

Юлия Васильева

Внешность начинается
с **МОЛЕКУЛЫ,**

*или Пластическая
хирургия наизнанку*

Юлия Васильева

Внешность начинается
с **МОЛЕКУЛЫ**,
или Пластическая хирургия наизнанку

2024

УДК 616-089.844

ББК 54.54

B19



Юлия Васильева

B19 **Внешность начинается с молекулы, или
Пластическая хирургия наизнанку. — М.
Издательство Перо, 2024. — 76 с.**

ISBN 978-5-00244-988-0

Достаточно всего 7 секунд, чтобы сложилось первое впечатление о человеке. И не секрет, что основной критерий оценивания – внешность человека. Черты и пропорции лица, фигуры напрямую влияют на связь с особенностями характера и личностью человека.

Изменить свою внешность сегодня не составляет труда благодаря услугам пластических хирургов. Как стать профессиональным пластическим хирургом? С чем придётся столкнуться в реальной практике? Ответ на эти и многие другие вопросы – в этой книге из цикла «Профессия наизнанку».

ISBN 978-5-00244-988-0

УДК 616-089.844

ББК 54.54

© Васильева Ю., 2024 г.

ГЛАВА 1	6
ГЛАВА 2	17
ГЛАВА 3	26
ГЛАВА 4	32
ГЛАВА 5	39
ГЛАВА 6	46
ГЛАВА 7	51
ГЛАВА 8	54
ПОСЛЕСЛОВИЕ	61
ИЗ ЛИЧНОГО АРХИВА ЭЛЬЧИНА МАМЕДОВА	62
ЛИТЕРАТУРА	74



ОБ АВТОРЕ

Юлия Сергеевна Васильева родилась в городе Ташкенте в 1977 году. Помимо общеобразовательной школы, посещала школу олимпийского резерва по спортивной гимнастике, где занималась Алина Кабаева. В 1989 году отец Юлии Сергеевны по долгу службы был переведён в город Иваново. И семья переехала в город невест.

После окончания ивановской общеобразовательной школы поступила в медицинский колледж.

На всех этапах становления Юлии Сергеевны как личности и как специалиста её поддерживали родные и близкие: папа, мама, брат. В настоящий момент пластического хирурга поддерживают муж Алексей и дочь Алёня.

Юлия Сергеевна по праву считает себя счастливым человеком: живёт в своём загородном доме на Рублёво-Успенском шоссе, работает в собственной клинике и занимается своим любимым и прекрасным делом – пластической хирургией.



ОТ АВТОРА

Мой рассказ будет честным. Надеюсь, что не менее полезным для моих последователей. Буду рада, если мои пациенты и коллеги, которые узнают себя в моей книге, останутся довольны не только написанными историями, но и моей работой! Очень надеюсь, что нас с вами ждут новые встречи и новые изменения в стремлении к совершенству собственного тела и его красоте! Я к вашим услугам, господа! Будьте счастливы!

Ваша Юлия



ГЛАВА 1

Выбор профессии

Почти каждый человек в мире хочет выглядеть привлекательно. Именно поэтому индустрия красоты является неотъемлемой частью жизни каждой женщины. К ней относятся как услуги парикмахеров, стилистов, косметологов, так и услуги инструкторов по разным направлениям спорта, диетологов, пластических хирургов.

Изменить свой образ можно многочисленными способами: от обновления гардероба и окрашивания волос до тотальных изменений – пластических операций. Кстати, не всегда пластическая операция –

это радикальное изменение внешности. Да и создание образа, отличающегося от естественных природных данных, тоже далеко не всегда является желанием, иногда это необходимость.

В этой книге мы поговорим с вами о пластической хирургии и всех нюансах, связанных с ней. Погружая своего читателя в



столь интересную сферу, мне хочется добавить, что книга будет полезна как пациентам (в том числе потенциальным), так и пластическим хирургам, которые обязательно найдут для себя что-то новое.

Пациенты доверяют пластическим хирургам не только свою красоту, но и здоровье. А как убедиться в том, что попал в руки к профессионалу? Если бы это было возможно, я бы написала чек-лист, который помог бы каждому человеку выбрать своего хирурга. Но вместо этого я погружу вас в многогранный мир пластической хирургии, где мы рассмотрим множество вопросов и найдём тысячу ответов на них.

В нашей семье никогда не было врачей, а я с самого детства мечтала стать врачом. В моём семейном альбоме можно встретить множество фотографий, где я стою в белом халатике с красным крестиком.

После окончания школы я поступила в медицинский колледж. Мне хотелось убедиться в правильности выбора будущей профессии. Получив диплом операционной сестры, я поступила в медицинскую академию.

Обучаясь в Ивановской государственной медицинской академии в течение пяти лет, я готовилась стать акушером-гинекологом – читала специализированные книги, ходила на роды и посещала гинекологические отделения.

На пятом году обучения я поняла, что профессия гинеколога мне не подходит. На семейном совете папа предложил связать своё профессиональное будущее с пластической хирургией.



Я заинтересовалась предложением, и мне захотелось узнать, что для этого нужно. А папа уже навёл все справки и озвучил, что я поеду в Москву к профессору Александру Ивановичу Неробееву осваивать челюстно-лицевую хирургию. Для поступления в платную ординатуру нам пришлось продать трёхкомнатную квартиру в Иваново. Папа не сожалел о продаже и сказал, что квартира в этом городе мне навряд ли понадобится.

Ординатура проходила на базе ЦНИИС на кафедре челюстно-лицевой реконструктивно-восстановительной хирургии с курсом косметологии. Там выполняли микрохирургические операции длительностью по 10-13 часов с пересадкой лоскутов и запуском пересаженных сосудов. Именно в ординатуре я поняла, что пластическая хирургия – это не прихоть, а жизненная необходимость. Здесь я видела лица после несчастных случаев, автомобильных аварий, огнестрельных ранений и после удаления онкологических опухолей. Тогда я убедилась в том, что эта профессия станет моим призванием! Занятия челюстно-лицевой, а позднее пластической хирургией были настолько сложными и увлекательными, что у меня не возникало сомнений в правильности моего выбора. Именно здесь я познакомилась со своим наставником и ментором по жизни, но об этом позже.

Кстати, если говорить о популяризации профессии, то очень важно отметить, что только в наши дни стать пластическим хирургом может практически любой желающий. Это обусловлено коммерцией обучения. Да, не каждый сможет себе позволить оплачивать большие счета за обучение, но если финансовый вопрос решаем, то двери учебных заведений на сегодняшний день открыты.

Обращаясь к зарубежным практикам, стоит отметить, что платёжеспособность не играет роли во многих странах для обучения студентов. Критериями отбора становится родословная.

Необходимо, чтобы близкие родственники также были связаны если не с пластической хирургией, то хотя бы с хирургией в целом. Эта практика встречается как за границей, так и в России.

Мне часто предоставляется возможность общаться с молодыми специалистами или студентами. Многие из них уверены, что, окончив обучение, они сразу начнут оперировать. К счастью, так не бывает. Вообще, работа пластического хирурга уникальна. Даже выполняя в тысячный раз одну и ту же операцию, каждый новый пациент может стать для врача ящиком Пандоры. Во время операции хирург может наткнуться на индивидуальные анатомические особенности, что может поставить его в тупик, и тогда простая операция осложнится. К таким особенностям можно отнести строение скелета, аномалию сосудов или нервов, новообразования, о которых пациент и сам не знал. Именно поэтому список анализов и исследований при подготовке к операции расширялся годами, основываясь на тех находках, с которыми сталкивались пластические хирурги.

А бывает и другая ситуация, когда пациент сам намеренно умалчивает определённые факты из своей биографии: например, ранее он прибегал к услугам аппаратной косметологии. Задача пластического хирурга в такой ситуации заключается в быстром принятии решений. В момент операции времени на раздумья попросту нет. Все действия врача должны быть слаженными и чёткими. А если вчерашний студент сразу приступит к операциям, то не справится с поставленной задачей.

Теперь после получения такого грозного осложнения как тромбоземболия, все пациенты проходят ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей и консультацию флеболога в обязательном порядке.

Однажды мне пришлось иметь дело с ТЭЛА. Операция длилась около 4-5 часов и была выполнена по плану, без осложнений. А утром пациентка встала и упала. Несмотря на наши тщетные по-

пытки реанимации, к великому сожалению, мы её потеряли. И тогда мне заведующий отделением сказал, что на каждые 500 пациентов приходится 1 случай ТЭЛА, и это официальная статистика! На сегодняшний день мы стараемся сделать всё, чтобы этого не случилось. Мы стараемся сократить объём операции, выполняем дополнительные методы исследования и даже компрессионный массаж во время операции. Очень не хочется попасть в статистику.

Каждой моей операции предшествует консультация, где я задаю три главных вопроса:

1. Наличие хронических заболеваний (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, врождённые пороки, гепатиты, ВИЧ и другие).

2. Аллергические реакции.

3. Какие лекарства принимает пациент на постоянной основе.

Обязательно нужно пройти и полное обследование соответственно порядку оказания помощи по пластической хирургии.

Перед пластическим хирургом также стоит вопрос качества выполнения собственной работы. Если специалист берётся исправлять чужую внешность, то в работе не должно быть каких-либо полумер, результат обязан быть идеальным. Если другой пластический хирург посмотрит на пациента и спросит, кто проводил то или иное вмешательство, то, услышав вашу фамилию, он не должен испытывать стыд за всех пластических хирургов в целом.

А самое главное, о чём я прошу своих коллег, учеников (и сама соблюдаю этот запрет), – никогда не осуждать и не обсуждать результат работы других хирургов. Это основное правило этических норм!

Иногда стоит сказать пациенту слова поддержки, стараясь успокоить, и заверить его в том, что всё можно исправить и со временем ситуация станет лучше. В нашем деле сложности бывают у каждого.

Конечно же, есть тип хирургических вмешательств, которые сопровождаются высоким риском осложнений. Например, я категорически не выполняю глютеопластику, но есть другие хирурги, кто нарастил опыт в данных операциях и успешно выполняет их. Вместо данной операции я выполняю аналогичную процедуру – липофилинг. Это пересадка пациенту собственной жировой ткани в ту или иную зону для восполнения объёма (в область ягодиц, молочных желёз), для восстановления утраченного объёма после травмы, для скорейшей реабилитации после онкологического вмешательства.

Липофилинг стал прорывом в эстетической медицине, хотя сама процедура известна с незапамятных военных времён. Мы очень часто использовали данный вид операции в челюстно-лицевой хирургии. И тем не менее она тоже может иметь осложнения. Иногда жир имеет свойство капсулироваться, образуя кисты или фибромы. Пластический хирург должен изначально сводить к минимуму вероятность осложнений, а в случае их возникновения – знать, как их исправить.

Пластический хирург – это уникальная профессия! Даже если я полностью распишу последовательность действий во время операции, то воспользоваться этим как методичкой не удастся. Почти сразу понадобится корректировка плана, потому что каждый пациент уникален, а каждая операция индивидуальна. Пластический хирург – это и эстет, и скульптор, и врач, и психолог в одном лице.

Шли годы. Я имела возможность повышать свой профессиональный уровень, посещая конгрессы с участием иностранных специа-

листов. Побывала в Индии, Китае, Италии, куда съезжались специалисты со всего мира. С развитием пластической хирургии как специальности иностранные специалисты стали посещать конференции и конгрессы в нашей стране. Этот обмен опытом повышал профессионализм российских пластических хирургов с высокой скоростью, и только грамотный специалист мог получать отличные результаты, основываясь на ошибках иностранных коллег.



Я стала получать приглашения на участие в номинациях и вручение премий в области пластической хирургии. И только с годами, оценивая результат своих работ, понимая, что число моих довольных пациентов растёт, я приняла приглашение. Тогда я получила заслуженную награду в номинации «Лучший пластический хирург по блефаропластике», а в 2018 году получила награду «Лучший пластический хирург по маммопластике».

Также я приняла участие в проекте «Перезагрузка», где мной была выполнена операция очень интересной девушке, телеведущей радиоканала в инвалидном кресле Евгении Воскобойниковой. Она также написала книгу, которая называется «На моём месте. История одного перелома».

Евгения была успешной моделью, человеком открытым и с доброй душой. Привлекательная внешность девушки даже не нуждалась в косметике. Но жизнь её изменилась после автоаварии, когда две подруги сели в такси к нетрезвому водителю и обе оказались в инвалидном кресле.

Женя Воскобойникова – одна из тех пациентов, работая с которыми ты получаешь тот стимул и заряд жизненной энергии, ради которых стоит трудиться и идти дальше, получать отличные результаты и довольных пациентов!

Безусловно, после стольких лет работы с внешностью моих пациентов я не смотрю на каждого человека как на объект для работы или заработка, но всегда провожу оценку его физического состояния и его внешности. И если человек прекрасно сложен, бодр и активен, а у него выраженные избытки кожи на верхних веках – так и хочется это исправить. Работа пластического хирурга – это целая геометрия, гармония и эстетическое удовольствие как для пациента, так и для самого врача.

Иногда я могу отказать пациентке в увеличении груди. Да, возможно, её грудь можно назвать маленькой, но она эстетически правильна, а, установив импланты, мы можем её только утяжелить. Это приведёт к растяжению тканей, а значит, увеличится риск осложнения – птоза молочных желёз. Другое дело, когда совсем отсутствует молочная железа: например, после перенесённой онкологии. В такой ситуации, установив импланты, я сделаю девушку счастливее, а операция подарит ей только положительные впечатления от результата, уйдёт комплекс неполноценности.

Всё же я поделюсь небольшим и главным чек-листом по выбору пластического хирурга:

1. Возраст. Несложно посчитать все этапы образования и получить примерный возраст врача. В среднем он будет старше 30-32 лет.

2. Узнать об уровне его образования. Невозможно однажды выучиться на пластического хирурга и, пользуясь одним дипломом, построить карьеру успешного врача. Эстетическая медицина не стоит на месте: появляются новые технологии, оборудование, виды операций. Практикующий пластический хирург – это человек, который постоянно повышает свою квалификацию.

3. Расспросить об опыте работы. В идеальном случае он должен был сначала поработать ассистентом год или два, а уже потом переходить к самостоятельным операциям.

4. Попросить показать портфолио выполненных операций и просмотреть социальные сети. Если вам понравился результат работы врача, то вам стоит записаться на консультацию.

Иногда хорошие пластические хирурги получают негативные оценки и отзывы от пациентов по причине отказов в операции. Решил пациент, что ему нужно «именно это», и переубедить его в этом сложно. Да, может, отказ самого врача он и примет, но найдёт того хирурга, который возьмётся за операцию. Однако это может говорить о меркантильном интересе врача, но не характеризовать



его профессионализм. Сам пациент не способен сразу оценить послеоперационные последствия. Поэтому проигрышную позицию для него займёт доктор, отказавший в операции.

То же самое нужно сказать и об отказах в операциях. Например, приходит к пластическому хирургу пациент и хочет сделать ринопластику, а возраст пациента перешёл за отметку 40 лет. Прежде чем соглашаться выполнять такую операцию, необходимо помнить, что осложнения после неё достаточно часты. После 40 лет ткани имеют свойство опускаться, и сделать структуру стабильной удаётся далеко не всегда и в 20-летнем возрасте. Если в период операции что-то пойдёт не так, то не факт, что это можно будет исправить. И это нужно донести в первую очередь до пациента.

Есть целая категория людей, которые никогда не будут довольны своей внешностью и будут стараться её исправить. И чаще всего мы имеем дело с психическим заболеванием, которое называется дисморфофобией, чем, кстати, страдал Ван Гог. Это опасное психическое расстройство, когда человек не отличает реальность от действительности и крайне озабочен воображаемым недостатком своей внешности. Такому пациенту нужен другой специалист, который может оказать ему квалифицированную помощь. Нам же, пластическим хирургам, необходимо уметь отличать психически здоровых людей от тех, кто имеет обратимые или необратимые нарушения психики.



ГЛАВА 2

Учителя и наставники

Несмотря на то, что пластическая хирургия – это достаточно точная наука, она имеет множество нюансов, исключений из правил, требует умения принимать нестандартные решения в экстренных ситуациях, а иногда проявлять и творческий подход. Каждому начинающему пластическому хирургу только предстоит всему этому научиться, познать тонкости мира пластической хирургии. А вместе с тем – и обрести собственный индивидуальный почерк.

Однажды ко мне обратилась пациентка с просьбой провести маммопластику. Мы наметили наш будущий результат, и я успешно провела операцию. Постоперационный период прошёл без осложнений. Но через определённое время моя пациентка снова сидела в моём кабинете. На мой вопрос о том, что же снова привело её ко мне, она ответила, что ей кажется, будто одна грудь находится ниже другой. Женщина работала фитнес-тренером, имела прекрасную форму, и любые изменения веса за период между операцией и сегодняшним днём были фактически исключены. Я также заметила, что одна грудь располагалась немного ниже другой. Однако операция была проведена идеально, поэтому объяснение такого положения вещей явно заключалось в чём-то другом.

Я предложила пациентке просмотреть фотографии, которые мы делали перед операцией. Каково же было её удивление, когда на фотографиях, сделанных перед хирургическим вмешательством, мы вместе увидели такую же картину: одна грудь была немного ниже другой.

– Судя по всему, у вас есть проблемы с осанкой или другие проблемы позвоночника, – предположила я.

– Да, небольшие проблемы со спиной у меня действительно есть, – согласилась пациентка. – Но интересно: почему я стала замечать это только сейчас?

– Просто раньше вы не пытались встать ровно в момент, когда фотографировались или смотрели на своё отражение в зеркале...

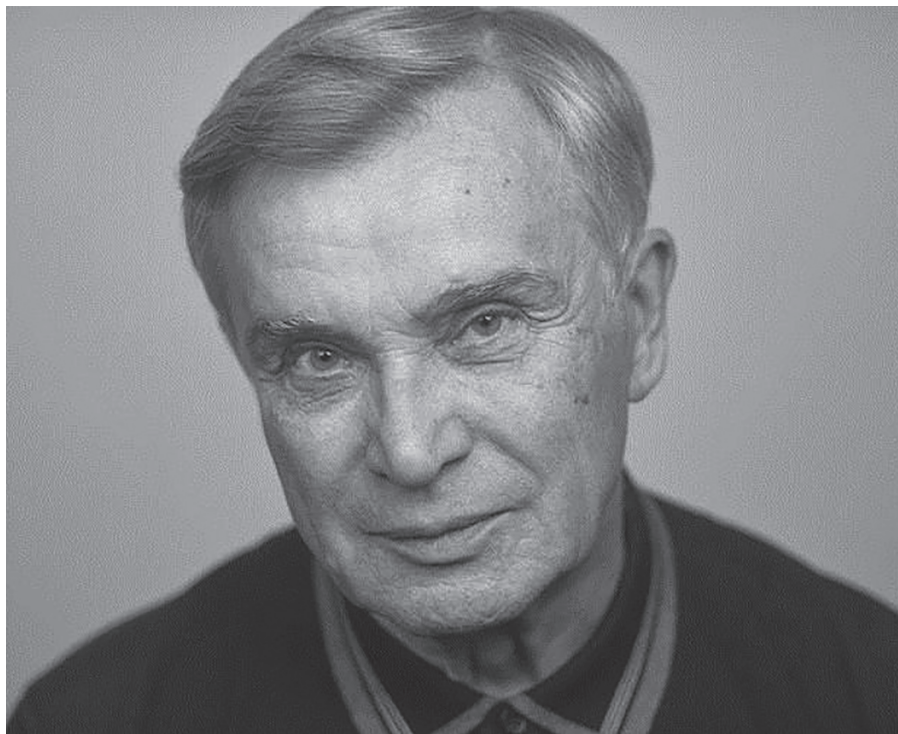
Сталкиваясь с искривлениями осанки, остеохондрозом пациента и другими проблемами, стоит учитывать, что к нам на приём он пошёл именно такой, и действовать с учётом данного фактора.

Даже имея совершенные знания по анатомии, грамотный пластический хирург в своей работе учитывает все индивидуальные особенности конкретного пациента, прекрасно представляет себе результат своей работы. Его можно назвать скульптором человеческого тела, который понимает его геометрию, умеет рассчитывать пропорции, знает, какую мышцу подтянуть, чтобы изменился целый овал лица. Конечно же, чем чаще оперирует хирург, тем быстрее накапливается его опыт. Однако опыт – это правильная интерпретация собственного результата, которая невозможна без знаний, без оценки собственных действий.

Именно поэтому учителя и наставники так важны для будущих пластических хирургов. Благодаря им мы совершаем свои первые шаги, ставим руку, перенимаем опыт.

Все основные знания, применяемые и в настоящее время, я получила в ординатуре. Тогда мне посчастливилось, как я говорила ранее, попасть под руководство выдающегося талантливого профессора Александра Ивановича Неробеева. В ординатуре мы прицельно изучали реконструктивно-восстановительные операции в челюстно-лицевой хирургии. Помимо этого, мы получали обширные знания в области этики и деонтологии. Ведь такие дисциплины учат слушать своих учителей, слышать своих пациентов и использовать знания в правильном направлении. К сожалению,

Александра Ивановича не стало в августе 2021 года в возрасте 83 лет. Причиной смерти стали последствия перенесённой коронавирусной инфекции, но самое удивительное, что он оперировал до последнего...



К сожалению, даже образование в пластической хирургии претерпело огромные изменения. Нас же в институтах и ординатурах не только учили, но и воспитывали. Учили дисциплине, выдержке, коллегиальности; ну и конечно же – профессионализму во всех категориях. Для нас был важен образ пластического хирурга – бескорыстного и скромного врача, который обязательно сделает всё, что в его силах. Сегодня юным специалистам этого явно не

хватает. Нам приходится работать в одном поле, где выживает тот, кто громче всего о себе заявил. Социальные сети также оказали существенное влияние. Да, заявлять о себе и рекламировать себя – это больше необходимость, но вопрос качества услуг хирурга и его отношения к работе остаётся открытым. Для меня главным всегда остаётся пациент. Моей самой лучшей визиткой является безупречный результат, к которому я стремлюсь во время каждой операции.

