

полагая сохранение как общей тенденции аллергизации детского населения, так и благоприятного фактора некоторого притормаживания этой аллергизации. Лишь с принятием этих положений можно рассматривать наш прогноз.

Следует обратить внимание на тенденцию роста общего числа аллергозов, аллергодерматозов, лекарственной аллергии, респираторных аллергозов.

Мы составили прогноз на 1977 г. и сравнили ожидаемый и реальный уровень заболеваемости. Прогноз оказался достоверным: хотя фактически общее число аллергозов было несколько большим ($60,5 \pm 1,3$), чем расчетное ($51,4 \pm 4,35$), но разница являлась несущественной для планирования органами здравоохранения помощи этой категории больных.

Прогноз на ближайшее пятилетие — 1981—1985 гг. (табл. 2) выявил тенденцию к нарастанию у детей как общего числа аллергозов, так и отдельных форм, в частности кожных и респираторных.

Сопоставление теоретически рассчитанной и фактической частоты аллергозов показало достоверность прогноза, что имеет важное практическое значение. Прогностические расчеты дадут возможность разработать действенные меры профилактики аллергических заболеваний у детей. Чтобы улучшить качество оказания специализированной помощи детям с аллергическими заболеваниями в республике, следует сформировать республиканский аллергологический центр, имеющий в своем составе аллергологический кабинет, специализированное аллергологическое отделение (стационар), иммунологическую лабораторию, кабинет иммунопрофилактики; создать районные аллергологические кабинеты; расширить подготовку детских врачей-аллергологов. Для дальнейшего совершенствования аллергологической помощи детям необходима организация специализированных детских дошкольных учреждений для страдающих аллергическими заболеваниями детей.

Поступила 17 марта 1981 г.

УДК 616.33—002.44—056.3:577.173.4

АЛЛЕРГИЯ К СЕКРЕТИНУ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ю. С. Малов

*Кафедра терапии (зав. — проф. И. А. Климов) Горьковского медицинского института
им. С. М. Кирова*

Реферат. У 70 человек изучены внутрикожные пробы на секретин и у 42 — антитела к секретину. У всех больных гастродуоденитом и язвенной болезнью обнаружены положительные кожные реакции и примерно у $\frac{2}{3}$ больных — антитела к секретину в сыворотке крови. Приведенные пробы можно использовать для доклинической диагностики и для выявления лиц, предрасположенных к язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: язвенная болезнь, секретин, аллергия.

1 таблица. Библиография: 8 названий.

Секретин играет важную роль в регуляторной деятельности желудочно-кишечного тракта. Недостаток или избыток этого гормона может привести к расстройству функции желудка, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы. В литературе появились данные о том, что секретин обладает иммуногенной активностью [8]. Было показано, что внутрикожное введение секретина приводит к развитию реакции типа кожной анафилаксии у больных язвенной болезнью [4]. Позднее М. Ф. Лендель

(1977) обнаружила антитела к секретину у 74% больных язвенной болезнью. Антитела к секретину появлялись у больных в период, предшествующий возникновению язвы двенадцатиперстной кишки.

В задачу настоящей работы входило изучение кожной чувствительности и антител к секретину в сыворотке крови у больных гастродуоденальной патологией. Для исследования мы применяли секретин, выпускаемый английской фирмой «Boods».

Кожная реакция на секретин изучена у 70 человек, антитела к нему — у 42 (возраст обследованных — от 18 до 60 лет, длительность заболевания — от 3 мес до 20 лет).

Для определения антител к секретину использовали метод микропреципитации по Уанье. Кожные пробы проводили путем внутрикожного введения гормона в ладонную поверхность предплечья в дозе 10—15 ед. в объеме 0,05 мл. После введения секретина появлялась кожная реакция немедленного типа. Через 10—15 мин после инъекции развивалась гиперемия кожи, папула и кровоизлияние на месте первичного воддыря, вызванного введением гормона. Максимальное проявление реакции наблюдалось через 30—60 мин после инъекции. Затем происходило ее обратное развитие. Через 2—3 ч краснота и припухлость исчезали. На месте кровоизлияния образовывалась коричневатая корочка.

Результаты внутрикожной пробы оценивали по площади гиперемизированной кожи и папулы через час после введения гормона (см. табл.). Выделены 4 степени реакции: резко положительная (+++), положительная (++) , слабо положительная (+) и отрицательная (—). Следует отметить, что выраженность кожной реакции зависела от дозы секретина. При инъекции 15 ед. секретина гиперемия кожи достигала 60 мм, при введении 10 ед. — 40—45 мм в диаметре.

