A black and white portrait of a man with short, dark hair, smiling slightly. He is wearing a dark V-neck t-shirt and has his arms crossed. The background is a solid, light gray.

УВЕЛИЧЕНИЕ ГРУДИ

Денис ГИНЗБУРГ

Денис Гинзбург

Увеличение груди

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=39426981
Увеличение груди. / Гинзбург Д.: Перо; Москва; 2018
ISBN 978-5-00122-637-6

Аннотация

Денис Гинзбург – хирург с колоссальным опытом: его врачебная практика насчитывает более 20 000 эстетических и реконструктивно-восстановительных операций в области лица и тела.

Содержание

От автора	4
История хирургической коррекции груди	6
Анатомия	10
Конец ознакомительного фрагмента.	12

Денис Гинзбург

Увеличение груди

От автора

Свои первые шаги в пластической хирургии я начал в стенах центрального института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Здесь, в отделении реконструктивно-восстановительной хирургии лица и шеи, я приобрёл ценные навыки работы с дефектами и деформациями в области лица. Фундаментальные знания топографической анатомии лица и шеи позволяют мне применять любые методики без рисков осложнений.

Но пластическая хирургия – это не только моделирование лица. Очередной этап моей карьеры связан с ожоговым центром и отделением реконструктивно-пластической хирургии института им. Вишневского.

Ярчайшие воспоминания этого периода – трагические последствия пожара в клубе «Хромая лошадь» и многочасовые операции ради спасения жизней. Эта ситуация позволила мне осознать, что истинная радость для врача – вернуть пострадавшего к привычному образу жизни, дать ему новое тело без уродующих следов ожогов.

С уверенностью могу сказать, что прошёл хорошую шко-

лу реконструктивно-восстановительной хирургии.

Эстетическая хирургия – логичное продолжение моей карьеры, что и привело меня в Лондон, в университетский госпиталь Кембриджа. Именно здесь мое мировоззрение полностью изменилось, и весь свой потенциал я направил на малоинвазивную эстетическую хирургию.

Нынешний этап – эндопротезирование молочных желёз (более 3 000 проведённых операций в этой области) – подвёл меня к обобщению накопленного опыта. Книга, которую вы держите в руках, написанная доступным и понятным языком, – результат моей работы. Здесь вы найдёте ответы на самые важные и частые вопросы, которые возникают перед операцией по эстетической коррекции молочных желёз.

История хирургической коррекции груди

Первые попытки хирургов изменить женскую внешность, а именно форму груди, относятся **к концу XIX века**. В медицинских журналах от

1895 года сохранились записи о введении под кожу иностранных материалов и веществ для увеличения груди.

В 1899 году история зафиксировала эксперименте использованием **жидкого парафина**, который применялся несколько десятилетий подряд, хотя и был опасен, поскольку затвердевал после введения и отторгался организмом.

Под кожей оказывались стеклянные **твёрдые** предметы: шары и кости; более **эластичные** и податливые – каучук. Но человеческий организм не принимал инородные тела.

Желание сделать бюст больше привело к хирургическим трансформациям костей **грудной клетки**: хирурги «разворачивали» кости таким образом, чтобы визуально грудь становилась больше. Эти операции проводились в середине XX века.

Пробы с использованием аутологичного материала дали определённые результаты, но всё же сама грудь не становилась привлекательнее.

В течение десяти лет (1950–1960 годы) медики иска-

ли безопасные для трансплантации материалы. Эти поиски увенчались успехом: в 1961 году американские врачи Томас Кронин и Фрэнк Джероу объявили о создании совершенно нового вида имплантатов из **силикона**, кислородосодержащего продукта, добываемого из каучука. Импланты того времени серьёзно отличались от современных биоматериалов: по структуре, прочности, приживаемости они сильно проигрывали.

Обладательницей **первой силиконовой груди** в мире стала американка Джин Линдси в 1962 году.

У силиконовых имплантатов почти сразу же появился французский конкурент – **солевой**. Оболочка его была силиконовой, но разница была в том, что сформирован такой имплант был в виде мешочка и после посадки на место закачивался соляным раствором. Таким образом удавалось меньше травмировать пациентов, поскольку разрез для доступа был минимальным, но не удалось решить проблему практичности: солевой имплантат был менее вынослив, чем его американский аналог.