Работая в отделении реконструктивной хирургии, мы учились пересаживать органы, ткани и даже кости. На протяжении двух лет ординатуры я часто видела одни и те же лица. Пациенты приходили за помощью до моего поступления в ординатуру и продолжали операционные вмешательства даже после моего выпуска. Представьте себе человека с сильными ожогами или жертву ДТП. Говоря о реабилитации таких пациентов, задумываться о быстроте процесса не приходится. Планомерный ряд операций – вот что им предстоит пережить. И здесь опять же нужна психологическая работа хирурга. Объяснить пациенту, почему важно сделать так, а не иначе, поддержать его, дать правильные наставления и психологические установки – это то, что заложила ординатура.

В ординатуре мы учились поэтапно. Сначала выполняли операции на кожных покровах, потом – на мягких тканях; затем занимались удалением желёз и полнослойных лоскутов, позже – заменой костей. Мы оперировали по 11-13 часов и ассистировали таким известным профессорам, как А. И. Неробеев, В. И. Малаховская, Ц. М. Шургая, Г. И. Осипов, Е. В. Вербо, Ф. Х. Набиев. Эти профессора внесли весомый вклад в хирургию и медицину в целом. Я очень горжусь тем, что смогла учиться у них. Об ординатуре у меня остались тёплые и светлые воспоминания – не только потому, что для меня это был поток новых и интересных знаний, но и потому, что именно там я познакомилась с главным пациентом своей жизни – со своим мужем. Но об этом чуть позже.

По окончании ординатуры я ушла работать в клинику «Мерамед». На тот момент это была солидная клиника, занимавшая целых пять этажей. Московская клиника, известная своей агрессивной рекламой и обработкой пациентов, вместе с тем была прорывной и успешной. Я занялась проектом по пересадке волос.

Как-то раз в коридоре меня заметил пластический хирург Эльчин Мамедов и предложил перейти к нему в ассистенты.

Мы уже были знакомы ранее и вместе учились у профессора А. И. Неробеева. Я была в ординатуре, а он в это же время учился в аспирантуре. Когда я только знакомилась с пластической хирургией, он уже изучал все научные работы иностранных специалистов. По тем временам иностранной литературы было очень мало, и достать её можно было только на специальных порталах в ЦНМБ¹.

Чтобы получить научные статьи, нужно было сделать запрос и ждать, потом оплачивать распечатку и переводить с помощью автоматического переводчика с последующим редактированием.

Всё своё свободное время Эльчин Велиевич посвящал переводам и отработке операций в морге. В настоящее время такие операции практически недоступны, и виной тому один неприятный случай. Однажды один из учеников не очень аккуратно ввёл тушь, и трупный материал посинел. Поскольку мы отрабатывали операции на лице, то возмущение дежурного патологоанатома было понятно и вполне объяснимо, когда ему во всей красе вернули труп с синим лицом. Несмотря на то, что труп принадлежал человеку без определённого места жительства, в морг студентов больше не пускали по этическим и моральным соображениям.

Пока я пересаживала лоскуты ткани и делала первые шаги в пластической хирургии, Эльчин Велиевич уже проводил серьёзные реконструктивно-восстановительные операции в области краниофациальной хирургии, работая над докторской диссертацией.

¹ ЦНМБ – Центральная научная медицинская библиотека в г. Москве, на ул. Нахимовский просп., д. 49. Одна из крупнейших медицинских библиотек в мире, основанная в 1919 г.



Именно от него я и узнала о побочных эффектах от операций – «выворот», «лагофthalm», «рыбий», или «трупный», глаз при чрезмерном удалении периорбитальной клетчатки вокруг глаз, – о сохранении жира на верхних веках и объёмном омоложении. Он всегда предупреждал своих пациентов об этом на консультациях. И говорил он это не для того, чтобы их напугать, а для того, чтобы подобрать максимально подходящую технику операции и снизить риски

нежелательных побочных эффектов. Чтобы пациент чётко оценивал, на что он идёт и что может получить, чтобы ожидаемый результат не превосходил возможностей оперативного вмешательства.

Долгое время имя Эльчина Велиевича звучало с особым интересом. Один из самых титулованных на тот момент пластических хирургов, он всегда проводил операции на высшем уровне, уделяя особое внимание лицу пациента, помогая воссоздать индивидуальную красоту.



Работая с Эльчином Велиевичем, я понимала, что это гениальный человек, и убеждена в этом до сих пор. То, что он выполнял в 2006-2010 годах, до сих пор могут повторить единицы. А некоторые врачи задаются вопросом о том, как он это делал. У него была уникальная избирательная память на даты и фамилии.

Совместно с ним мы прооперировали тысячи пациентов с положительным результатом. Были и звёзды. Например, Сергей Зверев, мама Тимати и много других «секретных» людей. Даже по прошествии десятилетия лет ко мне приходят наши довольные и благодарные пациенты.

Оборачиваясь назад, я осознаю, что многим благодарна именно Эльчину Мамедову. Я стала не только профессионалом в области хирургии, но и организатором медицинской клиники. Во время открытия своей клиники он мне сказал: «Ты будешь руководителем этой клиники!» Это было для меня огромной честью и осознанием высокого уровня ответственности. Получив умения и знания тогда, я с успехом применяю их до сих пор, открывая новые клиники, в том числе мою клинику «МОЛЕКУЛА».

Но в 2008 году произошла трагедия, которой боится любой врач, тем более в такой своеобразной и коммерческой отрасли, как пластическая хирургия.

К нам обратилась пациентка с просьбой устранить врождённый дефект – скошенный подбородочный отдел нижней челюсти. Причём операция была уже выполнена другим пластическим хирургом, но, увы, некачественно. Мы выполнили операцию повторно. Она была кратковременной и, как обычно, прошла успешно. Однако после операции пациентка впала в кому, а впоследствии – в вегетативное состояние. Супруг пациентки поклялся найти виновного. И виновным, по его мнению, оказался Эльчин Велиевич.

После операции он старался оказать любую необходимую помощь: дорогостоящая антибиотикотерапия, лечение в Германии, консультации в Израиле. Несмотря на это, супруг пациентки обратился не только в полицию, но и в СМИ.

С тех пор я знаю, что растоптать карьеру невинного можно буквально несколькими ложными видеопубликациями. И тот информационный контент, который был собран из смешанных разных кусочков пазла, превратился в ложные обвинения. Я даже не представляю, через что пришлось пройти Эльчину Велиевичу тогда и что он переживает до сих пор. Это огромная боль и сочувствие.

Он устал вести борьбу с ложными обвинениями и покинул страну. Я пытаюсь встать на место супруга той пациентки и понять его в желании наказать невинного – не получается. Мы не знаем предысторию этой операции. Насколько важно было для неё избавиться от дефекта? Был ли это её собственный выбор или навязанное решение? Получала ли она в свой адрес упрёки? Не была ли обделена вниманием?

Ответа на эти вопросы нет, а виновный есть. Но я верю, что справедливость восторжествует!

Конечно же, каждый волен сам верить тем или иным фактам. Да и я сама не против объективного расследования. Объективного, а не построенного на домыслах.



ГЛАВА 3

Умение сделать выбор и умение остановиться (для пациента)



Вот мы и подошли к самой сути моей удивительной и прекрасной профессии. Выбор.

Сделать правильный выбор означает пойти по одному из самых трудных путей человечества. Умению найти оптимальное решение с каждым пациентом и каждому виду пластической операции я училась в практической деятельности много лет. Вы не поверите, как часто выбор пациента не совпадает с моим выбором!

Часто пациенты создают свой послеоперационный образ, не совпадающий с тем, каким он будет с учётом их индивидуальных особенностей.

Однажды ко мне обратилась пациентка с большим объёмом груди. Её запросом стала операция по его уменьшению. Я ей объяснила, что разрезы будут выполнены вокруг ареолы, далее уйдут вниз и пройдут под грудью. К сожалению, после операции останутся рубцы, но они будут мало видимыми. Полностью избежать рубцов при выполнении такой процедуры, к сожалению, не получится. Пациентка взяла паузу на раздумье... и вернулась ко мне с положительным решением. Вы не представляете, насколько я счастлива в такие минуты. Человеку дали выбор, и он сделал правильный!

Вопреки многим убеждениям о красоте и потребности иметь большую грудь, со всей ответственностью заявляю, что большая грудь – это огромное неудобство в жизни! Трудности возникают ещё на этапе выбора нижнего белья, а заканчиваются проблемами с опорно-двигательным аппаратом. Большая грудь имеет достаточно большой вес и в прямом смысле смещает центр тяжести вперёд. На позвоночник ложится чрезмерная нагрузка, и боли в спине – лишь малая часть проблем. Нежелание уменьшать грудь тоже вполне объяснимо. Мало кто хочет, чтобы на таком интимном месте располагались рубцы. Особенно если учесть тот факт, что при увеличении груди чаще всего удаётся избежать такой площа-

ди рубцевания, она гораздо меньше. Однако если выбирать между собственным здоровьем и эстетикой, то правильный выбор становится очевидным.

На самом деле можно бороться и с рубцами, о чём я оповестила свою пациентку. Мало того, что бороться, но и вполне успешно их побеждать. Современная медицина предлагает разные пути решения проблемы: шлифовки, ферменты, гели. Широкий ассортимент, моя нацеленность на результат – это почти гарантия успеха. Объясняю пациентке, что буду следить за её рубцами, пока не будем довольны она, я и её грудь.

В моей практике случалось сталкиваться с ситуациями, когда, казалось бы, выбор был очевиден, но сделан неверно. К сожалению, это касается других пластических хирургов. Например, для одной из моих пациенток другой доктор применил ошибочный подход к проведению не очень сложной в исполнении операции по блефа-



ропластике. В итоге за исправлением полученного результата пациентка обратилась ко мне. Этично ли исправлять работу другого хирурга с моей стороны? Я об этом даже не думала. Зато поставила задачу коррекции и перед собой, и перед пациенткой.

Если я могу и точно знаю, как исправить результат, я это сделаю. Да, реабилитация после устранения осложнения всегда проходит дольше и сложнее. Ведь ткани уже повреждены рубцеванием. Бывает, что тканей недостаточно, поэтому происходит западение (отсутствие жира). Но меня всегда удивляет резерв заживления человека, а именно женщин. В прямом смысле слова происходят чудеса, которые заставляют задуматься, насколько же человек – самостоятельная единица! При большом желании быть красивой и положительном настрое, который порой создают врачи, можно получить фантастический результат. Отсутствие синяков, быстрая реабилитация и заживление тканей – это реальность, а не миф. Не зря говорят: «Слово лечит». Но, к сожалению, не каждому доктору это дано.

Всегда говорю своим ученикам, чтобы они прислушивались и слышали своих пациентов. Ведь умение слушать и слышать – это тоже искусство. Умение слушать жалобы пациента и правильно их классифицировать приходит с опытом. Например, если пациентка жалуется на распирание груди и ощущения, будто она горит, нужно понимать, что это сигнал о том, что где-то кровит шов, и нужно очень срочно принять меры. А если пациентка жалуется на незначительные покалывания вокруг ареолы, то такая реакция нормальна. Такое может произойти при прорастании нервных окончаний. Это нестрашно и проходит без вмешательства в процесс. Для облегчения состояния пациента порой достаточно обычного человеческого внимания.

