|  |  |
| --- | --- |
|  | ПРАВИЛНИКО МЕДИЦИНСКИМ КРИТЕРИЈУМИМА, НАЧИНУ И УСЛОВИМА ЗА УТВРЂИВАЊЕ СМРТИ("Сл. гласник РС", бр. 73/2019) |

ПРИЛОГ 1.

ТЕХНИЧКИ СТАНДАРДИ ЗА ИЗВОЂЕЊЕ ТРАНСКРАНИЈАЛНЕ DOPPLER СОНОГРАФИЈЕ У ДИЈАГНОСТИЦИ МОЖДАНЕ СМРТИ

Транскранијална doppler сонографија (TCD): два прегледа у размаку од 30 минута, 2MHz инсонације кроз три прозора, доказ три крвна суда, ревеберација до појаве шиљака и губитка спектра уз одржани системски притисак, екстракранијално исти доказ у обе ACC (Arteria carotis communis), ACI (Arteria carotis interna) и обе вертебралне артерије.

ПРИЛОГ 2.

ТЕХНИЧКИ СТАНДАРДИ ЗА ИЗВОЂЕЊЕ ЕВОЦИРАНИХ МОЖДАНИХ ПОТЕНЦИЈАЛА У ДИЈАГНОСТИЦИ МОЖДАНЕ СМРТИ

Евоцирани потенцијали: SSEP: одсуство N20-P22 обострано, BAER: неспецифичан.

Региструју се соматосензорни евоцирани потенцијали (SSEP) добијени стимулацијом нерва медиануса. Посебна пажња придаје се деривацији компоненте P14 (позитивна компонента која се јавља приближно 14 ms након стимулације н. медиануса у подручју радиокарпалног зглоба, чији се настанак приписује активности у медијалном лемнискусу). Fz-Pgz одвод сматра се деривацијом којом се постижу најпоузданији резултати у погледу дистинкције између коме и смрти мозга, па се препоручује за тестирање у сврху потврде мождане смрти. Деривација Fz-Pgz региструје активност најростралнијих делова генератора P14 (rP14) која је неповратно изгубљена код мождане смрти, а може бити очувана у коматозних пацијената. N18 (N20) потенцијал описан је као дуготрајни негативитет широко дистрибуиран на скалпу, приближно 18-20 ms након стимулације н. медиануса у нивоу радиокарпалног зглоба. Потенцијал се региструје преко електрода на скалпу изнад паријеталног (Pz) или фронталног кортекса (Fz), уз референтну електроду изнад спиналне медуле у нивоу C2 и уз примену нецефаличке референтне електроде. N18 генерисан је у нуклеус кунеатусу, каудалном делу медуле облонгате близу респираторног центра, па се сматра најбољим индикатором функције медуле облонгате.

Аудитивни евоцирани потенцијали (BAER) независни су од нивоа свести и евентуалне присутности јаких аналгетика или седатива. Тест је етиолошки неспецифичан па се треба анализирати у склопу налаза клиничког прегледа.

Генератори потенцијала лоцирани су у статоакустичком нерву (компоненте I – II) и можданом стаблу (компоненте III – V). Потенцијал се региструје са активних електрода са обе ушне шкољке или мастоидних наставака, уз референтну електроду на Cz. Латенција појединих компоненти од мале је важности у дијагностици мождане смрти, а примарно се анализира присутност појединих компоненти таласа. Прогресивна детериорација налаза аудитивних евоцираних потенцијала указује на иреверзибилно оштећење док једнократно абнормалан налаз може представљати реверзибилно стање. Одсутност компоненти III – V заједно са завршетком регистровања ЕЕG активности представља доказ мождане смрти.

ПРИЛОГ 3.

ТЕХНИЧКИ СТАНДАРДИ ЗА ИЗВОЂЕЊЕ ЕЕG У ДИЈАГНОСТИЦИ МОЖДАНЕ СМРТИ

Стање електричне тишине мозга треба одредити следећом методологијом:

– употребом најмање 14 електрода симетрично распоређених на скалпу према интернационаном систему 10-20, тако да се врши експлорација свих можданих подручја (Fp2, F4, C4, P4, T4, О2; Fp1, F3, C3, Т3, P3, О1),

– деривације могу бити биполарне са удаљености између електрода не мањом од 5cm и/или монополарне (сa референтним биаурикуларним електродама),

– импенданца електрода треба бити између 0.1 и 10 Kohm-a,

– амплификација треба бити од 2 microVolta/mm и калибрација са позитивном или негативном дефлексијом од 5 mm за сигнал од 10 microVolta,

– током регистрације треба употребити најмање две константе времена (од 0.1 и 0.3 sec.),

– током снимања треба узастопно одредити реактивност на разне облике сензорне стимулације на електроенцефалографском снимку (акустичне и ноцицептивне),

– трајање сваке регистрације електроенцефалографије треба бити најмање 20 минута,

– регистрација треба бити обављена на папиру приликом одређивања иреверзибилног престанка свих функција мозга.









