

<https://doi.org/10.25208/vdv1407>



Гигантский нодулярный базальноклеточный рак кожи

© Седова Т.Г.^{1,2*}, Елькин В.Д.¹

¹ Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

² Краевой клинический кожно-венерологический диспансер, Пермь, Россия

Представлены клинические наблюдения первичного гигантского нодулярного базальноклеточного рака кожи у двух пациентов в возрасте 64 и 68 лет с длительностью заболевания 20 и 15 лет соответственно. Установлены причины позднего обращения больных за медицинской помощью — психологические состояния страха и тревоги.

Клиническая картина представленных наблюдений характеризовалась медленным многолетним бессимптомным ростом солитарных опухолевидных узлов грибовидной формы застойно-розового цвета с бугристой поверхностью, плотноэластической консистенции, спаянных с подлежащими мягкими тканями, размерами 9,5 × 7,0 см и 5,0 × 9,0 см соответственно. Гигантские базалиомы локализовались на волосистой части головы у женщины и коже туловища — у мужчины. Клинические особенности опухолей соответствовали признакам крупного нодулярного базальноклеточного рака кожи. Представлено описание клинической и дерматоскопической картины гигантских нодулярных базалиом.

Пациентам выполнено радикальное хирургическое иссечение опухолей с патологоанатомическим исследованием послеоперационного материала. Гистологическая картина гигантского базальноклеточного рака в обоих случаях представлена опухолями сложного строения — солидно-аденоидный тип с инвазией в ретикулярную дерму и подкожно-жировую клетчатку. Установлен низкий биологический потенциал гигантских нодулярных базалиом.

Ключевые слова: клинический случай; гигантский базальноклеточный рак; нодулярная форма; клиника; диагностика; прогноз

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

Источник финансирования: рукопись подготовлена и опубликована за счет финансирования по месту работы авторов.

Согласие пациента: пациенты добровольно подписали информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме в журнале «Вестник дерматологии и венерологии».

Для цитирования: Седова Т.Г., Елькин В.Д. Гигантский нодулярный базальноклеточный рак кожи. Вестник дерматологии и венерологии. 2023;99(2):80–86. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1407>



Giant nodular basal cell skin cancer

© Tatiana G. Sedova^{1,2*}, Vladimir D. Elkin¹

¹ Perm State Medical University named after Academician E. A. Wagner, Perm, Russia

² Regional Clinical Dermatovenereological Treatment Centre of Perm region, Perm, Russia

The article presents clinical case report of primary giant nodular basal cell skin cancer in two patients at the age of 64 and 68 years and with disease duration of 20 and 15 years respectively. Psychological status of fear and anxiety are considered the main reasons for the late health encounter.

The clinical picture of the case report was characterized by a slow long-term asymptomatic growth of solitary tumor-like mushroom-shaped nodes of stagnant pink color with a bumpy surface, densely elastic consistency, adherent to underlying soft tissues and sized 9.5 × 7.0 cm and 5.0 × 9.0 cm respectively. Giant basaliomas were located on the scalp in a woman and on the trunk skin in a man. The clinical tumors features are corresponded to those of a large conglomerated basal cell skin cancer. The article also presents a description of the clinical and dermatoscopic picture of giant nodular basaliomas.

The patients underwent curative surgical excision of tumors with pathomorphological examination of the postoperative material. The histological picture of giant basal cell carcinoma in both cases is represented by tumors of a complex structure, namely a solid adenoid type with invasion into the reticular dermis and subcutaneous fat. The low biological potential of giant nodular basaliomas has been established.

Keywords: case reports; giant basal cell carcinoma; nodular form; clinic; diagnostics; prognosis

Conflict of interest: the authors declare any obvious and potential competing interests related with publishing the article.

Source of funding: the article is prepared and published with funding at working place of the authors.

Patient consent: patients voluntarily signed an informed consent to the publication of personal medical information in anonymous form in the Journal "Vestnik Dermatologii i Venerologii".

