

Актуальные вопросы паллиативной помощи в Тверской области, проблемы обезболивания в общесоматической практике

Бахарева Ольга Николаевна

главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Тверской области по паллиативной помощи, к.м.н.

Статья 32. Медицинская помощь

1. Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

2. К видам медицинской помощи относятся:

1)первичная медико-санитарная помощь;

2) специализированная , в т.ч. высокотехнологичная, медицинская помощь;

3) скорая, в т.ч. скорая специализированная, медицинская помощь;

4) паллиативная медицинская помощь.

Статья 36. Паллиативная медицинская помощь

1. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

2. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Принципы оказания паллиативной помощи по рекомендации кабинета министров Совета Европы (2003 г.)

- Паллиативная помощь – неотъемлемая часть здравоохранения.
- Каждый нуждающийся в паллиативной помощи должен её получить.
- Цель паллиативной помощи – наилучшее качество жизни больного.
- Паллиативная помощь - междисциплинарная и мультипрофессиональная.
- Желание пациента – главный принцип паллиативной помощи.

Современная паллиативная помощь включает следующие аспекты:



- Профилактика боли.
- Контроль над симптомами.
- Общий уход за пациентами.
- Обучение и реабилитация.
- Психотерапевтическая помощь.
- Поддержка семьи во время болезни близкого человека и после его смерти.
- Научные исследования в области паллиативной медицины

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 21.11.2011 № 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

СКОРАЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

ХОСПИС

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СТАНОВЛЕНИЕ

2 октября 2012 г. N 1074

«О ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2013 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2014 И 2015 ГОДОВ»

V. Средние нормативы объема медицинской помощи

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях

2013 год - 0,077 койко-дня на 1 жителя

2014 год - 0,092

2015 год - 0,112

Финансовое обеспечение оказания гражданам паллиативной медицинской помощи осуществляется за счет:

1) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

;

2) иных источников в соответствии с настоящим Федеральным законом.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

редние нормативы финансовых затраты
а 1 койко-день в медицинских организациях,
казывающих паллиативную медицинскую помощь
стационарных условиях (включая больницы
естринского ухода), за счет средств соответствующих
юджетов:

013 год - 1537,1 руб.
014 год - 1654,3 руб.
015 год - 2137 руб



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 14 апреля 2015 года № 187н

- Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению
  - Настоящий Порядок устанавливает правила оказания паллиативной медицинской помощи за исключением больных ВИЧ-инфекцией*

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 14 апреля 2015 года № 193н

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям

Паллиативная помощь в Тверской области:

На территории Тверской области в 2014-2015 путём перепрофилирования коечного фонда медицинских организаций организовано 209 коек круглосуточного пребывания для оказания паллиативной медицинской помощи. В 2016 году продолжится работа по перепрофилированию коек сестринского ухода в койки, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, доведя общее количество их до 345.

- На базе ГБУЗ «Калининская центральная клиническая районная больница» открыт кабинет психологической помощи онкобольным и их родственникам.
- На базе ГБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» открыты на амбулаторном приеме кабинеты противоболевой терапии, где проводится оценка степени выраженности хронического болевого синдрома и подбор схем обезболивания;
- кабинеты стомированных больных, где проводится обучение правилам ухода за стомированными больными (с гастро-, трахео-, колостомами), решение психологических и социальных проблем инкурабельных пациентов.

- Открыты отделения паллиативной медицинской помощи в следующих медицинских организациях:
- ГБУЗ «Бельская ЦРБ», ГБУЗ «Бологовская ЦРБ», «ЦРБ Лесного района», ГБУЗ «Калязиниская ЦРБ», ГБУЗ «Кувшиновская ЦРБ», ГБУЗ «Лихославльская ЦРБ»,, ГБУЗ «Оленинская ЦРБ», ГБУЗ «Сандовская ЦРБ», ГБУЗ «Сонковская ЦРБ», ГБУЗ «Спировская ЦРБ», ГБУЗ «Торжокская ЦРБ», ГБУЗ «Жарковская ЦРБ», ГБУЗ «Западнодвинская ЦРБ», ГБУЗ «Кимрская ЦРБ», ГБУЗ «ДОКБ», ГБУЗ «КДБ №2», ГКУЗ «Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер».