Умение правильно оценить жалобы пациента на консультации поможет доктору правильно выбрать вид операции. «У меня глубокая слёзная борозда и мешки под глазами», – жалуется пациент на приёме. И если мы просто уберём грыжи нижних век, то это

только усугубит слёзную борозду. А вот если мы заправим грыжи под борозду, это даст отличный результат.

На консультацию однажды пришла пациентка: на лице нет места, где не было бы операции – ринопластика, скулы полны филлера, над и под глазами жира нет, весь удалён, губы деформированы гелем, брови татуажем нарисованы на середине лба... И просит меня пациентка: «Сделайте мне подтяжку бровей». Я объясняю: «У вас нет избытка тканей на верхних веках, да и к тому же брови очень высоко. Я не понимаю цели такой операции, да и не вижу возможности для её выполнения, потому что получится уродство. Я этим не занимаюсь и вам не советую! Если вы не против выглядеть как Ирацибета из «Алисы», то операцию можно провести без показаний!

Конечно, найдётся какой-нибудь доктор с фамилией Очумелец и сделает вам такую операцию. Но если вы не остановитесь и будете делать операции без показаний, то это приведёт к необратимым проблемам!

Немаловажную роль в таких вопросах играет порядочность доктора, а не жажда наживы. К сожалению, пациенты не знают, к чему может привести та или иная операция, а показания к ней они у себя находят сами. Задача доктора – не допустить оперативного вмешательства без показаний. Можно показать эффект от операции, смоделировав его. И если это то, чего хочет пациент, то следует объяснить ему, где будут рубцы, как будет проходить послеоперационный период, подписать все необходимые документы и выполнить операцию. Но стоит помнить, что ваша задача – НЕ НАВРЕДИТЬ!

Одной из таких операций является булхорн (уменьшение высоты расстояния от верхней губы до носа). На моей практике лишь единицам из пациентов была показана такая операция. И я всегда объясняю пациентам, что губы после такой операции не увеличатся, а зубы будут видны как при улыбке, так и без неё.



ГЛАВА 4

Поддержка пациентов

Каждый человек нуждается в поддержке. Умение поддерживать человека выполняет две немаловажные и в то же время противоположные функции:

- вдохновить на важные решения;
- оградить от необдуманных поступков.

От того, как нас поддерживают, к каким решениям подталкивают близкие нам люди, зависит наше общее эмоциональное состояние. Вопрос поддержки неразрывно связан со сферой пластической хирургии. Многим пациентам важно, чтобы их поддерживали близкие и родные, ведь изменение своего тела – это повод для переживаний: страх за результат, возложение на этот результат больших надежд, трудность послеоперационного периода. Помимо этого, очень важна поддержка врача. Если пациент не чувствует себя важным и нужным, то испытывает большие сомнения перед операцией, в конечном результате, в собственном периоде реабилитации. Когда пациент ощущает поддержку врача, многие сомнения развеиваются, возникает ощущение, что он находится «в надёжных руках». Немаловажен вопрос доверия между доктором и пациентом. Открытость диалога, понимание проблемы пациента, убедительность в выборе вида и техники операции – вот что действительно важно для обеих сторон.

Встречают по одежке» – казалось бы, какое это имеет отношение к доктору, который всегда одет в специальный костюм? Однако сформированный ранее паттерн поведения может неслабо пугать пациента.

Обычно я ношу чёрный хирургический костюм, но стоит мне накинуть белый халат, как многие пациенты начинают бояться. Притом боятся они самого халата, но вместе с ним и меня. Бывали ситуации, когда на нервной почве пациенты даже начинали покрываться красными пятнами. Невольно задаюсь вопросом о том, кто же их так напугал однажды? Да и я не рядовой врач поликлиники. К сожалению, детские воспоминания бывают настолько сильными, что сегодня мы видим множество взрослых людей, которые продолжают бояться стоматологов. А ведь испытываемые пациентом эмоции и чувства очень важны для профессиональной работы доктора. Конечно же, это не является глобальной проблемой, но каждый раз создаёт определённые неудобства в коммуникации.



Сами пациенты также склонны по-разному воспринимать поддержку. Кому-то хватает и доброго слова от партнёра, а кто-то норовит практически сразу озадачить своего супруга результатом после операции.

Я считаю, что поддержка хороша исключительно в дозированном варианте. Мне кажется, что убеждение в том, что супруг должен любить и принимать тебя в любом виде и состоянии, – несколько экранизированная европейская реальность. Там действительно распространено забирать домой человека, который находится в вегетативном состоянии и подключён ко множеству аппаратов. В России такой практики в целом нет. Да даже будь возможность, а готовы ли мы принять такие возможности? Большой вопрос.

Не раз я сталкивалась с ситуацией, когда женщина после операции хочет чрезмерно включить своего супруга в послеоперационный процесс. И что он видит? Синяки, отёки, иногда гематомы... Вообще, послеоперационная реабилитация не всегда и далеко не у всех просто проходит. Поэтому я обычно предлагаю показывать своему мужу готовый результат, а не так называемый «полуфабрикат». Не у всех мужья медики, и далеко не всегда они способны сквозь отёки с синяками увидеть конечную работу пластического хирурга. Вместо поддержки женщина получает дополнительный стресс. Особенно если мужчина позволяет себе комментарии из разряда: «Я деньги давал на красоту, а это что такое? И стоило оно того?» или «Ты знаешь, мне кажется, что так это выглядеть явно не должно... Ладно – отёк, но тут/там неровно, некрасиво, не так, как нужно». Что мы получим после таких комментариев в сухом остатке наутро? Бедная пациентка сидит у меня в кабинете в слезах и действительно может перестать мне доверять, потому что оценка её мужа очень важна для неё. А если эта оценка негативная, то есть мало того, что отсутствует поддержка, но и присутствует критика, то какие чувства может испытывать женщина? Ну, явно не положительные. А это крайне важно для качественного периода реабили-

тации, моей дальнейшей работы. И мне приходится поддерживать своего пациента, в очередной раз объясняя, что отёки и синяки уйдут, конечный результат мы оценим только через несколько недель, и я уверена, что она им останется довольна.

Почти каждый раз я призываю своих пациентов, особенно женщин, не показывать то, что скрыто от глаз бинтами. Привлечь супруга к перевязке – это максимально допустимая форма поддержки, на мой взгляд. Но все люди разные, и я могу только работать с пациентом.



Нередки случаи, когда поддержка родных пациента, наоборот, слишком навязчива. Можно сказать, что она задаёт командный тон самому пациенту. Например, муж может подвигать женщину на увеличение груди. Притом он может быть абсолютно далёк от вопросов пластической хирургии и не понимать, что в данном случае необходима всего лишь коррекция формы или подтяжка. Также не всегда муж пациентки может себе представить последствия увеличения груди: нагрузка на позвоночник, сложность выбора белья, большой вес груди и т. д. Желание вмешаться в природные данные в таких ситуациях навязано. Сама женщина может и не ощущать крайней необходимости что-либо поменять в себе, её главной целью становится удовлетворение желаний своего партнёра, а не своих собственных. Конечно, данный вопрос больше лежит в поле нравственности и морали. Однако, исходя из позиций здравой логики, в такие моменты стоит задуматься: «А стоит ли выстраивать отношения с человеком, который фактически распоряжается твоим телом, как собственным? Сегодня ему не нравится грудь партнёрши, завтра – морщины на лице, послезавтра – нос. Готовы ли вы безропотно кроить свою внешность под чужие ожидания?»

Истории известны подобные случаи, к сожалению, с плохим концом, когда операции не способны исправить лицо или фигуру под чужие идеалы, не способны и приглушить желание партнёра что-то менять во внешности своих жён. И тогда оба партнёра испытывают огромное разочарование друг в друге.

Однажды ко мне на приём пришла семейная пара. Я сразу обратила внимание на то, что первым в кабинет вошёл мужчина, крайне неуверенно за ним промельтешила его жена. Было видно, что ей безумно страшно, она практически тряслась.

Мужчина первым начал диалог, объясняя, что его жене нужна интимная пластика. Сама женщина не проронила ни слова. Но главным требованием её мужа было то, чтобы он присутствовал в

период операции. Если честно, такого поворота событий я вообще не ожидала. На то она и интимная же пластика. То есть должна быть скрыта от посторонних глаз. Да и с какой целью он хотел присутствовать? Помогать мне оперировать, контролировать процесс? В этом требовании скрывалось что-то не совсем нормальное. Я ответила отказом. Тогда мужчина сказал, что в противном случае они оперироваться не будут. И я согласилась с тем, что им стоит уйти.

И всё же мы так устроены, что чужие травмы запоминаем более детально, чем свои собственные. Ведь у нас что-то болит, а потом перестаёт, и мы непроизвольно забываем о своих шрамах и гематомах. А если мы видим какие-либо увечья на теле своего партнёра, то более детально запоминаем их, поскольку не ощущаем того же, что и наш партнёр. Только вот боль партнёра проходит, а наши воспоминания далеко не всегда стираются.

Послеоперационный период неизбежно связан с определённой болезненностью, даже если серьёзных последствий удаётся избежать. Да и к пластическому хирургу обращаются люди, которые чаще всего хотят исправить достаточно интимную часть тела. Именно поэтому я настаиваю на дозированной поддержке пациента. Пусть лучше поддержит словом, поднимет настроение, подарит положительные впечатления и эмоции. Но как мы уже говорили: «Каждому своё».



ГЛАВА 5

Поддержка пластического хирурга

Как вы уже могли догадаться, работу пластического хирурга нельзя назвать простой. За кажущимся престижем профессии и уровнем дохода многие не учитывают сложности профессии. Ненормированный рабочий день; длинные операции, которые приходится выполнять по восемь, девять, а то и двенадцать или четырнадцать часов; смерть пациентов; сложности в момент операции и в послеоперационном периоде – лишь капля в списке того, с чем может столкнуться пластический хирург. Однако самая большая сложность заключается в том, что все свои переживания, связанные с личными делами или вопросами других пациентов, хирургу приходится нести самому.

Пластический хирург не может быть в плохом настроении, в кризисе, в подавленности и т. д. Он должен продолжать не просто выполнять свою работу, но и делать это качественно. Вообще, поводов для переживаний у пластического хирурга тоже предостаточно.

Обучаясь в ординатуре, мы прекрасно понимали, что сразу до операций нас никто не допустит. Поэтому самые первые хирургические манипуляции заключались в ассистенции при реконструк-

тивно-восстановительных операциях. И уже тогда мы участвовали в пересадке лоскутов и ткани. Главное – чтобы ткани прижились. И этот процесс был очень непредсказуемым.

Бывало, что операции шли целый день. Сомнений в качестве проделанной работы не оставалось. Наутро мы фактически бежали проверять результат, и каждый раз перед дверью палаты испытывали сильное волнение. «Прижилось или нет?» – единственный вопрос, на который так хочется, но и страшно получить ответ. Если всё прижилось, то в этот момент испытываешь неподдельную радость, что всё прошло так, как нужно. А если не прижилось – разочарование и расстройство вытесняют все положительные эмоции. И сложно представить, что испытывает хирург, когда что-то пошло не так.

