

Игорь Кузнецов



# ПЛАСТИКА ГРУДИ

МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

ПОПУЛЯРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА

**ТАМАЗА МЧЕДЛИДZE**

# ПЛАСТИКА ГРУДИ

---

МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

В современном медицинском мире я знаком с некоторыми именитыми пластическими хирургами.

Но самых близких мне людей я в первую очередь доверил бы Игорю Олеговичу. У него, помимо высоких профессиональных качеств, есть и еще одно бесценное качество — отношение к пациентам как к самым близким, родным людям. Он несет ответственность не только за сиюминутный результат, но думает о том, как будет выглядеть его работа через годы, чувствует, что надо вкладывать сейчас, с какой душой и с какой деликатностью, чтобы и с годами все состоялось.

Я попросил именно его написать эту книгу — для того чтобы читатель мог понять не только современные технологии пластической хирургии, но и ощутить душу истинного врача.

... Доктор медицинских наук Тамаз Мчедлидзе

## СОДЕРЖАНИЕ

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ:	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ИЛИ ВЕЯНИЕ МОДЫ?.....	4
ПРИНИМАЕМ РЕШЕНИЕ.....	7
ПРОТИВОСТОЯНИЕ.....	8
ЖЕНСКАЯ ГРУДЬ — АНАТОМИЯ.....	10
ПОДТЯЖКА ГРУДИ.....	12
Подтяжка вокруг ареолы.....	13
Подтяжка груди с вертикальным разрезом.....	15
Подтяжка груди с вертикальным и горизонтальным разрезами.....	15
О РУБЦАХ.....	16
УВЕЛИЧЕНИЕ ГРУДИ.....	17
ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ.....	23
ВЫБОР ИМПЛАНТАТА.....	26
ВЫБИРАЕМ ИМПЛАНТАТ.....	32
СИЛИКОНОВЫЙ ГЕЛЬ ИЛИ ФИЗРАСТВОР?.....	34
СКОЛЬКО СТОИТ ИМПЛАНТАТ?.....	37
СЮРПРИЗЫ ПРИРОДЫ.....	41
ОБ ОШИБКАХ И ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКЕ.....	42
ЭПИЛОГ. ЕЩЕ РАЗ О МОДЕ.....	45

## III ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ИЛИ ВЕЯНИЕ МОДЫ?

Как и во многих случаях, когда дело касается пластической хирургии, основным показанием к операции является желание самой пациентки. Это желание может быть обусловлено совершенно разными мотивами.

### || Мотив 1

Плоская грудь  
(амастия, микромастия)

Такие отклонения встречаются не так уж редко. И, тем не менее, маленькая грудь становится предметом больших психологических комплексов, неуверенности в себе и сомнений в своей женской привлекательности. В этом случае желание увеличить грудь обычно очень велико и по-человечески понятно. В ряде западных стран, если у женщины «нулевой» размер груди, операция по ее увеличению

входит в страховую медицину, то есть выполняется бесплатно, поскольку расценивается как врожденная аномалия. С другой стороны, нередки случаи, когда с просьбой выполнить операцию по увеличению груди ко мне обращаются совсем юные девушки — 15-16 лет. Таким пациенткам приходится объяснять, что им рано беспокоиться о размерах своего бюста — ведь окончательно грудь сформируется к 20-21 году, а возможно, и позже.

### || Мотив 2

Изменения груди  
после кормления

Обычно этот мотив является решающим для женщин, у которых проблемы появились после рождения ребенка и кормления грудью. В этот период с молочной железой происходят изменения — и не в лучшую сторону. Во время беременности грудь увеличивается. Но после кормления молочные железы уменьшаются в размерах, а кожа при этом адекватно сократиться не может, обра-

зуются ее избыток. Возникает несоответствие: внутренне-го содержимого молочной железы мало, а кожи много. Происходит опущение груди (птоз), форма ее ухудшается.

Состояние пациенток, руководствующихся одним из этих двух мотивов, для меня с морально-этической точки зрения служит оптимальным для проведения операции на молочной железе. Я как врач испытываю большое моральное удовлетворение, когда мне удается помочь вернуть девушкам и женщинам утраченное ими чувство собственной привлекательности.

### Мотив 3

#### Вяние моды

Да-да, не удивляйтесь. Этим на первый взгляд спорным мотивом руководствуется довольно большая группа пациенток. Это девушки 20-21 года, которые желают увеличить грудь, даже если их собственные формы выглядят вполне привлекательно. Здесь, по моим наблюдениям, есть две подгруппы пациенток.

Первые — те, чья работа связана с публичными выступлениями.

Вторые, как правило, ведут богемный образ жизни. Увеличение груди они расценивают как элемент престижа. В узком кругу своих подруг они демонстрируют последние достижения в области эндопротезирования, обсуждают детали методик, а нередко и нашего брата — пластического хирурга. В свое время я был очень удивлен, когда ко мне на прием пришла девушка и потребовала увеличить довольно красивую и немаленькую грудь до весьма значительных размеров. Ее ответ на мой вопрос о смысле затеи подкупил простотой: «Все подружки уже сделали, а я нет...» Получается вроде как непорядок.

Другой вариант из той же серии.

Я объясняю: «Может быть, Вам не стоит ставить такой большой имплантат? Ведь он будет заметным, да и грудь будет выглядеть ненатурально». Пациентка

энергично протестует: «Да Вы что, доктор! Это же и хорошо, что его будет видно!»

— Но это некрасиво?!

— А мне нравится!

Сегодня, нередко сталкиваясь с подобными ситуациями, я вижу: для многих пациенток обращение к пластическому хирургу сродни походу к косметологу; им кажется, что сделать пластику груди столь же просто, как сделать, например, маникюр.

Мой долг — объяснить девушкам, на что они решаются. Что я говорю в таких случаях?

Во-первых, операция на груди — это не рядовая процедура, а серьезное хирургическое вмешательство.

Во-вторых, нужно понимать, что единожды поставив имплантат, Вы должны будете в дальнейшем держать процесс под контролем.

Срока «эксплуатации» имплантаты не имеют, но, как показывает практика, вероятность повторных вмешательств довольно высока.

Однако причиной повторной операции чаще всего является не износ протеза, а биологические факторы организма: образование избыточной капсулы (ниже я расскажу об этом подробнее), изменения в самой груди, возрастные процессы.

Ряд изменений обусловлен беременностью и лактацией, в связи с чем хотелось бы остановиться на них особо. Если Вы выполните эндопротезирование в достаточно молодом возрасте, то, вероятнее всего, Вам предстоит родить ребенка и кормить его грудью. Это возможно. Но стоит учесть, что с протезированной грудью происходят все те же изменения, что и с обычной, то есть во время беременности она значительно увеличивается, а после кормления — уменьшается. Соответственно, эстетический результат операции может измениться.

Если у Вас, по большому счету, совершенно нормальная собственная грудь, стоит ли в погоне за модой идти на

операцию и усложнять себе жизнь? Несмотря на то что я всегда задаю этот вопрос тем, кому, на мой взгляд, можно было бы обойтись без операции, девушки чаще всего остаются при своем мнении.

### ■■■ ПРИНИМАЕМ РЕШЕНИЕ

В зависимости от того, с какой проблемой обратилась ко мне пациентка, есть несколько путей решения.

Проще всего хирургу работать с маленькой грудью — в этом случае все ограничивается установкой эндопротеза.

Чем больше грудь, тем сложнее с ней работать. Здесь существует несколько вариантов развития событий. Иногда, для того чтобы получить хороший эстетический результат, достаточно сделать только подтяжку груди. Можно совместить подтяжку с удалением части тканей молочной железы и таким образом несколько уменьшить размер груди. В

некоторых случаях подтяжку груди можно совместить с установкой эндопротеза. К такому варианту резонно прибегнуть в том случае, если грудь «высохла».

Разумеется, первым делом я интересуюсь тем, чего хочет пациентка. В оптимальном варианте я выслушиваю ее, а она — меня, и мы принимаем решение о выборе того или иного метода коллегиально. Но, к сожалению, бывает и по-другому. Например, пациентка настаивает на чем-то определенном и не хочет слушать никаких возражений. Что делать в таких случаях? За свою практику я перепробовал немало способов. Иногда доходило до курьезов.

Однажды ко мне обратилась девушка по поводу неудачной имплантации, проведенной где-то на юге страны. Увидев ее грудь, я был в шоке: в ее собственную молочную железу — совсем небольшую — был установлен имплантат огромного размера.





она добавляет моим словам существенный вес.

### ■■■ ПРОТИВОСТОЯНИЕ

Основная сложность нашей работы заключается в отсутствии объективного критерия оценки результата. Допустим, я провел операцию по увеличению груди. Смотрю на пациентку и любуюсь — на мой взгляд, удалось достичь очень хорошего эстетического результата. Как профессионал испытываю удовлетворение. А ответных эмоций на лице пациентки не вижу. Она, в общем, довольна. Но не более того. Бывает и наоборот. Женщина просто светится от радости, она счастлива. А я, хоть и разделяю ее эмоции и очень рад за нее, вижу, что можно было бы добиться лучшего...

