

Основні завдання медичних працівників при лікуванні та профілактиці депресивних розладів на первинній ланці надання медичної допомоги

Л.Г. Матвієць

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті наведені сучасні рекомендації та основні завдання щодо ведення пацієнтів з депресивними розладами на первинній ланці медичної допомоги лікарями загальної практики–сімейними лікарями та сімейними медичними сестрами.
Ключові слова: лікар загальної практики–сімейний лікар, депресивний розлад, первинна ланка надання медичної допомоги.

На сьогодні різко збільшилась кількість людей з порушеннями психічного здоров'я, зумовленими психогенетичними чинниками, що викликають так звані «хвороби цивілізації». Актуальним є високий рівень соматизації психічних розладів, які формуються у вигляді розладу адаптації внаслідок впливу хронічного стресу психосоціального характеру, зумовленого важкою соціально-економічною та політичною ситуацією у державі. Без медико-психологічної допомоги через 6 міс дезадаптація пацієнта переростає у невротичний розлад тривожно-депресивного характеру, а за відсутності кваліфікованої допомоги більше двох років цей невротичний розлад стає стійким і ригідним до медикаментозного лікування соматичних симптомів. Психічним симптомам лікарями часто надається неадекватна інтерпретація з призначенням тільки заспокійливих препаратів з малоефективним загальним результатом. У лікарів загальної практики–сімейних лікарів (ЛЗП–СЛ) може зустрічатися від 30% до 57% пацієнтів, які звертаються зовсім не з приводу проблем психічного здоров'я.

Серед 80% пацієнтів, що звертаються до ЛЗП–СЛ з приводу різних захворювань, можна виявити депресивні розлади (ДР) різного ступеня тяжкості та походження, серед яких саме непсихотичні форми депресивних розладів психоемоційної сфери займають понад 60%.

Як зазначається в уніфікованому клінічному протоколі медичної допомоги (УКПМД) «Депресія», у закладах охорони здоров'я, що надають первинну допомогу, ДР, які поєднані із соматичною патологією, діагностують у 20% пацієнтів з ішемічною хворобою серця, у 30–50% пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда, та у 30–60% хворих, які перенесли мозковий інсульт. Депресію діагностують у 38% пацієнтів онкологічного профілю, у 39% пацієнтів з паркінсонізмом. Лише 50% пацієнтів отримують спеціальне лікування залежно від тяжкості захворювання та статі, при цьому воно надає очікуваний результат лише у 25% випадків (Namalainen і співавтори, 2004; Kessler і співавтори, 2003).

Для ефективності лікування депресивних хворих актуальним питанням є забезпечення його адекватного терміну і довготривалого безперервного спостереження. У 60% випадків, коли лікування і спостереження хворих організовано неадекватно, спостерігаються повторні депресивні епізоди, ймовірність рецидиву яких при першому епізоді – 50%, при другому – 70%, при третьому – 90%.

Статистичних даних стосовно ДР на своїх дільницях ЛЗП–СЛ не мають, що зумовлено обмеженнями поширення службової інформації від психіатрів згідно закону України «Про психіатричну допомогу» (2000 р.).

В УКПМД «Депресія» за даними МОЗ України, з 2008 р. по 2012 р. спостерігається незначне зростання випадків депресивних розладів, що не відповідає загальносвітовим тенденціям і реаліям в Україні. Це свідчить про неналежну і неповну організацію виявлення, реєстрацію та надання допомоги пацієнтам з ДР, а також про нагальну потребу розширити доступ до психіатричної допомоги.

Лікар ЗП–СЛ є медичним фахівцем першого, а для деяких хворих, особливо сільських, – єдиного контакту пацієнта з лікарем, тому саме йому варто вміти оцінити психічний стан пацієнта з різних точок зору і надати вузькоспеціалізовану психіатричну медичну допомогу, визначену УКПМД «Депресія» у межах компетенцій фахівців первинної ланки.

Депресія – поширений розлад, який піддається лікуванню, а найбільш серйозним (найтяжчим) ускладненням депресії є суїцид. Тому для надання якісних і ефективних медичних послуг важливо, щоб ЛЗП–СЛ був підготовлений з наступних основних питань:

- засвоєння практичних методів розпізнавання та діагностики депресії;
- формування навичок адекватного спілкування з такими хворими;
- ознайомлення із сучасними фармакологічними препаратами та особливостями їхнього використання лікарями, які надають первинну медичну допомогу.

Навчання доцільно організовувати в усіх закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) як на етапі розроблення і впровадження Локального протоколу медичної допомоги «Депресія», так і в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика на циклах тематичного удосконалення по депресії, а також застосовувати самостійне навчання завдяки інформації, наданій у фахових журналах у рубриці «Дистанційне навчання».

Засвоєння практичних методів розпізнавання та діагностики депресії

1. ЛЗП–СЛ зобов'язаний проводити активне виявлення депресивних розладів для формування кількісного відображення проблеми на дільниці обслуговування, а також організації профілактично-лікувально-реабілітаційних заходів, у тому числі і серед пацієнтів групи ризику згідно наступних критеріїв:

- наявність психічних та поведінкових розладів в особистому та/або сімейному анамнезі;
- наявність епізодів депресії в анамнезі;
- наявність тяжких захворювань з хронічним перебігом;
- інвалідність;
- психоемоційне навантаження, втрата близької людини, втрата роботи тощо;
- соціальна ізоляція та відсутність міжособистісних підтримувальних стосунків у сім'ї.

2. Для діагностики депресії у пацієнтів групи ризику використовують Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-2 (Patient Health Questionnaire):

PHQ-9 – Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

ПІБ _____ Дата _____					
Як часто за останні 2 тиж Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте "v")		Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
1.	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3.	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4.	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5.	Поганий апетит чи навпаки переїдання	0	1	2	3
6.	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою, розчаровані у собі або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7.	Труднощі концентрації уваги (наприклад, важко зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8.	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або Ви були настільки метушливі та збуджені, що рухалися швидше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9.	Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
Сума					
загальний бал = ____					

У випадку наявності у Вас наведених вище проблем, наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ або ж спілкування з іншими людьми?	Зовсім не ускладнили
	Дещо ускладнили
	Дуже ускладнили
	Надзвичайно ускладнили

Загальний бал	Тяжкість депресії
0-4	Депресія відсутня
5-9	Легка ("субклінічна") депресія
10-14	Помірної тяжкості депресія
15-19	Середньої тяжкості депресія
20-27	Тяжка депресія

Примітка: * – бал ≥ 10 є інформативним у значенні великих депресивних розладів з чутливістю та специфічністю 83%.

1) Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності впродовж останнього місяця?

2) Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай Вас цікавили або приносили Вам задоволення протягом останнього місяця?

У разі позитивної відповіді хоча б на одне запитання PHQ-2 проводять подальше опитування з використанням опитувальника PHQ-9 (табл. 1). При цьому уточнюють особливості перебігу депресії, що в цілому дозволяє поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість.

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) – шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів, ефективна у діагностиці великого депресивного розладу (ВДР), так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

PHQ-9 є діагностично-контрольним інструментом, що дозволяє поставити синдромальний діагноз, а в процесі лікування контролювати ефективність лікування шляхом підрахунку балів через певний час.

3. Формулювання синдромального діагнозу: депресивний синдром (ДС) або тривожно-депресивний синдром (ТДС) з визначенням ступеня тяжкості за кількістю балів відповідно до критеріїв оцінки результатів PHQ-9.

Ступінь тяжкості вказує на межі компетенції ЛЗП–СЛ у лікуванні депресивного або тривожно-депресивного синдрому,

або потреби спеціалізованої психіатричної допомоги. У разі легкої «субклінічної» депресії (5–9 балів) та депресії помірної тяжкості (10–14 балів) ЛЗП–СЛ зобов'язаний надати медичну допомогу та запропонувати пацієнту консультацію у психіатра. У разі депресії середньої тяжкості (15–19 балів) і тяжкої депресії (20–27 балів) пацієнти потребують обов'язкового лікування у психіатра. Однак якщо пацієнт категорично відмовляється від послуг психіатра, ЛЗП–СЛ зобов'язаний призначити йому лікування і забезпечити фаховий медичний нагляд за перебігом хвороби.

4. ЛЗП–СЛ зобов'язаний фіксувати пацієнтів з виявленими депресивними розладами, які лікуються на первинній ланці або відправлені до психіатра на вторинну ланку, у обліковій формі № 30 для забезпечення своєчасного нагляду за такими хворими, проведення їм необхідних лікувально-профілактичних заходів. Дані з облікових форм № 30 щодо депресивних розладів хворих, які звернулися до ЛЗП–СЛ, надають можливість збирати статистичні показники по дільниці і оцінювати у динаміці ефективність лікувально-профілактичної діяльності ЛЗП–СЛ з цими розладами.

