



<https://doi.org/10.21516/2072-0076-2023-16-1-142-144>

## Мейбومیит. Клинические случаи

А.Е. Сухомлинов<sup>1</sup> ✉, В.И. Баранов<sup>2</sup>, А.А. Кручинина<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ОБУЗ «Обоянская центральная районная больница», ул. Федоровского, д. 34, г. Обоянь, Курская обл., 306230, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, ул. К. Маркса, д. 3, Курск, 305041, Россия

<sup>3</sup> ОБУЗ «Курская центральная районная больница», поликлиника, ул. Дзержинского, д. 55, Курск, 305035, Россия

*Мейбومیит (М) — воспаление мейбомиевой железы (МЖ) с вовлечением окружающей ткани, одной из причин которого является нарушение оттока жирового секрета, осложненное присоединившейся инфекцией. Авторами предложен оригинальный алгоритм лечения М (комплекс консервативного лечения, зондирование МЖ ресницей, вскрытие), а также классификация мейбومیитов, расширившая представление о различных формах и стадиях заболевания. Применение на практике предложенной классификации и алгоритма лечения М иллюстрировано четырьмя клиническими случаями, которые раскрывают возможные причины возникновения М, необычные формы его проявления, открывают новые возможности применения зондирования МЖ ресницей.*

**Ключевые слова:** мейбومیит; мейбомиева железа; зондирование мейбомиевой железы ресницей; комплекс консервативного лечения

**Конфликт интересов:** отсутствует.

**Прозрачность финансовой деятельности:** авторы не имеют финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

**Для цитирования:** Сухомлинов А.Е., Баранов В.И., Кручинина А.А. Мейбومیит. Клинические случаи. Российский офтальмологический журнал. 2023; 16 (1): 142-4. <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2023-16-1-142-144>

## Meibomitis. Clinical cases

Alexander E. Sukhomlinov<sup>1</sup> ✉, Valery I. Baranov<sup>2</sup>, Anastasia A. Kruchinina<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Oboyan' Central district hospital, 34, Fedorovsky St., Oboyan', Kursk region, 306230, Russia

<sup>2</sup> Kursk State Medical University, 3, K. Marx St., Kursk, 305041, Russia

<sup>3</sup> Kursk Central District hospital, polyclinic, 55, Dzerzhinsky St., Kursk, 305035, Russia  
[mednik6464@mail.ru](mailto:mednik6464@mail.ru)

*Meibomitis (M) is an inflammation of the meibomian gland (MG) with the involvement of the surrounding tissue. One of the causes of M is an obstructed outflow of fat secretion, complicated by an accompanying infection. The authors propose a new algorithm for the treatment of M (complex conservative therapy, probing of the meibomian gland with an eyelash, and dissection) and offer a classification of meibomitis, which provides a better understanding of the various forms and stages of the disease. Practical application of the proposed treatment algorithm and the classification of M are illustrated by four clinical cases, which reveal the possible causes of M, unusual forms of its manifestation, and open new possibilities of eyelash probing of the meibomian gland.*

**Keywords:** meibomitis; meibomian gland; probing of the meibomian gland with an eyelash; conservative therapy

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

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

**For citation:** Sukhomlinov A.E., Baranov V.I., Kruchinina A.A. Meibomitis. Clinical cases. Russian ophthalmological journal. 2023; 16 (1): 142-4 (In Russian). <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2023-16-1-142-144>

Мейбомиева железа (МЖ) — видоизмененная сальная железа с голокриновой секрецией. По аналогии с сальными железами предполагается, что на выделение секрета влияет уровень андрогенов [1] и парасимпатическая иннервация [2]. Но полностью механизм контроля образования, стимулов и системы выделения секрета не известен. Мейбомит (М) — очень распространенное заболевание, одинаково представленное как у взрослых, так и у детей. Предполагают, что одной из основных причин М является нарушение оттока секрета (сужение и атрезия протока, нарушение физико-химических свойств секрета, нарушение механизма выделения секрета). До настоящего времени существовала классическая классификация М (КМ): острый и хронический, нижнего и верхнего века, одиночный и множественный, а также классические методы лечения: сухое тепло, антибиотики и антисептики в каплях и мазях, оперативное удаление халазiona, инъекции пролонгированных глюкокортикоидов. А.Е. Сухомлинов, В.И. Баранов и А.А. Кручина в 2021 г. предложили алгоритм лечения М (комплекс консервативной терапии, зондирование МЖ ресницей (ЗМЖР), вскрытие) и КМ, описывающую многообразие клинических форм и течения М [3, 4].

Представляем 4 клинических случая М, иллюстрирующих практическое применение предложенной КМ и алгоритма лечения М. Данные случаи отражают возможные причины возникновения заболевания, демонстрируют необычные формы проявления М, открывают новые возможности применения ЗМЖР.

*Клинический случай 1.* Пациент К., 42 года, обратился в поликлинику ОБУЗ «Обоянская ЦРБ» с жалобами на боли, отек, чувство инородного тела нижнего века OS. Болеет 4 дня. После стандартного офтальмологического обследования (визометрия, осмотр, биомикроскопия, прямая офтальмоскопия, тонометрия) выявлено: нижнее веко OS отечное, кожа гиперемирована, при пальпации локальная болезненность, на конъюнктиве округлый гиперемированный, проминирующий инфильтрат, с просвечивающимся бело-желтым содержимым, размером 4×4 мм, расположенный в 2 мм от ресничного края. Устье «заинтересованного» протока МЖ сужено. Согласно предложенной КМ [4], поставлен предварительный диагноз: «OS — острый М нижнего века, микроабсцесс, близкорасположенный, большого размера, секреторно-гнойное содержимое». После проведенного ЗМЖР отделяемого из устья протока МЖ не было. При вскрытии микроабсцесса стерильной инъекционной иглой вместе с каплей секреторно-гнойного содержимого вышло 2 внутрипротоковых жировых камня. Амбулаторно назначено комплексное консервативное лечение (ККЛ), капли с антибиотиком. На 2-й день жалоб на боли нет, отека нижнего века нет, инфильтрат конъюнктивы уменьшился в размерах, полностью рассосался на 12-й день.

*Клинический случай 2.* Пациентка М., 49 лет, обратилась в поликлинику ОБУЗ «Обоянская ЦРБ» с жалобами на боли, зуд, отек верхнего века OS в течение 2 дней. После стандартного офтальмологического обследования (визометрия, осмотр, биомикроскопия, прямая офтальмоскопия, тонометрия) выявлено: легкий отек верхнего века OS, в средней части у ресничного края локальная гиперемия кожи, при пальпации болезненность. Устье протока расширено, гиперемировано, закупорено белой пробкой, за пробкой просматривалось секреторно-гнойное содержимое, после легкого пальцевого массажа отделяемого из протока нет. Конъюнктура верхнего века спокойная, отделяемого из глаза нет. Согласно предложенной КМ [4], поставлен предварительный диагноз: «OS — острый М, воспаление,

близкорасположенное, секреторно-гнойное содержимое». Проведено ЗМЖР: устье раскупорилось, выделилась капля секреторно-гнойного содержимого, и показалось темное, острое, непонятное образование. Вязальным пинцетом была удалена ресница длиной 6 мм. Заключительный диагноз: «острый М, воспаление, близкорасположенное, секреторно-гнойное содержимое, инородное тело протока МЖ».

