

Доброкачественные опухоли век и конъюнктивы

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем: D21.0, D22.1, D23.1, D31.0

Возрастная группа: дети/взрослые

Год утверждения: 202

Разработчик клинической рекомендации:

**Общероссийская общественная организация
"Ассоциация врачей-офтальмологов"**

Оглавление

Список сокращений	4
Термины и определения	Ошибка! Закладка не определена.
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы состояний или заболеваний).....	7
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	10
1.6.1 Клиническая характеристика доброкачественных опухолей век.	10
1.6.1.1 Опухолоподобные состояния, гамартомы и хористомы	10
1.6.1.2 Эпителиальные опухоли век	11
1.6.1.3 Доброкачественные новообразования придаточных элементов век	12
1.6.1.4 Доброкачественные меланоцитарные опухоли век	13
1.6.2 Клиническая характеристика доброкачественных новообразований.....	14
1.6.2.1 Опухолоподобные состояния и хористомы конъюнктивы	Ошибка! Закладка не определена.
1.6.2.2 Эпителиальные доброкачественные новообразования конъюнктивы.	14
1.6.2.3 Меланоцитарные доброкачественные опухоли конъюнктивы.	15
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	18
2.1 Жалобы и анамнез.	18
2.2 Физикальное обследование.....	18
2.3 Лабораторные диагностические исследования	19
2.4 Инструментальные диагностические исследования	20
2.5 Иные диагностические исследования	21
3. Лечение	21
3.1 Консервативное лечение.	22
3.2 Хирургическое лечение.....	22
3.2.1 Методы хирургического лечения	23
3.2.1.1 Хирургическое лечение гигантских (системных) меланоцитарных новообразований век и конъюнктивы	24
3.2.1.2 Хирургическое лечение кистозных образований век и конъюнктивы	25

3.2.1.3 Хирургическое лечение сосудистых новообразований век и конъюнктивы	25
3.3. Лечение инфантильных гемангиом век и конъюнктивы	26
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	27
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	27
6. Организация оказания медицинской помощи.....	Ошибка! Закладка не определена.
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	29
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	30
Список литературы	32
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций...	37
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	
Приложение В. Информация для пациента	40
Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	

Список сокращений

АГ – апокринная гидроцистома
ВПЧ - вирус папилломы человека
ВхК – внутривариевая киста
ГКСТ – глюкокортикоидная терапия
ГН – голубой невус
ГСЖ – гиперплазия слюнной железы
ДК – дермоидная киста
ДРТ – дистанционная рентгенотерапия
ЖКТ - желудочно-кишечный тракт
КА – кератоакантома
КТ – компьютерная томография
МЗ – меланоз
МН – меланоцитарный невус
МРТ – магниторезонансная томография
НДД – наследственный доброкачественный дискератоз
НДИД - наследственный доброкачественный интраэпителиальный дискератоз
ОКТ - оптическая когерентная томография
ПА – плеоморфная аденома
ПМ – пиломатриксома (эпителиома Малерба)
ППМ – первичный приобретенный меланоз
ПС – папиллярная сириногоаденома
РГЭ – реактивная гиперплазия эпидермиса
СК – себорейная кератома
ССЦ – сосочковая сириногоцистаденома
ТИАБ – тонкоигольная аспирационная биопсия
ТЛ - трихилеммома
УЗИ – ультразвуковое исследование
ЭА – эккринная акроspiрома
ЭГ – эккринная гидроцистома
ЭИК – эпидермальная инклюзионная киста
ЭСА – эккринная сириногоаденома

Термины и определения

Гистологическое исследование – микроскопическое изучение образцов тканей и фрагментов органов, полученных из патологического очага.

Лазерная хирургия с помощью CO₂ лазера – фотодеструктивное воздействие, при котором тепловой, гидродинамический, фотохимический эффекты света вызывают деструкцию тканей.

Оптическая когерентная томография (ОКТ) переднего отрезка -неинвазивный информативный, чувствительный метод, позволяющий провести прижизненную «оптическую биомикрометрию»

Отпечаток с поверхности опухоли - методический прием для получения материала для цитологического исследования.

Первый этап реабилитации – реабилитация в период специализированного лечения основного заболевания (включая хирургическое лечение/химиотерапию/лучевую терапию) в отделениях медицинских организаций по профилю основного заболевания.

Плоскостная (бритвенная) биопсия новообразований кожи – способ получения образца тканей для патогистологического исследования экзофитных и плоских новообразований кожи в плоскости кожи при помощи бритвенного лезвия или скальпеля.

Радиоволновая хирургия - бесконтактный метод разреза и коагуляции мягких тканей с помощью высокочастотных радиоволн (3,8 - 4,0 МГц).

Ультразвуковая биомикроскопия (УБМ) – метод высокоточного ультразвукового исследования переднего отрезка глаза. Может применяться при новообразованиях конъюнктивы и роговицы и позволяет получить детальную характеристику структуры опухоли, информацию о состоянии угла передней камеры, цилиарного тела, о вовлечении этих структур в опухолевый процесс, определить глубину инфильтрации опухолью склеры и/или роговицы.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) глаза - это сканирование с использованием ультразвуковых волн. УЗИ – неинвазивный, контактный, инструментальный метод, применяемый в диагностике опухолей кожи века, включая спайку век и конъюнктивы и оценки эффективности их лечения.

Цитологическое исследование - исследование, основанное на изучении с помощью микроскопа особенностей строения клеток, клеточного состава органов, тканей, жидкостей организма.

Эксцизионная биопсия – метод получения образца тканей, при котором новообразование удаляется тотально (целиком) с небольшим (1–3 мм) захватом

прилежащих здоровых тканей.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Доброкачественные новообразования век и конъюнктивы, как и других локализаций, характеризуются низкой митотической активностью и, следовательно, медленным ростом, отсутствием инфильтрации в смежные ткани, отсутствием метастатического потенциала и связанного с этим риска генерализации. За исключением локализации в центральной нервной системе эти новообразования не угрожают жизни. Доброкачественные опухоли состоят из достаточно высокодифференцированных клеток, похожих на клетки нормальной соответствующей ткани и во многом сохраняющих присущие этой ткани функции. Доброкачественные опухоли преобладают в структуре онкопатологии век и конъюнктивы. Морфологически эти опухоли имеют эпителиальное, меланоцитарное, железистое, эмбриогенетическое происхождение.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Этиология доброкачественных новообразований век и конъюнктивы многофакторна. К факторам возникновения относятся: вирусное инфицирование, воздействие физических факторов, нарушения в процессе эмбриогенеза. Значимым физическим фактором риска развития эпителиальных опухолей, например, актинического кератоза, следует считать воздействие на кожу ультрафиолетового излучения типа В (длина волны 290–320 нм) и типа А (длина волны 320–400 нм). Этиология некоторых доброкачественных опухолей век и конъюнктивы не установлена. [1].

Формирование ряда доброкачественных опухолей век и конъюнктивы обусловлено генетическими нарушениями. Примером может служить глубокопроникающая плексиформная меланоцитома, связанная с генетическими особенностями WNH – сигнального пути [2].

Примером полиэтиологичности некоторых доброкачественных новообразований век и конъюнктивы служит кератоз кожи века, возникновение которого может определяться многими факторами: возрастом, влиянием солнечного ультрафиолета, а также генетическими нарушениями [3].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Опухоли век и конъюнктивы составляют 5-10% опухолей кожи и слизистых прочих локализаций и 15% опухолей лица. 80 % опухолей век и конъюнктивы представлены доброкачественными формами [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. Среди всей патологии век и конъюнктивы истинные опухоли составляют 47%. По некоторым данным превалируют опухоли меланоцитарного типа и несколько реже встречаются опухоли эпителиальной природы. Первенство по частоте занимает меланоцитарный невус как кожи век, так и конъюнктивы [6, 8, 9, 11]. В то же время в некоторых эпидемиологических исследованиях новообразований придаточного аппарата глаза указывается на преобладание эпителиальной этиологии среди новообразований век по сравнению с меланоцитарной – 25.23% и 4.37% соответственно и приблизительно равным их соотношением среди опухолей конъюнктивы– 4.0% и 3.69% [12].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

D21.0 Доброкачественное новообразование соединительной и других мягких тканей головы, лица и шеи

D22.1 Меланоформный невус века, включая спайку век

D23.1 Другие доброкачественные новообразования кожи века, включая спайку век

D31.0 Доброкачественные новообразования конъюнктивы

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1.5.1 Классификация доброкачественных новообразований век определяется их гистологическим строением.

В соответствии с 5-й редакцией классификации Всемирной Организации Здравоохранения доброкачественные новообразования век по происхождению и принадлежности к определенному виду ткани делятся на:

1. Опухолеподобные состояния, гамартомы и хористомы
2. Эпителиальные опухоли век
3. Опухоли придатков век
4. Меланоцитарные опухоли век

Разнообразие доброкачественных новообразований век представлено в таблице №1 [13].

Таблица №1 **Классификация доброкачественных новообразований век**

Опухолеподобные состояния, гамартомы и хористомы	Кисты век
	Эпидермальная инклюзионная киста
	Внутри хрящевая киста
	Хористомы века
	Факоматозная хористома
Эпителиальные опухоли	Бородавка обыкновенная
	Плоскоклеточная папиллома
	Себорейный кератоз
	Инвертированный фолликулярный кератоз
	Актинический кератоз
Опухоли придатков век	Протоковая гидроцистома
	Себорейная гиперплазия, аденома, себациома
	Сирингома
	Смешанная опухоль
	Тубулярная аденома
	Папиллярная сирингоцистаденома
	Пиломатриксомы
	Трихолеммома
Меланоцитарные опухоли	Меланоцитарный невус
	Невус Шпица
	Меланома in situ

1.5.2 Классификация доброкачественных новообразований конъюнктивы

Согласно 5-й редакции классификации Всемирной Организации Здравоохранения в таблице №2 представлена классификация доброкачественных новообразований конъюнктивы [13]. Источником формирования доброкачественных новообразований конъюнктивы являются: конъюнктивальный эпителий, строма и придаточные элементы конъюнктивы [14, 15].

Таблица №2. Классификация доброкачественных новообразований конъюнктивы.

