο ασθενής για τις επιπλοκές και τη μετεγχειρητική κατάσταση που θα ακολουθήσει, την προτιμότερη τοποθέτηση των ουλών και τα αποτελέσματα που είναι δυνατόν να προκύψουν, αναλόγως με την κατάσταση της κοιλίας του (Matarasso, A. et al, 2014). Ανεξαρτήτως των αιτιών που τους οδήγησαν σε αυτή την επέμβαση, οι ασθενείς επιδιώκουν ένα ευχάριστο, αισθητικά, αποτέλεσμα, που θα τους βοηθήσει να καταπολεμήσουν την σωματική τους δυσφορία και θα κάνει την καθημερινότητα τους πιο εύκολη (AORN journal, 2019).

Σημαντική εξέταση απαιτούν οι πιθανές επιπλοκές, καθώς και η ακριβής ενημέρωση του ασθενούς για αυτές. Οι πνευμονικές επιπλοκές θεωρούνται οι πιο συχνές, καθώς και τα αποστήματα και, σπάνια, μπορεί να εμφανιστεί κάποιο πιο επιβλαβές φαινόμενο, όπως η φλεβική θρομβοεμβολή (Sirota M. et al, 2021, Matarasso, A. et al, 2014). Μικρότερης σημασίας θεωρούνται τα αιματώματα, τα οιδήματα, ο ειλεός, η αποκόλληση του τραύματος και η δημιουργία υπερτροφικής ουλής. Ακόμα πιθανό να εμφανιστούν νευρικές βλάβες και απώλεια δέρματος ή ομφαλού (AORN journal, 2019). Υψίστης σημασίας περιστατικά αποτελούν αυτά της βαριατρικής χειρουργικής, καθώς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, γεγονός το οποίο πρέπει να έχει γίνει γνωστό στον ασθενή. Λαμβάνουν περισσότερη προσοχή μετεγχειρητικά, για να προληφθούν πιθανές επιπλοκές και ακολουθείται ένα εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας. Είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν λοιμώξεις, να καθυστερήσει η επούλωση και να υπάρχει αυξημένος όγκος υγρών στις παροχετεύσεις, σε σύγκριση με έναν ασθενή μίας τυπικής κοιλιοπλαστικής (Sirota M. et al, 2021).

Η χειρουργική προσέγγιση ξεκινά με την τοποθέτηση των γραμμών τομής με μαρκαδόρο στον όρθιο ασθενή, βοηθώντας και τον ίδιο να καταλάβει το προβλεπόμενο αποτέλεσμα καλύτερα (Logan, J. M. et al, 2008). Λαμβάνοντας υπόψη την ανατομία και τις επιθυμίες του ασθενούς επιδιώκεται ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα για το κάθε άτομο και δημιουργείται ένα χειρουργικό πλάνο. Κατά κύριο λόγο συνδυάζεται με λιποαναρρόφηση, η οποία βοηθάει τον σχηματισμό της μέσης και του επιθυμητού περιγράμματος της κοιλίας (Ramirez, A. E. et al, 2021). Ενδείκνυται για την αφαίρεση λίπους που προκαλεί σωματική δυσαναλογία και εφαρμόζεται πριν την κοιλιοπλαστική (AORN journal, 2019). Στη συνέχεια πραγματοποιείται η τομή και γίνεται η αφαίρεση του δέρματος, με την τοποθέτηση της ουλής

στο κάτω μέρος της κοιλιακής χώρας. Μπορεί να χρειαστεί να κοπεί ο ομφαλός και να μετακινηθεί, αναλόγως με τη τομή που θα χρειαστεί να γίνει. Σημειώνεται το επίπεδο του ομφαλού και τοποθετείται μετά από την αφαίρεση του δέρματος. Αν θεωρηθεί απαραίτητο, πραγματοποιείται μεταμόσχευση λιπών στους γλουτούς για την επίτευξη αναλογίας (Ramirez, A. E. et al, 2021).

Για το κλείσιμο του τραύματος τοποθετούνται παροχετεύσεις για την αποφυγή οιδημάτων (Logan, J. M. et al, 2008). Εξάγονται από την υπερηβική περιοχή και αποστραγγίζουν τις περιοχές στις οποίες έγινε λιποαναρρόφηση (Saltz R., 2014). Απαραίτητη προϋπόθεση της κοιλιοπλαστικής είναι η αποδοχή της ουλής από τη πλευρά του ασθενούς. Η τοποθέτηση μιας μεγάλης ουλής στο κάτω μέρος της κοιλίας είναι αναπόφευκτο στα περισσότερα περιστατικά, καθώς επιτρέπει την άμεση αφαίρεση του λίπους και του δέρματος. Το σημείο αυτό επιτρέπει στον ασθενή την εύκολη συγκάλυψη του με ενδύματα, γεγονός που τον βοηθάει να επιστρέψει στην φυσιολογική του ζωή μετά το χειρουργείο και δεν του προκαλεί σωματική δυσφορία μετέπειτα (Shestak K. C., 2014).

4.2 Λιποαναρρόφηση

Η λιποαναρρόφηση αποτελεί τη πιο δημοφιλή αισθητική πλαστική επέμβαση. Καθιστά δυνατή την μείωση λιπώδους ιστού στα σημεία αναρρόφησης, αλλάζοντας το περίγραμμα του σώματος και διανέμοντας τον όγκο, σύμφωνα με την προτίμηση του ασθενούς (Bartow et al, 2021, Wu et al, 2020).

Απαραίτητη είναι η άψογη γνώση της δομής του υποδόριου λίπους από τον χειρουργό για να μειωθούν οι επιπλοκές μετεγχειρητικά και να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Bartow et al, 2021). Επιδιώκεται η ομοιομορφία, με την μετακίνηση των λιποκυττάρων που την παρεμποδίζουν, αφήνοντας έτσι στην περιοχή λίγα από αυτά, που μπορούν να αποθηκεύσουν ακόμα λίπος αλλά σε μικρότερο όγκο. Έτσι επιτυγχάνεται μια σχεδόν ιδανική κατανομή, επιτρέποντας ακόμα την πιθανή αύξηση βάρους (Dhami, 2008). Το χειρουργείο αυτό μπορεί να αξιοποιηθεί συμπληρωματικά με άλλες επεμβάσεις, αισθητικές και λειτουργικές. Μεταξύ αυτών είναι η αυξητική και μειωτική μαστοπλαστική, η κοιλιοπλαστική, η τραχηλοπλαστική, και έπειτα από βariatρική επέμβαση, καθώς και για την θεραπεία λιπωμάτων, γυναικομαστιών, μακρομαστιών και λεμφοιδημάτων (Wu et al, 2020, Bellini et al, 2017).

Όταν η λιποαναρρόφηση εκτελείται ως αισθητική επέμβαση, είναι απαραίτητο ο ασθενής να αντιλαμβάνεται τις πιθανές επιπλοκές, την απαιτούμενη μετεγχειρητική φροντίδα και τα αποτελέσματα που μπορεί να προκύψουν, ώστε να πάρει μία ενημερωμένη απόφαση για το αν θα κάνει το χειρουργείο. Οφείλει να είναι ψυχολογικά προετοιμασμένος και να έχει μια ρεαλιστική εικόνα για την εμφάνιση του έπειτα από το χειρουργείο. Από την πλευρά του χειρουργού πέφτει το βάρος της απόφασης για την κατάλληλη επιλογή ασθενούς. Να παρουσιάζει δηλαδή αυξημένη λιπώδη μάζα, να μην έχει χαλάρωση το δέρμα και να έχει διατηρήσει ένα σταθερό βάρος, κάτω από τα όρια της παχυσαρκίας, για ένα εξάμηνο πριν το χειρουργείο (Bartow et al, 2021). Αν πρόκειται όμως για επέμβαση επανόρθωσης, τότε ο ασθενής πρέπει να συγκεντρωθεί στα πιθανά οφέλη, τα οποία θα τον βοηθήσουν να επανέλθει στην καθημερινή του ζωή. Παθήσεις όπως το λιποίδημα, το λεμφοίδημα και το σύνδρομο λιποδυστροφίας επιβαρύνουν τη ζωή του ατόμου και καθιστούν αναγκαία την λιποαναρρόφηση (Wu et al, 2020).

Ο σύντομος χρόνος του χειρουργείου και της ανάρρωσης, η μονιμότητα των αποτελεσμάτων και τα μη εμφανή σημάδια αποτελούν σημαντικά πλεονεκτήματα της επέμβασης, αλλά δεν πρέπει να συγκαλύψουν τις πιθανές επιπλοκές από τους ασθενείς. Η εμφάνιση μωλώπων θεωρείται η πιο συχνή και λιγότερο ανησυχητική επιπλοκή. Διαρκεί για περιορισμένο χρονικό διάστημα, σε αντίθεση με το οίδημα, το οποίο αν προκύψει, καθυστερεί την ακριβής εκτίμηση της επιτυχίας του χειρουργείου για διάστημα εβδομάδων, καλύπτοντας το περιγράμμα που σχηματίστηκε (Wu et al, 2020, Dixit et al, 2013). Άλλες πιθανές επιπλοκές είναι η αύξηση βάρους για μικρό χρονικό διάστημα, (Shannon Wu et al, 2020) ο πνευμοθώρακας σε λιποαναρρόφηση μασχάλης (Mentz et al, 2020). οι επιφανειακές ανωμαλίες, ο αποχρωματισμός ή η νέκρωση του δέρματος, εμφανείς ουλές και η παρουσία αιματώματος (Dhami L. D., 2008). Υπάρχουν και πιο σοβαρές συνέπειες της επέμβασης, στις οποίες περιλαμβάνεται η πνευμονική εμβολή, η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και η εμβολή λίπους. Δεν παρατηρούνται συχνά, αλλά χρήζουν τον τακτικό μετεγχειρητικό έλεγχο υψίστης σημασίας, καθώς μπορούν να οδηγήσουν στον θάνατο (Bartow, M. J. et al, 2021).

Πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση του χειρουργείου αποτελούν ο λάθος χειρισμός της κάνουλας, με αποτέλεσμα την διήθηση στον μυ και στο λεπτό έντερο, οι πολλαπλές επεμβάσεις, η αφαίρεση λιπώδους ιστού παραπάνω από το επιθυμητό και η δηλητηρίαση από λιδοκαΐνη (Taha et al, 2020, Bellini et al, 2017). Στην κακή διαχείριση της κάνουλας, οφείλεται η έλλειψη ορατότητας και η είσοδος σε λάθος γωνία και σχεδόν πάντα

επιηρεάζεται το λεπτό έντερο και όχι τα τριγύρω όργανα (You et al, 2015, Dixit et al, 2013). Με την άμεση ιατρική παρέμβαση, γίνεται προσπάθεια αποφυγής των επιπλοκών με αλλαγές φαρμάκων, όπως των αντιπηκτικών, και την ενθάρρυνση χρήσης ενδυμάτων συμπίεσης και της βιάδισης (Bartow et al, 2021).

Η εξέλιξη των εργαλείων έχουν βοηθήσει το χειρουργείο να φτάσει στο σημερινό επίπεδο. Η χρήση αμβλειών κάνουλων με πολλαπλές οπές και μικρής διαμέτρου εξυπηρετούν στην μείωση ακούσιων τραυματισμών και απώλειας αίματος (Bartow et al, 2021). Με μικρές τομές γίνεται η εισαγωγή της κάνουλας, της οποίας το μέγεθος καθορίζεται από το σημείο του σώματος που θα γίνει η επέμβαση. Πραγματοποιείται τοπική αναισθησία με τη χρήση ενός διαλύματος λιδοκαΐνης και στη συνέχεια τοποθετείται η συσκευή αναρρόφησης, με διάφανο σωλήνα, διευκολύνοντας την ορατότητα του λίπους. Όταν αρχίζει να εμφανίζεται υγρό με απόχρωση αίματος και όχι το κίτρινο που υπήρχε μέχρι εκείνη τη στιγμή, ολοκληρώνεται η διαδικασία από τους χειρουργούς και προχωρούν στο επόμενο σημείο αναρρόφησης (You et al, 2015, Dhami, 2008). Επιδιώκεται η τοποθέτηση των τομών σε σημεία που δεν θα αποτρέψουν ένα όμορφο αισθητικά αποτέλεσμα μετά την επούλωση τους (Bellini, E. et al, 2017).

4.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Η προεγχειρητική φροντίδα ενός ασθενούς κοιλιοπλαστικής περιλαμβάνει τις αντιμικροβιακές πλύσεις του δέρματος και τη χρήση αντιβιοτικών προληπτικά. Τα αντιβιοτικά μπορεί να χορηγηθούν μέχρι και την αφαίρεση των παροχετεύσεων. Παράλληλα γίνονται οι απαραίτητες αιματολογικές εξετάσεις και έλεγχος των παραγόντων πήξης του αίματος, που θα βοηθήσουν στον έλεγχο της θρομβοεμβολής μετεγχειρητικά. Γίνεται λήψη ιστορικού και ζωτικών σημείων καθώς και έλεγχος αλλεργιών και φαρμάκων που χρησιμοποιεί ήδη. Παρέχεται η απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και επιδιώκεται, όσο το περισσότερο δυνατόν, η ηρεμία του πριν την μεταφορά του στο χειρουργείο (Matarasso, A. et al, 2014).

Ο νοσηλευτής του χειρουργείου φροντίζει για την διαθεσιμότητα των απαραίτητων εργαλείων και την μονάδα αναρρόφησης, πλήρως προετοιμασμένη με τις αντλίες και τις κάνουλες που θα χρειαστούν. Πραγματοποιείται η προετοιμασία του δέρματος, η οποία καλύπτει από το μέσο του θώρακος, έως και τα γόνατα του, με προσοχή να παραμείνουν τα σημεία τομής που σχεδιάστηκαν εκ των προτέρων. Τοποθετούνται συσκευές συμπίεσης στα

πόδια του ασθενούς για την αποφυγή της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης, καθώς και φλεβοκαθετήρας και ουροκαθετήρας (Logan et al, 2008).

Οι πρώτες μετεγχειρητικές ενέργειες έχουν σχέση με την τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι σε καθιστή θέση, αποφεύγοντας την επίπεδη ρύθμιση του κρεβατιού, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε αποκόλληση του τραύματος (Logan et al, 2008). Με την επιστροφή του στο δωμάτιό του, γίνεται πάλι λήψη ζωτικών σημείων, έλεγχος των παροχетеύσεων και των καθετήρων και χορήγηση αντιβιοτικών και αναλγητικών. Γίνεται σταδιακή πρόσληψη μικρών ποσοτήτων νερού, όταν αρχίσει να ξεπερνά την επήρεια της αναισθησίας, εφόσον δεν νιώθει τάση για έμετο (Matarasso, A. et al, 2014).