Паллиативная служба в России оказывается:

в амбулаторных условиях	• в кабинетах паллиативной медицинской помощи • выездными бригадами патронажной службы на дому
в условиях дневного стационара	• в условиях дневного стационара паллиативной медицинской помощи
в стационарных условиях	• в хосписах • в отделениях паллиативной медицинской помощи • в центрах паллиативной медицинской помощи



Наиболее частой причиной вызова выездной бригады паллиативной помощи является:

- к онкологическому больному – коррекция лечения болевого синдрома, обработка области распада опухоли наружной локализации;
- к прочим пациентам – обработка пролежней, свищей, инфицированных ран с гнойно-некротическим отделяемым.

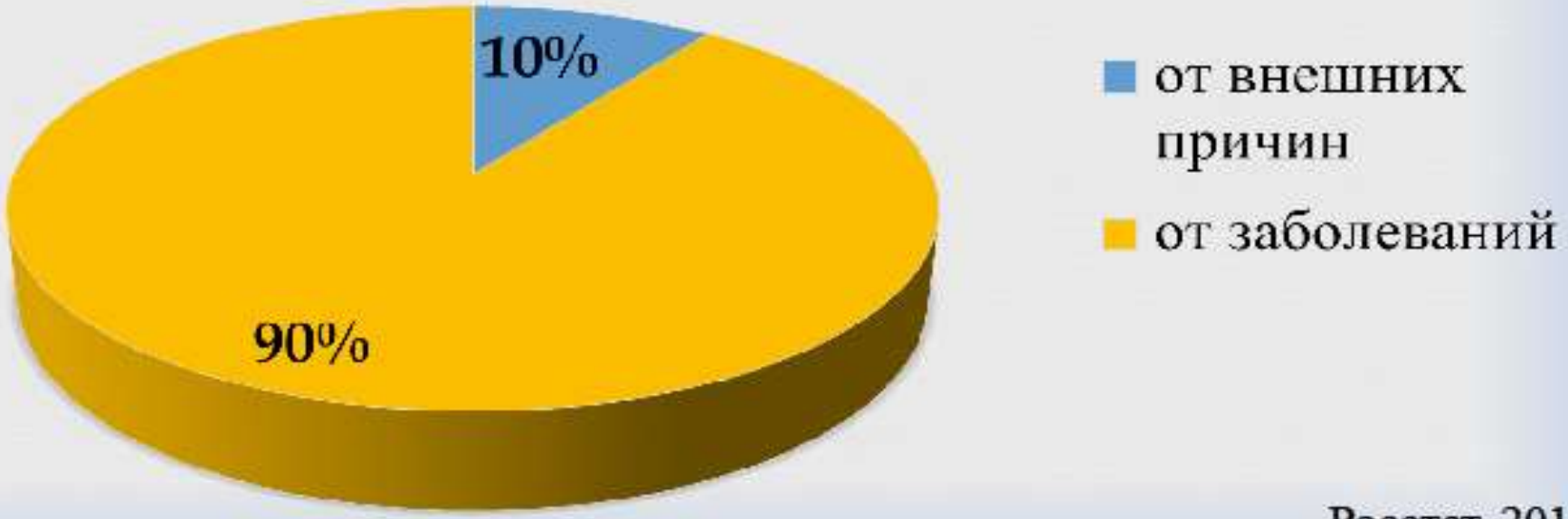
РАЗВИТИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ВПЕРВЫЕ В ПОРЯДКЕ ПРЕДУСМОТРЕНА ОРГАНИЗАЦИЯ БРИГАД ОТДЕЛЕНИЙ ВЫЕЗДНОЙ ПАТРОНАЖНОЙ СЛУЖБЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Показатели смертности населения Российской Федерации в 2013 году

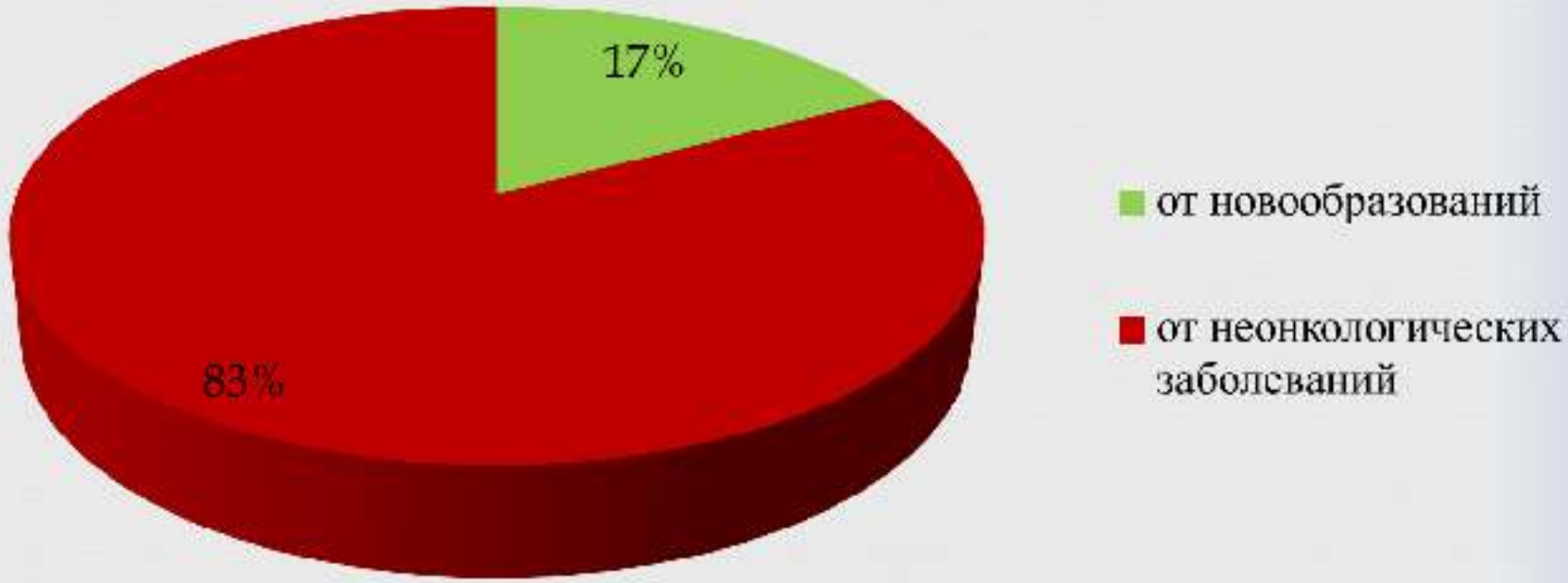
его умерло 1 871 809
внешних причин 185 353
заболеваний 1 686 456



Росстат, 2013

Показатели смертности населения Российской Федерации в 2013 году

Умерло от заболеваний 1 686 456
от новообразований 291 775
от неонкологических заболеваний 1 394681





Паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие основные группы:

- пациенты с различными формами злокачественных новообразований;
- пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- пациенты с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания.

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению

- Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в отделениях паллиативной медицинской помощи, отделениях сестринского ухода медицинских организаций(в случае если отсутствуют медицинские показания для постоянного наблюдения врача), хосписах и домах (больницах) сестринского ухода.

- 9. Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляют:

- врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;
- врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения;

- При отсутствии гистологически верифицированного диагноза направление больных злокачественными новообразованиями и неонкологическими заболеваниями в медицинские организации оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляется по решению врачебной комиссии медицинской организации, в которой проводится наблюдение и лечение пациента

Назначение и выписывание обезболивающих лекарственных препаратов



- - Федеральный закон от 14.04.2010 №61-ФЗ « Об обращении ЛС» в ред3 от 25.12.2012г №262-ФЗ ст. 58.1 предметно-количественный учет ЛС для медицинского применения
- - Федеральный закон от 8.01.1998 №3-ФЗ « О наркотических средствах и психотропных веществах» в ред. от 03.02.2015
- Порядок назначения лекарственных препаратов от 20.12 №1175н в ред от 30.06.2015 №386н
- Приказ МЗ РФ от 17.06.2013 № 378н» Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением ЛС для медицинского применения, включенных в перечень ЛС для медицинского применения, подлежащих ПКУ, в специальных журналах для учета операций, связанных с обращением ЛС для медицинского применения и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением ЛС для медицинского применения»
- Приказ МЗ РФ от 20.01.2014 №30н№ Об утверждении порядка включения ЛС в перечень ЛС для медицинского применения, подлежащих ПКУ»
- Приказ МЗ РФ №183н от 22.ю04.2014 « Об утверждении перечня ЛС для медицинского применения, подлежащих ПКУ»
- Дополнительная информация: письма МЗ РФ от 3.09.2014 №25-4/10/2-6691, от 28.05.2015, №17-9/10/2-2519, от 19.06.2015 №25-4/10/2/3030

-при выписывании из медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, пациенту даются рекомендаций по дальнейшему наблюдению, лечению, а также организации и проведению ухода в амбулаторных условиях.
-в отдельных случаях по решению руководителя медицинской организации при выписывании из медицинской организации оказывающей паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, пациенту, получающему наркотические и психотропные лекарственные препараты и нуждающемуся в продолжении лечения в амбулаторных условиях, могут назначаться либо выдаваться одновременно с выпиской из истории болезни наркотические и психотропные лекарственные препараты списков II и III Перечня на срок приема пациентом до 5 дней.
-единовременно врачу может быть выдано не более 10 рецептов для НС
-возврат пустых ампул и ТСФ при очередной выписке рецепта строго не регламентирован
-срок уничтожения НС не полностью использованных препаратов- не позднее последнего дня месяца
-срок действия рецепта на НС-15 дней
-в сельских пунктах, расположенных в труднодоступных местностях медицинский работник осуществляет назначение ЛС единолично
-для введения процедурной, постовой медсестрой НС присутствие врача строго не регламентировано

Паллиативная медицинская помощь оказывается неизлечимо больным детям с отсутствием реабилитационного потенциала, которые нуждаются в симптоматической терапии, врачами по паллиативной медицинской помощи,прошедшими обучение по дополнительным профессиональным программам повышение квалификации



БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ
ФОНД
РАЗВИТИЯ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Нозологии детской паллиативной помощи

(Hain et al, 2010)

В настоящее время перечень болезней по МКБ-10 насчитывает 574 диагноза, которые специалистами, работающими в детской паллиативной помощи, определены как ограничивающие жизнь заболевания.

Онкологическая патология – 10-20%

Наиболее частые диагнозы в детской паллиативной помощи

Злокачественные новообразования (10-20%)

Неонкологическая патология (80-90%):

- Болезни нервной системы
- Метаболические/ Нейродегенеративные заболевания
- Хромосомные болезни/ Синдромы
- Респираторная патология
- Генетические заболевания крови
- Болезни сердечнососудистой системы
- Другие (ВИЧ/СПИД, почечная недостаточность, др.)



Пациенты педиатрической паллиативной помощи

Категория 1

Пациенты с угрожающими жизни заболевания, при которых куративное лечение возможно, но оно может быть неэффективным

Примеры: *злокачественные новообразования, необратимая недостаточность таких органов как сердце, печень, почки*

Категория 2

Пациенты с заболеваниями, при которых длительное интенсивное лечение направлено на продление жизни и позволяет вести нормальную активность, но возможна преждевременная смерть

Примеры: *муковисцидоз, нейродегенеративные заболевания (мышечная дистрофия Дюшенна, СМА)*

Категория 3

Пациенты с прогрессирующими тяжелыми заболеваниями, длящимися долгие годы, при которых куративное лечение не применяется, а проводится только паллиативная терапия.

Примеры: *болезнь Баттена, мукополисахаридозы*

Категория 4

Пациенты с необратимыми, но непрогрессирующими заболеваниями, вызывающими тяжелые нарушения, которые приводят к осложнениям и вероятной преждевременной смерти

Примеры: *тяжелые формы постинфекционных, посттравматических органических поражений ЦНС*

ACT & Children's Hospices UK

Организационные проблемы:

- недостаточная законодательная база;
- не возможность обеспечения всех нуждающихся

Проблемы образования:

- отсутствие специальности «паллиативная медицина»;
- недостаток квалифицированных специалистов и учреждений их готовящих



Проблемы паллиативной помощи в России



Проблемы организации лекарственной помощи

Проблемы финансирования

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛИ

- Болевые рецепторы (ноцицепторы)
  - возникновение боли
- Периферические нервы и ганглии задних корешков спинного мозга
  - проведение боли
- Спинной мозг (задние рога и восходящие пути)
  - Модуляция боли
  - Спинальные болевые рефлексы
  - Проведение боли
- Головной мозг (продолговатый мозг, гипоталамус, таламус, кора)
  - Когнитивные, эмоциональные, вегетативные реакции на боль

