УДК 616.36+616.37]—002:616.98

СИНДРОМ ФІТЦ—Х'Ю—КУРТІСА ЯК ПЕРЕДУМОВА ВИНИКНЕННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ

В. В. Леонов, Н. А. Маюра, М. С. Линдін
Сумський державний університет, медичний інститут

A FITZ—HUGH—CURTIS SYNDROME AS A PREMISE OF THE INFLAMMATORY DISEASES OF A HEPATOPANCREATOBILIARY ZONE ORGANS

V. V. Leonov, N. A. Mayura, M. S. Lyndin
Sumy State University, Medical Institute

Реферат
Вивчений склад мікрофлори жовчовивідних шляхів та його кореляція з клінічною формою й тяжкістю запально—деструктивних процесів у гепатопанкреатодуоденальній зоні. Метою дослідження є оптимізація лікувально—діагностичної тактики для зменшення частоти ускладнень та віддалених рецидивів ускладненої жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Встановлено, що за стандартного бактеріологічного дослідження неможливо оцінити деякі чинники ураження жовчовивідних шляхів, зокрема, хламідійну інфекцію. Отже, для вибору індивідуальної антибактеріальної терапії потрібне більш детальне й сучасне обстеження хворих.
Ключові слова: холецистит; холангіт; панкреатит; хламідіоз; бактеріохолія; антибіотикорезистентність.

Abstract
A content of a biliary ways microflora and its correlation with clinical form and severity of inflammatory—destructive processes in hepatopancreatobiliary zone were studied up. The investigation objective was the optimization of a treatment—diagnostic tactics for the complications and remote recurrences rate reduction in a complicated biliary calculous disease. There was established, that a standard bacteriological investigation do not give a possibility to estimate some causes of a biliary ducts affection, a chlamidial infection in particular. So on, for the individual antibacterial therapy choosing a more detailed and modern examination of patients is needed.
Keywords: cholecystitis; cholangitis; pancreatitis; chlamidiosis; bacteriocholia; antibiotic resistance.

В останні десятиріччя спостерігають прогресивне збільшення частоти виявлення запальних захворювань жовчовивідних шляхів, що, насамперед, асоціюються з ЖКХ, калькульозним холециститом, біліарним панкреатитом. Частота поєднаних захворювань панкреатохолангіодуоденальної зони збільшилася за останні роки майже вдвічі [1]. Навіть у теперішній час, коли у практиці широко використовують високоякісні антисептики, сучасні антибактеріальні препарати та прогресивні шовні матеріали, частота гнійно—септичних ускладнень після оперативних втручань на жовчовивідних шляхах становить від 0,8 до 14,8% залежно від типу операції [2, 3]. Це свідчить про неадекватну елімінацію мікрофлори з жовчовивідних шляхів, що спричиняє повторну контамінацію гематогенним чи контактним шляхом тих анатомічних утворень, в яких мікрофлора у нормі відсутня. Сучасні методи обстеження дозволяють виявляти субклінічні варіанти запальних процесів у панкреатобіліарній зоні [4 — 6].

Сьогодні проведені численні дослідження з вивчення мікрофлори, виділеної з жовчі, у пацієнтів при запальних захворюваннях органів гепатобіліарної зони [2].

Втім, навіть за умови використання ефективних антибактеріальних препаратів з профілактичною чи лікувальною метою з огляду на чутливість мікрофлори спостерігають рецидиви конкрементоутворення, постхолецистектомічний синдром, біліарний панкреатит [7, 8]. Це наводить на думку про повернення мікрофлори до жовчовивідних шляхів, незважаючи на вилучення механічного подразника. Отже, виникає потреба у пошуку чинника, що міг би впливати на бактерицидні властивості жовчі, яка у здорової людини є досить агресивним середовищем, що забезпечує стерильність жовчовивідних шляхів [9, 10]. Таким чинником може бути не виявлена під час бактеріологічного дослідження жовчі генералізована хламідійна інфекція з переважним ураженням органів верхніх відділів черевної порожнини, відома як синдром Фітц—Х`ю—Куртіса.

Протягом тривалого часу причиною виникнення синдрому Фітц—Х'ю—Куртіса вважали гонорейний перитоніт. Перші відомості про роль хламідійної інфекції у виникненні перигепатиту і глісоперитонеальних зрощень викладені L. Fransen (1982) та J. H. Suchet (1983). Втім, більшість досліджень, присвячених проблемі перигепатиту, є сферою інтересів дерматовенерологів. Хірургічний аспект цієї проблеми досить рідко висвітлюють у сучасній літературі через етіологічні, патогенетичні та клінічні особливості захворювання. Це зумовлене, по—перше, тим, що глісоперитонеальні зрощення практичні хірурги часто не виділяють в окрему групу і тракту-

ють їх як звичайні посттравматичні чи постзапальні спайки; по—друге, діагностування синдрому Фітц—Х'ю—Куртіса хірургами непросте у соціальному аспекті, особливо у пацієнток літнього віку, і, як правило, в медичній документації хірургічного відділення такий діагноз не фігурує [2, 5].

