

В ПОМОЩ НА ПРАКТИКАТА HELPING PRACTICE

ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ В НЕВРОЛОГИЯТА

Е. Витева

Катедра по неврология, Медицински университет – Пловдив

PALLIATIVE CARE IN NEUROLOGY

E. Viteva

Department of Neurology, Medical University – Plovdiv

Резюме:	<p>За голяма част от прогресиращите неврологични заболявания палиативните грижи започват от поставянето на диагнозата и преминават през подкрепяща и терминална фаза, в които са ангажирани общопрактикуващите лекари, мултидисциплинарен екип от специалисти, както и близките на пациента. По-често срещани неврологични заболявания с необходимост от палиативни грижи са: мозъчносъдова болест, множествена склероза, болест на Паркинсон, остър и хроничен демиелинизиращ полиневрит, деменции, мозъчни тумори, латерална амиотрофична склероза. В хода на заболяването палиативните грижи включват: 1. Мониториране на жизнено важни функции на организма; 2. Наблюдаване за развитие на усложнения и започване на своевременно лечение; 3. Контрол на придружаващите заболявания; 4. Общи грижи; 5. Симптоматично лечение с цел подобряване на комфорта на пациента и повишаване качеството му на живот; 6. Подготовка на болния и близките за смъртния изход в терминалната фаза. В тази обзорна статия с практическа насоченост са представени по-честите усложнения при тежко болни и обичайно контролираните придружаващи заболявания. Изброени са общите грижи, вкл. по-специфичните при посочените неврологични заболявания. Дадени са указания за симптоматично лечение на по-често срещаните състояния при неврологичните заболявания с необходимост от палиативни грижи: умора, двигателни нарушения, булбарна симптоматика, дихателни, гастроинтестинални и урологични нарушения, болка, когнитивни, поведенчески и психични симптоми, инсомния, ортостатична хипотония.</p>
Ключови думи:	палиативни грижи, мултидисциплинарен екип, мониториране, усложнения, общи грижи, симптоматично лечение
Адрес за кореспонденция:	<i>Д-р Екатерина Витева д. м., Катедра по неврология, Медицински университет, ул. Васил Априлов № 15А, 4002 – Пловдив, GSM 0887752235, e-mail: kiv14477@yahoo.com</i>
Summary:	<p>For the majority of progressive neurological diseases, palliative care starts from the diagnosis determination and proceeds through the supporting and terminal phases, where general practitioners, a multidisciplinary team of specialists, as well as patient's relatives are engaged. More common neurological diseases that require palliative care are: cerebrovascular disease, multiple sclerosis, Parkinson's disease, acute and chronic demyelinating polyneuritis, dementias, brain tumors, lateral amyotrophic sclerosis. During the course of a disease, palliative care includes: 1. Monitoring of vital functions; 2. Observation for the development of complications and initiation of a timely treatment; 3. Control on</p>

	<p>accompanying diseases; 4. General care; 5. Symptomatic treatment aimed at improving patient's comfort and quality of life; 6. Preparing the terminally ill patient and her/his relatives for death. In this review with a practical objective, the more common complications and typically controlled accompanying diseases in severely diseased people are presented. Types of general care, including these, more specific for the above-mentioned neurological diseases, are listed. Guidelines for the symptomatic treatment of more frequently observed neurological conditions, such as fatigue, movement disorders, bulbar symptoms, respiratory, gastrointestinal and urological disorders, pain, cognitive, behavioral and psychiatric symptoms, insomnia, orthostatic hypotension that require palliative care, are given.</p> <p>Key words: palliative care, multidisciplinary team, monitoring, complications, general care, symptomatic treatment</p> <p>Address for correspondence: Ekaterina Viteva, M. D., Department of Neurology, Medical University, 15A, Vasil Aprilov Str., Bg 4002 – Plovdiv, GSM +359 887752235, e-mail: kiv14477@yahoo.com</p>
--	---