Опухолеподобные состояния и хористомы	Кисты конъюнктивы и слёзного мясца
	Эпителиальная инклюзионная киста
	Реактивные эпителиальные дегенеративные состояния
	Реактивная эпителиальная гиперплазия конъюнктивы
	Папиллярный и фолликулярный конъюнктивит
	Птеригиум и пингвекула
	Хористома
	Эпибульбарная хористома (дермоид, дерматолипома)
	Эпибульбарная костная хористома
Доброкачественные эпителиальные опухоли	Плоскоклеточная папиллома конъюнктивы
	Онкоцитома
	Наследственный интраэпителиальный дискератоз
Доброкачественные меланоцитарные опухоли	Доброкачественный эпителиальный меланоз
	Юнкциональный, сложный и субэпителиальный невус конъюнктивы
	Ювенильный невус конъюнктивы
	Голубой невус
	WNT-активированная глубоко проникающая плексиформная меланоцитома (невус)
	Смешанный невус конъюнктивы

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Многообразие доброкачественных опухолей век и конъюнктивы определяет разнообразие клиники.

1.6.1 Клиническая картина доброкачественных опухолей век.

Значительная часть доброкачественной онкологической патологии век и конъюнктивы, приведённой в таблицах №1 и №2 редко встречается и относится к единичным описанным в литературе случаям. Макроскопические проявления многих доброкачественных новообразований однотипны и при немеланоцитарных вариантах заключаются в появлении или наличии объемного безболезненного образования телесного или бледно-розового цвета с четкими границами и медленным ростом [16].

К наиболее часто встречающимся доброкачественным новообразованиям век относятся: папиллома, себорейный и фолликулярный инвертированный кератоз, меланоцитарные невусы, железистые опухоли, эпителиома Малерба, кистозные образования [6, 8, 9, 11].

1.6.1.1 Опухолеподобные состояния, гамартомы и хористомы

Эпидермальная инклюзионная киста века (эпидермоидная киста) представляет собой подкожное мягкое смещаемое образование желтоватого цвета. Может быть врожденной или возникать в результате перенесенной травмы или оперативного вмешательства. При спонтанном вскрытии ЭИК развивается воспалительная реакция. Иногда происходит инфицирование кисты, чаще такими возбудителями как *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pyogenes*. Озлокачивается ЭИК крайне редко. Множественные ЭИК встречаются при синдромах Мюира—Торре и Гарднера, для которых характерны множественные опухоли. В отличие от дермоидной кисты выстилка ЭИК не содержит придатков кожи. Разрыв ЭИК вызывает тяжелую гранулематозную воспалительную реакцию и псевдокарциноматозную гиперплазию [17].

Внутрихрящевая киста века (ВкХ). ВкХ по частоте занимает третье место среди заболеваний хряща века после халязиона и опухолей сальной железы. Клиника схожа с клиникой халязиона, но ВкХ имеет более четкие границы, отсутствуют признаки воспаления. Преимущественно локализуется на верхнем веке. Гистологическая картина ВкХ характеризуется наличием капсулы из волнообразного многослойного плоского эпителия, отсутствием гранул кератогиалина, клеток воспаления и волосяных элементов, вокруг имеется оболочка из плотных коллагеновых волокон. Правильная диагностика кисты важна, так как определяет

тактику лечения [18].

Дермоидная киста века относится к хористомам. Врожденное состояние, которое крайне редко бывает представлено изолировано на веке и чаще сочетается с поражением орбиты. Стенка ДК содержит придатки кожи: эккринные потовые железы, волосяные фолликулы, сальные железы. При разрыве ДК возникает выраженная воспалительная реакция [19].

Факоматозная хористома (опухоль Циммермана). Представляет собой опухоль зачатка хрусталика с локализацией в глубоких слоях века или передних отделах орбиты. Имеет вид гладкого подкожного образования обычно на нижнем веке. Образуется в результате дислокации плакоиды хрусталика в мезодерму века. При этом у ребенка имеются нормальные хрусталики [20, 21].

1.6.1.2 Эпителиальные опухоли

Бородавка обыкновенная. БО на веках встречается редко. Связана с инфицированием ВПЧ. БО обычно округлой формы с шероховатой поверхностью. Гистологическими признаками БО являются акантоз, гиперкератоз, ортокератоз, наличие в зернистом слое клеток, инфицированных вирусом с гранулами кератогиалина и вакуолями, которые окружают темные сморщенные ядра, так называемых койлоцитов. Плоские клетки плотно расположены и формируют пальцевые эпидермальные выступы [23].

Плоскоклеточная папиллома. ПКВ является одной из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей век. ПКВ представляет собой гиперплазию плоского эпителия и имеет вид образования телесного цвета на широком основании или на ножке. ПКВ на ножке часто характеризуется гиперкератозом на поверхности. Клинически папиллома на широком основании схожа с беспигментным меланоцитарным невусом и базальноклеточной карциномой, что требует дифференциальной диагностики [24].

К кератозам век относятся: себорейный (СК), инвертированный фолликулярный (ИФК) и актинический кератозы (АК).

Клиническая картина ИФК как правило представлена слабо проминирующим образованием светло-коричневого цвета с явлениями гиперкератоза. Нередко ИФК имеет вид «кожного рога». Ряд авторов рассматривают ИФК как вариант себорейного кератоза.

Себорейный кератоз (СК) имеет вид четко очерченной бляшки, возвышающейся над окружающей кожей от телесного до темно-коричневого цвета. СК чаще встречаются в престарелом возрасте. Множественные быстро появившиеся и

растущие очаги СК могут свидетельствовать о синдроме Лесера-Трелата - аденокарциноме ЖКТ (желудочно-кишечного тракта).

Значимость ранней диагностики и лечения *актинического кератоза* (АК) обусловлено его способностью к малигнизации. Примерно в 20% случаев трансформируется в плоскоклеточную карциному [24,11, 25, 26].

К достаточно часто встречающимся псевдоопухолевым заболеваниям, которое нужно учитывать при дифференциальной диагностике новообразований век относится *контагиозный моллюск* (КМ). КМ имеет вирусную этиологию, возбудителем является поксвирус, который передается при прямом контакте от больного человека. Клинически выглядит образованием телесного цвета, одиночным или множественным, может поражаться кожа лица и других участков кожи. На верхушке образования имеется кратер, из которого выделяется при надавливании творожистая масса. При попадании масс на конъюнктиву развивается фолликулярной конъюнктивит. Чаще страдают лица с ослабленным иммунитетом, больные СПИД, лица на гормональной терапии [22].

1.6.1.3 Доброкачественные новообразования придаточных элементов век

К доброкачественным новообразованиям придатков век относятся опухоли эккринных, апокриновых потовых и сальных желез, опухоли волосяных фолликулов.

Железистые опухоли век представлены *протоковой гидроцистомой* (эккринная гидроцистома век), *гиперплазией и аденомой сальной железы*, *эккринной синингаденомой*, *плеоморфной аденомой*, *тубулярной аденомой*, *сосочковой синингоцистаденомой*. Внешние клинические проявления железистых образований во многом схожи, а различие определяется гистологическим строением. Множественные опухоли сальных желез могут быть связаны с синдромом Мюира-Торре, который включает опухоли сальных желез век (аденома или аденокарцинома), кератоакантомы и злокачественные опухоли ЖКТ, что надо учитывать, определяя тактику ведения пациента [27, 28, 29, 30, 31].

Особенностью плеоморфной аденомы является её склонность к рецидивированию и злокачественной трансформации. [30].

Сосочковая синингоцистаденома век. Чаще ССЦ развивается на волосистой части головы. Источником формирования на веках являются железы Молля. В 75% случаев в пубертатном возрасте формируется в сальном невусе Ядассона, являясь компонентом синдрома органоидного невуса и нередко сочетается с эпibuльбарными хориостоматозными пороками. Одиночный вариант ССЦ обычно ограничен веками и не связан с синдромом органоидного невуса [29].

Пиломатриксома (эпителиома Малерба) и трихолеммома формируются из волосяных фолликулов.

Пиломатриксома (доброкачественная кальцифицирующаяся эпителиома Малерба) преимущественно диагностируется у лиц молодого возраста. В 17% случаев локализуется в периорбитальной области, чаще на верхнем веке или брови. В процессе формирования, которое иногда отличается быстрым ростом, ПМ приобретает каменисто-плотную консистенцию, что обуславливает симптом «качающихся качелей» - при надавливании на один из краев узла противоположный край приподнимается [32].

Трихолеммома века (ТЛ) – доброкачественная опухоль, которая развивается из трихолеммы, богатой гликогеном зоны прозрачных клеток, окружающих стержень волоса. Множественные формы ТЛ могут быть проявлением болезни Коудена, наследуемой по аутосомнодоминантному типу, при которой ТЛ век сочетаются с папуломатозными изменениями слизистой оболочки рта, узлами щитовидной железы, липомами, полипами кишечника, фиброзной мастопатией, раком молочной и/или щитовидной железы [33, 34].

1.6.1.4 Меланоцитарные опухоли

Меланоцитарный невус (МН) обычно появляется в возрасте 5-15 лет. МН может быть пигментированным и беспигментным. МН подразделяют на юнкциональный, сложный и интрадермальный, что является стадиями развития одного и того же состояния. Разновидностью МН может быть врожденный гигантский невус, который характеризуется существенным проминированием, гипертрихозом и тенденцией к малигнизации. Встречается разновидность эпителиоидноклеточного невуса, напоминающего меланому, так называемый невус Шпица [24].

Меланома in situ кожи века (злокачественное лентиго). Достаточно частая патология кожи, которая встречается исключительно среди представителей белой расы. Заболеваемость 1 случай на 300 человек [11]. По некоторым данным при отсутствии лечения в течение 10-15 лет с вероятностью до 30% трансформируется в меланому [11]. Относится к заболеваниям пожилого возраста и развивается на участках кожи, подверженных инсоляциям. Имеет вид плоского пятна коричневого цвета различной интенсивности окраски с четкими границами. Характеризуется медленным ростом. При малигнизации поверхность становится неровной, появляются проминирующие участки. Гистологически выявляются меланоциты на уровне базального слоя эпидермиса с легкой степенью атипии, отмечается ядерный полиморфизм: отмечается наличие ядер различного размера и формы. Считается, что

злокачественное лентиго является проявлением ППМ [36, 37].

1.6.2 Клиническая характеристика доброкачественных новообразований конъюнктивы

Доброкачественные конъюнктивальные новообразования, с которыми часто приходится сталкиваться офтальмологу в клинической практике включают меланоцитарные невусы и меланозы, папилломы, врожденные состояния и кисты. [4, 37, 38].

1.6.2.1 Опухолеподобные состояния и хористомы

Эпителиальная инклюзионная киста конъюнктивы. Формируется спонтанно или в результате травмы, в том числе хирургической, или воспаления. Гистологически кисты выстланы эпителием и содержат прозрачную жидкость, иногда клеточный детрит [39].

Псевдоэпителиоматозная гиперплазия (ПГ) и кератоакантома (КА). Доброкачественная пролиферация эпителиальных клеток конъюнктивы. Может развиваться на фоне хронического воспаления особенно на месте пингвекулы, птеригиума или инородного тела. Вариант гиперплазии – кератоакантома – характеризуется быстрым ростом, гиперкератозом. По внешнему виду и гистологически КА схожа с плоскоклеточной карциномой. Относительное отличие – быстрое появление. КА отличается способностью к спонтанной регрессии. КА выглядит как участок лейкоплакии или очаг студенистого вида. Гистологически выявляют массивный акантоз, кератинизацию и паракератоз [40].

Птеригиум и пингвекула – дегенеративные актинические состояния, которые могут симулировать опухоли. Птеригиум встречается, примерно, у 10% населения [41]. Преимущественная локализация – область лимба, часто на обоих глазах в пределах глазной щели.

К опухолеподобным состояниям, которые нужно учитывать при дифференциальной диагностике доброкачественных новообразований век и конъюнктивы относится также *кератическая бляшка* и *актинический кератоз*.

Хористоматозные пороки конъюнктивы. По наличию одного или нескольких видов клеток хористомы подразделяют на простые и сложные. Более распространенными хористомами конъюнктивы являются дерматолипома или липодермоид и дермоид [42, 43].

При локализации в конъюнктивальном своде часто проявляется лишь в подростковом возрасте флюктуирующим выпячиванием бледно-желтого цвета.

Редкая *эпibuльбарная костная хористома* имеет плотную костную консистенцию и иногда бывает фиксирована к склере [44].

1.6.2.2 Эпителиальные доброкачественные новообразования

Плоскоклеточная папиллома конъюнктивы (ППК). Развитие ППК связывают с инфицированием ВПЧ. Встречается в любом возрасте. Образование имеет вид проминирующего узла с сосочковой структурой и обилием сосудов. Появление у новорожденных, связывают с инфицированием ВПЧ от матери в родах [11, 45, 46].

Наследственный доброкачественный интраэпителиальный дискератоз (НДИД) развивается в первое десятилетие жизни в виде появления в височных или носовых участках перилимбальной конъюнктивы плотных бляшек, часто имеющих V-образную форму. Наследуется НДИД по аутосомно-доминантному типу и встречается в изолированных популяциях с высокой частотой близкородственных браков – у афроамериканцев, американских индейцев, реже – европеоидов отдельных регионов США. Случаи озлокачествления не известны [44, 47].

Слезное мяско имеет сложное строение и включает элементы конъюнктивы и кожи. 95% опухолей этой локализации относятся к доброкачественным. Специфичной опухолью, развивающейся на слезном мяске, является *онкоцитомы*. Онкоцитомы имеют вид солидного или кистозного образования красного цвета с синюшным оттенком. Растет медленно и чаще бессимптомно. Случаев озлокачествления не описано [48,49].

1.6.2.3 Меланоцитарные доброкачественные опухоли

К доброкачественным эпителиальным меланозам конъюнктивы относятся конституциональный и первичный приобретенный меланоз.

Конституциональный или расовый меланоз. Относительно распространенное состояние у лиц с темной кожей. Плоская пигментация отмечается в области лимба, часто располагается анулярно, реже в сводах и на конъюнктиве век. Малигнизмуется крайне редко.

Первичный приобретенный меланоз конъюнктивы (ППМ) имеет тенденцию трансформации в меланому. В отличие от невуса, ППМ появляется в среднем возрасте. Характерна диффузная коричневая пигментация, которая меняется со временем. ППМ чаще встречается у лиц со светлой кожей. Бинокулярное поражение наблюдается крайне редко. При наличии атипии в меланоцитах риск развития меланомы составляет 50%, а при отсутствии атипии риска малигнизации нет [50].

Невус. Отграниченный невус наиболее распространенная меланоцитарная патология конъюнктивы. Для невуса характерно наличие кист. Степень пигментации различна. Образование слегка приподнято над окружающей конъюнктивой и имеет четкие границы. Риск озлокачествления составляет менее 1%. Пигментация со временем может увеличиваться и может приобретать гнездный характер.

Гистологически представляет собой гнездное скопление доброкачественных меланоцитов в строме на уровне базального слоя. Может быть юнкциональным, сложным или глубоким интрастромальным [44, 47].

Ювенильный невус конъюнктивы (ЮНК). ЮНК с признаками воспаления достаточно частая патология. Развивается в пубертатном или раннем подростковом возрасте. Образование имеет вид ярко-розового слегка проминирующего узелка, чаще всего локализующегося в области лимба. Для образования характерно наличие разнокалиберных кист, собственных и питающих сосудов. В анамнезе часты сведения о системной аллергии, атопическом дерматите, астме, аллергическом конъюнктивите. Несмотря на то, что ЮНК является доброкачественным состоянием, выявление признаков активности является показанием для хирургического лечения. Локальное применение противоаллергических и противовоспалительных препаратов уменьшают клинику воспаления, что может имитировать регрессию невуса. [51, 56].

Голубой невус конъюнктивы. Редкая врожденная конъюнктивальная патология. Может располагаться на любых участках конъюнктивы, чаще в строме бульбарной конъюнктивы. Трансформация в меланому крайне редка. [52, 53].

WNT- активированная глубокопроникающая плексиформная меланоцитома (невус). Глубокопроникающая плексиформная меланоцитома конъюнктивы клинически и гистологически похожа на злокачественную меланому. По клинической картине напоминает пигментный невус, голубой невус и меланому. Гистологически выявляют невусное образование в форме перевернутого треугольника, вершиной глубоко проникающего в строму конъюнктивы. Состояние характеризуется низкой степенью клеточной атипии и низкой митотической активностью. Это генетически детерминированное состояние, связанное с WNT – сигнальным путем, который принимает участие в росте клеток, их мобильности и дифференцировке во время эмбрионального развития [53].

Смешанный невус составляет 20-24% невусов конъюнктивы. Представляет собой сочетание типичных невусных клеток и клеток голубого невуса [55].

1.6.2.4 Сосудистые новообразования век и конъюнктивы

Сосудистые образования, встречающиеся на веках и конъюнктиве, представляют собой не истинные опухоли, а порок развития, гамартомы. Тем не менее эти патологии могут со временем прогрессировать или подвергаться инволюции, меняться в размерах и проявлять, таким образом, свойства, присущие истинным доброкачественным новообразованиям. Кавернозные гемангиомы, лимфангиомы, варикс редко встречаются

изолированно на веках и/или конъюнктиве и относятся преимущественно к орбитальной патологии. Капиллярные гемангиомы, локально представленные на веках и/или конъюнктиве встречаются чаще [35, 36, 37, 38, 59, 60, 61, 62].

Инфантильные капиллярные гемангиомы (КПГ) часто проявляются сразу при рождении ребенка. Клинически КПГ выглядит красным сосудистым пятном («земляничная» гемангиома) и характеризуется этапностью развития: прогрессирует в первые несколько месяцев жизни, а затем постепенно, в течение 1-3 лет регрессирует. К 7 годам 75% КПГ претерпевают инволюцию и исчезают. Гистологически КПГ состоит из образованных капиллярами долек, разделенных соединительнотканью перегородками. Процесс регрессии – замещение капилляров фиброзной тканью [58].

На конъюнктиве капиллярная гемангиома имеет вид ярко-красного, иногда кровотокающего («красные слезы»), проминирующего образования. Как и КПГ век, конъюнктивальная гемангиома сначала может увеличиваться в течение месяцев, а затем спонтанно регрессировать. [34].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Введение: Основой диагностики является клиническая картина. В многих случаях для правильной постановки диагноза достаточно провести биомикроскопическое исследование. В ряде случаев клиническая картина доброкачественных новообразований век и конъюнктивы схожа, в связи чем применяются дополнительные методы исследования, такие как УЗИ, ОКТ, МРТ и КТ. Дополнительные методы исследования позволяют врачу не только уточнить диагноз, но и определить распространенность опухолевого процесса, вовлечение смежных структур и планировать сроки, объём и тактику лечения.

Критерии установления диагноза доброкачественных новообразований век и конъюнктивы:

Анамнестические данные, физикальное обследование, биомикроскопия, оптическая когерентная томография, фоторегистрация, результаты цитологического и гистологического исследования.

2.1 Жалобы и анамнез.

- **Рекомендуется** сбор анамнеза (Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаза) у всех пациентов или родителей пациентов детского возраста с целью получения диагностически значимой информации: сроки появления заболевания, динамика и наличие семейного анамнеза. [3, 24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

***Комментарий:** При сборе анамнеза следует обратить внимание на сроки появления образования, с уточнениями его размера и локализации, окраски, наличие провоцирующих факторов, характер изменений в патологическом очаге.*

2.2 Физикальное обследование.

- **Рекомендуется** всем пациентам с новообразованиями век и конъюнктивы первичный осмотр врача-офтальмолога (Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный) с целью выявления локальных патологических процессов, как этиологического фактора, и сопутствующих системных заболеваний. Рекомендуется при физикальном обследовании (Пальпация при патологии глаз, Визуальное исследование глаз), обращать внимание на наличие изменений состояния кожи лица, век, отеков,

асимметрий, лимфаденопатии [44, 64].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 5)

***Комментарий:** Помимо осмотра новообразования и окружающих тканей (Пальпация при патологии глаз), при подозрении на злокачественный или системный характер патологического процесса следует проводить пальпацию регионарных лимфоузлов головы и шеи.*

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Цитологическое и/или гистологическое исследование

- **Рекомендуется** проводить всем пациентам патолого-морфологическое исследование биопсийного (операционного материала) (Патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала глазного яблока, его придаточного аппарата, глазницы, экссудата при операции) с целью верификации диагноза при удалении опухоли и/или биопсии. [64].

Уровень убедительности рекомендаций- С (уровень достоверности доказательств – 4).

- **Рекомендуется** при соматически отягощённом состоянии пациента и/или, когда целесообразность хирургического удаления новообразования не очевидна с целью верификации диагноза проведение цитологического исследования: соскоб с новообразования конъюнктивы (Цитологическое исследование соскоба с конъюнктивы) или века (Цитологическое исследование соскоба век) При меланоцитарных опухолях с подозрением на малигнизацию проводится цитологическое исследование отпечатков с конъюнктивы и /или цитологическое исследование отпечатков с век [64,77].

Уровень убедительности рекомендаций- С (уровень достоверности доказательств – 4).

- **Рекомендуется** пункционная биопсия (тонкоигольная аспирационная биопсия) пациентам при новообразованиях значительного размера (не менее 10 мм в минимальном измерении), подкожной или субконъюнктивальной локализациях с неизменным эпидермисом или конъюнктивальным эпителием, когда отпечаток или соскоб не позволяют получить диагностического материала с целью морфологической верификации новообразований при подозрении на злокачественный характер процесса [79].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 4)

2.4 Инструментальные диагностические исследования

2.4.1. Визометрия

- **Рекомендуется** проводить визометрию всем пациентам при локализации

новообразования в области лимба и/или роговицы из-за возможного влияния новообразования на рефракцию или распространения его на оптическую зону роговицы, а также у пациентов детского возраста при риске развития депривационной амблиопии [44, 64, 84].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: исследование проводится в освещенной комнате, с использованием специальных таблиц.

2.4.2. Биомикроскопия

- **Рекомендуется** проведение биомикроскопии (Биомикроскопия глаза) всем пациентам с новообразованиями век и конъюнктивы для оценки состояния кожи и придатков век, их формы и положения, состояния конъюнктивы, роговицы, определения размера, цвета, пигментации, границ и структуры новообразования, наличия собственных сосудов, состояния окружающих тканей [3, 4, 6, 57, 64, 85]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4.3. Оптическая когерентная томография (ОКТ) переднего отрезка глаза

- **Рекомендуется** проводить оптическую когерентную томографию (ОКТ) переднего отрезка глаза (оптическое исследование переднего отдела глаза с помощью компьютерного анализатора) пациентам с новообразованиями конъюнктивы с целью уточнения диагноза, распространенности процесса и оценки состояния окружающих тканей [57].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: Проводится для уточнения размеров, оценки внутренней структуры новообразования, состояния окружающих тканей, а в послеоперационном периоде - с целью оценки рубца и радикальности проведенного лечения.

2.4.4. Ультразвуковое исследование век и переднего отрезка глаза

- **Рекомендуется** проводить УЗИ глазного яблока, век и переднего отрезка глаза (Ультразвуковое сканирование переднего отдела глаза, Ультразвуковая доплерография сосудов орбиты и глазного яблока, Ультразвуковое сканирование глазницы) пациентам с новообразованиями век и конъюнктивы с целью уточнения диагноза на основании их эхографических характеристик, распространенности процесса и оценки состояния окружающих тканей [57, 76, 78].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарий: При подозрении на проникновение новообразования конъюнктивы в склеру и/или роговицу, структуры угла передней камеры, сосудистую оболочку выполняют

ультразвуковое сканирование переднего отрезка глаза (Ультразвуковое сканирование переднего отдела глаза) с целью определения вовлечения этих структур в опухолевый процесс и планирования объема хирургического лечения. УЗИ переднего отрезка глаза применяется также для анализа результатов хирургических вмешательств [57, 76, 78].

2.4.5. Компьютерная томография и/или магнитная резонансная томография

- **Рекомендуется** проводить КТ (Компьютерная томография глазниц), МРТ орбиты (Магнитно-резонансная томография глазницы) при отсутствии противопоказаний с внутривенным болюсным контрастированием (Компьютерная томография глазницы с внутривенным болюсным контрастированием и Магнитно-резонансная томография глазниц с контрастированием соответственно) пациентам с подозрением на распространение процесса за пределы одной анатомической области для уточнения объема поражения [57, 82].

Уровень убедительности С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: КТ рекомендована при дермоидных кистах, гемангиомах век и конъюнктивы при подозрении на вовлечение в процесс тканей орбиты и для оценки состояния костных стенок.

МРТ по сравнению с КТ позволяет более детально исследовать состояние мягких тканей, но не предоставляет полноценной информации о состоянии костей, кальцинатов, ангиолитов. Является предпочтительным методом исследования у детей, так как не связано с ионизирующим излучением.

2.4 6. Фоторегистрация.

- **Рекомендуется** проводить фоторегистрацию (Биомикрофотографию глаза и его придаточного аппарата) патологического очага всем пациентам с опухолями век и/или конъюнктивы с целью динамического наблюдения [83,86].

Уровень убедительности С (уровень достоверности – 4)

2.5 Иные диагностические исследования

Не предусмотрены

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Введение.

Хирургическое лечение.

Лечение опухолей век и конъюнктивы входит в задачи врача-офтальмолога,

специализирующегося на лечении онкологических заболеваниях глаз и его придаточного аппарата, и имеющего соответствующую подготовку.

Основные методы: радиоволновая хирургия, хирургия с применением углекислотных лазеров, электрокоагуляция и их комбинации, а также традиционная микрохирургия для удаления небольших кистозных образований.

Радиохирургия занимает приоритетные позиции по ряду параметров точности, абластичности. Воздействие на ткани высокочастотных радиоволн (3,8–4,0 МГц) вызывает "выпаривание" клеточной жидкости, коагуляционное воздействия в 2–3 раза меньше, чем лазерное и электрохирургическое). Разнообразие видов электродов предназначено для удаления образования различных размеров и форм.

Лазерная хирургия

Фокусированный когерентный свет создает фотодеструктивное воздействия тепловым, фотохимическим и гидродинамическим эффектом. Таким образом обеспечивается стерильность раны, быстрое заживление (за 10–14 дней), абластичность, антибластичность и минимальная травматизация окружающих здоровых тканей.

При электрокоагуляции происходит термическое сужение кровеносных сосудов и обеспечивается гемостаз.

Выбор метода зависит от локализации, объема поражения и распространенности процесса.

Следует отметить, что выбор хирургического метода определяется хирургом и основывается на характере опухолевого процесса, его локализации, объеме поражения и распространенности процесса.

Хирургическое лечение опухолей век и конъюнктивы является микрохирургическим вмешательством, проводится исключительно в условиях операционного блока с применением операционных микроскопов с высоким разрешением и микрохирургического инструментария. Соблюдение вышеуказанных рекомендаций позволяет добиться наилучшего косметического и функционального результата, уменьшить частоту и тяжесть осложнений и в значительной степени снизить риск развития рецидива.

3.1. Консервативное лечение.

Консервативное лечение в виде монотерапии не проводится.

3.2. Хирургическое лечение.

- **Рекомендуется** обязательное хирургическое лечение новообразований опухолей век и конъюнктивы при выявлении признаков прогрессирования у всех пациентов с целью

предотвращения малигнизации и распространения опухоли. [65, 66, 67].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Признаками прогрессии опухоли считаются: увеличение объёма образования, изменение окраски, в том числе появление гнездовой и/или перифокальной пигментации, наличие питающих сосудов. Тактика хирургического лечения доброкачественных опухолей век и конъюнктивы зависит от типа опухолевого процесса, локализации, объема поражения, его распространенности, возраста пациента.

3.2.1. Методы хирургического лечения

- **Рекомендуется** хирургическое лечение пациентов с прогрессирующими солидными образованиями век (с/без пластики) (радиоэксцизия (Радиоэксцизия при новообразованиях придаточного аппарата глаза), лазерная деструкция/эксцизия (Лазерная деструкция новообразований сетчатки, век, конъюнктивы, сосудистой оболочки глаза, Лазериспарение при новообразованиях придаточного аппарата глаза, Лазерэксцизия при новообразованиях придаточного аппарата глаза), удаление (Удаление новообразования век, Свободная кожная пластика дерматомным перфорированным лоскутом, Пластика верхних век без пересадки тканей трансконъюнктивальным доступом, Пластика века (блефаропластика) без и с пересадкой тканей) с целью удаления образования и последующей морфологической верификацией диагноза. [63, 66, 67]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: Методы хирургического удаления опухоли век (радиоволновая хирургия, лазерное иссечение и/или испарение) без пластики высокоэффективны при удалении небольших отграниченных образований, не приводящих к нарушению положения и функции века. При формировании значительного дефекта для создания анатомо-функциональной целостности и улучшения репаративных процессов следует проводить пластику различными методами. Выбор пластических мероприятий (свободная кожная пластика (Свободная кожная пластика дерматомным перфорированным лоскутом), пластика перемещенным кожно-мышечным лоскутом, пластика лоскутом на ножке (пластика верхних век без пересадки тканей трансконъюнктивальным доступом)) после хирургического вмешательства зависит от объема удаленной ткани и направлен на сохранение целостности органа и максимального восстановления его функции.

- **Рекомендуется** пациентам с образованиями бульбарной конъюнктивы радиоэксцизия (Радиоэксцизия при новообразованиях придаточного аппарата глаза) с пластикой местными тканями (Пластика конъюнктивальной полости) - с целью

радикального удаления образования с минимальной травмой окружающих тканей и восстановления дефекта конъюнктивы. [63, 66, 67].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: к данной группе относят пациентов с изолированным поражением бульбарной конъюнктивы без распространения на другие тканевые структуры (роговица). Закрывание конъюнктивального дефекта осуществляется с целью профилактики развития грануляционного полипа и инфицирования операционной раны.

- **Рекомендуется** пациентам с образованиями конъюнктивы с распространением на роговицу хирургическое удаление опухоли комбинированным методом с целью предотвращения роста опухоли, что, снижает степень рефракционных нарушений. [65, 66] При глубоком инфильтративном росте опухоли в слои роговицы возможно проведение послойной или сквозной кератопластики кадаверной роговицей (Кератопластика (трансплантация роговицы), Послойная кератопластика, Кератопластика сквозная) [85, 87].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: комбинированное удаление образования в данной группе пациентов заключается в иссечении опухоли со стороны роговицы "круглым" микроножом с последующим удалением опухоли радиохирургическим методом со стороны конъюнктивы и закрытием конъюнктивального дефекта в области лимба прилежащей конъюнктивой методом смещенного лоскута. При этом поверхностный роговичный дефект остается под вторичное заживление.

3.2.1.1 Хирургическое лечение гигантских (системных) меланоцитарных новообразований век и конъюнктивы

- **Рекомендуется** поэтапное комбинированное хирургическое лечение (Радиоэксцизия при новообразованиях придаточного аппарата глаза, Лазерная деструкция новообразований сетчатки, век, конъюнктивы, сосудистой оболочки глаза, Лазериспарение при новообразованиях придаточного аппарата глаза, Миотомия, тенотомия глазной мышцы) пациентов с системными (гигантскими) меланоцитарными невусами век и конъюнктивы с целью профилактики малигнизации, улучшения косметического и функционального состояния органа [80, 81].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий:

1. *Необходимость лечения системных пигментных образований обусловлено*

снижением риска развития меланомы. Раннее начало лечения (в детском возрасте) позволяет лучше переносить этапы лечения.

2. Выбор тактики хирургического лечения системных опухолей век и конъюнктивы обусловлено распространенностью процесса. Этапность хирургического лечения направлена на снижение развития риска послеоперационных осложнений, связанных с развитием выраженных рубцовых изменений в тканях (вывороты век, завороты, лагофтальм, симблефарон, несмыкание глазной щели и т.д.) снижение риска инфицирования раны, косметического и функционального ущерба.

- **Рекомендуется** комбинированное (с применением радиоволновой и лазерной хирургии) хирургическое лечение пациентов с системными (гигантскими) меланоцитарными невусами опухолей век и конъюнктивы с целью предотвращения развития послеоперационных осложнений (Радиоэксцизия при новообразованиях придаточного аппарата глаза, Лазерная деструкция новообразований сетчатки, век, конъюнктивы, сосудистой оболочки глаза, Лазериспарение при новообразованиях придаточного аппарата глаза, Миотомия, тенотомия глазной мышцы) [65, 69, 70].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Комбинация хирургических методов лечения позволяет добиться наилучших косметических и функциональных результатов лечения, учитывая различные анатомические особенности.

3.2.1.2 Хирургическое лечение кистозных образований век и конъюнктивы

- **Рекомендуется** пациентам с кистозными образованиями проведение радиоэксцизии и/или традиционное иссечение (Радиоэксцизия при новообразованиях придаточного аппарата глаза, Лазерная деструкция новообразований сетчатки, век, конъюнктивы, сосудистой оболочки глаза, Удаление ксантелазм век, Удаление новообразования роговицы, конъюнктивы) кистозных (за исключением кровяных кист) образований век и конъюнктивы с целью предотвращения их роста и улучшения косметического эффекта. [69, 71, 72].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: Предпочтительным является радиохирургическая методика удаления опухолей, так как она не допускает выраженной ожоговой реакции окружающих тканей, при этом позволяет удалить капсулу образования полностью и обеспечивает хорошую коагуляцию сосудов, что предупреждает развитие рецидивов.

3.2.1.3 Хирургическое лечение сосудистых новообразований век и

КОНЬЮНКТИВЫ

- **Рекомендуется** проведение радиоэксцизии (Радиоэксцизия при новообразованиях придаточного аппарата глаза) и/или лазерной деструкции (Лазерная деструкция новообразований сетчатки, век, конъюнктивы, сосудистой оболочки глаза) капиллярной гемангиомы век у детей (10-15% в первый год жизни) с целью профилактики спонтанного кровотечения и прогрессирования процесса [73].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Радиокоагуляция является предпочтительным методом лечения малых узловых капиллярных гемангиом кожи у детей, т.к. позволяет не только удалить образование минимизируя травматизацию окружающих тканей, но и коагулировать приводящий сосуд.

- **Рекомендуется** проведение погружной диатермокоагуляции (Погружная диатермокоагуляция при новообразованиях придаточного аппарата глаза) пациентам старшего возраста со смешанными гемангиомами век с целью достижения абляции патологических сосудов. В зависимости от объема поражения возможно проведение погружной диатермокоагуляции (Погружная диатермокоагуляция при новообразованиях придаточного аппарата глаза) в несколько этапов. Сроки и этапность определяются строго индивидуально. [63, 69, 67, 71]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: Погружная электрокоагуляция является предпочтительной при лечении глубоко локализованных сосудистых мальформаций век.

- **Рекомендуется** проведение комбинированного хирургического лечения (Радиоэксцизия при новообразованиях придаточного аппарата глаза, Лазерная деструкция новообразований сетчатки, век, конъюнктивы, сосудистой оболочки глаза, Удаление ксантелазм век, Удаление новообразования роговицы, конъюнктивы) пациентам с гемангиомами век и конъюнктивы больших размеров с целью нормализации функции органа, предотвращения роста образования и улучшением косметического состояния. [65, 71, 68].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Выбор тактики лечения и объем хирургического вмешательства зависит от результатов обследования, оснащенности операционной и предпочтений хирурга.

3.3. Лечение инфантильных гемангиом век и конъюнктивы

- **Рекомендуется** проведение дистанционной лучевой терапии (ДРТ)

новообразований глаза и его придаточного аппарата с/без пероральной ГКСТ пациентам с рацемозными (инфантильными) и капиллярными гемангиомами опухолей век и конъюнктивы в возрасте до 2,5 лет с целью резорбции опухоли и восстановления функции органа и косметического эффекта. [67, 74, 75, 76].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: ДРТ наиболее эффективна у детей раннего возраста. Проведение ГКСТ назначается врачом-рентгенологом индивидуально в зависимости от характера и объема поражения, распространенности процесса. При сохранении остаточной опухоли, возможно ее удаление хирургическими методами.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Пациентам, перенесшим лечение по поводу доброкачественного новообразования, специфическая реабилитация не показана.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- **Рекомендуется** наблюдение пациентов после лечения доброкачественного новообразования век и конъюнктивы без признаков рецидива и удовлетворительным косметическим и функционально-анатомическим результатом в медицинских организациях по месту территориального прикрепления. Периодичность осмотров определяется общим графиком диспансерного наблюдения врачом-офтальмологом (Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога) не реже 2 раз в год в течение первых 2 лет диспансерного наблюдения, далее – 1 раз в год [88, 89].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий:

Диспансерное наблюдение взрослым пациентам установлено в соответствии с приказом Минздрава России от 15.03.2022 №168 н (ред. от 28.02.2024) «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»

- **Рекомендуется в рамках диспансерного наблюдения** при наличии показаний проводить пациентам фоторегистрацию (Биомикрофотографию глаза и его придаточного

аппарата) патологического очага переднего и заднего отрезков глаза, ультразвуковое исследование глазного яблока, ультразвуковое сканирование переднего отдела глаза, ультразвуковую доплерографию сосудов орбиты и глазного яблока, ультразвуковое сканирование глазницы, флуоресцентную ангиографию глаза, оптическое исследование переднего отдела глаза с помощью компьютерного анализатора, компьютерную томографию глазницы, магнитно-резонансную томографию глазницы, патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала глазного яблока, его придаточного аппарата, глазницы, экссудата с целью раннего выявления рецидивов опухоли и своевременного направления на прием (осмотр, консультацию) врача-онколога первичный [90-92].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: При выявлении рецидива или продолженного роста образования пациент может быть направлен в медицинскую организацию III-IV уровня.

Реабилитация

Пациентам, перенесшим лечение по поводу доброкачественного новообразования, специфическая реабилитация не показана.

6. Организация оказания медицинской помощи

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-офтальмологом и, при необходимости, врачом-онкологом в поликлинике, офтальмологическом кабинете консультативно-диагностического центра, консультативно-поликлиническом отделении офтальмологической больницы или клиники.

При подозрении на опухоль век и/или конъюнктивы у пациента или ее выявлении врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют пациента на консультацию к врачу-офтальмологу, который далее принимает решение о тактике ведения пациента; оставляет под наблюдением или направляет в плановом порядке в специализированное офтальмологическое учреждение, оказывающее медико-санитарную помощь офтальмоонкологическим пациентам. При подозрении на злокачественное новообразование врач-офтальмолог направляет пациента на консультацию к врачу-онкологу.

Врач-офтальмолог специализированного офтальмологического учреждения, имеющий подготовку по офтальмоонкологии совместно с врачом-онкологом при подозрении на злокачественное новообразование организует взятие цитологического и/или биопсийного (операционного) материала, а также выполнение иных диагностических исследований, необходимых для установления диагноза.

Лечение доброкачественных новообразований век и конъюнктивы небольшого размера локально расположенных, не вовлекающих смежные структуры, например, орбитальную область или ткани периорбиты, не требующих реконструктивно-пластических процедур производится в медицинских учреждениях II уровня в рамках оказания специализированной медицинской помощи, не относящейся к категории высокотехнологичной медицинской помощи. Специализированная медицинская помощь при этом может осуществляться у взрослых пациентов в условиях как дневного стационара, так и круглосуточного стационара. Хирургическое лечение детей с доброкачественными новообразованиями век и/или конъюнктивы проводится только в условиях круглосуточного стационара.

Пациенты с доброкачественным новообразованием век и/или конъюнктивы, поражающим более 1/3 протяженности века с вовлечением хряща века или фиброзной капсулы глаза, склеры и/или роговицы, например, дермоидной кистой или липодермоидом области лимба с вовлечением роговицы, требуют реконструктивной пластики значительного объема, т.е. высокотехнологичной медицинской помощи, должны быть направлены в медицинскую организацию III уровня. Пациенты с сосудистыми доброкачественными новообразованиями век и/или конъюнктивы, например, инфантильными гемангиомами, которым предполагается проведение лучевой терапии с целью регрессии или стабилизации новообразования, косметической целью или с целью перевода опухоли в операбельное состояние, также подлежат направлению в медицинское учреждение III уровня, имеющие соответствующие кадровые и технические условия.

Оказание медицинской помощи пациентам с доброкачественными опухолями век и/или конъюнктивы производится в плановом порядке.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию в экстренной или неотложной форме является:

- случаи, когда новообразование осложняется кровотечением или острой воспалительной реакцией в результате травмы или инфицирования, например, кровотечение из гемангиомы или сосудистой мальформации или воспаления дермоидной кисты.

Показанием для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме является:

- необходимость проведения специализированного противоопухолевого лечения (хирургическое вмешательство, лучевая терапия, реконструктивная пластика).

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- завершение курса лечения или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях

круглосуточного или дневного стационара при условиях отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях.

Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи в рамках клинической апробации, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 17.11.2025)

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» организуется и оказывается:

- 1) В соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 2) В соответствии с порядком оказания помощи по профилю «онкология», обязательным для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- 3) На основе настоящих клинических рекомендаций;
- 4) С учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Не предусмотрено

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1	Проведен сбор жалоб и анамнеза (Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаза)	да/нет
2	Проведено физикальное обследование (Первичный осмотр врача-офтальмолога с визуальным исследованием глаз и пальпацией при патологии глаз)	да/нет
3	Проведена биомикроскопия глаза	да/нет
4	Проведена оптическая когерентная томография переднего отрезка глаза (Оптическое исследование переднего отдела глаза с помощью компьютерного анализатора)	да/нет
5	Проведено ультразвуковое исследование глазного яблока ультразвуковое сканирование переднего отдела глаза, ультразвуковая доплерография сосудов орбиты и глазного яблока, ультразвуковое сканирование глазницы	да/нет
6	Проведена при доброкачественном новообразовании века и/или конъюнктивы с подозрением на вовлечение в процесс тканей орбиты компьютерная томография (Компьютерная томография глазницы Компьютерная томография глазницы с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансная томография (Магнитно-резонансная томография глазницы Магнитно-резонансная томография глазниц с контрастированием)	да/нет
7	Проведено цитологическое исследование (Цитологическое исследование соскоба с конъюнктивы, или Цитологическое исследование отпечатков с конъюнктивы, или Цитологическое исследование соскоба век, или Цитологическое исследование отпечатка с новообразования века, или Цитологическое исследование микропрепарата тонкоигльной аспирационной биопсии или Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала глазного яблока, его придаточного аппарата, глазницы, экссудата при операции)	да/нет
8	Проведено биомикрофотографирование глаза и его придаточного аппарата	да/нет
9	Проведено хирургическое удаление новообразования века и/или удаление новообразования роговицы, конъюнктивы	да/нет
10	Проведена радиоэксцизия при новообразованиях придаточного аппарата глаза)	да/нет
11	Проведена свободная кожная пластика дерматомным перфорированным лоскутом, пластика перемещенным кожно-мышечным лоскутом, пластика лоскутом на ножке (Пластика века (блефаропластика) без и с пересадкой тканей)	да/нет
12	Проведена лазерэксцизия и/или лазериспарение при новообразованиях придаточного аппарата глаза	да/нет
13	Проведена погружная диатермокоагуляция при новообразованиях придаточного аппарата глаза	да/нет
14	Проведена дистанционная лучевая терапия новообразований глаза и его придаточного аппарата пациентам с рацемозными (инфантильными) и капиллярными гемангиомами опухолей века и конъюнктивы в возрасте до 2,5 лет	да/нет
15	Проведен диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-	да/нет

Список литературы

1. Hafner, C. Benign Epithelial Tumors. In: Plewig, G., French, L., Ruzicka, T., Kaufmann, R., Hertl, M.(eds) Braun-Falco's Dermatology. Springer, Berlin. 2022; p.1767-1777
2. Adrianna Eder, Tatyana Milman, Hardeep-Singh Mudhar, Sara E. Lally, Carol L. Shields, Khanh Bui, Jill R. Wells, Hans E. Grossniklaus. Unusual conjunctival melanocytic proliferations. Report of five cases and review of the literature. Survey of Ophthalmology Volume 69, Issue 2, March–April 2024, Pages 230-240 doi: 10.1016/j.survophthal.2023.10.012
3. Eren S, Fritz K, Salavastu CM, Tiplica GS. The most common benign cutaneous neoplasms of the epidermis and appendages and their treatment. Hautarzt. 2022 Feb; 73 (2):94-103
4. Obata H. et al. Incidence of benign and malignant lesions of eyelid and conjunctival tumors Vol.109, Nippon Ganka Gakkai zasshi. 2005. p 573-9
5. Бородин Ю.И., Вальский В.В. Предварительные результаты лечения злокачественных опухолей придаточного аппарата глаза редуцированной дозой протонного излучения. Рос. офтальмол. журн. 2009; 2 (3): 4–7
6. Бровкина А.Ф. Офтальмонкология. М.: Медицина, 2002. 424 с.
7. Габдрахманова А.Ф., Галлямов М.К., Жуманиязов А.Ж., Бабушкин А.Э. Случаи эпителиомы Малерба и лимфоцитомы кожи века. Вестн. офтальмологии. 2003; 119 (1): 42–43
8. Лихванцева В.Г., Анурова О.А. Опухоли век: клиника, диагностика, лечение. М.: Гэотар-Медиа, 2007. 447 с/
9. Червонная Л.В. Пигментные опухоли кожи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 224 с/
10. Саакян С.В., Иванова О.А., Гусев Г.А., Мякошина Е.Б. Радиохирургическое реконструктивно восстановительное лечение невусов конъюнктивы. Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии: сб. статей II Междунар. конф. Москва, 19–20 октября 2010 г. М., 2010. 19–21
11. Шилдс Дж.А., Шилдс К.Л. Опухоли век, конъюнктивы и глазницы. Атлас и справочник: в 2 т. Т. 1. М.: Изд-во Панфилова, 2017. 448 с.
12. Голованова М.А., Саакян С.В., Денисенко А.Н. Эпидемиология офтальмоонкологических заболеваний взрослого населения Нижегородской области. Опухоли головы и шеи 2019;9(4):43–8 doi: 10.17650/2222-1468-2019-9-4-43-48
13. Tatyana Milman, Hans E. Grossniklaus, Gabrielle Goldman-Levy, Tero T. Kivelä, Sarah E. Coupland, Valerie A. White, Hardeep Singh Mudhar, Charles G. Eberhart, Robert M. Verdijk, Steffen Heegaard, Anthony J. Gill, Martine J. Jager, Abelardo A. Rodríguez-Reyes, Bita Esmaeli, Jennelle C. Hodge, Ian A. Cree on behalf of the WHO Classification of Tumours Editorial Board The 5th Edition of the WorldHealth Organization Classification of Tumours the Eye and Orbit Ocular Oncology and Pathology. April 18, 2023 doi: 10.1159/000530730
14. Marshall EC. Epidemiology of tumors affecting visual system. Optom Clin. 1993; 3(3): 1-16
15. Sonal S., Chaugule, Santosh G. Hanovar, Paul T. Finger. Surgical Ophthalmic Oncology. Springe, 2019;p. 69-82

16. Mi Jung Chi Se Hyun Baek. Clinical Analysis of Benign Eyelid and Conjunctival Tumors. *Ophthalmologica* 2006; 220:43–51
17. Kirkham N. Tumors and cysts of epidermis. In: Elder D., Elenitsas R., Jaworsky C., et al. eds. *Lever's Histopathology of the skin*. Philadelphia, PA: Lippincott -Raven; 1997; 695-696
18. Frederick A Jakobiec 1, Manisha Mehta, Mami Iwamoto, Mark P Hatton, Manoj Thakker, Aaron Fay Intratarsal keratinous cysts of the Meibomian gland: distinctive clinicopathologic and immunohistochemical features in 6 cases. *Am J Ophthalmol*. 2010 Jan;149(1):82-94. doi: 10.1016/j.ajo.2009.07.033
19. Shields JS, Kaden IH, Eagle RC Jr, et al. Orbital dermoid cysts. Clinicopathologic correlations, classification, and management. The 1997 Josephine E Schuele Lecture. *Ophthal Plast Reconstr Surg*.1997; 13; 265-27
20. Zimmerman L.E., Phakomatous choristoma of the eyelid. A tumor of lenticular anlage. *Am J Ophthalmol* 1971; 71: 169-177
21. Stefan Dithmar 1, Ingo Schmack, Hans E Völcker, Hans E Grossniklaus. Phakomatous choristoma of the eyelid. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2004 Jan; 242(1):40-3
22. Perez-Blazquez E, Villafruela I, Madero S. Eyelid molluscum contagiosum in patients with human immunodeficiency virus infection. *Orbit*, 1999; 18: 75-81 doi: 10.1076/orbi.18.2.75.2712
23. Ahmad M. Al Aboud; Pramod K. Nigam Wart StatPearls Publishing; 2024 Jan-
24. Deprez M., Uffer S. Clinicopathological features of eyelid skin tumors. A retrospective study of 5504 cases and review of literature. *Am.J. of Dermatopathol*. 2009; 31(3), 256-62
25. Luiz Angelo Rossato, Rachel Camargo Carneiro, Erick Marcet Santiago de Macedo, Patricia Picciarelli de Lima, Mariana Ragassi Urbano, Suzana Matayoshi Relationship between actinic keratosis and malignant skin lesions on the eyelid. *Arq Bras Oftalmol*. 2023; 86(1):1-6
26. López-Tizón E, Mencia-Gutiérrez E, Garrido-Ruiz M, Gutiérrez-Díaz E, López-Ríos F. Clinicopathological study of 21 cases of eyelid actinic keratosis. *Int Ophthalmol*. 2009; 29(5):379-84
27. Cordero AA, Montes LF. Eccrine hidrocystoma. *J Cutan Pathol.*; 1976; 3: 292-293
28. Rishi K., Font R.L. Sebaceous gland tumors of the eyelids and conjunctiva in Muir-Torre syndrome: clinicopathological study of five cases and literature review. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2004; 10; 31-36
29. Ozdal P.C., Callejo S.A., Codore F., et al. Benign ocular adnexal tumors of apocrine, eccrine or hair follicle origin. *Can J Ophthalmol*. 2003; 38; 357-363
30. Hilton JMN, Blackwell JB. Metastasizing Chondroid syringoma. *J Pathol*, 1973; 109:167-169
31. Maya Eiger-Moscovich, Paul J.L. Zhang, Sara E. Lally, Carol L. Shields, Ralph C. Eagle Jr., Tatyana Milman. Tubular apocrine adenoma of the eyelid – A case report and literature review. *Saudi Journal of Ophthalmology* (2019) 33, 304–307
32. Levy J, Ilsar M, Deckel Y., et al. Eyelid pilomatrixoma: a description of 16 cases and review of the literature. *Surv Ophthalmol* 2008; 53(5); 526-35
33. Hidayat AA, Font RL. Trichilemmoma of eyelid and eyebrow. A clinicopathological study of 31 cases. *Arch Ophthalmol*. 1980; 98; 844-884
34. Brownstein MH, Mehregan AH, Bikowski JB. Trichilemmoma in Cowden's disease. *JAMA*. 1977, 238:26
35. Grossniklaus HE, McLean IW. Cutaneous melanoma of the eyelids. Clinicopathologic features. *Ophthalmology*. 1991; 98: 1867-1873 doi: 10.1016/s0161-6420(91)32037-2
36. Grossniklaus HE. Correspondence re: A. B. Ackerman, R. Sood, and M. Koenig, Primary acquired melanosis of the conjunctiva is melanoma in situ. *Mod Pathol* 4:253, 1991. *Mod*

- Pathol. 1992 Jul;5(4):473. PMID: 1495953
37. Grossniklaus HE, Green WR, Luckenbach M, Chan CC. Conjunctival lesions in adults. A clinical and histopathologic review. *Cornea*. 1987;6:78–116
 38. Shields CL, Alset AE, Boal NS, et al. Conjunctival tumors in 5002 cases. Comparative analysis of benign versus malignant counterparts. The 2016 James D. Allen lecture. *Am J Ophthalmol*. 2017; 173:106–33
 39. Lu J, Chu F, Chen K. Conjunctival Inclusion Cyst. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*. 2013;20(3):184-185
 40. Gokhan Ozge, Uysuf Uysal, Osman Melih Ceylan, Onder Onguru, Fatih Mehmet Mutlu. Keratoacanthoma of the conjunctiva in a young patient. Case report. *Arq Bras Oftalmol*. 2016;79(3):195-6
 41. Бородин Ю.И., Вальский В.В., Вериге Е.Н. Отдаленные результаты комбинированного лечения рецидивирующего птеригиума. *Офтальмология*. 2007; 3: 29–33
 42. Martinez, L. Marty. (1998). Conjunctival Dermoid Cyst Seen on Examination as a Chronically Red Eye. *Archives of Ophthalmology*, 116(8), 1109–1111
 43. Flaka, S., Mire, H.-S., Fitore, S., Fjolla, S. and Avdyl, S. (2020) Surgical Treatment of Lipodermoids: Case Report. *Open Journal of Ophthalmology*, 10, 1-9
 44. Shields C.L., Shields J.A. Tumors of conjunctiva and cornea. *Surv. Ophthalmol* 2004, 49, Issue 12, p. 3-24
 45. Sjö NC, von Buchwald C, Cassonnet P, Norrild B, Prause JU, Vinding T, et al. Human papillomavirus in normal conjunctival tissue and in conjunctival papilloma: Types and frequencies in a large series. *Br J Ophthalmol*. 2007;91:1014–5
 46. Kaliki S, Arapali S, Shields CL. Conjunctival papilloma. Features and outcome based on age at initial examination. *JAMA. Ophthalmol*. 2013; 131: 585-593
 47. Shields CL, Demirci H, Karatza E, et al. Clinical survey of 1643 melanocytic and nonmelanocytic tumors of the conjunctiva. *Ophthalmology* 2004; 111:1747-1754
 48. Kaeser PE, Uffer S, Zografos L, et al. Tumors of the caruncle: a clinicopathologic study. *Am J Ophthalmol*. 2006; 142: 448-45
 49. Say EA, Shields CL, Bianciotto C, et al. Oncocytic lesions (oncocytoma) of the ocular adnexa; report of 15 cases and review of literature. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2012; 28(1): 14-21
 50. Shields JA, Shields CL. Eagle RC Jr, et al. Primary acquired melanosis of the conjunctiva. Experience with 11 eyes. Zimmerman Lecture. *Ophthalmology*. 2008; 115(3): 511-519
 51. Zamir E, Mechoulam H, Micera A, Levi-Schaffer F, Pe'er J. Inflamed juvenile conjunctival naevus: clinicopathological characterisation. *Br J Ophthalmol*. 2002;86(1):28–30. doi: 10.1136/bjo.86.1.2
 52. Zimmerman LE. Melanocytes, melanocytic nevi and melanocytomas. *Invest Ophthalmol*. 1965 Feb; 4:11-41 PMID: 14271285
 53. Ibrahim Sayed-Ahmed, Juan Carlos Murillo, Pedro Monsalve, Jan Paul Ulloa, Maria P Fernandez, James Wong, George Elgart, Anat Galor¹, Sander R. Dubovy, and Carol L. Karp Blue nevi of the ocular surface: Clinical characteristics, pathological features and clinical course *Ophthalmology*. 2018 August;125(8): 1189–1198. doi:10.1016/j.ophtha.2018.02.006
 54. Adrianna Eder, Tatyana Milman, Hardeep-Singh Mudhar, Sara E. Lally, Carol L. Shields, Khanh Bui, Jill R. Wells, Hans E. Grossniklaus. Unusual conjunctival melanocytic proliferations. Report of five cases and review of the literature. *Survey of Ophthalmology* Volume 69, Issue 2, March–April 2024, Pages 230-240 doi: 10.1016/j.survophthal.2023.10.012

55. J. Brooks Crawford, Edward L. Howes Jr, Devron H. Char. Combined Nevi of the Conjunctiva Arch Ophthalmol. 1999;117(9):1121-1127. doi: 10.1001/archopht.117.9.1121
56. Kumiko Kat, Maki Takeuch, Yuka Yonekaw, Yuzen Kashim, Koji Hirano, Mineo Kondo. Management of Inflamed Conjunctival Nevus with Topical Antiallergic Medications: Case Series Clinical Ophthalmology 2021:15
57. Киселева Т.Н., Саакян С.В., Макухина В.В., Луговкина К.В., Милаш С.В., Мусова Н.Ф., Жаров А.А. Возможности оптической когерентной томографии в ангиорежиме в оценке ангиоархитектоники конъюнктивы в норме и при патологии. Вестник офтальмологии. 2022; 138(6):32-42.
58. Drolet BA, Esterly NB, Frieden IJ. Hemangiomas in children. N Engl J Med. 1999; 341: 173-181
59. Khushdeep Abhaypal, Manpreet Singh, Manu Saini, Kirti Gupta and Pankaj Gupta. Isolated cavernous venous malformation of the eyelid. Digit J Ophthalmol. 2024; 30(1): 11–14
60. Wright JF, Sullivan TJ, Garner A, et al. Orbital venous anomalies. Ophthalmology 1997; 104: 905-913
61. Horgan N, Shields CL, Minzter R, et al. Ultrasound biomicroscopy of eyelid hemangioma in a child. JPediatr Ophthalmol Strabismus. 2008; 45(1): 55-56
62. Rootman J, Hay E, Graeb D, et al. Orbital-adnexal Lymphangiomas. A spectrum of hemodynamically isolated vascular hamartomas. Ophthalmology. 1986; 93: 1558-1570
63. Радиохирургическое лечение доброкачественных опухолей век малых размеров / С. В. Саакян, М. П. Харлампики, Е. Б. Мякошина [и др.] // Сибирский научный медицинский журнал. – 2019. – Т. 39, № 4. – С. 127-136
64. Shields JA, Mashayekhi A, Kligman B, et al. Vascular tumors of the conjunctiva in 140 cases. The 2010 Melvin Rubin Lecture. Ophthalmology. 2011; 118: 1747-1753
65. Brown R, Fard S, Feng P, Kerr PE. Evaluation and management of benign tumors of the eye and eyelid. Clin Dermatol. 2024 Jul-Aug; 42(4):343-350.
66. Drozdowski R, Grant-Kels JM, Falcone M, Stewart CL. Adnexal neoplasms of the eye. Clin Dermatol. 2024 Jul-Aug; 42(4):321-342
67. Varde MA, Heindl LM, Kakkassery V. Diagnose und Therapie der benignen Lidtumoren [Diagnosis and treatment of benign eyelid tumors]. Ophthalmologie. 2023 Mar; 120(3):240-251. German
68. Stokkermans TJ, Prendes M. Benign Eyelid Lesions. 2023 May 29. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
69. Гришина, Н. И. Радиохирургическое лечение опухолей век / Н. И. Гришина, В. А. Нам // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2021. – Т. 17, № 3. – С. 632-635.
70. Slutsky JB, Barr JM, Femia AN, Marghoob AA. Large congenital melanocytic nevi: associated risks and management considerations. Semin Cutan Med Surg. 2010 Jun; 29(2):79-84. doi: 10.1016/j.sder.2010.04.007. PMID: 20579596.
71. Actis AG, Actis G, De Sanctis U, Fea A, Rolle T, Grignolo FM. Eyelid benign and malignant tumors: issues in classification, excision and reconstruction. Minerva Chir. 2013 Dec; 68(6 Suppl 1):11-25
72. Herwig-Carl, M., & Löffler, K. (2018). Lidtumoren: Klinische Aspekte der Ophthalmopathologie. Klinische Monatsblätter Für Augenheilkunde, 235(07), 776–781. doi:10.1055/a-0633-3120
73. Junejo MS, Rebecca, Memon MN, Shaikh SP. Role of topical beta blockers in regression of infantile capillary hemangioma. Pak J Med Sci. 2021 Nov-Dec; 37(7):1935-1938. doi: 10.12669/pjms.37.7.4317. PMID: 34912421; PMCID: PMC8613063
74. Бережнова, С. Г. Комбинированное лечение гемангиом орбитальной области с

