

УДК 616.5-001.1-056.3-057.616.8

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ****В.В. Трошин**, д. м. н., профессор, ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития»*Трошин Вячеслав Владимирович – раб. тел.: (831) 432-29-96*

В данной статье представлены клиника, неврологический и нейрофизиологический анализ больных аллергодерматозами.

Ключевые слова: аллергодерматоз, вегетативные дисфункции, синдром вегетативной дистонии, нейрореактивность.

The clinical picture, neurologic and neurophysiological analysis of patients with allergodermatosis are given in the article.

Key words: allergodermatosis, vegetative dysfunctions, syndrome of vegetative dystonia, neuroreactivity.

В последние года во многих странах мира отмечается значительный рост аллергической заболеваемости, что по мнению большинства исследователей определяется особенностями развития современного промышленного производства и внедрением химии во многие отрасли хозяйственной деятельности [1, 2, 3]. В структуре аллергозов первое место занимают повреждения кожи [4, 5]. Среди больных дерматозами, работающих в химической промышленности, около одной трети имеют профессиональную природу заболевания [6]. Из них около 90% страдают дерматитом и экземой [7].

Большинство исследователей в клинике аллергозов выявили разнообразную вегетативную патологию, сочетающуюся с астено-невротическими расстройствами [2, 3, 6, 8].

По данным литературы в основе дерматозов лежит измененная реактивность организма к воздействию внешних неблагоприятных факторов, что в основном определяется состоянием нервной и иммунной систем [9, 10, 11].

В лечении вегетативных расстройств все шире используется рефлекторные методы, в частности – акупунктура [12, 13]. Особенно актуально ее применение в лечении аллергических заболеваний, поскольку позволяет избежать многих нежелательных эффектов медикаментозной терапии [14, 15].

Данные о состоянии нервной системы больных аллергодерматозами во многом противоречивы, не определены пути дифференцированного подхода в диагностике и лечению имеющихся нарушений. Работы, посвященные неврологической патологии при профессиональных заболеваниях кожи, вообще единичны. Большинство нейрофизиологических исследований у больных аллергодерматозами выполнены с использованием визуальных методов анализа, без учета клинических неврологических расстройств. Остаются недостаточно ясными возможности иглорефлексотерапии неврологических расстройств у данной категории больных. В связи с этим не уделяется должного внимания неврологическим нарушениям при приеме на работу лиц, а при контакте с веществами-сенсibilизаторами они своевременно не выявляются и не получают должной коррекции у больных аллергодерматозами.

Целью работы является разработка клинико-нейрофизиологических критериев оценки функционального состояния нервной системы больных аллергодерматозами, имеющих профессиональный контакт с сенсibilизирующими веществами, для раннего выявления неврологических нарушений, дифференцированного подхода к их диагностике и

лечению, для обоснования с нейрофизиологических позиций иглорефлексотерапии.

Состояние нервной системы изучено у 146 больных аллергодерматозами. Средний возраст обследованных – 34,6 года, возрастной диапазон – от 19 до 51 года. Среди больных преобладали женщины (78%), мужчин было 32 человека (22%). Диагноз кожного заболевания устанавливался дерматологами коллегиально: 50 больных (44%) страдали аллергическим дерматитом, 96 (66%) – экземой. Для сопоставления нейрофизиологических показателей обследована контрольная группа, включающая 20 практически здоровых лиц, не имеющих в анамнезе неврологической и аллергической патологии. По возрасту и половому составу группы были сопоставимы.

Большинство больных в процессе профессиональной деятельности контактировало с разнообразными химическими сенсibilизирующими веществами (смазочно-охлаждающие жидкости, соля никеля, хрома, продукты деструкции синтетических смол). 16 больных (в основном медицинские работники) контактировали с медикаментами – сенсibilизирующими веществами химико-биологической природы (О.А. Алексеева, Л.А. Дуева, 1978).

Больные обследовались комплексно согласно рекомендациям Всесоюзного центра вегетативной патологии [16]. Обследование включало традиционное неврологическое обследование, оценку ряда вегетативных показателей, психологическое тестирование (16-факторный личностный опросник, тест Спилберга) [17], функциональные и лабораторные методы. На этой основе была разработана формализованная карта обследования, включающая 416 градаций 103 признаков.

