



О. М. Петренко<sup>1</sup>, С. В. Бадзюх<sup>2</sup>, Б. Г. Безродний<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

<sup>2</sup> Київська міська клінічна лікарня № 4

## ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТКИ З ПОСТІМПЛАНТАЦІЙНИМ ПОЛІАКРИЛАМІДНИМ СИНДРОМОМ

Описано випадок лікування пацієнтки 1988 року народження з діагнозом «постімплантаційний поліакриламідний синдром», госпіталізованої до відділення гнійної хірургії Київської міської клінічної лікарні № 4 з діагнозом «флегмона лівої статевої губи». Хвора перенесла низку операцій, під час яких виявлено декілька абсцедуючих запливів, джерелом яких був ретромамарний простір зліва, куди в 2006 р. було введено поліакриламідний гель під час проведення збільшувальної мамопластики. Основними умовами для загоєння ран була адекватна санація патологічних вогнищ та видалення просочених гелем тканин. Пластичне закриття рани виконали на 14-ту добу після повного очищення ран від гелю та появи грануляцій. Установлено здатність поліакриламідного гелю мігрувати на значні відстані вздовж клітинних просторів, що спричиняє його накопичення у різних місцях черевної стінки з утворенням абсцесів.

■ **Ключові слова:** поліакриламідний гель, субпекторальний простір, абсцес.

Останнім часом у нашій країні набула поширення естетична хірургія, в якій з косметичною метою використовують різні протези. У зв'язку з імплантацією чужорідних матеріалів актуальною є проблема лікування ускладнень, зокрема гнійних. Вихід із таких складних ситуацій з найменшими косметичними та емоційними втратами для хворого має важливе значення.

Одним із пластичних матеріалів для заміщення тканин є поліакриламідний гель (ПААГ). Уперше на території України ПААГ застосовано в кінці 1980-х років під назвою «Інтерфал». Він був дозволений МОЗ України для використання в медичній практиці як внутрішньотканинний наповнювач при дефектах різної локалізації. Назву «Інтерфал» було обрано не випадково, оскільки основним напрямом застосування ПААГ була збільшувальна фалопластика. Пізніше ПААГ почали застосовувати для збільшення молочних залоз, корекції деформації стегон та сідниць, при контурній пластичності обличчя, а також для відновлення об'єму

м'яких тканин після травм, при природжених вадах обличчя та тіла [5]. Гнійні ускладнення внаслідок застосування ПААГ — часте явище. Останнім часом навіть запропоновано ввести нові нозологічні одиниці — постімплантаційний поліакриламідний синдром, поліакриламідний мамарний синдром [1]. Постімплантаційний поліакриламідний синдром виявляється у вигляді запальних ускладнень, поступового зменшення об'єму та міграції ПААГ у навколишні тканини, нерівності контурів та неоднорідності навколишніх тканин, гострого та хронічного запалення. Здатність гелю змішуватися дає йому змогу переміщатися під фасціями по міжм'язовій та паравазальній клітковині на значні відстані. При інфікуванні гелю гнійно-запальний процес має тривалий характер із в'ялим перебігом та частими рецидивами [3].

Особливість лікування таких пацієнтів — необхідність видалення під час хірургічної обробки всіх тканин, інфільтрованих гелем, яким би значним не був обсяг операції. Без цього перша фаза

ранового процесу має тривалий перебіг, оскільки гель, який залишився, створює передумови для неодноразових рецидивів гнійного процесу [4]. Радикальне видалення всіх нежиттєздатних тканин, інфільтрованих гелем, не лише дає змогу швидко усунути гнійно-запальний процес, а й запобігти рецидивам [6]. Для підтвердження радикальності втручання необхідно виконати гістологічне дослідження із ділянок краю та дна рани, які викликають сумніви. Відсутність у мікропрепараті гелевих гранульом свідчить про адекватність хірургічної обробки та можливість пластичного закриття рани [2].

### КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Пацієнтка Л., 27 років, 10.10.2015 р. доправлена машиною швидкої медичної допомоги у приймальне відділення Київської міської клінічної лікарні № 4 зі скаргами на біль, набряк та гіперемію в ділянці лівої статевої губи з переходом на ліву пахову ділянку та лобок, підвищення температури тіла до 38,5 °С. Хвору оглянуто гінекологом. Гінекологічної патології не виявлено. Із анамнезу відомо, що хворій понад рік тому (у вересні 2014 р.) було видалено кісту лівої великої статевої губи. Останні 6 міс відзначає періодичне виникнення припухлості лівої великої статевої губи, яка самостійно зникає, та пов'язує ці явища із місячним циклом. Установлено, що 9 років тому хвора перенесла збільшувальну мамопластику препаратом «Фармокрил». Через 2 міс у хворої виникли ознаки запалення правої молочної залози у місці введення препарату. Для запобігання ускладненням хворій виконано операцію: крізь субмамарні розрізи видалено ПААГ.

