

5. Уфимцева М.А. Хронические аутоиммунные буллезные дерматозы: Учебное пособие для осваивающих образовательные программы высшего образования по специальности Лечебное дело. / М.А. Уфимцева, Е.П. Гурковская, Ю.М. Бочкарев, Гринев А.Г и др. - Екатеринбург: УГМУ, 2015. - 52 с.

6. Bellinato F, Maurelli M, Gisondi P, Girolomoni G. Clinical features and treatments of transient acantholytic dermatosis (Grover's disease): a systematic review. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2020 Aug;18(8):826-833. doi: 10.1111/ddg.14202. Epub 2020 Aug 7. PMID: 32767513.

7. Lacarrubba F, Boscaglia S, Nasca M.R, Caltabiano R, Micali G. Grover's disease: dermoscopy, reflectance confocal microscopy and histopathological correlation. *Dermatol Pract Concept* 2017; 7(3): 51–54. <https://doi.org/10.5826/dpc.0703a11>.

8. Zhu HJ, Clark LN, Deloney LA, McDonald JE. Grover disease (transient acantholytic dermatosis) in acute myeloid leukemia on FDG PET/CT. *Clin Nucl Med* 2014; 39 (2): 173–5.

УДК 616.5-002.191

**Галактионова Ю.П., Симонова Н.В.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРАНУЛЕМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ  
ЛИЦА ПОСЛЕ ИНЪЕКЦИОННОГО ВВЕДЕНИЯ ФИЛЛЕРА**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Galaktionova Yu.P., Simonova N.V.  
CLINICAL CASE OF FACIAL GRANULOMA AFTER FILLER  
INJECTION**

Department of dermatovenerology and life safety  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: galakt-yuliya@yandex.ru

**Аннотация.** Представлена актуальная информация о применении филлеров в косметологии, возможных осложнениях после их введения. Рассмотрены данные эпидемиологии, клинической и патоморфологической картины, диагностики гранулем инородного тела, возникающих после введения гелевых имплантов в кожу. В статье продемонстрирован редкий клинический случай гранулемы, развившейся после инъекций в кожу и мягкие ткани лица препарата стабилизированной гиалуроновой кислоты. Описаны современные подходы к ведению пациентов с данным осложнением.

**Annotation.** The article contains up-to-date information about injectable facial fillers and fillers-related complications. Various sources were analyzed, data on the epidemiology, clinical features and diagnosis of filler-related foreign body granulomas (FBG) are presented. Histopathology of FBG is described. Rare clinical case of foreign body granuloma that occurred after skin injections of stabilized hyaluronic acid filler is demonstrated. Modern patient management's approaches are described.

**Ключевые слова:** Эстетическая медицина, дермальные филлеры, осложнения, гранулема инородного тела

**Key words:** Aesthetic medicine, facial fillers, complications, foreign body granuloma.

### **Введение**

По данным мировой статистики процедуры внутрикожного инъекционного введения биодеградируемых гелевых препаратов с эстетическими целями с каждым годом становятся более популярными среди населения [4]. Инъекции, которые рекламируются как безопасные и простые “lunch-time” процедуры, стали привлекательной альтернативой пластической хирургии.

Для омоложения и устранения морщин используются различные филлеры (от англ. «to fill» – наполнять). Другие показания включают коррекцию дефицита объема мягких тканей при ВИЧ-ассоциированной липоатрофии лица, прогрессирующей идиопатической гемиатрофии лица (синдром Парри-Ромберга) и других заболеваниях. Современные биодеградируемые препараты, в отличие от использовавшихся ранее силикона и полиметилметакрилата, считаются биосовместимыми и безопасными, осложнения встречаются значительно реже. Нежелательные явления могут быть ранними (возникают через несколько дней или недель после введения) или поздними (спустя несколько недель/месяцев или лет) [5].

В современной косметологии используются филлеры на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты, которая в течение 3-12 месяцев после введения в кожу и мягкие ткани рассасывается под воздействием гиалуронидазы. Несмотря на благоприятный профиль безопасности и временный характер нежелательных явлений, в литературе описаны случаи развития длительно сохраняющихся изменений кожи и мягких тканей после введения гелей гиалуроновой кислоты [6]. У пациентов могут появиться воспалительные эритематозные и папулезные элементы, плотные узловато-кистозные образования, гранулемы инородного тела (ГИТ), «стерильный» абсцесс [6].

Гранулематозное воспаление большинством авторов относится к иммунному специфическому воспалению и возникает при таких процессах как туберкулезная волчанка, лепра, саркоидоз и др. [3]. В ответ на введение филлера в коже может развиваться гранулематозная воспалительная реакция на

инородное тело, которая является неиммунной токсической (неинфекционной) реакцией мононуклеарных фагоцитов на нерастворимый экзогенный стимул [3].

Хроническое воспаление при ГИТ поддерживается длительным пребыванием в коже не подвергающегося элиминации инородного материала. Таким образом, завершение воспалительного процесса невозможно, полной регенерации не происходит, фазы обострения сменяются фазами затихания процесса. Преобладает продуктивная тканевая реакция и развивается гранулема [3].

Исходом гранулематозного воспаления может быть рассасывание клеточного инфильтрата, нагноение, некроз, фиброзирование с образованием рубца.

Гранулема инородного тела после введения филлера - редкое отсроченное осложнение, которое возникает у 0,1% пациентов [2]. Чаще возникает после инъекций небиodeградируемых или полубиodeградируемых филлеров, таких как, силиконовый или полиакриламидный гель [4]. Реже данное осложнение ассоциировано введением геля гиалуроновой кислоты или гидроксиапатита кальция.

Клиника ГИТ представлена кистозными, узловатыми элементами, уплотненными папулами синеватого оттенка с переполненными капиллярами, размер папул и узлов превышает объем введенного филлера. Могут появляться одновременно в разных участках введения препарата.

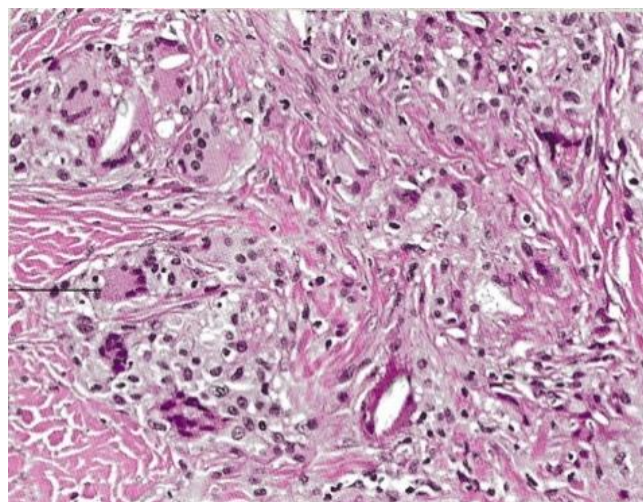


Рисунок 1. Патоморфологическая картина

Ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет визуализировать ГИТ как гипоехогенное образование овальной формы с размытыми неровными краями [7].

Патоморфологическая картина (Рис.1.) представляет собой скопление гигантских клеток инородного тела, которые могут превращаться в многоядерные клетки Пирогова-Лангханса, макрофагов и лимфоцитов, также можно увидеть плазматические клетки, мононуклеары и эозинофилы. [1,3,4].

Диагноз ГИТ устанавливается на основании анамнеза, клинической картины, данных ультразвукового и гистологического исследований.

**Рис. 1.** Патоморфологическая картина гранулемы инородного тела [7].

Дифференциальная диагностика проводится с другими узелковыми заболеваниями кожи, в первую очередь с учетом анамнеза и истории введения препарата, следует дифференцировать данные гранулемы с узелками, которые формируются вследствие неправильного введения филлера, с помощью УЗИ, где узелки представлены анэхогенными образованиями с четкими границами [7]. А также с неинфекционными узелками (асептическое воспаление), абсцессом, злокачественными новообразованиями, реакциями гиперчувствительности замедленного типа. Следует помнить о дифференциальной диагностике с туберкулезом, саркоидозом кожи, сифилисом и др.

На сегодняшний день для лечения гранулем после введения филлеров на основе гиалуроновой кислоты используются внутриочаговые инъекции раствора гиалуронидазы, глюкокортикостероидов. В комплексной терапии применяются системные антибиотики. При неэффективности консервативных методов показано хирургическое вмешательство с целью удаления гранулемы.

Известны сообщения об эффективности наружной терапии мазью такролимуса, которая ускоряет разрешение гранулемы [2].

**Цель исследования** – актуализация проблемы возникновения нежелательных явлений в ответ на внутрикожное введение препаратов гиалуроновой кислоты в косметологии путем анализа литературных данных и демонстрации клинического случая гранулемы инородного тела.

#### **Материалы и методы исследования**

Проведен анализ отечественных и зарубежных литературных источников с помощью поисковых систем PubMed, Medline, SCOPUS, РИНЦ. Описан клинический случай.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациентка А., 50 лет, обратилась с жалобами на наличие плотных, безболезненных увеличивающихся в размере узлов в коже губ, углов рта, носогубных складок. Данные проявления появились внезапно через полтора-два месяца после введения в эти зоны 1,0 мл филлера стабилизированной бутандиоловым диглицеდიловым эфиром гиалуроновой кислотой плотностью 20 мг/мл.

Из анамнеза: аллергологический анамнез не отягощен. Со слов пациентки болеет хроническим тонзиллитом и синуситом, отмечает сезонные обострения 1-2 раза в год.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, температура нормальная. При осмотре верхней губы определяется объемное образование в виде плотного при пальпации узла шаровидных очертаний, размером до 1,5 см в диаметре, слизистая над образованием имеет розово-синюшный цвет и переполненные капилляры на поверхности. Миграция образования отсутствует, при пальпации - незначительная болезненность. В области нижней губы в зоне

перехода красной каймы на слизистую определяются два узелка, диаметром 0,5-0,6 см, плотной консистенции. Кожа области носогубных складок при визуальном осмотре не изменена, рельеф не нарушен, при пальпации в толще кожи носогубных складок с обеих сторон отмечается наличие трех плотноэластических образований, расположенных вдоль носогубной складки, не сгруппированных между собой, размером от 0,5-0,8 см. (Рис. 2.).



**Рисунок 2.** Гранулемы инородного тела кожи губ и носогубных складок.

Из анамнеза известно, что ранее пациентка обращалась к врачу-косметологу, выполнившему введение филлера, с целью коррекции изменений кожи, был введен раствор гиалуронидазы в образование (разведение и дозировка неизвестна), развился отек Квинке.

После клинического осмотра была выполнена пункция образований полой иглой, материал не был получен. Ультразвуковое исследование показало наличие плотного, гипоэхогенного образования без жидкостного компонента. С учетом данных анамнеза, клинической картины, данных УЗИ поставлен диагноз «гранулемы инородного тела кожи губ и носогубных складок».

Проведено лечение: 1,0 мл раствора бетаметазона дипропионата внутривенно по 0,10-0,15 мл в каждое образование, однократно. Наружно - титана глицеросольвата аквакомплекс 3 раза в день в течение 3 недель. Назначена консультация челюстно-лицевого хирурга.

В результате проведенного консервативного лечения в течение 3 недель образование размягчилось, потеряло контур и плотность.

**Выводы:**

Препараты гиалуроновой кислоты широко распространены в эстетической медицине, доступны и безопасны.

Встречающиеся нежелательные явления в виде гематом, покраснения, болезненности обычно являются ожидаемыми, временными и связаны с проведением инъекций. Реже встречаются стойкие осложнения инфекционно-воспалительного характера, аллергические реакции, гранулемы инородного тела, сосудистые окклюзии с развитием ишемии и некроза кожи, слепоты.

Врачу-косметологу необходимо знать обо всех возможных осложнениях при использовании филлеров и информировать о риске и частоте нежелательных явлений пациента до проведения процедуры, разбираться в характеристиках используемых материалов, показаниях и противопоказаниях к их использованию, учитывать медицинский анамнез пациента. Знать механизмы возникновения осложнений, уметь предотвращать нежелательные явления и лечить возникшие побочные эффекты.

**Список литературы:**

1. Атлас дерматопатологии: Дифференциальная диагностика по клинико-патологическим особенностям / под ред. Г.Бурга, В.Кемпфа, Х. Куцнера; пер. с англ. под общ. ред. проф. О.Ю. Олисовой, проф. Н.П. Теплюк. – М.: МЕДпресс-информ, 2017 – 392 с.: ил.

2. Лечение осложнений косметических процедур. Решение типичных и редких проблем / Под ред. А. Тости, К. Беера, М.П. де Падовы; пер. с англ.; под общ. ред. проф. Я.А. Юцковской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 144 с.

3. Мяделец О.Л. Функциональная морфология и общая патология кожи. / О.Л. Мяделец, В.П. Адаскевич - Витебск: Издательство Витебского медицинского института, 1997. - 269 с

4. Юцковская Я.А. Нежелательные явления после применения дермальных филлеров. Случаи из практики клинициста-косметолога. / Я.А. Юцковская, И.Е. Дворянинова, Е.В. Лешунов и др. // Эстетическая медицина. – 2013. – Т.12. - №2 – С. 3-8.

5. Lowe NJ, Maxwell CA, Patnaik R. Adverse reactions to dermal fillers: Review. *Dermatol Surg*, 2005;31:1616–1625

6. Lupton JR, Alster TS. Cutaneous hypersensitivity reaction to injectable hyaluronic acid gel. *Dermatol Surg*, 2000;26:135.

10. Frank PJ, Toy BR. Outbreak of *Mycobacterium abscessus* infection after soft tissue augmentation. *Dermatol Surg*, 2003;29(9):971–973.)

7. Mlosek RK, Skrzypek E, Skrzypek DM, Malinowska S. High-frequency ultrasound-based differentiation between nodular dermal filler deposits and foreign body granulomas. *Skin Res Technol*. 2018 Aug;24(3):417-422. doi: 10.1111/srt.12444. Epub 2018 Jan 23. PMID: 29363178.

УДК 616.516

**Галиуллина Д.Ф., Жунисова Д.С., Вишневская И.Ф., Захаров М.А.  
КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ РЕДКИХ ФОРМ КРАСНОГО  
ПЛОСКОГО ЛИШАЯ**

Кафедра дерматовенерологии и безопасности жизнедеятельности  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация