



стоя, обхват груди или талии) отличается на 3–4 см от нормативных значений (одежда будет несколько шире, длиннее или короче) – частично удовлетворены. А еще 17,3% летчиков не могут подобрать полностью соответствующего образца полетной одежды.

Иными словами, их фигуры не попадают в разработанные ранее стандарты. Большинство (56,1%) из этих членов экипажей летательных аппаратов характеризуются существенным удлинением тела (увеличением роста стоя) при сохранении или даже уменьшении остальных двух показателей (обхват груди или талии). Это совпадает с выявленной нами тенденцией к достоверному увеличению роста стоя по сравнению с периодом, когда формировались типовые фигуры для проектирования полетной одежды (70–80-е годы прошлого столетия). Другим 26,8% летчиков присуще значительное увеличение обхватных размеров (прежде всего, обхвата талии) при практически неизменном росте и обхвате груди. Данная тенденция коррелирует с установленным увеличением массы тела и доли лиц летного состава с повышенным весом и начальными стадиями ожирения.

Ситуация с морскими спасательными комплектами МСК-5 сходна с ситуацией с полетной одеждой. Из-за изменения антропометрических размеров только 77,1% лиц летного состава могут подобрать себе защитный костюм. При этом большая часть летчиков (88,6%), неудовлетворенных размерами, имеют заметно превышающие параметры либо по вертикальному обхвату туловища, либо по росту (длине тела), а также удлинение конечностей на 4–5 см и более, чем это предусмотрено для выбора данного типа снаряжения.

Пожолая проблема существует и в отношении другого вида снаряжения, размеры которого формируются на основе типовых фигур, построенных с использованием такого признака, как вертикальный обхват туловища. Речь идет о высотно-компенсирующих костюмах ВКК-6М и ВКК-15, а также авиа-

ционном скафандре «Баклан» – его оболочке и вентиляционно-теплозащитному костюму. Так, самый большой выпускаемый промышленностью размер ВКК (12) характеризуется максимальным вертикальным обхватом туловища, не превышающем 176 см. При этом у 21,9% обследованных нами летчиков величина данного показателя больше.

Иными словами, они не смогут подобрать себе ВКК-6 или ВКК-15 нужного размера. Ситуация с оболочкой авиационного скафандра «Баклан» и его *вентиляционно-теплозащитным костюмом* (ВТК) еще более тяжелая, чем с другим снаряжением, т. к. максимальный вертикальный обхват туловища, на который ориентировались конструкторы при создании данного типа снаряжения, не превышал 170,5 см. В итоге 37,7% летчиков не могут полноценно воспользоваться скафандром.

Таким образом, проведенные исследования позволили установить, что большинство антропометрических размеров летного состава достоверно изменились по сравнению с данными, полученными в 1980-е годы.

Непосредственным результатом выявленных изменений явилось несоответствие размеров полетной одежды и некоторых типов летного снаряжения для части членов экипажей (до 20% и более личного состава по отдельным позициям).

По нашему мнению, полученный результат свидетельствует о необходимости проведения масштабного целенаправленного антропометрического исследования всей популяции летного состава для корректировки действующих в настоящее время устаревших требований. Это обусловлено не только потребностями разработчиков полетной одежды и защитного летного снаряжения, но и необходимостью учета изменившихся антропометрических показателей при разработке рабочих мест перспективных летательных аппаратов (в частности параметры кресел членов экипажей, удаленность органов управления, расположение средств отображения информации и т. п.).

© Е.Л.ЧАЛАЯ, А.И.ГОЛОВИНОВ, 2018
УДК 616.521-022.7-07

Чалая Е.Л. (chalelena25@yandex.ru), **Головинов А.И.** (golovinov78@mail.ru) – Клинико-социальная характеристика пациентов с различными формами микробной экземы.

Филиал № 1 Лечебно-реабилитационного клинического центра МО РФ, г. Химки, Московская область

Обследованы 126 взрослых пациентов с микробной экземой. Проведены оценка качества жизни, анализ сопутствующей патологии, клинического течения микробной экземы. Выявлена высокая степень колонизации патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. Микробная экзема снижала трудоспособность и качество жизни (индекс оценки качества жизни дерматологических больных в обследуемой группе составил $16,9 \pm 1,12$ балла), что указывает на высокую степень негативного влияния симптомов болезни на качество жизни пациентов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: микробная экзема, индекс оценки качества жизни дерматологических больных.



