

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М.

Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

**ИНВАЗИВНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ КАК ФАКТОР  
ФОРМИРОВАНИЯ ЯТРОГЕННОГО ПАННИКУЛИТА.  
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ  
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Подготовили ординаторы 2-го года: Груднева А.А., Лагерь О.С.

17 декабря 2025г.

г. Донецк

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Инъекционные косметологические процедуры могут стать причиной развития различных патологий, среди которых особое внимание занимает *ятрогенный панникулит*

## ВВЕДЕНИЕ

*Панникулит* (Panniculitis) – группа гетерогенных воспалительных заболеваний, характеризующихся поражением подкожной жировой клетчатки (ПЖК) и нередко протекающих с вовлечением в процесс опорно-двигательного аппарата и внутренних органов

- ✦ 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
- ✦ Зачастую панникулит приводит к инвалидизации, в том числе пациентов в любом возрасте, но особенно часто в фертильном периоде – до 47% населения, что указывает на актуальность его изучения

# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

✦ Этиологии и патогенеза панникулита в настоящее время отсутствует

Определенная роль отводится:

- инфекционным факторам
- травмы
- прием лекарственных препаратов
- аутовоспалительным заболеваниями

✦ В основе патогенеза:

- нарушения перекисного окисления липидов

# КЛАССИФИКАЦИЯ

Общепринятая классификация панникулита на сегодняшний день отсутствует

В зависимости от гистоморфологической картины выделяют:

✦ Септальные панникулиты – воспалительные изменения, преимущественно локализуются в соединительнотканых перегородках (септах) между жировыми дольками



✦ Лобулярные панникулиты - характеризуются в основном поражением самих жировых долек



**Первичный**, или спонтанный:

- панникулит Вебера—Крисчена

**Вторичный**: выделяют 16 разновидностей:

- иммунологический
- волчаночный (люпус-панникулит)
- ферментативный – связан с воздействием панкреатических ферментов, уровень которых в крови повышается при панкреатите
- пролиферативно-клеточный
- холодовой
- стероидный
- 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  $\alpha 1$ -антитрипсина
- **ятрогенный панникулит** - возникает как следствие медицинского вмешательства (нежелательного лечения и/или диагностических манипуляций)

# ЯТРОГЕННЫЙ ПАННИКУЛИТ

*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 Р., 43 года.

**Жалобы:** на болезненность и отек на коже в области ягодиц.

**Анамнез заболевания:**

- **болеет** с 02.02.2025г.
- **связывает** с проведением инъекционной косметологической процедуры:
  - аугментация ягодиц, боди-филлером «Tesoro» – 60 мл НА, 200 мг/мл – 4 флакона
  - отметила появление болевого синдрома и отёка на коже в области ягодиц
- косметологом не были даны рекомендации по уходу и реабилитационным мероприятиям после выполнения данной инъекционной косметологической процедуры. Самостоятельно наносила на кожу в области ягодиц крем 911, бадяга и подобные им – без эффекта.

# LOCUS MORBI

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

## Особенности:

- множественные узлы
- цвет: бледно-розовый
- размеры: 0,4 см на 0,2 см в диаметре
- четкие ровные контуры
- изолированные друг от друга
- четко отграниченные от окружающей ткани

### *Результаты обследования:*

Маркеры костной ткани 25-гидроксивитамин D (25-(ОН)D) от 25.03.25г.: 33,16 нг/мл (достаточное содержание)

Общеклинический анализ крови развернутый от 05.06.25г.: эритроциты - 4,38  $10^{12}/л$ , гемоглобин – 130 g/l, тромбоциты – 230  $10^9/l$ , лейкоциты - 4,29  $10^9/l$ , нейтрофилы – 46,6 %, лимфоциты – 46,2%, моноциты – 4,3%, эозинофилы – 3%, СОЭ – 8 мм/ч

Пролактин (ИХЛ) – 438,9 мкМЕ/мл (норма: 80,56-650,8)

Тиреотропный гормон (ИХЛ) – 1,33 мкМЕ/мл (норма: 0,35-5,1)

Т4 свободный (ИХЛ) – 9,45ммоль/л (норма: 6,44-18)

Антистрептолизин – О, количественно – 147 U/мл (норма: 0-200)

Антитела к пероксидазе тиреоцитов (ИХЛ) – 0,47 МЕ/мл (норма: <9)