Но наступает новый день, и будущему пластическому хирургу придётся неизбежно шагать вперёд: учиться на своих ошибках, получать бесценный опыт и познавать что-то новое. Нужна ли поддержка пластическому хирургу? Безусловно, нужна. На этапе становления будущего профессионала эта поддержка исходит от наставников и учителей, ассистентов так или иначе поддерживают практикующие хирурги. При ведении самостоятельной деятельности поддержку оказывают родные и близкие.

В моей личной и профессиональной жизни произошла очень интересная и важная история.

Я тогда училась в ординатуре и изучала мягкие ткани. Поскольку мы должны были освоить и мягкие ткани, и кости, и нервные окончания, заведующий отделением перевёл меня заниматься костными тканями. Работа была не с переломами и травмами, а именно с патологиями. Я отправилась в отделение и попросила дать мне пациента на операцию. Заведующий отделением сказал, кого из пациентов мне нужно взять, и пояснил, что у того был перелом нижней челюсти, и теперь он нуждается в реконструкции. Нам предстояло выполнить остеосинтез, то есть установку титановой пластины, что показалось мне весьма интересным

занятием. Воодушевлённая поставленной задачей, я спустилась вниз, чтобы забрать своего первого пациента по костям.

– Кто здесь Алексей Васильев? – поинтересовалась я.

Молодой парень кивнул мне. Я смотрю на него, а он стоит со сжатыми зубами и держит мороженое возле щеки.

– Что это у вас такое?

– Мне так легче переносить боль, – ответил пациент.

Я выкинула мороженое и принесла ему лёд, проводила палату. Начали обсуждать предстоящую операцию с профессором. Я предложила прооперировать не по краю нижней челюсти, а через рот. Такой метод позволял избежать разрезов и внешних шрамов. На том и решили. Мы установили дренажи, я наложила швы во рту. Операция прошла успешно, пациент был доволен. Через пять дней я пригласила его на осмотр для того, чтобы эти дренажи мы ему убрали. На самом деле эта манипуляция практически безболезненная, но на приёме что-то пошло не так. Я пытаюсь вытащить этот дренаж, а пациент кричит.

– Ты чего так кричишь-то? – спрашиваю у него. Начинаю немного тянуть дренаж, и на всю перевязочную опять раздаётся крик. И самое главное – дренаж вообще мне никак не поддается. Я позвала на помощь профессора. Тот внимательно осмотрел пациента и заключил: «Вы зачем дренаж-то ему пришили?» У моего пациента глаза стали напоминать блюдца не то от удивления, не то от ужаса происходящего. Я смутилась. Доктор аккуратно снял один маленький шов и вытащил дренаж.

– Теперь, Юлия Сергеевна, вы просто обязаны выйти за него замуж, – прокомментировал доктор, а глаза Алексея округлились с ещё большей силой.

«Ага, бегу прям», – с досадой подумала я, но тогда я ещё не знала, что этот пациент и правда мой будущий муж.

Профессия пластического хирурга и трудна, и интересна. Она требует большой отдачи. Помимо длинных рабочих дней, врачей



часто ожидают и беспокойные ночи. Контроль пациентов в послеоперационный период – неотъемлемая часть работы.

Поэтому многих интересует вопрос: может ли женщина быть профессионалом своего дела и при этом быть хорошим родителем и супругой? Этот вопрос имеет место быть, за исключением того факта, что он абсолютно неверно поставлен.

Все люди строят свою карьеру в разных условиях, но именно женщина чаще всего уходит в декретный отпуск, в дальнейшем –

в отпуск по уходу за ребёнком и на больничные. Даже нанятая няня не является гарантом того, что женщина будет постоянно выходить на работу. И здесь, как ни странно, основную роль играют её родные и близкие. От того, поддерживают ли они эту женщину, одобряют ли её выбор, как распределяют между собой бытовые обязанности и родительские функции, зависит очень многое.

Я родила дочь и побыла год в декрете. Потом мне пришлось выйти на работу. Ведь она такая интересная и ответственная, кто же меня здесь будет ждать?

Мне очень помогли моя мама, мой папа, мой муж и моя свекровь. Они взяли на себя заботу о ребёнке на тот период, когда мне было необходимо выходить на операции и приезжать на перевязки.

Не могу сказать, что для нашей семьи это был совсем безболезненный период. Были времена, когда мужу не нравилось, что я отсутствую дома, выезжаю по ночам на перевязки. Но нам удалось вместе справиться с ситуацией. Более того, со временем он начал ездить на перевязки вместе со мной и помогал мне.

Однажды я столкнулась с ситуацией, когда у пациентки после круговой подтяжки лица рецидивировала гематома. Я ехала к ней уже не в первый раз и в этот раз поехала вместе с мужем.

Я выдала ему белый халат и поставила рядом с собой держать лоток с инструментами и препаратами. К сожалению, оставлять всё как есть было уже недопустимо. Гематому надо было эвакуировать. Тогда, можно сказать, мой муж мне ассистировал. Я сняла шов в зоне операции и как бы выдавила сгустки. Картина не самая приятная. Да и мой муж никак не связан с медициной. Но он стойко перенёс все испытания, продолжая помогать мне и выполнять указания. Вообще, неподготовленные к таким манипуляциям люди очень плохо их переносят. Поэтому стойкость моего мужа меня удивила и обрадовала.

Моя мама очень много мне помогала с дочерью. Ведь в работе пластического хирурга график расписан наперёд. Да, можно его

заранее скорректировать, но сделать это экстренно – крайне сложно. Поэтому мне крайне повезло, что рядом всегда был человек, готовый остаться с моим ребёнком.

Говоря о детях и профессии, нередко можно услышать убеждение о том, что частое отсутствие дома матери крайне негативно сказывается на воспитании чада. Можно подумать, будто я полностью устранилась в вопросе материнства, но это же совсем не так.

Конечно же, операции могут длиться и по одиннадцать часов, от этого никуда не деться. Первые смены начинаются рано, а вторые поздно заканчиваются. И всё же на работе я не живу. Дома всегда стараюсь проводить время с семьёй и уделять своим близким достаточное внимание.

В общении с дочерью были сложности в подростковый период. Однако ничего серьёзного не происходило. Сейчас моя дочь уже учится в институте. Она не пошла по моим стопам, но у каждого свой путь, и я поддерживаю её решение. Мы много общаемся и поддерживаем друг друга. Моя дочь прекрасно осведомлена, где и какой хирург оперирует, знает истории о моих коллегах и пациентах, искренне интересуется тем, как прошёл мой день. Она, конечно же, часто мне говорила, что я очень занята и много времени посвящаю работе, но делала это без какой-то обиды, просто фиксировала факты. Сейчас я вижу, что она мной гордится в профессиональном смысле: уважает моё стремление делать свою работу качественно и ответственно подходить ко всем рабочим ситуациям, доводить всё до логического завершения. А не это ли главное для каждой матери? И не это ли главное для каждого человека, который своей профессией выбрал помощь людям?

Когда я открыла свою клинику «МОЛЕКУЛА», она мне сказала: «Мама, я так тобой горжусь!» И это для меня самые важные слова!

Люблю тебя, Алюня!



ГЛАВА 6

Меняя жизни

(психология пластической хирургии)



Когда я анализирую свои прошлые работы и готовлюсь к очередной операции, то ловлю себя на мысли, что выполненные операции пластического хирурга – это не волшебство, а точный, до миллиметра выверенный рисунок результата операции. На тело наносятся разметки будущих разрезов, швов, зоны иссечения и удаления. Методики операций имеют общую направленность, но двух одинаковых тел я за свою практику ещё ни разу не встречала и не встречу!

Отдельно останавлиюсь на операциях верхних и нижних век. Я очень люблю их выполнять! «Глаза – это зеркало души», как говорили философы. По глазам человека можно определить всё: его настроение, черты характера, правдивость слов и множество других аспектов.

Существует множество причин, приводящих к эффекту нависания верхнего века и образованию грыж (мешков) нижнего. Их удаление – не только улучшение образа с эстетической точки зрения, но и получение лечебного эффекта. Часто ко мне обращаются мужчины с жалобами на нависание верхних век. Это приводит к сужению полей зрения: складка залипает к неподвижной части верхнего века, и поэтому задираются брови, рефлекторно появляются глубокие морщины на лбу. Нередка история, когда при постоянном «задирании» бровей в попытке открыть взгляд происходит перерастяжение мышцы, поднимающей верхнее веко, и, как следствие, сужение глазной щели. Конечно, большинство мужчин морщины не беспокоят, а вот сужение полей зрения – это действительно серьёзная проблема. И всего лишь коррекция верхних век улучшит ситуацию!

Помимо того, нередки ситуации, когда желание изменить свою внешность не диктуется объективными на то причинами, а напрямую связано с психологическим состоянием пациента.

Например, женщина долгое время не может выйти замуж. Она ищет иррациональные тому объяснения и вдруг понимает, что ви-

ной тому маленькая грудь. Даже если мы полностью изменим её внешность и формы, это не гарантирует успеха в поиске спутника жизни. Такую проблему лучше всего решать с психологом или психотерапевтом.

В моей практике был один интересный случай. Это было очень давно. Пациентка обратилась с просьбой выполнить операцию на лице, и результат был превосходным. Женщина получила красивое лицо, о котором, как мне казалось, она могла только мечтать. Но ситуация приобрела неожиданный для всех поворот. В течение года женщина никак не могла привыкнуть к собственному лицу. Каждый её визит в клинику сопровождался слезами. По её словам, она смотрела на себя в зеркало и не могла узнать себя, ощущала, что это не её лицо. Она обратилась к руководству клиники с просьбой вернуть её деньги за операцию. По её мнению, это могло бы помочь ей пережить моральные страдания. После этого её судьба мне, к сожалению, неизвестна. Я не вправе рассуждать или осуждать пациента в данной ситуации, но могу абсолютно точно сказать, что такие ситуации бывают. Операция была выполнена безошибочно, и был достигнут желаемый эффект. Сами пациенты не всегда представляют себе окончательный результат, а если операция проведена неудачно, то пациенту может выпасть участь ходить с этим всю оставшуюся жизнь.

Когда пластический хирург на приёме подозревает, что пациент имеет психологические или психические проблемы, его долгом всё равно остаётся помочь пациенту: например, перенаправление к другому специалисту.

Но бывает и так, что после выполнения той или иной операции, способной хоть немного улучшить внешний вид пациента, повышается самооценка и уходят многие комплексы. Как-то давно была у меня пациентка, которой я выполнила интимную пластику в 45 лет. Я тогда спросила, зачем ей это нужно, ведь у неё есть муж и взрослая дочь. Но, вы не поверите, насколько ей было радостно, с

какой благодарностью она приходила ко мне на осмотры. Однажды она мне сказала: «Вы даже не представляете, от какого комплекса вы меня избавили! Он был со мной с 18 лет. Мне казалось, что со мной что-то не так, и на пляже, в бане, в бассейне все на меня осуждающе смотрят». Она была настолько счастлива, что и я была счастлива вместе с ней.

