

УДК 616.366-003.7-089.816.6:616.381-002:579.545

Abstract**N. A. Maiura,****M. G. Kononenko,***Medical Institute, Sumy State University, Rymskogo-Korsakova str., 2, Sumy, Ukraine, 40007***CLINICAL CASE: FITZ-HUGH-CURTIS SYNDROME AS A CAUSE OF POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME**

Fitz-Hugh Curtis syndrome is an important and understudied factor that significantly affects the quality of life of patients. To date, there are no diagnostic standards that would enable to verify the Fitz-Hugh-Curtis syndrome. In the article on the example of a clinical case we considered the contemporary ideas about etiology and pathogenesis of Fitz-Hugh-Curtis syndrome as the causes of pain in the right upper quadrant of abdominal cavity. A 52-year woman presented with right-upper quadrant pain and digestive disorders during long time after laparoscopic cholecystectomy with no organic reason. Clinical and anamnestic features allow us to find the real reason of complaints and to use target antibacterial therapy. Widening of the ideas about the Fitz-Hugh-Curtis syndrome and orientation of general physicians and surgeons to the search for signs of generalized chlamydia is a direction of improvement of individual therapeutic and diagnostic tactics which helps to optimize the therapeutic process and avoid unnecessary surgical interventions.

Keywords: Fitz-Hugh-Curtis syndrome, perihepatitis, chlamydiosis, postcholecystectomy syndrome.

Corresponding author: *n.maiura@med.sumdu.edu.ua***Резюме****Н. А. Маюра,****М. Г. Кононенко,***Медичний інститут СумДУ, вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, Україна, 40007***КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: СИНДРОМ ФІТЦ-Х'Ю-КУРТІСА ЯК ПРИЧИНА ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ**

У статті на прикладі клінічного випадку розглянуті сучасні уявлення про етіологію та патогенез синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса, як причини болю у правому підребер'ї. Визначені основні аспекти клініко-анамнестичної діагностики хламідійної інфекції при постхолецистектомічному синдромі, наведений приклад лікувальної тактики.

Ключові слова: синдром Фітц-Х'ю-Куртіса, перигепатит, хламідіоз, постхолецистектомічний синдром.

Резюме**Н. А. Маюра,****Н. Г. Кононенко,***Медицинский институт СумГУ, ул. Римского-Корсакова, 2, г. Сумы, Украина, 40007***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ ФИТЦ-ХЬЮ-КУРТИСА КАК ПРИЧИНА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

В статье на примере клинического случая рассмотрены современные представления об этиологии и патогенезе синдрома Фитц-Хью-Куртиса, как причины боли в правом подреберье. Определены основные аспекты клинико-анамнестической диагностики хламидийной инфекции при постхолецистэктомическом синдроме, приведен пример лечебной тактики.

Ключевые слова: синдром Фитц-Хью-Куртиса, перигепатит, хламидиоз, постхолецистэктомический синдром.

Автор, відповідальний за листування: *n.maiura@med.sumdu.edu.ua*

Вступ

Значне поширення жовчно-кам'яної хвороби (ЖКХ), стійка тенденція до зростання її частоти зумовили високу хірургічну активність при цьому захворюванні. Впровадження малоінвазивних технологій при ЖКХ суттєво розширило можливості проведення холецистектомії. Паралельно з цим збільшилася кількість хворих з так званим постхолецистектомічним синдромом (ПХЕС), частота якого, за різними оцінками, становить від 5 до 40 % [2; 10]. Поняття об'єднує гетерогенну групу абдомінальних симптомів, які розвиваються у різні терміни після холецистектомії. Разом з цим окремі дослідження (N. Renz, M. Baur, F. Stickel, 2015) вказують, що у 5 % хворих на ПХЕС не вдається виявити об'єктивні причини виникнення хронічного больового та диспептичного синдрому, який суттєво впливає на якість життя і не усувається традиційним для ЖКХ лікуванням. Холецистектомія не ліквідує ні патофізіологічні процеси, що розвинулися внаслідок камененосійства, ні клінічні прояви хронічного запального процесу у правій підребровій ділянці [2; 10].