Конечно, главная моя цель — удовлетворенный результатом пациент. Но иногда ...

Невысокая худенькая блондинка требует грудь необъятных размеров. Она

---

Естественно, грудь, отвислая до операции, под тяжестью протеза провисла еще больше — и на момент нашей встречи представляла два висящих шара, напоминающих гигантские папилломы.

Пациентка разрешила сделать несколько фотоснимков, которые очень пригодились мне впоследствии в качестве аргументов. Теперь всем девушкам с большим размером бюста, которые обращаются ко мне с просьбой поставить им эндопротез «как есть», то есть без предварительной подтяжки, я демонстрирую эту памятную фотографию. И надо сказать,

не слушает никаких аргументов. Ее идеал — журнальные красотки из американских комиксов.

— Но ведь это некрасиво, — пытаюсь объяснить я.

— Да что Вы, доктор! Это именно то, что мне нужно.

К сожалению, с этой дамой нам так и не удалось найти компромиссное решение. На вопрос, заданный, кстати, на повышенных тонах: «Ну почему, почему Вы не хотите выполнить мою просьбу?!», мне пришлось ответить примерно следующее: «Так ведь Вы пойдете по улице, на Вас будут пальцем показывать и спрашивать, какой же доктор сделал Вам такую грудь?... А я дорожу своей профессиональной репутацией и репутацией своей клиники». Пациентка ушла недовольная. И я не поручусь, что не встречу ее через пару месяцев и не увижу воплощение ее мечтаний, выполненное в стенах другого медицинского учреждения.

*В пластической хирургии, как, впрочем, и во*

*всех других отраслях медицины, объектом лечения в первую очередь является пациент как личность. Хирург должен четко понимать, что пациент хочет изменить, должен быть в состоянии решить, являются ли ожидания пациента реалистичными и можно ли провести требуемые изменения так, чтобы не обмануть их.*

*Что я имею в виду? Если пациентка, например, испытала разочарование в личной жизни, эта неудача совсем необязательно связана с ее наружностью. Тем не менее, известно, что многие, особенно не слишком уверенные в себе люди, мучительно ищут причины произошедшего с ними в самих себе — и не внутри, а снаружи. Такой поиск может привести пациентку куда угодно, в том числе и в кабинет пластического хирурга. Мой долг — врача и человека — вовремя остановить ее, попытаться объяснить, что ни коррек-*

ция фигуры, ни увеличение груди, ни изменение формы носа, ни подтяжка лица, скорее всего, не помогут решить проблему, связанную с человеческими отношениями. Это проблема не внешнего, а внутреннего свойства, и поможет решить ее не хирург, а психолог.

С другой стороны, если я вижу, что пластическая операция реально поможет женщине избавиться от комплексов, я рад оказать ей помощь. Даже если особенных различий во внешности с точки зрения окружающих не происходит, иногда коррекция небольшого недостатка способна превратить интровертную, застенчивую девушку в общительную и психологически более сильную личность. В этом случае качество жизни пациентки меняется кардинально — в лучшую сторону.

## ■■■ ЖЕНСКАЯ ГРУДЬ — АНАТОМИЯ

Внешний вид женского бюста определяется рядом факторов, наиболее важными из которых являются генетические. Грудь состоит из кожи и железистой ткани, прикрепленной к нижележащей мышечной мембране тяжами из соединительной ткани. Вокруг молочной железы и между ее долями лежит жир. Количество жира в женской груди варьирует в очень больших пределах; у некоторых женщин грудь состоит почти исключительно из жира. Кстати, в этом случае размер груди может сильно зависеть от общей динамики веса. Обратим внимание на этот факт.

Под молочной железой лежит большая грудная мышца. У своего нижнего конца она сливается с поперечными мышцами торса. Под мышцами находится костный каркас грудной клетки.

Верхняя граница груди расположена обычно у второго или третьего ребра,



считая от ключицы. Поперек грудной клетки она простирается от подмышки до грудины, а нижняя граница — складка под грудью (субмамарная складка) — в норме находится в районе седьмого или восьмого ребра.

Сосок связывают с молочной железой от 15 до 25 молочных протоков. Между этими протоками расположены пучки соединительной

ткани, которые прикреплены к более глубоким слоям железы. В ареоле расположены маленькие железы, вырабатывающие жироподобный секрет — смазку. Поэтому ареола несколько выступает из окружающей ткани. В размере и цвете соска и ареолы существует большая индивидуальная разница.

Вопреки расхожему мнению, в женской груди нет мышц. Поэтому увеличить грудь физическими упражнениями невозможно. Можно, конечно, развить нижележащие мышцы, но это приведет лишь к увеличению объема наружной и верхней частей торса и очень слабо скажется на размере самой груди. Нельзя также подтянуть упражнениями обвисшую грудь.

Очень часто меня спрашивают: «Можно ли увеличить грудь с помощью народных средств?». Далее обычно следует перечисление продуктов — съедобных и не очень. Чтобы добиться желанной цели, девушки готовы есть капусту, горбушки, тесто и даже... еловые

шишки. Полагаю, это еще не полный перечень. Не стоит мучить себя понапрасну.

Единственный способ изменить форму и объем груди в лучшую сторону — это пластическая операция. Конечно, на рынке существует множество препаратов для этой цели. Женская грудь — гормонозависимый орган, и увеличить ее, кстати ненамного, можно, только используя гормональные препараты. Сложно предсказать, какие последствия повлечет применение таких препаратов для организма, поэтому к ним стоит относиться с осторожностью, и на этом я хотел бы акцентировать Ваше внимание.

Таким образом, выбор сводится к тому, делать или не делать эндопротезирование. Каждая пациентка решает этот вопрос сама, а моя задача — снабдить ее необходимой информацией. Именно этим мы сейчас и займемся.

### ■■■ ПОДТЯЖКА ГРУДИ

Поскольку пластика груди во многих случаях подра-



До операции



После операции подтяжки

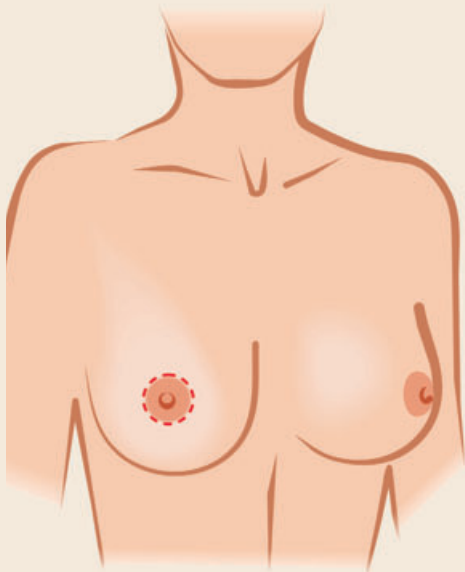
зумевают подтяжку, остановившись на этом вопросе более подробно.

В зависимости от того, насколько провисает грудь относительно субмаммарной складки, возможно несколько вариантов подтяжки. Смысл операции довольно прост и состоит, по большому счету, в удалении избытков кожи, перемещении соска и ареолы в более высокое положение. Таким образом специальными хирургическими приемами формируется более компактная грудь. Ключевой момент операции — удаление кожи. От метода, выбранного хирургом, зависит форма и протяженность послеоперационных рубцов. Именно этот момент всегда больше всего волнует пациенток, и поэтому на нем стоит остановиться подробнее.

Конечно, у каждого хирурга свои принципы выбора. На мой взгляд, в этом вопросе существует некое противоречие. С одной стороны, чем меньше протяженность рубцов, т.е. следов операции, тем лучше. Это

понятно и не требует доказательств. С другой стороны, не всегда удастся получить красивую форму груди и хорошего качества послеоперационный рубец, используя минимальные разрезы. Если упростить ситуацию, то среди всего многообразия предложенных на сегодняшний день вариантов операции можно выделить три.

### **Подтяжка вокруг ареолы**



Выполняется, когда грудь небольшая и ее опущение незначительно. Нередко такой способ применяется в комплексе с эндопротезированием.

Смысл операции в следующем: кожа вокруг ареолы дезэпителизируется, т.е. верхний слой кожи удаляется и сшивается с ареолой в кисет. Таким образом можно уменьшить ареолу и подтянуть грудь. На мой взгляд, этот способ хорош только в том случае, если избыток кожи небольшой. Почему? Если мы «собираем» кожу и ушиваем большой диаметр на меньший, вокруг ареолы образуются радиальные складки. Если подтяжка небольшая, складки эти очень маленькие и с течением времени расправляются без всякого ущерба для рубца.

