

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ¹ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)²«Международный научно-технический университет

имени академика Юрия Бугая» Полтавский институт бизнеса (г. Полтава)

poltavaonco@i.ua

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. Работа выполнена согласно плану НИР кафедры онкологии и радиологии с радиационной медициной «Разработка методов профилактики и лечения медикаментозно-индуцированных повреждений внутренних органов» (№ государственной регистрации 0115 U 001087) 2015-2020 гг.

Вступление. Согласно данным литературы первые работы по реабилитации онкологических больных появились в 1966 году [7]. Однако, до настоящего времени ещё нет единого мнения в определении этого понятия. Частично это объясняется тем, что заболеваемость злокачественными опухолями была и продолжает оставаться одной из наиболее сложных медицинской, социально-экономической и экологической проблемой. По имеющимся статистическим данным в настоящее время ежегодно в Украине регистрируются до 160 тысяч первичных онкологических больных. С учётом прогностических данных к 2020 году число таких больных составит 200 тысяч [2]. В течение одного года с момента диагностики от рака лёгких и желудка умирает 66,8% больных. При раке пищевода этот показатель составляет 76,2%, а при раке толстой кишки 48,7% [2]. Безусловно, причины поздней диагностики злокачественных опухолей не остаются без необходимого анализа онкологической службы республиканского, областного и периферического уровней. В постановлениях правительства, в приказах министерства здравоохранения подчёркивается, что в борьбе со злокачественными опухолями важно решение трёх ведущих проблем: а) создание научно обоснованной системы организации специализированной онкологической службы; б) улучшение состояния её материальной базы; в) необходимость своевременного и широкого внедрения в практику современных достижений медицинской науки и техники в области профилактики, ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний.

В этом аспекте следует постоянно иметь в виду особенность возникновения злокачественной опухоли, торпидность её течения с отсутствием специфической симптоматики на начальных стадиях развития. Ведущим звеном в реабилитации онкологических больных является профилактика и ранняя диагностика злокачественных новообразований разных локализаций. На основе научно обоснованных теорий канцерогенеза в широкомасштабной профилактике учитывается связь злокачественных опухолей с причинными факторами окружающей среды, среди которых значатся загрязнения промышлен-

ными и радиоактивными отходами воздуха, почвы и воды. В 2001 году Украина по уровню экологического состояния находилась на 110 месте среди 122 стран мира [2]. Имеют значение и бытовые вредности, к которым относятся курение, алкоголь, наркотики, неправильное питание, бедность. С учётом всех существующих невзгод только 10% здоровья человека зависит от качества медицинской помощи.

Однако, анализ причин запущенности онкологических заболеваний свидетельствует о том, что в этом звене имеются ряд отрицательных факторов, которые в определённой степени могут быть устранены.

1 фактор – позднее обращение, что связано с одной стороны с неведением о злокачественных опухолях и незнанием симптомов их проявления, а с другой – с повышенной боязнью выявления рака. Последнее является причиной сознательного затягивания больным своего визита к врачу. Сдерживающим фактором обращения за медицинской помощью является стоимость проводимых современных обследований, среди которых значатся иммуногистохимические анализы, рентгеноконтрастные исследования. **2** фактор – необходимость проведения целенаправленной и содержательной пропаганды санитарно-гигиенических и медицинских знаний в области онкологических заболеваний. К причинам запущенности относится недостаточная онкологическая настороженность врачей первичного медицинского звена.

Нередко выясняется, что больные при наличии рака обращались к врачу общей лечебной сети (терапевту, хирургу, гинекологу). Однако, врачи-специалисты не проявляли должного внимания к их жалобам, не проводилось целенаправленное обследование, включая консультацию онколога. Практически решение вопроса относительно своевременной диагностики заболеваний невозможно без семейного врача, имеющего постоянный контакт с населением своего участка. В этой связи семейным врачам и реабилитологам нужно иметь определённые знания по оказанию соответствующей медицинской помощи населению в тесном сотрудничестве с онкологической службой. Анализ литературы свидетельствует, что издание пособий в помощь семейному врачу является злободневным. Известно, что при лечении онкологических больных с учётом биологических особенностей раковой опухоли и запоздалой её диагностики используются комбинированные и комплексные методы хирургического, лучевого и химиотерапевтического компонентов [2,3,6,7]. Ос-

новная цель проводимого лечения заключается в достижении необходимого радикализма. При этом, вследствие довольно обширных хирургических вмешательств в сочетании с химиотерапией возникают осложнения, доставляющие немало страданий больным. Они негативно влияют на медицинскую, физическую и трудовую реабилитацию [6].

