

ТІОНЕКС®

Thiocolchicoside, 2 мг/мл

**МІОРЕЛАКСАНТ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ДІЇ
ДЛЯ ПЕРЕМОГИ* НАД БОЛЕМ¹**

**ЄДИНИЙ В УКРАЇНІ
ЄВРОПЕЙСЬКИЙ
ТІОКОЛХІКОЗИД
в ампулах та таблетках^{1,2,3}**



СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ З МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ТІОНЕКС (THIONEX) розчин 4 мг. **Склад:** діюча речовина: thiocolchicoside; 1 ампула (2 мл) містить тіоколхікозиду 4,0 мг, розчин для ін'єкцій. **Показання.** Ад'ювантна терапія болісних м'язових контрактур у випадках гострих патологій хребта у дорослих та підлітків віком від 16 років. **Спосіб застосування та дози.** Тіонекс вводять внутрішньом'язово. Рекомендована максимальна добова доза становить 4 мг кожні 12 годин (8 мг на добу). Лікування не повинно перевищувати 5 днів поспіль. Слід уникати перевищення рекомендованої дози або тривалості застосування. **Побічні реакції.** Після внутрішньом'язового введення були помічені нечасті випадки нездужання, які іноді супроводжувалися або не супроводжувалися зниженням артеріального тиску та/або непритомністю. **Протипоказання.** Тіоколхікозид не слід застосовувати: пацієнтам із підвищеною чутливістю до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату; протягом усього періоду вагітності; під час грудного вигодовування; жінкам репродуктивного віку, які не використовують належні засоби контрацепції; пацієнтам, які страждають на в'ялий параліч, м'язову гіпотонію; пацієнтам, які страждають на порушення гемостазу та проходять лікування із застосуванням антикоагулянтів. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.** Інформація щодо взаємодії відсутня. Однак рекомендується дотримуватися обережності при одночасному прийомі з іншими міорелаксантами, антикоагулянтами та препаратами, що пригнічують центральну нервову систему, більш детальна інформація про взаємодію наведена у повній інструкції для медичного застосування. **Діти.** Препарат протипоказаний дітям віком до 16 років. **Категорія відпуску.** За рецептом.

СКОРОЧЕНА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ТІОНЕКС (THIONEX) таблетки 8 мг. **Склад:** тіоколхікозид; 1 таблетка містить тіоколхікозиду 8 мг; допоміжні речовини: лактоза, моногідрат; целюлоза мікрокристалічна (тип 101); целюлоза мікрокристалічна (тип 102); повідон (тип К30); кремнію діоксид колоїдний безводний; кросповідон (тип А); магнію стеарат. **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Міорелаксанти з центральним механізмом дії. Тіоколхікозид. Код АТХ М03В Х05. **Показання.** Ад'ювантна терапія болісних м'язових контрактур у випадках гострих патологій хребта у дорослих та підлітків віком від 16 років. **Протипоказання.** Тіонекс не слід застосовувати: пацієнтам із підвищеною чутливістю до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу; під час вагітності; у період годування груддю; жінкам репродуктивного віку, які не використовують належні засоби контрацепції. **Спосіб застосування та дози.** Приймати перорально, запиваючи склянкою води. Рекомендована доза становить 8 мг кожні 12 годин (доза 16 мг тіоколхікозиду є також максимальною на добу). Тривалість лікування не повинна перевищувати 7 днів поспіль. Слід уникати перевищення рекомендованої дози або тривалого застосування (див. розділ «Особливості застосування»). **Діти.** Лікарський засіб протипоказаний дітям та підліткам віком до 16 років. **Упаковка.** По 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом.

*Мається на увазі ад'ювантна терапія болісних м'язових контрактур у випадках гострих патологій хребта у дорослих та підлітків віком від 16 років. 1. Інструкція за застосування лікарського засобу Тіонекс UA/17110/01/01; UA/19133/01/01. 2. Oliveira, C. B., Maher, C. G., Pinto, R. Z. et al. Eur Spine J (2018) 27: 2791. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. November 2018, Volume 27, Issue 11, pp 2791–2803. 3. Серед міорелаксантів центральної дії. Згідно даних Державного реєстру лікарських засобів по АТС М03В на 01.12.2023.

