

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ

**Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНЫ, ЭКОЛОГИИ И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

Серия «ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА»

*Т.З. Биктимиров, Л.М. Тихонова, Г.А. Новиков,
М.Г. Шарафутдинов, К.Т. Биктимирова,
Ю.В. Тихонова, Н.В. Эккерт*

АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ
ASPECTS OF PALLIATIVE MEDICINE

*Рекомендуется Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию
вузов России в качестве учебного пособия
для студентов медицинских вузов*

Под редакцией президента
ОБЩЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ
«МЕДИЦИНА ЗА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»,
д.м.н., профессора *Г.А. Новикова*

Ульяновск
2009

ББК 55.6
Б 60

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор *Н.И. Потатуркина-Нестерова*;
доктор филологических наук, профессор *С.А. Борисова*

Авторы:

Биктимиров Т.З., к.м.н., профессор (ч. I, II, V);
Тихонова Л.М., заслуженный учитель РФ, доцент (ч. I, II, V);
Новиков Г.А., д.м.н., профессор (ч. I, II, V)
Шарафутдинов М.Г., к.м.н., доцент (ч. III, IV);
Биктимирова К.Т. (ч. III, V);
Тихонова Ю.В. (ч. III, V);
Эккерт Н.В. (ч. III, V)

Биктимиров, Т. З.

Б 60 АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ = ASPECTS OF PALLIATIVE MEDICINE: учебное пособие / Т.З. Биктимиров, Л.М. Тихонова, Г.А. Новиков, М.Г. Шарафутдинов, К.Т. Биктимирова, Ю.В. Тихонова, Н.В. Эккерт ; под ред. д.м.н, проф. Г.А. Новикова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Ульяновск: УлГУ, 2009. – 150 с. – (Сер. Паллиативная медицина).

ISBN 978-5-88866-322-6

Паллиативная помощь не имеет лечебной цели, она предназначена для контроля симптоматики и продления жизни. Данное учебное пособие имеет практическое значение, которое определяется, во-первых, требованием здравоохранения решать проблему оказания помощи больным с неизлечимыми заболеваниями и их родственникам, во-вторых, студентам будет интересно узнать историю открытия хосписов в г. Ульяновске и г. Димитровграде, организацию работы персонала, особенности ухода за терминальными больными.

Материал, представленный на английском и латинском языке, предназначен для самостоятельной работы студентов, будет способствовать активизации знаний, совершенствованию навыков чтения на английском языке, обогащению словарного запаса и формированию профессионального языка. В данном пособии дается медицинская терминология по онкологии, деонтологии, психологии, необходимая студентам-медикам для общения с больными и их родственниками.

Для студентов медицинских факультетов, иностранных студентов и аспирантов.

ISBN 978-5-88866-322-6

© Коллектив авторов, 2009

© Ульяновский государственный университет, 2009

PREFACE

ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебно-справочное пособие «Аспекты паллиативной медицины» включает глоссарий медицинских терминов по проблемам онкологии, деонтологии и психологии и содержит большой познавательный материал по организации работы хосписов г. Ульяновска и г. Дмитровграда, а также других лечебно-профилактических учреждений, в которых имеются палаты для некурабельных больных. Информация представлена на английском языке, а в глоссарии дается ссылка на латинские клинические термины, позволяющие лучше понимать медицинскую терминологию и смысловые блоки, исходя из частотности тематического употребления включенных в справочник терминов и словосочетаний. Принципиальная потребность такого рода глоссария возникает в связи с необходимостью детального терминологического разграничения и четкого словоупотребления, а также совершенствования профессионального языка будущих специалистов-медиков. Студенты-медики лучше осознают, что залог успешного овладения будущей специальностью – твердые знания медицинской терминологии. Материал пособия построен на принципах развития логического мышления, познавательной активности и самостоятельности студентов.

Цель пособия – подготовить студентов к восприятию и пониманию слов, словосочетаний, синтаксических конструкций и сформировать умения чтения, аудирования и говорения в рамках определенных тем по аспектам паллиативной медицины.

Пособие позволяет реализовать задачи индивидуальной и дифференцированной работы со студентами, осуществить личностный подход в обучении и способствовать формированию не только профессиональной грамотности студентов, но и личности будущего специалиста.

При подготовке учебного пособия использованы многолетние научные исследования Президента фонда «Ассоциация паллиативного лечения

Ульяновской области» Т.З. Биктимирова по проблемам оказания паллиативной помощи и организации паллиативного ухода, которые позволят значительно расширить знания врачей и студентов по паллиативной медицине.

Структура пособия предполагает развитие познавательного интереса, активности, самостоятельности, а также творческого отношения студентов к теоретическим и практическим занятиям как по клиническим дисциплинам, так и по английскому и латинскому языкам.

При работе над справочником были использованы оригинальные книги по паллиативной медицине, статьи из английских и российских медицинских журналов, а также словари и другие справочные издания. Материал сокращен, но не адаптирован.

В заключение несколько слов о пользовании справочником. Каждый помещенный в глоссарии термин образует самостоятельную статью. Словарные статьи расположены в алфавитном порядке. Термины, напечатанные жирным курсивом, представляют собой латинские эквиваленты с этимологией (т.е. происхождением) некоторых клинических терминов и дополнительные пояснения относительно русского значения того или иного термина.

Авторы выражают искреннюю благодарность медсестре-консультанту из Великобритании Айрин Салмон и кандидату педагогических наук В.М. Селезневой за ценные рекомендации и советы.

INTRODUCTION

ВВЕДЕНИЕ

В древности, когда продолжительность жизни людей была крайне мала, а количество канцерогенных агентов в среде обитания (внешние канцерогенные агенты) и внутренней среде обитания (эндогенные канцерогенные агенты) также было невелико, злокачественные новообразования были редки и существенно не влияли на жизнь человеческой популяции. Вместе с тем, результаты археологических исследований в плане изучения скелетов человека на различных этапах его развития показывают, что злокачественные опухоли поражали человека ещё 1 миллион лет тому назад. С биологической точки зрения, по многим наблюдениям и исследованиям, рак в современном обществе не является каким-то новым заболеванием. Однако во второй половине XX столетия это заболевание было включено в разряд социально значимых: за последние 30 лет заболеваемость злокачественными новообразованиями приобрела характер массового поражения населения нашей планеты и особенно промышленно развитых стран. Статистика свидетельствует, что если в 1975 году на земном шаре рак поразил 6 миллионов человек, то в 2000 году – уже 10 миллионов. Динамика смертности от злокачественных опухолей за последние 20 лет возросла на 40% у мужчин (рак лёгкого) и почти так же у женщин (рак молочной железы). Прогнозы и реальная картина, имеющаяся сегодня, показывают, что основными причинами смертности у женщин уже является и будет рак молочной железы и матки, у мужчин – рак лёгкого и предстательной железы.

В России, как и в других промышленных странах, продолжается рост заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований. На каждые 82 жителя Российской Федерации приходится 1 онкологический больной.

Согласно современным представлениям до 70% опухолей человека не связаны с особенностями образа жизни и воздействием канцерогенных

факторов окружающей среды. Это значит, что подавляющая часть злокачественных новообразований человека может быть предотвращена. Этот факт является отправной точкой всех профилактических противораковых программ, действующих в экономически развитых странах (США, страны Европейского сообщества и т.д.).

Организация противораковой борьбы в России имеет свою большую и славную историю. Основы её были положены в конце XIX и начале XX века известными экспериментальными исследованиями великих российских учёных М.М. Руднева и М.А. Новинского. В этот же период, по инициативе профессора Московского государственного университета Л.Л. Левшина, на пожертвования известных купцов – братьев Морозовых, открывается первый в мире Раковый институт, который впоследствии возглавил один из основателей российской онкологической школы – профессор П.А. Герцен (с 1965 года институт носит его имя). 16 июня 2008 года институту им. П.А. Герцена исполняется 110 лет. В 1908 году в Санкт-Петербурге группой врачей-энтузиастов было создано общество борьбы с раковыми заболеваниями, которое с 1909 года называется «Всероссийским обществом борьбы с раковыми заболеваниями». В 1914 году был проведён первый Всероссийский съезд по борьбе со злокачественными новообразованиями, и на нём впервые прозвучала мысль о социальной природе раковых заболеваний. К этому времени российская медицинская наука уже имела вполне определённый позитивный опыт лучевого лечения рака, и в 1918 году в Петрограде открывается рентгенологический институт, а в 1920 году аналогичный институт был открыт в Харькове (оба института работают и в настоящее время).

Отечественная онкология неразрывно связана с именами выдающихся клиницистов-онкологов – профессора П.А. Герцена, основателя Московской онкологической школы, и профессора Н.Н. Петрова, основателя Петербургской онкологической школы.

История развития онкологии в Ульяновской области насчитывает более 60 лет. 16 ноября 1945 года был организован областной онкологический диспансер, а также выделены онкологические отделения в Областной, Мелекесской, Сенгилеевской, Новоспасской и Барышской районных больницах. Организатором диспансера был Заслуженный врач РСФСР А.А. Быстрицкий.

В настоящее время онкологическая служба Ульяновской области располагает Ульяновским областным и Димитровградским городским онкологическими диспансерами.

К сожалению, лечение значительного числа больных, состояние которых прогрессивно ухудшается, в специализированном онкологическом учреждении невозможно, так как в нём осуществляются только радикальные методы лечения. Резкий рост онкологических больных во второй половине XX века поставил человечество перед необходимостью принятия действенных мер помощи этим людям. В Европе зародилось движение хосписов, которое очень быстро охватило практически все развитые страны.

Истоки хосписного движения и паллиативной медицины в Ульяновской области имеют свою историю. Инициатором этого движения был медицинский факультет во главе с деканом Т.З. Биктимировым и Комитет здравоохранения Администрации области во главе с В.М. Безворитным. В 1992-1993 гг. были сформулированы идеологические основы этого движения. В дальнейшем работа шла в направлении развития контактов с Европейской ассоциацией паллиативного лечения, Всемирной организацией здравоохранения, одним из старейших хосписов в Великобритании – Хосписом Святого Христофора. Ульяновская область заявила о себе в Европейской ассоциации паллиативного лечения, полными членами которой стали В.М. Безворитный, Ю.В. Полянсков и Т.З. Биктимиров. Кроме того, Т.З. Биктимиров принял участие в работе Европейского конгресса по паллиативному лечению, выезжал на консультацию в штаб-квартиру Всемирной организации здравоохранения в г. Женеву. В 1996 году 11 специалистов из Ульяновской области прошли стажировку по паллиативному лечению в Лондоне. В 1997 году Т.З. Биктимиров, О.П. Модников, В.Д. Семёнов и Е.Л. Бойцов приняли участие и выступили с докладами на Европейском конгрессе по паллиативному лечению в Лондоне, а Т.З. Биктимиров выступал с сообщением на Генеральной ассамблее Европейской ассоциации паллиативного лечения. Результат этой работы – разработка плана развития хосписного движения в Ульяновской области. По рекомендации Всемирной организации здравоохранения план состоит из нескольких этапов:

- реализация подготовительных мероприятий;
- непосредственное открытие хосписов;

- создание хосписной службы в области;
- организация преподавания ухода и паллиативного лечения студентам медицинского факультета, колледжа и волонтерам.

Хоспис Святого Христофора в Англии сделал безвозмездный дар для развития хосписного движения в области: в 1995 году был получен гуманитарный груз, содержащий специальные кровати, некоторое количество больничного оборудования, разовый медицинский инструментарий, бельё, перевязочные средства, медикаменты и растворы для внутривенных перфузий, библиотеку по вопросам паллиативного лечения.

Контакты с коллегами из Европы показали, что хосписное движение развивается благодаря активному участию общественных сил и организаций неправительственного направления. Так был создан «Фонд ассоциации паллиативного лечения». «Фонд» имеет большие связи с партнёрами за рубежом, в частности, с организацией HealthProm в Великобритании. Представители этой организации неоднократно приезжали в Ульяновск, а в 1996 году был проведён совместный Российско-английский семинар по паллиативному лечению, а затем группа из десяти Ульяновских специалистов посетила Лондон с целью стажировки в области паллиативной медицины и хосписа.

Основные цели паллиативного лечения:

- поддерживать у больного стремление к жизни и рассматривать смерть как естественный процесс;
- не торопить смерть, но и не оттягивать её наступление;
- обеспечить уменьшение боли и смягчение других, беспокоящих больного, симптомов;
- психологическая и духовная поддержка больного;
- обеспечение системы мер для поддержки у больного способности как можно более длительно вести активную жизнь, вплоть до самой смерти;
- обеспечение мер оказания помощи семье больного во время его болезни, а также его кончины.

Таким образом, цели, которые преследует хосписное движение, и цели паллиативного лечения как системы медицинских и социальных мероприятий пересекаются и идут параллельными путями.

В августе 1996 года для обучения персонала и работы в Ульяновском областном хосписе из Англии приехала медицинская сестра Айрин Салмон. «Каждому человеку нужна цель в жизни, – говорит Айрин. – Моя

цель – это мои пациенты. Я нуждаюсь в них так же, как они во мне». Каждый пациент для неё – это не диагноз, а личность, с которой она устанавливает уникальные отношения. Это соответствует холистическому, то есть целостному, подходу к работе с пациентом. При таком подходе пациент является центром внимания команды врачей, медсестёр, социальных и административных работников, священников и родных.

Паллиативная медицина и, в частности, хосписы призваны обеспечить высокое качество жизни умирающим больным. Достойное качество жизни в последние недели и дни пациента означает не только устранение страданий, но и снятие боли душевной, помощь в решении философской проблемы отношения к жизни и смерти, поддержка родственников больного. Всё это требует наличия слаженной команды специалистов. Важнейшей заслугой Айрин явилась помощь в налаживании общения медсестёр с больными стационара. Как ни странно, незнание русского языка не только не мешало Айрин общаться с больными, но даже иногда помогало. Она садилась рядом с человеком, брала его руку и слушала, что он говорит. Но одно лишь заинтересованное внимание, оказывается, имеет психотерапевтическое действие. Обладая скромным запасом русских слов, Айрин показала, что для установления контакта с больным необязательно даже говорить – достаточно выслушать, погладить по руке. Русские медсёстры могли наблюдать за тем, что она делает для пациента независимо от его диагноза. Раньше Айрин в палате появлялась её улыбка. Это простое средство оказывалось необычайно сильным. Одна из пациенток так и сказала: «Спасибо Вам за то, что Вы улыбаетесь». «Когда я не работаю с пациентами, то начинаю ощущать себя угнетённой, потому что теряется цель, – говорит Айрин. – Обратная связь, которую я получаю от пациентов, – это большая награда». За годы работы у Айрин были сотни больных. Она утверждает, что помнит их всех. Не следует забывать, что «человек должен родиться, жить и умереть по-человечески». Задача медицинских служб – обеспечить возможность пользоваться этим правом. Очень важна организация постоянного ухода и защиты от одиночества, что обеспечивается наличием специально обученного медицинского персонала и правильно психологически настроенных родственников.

В планах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по развитию паллиативного лечения в России есть идея создания в Ульяновске Российского Центра паллиативного лечения.

Что необходимо для успешного развития паллиативной медицины и хосписа? Известный треугольник ВОЗ: политическое обеспечение, доступность лекарств и наличие образовательных программ всех уровней.

Как сложилась система паллиативного лечения в нашей области на сегодняшний день? Фактически мы имеем четыре модели:

1. Хоспис как самостоятельное учреждение для ухода, в том числе по социальным показаниям, и паллиативного лечения онкологических больных (в Ульяновске).

2. Хоспис как составная часть онкологического учреждения (в Дмитровграде).

3. Паллиативное лечение онкологических больных в условиях специализированного онкологического учреждения.

4. Отделение длительного пребывания больных в условиях госпиталя инвалидов войн, где паллиативное лечение получают не только онкологические больные, но и пациенты других категорий.

Каковы основные направления развития хосписа и паллиативного лечения в Ульяновской области? Это:

- Создание благоприятного политического климата;
- Мобилизация общественности, поиск инвесторов, волонтеров, привлечение к работе средств массовой информации;
- Развитие деятельности Ульяновского регионального Фонда ассоциации паллиативного лечения;
- Создание материально-технической базы хосписов, системы их оснащения и финансирования;
- Научные исследования в области паллиативного лечения.

Так в Ульяновской области была создана система паллиативного лечения онкологических больных, их медико-психологического и психосоциального обеспечения.

PART I

Palliative care in small regions of Russia (medico-psychological and socio-cultural problems of terminally ill cancer patients, medical staff and society)

Паллиативный уход в небольших регионах России (исследования)

T.Z. Biktimirov, L.M. Tikhonova, G.A. Novikov

Abstract

Practical significance of this work is determined first of all by demands of health services to solve the problem of helping people whose life ends in incurable illness causing sufferings to patients and their families. A human being must live and die as human being and this is his integral right [1, 7].

The fundamentals for functioning four models of palliative care were developed and applied in Ulyanovsk region of Russia. The research results were widely introduced in daily practice of medical psychologists and social services staff. The research was conducted within the program of international cooperation with the British non-governmental organization HealthProm, and for the first time Ulyanovsk region of Russia could take part in the world-wide campaign «Voices for Hospice» in 1997 [3].

Special attention was paid to medical staff dealing with cancer patients [5]. Based on detailed analysis of the staff professional psychology deformations particular activities program on psycho-correction and adaptation was developed and passed to government health organizations.

Major points of the work:

1. Organization and development of modern interdisciplinary systems and models of clinical, psychological, social, cultural and spiritual approaches to ensure best possible life quality of terminally ill cancer patients.

2. Organization of particular models of providing palliative services based on regional conditions and the level of socio-economical, political and ethnic development.

3. Comprehensive approach to patient's personality in its integrity of neuro-psychiatric, psychological, social and cultural mentality.

4. Specific medico-psychology features and reactions of patient in connection with tumor localization and disease stage.

5. Specific psycho-somatic and personality effects characteristic to medical staff involved in treating oncology patients and thus affected by constant stress factors.

Key words: psychology; palliative care; medical staff; cancer; hospice.

Introduction

Currently the system of medical service in Russia has appropriate conditions for palliative care which addresses terminally ill cancer patients. These conditions include positive practical results in providing such care and the development of necessary government laws, definitions and approaches in medical science [3]. Palliative care in the future will be used as a model for palliative medicine aimed at improving quality of life of patients with chronic diseases especially at their terminal stage [9, 12].

Palliative care is an integrative, interdisciplinary bio-psycho-social system aimed at solving psychological, physical, social, legal, spiritual, cultural and other problems of patients affected by cancer and other chronic diseases, their families, to ensure the best quality of life of an individual [2].

Palliative care philosophy forms a part of clinical, psychological and social anthropology. Results in researching psychiatric health of individual has provided scientific approach and methodology to examine issues of an individual in palliative care [4]. Modern medico-psychological approach to psycho-correction and therapy of emotional reactions of cancer patients leads to research of psychological compensation and protection mechanisms, interaction between a person and his family, family psychology and psychotherapy, social rehabilitation [11, 14]. Many psycho-social norms, symptoms, illness and death relate to cultural aspects, that is why intercultural aspect becomes socially important [6, 10, 13]. Thus the problem studied is of significant importance.

The demand for active development and application of palliative care and hospices in Russia has its peculiarities and is determined by the following factors:

- High cancer morbidity level.
- High concentration of advanced forms of cancer.
- Lack of proper conditions to provide services to such patients.
- Unavailability of hospice and palliative care ideology.
- Problems of political and financial nature, lack of necessary drugs.
- Small number of trained medical specialists.

Research objectives: To develop medico-psychological, socio-cultural and organizational fundamentals of palliative care for terminally ill cancer patients and their families, medical staff to ensure better quality of life. To develop effective models of palliative medicine to be applied in Russia based on medico-psychology and socio-culture factors.

Research tasks:

1. To examine opportunities and conditions of medico-psychological, psycho-social and socio-cultural support of oncology clinics and various models of palliative medicine.
2. To evaluate the effect of psycho-social stress factors on psychological disadaptation, compensation and adaptation of cancer patients with various forms of disease, to organize early psychology diagnosis.
3. To examine the role of social and psychological activity in palliative care and hospice, to solve the problems of patients, their families and medical staff.
4. To evaluate risk factors of psychosocial disadaptation and harm of oncology institutions and hospices staff under acute and constant stress, to examine medical staff personal features for developing readaptation and rehabilitation programs.
5. To develop basic principles of psychology, psychotherapy and social support, ensuring better life quality of the patients.

The work created opportunities for developing system of medico-psychological, psycho-social and socio-cultural adaptation and rehabilitation of incurable cancer patients and their families. It introduced the term and definition of palliative care. For the first time the support for various models of palliative

care was developed and its main directions were defined in Russia. The wrong approach was criticized when foreign models were transferred without proper consideration of socio-cultural, religious and other aspects of Russian regions. The complex approach to examination of a patient's personality was implemented. Changes in emotional and individual features of patients affected by various types of cancer as well as various psychological reactions towards future death were detected. For the first time specific psychological features of oncology institutions and hospices staff were studied to develop programs for their protection and rehabilitation.

*History of hospice and palliative care in Ulyanovsk region, Russia
1991-1994*

- arranging an initiative team
- pursuing the idea that the region needs palliative care and hospice system and delivering it to local authorities and institutions
- contacts with colleagues in Europe: St.Christopher's Hospice and HealthProm (UK), the European Association for Palliative Care, the World Health Organization
- development of palliative care ideology
- development of education curricula and training programs «from volunteer to doctor», holding joint seminars with British partners.

1994-1996

- implementation of first development program under the WHO recommendations, including
 - set-up of first hospices and NGO Association of Palliative Care in Ulyanovsk
 - development and organization of basic models for palliative care in the region
 - development of training programs for medical students, nurses and volunteers
 - public relations activity addressed to the regional authorities and public
 - development and adoption of regional Program «Hospice and Palliative Care»

1997-2000

- implementation of the second long-term program, providing

- active cooperation with Russian and international organizations
- development of hospice network
- improvement of training and education
- research activity

Methods

Palliative care organization aspects

Models of palliative care and hospices in Ulyanovsk region, Russia:

1. Hospice as an independent institution.
2. Hospice as a part of oncology institution.
3. Palliative medicine rendered at oncology institution.
4. Hospice as part of War Veterans Hospital for cancer and non-cancer patients.

Ulyanovsk regional hospice represents the first model. It has in-patient, out-patient and home care units, socio-psychology service. Statistical data on the hospice patients percentage versus disease is as follows (see Fig. 1.1):

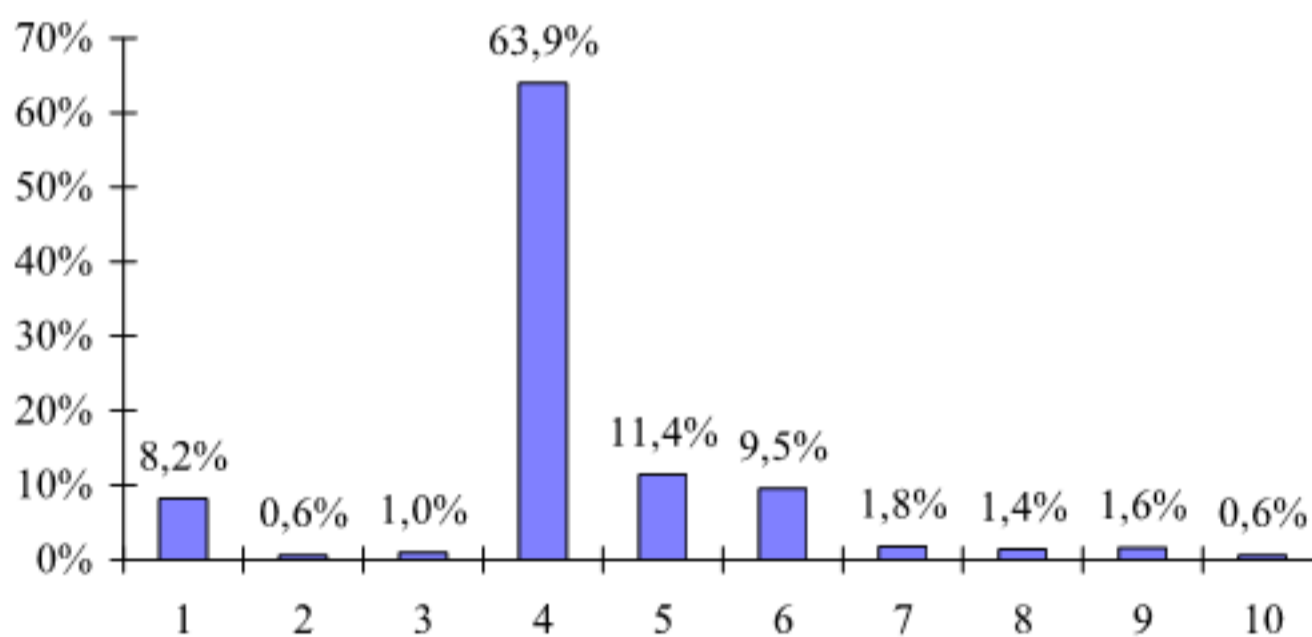


Fig. 1.1. % of hospice patients vs disease (1996-1997)

- 1) neoplasm; 2) endocrine diseases; 3) haematologic diseases; 4) blood system diseases;
 5) cerebrovascular diseases; 6) lung diseases; 7) gastrointestinal diseases;
 8) genital diseases; 9) bone and muscle diseases; 10) injuries

The advantages of this model are wide range of medical consultation services, provision of services to patients with various diseases, emphasis to elderly patients.

Currently there is few research of social work which is a new activity in Russia, so an important goal is to develop the concept of modern social work and to integrate it in the palliative care models.

Social services could solve the following problems:

- social adaptation, rehabilitation of patients and their relatives;
- development of home care system involving volunteers, recruitment and training of volunteers;
- development of social management concept in palliative care;
- engagement of religious institutions.

The fact that the system of social care is able to considerably help in solving these problems for the terminally ill becomes a very significant aspect of this activity.

Hospice as a part of oncology hospital (Dimitrovgrad city, Ulyanovsk region)

This model of providing palliative care started in November 1994 and serves as a consultation unit not only for the city population but for the rural one as well. The specific feature of this hospice is that the care is provided within the oncology hospital. The hospice has 10 in-patient beds and a home care team. Its staff includes doctors, nurses, a medical psychologist. Representatives of social services and religious institutions also participate in this activity, and the practice proves the correctness of this option, as the hospital has got conditions for more efficient treatment and the hospice is able to support its patients with highly qualified medical care (including anti-pain therapy and specialized treatment). Maximum attention is paid to home care. For example in 1996 home care team carried out 3005 visits of patients, in 1997 – 3346, in 1998 (from January to April) – 1004 visits. Based on social prescription 60 people were accommodated to the in-patient unit in 1996, 45 – in 1997, 15 in the first quarter of 1998. Church representatives participated in 25 patients home visits in 1996, 29 – in 1997, and 14 – in the first quarter of 1998.

Ulyanovsk Region Oncology Hospital

Statistics give us 20-25% of patients with advanced forms of cancer. Taking into account the total of 3500-4000 people who referred to the hospital, we can estimate that 750 to 1000 people have received palliative care per annum. This large contingent includes both patients with neoplasm and patients who have been treated by radiotherapy previously, but unfortunately have

recurrence or other side-effects which require palliative approach. However the role of Oncology Hospital in treating incurable patients needs clarification. The hospital major task is to provide radical treatment utilizing radio and chemo, hormone and other drugs-based therapy but at the terminal stage these methods can harm a patient. But some categories of the hospital patients can be treated with anti-tumor drugs and this method provides not only anti-pain effect but can really extend the patients lives, return them to their families and society. And these are the people who receive palliative care within the Oncology Hospital which has the facilities required for all-round anti-tumor therapy.

Hospice as part of War Veterans Hospital (unit of long-term treatment)

Such units designed for medical, psychological and social rehabilitation of elderly people with chronic diseases are necessary for geriatric services. The unit is the only one in Ulyanovsk region which deals both cancer and non-cancer patients, including cardiovascular, lung, bone and other categories.

A significant index of hospice and palliative care operation is in-patient mortality. In 1996 this index in Ulyanovsk Region Hospice was 57,98%, in 1997 – 60,1% with average number of days of staying per one bed 25,4 in 1996 and 45 days in 1997, and these numbers are higher than the indices of similar institutions in other Russian regions.

Professional education in palliative care practically ignores ethnic and cultural issues and pays little attention to the following matters:

- various religion attitudes to palliative care and death;
- attitude to traditional family rights and responsibilities of different generations.

Ulyanovsk State University has recently included these issues into curricula for training doctors and nurses who are going to work in hospices.

Research methods

The work bases on comprehensive clinical, psychological, experimental and social examination of 400 oncology patients (171 with breast cancer, 77 – uterus and ovarian cancer, 35 – larynx cancer, 57 – lung cancer, 31 – stomach cancer, 29 – large intestine cancer). Besides 90 patients with pre-cancer diseases and 40 practically healthy people (control assessment group) were examined.

172 members of medical staff were also examined (55 oncology doctors, 117 nurses from 91 oncology and 28 non-oncology institutions).

Methods applied: clinical interview, Taylor questionnaire, Hamilton depression scale, Leongard character questionnaire, MMPI, Bidstrupp drawings, Medical staff professional harm evaluation form developed by Ulyanovsk State University. To process the data statistical technique was used.

Comparative clinico-psychology study of patients with tumors of different localization

Oncology patients under examination were divided into 2 large groups:

1) patients affected by internal organs malignancies: stomach (31), rectum and segmented intestine (29), larynx (35), lung (57);

2) patients with genital organs cancer: breast (171), uterus and ovaria (77).

A certain relation between patho-psychology symptoms and tumor localization was determined.

For example, patients with *stomach cancer* demonstrated anxiousness, confusion, lower temper. Psychology shifts practically correlate with the level of disease. After surgery patients become calm and more adapted. Long after treatment patients demonstrate somatogenic asthenia with anxiousness and periodical assumption of possible recurrence. If the outcome is favorable patient often denies the fact of disease in the past.

Psychology peculiarities of patients affected by *rectum and segmented intestine cancer* depend considerably on the surgery result. Often such patients become physically limited not only due to the operation but negative emotional factors causing patho-psychology disorders. They pursue self-isolation and demonstrate low temper, as well as extreme attention to esthetic component of the surgery consequences.

Patients with *larynx cancer* after they have known the diagnosis and been suggested «cripple» treatment (tracheotomy), demonstrated anxiety, depression, fear of future. After surgery they began assuming themselves as physically defective due to loss of speech. Gradually they demonstrate psychological adaptation along with often depressions, phobia etc. with clear assumptions of possible metastasis.

Patients with *lung cancer* (in its incurable form) at the stage of proving diagnosis demonstrated anxiety and depression, feeling of catastrophe. At the stage of advanced disease they showed psychological adaptation with lower reactions, passive and limited emotional activity, replacement of creativity with stereotype behavior.

The psychological status of patients with *genital organs cancer* is mostly affected by the information on the future of childbirth possibility, while patients with *breast cancer* mostly afraid of loosing «female» image. Psycho-pathology forms of feelings like depression, phobia etc. are also possible in the period of radiotherapy and after it.

Thus, oncology patients demonstrated certain change in psychology reactions and we could determine several stages of this process.

The first stage (diagnosis, anti-tumor treatment) is typical in terms of availability of diagnosis information, specific treatment with further recovery to normal way of life as much as possible after such traumatic methods as wide surgery, radio-, chemo- and other types of therapy.

The second stage is characterized with stress and anxiety connected with anticipation of the treatment result, uncertainty of prognosis, often reference to hospital and intensive rehabilitation. This stage depends significantly on such index as «life quality» after anti-tumor treatment.

The third stage relates to feelings of fatal ending.

Clinical psycho-pathology manifestations are also affected by the disease outcome, if it is favorable or not. Cancer as a long-time disease covers a large number of means and strategies of adaptation and its psychological overcome. The data we received proves the statements mentioned in publications that this process is divided into a numbers of phases. At first, we notice non-adequate adaptive reactions connected with the information processing, painful inspection and other factors. A patient believes in doctor's power and denies severe nature of the disease. If it is in progress or recurrent the patient disappoints. If the treatment is favorable the recurrence is the only factor which makes the patient realize the fatal threat. This also breaks illusions – the patient becomes irritated against medical staff and relatives, even himself. He is depressed and often thinks of suicide.

Psychology examination of patients with breast cancer

Three groups were examined: 1 – control group (15 women), 2 – patients with benign breast pathology (35) and 3 – women with breast cancer at different stages (171). Groups 2 and 3 included patients whose diagnosis was confirmed by histology. Group 2 women had fibroadenoma that most frequently regenerates into cancer. Group 3 women had various post-operation changes in

breast. Age index of 40-50 years corresponded with the most characteristic for both malignant and benign tumors.

The examination results of control Group 1. Taylor method showed 70% of patients with medium level, 20% with low level, 10% – high level of anxiety. Dembau-Rubinstein self-evaluation scale demonstrated 40% of women with low level, 50% – with medium level, 10% – with high level of self-evaluation. Emotional discomfort was noticed in 20% of patients and it was later confirmed by clinical interview. Hamilton technique discovered 30% of women with depression, while most of patients had positive attitude to themselves and environment.

The selection criteria for Group 2 (fibroadenoma patients) were non-cancer diagnosis while presence of breast pathology. The anxiety level examination results: 0% with low level, 10% – medium and 90% – high level. Self-evaluation: 80% – low level, 10% – medium and 10% – high level. Emotional discomfort – 90%, depression – 70% of women.

Group 3 consisted of post-surgery patients affected by breast cancer, i.e. their diagnosis had been confirmed morphologically. The examination results: lability of psychic reactions dependent on disease stage. The initial stage was characterized by discomfort, coonestopathia, inferiority complex that were proved by the following data: 90% of patients with high level and 10% with low level of anxiety. Self-evaluation: 80% low level, 10% – medium, 10% – high level. 90% of patients experienced discomfort, 70% – depression, 10% – non-adequate hypomania. In clinical interview patients demonstrated asthenodepressive background, flabbiness, apathy, fear, tenseness etc. At the stage of advanced disease patients became more adapted by situational factors or «secondary» individual characteristics. De-compensation or exposure of personal pathology peculiarities depends on the type of reaction on the disease. 60% of patients demonstrated low level, 20% – medium and 20% high anxiety. Self-evaluation test: 40% medium level and 60% over-estimation. Emotional discomfort – 40%, coonestopathia – 20%, depression – 40% of patients. In clinical interview these patients showed predominance of anxiety of minor reasons, insomnia, tenseness, concern of their health on the background of fast fatigue and low work capacity.

As it is clear from this research emotional and personal features of patients changes along with the disease progress, and this technique can be used

for early diagnosis of behavior deviations and for selection of adequate treating with such patients.

Table 1.1 below represents the research results.

Table 1.1

Comparative psychological characteristics

Indices	Group 1 (control), %	Group 2 (fibro adenoma), %	Group 3 (breast cancer), %	Difference trustworthiness (by Student method)
<i>Anxiety:</i> low level	20	10	60	1<3; p<0,05 2<3; p<0,05
medium level	70	10	20	1>2; p<0,05 1>3; p<0,05
high level	10	80	20	1>2; p<0,05 2>3; p<0,05
<i>Depression</i>	30	70	40	1<2; p<0,05 2>3; p<0,05
<i>Emotional discomfort</i>	20	90	70	1<2; p<0,05 1<3; p<0,05
<i>Self-evaluation</i> low level	40	80	0	1<2; p<0,05 2>3; p<0,05
medium level	50	10	40	1>2; p<0,05 1<3; p<0,05
high level	10	10	60	1<3; p<0,05 2<3; p<0,05

As we can see the highest levels of anxiety, depression, emotional discomfort and the lowest self-estimation are demonstrated by Group 2. They characterize initial background as the patients do not know the diagnosis and disease consequences. They need a support from both relatives and medical staff, especially medical psychologist who should relieve patients. Timely diagnosis and treatment together with proper psychological support will produce optimal prognosis.

Experimental psychology examination of patients with tumor and non-tumor diseases of genital organs

Three groups were examined. Group 1 – women with a background disease of genital organs, Group 2 – with oncology diseases, Group 3 – relatively healthy women.

In clinical interview Group 1 demonstrated predominance of astheno-depressive background, apathy, feeling of causeless tenseness, fear, suspicion,

sometimes sickness. The following figures were received. Anxiety: high – 50%, medium – 20%, low – 30%. Evaluation by questionnaire: psychic activity, interest, emotional tone, comfort, tense – medium level. Light depression – 60%, medium depression – 40%.

In clinical interview Group 2 demonstrated predominance of anxiety and hypochondria in the form of anxiety of minor reasons, whine, insomnia, irritation, tense, concern over health on the background of fast fatigue and low work capacity. The following data were received. Anxiety: high – 70%, medium – 30%. Evaluation by questionnaire: psychic activity, interest, emotional tone – low level, comfort, tense – medium level. Light depression – 40%, medium depression – 60%.

Group 3 (control) demonstrated unclear deviations in mood, insomnia. Low level of anxiety. Evaluation by questionnaire: psychic activity, interest, emotional tone, comfort – medium level, tense – low level. All women showed minor depression.

Thus, in this research we found progress in anxiety and depression on the background of changing regulatory hormone balance and this outcome should be considered in observing development of tumors of women genital organs. The data prove psychology factors of cancer risk and emphasize the need for preventive measures and early treatment.

Medico-psychological and professional characteristics of oncology institutions and hospices staff

One of the major objectives of this research was to examine:

- specific conditions of oncology institutions and hospices staff's activity [8];
- effect of socio-stress factors on changes of medical staff personality;
- effect of work conditions on personal and psychology indices;
- possibility of psycho-somatic reactions;
- psychology disadaptation and psychogenia [5].

These issues have not been specially studied by medical psychologists and we could not find references concerning psycho-social rehabilitation of oncology professionals.

We examined 55 doctors and 91 nurses of Ulyanovsk Region Oncology Hospital, Ulyanovsk and Dimitrovgrad hospices. Besides 28 nurses of non-oncology institutions were also examined. Average age: doctors $41,7 \pm 1,79$,

nurses $34,3 \pm 1,78$ years old. Sex: doctors 54,3% males, 45,7% females, nurses – 100% females.

The following research techniques were applied:

- anonymous survey on 31 questions, the questionnaire was developed by Chair of Medical Psychology, Neurology and Psychiatry of Ulyanovsk State University;

- MMPI;

- humorous drawings by Biddstrupp (as a method to determine minimal deviations in emotional sphere).

The data received were evaluated in terms of trustworthiness (by Student criteria). The results discovered both interrelated and independent peculiarities of individual and typical characteristics of oncology doctors, as well as reaction types and manifestations of oncology nurses.

Practically all doctors and nurses realize that their work is harmful. Individual understanding depends on specific work conditions and personal characteristics. Among factors realized by majority of staff are difficulties in maintaining contacts with oncology patients in frustration, impossibility to help them radically. The effect of these reasons as well as other factors of asthenia nature (high-active drugs with toxic action, social and family difficulties) leads to nervous and psychic tenseness, high level of neurotic reactions and very often to stable neurotic conditions. 54,3% of doctors and 82,3% of nurses complained about conditions characterizing neuro-psychic tenseness.

Table 1.2 presents comparative manifestation of neurotic complains of oncology doctors and nurses.

Table 1.2

Neurotic manifestations

Complains	Doctors, %	Nurses, %	Trustworthiness
High irritability	8,6	13,6	p<0,05
Emotional tenseness	10,6	23	p<0,05
Emotional lability	17,3	28	p<0,05
Insomnia	17,3	21,5	NA
Head ache	23,3	35,9	p<0,05
High tiredness	21,7	34,5	p<0,05
High anxiety	10,8	10,7	NA
Hypochondria	4,3	3,6	NA
Vegetal disorders	4,3	6,4	NA
Other	12,9	12,1	NA

87% of oncology doctors confirmed that harm was available in their work.

Personal and patho-psychology peculiarities were examined by MMPI. Maximum indices were demonstrated on hypochondria and hysteria scales ($T > 60$) in both groups which corresponds with accentuation level (see Table 1.3 below).

Besides, nurses demonstrated high level on schizoid scale. This characterizes such persons as people who, on one hand, slowly adapt and experience difficulty in social conflicts, and on other hand, these people are relatively demonstrative and can not experience deep feelings. Besides they are inclined to conversion reactions that correspond with psychosomatic disorders. 39,1% of doctors demonstrated combination of high indices on hysteria, hypochondria and schizoid scales. 26% were determined as persons with «neurotic triad» – high indices ($T > 60$) on scales 1, 2, 3 and this confirms emotional affective disorders. 61,1% of nurses demonstrated high indices on hysteria scale. Other combinations of high indices are very variable and few.

Table 1.3

Personal accentuation of oncology and non-oncology nurses

Accentuation type	Oncology nurses, %	Therapeutic nurses, %	Trustworthiness (by Student)
Hysteric	54,7	36,2	$p < 0,05$
Psycho-asthenic	15,6	19,2	NA
Paranoiac	10,9	3,8	$p < 0,05$
Depressive	10,9	3,8	$p < 0,05$
Schizoid	15,0	2,6	$p < 0,05$
Hypo-maniac	1,6	0	NA
Psychopathic	4,7	3,8	NA
Hypochondria	17,8	9,5	$p < 0,05$

Thus the examination by MMPI of medical staff who works under chronic stress proved that such staff experienced various neurotic reactions. In the first 10 years of work the attitude to it changes, they begin putting aside professional problems (related to stress), thus converting these problems into psychosomatic disorders.

According to most researches, psychogenic factors are the prevailing ones in accentuation formation. These accentuations can be considered as consequence of professional psychogenic harm in the work of oncology medical staff.

While analyzing chronic diseases the following data were received. 15,2% of doctors and 12,9% of nurses complained about migraine; 13,0 and 0,7% – bronchial asthma; 10,8 and 9,3% – hypertension; 8,6 and 2,8% – stomach ulcer. The latter three belong to major psycho-somatic diseases. Migraine substantially depends on psychosomatic factors as well.

Based on psychological and physical symptoms we can note that the level of emotional reactions of nurses is higher than that of doctors, but the latter have a higher level of psychosomatic disorders, e.g. frequency of stomach ulcer among doctors is 3,8 times and bronchial asthma 13 times higher.

We also carried out the analysis of malignancy morbidity of medical staff. While examining 6000 histories of patients treated by Ulyanovsk Region Oncology Hospital in 1997-1998 we found 50 medical staff (12 doctors and 38 nurses) at the age of 25 to 68, including 2 males and 48 females. These patients with oncology diseases can be divided into 4 groups:

- 1) breast tumors;
- 2) genital organs tumors;
- 3) stomach and intestines tumors;
- 4) other (14 patients with tumors of kidney, thyroid, lung etc).

According to the records of Ulyanovsk Region Clinical Hospital, in 1960-1998 30 oncology patients with medical professional background (11 doctors, 19 nurses, age 50 to 81) were found.

We noted clinical detection of tumors at early stages of medical professionals who worked in the city, while rural medical staff were diagnosed at later stage. The staff of the city medical institutions represent the main contingent of the Oncology Hospital because they are professionally and personally oriented and concerned with oncology diseases.

Table 1.4 Represents comparative data on realization of professional harm by medical staff of oncology institutions. Thus, examination of the staff psychology problems, prevention of personal and professional deformation seems to be very important. Specific professional activity in combination with social and stress factors create unfavorable working and living conditions, which cause psycho-social disadaptation of doctors and nurses. Dependent on the stress level this disadaptation is followed by medical staff personality changes, especially in their emotional sphere.

Table 1.4

Realizing professional harm by oncology doctors and nurses

Factor	Doctors, %	Nurses, %
Communication problems (with patients)	30,4	29,4
Identification with a patient	10,8	7,9
Transfer of professional knowledge to other people	6,5	4,5
Incurability	39,1	33,8
Perception of patients behavior stereotypes	4,3	5,1
Contact with treating factors	8,6	6,3
Estimation of patient's situation as own	6,5	7,1
Other	2,1	2,3

The results of this research promoted the development of psychosocial programs for oncology institutions and hospices staff rehabilitation and health protection.

The following information received in interviews of Ulyanovsk hospice staff may be of specific interest. The question was what differed the hospice staff from medical professionals of other institutions. All doctors noted acute perception of other people's emotional status, intellectuality and kindness as major necessary features of the staff who deal with cancer patients, 50% of doctors noted the ability to understand and predict conditions and behavior of the patients, restraint in feelings.

90% of nurses mentioned kindness as a major feature, 70% – acute perception of and ability to understand and predict patients' condition and reactions. The interesting fact is that 100% of junior nurses mentioned the restraint in feelings as the most important feature. It is because junior nurses are all the staff which most often deal with patients in their terminal and most hard period. Thus, control over feelings is very important for junior medical staff of hospice.

The matter of *recruiting of medical and support staff* and their training is also of great importance. It is known that people are particular vulnerable when they loose their relatives. Professionals, doctors and nurses also constitute a risk group, as they usually help others and do not account for outside help. In order to be able for helping hospice staff should realize its physical and emotional demands as well as the limits and possibilities.

A hospice *psychotherapy environment* means partnership relations with a patient and creation of one team of medical staff and the patients relatives. The

experience proves that most verbal techniques of psychotherapy are not efficient. The main approach is therapy by doctor/nurse presence and personality.

Experience shows that hospice medical personnel who trust the god are the most reliable and dedicated people. Their spirituality in helping a patient protects themselves from psychological harm.

About 70-80% of hospice patients with psychical defects caused by brain metastasis or intoxication. Actually there are beds for such patients in hospice. Constant «extreme» factor leads to shock and neurotic reactions of patients and relatives.

Hospices have also patients with very hard neurology diseases with spinal cord metastasis and paralysis, who need constant care.

Patients with colonostomy or fistula (called as «dirty» patients) need specific care that causes additional burden over the patients and medical staff. The care of such patients requires special trust between patients and staff, and only continuous control over emotions, compassion can help reaching such trust and understanding.

But the most impressive in hospice work is continuous presence of death. The personnel are always present and actively participate in dying people's feelings.

Therefore psychotherapy support to medical staff should be provided on individual basis. This support includes conversation with and advice from a priest or other person respected; group therapy; art therapy, music therapy etc. We try to create such environment in hospice that would be similar to home.

When comparing those difficulties we met in our institutions with those of English hospices we could note the following common problems:

- irritation when treatment is inefficient;
- need to ease bursts of anger;
- involvement in emotional conflicts;
- continuous loss of those you cared of.

Results

1) Basic tasks of solving psychological, physical, social, spiritual problems of cancer patients and their families, provision of better life quality, form the basis of palliative approach and represent palliative medicine – a new trend in Russian general health care.

2) Medico-psychology, psychosocial and cultural research in oncology and palliative medicine created the methodology basis for practical implementation of various models providing palliative care.

3) The models implemented in Ulyanovsk region (hospice or palliative unit in oncology hospital or War veteran hospital) can provide the best conditions for palliative approach.

4) System-wide evaluation of changes in terminally ill cancer patients psychic adaptation and social disadaptation of their families should be carried out with consideration of psychosocial stress factors and their interrelation with mental conditions of the Russian regions.

5) Medico-psychological status and personality of cancer patient depend on localization and stage of tumor which causes certain sequence of psychic reactions correlated with the disease progress.

6) Social service is an integral part of palliative care system and a new type of professional activity in Russia. Qualified social support rendered on the basis of socio-ecology (social adaptation and rehabilitation, home care, involvement and training of volunteers, social management, liaison with religious organizations) represents special conditions for forming socio-anthropology approach in palliative medicine and care.

7) The established system of social support helps significantly in providing palliative care, socio-psychological rehabilitation of cancer patients and their families, improves the individual orientation of this support.

8) Specific features of professional activity of oncology institutions and hospices staff in combination with socio-stress factors stipulate for unfavorable socio-psychological conditions of the personnel work and life. These conditions facilitate psychosocial disadaptation of doctors and nurses. Depending on the chronic or acute stress, neurotic disadaptation is accompanied by personality and emotional changes of medical staff. The implementation of psychosocial programs to prevent professional deformation and psychosocial disadaptation helps to ensure health of oncology doctors and nurses.

9) Development of medico-psychology and psychosocial approaches to palliative medicine is carried out in particular ethnic conditions, functioning of national healthcare, psychotherapy programs to support terminally ill cancer patients, families and medical staff.

10) Palliative approach representing all-round measures to ensure best life quality for terminally ill cancer patient and his family members should be the basis to organize and develop palliative medicine.

11) System-wide medico-psychological, psychosocial and cultural support should become one of the important functions in the treatment system of cancer patients. The scale of treatment should correspond with tumor localization, stage of disease, and treatment techniques applied.

12) The system of medico-psychology and psychosocial adaptation based on socio-cultural and medical factors should be one of the fundamental principles for patient's rehabilitation after radical anti-cancer treatment.

13) When determining «cancer risk groups» a specialist should consider both cancerous and non-adequate psychic protection, psychology disadaptation and social frustration factors.

14) Medical personnel of oncology institutions and hospices need continuous psychology and social support

WORDS TO REMEMBER

Abstract

<i>terminally ill</i>	смертельно больной
<i>medical staff = medical personnel</i>	медицинский персонал
<i>service</i>	служба, обслуживание
<i>chair</i>	кафедра
<i>significance</i>	значение
<i>incurable</i>	неизлечимый
<i>suffering</i>	страдание
<i>fundamental</i>	основа
<i>research</i>	исследование
<i>ensure</i>	обеспечивать, гарантировать
<i>level</i>	уровень
<i>comprehensive</i>	всесторонний, исчерпывающий
<i>integrity</i>	неприкосновенность, целостность, прямота
<i>integral</i>	целый, полный, неотъемлемый
<i>mentality</i>	интеллект, склад ума

Introduction

<i>appropriate</i>	подходящий, соответствующий
<i>provide</i>	обеспечивать
<i>spiritual</i>	духовный

<i>approach</i>	подход
<i>issue</i>	исход, вопрос
<i>peculiarity</i>	особенность
<i>morbidity</i>	смертность
<i>advanced cancer</i>	последняя стадия рака
<i>lack of</i>	недостаток
<i>unavailability</i>	недоступность невозможность
<i>harm</i>	вред, ущерб
<i>implement</i>	применять, осуществлять
<i>detect</i>	следовать
<i>protection</i>	защита
<i>pursue</i>	преследовать
<i>curriculum (curricula pl.)</i>	программа (университета)
<i>volunteer</i>	доброволец
<i>implementation</i>	реализация (планов)
<i>WHO – World Health Organization</i>	Всемирная Организация Здравоохранения
<i>set-up</i>	учреждать, основывать

Methods

<i>in-patient</i>	стационарный, госпитальный, лежащий больной
<i>out-patient</i>	амбулаторный больной
<i>home care</i>	выездная служба (обслуживание на дому)
<i>versus</i>	в сравнении с (против)
<i>advantage</i>	преимущество
<i>emphasis</i>	выразительность, акцент, сила
<i>goal</i>	цель, задача
<i>engagement</i>	занятие, дело
<i>rural</i>	сельский, деревенский
<i>prove</i>	доказывать
<i>correctness</i>	правильность
<i>accommodate</i>	приспосабливать, согласовывать
<i>refer</i>	ссылаться на, направлять, относиться
<i>estimate</i>	оценка, оценивать
<i>previously</i>	прежде, раньше
<i>per annum</i>	в год
<i>complications</i>	осложнения

<i>require</i>	требовать, нуждаться в чем-либо
<i>clarification</i>	прояснение, очищение
<i>average</i>	средний
<i>facility</i>	оборудование
<i>mortality</i>	смертность
Research methods	
<i>assessment</i>	оценка
<i>questionnaire</i>	анкета
<i>anxiousness</i>	тревога, озабоченность
<i>lower temper</i>	плохое настроение
<i>shift</i>	средство, способ, изменение; перемещать(ся), передавать (другому)
<i>correlate</i>	находиться в связи, в определенном соотношении, устанавливать соотношение (to, with)
<i>calm</i>	спокойный
<i>assumption</i>	предположение, принятие на себя
<i>recurrence</i>	возвращение, повторение, рецидив, возврат
<i>deny</i>	отрицать, не допускать
<i>pursue</i>	следовать, преследовать, продолжать (обсуждение)
<i>consequence</i>	последствие, значение, важность
<i>anxiety</i>	беспокойство, тревога, опасение, забота, страстное желание чего-либо (for)
<i>creativity</i>	творчество, создание
<i>anticipation</i>	ожидание, предвосхищение
<i>uncertainty</i>	неуверенность, нерешительность, сомнение; неизвестность, неопределенность
<i>reference</i>	ссылка, справка, сноска, эталон
<i>manifestation</i>	проявление
<i>disappoint</i>	разочаровывать, обманывать (надежды)
<i>fatal threat</i>	фатальная угроза
<i>suicide</i>	самоубийство
<i>self-evaluation</i>	самооценка
<i>self-esteem</i>	чувство собственного достоинства, самоуважение
<i>confirm</i>	подтверждать, утверждать, поддерживать
<i>environment</i>	окружающая среда

<i>lability</i>	неустойчивость, лабильность
<i>inferiority</i>	более низкое положение, достоинство, качество
<i>inferiority complex</i>	чувство собственной неполноценности
<i>flabbiness</i>	вялость, слабость
<i>tenseness</i>	возбуждение, напряжение
<i>exposure</i>	подвергание (рisku, опасности)
<i>predominance</i>	превосходство, преобладание, господство
<i>fast fatigue</i>	быстрая усталость
<i>deviation</i>	отклонение, девиация
<i>timely diagnosis</i>	своевременный диагноз
<i>causeless</i>	беспричинный, необоснованный
<i>suspicion</i>	подозрение
<i>whine</i>	хныкать, хныканье, жалобный вой
<i>insomnia</i>	бессонница
<i>irritation</i>	раздражение, гнев, возбуждение
<i>tense</i>	создавать напряжение, возбужденный
<i>mood</i>	настроение, расположение
<i>trustworthiness</i>	надежность
<i>high tiredness = high fatigue</i>	усталость
<i>accentuation</i>	подчеркивание, выделение
<i>convert</i>	превращать, обращать, конвертировать

REFERENCES

1. Ahmedzai S. Measuring quality of life in hospice care. *Oncology*, 1990; 4: 115-119.
2. Biktimirov T.Z. et al. Palliative care education system in training physicians and nurses. 5th Congress of the EAPC. London, 1997, 71.
3. Biktimirov T.Z. et al. Program of palliative care development in Ulyanovsk region of Russia. 5th Congress of the EAPC. London, 1997, 71.
4. Biktimirov T.Z. Psychosocial and medical psychology problems in palliative care. 5th Congress of the EAPC. London, 1997, 100.
5. Biktimirov T.Z. et al. Psychogenias in oncology medical personnel work. 6th Congress of the EAPC. Geneva, 1999, 1043.
6. Breitbart W, Holland J. Psychiatric complications of cancer. *Current therapeutics in oncology*, 1988; No.3; 268-275

7. Cohen S.R., Mount B.M. Quality of life in terminal illness: defining and measuring subjective well-being in the dying. *J EAPC*, 1992; 8(3): 40-45.
8. Ford S, Fallofield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med*, 1995; 42(11): 1511-1519.
9. Higginson I, Wade A, McCarthy M. Palliative care: views of patients and their families. *Br Med J*, 1990; 1: 277-281.
10. Holland J.C., Rowlands J.H. Handbook of psycho-oncology: psychological care of patients with cancer. *Oxford University Press*, 1989.
11. Hoy A. Intervention in palliative care. *J EAPC*, 1997; 4(4): 114-116.
12. Klaschik E, Nauk F. Medikamentöse Schmerzbehandlung bei Tumorpatienten/ Psycho-soziale Betreuung und Hospizbewegung. 1999.
13. Oliviere D. Culture and ethnicity. *J EAPC*, 1999; 6(2): 53-57.
14. Saunders C.M. The management of terminal illness. 2nd ed., London, 1985.
15. Twycross R., Lack S. Therapeutics in terminal cancer. 2nd ed., London, 1990.

