

зависимости от наличия и интенсивности табакокурения.

С помощью Сокращенного Многофакторного Опросника для исследования Личности и психогео-метрического теста было обследовано 292 клинически здоровых студента различных высших учебных заведений (средний возраст  $20,97 \pm 0,17$  лет). Среди наблюдаемых примерно половина имели никотиновую зависимость, из них треть выкуривали менее 10 сигарет в сутки (малокурящие), остальные – более 10 сигарет (многокурящие). Основную группу составили курящие студенты с абдоминальным типом распределения жировой ткани. Группу контроля сформировали некурящие лица с промежуточным типом распределения жировой ткани.

Было установлено, что лица из контрольной группы имели гармоничные психологические характеристики и высокую устойчивость к действию стрессорных агентов. Личностные особенности курящих студентов с абдоминальным типом распределения жировой ткани были противоречивы и варьировали в зависимости от интенсивности табакокурения. У многокурящих лиц периоды доброжелательности, уравновешенности и целенаправленной деятельности сменялись эпизодами неспособности увидеть суть момента и вспышками агрессивности. Малокурящие лица характеризовались наличием полярных интрапсихических тенденций, достигающих степени внутриличностного конфликта: с одной стороны, им были свойственны общительность, пунктуальность и целеустремленность, с другой – боязнь межличностных контактов, непоследовательность, импульсивность ( $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, сочетание никотиновой зависимости и абдоминального типа распределения жировой ткани у клинически здоровых лиц молодого возраста повышает риск развития у них психосоматических заболеваний, в том числе – АГ, роль психологических факторов в возникновении которой доказана в работах отечественных и зарубежных авторов. Следовательно, в комплекс мер первичной профилактики АГ у данной группы лиц целесообразно включение методов психологической коррекции.

**Особенности функциональной активности иммунокомпетентных клеток при *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с различными исходами эрадикационной терапии**

Козлова И.В., Елисеев Ю.Ю., Ахмад Хан Саджад, Липатова Т.Е.

*Государственный медицинский университет, Саратов*

Цель исследования: анализ функциональной активности иммунокомпетентных клеток в динамике лечения больных *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

Обследовано 112 больных ЯБДК, из них: у 80 пациентов после эрадикационной терапии (ингибитор протонной помпы, метронидазол, тетрациклин) была

достигнута элиминация *Helicobacter pylori* (НР) в антральном отделе желудка (I группа), у 32 больных эрадикационная терапия была неэффективна (II группа). Контрольную группу составили 25 пациентов с хроническим НР-ассоциированным гастритом (ХГ). Показатели клеточного звена иммунитета изучали в реакции бласттрансформации лимфоцитов (РТБЛ) с неспецифическими митогенами ФГА и КонА (подсчет радиоактивности ЗН тимидина с активностью 17 Ме Вg/мМ проводили на бета-спектрометре жидким сцинтиляционным методом Марк-II) и в НСТ-тесте активации нейтрофилов. Исследования проведены в динамике - в период обострения и в фазе ремиссии (фаза «красного рубца»). НР-статус определялся гистобактериоскопически и уреазным тестом.

Фаза обострения ЯБДК характеризовалась различным уровнем активности клеточных процессов в группах больных, имеющих в последующем разный исход эрадикационной терапии. Индекс стимуляции пролиферативной активности (РБТЛ) в I группе нарастал ( $4,62 \pm 0,21$  у.е.), достоверно превосходя аналогичные данные у пациентов с ХГ ( $3,08 \pm 0,16$  у.е.) и у больных ЯБДК II группы ( $2,85 \pm 0,18$  у.е.). Средние показатели пролиферативной активности культур клеток в присутствии ИЛ-1 (без применения ФГА) были в 2,5 раза выше в I группе больных ЯБДК, чем у больных II группы (соответственно  $4,90 \pm 0,28$  и  $2,07 \pm 0,45$  у.е.). Достоверные различия в уровнях комитогенного эффекта, позволяющего оценивать активность ИЛ-1, сохранялась и после добавления к клеткам митогена ФГА (I группа -  $12,7 \pm 0,43$  у.е.; II -  $5,39 \pm 0,34$  у.е.,  $p < 0,05$ ). Индекс стимуляции ConA-бластов в присутствии ИЛ-2 был во II группе больных ЯБДК также достоверно снижен ( $5,2 \pm 0,28$  у.е.) по сравнению со значениями в I группе и у больных ХГ ( $8,25 \pm 0,26$  и  $5,8 \pm 0,23$  у.е. соответственно,  $p < 0,05$ ).

Проведенное лечение в исследуемых группах способствовало усилению функциональной активности лимфоидных клеток, более значительному у пациентов, адекватных к терапии и наименее – у рефрактерных к ней. Прирост РБТЛ в группах пациентов с ХГ, ЯБДК I и II группы в сравнении с исходными показателями составил соответственно 23,3 %; 24,0 % и 13,3 %. Величина комитогенного эффекта (ИЛ+ФГА) также увеличилась в процессе лечения, но наименее у больных ЯБДК II группы (37,5 %; 38,4 % и 25,0 %). Активность пролиферативных процессов после добавления митогена ФГА в I и II группах больных ЯБДК увеличилась соответственно на 20% и 15%. Наиболее высокая степень активации ИЛ-2 отмечена после лечения также у больных ЯБДК I группы, затем в убывающем порядке следует группа больных с ХГ и, наконец, больные ЯБДК II группы (соответственно 25,0 %; 16,6 % и 10 %).

Таким образом, получены важные доказательства сниженной реактивности организма у больных ЯБДК, у которых у которых курс эрадикационной терапии был неэффективен, и, соответственно, низкие уровни пролиферативной активности клеточных процессов у них, по-видимому, не позволили освободиться от возбудителя и получить положительный эффект от лечения.