Лікування пацієнтів із деменцією в закладах первинної медичної допомоги

Лікування пацієнтів із деменцією на первинній ланці надання медичної допомоги передбачає виявлення патології, діагностику, призначення терапії й забезпечення відповідної підтримки членам родини хворого. До вашої уваги представлено основні положення настанови з лікування осіб із деменцією в закладах первинної медичної допомоги, яку розробили члени об'єднаного комітету з призначення лікарських засобів (JAPC) Національної служби охорони здоров'я Великої Британії (NHS, 2024).

Як відомо, початкова роль фахівця первинної ланки в діагностуванні деменції у пацієнта полягає в проведенні короткого скринінгу. Із цією метою використовують такі інструменти когнітивного оцінювання, як тест для визначення когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCOG) (додаток). Інші психодіагностичні шкали можна знайти в документі «Виявлення деменції — що необхідно знати фахівцю первинної ланки» (Barret et al., 2014).

Діагноз деменції, як зазначають укладачі настанов, встановлюють і підтверджують лише після висновку профільного фахівця та оцінювання ним стану пацієнта. Визначення типу деменції є важливим для подальшого вибору відповідної фармакотерапії.

Медикаментозне навантаження за використання антихолінергічних препаратів у пацієнтів із деменцією рекомендовано оцінювати за допомогою валідованих інструментів під час початкового скринінгу (перед скеруванням до спеціаліста) і під час перегляду плану лікування. Наприклад, можливо використати шкалу оцінювання впливу антихолінергічного лікування на когнітивні функції (ACB) і модифіковану шкалу оцінювання ризику антихолінергічних препаратів (mARS).

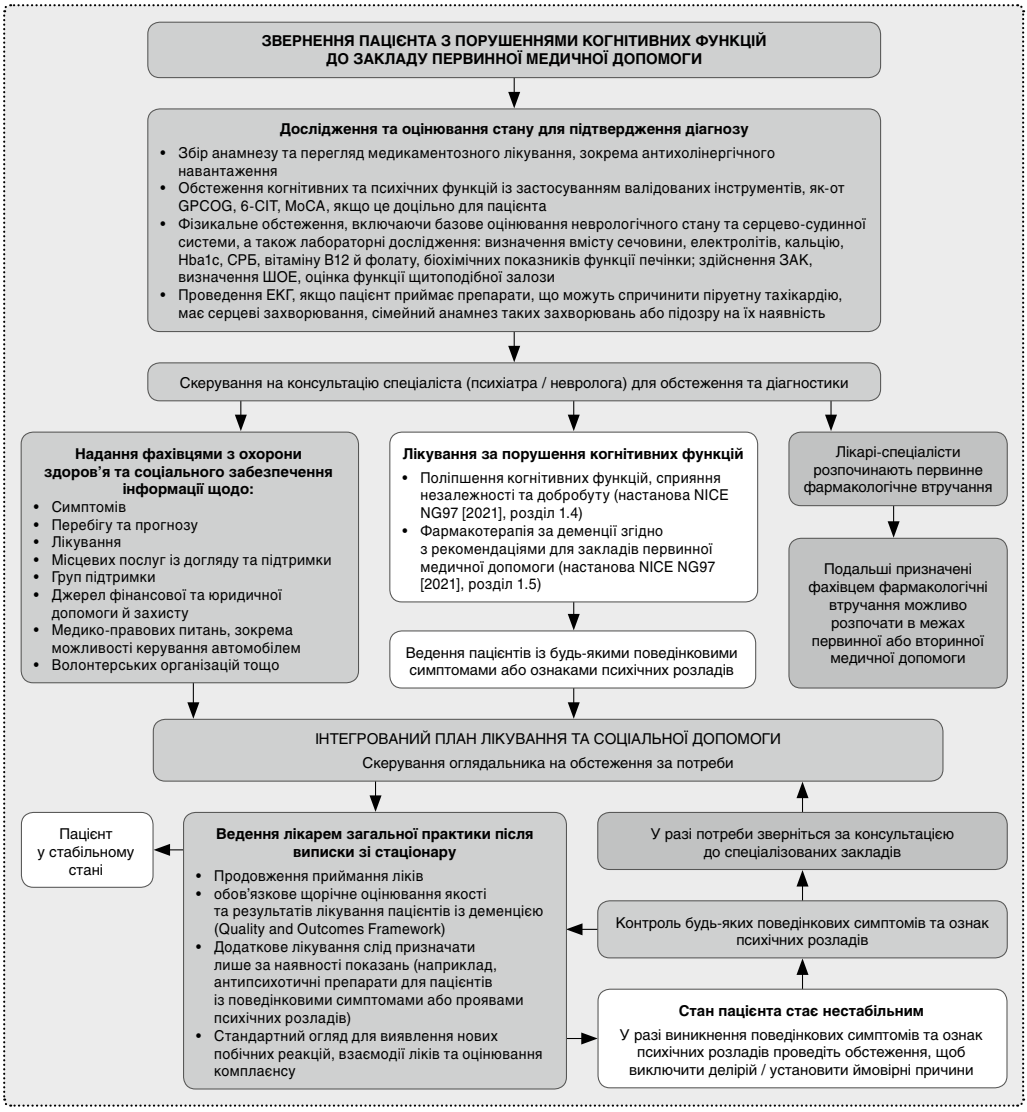
Лікування деменції спрямоване на уповільнення прогресування хвороби та покращення якості життя пацієнта, оскільки повністю вилікувати її неможливо. Таке лікування розпочинає спеціаліст вузького профілю. Зокрема, він контролює початкову відповідь пацієнта з деменцією на терапію, відстежуючи та оцінюючи її ефективність зазвичай протягом трьох місяців. Фахівець також вирішує питання безпеки подальшого ведення такого пацієнта лікарями первинної ланки, а також визначає категорії осіб, які потребують спеціалізованої допомоги.

