Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

**РЕФЕРАТ ПО ТЕМЕ**
**Ринопластика**

 **выполнил ординатор**

 **по пластической хирургии**

 **Габриелян А.А**

**Содержание**

Исторический очерк о ринопластике носа
Функция носа и ринопластика
Краткие сведения о ринопластике
Показания к ринопластике
Противопоказания для ринопластики
Варианты проведения пластики носа
Доступы для ринопластики
Обезболивание, анестезия при ринопластике носа
Методики коррекции хрящевой ткани
Коррекция каудального отдела кончика носа
Остеотомии в ринопластике
Длительность ринопластики в зависимости от объема планируемого вмешательства
Послеоперационный период пластики носа
Осложнения, возможные после ринопластики носа
Реабилитационный период после пластики носа
Библиография

Исторический очерк о ринопластике носа

Начало эры современной ринопластики считают 1887 год, ознаменованный выходом работы американского отоларинголога Roe впервые описавшего пластику носа на носовых структурах, применявшего в то время интраназальный доступ (метод закрытой ринопластики). После начала использования для ринопластики общего наркоза, ринопластика приобрела еще одного "отца" Берлинского хирурга J.Joseph, имя которого вошло в число выдающихся ринопластов ХХ столетия. В руководстве по пластике носа он систематизировал методы коррекции формы носа и дал описания межкупольных швов для ринопластики, колонно-септальных швов широко применяемых до настоящих дней.

Функция носа и ринопластика

Как известно нос выполняет разнообразные функции. Основная функция носа это обеспечение поступления воздуха посредством носоглотки к верхним дыхательным путям и непосредственно к легким. Такое движение на своем пути выполняет другие немаловажные функции: очищения, согревания, увлажнения воздуха, обонятельной и голосовой функции. Нос с развитием цивилизации будучи самой выступающей частью лица, стал выполнять и важную эстетическую роль. Она обусловливает индивидуальность и привлекательность человека и порой национальную принадлежность. В современном мире значение внешности стало исключительно большим. Развитие ринопластики сделало возможным внесением в форму носа тех изменений которые могут сделать пациента более успешным как в жизни так и на служебном поприще. Требования пациентов идущих на ринопластику носа всегда связаны с эстетической стороной операции, даже у тех, у кого дыхательные функции имеют выраженное расстройство.

Краткие сведения о ринопластике

Ринопластика проводится довольно давно и благодаря этому техника данного хирургического вмешательства хорошо отработана. За многие годы существования ринопластики носа известными ринопластами были разработаны различные методикики устранения дефектов носа которые не вписывались в понятия идеальных пропорций лица. Однако не все методики "прижились". Причиной тому является их нецелесообразность применения и сложности выполнения, потому что каждый хирург выбирает для себя приемлемые методики, как с точки зрения их эффективности, так и с точки зрения сложности выполнения. Сложная методика ринопластики, как правило, занимает дольшее время и соответственно увеличивает длительность вмешательства. Длительная операция - это утомительно для оператора, а также увеличивает риски для пациента связанные с общим наркозом.
Любой пластический хирург выбирает приемлемые методики, которые будут эффективны с эстетической точки зрения и безопасны для пациента. Также важным моментом во время является устранение функциональных проблем связанных с восстановлением дыхания. Так как пациент, решающийся на пластику носа, кроме эстетически красивого носика должен получить и функционально "дышащий" нос. Все вышеперечисленные моменты ставят еще большую планку для врача, проводящего ринопластику. Каждая операция для талантливого ринопласта - это процесс творческий, в котором большую долю манипуляций и методик составляют импровизации которые делаются на лету, во время операции, главная цель которого - приблизить результат своего творения к идеалу.
Пластика носа, требует от ринопласта особого дара видения будущего результата, возможность в уме смоделировать будущий нос, что неизбежно требует эстетического видения.
Так как у каждого человека есть определенный сложившийся стереотип "идеального носа". Проследить понимание, представление красивого носа можно, посмотрев работы до и после ринопластики, в которых будет отражение тех эстетических стандартов, и профессионализма врача, которые считает идеальными для себя ринопласт.
Известно, что, несмотря на то, что врач всегда выслушивает пожелания пациента, он все равно делает нос "на свой вкус", таким как больше ему. К примеру, посмотрев работы разных хирургов, можно заметить определенную закономерность: у одних кончики всегда на одном уровне со спинкой носа, у других кончики носа острые или округлые, у третьих имеется излом кончика носа, у четвертых кончик задранный, другие делают спинку вогнутую - с прогибчиком, иные хирурги делают спинку выпуклую, по типу небольшой горбинки.
И самое главное, что эти особенности прослеживаются почти на всех работах. Поэтому, для пациента идущего на ринопластику, крайне важно понять, что нравится ему и выбрать хирурга для ринопластики. Так как есть большая вероятность того, что пациент получит тот самый «фирменный нос».