For citation: Sedova TG, Elkin VD. Giant nodular basal cell skin cancer. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2023;99(2):80–86. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv1407>



■ Актуальность

Гигантский базальноклеточный рак (ГБКР) — редкая разновидность базальноклеточного рака (БКР), характерными особенностями которого являются размеры, превышающие 5 см в диаметре, многолетнее течение заболевания, отсутствие субъективной симптоматики, формирование выраженного косметического дефекта мягких тканей, сложность радикального хирургического лечения [1–6].

ГБКР встречается в 0,3–1,5% случаев БКР, характеризуется медленным прогрессирующим ростом в течение нескольких десятилетий жизни, частым рецидивированием (у 3–15% пациентов) и метастазированием (в 0,1–0,55% наблюдений) [1, 3–5, 7]. Редко регистрируют быстрый рост опухоли, сопровождающийся прогрессирующим изъязвлением кожи, деструкцией хрящей и костей, вовлечением подлежащих внутренних органов, сосудистой и периневральной инвазией, метастазами [4–7]. Метастазирование в региональные лимфатические узлы встречается у 60–70% больных с агрессивным типом ГБКР, в кожу — у 10% пациентов, в кости и внутренние органы — в 20 и 42% случаев соответственно [1]. Риск развития метастазов возрастает у каждого второго пациента с размерами ГБКР более 10 см в диаметре и локализацией опухоли в области головы и шеи (85% случаев) [1, 4, 5]. Летальность от агрессивных гистологических типов ГБКР достигает 10–20% [3, 8].

Возрастно-половые особенности свидетельствуют о преобладании ГБКР среди лиц мужского пола в возрастной группе 70 лет и старше, у женщин выявляют гигантские базалиомы в более молодом возрасте — 50–60 лет [1]. Согласно литературным данным ГБКР в 70–90% случаев возникает *de novo*, у трети пациентов регистрируют гигантские рецидивные карциномы [1, 3, 5]. Длительность заболевания варьирует в широком диапазоне от 2 до 30 лет, составляя в среднем — 10 и более лет [1, 2, 4, 5, 7].

К факторам риска развития ГБКР относят: длительное кумулятивное ультрафиолетовое излучение [1, 2, 4–7]; иммуносупрессивные состояния [2, 3, 5]; генетические синдромы [1, 3, 11]; профессиональную деятельность и профессиональные вредности (химические канцерогены, ионизирующая радиация) [3–6]; I–III фототипы кожи по Т. Фитцпатрику [2, 3, 5]; отягощенный личный и семейный онкологический анамнез [2, 3]; психические расстройства [9]; тяжелые соматические заболевания [7, 10]; сопутствующие хронические дерматозы — туберкулезная и красная волчанка [11, 12]; рецидивирование опухоли после неадекватной терапии [1, 4]; низкий социально-экономический уровень [9]; вредные привычки (алкоголизм, курение) [8]; одиночество [8]; пренебрежительное отношение к здоровью [8, 9].

Клиническая картина ГБКР характеризуется появлением крупной солитарной опухоли на коже лица, волосистой части головы, туловища или конечностей. Размеры гигантской базалиомы варьируют от 6 до 30 и более см [1–5]. Поверхностная клиническая форма ГБКР встречается наиболее часто (55% наблюдений), локализуется преимущественно на коже туловища, характеризуется медленным периферическим ростом, достигая нескольких десятков сантиметров в наибольшем измерении [1, 11, 12]. В центральной части опухоли наблюдаются участки атрофии, тонкие корочки

