



<https://doi.org/10.21516/2072-0076-2022-15-4-38-44>

Злокачественные опухоли кожи век в Москве: эпидемиология и диспансеризация больных

М.Ю. Лернер, О.Н. Стешенко ✉

Московский офтальмологический центр ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, 2-й Боткинский пр., вл. 5, Москва, 125284, Россия

Цель работы — изучить частоту выявления первичных злокачественных опухолей век, их прогностические особенности по материалам офтальмоонкологического отделения Московского городского офтальмологического центра ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ документов Московского канцер-регистра, отчетов офтальмоонкологического отделения МГОЦ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, амбулаторных карт больных злокачественными опухолями органа зрения за 10 лет (2010–2019 гг.), зарегистрированных в городе Москве. **Результаты.** Злокачественные опухоли органа зрения диагностированы у 3650 человек, из них опухоли век — у 2748 (75,29 %). Морфологический диагноз базальноклеточного рака (БКР) имел место в 89,19 % случаев, при этом за анализируемые 10 лет наблюдается увеличение заболеваемости практически на треть. Заболеваемость увеличивается с возрастом, пик частоты приходится на 70–79 лет. Чаще всего поражается нижнее веко (64 %) и внутренний угол век (22,14 %). Реже выявляются опухоли, расположенные на верхнем веке (12,21 %) и у наружного угла век — 2,3 %. Более 80 % рецидивов рака кожи век приходится на стадии T2–T3 и только 18,2 % составили опухоли, пролеченные в стадии T1. Опухоли, расположенные во внутреннем углу глазной щели, рецидивировали в 3 раза чаще, чем опухоли век других локализаций. **Заключение.** Злокачественные опухоли век составляют 3/4 всех злокачественных новообразований органа зрения, доминирует БКР. Пик заболеваемости приходится на 7–8-ю декаду жизни. Отмечается увеличение заболеваемости злокачественными опухолями век. Специализированная офтальмоонкологическая служба позволяет проводить диагностику, лечение и диспансерное наблюдение за пациентами после лечения, что способствует раннему выявлению рецидивов опухоли.

Ключевые слова: злокачественные опухоли век; базальноклеточный рак; опухоли век; диспансеризация

Конфликт интересов: отсутствует.

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Для цитирования: Лернер М.Ю., Стешенко О.Н. Злокачественные опухоли кожи век в Москве: эпидемиология и диспансеризация больных. Российский офтальмологический журнал. 2022; 15 (4): 38–44. <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2022-15-4-38-44>

Malignant eyelid tumors: epidemiology and clinical observation of patients in Moscow

Marina Yu. Lerner, Olga N. Steshenko ✉

S.P. Botkin State Clinical Hospital, Moscow Ophthalmological Center, Moscow, 2nd Botkinsky Dr., Bldg. 5, 125284, Russia
olga.stesh@gmail.com

Purpose: to assess the prevalence of primary malignant eyelid tumors and their prognostic features based on the materials of the ocular oncology department, Moscow Ophthalmological Center. **Materials and methods.** We performed a retrospective analysis of 10-year array (2010–2019) of documents of the Moscow Cancer Register, reports of the ocular oncology department of the Moscow ophthalmological center, S.P. Botkin State Clinical Hospital, and case histories of outpatients with malignant eyelid tumors, residing in Moscow. **Results.** Malignant ocular tumors were diagnosed in 3650 people. Of these, 75.29 % were eyelid tumors (2748 people). The most common malignant tumor was basal cell carcinoma (89.19 %), which was morphologically diagnosed and over the ten years showed an incidence increase of almost

a third. The occurrence rate grows with age, with the peak observed between 70 and 79 years of life. Most often, the lower eyelid (64%) and the inner corner (22.14 %) are affected. Less common are tumors located in the upper eyelid (12.21 %) and at the lateral canthus — 2.3 %. Over 80 % of the relapses occurred at the T2–T3 stages, while only 18.2 % were eyelid skin cancers treated at the T1 stage. Tumors located in the inner corner of the palpebral fissure recurred up to 3 times more often than differently localized eyelid tumors. **Conclusion.** Malignant eyelid tumors are the most common of malignant ocular neoplasms, claiming $\frac{3}{4}$ of them. Basal cell carcinoma is the most common type. The peak incidence falls upon the 7th and the 8th decades of life. An increase in the incidence of malignant tumors of the eyelids is observed. The special ophthalmic–oncological service facilitates the diagnostics, treatment and dispensary observation of patients after treatment, which contributes to the early detection of relapses.

Keywords: malignant eyelid tumors; basal cell carcinoma; eyelid tumors

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

Financial disclosure: no author has a financial or property interest in any material or method mentioned.

