



*ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава Российской Федерации
Кафедра дерматовенерологии и косметологии ДПМО*

ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЯТРОГЕННОГО ПАННИКУЛИТА (клинический случай)

асс. Перцева Е.В., врач-ординатор 2 года Лагерь О.С.

*г. Донецк
28.01.2026 г*

Панникулиты (Panniculitis) - группа гетерогенных заболеваний, характеризующихся воспалением подкожножировой клетчатки и нередко протекающих с вовлечением в процесс опорно-двигательного аппарата и внутренних органов.

В косметологии панникулит может возникать как осложнение, например, после процедур, связанных с введением препаратов для нехирургического лечения отложений подкожного жира (липолитиков). В некоторых случаях панникулит развивается как реакция на введение дермальных наполнителей или ботулотоксина.

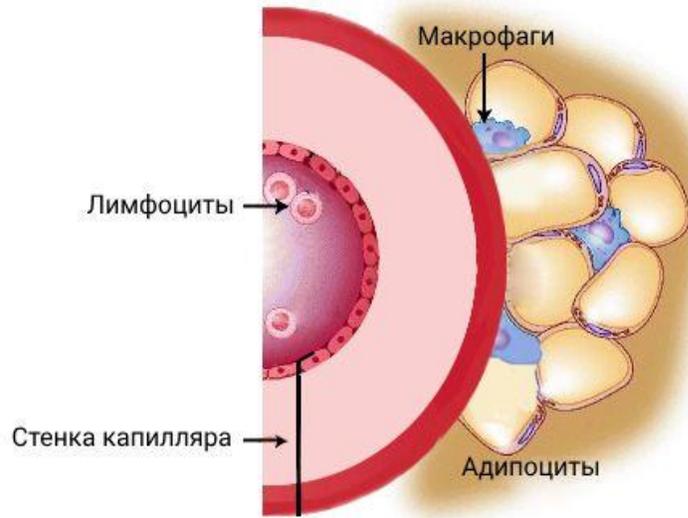
На современном этапе проблема диагностики панникулита связана в первую очередь с многообразием его клинических вариантов и отсутствием единых критериев, что нередко становится причиной позднего выявления и неадекватного лечения заболевания.

И хотя впервые панникулит был описан еще в начале XIX в., его тайна и по сей день остается не до конца раскрытой.

Точные данные о заболеваемости в мире отсутствуют. В целом панникулит выявляют у 3–47 % людей, в основном в возрасте от 15 до 49 лет. Чаще им страдают женщины, причём заболевание может возникнуть в любом возрасте.

ЭТИОЛОГИЯ

Единая концепция этиологии и патогенеза панникулита в настоящее время отсутствует. Определенная роль отводится инфекционным факторам (вирусам, бактериям), травмам, приему лекарственных препаратов, иммуновоспалительным и аутовоспалительным заболеваниям.



ПАТОГЕНЕЗ

Одним из механизмов развития воспаления в жировой ткани является повышение проницаемости капилляров. Оно сопровождается очаговым скоплением лейкоцитов (воспалительных клеток), в ряде случаев также нарастает концентрация циркулирующих иммунных комплексов. Важную роль в увеличении проницаемости капилляров играет венозный застой и повышение венозного давления. Именно поэтому панникулит преимущественно локализуется на ногах, где часто повышено венозное давление.

В патогенезе панникулитов важнейшее значение принадлежит перекисному окислению липидов. При этом в органах и тканях накапливаются промежуточные продукты окисления, которые подавляют активность ряда ферментов и нарушают проницаемость клеточных мембран, что приводит к разрушению клеточных структур и гибели клеток.

Свою роль в развитии панникулитов также играют провоспалительные цитокины (интерлейкин-2 и фактор некроза опухоли- α), которые в большом количестве вырабатываются активированными лимфоцитами и макрофагами.

1. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4 томах. Том 2 / под ред. Ю. К. Скрипкина. — М.: Медицина, 1995. — 544 с.

2. Усачева М. Н., Черкасова Е. Г., Бабаева А. Р. Клинические и морфологические особенности панникулита и узловатой эритемы // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2017. — № 1. — С. 50–55.