Κατά τις επόμενες μέρες η φροντίδα περιλαμβάνει την αλλαγή των επιδέσμων ανά τακτά χρονικά διαστήματα, την ενθάρρυνση για σταδιακή κίνηση του ασθενούς και την τοποθέτηση ειδικών επιδέσμων στο σημείο, που θα το κρατήσουν σταθερό (AORN journal, 2019). Γίνεται εκπαίδευση για την αλλαγή των επιδέσμων και τακτικός έλεγχος των παροχетеύσεων και την ποσότητα των υγρών που αποβάλλονται (Logan, J. M. et al, 2008). Όταν η ποσότητα είναι αρκετά μικρή, γίνεται αφαίρεση τους και ενθαρρύνεται το πλύσιμο του ασθενούς μετά από τουλάχιστον ένα 48ωρο. Με έλεγχο του πιθανού οιδήματος και την συνεχιζόμενη χορήγηση αντιβιοτικών τουλάχιστον μέχρι την αφαίρεση των παροχетеύσεων, ο ασθενής λαμβάνει εξιτήριο και συνεχίζει τη φροντίδα της τομής σπίτι, με μερικές επισκέψεις στο ιατρείο για αλλαγή των επιδέσμων τις πρώτες εβδομάδες (AORN journal, 2019, Logan et al, 2008).

Η λιποαναρρόφηση, τις περισσότερες φορές, παίρνει μέρος μαζί με την κοιλιοπλαστική, επομένως ο νοσηλευτής ακολουθεί ένα παρόμοιο πλάνο φροντίδας και όταν εφαρμόζεται ατομικά και συνδυαστικά. Ακολουθείται η προεγχειρητική φροντίδα, που περιλαμβάνει την λήψη ιστορικού, πιθανών αλλεργιών και ζωτικών σημείων και γίνεται ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς εκ των προτέρων (Matarasso et al, 2014). Στο χειρουργείο, γίνεται προετοιμασία της περιοχής και τοποθετούνται κάλτσες συμπίεσης, για την αποφυγή της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης (Taha et al, 2020).

Με την επιστροφή του στο δωμάτιο του, ξεκινά ο μετεγχειρητικός έλεγχος των καθετήρων, των παροχетеύσεων και την γενικότερης κατάστασης του ασθενούς. Τοποθετείται συμπιεστικό ένδυμα, όπως και στο χειρουργείο της κοιλιοπλαστικής, για την αποφυγή οιδήματος, και χορηγούνται αναλγητικά και αντιβιοτικά. Σε ασθενείς που αναρροφήθηκε

μεγάλος όγκος, που έγινε και άλλη συνδιαστική επέμβαση και σε ασθενείς που έχουν επικίνδυνες συννοσηρότητες, δίνεται ιδιαίτερη προσοχή και η παραμικρή απόκλιση στις τιμές των εξετάσεων και των ζωτικών σημείων ελέγχονται άμεσα, για αποφυγή επιπλοκών (Bartow, M. J. et al, 2021).

Πριν την αναχώρηση του από τον χώρο του νοσοκομείου, γίνεται πλήρης εκπαίδευση του ασθενούς για την περιποίηση του τραύματος και την διατήρηση του ενδύματος συμπίεσης, καθώς και για τα αντιβιοτικά που θα χρειαστεί να συνεχίσει να παίρνει (Dhami, 2008). Η νοσηλευτική ομάδα διαβεβαιώνεται πως ο ασθενής έχει ένα πάροχο φροντίδας στο σπίτι για τις πρώτες μέρες και ενθαρρύνει την σταδιακή ανεξαρτητοποίηση του ασθενούς και την ανάληψη της ατομικής του φροντίδας (Bartow, M. J. et al, 2021). Έχει ελεγχθεί η δυνατότητα βάδισης του ασθενούς κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες και ενθαρρύνεται η άφθονη λήψη υγρών, τόσο κατά τη παραμονή τους στο νοσοκομείο, όσο και μετά το εξιτήριο τους (Taha et al, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. Πλαστική Δέρματος

5.1 Εγκαύματα

Οι ασθενείς με εγκαύματα παρουσιάζουν ιδιαίτερη δυσκολία για την ιατρική ομάδα. Όμως τα τελευταία 20 χρόνια έχει παρουσιαστεί ραγδαία εξέλιξη στην παροχή φροντίδας, με μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας και με πιο άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση. Η βελτίωση μπορεί να αιτιολογηθεί με τις μονάδες εγκαυμάτων που έχουν δημιουργηθεί και το εκπαιδευμένο προσωπικό τους. Ακόμα η αρχική αντιμετώπιση των περιστατικών κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, η εξέλιξη των χειρουργικών τεχνικών και των τρόπων κάλυψης των τραυμάτων και η ταυτόχρονη αντιμετώπιση των περαιτέρω τραυματισμών των συστημάτων του ασθενούς, έχουν βοηθήσει στην βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς και στην αποφυγή λοιμώξεων (Jeschke & Herndon, 2014).

Υπάρχει, όμως, αισθητή διαφορά σε άλλα μέρη του κόσμου. Σε περιοχές της Ασίας έχουν παρατηρηθεί εσκεμμένα εγκαυματα, των οποίων οι λόγοι πολύ συχνά είναι συγκρούσεις μεταξύ ζευγαριών, με το θύμα να είναι συνήθως η γυναίκα. Άλλοι λόγοι έχουν αποτελέσει προκαταλήψεις θρησκευτικές, φυλετικές και ομοφοβικές (Peck, 2012). Ακόμα, παθήσεις όπως η επιληψία, νοητικές αναπηρίες και η κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών, κάνουν τα άτομα πιο επιρρεπή να προκαλέσουν στους εαυτούς τους τραυματισμούς από εγκαύματα (Forjuoh, 2006).

Σημαντικοί παράγοντες νοσηρότητας λόγω εγκαυμάτων είναι το βάθος του και η έκταση που καλύπτει (Daigeler et al, 2015). Γίνεται περαιτέρω έλεγχος της ηλικίας του ασθενούς, των νοσημάτων που διέθετε πριν τον τραυματισμό, καθώς και τις νοσηρότητες που προκλήθηκαν στα υπόλοιπα συστήματα του σώματος, με ιδιαίτερη έμφαση στο αναπνευστικό. Εξετάζεται με το TBSA (την έκταση του σώματος που καλύπτει το έγκαυμα) σε συνδυασμό με τον κανόνα του 1/9 (διαχωρισμός του σώματος σε περιοχές, με τη καθεμία να ισούται με 1/9 του TBSA) (Perry et al, 2009).

Η κατηγοριοποίηση των εγκαυμάτων ξεκινάει από το βάθος του δέρματος που επηρεάζουν. Τα εγκαύματα πρώτου βαθμού είναι επιφανειακά, του δεύτερου βαθμού θεωρούνται μερικού πάχους, του τρίτου βαθμού πλήρους πάχους και τα τέταρτου επηρεάζουν τις δομές του μυ ή και του κόκκαλου (Strobel & Fey, 2018). Η θεραπεία των εγκαυμάτων

δευτέρου βαθμού και άνω περιλαμβάνει συχνά μεταμόσχευση δέρματος, την αναπόφευκτη παρουσία ουλών και χρόνο θεραπείας άνω των 4 εβδομάδων (Daigeler et al, 2015, Jeschke & Herndon, 2014). Όμως, το πρώτο βήμα αυτής της διαδικασίας, είναι η αναγνώριση του βάθους, η οποία παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες. Οι αλλαγές που παρουσιάζουν τις πρώτες 48 ώρες, η ανομοιομορφία του τραύματος, η παρουσία κολλημένων ενδυμάτων και οι φουσκάλες συνεισφέρουν στην αντιξοότητα του έργου της ιατρικής ομάδας να τοποθετήσει το έγκαυμα σε μία κατηγορία (Richards et al, 2014).

Ένας ακόμα διαχωρισμός των τύπων των εγκαυμάτων είναι ο τρόπος που προκλήθηκαν. Οι θερμικοί τραυματισμοί αποτελούν μεγάλο ποσοστό των εγκαυμάτων, ιδιαίτερα σε άτομα μικρής ηλικίας και σε ηλικιωμένους. Μπορούν να προκαλέσουν επιφανειακά τραύματα, σε περιπτώσεις επαφής με ζεστή τροφή ή νερό, αλλά να φτάσουν σε επίπεδο τετάρτου βαθμού σε περιπτώσεις επαφής με φωτιά. Οι ηλεκτρικοί τραυματισμοί αποτελούν μικρότερο ποσοστό εισαγωγών και η σοβαρότητα τους εξαρτάται από την πηγή ηλεκτρισμού που τους προκάλεσε. Οι οικιακές συσκευές είναι υπαίτιες για επιφανειακά εγκαύματα, ενώ οι υψηλότερες τάσεις μπορούν να προκαλέσουν νέκρωση ιστών και νεφρική ανεπάρκεια και η καρδιακή λειτουργία μπορεί να απορυθμιστεί από κάθε ηλεκτρικό τραυματισμό (Hettiaratchy & Dziewulski, 2004). Οι χημικοί τραυματισμοί παρουσιάζουν ιδιαίτερη δυσκολία, καθώς πρέπει να αφαιρεθεί πλήρως το προϊόν που προκάλεσε το έγκαυμα, για να σταματήσει να επιδεινώνεται, και μπορεί να προκληθεί τόσο από οικιακά προϊόντα (π.χ. χλωρίνη), όσο και από βιομηχανικά (π.χ. τσιμέντο). Η απομάκρυνση της ουσίας επιτυγχάνεται με αφαίρεση των ρούχων και με πλύσιμο του ασθενούς, καθώς εξακριβώνεται αν η δραστική ουσία χρειάζεται εξειδικευμένη αντιμετώπιση για να απομακρυνθεί από τους ιστούς (Yin, 2017, Hettiaratchy & Dziewulski, 2004, Strobel & Fey, 2018).

Η αρχική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τον καθαρισμό του τραύματος και την διενέργεια των απαραίτητων εξετάσεων για να καθοριστεί η επίδραση στα υπόλοιπα συστήματα του οργανισμού (Richards et al, 2014). Προσοχή δίνεται στους τραυματίες πυρκαγιάς για τις αναπνευστικές τους λειτουργίες, εφόσον έχει παρατηρηθεί πως μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας εμφανίζεται από την εισπνοή καπνού (Jeschke & Herndon, 2014). Σε συνδυασμό γίνεται και μία έντονη αναζωογόνηση με υγρά (Perry et al, 2009). Διαφορετικό πλάνο φροντίδας απαιτείται για τα επιφανειακά τραύματα και για αυτά του πλήρους πάχους, ενώ πολύ συχνά παρατηρούνται διαφοροποιήσεις του βάθους στην ίδια επιφάνεια (Strobel & Fey, 2018). Στη συνέχεια δημιουργείται ένα πλάνο επεμβάσεων, με ταυτόχρονη διατήρηση

της λειτουργίας των οργάνων και αντιμετώπιση του υπερμεταβολισμού (Jeschke & Herndon, 2014).

Στη συνέχεια γίνεται η αντιμετώπιση της επιφάνειας των εγκαυμάτων. Αφαιρούνται οι φουσκάλες, γίνεται καθαρισμός της περιοχής για την αποφυγή λοίμωξης και τοποθετούνται επίδεσμοι αργύρου με αντιμικροβιακή δράση (Strobel & Fey, 2018). Η περίδεση του τραύματος αποτελεί εξίσου σημαντικό κομμάτι, εφόσον με τη σωστή τοποθέτηση μειώνεται το οίδημα και η παραγωγή των υγρών και παρέχει καλύτερες πιθανότητες για την παραμονή των μοςχευμάτων (Richards et al, 2014). Γίνονται τακτικές αλλαγές των επιδέσμων σε όλα τα σημεία και τοποθετούνται τοπικές κρέμες για την εξυπηρέτηση της επούλωσης (Jeschke & Herndon, 2014). Τα βήματα αυτά οδηγούν σε καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα και στην άνεση του ασθενούς (Strobel & Fey, 2018).

Ο κύριος στόχος της αποκατάστασης είναι η σύγκλιση των τραυμάτων. Προτιμούνται τα αυτομοσχεύματα για την κάλυψη, δηλαδή το μόσχευμα από το ίδιο το άτομο, ή σαν δεύτερη επιλογή τα αλλομοσχεύματα από ζώα (Jeschke & Herndon, 2014). Για την επιλογή αυτομοσχεύματος διαλέγονται περιοχές που θα καλύπτονται στην καθημερινότητα τους από ρούχα (Richards et al, 2014). Μια χειρουργική μέθοδος που επιλέγεται τα τελευταία χρόνια είναι η εκτομή και η αφαίρεση λεπτών στρωμάτων του δέρματος, ώστε να εμφανιστεί υγιής ιστός, ο οποίος στην συνέχεια θα καλυφθεί με μόσχευμα (Richards et al, 2014). Η πρώιμη χειρουργική αποκατάσταση θεωρείται βέλτιστη και επιδιώκεται περίπου 5 ημέρες μετά τον τραυματισμό (Kamolz et al, 2009, Perry et al, 2009).

Ακόμα και με την πρώιμη αντιμετώπιση μπορούν να προκύψουν επιπλοκές που θα επιβαρύνουν την κατάσταση του ασθενούς. Η έλλειψη λειτουργικότητας είναι αυτό που επιδιώκεται να αποφευχθεί από κάθε ιατρική ομάδα από την εισαγωγή μέχρι και το εξιτήριο του (Richards et al, 2014). Η εμφάνιση σήψης, ανεπάρκειας οργάνων και λοίμωξης είναι οι χειρότερες συνέπειες που μπορεί να προκύψουν και οδηγούν συχνά στον θάνατο (Jeschke & Herndon, 2014). Επιπλέον, είναι σημαντικό να αποφευχθεί το οίδημα, ο πόνος και η αισθητηριακή δυσλειτουργία στην περιοχή, ενώ και η αδυναμία κινητοποίησης οδηγεί στην αναπόφευκτη έλλειψη της ευλυγισίας. Για τον λόγο αυτό είναι η απαραίτητη η παροχή φυσικοθεραπείας σε αυτούς τους ασθενείς (Taylor et al, 2013). Προσοχή χρειάζεται και η σίτιση του ασθενούς, καθώς καθορίζει δραματικά την μεταβολική λειτουργία και την επούλωση των τραυμάτων (Jeschke & Herndon, 2014).

Κάθε βήμα της φροντίδας των εγκαυμάτων επιδιώκει την διατήρηση του ασθενούς στην ζωή, με επαρκή οργανική λειτουργία και την αποφυγή επιπλοκών. Η παρουσία συνυπάρχοντων παθολογικών προβλημάτων είναι αναπόφευκτη, ιδιαίτερα σε εγκαύματα μεγάλου βαθμού κι η φροντίδα παραμένει αναγκαία και μετά την σύγκλιση των τραυμάτων (Jeschke & Herndon, 2014).

5.2 Μείωση Ουλών

Μια αναπόφευκτη συνέπεια κάθε χειρουργικής επέμβασης είναι η ουλή. Η πορεία της επούλωσης της επηρεάζεται από τις προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές συνθήκες, από την τάση του τραύματος και από την γενικότερη κατάσταση του ασθενούς (Monstrey et al. 2014). Ένα ιδανικό αποτέλεσμα περιλαμβάνει την ταύτιση του χρώματος της ουλής με το γύρω δέρμα, χωρίς να είναι υπερτροφική ή ανεστραμμένη. Αλλά για να κριθεί το ολοκληρωμένο αποτέλεσμα χρειάζεται παραπάνω από ένα έτος και τα ικανοποιητικά αποτελέσματα δεν μπορούν να εγγυηθούν, επομένως είναι απαραίτητη η θέτηση ρεαλιστικών προσδοκιών του ασθενούς (Lee Peng & Kerolus 2019).

Ένας τρόπος κατάταξης των ουλών είναι, με βάση το χρώμα τους, σε υπερμελαγχρωματικές και υπομελαγχρωματικές. Η υπερμελάγχρωση των ουλών εξαρτάται κατά μεγάλο βαθμό τον τόνο και την υφή του δέρματος, αλλά μπορούν να επηρεαστούν από την έκθεση στον ήλιο μετά από το χειρουργείο. Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις το φαινόμενο είναι παροδικό, έχει παρατηρηθεί να παραμένει για μεγάλα χρονικά διαστήματα, για αυτό ενθαρρύνεται η αποφυγή του ηλίου μετεγχειρητικά και η χρήση προστασίας κατά την έκθεση. Αντιθέτως, η υπομελάγχρωση, παρουσιάζεται ως η απουσία χρώματος στο σημείο, με έντονο λευκό χρώμα σε σχέση με το δέρμα που το περιτριγυρίζει. Δεν υπάρχει χειρουργικός τρόπος διόρθωσης του φαινομένου, αλλά η δερματοστιξία θεωρείται μία από τις πιο αποτελεσματικές μόνιμες καλύψεις του σημείου (Lee Peng & Kerolus 2019).

Άλλη μία επιπλοκή στην μορφή των ουλών είναι η εμφάνιση υπερτροφίας. Η παραμονή του φαινομένου ύστερα από την επούλωση της τομής ονομάζεται πλέον χηλοειδές. Οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις είναι σημαντικές, και θα επηρεάσουν την ζωή του ατόμου και μετά τον χρόνο θεραπείας (Monstrey et al. 2014). Αναζητούνται επεμβατικές λύσεις από τους ασθενείς τόσο για την επίδραση στην ψυχική τους υγεία και στην κοινωνική τους ζωή, αλλά και για την καταπολέμηση των σωματικών ενοχλήσεων που μπορεί να

παρουσιάσουν, όπως ο πόνος, ο κνησμός, η ευαισθησία και η δυσκαμψία (Khansa et al. 2016).

Τα χηλοειδή είναι το λιγότερο επιθυμητό αποτέλεσμα κάθε ουλής, με συνήθη σημεία εμφάνισης τους λοβούς των αυτιών, ύστερα από αισθητικά τρυπήματα, τον λαιμό και το τριχωτό της κεφαλής (Boahene et al. 2018). Είναι αποτέλεσμα της αποδιοργανωμένης εναπόθεσης κολλαγόνου στο σημείο και μπορούν να επεκταθούν πέρα από το αρχικό σημείο της τομής και να παρουσιαστούν έπειτα από διαστήματα μηνών. Δίνεται ιδιαίτερη σημασία σε ασθενείς με οικογενειακό ή προσωπικό ιστορικό χηλοειδών καθώς και σε ασθενείς με σκουρόχρωμη επιδερμίδα, καθώς αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης τους. Η πιθανότητες θεραπείας των ουλών αυτών είναι πολύ χαμηλότερες σε σχέση με τις άλλες και συνδυάζονται με υψηλά φαινόμενα υποτροπής κατόπιν θεραπείας (Lee Peng & Kerolus 2019).

Η εμφάνιση επιπλοκών στην θεραπεία της τομής μπορεί να οφείλεται στο ιστορικό, στο δέρμα του ασθενούς, στο σημείο της τομής και στην περιεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα. Ένα έντονα σημηματογόνο και παχύ δέρμα, οδηγεί συνήθως σε μεγαλύτερο οίδημα στο σημείο της τομής, και ως συνέπεια στην καθυστέρηση της επούλωσης. Παρατηρείται ότι η γρηγορότερη και με λιγότερες επιπλοκές επούλωση τραύματος γίνεται στις περιοχές του σώματος με λεπτό δέρμα (Lee Peng & Kerolus 2019).

Ακόμα περιοχές με συχνά προβλήματα επούλωσης είναι αυτές στις οποίες γίνεται περισσότερη κίνηση, δηλαδή στις αρθρώσεις, στην ωμοπλάτη και στον θώρακα. Βεβαίως, η επιβάρυνση του ίδιου του ασθενή στις πληγές του με έντονη άσκηση, η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών ουσιών, και το πλύσιμο με ζεστό νερό μετεγχειρητικά, αυξάνουν την φλεγμονή του σημείου (Ogawa et al. 2021). Άτομα με ήδη επιβαρυσμένο ιστορικό, λόγω παχυσαρκίας, διαβήτη και κακή διατροφή εκπαιδεύονται από πριν το χειρουργείο για τις αυξημένες πιθανότητες κινδύνου που θα έχουν (Grabowski et al. 2020).

Υπάρχει μεγάλος εύρος αντιμετώπισης μιας παραμορφωμένης ουλής και εξατομικεύεται στην κατάσταση του κάθε ασθενούς. Η χρήση ενδυμάτων συμπίεσης και σιλικόνης, η δερμοαπόξεση, η χρήση κορτικοστεροειδών, η θεραπεία με λέιζερ και η χειρουργική επέμβαση μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διόρθωση των υπερτροφικών ουλών (Finnerty et al. 2016, Anthonissen et al. 2016). Για την αντιμετώπιση των χηλοειδών ακολουθείται το ίδιο πλάνο θεραπείας, με ιδιαίτερη προτίμηση να παρατηρείται στα επιθέματα σιλικόνης, ενώ αποφεύγεται η χειρουργική επέμβαση, η οποία αυξάνει δραστικά

τις πιθανότητες διεύρυνσης του χηλοειδούς. (Boahene et al. 2018, Monstrey et al. 2014). Στις ανεστραμμένες ουλές επιλέγεται η τεχνική microneedling (το τρύπημα της περιοχής με μικρές βελόνες για να γίνει εναπόθεση του κολλαγόνου) και η επανεκτομή του σημείου για να δημιουργηθεί ένα καλύτερο αποτέλεσμα (Lee Peng & Kerolus 2019).

Η επιλογή της χειρουργικής επέμβασης, ως μέσο θεραπείας των παραμορφωμένων ουλών, είναι η τελευταία επιλογή και γίνεται συνδυαστικά με άλλους τρόπους διόρθωσης, όπως η ακτινοβολία (Monstrey et al. 2014). Επιδιώκεται πάντα η πρόληψη των αφύσικων ουλών, με κατάλληλη τοποθέτηση τους σε φυσικές ρυτίδες του δέρματος, όποτε αυτό είναι δυνατόν, και η χρήση ευαίσθητων εργαλείων και μικρών ραμμάτων για την αποφυγή τασής του δέρματος (Son & Harijan 2014). Επιλέγονται τεχνικές όπως η συρραφή ‘ζιγκ-ζαγκ’ (z plasties) και τα υποδόρια ράμματα, για την βελτίωση των αποτελεσμάτων, καθώς και νέες τεχνικές, όπως η εσωτερική κρυοθεραπεία για τα χηλοειδή (Monstrey et al. 2014, Ogawa et al. 2021). Γίνονται συχνοί καθαρισμοί για την αποφυγή μόλυνσης και τοποθετείται επίδεσμος πίεσης μετά το χειρουργείο (Finnerty et al. 2016). Η αρχική φλεγμονή μετά τον τραυματισμό οδηγεί σε χημειοταξία των φλεγμονωδών κυττάρων και νεοαγγείωση, η οποία με τη σειρά της διεγείρει τον πολλαπλασιασμό των ινοβλαστών. Αυτό οδηγεί στην παραγωγή κολλαγόνου και είναι αυτά τα γεγονότα που μπορούν να οδηγήσουν είτε στην αποκόλληση του τραύματος είτε στην υπερτροφία των ουλών (Lee Peng & Kerolus, 2019).

Η σωστή περιεγχειρητική αντιμετώπιση της σύγκλισης του τραύματος και η κατάλληλη μετεγχειρητική φροντίδα, μειώνουν δραστικά τις πιθανότητες παραμορφωμένων ουλών. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, το περιστατικό και η προδιάθεση που μπορεί να έχει σε αυτές, οδηγούν στην εμφάνισή τους. Η ψυχοκοινωνική επίπτωση στον ασθενή είναι μεγάλη, επομένως ακολουθείται μια θεραπευτική πορεία για την αποφυγή της και γίνεται συνεχόμενος έλεγχος της ουλής για τον επόμενο χρόνο, για να εξετάζεται η σωστή επούλωση (Lee Peng & Kerolus, 2019).

5.3 Αφαίρεση Τατουάζ

Η αύξηση της ζήτησης των τατουάζ τις τελευταίες δεκαετίες έφερε αναπόφευκτα μαζί της και την μεγαλύτερη επιθυμία για την αφαίρεσή τους (Kurniadi et al, 2021). Με την αρχή της χρήσης λέιζερ για την αφαίρεση τη δεκαετία του 60 και την θεμελίωση της από τη δεκαετία του 80, με στοχευμένη θερμόλυση στην χρωστική ουσία του τατουάζ, η μέθοδος συνεχίζει να εξελίσσεται μέχρι και σήμερα (Henley et al, 2021). Η επιλογή του λέιζερ θεωρείται η

βέλτιστη, καθώς προκαλεί τις λιγότερες παρενέργειες και αποφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα. Απαραίτητη είναι η γνώση των εξατομικευμένων παραμέτρων, όπως ο τύπος του δέρματος, τα χρώματα που χρησιμοποιήθηκαν και ο σωστός χειρισμός του λέιζερ (Kurniadi et al, 2021).

Οι τύποι των τατουάζ κατατάσσονται με βάση τον τρόπο που δημιουργήθηκαν και χωρίζονται σε επαγγελματικά, ερασιτεχνικά, καλλυντικά, ιατρικά και τραυματικά (Kent & Graber, 2012). Τα επαγγελματικά γίνονται από ειδικούς στον χώρο και το μελάνι τοποθετείται πιο βαθιά στον ιστό από τα ερασιτεχνικά, τα οποία γίνονται με βελόνα. Η τοποθέτηση αυτή, σε συνδυασμό με την μικρότερη ποσότητα μελανιού που χρησιμοποιείται, επιτρέπουν την ευκολότερη αφαίρεση. Τα καλλυντικά τατουάζ προσφέρουν την μόνιμη εφαρμογή καλλυντικών τεχνικών, όπως το eyeliner, αλλά η αφαίρεση του καθίσταται δυσκολότερη, λόγω του συνδυασμού καφέ, κόκκινων και μαύρων αποχρώσεων που οξειδώνονται με τη χρήση λέιζερ. Τα ιατρικά τατουάζ τοποθετούνται συνήθως για τον καθορισμό των σημείων ακτινοθεραπείας και, παρομοίως με τα ερασιτεχνικά, αφαιρούνται εύκολα. Τα τραυματικά τατουάζ παρουσιάζουν ιδιαίτερη δυσκολία, καθώς φράγματα ξένων ουσιών, όπως γυαλί ή μέταλλο, εναποθέτονται στο δέρμα. Δεν προτιμάται η χρήση λέιζερ για την αποφυγή καύσης εμπρηστικής ουσίας που μπορεί να υπάρχει στο σημείο, εφόσον συχνά έχουν προκληθεί από εκρήξεις ή τραυματισμούς (Naga & Alster, 2017).

Υπάρχουν ποικίλοι τρόποι αφαίρεσης τατουάζ και μπορούν να καταταχθούν σε τρεις κατηγορίες: οι μηχανικές, οι χημικές και οι επιλεκτικές. Με τις μηχανικές μεθόδους αξιοποιούνται τεχνικές εκτομής ή δερμοαπόξεσης, σε συνδυασμό με μετέπειτα μεταμόσχευση. Παρόλο το μικρό κόστος και χρόνο θεραπείας, οι ουλές είναι αναπόφευκτες. Οι χημικές τεχνικές περιλαμβάνουν συχνά την μίξη με μηχανικούς τρόπους και χρησιμοποιούν ουσίες όπως το ταννικό οξύ και το νιτρικό άργυρο για την αφαίρεση. Αν και επιλέγεται από επαγγελματίες αφαίρεσης, επιπλοκές όπως η υπο ή η υπερμελάγχρωση και οι ουλές μπορεί να μην προσφέρουν το ιδανικό αποτέλεσμα. Η πιο ευρέως διαδεδομένη όμως είναι η επιλεκτική μέθοδος, με την χρήση λέιζερ για στοχευμένη εξάλειψη της χρωστικής ουσίας από το δέρμα, χωρίς την πρόκληση ουλών (Adatto et al, 2011, Burriss & Kim, 2007).

Στις πρώτες συνεδρίες με τον ασθενή αποφασίζεται η μέθοδος αφαίρεσης που θα είναι η πιο ωφέλιμη. Εξετάζεται ο τύπος και το χρώμα του δέρματος και η μέθοδος τοποθέτησης του τατουάζ, καθώς ένα επαγγελματικό θα απαιτήσει παραπάνω συνεδρίες από ένα ερασιτεχνικό. Ακόμα ελέγχεται η χρονολογία της τοποθέτησης, αφού γίνεται μερική

διάσπαση του χρώματος με το πέρασμα του χρόνου, και τα χρώματα που χρησιμοποιήθηκαν. Τα διαφορετικά χρώματα που επιλέγονται για κάθε μέθοδο αποτελούν σημαντικό κομμάτι της αφαίρεσης, καθώς αυτά που χρησιμοποιούνται συχνά για καλλυντικά τατουάζ μπορούν να σκουρύνουν αν έρθουν σε επαφή με λέιζερ (Naga & Alster, 2017).