For citation: Lerner M.Yu., Steshenko O.N. Malignant eyelid tumors: epidemiology and clinical observation of patients in Moscow. Russian ophthalmological journal. 2022; 15 (4): 38–44 (In Russian). <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2022-15-4-38-44>

В практике офтальмолога новообразования век занимают значительное место. Особенности строения этой анатомической области и являются предпосылкой для морфологического разнообразия новообразований кожи век. По данным литературы, доброкачественные новообразования на коже век составляют 71,4–85,08 % [1, 2]. Большинство злокачественных опухолей века первичны и аналогичны опухолям, встречающимся на других участках кожи. Важным исключением являются опухоли сальных желез век. Встречаются и вторичные поражения век (злокачественная лимфома, метастаз).

Доля злокачественных опухолей век составляет 5–10 % от всех злокачественных опухолей кожи [3–7]. В последние десятилетия отмечен ежегодный рост частоты злокачественных опухолей кожи, в том числе век. По гистогенезу первичные злокачественные опухоли, как правило, имеют эпителиальное происхождение (раки) или меланоцитарное (меланома). Большинство исследователей сходятся во мнении, что в развитии многих опухолей, как эпителиального, так и меланоцитарного происхождения, большую роль играют генетические факторы, а также воздействие неблагоприятных экологических факторов, включая инсоляцию, воздействие ультрафиолетового света, особенно при низкой степени пигментации кожи [8, 9]. Группу риска развития злокачественных опухолей кожи составляют пациенты, получающие иммуносупрессивную терапию [10]. Работы, посвященные эпидемиологии злокачественных опухолей век в литературе практически отсутствуют.

ЦЕЛЬ работы — изучить частоту первичных злокачественных опухолей век, их прогностические особенности по материалам офтальмоонкологического отделения Московского городского офтальмологического центра ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование ретроспективное. Проанализированы отчеты офтальмоонкологического отделения Московской глазной клинической больницы (2010–2014 гг.) и офтальмоонкологического отделения Московского городского офтальмологического центра ГКБ им. С.П. Боткина (2015–2019 гг.), Московского канцер-регистра за указанные годы. Изучены амбулаторные карты больных злокачественными опухолями органа зрения за 10-летний период, зарегистрированных в Москве. Изучено 2748 амбулаторных карт больных злокачественными опухолями кожи век. За анализируемый период пролечен в нашем отделении 2561 больной, отказа-

лись от лечения или имели соматические противопоказания к лечению 187 (6,8 %) больных.

В соответствии с федеральными клиническими рекомендациями диспансерное наблюдение после лечения осуществляли в течение 5 лет: первый год — один раз в 3 мес, в течение второго года наблюдения — один раз в 6 мес, далее — один раз в год.

Исследуемые параметры включали пол, возраст на момент постановки диагноза, стадию и локализацию опухоли, морфологический диагноз.

Статистическая обработка результатов исследования выполнена с использованием приложения Microsoft Excel 2010. Проведен расчет среднего арифметического значения (M), минимальных (min) и максимальных (max) значений и медианы стандартизированного показателя.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Злокачественные опухоли органа зрения диагностированы у 3650 человек, из них 2453 (67,21 %) женщины и 1197 (32,79 %) мужчин. Злокачественные опухоли век в этой группе выявлены у 2748 человек (1893 женщин и 855 мужчин), что составило 75,29 %. Существует мнение, что их частота может достигать 90 % [9].

Отмечена четкая тенденция к увеличению числа заболевших злокачественными опухолями органа зрения в целом и век в частности за анализируемый период (рис. 1, 2).

Стандартизированный показатель заболеваемости злокачественными опухолями, по данным Московского канцер-регистра, также свидетельствует об их увеличении в столице в последние годы: так, в первые 5 лет медиана этого показателя составила 2,29 на 100 тыс. взрослого населения Москвы, а в последующие 5 лет увеличилась до 3,0 (рис. 3).

По данным нашего центра, раки кожи век преобладают, составляя более 98 % всех злокачественных опухолей этой локализации (рис. 4). Среди эпителиальных опухолей век преобладают три основные группы: базальноклеточный (БКР) и плоскоклеточный раки, карцинома сальной (мейбомиевой) железы. Представленные показатели близки к данным литературы. К примеру, среди европеоидной расы частота БКР кожи век достигает 86–95 % [11–14]. Что касается южных стран, то в Азии частота БКР сравнима с частотой карциномы сальной железы (КСЖ): в Китае соотношение БКР/КСЖ равно 48/34 %, то же наблюдают и в Сирии, а в Индии КСЖ выше вдвое [1, 15, 16]. В наших наблюдениях морфологический диагноз БКР имел место в 89,19 % случаев всех форм рака, при этом отмечено увеличение заболеваемости практически на одну треть за анализируемые 10 лет (рис. 5).

