

## **РЕЦИДИВ БАЗАЛИОМЫ НИЖНЕГО ВЕКА СПРАВА**

*Алтайский государственный медицинский университет,  
кафедра офтальмологии с курсом ДПО, г. Барнаул*

**Николаева А. Д.**

Научный руководитель: д.м.н., доцент Макогон С.И.

E-mail: [vyk\\_msi@mail.ru](mailto:vyk_msi@mail.ru)

---

*Представленный клинический случай обращает внимание врачей-офтальмологов на необходимость корректного диспансерного наблюдения пациентов со злокачественным новообразованием и своевременность оказания медицинской помощи. Базальноклеточный рак кожи век находится в зоне высокого риска (область «лицевой маски») в плане развития рецидива. Несмотря на доступность визуализации кожи век, на ранних стадиях этого заболевания дифференцируют только одну треть случаев. Это сокращает возможности для локального органосохраняющего лечения и, как следствие, стабилизации дальнейших нормальных функций века и глаза.*

**Ключевые слова:** базальноклеточный рак, рецидивы, прогноз

---

### **Актуальность**

Базальноклеточный рак кожи (базалиома) – злокачественная опухоль кожи из базальных кератиноцитов, которой присущи местный инфильтрирующий рост, редкое метастазирование и многообразие клинических проявлений. В числе всех злокачественных опухолей органа зрения рак кожи век составляет более 2/3, среди которых преобладает именно базальноклеточный рак [1]. Причин развития опухолей кожи множество, но современные исследователи выделяют продолжительное солнечное облучение и воздействие непосредственно ультрафиолетового излучения как важные экологические факторы риска базалиомы кожи. Одним же из генетических факторов является низкая степень пигментации кожи [2]. По классификации риска развития рецидива базальноклеточного

рака, в зависимости от локализации опухоли, базалиома кожи век находится в зоне высокого риска (область «лицевой маски») [3]. Несмотря на доступность визуализации кожи век, на ранних стадиях этого заболевания дифференцируют только одну треть случаев, что сокращает возможности для локального органосохраняющего лечения и стабилизации дальнейших нормальных функций века и глаза [1].

Исходя из вышеперечисленных данных, очень важно осуществить дифференциальную диагностику образований кожи век, а также своевременно проводить хирургическое лечение таких пациентов.

**Цель:** представить клинический случай рецидива базалиомы нижнего века справа.

### **Материал и методы**

На амбулаторное лечение в офтальмологическое отделение КГБУЗ «Городская больница №8» г. Барнаул поступила женщина 69 лет с жалобами на образование нижнего века правого глаза. Впервые зафиксировала появление образования 5 месяцев назад, со слов пациентки «шишка» постепенно, безболезненно увеличивалась в размерах. Из анамнеза известно, что 2 года назад оперировалась в частной клинике по поводу базалиомы нижнего века правого глаза. На данный момент пациентке было проведено офтальмологическое обследование, включающее визометрию, определение уровня внутриглазного давления (ВГД), биомикроскопию переднего сегмента глаза и офтальмоскопию. Объективный статус правого глаза на момент обращения: острота зрения 1,0; ВГД 19 мм рт. ст. Биомикроскопически определяется бугристое образование на переднем крае нижнего века снаружи размерами 3 x 3 мм, возвышается над уровнем кожи, не отличается от цвета близлежащих тканей. Рост ресниц прерывается в области данного образования. Передний отрезок глазного яблока без особенностей, на глазном дне изменений не выявлено. Состояние левого глаза без изменений. Рекомендовано проведение хирургического лечения образования кожи века с учетом его размеров и локализации, с использованием микрохирургической техники

под местной анестезией. Новообразование удалено. Выполнен гемостаз. Рана верхнего века адаптирована швами. Удаленное образование отправлено на гистологическое исследование. Протокол прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного материала от 24.05.2023 г. – базальноклеточный рак, узловой вариант. Была осмотрена на 7 день после снятия швов: края раны адаптированы, рубцовой деформации нет. Пациентка выписана с контролем у офтальмолога через 3 месяца после лечения в течение 1 года, затем каждые 6 месяцев на протяжении последующих трех лет, далее 1 раз в год пожизненно, рекомендованы консультация и обследование у онколога. Также пациентке показано избегать длительных инсоляций или действия искусственного ультрафиолета, проводить регулярное самообследование кожных покровов и периферических лимфатических узлов (каждые 6 месяцев в течение первых 3 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения) и своевременно обращаться к врачу при выявлении каких-либо изменений. Заключительный диагноз: базальноклеточный рак узловой вариант 1 стадии нижнего века правого глаза T1NxMx.