и чешуйки, множественные телеангиоэктазии или очаги неравномерной пигментации, по периферии — мелкие плотные с восковицидным блеском узелки [1, 11, 12]. Язвенный ГБКР регистрируется у 40–44,9% пациентов, при этом чаще поражаются центрофациальная область и волосистая часть головы, реже — туловище и конечности [1, 2, 4, 6, 7, 13, 14]. Гигантские язвенные базалиомы характеризуются инфильтративным периферическим ростом и прогрессирующей деструкцией кожи, подлежащих тканей, хрящей и костей, сосудистой и периневральной инвазией [2, 3, 6, 7, 13]. В большинстве случаев язвенный ГБКР проявляет клинко-морфологические признаки *ulcus terebrans* или язвы Marjolin [1]. В запущенных случаях размеры язвенных базалиом достигают 30 и более сантиметров в диаметре [1, 2]. Значительно реже (единичные наблюдения) встречается нодулярный ГБКР с локализацией на коже туловища [1, 4]. Клиническая картина гигантской нодулярной базалиомы характеризуется формированием крупной, с бугристой поверхностью опухоли застойно-розового или застойно-красного цвета с множественными просвечивающими телеангиоэктазиями, размерами более 5 см — конглобированная форма [1].

Дерматоскопическое исследование поверхностной базалиомы характеризуется специфическими признаками — тонкие ветвящиеся древовидные сосуды, гомогенные зоны красного и белого цвета, эрозии и тонкие серозно-геморрагические корочки [11, 15]. При нодулярном БКР часто наблюдаются ярко-красные древовидные сосуды крупного калибра, крупные сине-серые овоидные гнезда, хризалидоподобные структуры, участки изъязвления с толстыми геморрагическими корками [15, 16]. Язвенный БКР характеризуется изъязвлением с геморрагическими корками темно-коричневого цвета и множественными полиморфными сосудами [16].

Патоморфологическая картина ГБКР в каждом втором случае (51% наблюдений) представлена агрессивными гистологическими вариантами опухоли (морфеоподобный, инфильтративный, микроузелковый, метатипический) и характеризуется выраженной атипией базалоидных клеток, повышенной митотической активностью, инвазией опухоли в сетчатую дерму и подкожно-жировую клетчатку, фиброзом стромы [1, 4, 5, 7, 17].

Дифференциальный диагноз ГБКР проводят с плоскоклеточным и метатипическим раком, болезнью Педжета и Боуэна, доброкачественными и злокачественными опухолями придатков кожи [1, 5, 12].

В терапии ГБКР применяют широкое хирургическое иссечение с реконструктивной пластикой, микрографическую хирургию по Mohs [1, 4, 6, 13], химиотерапию (5-фторурацил, винкристин, блеомицин, доксорубин, метотрексат) в комбинации с лучевой терапией [1, 2], хирургическое иссечение в комбинации с лучевой терапией [1, 6, 7]. Для лечения гигантских неоперабельных, рецидивных и метастатических базалиом применима монотерапия висмодегидом, препарат разрешено использовать в комбинации с другими методами — хирургическое иссечение и фотодинамическая терапия [2, 3, 6].

С 2017 г. в ГБУЗ ПК «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер» организован дерматоонкологический прием. За 5-летний период выявлено 134 случая БКР, среди них — у 3 (2, 2%) пациентов верифицирован ГБКР, из них у двух больных диагностированы гигантские нодулярные базалиомы.

Приводим собственные клинические наблюдения гигантского нодулярного БКР.

Клиническое наблюдение 1

Больная Б., 1958 г.р., направлена к дерматовенерологу в ГБУЗ ПК «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер» с жалобами на быстрый рост опухоли в области волосистой части головы и кровоточивость при расчесывании волос, без субъективной симптоматики.

Анамнез заболевания: образование появилось после травмы около 20 лет назад, в течение последних 5 лет отмечает прогрессирующий рост опухоли, повышенную кровоточивость при травматизации, образование геморрагических корок. Самолечением не занималась. Ранее к врачам не обращалась, при анализе причины запущенности выявлена канцерофобия. Растущую опухоль закрывала волосами и головными уборами.

Аллергологический анамнез не отягощен. Солнечный анамнез: проживала в Грузии 15 лет, фотопroteкцию в течение жизни не использовала. Наследственность по онкологическим заболеваниям (личная и семейная) не отягощена.

Профессиональный анамнез: парикмахер, стаж работы — 35 лет, в настоящее время на пенсии. Семейное положение: замужем, 2 детей. Вредных привычек нет.

