

УДК 618(075.8)ББК 57

А.К. АДильшин, Ш.К. АДильшина, Г.Р. АДильжан, А.К. ИЖАНОВА,
Р. Ч. МАДИЕВА

Северо-Казахстанский облонкодиспансер,
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,
кафедра пропедевтики внутренних болезней

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МЕЙГСА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В статье описан случай из клинической практики картины синдрома Мейгса, обсуждаются причины ошибок и трудностей диагностики данного состояния.

Ключевые слова: фиброма яичника, гидроторакс, асцит, ошибки диагностики

Meigs описал синдром (синонимы: Мейгса-Салмона, Демонса-Мейгса), характеризующийся образованием асцита и плеврального выпота у больных с доброкачественной солидной опухолью яичника [1,2]. В дальнейшем синдром Мейгса стали рассматривать как состояние асцита, гидроторакса и явлений общего истощения при доброкачественной опухоли яичника и матки. Данный синдром стали описывать у больных со злокачественной опухолью яичников, но без признаков метастазирования [3]. Р.У. Лайт расширил понятие этого синдрома, считая, что все случаи новообразований тазовой области, сопровождающиеся асцитом и плевральным выпотом, могут быть отнесены к синдрому Мейгса, если хирургическая экстирпация опухоли обеспечивает рассасывание асцита и плеврального выпота [4]. Вариант синдрома описывался и в случаях, когда клиника была похожа на синдром Мейгса-Салмона, но яичники подвергались дегенеративным изменениям без опухоли. Наиболее часто синдром Мейгса возникает у больных с фибромой яичников, составляющих около 4% всех опухолей яичников, на 2-ом месте – киста яичников и на 3 – лейомиома матки [5,6]. Клиническая картина чаще скудная. Жалобы на односторонние боли в нижней части живота неинтенсивного характера, зачастую описываемые как «дискомфорт в животе», сменяются жалобами на увеличение живота, нарастающую одышку, сердцебиение. Объективное обследование выявляет клиническую картину, иногда приводящую к ошибочному диагнозу, так как при перкуссии и аускультации легких выявляется «плеврит», чаще правосторонний. Образование плеврального трансудата или экссудата объясняется транспортом выпота из брюшной полости в плевральную через лимфатическую систему диафрагмы [7]. При исследовании органов брюшной полости - асцит. Гинекологическое обследование выявляет опухоль яичника. После хирургического удаления первичной опухоли наблюдается быстрое рассасывание асцита и плеврального выпота (как правило, через 2 недели) [6,8], а цитологическое исследование опухоли свидетельствует о доброкачественности процесса. С синдромом Мейгса знакомы онкогинекологи, менее известен он гинекологам общей лечебной сети и совсем редко с ним имеют дело участковые терапевты и семейные врачи, так как с различными, редко встречающимися доброкачественными опухолями яичников, проявляющимися асцитом, они знакомы в меньшей степени. Все вышеуказанное и размышления о причинах диагностических ошибок явилось поводом для демонстрации нашего случая из практики. Б-ая У.Б., 51 г. поступила в Северо-Казахстанский онкодиспансер с жалобами на дискомфорт в животе,

увеличение живота в объеме. Из анамнеза: считает себя больной с 03. 2012 г, при обращении к гинекологу диагностирована «миома матки», диагноз подтвержден при УЗИ. По поводу увеличения живота в 04. 2012 г. обратилась к терапевту, проводилась симптоматическая терапия.

В связи с отсутствием лечебного эффекта от назначенной терапии по собственной инициативе прошла повторное УЗИ, было дано заключение: гепатоз, гепатомегалия, асцит. Терапевтом она была направлена к гастроэнтерологу, проведенная им терапия улучшения не дала. В динамике на УЗИ органов брюшной полости 18.07. 2012 г. выставлен диагноз «гепатомегалия, цирроз печени, асцит». Далее лечение было продолжено у гастроэнтеролога другой поликлиники. Из-за неэффективности проводимой терапии в 09. 2012 г. направлена на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделение Северо-Казахстанской областной больницы. УЗИ гениталий от 10.09.2012 г. выявило: миому матки, асцит, объемное образование, исходящее из малого таза. ФГДС от 10.09.2012 – без патологии. R – графия легких от 04.09.2012- плеврит справа. Ирригоскопия от 12.09.2012- спастический колит. МРТ органов брюшной полости 11.09.2012 г. - 2-х сторонний гидроторакс, асцит, объемное образование малого таза солидного характера, распространяющееся в брюшную полость. Осмотрена торакальным хирургом, сделаны УЗИ плевральных полостей с торакоцентезом, исследованием жидкости на онкоцитологию. Цитологически без атипии, при осмотре онкогинекологом 13.09.2012 г. рекомендовано перевести в облонкодиспансер. Стационарное лечение в облонкодиспансере с 14.09.12г., после курса дезинтоксикационной, витаминно-, общестимулирующей терапии 14.09.2012г. сделан лапароцентез с последующим УЗИ плевральных полостей, проведены рентгенография легких, консультации торакального хирурга и терапевта. Маммография по скринингу от VII - 2010г. – без патологии