Таким образом, издание медицинской литературы касательно врачей онкологов, семейных врачей и реабилитологов по осуществлению профилактики, диагностики злокачественных опухолей и дальнейшей диспансеризации больных после лечения с решением целого ряда вопросов является очевидной. В плане реабилитации онкологических больных в условиях стационара представляется актуальным более активное внедрение усовершенствованных методик хирургического лечения, позволяющих снизить количество нежелательных осложнений проводимых операций.

Цель исследования. Конкретизировать совместную с онкологической службой тактику семейных врачей и реабилитологов относительно профилактики, диагностики злокачественных опухолей у онкологических больных конкретных участков и дальнейшего наблюдения за ними после стационарного лечения. На примере хирургического лечения больных раком желудка обосновать практическую значимость более совершенных методик, позволяющих наряду с радикализмом вмешательств снизить нередко возникающие нежелательные нарушения, которые негативно сказываются на эффективности медико-трудовой и физической реабилитации оперированных больных.

Объект и методы исследования. С учётом личного опыта в области онкологии и данных литературы, свидетельствующих о скудности информации, касающейся взаимосвязи семейных врачей с онкологической службой, нами издан учебник «Онкология семейного врача» [4].

В целях профилактики ранних послеоперационных осложнений и последующих пострезекционных нарушений нами при хирургическом лечении рака и предрака желудка внедрен способ гастроеюнопластики при дистальной субтотальной резекции желудка и способ гастроэнтероластики при резекции желудка [8,9].

Результаты исследования и их обсуждение. В учебнике, изданном в помощь семейным врачам с учётом их ответственности за состояние здоровья жителей своего участка, затронуты вопросы организации онкологической службы, изложены данные относительно факторов риска предрака и рака различных локализаций, схемы проведения обследования соответствующих групп больных. В разделе диспансерного наблюдения за больными после проведённого радикального лечения изложена тактика онколога и семейного врача, касающаяся своевременной диагностики рецидива опухолей, коррекции нарушений и расстройств, возникающих вследствие противоопухолевой терапии. Подчёркивается важность знаний семейного врача по прицельному формированию групп повышенного риска относительно рака различных локализаций. Врач обязан следить

за своевременным и качественным обследованием лиц, входящих в эти группы с учётом имеющихся стандартов диагностики. В разделе диспансерного наблюдения за больными после радикального лечения разъясняются существующие принципы диспансеризации данных пациентов. Эти больные входят в III клиническую группу и находятся на учёте у онколога, который является ведущим специалистом в динамическом наблюдении за ними. Однако, семейным врачам приходится постоянно встречаться с этими пациентами в связи с возникающими у них интеркуррентными и сопутствующими заболеваниями, а также при направлении на ВТЭК. При динамическом наблюдении за больными III группы решается ряд задач: **1.** Своевременная диагностика рецидивов и метастазов опухоли. Это основная задача, которую решают онколог и семейный врач. Следует помнить, что существует такое понятие, как опухолевая болезнь. У таких больных при излечённой опухоли одной локализации может возникнуть опухоль в другом органе, совершенно иной гистологической структуры. Поэтому основной принцип онкологической настороженности: тщательное обследование больного, обратившегося за медицинской помощью – должен быть ведущим при каждой встрече с больным III клинической группы. **2.** Помимо своевременной диагностики рецидива опухоли необходимо проводить коррекцию нарушений и расстройств, которые могут быть следствием противоопухолевой терапии. Следует помнить, что онкологические операции нередко предусматривают субтотальное или тотальное удаление поражённого раковой опухолью органа вместе с регионарными лимфатическими узлами. В ряде случаев операции бывают комбинированными и расширенными с удалением смежных анатомических структур. Болезни оперированных органов доставляют немало страдания больным. Нередко у больных наблюдаются постлучевые повреждения и осложнения химиотерапии. Коррекция этих нарушений является важной частью реабилитации. Она должна быть не только ранней, но и постоянной. **3.** Вопрос о возможности и целесообразности санаторно-курортного лечения тоже относится к реабилитации больных III клинической группы. **4.** Проведение экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности, оказание помощи в трудоустройстве входят в понятие трудовой реабилитации больных, получивших радикальное лечение.