КЛАССИФИКАЦИЯ

СЕПТАЛЬНЫЕ (панникулиты с первичным воспалением соединительнотканых перегородок)

При данной группе панникулитов поражаются соединительнотканые перегородки, которые расширяются и замещают собой жировые доли. При распространенном процессе небольшие скопления воспалительных клеток наблюдаются и среди жировых долей. Прототипом данных панникулитов является узловатая эритема.



ЛОБУЛЯРНЫЕ (панникулиты с первичным воспалением жировых долей)

При данном виде панникулитов воспаление первично возникает в долях жировой ткани. Наиболее частыми примерами этой разновидности панникулитов являются: волчаночный панникулит, индуративная эритема, панникулит вследствие холодового воздействия, панкреатический панникулит, панникулит как результат дефицита α -антитрипсина, травматический панникулит, глубокая форма саркоидоза. Подкожная панникулит-подобная Т-клеточная лимфома также характеризуется первичным поражением долей жировой ткани.



Первичный, или спонтанный:

- ✓ панникулит Вебера—Крисчена

Вторичный (выделяют 16 разновидностей):

- ✓ иммунологический – нередко наблюдается на фоне системных васкулитов;
- ✓ волчаночный (люпус-панникулит) – развивается при глубокой форме системной красной волчанки;
- ✓ ферментативный – связан с воздействием панкреатических ферментов, уровень которых в крови повышается при панкреатите;
- ✓ пролиферативно-клеточный – возникает при лейкемии, лимфоме, гистиоцитозе и др.;
- ✓ холодовой – локальная форма панникулита, развивающаяся в ответ на сильное холодное воздействие, проявляется плотными розовыми узлами, которые проходят в течение 2–3 недель;
- ✓ стероидный – может возникать у детей в течение 1–2 недель после окончания общего лечения кортикостероидами, характеризуется самопроизвольным излечением и не требует терапии;
- ✓ искусственный (психический панникулит) – связан с введением некоторых медикаментозных препаратов;
- ✓ кристаллический – развивается при подагре и почечной недостаточности;
- ✓ панникулит эозинофильный;
- ✓ панникулит с дефицитом комплемента, панникулит липоатрофический;
- ✓ панникулит, связанный с дефицитом α 1-антитрипсина;
- ✓ **ятрогенный панникулит - возникает как следствие медицинского вмешательства (нежелательного лечения и/или диагностических манипуляций).**

Ятрогенный панникулит - воспаление подкожной жировой клетчатки, развившееся вследствие врачебного вмешательства или медикаментозного воздействия

Основные причины:

- ✓ инвазивные процедуры: инъекции, биопсии, катетеризации, хирургические вмешательства
- ✓ механическое повреждение жировой ткани
- ✓ реакция на вводимые лекарственные препараты или материалы
- ✓ воспалительная или аллергическая реакция, вызванная медицинским воздействием

ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК

Первичный морфологический элемент: узел

Особенности:

- ✓ локализация в подкожно жировой клетчатке, в местах проведения медицинских манипуляций
- ✓ болезненные/безболезненные
- ✓ изолированные друг от друга
- ✓ четко отграниченные от окружающей ткани
- ✓ различной окраски (от телесной до багрово-синюшной)
- ✓ диаметром менее 5 см
- ✓ типичен симптом «цветения синяка»
- ✓ уплотнения регрессируют без образования язв и рубцов

Часто развитию панникулита предшествуют лихорадка (до 41°C), слабость, тошнота, рвота, снижение аппетита, полиартралгии

ДИАГНОСТИКА

Принцип «ООО», внедренный в медицинскую практику проф. Проценко Т.В.

- ✓ **Опрос и анализ анамнеза**
- ✓ **Осмотр всей кожи и оценка ее состояния**
- ✓ **Обследование и анализ медицинской документации**

Успех в диагностике панникулита в первую очередь зависит от:

- ✓ тщательно собранного анамнеза (с указанием сведений о предшествующих заболеваниях и сопутствующих патологиях)
- ✓ принимаемых лекарственных препаратов
- ✓ адекватной оценки клинической симптоматики
- ✓ лабораторных показателей
- ✓ выявления типичных морфологических изменений

Изменения общепринятых лабораторных анализов:

- ✓ неспецифичны, отражают степень выраженности воспалительного процесса
- ✓ не позволяют оценить нозологическую принадлежность

