



**Original Article: LUNGO TERMINE COMPLICAZIONI DOPO AMMINISTRAZIONE
NONENVELOPED IMPIANTI**

Citation

Karapetyan G.E., Pakhomova R.A., Dyabkin E.V. Lungo termine complicazioni dopo amministrazione nonenveloped impianti. *Italian Science Review*. 2015; 12(33). PP. 10-13.
Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2015/december/Karapetyan2.pdf>

Authors

G.E. Karapetyan, Krasnoyarsk State Medical University. named after Prof. V.F.Voino-Yasenetsky, Russia.
R.A. Pakhomova, Krasnoyarsk State Medical University. named after Prof. V.F.Voino-Yasenetsky, Russia.
E.V. Dyabkin, Krasnoyarsk State Medical University. named after Prof. V.F.Voino-Yasenetsky, Russia.

Submitted: November 15, 2015; Accepted: November 29, 2015; Published: December 19, 2015

Introduzione

L'interesse per il metodo di iniezione di tessuti modulo di modifica li costantemente, ma che si manifesta sotto forma di "vampate di calore" e "bassa marea". I primi tre picchi di interesse per l'introduzione di miscele liquide formatura verificano all'inizio e metà del 20 ° secolo e sono associati con paraffina liquida, vaselina e silicone. Chirurgo Gerzuni primo scopo cosmetico nel 1899. L'introduzione della tecnica descritta paraffina. Ma l'uso di cera non è diffuso a causa del gran numero di complicazioni legate alla sua esclusione. Tuttavia, nei primi anni del Novecento ha cominciato letteralmente boom "vaselina"! Densi e viscosi paraffina liquida affascinanti istantanee gonfiare seni, labbra, cosce. Facile e veloce "cosmetologia vaselina" reclutato sempre più vittime. Nessuno sospettava che dopo 6-8 anni, il corpo comincia a rifiutare vaselina estero negli anni '30 braccio vaselina conclusa stessa rapidità con cui era iniziata [1, 2, 3].

La quarta ondata di interesse per la correzione non capsulato, forme del tessuto associato con gel di poliacrilammide

(GPAA), apparso nel 1994. GPAA sono stati ampiamente utilizzati per l'aumento del seno, contornatura viso, deformità correzione femore e tibia, nonché per la correzione del volume di altre parti del corpo [4, 5, 6].

Senza tarda ad arrivare, e le prime notizie di complicanze dopo l'introduzione di GPAA, relativi sia alla struttura del gel, e con le indicazioni della sua amministrazione che si sono uniti nel sintomo chiamato "Sindrome poliacrilammide" [6, 7]. Purtroppo, l'analisi esatta della incidenza di complicanze dopo l'introduzione di GPAA è difficile perché nella pratica della chirurgia ricostruttiva nel nostro paese e all'estero una serie di complicazioni o hiding mascherato da altre diagnosi. Non ci sono sufficientemente chiare indicazioni per la scelta della sindrome trattamento poliacrilammide [8].

Tra il 2007 e il 2014 siamo stati avvicinati da 15 pazienti con una varietà di complicazioni dopo l'introduzione di GPAA. Condizioni di complicazioni e ricerca di cure mediche variano da 3 a 10 anni dopo l'uso GPAA. Per il trattamento

della sindrome poliacrilammide usiamo l'introduzione della protesi, grasso autologo, correzione microchirurgico. L'efficacia dell'introduzione del guscio dell'impianto e indicazioni correzione microchirurgici per il loro uso sono presentati nel caso clinico descritto di seguito.

Caso clinico:

Paziente M., è venuto al Centro di Chirurgia Ricostruttiva ed riparatoria nel 2010. reclami di dolore, arrossamento, gonfiore, la faccia interna della coscia sinistra, la presenza di un difetto della pelle avvolti a 1,5 cm.

