

Co by pan we mnie poprawił?

Operacje plastyczne mogą ratować zdrowie, a nawet życie. Dziś jednak kojarzymy je głównie z poddawaniem się presji idealnego wyglądu i leczeniem urojonych kompleksów. Czy słusznie? Pytamy chirurga dr. **TOMASZA DĘBSKIEGO**



ROZMAWIA
JOANNA OLEKSZYK

Operacje plastyczne kojarzymy dziś głównie z poprawianiem urody, ale cofnijmy się na chwilę do korzeni chirurgii plastycznej. Początkowo skupiała się ona na rekonstrukcji twarzy i naprawie różnych uszczerbków ciała. Nie tylko poprawiała komfort życia, ale też niejednokrotnie je ratowała. Historia współczesnej chirurgii plastycznej jest ściśle związana z wojnami XX wieku i doznanymi w ich wyniku zniekształceniami. Ale, i tu może się wielu zdziwić, pierwsze rekonstrukcje nosa były opisywane już w VI wieku p.n.e. w Indiach. W tamtych czasach obcięcie nosa było karą za cudzołóstwo, znakowano w ten sposób także jeńców wojennych, co wyrzucało automatycznie daną osobę poza obręb społeczeństwa. Pojawiła się więc kasta czy inaczej rodzina, która zajmowała się rekonstrukcją utraconego nosa. Robiono to, używając skóry z czoła. A środkiem znieczulającym było opium. Miejsce po pobraniu skóry goiło się samoistnie, pozostawiając bliznę, która nie była specjalnie widoczna, a płat skóry przyszywano za pomocą nici zrobionych ze źdźbeł trawy. Na wykonane w ten sposób szwy nakładano miód zmieszany z oliwą i przykrywano nasączoną nią bawełną, co zapewniało ochronę przeciwbakteryjną i wilgotne środowisko sprzyjające gojeniu. Co ciekawe, ta metoda, nieznacznie zmodyfikowana, praktykowana jest do dzisiaj – przyszła do Europy dość późno, bo dopiero w XVIII wieku za sprawą żołnierzy angielskich stacjonujących w Indiach. Jeden z lekarzy wojskowych opisał ją w „Gentelman's Magazine”.

W Europie w XIX wieku powszechnie odtwarzano nosy tą właśnie metodą oraz drugą, mającą korzenie w krajach arabskich – spopularyzowała ją mieszkająca na Sycylii w XIV i w XV wieku rodzina Branca, która posiadała umiejętność rekonstrukcji nosa przy użyciu płata skóry z ramienia. Doszywano jeden koniec płata w miejsce brakującego nosa, drugi pozostawał na ramieniu i przez cztery tygodnie pacjent chodził w takim specjalnym hełmie, który utrzymywał ramię w górze. W tym czasie unaczynienie płata skóry, które początkowo pochodziło z ramienia, stopniowo łączyło się z unaczynieniem twarzy. Po kilku tygodniach po wrośnięciu naczyń twarzy do przeniesionego płata stawał się on niezależny od unaczynienia pochodzącego z ramienia, co pozwalało na obcięcie łączącego go z nim fragmentu skóry.

Widziałam chyba coś takiego w serialu „The Knick” opowiadającym o nowojorskim szpitalu na początku XX wieku...

W czasach, o których opowiada serial, odtwarzano już nosy zarówno metodą indyjską, jak i włoską. Prawdziwy rozwój chirurgii plastycznej nastąpił jednak po pierwszej wojnie światowej, kiedy zaczęto stosować materiały wybuchowe o większym zakresie rażenia, pojawiły się więc poważne oparzenia i zniekształcenia w obrębie twarzy. Wtedy właśnie z chirurgii ogólnej wyodrębnił się dział chirurgii plastycznej, która była dziedziną głównie rekonstrukcyjną. Jej największy rozkwit przypada na lata 20. i 30. XX wieku oraz czas po drugiej wojnie światowej, która na skutek wprowadzenia znacznie bardziej niebezpiecznych rodzajów broni spowodowała jeszcze więcej zniekształceń i uszkodzeń ciała. W latach 40. w Anglii powstawały

nawet specjalne kluby (np. The Guinea Pig Club) i kampusy szpitalne dla żołnierzy, którzy bali się funkcjonować w społeczeństwie z powodu swoich okaleczeń. Przebywali w nich do momentu odtworzenia wyglądu twarzy, co czasami wymagało kilku operacji i nawet kilku lat leczenia. Przez pierwsze 10–20 lat od zakończenia wojny chirurgia plastyczna zajmowała się leczeniem tych właśnie przypadków, nie tylko w Anglii, ale też w Polsce. Pierwszy taki punkt powstał

DZIELIMY NASZYCH PACJENTÓW NA TYCH, KTÓRZY MAJĄ MOTYWACJĘ WEWNĘTRZNĄ – Z NASZEGO PUNKTU WIDZENIA ONI SĄ NAJLEPSZYMI KANDYDATAMI DO ZABIEGÓW, ORAZ TYCH Z MOTYWACJĄ ZEWNĘTRZNĄ, KTÓRYCH TRZEBA POZNAĆ LEPIEJ

w Polanicy, w poniemieckim szpitalu siostr zakonnych. Ten mały ośrodek był kolebką chirurgii plastycznej w Polsce, celowo założono go w tak odosobnionym i dalekim miejscu, by pacjenci mogli się czuć komfortowo.

