

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv89544>

Клинический случай



Синдром Мелькерссона–Розенталя. Клинический случай

Е.С. Снарская, Я.Н. Медведева

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Данный клинический случай представляет интерес в связи с редкой встречаемостью синдрома Мелькерссона–Розенталя в популяции, а также трудностью диагностики и достижения ремиссии данного заболевания.

Синдром Мелькерссона–Розенталя — редко встречающийся в популяции хронический рецидивирующий дерматоз — в типичных случаях характеризуется триадой симптомов: макрохейлитом, нейропатией лицевого нерва и складчатостью языка. Однако гораздо чаще заболевание манифестирует моносимптомно. Этиология синдрома окончательно не изучена: в качестве определяющих причин рассматривают инфекционно-аллергический компонент, воспалительные процессы лицевого нерва, генетическую предрасположенность и даже контакт с металлами (кобальтом и золотом). Диагноз основывается на клинических данных и результатах патоморфологического исследования. При моносимптомном (только наличие макрохейлита) течении синдрома Мелькерссона–Розенталя дифференциальный диагноз проводят с ангионевротическим отёком Квинке, лимфангиомой, гемангиомой, абсцессом губы и другими хейлитами.

Клиническая картина дерматоза локализуется на лице и представляет собой значительную проблему, существенно влияя на социальный статус пациентов и угрожая развитием дисморфофобий.

Представленный клинический случай является редким в практике дерматолога: пациенты с подобной патологией обращаются к стоматологам, аллергологам, где клиническая картина расценивается как отёк Квинке. Учитывая редкую встречаемость синдрома Мелькерссона–Розенталя в популяции и трудности диагностики заболевания, данный клинический случай является показательным, так как у пациента отмечалось только два основных симптома (складчатый язык, макрохейлит) и отсутствовала клиническая картина паралича лицевого нерва.

Своевременная диагностика и проведение тщательного обследования пациентов с синдромом Мелькерссона–Розенталя способствует наибольшей эффективности терапии и достижению устойчивой ремиссии заболевания.

Ключевые слова: синдром Мелькерссона–Розенталя; макрохейлит; нейропатия лицевого нерва; складчатый язык; отёк губы; клинический случай.

Для цитирования:

Снарская Е.С., Медведева Я.Н. Синдром Мелькерссона–Розенталя. Клинический случай // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2021. Т. 24, № 5. С. 461–466. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv89544>

Рукопись получена: 01.12.2021

Рукопись одобрена: 06.12.2021

Опубликована: 18.12.2021

DOI: <https://doi.org/10.17816/dv89544>

Case Report

Melkersson–Rosenthal syndrome. Clinical case

Elena S. Snarskaya, Yana N. Medvedeva

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

This clinical case is of interest due to the rare occurrence of Melkersson–Rosenthal syndrome in the population, as well as the difficulty in diagnosing and achieving remission of this disease.

Melkersson–Rosenthal syndrome is a rare chronic relapsing dermatosis in the population, in typical cases characterized by a triad of symptoms: macrocheilitis, neuropathy of the facial nerve and folding of the tongue. However, much more often the disease manifests monosymptomatically. The etiology of the syndrome has not been definitively studied: the infectious and allergic component, inflammatory processes of the facial nerve, genetic predisposition, as well as contact with metals (cobalt and gold) are considered as the determining causes. The diagnosis is based on clinical data and the results of a pathomorphological study. With a monosymptomatic (only the presence of macrocheilitis) course of Melkersson–Rosenthal syndrome, a differential diagnosis is carried out with angioedema Quincke, lymphangioma, hemangioma, lip abscess and other cheilitis.

The clinical picture of dermatosis is localized on the face and is a significant problem, significantly affecting the social status of patients and is highly threatened in relation to the development of dysmorphophobia.

The presented clinical case is rare in the practice of a dermatologist, patients with a similar pathology turn to dentists, allergists, where the clinical picture is regarded as Quincke's edema. Given the rare occurrence of Melkersson–Rosenthal syndrome in the population and the difficulty of diagnosing the disease, the presented clinical case is indicative, since in our case the patient has only 2 main symptoms (folded tongue, macrocheilitis) and there is no clinical picture of facial neuritis.

Timely diagnosis and a thorough examination of patients with Melkersson–Rosenthal syndrome contribute to the greatest effectiveness of therapy and the achievement of a stable remission of the disease.

Keywords: Melkersson–Rosenthal syndrome; macrocheilitis; neuropathy of the facial nerve; fissured tongue; swelling of the lips; clinical case.

For citation:

Snarskaya ES, Medvedeva YN. Melkersson–Rosenthal syndrome. Clinical case. *Russian journal of skin and venereal diseases*. 2021;24(5):461–466. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv89544>

Received: 01.12.2021

Accepted: 06.12.2021

Published: 18.12.2021

ВВЕДЕНИЕ

Синдром Мелькерссона–Розенталя — редкое хроническое рецидивирующее заболевание, которое характеризуется триадой симптомов: макрохейлитом, нейропатией лицевого нерва и складчатостью языка.

Впервые классическая триада симптомов, характерная для синдрома Мелькерссона–Розенталя, была описана в 1901 г. невропатологом Г.И. Россолимо. Более подробно заболевание изучали Э.Г. Мелькерссон (1928 г.) и С. Розенталь (1931 г.), выделив синдром Мелькерссона–Розенталя в отдельную нозологию.

Синдром Мелькерссона–Розенталя относится к редким заболеваниям, распространённость которого составляет от 0,08 до 0,1% в общей популяции [1–3]. Большинство авторов отмечают одинаковую частоту патологии у лиц обоих полов, однако некоторые исследователи сообщают о более высоком проценте заболеваемости у женщин [3]. Дерматоз располагается на лице, в связи с чем пациенты имеют проблемы психосоциального характера, что угрожает развитием дисморфофобий [2]. Этиология окончательно не изучена, однако в развитии синдрома имеют значение очаги хронической фокальной инфекции полости рта (кариес, гингивит, стоматит, пародонтоз), гайморит, синусит и др., что указывает на инфекционно-аллергический генез заболевания [4–6]. Кроме того, рассматривается влияние наследственности, генетическая предрасположенность обусловлена наличием мутации в гене *FATP1* [4]. Аллергическая этиология заболевания обусловлена повышенным уровнем IgE и наличием атопического дерматита в анамнезе у большинства пациентов с синдромом Мелькерссона–Розенталя [5]. Возможно, развитие синдрома Мелькерссона–Розенталя является следствием воспалительных процессов лицевого нерва. В последнее время часто отмечается сочетание синдрома Мелькерссона–Розенталя с болезнью Крона и саркоидозом, что указывает на необходимость тщательного обследования больных [6]. По некоторым литературным данным, есть указания на развитие синдрома после контакта с металлами (кобальтом и золотом); отмечается возможность воздействия инфекционных триггеров, в частности герпесвирусов, *Mycobacterium tuberculosis* и *Borrelia burgdorferi* [7, 8].

Клиническая картина синдрома Мелькерссона–Розенталя включает три основных симптома: выраженный макрохейлит, паралич лицевого нерва и глубокую складчатость языка [9]. Заболевание развивается внезапно и далее принимает хронический рецидивирующий характер течения. Следует отметить, что проявление триады симптомов встречается лишь в 25% выявленных случаев, гораздо чаще заболевание манифестирует моносимптомно [10].

Наиболее часто первые клинические проявления синдрома начинаются с макрохейлита. Типичной зоной локализации процесса является область верхней и нижней губы, однако встречаются поражения щёк, век и других частей лица [11, 12]. Клиническая картина развивается с асимметричного отёка губы, чаще верхней, которая увеличивается более чем в два раза. Цвет губы становится бледно-розовым с синюшным оттенком. При пальпации отёкшая губа имеет плотноэластическую консистенцию, без болевых ощущений. При первых эпизодах заболевания отёки имеют тенденцию к быстрому, спонтанному регрессу в течение нескольких часов или дней. При хроническом течении, после нескольких рецидивов отёк губ становится постоянным и/или регрессирует медленно в течение нескольких месяцев и даже лет [13], сопровождаясь выраженным хейлитом и образованием трещин [7].

Паралич лицевого нерва проявляется изменением симметрии лица, нарушением слюноотделения, развитием одностороннего вазомоторного ринита [8]; для симптома складчатости языка характерны очаги десквамации эпителия [9].

Диагноз основывается на клинических данных; при гистологическом исследовании выявляют лимфоцитарный инфильтрат вокруг сосудов с развитием гранулематозного воспаления (гранулематозный хейлит).

Наибольшие трудности в диагностике синдрома Мелькерссона–Розенталя возникают в случае моносимптомного течения заболевания — при наличии только макрохейлита. Дифференциальный диагноз в этом случае следует проводить с ангионевротическим отёком Квинке, лимфангиомой, гемангиомой, абсцессом губы и другими хейлитами.

Ангионевротический отёк Квинке имеет острое, внезапное начало и прогрессирующее развитие отёка языка, гортани, бронхов. Отёк может держаться в течение суток, затем бесследно исчезает, но имеет рецидивирующий характер и высокий риск развития асфиксии.

Гемангиома кожи развивается медленно, часто является врождённой патологией, представляет собой опухолеподобное образование с размытыми границами, красно-фиолетового цвета, плотноватой консистенции при пальпации.

Лимфангиома — доброкачественная опухоль, диагностируемая в подавляющем большинстве у новорождённых и младенцев, реже — в первые 2–3 года жизни ребёнка. Развивается медленно, годами. Поражение может локализоваться на любом участке тела. Внешне представляет собой мягкое образование с бугристой поверхностью красно-бурого или синюшного цвета. Патология часто протекает бессимптомно.

Абсцесс губы сопровождается отёчностью в области локализации патологического процесса, гиперемией кожного покрова. Визуально отмечается сглаженность носогубной складки со стороны поражения. При пальпации

абсцесса губы отмечается резкая болезненность. Пациентов беспокоит выраженный болевой синдром, усиление которого наблюдается при разговоре, пережёвывании пищи, движении губ и любом воздействии на кожу и слизистые оболочки. В большинстве случаев заболевание сопровождается повышением температуры тела. Данная патология имеет короткий анамнез, и чаще всего пациент указывает на причину возникновения абсцесса.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

О пациенте

Пациент В., 36 лет, обратился в клинику кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова Первого МГМУ имени И.М. Сеченова с жалобами на отёк верхней губы, ощущение сухости в полости рта.

Из анамнеза заболевания известно, что впервые отёк губ возник 7 мес назад. Болезненность не отмечалась. Со слов пациента, асимметричный отёк появился на верхней губе и был больше выражен с правой стороны, однако через несколько дней отёчность стала более выраженной и распространилась на всю верхнюю губу. По словам пациента, отёк был стойким и сохранялся несколько недель, далее самопроизвольно медленно регрессировал. Однако уже через 5 мес без видимых причин пациент вновь стал отмечать постепенное нарастание отёка верхней губы и появление сухости в полости рта, особенно выраженное при приёме пищи, в связи с чем он обратился за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства. Установлен диагноз: «Отёк Квинке», назначен курс антигистаминных препаратов (хлоропирамин, гель Фенистил), без эффекта. Пациент обратился в клинику кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова Первого МГМУ имени И.М. Сеченова.

Из анамнеза жизни: атопический дерматит в ремиссии, аппендэктомия (в 1998 г.).

Аллергоанамнез: пищевая аллергия на шоколад и мёд.

Объективно при поступлении. Сознание ясное. Ориентирован в месте и времени. Телосложение нормостеническое. Лимфатические узлы не увеличены. По органам без особенностей.

Локальный статус. При осмотре лица наблюдается выраженный стойкий отёк верхней губы бледно-розового цвета на фоне асимметрии зоны носогубного треугольника. Кожные покровы верхней губы бледно-розовой окраски; верхняя губа увеличена более чем в 2 раза по сравнению с нижней, которая имеет обычные размеры, ярко-красную окраску и шелушение на поверхности (**рис. 1**).

При пальпации ткани верхней губы безболезненны, плотной эластической консистенции. При осмотре полости рта: видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, влажные, блестящие, без видимых патологических изменений. Язык отёчный, неравномерно утолщённый, подвижный. Поверхность языка неоднородная, бугристая, с наличием борозд и отпечатков зубов на боковых поверхностях. Обращают на себя внимание выраженная складчатость поверхности языка; на спинке языка и боковых поверхностях множественные очаги десквамации эпителия желтовато-коричневого и белесоватого цвета, легко снимающегося при поскабливании инструментом; гипертрофия сосочков (**рис. 2**).

Диагноз: Синдром Мелькерссона–Розенталя.

Пациент В. был госпитализирован в клинику кожных и венерических болезней имени В.А. Рахманова Первого МГМУ имени И.М. Сеченова с диагнозом «Синдром Мелькерссона–Розенталя» для обследования и лечения.



Рис. 1. Пациент В., 36 лет, синдром Мелькерссона–Розенталя: выраженный стойкий отёк верхней губы ярко-розового цвета. Асимметрия в зоне носогубного треугольника.



Рис. 2. Тот же пациент: *a* — складчатость языка с неравномерно выраженными очагами десквамации эпителия, гипертрофия сосочков; *b* — отёк верхней губы и языка в боковой проекции.

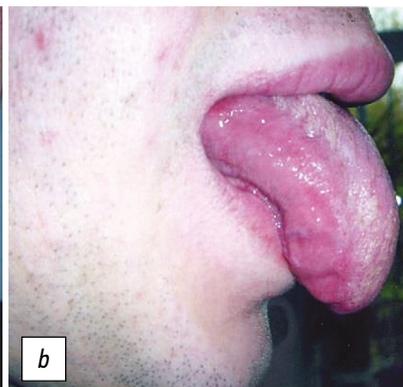


Fig. 1. Patient V., 36 years old, Melkersson-Rosenthal syndrome: pronounced persistent swelling of the upper lip of a bright pink color. Asymmetry in the area of the nasolabial triangle.

Fig. 2. The same patient: *a* — tongue folding with unevenly pronounced foci of epithelial desquamation, papillary hypertrophy; *b* — swelling of the upper lip and tongue in lateral projection.

Результаты лабораторного обследования

Общий анализ крови: гемоглобин 116 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты $5,4 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула: эозинофилы 5%, нейтрофилы 49%, лимфоциты 40%, моноциты 5%, скорость оседания эритроцитов 5 мм/ч.

Общие анализы мочи и кала без патологии.

Биохимический анализ крови: глюкоза 5,3 ммоль/л, общий билирубин 12,8 мкмоль/л, уровень трансаминаз (аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы) в норме, общий белок 69 г/л, тимоловая проба 2,7 ед.

Иммуноглобулины: IgA 2,14 г/л, IgM 1,57 г/л, IgG 25,8 г/л (N 0,8–20,0), IgE общий 278,2 МЕ/мл (N до 130).

HBSAg отрицательный; антитела к вирусу гепатита С не найдены.

Аллерготест: выявлены IgG на шоколад — 158 мг/л (умеренное количество).

Консультации специалистов

Гастроэнтеролог. На момент осмотра ротовой полости по средней линии языка от кончика до желобоватых сосочков расположена основная глубокая продольная складка, глубина которой не превышает 4 мм. Другие складки менее глубокие и направлены к глубокой продольной складке под разным углом, объединяясь в систему. Складчатость и увеличение языка захватывают преимущественно его переднюю треть.

В глубине складок присутствуют сосочки. Хорошо выражены нитевидные сосочки языка, располагающиеся на боковых поверхностях складок и на их дне. Язык утолщён и увеличен в размерах. Диагноз: Макроглоссия.

Стоматолог. Диагноз: Множественный кариес зубов. Необходима санация.

Оториноларинголог. Диагноз: Хронический двусторонний гайморит. Рекомендована санация. Гистологическое исследование: отмечается увеличение толщины собственной пластинки слизистой оболочки, визуализируется лимфоцитарный инфильтрат вокруг сосудов с развитием гранулематозного воспаления. Заключение: гранулематозный хейлит.

Лечение

Преднизолон в дозе 25 мг/сут с последующим снижением дозы (с корригирующей терапией препаратами кальция и кальция); доксициклин по 100 мг 2 раза/сут 10 дней; раствор натрия тиосульфата 30% по 5,0 мл 1 раз/сут, № 10; супрастин по 1,0 мл внутримышечно 1 раз/сут, № 10; тиамин гидрохлорида раствор 5% по 1,0 мл внутримышечно через день, № 10; цианокобаламина раствор 0,05% по 1,0 мл внутримышечно через день, № 10.

В результате проведённого лечения была достигнута клиническая ремиссия, что выражалось значительным регрессом отёка. Пациент направлен к стоматологу и оториноларингологу для санации очагов хронической инфекции.

ОБСУЖДЕНИЕ

Учитывая редкую встречаемость синдрома Мелькерсона–Розенталя в популяции и трудности диагностики заболевания представленный клинический случай является показательным, так как у пациента проявлялись только два основных симптома — макрохейлит и складчатость языка в отсутствие паралича лицевого нерва. В большинстве случаев такие пациенты наблюдаются с диагнозом отёка Квинке. Как было отмечено выше, основную группу пациентов с описанным дерматозом (70–80%) составляют больные с моно- или двухсимптомными клиническими проявлениями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то что синдром Мелькерсона–Розенталя описан достаточно давно, его этиопатогенез до настоящего времени недостаточно изучен и вызывает большой междисциплинарный интерес.

Своевременная ранняя диагностика и тщательное обследование пациентов с синдромом Мелькерсона–Розенталя способствует большей эффективности терапии и профилактики рецидивов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при подготовке статьи.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Я.Н. Медведева — сбор информации; Е.С. Снарская — контроль, редактирование и рецензирование, подготовка клинического случая. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (разработка концепции, подготовка работы, одобрение финальной версии перед публикацией).

Согласие пациента. Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Российский журнал кожных и венерических болезней»

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. This work was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Author contribution. Y.N. Medvedeva — collection of information; E.S. Snarskaya — control, editing and reviewing, participation in the preparation of clinical cases. The authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis of literature, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Patients permission. The patient voluntarily signed an informed consent to the publication of personal medical information in depersonalized form in the journal «Russian journal of skin and venereal diseases».

ЛИТЕРАТУРА

1. Эседов Э.М., Ахметова Ф.Д. Диагностика синдрома Россоло-Мелькерссона-Розельталя // Вестник ДГМА. 2013. № 4. С. 13–17.
2. Дороженко И.Ю., Матюшенко Е.Н., Олисова О.Ю. Дистрофия у дерматологических больных с фациальной локализацией процесса // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014. Т. 17, № 1. С. 42–47.
3. El-Hakim M., Chauvin P. Orofacial granulomatosis presenting as persistent lip swelling: review of 6 new cases // *J Oral Maxillofac Surg.* 2004. Vol. 62, N 9. P. 1114–1117. doi: 10.1016/j.joms.2003.11.013
4. Xu X.G., Guan L.P., Lv Y., et al. Exome sequencing identifies FATP1 mutation in Melkersson-Rosenthal syndrome // *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017. Vol. 31, N 5. P. 230–232. doi: 10.1111/jdv.14042
5. Резниченко Н.Ю., Веретельник А.В. Отчет о случае синдрома Мелькерссона-Розенталя // *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія.* 2017. Т. 6, № 103. С. 46–47.
6. Saalman R., Sundell S., Kullberg-Lindh C., et al. Long-standing oral mucosal lesions in solid organ-transplanted children—a novel clinical entity // *Transplantation.* 2010. Vol. 89, N 5. P. 606–611. doi: 10.1097/TP.0b013e3181ca7b04
7. White A., Nunes C., Escudier M., et al. Improvement in orofacial granulomatosis on a cinnamon- and benzoate-free

- diet // *Inflamm Bowel Dis.* 2006. Vol. 12, N 6. P. 508–514. doi: 10.1097/00054725-200606000-00011
8. Wong G.A., Shear N.H. Melkersson-Rosenthal syndrome associated with allergic contact dermatitis from octyl and dodecyl gallates // *Contact Dermatitis.* 2003. Vol. 49, N 5. P. 266–267. doi: 10.1111/j.0105-1873.2003.0225j.x
9. Почтарь В.Н., Скиба В.Я., Скиба А.В. Клинический случай синдрома Мелькерссона-Розенталя // *Клиническая стоматология.* 2013. № 2. С. 26–30.
10. Chen C., Huilgol S.C., James C., Selva D. Melkersson-Rosenthal syndrome presenting with upper lid edema and facial palsy // *Can J Ophthalmol.* 2002. Vol. 37, N 6. P. 361–363. doi: 10.1016/s0008-4182(02)80008-4
11. Chu Z., Liu Y., Zhang H., et al. Melkersson-Rosenthal syndrome with genitalia involved in a 12-year-old boy // *Ann Dermatol.* 2016. Vol. 28, N 2. P. 232–236. doi: 10.5021/ad.2016.28.2.232
12. Feng S., Yin J., Li J., et al. Melkersson-Rosenthal syndrome: a retrospective study of 44 patients // *Acta Otolaryngol.* 2014. Vol. 134, N 9. P. 977–981. doi: 10.3109/00016489.2014.927587
13. Брусенина Н.Д., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ: учебное пособие для системы послевуз. проф. образования стоматологов / под ред. Г.М. Барера. Москва, 2005. 184 с.

REFERENCES

1. Esedov EM, Akhmetova FD. Diagnosis of Rossolimo-Melkersson-Rosenthal syndrome. *Bulletin of the DGMA.* 2013;(4):13–17. (In Russ).
2. Dorozhenko IY, Matyushenko EN, Olysova OY. Dysmorphophobia in dermatological practice. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases.* 2014;17(1):42–47. (In Russ).
3. El-Hakim M, Chauvin P. Orofacial granulomatosis presenting as persistent lip swelling: review of 6 new cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62(9):1114–1117. doi: 10.1016/j.joms.2003.11.013
4. Xu XG, Guan LP, Lv Y, et al. Exome sequencing identifies FATP1 mutation in Melkersson-Rosenthal syndrome. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(5):230–232. doi: 10.1111/jdv.14042
5. Reznichenko NYU, Veretelnik AV. Case report of Melkersson-Rosenthal syndrome. *Clinical Immunology. Allergology. Infectology.* 2017;6(103):46–47. (In Ukrainian).
6. Saalman R, Sundell S, Kullberg-Lindh C, et al. Long-standing oral mucosal lesions in solid organ-transplanted children—a novel clinical entity. *Transplantation.* 2010;89:606–611. doi: 10.1097/TP.0b013e3181ca7b04
7. White A, Nunes C, Escudier M, et al. Improvement in orofacial granulomatosis on a cinnamon- and benzoate-

- free diet. *Inflamm Bowel Dis.* 2006;12(6):508–514. doi: 10.1097/00054725-200606000-00011
8. Wong GA, Shear NH. Melkersson-Rosenthal syndrome associated with allergic contact dermatitis from octyl and dodecyl gallates. *Contact Dermatitis.* 2003;49(5):266–267. doi: 10.1111/j.0105-1873.2003.0225j.x
9. Pochtar VN, Skiba VY, Skiba AV. Clinical case of Melkersson-Rosenthal syndrome. *Clinical Dentistry.* 2013;(2):26–30. (In Russ).
10. Chen C, Huilgol SC, James C, Selva D. Melkersson-Rosenthal syndrome presenting with upper lid edema and facial palsy. *Can J Ophthalmol.* 2002;37(6):361–363. doi: 10.1016/s0008-4182(02)80008-4
11. Chu Z, Liu Y, Zhang H, et al. Melkersson-Rosenthal syndrome with genitalia involved in a 12-year-old boy. *Ann Dermatol.* 2016;28(2):232–236. doi: 10.5021/ad.2016.28.2.232
12. Feng S, Yin J, Li J, et al. Melkersson-Rosenthal syndrome: a retrospective study of 44 patients. *Acta Otolaryngol.* 2014;134(9):977–981. doi: 10.3109/00016489.2014.927587
13. Bruseniina ND, Rybalkina EA. Lip diseases: a textbook for the post-university system. prof. education of dentists. Ed. by G.M. Barer. Moscow, 2005. 184 p. (In Russ).

ОБ АВТОРАХ

* **Снарская Елена Сергеевна**, д.м.н., профессор;
адрес: Россия, 119992, Москва,
ул. Большая Пироговская, д. 2, стр. 2;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7968-7663>;
eLibrary SPIN: 3785-7859;
e-mail: snarskaya-dok@mail.ru

Медведева Яна Николаевна,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2323-4339>;
e-mail: dr.yana.med@bk.ru

* Автор, ответственный за переписку.

AUTHORS INFO

* **Elena S. Snarskaya**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
address: 2, building 2, Bolshaya Pirogovskaya st.,
Moscow, 119992, Russia;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7968-7663>;
eLibrary SPIN: 3785-7859;
e-mail: snarskaya-dok@mail.ru

Yana N. Medvedeva, MD;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2323-4339>;
e-mail: dr.yana.med@bk.ru

* The author responsible for the correspondence.