Якщо в пацієнта спостерігаються поведінкові чи психологічні зміни або ознаки виникнення певних ризиків, що потребують спеціалізованого нагляду, рекомендовано спрямувати його на консультацію до вузького фахівця.

Призначення інгібіторів ацетилхолінестерази (іАХЕ) та мемантину не потребує особливого моніторингу. Якщо під час щорічного медичного огляду в пацієнта виявлено погіршення функції нирок, слід брати до уваги, що максимальна рекомендована доза мемантину становить 10 мг за кліренсу креатиніну < 30 мл/хв.

Різниця між іАХЕ незначна, за винятком вартості цих препаратів та їхньої переносимості, що є ключовими чинниками під час вибору лікарського засобу:

- Перевагу надають донепезилу як препарату першої лінії допомоги.
- Якщо було випробувано два іАХЕ, спроба призначення третього препарату не є обґрунтованою.
- Мемантин є альтернативою іАХЕ, якщо їх застосування протипоказано через небажані побічні реакції (НПР) із боку серцево-судинної системи.



Примітки: GPCOG — тест для оцінювання когнітивних функцій лікарем загальної практики; 6-CIT — 6-пунктовий тест на порушення когнітивних функцій; MoCA — Монреальська шкала оцінювання когнітивних функцій; Hba1c — глікований гемоглобін; СРБ — С-реактивний білок; ЗАК — загальноклінічний аналіз крові; ШОЕ — швидкість осідання еритроцитів; ЕКГ — електрокардіографія.

Рисунок. Алгоритм діагностування та лікування пацієнтів із деменцією

Адаптовано згідно з Derbyshire Joint Area Prescribing Committee. Medication and Prescribing in the Management of Dementia in Primary Care, NHS. *First Produced: February 2017*. Updated: November 2024.

Встановлювати діагноз деменції на первинній ланці медичної допомоги не рекомендовано, зокрема через недостатність відповідних доказів щодо користі та можливість виявлення «хибно-позитивних» станів, що своєю чергою може призвести до невиправданого фармакотерапевтичного втручання та стресу для пацієнта.

На рисунку представлено алгоритм діагностування порушень когнітивних функцій, дослідження та оцінювання стану для підтвердження діагнозу, а також лікування пацієнтів із деменцією згідно з настановою JAPC NHS (2024).

