

Л.М. РАДЧЕНКО

ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ НА ФОНІ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА

Патологія желчного пузыря была выявлена у большинства больных с гипертонической болезнью на фоне избыточной массы тела и ожирения, на что врачи лечебных учреждений не обращали внимания: холецистэктомия (20%), полипоз (5%), желчнокаменная болезнь (36%), холестероз желчного пузыря (61%), сладж - 50%, что значительно превышает данные литературы. Для диагностики холестерозу ЖМ в клинике можно использовать дискриминантную шкалу Щербининой М.Б. и соавт. (2007).

Ключевые слова: холецистэктомия, холестероз жовчного міхура, желчнокаменная болезнь.

ВСТУП

Ожиріння є величезною медико-соціальною проблемою індустріально розвинених країн світу, актуальність якої невпинно зростає. У США 61% населення мали масу тіла більше норми, в Росії – 54%, Великобританії – 51%, Німеччині – 50% (тоді як у Китаї – лише 15%) [5]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, більш 1,7 млрд. людей відноситься до категорії осіб з надлишковою масою тіла, внаслідок чого більше 1 млрд. мають артеріальну гіпертензію [9]. Дані епідеміологічних досліджень свідчать, що ожиріння є важливим фактором ризику артеріальної гіпертензії та інших форм серцево-судинної патології [2], хоча ця залежність не є лінійною. У той же час порушення ліпідного обміну без сумніву приводять до потогенетичних змін у інших органах, зокрема, в органах травної системи. Враховуючи важливе значення жовчного міхура у екскреції ліпідів, слід очікувати, що за умов порушень ліпідного обміну жовчний міхур буде втягнений у патологічний процес у першу чергу. Тому метою нашої роботи стало вивчення змін жовчного міхура в осіб з надлишковою масою тіла та артеріальною гіпертензією.

Серед хвороб жовчного міхура у пацієнтів з порушеннями ліпідного обміну особливе місце займає холестероз, який визначається як обмінне захворювання стінки жовчного міхура (ЖМ), що характеризується локальною або дифузною інфільтрацією стінки ефірами холестерину, розвитком холестеринових поліпів, зниженням скоротливої функції ЖМ. Холестероз ЖМ вперше описаний в 1857 р. R.Virchow, який виявив у слизовій оболонці зернисті жирові відкладення [1]. Природа ліпідів при холестерозі ЖМ була точно встановлена W.Boyd в 1923 р., який встановив, що це - ефіри холестерину. На даний час встановлено, що холестероз ЖМ – це захворювання, яке характеризується відкладанням ефірів холестерину переважно в його слизовій оболонці, в так званих пінистих чи ксантомних клітинах, скупчення яких і визначає мікроскопічну картину патології. Крім того, холестероз може локалізуватись у міхуровій чи вірсунговій протоці, холедоду, подеколи у підслизовому чи навіть у м'язовому шарах. Така патофізіологія процесу споріднює холестероз ЖМ та атеросклероз [10].

Етіологія та патогенез холестерозу ЖМ тісно пов'язані з холестериновим обміном, процесами етерифікації холестерину. Утворення ефірів холестерину відбувається як позаклітинно, так і всередині клітини, і обидва ці процеси завжди спрямовані на те, щоб забрати молекули холестерину з крові і транспортувати їх або акумулювати у клітині. Позаклітинна етерифікація холестерину здійснюється ферментом лецитин-холестерин-ацилтрансферазою (ЛХАТ). Внаслідок дії ЛХАТ холестерин з поверхні ліпопротеїдів високої густини поступає всередину ліпопротеїду у вигляді ефірів холестерину. Завдяки такому механізму ліпопротеїди високої густини здатні знімати холестерин з поверхні плазматичних мембран різних клітин. Клітинна етерифікація холестерину відбувається в реакції, що каталізується ацил-КоА-холестерин-ацилтрансферазою, найбільша кількість якої знаходиться у печінці, де приймає участь у синтезі жовчних кислот.