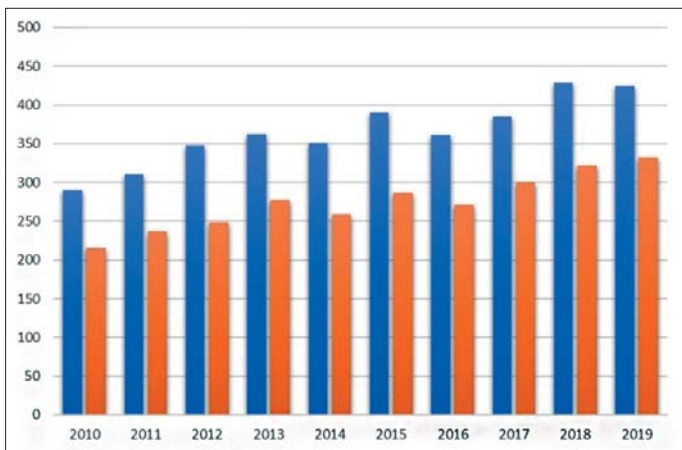


Рис. 1. Доля злокачественных опухолей век в структуре злокачественных новообразований (ЗНО) органа зрения. Ось абсцисс: годы, ось ординат: количество больных, синий столбец — ЗНО органа зрения, оранжевый столбец — ЗНО век

Fig. 1. Fraction of malignant tumors of the eyelids in the structure of malignant neoplasms (MNP) of the eye. X-axis: years, Y-axis: number of patients, blue column — MNP of the eye, orange column — malignant eyelid tumors

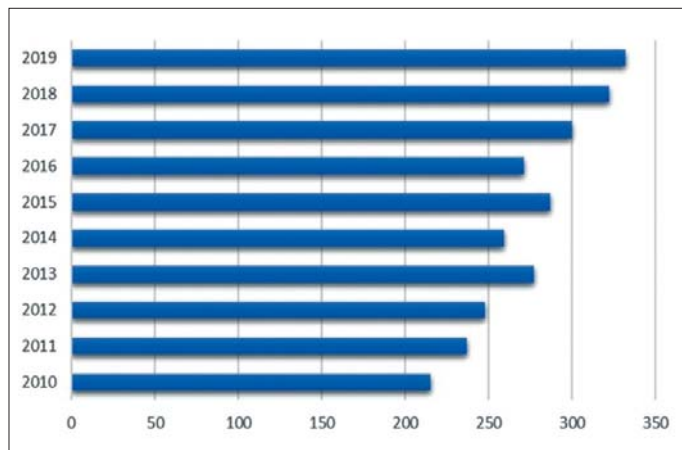


Рис. 2. Количество больных злокачественными опухолями век, впервые поставленных на учет в 2010–2019 гг. Ось абсцисс: количество больных, ось ординат: годы

Fig. 2. Number of patients with malignant eyelid tumors among registered primary cases in 2010–2019. X-axis: number of patients, Y-axis: years

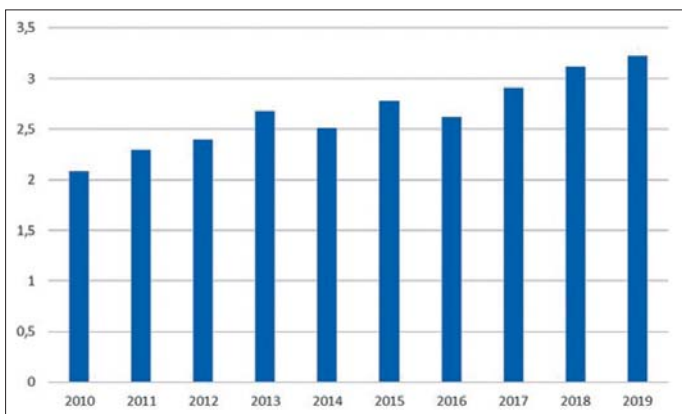


Рис. 3. Заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗНО) век (медиана стандартизованного показателя) в расчете на 100 тыс. взрослого населения Москвы. Ось абсцисс: годы, ось ординат: медиана

Fig. 3. Eyelid cancer morbidity (standardized ratio median) per 100000 adult population of Moscow. X-axis: years, Y-axis: median