Dalla storia: nel 2000 è stata l'introduzione di GPAA alla superficie interna di entrambe le cosce e la superficie interna della tibia per la correzione della deformazione a forma di O degli arti inferiori. Nel 2008, ha prodotto un purulenta autopsia focalizzare la superficie interna della coscia sinistra, la rimozione del gel, riabilitazione multipla, la guarigione del difetto ferita entro 4 mesi. Nel 2009, al fine di eliminare il difetto di tessuti molli della coscia sinistra installato protesi al silicone perforato fatte da singoli parametri. 6 mesi dopo l'impianto erano dolore e arrossamento nella zona di post-operatorio cicatrice coscia sinistra. Cercare aiuto medico al Centro di chirurgia ricostruttiva MSH "SOC sull'arte. Krasnoyarsk OJSC "Ferrovie Russe".

Un esame obiettivo rivela arrossamento, gonfiore della superficie interna della coscia sinistra, un dolore acuto alla palpazione. Nel terzo inferiore della cicatrice post-operatoria della pelle è notevole difetto di 1,5 cm, un impianto di silicone fondo. Una decisione sul trattamento chirurgico per rimuovere l'impianto.

Il decorso postoperatorio è stato regolare, la guarigione dei tessuti per prima intenzione. 2 mesi dopo la guarigione durante l'ispezione indicano un difetto longitudinale superficie interna dei tessuti

molli della coscia sinistra 17 cm x 6 cm, profondità al centro di 1,0 cm.

A questo proposito, si è deciso di eliminare i difetti dei tessuti molli, impostando silicone busta impianto surale di 45 ml, dimensioni 16.6 cm x 5.0 cm e 1.0 cm di proiezione.

In anestesia generale con escissione cicatrici la superficie interna della tasca anca sinistra per l'impianto formato dalla fascia sartorius e tessuto cicatriziale. L'impianto viene posizionato direttamente sopra il fascio vascolare. Il decorso postoperatorio è stato regolare, la ferita guarita per prima intenzione, difetti del tessuto molle eliminato. Risultati a lungo termine sono soddisfacenti (periodo di osservazione di 4 anni dopo l'intervento chirurgico).

Nel 2013, 13 anni dopo l'introduzione del GPAA, la paziente lamentava diritto arrossamento cutaneo coscia, gonfiore di tutta l'area della coscia, dolorosa alla palpazione. Nel terzo inferiore della coscia destra pelle di diametro e 3 cm diluito con fluttuazioni di gel e sintomi radiografici. MRI degli arti inferiori, trovano sparse e drain isole GPAA situati in diversi strati di tessuto molle nell'area della superficie interna della coscia destra ed entrambe le gambe. In connessione con l'infiammazione clinica dei tessuti molli della coscia destra, la decisione sulla rimozione chirurgica della soluzione di gel al problema della portata della chirurgia sul tavolo operatorio.

Funzionamento: In anestesia generale, lineare longitudinale tagliare lungo la superficie interna della coscia destra 10 cm direttamente sopra il sito di infiammazione e la posizione GPAA (MRI) ha l'apertura del gel orale. Un massimo di 50 ml di scarico seroplastic gel. Quando è emerso grave imbibizione morbido tessuto dell'anca GPAA gel prodotta dalla distanza massima dal tessuto molle, il drenaggio di aspirazione cavità igienizzato antisettico installato attraverso l'incisione, la ferita viene suturata strati. Dopo l'intervento, il paziente viene assegnato una terapia razionale, la disintossicazione, immuno-

stimolante e terapia antiossidante, igiene quotidiana delle ferite attraverso la soluzioni di sistema di drenaggio dioxidine. Il sistema di lavaggio rimosso al 5 ° giorno dopo l'operazione. La ferita guarì per prima intenzione.

Nel 2014, durante l'ispezione irregolarità (isolotto) difetti del tessuto molle della coscia interna, e che pertanto la decisione su stazioni di rifornimento "minus-tessuto" con trapianto autologo di tessuto adiposo.

