ISSN 1818-5398. Хірургія України.— 2013.— № 1.— С. 100—106.

УДК 616.369-002+617-089

С.М. Василюк [1], В.М. Галюк [1], В.М. Клим'юк [2]

СИНДРОМ ФІТЦ-Х'Ю — КУРТІСА У ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

[1] Івано-Франківський національний медичний університет
[2] Івано-Франківська міська клінічна лікарня № 1

Висвітлено основні патогенетичні та клінічні аспекти синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса — локального патологічного процесу, який розвивається майже виключно у жінок, спричиняється Neisseria gonorrhoeae чи Chlamydia trachomatis і є ускладненням захворювань, які передаються статевим шляхом. Патологія зумовлена запаленням печінкової капсули з розвитком псевдомембранозного глісоніту, який охоплює передню поверхню печінки і прилеглі до неї ділянки очеревини з утворенням множинних щільних прозорих сполучнотканинних зрощень без судинного рисунка. Виділено варіанти перебігу цієї патології, які клінічно відрізняються залежно від віку. На підставі власного досвіду та даних літератури автори наводять показники частоти, з якою це захворювання трапляється у практиці гепатобіліарного хірурга, а також відомості щодо діагностики та хірургічної тактики у хворих із синдромом Фітц-Х'ю — Куртіса.

Ключові слова: синдром Фітц-Х'ю — Куртіса, варіанти перебігу, діагностика, хірургічна тактика.

У 1920 р. професор медичного університету Монтевідео (Уругвай) Carlos Stajano вперше описав незвичний біль у верхній половині живота у жінок з гонококовим пельвіоперитонітом. Біль посилювався при рухах, фізичних навантаженнях, сміху тощо. Патологія отримала назву «субкостальний синдром Стаяно» [25]. Пізніше американський гінеколог, професор Чиказької медичної школи Arthur Hale Curtis виявив, що зазначена симптоматика зумовлена появою зрощень між капсулою печінки і діафрагмою [7]. У 1934 р. Thomas Fitzh-Hugh в Journal of the American Medical Association публікує статтю «Acute gonococci peritonitis of the right upper quadrant in women», де вказує на чіткий зв'язок болю зі статтю та захворюванням на гонорею і виділяє групу ризику – молодих жінок, які ведуть активне статеве життя з різними партнерами [8].

Саме за прізвищами двох останніх авторів це захворювання й відоме сьогодні як синдром Фітц-Х'ю — Куртіса. Існують й інші назви-синоніми, однак вони менш популярні у медичній практиці: гонококовий перигепатит, хламідійний перигепатит, синдром Стаяно та ін. Синдром Фітц-Х'ю — Куртіса – це локальний патологічний процес, який розвивається майже виключно у жінок, спричиняється *Neisseria gonorrhoeae* чи *Chlamydia trachomatis* і є ускладненням захворювань, що передаються статевим шляхом. Патологія зумовлена запаленням печінкової капсули з розвитком псевдомембранозного глісоніту, який охоплює передню поверхню печінки і прилеглі до неї ділянки очеревини з утворенням множинних щільних прозорих сполучнотканинних зрощень без судинного рисунка.

Тривалий час причиною синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса вважали виключно гонорейний перитоніт. Перші здогадки про роль хламідійної інфекції у розвитку перигепатиту і глісоперитонеальних зрощень були викладені L. Fransen у 1982 р. [9] та J. Henry-Suchet у 1983 р. [10]. У 1978 р. J. Muller-Schoop публікує результати свого дослідження, до якого було залучено 11 молодих жінок з діагнозом «перигепатит», підтвердженим за допомогою діагностичної лапароскопії. Серед цих пацієнток у 9 були серологічні докази перенесеної хламідійної інфекції, причому в 5 з них високі титри антитіл до

Василюк Сергій Михайлович, д. мед. н., проф., зав. кафедри
76014, м. Івано-Франківськ, вул. Рильського, 12б. E-mail: surge@i.ua

Стаття надійшла до редакції 23 січня 2013 р.

хламідії виявлено без лабораторних ознак гонококової інфекції [16]. Пізніше це підтвердили результати інших досліджень (табл. 1).

