

УДК 615.851+616.89+159.9]:616-07.001

В. А. Курило, Н. В. Данилевская
Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Разработана и клинически опробована система психотерапии и профилактики семейной дезадаптации у пациентов с расстройствами личности. Разработанная система состоит из шести этапов в рамках которых применялись индивидуальные методы психотерапии, семейная психотерапия, групповая психотерапия, в том числе психоаналитически ориентированная психотерапия, гипнотерапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, личностно-ориентированная, реконструктивная, самовнушение и др.

В результате проведенного исследования доказана эффективность разработанной системы психотерапии и вторичной профилактики.

Ключевые слова: психотерапия, семейная дезадаптация, семейная дисфункция.

Дисфункциональная семья – семья, которая не способна изменяться под воздействием меняющихся условий внешней среды, не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов, не выполняет свои функции или выполняет их не в полной мере [16, 17].

Семейная дисфункция является одной из ведущих проблем современного общества. Наличие психических нарушений, в том числе непсихотического регистра, хотя бы у одного члена семьи, непременно приводит к дезадаптации, семейной дисгармонии, нарушению внутрисемейного функционирования, жизнедеятельности и целостности семьи. При таком уровне расстройств, на наш взгляд, психотерапия представляется наиболее приемлемым видом воздействий по восстановлению семейного функционирования. Согласно ряду авторов, методы семейной психотерапии широко применимы при непсихотических психогенных нарушениях (неврозах, острых аффективных и суицидальных реакциях, ситуативно обусловленных патологических нарушениях поведения), при алкоголизме, наркоманиях, психопатиях, психозах и психосоматических заболеваниях [12 – 17].

Выделяют 14 функций семьи: воспитательную, духовную, защитную, персонализации, психотерапевтическую, реабилитационную (функцию первичного социального контроля), репродуктивную, ролевую, сексуально-эротическую, функцию социализации (первичной, вторичной, профессиональной), сохранения здоровья, хозяйственно-бытовую [3, 14, 15]. При наличии расстройств личности у одного или обоих супругов данные функции семьи нарушаются. Поэтому задачей психотерапии является не только корректировка личностных нарушений у супруга (супругов), страдающих личностными расстройствами, но и восстановление жизнедеятельности семьи с нормализацией перечисленных функций.

Для обеспечения решения данного вопроса необходимо учитывать особенности межличностных взаимодействий всех членов семьи, личностные особенности каждого из супругов [3].

Основной проблемой в данном вопросе является невозможность достижения полного выздоровления членов семей с расстройством личности, что требуется учитывать при применении терапии. Можно говорить лишь о полной и неполной компенсации расстройства личности. Таким образом, за невозможностью устранения первопричины семейной дисфункции, требуется искать другие пути восстановления функционирования семьи и адаптации ее членов.

Целью работы была разработка системы психотерапевтического воздействия на круг семей с выше очерченными нарушениями.

Материал и методы исследования. Контингенты обследованных. Под наблюдением находились 80 семей с семейной дисфункцией, где один из супругов имел расстройство личности (нестойкое, демонстративное, тревожное, зависимое). Основную группу составили 40 семей, у членов которых отмечалась семейная дезадаптация (40 мужчин и женщин с расстройством личности, 40 условно здоровых мужчин и женщин), которые проходили разработанный нами курс психотерапии. Средний возраст в группе составил 30,5 ± 15,5 лет. Группу сравнения составили 40 семей, у членов которых отмечалась семейная дезадаптация (40 мужчин и женщин с расстройством личности, 40 условно здоровых мужчин и женщин), которые лечились традиционными методами. Средний возраст в группе составил 32,5 ± 15,0 лет.

С лечебной целью был составлен терапевтический план, в рамках которого применялись индивидуальные методы психотерапии, семейная психотерапия, групповая психотерапия.

Целью терапевтической работы являлось устранение семейной дезадаптации у лиц с расстройством личности и как следствие, устранение семейной дисфункции, как неперменной составляющей при данной патологии. Особенностью психотерапии семейной дезадаптации в данном случае, помимо компенсации расстройства личности у одного из членов семьи, является внедрение новых моделей поведения у других членов семьи, призванных примерить их с не корригируемыми недостатками больного супруга и обеспечить адекватное функционирование семьи в условии наличия члена семьи с расстройством личности, а также обучение как членов семьи, так и самого

больного своевременно выявлять и не допускать развитие декомпенсации расстройства личности, как фактора провоцирующего развитие семейной дезадаптации и семейной дисфункции.

В связи с чем, **основными задачами работы было:**

1. Компенсация личностного расстройства у члена семьи.
2. Нормализация функционирования семьи, адаптация семьи к личностным особенностям супругов.
3. Обучение членов семьи поддержанию компенсации у члена семьи с расстройством личности, как реализация психотерапевтической и реабилитационной функции семьи.

4. Обучение членов семьи к поддержанию функционирования и жизнедеятельности семьи как саморегулирующейся единой системы.

Работа велась не только с членом семьи, имеющим личностные нарушения, но и с другим супругом, так как, на наш взгляд, в случае наличия у одного из членов семьи расстройств личности, психотерапевтической коррективки требует вся семья, как единое целое.

Основными направлениями работы было:

1. Работа с членом семьи, имеющим расстройство личности.
2. Работа с условно здоровыми членами семьи.
3. Работа со всей семьей.

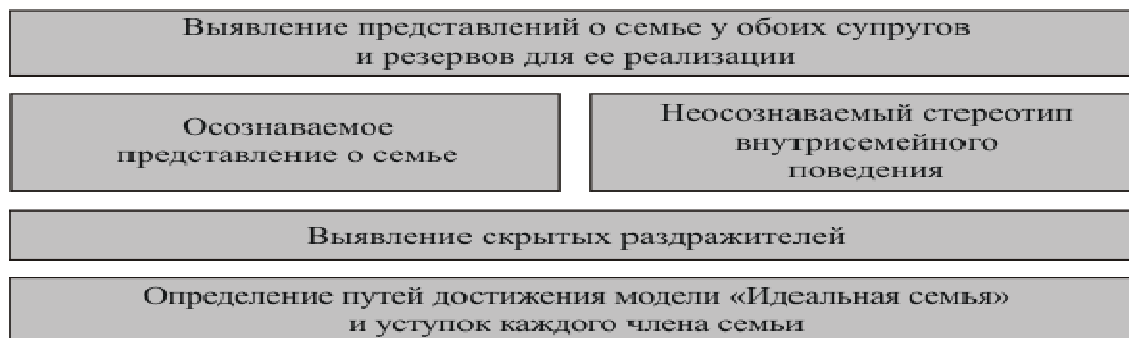
Разработанная система психотерапии отвечала принципам комплексности, дифференцированности, последовательности и этапности.

Результаты исследования и их обсуждение. Система терапии состояла из шести этапов, завершение каждого из которых переводило семью на новый уровень функционирования и терапии (рис. 1, 2). Продолжительность лечения составляла 30 сеансов.

I этап: Определение потребностей и выявление препятствий



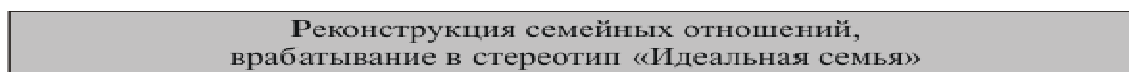
II этап: Моделирование идеальной семьи



III этап: Устранение препятствий



IV этап: Внутрисемейное взаимодействие



V этап: Укрепление и поддержание интраматричного гомеостаза



VI этап: Профилактика. Самофункционирование регулирующих механизмов

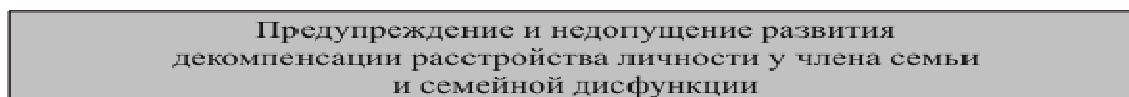


Рис.1. Тематический план системы психотерапии семейной дезадаптации у мужчин и женщин с расстройствами личности.