НПВС
- Подавление синтеза эндогенных химических веществ

Местные анестетики
- Неизбирательное нарушение проведения импульсов по нервным волокнам

Миорелаксанты
- Торможение мотонейронов на уровне спинного мозга, предполагаемое анальгетического действие за счет устранения мышечного спазма

Опиоиды
- Стимуляция опиоидных рецепторов эндогенной антиноцицептивной системы

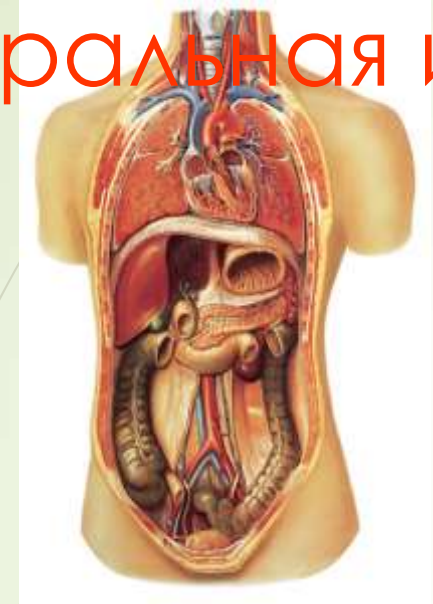
Классификация боли

- -Ноцицептивная (соматическая, висцеральная, мышечная):
- -Нейропатическая:
- -Психогенная:
- -Смешанной природы:

  ноцицептивная ±нейропатическая ±психогенная;



Ноцицептивная боль: висцеральная и соматическая





Висцеральная боль
Боль возникает при повреждении симпатически иннервируемых органов (например, при опухолевом поражении поджелудочной железы, стенок желудка и кишечника, растяжении капсулы печени т.д.)

Соматическая боль
Боль появляется в результате инвазии опухоли и активации ноцицепторов в месте её появления (в костях, коже, п/к клетчатке, мышцах и т.д.)

Paice JA, Ferrell B. *CA Cancer J Clin* 2011;61:157-82.