Таблиця. Лікарські засоби, які призначають для лікування пацієнтів із деменцією

Препарат	Донепезил	Ривастигмін	Галантамін	Мемантин
Лікарська форма	Таблетки та ОДТ	Капсули, розчин та пластир	Таблетки з ПВ і розчин	Таблетки, ОДТ і розчин
Лінія терапії	Перша	Друга	Друга	Друга
Дозування та спосіб застосування	Початкова доза: • 5 мг увечері Збільшення дози: • до 10 мг/добу за хорошої переносимості принаймні впродовж місяця	**Капсули** Початкова доза: • 1,5 мг двічі на добу під час їди Збільшення дози: • до максимальної переносимої, до 6 мг (2 × 3 мг) двічі на добу. Мінімальний інтервал між підвищеннями дози — 2 тижні **Розчин для п/о застосування** 2 мг/мл, по 4 мг двічі на добу **Пластир** Якщо пероральні препарати погано переносяться / важко застосовувати Початкова доза: • 4,6 мг/добу Збільшення дози: • до 9,5 мг/добу після щонайменше місяць • за потреби до 13,3 мг/добу щодня після 6 місяців	**Таблетки з ПВ** Початкова доза: • 8 мг/добу, із підвищенням до максимальної переносимої, не більше, ніж 24 мг/добу • підвищення з інтервалом щонайменше місяць **Розчин для п/о застосування (20 мг/5 мл)** • 12 мг двічі на добу	**Таблетки** (незалежно від їди): • Тиждень 1-й: 5 мг раз на добу • Тиждень 2-й: 10 мг раз на добу • Тиждень 3-й: 15 мг раз на добу • Тиждень 4-й і далі: 20 мг раз на добу **ОДТ 20 мг** **Розчин для п/о застосування (10 мг/мл)** • 20 мг раз на добу
Порушення функції нирок / печінки	За легкої / помірної ниркової недостатності коригування дозування не потрібне. У пацієнтів із легкою та помірною печінковою недостатністю для запобігання посиленню побічних ефектів слід ретельно дотримуватися рекомендацій щодо збільшення дози відповідно до переносимості	За легкої / помірної ниркової недостатності можливе посилення побічних ефектів, тому слід ретельно дотримуватися рекомендацій щодо збільшення дози відповідно до переносимості. У пацієнтів із легкою та помірною печінковою недостатністю можливе посилення побічних ефектів, тому слід ретельно дотримуватися рекомендацій щодо збільшення дози відповідно до переносимості	Галантамін протипоказано пацієнтам із тяжкими порушеннями функції нирок або печінки	Легкі порушення функції нирок (CrCl 50–80 мл/хв) • коригування дози не потрібне. Помірна ниркова недостатність (CrCl 30–49 мл/хв) • 10 мг/добу. Якщо препарат добре переноситься після щонайменше 7 днів лікування, дозу можна збільшити до 20 мг/добу відповідно до стандартної схеми титрування. Тяжка ниркова недостатність (CrCl 5–29 мл/хв) — 10 мг/добу За легкої / помірної печінкової недостатності коригування дози не потрібне
Побічні ефекти	Побічні реакції (наприклад, галюцинації за ХА або посилення екстрапірамідних симптомів у пацієнтів із деменцією за ХП) можуть зникнути після зменшення дози або припинення приймання препарату. Залежно від характеру побічних ефектів може бути доцільним спробувати інший інгібітор АХЕ Ці препарати можуть спричиняти брадикардію, тому їх рекомендовано призначати з обережністю пацієнтам із **синдромом слабкості синусового вузла або порушеннями серцевої провідності** Можуть спричиняти підвищення шлункової секреції — призначати з обережністю пацієнтам із активною виразкою або схильністю до її розвитку Рекомендовано з обережністю призначати пацієнтам із БА або ХОЗЛ в анамнезі Повний перелік побічних ефектів наведено в Інструкції для медичного застосування			• Часті: втомлюваність, сплутаність свідомості, запаморочення, закреп, головний біль, задишка, гіпертензія • Нечасті: галюцинації, блювання, тривожність, порушення ходи • Рідкісні: судоми (з обережністю призначати пацієнтам із епілепсією / судомами в анамнезі), панкреатит

