



Пастух И.В.<sup>1</sup>, Гончарова Н.А.<sup>1</sup> ✉, Ковтун М.И.<sup>1</sup>, Недзвецкая О.В.<sup>2</sup>, Чубенко И.О.<sup>1</sup>, Шкиль Е.А.<sup>1</sup>, Зубкова Д.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Харьков, Украина

<sup>2</sup> Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

## Результаты лечения пациентов с базалиомами век

Подана: 10.12.2021

Принята: 10.05.2022

Контакты: goncharova.natal@gmail.com

### Резюме

В статье представлены результаты хирургического лечения пациентов с различными формами базалиом (базальноклеточного рака (БКР)) кожи век. Во всех случаях производилась полнослойная резекция базалиом в пределах здоровых тканей. Выбор оперативной техники зависел от размеров, локализации, прогрессирования опухолевого процесса, близости к краям век. При значительных размерах новообразований, превышающих половину длины века, выбирался метод пластики, позволяющий минимизировать послеоперационные рубцовые изменения тканей и получить удовлетворительный косметический результат.

**Ключевые слова:** базалиома, веки, трансплантация кожных лоскутов, аутотрансплантат

Pastukh I.<sup>1</sup>, Goncharova N.<sup>1</sup> ✉, Kovtun M.<sup>1</sup>, Nedzvetska O.<sup>2</sup>, Chubenko I.<sup>1</sup>, Shkil O.<sup>1</sup>, Zubkova D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

<sup>2</sup> Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

## Results of Treatment of Patients with Basal Cell Carcinoma of the Lids

Submitted: 10.12.2021

Accepted: 10.05.2022

Contacts: goncharova.natal@gmail.com

### Abstract

The article presents the results of surgical treatment of patients with various forms of basal cell carcinoma of the eyelid skin. In all cases, a full-layer basal cell resection was performed within healthy tissues. The choice of the surgical technique depended on the size, localization, progression of the tumor process, proximity to the edges of the eyelids. With a significant size of neoplasms exceeding half the length of the eyelid, a



plastic method is chosen that minimizes postoperative scar tissue changes and obtain a satisfactory cosmetic result.

**Keywords:** basal cell carcinoma, eyelids, transplantation of skin flaps

## ■ ВВЕДЕНИЕ

Опухоли век являются серьезной проблемой для пациентов в связи с их анатомической близостью к главному яблоку, придаточным пазухам носа и головному мозгу. В зависимости от экспансивного или инфильтративного роста новообразования их подразделяют на злокачественные и доброкачественные. Выделяют базальноклеточный, плоскоклеточный или сквамозно-клеточный рак, меланому кожи век, аденокарциному мейбомиевых желез [1, 2]. Базальноклеточный рак кожи (БКР) – одна из самых распространенных типов опухолевого процесса, встречается в зависимости от региона у 70–80% пациентов с эпителиальными поражениями кожи [1, 3–8]. Это новообразование характеризуется местно-деструктивным типом роста, для которого свойственно инфильтративное прорастание в подлежащие ткани. После радикального удаления данных образований возможны рецидивы, однако отсутствует метастазирование [1, 2]. По оценкам исследователей, за последние 30 лет уровень заболеваемости БКР вырос от 20% до 80% и увеличивается с возрастом [2–5]. При установлении диагноза средний возраст пациентов составляет 68–70 лет. Смерть от БКР наступает редко, в основном у пациентов с ослабленным иммунитетом [1, 3–6].

Опухолевый процесс может располагаться на нижних веках, во внутренних углах глазной щели, реже – верхних веках и наружных углах глазной щели. Крайне редко патологический процесс распространяется одновременно на верхнее и нижнее веко, глазное яблоко и параорбитальные структуры.

Тактику лечения пациентов с БКР подбирают индивидуально, учитывая распространенность опухолевого процесса, локализацию, возраст пациента, его соматическое состояние. Основной целью терапии является полное удаление опухоли для предотвращения рецидивов, исправление функциональных нарушений, вызванных БКР, достижение наилучшего косметического результата. Хирургические методы часто оказываются наиболее эффективными и действенными способами для достижения поставленных целей. Однако для наиболее оптимального эффекта, сохранения функции, хороших косметических результатов возможны комбинированные подходы к лечению, такие как диатермокоагуляция, лучевая терапия совместно с хирургическим иссечением пораженных тканей [4–9].