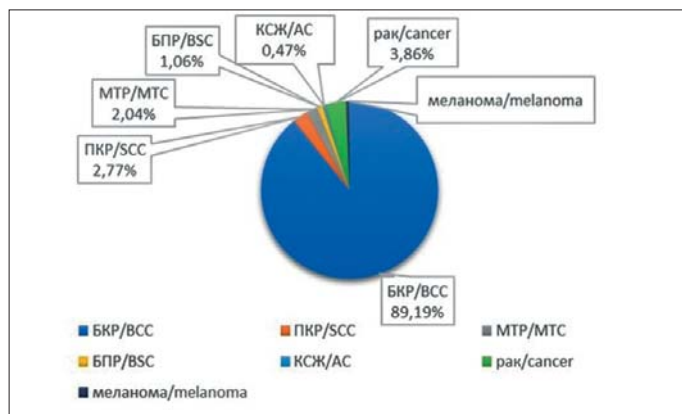


Рис. 4. Частота морфологических форм злокачественных опухолей век (2010–2019 гг.). БКР — базальноклеточный рак; ПКР — плоскоклеточный рак; МТР — метатипический рак; БПР — базально-плоскоклеточный рак; КСЖ — карцинома сальной железы

Fig. 4. The frequency of morphological forms of malignant tumors of the eyelids (2010–2019). BCC — basal cell carcinoma; SCC — squamous cell carcinoma; MTC — metatypical cancer; BSC — basal squamous cell carcinoma; AC — carcinoma of the sebaceous gland

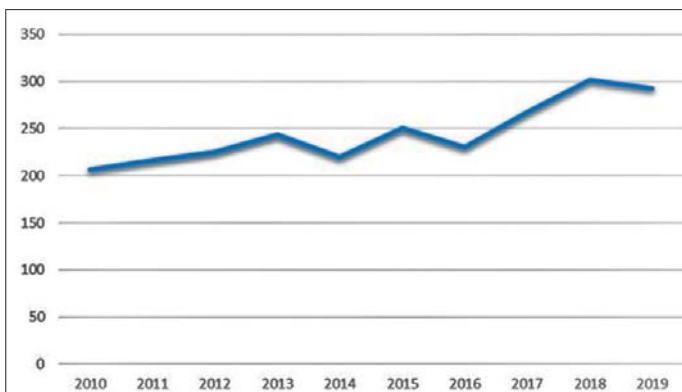


Рис. 5. Заболеваемость базальноклеточным раком век. Ось абсцисс: годы, ось ординат: количество больных

Fig. 5. The incidence of basal cell cancer of the eyelids. X-axis: years, Y-axis: number of patients

Как показывает наше исследование, злокачественные опухоли век чаще развиваются у женщин, причем этот показатель повторяется из года в год, что, скорее всего, связано с большей продолжительностью их жизни и превалированием женщин в старших возрастных группах (таблица). Аналогичные данные по России приводят И.Е. Панова и соавт. [4]. Интересно отметить, что превалирование БКР отмечено также в других странах [8, 13, 17–19].

Наряду с этим, в литературе имеются данные о практически равном поражении как женщин, так и мужчин [11–12, 20, 21], как и о превалировании мужчин [15, 22]. Таким образом, гендерный признак не следует считать фактором риска развития этих опухолей.

Доброкачественные опухоли кожи век, как правило, не представляют трудности для диагностики, но все же и в условиях специализированного центра ежегодно в 10–15 случаях

Таблица. Частота заболеваемости злокачественными опухолями кожи век с учетом возраста и гендерного признака
Table. Incidence of eyelid malignant tumors considering age and gender

Год Year	Число больных Number of patients	Число больных (м/ж) Number of patients (m/f)						Всего Total
		< 40 лет yrs	40–49 лет yrs	50–59 лет yrs	60–69 лет yrs	70–79 лет yrs	≥ 80 лет yrs	
2010	215	1/3	3/5	13/18	22/31	25/59	8/27	72/143
2011	237	2/2	4/3	11/23	17/40	32/54	11/38	77/160
2012	242	2/0	2/4	18/21	19/34	28/53	13/48	82/160
2013	277	3/2	2/5	17/32	22/36	31/67	18/42	93/184
2014	265	2/1	2/2	7/22	28/38	19/76	23/45	81/184
2015	290	0/10	3/2	13/21	26/56	30/64	16/49	88/202
2016	271	1/1	3/4	13/23	29/53	28/58	12/46	86/185
2017	298	0/4	4/7	11/24	23/51	28/79	17/50	83/215
2018	321	1/10	5/4	20/28	21/53	24/77	23/55	94/227
2019	332	1/4	7/13	16/26	28/63	19/66	28/61	99/233
Всего	2748	13/37	35/49	139/238	235/455	264/653	169/461	855/1893

клинический диагноз доброкачественной опухоли патоморфологически изменяют на злокачественный, это свидетельствует о сложности дифференциальной диагностики, особенно начального рака кожи век.

