

КЛІНІЧНА ТА ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

УДК 616.12-008.331.1: 616-08-039.32

Бабаева А.Д.

ВЗАИМОУСЛОВЛЕННОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Посредством опросника WHQ провели анкетирование среди 1866 женщин и сформулировали 3 группы: 1-я группа – 183 женщины с контролируемой АГ, 2-я группа – 252 женщины с неконтролируемой АГ и 3-я группа – 466 женщин без АГ. Дополнительно с использованием опросников Мориски-Грина и SF – 36 определили среди женщин показатели приверженности к лечению АГ и качества жизни в условиях поликлиник. Женщин наблюдали в течение 11–15 месяцев, женщинам 1-й группы рекомендовали выполнение всех предписаний врачей и модифицирование основных факторов риска АГ. Низкая приверженность к лечению АГ присуща всем группам женщин, ее показатель в 1-й группе составил в среднем $2,84 \pm 0,18$ баллов (при норме 4 балла), во 2-й группе – $2,25 \pm 0,18$ баллов ($P < 0,05$), в 3-й группе – $2,25 \pm 0,16$ баллов ($P > 0,05$); выявлены 14 причин, снижающих приверженность женщин лечению АГ и их качество жизни. Частота их в 3-й группе составила в среднем $2,37 \pm 0,43$ причин. Во 2-й группе – $6,23 \pm 0,39$ причин ($P < 0,001$), в 3-й группе – $7,04 \pm 0,31$ причин ($P > 0,05$). Показатели качества жизни при норме более 70 баллов в этих группах составили соответственно: $49,2 \pm 1,2$, $55,0 \pm 1,4$ ($P < 0,05$) и $65,8 \pm 1,2$ баллов ($P < 0,001$). Доступная разъяснительная работа относительно выполнения предписаний врачей по лечению и ограничению активности факторов риска АГ повышает приверженность и качество жизни пациентов, и способствует достижению целевых уровней АД.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, приверженность лечению, качество жизни, факторы риска.

Данная работа является фрагментом кандидатской диссертации «Социально-гигиеническая оценка факторов риска формирования артериальной гипертензии (АГ) и подходы по снижению их активности среди женщин репродуктивного возраста в г. Баку»

Достижение целевого уровня артериальной гипертензии (АГ) является основой улучшения прогноза у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако 15-20% пациентов, получающих комбинированную антигипертензивную терапию двумя препаратами, не достигают целевого уровня артериального давления (АД) [1,9,14]. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в поликлинических учреждениях стран Западной Европы, АД ниже 140/90 мм.рт.ст наблюдалось всего у 15-16% больных АГ, получавших антигипертензивную терапию [2,4]. В России только 21,5% пациентов, получающих антигипертензивную терапию, достигают этого уровня [3,12].

Неудовлетворительный контроль АГ во многом определяется низкой приверженностью пациентов к лечению, что обусловлено рядом причин. Среди них выделяются личностные особенности пациента, его взаимоотношения с врачом, изъятия в медицинском обслуживании, длительность лечения, дороговизна лекарств и т.д. [5,11]. Обучение и самообразование пациентов способствуют повышению их приверженности к лечению [6,10,13].

В то же время роль качества жизни (КЖ) в

низкой приверженности пациентов к лечению АГ еще недостаточно рассматривался. КЖ, связанное со здоровьем, выделяется среди ключевых понятий современной медицины, так как позволяет дать глубокий многоаспектный анализ важных составляющих здоровье человека в соответствии с критериями ВОЗ [1].

Цель исследования

Путем проспективного исследования оценить среди женщин репродуктивного возраста степень влияния КЖ на низкую приверженность пациентов к лечению АГ.

Объект и методы исследования

Социально-гигиенические аспекты распространенности АГ и её влияние на репродуктивное здоровье женщин в г. Баку изучали при помощи международного опросника WHQ [8]. Анкеты раздавали женщинам в женских консультациях, школах, детских садах, было роздано 3500 анкет, отклик составил 1866 заполненных анкет ($53,3 \pm 0,7\%$). Возраст женщин варьировал от 17 до 48 лет и все они были азербайджанской национальности. Выявленные случаи АГ группировали в соответствии с классификацией [7]. Первую группу составила 291 женщина, нахо-

дящиеся под врачебным контролем по поводу АГ и получающие антигипертензивные средства (контролируемая АГ). Во вторую группу включили 334 женщин, у одной части которых АГ протекала в очень мягкой форме, они редко обращались за медицинской помощью и прерывали прием назначенных АГС, у другой части АГ была выявлена посредством анкетирования на основании редких, быстропроходящих клинических проявлений (неконтролируемая АГ). Третью группу составила 1241 женщина, в ответах которых отсутствовали указания на наличие какой-либо клинической симптоматики АГ (контрольная группа).