### **Результаты и обсуждение**

Очень важен индивидуальный подход в тактике лечения базальноклеточного рака кожи век, основываясь на локализации опухолевого процесса, распространенности, возрасте пациента и конечно его соматическом состоянии. Основной целью терапии является полное удаление опухоли для предотвращения рецидивов, исправление функциональных нарушений, вызванных базалиомой, обеспечение максимального косметического результата. Хирургические методы лечения часто являются наиболее оптимальными способами для достижения поставленных целей [4]. Также есть некоторые данные об эффективности радиохирургического лечения в комплексе с отдельно выбранным для каждого случая типом хирургической реконструкции век. Исходя из исследований, это дает достойный косметический результат, по

сравнению с ножевым методом лечения, и говорит о хорошей косметической, а главное функциональной реабилитации пациента и низком уровне осложнений [5]. Исследователи не дают однозначного ответа о причинах появления рецидивов базалиом. Одни предполагают, что это связано с нарушением процессов клеточного деления – к этому приводит включение антирадикальной и антиокислительной активности тканей, приводящие к повышению пролиферативной способности элементов дермы [6]. Другие же связывают развитие рецидива именно с выбором методов лечения – по некоторым данным рецидивы БКР кожи век чаще возникали у больных, получивших короткодистанционную рентгенотерапию или криодеструкцию при размерах опухоли T2–T3 [7]. Причем последние утверждают, что после хирургического лечения с одномоментной пластикой рецидивы БКР кожи век имели место в 2,8% случаев.

### **Заключение**

Согласно клиническим рекомендациям, у базалиомы кожи век существует высокий риск рецидива заболевания (расположение опухоли в зоне «лицевой маски»), что подтверждается данным клиническим случаем. Это обуславливает необходимость высокой онкологической настороженности у офтальмологов.

### **Список литературы:**

1. Бровкина А.Ф., Лернер М.Ю. Рак кожи век: эпидемиология, прогноз. *Опухоли головы и шеи*. 2017; 7(1): 81-85. <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2017-7-1-81-85>
2. Weinstock M.A., Still J.M. Assessing current treatment options for patients with severe/advanced basal cell carcinoma. *Semin Cutan Med Surg*. 2011; 30(4 Suppl): 10–3. <https://doi.org/10.1016/j.sder.2011.11.004>
3. Клинические рекомендации «Базальноклеточный рак кожи» – Общероссийский национальный союз "Ассоциация онкологов России". Москва, 2020: 23.

4. Пастух И.В., Гончарова Н.А., Ковтун М.И., Недзвецкая О.В., Чубенко И.О., Шкиль Е.А., Зубкова Д.А. Результаты лечения пациентов с базалиомами век. *Офтальмология. Восточная Европа*. 2022; 12(2): 226-236. <https://doi.org/10.34883/PI.2022.12.2.030>

5. Гришина Н.И., Нам В.А. Радиохирургическое лечение опухолей век. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2021; 17(3): 632–635.

6. Розенко Л.Я., Франциянц Е.М., Джабаров Ф.Р., Макарова К. В. К вопросу патогенеза развития рецидивов базально-клеточного рака кожи. *Сибирский онкологический журнал*. 2010;3:18.

7. Панова И.Е. Рецидивирование базально-клеточного рака кожи век. *РМЖ. Клиническая офтальмология*. 2006; 7(1): 11–14.

---

**Как цитировать:**

Николаева А. Д. Рецидив базалиомы нижнего века справа. Материалы конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в офтальмологии» 16-17 мая 2024 г., г. Барнаул. *Scientist (Russia)*. 2024; 3 (29): 239-243.

---