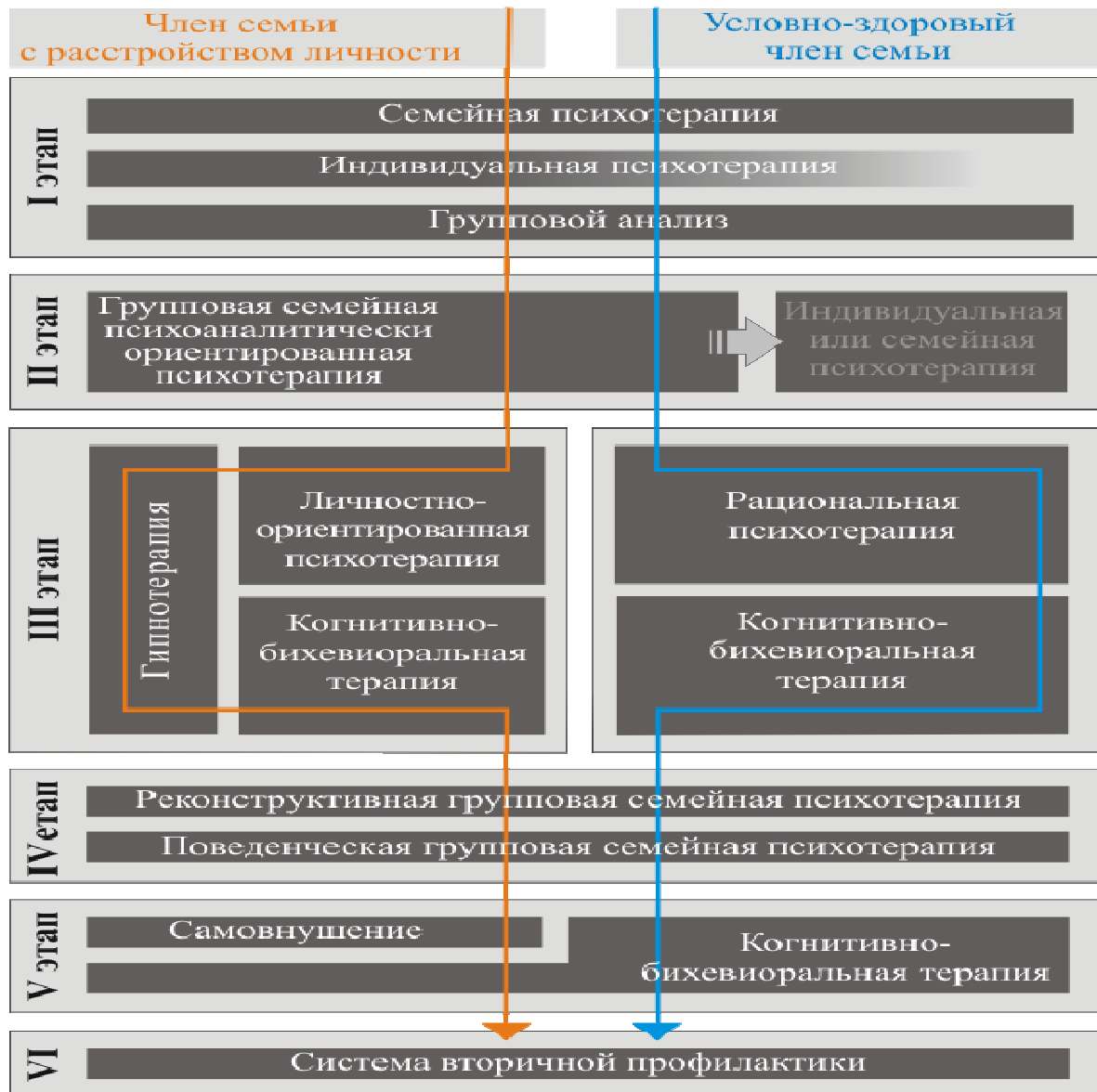


Рис. 2. Схема психотерапии семейной дезадаптации у мужчин и женщин с расстройствами личности.

Первый этап: Определение потребностей и выявление препятствий. Целью этапа было формирование у супругов представления об имеющейся семейной дезадаптации и осознание необходимости в коррекционной работе. Реализовывалось определение и осознание супругами недостатков своих и партнера. Психотерапевт следил за тем, чтобы в беседе, при указании на отличительные особенности одного из супругов, избегалось употребление эмоционально значимых негативно-коннотированных терминов, инвективной и обценной лексики. Применялись три основных модуля анализа проблем:

1. Выявление существующей на данный момент семейной дезадаптации.
2. Выявление личностных расстройств у членов семьи, способствующих возникновению и поддержанию наличествующей семейной дезадаптации, препятствующих гармонизации семейного функционирования и реализации модели идеальной семьи
3. Выявление инконгруэнтных моделей поведения у всех членов семьи, способствующих поддержанию возникшей семейной дезадаптации и декомпенсации у супруга с расстройством личности.