Незважаючи на те, що на сьогодні доведено зв'язок синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса з гонококовою і хламідійною інфекціями, перигепатит можуть спричинити й інші збудники. Перипечінкові зрощення, які нагадують макроскопічну картину синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса, виникають і після хвороби Bomholm, яку спричиняє вірус Коксакі. Описано випадки венеричного перигепатиту, зумовленого *Shigella sonnei* [2].

Патогенез синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса — не визначений. Найобґрунтованішу теорію прямої інфекції печінки через фалопієві труби запропонував у 1953 р. P. Holm-Nielsen: перитонеальна рідина рухається з малого таза до діафрагми, де абсорбується в правій підреберній ділянці [11]. На користь цієї теорії свідчить більша частота перигепатиту при інфекціях малого таза у підлітків та у пацієнток, які використовували внутрішньоматкові контрацептивні засоби, що містили мідь [14, 17]. Травмівний вплив внутрішньоматкової спіралі призводить до частішого поширення запального ексудату з малого таза в перипечінковий простір [17]. Однак лише у рідкісних випадках збудник вдається виділити з поверхні печінки. Крім цього, описано поодинокі випадки у чоловіків, що заперечує пряму інфекцію печінки і свідчить про інші шляхи поширення: гематогенний і лімфогенний [3, 24].

Теорія гематогенного поширення найменш доведена – вона ґрунтується на тому, що у пацієнтів із синдромом Фітц-Х'ю — Куртіса були виявлені вогнищеві ураження печінки, які вдалося усунути за допомогою антибактеріальної терапії [4]. Немає даних про виділення збудника з гемокультури. Ймовірнішим є лімфогенне поширення, яке пояснює, чому у хворих немає генералізованої інтраабдомінальної інфекції, а лише обмежений процес у правому підребер'ї. Проте немає анатомічних даних про сполучення лімфатичної системи тазового дна і субдіафрагмальних лімфовузлів [19].

Більшість публікацій, присвячених проблемі перигепатиту, стосується дерматовенерологів. У літературі мало повідомлень про частоту цієї патології у практиці хірургів, які займаються захворюваннями гепатобіліарної зони. Точний діагноз синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса можна встановити лише під час лапароскопії чи лапаротомії. Немає специфічної клінічної симптоматики цієї патології: вона часто маскується під хірургічні чи гастроентерологічні захворювання гепатобіліарної зони. До основних симптомів належать: клініка гострого чи підгострого запального процесу органів малого таза (не завжди наявна) та гострий біль у правому підребер'ї, який іррадіює у праве передпліччя, посилюється при рухах і супроводжується нудотою, блюванням, гарячкою, болем голови.

Однак, на нашу думку, в хірургічній практиці слід виділяти два варіанти клінічної ситуації при цій патології, які можуть виникати в ургентній чи плановій хірургії (табл. 2). Перший варіант (гострий) трапляється у молодих сексуально активних жінок. Оскільки перигепатит — це ускладнення венеричної інфекції, яка вже маніфестувала, то в багатьох випадках клінічні ознаки останньої будуть виражені вкрай слабко. Зазвичай таким пацієнткам встановлюють діагноз «печінкова колька» чи «гострий холецистит». Ретроспективні дослідження вказують, що в цю групу потрапляють жінки віком від 15 до 35 років, у 6 із 7 пацієнток під маскою «недіагностованого болю» ховається синдром Фітц-Х'ю — Куртіса. Лише приблизно у 2,6 % хворих, госпіталізованих з приводу гострого холециститу, можна діагностувати хламідійний перигепатит. Під час лапароскопії у цих пацієнток виявляють незначну кількість серозного випоту у малому тазу, гіперемовану очеревину у правому підребер'ї, стеаринових бляшок немає, печінка не змінена, спаяна з передньою черевною стінкою пухкими зрощеннями, які легко роз'єднуються тупим шляхом за допомогою граспера. Жовчний міхур часто незмінений, у деяких випадках може мати місце ін'єкція його судин. Інтраопераційні дані

Таблиця 1

Зв'язок синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса з хламідійною інфекцією