Сегодня хирургическая коррекция груди даёт **простор для выбора** трансплантируемых материалов, их размещения в груди и путей доступа для хирурга. Имплантат может находиться за молочной железой или под грудной мышцей. Подобраться к цели врач может через разрез в подгрудной складке, в подмышечной впадине, в области ареолы соска – любой выбранный путь рассчитан на то, чтобы шов был

незаметен.

Со времён первых достижений в маммопластике имплантаты стали более **качественными**: сегодня это эндопротезы пятого поколения, защищенные пожизненной гарантией от разрывов. Их оболочка покрыта микрожелобками для предотвращения капсулярной контрактуры (риск её развития составляет меньше 1 %), а это значит, что организму пациентки не удастся создать прочную толстую оболочку вокруг установленного импланта, которая будет сдавливать его, что приведёт к разрыву. Некоторые истории пациентов в прошлом омрачались такими осложнениями.

Другая современная инновация – это наполнение имплантата **когезивным гелем**. Вещество сохраняет форму импланта и не растекается при разрыве оболочки, что позволяет легко удалить его в случае травмы. Так, в США жизнь женщины-полицейского спас именно этот гель, задержав попавшие в её грудь дробины от выстрела.

Облегчение биоматериалов тоже является немалой заслугой современных производителей. Благодаря лёгкости имплантата минимизируется риск возникновения птоза груди (возрастного обвисания ткани из-за потери эластичности). Это явление возникает после 40 лет.

Производители дают **пожизненную гарантию** качества на свой продукт, а медики проводят операции эндоскопическим методом, что сводит к минимуму размеры разрезов. Швы маскируются в естественных складках, а материалы

имплантатов настолько «реалистичны», что о проведённой операции сложно догадаться.

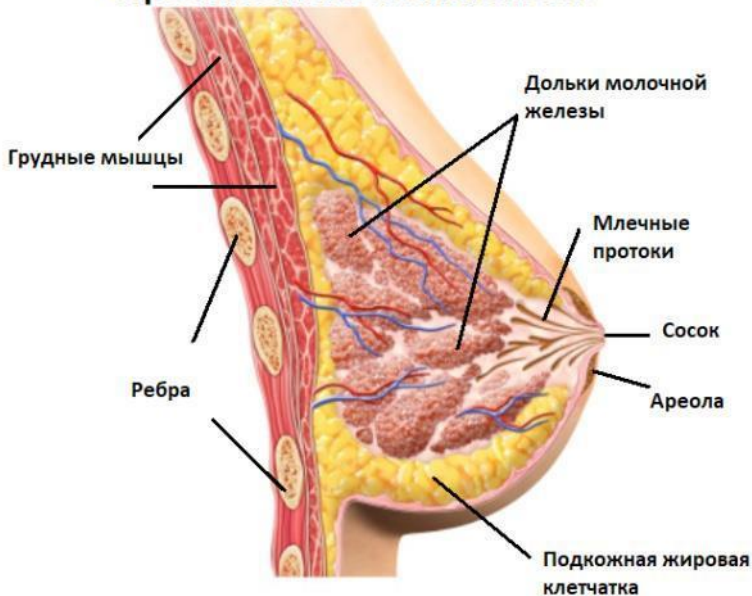
Анатомия

Молочная железа – это видоизменённая сальная железа кожи. Женский парный орган частично отграничен от прилегающих тканей, за исключением верхнего квадранта, где располагается сухожильный стяж Спенса. Молочную железу окружают верхние и нижние листки поверхностной фасции, грудино-рёберные сочленения и средняя подмышечная линия.

Снизу железа лежит на поверхности двух мышц живота: наружной косой и прямой.

Орган **расположен** на уровне III–VI рёбер. В зрелом возрасте субмаммарная складка, которая находится под молочной железой, может опускаться до уровня VII ребра. Форма этого органа зависит от расовой принадлежности женщины, а также её конституционных особенностей. Нормой считается объём молочной железы в $200\text{--}300\text{ см}^3$, и чем меньше орган, тем стабильнее его форма.

Строение молочной железы



Молочная железа – это сложная система **альвеолярно-трубчатых соединений** (альвеол или ацинусов), образующих мелкие дольки и затем – крупные доли органа. В составе дольки – по 10-100 вытянутых терминальных протоков. Дольковые (лобулярные) протоки соединяются по 20–40 штук и создают связку, которая называется экскреторным протоком молочной железы. По нему происходит отток секрета (молока).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.