Обследование проводилось дважды: до лечения – на второй-третий день после поступления в клинику, в период обострения аллергодерматоза и после курса лечения, как правило, в период клинической ремиссии или регресса кожного процесса (на 10-ый и 20-ый день).

Биоэлектрическая активность головного мозга изучена у 104 больных и 20 лиц контрольной группы. Исследование проводилось на 8-канальном приборе фирмы «Медикор» ЭЭГ-80 в состоянии расслабленного бодрствования и при предъявлении функциональных нагрузок (ритмическая фотостимуляция (ФС) с фиксированными частотами 4, 10, 20 Гц и умственная нагрузка (УН), заключающаяся в придумывании слов на заданную тему в ограниченный интервал времени). Полученные ЭЭГ оценивались при помощи визуальной системы описания [18], у 100 больных – с использованием частотно-интегрального (анализатор «АШЭГ-8»), а в части случаев спектрального (анализатор С4-54) методов анализа (264 спектрограммы).

Состояние центральных и периферических вегетативных регулирующих аппаратов определялось методом электрополиграфия (ЭЭГ, КГР, РВГ, ЧСС).

Кожно-гальваническая реакция (КГР) оценивалась на анализаторе АНИЭГ-8 по площади регулирования; реовазограм-

ма (РВГ) дистальных отделов руки (III палец) регистрировалась с помощью тетраполярной реографической приставки РПГ2-02. Рассчитывались показатели: реографический индекс (РИ), дикротический индекс (Ж), диастолический индекс (ДСИ), отношение длительности восходящей волны к длительности всей волны (L/T), время распространения реографической волны. По величине интервалов RR зарегистрированной ЭКГ рассчитывались некоторые показатели вариационной пульсометрии (ВП); мода (М), амплитуда моды (АМ), вариационный размах (ВХ), индекс вегетативного равновесия (ИВР), индекс напряжения регуляторных систем (ИН).

Для проведения нейроиммунных сопоставлений у 60 больных аллергодерматозами проведена оценка ряда иммунологических (уровень иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови; относительное и абсолютное содержание лимфоцитов, Т и В популяций лимфоцитов крови) и биохимических (общий белок и белковые фракции крови: экскреция суммарных 17-оксикетокортикостероидов (17-ОКС) в суточной моче, гистамино-пектический индекс (ГПИ), концентрация гистамина в крови и активность гистаминазы в сыворотке крови) показателей. 38 больным аллергодерматозом проведен курс аурикулокорпоральной иглорефлексотерапии (ИРТ).

Статистическая обработка результатов клинических, функциональных и лабораторных исследований осуществлялась с помощью параметрических и непараметрических методов (критерии: Стьюдента – t, знаков – kз, уточненного критерия Фишера – и) с применением программируемого микрокалькулятора МК-61.

Клинические неврологические синдромы у больных аллергодерматозами. При неврологическом обследовании у большинства больных (139 чел. – 5%) выявлены различной степени вегетативные и астено-невротические нарушения, часто протекавшие на фоне неврологической микросимптоматики (в 75% случаев).

Из симптомов вегетативной дисфункции наиболее часто отмечалась слабая температурная реакция при инфекционных заболеваниях – в 66 (47%) случаях, повышенная потливость кистей и стоп – в 74 (53%), плохая переносимость колебаний температуры окружающей среды – в 52 (37%); из объективных симптомов – явления акроцианоза, мраморность кожных покровов – у 105 (75%) обследованных, измененный дермографизм – у 63 (45%), значимая (10 и более мм рт. ст.) асимметрия артериального давления – у 59 (42%).

Симптомы астено-невротического характера были представлены: психоэмоциональными нарушениями – у 92 (66%) больных, расстройствами сна – у 82 (59%), повышенной утомляемостью, общей слабостью – у 76 (55%), цефалгиями – у 78 (56%).