Объективный статус. III фототип кожи по Т. Фитцпатрику. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Рост — 172 см, вес — 103 кг. Индекс массы тела — 34,8. Кожный покров и слизистые оболочки чистые, физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 18 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, патологические шумы не аускультуются. Пульс — 62 удара в 1 минуту, ритмичный, симметричный. Артериальное давление — 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, правильной формы, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Общеклинические лабораторные показатели в пределах возрастной нормы.

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия III стадии, I степени, риск 4. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения II ФК. Хроническая сердечная недостаточность IIA стадия / II ФК. Сахарный диабет 2-го типа, компенсированный. Ожирение I степени.

Status localis: кожный патологический процесс ограниченный, локализован в теменной области волосистой части головы (рис. 1). Представлен опухолевидным узлом грибовидной формы на широком основании розовато-бурого цвета с крупнобугристой гладкой поверхностью, плотноэластической консистенции, размерами 9,5 × 7,0 см. Опухоль приподнята над окружающими тканями на 3,0 см, не смещается при пальпации. На поверхности множественные эрозии округлой формы с влажной поверхностью и серозно-геморрагическим отделяемым. В верхней части опухоли — язвенный дефект неправильной формы с приподнятыми подрытыми краями, дно язвы — бугристое ярко-красного цвета с пленками фибрина и геморрагической коркой в центре. На поверхности опухоли наблюдаются множественные крупные телеангиоэктазии, волосы в области новообразования отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при паль-



Рис. 1. Больная Б., 1958 г.р. Гигантский нодулярный базальноклеточный рак теменной области волосистой части головы (Т3N0M0)

Fig. 1. Patient B., born in 1958. Giant nodular basal cell carcinoma of the parietal region of the head hairy part (T3N0M0)

пации, не спаяны между собой, кожа над ними не изменена, подвижность их не ограничена.

Больной выполнено видеодерматоскопическое исследование опухоли (DUB SkinScanner TPM, Германия).

В области новообразования волосистой части головы визуализируются розовато-красные бесструктурные зоны с множественными крупными древовидными сосудами и толстыми хризалидоподобными структурами. На поверхности опухоли наблюдаются множественные эрозии ярко-красного цвета с влажной блестящей поверхностью, тонкие серозно-геморрагические корочки. В верхней части узла — бесструктурная зона красного цвета с прилипшими волосами.

Пациентке проведено радикальное хирургическое иссечение опухоли в ГБУЗ ПК «Пермский краевой онкологический диспансер».

Прижизненное патологоанатомическое исследование послеоперационного материала кожи теменной области волосистой части головы: опухоль представлена комплексами анаплазированного эпителия, состоящего из мелких гиперхромных клеток базалоидного типа с очагами аденоидного строения, — эпителиальные тяжи образуют альвеолярные структуры с палисадным базальным рядом по периферии комплексов. Отмечается прорастание опухолевых тяжей на всю толщину ретикулярного слоя дермы в подкожно-жировую клетчатку (инвазия более 25 мм). Между опухолевыми комплексами участки фиброза. Заключение: базальноклеточный рак кожи, солидно-аденоидный гистологический тип.

Пациентке поставлен диагноз: гигантский нодулярный базальноклеточный рак теменной области волосистой части головы (Т3N0M0).

Клиническое наблюдение 2

Больной Г., 1954 г.р., консультирован дерматовенерологом ГБУЗ ПК «Краевой клинический кожно-

венерологический диспансер». На приеме предъявлял жалобы на наличие образования кожи левой надлопаточной области, кровоточивость при травматизации, субъективно — без особенностей.

Анамнез заболевания: отмечает появление новообразования около 15 лет назад, в течение последних 2 лет наблюдаются повышенная кровоточивость опухоли, образование толстых геморрагических корок. К дерматологу, хирургу и онкологу ранее не обращался. Причины запущенности — страх оперативного вмешательства (томофобия) и последующего летального исхода (танатофобия).

