

# РЕКОНСТРУКЦИЯ ГРУДИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОЛИАКРИЛАМИДНОГО ГЕЛЯ

Галич С.П.,  
Дабижа А.Ю.,  
Самко К.А.

*ДУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова» НАМН Украины г. Киев*

*Отдел микрососудистой, пластической и восстановительной хирургии*

## Введение

Женская грудь всегда была символом сексуальности и женственности. Поэтому во все времена любая женщина мечтала иметь грудь достаточного объема и красивой формы. С развитием пластической хирургии появились различные методики увеличения объема и изменения формы груди как с помощью имплантов, так и с помощью малоинвазивных инъекционных методик. С этой целью использовались различные материалы – жировая ткань, жидкий силикон, макролейн (mastolane™ и др.) [1–4]. В конце 90-х годов прошлого столетия, в некоторых странах большую популярность приобрела методика инъекции полиакриламидного геля (ПААГ) [5,6]. Так, только в Китае этой методике подверглось около 30 млн. женщин [7].

В настоящее время во многие клиники обращаются пациентки с отдаленными последствиями введения гидрогеля в виде различных осложнений. Эти осложнения проявляются в жалобах на уплотненные участки груди в виде узлов, изменения цвета кожных покровов, боли, деформацию и асимметрию груди, птоз, миграцию геля в смежные с грудью зоны, что получило в литературе название «полиакриламидный синдром» (ПААГ-синдром) [8–10].

При этом многие женщины не только настаивают на удалении геля, но и желают выполнить реконструкцию груди, что в ряде случаев представляет собой сложную проблему.

В ходе настоящего исследования, мы попытались выделить основные группы пациенток схожие как по клиническим проявлениям ПААГ, так и морфологическим изменениями в тканях груди и разработать дифференцированный подход к выбору метода ее реконструкции.

## Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 117 пациенток с полиакриламидным синдромом в возрасте от 28 до 56 лет. Всем им ранее, в различных клиниках, в сроки от 3 до 19 лет для увеличения груди был введен гель «Интерфал».

Основные жалобы сводились к птозу, деформации и асимметрии молочных желез, болезненным участкам груди в виде плотных узлов, неестественному птозу одной груди, миграция геля в смежные зоны. У 29 пациенток отмечены явные признаки воспаления тканей груди в виде отека, гиперемии и т. д.

На момент поступления в клинику у 17 пациенток в анамнезе уже были попытки удаления геля в других лечебных учреждениях, причем в 10 случаях с одномоментным протезированием.

Клинические исследования включали осмотр и пальпацию груди и смежных зон с целью выявления уплотненных участков, узлов и деформаций, затеков геля, асимметрий САК и субмаммарных складок, увеличенных лимфоузлов. Дополнительно использовали инструментальные методы – маммографию, УЗ-исследование, КТ или МРТ. Это позволяло определить локализацию основных очагов геля и границы измененных тканей. При наличии свищей и отделимого из ран проводили бактериологическое исследование.

У всех пациенток первым этапом стремились радикально удалить гель. Объем удаляемого геля из каждой груди составлял от 350 до 900мл.

При удалении геля выделили 3 варианта его локализации в тканях:

- один или несколько крупных осумкованных очага геля;
- гель в виде отдельных множественных очагов пропитывающий все ткани груди;

– гель пропитывающий ткани груди с миграцией в подмышечную область, переднюю брюшную стенку, боковую поверхность грудной клетки и т. д.

В соответствии с клиническими симптомами, данными инструментальных методов исследования и особенностями дегенеративных изменений в тканях груди всех пациенток условно разделили на 4 группы.

I группу составили 24 пациентки, у которыхгель локализовался в тканяхгруди в виде одного или нескольких крупных очагов с сформированной вокруг них капсулой.

II группу составили 41 пациентка, у которых гель был представлен многочисленными отдельными очагами, пропитывая все ткани груди, включая и грудные мышцы.

IIIгруппу составили 23 пациентки у которых гель не только пропитывал ткани груди, но и в виде отдельных затеков мигрировал в подмышечную область, на боковую поверхность грудной клетки и переднюю брюшную стенку.

К IV группе отнесли 29 пациенток с явными признаками инфицирования геля, у которых отмечалось повышение температуры тела, гиперемия кожных покровов и отек груди, ограничение движений в верхней конечности. В 5 наблюдениях отмечали свищи с гнойным отделяемым.

Тактика лечения и выбор метода реконструкции груди отличались в каждой из клинических групп.

У пациенток I-й группы после удаления очагов геля вместе с капсулой, выполняли первичное эндопротезирование круглыми высокопрофильными имплантами. Импланты устанавливали, по возможности, ретропекторально.

Во II группе во всех случаях полностью удалить все очаги геля, технически, не представлялось возможным. Небольшие остатки геля в тканях не считали противопоказанием к первичномуэндопротезированию (7 наблюдений). В остальных же случаях в виду выраженных дегенеративных изменений тканей, пропитанных гидрогелем, первичное протезирование не выполняли ввиду риска миграции его остатков.

Через 3–4 месяца, после заживления ран, при отсутствии признаков инфицирования или миграции геля выполняли отсроченную реконструкцию грудикруглымиимплантами.

В 12 случаях потребовалось повторное удаление геля (от 2 до 4 раз) в сроки от 3 до 16 месяцев после первичной операции. В таких случаях реконструкцию с использованием имплантов выполняли в сроки 6–7 месяцев после последнего эпизода удаления геля. Всего было выполнено 24 отсроченных реконструкции с помощью имплантов.

В остальных 10 случаях пациентки или вообще отказались от реконструктивной операции (3 наблюдения) или реконструкция выполнялась с использованием собственных тканей.

Так, у 3 пациенток на фоне полного рубцового перерождения тканей груди была выполнена, по сути, подкожная мастэктомия с иссечением части большой грудной мышцы. Выполнять реконструкцию с помощью импланта в таких случаях считали необоснованным в виду неизбежной контурной деформации груди. Еще 4 пациентки отказались от реконструкции с использованием имплантов из-за возникшей фобии к инородному телу и боязни его инфицирования. Всем этим 7 пациенткам была выполнена реконструкция груди с использованием «расщепленного» TRAM-лоскута на двух мышечных ножках.

В III-й группе пациентов, учитывая значительный объем удаляемых тканей, образование полостей, риск длительной лимфорреииинфекционных осложнений первичное эндопротезирование не выполняли. У 9 из 23 пациенток потре-