Возраст больных в большой когорте (2748 человек) оказался варибельным (минимальный — 18 лет, максимальный — 95 лет). Анализ частоты рака кожи век по возрастным группам (каждые 10 лет) свидетельствует об увеличении заболеваемости по мере увеличения возраста, при этом пик заболеваемости приходится на 70–79 лет. Наряду с этим необходимо отметить, что больные старше 70 лет составляют более половины случаев (56,29 %). Следует подчеркнуть, что рецидивы чаще возникают у лиц более старшего возраста (рис. 6, 7). Этот факт требует специального осмысления.

Что касается локализации опухоли, то, как показывает наше исследование, чаще всего опухоль локализуется на нижнем веке (64 %) и во внутреннем углу глаза (22,14 %). Реже выявляют опухоли, расположенные на верхнем веке (12,21 %) и у наружного угла век, — 2,3 %. Следует обратить внимание на частоту поражения внутреннего угла глаза, так как эта зона наиболее трудна для проведения лечения, а опухоли, расположенные в этой зоне, чаще других характеризуются ранним распространением в мягкие ткани орбиты (рис. 8–11).

Адекватно выбранный метод лечения рака кожи век в пределах здоровых тканей, при условии их максимального щажения, позволяет сохранить или восстановить функции

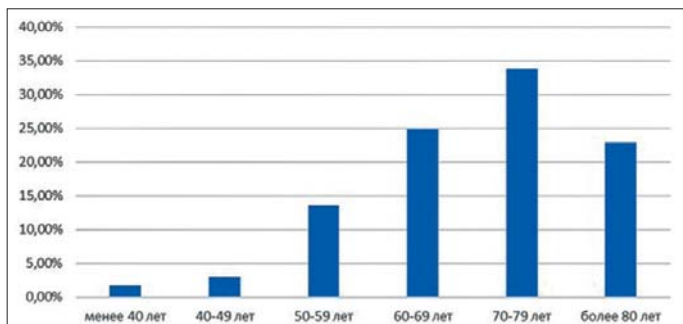


Рис. 6. Распределение злокачественных опухолей век по возрастным группам. Ось абсцисс: возраст, лет, ось ординат: частота ЗНО век, %

Fig. 6. Distribution of malignant tumors of the eyelids by age groups. X-axis: age, years, Y-axis: eyelid malignant tumors rate, %

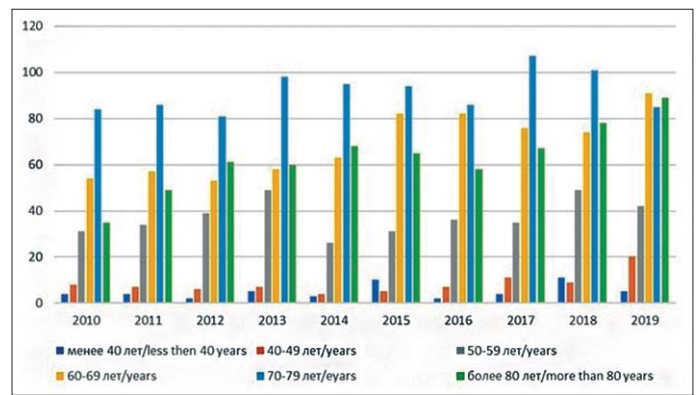


Рис. 7. Распределение частоты злокачественных опухолей век по возрастным группам. Ось абсцисс: годы, ось ординат: количество больных
Fig. 7. Distribution of the incidence of malignant tumors of the eyelids by age groups: X-axis: years, Y-axis: number of patients

Рис. 8. Базальноклеточный рак (многофокусное поражение) с давностью заболевания 7 лет
Fig. 8. Basal cell carcinoma (multifocal lesion) with a disease duration of 7 years



Рис. 9. Базальноклеточный рак нижнего века с давностью заболевания 2 года
Fig. 9. Basal cell carcinoma of the lower eyelid with a disease duration of 2 years

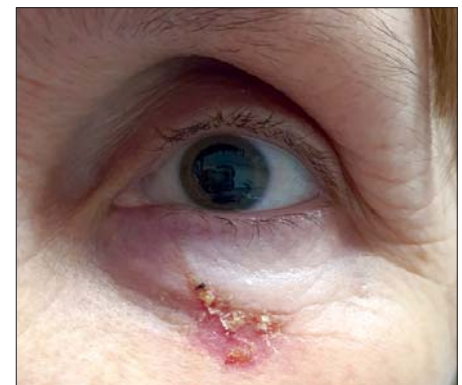




Рис. 10. Базально-клеточный рак с давностью заболевания 2 года
Fig. 10. Basal cell carcinoma with a disease duration of 2 years



Рис. 11. Базально-клеточный рак с давностью заболевания около года
Fig. 11. Basal cell carcinoma with a disease duration of about 1 year

