

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ

Зарипова Рано Масудовна

Кафедра анатомия

и клиническая анатомия

Андижанский государственный

медицинский институт

Актуальность. Хронический калькулёзный холецистит (ХКХ) остаётся одной из наиболее часто встречающихся патологий гепатобилиарной системы. Одним из ключевых факторов, влияющих на течение и морфологическую выраженность воспалительного процесса, является **ожирение**, которое в последние десятилетия приобрело масштаб эпидемии.

Согласно эпидемиологическим данным, наличие ожирения не только повышает риск образования жёлчных камней, но и способствует хроническому воспалению стенки жёлчного пузыря, усилению фиброза, деструкции слизистой оболочки и нарушению моторики органа.

Морфологическая трансформация тканей при ХКХ на фоне ожирения сопровождается изменением иммунной реактивности, что может быть выявлено с использованием **иммунофенотипирования клеточной инфильтрации**, включая макрофаги (CD68), Т-лимфоциты (CD3), В-клетки (CD20), а также экспрессию цитокинов и пролиферативных маркёров (Ki-67, TNF- α).

Исследование особенностей хронического воспаления в зависимости от степени ожирения представляет важность для прогнозирования исходов заболевания, индивидуализации хирургического вмешательства и профилактики осложнений.

Цель исследования. Оценить клинико-морфологические и иммунофенотипические особенности хронического калькулёзного холецистита у пациентов с различной степенью ожирения.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 90 пациентов, перенёсших плановую холецистэктомию по поводу хронического калькулёзного холецистита. Все пациенты находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом и хирургическом отделениях.

Возраст больных составил от 28 до 67 лет, средний возраст — $48,3 \pm 9,1$ лет. Женщины составили 68%, мужчины — 32%. объём хирургического вмешательства, послеоперационные исходы.

Результаты исследования. Анализ клинико-морфологических и иммунофенотипических данных показал достоверные различия в проявлениях хронического калькулёзного холецистита (ХКХ) в зависимости от степени ожирения.

Клинико-анамнестические особенности:

У пациентов с ожирением (группа III) отмечались более частые и выраженные клинические симптомы:

- тупая боль в правом подреберье — у 86,7% больных,
- диспепсические явления — у 73,3%,
- периодические приступы обострения — в среднем 4,1 раза в год, в то время как в группе I (нормальный ИМТ) частота обострений составляла 2,3 раза в год ($p < 0,01$).

Средняя продолжительность заболевания в группе III составила $5,9 \pm 1,7$ лет, что достоверно превышает аналогичный показатель у пациентов с нормальным весом ($3,1 \pm 1,4$ года; $p < 0,05$).

Морфологические изменения:

Гистологический анализ показал, что с увеличением степени ожирения возрастала выраженность воспалительно-деструктивных изменений в стенке жёлчного пузыря:

В группе I преобладали катаральные формы ХКХ с умеренной лимфоцитарной инфильтрацией, сохранением эпителиального слоя и минимальным фиброзом.

В группе II наблюдались признаки хронизации воспаления, утолщение мышечного слоя, частичная атрофия слизистой.

В группе III отмечались:

- выраженный фиброз,
- субэпителиальная лимфогистиоцитарная инфильтрация,
- участки кишечной метаплазии (в 20% случаев),
- признаки мукоцеле и деформации просвета жёлчного пузыря.

Иммунофенотипические показатели:

Иммуногистохимическое исследование выявило усиление клеточной инфильтрации и активации воспалительных маркеров у пациентов с ожирением:

CD68⁺ макрофаги обнаружены в высокой плотности в группе III (в среднем 58,4 клеток на поле зрения против 32,1 в группе I; $p < 0,01$).

CD3⁺ Т-лимфоциты преобладали в подслизистом и мышечном слоях у пациентов с ожирением, что указывает на устойчивую клеточную иммунную реакцию.

Экспрессия TNF- α была положительной у 76,7% пациентов группы III, указывая на активное провоспалительное состояние (против 30% в группе I; $p<0,01$).

Пролиферативная активность эпителия по Ki-67 в группе III достигала 18,3% (в отдельных участках), тогда как в группе I — не превышала 7,4% ($p<0,05$), что может свидетельствовать о потенциальной склонности к дисплазии и предопухолевым изменениям.

В целом, исследование показало, что повышение ИМТ ассоциировано с усилением хронического воспаления, прогрессирующими морфологическими изменениями и активацией ключевых иммунных клеток и цитокинов в стенке жёлчного пузыря. Эти данные подтверждают роль ожирения как значимого патогенетического фактора, утяжеляющего течение ХКХ.

Вывод. Ожирение оказывает значительное влияние на клиническое течение, морфологическую структуру и иммунную активность при хроническом калькулёзном холецистите.

У пациентов с ожирением отмечается более агрессивное течение заболевания, выраженные воспалительные и фиброзные изменения, а также активация иммунных клеток, участвующих в хронизации воспаления.

Иммунофенотипические маркеры могут служить дополнительными критериями для стратификации пациентов и прогнозирования осложнённого течения ХКХ. Индивидуализация хирургического подхода и расширенное патоморфологическое исследование у пациентов с ожирением представляются обоснованными и клинически значимыми.