Ревматоидный фактор (РФ), количественно – 6,3 U/мл (норма: <14)

Иммуноглобулин Е общий (ИХЛ) – 15,6 МЕ/мл (норма: <100)

С-реактивный белок (СРБ), количественно – 0,52 мг/л (норма: 0-5)

УЗИ кожи ягодичной области справа и слева от 03.06.25г.: гиподерма неравномерно гиперэхогенно инфильтрирована на значительном протяжении, отмечаются расширенные лимфатические сосуды до 0,10 см. На глубине 0,3 и 0,5 см от поверхности кожи определяются инородные тела, размером 0,4 см x 0,2 см (левая ягодичная область) и 0,7см x 0,3 см (правая ягодичная область). Выводы: эхогенные признаки лимфангита с наличием инородных тел

УЗИ органов брюшной полости от 14.04.25г.: эхопризнаки невыраженных структурных изменений печени, поджелудочной железы

УЗИ щитовидной железы (ЩЖ) от 14.04.25г: эхопризнаки нормального строения паренхимы ЩЖ (TI-RADS1)

УЗИ матки и придатков от 14.04.25г: эхопризнаки овуляторного цикла, нормальной структуры миометрия матки, эндометрия. Правый яичник без выраженных структурных изменений. Истощения овариального резерва левого яичника

УЗИ молочных желёз от 14.04.25г: УЗ-признаки возрастных изменений структуры молочных желёз (BI-RADS1)

На основании:

- жалоб: болезненность и отек на коже в области ягодиц
- анализа анамнеза: после проведения аугментации ягодиц, боди-филлером «Tesoro» – 60 мл НА, 200 мг/мл – 4 флакона
- клинических данных: явление панникулита на коже в области ягодиц
- лабораторных данных: на УЗИ кожи в области ягодиц от 03.06.25г., признаки инородных тел в ягодичной области справа и слева

*DS:* Ятрогенный панникулит (МКБ 10: М 35.6)

Проведено лечение:

- ректально – диклофенак по 100 мг.
- наружно: втирать в ягодицы Траумель мазь
- ФЗТ: Фонофорез с бетаметазоном

В результате проведенного лечения, через 4 месяца, отмечена положительная клиническая динамика:

- значительное уменьшение плотности мягких тканях ягодиц

## 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 (антинуклеарные 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).

