Операційне керівництво ВООЗ щодо туберкульозу

Модуль 6: Туберкульоз та супутні захворювання

Психічне здоров’я

Всесвітня організація охорони здоров’я

Операційне керівництво ВООЗ щодо туберкульозу

Модуль 6: Туберкульоз та супутні захворювання

Психічне здоров’я

Всесвітня організація охорони здоров’я

WHO operational handbook on tuberculosis. Module 6: tuberculosis and comorbidities - mental health conditions

ISBN 978-92-4-008255-7 (електронна версія)
ISBN 978-92-4-008256-4 (друкована версія)

© Всесвітня організація охорони здоров'я 2023 р.

Деякі права захищені. Це керівництво доступно на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Згідно з умовами цієї ліцензії копіювання, поширення та адаптація роботи для некомерційних цілей дозволяється за умови відповідного цитування цього керівництва, як зазначено нижче. Використання цього керівництва не означає, що ВООЗ схвалює будь-яку конкретну організацію, продукцію чи послуги. Використання логотипу ВООЗ не допускається. У разі адаптації керівництва необхідно ліцензувати свою роботу відповідно до умов тієї ж або аналогічної ліцензії Creative Commons. У разі перекладу цього керівництва слід додати наступну відмову від відповідальності разом із запропонованим цитуванням: «Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) не є автором цього перекладу. ВООЗ не несе відповідальності за зміст або точність цього перекладу. Оригінальне видання на англійській мові є обов'язковим і автентичним виданням».

Будь-яке посередництво, що стосується спорів, що виникають щодо ліцензії, здійснюється відповідно до правил посередництва Всесвітньої організації інтелектуальної власності (http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

Пропоноване цитування. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 6: tuberculosis and comorbidities - mental health conditions. Geneva: World Health Organization; 2023. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Бібліографічний запис (БЗ). БЗ доступний на веб-сайті http://apps.who.int/iris.

Продажі, права та ліцензування. Щоб придбати публікації ВООЗ, перейдіть за посиланнямhttp://apps.who.int/bookorders. Інформацію щодо подання запитів стосовно комерційного використання та запитів стосовно прав та ліцензування, див. http://www.who.int/about/licensing.

Сторонні матеріали. Якщо ви хочете повторно використовувати матеріали з цієї роботи, які належать третім сторонам, наприклад, таблиці, малюнки чи зображення, ви несете відповідальність за визначення необхідності отримання дозволу для цього повторного використання та отримання дозволу від власника авторських прав. Ризик претензій внаслідок порушення будь-якого сторонніх компонентів у роботі покладається виключно на користувача.

Загальні відмови від відповідальності. Використані позначення та подання матеріалів у цій публікації не означають висловлення будь-якої думки з боку ВООЗ щодо правового статусу будь-якої країни, території, міста чи району чи їх органів влади, або щодо розмежування їхніх меж або кордонів. Штрихпунктирні лінії на картах позначають приблизні кордони, щодо яких, можливо, ще не досягнуто повної згоди.

Згадка про конкретні компанії чи продукцію певних виробників не означає, що ВООЗ затвердила або рекомендує їх, надаючи перевагу іншим виробникам аналогічної продукції, не згаданим у цьому керівництві. За виключенням помилок або опущень назви запатентованих виробів вказуються з великої літери.

ВООЗ вжила всіх розумних запобіжних заходів для перевірки інформації, що міститься в цій публікації. Проте опублікований матеріал розповсюджується без будь-яких явних або певних гарантій. Відповідальність за інтерпретацію та використання матеріалу лежить на читачі. ВООЗ в жодному разі не несе відповідальності за збитки, що виникли внаслідок використання цього матеріалу.

Редагування та дизайн Genève Design.

Вступ

Туберкульоз (ТБ) залишається основною проблемою зі здоров'ям та основною причиною смерті від збудника інфекції у світі *(1).* Епідемія ТБ пов'язана з п'ятьма основними факторами ризику для здоров'я в усьому світі, а саме цукровим діабетом, ВІЛ, курінням та недоїданням, а також розладами, пов'язані із вживанням алкоголю. Про вплив цих факторів ризику на глобальний тягар ТБ щорічно повідомляється у *Глобальному звіті ВООЗ щодо туберкульозу (1).* Для цього оперативного керівництва фактор ризику для здоров'я визначається як стан або дія, що підвищує ризик ТБ *(2).* Після появи у хворих на ТБ, фактори ризику для здоров'я також вважаються супутніми захворюваннями та можуть призвести до поганих результатів лікування ТБ, зниження якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, або інших неоптимальних клінічних або соціальних результатів, таких як збільшення прямих витрат або ускладнення інвалідності при ТБ.

Вплив цих факторів ризику ТБ відрізняється між країнами та навіть між регіонами. У сукупності на них припадає менше половини нових епізодів ТБ в усьому світі *(1)*. Інші важливі фактори ризику для здоров'я щодо ТБ включають силікоз та розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин. У хворих на ТБ також часто розвиваються інші супутні захворювання, зокрема захворювання легень, психічні розлади та вірусний гепатит *(2)*. Крім того, у хворих на ТБ можуть розвинутися хронічні захворювання легень або інші порушення (такі як захворювання опорно-рухового апарату або нервової системи), які потребують спеціалізованої медичної допомоги або реабілітації під час лікування ТБ та після його завершення. У хворих на ТБ також можуть спостерігатись супутні захворювання або фактори ризику для здоров'я, які вимагають цілісного особистісно-орієнтованого лікування у контексті універсальним охоплення послугами охорони здоров'я.

Лікування окремих супутніх захворювань, мультиморбідності, інвалідності при ТБ та факторів ризику для здоров'я щодо ТБ є ключовими елементами першої частини Стратегії «Покласти край ТБ», яка заснована на комплексному особистісно-орієнтованому лікуванні та профілактиці *(3)*. У Стратегії «Покласти край ТБ» наголошується, що відповідні супутні захворювання та фактори ризику для здоров'я необхідно регулярно оцінювати та контролювати з метою покращення результатів лікування ТБ та загальних клінічних результатів.

У політичній декларації Зустрічі високого рівня ООН з питань туберкульозу у 2018 році було підтверджено зобов'язання покласти край епідемії ТБ в усьому світі до 2030 року відповідно до Цілей сталого розвитку *(4, 5)*. У декларації держави-члени зобов'язалися вжити всеосяжних заходів, спрямованих на боротьбу з ТБ та супутніми захворюваннями, а також на соціальні та економічні детермінанти епідемії, а також захист та забезпечення прав людини та людської гідності *(4)*. Це зобов'язання було відображено в останніх деклараціях Зустрічі високого рівня ООН з питань неінфекційних захворювань та ВІЛ у 2018 *(6)* та 2021 роках *(7)* відповідно, на якій держави-члени зобов'язалися надавати комплексні особистісно-орієнтовані послуги з лікування ТБ, ВІЛ, неінфекційних захворювань та психічних розладів.

Незважаючи на наявність глобального керівництва щодо втручань, спрямованих на лікування ТБ та основних супутніх захворювань, їхнє застосування відрізняється. Це операційне керівництво підтримує країни у розширенні особистісно-орієнтованого лікування на основі останніх рекомендацій ВООЗ щодо ТБ та основних супутніх захворювань, а також спираючись на додаткові докази, практичні рекомендації та рекомендації експертів, отримані в рамках процесів ВООЗ.

Це операційне керівництво доповнює *консолідовані настанови ВООЗ з туберкульозу. Модуль 6: Туберкульоз та супутні захворювання* та використовується разом із ними, а також узгоджується з *Концепцією ВООЗ щодо спільних дій з лікування туберкульозу та супутніх захворювань (2).* На відміну від консолідованих настанов, у яких узагальнені рекомендації ВООЗ щодо туберкульозу та супутніх захворювань, а також доказів та процесів, що лежать в їхній основі, це операційне керівництво містить практичні рекомендації, які допоможуть впровадити ці рекомендації у національні програми. Концепція забезпечує структуру та механізми для встановлення та зміцнення співпраці між програмами управління захворюваннями та відповідними секторами за межами системи охорони здоров'я для надання особистісно-орієнтованого лікування ТБ та супутніх захворюваннях. Вона зосереджена на п'яти ключових сферах та заснована на шести принципах, які є основоположними для впровадження *(2)*.

Цілі

Цілі поточного операційного керівництва:

- підтримувати держави-члени у впровадженні та розширенні рекомендацій ВООЗ щодо туберкульозу, супутніх захворювань та факторів ризику для здоров'я щодо ТБ;
- повідомляти про розробку національних стратегічних планів з протидії ТБ та інших відповідних стратегій в охороні здоров'я, керівництв та інструментів комплексного особистісно-орієнтованого лікування ТБ та супутніх захворювань; та
- сприяння розробці високоякісного особистісно-орієнтованого лікування для людей із ризиком ТБ або з ТБ, а також для людей із супутніми захворюваннями та факторами ризику для здоров'я, сприяючи покращенню клінічних, соціальних та економічних результатів у довгостроковій перспективі.

Структура та розвиток

Операційне керівництво є діючим документом, що включатиме окремий розділ для кожного з ключових супутніх захворювань при ТБ або факторів ризику для здоров'я. Перший розділ присвячений психічним розладам, важливим супутнім захворюванням хворих на ТБ. Другий розділ (що знаходиться у процесі розробки) включатиме інформацію про ТБ/ВІЛ, а наступний розділ – ТБ та цукровий діабет та ТБ та недоїданні. Вміст цих розділів знаходиться у процесі розробки та поступово додаватиметься до операційного керівництва.

Цільова аудиторія

Це операційне керівництво призначене для людей, які працюють у міністерствах охорони здоров'я, зокрема, у програмах протидії захворюванню на туберкульоз та у відповідних департаментах або програмах, відповідальних за супутні захворювання та фактори ризику для здоров'я, такі як ВІЛ, цукровий діабет та інші неінфекційні захворювання, психічні розлади, захворювання легень, недоїдання, розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин та тютюну. Операційне керівництво також призначене для відповідних галузевих міністерств, фахівців в області охорони здоров'я, міжнародних технічних та фінансових організацій, дослідників, неурядових та громадських організацій, а також фахівців у сфері охорони здоров'я, включаючи спеціалістів та медперсонал громади, які підтримують заходи, спрямовані на боротьбу з ТБ та супутніми захворюваннями як у державному, так і в приватному секторах.

Психічні розлади та розлади, пов’язані із вживанням психоактивних речовин

Зміст

Психічні розлади та розлади, пов’язані із вживанням психоактивних речовин

Подяки viii

Скорочення та абревіатури.....ix

Визначення x

1. Психічні розлади та розлади, пов’язані із вживанням психоактивних речовин: загальна інформація та обґрунтування 1

2. Особистісно-орієнтоване лікування психічних розладів та розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин, у хворих на туберкульоз.....3

3. Виявлення та лікування психічних розладів та розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин, у хворих на туберкульоз 4

3.1 Депресія 8
3.2 Тривожність.....9
3.3 Психоз.....10
3.4 Розлади, пов’язані із вживанням психоактивних речовин.....11
3.5 Суїцидальна поведінка 12

4. Особливі примітки 13

4.1 Стигма 13
4.2 Паліативна допомога 13
4.3 Безпритульність 13
4.4 Мультиморбідність та інвалідність при туберкульозі.....14

Список літератури 15

Додаток.Ресурси ВООЗ щодо психічних розладів та розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин.....19

Подяки

Цей розділ операційного керівництва підготували Ernesto Jaramillo, Farai Mavhunga, Marzia Calvi та Annika Sweetland (консультант) з Департаменту Глобальної програми боротьби з туберкульозом (GTB) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), а також Aiysha Malik та Mark van Ommeren з Департаменту ВООЗ із питань охорони психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин (MSD) під загальним керівництвом Tereza Kasaeva, директора Департаменту GTB та Dévora Kestel, директора департаменту MSD.

Експерти з Глобальної програми боротьби з туберкульозом (Matteo Zignol, Kerri Viney, Annabel Baddeley) та Департаменту із питань охорони психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин (Kenneth Carswell, Brandon Gray, Inka Weissbecker, Fah-my Hanna, Dzmitry Krupchanka) надали технічну допомогу та переглянули різні етапи розробки цього розділу операційного керівництва. Радники з регіональних проблем ТБ (Rajendra Yadav, Askar Yedilbayev, Mar tin van Boon, Vineet Bhatia) та радники з регіональних проблем із питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин (Khalid Saeed, Florence Baingana) надали технічну допомогу під час розробки керівництва. Jamhoih Tonsing (Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією), Asma Humayun (Міністерство планування розвитку та спеціальних ініціатив, уряд Пакистану) та Jerome Galea (Університет Південної Флориди) виступали зовнішніми рецензентами цього керівництва.

Розробка вмісту, дизайну та макету цього операційного керівництва фінансувалась міністерствами Канадою та Агентством США з міжнародного розвитку.

Скорочення та абревіатури

ASSIST	скринінговий тест щодо куріння, вживання алкоголю та психоактивних речовин
AUDIT	тест для визначення зловживання алкоголем
ГТР	генералізований тривожний розлад
GAD-7	тест на наявність генералізованого тривожного розладу-7
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
МР ТБ	мультирезистентний ТБ
mhGAP	Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров’я
PHQ-9	Опитувальник для оцінки здоров’я пацієнтів-9
PM+	методика Problem Management Plus
СІН	споживачі ін’єкційних наркотиків
SH+	методика Self-Help Plus
СІЗЗС	селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну
ТБ	туберкульоз
УНЗ ООН	Управління ООН з наркотиків і злочинності
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров’я

Визначення

Супутнє захворювання: Конкуруюче захворювання або стан здоров'я хворого на ТБ.

Розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин: Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ)-11 *(8)*, термін «розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин» відноситься до групи розладів, які виникають внаслідок однократного або повторного вживання психоактивних речовин, включаючи певні лікарські засоби. В контексті цього оперативного керівництва «розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин» поділяються на «розлади, пов'язані із вживанням алкоголю» та «розлади, пов'язані із прийомом наркотиків» (крім алкоголю та нікотину).

Психічне порушення: Відповідно до визначення Міжнародної класифікації хвороб у редакції 11 (МКХ-11) *(8)*, психічне порушення – це синдром, що характеризується клінічно значущим порушенням когнітивних функцій, регуляції емоцій або поведінки, що відображає порушення процесів психологічного, біологічного або когнітивного розвитку, що лежать в основі психічних та поведінкових функцій. Ці порушення, як правило, пов'язані зі стресом або порушенням в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних або інших важливих сферах діяльності.

Психічний розлад: Широкий термін, що охоплює психічні порушення та психосоціальну дезадаптацію. Він також охоплює інші психічні стани, пов'язані зі стресом, порушенням функціонування організму або ризиком самоушкодження.

Особистісно-орієнтовані послуги: Підхід до лікування, заснований на правах людини, який свідомо враховує погляди окремих осіб, опікунів, сімей та громад як учасників та бенефіціарів надійних систем охорони здоров'я, які поважають соціальні переваги та враховують комплексні потреби людей, а не окремих захворювань *(9)*.

Психосоціальна дезадаптація: Згідно з Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю, психосоціальна дезадаптація – це інвалідність, яка прогресує при взаємодії людей з тривалим порушенням психічної діяльності з різними бар'єрами, що може заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими.

Туберкульоз (ТБ): Це захворювання, спричинене бактерією *Mycobacterium tuberculosis (10)*. У цьому документі його зазвичай називають «ТБ», щоб відрізнити його від туберкульозної інфекції.

Туберкульозна інфекція: стан стійкої імунної відповіді на стимуляцію антигенами *Mycobacterium tuberculosis* без клінічних проявів захворювання на активну форму ТБ *(10).*

1. Психічні розлади та розлади, пов’язані із вживанням психоактивних речовин: загальна інформація та обґрунтування

Психічні порушення[1] поширені в усіх країнах *(8)*. Майже 1 мільярд осіб в усьому світі живуть з психічним порушенням, який став основною причиною років життя з поправкою на інвалідність. Фактори ризику розвитку психічного порушення є багатофункціональними та можуть включати будь-яку комбінацію індивідуальних (психологічних або біологічних), сімейних або громадських (таких як бідність або насильство) та структурних факторів (таких як нерівність або надзвичайні екологічні ситуації) *(11)*.

У хворих на ТБ вищий ризик психічних розладів та розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин *(12, 13)*. Це супутнє захворювання негативно впливає на здатність людини дотримуватись режиму лікування та санітарно-епідемічного режиму. Воно також може погіршити стан, підвищити ризик поганих результатів лікування ТБ та знизити якість життя, пов’язану зі здоров’ям *(14, 15).* Дослідження демонструють, що депресія може незалежно підвищувати ризик ТБ *(16, 17).* Деякі протитуберкульозні препарати пов’язані з депресією, тривожністю та/або психозом *(12, 18, 19),* що може потребувати тимчасового або повного припинення прийому потенційного засобу та/або початку додаткового психофармакологічного лікування. Спостерігається підвищений ризик депресії, тривожності або психозу у хворих на мультирезистентний туберкульоз (МР ТБ) *(20, 21)*. Розлади, пов’язані із вживанням алкоголю, суттєво підвищують ризик розвитку ТБ *(22)*. Психологічний стрес, пов’язаний зі стигмою та дискримінацією, також може спровокувати або погіршити психічні розлади або розлади, пов’язані із вживанням психоактивних речовин, у пацієнтів. У хворих на лікарсько-стійкий ТБ *(23)* та/або ВІЛ ще вищий ризик психічних розладів, включаючи розлади, пов’язані із вживанням психоактивних речовин *(24).*

У багатьох хворих на ТБ, особливо лікарсько-стійкий ТБ, спостерігається певний ступінь психічного розладу, пов’язаного із захворюванням, його лікуванням та ускладненнями та/або стигмою, пов’язаною з туберкульозом *(25)*. У деяких випадках дистрес, який не завжди є патологічним станом, можна полегшити за допомогою профілактичних заходів, таких як медична освіта або надання доступу до соціальних та фінансових ресурсів, як описано нижче.

[1] Відповідно до визначення Міжнародної класифікації хвороб у редакції 11 (МКХ-11), психічне порушення – це синдром, що характеризується клінічно значущим порушенням когнітивних функцій, регуляції емоцій або поведінки, що відображає порушення процесів психологічного, біологічного або когнітивного розвитку, що лежать в основі психічних та поведінкових функцій. Ці порушення, як правило, пов’язані зі стресом або порушенням в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних або інших важливих сферах діяльності. У цьому розділі використовуватиметься термін «психічне порушення», коли мова йде про дані, засновані на визначених категоріях психічного порушення. Психічний розлад – це широкий термін, що охоплює психічні порушення та психосоціальну дезадаптацію. Він також охоплює інші психічні стани, пов’язані зі стресом, порушенням функціонування організму або ризиком самоушкодження. У цьому розділі використовуватиметься термін «психічні розлади», за винятком випадків, коли описуються дані, засновані на визначених категоріях психічних порушень.

Однак у деяких людей дистрес може стати серйозною проблемою, що призводить до суттєвих функціональних порушень або інвалідності (наприклад, нездатності працювати, вчитися або піклуватися про членів сім'ї, напруженості міжособистісних відносин та відходу від соціальних зв'язків), а діагностика психічного порушення може бути відповідною *(26)*. Крім того, у хворих на психічні розлади після діагностування ТБ симптоми можуть погіршитися. Стійкі відповіді з боку вегетативної та нейроендокринної системи, пов'язані з хронічним психологічним дистресом, можуть послабити імунну систему, а також вплинути на поведінку щодо здоров'я, що може поставити під загрозу лікування ТБ *(17)*. Оскільки ТБ часто вражає соціально незахищені групи населення, стигма, пов'язана з ТБ, може перетинатися та посилювати інші соціальні стигми, пов'язані з бідністю, психічними розладами та/або ВІЛ, вживанням психоактивних речовин, ув'язненням або використанням соціальних послуг. Проблеми, спричинені діагностикою або лікуванням, наприклад втрата стабільного доходу, можуть погіршити психічне здоров'я. Стигма та дискримінація, пов'язані з ТБ, можуть суттєво впливати на фізичне та психічне здоров'я хворих на лікарсько-стійкий ТБ та можуть спровокувати психічні розлади у осіб, в анамнезі яких не було психічних розладів *(17, 25).* Профілактика, своєчасне виявлення, моніторинг та лікування психічних розладів та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, полегшують психічні розлади та покращують результати лікування ТБ *(27)*.

2. Особистісно-орієнтоване лікування психічних розладів та розладів, пов’язаних із вживанням психоактивних речовин, у хворих на туберкульоз

ТБ непропорційно вражає бідних та інші соціально не захищені групи, що підвищує ризик психічних розладів. Постачальники медичних послуг з лікування ТБ можуть вживати різноманітних заходів, щоб вплинути як на дію тригерів захворювання на психічне порушення, так і на соціальні детермінанти психічного здоров’я. Зокрема, соціальна підтримка, включаючи освіту та полегшення доступу до психологічної та матеріальної підтримки, має вирішальне значення для зменшення впливу бідності, ТБ, його лікування та відповідної стигми та дискримінації на психічне здоров’я *(28).* Для осіб, які зазнають напруженого фінансового становища та/або нестачі продовольства *(29),* окрім інших вразливих факторів, заходи соціального захисту можуть полегшити стрес та допомогти запобігти психічним розладам або розладам, пов’язаним із вживанням психоактивних речовин *(28).* Ефективні заходи для запобігання та пом’якшення стигми та дискримінації щодо ТБ на рівні громади можуть допомогти зрозуміти та впоратися з впливом захворювання.

3. Виявлення та лікування психічних розладів та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, у хворих на туберкульоз

Охорона психічного здоров'я є однією з послуг охорони здоров'я, які мають бути інтегровані з послугами з лікування ТБ, як зазначено в Стратегії «Покласти край ТБ» та *Концепції ВООЗ щодо спільних дій з лікування туберкульозу та супутніх захворювань (2, 30)*. В рамках послуг охорони здоров'я така інтеграція включає виявлення хворих на ТБ із супутніми психічними розладами або розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, а після виявлення – управління потребами особи, чого можна досягти шляхом надання послуг з лікування психічних розладів або розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, або шляхом перенесення завдань медперсоналу первинної медико-санітарної допомоги, які пройшли навчання з оцінки та лікування психічних порушень.

Основні психічні розлади хворих на ТБ включають депресію, тривожність, психоз, розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, та суїцидальну поведінку. Діагностика ТБ, перебіг захворювання, лікування та/або стигма та дискримінація збільшують ймовірність розвитку будь-якого розладу. У Таблиці 1 узагальнені загальні прояви цих розладів та продемонстровано те, що багато симптомів психічних розладів збігаються з симптомами ТБ або побічними ефектами лікування ТБ. У додатку представлені керівництва ВООЗ щодо цих захворювань.

В ідеалі кожен хворий на ТБ має пройти обстеження на наявність вищезазначених психічних розладів або розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, до або після початку лікування ТБ, а також під час звичайних обстежень. Однак доступність послуг з лікування психічних розладів або розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, у більшості країн залишається недостатньою – у деяких країнах перерва у лікуванні тяжких психічних розладів становить до 90 % *(11)*. З цієї причини опортуністичний скринінг може бути раціональним споживанням наявних ресурсів: медперсонал може ініціювати виявлення, якщо особа, яка звертається за медичною допомогою при ТБ, має поширені симптоми психічних порушень (див. Таблицю 1). Для виявлення можна використовувати форми для скринінгу на психічні розлади та розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин.

Кілька стандартизованих приладів (детально описаних у цьому керівництві) доступні багатьма мовами, зручні у використанні та мають різні налаштуванні (див. Таблицю 1). Оскільки форми для скринінгу надають інформацію про тяжкість симптомів, а не про те, чи відповідають вони діагнозу, їх можна використовувати для виявлення людей, які потребують подальшого обстеження (особою, яка пройшла навчання з оцінки психічних порушень) та/або виявлення зміни симптомів з часом. Крім того, люди наприкінці лікування ТБ також можуть пройти обстеження на наявність психічних розладів або розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. У разі психічних розладів або розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, зв'язок людей з охороною психічного здоров'я може бути важливим для запобігання втрати зв'язку з пацієнтом для подальшого спостереження під час лікування або продовження лікування після проходження програми лікування ТБ.

Важливим аспектом інтеграції послуг є те, що послуги з лікування ТБ ведуть до доступних послуг з лікування психічних розладів. Однак було показано, що розподіл завдань із постачальниками послуг первинної медичної допомоги допомагає зменшити перерву у лікуванні та збільшити охоплення пріоритетних психічних розладів. ВООЗ розробила серію керівництв та матеріалів про лікування психічних порушень у неспеціалізованих установах первинної ланки охорони здоров'я *(31-34)*. Відповідно до Програми дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (mhGAP), у *Керівництві ВООЗ mhGAP з психічних, неврологічних порушень та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (32),* представлені науково-обґрунтовані рекомендації та інструменти для розвитку потенціалу для фахівців у сфері охорони здоров'я та установ, які не спеціалізуються на забезпеченні охорони психічного здоров'я. Неспеціалізований медперсонал (наприклад, постачальники послуг з лікування ТБ) може пройти навчання з виявлення, оцінки, лікування та подальшого спостереження за пріоритетними психічними розладами. У Таблиці 1 узагальнені пріоритетні психічні розлади та їхні загальні прояви. Додаткові керівництва також доступні для конкретних захворювань або ситуацій, наприклад, *Міжнародні стандарти ВООЗ/УНЗ ООН щодо лікування розладів, пов'язаних із прийомом наркотиків (35)*, *Керівництво ВООЗ з виявлення та лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин під час вагітності (36)*, та *Керівництво ВООЗ з боротьби з передозуванням опіоїдами в у населених пунктах (37)*.

Таблиця 1. Огляд пріоритетних психічних розладів

На основі матеріалів *Керівництва ВООЗ mhGAP 2.0 (32)*	
• Ці загальні прояви вказують на необхідність проведення обстеження особами, які пройшли навчання з оцінки, лікування та подальшого спостереження за цими розладами, наприклад, медперсоналом, які пройшли навчання відповідно до mhGAP. • Якщо спостерігаються ознаки більш ніж одного розладу, необхідно оцінити всі відповідні розлади. • Усі захворювання характерні для будь-якого віку, якщо не вказано інше. • Для ознайомлення із загрозливими проявами (такими як, зокрема: безпосередній ризик самоушкодження/самогубства, збудженість або агресивна поведінка, гостра алкогольна інтоксикація) див. сторінку 18: Загрозливі прояви пріоритетних психічних, неврологічних порушень та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, розглядаються у *Керівництві ВООЗ mhGAP 2.0 (32).* • Для ознайомлення з результатами повної оцінки психічного здоров'я, лікування та протоколів подальшого спостереження див. *Керівництво ВООЗ mhGAP 2.0 (32).* • Для ознайомлення з потенційною лікарською взаємодією між психічними розладами та лікуванням ТБ див. *Керівництво ВООЗ з лікування погіршень стану фізичного здоров'я у дорослих із тяжкими психічними порушеннями (38).*	
Загальний прояв	**Пріоритетний розлад**
• Численні стійкі фізичні симптоми без чіткої причини • Занепад сил, втомлюваність, проблеми зі сном • Постійний смуток або депресивний настрій, тривожність • Втрата інтересу або задоволення від діяльності, яка часто приносить задоволення	**Депресія**
• Численні стійкі фізичні симптоми без чіткої причини • Постійна та надмірна тривожність або занепокоєння • Ригідність м'язів • Важкість контролю занепокоєння • Порушення концентрації уваги та прийняття рішень	**Тривожність**[a]
• Виражені зміни поведінки; нехтування звичайними обов'язками, пов'язаними з роботою, навчанням, домашніми або громадськими справами • Збудженість, агресивна поведінка, зниження або підвищення активності • Хибні переконання, які не поділяє оточення людини • Слухання або бачення неіснуючих речей • Відсутність усвідомлення факту психічного захворювання	**Психоз**

На основі матеріалів *Керівництва ВООЗ mhGAP 2.0 (32)*	
• Відчуття дії алкоголю або іншої психоактивної речовини (наприклад, запах алкоголю, нерозбірливе мовлення, заспокійлива дія, хаотична поведінка) • Ознаки та симптоми гострого поведінкового впливу, симптоми відміни або наслідки тривалого застосування • Погіршення соціального функціонування (наприклад, труднощі на роботі або вдома, неохайний зовнішній вигляд) • Ознаки хронічного захворювання печінки (патологія печінкових ферментів), пожовтіння шкіри та очей, доступний для пальпації та чутливий край печінки (на ранніх стадіях захворювання печінки), асцит (здуття живота, заповненого рідиною), павукоподібна гемангіома (видимі павукоподібні кровоносні судини на поверхні шкіри) та зміна психічного стану (печінкова енцефалопатія) • Порушення рівноваги, ходьби, координації рухів та ністагми • Випадкові результати: макроцитарна анемія, знижене число тромбоцитів, підвищена середня величина об'єму еритроцитів • Загрозливий прояв відміни, передозування або інтоксикації. Заспокійлива дія, перезбудження, збудження, тривожність або розгубленість • Періодична потреба у психоактивних засобах, у т.ч. анальгетиках • Травми • Інфекції, пов'язані з внутрішньовенним введенням наркотиків (ВІЛ/СНІД, гепатит С)	**Розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин**
• Крайня безвихідь та відчай • Продумування, планування або наявність в анамнезі факту самоушкодження/самогубства • Будь-який інший пріоритетний розлад, хронічний біль або сильний емоційний дистрес	**Самоушкодження/ самогубство**

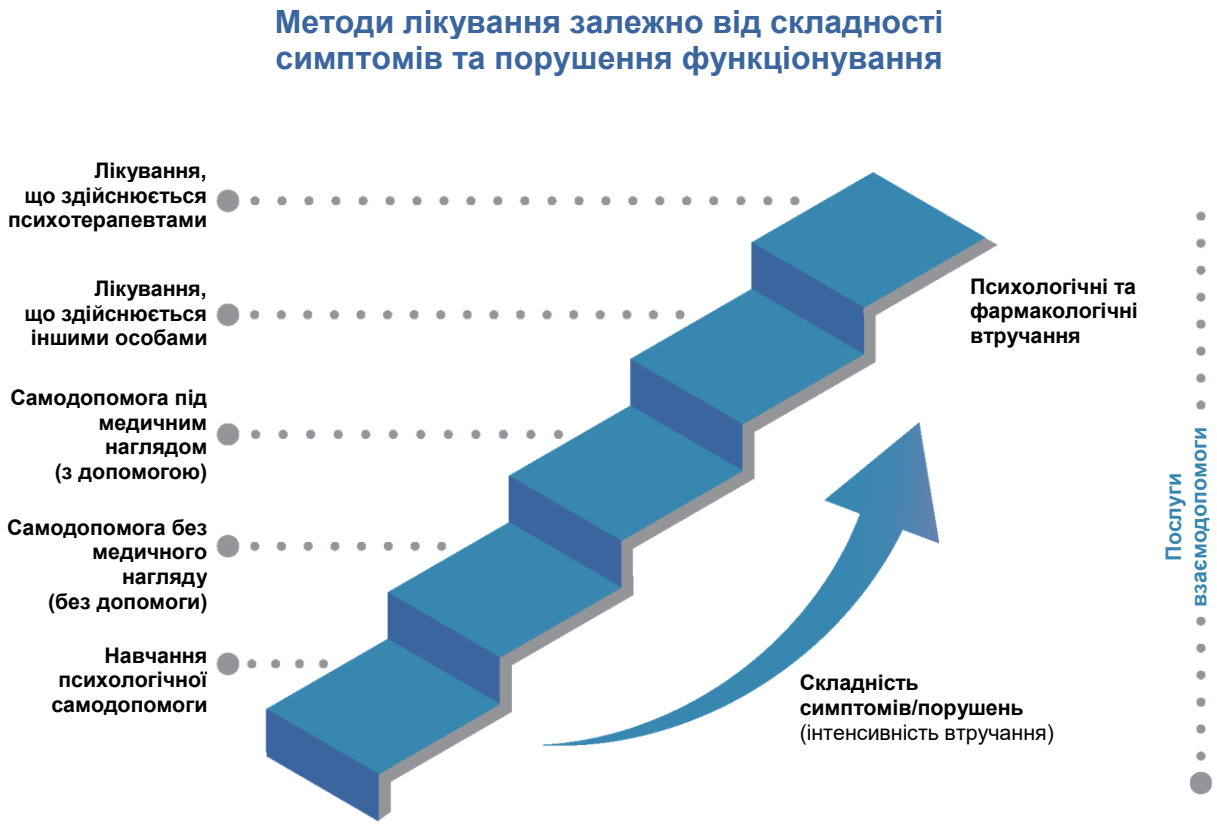
[a] Зверніть увагу, що між депресією та тривожністю існує багато спільних симптомів, вони також називаються загальними психічними розладами. Спільні симптоми включають зниження інтересу або задоволення від діяльності; суттєва зміна апетиту або ваги навіть при належному аліментарному статусі (зниження або підвищення); помітне збудження або загальмованість; дратівливість; незрозумілі скарги на здоров'я (ломота, біль, ригідність м'язів); безсоння або підвищена сонливість майже щодня; швидка втомлюваність або занепад сил; порушення концентрації уваги та прийняття рішень.

Такі моделі надання послуг, як колаборативна терапія *(39),* також є перспективним підходом для надання комплексного науково-обґрунтованого особистісно-орієнтованого лікування психічних порушень в закладах охорони здоров'я. Колаборативна терапія передбачає систематичне виявлення пацієнтів, ретельний моніторинг індивідуальних результатів, лікування менеджерами з медичного обслуговування, які можуть пройти навчання з короткочасних освітніх, психологічних та соціальних втручань, а також організовані консультації з психотерапевтами, за можливості. Подібним чином *Концепція ВООЗ щодо спільних дій з лікування туберкульозу та супутніх захворювань* на 2022 рік включає настанови щодо розробки та розширення спільних дій з лікування туберкульозу та супутніх захворювань, доповнюючи клінічні прояви, розглянуті в цьому керівництві *(2)*.

На системному рівні та відповідно до настанов, викладених в Концепції ВООЗ щодо спільних дій, у Керівництві ВООЗ із впровадження *інтеграції профілактики та контролю неінфекційних захворювань у програми боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та порушеннями сексуального та репродуктивного здоров'я* для зміцнення систем охорони здоров'я *(40)*, описані дії на кількох рівнях для досягнення переваг інтеграції:

1. люди та спільнота, наприклад, люди, які мають досвід лікування порушення, повинні брати участь у плануванні та розробці послуг;
2. політика та лідерство, наприклад, забезпечення наявності політики або законодавства для надання повноважень на надання комплексних послуг;
3. фінансування, наприклад, фінансування системи охорони здоров'я має підтримувати та стимулювати надання та застосування комплексного лікування;
4. потужність та інфраструктура, наприклад, медперсонал має необхідні можливості та компетенцію для надання комплексних послуг; та
5. моделі надання комплексного лікування належним чином враховують спосіб надання послуг, лікування та організацію роботи постачальників та управління послугами.

Рис. 1. Каскад заходів з охорони психічного здоров'я



На рівні послуг створення особистісно-орієнтованих комплексних послуг з лікування ТБ та психічних розладів включає кілька етапів. По-перше, це визначення можливостей для підтримки психічного здоров'я в межах місцевості, у якій обслуговується спільнота хворих на ТБ. Сюди можуть входити можливості посилити підтримку сім'ї та громади через, наприклад, релігійну організацію. Інші можливості можуть включати навчання психологічної самодопомоги постачальниками медичних послуг, постачальниками послуг взаємодопомоги, кваліфікованими постачальниками короткочасних психологічних втручань та психотерапевтами.

Одним із ключових елементів особистісно-орієнтованого лікування є адаптація втручань до потреб людей. Охорона психічного здоров'я забезпечує методи лікування залежно від складності симптомів та пов'язаних з ними функціональних порушень, як показано на рис. 1. Деякі пацієнти з симптомами психічних порушень отримають користь від навчання психологічної самодопомоги та стратегій самодопомоги. Іншим може знадобитися додаткова підтримка, наприклад, короткочасні психологічні втручання, які можуть проводити кваліфіковані фахівці та

інші особи під медичним наглядом. Іншим може знадобитися підтримка психотерапевтів, які здійснюють психологічні втручання та/або медикаментозну терапію, а у рідкісних випадках може знадобитись інтенсивна терапія.

Потім необхідно зміцнити зв'язки між існуючими варіантами та послугами з підтримки психічного здоров'я, щоб забезпечити тісну координацію допомоги. Крім того, послуги з лікування ТБ повинні встановити чіткі протоколи для виявлення та лікування хворих на психічні розлади, наприклад, вводячи форми скринінгу, або розвиваючи спроможність медперсоналу з лікування ТБ оцінювати та контролювати психічні розлади за допомогою mhGAP ВООЗ *(32)*. Шляхи направлення також можуть бути встановлені за допомогою існуючих систем та послуг з підтримки психічного здоров'я. Нарешті, для постійного покращення якості потрібен надійний моніторинг та оцінка.

3.1 Депресія

Депресія є поширеним психічним розладом, який піддається лікуванню, пов'язаний із імуносупресією, який часто не розпізнається та не діагностується у хворих на ТБ та призводить до поганих результатів лікування, включаючи неефективність лікування, втрату зв'язку з пацієнтом для подальшого спостереження та смерть *(17)*.

У людей з депресією спостерігаються такі симптоми, як постійний пригнічений (або поганий) настрій або втрата інтересу та задоволення протягом щонайменше двох тижнів, а також значні труднощі з особистою, сімейною, соціальною, навчальною, професійною або іншими сферами діяльності *(32)*. У процесі вирішення, чи має хворий на ТБ депресію, важливо оцінити не лише симптоми депресії, а й труднощі з повсякденними сферами діяльності через симптоми, крім тих, які можна віднести до ТБ та/або його лікування (див. Таблицю 1 та протокол щодо депресії *Керівництва ВООЗ mhGAP 2.0*) *(32)*.

Виявлення депресії серед хворих на ТБ може бути складним, оскільки деякі симптоми, такі як виражена зміна апетиту або ваги (навіть при належному аліментарному статусі), втомлюваність або занепад сил та порушення сну, також можуть бути характерними для ТБ, що ускладнює виявлення. Виявити симптоми депресії можна за допомогою форм скринінгу, таких як опитувальник для оцінки здоров'я пацієнтів (PHQ-9) *(41)*. Такі інструменти не встановлюють діагноз психічного порушення, але вказують на тяжкість симптомів. Вони залишаються корисними, оскільки людям із симптомами депресії можна підтримати нефармакологічні підходи нижчої інтенсивності, як описано нижче. Якщо медичний працівник підозрює депресію, особу можна направити до медичного працівника, який пройшов навчання з оцінки психічних розладів, за можливості, наприклад, психотерапевта або медичного працівника, який пройшов навчання відповідно до mhGAP ВООЗ *(32)*.

Декілька симптомів депресії (пригнічений настрій, зниження інтересу або задоволення від діяльності, переконання в нікчемності або провини та безнадії) можуть сприйматися як загальні реакції на діагностику, стигму та дискримінацію щодо ТБ та/або занепокоєння щодо ймовірності вилікування. Люди, які стикаються з сильними факторами стресу, часто відчувають психологічні труднощі, що відповідають симптомам депресії, які не обов'язково відповідають критеріям діагностики депресії *(31)*. Незважаючи на це, такі поширені реакції можуть спричинити дистрес, який можна пом'якшити за допомогою підходів нижчої інтенсивності, таких як навчання або самодопомога під медичним наглядом або без нього для управління стресом. Початкова підтримка також може включати соціальну підтримку для подолання факторів стресу, наприклад, фінанси або житло.

У разі симптомів значного дистресу, може бути виправданим надання короткочасних психологічних втручань у рамках методу поетапного призначення, включаючи самодопомогу під медичним наглядом. За наявності кваліфікованих постачальники психологічних втручань та постачальників під медичним наглядом, підходи можуть включати

методику WHO Problem Management Plus (PM+) – коротке психологічне втручання, що проводиться в індивідуальному або груповому форматі для людей із сильним дистресом та порушеннями функціонування *(42)*; або методику ВООЗ Self-Help Plus (SH+) – короткочасний пакет самодопомоги під медичним наглядом *(43, 44)*. Якщо симптоми депресії зберігаються навіть після полегшення симптомів ТБ та ефективного усунення зовнішніх факторів стресу шляхом втручань щодо соціальної підтримки та соціального захисту, може бути показано направлення до психотерапевтів.

Іншим методом виявлення депресії є оцінка, яку проводить психотерапевт або медичний працівник, який пройшов навчання з такої оцінки, наприклад, дотримуючись протоколу щодо депресії у *Керівництві ВООЗ mhGAP 2.0 (32)*. Таку оцінку також можна провести після позитивного виявлення за допомогою форми скринінгу.

Стан людей з депресією необхідно регулярно контролювати. Лікування депресії слід розпочинати з психосоціальних втручань, таких як навчання психологічної самодопомоги, зниження стресу, посилення соціальної підтримки та сприяння повсякденній діяльності. Лікування депресії також включає надання короткочасних науково-обґрунтованих психологічних втручань, таких як міжособистісна психотерапія, когнітивна поведінкова терапія, поведінкова активація та консультування з вирішення проблем, за необхідності *(45)*. Методика Problem Management Plus *(42)* – це короткочасне психологічне втручання, яке можуть здійснювати кваліфіковані особи під медичним наглядом. Для людей із депресією помірного та тяжкого ступеня фармакологічні втручання також можна розглядати під час лікування депресії. Два рекомендованих втручання включають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), такі як флуоксетин, та трициклічні антидепресанти, такі як амітриптилін *(46)*. Незважаючи на те, що в цілому вони є безпечними для медичного застосування у людей, які отримують лікування від лікарсько-чутливого ТБ, дані свідчать про те, що їхня комбінація з рифампіцином може призвести до зниження ефективності цих лікарських засобів, а тому слід ретельно контролювати дозу. Для людей, які отримують лікування лікарсько-стійкого ТБ, також спостерігалися помірні лікарські взаємодії з левофлоксацином, бедаквіліном та деламанідом, зокрема підвищений ризик подовження інтервалу QT та/або аритмії *(38)*. Люди із такими помірними лікарськими взаємодіями можуть застосовувати СІЗЗС та трициклічні антидепресанти, але потребують більш ретельного спостереження.

3.2 Тривожність

У багатьох людей спостерігаються симптоми тривожності (не обов’язково тривожного розладу) як звичайна реакція на діагностування та необхідне лікування ТБ, які часто можна полегшити шляхом соціальної підтримки *(28, 32).* Симптоми тривожності при ТБ можуть проявлятися як страх заразити інших або смертність, або через стигму та дискримінацію. Гостре занепокоєння також може бути побічною реакцією на певний протитуберкульозний препарат. Люди з ТБ та симптомами тривожності можуть скористатися більшою соціальною підтримкою, ніж підтримкою, що надається у власних особистих або громадських мережах, наприклад, послуги взаємодопомоги серед інших хворих на ТБ. Особистісно-орієнтований підхід, при якому медперсонал будує довіру та професійні стосунки та розширюють знання про ТБ та його лікування, сприяє створенню сприятливого середовища *(47)*. Як і у випадку з PHQ-9, доступні інші форми скринінгу для виявлення суттєвих симптомів тривожності, такі як тест на наявність генералізованого тривожного розладу-7 (GAD-7) *(48)*.

За наявності симптомів тривожності, які не пояснюються обставинами, які порушують важливі сфери діяльності та/або які зберігаються, незважаючи на помітне покращення фізичного або соціального оточення (наприклад, полегшення фізичних симптомів або посилення соціальної підтримки), це може вказувати на тривожний розлад, який потребує подальшої оцінки (див. Таблицю 1).

Існують різні розлади, пов'язані із тривожністю або страхом, такі як соціальна тривожність або панічні розлади. Генералізований тривожний розлад (ГТР) є одним із типів тривожного розладу, який характеризується генералізованим та стійким тривожним розладом, який супроводжується такими фізичними симптомами, як м'язова напруга та/або гіперактивність вегетативної нервової системи *(26).* Симптоми тривожності при ГТР повинні зберігатися протягом 6 місяців та можуть бути засновані на багатьох зовнішніх факторах, ситуаціях або тригерах.

Залежно від початку, тяжкості та тривалості симптомів лікар може розглянути можливість (i) тимчасового призупинення прийому всіх протитуберкульозних препаратів або (ii) тимчасового призупинення прийому потенційного засобу відповідно до принципів, описаних в *Операційному керівництві ВООЗ щодо туберкульозу, Модуль 4: Лікування – лікування лікарсько-стійкого туберкульозу, оновлення 2022 року (49)*, та/або (iii) надання короткочасного навчання психологічної самодопомоги щодо тривожності, пов'язаних симптомів та зв'язку з ТБ; пропонування короткочасного навчання з управління стресом (наприклад, медитації або релаксації); консультування щодо фізичних вправ, які можуть полегшити симптоми тривожності; надання короткочасних психологічних інтервенцій на основі принципів когнітивної поведінкової терапії, таких як PM+ або SH+, за можливості; призначення психотропних препаратів, таких як СІЗЗС[2] *(38)*; а також пропонування моделей колаборативної терапії в рамках програм з лікування супутнього ТБ та тривожних розладів *(50)*.

Якщо тривожність пов'язана з лікарським засобом в рамках режиму лікування ТБ, будь-яке коригування режиму має здійснюватися відповідно до принципів розробки режиму лікування (див. *Операційне керівництво ВООЗ щодо туберкульозу, Модуль 4: Лікування – лікування лікарсько-стійкого туберкульозу, оновлення 2022 року*) *(49)*. ВООЗ розробляє керівництво з клінічного ведення тривожних розладів (ГТР та панічного розладу), а також керівництво mhGAP з тривожних розладів.

3.3 Психоз

У людей з психічними порушеннями (такими як шизофренія, яка характеризується симптомами психозу) спостерігається вищий ризик інфекційних захворювань, у т.ч. ТБ, ніж у загальній популяції *(51)*. Психоз характеризується спотворенням думок та сприйняття, порушенням емоцій та поведінки, а також можливістю незв'язного або нерозбірливого мовлення (див. Таблицю 1). Маячня, що включає хибні переконання, які не поділяє оточення людини, є ще одним симптомом психозу, як і галюцинація – суттєва зміна способу сприйняття людиною реальності, який проявляється як сенсорний досвід, який не відповідає дійсності, наприклад, бачити або чути речі за відсутності зовнішнього подразника.