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение максимально эффективной хирургической техники лечения пациентов с базалиомами век.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование было проведено на базе КНП «Городская клиническая больница № 14 имени профессора Л.Л. Гиршмана» ХГС. Под клиническим наблюдением находился 81 пациент с диагнозом «базалиома век». Из них 27 женщин и 54 мужчины.

Средний возраст составил  $69 \pm 4$  года. Всем пациентам проводились стандартные офтальмологические исследования: визометрия, периметрия, тонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия в прямом и обратном виде. Дополнительно осуществляли фотографирование патологического образования до оперативного лечения в различные сроки после операции. У всех пациентов иссеченный во время операции материал для верификации диагноза отправлялся на гистологическое исследование в патологоанатомическую лабораторию Харькова, где был гистологически подтвержден диагноз «базальноклеточный рак кожи». Кроме того, проводились необходимые исследования клинических и биохимических показателей крови и мочи. Пациенты консультированы у дерматологов и онкологов. При необходимости проводилась дооперационная биопсия, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография.

Для восстановления дефектов век после удаления новообразования использовались различные методики. Прямые сопоставления краев дефекта – при размерах колобомы в  $1/3$  длины век у 39 пациентов (48,15%). Такая техника осуществлялась при малых размерах новообразования и локализации на удалении от краев век и слезных точек. Оперативное вмешательство на веках удалось произвести путем полнослойного иссечения БКР в пределах здоровых тканей и восстановления дефекта натяжением кожных покровов с наложением узловых швов 6-0.

При более обширных дефектах у 20 (24,69%) пациентов производили перемещение кожно-мышечных и тарзально-конъюнктивальных лоскутов. У одного такого пациента (3%) была произведена полнослойная резекция сектора века с БКР. После выкраивания кожно-мышечного лоскута от наружного угла глаза для улучшения перемещения была произведена канотомия, отсечение части латеральной связки век и перемещение скользящего кожно-мышечного лоскута на ножке в медиальном направлении по Каллахану А. и Mustorde I.C. [9–11]. После перемещения наложены узловые швы (4/0) на края век и 8 узловых швов (6-0) на лоскут. Края раны обработаны раствором бриллиантового зеленого и наложена антибактериальная мазь.

Пациентам (22 (27,16%)) с обширными дефектами ввиду значительного распространения опухолевого процесса и близкого расположения к краям век для предупреждения повреждения слезных точек, грубых рубцовых выворотов век применяли трансплантацию свободных кожных и тарзальных лоскутов, взятых с задней поверхности ушной раковины, избыточной кожи верхнего века или внутренней поверхности предплечья. Техника операции заключалась в иссечении опухоли в пределах здоровых тканей с возмещением дефекта собственным кожным лоскутом. Величина и форма кожного аутоотрансплантата определялась размерами базалиомы для максимально полного покрытия дефекта и анатомического восстановления тканей. Первым этапом проводилось полнослойное иссечение базалиомы в пределах здоровых тканей. Вторым этапом выкраивался кожный лоскут с подкожно-жировой клетчаткой в районе средней трети внутренней поверхности предплечья либо задней поверхности ушной раковины. Производили ушивание раны узловыми швами 6-0 с тушированием спиртовым раствором бриллиантового зеленого.

Кожный лоскут фиксировали множественными узловыми швами 6-0. Края раны обрабатывались раствором метиленового синего либо спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Заживление происходило по типу первичного натяжения. Производили обработку раны ежедневно раствором бриллиантового зеленого и



антибактериальной глазной мазью (флоксал). Снятие швов частично проводилось через 7–8 суток, полное снятие – через 14 суток.

В раннем послеоперационном периоде для предупреждения реакции отторжения пациентам назначались внутривенные инъекции глюкокортикостероида дексаметазона в количестве 8 мг (2 мл) совместно с 8 мл изотонического раствора NaCl. На курс 5 инъекций с постепенным снижением дозы активного вещества до 2 мг (0,5 мл).