Необходимо подчеркнуть, что современный уровень обеспечения пациентов в реабилитационных мероприятиях зависит от работы врача, особенно хирурга-онколога. Так, согласно данным медицинской литературы при производимых операциях по поводу рака желудка нередко констатируются как ранние, так и последующие пострезекционные осложнения, при наличии которых реабилитация мало эффективна. В числе этих осложнений значится несостоятельность швов и сужение анастомозов в раннем послеоперационном периоде. При субтотальных дистальных и проксимальных резекциях желудка нередко демпинг синдромы, рефлюкс-гастриты, синдром приводящей петли, рубцовые стриктуры пищевода, часты пептические эзофагиты.

Несмотря на возникающие у многих больных пострезекционные и постгастрэктомические нарушения, над хирургами продолжает довлеть мысль, что при раке органов пищеварения физиологичность хирургического вмешательства соподчинена радикальности, что лежит в основе производимой онкологической операции. Однако, хирургическое лечение рака желудка должно обеспечить не только продолжительность жизни, но и её качество. Это важный аспект реабилитации таких больных.

Следует знать, что раку всегда предшествует цепь подготовительных изменений, именуемых предраковыми. Исследования, проведённые нами с помощью гистологического и ультраструктурного методов при раке желудка, выявили, что предраковые изменения возникают на самом различном расстоянии от опухоли, в том числе и в оставляемой культе желудка. Они склонны к последующему рецидиву рака. Основным патогенным фактором, способствующим этому процессу, является рефлюкс дуоденального содержимого в культуру желудка. Под влиянием рефлюкса усиливается кишечная метаплазия и дисплазия эпителия в слизистой оболочке желудка, нарастает полиморфизм клеток, учащаются митозы. Электронномикроскопически обнаруживаются клетки со значительным хроматинизмом цитоплазмы. При таких структурных нарушениях в слизистой культе желудка встречаются новые очаги злокачественного роста в разные сроки после произведённых операций, что свидетельствует о рецидиве опухоли [10].

Внедрённый нами в клиническую практику способ гастроэнтероанастомоза при резекции желудка предупреждает развитие постоперационных рефлюкс-гастритов [9]. При субтотальных (включая предельно субтотальные) резекциях желудка, выполняемых при раке по общепринятым методикам, выключается из акта пищеварения не только желудок, но и двенадцатиперстная кишка, а с ней и функции поджелудочной железы (ПЖ) – важного звена гепатопанкреатической системы. В 12-перстную кишку выделяется сок ПЖ, который содержит наибольшее количество энтерокиназы, трипсина, и амилазы. В слизистой ПЖ вырабатывается, панкреазамин, холецистокиназа, урохолецистокинин секретин. В ней поглощается кислород, глюкоза, всасывается витамин В12. Всё это даёт основание считать ПЖ важным органом пищеварения.

Согласно нашему изобретению при субтотальной дистальной и предельно субтотальной резекции желудка внедрена методика гастроэнтероанастомоза, которая предупреждает выключение из процесса пищеварения 12-перстной кишки [8]. Использование более совершенных, внедрённых нами методик, в сравнении с известными способами, позволяет предупредить ранние осложнения в виде несостоятельности швов формируемых анастомозов и их сужений. Показано, что в более отдалённом периоде из-за отсутствия рефлюкса кишечного содержимого в культуру желудка отмечалась не только стабилизация, но и склонность к уменьшению имевшихся до операции структурных изменений слизистой оболочки. Об этом свидетельствовали данные гистологических исследований биоптатов, которые брались у одних

