

УДК 616.34-002.44:355

**МЕДИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАХОДИ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ ДИСПАНСЕРНОГО ДИНАМІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

**Т.А. Бібік**, доктор медичних наук, доцент, полковник медичної служби, начальник Клініки амбулаторної допомоги Головного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь»

**Г.З. Мороз**, доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України, професор кафедри військової загальної практики-сімейної медицини Української військово-медичної академії

**О.М. Ткаленко**, майор медичної служби, ад'юнкт кафедри військової загальної практики-сімейної медицини Української військово-медичної академії

**Резюме.** Проведено ретроспективний аналіз статистичних показників захворюваності на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки у військовослужбовців Збройних Сил України, проаналізовано організацію диспансеризації військовослужбовців виразковою хворобою. Встановлено, що спостерігається несприятлива тенденція динаміки поширеності виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, яка залишається однією з основних причин звільнення військовослужбовців. Розроблено медико-організаційні заходи щодо удосконалення диспансерного динамічного спостереження військовослужбовців з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки.

**Ключові слова:** військовослужбовці, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, диспансеризація, лікування, профілактика.

**Вступ.** Виразкова хвороба (ВХ) відноситься до найбільш актуальних проблем сучасної гастроентерології, має важливе медико-соціальне значення в Україні, що зумовлено зростанням її поширеності на 25,3% за період із 1997 по 2006 рр. [10, 11]. В Україні зареєстровано близько 5 млн. хворих на ВХ [8, 9]. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДПК) залишається актуальною проблемою і для Збройних Сил (ЗС) України, так як посідає одне з провідних місць у структурі захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) військовослужбовців у мирний час [2, 5]. Висока частота та існуюча тенденція до зростання захворюваності на ВХДПК у військовослужбовців ЗС України, схильність до рецидивуючого перебігу зумовлюють необхідність удосконалення організації медичної допомоги. Для попередження розвитку загострень і ускладнень ВХДПК у військовослужбовців ЗС України, необхідна ефективна система диспансерного

динамічного спостереження (ДДС). Важливо зауважити, що сучасний розвиток військової медицини передбачає постійне оновлення підходів до проведення диспансерного спостереження [3, 4]. Значення проведення диспансеризації у ЗС України піднято до рівня Закону України від 24.03.1999 №548-XIV «Про Статут внутрішньої служби Збройних Сил України», і проводиться відповідно до наказу Міністра оборони (МО) України від 06.11.06 №645 «Про затвердження Керівництва з диспансеризації військовослужбовців Збройних Сил України», наказу директора Департаменту охорони здоров'я МО України від 12.12.06 №113 «Про затвердження Методики диспансерного динамічного нагляду при основних захворюваннях та аналізу диспансеризації військовослужбовців Збройних Сил України», методичного посібнику «Диспансеризація у Збройних Силах України». Проте, існуючі нормативно-розпорядчі документи регламентують

організацію та проведення диспансеризації при основних захворюваннях у цілому. При цьому не конкретизовано розподіл хворих з ВХДПК на групи ДДС, групи стану здоров'я, групи лікувальної фізкультури (ЛФК). Не регламентовано залежно від групи стану здоров'я, до якої відноситься військовослужбовець частота обов'язкових контрольних обстежень, об'єм лікувально-профілактичних заходів.

**Мета.** Обґрунтувати та розробити медико-організаційні заходи щодо удосконалення ДДС за військовослужбовцями з ВХДПК на амбулаторному етапі.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами була опрацьована медична та експертна документація Центральної військово-лікарської комісії (ВЛК), дані галузевої статистичної звітності по формі 2/МЕД за 2004-2008 рр., наказ МО України від 06.11.06 №645 «Про затвердження Керівництва з диспансеризації військовослужбовців Збройних Сил України», наказ директора Департаменту охорони здоров'я МО України від 12.12.06 №113 «Про затвердження Методики диспансерного динамічного нагляду при основних захворюваннях та аналізу диспансеризації військовослужбовців Збройних Сил України», методичний посібник «Диспансеризація у Збройних Силах України», наказ МО України від 14.08.08 №402 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України». Проведений комплексний аналіз організації ДДС військовослужбовців із ВХДПК.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведені дослідження показали що за 2004-2008 рр. спостерігається несприятлива тенденція до зростання рівня захворюваності військовослужбовців ЗС України на ВХДПК у динаміці. Так, у офіцерів рівень захворюваності зріс із 6,2‰ у 2004 р. до 8,5‰ у 2008 р., у солдат із 2,7‰ до 3,2‰. Поряд з цим показники поширеності ВХДПК серед офіцерів і військовослужбовців за контрактом значно вищі порівняно з військовослужбовцями строкової служби. Однією з причин вищої загальної

захворюваності на ВХДПК серед офіцерів і військовослужбовців за контрактом є повторні випадки реєстрації захворювання протягом року, пов'язані із загостренням ВХДПК. Це характерно тільки для офіцерів і військовослужбовців за контрактом, оскільки солдати строкової служби з ВХДПК, яка підтверджена ендоскопічними та рентгенологічними дослідженнями, підлягають звільненню з лав ЗС України. Нами було проведено також аналіз показників працевтрат внаслідок ВХДПК у офіцерів і солдат строкової служби ЗС. Встановлено, що динаміка показників працевтрат відповідає показникам захворюваності на ВХДПК. Як серед офіцерів, так і солдат строкової служби спостерігається тенденція до зростання показників працевтрат, особливо протягом 2008 р. Так, рівень показників працевтрат у 2008 р. у офіцерів становив 259,5‰, а у солдат строкової служби 82,1‰. ВХДПК залишається однією з основних причин дискваліфікації осіб офіцерського складу за медичними показниками, а звільнення їх становить від 3,7% до 7% від усіх звільнених з лав ЗС. У 2008 р. серед осіб офіцерського складу, які були визнані непридатними до військової служби, ускладнені форми ВХ, що потребували хірургічного лікування були у 71,2% військовослужбовців. Особливої уваги потребує факт, що 6,1% визнаних непридатними внаслідок ВХДПК, це військовослужбовці офіцерського складу до 30 років.

Отримані результати обґрунтовують необхідність удосконалення медико-організаційних заходів щодо проведення ДДС за військовослужбовцями з ВХДПК.

Диспансеризація при ВХДПК – це науково обґрунтована система профілактичних і лікувальних заходів, спрямованих на збереження, відновлення й зміцнення здоров'я військовослужбовців [1, 6, 7].

Основою диспансеризації при ВХДПК є медичний контроль за станом здоров'я військовослужбовців, який здійснюється шляхом проведення поглиблених і контрольних

медичних обстежень, медичних оглядів, а також буденного медичного спостереження за військовослужбовцями в процесі бойової підготовки й у побуті.

Основним завданням диспансеризації при ВХДПК є своєчасна й повна реалізація лікувально-профілактичних заходів, призначених військовослужбовцю, в тому числі заходів первинної та вторинної профілактики [1, 6, 7].

Первинна профілактика ВХДПК – це комплекс організаційних, лікувально-профілактичних, гігієнічних і протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення захворювання. Заходи первинної профілактики ВХДПК серед військовослужбовців включають:

активне і раннє виявлення військовослужбовців із наявністю хронічного антрального гастриту, асоційованого з *H. pylori*, та проведення антихелікобактерної терапії (АХБТ);

пропаганду гігієнічних знань, здорового способу життя, головні положення профілактики шлунково-кишкових захворювань, роз'яснення необхідності раціонального харчування, шкоди паління та вживання алкоголю;

удосконалення системи харчування (в офіцерських і солдатських їдальнях, буфетах, чайних), у тому числі медичний контроль за якістю приготування дієтичних страв і повнотою забезпечення ними осіб, які цього потребують. Правильно організоване харчування військовослужбовців є основою первинної профілактики ВХ. Харчування особового складу повинно бути регулярним, без тривалих перерв. На приймання їжі передбачається достатній час для виключення швидкого прийому їжі або прийому дуже гарячих страв. Військовослужбовці, які несуть нічні чергування повинні забезпечуватися гарячою їжею.

Вторинна профілактика ВХДПК – це комплекс заходів, що спрямовані на попередження загострень і рецидивів ВХДПК. При проведенні вторинної профілактики ВХДПК

у першу чергу необхідний контроль за ерадикацією *H. pylori* неінвазивними методами ( $^{13}\text{C}$ -дихальний тест, фекальний антиген) та за необхідності проведення АХБТ у відповідності до Маастрихтського консенсусу II-2000 і Маастрихтського консенсусу III-2005. Лікар частини (лікар-фахівець лікувального закладу) проводить ретельний аналіз попереднього перебігу захворювання, з урахуванням ступеня компенсації функціонального стану органів і систем після виписки із стаціонару, аналіз причин загострення і рецидивування ВХДПК (порушення харчування, нервово-психічне перенапруження, шкідливі звички, недосягнення ремісії попереднього загострення). На амбулаторно-поліклінічному етапі особлива велика роль приділяється правильному збору анамнезу, виявлення ранніх клінічних симптомів загострення ВХДПК. Своєчасна реєстрація цих змін дозволяє лікарю вносити відповідні корективи в схему лікування і реабілітаційних заходів, що забезпечує скорочення терміну лікування та попередження ускладнень.

Диспансерному динамічному спостереженню з приводу ВХДПК підлягають усі військовослужбовці, які проходять військову службу за контрактом (солдати, сержанти, прапорщики, офіцери, генерали, адмірالی, військовослужбовці-жінки, а також слухачі і курсанти військово-навчальних закладів останнього курсу навчання).

Диспансеризація військовослужбовців строкової служби з ВХДПК не проводиться, оскільки солдати з ВХДПК, яка підтверджена ендоскопічними та рентгенологічними дослідженнями, визнаються непридатними до військової служби та підлягають звільненню з лав ЗС України.

Група диспансерного динамічного спостереження при виразковій хворобі, це особи, у яких:

після підтвердження ВХДПК (наявність «ніші» при ендоскопічному і (або) рентгенологічному дослідженні) та успішного лікування (рубцювання виразки) останнього загострення пройшло не більше п'яти років;

за рішенням військово-лікарської комісії (ВЛК) визнані «обмежено придатними до військової служби» і за згодою командування продовжують військову службу.

На підставі даних поглибленого медичного обстеження військовослужбовців із ВХ у залежності від клінічного перебігу її, локалізації виразки, ускладнень, ефективності реабілітаційних заходів та ін., визначають групи стану здоров'я. Групи стану здоров'я військовослужбовців, це динамічний процес.

Групи стану здоров'я військовослужбовців із ВХ:

II група – «практично здорові»:

це військовослужбовці з ВХ при наявності незначної рубцевої деформації цибулини дванадцятипалої кишки (ДПК) з нечастими (1 раз на рік і рідше) загостреннями, без порушення функції травлення;

військовослужбовці з ВХ, яка була ускладнена кровотечею (лікованою консервативно), перфорацією, а також множинними виразками за умови стійкої ремісії більше п'яти років.

Медичний контроль за даною категорією військовослужбовців здійснюється лікарем загальної практики (терапевтом) один раз у шість місяців.

III група – «військовослужбовці, що потребують лікарського нагляду»:

з ВХ із частими (2 рази і більше на рік) рецидивами виразки;

з множинними виразками цибулини ДПК (протягом п'яти років після зазначених ускладнень);

з ВХ із позацибулинною локалізацією виразки за умови ремісії до п'яти років;

з ВХ, ускладненою кровотечею з розвитком постгеморагічної анемії або перфорацією (протягом п'яти років після зазначених ускладнень);

з ВХ, ускладненою грубою рубцевою деформацією цибулини ДПК (грубою деформацією ДПК вважається деформація, яка виявляється при повноцінній виконаній дуоденографії в умовах штучної гіпотонії, що супроводжується сповільненою евакуацією

(затримка контрастної речовини в шлунку більше двох годин));

з наслідками стовбурової або селективної ваготомії, накладанням шлунково-кишкового анстомозу з помірним порушенням функції травлення (прояви демпінг-синдрому, нестійкі випорожнення, тощо).