В літературі описано, що порушення ліпідного обміну тісно пов'язані з біліарним сладжем, утворенням каменів у ЖМ [3]. У той же час дані щодо холестерозу, який виникає за умов порушень метаболізму ліпідів, не є однозначними. Так, під час Російського гастроентерологічного тижня була оприлюднена робоча класифікація метаболічного синдрому, за якою окремо

пропонується виділяти жовчнокам'яний варіант метаболічного синдрому. Як відомо, метаболічний синдром характеризується підвищенням артеріального тиску на фоні метаболічних ліпідних та вуглеводних порушень. За даними О.Н. Коренеєвой (2008), жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) ресструвалась у 20% пацієнтів (у тому числі холецистектомія – у 13%, камені ЖМ – у 7%), холестероз ЖМ – у 10%, явища біліарного сладжа – у 32% хворих з метаболічним синдромом [7].

Клініка холестерозу ЖМ поліморфна і залежить від ступеня вираженості холестерозу, його локалізації, функціонального стану ЖМ, наявності чи відсутності жовчних каменів, запального процесу в біліарній системі. За поширеністю виділяють такі форми холестерозу ЖМ: дифузну, вогнищеву, поліпозну. Залежно від наявності або відсутності жовчних каменів визначають некаменевий та каменевий холестерози. Залежно від клініки виділяють безсимптомний холестероз, диспепсичну та больову форми. Найчастіше зустрічається безсимптомна або малосимптомна форма. Більш виражені клінічні прояви зустрічаються за умов ураження шийки ЖМ, коли порушується процес евакуації жовчі з ЖМ та може виникати больовий синдром. До недавнього часу діагноз холестерозу ЖМ виставлявся переважно під час хірургічного втручання у хворих з гострим холециститом або жовчнокам'яною хворобою, а єдиним методом лікування була холецистектомія. Широке розповсюдження ультразвукового дослідження органів черевної порожнини та поява апаратів з високими діагностичними можливостями привели до того, що холестероз ЖМ виявляється частіше, однак він і досі не привертає необхідної уваги, оскільки вимагає використання спеціальних методик дослідження [1]. Раннє виявлення та адекватне лікування холестерозу ЖМ мають клінічне значення внаслідок ймовірності модифікації цього стану у жовчнокам'яну хворобу, що зумовлюється також бідною клінічною симптоматикою та потребою у додаткових методах дослідження [8]. Лікування холестерозу за відсутності холестерінових каменів практично не розроблене [1].

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою визначення стану жовчного міхура у хворих на артеріальну гіпертонію (АГ) з надлишковою масою тіла чи ожирінням обстежено 50 хворих (середній вік $59,4 \pm 2,3$ р., 7 чоловіків, 13 жінок) на гіпертонічну хворобу на фоні надлишкової маси тіла чи ожиріння. Критерії включення у дослідження: гіпертонічна хвороба, надлишкова маса тіла чи ожиріння. Критерії виключення: серцева недостатність IV функціонального класу, важка печінкова та ниркова недостатність, декомпенсація цукрового діабету, гострі некротичні процеси, вагітність, онкологічні хвороби. Контрольну групу для визначення стану травної системи - склали 10 осіб (середній вік 46 ± 5 р.) без артеріальної гіпертензії та з нормальною масою тіла ($IMT < 24,9$). Для діагностики холестерозу ЖМ використовували ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини за стандартною методикою [6] та скорочений варіант дискримінантної шкали діагностики Щербиніної М.Б. та співав. (2007) [3]. УЗД-діагностика є найбільш поширеною методикою діагностики патології біліарної системи, хоча критерії холестерозу ЖМ за цим методом точно не визначені, в літературі описані як ймовірні, так і вірогідні критерії, що утруднює діагностику. До ймовірних відносять підвищення щільності стінки ЖМ, особливо у зони в ділянці шийки, зменшення однорідності стінки ЖМ, зменшення скоротливості міхура (менше 50%), збільшення щільності міхурової жовчі. Позитивна динаміка цих ознак відноситься до вірогідних критеріїв [1]. Така невизначеність діагностики холестерозу ЖМ зумовила необхідність впровадження інших методів, до яких відноситься запропонована дискримінантна шкала діагностики Щербиніної М.Б. та співав. (2007). Повний варіант шкали включає 24 ознаки, серед яких найбільш значущими виявились вік, наявність гіпертонічної хвороби та стеатогепатозу, біліарна диспепсія, розміри ЖМ, ущільнення його стінки, наявність каменя в шийці ЖМ та вміст холестерину в сироватці крові [3]. Холестероз жовчного міхура вважається присутнім за умов оцінки дев'яти ознак та кількості балів 87 та більше [4] У той же час, відсутність одної чи двох ознак не заважає користуватись шкалою, у такому випадку для визначення діагностичної межі кількість врахованих ознак має бути помножена на коефіцієнт логістичної регресії 9,72. Статистичну обробку отриманих даних проводили після створення базових даних в системі "Microsoft Office Excel" за допомогою пакета аналізу. Оцінку вірогідності проводили з використанням парного t-критерію Стьюдента. Достовірними вважали показники при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Обстежені пацієнти не мали скарг, які можна було би пов'язати з патологією жовчного міхура, крім одного пацієнта в якого лише під час прицільного опитування встановлено скаргу на гіркоту в роті. У жодного хворого під час фізикального обстеження не було виявлено змін з боку жовчного міхура, таких як болочість при пальпації, міхур, що палькується, позитивні симптоми Мерфі, Кера, Ортнера.