Początkowo polska chirurgia plastyczna skupiała się na operacjach w obrębie twarzy czy rąk, odtwarzano nosy, powieki, leczono przykurcze bliznowate po oparzeniach. Po około 20 latach, kiedy w Europie i Stanach Zjednoczonych powojenni pacjenci zostali już wyleczeni, zaczął rozwijać się nowy trend – chirurgii estetycznej, czyli poprawiającej urodę. Szczyt jej rozkwitu przypadał na

lata 60. i 70. – w Stanach Zjednoczonych wprowadzano wtedy pierwsze implanty, bardzo nowatorskie jak na tamte czasy.

Ale chirurgia plastyczna jako ta rekonstruująca też przetrwała do dzisiejszych czasów.

Greckie słowo „plastikos”, od którego pochodzi nazwa chirurgii plastycznej, oznacza modelować, nadawać kształt. Odtwarzanie wyglądu jest priorytetem chirurgii plastycznej. Operacje wykonywane na oddziałach szpitalnych to głównie zabiegi rekonstrukcyjne odtwarzające brakujące fragmenty skóry i tkanek spowodowane usunięciem nowotworów czy korygujące zniekształcenia pojawiające się na skutek urazów i w wyniku wad wrodzonych, na przykład rozszczepu wargi i podniebienia czy rozległych naczyńniaków; to także rekonstrukcje piersi, małżowin usznych, powiek, nosów, to cała chirurgia ręki dotycząca uszkodzeń nerwów, naczyń, ścięgien czy amputacji palców. Jak widać, chirurgia plastyczna to bardzo duży dział medycyny zajmujący się praktycznie całym ciałem. Obecnie zaczyna się to jednak zmieniać, każda specjalność odbiera chirurgii plastycznej pewien obszar: onkologia zabiera rekonstrukcje piersi, laryngologia – operacje nosa, ortopedia – chirurgię ręki, okulistyka – rekonstrukcje powiek...

I co zostaje?

Głównie chirurgia estetyczna.

W rekonstrukcjach bezsprzecznie widoczny jest silny czynnik terapeutyczny – nie tylko umożliwiają normalne życie, ale też zdejmują odium odrzucenia społecznego i stygmatyzację. Na ile jest on obecny też w operacjach poprawiających urodę?

Odkąd WHO wprowadziła nową definicję zdrowia, według której jest >

SYNDROM SIMON TO SKRÓT OD *SINGLE IMMATURE MATERIALISTIC OBSESSED WITH WORK I NARCISSISTIC*. DOTYCZY ON MŁODYCH MEŻCZYZN, SKUPIONYCH NA OSIĄGANIU SUKCESÓW NA POLU ZAWODOWYM, DBAJĄCYCH GŁÓWNIE O SIEBIE I NADMIERNIE PRZEJMUJĄCYCH SIĘ SWOIM WYGLĄDEM

to dobrostan nie tylko fizyczny, ale i psychiczny, chirurgia plastyczna zaczęła być traktowana poważnie. Podam prosty i bardzo powszechny przykład – odstające uszy. Nie jest to poważna wada wrodzona (jak np. niedorozwój małżowiny usznej) – ucho jest prawidłowo zbudowane, tylko nadmiernie odstaje od czaszki, jest to więc bardziej wada estetyczna. W Stanach Zjednoczonych uważa się, że takie uszy powinno się operować, zanim dziecko pójdzie do szkoły, żeby nie doświadczało stygmatyzacji z ich powodu i związanych z tym problemów w życiu dorosłym – jest to całkowicie refundowane. W Polsce też i takie operacje wykonują niektóre oddziały szpitalne, ale mniej powszechnie i z reguły u dzieci w wieku szkolnym, które mają już za sobą całą traumę związaną z odmiennością wyglądu.

Niektórzy mówią, że popularność chirurgii plastycznej to przejaw współczesnej próżności. Ale człowiek od zawsze chciał poprawić swój wygląd. Kanony urody skłaniały kobiety w średniowieczu do golenia włosów nad czołem, a w XIX wieku do noszenia gorsetów...

