

Суюнов Дилмурод Муминович

Пакирдинов Алишер Сайфутдинович

Абдукадилов Дилмурод Анварович

Андижанский государственный медицинский институт

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕЙГСА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.

Резюме. Синдром Мейгса - сложный патофизиологический процесс, характеризующийся хилеоперитонеумом и хилетораксом при незлокачественных объемных образованиях матки и её придатков [1,2]. Синдром Мейгса характеризуется асцитическим гидротораксом и общей слабостью организма в результате доброкачественных опухолей матки и яичников. Этот синдром наблюдается и при злокачественных опухолях, но при отсутствии метастазов. Лайт расширил свое понимание синдрома до возможности вытеснения асцита в брюшную полость и жидкости в плевре, если продукт был удален из полости малого таза [4]. Синдром Мейгса — наиболее частая причина фибромы, на которую приходится 4% всех случаев. На втором месте киста яичников. На третьем месте лейомиома матки. При наличии в плевральной полости скопления жидкости в 70% случаях процесс локализован справа, в 10% — слева, в 20% — является двусторонним. По данным литературы данное расстройство чаще возникает у женщин после 45 лет. Возраст пациентов в нашем наблюдении составлял от 21 до 50 лет.

Ключевая слова: матки и кистома яичника, брюшную полость

Suyunov Dilmurod Muminovich

Pakirdinov Alisher Sayfutdinovich

Abdukadirov Dilmurod Anvarovich

Andijan State Medical Institute

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF MEIGS SYNDROME AND TACTICS OF TREATMENT.

Abstract. Meigs syndrome is a complex pathophysiological process characterized by chyleoperitoneum and chylothorax in non-malignant volumetric

formations of the uterus and its appendages [1,2]. Meigs syndrome is characterized by ascitic hydrothorax and general weakness of the body as a result of benign tumors of the uterus and ovaries. This syndrome is also observed in malignant tumors, but in the absence of metastases. Light extended his understanding of the syndrome to the possibility of extrusion of ascites into the abdominal cavity and fluid into the pleura if the product was removed from the pelvic cavity [4]. Meigs syndrome is the most common cause of fibroids, accounting for 4% of all cases. The second is an ovarian cyst. In third place is uterine leiomyoma. In the presence of fluid accumulation in the pleural cavity, in 70% of cases the process is localized on the right, in 10% - on the left, in 20% - is bilateral. According to the literature, this disorder occurs more often in women after 45 years of age. The age of the patients in our observation ranged from 21 to 50 years.

Key words: uterus and ovarian cystoma, abdominal cavity

Вариант синдрома описывался и в случаях, когда клиника была схожа с синдромом 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].

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения и лечения синдром Мейгса.

Материал и методы исследования.

На базе кафедры факультетской и госпитальной хирургии Андиганского медицинского института в период с 2014 по 2021 г.г. были обследованы 14 пациенток, у которых был диагностирован синдром Мейгса. Исследованные больные с данной патологией были разделены на 2 группы, в зависимости от характера гинекологической патологии и осложнений, каждая из которых состояла из основной группы, где в комплексе лечебных мероприятий применяли, согласно утвержденным в клинике АГМИ протоколам, методы комплексной терапии и контрольной группы, в которой лечение осуществлялось без применения методов комплексной терапии.

Характеристика групп больных :

I группа: фибромиома матки и киста яичника, произведена операция ампутация матки (7 больных) : основная-4, контрольная-3, простая киста яичника (7 больных): основная-4, контрольная-3

Варианты клинического течения. У пациенток, перенесших операцию по поводу кисты яичника или миомы матки, в брюшной полости выявляли жидкость молочного цвета. У всех больных в нашем наблюдении в послеоперационном периоде наблюдалось стойкое выделение из дренажной трубки, установленной в брюшную полость, жидкости молочного цвета без запаха. После удаления дренажной трубки в брюшной полости начала скапливаться жидкость.

После операции жалобы на односторонние боли в нижней части живота неинтенсивного характера, зачастую описываемые как «дискомфорт в животе», сменяющиеся жалобами на увеличение живота, нарастающую одышку, сердцебиение. Объективное обследование выявило клиническую картину, иногда приводящую к ошибочному диагнозу, так как при перкуссии и аускультации легких выявляется «плеврит», чаще правосторонний. При исследовании органов брюшной полости- асцит. Гинекологическое обследование выявляет опухоль яичника. У 4 больных после хирургического удаления первичной опухоли наблюдается быстрое рассасывание асцита и плеврального выпота (как правило, через 2 недели) а у 8 больных наблюдается асцит и плевральный выпот, цитологическое исследование опухоли свидетельствует о доброкачественности процесса. У двух пациентов в нашем наблюдении был диагностирован сопутствующий вирусный гепатит В. Релапаротомия по поводу лимфоперитонеума выполнена у 2 пациентов. Однако источника повреждения лимфатической системы во время операции не обнаружено.

Всем больным выполняли перитонеальную и торакальную пункцию с извлечением хилёзной жидкости. При цитологическом анализе полученной жидкости были получены следующие данные: жидкость молочного цвета белок

— 40,5 г/л; Эритроциты — 30–40 в п/зр; лейкоциты — 40–50 в п/зр; лимфоциты — 90–100 %; нейтрофилы — 0–10 %; По результатам макроскопического и микроскопического анализа жидкость, скопившаяся в брюшной полости, может быть названа лимфоперитонеумом, так как она близка к лимфатическому компоненту. Одним из специфических изменений в анализе крови был обнаружен высокий уровень антистрептолизина-О.

Таблица 2

Распределение больных по возрасту (n=14)

Группы больных	Возраст					
	21 – 30		31 - 40		41 - 50	
	О	К	О	К	О	К
I (n=7)	1	1	2	1	1	1
II (n=7)	2	1	1	1	1	1
Всего	3	2	3	2	2	2

Примечание: о – основная группа; к – контрольная группа.

Предлагаемая нами тактика лечения заболевания заключалась в первую очередь соблюдение больным постельного режима. Форменные (клеточные) элементы лимфы, или клетки лимфы, представлены главным образом лимфоцитами (90-98%), а также моноцитами и другими видами лейкоцитов. Отношение объёма форменных элементов лимфы к её общему объему (лимфокрит) составляет менее 1%. Поскольку лимфа содержит фибриноген, протромбин и тромбоциты, она способна свертываться, хотя и медленнее, чем кровь. С учетом этого для улучшения процесса свертывания рекомендуются такие средства, как аминокaproновая кислота, транексамовая кислота. Гидроксиэтилкрахмал вводили внутривенно для улучшения коллоидного и осмотического состояния организма. Пульс-терапия преднизолоном проводилась с учетом количества антистрептолизина О в организме и высокой СОЭ. Однако одновременно применялись флеботоники, гепатопротекторы и диуретики. Регионарную лимфатическую терапию проводили 2 раза в год по 1 больному в течение 7 дней. Гемотрансфузия выполнена 2 больным с низким уровнем гемоглобина в крови. Переливание плазмы и переливание альбумина

выполнено 4 больным основной группы в связи с тем, что содержание общего белка в крови было менее 50 г/л. Принимая во внимание наличие эритроцитов в составе жидкости из брюшной полости, можно сделать вывод не только о лимфатической системе, но и об увеличении проницаемости сосудов. По этой причине мы снизили давление на лимфатическую систему, рекомендуя флеботоники пациентам с проницаемостью кровеносных сосудов

Для определения результатов лечения оценивали количество жидкости, выделяемой из брюшной полости, потерю лимфоцитов и лейкоцитов, потерю белка. При анализе состояния больных основной и контрольной групп были выявлены следующие изменения:

Таблица 2

Сравнительный анализ результатов лечения

Лечения сутки	3 сутки		6 сутки		6 сутки		12 сутки		15 сутки	
	О	К	О	К	О	К	О	К	О	К
количество жидкости, выделяемой из брюшной полости (л/рт)	0,9	1	0,8	0,95	0,7	0,9	0,6	0,9	0,5	0,8
потеря лимфоцитов (%)	60-70	90-98	51-68	88-93	44-52	86-90	31-43	86-90	10-20	86-90
потеря лейкоциты (в п/зр;)	25-30	40-50	16-28	35-45	10-18	30-35	5-11	25-30	1-7	20-25
Потеря белков (г/л)	35,2	40,5	25,4	32,5	18,3	28,35	15,0	25,4	10,1	21,2

Как видно из таблицы выше, в результате комплексного лечения происходит потеря лимфоцитов и лейкоцитов, резкое снижение выделения белка и жидкости из организма, улучшается состояние больного.

Результаты исследования и их обсуждение

В нашем исследовании было установлено, что причиной развития синдрома Мейгса может быть аутоиммунный процесс, патогенезом которого является поражение кровеносных сосудов лимфатической системы и плевры в брюшной полости. Установлено, что комплексные меры по лечению синдрома Мейгса могут быть эффективными. Необходимость научного сосуществования для

исправления предвестника патогенетической проблемы в очередной раз нашла свое собственное подтверждение.

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 формирования*. – 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