Для уточнення особливостей перебігу депресії важливо враховувати форми *депресивних розладів*: депресивний синдром ендогенної природи та прихована (ларвована) депресія.

Депресивний синдром ендогенної природи складається з тріади симптомів: зниженого до патологічного рівня настрою з

переважання негативних емоцій, ідеаторної (розумово-мовленнєвої) та рухової загальмованості.

Прихована депресія – це стан, за якого соматичні розлади, що включають вегетативні прояви, стають провідними і можуть нагадувати різні фізичні хвороби, а психопатологічні ознаки проявляються набагато пізніше і залишаються на другому плані.

Прихована депресія є станом, який може зумовити високий ризик для хворого. Зниження вітального тонузу з появою вегетосоматичних проявів формується за принципом *locus minoris resistentia* – місце найменшого супротиву.

Причиною прихованої депресії може бути:

- депресивна (невротична) реакція на конкретний чинник, що подразнює протягом визначеного часу;
- психогенна проблема або обставина, в якій живе пацієнт;
- психічна реакція пацієнта на соматичне захворювання;
- змішані форми;
- сезонні депресії (рання весна, груднева нестача природного світла).

Варіанти клінічної картини прихованої депресії:

Алгічно-сенестопатичний (кардіалгічний, цефалгічний, абдомінальний).

Агривний (стійкий розлад сну, нічне або передранкове пробудження о 3-й або 4-й годині ночі, неефективність снодійних препаратів).

Гіпоталамічний (діенцефальний):

1) вегетативно-вісцеральний (періодична тахікардія, пітливість, почуття жару, нестача повітря, посилена перистальтика шлунка і кишечника, позиви на дефекацію);

2) псевдоасматичний (нападоподібно виникають порушення частоти, ритму і глибини дихання з суб'єктивним відчуттям ядухи);

3) вазомоторно-алергічний (періодично, частіше восени або навесні, виникає почуття закладення носових ходів з утрудненням носового дихання, почуття важкості).

Обсесивно-фобічний (переважання нав'язливих побоювань, спогадів, думок, насильства над власною особистістю і бажання подолати ці страхи разом зі страхом (страхом смерті)). Клінічна картина цього розладу проявляється більше психічними феноменами, які також маскуються як вегетативні та соматичні.

Наркоманічний (періодичні запої, якими пацієнт намагається подолати внутрішній дискомфорт).

5. ЛЗП–СЛ повинен уважно ставитися до психічного здоров'я пацієнтів з хронічними або важкими гострими соматичними хворобами. Слід проводити:

- оцінювання можливого потенційного впливу захворювання та призначеного лікування на розвиток депресії;
- оцінювання оптимальності лікування основного захворювання, за необхідності направити пацієнта до спеціаліста відповідного профілю (невролога, кардіолога, гастроентеролога тощо).

ЛЗП–СЛ доводиться виявляти гнучкість у клінічному мисленні при оцінюванні ефективності терапії, зокрема, враховувати можливість інших діагнозів за відсутності ефективності, таких, як дистимія, зловживання психоактивними речовинами або ж маніакально-депресивний синдром, і своєчасно направити пацієнта до консультації або подальшого лікування у психіатра.

Формування навичок адекватного спілкування з депресивними хворими

1. Провести консультування пацієнта із роз'ясненням у доступній формі особливостей перебігу і лікування депресії, надати рекомендації щодо змін стилю життя, харчування, фізичної активності та медикаментозної терапії (якщо призначена).

2. Провести оцінювання суїцидального ризику, якщо існує така потреба:

- виявити наявність у пацієнта думок про смерть;
- розпитати про деталі планування самогубства (яким чином, чи є доступ до засобів самогубства, чи писав передсмертну записку);

- якщо у пацієнта були суїцидальні ідеї або спроби в минулому, або зараз є конкретний план самогубства необхідна **невідкладна психіатрична консультація і стаціонарне лікування;**

- якщо виявлено низький суїцидальний ризик, слід обговорити з пацієнтом план безпеки, детально розглянувши його дії у випадку погіршення ситуації, що поглиблює депресивний стан.