В неврологическом статусе наиболее часто выявлялись: нарушения функции черепных нервов (изменения прямой или содружественной реакции зрачков на свет, слабость конвергенции, асимметрия мимической иннервации, нистагмозид) – у 92 (66%) больных; нарушения в двигательной

и рефлекторной сфере (неустойчивость в положении Ромберга, снижение или асимметрия брюшных и корнеальных рефлексов, тремор пальцев рук) – у 104 (75%) больных, расстройства поверхностной болевой чувствительности (по корешковому, реже (12%) полиневротическому типу) – у 53 (38%) больных.

Сбор анамнестических данных показал у 73 (52%) больных аллергодерматозами предшествующую неврологическую патологию (вегетососудистая дистония, мигрень, вертеброгенные нарушения, последствия черепно-мозговой травмы, хроническая цереброваскулярная недостаточность), ее отсутствие отмечено у 41 (30%) больного, 25 (18%) обследованных не дали однозначного ответа.

В связи со сложным генезом выявляемой неврологической патологии, трудностями нозологической диагностики в каждом конкретном случае при их оценке использовался синдромальный принцип, учитывающий степень вегетативных, невротических нарушений и характер неврологической микросимптоматики. В ходе динамического наблюдения за больными уточнялась природа этой микросимптоматики – резидуальная или связанная с текущим заболеванием нервной системы. На основании клинко-неврологического анализа были выделены следующие синдромы:

1. Вегетативная неустойчивость (ВН) – 20 (14%) больных – характеризуется отсутствием активных жалоб (лишь при направленном опросе удается выявить отдельные проявления: редкие головные боли, плохая переносимость колебаний барометрического давления, душного помещения), отдельными симптомами вегетативного дисбаланса при объективном обследовании (асимметрия артериального давления, акроцианоз, гипергидроз костей), отсутствием неврологической патологии в анамнезе.

2. Синдром вегетативной дистонии (ВД) – 65 (44%) больных – предъявляются жалобы, свидетельствующие о наличии астенических и вегетативных нарушений. Исследование неврологического статуса выявляет симптомы вегетативной дисфункции, функциональные неврологические расстройства (равномерное оживление сухожильных рефлексов, иногда тотальная гиперестезия, тремор пальцев рук при психоэмоциональном напряжении) или отдельные микросимптомы, не связанные с текущей патологией нервной системы (изменение поверхностных рефлексов, черепной иннервации).

3. Синдром вегетативной дистонии с органической микросимптоматикой (ВДОМС) – 54 (37%) больных – характеризуется более выраженными перманентными и пароксизмальными вегетативными расстройствами, проявляющимися на фоне стойкой рассеянной неврологической микросимптоматики, как правило, связанной с текущей патологией нервной системы, но не укладывающейся в единый симптомокомплекс. В анамнезе отмечаются последствия черепно-мозговых травм, хроническая цереброваскулярная патология, вертеброгенные нарушения в шейном отделе. В результате у части больных удается установить определенную нозологическую форму

заболевания. Однако у 14 больных нозологическая диагностика оказалась невозможной.

Оценка ряда вегетативных показателей (уровень систолического и диастолического артериального давления, индекс Кердо, суммарный вегетативный тонус) показала углубление вегетативного дисбаланса при прогредиентности неврологических нарушений. Причем общий вегетативный тонус свидетельствовал о нарастании парасимпатических влияний (ВН – ВДОМС, $p < 0,05$), а показатели сердечно-сосудистой системы – симпатических.

По данным ортостатической пробы при ВДОМС преобладала недостаточность вегетативного обеспечения, а при ВД – нормальное вегетативное обеспечение ($p < 0,05$). Исследование рефлекса Даньини-Ашнера выявило сниженную вегетативную реактивность у больных аллергодерматозом.

Для объективизации невротических расстройств было проведено экспериментально-психологическое обследование 40 больных и 20 лиц контрольной группы. Больные аллергодерматозами достоверно отличались от здоровых, согласно данным 16-факторного опросника личности, по следующим факторам (результат в скобках): фактор А – $5,20 \pm 0,38$ (контроль – $7,31 \pm 0,61$, $p < 0,01$) свидетельствует о наклонности больных к замкнутости, эмоциональной холодности; фактор С – $4,25 \pm 0,32$ (контроль – $6,63 \pm 0,41$, $p < 0,001$) – о сниженной эмоциональной устойчивости; фактор N – $6,18 \pm 0,23$ (контроль – $5,12 \pm 0,41$, $p < 0,05$) – о некоторой искусственности поведения больных, их амбициозности; фактор O – $7,38 \pm 0,30$ (контроль – $5,25 \pm 0,47$, $p < 0,001$) – о повышенной тревожности, чувствительности.