У разі лікарсько-стійкого ТБ симптоми психозу можуть бути спричинені побічним ефектом деяких протитуберкульозних препаратів, включаючи циклосерин, ізоніазид та фторхінолони у високій дозі. Побічні ефекти, спричинені прийомом протитуберкульозних препаратів, можуть включати зорові або слухові галюцинації з маячнею або без неї *(26)*. Іноді вони можуть проявлятися помутнінням свідомості, інтелектуальним занепадом, тривалим розладом настрою або вираженою маячнею. У разі таких проявів краще звернутися до психотерапевта для оцінки *(26)*. Як правило, психоз лікується психотерапевтом або під його наглядом. За наявності ресурсів перед початком лікування циклосерином, ізоніазид та фторхінолони у високій дозі можна розглянути попередню оцінку психозу. Це може допомогти постачальникам медичних послуг визначити, чи пов'язаний початок симптомів психозу з протитуберкульозним препаратом; а для осіб, у яких на початку скринінгу виявлено позитивні симптоми психозу, необхідна тісна координація між послугами з лікування ТБ та психічних розладів для контролю потенційного загострення симптомів. Оскільки початок психозу як реакції на

[2] Для ознайомлення з потенційною лікарською взаємодією див. *Керівництво ВООЗ з лікування погіршень стану фізичного здоров'я у дорослих із тяжкими психічними порушеннями (38).*

протитуберкульозні препарати часто є дуже швидким, попередня оцінка може допомогти лікарям визначити, чи можуть симптоми бути пов'язані з конкретним протитуберкульозним препаратом або психічним порушенням. Стан людей з психотичними симптомами на вихідному рівні необхідно ретельно контролювати, щоб переконатися, що ці симптоми не загострюються цими протитуберкульозними препаратами. Для отримання додаткових рекомендацій див. *Керівництво ВООЗ з лікування погіршень стану фізичного здоров'я у дорослих із тяжкими психічними порушеннями (38).*

Якщо симптоми психозу не полегшуються після відміни підозрюваного протитуберкульозного препарату протягом 1-2 тижнів, необхідно розглянути антипсихотичне фармакологічне втручання з антипсихотичними препаратами після консультації з психотерапевтом (див. Таблицю 1 щодо лікування психотичних симптомів). Будь-яке коригування режиму лікування необхідно здійснювати відповідно до принципів розробки режиму лікування (див. *Операційне керівництво ВООЗ щодо туберкульозу, Модуль 4: Лікування – лікування лікарсько-стійкого туберкульозу, оновлення 2022 року*) *(49)*.

3.4 Розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин

Розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин (як алкоголю, так і наркотиків), включають два основних захворювання: «вживання шкідливих психотропних речовин» та «залежність». Вживання шкідливих психотропних речовин визначається як безперервне, періодичне або епізодичне застосування психоактивних речовин, яке спричинило клінічно значущу шкоду фізичному або психічному здоров'ю людини. Залежність визначається як порушення регуляції застосування психоактивних речовин, що виникає внаслідок повторного або безперервного застосування. Характерною рисою залежності є сильний внутрішній потяг до психотичних речовин, який проявляється: (a) порушенням здатності контролювати вживання психоактивних речовин; (b) підвищенням пріоритету вживання психоактивних речовин над іншими видами діяльності; та (c) тривалістю застосування, незважаючи на шкоду або негативні наслідки. Також можливі фізіологічні ознаки залежності, включаючи (1) підвищену переносимість психоактивної речовини або потребу у більшій кількості психоактивної речовини для досягнення того самого ефекту; (2) симптоми відміни після припинення або зменшення кількості цієї психоактивної речовини; або (3) повторне застосування психоактивної речовини або фармакологічно аналогічних речовин для запобігання або полегшення симптомів відміни.

У людей з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин, спостерігається значно вищий ризик зараження ТБ, повторного зараження ТБ та гірші результати лікування *(52-54)*. Згідно з результатами оцінок ВООЗ, алкоголь є причиною приблизно 20 % смертей від ТБ *(55),* а згідно з Всесвітньою доповіддю про наркотики *(56)*, прибл. у 8 % споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) спостерігається ТБ. У деяких звітах про дослідження повідомляються навіть вищі показники поширеності ТБ серед СІН: прибл. у 17-52 % спостерігається позитивний результат туберкулінового шкірного тесту, у 60 % СІН на рівні громади – позитивний результат тесту вивільнення гамма-інтерферону, а у 68 % СІН з активною формою ТБ – мультирезистентний ТБ *(57)*. Гірші результати лікування ТБ серед людей, які вживають психоактивні речовини, та з розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, часто пов'язані з ВІЛ-інфекцією або вірусним гепатитом В та/або С, але існують також інші фактори, такі як гірший доступ до лікування, стигма та дискримінація, затримка при зверненні за медичною допомогою, погана прихильність до лікування (включаючи ліки при ВІЛ та ТБ), гірша участь у лікуванні та його ефективність, ослаблений імунітет, недоїдання та лікарська взаємодія *(52, 54)*. Для ознайомлення з потенційною лікарською взаємодією див. *Керівництво ВООЗ з лікування погіршень стану фізичного здоров'я у дорослих із тяжкими психічними порушеннями (38).*

Основною стратегією профілактики та лікування ТБ є боротьба зі вживанням психоактивних речовин (як алкоголю, так і наркотиків) та розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин *(58)*. Є докази того, що лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (особливо підтримуюча терапія агоністами опіоїдних рецепторів), пов'язане з кращим початком антиретровірусної терапії та дотриманням режиму лікування *(59, 60)*, покращенням результату лікування ТБ та прихильності до протитуберкульозних препаратів *(61, 62)*. Однак лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, рідко інтегрується в лікування ТБ та ВІЛ.

Через високу коморбідність між розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, та ТБ, важливо забезпечити доступ до профілактики, лікування обох захворювань. Люди із супутнім ТБ та розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, повинні мати доступ до особистісно-орієнтовного лікування з належною підтримкою. Фахівці у сфері охорони здоров'я, які надають здійснюють лікування ТБ, повинні знати та надавати ключові елементи лікування людей з розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, включаючи скринінг, надання короткочасного втручання, виявлення та лікування гострих та небезпечних для життя розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, а також направлення на спеціалізовану медичну допомогу, за необхідності. Фахівці, які надають послуги з лікування психічних порушень та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, повинні бути пильними щодо супутнього ТБ та знати, як надавати допомогу людям із обома захворюваннями.

Усі фахівці у сфері охорони здоров'я, які здійснюють лікування ТБ, повинні вміти оцінювати та контролювати небезпечні для життя розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин, включаючи алкогольну абстиненцію (ускладнену та не ускладнену делірієм та/або судомами), передозування наркотиками та інтоксикацію. Фахівці у сфері охорони здоров'я також повинні мати можливість проводити скринінг за допомогою стандартизованих форм скринінгу та пов'язаних короткочасних втручань, таких як тест для визначення зловживання алкоголем (AUDIT) *(63)* та скринінговий тест щодо куріння, вживання алкоголю та психоактивних речовин (ASSIST) *(33)*. Для тих, хто має труднощі зі стабілізацією розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин під час лікування ТБ, рекомендоване скоординоване направлення, подальше спостереження та консультації щодо спеціалізованих послуг з лікування психічних розладів та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Розуміння характеру втручань для лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (таких як зниження шкоди, психосоціальні та фармакологічні втручання та управління реабілітацією) допоможе покращити координацію між послугами та підвищить ефективність особистісно-орієнтованого лікування та догляду за людьми з ТБ та розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин.

3.5 Суїцидальна поведінка

Щороку від самогубства помирає більше 700 000 людей *(64)*. Одним з чотирьох ключових втручань у Керівництві ВООЗ *ЖИТИ: Керівництво з впровадження програм попередження самогубств у країнах (65)* є своєчасне виявлення будь-якої особи, схильної до суїцидальної поведінки, обстеження, лікування та подальше спостереження. Суїцидальна поведінка – це поведінка, що включає до себе думки про суїцид (або ідеацію), планування самогубства, суїцидальні спроби та сам суїцид. Людей необхідно оцінити на предмет ризику самоушкодження/самогубства перед початком або під час лікування ТБ, якщо спостерігається будь-що з наступного: крайня безвихідь та відчай, поточні думки, продумування, планування або наявність в анамнезі факту самоушкодження/самогубства (наприклад, думки, плани, вчинки); якщо у людини спостерігається супутнє психічний, неврологічний розлад або розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин (наприклад, депресія, розлад, пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, тривожність або психоз), хронічний біль або сильний емоційний дистрес; або якщо циклосерин входить до складу режиму лікування.

Важливо контролювати самоушкодження/самогубство, включаючи подальше спостереження, відповідно до Керівництва ВООЗ mhGAP 2.0, протокол щодо самоушкодження/самогубства) *(32)*.

4. Особливі примітки

4.1 Стигма

Стигма – це негативне ставлення, яке передбачає дискримінаційні дії, наприклад, щодо людей, які проходять лікування ТБ, або хворих на психічні розлади. На жаль, це дуже поширене явище, а така стигма може призвести до серйозних порушень прав людини *(66)*. Оскільки ТБ та психічні розлади можуть вражати соціально не захищені групи, стигма та дискримінація, пов'язані зі здоров'ям, можуть посилити інші соціальні стигми, що може негативно вплинути на особисте, соціальне та фінансове благополуччя людини. Стигма та дискримінація, пов'язані зі здоров'ям, можуть негативно впливати на фізичне та психічне здоров'я. Таким чином, персонал, який надає лікування ТБ, повинен пройти навчання з уникнення стигми, пов'язаною як з ТБ, так і з психічним здоров'ям. Ініціатива ВООЗ QualityRights включає електронне навчання,[3] яке заохочує права людей із психосоціальними, інтелектуальними та когнітивними порушеннями (у т.ч. з психічними розладами) щодо боротьби зі стигмою, дискримінацією та насильством. Вона сприяє підвищенню якості медичної допомоги у сфері психічного здоров'я та пов'язаних із нею послуг та використовує особистісно-орієнтований підхід до реабілітації, що заснований на правах людини. Навчання розраховане на широку аудиторію, включаючи медперсонал.