Пациентам в раннем послеоперационном периоде назначали инстилляци антибиотиков, а также рекомендованы инстилляци слезозаменителей, содержащих 5%-й декспантенол (кератостил), для эффективного увлажнения и защиты переднего отрезка глаза по 1 капле 3 раза в день.

В более позднем послеоперационном периоде (спустя 3–4 недели) для защиты тканей глаза от воздействия УФ-излучения проводились инстилляци капель, содержащих N-метил-бензохинолин-метилсульфат, который поглощает УФ-лучи длиной от 280 до 350 мкм (брувискрин), по 1 капле 3 раза в день.

Наблюдение осуществлялось на следующий день после операции, через 7, 14, 28 суток, 3 и 6 месяцев, 1 год. Срок наблюдения – 2 года.

В раннем и отдаленном послеоперационном периоде не было необходимости для каких-либо дальнейших вмешательств (ни терапевтических, ни хирургических).

У всех наблюдаемых пациентов отмечалось полное приживление аутотрансплантатов, отсутствие значимых косметических дефектов, что, несомненно, улучшило качество их жизни.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

### Клинический пример 1

Пациентка Я., 1948 г. р., обратилась в клинику с диагнозом «рецидив базалиомы нижнего века левого глаза». Со слов пациентки, при впервые выставленном дерматологом в 2012 г. диагнозе «базалиома» размеры образования составляли 3–4 мм в диаметре. Локализовалась опухоль на 4 см книзу от ресничного края нижнего века левого глаза. Проводилось лечение в КВД Харькова в виде диатермокоагуляции БКР. Никаких осложнений в послеоперационном периоде не было. Однако через 2 года возник рецидив базалиомы в этой же области, практически возле ранее удаленного образования, но несколько кнутри. Повторно произведена диатермокоагуляция данного образования. Заживание раны в послеоперационном периоде происходило без осложнений.

В середине 2019 г. вновь начался агрессивный рост базалиомы. Пациентка обратилась уже к офтальмологу. На момент осмотра определялись 2 атрофических рубца, размерами 7 мм в диаметре и 3 мм × 2,5 см книзу от средней трети ресничного края нижнего века левого глаза. Выше и медиальнее располагалось крупное образование коричневого цвета треугольной формы с шероховатой неровной поверхностью с признаками изъязвлений размерами 20×18×16 мм, выворачивающее нижнее веко (рис. 1).

Пациентка была полностью обследована. Из сопутствующей патологии выявлены атеросклеротический кардиосклероз, ДЭП, гипертоническая болезнь IIb-стадии.

Ввиду больших размеров опухоли, безуспешности ранее проводимой терапии было принято решение о хирургическом иссечении БКР с последующей пластикой дефекта кожным аутотрансплантатом (рис. 2).



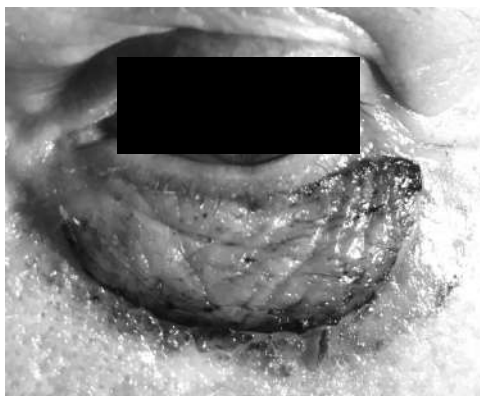
**Рис. 1. Пациентка Я. до операции**  
**Fig. 1. Patient Ya. before surgery**



**Рис. 2. Пациентка Я. Ход операции**  
**Fig. 2. Patient Ya. Operation progress**



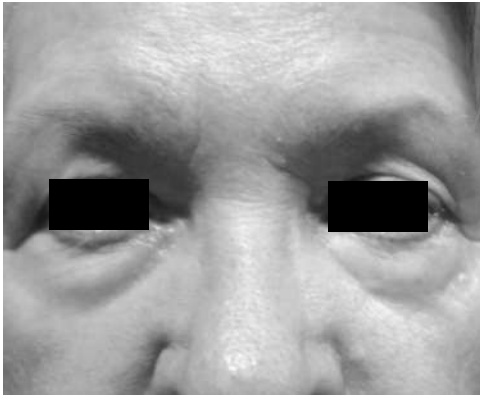
**Рис. 3. Пациентка Я. Окончание операции**  
**Fig. 3. Patient Ya. end of surgery**