Подсчет вторичных факторов показал, что для личности обследованных больных характерен повышенный уровень тревожности (I фактор – $6,87 \pm 0,23$ против $5,36 \pm 0,34$ в контрольной группе, $p < 0,01$) и наклонности к интраверсии (II фактор – $4,22 \pm 0,34$ против $5,61 \pm 0,38$ в контроле, $p < 0,01$). Тест Спилбергера подтвердил более высокий уровень тревоги, как реактивной, так и личностной, у больных аллергодерматозами по сравнению со здоровыми лицами. Однако лишь у 10 больных из 40 I интегральный фактор превышал уровень в 8 стенов, уровень, свидетельствующий о наличии значительно выраженных невротических расстройств (Ф.В. Березин с соавт., 1963). У остальных эти данные не выходили за границы, определенные для лиц с удовлетворительной психической адаптацией.

У больных ВДОМС по сравнению с больными ВД личностные характеристики были изменены более существенно, на что указывали более низкие значения Ш вторичного фактора 16-ФЛО ($5,31 \pm 0,4$ – $6,53 \pm 0,32$, $p < 0,05$) и уровень личностной тревоги по тесту Спилбергера ($53,25 \pm 1,79$ – $45,04 \pm 1,89$, $p < 0,01$).

Нейрофизиологическая характеристика больных

Визуальная оценка биоэлектрической активности головного мозга 104 больных аллергодерматозами по системе описания, предложенной Е.А. Жирмунской и В.С. Лосевым (1980),

выявила: I тип – 59% ЭЭГ, II – 5%, III – 32% и IV тип – 4% ЭЭГ. Разнонаправленные изменения фоновых ЭЭГ более чем у половины больных были легко выражены. При этом сохранялась (в 71% случаев) высокая нейрореактивность (по данным фотопробы). У 3/4 обследованных изменения фоновых ЭЭГ сопровождались патологическими и условно патологическими феноменами (ирритативные нарушения, вспышки высокоамплитудной активности). В целом электроэнцефалографические находки выявили заинтересованность различных структур НДС, причем не в одинаковой степени у различных больных.

Частотно-интегральный анализ ЭЭГ 88 больных позволил выявить общие закономерности функционального состояния ЦНС, заключающиеся в измененной реактивности на индифферентный раздражитель (ФС) и в выраженной реакции на эмоциональный (УН).

Спектральный анализ ЭЭГ позволил уточнить, что измененная нейрореактивность обусловлена нарушением межцентральных структур головного мозга, что, видимо, и лежит в основе наблюдаемой клинически у большинства больных психовегетативной дисфункции. Выявленные нарушения имели достаточно стойкий характер, что подтвердилось при записи повторной ЭЭГ после курса лечения.

Визуальная оценка ЭЭГ не выявила значимых особенностей при клинко-неврологических синдромах. Ряд показателей частотно-интегрального анализа свидетельствовал о нарастающей дисфункции гипоталамо-стволовых структур при углублении неврологической патологии, при этом отмечено сглаживание зональных различий по альфа-активности, снижение суммарной мощности спектра, избыточная реактивность на внешние раздражители (таблица).

Анализ отдельных частотных составляющих спектра показал, что у больных с синдромами ВН и ВД относительно повышена активность лимбических структур, а у больных ВДОМС – ретикулярной формации среднего мозга. В этой группе больных отмечена и самая высокая нейрореактивность на внешние воздействия, что, видимо, свидетельствует об истощении гомеостатических резервов в ЦНС, поддерживающих устойчивость основных нейрональных механизмов.