Pierwsze zabiegi plastyczne były stosowane już pod koniec XIX wieku i polegały na wycinaniu fragmentów skóry, by ją naciągnąć i poprawić owal twarzy, czyli był to taki pseudolifting. Zresztą pierwszą pacjentką opisaną w literaturze medycznej tamtego okresu była polska arystokratka, u której wykonano taki lifting, ale nie w Polsce, tylko we Francji. Powiedziałbym, że nawet słynne kąpiele w kozim mleku czy

spinanie ciasno włosów na czubku głowy też były próbami upiększania siebie.

W Polsce popularność operacji plastycznych rośnie. Medycyna ma dziś większe możliwości czy więcej osób stać na operację?

Po pierwsze, operacje plastyczne są bardziej dostępne, po drugie, zmieniło się ich postrzeganie. Kiedyś uważano je za fanaberię, wymyślanie sobie problemu i rzeczy do poprawy. Najmłodsze pokolenia traktują je jako coś, co pomaga w pełni korzystać z życia, element dbania o siebie. Wystarczy, że jedna osoba zrobi operację, by jej znajomi zaczęli się pytać o szczegóły. Wieści rozchodzą się szybko tzw. pocztą pantoflową. Jest też większa dostępność informacji na temat tego, jak wygląda taka operacja, w czym pomaga, jakie mogą być przeciwwskazania czy komplikacje. Można obejrzeć nawet filmy z takiej operacji. Oczywiście motywacje osób, które korzystają z chirurgii plastycznej, bywają różne. My – w dużym skrócie – dzielimy pacjentów na tych, którzy mają motywację wewnętrzną – z naszego punktu widzenia są najlepszymi kandydatami do zabiegów, oraz tych z motywacją zewnętrzną, których trzeba lepiej poznać, aby zakwalifikować do operacji, o ile to będzie możliwe.

Pacjentka pierwszego rodzaju czuje wewnętrzną potrzebę podniesienia pewności siebie poprzez poprawę wyglądu. Ma zwykle jeden mankament – dajmy na to, garbaty nos – jest to jej kompleks od wielu lat i chce to wreszcie zmienić. Jej decyzja nie jest wywołana żadnymi

innymi czynnikami. Natomiast pacjentka z motywacją zewnętrzną przychodzi najczęściej w kiepskim stanie psychicznym – jest na etapie rozpadu związku czy zmiany pracy. Przyczyn tych niepowodzeń upatruje w swoim wyglądzie. „Mąż mnie zostawił, bo miałam małe piersi”, „Nie dostałam awansu, bo mam krzywy nos” – mówi. Uważa, że jeśli się zoperuje, to niczym za dotknięciem czarodziejskiej różdżki mąż wróci i dostanie lepszą pracę. Takie myślenie jest błędne i takie osoby trzeba zdiagnozować już na etapie konsultacji, starać się im jakoś pomóc, niekoniecznie namawiając do operacji. Choć często operacja pomaga. Przychodzą do nas pacjentki po kilku tygodniach od operacji nosa czy biustu i od razu widać, że są innymi osobami – inaczej ubrane, umalowane, wyprostowane, pełne energii i pewności siebie. Mówią, że poprawiły się ich relacje z innymi, że udzielają się towarzysko. Trzeba jednak uważać na osoby, które są w dołku psychicznym, bo zabieg może tylko pogłębić ten stan. Często zaciągają kredyty, a jednak mimo operacji i związanego z nią wydatku mąż nie wraca, a pracy jak nie było, tak nie ma.

Zdarzają się też kobiety, które przychodzą i pytają: „Panie doktorze, co by pan we mnie poprawił?”. To jest najtrudniejszy typ pacjenta, bo jego motywacją jest próżność, nuda lub chęć nowych przeżyć, a nie rzeczywista potrzeba. Zwykle staram się w tych sytuacjach odwieść od operacji, bo nie wiadomo, czy ona rzeczywiście by coś zmieniła albo może zmieniła tylko na chwilę.

Pojawia się też ryzyko popadnięcia w nałóg kolejnych operacji.

Wspomniał pan osoby traktujące plastykę jako formę pielęgnacji...

Często przychodzą do mnie kobiety w wieku 30 lub 40 plus, które przez ostatnie kilka lat poświęcały się rodzinie i dzieciom i nie miały dla siebie czasu. Po karmieniu i kolejnych ciążyach mają problem z obwisłymi piersiami czy brzuchem i chcą teraz o te części ciała zadbać. „Mommy makeover” – tak to nazywają. One traktują te zabiegi jak formę pielęgnacji. Obserwujemy napływ tego typu pacjentek. Druga fala, trochę mniejsza, to kobiety młodsze, po dwudziestce, na studiach lub świeżo po, które leczą się w ten sposób z kompleksów okresu dojrzewania. I ostatnia fala – pacjentki w wieku 50, 60 lat, które chcą sobie poprawić owal twarzy, podnieść powieki czy które na skutek menopauzy mają problem z przerostem piersi i związanymi z tym bólami kręgosłupa. Motywacji i przyczyn jest dużo, i są różne w różnych grupach wiekowych.