Дополнительно женщинам раздали опросники для оценки качества жизни и приверженности к лечению. Отклик в 1-й группе 183 анкеты, во 2-й группе 252 анкеты, в 3-й группе 466 анкет, все 3 опросника были переведены на азербайджанский язык и адаптированы к местным условиям. Для апробации мер по повышению приверженности в течение 11 - 15 месяцев наблюдали 106 пациентов с контролируемой АГ.

При статистической обработке полученных результатов использовали среднюю арифметическую взвешенную и критерий Стьюдента.

Результаты исследований и их обсуждение

Согласно опроснику Мориски приверженность к лечению оценивалась по 4-бальной системе на основании ответов на 4 вопроса:

1. Забывали ли вы когда-нибудь принять препараты?;
2. Не относитесь ли вы иногда невнимательно ко времени приема лекарств?;
3. Не пропускаете ли вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?;
4. Если вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли вы иногда его следующий прием без информирования своего врача?

Каждый ответ «нет» оценивался в 1 балл. Приверженными к лечению считались анкетированные, набравшие 4 балла, не приверженными – менее 4 баллов. Результаты отражены в табл. 1.

Приверженность к лечению оказалась довольно низкой. Даже в группе с контролируемой АГ приверженными были всего 34,4±3,5% анкетированных, и это несмотря на постоянные их контакта с врачами. Намного ниже показатель приверженности в группе с неконтролируемой АГ – 10,7±2,0% анкетированных ($t=5,86$; $P<0,001$), а также в контрольной группе – 7,5±1,2% анкетированных ($t=1,37$; $P>0,05$).

Таблица 1

Количественная оценка приверженности в разных группах анкетированных

Баллы	Частота баллов в разных группах женщин					
	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	n=183		n=252		n=466	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	5	2,7±1,2	16	6,3±1,5	24	5,2±1,0
1	15	8,2±2,0	51	20,2±2,5	96	20,6±1,9
2	48	26,2±3,3	66	26,2±2,8	148	31,8±2,2
3	52	28,4±3,3	92	36,5±3,0	163	35,0±2,2
4	63	34,4±3,5	27	10,7±2,0	35	7,5±1,2
Средний балл	2,84±0,19		2,25±0,18		2,19±0,16	

Примечание: в контрольной группе и в большей части во 2-й группе учитывали обращаемость по поводу заболеваемости не связанной с АГ.

Однако в этих группах достаточно высок удельный вес анкетированных, набравших 3 балла, соответственно 36,5±3,0 и 35,0±2,2 % ($t=0,40$; $P<0,05$), что позволяет считать их мотивированными при соответствующем вмешательстве на позитивное изменение отношения к здоровью. В целом, суммарная оценка приверженности к лечению в 1-й группе составила 2,84±0,19 баллов, во второй группе – 2,25±0,18 баллов ($t=2,36$; $P<0,05$), в 3-й группе – 2,19±0,16 баллов ($t=0,25$; $P>0,05$). В основе низкой приверженности лежат, как показывают результаты анкетирования, ряд причин. Наиболее часто анкетированные отметили 14 причин, снижающих их приверженность к лечению. Среди анкетированных с контролируемой АГ по удельному весу доминируют такие причины как материальные затруднения в приобретении лекарств, забывчивость и нерегулярность их приема; длительность курса лечения и необходимость соблюде-

ния его режима и назначения новых лекарств – от 27,9±3,3 до 35,3±3,5% упоминаний. Эти же причины с большой частотой доминируют и среди анкетированных с неконтролируемой АГ, а также контрольной группы, но к ним добавляются и такие причины как боязнь осложнений в результате лечения, неверие в его эффективность, периодическое назначение новых лекарств, низкий уровень информативности относительно лечения и назначения лекарств – от 46,8±3,1 до 64,8±2,2% упоминаний. Количественные расчеты показывают, что анкетированным 1-й группы присущи в среднем 2,37±0,43 причин, 2-й группы – 6,23±0,39 причин ($t=6,66$; $P<0,001$), 3-й группы – 7,04±0,31 причин ($t=1,62$; $P>0,05$).

Одновременно анкетированные оценивали собственное здоровье, которые в целом можно охарактеризовать как неблагоприятное (табл. 2).

Таблица 2

Результаты самооценок женщинами собственного здоровья

Уровни самооценок здоровья	Частота самооценок в разных группах женщин					
	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	n=183		n=252		n=466	
	абс	%	абс	%	абс	%
Неудовлетворительное	49	26,8±3,3	44	17,5±2,4	72	15,5±1,7
Относительно удовлетворительное	65	35,5±3,5	74	29,4±2,9	98	21,0±1,9
Удовлетворительное	38	20,8±3,0	82	32,5±3,0	181	38,8±2,3
Хорошее	18	9,8±2,2	26	10,3±1,9	57	12,2±1,5
Трудно определяемое	13	7,1±1,9	26	10,3±1,9	58	12,4±1,5

Низкий уровень собственного здоровья чаще отмечали женщины с контролируемой АГ, нежели с неконтролируемой АГ и особенно женщины контрольной группы. Удовлетворительным здоровьем самоценили 20,8±3,0% женщин 1-й группы, что объясняется их приверженностью к длительному приему АГС, хотя значительная часть представителей данной группы подобной приверженностью не отличалась. Частота удовлетворительных самооценок здоровья была выше во 2-й группе женщин – 32,5±2,3% (t=1,67; P>0,05), еще выше она была в 3-й группе женщин – 38,8±2,3% (t=1,67; P>0,05). Показатели самооценок хорошего здоровья для всей анкетированной выборки следует признать весьма неблагоприятными, хотя их значения в разных группах были неодинаковыми, варьируясь от 9,8±2,2 в 1-й группе до 12,2±1,5%, в 3-й группе (t=1,99; P>0,05). Столь низкая частота самооце-

нок хорошего здоровья в последней группе женщин во многом связана с наличием среди них различной заболеваемости – желудочно-кишечной, эндокринологической, стоматологической, инфекционной, паразитарной и прочие, которая была также присуща женщинам с АГ. Одновременно с этим от 7,1±1,9 до 12,4±1,5% женщин не смогли точно оценить состояние своего здоровья (t=2,19; P<0,05).

Приведенные данные свидетельствуют о неблагоприятном состоянии здоровья женщин как с контролируемой, так и неконтролируемой АГ. Неблагополучным оно оказалось и среди женщин, у которых в период проведения настоящей работы АГ не была выявлена. По этой причине ни в одной группе женщин показатели КЖ не превышали 70 баллов (табл. 3).

Таблица 3

Показатели качества жизни анкетированных

Группы женщин	Число женщин	Частота баллов качества жизни						Средний балл качества жизни
		<30		30-70		>70		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Контролируемая АГ	183	47	25,7±3,2	93	50,8±3,7	43	23,5±3,1	49,2±1,7
Неконтролируемая АГ	252	52	20,6±2,6	112	44,4±3,1	88	34,9±3,0	55,0±1,4
Контрольная группа	466	33	7,1±1,2	189	40,5±2,3	244	52,4±2,3	65,8±1,2

Во всех группах выявлены неудовлетворительные показатели качества жизни (<30 баллов), но если в группе женщин с контролируемой АГ их частота составила 25,7±3,2%, то в контрольной группе они были достоверно ниже - 7,1±1,2% (t=4,22; P<0,001). В тоже время в показателях удовлетворительного качества жизни наблюдается обратная картина. В частности в 1-й группе они составляют 23,5±3,1%, во 2-й группе - 34,9±3,0% (t=4,22; P<0,01), в 3-й группе 52,4±2,3% (t=4,63; P<0,001). В целом, средний показатель качества жизни в 1-й группе составил 49,2±1,7 баллов, во 2-й группе - 55,0±1,4 баллов (t=2,64; P<0,01), в 3-й группе - 65,8±1,2 баллов (t=5,87; P<0,001).

Столь неблагоприятное состояние здоровья и качества жизни обследованной группы городских женщин репродуктивного возраста связано с активным воздействием на их организм ряда социально-поведенческих факторов риска. Более чем половине анкетированных женщин присущи нерациональное высококалорийное питание, избыточная масса тела, ожирение, низкая

физическая активность и злоупотребление соленой пищей, которые отягощают их здоровье и играют важную роль в формировании АГ.

Для оценки возможностей повышения приверженности на достижение целевых уровней АД и показателей качества жизни в течение 11-15 месяцев наблюдали 106 из 183 пациентов с контролируемой АГ (1-я группа). Во время визитов в поликлинику им доступно разъясняли значение АГ для здоровья, необходимость выполнения всех предписаний врачей, предоставили памятки по упрощенной модификации отмеченных факторов риска. Помимо визитов в поликлинику, регулярность соблюдения которых для многих пациентов затруднительна, с ними 2-3 раза в неделю контролировали средствами мобильной связи. Контрольную группу составили остальные 77 женщин с контролируемой АГ, визиты в поликлинику и лечение АГ, которых осуществлялось без дополнительного вмешательства (2-ая группа). Эффективность проделанной работы от режима в табл.4.

Таблиця 4

Динамика показателів приверженності ліченню і якості життя і АД в теченні 11-15 місяців провідимої роботи серед різних груп пацієнтів з контролюємою АГ

Показатели контрольные	Частота средних показателей на разных этапах работы			
	1-ая группа (n=106)		2-я группа (n=77)	
	Старт	Финиш	Старт	Финиш
Приверженность, баллы	2,82±0,20	3,45±0,22 д)	3,45±0,26	2,81±2,4 н)
Качество жизни, баллы	50,6±2,4	68,3±2,8 д)	48,3±2,6	45,1±2,7 н)
САД, мм.рт.ст	148,4±5,6	128,2±4,3 д)	142,8±5,9	145,6±6,0 н)
ДАД, мм.рт.ст	104,1±4,2	86,6±3,3 д)	107,2±4,8	103,6±4,2 н)

Примечание: различия между показателями старта и финиша недостоверны (н) и достоверны (д).

В 1-й группе пациентов приверженность пациентов к лечению заметно повысилась - с 2,82±0,20 до 3,45±0,22 баллов (t=2,10; P<0,05), что привело к улучшению показателей качества жизни - с 50,6±2,4 до 68,3±2,8 баллов (t=4,80; P<0,001). Во 2-й группе пациентов анализируемые показатели в течение 11-15 месяцев практически не изменились и остались на неблагоприятном уровне.

Повышение приверженности позволяет добиться не только достижения целевого уровня АД, но и повышает качество жизни пациентов.

Вывод

Доступная разъяснительная работа среди пациентов о значимости неукоснительного выполнения предписаний врачей по лечению АГ и осуществлению мер по ограничению активности факторов риска АГ, постоянные контакты с пациентами являются основными мотивационными аргументами повышения приверженности пациентов.

Перспективой дальнейших исследований является разработка мероприятий, позволяющих повысить уровень информированности и повышения приверженности женщин репродуктивного возраста к лечению АГ.

Литература

1. Горбач Н.А. Перспективы использования метода оценки качества жизни в формировании здоровья студентов вузов / Н.А. Горбач, А.В. Жарова, М.А. Лисняк // *Здравоохран. Рос. Фед.* – 2007. – № 2. – С. 43-46.
2. Кобалава Ж.Д. От имени исследователей АРГУС-2. Пути улучшения контроля артериальной гипертензии. Основные результаты российской научно-практической программы АРГУС-2 / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, Е.Г. Старостина [и др.] // *Клин. фармакол. и тер.* – 2007. – № 2. – С. 1-8.

3. Кобалава Ж.Д. Повышение приверженности к антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией с помощью образовательных программ и рационального применения ингибитора ангиотензинпревращающего фермента периндоприла. Результаты исследования ПРИЗМА / Ж.Д. Кобалава, С.В. Вилливальде, Х.В. Исикова // *Кардиология.* – 2010. – № 11. – С. 17-26.
4. Нестеров Ю.Н. Сравнительная характеристика качества лечения больных артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения / Ю.Н. Нестеров, О.А. Лазарева, Л.Н. Хорошая [и др.] // *Тер. архив.* – 2006. – № 1. – С. 16-19.
5. Погосова Г.В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности / Г.В. Погосова, Н.Е. Колтунов, А.Н. Рославцева // *Кардиол.* – 2007. – № 3. – С. 79-85.
6. Чазова Н.Е. Обучение и самообразование – важный шаг на пути повышения приверженности пациента лечению / Н.Е. Чазова, Ф.Т. Агеев, Т.В. Феофинова [и др.] // *Системные гипертензии.* – 2014. – № 3. – С. 7-10.
7. ESH/ESC Task Force for the management of arterial hypertension. 2013 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC) // *J.H...* – 2013. – Vol. 31, № 10. – P. 1925-1938.
8. Hunter M.S. The Women's Health Questionnaire (WHQ): the development, standardization and application of a measure of women's emotional and physical health / M.S. Hunter // *Quality of Life Res.* – 2000. – Vol. 9. – P. 733-738.
9. Mancia G. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension task force document / G. Mancia, S. Laurent, E. Agabiti-Rosei [et al.] // *J. Hypertens.* – 2009. – Vol. 27. – P. 2121-2158.
10. Morisky D.E. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D.E. Morisky, L. W. Green., D. M. Levine // *Med. Care.* – 1986. – Vol. 24. – P. 67-74.
11. Neutel J. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension / J. Neutel, D. Smith // *J. Clin. Hypertens.* – 2003. – Vol. 5. – P. 127-132.
12. Ware J. SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual. – Boston, Mass: The Health Institute / J. Ware, M. Kosinski, S. Keller. – 1994. – 217 p.
13. Wetzels G.E. Facts and fiction of poor compliance as a cause of inadequate blood pressure control: systematic review / G.E. Wetzels, P. Nolemans, J.S. Schouten, M.H. Prins // *J. Hypertens.* – 2004. – Vol. 22. – P. 1849-1855.
14. Werlemann B.C. Compliance problems in therapy resistant / B.C. Werlemann, E. Offers, R.H. Kolloch // *Hypertension.* – 2004. – Vol. 3. – P. 271-275.

Реферат

ВЗАЄМОБУМОВЛЕНІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТОНІЇ СЕРЕД ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Бабаєва А.Д.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, прихильність до лікування, якість життя, фактори ризику.

За допомогою опитувальника WHQ провели анкетування серед 1866 жінок і сформулювали 3 групи: 1-а група - 183 жінки з контрольованою АГ, 2-га група - 252 жінки з неконтрольованою артеріальною гіпертензією та 3-я група - 466 жінок без АГ. Додатково з використанням опитувальників Моріскі-Гріна і SF - 36 визначили серед жінок показники прихильності до лікування АГ і якості життя в умовах поліклінік. Жінок спостерігали протягом 11-15 місяців, жінкам 1-ї групи рекомендували виконання всіх приписів лікарів та модифікування основних факторів ризику АГ. Низька прихильність до лікування АГ властива всім групам жінок, її показник в 1-й групі склав в середньому 2,84±0,18 балів (при нормі 4 бали), у 2-й групі - 2,25±0,18 балів (P < 0,05), в 3-й групі - 2,25±0,16 балів (P > 0,05); виявлено 14 причин, що знижують прихильність жінок до лікування АГ і їх якість життя. Частота їх в 3-й групі склала в середньому 2,37±0,43 причин. У 2-й групі - 6,23±0,39 причин (P < 0,001), в 3-й групі - 7,04±0,31 причин (P > 0,05). Показники якості життя при нормі понад 70 балів в цих групах становили відповідно: 49,2±1,2,

55,0±1,4 (P < 0,05) і 65,8±1,2 балів (P < 0,001). Доступна роз'яснювальна робота щодо виконання приписів лікарів відносно лікування і обмеження активності факторів ризику АГ підвищує прихильність і якість життя пацієнтів, і сприяє досягненню цільових рівнів АТ.

Summary

INTERDEPENDENCE BETWEEN LIFE QUALITY INDICES AND COMPLIANCE WITH CONTROL AND PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Babaeva A. D.

Key words: arterial hypertension, compliance, quality of life, risk factors.

The WHQ questionnaire was used for surveying 1866 women divided into 3 groups: group 1 involved 183 women with controlled hypertension, group 2 included 252 women with uncontrolled hypertension and group 3 was made up of 466 women without hypertension. Additionally, the *Moriscos-Green* scale and SF-36 questionnaire were used to assess the rates of compliance with the control of hypertension and quality of life among women in outpatient settings. The women were under the observation for 11 – 15 months. The women of the 1st group were recommended to follow all the doctor's prescriptions and to modify major risk factors of hypertension. Low compliance with the control of hypertension is observed to be common to all groups of women, its index in the 1st group rises an average 2.84±0.18 scores (normal scores equal 4), in the 2nd group the index is 2,25±0,18 scores (P<0.05), in 3rd group it equals 2,25±0,16 scores (P>0.05). There have been identified 14 factors interfering women's compliance with the control of hypertension and their quality of life. The frequency in the 3rd group corresponds to an average 2.37±0.43 reasons, in the 2nd group to 6.23±0.39 reasons (P<0.001), and in the 3rd group it equals to 7.04±0.31 reasons (P>0.05). The indicators of quality of life at the rate over 70 scores in these groups are respectively: 49,2±1,2, 55,0±1,4 (P<0,05) and 65,8±1.2 scores (P<0.001). Explanatory and education work on the strict following doctors' prescriptions and limitation or modification of risk factors of hypertension increases the compliance and the quality of life in patients and contributes to the achievement of targeted BP levels.

УДК 340.624.6:616-001.3:623.454.3

Бабкіна О. П., Стогнієв Ю. О., Бенаїсса М.В.

СУДОВО-МЕДИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ЛЕТАЛЬНОЇ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Обласне бюро судово-медичної експертизи, м. Северодонецьк

Проведення антитерористичної операції на сході України призвело до збільшення травмованих і загиблих в результаті шкідливої дії мінно-вибухових пристроїв. За даними ООН, в Україні з 2014 року загинуло понад 9000 чоловік і отримали поранення більше 20000. До подій 2014 року українські судово-медичні експертизи вкрай рідко проводили експертизи загиблих в результаті мінно-вибухових травм. Ситуація кардинально змінилася після виникнення надзвичайної ситуації, коли мінно-вибухову травму стали розглядати як самостійну категорію сучасної бойової травми. Відповідно до Кримінально-процесуального кодексу України при огляді трупа на місці події необхідна присутність судово-медичного експерта. Огляд місця події у випадках летальної мінно-вибухової травми пов'язаний зі значними труднощами: великі масштаби наслідків вибуху, необхідність розмінування території, огляд в зоні розмежування, відсутність повного опису обставин травми, множинні пошкодження і руйнування тіла, наявність невідомих загиблих і т.д. Для кваліфікованого і компетентного проведення судово-медичної експертизи необхідно поглиблене вивчення аспектів мінно-вибухової травми з урахуванням особливостей ушкодження при застосуванні сучасних видів зброї.

Ключові слова: судово-медична експертиза, мінно-вибухова травма, надзвичайний стан.

Військові конфлікти, в тому числі і проведення антитерористичної операції на сході України, значне збільшення кількості терористичних актів призвело до зростання постраждалих не тільки від вогнепального стрілецького озброєння, але і від мінно-вибухових пристроїв (міна, граната, фугас, ракета, снаряд та ін.). Важкі мінно-вибухові форми ушкодження людей у зоні надзвичайної ситуації на території України зачіпають не тільки військовослужбовців, втягнуто і мирне населення, яке позбавлене засобів бронезахисту та не має спеціальної підготовки. Цей вид травми відноситься до числа найбільш важ-

ких видів бойової патології і травм мирного часу. Особливі механізми її виникнення обумовлюють формування пошкоджень м'яких тканин, кісток, суглобів з множинною локалізацією, часто - з повним руйнуванням або відривом одного і навіть декількох сегментів кінцівок, наявністю поєднаних пошкоджень внутрішніх органів грудної клітки, живота, голови. Саме для таких поранень типові крайні ступені травматичного шоку, найбільш висока частота гострої масивної кровотрати, поліорганна недостатність. Тяжкість клінічного перебігу мінно-вибухових уражень в гострому періоді травми посилюється частим розви-