

<https://doi.org/10.47183/mes.2026-479-annex>

Таблица. Обобщенные данные исследований, включенных в систематический обзор по показателям и методам неинвазивной оценки гемодинамики, вегетативного тонуса и лабораторным биомаркерам, используемым для динамической оценки критических состояний

Авторы, страна, источник	Год публикации	Вид исследования	Популяция (кол-во — N, нозология, тяжесть)	Изучаемый метод (индекс)	Основные результаты (значения ДИ, ОР/ОШ, AUC, BIAS, SD и др.)	Ключевые выводы
G.A. Ospina-Tascón и соавт., Колумбия, Франция, Чили, США [6]	2020	Вторичный анализ РеКИ + проспективная обсервационная когорта	N = 761; 337 пациентов с сепсисом, нуждающихся в вазопрессорной поддержке + 424 пациентов с СШ	ДШИ = ЧСС/ДАД	Прогностическая ценность: рост риска смерти при увеличении ДШИ до начала вазопрессоров (ОР до 2,1 в высшем квинтиле, $p < 0,001$). AUC ДШИ: 0,76 (сопоставимо с SOFA и лактатом). Динамика: ДШИ в первые часы выше у умерших ($p < 0,001$)	ДШИ — ранний маркер риска смерти при септическом шоке, превосходящий изолированные показатели ЧСС или АД. Высокий ДШИ до применения вазопрессоров или в начале введения может использоваться для стратификации риска пациентов с септическим шоком
Z. Lin и S. Lin, Китай [7]	2024	РАБД, База MIMIC-III	N = 12 321; пациенты с сепсисом ОРИТ	ЧСС/Т	Пороговое значение 2,22: при ЧСС/Т > 2,22 ОШ смерти в ОРИТ = 1,55 (95% ДИ: 1,35–1,77). Как непрерывная переменная: ОШ = 2,14 (95% ДИ: 1,87–2,45). Нелинейная зависимость, E-value = 2,47 (минимальное влияние неучтенных факторов)	Повышение ЧСС/Т (>2,22) независимо связано с высокой госпитальной смертностью у септических пациентов в ОРИТ. Простой и доступный показатель стратификации риска
R.R. Bruno и соавт., Германия, Австрия, Швеция, Италия [8]	2020	РАБД База eICU	N = 3299; пациенты с сепсисом ОРИТ	Лактат (La), клиренс лактата (Cle_La)	Смертность в ОРИТ: 14% (Cle_La > 0%) против 32% (Cle_La ≤ 0%). Скорректированный ОР: 0,43 (95% ДИ: 0,36–0,53; $p < 0,001$). Группа с Cle_La > 0% имела исходно более низкие баллы по шкале SOFA (7 ± 6 против 9 ± 6)	6-часовой Cle_La — независимый предиктор исхода. Отсутствие снижения La через 6 ч (>0%) ассоциировано с > двукратным ростом риска смерти в ОРИТ независимо от тяжести и терапии
R. Maqsood и соавт., Великобритания [9]	2023	СО и МА	N = 461; 258 пациентов с травмой, 203 пациента группы контроля	Показатели BCP (RMSSD, SDNN, LF/HF) N = 258 с травмой, N = 203 контроль; травмы, ожоги (>7 сут назад)	Снижение парасимпатической активности: RMSSD: MD -8,45 мс [95% ДИ: 12,78...-4,12], $p < 0,0001$. SDNN: MD -9,93 мс [95% ДИ: -14,82...-5,03], $p < 0,0001$. Симпатовагальный баланс: LF/HF: SMD +0,20 [95% ДИ: 0,01–0,39], $p < 0,05$. Качество доказательств (GRADE): низкое / очень низкое	Травма вызывает стойкий вегетативный дисбаланс (снижение парасимпатической активности, сдвиг к симпатикотонии). Это может быть ключевым звеном в патогенезе повышенного сердечно-сосудистого риска у пациентов после травм, но требует подтверждения в более качественных исследованиях

Авторы, страна, источник	Год публикации	Вид исследования	Популяция (кол-во — N, нозология, тяжесть)	Изучаемый метод (индекс)	Основные результаты (значения ДИ, ОР/ОШ, AUC, BIAS, SD и др.)	Ключевые выводы
X. Luo и соавт., Китай [10]	2019	ПИ	N = 210; пациенты ОРИТ с политравмой	Спектральные индексы BCP (nLF/nHF)	AUC для 30-дневной летальности: nLF/nHF = 0,924 (сопоставимо с RTS 0,951). Комбинация nLF/nHF + RTS повышает AUC до 0,979; nLF/nHF + Ps (TRISS) — до 0,984. AUC для СПОН: nLF/nHF = 0,826 (сопоставимо с NISS 0,818)	nLF/nHF — точный ранний предиктор исходов при политравме, сопоставимый с травма-скорингами. Наибольшую прогностическую ценность дает в комбинации со шкалами RTS или TRISS
J.R. Martina и соавт., Нидерланды [11]	2012	ПИ	N = 50; пациенты кардиохирургии	Неинвазивный мониторинг АД (НАД) Nexfin® (BMEYE B.V.) против инвазивного АД (иАД)	Корреляция с иАД: высокая (r = 0,93–0,96 для СистАД, ДАД, СрАД). Точность (смещение): разница НАД-иАД в пределах ± 3 мм рт. ст. для всех показателей, что соответствует критериям AAMI ($< 5 \pm 8$ мм рт. ст.). Прецизионность: SD индивидуальных различий 3–4 мм рт. ст.	Технология пальцевой манжеты с физиологической реконструкцией давления (Nexfin®) обеспечивает точность, сопоставимую с инвазивным мониторингом. Позволяет непрерывно и неинвазивно отслеживать изменения АД у пациентов в ОРИТ, когда установка артериального катетера нецелесообразна или невозможна
C. Ilies и соавт., Германия [12]	2015	ПИ	N = 104; пациенты ОРИТ после кардиохирургии	Непрерывный неинвазивный мониторинг АД (CNAР™ Monitor 500 Version 3.5; CNSystems Medizintechnik AG) против инвазивного мониторинга АД (непрерывное иАД)	Общее отклонение (bias $\pm$ SD): СистАД: $+4,3 \pm 11,6$ мм рт. ст. ДАД: $-9,4 \pm 8,0$ мм рт. ст. СрАД: $-6,0 \pm 7,6$ мм рт. ст. Влияние факторов: аритмия ухудшает точность (СрАД: $-9,5 \pm 8,9$), катехоламины и отлучение от ИВЛ не влияют. Индекс согласия (ATI) приемлем для СрАД (0,8–1,0)	CNAР™ приемлем для клинического использования. СрАД сопоставимо с инвазивным, СистАД менее надежно из-за высокой вариабельности. Аритмия снижает точность, катехоламины не ограничивают его применение
J. Wang и соавт., Канада, Колумбия [15]	2025	СО и МА (РеКИ)	N = 698 9 РКИ; пациенты ОРИТ с сепсисом и СШ	Динамические методы оценки волемической реакции	При 28-дневной смертности: ОР = 0,61 (0,42–0,90; умеренная достоверность). При ОПП: ОР = 0,66 (0,44–0,98; низкая достоверность). Баланс жидкости на третий день: $-1,57$ л ($-2,44 \dots -0,69$; низкая достоверность)	Динамические методы прогнозирования волемической реакции у пациентов с септическим шоком улучшают выживаемость и снижают риск ОПП. Стратегия ограничивает накопление жидкости без увеличения потребности в вазопрессорах/ИВЛ

Продолжение таблицы

Авторы, страна, источник	Год публикации	Вид исследования	Популяция (кол-во — N, нозология, тяжесть)	Изучаемый метод (индекс)	Основные результаты (значения ДИ, ОР/ОШ, AUC, BIAS, SD и др.)	Ключевые выводы
P.E. Marik и соавт., США [16]	2009	СО и МА	N = 685; пациенты с сепсисом в опер-блоке и ОРИТ	Динамические показатели: ВПД, ВУО, ВСД. Статические показатели: ЦВД, ДЗЛА, КДПЛЖ	AUC (прогнозирование ответа): ВПД — 0,94; ВУО — 0,84; ВСД — 0,86. ЦВД — 0,55; ДЗЛА — 0,56; КДПЛЖ — 0,64. Пороговые значения: ВПД 12,5 ± 1,6%, ВУО 11,6 ± 1,9%. Чувствительность/специфичность: ВПД — 89/88%; ВУО — 82/86%	Динамические показатели (ВПД, ВУО) — золотой стандарт прогнозирования волеимической реакции у пациентов на контролируемой ИВЛ, значительно превосходящий статические индексы. Неприменим при спонтанном дыхании, аритмиях и низких дыхательных объемах
A. Messina и соавт., Италия (международное исследование) [17]	2023	СО и МА	N = 2947; послеоперационные пациенты ОРИТ	ВУО (59 иссл.) / ВПД (36 иссл.). Оценка реакции на инфузионную нагрузку, тесты с пассивным подъемом ног	ВУО: общая AUC 0,76 (0,72–0,80), порог 12,1%. По подгруппам AUC 0,72–0,79. ВПД: общая AUC 0,77 (0,73–0,80), порог 10,8%. По подгруппам AUC 0,69–0,79	ВУО и ВПД — умеренная точность прогнозирования ответа на инфузию (AUC ~0,77), надежность ВПД выше при ДО объеме ≥ 8 мл/кг и использовании коллоидов, с порогами 11 и 12%, широкая зона неопределенности ограничивает применение
S.N. Myatra и соавт., Индия, Франция [18]	2017	ПИ	N = 20; пациенты ОРИТ с СШ	ИВЛ с ДО 6 мл/кг. ΔВУО при тестеTidal Volume Challenge (VtC) (кратковременное ↑ ДО с 6 до 8 мл/кг)	ΔВУО > 2,5% прогнозирует ответ с AUC 0,99 (чувствительность 94%, специфичность 100%). Исходный ВУО при ДО 6 мл/кг имел AUC лишь 0,76	Тест VtC восстанавливает предсказательную ценность ВУО при низких дыхательных объемах. Метод безопасен и позволяет использовать ВУО там, где стандартные критерии (ДО < 8 мл/кг) неприменимы
I.S. Douglas и соавт., США, Великобритания [22]	2020	РКИ	N = 124; пациенты ОРИТ с СШ	Стратегия управления инфузией, основанная на динамической оценке волеимической реакции (изменение УО при пассивном подъеме ног)	Баланс жидкости к 72 ч/выписке из ОРИТ: в группе вмешательства -1,37 л (0,65 ± 2,85 л против 2,02 ± 3,44 л в контроле; p = 0,021). Потребность в ЗПТ: 5,1% против 17,5% (p = 0,04). Потребность в ИВЛ: 17,7% против 34,1% (p = 0,04)	Стратегия инфузионной терапии, основанная на динамической оценке волеимической реакции, безопасна, снижает положительный баланс жидкости, потребность в заместительной почечной терапии и ИВЛ у пациентов с септическим шоком

Авторы, страна, источник	Год публикации	Вид исследования	Популяция (кол-во — <i>N</i> , нозология, тяжесть)	Изучаемый метод (индекс)	Основные результаты (значения ДИ, ОР/ОШ, AUC, BIAS, SD и др.)	Ключевые выводы
M. Sanders и др., Нидерланды [23]	2020	СО и МА	<i>N</i> = 620; пациенты разных операционных блоков, ОРИТ, КО, АО	Электрокардиометрия (биоимпеданс) против термодилуции/эхокардиографии	Смещение 0,03 л/мин (-0,23; 0,29), пределы согласия -2,78 до 2,84 л/мин, средний процент ошибки (MPE) 48% (>30% — клинически неприемлемо)	Электрокардиометрия не может заменить термодилуцию для измерения абсолютных значений сердечного выброса из-за низкой точности (MPE > 30%). Метод может быть полезен для оценки трендов, но требует дальнейших исследований для определения клинических показаний
J. Zheng и соавт., Китай [27]	2022	РеКИ	<i>N</i> = 3264; пациенты ОРИТ с СШ	ТТэхокГ	Пороговое время — 10 ч. Риск 28-дневной смертности возрастал при задержке ТТэхокГ > 10 ч. Раннее ТТэхокГ (≤ 10 ч) ассоциировано со снижением риска смерти: ОР 0,73–0,78 ($p < 0,05$) после псевдорандомизации. Анализ медиации: эффект опосредован лучшим балансом жидкости на 2–3-й день ($p = 0,006$)	Выполнение ТТэхокГ в первые 10 ч от поступления в ОРИТ у пациентов с септическим шоком связано со снижением 28-дневной летальности. Вероятный механизм — оптимизация волемического статуса и более ранняя коррекция инфузионной терапии
Y. Jeon и соавт., Ю. Корея [29]	2024	ОРОИ	<i>N</i> = 1267; пациенты ОРИТ с сепсисом и СШ	ШИ = ЧСС/СистАД, ДШИ	AUC для прогноза септического шока: ДШИ — 0,717; ШИ — 0,707 (выше, чем у традиционных шкал). Скорректированное ОШ для среднего тертиля: 1,448 (1,074–1,953); для верхнего тертиля: 3,704 (2,299–4,111)	ШИ и ДШИ — простые и значимые предикторы прогрессирования сепсиса в септический шок. Предложена стратификация риска по трем градациям. Может использоваться для раннего выделения пациентов, требующих интенсивного наблюдения
T.N. Zhang и соавт., Китай [30]	2022	РеКИ (база MIMIC-IV)	<i>N</i> = 1266; пациенты ОРИТ с СШ	ШИ, мШИ = ЧСС/СрАД, ДШИ (при потребности в вазопрессорах до начала введения)	AUC для 3-дневной летальности: ШИ — 0,746; мШИ — 0,710; ДШИ — 0,732. Значимая связь с 3-дневной летальностью в полностью скорректированных моделях (p для тренда < 0,01). Динамика индексов значительно различалась между выжившими и умершими ($p < 0,001$)	Значения ШИ, мШИ и ДШИ до начала вазопрессоров — простые предикторы ранней летальности у пациентов с септическим шоком в ОРИТ. СИ и МСИ показали несколько лучшую прогностическую способность и могут использоваться для стратификации риска при поступлении

Продолжение таблицы

Авторы, страна, источник	Год публикации	Вид исследования	Популяция (кол-во — N, нозология, тяжесть)	Изучаемый метод (индекс)	Основные результаты (значения ДИ, ОР/ОШ, AUC, BIAS, SD и др.)	Ключевые выводы
D.S. Kim и соавт., Ю. Корея [31]	2022	РеКИ	N = 1917; пациенты с гипотензией и подозрением на инфекцию отделения неотложной помощи	Шкала ДШИ-лактат: ДШИ $\geq 2,0$ и La $\geq 2,5$ ммоль/л (по 1 баллу)	AUC шкалы: 0,741 (исходно) и 0,736 (после инфузии) в деривационной когорте; 0,676/0,688 — в валидационной. При оценке в 2 балла раннее начало вазопрессорной поддержки снижало 28-дневную смертность: скорректированное ОШ = 0,37 (0,14–0,94)	Комбинация ДШИ и лактата (шкала ДШИ-лактат) позволяет стратифицировать гипотензивных пациентов с подозрением на инфекцию по риску потребности в вазопрессорах. При наличии обоих факторов (оценка в 2 балла) раннее начало вазопрессорной терапии значительно улучшает выживаемость
A. Goury и соавт., Франция, Чили, Колумбия, Нидерланды, США [32]	2025	Post-hoc анализ РКИ (ANDROMEDA-SHOCK)	N = 424; пациенты ОРИТ с СШ	VNERi = ДАД / (доза НОР $\times$ ЧСС), ранняя фаза (<4 ч), терапия норадреналином	VNERi — наиболее сильный предиктор госпитальной летальности (среди ДАД, ДАД/ЧСС, СрАД/доза НОР; $p < 0,001$). J-образная связь: минимум летальности при VNERi = 6,7. Аналогично — для дней без вазопрессоров	VNERi — интегральный маркер сосудистой реактивности к НОР, превосходящий стандартные показатели. Помогает дифференцировать вазоплегию от недостаточной дозы и выбрать тактику (эскалация против второй вазопрессор). Требует валидации
K.J. Lee и соавт., Ю. Корея [33]	2024	ПИ	N = 392; пациенты ОРИТ с сепсисом и СШ	ЭхоКГ в первые 24 ч ШИ, ДШИ, мШИ и возрастной индекс шока (Возраст-ШИ), сравнение ФВ ЛЖ ($\geq 50\%$ против $<50\%$)	Нормальная ФВ ЛЖ: все 4 индекса значимо связаны с госпитальной летальностью ($p < 0,05$); улучшение к моменту поступления в ОРИТ — только у выживших; выполнение протокола улучшает индексы. Сниженная ФВ ЛЖ: значимых ассоциаций нет. Прогностическая сила выше при La $\leq 4,0$ ммоль/л	Прогностическая ценность шоковых индексов при септическом шоке зависит от систолической функции ЛЖ. Индексы значимо предсказывают летальность только у пациентов с сохранной ФВ ЛЖ и неинформативны при сниженной ФВ, что подчеркивает необходимость интерпретации этих показателей с учетом сократимости миокарда
R.B. Carteri и соавт., Бразилия [34]	2024	РеКИ	N = 71; пациенты ОРИТ с ЧМТ	ШИ, обратный ШИ (оШИ), оШИ $\times$ ШКГ (оШИГ), возраст $\times$ ШИ (Возраст-ШИ) при поступлении и через 48 ч	Только Возраст-ШИ через 48 ч значимо различался (26,3 против 37,3; $p = 0,016$). Остальные индексы неинформативны	При тяжелой ЧМТ стандартные шоковые индексы не обладают прогностической ценностью. Возраст-ШИ через 48 ч может быть предиктором, но требует валидации

Продолжение таблицы

Авторы, страна, источник	Год публикации	Вид исследования	Популяция (кол-во — N, нозология, тяжесть)	Изучаемый метод (индекс)	Основные результаты (значения ДИ, ОР/ОШ, AUC, BIAS, SD и др.)	Ключевые выводы
M.E. Broman и соавт., Швеция, Бельгия, Италия [35]	2021	РАБД	N = 9046; ЧМТ; пациенты ОРИТ	Связь между температурой тела и ЧСС (количественная оценка)	↑1 °C в диапазоне 32–42 °C → ↑ЧСС 8,35 уд/мин ($r^2 = 0,855$). У женщин прирост выше: 9,46 против 7,24 уд/мин/°C ($p < 0,0001$). Эффект не зависит от возраста и адренергических препаратов. Величина прироста ЧСС коррелирует с тяжестью органной дисфункции	Референсные значения для коррекции ЧСС при лихорадке: +9,5 уд/мин/°C у женщин, +7,2 уд/мин/°C у мужчин. Позволяют выделить вклад температуры в тахикардию и оценить другие причины (гиповолемия, сепсис)
P. Bistrovic и соавт., Хорватия [36]	2023	РеКИ	N = 3490; пациенты с COVID-19 (69% с тяжелым, 15% с крайне тяжелым течением)	ЧСС/Т при поступлении, раз-деленная на квартили: 1 (брадикардия), 4 (тахикардия)	Медиана ЧСС/Т = 2,36. RT (4-й квар-тиль) ассоциирована с более моло-дым возрастом, тяжелым COVID-19, выраженным воспалением и неза-висимо связана с более высокой ле-тальностью ($p < 0,05$). RB (1-й квар-тиль) — с пожилым возрастом, коморбидностью, но менее тяжелым COVID-19 и лучшей выживаемостью	Относительная тахикардия (ЧСС/Т > 2,65) при поступлении — простой маркер избыточной симпатической активации, независимо связанный с неблагоприятным исходом при COVID-19. Позволяет стратифицировать риск, дополняя стандартные клинические и лабораторные показатели
Y.L. Ning. и соавт., Китай [37]	2024	РеКИ (база MIMIC-IV)	N = 13 492; пациенты ОРИТ с СШ	Средневзвешен-ная по времени ЧСС (TWA-HR) на основе дан-ных временных рядов	TWA-HR > 85 уд/мин ↑ риск 28-дневной летальности в 1,92 раза (1,78–2,06; $p < 0,001$). Аналогично для ОРИТ и госпитальной летальности	ЧСС ≤ 85 уд/мин ассоциирована с лучшей выживаемостью при септическом шоке. TWA-HR — потенциальный целевой ориентир
C. Fu и со-авт., Китай, США [39]	2024	РеКИ (многоцентро-вое)	N = 3 790; пациенты ОРИТ с ЗСН	ЧСС/Т при по-ступлении, раз-деленное на квартили (Q1–Q4)	Повышение ЧСС/Т увеличивает риск 28-дневной летальности: ОР = 1,55 (1,17–2,04). Результат устойчив к не-учтенным факторам (E-value = 2,47)	ЧСС/Т — простой независимый предик-тор 28-дневной летальности у пациентов с ЗСН в ОРИТ

Продолжение таблицы

Авторы, страна, источник	Год публикации	Вид исследования	Популяция (кол-во — N, нозология, тяжесть)	Изучаемый метод (индекс)	Основные результаты (значения ДИ, ОР/ОШ, AUC, BIAS, SD и др.)	Ключевые выводы
N.T. Mowery и соавт., США [40]	2011	РеКИ	N = 278; пациенты ОРИТ с травмой	BCP в зависимости от температуры ядра (<36 °C или >39 °C)	↑ T связан с низкой BCP: ОШ > 1,8. СИ растет с температурой до 40 °C, но при гипертермии (>40 °C) изменения ШИ не объясняются только ЧСС	Температурные экстремумы связаны со снижением BCP, отражающим вегетативную дисфункцию. BCP дает дополнительную физиологическую информацию, недоступную при инвазивном мониторинге гемодинамики
C. Ahlstedt и соавт., Швеция, Дания, Чехия и соавт. (международное исследование) [42]	2024	Post-hoc анализ РКИ (CLASSIC trials)	N = 777; пациенты ОРИТ с СШ	Рестриктивная (N = 385) против стандартной (N = 392) инфузионная терапия; первичный исход — время до разрешения гиперлактатемии	Рестриктивная стратегия не влияла на вероятность разрешения гиперлактатемии: ОР = 0,94 (0,78–1,14) в 1 день и ОР = 1,21 (0,89–1,65) на 2–3-й день. Скорректированные анализы подтвердили отсутствие значимых различий	Ограничительная инфузионная терапия у пациентов с септическим шоком не ускоряет и не замедляет разрешение гиперлактатемии. Выбор стратегии гидратации не влияет на этот суррогатный исход, что позволяет безопасно применять рестриктивный подход с учетом других клинических целей
F. Rehman и соавт., Пакистан [43]	2023	ПИ	N = 198; пациенты ОРИТ с сепсисом и СШ	Лактат (La), клиренс лактата (Cle_La) (снижение ≥ 10% или оба уровня ≤ 2,0 ммоль/л) против замедленного клиренса	Ранний против замедленного клиренса: смертность 16,6% против 38,4% (ОР = 3,12; скоррект. ОШ = 7,67). Органная дисфункция: 60,1% против 79,4% (ОР = 2,56)	Ранний клиренс лактата (≥10%) — сильный предиктор выживаемости при сепсисе. Отсутствие раннего клиренса ассоциировано с многократным ростом риска смерти, особенно при учете факторов возраста и коморбидности
Y. Cao и соавт., Китай [44]	2022	РеКИ	N = 1 465; пациенты ОРИТ	Лактат (La), клиренс лактата (Cle_La)	Наилучший прогноз: комбинация La + Cle_La + APACHE II (AUC 0,900). Исходный La + APACHE II — умеренная предсказательная способность, Cle_La — низкая	Комбинация исходного La, 24-часового Cle_La и шкалы APACHE II обеспечивает наилучший прогноз у критических пациентов. Интеграция показателей эффективнее прогноза по отдельным индексам

Авторы, страна, источник	Год публикации	Вид исследования	Популяция (кол-во — N, нозология, тяжесть)	Исследуемый метод (индекс)	Основные результаты (значения ДИ, ОР/ОШ, AUC, BIAS, SD и др.)	Ключевые выводы
R.R. Bruno и соавт., международное исследование [45]	2021	ПИ (международное)	N = 2 860; пациенты ОРИТ с COVID-19	Лактат (La), клиренс лактата (Cle_La), 24-часовой клиренс лактата (Cle_La), APACHE II и их комбинации	Исходный La ≥ 2 ммоль/л у 32% пациентов. Летальность в ОРИТ: 53% против 43% ($p < 0,001$). Максимальный La в 1-й день независимо связан с ICU-летальностью: ОШ = 1,06 (1,02–1,11); снижение La ко 2-му дню (Δ) ассоциировано со снижением летальности в ОРИТ: ОШ = 0,60 (0,42–0,85)	La и его кинетика сохраняют прогностическую ценность у пожилых пациентов с COVID-19 в ОРИТ. Снижение La в первые сутки — благоприятный прогностический признак

Таблица составлена авторами по данным источников [6–12, 15–18, 22, 23, 27, 29–37, 39–40, 42–45]

Примечание: AAMI — Association for the Advancement of Medical Instrumentation (Ассоциация по развитию медицинского инструментария/оборудования); AUC — area under curve (площадь под кривой); APACHE II — Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (Шкала оценки острых физиологических расстройств и хронических функциональных изменений II); BIAS(bias) — смещение, систематическая ошибка; CIAP — continuous invasive arterial pressure (непрерывное инвазивное артериальное давление); Cle_La — клиренс лактата; CNAP — continuous noninvasive arterial pressure (непрерывное неинвазивное артериальное давление); HF — high frequency (высокочастотный); HR — heart rate (частота сердечных сокращений); IAP — intra-arterial pressure (внутриартериальное давление); LF — low frequency (низкочастотный); MD — mean difference (средняя разница); MPE — mean percentage error (средняя процентная ошибка); NAP — noninvasive Nexfin arterial pressure (неинвазивное Nexfin артериальное давление); NISS — New Injury Severity Score (новая шкала тяжести повреждений); nLF/nHF — нормализованные единицы (normalized units) показателей LF и HF; RB — relative bradycardia (относительная брадикардия); RHR — relative heart rate to body temperature ratio (отношение частоты сердечных сокращений к температуре тела); RMSSD — root mean square of successive differences (среднеквадратичное отклонение последовательных различий); RTS — revised trauma score (пересмотренная шкала травмы); SD — standard deviation (стандартное отклонение); SDNN — standard deviation of NN-intervals (стандартное отклонение интервалов NN); SMD — standardised mean difference (стандартизированная средняя разница); SOFA — Sequential Organ Failure Assessment (Шкала динамической оценки органной недостаточности); TRISS — Trauma and Injury Severity Score (шкала тяжести травмы и повреждений); VNERi — vascular norepinephrine responsiveness index (индекс сосудистой реактивности к норадреналину); АД — артериальное давление; АО — амбулаторное отделение; ВПД — вариабельность пульсового давления; ВСД — вариабельность систолического давления; ВСП — вариабельность сердечного ритма; ВУО — вариабельность ударного объема; ДАД — диастолическое артериальное давление; ДЗЛА — давление заклинивания легочной артерии; ДИ — доверительный интервал; ДО — дыхательный объем; ДШИ — диастолический шоковый индекс; ЗПТ — заместительная почечная терапия; ЗСН — застойная сердечная недостаточность; иАД — инвазивное артериальное давление; ИВЛ — искусственная вентиляция легких; КО — кардиологическое отделение; КДПЛЖ — конечно-диастолическая площадь левого желудочка; ЛЖ — левый желудочек; МА — метаанализ; МРКИ — многоцентровое ретроспективное когортное исследование; МШИ — модифицированный шоковый индекс; нАД — неинвазивное артериальное давление; НОР — норадреналин; НРКИ — нерандомизированное контролируемое исследование; О — обзор литературы; ОПП — острое почечное повреждение; ОР — отношение рисков; ОРИТ — отделение реанимации и интенсивной терапии; ОРОИ — одноцентровое ретроспективное обсервационное исследование; ОШ — отношение шансов; ПИ — проспективное исследование; РАБД — ретроспективный анализ базы данных; РКИ — рандомизированное контролируемое исследование; РеКИ — ретроспективное когортное исследование; СИ — сердечный индекс; СисАД — систолическое артериальное давление; СО — систематический обзор; СПОН — синдром полиорганной недостаточности; СрАД — среднее артериальное давление; СШ — септический шок; Т — температура тела; ТТэхоКГ — трансторакальная эхокардиография; УО — ударный объем; ФВ — фракция выброса; ЦВД — центральное венозное давление; ЧД — частота дыхания; ЧМТ — черепно-мозговая травма; ЧСС — частота сердечных сокращений; ШИ — шоковый индекс; ШКГ — шкала комы Глазго.