*Клинический случай 3.* Пациент П., 59 лет, обратился в поликлинику ОБУЗ «Обоянская ЦРБ» с жалобами на округлое образование верхнего века OD. Образование появилось 2 года назад. Из анамнеза: в начале была легкая болезненность, которая быстро прошла, образование постепенно увеличивалось, не беспокоило. Проведено стандартное офтальмологическое обследование (визометрия, осмотр, биомикроскопия, прямая офтальмоскопия, тонометрия). Выявлено: округлое образование верхнего века OD в 4 мм от ресничного края размером 6×6×4 мм, безболезненное при пальпации, плотное, спаянное с хрящом, кожа над образованием подвижная, в цвете не изменена. Конъюнктура верхнего века в проекции образования легкого бело-серого, восковидного цвета, размером 6×6 мм. Устье протока «заинтересованной» МЖ не определяется. Согласно предложенной КМ [4], поставлен предварительный диагноз: «OD — хронический М, халазion без воспалительных явлений, далекорасположенный, большого размера, смешанного содержимого». Принято решение — вскрытие. При проведении вскрытия из раны длиной 3–4 мм под давлением выделилось пастообразное секреторное (жировое) содержимое бело-серого цвета объемом 0,1 мл. После опорожнения из раны просматривалась осумкованная полость с остатками секреторного содержимого, кровотечения не было. Заключительный диагноз: «OD — хронический М, жировая киста, далекорасположенная, большого размера, секреторное содержимое». Амбулаторно назначено: легкий пальцевой массаж, капли с антибиотиком. На 2-й день размеры образования резко уменьшились, конъюнктура верхнего века спокойная, отделяемого из разреза нет. Пациент явился через 6 мес. Из анамнеза: образование 2 раза увеличивалось, но после проведения пальцевого массажа резко уменьшалось в размерах. На момент осмотра: жалоб не предъявляет, визуально образования нет, пальпируется уплотнение 1×1 мм, спаянное с хрящом, на конъюнктиве верхнего века просматривается рубец.

*Клинический случай 4.* Пациент М., 34 года, обратился в поликлинику ОБУЗ «Обоянская ЦРБ» с жалобами на боли, покраснение, отек нижнего века OS. Болеет 3 дня, состояние постепенно ухудшалось. Проведено стандартное офтальмологическое обследование (визометрия, осмотр, биомикроскопия, прямая офтальмоскопия). Выявлено: нижнее веко OS гиперемировано, отечное, пальпируется болезненное уплотнение у ресничного края 3×3 мм, со стороны конъюнктивы проминирующий инфильтрат размером 3×3 мм с просвечивающимся секреторно-гнойным содержимым. Устье «заинтересованной» МЖ расширено, выбухает, просматривается секреторная пробка. Согласно предложенной КМ [4], поставлен диагноз: «OS — острый М, микроабсцесс нижнего века, близкорасположенный, малого размера, секреторно-гнойное содержимое, секреторная пробка устья протока». Проведено ЗМЖР: пробка вышла, и выделилась капля секреторно-гнойного содержимого. Ресницу оставили в протоке в качестве дренажа-выпускника. Амбулаторно назначено ККЛ. На следующий день пациент жалоб не предъявляет, ресница удалена. При осмотре отек нижнего века и инфильтрат конъюнктивы уменьшились в размерах, отделяемого из устья нет. Пациент на прием больше не явился.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В приведенных клинических случаях мы увидели многообразие причин возникновения М. В первом клиническом случае, по нашему мнению, выделившиеся после вскрытия микроабсцесса два жировых камня были внутрипротоковые и явились главной причиной возникновения М. Вскрытие оказалось решающим в установлении причины М и его излечения. Во втором клиническом случае основной причиной М было инородное тело (ресница). В офтальмологической практике мы часто встречаемся с тем, что ресница попадает в устье протока, являясь инородным телом, но чтобы ресница зашла на всю свою длину (6 мм), погрузившись полностью в проток с образованием секреторно-гноной пробки, — это в нашей практике наблюдалось впервые. В нашем случае необычным было состояние устья протока (расширено, вокруг гиперемия, наличие секреторно-гноной пробки белого цвета, выбухания не было). Проведение ЗМЖР оказалось решающим в установлении причины М и его излечения. В третьем клиническом случае жировая киста была как «находка», «маскировавшаяся» под халязион. Мы предполагаем, что жировая киста начиналась с халязиона, железистые клетки продолжали работать, образовалась капсула с постепенным замещением пролиферативной ткани на жировое содержимое (образование постепенно увеличивалось). Мы считаем, что характерными признаками жировых кист, «маскирующихся» под халязион, являются длительный срок течения, отсутствие воспалительной реакции, стационарный или медленный рост, бело-серая восковидная окраска конъюнктивы в месте проекции кисты. Проведение вскрытия явилось решающим в постановке диагноза и излечении заболевания. В четвертом клиническом случае явной причиной М была секреторная пробка в устье протока, которая легко удалась проведением ЗМЖР. Нестандартным решением в этом клиническом случае было использование

ресницы в качестве дренажа-выпускника для бужирования протока и дальнейшего опорожнения микроабсцесса. Мы считаем, что в перспективе при лечении М для проведения ЗМЖР возможно использование смоченной в лекарственном препарате ресницы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные клинические случаи демонстрируют некоторые причины возникновения М, необычные формы проявления М и оригинальное использование ресницы в качестве дренажа-выпускника. Дальнейшая практика применения алгоритма лечения М будет способствовать развитию наших представлений о причинах М, формах его проявлений и пополнит предложенную КМ.

### Литература/References

1. Schaunberg D.A., Nichols J.J., Papas E. B., et al. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee on the epidemiology of and associated risk factors for MGD. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 2011; 52 (4): 1944–2005. doi: 10.1167/iovs.10-6997e
2. Вум В.В. Строение зрительной системы человека: учебное пособие. 3-е изд. Одесса: Астропринт; 2018. [Vit V.V. The structure of the human visual system: a textbook. 3rd edition. Odessa: «Astroprint»; 2018 (in Russian)].
3. Кручинина А.А., Баранов В.И. Алгоритм консервативного лечения мейбомии. В кн.: Фундаментальная наука в современной медицине — 2021. Минск: БГМУ; 2021: 119–21. [Kruchinina A.A., Baranov V.I. Algorithm of conservative treatment of meibomitis. In: Fundamental science and modern medicine — 2021. Minsk: BSMU; 2021: 119–21 (in Russian)]. Available at: [http://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/31752/118\\_121.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/31752/118_121.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Сухомлинов А.Е., Баранов В.И., Кручинина А.А. Классификация и алгоритм лечения мейбомитов. Российский офтальмологический журнал. 2022; 15 (3): 141–5. [Sukhomlinov A.E., Baranov V.I., Kruchinina A.A. A classification of meibomitis and an algorithm of its treatment. Russian ophthalmological journal. 2022; 15 (3): 141–5 (in Russian)]. <https://doi.org/10.21516/2072-0076-2022-15-3-141-145>

**Вклад авторов в работу:** А.Е. Сухомлинов, В.И. Баранов — значимое участие в разработке концепции и дизайна исследования, в сборе данных и их интерпретации, значимая переработка ее содержательной части, написание статьи; А.А. Кручинина — написание статьи и финальная подготовка проекта статьи к публикации.

**Authors' contribution:** A.E. Sukhomlinov, V.I. Baranov — concept and design of the study; data collection and interpretation, writing of the article; A.A. Kruchinina — writing of the article, final preparation of the article for publication.

Поступила: 17.10.2021. Переработана: 13.11.2021. Принята к печати: 15.11.2021  
Originally received: 17.10.2021. Final revision: 13.11.2021. Accepted: 15.11.2021

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

ОБУЗ «Обоянская центральная районная больница», ул. Федоровского, д.34, г. Обоянь, Курская обл., 306230, Россия

**Александр Евгеньевич Сухомлинов** — врач-офтальмолог поликлиники ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», Минздрава России ул. К. Маркса, д. 3, Курск, 305041, Россия

**Валерий Иванович Баранов** — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой офтальмологии

ОБУЗ «Курская центральная районная больница», поликлиника, ул. Дзержинского, д. 55, Курск, 305035, Россия

**Анастасия Александровна Кручинина** — участковый врач-терапевт

Для контактов: Александр Евгеньевич Сухомлинов, mednik6464@mail.ru

Oboyan central district hospital, 34, Fedorovsky str., Oboyan, Kursk region, 306230, Russia

**Alexander E. Sukhomlinov** — ophthalmologist of the polyclinic Kursk State Medical University, 3, K. Marx St., Kursk, 305041, Russia

**Valery I. Baranov** — Dr. of Med. Sci., professor, head of the chair of ophthalmology

Kursk central district hospital, polyclinic, 55, Dzerzhinsky St., Kursk, 305035, Russia

**Anastasia A. Kruchinina** — local physician-therapist

Contact information: Alexander E. Sukhomlinov, mednik6464@mail.ru