- применением короткодистанционной рентгенотерапии и общей гормонотерапии / С. Г. Бережнова, В. В. Вальский // Диагностическая и интервенционная радиология. – 2011. – Т. 5, № 2 (приложение). – С. 57-59.
75. Бережнова, С. Г. Основные направления лечения гемангиом орбитальной и параорбитальной локализации у детей / С. Г. Бережнова // Российский офтальмологический журнал. – 2013. – Т. 6, № 1. – С. 96-102
 76. Трубилин В. Н., Полунина Е. Г., Куренков В. М. Возможности применения ультразвуковой биомикроскопии в оценке состояния век и конъюнктивы //Офтальмология.- 2015 - Т.11. - №4 - С.32-40.
 77. Саакян С.В., Жильцова М.Г., Бородин Ю.И., Цыганков А.Ю. Комплексная клинко-цитологическая диагностика эпителиальных опухолей придаточного аппарата глаза. Российский офтальмологический журнал. 2024;17(2):68-73. <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2024-17-2-68-73>
 78. Яровой А.А., Голубева О.В., Клянкина С.С., Янченко Т.В. Ювенильная ксантогранулема органа зрения. Вестник офтальмологии. 2018;134(1):89-96
 79. Бровкина А.Ф., Жильцова М.Г., Каплина А.В. Тонкоигольная аспирационная биопсия в диагностике опухолей органа зрения: пособие для врачей. М.: 2000; с. 16.
 80. Цыплакова М. С., Усольцева А. С., Степанова Ю. В. Гигантский врожденный меланоцитарный невус лица //Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – 2015. – Т. 3. – №. 2. – С. 56-60.
 81. Балаева Р.Н., Касимов Э.М. Невусы конъюнктивы как риск развития меланомы. Вестник офтальмологии. 2016;132(3):21-25.
 82. Амосов В. И., Сперанская А. А., Лукина О. В. Использование мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в офтальмологии //Офтальмологические ведомости. – 2008. – Т. 1. – №. 3. – С. 54-59. 5С
 83. Саакян С. В., Иванова О. А. Меланоцитарные поражения конъюнктивы //Российская педиатрическая офтальмология. – 2014. – №. 2. – С. 22-24.
 84. Luo S. et al. Refractive characteristics and related factors of amblyopia after lamellar keratoscleroplasty in children with limbal dermoids //Journal of Clinical Medicine. – 2022. – Т. 11. – №. 14. – С. 4176.
 85. American Academy of Ophthalmology. Summary Benchmarks for Preferred Practice Pattern Guidelines. – American Academy of Ophthalmology, 2008.
 86. Чурганова М. В., Лузянина В. В. Роль фотобиомикроскопии в клинической практике офтальмолога // ТМЖ. 2017. №2
 87. Cui Y., Yin S., Yin X., Liu Y., Zhao B. Removal of a congenital corneal dermoid through tumor excision and lamellar keratoplasty in a young child: A case report. Medicine. 2021;100:e27981. doi: 10.1097.
 88. Eyelid and conjunctival tumors: a comprehensive guide for ophthalmologists Olivier GALATOIRE / Christine LEVY-GABRIEL / Mathieu ZMUDA , 1 July 2019
 89. Eyelid Vasović D. D. et al. Two Decades of Insights: Comprehensive Histopathological and Epidemiological Analysis of Conjunctival Tumors //Life. – 2024. – Т. 14. – №. 11. – С. 1381.
 90. Лернер М. Ю., Стешенко О. Н. Злокачественные опухоли кожи век в Москве: эпидемиология и диспансеризация больных //Российский офтальмологический журнал. – 2022. – Т. 15. – №. 4. – С. 38-44.
 91. Лузянина В. В. Диагностика и лечение новообразований органа зрения в Приморском центре микрохирургии глаза //Тихоокеанский медицинский журнал. – 2017. – №. 2. – С. 21-25.
 92. Возженников А. Ю., Мидленко Т. А. Методические указания для самостоятельной работы ординаторов по организации практик и государственной итоговой аттестации по направлению подготовки 31.08. 59 «Офтальмология». – 2019.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Алиханова В.Р., к.м.н., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

Амирян А.Г., д.м.н., главный научный сотрудник, ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

Бородин Ю.И., к.м.н., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

Иванова О.А., к.м.н., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

Катаргина Л.А., профессор, д.м.н., засл.врач РФ, главный внештатный специалист - детский офтальмолог Минздрава РФ, главный научный сотрудник и руководитель отдела патологии глаз у детей, ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

Мякошина Е.Б., д.м.н., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

Пантелеева О.Г., д.м.н., ведущий научный сотрудник, ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

Пармон Я.В., к.м.н., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

Саакян С.В., профессор, Член Корр. РАН, начальник отдела офтальмоонкологии и радиологии, ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

Склярова Н.В., к.м.н., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

Тацков Р.А., к.м.н., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

Цыганков А.Ю., к.м.н., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

Конфликт интересов: отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врачи-онкологи;
- Врачи-хирурги;
- Врачи-радиологи;
- Врачи-генетики;
- Врачи-дерматовенерологи;
- Врачи-патологоанатомы;

- Врачи-офтальмологи
- Студенты медицинских вузов, ординаторы и аспиранты.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

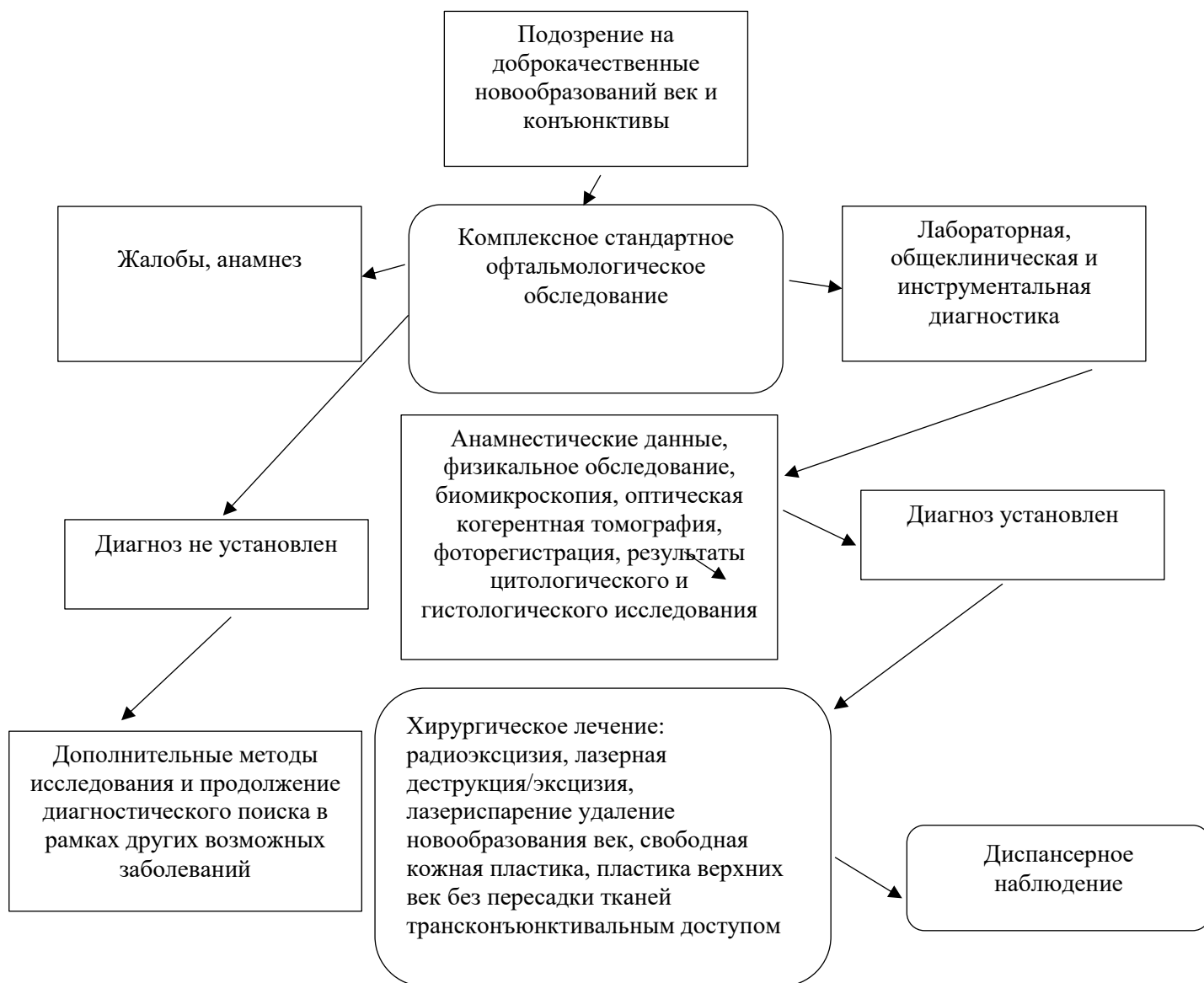
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.

1. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н (ред. от 24.09.2020, с изм. от 26.10.2022) "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг"
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2025) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2026)
3. Приказ Минздрава России от 24.10.2025 N 633н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "офтальмология" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.11.2025 N 84259)
4. Приказ Минздрава России от 02.05.2023 N 205н (ред. от 03.06.2025) "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников"

5. Приказ Минздрава России от 15.03.2022 N 168н (ред. от 28.02.2024) "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми"

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

1. Доброкачественные образования век и конъюнктивы с признаками прогрессии требуют хирургического лечения.
2. Перед хирургическим вмешательством необходимо проведение офтальмологического обследования, как локального, так и общего статуса.
3. Морфологическое исследование является обязательным после проведения

хирургического удаления патологического очага.

4. Все пациенты нуждаются в диспансерном наблюдении в течение 1 года после проведенного лечения.

**Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты
состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

Не используются

Документ подписан и передан через систему разработки и ведения стандартов медицинской помощи

Владелец сертификата: организация,
сотрудник

Сертификат: серийный номер, период Дата и время подписания
действия

OID.1.2.643.100.4=7710330616, СНИЛС=02592039647,
ОГРН=1037739345236, ИНН=771405593001,
E=bragin_aa@igb.ru, C=RU, S=77 г. Москва, L=Г.МОСКВА,
STREET="ул САДОВАЯ-ЧЕРНОГРЯЗСКАЯ, Д.14/19, К.7",
O="ООО ""АВО""", CN="ООО ""АВО""", Т=ПРЕЗИДЕНТ,

036756bc0065b401af42a440853af2164e 2026.08.26 17:11:00
С 2026.06.10 по 2027.09.10