військовослужбовці з ВХДПК, які рішенням ВЛК визнані «обмежено придатними до військової служби».

Періодичність обстеження військовослужбовців лікарем загальної практики (терапевтом) і лікарями-спеціалістами (гастроентерологом, хірургом та ін.), які відносяться до III групи стану здоров'я, визначається строго індивідуально, в залежності від характеру захворювання, віку, професії, умов праці, ефективності протирецидивного лікування, тощо.

Особи цієї групи, після ефективного проведення їм реабілітаційних заходів, переводяться у другу групу, а ті, у яких зберігаються помірні порушення функції органів і систем, можуть бути направлені командиром частини на ВЛК з метою визначення ступеня придатності до військової служби.

До групи лікувальної фізкультури (ЛФК) відносяться військовослужбовці з ВХ, які за станом здоров'я не можуть бути допущені до занять у групах фізичної підготовки. До групи ЛФК належать:

військовослужбовці, які після перенесеної ВХ за станом здоров'я мають тимчасові порушення функції органів та систем і потребують реабілітаційних заходів – до повного відновлення порушених функцій та працездатності;

військовослужбовці, які за рішенням ВЛК визнані «обмежено придатними до військової служби» – постійно.

Для військовослужбовців, які знаходяться під ДДС встановлюється термін чергового контрольного медичного обстеження і визначається періодичність подальших обстежень.

Періодичність обов'язкових контрольних медичних обстежень лікарем частини залежить

від групи стану здоров'я, до якої відноситься військовослужбовець з ВХ, але не частіше 1 раз у 3 місяці (військовослужбовці з III групою стану здоров'я). Періодичність консультацій лікарів – спеціалістів також залежить від групи стану здоров'я, до якої відноситься військовослужбовець (військовослужбовці із II групою стану здоров'я оглядаються не частіше 1 раз на рік, а з III-ю – за показаннями).

Періодичність лабораторних, рентгенологічних та інших спеціальних досліджень – також залежить від групи стану здоров'я, до якої відноситься військовослужбовець.

При контрольних оглядах необхідно слідкувати за масою тіла. Фіброгастроуденоскопія (ФГДС) з біопсією на Н.рулогі, рН метрія, рентгенологічне дослідження та ультразвукове дослідження гепатобіліарної ділянки проводяться за показаннями. Обов'язковим є проведення клінічного аналізу крові, аналізу кала на приховану кров, яйця гельмінтів.

Тривалість спостережень – протягом п'яти років за відсутності суб'єктивних і об'єктивних ознак хвороби.

Для військовослужбовців з ВХ призначаються наступні лікувально-профілактичні заходи:

1. Індивідуальна регламентація праці та відпочинку.

2. Дієта №1 з відповідним режимом харчування (4-5 разовий регулярний прийом їжі) протягом 12 місяців при відсутності загострень. В подальшому Дієта №1 призначається навесні і восени терміном на 2-3 місяці. Проте, слід зазначити, що тривале щадне харчування у період ремісії захворювання може сприяти порушенню функції системи травлення, гіповітамінозу і рецидиву ВХ.

3. Заборона паління та вживання алкоголю.

4. Протирецидивне медикаментозне лікування (антисекреторні препарати), повинно проводитися в періоди, що передують передбачуваному загостренню, навесні та восени протягом 4-8 тижнів зі звільненням на

цей період від нічних чергувань, тривалих відряджень понад 2 доби. Якщо є сезонність загострення, доцільно розпочати протирецидивне медикаментозне лікування за місяць до передбачуваного рецидиву, як правило, у березні-квітні та жовтні-листопаді. Після виписки зі стаціонару – пролонговане лікування у медичному пункті військової частини протягом 6-8 тижнів. ВХ може протікати тяжче і частіше загострюватися, якщо вона поєднується з іншими захворюваннями. Враховуючи це, у протирецидивному курсі повинно передбачатися лікування супутніх захворювань.

5. Санація порожнини рота і протезування зубів.