Для верификации панникулита, большое значение имеет:

- ✓ гистоморфологическое исследование, представляющее собой «золотой стандарт»
- ✓ диагностики
- ✓ ультразвуковое исследование кожи

ПРИНЦИП «ООО»

Опрос больного:

- ✓ наличие предшествующей инфекции (боль в горле, диарея, укусы насекомых и/или животных) и т. д.
- ✓ прием медикаментов (гормональные контрацептивы, антибиотики и др.)
- ✓ проведение инъекционных косметологических процедур (когда проводилась? каким препаратом проводилось? зона в которой проводилась инъекционная косметологическая процедура?)
- ✓ наследственная предрасположенность
- ✓ патология видимых слизистых оболочек (афты во рту и/или на половых органах)
- ✓ патология поджелудочной железы, печени
- ✓ зарубежные поездки и пр.
- ✓ беременность

Клинический случай №1

Больная К., 58 лет.

Жалобы: на боли в височной и скуловой области (больше справа), болезненность при открывании рта, отек лица

Анамнез заболевания:

- Считает себя больной с 11.2024г.
- Связывает с проведением инъекционной косметологической процедуры:
 - 1-я инъекционная процедура 09.2024г.: постановка нитей PDO в щечно-височной области
 - 2-я инъекционная процедура 10.2024г.: филлер неизвестного производителя (Корея) периостально в височно-скуловой области иглой 27G

➤ По рекомендациям косметолога (11-12. 2024г.) было введено:

- Гиалуронидаза по 1500МЕ дважды с интервалом 8 дней
- Дексаметазон по 4 мг/сут в/м №3
- Супрастин по 1 мл в/м №5
- Нимесил 2 р/день №5
- Амоксиклав 875мг+125мг по 2таб/сут №7

Отмечалось незначительное улучшение

➤ 29.12.2024г. почувствовала ухудшение (нарастание отека, тяжесть и боль, гиперемию в правой височной области, повышение температуры 39,0, слабость, боль в суставах). Была госпитализирована в терапевтическое отделение.

Проведено лечение:

- Дексаметазон (по схеме) 12-12-8-8-4 + 200 мл 0,9%NaCl
- Супрастин 1мл/сут в/м №5
- Глюконат кальция 10% по 5мл в/в №5
- Цефтриаксон по 2 гр/сут №5

С улучшением была выписана из стационара

➤ 11.01.2025г. почувствовала ухудшение (боль, тяжесть в области лица, больше в височной области), была представлена проф. Проценко Т.В.

Locus morbi

- первичный морфологический элемент: узел
- первичный морфологический процесс: ограниченный
- локализация: область лица

Особенности:

- ✓ - множественные узлы
- ✓ - цвет: бледно-розовый
- ✓ - размеры: 0,2 до 0,7 см в диаметре
- ✓ - четкие ровные контуры
- ✓ - изолированные друг от друга
- ✓ - четко отграниченные от окружающей ткани

Результаты обследования:

На момент осмотра: лицо асимметрично вследствие отека в области скуловой дуги справа, открывание рта несколько ограничено, болезненно. Кожа и видимые слизистые свободны от высыпаний.

ОАК : лейкоцитоз - 17,5, Нв - 108 г/л, эритроциты - 3,8, нормохромия эритроцитов, п/я - 25, сегм - 60, моноц 3 3, лимф - 10, эоз - 2, тромбоциты - 403 тыс.

Глюкоза плазмы (суточная гликемия) : 26,3–26,0–25,0–14,5 мм/л.

СРБ – отрицат.

Сывороточное железо - 31,3 мкм/дл (норма: 61 – 157 мкг/дл)