Пластический хирург, с моей точки зрения, это ещё и эстет. От его профессионализма зависят не только здоровье и психоэмоциональное состояние пациента, но и внешняя привлекательность, очарование, которое непременно сделает его довольным своей внешностью, поможет избавиться от многих комплексов и сделает его хоть чуточку, но счастливее!



ГЛАВА 7

Доступность пластической хирургии



Пластическая хирургия в нашей стране, как и во всём мире, развивается семимильными шагами. Вернёмся на 20-30 лет назад. Начнём с того, что далеко не каждому жителю нашей страны были доступны услуги пластических хирургов. Да и сама пластическая хирургия, можно сказать, дебютировала в массы. Многие из операций были крайне болезненными для пациентов и имели много негативных последствий. Инструменты и оборудование очень сильно отличались от современных низкой функциональностью. К тому же сами техники выполнения пластических операций не были идеальными. Постепенно мир пластической хирургии в России приобретал новые решения и технологии.

Улучшалось благосостояние граждан, желающих сделать ту или иную пластическую операцию. Конечно, мы можем сказать, что ситуация изменилась в период пандемии и в 2022 году, но будем не совсем объективными. Изменились логистические маршруты, комплектующие материалы, препараты. Многие клиники испытывали сложности с ремонтом оборудования и доставкой комплектующих и расходных материалов, шовных и перевязочных средств. Клиникам приходилось принимать непростые экономические решения и быстро ориентироваться в политической повестке. Поэтому объективно сравнить, насколько упал спрос, невозможно.

В целом в этот период рынок немного просел, но успешно выравнивался уже в 2023 году, несмотря на поиски новых поставщиков шовных материалов, перевязочных средств и, конечно же, имплантов. Остались самые стойкие. Многие эксперты отметили, что как раз в период экономической турбулентности люди стали чаще принимать решения о вложении денежных средств в собственные красоту и здоровье.



ГЛАВА 8

Воспитание единомышленников

Путь пластического хирурга начинается с выбора профессии. Первым шагом для будущего специалиста становится поступление в вуз, затем – многолетнее обучение. Уже после этого начинается практика.

Каждый год сотни выпускников стремятся поступить на кафедру пластической хирургии в надежде не только реализовать свой потенциал, но и занять своё место под солнцем, ведь услуги пластического хирурга стоят немало.

В 2022 году в образовании по данному профилю произошли существенные изменения: срок обучения в ординатуре увеличился до пяти лет. Раньше образовательные программы ординатуры по всем медицинским специальностям предусматривали двухлетнее образование. Таким образом, пластическая хирургия стала первым направлением в медицине, где для получения статуса ординатора требуется пять лет.

Такие нововведения обусловлены повышением качества знаний и стандартов профессии. Вместе с тем сократится выпускаемое количество специалистов. Если раньше каждый год семнадцать кафедр пластической хирургии в России выпускали порядка трёхсот специалистов, то в ближайшие годы эта цифра снизится до ста тридцати в год. Это позволит снизить конкуренцию в отрасли и осложнит выход на рынок низкопрофильных специалистов.

Но и тем, чьё призвание связано с пластической хирургией, придётся нелегко. Ведь до статуса оперирующего пластического

хирурга их отделит ещё три года обучения. Притом перед будущими скульпторами человеческих тел стоит немаловажная и сложная задача – поиск практических знаний вне учебной программы.

Как и раньше, студенты добывают знания с большим трудом. В этом отношении ничего не поменялось. Даже, возможно, наоборот. Сейчас практика в моргах недоступна. Я рекомендую посетить диссекционные кадавер-курсы для пластических хирургов, где обучение делится на два этапа: теоретическое и практическое.

В теоретической части своими знаниями делятся ведущие специалисты. В практической части отрабатываются полученные знания. Участники курса работают на нефиксированном или свежем биологическом материале, максимально идентичном настоящим человеческим тканям. К сожалению, все курсы платные.

И вот студенты сталкиваются с такой историей, что базового образования недостаточно. Приходится вкладываться в дополнительное образование не только финансами, но и собственным временем. Когда выпускники других специальностей уже на гребне успеха строят свою карьеру, будущие пластические хирурги продолжают вкладывать в собственное образование, а зарабатывать начнут ещё не скоро. Поэтому я всегда говорю, что стоит семь раз подумать, прежде чем идти учиться на пластического хирурга. Ведь всё это время не то что не получится зарабатывать, а фактически придётся жить на чьём-то обеспечении. К сожалению, это, можно сказать, бытовой, но крайне важный вопрос.

Именно поэтому я беру к себе на обучение учеников на безвозмездной основе. Моя задача, как пластического хирурга, – передать те знания, которые в своё время передали мне. Возможно, я смогу сориентировать их, к кому стоит обратиться по данному вопросу. А можем и разобрать план операции пациента, выбрать наиболее эффективную методику.

Те, кто ходит ко мне на обучение, отрабатывают полный цикл работы пластического хирурга: от заполнения истории до реабилита-

ции пациента. Это очень важный этап и в моей профессиональной деятельности, и в жизни каждого ординатора. К сожалению, стоит признать тот факт, что, окончив ординатуру, многие из них ничего ещё не умеют, но фактически считаются пластическими хирургами. Представьте, что будет, если их без дополнительного образования и практики допустить к работе?

Да, сейчас ординатура длится пять лет, и мне хочется верить в то, что ординаторы будут выпускаться более подготовленными к реальной профессии. Однако сколько знаний ни получай, нельзя умалять необходимость реального опыта, который, как мы выяснили, в стенах вузов получить нельзя.

Минус обучения пластической хирургии заключается и в том, что, даже начав оперировать, придётся держать марку и отвечать за любое своё движение рукой. Эта отрасль медицины не прощает ошибок, а научиться ей нельзя в стенах городской поликлиники, работая на поставленном потоке пациентов.

Во время практики мои студенты мне ассистируют при операциях: помогают держать крючки, шьют, одевают компрессионное бельё, записывают истории, помогают выполнять перевязки, а также приводят своих пациентов ко мне в клинику. Всё это большая помощь и большой труд.

Я считаю, что перед тем, как начать самостоятельную деятельность, необходимо как можно больше ассистировать. Именно в этот период приходит понимание о том, что нужно делать, как нужно делать, почему нужно делать. Ассистент включается в операцию. Представьте, если человек с теоретическим багажом знаний без практики начнёт оперировать? Условно, это как впервые сесть за управление автомобилем: три педали, фары, поворотник, руль – вроде всё понятно. И бросим бедного неопытного водителя на оживлённые дороги мегаполиса. Вот примерно так же может произойти и с пластическим хирургом, который никогда не ассистировал.

Пластический хирург – уникальный специалист, который должен обладать высоким уровнем знаний и уже к началу своей карьеры уметь оперировать. А что же включает в себя понятие «умение оперировать»? Последовательность действий? Умение принимать решения в непредсказуемой ситуации (как мы помним, человеческое тело можно сравнить с ящиком Пандоры, а о его секретах может не знать даже его обладатель), умение ювелирно выполнять надрезы и виртуозно владеть медицинским инструментом?

Важно всё! Но всегда ли все эти качества развиты в нужной и правильной пропорции?

У меня было несколько абсолютно разных студентов, и время их обучения было кардинально разным. Однажды ко мне в ассистенты пришла девушка. Её родители – пластические хирурги, а она решила продолжить эту династию. Смотря на то, как она работает, меня одолевали смутные сомнения в том, что она станет пластическим хирургом: неаккуратные стежки, медленный темп работы, негнущиеся руки. Пришлось приложить немало усилий и мне, и ей, чтобы хоть что-то начало получаться. И всё же настойчивость девушки одержала победу над непослушными руками. Со временем она стала оперировать, а я – наблюдать за её работами в социальных сетях. Именно тогда я сделала вывод о том, что самое главное – это желание.

Второй юноша пришёл с аналогичной жизненной историей: родители – пластические хирурги; и я начала наблюдать за тем, что он может. Все практические знания он схватывал на лету. Уже через короткий срок обучения его результаты были восхитительными. Идеальное сочетание большого багажа знаний и умение работать руками обеспечили молодому человеку путёвку в профессию.

Эти истории говорят лишь об одном: каждый человек индивидуален. Кому-то надо больше времени на обучение, кому-то – меньше. Результат будет целиком и полностью зависеть от желания и настойчивости. Но самое главное: если нет заинтересованности,

должного уровня знаний, да ещё и руки не слушаются – сколько ни пытайся повторить работу пластического хирурга, нормально оперировать ты не начнёшь.

Не стоит забывать о том, что человек приходит к пластическому хирургу не только для того, чтобы решить свои физические проблемы или избавиться от дефекта. Пациент решает и свою психологическую проблему, а значит, ему крайне важно, чтобы его психологически поддерживали, правильно с ним общались и вселяли уверенность в процессе изменений.

Я учу своих студентов и этому. Люди, которые приходят к пластическому хирургу, ничем не отличаются от других людей. Являются чьими-то родителями, детьми, супругами и заслуживают обычного тёплого человеческого отношения к себе. Где-то стоит приобнять, сказать тёплые слова поддержки. И, как ни странно, студентов приходится этому учить! Если за пациента радеешь всей душой, то и результат полностью себя оправдает.

Меня часто спрашивают, а не должен ли доктор быть достаточно отстранён от пациента и выдерживать по отношению к нему дистанцию? Да, такое правило есть, но оно обычно используется в общей хирургии, реанимационном отделении. Там невозможно переживать за каждого, особенно если пациент находится на грани жизни и смерти. Объективно включается механизм защиты психики: пациенты становятся объектами оказания помощи. И это в данной ситуации очень правильно. Эту же тактику нельзя применить в пластической хирургии, тогда пациент выйдет «безликим» или недовольным результатом. Ведь получается, что врач ориентируется на прибыль и не проявляет интереса к больному. Как я говорю своим ученикам: «Пациенты, пришедшие к пластическому хирургу, – это ВИП-пациенты». Ведь далеко не каждый человек может себе позволить такие дорогостоящие процедуры. Саму профессию пластического хирурга можно назвать богемной, и, кстати, по той же причине не каждый готов так долго учиться и нести существенные

финансовые затраты на обучение. Поэтому пластическую хирургию можно отнести к другому уровню медицины.

Врач также должен хорошо выглядеть на работе: чистым, опрятным, приятно пахнущим, доброжелательным, эрудированным. Важно и правильно общаться с пациентом: верно преподносить информацию о методах операции, не пренебрегать страхами пациента, не обесценивать его эмоций.

Пациенты не сразу идут на операцию, они сначала идут на консультацию к доктору и уже потом для себя понимают, готовы ли они довериться именно вам или нет. Для того чтобы вам вверяли себя, а то и свою судьбу, необходимо понравиться. Как бы просто это ни звучало. Во всём, что касается пластического хирурга, должна царить культура. Не пойдёт пациент к зубному врачу, у которого гнилые зубы. Так и не пойдёт пациент за эстетическими услугами к неухоженному, неграмотному и грубому специалисту!

Стремление к совершенству не иссякнет никогда – такова природа человека. Пластический хирург должен понимать, что он посредник в этом стремлении и его ответственность очень велика.