6. Фізіотерапія – важливе доповнення до комплексної лікувально-профілактичної терапії ВХ як у ранній період постстаціонарної реабілітації, так і на етапі проведення протирецидивних курсів. Призначаються теплові процедури, які дають безпосередній ефект – парафінування та озекринові аплікації, діатермія. При больовому і диспепсичному синдромах показані електрофорез новокаїну, спазмолітичних засобів на ділянку епігастрію, комірець за Щербаком, гідропроцедури (ванна, душ).

7. Лікувальна фізкультура – спеціальні комплекси сприяють швидкій адаптації хворих після виписки зі стаціонару до звичних умов життя та трудової діяльності і нормалізації функцій органів травлення.

8. Санаторно-курортне лікування (бальнеологічні та інші санаторії). Направлення хворих у Центри медичної реабілітації та санаторного лікування гастроентерологічного профілю (м. Феодосія, м. Трускавець, м. Вінниця) сприяє пом'якшенню перебігу ВХ, попередженню загострень і рецидивів. Лікування в Центрах може замінити один із чергових протирецидивних курсів амбулаторної терапії.

9. При розвитку ускладнень і підозрі на малігнізацію (зниження апетиту, посилення симптомів хвороби, втрата ваги, збільшення виразки в розмірах за даними ФГДС,

рентгенологічних досліджень) з появою ознак стенозу і пенетрації показана госпіталізація. При стійкій частковій або повній втраті працездатності – представлення на ВЛК.

Відсутність динаміки захворювання, погіршення в перебігу ВХ (посилення інтенсивності і частоти больових нападів, збільшення кількості днів непрацездатності) є показаннями для перегляду обсягу лікувальних і профілактичних заходів.

Клінічні критерії ефективності диспансеризації протягом календарного року:

видужання: при ВХДПК – відсутність протягом п'яти років суб'єктивних і об'єктивних ознак хвороби.

поліпшення: ослаблення диспепсичних явищ, збільшення ваги, зменшення кількості загострень і днів непрацездатності. Зменшення розмірів виразки при рентгеноскопії та ФГДС.

без змін: скарги й об'єктивні дані без змін.

погіршення: посилення інтенсивності і частоти больових приступів. Розвиток ускладнень (перфорація, пенетрація, кровотеча, стеноз, малігнізація та інші). Збільшення кількості днів непрацездатності.

Для оптимізації медико-організаційних заходів щодо проведення диспансеризації в Клініці амбулаторної допомоги Головного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» запроваджена «Карта диспансерного спостереження військовослужбовців з виразковою хворобою». Аналіз результатів ДДС має важливе значення для корекції тактики ведення та попередження ускладнень у військовослужбовців, які хворіють на ВХ.

Важливою складовою якісної медичної допомоги є навчання пацієнта, яке спрямоване на формування у нього адекватного мотивованого відношення до своєї хвороби та необхідності її лікування. Доцільно інформувати хворого про ризик ускладнень, розповісти про сучасні методи лікування. Кожний етап лікування та диспансеризації має бути узгоджений з хворим. Для підвищення ефективності диспансерного нагляду нами запроваджено активне залучення

військовослужбовців з ВХДПК до профілактичних заходів.

Для покращення поінформованості хворих, нами розроблені та впроваджені в роботу Клініки амбулаторної допомоги інформаційний лист – «Рекомендації для пацієнта з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки для попередження загострень», який хворий з ВХДПК отримує при поступленні в денний стаціонар (ДС). Для конкретизації рекомендацій по раціональному харчуванню в інформаційний лист введено розділ «Лікувальне харчування для пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки». Перед випискою з ДС лікарями знову проводиться бесіда з пацієнтами щодо основних положень «Рекомендацій для пацієнта з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки для попередження загострень» та видається на руки «Пам'ятка для пацієнта з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки після виписки», в якій викладені основні принципи використання препаратів, що знижують шлункову секрецію для профілактики загострення ВХ. Акценти зроблено на використанні «Терапії за вимогою» та «Терапії у вихідні дні». Найбільш частий вид протирецидивного лікування є «Терапія за вимогою», яка полягає в прийомі звичайних терапевтичних доз раніше ефективного препарату при появі перших симптомів без проведення діагностичної ендоскопії. В перші 3-4 дні препарат приймається в повній дозі, а наступні два тижні в половинній дозі.

Інформаційний лист вже отримують всі військовослужбовці з ВХДПК, які проходять лікування в ДС Клініки АД.

Особливості диспансеризації військовослужбовців при виразковій хворобі у військовій ланці.

У процесі проведення ДДС за військовослужбовцями із захворюваннями на ВХ, лікар частини зобов'язаний:

своєчасно проводити контрольні медичні обстеження військовослужбовців з обов'язковим виконанням регламентованих лабораторних і інструментальних методів

дослідження (на базі медпункту, поліклініки, гарнізонного госпіталю), при цьому регулярно і в повному обсязі вносити всі відомості про динаміку захворювання в медичну книжку військовослужбовця;

проводити роботу по пропаганді гігієнічних знань, здорового способу життя, спрямовану на попередження, запобігання ВХ, а також її ускладнень, що найбільш часто зустрічаються у військовослужбовців, постійно проводити індивідуальну профілактику серед військовослужбовців, які підлягають диспансерному динамічному спостереженню;

здійснювати контроль за виконанням військовослужбовцями комплексу лікувально-профілактичних та оздоровчих заходів, призначених лікарями в період проведення поглиблених і контрольних медичних обстежень;

у повному обсязі здійснювати комплекс реабілітаційних заходів військовослужбовцю, що переніс ВХ;

систематично аналізувати дефекти, допущені при проведенні ДДС за військовослужбовцями з ВХ, своєчасно їх усувати;

щорічно (у IV кварталі) записувати в медичну книжку військовослужбовця епікриз;

постійно проводити аналіз стану і ефективності диспансеризації військовослужбовців із захворюваннями на ВХ.

#### **Висновки**

1. За період з 2004-2008 рр. спостерігається несприятлива тенденція до зростання рівня

захворюваності військовослужбовців ЗС України на ВХДПК у динаміці. Так, у офіцерів рівень захворюваності зріс із 6,2‰ у 2004 р. до 8,5‰ у 2008 р., у солдат із 2,7‰ до 3,2‰. ВХДПК залишається однією з основних причин дискваліфікації осіб офіцерського складу за медичними показниками: звільнення з лав ЗС України за цей період становить від 3,7% до 7% від усіх звільнених, що обґрунтовує необхідність удосконалення медико-організаційних заходів, спрямованих на профілактику та попередження прогресування ВХ у військовослужбовців.

2. Розроблені та впроваджені в Клініці амбулаторної допомоги Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України медико-організаційні заходи щодо оптимізації ДДС за військовослужбовцями з ВХ дозволили: розробити заходи щодо проведення первинної та вторинної профілактики, визначити групи ДДС, групи стану здоров'я, групи лікувальної фізкультури, а також визначені завдання лікаря частини при проведенні диспансеризації у військовій ланці.

3. Запропоновані підходи, щодо підвищення рівня поінформованості військовослужбовців із ВХ та залучення їх до участі в лікувально-профілактичному процесі, на наш погляд, дозволять зменшити захворюваність, працевтрати та дискваліфікацію військовослужбовців із даною патологією, підвищити боєготовність і боєдатність військ.

#### **Література**

1. Диспансеризація у Збройних Силах України: методичний посібник / За ред. П.С. Мельника. – К., 2007. – 219 с.

2. Гальченко Г.І. Порівняльний аналіз захворюваності та поширеності хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту серед особового складу Державно прикордонної служби України та Збройних Сил України / [Гальченко Г.І., Канда О.Д., Кійченко Ю.О.]. – Проблеми військової охорони здоров'я і шляхи його

реформування. Зб. наукових праць. Випуск 15 – К., 2006. – С. 90–93.

3. Карташов В.Т. Организация диспансеризации в Вооруженных Силах Российской Федерации: Методические указания / [Карташов В.Т. Гуляев В.А. Белоусов А.Н.]. – М. Воениздат, 2007. – 123 с.

4. Карташов В.Т. Состояние системы диспансеризации в Вооруженных Силах РФ и направления ее совершенствования / [Карташов

В.Т.]. – Воен.-мед. журн. – 2007. – Т. 328. – №9. – С. 10–18.

