

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**БОЛАЛАРДА ГИПОВОЛЕМИК ШОК
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШ МИЛЛИЙ КЛИНИК СТАНДАРТИ**

"КЕЛИШИЛГАН"
Миллий Болалар Тиббиёт
Маркази директори
Б.Я. Умаров



2025 йил



БОЛАЛАРДА ГИПОВОЛЕМИК ШОК

НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШ МИЛЛИЙ КЛИНИК СТАНДАРТИ

“БОЛАЛАРДА ГИПОВОЛЕМИК ШОК”

НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ ХИЗМАТ КЎРСАТИШ МИЛЛИЙ КЛИНИК СТАНДАРТИ

МИЛЛИЙ КЛИНИК СТАНДАРТ НОЗОЛОГИЯСИНИНГ НОМИ (КОДИ), ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШГА ЖАЛБ ЭТИЛАДИГАН МУТАХАССИСЛАР НОМИ

ХКТ-10/11 бўйича кодланиши:	Нозологик номланиши:	Нозология бўйича амбулатория шароитида ташхислаш учун жалб этиладиган мутахассислар		Нозология бўйича стационар шароитда ташхислаш ва даволаш учун жалб этиладиган мутахассислар	
		Асосий назорат қилувчи мутахассис	Қўшимча жалб этиладиган мутахассислар	Асосий назорат қилувчи мутахассис	Қўшимча жалб этиладиган мутахассислар
R57.1/ MG40.1	- Гиповолемик шок.	Педиатр	<ul style="list-style-type: none"> - Умумий амалиёт шифокорлари - Болалар жарроҳлари - Болалар инфекционистлари 	Болалар анестезиологи-реаниматологи	<ol style="list-style-type: none"> 1. Шошинч тиббий ёрдам шифокорлари, 2. Педиатрлар 3. Кардиологлар 4. Функционал диагностика шифокорлари.

***стандартни тўлдириш жараёнида нозология, унинг катталар, хомилдорлар, болалар ва қарияларда кечуви ҳамда нозология бўйича касалликни даври хусусиятидан келиб чиқиш талаб этилади. Шунингдек, нозология га тўғри келмайдиган жадвалларни тўлдириш тавсия қилинмайди. (Мисол учун, жарроҳлик амалиёти нозологиясида ўтказилмаса (ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИ) жадвали тўлдирилмайди ёки нозологияда паллиатив даво кўзда тутилмаса – (ПАЛЛИАТИВ ДАВО) жадвали тўлдирилмайди.**

“БОЛАЛАРДА ГИПОВОЛЕМИК ШОК”

НОЗОЛОГИЯ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ, ДАВОЛАШ, РЕАБИЛИТАЦИЯ ва ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ТАДБИРЛАРИ

Диагностик тадбирлар	Тиббий хизматлар номи	Тиббий ёрдам кўрсатиш даражаси ва тури бўйича					Хизмат кўрсатиш ёки текширувни ўтказиш минимал сони	Даволаш муддати
		Амбулатор ёрдам		Стационар ёрдам*				
		ОШП/ОП	КТМП	Туман (шаҳар) шифохоналари	Вилоят даражасидаги тиббиёт муассасалари	Республика даражасидаги тиббиёт муассасалари		
Асосий мутахассис (шифокор) маслаҳати	Шикояти ва анамнез (касаллик ва ҳаёт анамнезини йиғиш)	+	+	+	+	+	3-4	
	Объектив кўрик	+	+	+	+	+	Хар куни касалхонадан чиқарилгангача	Хар куни касалхонадан чиқарилгангача
	Физикал ва клиник текширув	+	+	+	+	+	Хар куни касалхонадан чиқарилгангача	Хар куни касалхонадан чиқарилгангача
	Врач анестезиолог-рениматолог томонидан суткалик назорат			+	+	+	Кўрсатмага асосан	
	Назогастрал зондни ўрнатиш			+	+	+	Кўрсатмага асосан	
Изоҳ: Мурожаат қилганда ҳавф омилини аниқлаш; тез ва шошилич стационарда даволаш тавсияси берилади; шифохонадан чиқишда амбулатор назорат учун тавсиялар берилади.								
Мутахассис (шифокор) маслаҳати (қўшимча)	1.Шикояти ва анамнез (касаллик ва ҳаёт анамнезини йиғиш)	+	+	+	+	+		
	2. Объектив кўрик	+	+	+	+	+		
	3. Физикал ва клиник текширув	+	+	+	+	+		
Асосий лаборатор текширувлар	Биокимёвий тахлиллар:			+	+	+	1-2	
	Қондаги электролитлар			+	+	+	1-2	
	Коагулограмма (МНО, ПТИ)			+	+	+	1-2	
	Қоннинг кислота-ишқор ҳолати			+	+	+	1-2	
	Қоннинг умумий тахлили			+	+	+	1-2	

	Қонни бактериологик текшируви			+	+	+	1-2	
	Пешобнинг умумий тахлили ва бактериологик текшируви			+	+	+	1-2	
	капрограмма ва нажаснинг бактериологик текшируви			+	+	+	1-2	

Изоҳ: (кўрсатмага мувофиқ) беморда қўшимча бошқа ёки ёндош касалликлари аниқланган ҳолатда, кўрсатмага мувофиқ **Миллий клиник** протоколларда келтирилган бошқа тегишли тор доирадаги мутахассисларнинг кўриги ўтказилиши талаб этилади; касалликни асоратланган ҳолатида мурожаат бўлса ва/ёки аниқланса, шунингдек жарроҳлик амалиётига кўрсатма бўлган ҳолатларда **шошилиш жарроҳ консултацияси** ўтказилади, бемор ҳолатига қараб шифохонага стационар давога ва/ёки жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун йўналтирилади.

Асосий инструментал текширувлар	Артериал қон босим, юрак уриш сони. Нафас сони			+	+	+	1-2	
--	--	--	--	---	---	---	-----	--

Изоҳ: мониторинг

Қўшимча инструментал текширувлар	Қорин бўшлиғи аъзолари УТГ			+	+	+	1	
	Кўкрак қафаси аъзолари Компьютерная томографияси			+	+	+	Кўрсатмага асосан	
	Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси			+	+	+	1	

СТАЦИОНАР ДАВОГА КЎРСАТМАДАР:

Гиповолемик шок диагностикаси учун реанимация ва интенсив терапия бўлими бўлган шифохонада шошилиш касалхонага ётқизиш кўрсатилади. Камида 24 соат давомида интенсив терапия бўлимида касалхонага ётқизиш.

Шикоятлар ва анамнез:

Геморрагик бўлмаган гиповолемик шок қуйидаги этиологиялардан бири билан боғлиқ бўлиши мумкин:

Ошқозон-ичак йўқотишлари

Гиповолемик шокнинг этакчи манбаи ошқозон-ичак трактидир. Ошқозон-ичак тракти одатда кунига 3 дан 6 литргача суюқлик чиқаради. Бироқ, бу суюқликнинг кўп қисми қайта сўрилади ва нажасда фақат 100-200 мл йўқолади. Ошқозон-ичак тракти секретсияси қайта сўриланидан ошиб кетганда, ҳажмнинг камайиши содир бўлади. Бу суюқлик йўқотилиши чидаб бўлмас қусиш, диарея, ичак тугилиши ёки стома ёки оқма орқали ташқи дренаж мавжудлигида содир бўлади.

Буйракдан йўқотишлар

Буйракдаги туз ва суюқликнинг йўқолиши гиповолемик шокга олиб келиши мумкин. Буйраклар одатда натрий ва сувни қабул қилишига қараб чиқаради. Гипергликемия туфайли диуретик терапия ва осмотик диурез буйрак натрийининг ортиқча миқдорини ва ҳажмини йўқотишига олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, ушбу мақола доирасидан ташқарида бўлган баъзи қувурли ва интерстициал касалликлар оғир тузни исроф қилувчи нефропатияга олиб келади.

Тери орқали йўқолиши

Ҳаддан ташқари суюқлик йўқотилиши тери орқали ҳам содир бўлиши мумкин. Иссиқ ва қуруқ иқлим шароитида тери суюқлигининг йўқолиши соатига 1-2 литрга етиши мумкин. Тери тўсиғи куйиш ёки бошқа тери жароҳатлари билан бузилган беморларда ҳам сезиларли суюқлик йўқотилиши мумкин, бу эса гиповолемик шокга олиб келади.

Учинчи бўшлиқнинг секвестратсияси

Суюқликнинг секвестрланиши томир ичидаги суюқлик интерстициал бўлимни тарқ этганда содир бўлади, натижада томир ичидаги ҳажмнинг самарали пасайиши ва гиповолемик шок пайдо бўлади. Учинчи суюқлик оралиғи ичак тутилиши, панкреатит, куйиш, оператсиядан кейинги давр, катта веноз тизимнинг обструктсияси ёки массив яллиғланиш реакциясига олиб келадиган бошқа патологик ҳолат билан юзага келиши мумкин.

о Геморрагик гиповолемик шок қуйидаги этиологиялардан бири туфайли юзага келиши мумкин:

о Болаларда ошқозон-ичакдан қон кетишининг сабаблари:

о 1. Юқори ошқозон-ичак трактидан қон кетиш.

о Эзофагит

о Меллорий-Вайс синдроми

о Гастрит

о ошқозон/ўн икки бармоқли ичак яралари

о қизилўнғач, ошқозон варикоз томирлар кенгайиши

о Артериовеноз малформатсиялар

о **2. Ошқозон-ичак трактининг пастки қисмидан қон кетиши**

о сут оксиган аллергия

о Юқумли энтероколит

о Меккел дивертикуласи

о Инвагинатсия

о Балоғатга этмаган болалар полиплари

о Яллиғланишли ичак касалликлари

о Пурпура Шенлейна-Генох

о Гемолитик-уремик синдром

о Артериовеноз малформатсиялар

Касаллик тарихи:

Батафсил тарих шок сабаблари ҳақида фойдали маълумотларни бериши мумкин:

- белгилар ва аломатлар: умумий ва ўзига хос симптом ва белгиларни сўранг;

- аллергия: озиқ-овқат ва дори аллергиялари ҳақида сўранг;

- дори-дармонлар: айниқса, дори воситаларидаги сўнгги ўзгаришлар, мумкин бўлган дори захарланиши ҳақида сўранг;

- касаллик тарихи: бирга келган ёки олдинги касалликлар ҳақида сўранг;

- охирги дори қабул қилиш вақти;

- маълум бир давлатдан олдинги ҳолат.

