

Думченко В.В.^{1,2}, Шашкова А.А.², Кислица Т.Н.², Петрова И.В.²

ЭПИДЕРМАЛЬНАЯ КИСТА У ПОДРОСТКА

¹ ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»

Минздрава России, 414000, г. Астрахань, Россия;

² ГБУЗ Астраханской области «Областной кожно-венерологический диспансер», 414056, г. Астрахань, Россия

Описан случай эпидермальной кисты у 15-летней девочки. Клиническая картина характеризовалась наличием у больной изменений на коже стопы длительно, в течение 10 мес. Оперирована неоднократно хирургом с диагнозом абсцесса мягких тканей стопы. Приведены данные о патогенезе, клинических формах, лечении.

Ключевые слова: эпидермальная киста; клиническая картина; этиология; лечение.

Для цитирования: Думченко В.В., Шашкова А.А., Кислица Т.Н., Петрова И.В. Случай эпидермальной кисты у подростка. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2017; 20(6): 352-354. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2017-20-6-352-354>

Dumchenko V.V.^{1,2}, Shashkova A.A.², Kislitsa T.N.², Petrova I.V.²

THE CASE OF EPIDERMAL CYST IN A TEENAGER

¹ Astrakhan State Medical University, Astrakhan, 414000, Russian Federation;

² Regional Dermatovenereology Dispensary, Astrakhan, 414056, Russian Federation

A case of an epidermal cyst in a fifteen-year-old girl is described. The clinical picture was characterized by the changes on the foot skin for ten months. Several surgical operations were performed. The diagnosis of the soft tissue foot abscess was established. The data on pathogenesis, clinical forms and treatment are presented.

Key words: epidermal cyst; clinic; aetiology; treatment.

For citation: Dumchenko V.V., Shashkova A.A., Kislitsa T.N., Petrova I.V. The case of epidermal cyst in a teenager. *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases (Rossyskii Zhurnal Kozhnykh i Venericheskikh Boleznei)*. 2017; 20(6): 352-354. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9588-2017-20-6-352-354>

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received 29 June 2017

Accepted 20 Nov 2017

Эпидермальная киста (син.: кератиновая киста, киста эпидермальных включений, сальная киста) — наиболее распространенная киста кожи, вызываемая эпидермальной имплантацией эпидермиса в пределах дермы [1], что приводит к возникновению полости наполненной кератином и ороговевшими клетками [2].

Эпидермальные кисты чаще всего встречаются у подростков и молодых взрослых, обычно они обусловлены предшествующей травмой и располагаются в основном в области кистей и стоп [1]. Именно они причина большинства кожных узлов, выявляемых у детей. Кисты могут присутствовать при рождении или появляться в любой период детского возраста [3]. Генетические заболевания, такие как синдром Горлина (синдром невоидной базально-клеточной карциномы), врожденная пахионихия 2-го типа (тип Джексона–Лоулера) и синдром Гарднера могут также

обуславливать предрасположенность к развитию кист [1]. Напротив, у новорожденных и детей грудного возраста возникновение таких кист связано обычно с эмбриональным пороком развития. В этом случае кисты располагаются преимущественно в области висков и волосистой части головы [4].

Эпидермальные кисты чаще всего являются результатом закупорки сально-волосяного фолликула. Также они могут быть вызваны травматической имплантацией эпидермальных клеток в более глубокие ткани, либо в результате аномалии эмбрионального развития и часто исходит из эпителия волосяного фолликула. Эпидермальные кисты могут располагаться в любом участке тела и отличаются характерной патогистологической картиной.

Классические эпидермоидные кисты представляют собой дермальные или подкожные узелки с точечным вдавлением в центре. Это точечное образование представляет собой фолликул, из которого развилась киста. Образования, не спровоцированные травмой, обычно расположены на коже верхней части спины, грудной клетки, шеи или головы. Образования травматического генеза чаще локализируются на коже ладоней, подошв или ягодиц. Эти высыпания могут быть цвета кожи, желтого или белого цвета [1]. Содержимое кисты имеет кремовый цвет с тестовидной консистенцией и запахом, напоминающий прогорклый сыр. Они являются доброкачественными, но могут время от времени воспаляться, вскрываться или инфицироваться [2]. Кисты обычно медленно увеличиваются в

Для корреспонденции:

Шашкова Алла Анатольевна, заведующая амбулаторным отделением №5, врач-дерматовенеролог ГБУЗ АО «Областной кожно-венерологический диспансер», 414056 г. Астрахань, Россия. E-mail: Shashkova.aa@mail.ru

For correspondence:

Shashkova Alla A., Head of outpatient Department No 5, doctor-dermatovenereologist, Regional dermatovenereology dispensary, Astrakhan, 414056, Russian Federation. E-mail: Shashkova.aa@mail.ru



Больная В., 15 лет. Диагноз – эпидермальная киста. На коже подошвенной стороны левой стопы в области плюсневых костей, плотный округлый узловой элемент желтоватого цвета с кератотическим наслоением, диаметром 13 мм, расположенный в подкожно-жировой клетчатке, малоподвижный и болезненный при пальпации.

а – до лечения; б – рассечение мягких тканей аппаратом ЭХВЧ-100-медси; в – вылушивание кисты; выявлена капсула белого цвета, диаметром 18 мм, с густым, творожистым содержимым внутри;

г – через 7 дней после удаления; эрозивный дефект кожи в диаметре до 10 мм, в стадии эпителизации, частично покрытый серозно-геморрагическими корочками;

д – через 2 мес после удаления; патологический процесс разрешился бесследно.

размере и не сопровождаются симптомами, однако разрывы встречаются довольно часто [1]. Инфицированные эпидермальные кисты теплые и вялые на ощупь, болезненные при пальпации. Стерильные гнойные и роговые массы часто направлены вверх и дренируются на поверхность. Если воспалительный ответ достаточно быстрый для разрушения стенки кисты, рецидив представляется маловероятным. Однако чаще воспаление стихает, и киста рецидивирует [5].

Эпидермальные кисты выстланы многослойным плоским эпителием без зернистого слоя. Эти кисты содержат расположенный в центре эозинофильный кератиновый детрит, который при попадании в дерму и окружающие ткани может индуцировать реакцию инородного тела с инфильтрацией многоядерными гигантскими клетками и гигантоцитами [1].

Дифференциальный диагноз. Имитировать эпидермальные кисты могут множественная стеацистома, волосяные кисты и липомы. Однако содержимое множественной стеацистомы обычно скорее жидкое, чем сырообразное. Волосяные кисты обычно располагаются на волосистой части головы, а липомы мягче при пальпации, глубже расположены и не имеют пупковидного вдавления. Также следует дифференцировать с вирусной бородавкой, в связи с тем, что недавно в ладонно-подошвенных эпидермоидных кистах была обнаружена ДНК ВПЧ 57-го и 6-го типа [1].

Лечение. Для предотвращения рецидива образования требуется полное удаление стенок кисты. Для лечения небольших воспаленных образований, сопровождающихся субъективными симптомами можно использовать внутриочаговые инъекции кортикостероидов в концентрации 5 мг/мл. При воспалении, болезненности или нагноении кисты следует подозревать инфицирование. Необходимо вскрыть и дренировать кисту, назначить прием внутрь антибиотиков. Окончательным лечением является полное иссечение или деструкция оболочки кисты [1].

Приводим наше наблюдение клинического случая эпидермальной кисты.

Пациентка В., 15 лет, обратилась на прием к дерматовенерологу амбулаторного отделения №5 ГБУЗ АО «Областной кожно-венерологический диспансер» (ОКВД) г. Астрахани по направлению хирурга, с диагнозом вирусной подошвенной бородавки (?); келоидный посттравматический рубец (?). Предъявляла жалобы на болезненное высыпание в области стопы.

Из анамнеза заболевания: девочка больна в течение 10 мес, когда впервые появилось образование на стопе, после колющей травмы. Обратилась к хирургу по месту жительства, была дважды прооперирована (ноябрь 2015 г., февраль 2016 г.) с диагнозом абсцесса мягких тканей стопы. Пациентка отмечала рецидив заболевания спустя 1 мес после оперативного лечения. В связи с этим больную направили на консультацию к дерматологу, амбулаторного отделения №5 ОКВД г. Астрахань.

Анамнез жизни: ребенок из двойни, от первой беременности, протекавшей на фоне гестоза легкой степени, роды в срок 37–38 нед, масса при рождении 2750 г. Оценка по шкале Апгар 7–8 баллов. Росла и развивалась соответственно возрасту, прививки в срок. Перенесенные заболевания: ОРВИ не частые, ветряная оспа в 2005 г. Наследственность не отягощена. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты отрицает.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, умеренного питания. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Тоны сердца ритмичные, ясные. Печень – у края ребер-

ной дуги, селезенка не увеличена. Стул и диурез без особенностей. Температура тела 36,7°C, частота сердечных сокращений 78 ударов в минуту, артериальное давление 110/80 мм рт.ст. Общие клинические результаты анализов в пределах возрастной нормы.

Локальный статус: патологический процесс локализован на коже подошвенной стороны левой стопы в области плюсневых костей. Представлен единичным плотным округлым узловым элементом желтоватого цвета с кератотическим наслоением, диаметром 13 мм, расположен в подкожно-жировой клетчатке, малоподвижный и болезненный при пальпации. Остальная часть гладкой кожи и волосистая часть головы без видимых высыпаний. Дермографизм розовый, температурная, тактильная, болевая чувствительность сохранена. Тургор, влажность кожи в норме. На основании анамнеза, клинической картины установлен диагноз эпидермальной кисты (рисунок, а).

Лечение. Сделана проводниковая анестезия 2% раствором лидокаина и проведено удаление аппаратом ЭХВЧ-100-медси кератотического наслоения, выявлено наличие капсулы, в дермальных слоях кожи, белого цвета диаметром 18 мм, с густым, творожистым содержимым внутри (рисунок, б). Выполнено атрауматическое вылущивание капсулы (рисунок, в). Материал направлен на гистологическое исследование. Заключение патогистологии: диагноз – эпидермальная киста.

Приведенный клинический случай демонстрирует сложность в установлении диагноза эпидермальной кисты, необходимость в своевременном направлении на консультацию к дерматологу для уточнения диагноза и оказания квалифицированной медицинской помощи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вольф К., Голдсмит Л.А., Кац С.И., Джилкрест Б.А., Паллер Э.С., Леффель Д.Дж. *Дерматология Фицпатрика в клинической практике*. Пер. с англ. М.: Изд. Панфилова; БИНОМ; 2012. т.2: 1162–4.
2. Кейн Кей Шу-Мей, Стратигос А.Дж., Лио П.А., Джонсон Р.А. *Детская дерматология*. Цветной атлас, справочник. Пер. с англ. М.: Бином; 2011.
3. Коэн Б.А. *Педиатрическая дерматология*. Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ; 2015: 204–5.
4. Хёгер П. *Детская дерматология*. Пер. с нем. М.: Панфилова; Бином. Лаборатория знаний; 2012.
5. Хэбиф Т.П. *Кожные болезни: диагностика и лечение*. Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ; 2007: 422–4.

REFERENCES

1. Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrest B.A., Paller A.S., Leffell D.J., eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
2. Kane Kay Shou-Mei, Stratigos A.J., Lio P.A., Johnson R.A. *Color Atlas and Synopsis of Pediatric Dermatology*. McGraw-Hill; 2009.
3. Cohen B.A. *Pediatric dermatology*. Elsevier Limited; 2013.
4. Höger P.H., ed. *Kinderdermatologie. Differenzialdiagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen*. Schattauer GmbH; 2011.
5. Habif Th.P., Campbell J.L.Jr., Chapman M.Sh., Dinulos J.G.H., Zug K.A.. *Skin Disease: Diagnosis and Treatment*. 2nd ed. Elsevier; 2005.

Поступила 29.06.17
Принята к печати 20.11.17