ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
17 червня 2025 року№ 979

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО АНГІЇТУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

2025

Загальна частина

Назва діагнозу: Первинний ангіїт центральної нервової системи.

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

I67.7 Церебральний артеріїт, не класифікований в інших рубриках

Розробники:

Дубров Сергій Олександрович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Дельва Михайло Юрійович	завідувач кафедри нервових хвороб Полтавського державного медичного університету, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Гріценко Олександр Володимирович	в.о. начальника 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	завідувачка кафедри педіатрії, імунології, інфекційних та рідкісних захворювань Міжнародного європейського університету (за згодою);
Гриб Вікторія Анатоліївна	завідувач кафедри неврології та нейрохірургії Івано-Франківського національного медичного університету;
Кальбус Олександр Іванович	завідувач кафедри неврології Дніпровського державного медичного університету;
Чопяк 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);
Московко Геннадій Сергійович	завідувач кафедри неврології та нейрохірургії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;
Личко Володимир Станіславович	доцент кафедри нейрохірургії та неврології навчально-наукового медичного інституту Сумського державного університету;
Бойко Ярина Євгенівна	професор кафедри клінічної імунології та алергології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

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	професор, професор кафедри внутрішньої медицини навчально-наукового центру «Інститут біології та медицини» Київського національного університету імені Тараса Шевченка д.мед.н.;
Товажнянська Олена Леонідівна	завідувач кафедри неврології Харківського національного медичного університету, д.мед.н., професор.

Перегляд стандарту медичної допомоги заплановано на 2029 рік

Перелік скорочень

ЗОЗ	заклад охорони здоров’я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТА	комп’ютерна томографічна ангіографія
МДК	мультидисциплінарна команда
МРА	магнітна резонансна ангіографія
МРТ	магнітна резонансна томографія
ПАЦНС	первинний ангіїт центральної нервової системи
СМД	стандарт медичної допомоги
СМР	спинномозкова рідина
ЦНС	центральна нервова система
ЦСА	цифрова субтракційна ангіографія
Форма № 003/о	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», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма № 025/о	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», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982

Розділ І. Організація надання медичної допомоги

1. Положення стандарту медичної допомоги

Медична допомога пацієнтам з ангіїтом центральної нервової системи (далі –ПАЦНС) надається у закладах охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з захворюваннями центральної нервової системи (далі – ЦНС) та потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнтів мультидисциплінарною командою (далі - МДК) фахівців, до якої мають бути включені лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі: невропатологи, ревматологи, імунологи, радіологи де облік та основне ведення здійснюється лікарями - невропатологами.

Лікарі різних спеціальностей мають бути обізнані щодо основних клінічних проявів ПАЦНС з метою його раннього виявлення та скерування до лікаря-невропатолога, який здійснює діагностику та призначає подальше лікування пацієнтів.

2. Обґрунтування

ПАЦНС - це підтип васкуліту невідомої етіології, що вражає артерії (рідше вени) головного і спинного мозку та м'яку мозкову оболонку, за умови відсутності ознак системного васкуліту. Патологічний процес може вражати, як дрібні, так і великі судини ЦНС. Середній вік встановлення діагнозу - 50 років, але хвороба може виникнути в будь-якому віці, співвідношення чоловіків та жінок 1:1. ПАЦНС є причиною до 5% усіх цереброваскулярних подій у пацієнтів молодше 50 років.

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

Ефективні системи комунікації, які відповідають конкретним потребам пацієнтів, є найважливішими для забезпечення своєчасної їх діагностики, направлення та лікування.

Завдяки розширенню масштабів просвітницьких заходів щодо ПАЦНС 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 та встановленням діагнозу.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) існують локально узгоджені письмові документи, що координують та інтегрують спеціалізовану медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієнтів з ПАЦНС;

2) існує задокументований індивідуальний план ведення пацієнтів з ПАЦНС, узгоджений з пацієнтом та, за згодою, з членами сім'ї / особами, які здійснюють догляд, доступний МДК, що містить інформацію щодо діагнозу пацієнта, лікування та подальшого його ведення. Усі результати досліджень, консультувань, рекомендації, заключення, тощо належним чином фіксуються у медичній документації;

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 консультацій.

