

HEMODYNAMIKA		VNITŘNÍ PROSTŘEDÍ/ RESPIRAČNÍ SYSTÉM		OSTATNÍ	
OBEČNĚ	- Snaha udržet euvolemii - MAP 60–70mmHg - CVP 6–10mmHg - Diuréza 1–3ml/kg/h	OBEČNĚ	- Normonatremie (135–145mmol/l) - Normoglykémie (6–10mmol/l)	INFEKCE	- Sepse/bakteremie není KI dárcovskému programu - V případě infekce nasadit empirická ATB, popřípadě ATB dle citlivosti a lokálních doporučení
MONITORACE	- Arteriální katetr - CŽK minimálně 3–cestná preferenčně v. jugularis/subclavia	DIABETES INSIPIDUS	- Desmopressin v dávce 1–4ucg i.v. jako bolus - Hrazení tekutin	KPR	V případě zástavy oběhu je indikováno zahájení KPR
KREVNÍ TLAK	K udržení MAP: VASOPRESIN (lék 1.volby) NORADRENALIN (lék 2.volby down regulace B receptorů a horší outcome u Tx pacientů)	TEPLOTA	- Normotermie (cílová teplota 36–37,5 °C) - Zabránit tepelným ztrátám, aktivní zahřívání	OSTATNÍ	- Pokračovat v prevenci TEN - Pokračovat v prevenci stresového vředu - Pokračovat v ochraně rohovky - Pokračovat v EN
TEKUTINY	- Balancované roztoky - Snaha o euvolemii - Hb nad 70g/L	HORMONÁLNÍ TERAPIE	HCT 200mg/den možno zvážit u nestabilních pacientů, přes adekvátní tekutinovou léčbu (stejně jako u septického šoku)	ČEHO SE VYVAROVAT	
SRDEČNÍ VÝDEJ/ SRDEČNÍ FUNKCE	- ECHO s výhodou - Inotropika u nízkého srdečního výdeje - CAVE: přechodná nestabilita během katecholaminové bouře	VENTILAČNÍ REŽIM	- Protektivní ventilace s VT 5–8ml/kg IBW - P plat <30cmH2O - PEEP – 5–10cmH2O - FiO2 k udržení paO2 nad 10kPa	- Nepodávej manitol - Furosemid/diuretika jen při známkách hypervolémie - Pokračuj v polohování a péči o DC (pravidelné odsávání)	

PATOFYZIOLOGIE MOZKOVÉ SMRTI

DYSREGULACE AUTONOMNÍHO NERVOVÉHO SYSTÉMU

- odumírání mozkového kmene v kraniokaudálním směru
- často spojeno s katecholaminovou bouří (tachykardie, hypertenze)
- konečným výsledkem je porucha vasomotorických center s hypotenzí a relativní hypovolémií
- myokardiální dysfunkce – následky katecholaminové bouře
- hypotermie

DYSREGULACE NEUROENDOKRINNÍHO SYSTÉMU

- deplece katecholaminů, hormonů štítné žlázy
- možný vznik diabetes insipidus (ne vždy)
- možný vznik elektrolytové dysbalance

ZÁNĚTLIVÁ REAKCE/ IMUNOLOGICKÁ AKTIVACE

- aktivace SIRS, elevace zánětlivých parametrů



KONTAKTY

Koordinátorky CKTCH Brno : 603 144 124
MUDr. Miloš Chobola, Ph.D.
ARK FN USA Brno: 543 182 559

DIAGNOSTIKA SMRTI MOZKU

KATASTROFÁLNÍ POŠKOZENÍ MOZKU DEFINOVANÉ:

1. nevratnou poruchou vědomí na úrovni komatu v důsledku známé příčiny
2. vymizením hlavových reflexů
3. přetrvávající apnoe navzdory respirační acidose

VYLOUČENA

1. intoxikace
2. vliv tlumivé medikace
3. metabolická/endokrinní příčina
4. podchlazení

DIAGNOSTIKA PROBÍHÁ NA ZÁKLADĚ KLINICKÉHO VYŠETŘENÍ DVĚMA NEZÁVISLÝMI LÉKAŘI

CÍLEM JE PRŮKAZ VYMIZENÍ VŠECH REFLEXŮ MOZKOVÉHO KMENE

1. zornicová areflexie
2. korneální reflex nevýbavný
3. vestibulookulární reflex nevýbavný
4. absence motorické reakce na algický podnět aplikovaný na inervační oblast v. hlavového nervu
5. absence kašlacího reflexu při odsávání z otk
6. zástava spontánní dechové aktivity
7. hluboké bezvědomí

APNOICKÝ TEST

ZOBRAZOVACÍ METODY- CT, PANANGIOGRAFIE,...

FAKULTNÍ
NEMOCNICE
U SV. ANNY
V BRNĚ



MANAGEMENT POTENCIONÁLNÍCH DÁRCŮ ORGÁNU S MOZKOVOU SMRTÍ

- Dárcovský program v ČR je upraven zákonem 285/2002.
- Hlava V – odstavec 3 – Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni neprodleně informovat o možných dárcích orgánů příslušné transplantáční centrum.
- Mozková smrt není častá událost, jejíž nejčastější příčinou jsou CMP, trauma a hypoxické poškození.
- V ČR je právně zakotven předpokládaný souhlas s darováním orgánů.
- Neadekvátní management, neporozumění dárcovskému programu a nevhodná péče o potenciální dárce vede ke ztrátě viabilních orgánů vhodných k transplantaci.
- Hlavní světová náboženství uznávají dárcovství orgánů a podporují je.