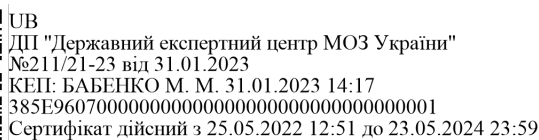

$$\mathcal{N}_0$$

СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

2023



Загальна частина

Назва діагнозу: Хронічна запальна демієлінізуюча полірадикулонеуропатія.

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

G 61.81 Хронічна запальна демієлінізуюча полірадикулонеуропатія

Розробники

Комаріда Олександр Олегович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Машкевич Олександра Григорівна	директор Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України, заступник голови робочої групи;
Гріценко Олександр Володимирович	заступник начальника Фармацевтичного управління-начальник відділу з питання якості та доступності лікарських засобів, їх раціонального застосування Фармацевтичного управління Міністерства охорони здоров'я України;
Слободін Тетяна Миколаївна	професор кафедри неврології № 1 Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Бондаренко Анастасія Валеріївна	професор кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Гриб Вікторія Анатоліївна	завідувач кафедри неврології та нейрохірургії Івано-Франківського національного медичного університету;
Кальбус Олександр Іванович	завідувач кафедри неврології Дніпровського державного медичного університету;
Московко Геннадій Сергійович	завідувач кафедри неврології та нейрохірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Чоп'як Валентина Володимирівна	завідувач кафедри клінічної імунології та алергології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

Яцишин Роман Іванович	завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1, клінічної імунології та алергології імені Є.М. Нейко Івано-Франківського національного медичного університету;
Панасюк Олена Леонідівна	старший науковий співробітник державної установи «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Пашковський Вадим Іванович	завідувач відділення неврології № 1 комунального підприємства «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова» (за згодою);
Семеряк Орест Михайлович	керівник центру нервово-м'язових захворювань комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівська обласна клінічна лікарня» (за згодою);
Тер-Вартаньян Семен Христофорович	головний лікар медичного центру товариства з обмеженою відповідальністю «Інститут ревматології» (за згодою);
Дельва Михайло Юрійович	завідувач кафедри нервових хвороб Полтавського державного медичного університету;
Личко Володимир Станіславович	доцент кафедри нейрохірургії та неврології навчально-наукового медичного інституту Сумського державного університету;
Мартинюк Володимир Юрійович	директор державного закладу "Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України"
Крамарьов Сергій Олександрович	завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб національного медичного університету імені О.О.Богомольця

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
-------------------------------	--

Рецензенти

МЯЛОВИЦЬКА Олена Анатоліївна	д.мед.н., професор, професор кафедри внутрішньої медицини навчально-наукового центру «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені
------------------------------------	--

Тараса Шевченка

ТОВАЖНЯНСЬКА д.мед.н., професор, завідувачка кафедри неврології
Олена Леонідівна Харківського національного медичного університету

Дата оновлення стандартів – 2028 рік

Перелік скорочень

ХЗДП – хронічна запальна демієлінізуюча полірадикулонейропатія
 ХІСП – хронічна імунна сенсорна полірадикулопатія
 ЄАН – Європейська Академія Неврології
 АПН – Асоціація периферійних нервів
 СКТ – спіральна комп'ютерна томографія
 МРТ – магнітно-резонансна томографія
 СПМД – сумарний потенціал м'язової дії
 СПДН – сенсорний потенціал дії нерву
 кПа – кілоПаскаль
 УЗД – ультразвукова діагностика
 ЦСР – цереброспінальна рідина
 ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
 СНІД – синдром набутого імунодефіциту
 ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів
 НПЗЗ – нестероїдні протизапальні засоби
 МАГ - мієлін асоційований глікопротеїн

Форма первинної облікової документації 003/о Медична карта стаціонарного хворого, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982

Форма первинної облікової документації 025/о Медична карта амбулаторного хворого, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982

Розділ І. Організація надання медичної допомоги

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікарі різних спеціальностей мають бути обізнані щодо основних клінічних проявів хронічної запальної демієлінізуючої полірадикулонейропатії (ХЗДП) з метою її ранньої підозри та скерування пацієнтів до лікарів-неврологів, які здійснюють діагностику та призначення подальшого лікування.

Медична допомога пацієнтам з ХЗДП потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнтів мультидисциплінарною командою фахівців, до якої мають бути включені лікарі загальної практики-сімейної медицини, неврологи, де облік та основне ведення здійснюється лікарями неврологами.

2. Обґрунтування

Рання діагностика та початок лікування пацієнтів з ХЗДП сприяє попередженню розвитку невідкладних станів, інвалідизації та передчасної смерті пацієнтів.

Ефективні системи комунікації, які відповідають конкретним потребам окремих осіб, є найважливішими для забезпечення своєчасної діагностики, направлення та лікування пацієнтів. Пацієнти з ХЗДП повинні бути впевнені, що усі спеціалісти охорони здоров'я, які беруть участь у їхньому лікуванні, добре спілкуються між собою і з ними.

Завдяки розширенню масштабів просвітницьких заходів щодо ХЗДП за останні роки в багатьох країнах було зафіксовано поліпшення діагностики, що призвело до збільшення первинної захворюваності та поширеності, а також до деякого скорочення діагностичної затримки між виявленням симптомів і постановкою діагнозу.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Існує локально узгоджений клінічний маршрут пацієнта, що координує та інтегрує медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієнтів з ХЗДП.

2) Існує задокументований індивідуальний план медичної допомоги, узгоджений з пацієнтом і доступний мультидисциплінарній команді, що містить інформацію про діагноз пацієнта, лікування і ведення його стану.

3) Пацієнти і, за згодою, члени сім'ї / особи, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо їхнього стану, плану лікування і подальшого спостереження, навчання навичок, необхідних для поліпшення результатів медичної допомоги, контактів для отримання додаткової інформації та консультації.

Бажані:

4) Надавачі медичних послуг розміщують інформаційні матеріали стосовно основних клінічних проявів ХЗДП та варіантів ХЗДП в доступних для пацієнтів місцях, а також на своїх вебсайтах та офіційних сторінках ЗОЗ у соціальних мережах.

Розділ II. Діагностика

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз ХЗДП може бути запідозрений лікарем будь-якої спеціальності на основі виявлення у пацієнта ознак ураження периферійної нервової системи.

Діагностика ХЗДП та її варіантів, диференціація та верифікація, визначення конкретної клінічної форми здійснюється лікарями-неврологами на підставі анамнестичних та клінічних даних, даних електродіагностики (електронеуроміографія) та результатів додаткових методів обстеження (за необхідністю), що включають наступні (але не обмежуються ними): результати лабораторних методів дослідження крові (в тому числі визначення специфічних ауто-антитіл), аналіз цереброспінальної рідини (ЦСР), магнітно-резонансна томографія (МРТ), ультразвукова діагностика (УЗД), біопсія нерва.

2. Обґрунтування

ХЗДП має варіабельні клінічні прояви, які можуть зустрітися в практиці лікаря будь-якої спеціальності, тому для своєчасної діагностики першочергове значення має вміння лікарів визначити ознаки враження периферійної нервової системи та скерувати до лікаря-невролога для встановлення діагнозу та призначення лікування.

Провідними симптомами ХЗДП є поява прогресуючої або рецидивуючої слабкості м'язів та/або порушення чутливості у щонайменше двох кінцівках.

У разі підозри на ХЗДП обов'язково проводиться клінічний огляд та електронеуроміографія (ЕНМГ). При невідповідності діагнозу критеріям ХЗДП можуть бути застосовані додаткові методи діагностики: аналіз ЦСР, візуалізація (УЗД, МРТ), біопсія нерву. Позитивна реакція на специфічне лікування може бути одним із підтверджуючих критеріїв діагнозу ХЗДП.