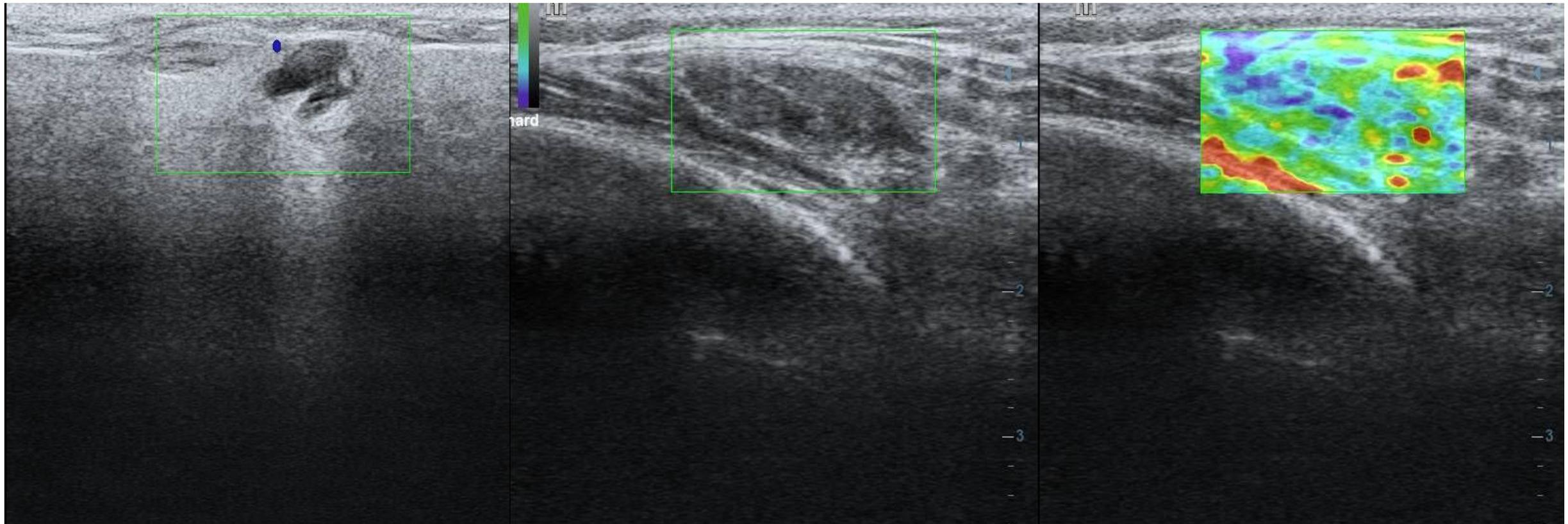
Скрининг-ANA (антиядерные антитела) - в реакции иммунофлюоресценции свечение не наблюдается (АС-0*), что свидетельствует об отсутствии антиядерных аутоантител.

Тиреотропный гормон (ИХЛ) - 1,39 мкМЕ/мл (норма: 0,35-5,1).

Т4 свободный (ИХЛ) - 8,45 ммоль/л (норма: 6,44-18).

- ✓ УЗИ кожи лица от 11.01.2025г.: В проекции исследования эпидермис и дерма без структурных изменений, гиподерма и подкожно жировая клетчатка имеют тяжистую фиброзную структуру, в режиме цветного доплеровского картирования без очагов патологического кровотока, в режиме эластографии однородной плотности. Субдермально на глубине 3-7мм визуализируются множественные образования анэхогенной плотности, округлой формы с ровными четкими контурами в режиме ЦДК без усиления васкуляризации, эластографически сниженной плотности, размер образований от 2х до 5мм, включения расположены на всем протяжении исследования фрагментарно. В проекции височных и нижнечелюстных анатомических зон над костными структурами визуализируются образования гипоэхогенной плотности, не однородной структуры, округлой и овальной формы с ровными четкими контурами, размерами от 5х5мм до 7-10мм в режиме ЦДК без особенностей, в режиме эластографии плотности окружающих тканей.
- ✓ УЗИ ЩЖ от 11.01.2025г.: Щитовидная железа не увеличена, нормальной эхогенности однородной структуры без особенностей.
- ✓ УЗИ Л/У от 11.01.2025г.: Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены в режиме ЦДК с усилением васкуляризации.
- ✓ УЗИ слюнных желез от 11.01.2025г.: Поднижнечелюстные слюнные железы увеличены в размере, повышенной эхогенности, протоки расширены васкуляризация усилена, в проекции которых определяются очаги с гиперэхогенными включениями.

УЗИ кожи лица от 11.01..25г: в гиподерме визуализируются множественные гипоэхогенные образования, округлой формы с ровными четкими контурами от 2-х до 10 мм, включения расположены на всем протяжении исследования фрагментарно. Выводы: эхопризнаки инородных тел.