Электрополиграфия выявила наибольшую информативность при диагностике вегетативной дисфункции показателей сердечного ритма. Согласно ВП отмечено усиление влияния симпатической нервной системы в контуре регуляции сердечного ритма. Предъявляемая УН сопровождалась у всех больных явно избыточным вегетативным обеспечением.

Данные, полученные при исследовании КГР и РВГ, подтвердили наличие вегетативного дисбаланса у обследованных больных, однако они существенно не отличались при различных синдромах.

Нейродерматологические и нейроиммунные сопоставления

В литературе имеются данные об отсутствии связи изменения нервной системы с действием какого-то определенного

аллергена у больных дерматозами и углублении вегетативного дисбаланса на поздних стадиях аллергического заболевания [6, 19]. Углубление неврологических изменений при длительных сроках аллергоза объясняется наличием тесных нейроиммунных связей на уровне гипоталамуса и лимбических структур мозга [20, 21]. Эти связи осуществляются широким комплексом биологически активных веществ: от продуктов аллергических реакций до гормонов, нейромедиаторов и миелопептидов [21, 22, 23, 24].

Обследованные больные аллергодерматозами страдали двумя клиническими формами заболевания – дерматитом и экземой. Экзема отличается от дерматита длительным хроническим течением с частыми обострениями [8]. И в нашем случае больные с экземой по сравнению с больными дерматитом при сопоставимом среднем возрасте имели почти в три раза большую продолжительность заболевания ($3,35 \pm 0,69$ и $1,11 \pm 0,34$ года соответственно) и в два раза большую продолжительность работы в контакте с аллергеном ($6,88 \pm 0,91$ и $3,59 \pm 1,02$ года соответственно).

ТАБЛИЦА

Показатели частотного анализа затылочного отведения электроэнцефалограммы больных с различными неврологическими синдромами ($M \pm m$)

Показатели частотного анализа ЭЭГ	Неврологические синдромы			Контроль (n=20)
	ВН (n1=17)	ВД (n2=38)	ВДОМС (n3=45)	
Фон:				
Альфа-ритм (%)	40,23±2,41	38,50±1,47	36,26±1,40**	41,64±1,74
Коэффициент структурности	1,94±0,11**	2,00±0,08**	2,29±0,09	2,38±0,10
Суммарная мощность спектра (мкВхС)	7,65±0,58	6,71±0,33	5,78±0,31**	7,35±0,61
Фотостимуляция 4 Гц:				
Альфа-ритм (%)	36,85±2,02	36,06±1,16	32,93±1,11	37,01±1,84
КС	1,99±0,13	2,18±0,08	2,07±0,08	2,06±0,09
СМС (мкВхС)	6,98±0,50	7,00±0,30	5,67±0,25	6,85±0,65
Умственная нагрузка:				
Альфа-ритм (%)	(n`1=7) 33,13±3,04	(n`2=17) 35,45±2,05	(n`3=25) 28,97±1,60*	(n`=12) 34,47±3,16
КС	1,58±0,16	2,34±0,13	1,97±0,11*	2,03±0,19
СМС (мкВхС)	5,91±0,52*	6,01±0,38	5,10±0,31	6,27±1,05

Примечание: * - достоверные различия с фоновыми показателями ($p < 0,05$); ** - достоверные различия с контролем ($p < 0,05$).

У больных дерматитом достоверно чаще выявлялся при неврологическом обследовании синдром ВД (в 29 случаях из 50 против 36 из 96 при экземе, $p < 0,05$), а у больных экземой – ВДОМС. Данные ВП подтвердили углубление вегетативного дисбаланса при хроническом дерматозе, выявив наиболее значительные сдвиги при УН. Так, у больных дерматитом ИН увеличивался с 328 ± 28 до 450 ± 68 ($p < 0,05$), а у больных экземой – с 263 ± 20 до 465 ± 36 ($p < 0,001$).

Все больные направлялись в клинику для профпатологического обследования, в результате которого у 104 (71%) больных была установлена связь кожного заболевания с характером

их производственной деятельности. По возрасту, полу, продолжительности болезни группы больных с профессиональными и непрофессиональными аллергодерматозами были сопоставимы. Изучение представленности неврологических синдромов в этих группах не выявило существенных различий.