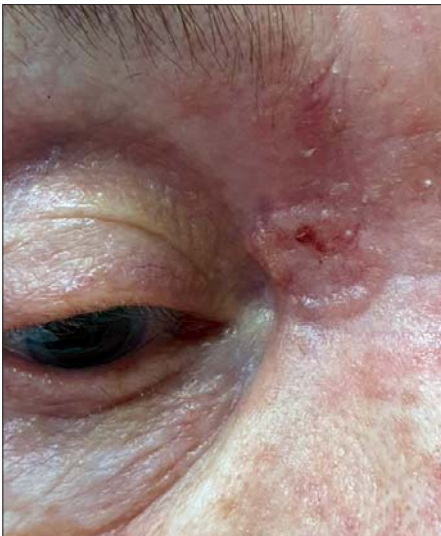


Рис. 12. Базально-клеточный рак с давностью заболевания около 3 лет
Fig. 12. Basal cell carcinoma with a disease duration of about 3 years



Рис. 13. Базально-клеточный рак с давностью заболевания 3 года
Fig. 13. Basal cell carcinoma with a disease duration of 3 years

пораженного века. Но это возможно только при своевременном направлении больных на лечение. К сожалению, лишь четверть пациентов, направленных к офтальмоонкологу, имели размеры опухоли до 5 мм, что соответствовало стадии T1 (TNM — классификация злокачественных опухолей, седьмое издание) (рис. 12). Более половины больных, направленных в наш специализированный центр, имели опухоли размером от 6 мм и более (стадии T2 — 51,91 % и T3 — 25,19 %) (рис. 13). Рак кожи век распространялся на соседние структуры у 1,53 % больных (T4) (рис. 14). Несмотря на то, что кожа век доступна визуальному контролю, к офтальмоонкологу такие пациенты, как правило, направлялись достаточно поздно. Причин может быть две: позднее обращение самого пациента на первичный прием или поздняя диагностика в поликлинике (рис. 15–17).

По действующим клиническим рекомендациям (2021 г.), пациентов, пролеченных от БКР, следует снимать с учета при 5-летнем безрецидивном периоде. А между тем, как показывают наши наблюдения (8,4 % среди поставленных на учет), рецидивы БКР могут появляться в сроки от 7 мес до 9 лет после окончания лечения. Следует обратить особое внимание на больных с локализацией рака во внутреннем углу век. Мы наблюдали больного с рецидивом БКР внутреннего угла век через 9 лет после первичного лечения. Среди рецидивов 18,2 % составили раки кожи век, пролеченные в стадии T1, и более 80 % рецидивов приходится на стадии T2–T3. Склонностью к рецидивированию обладают злокачественные опухоли, расположенные во внутреннем углу глазной щели, — 17 % рецидивов среди всех пролеченных, что в 3 раза чаще, чем опухоли век других локализаций.

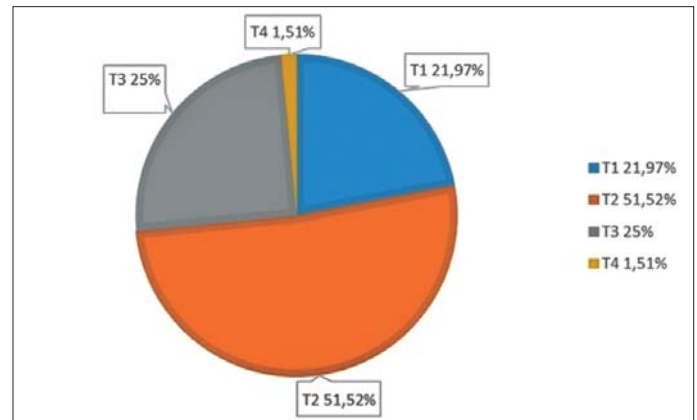


Рис. 14. Распределение больных по стадиям ЗНО век
Fig. 14. Distribution of patients by stages of cancer of the eyelids

Рис. 15. Высокодифференцированный плоскоклеточный ороговевающий рак с давностью заболевания год
Fig. 15. Highly differentiated keratinizing squamous cell carcinoma with a disease duration of 1 year





Рис. 16. Метатипичный рак с давностью заболевания 3 года
Fig. 16. Metatypical cancer with a disease duration of 3 years

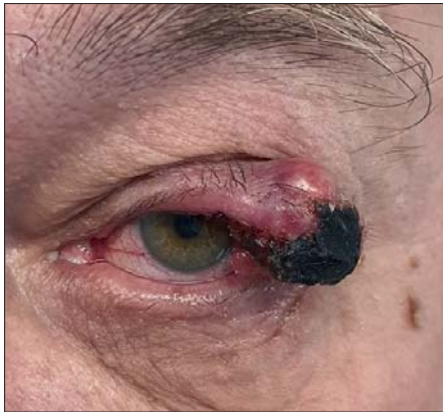


Рис. 17. Плоскоклеточная неороговевающая карцинома с давностью заболевания 3,5 года
Fig. 17. Squamous cell non-keratinizing carcinoma with a disease duration of 3.5 years



Рис. 18. Базальноклеточный рак с давностью заболевания 7 мес
Fig. 18. Basal cell carcinoma with a disease duration of 7 months

По современной классификации TNM (TNM — классификация злокачественных опухолей, восьмое издание) к стадии T1 относят опухоли размером до 10 мм включительно (в том числе с поражением края века или тарзальной пластинки) (рис. 18). Между тем, учитывая особенности строения и размеры века (в среднем 24–26 мм), связь частоты рецидивов с размерами опухоли и ее локализацией, планировать реабилитационные мероприятия с полным восстановлением анатомии и физиологии века при таких размерах и распространенности опухоли затруднительно даже в условиях современных высокотехнологичных методов лечения. Таким образом, при объединении в стадию T1 столь различающихся по размерам и распространенности на структуры века опухолей действующая классификация не позволяет в полной мере оценить степень поражения и в дальнейшем судить о результатах лечения и реабилитации пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Злокачественные опухоли век составляют 3/4 всех злокачественных опухолей органа зрения, доминирует БКР, который при своевременном лечении позволяет достичь пол-

ного выздоровления практически в 100 % случаев. Пик заболеваемости приходится на 7–8-ю декаду жизни. Гендерный признак не играет роли фактора риска в развитии этих опухолей. Отмечено увеличение заболеваемости злокачественными опухолями век преимущественно за счет БКР. Создание специализированной офтальмоонкологической службы позволяет проводить диагностику, лечение и диспансерное наблюдение за пациентами после радикального лечения, что способствует раннему выявлению рецидивов. Зависимость частоты рецидивов от размеров и локализации первичной опухоли остро ставит вопрос ранней диагностики и своевременного направления к офтальмоонкологу.

Литература/References

1. Pornpanich K., Chindasub P. Eyelid tumors in Siriraj Hospital from 2000–2004. *J. Med. Assoc. Thai.* 2005; 88 (9): 11–4.
2. Wang L., Shan Y., Dai X., et al. Clinicopathological analysis of 5146 eyelid tumors and tumor-like lesions in an eye center in South China, 2000–2018: a retrospective cohort study. *BMJ Open.* 2021; 11 (1): e041854. doi: 10.1136/bmjopen-2020-041854
3. Mercut I.M., Ilija L.C., Tanasie C.A., et al. Analysis of tumors related data and clinical features of eyelid carcinomas. *Curr. Health Sci. J.* 2020; 46 (3): 222–9. doi: 10.12865/CHSJ.46.03.02
4. Панова И.Е., Важенни А.В., Усова Р.А., Войтаник Г.Ф., Куренков Е.Л. Эпидемиология, клинико-морфологическая характеристика, дифференциальная диагностика базальноклеточного рака кожи век. Челябинск: Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования; 2003. [Panova I.E., Vazhenin A.V., Usova R.A., Voytanik G.F., Kurenkov E.L. Epidemiology, clinical and morphological characteristics, differential diagnosis of basal cell carcinoma of the eyelid skin. Chelyabinsk: Ural State Medical Academy of Additional Education; 2003 (in Russian)].
5. Cook Jr.B.E., Bartley G.B. Treatment options and future prospects for the management of eyelid malignancies: an evidence-based update. *Ophthalmology.* 2001; 108 (11): 2088–98. doi: 10.1016/s0161-6420(01)00796-5
6. Murchison A.P., Walrath J.D., Washington C.V. Non-surgical treatments of primary, non-melanoma eyelid malignancies: a review. *Clin. Exp. Ophthalmol.* 2011; 39 (1): 65–83. doi: 10.1111/j.1442-9071.2010.02422.x
7. Actis A.G., Actis G., De Sanctis U., et al. Eyelid benign and malignant tumors: issues in classification, excision and reconstruction. *Minerva Chir.* 2013; 68 (6 Suppl 1): 11–25.
8. Martens M.C., Seebode C., Lenmann J., Emmert S. Photocarcinogenesis and skin cancer prevention strategies: an update anticancer research. 2018; 38 (2): 1153–8. doi: 10.21873/anticancer.12334
9. Marzuka A.G., Book S.E. Basal cell carcinoma: pathogenesis, epidemiology, clinical features, diagnosis, histopathology, and management. *Yale J. Biol. Med.* 2015 Jun; 88 (2): 167–79. PMID: 26029015
10. Mittal A., Colegio O.R. Skin cancers in organ transplant recipients. *Am. J. Transplant.* 2017; 17 (10): 2509–30. doi: 10.1111/ajt.14382
11. Asprodis I., Sotiropoulos G., Gartzios C., et al. Eyelid tumors at the university eye clinic of Ioannina, Greece: A 30-year retrospective study. *Middle East Afr. J. Ophthalmol.* 2015; 22 (2): 230–2. doi: 10.4103/0974-9233.151881
12. Cook Jr.B.E., Bartley G.B. Epidemiologic characteristics and clinical course of patients with malignant eyelid tumors in an incidence cohort in Olmsted County, Minnesota. *Ophthalmology.* 1999; 106 (4): 746–50. doi: 10.1016/S0161-6420(99)90161-6.
13. Rene C. Oculoplastic aspects of ocular oncology. *Eye (Lond).* 2013; 27 (2): 199–207. doi: 10.1038/eye.2012.243
14. Paavilainen V., Tuominen J., Pukkala E., Saari K.M. Basal cell carcinoma of the eyelid in Finland during 1953–97. *Acta Ophthalmol. Scand.* 2005; 83 (2): 215–20. doi: 10.1111/j.1600-0420.2005.00445.x
15. Huang Y-Y., Liang W-Y., Tsai C-C., et al. Comparison of the clinical characteristics and outcome of benign and malignant eyelid tumors: An analysis of 4521 eyelid tumors in a tertiary medical center. *Biomed. Res. Int.* 2015; 2015: 453091. doi: 10.1155/2015/453091
16. Kaliki S., Bothra N., Bejjanki K.M., et al. Malignant eyelid tumors in India: a study of 536 Asian Indian patients. *Ocul. Oncol. Pathol.* 2019 5 (3): 210–9. doi: 10.1159/000491549
17. Mercut I-M., Ilija L-C., Tanasie C-A., et al. Analysis of tumour related data and clinical features of eyelid carcinomas. *Curr. Health Sci. J.* 2020; 46 (3): 222–9. doi: 10.12865/CHSJ.46.03.02
18. Dias M.R., Osaki M.H., Ferreira C.A.A., et al. Epidemiological profile and clinical stage at presentation of eyelid malignancies in a multi-ethnic country. *J. Craniofac. Surg.* 2021; 32 (7): e642–5. doi: 10.1097/SCS.00000000000007649