Серед 50 хворих основної групи у 10 (20%) пацієнтів (9 жінок та 1 чоловік) жовчний міхур виявився оперативно видалений з приводу ЖКХ, що значно перевищує дані літератури (13%) [7]. Чим відрізнялась підгрупа хворих без жовчного міхура? Аналіз проведений за характеристиками гіпертензії, антропометричними характеристиками, параметрами загального аналізу крові та сечі, біохімічними константами роботи печінки та нирок, показниками ЕхоКГ та ЕКГ. Оцінювались медіани названих параметрів та відсоток відхилення параметра порівняно з підгрупою хворих з функціонуючим жовчним міхуром. Передусім звертає увагу тенденція до зменшення тривалості артеріальної гіпертензії на 24% у хворих з холецистектомією (ХЕ). Тут слід ще раз згадати, що у дослідження включені хворі, які знаходились на стаціонарному лікуванні з приводу саме гіпертонічної хвороби. Тому, можливо, вимагає подальшого вивчення особливості гіпертензії у хворих без жовчного міхура. За медіанами тисків (систоличний, діастолічний, пульсовий) групи практично не відрізнялись. Для хворих з ХЕ було характерно збільшення ІМТ (+5%), обводу талії (+10%) та, особливо обводу стегон ($123,00 \pm 5,80$ см проти $112,00 \pm 1,51$, $p < 0,05$; +10%). Істотні зміни лабораторних параметрів передусім торкались гемограми. Так, периферійна кров хворих на АГ на фоні надваги чи ожиріння та ХЕ характеризувалась істотним збільшенням кількості еритроцитів ($4,15 \pm 0,05 \times 10^{12}/л$ проти $3,86 \pm 0,08 \times 10^{12}/л$, $p < 0,01$; +8%), зменшенням гематокриту ($0,43 \pm 0,01$ од. проти $0,47 \pm 0,01$ од., $p < 0,05$; -9%) та паличкоядерних нейтрофілів ($1,71 \pm 0,42\%$ проти $3,36 \pm 0,34\%$, $p < 0,05$; -49%) на тлі збільшення моноцитів ($6,43 \pm 0,72\%$ проти $4,31 \pm 0,31\%$, $p < 0,05$; +49%). Крім того, спостерігались зростання відносної кількості лімфоцитів на 15% та ШОЕ на 23%, хоча за середніми показниками різниця була не достовірною. Загальний фібриноген у хворих з ХЕ був істотно нижчим – на 18% : $3,07 \pm 0,30$ г/л та $3,73 \pm 0,14$ г/л, $p < 0,05$. Таким чином, у хворих з ХЕ можна спостерігати розбалансованість показників запалення: менше паличкоядерних нейтрофілів та загального фібриногену та більше лімфоцитів, моноцитів та ШОЕ. Хоча за медіанами біохімічних констант ці дві підгрупи істотно не різнились, для хворих з видаленим жовчним міхуром було притаманне збільшення загального білірубіну на 58%, та зростання АСТ на 17%, АЛТ – на 33%. Це може бути непрямим свідченням того, що за умов відсутності жовчного міхура печінка у більшому ступені реагує.