Выраженность кожных проб на секретин у больных гастродуоденальной патологией

Группа обследованных		n	Кожные реакции			
			+++	++	+	—
Больные	язвой желудка	8	4	4	—	—
	язвой двенадцатиперстной кишки	34	22	6	5	1
	гастродуоденитом	9	6	3	—	—
	прочими заболеваниями желудочно-кишечного тракта	9	2	1	1	5
Здоровые	10	—	1	2	7	

Из таблицы следует, что у всех больных язвенной болезнью секретин вызывал резко положительную и положительную кожную реакцию. В контрольной группе у 7 из 10 человек кожная проба была отрицательной, у 1 — положительной и у 2 — слабо положительной. Выраженность реакции не зависела от локализации язвенного процесса, фазы и длительности болезни. Резко положительная реакция, как правило, отмечалась у тех больных, у которых язва манифестировала в возрасте до 30 лет. При развитии язвы в более старшем возрасте реакция была положительной. Чтобы выяснить возможность использования данного феномена в дифференциальной диагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта и раннего выявления язвенной болезни, мы исследовали кожную анафилаксию на секретин у 9 больных гастродуоденитом, протекавшим по язвенноподобному типу, и у 9 пациентов с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (у 1 с язвой-раком, у 3 с анацидным гастритом, у 2 с хроническим холециститом и у 3 с хроническим колитом).

У всех больных гастродуоденитом выявлена выраженная анафилаксия кожи. В группе больных с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта положительная реакция констатирована у 4 из 9: резко положительная у больных хроническим колитом с непереносимостью к молоку и сеной лихорадкой и слабо положительная — у больного с малигнизированной язвой; у остальных кожная реакция была отрицательной. Таким образом, секретин вызывал положительный кожный феномен у больных язвенной болезнью и гастродуоденитом.

Учитывая, что аллергическая реакция немедленного типа обусловлена взаимодействием антиген—антитело, мы решили провести исследование антител к секретину. Было обследовано 42 больных. У 36 из них верифицирована язва двенадцатиперстной кишки и у 6 — анацидный гастрит. Антитела к секретину обнаружены у 28 из 36 больных язвой двенадцатиперстной кишки. Положительная реакция Уанье наблюдалась в разведении секрета 1/8—1/128. У всех больных анацидным гастритом реакция микропреципитации оказалась отрицательной. Следует отметить, что нет полной корреляции между кожными пробами и наличием антител в сыворотке крови.

Наличие антител к секретину только у больных язвенной болезнью и гастродуоденитом позволяет предположить участие антител в патогенезе язвенной болезни. Антитела могут связывать секретин и нарушать его эффекторное действие.

Демлинг и соавт. (1964) высказали мысль, что дефицит эндогенного секретина является потенциальным фактором в патогенезе язвы двенадцатиперстной кишки [6]. Блюм и Уорд (1975) установили уменьшение выделения этого гормона у больных язвенной болезнью. Исследованиями Ю. И. Рафеса (1974) было показано, что секретиновая недостаточность проявляется клиникой хронического панкреатита, дуоденита, язвы двенадцатиперстной кишки. Применение секретина с лечебной целью обеспечивало быстрое исчезновение основных проявлений язвенной болезни [1]. Недостаток гормона может приводить к повышению секреции соляной кислоты, уменьшению выработки щелочного секрета поджелудочной железы и нарушению нейтрализации соляной кислоты в двенадцатиперстной кишке [7]. Согласно данным, полученным Бенклером и соавт., секретин при воздействии на кожу или слизистую больных язвенной болезнью вызывает выделение гистамина — стимулятора желудочной секреции. Таким образом, положительные кожные реакции и антитела к секретину у больных язвенной болезнью позволяют говорить о развитии у них аллергии к данному гормону. Связывание секретина антителами приводит к его дефициту и повышению активности ацидопептических факторов развития язвенной болезни.

ВЫВОДЫ

1. У больных язвенной болезнью и гастродуоденитом в ответ на внутрикожное введение секретина развивалась реакция типа кожной анафилаксии.
2. Развитие кожной реакции связано с наличием антител к секретину у большинства больных язвенной болезнью.
3. Кожные реакции и определение антител к секретину можно использовать для доклинической диагностики язвенной болезни и для выявления предрасположенных к ней лиц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Геллер Л. И., Глинская Т. П., Козлова З. П. Врач. дело, 1974, 12.—
2. Лендвел М. Ф. Вопр. курортол., 1977, 3.—3. Рафес Ю. И. Врач. дело, 1974, 7.—4. Baenkler H. W., Domschue W. a. o. Acta Hepato-Gastroenter. (Stuttg.), 1975, 22, 209.—5. Bloom S. R., Ward A. S. Brit. med. J., 1975, 1, 126.—6. Demling L., Ottenjann R., Gelhardt H. Gastroenterologia, 1964, 102, 129.—7. Wormsley K. G. Scand. J. Gastroenter., 1969, 4, 717.—8. Ianaihara N., Sakagami M. a. o. Gastroenterology, 1977, 72, 803.

Поступила 8 января 1980 г.