Причины болей у онкологических больных

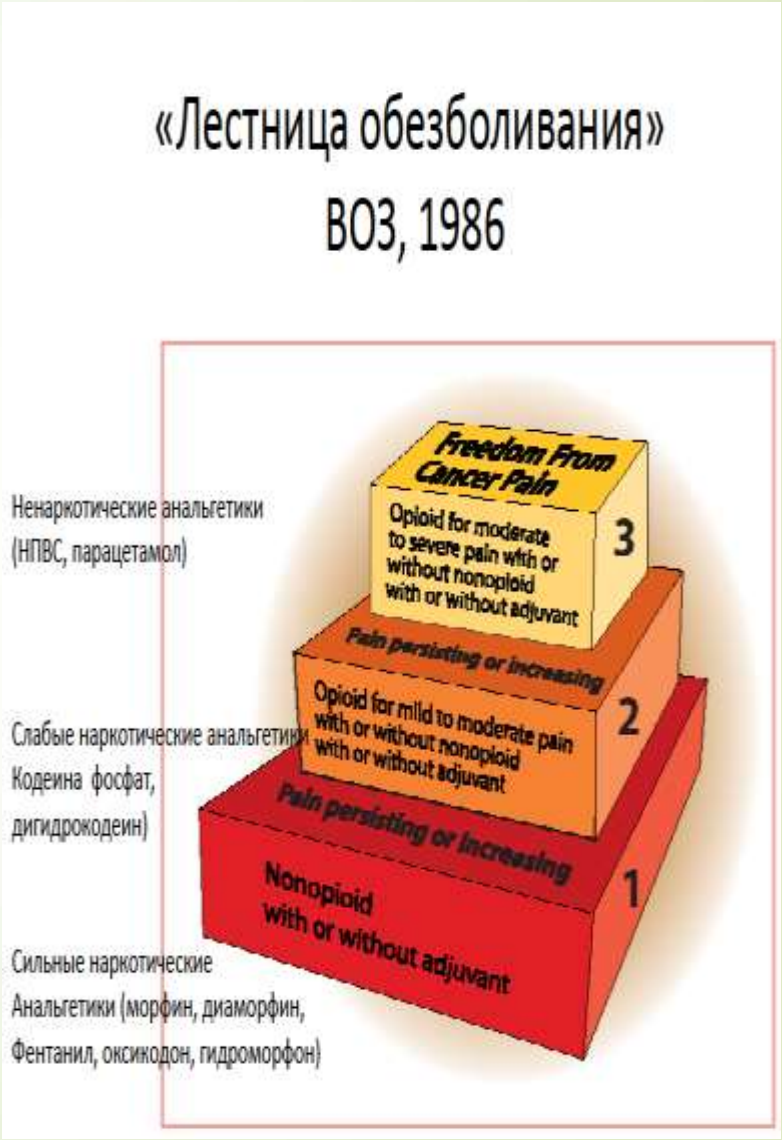


- ✓ Боли, вызванные самой опухолью
  - Поражение тканей и органов, окклюзия сосудов и т.д.
- ✓ Боли, вызванные осложнениями опухолевого процесса
  - Патологические переломы, некроз, инфицирование, тромбозы
- ✓ Боли вследствие паранеопластического синдрома
  - Артропатии, нейропатии, миопатии и проч.
- ✓ Боли обусловленные противоопухолевым лечением
  - Осложнения хирургической, химио-, лучевой терапии

World Health Organization. *Cancer Pain Relief* 1996;2nd ed.

Трехступенчатая схема лечения боли

1. Ненаркотический анальгетик + адъювантные средства.
2. 2. Слабый опиоид типа кодеина + ненаркотический анальгетик + адъювантные средства.
3. 3. Сильный опиоид (опиаты) группы морфина + ненарктотический анальгетик + адъювантные средства



1 ступень – Слабая боль — Ненаркотические анальгетики/коанальгетики: Парацетамол, Аспирин, Анальгин и др.*НПВС*

- НПВС применяют и в последующем на всех этапах обезболивания, а не заменяют более сильными препаратами
- • Парацетамол по 500–1000 мг 4 раза в сутки.
- • Ибупрофен по 400–600 мг 4 раза в сутки.
- • Кетопрофен по 50–100 мг 3 раза в сутки.
- • Кетанол – 10 – 20 мг 3 – 4 раза в сутки (считается одним из сильных в этой группе)

2 ступень – умеренная боль использование слабых опиоидов.

Либо добавление кодеинсодержащих средств к препаратам первой группы, либо использование следующих препаратов:

- Трамадол по 50 – 100 мг 4 раза в сутки
- Стадол по 1 – 2 мг в/м или в/в 6 – 8 раз в сутки
- Золдиар (комплекс «трамадол+парацетамол») по 1 – 2 таблетки 4 раза в сутки
- Солпадеин (комплекс «парацетамол+кодеин+кофеин») по 1 – 2 таблетки 4 раза в сутки (кодеинсодержащий)

За рубежом в последние годы стал широко использоваться препарат DHC Continus (дигидрокодеин) для лечения хронической боли средней интенсивности. Препарат выпускается в виде таблеток по 60,90,120 мг, которые обладают пролонгированным действием в течение 12 часов.

3 ступень – сильная боль использование наркотических анальгетиков

- 1) чистые агонисты (не имеют «потолочных доз») -морфин, кодеин, гидроморфон, оксикодон, фентанил;
- 2) смешанные агонисты-антагонисты (имеют потолочные» дозы) - бупренорфин, пентазоцин, буторфанол, нал-буфин;
- 3) антагонисты - налоксон.
- Нельзя комбинировать чистые агонисты и смешанные

3 ступень – использование наркотических анальгетиков

- Бупренорфин -полусинтетический агонист–антагонист опиатных рецепторов превосходит по анальгетической активности морфин, побочные эффекты менее выражены.

  (бупранал-р-р, транстек-ТТС)

  Дигидрокодеин –ДГК-Континус-таб

  Морфин- морфин(р-р), морфина сульфат (капс), MST-Continus(таб пролонг)-таблетки обладают пролонгированным действием в течение 12 часов, Суточная доза обычно достигает 200-400 мг. При переводе с парентерального приема морфина на пероральный прием дозировка должна быть увеличена.

  Омнопон (морфина гидрохлорид, кодин носкапин, папаверина гидрохлорид, тебин)-р-р

3 ступень – использование наркотических анальгетиков

- Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин гидрохлорида (ПРОСИДОЛ-) в виде защечных таблеток эффект развивается через 10–30 минут, продолжительность анальгезии колеблется от 2 до 6 часов,рекомендуют использовать при неэффективности трамадола.
- Просидол представлен в виде таблеток по 25 мг (для орального применения) и по 10-20 мг для сублингвального (защечного) применения, а также в ампулах по 1,0 мл 1% раствора для энтерального использования
- Налоксон+оксикодон (таргин)-таб пролонг

Лестница обезболивания ВОЗ: многоступенчатый подход к лечению боли



- Как сильный опиоид Фентанил относится к 3 ступени обезболивания
- Другие препараты 3 ступени:
  - Морфин
  - Метадон
  - Гидроморфон
  - Оксикоодон

WHO=World Health Organization.

World Health Organization. *Cancer Pain Relief* 1996;2nd ed.

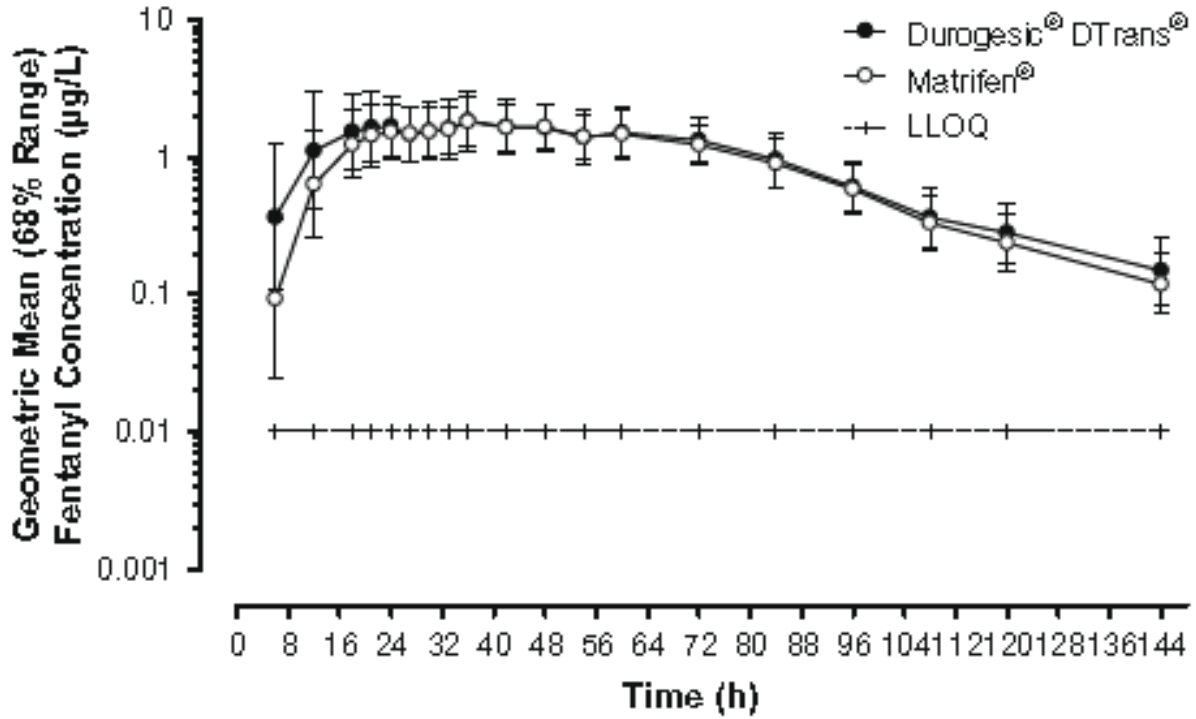
Фентанил

- Самым быстрым действием по сравнению с другими препаратами для лечения раковых больных с хроническим болевым синдромом обладает фентанил. Этот препарат отличается достаточно сильным, но кратковременным анальгезирующим эффектом; он не обладает анальгетическим потолком – прогрессивное повышение дозы приводит к дополнительному анальгетическому эффекту.
- Помимо внутривенного введения, используют также пластыри с фентанилом, обеспечивающие постепенное высвобождение препарата в течение 3 суток Анальгетический эффект развивается через 12 ч после наложения первого пластыря, при выраженном болевом синдроме для обезболивания в этом промежутке времени возможно внутривенное введение фентанила
- Стартовая доза фентанила обычно составляет 25 мкг/час. Применение пластырей с фентанилом особенно оправдано у больных с затрудненным глотанием или с плохими венами; иногда пациенты предпочитают пластырь, считая эту лекарственную форму наиболее удобной.
- В то же время, по данным некоторых авторов, пластыри с фентанилом можно применять и у пациентов с недостаточным эффектом кодеина, т.е. при переходе от второй к третьей ступени обезболивания.

Препараты Фентанила

- Дюрогезик (ТТС)
- Луналдин (таб)
- Фендивия (ТТС)
- Фентадол (ТТС)
- Фентанил(р-р

Фендивия® и Дюрогезик® DTrans® биоэквивалентны



- Фендивия в сравнении с Дюрогезик® имеет ряд преимуществ:
  - низкая начальная нагрузка фентанила
  - до 76% меньше, остаточное содержание фентанила
  - более эффективное использование фентанила

LLOQ=lower limit of quantification.

Kress HG, et al. *Eur J Pharm Biopharm* 2010;75:225-31.

Основные правила при переходе с [illegible]х опиоидов на ТТС

- Следует определить количество анальгетиков за последние 24 часа
- Полученную сумму следует перевести в соответствующую пероральную дозу морфина
- Соответствующую дозу фентанила следует определить с использованием таблицы

Для достижения дозы более 100 мкг/час можно одновременно использовать несколько пластырей

TDF=transdermal fentanyl; SRM=sustained-release morphine; BTP=breakthrough pain.

Переход с перорального морфина на ТТС с фентанилом

Пероральная доза морфина мг/сут	ТТС фентанил мкг/час
<135	25
135–224	50
225–314	75
315–404	100
405–494	125
495–584	150
585–674	175
675–764	200
765–854	225
855–944	250
945–1034	275
1035–1124	300

TDF=transdermal fentanyl.

- **Технические возможности** для подкожного введения препаратов (при невозможности энтерального приема)



Программируемые помпы для пролонгированной анальгезии



Стационарное решение



Organizer 100/500

Носимые программируемые помпы



Rythmic Plus

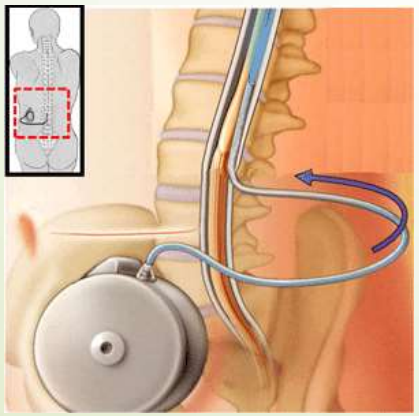


Амбулаторное решение

функциональная нейрохирургия в лечении «трудной боли»











Коанальгетики:
•кортикостероиды (Дексаметазон)
•антидепрессанты (Амитриптилин)
•противосудорожное средство (Карбамазепин)
•спазмолитическое средство (Дротаверин)
•НПВС (Ибупрофен)
Адьювантная терапия -
Контроль за побочными эффектами:
•слабительное (Гутталакс)
•противорвотное (Галоперидол)
Психотропные препараты:
•снотворные средства (Родедорм)
•транквилизаторы (Диазепам)
•антидепрессанты (Амитриптилин)

Паллиативная помощь –
составляющая часть системы здравоохранения и неотъемлемый элемент права гражданина на охрану здоровья.

Обязанность государства - обеспечить доступность паллиативной медицинской помощи всем, кто в ней нуждается.

Обеспечить доступность паллиативной помощи в России - значит обеспечить достойного качество жизни и облегчить страдания огромного числа людей!

«Если сердцу – хоть одному – не позволю разбиться - я не напрасно жила;
Если ношу на плечи приму, чтоб кто-то мог распрямиться, боль – хоть одну уйму, одной умирающей птице верну частицу тепла – я не напрасно жила»

•Эмили Дикинсон