Об'єктивно: стан хворої середньої тяжкості, температура тіла — 38,9 °С. При огляді відзначено помірний набряк статевої губи, різку болючість при пальпації, інфільтрацію шкіри. Посередині статевої губи рана розміром 2 × 2 см, із якої виділяється рідина жовтого кольору та густої консистенції (розцінено як гній).

Загальний аналіз крові: гемоглобін — 140 г/л, еритроцити —  $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити —  $28,8 \cdot 10^9$ /л.

Хвору з діагнозом «флегмона лівої статевої губи» прооперовано. Під час операції: після розкриття абсцесу вилучено до 50 мл густого жовтого гною з неприємним запахом. При ревізії встановлено, що порожнина гнояка поширюється в підшкірну клітковину лівої пахвинної ділянки. Виконано додатковий розріз у лівій пахвинній ділянці довжиною 4 см. Рани промито розчинами антисептиків та дреновано гумовими дренажами. В післяопераційний період хворій призначено цефтріаксон, метронідазол, знеболювальні препарати та дезінтоксикаційну терапію.

Після операції стан хворої поліпшився: температура тіла знизилася до субфебрильної, лейкоцитоз зменшився до  $11,2 \cdot 10^9$ /л. Однак гній продо-

вжував виділятися в значній кількості. 14.10.2015 р. хворій виконано ультразвукове дослідження: над лоном зліва від середньої лінії на тлі м'язової тканини визначено ділянку зниженої ехогенності розміром 41 × 25 мм неправильної форми. Нами це було розцінено як поширення гнійного процесу на передню черевну стінку.

Хвору було повторно прооперовано. Під час операції: порожнина гнояка поширюється під зовнішній косий м'яз та у формі каналу діаметром до 1 см продовжується догори, переходить на підшкірно-жирову клітковину передньої черевної стінки. Далі рановий канал переходить у ретроамарний простір та під великий грудний м'яз зліва. Порожнини гнояка дреновано рукавично-трубчастими дренажами крізь окремі розрізи. В післяопераційний період стан хворої залишався тяжким. Зберігалася гіпертермія до 38,2 °С, наростали ознаки інтоксикації. Хвора отримувала антибіотикотерапію (меропенем) і дезінтоксикаційну терапію. Проводили перев'язки двічі на добу і промивання ран розчинами антисептиків. При пальпації із ран та підшкірної клітковини продовжував виділятися гель у значній кількості. В бактеріологічних посівах із ран росту мікроорганізмів не виявлено.

Через 4 доби хвору було повторно прооперовано: виконано широкий поздовжній розріз по лівому фланку від реберної дуги до пахової складки. Зроблено додатковий розріз до 6 см під лівою молочною залозою. Знайдено порожнину, яка виповнювала ретроамарний простір та великий грудний м'яз. Порожнину промито розчином антисептика, усі відлогі місця дреновано трубчастими гумовими дренажами. В післяопераційний період продовжували антибактеріальну та дезінтоксикаційну терапію. Стан хворої дещо поліпшився, гіпертермія зменшилася до субфебрильних значень.

Через 6 днів стан хворої погіршився. Знову підвищилася температура тіла до 38,5 °С, наростили ознаки інтоксикації. Хворій було зроблено ревізію ран під загальним знеболюванням. Виявлено значне скупчення гелю та гною під великим грудним м'язом зліва. Проведено дронування субпекторального простору крізь окремі розрізи по верхньому та латеральному краю верхнього грудного м'яза. На рану в лівій пахвинній ділянці накладено вторинні шви. Наступного дня під великий грудний м'яз та на рану по бічній поверхні живота встановили VAC-систему. Протягом наступних 2 днів стан хворої поліпшився. Температура знизилася до нормальних значень, зникли ознаки інтоксикації. Після двох днів роботи VAC-систему було знято. Виділення гелю та гною із рани припинилося. Дно рани виповнилося дозрілими грануляціями червоного кольору. Пластику місцевими тканинами проведено на 14-ту добу. Рана загоїлася первинним натягом. Із задовільним косметичним результатом хвору було виписано із клініки.