УЗИ кожи лица от 11.01.25г.

На основании:

- ✓ жалоб: болезненность и отек кожи лица
- ✓ анализа анамнеза: после проведения имплантации нитей PDO в щечно-височной области и введения филлера неизвестного производителя (Корея) периостально в височно-скуловой области
- ✓ клинических данных: явление панникулита на коже в области лица
- ✓ лабораторных данных: на УЗИ кожи и мягких тканей лица от 11.01.2025г. признаки инородных тел в височной области справа, в проекции скуловой области справа и слева, щечной области и носогубной складки слева и справа, увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов с усилением васкуляризации, увеличение поднижнечелюстных слюнных желез

DS: Ятрогенный панникулит (МКБ 10: М 35.6)

Проведено лечение:

- системные глюкокортикостероиды, стартовая доза 30 мг/сутки (в преднизолоновом эквиваленте), с последующим ступенчатым снижением, с дальнейшей коррекцией шага снижения
- корригирующая терапия: омепразол по 20 мг 1 капс., 1 р/д, утром; аспаркам по 1 таб., 1 р/д
- противовирусные препараты: валацикловир по 500 мг, 1 р/д, до регресса высыпаний
- наружно: тридерм крем 2 р/д, е/д, до 4-х недель
- ФЗТ: МИЛТ + фонофорез с бетаметазоном ч/д, 12 процедур

В результате проведенного лечения, отмечена положительная клиническая динамика: через 1,5 месяца, отмечено значительное уменьшение плотности мягких тканей лица, наблюдение продолжается

Клинический случай №2

Больная З., 52 года.

Жалобы: на болезненность и отек кожи лица.

Анамнез заболевания:

➤ **болеет** с июля 2025г.

➤ **связывает** с проведением инъекционной косметологической процедуры:

- 1-я инъекционная процедура 05.2025г.: препаратом Radiesse по 1 мл в разведении 1/1 с физ.р-ром в скуловой области
- 2-я инъекционная процедура 06.2025г.: филлером Teosyal по 0,2 мл в зону Макгрегора

➤ **по рекомендациям косметолога**, было введено:

- в конце июля 2025г.: дексаметазон по 4 мл, в/м, е/д, 5 дней, супрастин - с незначительным улучшением
- 1 августа 2025г.: дексаметазон (по схеме): 8-8-6-4-4 мл, е/д, 5 дней – с незначительным улучшением
- 6 августа 2025г.: дексаметазон (по схеме): 8-8-6-4-4 мл, в/м, е/д, 5 дней, азитромицин по 500 мг, е/д, 6 дней, венарус по 500 мг, е/д, 10 дней, супрастин, глюконат кальция – с незначительным улучшением
- 14 августа 2025г.: преднизолон по 30 мг, 1 амп., в/м е/д, 3 дня – с незначительным улучшением
- 17 августа 2025г.: дексаметазон по 2 мг, е/д, 1 р/д, 10 дней, микротоки 8 процедур – с кратковременным улучшением
- в начале сентября 2025г., самостоятельный прием: лимфотранзит по 5 мг, 2 р/д, е/д, 10 дней, затем лимфомиозот по 30 мл, 2 р/д, е/д, 10 дней - с кратковременным улучшением

Locus morbi

- ✓ первичный морфологический элемент: узел
- ✓ первичный морфологический процесс: ограниченный
- ✓ локализация: область лица

Особенности:

- множественные узлы
- цвет: бледно-розовый
- размеры: 0,2 до 0,7 см в диаметре
- четкие ровные контуры
- изолированные друг от друга
- четко отграниченные от окружающей ткани

Результаты обследования:

- ✓ Скрининг-ANA (антиядерные антитела) - в реакции иммунофлюоресценции свечение не наблюдается (АС-0*), что свидетельствует об отсутствии антиядерных аутоантител
- ✓ Тиреотропный гормон (ИХЛ) – 0,658 мкМЕ/мл (норма:0,35-5,1)
- ✓ Т4 свободный (ИХЛ) - 9,31ммоль/л (норма: 6,44-18)
- ✓ Антитела к пероксидазе тиреоцитов (ИХЛ) – 0,41 МЕ/мл (норма:<9)
- ✓ УЗИ кожи лица от 17.10.25г.: в подглазничной области справа определяется единичное анэхогенное образование до 0,4 x 0,2 см. В проекции носогубной складки справа в гиподерме на различной глубине определяются гипоэхогенные структуры овальной и неправильной формы, размером: 0,4 x 0,2 см, 0,3 x 0,2, 0,7 x 0,5 см, 0,8 x 0,5 см. В проекции носогубной складки слева анэхогенное образование неправильной формы с нечетким и неровным контуром, размером: 1,0 x 0,5 см. В проекции скуловой области слева и в щечной области анэхогенные и гипоэхогенные структуры округлой, овальной и неправильной формы, размером: 0,4 x 0,3 см, 0,4 x 0,2 см. Выводы: эхопризнаки инородных тел
- ✓ УЗИ ЩЖ от 17.10.25г.: нормальная эхоструктура ЩЖ

На основании:

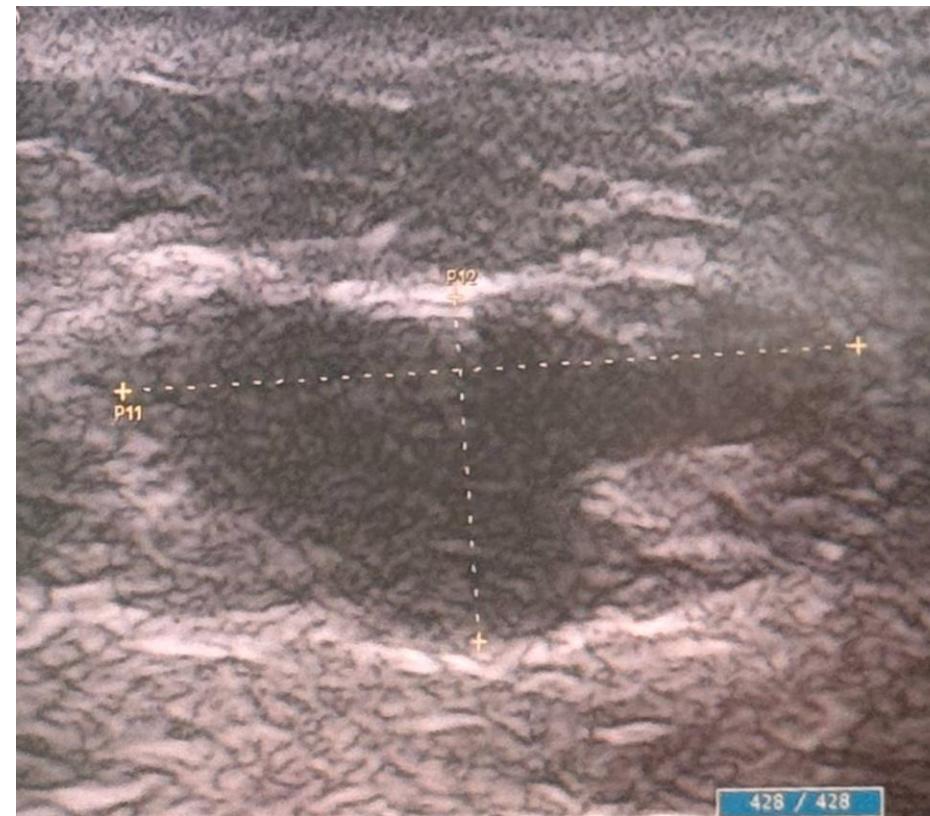
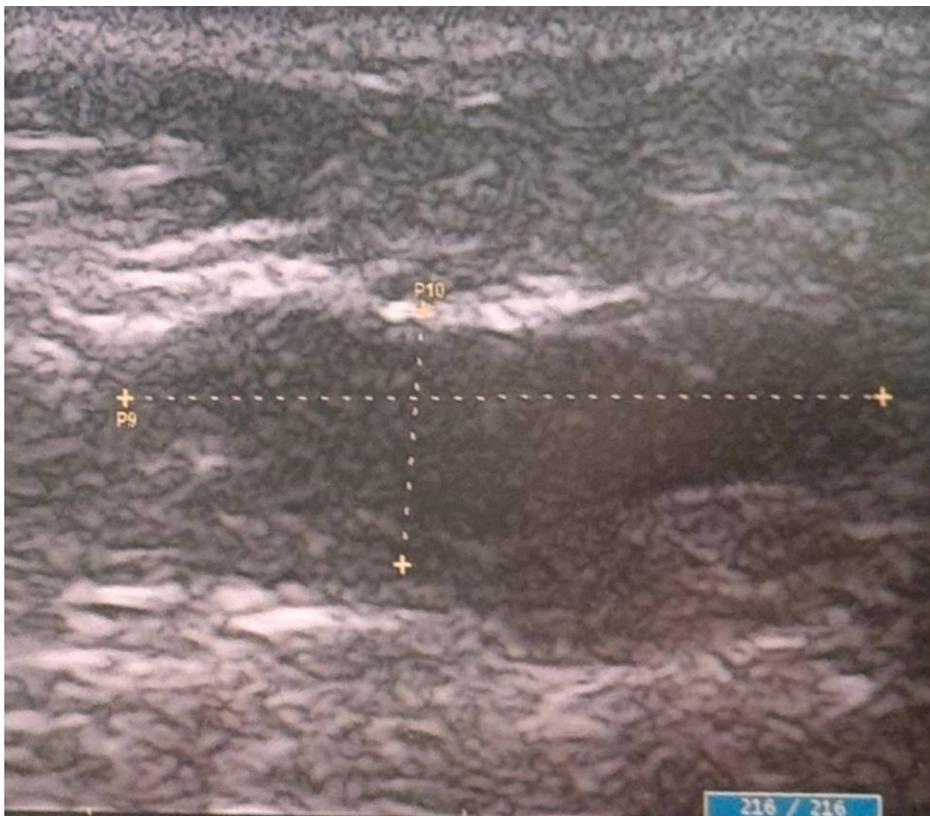
- жалоб: на болезненность и отек кожи лица
- анализа анамнеза: после проведения аугментации губпрепаратом Radiesse по 1 мл в разведении 1/1 с физ.р-ром в скуловой области. Филлером Teosyal по 0,2 мл)
- клинических данных: явление панникулита на коже лица в скуловой, носогубной и подглазничной области
- лабораторных данных: на УЗИ кожи лица от 24.11.25г.: эхопризнаки инородных тел в подглазничной области справа, в проекции скуловой области слева, щечной области и носогубной складки слева и справа