19. *Quigley C., Deady S., Hughes E., et al.* National incidence of eyelid cancer in Ireland. *Eye (Lond)*. 2019; 33 (10): 1534–9. doi: 10.1038/s41433-019-0437-8
20. *Saari K.M., Paavilainen V., Tuominen J., Collan Y.* Epidemiology of basal cell carcinoma of the eyelid in south-western Finland. *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.* 2001; 239 (3): 230–3. doi: 10.1007/s004170100260
21. *Lee S., Saw S., Eong K., Chan T., Lee H.* Incidence of eyelid cancers in Singapore from 1968 to 1995. *Br. J. Ophthalmol.* 1999; 83 (5): 595–7. doi: 10.1136/bjo.83.5.595
22. *Bagheri A., Tavakoli M., Kanaani A., et al.* Eyelid masses: a 10-year survey from a tertiary eye hospital in Tehran. *Middle East Afr. J. Ophthalmol.* 2013; 20 (3): 187–92. doi: 10.4103/0974-9233.114788

Вклад авторов в работу: М.Ю. Лернер — сбор данных, написание текста, научное редактирование; О.Н. Стешенко — сбор и статистический анализ данных, написание текста, техническое редактирование.

Authors' contribution: M.Yu. Lerner — data collection, writing and editing of the article; O.N. Steshenko — data collection and processing, technical editing of the article.

Поступила: 13.10.2021. Переработана: 25.11.2021. Принята к печати: 30.11.2021
Originally received: 13.10.2021. Final revision: 25.11.2021. Accepted: 30.11.2021

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Московский офтальмологический центр ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, 2-й Боткинский пр., вл. 5, Москва, 125284, Россия

Марина Юрьевна Лернер — канд. мед. наук, заведующая офтальмо-онкологическим отделением

Ольга Николаевна Стешенко — канд. мед. наук, врач-офтальмолог

Для контактов: Ольга Николаевна Стешенко,
olga.stesh@gmail.com

S.P. Botkin State Clinical Hospital, Moscow ophthalmological center, 5, 2nd Botkinsky pr., Moscow, 125284, Russia

Marina Yu. Lerner — Cand. of Med. Sci., head of ocular oncology department

Olga N. Steshenko — Cand. of Med. Sci., ophthalmologist, ocular oncology department

Contact information: Olga N. Steshenko,
olga.stesh@gmail.com