Απαραίτητη προϋπόθεση σε κάθε αφαίρεση είναι η ενημέρωση του ασθενούς για τις πιθανές επιπλοκές και την δημιουργία ουλής με αρκετούς από τους πιθανούς τρόπους, καθώς και το ολικό κόστος και την πιθανή αποτυχία ολικής αφαίρεσης (Kent & Graber, 2012). Μπορεί να προταθεί η πραγματοποίηση προεγχειρητικής βιοψίας για την εκτίμηση του βάθους του χρώματος, ώστε κριθεί η αντιμετώπιση αναλόγως (Malca et al, 2017). Η χρήση λέιζερ, ως η επικρατέστερη επιλογή, απαιτεί την συνεχόμενη εκπομπή μικρής διάρκειας παλμών και συνεχίζει να βελτιώνεται με καινούργια μηχανήματα (Henley et al, 2021).

Αντενδείκνυται η προσπάθεια οποιασδήποτε διόρθωσης όμως όταν παρατηρείται φλεγμονή στο σημείο, καθώς επηρεάζουν αρνητικά όλη την έκβαση της θεραπείας. (Naga & Alster, 2017) Σημείο ιδιαίτερης προσοχής παραμένουν τα διαφορετικά χρώματα, και επιλέγονται τα κατάλληλα λέιζερ για κάθε περιστατικό και η παρουσία αμέτρητων επιλογών χρωμάτων στη σύγχρονη εποχή καθιστούν το έργο αυτό πιο περίπλοκο (Kent & Graber, 2012). Επικίνδυνη μπορεί επίσης να κριθεί η εκτομή τατουάζ, συγκριτικά με άλλες μεθόδους, εφόσον αυξάνει τον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών, όπως η αιμορραγία και η μόλυνση (Pffirmann et al, 2007). Όπως και σε όλες τις ουλές, ιδιαίτερη προσοχή χρήζουν τα άτομα σκουρόχρωμης επιδερμίδας, οι οποίοι έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης υποχρωματισμού με τη χρήση λέιζερ (Naga & Alster, 2017).

Η αφαίρεση τατουάζ έχει εξελιχθεί ραγδαία τις τελευταίες δεκαετίες, σε συνδυασμό με την αυξανόμενη ζήτηση για αυτή. Η ανάπτυξη της τεχνικής λέιζερ έχει μειώσει τόσο τις πιθανές επιπλοκές, όσο και την παρουσία ουλών και εκτεταμένης φροντίδας του σημείου μετεγχειρητικά, που απαιτούν άλλες τεχνικές. Η ανοδική πορεία του χώρου προοδεάζει στην περαιτέρω ανάπτυξη της θεραπείας και την εξέλιξη των μελανιών και των λέιζερ σε σημείο που μπορούν να χρησιμοποιηθούν και να αφαιρεθούν με μεγαλύτερη ευκολία (Kent & Graber, 2012).

5.4 Αφαίρεση καρκίνου του δέρματος

Ο καρκίνος του δέρματος παρουσιάζεται σε πολλές μορφές με διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας. Αποτελεί έναν από τους πιο κοινούς τύπους καρκίνου, με το μελάνωμα να είναι μόνο ένα μικρό ποσοστό. Η διάγνωση πραγματοποιείται με βιοψία, σε συνδυασμό με το ιστορικό και την κλινική εικόνα του ασθενούς. Τα πιο σημαντικά βήματα εναντίον του καρκίνου του δέρματος είναι η πρόληψη, με την μείωση της έκθεσης στον ήλιο, με μακριά ρούχα, καπέλα και αντηλιακό, και την αποφυγή του σολαρίου. Σημαντική διαφορά μπορεί να παρατηρηθεί στη συχνότητα της εμφάνισης του σε ανθρώπους ανοιχτού δέρματος από αυτούς με σκούρο (Linares et al, 2015).

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελούν τις πιο συχνά εμφανιζόμενες κακοήθειες και κατατάσσονται στην κατηγορία των μη μελανωματικών καρκίνων (Brandt & Moore, 2019). Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα εντοπίζεται στην επιδερμίδα και έχει ως κύριο υπαίτιο την παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο. Τα κύρια σημεία εμφάνισης είναι οι περιοχές που είναι περισσότερο εκτεθειμένες στον ήλιο. Όπως τα αυτιά, το πρόσωπο, τα χέρια και η μύτη και δεν εμφανίζει συχνά μεταστάσεις. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι επίσης επιφανειακό και επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την ηλιακή ακτινοβολία. παρουσιάζονται ως ερυθριματώδεις και σκληρές περιοχές δέρματος με κρούστα και ξεκάθαρα όρια (Linares et al, 2015). Η θεραπεία του μπορεί να θεωρηθεί βέλτιστη με γρήγορη και ολική αφαίρεση, αλλά αν παρουσιαστούν μεταστάσεις θα επηρεάσουν το περιβάλλον γύρω από τη κακοήθεια και ιδιαίτερα σε περιοχές του σώματος όπως τα αυτιά και οι ουλές (Gordon, 2013).

Το μελάνωμα αποτελεί την πιο επιθετική μορφή του καρκίνου του δέρματος, με την πρόγνωση να βασίζεται στο βάθος και την τοποθεσία του πρώτου όγκου που εμφάνισε ο ασθενής και την εμφάνιση μεταστάσεων. Γίνεται να παρουσιαστεί με διαφορετικά μεγέθη, ακαθόριστα όρια και με διάφορα χρώματα, με το λευκό, το μαύρο, το κόκκινο και το γκρι μεταξύ τους. Καθοριστική σημασία στην κλινική εικόνα αποτελεί η αλλαγή του σημείου, κυρίως προυπάρχοντων σπύλων το τελευταίο χρονικό διάστημα σε οποιαδήποτε από τα παραπάνω χαρακτηριστικά (Linares et al, 2015, Dzwierzynski, 2013).

Η υπεριώδη ακτινοβολία αποτελεί την κύρια αιτία εμφάνισης κακοήθειας του δέρματος. Σε συνδυασμό με το ανοιχτόχρωμο δέρμα, το οικογενειακό ιστορικό, την φαρμακευτικά προκαλεσμένη ανοσοκαταστολή, τα διαφορετικά είδη διαθέτουν ξεχωριστούς

παράγοντες κινδύνου (Gordon, 2013). Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα επηρεάζεται από την έκθεση σε αρσενικό και από την ιονίζουσα ακτινοβολία και το ακανθοκυτταρικό, μαζί με τα στοιχεία του βασικοκυτταρικού, διαθέτει την παρουσία πολλών σπύλων, με ιδιαίτερη έμφαση σε αυτούς με άτυπη εμφάνιση. Η εμφάνιση μελανωμάτων καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την μεγάλη ηλικία του ασθενούς, και την συχνή χρήση σολάριουμ, σε συνδυασμό με την ύπαρξη σπύλων. (Linares et al, 2015, Dzwierzynski, 2013). Παρόλο που το ανοιχτόχρωμο δέρμα αυξάνει τις προοπτικές εμφάνισης κακοήθειας, οι ασθενείς με σκούρο δέρμα που παρουσιάζουν καρκινώματα φέρουν και αυξημένες πιθανότητες θνησιμότητας. Για τον λόγο αυτό καθιστάται απαραίτητη η περαιτέρω εκπαίδευση της ιατρικής ομάδας, για έγκυρη διάγνωση και αντιμετώπιση στις ομάδες αυτές (Gloster & Neal, 2006). Η έλλειψη εκπαίδευσης επηρεάζει και τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και τους ηλικιωμένους, οι οποίοι δεν γνωρίζουν τους κινδύνους που διατρέχουν, καθώς και τους εργαζόμενους σε δουλειές που έρχονται σε επαφή με πίσσα, με αρσενικό με κάρβουνο και με πετρέλαιο (Gordon, 2013).

Ο πιο ακριβής τρόπος διάγνωσης κάθε μορφής μελανώματος είναι η βιοψία. Εξετάζεται αν θα χρειαστεί βιοψία εκτομής, διάτρησης ή απόξεσης και οι τελευταίες αντενδείκνυνται σε καρκινώματα για τα οποία έχει σημασία το βάθος, όπως το μελάνωμα (Linares et al, 2015). Στις βιοψίες εκτομής επιδιώκεται η αφαίρεση ολόκληρης της περιοχής με περιθώρια από ένα έως τρία χιλιοστά από το φυσιολογικό δέρμα που το περιβάλλει (Ellison et al, 2017). Οι μόνες περιπτώσεις αντένδειξης της βιοψίας εκτομής σε περιπτώσεις πιθανών μελανωμάτων αποτελούν τους ασθενείς με βλάβη που καλύπτει μεγάλη έκταση και η ολική αφαίρεση σε περίπτωση καλοήθειας η αισθητική επίπτωση θα ήταν μεγάλη (Dzwierzynski, 2013). Αν με τα αποτελέσματα της βιοψίας επιβεβαιωθεί η παρουσία κακοήθειας, αρχίζει η πορεία της θεραπείας, με την χειρουργική αφαίρεση να αποτελεί μία πιθανή επιλογή. Στα μελανώματα είναι η συνήθης πορεία αντιμετώπισης (Raiganí et al, 2017). Στις περιπτώσεις που η αφαίρεση δημιουργήσει την ανάγκη αποκατάστασης της περιοχής, εφαρμόζονται δερματικά μοσχεύματα ή γίνεται σύγκλιση του σημείου, όπου αυτό είναι δυνατόν (Dzwierzynski, 2013).

Ο καρκίνος του δέρματος εξαρτάται σημαντικά από την πρόληψη του ασθενή. Η ιατρική ομάδα στοχεύει στην επαρκή εκπαίδευση των ατόμων για τους πιθανούς κινδύνους, με πρωταρχικό ρόλο να έχει η αποφυγή της ηλιακής ακτινοβολίας. Πρέπει να γίνεται τακτικός έλεγχος του δέρματος και των σπύλων των ασθενών ώστε να εντοπιστεί οποιαδήποτε

κακοήθεια σε αρχικό στάδιο (Gordon, 2013). Αν και η πρόγνωση των μελανωμάτων σε προηγμένα στάδια δεν είναι βέλτιστη, η συνεχόμενη πρόοδος στον τομέα της έρευνας, η χειρουργική αφαίρεση και ο έλεγχος μεταστάσεων βελτιώνουν τις προγνώσεις των ανθρώπων αυτών (Raigani et al, 2017, Dzwierzynski, 2013).

5.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Η μονάδα εγκαυμάτων διαθέτει σαν πρωταρχικούς συντονιστές τους υπεύθυνους νοσηλευτές. Από αυτούς γίνεται η διαχείριση και η συνεχόμενη χορήγηση φαρμάκων, η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και ο έλεγχος των ζωτικών σημείων από την εισαγωγή του ασθενούς. Γίνεται αξιολόγηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, χορήγηση Lactated Ringers κατά την πρώτη ημέρα μετά το έγκαυμα και αποτροπή του ασθενή από αυξημένη λήψη νερού. Η ελεγχόμενη χορήγηση υγρών, όμως, βοηθάει στην εξέταση του ισοζυγίου υγρών του και στην εκτίμηση της νεφρολογικής λειτουργίας (Ellison, 2013). Ακόμα σημαντικό κομμάτι της καθημερινότητας των νοσηλευτών αυτών είναι η περιποίηση τραύματος και η αλλαγή των επιδέσμων. Ο πόνος που προκαλείται στους ασθενείς με αυτή τη διαδικασία είναι μεγάλος και είναι απαραίτητη η παροχή υποστήριξης από την πλευρά του νοσηλευτή για την θεμελίωση της σχέσης του μαζί του (de Jong et al, 2007).

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην μείωση των ουλών αρχίζει προεγχειρητικά, με την ενημέρωση του ασθενούς για την μορφή της ουλής και τις πιθανές επιπλοκές. Έπειτα από το χειρουργείο, γίνεται προσπάθεια για τη πρόληψη της μόλυνσης και τη διατήρηση υγρασίας με τη χρήση αντιβιοτικής αλοιφής (Lee Peng & Kerolus 2019). Παρέχεται βοήθεια στον ασθενή για την τοποθέτηση του ενδύματος πίεσης και γίνονται τακτικές αλλαγές στα τραύματα, ενώ παράλληλα ενθαρρύνεται η διατήρηση της γλυκόζης του σε φυσιολογικά επίπεδα και η διακοπή επιβλαβών συνηθειών (π.χ. το κάπνισμα) (Grabowski et al. 2020). Ο νοσηλευτής παίζει μείζον ρόλο στην εκπαίδευση του ατόμου και της οικογένειάς του, για την σωστή διαχείριση του τραύματος, την αποφυγή έντονων κινήσεων και την αλλαγή στον τρόπο ζωής του (Devlin-Rooney & James 2005). Ένας ηλικιωμένος ασθενής, ή ένας ασθενής με δυσκολία κίνησης, χρειάζεται περαιτέρω εκπαίδευση, καθώς και στον συνοδό του, για την αυτοφροντίδα του. Παρέχει ψυχολογική υποστήριξη σε όλη την νοσηλεία και τον ενθαρρύνει να ακολουθήσει τις οδηγίες για να επανέλθει στην φυσιολογική του ζωή (Onselen 2018).

Η φροντίδα ενός ασθενούς που επιδιώκει αφαίρεση τατουάζ είναι περισσότερο συμβουλευτική για την ζωή του έξω από τον χώρο του νοσοκομείου. Αρχικά, γίνεται λήψη ιστορικού, με ερωτήσεις για την ύπαρξη αλλεργιών και νοσημάτων, την λήψη φαρμάκων και την συνήθη επούλωση των τραυμάτων του (Kent & Graber, 2012). Η ένδειξη αλλεργικών αντιδράσεων πιθανόν να απαιτεί την χορήγηση αντισταμινικού. Τοποθετείται τοπική αναισθητική αλοιφή πριν την διαδικασία και παρέχονται τα κατάλληλα προστατευτικά κυάλια κατά την χρήση λέιζερ (Naga & Alster, 2017). Τόσο πριν όσο και μετά την θεραπεία τονίζεται η σημασία της αποφυγής της ηλιακής ακτινοβολίας και γίνεται ενημέρωση των πιθανών επιπλοκών, όπως η εμφάνιση κρούστας και φυσαλίδων προσωρινά στο σημείο (Kent & Graber, 2012).