4.2 Паліативна допомога

Психологічна підтримка є критично важливим елементом паліативної допомоги, де загальною метою є полегшення болю та дистресу та підтримка благополуччя людини. Психологічна підтримка повинна бути адаптована до локальних умов з урахуванням культурного підходу та поваги до цінностей та переконань людей. Крім того, особи, що здійснюють догляд, та постачальники медичних послуг, які надають паліативну допомогу, часто самі стикаються з психологічним дистресом, а тому для них психологічна підтримка може бути корисною *(67).*

4.3 Безпритульність

У бездомних або осіб з тимчасовим місцем проживання значно вищий ризик зараження ТБ, розвитку активної форми ТБ та лікарської резистентності *(68)*; а також підвищена ймовірність розвитку психічного розладу *(69)*. Рекомендується оцінити їхнє житлове становище та пов'язані із цим соціально-економічні фактори ризику (такі як погана якість житла або його відсутність, низький рівень доходу або його відсутність), а потім направити їх на необхідну підтримку (таку як соціальна допомога або фінансова підтримка, забезпечення житлом або працевлаштування). Тому для надання особистісно-орієнтованих послуг необхідний постійний ретельний нагляд. Оцінка психічних розладів також є корисною для забезпечення доступу до необхідного лікування. Ці дії важливі для покращення якості життя, що також може позитивно вплинути на результати лікування.

[3] https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qr-e-training

4.4 Мультиморбідність та інвалідність при туберкульозі

ТБ часто розвивається разом з іншими захворюваннями – не лише психічними порушеннями, а й ВІЛ, цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією та іншими захворюваннями *(70)*. Ці супутні захворювання також незалежно пов'язані з вищим ризиком психічних розладів *(71)*. Медперсонал, що надає послуги з лікування ТБ та психічних розладів, повинні докладати зусиль для розуміння головних пріоритетів та проблем кожної людини та підтримувати лікування як ТБ, так і психічних порушень, щоб задовольнити комплексні потреби людини. Це підкреслює важливість інтеграції охорони психічного здоров'я та соціального захисту в охорону фізичного здоров'я при багатьох захворюваннях, включаючи ТБ та психічні порушення.

Список літератури

1. Global tuberculosis report 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729).
2. Framework for collaborative action on tuberculosis and comorbidities. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240055056).
3. The End TB Strategy. Geneva; 2015 (WHO/HTM/TB/2015.19; https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HTM-TB-2015.19).
4. Resolution A/RES/73/3. Political declaration of the UN General Assembly High-Level Meeting on the fght against tuberculosis. Resolution adopted by the General Assembly on 26 September 2018. New York: United Nations; 2018 (https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the-un-general-assembly-high-level-meeting-on-the-fght-against-tuberculosis).
5. Resolution 70/1. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York: United Nations; 2015 (A/RES/70/1; https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement).
6. Resolution A/RES/73/2. Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018. New York: United Nations; 2018 (https://digitallibrary.un.org/record/1648984?ln=en).
7. Resolution A/RES/75/284. Political declaration on HIV and AIDS: ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030. Resolution adopted by the General Assembly on 8 June 2021. New York: United Nations; 2021 (https://digitallibrary.un.org/record/3928975?ln=en).
8. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization (WHO); 2019/2021 (https://icd.who.int/en, accessed 1 June, 2023).
9. Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat to the Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23-28 May 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/39; https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698).
10. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention – tuberculosis preventive treatment. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331170).
11. World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338, accessed 28 November 2022).
12. Doherty AM, Kelly J, McDonald C, O'Dywer AM, Keane J, Cooney J. A review of the interplay between tuberculosis and mental health. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35:398-406. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.03.018.
13. Sweetland A, Oquendo M, Wickramaratne P, Weissman M, Wainberg M. Depression: a silent driver of the global tuberculosis epidemic. World Psychiatry. 2014;13:325-6. doi: 10.1002/wps.20134.
14. Pachi A, Bratis D, Moussas G, Tselebis A. Psychiatric morbidity and other factors affecting treatment adherence in pulmonary tuberculosis patients. Tuberc Res Treat. 2013;2013:489865. doi: 10.1155/2013/489865.
15. Lee G, Scuffell J, Galea JT, Shin SS, Magill E, Jaramillo E et al. Impact of mental disorders on active TB treatment outcomes: a systematic review and meta-analysis. Int J Tuberc Lung Dis. 2020;24:1279-84. doi: 10.5588/ijtld.20.0458.
16. Oh KH, Choi H, Kim E, Kim HJ, Cho S. Depression and risk of tuberculosis: A nationwide population-based cohort study. Int J Tuberc Lung Dis. 2017;21:804-9. doi: 10.5588/ijtld.17.0038.

17. Sweetland AC, Kritski A, Oquendo MA, Sublette ME, Norcini Pala A, Batista Silva LR et al. Addressing the tuberculosis-depression syndemic to end the tuberculosis epidemic. Int J Tuberc Lung Dis. 2017;21:852-61. doi: 10.5588/ijtld.16.0584.
18. Hwang TJ, Wares DF, Jafarov A, Jakubowiak W, Nunn P, Keshavjee S. Safety of cycloserine and terizidone for the treatment of drug-resistant tuberculosis: a meta-analysis. Int J Tuberc Lung Dis. 2013;17:1257-66. doi: 10.5588/ijtld.12.0863.
19. Vega P, Sweetland A, Acha J, Castillo H, Guerra D, Smith Fawzi MC et al. Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. 2004;8:749-59.
20. Duko B, Bedaso A, Ayano G. The prevalence of depression among patients with tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Ann Gen Psychiatry. 2020;19:1-11. doi: 10.1186/s12991–020–00281–8.
21. Alene KA, Clements ACA, McBryde ES, Jaramillo E, Lönnroth K, Shaweno D et al. Mental health disorders, social stressors, and health-related quality of life in patients with multidrug-resistant tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. J Infect. 2018;77:357-67. doi: 10.1016/j.jinf.2018.07.007.
22. Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/346387, accessed 11 March, 2022).
23. Sharma A, Machado E, Lima KVB, Suffys PN, Conceição EC. Tuberculosis drug resistance profling based on machine learning: A literature review. Braz J Infect Dis. 2022;26:102332. doi: 10.1016/j.bjid.2022.102332.
24. Deribew A, Tesfaye M, Hailmichael Y, Apers L, Abebe G, Duchateau L et al. Common mental disorders in TB/HIV co-infected patients in Ethiopia. BMC Infect Dis. 2010;10:201. doi: 10.1186/1471-2334-10-201.
25. Acha J, Sweetland A, Guerra D, Chalco K, Castillo H, Palacios E. Psychosocial support groups for patients with multidrug-resistant tuberculosis: fve years of experience. Glob Public Health. 2007;2:404-17. doi: 10.1080/17441690701191610.
26. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992 (https://www.who.int/publications/i/item/9241544228).
27. Pasha A, Siddiqui H, Ali S, Brooks MB, Maqbool NR, Khan A J. Impact of integrating mental health services within existing tuberculosis treatment facilities. Med Access Point Care. 2021;5. doi: 10.1177/23992026211011314.
28. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options – summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Geneva: World Health Organization; 2004 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43027).
29. Tanimura T, Jaramillo E, Weil D, Raviglione M, Lönnroth K. Financial burden for tuberculosis patients in low- and middle-income countries: a systematic review. Eur Respir J. 2014;43:1763-75. doi: 10.1183/09031936.00193413.
30. Uplekar M, Weil D, Lonnroth K, Jaramillo E, Lienhardt C, Dias HM et al. WHO's new end TB strategy. Lancet. 2015;385:1799-801. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60570-0.
31. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2010 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/44406).
32. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, Version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/publications/i/ item/9789241549790).
33. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010 (https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2).
34. Brief Intervention: The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: Manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010 (https://www.who.int/publications/i/ item/the-assist-linked-brief-intervention-for-hazardous-and-harmful-substance-use).
35. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of feld-testing. Geneva: World Health Organization and United Nations Offce on Drugs and Crime; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders).

36. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731).
37. Community management of opioid overdose. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/137462).
38. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155038-3).
39. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD006525. doi: 10.1002/14651858.CD006525. pub2.
40. Integrating the prevention and control of noncommunicable diseases in HIV/AIDS, tuberculosis, and sexual and reproductive health programmes: implementation guidance. Geneva: World Health Organization; 2023 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/366691).
41. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16:606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
42. Problem management plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity, WHO generic field-trial version 1.0. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/206417).
43. To I WA, Leku MR, Lakin D P, Carswell K, Augustinavicius J, Adaku A et al. Guided self-help to reduce psychological distress in South Sudanese female refugees in Uganda: a cluster randomised trial. Lancet Glob Health. 2020;8:e254-e63. doi: 10.1016/s2214-109x(19)30504-2.
44. Epping-Jordan JE, Harris R, Brown FL, Carswell K, Foley C, García-Moreno C et al. Self-Help Plus (SH+): a new WHO stress management package. World Psychiatry. 2016;15:295-6. doi: 10.1002/wps.20355.
45. Warth M, Kessler J, Koehler F, Aguilar-Raab C, Bardenheuer HJ, Ditzen B. Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis. Palliative Medicine. 2019;33:332-45. doi: 10.1177/0269216318818011.
46. Update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guidelines for mental, neurological and substance use disorders, 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/204132).
47. Moodley N, Saimen A, Zakhura N, Motau D, Setswe G, Charalambous S et al. 'They are inconveniencing us' - exploring how gaps in patient education and patient centred approaches interfere with TB treatment adherence: perspectives from patients and clinicians in the Free State Province, South Africa. BMC Public Health. 2020;20:454. doi: 10.1186/s12889–020–08562–3.
48. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med. 2006;166:1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
49. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 4: treatment - drug-resistant tuberculosis treatment, 2022 update. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240065116).
50. National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management - Clinical guideline. London; 2011 (updated 2020) (https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-pdf-35109387756997).
51. Hayward SE, Deal A, Rustage K, Nellums LB, Sweetland AC, Boccia D et al. The relationship between mental health and risk of active tuberculosis: a systematic review. BMJ Open. 2022;12:e048945. doi: 10.1136/bmjopen-2021-048945.
52. Rehm J, Samokhvalov AV, Neuman MG, Room R, Parry C, Lonnroth K et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. BMC Public Health. 2009;9:450. doi: 10.1186/1471-2458-9-450.
53. Imtiaz S, Shield KD, Roerecke M, Samokhvalov AV, Lönnroth K, Rehm J. Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: meta-analyses and burden of disease. Eur Respir J. 2017;50:1700216. doi: 10.1183/13993003.00216-2017.

54. Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and illicit drug use: review and update. Clin Infect Dis. 2009;48:72-82. doi: 10.1086/594126.

55. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639).

56. World Drug Report 2017. Vienna: United Nations Offce on Drugs and Crime; 2017 (https://www.unodc.org/wdr2017/index.html).

57. Grenfell P, Baptista Leite R, Garfein R, De Lussigny S, Platt L, Rhodes T. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: a review of the literature. Drug Alcohol Depend. 2013;129:180-209. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.11.013.

58. Raviglione M, Poznyak V. Targeting harmful use of alcohol for prevention and treatment of tuberculosis: a call for action. Eur Respir J. 2017;50. doi: 10.1183/13993003.00946-2017.

59. Mlunde LB, Sunguya BF, Mbwambo JKK, Ubuguyu OS, Yasuoka J, Jimba M. Association of opioid agonist therapy with the initiation of antiretroviral therapy - a systematic review. Int J Infect Dis. 2016;46:27-33. doi: 10.1016/j.ijid.2016.03.022.

60. Nosyk B, Min JE, Colley G, Lima VD, Yip B, Milloy MJ et al. The causal effect of opioid substitution treatment on HAART medication refll adherence. AIDS. 2015;29:965–73. doi: 10.1097/QAD.0000000000000642.

61. Morozova O, Dvoryak S, Altice FL. Methadone treatment improves tuberculosis treatment among hospitalized opioid dependent patients in Ukraine. Int J Drug Policy. 2013;24:e91-e8. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.09.001.

62. Batki SL, Gruber VA, Bradley JM, Bradley M, Delucchi K. A controlled trial of methadone treatment combined with directly observed isoniazid for tuberculosis prevention in injection drug users. Drug Alcohol Depend. 2002;66:283-93. doi: 10.1016/S0376-8716(01)00208-3.

63. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT - the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001: 41 (https://www.who. int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a).

64. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643).

65. LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629).

66. Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, Baker S, Brohan E, el Chammay R et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. The Lancet. 2022;400:1438-80. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01470-2.

67. Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. Cochrane Database Syst Rev. 2011:Cd007617. doi: 10.1002/14651858. CD007617.pub2.

68. Lee JY, Kwon N, Goo GY, Cho SI. Inadequate housing and pulmonary tuberculosis: a systematic review. BMC Public Health. 2022;22:1-12. doi: 10.1186/s12889–022–12879–6.

69. Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. PLoS Med. 2021;18:e1003750. doi: 10.1371/journal.pmed.1003750.

70. Jarde A, Romano E, Afaq S, Elsony A, Lin Y, Huque R et al. Prevalence and risks of tuberculosis multimorbidity in low-income and middle-income countries: a meta-review. BMJ Open. 2022;12:e060906. doi: 10.1136/ bmjopen-2022-060906.

71. Jarde A, Ma R, Todowede OO, Latif A, Yaqoob A, Afaq S et al. Prevalence, clusters, and burden of complex tuberculosis multimorbidity in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis (unpublished). 2022. doi: 10.1101/2022.09.22.22280228.

Додаток Ресурси ВООЗ щодо психічних розладів та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин

Керівництва з психічних розладів

- Лікування психічних розладів у дорослих з тяжкими психічними порушеннями: Керівництво ВООЗ *(1)*
- Веб-сайт ВООЗ: Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (mhGAP) *(2)*
- Керівництво ВООЗ mhGAP з психічних, неврологічних порушень та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин у неспеціалізованих медичних установах: Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я – версія 2.0 *(3)*

Короткострокові втручання

- Методика Problem Management Plus (PM+): Індивідуальна психологічна допомога дорослим з дистресом у спільнотах, які зазнали негараздів, загальне польове випробування ВООЗ, версія 1.0. *(4)*
- Методика Group Problem Management Plus (Group PM+): групова психологічна допомога дорослим з дистресом у спільнотах, які зазнали негараздів, загальне польове випробування, версія 1.0. *(5)*
- Методика Self-Help Plus (SH+): Груповий курс з управління стресом для дорослих, загальне польове випробування, версія 1.0. *(6)*
- Групова міжособистісна терапія (ГМТ) депресії *(7)*
- Здорове мислення: Посібник з психологічного лікування перинатальної депресії *(8)*

Розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин

- Керівництво ВООЗ mhGAP з психічних, неврологічних порушень та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин у неспеціалізованих медичних установах – версія 2.0 *(3)*
- Скринінговий тест щодо куріння, вживання алкоголю та психоактивних речовин (ASSIST): посібник для використання у первинній медико-санітарній допомозі *(9)*
- Короткострокове втручання при вживання небезпечних та шкідливих психотропних речовин, пов'язане з ASSIST: Посібник для використання у первинній медико-санітарній допомозі *(10)*
- Стратегії самодопомоги для скорочення або припинення вживання психоактивних речовин: керівництво *(11)*
- Міжнародні стандарти лікування розладів, пов'язаних із прийомом наркотиків: редакція, що включає результати польових випробувань *(12)*
- Керівництво з виявлення та лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин під час вагітності *(13)*
- Керівництво ВООЗ з боротьби з передозуванням опіоїдами в у населених пунктах *(14)*
- Інтеграція спільних послуг з лікування ТБ та ВІЛ у комплексний пакет допомоги споживачам ін'єкційних наркотиків: консолідовані настанови *(15)*

Інтеграція у сфері психічного здоров'я

- Інтеграція реагування на психічні розлади та інші хронічні захворювання в системах охорони здоров'я *(16)*
- Концепції щодо спільних дій з лікування туберкульозу та супутніх захворювань *(17)*

Попередження самогубств

- Керівництво ВООЗ mhGAP з психічних, неврологічних порушень та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин у неспеціалізованих медичних установах – версія 2.0 *(3)*
- ЖИТИ: Керівництво з впровадження програм попередження самогубств у країнах *(18)*
- Попередження самогубств: Глобальний імператив *(19)*

Психічне здоров'я у станціях екстреної медичної допомоги

- Керівництво з гуманітарного втручання mhGAP (mhGAP-HIG): клінічне ведення психічних, неврологічних порушень та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин у надзвичайних ситуаціях гуманітарного характеру *(20)*
- Відновлення кращого: стійке охорона психічного здоров'я після надзвичайних ситуацій *(21)*
- Психологічна допомога: Керівництво для виїзного персоналу *(22)*
- Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка у надзвичайних ситуаціях гуманітарного характеру: Що повинні знати гуманітарні організації в галузі охорони здоров'я? *(23)*
- Оцінка психічного здоров'я та психосоціальних потреб та ресурсів: комплект інструментів для гуманітарних організацій *(24)*

Список літератури до додатку

1. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://iris.who.int/handle/10665/275718, accessed 27 October 2023).
2. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) [website]. World Health Organization (https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme, accessed 27 October 2023).
3. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://iris.who.int/handle/10665/250239, accessed 27 October 2023).
4. Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity, WHO generic field-trial version 1.0. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://iris.who.int/handle/10665/206417, accessed 27 October 2023).
5. Group Problem Management Plus (Group PM+): group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity, Generic field-trial version 1.0. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/334055., accessed 27 October 2023).
6. Self help plus (SH+): a group-based stress management course for adults, Generic field-trial version 1.0, 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://iris.who.int/handle/10665/345349, accessed 27 October 2023).
7. Group interpersonal therapy (IPT) for depression. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://iris.who.int/handle/10665/250219, accessed 27 October 2023).
8. Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic feld-trial version 1.0. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://iris.who.int/handle/10665/152936, accessed 27 October 2023).
9. The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010 (https://iris.who.int/handle/10665/44320, accessed 27 October 2023).
10. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010 (https://iris.who.int/handle/10665/44321, accessed 27 October 2023).
11. Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide. Geneva: World Health Organization; 2010 (https://iris.who.int/handle/10665/44322, accessed 27 October 2023).
12. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/331635, accessed 27 October 2023).
13. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://iris.who.int/handle/10665/107130, accessed 27 October 2023).
14. Community management of opioid overdose. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://iris.who.int/handle/10665/137462, accessed 27 October 2023).
15. Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: consolidated guidelines. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://iris.who.int/handle/10665/204484, accessed 27 October 2023).
16. Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://iris.who.int/handle/10665/112830, accessed 27 October 2023).

17. Framework for collaborative action on tuberculosis and comorbidities. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/361989, accessed 27 October 2023).

18. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://iris.who.int/handle/10665/341726, accessed 27 October 2023).

19. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://iris.who.int/handle/10665/131056, accessed 27 October 2023).

20. mhGAP humanitarian intervention guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees and World Health Organization; 2015 (https://iris.who.int/handle/10665/162960, accessed 27 October 2023).

21. Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://iris.who.int/handle/10665/85377, accessed 27 October 2023).

22. Psychological frst aid: guide for feld workers. Geneva: World Health Organization, War Trauma Foundation & World Vision International; 2011 (https://iris.who.int/handle/10665/44615, accessed 27 October 2023).

23. Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva: IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings; 2010 (https://interagencystandingcommittee.org/system/fles/legacy_fles/IASC%20RG%20doc%20health%20audience.pdf, accessed 27 October 2023).

24. Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings. Geneva: World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees; 2012 (https://iris.who. int/handle/10665/76796, accessed 27 October 2023).

За додатковою інформацією звертайтесь:

Глобальна програма з боротьби з туберкульозом
Всесвітня організація охорони здоров'я
20, Avenue Appia CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Веб-сайт: www.who.int/tb

9789240082557