2. Узгодити з пацієнтом заходи немедикаментозної та медикаментозної терапії ДС та ТДС. Перекопати пацієнта у необхідності психотерапевтичного лікування, яке при субклінічному ступені тяжкості може бути ефективним без застосування фармакологічних засобів.

3. Провести навчання пацієнта щодо дотримання режиму лікування і технік самоконтролю.

4. Відповісти на запитання пацієнта.

5. Забезпечити моніторинг ефективності лікування, призначеного як ЛЗП–СЛ, так і спеціалістом ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.

6. Надати роздрукований «Інформаційний лист про депресію для пацієнта», який є обов'язковим атрибутом локального протоколу «Депресія».

Ознайомлення із сучасними фармакологічними препаратами та особливостями їхнього використання лікарями, які надають первинну медичну допомогу

Стратегія лікування.

1. Оцінити фактори, що впливають на перебіг депресії:

- 1) наявність в анамнезі епізодів депресії, психічних захворювань, інших захворювань;
- 2) зміни настрою в анамнезі;
- 3) проведене попереднє лікування депресії та його результати;

4) стосунки з оточенням;

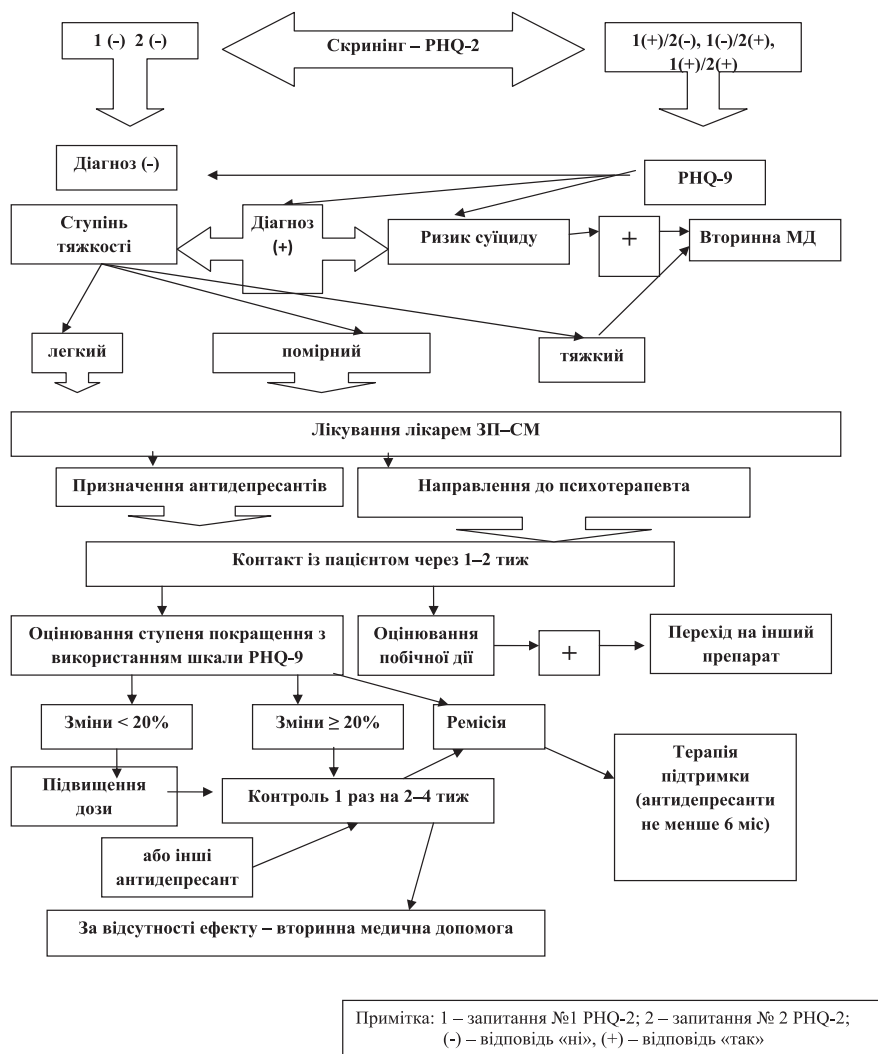
5) наявність соціальної підтримки.

2. Усім пацієнтам слід рекомендувати заходи корекції: психотерапію, дотримуватися режиму дня, гігієни сну, засад раціонального харчування, режиму регулярної фізичної активності.