Розділ ІІ. Діагностика ПАЦНС

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз ПАЦНС встановлюється у ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з захворюваннями ЦНС. Проте, діагноз ПАЦНС може бути запідозрений лікарем будь-якої спеціальності у випадку скарг пацієнта на раптовий головний біль або зміну характеру вже існуючого головного болю, когнітивні порушення, наявність рецидивуючого вогнищевого неврологічного дефіциту (парезів, атаксії, афазії, дизартрії, порушень зору), інсульту, епілептичних нападів, психічних розладів.

ПАЦНС може вражати будь-які відділи центральної нервової системи, тим самим викликаючи варіабельні та неспецифічні клінічні прояви, може мати тривалий продромальний період, однак у деяких випадках захворювання розвивається гостро.

Діагностика ПАЦНС та його варіантів, диференціація та верифікація здійснюється лікарями невропатологами на підставі анамнестичних та клінічних даних, результатів додаткових методів обстеження (за необхідності), даних візуалізації (магнітна резонансна томографія (далі-МРТ) головного мозку, комп’ютерна томографічна ангіографія (далі-КТА), магнітна резонансна ангіографія (далі-МРА) та цифрова субтракційна ангіографія (далі-ЦСА) судин головного мозку), аналізу спинномозкової рідини (далі-СМР), біопсії тканини головного мозку та м’якої мозкової оболонки.

2. Обґрунтування

ПАЦНС має варіабельні клінічні та візуалізаційні прояви, які можуть зустрітися в практиці лікаря будь-якої спеціальності, тому для своєчасної діагностики ПАЦНС першочергове значення має вміння лікарів визначити ознаки когнітивних та поведінкових порушень, вогнищевого неврологічного дефіциту для подальшого скерування пацієнта до лікаря невропатолога для встановлення діагнозу та призначення лікування.

Наявність великої кількості захворювань, що за клінічною картиною нагадують ПАЦНС та значна упередженість пацієнтів у випадку необхідності проведення біопсії тканини головного мозку призводять до значних труднощів у встановленні коректного діагнозу.

«Достовірний» діагноз ПАЦНС вимагає гістопатологічного підтвердження васкуліту з проведенням біопсії головного мозку. «Ймовірний» діагноз ПАЦНС вимагає наявності високоймовірних для ПАЦНС змін на ангіограмі (чергування ділянок сегментарного звуження та розширення м’язових церебральних артерій, артеріальні оклюзії з множинним ураженням церебральних судин, відсутність

атеросклерозу проксимальних судин та інших судинних аномалій), змін на МРТ (наявність певних нейровізуалізаційних патернів) та змін у аналізі СМР (у 80-90% випадків помірний лімфоцитарний плеоцитоз та підвищення концентрації білку), що відповідають ПАЦНС.

Диференціальна діагностика ПАЦНС має вирішальне значення для запобігання необґрунтованому призначенню імуносупресивної терапії. Диференційна діагностика ПАЦНС є досить широкою і включає в себе ураження нервової системи запального, інфекційного, онкологічного та судинного походження.

Більшість ускладнень з боку ЦНС при церебральному васкуліті, включаючи гострий ішемічний інсульт, виникають внаслідок пошкодження ендотелію, гіперкоагуляції та запалення.

3.Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) пацієнти із виявленими ознаками, за якими може бути запідозрений ПАЦНС, повинні бути якомога швидше направлені до лікаря невропатолога;

2) діагностичні заходи для встановлення діагнозу ПАЦНС включають: збір анамнезу, оцінку неврологічного статусу з фіксацією провідних синдромів неврологічного дефіциту;

3) для первинної візуалізації проводиться МРТ головного мозку та, за необхідності, спинного мозку (з контрастуванням парамагнітними контрастними засобами, що містять гадоліній) з визначенням наступних нейровізуалізаційних патернів: гострий внутрішньомозковий крововилив /субарахноїдальний крововилив; псевдотуморозний патерн; множинні гострі/підгострі ішемічні ураження; одиничне гостре/підгостре ішемічне ураження; хвороба дрібних судин; вогнища накопичення контрастної речовини в паренхімі мозку; ураження спинного мозку;

4) з диференціально-діагностичною метою, для виключення іншої патології, за відсутності протипоказань (після проведення МРТ) пацієнту виконується люмбальна пункція з наступним аналізом СМР, що включає підрахунок клітин з їх диференціацією та рівень білка. Результати аналізу СМР в межах норми не виключають діагноз ПАЦНС;

5) для диференціації з інфекційним васкулітом виконується полімеразна ланцюгова реакція (далі-ПЛР) та культуральне дослідження;