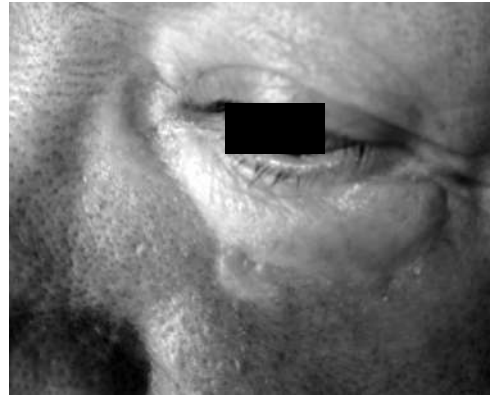
**Рис. 4. Пациентка Я. через 14 дней после операции**  
**Fig. 4. Patient Ya. 14 days after surgery**

Ход операции. Произведена полнослойная резекция сектора нижнего века и щеки слева с новообразованием. Форма иссеченного лоскута почкообразная, размерами 21×19×17 мм с захватом по 2 мм в пределах здоровой ткани вокруг образования. Сформирован и выкроен кожный лоскут из средней трети внутренней части левого предплечья аналогичной формы и размера. Кожа предплечья ушита 8 узловыми швами (6-0). Сформированным аутотрансплантатом покрыта раневая поверхность нижнего века и щеки. Кожный лоскут фиксирован 20 узловыми швами (6-0) (рис. 3).

Гистологическое исследование образования подтвердило диагноз «базалиома, солидный вариант» (препарат на стекле прилагался). Дополнительного лечения у онколога не назначалось. В послеоперационном периоде заживление проходило первичным натяжением. Снятие швов производили через 7 и 14 дней (рис. 4).



**Рис. 5. Пациентка Я. через 2 года после операции**  
**Fig. 5. Patient Ya. 2 years after surgery**



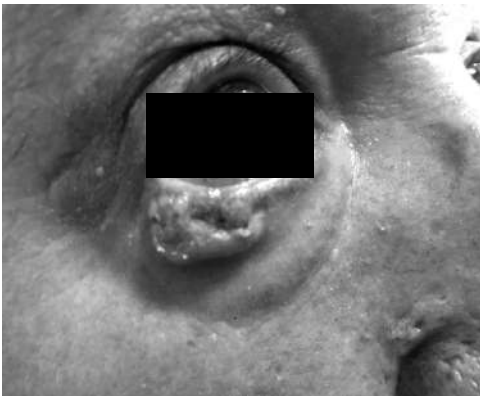
**Рис. 6. Пациентка Я. через 2 года после операции**  
**Fig. 6. Patient Ya. 2 years after surgery**

Через 2 года после операции (рис. 5, 6) никаких рецидивов заболевания не наблюдалось. Выворота нижнего века, слезотечения не отмечалось. Пациентка не предъявляла жалоб, результатом лечения довольна.

### **Клинический пример 2**

Пациент К., 52 года, обратился с новообразованием нижнего века правого глаза в июле 2020 г. (рис. 7, 8).

Со слов пациента, новообразование развивалось в течение 6–8 лет. За последний год опухоль значительно увеличилась и разрослась. На момент осмотра новообразование захватывало более трети наружной части нижнего века, имело грибовидную бугристую форму, местами определялись небольшие участки мацерации, мокнутия и корки в зоне новообразования. Новообразование захватывало интермаргинальный



**Рис. 7. Пациент К. до операции**  
**Fig. 7. Patient K. before surgery**



**Рис. 8. Пациент К. до операции**  
**Fig. 8. Patient K. before surgery**

край века. Размеры новообразования достигали 15×10×2 мм. Учитывая активизацию роста новообразования, проявления мацерации участков новообразования с образованием корочек, а также распространение новообразования на интермаргинальный край века, для хирургического лечения нами был выбран метод полнослойной резекции сектора века с новообразованием и захватом зон окружающей здоровой ткани, пластикой дефекта века путем перемещения скользящего кожно-мышечного лоскута на ножке в медиальном направлении по Каллахану А. (1963) и Mustarde J.C. (1966).