Дослідження	Рік	Кількість пацієнтів, залучених у дослідження	Кількість обстежених пацієнтів	Позитивний результат
J.W. Muller-Schoop та співавт. [16]	1978	11	11	9 (81,8 %)
P. Wolner-Hanssen та співавт. [27]	1980	4	4	4 (100,0 %)
S.P. Wang та співавт. [26]	1980	23	23	20 (86,9 %)
S. Piton та співавт. [22]	1990	20	20	18 (90,0 %)
T.Y. Choi та співавт. [6]	2008	30	19	19 (100,0 %)
H.W. Yang та співавт. [28]	2008	25	12	9 (75,0 %)
J.S. You та співавт. [29]	2012	82	82	73 (89,0 %)

Таблиця 2
Клінічні варіанти перебігу синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса

Критерій	Перший варіант (гострий)	Другий варіант (хронічний)
Частота (в хірургічній практиці), %	2,6	2,7–7,1
Вік пацієнтки, роки	15–40	Понад 50
Запальні захворювання органів малого таза	Наявні	Немає
Типовий «хірургічний діагноз»	Печінкова колька, гострий холецистит	Хронічний холецистит
Інтраопераційна картина	Незначна кількість серозного випоту у малому тазу, гіперемована очеревина у правому підребер'ї, жовчний міхур не змінений, печінка не змінена, спаяна з передньою черевною стінкою пухкими зрощеннями, які легко роз'єднуються тупим шляхом за допомогою граспера	Хронічно запалений жовчний міхур, серозного випоту немає, петлі кишечнику без особливостей, у правому підребер'ї візуалізуються множинні напружені глісоперитонеальні зрощення, які нагадують «струни скрипки»
Хірургічна тактика	Холецистектомія (?), антибіотикотерапія	Холецистектомія (?), тотальний адгезіолізис

не відповідають вираженій клінічній картині, яка вказувала на діагноз гострого холециститу і дала підстави для проведення операційного втручання [15]. Незважаючи на це, в більшості випадків лапароскопія завершується холецистектомією і пацієнтку виписують зі стаціонару з діагнозом гострого чи хронічного холециститу. Ми не знайшли даних щодо ролі необґрунтованих холецистектомій при синдромі Фітц-Х'ю — Куртіса в генезі постхолецистектомічних диспептичних розладів і болю, однак можна припустити, що вона є важливою.

На нашу думку, в цій ситуації холецистектомію слід виконувати лише у разі явних запальних змін жовчного міхура. Адекватна антибіотикотерапія дає змогу вилікувати основну венеричну патологію, ліквідувати вияви перигепатиту та уникнути інвазивних процедур [29]. Однак залишається відкритим питання щодо ймовірності формування у подальшому глісоперитонеальних зрощень після проведення антибіотикотерапії.

Другий варіант (хронічний) переважно трапляється у жінок віком понад 50 років. Цих пацієнток госпіталізують з діагнозом хронічного калькульозного холециститу. На момент госпіталізації немає даних щодо наявності у них венеричних захворювань, однак при ретельному зборі анамнезу можна отримати дані про перенесену і проліковану гонококову чи хламідійну інфекцію багато років тому. При ультрасонографічному дослідженні у пацієнток виявляється холецистолітіаз, 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 кишечнику без особливостей. У правому підребер'ї візуалізуються множинні напружені глісоперитонеальні зрощення, які нагадують «струни скрипки». Вони тонкі, прозорі, не містять судинного рисунка. В патологічний процес ніколи не залучається жовчний міхур – тонких зрощень між ним, капсулою печінки і очеревиною немає [23].

На жаль, у багатьох випадках хірурги розцінюють генез зазначених зрощень дещо помилково, вважаючи їх наслідком багаторазових нападів печінкової кольки чи гострого холециститу.

D.G. Hong та співавт. [12], проаналізувавши інтраопераційні дані 3674 лапароскопічних операційних втручань на нижньому поверсі живота, виявили 101 (2,7 %) випадок недіагностованого до операції синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса. Серед цих пацієнток лише 10 відзначали дискомфорт у правій підреберній ділянці, у решти жодних клінічних виявів не було.

