

Група первинно переміщених осіб 2022 року ($n = 52$; 9-та група) включала 35 жінок (5-та група) та 17 чоловіків (6-та група).

Після першого переміщення на нове місце проживання спостерігалось зростання рівня тривожності, більшою мірою в групі жінок. Повторне вимушене переселення виявило досить цікаву картину: 34 обстежених відносно безпроблемно пережили цю подію, досить швидко адаптувалися на новому місці, працюють, хоча практично всі на певному етапі приймали або приймають зараз адаптогени, заспокійливі, снодійні засоби тощо. А ось інша група – 18 осіб досить складно пережили цю стресову подію, мають значні розлади психіки, перш за все афективної сфери, не можуть адаптуватися до нових умов, знайти своє місце в новому житті, звертаються за спеціалізованою медичною допомогою. Відбулася своєрідна поляризація повторних переселенців, причому, більш впевнено себе почувають особи з вищими, а найголовніше – стабільними доходами, з відносно оптимістичними соціальними перспективами, збереженим житлом тощо.

ВИКОРИСТАННЯ МАГНІТОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БОЛЮ ГОЛОВИ НАПРУГИ

Пулик О. Р., Гирявець М. В., Блага О. С.

м. Ужгород, ДВНЗ Ужгородський національний університет

Вступ. Біль голови напруги – одна із найчастіших форм первинного болю голови. Поширеність болю голови напруги в різних дослідженнях у загальній популяції становить від 30 % до 78 %. Біль голови напруги є також найпоширенішим типом хронічного рецидивуючого болю голови. Хронічним біль голови напруги вважається тоді, коли виникає 15 або більше днів на місяць протягом як мінімум 6 місяців. Лікування хронічного больового синдрому включає медикаментозні та немедикаментозні методи впливу. Серед немедикаментозних методів використовується метод магнітотерапії. Протизапальний та протинабрякові ефекти магнітного поля безперечно забезпечують знеболювальний ефект. Перевагою є також безпечність і доступність даного методу.

Мета: зменшення больового синдрому та підвищення якості життя у хворих з хронічним болем голови напруги шляхом використання магнітотерапії.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі відділення неврології КНП «Ужгородська центральна міська клінічна лікарня» протягом трьох місяців 2022 року. Обстежено 84 хворих з хронічним болем голови напруги. Критеріями включення в дослідження були: пацієнти з хронічним болем голови напруги, згідно з критеріями постановки діагнозу Міжнародної класифікації головного болю 3-го перегляду (ICHD-3) бета-версії, вік від 18 років, відсутність на момент дослідження тяжких соматичних захворювань, інфекційних захворювань, захворювань шкіри та онкопатології.

У дослідженні взяли участь 84 хворих, жителів м. Ужгород. Середній вік хворих склав $(44,1 \pm 1,1)$ року. Хворих шляхом довільної вибірки розподілено на дві групи по 42 хворих. Вік хворих в основній групі, яким до програмного лікування додатково використано метод магнітотерапії, склав $(43,1 \pm 0,6)$ року, а в контрольній групі – $(44,2 \pm 0,4)$ року. Всім хворим проведено загальноклінічні обстеження, нейровізуалізаційне обстеження (КТ, МРТ), шкала ВАШ для визначення болю, опитувальника MOS SF-36 – для оцінки якості життя.

Для магнітотерапії нами використано апарат Viofor JPS зі змінним магнітним полем низької частоти за програмою M2 P2 на великому аплікаторі тривалістю 12 хв протягом 10 днів. Статистичну обробку матеріалів проводили при допомозі стандартного статистичного пакета “Microsoft Excel 2010”.

Результати. Середній бал за шкалою ВАШ у пацієнтів основної групи на початку дослідження склав $(7,2 \pm 0,6)$ бала, контрольної – $(7,4 \pm 0,4)$ бала. Згідно з опитувальником MOS SF-36 за доменом «фізичне функціонування» на початку дослідження середній показник склав $(48,1 \pm 22,1)$ бала, за доменом «біль» $(80,0 \pm 3,1)$ бала, за доменом «загальне здоров'я» $(30,9 \pm 8,4)$ бала, «життєздатність» $(56,9 \pm 6,9)$ бала, «соціальне функціонування» $(52,0 \pm 16,4)$ бала, «емоційне функціонування» $(17,3 \pm 12,3)$ та «психічне здоров'я» – $(60,9 \pm 17,3)$ бала. По завершенні курсу лікування середній бал за шкалою ВАШ у пацієнтів основної групи склав $(3,6 \pm 0,6)$ бала, а контрольної – $(4,4 \pm 0,4)$ бала ($p < 0,05$). На тлі проведеного лікування спостерігалось достовірне покращення ($p < 0,05$) показників якості життя за доменами «фізичне функціонування», «емоційне функціонування» та «тілесний біль» між пацієнтами основної та контрольної груп.

Висновки. За результатами дослідження встановлено, що додаткове застосування магнітотерапії поряд з програмним лікуванням хронічного болю голови напруги у пацієнтів, вірогідно зменшує больовий синдром і покращує показники якості життя. Отриманий результат дозволяє рекомендувати метод загальної магнітотерапії до використання в комплексному лікуванні пацієнтів з хронічним болем голови напруги.

ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЦЕНТРІВ З НАДАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ ЗЛОВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ

Фітькало О. С.

м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Аналіз досліджень проблеми. Складна ситуація в Україні (війна, криза, проблема внутрішніх переселенців) спричиняє збільшення кількості випадків, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами (алкоголізм, наркотична залежність). Незважаючи на значний арсенал засобів та методів протидії порушенням, пов'язаним із вживанням алкоголю та наркотиків, ефективність профілактичних заходів і лікування хворих із залежністю залишається достатньо низькою. Тому створення в сучасних реаліях в Україні ефективної системи реабілітаційних закладів у сфері відновлення здоров'я та працездатності осіб, що зловживають психоактивними речовинами, є актуальною та дуже складною для суспільства проблемою. Створення і функціонування реабілітаційних центрів сучасного інноваційного спрямування - процес довготривалий і потребує розширення державних програм, активного залучення сучасних технологій та інвестицій в реабілітаційний процес, кваліфікованих фахівців різного профілю. Реалізація цих напрямів в Україні гальмується через перераховані чинники.

Сьогодні медична допомога, в основному, спрямована на усунення наслідків абстинентного синдрому, який виникає на фоні відміни прийому психоактивних речовин. Ефективність такої допомоги мінімальна, оскільки вона є лише тимчасовим заміщенням основної речовини препаратами, прописаними лікарем-наркологом. Однією з проблем такого підходу є хибна реакція пацієнта, який впевнений, що після проходження лікування може контролювати ситуацію з прийому кількості вживаних психоактивних речовин і припинити вживання в будь-який момент.

Методик та практик надання допомоги в цих закладах є велике розмаїття. Вони різняться тривалістю (короткострокові - від 2 годин при «кодуванні» та довгострокові - від 1 до 5 років у терапевтичній спільноті), ступенем професіоналізму (від сільських знахарів до нейрохірургів у великих медичних центрах), місцем реалізації (вдома у клієнта, в лікарні, в реабілітаційному центрі громадської організації чи у сільській комуні). Застосовують комбіновані підходи надання допомоги («детокс» + терапевтична спільнота) або «підшивка + «Програма 12 кроків» або будь-які інші комбінації).

Враховуючи жорстку централізованість, бюрократизм системи, більшість осіб, які мали досвід отримання такої реабілітаційної допомоги, надалі категорично відмовляються від лікування. Інша негативна сторона державних реабілітаційних центрів – недостатня розвиненість мережі, неузгодженість їхньої діяльності та брак правового регулювання, а також низька зарплатня спеціалістів, формалізм вимог до якості надання послуг, яка є причиною низького рівня мотивованості спеціалістів, що зі свого боку призводить до нестачі висококваліфікованих кадрів. Все це робить державну політику в сфері надання послуг залежним особам неефективною.

Водночас наявні сьогодні приватні реабілітаційні центри не мають затвердженої типової програми, стандарту регламентування порядку отримання послуг з використанням індивідуальних програм реабілітації. Саме тому всі ці центри потребують переосмислення сучасних підходів надання допомоги, спрямованої на координацію психічних і поведінкових розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, що сприятиме зміні руйнівної залежної поведінки, зниженню попиту на отримання речовин, реабілітації та ресоціалізації залежних осіб.

Програми надання довгострокової допомоги та реабілітації, орієнтованої на стійкий кінцевий результат - повернення до якісного, ефективного, повноцінного життя осіб, що звернулись по допомогу до реабілітаційних центрів, можливе лише з урахуванням всіх складових: нормативно-правових, організаційно-методологічних підходів, технічного і, особливо, кадрового забезпечення таких закладів.

На нашу думку, можливість переходу від процесу реабілітації до процесу адаптації залежить від того, наскільки виконуються завдання з реабілітації, що їх надає