DS: Ятрогенный панникулит (МКБ 10: М 35.6)

Проведено лечение:

- системные глюкокортикостероиды, стартовая доза 30 мг/сутки (в преднизолоновом эквиваленте), с последующим ступенчатым снижением, с дальнейшей коррекцией шага снижения
- корригирующая терапия: омепразол по 20 мг 1 капсул., 1 р/д, е/д, утром; аспаркам по 1 таб., 1 р/д, е/д
- противовирусные препараты: валацикловир по 500 мг, 1 р/д, е/д, до регресса высыпаний
- наружно: тридерм крем 2 р/д, е/д, до 4-х недель
- ФЗТ: МИЛТ + фонофорез с бетаметазоном ч/д, 10 процедур

УЗИ кожи лица от 24.11.25г.



УЗИ кожи лица от 24.11.25г.: в проекции носогубной складки справа, в гиподерме, определяются гипоэхогенные образования овальной формы с четкими ровными контурами размером: 0,4 см x 0,2 см, 0,4 см x 0,3 см, 0,2 см x 0,1 см. В проекции носогубной складки слева, в гиподерме определяются гипоэхогенные образования продолговатой формы с четким, неровным контуром, размером: 0,8 см x 0,3 см, 1,0 см x 0,4 см.

Выводы: эхопризнаки инородных тел.

Выводы

Основные цели терапии панникулита – уменьшение выраженности симптомов и предотвращение или замедление прогрессирования болезни с последующим достижением ремиссии.

Многообразие форм и вариантов течения панникулита обуславливает необходимость:

- ✓ Тщательного опроса
- ✓ Всестороннего клинико-лабораторного и инструментального обследования
- ✓ Верификации диагноза и своевременного назначения адекватной терапии



**СПАСИБО
ЗА
ВНИМАНИЕ!**