

<https://doi.org/10.21516/2072-0076-2026-19-2-170-176>



Апокринная гидроцистома бульбарной конъюнктивы: наблюдение из практики

Е.А. Дроздова¹, Е.Л. Казачков¹✉, Т.Ю. Кожевникова², Д.Д. Воропаев^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, ул. Воровского, д. 64, Челябинск, 454092, Россия

² Офтальмологическая клиника ООО МО «Оптик-Центр», ул. 40-летия Октября, д. 15/1, Челябинск, 454007, Россия

Цель работы — представление клинического случая апокринной гидроцистомы (АГ) бульбарной конъюнктивы и особенностей клинко-морфологической диагностики данного заболевания. Женщина 55 лет обратилась с жалобами на безболезненное образование в назальном секторе бульбарной конъюнктивы левого глаза, существующее около 30 лет, которое не увеличивалось, сохраняло стабильную форму и окраску, но в последний год появился дискомфорт при моргании. При биомикроскопии со щелевой лампой в назальном секторе бульбарной конъюнктивы левого глаза на 9 ч на расстоянии 1,5 мм от лимба обнаружено приподнятое над поверхностью глаза желтовато-серое кистовидное образование до 3,5 мм в диаметре, безболезненное при пальпации, плотно связанное с конъюнктивой и легко смещаемое в пределах подлежащих тканей. Оптическая когерентная томография переднего отрезка глаза показала, что образование состоит из нескольких пузырьков, заполненных жидкостью средней рефлексивности, окружающих центральную зону с мелкоячеистой структурой и арелективными зонами. Заподозрено наличие атипичной эпителиальной инклюзионной кисты бульбарной конъюнктивы. Под местной анестезией образование иссечено в пределах неизмененных окружающих тканей. Микроскопическое исследование обнаружило структурные изменения, характерные для АГ бульбарной конъюнктивы, включая ШИК-позитивную окраску содержимого полостей. Иммуногистохимический (ИГХ) анализ материала продемонстрировал экспрессию клетками выстилки кистозных образований SMA, CK7, CDGFP-15 и p63. Анализ результатов клинко-морфологического исследования и ИГХ-изучения тканевого материала позволил диагностировать многокамерную субэпителиальную АГ. При контрольном осмотре через 2 недели зарегистрирована реституция эпителия в проекции операционной раны с отсутствием признаков воспаления. **Заключение.** Современным стандартом диагностики АГ бульбарной конъюнктивы является морфологическое исследование удаленной опухоли, указывающее на происхождение новообразования из эпителиоцитов потовых желез. При обнаружении кистовидного образования в бульбарной конъюнктиве целесообразно включить в дифференциально-диагностический спектр АГ с последующим структурным анализом тканевого материала.

Ключевые слова: апокринная гидроцистома; бульбарная конъюнктивит; клинко-морфологические особенности

Конфликт интересов: отсутствует.

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

Для цитирования: Дроздова Е.А., Казачков Е.Л., Кожевникова Т.Ю., Воропаев Д.Д. Апокринная гидроцистома бульбарной конъюнктивы: наблюдение из практики. Российский офтальмологический журнал. 2026; 19 (2): 170-6. <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2026-19-2-170-176>

Apocrine hydrocystoma of the bulbar conjunctiva: a case report

Elena A. Drozdova¹, Evgeny L. Kazachkov¹✉, Tatyana Yu. Kozhevnikova², Dmitry D. Voropaev^{1,2}

¹ South Ural State Medical University, 64, Vorovskogo St., Chelyabinsk, 454092, Russia

² "Optic-Center" ophthalmological clinic, 15/1, 40 let Oktyabrya St., Chelyabinsk, 454007, Russia
doctorkel@yandex.ru

The purpose of the study was to demonstrate a clinical case of apocrine hydrocystoma (AH) of the bulbar conjunctiva and the features of clinical and morphological diagnostics of this disease. Clinical observation. A 55-year-old woman complained of a painless lesion in the nasal sector of the bulbar conjunctiva of the left eye that had existed for about 30 years and that had not increased in size and retained a stable shape and color, but in the last year, discomfort appeared when blinking. Slit-lamp biomicroscopy revealed a yellowish-gray cystic lesion up to 3.5 mm in diameter, raised above the surface of the eye at 9 o'clock at a distance of 1.5 mm from the limbus. It was painless on palpation, tightly connected to the conjunctiva, and easily displaced within the underlying tissues. Optical coherence tomography (OCT) of the anterior segment of the eye showed that the lesion consisted of several vesicles filled with medium-reflectivity fluid surrounding a central zone with a fine-mesh structure and areflexive zones. An atypical epithelial inclusion cyst of the bulbar conjunctiva was suspected. Under local anesthesia, the lesion was excised within the intact surrounding tissues. Microscopic examination revealed structural changes characteristic of bulbar conjunctival AH, including PAS-positive staining of the cavity contents. Immunohistochemical (IHC) analysis of the material demonstrated expression of SMA, CK7, CDGFP-15 and p63 by the cells lining the cystic formations. Analysis of the results of the clinical and morphological examination and IHC study of the tissue material made it possible to diagnose multilocular subepithelial AH. During the control examination after 2 weeks, restitution of the epithelium in the projection of the surgical wound with no signs of inflammation was recorded. Conclusion. The modern standard for diagnosing AH of the bulbar conjunctiva is a morphological examination of the removed tumor, indicating the origin of the neoplasm from the epithelial cells of the sweat glands. If a cystic formation is detected in the bulbar conjunctiva, it is advisable to include AH in the differential diagnostic spectrum with subsequent structural analysis of the tissue material.