PART II

GLOSSARY ON PALLIATIVE MEDICINE

by Peter Kaye's book «A to Z of Hospice and Palliative Care»

ГЛОССАРИЙ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

по книге доктора Питера Кей,
консультанта по паллиативной медицине
«Хоспис и паллиативный уход от А до Я»

T.Z. Biktimirov, L.M. Tikhonova, G.A. Novikov

From Forward

Hospice and palliative care includes much more than an understanding of symptoms and their skilled relief. It is concerned with the whole person, part of the family network who share in all the emotional, social and spiritual distress that accompany *physical* problems and the inexorable losses.

Dame Cicely Saunders, OM, DBE,
October, 1992

From Preface

Three terms – Palliative Care, Hospice Care, and Terminal Care – need to be clearly defined because there is often confusion about them.

PALLIATIVE CARE is no longer intended to be curative, but aims to control symptoms and *prolong life*, and may include such measures as surgery, radiotherapy and chemotherapy. About 50% of cancer patients are not curable at diagnosis.

Из предисловия

Необходимо четко определить три термина – «паллиативная помощь», «хосписная помощь» и «терминальная помощь» – так как часто возникает неясность в их использовании.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ не имеет лечебной цели, она предназначена для контроля симптоматики и *продления жизни* и может включать такие меры, как оперативное вмешательство, лучевая и химиотерапия. Около 50% раковых больных некурабельны на момент постановки диагноза.

HOSPICE CARE denotes a style of care, rather than a place. Hospice care focuses on relieving symptoms and improving the quality of remaining life including mental, social, and spiritual aspects of it, and aims to meet the complex and changing needs of the patient and the family. This requires a multidisciplinary team approach.

TERMINAL CARE is needed during the last few days of life. Needs of the family are especially important at this stage. The terminal stage is characterized by day-to-day deterioration *in the patient's condition*.

*Peter Kaye, Cynthia Spencer House
Northampton, England, 1994*

The Commonest Sites of Malignant Neoplasms in Men and Women

The ten commonest sites of origin of malignant neoplasms in men are lungs, prostate, stomach, colon, bladder, rectum, esophagus, pancreas, medulla, and brain.

The ten commonest sites of origin of malignant neoplasms in women are breasts, lung, colon, stomach, ovaries, pancreas, rectum, esophagus, cervix and medulla.

Smoking is strongly correlated with about 30% of all cancers including most occurrences of lung cancer and a portion of deaths from cancers of mouth, pharynx, larynx, esophagus, bladder, cervix and leukemia.

50% of cancers are not curable even at the time of diagnosis, when treatment (surgery, radiotherapy and chemotherapy) aims to palliative (control symptoms and prolong life) rather than cure.

Стиль ухода в хосписе важнее места ухода. Уход в хосписе сфокусирован на ослаблении симптоматики и улучшении качества жизни, включает ментальные, социальные и духовные аспекты и ставит целью заботу о нуждах больного и его семьи. Это требует слаженной работы всего персонала.

ТЕРМИНАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ требуется в последние дни жизни. Нужды семьи особенно важны на этой стадии. Терминальная стадия характеризуется каждодневным ухудшением *состояния* больного.

*Питер Кей, Синтия Спенсер Хауз
Северный Хэмптон, Англия, 1994*

Типичные места происхождения злокачественных опухолей у мужчин и женщин

Десять наиболее типичных мест происхождения злокачественных опухолей у мужчин: легкие, простата, желудок, толстый кишечник, пузырь, прямая кишка, пищевод, поджелудочная железа, спинной и головной мозг.

Десять наиболее типичных мест происхождения злокачественных опухолей у женщин: молочные железы, легкие, толстая кишка, желудок, яичники, поджелудочная железа, прямая кишка, пищевод, шейка и спинной мозг.

GLOSSARY

ANOREXIA means loss of appetite. It occurs in about 70% of patients with advanced cancer (possibly due to tumor peptides). Often no specific cause can be found, but the following should be excluded:

- Oral thrash *Lingua Latina: anorexia, ae f [an- отрицание, отсутствие + orexis – желание] отсутствие аппетита*
- Nausea
- Constipations *constipatio, onis f – запор*
- Anxiety or depression
- Drugs

ASCITES means fluid in the peritoneal cavity. It occurs in 60% of cancer patients. It is caused by malignant peritoneal deposits, blockade of sub-diaphragmatic lymphatic and secondary sodium retention. It occurs in cancers of bronchus and breast, as well as intra-abdominal tumors, most commonly: ovary, colon, stomach, pancreas, bronchus, endometrium and cervix.

Symptoms of ascites include:

- Abdominal discomfort *ascites, ae m [askites – подобный надутому меху, т.е. отёкший] асцит*
- Difficulty bending
- Heartburn *брюшная водянка: скопление*
- Leg edema *невоспалительной серозной жидкости*
- Dyspnea *(транссудата) в брюшной полости.*

BLADDER CANCER causes around 5500 deaths per year in the UK. Peak age is 50-70 and it is twice as common in men.

Problems in advanced cancer of the bladder include:

- Visceral pain (suprapubic) *dolor visceralis, dolor suprapubicus*
- Sciatic nerve pain *dolor nervi schiatici*
- Bladder spasms *spasmus vesicae urinariae*
- Frequency and dysuria *dysuria, ae f*
- Bladder hemorrhage *cystorrhagia*
- Lymphedema of the leg *lymphoedema, atis n*
- Ureteric obstruction *obstructio ureteris*

BONE PAIN is due to metastatic destruction of bone. It causes 40% of cancer pain. 80% of cases are due to cancers of the breast, bronchus or prostate. Cancers of the kidney, thyroid, pancreas, colon, ovary, melanoma and myeloma also spread to bone. 75% of myeloma patients present with bone pain.

The commonest sites of bone metastases are:

- spine (lumbar and thoracic) *vertebrae lumbales, vertebrae thoracicae*
- pelvis *pelvis, is f*
- ribs *costa, ae f*

Other sites of bone metastasis are skull, cervical spine, femur and humerus (especially in cancer of the kidney).

Clinical features of bone pain are:

- Pain on movement («incident pain»)
- Relieved by rest
- Well-localized pain
- Continuous pain (if severe)
- Bony tenderness on pressure
- Pathological fractures

Bone pain is typically worse in movement well-localized and tender to pressure or percussion. Occasionally the pain can be poorly localized and with no obvious bony tenderness. Vertebral compression may occur and cause radiating nerve root pains around both sides of the chest.

BRAIN METASTASES occur in about 10% of cancer patients. The median survival with brain metastases is about 4 month. Brain metastases are multiple in at least 80% of cases. The sites of spread are most commonly the cerebral hemispheres (80%) but occasionally other parts of the brain are involved: cerebellum (15%), pituitary (6%) and brain stem (1%).

Tumors that cause brain metastases are most commonly cancers of the bronchus and the breast, but many other tumors occasionally spread the brain, including melanoma, renal, gastro-intestinal, genito-urinary and others.

Clinical features of brain metastases include:

- Headaches, vomiting
(raised intracranial pressure (ICP)) *cephalgia, ae f*
- Weakness, incoordination *incoordinatio, onis f*
- Speech difficulties *logosthenia, ae f*

- Hemianopsia (loss of peripheral vision) *hemianopsia, ae f*
- Incontinence *incontinentia, ae f*
- Intellectual damage *Metastasis, is f [meta –*
- Seizures (25 %) *перемена места + stasis*

перемещение] – 1) перенос патологического материала из одного места в другое; 2) очаг болезненного процесса, образованный в результате такого переноса

BREAST CANCER (*cancer mammae*) is the most prevalent cancer in the UK, affective 1 in 12 women. It causes 15000 deaths per year in the UK. Treatment of breast cancer is simple mastectomy or «lumpectomy» followed by RT. Prognosis is better if there is a long disease-free interval, if the patient is over 60 and with estrogen receptor positive tumors.

Metastases most commonly occur to bone, but also distant nodes, brain, lung, pleura, liver, peritoneum and skin. Metastatic disease has a median survival of 3 years with good palliative treatment, and 10% survive 5 years. Problems in advanced cancer of the breast may include:

- Arm lymphoedema – 30% *acrolymphoedema, atis n*
- Pleural effusion *effusio pleuralis*
- Ascites *ascites, ae m*
- Brain metastases – 20% *metastases encephali*
- Chest wall recurrence – 10%
- Cranial nerve palsies – 10%
- Hypercalcaemia – 5% *hypercalcaemia, ae f*

CAUSALGIA is a burning pain often associated with tropic skin changes in the hand or foot, caused by peripheral nerve injury. The syndrome may be aggravated by the slightest stimuli or it may be intensified by the emotions.

causalgia, ae f [kausis горение + algos боль] каузалгия – жгучая боль: своеобразная форма невралгии

CERVICAL CANCER (*cancer cervicis, cancer cervicalis*) causes around 2000 deaths per year in the UK. It is preventable by screening with regular cervical smears, provided abnormal smears are followed up by colposcopy, and

areas of dysplasia are treated (by laser or cryotherapy). If dysplasia is left untreated for several years, 30-40% will progress to invasive cancer.

Presentation is typically with abnormal vaginal bleeding (post-coital or post-menopausal). Pain or urinary symptoms suggest advanced disease.

Problems in advanced cancer of the cervix include:

- Pain *dolor, oris m*
- Discharge, bleeding *haemorrhagia, ae f*
- Fistulas *fistula, ae f*
- Leg lymphoedema *lymphoedema pedum*
- Ureteric obstruction *obstructio ureteris, obstructio ureterica*
- Hypercalcaemia (5%) *hypercalcaemia, ae f*
- Psychological issues

COLON CANCER (*cancer coli*) causes about 13000 deaths per year in the UK. It is more common with a history of familial polyposis, recurrent polyps or longstanding ulcerative colitis. Presentation of cancer of the colon is typically with altered bowel habit (diarrhea or constipation). Diagnosis is by colonoscopy and barium enema. Treatment of colonic cancer is surgical. Metastases from colonic cancer occur in liver and less commonly to bone, lung or brain. Prognosis depends on how far the cancer has spread through the mucosa. Problems of advanced cancer of the colon include:

- Pain *dolor, oris f*
- Ascites *ascites, ae m*
- Intestinal obstruction *obstructio intestini*
- Abdominal fistula *fistula abdominis*

COMPLEMENTARY THERAPIES. Patients with advanced disease are often searching for comfort more than cure. Even when a person has accepted that his illness is incurable, it is still a reasonable goal to search for ways to feel better rather than necessarily to get better. There are many different therapies around, but they share certain characteristics in what they offer:

- Time and attention *complementum, i n [=дополнение, от complere дополнять]*
- Listening *complementarius, a, um – дополнительный*
- Touching

- Authority
- Hope of improvement

Complementary therapies include:

- Special diets *diaeta, ae f*
- Vitamins and minerals *vitamina et mineralia*
- Homeopathy *homeopathia, ae f*
- Acupuncture *acupuncture, ae f [acus игла + punctum укол, точка] иглоукалывание*

Stress reduction technique:

- Massage
- Aromatherapy *aromatherapia, ae f [aroma, atis n запах]*
- Visualization *visualisatio, onis f – представление*
- Muscular relaxations *relaxatio musculorum*
- Biofeedback
- Breathing exercise
- Meditation *meditatio, onis f*
- Reflexology *reflexologia, ae f*
- Faith Healing
- Hypnosis *hypnosis, is f [hypnos сон] гипноз – внушенный сон*
- Art Therapy/ Music therapy *ars, artis f – искусство*

Other techniques, including:

- Shiatsu
- Kinesiology (Touch for Health)
- Iridology *iris, iridis f – радужка, радужная оболочка*

Special diets tend to be high in fibre and raw foods and fruit, low in sugar and salt, and are usually vegetarian, including vegetable and fruit juices. A good diet may retard or cure cancer. Macrobiotic (meaning «great life») diets stress the effect of healthy eating on quality of life and promote foods, which are whole, locally grown and seasonably fresh.

Vitamins and minerals remain popular, and some patients take large amounts of complex and often expensive combinations, in the hope of feeling better or prolonging their life. There is little evidence that they have any influence on the cancer.

Homeopathy (homeopathia, ae f [homeo одинаковый, подобный + pathos страдание] лечение очень маленькими дозами) is a system of medicine, which was developed in the 1850's by Samuel Hahnemann, in response to the harsh and useless bleeding and purging therapies of the day. It is based on the idea that symptoms are due to an imbalance or disharmony of the whole person, and the whole person is treated rather than the disease. The principle of homeopathy is that «like cures like», meaning that if a substance causes certain symptom, then a minute quantity of the same substance will cure those symptoms.

The principle is that one substance is tried at a time. Injections of iscador (derived from mistletoe) are sometimes prescribed for cancer patients. Homeopathic remedies have the great advantage that they do not cause side effects, and this is because the remedies contain no active ingredients. They are derived from the original substances by a system of dilutions and shakings («successions») until there is none of the original substance left. This makes it hard to explain how they can possibly work, but there is no shortage of anecdotes to support the effectiveness of homeopathic remedies for a wide variety of symptoms. There are no comparative studies, which suggest that they are effective.

Acupuncture (acupunctura, ae f [acus игла + punctum укол, точка] иглоукалывание) is mainly used to relieve pain in a variety of non-malignant conditions such as arthritis and migraine. The shorter is the duration of the pain, the better the response. Traditional Chinese acupuncture, practiced for over 4000 years, is based on the theory that needle insertions alter the flow of energy along certain meridians of the body, restoring the balance of the forces (Yin and Yang) in the body.

Acupuncture can reduce dyspnea and may be able to reduce some types of vomiting.

Massage combines physical relaxation with therapeutic touch, and reduces stress both by reducing muscular tension and by reducing feelings of isolation. Many patients regress and need more physical touch. Essential oil can enhance the effects of massage. Massage also conveys empathy and encourages trust and the ventilation of feelings.

6 different types of hand movement are involved:

- Effleurage (gentle stroking)
- Petrissage (squeezing)

- Tapotement (fine quick vibratory movements)
- Kneading (firm stroking)
- Hacking (firm tapping with the edges of both hands)
- Cupping (like hacking, but using cupped hands)

Aromatherapy (aroma, atis f zanax) uses essential oils, sometimes with massage, to achieve deep relaxation. Frankincense, camomile and lavender are all said to calming and soothing. Hippocrates wrote: «The way to health is to have a scented bath and an oiled massage every day». The sense of smell can powerfully affect emotions and memories. Touch and smell are both primitive senses and massage with aromatic oils can induce deep relaxation. Some of the essential oils may be absorbed transdermally in minute quantities (camomile, basil). Aromatherapists may also recommend the use of the inhalations, bath oils and lotions.

Visualization (visus, us m [=зрение, зрительное чувство от videre, pp. visus видеть, смотреть] острота зрения; visualisatio, onis f визуальное наблюдение, представление) is the regular imaging of a desired outcome (such as shrinkage of the tumor). It is practiced 2-3 times a day for 15-20 minutes, and encourages the patient to develop a feeling of control. The patient pictures the cancer (in whatever form they choose) as weak and confused and the body defences as strong. Visualization is intended to reduce the feelings of helplessness, which lead to depression. Discussion of the patient's imagery may reveal fears or misconceptions about treatment. Cancer treatments should be seen as promoting the body defences. There is some evidence that regular visualization can improve some parameters of the immune system.

Muscular relaxation, contracting and relaxing different groups of muscles, according to instructions from a therapist (or a tape) is a useful method of inducing a certain amount of relaxation, and is a useful starting point for patients finding it difficult to relax mentally.

Biofeedback measures physiological parameters in order to teach the patient to recognize when they are becoming more relaxed. It measures pulse rate, skin resistance (sweating) and electro-myography (muscle tension).

Breathing exercises can be especially useful if the patient is tending to hyperventilate. They focus on full expiration, lowering the shoulders and using the diaphragm when inhaling (so the abdomen rises). It is often very helpful to teach the relatives as well, so they know what to encourage in times of panic.

Meditation is a method of reducing the arousal level by means of focused attention using:

- A visual image;
- A repeated sound;
- Physical repetition (breathing).

If meditation is practiced regularly it can induce deep relaxation. It demands mental concentrations and may be impossible if the patient is tense, when a more basic program of relaxation may be needed first.

Reflexology is massage of feet. It is based on the theory that there are 10 zones of energy flow, running the length of the body, and that foot massage can remove congestion and energy blocks from the pathways, and normalize the function of internal organs. There is no evidence that this occurs, but many patients find it relaxing.

Faith healing includes a variety of approaches often combining touch, positive thinking and listening (sometimes in a religious context) and it usually results in deep relaxation.

Hypnosis can be defined as an altered state of consciousness, characterized by change in mood, sensation, perception and memory, which allows greater access to inconscient processes. It could be described as «assisted meditation». Suggestibility is enhanced, which can be used to program muscular relaxation or analgesia. There is also an increased capacity for role enactment («as if» feelings), which can be maintained by post-hypnotic suggestion. It can result in deep relaxation and can reduce fears. It is also used to increase feelings of self-control. Glove and stocking anesthesia can be induced by a variety of suggestions directed at localizing physical sensations. This ability to control sensation of pain can sometimes be used to demonstrate control and reduced awareness of physical pain.

Art therapy / Music therapy are other creative therapies can reduce stress levels, provide a sense of purpose and improve self-esteem.

CONSTIPATION (*constipatio, onis f* – *констипация, запор*) means hard or infrequent motions. 50% of hospice patients are constipated on admission even many have been taking laxatives (but incorrectly). Causes of constipation include poor diet, dehydration, diuretics, anti-cholinergics, but opioids are the commonest cause of severe constipation. Morphine causes constipation in most patients. The symptoms of constipation can include:

- Abdominal discomfort *discomfortus abdominis*
- Malaise
- Anorexia *anorexia, ae f*
- Nausea and vomiting *nausea et vomitus*
- Colic *colica, ae f*
 - Impaction, tenesmus *tenesmus, i m*
 - Faecal incontinence *incontinencia fecalis – невольная дефекация*
- Urinary retention *retentio utinaria*
- Obstruction *obstructio, onis f*
- Mental confusion *confusio mentalis*

Prevention of constipation should be aggressive. High fibre diets are not well tolerated and most patients need laxatives. Oil enemas soften the motions and should be retained as long as possible, and is then followed by the phosphate enema which stimulates peristalsis.

COUGH

Productive cough, with sputum, may be due to a chest infection, lung abscess, heart failure or bronchitis.

Dry cough can be more difficult to treat. It may be due a bronchial tumor mass, multiple lung secondaries, bronchospasm or a plural effusion.

Effusio, onis f [effundere, pp. effusus выливать] эффузия – излияние, истечение, выпот. Sputum, i n [spuere, pp. sputus плевать, выплевывать] – мокрота

COUNSELLING can be defined as therapeutic listening, which encourages the expression of feelings and increased self-confidence. 50% of hospice patients and families actively seek counselling help for their emotions.

The main emotions relate to basic human needs and are often associated with certain behavior:

<i>Emotion</i>	<i>Basic human need</i>	<i>Behavior</i>
Anger	Loss of choice	Loudness of the voice
Fear	Loss of knowing what is happening	Restlessness
Grief	Loss of love	Tears
Shame	Loss of self-respect	Embarrassed laughter

Open questions (beginning How? What? or Why?) open up communication of feelings.

- What has been the most difficult part of this illness for you?
- How has this illness affected your life/family/children/relationship(s)?
- What do you do to keep your spirits up?
- What would you do now, if you were suddenly well again?
- How did you feel about coming into the hospital, hospice?
- Have you known anyone else with cancer?
- Have you felt like this before?
- What is the worst thing that can happen?
- Do you mind talking while you cry?
- What made you cry just now?
- What have you been told about your illness?
- How do you see the future?
- How long are you hoping for?
- If the time comes for you to need more nursing help, or to die, where would you like to be looked after? Why?

Patients facing illness and death tend to regress at times and need «emotional holding» and need the security of being able to express their deepest feelings without embarrassment. Comments such as those below can often boost morale.

- You have still got your sense of humor.
- I admire the way you are coping all this.
- You have already served the worst.
- Look how you have coped so far.
- You are doing well at the moment.
- You are a good patient.

CUTANEOUS MALIGNANT SPREAD occurs commonly on the chest wall after local recurrence of breast cancer, and in perineal and vulval cancers. Abdominal tumors can occasionally spread through abdominal wall.

malignus, a, ит злокачественный
cutaneus, a, ит кожный

DEEP VEIN THROMBOSIS (DVT) is common in terminally ill patients, because bed rest and immobility cause venous stasis.

Clinical features of DVT are:

- Unilateral leg swelling
- Pain
- Tenderness
- Oedema
- Cyanosis of the leg (late)
- Dilated superficial veins (late)

*thrombosis, is f [свертывание]
образование тромба
oedema, atis n
cyanosis, is f
venae superficiales dilatatae*

Management options for a DVT include:

- Analgesia and explanation
- Elastic support stocking
- Anti-coagulation

*analgesia et explanatio
anticoagulatio, onis f*

DEHYDRATION causes:

dehydratio, onis f [de устранение+hydr вода] –

- Reduced blood volume
- Tachycardia
- Reduced blood pressure
- Stiff skin folds/sunken eyes
- Dark urine
- Thirst
- Dry mouth

*дегидратация, обезвоживание
tachycardia, ae f*

DEPRESSION

Features of clinical depression, which would particularly indicate the use of an antidepressant, are:

- Low self-esteem
- Lack of interest or pleasure in anything
- Expressionless face (unable greet friends/family)
- Persistent thoughts of death/suicide
- Delusions (bizarre beliefs)

Management of depression may involve:

- Support
- Counselling
- Trial of tricyclic (drugs)
- Psychiatric referral

*depressio, onis f [de-primere, pp.
depressus угнетать] депрессия –
угнетенное состояние*

DIABETES can be defined as a blood glucose. It occurs in about 5% of patients with advanced cancer.

Diabetes is suspected if there is:

- Polyuria or thirst *diabetes, ae m [diabaino проходить, так как сахар проходит через почки, от dia через и baino идти] диабет – мочеизнурение*
- Drowsiness *сахар проходит через почки, от dia через и*
- Increasing weakness *baino идти] диабет – мочеизнурение*

DIARRHEA means loose or water stools.

The common causes of diarrhea are: *diarrhoea, ae f [diarrhea протекать, от dia через и rheo течь] диарея – понос*

- Impacted faeces
- Laxative imbalance
- Abdominal malignancy

5% of hospice patients get troublesome diarrhea.

Other causes of diarrhea:

- Rectal tumor
- Steatorrhoea
- Recto-vaginal fistula
- Post-irradiation proctitis
- Carcinoid tumors (rare)
- Infective

DIET

diaeta, ae f режим питания

Dietary advice is often requested and is an integral part of patient care. Referral to a dietician can be very helpful, especially if there are eating or swallowing problems. Interest in a patient's diet provides psychological support to a patient and family. An explanation of the following simple principles is often greatly appreciated:

- Encourage fluids
- Encourage fruit (fibre)
- Eat little and often
- Eat when hungry (a microwave helps)
- Eat whatever you enjoy (avoid boring food)
- Relax dietary restrictions (e.g. low fat diets)
- Cold food or drinks may be preferred

- Strong flavors may be preferred
- Try flavors (taste preferences change)
- No foods are harmful
- Weakness may cause embarrassment (eat alone)

Vitamin supplements can help psychologically and multivitamins or high dose vitamin C, 500 mg QID, for several weeks may improve the appetite.

DRESSINGS

The ideal dressing promotes moist wound healing, by providing physical protection, warmth and moisture and encouraging gas exchange, removal or exudate and dead tissue, increased granulation and reduced risk of infection. Wounds can not, and need not, be made sterile to heal.

DYSPEPSIA (heartburn, indigestion) means epigastric or retrosternal pain, related to eating. It can be due to reflux esophagitis, gastritis, a gastric ulcer or duodenal ulcer.

dyspepsia, ae f [dys нарушение + pepsia пищеварение] диспепсия – нарушение пищеварения

reflux – обратный ток; oesophagitis, itidis f [oesophagus +itis]; ulcus, eris n – язва

DYSPHAGIA means difficulty swallowing. It occurs in about 12% of hospital patients. Causes of malignant dysphagia are cancers of the esophagus, stomach or head and neck.

dysphagia, ae f [dys + phagia глотание] затруднение глотания

DYSPNEA means a distressing difficulty in breathing. It is a symptom, not a sign, and can be present even if the breathing appears normal.

dyspnoë, es f [dys + pnoë дыхание] одышка, затрудненное дыхание

EDEMA means excessive accumulation of tissue fluid. Ankle swelling is the commonest problem. Edema is usually due to a combination of factors:

- Low serum albumin *oedema, atis n [oidema опухлость] – отек*
- Drugs causing fluid retention (steroids)
- Reduced mobility

- Heart failure
- Venous thrombosis
- Lymphatic obstruction

Treatment options for edema include:

- Diuretics
- Stop drugs
- Exercise
- Elevate legs
- Support stocking

ESOPHAGEAL CANCER causes about 5600 deaths per year in the UK. It typically presents with dysphagia and weight loss. Intermittent heartburn can occur, but constant pain suggests that the tumor is already far-advanced. It is more common in smokers. The prognosis is very poor. The tumor is usually advanced at presentation, and for patients survive more than 6 months from diagnosis.

Diagnosis is by barium swallow, endoscopy and biopsy. Metastases occur to nodes in the mediastinum (and neck), and later to liver, lung, bone, brain and skin. There is no effective chemotherapy for tumor, which is restricted to clinical trials. Problems in advanced cancer of the esophagus include:

- Pain *esophagus, i m [oisophagos om oiso буду носить +*
- Dysphagia *phagein есть] пищевод*
- Hoarseness
- Tube problems
- Fistula into the trachea

ETHICAL ISSUES IN PALLIATIVE CARE

Ethics are the moral principles of conduct that are considered correct by a profession or group. Medical decision-making is complex in palliative care. There is often more that could be done for a patient to reverse organ failure, and to prolong life. The role of a doctor is twofold: to restore health and to relieve suffering. First do no harm («primum noli nocere») is the first principle of medical care. The will of the patient overrules the health of the patient. The patient is free to reject treatment.

palliatus, a, um [pallio защищаю] паллиативный, вре-

менно облегчающий, уменьшающий тяжесть чего-либо; обозначение изменения симптомов без излечения основного заболевания

EXPLANATION

Explanation is an essential part of symptom control. Before about 1930 the main role of a doctor was explanation of disease processes, and the support of the sick patient. Explanation involves teaching, and the following hints may be helpful:

Ask questions first – find out what the patient knows and what the patient wants to know.

Be simple – a patient can rarely remember more than 2 pieces of new information. Use categories, e.g. «There are two things I want to tell you. First ...»

Avoid jargon – assume that the patient may not understand your words, especially medical words.

Repeat important information – and ask the patient to repeat, to check their understanding.

Use diagrams – and give them to the patient to keep. If a thing is «in hand» it feels more in control.

Be available for further discussion or explanation to relatives.

Information leaflets can significantly improve a patient's knowledge and understanding.

Explaining bad news means changing someone's future for the worse. It has to be done in a balanced way. Unrealistic reassurance destroys future trust, but on the other hand, giving too much information can cause anxiety and anger. The principles are:

- Arrange privacy and sit down
- Arrange for family member to be present
- Ask questions first
- Explain, using kind words
- Answer questions
- Offer future availability
- Enquire about future emotional support

Explaining bad news paradoxically often brings relief, because uncertainty is the hardest of all emotions to bear. Many patients make comments like «It was easier once we all knew what was wrong». However, adjusting to bad news takes

several weeks or months. The way bad news is given can upset patients and families for months. Explaining bad news brings a responsibility to offer support.

FAMILY SUPPORT

A family is an inter-related system and changes to one individual affect all the family. *Family-centered care* is essential. Illness affects all the family and therefore care is most effective when it is family-centered. Patients often feel isolated by their illness and cut off from their normal roles and relationships. Helping families to communicate can reduce feeling of isolation. Most patients want to be understood in the context of their families. A family conference convened during a crisis will reduce family anxieties (which are often about poor communication and fears of upsetting each other. A meeting usually allows a family to solve its own problems. Families, which are brought together, will talk together. Most families want information about life expectancy, extent of the illness, possible future complications and many other areas:

- Confirmation of diagnosis
- Curable if detected earlier
- Possible future events
- Treatment opinions
- Home nursing help
- Pain
- Medications
- Can family manage at home
- Chances of recovery
- Diagnosis
- Patient's emotions
- Reasons for decline
- Radiotherapy
- Possible discharge day
- How to handle death at home
- Nutritional support
- Medical follow-up
- Equipment at home
- Bowel problems

- Other symptoms
- What to do in emergency
- Talking with children
- Communication with family members
- Financial or legal worries
- Making a will
- When death will occur
- How death will occur
- Funeral arrangements
- Genetics

Concern for the whole family is a very effective form of preventive health care, because unresolved bereavement adversely affects both future mental and physical health. *Communication problems* in families are common, and produce such comments as:

Please, don't tell him, he'd never cope

- It would only upset her
- She doesn't care
- He's behaving very badly
- We don't know what to say
- Talking won't change anything
- He mustn't see me cry
- We don't have morbid talk in this family

*communicatio, onis f [communicare
соединять] коммуникация –
сообщение, общение, соединение*

Openness about feelings becomes more difficult for all the families in a prolonged crisis because of emotional exhaustion (dealing with many new situations and problems) and because of fears about upsetting oneself and others. Family counselling is needed if communication problems are causing distress to individual family members.

Challenging does not mean disagreeing, it means asking questions that no one has dared to ask before. The way forward is to make it safe enough to share painful memories. The therapist has to convey empathy, and the conviction that the issue of change is very important and worth some distress. The style of challenging may involve comments like:

- Who is close to whom in your family?
- Who is good at getting their own way?
- Who would be most upset if X were not being angry?

- What might change if Granny could appear?
- Why do you always rescue X, by interrupting?
- If you had to part, what would you regret not saying?

Family therapy techniques that may be used to promote change can include:

- Drawing a family tree
- Role-play
- Sculpting
- Empty chair techniques
- Moving positions within the room

An experienced counsellor can also work with the children and parents at the right stage to prepare them for the loss.

Children have special needs. Their concepts of death are age-related. Young children (under 3-5) see death as desertion, other children search for causes and may imagine that death occurs because of something they said or did («magic thinking»). Children express their feelings, solve problems and develop through play. They think in practical terms, not in terms of concepts. Children should be included in all family discussions. They are confused by secrecy and being excluded, which often happens both to protect the children, and also to protect adult family members from witnessing the distress of the children.

Bereaved children are at serious risk of psychological disorders. Those most at risk are in the 3-5 age group and adolescents. The impact of loss depends on the strength of attachment, which may be as strong to a grandparent as to a parent. Anger may get acted out (e.g. naughtiness at school) if the child is not encouraged to grieve by asking questions and expressing feelings. Children who are included at the time of the death can provide a lot of support to others. There are children, who deny the opportunity to be supported, often regret it later. Children of all ages should attend the funeral.

Talking with young children has to happen through the parents, who must not be displaced by the counsellor. Encouraging young children to communicate may involve using drawings, toys or puppets («Mammy went away like this, because...»). Children imitate, and therefore respond to a counsellor willing to tell stories and chatter freely. It can reduce fears for young children (and introduce some fun) if the counsellor makes deliberate mistakes and allow the child to correct them. Dilute small doses of serious things with some fun. Children usually have their own bizarre fantasies about why death has occurred or what it means for the fu-

ture. These need to be explored and corrected. Explanation needs to be in simple direct language.

Coloring books can be useful for young children, with topics like:

- Here is our family
- Here is ... who is ill
- Here are my friends
- Here are some of the people looking after ...
- Have you noticed anything different about ...
- Things I can do to help

After a death a family usually needs support.

FISTULAS

A fistula is an abnormal connection between a hollow organ and surface of the body, or between two hollow organs.

fistula, ae f [=труба, свисток] фистула, свищ

FRACTURES

Pathological fractures occur to the site of bone metastases, most commonly in cancers of breast, bronchus, and kidney. Fractures may occur with no preceding pain.

fractura, ae f – перелом

GLIOMAS

Gliomas are primary brain tumors. They arise from the supporting glial cells in the brain (not the neurons). Astrocytomas are by far commonest gliomas in adults. They cause about 3000 deaths per year in the UK. The peak age is 50-60. The prognosis is worth in the elderly.

Presentation may be with:

- Neurological loss
- Seizures
- Headaches and vomiting (raised intracranial pressure)

Advanced brain tumors cause a steady decline in function, a blunting of emotions and intellect and increasing dependency. Personality change is often the hardest part for the relatives. Particular problems in advanced disease are:

- Paralyzes speech problems
- Urinary incontinence
- Seizures

- Headaches
- Steroid side-effects

HALLUCINATIONS

Hallucinations are illusions of perceptions in the absence of sensory input. To elicit whether a patient is experiencing hallucinations, a useful question is «Have you seen or heard anything strange recently?»

HEAD AND NECK CANCERS include cancers of the larynx, pharynx, mouth, salivary glands, nasal sinuses and orbit. Most are squamous. They are more common in smokers.