У больных профессиональными аллергодерматозами отмечено углубление неврологических нарушений при увеличении стажа работы в контакте с веществами-сенсибилизаторами. Страдавшие наиболее выраженными невротическими расстройствами (ВДОМС) чаще, чем больные ВД ($p < 0,01$) и синдромом ВН или без патологии нервной системы ($p < 0,05$), имели стаж работы год и более.

Существование определенных нейроиммунных связей подтверждено в ходе нейрофизиологического обследования. При относительно высоких показателях иммуноглобулинов крови, выраженной аллергизации организма отмечена стойкая тоническая активизация коры головного мозга со снижением нейрореактивности (по данным частотного анализа ЭЭГ). У больных с низкими показателями гуморальной иммунной защиты определялась картина своеобразного «энергетического блока»: одновременно со значительным напряжением вегетативных реакций имела склонность к процессам гиперсинхронизации в ЦНС с появлением фокусов пароксизмальной активности и повышенной нейрореактивностью. Данные изменения биоэлектрической активности головного мозга свидетельствуют о значительном дисбалансе церебральных нейромедиаторных механизмов [25, 26, 27].

Тесные нейродермальные и нейроиммунные связи обуславливают достоверное увеличение сроков пребывания больного в стационаре по поводу кожной патологии с $18,81 \pm 1,32$ дня при ВН до $24,13 \pm 1,33$ дня при ВДОМС ($p < 0,01$).

Динамика клинко-нейрофизиологических показателей под влиянием иглорефлексотерапии

Выявление у подавляющего большинства больных аллергодерматозами вегетативных и астено-невротических нарушений, протекающих в ряде случаев на фоне неврологической микросимптоматики, иммунных сдвигов в организме, ставит вопрос о необходимости их адекватной коррекции. В лечении аллергических заболеваний все большую популярность приобретает иглорефлексотерапия, что связано с ее высокой эффективностью (до 80%) и отсутствием медикаментозных аллергических осложнений [14, 15].

Положительный эффект при классической аурикулярно-корпоральной иглорефлексотерапии получен у 37 больных из 38 (одна больная отказалась от лечения из-за боязни уколов). Клинический результат во многом зависел от исходного состояния нервной системы. При наличии очаговой микросимптоматики в неврологическом статусе и значительно измененной картины ЭЭГ снижалась результативность лечения как неврологических расстройств, так и кожного аллергического процесса. Выраженная положительная динамика суммарного вегетативного тонуса после курса ИРТ отмечена лишь у 8 из 17

больных ВДОМС, а при ВД – у 14 из 15 ($p < 0,01$). Положительная динамика биоэлектрической активности головного мозга при умеренных фоновых изменениях выявлена в 7 случаях из 2, а при значительных – полностью отсутствовала во всех 4 случаях ($p < 0,01$). При легких изменениях биопотенциалов средний балл эффективности лечения аллергодерматозов – 4,4, а при значительных – 4,05. Спектральный анализ 10 ЭЭГ I классификационного типа позволил уточнить, что в основе лечебного влияния акупунктуры у данных больных лежит воздействие на неспецифические структуры ствола головного мозга, проявляющееся нормализацией межцентральных взаимодействий и нейрореактивности. Выявленная разнонаправленность изменений амплитудно-частотных характеристик ЭЭГ (до и после курса ИРТ) во многом зависела от исходного функционального состояния головного мозга обследуемых. Выделение предлагаемых неврологических синдромов у больных аллергодерматозами позволяет дифференцированно подходить не только к акупунктурной, но и к традиционной медикаментозной терапии. Больным с синдромом ВН наряду с нормализацией режима, лечебной физкультурой следует применять препараты общеукрепляющего действия (витамины группы Б, экстракт алоэ, апилак, дибазол в небольших дозировках) и седативные препараты растительного происхождения. При ВД необходимо включение седативных препаратов и транквилизаторов, вегетотропных средств, оказывающих нормализующее влияние на состояние неспецифических систем мозга. Рекомендуется подключение физиотерапевтических процедур – электрофореза на шейно-воротниковую зону препаратов брома, хлористого кальция, переменного магнитного поля. У больных ВДОМС целесообразно назначение препаратов улучшающих метаболические процессы в ЦНС, сосудорасширяющих и симптоматических (гипотензивных, анальгетиков) средств. При вегетативных пароксизмах хороший терапевтический результат достигается комплексным лечением, разработанным во Всесоюзном центре вегетативной патологии. Нейротропную терапию всем больным необходимо назначать в комплексе с десенсибилизирующей и иммунокорректирующей. Ориентация врачей медико-санитарных частей на необходимость обязательного учета и по возможности коррекции даже начальных вегетативных и астено-невротических нарушений, выявляемых при первичных медицинских осмотрах поступающих на работу и у больных с уже развившимся аллергозом, позволяет предупредить хронизацию неврологической и аллергической патологии.

