

Синдром Мейгса в пульмонологической практике

С.А.Баглушкин, И.А.Степанов
Иркутский государственный медицинский
университет, Иркутск

Синдром Мейгса – это симптомокомплекс, характеризующийся образованием выпотных процессов в серозных полостях (плевральной, брюшной, перикардиальной) и общим истощением организма при наличии доброкачественной опухоли яичника и (или) матки. В статье представлено описание клинического наблюдения развития синдрома Мейгса у пациентки с лейомиомой матки. После оперативного вмешательства в объеме миомэктомии явления полисерозита регрессировали, и пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Ключевые слова: синдром Мейгса, полисерозит, трансдиафрагмальная лимфатическая система, асцит, двусторонний гидроторакс, гидроперикард, одышка, кашель, нарушение сердечной проводимости, опухоль яичника, лейомиома матки.

Meigs' Syndrome in Pulmonology Practice

S.A.Baglushkin, I.A.Stepanov
Irkutsk State Medical University, Irkutsk

Meigs' syndrome is a syndrome characterized by the formation of exudative processes in the serous cavities (pleural, peritoneal, pericardial) and the general exhaustion of the organism in the presence of benign ovarian tumors and (or) of the uterus. The article describes the clinical observation of Meigs' syndrome in a patient with uterine leiomyoma. After surgery in a volume of myomectomy phenomenon polyserositis regressed and the patient was discharged in satisfactory condition.

Key words: Meigs' syndrome, polyserositis, transdiaphragmal lymphatic system, ascites, bilateral hydrothorax, hydropericardium, shortness of breath, coughing, impaired cardiac conduction, ovarian tumors, uterine leiomyoma.

J.Meigs и R.Salmon в 1934 г. независимо друг от друга, описали симптомокомплекс, характеризующийся развитием выпотных процессов в брюшную и плевральную полости у больных с доброкачественной солидной опухолью яичника [1, 2, 4]. Позже в понятие синдрома Мейгса стали включать асцит, гидроторакс, а также явления общего истощения при доброкачественной опухоли яичника и (или) матки. В то же время данный симптомокомплекс стали описывать и у больных со злокачественной опухолью яичников, но без признаков метастазирования [3]. В дальнейшем R.Light расширил понятие этого синдрома, считая, что все случаи новообразований органов малого таза, которые сопровождаются асцитом и плевральным выпотом, могут

быть отнесены к синдрому Мейгса, если хирургическое вмешательство по поводу данного новообразования обеспечивает рассасывание асцита и плеврального выпота [5]. Вариант синдрома описывался и в случаях, когда клиника была похожа на синдром Мейгса, но яичники подвергались дегенеративным изменениям без опухоли. Наиболее часто синдром Мейгса возникает у больных с фибромой яичников, составляющих около 4% всех опухолей яичников, на втором месте – киста яичников и на третьем – лейомиома матки [5, 6].

Клиническая картина синдрома Мейгса неспецифична и весьма скудная, что не позволяет диагностировать его в ранние сроки. Чаще всего пациентки предъявляют жалобы на слабость, головокружение, выраженную потерю массы тела, а также на односторонние боли в нижней части живота неинтенсивного характера, зачастую описываемые как «дискомфорт в животе», которые в последующем сменяются жалобами на увеличение живота, нарастающую одышку, сердцебиение. При объективном обследовании выявляется клиническая картина, иногда приводящая к ошибочному диагнозу, так как при перкуссии и аускультации легких выявляется «плеврит», чаще правосторонний [7]. При исследовании органов брюшной полости – асцит, который, по мнению K.Lakkarell, является следствием механического растяжения и раздражения листков брюшины малого таза опухолью яичника и (или) матки и как следствие выработки перитонеальной жидкости в большом количестве. Осмотр врача-гинеколога выявляет в некоторых случаях нарушение менструального цикла, а инструментальные методы исследования: опухоль яичника и (или) матки. После хирургического удаления первичной опухоли наблюдается быстрое рассасывание асцита и плеврального выпота (как правило, через 1,5–2 нед), а патоморфологическое исследование опухоли свидетельствует о доброкачественности процесса [8–10].

Акушерам-гинекологам и онкологам хорошо известна данная патология и они могут заподозрить ее на ранних этапах. Что касается врачей терапевтического профиля, а зачастую пациенты с жалобами со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем обращаются за медицинской помощью именно к врачу-терапевту, то с синдромом Мейгса они знакомы в меньшей степени. Все вышеуказанное часто является причиной диагностических ошибок.

Мы наблюдали развитие синдрома Мейгса у пациентки 43 лет, которая поступила в пульмонологическое отделение ГБУЗ «Областная клиническая больница» г. Иркутска с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке (подъем на 3 этаж), сухой кашель (особенно в утренние часы), чувство затрудненного дыхания, ощущение тяжести в нижних отделах легких, увеличение в размерах живота, а также повышение температуры тела до 37,6°C.