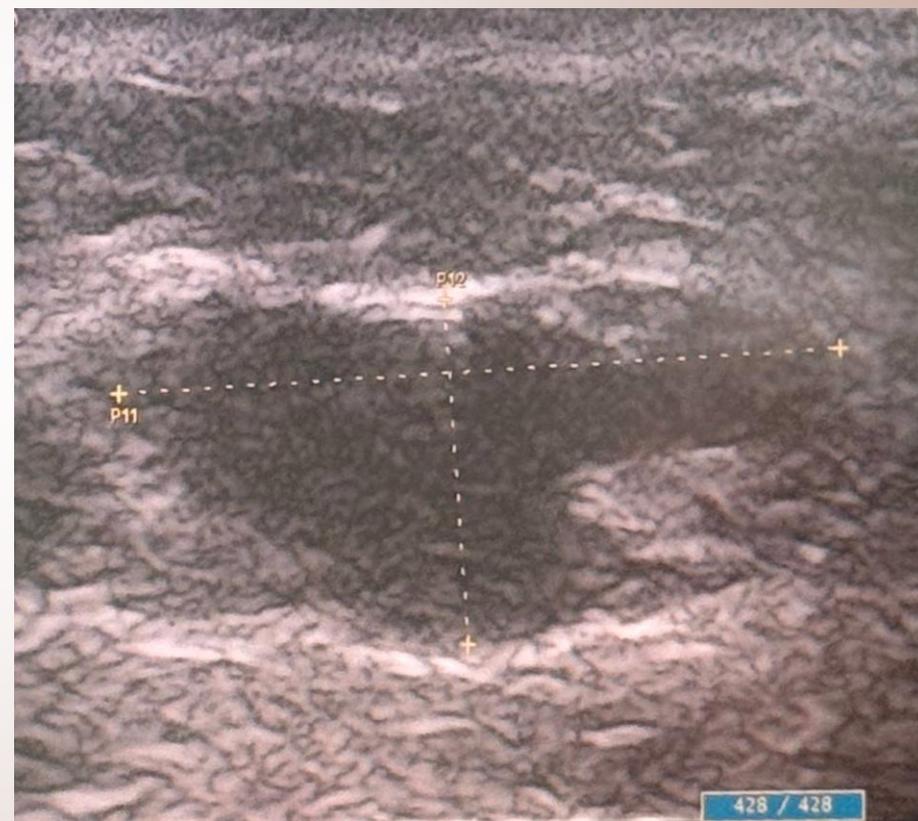
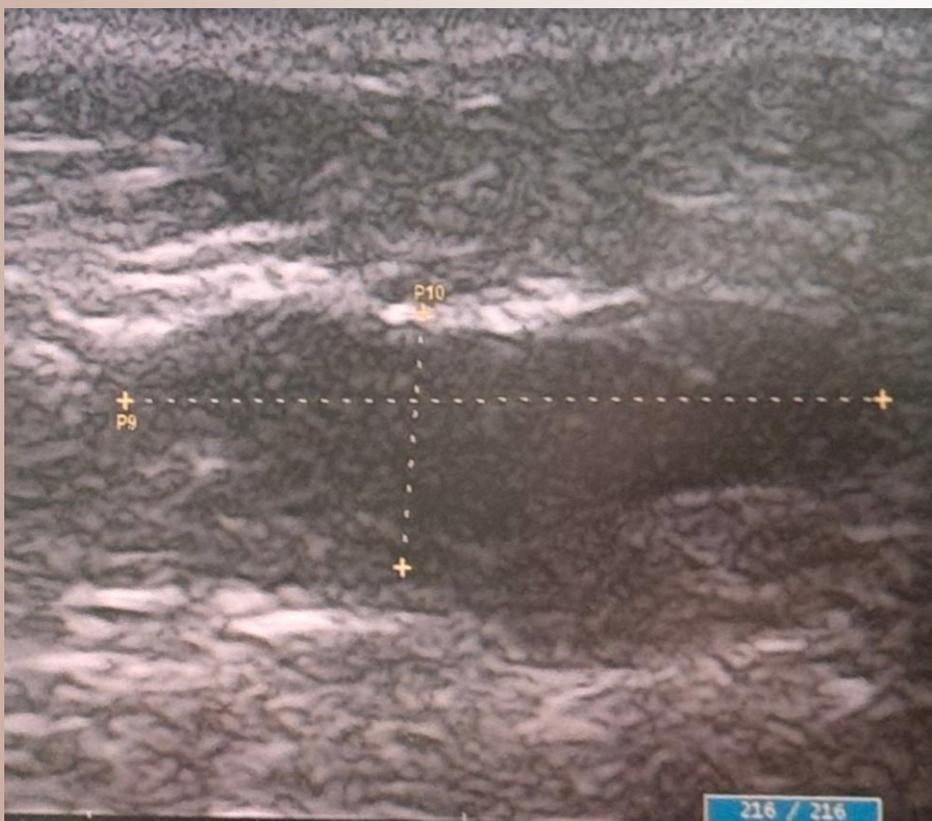
Т4 свободный (ИХЛ) - 9,31ммоль/л (норма: 6,44-18).

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.

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.



*УЗИ кожи лица от 24.11.25г.*

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 последующем ступенчатым снижением, с дальнейшей коррекцией шага снижения
- корригирующая терапия: омепразол по 20 мг 1 капс., 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

В результате проведенного лечения, через 2,5 месяца отмечена положительная динамика:

- уменьшение плотности на коже мягких тканях лица

# ВЫВОДЫ

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

Лечение панникулита окончательно не разработано и проводится в основном эмпирически с учетом терапии основного заболевания.

Нестероидные противовоспалительные препараты, малые дозы глюкокортикостероидов способствуют уменьшению выраженности воспалительных изменений.

Многообразие форм и вариантов течения панникулита обуславливает необходимость:

1. Тщательного опроса.
2. Всестороннего клинико-лабораторного и инструментального обследования.
3. Верификации диагноза и своевременного назначения адекватной терапии.

**«НЕ ОШИБАЕТСЯ ТОТ, КТО НИЧЕГО  
НЕ ДЕЛАЕТ, ХОТЯ ЭТО И ЕСТЬ ЕГО  
ОСНОВНАЯ ОШИБКА»**

**Алексей Толстой**

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**