и тех же больных со слизистой культы желудка, во время операции и через 3, 6, 9 и 12 месяцев после оперативного вмешательства. По сравнению с больными, у которых 12-перстная кишка выключалась из пищеварения, среди оперированных пациентов с сохранённым через неё пассажем пищи как при субтотальных резекциях, так и при гастрэктомиях, расстройств в виде демпингсиндрома не наблюдалось. После операции большие специальной диеты не придерживались, при четырёхразовом питании в сутки быстро восстанавливали свой вес. Сравнительные данные свидетельствуют, что внедрённые нами методики способствуют более успешной медицинской реабилитации у больных, перенесших довольно объёмные операции при предраке и раке желудка. Такие способы оперативных вмешательств являются профилактической мерой ранних постоперационных осложнений, снижая риск появления первичного и рецидивного рака культы желудка. Естественно, это облегчает работу реабилитологам и семейным врачам, проводимую с больными, улучшает качество жизни пациентов после выписки из стационара.

В заключение необходимо подчеркнуть, что неуклонный рост заболеваемости, высокий удельный вес запущенных форм злокачественных опухолей различной локализации среди впервые выявляемых больных показал, что реабилитация пациентов онкологического профиля тесно связана с другими проблемами – такими как экология, социально-экономический статус людей, качество и доступность медицинской помощи, организация реабилитационных мероприятий онкологической службой.

Выводы

1. Базисным звеном медицинского компонента реабилитации онкологических больных является профилактика и своевременная диагностика злокачественных опухолей. Это требует качественной диспансеризации профильными и семейными врачами лиц, имеющих факторы риска рака различных локализаций с систематическим проведением соответствующих лечебно-диагностических процедур.

2. Эффект лечебной реабилитации онкологических больных находится в зависимости не только от своевременной диагностики злокачественных опухолей, но и от необходимого объёма и радикализма проведённого лечения со сниженным риском неблагоприятных осложнений.

3. Анализ медицинской литературы свидетельствует, что решение ряда вопросов онкологической проблемы в значительной степени зависит от издания в помощь практическому здравоохранению пособий, касающихся усовершенствования профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с предраковыми состояниями и злокачественными опухолями.

Перспективы дальнейших исследований. С целью более эффективной реабилитации онкологических больных, касающейся медицинского звена, обосновать практическую значимость более совершенных методик в сравнении с известными способами хирургического и комбинированного лечения больных при раке толстой и прямой кишки.

Литература

1. Aleksandrova GI, Mirotvortseva GS. Ambulatornaya pomoshch i dispanserizatsiya bolnykh opucholevymi i predopucholevymi zabolevaniyami. Л., 1972. 117 s. [in Russian].
2. Galaichuk II. «Klinichna onkologiya». Ternopil: «Ukrmedkniga»; 2003. s. 7-17. [in Ukrainian].
3. Gerasimenko VN. Reabilitatsiya onkologicheskikh bolnykh. M.: «Meditsina»; 1988. 271 s. [in Russian].
4. Zhdan VN, Sheleshko PV, Bashtan VP. «Oncologiya semeinogo vracha». Poltava: 2010. 314 s. [in Russian].
5. Karamyshev FI. Trudosposobnost pri sabolevaniyah organov pishchevareniya. M.: «Meditsina»; 1966. 320 s. [in Russian].
6. Mayat VS, Panzirev YuM, Kvachnin YuK. Resektsiya geludka i gastrectomiya. M.: «Meditsina»; 1975. 170 s. [in Russian].
7. Slinchak SM. «Rak geludka». Kiev: «Zdorovya»; 1985. s. 192-7. [in Russian].
8. Sheleshko PV. Sposob gastroeyunoplastiki pri distalnoi subtotalnoi rezeksii geludka. Avt. Svidet. № 1583094 Gos. reestr isobretenii SSSR, Moskva, 1990. [in Russian].
9. Sheleshko PV. Sposob gastroenteroanastomosa pri rezeksii geludka. Avt. Svidet. № 1807592 Gos. reestr isobretenii SSSR, Moskva, 1992. [in Russian].
10. Sheleshko PV, Sheleshko MS. Sposob fiksatsii tkanin dlya elektronno-mikroskopichnogo doslidzhenniya s dodavannyam gamma-aminomaslyanoi kisloty. № 112588 Sareestr w derzhavnomu reestri patentiv Ukraini na korysnye modeli. 6.12.2016. (fig 6,7). [in Ukrainian].
11. Heyde W. Rehabilitation Krebskrankerin derBDR.-Z.Gesamte. Hyg 1974;Bd20,6:360-2.