Dopo il trattamento del campo chirurgico, sotto anestesia locale infiltrazione del 0,1% lidocaina integrata con la soluzione di adrenalina (1: 200.000) tenuto in una foratura pelle a 1,5 mm utilizzando un bisturi occhio, partendo 3-5 cm dalla zona donatrice. Abbiamo condotto zona donatrice tumescenze. Tra lipoaspirazione infiltrazione e sostenuta esposizione 15 minuti alla realizzazione dell'effetto vasocostrittore di epinefrina. Quindi, utilizzando un cannula 1,2 mm di diametro tunneling prudente attuata con il minimo sforzo. Tumescenza Precedente contribuito alla zona donatrice del tessuto cannula liscia e facile la penetrazione.

Usando una siringa da 20 ml attaccata alla cannula di aspirazione, a causa della scarsa pressione negativa creata tirando un pistone realizzato grasso recinzione - aspirato primario, che è ulteriormente sottoposto a lavaggio con una soluzione di glucosio 5%.

Dopo pungendo la pelle a 1,5 mm cannula iniezione a 1,2 mm di diametro ha una punta smussata alla fine e ogni proiettile fascio immerso il conseguente presa frazione grassa, rimuovendo gradualmente la cannula simultaneamente applicare pressione allo stantuffo della siringa. Dopo aver rimosso il canale fascio-path cannula è stata delicatamente massaggiare la pelle. Poi sovrapposto aseptica spogliatoio ferita. Il decorso postoperatorio è stato regolare.

Monitoraggio per 6 mesi dopo l'intervento ha contribuito a garantire la conservazione dei risultati. St. localis: senza difetti dei tessuti molli, fianchi lo stesso.

Il volume di autotrapianto di grasso iniettato è rimasto in condizioni soddisfacenti e sostituire completamente difetti del tessuto molle post-operatorie.

I risultati

Nel trattare pazienti con complicanze GPAA dopo somministrazione richiede l'uso di vari metodi combinati di un aiuto chirurgica, che da un lato implicano massima detriti rimozione e tessuti infetti, e dall'altro - utilizzare una combinazione di protesi e autotrapianto a seconda delle dimensioni e la profondità del difetto tessuto molle. Quando scortando cura e meticolosa osservazione clinica dei pazienti è fornita da una prospettiva a lungo termine, risultati stabili ed estetici.

References:

1. Adamyan A.A., Sulamanidze M.A., Romashov Yu.V., Nikolaeva-Fedorova A.V., Adzhieva Z.A. 2004. The result of the correction of soft tissue defects polyacrylamide gel. *Annals of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. P. 23-31.
2. Vissarionov V.A., Yakimets V.G., Karpov E.I. 2000. Evaluating the effectiveness of polyacrylamide hydrogel for the correction of the soft tissue of the lower extremities. *Annals of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. P. 61-66.
3. Kraynik I.V., Povzun S.A. Complications contouring polyacrylamide gels. *International Congress of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 19-21 February 2002. P. 3-72
4. Milanov I.O., Donchenko E.V., Fissenko E.P. 2000. Contour polyacrylamide gels. *Mythology and Reality. Annals of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. P. 63-69.
5. Milanov N.O., Sidorenkov D.A., Donchenko E.V. 2002. Endoprosthesis results are unsatisfactory contouring polyacrylamide gel. *Annals of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*. pp. 84-85
6. Milanov N.O., Startseva O.I. 2006. Tactics of surgical removal of the

consequences of the introduction of the polyacrylamide gel in the breast with a view to increasing the plastics. MC. V.1. P. 15-22.

7. Nerobeev A.I., Lopatin V.V. Implants for soft tissue augmentation - Reality and Perspectives.

8. Nerobeev A.I. 2000. Evaluating the effectiveness of polyacrylamide hydrogel for the correction of the soft tissue of the lower extremities. Annals of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. P. 67-71.