Закінчення таблиці

Препарат	Донепезил	Ривастигмін	Галантамін	Мемантин
Контроль побічних ефектів	**Побічні ефекти**	**Заходи**		
	Нудота, блювання або діарея	Порадьте пацієнту приймати препарат під час / після їди. Забезпечте достатнє споживання рідини. Можливе зменшення дози. Перевіряйте дотримання режиму приймання, він не має бути переривчастим (особливо для ривастигміну)		
	Безсоння, незвичайні сни / кошмари, м'язові спазми, втомлюваність	Можливе зменшення дозування		
	Синкопе, запаморочення	Обстежте пацієнта для виявлення брадикардії, серцевої блокади. Виконайте ЕКГ		
	Головний біль	У разі потреби призначте парацетамол		
Взаємодія з іншими лікарськими засобами	Можуть взаємодіяти з препаратами, що чинять антихолінергічну дію, як-от оксибутинін. Можлива синергічна дія з такими ліками, як сукцинілхолін (суксаметонію хлорид) та інші міорелаксанти, холінергічні агоністи або β-адреноблокатори, що впливають на серцеву провідність. Ривастигмін: фармакокінетичні взаємодії малоймовірні. Донепезил і галантамін: обидва метаболізуються через CYP3A4 і CYP2D6 у печінці. Інгібітори цих шляхів (як-от еритроміцин, кетоконазол, флувоксамін, флуоксетин, пароксетин) можуть підвищувати рівні цих препаратів, тож пацієнти можуть відчувати посилення побічних ефектів. Може знадобитися зменшення дози. Індуктори ферментів (як-от карбамазепін, фенітоїн) можуть знижувати рівні препаратів у плазмі, тому такі комбінації слід застосовувати з обережністю			Мемантин може посилювати дію леводопи, дофамінергічних агоністів, антихолінергічних засобів та амантадину; послаблювати дію антипсихотиків та барбітуратів; змінювати дію. дантролену та баклофену. Уникайте призначення кетаміну, декстрометорфану, амантадину через можливу токсичність для центральної нервової системи. Ранітидин, циметидин, хінін, хінідин, прокаїнамід та нікотин — рівень цих речовин та/або мемантину в плазмі крові може підвищуватися

Примітки: ОДТ — ородиспергувані таблетки: ПВ — пролонговане вивільнення; CrCl — кліренс креатиніну; ХА — хвороба Альцгеймера; ХП — хвороба Паркінсона; АХЕ — ацетилхолінестераза; БА — бронхіальна астма; ХОЗЛ — хронічне обструктивне захворювання легень; ЕКГ — електрокардіографія.

Адаптовано згідно з Derbyshire Joint Area Prescribing Committee. Medication and Prescribing in the Management of Dementia in Primary Care, NHS. *First Produced: February 2017*. Updated: November 2024.

У таблиці представлено узагальнену інформацію щодо дозування, схем терапії, можливих побічних ефектів та особливостей застосування лікарських засобів, які зазвичай призначають для лікування пацієнтів із деменцією.

Фахівці JAPC рекомендують такий алгоритм призначення іАХЕ (донепезилу, ривастигміну, галантаміну) та мемантину: для пацієнтів, у яких діагноз деменції встановлено нещодавно, за призначення спеціалістом / консультантом; із поведінковими та психічними розладами, спричиненими деменцією; мемантин можливо призначати додатково до іАХЕ пацієнтам із підтвердженим діагнозом хвороби Альцгеймера (ХА) за рекомендацією профільного спеціаліста або лікаря загальної практики; консультацію щодо доцільності додавання мемантину за потреби надає фахівець вторинної ланки (за консультативним запитом).

Обов'язки фахівця вузького профілю

Діагностика

Серед повноважень фахівців вторинної ланки залишається встановлення діагнозу, оцінювання доцільності призначеної фармакотерапії та проведення необхідних базових когнітивних і функціональних обстежень.

Початок лікування пацієнтів із нещодавно встановленим діагнозом деменції

Клініцист розпочинає лікування після ретельного вибору найдоцільнішого препарату, зважаючи на наявні протипоказання, застереження, небажані побічні реакції, потенціал міжлікарських взаємодій, питання дотримання режиму фармакотерапії та її вартість.

Через три тижні від початку лікування фахівець має оцінити стан пацієнта, зважаючи на розвиток можливих небажаних побічних реакцій, за три місяці — встановити відповіді на терапію. Пацієнтів зі стабільним перебігом надалі скеровують для подальшого спостереження до лікаря загальної практики.