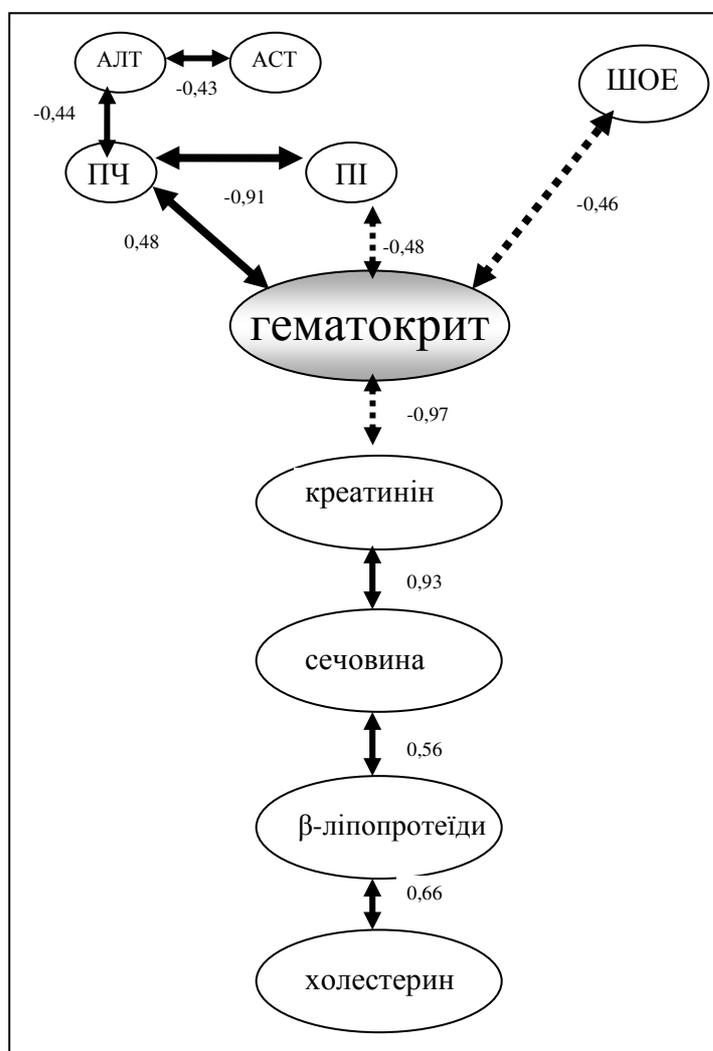
Таблиця 1. Істотні коефіцієнти кореляції між параметрами у хворих з ХЕ в анамнезі та функціонуючим жовчним міхуром

Хворі з ХЕ		Хворі з жовчним міхуром	
Напрямок зв'язку	Коефіцієнт кореляції	Напрямок зв'язку	Коефіцієнт кореляції
Обвід талії - ІМТ	0,89	Лейкоцити периферійної крові – лімфоцити (відносні)	-0,33
Гематокрит - паличкоядерні	-0,81	Лейкоцитурія – густина сечі	-0,40
Сечовина - креатинін	0,87	Кінцевий діастолічний розмір – S+R за ЕКГ	0,38
Протромбіновий індекс – протромбіновий час	-0,97	АСТ - АЛТ	0,43
Холестерин	– загальні лейкоцити	АЛТ – протромбіновий час	0,44
	– бета-ліпопротеїди	Протромбіновий індекс – протромбіновий час	-0,91
		Гематокрит - ШОЕ	-0,46
		Гематокрит - креатинін	-0,97
		Гематокрит – протромбіновий індекс	-0,48
		Гематокрит - протромбіновий час	0,48
		Сечовина – креатинін	0,93
		Холестерин - бета-ліпопротеїди	0,66
		Сечовина- бета-ліпопротеїди	0,56