Фактором, який суттєво впливає на якість життя хворих з запальними захворюваннями жовчовивідних шляхів, є хламідійне ураження печінкової капсули – синдром Фітц-Х'ю-Куртіса. Епідеміологія синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса досі детально не визначена, оскільки він здатний до мімікрії під іншу абдомінальну патологію. За даними англомовної літератури, лапароскопічне підтвердження синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса у світовій практиці пов'язується від 4,3 % у хворих з «right upper quadrant pain» до 28 % при хірургічних втручаннях з приводу «pelvic inflammatory disease» [3; 9]. В Україні на сьогодні немає статистичної інформації щодо поширеності цього захворювання, але частота його клінічних проявів за даними одноцентрових досліджень сягає 17 % від усіх хворих зі скаргами на біль у правому підбер'ї [1; 5]. Дослідники вказують, що синдром Фітц-Х'ю-Куртіса частіше спостерігається у жінок молодого та середнього віку (від 20 до 35 років), які ведуть активне статеве життя, отже мають більше шансів на інфікування захворюваннями, що передаються статевим шляхом. При достатній настороженості лікаря захворювання легко діагностується клініко-анамнестичним ме-

тодом та передбачає лише корекцію попереднього плану лікування. Встановлення наявності генералізованої хламідійної інфекції передбачає використання таргетної антибактеріальної терапії, а у випадку інтраопераційного виявлення – додаткових хірургічних маніпуляцій, що суттєво впливають на якість життя хворих у віддалений період. Це і зумовлює актуальність зазначеної проблеми.

Огляд літератури. Синдром Фітц-Х'ю-Куртіса, як рідкісне ускладнення гонококового пельвіоперитоніту, був описаний ще у першій половині ХХ століття [1; 3]. Вперше на характерний біль у правій підребровій ділянці у жінок звернув увагу професор медичного університету Монтевідео (Уругвай) Carlos Stajano. У 1919 році він у своїх публікаціях детально виклав особливості синдрому, який в подальшому був названий на честь двох американських дослідників – Thomas Fitz-Hugh Jr (1934) та Arthur Hale Curtis (1930) [1; 3]. У 1982 році P. Wolner-Hanssen та співавт. [4; 8] уперше виділили культуру *Chl.trachomatis* зі спайок навколо печінки, довівши хламідійну етіологію синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса. Цей синдром у 1970 році M. Kimball та S. Kneе описали у чоловіків [3].

Класично синдром Фітц-Х'ю-Куртіса розглядається як висхідне запалення Глісонової капсули з утворенням площинних злук між капсулою печінки, діафрагмою та очеревиною передньої черевної стінки [3]. Патофізіологічним субстратом цієї патології є хламідієасоційований псевдомембранозний глісоніт [1]. Сучасні дослідники пов'язують синдром Фітц-Х'ю-Куртіса з гіперімунною відповіддю на наявність *Chl.trachomatis*. Проте, до 15 % хворих с клінічно та лапароскопічно підтвердженим синдромом Фітц-Х'ю-Куртіса на момент дослідження не виявляють хламідій в організмі [8].

Синдром Фітц-Х'ю-Куртіса діагностують методом лапароскопії (мал.1). Спайки між діафрагмою та капсулою печінки частіше спостерігають біля правої частки (68 %) або обох часток, рідше – ізольовано навколо лівої частки. I.Volaji та співавтори вказують, що синдром Фітц-Х'ю-Куртіса діагностують клінічно у 12,0 % хворих, при лапароскопічних втручаннях – у 13,8 %, причому частіше (3:1) у жінок [3].





Малюнок 1 – Лапароскопічна картина навколочіпінкової ділянки при синдромі Фітц–Х'ю–Куртіса, спайки типу «струн скрипки» (за I. Volaji, 2015)

Патогенез синдрому Фітц–Х'ю–Куртіса досі детально не вивчений. Є декілька припущень щодо поширення *Chlamydia trachomatis*: прямий контактний шлях, гематогенний, лімфогенний та надлишкова імунна відповідь [3; 4]. Поширенню збудника сприяють певні анатомо-фізіологічні особливості черевної порожнини, зокрема постійна циркуляція рідини з порожнини тазу по правому фланку вздовж висхідної ободової кишки до підпечінкового та піддіафрагмального простору [4; 7]. Діафрагмально-ободова зв'язка перешкоджає лівобічній циркуляції. Крім того, у правій половині діафрагми більше лімфатичних судин, ніж у лівій. Саме тому навколочіпінкові спайки найчастіше спостерігаються у правій частині верхнього поверху черевної порожнини [4]. Існує інформація про супутній гострий або часто рецидивуючий аднексит, еквівалентом якого у чоловіків можна вважати уретрит. Також для обох статей характерні згадування про тривале і малоефективне лікування підгострих артритів (найчастіше колінного суглоба), що свідчить на користь теорії генералізації хламідіозу гематогенним шляхом. Втім ця симптоматика має свої хибні пояснення, розцінюється як окремі супутні захворювання, не пов'язується в єдиний симптомокомплекс та відходить на другий план через скарги, що імітують гострий або загострення хронічного холециститу, а часто й взагалі не береться до уваги [1; 3].