5. Кучер В.І. Особливості захворювання військовослужбовці на хвороби шлунково-кишкового тракту в мирний час / [Кучер В.І.]. – Проблеми військової охорони здоров'я і шляхи його реформування. Зб. наукових праць. Випуск 15 – К., 2006. – С. 224–247.

6. Наказ МО України від 06.11.06 № 645 «Про затвердження Керівництва з диспансеризації військовослужбовців Збройних Сил України».

7. Наказ директора Департаменту охорони здоров'я МО України від 12.12.06 №113 «Про затвердження Методики диспансерного динамічного нагляду при основних захворюваннях та аналізу диспансеризації військовослужбовців Збройних Сил України».

8. Передерий В.Г. Язвенная болезнь: прошлое, настоящее и будущее / [Передерий В.Г., Ткач С.М., Скопиченко С.В.]. – К., 2003. – 256 с.

9. Передерий В.Г. От Маастрихта 1 – 1996 до Маастрихта 3 – 2005: десятилетний путь революционных преобразований в лечении желудочно-кишечных заболеваний / [Передерий В.Г., Ткач С.М., Марусанич Б.Н.]. – Сучасна гастроентерол. – 2005. – № 6 (26). – С. 4–9.

10. Філіппов Ю.О. Хвороби органів травлення в Україні: якість медичної допомоги населенню / [Філіппов Ю.О.]. – Новости медицины и фармации (Гастроэнтерология). – 2008. – № 239. – С. 6–7.

11. Філіппов Ю.О. Захворюваність основними хворобами органів травлення в Україні: аналітичний огляд офіційних даних Центру статистики МОЗ України / [Філіппов Ю.О., Скирда І.Ю., Петречук Л.М.]. – Гастроентерология. – 2007. – Вип. 38. – С. 3–15.

*Науковий рецензент кандидат медичних наук, доцент Красюк О.А.*

УДК 340.6

## СУДОВО-МЕДИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОШКОДЖЕНЬ РІЗНИХ ВИДІВ ТКАНИН (МАТЕРІАЛІВ) ОДЯГУ ПРИ ПОСТРІЛАХ З ВИКОРИСТАННЯМ ПАТРОНІВ «ПНД-9П», СПОРЯДЖЕНИХ ЕЛАСТИЧНИМИ КУЛЯМИ

**О.П. Колос**, Центр судових експертиз Міністерства оборони України

**Резюме.** Викладені результати експериментальних досліджень пошкоджень та розповсюдження додаткових факторів пострілу на різних видах тканин (матеріалів) одягу при пострілах з пістолета «Ерма-459Р» патронами «ПНД-9П», що споряджені еластичними кулями.

**Ключові слова:** вогнепальні пошкодження, еластична куля, тканини одягу.

**Вступ.** За станом на січень 2009 року на вітчизняних підприємствах розроблено, відповідним чином сертифіковано та налагоджено виробництво більше 30 зразків пістолетів та револьверів, що призначені для відстрілу патронів, споряджених металевими снарядами «несмертельної дії» (надалі – спецпристрої), та 14 видів патронів до них. Кожен з таких патронів і спецпристроїв має свої конструктивні особливості та балістичні характеристики, які обумовлюють певну своєрідність формування морфологічних ознак пошкоджень і поширення додаткових факторів пострілу. Саме предмети одягу, являючись, найчастіше, першою перешкодою на шляху

льоту кулі, є вагомим джерелом об'єктивної інформації для судово-медичних експертів, без якої неможливе визначення виду та конструктивних особливостей використаних патронів та спецпристроїв [3, 6].

Нами вже було викладено тактико-технічні характеристики основних видів такої зброї та патронів з еластичними кулями до неї, що відповідним чином сертифіковані та дозволені для продажу в Україні [9]. В доступній літературі є науково-обґрунтовані дані, які стосуються пошкоджень тіла й бавовняної тканини одягу, заподіяних при пострілах з пістолета «Schmeisser AE 790G» патронами «Терен-3П» [8], деяких зразків закордонного виробництва