Описание случая

Пациентка П. считает себя больной с начала августа 2014 г., когда при подъеме на 2 этаж стала испытывать одышку, кашель, чувство затрудненного дыхания, однако, за медицинской помощью не обращалась. С течением времени данные симптомы прогрессировали, периодически отмечалось повышение температуры тела до 38°C, а также увеличение в размерах живота. По данному поводу в конце сентября 2014 г. обратилась за медицинской помощью к врачу-терапевту по месту жительства, по показаниям в условиях поликлиники было проведено ЭхоКГ-исследование, на котором было выявлено:

гидроперикард, а также двухсторонний гидроторакс. Вскоре пациентка была направлена на госпитализацию в ГБУЗ «ГКБ №3» г. Братска в кардиологическое отделение. Со слов больной, в отделении проводилась только мочегонная терапия и через 14 дней она была выписана с незначительным улучшением (уменьшилась отечность лица, размеры живота, а также кашель). Во время пребывания в кардиологическом отделении было проведено УЗИ органов малого таза и консультация гинеколога по поводу объемного образования в теле матки. С 21.10 по 03.11.2014 г. находилась на обследовании в Братском филиале ИООД. В условиях онкологического диспансера была выполнена лапароскопическая биопсия узла в теле матки, по данным гистологического заключения – фибромиома матки, однако от оперативного вмешательства пациентка отказалась. В начале ноября симптомами заболевания вновь проявили себя, больная стала терять в массе тела (с августа по ноябрь – потеряла 22 кг), и пациентка обратилась за помощью в поликлинику по месту жительства, после чего была направлена на госпитализацию в пульмонологическое отделение ГБУЗ «ОКБ» г. Иркутска для дообследования и лечения.

Из анамнеза жизни: родилась в г. Братске, в полной семье. Росла и развивалась соответственно возрасту и полу. Из перенесенных в детстве заболеваний отмечает ветрянку, краснуху. Туберкулез, онкологические, венерические, наследственные заболевания, гепатит, сахарный диабет у себя отрицает. Наличие подобных настоящему заболеванию у родственников также отрицает.

Данные объективного осмотра: общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы бледно-розовой окраски, умеренно влажные. Конъюнктивы век – розового цвета, склеры – белого цвета. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Система органов дыхания: голосовое дрожание ослаблено справа, в области X межреберья по лопаточным линиям – имеет место притупление перкуторного звука, отмечается в нижних отделах по лопаточным линиям – отсутствует везикулярное дыхание. Сердечно-сосудистая система: тоны сердца приглушены, ЧСС – 78 в минуту, АД – 135/80 мм рт. ст. Осмотр органов пищеварения: при осмотре живот округлой формы, симметричный, увеличен в объеме, симптом флюктуации – положительный, окружность живота на уровне пупка – 87 см, признаки асцита. Печень по краю реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 9 см, 8 см, 7 см. Мочевыделительная система: диурез в норме, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные методы исследования: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (глюкоза, амилаза, мочевины, общий и прямой билирубин, холестерин, АсАТ, АлаТ), коагулограмма (протромбиновое время, фибриноген), РМП, иммунограмма (ЦИК, АТ к двуспиральной ДНК, антинейтрофильные АТ, антиядерные АТ и АТ к микросомам печени и почек) – без отклонений от нормальных показателей.

Инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости – выявляется свободная жидкость в брюшной полости, ЭКГ – ритм синусовый. ЧСС – 68 уд/мин, горизонтальное положение электрической оси сердца, нарушения процессов реполяризации, ЭхоКГ-исследование: в сердечной сумке по контуру жидкость до 1,0 см. R-графия органов грудной полости: двухсторонний гидроторакс, КТ органов грудной полости: пневмофиброз верх-

ней и средней долей правого легкого. Двусторонний гидроторакс, гидроперикард. Медиастинальная лимфоаденопатия, пункция плевральных полостей: эвакуировано 2500 мл серозной жидкости справа и 2000 мл слева, общий анализ плевральной жидкости: удельный вес – 1015; белок – 40,5 г/л; эритроциты – 30–40 в п/зр; лейкоциты – 40–50 в п/зр; лимфоциты – 90–100 %; нейтрофилы – 0–10 %; мезотелий – в скоплениях и по отдельности – много, отдельные клетки в состоянии пролиферации; LE-клетки, опухолевые клетки и микобактерии туберкулеза не найдены. ПЦР на МБТ и ДИАСКИН тест – отрицательны.

Консультации специалистов: ревматологическая и туберкулезная этиология полисерозита не подтверждается; врач-гинеколог: рекомендовано оперативное лечение по поводу лейомиомы тела матки (зрелостью 8 нед), как возможная причина выпотных процессов (синдром Мейгса).

В условиях гинекологического отделения ГБУЗ «ОКБ» г. Иркутска была выполнена миомэктомия тела матки. Патоморфологическое заключение: железистая гиперплазия эндометрия, аденомиоз 1-ой степени, строение миоматозного узла соответствует лейомиоме, очаговый эндометриоз стенки маточной трубы. Клинический диагноз: Синдром Мейгса на фоне субсерозной лейомиомы тела матки, зрелостью 8 нед. Двусторонний гидроторакс, асцит и минимальный гидроперикард.

В течение полутора недель симптомы полисерозита регрессировали, послеоперационный период протекал без осложнений – пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано: консультация врача-гинеколога по месту жительства через 3 мес.

Обсуждение

Данный клинический случай демонстрирует необходимость проведения дифференциально-диагностического поиска у больных с признаками полисерозита. Жалобы, которые предъявляла пациентка, могут быть следствием целого ряда нозологических форм.

Нарушение функций печени и почек как причины выпотных процессов была исключена, ввиду отсутствия изменений данных лабораторных и инструментальных методов исследований. А такие состояния, как ХСН и синдром Дресслера, также не нашли своего подтверждения, по данным ЭхоКГ и ЭКГ. Следующим этапом дифференциально-диагностического поиска было исключение опухолевой, ревматологической и туберкулезной этиологии полисерозита. Для этого были выполнены пункции плевральных полостей с последующим цитологическим, биохимическим и бактериологическим методами исследований. Однако полученная плевральная жидкость по своим показателям не отличалась от нормальной, что позволило исключить указанные причины выпотных процессов.

И только после исключения всего ряда патологических состояний, был предположен диагноз синдрома Мейгса, подтверждение которого мы могли обнаружить только после удаления миоматозного узла. Пациентка была переведена в гинекологическое отделение, где было выполнено оперативное вмешательство. В течение полутора недель после выполненной миомэктомии, симптомы полисерозита регрессировали, и пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, для диагностики синдрома Мейгса необходимо: подробный сбор анамнеза, полное

клиническое обследование, составление и тщательный анализ дифференциально-диагностического ряда нозологических форм, а также обязательная консультация онкогинеколога. Лишь только комплексный подход к пациентам с данной патологией позволит избежать диагностических ошибок, своевременно поставить точный диагноз и назначить адекватную терапию.

Литература

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; 9: 23–24. / Krut'ko V.S., Potejko P.I., Byzov V.V., Hodosh Je.M. Sindrom Mejgsa kak oslozhenie ovuljacionnogo stimulirovaniya pri jekstrakorporal'nom oplodotvoreniju. Novosti mediciny i formacii. 2009; 9: 23–24. [in Russian]
2. Dreiss J.S., Anderson C.D., Method M.W.: Hydropic degenerating leiomyoma presenting as pseudo-Meigs syndrome with elevated CA 125. Obstet Gynecol. 2011 Oct; 92(4 Pt 2): 648–9.
3. Iokohama M., Kurihara H., Takahashi M., et al: Meigs' syndrome due to Brenner tumor mimicking lupus peritonitis in a patient with systemic lupus erythematosus. Am J Gastroenterol. 2012 Apr; 90(4): 657–8.
4. Green S.A., Mazur M.T.: Atypical endometrioid cystadenofibroma with Meigs' syndrome: ultrastructure and S-phase fraction. Cancer. 1982 Feb 1; 49 (3): 472–9.
5. Light R. W., Surwit E.A.: Meigs syndrome and elevated CA 125. Obstet Gynecol 2009 Mar; 73 (3 Pt 2): 520–1.
6. Rooney A.G., Alrabeeh A., Gillis D.A. et al: Secondary massive ovarian edema with Meig's syndrome. Am J Clin Pathol. 2013 May; 91 (5): 597–603.
7. Efskind J.Y., Angel C., Sickel J.Z.: Meigs syndrome with elevated serum CA 125. Obstet Gynecol. 2012 Sep; 80 (3 Pt 2): 563–6.
8. Meigs J.V., Cass J.W.: Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax: with a report of seven cases. Am J Obstet Gynecol. 1937; 33: 249–267.
9. Lakkarell K.K., Black W.C.: Benign ovarian stromal tumors associated with free peritoneal fluid. Am J Obstet Gynecol. 2011 Jun 15; 107 (4): 538–45.

Сведения об авторах:

Баглушкин С.А. – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО «ИГМУ», главный терапевт Департамента здравоохранения Иркутской области

Степанов И.А. – аспирант кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО «ИГМУ»



VI Российская научно-практическая конференция ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБЛАСТИ НЕВРОЛОГИИ И СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

12 ноября 2015

Здание Правительства Москвы
Москва, Новый Арбат, 36

Основные темы:

Острые нарушения мозгового кровообращения и постинсультные состояния; Умеренные когнитивные расстройства и деменции; Проблемы смежных специальностей; Болевые синдромы; Расстройства вегетативной нервной системы; Детская неврология; Эпилепсия; Двигательные нарушения при болезни Паркинсона, демиелинизирующих заболеваниях и атаксиях; Нейроинфекции.

Приглашаются неврологи, кардиологи, психиатры, травматологи, эндокринологи, терапевты, специалисты экспериментальной медицины, разработчики новой медицинской техники и врачи общей практики

Прямая интернет-трансляция на сайте www.medQ.ru

Подробная информация о конференции и регистрация участников на сайте www.medQ.ru

Провайдер:
МЕДЗНАНИЯ+

+7(495) 614 43 63, 614 40 61
www.medQ.ru info@medQ.ru