Синдром Фітц–Х'ю–Куртіса може перебігати за гострим або хронічним варіантом, чи безсимптомно [3].

Гострий варіант перебігу спостерігається у молодих сексуально активних жінок. Перигепатит — це ускладнення венеричної інфекції, яка вже маніфестувала. Клінічні ознаки останньої здебільшого виражені слабо. Зазвичай таким

жінкам віком від 15 до 35 років встановлюють діагноз «печінкова колька» чи «гострий холецистит». Ретроспективні дослідження свідчать: у 6 із 7 пацієнок під маскою «недіагностованого болю» ховається синдром Фітц–Х'ю–Куртіса. Лише приблизно у 2,6 % хворих, госпіталізованих з приводу гострого холециститу, діагностують хламідійний перигепатит [1].

Хронічний варіант перебігу виявляють у жінок переважно віком понад 50 років. Цих пацієнок госпіталізують з діагнозом «хронічний калькульозний холецистит». У них немає даних щодо наявності венеричних захворювань. Однак при ретельному зборі анамнезу можна отримати інформацію про перенесену і проліковану хламідійну моно- чи мікст-інфекцію багато років тому. При ультрасонографічному дослідженні у пацієнок виявляється холецистолітаз, що є показанням до планової лапароскопічної холецистектомії. Інтраопераційно виявляється хронічно запалений жовчний міхур, в якому пальпуються конкременти. Випоту по правому фланку та в порожнині малого тазу немає, петлі кишечника без особливостей. Але у правому підбер'ї, і це характерно, візуалізуються тонкі, прозорі, без судинних включень множинні напружені глісOPERITONEальні зрощення, які нагадують «струни скрипки» [5]. В патологічний процес ніколи не залучається жовчний міхур — зрощень між ним, капсулою печінки і очервиною немає, тобто відсутні ознаки перихолециститу [1]. Генез таких зрощень у багатьох хворих хірурги розцінюють помилково, вважаючи їх наслідком багаторазових нападів печінкової кольки, гострого холециститу або залишковими явищами нижньочасткової правобічної пневмонії [1].

На сьогоднішній день ще немає діагностичних стандартів, які дали би можливість верифі-

кувати синдром Фітц-Х'ю-Куртиса. Із окремих повідомлень отримується досить суперечлива інформація. Повідомляється про вірогідну кореляцію між клінічними проявами та серологічними ознаками наявності хламідійної інфекції [4]. Характерно, що після потрапляння хламідійної інфекції в організм людини специфічний IgM буде визначатися лише протягом місяця. У ті ж терміни або пізніше з'являються специфічний IgG, рівень якого залежить від тривалості та тяжкості запального процесу [8]. Виявлення високих титрів IgG свідчить про загострення хронічної хламідійної інфекції. Але таку діагностичну цінність не пов'язують з IgM, який майже повністю зникає з сироватки протягом 6-8 тижнів від початку інфекційного процесу і не продукується за наявності хронічної або рекурентної інфекції [6]. Повідомляється, що після лікування у 47 % хворих відмічається значне зниження антитіл після лікування, у 43 % – незначне зниження, а у 9,8 % – сероконверсія з діагностично вірогідним підвищенням титрів IgG до *Chl.trachomatis* (Pijura V. et al.). Персистенція антитіл після лікування може відбуватися протягом 1,5 років [6].

Лікування хворих на синдром Фітц-Х'ю-Куртиса багато в чому подібне до протоколу лікування запальних захворювань урогенітального тракту [3]. Хламідійна інфекція, як етіологічний чинник, виявляє чутливість до антибактеріальних засобів груп тетрациклінів, макролідів, сульфаніламідів, деяких хінолінів та кліндаміцину. У схему лікування показано включення засобів, що посилюють місцеву резистентність. У більшості пролікованих після таргетної терапії симптоми синдрому Фітц-Х'ю-Куртиса швидко регресують [3].

Матеріали і методи. З метою верифікації діагнозу Фітц-Х'ю-Куртиса було обстежено жінку 52 років, яка скаржилась на біль у правому підребер'ї та диспепсичні розлади. З метою оцінки стану гепатобіліарної зони хворій виконано ультразвукове дослідження органів черевної порожнини на апараті Toshiba Applio. Для лабораторного підтвердження присутності хламідійної інфекції в організмі було проведено серологічне визначення IgM та IgG до *Chlamydia trachomatis* в сироватці крові хворої імуноферментним методом. Всі дослідження проводились на базі ПП «Флоріс-С».

Клінічне спостереження. Хвора Ч., 52 років, звернулася до хірурга зі скаргами на часті напади тупого ниючого болю у правій підребро-

вій ділянці, нудоту, загальну слабкість. Точно вказати час початку захворювання не змогла. Вісім років тому хворій була проведена лапароскопічна холецистектомія з приводу загострення хронічного калькульозного холециститу. Після втручання було тимчасове полегшення, після чого скарги поновилися. Неодноразові курси лікування у гастроентеролога, дотримання дієти та режиму харчування також не призвели до очікуваного результату.

Під час збирання анамнезу про перенесені захворювання у минулому хвора відмітила, що перенесла правобічну пневмонію, але не пам'ятає коли. Про це їй повідомив хірург після лапароскопічної холецистектомії. Такий висновок був зроблений на основі того, що між капсулою печінки та діафрагмою були множинні спайки без ознак перитоніту.

При ультразвуковому дослідженні ділянки правого підребер'я виявлено нерівномірне потовщення капсули печінки (мал. 2), яке вважають [4] еквівалентом наявності глісoperитонеальних спайок. Встановлено наявність розширення холедоха до 15 мм і склеротичні зміни в його стінці за відсутності сформованих конкрементів або біліарного застою, та ретенційну кісту у ділянці ложа жовчного міхура (мал. 3).

Хворій призначене серологічне визначення IgM та IgG до *Chlamydia trachomatis*. Отримані результати: IgM – 0,8, IgG – 8,81 МО/мл ($R < 0,9$ – негативний результат; $0,9 \leq R \leq 1,1$ – сумнівний результат; $R > 1,1$ – позитивний результат).

Базуючись на протоколах Британської Асоціації Статевого Здоров'я та ВІЛ (BASHH) та Трасту Північного Лінкольншира та Гула НСЗ (NLaG) обрано схему таргетної антибіотикотерапії генералізованого хламідіозу [3]: доксицилін 100 мг та метронідазол 400 мг двічі на день протягом 14 днів, а також ретардну форму диклофенаку натрію (диклак ID) 75 мг протягом 14 днів.

Після проведеного консервативного лікування хвора відмітила суттєве полегшення стану, зникнення болю у правому підребер'ї та диспепсичних розладів. Через 6 місяців після проведеного лікування під час огляду виявляється помірна гіперестезія при пальпації у правій підребровій ділянці за відсутності скарг з боку травної системи.

Обговорення. Значна поширеність патології гепатобіліарної зони поміж населення України, а також її вплив на якість життя роблять проблему їх повноцінної діагностики та етапного



лікування з урахуванням етіопатогенетичних чинників надзвичайно актуальною. До теперішнього часу хірургами не приділялося достатньої уваги щодо специфічності спайкового процесу у верхньому поверсі черевної порожнини, переважно глісоперитонеальних зрощень. Помилкове уявлення про них як про залишкові явища перенесеної правобічної нижньочасткової пневмонії стало причиною відмови хірургів від роз-

січення цих спайок під час лапароскопічної ревізії черевної порожнини з будь-якого приводу. Втім залишення цих спайок стає причиною вкрай низького лікувального ефекту після виконаної холецистектомії, подальшого погіршення якості життя пацієнтів, їх невротизації через хронічний больовий синдром невизначеної етіології.