Пациент прошел стандартное офтальмологическое обследование. Острота зрения обоих глаз 1,0; в поле зрения нарушений не выявлено, оптические среды глаз прозрачны, на глазном дне обоих глаз патологических изменений не выявлено. Общее предоперационное клиническое обследование выявило сахарный диабет 2-го типа в стадии компенсации, гипертоническую болезнь. Полное онкологическое обследование не выявило метастазов в лимфатических узлах и внутренних органах.

Ход операции. Произведена полнослойная резекция сектора века с новообразованием. Форма иссеченного сегмента трапециевидная, размеры 16×8×8 мм с захватом по 1 мм зон окружающей здоровой ткани вокруг новообразования. Намечен и выкроен полукруглый кожно-мышечный лоскут от наружного угла глаза латерально длиной 5 см. Для лучших условий перемещения кожно-мышечного лоскута с области виска и скулы с небольшой частью наружного отрезка века была произведена кантотомия и отсечение нижней ножки латеральной связки век. Лоскут с полулунным изгибом кверху был отделен от подлежащей мышцы с целью лучшего его перемещения в медиальном направлении. После медиального перемещения кожно-мышечного лоскута наложены: узловой шов на проксимальный край века и край перемещенного лоскута (4/0), 8 узловых швов (6/0) на перемещенный лоскут, 4 узловых шва на края раны нижнего века. Узловой шов на интермаргинальный край века оставлен с длинными концами, которые были фиксированы к щеке (рис. 9, 10). В послеоперационном периоде назначены капли тобрадекс и мазь флоксал 3 раза в день [7–9].



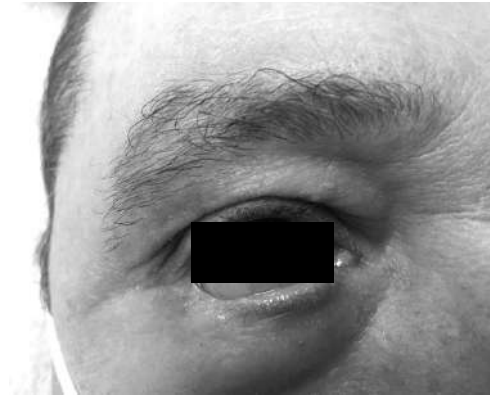
**Рис. 9. Пациент К. после окончания операции**  
**Fig. 9. Patient K. after the surgery**



**Рис. 10. Пациент К. через 7 дней после операции**  
**Fig. 10. Patient K. 7 days after surgery**



**Рис. 11. Пациент К. через 14 дней после операции**  
**Fig. 11. Patient K. 14 days after surgery**

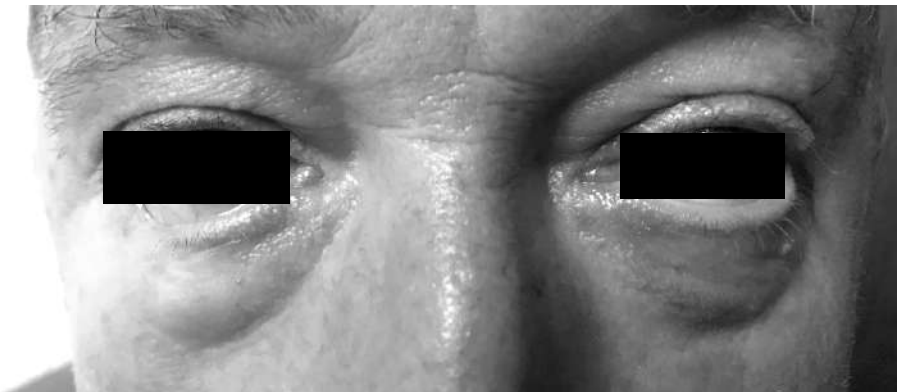


**Рис. 12. Пациент К. через 1 год после операции**  
**Fig. 12. Patient K. 1 year after surgery**

Гистологическое исследование новообразования показало: строение базалиомы, солидный вариант (препарат на стекле прилагался). По согласованию с онкологом дополнительных методов лечения не назначалось.

Швы в области хирургического вмешательства были сняты через 10 дней после операции (рис. 11). Заживление проходило первичным натяжением. На зону рубцов был назначен Контратубекс гель через 15 дней после операции, применялся в течение 2 месяцев.

Через 1 год после операции рецидива не было, сформированный край нижнего века прилежит к главному яблоку, слезотечения нет, веки смыкаются полностью при закрытии глаза (рис. 12, 13). Пациент доволен функциональным и косметическим результатом хирургического лечения.



**Рис. 13. Пациент К. через 1 год после операции**  
**Fig. 13. Patient K. 1 year after surgery**

### Клинический пример 3

Пациент О., 73 года, госпитализирован с диагнозом «БКР век, сливная форма». (рис. 14, 15). Дефекты кожи наружной трети обоих век и области наружной спайки век с изъязвлениями появились 10 лет назад, увеличивались в размерах, периодически появлялось мокнутие. Не лечился.

Произведено иссечение новообразования с учетом правил абластики с пластикой дефекта свободным аутоотрансплантатом из тканей внутренней поверхности предплечья (рис. 16). Заживление по типу первичного натяжения.

Швы сняты на 7–15-е сутки (рис. 17).

Гистологическое заключение: БКР, узелково-язвенная форма. Направлен на диспансерное наблюдение к онкологу.

Сроки наблюдения – 1 год (рис. 18).

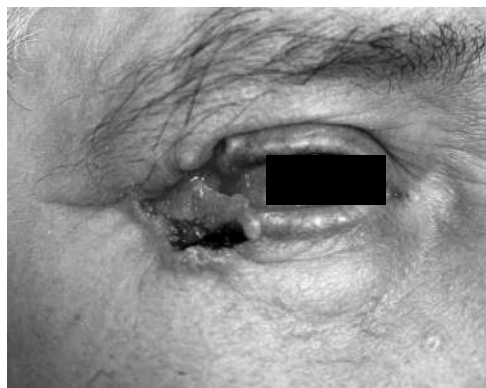


Рис. 14. Пациент О. Состояние до операции  
Fig. 14. Patient O. Condition before surgery



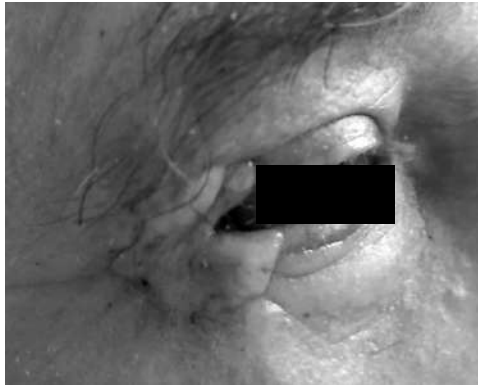
Рис. 15. Пациент О. Состояние до операции  
Fig. 15. Patient O. Condition before surgery



Рис. 16. Пациент О. Завершающий этап операции  
Fig. 16. Patient O. Last step of surgery



Рис. 17. Пациент О. 10-е сутки после операции  
Fig. 17. Patient O. 10 days after operation



**Рис. 18. Пациент О. 1 год после операции**  
**Fig. 18. Patient O. 1 year after surgery**

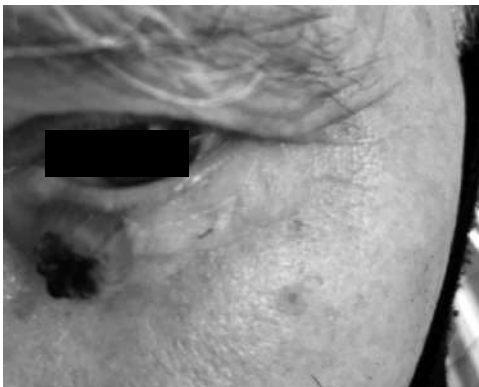
#### **Клинический пример 4**

Пациент Т., 82 года, госпитализирован для хирургического лечения новообразования нижнего века левого глаза, которое появилось 5 лет назад. Новообразование медленно и безболезненно увеличивалось в размерах, последние 6 месяцев на нем появлялись кровоточащие изъязвления. Размеры у основания 20×30 мм (рис. 19).

