

комой, смертью ствола мозга и др., была продиктована в свое время бурным развитием реаниматологии, а затем и трансплантологии. В частности, была постулирована бессмысленность продолжения интенсивной терапии (прежде всего ИВЛ) в случаях необратимого повреждения головного мозга при сохраняющихся удовлетворительных функциях других органов и систем, с одной стороны, и возможность изъятия донорских органов у такой категории, с другой.

Диагноз смерти мозга может быть поставлен с учетом анамнеза и очевидной этиологии, при *обязательном исключении потенциально обратимых состояний, имитирующих смерть мозга* (глубокая гипотермия, передозировка средств, угнетающих ЦНС) *на основании 4 фундаментальных признаков:*

1. Полное отсутствие сознания и спонтанных движений.
2. Отсутствие рефлексов, контролируемых черепными нервами (корнеальный, окуломоторный, окуловестибулярный, глотательный, фоторефлекс, рефлекс кляпа и др.). Сохранность спинальных рефлексов, которая регистрируется после наступления смерти мозга приблизительно у 10% больных, не противоречит диагнозу «смерть мозга», если имеются все фундаментальные признаки.
3. Отсутствие спонтанного дыхания, в том числе и при проведении так называемых разъединительных тестов. В частности, осуществляют трехминутную вентиляцию комнатным воздухом ($P_a\text{CO}_2$ 40 мм рт. ст.) с последующим отключением аппарата ИВЛ, либо часовую вентиляцию 100%-ным кислородом с последующим прерыванием ИВЛ и продолжающейся инсuffляцией кислорода. В обоих случаях создаются условия гиперкапнии, а отсутствие дыхательных движений при этом свидетельствует о поражении корковых, подкорковых и стволовых компонентов дыхательного центра. Важно также быть уверенным, что отсутствие дыхания не связано с применением мышечных релаксантов.
4. Отсутствие биоэлектрической активности на ЭЭГ (изолиния). При этом запись должна быть технически безупречной, длительностью не менее 10 мин, выполнена в обычном режиме и в режиме максимального усиления. Параллельно должен осуществляться контроль возможного