Данные лабораторного обследования – Общий анализ крови 26.09.2012 г. Гемоглобин-110 г/л, эрит- $4,2 \cdot 10^{12}$, Цв. пок-0,82, лейкоциты- $8,6 \cdot 10^9$ /л. Пал/я -5, сегм./я-74, моноциты- 5, лимфоциты -16, СОЭ-23 мм/час. Общий анализ мочи (24. 09. 2012) – количество -100 мл, цвет-желтый, прозрачность – полная, относительная плотность-1030, реакция - кислая, сахар-отр, белок-отр, микроскопия осадка – эпителий плоский - 0-2-4 в п/зр, лейк-14-16 в п/зр, эритро-0. Биохимическое исследование крови - 03.09.2012- общий белок-77 г/л, мочевины -6,6 ммоль/л, креатинин-0,077 ммоль/л, глюкоза- 5,84 ммоль/л, тимоловая проба-3,7 ед, холестерин- 4,1 ммоль/л, фибриноген-3,1 г/л, протр.индекс-87%,

билирубин-8,5 мкмоль/л, АЛТ-0,44 ед, АСТ-0,21 ед. Мазок на онкоцитологию от 13.09.2012- без атипии. HBsAg и HCV от 05.04.12-отр. RW от 28/08/12 г. № 106-отр, ВИЧ от 06.09.12 № 3564 - отр.

Больная была подготовлена к операции, 20.09.2012 г. произведена экстирпация матки с придатками, экстирпация большого сальника, дренирование. В послеоперационном периоде проведен курс дезинтоксикационной, антибактериальной, гемостатической, антикоагулянтной терапий. Сделано контрольное УЗИ плевральных полостей 26.09.2012 г.- жидкости нет. Заживление – per grima. Морфологически - данные ИГХ. Картина клеточной фибромы яичника. Пациентка выписана из стационара с рекомендацией - наблюдение у гинеколога в Областном онкодиспансере. При повторном осмотре с инструментальным обследованием через 1 и 3 месяца после выписки самочувствие хорошее, признаков асцита и гидроторакса не обнаружено.

По нашему мнению, приведенная семиотика заболевания, последовательность образования выпотов (от брюшной полости к плевральной), результаты клинико-инструментальных методов обследования и их динамика, а также исход соответствуют клинической картине синдрома Мейгса.

Как нам кажется, стандартное мышление гинеколога о том, что у женщин старшей возрастной группы увеличение живота и не интенсивные боли в животе связаны чаще с миомой матки, привели к первичному диагнозу – «миома матки», хотя в дальнейших исследованиях о поражении матки патологическим процессом не упоминается вообще. Данная ошибка не была бы допущена, если бы врач достаточно умело владел техникой бимануального вагинального исследования, где четко различаются матка и ее придатки, определяются размеры, форма, консистенция и болезненность и т. д. и врач мог бы дифференцировать источник опухоли. Однако уже через месяц появляется более значительное увеличение живота за счет свободной жидкости в его полости, без указаний в анамнезе сердечной патологии и тогда мысль врача склоняется в пользу диагноза «гепатоз, гепатомегалия, цирроз печени». Хотя следовало бы подумать о том, что правосторонний гидроторакс не свойственен гепатогенному асциты, а при сердечном гидротораксе – если он односторонний, то, как правило, жидкость определяется в левой плевральной полости, а затем он становится двусторонним, как в демонстрируемом случае.

Для цирроза печени у больной отсутствовали характерные «малые признаки», признаки портальной гипертензии (при асците четко выявляется симптом «голова медузы» в виде расширенных подкожных вен брюшной стенки на фоне истощения и гипо-, атрофии скелетной мускулатуры, желудочно-пищеводные и ректальные кровотечения). Кроме того, у нее не выявлено повышение активности печеночных трансаминаз, как показатель цитолиза, признаков гепатолиенального синдрома, что характерно для цирроза печени [9].

Все это: недостаточный сбор анамнеза, неполное клиническое обследование (не достаточно полное гинекологическое обследование, отсутствие бимануального влагалищно-прямокишечного исследования, динамического влагалищного обследования после лапароцентеза), гипероценка роли

инструментальных исследований привело к врачебной ошибке – ошибочному диагнозу «миома матки», «цирроз печени».

В распознавании синдрома Мейгса большое значение имеет гинекологическое исследование после удаления асцитической жидкости, в котором цитологически нет опухолевых клеток, без морфологического исследования диагноз синдрома Мейгса только предположительный, т. к. асцит и плеврит в сочетании с опухолью яичника – в ряде случаев признаки рака данной локализации. Следовательно, установление дифференциального диагноза у больных с асцитными формами опухолей яичников, определение их доброкачественного или злокачественного характера, должно стать правилом для врача, планирующего лечение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Крутько В.С., Потейко П.И., Бызов В.В., Ходош Э.М. Синдром Мейгса как осложнение овуляционного стимулирования при экстракорпоральном оплодотворении // Новости медицины и фармации. – 2009. - №8-9. - С. 23-24.
- 2 Santangelo M, Battaglia M, Vescio G, Sammarco G, Gallelli G, Vetere A, Sommella L, Triggiani E. Meigs' syndrome: its clinical picture and treatment // *Ann Ital. Chir.* – 2000. - 71(1). – P. 115-9.
- 3 Morán-Mendoza A., Alvarado-Luna G., Calderillo-Ruiz G. et al. Elevated CA125 level associated with Meigs' syndrome: case report and review of the literature // *Int. J. Gynecol. Cancer.* - 2006. - №16 - Suppl 1. - P. 315-318.
- 4 Лайт Р.У. Болезни плевры (перевод с английского). – М.: Медицина, 1986. - С. 267-269.
- 5 Селезнева Э., Железнов Б. Доброкачественные опухоли яичников. - М.:1982.
- 6 Lanitis S., Sivakumar S., Behranwala K. et al. A case of Meigs syndrome mimicking metastatic breast carcinoma // *World J. Surg. Oncol.* - 2009. - №7. – 10 p.
- 7 Meigs J.V. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax – Meigs' syndrome // *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 1994. - №67 (5). - P. 962-985.
- 8 Morán-Mendoza A., Alvarado-Luna G., Calderillo-Ruiz G. et al. Elevated CA125 level associated with Meigs' syndrome: case report and review of the literature // *Int. J. Gynecol. Cancer.* - 2006. - №16 - Suppl 1. - P. 315-318.
- 9 Махаринская Е.С., Березняков Е.С. Диагностика и лечение асцита и его осложнений. // *Болезни и антибиотики.* - 2011.- 2(05).

А.К. ӘДІЛШИН, Ш.К. ӘДІЛШИНА, Г.Р. ӘДІЛЖАН, А.К. ИЖАНОВА, Р. Ч. МАДИЕВА
ТЕРАПЕВТИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕГІ МЕЙСГ СИНДРОМЫНЫҢ
ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ҚИЫНШЫЛЫҒЫ

Түйін: Мақалада Мейгс атты синдромның клиникалық көрінісі бейнеленген. Сонымен қатар осы жағдайды дұрыс анықтамау жағдайларының себептері талқыланады. Клиникалық тәжірибе бойынша жағдайлар көрсетіледі.

Түйін сөздер: аналық бездің фибромасы, асцит, гидроторакс, диагностика қателері.

A.K. ADILSHIN, S.K. ADILSHINA, G.R. ADILZHAN, A.K. IZHANOVA, R. CH. MADIEVA
DIFFICULTIES MEIGS SYNDROME DIAGNOSIS IN PRACTICE THERAPIST

Resume: The article demonstrates a case of clinical picture Meigs syndrome, discusses the causes of errors of diagnosis of this condition.

Meigs described the syndrome (synonyms: Meigs-Salmon, Demons-Meigs), characterized by the formation of ascites and pleural effusion in patients with benign solid tumor of the ovary. In the future, Meigs' syndrome was seen as a condition of ascites, hydrothorax and phenomena of exhaustion with benign ovarian tumors and cancer. This syndrome were described in patients with malignant ovarian tumor, but without evidence of metastatic disease. R.W.Light expanded the concept of the syndrome, believing that all cases of pelvic tumors, accompanied by ascites and pleural effusion, can be attributed to the syndrome Meigs, if surgical extirpation of the tumor provides the resolution of ascites and pleural effusion . Variant syndrome was described in the cases when the clinic was similar to the Salmon-Meigs' syndrome, but the ovaries were no degenerative changes of the tumor. Meigs' syndrome most often occurs in patients with ovarian fibroma, make up about 4% of all ovarian tumors, on the second place - ovarian cyst and 3 - leiomyoma of the uterus.

Keywords: fibroid tumor of ovarium, hydrothoraks,ascites, mistakes of diagnosis