Chalaya E.L., Golovinov A.I. – Clinical and social characteristics of patients with various forms of microbial eczema. Twelve hundred adult patients with microbial eczema were examined. An assessment of the quality of life, analysis of concomitant pathology, clinical course of microbial eczema. A high degree of colonization by pathogenic and conditionally pathogenic microorganisms was revealed. Microbial eczema reduced the ability to work and the quality of life (the index of assessing the quality of life of dermatological patients in the examined group was 16.9 ± 1.12 points), which indicates a high degree of negative impact of the symptoms of the disease on the quality of life of patients.

К е у о р д s: microbial eczema, an index of assessing the quality of life of dermatological patients.

Микробная экзема (МЭ) является наиболее распространенной после истинной экземы и наблюдается у 12–27% больных экземой. В последнее десятилетие отмечается значительный рост заболеваемости микробной экземой, а также омоложение возраста дебюта болезни, развитие осложненных, торпидных к терапии тяжелых, хронических форм заболевания, приводящих к потере трудоспособности и ранней инвалидизации пациентов. Частые рецидивы, нередко протекающие на фоне нарушений иммунологической реактивности и обострений хронических воспалительных заболеваний, сопровождающиеся гипоксией, приводят к временной потере трудоспособности, ухудшению нейропсихологических характеристик и, в конечном счете, к значительному снижению качества жизни этих пациентов, что указывает на медико-социальную значимость проблемы.

Возникающий на фоне частых рецидивов МЭ психоэмоциональный стресс может служить причиной выраженной психосоциальной дисфункции, которая, в свою очередь, способна значительно ухудшить как результаты лечения, так и качество жизни пациента в целом. Комплексная оценка влияния социально-гигиенических факторов на распространенность и тяжесть течения МЭ наряду с выявлением триггерных факторов и более детальным изучением патогенеза заболевания позволяют усовершенствовать лечебно-профилактические мероприятия при данной нозологической форме.

Под наблюдением находилось 126 больных МЭ в возрасте от 16 до 65 лет. Для объективной оценки тяжести микробной экземы применялся индекс оценки тяжести микробной экземы – ИОТМЭ, разработанный Т.В.Соколовой и соавт. (Адаскевич В.П., 2014). Тестирование для определения качества жизни пациента проводили и оценивали по индексу оценки качества жизни дерматологических больных (DLQI) – варианту, русифицированному Н.Г.Кочергиным и Е.П.Буровой.

Для оценки социально-демографических характеристик пациентов была разработана социальная анкета, содержащая информацию

об уровне образования; отрасли экономики, в которой занят пациент, характере трудовой деятельности (степень занятости), материальных условиях (уровень доходов); жилищных условиях, продолжительности проживания в данном городе; семейном статусе, характере взаимоотношений с родственниками и на службе, круге общения; характере питания, наличии и характере вредных привычек, частоте обращаемости за медицинской помощью. Статистические различия рассматривались как значимые при $p \leq 0,05$.

Из 126 взрослых больных МЭ у 48 (38,09%) наблюдался типичный вариант, у 54 (42,86%) больных – нумулярная экзема, у 11 (8,73%) – варикозная экзема, у 5 (3,97%) – паратравматическая экзема, у 4 (3,17%) и 4 (3,17%) больных – сикозиформная экзема и экзема сосков соответственно.

Длительность МЭ составила у большинства больных от 2 мес до 2 лет – 81 (64,29%) больных), у 17 (13,49%) – от 2 до 5 лет, у 20 (15,87%) – менее 2 мес, у 8 (6,35%) – более 5 лет. Острое течение микробной экземы было зарегистрировано у 25 (19,84%) больных, подострое – у 38 (30,16%), обострение хронической экземы – у 63 (50%). Острая форма МЭ отмечалась во всех случаях экземы сосков и сикозиформной экземы, у 6 (12,5%) больных типичной формой и 7 (12,96%) больных нумулярной экземой, а также у 3 (60%) больных паратравматической экземой.

Подострая форма была характерна для 16 (33,33%) пациентов с типичной формой МЭ и 17 (31,48%) больных нумулярной экземой, а также для 2 (40%) больных паратравматической и 3 (27,27%) больных варикозной экземой. У большинства больных – 26 (54,17%) типичной разновидностью МЭ, 30 (55,56%) нумулярной экземой, 7 (63,63%) варикозной экземой отмечалась хроническое течение кожного процесса.