За голяма част от прогресиращите неврологични заболявания палиативните грижи започват от поставянето на диагнозата и придружават лечението, провеждано с цел промяна в хода на заболяването. Първият етап на тези грижи включва т.нар. **подкрепяща фаза**, чиято цел е поддържане на функциите на най-добро възможно ниво, облекчаване на дискомфорта, провеждане на палиативни интервенции, които намаляват ефектите на основната патология, водят до временно подобрене и позволяват на пациента да води нормален живот, доколкото е възможно. Тези дейности са отговорност на общопрактикуващия лекар, невролога и други специалисти за някои от процедурите. По-късно следва т.нар. **терминална фаза**, когато е ясно, че функциите са сериозно засегнати и има необратими промени, които са сигнал за приближаване на смъртта. Тогава в по-голяма степен е необходима персонална грижа, симптомите се контролират по-трудно, обгрижващият персонал се нуждае от помощ, възможно е стационарно лечение. В този етап става основна ролята на **мултидисциплинарен екип за палиативни грижи**.

По-често срещани **неврологични заболявания с необходимост от палиативни грижи са:** мозъчносъдова болест, множествена склероза, болест на Паркинсон, остър и хроничен демиелинизиращ полиневрит, деменции, мозъчни тумори, латерална амиотрофична склероза (ЛАС).

При всички заболявания е добре да се търси деликатен **начин за съобщаване на диагнозата и обясняване на заболяването**, неговия ход, лечение, възможни усложнения, без да се навлиза в големи подробности. Поднасянето на

информацията зависи от желанието на пациента и близките му, тяхната информираност, както и от реакциите им. Така например мозъчносъдовите заболявания най-често са с остро начало, поради което човек с рискови фактори за няколко дни се превръща в тежко инвалидизиран пациент. Той и семейството му нямат време да приемат информацията постепенно и да се адаптират. В тези случаи са необходими добри комуникативни способности за подпомагане на болния и близките му за вземане на решения. Възможно е разширяване на мозъчния инфаркт или кръвоизлив, прогресиращ мозъчен едем, децеребрация, вклиняване и мозъчна смърт. При тромбоза на a.basillaris се получава т.нар. locked-in синдром, при който пациентът е в съзнание, чува, разбира, но не може да говори и единствените възможни движения са на клепачите и вертикално отклоняване на очните булбуси. В тези случаи комуникативните възможности са силно затруднени и пациентът е тежко инвалидизиран, с потребности от много общи и специфични грижи. В други случаи се наблюдават и нарушения в съзнанието или афатични нарушения с невъзможност за разбиране на медицинската информация и вземане на решения. Особено трудно е съобщаването на диагнозата ЛАС поради бързата прогресия на заболяването и липсата на специфично лечение. В тези случаи е необходимо да се обясни на пациента, че умствените функции ще се запазят и няма да има силна болка.

В хода на заболяването палиативните грижи включват: 1. Мониторинг на жизнено важни функции на организма; 2. Наблюдаване за развитие на усложнения и започване на своевременно лечение; 3. Контрол на придружаващите

заболявания; 4. Общи грижи; 5. Симптоматично лечение с цел подобряване на комфорта на пациента и повишаване на качеството му на живот; 6. Подготовка на болния и близките за смъртния изход в терминалната фаза.

Най-често се налага **мониторирание** на следните витални показатели: съзнание (Glasgow-Liege-Coma скала), дишане, артериално налягане, пулс, сърдечен ритъм, ЕКГ, телесна температура, водно-електролитен баланс, хранене/гълтане, диуреза, дефекация, централно венозно налягане, кръвногазов анализ и АКР. Неврологът проследява в динамика неврологичния статус, клиничните и параклиничните симптоми на мозъчен едем (при необходимост – противооточно лечение с Mannitol 1-2 g/kg/d на 4-6 ч в бързи болусни инфузии и/или Furosemide 20-40 mg i.v.).

