

УДК 616-056.52-08:616.36/366-002.2

© Горбатюк І.Б., Хухліна О.С., Руснак-Каушанська О.В., Антонів А.А., 2012

КЛІНІЧНА ТА МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ТА ХОЛЕСТЕРОЗУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ

Горбатюк І.Б., Хухліна О.С., Руснак-Каушанська О.В., Антонів А.А.

Буковинський державний медичний університет

Частота виникнення хронічного холециститу (ХХ) у хворих на ожиріння складає, за даними різних авторів, від 35% до 90% [3, 9], наявність жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) без та із супровідним каменевим холециститом (КХ) у хворих із надмірною масою тіла реєструється авторами також у межах 20-57% [7, 16]. Одночасно спостерігається зростання поширеності холестерозу жовчного міхура (ХЗ ЖМ) – дисметаболічного захворювання, яке характеризується локальною або дифузною інфільтрацією стінки ефірами холестеролу, розвитком холестеролових поліпів та зниженням скоротливої функції жовчного міхура [5, 8, 13, 14]. Для розвитку ХЗ ЖМ важливим є збільшення холестеролу жовчі [2] та порушення видільної здатності ЖМ [6]. В даний час виявлено пряму кореляцію між рівнем тригліцеролів крові і рівнем холестеролу жовчі [2, 3]. Некаменевий холестероз вважається основною причиною подальшого каменеутворення і розвитку КХ [17, 18]. Дані офіційної статистики щодо поширеності ХЗ ЖМ в Україні відсутні. Залишається відкритою низка питань патогенезу цього захворювання. ХЗ ЖМ розглядають і як локальний прояв атеросклерозу, і як передstadію ЖКХ [19]. Для розкриття деяких ланок формування ХЗ ЖМ існує потреба проведення порівняльного аналізу цих захворювань, зокрема, на морфологічному рівні.

Метою дослідження було встановлення клінічних особливостей перебігу та характеру морфофункціональних змін жовчного міхура у хворих на хронічний некаменевий холецистит та холестероз жовчного міхура, що перебігають на тлі ожиріння та ішемічної хвороби серця, кардіосклерозу.

Матеріал та методи дослідження. Проведені дослідження у 136 хворих, серед яких було 88 хворих на ХХ у фазі загострення: у 28 пацієнтів (1 група) ХХ мав ізольований перебіг, у 30 пацієнтів ХХ перебігав на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС). Кардіосклерозу із СН I-II стадії (2 група), у 30 пацієнтів з ХХ супровідними захворюваннями були ІХС. Кардіосклероз із СН I-II стадії та ожиріння I-II ступеня (3 група); 48 хворих ХХ у фазі загострення супроводжувався ХЗ ЖМ. Супровідними захворюваннями у цій групі хворих у 30 осіб була ІХС. Кардіосклероз із СН I-II стадії та ожиріння I-II ступеня (4 група), у 18 осіб із нормальною масою тіла (5 група), хворих на ХХ та ХЗ ЖМ, супровідної патології серцево-судинної та ендокринної систем встановлено

не було. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку.

Проаналізували 300 протоколів автопсії хворих на ожиріння, що померли від ускладнень ІХС (група А), та 100 протоколів патогістологічного дослідження жовчного міхура після операції холецистектомії з приводу хронічного холециститу у хворих на ожиріння (група В). Середній вік у групі А склав $67,3 \pm 5,24$ роки, у групі В – $52,8 \pm 3,24$ роки.

Патогістологічним методом вивчено 157 препаратів, для стереометричного аналізу відібрано гістопрепарати 112 випадків автопсії та біопсії видалених ЖМ [10]. Аналіз морфологічного стану ЖМ (отриманого при автопсії або після холецистектомії) у хворих на ожиріння I-II ступеня та ІХС. Кардіосклероз здійснювався за групами. 1 групу склали 30 випадків (хворі на ожиріння та ІХС із каменевим ХХ (ХКХ) (1 група)), 2 групу склали 30 випадків (хворі на ожиріння та ІХС із коморбідним хронічним некаменевим ХХ (2 група)), 3 групу склали 20 осіб із коморбідними ХКХ із ХЗ ЖМ (3 група); 4 групу склали 20 осіб ХХ із ХЗ ЖМ (4 група), 5 групу склали 12 випадків КГХ (5 група).

Перебіг ХХ у всіх хворих характеризувався фазою загострення типового варіанту хронічного холециститу [9, 15].

Діагноз ІХС та стадію СН встановлювали на підставі наявних клінічних симптомів, даних електрокардіограми (ЕКГ) та ехокардіографії згідно з Наказом МОЗ України за № 436 від 03.07.2006 „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Кардіологія” [1,12] з урахуванням Міжнародної статистичної класифікації 10 перегляду. Діагноз НХ та його фазу встановлювали на підставі класичних клінічних симптомів, результатів інструментальних досліджень (ультрасонографічне дослідження (УСД) ЖМ, холецистографія) згідно з Наказом МОЗ України за № 271 від 13.06.2005 „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Гастроентерологія” [11] з урахуванням Міжнародної статистичної класифікації 10 перегляду. УСД печінки, ЖМ та підшлункової залози виконане у 100% хворих на ультразвуковому сканері „AU-4 Idea” (Biomedica, Italy). Для оцінки скоротливої здатності ЖМ виконували динамічне УСД з визначенням розмірів ЖМ, об'єму ЖМ до та упродовж 180 хв після введення холекінетика (50 мл 25% розчину магнію сульфату), обчислювали скоротливу здатність ЖМ за коефіцієнтом скорочення (КС) ЖМ, індексом скорочення (ІС)

ЖМ, тривалість латентного періоду скорочення ЖМ (хв), тривалість скорочень ЖМ (хв), тривалість повного циклу рухової активності ЖМ (хв). Математичну обробку отриманих даних проводили на комп'ютері на базі процесора AMD Athlon 64 за допомогою ліцензійної програми Primer of Biostatistics. Version 4.03 (S.Glantz, США) з обчисленням середньої величини, середньої похибки, параметричного критерію вірогідності різниці Стьюдента, непараметричного критерію Колмогорова-Смірнова [4].

Результати дослідження та їх обговорення. У результаті проведених досліджень у всіх хворих визначалися наступні скарги, характерні для фази загострення типового варіанту хронічного холециститу: біль у правій підреберній ділянці, правій епігастральній ділянці з іррадіацією у праву поперекову ділянку, праву лопатку, нудоту, блювання, зниження апетиту, гіркоту в роті, періодичне здуття живота, метеоризм, нестійкий стілець. Одночасно при об'єктивному обстеженні виявлено позитивні симптоми ХХ: Мерфі, Кера, Грекова-Ортнера, Мюссі-Георгієвського, Ляховицького-Пекарського.

За результатами проведеного динамічного УСГ дослідження ЖМ із навантаженням пробним сніданком у пацієнтів 1-ї групи порівняння встановлено вірогідне збільшення розмірів ЖМ (таб.): довжини – у 1,4 раза ($p < 0,05$), ширини – у 1,2 раза ($p < 0,05$). Зміни об'єму ЖМ у пацієнтів 1-ї групи реєструвалися на кожному етапі спостереження: натще об'єм ЖМ перевищує норму у 1,2 раза ($p < 0,05$), далі – у всі часові періоди після стимуляції об'єм зменшувався, однак вірогідно перевищував показник у ПЗО: на 15-й хв – у 1,4 раза, 30-й та 45-й хв. – у 1,5 раза ($p < 0,05$) відповідно, на 60-й – у 1,4 раза ($p < 0,05$). Інтегральну оцінку скоротливої здатності ЖМ дають

два показники: ІС та КС ЖМ, які у хворих 1-ї групи були нижчими від показника у ПЗО відповідно на 30,0% та 24,5% ($p < 0,05$), що вказує на переважаючу гіпокінетичну дисфункцію ЖМ у даного контингенту осіб. Результати дослідження тривалості латентного періоду скорочення ЖМ вказують на її подовження у пацієнтів 1-ї групи у 2,3 раза ($p < 0,05$), що вказує на наявність гіпертонічної дисфункції сфінктера Одді (СО).

Аналізуючи показники динамічної УСГ у пацієнтів 4-ї та 5-ї груп, встановлено, що розміри ЖМ перевищували дані у ПЗО та статистично відрізнялися від показника у хворих 1-ї групи ($p < 0,05$). Так, довжина ЖМ натще перевищувала показник у ПЗО відповідно у 1,7 та 1,6 раза ($p < 0,05$). Ширина ЖМ натще перевищувала показник у ПЗО у 1,8 та 1,5 раза ($p < 0,05$) відповідно у хворих 4-ї та 5-ї групи і статистично відрізнялася від показника у хворих 1-ї групи ($p < 0,05$). У пацієнтів з ХХ та ХЗ ЖМ із коморбідною патологією також спостерігалось збільшення об'єму ЖМ у 1,7 та 1,5 раза ($p < 0,05$), що статистично відрізнялося від показника у 1-й групі хворих ($p < 0,05$). Зміни об'єму ЖМ у пацієнтів 4-ї та 5-ї груп реєструвалися на кожному етапі спостереження: в усі часові періоди у відповідь на дію стимулятора об'єм ЖМ зменшувався, однак показники вірогідно перевищували показник у ПЗО: на 15-й хв – у 2,0 та 1,8 раза, 30-й хв – у 2,1 та 1,9 раза, 45-й хв - у 2,6 та 2,1 раза ($p < 0,05$) відповідно, на 60-й – у 2,5 та 2,0 раза ($p < 0,05$). Тобто застій жовчі та об'єм осаду у ЖМ за умов супровідного ХЗ ЖМ статистично перевищував як показник у ПЗО, так і показники у хворих 1-ї групи ($p < 0,05$), а також показники у хворих 1-3 груп порівняння ($p < 0,05$).

Таблиця. Показники динамічного ультразвукового дослідження жовчного міхура у хворих на хронічний некаменевий холецистит та холестероз жовчного міхура із супровідною патологією: ІХС. Кардіосклерозом та ожирінням ($M \pm m$)

Показник	ПЗО, n=30	ХХ (група 1), n=28	ХХ із ІХС (група 2), n=30	ХХ із ІХС та ожирінням (група 3), n=30	ХХ із ХЗ ЖМ (5 група), n=20	ХХ, ХЗ ЖМ із ІХС та ожирінням (4 група), n=30
Довжина ЖМ, мм	62,3±3,35	87,4±2,31 *	93,2±2,12 *	97,9±2,25 **/	97,5±2,12 **/	103,2±2,45 **/
Ширина ЖМ, мм	32,5±2,18	40,2±1,54*	45,3±1,27**	53,5±3,19**/	48,9±1,33**/	59,2±1,52**/
Об'єм ЖМ натще, мл	83,9±2,13	97,9±3,50 *	105,8±3,18 *	129,5±3,21 **/	124,8±3,35 **/	145,2±3,93**/
Об'єм ЖМ на 15 хв, мл	65,2±1,64	91,2±3,76 *	96,6±3,11 *	115,3±3,25 **/	118,4±3,28 **/	129,7±3,75 **/
Об'єм ЖМ на 30 хв, мл	56,5±1,28	83,7±3,43 *	87,2±2,52 *	102,9±3,63 **/	107,7±2,42 **/	119,0±3,14 **/
Об'єм ЖМ на 45 хв, мл	40,8±1,22	60,2±3,52 *	68,3±2,97 *	89,0±2,42 **/	87,5±2,53 **/	108,3±2,38 **/
Об'єм ЖМ на 60 хв, мл	45,2±1,17	63,7±3,29 *	74,1±2,64 *	91,2±2,23 **/	89,1±2,77**/	112,7±2,83 **/
ІС	2,1±0,05	1,6±0,02 *	1,5±0,02 **/	1,4±0,01 **/	1,4±0,01 **/	1,3±0,01 **/
КС, %	51,3±2,18	38,5±1,21 *	35,4±1,53 *	31,2±1,27 **/	29,9±1,47 **/	25,4±1,29 **/

Примітка: * - різниця вірогідна у порівнянні з показником у ПЗО ($p < 0,05$); ** - різниця вірогідна у порівнянні з показником у хворих на ХХ ($p < 0,05$); *** - різниця вірогідна у порівнянні з показником у хворих на ХХ із ІХС ($p < 0,05$).

Аналізуючи сонографічну картину ЖМ у хворих 4-ї та 5-ї груп, слід вказати на низку особливостей. У 15 хворих на ХХ та ХЗ ЖМ (5 група) УСГ картина відповідала сітчастій формі ХЗ, що склало 75%, причому, у 11 хворих були

встановлені ознаки вогнищевої сітчастої форми (55,0%), а у 4-х хворих – дифузна сітчаста форма, що склало 20,0%. У 3-х хворих 5-ї групи було виявлено сітчасто-поліпозну форму, що склало 15,0%, а у 2-х хворих – поліпозну

форму ХЗ (10,0%). У 17 хворих 4-ї групи за УСГ показниками встановлено сітчасту форму ХЗ, що склало 56,7%, причому дифузна її форма спостерігалася у 12 осіб (40,0%), а вогнищева – у 5 (16,7%). Змішану сітчасто-поліпозну форму було встановлено у 9 хворих (30,0%), а поліпозну – у 4 осіб (13,3%). Аналіз даних вказує на те, що із зростанням маси тіла збільшується частка дифузних сітчастих та змішаних сітчасто-поліпозних форм ХЗ ЖМ.

У результаті проведення ретроспективного аналізу протоколів автопсії та патогістологічного дослідження у групі А морфологічними особливостями ураження жовчного міхура у померлих осіб, хворих на ІХС на тлі ожиріння І-ІІ ст. була коморбідність з хронічним холециститом – у 76,7%: із каменевим – у 24,3%, некаменевим – у 50,7% випадків, а у 1,7% хворих спостерігався ксантогранулематозний холецистит (КГХ) із латентним перебігом, який за життя не був діагностований. У 125 випадках (41,7%) визначався супровідний ХЗ ЖМ: при каменевому ХХ – 17,7% та некаменевому ХХ – у 24,0%. При аналізі випадків автопсії переважно зустрічався ХЗ ЖМ сітчастої форми (54,4%), причому переважала сітчаста дифузна форма (37,6%), змішана (сітчасто-поліпозна) форма становила 33,6%, поліпозна – визначалася з мінімальною частотою (12,0%). Аналіз морфологічної структури уражень ЖМ, видалених при холецистектомії у осіб, хворих на ІХС. Кардіосклероз та ожиріння І-ІІ ступеня був встановлений ХХ – у 100,0%: каменевий – у 73,0%, некаменевий – у 20,0% випадків, а у 7,0% хворих спостерігався КГХ. У 57 випадках (57,0%) визначався супровідний ХЗ ЖМ: каменевий – 40,0% та некаменевий ХХ – у 17,0% із переважанням сітчастої (64,9%) форми дифузного типу (56,1%), змішаної (сітчасто-поліпозної) (24,6%) та поліпозної форм (10,5%), які переважно зустрічались на тлі каменевому холециститу.

При морфологічному дослідженні ЖМ ознаки деформації у хворих на ХХ без ХЗ спостерігалися у 83,3%, при ХКХ – у 66,7%. У випадках поєднання ХХ із ХЗ ЖМ деформації ЖМ у більшості випадків були відсутні, у 3-й групі – мінімальні деформації ЖМ спостерігалися лише у 25,0% випадків, у 4-й групі – у 15,0% - деформація внаслідок перенесеного перихолециститу. При КГХ – деформація ЖМ була зареєстрована у 25,0%. Патологічний процес (ХЗ) у хворих 3-ї групи переважно локалізувався в тілі ЖМ і дні в 13 випадках (65,0%); лише у тілі - 7 ЖМ (35,0%); в 5 випадках був зареєстрований ХЗ внутрішньопечінкових жовчних проток і спільної жовчної протоки (25,0%), тобто ураження торкнулось усіх відділів гепато-біліарної системи (ГБС). У випадках, віднесених до 4-ї групи ХЗ переважно локалізувався в тілі ЖМ і дні в 18 випадках (90,0%); лише у тілі - 2 ЖМ (10,0%); у 9 випадках був зареєстрований генералізований ХЗ ГБС (45,0%). Характерним для всіх препаратів

ЖМ було нерівномірне потовщення стінки: середнє значення товщини стінки в 1-й групі було $5,5 \pm 0,02$ мм, що перевищило нормативні дані у 2,6 раза ($p < 0,05$), 2-й групі – $6,4 \pm 0,01^{**}$ мм, що перевищило нормативні дані у 3,0 раза ($p < 0,05$), 3-й групі – $7,3 \pm 0,02^{**/*}$, що перевищило нормативні дані у 3,5 раза ($p < 0,05$), 4-й групі – $7,9 \pm 0,03^{**/*/*}$, що перевищило нормативні дані у 3,8 раза ($p < 0,05$). Таким чином, при некаменевій формі ХЗ ЖМ із ХХ спостерігалася максимальне потовщення усіх шарів стінки ЖМУ ЖМ внаслідок інфільтрації ефірами ХС. Біліарний сладж був зареєстрований у 1-й та 2-й групах відповідно із частотою 66,7% та 83,3%, однак у групах із ХЗ ЖМ спостерігався у всіх аналізованих випадках (100,0%). У 5-й групі – біліарний сладж був встановлений у 50,0% випадків. Серед випадків ХКХ у 1-й групі переважали множинні холестеролові та пігментні конкременти (63,3%), у 3-й групі – поодинокі холестеролові на тлі ХЗ ЖМ.

Результати стереометричного аналізу препаратів хворих на КГХ вказують на те, що стінка ЖМ була ущільнена, нерідко хрящоподібної консистенції, місцями з потовщенням до 18 мм. У 6 випадках (50,0%) КГХ був виявлений виражений дифузний сітчастий ХЗ ЖМ. Ксантогранульоми були розташовані в слизовій оболонці, сполучнотканинних прошарках м'язового шару, а також в сполучнотканинній основі серозної оболонки ЖМ та складались зі скупчень ксантомних клітин (деякі з яких, на відміну від ХЗ ЖМ, містили пігментовані ліпоїдні включення – гранули ліпофусцину різного розміру й форми на різній стадії деградації). Ксантогранульоми переважно локалізувались в тілі - 7 (58,3%), в дні - 3 (25,0%) та в шийці - 2 (16,7%). В 10 (83,3%) випадках ксантогранульоми були поодинокі.

Висновки: 1. Хронічний некаменевий холецистит та холестероз жовчного міхура у осіб, хворих на ІХС та ожиріння, супроводжуються наявністю дискінезії жовчного міхура за гіпокінетичним типом із істотним зниженням скоротливої здатності жовчного міхура за наявності холестерозу, та дисфункції сфінктера Одді, яка характеризується переважанням гіпертонічної дисфункції сфінктера Одді за біліарним типом.

2. За даними автопсії померлих хворих на ІХС. Кардіосклероз із ожирінням І-ІІ ступеня, морфологічними особливостями ураження жовчного міхура була встановлена коморбідність з хронічним холециститом (76,7%) і холестерозом жовчного міхура (41,7%) з переважанням сітчастої форми холестерозу (54,4%): у 37,6% - сітчастої дифузної, у 33,6% - сітчасто-поліпозної, у 12,0% - поліпозної, порівняно з хворими на ХХ з нормальною масою тіла, у яких спостерігалася переважання сітчастої форми холестерозу (75,0%) вогнищового типу (55,0%), що співпадає із даними ретроспективного аналізу матеріалів автопсії та пояснює

причини зниження скоротливої здатності жовчного міхура у цього контингенту осіб.

Перспективою подальших досліджень у цьому напрямку є розробка способів медика-

ментозної корекції виявлених морфофункціональних змін жовчного міхура статинами та агоністами 5HT₄-серотонінових рецепторів.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Амосова Е.Н.** Клиническая кардиология: в 2-х т. / Е.Н. Амосова.- К.: Здоров'я, 2002.- Т.2.- 990 с.
2. **Богдарин Ю.А.** Метаболизм липидов при холецистите / Ю.А. Богдарин, Е.В. Чернова // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. — 2003. — № 5. — С. 56-60.
3. **Гинзбург М.М.** Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение / М.М. Гинзбург, Н.Н. Крюков. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 128 с.
4. **Гланц С.** Медико-биологическая статистика [пер. с англ.] / С. Гланц.- М.: Практика, 1998.- 459 с.
5. **Гринбергер Н.** Болезни желчного пузыря и желчных путей / Н. Гринбергер, К. Иссельбахер / Внутренние болезни [ред. Харрисон Т.Р.]- Кн. 2.- М.: Практика, 2002.- С.2073-2075.
6. **Дзяк Г.В.** Современные аспекты диагностики и лечения дискинезии желчевыводящих путей: мет. рек. МЗ Украины / Г.В. Дзяк, Ю.М. Степанов, С.В. Косинская.- Днепрпетровск, 2004.- 20 с.
7. Епідеміологічні та медико-соціальні аспекти первинної інвалідності внаслідок хвороб органів травлення населення працездатного віку в Україні / А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Войтчак [та ін.] // Гастроентерологія: міжвід. зб. — Дніпропетровськ: Журфонд, 2007. — Вип. 39. — С. 10-15.
8. Иванченкова Р.А. Холестероз желчного пузыря: современный взгляд на патогенез, клинику, диагностику и лечение / Р.А. Иванченкова, А.В. Свиридов, С.В. Грачев. — М.: Мед. информ. агентство, 2005. — 200 с.
9. **Ильченко А.А.** Заболевания желчного пузыря и желчных путей: рук. для врачей / А.А. Ильченко.- М.: Анахарсис, 2006.- 448с.
10. Клинико-морфологические особенности холестероза желчного пузыря на материале 345 холецистэктомий / Ю.Н. Орлова, А.А. Ильченко, И.А. Чекмазов [и др.] // Эксперим. и клин. гастроэнтер. — 2003. — № 6. — С. 28-31.
11. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Гастроентерологія”: Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271 / МОЗ України.- Офіц. вид.- К.: Медінформ, 2005.- 47 с.
12. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Кардіологія”: Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 436 / МОЗ України.- Офіц. вид.- К.: Медінформ, 2005.- 43 с.
13. **Харченко Н.В.** Клініко-лабораторні та сонографічні особливості неускладнених форм холестерозу жовчного міхура / Н.В. Харченко, Е.П. Демида // Сучасна гастроентерологія. — 2005. — № 2. — С. 34-38.
14. Холестероз желчного пузыря. Патогенез, диагностика и лечение: мет. рек. МЗ России / [А.А.Ильченко, Ю.Н.Орлова, Е.В.Быстровская и др.]- М., 2008.- 44с.
15. Clinicopathological features of gallbladder polyps and adenomas / I. Roa, X. de Aretxabala, R. Morgan [et al.] // Rev. Med. Chil. — 2004. — Vol. 132, № 6. — P. 673-679.
16. Cross-sectional imaging of acute and chronic gallbladder inflammatory disease / E.A. Smith, J.R. Dillman, K.M. Elsayes [et al.] // Am. J. Roentgenol.-2009.- Vol.192, №1.- P.188-196.
17. Histopathological changes in gallbladder mucosa in cholelithiasis: correlation with chemical composition of gallstones / S.J. Baig, S. Biswas, S. Das [et al.] // Trop Gastroenterol. — 2002. — Vol. 23, № 1. — P. 25-27.
18. **Marschall H.-U.** Gallstone disease / H.-U. Marschall, C. Einarsson // J. of Int. Med.- 2007.- Vol.261, №6.- P.529-542.

Горбатюк І.Б., Хухліна О.С., Руснак-Каушанська О.В., Антонів А.А. Клінічна та морфологічна характеристика хронічного холецистити та холестерозу жовчного міхура у хворих на ішемічну хворобу серця та ожиріння // Український медичний альманах. — 2012. — Том 15, № 2. — С. 39-42.

У статті викладені особливості клінічних проявів хронічного холецистити та холестерозу жовчного міхура, морфологічних змін, порушення моторної функції жовчного міхура у хворих на ішемічну хворобу серця та ожиріння.

Ключові слова: холестероз, холецистит, ішемічна хвороба серця, жовчний міхур.

Горбатюк И.Б., Хухлина О.С., Руснак-Каушанская О.В., Антонив А.А. Клиническая и морфологическая характеристика хронического холецистита и холестероза желчного пузыря у больных ишемической болезнью сердца и ожирением // Украинский медицинский альманах. — 2012. — Том 15, № 2. — С. 39-42.

В статье изложены особенности клинических проявлений хронического холецистита и холестероза желчного пузыря, морфологических изменений, нарушение моторной функции желчного пузыря у больных ишемической болезнью сердца и ожирением.

Ключевые слова: холестероз, холецистит, ишемическая болезнь сердца, желчный пузырь .

Gorbatyk I.B., Khukhlina O.S., Rusnak-Kaushanskaya O.V., Antoniv A.A. Clinical and morphological characteristics chronic cholecystitis and cholesterosis gallbladder in patients with ischemic heart disease and obesity // Украинский медицинский альманах. — 2012. — Том 15, № 2. — С. 39-42.

In this article the features of clinical manifestations of chronic cholecystitis and gallbladder cholesterosis, morphological changes, disturbances in motor function of the gallbladder in patients with ischemic heart disease and obesity.

Key words: cholesterosis, cholecystitis, ischemic heart disease, gallbladder.

Надійшла 17.01.2012 р.
Рецензент: проф. Ю.Г. Бурмак