3. Пацієнтам з депресією помірного або легкого ступеня при наявності обтяжуючих обставин, або неефективності заходів корекції протягом 2–4 тиж рекомендувано призначення антидепресантів (АД). На малюнку наведено чітку схему діагностики та лікування пацієнтів з депресивними розладами на первинній ланці надання медичної допомоги.

Препаратами вибору є препарати І лінії лікування (із групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – СІЗЗС), які мають найвищу доказову базу: циталопрам, сертралін, пароксетин, дулоксетин, есциталопрам, флуоксетин, флуоксамін, міансерин, міртазапін, тіанетин, венлафаксин, агомелатин, бупропіон. Існує можливість позитивної відповіді на лікування пацієнтів з легкою або помірною депресією засобами фітотерапії.

Препарати ІІ лінії лікування: амітриптилін, кломіпрамін, кветіапін, селегілін, тразодон та інші АД трициклічної групи та групи інгібіторів моноаміноксидази (МАО) **не рекомендовані для застосування ЛЗП–СЛ.** Це пов'язано з їхніми складними небажаними побічними діями, вираженою взаємодією з іншими препаратами та токсичним ефектом, у тому числі їхньою кардіотоксичністю, зокрема з розвитком серотонінового синдрому, фатальна небезпека якого криється у подовженні інтервалу Q-T>0,45 м/с, що може призвести до фібриляції шлуночків серця і його зупинки.



Алгоритм лікування у ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу

Не рекомендується призначати монотерапію препаратами бензодіазепінового ряду, тому що вони посилюють депресію.

4. Вибір АД має бути індивідуальним та базуватися на клінічному оцінюванні стану пацієнта: характеристика симптомів, наявність супутніх захворювань, профіль переносимості препарату, результат попереднього лікування АД, можливі взаємодії препаратів, уподобання пацієнтів і вартість лікування.

5. Оцінку ефективності медикаментозної терапії проводять через 3–4 тиж від початку лікування з використанням шкали PHQ-9. Якщо кількість балів зменшується на 20% і більше – продовжують призначене лікування.

Основные задачи медицинских работников при лечении и профилактике депрессивных расстройств на первичном этапе оказания медицинской помощи Л.Г. Матвиец

В статье представлены современные рекомендации и основные задачи по ведению пациентов с депрессивными расстройствами на первичном этапе оказания медицинской помощи врачами общей практики – семейными врачами и семейными медицинскими сестрами.

Ключевые слова: врачи общей практики – семейные врачи, депрессивные расстройства, первичное звено медицинской помощи.

У разі відсутності ефекту протягом 4–6 тиж сума балів за PHQ-9 зменшилася менш ніж на 20% за умови виконання рекомендацій лікаря – слід розглянути можливість збільшення дози АД, або призначення іншого препарату з урахуванням профілю побічних ефектів, або розглянути питання щодо направлення пацієнта у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.

6. Оцінка суїцидального ризику:
- наявність у пацієнта думок про смерть;

- виявлення деталей щодо планування самогубства;

- наявність у пацієнта суїцидальних ідей, спроб у минулому, конкретний план самогубства;

- наявність низького суїцидального ризику.

Фази та завдання терапії депресивного розладу

- Гострий період триває 8–16 тиж, закінчується після досягнення ремісії симптомів та відновлення функції.

- Стабілізувальний етап триває 6 міс, закінчується після подолання резидуальної симптоматики, передбачає профілактику раннього рецидиву, має на меті досягнення повної ресоціалізації та достатньої якості життя пацієнта.

- Підтримувальне лікування триває 12 міс або більше для пацієнтів з рекурентною депресією, дистимією і пацієнтів з хронічною соматичною патологією, передбачає підтримання ресоціалізації та якості життя пацієнта, запобігає рецидиву.

Психотерапію проводять на різних етапах самостійно або з психофармакотерапією безпосередньо під час спілкування з лікарем.

У разі призначення психофармакотерапії лікар зобов'язаний обстежити пацієнта до початку лікування, надати необхідні відомості щодо хвороби і особливостей застосування АД, провести навчання необхідним навичкам у лікуванні захворювання.

У подальшому лікар забезпечує ретельний моніторинг лікування, особливо на початку проведення фармакотерапії з використанням шкали PHQ-9, а також із залученням сімейної медичної сестри для періодичної перевірки психічного стану та прихильності пацієнта до лікування.