Особенностью клинического течения МЭ в обследованной группе больных является диссеминированный характер высыпаний, выявленный в 89 (70,64%) случаях. Очаговый характер высыпаний отмечался у 11 (100%) больных варикозной экземой, у 5 (100%) больных паратравматической экземой у 4



(100%) сикозиформной экземой, у 4 (100%) экземой сосков, а также у 10 (18,52%) пациентов с нумулярной экземой и у 3 (6,25%) с типичной формой микробной экземы.

Экзематозные эфлоресценции чаще локализовались в области нижних конечностей – у 109 (86,51%), верхних конечностей – у 89 (70,63%), на туловище – у 45 (35,71%) пациентов, на лице – у 18 (14,28%) больных. Среднее число рецидивов в год составило $1,78 \pm 1,57$. Средняя длительность рецидивов – $23,16 \pm 7,49$ дня. Другой особенностью клинического течения МЭ является средняя степень тяжести рецидивов – 66 (52,38%) человек (средний балл $3,12 \pm 0,44$). Тяжелое течение наблюдалось у 18 (14,29%) больных ($4,57 \pm 1,38$ балла).

Рецидивам МЭ чаще предшествовали обострения хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов – 21 (16,17%) больных, прием в пищу продуктов-гистаминолибераторов – 18 (14,29%), рецидивы сопутствующих аллергических заболеваний – 14 (11,11%), применение медикаментов – 12 (9,52%), травматизация кожного покрова/оперативные вмешательства – 11 (8,73%/), длительное психоэмоциональное напряжение 10 (7,94%) больных.

Среди сопутствующих заболеваний отмечена высокая частота встречаемости хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов – 48 (38,09%) больных, органов мочевыводящей системы – 13 (10,32%) пациентов и ОРВИ – 19 (15,08%) больных. В анамнезе имели хроническую патологию органов пищеварительной системы 26 (20,63%) больных. Микозы кожи, слизистых оболочек и онихомикозы выявлены у 14 (11,11%) больных. Сопутствующие аллергические заболевания (бронхиальная астма, аллергический ринит, конъюнктивит, крапивница, лекарственная и пищевая аллергия) были выявлены только у 21 (16,67%) больных.

Среди исследованных пациентов подавляющее большинство 73 (57,9%) имели высшее образование. Образование во многом определяет характер трудовой деятельности, от которой зависит уровень доходов. Из общего числа анкетированных больных микробной экземой на средний (удовлетворительный) уровень доходов указали 54 (42,8%) пациента, материальный достаток

чаще отмечали мужчины от 41 до 50 лет – 8 (6,35%) больных. Все эти пациенты имели трудовую занятость от 8–10 и более часов в день. Низкий уровень доходов выявлен у женщин этой же возрастной категории – 11 (8,73%) больных.

Среди обследованных имели неоконченное высшее и среднее специальное образование 53 (42,1%) больных, преимущественно в возрасте 16–35 лет. В этой категории больных средний уровень доходов имели 19 человек, остальные 34 отмечали низкий уровень дохода. Среди этой категории больных случайные заработки имели 12 (9,5%) больных.

Число некурящих среди пациентов микробной экземой составило 88 (69,8%) больных, среди которых большинство были женщины. Среди общего числа обследованных пациентов за последний год имели эпизоды временной утраты трудоспособности по поводу рецидивов микробной экземы 39 (30,9%) пациентов, однако тяжелые формы и формы средней степени тяжести наблюдались у 84 (66,67%) больных. В большинстве случаев это несоответствие было обусловлено отсутствием возможности оформления листа нетрудоспособности, реже – нежеланием пациента снижать свой ежемесячный уровень дохода.

Изучение качества жизни у больных с микробной экземой показало, что DLQI в обследуемой группе больных составил $16,9 \pm 1,12$ балла (при максимальных значениях 30 баллов), таким образом, степень негативного влияния симптомов болезни на качество жизни пациентов была высока.

Изучение социальных характеристик у больных МЭ выявило значительное снижение качества жизни. Заболевание также оказывало выраженное влияние на социальную адаптацию пациентов, приводило к снижению трудоспособности и, соответственно, к снижению уровня жизни. Поэтому разработка новых лечебных программ с целью повышения эффективности терапии, а также профилактических мероприятий является актуальной задачей как практического здравоохранения, так и научных направлений для оказания квалифицированной медицинской помощи больным микробной экземой.