Наполегливо рекомендовано проведення імунологічної діагностики всім пацієнтам з підозрою на ХЗДП: визначення рівня парaproтеїнів в сироватці крові, нодулярних та паранодулярних антитіл (anti-NF155, anti-CNTN1, anti-CASPR1 та можливо anti-NF140/186).

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Пацієнти, у яких виявлено ознаки ураження периферійної нервової системи, мають бути скеровані впродовж 10 днів до лікаря-невролога. Діагностичні заходи для встановлення діагнозу ХЗДП включають оцінку скарг, збір анамнезу (життя, дебют симптомів, їх перебіг, тривалість тощо), проведення стимуляційної електронеуроміографії (ЕНМГ).

2) У разі підозри на ХЗДП діагностика повинна бути поетапною: спочатку оцінюють відповідність діагнозу ЕНМГ-критеріям ХЗДП. Якщо діагноз відповідає ЕНМГ критеріям ХЗДП – діагноз підтверджено; інші дослідження (МРТ, УЗД, аналіз ЦСР) не проводять, тому що діагноз вважається підтвердженим. Лікар-невролог повинен визначити клінічний фенотип захворювання (типова ХЗДП або варіант ХЗДП).

3) Якщо діагностичний рівень діагнозу залишається на рівні можливої ХЗДП – пацієнту може бути призначене МРТ (нативне та з введенням контрастної речовини) та УЗД дослідження периферійних нервів, сплетень та корінців, аналіз ЦСР (визначення рівня білка та клітин, при показах - наявність інфекційних патогенів), пробне лікування, позитивна реакція на яке може

підтвердити діагноз.

4) При сумнівному діагнозі та відсутності реакції на достовірно ефективну терапію ХЗДП, пацієнта слід скерувати до спеціалізованих закладів (або фахівців, що займаються ХЗДП), за необхідністю на консультацію до інфекціоніста, ревматолога, гематолога.

5) Якщо діагноз ХЗДП підтверджено, пацієнтам слід провести визначення рівня глюкози натще, загальний аналіз крові, аналізи крові на функцію нирок та печінки.

6) При наявності показань пацієнт може бути скерований на визначення рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c), антитіла до борелії (*Borrelia burgdorferi* – IgM та IgG), С-реактивний білок, антинуклеарні антитіла (ANA), ВІЛ-серологічне дослідження, дослідження кісток (рентген, СКТ), рентген органів грудної порожнини.

7) При підозрі на мультифокальну ХЗДП – визначення ШОЕ

8) При підозрі на моторну ХЗДП – рівень креатинфосфокінази, дослідження нервово-м'язової провідності (ритмічна стимуляційна ЕНМГ), рівень антитіл до ацетилхолінових рецепторів.

Бажані:

9) Визначення моноклональних антитіл в сироватці крові та сечі.

10) За показами пацієнтам доцільно провести аналіз крові на визначення рівня парапротеїнів в сироватці крові, нодулярних та паранодулярних антитіл (anti-NF155, anti-CNTN1, anti-CASPR1 та можливо anti-NF140/186), аналіз крові на анти-МАГ антитіла, рівня сироваткового ендотеліального фактору росту судин, генетичне тестування на спадкові нейропатії.

11) Біопсія нерва проводиться при вичерпанні можливостей інших діагностичних методів обстеження, наявності кваліфікованого (нейро)хірурга, кваліфікованої патолого-анатомічної лабораторії та при усвідомленні пацієнтом ступеню ризику/користі такої процедури

12) При підозрі на дистальну ХЗДП рекомендовано провести аналіз крові на анти-МАГ антитіла при позитивному аналізі IgM моноклональну гаммапатію

13) При підозрі на мультифокальну ХЗДП рекомендовано провести аналіз крові на антинуклеарні антитіла та антинейтрофільні цитоплазматичні антитіла, анти-GM1 IgM антитіла

14) При підозрі на моторну ХЗДП рекомендовано провести біопсію м'язу, аналіз крові на анти-MUSK антитіла та до пресинаптичних вольтаж-залежних кальцієвих каналів

15) При підозрі на сенсорну ХЗДП рекомендовано провести дослідження крові на анти-МАГ антитіла та рівень IgM парапротеїнів, антигангліозидні антитіла, рівень вітамінів В6 та В12, паранеопластичні антитіла, сомато-сенсорні викликані потенціали.

16) При наявності рекомендації інфекціоніста або ознак специфічної інфекції пацієнт може бути скерований на визначення рівня специфічних антитіл.

17) При наявності показів пацієнт може бути скерований на визначення рівня тяжких металів та/або токсинів в біологічних рідинах (кров, сеча).

Розділ III. Лікування

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування пацієнтам з ХЗДП призначається лікарем неврологом після встановлення діагнозу та визначення клінічної форми (типова ХЗДП або варіанти ХЗДП).

Основними методами лікування ХЗДП залежно від форми є: кортикостероїди, внутрішньовенні імуноглобуліни та плазмаферез. Рівень доказовості ефективності лікування цими методами робить їх рівнозначними.

Лікування рекомендовано розпочинати пацієнтам, перебіг хвороби яких призводить до інвалідизації.

Малодоступність плазмаферезу в більшості медичних закладів робить цей метод третьою опцією після кортикостероїдів та внутрішньовенних імуноглобулінів.

При появі симптомів інфекції під час патогенетичної терапії ХЗДП пацієнтам призначається відповідний курс специфічної етіотропної терапії.

Госпіталізація пацієнтів з ХЗДП у ЗОЗ, що спеціалізуються на діагностиці та лікуванні неврологічних захворювань передбачена при необхідності проведення лікування внутрішньовенними імуноглобулінами, внутрішньовенними кортикостероїдами (де неможливо забезпечити безпеку введення препаратів в амбулаторних умовах), проведення процедури плазмаферезу та застосування біологічної терапії.

2. Обґрунтування

ХЗДП може мати прогресуючий та хвилеподібний перебіг з чередуванням періодів погіршення та поліпшення стану. У деяких випадках спостерігається гострий або підгострий розвиток, що може нагадувати синдром Гієна-Барє. При гострому розвитку захворювання рекомендована госпіталізація пацієнтів із-за вірогідності розвитку вегетативної та дихальної недостатності.

Вибір ініціальної терапії залежить від наявності супутніх станів або захворювань. При відсутності ефективності у лікуванні рекомендовано переглянути іншу опцію лікування та повторно провести диференційний діагноз, або направити пацієнта до спеціалізованого центру.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Вибір методу лікування залежить від клінічної форми ХЗДП і може вимагати як монотерапії (кортикостероїди, імуноглобуліни або плазмаферез), так і поєднаних варіантів терапії (включаючи спроби застосування іншої імуномодулюючої терапії з метою зменшення підтримуючої дози кортикостероїдів/внутрішньовенних імуноглобулінів).

Для кортикостероїдів рекомендовано наступні режими лікування: преднізолон 120 мг перорально з наступним зниженням дози протягом 4 місяців; преднізолон 60 мг або метилпреднізолон 48 мг перорально щодня з поступовим зниженням дози протягом 6-8 місяців; дексаметазон 40 мг/день внутрішньовенно 4 дні/місяць з повторним введенням щомісяця (6-8місяців); метилпреднізолон 500 мг/день внутрішньовенно 4 дні/місяць (6 місяців). Закономірні побічні явища тривалого прийому пероральних кортикостероїдів роблять внутрішньовенні кортикостероїди більш прийнятними. Не рекомендовано обирати першим препаратом кортикостероїди для лікування моторної ХЗДП у зв'язку з можливим погіршенням симптомів. Рекомендовано систематичне проведення

моніторингу розвитку небажаних явищ тривалого застосування кортикостероїдів.