Для этого применялись психоаналитическая психотерапия – индивидуальная и семейная, методы нарративного интервью, диалога. А также методики «Конструктивная ссора» С. Кратохвила, «Реакции супругов на конфликт» А. С. Кочаряна, с помощью которых выявлялись навыки конструктивного и неконструктивного поведения в конфликтной ситуации, а также глубинные причины конфликтов.

Во второй половине этапа применялась групповая психотерапия, во время сеансов которой супруги могли поделиться переживаниями с людьми, имеющими аналогичные проблемы, понять, что они не уникальны в своем вопросе, узнать проблемы, требования и ожидания других семей и соотнести их со своими. Это позволяло супругам расширить представление о семейном устройстве, нередко отличающемся в разных семьях, добавить к своему плану ряд новых задач или отказаться от некоторых, ранее озвученных. Дополнительным

плюсом являлось нахождение в группе семей, уже проходивших курс терапии с положительным результатом и способных поделиться своим опытом.

Это позволяло пациентам, на примере чужого опыта, прийти к осознанию того, что их проблема решаема. В заключении этапа проводилось обобщение выявленных недостатков, постановка долгосрочных задач для коррекции, оговаривались пути и методы психотерапевтических воздействий. Продолжительность этапа составляла 2 сеанса, в зависимости от индивидуальных особенностей пациентов.

Второй этап: Моделирование идеальной семьи. Второй этап представлял собой переходный этап между диагностикой, пассивной и активной терапиями. Целью данного этапа являлось выявление представлений о семье у обоих супругов – осознаваемых и неосознаваемых – и резервов для ее реализации; выявление скрытых потребностей и раздражителей, мешающих гармонизации отношений, постановка краткосрочных задач психотерапии и путей их реализации. Основным направлением этапа являлась семейная групповая психотерапия.

В случае возникновения у психотерапевта подозрений в неискренности одного из супругов, применялась индивидуальная психотерапия. Продолжительность этапа составляла 3 сеанса. Велось три направления работы:

1. Выявление и формирование представлений о семье.

а) Осознаваемое представление о семье. Для этого применялась методика «Идеальная семья».

б) Неосознаваемый стереотип внутрисемейного поведения. Предпосылки возникновения расстройства личности у одного из супругов. Как нами было выявлено в ходе работы, представление об идеальной семье и реальное поведение супругов в семье значительно отличалось. Для углубленного изучения запрограммированного внутрисемейного поведения, а также для выявления возможных предпосылок к расстройству личности у одного из супругов, применялись авторские методики «Дом моего детства», «Мой нынешний дом». В ходе терапии было выявлено, что у 50,0 % пациентов возникновение личностных аномалий было напрямую связано с семейной дезадаптацией в детстве, аналогичные модели поведения у членов настоящей семьи являлись неосознаваемым провоцирующим фактором для декомпенсации расстройства личности. У 100% пациентов существовали скрытые раздражители, которые они затруднились выявить самостоятельно.

2. Скрытые раздражители. Для определения деталей и поведения членов семьи, которые не осознавались пациентами как неприемлемые, но мешали гармонизации отношений, являясь раздражающим фактором, использовалась методика «Я не хочу, чтобы мой ребенок делал это как супруг (супруга)», «Психодрамма».

3. Определение путей достижения модели «Идеальная семья» и уступок каждого члена семьи. На этом этапе проводилось определение путей достижения модели «Идеальная семья», объема вклада и уступок каждого супруга. Супруги должны были осознать, что семья, это единое целое, а, следовательно, взаимоотношения внутри семьи должны быть гармоничны, личные предпочтения не должны перевешивать «общего дела» и предпочтений другого члена семьи, однако «общее дело» не должно ущемлять свободу самореализации каждого члена семьи. У каждого супруга есть свой набор ценностей, ожиданий, моделей поведения, осознанных и бессознательных и эти наборы ценностей каждого супруга должны быть приведены в соответствие. У членов семьи должно возникнуть понимания, что для достижения функционирования системы семьи каждый из супругов должен отказаться от части своих привычек и склонностей, сохраняя при этом определенные границы, отделяющие территорию для самореализации, свободную от других членов семьи. Во время этого этапа супруги должны были прийти к компромиссу, какими своими предпочтениями они согласны пожертвовать ради благополучия семьи, а какие сохранить, как неотъемлемую часть личной свободы.