Детальна інформація про характеристики, лікувальні властивості і можливі побічні ефекти лікарського препарату Тіонекс для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників міститься в повній інструкції для медичного застосування. Даний матеріал призначений виключно для фахівців охорони здоров'я. Для розповсюдження/демонстрації під час спеціалізованих медичних заходів та для друку у спеціалізованих медичних журналах (виданнях). Виробник: ЛАБОРАТОРІЯ ФАРМАЦЕУТИКО С.Т. С.Р.Л., ВІА ДАНТЕ АЛІГ'ЕРІ, 71 - 18038 Санремо (Імперія), Італія. Представництво в Україні: УАБ «Фармліга», Адреса: 07300, Київська обл., м. Вишгород, вул. Шолуденка, 1, e-mail: info@farmlyga.lt



В.І. Романенко, к.мед.н., голова Українського товариства вивчення головного болю, консультант із неврології Медичного центру «Віта Медікал» (м. Київ)

Алгоритм терапії пацієнта з болем у спині

За матеріалами Медичного форуму «UkraineNeuroGlobal-2024. Session 2» (27 лютого 2024 р.)

Як відомо, біль у спині ускладнює рух і чинить негативний вплив на якість життя та психічне благополуччя людини. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), від болю в нижній частині спини страждають близько 619 млн людей у всьому світі, і за прогнозом, до 2050 року переважно через збільшення чисельності населення та його старіння кількість таких випадків може зрости до 843 млн (ВНО, 2020). Попри проведення численних досліджень причини дорсалгій досі лишаються суперечливими, а результат лікування – здебільшого незадовільним.

Біль у нижній частині спини (БНС) – одна з провідних причин інвалідизації в усьому світі, стан, за якого більшість людей завдяки ефективному лікуванню може значно покращити і відновити втрачені функціональні можливості (ВНО, 2020). Виникати БНС може у будь-якому віці, багато людей відчувають його щонайменше раз у житті. Поширеність останнього зростає з віком, найбільша кількість випадків БНС припадає на вік 50-55 років, частіше спостерігається у жінок (GBD2019: Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019).

Важливим аспектом у діагностуванні та лікуванні БНС є розуміння термінології, якою послуговуються лікарі. Упродовж 1970-1990 рр. найчастішим діагнозом згідно з медичною документацією, який свідчив про біль у спині, був остеохондроз або радикуліт, із 2000 року почали застосовувати термін БНС.

Більшість із дослідників схиляються до того, що центральним механізмом виникнення болю є розлади «механіки» хребтового стовпа. Саме тому досконале знання анатомії хребта, його біомеханіки, співіснування різних анатомічних структур одна відносно одної, функцій, які порушуються (причина виникнення і персистенції болювого синдрому) – ключовий момент у розумінні причини болю, а отже, і необхідних адекватних підходів до лікування.

Оцінювання і діагностування болю в нижній частині спини

Перший крок у діагностиці БНС – оцінювання ступеня виразності болю, яке виконують із використанням спеціальних шкал, як-от проста описова (аналогова) шкала, числова шкала інтенсивності болю, шкала оцінювання болю за виразом обличчя Вонга–Бекера). Зокрема, на момент звернення пацієнта до лікаря необхідно визначити інтенсивність болю і його ступінь (максимальний / мінімальний) за добу та в середньому за тиждень.

Наступний крок – встановити локалізацію болю, при цьому бажано це робити графічно, оскільки складання схем корисне для відображення чіткої локалізації хворобливих зон і сенсорних феноменів.

Схематичний рисунок допомагатиме визначити можливі механізми розвитку болювого синдрому і слідкувати за станом пацієнта в динаміці. До ознак, що потребують негайного обстеження та/або скерування пацієнта до вузькопрофільного фахівця: літній вік у сукупності із симптоматикою, що вперше розвинулася, нічний біль, підвищення температури тіла, пітливість, неврологічні прояви, наявність в анамнезі зляканих новоутворень.

Класифікація типів болю

У сучасному розумінні визначають декілька типів болю: ноцицептивний, нейропатичний і ноципластичний, що відображає механізми його виникнення та особливості клінічних симптомів.

Одним із найпоширеніших типів болю, із яким стикається лікар первинної ланки допомоги, це ноцицептивний (звичайний) біль, який виникає через активацію ноцицепторів у нервовій тканині з фактичним фізичним ушкодженням або загрозою його виникнення (Treede et al., 2019).

Нейропатичний біль – це вид болю, який, на відміну від звичайного, розвивається не внаслідок реакції на фізичне ураження, а як результат ушкодження або захворювання соматосенсорної нервової системи.

За ініціатииви Міжнародної організації з вивчення болю (IASP, 2017) було введено новий термін для визначення третього різновиду болю, а саме «ноципластичний біль», який фактично замінив попередній термін «дисфункціональний біль». Він виникає через зміну ноцицепції, без явних ушкоджень тканин або загрози його виникнення,

зумовлюючи активацію периферичних ноцицепторів, або без доказів захворювання чи ураження соматосенсорної системи, що призводять до розвитку болювого синдрому.

Головна відмінність ноципластичного болю від ноцицептивного і нейропатичного полягає в тому, що за традиційного обстеження не вдається встановити причину болю або органічні захворювання, які могли б пояснити його походження (Жумалиєва, 2015).

Ноципластичний – це найбільш складний і найменш зрозумілий механізм болю. Для того, щоб визначити нейропатичний механізм болю можна скористатися коротким опитувальником болю DN-4.

Лікування болю в нижній частині спини

У рекомендаціях Національного інституту здоров'я і досконалості допомоги (NICE, 2016) щодо оцінювання та управління неспецифічним болем у спині та ішіасом, що розроблені для дорослих пацієнтів віком 16 років і старше з уперше виниклим епізодом болю, передбачені такі кроки:

Крок 1. Альтернативні діагнози

- Під час обстеження осіб із БНС слід розглянути альтернативні причини цього стану, зокрема, якщо у них виникають нові або змінюються вже наявні симптоми. Виключіть специфічні причини БНС, як-от рак, інфекція, травма чи запальні захворювання, наприклад спондилоартрит.

Крок 2. Оцінювання та стратифікація ризиків

- За першої зустрічі з лікарем для кожного нового епізоду БНС із/без іррадіації в ногу необхідно розглянути можливість використання стратифікації ризиків, наприклад, за допомогою Кільського опитувальника для виявлення ризиків формування хронічного болю у спині (SBST), щоб прийняти рішення щодо подальшого вибору тактики лікування.
 - Спираючись на результати стратифікації ризиків слід розглянути можливість застосування:
 - простих чи менш інтенсивних підходів для пацієнтів, у яких імовірно БНС мине швидко та без ускладнень;
 - складних чи більш інтенсивних підходів для пацієнтів із БНС із/без ішіасу, які мають ризик розвитку ускладнень.

Крок 3. Візуалізація

- Для осіб із БНС із/без ішіасу не слід використовувати рутинну візуалізацію (поза спеціалізованим центром).
 - Необхідно пояснити пацієнту з БНС із/без ішіасу, якщо його скеровують на консультацію до вузькопрофільного фахівця, що це не потребуватиме візуалізації.
 - Слід розглянути можливість візуалізації у спеціалізованій установі для осіб з БНС із/без ішіасу, тільки якщо результат матиме вплив на подальше лікування.

Крок 4. Неінвазивні підходи до лікування БНС

- Необхідно надати пацієнту інформацію та сформулювати рекомендації, адаптовані до його і можливостей, щоб допомогти самостійно керувати виразністю болювого синдрому з/або без ішіасу впродовж усього лікування, зокрема щодо характеру БНС та ішіасу, акцентуючи увагу на продовженні дотримання звичайної фізичної активності.

Фізичні вправи:

- Необхідно розглянути можливість скерування пацієнта з БНС до участі в групових заняттях фізичними вправами (біомеханічні, аеробні, тіло-розум або комбінацію підходів) у межах державної системи охорони



В.І. Романенко

здоров'я (NHS, 2023) уразі першого епізоду або загострення БНС із/без ішіасу.

- Вибираючи тип фізичних вправ, слід брати до уваги специфічні потреби, вподобання та можливості пацієнта.

Ортопедичні вироби

Для лікування БНС не слід пропонувати рутинно ортопедичні вироби (зокрема, паски чи корсети, ортопедичні устілки, взуття на товстій підшві)

Мануальна терапія:

- Не варто пропонувати фракційну терапію для лікування пацієнтів із БНС із/без ішіасу.
- Слід розглянути мануальні підходи до терапії, мобілізації або м'якотканинні техніки (як-от масаж) для лікування БНС із/без ішіасу, але тільки як складову мультимодальної терапії, що охоплює фізичні вправи з/без психотерапії.

Акупунктура

Для лікування пацієнтів із БНС із/без ішіасу не варто пропонувати акупунктуру.

Електротерапія

Для лікування БНС із/без ішіасу не слід пропонувати:

- ультразвук;
- перкутанну електронейростимуляцію (PENS);
- надшкірну електронейростимуляцію (TENS);
- інтерференційну терапію.

Психотерапія

Для лікування пацієнтів із БНС необхідно розглянути психологічні методи лікування НС-БНС із/без ішіасу, але лише як складову мультимодальної терапії.

Фізичні навантаження стимулюють ендоканабіоїдну систему людини (Vijay, 2021). Ендогенні канабіоїди відіграють важливу роль у модулюванні метаболізму та запалення. Кишкова мікробіота виробляє коротколанцюгові жирні кислоти після розщеплення харчових волокон. Ендогенні канабіоїди мають протизапальну дію, як і коротколанцюгові жирні кислоти, які виробляє кишкова мікробіота. Власне, 6-тижневий курс фізичних вправ зменшив рівень маркерів запалення, що супроводжувалось підвищенням рівнів ендоканабіоїдів і коротколанцюгових жирних кислот. Останні виробляють кишкові мікроорганізми, можуть взаємодіяти з ендоканабіоїдами, зумовлюючи протизапальну дію.

До того ж є дані, що грижа диска хребта за адекватного консервативного лікування регресує або зникає у 30% осіб через 6 тиж., у 60% – через 6 міс., якщо немає тазових розладів і парезу – у 80% пацієнтів, що свідчить про необхідність вчасної та адекватної фармакологічної корекції БНС (Modick 1995, 2005).

Патогенез болювого синдрому при БНС

У патогенезі БНС часто спостерігається механізм патологічного замкненого кола «біль-спазм-біль».

Закінчення на наст. стор.

Початок на попередній стор.

Напруженість, що виникає у м'язах, призводить до перебудження спинальних нейронів, позиційних порушень і до подальшого зростання інтенсивності та поширення больового синдрому. Вперше цю концепцію запропонувала J. Travel (1942), згідно з якою біль призводить до підвищення активації тону і потім спазму м'язів, що, своєю чергою, ставало ще одним безпосереднім генератором больових відчуттів (Travel et al., 1942).

Було описано два нейрональні шляхи, що є основою цього патологічного ланцюга «біль-спазм-біль». Перший – короткий, імпульсація від ноцицепторів активує мотонейрони передніх рогів спинного мозку через інтернейрони, що призводить до м'язового спазму. Другий – довший, із залученням γ -мотонейронів і м'язових веретен, що зумовлює інтенсивне та тривале спазмування м'язів (Johansson and Sojka, 1991).

Інтенсивне напруження м'язів упродовж довгого часу призводить до накопичення активних продуктів метаболізму, як-от арахідонова та молочна кислоти, брадикініну тощо. Ці речовини, своєю чергою, подразнюють ноцицептори, провокують подальшу больову імпульсацію та замикають коло «біль-спазм-біль».

Медикаментозне лікування болю в нижній частині спини

За потреби застосування фармакологічного лікування БНС, згідно з оновленими рекомендаціями з лікування болю Американської колегії терапевтів (ACR, 2023), Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги (NICE, 2023) та Американського товариства з вивчення болю (APS, 2023), слід призначати нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) та/або міорелаксанти.

У дослідженні С. Aksoyet et al. (2002), у якому вивчали ефективність додавання тіоколікозиду до стандартного лікування у пацієнтів із гострим та підгострим болем у попереку, встановлено, що додавання тіоколікозиду для лікування БНС було ефективнішим за монотерапію НПЗП. Комбінування міорелаксантів із НПЗП та анагетиками значно підвищує ефективність лікування і допомагає знизити дозу останніх (Zygmunt et al., 2015). За даними сліпого рандомізованого дослідження К. Piouroulos (2023), порівняно із застосуванням комбінації тіоколікозиду з НПЗП

із монотерапією НПЗП для симптоматичного полегшення гострого БНС, такий підхід виявився дієвішим для зменшення інтенсивності болю порівняно з групою монотерапії. Більшість осіб у групі застосування тіоколікозиду з НПЗП досягла зниження показника болю за візуальною аналоговою шкалою на >30% через 1 і 3 год після ін'єкції.

Побічних ефектів за комбінованої терапії не виявлено, тоді як швидкість і стійкість поліпшення рухливості та зменшення інтенсивності болю були терапевтично значущими. Зважаючи на особливості патогенезу больового синдрому при БНС, той факт, що тривале напруження м'язів сприяє накопиченню кислот поряд з іншими продуктами метаболізму, що додатково подразнюють ноцицептори, провокуючи подальший больовий імпульс, закономірно постає питання, якому міорелаксанту віддавати перевагу. Це важливо, оскільки додаткове введення кислоти в складі ліків може посилити м'язовий спазм. Більшість ін'єкційних міорелаксантів, представлених сьогодні на фармацевтичному ринку України містять у своєму складі кислоту (мускомед – хлористо-водневу кислоту; контролфлекс – хлористо-водневу розведену або концентровану), тому варто віддавати перевагу препаратам без її вмісту (Державний реєстр лікарських засобів України, 2023).

Тіоколікозид є напівсинтетичним похідним напівсинтетичного сульфідного аналогу натурального глікозиду колхіцину – природного глікозиду, який міститься в рослині *Gloriosa superba*. Його застосовують у клінічній практиці як міорелаксант, який має протизапальний і знеболювальний ефекти та чинить патогенетичний вплив на розвиток спастичності. Взаємодіє з рецепторами γ -аміномасляної кислоти типу А (ГАМК-АР) і стрихнін-чутливими гліциновими рецепторами в ЦНС. Діє тіоколікозид як антагоніст ГАМК-АР, сприяючи міорелаксації на супраспинальному рівні, через систему низхідних інгібіторних шляхів.

Препарат **Тіонекс** (виробництва Фармліга, Італія) – це єдиний європейський ін'єкційний тіоколікозид в Україні, що не містить кислоти у своєму складі, а отже, швидше і ефективніше сприятиме позбавленню спазму та болю в спині. На відміну від деяких інших міорелаксантів, вказаний препарат має також таблетовану форму, що дає змогу здійснювати ступінчасту терапію, вибираючи зручний для пацієнта спосіб застосування, або використовувати оральну та ін'єкційну форми

у комбінації. Тіоколікозид чинить вплив на м'язові спазми центрального і периферичного походження, що дає підстави вважати його засобом вибору для пацієнтів не лише з болем у спині, причиною, якого є м'язовий спазм, та й зі спастичністю після травм спинного мозку та мозкових інсультів.

Серед таблетованих форм міорелаксантів, зареєстрованих в Україні, у багатьох можуть виникати різні побічні явища. Зокрема, для толперизону характерними є: анорексія, порушення сну, безсоння, головний біль, запаморочення, сонливість, діарея, диспепсія, нудота, сухість слизової оболонки порожнини рота, м'язова слабкість, міалгія, біль у кінцівках, астения, дискомфорт, підвищена стомлюваність; для тізанідину – ортостатична гіпотензія, порушення сну, галюцинації, сплутаність свідомості, артеріальна гіпотензія, сухість у роті; для баклофену – загострення психічних розладів, суїцидальна поведінка, галюцинації, сонливість, седация, гіпотензія, пригнічення серцево-судинної системи; для придинолу – підвищена тривожність, галюцинації, запаморочення, головний біль, тахікардія; для циклобензаприну – порушення роботи серцево-судинної системи (порушення ритму, підвищення артеріального тиску), проблеми із шлунково-кишковим трактом (блювота, діарея, біль у животі), судом, анафілактичний шок.

Тобто більшість міорелаксантів із центральним механізмом дії чинять седативний ефект і негативний вплив на серцево-судинну та дихальну систему, потребуючи відповідного титрування.

Зокрема, є застереження щодо застосування згаданих препаратів в осіб похилого віку, що може провокувати загострення психічних розладів. Ці побічні реакції не притаманні тіоколікозиду (Тіонекс).

До переваг Тіонексу належать: відсутність кислоти у складі ін'єкційної форми препарату, швидкість настання ефекту (на 15 хв швидше порівняно з деякими іншими ін'єкційними тіоколікозидами, що містять кислоту), без седатії та впливу на серцево-судинну та дихальну систему, що дає можливість активніше застосовувати його у пацієнтів похилого віку. Серед міорелаксантів, доступних сьогодні на фармринку України, Тіонекс може бути препаратом вибору для безпечного та ефективного лікування як периферичного м'язового спазму, так і центрального.

Інформація

Новини МОЗ

Розширено перелік послуг із надання психосоціальної допомоги населенню

Для забезпечення українців якісною психосоціальною допомогою Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) визначило перелік із 20 психосоціальних послуг та порядок їх надання. Крім того, затверджено перелік із понад 400 валідних методів психологічної діагностики та 20 методів психотерапії з доведеною ефективністю. Це покращить доступ українців до якісної психосоціальної допомоги. При цьому увага приділяється не лише розширенню кількості послуг і їх доступності, а й якості психосоціальної допомоги – щоб пацієнт не втрачав дорогоцінний час і сили на неефективні методи лікування, а отримував терапію з допомогою валідних методів діагностики та психотерапії. А тому МОЗ запроваджує також стандарти надання психологічної допомоги, психотерапії і психосоціальних послуг та психодіагностики.

Зокрема, чітко визначено випадки, а також основні завдання кожного зі способів психосоціальної допомоги:

- Першої психологічної допомоги.
- Кризового психологічного консультування.
- Психологічного консультування.
- Психологічних втручань низької інтенсивності.
- Психотерапії.

Для обрання способу надання психосоціальної допомоги здійснюється психологічна діагностика – оцінювання актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей особи для визначення потреби та оптимальних форм і методів психосоціальної допомоги. Вона виконується із застосуванням валідних методів обов'язково на початку та наприкінці надання психосоціальної допомоги, а також – за потреби – під час її надання.

Надавач психосоціальної допомоги інформує отримувача психосоціальної допомоги про мету та зміст процесу надання психосоціальної допомоги, а також про те, що інформація щодо надання психологічної допомоги є конфіденційною. Отримувач та/або його законний представник має право відмовитися від психосоціальної допомоги у будь-який час.

Психосоціальна допомога надається на основі вільного вибору та застосування надавачем психосоціальної допомоги науково-обґрунтованих методів психологічної та психотерапевтичної допомоги. Якщо пацієнт не має доступу до фахівців, які володіють компетентностями щодо застосування науково-обґрунтованого методу психотерапії, можливим є використання психологічних втручань низької інтенсивності за наявності наукових даних про їхню ефективність.

У разі психотерапії депресивних, тривожних, адаптаційних, гострих стресових та посттравматичних стресових розладів, які виникли внаслідок хвороби / травми, участі у бойових діях або надзвичайних ситуаціях, полону, окупації, інших станів здоров'я, що можуть призвести до обмеження повсякденного функціонування, психолог повинен мати обов'язкову додаткову спеціалізацію (сертифікацію) за одним із методів психотерапії з доведеною ефективністю, що мають доказову базу міжнародних досліджень і рекомендовані міжнародними протоколами.

Порядок надання психосоціальної допомоги та психосоціальних послуг визначає механізм надання психосоціальної допомоги та психосоціальних послуг щодо питань психічного здоров'я, зокрема щодо запобігання суїциду і психосоціального компонента реабілітації ветеранів війни та інших груп населення, встановлює вимоги до організації та забезпечення надання психосоціальної допомоги під час чи після надання медичної або реабілітаційної допомоги. Надання психосоціальної допомоги здійснюється на первинному, вторинному та третинному рівнях – залежно від результатів психологічної діагностики та з урахуванням життєвих обставин отримувача послуг та стану його здоров'я, психічного стану. Така допомога може надаватися амбулаторно або стаціонарно, а також за місцем перебування пацієнта, зокрема із застосуванням телереабілітації. Психосоціальна допомога може надаватися індивідуально особі, а також у сімейному чи груповому вигляді.

При цьому слід зазначити, що для отримання психосоціальної допомоги первинного рівня отримувач послуг звертається безпосередньо до надавача психосоціальних послуг. Надання психосоціальної допомоги вторинного та третинного рівнів здійснюється за направленням лікуючого лікаря або надавача психосоціальної допомоги первинного рівня.

Довідка: під поняттям «психосоціальна допомога» розуміється індивідуальна або у складі мультидисциплінарної команди діяльність надавачів психосоціальної допомоги, що передбачає надання психосоціальних послуг, спрямованих на збереження психічного здоров'я особи, недопущення загострення психологічних і психосоціальних проблем, розладів психічного здоров'я, перетворення їх на хронічні форми, відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах та підвищення її залученості до суспільного життя; запобігання та полегшення фізичних, психологічних, духовних страждань особи під час надання паліативної допомоги; сприяння особі у психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмисленні її досвіду, розширенні самоусвідомлення та можливостей самореалізації, а також допомогу з метою розв'язання психологічних та психосоціальних проблем, зумовлених складними життєвими обставинами, кризовим станом, надзвичайною ситуацією та/або катастрофою, воєнними діями.

За матеріалами пресслужби МОЗ України: <https://www.moz.gov.ua>