



фонд помощи
хосписам

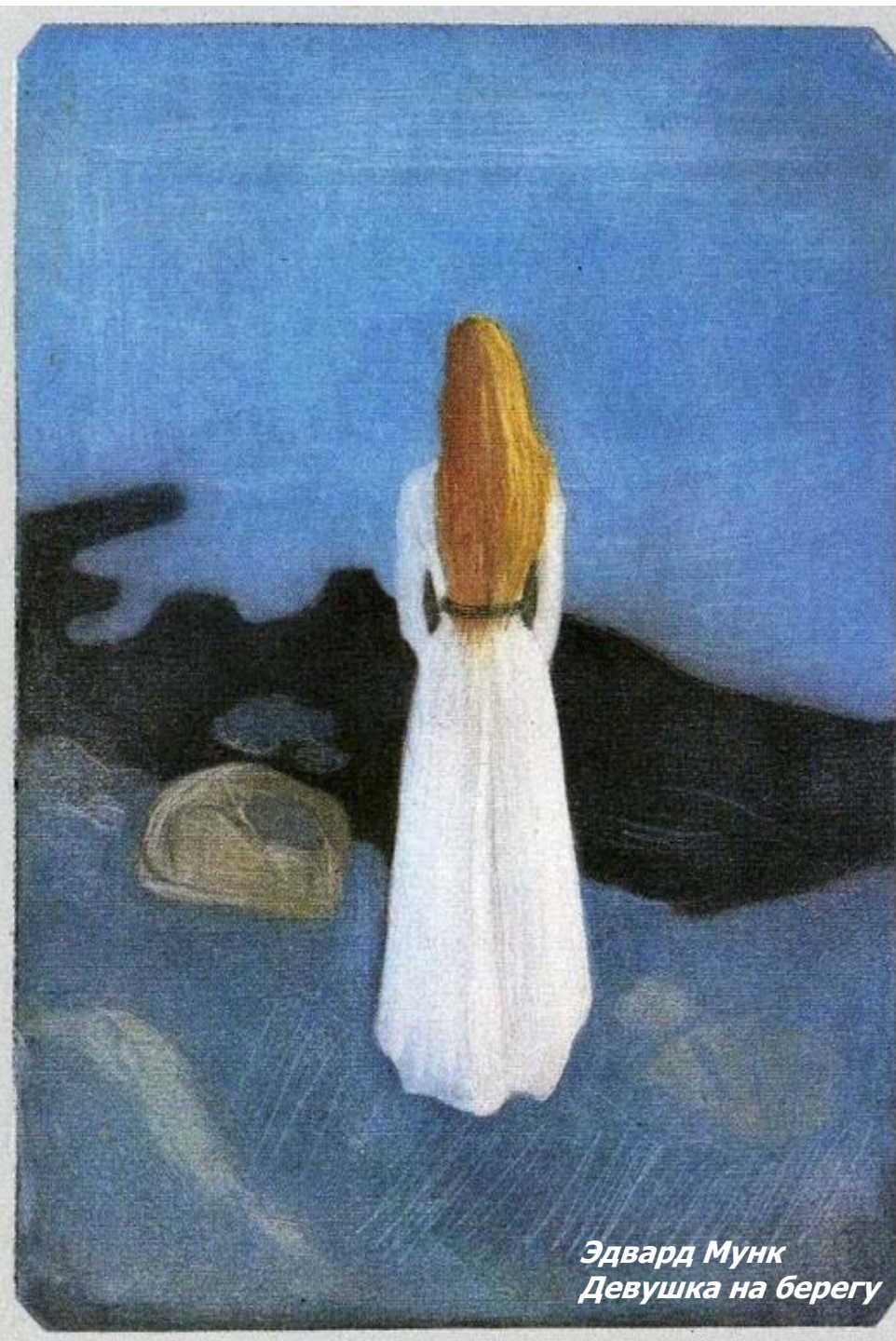
Вера

ПОСЛЕДНИЕ ДНИ И ЧАСЫ ЖИЗНИ

Ситникова Д.Ю.

Московский многопрофильный центр
паллиативной помощи Департамента
здравоохранения города Москвы

Москва, 2019 г.

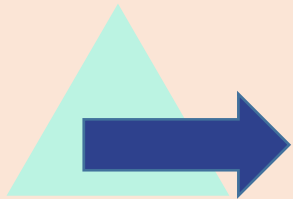


*Эдвард Мунк
Девушка на берегу*

«Те, кого мы сами сопровождаем в последней фазе жизни, учат нас, что подготовка к смерти – это и есть лучшая подготовка к самой жизни»

Жан Доменико Боразио

СМЕРТЬ – ЕСТЕСТВЕННЫЙ ИСХОД ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ



**Наша цель — не искусственное
продление процесса умирания, а
качество жизни в последние дни и часы:**

- Облегчение тягостных симптомов;
- Деликатный уход
- Психологическая и духовная поддержка пациента и его близких