Малюнок 2 – Нерівномірно потовщена капсула печінки (еквівалент глісоперитонеальних спайок при синдромі Фітц-Х'ю-Куртіса)

Якщо у випадку консервативної терапії підбір антибактеріальної терапії може відбуватися емпірично та випадково включати в себе препарати, до яких чутлива *Chl.trachomatis*, то в разі хірургічного лікування загальноприйнятим методом залишається лапароскопічна холецистектомія, яка при класичному синдромі Фітц-Х'ю-Куртіса, не ускладненому супутніми захворюваннями, є одночасно надлишковою та недостатньою. Надлишковість у такому випадку полягає у видаленні жовчного міхура з мінімальними морфологічними змінами на фоні яскравої клінічної картини.

Безсумнівно, не можна категорично заперечувати класичний підхід у біліарній хірургії – холецистектомія залишається «золотим стандартом».

Інтраопераційно діагностований синдром Фітц-Х'ю-Куртіса не є причиною для відмови від запланованої холецистектомії, але й не є підставою для видалення жовчного міхура. Ця нозологічна форма потребує особливої уваги інтраопераційно у вигляді щадного розсічення глісоперитонеальних спайок та більш ретельного підбору препаратів для антибіотикотерапії у післяопераційний період. При діагностуванні ПХЕС ще не стало правилом виявлення хламідійної інфекції у верхньому поверсі черевної порожнини, як провідного чинника, що викликає больовий синдром. Досвід свідчить, що хворі з ЖКХ до чи після хірургічного лікування потребують більш детального обстеження.





Малюнок 3 – Ретенційна кіста у ділянці ложа жовчного міхура після холецистектомії у хворой з синдромом Фітц-Х'ю-Куртіса

Наявність непрямих ознак персистуючого хламідіозу (хронічні артрити, хронічний або рецидивуючий аднексит) має спонукати лікаря до проведення специфічних досліджень. Сучасні дослідники D.G. Hong et al. [41] відмічають, що діагностика та класифікація синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса потребує нового розуміння. Розширення уявлень про синдром Фітц-Х'ю-

Куртіса, орієнтування лікарів загального профілю та хірургів на пошук ознак генералізованого хламідіозу є напрямком покращання індивідуальної лікувально-діагностичної тактики, кінцевою метою якої є оптимізація лікувального процесу з уникненням зайвих хірургічних втручань та покращенням якості життя хворих.

References (список літератури)

1. Vasylyuk SM. *Syndrom Fitz-Hji-Kurtisa v hirergichnij praktyci* [Fitz-Hugh-Cutris syndrome in surgical practice]. *Khirurgija Ukrainy*. 2013; 1: 100–106.
2. Palij IG, Zajika SV. *Biliarnyj sladz: mozlyvosti diagnostyky ta likuvannja* [Biliary sludge: possibilities of diagnostic and treatment]. *Suchasna gastroenterologija*. 2009; 6: 90–95.
3. Bolaji II, Shirley KY. [An odyssey through Fitz-Hugh Curtis syndrome]. *J Reprod & Contr*. 2015; 26(3): 173–186.
4. van Dongen PWJ. [Diagnosis of Fitz-Hugh-Curtis syndrome by ultrasound]. *Eur J Obstetrics & Gynecology Reprod Biol*. 1993; 50: 159–162.
5. Takeuchi H, Kitade M, Sakurai A et al. [Etiology of Fitz-Hugh and Curtis syndrome?]. *Fertil Steril*. 2006; 85(2): 533-534.
6. Pijura B, Sarov B, Sarov I. [Persistence of antichlamydial antibodies after treatment of acute salpingitis with doxycycline]. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biology*. 1993; 48: 117-121.
7. Reichert JA, Valle R.F. [Fitz-Hugh-Curtis Syndrome. A laparoscopic approach]. *JAMA*. 1976; 236(3): 266-268.



8. Ris HW. [Perihepatitis (Fitz-Hugh-Curtis Syndrome)]. *J Adol Healthcare*. 1984; 5: 272-275.
9. Risser WL, Risser JM, Benjamins LJ, Feldmann JM. [Incidence of Fitz-Hugh-Curtis syndrome in adolescents who have pelvic inflammatory disease]. *J Pediatr and Adolesc Gynecol*. 2007; 20: 179-180.
10. Schofer JM. [Biliary causes of postcholecystectomy syndrome]. *J Emerg Med*. 2010; 39(4): 406-410.

(received 18.01.2018, published online 01.04.2018)

(одержано 18.01.2018, опубліковано 01.04.2018)