Есть методы, которые позволяют произвести подтяжку даже большой груди на ареолу. По-моему, это не лучший вариант решения. Во-первых, большое количество складок отнюдь не делает грудь привлекательной. Во-

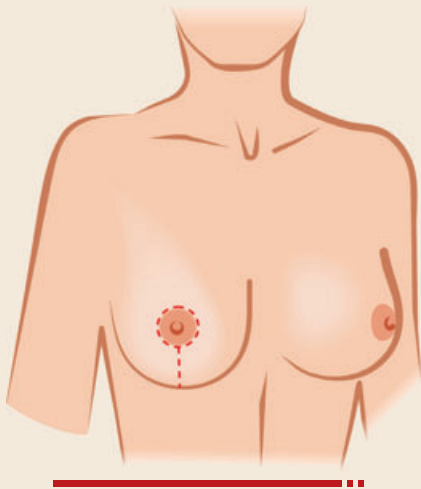
вторых, даже когда через несколько месяцев складки расправляются, качество рубца оставляет желать лучшего. Практикуется последующее иссечение рубца. Именно такой способ — повторной коррекции рубца — нередко используют пластические хирурги Германии.

Есть еще один отрицательный момент такой подтяжки. Идеальной формы грудь, если посмотреть на нее сбоку, имеет форму конуса. На мой взгляд, задача пластического хирурга — по возможности сохранить или воспроизвести эту природную форму, если она была утрачена. Однако, чем больше подтяжка вокруг ареолы, тем больше теряется форма конуса, грудь «сплющивается». Особенно это заметно в профиль.

Если пытаться «заправить» большую грудь в одну маленькую дырочку, маловероятно, что форма такой груди будет красивой, а послеоперационный рубец, хоть и будет коротким, вероятнее всего, потребует дополнительной коррекции в дальнейшем.

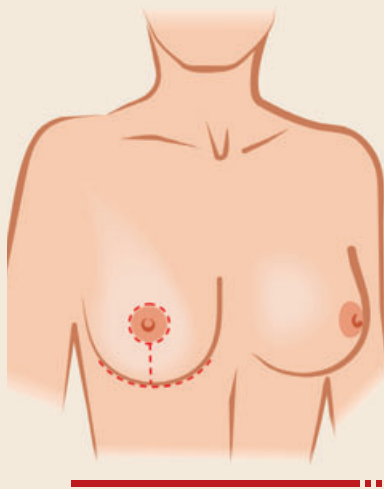
### **Подтяжка груди с вертикальным разрезом**

Этот вариант может применяться на груди большого объема и степени опущения, чем предыдущий. Принципы операции те же, отличие заключается в том, что к зоне деэпителизации вокруг ареолы прибавляется участок веретенообразной формы, расположенный от ареолы до субмаммарной складки. Таким образом, форма послеоперационного рубца напоминает контуры теннисной ракетки.



### **Подтяжка груди с вертикальным и горизонтальным разрезами**

Это метод, позволяющий решить практически любую задачу, связанную с провисанием большой груди. Нередко он сочетается с удалением части тканей молочной железы с целью уменьшения ее объема. В этом случае к вышеописанным участкам деэпителизации прибавляется горизонтальная область, где кожа также удаляется. При таком варианте рубец





по своей форме похож на якорь.

Чем ниже опускается грудь, тем ниже опускаются с ней сосок и ареола. Соответственно, для того чтобы грудь приобрела более эстетичный вид, нужно переместить сосок и ареолу вверх. Поэтому рубец вокруг ареолы есть после любой операции подтяжки груди, форма остальных рубцов зависит от объема груди и степени ее провисания.

Разумеется, я остановился лишь на тех аспектах подтяжки, которые прежде всего интересуют пациента, а именно — форме и протяженности рубцов. Эта операция имеет много других нюансов, но они в большей степени касаются профессионалов.

### ■■■ О РУБЦАХ

У пациентки, решающей на любую операцию, и тем более косметическую, не должно быть никаких иллюзий относительно того, что послеоперационные рубцы

будут — и «приобретение» это на всю жизнь.

Мое мнение: хорошая форма груди, а иногда и устранение чисто физических неудобств компенсируют наличие рубцов. Тем более, что в большинстве случаев удается получить тонкий малозаметный рубец. Во всяком случае, за 20 лет работы мне не приходилось слышать, чтобы пациентки сожалели о сделанной операции из-за некрасивых и заметных рубцов. Конечно, любой послеоперационный или посттравматический рубец проходит определенные этапы созревания, которые занимают немало времени: на лице — это около полугода, на теле — около года, и особенно долго эти процессы протекают на конечностях.

На груди рубцы особенно заметны в первые 5-6 месяцев после операции. Потом они постепенно светлеют, становятся мягче. В конце концов, остается тонкая белесоватая линия, отличающаяся по цвету от



Рубец по краю ареолы



Рубец в области складки



Рубец после подтяжки

основной кожи. Рубца вокруг ареолы практически не видно, особенно если он маскируется с помощью перманент-

ного макияжа. Вообще, на границе ареолы кожа имеет разницу и по цвету, и по фактуре, и рассмотреть тонкий рубец достаточно сложно. Вертикальный рубец более заметен, хотя с помощью средств современной эстетической медицины его видимость можно значительно сгладить.

### ■■■ УВЕЛИЧЕНИЕ ГРУДИ

Женщины начали увеличивать свою грудь хирургическим путем еще в 19 веке. Один из наиболее ранних способов состоял в перемещении в область груди собственной жировой ткани пациентки. Однако этот метод себя не оправдал, поскольку большая часть жировой ткани просто рассасывалась. С начала 20 века специалисты вели поиск альтернативных материалов для имплантации. И лишь с изобретением силиконовой резины в 1940-х гг. был заложен фундамент современной безопасной и предсказуемой хирургии увеличения груди.

В настоящее время грудной имплантат представляет собой твердую упругую силиконовую резиновую оболочку, обычно заполненную силиконовым гелем. Лабораторные исследования показали, что живые ткани толерантны к силикону: он вызывает очень малую реакцию в тканях. Более подробно мы остановимся на имплантатах чуть позже.

А пока обсудим техническую сторону операции по увеличению груди.

Суть ее проста. Во время операции в области молочной железы делается разрез длиной 4-5 см. Далее формируется «карман», куда и помещается имплантат.

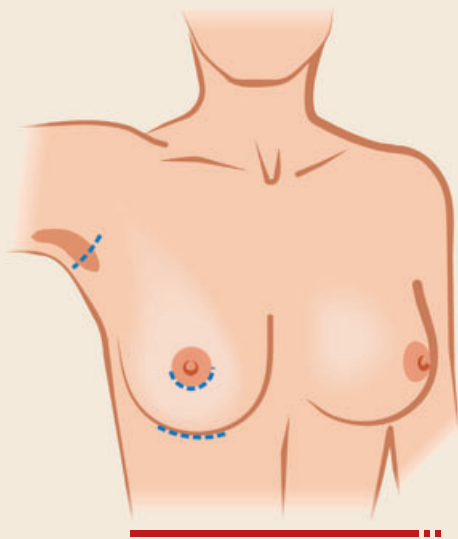
Рассмотрим подробнее каждый из этих этапов.

Существует несколько видов разрезов. Их выполняют по краю нижней половины ареолы, по субмаммарной складке (в области средней линии) или в подмышечной впадине. Есть и еще один доступ к молочной железе — через пупок. В последнем случае выполня-

ется разрез в области пупка и далее эндоскопическим способом прокладывается «тоннель» до молочной железы. Отслойка кармана для установки имплантата также делается «вслепую». Эндопротез в этом случае представляет собой только силиконовую оболочку, которая сначала с помощью специальной штанги по тоннелю доставляется «на место» и только потом «надувается», т.е. заполняется содержимым, которое в данном случае представляет собой не силиконовый гель, а физиологический солевой раствор, абсолютно безвредный для организма.

Чаще всего используется один из двух видов разрезов: по нижней половине ареолы или по субмаммарной складке.

Первый — самый выигрышный с эстетической точки зрения, незаметный и малотравматичный. К сожалению, использовать его можно не во всех случаях. Если у пациентки маленькая грудь и очень маленькая



ареолы, длины разреза — по половине ареолы — может оказаться недостаточно для установки протеза. В этом случае разрез выполняется в проекции субмаммарной складки. Такой разрез — самый удобный для хирурга.

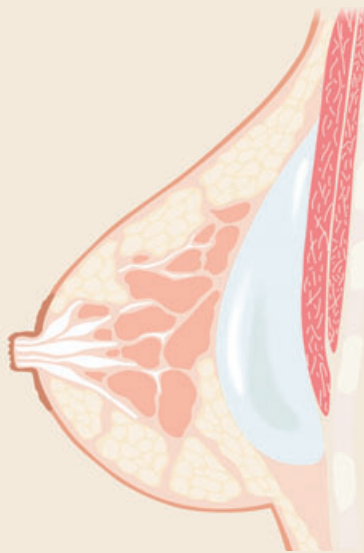
Как альтернативный вариант в случае с плоской грудью — можно сделать разрез в подмышечной впадине.