Тоді як пацієнти з варіабельною динамікою клінічного стану залишаються під наглядом вузького фахівця. Вказане також може стосуватися пацієнтів із супутніми психічними розладами, складною переносимістю призначеного лікування чи необхідністю додаткового контролю можливих ризиків.

Переведення пацієнта з деменцією до лікаря загальної практики

Пацієнтів із деменцією скеровують для подальшого спостереження до лікаря загальної практики лише після досягнення стабільної прогнозованості плану лікування. Крім того, протягом чотирьох тижнів передбачено призначення підтримувальної терапії.

Лікар загальної практики продовжує медикаментозну терапію, розпочату вузьким фахівцем. Спеціаліст первинної ланки має бути обізнаним щодо найпоширеніших небажаних побічних реакцій і міжлікарських взаємодій препаратів, призначених пацієнту. Раніше призначену фармакотерапію необхідно скасувати в разі виникнення в пацієнта нудоти та блювання, втрати ваги чи розвитку брадикардії.

Моніторинг стану пацієнта з деменцією

Особливі вимоги до спостереження не передбачено. Щорічний огляд пацієнтів із деменцією здійснюється відповідно до критеріїв «Системи управління ефективністю та якістю надання медичної допомоги» (The Quality and Outcome Framework). Необхідні регулярні огляди мають на меті відстежити потенційні небажані побічні реакції, міжлікарські взаємодії і перевірити дотримання пацієнтом режиму лікування.

Тривалість лікування пацієнта з деменцією

Фармакотерапію рекомендовано продовжувати, якщо вона добре переноситься, а зумовлене нею навантаження на організм пацієнта є прийнятним. Натомість погляди щодо скасування іАХЕ в пацієнтів із тяжким перебігом деменції наразі змінено. Зокрема визнано, що переваги щодо продовження лікування пацієнта зі стабільним станом і хорошою переносимістю фармакотерапії перевищують ризики припинення такого втручання, адже останнє може призвести до катастрофічного погіршення стану.

Лікар загальної практики може скасувати раніше призначену фармакотерапію, якщо вона є недоцільною, наприклад у надмірно ослаблених пацієнтів. Приймаючи рішення про скасування іАХЕ, дозу лікарського засобу слід знижувати поступово для мінімізації ризику розвитку реакцій відміни, як-от надмірна збудливість і порушення сну.

Наприклад:

- донепезил 10 мг раз на добу → 5 мг раз на добу протягом місяця → припинення приймання;
- ривастигмін 4,5 мг двічі на добу → 3 мг двічі на добу протягом 2 тижнів → 1,5 мг двічі на добу протягом 2 тижнів → припинення.

Крім того, як зазначають укладачі настанов, необхідне ретельне спостереження за станом пацієнта з деменцією, і якщо виявлено швидке й суттєве погіршення когнітивних, функціональних або поведінкови хознак, слід розглянути можливість швидкого поновлення медикаментозного лікування, оскільки його затримка може зменшити ймовірність повернення до попереднього рівня функціонування.

Скерування до профільного спеціаліста

Рекомендовано звернутися за консультацією або повторно скерувати пацієнта на огляд до профільного спеціаліста, якщо виникає занепокоєння щодо будь-яких ознак із боку психічного стану пацієнта з деменцією або у клінічних випадках, коли він потребує спеціалізованої підтримки.

Особливості призначення медикаментозної терапії

Ацетилсаліцилова кислота (АСК) і деменція судинного генезу

Відомо, що призначення АСК у низьких дозах може поліпшувати прогноз за серцево-судинних захворювань та інсульту, ймовірно, завдяки зменшенню тромбоутворення в судинах та оптимізації кровообігу. Більшість фахівців вважають, що застосування АСК може бути корисним і пацієнтам із деменцією судинного генезу.

Однак, за висновками Кокранівського огляду G. Rands et al. (2012), таких доказів на користь призначення аспірину пацієнтам із деменцією судинного генезу не виявлено. Імовірно, розвиток деменції судинного генезу та інсульту зумовлений різними патологічними процесами. Застосовуючи в цій популяції осіб АСК, слід брати до уваги ризик кровотечі, яка може мати летальні наслідки.