Problems in advanced cancers of the head and neck include:

- Disfigurement
- Pain
- Bleeding
- Dysphagia
- Base of skull involvement
- Facial fistula
- Infection
- Tracheal obstruction

HEPATOMA is a primary cancer of the liver. It causes about 500 deaths per year in the UK (and about 1 million deaths per year worldwide). It is associated with hepatitis B and alcoholic cirrhosis, but can occur without either. Without treatment the median survival is only 6 months, although 10% will survive 3 years.

hepar, atis n печень + oma опухоль

HICCUP

Hiccups are caused by diaphragmatic spasms. The main causes are gastric distension, liver enlargement, malignant mediastinal nodes (causing phrenic nerve irritation) and uremia. Rarely it can be centrally caused by a brain tumor.

HOARSENESS

Hoarseness of the voice is usually due to recurrent laryngeal nerve palsy, due to compression of the nerve by mediastinal nodes or a hilar tumor.

HODGKIN'S DISEASE is a primary lymph node neoplastic disease characterized by painless, progressive enlargement of the lymph nodes, spleen, and lymphoid tissues generally, which often begins in a cervical node on the side of the neck and spreads through the body. Called also Hodgkin's lymphoma.

Hodgkini morbus [Th. Hodgkin, английский врач, 1798-1866] – lymphogranulomatosis

Symptoms. The first sign of disease usually is an enlargement of a cervical node. Occasionally there may be swelling of nodes on both sides of the neck or enlargement of nodes elsewhere in the body. Severe itching is often an early sign of the disorder.

Diagnosis of Hodgkin's disease requires the histological identification of the characteristic malignant cell of the disease.

HYPERCALCAEMIA is defined as serum calcium above 2.6 mmol/l. Hypercalcaemia causes unpleasant symptoms. Above 4,0 mmol/l it will cause death in a few days if untreated.

Symptoms of hypercalcaemia include loss of energy, muscle weakness, drowsiness, nausea, vomiting, constipation, polyuria, polydipsia, confusion and coma.

hypercalcaemia, ae f [hyper выше, над + Calcium кальций + aemia относящийся к крови] гиперкальцемия – повышенное содержание кальция в крови

INSOMNIA (*insomnia, ae f [in не + somnus сон] бессонница*) means poor quality sleep. It can cause great distress to the patient, worsens most symptoms and can exhaust carriers so that they can not cope. A good night's sleep brings a great deal of comfort.

The cause of insomnia may be reversible. Anxiety and depression both seem worse at night, the weekend and applied for another week.

There may be a physical cause such as:

- Pain
- Stiffness
- Cramps
- Sweating
- Incontinence

INTESTINAL OBSTRUCTION typically causes abdominal distention, colic, vomiting and absolute constipation (no motions or wind). Malignant intestinal obstruction occurs 3% of hospice patients. Causes of malignant intestinal obstruction are most commonly cancers of the ovary (25%) and colo-rectum (10%) but occasionally other tumors (including uterus, prostate, bladder, stomach and lymphoma).

The aim of the treatment is to control symptoms and to allow eating and drinking. Patient with obstruction can drink fluids and keep themselves well hydrated for weeks using this regime.

*intestinalis, e – кишечный от intestinum, i n – кишечник;
obstructio, onis f [ob-struere, pp.obstructus стоять
вперед, преграждать, мешать] обструкция, закупорка,
непроходимость*

ITCH (*pruritus, us m [prurire зудеть] зуд кожи или слизистых оболочек*) is a form of pain. Itching is usually due to jaundice or is a secondary to the malignancy. Rarer causes are allergies (especially to new soaps or perfumes) and scabies.

General advice is to avoid overheating which increases itch. Avoid hot baths and wear cotton cloths. The first step is to get the patient sleeping well.

Creams that can reduce itching include:

- Calamine
- Crotamiton
- Oilatum
- Topical steroids

JAUNDICE (*icterus, i m [ikteros желтуха]*) means yellow staining of the skin and eyes due to obstruction to the flow of bile. The main symptom of jaundice is itch, which is an indication for treatment. Jaundice causes itch because bile acids are absorbed into the circulation and skin. Biliary obstruction can be confirmed by ultra-sound scan, which shows dilated ducts.

LASERS

A laser is sophisticated light source. Einstein first proposed the concept of stimulation light emission in 1917. LASER stands for Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation. It was invented in 1960 and the carbon dioxide

laser was first used medically in 1967. There are three main types in medical use:

CO₂ laser – cervix Argon laser – skin, eye Nd YAG laser – tumor palliation

LAXATIVES are the drugs that ease defecation.

laxans, antis [=расслабляющий, от *laxare* расслаблять] *слабительное средство*

LEUKEMIAS

Cause around 4.000 deaths per year in the UK. They are malignancies of white blood cells that infiltrate the bone marrow causing anaemia, thrombocytopenia (bleeding) and agranulocytosis (infections). They also involve lymph tissue. Diagnosis is based on finding lymphoblasts in the marrow. Chronic leukemias occur in the elderly, acute leukemias at any age. 50% of children and 25% of young adults can be cured. Types of leukemia: acute and chronic lymphatic leukemias, acute and chronic myeloid leukemias.

leucaemia, ae f [*leucos* = *leucocytus* + *aemia*] = *leukaemia*
– *белокровие*

LUNG CANCER

Causes 40.000 deaths per year in the UK, more than other any other cancer, and is the commonest cancer in men. It is strongly associated with smoking, but 15% occur in non-smokers. Presentation may be with cough, hemoptysis, dyspnea, chest pains or wheeze. Problems in advanced cancer of lung commonly include:

- Pain
- Dyspnea
- Cough, hemoptysis
- Dysphagia, stridor, SVCOC, hoarseness
- Nodal enlargement or ulceration
- Skin nodules
- Hypercalcaemia
- Brain metastases (40%)

LYMPHOEDEMA means swelling of a limb due damaged deep lymphatics. It is caused by blockage of the lymphatics, may be due to malignant cells, radia-

tion fibrosis, surgery or recurrent infections. It occurs in 38% of women with breast cancer.

Treatment of the lymphoedema aims to:

- Reduce swelling and discomfort
- Improve limb mobility
- Avoid skin damage or cellulitis.

lymptra, ae f [прозрачная вода, ключевая вода] лимфа oedema, atis n отек

Compression therapy involves:

- Bandaging
- Compression pump
- Elastic support
- Massage and exercises
- Skin care

Massage of the trunk can reduce swelling of the lymph by stimulating lymph flow in the superficial lymph vessels, which normally depends on body movement. If there is swelling in an axillary fold there is trunk edema. Massage is the only way to shift lymphoedema that involves the trunk, head and neck or genitalia. Fluid is massaged away from the affect side (starting on the opposite side of the trunk to the affected area) for 15 minutes twice a day. An electric body massager can be helpful. Exercises, active or passive, will reduce swelling and prevent joint stiffness, and should be done with compression support on the limb. Slings should be avoided and only worn if the arm is paralyzed, because immobility increases swelling. Skin care is essential, because with severe there is often reduced sensation in the swollen limb and poor skin condition due to reduced circulation, predisposing to skin ulceration. Routine care involves:

- Regular aqueous cream (skin hydration)
- Avoid hard objects (pressure damage)
- Don't risk cuts or scratches
- Use creams (not razors) to remove hair
- Avoid heat or strong detergents
- Avoid sunburn and hot baths
- Use protective gloves (cooking, washing up)
- Avoid procedures (blood pressure, venopuncture) in that arm
- Antibiotics for cellulitis (teach recognition)

Diuretics are usually ineffective. The technique of bandaging: arms and legs are bandaged in a similar way. Three-layer bandage is applied daily Monday to Fri-

day, left for the weekend and applied for another week. Measurements are taken regularly, and if the limb stops reducing, the bandages are taken off and a compression garment is fitted. If there is continuing reduction in limb circumference the treatment can be continued a third week. Any trunk edema must be cleared first with massage.

LYMPHOMAS

Hodgkin's disease is the commonest malignancy of young adults. It usually presents with painless enlargement of nodes, but can spread to involve extranodal sites: lung, bowels, CNS, bone marrow, skin, pharynx or eye. There is a good chance to cure of all stages, and even with advanced disease 40% survive 10 years. Non-Hodgkin's lymphoma tends to present with more advanced disease, and diagnosis can be difficult if it presents at an extra-nodal sites. 40% can be cured with chemotherapy, but if there is no response death can occur within months. Low grade lymphomas have a median survival of 8 years.

lymphoma, atis n [lymp̄ha + ota опухоль] лимфома – опухоль лимфатических узлов

MELANOMA causes about 1200 deaths per year in the UK. It is a rare skin tumor that presents as a mole that itches, bleeds, ulcerates or darkens. It should be general knowledge that such moles should be reported immediately. It is curable if excised at a very early stage (less than 0,75 mm deep it has a 90% cure rate). Deeper tumors are widely excised and may require skin grafting. It can also originate in the eye requiring enucleation. Recurrent melanoma can occur many years after surgery or enucleation.

Metastases from melanoma occur to liver, bone, brain, spinal cord, skin and meninges (causing cranial nerve palsies and diplopia). Metastases are often rapidly growing and median survival is only 5 months.

melanoma, atis n [melano темный, черный + ota опухоль] злокачественная опухоль меланоцитов (клеток, способных вырабатывать меланин);

enucleatio, onis f [e из + nucleus ядро + tio результат действия] энуклеация – 1) полное удаление опухоли или какой-либо анатомической структуры; 2) удаление или разрушение клеточного ядра;

*diplopia, ae f [diplo = pupilla, ae f зрачок + opia зрение]
диплопия – двойное зрение; явление, при котором
предмет кажется удвоенным*

MENINGEAL METASTASES (also called carcinomatous meningitis or carcinomatous infiltration of the meninges) occur occasionally in lymphomas and leukemias, but is rare in solid tumors. It occurs occasionally in breast cancer, small cell cancer of the lung and melanoma.

The clinical picture is typically one of neurological damage at several levels, with cranial nerve lesions (double vision, facial numbness, dysarthria) together with spinal cord involvement and cortical effects due to restricted blood flow to the surface of the cerebral cortex.

Symptoms include:

meninx, ngis f [meningos

- Headaches (neck stiffness may occur) *оболочка, мозговая оболочка]*
- Cranial nerve lesions
- Weak leg (back pain may occur)
- Mental changes (mood, concentration)
- Seizures (rarely)
- Hydrocephalus

MESOTHELIOMA is a sarcomatous or anaplastic pleural tumor, caused by exposure to asbestosis in 90% cases. Asbestos causes mesothelioma in 5-10% of people exposed to it, after 10-50 years. The association with asbestos was first described in 1960. It presents with chest pain or dyspnea. Treatment is very unsatisfactory.

*mesothelioma, atis n [meso средний + thele сосок] опу-
холь, развивающаяся в плевре, брюшине или внутри
перикарда, исходящая из мезотелия*

METASTASES

A tumor starts as a single cell, and increases to reach 2.000.000.000 cells (about 2g in weight) before clinical effects begin to occur. Microscopic infiltration of blood and lymphatic usually occurs before the primary tumor becomes apparent. 2kg of tumor load (a further 1000 fold increase in size) is the maximum that the body can tolerate.

The organs affected by metastases (in order of frequency) are:

- Abdominal nodes *metastasis, is f – перенос патологического*
- Liver *материала (через кровеносное русло, через*
- Lung *лимфатическую систему, через различные*
- Mediastinal nodes *полости тела, например, через брюшину)*
- Pleura
- Bone
- Adrenal glands *autopsia, ae f [auto сам, свой + opsia видение]*
- Peritoneum *аутопсия – исследование трупа для*
- Brain *установления причины смерти или*
- Dura *выявления патологических изменений*
- Pancreas *post mortem [post после + mor, mortis f смерть]*
- Ovary
- Skin

(Information based on 1000 autopsies of cancer patients, Abrams, 1950). For some reasons metastases never occur to heart, spleen or skeletal muscles, even though these organs have a rich blood supply. Clinicians tend to underestimate the extend of metastases discovered at post-mortem.

The tendency to metastasize is very variable. Some tumor such as astrocytomas rarely cause metastases, whereas small cell lung cancer, melanoma and testicular teratoma metastasize widely. The timing of metastases also varies.

MOTOR NEURONE DISEASE

(**MND**) is a disease characterized by the degeneration of motor nerve. It causes progressive weakness, dependency and death. It was first described in 1850. The cause remains unknown. It is rare, affecting 5 per 100000 of the population. The peak age is 60-80, but it can occur in young adults. It is slightly more common in men. The nerve cells affected are:

- Anterior horn cells (wasting) *nervus motorius – двигательный*
- Cortico-spinal tract (spasticity) *нерв*
- Brain stem (bulbar palsy)

Median survival in MND is 2-3 years from diagnosis. 20% survive 5 years, 10% survive 10 years. Survival tends to be shorter in the elderly and with bulbar symptoms. Poor basal expansion on inspiration is a sign of a short prognosis.

Symptoms of MND include: *bulbaris, e [bulbus луковица]*

- Weakness
- Speech problems
- Tiredness (lack of energy)
- Muscle spasms
- Pain (aching joints, skin pressure)
- Dyspnea
- Emotional lability (uncontrollable laughing/crying)
- Dribbling
- Sore eyes from reduced blinking

*бульбарный – 1) луковичеобразный
2) относящийся к ромбовидному
мозгу (мосту, мозжечку и
продолговатому мозгу)*

Attention to detail is the key. What is helpful to one patient can be unbearable to another.

What is not affected by MND? It can be reassuring to know that this progressive disease leaves some parts of the body unaffected. Many people confuse MND with multiple sclerosis. MND does not affect:

- Sensation
- Vision, eye movements
- Hearing
- Brain function
- Smooth muscles (heart)
- Bladder or bowel muscles
- Sexual function

NB! MND is rarely hereditary.

MOUTH PROBLEMS

Mouth care is important. In a survey of hospice patients, 176 out of 197 patients (87%) had mouth problems (Jobbins et al., 1992), including:

- Thrush – 85%
- Dry mouth – 77%
- Denture problems – 45%
- Taste disturbance – 37%
- Oral soreness – 33%

MUSCLE SPASMS

Painful muscles spasms occur in MND and in spastic paraplegia due to cord damage.

MYELOMA causes about 2400 death per year in the UK. It is a malignancy of the plasma cells and occurs most commonly between 50-60 years.

myeloma, atis n [myelos костный мозг, спинной мозг + oma] миелома, плазмоцитома – злокачественное поражение клеток красного костного мозга

NAUSEA AND VOMITING

Nausea is unpleasant sensation that may precede vomiting, associated with salivation, sweating and tachycardia. Being invisible it is more easily overlooked, and it is a more unpleasant symptom than vomiting alone, and is rated by patients as distressing as pain.

Vomiting is the forceful expulsion of gastric contents. It is presumably a primitive mechanism intended to protect the body from ingesting harmful substances.

Management of nausea and vomiting aims to control nausea and vomiting as quickly as possible. The first aim in treatment is to abolish nausea.

Dietary advice in persistent nausea includes:

- Avoid strong cooking smells
- Small meals (2-3 spoonfuls)
- Try cold foods
- Try tonic water

nausea, aef [nausia=nautia морская болезнь, тошнота от naus корабль] тошнота vomitus, us m [vomere, pp. vomitus извергать рвоту] рвота

NERVE BLOCKS are procedures to control localized pain by blocking nerve conduction (either temporarily or permanently)

Nerve block	Pain
Colic Plexus	Abdominal
Paravertebral	Chest wall
Intercostal	Rib
Brachial Plexus	Arm
Steroid injection	Rib/vertebra
Hip	Hip
Intrathecal	Perineal
Lumbar	Tenesmus
Sympathetic	Tenesmus
Trigeminal	Facial

A nerve block can be worthwhile even if a patient only has a short prognosis.

NERVE PAIN can be defined as burning or stabbing pain in the area of altered sensation. It has the following characteristics:

- Burning or stabbing
- Variable (with time of day, position, mood)
- Light touch may be painful (despite numbness)
- Disturbs sleep
- Worsened by emotional upset

The mechanism of nerve pain is not understood, hence the befuddled terminology with many different words (neuropathic pain, neuropathy, neuritis, neuralgia, causalgia and de-afferentation pain) all used to describe the syndrome of burning or stabbing pain with hyperesthesia (increased sensitivity) or dysesthesia (unpleasant tingling).

Raising the pain threshold. The emotional element of pain, so often over-looked, can be the secret to the successful management of nerve pain, which is often worsened by emotional distress. Management should involve:

- Good quality sleep
- Emotional counselling
- Practical support
- Relaxation therapy
- Spiritual support

OVARIAN CANCER (*ovarium, i n [овит яйцо] яичник; cancer ovarii*) causes 4000 deaths per year in the UK, and accounts for 6% of cancer death in women. It presents typically with abdominal distention. The tumor is usually far advanced and the prognosis is often poor. Most are adenocarcinomas. 5% of cases are familial, possibly dominantly inherited, and screening with transvaginal ultrasound should be considered for such families.

Treatment aims to surgically debulk as much tumor as possible.

Metastases are unusual but can occur to liver, lung, CNS or marrow.

Problems in advanced cancer of the ovary include:

- Ascites
- Pleural effusions
- Intestinal obstruction (25%)

PAIN is defined as an unpleasant sensory and emotional experience. A useful clinical definition is that pain is what the patient says hurts.

Cancer pain is experienced by 70% of cancer patients, but 30% do not get pain related to their cancer. It is more common in some cancers, such as pancreas and esophagus (80-90%) than others such as lymphomas (less than 50%). 90% of cancer pains can be controlled with simple methods, and expertise has reached a point where all cancer patients can expect to be free of pain. 1% of cancer pain, however, remains difficult to control. Cancer pain can be classified into:

- Visceral
- Soft tissue
- Bone
- Nerve
- Secondary visceral spasm (gut, bladder, rectum)

Indirect assessment of pain control can be made from:

- Activity
- Mobility
- Sleep
- Analgetic requirements

Detailed assessment of each patient includes:

- Site
- Severity
- Timing (When does it occur?)
- Quality (What is it like?)
- Radiation (Does it move anywhere?)
- Provoking factor (What makes it worse?)
- Relieving factor (What improves it?)
- Position
- Mood
- Analgetics
- Radiotherapy
- Nerve blocks

Secondary cancer pains include:

- Colicky pain
- Pleural pain
- Tenesmus
- Bladder spasms

- Central pain

Pain control is seen as having two components: reduction of pain and elevation of the pain threshold. The following helps to raise the pain threshold:

- Control other symptoms
- Good quality sleep
- A feeling of security
- Psychological support
- Explanation
- Resolving emotional conflict
- Relaxation/massage
- Diversional activities
- Treat anxiety or depression

It is common experience that mood and activity affect the appreciation of pain. Studies have shown that low self-esteem and low threshold are linked, and pain control can be improved by techniques to improve self-esteem. Exploration of the symbolic meaning of the pain in terms of the patients life experience, culture, lifestyle and family interactions can improve the ability to cope. Avoid the expression «a low pain threshold». The pain threshold cannot be measured. If patients complain a lot about pain, either they have pain or they have good reasons for complaining of pain. Excessive complaining may be due to «pain behavior» rather than pain, when the patient gains something (such as attention) from the complaining.

Pain pathways. For many years pain was thought to be due to imbalance of humors, until 1664 when Descartes introduced the idea of a pain pathway running from the skin to the brain. We now know that the «pathway» is highly complex. The spinal cord is more like a tubular computer than an electric cable, and modulates the pain (the gate theory). The discovery in 1969 of descending inhibitory pathway (from the midbrain to the dorsal horn) is bringing us back to ideas of chronic pain being maintained by an imbalance of a variety of neurotransmitters in the spinal cord and brain.

PANCREATIC CANCER causes around 6800 deaths per year in the UK. It is difficult to diagnose and there is often a history of several months' pain (often causing depression) before the diagnosis is reached («Could I have been cured?»). Diagnosis is based on biopsy either at laparotomy or ultrasound

guided biopsy. The prognosis is very poor. 90% die within 1 year of diagnosis. Total pancreatectomy is possible for small tumors but the operative mortality is high and only 5% survive 5 years. Metastases occur to liver (and less commonly to lung, bone and brain). Radiotherapy is very disappointing.

Problems in advanced cancer of the pancreas include:

- Pain *pancreas, atis n поджелудочная железа*
- Ascites *железа*
- Obstructive jaundice (itch)
- Vomiting (duodenal obstruction)
- Steatorrhea
- Esophageal varices (portal vein compression) *varix, icis f расширенная вена*

PARANOIA means a feeling of persecution, and may be «normal» or due to fear, confusion or depression. «Normal» paranoia means that most patients are understandably pre-occupied with themselves, and in unfamiliar surroundings, such as a hospice, patients can misinterpret what they hear. In particular, be sure to include patients in any laughter.

Fear is common in advanced illness. Most patients have episodes of being frightened, but persistent denial can lead on the mild paranoia, when drugs or external factors are blamed for the illness.

Confusion (due to brain metastases, infection, drugs) tends to cause disorientation, poor memory and agitation. Paranoia is also a common feature.

Severe depression can cause psychotic features, including paranoia, delusions and hallucinations.

paranoia, ae f [paranoia – безумие от para- при, около, изменение + noos(nus)ум, мысль, разум от noeo мыслить] психическое расстройство, бредовые идеи, не сопровождающиеся галлюцинациями

PELVIC RECURRENCE

Recurrence of pelvic tumors (cervix, rectum and bladder) causes similar clinical problems with:

- Pain *pelvis, is f таз*
- Leg swelling (lymphoedema)
- Urinary symptoms

- Hydronephrosis
- Ureteric obstruction

hydronephrosis, is f [hydro вода + nephros почка]

PLEURAL EFFUSION means fluid in the pleural cavity. It occurs in 5% of hospice patients. It is caused by cancers of the bronchus and breast and occasionally other tumors (mesothelioma, ovary, lymphoma).

Symptoms of pleural effusion are dyspnea, cough and pleuritic pains, but if the fluid accumulates slowly, it may cause no symptoms.

Signs are absent breath sounds and dullness to percussion.

*effusio, onis f [effundere, pp. effusus выливать] эффузия –
излияние, выпот, истечение*

PRESCRIBING

Good prescribing is a skill, and makes the difference between poor and excellent symptom control. Knowledge is required of correct drugs, correct doses, correct route and correct frequency, being aware of: *praescriptio, onis f [=предписание,*

- Contra-indications
- Drug interactions
- Side-effects
- Allergies

от praescribere предписывать, определять] рецепт

The principles of good prescribing are to monitor the effects of treatment and adjust the doses for optimum effect. It is a good rule to make one drug change at a time, as far as possible. Other important aspects are:

- Explain all changes
- Use a drug card
- Explain to relatives
- Stop drugs that have not helped
- Stop unnecessary drugs (e.g. hypotensives)

Preferences for particular medicines, likes and dislikes should be recorded on the drug chart. This improves compliance. Allergies must be carefully noted on the drug chart as well as the medical record.

PRESSURE SORES are areas of skin damage caused by capillary pressure and ischemia. Friction also cause skin damage (lifting, turning). The main sites occur over bony prominences - sacrum, hip, heel, ankle and elbow. 2 hours of unre-

ieved pressure about 30 mm Hg can cause cell death. The effects of pressure and pressure relief on capillary function remains poorly understood.

Risk factors for developing pressure sores can be assessed by various scores, the main factors being:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| • Age | <i>decubitus, us m [de-cumbere, pp.decubitus</i> |
| • Weight | <i>ложиться] пролежень – некроз кожи</i> |
| • Skin condition (edema, redness) | <i>или слизистой оболочки в местах</i> |
| • Continence | <i>продолжительного и непрерывного</i> |
| • Mobility | <i>прижатия к подлежащей кости</i> |
| • Nutrition | |
| • Sensory loss/paraplegia | |
| • Steroids/cytotoxics | |

Principles for treating pressure sores include:

- Relieve pressure
- Improve mobility
- Reduce friction damage
- Moist wound healing (Modern dressings)
- Remove slough (delays healing)
- Avoid topical antiseptics/antibiotics

Slough (a yellow layer of fibrin, pus and dead tissue) should be removed. It will delay healing because it contains proteolytic enzymes and it predisposes to infection. Early slough can often be removed with warm saline.

NB! Avoid massage around the sore area, which can increase skin damage.

Pressure relief is best achieved by improving the patient's mobility, but when this is not possible, the following are helpful:

- Heel and elbow pads (spenco, sheepskin)
- Fibre mattress (e.g. spenco)
- Foam mattress (e.g. pro-pad)
- Pegasus bi-wave mattress
- Pegasus airwave mattress
- Specialized beds

Fibre mattresses (spenco) pads are useful, and reduce shearing forces, but after washing the mattress covers can become lumpy and uncomfortable.

Foam mattresses (pro-pad) that are placed on top of a normal mattress are very comfortable and should ideally be used for all bed bound patients. A waterproof cover is available for incontinent patient.

The Pegasus bi-wave mattress is placed on the top of an ordinary bed. It reduces skin pressure by deflation and re-inflation of air cells.

The Pegasus airwave mattress replaces the normal mattress, and is used for weak patients, and reduces the need to turn the patient. There is zero pressure on the skin for 30% of the time in each 7-minute cycle.

Specialized beds «suspend» the patient on air sacs (Mediscus) or micro spheres (Clinitron). They are very expensive.

PROSTATIC CANCER causes around 8000 deaths per year in the UK. It usually presents with urinary hesitancy or pain from bone metastases. 50% of patients already have bone metastases at presentation, when the median survival is only 3 years (although 10% survive 10 years). Most tumors are well-differentiated adenocarcinomas.

Metastases commonly occur to bone and pelvic lymph nodes, and less commonly to liver and lung.

Problems for advanced cancer of the prostate include: *prostata, ae f* [*prostates*

- Bone pains
 - Anemia
 - Urinary hesitancy
 - Rectal narrowing
 - Lymphoedema of the leg(s)
 - Ulcerated inguinal nodes
- стоящий впереди] простата, предстательная железа*

PSYCHOLOGICAL THERAPY

Adjuvant psychological therapy (APT) is a program of support for cancer patients being developed in the Royal Marsden Hospital.

Therapy is directed at the current problems as defined jointly with the therapist. APT focuses on challenging negative thinking, developing realistic goals, expressing strong emotions, improving communications with partner and relaxation.

Psychological defenses are ways of coping with the threat of cancer.

It is more useful to look at ways of coping than to apply psychiatric labels. Ways of coping can be classified as:

- Denial
- Fatalism
- Helpless and hopeless
- Anxious pre-occupation
- Fighting spirit
- Active acceptance

*adjuvans, ntis [adjuvare помогать]
вспомогательный
therapia, ae f – лечение
psychologia, ae f [psyche душа +
logia наука, учение]*

Negative thinking is self-defeating. It underestimates coping abilities and the help available from others and over-estimates the probability and severity of problems. It includes:

- Negative predictions
- Overgeneralizations
- Disasterization («everything's gone wrong»)
- Self-labeling
- Mind-reading (negative assumptions)

The result of challenging:

<i>Negative Thinking</i>	<i>Positive re-framing by the patient (not the therapist)</i>
I'm useless.	I am not as strong as I was and need to adjust my lifestyle.

We're always arguing now. We had a disagreement because of the pressure we've both been under.
--

I may as well be dead.	The disease can't be cured, but I may have months of useful life left.
------------------------	--

Life is pointless.	Life has changed, but there are still things that I can enjoy.
--------------------	--

My family doesn't care about me.	I sometimes wished my family showed more affection, but when they do I often tell them not to make a fuss.
----------------------------------	--

I can't even do the gardening now.	I feel guilty about leaving things to others, forgetting that I'm ill.
------------------------------------	--

Challenging a person's thinking is both possible and helpful. To quote Shakespeare (Hamlet, act 2, scene 2, line 254): «...for there is nothing either good or bad but thinking makes it so». It is important to understand that the positive thinking is arrived at by the patient after a period of time, and cannot simply be imposed by a therapist. Examples of ways of challenging a thought might be:

Is it true?

What's the evidence?

Are there alternative ways of looking at it?

If true, is it really that bad?

A diary of mood, thoughts and activities can help some patients identify problems that can be tackled and can reduce feelings of helplessness.

RECTAL CANCER

Rectal cancer causes around 6500 deaths per year in the UK. It typically present with altered bowel habit (diarrhea, mucus, blood) or tenesmus. 50% are palpable on rectal examination. Diagnosis is by sigmoidoscopy and barium enema. Most patients present with advanced disease. At presentation only 60% are operable, and only 40% of these patients are cured. If recurrence occurs within 2 years of surgery, prognosis is usually less than 12 months.

Problems in advanced cancer of the rectum include: *rectum, i n - прямая кишка*

- Nerve pain in leg *rectalis, e*
- Lymphoedema of the leg *cancer recti (cancer rectalis)*
- Tenesmus
- Rectal discharge
- Perineal cavitation

Metastases commonly occur to the liver and later to lung, bone or brain. Most patients with metastases die within 1 year.

REHABILITATION can be defined as enabling a person to achieve their maximum potential for living. Control of physical symptoms often allows rehabilitation to take place. Physical and mental rehabilitation go hand in hand. There has often been a loss of confidence when rehabilitation will be resisted until confidence has been restored.

Three distinct situations can be usefully distinguished: *rehabilitatio, onis f*

- Impairment (e.g. weak legs) *[re снова+ habilitas*
- Disability (e.g. difficulty walking) *способность, годность]*
- Handicap (e.g. inability to go shopping) *реабилитация – восстановление, оказание специальной помощи*

Impairment may be a much greater handicap for one person than another.

A step-by-step approach is necessary. To get a bed bound patient home again, the following steps are often needed:

1. Self-care (nursing)
2. Mobility (psychotherapy)
3. Living skills (O.T. – occupational therapy)
4. Home assessment
5. Trial at home
6. Day care

Self-care includes washing, feeding, toileting and dressing and is the first step towards physical rehabilitation. Nursing care can actually reduce a patient's ability to be self-caring, and the nursing team may need a plan of graded reduction of nursing support.

Mobility (transferring, walking, stairs) can usually be improved by skillful psychotherapy, and using the appropriate aids (walking stick, frames) or teaching carers about lifting and transferring.

Living skills can be assessed as an inpatient by the O.T. and will usually involve preparing food and cooking.

Home assessment by the O.T. alone or with the patient, can enable aids and adaptations to be ordered in time for discharge home.

Trial period at home of a few hours or a day and night, is a good way of increasing the confidence of the patient and family – it needs careful planning and may be best either at the weekend or during the week.

Day care can encourage discharge home by providing ongoing support in patient and carers.

Family carers need careful explanation of the plan, opportunities to express worries, and reassurance of ongoing support. This increases the likelihood of successful rehabilitation and discharge home of patient.

Wheelchair mobility may be the aim if the patient is paraplegic or very weak. The chair and chair cushion need to be selected after an assessment by the O.T. of the patient's requirements and home layout.

Occupational therapy (O.T.) focuses on social rehabilitation, which includes:

- Personal appearance
- Personal well-being
- Work (productive use of time)
- Recreation (relaxation, amusement, self-expression)
- Conversation

- Art, crafts, poetry, music

Skillful O.T. aims to adapt activities to the appropriate level of energy and dependence. Engaging in familiar activities, or even learning new skills, reduces frustration and increases self-esteem. Creating or producing is «doing» as opposed to «being done to» and can restore a sense of purpose.

RENAL CANCER (hypernephroma) causes around 2700 deaths per year in the UK. It is an adenocarcinoma (arising from tubular epithelium). 7% occur in the renal pelvis and are urothelial tumors and may be associated with other tumors in the ureter and bladder. It usually presents as painless hematuria, (sometimes with pain, a lump, or a bone metastasis). Treatment is surgical. Metastases occur to bone (40%), lung, brain, liver and skin. Chemotherapy has a low response rate of around 20% and there is no established place for chemotherapy.

Problems in advanced cancer of the kidney include:

- IVC Thrombosis
- Hematuria
- Rare features (fevers, hypertension, polycythemia and hypercalcemia and heart failure due to A-V malformations in the tumor).

SARCOMAS

Soft tissue sarcomas cause around 600 deaths per year in the UK. They are malignant tumors of connective tissue, most commonly in fat (liposarcoma) or muscle (leiomyosarcoma). They usually present as a painless lump, and can reach an enormous size if not excised. It is treated by wide local excision or amputation. Sarcomas are relatively resistant to radiotherapy and chemotherapy. Recurrence may occur in nodes, liver or lungs.

Osteosarcomas are rare primary malignant tumors of bone, most commonly affecting the age group of 10-20 years. There are about 150 new cases per year in the UK. They present with pain and swelling, most commonly around the knee. Treatment used to be by amputation, but now involves pre-operative chemotherapy and specialized surgery to remove affected bone and insert large internal prostheses, following which 50-70% can survive 3 years. Metastases usually affect the lungs, and a single pulmonary metastasis can be resected.

sarcoma, atis n [sarx, sarcos мясо + oma] саркома – злокачественная опухоль

SEIZURES

A seizure (convulsion, epileptic fit) is an abnormal electrical discharge in the brain. Seizures occur in about 1% of the hospice patients.

Causes of seizures: Primary and secondary brain tumors can cause seizures. About 20% of patients with known brain metastases have some kind of seizure. Explanation is important following the first seizures because the patient and relatives are often frightened. They can be reassured that seizures due to brain tumors rarely affect mental function or prognosis. Teach first aid to the relatives, including:

- Left lateral position
- Cushion from hard objects
- Do not interfere with the mouth
- Post-ictal drowsiness occur

SEXUAL PROBLEMS

Physical intimacy continues to be an important need for many cancer patients.

Useful questions to approach the subject include:

- How has this illness affected your relationship?
- Are you still able to kiss and cuddle?
- Communication is often the main problem. Physical illness changes relationships. The effect of illness is very often to reduce communication about feelings.

SKIN PROBLEMS

Common skin changes in advanced cancer are greyish discoloration of the skin, purpura (thrombocytopenia) and bruising due to steroids. Rare skin changes include diffuse pigmentation from vasculitis (tiny purplish lumps on buttocks/legs), urticaria, erythema multiforme (target lesions of concentric rings of erythema).

SMELLS

Smell is embarrassing, demoralizing and socially isolating. Anaerobic organisms flourish in necrotic tissue and produce volatile fatty acids, which cause the smell.

Treatment options:

- Wound debridement

- Metronidazole orally
- Metronidazole gel (applied daily to fungating skin tumors is soothing and control smell very effectively)
- Air filtration
- Charcoal dressings (help absorb smell, and can be placed on top of other dressings)

Deodorant sprays are best avoided, as they mix with smell rather than removing it.

SPINAL CORD COMPRESSION occurs in 3-5% of patients with cancer and the frequency is higher in some tumors (15% in myeloma, 10% in prostate cancer). It is a medical emergency. Neurological symptoms can develop rapidly, over a period of hours, and the delay of treatment can cause irreversible paralysis. It is very important to have a high index of suspicion, because once weakness of the legs has occurred it is usually too late to restore walking. Most patients have increasing back pain for weeks or months before neurological symptoms occur. The tumors that cause cord compression are most commonly cancers of the lung, breast and prostate, and myeloma. Less commonly it occurs in lymphoma, sarcoma, and cancers of the kidney, thyroid, stomach and colon. Prognosis is better in lymphoma and myeloma. Symptoms of cord compression are back pain and weak legs. 90% will have thoracic back pain sometimes with root pains radiating around both sides of chest and worse on coughing. Urinary hesitancy and peri-anal numbness are late features.

compressio, onis f [com-primere, pp.compressus сжимать, прижимать] компрессия – сдавливание; medulla spinalis – спинной мозг; compressio medullae spinalis

SPIRITUAL PAIN

What is spiritual pain? Dame Cicely Saunders describes spiritual pain like this: «The realization that life is likely the end soon may well stimulate a desire to put first things first to reach out to what is seen as true and valuable – and to give rise the feelings of being unable or unworthy to do so. There may be bitter anger at the unfairness of what is happening, and at much of what has gone before, and above all a desolating feeling of meaninglessness. Here lies, I believe, the essence of spiritual pain» (Hospital Chaplain, March 1988).