Разумеется, окончательный выбор делается в зависимости от индивидуальных особенностей строения тела пациентки в каждом конк-

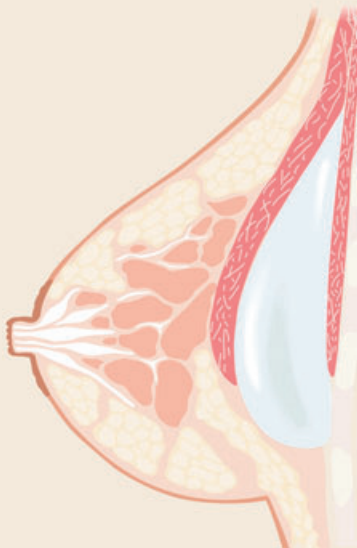
ретном случае. Это, кстати, касается не только разреза, но и способа установки эндопротеза. Его можно установить непосредственно под молочную железу — в этом случае «карман» создается за счет отслойки ткани молочной железы от большой грудной мышцы. Другой вариант — установка эндопротеза под мышцу, когда отслаивается мышца от грудной клетки, а имплантат внедряется в «карман», расположенный между грудной клеткой и большой грудной мышцей.

Я стараюсь выбирать положение протеза, основываясь на простом принципе: для того чтобы имплантат был незаметен, он, по возможности, должен быть закрыт достаточным слоем собственных тканей.

Поэтому девушкам с нормальной конституцией и выраженной грудью можно устанавливать эндопротез как под молочную железу, так и под мышцу. В этом случае я чаще ориентируюсь на их личные предпочтения.



Имплантат под железой

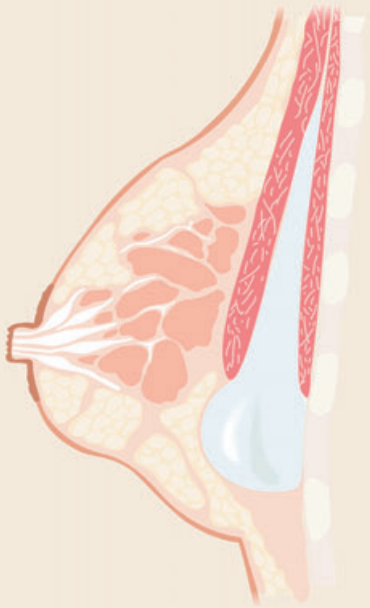


Имплантат под мышцей

Худые пациентки с маленькой грудью, к сожалению, лишены выбора — в силу того, что собственной ткани у них минимум, эндопротез обычно устанавливается под мышцу. Как правило, некоторые пациентки (даже те, у кого есть выбор) считают, что именно этот вариант более надежен в плане визуального эффекта. Но мой опыт говорит о том, что установка эндопротеза под мышцу не всегда оправдана. Почему?

Например, если грудь имеет тенденцию к провисанию, то имплантат под мышцей и обвисшая собственная грудь со временем могут образовывать неестественную двойную выпуклость (рис. на стр. 21). Исправить такой дефект можно только повторным вмешательством — подтяжкой молочной железы и коррекцией положения протеза.

Кроме того, большая грудная мышца прикрывает лишь верхние две трети эндопротеза. И случается, при напряжении мышцы на



---

имплантате образуется перетяжка.

Ко мне обратилась пациентка, которую оперировали в одной из клиник эстетической хирургии Москвы. После имплантации одна молочная железа выглядела идеально, а по поводу второй женщина сокрушенно вздыхала: «Доктор, я делаю всего лишь небольшое движение рукой — и грудь «складывается». Действительно, дефект весьма заметный. Для того чтобы его исправить,

потребовалось повторное вмешательство.

За время практики у каждого хирурга накапливается свой собственный опыт проведения операций. Каждый по-своему дорабатывает существующую методику, привносит какие-то нюансы. Я, к примеру, чтобы избежать последующих негативных явлений при установке имплантата под мышцу, немного подрезаю ее, тем самым слегка ослабляя. Таким образом, мышца уже не давит на край эндопротеза — перетяжка не образуется. Точно так же можно поступить, если у молочной железы есть склонность к провисанию (чтобы предотвратить появление эффекта «двойной» груди).

Мои пациентки, особенно те, для кого обращение к услугам пластической хирургии — дело привычное, не раз обращали внимание на то, что в разных клиниках в процессе общения с врачом они черпа-

ли разную информацию. И задавали вопрос: почему так происходит?

Для меня, практикующего специалиста, в этом нет ничего удивительного. Дело в том, что у каждого врача со временем накапливается свой личный опыт работы. С одной стороны — это опыт общения с пациентами. Уважающий пациента хирург, планируя операцию, учитывает не только физические, но и психологические параметры состояния обратившегося за помощью человека и, исходя из этого, строит свою работу в каждом конкретном случае. Все люди — разные, и опытный врач в состоянии внести небольшие коррективы в методику проведения операции с учетом конкретной ситуации. Пациент от этого только выиграет.

С другой стороны, у всех нас есть собственный опыт проведения операций, каждый несет свой багаж удач и неудач. По своему опыту могу сказать,

что неудачи запоминаются намного ярче, чем удачи, и не только запоминаются, но и подвергаются скрупулезному анализу. Я до сих пор помню неудачи 20-летней давности — лица, фамилии пациентов, и сегодня уже наверняка знаю, почему так произошло и чего не хватило.

Симбиоз всех этих нюансов позволяет говорить о трансформации классического медицинского метода в авторский. Именно поэтому мнения врачей могут различаться. Как правило, за этим не скрывается какой-либо ошибки. Это просто разное видение одной и той же проблемы.

## III ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ

Всем пациенткам перед операцией я рекомендую пройти консультацию онколога, который дает заключение о возможности проведения операции. Здесь есть один нюанс, на котором я хотел бы остановиться более подробно.

Известно, что до 80% женщин детородного возраста относятся к так называемой группе риска — при обращении к маммологу, в ходе обследования молочной железы, у них выявляется та или иная патология (например, мастопатия).

Можно ли проводить операцию в этих случаях? Поскольку такие состояния, строго говоря, не относятся к противопоказаниям, я предоставляю право принимать решение самой пациентке. Но, прежде чем дать утвердительный ответ, она должна знать (и об этом я, разумеется, предупреждаю), что любое предопухолевое состояние требует постоянного контроля. В случае установки эндопроте-

за наблюдение за состоянием молочной железы будет несколько осложнено, появится определенная специфика в проведении элементарных процедур, в том числе и таких, как УЗИ. Оценив возможные риски, пациентка дает утвердительный или отрицательный ответ. Не скрою, отказы от операции на этом основании происходят довольно редко.

Собственно операция по увеличению молочной железы занимает 1,5-2 часа. Первые 3-4 дня пациентка испытывает довольно болезненные ощущения, особенно при установке эндопротеза под мышцу, когда соответственно, нарушается ее привычное местоположение. Даже небольшое движение рукой первое время может вызывать мышечную боль. Разумеется, я предупреждаю об этом своих пациенток, они получают необходимые обезболивающие препараты. И тем не менее, в первые дни после операции мне нередко приходится слышать: «Доктор, если бы





я знала, что будет так больно, я отказалась бы от этой идеи...»

Но, надо сказать, что уже через неделю неприятные ощущения исчезают, а негативные эмоции забываются. Некоторое время пациентка продолжает носить плотный бюстгальтер, который хорошо «держит» грудь.

При установке имплантата под мышцу я рекомендую ношение белья с компрессионной лямкой, отдавливающей эндопротез книзу. Это связано с тем, что мышца давит на эндопротез таким образом, что он смещается вверх легче, чем вниз, несмотря на гравитацию.

Период заживления, когда физические возможности несколько ограничены, длится от 7 до 10 дней. На полную реабилитацию требуется 1-2 месяца, в зависимости от ситуации и от чувствительности пациентки. В течение этого времени возможны остаточные явления (например, дискомфорт при определенных движениях).

Но вот наступает момент, когда Вы ощущаете физическую свободу. Вы уже не чувствуете свою грудь как инородное тело, а воспринимаете ее как свою собственность.

*Здесь есть один очень важный нюанс. Какой бы*



замечательной и натуральной не получилась в итоге. Ваша грудь, нужно понимать, что это — не чудо природы. И, предъявляя к грудному имплантату те же требования, что и к собственной груди, Вы совершаете ошибку.

На мой взгляд, плохую службу здесь оказывает психология потребителя, которая очень живуча во многих из нас. Что я имею в виду?

Когда Вам не слишком нравится Ваша собственная грудь, Вы не особенно расстраиваетесь. В конце концов, такой Вас создала природа. Но вот Вы по

каким-либо причинам решили обратиться к услугам пластического хирурга. В результате предварительных переговоров и предпринятых конкретных действий Вы стали обладательницей пышного бюста. За это Вы заплатили немалые деньги. И кажется, что уж теперь-то Ваша грудь должна выглядеть идеально — ведь Вы ее «купили». Но, например, когда Вы наклонились, грудь может показаться не столь красивой, а если Вы легли на бок, то смогли прощупать край имплантата или заметили рубец.

