

БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНАЯ КАРЦИНОМА НИЖНЕГО ВЕКА СЛЕВА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Челомбитко К. Е.

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

В последнее время увеличилось число случаев базальноклеточного рака кожи века. Представленный клинический случай демонстрирует особенности течения данного заболевания, подчеркивает необходимость онконастороженности врача-офтальмолога для своевременного диагностирования и лечения.

Ключевые слова: *злокачественное новообразование кожи века, онконастороженность офтальмолога, прогноз.*

Актуальность

Базальноклеточная карцинома — это разновидность злокачественных новообразований кожи. Опухоль образуется из клеток базального слоя эпидермиса. К факторам риска возникновения опухоли относят: длительное нахождение на солнце; возраст старше 40 лет; контакт с токсическими соединениями; ионизирующее излучение; травмы области века; иммуносупрессивная терапия в анамнезе и др. Заболевание характерно для пациентов среднего и пожилого возраста, имеющих светлую кожу. Его характерной особенностью является склонность к возникновению рецидивов, особенно при расположении опухоли в зоне «лицевой маски». Это онкологическое заболевание, которое практически не метастазирует [1].

Цель: представить вариант клинического случая базальноклеточной карциномы нижнего века слева.

Материалы и методы

В офтальмологическое отделение многопрофильной клиники поступила женщина 75 лет с жалобами на образование нижнего века левого глаза. Из анамнеза известно, что в сентябре 2022 года пациентка заметила образование на нижнем веке OS, которое постепенно безболезненно увеличивалось в размере. Обратилась за медицинской помощью к офтальмологу по месту жительства только в сентябре 2023 года. Далее была направлена к врачу-онкологу, где было выполнено цитологическое исследование, заключение которого – базальноклеточная карцинома.

Офтальмологический статус правого глаза: острота зрения 0,3 с коррекцией sph -1,75= 1,0. Передний отрезок: артификация, в остальном – без изменений.

Офтальмологический статус левого глаза: острота зрения: 0,2 с коррекцией sph -1,5= 1,0. Внутриглазное давление: ПТМ 15 мм рт. ст. Положение век правильное, смыкание полное, на коже нижнего века образование 8*10 мм, бугристое, с неровным контуром, с подрытым краем с одной стороны, с другой стороны возвышается над поверхностью кожи на 2 мм, покрыто корочкой (рис. 1). Выводные протоки мейбомиевых желез соответствуют норме. Слезные точки расположены правильно. Конъюнктивa бледно-розовая, поверхность гладкая, блестящая, увлажненная. Отделяемого нет. Инъекция отсутствует. Роговица нормального размера, прозрачная, сферичная. Вращение сосудов отсутствует. Чувствительность роговицы сохранена. Передняя камера средней глубины, равномерная. Влага передней камеры прозрачная. Радужная оболочка имеет четкий рисунок, пигментный край сохранен, ширина зрачкового пояса 1-2 мм, нормальной толщины. Зрачок правильной круглой формы, симметричный, четкий. Реакция зрачка на свет живая. ИОЛ в задней камере хрусталика, положение правильное. Патологическая подвижность отсутствует. Стекловидное тело прозрачное. Без грубых структурных изменений. Глазное дно: Диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие. Артерии сужены, вены не изменены.

Макулярная область имеет форму горизонтального расположенного овала. Очаговые изменения отсутствуют. На периферии сетчатки без изменений. Диагноз: базальноклеточная карцинома нижнего века слева.



Рисунок 1. Внешний вид новообразования нижнего века

Проведено хирургическое лечение: электроэксцизия новообразования нижнего века слева под местной анестезией. Опухоль иссечена в пределах здоровых тканей, дно раны коагулировано, кожа фиксирована к краю узловыми швами. Осмотр на 3 день после операции: жалоб нет, отделяемого нет, швы состоятельные (рис. 2).

Пациентка выписана под контроль офтальмолога по месту жительства с диагнозом базальноклеточная карцинома нижнего века слева. Рекомендации: снятие швов на 10 день после операции, избегать солнечных ожогов или действия искусственного ультрафиолета. Проводить регулярное самообследование кожных покровов и периферических лимфатических узлов и своевременно обращаться к врачу при выявлении каких-либо отклонений. Физикальные осмотры с тщательной оценкой состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 месяцев в течение первых 3 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения. Осмотры врача-офтальмолога рекомендуется проводить каждые 3 месяца после лечения в течение 1 года, затем каждые 6 месяцев на протяжении последующих трех лет, далее 1 раз в год пожизненно при выявлении каких-либо отклонений.



Рисунок 2. Внешний вид пациента на 3 день после операции

Результат и обсуждение.

Выбор тактики лечения пациентов с базальноклеточным раком следует осуществлять индивидуально, принимая во внимание распространенность опухолевого процесса, его локализацию, общее состояние пациента (тяжесть сопутствующей патологии). Основной целью лечения пациентов с базальноклеточным раком кожи следует считать полное удаление опухоли, при этом следует добиваться максимального сохранения функции вовлеченного органа и наилучших косметических результатов [1].

Лечение БКРК разделяется на консервативное, хирургическое и лазерное. Хирургическое лечение является более предпочтительным, поскольку позволяет контролировать радикальность операции посредством исследования краев отсечения на наличие злокачественных клеток, что и было применено в данном случае. Лучевая терапия обычно считается терапией резерва для лечения агрессивных рецидивирующих опухолей или применяется у пациентов, которые вследствие своего физического состояния не могут быть прооперированы [2, 3].

Большинство обсуждаемых новообразований могут симулировать базальноклеточную карциному. При кератоакантоме также наблюдается изъязвление, но для нее характерны более быстрое развитие и прогресс. Пигментированную базальноклеточную карциному следует дифференцировать от меланоцитарного невуса, меланомы и себорейного

кератоза. Кистозный тип базалиомы может напоминать экзокринную или апокринную гидроцистому [3].

Заключение.

Представленный клинический случай свидетельствует о необходимости онконастороженности у офтальмолога. Вовремя диагностированная опухоль и своевременно назначенное лечение увеличивает благоприятный прогноз заболевания.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации «Базальноклеточный рак кожи» – Общероссийский национальный союз «Ассоциация онкологов России». Москва, 2020. 85.
2. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома. М.: Медицина, 2003. 284.
3. Бровкина А.Ф., Панова И.Е., Саакян С.В. Офтальмоонкология: новое за последние два десятилетия. *Вестник офтальмологии*. 2014; 130(6): 13-19.

Как цитировать:

Челомбитко К. Е. Базальноклеточная карцинома нижнего века слева. Клинический случай. Материалы конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в офтальмологии» 16-17 мая 2024 г., г. Барнаул. *Scientist (Russia)*. 2024; 3 (29): 277-281.