Статини і деменція судинного генезу

Актуальні дані щодо впливу статинів на уповільнення прогресування деменції судинного генезу є непереконливими. Відповідно до настанови NICE NG97 (2023), **не рекомендовано призначати АСК або статини для уповільнення прогресування ХА**, крім випадків участі пацієнта в рандомізованих контрольованих дослідженнях (РКД).

Фармакотерапія пацієнтів із деменцією: основні положення (NICE NG97, 2023)

Медикаментозне лікування пацієнтів із хворобою Альцгеймера:

- Монотерапію іАХЕ рекомендовано як варіант лікування пацієнтів із ХА легкого та середнього ступеня тяжкості.
- Монотерапію мемантином рекомендовано для пацієнтів із ХА середнього ступеня тяжкості, непереносимістю іАХЕ чи наявністю протипоказань до цих препаратів, або за тяжкого перебігу захворювання.
- Для пацієнтів, які не приймають іАХЕ або мемантин, розпочинати лікування цими препаратами слід лише за рекомендацією лікаря, який має відповідний клінічний досвід. Після прийняття рішення про початок терапії іАХЕ перше призначення може здійснювати фахівець закладу первинної медичної допомоги.
- Для осіб із встановленим діагнозом ХА, які вже приймають іАХЕ, призначення мемантину може бути вибором за середньотяжкого перебігу захворювання і запропонувати пацієнтам із тяжким перебігом. Вказані призначення можуть здійснювати лікарі первинної ланки без консультації профільного спеціаліста.
- Для пацієнтів із ХА не рекомендовано скасовувати використання іАХЕ, зважаючи лише на тяжкість захворювання.

Фармакотерапія пацієнтів із деменцією інших типів (призначення препаратів поза затвердженими показаннями)

Деменція з тільцями Леві:

- Пацієнтам із легким або помірно тяжким перебігом рекомендовано призначення донепезилу або ривастигміну.
- За непереносимості донепезилу та ривастигміну для пацієнтів із легким та помірно тяжким перебігом деменції з тільцями Леві слід розглянути можливість використання галантаміну.
- Якщо пацієнт із деменцією з тільцями Леві має непереносимість або протипоказання до призначення іАХЕ, може бути розглянуто можливість лікування мемантином.

Деменція за хвороби Паркінсона. Медикаментозну терапію пацієнтів із деменцією за хвороби Паркінсона слід призначати відповідно до рекомендацій, викладених у настанові NICE NG97 (2023). Деменція за хвороби Паркінсона асоціюється зі зниженням уваги та порушенням навичок функціональних можливостей.

Деменція судинного генезу. Це патологічний стан, для якого характерне порушення інтелекту, розлад когнітивних і психологічних функцій через недостатнє кровопостачання до головного мозку, що спричиняє ушкодження та загибель його клітин. Можливість призначення іАХЕ або мемантину рекомендовано розглядати лише для пацієнтів із деменцією судинного генезу за підозри на супутню ХА, хворобу Паркінсона або деменцію з тільцями Леві.

Лобово-скронева деменція

Не рекомендовано призначати лікування іАХЕ або мемантином пацієнтам із лобово-скроневою деменцією.

Препарати, які можуть зумовлювати розвиток когнітивних порушень

Слід пам'ятати, що застосування деяких поширених у клінічній практиці лікарських засобів може бути пов'язане зі збільшенням антихолінергічного навантаження та спричиняти когнітивні порушення.

У клінічній практиці існують валідовані інструменти для оцінювання антихолінергічного навантаження, проте доказів щодо переваги будь-якого окремого інструменту порівняно з іншими недостатньо.

Лікування пацієнтів із некогнітивними ознаками деменції

Перед початком фармакотерапії або немедикаметозного лікування пацієнта з деменцією необхідно виконати структуроване оцінювання його стану для виявлення передбачуваних причин дистресу та можливих клінічних / екологічних чинників, на які можна також мати вплив (наприклад, больовий синдром, делірій або неналежний догляд).