Патогенез синдрому Фітц—Х'ю—Куртіса детально не вивчений. Найобґрунтованішу теорію прямої інфекції печінки через маткові труби запропонував у 1953 р. P. H. Nielsen: перитонеальний ексудат рухається з порожнини малого таза до діафрагми, де абсорбується в правій підребровій ділянці. На користь цієї теорії свідчить більша частота виявлення перигепатиту при інфекціях порожнини малого таза у підлітків та пацієнток, які використовували внутрішньоматкові контрацептивні засоби. Втім, в літературі є поодинокі повідомлення про захворювання з аналогічною клінікою у чоловіків, що заперечує пряму інфекцію печінки і свідчить про інші шляхи її поширення, зокрема, гематогенний і лімфогенний.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежені 53 пацієнтки, яких з приводу хірургічних захворювань жовчовивідних шляхів лікували в хірургічному відділенні Сумської міської клінічної лікарні № 5 у 2013 — 2015 рр. Віком від 20 до 30 років були 2 (3,7%) хворі, від 30 до 40 років — 48 (90,5%), від 40 до 50 років — 3 (5,8%). Хворі розподілені на 2 групи. У 36 (67,9%) хворих (1—ша група) рекомендоване виконання планової холецистектомії з приводу хронічного калькульозного холециститу (у 32) або рецидивуючого біліарного панкреатиту (у 4). У 17 (32,1%) пацієнток (2—га група) діагностований гострий холецистит. Усім хворим здійснене лапароскопічне втручання. З метою виявлення хламідійної інфекції хворим проведене серологічне дослідження крові з визначенням IgM, IgG до Chlamydia (Chl.) trachomatis за стандартизованою методикою (кількісний показник з позитивним значенням понад 0,05 DU) та пошук збудника у мазках з слизової оболонки видаленого жовчного міхура за методом ланцюгової реакції з полімеразою (ЛРП, стандартизована якісна реакція). Також проведене гістологічне дослідження 23 зразків операційного матеріалу. Періопераційну антибактеріальну терапію у попередньо обстежених хворих проводили за сучасними рекомендаціями з лікування системного хламідіозу [2], без додаткового обстеження — лікували за принципами Токійських клінічних рекомендацій (2013) [11], а після виявлення хламідіозу хворих включали в групи стандартної етіотропної терапії в амбулаторних умовах.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними серологічного дослідження, в усіх 4 хворих з рецидивуючим панкреатитом виявлені IgM та IgG до Chl. trachomatis у високому титрі, що свідчило про наявність тривало персистуючої інфекції в організмі (*табл. 1, 2*). В 11 хворих за гострого холециститу відзначений позитивний тест IgM, що свідчило про наявність гострої хламідійної інфекції (реінфікування) в організмі, проте, слід мати на увазі наявність інших вогнищ імуногенної патології, що не мають відношення до хірургічного захворювання. У 20 хворих за хронічного калькульозного холециститу виявлені IgG у діагностично значущих титрах. Такі дані є ознакою напруження імунітету, що може свідчити про наявність хламідіозу, перенесеного раніше, або вогнища латентно існуючої інфекції.

При пошуку Chl. trachomatis за даними ЛРП позитивні результати відзначені у 3 хворих за некалькульозного холециститу, що поєднувався з хронічним рецидивуючим панкреатитом. Також збудник виявлений у 5 за гострого холециститу. У хворих при хронічному холециститі ЛРП негативна. Такі дані свідчили про участь хламідій на початкових етапах конкрементоутворення в біліарному тракті.

За результатами гістологічного дослідження не отримані однозначні відомості щодо наявності збудника безпосередньо у тканинах, оскільки у теперішній час немає стандартів пошуку внутрішньоклітинних збудників у фіксованому препараті при використанні світлової мікроскопії. Отже, виявлені лише ознаки, характерні для підгострого запалення жовчовивідних шляхів.