Будьте готовы к тому, что зарабатывать вы начнёте не очень скоро. Но не стоит быть меркантильными. Важно оставаться благосклонным к людям, которые приходят к вам с желанием быть красивым. И будьте внимательны во всех отношениях к вашим пациентам. Очень важно найти ту самую золотую середину для комфортного сотрудничества с нашими пациентами. Удача в нашем непростом деле не помешает никому. Спрос велик с обеих сторон – как на наши услуги, так и спрос за нашу работу!

ПОСЛЕСЛОВИЕ

Сегодня услуги в сфере пластической хирургии распространены по всему миру и доступны многим желающим. Изменить то, что дано природой, реально именно благодаря пластическим операциям.

Жизнь пластического хирурга – это работа, самосовершенствование, постоянное повышение квалификации. В первую очередь это огромный путь, который необходимо пройти, прежде чем гордо называть себя пластическим хирургом.

В своей книге я рассказала свою историю и постаралась показать профессию наизнанку. Я очень надеюсь, что моя книга оказалась для вас полезной и интересной. А чтобы коэффициент полезности был ещё выше, я поделюсь с вами исследованиями и анализом наиболее часто выполняемых пластических операций из личного архива Эльчина Мамедова. До новых встреч!

Ваша Юлия

ИЗ ЛИЧНОГО АРХИВА ЭЛЬЧИНА МАМЕДОВА

ОБ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ОМОЛОЖЕНИИ

Одно из самых ранних сообщений использования эндоскопа в пластической хирургии было сделано Core из группы Vasconez в 1992 году, когда видео Vasconez «Коронарная подтяжка лица эндоскопическими методами» было представлено на 61-й ежегодной научной встрече ASPRS в Вашингтоне в 1992 году [5]. Другая демонстрация видеолент Liang и Narayanan [9] также была представлена на той же встрече. Авторы показали свои работы с подтяжкой лба и резекцией мышц corrugator. Ramirez и Oneal использовали эндоскоп впервые в течение поднадкостничных подтяжек лица в Больнице Johns Hopkins в апреле 1992 года [12, 14].

С тех пор энтузиазм применить эндоскоп к другим аспектам пластической хирургии увеличился. В настоящее время эндоскопические процедуры в эстетической и восстановительной пластической хирургии включают: подтяжку лба и бровей, средней зоны лица, пластику шеи, увеличивающую маммопластику, абдоминопластику, забор мышечных аутоотрансплантатов и размещение экспандера [6].

В феврале 1993 г. Aiache организовал эндоскопический симпозиум, который включал в себя применение эндоскопической техники к многочисленным аспектам эстетической хирургии [3]. Это было первым симпозиумом по эндоскопической хирургии, если бы не обучающая программа Gerald W. Johnson из штата Техас, который выполнял грудное увеличение через пупочный доступ [13].

В 1993 году на ежегодной встрече Общества эстетических хирургов Намас представил статью «Резекция Corrugator-procerus мышц субгалеальным доступом по линии роста волос» [7].

В 1994 году Isse детально описал эндоскопическую подтяжку лба и бровей [8], которая состоит из поднадкостничной препаров-

ки, обработки мышц депрессоров лба и фиксации лба в поднятом положении. С тех пор появились различные модификации метода, в основном они касаются методик фиксации.

Операция по подтяжке лица (фейслифтинг) является достаточно «молодой» процедурой. Её история началась всего век назад, когда борьба с возрастными изменениями привлекла пристальное внимание пластических хирургов.

Впервые омолаживающая операция по подтяжке лица была проведена в 1901 году немецким хирургом Юджином фон Холландером. Параллельно с подтяжкой лица хирурги разработали и усовершенствовали пластику век и удаление жировых грыж под глазами, которые известны больше под названием «мешки».

В 1925 г. Миллером был издан подробный учебник по пластической хирургии лица, где много внимания уделялось техникам фейслифтинга. В 1926 году опубликован ещё один труд на эту тему. Автором его был шотландский хирург Хант. Книга называлась «Пластическая хирургия головы, лица и шеи». В ходе многолетней практики хирурги пришли к выводу, что достичь глобального омолаживающего эффекта можно только с помощью обширной подтяжки шеи и лица. Такая операция была разработана и стала известна как круговая подтяжка лица.

ПОЯВЛЕНИЕ SMAS-ЛИФТИНГА

(Метод трёхуровневой эндоскопически-вспомогательной подтяжки нижней зоны лица)

В статье описан метод трёхуровневой эндоскопически-вспомогательной подтяжки нижней зоны лица, который включает в себя поднадкостничную мобилизацию тканей нижней челюсти под эндоскопическим контролем и затем подкожную и субSMAS мобилизации с фиксацией для достижения максимальных эстетических результатов в области нижней зоны лица.

Первый уровень отслойки – поднадкостничный – выполняется под эндоскопическим наблюдением и отслаивает все нижнечелюстные связки, что позволяет максимально поднять углы рта, качественно устранить губоподбородочные складки и птоз тканей по линии нижней челюсти.

Второй уровень – подкожный – для перераспределения избытков кожи и поднятия лоскута SMAS.

Третий уровень – субSMAS – позволяет получить лоскут SMAS, который действует как «ручка» и перераспределяет, а не тянет, и фиксирует ткани нижней зоны лица, отслоенные на первом уровне.

Описание

Омолаживающие операции в области лица начали выполнять ещё в 1901 году Hollander и с 1906 года Lexer [1]. Первая публикация, которая появилась на эту тему в 1908 году, принадлежала С. Miller из Чикаго. Последний автор выполнял иссечение кожи в височной, пред- и заушной областях, а также шеи. С тех пор было предложено множество модификаций со сплошными разрезами, которые затрагивали работу только в подкожном слое, вплоть до появления стандартной методики широкой подкожной мобилизации и перераспределения кожи [12].

Одной из наиболее, если не самой значительной фигурой, которая внесла существенное новшество в эту область, был профессор Tord Skoog из Швеции, который изменил стандартную методику широкой подкожной мобилизации и перераспределения кожи. Skoog предложил методику, которая включала в себя мобилизацию кожного лицевого лоскута с мышцей platysma для улучшения отдалённых результатов по линии нижней челюсти и в области шеи. В 1973 г. профессор Skoog представил свою методику на курсах пластической хирургии, организованных Baker и Gordon в Майами [9].

Начиная с 1972 года Mitz и Peyronie выполняли гистологические исследования поверхностной мышечно-апоневротической системы (SMAS). Авторы идентифицировали «щёчную фасцию» Skoog как часть отдельного слоя, непрерывного с височно-теменной фасцией выше и platysma ниже и связанного с прилежащими подкожным жиром и кожей фиброзными креплениями. Эту структуру, упомянутую как SMAS, в 1976 году Mitz и Peyronie описали как лежащую поверх околоушной фасции с мимической мускулатурой лица и шеи. Было доказано, что из-за этих анатомических соотношений тяга за SMAS может воздействовать на лицевую кожу, жир и мышцы [13]. Началась новая эра глубоких подтяжек лица с мобилизацией и пликацией этой структуры для достижения долговечных и более стабильных результатов в области нижней зоны лица.

Позже Sam Hamra модифицировал метод, описанный Skoog, включив в кожно-платизмальный лоскут скуловой жировой комок. Методика улучшила результаты в области средней зоны лица и носогубной складки [7, 8].

Большинство поздних модификаций использования SMAS касалось улучшения результатов в области средней зоны лица [4, 11, 14, 15, 17].

Не секрет, что для получения долгосрочных хороших результатов в области лица необходимо достаточно широко мобилизовать лоскут SMAS с разделением связок, которые проходят через этот слой [13].

В 1989 году Furnas описал связки, которые участвуют в фиксации мягких тканей лица к черепу и удерживании их в определённом положении. Они начинаются из поднадкостничного слоя и следуют наружу к коже, пересекая хирургические слои под довольно крутым углом. В некоторых местах (скуловая кость, передняя треть нижней челюсти) они следуют почти под правильным

углом к коже [5]. На эти структуры пока невозможно воздействовать хирургическим путём из-за размера, количества и местоположений. Однако, когда они пересекаются, поверхностная мышечно-апоневротическая система (SMAS) становится подвижной, а именно широкой ручкой и тяга за SMAS может уменьшить натяжение кожи, уменьшая «оперированный вид» и увеличивая долговечность результата операции [17].

Furnas сообщил, что нижнечелюстные связки начинаются из кости по линии приблизительно на 1 см выше нижнечелюстной границы и простираются по передней трети нижнечелюстного тела и что эти связки обычно появляются как линейный ряд параллельных волокон. Было отмечено, что второй ряд волокон был от 2 до 3 мм выше и параллелен первому ряду, и эти фиброзные связки проходили в волокнах мышц *platysma* и *triangularis* по линии их крепления. Связки были перпендикулярны к коже и приблизительно 4-5 мм длиной, часто сопровождалась чувствительным нервом и кожной артерией. Утверждалось, что задняя граница нижнечелюстной связки была обычно ощутима как устойчивая граница, положение которой совпадало с передним отделом тела нижней челюсти [5].

Очень часто, даже после отслойки расширенного лоскута кожи и/или SMAS, через некоторое время после операции наблюдается провисание тканей в области передних отделов тела нижней челюсти, а именно латеральнее губоподбородочной складки с рецидивом последней. Это происходит вследствие нетронутой во время мобилизации SMAS нижнечелюстных связок в области губоподбородочной складки. Пересечение этих связок и препаровка лоскута SMAS медиальнее губоподбородочной складки опасны из-за риска повреждения разделения краевой ветви лицевого нерва. С учётом вышесказанного доктор Э. В. Мамедов разработал метод трёхуровневой эндоскопически-вспомогательной подтяжки нижней зоны лица, который включает в себя поднадкостничную мобилизацию тканей

от нижней челюсти под эндоскопическим контролем и затем подкожную и субSMAS мобилизации с фиксацией для достижения максимальных эстетических результатов в области нижней зоны лица.

До 1976 года подтяжку лица хирурги делали, не затрагивая подкожные слои. Революционным годом для истории подтяжки лица стал 1976 год. В это время пластические хирурги Митц и Пейрони предложили работать с цельным слоем из кожи, апоневроза и мышц (для обозначения такой операции был введён термин «SMAS-пластика»), чтобы добиться лучшего подтягивающего и при этом естественного эффекта. SMAS-пластика вместе с прочими методиками фейслифтинга успешно используется и сейчас.

Спейслифтинг – разработка австралийского пластического хирурга Брайана Мендельсона. Его теория заключается в том, что старение на лице происходит в основном в области, где концентрируется мимическая активность на лице, т. е. в средней (центральной) зоне. Б. Мендельсон анатомическими исследованиями открыл и описал наличие пространств на лице, границы пространств и их прикладное значение в пластической хирургии лица. Это более современный метод проведения операции по подтяжке лица, чем SMAS-лифтинг. Спейслифтинг предполагает работу в зонах так называемых анатомических образований «пространств», отсюда и название техники: space в переводе с английского означает «место, пространство». Пространства локализируются в местах наибольшего проявления возрастных изменений, а именно в средней зоне лица. Поэтому спейслифтинг на сегодняшний день – самая эффективная методика в омолаживающей хирургии лица. Спейслифтинг воздействует непосредственно по месту птозированных тканей лица, результатом которого является перераспределение мягких тканей лица и объёмов лица в положение, характерное для молодого лица.

