

О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2010 года № 622 "Об утверждении Правил констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)"

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 8 июня 2015 года № 459. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 10 июля 2015 года № 11621. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 октября 2020 года № ҚР ДСМ-156/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования)

Сноска. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 27.10.2020 № ҚР ДСМ-156/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

В соответствии с подпунктом 2 пункта 3 статьи 140 и пунктом 10 статьи 169 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2010 года № 622 "Об утверждении Правил констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6449, опубликован в газете "Казахстанская правда" от 2 октября 2010 года № 260-261 (26321-26322)), следующие изменения:

заголовок изложить в следующей редакции: "Об утверждении Правил констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)";

пункт 1 изложить в следующей редакции:

"1. Утвердить прилагаемые Правила констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)".

Правила констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга) изложить в новой редакции согласно" приложению к настоящему приказу.

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе "Әділет";

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования.

Министр здравоохранения и
социального развития
Республики Казахстан

Т. Дуйсенова

Приложение
к приказу Министра
здравоохранения и социального
развития Республики Казахстан
от 8 июня 2015 года № 459.
Утверждены приказом
исполняющего обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
11 августа 2010 года № 622

Правила

**констатации биологической смерти или необратимой гибели
головного мозга (смерти мозга), и прекращения искусственных мер
по поддержанию жизненно важных функций органов после
констатации биологической смерти или необратимой гибели
головного мозга (смерти мозга)**

1. Общие положения

1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе

здравоохранения" и определяют порядок констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга) (далее - Правила).

2. В настоящих Правилах используются следующие термины определения:

1) актуальный донор - человек с констатированной биологической смертью и (или) необратимой гибелью головного мозга, при продолжающихся искусственных мерах по поддержанию жизненно важных функций органов, наличием согласия и отсутствием медицинских противопоказаний к изъятию тканей (части ткани), органов (части органов) для трансплантации;

2) кондиционирование органов и тканей - это комплекс мероприятий по поддержанию показателей гемодинамики трупного донора с целью защиты органов от ишемии;

3) донор потенциальный - человек с констатированной биологической смертью или необратимой гибелью головного мозга (смерти мозга);

4) донорский стационар - медицинская организация, осуществляющая комплекс мероприятий по кондиционированию и подготовке трупного донора (кадавера) к изъятию тканей (части ткани) и (или) органов (части органов);

5) смерть мозга - состояние полного и необратимого прекращения всех функций головного мозга, регистрируемое при работающем сердце и принудительной вентиляции легких. Смерть мозга приравнивается к смерти человека;

6) региональный трансплантационный координатор - врач, организатор, обеспечивающий взаимодействие медицинских организаций в области трансплантации тканей (части ткани) и (или) органов (части органов) в областных центрах и городах республиканского значения, являющийся штатным сотрудником организации, отвечающей за координацию службы трансплантации региона;

7) стационарный трансплантационный координатор - врач, являющийся штатным сотрудником донорского стационара и находящийся в подчинении регионального трансплантационного координатора по вопросам координации службы трансплантации в регионе;

8) учреждение "Республиканский координационный центр по трансплантации" - медицинская организация которая осуществляет координацию службы трансплантации в РК (далее - РКЦТ).

3. Настоящие Правила не распространяется на установление смерти мозга у детей.

2. Порядок констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)

4. Биологическая смерть представляет собой прекращение жизнедеятельности организма, при котором жизненно важные функции необратимо угасли. Биологическая смерть констатируется медицинским работником на основании совокупности следующих признаков:

- 1) остановки сердечной деятельности;
- 2) прекращения дыхания;
- 3) прекращения функций центральной нервной системы.

5. Для установления диагноза смерти мозга необходимо наличие следующих клинических признаков в совокупности:

- 1) полное и устойчивое отсутствия сознания;
- 2) устойчивое отсутствие самостоятельного дыхания при отключении аппарата искусственной вентиляции легких;

3) атония всех мышц;

4) исчезновение любых реакций на внешнее раздражение и любых видов рефлексов, (отсутствие реакции на сильные болевые раздражения в области тригеминальных точек, корнеальных, окулоцефалических, окуловестибулярных фарингеальных, трахеальных), замыкающихся выше уровня спинного мозга:

для вызывания окулоцефалических рефлексов врач занимает положены изголовья кровати так, чтобы голова больного удерживалась между кистями врача, а большие пальцы приподнимали веки. Голова поворачивается на 90 градусов в одну сторону и удерживается в этом положении 3-4 секунд, затем в противоположную сторону на то же время. Если при поворотах головы движений глаз не происходит и они стойко сохраняют срединное положение, то это свидетельствует об отсутствии окулоцефалических рефлексов;

окулоцефалические рефлексы не исследуются при наличии или при подозрении на травматическое повреждение шейного отдела позвоночника;

для исследования окуловестибулярных рефлексов проводится двусторонняя калорическая проба. До ее проведения проводится процедура подтверждения отсутствия перфорации барабанных перепонок. Голову больного поднимают на 30 градусов выше горизонтального уровня. В наружный слуховой проход вводится катетер малых размеров, производится медленное орошение наружного слухового прохода холодной водой (температура +20°C, 100 миллилитров) в течение 10 секунд. При сохранной функции ствола головного мозга через 20-25 секунд появляется нистагм или отклонение глаз в сторону медленного

компонента нистагма. Отсутствие нистагма или отклонения глазных яблок при калорической пробе, выполненное с двух сторон, свидетельствует об отсутствии окуловестибулярных рефлексов;

исследование фарингеальных и трахеальных рефлексов производят путем движения эндотрахеальной трубки в трахее и верхних дыхательных путях, а также при продвижении катетера в бронхах для аспирации секрета.

5) устойчивое расширение и ареактивность зрачков и их фиксация в среднем положении, (при этом должно быть известно, что никакие препараты расширяющие зрачки, не применялись, глазные яблоки неподвижны);

6) тенденция к гипотензии - 80 миллиметров ртутного столба (далее - мм рт.ст.) и ниже, спонтанная гипотермия;

отсутствие самостоятельного дыхания. Регистрация отсутствия дыхания не допускается простым отключением от аппарата искусственной вентиляции легких (далее - ИВЛ), так как развивающаяся при этом гипоксия оказывает вредное влияние на организм и, прежде всего, на мозг и сердце. Отключение больного от аппарата ИВЛ производится с помощью разъединительного теста (тест апноэтической оксигенации).

Разъединительный тест проводится после того, как получены результаты по подпунктам 1) - 6) части первой настоящего пункта. Тест состоит из трех элементов:

для мониторинга газового состава крови (P_{aO} и P_{aCO}) канюлируется одна из артерий конечности;

перед отсоединением вентилятора в течение 10-15 минут проводить ИВЛ режиме, обеспечивающем нормокапнию (P_{aCO} - 35-45 мм рт.ст.) и гипероксию (P_{aO} не менее 200 мм рт.ст.) - $F_{iO} = 1,0$ (то есть 100% кислород), подобранная VE (МВЛ - минутная вентиляция легких), оптимальный РЕЕР (ПКЭД положительное конечное экспираторное давление);

после выполнения действий, предусмотренных абзацами третьим и четвертым настоящего подпункта аппарат ИВЛ отключают и в эндотрахеальную или трахеостомическую трубку подают увлажненный 100% кислород со скоростью 6 литров в минуту. В это время происходит накопление эндогенной углекислоты, контролируемое путем забора проб артериальной крови. Этапы контроля газов крови:

до начала теста в условиях ИВЛ;

через 10-15 минут после начала ИВЛ 100% кислородом;

сразу после отключения от ИВЛ, далее через каждые 10 минут пока P_{aCO} не достигнет 60 мм рт.ст. Если при этих или более высоких значениях P_{aCO} спонтанные дыхательные движения не восстанавливаются, разъединительный тест свидетельствует об отсутствии функций дыхательного центра ствола

головного мозга. При появлении минимальных дыхательных движений ИВЛ немедленно возобновляется.

6. Диагноз смерти мозга не рассматривается до тех пор, пока не исключены следующие воздействия:

- 1) интоксикации, включая лекарственные;
- 2) первичную гипотермию;
- 3) гиповолемический шок;
- 4) метаболические эндокринные комы;
- 5) применение наркотизирующих средств и миорелаксантов.

7. После выявления клинических признаков, описанных в подпунктах 1)-7) пункта 5 настоящих Правил, выполняются дополнительные тесты.

8. Электроэнцефалограмма (далее - ЭЭГ) проводится для подтверждения клинического диагноза смерти мозга во всех ситуациях, где имеются сложности в установлении травм или подозрении на травму шейного отдела позвоночника перфорации барабанных перепонок. Панангиография магистральных артерий головы проводится для укорочения необходимой продолжительности наблюдения.

За электрическое молчание мозга принимается запись ЭЭГ, в которой амплитуда активности от пика до пика не превышает 2 микровольт (далее мкВ), при записи от скальповых электродов с расстоянием между ними не меньше 10 сантиметров и при сопротивлении до 10 килоом (далее - кОм), но не меньше 100 Ом. Используются игольчатые электроды, не менее 8 расположенные по системе "10 - 20%", и 2 ушных электрода. Межэлектродное сопротивление должно быть не менее 100 Ом и не более 10 кОм, межэлектродное расстояние - не менее 10 сантиметров. Определяется сохранности коммутаций и отсутствия непредумышленного или умышленного создания электродных артефактов. Запись проводится на каналах энцефалографа с постоянной времени не менее 0,3 секунд при чувствительности не больше 2 мкВ/миллиметр (верхняя граница полосы пропускания частот не ниже 30 герц). Используются аппараты, имеющие не менее 8 каналов. ЭЭГ регистрируется при би- и монополярных отведениях. Электрическое молчание коры мозга в этих условиях должно сохраняться не менее 30 минут непрерывной регистрации. При наличии сомнений в электрическом молчании мозга необходима повторная регистрация ЭЭГ. Оценка реактивности ЭЭГ на свет, громкий звук и боль: общее время стимуляции световыми вспышками, звуковыми стимулами и болевыми раздражениями не менее 10 минут. Источник вспышек, подаваемых с частотой от 1 до 30 Гц, должен находиться на расстоянии 20 сантиметров от глаз. Интенсивность звуковых раздражителей (щелчков) - 100 децибел. Динамик находится около уха больного. Стимулы максимальной интенсивности генерируются стандартными

фото- и фоностимуляторами. Для болевых раздражений применяются сильные уколы кожи иглой.

9. При определении отсутствия мозгового кровообращения производится контрастная двукратная панангиография четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) с интервалом не менее 30 минут. Среднее артериальное давление во время ангиографии должно быть не менее 80 мм ртутного столба.

10. Если при ангиографии выявляется, что ни одна из внутримозговых артерий не заполняется контрастным веществом, то это свидетельствует о прекращении мозгового кровообращения.

11. При первичном поражении мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения составляет не менее 6 часов с момента первого установления клинических признаков, описанных в пункте 5 настоящих Правил.

12. Все клинические признаки, указанные в пункте 5 настоящих Правил являются основанием для констатации смерти мозга при условии, если они сохраняются в течение не менее 12 часов и если по истечению этого времени на ЭЭГ зарегистрировано полное отсутствие спонтанной и вызванное электрической активности мозга. При невозможности использования ЭЭГ срок наблюдения продлевается до 24 часов.

13. При вторичном поражении мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения составляет не менее 24 часов с момента первого установления клинических признаков, описанных в пункте 5 настоящих Правил.

14. При интоксикациях длительность наблюдения увеличивается до 72 часов или в течение 24 часов после исчезновения токсических веществ в крови, что документируется данными лабораторных исследований.

15. Период наблюдения может быть сокращен, если сразу же после установления клинических признаков смерти мозга проводится панангиография магистральных артерий головы трижды в течение 30 минут, который регистрирует прекращение мозгового кровообращения, при этом регистрации ЭЭГ не обязательна.

16. При наличии клинических признаков смерти мозга, могут наблюдаться спинальные автоматизмы и рефлексы, указанные в приложении 1 к настоящим Правилам.

17. В течение контрольного срока больной находится под постоянным наблюдением с периодичностью неврологического осмотра не реже, чем 1 раз в два часа при 12 и 24 часовом сроке наблюдения и не реже 3 часов при 3-х суточном сроке наблюдения.

18. Заключение о констатации смерти мозга принимается комиссией врачей в составе лечащего врача-анестезиолога-реаниматолога с опытом работы по реанимации не менее 5 лет и невропатолога с аналогичным стажем работы по специальности. При проведении специальных исследований (регистрация электроэнцефалографией, ангиография) в состав комиссии включается соответствующий специалист, с опытом работы по специальности не менее 5 лет, в том числе и приглашаемые из других медицинских организаций на консультативной основе. Заключение утверждается заведующим отделением реанимации или лицом, исполняющим его обязанности. Члены комиссии составляют и подписывают заключение о констатации смерти мозга по форме согласно приложению 2 к настоящим Правилам.

19. Назначение состава комиссии и утверждение заключения о констатации смерти мозга осуществляется заведующим реанимационным отделением, где находится больной, а во время его отсутствия - ответственным дежурным врачом медицинской организации.

20. Основным документом констатации смерти является заключение о констатации смерти мозга, на основании, которого прекращаются реанимационные мероприятия.

3. Прекращение искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)

21. Прекращение искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга) определяет последовательность мероприятий, проводимых заведующим реанимационным отделением и (или ответственным дежурным врачом (анестезиолог-реаниматолог) по прекращению искусственных мер по поддержанию функций дыхания и кровообращения человека (реанимационных мероприятий) и включает:

- 1) прекращение реанимационных мероприятий при их абсолютной бесперспективности;
- 2) продолжение искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов в целях трансплантации.

Параграф 1. Общие положения прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов

22. Искусственные меры по поддержанию функций дыхания и кровообращения человека прекращаются при признании их абсолютно бесперспективными, после констатации смерти человека (биологической смерти) и (или) на основании смерти головного мозга (смерти мозга):

1) при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;

2) при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

23. Реанимационные мероприятия не проводятся:

1) при наличии признаков биологической смерти;

2) при состоянии клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Параграф 2. Продолжение искусственных мер по поддержанию функций дыхания и кровообращения человека в целях трансплантации

24. При констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга) заведующим реанимационным отделением, где находится больной, а во время его отсутствия - ответственным дежурным врачом медицинской организации, в течение 1 часа после подписания Заключения о констатации смерти мозга (далее - Заключение) сообщается об этом одному из близких родственников и (или) иному законному представителю, либо иным лицам на основании информации о них, имеющейся в медицинской документации умершего.

25. После констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга), заведующим реанимационным отделением где находится больной, а во время отсутствия заведующего реанимационного отделения - ответственным дежурным врачом медицинской организации (анестезиологом-реаниматологом), немедленно после подписания Заключение направляется сообщения (или уведомления) о констатации смерти головного мозга (далее-сообщение) региональному трансплантационному координатору РКЦТ (непосредственному куратору донорского стационара). Региональный трансплантационный координатор в течение 2 часов с момента получения

сообщения у потенциального донора проводит проверку на наличие зафиксированного прижизненного информированного согласия или несогласия на изъятие органов по базе данных "Регистр прикрепленного населения".

26. В случае отсутствия на умершего прижизненного информированного согласия или несогласия на изъятие органов по базе данных "Регистр прикрепленного населения", у близких родственников и (или) иных законных представителей умершего спрашивается согласие или несогласие на изъятие органов из тела умершего.

27. Близкие родственники и (или) иные законные представители, на основании информации о них, у которых было испрошено согласие на изъятие органов тела умершего, в течение 6 часов после сообщения им медицинской организацией о констатации смерти мозга, выражают свое согласие или несогласие на изъятие органов из тела умершего для трансплантации в письменной форме, либо нотариально и занесенную в медицинскую карту стационарного больного по форме № 003/у, утвержденной приказом исполняющим обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения", зарегистрированного в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697 (далее - приказ № 907).

28. Умерший признается актуальным донором:

1) при наличии на умершего зарегистрированного прижизненного информированного согласия на изъятие органов по базе данных "Регистр прикрепленного населения";

2) либо согласие от близких родственников и (или) иных законных представителей умершего на изъятие органов из тела умершего для трансплантации, в письменной форме либо нотариально и с занесением в медицинскую карту стационарного больного по форме № 003/у, утвержденной приказом № 907;

3) отсутствие медицинских противопоказаний к изъятию тканей (части ткани) и (или) органов (части органов).

29. В случае если в срок, указанный в пункте 27 настоящей статьи, ни один из близких родственников и (или) иных законных представителей не выразит испрошенное у них согласие или несогласие на изъятие органов из тела умершего в письменном виде, которое должно быть занесено в медицинскую карту стационарного больного по форме № 003/у, утвержденной приказом № 907, медицинская организация признает умершего актуальным донором и принимает меры по организации изъятия органов в целях трансплантации.

30. После признания умершего актуальным донором, медицинская организация (донорский стационар) проводит все необходимые меры по поддержанию жизненно важных функций органов умершего (кондиционирование трупного донора) до момента изъятия органов. Ответственный дежурный врач медицинской организации (анестезиолог-реаниматолог) продолжает проводить искусственные меры по поддержанию функций дыхания и кровообращения тело умершего, а региональные и стационарные координаторы РКЦТ принимают меры по обеспечению изъятия, заготовки, хранения, консервации, транспортировки тканей (части ткани) и (или) органов (части органов).

31. Если близкие родственники и (или) иные законные представители умершего выразили в письменном виде несогласие на изъятие органов из тел умершего, которое фиксируется в медицинской карте стационарного больного по форме № 003/у, утвержденной приказом № 907, то медицинская организация:

1) решением заведующего реанимационного отделения и (или) ответственного дежурного врача (анестезиологом-реаниматологом) медицинской организации (донорского стационара), где находится умерший прекращает искусственные меры по поддержанию жизненно важных функции органов через 6 часов с момента констатации смерти мозга;

2) по желанию близких родственников и (или) иных законных представителей, проводит дальнейшие искусственные меры по поддержанию жизненно важных функций органов умершего за счет средств близких родственников и (или) иных законных представителей умершего.

4. Заключительные положения

32. Информация о времени прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов (реанимационных мероприятий) вносится в медицинскую карту стационарного больного по форме № 003/у, утвержденной приказом № 907.

Приложение 1
к Правилам констатации биологической
смерти или необратимой
гибели головного мозга (смерти мозга)
и прекращения искусственных
мер по поддержанию жизненно
важных функций органов
после констатации биологической
смерти или необратимой гибели
головного мозга (смерти мозга)

Спинальные автоматизмы и рефлексy

Часть тела	Встречающиеся признаки
Шейный отдел позвоночника	Тонические шейные рефлексy: спастическая контрактура мышц шеи, сгибание в тазобедренном суставе в ответ на поворот головы, сгибание в локтевом суставе в ответ на поворот головы, опускание плеча в ответ на поворот головы, спонтанный поворот головы в сторону.
Верхние конечности	Одностороннее разгибание — пронация. Изолированное подергивание пальцев. Сгибание и подъем плеча, описан случай с соединением рук.
Туловище	Асимметричное опистотоническое положение тела. Сгибание туловища в пояснице, имитирующее положение сидя. Брюшные рефлексy.
Нижние конечности	Сгибание пальцев в ответ на постукивание. Феномен тройного сгибания. Симптом Бабинского.

Приложение 2
к Правилам констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга) и прекращения искусственных мер по поддержанию жизненно важных функций органов после констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга (смерти мозга)

Форма

Заключение о констатации смерти мозга

Фамилия _____ Имя _____ Отчество (при его наличии) _____
(Далее ФИО)

Дата рождения _____ Возраст _____ № истории болезни

Диагноз заболевания, приведшего к смерти мозга

Комиссия в составе:

врача - анестезиолога-реаниматолога

(Ф.И.О.) врача - невролога

(Ф.И.О.) другие привлекаемые специалисты

(Ф.И.О.)

в течение _____ часов обследовали состояние больного и констатируют что:

1. Исключены следующие факторы, препятствующие установлению диагноза смерти мозга (констатация факторов отмечается словом "исключено"): артериальное систолическое давление

(указать цифрами) ректальная температура

(указать цифрами) интоксикации, включая лекарственные

миорелаксанты

наркотизирующие средства

метаболические или эндокринные комы

гиповолемический шок

первичная гипотермия

2. Зарегистрированы следующие признаки, указывающие на прекращение функции больших полушарий и ствола головного мозга (констатация признаков и данных дополнительных тестов отмечается словом "да" или "нет"):
полное и устойчивое отсутствие сознания (кома)

отсутствие самостоятельного дыхания

отсутствие реакции на сильные болевые раздражители (надавливание на тригеминальные точки, грудину) и любых других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга

атония всех мышц

зрачки не реагируют на свет

диаметр зрачков

отсутствие корнеальных рефлексов

отсутствие окулоцефалических рефлексов

отсутствие окуловестибулярных рефлексов

отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов (при движении эндотрахеальной трубки и санации дыхательных путей)

отсутствие самостоятельного дыхания во время разъединительного теста:

1) P_aCO_2 до начала проверки в мм рт. ст.

(указать цифрами)

2) P_aCO_2 в конце проверки апноэ в мм рт. ст.

(указать цифрами)

3) РаО₂ в конце проверки апноэ в мм рт. ст.

(указать цифрами)

3. Дополнительные (подтверждающие) тесты (констатация данных дополнительных тестов отмечается словом "да" или "нет"):

электроэнцефалограмма (полное электрическое молчание мозга)

церебральная ангиография (отсутствие заполнения внутримозговых артерий)

4. Комментарии:

5. Заключение: Рассмотрев вышеуказанные результаты и руководствуясь в их трактовке Правилами по констатации биологической смерти или необратимой гибели головного мозга на основании диагноза смерти мозга, свидетельствуем о смерти больного

(фамилия, имя, отчество)

Дата _____ Время смерти _____

(число, месяц, год) (час, минута)

Подписи врачей, входящих в комиссию:

Подпись заведующего отделением реанимации:

