

СИНДРОМ МЕЙГСА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Синдром Мейгса – это симптомокомплекс, характеризующийся образованием выпотных процессов в серозных полостях (плевральной, брюшной, перикардальной) при наличии доброкачественной опухоли яичника и/или матки. В статье представлено описание тяжелого синдрома Мейгса. После хирургического вмешательства – удаления опухоли (фибромы правого яичника), пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Особенностью нашего наблюдения следует считать тяжесть течения синдрома Мейгса и опасность для жизни молодой женщины, обширность плеврального выпота, его «неисчерпаемость», наличие выпота в полости перикарда, дыхательной и сердечной недостаточности. При обнаружении выпота в полости плевры и (или) перикарда, и (или) в брюшной полости следует исключать опухоли малого таза и синдром Мейгса.

Ключевые слова: синдром Мейгса, полисерозит, гидроторакс, асцит, кашель, опухоль яичника.

T. M. Tserah, A. V. Polyanskaya

MEIGS' SYNDROM IN THERAPEUTIC PRACTICE

Meigs' syndrome is a syndrome characterized by the formation of exudative processes in the serous cavities (pleural, peritoneal, pericardial) in the presence of a benign tumor of the ovary and/or uterus. The article describes the heavy Meigs' syndrome. After surgical removal of the tumor (fibroma of the right ovary) patient was discharged in satisfactory condition. The peculiarity of our observations should be considered as the severity of the syndrome Meigs flow and danger to the life of a young woman, the vastness of the pleural effusion, its "inexhaustible", the presence of pericardial effusion, respiratory and cardiac failure. Upon detection of effusion in the pleural cavity, and (or) the pericardium and (or) in the abdominal cavity should exclude pelvic tumor and Meigs' syndrome.

Key words: Meigs' syndrome, polyserositis, hydrothorax, ascites, coughing, ovarian tumor.

Синдром Мейгса (Мейгса-Демона) – это сочетание плеврального и (или) перикардиального выпота, асцита и, как правило, доброкачественной опухоли яичников или матки. Описан американским акушером-гинекологом Мейгсом (J. V. Meigs) и французским хирургом Демоном (J. O. A. Demons). Этот синдром знаком гинекологам общего профиля и онкогинекологами, но он мало известен врачам другого профиля: терапевтам и пульмонологам [5, 8, 9]. Синдром Мейгса обнаруживается не только при доброкачественной опухоли яичников или матки, изредка он выявляется при злокачественной, но без признаков метастазирования, опухоли вышеназванной локализации [4, 7, 10]. Этот синдром фигурирует в литературе как паранеопластический.

Патогенез синдрома Мейгса не изучен. По каким каналам опухоль малого таза связана с плевральной, перикардиальной и брюшной полостями – не известно. Есть предположение, что при растяжении брюшной полости асцитическая жидкость через дефекты диафрагмы просачивается в плевральную полость [6]. Выпоты по характеристике – экссудативные, в единичных случаях – геморрагические. Правосторонняя локализация плеврального выпота имеет место в 70% случаев, левосторонняя – в 10%, а двухсторонняя – в 20%. Многими авторами отмечается имеющаяся у этих пациентов кахексия [1, 2, 10].

Известный английский клиницист У. Лайт считает, что все случаи новообразований тазовой области, сопровождающиеся асцитом и плевральным выпотом, при исчезновении последних после экстирпации опухоли, могут быть отнесены к синдрому Мейгса. Обычно выпотные процессы в серозных полостях подвергаются обратному развитию через 2 недели после хирургического вмешательства. Можно сделать вывод, что при обнаружении выпота как в полостях плевры, перикарда, так и в брюшной полости, следует исключать опухоли малого таза.

Наше наблюдение.

Пациентка П., 37 лет, по профессии – бухгалтер, поступила в приемное отделение УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска с жалобами на повышение температуры тела до 37,2 °С, кашель, одышку, увеличение живота в объеме, слабость, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания известно, что около полутора года назад после стресса на фоне депрессивного состояния появились и постепенно усилились отмеченные жалобы. Примерно за месяц до поступления ночью пациентке стало плохо, и она вызвала скорую помощь. Приехавшие медики, наряду с введением какого-то медикамента, посоветовали пациентке лечиться в психоневрологическом диспансере. После этого совета женщина решила к врачам не обращаться. Когда пациентка не смогла даже сидеть, она вызвала скорую помощь вновь, и была доставлена в приемное отделение УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска.

Из анамнеза жизни: была здоровым человеком, регулярно осматривалась гинекологом, так как не могла забеременеть, а очень хотела иметь ребенка. Гинекологическая патология не выявлялась. Травм, операций не было. В последние полгода не могла работать из-за общей слабости, взяла отпуск без содержания, материально ей помогала подруга.

Объективно: вынужденное положение лежа на правом боку. Отеки всего тела (пациентка внешне напоминала «водяной мешок»). Кожные покровы бледные. Темпе-

ратура тела – 37,2°. Масса тела – 89 кг (со слов пациентки ее обычная масса тела – 66 кг, она прибавила в весе за последние полгода). Частота дыханий в покое – 27 в 1 минуту. Абсолютная тупость и отсутствие проведения дыхания, ослабление бронхофонии над проекцией правого легкого и ниже угла лопатки – левого легкого. Тоны сердца – глухие, ритмичные. Пульс и частота сердечных сокращений – 10⁵ в 1 минуту. Артериальное давление – 120/90 мм рт. ст. Печень перкуторно – на 3 см выступает из-под правого края реберной дуги. В отлогих местах живота отмечалось притупление перкуторного звука (жидкость в брюшной полости).

Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты 9,6 · 10⁹, палочкоядерные – 7%, сегментоядерные – 63%, лимфоциты – 20%, моноциты – 10%, тромбоциты – 180 · 10⁹, СОЭ – 25 мм/час. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки выявило двусторонний плевральный выпот (справа – тотальный), расширение границ сердца в обе стороны (жидкость в полости перикарда), смещение органов средостения влево. Заключение электрокардиографического исследования: синусовая тахикардия, снижение вольтажа зубцов. Эхокардиографическое исследование выявило наличие перикардиального выпота, снижение сократительной способности миокарда левого желудочка.

Предварительный диагноз: полисерозит неуточненной этиологии (двусторонний плевральный выпот, перикардит, асцит), кардиомиопатия, дыхательная и сердечная недостаточность.

Вызван реаниматолог. Проведен торакоцентез справа. Из плевральной полости извлечено 3 литра желтоватой жидкости. При ее исследовании выявлены следующие изменения, характерные для экссудата: белок – 3,7 г/л, проба Ривольта – положительная, лейкоциты (по характеристике – лимфоциты) – единичные. Внутривенно введено 4,0 мл 1% раствора фуросемида, после чего пациентка выделила около 2-х литров мочи, отметила улучшение и была на каталке транспортирована в пульмонологическое отделение.

Объективно: уменьшились размеры абсолютной тупости над обоими легкими, начало проводиться дыхание, уменьшилась одышка и частота сердечных сокращений. Артериальное давление – 126/70 мм рт. ст.

Назначены антибиотики (гентамицин и амоксиклав) внутривенно, диуретики (фуросемид, верошпирон), препараты калия и магния. Лечение проводилось под контролем уровня электролитов.

В результате тщательного онкопоиска обнаружена опухоль правого яичника. Заподозрен синдром Мейгса.

В состоянии пациентки постепенно отмечалась положительная динамика: улучшилось настроение, начала самостоятельно передвигаться по отделению. Исчезли отеки на ногах, жидкость из брюшной полости, экссудативный выпот слева. 4 раза производился торакоцентез справа, извлекалось по 2–3 литра экссудативной жидкости, но выпот продолжал накапливаться (синдром «неисчерпаемости»). Проведена экстирпация правого яичника в условиях гинекологического стационара. При гистологическом исследовании обнаружена опухоль яичника размером 2 на 3 см, морфологически – фиброма яичника.

Клинический диагноз: синдром Мейгса, тяжелое течение.

После удаления опухоли яичника перестал накапливаться выпот в плевральной и брюшной полостях, а также

□ В помощь практикующему врачу

в полости перикарда. Масса тела пациентки после лечения стала такой же, как и до заболевания. Не отмечалось признаков истощения. Через месяц после выписки из стационара – практически здорова, единичные спайки в правой плевральной полости.

Особенностью нашего наблюдения следует считать тяжесть течения синдрома Мейгса и опасность заболевания для жизни молодой женщины, обширность плеврального выпота, его «неисчерпаемость», наличие выпота в полости перикарда, дыхательной и сердечной недостаточности.

Таким образом, при обнаружении выпота в полости плевры и (или) перикарда, и (или) в брюшной полости следует исключать опухоли малого таза и синдром Мейгса.

Литература

1. Адильшин, А. К. Трудности диагностики синдрома Мейгса в терапевтической практике / А. К. Адильшин и соавт. // Вестник Каз НМУ. – 2015. – № 2. – С. 45–46.

2. Галушкин, С. А. Синдром Мейгса в пульмонологической практике / С. А. Галушкин, И. А. Степанов // Трудный пациент. – 2015. – Т. 13, № 8. – С. 17–18.

3. Крутько, В. С. Синдром Мейгса как осложнение экстракорпорального оплодотворения / В. С. Крутько, П. И. Потейко. Э. М. Ходош // Новости медицины и фармации. – 2009. – № 8. – С. 23–24.

4. Лайт, Р. У. Болезни плевры (перевод с английского) / Р. У. Лайт. – М., Медицина, 1986. – С. 267–269.

5. Селезнева, Э. Доброкачественные опухоли яичников / Э. Селезнева, Б. Железнов. – М.: Медицина, 1982. – 288 с.

6. Тополянский, А. В. Синдромы и симптомы в клинической практике / А. В. Тополянский, В. И. Бородулин. – М.: Медицина, 2010. – 464 с.

7. Lanitis, S. A case of Meigs mimicking metastatic breast carcinoma / S. Lanitis et al. // World J. Surg. Oncol. – 2009. – № 7. – P. 10.

8. Lurie, S. Meigs' syndrome: the history of the eponym / S. Lurie Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2000. – № 92 (2). – P. 199–204.

9. Meigs, J. V. Fibroma of the ovary with ascites and hydrothorax; Meigs' syndrome / J. V. Meigs // Am. J. Obstet. Gynecol. – May 1954. – № 67 (5). – P. 962–85.

10. Santangelo, M. Meigs' syndrome: its clinical picture and treatment M. Santangelo // Ann Ital. Chir. – 2000. – № 71 (1). – P. 115–9.

Поступила 22.02.2016 г.