R. Palade та співавт. [18] указують на значно вищу частоту цієї патології (7,1 %) при лапароскопії з приводу калькульозного холециститу. Автори рекомендують при такій операційній знахідці, поряд з холецистектомією, виконувати тотальний адгезіолізис, аргументуючи це тим, що зрощення не дають змоги правильно ввести троакари та зручно маніпулювати у зоні операції, нерозсічені щільні спайки можуть надірвати печінкову капсулу і спричинити неконтрольовану кровотечу. Більш того, відмова від адгезіолізису може призвести до неефективного результату операційного втручання – у пацієнтки залишиться больовий синдром.

У вітчизняній літературі нам не вдалося знайти публікацій, присвячених аналізу проблеми синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса у гепатобіліарній хірургії. На нашу думку, це зумовлено низкою причин. По-перше, глісоперитонеальні зрощення практичні хірурги часто не виділяють в окрему групу і трактують їх як звичайні посттравматичні чи постзапальні спайки. По-друге, діагностування синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса хірургами є непростим у

соціальному аспекті, особливо у випадку літньої пацієнтки, і зазвичай у медичній документації хірургічного відділення такий діагноз не фігурує.

Аналіз даних 1155 лапароскопічних холецистектомій у жінок, які були виконані у нашій клініці за 2007–2012 рр., показав, що у 678 випадках інтраопераційно були виявлені зрощення у черевній порожнині. У жодної хворої не було клінічно виражених запальних гінекологічних захворювань. Середній вік прооперованих жінок становив (48,8 ± 8,6) року. Серед цих пацієнток у 75 не було операційних втручань в анамнезі, які б могли спричинити появу зрощень. У 54 з них спайковий процес локалізувався ізольовано у правій підреберній ділянці. Це дало підстави зробити висновок, що частота синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса у пацієнток, які були прооперовані з приводу калькульозного холециститу, становила 4,7 %.

Доопераційне діагностування синдрому Фітц-Х'ю — Куртіса має передбачати, насамперед, ретельний збір анамнезу. Дані об'єктивного огляду не інформативні – симптоматика нагадує клінічну картину холециститу. У молодих пацієнток при підозрі на цю патологію необхідно призначити огляд гінеколога і при підтвердженні діагнозу гонококової чи хламідійної інфекції спрямувати їх у гінекологічні стаціонари. У жінок старшого віку велике значення мають інструментальні методи діагностики.

Оглядова рентгенографія грудної клітки з куполами діафрагми дає змогу заперечити пневмонію, плеврит чи вільний газ над печінкою. Діагностичну цінність має ультрасонографія. Застосування цього методу дає змогу заперечити діагноз холелітіазу, печінкового абсцесу, активного гепатиту та ін. При синдромі Фітц-Х'ю — Куртіса часто можна виявити глісоперитонеальні зрощення та збільшення розміру правого переднього екстраренального простору [19]. Патологічні зміни при ультрасонографії і на комп'ютерній томограмі зосереджені переважно на передній поверхні печінки. Це аномальне потовщення передньої капсули печінки та збільшення розміру гепаторенальної кишені (торбинки Morison), перихолецистит, вторинне потовщення стінки жовчного міхура аж до змін, характерних для гострого холециститу [5, 13, 20, 21].

Загалом зрощення при синдромі Фітц-Х'ю — Куртіса доброякісні й не спричиняють серйозних абдомінальних ускладнень. Однак є публікації про защемлення петель тонкої кишки між множинними глісоперитонеальними спайками [1], що слід враховувати при огляді пацієнток з клінічною картиною спайкової кишкової непрохідності за відсутності в анамнезі операційних втручань на органах черевної порожнини.

Таким чином, реальна частота, з якою синдром Фітц-Х'ю — Куртіса трапляється у практиці гепатобіліарного хірурга, залишається неуточненою. Не вирішено питання доопераційної діагностики цієї патології і хірургічної тактики при її інтраопераційному виявленні.