Лаборатория баҳолаш

- Қон кетмасдан гиповолемик шок. Қон кетишисиз гиповолемик шок бўлган болаларда қуйидаги текширувлар тавсия этилади:
- Қон глюкоза даражасининг тез ортиши. Гастроэнтерит туфайли келиб чиққан гиповолемик шок бўлган болалар гипогликемия хавфи остида. Бундан фарқли ўлароқ, травма ва қуйишлар билан оғриган болалар одатда физиологик стрессдан келиб чиққан гипергликемияни намоён қилади. Бундай беморларнинг айримларида қондаги глюкоза даражаси 300 мг/дЛ (16,7 ммол/Л) дан ошиши мумкин, бу эса осмотик диурезни келтириб чиқариши мумкин.
- Гематокрит – гиповолемик шок билан оғриган беморларда, асосан, диарея каби суяқликни йўқотиш натижасида гематокрит гемоконцентратсия туфайли кўтарилиши мумкин.
- Электролитлар даражаси. Гиповолемик шок бўлган болаларда қон зардобиди натрий ва калий миқдори анормал бўлиши мумкин. Сарум натрий концентратсияси суяқликни йўқотиш тури, антидиуретик гормон секретсияси ва олдинги суяқликни алмаштириш билан таъсир қилади. Қон зардобиди калий даражасига таъсир қилувчи клиник хусусиятлар суяқликни йўқотиш турини (масалан, диарея билан йўқотишнинг кўпайиши) ва дозани ошириб юбориш даражасини (дозани ошириб юборишда сарум калий концентратсияси ошиши мумкин) ўз ичига олади. Гиповолемия учун сарум ва сийдик электролитларини текшириш алоҳида муҳокама қилинади.
- Креатинин. Гиповолемик шок билан оғриган болаларда ривожланиши мумкин бўлган ўткир буйрак шикастланишини тезда аниқлаш учун сарум креатининни дастлабки ўлчаш ва сийдик чиқаришни эрта кузатиш зарур.
- Сут кислотаси. Далиллар кам бўлса-да, сут кислотаси даражасини ўлчаш гиповолемик шокни дастлабки баҳолашда фойдали бўлиши мумкин. Септик шок билан оғриган болаларда кузатилган тадқиқотларга асосланиб, лактат миқдори >2 ммол/Л (18 мг/дЛ) бўлса, гипоперфузиядан шубҳаланиш керак. Лактатнинг бошланғич даражаси $>4,0$ ммол/Л (36 мг/дЛ) шок билан боғлиқ.
- Сут кислотаси даражасини ўлчаш шокни дастлабки баҳолашда фойдали бўлиши мумкин. Лактат даражаси 5 ммол/л дан юқори бўлса, болалар ўлимнинг ошиши билан боғлиқ. Агар шок ёшга қараб "нормал" қон босими билан ниқобланган бўлса, қондаги сут кислотаси даражаси >4 ммол/Л, одатда, ҳатто ҳиперперфузиянинг аниқ клиник белгилари бўлмаса ҳам, шокни кўрсатади. Гипоперфузия нормал қон босими билан маскаланиши мумкин. Болалардаги маълумотлар чекланган бўлса-да, катталардаги тадқиқотлар шуни кўрсатадики, дастлабки лактат даражаси ўлимни башорат қилишда қон босимидан яхшироқдир.
- Сийдикни ўлчагич - Тез сийдик ўлчагич сийдикнинг солиштирма оғирлиги, кетонлар ва глюкоза миқдорини тез ўлчаш имконини беради. Кетонлар билан гликозурия диабетик кетодозни кўрсатади.
- Бошқалар — Шубҳали этиологияга қараб, бошқа лаборатория тестлари (масалан, жигар ферментлари [аланин аминотрансфераза (АЛТ) ва аспартат аминотрансфераза (АСТ)], албумин, оксил ва гиповолемик шок ва жигар дисфункциясига шубҳа қилинган беморларда қон ивишини ўрганиш) кўрсатилиши мумкин.
- Геморрагик гиповолемик шок. Юқорида тавсия этилган тестларга қўшимча равишда, геморрагик гиповолемик шок бўлган болалар қуйидаги тестларни ўтказишлари керак:
- Гематокрит. Геморрагик шок билан оғриган болаларнинг аксарияти ўткир қон йўқотишларини бошдан кечиришади. Дастлабки гематокрит одатда нормалдир, чунки хужайрадан ташқари суяқлик билан мувозанат ҳали пайдо бўлмаган. Бироқ, такрорий ўлчовлар билан гематокрит вақт ўтиши билан тушади. Геморрагик шок ва паст бошланғич гематокрит билан оғриган беморларда кўпинча ҳаёт учун хавфли қон кетиш кузатилади.
- Қон ивишини ўрганиш (тромботситлар сони, ПТ, АЧТВ ва МНО, фибриноген) – қон ивиши давом этаётган ва қуйидаги ҳолатлардан бирортаси бўлган беморларда коагулятсион тадқиқотлар кўрсатилади:

 - маълум ёки шубҳа қилинган тромботситопения (масалан, кимётерапия, суяк илиги трансплантатсияси, ИТП ва бошқалар).
 - Жигар дисфункцияси
 - антикоагулянт терапия
 - Оғир пенетрацион ёки портловчи травма
 - массив қон қуйиш (қабул қилинган қон ҳажми умумий қон ҳажмига тенг) ёки сезиларли қон кетиши билан, ивиш қобилятининг пасайишига қадар.