Визначені кореляційні зв'язки між усіма параметрами (біля 350 коефіцієнтів). У хворих з ХЕ кількість істотних зв'язків виявилась значно меншою, ніж у хворих з жовчним міхуром: 6 зв'язків (1,7% матриця) проти 13 істотних кореляцій (3,7%). Чотири пари параметрів були ізольованими, тільки холестерин був центром зв'язків з бета-ліпопротеїдами (пряма кореляція) та лейкоцитами периферійної крові (обернена кореляція) (табл. 1).

На основі істотних кореляційних зв'язків побудовано їх зображення на площині – плеяда, визначено її потужність, міцність, центри фокусування. Звертає увагу те, що саме у хворих з функціонуючим жовчним міхуром, стан якого буде розглядатись нижче, кореляційні зв'язки утворюють комплексну плеяду складної будови з єдиним центром фокусування кореляцій – гематокритом. Потужність плеяди (загальна кількість істотних кореляцій, які пов'язані між собою) – 10 кореляцій, міцність (кореляції центра фокусування) - 4 кореляції (рис. 1). Другим центром фокусування (3 зв'язки) виявився протромбіновий час (ПЧ). Це може вказувати на важливість показників зсідання крові та реологічних властивостей у забезпеченні гомеостазу. А такі показники, як АЛТ, протромбіновий індекс (ПІ), креатинін, сечовина та бета-ліпопротеїди мали по два істотних зв'язки.

Рис. 1. Плеяда істотних кореляційних зв'язків лабораторних показників хворих з функціонуючим жовчним міхуром



Ультразвукове дослідження стану жовчного міхура виявило наступні зміни (табл. 2).

Розміри жовчного міхура були переважно нормальними (73%). Середні розміри жовчного міхура відповідали нормі в межах нижніх значень: довжина $68,00 \pm 5,59$ мм (норма 60-100 мм) та ширина $26,57 \pm 2,35$ мм (норма 30-35 мм). У 27% пацієнтів сонографічно відмічено збільшення розмірів міхура без визначення конкретних цифр прокольного та поперечного розмірів. Абсолютне збільшення обох розмірів спостерігалось лише в одного хворого (8%) М. 56 р. з

гіпертонічною хворобою III стадії, 3 ступеня, дуже високий кардіоваскулярний ризик на фоні надваги, у якого до основних скарг приєдналась скарга на гіркоту у роті, а під час сонографічного обстеження у жовчному міхурі виявлено конгломерат з каменів різного діаметру та конкремент в ділянці шийки розміром 20 мм. Слід звернути увагу на те, що конкремент в ділянці шийки є одним з найвагоміших факторів ризику холестерозу жовчного міхура.

Таблиця 2. Частота ультразвукових ознак стану жовчного у хворих на гіпертонічну хвороба з надвагою чи ожирінням

№	Ознака	п	Частота
1	Загальний розмір жовчного міхура	30	100%
	- збільшений	8	27%
	- нормальний	22	73%
2	Форма жовчного міхура		
	Перегин у шийці	11	29%
	Грушоподібна форма	1	3%
3	Конкременти у жовчному міхурі,	6	16%
	у т.ч. в тілі	4	67%
	в ділянці шийки	2	33%
4	Жовчнокам'яна хвороба у заключенні	3	8%
	Калькульозний холецистит у заключенні	4	10%
	Холецистит у заключенні	5	13%
5	Характеристика стану жовчі	16	100%
	- гомогенна	8	50%
	- складж	8	50%
6	Поліпи жовчного міхура	1	3%
7	Дискінезія жовчного міхура	1	3%

Камені у жовчному міхурі були виявлені у 16% хворих, причому частіше вони спостерігались у тілі (64%). У двох хворих камені знаходились в ділянці шийки міхура, що вважається особливо загрозливим та несприятливим та сприяє розвитку холестерозу міхура. Враховуючи те, що у 20% обстежених пацієнтів міхур був оперативно видаленим з приводу жовчнокам'яної хвороби, можна вважати, що частота жовчнокам'яної хвороби у хворих на ГХ на фоні ожиріння чи надваги становить 36%, що значно перевищує дані літератури (25%).