*Такие нюансы возможны, это не есть катастрофа или брак — все же новая грудь «выросла» не по мановению волшебной палочки. Это — результат усилий пластического хирурга. Как бы замечательно Вы себя ни чувствовали, нельзя забывать о том, что грудь у Вас не натуральная. И имплантат, сколь бы дорого он ни стоил, к сожалению, не вечный — рано или поздно его придется менять.*

*Здравомыслие должно подсказать Вам, как вести себя: либо примириться с этим фактом, либо вообще отказаться от идеи ставить имплантат. Третьего пути нет.*

### **■■■ ГРУДНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ. НЕМНОГО ИСТОРИИ**

У эндопротезов в нашей стране богатая, интересная и парадоксальная история.

По сути, до 1990-х гг. поставить качественный импортный эндопротез можно было только в одном случае — если он привезен из-за границы.

Поскольку о массовых поставках эндопротезов в Советский Союз речь не шла, наши соотечественники стремились удовлетворить спрос, предлагая собственные изобретения.

Например, в 1980-х гг. в качестве имплантата получил распространение аллогенный (донорский) жир. Жир замораживали в форме полусферы до образования довольно плотной консистенции. Полученные таким способом эндопротезы служили женщинам верой и правдой. Но, к сожалению, недолго.

Человеческое тело всегда порождает соединительную ткань вокруг чужеродного материала — будь то заноза, нитка или грудной имплантат. Этот процесс называется инкапсуляцией. Образовавшаяся биологическая соединительнотканная капсула изолирует окружаемый ею объект — в данном случае аллогенный жир — от внешней среды. Поскольку жир деградировал и распался, в молочной железе образовывался своего рода

поликистоз, при удалении кисты оказывались заполнены продуктом распада жира, похожим на жидкое мыло. Особенного ущерба для здоровья это не вызывало, но эстетический результат такого протезирования был весьма далек от идеального.

Примерно в то же время практиковался еще один способ увеличения груди: в молочную железу вживляли форму из плексигласа, и женщина носила ее в себе до тех пор, пока вокруг этой формы не образовывалась та самая биологическая капсула, о которой я говорил выше. Затем форма извлекалась, а образовавшаяся полость, высланная соединительной тканью, заполнялась содержимым, имитирующим ткань молочной железы (в качестве наполнителя использовались различные масла).

В начале 1990-х гг. в России появились первые импортные силиконовые эндопротезы, которые к этому времени уже давно и успешно работали за рубе-

жом. Открылось представительство фирмы Mc Ghan, которая и по сей день является ведущей в области производства грудных имплантатов. Однако цена на эту продукцию была далеко не демократичной, и позволить себе приобрести такой эндопротез могли немногие.

Примерно в это же время наши соотечественники предложили потребителям российский аналог, причем на порядок дешевле американской продукции. К сожалению, качество этого изобретения оставляло желать лучшего. Казалось бы, все просто: эндопротез — это лишь оболочка, заполненная силиконовым гелем. Однако этот материал, будучи внедренным в молочную железу, не должен был пропотевать изнутри. На Западе производители эндопротезов работали над изобретением такого материала не одно десятилетие и добились успеха. Российский аналог, к сожалению, создавался на скорую руку, и я думаю, что основным мотивом, которым

руководствовались отечественные разработчики, было стремление во что бы то ни стало удовлетворить спрос. Разумеется, дешевые эндопротезы покупали. Мне самому довелось поставить несколько таких имплантатов, поэтому об их невысоком качестве я знаю не понаслышке.

В какой-то момент я обнаружил, что диффузия силикона изнутри настолько сильна, что имплантат способен образовывать вокруг себя плотную вторую оболочку.

Направил эту оболочку на гистологию. В скором времени слышу телефонный звонок.

— Что Вы нам прислали?

— Биологическую капсулу эндопротеза...

— А Вы не перепутали? Наверное, это оболочка эндопротеза?

— Да нет же! Эндопротез с неповрежденной оболочкой лежит у меня на столе.

— Но и капсула, которую Вы прислали не похожа на соединительнотканную, она практически полностью состоит из силиконовой резины...

Такое отрицательное свойство имел отечественный эндопротез. Окончательно же от их использования я отказался после одного случая.

Имплантат порвался у меня прямо во время операции. Мы были вынуждены лишний час держать пациентку под наркозом, пока не был простерилизован и полностью готов к работе другой имплантат.

Конечно, женщина практически не пострадала. А я от использования этих эндопротезов отказался навсегда.

И, как выяснилось, правильно сделал, потому что вскоре мне позвонили. Представитель компании-производителя осторожно сообщил, что возникли небольшие проблемы с сырьем.

— Если что-то пойдет не так, мы вам эндопротезы поменяем, — заверили меня... На что я ответил, что в этом уже нет никакой необходимости.

В скором времени стали открываться представительства других зарубежных фирм, и на нашем рынке появилась продукция достойного качества.

ва по приемлемой для представителя среднего класса цене.

Сегодня эндопротезы на российском рынке представлены несколькими компаниями.

По большому счету, качество продукции этих фирм сопоставимо. Но стоимость их колеблется значительно. Почему? Однозначного ответа на этот вопрос не существует. Каждая из фирм имеет свои оригинальные разработки в области текстуры оболочки, свойств геля, особенностей формы и ассортимента типоразмеров. Прибавьте к этому особенности маркетинга каждой из фирм, предпочтительность местных дистрибьюторов — получается довольно пестрая картина. Мне кажется, что самое главное в этой ситуации то, что при всем многообразии перечисленных вариантов откровенно плохих, некачественных эндопротезов нет. Все упомянутые фирмы выпускают продукцию, давно и с успехом применяемую в Европе и Америке.



Вопрос — продукцию какой фирмы выбрать — относится скорее к области личных предпочтений как пациента, так и врача. Пациент при выборе эндопротеза чаще всего руководствуется ценой (причем, как правило, есть два варианта предпочтений: «самый дорогой», что в понимании многих тождественно понятию «лучший», или, наоборот, «более дешевый», что продиктовано той или иной степенью стесненности в средствах). Случается, что на выбор пациента влияет чужое мнение — в этом случае просят поставить эндопротез такой, «как у подруги».

Что касается врачей, их мотивы также могут быть самыми разными (как правило, это не только медицин-

ский, но и маркетинговый моменты). Но выбор имплантата — это всегда совместное решение, а если предпочтения доктора и пациента совпадают, то я вижу в таком единодушии только плюс.

Некоторые пациенты про себя, а иногда и вслух задают вопрос: «А не обманут ли меня? Может ли быть так, что во время операции мне поставят протез другой фирмы, более дешевый, например?».

Не буду скрывать, такие случаи бывали.

Эта пациентка приехала из другого города. Хотя результат операции она оценивала неудовлетворительным, сочла нужным сказать:

— Операцию мне делал хирург, второй в СНГ по маммопластике.

Мне показалось забавным такое начало. Кто и где устанавливает эти места — никому неизвестно, ведь пластические хирурги не участники Олимпийских игр. На всякий случай поинтересовался:

— А кто Вам это сказал?

— Так сам врач и похвастался.

Осматриваю пациентку. Операция сделана год или два назад. А грудь уже провисла, под кожей прощупывается твердая капсула. Принимаем решение немного подтянуть грудь и убрать капсулу — это несложно и, в общем, решает проблему, поскольку молочная железа становится мягче.

Интересуюсь:

— Какой у Вас эндопротез?

— По совету хирурга, я выбирала самый качественный и, как оказалось в дальнейшем, самый дорогой.

— Действительно, эндопротез качественный, можно его не менять... Однако в ходе операции оказалось, что имплантат вовсе не самый дорогой.

Качество его не вызывало сомнений, и менять его действительно не было необходимости, но разница в цене была весьма существенной.

Для чего я привел этот пример? В солидной клини-

ке, которая дорожит своей репутацией, подобная история вряд ли могла бы иметь место. Поэтому я советую при выборе медицинского учреждения руководствоваться вескими и обоснованными аргументами.

Сегодня существует три основных типа организации работы клиник пластической хирургии. Первый — когда клиника не имеет своей территории и арендует отдельные помещения или койки в одной из городских больниц. Во втором варианте прием пациентов осуществляется в собственном офисе клиники, но фактически все процедуры, в том числе и операция, осуществляются на арендованной территории тех же государственных больниц.

Третий вариант — клиника, которая имеет свою базу, то есть свой обслуживающий персонал, собственное оборудование, помещения и, конечно, штат постоянных

практикующих специалистов. Этот последний вариант для потенциального пациента наиболее предпочтительный, поскольку обычно здесь работает психология собственника, в хорошем смысле слова. Стратегия таких клиник — поступательное развитие, а весь лечебный процесс — управляем и контролируем. Поэтому велика вероятность, что именно в такой клинике Вам предложат услугу наиболее высокого качества. Кстати, прежде чем сделать окончательный выбор, рекомендую поинтересоваться, кто стоит во главе клиники — врач или человек, совершенно далекий от медицины. Поверьте мне как специалисту — данный факт имеет немаловажное значение.



## ■■■ ВЫБИРАЕМ ИМПЛАНТАТ

Существуют две большие группы эндопротезов: круглые и анатомические (каплевидная форма которых ближе к естественной).

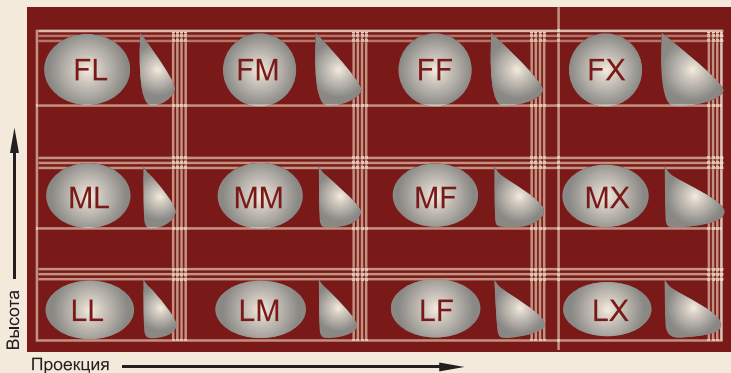
И те и другие подразделяются на следующие виды: высокопрофильные, среднепрофильные и низкопрофильные. У анатомических протезов существует подразделение и по форме, основание протеза может напоминать овал, ориентированный в одном случае по вертикали, в другом — по горизонтали. При этом разной высоты эндопротезы могут иметь одинаковый объем, поскольку величина их основания может быть шире или уже.

Каким образом выбирают имплантат?

Обычно сначала я выясняю, чего хочет пациентка, и оцениваю, насколько ее желание совпадает с реальными возможностями.

Ведь объем эндопротеза не выбирается произвольно. Наверное, если задаться целью, можно «запахать» в молочную железу имплантат практически любого размера. Но для того чтобы грудь стала действительно красивой, размеры эндопротеза должны соответствовать размерам и состоянию тканей собственной молочной железы.

Существует несколько готовых систем для выбора эндопротеза, представленных в виде таблиц. Например, одна из схем



строится на трех параметрах. Первый параметр — расстояние от яремной вырезки (вогнутость в верхней части грудной клетки) до соска (условно, X-параметр). Второй параметр (Y) — размер собственной груди. Третий (Z) — желаемые размеры груди. В перекрестье значений X, Y, Z и находится тот тип протеза, который будет оптимальным. Однако такие схемы чаще используют хирурги, у которых нет достаточного опыта работы с грудными имплантатами.

У каждого практикующего специалиста с годами складываются свои личные предпочтения относительно размеров и форм имплантатов. Это зависит от многих факторов, в том числе и от эстетических взглядов хирурга, и от того, эндопротезами какой формы он пользуется чаще, и от его личного опыта проведения операций.

Я, к примеру, сторонник среднепрофильных и низкопрофильных протезов.

Круглый высокопрофильный протез, на мой взгляд, это вариант *sex-girl* в худшем его проявлении. Признаюсь, я ставлю их крайне редко.

Если пациентка хочет, чтобы ее грудь выглядела максимально натурально, я предлагаю рассмотреть вариант установки анатомического имплантата. Их ассортимент достаточно широк. Выбор анатомического протеза во многом зависит от конституции пациентки. Например, если девушка небольшого роста, коренастая, то для нее выгодна более широкая форма эндопротеза. Если же пациентка высокая, с узкой грудной клеткой, более выигрышно будет смотреться имплантат удлиненной формы по вертикали.

Если девушке не столь важно, будет ли эндопротез выглядеть натурально, а большее значение придается, например, объему бюста и ярко выраженной форме декольте, то в таком случае имеет смысл выбрать круг-

лый протез, поскольку он дает большее заполнение верхнего полюса.

Мой опыт показывает: если речь идет о протезах небольшого объема (до 250 г), разница между круглым низкопрофильным и анатомическим эндопротезами не очень заметна. Почему? Во-первых, в положении стоя гель «стекает» вниз, и грудь приобретает подобие анатомической формы. Во-вторых, если имплантат предполагается устанавливать под мышцу, то мощная грудная мышца немного «придавит» верхнюю часть эндопротеза и сделает ее более плоской, в то время как нижняя часть будет свободно лежать в нижнем слое тканей. Таким образом, форма круглого эндопротеза несколько изменится и станет близка к естественной.

Есть еще один нюанс, который мне приходится обсуждать с пациентами не так уж редко. Это материальная сторона вопроса. Например, самый дорогой

анатомический протез стоит порядка 1800 долларов за пару. А самый простой круглый — 800 долларов. Для некоторых это принципиальная разница. И когда я вижу, что человек стеснен в средствах, то обычно предлагаю подобрать круглый протез. Если сделать это правильно, смотреться он будет очень хорошо. Но гарантированный результат естественной формы молочной железы дает, конечно, анатомический эндопротез.

### ■■■ СИЛИКОНОВЫЙ ГЕЛЬ ИЛИ ФИЗРАСТВОР?

Имплантат всегда имеет оболочку из силиконового пластика. Внутри нее может находиться либо силиконовый гель, либо физиологический (0,9% солевой) раствор. Я уже упоминал об этом.

Протезы, заполненные физраствором, получили широкое распространение в США в 1990-х гг., когда неожиданно был поднят вопрос о безопасности используемых грудных

силиконовых имплантов. Предполагалось, что с использованием силиконовых эндопротезов связаны две группы заболеваний. Во-первых, якобы повышается риск возникновения рака, особенно рака груди. Во-вторых, повышается риск аутоиммунных заболеваний. Средства массовой информации немедленно ухватились за эти версии, и в прессу потоком хлынули «сенсационные» репортажи о женщинах-жертвах. Такая реакция оказалась довольно неожиданной для специалистов, поскольку имплантаты, заполненные силиконовым гелем, использовались уже много лет. Несмотря на то что абсолютно достоверных доказательств по этому вопросу представлено не было (кстати, нет их и до сих пор), в некоторых американских штатах применение эндопротезов, заполненных силиконовым гелем, было запрещено. В этот момент как альтернативный вариант и получили распространение эндопротезы с физраствором.

До сих пор, наряду с силиконовыми, такие имплантаты выпускают все перечисленные компании-производители.

Каковы сравнительные преимущества и недостатки силикона и физиологического раствора?

Во-первых, бесспорное преимущество силиконового геля в том, что грудь получается более естественной на ощупь, чего нельзя сказать о физрастворе, который по сути своей является водой. Случается, пациентки жалуются на то, что вода внутри булькает, правда, это чаще всего следствие неудачного заполнения имплантата во время операции, но на качестве и долговечности его использования не отражается.

Во-вторых, в оболочке имплантата через порт, по которому вводится физраствор, может возникать утечка. Это не создает никаких проблем для здоровья, поскольку физиологический раствор без всякого вреда поглотится организмом. Но объем молочной железы при этом умень-

шается, визуально на груди могут появиться складки. По этим причинам подобные имплантаты используются реже, хотя у них есть свои ярые сторонники.

Есть еще одна область применения имплантата с силиконовым раствором. Например, когда речь идет о реконструкции молочной железы после ее удаления. Здесь я хотел бы передать слово своему коллеге — пластическому хирургу Сергею Викторовичу Колесникову, который имеет опыт проведения подобных операций.

**Рассказывает  
С.В.Колесников**

Основная проблема в этом случае — недостаток кожи, ведь вместе с тканями молочной железы удаляется и часть кожного покрова. Чтобы восполнить этот дефицит, под кожу ставится временный эндопротез — «экспандер» с возможностью дозаполнения физраство-

ром. Установка экспандера — это первый этап реконструкции молочной железы. Затем пациентка раз в неделю или раз в две недели посещает процедурный кабинет — в экспандер через специальный порт добавляется небольшое количество жидкости. По мере увеличения ее объема под давлением экспандера, кожа постепенно растягивается. И примерно через три месяца осуществляется второй этап реконструкции: временный протез меняют на постоянный имплантат.

Одновременно выполняется реконструкция соска — из местных тканей и ареолы, с помощью татуажа. На этом же этапе корректируется вторая железа: с помощью подтяжки, уменьшения или увеличения она приводится в соответствие с противоположной стороной.

В некоторых случаях, когда дефицит собственной кожи значителен, хирург на первом

этапе реконструкции проводит дополнительные мероприятия: выкраивает кожный лоскут с донорского участка на спине или под рукой, переносит его на операционное поле — и таким образом получает дополнительный объем ткани, позволяющий укрыть временный имплантат и сформировать грудь. Временный имплантат, как и в первом случае, постепенно наполняют физраствором, а потом меняют на постоянный.

Недавно появился новый метод, позволяющий проводить реконструкцию молочной железы в один этап вместо двух. Это стало возможным благодаря объединению в одном изделии экспандера и имплантата. Небольшого объема, наполненный силиконом, этот имплантат имеет внутреннюю полость, в которую также нагнетается жидкость. Замены такая конструкция не требует.

Реконструкция молочной железы рекомендует-ся всем пациенткам, перенесшим операцию по ее удалению — тяжелую как физически, так и морально. Восстановив форму груди, женщина вновь чувствует себя комфортно и уверенно; значительно повышается ее самооценка и качество жизни в целом.

### ■■■ СКОЛЬКО СЛУЖИТ ИМПЛАНТАТ?

Меня часто спрашивают: «Существует ли у эндопротеза какой-либо определенный срок службы?». На этот вопрос ответить точно достаточно проблематично, поскольку в нашей стране отсутствуют статистические данные, касающиеся эндопротезирования. Каждая клиника, конечно, ведет учет своих пациентов, но так как эти сведения нигде не аккумулируются, отсутствует база для серьезных объективных выводов.

А, например, в США врач, который проводит эндопротезирование, обязан предоставить все сведения о пациенте в единый центр, где ведется общенациональная статистика: где, сколько и какие имплантаты поставили, каков процент осложнений, через сколько лет понадобилась замена. Разумеется, такая статистика более достоверна. Американские специалисты считают, что средний срок службы эндопротеза составляет 10-12 лет. В принципе, эти данные могут служить ориентиром для отечественного потребителя услуг по эндопротезированию.

Но фактически пациентка может носить в себе имплантат до тех пор, пока ее все устраивает.

По каким же причинам чаще всего происходят повторные обращения?

Как я уже говорил, вокруг любого инородного предмета, включая грудные имплантаты, человеческий организм образует соединительную ткань, оболочку, биологи-

ческую капсулу. Обычно эта оболочка тонкая и мягкая. Но иногда (и это зависит от индивидуальных особенностей организма) она становится излишне толстой, к тому же может сокращаться. В результате сокращений биологической капсулы грудь становится неестественно плотной на ощупь.

Это самое распространенное осложнение, характерное для данного вида операций, получило в медицине название *капсулярной контрактуры*.

При развитии капсулярной контрактуры грудь



постепенно становится все более плотной. Если процесс зашел далеко, грудь



принимает неестественную шаровидную форму. Первоначально с капсулярной контрактурой боролись «обжимом», разрушая капсулу давлением снаружи (довольно жестокий способ)... Сегодня этот метод уже не рекомендуется, поскольку есть риск повредить имплантат. Обычно вместо этого прибегают к повторной операции, в ходе которой капсулу удаляют. При этом не всегда требуется замена имплантата. В большинстве случаев после удаления биологической капсулы вокруг старого имплантата формируется новая, более тонкая капсула, благодаря чему грудь опять становится мягкой и естественной на ощупь.

Надо сказать, что оболочка эндопротеза может быть гладкой или шерша-

вой (как хлопчатобумажная замша). Такой протез называется *текстурированным*. Считается, что при текстурированной поверхности эндопротеза риск капсулярной контрактуры снижается. Поэтому в настоящее время в подавляющем большинстве случаев используются текстурированные имплантаты. Каждая фирма-производитель имеет свою запатентованную модель текстуры оболочки и позиционирует ее преимущества перед другими. Однако среди хирургов-практиков общепринятых предпочтений не существует.

Биологическая капсула формируется около месяца. В течение этого времени рекомендуется ношение компрессионного белья, которое хорошо фиксирует грудь. Дело в том, что в первое время после операции, особенно при установке эндопротеза под мышцу, существует риск его смещения (например, при интенсивных физических нагрузках или другом значительном физи-



ческом воздействии). Об этом я всегда предупреждаю пациенток. Грудь, особенно в то время, пока идет формирование биологической капсулы, нужно беречь. В дальнейшем каких-то особенных ограничений нет. Но все же...

Мы расстаемся с пациенткой примерно через неделю после операции. Девушка уезжает, живет своей жизнью, у многих воспоминания о хирургическом вмешательстве очень быстро стираются, а значит, исчезают из памяти и все мои рекомендации. И случается, образ жизни существенно сказывается на эстетическом результате операции. В этой связи мне вспоминается один случай.

Ко мне обратилась пациентка по поводу увеличения груди. Она — тренер по шейпингу, и, конечно, ее формы должны выглядеть идеально. Девушка — стройная, телосложение — спортивное, собственная грудь — маленькая. Мы выбрали анатомический протез с вариантом установки под

мышцу. Операция прошла удачно, и мы расстались весьма довольные результатом.

Прошло около полутора месяцев, пациентка приехала на контрольный осмотр. На вопрос: «Как дела?» — грустно отвечает:

— Не очень.

При осмотре обращаю внимание на асимметричное изменение формы груди.

Девушка смотрит на меня с отчаянием. Она не имеет претензий — ведь в разговоре выяснилось, что она, несмотря на мои настойчивые рекомендации не заниматься спортом минимум месяц, решила, что можно пойти на работу уже через неделю после операции. На мой вопрос: «Почему она не позвонила и не посоветовалась?» — ответ был прост:

— Ведь все было так хорошо...

В результате мои предположения, возникшие при осмотре, подтвердились. Выяснилось, что эндопротезы повернулись по оси, особенно значительное сме-

щение было справа. А когда все неприятности были позади, я на прощание еще раз напомнил о необходимости соблюдения ряда рекомендаций. На этот раз мои слова показали девушке куда более убедительными.

### ■■■ СЮРПРИЗЫ ПРИРОДЫ

За годы хирургической практики приходилось сталкиваться и с парадоксальными ситуациями.

Однажды я присутствовал на международной конференции, где обсуждался любопытный клинический случай. Анатомический эндопротез у пациентки оказался развернут на 180 градусов.

Первое впечатление, что в операционной работал дилетант — человек, который видел имплантат первый раз в жизни. Ведь поставить его «вверх ногами» почти невозможно: на оболочке эндопротеза сделаны специальные осязаемые метки, по которым и ориентируется хирург, устанавливающий эндопротез.

На самом же деле, это был один из редких случаев, когда вокруг эндопротеза образуются две биологические капсулы: одна — внутри другой, а между ними — жидкость. Достаточно неосторожного движения, сделанного пациенткой, и эндопротез может перевернуться сам.

Самое интересное, что в скором времени мне самому пришлось столкнуться с таким артефактом. Ко мне обратилась пациентка, у которой сложилась достаточно непростая ситуация. В свое время ее протезировали до меня, я делал повторную операцию. У нее был целый «букет» проблем, она знала об этом. И вот она вновь у меня на приеме — с жалобой на то, что эндопротез смещается.

Осматриваю. На первый взгляд — все на месте.

— Доктор, да я сама его переворачиваю.

— Это как? — мне стало любопытно.

И тут она как фокусник взмахнула рукой, прикоснулась к своей груди (кстати, совсем не маленькой) и продемон-

стрировала мне, как она это делает. Протез действительно перевернулся. Это был точь-в-точь случай, которому уделялось столько внимания на конференции. У пациентки в молочной железе образовались две биологические капсулы, между ними — жидкость, и имплантат легко вращался в этой подвижной среде.

Разумеется, мы прооперировали женщину, удалили обе капсулы, и имплантат занял подходящее ему стационарное положение.

Наверное, на непросвещенный взгляд такая ситуация кажется дикой. И я уверен, что первое, что сделает пациентка, — обвинит хирурга в непрофессионализме. Но это будут абсолютно необоснованные претензии. Так порой шутит с нами природа. К счастью, исправить ее ошибки — в наших силах.

## **■■■ ОБ ОШИБКАХ И ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКЕ**

Разумеется, печальных историй, которые я рассказывал выше, — единицы. Ни

в коем случае я не имел в виду, что пластические операции на груди всегда чреватые проблемами. Напротив, в большинстве случаев удается достичь стабильного и предсказуемого эффекта. В результате проведенных операций у многих девушек появился шанс изменить свою жизнь и навсегда избавиться от серьезного психологического комплекса.

Но ведь долг врача не только в том, чтобы качественно провести операцию и достичь хорошего результата. Если по каким-то причинам человек столкнулся с серьезной проблемой, задача врача — поддержать пациента в трудную минуту, не оставить его с бедой один на один. Необходимо разобраться в ситуации, выяснить, что именно и почему произошло.

Нередко пациенты спрашивают меня о гарантиях. Что я могу на это ответить? Единственная стопроцентная гарантия заключается в том, что Вы всегда можете рассчитывать на нашу помощь. И если у Вас возникли про-

блемы, Вы можете быть уверены, что мы не оставим Вас до тех пор, пока они не будут решены.

К сожалению, бывает и по-другому.

Приведу только один пример. Действие происходило в 1990-е гг., когда число желающих увеличить грудь было весьма значительным, а возможности в этом плане были очень и очень скромными.

И вот появилось долгожданное средство – гель, посредством которого можно было увеличить молочную железу за считанные минуты. Я сам присутствовал на презентации нового метода: на первый взгляд, это была мечта всех пластических хирургов и всех женщин вместе взятых! Грудь выглядела идеально — ведь при этом не нужно было делать ни единого разреза! Процедура увеличения молочной железы была проста и незамысловата. В перевязочной, под местной анестезией, с помощью шприца пациентке вводился гель — до тех пор, пока она не получала

удовлетворяющие ее формы. Не возбранялось попросить доктора добавить еще «здесь» и «здесь». Врачи с удовольствием шли навстречу. Цена на порцию геля среднего объема составляла 1000 долларов, и очередь желающих улучшить свои формы стояла день и ночь.

Надо сказать, что новым изобретением воспользовались очень и очень многие. Но через какое-то время гель, введенный в самые разные части тела, начал инкапсулироваться. Сначала с жалобами обращались единицы, но с каждым днем таких людей становилось все больше... Наконец, претензии пошли валом. И в этот критический момент фирма «растворилась».

Что же стало с людьми? Они оказались брошены на произвол судьбы. И к нам, пластическим хирургам разных клиник, потянулись несчастные пациентки.

Одна такая женщина с гелем в молочной железе пришла ко мне в кабинет чуть ли не со слезами.

— Доктор, что мне делать?

Смотрю — а грудь у нее идеальной формы.

— Что случилось? — спрашиваю.

— А Вы потрогайте ее на ощупь...

Стоило мне это сделать — я сразу понял, что расстройство пациентки имеет под собой основания, да еще какие! На ощупь грудь напоминала игрушку-трансформер, которую можно было формовать как угодно. Отпускаешь руку — на груди остается «отпечаток», а потом очень медленно грудь вновь расправляется.

Конечно, ничего не оставалось, кроме как удалять гель. Но и здесь не все оказалось просто. Как я уже говорил, особенно в первое время гель вводили произвольно, и он обнаруживался в самых разных местах — под молочной железой, под большой грудной мышцей, в теле самой мышцы... Эти операции были самыми тяжелыми и длительными — приходилось все тщательно вычищать, а иногда и удалять часть мышцы.

Тем, кто обратился к услугам фирмы уже на «закате»

ее деятельности, было проще, поскольку вводили гель по более «совершенной» методике, предварительно «упаковав» в оболочку; получался своего рода имплантат, и можно было удалить его единым конгломератом.

Но на этом история не закончилась. Судя по вопросам, которые время от времени задают мне пациентки, складывается впечатление, что до сих пор на просторах нашей необъятной страны практикуется такой способ увеличения груди. Пользуясь случаем, я хочу предостеречь девушек: маленькая инъекция геля в молочную железу может обернуться очень большой проблемой.

Не скрою, что использовать этот ставший печально известным гель предлагали и мне. Я отказался. Почему? В то время я уже имел достаточный опыт эндопротезирования и знал, что использование силиконовых имплантатов — метод хоть и не безупречный, но хорошо проверенный, испытанный в течение многих лет. Я работал, будучи

уверен: то, что я делаю, не нанесет вреда здоровью, не создаст безвыходных ситуаций для моих пациенток. Я не был готов проводить эксперименты на людях. Даже при том, что первые результаты введения геля внушали оптимизм, мне хотелось убедиться, что и через два, и через три года пациенты будут довольны.

Этот гель покупали в основном те, кто искал простой и быстрый способ заработать. Причем делать это можно было фактически на законных основаниях, поскольку какая-то разрешающая документация на использование геля была.

А свои собственные сомнения относительно этого продукта, если таковые имелись, можно было просто проигнорировать. Как, впрочем, и интересы пациентки...

Я убежден, что профессиональные качества врача не ограничиваются его знаниями и опытом. Нужны еще и внутренняя ответственность, ценностная установка, которая подразумевает отношение к пациенту как к самому себе.

## ■■■ ЭПИЛОГ. ЕЩЕ РАЗ О МОДЕ

Хотя мода сама по себе — это сложное социальное эстетическое явление, включающее и поиски своего стиля, и определенную манеру поведения, и проявление вкуса, и внутреннюю культуру; она, к сожалению, всегда рождает определенные стереотипы. Очень многие сужают это понятие и сводят его исключительно к внешним проявлениям статуса. И эта упрощенная трактовка, на мой взгляд, становится тенденцией. Такая «мода» забивает умы людей, даже, можно сказать, «зомбирует» человека. Он теряет свою индивидуальность.

Очень часто мы приобретаем ту или иную вещь только потому, что она считается модной, престижной, но вовсе не задумываемся, насколько она нам подходит. И тогда даже самые красивые и необычные вещи становятся «избитыми». Вспомним хотя бы яркие колготки. Услышав, что

в моде колготки и чулки безумных расцветок, представительница прекрасной половины человечества тут же бежит за ними в магазин. При этом она совершенно не учитывает особенности своей фигуры, свое социальное положение, возраст. Просто кто-то сказал, что это модно, и она с этим согласилась. Подобных примеров тысячи.

Особенно наглядно проявлялась эта тенденция во времена тотального дефицита. Сколько времени и сил тратили люди, стоя в очередях за «модными» предметами одежды или интерьера!

А потом приходили в себя и удивлялись: что же они приобрели и зачем это сделали?

К чему я, врач, рассказываю об этом?

В пластической хирургии происходит все то же самое. Причем «мода» на те или иные виды услуг движется волнообразно: сегодня мы в большом количестве делаем операции липосакции, завтра — золотое арми-

рование кожи, послезавтра — увеличение груди.

Но я хочу обратить внимание вот на какой момент. Если оказавшуюся ненужной Вам вещь Вы сможете просто выкинуть и никогда не вспомните об этом, то результат пластической операции останется с Вами навсегда.

Для того чтобы не пожалеть о содеянном, нужна серьезная мотивация. Ваши намерения изменить себя должны иметь более глубокие корни, чем дань моде. Только в этом случае Ваша новая внешность станет органичной частью Вашего индивидуального стиля. И мода, престиж тут не при чем. Стиль рождается в душе человека, складываясь из происходящих в мире и жизни событий. Наш индивидуальный стиль — это видимая сторона познания себя и мира. Какой она будет — зависит только от нас.



## III ■ ОБ АВТОРЕ ЭТОЙ КНИГИ

### **Кузнецов Игорь Олегович**

Ведущий специалист по пластической хирургии, пластический хирург.

Лучшей оценкой профессионализма врача является доверие коллег: при решении сделать пластическую операцию они без сомнения выберут хирурга Игоря Кузнецова.

Врач высшей категории, без малого 25 лет Игорь Олегович остается верен выбранной профессии.

Богатый врачебный опыт и международная практика Игоря Олеговича дают толчок для новаторства и использования в работе передовых технологий. При его участии в клинике пластической хирургии МЕДИ были внедрены и успешно применяются самые современные малоинвазивные методики омоложения, в том числе эндоскопическая подтяжка лица. Он автор книг «Пластика груди: мифы и реальность», «Омоложение: выбор метода в эстетической медицине», член Общеввропейской ассоциации хирургов-трансплантологов, Общества пластических и реконструктивных хирургов России (ОПРЭХ).

Отдельная благодарность за участие в подготовке книги выражается пластическому хирургу МЕДИ С.В.Колесникову.

Подробнее  
о клинической деятельности пластических хирургов МЕДИ  
можно узнать на сайте:

**[www.emedi.ru](http://www.emedi.ru);**  
контактный телефон:  
**+7 (812) 777 0000.**



**ISBN 5-91170-009-3**

**Игорь Кузнецов**  
**Пластика груди. Мифы и реальность.**  
**— СПб.: ООО «МЕДИ издательство»,**  
**2006. — 48 с.**

ООО «МЕДИ издательство»  
191025, Санкт-Петербург, Невский пр., 82  
телефон: (812) 324-00-22  
www.emedi.ru  
e-mail: is@emedi.ru

Под редакцией  
д.м.н. Т.Ш.Мchedлидзе

Заведующая редакцией  
к.и.н. Е.Л.Пушкарева

Ответственный редактор  
к.ф.н., доцент А.Л.Иванов

Подписано к печати 15.06.2006  
Тираж 2000 экз.  
Отпечатано в ООО «РосБалт»  
197183, Санкт-Петербург, ул. Оптиков, д. 4

© ООО «МЕДИ издательство», 2006  
© Т.Ш.Мchedлидзе, 2006

Все права защищены.  
Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена  
в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

# ПОПУЛЯРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОТЕКА ТАМАЗА МЧЕДЛИДЗЕ



Не так много времени прошло с тех пор, как в нашу жизнь вошла коммерческая медицина. Ее появление, безусловно, дало мощный толчок для внедрения множества новых медицинских услуг и новых современных технологий, обрушив на пациента огромное количество информации, разобраться в которой не всегда просто. В попытках застраховать потребителя услуг от возможных разочарований, помочь определить, где правда, а где вымысел, родилась идея создания Популярной медицинской библиотеки. Предлагаю вашему вниманию серию книг, авторы которых - врачи, ведущие практикующие специалисты МЕДИ. Я привлек к работе тех людей, которыми дорожу и мнению которых доверяю. Издания серии "Популярная медицинская библиотека" представлены во всех клиниках МЕДИ в свободном доступе для наших пациентов.



Уважаемые читатели, для меня и для всех специалистов МЕДИ важно ваше мнение. Учитывая ваши пожелания, мы стараемся освещать те направления современной медицины, которые вызывают сегодня наибольший интерес. И я заранее благодарен вам за обратную связь. Искренне надеюсь, что предлагаемые вашему вниманию книги помогут вам правильно ориентироваться в области современной коммерческой медицины.