Қон ивиш параметрлари созланмагунча қон кетиши тўхтамаслиги мумкин. Шундай қилиб, тромботситлар сони, ПТ ва ПТТни баҳолаш коагулопатияни аниқлашга ёрдам беради ва тромботситлар инфузиони ва / ёки янги музлатилган плазма билан тузатишга ёрдам беради. Жигар функцияси бузилган беморларда жигар ферментлари (АЛТ ва АСТ), албумин, оксил ва фибриноген ҳам текширилиши керак, чунки жигарга боғлиқ қон ивиш омилларини (ИИ, ВИИ, ИХ ва Х омиллар) самаралироқ алмаштириш учун криёпресипитат талаб қилиниши мумкин.

- Тури ва ўзаро мослиги - геморрагик шок бўлган болалар шошилиш талаб қилиниши мумкин. Турланган ва ўзаро мос келадиган қон маҳсулотлари афзал бўлса-да, уларни тайёрлаш учун 30 дан 45 минутгача вақт кетиши мумкин. Қоннинг маълум бир турини одатда 15-20 дақиқа ичида олиш мумкин. О тоифали қон, аёллар учун Рх манфий ва эркаклар учун О тоифаси, Рх манфий ёки Рх мусбат, зудлик билан қон қуйишни талаб қиладиган беморлар учун ишлатилиши мумкин. Кўп миқдорда қон қуйишни талаб қиладиган беморларда гипокалсемия ва коагулятсия бузилиши ривожланиши мумкин. Тромботситлар ва янги музлатилган плазмани массив трансфүзён протоколининг бир қисми сифатида бир вақтда юбориш орқали яхши натижаларга эришиш мумкин. Қон маҳсулотларининг нисбати ва болаларда бундай протоколни бошлаш учун кўрсатмалар алоҳида муҳокама қилинади.

- Қон газини ўлчаш. Гиповолемик шок билан оғриган беморларда лактоатсидоз ривожланади, бу кислороднинг этарли эмаслиги ва тўқималарнинг перфузияси туфайли юзага келади. Шундай қилиб, метаболик доза одатда артериал ёки веноз қон газларида мавжуд. Метаболик атсидозни капнография ёрдамида олинган карбонат ангидриднинг камайиши билан ҳам аниқлаш мумкин.

Геморрагик бўлмаган гиповолемик шок

Геморрагик бўлмаган суюқликни йўқотишнинг кенг тарқалган манбалари - ошқозон-ичак тракти (қусиш ва диарея), сийдик тизими (диабетик кетоатсидоз) ва капилляр оқмалар (масалан, куйишлар). Геморрагик бўлмаган суюқлик йўқотишлари билан гиповолемия даражаси, қоида тариқасида, тана вазнининг этишмаслиги улуши билан белгиланади.

Инструментал диагностика тадқиқотлари

Гиповолемик шок бўлган барча беморларга шошилиш ёрдам кўрсатиш учун қон босими, пулс ва нафас олиш тезлигини кузатиш тавсия этилади.

Изох: агар мониторинг имкони бўлмаса, ҳар 2-5 дақиқада оксигенатция даражасини кузатиб бориш, қон босими ва пулсни қўлда ўлчаш керак.

(МЕДИКАМЕНТОЗ ДАВО)

Даволаш тадбирлари (асосий медикаментоз даво)		Шошилиш ва тез тиббий ёрдам кўрсатиш даражаси ва тури бўйича					Ўртача суткалик дозировкаси	Бир курслик дозировка
		Амбулатор ёрдам		Стационар ёрдам				
Дори-воситанинг (халқаро патентланмаган) номи	Дори-воситанинг дозировкаси ва қўлланилиши	ОШП/ОП	КТМП	Туман (шаҳар) шифохоналари	Вилоят даражасидаги тиббиёт муассасалари	Республика даражасидаги тиббиёт муассасалари		
Компенсацияланган гиповолемик шокда - Сийдик чиқариш катетерини ўрнатиш. - Агар кристаллоидларнинг учта болусидан (60 мл / кг) кейин яхшиланиш	5-20 минут давомида 0,9% натрий хлорид ёки Рингер лактати билан 20 мл/кг болус юборинг, агар жавоб бўлмаса (рухий ҳолат, капиллярларнинг			+	+	+	Касаллик оғирлик даражаси, беморнинг ёши, дегидратация даражасига қараб	Касаллик оғирлик даражаси, беморнинг ёши, дегидратация даражасига қараб

бўлмаса, қайта баҳолаш ва дифференсиал ташхис қўйиш керак.	тўлиши, юрак уриши, нафас олиш ҳаракатлари) , қон босими) 20 мл/кг тезликда уч мартагача такрорланиши мумкин.						индивидуал танланади	индивидуал танланади
- глюкоза даражасини назорат қилиш. Агар қон зардобадаги глюкоза даражаси 2,5 ммол / л дан паст бўлса, - 60 мл/кг кристаллоидларни тез инфузион қилишдан кейин яхшиланмаган болаларда ҳолатни ва дифференсиал ташхисни қайта қўриб чиқинг.	томир ичига глюкоза эритмасини юборинг. 0,5-1 г / кг (глюкоза 40% - 1-2 мл / кг ёки 10% - 5-10 мл / кг) даражасида гипогликемияни тузатиш.			+	+	+	Касаллик оғирлик даражаси, беморнинг ёши, дегидратация даражасига қараб индивидуал танланади	Касаллик оғирлик даражаси, беморнинг ёши, дегидратация даражасига қараб индивидуал танланади
Капилляр оқиши ёки гипоалбуминемияси (<30 г/л) бўлган ва 60 мл/кг кристаллоидга (2 даража) жавоб бермайдиган геморрагик бўлмаган гиповолемик шокли болаларга	қон препаратларини юбориш керак.			+	+	+	Касаллик оғирлик даражаси, беморнинг ёши, дегидратация даражасига қараб индивидуал танланади	Касаллик оғирлик даражаси, беморнинг ёши, дегидратация даражасига қараб индивидуал танланади
Гипотензив гиповолемик шок (ошқозон-ичак йўқотишлари, травматик қон кетишлар туфайли) - болаларга	5-10 дақиқа давомида 20 мл / кг изотоник кристаллоидларнинг болус инфузиони ва яхшиланмаган беморларга керак бўлганда тўрт мартагача такрорий			+	+	+	Касаллик оғирлик даражаси, беморнинг ёши, дегидратация даражасига қараб индивидуал	Касаллик оғирлик даражаси, беморнинг ёши, дегидратация даражасига қараб индивидуал

	болус тавсия этилади. ҳеч қандай ҳолда - суюқликнинг ортиқча юкланиши белгилари (1 даража)						танланади	танланади
Геморрагик шок учун қон қуйиш учун кўрсатмалар қуйидагилардан иборат:	- кристаллоид-рефрактер гипотензия ёки заиф перфузия. (60 мл/кг кристаллоид киритилишига қарамай давом этувчи гипотензия кристаллоидга чидамли геморрагик шок деб таърифланади).			+	+	+	Касаллик оғирлик даражаси, беморнинг ёши, дегидратация даражасига қараб индивидуал танланади	Касаллик оғирлик даражаси, беморнинг ёши, дегидратация даражасига қараб индивидуал танланади

(ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ)

НАЗОРАТГА ОЛИНГАН БЕМОР ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯСИ	Тиббий хизматлар номи	ОШП/ОП	КТМП	Тадбирлар минимал сони	Диспансер назорати муддати
Мутахассис (шифокор) педиатр маслаҳати	1. клиник ва физикал текширувлар				6 ой
Лаборатор текширувлар	1.Умумий қон таҳлили			Ойига 1 марта	6 ой
	2.Биокимевий таҳлил			Ойига 1 марта	6 ой
Изоҳ:					
Инструментал текширувлар	1.ЭКГ			Ойига 1 марта	6 ой
Изоҳ: Бирламчи шифохонада даволаниб чиққандан сўнг 6 ой давомида шифокор назорати; кўрсатмага мувофиқ клиник, физикал, лаборатор, текширувларни ўтказиш; кўрсатмага мувофиқ бошқа тор мутахассислар кўруви ва қўшимча текширувлар ўтказиш; касаллик асоратланган ҳолатида йўлланма асосида стационар давога юбориш.					

Шокни даволаш беморнинг аҳволини ва терапияга жавобларини доимий, аниқ кузатишни талаб қилади.

Шокдаги болаларда бошқариладиган тизимлар ва параметрлар

Тизимлар	Кўрсаткичлар	Назорат
МНТ	Глазго кома шкаласи	Ҳар 3-4 соатда
	Қорачиқларнинг катталиги ва реакцияси	Ҳар соатда
	Ликвор босими	кўрсатмаларга мувофиқ
	Ликвор текшируви (биокимё, ситоз , бактериялар)	
Нафас олиш	Нафас олиш сони	Доимий
	Пулс оксиметрияси	
	Тери орқали pO_2 ва pCO_2 аниқлаш	
	Нафас олишни қўллаб-қувватлаш параметрлари (FiO_2 , энг юқори нафас олиш босими, нафас олиш ва нафас чиқариш вақти ва уларнинг нисбати, PEEP, нафас олиш сони); PaO_2/ FiO_2 (норма > 200)	Ҳар соатда
	Кислота-ишқор кўрсаткичлари	Доимий
	трахеобронхиал ажратмаларни баҳолаш	
	Кўкрак қафаси аускултацияси, перкуссияси	Ҳар 60 дақиқада
	Кўкрак қафаси органлари Рентгенографияси	Қабул қилингандан сўнг, кўрсатмаларга мувофиқ
	Кўкрак қафасининг компьютер томографияси	кўрсатмаларга мувофиқ
Юрак-қон томир	Юрак уриши сони ва ритми (ЭКГ)	Доимий
	Артериал босим	Доимий ёки дискрет тарзда Ҳар соатда
	МВБ	
	Ўпка артерияси босими, ўпка капилляр тутилиш босими	кўрсатмаларга мувофиқ
	Юрак қисқариш кучи	Ҳар соатда
	Реоплетизмография	
	"Оқарган доғ" симптоми (норма 2 с)	
	Марказий ва периферик ҳарорат градиенти < 5°C	
Сийдик чиқариш	Тана вазнининг ортиши ёки камайишини ҳисоблаш	6 соатдан кейин
	Парентерал ва энтерал юбориладиган суюқликлар, электролитлар ва субстратлар ҳажми	Ҳар 6 соатда
	Суюқлик ва электролитларни ёқотиш ҳажми (буйрак ва буйракдан ташқари)	
	Сийдик зичлиги, унинг биокимёвий таркиби, pH, осмолярлигини аниқлаш	
	Сийдикни Бактериологик ўрганиш	кўрсатмаларга мувофиқ
	Буйрак ултратовуш текшируви	
Овқат ҳазм қилиш	Ошқозон таркибининг ҳажми, табиати ва pH	Ат қабул қилиш
	Перисталтиканинг Мавжудлиги	Ҳар соатда
	Нажаснинг мавжудлиги, унинг сони, патологик аралашмалар	

тизими ва метаболизм	Нажасни Бактериологик ўрганиш, капрограмма	Қабул қилингандан сўнг, кўрсатмаларга мувофиқ
	Қорин бўшлиғи органларининг ултратовуш текшируви, фиб्रोэзофагогастроуденоскопия, колоноскопия, қорин бўшлиғи органларининг оддий рентгенографияси	кўрсатмаларга мувофиқ
	Найча орқали озиклантиришдан кейин ошқозонда қолдиқ ҳажм	Кўрсаткичларга кўра ва / ёки ҳар бир озиклантиришдан олдин
	Плазмадаги глюкоза, карбамид, калтсий миқдорини аниқлаш, азот балансини ҳисоблаш.	Кунига камида бир марта, кўрсатмаларга мувофиқ тез-тез
Гематология	Гематокрит, гемоглобин даражаси, тромбоцитлар сони, лейкоцитлар формуласи, Ли- Уайт ивиш вақти, фаоллаштирилган протромбин вақти, фибриноген ва унинг маҳсулотлари	Тадқиқотнинг частотаси ва ҳажми индивидуал равишда белгиланади, лекин кунига камида бир марта