**ПОЧЕМУ НЕ ПРОВОДЯТСЯ
РЕАНИМАЦИОННЫЕ
МЕРОПРИЯТИЯ?**



Потому что это привело бы к искусственному продлению процесса умирания

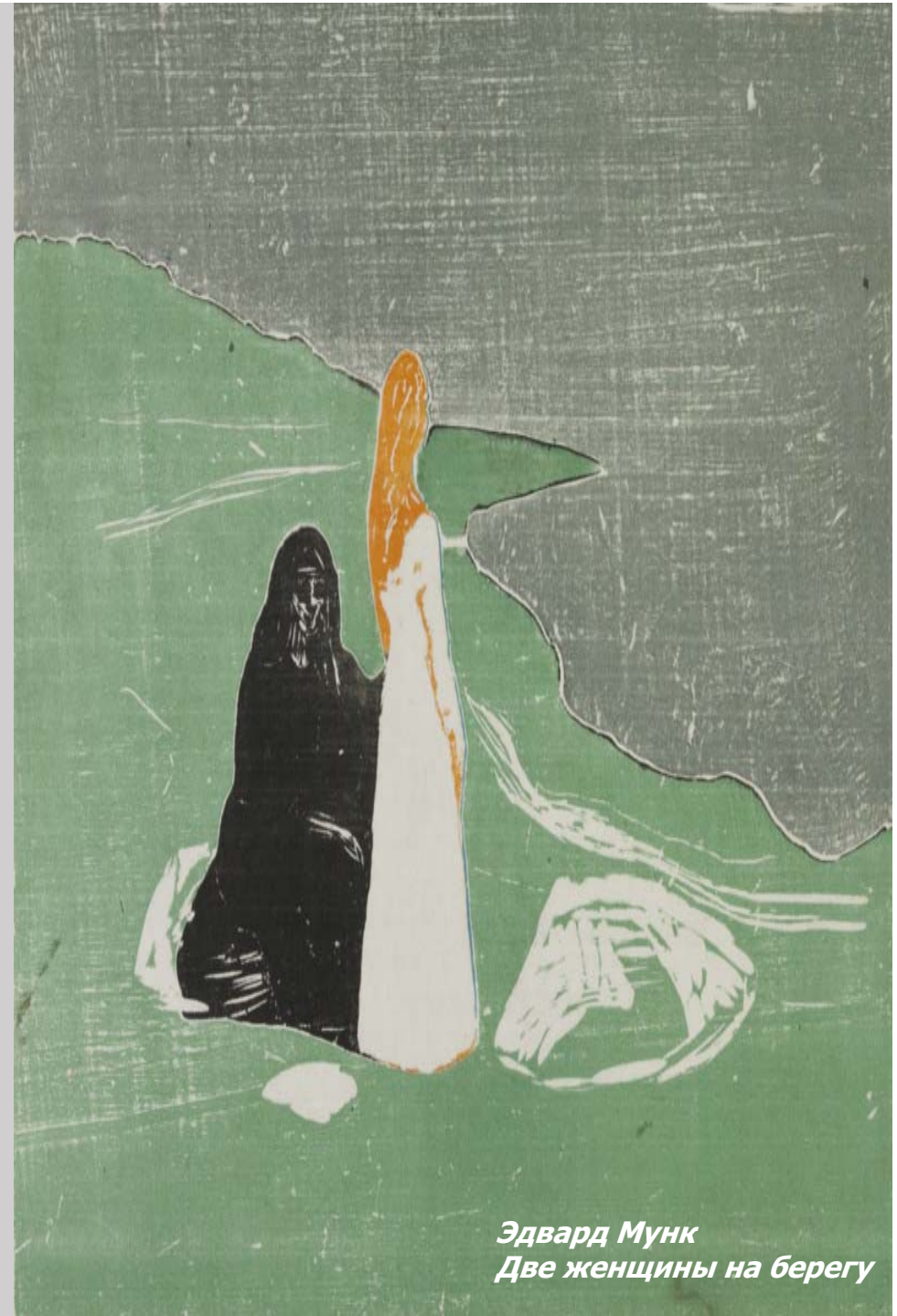
Законодательное обоснование

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
Реанимационные мероприятия не проводятся:

при состоянии клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга) на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью

ТЕРМИНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ

- Предагония
- Терминальная пауза
- Агония
- Клиническая смерть
- Биологическая смерть



Эдвард Мунк
Две женщины на берегу



**ДЛЯ ЧЕГО ВАЖНО ЗНАТЬ
ТЕРМИНАЛЫЕ
СОСТОЯНИЯ И УМЕТЬ
ВОВРЕМЯ РАСПОЗНАВАТЬ
ИХ НАЧАЛО?**



ЧТОБЫ УСПЕТЬ:

- Скорректировать уход – сделать его более щадящим для пациента
- При необходимости удалить дренажи, катетеры, назогастральный зонд
- Скорректировать терапию симптомов и отменить «ненужные» препараты
- Продолжить обезболивающую терапию с возможным титрованием дозы для достижения адекватного обезболивающего эффекта



ЧТОБЫ УСПЕТЬ:

Обсудить с близкими состояние больного и объяснить им, чего ожидать:

то, что близкие могут воспринимать как мучения больного, не всегда таковыми являются

ВАЖНО ВОВРЕМЯ РАСПОЗНАТЬ НАЧАЛО ТЕРМИНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ



ЧТОБЫ ДАТЬ БЛИЗКИМ ПАЦИЕНТА ВРЕМЯ:

- Принять неизбежность утраты (насколько это возможно)
- Решить юридические и гражданские вопросы
- Попрощаться с пациентом, провести с ним время, сказать недосказанное, «отработать» чувство вины



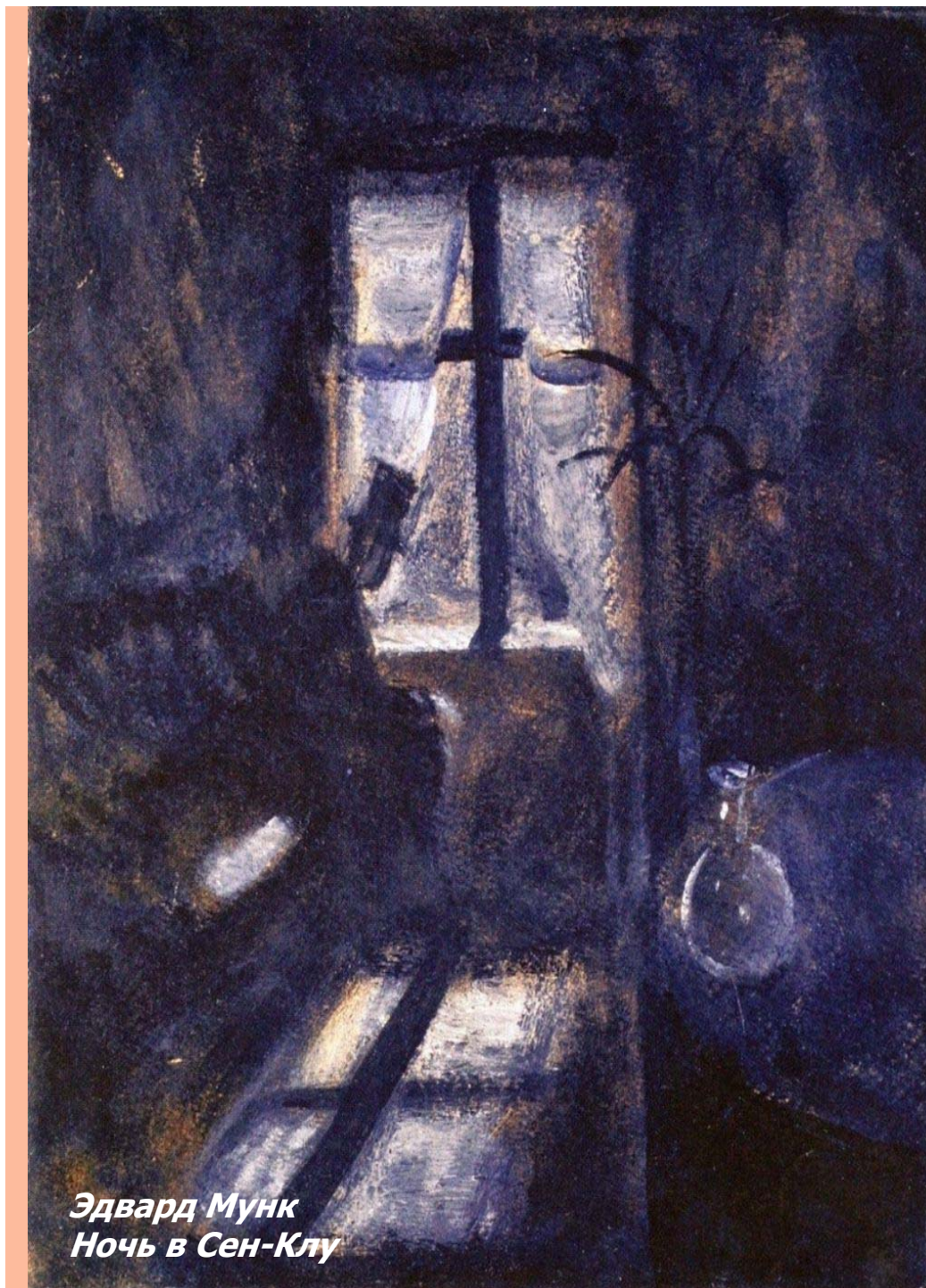
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ

- Перевести пациента в отдельную палату
- Организовать индивидуальный пост
- Пригласить священнослужителя (если пациент религиозен)



ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОСТ: ЧТО ЭТО И ЗАЧЕМ?

- Рядом в палате постоянно должен находиться младший или средний сестринский персонал
- Нельзя оставлять волонтеров или стажеров!!!
- Пациент не должен оставаться в одиночестве в терминальном состоянии, человек не может умирать один.
- Персонал должен вовремя заметить изменение состояния и доложить об этом врачу



*Эдвард Мунк
Ночь в Сен-Клу*

ПРЕДАГОНИЯ

ПРЕДАГОНИЯ

Выраженные расстройства кровообращения и дыхания, приводящие к гипоксии

В ЦНС преобладают процессы торможения, электрическая активность коры головного мозга угасает



**СКОЛЬКО ДЛИТСЯ
ПРЕДАГОНИЯ?**



**ПРЕДАГОНИЯ МОЖЕТ ДЛИТЬСЯ
ОТ 1 ДНЯ ДО 1 МЕСЯЦА**

Длительность зависит от:

- скорости прогрессирования основного заболевания
- изначальных ресурсов организма
- возраста пациента

ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕДАГОНИИ

- Склонность к гипотонии
- Сначала тахикардия, тахипноэ, затем брадикардия и брадипноэ
- Прогрессирующее угнетение сознания
- Нарастание гипоксии
- Снижение аппетита
- Олигоурия
- Цианоз
- Гипертермия



**ПРЕДАГОНИЯ:
ЧТО ДЕЛАТЬ**

ЧТО ДЕЛАТЬ ПРИ ПРЕДАГОНИИ?