Література

1. Abul-Khoudoud O.R., Khabbaz A.Y., Butcher C.H., Farha M.J. Mechanical partial small bowel obstruction in a patient with Fitz-Hugh — Curtis syndrome // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A.— 2001.— Vol. 11 (2).— P. 111–114.
2. Amstey M.S., Gandell D.L. Salpingitis-perihepatitis in a patient with cervical Shigella sonnei // Obstet. Gynecol.— 1980.— Vol. 55 (3).— P. 70–71.
3. Baek H.C., Bae Y.S., Lee K.J. et al. A case of Fitz-Hugh — Curtis syndrome in a male // Kor. J. Gastroenterol.— 2010.— N 55 (3).— P. 203–207.
4. Banerjee B., Rennison A., Boyes B.E. Sonographic features in a case of Fitz-Hugh — Curtis syndrome masquerading as malignancy // Br. J. Radiol.— 1992.— N 65.— P. 342–344.
5. Cho H.J., Kim H.K., Suh J.H. et al. Fitz-Hugh — Curtis syndrome: CT findings of three cases // Emerg. Radiol.— 2008.— Vol. 15 (1).— P. 43–46.
6. Choi T.Y., Kang J.O., Chung S.R., Ahn Y. Chlamydia trachomatis antibody in Fitz-Hugh — Curtis syndrome // Korean J. Lab. Med.— 2008.— Vol. 28 (4).— P. 293–298.
7. Curtis A.H. A cause of adhesion in the right upper quadrant // J. Am. Med. Ass.— Chicago, 1930.— N 94.— P. 1221–1222.
8. Fitz-Hugh Jr. T. Acute gonococcic peritonitis of the right upper quadrant in women // J. Am. Med. Ass.— 1934.— N 102.— P. 2094–2096.
9. Fransen L., Avonts D., Piot P. Genital chlamydial infection associated with perihepatitis (Fitz-Hugh — Curtis syndrome) // Acta Clin. Belg.— 1982.— N 37 (5).— P. 314–317.
10. Henry-Suchet J., Solal P., Loffredo V., Pez J.P. Subclinical perihepatitis (Fitz-Hugh — Curtis syndrome) in salpingitis or tubal sterility. Cultures positive for Chlamydia trachomatis in perihepatic adhesions // Presse Med.— 1983.— N 12 (27).— P. 1725.
11. Holm-Nielsen P. Right upper quadrant pain in salpingitis and other abdominal diseases explained by absorption of exudates from the peritoneal cavity through the diaphragm // Acta Chir. Scand.— 1953.— N 104.— P. 435–446.
12. Hong D.G., Choi M.H., Chong G.O. et al. Fitz-Hugh — Curtis syndrome: single centre experiences // J. Obstet. Gynaecol.— 2010.— Vol. 30 (3).— P. 277–280.
13. Le Moigne F., Lamboley J.L., Vitry T. et al. Usefulness of contrast-enhanced CT scan for diagnosis of Fitz-Hugh — Curtis syndrome // Gastroenterol. Clin. Biol.— 2009.— Vol. 33 (12).— P. 1176–1178.
14. Litt I.F., Cohen M.I. Perihepatitis associated with salpingitis in adolescents // JAMA.— 1978.— N 240.— P. 1253–1254.
15. MacLean A.B. Fitz-Hugh — Curtis syndrome // J. Obstet. Gynaecol.— 2008.— Vol. 28 (3).— P. 259–260.
16. Muller-Schoop J.W., Wang S.P., Munzinger J. et al. Chlamydia trachomatis as possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women // Br. Med. J.— 1978.— N 1 (6119).— P. 1022–1024.
17. Onsrud M. Perihepatitis in pelvic inflammatory disease-association with intrauterine contraception // Acta Obstet. Gynecol. Scand.— 1980.— N 59.— P. 69–71.
18. Palade R., Vasile D., Grigoriu M., Voiculescu D. The Fitz-Hugh — Curtis syndrome in laparoscopic surgery // Chirurgia (Bucur).— 2002.— N 97 (6).— P. 557–561.
19. Peter N.G., Clark L.R., Jaeger J.R. Fitz-Hugh — Curtis syndrome: A diagnosis to consider in women with right upper quadrant pain // Cleveland Clin. J. Med.— 2004.— Vol. 71, N 3.— P. 233–239.

20. Pickhardt P.J., Fleishman M.J., Fisher A.J. Fitz-Hugh — Curtis syndrome: Multidetector CT findings of transient hepatic attenuation difference and gallbladder wall thickening // AJR.— 2003.— Vol. 180, N 6.— P. 1605–1606.
21. Piscaglia F., Vidili G., Ugolini G. et al. Fitz-Hugh — Curtis syndrome mimicking acute cholecystitis: value of new ultrasound findings in the differential diagnosis // Ultraschall. Med.— 2005.— Vol. 26 (3).— P. 227–230.
22. Piton S., Marie E., Parmentier J. Chlamydia trachomatis perihepatitis (Fitz Hugh-Curtis syndrome). Apropos of 20 cases // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris).— 1990.— N 19 (4).— P. 447–454.
23. Ricci P., Lema R., Sola V. et al. Fitz-Hugh — Curtis syndrome: Three cases of incidental diagnosis during laparoscopy // J. Obstet. Gynaecol.— 2008.— Vol. 28 (3).— P. 352–354.
24. Saurabh S., Unger E., Pavlides C. Fitz-Hugh — Curtis syndrome in a male patient: a case report and literature review // Case Rep. Surg.— 2012.— P. 4572.
25. Stajano C. La reaction frenica en ginecologica // La semana medica.— 1920.— N 27.— P. 243–248.
26. Wang S.P., Eschenbach D.A., Holmes K.K. et al. Chlamydia trachomatis infection in Fitz-Hugh — Curtis syndrome // Am. J. Obstet. Gynecol.— 1980.— N 138 (7 Pt 2).— P. 1034–1038.
27. Wolner-Hanssen P., Westrom L., Mardh P.A. Perihepatitis and chlamydial salpingitis // Lancet.— 1980.— N 1 (8174).— P. 901–903.
28. Yang H.W., Jung S.H., Han H.Y. et al. Clinical feature of Fitz-Hugh — Curtis syndrome: analysis of 25 cases // Kor. J. Hepatol.— 2008.— Vol. 14 (2).— P. 178–184.
29. You J.S., Kim M.J., Chung H.S. et al. Clinical features of Fitz-Hugh — Curtis Syndrome in the emergency department // Yonsei Med. J.— 2012.— Vol. 53 (4).— P. 753–758.

С.М. Василюк, В.М. Галюк, В.М. Клымьюк

СИНДРОМ ФИТЦ-ХЬЮ — КУРТИСА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Освещены основные патогенетические и клинические аспекты синдрома Фитц-Хью — Куртиса – локального патологического процесса, который развивается почти исключительно у женщин, вызывается Neisseria gonorrhoeae или Chlamydia trachomatis и является осложнением заболеваний, которые передаются половым путем. Патологию вызывает воспаление печеночной капсулы с развитием псевдомембранозного глиссонита, который поражает переднюю поверхность печени и прилежащие к ней участки брюшины с формированием множественных плотных прозрачных соединительнотканных спаек без сосудистого рисунка. Выделены варианты течения этой патологии, которые клинически отличаются в зависимости от возраста. На основании собственного опыта и данных литературы авторы приводят показатели частоты, с которой это заболевание встречается в практике гепатобилиарного хирурга, а также сведения о диагностике и хирургической тактике у больных с синдромом Фитц-Хью — Куртиса.

Ключевые слова: синдром Фитц-Хью — Куртиса, варианты течения, диагностика, хирургическая тактика.

S.M. Vasyliuk, V.M. Galiuk, V.M. Klymyuk

FITZ-HUGH – CURTIS SYNDROME IN SURGERY

The basic pathogenesis and clinical aspects of the Fitz-Hugh – Curtis syndrome is highlighted. Fitz-Hugh – Curtis syndrome – a local pathological process that develops almost exclusively in women, is caused by Neisseria gonorrhea or Chlamydia trachomatis and is a complication of diseases that are transmitted sexually. Underlying pathology is inflammation of the liver capsule of pseudo-membranous inflammation of the liver capsule that hits the front surface of the liver and the areas adjacent to it peritoneum with the formation of multiple transparent dense connective tissue adhesions without vascular pattern. Highlighted the clinical course of this disease variants that are clinically different women of different ages. Drawing on own experience and the literature data, the authors set out the frequency of the disease in the hepatobiliary surgery practice and present information about the diagnosis and surgical tactics in patients with the syndrome of Fitz-Hugh – Curtis.

Key words: Fitz-Hugh – Curtis syndrome, options flow, diagnosis, surgical approach.