Третий этап: Устранение препятствий. Для этого этапа члены семей разделялись на два варианта групп:

а) в состав которых входили пациенты с расстройством личности;

б) в состав которых входили условно здоровые члены семей. Этап представлял собой активную психотерапию и разделялся на два направления в зависимости от групп:

1. Корригирование расстройств личности у одного из супругов. Для этого подэтапа группы составлялись по идентичности типов расстройств личности у пациентов. Применялись групповые методики: реконструктивная (личностно-ориентированная), когнитивно-бихевиоральная терапия, гипнотерапия, а также индивидуальная психотерапия для контроля и закрепления результатов. Основными задачами подэтапа являлись:

а) устранение или смягчение проявлений расстройства личности;

б) обучение предвидеть последствия своего поведения и корректировать его в конкретных условиях;

в) нормализация и стабилизация психо-эмоционального состояния.

2. Примирение с недостатками. Задачей подэтапа было примирение членов семьи с некорректируемыми недостатками члена семьи с расстройством личности. В процессе терапии поднимался вопрос, затронутый еще Б. Карвасарским: что произойдет, если симптом, воспринимающийся членами семьи, как недостаток, исчезнет; как без него будет функционировать семья и какую цену ей придется заплатить за его исчезновение. Отмечались возможности и пути принятия супругами обоюдных недостатков, рассматривались пути приемлемого модифицирования поведения в зависимости от расстройств супруга. Для этого подэтапа применялась: рациональная, когнитивно-бихевиоральная терапия. Продолжительность этапа составляла 10 сеансов.

Четвертый этап: Внутрисемейное взаимодействие. На этом этапе проводилась реконструкция семейных отношений, реализовывалось вработывание в стереотип «Идеальная семья». Применялись реконструктивная психотерапия, поведенческая психотерапия, игровые методики. Продолжительность этапа

составляла 10 сеансов. Пациенты обучались стереотипам и моделям поведения в семье, стилю переговоров, способах выражать свои желания. Поднимались проблемы управления детьми, общения с родственниками.

Акцент делался на необходимости научиться слушать и доверять друг другу, уважать членов семьи, их мнение, вкусы и выбор, личную свободу, разделяется ответственность и обязанности между всеми членами семьи, поддерживать друг друга. Научиться говорить о своих проблемах и не формировать внутрисемейные запреты на их обсуждение, адекватно распределять семейные роли, не препятствовать личностному росту и развитию членов семьи. Однако, психотерапевту следует следить за тем, чтобы не навязать семье свои модели поведения. Следует помнить, что основной задачей является не модель поведения самом по себе, а ее действенность в континууме определенной семьи.

Пятый этап: Укрепление и поддержание интраматримониального гомеостаза. Целями этапа являлось:

1. Обучение своевременно распознавать и не допускать посредством корригирования возникновение семейной дисфункции, обучение моделям поведения гармонизирующим внутрисемейные отношения.

2. Обучение не допускать, своевременно распознавать и корригировать декомпенсацию у члена семьи с расстройством личности, обучение поддержанию компенсации расстройства личности.

а) Обучение самого члена семьи недопущению и распознаванию у себя декомпенсации состояния; поддержанию компенсации расстройства личности. Обучение методам самовнушения.

б) Обучение других членов семьи поддержанию компенсации расстройства личности у члена семьи с расстройством личности; распознаванию, недопущению и корригированию декомпенсации у члена семьи с расстройством личности. Продолжительность этапа – 5 сеансов.

Шестой этап: Профилактика. Самофункционирование регулирующих механизмов. Данный этап начался сразу после основного лечения и длится по настоящее время. Основным критерием его эффективности является отсутствие возникновения семейной дисфункции курируемых семей. Комплексную оценку эффективности системы психотерапии проводили методами математической статистики, путем вычисления коэффициентов медицинской, социальной и экономической эффективности.

Результаты работы. В результате проведенного курса терапии у всех супругов 85,00 % семей из основной группы наблюдалось нивелирование имевшей место дисфункции, умеренное улучшение наблюдалось в 14,00 % семей. На протяжении одного года по завершению участия в исследовании ни одной из семей, проходивших терапию в основной группе, не потребовалась помощь повторно; у супругов, страдающих расстройством личности, отмечалась стойкая компенсация и адаптация к системе семьи. В группе наблюдения отмечалось полное нивелирование имевшей место дисфункции в 22,00 % семей, умеренное улучшение наблюдалась в 68,00 % случаях, 10,0 % семей не удалось достичь существенной динамики. У 58,00 % пациентов с расстройствами личности из группы наблюдения декомпенсация наступила в течении полугода. Возобновление семейной дисфункции отмечалось в 75,0 % семьях.

Заключение

Разработанная нами система психотерапии является клинически, экономически и социально эффективной, ее применение позволяет ускорить и улучшить процесс лечения, реабилитации и семейной адаптации пациентов с расстройствами личности, привести к восстановлению и рефункционализации дисфункциональные семьи.

Литература

1. Гиляровский В. А. Избранные труды / В. А. Гиляровский. – М. : Медицина, 1973. – 328 с.
2. Елизаров А. Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования / А. Н. Елизаров. – М. : Ось-89, 2003. – 336 с.
3. Кришталь Е. В. Состояние семейной адаптации при обсессивно-компульсивном типе расстройства личности у мужчин / Е. В. Кришталь // Медична психологія. – 2010. – № 2. – С. 22 – 27.
4. Ковалёв С. В. Психология семейных отношений / С. В. Ковалёв. — М. : Педагогика, 1987. – 159 с.
5. Ковалёв С. В. Психология современной семьи / С. В. Ковалёв. – М. : Просвещение, 1988. – 312 с.
6. Левкович В. П. Социально-психологический подход к изучению супружеских конфликтов / В. П. Левкович, О. Э. Зуськова // Психол. журн.—1985. – № 3. – С. 126 – 137.
7. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – К. : Вища школа, 1981. – 389 с.
8. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко – Л. : Медицина, 1983. – 256 с.
9. Михайлов Б. В. Психотерапия : учебник для врачей-интернов высш. мед. учеб. заведений III – IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. – Х. : Око, 2002. – 768 с.
10. Чугунов В. В. Психотерапевтическая феноменология, клинические эффект-синдромы в психотерапии и их коррелят-механизмы / В. В. Чугунов // Архів психіатрії. – 2002. – № 4 (31). – С. 202 – 206.
11. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. – 2-е изд. стереотипн / В. В. Чугунов. – К. : Здоров'я ; Х. : Око – Наука, 2008. – 768 с.
12. Мягер В. К. Семейная психотерапия: Руководство по психотерапии / В. К. Мягер, Т. М. Мишина. – Л. : Медицина, 1979. – С. 297 – 310.
13. Психотерапия : Учебник. 3-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2007. – 672 с.
14. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования : учебное пособие / Ред. Е. Г. Силяева. – М. : Академия, 2002. – 192 с.
15. Хямляйнен Ю. Воспитание родителей : Концепции, направления и перспективы: Книга для воспитателей детского сада и родителей / Ю. Хямляйнен. – М. : Просвещение, 1993. – 112 с.

16. Эйдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия. Хрестоматия / Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, В. Юстицкис. – СПб. : Речь, 2007. – 400 с.
17. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. : Питер, 2008. – 672 с.

Реферати

**СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПІЇ СІМЕЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ
У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК З РОЗЛАДАМИ ОСОБИ**

Курило В. О., Данілевська Н. В.

Розроблена і клінічно випробувана система психотерапії і профілактики сімейної дезадаптації у пацієнтів з розладами особистості. Розроблена система складається з шести етапів у рамках яких застосовувалися індивідуальні методи психотерапії, сімейна психотерапія, групова психотерапія, у тому числі психоаналітично орієнтована психотерапія, гіпнотерапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, особово-орієнтована, реконструктивна, самонавіяння та ін. В результаті проведеного дослідження доведена ефективність розробленої системи психотерапії і вторинної профілактики.

Ключові слова: психотерапія, сімейна дезадаптація, сімейна дисфункція.

Стаття надійшла 12.01.2012 р.

**SYSTEM OF PSYCHOTHERAPY TO FAMILY
MALADJUSTMENT FOR MEN AND WOMEN WITH
PERSONALITY DISORDERS**

V. A. Kurilo, N. V. Danilevskaya

Developed and clinically tested system of psychotherapy, and family maladjustment prevention for patients with personality disorders. The developed system consists of six stages in which the individual applied methods of psychotherapy, family psychotherapy, group psychotherapy, including psychoanalytically oriented psychotherapy, hypnotherapy, cognitive-behavioral therapy, personality-oriented, reconstructive, self-hypnosis, etc. The study proved the effectiveness of the developed system of psychotherapy and secondary prevention.

Key words: psychotherapy, family disadaptation, family dysfunction.

УДК 616.381 – 022 0 083.98 – 085.384 – 089.168

С.В. Курсов

Харківський національний медичний університет, м. Харків

**ТРАНСПОРТ КИСНЮ В УМОВАХ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ ПРИ НАЯВНОСТІ ВИСОКОГО
РИЗИКУ ЛЕТАЛЬНОСТІ**

У 64 пацієнтів з ознаками наявності абдомінального сепсису, які мали високу стартову оцінку тяжкості стану за шкалою АРАСНЕ-II, до та після операції вивчені зміни транспорту та споживання кисню в залежності від складу інфузійної терапії. Перевагу мали похідні гідроксиетилкрохмалю, введення яких забезпечувало найбільшу кількість випадків достовірного покращення показників гідроксиетилкрохмалю, введення яких забезпечувало найбільшу кількість випадків достовірного покращення показників кисневого обміну.

Ключові слова: абдомінальний сепсис, кристалоїди, гелофузин, рефортан, венофундин.

Робота є фрагментом планової кафедральної НДР за темою “Інтенсивна терапія ендотоксичного шоку у хворих з супутньою патологією серцево-судинної системи”, № держреєстрації 0107U001388.

Лікування хворих на сепсис, без сумніву, залишається однією з актуальних проблем сучасної медицини. Щорічно в світі реєструють біля 1,5 мільйонів випадків сепсису, та в 27% всіх випадків причиною виникнення сепсису є гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини та позачеревного простору. Однією з провідних задач інтенсивної терапії у хворих на сепсис є забезпечення в них достатньої доставки та споживання кисню. Мета досягається шляхом застосування гемодинамічної та респіраторної підтримки. Згідно положенням **Early Goal-Directed Therapy in Severe Sepsis and Septic Shock (ранньої цілеспрямованої терапії при сепсисі та септичному шоку)**, що пропонується **Кампанією за виживаність при сепсисі (Surviving Sepsis Campaign)** в перші 6 годин від початку лікування хворого потрібно за допомогою рідинної ресусцітації (в першу чергу) та респіраторної підтримки (якщо потрібна) намагатися забезпечити в пацієнта рівень центрального венозного тиску (ЦВТ) в межах 8 – 12 мм рт. ст (100 – 160 мм вод. ст), середній артеріальний тиск (САТ) не нижче за 65 мм рт. ст, темп діурезу не менше за 0,5 мл/кг/год та сатурацію крові киснем в центральній вені не менше за 70%, або не менше за 65% венозної крові, що змішана [2, 6, 10]. Зберігання можливостей адекватного транспорту кисню є визначною подією для підвищення виживаності хворих, що знаходяться у критичних станах. Низьке насичення венозної крові киснем являє собою серйозну ознаку наявності кисневої заборгованості та сполучається з тяжким перебігом захворювання і високим рівнем летальності [4]. При проведенні рідинної ресусцітації при сепсисі ще й досі відсутні очевидні докази наявності переваги будь-якого з сучасних плазмозамінників.

Тобто, кристалоїдні розчини за своїм ефектом не поступаються колоїдним, а серед останніх відсутні ті, що надають найкращого ефекту для зниження смертності [2, 5, 10]. Зазначене положення викликає найбільшу кількість сумнівів серед практичних лікарів, так як певні переваги колоїдних плазмозамінників, головним з яких є краща здатність утримуватися у судинному руслі, давно та добре відомі [7, 9]. Беручи до уваги той факт, що більшість досліджень, на основі яких розроблене положення про ранню рідинну ресусцітацію, проводилося без чіткого врахування віку та тяжкості стану хворих, ми вирішили провести власний аналіз ефекту терапії кристалоїдними та колоїдними плазмозамінниками у хворих з ознаками абдомінального сепсису із розподіленням хворих за групами згідно із ступенем тяжкості стану за шкалою **Acute Physiology And Chronic Health Evaluation-II (APACHE-II)**. Шкала АРАСНЕ-II являє собою сучасну систему оцінки тяжкості стану та