

**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 правого, 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, лейкоц-14-16 в п/зр, эритроц-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. HbAg 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 prima. 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 асциту, 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., Ходощ Э.М. Синдром Мейгса как осложнение овуляторного 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 ТӘЖІРІБЕДЕГІ МЕЙСГ СИНДРОМЫНЫҢ
ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ҚИЫНШЫЛЫҒЫ

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

Кілт 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.

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