Обнаружение у больных аллергодерматозом ВДОМС прогностически неблагоприятно для течения кожного процесса, диктует необходимость их рационального трудоустройства и проведения повторных курсов рефлексотерапии или комплексной медикаментозной терапии.

Таким образом, у большинства больных (90%) аллергодерматозами, работающих в контакте с веществами-сенсибилизаторами, при клинко-неврологическом обследовании выявлены вегетативные и астено-невротические

нарушения, в значительной части случаев на фоне преходящей или стойкой очаговой неврологической микросимптоматики.

В зависимости от степени выраженности вегетативных и соматических неврологических расстройств и их соотношения выделены следующие синдромы: вегетативной неустойчивости, вегетативной дистонии и вегетативной листании с очаговой неврологической микросимптоматикой.

В основе выявленных клинико-неврологических синдромов лежит дисфункция структур лимбико-ретикулярного комплекса, проявляющаяся измененной реактивностью на внешние воздействия и углубляющаяся с прогрессированием неврологических нарушений (наиболее выражена у больных вегетативной дистонией с очаговой неврологической микросимптоматикой). Изменения нервной системы в большинстве случаев имеют сложный генез и носят стойкий характер.

Больные с очаговой неврологической микросимптоматикой, имеющие стаж работы в контакте с аллергеном более года, чаще страдают хроническим дерматозом. С другой стороны, при хронизации аллергодерматоза, увеличении продолжительности заболевания выявляются более выраженные клинические неврологические нарушения и снижаются адаптивные возможности нервной системы, особенно ее вегетативного отдела.

Аллергизация больных со значительным напряжением гуморального иммунитета сопровождается стойкой активацией коры головного мозга и автономных вегетативных регулирующих аппаратов; у больных с недостаточностью гуморального звена иммунной защиты нейродинамика характеризуется неустойчивостью и склонностью к пароксизмам.

Иглорефлексотерапия оказывает выраженное самогонное действие при неврологических нарушениях у больных аллергодерматозами, однако при наличии стойкой очаговой микросимптоматики, значительных изменений биоэлектрической активности головного мозга эффективность лечения снижается. В основе терапевтического воздействия акупунктуры лежит нормализующее влияние на неспецифические стволовые структуры мозга, что нейрофизиологически проявляется улучшением межцентральных взаимоотношений с ЦНС.

Результаты проведенного исследования, выявленные закономерности должны учитываться при разработке профилактических мероприятий при оценке тяжести заболевания в целом, особенностей его течения и прогноза, а также при проведении рациональной терапии больных аллергодерматозами.

ЛИТЕРАТУРА



1. Виноградов Г.И. Химические аллергены окружающей среды и их влияние на здоровье человека. М. 1985. 57 с.
2. Bernstein D.I. Allergic reactions to workplace allergens [review]// JAMA. 1997. 278. P. 1907-1913.
3. Woods J.A., Lambert S., Platts-Mills T.A., et al. Natural rubber latex allergy:

- spectrum, diagnostic approach, and therapy [review]// J. Emerg. Med. 1997. 15. P.71-85.
4. Пыцкий В.И., Андрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. М.: Медицина, 1984. 272 с.
5. Adams R.M., ed. Occupational skin disease// Occup. Med.: State of the Art Review. 1986. 2. P. 199-360.
6. Багнова М.Д. Профессиональные дерматозы. М.: Медицина, 1984. 304 с.
7. Алиева Т.И., Каширский Ю.М., Ефимов А.В., Гоголев В.А. Особенности структуры профессиональной патологии кожи в последние годы// Гигиена труда. 1988. № 6. С.51-52.
8. Бруевич Т.С. Профессиональные аллергические дерматозы (этиология, патогенез). М.: Медицина, 1982. 192 с.
9. Адо А.Д. Вопросы общей нозологии. М.: Медицина, 1985. С.64.
10. Акмаев И.Г. Взаимодействие нервных, эндокринных и иммунных механизмов мозга// Журн. невропатологии и психиатрии. 1998. № 3. С. 54-56.
11. Иванова С.А., Ветлугина Т.П., Бохан Н.А., Эпштейн О.И. Иммунобиология аддитивных расстройств: механизмы психонейроиммунотерапии// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2002. № 1. С. 52-60.
12. Василенко А.М. Основные принципы адаптивного действия рефлексотерапии// Физиология человека и животных. М.: ВИНТИ, 1985. Т. 29. С. 167-210.
13. Bischof I. Zur Funktion der Akupunktur// Dtsch. Z. Akupunkteure. 1984. 27. № 2. P. 41-43.
14. Воргалик В.Г., Воргалик М.В. Пунктурная рефлексотерапия: Чжень-цзю. Горький. 1988. 335 с.
15. Dingzong Wu. Acupuncture in the Body's Promotion of Self-Defense and Homeostasis// Amer. J. of Acupunct. V. 14. № 2. 1986. P. 123-126.
16. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. / Под ред. А.М.Вейна. М. 1998. 752 с.
17. Овчинников Б.В. и др. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики. СПб. 2005. 320 с.
18. Жирмунская Е.А., Лосев В.С. Понятие типа в классификации электроэнцефалограмм// Физиология человека. 1980. № 6. С. 1039-1047.
19. Мухтарова Н.Д. Изменения нервной системы у больных с аллергиями, развивающимися в условиях производства мебели// Врачебное дело. 1987. № 11. С. 101-104.
20. Кожевников П.В. Экзематозные реакции. Л.: Медицина, 1967. 199 с.
21. Кузьмина Л.П., Измерова Н.И., Софронова Е.В. Состояние нейрогуморальной регуляции и гормонорецепторных взаимоотношений у больных профаллергодерматозами// Мат-лы III Всерос. съезда врачей-профпатологов. Новосибирск. 2008. С. 405-406.
22. Крыжановский Г.Н. Общая теория патофизиологических механизмов неврологических и патопсихологических синдромов// Журнал неврологии и психиатрии. 2002. № 11. С. 4-12.
23. Фролов Е.П. Патогенетические основы аллергодерматозов// Кожа/ Под ред. А.М. Чернуха, Е.П. Фролова. М.: Медицина, 1982. С. 272-286.
24. Ader R., Felten D., Cohen N. Interactions between the brain and the immune system // Annu. Rev. Pharmacol. and Toxicol. 1990. Vol. 30. P. 561-602.
25. Зенков Л.Р., Ронкин М.Л. Функциональная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей. М: МЕДпресс-информ, 2004. 488 с.
26. Степанова Т.С., Дегтярева Э.П. Нейрофизиологический анализ центральных механизмов глоссалгии// Журн. неврологии и психиатрии. 1988. № 4. С. 33-39.
27. Lopes da Silva F. EEG analysis: theory and practice. In: E. Niedermeyer and F.H. Lopes da Silva (Eds.), Electroencephalography: basic principles, clinical applications and related fields. Williams and Wilkins, Baltimore. 1993. P. 1097-1123.
28. Корнева Е.А. Современные аспекты изучения проблемы нейроиммунотерапии// Russian Journal of Immunology. 1999. Vol. 4. Suppl. 1. P. 305-308.
29. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Оценка иммунного статуса человека в норме и при патологии// Иммунология. 2001. № 4. С. 4-6.
30. Worfman F. Was ist eine allergische Krankheit?// Allergologie. 1987. № 1. P. 2-6.