Аллергологический анамнез не отягощен. Солнечный анамнез — солнечные ожоги спины и верхней части груди с детского возраста, солнцезащитные средства в течение жизни не использовал. Личная и семейная наследственность по онкологическим заболеваниям, в том числе по раку кожи, не отягощена.

Профессиональный анамнез: водитель, стаж работы — 40 лет. Семейное положение: женат, 3 детей. Курит по 15–20 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус. III фототип кожи по Т. Фитцпатрику. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Рост — 168 см, вес — 73 кг. Индекс массы тела — 25,9. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. Пульс — 60 ударов в 1 минуту, ритмичный, симметричный. Артериальное давление — 155/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Синдром сотрясения поясничной области отрицательный с обеих сторон. Общеклинические лабораторные показатели в пределах возрастной нормы.

Сопутствующие заболевания: хроническая obstructивная болезнь легких, II степень тяжести, вне обострения. Дыхательная недостаточность I степени. Артериальная гипертензия II стадии, I степени, риск 3. Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность I степени. Избыточная масса тела.

Status localis: кожный патологический процесс ограниченный, асимметричный, локализован на коже левой надлопаточной области (рис. 2). Представлен экзофитным образованием грибовидной формы на широком основании застойно-розового цвета с конглобированной поверхностью, размерами 5,0 × 9,0 см. При пальпации образование плотнoэластической консистенции, возвышается над кожей на 2,5 см, спаяно с подлежащими мягкими тканями. На поверхности опухоли визуализируются множественные короткие разного диаметра извитые сосуды, толстые геморрагические и гнойно-некротические корки. Надключичные, подключичные, шейные, затылочные и подмышечные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации, подвижны и не спаяны между собой, кожа над ними не изменена.

Пациенту выполнено видеодерматоскопическое исследование опухоли (DUB SkinScanner TPM, Германия).

В области новообразования визуализируются бесструктурные зоны застойно-красного цвета с множественными, разного калибра древовидными сосудами, короткими тонкими телеангиоэктазиями и хризалидо-



Рис. 2. Больной Г. 1954 г.р. Гигантский нодулярный базальноклеточный рак кожи левой надлопаточной области (Т3N0M0)
Fig. 2. Patient G., born in 1954. Giant nodular basal cell skin carcinoma of the left supraclavicular zona (T3N0M0)

подобными структурами. На поверхности опухоли наблюдаются множественные толстые геморрагические и гнойно-некротические корки.

Пациенту проведено радикальное хирургическое иссечение опухоли с пластикой кожным лоскутом в ГБУЗ ПК «Пермский краевой онкологический диспансер».

Прижизненное патологоанатомическое исследование послеоперационного материала кожи левой надлопаточной области: эпидермис истончен, опухоль представлена комплексами и тяжами базалоидных клеток с крупными ядрами и скудной цитоплазмой. По периферии опухолевых гнезд — выражен «палисад». В опухоли наблюдаются единичные митозы. Строма фиброзирована. Отмечается прорастание опухолевых тяжей во все слои кожи (инвазия 35 мм). Заключение: базальноклеточный рак кожи, солидно-аденоидный гистологический тип.

Больному установлен диагноз: гигантский нодулярный базальноклеточный рак кожи левой надлопаточной области (Т3N0M0).

Пациенты находятся на диспансерном учете у врача-онколога, послеоперационный период в обоих случаях — без особенностей.

Обсуждение

Известно, что ГБКР крайне редко встречается в популяции 0,3–1,5% случаев БКР, мы наблюдали 3 (2,2%) больных с гигантскими базалиомами. Из них — у 2 пациентов выявлен первичный нодулярный ГБКР с гендерным соотношением 1:1 в возрасте 64 и 68 лет. Длительность заболевания в описанных клинических случаях составила 20 и 15 лет соответственно, что обусловлено психологическим состоянием больных — страх узнать

о раке — канцерофобия, страх операции — томофобия, страх смерти — танатофобия [1–6, 8–10].