Στους ασθενείς με καρκίνο του δέρματος, είναι υψίστης σημασίας η ψυχολογική υποστήριξη από όλη την νοσηλευτική ομάδα. Από την βιοψία μέχρι την χειρουργική αφαίρεση ο ασθενής θα λάβει την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα που θα χρειαστεί, αναλόγως με το αν θα λάβει γενική η τοπική αναισθησία και το μέγεθος του όγκου που θα αφαιρεθεί. Η χορήγηση αντιβιώσεων και η τοποθέτηση καθετήρων, σε συνδυασμό με την λήψη ιστορικού και αλλεργιών αποτελούν και εδώ βασικά μέρη της νοσηλευτικής αντιμετώπισης, όπως και η λήψη ζωτικών σημείων. Παράλληλα ελέγχεται η ύπαρξη άλλων νόσων και η λήψη φαρμάκων και γίνεται εκπαίδευση του ασθενούς για την φροντίδα που θα χρειαστεί με την έξοδο του από το νοσοκομείο (Linares et al, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Μικροχειρουργική

6.1 Ορισμός

Η μικροχειρουργική είναι μια διαδικασία που εκτελείται σε μέρη του σώματος που απαιτούν μικροσκόπιο για εξέταση και χειρουργική επέμβαση. Αυτά περιλαμβάνουν μικρά αιμοφόρα αγγεία και νεύρα. Η μικροχειρουργική συνήθως εκτελείται στις περιοχές του αυτιού, της μύτης και του λαιμού, επειδή αυτές διαθέτουν τις πιο μικρές και λεπτές δομές. Ειδικεύεται σε πολλούς κλινικούς κλάδους, όπως η μικροχειρουργική ορθοπεδική, η ωτορινολαρυγγολογία, η οφθαλμολογία, η νευροχειρουργική και η πλαστική χειρουργική. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία οφθαλμικών προβλημάτων όπως ο καταρράκτης και το γλαύκωμα. Η πλαστική χειρουργική επίσης βασίζεται πλέον σε μεγάλο βαθμό στη μικροχειρουργική για την αναδόμηση κατεστραμμένου δέρματος, μυών και ιστών και αποτελεί χρήσιμο κομμάτι της επαναπροσκόλλησης ή της επαναφύτευσης ακρωτηριασμένων μελών του σώματος (Tamaí, 2009).

6.2 Ιστορική αναδρομή

Ο τομέας της μικροχειρουργικής έχει αναπτυχθεί αρκετά τα τελευταία 120 χρόνια. Μετά την εφεύρεση των τεχνικών αγγειακών ραφών, οι Carrel και Guthrie άρχισαν να πραγματοποιούν με επιτυχία επαναφυτεύσεις και μεταμοσχεύσεις σε σκύλους στις αρχές του 1900. Η ανάπτυξη της ηπαρίνης το 1916 επέτρεψε τη διενέργεια αυτών των επεμβάσεων σε ανθρώπους, με την αντιθρομβωτική δράση της. Αυτή η πρόοδος ενισχύθηκε περαιτέρω με την εφεύρεση του μικροσκοπίου στις αρχές της δεκαετίας του 1920, επιτρέποντας τη μεγέθυνση μικρών αγγείων και υλικών ράμματος. Στη δεκαετία 1950–1960, αναφέρθηκαν επιτυχείς επαναφυτεύσεις και επαναγγείωση χεριών και δακτύλων. Το 1960, ολοκληρώθηκε η πρώτη επιτυχημένη μικροαγγειακή αναστόμωση χρησιμοποιώντας χειρουργικό μικροσκόπιο και αναπτύχθηκαν εξειδικευμένα μικροχειρουργικά εργαλεία. Στη δεκαετία 1970-1980, η μεταφορά ιστού συνέβη σε πολλά κέντρα διεθνώς και οι ελεύθερες αγγειωμένες μεταφορές οστών και αρθρώσεων έγιναν πιθανές (Tamaí, 2009).

Μέσα στα επόμενα 50 χρόνια, το εύρος και οι τύποι των επιτυχημένων μεταφορών ιστών διευρύνθηκαν με την αυξανόμενη κατανόηση της αγγειακής ανατομίας. Συνέχισαν να περιγράφονται νέες θέσεις δωρητών ιστών και παραλλαγές κρημνού και οι ερευνητικές

προσπάθειες παγκοσμίως συνέβαλαν στο πεδίο, συμπεριλαμβανομένης της εξερεύνησης της σύνθετης αλλομεταμόσχευσης ιστού και της αναγεννητικής ιατρικής. Στο μέλλον της μικροχειρουργικής εξερευνάται η διάδοση της μεταμόσχευσης των άκρων. Προκύπτουν όμως αντιπαραθέσεις για την αναγκαιότητα και τις πιθανές επιπλοκές που εμφανίζονται από την συνεχόμενη ανοσοκαταστολή του ασθενή (Cooper et al., 2019, Tamai, 2009).

6.3 Αναγεννητική ιατρική και πλαστική χειρουργική

Οι τεχνολογικές καινοτομίες στη βιοτεχνολογία και τα βιοϋλικά έχουν προχωρήσει ραγδαία την τελευταία δεκαετία. Ένας από τους τομείς υγείας που μπορεί να παρατηρηθεί η αλλαγή αυτή είναι η αναγεννητική ιατρική. Ο κλάδος αυτός ειδικεύεται στην ταχύτερη επούλωση των τραυμάτων περιλαμβάνοντας τις πιο πρόσφατες τεχνικές όπως η μεταμόσχευση βλαστοκυττάρων και οι τεχνητοί ιστοί. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται η αναδόμηση των ιστών, των χόνδρων και των ιστών με την χρήση μοσχευμάτων και κυττάρων. Αποτελείται από πολλές ιατρικές υποειδικότητες, μεταξύ αυτών η βιολογία, η βιοχημεία, η φυσική, η νανοτεχνολογία και η μηχανική βιοϋλικών (Dighe et al., 2016).

Η αναγεννητική ιατρική μπορεί να εφαρμοστεί σε μία ποικιλία ειδικοτήτων και ασθενών, με την κατάλληλη αξιοποίηση του κάθε θεράποντα ιατρού. Οι πλαστικοί χειρουργοί, στην πρακτική της χειρουργικής άνω και κάτω άκρων, σε συνδυασμό με τους νευροχειρουργούς, εξειδικεύονται στην επιστήμη της αναγέννησης νεύρων και της αποκατάστασης της βέλτιστης λειτουργίας μετά από τραυματισμό νεύρων. Αυτές οι θεραπείες περιλαμβάνουν τη χρήση κυττάρων, γονιδίων και ιστών για την τόνωση της επούλωσης των νεύρων και επιδιώκεται η επαναφορά μη λειτουργικών νεύρων με περαιτέρω έρευνες (Burns & Quinones-Hinojosa, 2021). Για παραμορφώσεις που περιλαμβάνουν πολύπλοκες δομές όπως η μύτη και το κρανίο, οι πλαστικοί χειρουργοί κατασκευάζουν νέα ανταλλακτικά σε άλλο σημείο του σώματος. Η χρήση συνθετικών πτερυγίων, τοποθετείται μία βάση για την προώθηση της επούλωσης του ήδη υπάρχοντος ιστού. Επομένως πρέπει να αποτελούνται από βιοδιασπώμενο υλικό και να μοιράζονται ιδιότητες με τον γύρω ιστό για την επιτυχή ενσωμάτωση του στη περιοχή (Dighe et al., 2016).

Η φροντίδα των τραυμάτων, η οποία θεωρείται από τα βασικά καθήκοντα των πλαστικών χειρουργών, επωφελείται επίσης από την αναγεννητική ιατρική. Τα σύνθετα τραύματα που είναι δύσκολο να επουλωθούν αντιπροσωπεύουν τον κύριο στόχο στις στρατηγικές μηχανικής ιστών και αναγεννητικής ιατρικής. Τα υποκατάστατα του δέρματος,

που αποτελούνται από βιοϋλικά, χρησιμοποιούνται για την επούλωση αυτών των τύπων πληγών, καθώς και για τις πληγές εγκαυμάτων (Mao & Mooney, 2015, Berthiaume et al, 2011). Ακόμα μια σημαντική πρόοδος στη χειρουργική αναγεννητική ιατρική ήταν η ανάπτυξη και η τελειοποίηση τεχνικών για τη μεταφορά λιπώδους ιστού με ελάχιστα επεμβατικό τρόπο. Επιτυγχάνεται έτσι η αναγέννηση του λιπώδους ιστού σε άλλα μέρη του σώματος, χρησιμοποιώντας τον ιστό του ίδιου του ασθενούς. Αυτή η τεχνική φέρνει επανάσταση σε πολλές επεμβάσεις αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένης της αποκατάστασης του μαστού. Απαιτείται ακόμα έρευνα για την ασφαλή χρήση της όμως, αν επιτευχθεί, θα αποτελέσει αναπόσπαστο εργαλείο της πλαστικής χειρουργικής (Zhou et al., 2016).

Ο νοσηλευτικός ρόλος στις διαδικασίες της μικροχειρουργικής και της αναγεννητικής ιατρικής δεν έχει θεμελιωθεί πλήρως. Οι νοσηλευτές των χειρουργείων απαιτείται να γνωρίζουν τα εργαλεία της μικροχειρουργικής που χρησιμοποιούνται και τις τεχνικές της κάθε επέμβασης. Όμως, μέχρι την πιο διευρυμένη καθιέρωση των κλάδων αυτών στα νοσοκομεία, η εξειδίκευση των νοσηλευτών στον τομέα αυτό παραμένει περιορισμένη.

Η πρόοδος της αναγεννητικής ιατρικής τις τελευταίες δεκαετίες είναι αδιαμφισβήτητες, όμως η ένταξη της στις καθιερωμένες μεθόδους νοσηλείας δεν έχει επιτευχθεί. Με την συνεχιζόμενη πραγματοποίηση ερευνών και την δοκιμή νέων τεχνικών από τους επαγγελματίες υγείας, η εφαρμογή των τεχνολογιών του κλάδου θα μπορέσουν να αποτελέσουν σύντομα αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας κάθε νοσοκομείου (Badylak & Rosenthal, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Πλαστική χειρουργική και Covid-19

7.1 Η πανδημία Covid-19

Το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο κοροναϊός 2 (SARS-CoV-2) εξαπλώθηκε γρήγορα παγκοσμίως, από τον Δεκέμβριο του 2019, οδηγώντας σε παγκόσμια πανδημία και αλλάζοντας δραστικά την καθημερινή ζωή και τις κλινικές πρακτικές. Ο συχνός έλεγχος μέσω τεστ, η έγκαιρη διάγνωση και η απομόνωση έχουν αποδειχθεί βασικά μέτρα για τον έλεγχο της εξάπλωσης του. Η αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης (PCR) είναι επί του παρόντος η πιο αποτελεσματική μέθοδος για τη διάγνωση της νόσου (Li Q. et al, 2020).

Οι αρχές δημόσιας υγείας συνιστούν τη μείωση των χειρουργικών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια υψηλής εξάπλωσης του ιού. Η πανδημία του COVID-19 ανάγκασε τα χειρουργικά τμήματα να προγραμματίσουν εκ νέου τις δραστηριότητές τους, δίνοντας προτεραιότητα στις επείγουσες διαδικασίες και στα ογκολογικά περιστατικά που δεν μπορούν να αναβληθούν. Μόνο ελάχιστες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στις παράπλευρες επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19. Επιπλέον, η καθυστέρηση των μη επειγόντων χειρουργικών επεμβάσεων έχει οδηγήσει σε σημαντική καθυστέρηση στις εκλεκτικές επεμβάσεις. Αυτό δεν επηρέασε μόνο την ικανότητα του χειρουργικού συστήματος, αλλά προκάλεσε επίσης σε πολλούς ασθενείς τον φόβο να κολλήσουν τον ιό στο νοσοκομείο (COVID Surg Collaborative, 2020).

7.2 Χειρουργικές επεμβάσεις και πανδημία

Οι χειρουργοί εισήλθαν σε αυτή την πανδημία γνωρίζοντας ότι η περιεγχειρητική λοίμωξη SARS-CoV-2 συσχετίστηκε με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Μελέτες αναφέρουν την ακύρωση εκατομμυρίων χειρουργικών επεμβάσεων παγκοσμίως. Επηρεάστηκαν περισσότερο τα επιλεκτικά χειρουργεία, τα οποία περιελάμβαναν κάθε τομέα της ιατρικής. Οι χειρουργικές επεμβάσεις για καλοήθειες αποτελούσαν το 90,2% όλων των ακυρώσεων και η μείωση ή η αναστολή της χειρουργικής δραστηριότητας έχει οδηγήσει σε καθυστερήσεις στον προγραμματισμό των παρεμβάσεων, γεγονός που μπορεί να αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στην περίπτωση των ογκολογικών παθήσεων. Η επέκταση της λοίμωξης και η υψηλή κατανάλωση

πόρων υγείας, σε συνδυασμό με το κόστος των ακυρώσεων, έχουν οδηγήσει σε προσαρμογή του συστήματος υγείας (COVID Surg Collaborative, 2020).

Τα νοσοκομεία αντιμετώπισαν το δύσκολο έργο της κατάλληλης διαχείρισης ασθενών με όλες τις παθήσεις, εξισορροπώντας παράλληλα την ασφάλεια των εργαζομένων και των ασθενών με περιορισμένους πόρους. Οι συμβουλευτικές υπηρεσίες σε συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο άλλαξαν τις πολιτικές για να επιτρέψουν την καλύτερη αξιολόγηση των ασθενών για να ενθαρρύνουν την αποτελεσματική χρήση του τμήματος επειγόντων περιστατικών, των νοσοκομείων και των κλινικών περιβαλλόντων όποτε αυτό είναι δυνατό. Με αυτόν τον τρόπο, τα νοσοκομειακά συστήματα ήλπιζαν να διατηρήσουν τις πρακτικές κοινωνικής αποστασιοποίησης και να εξοικονομήσουν πόρους για όσους είχαν τη μεγαλύτερη ανάγκη. Αυτές οι αλλαγές στις πολιτικές επηρέασαν αναπόφευκτα τη φύση της αντιμετώπισης των τραυματισμών και τη φροντίδα που παρέχουν οι συμβουλευτικές υπηρεσίες (Haldane et al, 2020).

Μία από τις πιθανές εξηγήσεις για τη σημαντική μείωση του αριθμού των ασθενών που παρακολουθούνται στα νοσοκομεία είναι ο φόβος της μόλυνσης. Δεν βρέθηκαν διαφορές στο ποσοστό των ασθενών που απαιτούν εισαγωγή ή χειρουργική επέμβαση, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν υπήρξε αύξηση του ορίου σοβαρότητας για τις επισκέψεις στα επείγοντα στα ιατρεία της πλαστικής χειρουργικής, όπως αποδεικνύεται σε άλλες ειδικότητες. Στην ίδια μελέτη και αναφορικά με την ηλικία των ασθενών υπάρχει στατιστικά σημαντική μείωση κατά τη διάρκεια της πανδημίας και δεν μπορεί να αποκλειστεί ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν αναζητήσει λιγότερη ιατρική φροντίδα λόγω του φόβου της μόλυνσης. (Cases-Perera et al, 2021).

7.3 Οδηγίες για ασφαλής πλαστική χειρουργική επέμβαση

Μεγάλη ανησυχία υπάρχει για την πρόληψη της μόλυνσης των ασθενών, του προσωπικού και των χειρουργών. Αυτό οδήγησε σε πολλές προτάσεις για προστατευτικό εξοπλισμό, κυκλοφορία αέρα στο χειρουργείο, αποστείρωση κυκλωμάτων αναισθησίας κ.λπ. Το άλλο θέμα είχε να κάνει με τους κινδύνους της αναισθησίας και της χειρουργικής επέμβασης σε ασθενείς που ήταν μολυσμένοι αλλά ασυμπτωματικοί. Για αυτούς τους λόγους, όλοι οι οργανισμοί συνέστησαν προεγχειρητικό τεστ PCR (Kaye et al, 2020, Prachand et al, 2020).

Η προεγχειρητική αυτοαπομόνωση μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες ακούσιας χειρουργικής επέμβασης σε ασυμπτωματικούς ασθενείς ή ασθενείς που βρίσκονται σε επώαση και σχετίζεται με μη κρίσιμες χειρουργικές επεμβάσεις. Σε μια μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε σε μια εκλεκτική ορθοπεδική κούρτη από την Ιαπωνία, οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι η αυτοαπομόνωση για 2 εβδομάδες πριν από τη χειρουργική επέμβαση ήταν εξαιρετικά αποτελεσματική και κανένας από τους 304 ασθενείς που ολοκλήρωσαν επιτυχώς το πρόγραμμα αργότερα δεν βρέθηκε θετικός στον ιό στο τεστ PCR. Άλλα ιδρύματα έχουν συστήσει 72 ώρες απομόνωσης (Nishitani et al, 2021).

Μία άλλη οδηγία αφορά τον εμβολιασμό. Η αποτελεσματικότητα των εμβολιασμών COVID-19 στη μείωση της σοβαρότητας της νόσου έχει προταθεί ως στρατηγική μείωσης του κινδύνου πριν από την εκλεκτική χειρουργική επέμβαση. Το όφελος του εμβολιασμού φάνηκε σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες και τους τύπους χειρουργικών επεμβάσεων. Κατά αυτό τον τρόπο θα επιτευχθεί η προστασία, τόσο του ασθενούς κατά την χειρουργική επέμβαση και μετεγχειρητικά, αλλά και του προσωπικού με το οποίο θα έρθει σε επαφή. Σε συνδυασμό με τον τακτικό έλεγχο με τεστ και την απομόνωση του ασθενούς προεγχειρητικά, είναι δυνατή η ασφάλεια όλων (El-Boghdadly et al, 2021).

Ο επαρκής ατομικός προστατευτικός εξοπλισμός έχει καθιερωθεί ως ο βασικός πυλώνας πρόληψης της νοσοκομειακής μετάδοσης και παραμένει αναπόσπαστο μέρος των σχεδίων αποφυγής αναπνευστικών παθογόνων. Ο εξοπλισμός ποικίλλει ανάλογα με τον βαθμό προστασίας που απαιτείται και κυμαίνεται από βασικές χειρουργικές μάσκες έως μάσκες N95, που φιλτράρουν το 95% των αιωρούμενων σωματιδίων. Η κατάλληλη παροχή αυτών των υλικών θα πρέπει να αποτελεί την ύψιστη προτεραιότητα για τη διασφάλιση της ασφάλειας του προσωπικού. Άλλες στρατηγικές που θα βοηθήσουν στην προστασία του προσωπικού είναι ο εμβολιασμός, η κοινωνική απόσταση, η υγιεινή των χεριών και τα μέτρα για την ελαχιστοποίηση της έκθεσης σε αερολύματα (Kaye et al, 2020).

Μεταξύ άλλων προτάσεων που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη μείωση της περιεγχειρητικής λοίμωξης SARS-CoV-2 είναι η μείωση του χρόνου που αφιερώνει ο ασθενής στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης και όπου είναι δυνατόν εικονικές προεγχειρητικές διαβουλεύσεις. Ο κίνδυνος και οι συνέπειες του περιεγχειρητικού COVID-19 ποικίλλουν ανάλογα με τη φύση της χειρουργικής επέμβασης, τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και την επιβάρυνση της πανδημίας εντός της κοινότητας. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τις καλύτερες δυνατές εκτιμήσεις νοσηρότητας και θνησιμότητας για

τον COVID-19 πριν από τη χειρουργική επέμβαση και αυτές οι διαδικασίες θα πρέπει να αποτελούν τυπικό μέρος κάθε χειρουργείου κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Kaye et al, 2020).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μια συστηματική, λογική μέθοδο προγραμματισμού και παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών που έχει ως επίκεντρο την επίτευξη της υγείας του ασθενούς. Ευρέως γνωστή, η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από τα εξής στάδια: την αξιολόγηση των αναγκών του αρρώστου και των πόρων για την νοσηλευτική φροντίδα, την νοσηλευτική διάγνωση και τον προγραμματισμό, δηλαδή τον σχεδιασμό για την ικανοποίηση των αναγκών που βρέθηκαν. Ακόμη, σε αυτή συμπεριλαμβάνονται η εφαρμογή του πλάνου της νοσηλευτικής φροντίδας, η εκτίμηση των αποτελεσμάτων και η παροχή σχολιασμού πάνω στα αποτελέσματα (feedback) (Μπακάλης και συν., 2015).

Αξιολόγηση είναι η συστηματική συλλογή πληροφοριών, που λαμβάνονται από τον ασθενή, την οικογένεια και τα στοιχεία που προέρχονται από το φάκελο του ιστορικού. Οι πληροφορίες αυτές αναλύονται και ομαδοποιούνται, προκειμένου να διαπιστωθούν οι εκπαιδευτικές ανάγκες και να τεθεί η νοσηλευτική διάγνωση. Η νοσηλευτική διάγνωση είναι η επισήμανση των νοσηλευτικών αναγκών που προκύπτουν από την ανάλυση των πληροφοριών κατά την αξιολόγηση. Όλοι οι στόχοι πρέπει να είναι συγκεκριμένοι, κατανοητοί, εφικτοί και κυρίως να έχουν συζητηθεί από κοινού με τον ασθενή (Lemone & Burke, 2006).

Στη συνέχεια ακολουθεί ο σχεδιασμός. Στο στάδιο αυτό καταρτίζεται το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, το οποίο βασίζεται στη νοσηλευτική διάγνωση και περιλαμβάνει τρία στάδια. Αυτά είναι η ιεράρχηση των αναγκών, ο καθορισμός στόχων και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Στο στάδιο της εφαρμογής αξιολογείται και προσαρμόζεται συνεχώς η παρεχόμενη εκπαίδευση και συγχρόνως ο ρόλος του νοσηλευτή επεκτείνεται και προς την διαπαιδαγώγηση της οικογένειας. Τέλος, έχουμε την εκτίμηση των αποτελεσμάτων, η οποία αποτελεί το τελικό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Η εκτίμηση περιλαμβάνει την ανταπόκριση του ασθενούς στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, το βαθμό επίτευξης των στόχων και την αναθεώρηση ή τροποποίηση του νοσηλευτικού σχεδίου (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2012, Lemone & Burke, 2006).

Η νοσηλευτική διεργασία καθιστά μια διαπροσωπική διαδικασία, όπου χρειάζεται συνεργασία ανάμεσα σε νοσηλευτή και ασθενή. Επιτάσσει τους νοσηλευτές να εργάζονται με συντονισμένη προσπάθεια και να συνεργάζονται αρμονικά με τα υπόλοιπα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να διατίθεται η καλύτερη δυνατή ποιοτική φροντίδα στους

ασθενείς. Κατά την διάρκεια της νοσηλευτικής διεργασίας ο νοσηλευτής έχει ως στόχο να αναγνωρίσει και να εκτιμήσει την κατάσταση της υγείας του αρρώστου, να ανακαλύψει και να προσδιορίσει τα προβλήματα και τις ανάγκες της υγείας του, να σχεδιάσει και να προγραμματίσει ένα πλάνο φροντίδας που να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του αρρώστου και να προχωρήσει σε ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, έτσι ώστε να καλύψει τις ανάγκες του (Μπακάλης και συν., 2015).

ΣΕΝΑΡΙΟ 1

Ασθενής 78 χρονών προσήλθε στο Γ.Ν.Α Γεώργιος Γεννηματάς λόγω έκρηξης φιάλης υγραερίου. Παρουσιάζει εγκαύματα στο πρόσωπο και στα χέρια. Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο η μέτρηση των ζωτικών του σημείων έδειξαν τις τιμές της αρτηριακής πίεσης να είναι 161/78 και την θερμοκρασία 38,5 °C, ενώ παράλληλα παρουσίαζε δυσκολία κατά την αναπνοή. Έγινε λήψη του ιστορικού του ασθενούς και κατά τη διάρκεια της λήψης έδειξε ιδιαίτερο άγχος για την κατάστασή του και την θεραπεία του.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ/ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Πυρετός.	Πυρετός ο οποίος σχετίζεται με τα εγκαύματα που έχει υποστεί.	Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων (apotel) εφάπαξ.	Χορηγήθηκε η αντιπυρετική αγωγή ενδοφλεβίως σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	Η θερμοκρασία του ασθενούς βρίσκεται ξανά σε φυσιολογικές τιμές.
Πόνος.	Πόνος ο οποίος σχετίζεται με τη παρουσία εγκαυμάτων.	Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων (tramal 100mg/ 2ml).	Χορηγήθηκε αναλγητικό φάρμακο ενδοφλεβίως σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	Μειώθηκε ο πόνος του ασθενούς και φαίνεται να είναι πιο ήρεμος.
Δύσπνοια.	Δύσπνοια η οποία σχετίζεται με χαμηλό κορεσμό.	Χορήγηση O ₂ με ρινική κάνουλα στα 4 λίτρα.	Χορηγήθηκε O ₂ με ρινική κάνουλα στα 4 λίτρα.	Ο κορεσμός του οξυγόνου επανήλθε

				σε φυσιολογικά πλαίσια.
Αυξημένη αρτηριακή πίεση.	Αυξημένη αρτηριακή πίεση η οποία σχετίζεται με την χρόνια υπέρταση του ασθενούς και την παράλειψη της φαρμακευτικής αγωγής εξαιτίας του ατυχήματος.	Χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων (Lasix 20mg) ενδοφλεβίως.	Χορηγήθηκε επιτυχώς το υπερτασικό φάρμακο ενδοφλεβίως σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.	Η πίεση επανήλθε σε φυσιολογικά πλαίσια.
Άγχος και νευρικότητα.	Άγχος του ασθενή λόγω του ατυχήματος και των εγκαυμάτων που υπέστη.	<ul style="list-style-type: none"> · Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και συζήτηση ώστε να εκφράσει τους φόβους του και να καθησυχαστεί · Εκπαίδευση για την φροντίδα των εγκαυμάτων και την πορεία της επούλωσής τους. 	<ul style="list-style-type: none"> · Συζήτηση με τον ασθενή για την κατάστασή του και παροχή συμβουλών. Διδασκαλία για την φροντίδα των εγκαυμάτων κατά την έξοδο 	<p>Ο ασθενής φαίνεται να ηρεμεί.</p> <p>Ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον ρόλο του στη φροντίδα των εγκαυμάτων του.</p>

			του από το νοσοκομ είο.	
--	--	--	----------------------------------	--

ΣΕΝΑΡΙΟ 2

Ασθενής 52 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν.Α. Γεώργιος Γεννηματάς, για εξέταση ενός σπίλου, ο οποίος της προκαλούσε έντονο κνησμό, ξηροδερμία στο σημείο και παρουσίαζε μικρή αιμορραγία. Εισήχθη στην κλινική της πλαστικής χειρουργικής και προγραμματίστηκε βιοψία για την επόμενη ημέρα. Κατά την εισαγωγή της και τη λήψη των ζωτικών σημείων και του ιστορικού, η ασθενής έπαθε κρίση πανικού. Σύμφωνα με την ίδια, παρόμοιο περιστατικό της είχε ξανασυμβεί στο παρελθόν πάνω από μία φορά.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ/ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Αιμορραγία α.	Αιμορραγία η οποία σχετίζεται με το σπίλο.	Κάλυψη του σημείου με γάζες και άσκηση πίεσης.	Ένδυση του σημείου και εφαρμογή πίεσης.	Η αιμορραγία περιορίστηκε.
Κνησμός.	Κνησμός ο οποίος προκαλείται από την παρουσία του σπίλου και την ερυθρότητα της περιοχής.	Χορήγηση αντικνησμοδών-αντιισταμινικών φαρμάκων.	Έγινε χορήγηση των φαρμάκων από το νοσηλευτικό προσωπικό.	Μείωση της αίσθησης του κνησμού.

Ταχυκαρδία. α.	Ταχυκαρδία η οποία οφείλεται στο άγχος της ασθενούς.	Συζήτηση για τα συναισθήματα της ασθενούς και ενημέρωση για τη διαδικασία της βιοψίας, καθώς και την αντιμετώπιση των αποτελεσμάτων.	Πραγματοποιήθηκε η συζήτηση και η ενημέρωση.	Οι παλμοί της ασθενούς επανήλθαν σε φυσιολογικά πλαίσια (70/min).
Κρίση πανικού.	Κρίση πανικού η οποία οφείλεται στην εισαγωγή της στο νοσοκομείο.	Ενδοφλέβια χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας.	Χορηγήθηκαν τα φάρμακα μέσω του φλεβοκαθετήρα της ασθενούς.	Η ασθενής δεν υπέστη άλλη κρίση πανικού.
Ξηροδερμία. α.	Ξηροδερμία η οποία σχετίζεται με την έλλειψη	Εφαρμογή ενυδατικών κρεμών.	Χορηγήθηκαν οι κρέμες.	Η ελαστικότητα του δέρματος

	περιποίηση του δέρματος.			επανήλθ ε.
--	-----------------------------	--	--	---------------

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή εργασία διαπιστώνουμε ότι η νοσηλευτική επιστήμη και ο κλάδος της πλαστικής χειρουργικής αποκατάστασης είναι δύο αλληλένδετα αντικείμενα. Η πλαστική αποτελεί έναν από τους πιο ευρείς τομείς της χειρουργικής. Ο συγκεκριμένος κλάδος συνεχίζει να εξελίσσεται και να στοχεύει στην καλύτερη θεραπεία για κάθε είδους αποκατάσταση και στην ανακάλυψη νέων και λεπτομερών μεθόδων, με απώτερο στόχο την γρήγορη και ανώδυνη ανάρρωση. Ο τομέας της νοσηλευτικής λειτουργεί συνδυαστικά, καλύπτοντας μια πληθώρα γνώσεων, η οποία περιλαμβάνει την πλαστική χειρουργική αποκατάστασης και βοηθάει στην συνεχιζόμενη ανάπτυξή της.

Η πλαστική προσώπου πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο σε παιδιά μικρής ηλικίας για ελαττώματα εκ γενετής και σε ασθενείς που τραυματίστηκαν. Αποτελεί έναν από τους πιο λεπτούς χώρους για έναν χειρουργό και η προσοχή στη λεπτομέρεια είναι υψίστης σημασίας για την έκβαση της ζωής του ανθρώπου σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο. Η διενέργεια των επεμβάσεων στο χώρο της κοιλίας και του στήθους αποσκοπούν επίσης σε αισθητικές βελτιώσεις, χωρίς αυτό να αναιρεί τον ρόλο τους στην αποκατάσταση, και αποτελούν μερικά από τα πιο κοινά χειρουργεία του κλάδου. Επιπλέον, τα εγκαύματα, με τις μονάδες εγκαυμάτων να συνδυάζονται σε κλινικές πλαστικής, θεωρούνται από τα πιο περίπλοκα και εξειδικευμένα κομμάτια της ιατρικής. Ακόμη, η ιατρική και νοσηλευτική ομάδα λαμβάνουν διαφορετική εκπαίδευση για την διαχείριση τους. Με την εξέλιξη του microsurgery η ανοδική πορεία της πλαστικής χειρουργικής συνεχίζεται σταθερά, με την εφαρμογή της τεχνολογίας σε κάθε κομμάτι.

Ωστόσο δίχως τη συμβολή της νοσηλευτικής ομάδας η εξέλιξη αυτή δεν θα ήταν εφικτή. Η νοσηλευτική φροντίδα ξεκινάει από την διάγνωση, έως και την μετεγχειρητική φροντίδα και το εξιτήριο του ασθενούς. Επιπρόσθετα, δεν παραλείπουν να εκπαιδεύσουν τον ασθενή για τις ενέργειες που θα πρέπει να πραγματοποιηθούν έπειτα από την έξοδό του από το νοσοκομείο. Παρατηρούν και συνεισφέρουν στην θεραπεία του ασθενούς σε κάθε βήμα και όλη η πρόοδος του κλάδου βασίζεται στην ομάδα που σχηματίζεται σε κάθε κλινική. Αν και η πλαστική χειρουργική έχει ακόμα μεγάλο περιθώριο εξέλιξης, δεν είναι αμφισβητήσιμη η συμμετοχή της στην βελτίωση της αποκατάστασης των ασθενών με τρόπο που λειτουργεί τόσο λειτουργικά, όσο και αισθητικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Abdominoplasty. (2019). AORN journal, 110(1), P17–P19.
2. Adatto, M. A., Halachmi, S., & Lapidoth, M. (2011). Tattoo removal. Current problems in dermatology, 42, 97–110.
3. Agrawal K. (2009). Cleft palate repair and variations. Indian journal of plastic surgery : official publication of the Association of Plastic Surgeons of India, 42 Suppl(Suppl), S102–S109.
4. Ali, K., Trost, J. G., Truong, T. A., & Harshbarger, R. J., 3rd (2017). Total Ear Reconstruction Using Porous Polyethylene. Seminars in plastic surgery, 31(3), 161–172.
5. Alois, C. I., & Ruotolo, R. A. (2020). An overview of cleft lip and palate. JAAPA : official journal of the American Academy of Physician Assistants, 33(12), 17–20.
6. Andrades, P., Militsakh, O., Hanasono, M. M., Rieger, J., & Rosenthal, E. L. (2011). Current strategies in reconstruction of maxillectomy defects. Archives of otolaryngology--head & neck surgery, 137(8), 806–812.
7. Anthonissen, M., Daly, D., Janssens, T., & Van den Kerckhove, E. (2016). The effects of conservative treatments on burn scars: A systematic review. Burns : journal of the International Society for Burn Injuries, 42(3), 508–518.
8. Badylak, S., & Rosenthal, N. (2017). Regenerative medicine: are we there yet? Npj Regen. Med. 201,2.
9. Bartow, M. J., & Raggio, B. S. (2021). Liposuction. In StatPearls. StatPearls Publishing.
10. Bellini, E., Grieco, M. P., & Raposio, E. (2017). A journey through liposuction and liposculpture: Review. Annals of medicine and surgery (2012), 24, 53–60.

11. Berthiaume, F., Maguire, T. J., & Yarmush, M. L. (2011). Tissue engineering and regenerative medicine: history, progress, and challenges. *Annual review of chemical and biomolecular engineering*, 2, 403–430.
12. Boahene, K., Brissett, A. E., & Jones, L. R. (2018). Facial Plastic Surgery Controversies: Keloids. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 26(2), 105–112.
13. Brandt, M. G., & Moore, C. C. (2019). Nonmelanoma Skin Cancer. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 27(1), 1–13.
14. Brown, J. S., & Shaw, R. J. (2010). Reconstruction of the maxilla and midface: introducing a new classification. *The Lancet. Oncology*, 11(10), 1001–1008.
15. Burns, T. C., & Quinones-Hinojosa, A. (2021). Regenerative medicine for neurological diseases-will regenerative neurosurgery deliver?. *BMJ (Clinical research ed.)*, 373, n955.
16. Burris, K., & Kim, K. (2007). Tattoo removal. *Clinics in dermatology*, 25(4), 388–392.
17. Cases-Perera O, Losilla-Rodríguez J, Rivera-Lopez R. (2021). Impacto del confinamiento por la COVID-19 en la actividad asistencial de cirugía plástica en el servicio de urgencias. *Med Clin (Barc)*, 156, 139–140.
18. Cooper L, Sindali K, Srinivasan K, et al. (2019). Developing a three-layered synthetic microsurgical simulation vessel. *J Reconstr Microsurg*. 35:15–21.
19. COVIDSurg Collaborative. (2020). Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *Br J Surg.*, 107, 1440–9.
20. Crockett, D. J., & Goudy, S. L. (2014). Cleft lip and palate. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 22(4), 573–586.
21. Daigeler, A., Kapalschinski, N., & Lehnhardt, M. (2015). Therapie von Brandverletzungen [Therapy of burns]. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizen*, 86(4), 389–401.

22. de Blacam C., Kilmartin D., Mc Dermott C., Kelly J. (2015). Public perception of Plastic Surgery, *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, Volume 68, Issue 2, Pages 197-204.
23. de Jong, A. E., Middelkoop, E., Faber, A. W., & Van Loey, N. E. (2007). Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: a systematic literature review. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 33(7), 811–827.
24. Deschamps-Braly J. (2019). Feminization of the Chin: Genioplasty Using Osteotomies. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 27(2), 243–250.
25. Devlin-Rooney, K., & James, W. (2005). Management and prevention of abnormal scars. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 19(28), 45–56.
26. Dhami L. D. (2008). Liposuction. *Indian journal of plastic surgery : official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 41(Suppl), S27–S40.
27. Djohan R, Gage E, Bernard S. (2008). Breast reconstruction options following mastectomy. *Cleveland Clinic Journal Of Medicine*; 75(1): 17-23.
28. Dighe M. Q., Cui A., Park Q., & Christophel S. S. (2016). Regenerative medicine in facial plastic and reconstructive surgery: a review. *JAMA Facial Plast. Surg.* 18, 391–394.
29. Dixit, V. V., & Wagh, M. S. (2013). Unfavourable outcomes of liposuction and their management. *Indian journal of plastic surgery : official publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 46(2), 377–392.
30. Dorfman R, Saadat S, Gupta N, Roostaeian J, Da Lio A. (2020). The COVID-19 pandemic and plastic surgery: literature review, ethical analysis, and proposed guidelines. *Plast Reconstr Surg.*, 146(4), 482e-493e.
31. Dzwierzynski W. W. (2013). Managing malignant melanoma. *Plastic and reconstructive surgery*, 132(3), 446e–460e.

32. Ebrahimi, A., Kazemi, A., Rasouli, H. R., Kazemi, M., & Kalantar Motamedi, M. H. (2015). Reconstructive Surgery of Auricular Defects: An Overview. *Trauma monthly*, 20(4), e28202.
33. Edward I. Lee (2013) Aesthetic Alteration of the Chin, *Seminars in Plastic Surgery*, 27(03): 155-160. Başağaoğlu, B., Bhadkamkar, M., Hollier, P., & Reece, E. (2018). Approach to Reconstruction of Cheek Defects. *Seminars in plastic surgery*, 32(2), 84–89.
34. El-Boghdadly, K., Cook, T. M., Goodacre, T., Kua, J., Blake, L., Denmark, S., McNally, S., Mercer, N., Moonesinghe, S. R., & Summerton, D. J. (2021). SARS-CoV-2 infection, COVID-19 and timing of elective surgery: A multidisciplinary consensus statement on behalf of the Association of Anaesthetists, the Centre for Peri-operative Care, the Federation of Surgical Specialty Associations, the Royal College of Anaesthetists and the Royal College of Surgeons of England. *Anaesthesia*, 76(7), 940–946.
35. Ellison D. L. (2013). Burns. *Critical care nursing clinics of North America*, 25(2), 273–285.
36. Ellison, P. M., Zitelli, J. A., & Brodland, D. G. (2019). Mohs micrographic surgery for melanoma: A prospective multicenter study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(3), 767–774.
37. Farronato, G., Cannalire, P., Martinelli, G., Tubertini, I., Giannini, L., Galbiati, G., & Maspero, C. (2014). Cleft lip and/or palate: review. *Minerva stomatologica*, 63(4), 111–126.
38. Fernández V, J. P., Chica H, G., & Goycoolea R, A. (2020). Craneosinostosis, una perspectiva pediátrica [Craniosynostosis, a pediatric perspective]. *Revista chilena de pediatría*, 91(6), 953–960.
39. Ferri J, Druelle C, Schlund M, Bricout N, Nicot R, (2019). Complications in orthognathic surgery: A retrospective study of 5025 cases. *Int Orthod*, 17(4):789-798.
40. Finnerty, C. C., Jeschke, M. G., Branski, L. K., Barret, J. P., Dziewulski, P., & Herndon, D. N. (2016). Hypertrophic scarring: the greatest unmet challenge after burn injury. *Lancet (London, England)*, 388(10052), 1427–1436.

41. Forjuoh S. N. (2006). Burns in low- and middle-income countries: a review of available literature on descriptive epidemiology, risk factors, treatment, and prevention. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 32(5), 529–537.
42. Geelan-Hansen, K., Clark, J. M., & Shockley, W. W. (2019). Reconstruction of Defects Involving the Lip and Chin. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 27(1), 67–83.
43. Genden E. M. (2010). Reconstruction of the mandible and the maxilla: the evolution of surgical technique. *Archives of facial plastic surgery*, 12(2), 87–90.
44. Gimenez, A., Kopkin, R., Chang, D. K., Belfort, M., & Reece, E. M. (2019). Advances in Fetal Surgery: Current and Future Relevance in Plastic Surgery. *Seminars in plastic surgery*, 33(3), 204–212.
45. Gloster, H. M., Jr, & Neal, K. (2006). Skin cancer in skin of color. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 55(5), 741–764.
46. Gordon R. (2013). Skin cancer: an overview of epidemiology and risk factors. *Seminars in oncology nursing*, 29(3), 160–169.
47. Grabowski, G., Pacana, M. J., & Chen, E. (2020). Keloid and Hypertrophic Scar Formation, Prevention, and Management: Standard Review of Abnormal Scarring in Orthopaedic Surgery. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 28(10), e408–e414.
48. Guo, P., Jiang, H., Yang, Q., He, L., Lin, L., & Pan, B. (2021). Burned Ear Reconstruction Using a Superficial Temporal Fascia Flap. *Ear, Nose & Throat Journal*, 100(10_suppl), 1134S-1138S.
49. Habal M. B. (2011). Microsurgery and craniofacial surgery are confluent systems in plastic surgery patient care. *The Journal of craniofacial surgery*, 22(3), 777–778.
50. Haldane, V., Zhang, Z., Abbas, R. F., Dodd, W., Lau, L. L., Kidd, M. R., Rouleau, K., Zou, G., Chao, Z., Upshur, R., Walley, J., & Wei, X. (2020). National primary care responses to COVID-19: a rapid review of the literature. *BMJ open*, 10(12), e041622.

51. Han, R. H., Nguyen, D. C., Bruck, B. S., Skolnick, G. B., Yarbrough, C. K., Naidoo, S. D., Patel, K. B., Kane, A. A., Woo, A. S., & Smyth, M. D. (2016). Characterization of complications associated with open and endoscopic craniosynostosis surgery at a single institution, *Journal of Neurosurgery: Pediatrics PED*, 17(3), 361-370.
52. Harii K. (2005). Technical advances of plastic and reconstructive surgery in cancer surgery. *International journal of clinical oncology*, 10(4), 215–217.
53. Heller, L., Cole, P., & Kaufman, Y. (2008). Cheek reconstruction: current concepts in managing facial soft tissue loss. *Seminars in plastic surgery*, 22(4), 294–305.
54. Henley, J. K., Zurflay , F., & Ramsey, M. L. (2021). *Laser Tattoo Removal*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
55. Hettiaratchy, S., & Dziwulski, P. (2004). ABC of burns: pathophysiology and types of burns. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7453), 1427–1429.
56. Homsy, A., Rüegg, E., Montandon, D., Vlastos, G., Modarressi, A., & Pittet, B. (2018). Breast Reconstruction: A Century of Controversies and Progress. *Annals of plastic surgery*, 80(4), 457–463.
57. Howes BH, Watson DI, Xu C, et al. (2016). Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 69:1184-91.
58. James A Mentz, BA, Henry A Mentz, MD, Stephanie Nemir, MD (2020). Pneumothorax as a Complication of Liposuction, *Aesthetic Surgery Journal*, Volume 40, Issue 7, Pages 753–758.
59. Jeschke, M. G., & Herndon, D. N. (2014). Burns in children: standard and new treatments. *Lancet (London, England)*, 383(9923), 1168–1178.
60. Joseph M. Meyerson, Alison McAnneny (2011). Reconstruction of Cheek Defects, *Eplasty*, 11: ic11.
61. Kajdic, N., Spazzapan, P., & Velnar, T. (2018). Craniosynostosis - Recognition, clinical characteristics, and treatment. *Bosnian journal of basic medical sciences*, 18(2), 110–116.