Произведена операция – удаление новообразования нижнего века левого глаза, пластика дефекта свободным аутотрансплантатом из тканей верхнего века левого глаза (рис. 20).

Заживление по типу первичного натяжения. Швы сняты на 7-е и 14-е сутки.

Гистологическое заключение: БКР, смешанная форма. Направлен на диспансерное наблюдение к онкологу.



**Рис. 19. Пациент Т., состояние до операции**  
**Fig. 19. Patient T., condition before surgery**



**Рис. 20. Пациент Т. 1-е сутки после операции**  
**Fig. 20. Patient T. 1 day after surgery**



**Рис. 21. Пациент Т., 6 месяцев после операции**  
**Fig. 21. Patient T, 6 months after surgery**

## ■ ВЫВОДЫ

1. Хирургическое лечение базалиомы век является наиболее предпочтительным и радикальным. Удаление новообразования должно производиться с учетом всех требований абластики.
2. Выбор вида иссечения новообразования, полнослойное или послойное, зависит от его размеров, прорастания на интермаргинальный край и в толщу века.
3. Выбор типа пластического замещения дефекта века должен производиться с учетом решения функциональных и косметических проблем, возникающих после удаления новообразования.

## ■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Zalupickij I. (2007) *Onkologiya* [Oncology]. Minsk: Vyshejschaya shkola, str. 72, 201. (in Russian)
2. Gancev S.H. (2006) *Onkologiya. 2-e izdanie, ispr. i dop.* [Oncology, 2nd edition, revised and supplemented]. Moskva: Medicinskoje informacionnoe agentstvo, 69 p. (in Russian)
3. Salihov A.Yu., Sultanov R.Z., Muldasheva I.E. (2003) *K voprosu o hiruricheskom lechenii raka vek* [About surgical treatment of eyelid cancer]. [http://www.reg-surgery.ru/2\\_2003/articles\\_ru/downloads/250503-003.pdf](http://www.reg-surgery.ru/2_2003/articles_ru/downloads/250503-003.pdf) (in Russian)
4. Grusha YA., Islamova D, Rizopulu E. (2016) *Plastika defektov posle rezekcii vek pri dobrokachestvennyh i zlokachestvennyh novoobrazovaniyah* [Plasty of defects after eyelid resection in benign and malignant neoplasms]. Ufa: Tochka zreniya. Vostok – Zapad. № 1. (in Russian)
5. Shorr N., Perry J.D., Goldberg R.A., Hoenig J., Shorr J. The safety and applications of acellular human dermal allograft in ophthalmic plastic and reconstructive surgery: a preliminary report. *Ophthal Plast Reconstr Surg.*, 2000; 16: 223–30.
6. Luu S.T., Cannon P.S., Selva D. Hypertrophic changes of the lower eyelid margin after Hughes procedure for eyelid reconstruction: the management and outcomes. *Ophthal Plast Reconstr Surg.*, 2010; 26: 5: 344–347.
7. Rubin A.I., Chen E.H., Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med.*, 2005, 353(21): 2262–2269.
8. Kuo K.Y., Batra P., Cho H.G., Li S., Chahal H.S., Rieger K.E., Tang J.Y., Sarin K.Y. Correlates of multiple basal cell carcinoma in a retrospective cohort study: Sex, histologic subtypes, and anatomic distribution. *J Am Acad Dermatol*, 2017, 77(2): 233–234 e232.
9. Al'ston Kallahan (1963) *Hirurgiya glaznyh boleznej. Pod red. V.N. Arhangel'skogo* [Surgery of eye diseases. Edited by V.N. Arkhangelsky]. M.: Gos. izd-vo med. lit., pp. 84–98. (in Russian)
10. Mustarde J.C. *Repair and reconstruction in the orbital region*. Edinburgh: Livingstone. 1966; 198–201.
11. Mustarde J.C. *Repair and reconstruction in the orbital region*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1980.