ВЕКИ

История оперативного вмешательства на веках начинается в X в. Персидский учёный Авиценна (980-1036 гг.) в трактате по медицине описал методику удаления избытков нависающей кожи на верхних веках, при этом он отмечал значительное улучшение обзора (полей зрения) у пациентов [5]. Для того времени одними из самых важных показаний к данной операции служили старческое провисание век и посттравматические изменения. В европейской медицинской литературе первое упоминание об операции на верхнем веке датируется 1792 г., когда В. Веер опубликовал монографию, где предложил свою методику устранения излишков кожи верхнего века для улучшения полей зрения, а также ввёл понятие «дерматохалазис». Термин «блефаропластика» был предложен немецким врачом-офтальмологом фон Грефе в 1818 г. и длительное время применялся только в реконструктивной хирургии. Фон Грефе впервые использовал данный термин для описания реконструктивной операции по устранению деформаций после удаления карциномы века. Позднее в Европе начали активно выполнять косметические и реконструктивные операции на верхних и нижних веках. Отчёты об иссечении излишков кожи были опубликованы Mackenzie (1830), Alibert (1832), Graf (1836), Dupuytren (1839), Miller (1906). Вышеуказанные авторы во время операции проводили только удаление избытка кожи век.

Термин «псевдогрыжа век» впервые ввёл Sichel в 1844 г., а в 1899 г. Schmidt-Rimpler дополнил понятие «жировые грыжи века» и полностью описал их. В 1929 г. Bourguet дал описание двух «жировых мешков» на верхнем веке и предложил свою методику резекции жировой клетчатки при верхней блефаропластике. Он был первым, кто предложил новый – трансконъюнктивный – доступ для удаления окологлазничной клетчатки в области нижних век и описал все грыжевые мешки. До внедрения трансконъюнктив-

вального доступа при нижней блефаропластике использовался чрескожный доступ. В середине XIX в. термин «блефаропластика» стал включать в себя и операции по изменению контура верхних век, в основном за счёт всё того же удаления кожи, но уже с косметическими целями. В 1931 г. Joseph описал разметку на веках при проведении эстетической верхней и нижней блефаропластики, которая и в настоящее время является актуальной. После Второй мировой войны в большинстве публикаций, которые были включены в монографии May (1947), Padgett и Stephenson (1948), описывалось удаление клетчатки как основная часть оперативного вмешательства. В 1951 г. Castanares дал подробное описание анатомо-топографических связей жировых грыж верхнего и нижнего века.

Современные варианты блефаропластики, с учётом анатоми-топографических особенностей и хирургических доступов, были описаны следующими пластическими хирургами: Holden (1951), Bames (1958), Fox (1952), Gonzalez-Ulloa (1964), Rees and Ristow (1968), Lewis (1969). Tomlison и Honey (1975) оживили интерес к трансконъюнктивальному доступу. А в 1977-1978 гг. Loeb и Furnas независимо друг от друга описали методику резекции круговой мышцы глаза. Следующее поколение пластических хирургов – J. Sheen (1974), R. Flowers (1976), T. Baker (1977), R. De La Plasa (1996), U. Hinderer (1975, 1993, 1999), C. McCord (2001), C. McCord, M. Codner (2008) – посвятило свои работы эстетической хирургии верхних и нижних век, в том числе блефаропластике с сохранением периорбитальной клетчатки, а также дало ответы на большинство вопросов относительно техники коррекции. Во многом это было связано с развитием хирургии «азиатских век» (коррекция азиатского разреза глаз, целью которой являются формирование пальпебральной складки, устранение эпикантуса, облегчение века с его эстетическим контурированием). В настоящее время отмечается неиссякаемый интерес к опера-

тивному вмешательству на веках. Этой теме посвящены ежегодные конгрессы, научные сессии и конференции. Ежегодно публикуются научные статьи в авторитетных журналах, в которых описаны уникальные и классические клинические ситуации, а также предложены модифицированные и персонифицированные методики эстетической коррекции век. Профессиональная терминология, используемая пластическими хирургами и офтальмологами, включает в себя такие термины, как «дерматохалазис», «блефарохалазис», «стеатоблефарон», «эктропион», «втягивание века» и «блефароптоз».

ГРУДЬ

На сегодняшний день ведущие мировые производители предоставляют почти неограниченные возможности выбора круглых и анатомических имплантов с различными видами геля. Наряду с возросшей безопасностью маммопластики, это объясняет продолжающийся рост популярности увеличения груди во всём мире.

В 1839 году разработан метод хирургического увеличения груди с внедрением сторонних материалов. Ни о каком силиконе в те годы речь не шла, как и не было понимания о биологически нейтральных материалах. Поэтому с годами частицы вещества могли проникать в кровь и окружающие ткани, вызывать заражение, воспаление.

В 1895 году немецкий хирург Виллем Конрад Вильямс протестировал принципиально новый метод. Он использовал собственную ткань пациентки, не применяя искусственные материалы. Это был прообраз современного липофилинга, не получивший тогда распространения. Однако проводимые операции уже могли считаться достаточно безопасными.

Современные достижения (с 1900 г. до настоящего времени)

В 1910 году E. Hollander опубликовал первый отчёт об использовании инъекций жира для лечения деформаций груди после мастэктомии.

В 1960-х годах разработаны мягкие имплантаты, которые не только увеличивали объём груди, но и предлагали естественный вид и ощущения. На открытие опирается современное эндопротезирование.

История липофилинга груди

Существующая альтернатива имплантам – липофилинг, когда новые очертания формируются за счёт жира пациентки. Врач получает его с помощью липосакции, обрабатывает, а затем вводит в нужную зону через небольшие проколы. Жир приживается в течение нескольких недель. Этот приём даёт максимально естественный результат. Его используют и по отдельности, и совместно с протезированием, особенно когда речь про большие объёмы.

Отдельный вопрос касается безопасности силикона. Этот материал активно применяется в медицине уже длительное время. И за весь этот период проводилось множество исследований, которые были направлены на оценку его безопасности, и все они не смогли выявить какой-либо угрозы для здоровья пациентов. Тем не менее подобные дискуссии периодически возникают.

Одна из них вспыхнула в начале 90-х годов, когда FDA подняла вопрос о безопасности имплантов, которые применяли в то время для увеличения груди. При этом специалисты высказали предположение, что такая операция может способствовать развитию рака молочных желёз, а также ревматическо-

го поражения мышц и суставов. Для того чтобы подтвердить или опровергнуть эти предположения, специалисты из многих стран проводили специальные исследования. Например, в одном из них сравнивали группу женщин, которые увеличивали грудь при помощи имплантов и у которых потом был диагностирован рак молочной железы. При сравнении их с аналогичной группой женщин, которые не увеличивали грудь, было установлено, что у последних частота выявления рака была выше. Исследование, во время которого специалисты пытались установить связь между установкой силиконовых имплантов и развитием аутоиммунных заболеваний, тоже не смогло обнаружить статистически достоверной связи между этими событиями.

Можно ли утверждать, что увеличение груди имплантами – это абсолютно безопасный метод? Ни один авторитетный пластический хирург не даст 100% гарантии. Любая медицинская процедура, особенно хирургическая операция, сопровождается определёнными рисками. Точно так же любой предмет, который имплантируется в тело пациента, может приводить к появлению разных осложнений. С уверенностью можно сказать только одно: в настоящее время нет прямых доказательств, которые связывали бы операцию по увеличению груди имплантами с раком молочных желёз или другими заболеваниями.

КОМКИ БИША

Щёчный жировой комок (комок Биша) также активно участвует в возрастных изменениях лица. Комок опускается вниз, расслаивая фасцию мышцы платизма от надкостницы нижней челюсти, и формирует мешок, на дно которого и опускается. Образуется ломаная линия нижней челюсти ближе к подбородочному отделу нижней челюсти (которую за неимением подходящего научного термина обозначим как брыль). При этом образуются две глубокие ротоподбородочные складки. Появляется типичный «старческий треугольник», основание которого образовано веко-щёчной и носо-слёзной бороздами; медиальная сторона – носогубной и ротоподбородочной бороздами; латеральная сторона – передним краем жевательной мышцы, точнее – дермальными связками между фасцией переднего края жевательной мышцы и дермой, а вершиной треугольника является та самая брыль – грыжа комка Биша [9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Галлингер Ю. И., Тимошин А. Д. Лапароскопическая аппендэктомия / Ю. И. Галлингер, А. Д. Тимошин. – М., 1993.
2. Емельянов С. И. и др. Эндоскопическое лечение холедохолитиаза / С. И. Емельянов и др. // Материалы международного симпозиума «Лапароскопическая хирургия», РАМН. – М., 1994. – С. 45-46.
3. Aiache A. Presentation at the Endoscopic Plastic Surgery Educational Seminar, Newport Beach, CA, June, 1993.
4. Chow J. C. Endoscopic release of the carpal ligament: a new technique for carpal tunnel syndrome. *Arthroscopy* 5:19, 1989.
5. Core G. B., Vasconez, L. O., Askren C., Yamamoto Y., Gamboa M. Coronal facelift with endoscopic techniques, *Plast Surg Forum* XV:227, 1992.
6. Fine N. A., Orgill D. P. Endoscopic plastic surgery. In D. Brooks (Ed.), *Current Review of Laparoscopy: Current Medicine*, 1995. Pp. 167.
7. Hamas R. S. Endoscopic Corrugator-Procerus Muscle Resection Through the Subgaleal Hairline Approach. Presentation at the 26th Annual Meeting of the American Society of Aesthetic Plastic Surgery, Boston, MA, April, 1993.
8. Isse N. G. Endoforehead. Presentation at the Second International Workshop on Facial Rejuvenation: Subperiosteal, Facelift, Ancillary and Alternative Techniques. Baltimore, MD, April 1993.
9. Liang M., Narayanan K. Endoscopic ablation of the frontalis and corrugator muscles – a clinical study. *Plast Surg Forum* XV:54, 1992.
10. McKinney P., Mossie R. D., Zukowski M. L. Criteria for the forehead lift. *Aesth Plast Surg* 15:141, 1991.
11. Okutsu I., Niromiya S., Takatori Y., Ogawa Y. Endoscopic management of the carpal tunnel syndrome. *Arthroscopy* 5:11, 1989.
12. Ramirez O. M. The subperiosteal rhytidectomy: the third-generation facelift. *Ann Plast Surg* 28:218, 1992.

13. Ramirez O. M. Presentation at the Endoscopic Plastic Surgery Educational Seminar, Newport Beach, CA, June, 1993.
14. Ramirez O. M., Oneal R. First International Workshop on Facial Rejuvenation: The subperiosteal and Other Deep Plane Techniques. Baltimore, MD, April, 1992.

Юлия Васильева

**Внешность начинается с молекулы,
или Пластическая хирургия
наизнанку**

ISBN 978-5-00244-988-0



Издательство «Перо»

109052, Москва, Нижегородская ул., д. 29-33, стр. 15, ком. 536

Тел.: (495) 973-72-28, 665-34-36

Подписано в печать 29.10.2024. Формат 60×90/16.

Бумага офсетная. Усл. печ. л. 4,75. Тираж экз. Заказ 1089.