По-чести **усложнения** при тежко болни са:

- белодробни, уринарни инфекции – прилагат се съответни антибиотици, при фебрилитет – антипиретици;

- дълбоки венозни тромбози и белодробен тромбоемболизъм – за профилактика и/или лечение – еластични чорапи, нискомолекулни хепарини;

- декубитуси – прилагат се локални антисептици, антибиотици, хирургична обработка;

- сепсис – лечение с антибиотици.

Придружаващи заболявания, които обичайно подлежат на контрол, са:

- захарен диабет (инсулин при кръвна захар над 12 mmol/l);

- артериална хипертония;

- сърдечна недостатъчност;

- сърдечни ритъмни нарушения;

- бъбречни заболявания и бъбречна недостатъчност;

- чернодробни заболявания;

- кръвни заболявания (при необходимост – определяне на кръвна група и кръвопреливане);

- малигнени заболявания;

- епилепсия.

Общи грижи за инвалидизиран болен на легло:

- тоалет на устата, очите, гениталиите и тялото, разтриване и талкиране;

- оправяне на легло, смяна на бельо;

- промяна на положението на тялото на 2 часа;

- дихателна гимнастика;

- орална и/или оротрахеална аспирация;

- промивка на уретрален катетър;

- обработка на рани и декубитуси;

- поставяне на еластични бинтове за профилактика на флеботромбози;

- омокотяващи превръзки на петите за профилактика на декубитуси;

- кинезитерапия;

- речево-езикова рехабилитация.

Допълнителни общи грижи при болни с **множествена склероза** [2]:

- Да се избягва излагане на топлина на плажове, сауни, вани, басейни;

- Предотвратяване и своевременно лечение на инфекции;

- Предпазване от стрес;

- Прием на храна, богата на полиненаситени мастни киселини и витамин D и бедна на животински мазнини;

- Спиране на тютюнопушенето.

Допълнителни общи грижи при болни с болест на Паркинсон [3]:

- Физиотерапия за изграждане на съзнателна двигателна програма вместо нарушената подсъзнателна автоматична двигателна програма.

- Нископротеинова диета, особено при късна форма на заболяването; не трябва да се приема витамин B₆, който намалява преминаването на леводопа през кръвно-мозъчната бариера.

- Пациентът се насърчава да работи полека работа и да прави ежедневни упражнения.

Допълнителни общи грижи при болни с дементен синдром [4]:

- Непрекъснат контрол от страна на близките;

- Осигуряване на подкрепа при осигуряване на независимост (доколкото е възможно) и запазване на достойнството на личността;

- Предпазване от контрактури, наранявания, интеркурентни инфекции;

- Прием на течности;

- Физиотерапия.

Симптоматичното лечение включва повлияване на следните често срещани причини за дискомфорт при неврологични заболявания [7, 8]:

1. Умора (множествена склероза, остър и хроничен възпалителен демиелинизиращ полиневрит). Лечение:

- PK Merz tabl. 100 mg – 200-300 mg/d;

- програма с упражнения.

2. Двигателни нарушения

2.1. Слабост (инсулти, мозъчни тумори, множествена склероза, остър и хроничен възпалителен демиелинизиращ полиневрит, черепномозъчни травми). Лечение:

- на основното заболяване,

- кинезитерапия.

2.2. Нарушения на мускулния тонус, контрактури (инсулти, мозъчни тумори, множествена склероза, черепномозъчни, гръбначномозъчни травми). Лечение при спастично повишен мускулен тонус:

- Baclofen, tabl. 10, 25 mg – 20-120 mg/d;
- Mydocalm, tabl. 50, 150 mg – 150-450 mg/d.

2.3. Мускулни крампи (полиневрити). Лечение:

• Carbamazepine (Tegretol, Finlepsin) tabl. 200, 400 mg – 200-400 mg/d.

2.4. Акинетична криза при болест на Паркинсон – при стрес, оперативна интервенция, внезапно спиране на антипаркинсоновите медикаменти. Протича с афагия, фебрилитет, пълна неподвижност и продължава от няколко часа до няколко дни. Лечение:

- инфузии с PK Merz 200 mg/500 ml i.v. до 3 пъти дневно;
- рехидратация;
- контролиране на хипертермията;
- антитромботична профилактика.

• След възстановяване на гълтането болният преминава на обичайната или повишена доза леводопа терапия.

2.5. Двигателни флуктуации и дискинезии (болест на Паркинсон) – корекция на основното антипаркинсоново лечение.

2.6. Епилептични пристъпи (инсулти, множествена склероза, мозъчни тумори, черепномозъчни травми). Лечение:

- Diazepam amp. 10 mg – i.m., бавно i.v.
- Phenobarbital amp. 100 mg i.m.
- Depakine fl. 400 mg – болус i.v. за 5 мин, след това инфузия със скорост 1 mg/kg/h.

След овладяване на гърчовата симптоматика – системно лечение с антиконвулсанти [1].

2.7. Неволени движения (инсулти, мозъчни тумори). Лечение:

- невролептици
- Akineton tabl. 2 mg – 1-8 mg/d, amp. 5 mg/1 ml

2.8. Интенционен тремор (множествена склероза). Лечение:

- Propranolol, tabl. 25, 40 mg – 50-120 mg/d;
- Clonazepam (Rivotril), tabl. 0.5, 2 mg – 0.5-4 mg/d;
- Topiramate (Topirax, Talopam), tabl. 25, 50, 100 mg – 100-200 mg/d [2].

2.9. Медикаментозно индуцирани двигателни нарушения (болест на Паркинсон) – корекция на лечението за основното заболяване.

3. Булбарна симптоматика

3.1. Дизартрия (инсулти, тумори, ЛАС) – лечение на основното заболяване.

3.2. Дисфагия, афагия (инсулти, ЛАС, мозъчни тумори) – поставяне на назогастрална сонда за хранене.

3.3. Повишено слюноотделяне (ЛАС)

- Atropin;
- трициклически антидепресанти – Imipramin.

4. Дихателни нарушения

4.1. Диспнея (остър възпалителен демиелинизиращ полиневрит тип Guillain-Barré, миастенна криза, ЛАС).

- кислородолечение при $\text{SaO}_2 < 90\%$;
- оротрахеална интубация, асистирана вентилация;
- трахеостомия.

4.2. Кашлица – противокашлични средства

4.3. Задръжка на секрети (инсулти, ЛАС)

- назална или оротрахеална тръба за аспирация;
- мануално асистираните техники за изкашляне;
- вибрационен масаж.

5. Гастроинтестинална симптоматика

5.1. Кандидозна инфекция – антимикотични средства

5.2. Гадене, повръщане (инсулти, мозъчни тумори, ЛАС).

- антиеметици;

- при мозъчен едем – антиедемни средства.

5.3. Чревни нарушения (инсулти, болест на Паркинсон, остър и хроничен възпалителен демиелинизиращ полиневрит, множествена склероза). При констипация:

- повишаване на двигателната активност;
- промяна в хранителния режим с прием на по-богати на целулозни влакна храни;
- избягване на шоколадови изделия;
- хидратация и използване на топли напитки.
- При неефективност на тези средства – леки лаксативни средства.

5.4. Хранене и оводняване (инсулти, ЛАС, мозъчни тумори). При дехидратация – хидратация с водно-солеви разтвори.

6. Урологична симптоматика

6.1. Ретенция (множествена склероза, гръбначномозъчни травми, болест на Паркинсон). Лечение:

- Baclofen, tabl. 10, 25 mg – 20-40 mg/d;
- Diazepam tabl. 5, 10 mg – 10-15 mg/d;

6.2. Императивни позиви за уриниране и/или инконтиненция (множествена склероза, инсулти, мозъчни тумори, болест на Паркинсон, деменции). Лечение:

- Galantamine (Nivalin), tabl. 5 mg – 10-30 mg/d;
- Detrusitol, tabl. 1, 2 mg – 2-4 mg/d;

- Desmopressin (Adiuretin) – fl. 500 µg/ml – 3 x 1-4 капки в носа дн.;

- Поставяне на уретрален катетър [2, 3].

6.3. Сексуална дисфункция (множествена склероза, Болест на Паркинсон). Лечение:

- антидепресанти;

- еректилна дисфункция при мъжете – Viagra [2, 3].

7. Болка

7.1. Ноцицептивна – при стимулация на периферните болкови рецептори.

Лечение – **аналгетици и нестероидни противовъзпалителни средства** [6]:

- Acidum acetylsalicylicum (Aspirin) tabl. 100, 325, 500 mg – до 3-4 g/d;

- Paracetamol tabl. 500 mg – до 4 g/d;

- Metamizol (Analgin) – tabl. 500 mg, amp. – 1 g/2 ml, 2.5 g/5ml – 1-2 g/d;

- Indomethacin tabl. 25 mg – 25-150 mg/d, ung. 10%/40 mg, supp. 50, 100 mg;

- Diclofenac Na (Voltaren) – tabl. 25, 50, 100 mg – до 200-300 mg/d, amp. 75 mg – x 1 amp./d, gel, supp. 50-100 mg – x 1 supp./d;

- Diclofenac K (Feloran) – tabl. 25, 50, 100 mg, ung. 1%/60 g, supp. 50 mg, amp. 75 mg/3 ml;

- Ibuprofen tabl. 300, 400, 600, 800 mg – до 2400 mg/d;

- Ketoprofen (Profenid, Fastum gel) – tabl. 50, 100, 200 mg, supp., amp. 150 mg – x 1 i.m./d, Bi-Profenid 2 x 150 mg p.o.;

- Piroxicam, caps. 10, 20 mg, supp. 20 mg – 20 mg/d, Hotemin amp. 20 mg/1 ml – 1-2 amp. i.m./d, Reumador gel, Flamexin tabl., pulv. – 1 tabl./pulv./d;

- COX-2 селективни инхибитори: Meloxicam (Movalis, Movix) – tabl. 7.5, 15 mg, amp. 7.5, 15 mg, supp. – 7.5-15 mg/d; Nimesulid (Aulin) – tabl. 100 mg – 2 x 1 tabl./d, pulv. – 2-3 x 1/d;

- COX-2 специфични инхибитори: Arcoxia – tabl. 60, 90, 120 mg – 30-120 mg/d, Celebrex – caps. 200 mg – 1 caps./d;

- Основните нежелани лекарствени реакции са: от страна на стомашно-чревния тракт – болки, гадене, диспепсия, повръщане; от страна на ЦНС – главоболие, световъртеж; бъбречна увреда – интерстициален нефрит, задръжка на течности, отоци; хепатотоксичен, миелотоксичен ефект; кожни алергични прояви.

7.2. Невропатна – хронична болка, която е симптом на структурна увреда или дисфункция на нервната система, без да е налична стимулация на периферните болкови рецептори. Лечение:

7.2.1. Антидепресанти;

7.2.2. Антikonвулсанти:

- Carbamazepine (Tegretol, Finlepsin), tabl. 200, 400 mg – 200-1200 mg/d;

- Clonazepam (Rivotril, Anteplepsin), tabl. 0.25, 0.5, 1, 2 mg – 2-6 mg/d;

- Valproate (Depakine, Convulex), tabl. 200, 300, 500 mg – 600-2000 mg/d;

- Gabapentin (Neurontin, Gabaneural) – tabl. 300, 400 mg – 1200-2400 mg/d;

- Topiramate (Topirax, Talopam), tabl. 25, 50, 100 mg – 100-200 mg/d;

- Pregabalin (Lyrica) – caps. 75, 150, 300 mg – 150-600 mg/d.

7.2.3. Наркотични аналгетици:

- Morphine tabl. 10, 30, 60, 100 mg, amp. 1%/1ml – 0.2-0.8 mg/kg;

- Lydol tabl. 25 mg – 3 x 1 tabl., amp. 5%/2ml – 1-2 amp/24 ч;

- Fentanyl amp. 0.005%/2 ml – 0.025-0.05 mg i.m, i.v.;

- Tilidin – капки 10%/10 ml – 4 x 20 к.;

- Tramadol – amp. 100 mg/2 ml, caps. 50 mg – 4-6 x 50-100 mg/d.

Започва се с най-малките възможни дози, които се покачват постепенно. Най-чести нежелани лекарствени реакции: зависимост, потискане на дишането, миоза, напрегнатост, констипация, гадене, повръщане.

- физиотерапевтични процедури.

7.3. Централна – възниква при увреди на структури, свързани с провеждане на сетивността в ЦНС. Най-чести причини са: травматични увреди на гръбначния мозък, засягане на таламуса от съдови процеси, тумори, множествена склероза, епилепсия, паркинсонизъм. Болката е дълбока, недобре локализирана, най-често пациентите я описват като „изгаряща, разкъсваща, пареща”, от лека до нетърпима. Възможно е в областта на болката да има нарушена до липсваща повърхностна и/или дълбока сетивност (analgesia dolorosa). Провокира се от ендогенни и екзогенни фактори (студ, психическо напрежение). Болковото усещане е с дълъг латентен период и продължително последствие.

Лечение:

7.3.1. Антидепресанти (трициклични, инхибитори на обратния захват на серотонина).

7.3.2. Антikonвулсанти:

- Carbamazepine (Tegretol, Finlepsin), tabl. 200, 400 mg – 200-1200 mg/d;

- Clonazepam (Rivotril, Anteplepsin), tabl. 0.25, 0.5, 1, 2 mg – 2-6 mg/d;

- Valproate (Depakine, Convulex), tabl. 200, 300, 500 mg – 600-2000 mg/d;

7.3.3. Clonidin tabl. 0.15 mg – до 0.90 mg/d.

7.3.4. Хирургични методи.

8. Когнитивни, поведенчески и психични симптоми

8.1. Когнитивни нарушения (деменции, инсулти, множествена склероза, мозъчни тумори). Лечение:

- ацетилхолинестеразни инхибитори Galantamine (Nivalin), tabl. 5 mg – 10-30 mg/d;
- Donepasil (Aricept), tabl. 5, 10 mg – 5-10 mg/d;
- ноотропни средства – Piracetam (Nootropil) tabl. 400, 800, 1200 – 2.4-4.8 g/d, Cavinton, tabl. 5, 10 mg – 20-30 mg/d, Sermion, tabl. 10 mg – 20-30 mg/d, Pentoxifylline (Trental, Agapurin) – tabl. 100, 400 mg – 800-1200 mg/d, Memoplant 3 x 40 mg/d.

8.2. Делир, агитация, безпокойство (инсулти, мозъчни тумори) – Diazepam amp. 10 mg i.m, i.v.

8.3. Депресия (инсулти, множествена склероза, болест на Паркинсон, мозъчни тумори).

Лечение:

8.3.1. Трициклични антидепресанти:

- Amitriptyline, tabl. 25 mg – 25-150 mg; странични ефекти – изразени антихолинергични ефекти – ретенция на урина, когнитивни нарушения, тахикардия, нарушено зрение, сухота в устата;
- Anafranil – 25-75 mg/d.

8.3.2. Тетрациклични антидепресанти:

- Mianserin – 60-90 mg/d.

8.3.3. Инхибитори на обратния захват на серотонина:

- Seropram 20 mg/d;
- Paroxetine (Seroxat) 25 mg/d;
- Citalopram (Celexa) – 20-60 mg/d;
- Escitalopram (Cipralext) 10-20 mg/d;
- Fluoxetine (Prozac) – 20-80 mg/d; нямат страничните ефекти на трицикличните антидепресанти.

8.3.4. МАО-инхибитори:

- Aurorix – 300-600 mg/d.

8.4. Тревожност (инсулти, множествена склероза, болест на Паркинсон, мозъчни тумори). Лечение:

- Антидепресанти;
- Анксиолитици – Alprazolam (Xanax), tabl. 0.25, 0.5, 1, 2 mg – 0.5-2 mg/d.

8.5. Психотични прояви (инсулти, мозъчни тумори, болест на Паркинсон) – Лечение:

8.5.1. Невролептици:

- Clozapine tabl. – 25-75 mg/d;
- Haloperidol tabl. 1.5 mg – 4-12 mg/d;
- Chlorpromazin tabl., amp. 25 mg – 25-50 mg/d;
- Thioridazin tabl. 5, 10 mg – 20-200 mg/d;
- Quetiapine (Seroquel) – tabl. 25, 100, 200 mg – 50-300 mg/d [4, 5].

Нежелани лекарствени реакции: сънливост; тахикардия; замайване; дискинезии, дистонии;

паркинсонов синдром; малигнен невролептичен синдром.

9. Инсомния (инсулти, болест на Паркинсон). Лечение:

- Midazolam (Dormicum) tabl. 7.5 mg, amp. 1 mg/1 ml, 1 mg/3 ml, 1 mg/5 ml, 1 mg/10 ml;
- Zopiclone (Imovane) tabl. 7.5 mg;
- Zolpidem (Stilnox) tabl. 5, 10 mg ;
- Halcion tabl. 0.25 mg [3].

10. Ортостатична хипотония (болест на Паркинсон). Повлияване:

- прием на по-солени храни, по-голямо количество течности (2-3 литра);
- повдигане на горната част на леглото с 30-40°;
- спиране на понижаващи АН медикаменти;
- при липса на ефект – прилагане на инхибитори на простагландиновия синтез (Ibuprofen, Indomethacin) [3].

За осигуряването на целия описан комплекс от мерки се изискват усилията на мултидисциплинарен екип специалисти, с които чрез холистичен подход може да се постигне интеграция на физическите, психическите и социалните аспекти на грижите и да се повиши качеството на живот на болния. В хода на заболяването този екип води пациента и семейството му през надеждата за излекуване или удължаване на живота до приемането на крайния изход, предлага забавящо прогресията и посоченото симптоматично лечение. Чрез непрекъснатата комуникация стават възможни своевременното и адекватно информиране на пациента и близките му за болестта и подготовката за нейния изход.

Библиография

1. Н а ц и о н а л е н консенсус за диагностика и лечение на епилепсията. – Двигателни нарушения, 9, 2011, № 2, 6-47.
2. Н а ц и о н а л е н консенсус за диагностика и лечение на Множествената склероза. – Двигателни нарушения, 8, 2011, № 1, 6-39.
3. Н а ц и о н а л е н консенсус за диагностика и лечение на Паркинсоновата болест. – Двигателни нарушения, 7, 2010, № 2, 6-32.
4. Н а ц и о н а л е н консенсус за ранна диагностика и лечение на болестта на Алцхаймер и други форми на деменция, 2007, 1-20. /www.nevrologiagb.com/
5. Н а ц и о н а л е н консенсус за профилактика, диагноза, лечение и рехабилитация на мозъчносъдовите заболявания, 2011, 1-33. /www.nevrologiagb.com/
6. Н а ц и о н а л е н консенсус за диагностика и лечение на неврологично обусловените болки. – Cephalgia, 12, 2010, № 1, 7-62.
7. M a d d o c k s, I. et al. Palliative Neurology. Cambridge, Cambridge University Press, 2006, 43-123.
8. V o l t z, R. et al. Palliative Care in Neurology. Oxford, Oxford University Press, 2006, 13-35.