- Снижать интенсивность или прекращать гидратационную терапию (инфузии или энтеральное питание), если жизненный прогноз исчисляется несколькими часами
- Продолжать симптоматическую терапию с целью купирования тягостных симптомов, обезболивание
- Решить вопрос о необходимости госпитализации пациента при некупируемом болевом или судорожном синдроме; делирии, требующем медикаментозной седации; дефектах ухода, а также если об этом просит сам пациент или его близкие

ЧТО ДЕЛАТЬ ПРИ ПРЕДАГОНИИ?

Выбрать наименее инвазивный способ введения всех препаратов

Предпочтительно: трансбуккально, подъязычно, перорально, чрескожно/трансдермально

!только при необходимости (угнетение уровня сознания, отсутствие глотания) **подкожно или внутривенно**

!! и почти никогда внутримышечно

В некоторых случаях может быть рассмотрен ректальный способ

ЧТО ДЕЛАТЬ ПРИ ПРЕДАГОНИИ?

- Пересмотреть необходимость использования всех лекарственных препаратов и свести к минимуму количество медикаментов, которые принимает пациент
- Препараты для лечения сопутствующей патологии целесообразно отменить (например, гипотензивные препараты), если это не усилит тягостные симптомы
- Коррекция уровня гликемии при значениях выше 13 ммоль/л. Если уровень гликемии менее указанного значения, от приема сахароснижающих препаратов лучше воздержаться. Если это не усилит тягостные симптомы и не ухудшит качество оставшейся жизни

ТЕРМИНАЛЬНАЯ ПАУЗА

ТЕРМИНАЛЬНАЯ ПАУЗА

- Внезапная остановка дыхания, дыхательные движения не определяются
- Сознание отсутствует
- Периферические рефлексы значительно снижены или полностью отсутствуют - нет роговичных рефлексов
- Мышечный тонус минимальный
- Гипотония, возможно полное прекращение сердечной деятельности
- Может завершиться клинической смертью

АГОНИЯ



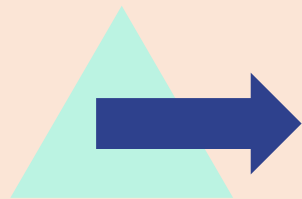
Эдвард Мунк
У смертного одра

АГОНИЯ

ГРЕЧ. *AGONIA* - БОРЬБА

- Происходит максимальная активация ресурсов организма для поддержания жизни
- На фоне разлитого выраженного торможения коры головного мозга происходит сильное возбуждение бульбарных центров

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АГОНИИ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗЛИЧНОЙ



зависит от вида и механизма смерти,
а также адаптивных возможностей организма



ПРОЯВЛЕНИЯ АГОНИИ

- Сознание отсутствует
- Терминальное (агональное) дыхание
- Снижение реакции зрачков на свет, глоточный рефлекс и роговичный отсутствуют
- Мышечный тонус снижен, но может быть децеребрационная ригидность мышц
- Отмечаются судороги от парциальных до тонических
- Гипертермия или гипотермия

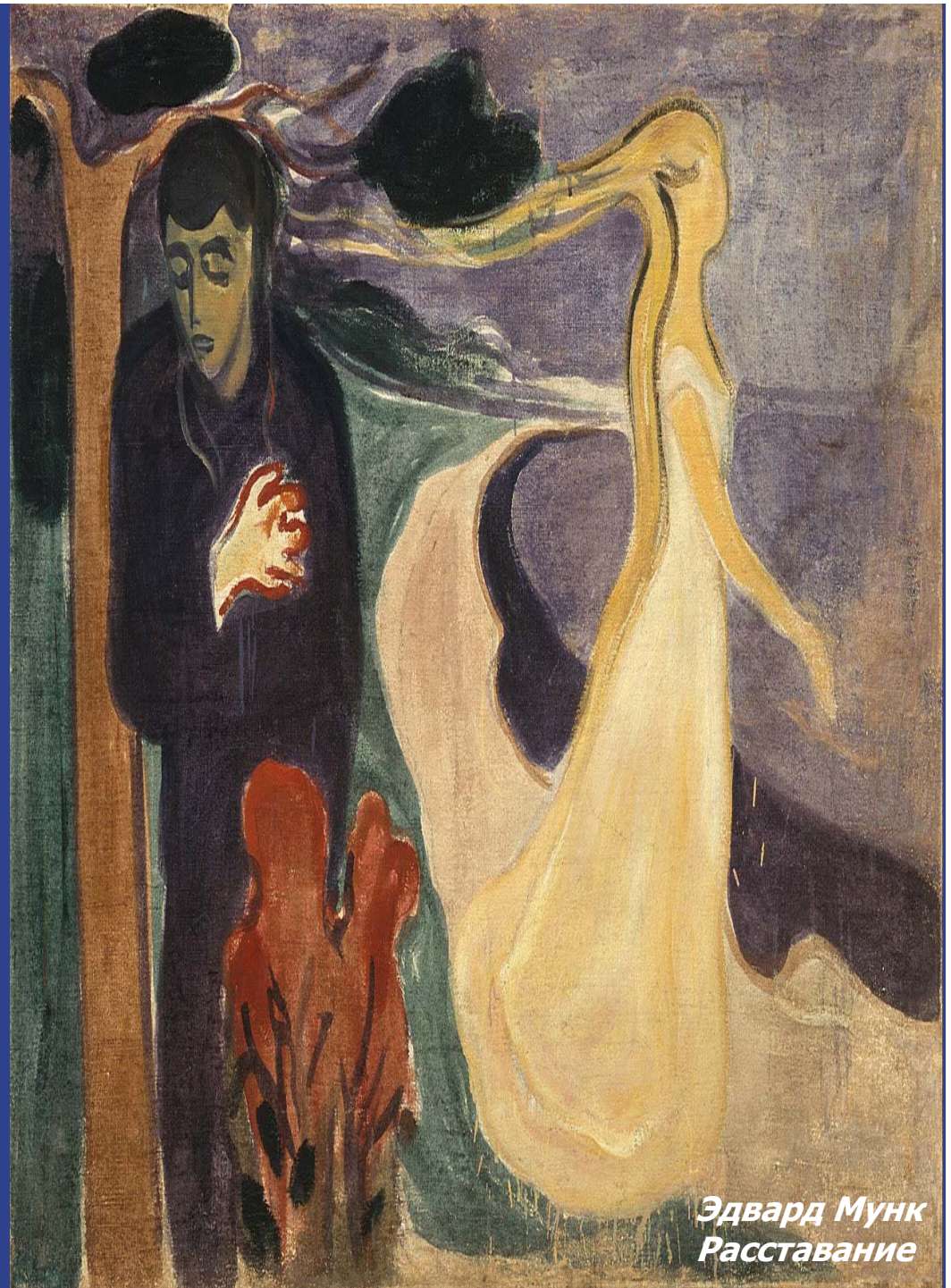
ПРОЯВЛЕНИЯ АГОНИИ

- Частота сердечных сокращений и сердечный выброс крови сначала увеличивается, артериальное давление поднимается, затем прогрессивно уменьшается, в конечном итоге происходит остановка сердца
- Пульс прощупывается только на сонных артериях
- Нередко в агонии наблюдаются рвота, отхождение кала и мочи
- Нормальные сухожильные рефлексy отсутствуют
- Возможен синдром Лазаря, когда появляются сгибательные движения в туловище и конечностях и пациент как бы садится до 40-60% с подниманием рук к лицу «поза боксера»
- В конце агонии исчезают проявления нервно-рефлекторной деятельности

ЧТО ДЕЛАТЬ ПРИ АГОНИИ?

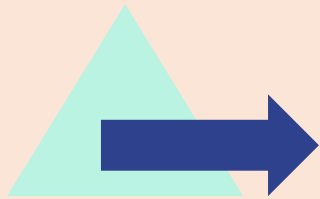
- Продолжить прием опиоидных анальгетиков, но с учетом тяжести состояния
- Придать пациенту удобное положение в постели, не поворачивать без необходимости
- Минимум вмешательств
- Увлажнять слизистую губ, ротовую полость, конъюнктиву

КЛИНИЧЕСКАЯ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ



Эдвард Мунк
Расставание

КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ

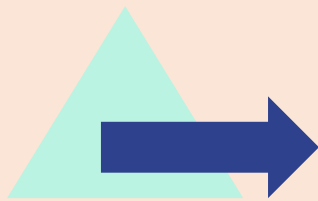


Характеризуется отсутствием жизненно-важных функций - деятельности ЦНС, дыхания и сердечных сокращений

ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

- отсутствие сознания – кома атоническая
- отсутствие самостоятельного дыхания
- отсутствие пульса на магистральных артериях
- широкие зрачки
- отсутствие реакции зрачков на свет и корнеального рефлекса
- бледность, цианоз кожного покрова

БИОЛОГИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ



Наступает вслед за клинической смерти и представляет собой необратимое состояние

Характеризуется посмертными изменениями во всех органах и системах, которые носят постоянный, необратимый, трупный характер

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

РАННИЕ ПРИЗНАКИ	ПОЗДНИЕ ПРИЗНАКИ
Высыхание и помутнение роговицы	Трупные пятна
Симптом «кошачьего глаза» (чтобы обнаружить данный симптом, нужно сдавить глазное яблоко; симптом считается положительным, если зрачок деформируется и вытягивается в длину)	Трупное окоченение

ПРИ КОНСТАТАЦИИ СМЕРТИ В ДНЕВНИКЕ ВРАЧА НЕ ЗАБУДЬТЕ УКАЗАТЬ

- бледность и цианоз кожных покровов
- отсутствие сознания
- отсутствие дыхания
- отсутствие пульса на магистральных (сонных) артериях
- широкие зрачки
- отсутствие реакции зрачков на свет
- отсутствие корнеального рефлекса



Эдвард Мунк
Больная девочка

ТЯГОСТНЫЕ СИМПТОМЫ ТЕРМИНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

- Астенизация
- Угнетение уровня сознания
- Нестабильная гемодинамика
- Терминальное дыхание
- Снижение аппетита / потребления пищи
- Признаки обезвоживания / снижение потребления жидкости
- Нарушение работы сфинктера: недержание мочи и кала
- Дисфагия
- Кашель, удушье, аспирация
- Скопление слюны и трахеобронхеального секрета

АСТЕНИЗАЦИЯ

ЧТО ДЕЛАТЬ	ЧТО НЕ ДЕЛАТЬ
Обеспечить умирающему пациенту удобное положение и амортизацию в кровати	Не заставлять пациента делать больше, чем он хочет и может
Уменьшить количество поворотов и перемещений	Не нужно поворачивать пациента каждые 2 часа, если это доставляет неудобство: появление пролежней не ухудшит прогноз
Массаж до и после поворотов, особенно в проблемных областях	Менять адсорбирующее бельё по мере необходимости. Если пациент не мочится, не нужно этого делать

УГНЕТЕНИЕ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ

- Повышенная сонливость
- Затрудненное пробуждение
- Нет реакции на вербальный или тактильный стимул
- Ухудшение речевой функции: трудно подбирает слова, односложные ответы, короткие предложения, заторможенный или неадекватный ответ, отсутствие речи

УГНЕТЕНИЕ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ

ЧТО ДЕЛАТЬ	ЧТО НЕ ДЕЛАТЬ
Даже если кажется, что пациент не реагирует на вас, обязательно предупреждать его о всех своих действиях	Не обсуждать диагноз и прогноз при пациенте, даже если кажется, что он вас не слышит Не говорить о пациенте в третьем лице в его присутствии
Разговаривать спокойно и негромко	Не заставлять пациента делать больше, чем он хочет или может
Давать время на ответ, ждать. Не обижаться, если вас не узнают	Избегать излишней активизации, она не влияет на прогноз.
Продолжать обезболивающую терапию, если мы уверены, в том что не она является причиной ухудшения состояния	Не тревожить постоянно, давать время на отдых

УГНЕТЕНИЕ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ

ВОПРОСЫ РОДСТВЕННИКОВ

Почему он все время спит? Чем вы его глушите?

У пациента нет сил на разговоры и бодрствование из-за нарастающей интоксикации, все силы организма направлены на поддержание дыхания и работы сердца. Сон - это защитная реакция организма

Это от наркотиков, которые вы ему даете?

Побочное действие наркотических препаратов проявилось бы при первом их приеме и снизилось со временем. Угнетение сознания связано с прогрессированием основного заболевания

ГЕМОДИНАМИКА

- Тахикардия
- Гипертония с последующей гипотонией
- Периферическое охлаждение
- Периферический и центральный цианоз
- Пятнистость кожи (мраморность)

ГЕМОДИНАМИКА

ЧТО ДЕЛАТЬ	ЧТО НЕ ДЕЛАТЬ
При снижении артериального давления, ощущения выраженной слабости – возможно введение глюкокортикостероидов	Не проводить массивную инфузионную терапию, так как это может приводить к отёку лёгкого, не продлевая значительно срок жизни
Согреть конечности грелкой (не горячей), одеть носки, сделать легкий массаж при ощущении зябкости	Не вводить вазопрессоры – это искусственное продление жизни

ГЕМОДИНАМИКА

ВОПРОСЫ РОДСТВЕННИКОВ

Почему ноги и руки холодные и синюшные?

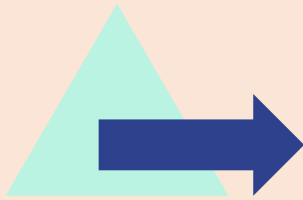
Потому что происходит перераспределение кровотока и централизация кровообращения: основной приток крови направлен к сердцу и головному мозгу, и на периферию (к ногам и рукам) крови поступает меньше

Почему вы не повышаете АД лекарственными препаратами?

Потому что в данный момент снижение артериального давления не приводит к ухудшению состояния и смерти, а является признаком того, что ваш близкий уходит. Если мы будем повышать давление сейчас, то только искусственно продлим его агонию и страдания

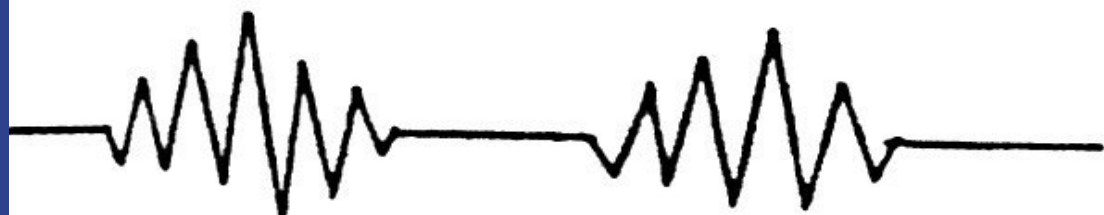
ТЕРМИНАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ

Существует несколько типов патологического дыхания

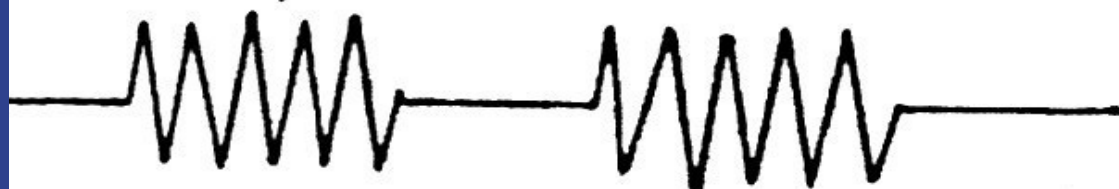


К самым распространенным относят те, что связаны с нарушением равновесия между возбуждением и торможением в центральной нервной системе

СХЕМА ТИПОВ НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ



ДЫХАНИЕ ЧЕЙН-СТОКСА



ДЫХАНИЕ БИОТА



ДЫХАНИЕ ГРОККА



ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ

ТЕРМИНАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ

ЧТО ДЕЛАТЬ	ЧТО НЕ ДЕЛАТЬ
Придать человеку удобную позу, смена положения тела пациента по потребности	Не проводить искусственную вентиляцию лёгких, за исключением пациентов с БАС
Уход за полостью рта, увлажнение слизистых	Не начинать оксигенотерапию: на данном этапе она не облегчит состояние. Пациенты, длительное время находящиеся в гипоксии, адаптированы к сниженным показателям сатурации, в терминальной стадии болезни инсuffляция увлажненного кислорода не повлияет на качество жизни
Продолжать введение ранее назначенных опиоидных анальгетиков	Если оксигенотерапия была начата ранее, не стоит ее демонстративно прекращать ¹¹⁰ не ухудшит качество жизни пациента, но может травмировать родственников
Продолжать начатую ранее низкопоточную кислородотерапию	
Перкуссионный массаж	
Для уменьшения хрипа вызванного продукцией слизи можно сублингвально ввести антагонист мускариновых рецепторов (Атропин) или прост повернуть голову пациента на бок	

ТЕРМИНАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ

ВОПРОСЫ РОДСВЕННИКОВ

Почему изменилось дыхание?

Наше дыхание регулируется дыхательным центром, который сейчас находится в гипоксии, поэтому дыхание может быть не ритмичным, это естественно

Почему больной так хрипит?
Наверно он задыхается?

Звук связан с нарушением эвакуации бронхо-лёгочного секрета, создается впечатление, что человек захлёбывается, но это не так, пациент не чувствует удушья и у него нет потребности откашляться

Сделайте что-нибудь! Он же мучается!

Это доставляет дискомфорт больше нам с вами, пациент не чувствует удушья. Пациент находится в коме, сделать уже ничего нельзя, страданий он не испытывает

ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА И СНИЖЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ

ЧТО ДЕЛАТЬ	ЧТО НЕ ДЕЛАТЬ
Часто и дробно поить. Если это невозможно, либо часто орошать ротовую полость, либо обрабатывать рот специальными гелями типа искусственной слюны	Не кормить и не поить насильно. Насильственное кормление может привести к таким осложнениям, как аспирация
Если пациент хочет есть, можно предложить ему малыми порциями высококалорийную еду, которую легко проглотить. Предварительно уточните его предпочтения и пожелания	Не начинать парентеральное или энтеральное питание умирающих пациентов, так как это не снижает выраженность симптомов и не продлевает жизнь. В то время как кетоны и другие побочные продукты метаболизма при обезвоживании выступают в качестве естественных анестетиков для центральной нервной системы, вызывая снижение уровня сознания и уменьшая страдания
Подкожно вводить физиологический раствора при полном отсутствии глотания. Обезвоживание может стать причиной ухудшения состояния, угнетения сознания, развития делирия	
Если конъюнктива остается открытой, поддерживайте ее увлажненность с помощью глазных смазочных материалов, искусственных слез или физраствора	
	Не устанавливать назогастральный зонд, если жизненный прогноз менее 3х недель или гастростому, если прогноз менее 6 месяцев

ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА И СНИЖЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ

ВОПРОСЫ РОДСТВЕННИКОВ

Он умирает от голода. Почему он отказывается от еды?

Потеря аппетита на данном этапе — это нормально. Пациент не голоден, пища может вызывать отвращение. Все функции организма замедлены, поэтому человеку нужно меньше энергии. Пациент ел бы, если бы мог и хотел. Если он сжимает зубы - он показывает , что не хочет есть

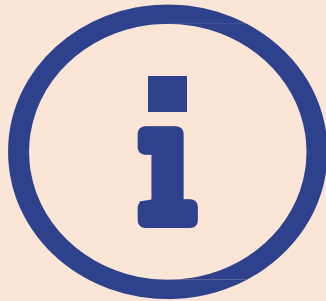
Почему не назначается энтеральное питание?