Важливим є те, що в половині хворих без каменів у міхурі спостерігається складж (табл. 2), що також є свідченням порушення фізико-хімічних властивостей жовчі та початком утворення каменів. Відповідно до сучасних поглядів, підвищення рівня ліпідів у жовчі неминуче призводить до змін фізико-хімічних властивостей жовчі у вигляді підвищення її густини і зниження однорідності. Густа жовч важче залишає жовчний міхур і більш тривалий час затримується у просвіті жовчного міхура, внаслідок чого створюються сприятливі умови для інфільтрації стінок ЖМ надлишками ефірів холестерину. У свою чергу, потовщення стінок ЖМ ті їх ліпідна інфільтрація ще більше порушують процес скорочення ЖМ. Створюються умови не тільки для холестерозу, а й для холелітазу.

Майже у третини з обстежених пацієнтів спостерігався перегин жовчного міхура, що також створює труднощі в евакуації жовчі та сприяє її застою.

Середні розміри жовчного міхура суттєво не відрізнялись у хворих на ГХ на тлі ожиріння чи тільки надваги (табл. 3), хоча простежується тенденція до зменшення розмірів міхура у з ожирінням порівняно з хворими з надвагою. Це також підтверджується негативною кореляцією розмірів жовчного міхура з ІМТ: $r = -0.33$ між довжиною та ІМТ, $r = -0.28$ між шириною та ІМТ.

Таблиця 3. Розміри жовчного міхура у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням та надвагою (M±m)

	Хворі на ГХ з ожирінням	Хворі на ГХ з надвагою
Довжина, мм	61,17±5,11	85,75±13,24
Ширина, мм	25,67±3,14	33,00±5,74

Загалом, зміни жовчного міхура у УЗД - заключення були винесені з меншою частотою, ніж виявлялись ознаки патології під час сонографічного обстеження: у 3 хворих жовчнокам'яна хвороба, у 4 - калькульозний холецистит, у 5 виявлені сонографічні ознаки холециститу. Проте, сонографічні ознаки холециститу не супроводжувались клінічними проявами (скарги, болочість, позитивні специфічні симптоми). Так, гострофазові показники запалення у периферійній крові (лейкоцитоз, зсув вліво) у таких хворих були відсутні, їх середні параметри відповідали нормативним значенням (табл. 4). Це поряд з відсутністю клінічних ознак (скарги, фізикальне зміни) дозволяє думати про стадію ремісії хронічного холециститу.

Таблиця 4. Показники периферійної крові у хворих на артеріальну гіпертензію на фоні надваги чи ожиріння, яким сонографічно встановлено діагноз холециститу

Показник	Одиниці	M±m
Лейкоцити	10 ⁹ /л	5,78±0,90
Еозинофіли	%	2,33±0,61
Паличкоядерні нейтрофіли	%	2,83±0,60
Сегментоядерні нейтрофіли	%	64,33±3,24
Лімфоцити	%	25,33±4,01
Моноцити	%	4,50±0,85
ШОЕ	мм/год	17,67±8,53

Застосування дискримінантної шкали визначення холестерозу ЖМ показало, що з усіх хворих основної групи холестероз ЖМ був виявлений у 24 (61%) осіб, тоді як в контрольній групі – лише в 1 (10%) пацієнта. В контрольній групі середнє значення балів діагностики холестерозу становило 103,03 ± 1,84 % від необхідних, тоді як в контрольній – 90,0 ± 2,4 % (p<0,001). Медіана цифрового значення холестерозу для хворих на АГ на фоні надваги становила 106,83±6,21 %, на фоні ожиріння – 100,84±1,37 %. Слід ще раз підкреслити, що, незважаючи на високу частоту виявлення холестерозу ЖМ за дискримінантною шкалою, в жодного пацієнта не було виявлено клінічних проявів біліарної диспепсії та локальних ущільнень стінки ЖМ під час рутинного сонографічного обстеження (що вимагає спеціальних методик ультразвукового дослідження). Тільки в одного хворого була виявлена така значуща діагностична ознака як камінь в шийці ЖМ. Однак навіть у пацієнтів без дискримінантних ознак холестерозу жовчний міхур не був інтактним: у чотирьох він мав перегин у шийці та в одного - два поліпи, ймовірно, холестеринові.