Фармакологічні втручання, які не рекомендовані настановою NICE NG97 (2023):

- Не рекомендовано пропонувати пацієнтам препарати женьшеню, добавки вітаміну Е або фітозасоби для лікування деменції.
- Не рекомендовано припиняти застосування іАХЕ у пацієнтів із ХА, зважаючи лише на тяжкість перебігу захворювання.
- Не пропонувати призначення лікування іАХЕ або мемантином пацієнтам із лобово-скроневою деменцією.
- Не пропонувати використання іАХЕ або мемантин пацієнтам із когнітивними порушеннями, спричиненими розсіяним склерозом.
- Не рекомендовано пропонувати застосування вальпроатів для контролю збудження або агресії в пацієнтів із деменцією, якщо такі лікарські засоби не показано для лікування іншого розладу.
- Не рекомендоване стандартне призначення антидепресантів для лікування пацієнтів із депресивними розладами легкого або помірного ступеня на тлі деменції, якщо призначення цих препаратів не виправдано наявністю тяжкого психічного розладу.
- Не пропонувати призначення мелатоніну для лікування безсоння в пацієнтів із ХА.
- Не слід вдаватися до планового ентерального харчування для пацієнтів із тяжким перебігом деменції, крім клінічних випадків, коли це показано за наявності потенційно оборотної супутньої патології.
- Не рекомендовано для уповільнення прогресування ХА призначати протидіабетичні та антигіпертензивні препарати, статини, нестероїдні протизапальні препарати, зокрема АСК, за винятком випадків, коли їх застосовують у межах РКД.

Додаток

Тест для оцінювання когнітивних функцій лікарем загальної практики (GPCOG)

Відповідно до настанови NICE NG57 (2023), тест GPCOG використовують для скринінгу порушень за типом деменції. Серед валідованих коротких структурованих когнітивних інструментів — шестипунктовий тест на порушення когнітивних функцій (6CIT) і тест для оцінювання пам'яті (TYM).

Обстеження пацієнта за GPCOG

Якщо не вказано інше, кожне запитання поставте лише раз.

Ім'я та адреса для наступного запам'ятовування:

«Зараз я скажу вам ім'я та адресу. Після того як я їх озвучу, повторіть, будь ласка. Запам'ятайте це ім'я та адресу, тому що через кілька хвилин я попрошу вас їх назвати: Джон Браун, Вест Стріт, 42, Кенсінгтон» (можливо зробити щонайбільше чотири спроби, але не оцінювати результат одразу)

Орієнтація в часі

Яка сьогодні дата? (мають бути лише точні відповіді):

- 0 балів — неправильно; 1 бал — правильно.

Малювання годинника (візуально-просторова здатність)

Використовуйте аркуш із надрукованим на ньому колом

1. Позначте всі цифри, що вказують години на циферблаті. Оцініть правильність інтервалу:

- 0 балів — неправильно; 1 бал — правильно.

Цифри 12, 3, 6 і 9 мають бути в правильних квадрантах кола, інші — приблизно в правильному.

2. Намалюйте стрілки, щоб показати час 11:10:

- 0 балів — неправильно; 1 бал — правильно.

Стрілки мають вказувати на 11 і 2; не знімайте балів, якщо особа не розрізняє довгу і коротку стрілку.

Інформація

Чи не могли би ви, будь ласка, розповісти мені щось з останніх новин (за останній тиждень):

- 0 балів — неправильно; 1 бал — правильно.

Пацієнт не зобов'язаний надавати детальний опис, достатньо продемонструвати обізнаність щодо недавньої новини. Якщо відповідь загальна (наприклад, «війна», «багато дощів»), попросіть уточнити. Якщо пацієнт не може деталізувати, оцініть таку відповідь як неправильну.

Відтворення

Яке ім'я та адресу я попросив вас запам'ятати?

Оцініть кожен із п'яти компонентів: Джон, Браун, Вест Стріт, 42, Кенсінгтон.

Джон: 0 балів — неправильно / 1 бал — правильно.

Браун: 0 балів — неправильно / 1 бал — правильно.

Вест Стріт: 0 балів — неправильно / 1 бал — правильно.

42: 0 балів — неправильно / 1 бал — правильно.

Кенсінгтон: 0 балів — неправильно / 1 бал — правильно.

Загальний показник пацієнта за шкалою GPCOG = */9 (* кількість балів із дев'яти можливих, які набрав пацієнт під час опитування).

Підготувала ***Наталія Савельєва-Кулик***

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.nhs.uk