

снижения количества кальретин-иммунопозитивных клеток. Доминирование апоптозного потенциала над пролиферативной активностью эпителиоцитов слизистой оболочки пищевода способствует формированию эрозий, более глубокой инвазии *C. albicans* в стенку пищевода. Излечение кандидоза пищевода и достижение ремиссии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ассоциируется со значительным улучшением показателей исследуемых компонентов диффузной эндокринной системы, коррелирующими с восстановлением клеточного гомеостаза эпителиоцитов слизистой оболочки пищевода.

**Выводы.** Степень пептического поражения пищевода, глубина инвазии *C. albicans* слизистой оболочки пищевода ассоциируются со степенью нарушения диффузной эндокринной системы и клеточного гомеостаза эпителиоцитов слизистой оболочки пищевода.

#### 206. ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Осадчук М.А.

Военно-медицинский институт, Самара, Россия

**Цель исследования** – обосновать возможность верификации хронического гастрита, ассоциированного и неассоциированного с геликобактерной инфекцией

**Материалы и методы.** В динамике обследовано 92 пациента с хроническим гастритом и 23 практически здоровых человека. У 32 больных хронический гастрит сочетался с незрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у 34 – с эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и у 26 пациентов хронический гастрит протекал как самостоятельное заболевание без сопутствующей патологии. Диагностика хронического гастрита базировалась на Сиднейской классификации (1990), а -гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на критериях, предложенных в Лос-Анджелесе (1994). Моторно-эвакуаторная функция желудка определялась по показателям функциональной морфологии эндокринных клеток антрального отдела желудка, секретирующих эндотелин-1, нейротензин и N0-синтазу. Для верификации клеток, иммунопозитивных к эндотелину-1 и нейротензину, в качестве первичных антител применяли моноклональные мышинные антитела к эндотелину-1 (Novocastra, титр 1:500), нейротензину (Sigma, St. Louis, USA, титр 1:200), NO-синтазе (ICN, Costa Mesa, USA, титр 1: 2000).

**Результаты и их обсуждение.** У больных с хроническим гастритом, ассоциированным с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, в слизистой оболочке антрального отдела желудка определялась гиперплазия и гиперфункция эндокринных клеток желудка, продуцирующих нейротензин, эндотелин-1 и N0-синтазу, более выраженная при эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Следует подчеркнуть, что у больных с эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни имела место тотальная гиперплазия эндокринных клеток желудка,

секретирующих эндотелин-1, которая и определяла развитие эрозивного эзофагита.

**Выводы.** Результаты проведенных исследований свидетельствуют о важной роли диффузной нейроэндокринной системы желудка в возникновении и прогрессировании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. По-видимому, назрела необходимость при характеристике гастрита и его делении на неатрофический и атрофический с явлениями метаплазии и дисплазии учитывать и нейроэндокринный статус желудка, от которого зависит его моторно-эвакуаторная дисфункция. Не исключено, что основу формирования гастроэзофагеальной рефлюксной болезни составляют изменения функциональной морфологии эндокринных клеток желудка, секретирующих нейротензин, эндотелин-1 и N0-синтазу.

#### 207. РОЛЬ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА, ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПОЛИПЕПТИДА И ГЛЮКАГОНА В ПАТОГЕНЕЗЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Осадчук М.А., Балашов Д.В.

Военно-медицинский институт, Самара, Россия

**Цель исследования** – определить роль эпителиоцитов желудка, продуцирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста, панкреатический полипептид и глюкагон в возникновении и течении опухолевых заболеваний желудка.

**Материалы и методы.** Всего обследовано 104 больных с заболеваниями желудка, ассоциированными с *H. pylori*: больные с язвенной болезнью желудка – 30 человек, хроническим атрофическим гастритом – 30 человек, аденоматозными полипами желудка в сочетании с хроническим атрофическим гастритом – 20 человек и раком желудка II (T1N2, T2N1, все M0) и III (T2N2, T3N1, T4N0 все M0) стадий – 24 человека. Группу сравнения составили 12 практически здоровых лиц. Больные и здоровые обследованы в динамике по единой программе, включающей клинические методы исследования, фиброгастроэноскопию, общее морфологическое и цитологическое, иммуногистохимическое исследования, гистиобактериоскопию. Иммуногистохимическое исследование проводили с использованием моноклональных мышинных антител к сосудистому эндотелиальному фактору роста, глюкагону и панкреатическому полипептиду (1:100, Novocastra).

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что хронический атрофический гастрит, аденоматозные полипы желудка и рак желудка кишечного типа связаны с персистенцией *H. pylori* и сопровождаются гиперплазией эпителиальных клеток желудка, секретирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста, глюкагон и панкреатический полипептид. Для язвенной болезни желудка типична гипоплазия эпителиальных клеток желудка, секретирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста, и эндокринных клеток, секретирующих глюкагон и панкреатический полипептид. В прогнозировании возникновения и течения, ассоциированных с *H. pylori* заболеваний, важное место занимают сосудистый эндотелиальный фактор роста, глюкагон и панкреатический полипептид, реализующие свои патологические свойства прямо или опосредованно через *H. pylori*, Bcl-2 и проапоптозный