К особенностям представленных наблюдений следует отнести: медленный многолетний бессимптомный рост солитарных опухолевидных узлов грибовидной формы застойно-розового цвета с бугристой поверхностью, плотноэластической консистенции, спаянных с подлежащими мягкими тканями, размерами более 5 см в диаметре, что соответствует клиническим признакам конглобированной формы БКР [1, 10]. Отсутствие метастазирования за длительное время существования опухоли свидетельствует о низком биологическом потенциале нодулярного ГБКР [10].

Дерматоскопическая картина вышеописанных наблюдений характеризовалась бесструктурными областями розовато-красного и застойно-красного цвета с множественными крупными древовидными сосудами и толстыми хризалидоподобными структурами, что соответствует типичным признакам нодулярного БКР [15, 16].

Проведенное патологоанатомическое исследование показало, что опухоль в обоих случаях представлена комплексами базалоидных клеток с выраженным «палисадом» и характеризовалась сложным строением — солидно-аденоидный гистологический тип с признаками инвазии в ретикулярную дерму и подкожно-жировую клетчатку на 25 и 35 мм соответственно, что свидетельствует об инфильтративном характере

роста нодулярного ГБКР [1, 2, 4, 5, 9]. Следует отметить, что солидно-аденоидный морфологический тип верифицируется наиболее часто среди неагрессивных форм гигантских базалиом [4, 5, 8].

Таким образом, нодулярный ГБКР характеризуется длительным многолетним течением без субъективных симптомов (боль, парестезия и/или зуд в области опухоли отсутствовали) и метастазирования. Клиническая картина вышеописанных новообразований представлена гигантской конглобированной формой базалиомы, имеющей типичные дерматоскопические признаки узлового БКР и патоморфологические особенности — опухоли сложного строения с инфильтративным характером роста.

Заключение

Представленные клинические наблюдения свидетельствуют о поздней обращаемости пациентов с нодулярным ГБКР к врачам, связанной с многолетним медленным бессимптомным ростом новообразования и психологическими состояниями страха и тревоги — фобиями. Недостаточная онкологическая просвещенность больных и низкая онкологическая осторожность врачей приводят к позднему выявлению базальноклеточного рака кожи в запущенных стадиях заболевания, лечение которого предполагает радикальное конструктивное хирургическое иссечение. ■