Показания к ринопластике:

1. Если есть явное несоответствие эстетическим канонам красоты носа (горбинка, седловидная деформация в результате травм или заболеваний, сколиотические деформации после перенесенных травм, широкая спинка, очень узкая спинка, широкий кончик носа, раздвоенный, опущенный кончик, слишком вздернутый, курносость, несоответствие высоты спинки и кончика, высокая проекция спинки (парусообразная, высокая спинка, часто в сочетании с горбинкой), слишком низкая проекция спинки, различные деформации и асимметрии кончика).
2. Нарушения носового дыхания вызванные гипертрофией носовых раковин, наличием полипов, а также наиболее часто встречаемое - искривление носовой перегородки вызывающей стойкое нарушение носового дыхания. В таком случае одновременно с эстетической коррекцией проводится и септопластика - пластика искривленной носовой перегородки и в этом случае операция уже будет называться риносептопластика. Одно только искривление не является показанием к коррекции носовой перегородки, так как статистика показывает, что у 95% популяции имеется в той или иной степени искривление перегородки, не вызывающее стойкое нарушение носового дыхания. И только у 5% - искривление вызывает нарушение дыхания. Только этим 5% показана коррекция..
3. Посттравматическая деформация наружного носа (вызывающая как правило эстетические и функциональные проблемы)
4. Эстетически неудовлетворительный результат вызванный предыдущими неудачными операциями

Противопоказания для ринопластики

Как и любая операция, ринопластика носа имеет противопоказания. Противопоказанием являются тяжелые соматические заболевания, такие как: декомпенсированный сахарный диабет, аутоимунные заболевания, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, психические заболевания, хронические кожные заболевания, в особенности на лице, онкологические заболевания.
Относительными противопоказаниями для ринопластики могут являться психологические проблемы, ранее проведенные множественные операции, отсутствие здравой критики и понимания относительно возможностей операции, невозможность отличать первостепенную проблему от второстепенных, менее значимых асимметрий и деформаций от более грубых, требующих коррекций, требования пациента решить незначительные мелкие проблемы, возможность коррекции которых сомнительна. К противопоказаниям относится также наличие несбыточных ожиданий, осуществление которых в данном конкретном случае невозможно.
Все вышеперечисленное дает право отказать пациенту в проведении операции.

Варианты проведения пластики носа

1. Закрытая пластика носа. Наиболее часто используемый метод проведения операции. Причины использования именно закрытой пластики множество, некоторые из них: наиболее предсказуемый результат, менее травматичное вмешательство, исключает риск нарушения трофики тканей, позволяет во время пластики произвести все необходимые манипуляции.
2. Открытая пластика носа. Данная методика используется реже, она требует меньшей квалификации хирурга, оставляет рубец на колумелле, нарушается трофика тканей больше, чем при закрытом методе. Дело в том, что при открытом доступе неизбежно перерезаются 2 колумеллярные артерии, после чего отек значительно больше. Однако, несмотря на минусы, такой доступ имеет и большие плюсы: возможность под полным визуальным контролем производить любые манипуляции, возможность фиксации трансплантатов. Данный доступ предпочтителен при повторных вмешательствах.

Доступы для ринопластики

Для предупреждения ошибок, которые могут привести к развитию осложнений, важна точная маркировка линии разрезов тканей. Для получения высококачественного рубца при чрезколонном доступе, важно чтобы его поперечная часть располагалась в самом узком месте колонны (колумеллы).

Закрытые доступы для ринопластики исключают пересечение кожи колонны носа и располагаются в преддверии носа. Благодаря этому образующиеся после операции рубцы не заметны при внешнем осмотре. Недостатком этого эстетического преимущества является большой хирургический недостаток: основная часть манипуляций на хрящевых и костных структурах выполняется в условиях резко ограниченного визуального контроля, что может приводить к уменьшению точности хирургических действий и делает трудновыполнимыми сложные технические приемы во время ринопластики. Соответственно результаты операции могут становиться менее предсказуемыми. Однако если хирург опытный, и методы закрытой ринопластики он применяет часто и успешно, то даже закрытый доступ в руках хорошего ринопласта дает прекрасные результаты. Закрытые доступы подразделяются на:

Подкрыльный краевой
Чресхрящевой
Межхрящевой
Чресперегородочный

Подкрыльный краевой доступ

Идет по каудальному краю латеральной ножки крыльного хряща с переходом на медиальную ножку. Данный доступ пластики носа может соединяться с таким же доступом на второй сто роне носа за счет разделения мягких тканей, кпереди от хрящевой основы колонны. При этом сохраняется перемычка мягких тканей, расположенная между медиальными ножками и включающая сосуды. Из подкрыльного доступа хирург имеет возможность вывести в рану один или даже оба купола и выполнять на крыльных хрящах соответствующие операции. Основное показание к использованию данного доступа - вмешательство преимущественно на передних отделах носа. Данный доступ позволяет сохранить важные связи между хрящевыми элементами носа: медиальными ножками и каудальным краем носовой перегородки, цефалическими краями латеральных ножек и каудальными краями верхнелатеральных хрящей.

Чресхрящевой доступ

Проходит по вестибулярной коже вдоль продольной оси латеральной ножки с таким расчетом, чтобы потом удалить по линии кожного разреза ее цефалический край.

Недостатками данного доступа являются сложность его симметричного исполнения и ослабления наружной стенки внутреннего носового клапана. Чресхрящевой доступ для ринопластики можно продолжить и в сторону перегородки с переходом на чресперегородочный доступ.

Чресперегородочный доступ

Проходит кпереди от каудального края носовой перегородки через ее мембранозную часть и как правило является продолжением чресхрящевого или межхрящевого доступов. Такой расширенный доступ для ринопластики позволяет увеличить угол операционного действия при вмешательстве на носовой перегородке и хрящевой части спинки носа. С другой стороны, полное рассечение мембранозной порции носовой перегородки с повреждением межхрящевых связок существенно снижает стабильность медиальных ножек больших крыльных хрящей, что может повлечь за собой уменьшение проекции кончика носа. Этот доступ часто используется для оперирования изолированно носовой перегородки, при искривлениях носовой перегородки.

Межхрящевой доступ

При этом доступе происходит разделение тканей между цефалическими краям латеральных ножек больших крыльных хрящей и каудальными краями верхнелатеральных хрящей. Он выполняется через преддверную кожу вначале с одной стороны, а потом с другой. Данный доступ может быть использован если планируется производить изменения только на спинке носа, в обход кончику носа. Обычно его используют совместно с чресперегородочным доступом, просто продолжая его в чрезперегородочный. В таком случае открывается лучшйи обзор перегородки и спинки носа. Существенным недостатком данного доступа является то, что хирург разделяет хрящевые структуры, оразующие наружную стенку внутреннего носового клапана, тем самым, ослабляя его в значительной степени.

Открытый доступ для ринопластики

Данный доступ предполагает поперечное рассечение кожи, покрывающей колонну носа выбирая для разреза самое узкое место кожи с последующим продолжением разреза по линии подкрыльного краевого доступа. После этого ткани разделяются в надхрящевой плоскости, обнажая хрящевой скелет каудального отдела и спинки носа. Открытая ринопластика обеспечивает оператору максимальный угол операционного действия и наилучшие возможности как для оценки состояния всех важных анатомических структур, так и для последующей реконструкции. Недостатками данного доступа являются снижение стабильности хрящевого скелета каудального отдела носа за счет отделения кожных покровов, а также образование кожного рубца. Высокое качество кожного рубца достигается при точном сопоставлении краев кожной раны без существенного натяжения тканей при соблюдении определенной последовательности наложения швов.

Обезболивание, анестезия при ринопластике носа

Ринопластика в Москве обычно проводится под общим обезболиванием (общий наркоз), что является комфортным как для пациента, так и для оператора. Пациент при этом спит, ничего не слышит, не видит, не чувствует. Комфорт для хирурга заключается в том, что он может проводить все необходимые манипуляции во время ринопластики носа, и при этом не волноваться об ощущениях пациента, к тому же, не нужно спешить, а значит, работа будет выполнена качественно.
Местная анестезия обычно используется в случае небольших операций на кончике носа, при необходимости выполнения ринопластики кончика носа, а также в случае небольших коррекций проводимых обычно на хрящевом скелете, без затрагивания костной составляющей.

Методики коррекции хрящевой ткани

В ходе любой ринопластики для изменения формы и размера носа производится коррекция формы и размера хрящей. Хрящи носа эластические и содержат эластические волокна на своей поверхности.
Резекция участков хряща

Резекция хрящевых структур может значительно повлиять на его контуры и таким образом является важным элементом ринопластики. С другой стороны удаление части хряща всегда уменьшает его механическую прочность, а также прочность мягкотканных отделов носа. Часто снижается и стабильность межхрящевых соединений. Все это создает риск ухудшения носовых клапанов.

Наиболее часто краевая резекция хряща позволяет устранить имеющиеся выступы или деформации наружного носа. Классические примеры использования этого приема это удаление цефалических краев латеральных ножек больших крыльных хрящей для уменьшения бульбообразности кончика носа, резекция каудальных краев медиальных и средних ножек с целью коррекции профиля носа, а также иссечение деформированных участков носовой перегородки.
Метод насечек

Способность хрящевой пластинки деформироваться при надсечении ее поверхности связана с изменением внутреннего равновесия волоконных эластических структур, поддерживающих опредаленную форму хряща. Использование этого приема позволяет целенаправленно корректировать ривизну носовой перегородки, элементов больших крыльных хрящей, а также форму большинства хрящевых трансплантатов.

Шовные методики

Способ изменения кривизны хрящевых пластинок путем наложения швов стал широко распространяться в начале 80-х годов, что сыграло важную роль в постепенном отказе хирургов от преимущественно резекционной техники ринопластики и в переходе к методам функциональной ринохирургии.

Применение трансплантатов

Изменить кривизну хряща можно путем фиксации к нему швами более жесткой хрящевой пластинки нужной формы. При этом трансплантат укрепляет и одновременно изменяет контуры более слабого участка хряща.

Коррекция каудального отдела кончика носа

Каудальный отдел носа обладает подвижностью и после воздействия внешних сил восстанавливает свое положение и очертания благодаря эластичности мягких тканей и хрящевых структур. Эти структуры образуют сложную конструкцию звенья которой взаимосвязаны между собой. Воздействие на одно звено неизбежно приводит к изменениям и других частей конструкции. По мере эволюции методов ринопластики был сформулирован общий принцип внесения изменений в форму каудального отдела носа, известный как "принцип треноги".

В 1969 году Anderson J.R. описал хрящевой скелет кончика носа, как треногу. Ее нижняя нога представлена медиальными ножками больших крыльных хрящей, а каждая из двух верхних - латеральными ножками. Использование принципа треноги упрощает понимание закономерности смещения кончика носа в зависимости от укорочения или удлинения поддерживающих его структур.

Так, к примеру, резекция медиальных ножек больших крыльных хрящей приводит к смещению кончика носа вниз и к уменьшению его проекции. А укорочение латеральных ножек - к ротации кончика носа вверх. Одновременная резекция медиальных и латеральных ножек сопровождается уменьшением проекции кончика носа, а установка трансплантата, смещающего медиальные ножки вверх - ее увеличением.

На практическую реализацию принципа треноги влияют многие факторы (толщина кожи и слоя мягких тканей, жесткость хрящевых структур, выраженность связочного аппарата). Их роль у каждого пациента индивидуальна и должна учитываться хирургом в ходе ринопластики. Концепция принципа треноги крайне важна для планирования ринопластики, так как она позволяет наглядно представить вектор действия основных сил, влияющих на форму каудального отдела носа после внесения тех или иных изменений.

Принципы коррекции бульбообразного кончика носа

Бульбообразный кончик носа это собирательное понятие, которого является непропорциональное увеличение объема кончика носа, имеющего округлую неочерченную форму. Хирург составляет план ринопластики кончика носа учитывая такие характеристики как проекциюи ротацию кончика, толщину кожи и всего слоя покровных тканей, форму и расположение элементов больших крыльных хрящей, жесткость и ширину крыльев носа, а также состояние наружных и внутренних носовых клапанов. Окончательная оценка этих показателей осуществляется в ходе операции пластики кончика носа.

Наиболее часто анатомическими элементами бульбообразного кончика носа являются:

широко расположенные или расширенные купола больших крыльных хрящей
выпуклые часто вертикально ориентированные латеральные ножки с избыточно выраженными цефалическими краями
значительная толщина мягких тканей, покрывающих кончик носа. Редко хрящевой каркас бульбообразного носа покрыт относительно тонкой кожей.

В базальной проекции вершина треугольника становится сглаженной а носовые точки перестают определяться. При значительном расширении и уплощении куполов возникает особая форма бульбообразная форма широки плоский кончик носа, а в случае когда покрывающая кожа тонкая, расщепленный кончик носа.

Варианты коррекции бульбообразного кончика носа

Операция ринопластика кончика носа в случае бульбообразного кончика носа сложна в исполнении, и требует от хирурга высокого мастерства. Операция направлена на уменьшение объема кончика носа и в той или иной степени предусматривает разделение элементов больших крыльных хрящей с изменением их размеров и формы. Выбор алгоритма коррекции носа конкретного пациента основывается на принципах функциональной ринопластики.

Основная задача хирурга уменьшение угла дивергенции и изменение угла и объема куполов и латеральных ножек, уменьшение расстояния между куполами, изменение формы и расположения латеральных ножек. Современным стандартом операции ринопластики кончика носа при бульбообразном носе является использование шовных методик с максимальным сохранением их прочности. Чем тоньше кожа, тем большие сложности представляет коррекция бульбообразного кончика носа. Тонкая кожа делает заметными любые неровности куполов которые неизбежно возникают во время операции. Иногда бывает необходимость использования комуфлирующих трансплантатов для коррекции неровностей. Толстая кожа легко скрывает неровности что значительно облегчает получение хорошего эстетического результата. С другой стороны при толстой коже трудно получить очерченный кончик носа.

Остеотомии в ринопластике

Коррекция спинки носа и носовой пирамиды в большинстве случаев предусматривает вмешательство и на костях носа. и в частности выполнение корригирующих остеотомий. Ее целью является изменение положения костных структур направленное на устранение эстетических диспропорций. Классическим показанием является открытая крыша носа возникающая при понижении спинки носа Второе основное показание к остеотомии - необходимость устранения посттравматических деформаций спинки носа, а также сужения или расширения основания костной пирамиды. Различают остеотомии чрескожные и эндоназальные.

Внутриносовая (эндоназальная) остеотомия

Доступ для внутриносовой остеотомии расположен в пределах кожной части преддверия носа, либо на границе кожи и слизистой оболочки. Остеотомия производится изогнутым остеотомом и плавно рассекает кость в нужном направлении. Эта методика остеотомии сложна, однако в руках опытного хирурга с легкостью выполняется. Эндоназальная остеотомия не оставляет кожных рубцов.

Остеотомия может быть полной и неполной что определяется подвижностью костных фрагментов в момент проведения их репозиции и в последующем. При неполной остеотомии на линии пересечения кости сохраняются костные перемычки которые при репозиции надламываются по типу "зеленой ветки". В результате этого за счет сохранившихся тканевых связей мобилизованный костный фрагмент остается значительно более стабильным и смещается в определенном направлении преимущественно под углом. Так, при латеральной неполной остеотомии выполняемой двухмиллиметровым остеотомом из чрескожного доступа происходит так называемая ротационная медиализация стенов носовой пирамиды. Смещение дорсальных краев носовых костей устраняет открытую крышу вт о время как ширина носовых ходов на уровне остеотомии изменяется несущественно.
При полной остеотомии хирург полностью рахединяет костные фрагменты, которые становятся легко подвижными. Это позволяет выполнить равномерную медиализацию боковых стенок носа.

Наружные чрескожные остеотомии

Такие остеотомии предполагают наличие узкого 2 мм-ого остеотома который вводят через микроразрезы кожи по боковым скатам носа. При использовании чрескожных остеотомий, линия остеотомии является менее ровной но ей можно придать искривленную форму и легко сделать неполной что позволяет уменьшить нестабильность перемещаемой кости.

Длительность ринопластики в зависимости от объема планируемого вмешательства

В зависимости от типа носа (широкий или узкий кончик), от разновидности индивидуальной анатомии, оператор выбирает тот или иной вариант вмешательства. К примеру, узкий или средней ширины кончик носа требует вмешательства менее длительного, с более легким вариантом исполнения. В этом случае - будет длиться 1-1,5 часа. В случае же широкого, раздвоенного кончика требуется более сложный вариант доступа, что естественно увеличивает длительность, для того чтобы можно было достичь адекватного сужения кончика, при этом не нарушив опорную функцию и не получить бесформенный кончик. В таком случае - ринопластика в Москве продлится в среднем 2-2,5 часа.
Послеоперационный период пластики носа

Пластика носа имеет своеобразный послеоперационный период, степень и выраженность проявлений которого напрямую зависит в первую очередь от объема вмешательства.
Например, если происходит вмешательство на костный отдел носа, то синяков избежать невозможно из-за остеотомии, которая проводится всегда, если затрагивается спинка.

Отсутствие синяков говорит о непроведенной остеотомии, что всегда несет за собой эстетически плохой результат. Синяки и отеки вокруг глаз обычно проходят к 10-му дню, когда снимается гипсовая повязка. После снятия гипса или носовой шины нос может отекать определенное время, что является вполне нормальным явлением. Отек будет идти на убыль по мере того, как будет проходить время после операции. В случае значительной отечности, назначаются уколы, которые являются безболезненными, безопасными и крайне эффективными для схождения отека. Степень отека во многом зависит от толщины кожи. Чем толще кожа, тем выраженнее отек.
В послеоперационном периоде болей после ринопластики, даже полной, с затрагиванием костного скелета, обычно не бывает. Дискомфорт обычно вызван тампонами в носовой полости, которые удаляют после операции на 2-3 день. Пациент после ринопластики обычно находится в стационаре 1 сутки. После общего наркоза анестезиолог будит пациента еще на операционном столе, послеокончания операции и наложения носовой шины, и после полного пробуждения анестезиолог переводит пациента в палату. В течении ринопластики пациент находится под пристальным вниманием анестезиолога и под контролем мониторов, подключенных пациенту. Мониторируется пульс, наполнение крови кислородом, частота и глубина дыхания. В течение 1 года пациент с определенной периодичностью, приходит на плановые осмотры.
Осложнения, возможные после ринопластики носа

Носовое кровотечение является одним из наиболее частых осложнений.. Значительного кровотечения в раннем послеоперационном периоде быть не может, так как носовые ходы затампонированы. Через тампоны может просачиваться кровь, но в незначительных количествах, что является абсолютно нормальным явлением. В раннем периоде могут быть назначены лекарства уменьшающие кровотечение. Часто у пациентов через тампоны просачивается розовое выделение, которое пациенты путают с кровью. Оно обусловлено выделением слизистой оболочкой слизи, которая окрашивается цветом крови проходя через тампоны. Это явление не является кровотечением и не требует никаких действий.
К поздним осложнениям после ринопластики относится грубое рубцевание в основном в надкончиковой зоне, которое вызывает деформацию и увеличение объема кончика. Процесс рубцевания в умелых руках хирурга является хорошо контролируемым процессом с помощью современных медикаментозных препаратов и обычно дело не доходит до хирургических коррекций, если пациент регулярно приходит на осмотры.
Гнойные процессы являются крайне редким явлением, так как лицо отличается богатым кровоснабжением.
Случаи возникновения гнойных процессов иногда бывают после установки искусственных трансплантатов, например силиконовых.
Однако необходимость в установке силиконовых трансплантатов возникает крайне редко и только при повторных вмешательствах.

Реабилитационный период после пластики носа

После любого хирургического вмешательства необходим реабилитационный период. Это в среднем 10-14 дней, в течении которых у пациента будут синяки, и отеки на лице. По истечении 2 недель пациент сможет свободно выходить на улицу, никто не заметит следов проведенной операции. Отек будет только на носу, однако он незаметен для окружающих, так как знакомые не помнят детально какой ширины был нос до операции. Окружающие помнят лицо в целом - а не детали.
Окончательную форму нос принимает к полугоду-году после пластики носа. К тому времени спадают все отеки - нос приобретает окончательный вид.
После пластики носа нельзя в течении месяца носить очки. В течении 3 месяцев нельзя посещать бани и солярий. В течении 3 месяцев нельзя кожу носа подвергать воздействию прямых солнечных лучей. На улице летом нужно носить кепку, для того чтобы козырек закрывал кожу от солнечных лучей.
Успех пластики носа напрямую зависит от тщательности соблюдения рекомендаций оперирующего хирурга.