ДО ПИТАННЯ ПРО РЕАБІЛІТАЦІЮ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Ждан В. М., Шелешко П. В., Баштан В. П., Шелешко М. С., Шилкіна Л. М.

Резюме. У статті наведено обґрунтування вивчення факторів, що мають метою зниження рівня занедбаності в діагностиці злоякісних пухлин і кількості небажаних ускладнень проведеного лікування; вироблення чіткої наступності в роботі профільних та сімейних лікарів; поліпшення якості диспансеризації шляхом стандартизації конкретних лікувально-діагностичних заходів; видання методичних розробок і підручників, популяризації технік оперативних втручань, що знижують кількість небажаних ускладнень проведеного хірургічного лікування і значно полегшують подальшу медичну та соціальну реабілітацію онкологічних хворих.

Ключові слова: онкологічні хворі, реабілітація, профілактика злоякісних пухлин, диспансеризація, ефективність лікування та реабілітації.

К ВОПРОСУ О РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ждан В. Н., Шелешко П. В., Баштан В. П., Шелешко М. С., Шилкина Л. Н.

Резюме. В статье приведены обоснования изучения факторов, имеющих целью снижение уровня запущенности в диагностике злокачественных опухолей и количества нежелательных осложнений проводимого лечения; выработку четкой преемственности в работе профильных и семейных врачей; улучшение качества диспансеризации путём стандартизации конкретных лечебно-диагностических мероприятий в виде издания методразработок и учебников, популяризации техник оперативных вмешательств, снижающих количество нежелательных осложнений проводимого хирургического лечения и значительно облегчающих дальнейшую медицинскую и социальную реабилитацию онкологических больных.

Ключевые слова: онкологические больные, реабилитация, профилактика злокачественных опухолей, диспансеризация, эффективность лечения и реабилитации.

TO THE QUESTION OF REHABILITATION OF ONCOLOGY PATIENTS

Zhdan V. N., Sheleshko P. V., Bashtan V. P., Sheleshko M. S., Shilkina L. N.

Abstract. The Steady increase in cancer incidence with a relatively high proportion of advanced forms of cancer of the main localizations suggests that the system of rehabilitation of cancer patients is not only a medical but also social-economic and environmental problem. The basic link in the medical component of this rehabilitation is the prevention, timely diagnostics of malignant tumors with appropriate treatment and reduced risk of unwanted complications.

The purpose of the study. To Specify the joint with the Oncology service tactics family and specialized doctors, therapists, prevention, diagnosis and treatment of malignant tumors and the subsequent dynamic observation of appropriate groups of patients.

Object and methods. In terms of rehabilitation of cancer patients taking into account literature data to perform practical significance published our textbook "Oncology family doctor", as well as the performance of improved methods of surgical treatment of precancer and cancer of the stomach which to prevent unwanted complications in the operated patients.

Result and discussion. In the textbook issued to help family physicians with regard to their responsibility for the health of the inhabitants of the land affected by the issues on the organization of cancer services, presents data on risk factors for precancer and cancer of various localizations. In the timely diagnosis of tumors of the schemes of the examinations of persons in high risk groups as per the existing standards of diagnosis and level of health facility conducting these surveys Determined tactics of the family doctor on the clinical examination of patients after treatment, the necessary correction of the violations that can be the consequence of anticancer therapy. This correction with timely diagnosis often occurring tumor recurrence is an integral part of rehabilitation.

In a comparative mapping with the literature data the analysis of outcomes of activities performed with the use of improved methods to us, allows for the surgical treatment of cancer and precancer of the stomach to prevent unwanted complications that cause a lot of suffering patients.