Потому что организм уже не имеет энергетических ресурсов на переваривание и усвоение пищи, ЖКТ не в состоянии извлекать питательные вещества, так как основное кровообращение направлено на поддержания работы сердца и мозга



Эдвард Мунк
Крик

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ПОСЛЕДНИЕ ДНИ ЖИЗНИ



Обезболивание в последние недели и дни жизни имеет некоторые особенности, незнание которых приводит к неоправданным страданиям пациентов, их родственников

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В КОНЦЕ ЖИЗНИ

- Продолжить прием опиоидных анальгетиков, но с учетом тяжести состояния
- Не отменять опиоиды при спутанности или отсутствии сознания, оценивая боль по шкале PAINAD. При необходимости корректировать терапию
- Переводить на инъекционные формы анальгетиков в эквивалентной дозировке
- В некоторых случаях по разным причинам у пациентов непосредственно перед смертью боль становится рефрактерной и не поддается эффективному лечению. Наиболее часто в таких случаях используются опиоиды в инвазивных формах; возможно применение продленной подкожной или внутривенной инфузии, но ТОЛЬКО у в условиях стационара

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В КОНЦЕ ЖИЗНИ

- Иногда, когда боль не удастся купировать всеми имеющимися способами, необходимо решить вопрос возможной медикаментозной седации как дополнительного назначения
- Если принято решение отменить опиоидный анальгетик (отказ пациента, выраженные побочные эффекты опиоидов и т.д.), то это следует делать путем постепенного снижения дозы препарата и не более чем на 50% в течение суток, чтобы избежать «прорыва» болевого синдрома и для профилактики синдрома отмены

КОНТРОЛЬ ТРЕВОЖНОСТИ, ДЕЛИРИЯ И АЖИТАЦИИ



Учитывайте, что ажитация сама по себе иногда связана с другими не устраненными симптомами или физическими потребностями, например, некупированной болью или наполнением мочевого пузыря/кишечника

Рассмотрите возможность нефармакологических методов лечения ажитации, тревожности или делирия у пациента в конце жизни

КОНТРОЛЬ ТРЕВОЖНОСТИ, ДЕЛИРИЯ И АЖИТАЦИИ

ЧТО ДЕЛАТЬ	ЧТО НЕ ДЕЛАТЬ
Превентивно обезболить пациента, если сложно провести дифференциальную диагностику болевого синдрома и психомоторного возбуждения	Не возражать пациенту! Это только усиливает напряжение
Показать пациенту, что врач - союзник, помощник в решении проблем пациента	
Говорить спокойно, уверенно, но настойчиво	
Галоперидол 5 мг/мл – 1,0 мл в/м, оценка эффекта через 30 мин	
При неэффективности Аминазин 25 мг/мл – 1,0 мл в/м под контролем АД, оценка эффекта через 30 мин, при необходимости – дополнительно	

КОНТРОЛЬ ТРЕВОЖНОСТИ, ДЕЛИРИЯ И АЖИТАЦИИ

ВОПРОСЫ РОДСТВЕННИКОВ

Может ли он себе навредить?

Пациент слишком слаб, вероятнее всего, у него не хватит на это сил. Но он не будет находиться один, мы организуем индивидуальный пост

Из-за чего он так себя ведет?

Данное состояние не проявление психического заболевания, а проявление нарушения функции его внутренних органов, эндогенной интоксикации (организм как бы "отравлен" продуктами болезни)

Вы можете чем-нибудь его успокоить?

Можем, но пациент будет сонлив, контакт станет затруднителен

**ОСНОВНЫЕ
ЭТИЧЕСКИЕ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ
СОПРОВОЖДЕНИЯ
ПАЦИЕНТА И СЕМЬИ
В ПОСЛЕДНИЕ ЧАСЫ
ЖИЗНИ**



*Эдвард Мунк
Смерть в комнате больного*



ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ВРАЧУ ДО НАСТУПЛЕНИЯ ТЕРМИНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТА?

- хочет ли пациент, чтобы в его последние часы близкий человек участвовал в принятии решений об оказываемой им помощи
- степень осознания пациентом приближения смерти
- наличие каких-либо особых речевых, языковых и иных коммуникативных особенностей;
- желаемый уровень информированности о прогнозе;
- Предпочтительно место смерти;
- любые культурные, религиозные, социальные или духовные потребности или предпочтения

ПОМНИТЕ!



Близкие больного в последние часы также нуждаются в помощи!

Говорите с ними, объясняйте, что будет происходить с пациентом, узнайте про их страхи и тревоги и постарайтесь помочь с ними справиться – дайте возможность потратить последние часы жизни пациента на тепло и общение

ПОСЛЕ СМЕРТИ

пациента БЛИЗКИМ также может
быть необходима ваша ПОМОЩЬ
в переживании утраты

Расскажите им о возможности
проконсультироваться с
психологом, дайте необходимую
литературу



Эдвард Мунк
Девушка у окна



ПАЦИЕНТ УМЕР ЧТО ДЕЛАТЬ?

- Констатация смерти
- Сообщение о смерти родственнику
- Предложить прощание в стенах ЦПП, хосписа
- Объяснить дальнейшие действия, сказать о возможности отказа от патологоанатомического вскрытия, предложить воспользоваться помощью социального работника, информационной брошюрой фонда «Вера»
- Чем быстрее будет оформлена документация, тем быстрее тело доставят в морг
- Не называем тело «трупом», не везем в черном мешке через отделение, уважительное отношение к телу после смерти



Эдвард Мунк
Меланхолия

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!