Литература/References

1. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Седова Т.Г. Частная дерматоонкология. Часть 1. Опухоли, опухолеподобные образования и пороки развития эпидермиса и придатков кожи. Пермь: Перм. кн. изд-во, 2017. 744 с. [El'kin VD, Mitrjukovskij LS, Sedova TG. Chastnaja dermatoonkologija (Private dermato-oncology). Part 1. Opuholi, opuholepodobnye obrazovaniya i poroki razvitiya jepidermisa i pridatkov kozhi. (Tumors, tumor-like formations and malformations of the epidermis and skin appendages.) Perm: Perm Book Publishing House; 2017. 744 p. (In Russ.)] ISBN 978-5-904037-77-2
2. Куклин И.А., Кохан М.М., Волкова Н.В., Скляр М.С., Изюров Л.Н., Сафонова Г.Д. и др. Случай гигантской формы базально-клеточного рака кожи в результате многолетнего течения опухолевого процесса и поздней обращаемости больного. Уральский медицинский журнал. 2015;(7):98–102 [Kuklin IA, Kohan MM, Volkova NV, Skljär MS, Izjurov LN, Safonova GD, et al. A case of a giant form of basal cell skin cancer as a result of a long-term course of the tumor process and late referral of the patient. Ural'skij medicinskij zhurnal. 2015;(7):98–102. (In Russ.)]
3. Писклакова Т.П. Базально-клеточный рак кожи: новые возможности патогенетической терапии. Клиническая дерматология и венерология. 2014;12(6):4–8 [Pisklakova TP. Basal cell carcinoma: new opportunities for pathogenetic therapy. Klinicheskaja dermatologija i venerologija. 2014;12(6):4–8. (In Russ.)]
4. Хлебникова А.Н., Кладова А.Ю., Кириченко И.А., Сарханн В.С. К проблеме гигантских базалиом. Клиническая дерматология и венерология. 2007;5(1):9–12 [Hlebnikova AN, Kladova AYU, Kirichenko IA, Sarhann BC. To the problem of giant basaliomas. Klinicheskaja dermatologija i venerologija. 2007;5(1):9–12. (In Russ.)]
5. Побилат А.Е., Прохоренков В.И., Карачева Ю.В., Батухтин Е.Н. Гигантские базалиомы. Клиническая дерматология и венерология. 2009;7(1):37–40 [Pobilat AE, Prohorenkov VI, Karacheva JuV, Batuhtin EN. Giant basaliomas. Klinicheskaja dermatologija i venerologija. 2009;7(1):37–40. (In Russ.)]
6. Решетов И.В., Маторин О.В., Бабаскина Н.В. Клинические характеристики и возможности лекарственной терапии неоперабельного местно-распространенного и метастатического базально-клеточного рака кожи. Онкология. 2014;3(2):44–48 [Reshetov IV, Matorin OV, Babaskina NV. Clinical characteristics and possibilities of drug therapy for locally advanced and metastatic basal cell carcinoma. Onkologija. 2014;3(2):44–48. (In Russ.)]
7. Васильев С.А., Трофимов Е.И., Светлов К.В., Аслануков М.Н., Левин П.С. Гигантская базалиома кожи головы с интракраниальным ростом. Хирургия. 2015;(7):88–92 [Vasil'ev SA, Trofimov EI, Svetlov KV, Aslanukov MN, Levin RS. Giant basalioma of scalp with intracranial invasion. Hirurgija. 2015;(7):88–92. (In Russ.)] doi: 10.17116/hirurgia2015788-92
8. Yazdani Abyaneh MA, Engel P, Slominski A, Ragsdale B, Agag R, Cramer D, et al. Giant Basal Cell Carcinomas Express Neuroactive Mediators and Show a High Growth Rate: A Case-Control Study and Meta-Analysis of Etiopathogenic and Prognostic Factors. Am J Dermatopathol. 2017;39(3):189–194. doi: 10.1097/DAD.0000000000000640
9. Jiménez-Hernández F, Caballero-Centeno AM, Barrera-Pérez M, Ramos-Garibay JA. Giant Basal Cell Carcinoma: A 12-Year Follow-up Case Report. Am J Dermatopathol. 2016;38(1):52–55. doi: 10.1097/DAD.0000000000000352
10. Oliveira N, Tchernev G, Kandathil LJ. Giant Mushroom-like Neglected Basal Cell Carcinoma of the Shoulder with Spontaneous Bleeding: A Successful Surgical Approach. Eur J Case Rep Intern Med. 2021;8(12):003089. doi: 10.12890/2021_003089
11. Снарская Е.С., Ибрагим Абдулла. Поверхностная форма базальноклеточной карциномы кожи: биологическое поведение, морфо-

логия и клинические варианты. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2017;20(6):332–341 [Snarskaja ES, Ibragim Abdulla. Superficial form of basal cell carcinoma of the skin: biological behavior, morphology and clinical variants. Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. 2017;20(6):332–341. (In Russ.)] doi: 10.18821/1560-9588-2017-20-6-332-341

12. Потекаев Н.Н., Гребенюк В.Н., Доля О.В., Вавилов В.В., Минкина О.В. Базальноклеточная карцинома в призме дифференциальной диагностики с туберкулезной волчанкой и бугорковым сифилидом. Клиническая дерматология и венерология. 2013;11(1):46–51 [Potekaev NN, Grebenjuk VN, Dolja OV, Vavilov VV, Minkina OV. Basal cell carcinoma in the light of its differential diagnosis with lupus vulgaris and nodular syphilid. Klinicheskaja dermatologija i venerologija. 2013;11(1):46–51. (In Russ.)]

13. Забунян Г.А., Порханов В.А., Барышев А.Г., Ткачев В.В., Виноградов Р.А., Богданов С.Б. и др. Совершенствование реконструктивных операций при комбинированных дефектах головы с применением реваскуляризованных трансплантатов. Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2020;(1):79–86 [Zabunjan GA, Porkhanov VA, Baryshev AG, Tkachev VV, Vinogradov RA, Bogdanov SB, et al. Reconstructive surgeries for combined defects of the head using revascularised transplants. Plasticheskaja hirurgija i esteticheskaja medicina. 2020;(1):79–86. (In Russ.)] doi: 10.17116/plast.hirurgia202001179

14. El-Khalawany M, Hassab-El-Naby HMM, Mousa AM, Sameh A, Rageh MA, Genedy RM, et al. Epidemiological and clinicopathological analysis of basal cell carcinoma in Egyptian population: a 5-year retrospective multicenter study. J Cancer Res Clin Oncol. 2022. doi: 10.1007/s00432-022-04207-7

15. Хлебникова А.Н., Новоселова Н.В. Особенности дерматоскопической картины клинических форм базальноклеточного рака кожи. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014;(1):9–14 [Hlebnikova AN, Novoselova NV. Features of the dermatoscopic picture of clinical forms of basal cell skin cancer. Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. 2014;(1):9–14. (In Russ.)]

16. Гаранина О.Е., Шлишко И.Л., Клеменова И.А., Орлинская Н.Ю., Гамаюнов С.В., Давыдова Д.А. и др. Дерматоскопические предикторы степени риска рецидивирования базальноклеточного рака кожи. Клиническая дерматология и венерология. 2018;17(4):79–91 [Garanina OE, Shlivko IL, Klemenova IA, Orlinskaja NJu, Gamajunov SV, Davydova DA, et al. Dermatologic predictors of the risk of recurrence of basal cell carcinoma of the skin. Klinicheskaja dermatologija i venerologija. 2018;17(4):79–91. (In Russ.)] doi: 10.17116/klinderma20181704179

17. Vaca-Aguilera MR, Guevara-Gutiérrez E, Barrientos-García JG, Tlacuilo-Parra A. Giant basal cell carcinoma: clinical-histological characteristics of 115 cases. Int J Dermatol. 2019;58(12):1430–1434. doi: 10.1111/ijd.14455

Участие авторов: все авторы несут ответственность за содержание и целостность всей статьи. Концепция и дизайн исследования — Т.Г. Седова; сбор и обработка материала — Т.Г. Седова, В.Д. Елькин; написание текста — Т.Г. Седова; редактирование — В.Д. Елькин.

Authors' participation: all authors are responsible for the content and integrity of the article. Concept and design of the study is developed — Tatiana G. Sedova; material and data collection and processing — Tatiana G. Sedova, Vladimir D. Elkin; text — Tatiana G. Sedova; text revision — Vladimir D. Elkin.

Информация об авторах

*Седова Татьяна Геннадьевна — к.м.н., доцент; адрес: Россия, 614000, Пермь, ул. Комбайнеров, д. 28а; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2660-0536>; eLibrary SPIN: 9947-9989; e-mail: sedovca-1978@yandex.ru

Елькин Владимир Дмитриевич — д.м.н., профессор; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4727-9531>; eLibrary SPIN: 1631-8188; e-mail: elena.plotnikova@hotmail.com

Information about the authors

*Tatiana G. Sedova — MD, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor; address: 28a Kombaynerov street, 614000 Perm, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2660-0536>; eLibrary SPIN: 9947-9989; e-mail: sedovca-1978@yandex.ru

Vladimir D. Elkin — MD, Dr. Sci. (Med.), Professor; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4727-9531>; eLibrary SPIN: 1631-8188; e-mail: elena.plotnikova@hotmail.com

Статья поступила в редакцию: 20.12.2022

Принята к публикации: 22.02.2023

Дата публикации онлайн: 13.03.2023

Submitted: 20.12.2022

Accepted: 22.02.2023

Published online: 13.03.2023