За даними досліджень, субстратом, на якому персистують хламідії, є циліндричний епітелій, що вистилає жовчовивідні шляхи. Проте, оскільки епітеліальна вистилка білі-

Таблиця 1. **Розподіл хворих за наявністю діагностично значущих титрів імуноглобулінів до Chl. trachomatis**

Тест на наявність Chl. trachomatis	Кількість спостережень в групах	
	1–й	2–й
IgM		
негативний (<0,05 DU)	25	6
позитивний (> 0,05 DU)	11	11
IgG		
негативний (<0,05 DU)	12	2
позитивний (> 0,05 DU)	24	15

Таблиця 2. **Середні показники титрів імуноглобулінів до Chl. trachomatis**

Титр імуноглобулінів	Величина показника в групах	
	1–й	2–й
IgM		
негативний (<0,05 DU)	0,022	0,04
позитивний (> 0,05 DU)	2,38	6,84
IgG		
негативний (<0,05 DU)	0,1	0,016
позитивний (> 0,05 DU)	5,05	7,12

арної системи виконує не тільки бар`єрну функцію, а ще й бере безпосередню участь в регуляції колоїдного стану жовчі, можна припустити, що персистування хламідійної інфекції сприяє утворенню конкрементів у спільній жовчній протоці з можливим закиданням їх до протоки підшлункової залози з подальшим формуванням біліарного панкреатиту у пацієнтів після холецистектомії.

Антибактеріальні препарати як для інтраопераційної профілактики, так і лікування гнійно—септичних ускладнень обирали на підставі результатів культурального вивчення складу жовчі. Втім, такий збудник, як хламідія, при цьому не можна визначити, оскільки від є облігатним внутрішньоклітинним паразитом, який не може розвиватися на звичайних середовищах.

ВИСНОВКИ

1. Кількісні характеристики наявності хламідійної інфекції в організмі людини значною мірою корелюють з вираженістю клінічних проявів таких захворювань, як холецистит (з наявністю конкрементів або без них) та рецидивуючий біліарний панкреатит.

2. Проведення спеціалізованих досліджень дозволяє виявити збудника безпосередньо у слизовій оболонці жовчного міхура. Це свідчить про необхідність сучасного обстеження хворих до оперативного втручання.

3. Особливої уваги потребує група ризику — молоді жінки, у яких в анамнезі є відомості про венеричні захворювання. Виявлення за спеціальними методами латентної хламідійної інфекції в організмі пацієнтки дозволяє індивідуально обирати таргетну антибактеріальну терапію, беручи до уваги чутливість усіх збудників, що сприятиме більш швидкому регресу запальних змін в біліарній системі та дозволить проводити ефективну профілактику рецидивів панкреатиту чи конкрементоутворення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Василюк С. М. Синдром Фітц—Х'ю—Куртіса у хірургічній практиці / С. М. Василюк // Хірургія України. — 2013. — № 1. — С. 100 — 106.
2. Black C. M. Chlamydial infection: A clinical and public health perspective / C. M. Black. — Atlanta, Ga, 2013. — 170 p.
3. Chlamydia antibody in Fitz—Hugh—Curtis syndrome / T. Y. Choi, J. O. Kang, S. R. Chung, Y. Ahn // Kor. J. Lab. Med. — 2008. — Vol. 28, N 4. — P. 293 — 298.
4. A case of Fitz—Hugh—Curtis syndrome in a male / H. C. Baek, Y. S. Bae, K. J. Lee [et al.] // Kor. J. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 55, N 3. — P. 203 — 207.
5. MacLean A. B. Fitz — Hugh—Curtis syndrome / A. B. MacLean // J. Obstet. Gynaec. — 2008. — Vol. 28, N 3.— P. 259 — 260.
6. Ничитайло М. Е. Инфекционно—воспалительные осложнения лапароскопической холецистэктомии / М. Е. Ничитайло // Клін. хірургія. — 2004. — № 4—5. — С. 54.
7. Fitz—Hugh—Curtis syndrome: CT findings of three cases / H. J. Cho, H. K. Kim, J. H. Suh [et al.] // Emerg. Radiol. — 2008. — Vol. 15, N 1. — P. 43 — 46.
8. Usefulness of contrast enhanced CT scan for diagnosis of Fitz—Hugh—Curtis syndrome / F. Le Moigne, J. L. Lamboley, T. Vitry [et al.] // Gastroenterol. Clin. Biol. — 2009. — Vol. 33, N 12. — P. 1176 — 1178.
9. Fitz—Hugh—Curtis syndrome: single centre experiences / D. G. Hong, M. H. Choi, G. O. Chong [et al.] // J. Obstet. Gynaec. — 2010. — Vol. 30, N 3. — P. 277 — 280.
10. Куніцький Ю. Л. До питання про діагностичний алгоритм при поєднаних захворюваннях органів гепатопанкреатодуоденальної системи / Ю. Л. Куніцький // А. М. L. — 2011. — Т. 17, № 3. — С. 32 — 34.
11. Профилактика и лечение внутрибрюшных гнойных осложнений после выполнения лапароскопической холецистэктомии с применением вмешательств под контролем ультразвукового исследования / М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, С. И. Щербина, В. В. Беляев // Клін. хірургія. — 2005. — № 2. — С. 13 — 16.