62. Kamolz, L. P., Kitzinger, H. B., Karle, B., & Frey, M. (2009). The treatment of hand burns. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 35(3), 327–337.
63. Kaye, K., Paprottka, F., Escudero, R., Casabona, G., Montes, J., Fakin, R., Moke, L., Stasch, T., Richter, D., & Benito-Ruiz, J. (2020). Elective, Non-urgent Procedures and Aesthetic Surgery in the Wake of SARS-COVID-19: Considerations Regarding Safety, Feasibility and Impact on Clinical Management. *Aesthetic plastic surgery*, 44(3), 1014–1042.
64. Kent, K. M., & Graber, E. M. (2012). Laser tattoo removal: a review. *Dermatologic surgery : official publication for American Society for Dermatologic Surgery [et al.]*, 38(1), 1–13.
65. Khansa, I., Harrison, B., & Janis, J. E. (2016). Evidence-Based Scar Management: How to Improve Results with Technique and Technology. *Plastic and reconstructive surgery*, 138(3 Suppl), 165S–178S.
66. Klasson, S., Svensson, K., Wollmer, P., Velander, P., & Svensson, H. (2014). Blood flow dynamics and sensitivity in breasts after reconstruction with DIEP-flap. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 48, 407-411.
67. Kurniadi, I., Tabri, F., Madjid, A., Anwar, A. I., & Widita, W. (2021). Laser tattoo removal: Fundamental principles and practical approach. *Dermatologic therapy*, 34(1), e14418.
68. Lamp, S., & Lester, J. L. (2015). Reconstruction of the breast following mastectomy. *Seminars in oncology nursing*, 31(2), 134–145.
69. Lattanzi, W., Barba, M., Di Pietro, L., & Boyadjiev, S. A. (2017). Genetic advances in craniosynostosis. *American journal of medical genetics. Part A*, 173(5), 1406–1429.
70. Lee, Hui Qing, Hutson, John M., Wray, Alison C., Lo, Patrick A., Chong, David K., Holmes, Anthony D., Greensmith, Andrew L. (2012). Analysis of Morbidity and Mortality in Surgical Management of Craniosynostosis, *Journal of Craniofacial Surgery*. Volume 23 - Issue 5 - p 1256-1261
71. Lee Peng, G., & Kerolus, J. L. (2019). Management of Surgical Scars. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 27(4), 513–517.

72. Lewis, C. W., Jacob, L. S., Lehmann, C. U., & SECTION ON ORAL HEALTH (2017). The Primary Care Pediatrician and the Care of Children With Cleft Lip and/or Cleft Palate. *Pediatrics*, 139(5).
73. Lighthall, J. G., & Fedok, F. G. (2017). Treating Scars of the Chin and Perioral Region. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 25(1), 55–71.
74. Linares, M. A., Zakaria, A., & Nizran, P. (2015). Skin Cancer. Primary care, 42(4), 645–659.
75. Li Q, Guan X, Wu P, et al. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel Coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med.*, 382, 1199–207.
76. Logan, J. M., & Broughton, G., 2nd (2008). Plastic surgery: understanding abdominoplasty and liposuction. *AORN journal*, 88(4), 587–604.
77. Malca, N., Boulart, L., Noel, W., de Runz, A., Chaouat, M., Mimoun, M., & Boccara, D. (2017). Dealing with tattoos in plastic surgery. Tattoo removal. *Annales de chirurgie plastique et esthetique*, 62(2), e15–e21.
78. Mao, A. S., & Mooney, D. J. (2015). Regenerative medicine: Current therapies and future directions. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(47), 14452–14459.
79. Matarasso, A., Matarasso, D. M., & Matarasso, E. J. (2014). Abdominoplasty: classic principles and technique. *Clinics in plastic surgery*, 41(4), 655–672.
80. Meaike, J. D., Ali, K., Maricevich, R. S., & Olshinka, A. (2017). The Protruding Ear: Cosmetic and Reconstruction. *Seminars in plastic surgery*, 31(3), 152–160.
81. Monson, L. A., Khechoyan, D. Y., Buchanan, E. P., & Hollier, L. H., Jr (2014). Secondary lip and palate surgery. *Clinics in plastic surgery*, 41(2), 301–309.
82. Monstrey, S., Middelkoop, E., Vranckx, J. J., Bassetto, F., Ziegler, U. E., Meaume, S., & Téot, L. (2014). Updated scar management practical guidelines: non-invasive and invasive measures. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery : JPRAS*, 67(8), 1017–1025.

83. Morrison, S. D., & Satterwhite, T. (2019). Lower Jaw Recontouring in Facial Gender-Affirming Surgery. *Facial plastic surgery clinics of North America*, 27(2), 233–242.
84. Mossey, P. A., Little, J., Munger, R. G., Dixon, M. J., & Shaw, W. C. (2009). Cleft lip and palate. *Lancet (London, England)*, 374(9703), 1773–1785.
85. Naga, L. I., & Alster, T. S. (2017). Laser Tattoo Removal: An Update. *American journal of clinical dermatology*, 18(1), 59–65.
86. Nishitani K, Nagao M, Matsuda S. (2021). Self-quarantine programme and pre-operative SARS-CoV-2 PCR screening for orthopaedic elective surgery: experience from Japan. *Int Orthop.* 11
87. Ogawa, R., Dohi, T., Tosa, M., Aoki, M., & Akaishi, S. (2021). The Latest Strategy for Keloid and Hypertrophic Scar Prevention and Treatment: The Nippon Medical School (NMS) Protocol. *Journal of Nippon Medical School = Nippon Ika Daigaku zasshi*, 88(1), 2–9.
88. Olshinka, A., Louis, M., & Truong, T. A. (2017). Autologous Ear Reconstruction. *Seminars in plastic surgery*, 31(3), 146–151.
89. Onselen J. V. (2018). Scars: impact and management, with a focus on topical silicone-based treatments. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 27(Sup12), S36–S40.
90. Panchal, H., & Matros, E. (2017). Current Trends in Postmastectomy Breast Reconstruction. *Plastic and reconstructive surgery*, 140(5S Advances in Breast Reconstruction), 7S–13S.
91. Pećanac M. Đ. (2015). Development of plastic surgery. *Medicinski preglod*, 68(5-6), 199–204.
92. Peck M. D. (2012). Epidemiology of burns throughout the World. Part II: intentional burns in adults. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 38(5), 630–637.
93. Perry, D., & Frame, J. D. (2020). The history and development of breast implants. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 102(7), 478–482.

94. Perry, Z. H., Palivatkel, M., Yanculewitch, N., Koren, L., & Rosenberg, N. (2009). Harefuah, 148(6), 375–411.
95. Pfirrmann, G., Karsai, S., Roos, S., Hammes, S., & Raulin, C. (2007). Tattoo removal--state of the art. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology : JDDG*, 5(10), 889–897.
96. Pickrell, B. B., Hughes, C. D., & Maricevich, R. S. (2017). Partial Ear Defects. *Seminars in plastic surgery*, 31(3), 134–140.
97. Plana, N. M., Khouri, K. S., Motosko, C. C., Stern, M. J., Anzai, L., Poudrier, G., Massie, J. P., Diaz-Siso, J. R., Flores, R. L., & Hazen, A. (2018). The Evolving Presence of Women in Academic Plastic Surgery: A Study of the Past 40 Years. *Plastic and reconstructive surgery*, 141(5), 1304–1310.
98. Prachand VN, Milner R, Angelos P, et al. (2020). Medically necessary, time-sensitive procedures: scoring system to ethically and efficiently manage resource scarcity and provider risk during the COVID-19 pandemic. *J Am Coll Surg.*, 231(2), 281–288.
99. Puente Espel, J., & Winters, R. (2021). *Cleft Palate Repair*. StatPearls Publishing.
100. Raigani, S., Cohen, S., & Boland, G. M. (2017). The Role of Surgery for Melanoma in an Era of Effective Systemic Therapy. *Current oncology reports*, 19(3), 17.
101. Ramirez, A. E., Hsieh, T. Y., Cardenas, J. P., & Lao, W. W. (2021). Abdominoplasty: My Preferred Techniques. *Annals of plastic surgery*, 86(3S Suppl 2), S229–S234.
102. Richards, W. T., Vergara, E., Dalaly, D. G., Coady-Fariborzian, L., & Mozingo, D. W. (2014). Acute surgical management of hand burns. *The Journal of hand surgery*, 39(10), 2075–2085.e2.
103. Rosemary Pudner (2006). *Nursing the Surgical Patient*. Bailliere Tindall. London.
104. Rutherford, M. A. (2008). Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice? *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1).

105. Saltz R. (2014). Two position comprehensive approach to abdominoplasty. *Clinics in plastic surgery*, 41(4), 681–704.
106. Santoni-Rugiu P, Sykes PJ. (2007). *A History of Plastic Surgery*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
107. Schragar, S., Lyon, S. M., & Poore, S. O. (2021). Breast Implants: Common Questions and Answers. *American family physician*, 104(5), 500–508.
108. Shannon Wu, Demetrius M. Coombs, Raffi Gurunian, (2020). Liposuction: Concepts, safety, and techniques in body-contouring surgery, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87 (6) 367-375.
109. Shayna Azoulay-Avinoam, Richard Bruun, James MacLaine, Veerasathpurush Allareddy, Cory M. Resnick, Bonnie L. Padwa (2020). An Overview of Craniosynostosis Craniofacial Syndromes for Combined Orthodontic and Surgical Management, *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, Volume 32, Issue 2, Pages 233-247
110. Shermak M. A. (2020). Abdominoplasty with Combined Surgery. *Clinics in plastic surgery*, 47(3), 365–377.
111. Shestak K. C. (2014). The extended abdominoplasty. *Clinics in plastic surgery*, 41(4), 705–713.
112. Shkoukani, Mahdi A Shkoukani, M. A., Lawrence, L. A., Liebertz, D. J., & Svider, P. F. (2014). Cleft palate: a clinical review. *Birth defects research. Part C, Embryo today : reviews*, 102(4), 333–342.
113. Shons AR, Mosiello G., (2001) Postmastectomy Breast reconstruction: current techniques. *Cancer Control*; 8(5): 419-426.
114. Sirota M., Weiss A., Billig A., Hassidim A., Zaga J., Adler Z. (2021). Abdominoplasty complications – what additional risks do postbariatric patients carry?, *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, Volume 74, Issue 12, December 2021, Pages 3415-3420

115. Smarius, B., Haverkamp, S., de Wilde, H., van Wijck-Warnaar, A., Mink van der Molen, A. B., & Breugem, C. C. (2021). Incidence of cleft-related speech problems in children with an isolated cleft lip. *Clinical oral investigations*, 25(3), 823–831.
116. Society of Oral and Maxillofacial Surgery, Chinese Stomatological Association (2019). *Zhonghua kou qiang yi xue za zhi = Zhonghua kouqiang yixue zazhi = Chinese journal of stomatology*, 54(5), 289–296.
117. Son, D., & Harijan, A. (2014). Overview of surgical scar prevention and management. *Journal of Korean medical science*, 29(6), 751–757.
118. Staalesen, T., Elander, A., Strandell, A., & Bergh, C. (2012). A systematic review of outcomes of abdominoplasty. *Journal of plastic surgery and hand surgery*, 46(3-4), 139–144.
119. Strobel, A. M., & Fey, R. (2018). Emergency Care of Pediatric Burns. *Emergency medicine clinics of North America*, 36(2), 441–458.
120. Su, J. J., Masika, G. M., Paguio, J. T., & Redding, S. R. (2020). Defining compassionate nursing care. *Nursing ethics*, 27(2), 480–493.
121. Sykes, J. M., Tasman, A. J., & Suárez, G. A. (2016). Cleft Lip Nose. *Clinics in plastic surgery*, 43(1), 223–235.
122. Taha, A. A., & Tahseen, H. (2020). Liposuction: Keeping It Safe. *Plastic and reconstructive surgery. Global open*, 8(4), e2783.
123. Tamai S. (2009). History of microsurgery. *Plast Reconstr Surg*, 124(6) Supple282–e294.
124. Tan, S., Pan, L., Zhao, H., Hu, J., & Chen, H. (2018). Perioperative nursing for immediate breast reconstruction with deep inferior epigastric perforator flap after breast cancer resection. *Journal of thoracic disease*, 10(7), 4017–4022.
125. Taylor, Jesse A., Bartlett, Scott P. (2017). What's New in Syndromic Craniosynostosis Surgery?, *Plastic and Reconstructive Surgery*, Volume 140, Number 1, pp. 82e-93e

126. Taylor, S., Manning, S., & Quarles, J. (2013). A multidisciplinary approach to early mobilization of patients with burns. *Critical care nursing quarterly*, 36(1), 56–62.
 127. Vamadeva, S. V., & Curnier, A. (2016). The role of plastic surgery in reconstruction after oncological surgery. *British journal of hospital medicine (London, England)*, 77(6), 328–333.
 128. Warren S., Spector J., Zide B. (2007). Chin Surgery V: Treatment of the Long, Non Projecting Chin, *Plastic and Reconstructive Surgery*, Volume 120 - Issue 3 - p 760-768
 129. Washer, L. L., & Gutowski, K. (2012). Breast implant infections. *Infectious disease clinics of North America*, 26(1), 111–125.
 130. Worley, M.L., Patel, K.G. and Kilpatrick, L.A. (2018). Cleft Lip and Palate. *Clinics in Perinatology*, 45(4), pp.661–678.
 131. Yin S. (2017). Chemical and Common Burns in Children. *Clinical pediatrics*, 56(5_suppl), 8S–12S.
 132. You, J. S., Chung, Y. E., Baek, S. E., Chung, S. P., & Kim, M. J. (2015). Imaging Findings of Liposuction with an Emphasis on Postsurgical Complications. *Korean journal of radiology*, 16(6), 1197–1206.
 133. Yousef, J., & Morrison, W. (2021). Australian and New Zealand contribution to Plastic Surgery. *ANZ journal of surgery*, 91(7-8), 1428–1434.
 134. Ysunza, P. A., Pamplona, M. C., & Repetto, G. (2015). Cleft Palate, Interdisciplinary Diagnosis, and Treatment. *BioMed research international*, 2015.
 135. Zhou, Y. et al. (2016). Efficacy and safety of cell-assisted lipotransfer: a systematic review and meta-analysis. *Plast. Reconstr. Surg.* 137, 44e–57e.
 136. 坚 孙 (Jian SUN) (2018). Virtual surgical planning and intraoperative navigation for mandibular reconstruction: from accurate to minimal invasive, *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi*, 32(7): 821–826
-

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Μπακάλης Ν. (2015), Εισαγωγικές Έννοιες στη Νοσηλευτική Διεργασία, Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Nicosia, 379-392
2. Lemone P. & Burke K. (2006). Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Επιστημονική επιμέλεια: Ηρώ Παναουδάκη Μπρακλάκη. 2ος τόμος, 3η έκδοση. Αθήνα, εκδόσεις Λαγός.
3. Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ. (2012) Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το Βήμα του Ασκληπιού. 11(4):503-522