Keywords: apocrine hidrocystoma; bulbar conjunctiva; clinical and morphological features

Conflict of interest: none.

Financial disclosure: none of the authors has a financial interest in the materials or methods presented.

For citation: Drozdova E.A., Kazachkov E.L., Kozhevnikova T.Yu., Voropaev D.D. Apocrine hidrocystoma of the bulbar conjunctiva: a case report. Russian ophthalmological journal. 2026; 19 (2): 170-6 (In Russ.). <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2026-19-2-170-176>

Апокринная гидроцистома (АГ) — группа доброкачественных опухолей протоков потовых желез различного строения [1]. Эти кистозные новообразования встречаются на веках, зачастую в проекции их внутреннего канта (железы Молье), коже головы, шеи, туловища, пальцев, аногенитальной зоны [2, 3]. Среди опухолевых поражений глаза АГ бульбарной конъюнктивы встречается крайне редко, в литературе имеются описания единичных наблюдений [4, 5]. При этом следует отметить, что в Международной классификации опухолей глаз (МКО, ВОЗ, 2018) АГ бульбарной конъюнктивы в перечне новообразований нет [6]. В 5-м издании МКО глаз и орбиты (ВОЗ, 2023) данная ситуация сохраняется [7]. В Клинических рекомендациях 2024 г. «Доброкачественные опухоли век и конъюнктивы» [8] протоковые гидроцистомы век относят к доброкачественным опухолям придатков век, в то время как в перечне новообразований конъюнктивы гидроцистомы отсутствуют.

Диагноз АГ бульбарной конъюнктивы основывается на результатах исследований, которые включают сбор анамнеза, физикальный осмотр, визометрию, биомикроскопию, оптическую когерентную томографию (ОКТ), гистологическое и иммуногистохимическое (ИГХ) изучение удаленного новообразования с фоторегистрацией выявленных изменений [8, 9].

Учитывая уникальность локализации АГ в бульбарной конъюнктиве и единичные наблюдения, описанные в лите-

ратуре, считаем целесообразным описание и анализ каждого конкретного случая данной патологии.

ЦЕЛЬ работы — представление клинического случая АГ бульбарной конъюнктивы и особенностей клинкоморфологической диагностики данного заболевания.

Клиническое наблюдение. Пациентка С. 55 лет, неработающая, обратилась в офтальмологическую клинику с жалобами на образование в назальном секторе бульбарной конъюнктивы левого глаза. Со слов пациентки, образование появилось около 30 лет назад, не увеличивалось в размерах, сохраняло стабильную форму и окраску, однако в последний год стал возникать эпизодический дискомфорт при моргании. В анамнезе миопия слабой степени и артериальная гипертензия.

При биомикроскопии со щелевой лампой в назальном секторе бульбарной конъюнктивы левого глаза на 9 ч на расстоянии 1,5 мм от лимба обнаружено приподнятое над поверхностью глаза желтовато-серое кистовидное образование в виде полусферы до 3,5 мм в диаметре (рис. 1), флюктуирующее, эластическое, безболезненное при пальпации, плотно связанное с конъюнктивой и легко смещаемое в пределах подлежащих тканей.

С целью уточнения структуры образования выполнена ОКТ переднего отрезка глаза (рис. 2). Образование состояло из нескольких полупрозрачных пузырьков, заполненных жидкостью средней рефлексивности, которые окружали центральную зону с более плотной, мелкоячеистой структурой и арефлексивными зонами.

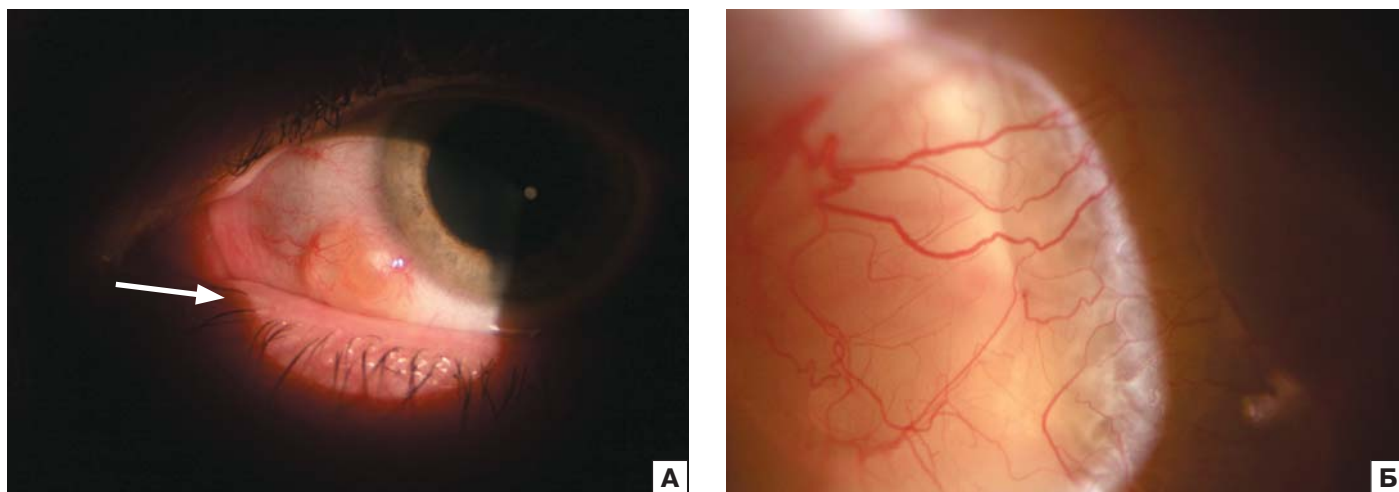


Рис. 1. Биомикроскопия со щелевой лампой апокринной гидроцистомы бульбарной конъюнктивы левого глаза пациентки С. 55 лет (описание в тексте). А — увеличение в 6 раз (стрелка); Б — деталь рисунка А, увеличение в 25 раз

Fig. 1. Slit-lamp biomicroscopy of apocrine hidrocystoma of the bulbar conjunctiva of the left eye of patient S., 55 years old (description in text). A — 6× magnification (indicated by arrow); Б — detail of Fig.1, A 25× magnification

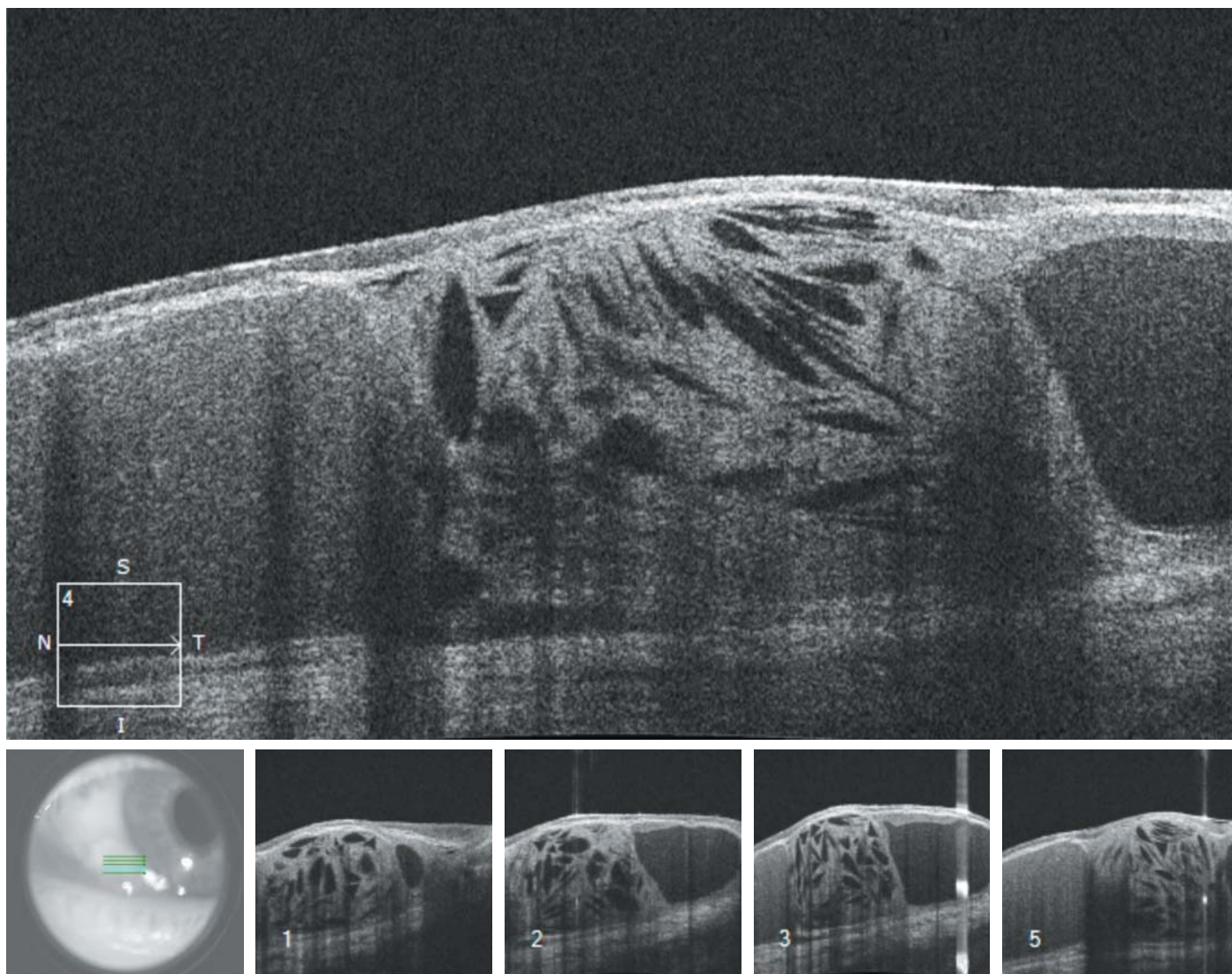


Рис. 2. Результаты оптической когерентной томографии переднего отрезка левого глаза пациентки С. 55 лет, с апокринной гидроцистомой бульбарной конъюнктивы (описание в тексте)

Fig. 2. Results of optical coherence tomography of the anterior segment of the left eye of patient S., 55 years old, with apocrine hidrocystoma of the bulbar conjunctiva (description in text)

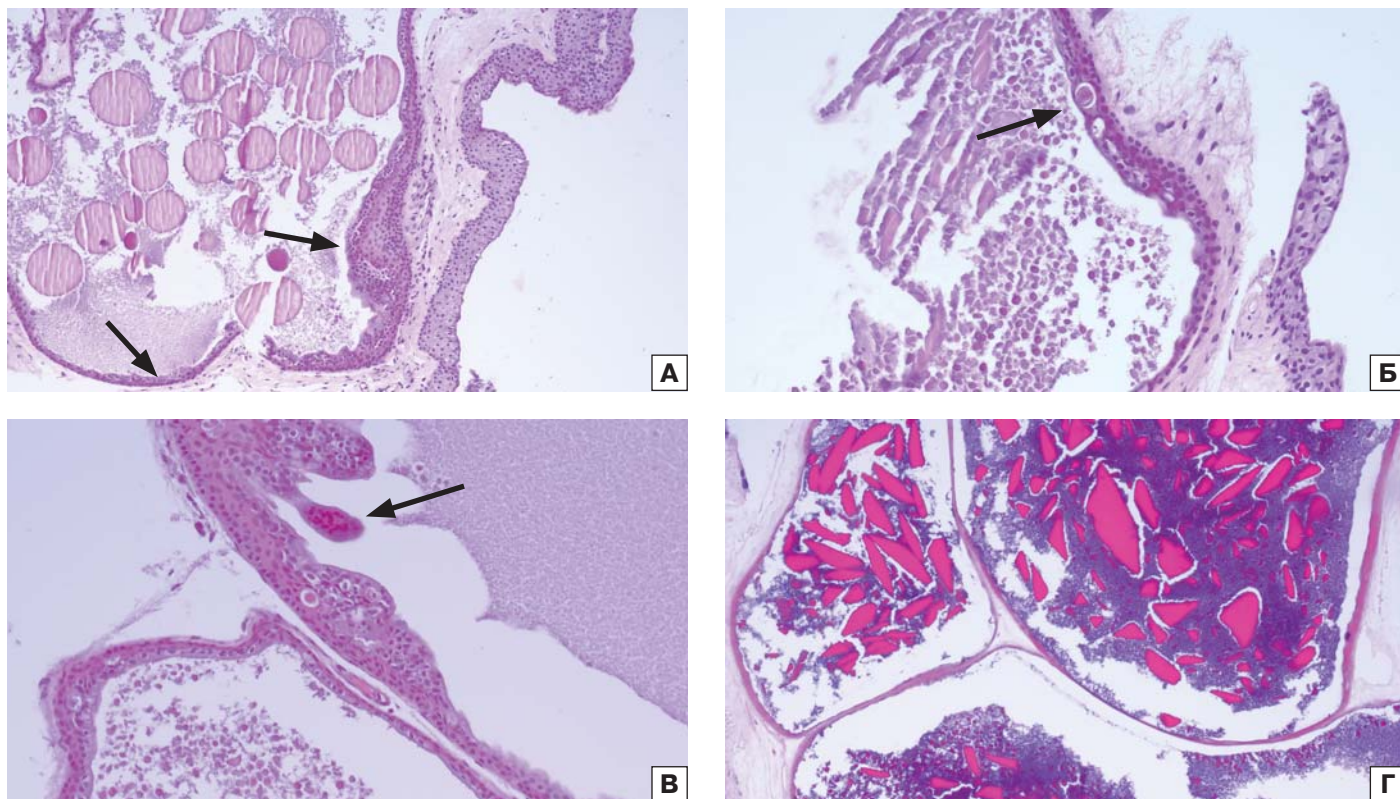


Рис. 3. Гистологическая характеристика апокринной гидроцистомы бульбарной конъюнктивы левого глаза пациентки С. 55 лет. А — одна из полостей мультилокулярного кистозного образования, выстланная одним либо двумя слоями кубических клеток (стрелки); Б — клетки эпителиальной выстилки стенок полостей с округло-овальными ядрами, эозинофильной цитоплазмой и внутриклеточными вакуолями (стрелка); В — мелкие папиллярные выросты в просвет кист, покрытые секреторным эпителием (стрелка); Г — округлые и полигональные продукты апокринной секреции с выраженной ШИК-позитивной реакцией среди слабобазофильного мелкозернистого материала. Окраска: А—В — гематоксилином и эозином, Г — ШИК-реакция; А, Г — $\times 100$; Б, В — $\times 200$

Fig. 3. Histological characteristics of apocrine hidrocystoma of the bulbar conjunctiva of the left eye of patient S., 55 years old. А — one of the cavities of the multilocular cystic formation, lined with one or two layers of cuboidal cells (indicated by arrows); Б — cells of the epithelial lining of the cavity walls with round-oval nuclei, eosinophilic cytoplasm and intracellular vacuoles (indicated by arrow); В — small papillary outgrowths into the lumen of the cysts, covered with secretory epithelium (indicated by arrow); Г — round and polygonal products of apocrine secretion with pronounced PAS-positive reaction among weakly basophilic fine-grained material. Staining: А—В — hematoxylin and eosin, Г — PAS-reaction; А, Г — $\times 100$; Б, В — $\times 200$

Пациентка проконсультирована офтальмоонкологом. С учетом клинических и инструментальных данных высказано предположение о наличии у женщины атипичной эпителиальной инклюзионной кисты бульбарной конъюнктивы левого глаза. Рекомендовано хирургическое удаление образования с последующим гистологическим исследованием. Операция выполнена под местной анестезией 0,4 % оксипрокаином. Образование иссечено в пределах неизмененных окружающих тканей, фиксировано в 10 %-ном растворе нейтрального забуференного формалина, маркировано и направлено в патолого-анатомическое отделение для морфологического исследования.

При микроскопическом исследовании под многослойным плоским неороговевающим покровным эпителием конъюнктивы определялось многокамерное кистозное образование, разновеликие полости которого выстланы одним, чаще двумя слоями цилиндрических либо кубических клеток (рис. 3, А), а в проекции крупных растянутых кист — уплощенными эпителиоцитами. Внутренний слой двухслойной эпителиальной выстилки состоял из кубических или цилиндрических клеток с округлыми или овальными ядрами и эозинофильной цитоплазмой (рис. 3, Б). В единичных полях зрения видны мелкие папиллярные выросты в просвет кист, покрытые секреторным эпителием (рис. 3, В).

В кистозных полостях определяются разновеликие округлые либо полигональные продукты апокринной секреции с ярко выраженной ШИК-позитивной реакцией среди слабобазофильного мелкозернистого материала (рис. 3, Г).

ИГХ-анализ состояния экспрессии ряда ИГХ-маркеров выполнен с использованием иммуногистохимического набора Dako Link48, системы визуализации Prime Vision (ПраймБиоМед, Россия) и контрокрашивания микропрепаратов гематоксилином Майера. Установлено, что внешний слой клеток, выстилающий кистозные полости, позитивно реагировал с SMA (Dako, clone 1A4, 1:1000; USA), т. е. образован вакуолизированными миоэпителиальными клетками (рис. 4, А). Кроме того, клеточные элементы выстилки кист экспрессировали маркеры CK7 (Cell Marque, clone OV-TL12/30, 1:150; USA) (рис. 4, Б), характерные для железистого и переходного эпителиев, метки CDGFP-15 (Rosch, clone EP1582Y, RTU; USA) (рис. 4, В), которые выявляются в апокринном метапластическом эпителии кист апокринных желез подмышечной области, вульвы, век и слухового прохода, а также маркер p63 (Rosch, clone 4A4, RTU; USA) (рис. 4, Г) — фактор транскрипции из семейства генов p53, участвующий в дифференцировке плоского эпителия.

При анализе результатов клинико-морфологического исследования и ИГХ-изучения тканевого материала сфор-

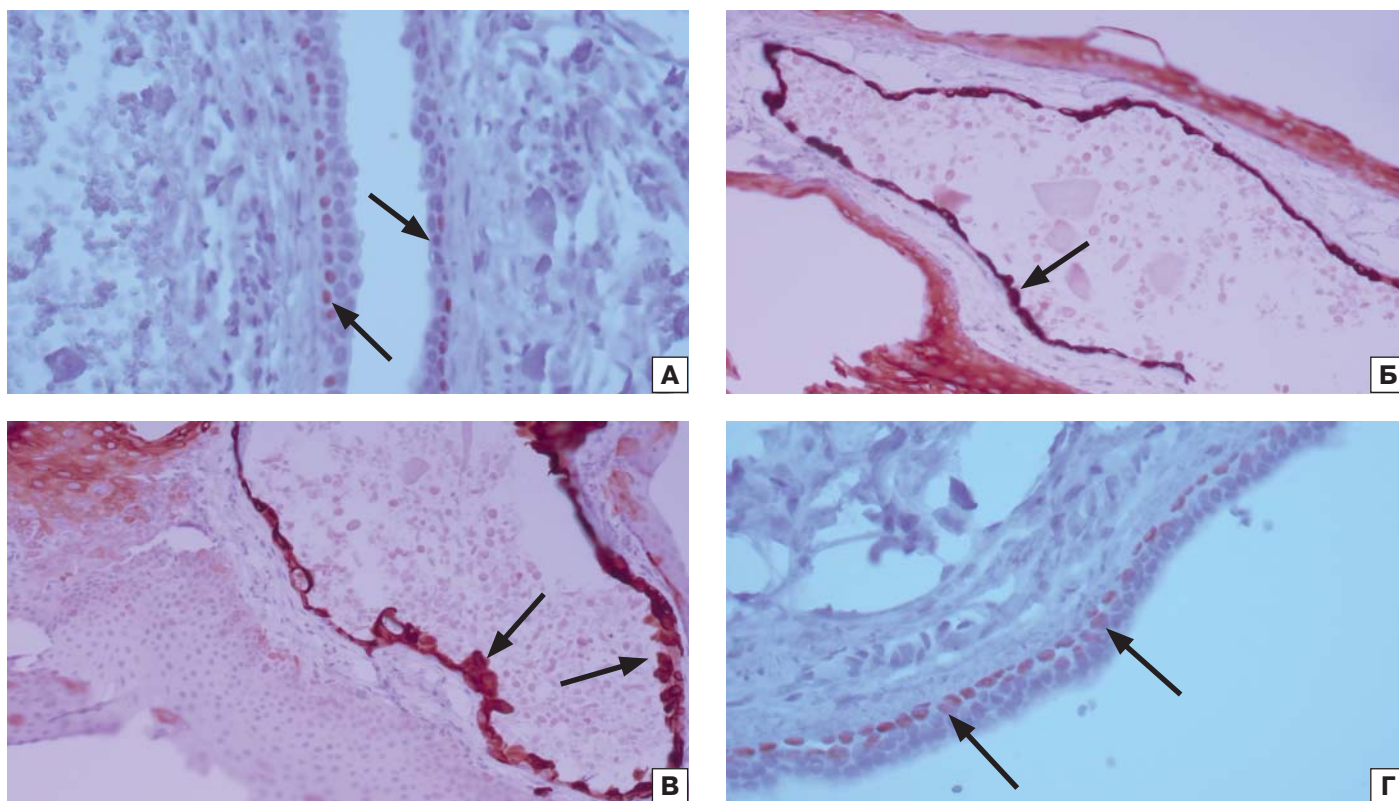


Рис. 4. Иммуногистохимическая характеристика апокринной гидроцистомы бульбарной конъюнктивы левого глаза пациентки С. 55 лет. А — клетки, выстилающие кистозные полости — миоэпителиоциты, позитивно реагирующие с маркером SMA (стрелки); Б — клеточные элементы выстилки кист экспрессируют маркеры CK7, характерные для железистого или переходного эпителия (стрелка); В — в клетках выстилки полостей экспрессия метки CDGFP-15, выявляющейся в апокринном эпителии потовых желез (стрелки); Г — экспрессия маркера p63 (стрелки) — фактора транскрипции, участвующего в дифференцировке плоского эпителия. Окраска: иммуногистохимическое исследование с полимерной тест-системой; А—Г — $\times 400$

Fig. 4. Immunohistochemical characteristics of apocrine hydrocystoma of the bulbar conjunctiva of the left eye of patient S., 55 years old. А — cells lining cystic cavities – myoepitheliocytes, positively reacting with the SMA marker (indicated by arrows); Б — cellular elements of the cyst lining express CK7 markers, characteristic of glandular or transitional epithelium (indicated by arrow); В — in the cells of the lining of the cavities, expression of the CDGFP-15 label, detected in the apocrine epithelium of the sweat glands (indicated by arrows); Г — expression of the p63 marker (indicated by arrows) — a transcription factor involved in the differentiation of squamous epithelium. Staining: immunohistochemical study with a polymer test system; А—Г — $\times 400$

мулировано следующее патоморфологическое заключение: «Код по МКБ-10 D31.0: многокамерная субэпителиальная апокринная гидроцистома назального сектора бульбарной конъюнктивы левого глаза 3,5 мм в диаметре на 7:30 в 1,5 мм от лимба».

В послеоперационном периоде назначены инстилляци: пиклоксидин 0,05 %, дексаметазон 0,1 %, декспантенол 5 %. Период заживления протекал без осложнений. При контрольном осмотре через 2 нед зарегистрирована реституция эпителия в проекции операционной раны с отсутствием признаков воспаления. Пациентка не предъявляла жалоб, отмечала полное исчезновение дискомфорта и была удовлетворена косметическим результатом лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ

АГ глаза — одно- или многокамерное кистоподобное новообразование, которое может возникать на веках и бровях [10]. Опухоль нередко развивается из апокринных желез и обычно локализуется вблизи края века, что соответствует выходному отверстию желез Moll [11, 12] — видоизмененных потовых желез, выводные протоки которых находятся на ресничном крае век снаружи от выводных протоков мейбомиевых желёз. Функция желез Moll — выработка иммуноглобулинов, муцина и лизоцима, участвующих в иммунной

защите глаз от инфекции [13]. При этом показано, что железы Moll в бульбарной конъюнктиве отсутствуют.

Следует отметить, что АГ бульбарной конъюнктивы является уникальной опухолью, в литературе встречаются описания лишь отдельных наблюдений [5, 14]. В крупных обзорах последних лет, посвященных клинико-морфологической характеристике поражений конъюнктивы, частота регистрации АГ колеблется в пределах 0–1 % [15, 16]. В МКО глаз (2018) [6], в МКО глаз и орбиты (2023) [7], в Клинических рекомендациях (2024) «Доброкачественные опухоли век и конъюнктивы» [8] АГ бульбарной конъюнктивы упоминается лишь в контексте дифференциальной диагностики с инклюзионными кистами конъюнктивы.

В. Kim, N. Kang [17] предполагают, что развитие АГ в бульбарной конъюнктиве является следствием случайной имплантации секреторных клеток желез Moll из края века на конъюнктивальную поверхность глазного яблока в связи с привычным трением глаза и век пациентами, хотя в нашем наблюдении зуд и чувство «песка в глазу» пациентка не отмечала. Вместе с тем S. Karachrysafi и соавт. [18] считают, что в основе патогенеза АГ бульбарной конъюнктивы лежат механизмы развития новообразования из эктопических GCDFP-15-позитивных клеток апокринных желез *de novo*.

Клиническая картина АГ конъюнктивы неспецифична, основана на биомикроскопии со щелевой лампой и ОКТ. В приведенном наблюдении мы, как и другие авторы [17, 19], выявили приподнятое над поверхностью глаза желтовато-серое кистовидное образование в виде полусферы, внутреннее строение которого было визуализировано с помощью ОКТ переднего отрезка глаза. Кистовидное образование представлено группой полупрозрачных жидкостных пузырьков средней рефлексивности с более плотной арефлексивной центральной зоной. Подобные неспецифичные ОКТ-изменения в переднем отрезке глаза при АГ описывают и другие исследователи, хотя D. Koumaki и соавт. [2] указывают на преимущественно многокамерный характер данной опухоли.

Принято считать [2, 18], что верификация диагноза АГ должна базироваться исключительно на результатах морфологического и ИГХ-исследования операционного материала. При АГ обычно обнаруживают моно- либо многокамерные кисты, выстланные одним, двумя либо несколькими слоями кубических и/или цилиндрических эпителиоцитов с эозинофильной цитоплазмой с округло-овальными ядрами и признаками апокринной секреции [11, 17], что продемонстрировано в нашем наблюдении. Одно-, дву- и многоядрность эпителия с характерной формой эпителиоцитов позволяют диагностировать АГ и провести дифференциальную диагностику этих новообразований с инклюзионными ретенционными кистами конъюнктивы, которые зачастую выстланы одним рядом уплощенных клеток [9, 20].

В литературе имеются указания [19], что для АГ характерны позитивное окрашивание секретируемого материала реактивом Шиффа, а также ряд позитивных ИГХ-реакций эпителиоцитов опухоли с маркерами SMA, CD7, GCDPF-15 и p63, что убедительно подтверждено в нашем исследовании. Позитивное реагирование секретирующих клеток опухоли с реактивом Шиффа (ШИК-реакция), SMA, p63 и GCDPF-15 принято считать дифференциально-диагностическими критериями для определения принадлежности новообразования к группе АГ в отличие от эккринных гидроцистом, при которых результаты этих реакций негативны [2, 13].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

АГ бульбарной конъюнктивы является крайне редким новообразованием глаза. Результаты биомикроскопии со щелевой лампой и ОКТ переднего отрезка глаза неспецифичны, хотя обнаружение многокамерного кистовидного образования в толще бульбарной конъюнктивы позволяют заподозрить АГ. Современным стандартом диагностики данного новообразования является морфологическое исследование удаленной опухоли, в ходе которого выявляется апокринный характер продукции клетками секрета с положительной ШИК-реакцией, а также позитивное реагирование с маркерами GCDPF-15, SMA, p63 и CK7, указывающее на гистогенез АГ (эпителий секреторных спиралей потовых желез).

Таким образом, при обнаружении кистовидного образования в бульбарной конъюнктиве целесообразно включить в дифференциально-диагностический спектр АГ с последующим структурным анализом тканевого материала и идентификацией морфологических и/или ИГХ-маркеров этой редкой опухоли.

Литература/References

- Sanglieza OP, Cassarino DS, Glusac EJ, et al. Hydrocystoma/cystadenoma. In: Elder DE, Massi D, Scolyer RA, Willemze R, eds. WHO Classification of Skin Tumours. 4th ed. Lyon: IARC; 2018.
- Koumaki D, Papadakis M, Lagoudaki E, et al. Apocrine and eccrine hidrocystomas: a clinicopathological study. *Acta Dermatovenereologica Alpina, Pannonica et Adriatica Journal*. 2021; 30 (2): 53–6. <https://doi.org/10.15570/actaapa.2021.13>
- Cape HT, Mukit FA, Mukit M, et al. Apocrine hidrocystoma of the upper eyelid. *Eplasty*. 2022; 22: ic13.
- Charles NC, Panarelli AJ. Episcleral Apocrine hidrocystoma following strabismus surgery. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2022; 38 (4): e112–e113. <https://doi.org/10.1097/IOP.0000000000002153>
- Lee CY, Kim SS. Apocrine hidrocystoma of bulbar conjunctiva. *Journal of the Korean Ophthalmological Society*. 2024; 65 (12): 795–8. <https://doi.org/10.3341/jkos.2024.65.12.795>
- Auw-Haedrich C, Eberhart CG, Grossniklaus HE, Iacob CE, Margo C. Tumour-like lesions of the conjunctive and caruncle. In: Grossniklaus HE, Eberhart CG, Kivela TT, eds. WHO Classification of Tumours of the Eye. 4th ed. Lyon: IARC; 2018.
- Milman T, Grossniklaus HE, Goldman-Levy G, et al. The 5th Edition of the World Health Organization Classification of Tumours the Eye and Orbit. *Ocular Oncology and Pathology*. 2023; 9 (3–4): 71–95. <https://doi.org/10.1159/000530730>
- Доброкачественные опухоли век и конъюнктивы. Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов». 2024. (Электронный ресурс). Дата обращения 24.05.2025. [Benign tumors of the eyelids and conjunctiva. Clinical guidelines. All-Russian public organization "Association of ophthalmologists". 2024. (Electronic resource). Access date: 05.24.2025 (In Russ.)]. Available at: https://avo-portal.ru/documents/fkr/KR_DOVK_21_10.pdf
- Nurlistiyani DP, Lutfi D. The challenge in diagnosis and management of secondary conjunctival cysts. *Vision Science and Eye Health Journal*. 2024; 4 (1): 1–3. <https://doi.org/10.20473/vsehj.v4i1.2024.1-3>
- Brown H, De Zwaan S. Apocrine hidrocystoma appearing after Er:YAG laser treatment: a case report. *Journal of Cosmetic and Laser Therapy*. 2020; 29 (1): 73–5. <https://doi.org/10.5978/jslsm.20-CR-01>
- Belaldavar BP, Suranagi V, Kalakuntla M, Raj B, Tiwari A. Apocrine Hidrocystoma: A rare case report. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2019; 71 (Suppl 1): 59–61. <https://doi.org/10.1007/s12070-016-1012-2>
- Каган И.И., Каныков В.Н. Функциональная и клиническая анатомия зрения: руководство для офтальмологов и офтальмохирургов. 2-е изд. Издательство: Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023. [Kagan I.I., Kanyakov V.N. Functional and clinical anatomy of vision: a guide for ophthalmologists and ophthalmic surgeons. 2nd ed. Publisher: Moscow: GEOTAR-Media; 2023 (In Russ.)].
- Yanoff M, Sassani JW. Ocular Pathology. 8 ed. Elsevier Inc. 2020.
- Mirzania D, Jacobson A, McHugh J, Demirci H. Conjunctival Apocrine Hidrocystoma: A Case Report and Review of Literature. *Cornea*. 2024; 43 (11): 1431–5. <https://doi.org/10.1097/ICO.0000000000003598>
- Alkatan HM, Alshomar KM, Helmi HA, Alhothali WM, Alshalan AM. Conjunctival lesions: A 5-year basic demographic data and clinicopathological review in a tertiary eye care hospital. *Journal of Epidemiology and Global Health*. 2022; 12 (1): 25–39. <https://doi.org/10.1007/s44197-021-00017-1>
- Akatlia AN, Dikcib S. Clinicopathological analysis of conjunctival lesions: An experience from the eastern part of T rkiye. *Annals of Medical Research*. 2023; 30 (3): 382–8. <https://doi.org/10.5455/annalsmedres.2023.01.09>
- Kim B, Kang NY. Apocrine hidrocystoma of the conjunctiva. *International Journal of Ophthalmology*. 2012; 5 (2): 247–8. <https://doi.org/10.3980/j.issn.2222-3959.2012.02.26>
- Karachrysafi S, Fadel G, Kapourani V, et al. Histological study of eyelid hidrocystoma: A clinical case. *SAGE Open Medical Case Reports*. 2022; 10 (3): 2050313X221097770. <https://doi.org/10.1177/2050313X221097770>
- Igarashi T, Kase S, Suimon Y, Takakuwa E, Ishida S. Conjunctival cyst with apocrine hidrocystoma-like features: a case report. *International Journal of Ophthalmology*. 2023; 16 (3): 465–7. <https://doi.org/10.18240/ijo.2023.03.18>
- Lu J, Chu F, Chen K. Conjunctival Inclusion Cyst. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*. 2013; 20 (3): 184–5. <https://doi.org/10.1177/102490791302000311>

Вклад авторов в работу: Е.А. Дроздова — концепция исследования, редактирование статьи; Е.Л. Казачков — концепция исследования, анализ результатов, написание и редактирование статьи; Т.Ю. Кожевникова — сбор и анализ данных; Д.Д. Воропаев — сбор и анализ данных, написание статьи.

Author's contribution: E.A. Drozdova — research concept, editing of the article; E.L. Kazachkov — research concept, results analysis, writing and editing of the article; T.Yu. Kozhevnikova — data collection and analysis; D.D. Voropaev — data collection and analysis, writing of the article.

Поступила: 04.07.2025. Переработана: 30.07.2025. Принята к печати: 09.08.2025

Originally received: 04.07.2025. Final revision: 30.07.2025. Accepted: 09.08.2025

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

¹ ФГБОУВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, ул. Воровского, д. 64, Челябинск, 454092, Россия

² Офтальмологическая клиника ООО МО «Оптик-Центр», ул. 40-летия Октября, д. 15/1, Челябинск, 454007, Россия

Елена Александровна Дроздова — д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой офтальмологии¹, ORCID 0000-0002-1799-211X

Евгений Леонидович Казачков — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии и судебной медицины им. профессора В.Л. Коваленко¹, ORCID 0000-0002-2008-7671

Татьяна Юрьевна Кожевникова — врач-офтальмолог отделения диагностики², ORCID 0000-0001-5952-0762

Дмитрий Денисович Воропаев — клинический ординатор кафедры офтальмологии¹, врач-стажер отделения диагностики², ORCID 0000-0002-8873-6922

Для контактов: Евгений Леонидович Казачков,
doctorkel@yandex.ru

¹ South Ural State Medical University, 64, Vorovskogo St., Chelyabinsk, 454092, Russia

² "Optic-Center" ophthalmological clinic, 15/1, 40 let Oktyabrya St., Chelyabinsk, 454007, Russia

Elena A. Drozdova — Dr. of Med. Sci., professor, head of chair of ophthalmology¹, ORCID 0000-0002-1799-211X

Evgeny L. Kazachkov — Dr. of Med. Sci., professor, head of chair of pathological anatomy and forensic medicine named after professor V.L. Kovalenko¹, ORCID 0000-0002-2008-7671

Tatyana Yu. Kozhevnikova — ophthalmologist of the diagnostics department², ORCID 0000-0001-5952-0762

Dmitry D. Voropaev — clinical resident of the chair of ophthalmology¹, medical intern of the diagnostics department², ORCID 0000-0002-8873-6922

For contacts: Evgeny L. Kazachkov,
doctorkel@yandex.ru