ВИСНОВКИ

Таким чином, виявлена висока частота патології ЖМ у хворих з артеріальною гіпертензією та надлишковою масою тіла чи ожирінням: частота жовчнокам'яної хвороби 36%, сладжу - 50%, холестерозу ЖМ – 61%, що за усіма визначеннями перевищує дані літератури [7]. Проведена у 20% ХЕ супроводжувалась розбалансованістю показників запалення, більшою реактивністю печінки та меншою кількістю істотних кореляцій між параметрами. Використання діагностичної дискримінантної шкали Щербиніної М.Б. та співавт. (2007) для діагностики холестерозу ЖМ значно полегшує її діагностику, дає конкретне цифрове значення та може лежати в основі пошуку лікувальних заходів для таких хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анохіна Г.А. Холестероз жовчного міхура // У кн.: Гастроентерологія. – Київ, 2007. – С. 350 – 362.
2. Дзяк Г.В. Комбінована терапія артеріальної гіпертензії // Внутрішня медицина. – 2008. - № 3(9). – С. 8-12.
3. Оптимізація діагностики холестерозу жовчного міхура / Щербиніна М.Б., Закревська О.В., Байбуз О.Г., Смельяненко Т.Г. //Сучасна гастроентерологія. - 2007. - № 5. - С.4 - 8.
4. Радченко Л.М., Кузьмяк О.Б. Патогенетичне обґрунтування використання трускавецької мінеральної води типу Нафтуса для лікування холестерозу жовчного міхура у хворих на гіпертонічну хворобу з надмірною масою тіла //Медична гідрологія та реабілітація – 2009. – Т.7, № 1. – С. 20 – 24.
5. Скрыпник И.Н. Избыточный вес как основа НАСГ и актуальная медико-социальная проблема //Здоров'я України. – 2009. - № 20(225). – С. 20 – 22.
6. Стандартизованный протокол ультразвукового исследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства / Медведев В.Е., Дынный О.Б., Язык В.И. и др. // Новые медицинские технологии. – 2002. – № 2. – С. 45 – 48.
7. Что скрывает метаболический синдром? // Здоров'я України – 2009. - № 1-2 (206 – 207). – С. 44 – 45.
8. Щербинина М.Б. Бабец М.И., Кудрявцева В.И. Влияние «Урсофалька» на иммунный статус пациентов с холестерозом желчного пузыря в зависимости от показателя общего холестерина сыворотки крови //Сучасна гастроентерологія. - 2008. – Т. 39, № 1. - С.4 - 8.

9. Hossain P. Kavar B., El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world – a growing challenge // N.Engl.J.Med. – 2007. – V. 356. – P. 213 – 215.
10. Kairy G., Guraya S., Murshid K. Cholesterosis. Incidence, correlation with serum cholesterol level and the role of laparoscopic cholecystectomy // Saudi Med.J. – 2004. – N 25. – P. 1226 – 1228.

L.M. RADCHENKO

THE CHARACTERISTIC OF GALL-BLADDER STATUS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN BACKGROUND OF OVERWEIGHT

Gall-bladder pathology was revealed in all patients with arterial hypertension and overweight, whereas the doctors didn't pay enough attention to this fact: cholecystectomy (20%), gall-bladder poliposis (5%), gallstone disease (36%), gall-bladder cholesterosis (61%), what is significantly more than the literature data. The discriminant scale of Scherbynina M.B. and coauth. (2007) can be used for gall-bladder cholesterosis diagnostics in clinics.

Key words: cholecystectomy, gall-bladder cholesterosis, gallstone disease.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Дата поступлення: 05.03.2010 р.