6) церебральна МРА або церебральна мультизрізова (більше 128 зрізів) КТА дозволяють виявити ангіографічну картину характерну для ПАЦНС з ураженням великих церебральних судин (чергування ділянок сегментарного звуження та розширення церебральних артерій; артеріальні оклюзії, що уражають декілька церебральних судин; відсутність атеросклеротичного ураження церебральних артерій та судинних аномалій);

7) пацієнтам з клінічною підозрою на ПАЦНС та результатами МРА/КТА, що не дозволяють встановити достовірний діагноз проводиться ЦСА, яка є найбільш інформативною при ПАЦНС з ураженням великих та середніх церебральних судин;

8) пацієнтам з клінічною підозрою на ПАЦНС та негативним

результатом ЦСА (відсутня ангіографічна картина, що характерна для ПАЦНС з ураженням великих та середніх церебральних судин) для встановлення достовірного діагнозу необхідно проведення біопсії ділянок м'якої мозкової оболонки та ділянок головного мозку, що накопичують контрастні засоби за даними МРТ;

9) у пацієнтів з виявленим ураженнями великих та середніх церебральних судин (за даними ЦСА, КТА або МРА) можливість проведення біопсії головного мозку вирішується індивідуально з урахуванням співвідношення ризику та користі;

10) для виключення системних васкулітів проводяться додаткові лабораторні дослідження крові (загальний аналіз крові, швидкість осідання еритроцитів, біохімічний аналіз крові на визначення маркерів ураження печінки та нирок, антинуклеарні антитіла, антифосфоліпідні антитіла, антинейтрофільні цитоплазматичні антитіла, ревматоїдний фактор) та інфекційних васкулітів (серологічне дослідження на вірус імунодефіциту людини, гепатиту В і С, вірус оперізуючого герпесу);

11) діагноз ПАЦНС встановлюється із зазначенням ураження великих або (та) дрібних церебральних судин.

Бажані:

12) за наявності показань пацієнт може бути скерований для визначення вмісту кокаїну, амфетаміну в біологічних рідинах (кров, сеча);

13) для диференційної діагностики ПАЦНС та спадкової патології (синдром CADASIL, синдром MELAS) пацієнтів скеровують до лікаря генетика з наступним проведенням молекулярно-генетичного аналізу;

14) у випадку підозри на онкологічну патологію проводиться комп'ютерна томографія органів: грудної клітки, черевної порожнини, малого тазу.

Розділ ІІІ. Лікування ПАЦНС та моніторинг ефективності лікування

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування пацієнтів з ПАЦНС, особливо під час загострень, прогресування чи рецидиву захворювання проводиться у ЗОЗ, що спеціалізуються на діагностиці та лікуванні неврологічних захворювань та мають у своїй структурі відділення інтенсивної терапії / реанімації.

У випадку легкого перебігу ПАЦНС без вогнищевих неврологічних розладів, психічних розладів, епілептичних нападів індукційна терапія може бути проведена в амбулаторних умовах.

Несвоєчасне або неадекватне лікування ПАЦНС може призвести до погіршення стану пацієнта та розвитку стійкого функціонального дефіциту або до виникнення рецидиву захворювання.

2. Обґрунтування

В більшості випадків дебют ПАЦНС є поступовим, а перебіг повільно прогресуючим, але хвороба може починатися гостро у вигляді епілептичних

нападів, інсульту, мієлопатії.

Відразу після встановлення діагнозу ПАЦНС, лікарем невропатологом призначається лікування, яке передбачає індукційну терапію (лікування в гострій фазі захворювання з метою досягнення ремісії) та підтримуючу терапію (терапевтичні втручання після закінчення індукційної терапії з метою підтримання ремісії та профілактики рецидиву) та включає застосування глюкокортикоїдів та імуносупресивних засобів. Вибір індукційної терапії залежить від клінічної важкості ПАЦНС. Може бути достатньо монотерапії (лікування глюкортикоїдами) при легких фенотипах захворювання або вимагати поєднаної імуносупресивної терапії при тяжкому перебігу. Тому терапевтичний підхід, як на етапі індукційної терапії, так і на етапі підтримуючої терапії може дуже відрізнятися та потребувати невідкладних заходів.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) індукційну терапію ПАЦНС рекомендовано розпочинати у вигляді пульс-терапії метилпреднізолоном в дозі 1000 мг/добу внутрішньовенно протягом 3-5 днів або перорального прийому преднізолону в дозі 1 мг/кг/день щодня;

2) в якості індукційної терапії, поряд з глюкортикоїдами, призначають циклофосфамід (в дозі 2 мг/кг/день щодня перорально протягом 3-6 місяців або по 750 мг/м^2 внутрішньовенно болюсно 1 раз на місяць протягом 6 місяців) або мікофенолову кислоту;

3) у випадках легкого перебігу ПАЦНС в якості індукційної терапії можна розглянути можливість монотерапії глюкокортикоїдами;

4) у випадках непереносимості або відсутності ефекту від імуносупресивної терапії доцільно розглянути призначення ритуксимабу (375 мг/м^2 щотижня протягом 4 тижнів або по 1000 мг двічі з інтервалом 2 тижні внутрішньовенно);

5) після досягнення ремісії, як правило, через 4-6 місяців від початку індукційної терапії, пацієнтам з ПАЦНС призначається підтримуюча терапія у вигляді азатіоприну (1-2 мг/кг/день щодня) або мікофенолової кислоти (1000-2000 мг/день щодня), або метотрексату (20-25 мг один раз на тиждень внутрішньовенно). Тривалість індукційної терапії становить щонайменше 2 роки (за умови відсутності рецидиву захворювання) з наступним вирішенням питання щодо припинення лікування, виходячи з конкретної клінічної ситуації;

6) у пацієнтів з ПАЦНС, що перебігає з ураженням великих або середніх церебральних судин, з метою профілактики інсульту доцільно призначення ацетилсаліцилової кислоти;

7) пацієнти з ПАЦНС, у яких виникли симптоми гострого ішемічного інсульту, є кандидатами на проведення внутрішньовенного тромболізису відповідно до Стандарту медичної допомоги "Ішемічний інсульт", затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20 червня 2024 року № 1070;

8) пацієнти з ПАЦНС, у яких виникла оклюзія великих церебральних судин, є кандидатами для проведення ендоваскулярної тромбектомії;

9) враховуючи потенційно тяжкі наслідки ПАЦНС та можливість рецидивів захворювання, пацієнти потребують моніторингу ефективності лікування:

рекомендується консультація лікаря-невропатолога та проведення МРТ

(МРА) головного мозку через 4-6 тижнів від початку терапії, а потім через кожні 3-4 місяці протягом першого року лікування;

при наявності запальних змін в СМР доцільно проводити повторні дослідження СМР, де зменшення запальної реакції в СМР є маркером клінічного покращення;

при наявності артеріальних стенозів доцільно повторне проведення транскраніального кольорового дуплексного сканування судин головного мозку;

Бажані:

10) розпочати ранню фізичну і нейропсихологічну реабілітацію в залежності від клінічних проявів.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ КМП з ПАЦНС.
2. Відсоток пацієнтів з ПАЦНС, яким проведено ЦСА.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. **Наявність у ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу КМП з ПАЦНС.**

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту медичної допомоги «Діагностика і лікування первинного ангіїту центральної нервової системи» (далі – СМД).

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

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%;

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

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

Дані надаються ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, 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-невропатологів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ПАЦНС, зареєстрованим на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється, як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів-невропатологів

ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ПАЦНС, зареєстрованим на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію щодо лікарів-невропатологів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ПАЦНС, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів-невропатологів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ПАЦНС, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з ПАЦНС. Джерелом інформації є КМП, наданий ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ПАЦНС.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнтів з ПАЦНС, яким проведено ЦСА.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Аналіз індикатора дозволить своєчасно виявити проблеми, пов'язані з проведенням кваліфікованої діагностики ПАЦНС. Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження СМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора

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

Дані надаються лікарями-невропатологами ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з ПАЦНС, 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-невропатологів ЗОЗ, які надають спеціалізовану допомогу пацієнтам з ПАЦНС, зареєстрованих в районі обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з вперше виявленим ПАЦНС у ЗОЗ за звітний період.

Джерелом інформації є: форма № 003/о, форма № 025/о.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з ПАЦНС, яким проведено ЦСА.

Джерелом інформації є: форма № 003/о, форма № 025/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Діагностика і лікування первинного ангіїту центральної нервової системи», 2025 року, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 листопада 1997 року № 340 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії».
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 № 661/20974.
4. 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.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02 листопада 2022 року № 1967 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Вторинна профілактика інсульту».
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 січня 2022 року № 9 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі».
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 червня 2024 року №1070 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Ішемічний Інсульт».
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2024 року № 418 «Про затвердження шістнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

Директор Департаменту медичних послуг **Євгеній ГОНЧАР**