Przychodzą do pana osoby, które chcą, by spełnił pan ich marzenia?

Pojawiają się też tacy pacjenci. Staramy się poznać ich oczekiwania i jeżeli one są realne i bezpieczne dla ich zdrowia, to nie ma przeciwwskazań do ich zrealizowania. Powiedzmy, że pacjent ma szeroki nos z rozdzwajającym się czubkiem, który z wiekiem wygląda coraz gorzej i opada. I chce to zmienić. Z mojej strony nie ma problemu. Operacja nie zagraża jego życiu, jest mało inwazyjna i poprawia jakość jego życia. Natomiast jeżeli przychodzi ktoś z nierealnymi oczekiwaniami, czyli czymś, co nie ma uzasadnienia z medycznego i estetycznego punktu widzenia – to odmawiam. Przykład? Kobieta z ładnym, małym i zgrabnym nosem, która chce, by ten nos jeszcze zmniejszyć. Inny

przykład – pacjentka, która chce usunąć dwa ostatnie żebra, by mieć węższą talię. Mówię zwykle, że nie jestem zwolennikiem takich operacji, bo są zbyt ryzykowne i zbyt ingerują w anatomię człowieka, uszkadzając istotne elementy budowy, co może się potem odbić na zdrowiu. Oczywiście to nie znaczy, że one nie zoperują się gdzie indziej.

Każdy chirurg ma swój kodeks etyczny, wie, jakie operacje może i chce zrobić, a jakich nie. Staramy się przede wszystkim nie szkodzić, nie estetyka jest na pierwszym miejscu, a funkcja. Na przykład funkcja nosa – jeśli pacjentka będzie miała za mały nos, przez który nie będzie mogła oddychać, to nie mogę się na to zgodzić. Choć słyszałem już takie odpowiedzi pacjentek, że nie muszą oddychać przez nos, bo mogą przecież oddychać przez usta.

Naprawdę?!

Ludzie mają różne pomysły. Zdarzają się pacjenci, którzy chcą zmieniać swoje uszy na elfie – są trendy i subkultury, w których taki wygląd jest ważny. Takich osób nie ma bardzo dużo, poza tym dzięki social mediom i Internetowi pacjenci wiedzą, na co dany lekarz może się zgodzić, a na co nie. Co mnie zwalnia z przykrej konieczności odmawiania.

A przypadki dysmorfofobii, czyli urojonej brzydoty, też się zdarzają?

Pyta pani o BDS – *Body Dysmorphic Syndrome*, który dotyczy głównie kobiet. Patrzą na siebie w lustrze i mimo że wyglądają dobrze, widzą u siebie same wady. W swojej karierze miałem tylko jedną taką pacjentkę. Cały czas toczy się dyskusja, czy nie powinniśmy robić ankiet pacjentom przed konsultacjami lub najpierw konsultacji psychologicznych, żeby na wczesnym etapie wyłapać takie zagrożenia, ale nie wszystko da się wychwycić, zwłaszcza podczas

20-minutowej rozmowy. Oprócz BDS wyróżniamy kilka innych syndromów, np. popularny ostatnio SIMON. To skrót od *Single Immature Materialistic Obsessed with work i Narcissistic*. Dotyczy on młodych mężczyzn skupionych na osiągnięciu sukcesów na polu zawodowym i finansowym, dbających głównie o siebie i nadmiernie przejmujących się swoim wyglądem. Najczęściej chcą poprawić nos lub uszy. Takich pacjentów też trzeba uważnie kwalifikować do operacji. Znam wybitnego chirurga plastyka ze Stanów Zjednoczonych, który nie operuje mężczyzn chcących poprawić tylko wygląd estetyczny i tak poprawnie wyglądającego nosa, a nie jego funkcję. Istnieje bowiem obawa, że u podłoża motywacji stoją jakieś zaburzenia. Wnioski te zebrał na podstawie wieloletniej praktyki. Sam dotarłem niedawno do statystyk, które mówią, że ok. 30 proc. pacjentów poddających się zabiegom chirurgii plastycznej cierpi na jakieś zaburzenia psychiczne (najczęściej depresje i stany lękowe), z drugiej strony często obserwuję, że operacja jest w stanie zmniejszyć lęk społeczny i podnieść samoocenę pacjenta. Dla wielu osób jest to punkt zwrotny. Wyglądają lepiej, czują się lepiej, więc lepiej odnoszą się do siebie i innych. **Is**



DR N. MED. **TOMASZ DĘBSKI**
specjalista chirurgii plastycznej, pracuje w Klinice Dr Dębski Chirurgia Plastyczna w Warszawie