**ВИСНОВКИ**

Здатність поліакриламідного гелю мігрувати на значні відстані вздовж клітинних просторів зумовлює його накопичення в нижніх поверхах передньої черевної стінки.

Постімплантаційний поліакриламідний синдром

може виявитися у віддалений післяопераційний період у вигляді віддалених абсцесів.

Основний метод лікування постімплантаційного поліакриламідного синдрому — хірургічний: широке дренирування гнояків із запливами та видалення тканин, уражених гелем.

*Конфлікту інтересів немає.*

*Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, написання тексту — О. П.; збір і обробка матеріалу — С. Б.; редагування — Б. Б.*

**Література**

1. Адамян А. А., Суламанидзе М. А., Романов Ю. В. Результат коррекции дефектов мягких тканей полиакриламидным гелем // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* — 2004. — № 1. — С. 23—31.
2. Горюнов С. В., Ромашов Д. В. Гнойная хирургия: Атлас. — М.: Бином. Лаборатория знаний, 2004. — 558 с.
3. Крайник И. В., Повзун С. А. Осложнения контурной пластики полиакриламидными гелями // III Междунар. конгресс по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии (Москва, 19—21 февраля 2002 г.). — С. 3—72.
4. Калехсаева М. В. Хирургическое лечение осложненной увеличивающей маммопластики полиакриламидным гелем: Автореф. дис. ...канд. мед. н. — М., 2008. — 8 с.
5. Лопатин В. В., Шехтер А. Б. Комментарии к статье Острецовой Н. И., Адамяна А. А., Копельцова А. А. «Полиакриламидные гели, их безопасность и эффективность (обзор)» // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* — 2003. — № 4. — С. 61—66.
6. Миланов Н. О., Старцева О. И. Тактика хирургического устранения последствий введения полиакриламидного геля в область молочной железы с целью увеличивающей пластики // *РМЖ.* — 2006. — Т. 1, № 1. — С. 15—22.

**О. Н. Петренко<sup>1</sup>, С. В. Бадзюх<sup>2</sup>, Б. Г. Безродный<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

<sup>2</sup>Киевская городская клиническая больница № 4

## СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ПОСТИМПЛАНТАЦИОННЫМ ПОЛИАКРИЛАМИДНЫМ СИНДРОМОМ

Описан случай лечения пациентки 1988 года рождения с диагнозом «постимплантационный полиакриламидный синдром», которая была госпитализирована в отделение гнойной хирургии Киевской городской клинической больницы № 4 с диагнозом «флегмона левой большой половой губы». Больная перенесла ряд операций, во время которых выявлено несколько абсцедирующих затеков, источником которых было ретромаммарное пространство слева, куда в 2006 г. был введен полиакриламидный гель во время проведения увеличивающей маммопластики. Основными условиями для заживления ран были адекватная санация патологических очагов и удаление пропитанных гелем тканей. Пластическое закрытие раны выполнили на 14-е сутки после полного очищения ран от геля и появления грануляций. Установлена способность полиакриламидного геля мигрировать на значительные расстояния вдоль клеточных пространств, что вызывает его накопление в разных местах брюшной стенки с образованием абсцессов.

**Ключевые слова:** полиакриламидный гель, субпекторальное пространство, абсцесс.

**O. M. Petrenko<sup>1</sup>, S. V. Badzukh<sup>2</sup>, B. G. Bezrodny<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

<sup>2</sup>Kyiv City Clinical Hospital № 4

## POST-IMPLANTATION POLYACRYLAMIDE SYNDROME: A CASE STUDY

A case treatment of female 28 y.o. patient with post-implantation polyacrylamide syndrome, who was hospitalized in purulent surgical department primarily diagnosed with left labia cellulitis was described. The patient has undergone a series of operations, during which several abscessed streaks revealed, the source of which was left retromammary space, where in 2006 the polyacrylamide gel during augmentation mammoplasty was introduced. The main healing condition for wounds was adequate local sanitation and gel-impregnated tissue removal. Plastic wound closure was performed on the 14th day after full tissue clearance from the gel and the granulation emergence. A polyacrylamide gel ability to migrate long distances along the cellular spaces, which causes its accumulation in different parts of the abdominal wall with abscesses was established.

**Key words:** polyacrylamide gel, retromammary space, abscesses.