Доброкачественные опухоли век и конъюнктивы

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: D21.0, D22.1, D23.1, D31.0 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

Доброкачественные опухоли век и конъюнктивы — медленно растущие новообразования без инфильтрации, метастазирования и связанного с этим риска генерализации; морфологически они имеют эпителиальное, меланоцитарное, железистое или эмбриогенетическое происхождение. Рекомендация описывает диагностику, показания к морфологической верификации, хирургическую тактику, ведение гемангиом и диспансерное наблюдение у детей и взрослых.

Главное

- Доброкачественные опухоли составляют 80% опухолей век и конъюнктивы; среди всей патологии век и конъюнктивы истинные опухоли — 47%.
- Типичный немеланоцитарный вариант: безболезненное объемное образование телесного или бледно-розового цвета, с четкими границами и медленным ростом.
- Признаки прогрессии, при которых нужно хирургическое лечение: увеличение объема, изменение окраски, появление гнездной или перифокальной пигментации, питающие сосуды. УУР С, УДД 5.
- Актинический кератоз века важен для ранней диагностики и лечения: примерно в 20% случаев он трансформируется в плоскоклеточную карциному.
- Первичный приобретенный меланоз конъюнктивы при атипии меланоцитов имеет риск меланомы 50%; при отсутствии атипии риска малигнизации нет.
- После удаления опухоли морфологическое исследование операционного или биопсийного материала обязательно для верификации диагноза. УУР С, УДД 4.
- После лечения без рецидива осмотр офтальмолога: не реже 2 раз в год первые 2 года, затем 1 раз в год. УУР С, УДД 4.

Диагностика

1. Собрать анамнез у пациента или родителей ребенка: когда появилось образование, как менялись размер, локализация и окраска, были ли провоцирующие факторы и семейный анамнез. УУР С, УДД 4.
2. Провести первичный офтальмологический осмотр с визуальной оценкой и пальпацией; учитывать состояние кожи лица и век, отек, асимметрию, лимфаденопатию. При подозрении на злокачественный или системный процесс пальпировать регионарные лимфоузлы головы и шеи. УУР С, УДД 5.
3. Всем пациентам выполнить биомикроскопию: оценить кожу и придатки век, конъюнктиву, роговицу, размер, цвет, пигментацию, границы, структуру опухоли, собственные сосуды и окружающие ткани. УУР С, УДД 5.
4. Визометрию проводить при опухоли в зоне лимба или роговицы, возможном влиянии на рефракцию или распространении на оптическую зону роговицы, а также у детей при риске депривационной амблиопии. УУР С, УДД 5.
5. При опухолях конъюнктивы использовать ОКТ переднего отрезка для уточнения диагноза, размеров, внутренней структуры, распространенности и состояния окружающих тканей; после операции — для оценки рубца и радикальности лечения. УУР С, УДД 4.
6. УЗИ век, глазного яблока и переднего отрезка применять для уточнения эхографических характеристик и распространенности; особенно при подозрении на вовлечение склеры, роговицы, угла передней камеры или сосудистой оболочки. УУР С, УДД 4.
7. КТ и/или МРТ орбиты с контрастированием при отсутствии противопоказаний нужны при подозрении на выход процесса за пределы одной анатомической области; КТ указана при дермоидных кистах и гемангиомах с возможным вовлечением орбиты и для оценки костных стенок, МРТ предпочтительна у детей. Уровень убедительности С, УДД 4.

Лечение

- Консервативное лечение как монотерапия не проводится.

- Основная тактика — хирургическое лечение; метод выбирают по локализации, объему поражения и распространенности. Используют радиоволновую хирургию, CO_2-лазер, электрокоагуляцию, их комбинации и традиционную микрохирургию для небольших кист.
- Прогрессирующие солидные образования век удаляют радиоэксцизией, лазерной деструкцией/эксцизией или иссечением, при необходимости с пластикой; материал направляют на морфологическую верификацию. УУР С, УДД 4.
- При изолированных образованиях бульбарной конъюнктивы без распространения на роговицу выполняют радиоэксцизию с пластикой местными тканями для закрытия дефекта и профилактики грануляционного полипа и инфицирования. УУР С, УДД 4.
- При распространении опухоли конъюнктивы на роговицу применяют комбинированное удаление: иссечение со стороны роговицы круглым микроножом, затем радиохирургическое удаление со стороны конъюнктивы и закрытие лимбального дефекта смещенным лоскутом; при глубоком росте возможна послойная или сквозная кератопластика. УУР С, УДД 5.
- Системные (гигантские) меланоцитарные невусы век и конъюнктивы лечат поэтапно комбинированно; необходимость лечения обусловлена снижением риска развития меланомы, а раннее начало в детском возрасте позволяет лучше переносить этапы лечения. Поэтапное комбинированное лечение: УУР С, УДД 4; комбинированное радиоволновое и лазерное лечение для предотвращения послеоперационных осложнений: УУР С, УДД 5.
- Кистозные образования век и конъюнктивы, кроме кровяных кист, удаляют радиоэксцизией и/или традиционным иссечением; радиохирургия предпочтительна, так как позволяет полностью удалить капсулу и коагулировать сосуды. УУР С, УДД 4.
- При инфантильных и капиллярных гемангиомах век и конъюнктивы у детей до 2,5 лет возможна дистанционная лучевая терапия с/без пероральных ГКСТ для резорбции опухоли, восстановления функции и косметического эффекта; ГКСТ назначает рентгенолог индивидуально. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или выявлении опухоли век и/или конъюнктивы пациента направляют к офтальмологу; офтальмолог решает вопрос наблюдения или планового направления в специализированное офтальмоонкологическое учреждение.
- При подозрении на злокачественное новообразование офтальмолог направляет пациента к онкологу; офтальмоонколог совместно с онкологом организует цитологическую и/или биопсийную верификацию и дополнительные исследования.
- В медицинскую организацию III уровня направляют пациентов с поражением более 1/3 длины века с вовлечением хряща века или фиброзной капсулы глаза, склеры и/или роговицы, если требуется реконструктивная пластика значительного объема.
- Пациенты с сосудистыми доброкачественными опухолями век и/или конъюнктивы, которым планируется лучевая терапия для регрессии, стабилизации, косметической цели или перевода в операбельное состояние, направляются в учреждение III уровня.
- Экстренная или неотложная госпитализация показана, если опухоль осложнилась кровотечением или острой воспалительной реакцией из-за травмы или инфицирования, например кровотечением из гемангиомы/сосудистой мальформации или воспалением дермоидной кисты.

Частые вопросы

Когда доброкачественную опухоль века или конъюнктивы нужно удалять?

При признаках прогрессии: рост объема, изменение окраски, появление гнездной или перифокальной пигментации, питающие сосуды. Это показание к обязательному хирургическому лечению. УУР С, УДД 5.

Нужно ли морфологическое исследование после удаления?

Да. При удалении опухоли или биопсии операционный/биопсийный материал направляют на патолого-морфологическое исследование для подтверждения диагноза. УУР С, УДД 4.

Какие признаки невуса конъюнктивы говорят в пользу доброкачественности?

Для отграниченного невуса характерны кисты, четкие границы, легкое возвышение над конъюнктивой и разная степень пигментации. Риск озлокачествления указан как менее 1%.

Чем опасен первичный приобретенный меланоз конъюнктивы?

Он появляется обычно в среднем возрасте, чаще у светлокожих, выглядит как меняющаяся со временем диффузная коричневая пигментация. При атипии меланоцитов риск меланомы составляет 50%.

Как наблюдать пациента после лечения доброкачественной опухоли века или конъюнктивы?

При отсутствии рецидива и хорошем косметико-функциональном результате наблюдение проводится по месту прикрепления: не реже 2 раз в год первые 2 года, затем 1 раз в год. При показаниях используют фоторегистрацию, УЗИ, ОКТ, КТ/МРТ и морфологические исследования для раннего выявления рецидива. УУР С, УДД 4.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1084-dobrokachestvennye-opuholi-vek-i-konyunktivy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1084_1