Main tasks of medical personal that provide first level of medical care during treating and prophylaxis of depressive disorders L. Matviyets

This article provide new recommendations and main tasks that is needed to general practitioners – family doctors and family medical nurses in order to care about the patients with depressive disorders.

Key words: general practitioners – family doctor, depressive disorder, first level of medical care.

Сведения об авторе

Матвиец Людмила Григорьевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 288-10-34

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія». Наказ МОЗ № 1003 від 25 грудня 2014 року.
2. Депресія (легкий або помірний депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом). Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – 2014 р.
3. Психіатрія і наркологія: Підручник /Г.Т. Сонник, О.К. Напряженко, А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська, Н.Ю. Напряженко. – 2-е вид., переробл. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2015. – 424 с.
4. Денисюк В.І., Нетяженко В.З., Вітенко І.С. та співав. Внутрішня медицина та тривожно-депресивні розлади: Підручник за ред. В.І.Денисюка. – Вінниця: «Консоль», 2011. – 571 с.
5. Голберг Д., Бенжамин С., Крид Ф. Психіатрія в медичній практиці /Пер. с англ. А. Абессоной, Д. Полтавца. – К.: Сфера, 1999. – 304 с.

Статья поступила в редакцию 23.09.2016

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

1. Виберіть критерії, згідно яких пацієнтів відносять до групи ризику:

- Наявність психічних та поведінкових розладів в особистому та/або сімейному анамнезі
- Регулярні відвідування ігрових автоматів
- Наявність епізодів депресії в анамнезі
- Наявність тяжких захворювань з хронічним перебігом
- Непорозуміння зі свекрухою
- Психоемоційне навантаження, втрата близької людини, втрата роботи тощо
- Регулярні свята із вживанням алкоголю.

2. Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-2 (Patient Health Questionnaire):

- Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності упродовж останнього місяця?
- Як давно Ви були на прийомі у лікаря?
- Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай Вас цікавили або принесли Вам задоволення протягом останнього місяця?
- Чи почувате Ви себе спокійно, якщо більше 1 міс не були у лікаря?

3. Формулювання синдромального діагнозу:

- Депресивний синдром (ДС)
- Астено-депресивний синдром (АДС)
- Тривожно-депресивний синдром (ТДС)
- Тривожно-невротичний синдром (ТНС).

4. До антидепресантів I лінії відносять:

- Циталопрам, сертралін, пароксетин
- Дулоксетин, есциталопрам, флуоксетин
- Амітриптілін, кветіапін, селегілін, тразодон
- Лувоксамін, міансерин, венлафаксин.

5. Критерії вибору антидепресантів:

- Характеристика симптомів
- Наявність супутніх захворювань

- Профіль переносимості препарату
- Результат попереднього лікування АД
- Можливі взаємодії препаратів
- Уподобання пацієнтів і вартість лікування.

6. Фази терапії депресивного розладу:

- Гострий період
- Стабілізувальний етап
- Підтримувальне лікування
- Психотерапевтичний етап.

7. Тривалість гострого періоду:

- 10–14 днів
- 8–16 тиж
- Після зменшення інтенсивності депресивних симптомів
- Через 2 тиж після початку фармакотерапії.

8. Стабілізувальний етап має за мету:

- досягнення ремісії симптомів та відновлення функцій
- подолання резидуальної симптоматики, профілактика раннього рецидиву, повна ресоціалізація пацієнта та досягнення достатньої якості життя
- передбачає підтримання ресоціалізації пацієнта та якості життя, запобігає рецидиву.

9. Підтримувальне лікування триває:

- 4 міс
- 12 міс або більше
- 1 міс.

10. Що зобов'язаний зробити лікар до початку лікування антидепресантами?

- Обстежити пацієнта
- Надати пацієнтові необхідні відомості про хворобу
- Надати пацієнтові необхідні відомості про особливості застосування антидепресантів
- Пояснити пацієнту, на який курорт йому треба поїхати.

Ответы на вопросы следует присылать в редакцию по почте или на электронный адрес.

Эл. адрес: alexandra@professional-event.com

Почтовый адрес: 03039, г. Киев, а/я 4.

Необходимый минимум – 90% правильных ответов.

Врачам, приславшим 90% и более правильных ответов, будут высланы сертификаты

Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика.