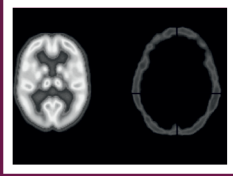


Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

“BEYİN ÖLÜMÜ”
DİAQNOZUNUN
QOYULMASI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2023

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin
Elmi-Tibbi Şurasının 23 iyun 2023-cü il tarixli
20 nömrəli qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**“BEYİN ÖLÜMÜ” DİAQNOZUNUN
QOYULMASI ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı – 2023

616.831-036.88
B34

B34 “Beyin ölümü” diaqnozunun qoyulması üzrə klinik
protokol. B., 2023. – 16 səh.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

Nadir Zeynalov	Azərbaycan Tibb Universiteti, II Cərrahiyyə kafedrasının dosenti, tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Yeganə Abbasova	Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Anesteziologiya və reanimatologiya kafedrasının asistenti, tibb üzrə fəlsəfə doktoru
Rimma Nəsirova	Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Anesteziologiya və reanimatologiya kafedrasının dosenti, tibb elmləri doktoru
Şəhla İsmayılova	Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi, Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin müdiri

Rəyçi:

Vüqar Abdulkərimov	“Mərkəzi Klinika” MMC-nin Reanimasiya şöbəsinin müdiri, tibb üzrə fəlsəfə doktoru
--------------------	---

İxtisarlarmın siyahısı:

- AQQ** – Arterial qan qazları
AT – arterial təzyiq
XOAX – xronik obstruktiv ağciyər xəstəliyi
MSS – mərkəzi sinir sistemi
STA – süni tənəffüs aparatı

Bu klinik protokol tibbi və ya digər təşkilati-hüquqi formasından asılı olmayaraq, tibb fəaliyyəti göstərən müəssisələrdə bir yaşda və daha yuxarı yaş qrupunda olan şəxslərdə beyin ölümü diaqnozunun qoyulmasına dair qaydaları müəyyən edir.

GİRİŞ

Beyin ölümü həmçinin “nevroloji meyyarlara görə ölüm” kimi adlandırıla bilər. Beyin ölümü ürək-qan damar sisteminin fəaliyyət göstərdiyi zaman, beyin və beyin kötüyü funksiyalarının geridönməz itirilməsi səbəbindən tənəffüsün süni tənəffüs aparatı ilə təmin olunması hesabına meyitin yaşamasıdır. Klinik ölümdən fərqli olaraq, beyin ölümü diaqnozu qoyulmuş şəxsin həyata qayıtması qeyri-mümkündür.

İnsanda beyin ölümü onun birincili və ikincili zədələnməsi zamanı baş verir. Kəllə-beyin travmaları, kəllədaxili qansızma, beyin infarktı və şişləri, kəskin hidrosefaliya, kəllədaxili cərrahi müdaxilələr zamanı baş verən beyin ölümü birincili zədələnmə nəticəsində olan ölümlərə aiddir. İnsan beyninin ikincili zədələnmələrinə onun dolay yolla zədələnməsi (müxtəlif mənşəli hipoksiyalar, qan dövranının dayanması və ya pozulması) aiddir. Beyin ölümü, bioloji ölüm olduğu kimi, şəxsin ölüm anı hesab edilir.

“Beyin ölümü” diaqnozunun qoyulması qaydası

1. Beyin ölümü diaqnozu həkim komissiyası tərəfindən qoyulur. Komissiyanın tərkibinə daxil olan həkimlər: ixtisası üzrə iş təcrübəsi 5 ildən az olmayan həkim-anestezioloq-reanimatoloq və həkim-nevropatoloq və ya neyrocərrah. Uşaqlarda beyin ölümü diaqnozunu təyin edən komissiyanın tərkibinə daxil edilən həkim-nevropatoloqun uşaqlara tibbi yardımın göstərilməsinə dair iş təcrübəsi olmalıdır. Həkim komissiyasına orqan və toxumaların götürülməsi və transplantasiyasında iştirak edən şəxslər daxil edilə bilməz.
2. Beyin ölümü diaqnozunu qoymaq üçün ilkin şərtlər aşağıdakılardır:
 - ▶ İntoksikasiyanın olmaması
 - ▶ Kəskin metabolik, elektrolit və endokrin disbalansın olmaması
 - ▶ Mərkəzi sinir sisteminin (MSS) normal fəaliyyətini tormozlayan dərman preparatlarının pasiyentə təsirinin olmaması (gözləmə vaxtı dərmanın yarımparçalanma vaxtından 5 dəfə çox olmalıdır)
 - ▶ Pasiyentə miorelaksantların təsirinin olmaması
 - ▶ Huşun tam və ya dayanıqlı olmaması (Glazqo Koma Şkalası balı 3/15)
 - ▶ Bədən temperaturu $>36^{\circ}\text{C}$
 - ▶ Sistolik AT:
 - 1-3 yaş >75 mm.c.st.
 - 4-10 yaş >85 mm.c.st.
 - 11-17 yaş >90 mm.c.st.
 - 18 və daha çox yaş ≥ 100 mm.c.st. (orta arterial təzyiq >65 mm.c.st.)
3. İlkin şərtlər təsdiqləndikdən sonra beyin ölümü diaqnozunu qoymaq üçün meyarlar aşağıdakı ardıcılıqla izlənilir:
 - 1) Bəbəklər hərəkətsizdir, işığa reaksiya vermir, orta xətt üzrə durur və genişlənmişdir (4-9 mm).
 - 2) 4 ətrafa verilən ağrı qıcığına hər hansı motor cavab yoxdur (Lazarus, Babinski və oxşar mürəkkəb onurğa beyni refleksləri və avtomatizmlər istisna olmaqla).
 - 3) Korneal reflekslər yoxdur.

4) Okulosefalik refleks yoxdur (“kukla gözü” manevri).

Okulosefalik refleksin yoxlanılması: pasiyentin başı həkimin iki əlinin içi ilə saxlanılıb, baş barmaqlarla yuxarı göz qapaqları qaldırılır. Pasientin başı 90° bir tərəfə çevrilir və bu vəziyyətdə 3-4 saniyə saxlanılır, sonra əks istiqamətdə müayinə təkrarlanır. Əgər pasiyentin başını çevirdikdə gözlərdə hərəkət yaranmır və gözlər dəyişməz olaraq orta vəziyyəti tam saxlayırsa, bu okulosefalik refleksin olmamasını təsdiqləyir.

5) Okulovestibulyar refleks yoxdur (“soyuq kalorik test”).

Okulovestibulyar refleksin yoxlanılması: sınağa başlamazdan əvvəl qulaq pərdəsinin bütövlüyü və xarici qulaq yolunun tıxalı olmaması yoxlanılır. Müayinəni apararkən pasiyentin başı 30° yuxarı istiqamətdə qaldırılır, xarici qulaq yolu 10 saniyə ərzində 0°C -dən $+5^{\circ}\text{C}$ -ə kimi temperaturda hər kiloqram bədən çəkisinə uyğun olaraq 2-3 ml həcmdə su ilə yuyulur, 1 dəqiqə gözlənilir. Digər qulaq üçün 5 dəqiqə gözləmək tövsiyə olunur. Beyin ölümü olan pasiyentlərdə gözlərin hərəkəti müşahidə olunmur.

6) Farinqeal (öyümə) refleks yoxdur.

7) Traxeal (öskürək) refleks yoxdur.

8) Apnoe testi ilə təsdiqlənmiş spontan tənəffüs yoxdur.

Apnoe testi həkim-anestezioloq-reanimatoloq tərəfindən aparılır.

❖ Testə başlamazdan öncə ilk olaraq aşağıdakı meyarlar təsdiqlənməlidir:

- Mərkəzi bədən temperaturu $\geq 36^{\circ}\text{C}$.
- Sistolik AT ≥ 100 mm.c.st. (əgər aşağıdırsa, vazopressorla tənzimlənməlidir).
- Euvolemik vəziyyət (son 6 saat ərzində müsbət maye balans, ehtiyac olarsa bolus maye, vazopressorlar).
- Normal PaO₂ (arterial PaO₂ ≥ 200 mm.c.st. əldə etmək üçün pasiyent 10 dəqiqə ərzində 100% oksigen ilə ventilyasiya olunmalıdır).
- Normal PaCO₂ (arterial PaCO₂ = 40 ± 5 mm.c.st., lazım olduqda ventilyasiya tənzimlənməlidir). Əgər ağır

xronik obstruktiv ağciyər xəstəliyi (XOAX) və ya IV dərəcə piylənmə varsa, köməkçi test aparılmalıdır.

- C5 boyun fəqərəsi və daha yuxarı səviyyədə nəzərəçarpacaq boyun travması yoxdur. Boyun travması varsa, köməkçi test aparılmalıdır.

❖ Apnoe testinin aparılması:

- Əvvəl pasiyentə süni tənəffüs aparatı (STA) ilə 10 dəqiqə 100% oksigen verilir.
- Arterial qan qazları (AQQ) müayinəsi aparılır. $\text{PaCO}_2 \geq 60$ mm.c.st. olarsa, test dayandırılır, nəticəsi şübhəli sayılır və köməkçi test aparılır. $\text{PaCO}_2 < 60$ mm.c.st. olarsa, test davam etdirilir.
- Pulsoksimetr yerləşdirilir və pasiyent STA-dan ayrılır. Endotraxeal borudan keçməklə kanüla vasitəsilə 100% oksigen verilir (6-10 litr/dəq.) və tənəffüs hərəkətlərinin olub-olmaması yoxlanılır. Tənəffüs hərəkətləri varsa, test dayandırılır və nəticəsi mənfəi sayılır.
- Tənəffüs hərəkətləri yoxdursa, 6-8 dəqiqə ərzində SPO_2 və PaCO_2 -yə nəzarət edilir. SPO_2 endikcə AQQ müayinəsi aparılır və PaCO_2 ölçülür. Əgər $\text{PaCO}_2 \geq 60$ mm.c.st. və ya ilkin göstəricidən 20 mm.c.st. çox olarsa, test dayandırılır və nəticəsi müsbət sayılır.
- Əgər $\text{PaCO}_2 < 60$ mm.c.st. və ya ilkin göstəricidən 20 mm.c.st. az olarsa, pasiyent təkrar STA-ya qoşulur və apnoe testi təkrar aparılır. Nəticədə yenə də $\text{PaCO}_2 < 60$ mm.c.st. və ya ilkin göstəricidən 20 mm.c.st. az olarsa, test dayandırılır, nəticəsi şübhəli sayılır və köməkçi test aparılır.

Apnoe testi zamanı pasiyent STA-dan ayrılmış vəziyyətdə olduqda aşağıdakı əlamətlərdən hər hansı biri olarsa test dayandırılır və pasiyent STA-ya qoşulur. Bu göstəricilər normallaşandan sonra test təkrar aparıla bilər:

- ✓ Arterial hipotenziya (2-ci bənddə göstərilən minimal təzyiqlik səviyyəsindən > 10 mm.c.st. aşağı və ya orta arterial təzyiqlik < 60 mm.c.st.)

- ✓ Geniş kompleksli ventrikulyar taxikardiya və ventrikulyar fibrillyasiya
- ✓ 30 saniyədən artıq müddətdə $SPO_2 < 85\%$.

Beyin ölümünün klinik meyarları barədə məlumatlar, nevroloji müayinənin nəticələri, apnoe testinin aparılmasına mane olan uzun, göz almalarının birinin və ya hər ikisinin, onurğa sütununun boyun nahiyəsinin travmaları, təbil pərdəsinin bütövlüyünün bir- və ya ikitərəfli pozulması, xronik obstruktiv bronx-ağciyər patologiyasının və ya nəzərəçarpacaq piylənmənin olması barədə məlumatlar komissiya həkimləri tərəfindən beyin ölümü yoxlama vərəqəsində qeyd edilir.

Köməkçi testlər

Beyin ölümü klinik diaqnozunu təsdiq edən instrumental müayinə üsulları “köməkçi testlər” adlanır. Köməkçi testlər beynin qan axınının dayanmasını müəyyən edir, lakin nevroloji müayinəni əvəz etmir.

Köməkçi testlərin birinin və ya bir neçəsinin aparılmasına göstərişlər:

- Müxtəlif səbəblərdən beyin kötüyü reflekslərinin yoxlanılmasının mümkünsüzlüyü ilə bağlı beyin ölümü diaqnozunun qoyulmasında qeyri-müəyyənlik (C5 və daha yuxarı səviyyədə boyun travması, təbil pərdəsinin cırılması və s.).
- Apnoe testinin aparılması qeyri-mümkündürsə (nəzərəçarpacaq piylənmə və ya XOAX səbəbindən $PaCO_2$ səviyyəsinin yüksək olması).
- Apnoe testinin nəticəsinin şübhəli olması.

Köməkçi testlərə aiddir:

- Elektroensefaloqrafiya (EEQ)
- Transkraniyal Doppler ultrasəs müayinəsi
- Baş beynin maqnit-rezonans angioqrafiyası
- Baş beynin kompüter-tomoqrafik angioqrafiyası
- Serebral angioqrafiya
- Radionuklid serebral sintiqrafiya.

Beyin ölümü diaqnozunun təsdiqlənməsi

1-17 yaş şəxslərdə 3-cü bənddə göstərilən müayinələr, ardınca apnoe testi aparılır. Həm birincili, həm ikincili beyin zədələnmələrində 12 saatdan sonra həmin müayinələr təkrarlanır. Apnoe testi təkrar aparılmır. Müayinələrin nəticələri dəyişmərsə, beyin ölümü diaqnozu təsdiq olunur.

18 və daha çox yaş şəxslərdə 3-cü bənddə göstərilən müayinələr, ardınca apnoe testi aparılır. Birincili beyin zədələnmələrində 6 saatdan, ikincili beyin zədələnmələrində 12 saatdan sonra həmin müayinələr təkrarlanır. Apnoe testi təkrar aparılmır. Müayinələrin nəticələri dəyişmərsə, beyin ölümü diaqnozu təsdiq olunur.

Bütün yaş qruplarında hər hansı səbəbdən aparılmış köməkçi test və ya testlərlə beyin ölümü diaqnozu təsdiqlənsə, 3-cü bənddə göstərilən müayinələr təkrarlanmır.

Beyin ölümü yoxlama vərəqəsi

Beyin ölümü Yoxlama vərəqi	Xəstə S.A.A _____
	Doğum tarixi _____
	Xəstəlik tarixi kodu _____

Beyin ölümü qiymətləndiriləmsinə dair ilkin şərtlər

Kriteriyalar (beyin ölümü müayinəsinə başlamazdan əvvəl hamısı “hə” olmalıdır).	Hə	Yox
1. Xəstə səbəbi məlum olan komadadır və qıcığa cavab vermir. Səbəb:		
2. Sağalma ehtimalını istisna etmək üçün beyin zədələnməsindən uyğun vaxt keçib.		
3. Koma ilə əlaqəli kəskin nevroloji pozğunluqların klinik və instrumental sübutları.		
4. MSS-ni tormozlayan dərman preparatının olmaması (gözləmə vaxtı dərmanın yarımparçalanma vaxtından 5 dəfə çox olamlıdır).		
5. NMB olmaması.		
6. Kəskin metabolik, elektrolit və endokrin disbalansın olmaması.		
7. Bədən temperaturu $> 36^{\circ}\text{C}$ və sistolik AT ≥ 100 mmHg (MAP > 65 mmHg).		
8. Spontan tənəffüs yoxdur.		

Həkim reanimatoloq-anestezioloq _____ İmza _____ Tarix/Saat _____
Həkim nevroloq/neycərrah _____ İmza _____ Tarix/Saat _____

A. İştirak edən həkimlər tərəfindən beyin ölümü müayinəsi

Komponentlər (əgər bir “yox” cavabı varsa, müayinə dayandırılın. Xəstə beyin ölümü kriteriyalarına cavab vermir).	Hə	Yo x
1. Bəbək hərəkətsiz, parlaq işığa reaksiya vermir, orta xəttə və genişlənməmişdir (4-9 mm)		
2. Okulosefalik refleks yoxdur (Kukla gözü manevri)		
3. Okulovestibulyar refleks yoxdur (Soyuq Kalorik test)*		
4. İkitərəfli olaraq korneal refleks yoxdur.		
5. Faringeal (GAG) refleks yoxdur.		
6. Traxeal (COUGH) refleks yoxdur.		
7. 4 ətrafa verilən ağrıya hər hansı motor cavab yoxdur (Lazarus, Babinski və oxşar mürəkkəb onurğa beyni refleksləri və avtomatizmləri istisna olmaqla) **		

*qulaq pərdəsi bütöv olmalıdır

**əgər servikal travma varsa, köməkçi testlər nəzərdən keçirilməlidir

Həkim reanimatoloq-anestezioloq _____ İmza _____ Tarix/Saat _____
Həkim nevroloq/neyroçərrah _____ İmza _____ Tarix/Saat _____

B. Apnoe testi

Testə başlamaq üçün ilkin şərtlər

Testə başlamazdan əvvəl bütün kriteriyalar “hə” olmalıdır	Hə	Yo x
1. Mərkəzi bədən temperaturu $\geq 36^{\circ}\text{C}$		
2. Sistolik AT ≥ 100 mm Hg (əgər aşağıdırsa vazopressorla tənzimlənsin).		
3. Euvolemik (son 6 saat ərzində müsbət maye balans, ehtiyac olarsa bolus maye, vazopressorlar).		
4. Normal PaO ₂ (arterial PaO ₂ ≥ 200 mm Hg əldə etmək üçün 10 dəqiqə 100% O ₂ ilə preoksigenləşdirin).		
5. Normal PaCO ₂ (arterial PaCO ₂ = 40 ± 5 mm Hg, lazım olduqda ventilyasiyanı tənzimləyin). Əgər ağır XOAX və ya morbid piylənmə varsa, təsdiqləyici testi nəzərdən keçirin		
6. C5 boyun fəqərəsi səviyyəsində və daha yuxarıda əhəmiyyətli boyun zədəsinin olmaması. Servikal onurğa zədəsi varsa, köməkçi testi nəzərdən keçirin.		

Həkim reanimatoloq-anestezioloq _____ İmza _____ Tarix/Saat _____
Həkim nevroloq/neyrocerrah _____ İmza _____ Tarix/Saat _____

Apnoe testi gedişatı:

- Testə başlamazdan əvvəl STA ilə 10 dəqiqə 100% O₂ verin.
- Arterial qan qazı müayinəsini aparın (əsas PaCO₂ ≥ 60 mmHg olarsa testi dayandırın və təsdiqedicini testə keçin)
- Pulsoksimetri yerləşdirin və xəstəni STA`dan ayırın.
- ET borusundakı kanula vasitəsilə traxeyaya 100% oksigeni çatdırın 6-10 l/dəq
- Xəstəni ən azı 8-10 dəqiqə STA`dan kənarında buraxın və tənəffüs hərəkətlərini müşahidə edin.
- Aşağıdakılardan hər hansı biri olarsa, xəstəni yenidən STA`a qoşaraq **Apnoe testini dayandırın:** (Xəstə yenidən STA`na qoşulan kimi AQQ nümunəsi götürülür. Əgər PaCO₂ <60 mm Hg

və PCO_2 artımı ilkin səviyyədə <20 mm Hg olubsa, apnoe testi şübhəli olduğu üçün təsdiqləyici testə keçin).

- Hipotenziv ($SAT < 90$ mm Hg və ya $MAP < 60$ mm Hg)
- Geniş kompleksli VT və ya VF
- Hipoksemiya >30 saniyə $SPO_2 < 85\%$
- 8-10 dəqiqə sonra AQQ ölçün və xəstə təkrar STA`dan ayrılır.
- Əgər tənəffüs hərəkəti yoxdursa və son $PaCO_2 \geq 60$ mm Hg (əsas göstəricidən ən az 20 mm Hg qalxıbsa), Apnoe testi **pozitivdir** və beyin ölümü təsdiq olunur.

Apnoe testi qeydləri:

Pretest AQQ: pH= _____ PaO_2 _____ $PaCO_2$ _____
Tarix_____ Saat_____

Apnoe testi başlama saati:_____ Apnoe testi bitmə saati:_____

Posttest AQQ: pH= _____ PaO_2 _____ $PaCO_2$ _____
Tarix_____ Saat_____

Tənəffüs hərəkəti müşahidə olunur: hə yox
QEYD:_____

Apnoe test: tamamlandı dayandırıldı və təsdiqləyir beyin ölümünü təsdiqləmir

Həkim reanimatoloq-anestezioloq _____ İmza _____ Tarix/Saat _____
Həkim nevroloq/neyroçərrah _____ İmza _____ Tarix/Saat _____

C. Əlavə müayinələr (klinik müayinələrə mane olan ciddi üz/baş/boyun travması, CO₂-nin xroniki toplanması və ya digər vəziyyətlər olmadıqda tələb olunmur)

Əlavə müayinələr üçün göstərişlər (ən az bir göstərici yoxlanmalıdır)	Hə	Yox
1. Boyun fəqərələri və üz zədələnmələri səbəbindən heç bir beyin kötüyü müayinələri aparıla bilmədikdə.		
2. Nevroloji müayinələrin nəticələrində qeyri-müəyyənlik olduqda		
3. Dərman təsirinin olub-olmadığını təsdiqləmək mümkün deyil		
4. Hemodinamik qeyri-stabillik və hipoksemiya səbəbindən Apnoe testini sona çatdırmaq mümkün deyil		
5. Servikal onurğa zədələnmələri səbəbiylə Apnoe testini aparmaq mümkün deyil		
6. Xroniki CO ₂ toplanması (ağır XOAX) səbəbindən Apnoe testinin aparılması mümkün deyil		

Əlavə müayinələr:

- EEG
- Serebral angioqrafiya
- Doppler/USM
- Radionukleid serebral sintiqrafiya
- KT angioqrafiya

Təsdiqedic testin aparılma tarix/saat _____

Əlavə müayinənin nəticəsi _____

Yekun nəticə _____

Həkim reanimatoloq-anestezioloq _____ İmza _____ Tarix/Saat _____

Həkim nevroloq/neyroçərrah _____ İmza _____ Tarix/Saat _____

Ədəbiyyat

1. Benefits of combination of electroencephalography, short latency somatosensory evoked potentials, and transcranial Doppler techniques for confirming brain death—PubMed [Internet]. [cited 2021 Sep 22]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18988311/>.
2. Benefits of combination of electroencephalography, short latency somatosensory evoked potentials, and transcranial Doppler techniques for confirming brain death - PubMed [Internet]. [cited 2021 Sep 22]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18988311/>.
3. Claassen J, Doyle K, Matory A, Couch C, Burger KM, Velazquez A, et al. Detection of brain activation in unresponsive patients with acute brain injury. *N Engl J Med*. 2019; 380:2497–505.
4. Greer DM, Shemie SD, Lewis A, et al. Determination of Brain Death/Death by Neurologic Criteria: The World Brain Death Project. *JAMA*. 2020.
5. Lewis A, Bakkar A, Kreiger-Benson E, Kumpfbeck A, Liebman J, Shemie SD, et al. Determination of death by neurologic criteria around the world. *Neurology*. 2020;95: e299-309. DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000009888>
6. Machado C. Jahi McMath: a new state of disorder of consciousness. *J Neurosurg Sci*. 2020.
7. Shemie SD, Hornby L, Baker A, Teitelbaum J, Torrance S, Young K, et al. International guideline development for the determination of death. *Intensive Care Med*. 2014; 40:788–97.
8. Spears et al. *Journal of Intensive Care* (2022) 10:16 Page 7 of 16
9. Walter U, Fernandez-Torre JL, Kirschstein T, Laureys S. When is "brainstem death" brain death? The case for ancillary testing in primary infratentorial brain lesion. *Clin Neurophysiol*. 2018;129(11):2451-2465.

10. Wijdicks EFM, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM, American Academy of Neurology. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2010;74:1911–8.
11. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 13.07.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2022)