Conclusions. Given the current incidence of malignant tumors, the practical importance of the continuous improvement of health care rehabilitation of cancer patients is obvious. The decision arising from this a number of issues the implementation of health techniques that can improve the quality of interventions for prevention, early diagnosis and treatment of cancer patients. The work of surgeon's oncologists in the hospital shall be performed in accordance with the techniques provided by us operations that are a priority for the future status of patients and facilitate prevention of malignant tumors, clinical examination, the effectiveness of treatment and rehabilitation.

Key words: cancer patients, rehabilitation, prevention of malignant tumors, clinical examination, the effectiveness of treatment and rehabilitation.

Рецензент – проф. Голованова І. А.

Стаття надійшла 29.01.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-1-1-142-330-333

УДК 614:612.8

Задорозна А. Г.

СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ: ШЛЯХИ АДАПТАЦІЇ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця (м. Київ)

a.zadorozhnaya@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження проведено в рамках науково-дослідної роботи кафедри оториноларингології на тему: «Оптимізація хірургічних та консервативних підходів до лікування патології ЛОР-органів» № державної реєстрації 0113U007334 Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, м. Київ.

Вступ. На тлі беззаперечних успіхів сучасної медичної науки і практики загальну тривогу викликає зростання рівня алергізації населення України та також тенденція до її «помолодіння» і хронізації перебігу [1]. Алергізація населення – одна з основних нових рис у змінній структурі патології людей у міському середовищі [4], особливо це стосується збільшення рівня захворюваності бронхіальною астмою, алергічним ринітом, кропив'ячкою тощо.

В рамках даного дослідження нами розглянуті соціальні проблеми у хворих з алергічним ринітом. Відомо, що алергічний риніт (АР) – це інтермітуюче чи постійне запалення слизової оболонки носа і його пазух через реакцію імунної системи на алергени: пилюку рослин, домашніх пилових кліщів і шерсті домашніх тварин. Основними скаргами при АР є чхання, закладеність носу, свербіння у носі та очах, слезотеча, які можуть значно погіршувати якість життя пацієнта. Середня тривалість перебігу проявів АР становить понад 30 днів [3]. На сьогодні серед населення України близько 30% страждає від алергії. Серед них: цілорічним алергічним ринітом – 3-5% (приблизно – 1,8 млн.), полінозом (сезонним алергічним ринітом – 4-8% (2,7 млн.). Отже, в цілому алергічним ринітом в Україні страждає приблизно 4,5 млн. людей [2].

Нажаль проблема погіршується навіть більше, так ряд досліджень показує що рівень поширеності АР зростає щорічно через:

- забруднення навколишнього середовища;
- зміни у кліматі;

- зміни в гігієні, дієті та вживання ліків.

В ході недавнього дослідження було встановлено, що 78% людей які страждають від АР вважають, що захворювання на поліноз має шкідливий вплив на їх загальну якість життя [6]. АР може мати легкий, середньо-тяжкий і тяжкий перебіг, а також бути ускладненим і ускладненим (**табл. 1**) [5].

Таким чином, АР є насамперед медико-соціальною проблемою сучасного суспільства України, що потребує прийняття та впровадження медико-соціальних та просвітницьких аспектів щодо поліпшення якості життя хворих на АР.

Метою ж даної роботи було провести аналіз показників якості життя хворих на АР Київської та Дніпропетровської області та визначити шляхи медико-соціальної адаптації для хворих та алгоритм проведення просвітницької діяльності.

Об'єкт і методи дослідження. Для оцінки якості життя пацієнтів з сезонним та цілорічним алергічним ринітом нами був використаний один з найбільш відомих опитувальників SF-36, який складається з 36 пунктів, згрупованих у 8 оціночних шкал. Показник кожної шкали варіює від 0 до 100 (показник 100 представляє повне здоров'я).

Основними 8 оціночними критеріями оцінки якості життя по SF-36 є:

- фізичне функціонування (Physical Functioning – **PF**);
- ролеве функціонування, обумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – **RP**);
- інтенсивність болю (Bodilypain – **BP**);
- загальний стан здоров'я (General Health – **GH**);
- соціальне функціонування (Social Functioning – **SF**);
- життєва активність (Vitality – **VT**);
- ролеве функціонування, обумовлене емоційним станом (Role-Emotional – **RE**);
- психічне здоров'я (Mental Health – **MH**) [7].