Внутрішньовенні імуноглобуліни можуть бути препаратом вибору (особливо для моторної ХЗДП). Рекомендовано провести перший курс лікування в дозі 2 г/кг маси тіла розділений на 2-5 днів з подальшою підтримуючою терапією через кожні 3 тижні в дозі 1 г/кг маси тіла розділений на декілька днів. Разова доза не повинна перевищувати 40-80 г/день. Через 6-12 місяців для першого року лікування та через 1-2 роки для 2-3 року лікування рекомендовано робити спроби зменшити дозу імуноглобулінів (на 25%) або збільшувати інтервал між лікуванням для вирішення питання ефективності лікування та потреби в продовженні підтримуючої терапії.

Рекомендовано розпочати лікування з 5 процедур апаратного плазмаферезу (мембранна фільтраційна система або сепарація формених елементів крові шляхом центрифугування) проведених протягом 2 тижнів. Подальші інтервали встановлюються індивідуально. Рекомендовано проводити обмін 100-150% об'єму плазми на процедуру при застосуванні центрифугаційної системи, що вираховується за формулою: $1 \text{ об'єм} = 0,07 \times \text{гематокрит} \times \text{вагу пацієнта (кг)}$. Видалена плазма крові замінюється еквівалентним об'ємом 4,5% ізотонічного розчину людського альбуміна. Пацієнтам, що проходять процедури плазмаферезу рекомендовано щоденний моніторинг загального аналізу крові, аналіз коагулограми, функції нирок та печінки, загальний рівень білку та альбуміна. Для контролю інфекції рекомендовано провести перед першою процедурою плазмаферезу аналіз на гепатити В та С, ВІЛ інфекцію, перевірити базовий рівень загального імуноглобуліну крові.

2) Очікуваними результатами ефективності лікування є досягнення стану ремісії (повної відсутності клінічних ознак захворювання) або суттєвого зниження вираженості її симптомів або відсутність прогресування інвалідності.

3) Проводиться обов'язковий постійний моніторинг необхідності продовження підтримуючої терапії та появи закономірних побічних явищ постійного застосування кортикостероїдів, імуноглобулінів або плазмаферезу.

Бажані:

4) Пацієнти, що досягли клінічної ремісії і припинили терапію, продовжують перебувати під спостереженням та їх стан має оцінюватись кожні 6 місяців з метою виявлення можливого об'єктивного погіршення та необхідності повернення на терапію або додавання терапії другої лінії (азатіоприн, ритуксимаб).

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП) з ХЗДП.
2. Відсоток пацієнтів з ХЗДП, яким проведено ЕНМГ.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта з ХЗДП.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цих стандартів медичної допомоги.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинним Стандартам медичної допомоги даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 90%;

2024 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями, які надають первинну медичну допомогу, лікарями неврологами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів неврологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів неврологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів неврологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу, лікарів неврологів (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ХЗДП (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями, які надають первинну медичну допомогу, лікарями неврологами (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнтів з ХЗДП, яким проведено ЕНМГ з визначенням відповідності до критерії діагнозу.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях цих стандартів медичної допомоги.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Аналіз індикатора дозволить своєчасно виявити проблеми, пов'язані з проведенням скринінгових обстежень. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження стандарту медичної допомоги не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

Організація, яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ХЗДП, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями-неврологами, спеціалізованими ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів-неврологів, спеціалізованих ЗОЗ, які надають допомогу пацієнтам з ХЗДП, зареєстрованих в районі обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ХЗДП, які лікувалися у ЗОЗ за звітний період.

Джерелом інформації є: форма 003/о, форма 025/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ХЗДП, яким проведено ЕНМГ з визначенням відповідності критеріям діагнозу ХЗДП та варіантів ХЗДП.

Джерелом інформації є: форма 003/о, форма 025/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Діагностика та лікування хронічної запальної демієлінізуючої полінейрорадикулопатії», 2023.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2022 року № 1011 «Про затвердження чотирнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту
медичних послуг**

Олександра МАШКЕВИЧ