Spiritual or religious? Everyone has a spiritual part to him or her, but not everyone is religious. Religion provides a framework of belief and rituals to express

spiritual concern. Spiritual support is grounded in the ordinary. For example, pleasant surroundings, with sunlight, flowers, trees, clean comfortable furniture, and pleasant smells can all uplift the spirit, and are part of routine spiritual support.

The experience of illness can make previous attitudes and assumptions about life (past, present and future) seem suddenly redundant. But a crisis is not an entirely negative experience. It feels dangerous, but it is also an opportunity for change. Lily Pincus in her book «Death and the Family» goes so far as to say «A crisis is not an abstract opposition from without, but a high point in the life of the person concerned... a dynamic interaction between a person and an extreme event». Many patients tell how their appreciation of life has been deepened because of their illness. A patient is not (usually) responsible for their illness but is ultimately responsible for their reaction to being ill and facing death.

Recognizing spiritual pain is difficult. We tend to ignore or play down painful comments like «I seem to be wasting away» or «I've led a good life» or «I feel a burden» because they threaten to lead on to a discussion which will be distressing to us, at a deep level, as well as the patient. And yet for most people the spiritual questions are the most important ones. The questions may be about illness:

- Why me? *spiritus, us m [=дуновение, дыхание]*
- Why now? *душа, дух, настроение, образ мыслей,*
- Why this illness? *характер*

or questions about life:

- Guilt (past)
- Isolation (present)
- Hopelessness or fear (future)

3 methods of providing spiritual support will be described which can encourage the integration of the unconscious and the conscious parts of the mind:

- Image work (some form of the hypnotherapy)
- Art therapy
- Reminiscence (the patient is encouraged to talk about the early family life, parents, upbringing, schooling, friends, hobbies, work and achievements)

Religious rituals are extremely important to some patients as they near the time of their death. The Christian faith can offer particular comfort to the dying.

STOMACH CANCER

causes around 10.500 deaths per year in the UK. It usually presents with long history of dyspepsia. Diagnosis is by gastroscopy and biopsy. Curative surgery is attempted in 40% but only 10% are cured, because even superficial-looking lesions may have already spread to the nodes. Metastases occur to liver and sometimes lung. Radiotherapy has no place, causing severe nausea and not improving survival.

Problems in advanced cancer in the stomach include: *stomachus, i m желудок*

- Pain (epigastric and may radiate into the back) *cancer stomachi seu cancer gastris*
- Dyspepsia (Ranitidine)
- Pyloric stenosis (causes a high intestinal obstruction and vomiting)
- Ascites
- Steatorrhoea (may occur due to invasion of the pancreas by posterior tumors and blockade of the pancreatic duct).

STOMAS

A stoma is a surgically created opening of the bowel or urinary tract on to the body surface.

Surgical problems include: *stoma, atis n (pl.stomata) [stoma рот]*

- Prolapse *1) рот, уста, устье, искусственное отверстие*
- Para-stomal hernia *между двумя полостями или двумя каналами,*
- Bleeding *или между каналом и поверхностью тела;*
- Obstruction *2) маленькое отверстие, пора*

STRIDOR

means noisy inspiration due to upper airways obstruction. The cause may be a tumor of the pharynx or larynx or mediastinal lymphadenopathy. The clinical picture include:

- Difficulty breathing *stridor, oris m [stridere шуметь, свистеть]*
- Intercostal recession *стридор – шумение, свист, острый шум*
- Cyanosis (hypoxia)
- Tachycardia
- Confusion
- Panic

SUPPORT

A crisis means a temporary inability to cope with a new situation. When a new problem arises, new solutions need to be found, and new skills learned. Learning to care for a sick relative is a good example. Finding new solutions in order to adjust to the new situation involves mental energy («worry work»), and this process is facilitated by providing additional support for a time.

Supportive behavior involves:

sup-porto podderzhuivaiu

- Warmth and empathy
- Practical help
- Interpreting new information
- Rehearsing problems
- Toleration of abnormal behavior (regression)
- Mediation between family members
- Encouraging rest

SURGERY

Palliative surgery is occasionally indicated, even in far advanced disease:

Problem

Dysphagia

Obstruction

Fistula

Ascites

Jaundice

Fracture

Skin fungation

Procedure

Oesophageal tube

Colostomy

Colostomy

Peritoneovenous shunt

Biliary stent

Internal fixation

Excision, grafting

Good communication between the surgeon and palliative carers is essential. The patient and family usually get detailed explanation of risks and benefits and the reason why surgery is being considered at this late stage, and that the surgery is not intended to be curative.

SWEATING

Heavy sweating occurs in about 5% cancer patients. Sweats occur most commonly in lymphomas mesotheliomas and small cell cancer of the lung. Sweats are usually worse at night. They often occur in episodes, lasting days or weeks and then stopping for a time.

Exclude:

- Infections

sudor, oris m nom

- Anxiety *hidrosis, is f [hidros nom + osis патологическое состояние]*
- Thyrotoxicosis *потоотделение*

General measures include regular washing, skin cooling with an electric fan and encouraging oral fluids to avoid dehydration.

SYMPTOM CONTROL empowers a doctor to help even though the patient is not curable. Patients hope for support rather than miracles. Listen and ask questions before explanation or reassurance, to avoid making incorrect assumptions. New symptoms can be frightening. A common fear is «Does this mean the cancer is spreading?» Some symptoms have special significance for patient. It can be important to ask: «Have you known anyone else with cancer?»

Principles of symptom control *symptoma, atis n = symptomum, i n*

The 12 common symptoms are: *[symptoma случай, несчастный случай, болезненный приступ, признак] симптом –*

- | | | |
|-----------------|-----|--|
| 1. Weakness | 82% | <i>признак, характерное проявление болезни</i> |
| 2. Dry mouth | 68% | |
| 3. Anorexia | 58% | |
| 4. Depression | 52% | |
| 5. Insomnia | 46% | |
| 6. Pain | 46% | |
| 7. Swollen legs | 46% | |
| 8. Nausea | 42% | |
| 9. Constipation | 36% | |
| 10. Vomiting | 32% | |
| 11. Confusion | 30% | |
| 12. Dyspnea | 30% | |

This list comes from a survey by an Australian medical student of hospice and hospital patients with advanced cancer, who were asked to select cards with symptoms written on them. The average number of symptoms was 7. Note that pain is no longer the main problem (Dunlop GM, Palliative Medicine 1980, 4: 37-43).

SYMPTOMS LIST. The top 20 symptoms in this list should be enquired about in all patients:

1. Pain
2. Anorexia
3. Nausea

4. Vomiting
5. Sore mouth
6. Dysphagia
7. Constipation
8. Diarrhea
9. Urinary problems
10. Dyspnea
11. Cough
12. Weakness
13. Weight loss
14. Pressure areas
15. Fluid retention
16. Drowsiness
17. Confusion
18. Insomnia
19. Anxiety
20. Depression

Less common problems:

- Bleeding
- Paralyzes
- Itching
- Jaundice
- Hiccups
- Sweating
- Thirst
- Fistula

TALKING WITH PATIENTS

What do patients want? Doctors are beginning to realize that patients want more than factual information; they are looking for emotional support and explanation and they often want to explore the questions Why me? Why now? Why this illness? In short, patients want a doctor that listens. Patients want friendly professional interest that is sincere and sustained. The other essentials are honesty and encouragement.

Effective communication is a skill. Most complaints by patients about doctors concern communication problems. Clinical communication skills do not reliably improve from mere experience, but can be reliably taught and assessed.

Basic skills include listening, demonstrating empathy, open-ended questions, frequent summaries, clarification, negotiation and avoiding premature advice and reassurance.

Telling the truth is essential, but truth, like medication, must be intelligently used, respecting its potential to help but also to harm. We must offer genuine opportunities to ask questions but must never give unrequested information, and bad news should be given skillfully. The longer-term benefits of knowing outweigh the short-term anguish of finding out. Unrealistic reassurance destroys trust and deprives the patient of opportunities to put their affairs in order, plan for their future care and their family's future, to deal with unfinished emotional business and to prepare for death. The opportunity to overcome fears and to retain some control often brings increased confidence.

Talking about prognosis can be either very helpful or very harmful, depending on how it is done. A discussion about prognosis must happen at the right time for the patient. The principles of breaking any new bad news must be applied. Most patients reach a point where they would rather have more information than live with uncertainty of not knowing (the hardest emotion to bear). Many fear that death will be sudden. It can reduce uncertainty and fear to explain «This illness will shorten your life, you have longer than days and weeks but I don't think you have years and years any more». Never guess about the precise length of time which causes fear as the date approaches and anyway will be inaccurate. Sometimes it is appropriate to lighten the atmosphere by sharing a joke, since humor can be used to ventilate feelings and is about shared human experiences.

TERMINAL AGITATION is characterized by mental and physical agitation. It occurs in about 5% of dying people. The clinical picture can include:

- Restlessness *agitatio, onis f [agitare, pp.agitatus возбуждать]*
- Rambling speech *ажитация – ажитированное состояние –*
- Disorientation *возбуждение, психомоторное беспокойство,*
- Loss of short-term memory *беспокойное состояние больного*
- Paranoid delusions
- Hallucinations *terminalis, e – конечный*
- Aggressive behavior

TERMINAL PHASE can be defined as the period when day-to-day deterioration is occurring. There is weakness (sometimes profound), drowsiness, recumbency, poor appetite, organ failure and finally peripheral cyanosis. It is difficult to predict when the terminal phase will occur. Comfort is the priority at this stage and opioids and sedatives used as necessary to achieve comfort. There is no evidence that drugs used to relieve distress hasten death.

Causes of death in cancer are complex and often several factors are involved, including infection (pneumonia, septicemia), organ failure (lung, heart, liver, kidney, brain), infarctions (lung, heart), hemorrhage (visceral, brain, external) and metabolic changes. The metabolic effects of tumors remain poorly understood.

Nursing care in the terminal phase may involve:

- Regular re-positioning or turning
- Mouth care
- Catheter or intercontinence pads
- Eye drops

Medication continues to be needed to control symptoms. 60% of patients can still swallow and take oral medication in the last 24 hours of life, but swallowing becomes tiring and difficult for some.

Family support around the time of death is very important. Questions are often unasked and may include:

- Is he suffering?
- Can she hear?
- Why does the breathing change?
- Why is the skin mottled?

Mode of death is usually with a period of unconsciousness. Sudden death is usually due to a pulmonary embolus or massive hemorrhage. Dying patients are not all comatose and about 10% remain orientated right up to the last few hours before death. Diagnosis of death involves confirming lack of pulse and respiration.

TESTICULAR CANCER

causes 150 deaths per year in the UK. It only accounts for 1% of cancer in men, but it is the commonest cancer in the men aged 15-34. 50% are teratomas and 50% are seminomas. The cure rate is high, which makes it particularly difficult for the patients who progress to have advanced incurable disease.

Teratomas secrete high level of a-feto-protein and chorionic gonadotropin in 80% of cases. 10% have no palpable lump, when the primary visualized by testicular ultrasound scan. Metastases occur to para-aortic nodes and mediastinal nodes and to the lung. Even with advanced disease 70% can now be cured by combined chemotherapy including cisplatin. Surgery may be needed to remove residual tumor masses.

Seminomas secrete only low levels of chorionic gonadotropin. They are highly radiosensitive, and most cases are cured with RT. Recurrent disease is unusual and 75% are still cured with chemotherapy.

THRUSH

Thrush (candida) is a fungal infection. 70% of patients with advanced cancer develop oral thrush. Asymptomatic thrush is present in up to 50% of healthy adults.

Symptoms of oral thrush: *Candida albicans* [*candidus* снежно-белый, *albicans* белеющий] грибок молочницы

- Sore lips
- Dry mouth
- Sore mouth
- Dysphagia (esophageal)
- Hoarseness (laryngeal)

Soreness and dryness of the mouth occur commonly without thrush, as well as with it, and routine oral hygiene is important.

Signs of oral thrush are:

- Angular stomatitis
- Redness (atrophic variety)
- White plaques (pseudo-membraneous)

Inspect the tongue, lips, gums, throat, roof of the mouth and inside the cheeks. Some patients can have oral thrush with no symptoms.

NB! Staphylococcal infection can also produce white lesions in the mouth.

Esophageal thrush can cause severe dysphagia, characterized by pain on swallowing hot drinks. Laryngeal thrush can cause hoarseness and is difficult to eradicate.

URINARY PROBLEMS occur in about 20% of hospice patients. For difficult problems consider referral to either a consultant urologist or a specialist incontinence adviser.

URINARY INFECTION is suggested by cloudiness of the urine together with one of the following: dysuria, frequency, incontinence, strong smell, pyrexia, loin or suprapubic pain, confusion.

URINARY FREQUENCY is commonly due to:

- Infection *frequens, ntis учащенный, частый, фреквентный*
- Impacted faeces
- Excessive diuretics

Polyuria means large volumes of dilute urine, which causes thirst. The commonest cause is diabetes mellitus, less commonly it is due to hypercalcaemia.

Bladder spasms cause suprapubic pain.

Urinary retention or severe hesitancy usually requires catheterization, to prevent painful urinary retention from occurring.

Discoloration of urine may be due to danthron which causes red urine. Dark discoloration may be dehydration or bile staining (in jaundice) rather than blood.

Hematuria means blood in the urine.

Urethral catheterization is usually the best solution for incontinence or retention.

VULVAL CANCER

Vulval cancers cause around 500 deaths per year in the UK. They are squamous and present with pruritus, pain, ulceration or discharge. There is usually a history of dystrophic skin changes. Diagnosis is by biopsy.

vulva, aef [=матка] наружные половые органы женщины

Problems in advanced cancer of the vulva include:

- Ulceration
- Malignant nodes (pain, bleeding)
- Lymphoedema
- Hypercalcaemia

WEAKNESS

Weakness means loss of muscle power or lack of energy. It is the commonest symptom in patients with advanced cancer and is a problem for at least 80% of patients. However, a careful history is needed, because by «weakness» the patient may in fact mean immobility due to pain, lethargy (depression) or dyspnea.

Generalized weakness is usually due to progression of malignant disease, but reversible causes should be remembered:

- Poor sleep
- Infection
- Anemia
- Drugs (hypotensives)
- Hypercalcaemia
- Hypocalcaemia (diuretics, steroids)
- Parkinson's disease
- Diabetes
- Hypothyroidism

Hypotensive drugs can often be stopped, because blood pressure falls in advanced illness as weight falls.

Sudden worsening of weakness suggests infection (thrush, urinary, chest) arrhythmia, adrenal failure or hypercalcemia. Arrhythmias can be caused by invasion of the right atrium by tumor. ECG is needed. Adrenal failure is due to adrenal metastases. Hypocalcemia can be due to small cell lung cancer.

Localized weakness may be due to:

- Brain metastases
- CVA (sudden onset) = cerebral vascular accident (CVA)
- Cord compression (both legs)
- Malignant nerve damage (painful)
- Peripheral neuropathy (foot drop)
- Nerve palsy (wrist drop)

Nerve palsy in the arm are relatively common, especially if a weak patient spends a lot of time in a chair with hard arm-rests.

Radial nerve palsy is due to pressure on the inside of the upper arm, e.g. sleeping with the arm in an awkward position.

Ulnar nerve palsy is usually due to pressure at the elbow from unpadded arm-rests, as the ulnar nerve passes close to the skin surface on the medial side of elbow. It causes tingling and weakness in the 4th and 5th fingers.

Proximal leg weakness causes difficulty in climbing stairs and standing up from chair.

Peripheral neuropathy occurs in about 2% of patients with advanced cancer and is non-metastatic manifestation of malignancy. It causes progressive glove and

stocking sensory loss, loss of vibration sense and ankle reflexes and weakness of dorsiflexion of the foot. There is usually a mixed sensory and motor loss. Pure sensory loss is associated with small cell lung cancer. Nerve conduction studies confirm the type of neuropathy. There may be a painful burning dysaesthetic pain.

Dryness of the mouth can occur due to autonomic neuropathy. It is commoner than paraneoplastic neuropathy and myopathy. It is due to tumor antibodies that cross-react with antigens at the motor nerve endings.

Management of the weakness focuses on helping the patient adjust physically and psychologically and involves:

- Physiotherapy
- Occupational therapy
- Counselling

Physiotherapy is very beneficial in over 50% of hospice patients. Exercise seems the natural antidote to weakness, and it is often possible to restore or improve mobility, and to maintain independence. This frequently raises morale.

Occupational therapy can be individual in helping the patient adjust to weakness, make adaptations to their home and life style, and in overcoming the problem of boredom.

Counselling is essential. Psychological adjustment is usually more difficult, than physical adjustment, and involves a process of grieving for the independence that has been lost. This needs time and talking. Explanation can help. Strength is limited, therefore periods of activity need to be alternated with periods of rest. Periods of rest often need to be «prescribed». Encourage the patient to develop realistic short-term goals.

Drugs cannot restore strength.

Visitors can be a dilemma for some weak patients. The support is welcome, but too many visitors can be very exhausting. It can be helpful for the patient or family to be able to say: «The doctor says visiting must be limited» (e.g. one visitor per morning or afternoon, and only to stay 10 minutes). The ideal visitor is punctual, smiles, listens well, offers realistic encouragement, doesn't talk too much, communicates with the nurses, offers and delivers practical help and rarely stays longer than 10 minutes!

WEIGHT LOSS

Weight loss occurs in almost all patients with advanced cancer. Prognosis is shortened by weight loss at any stage of the illness. Cachexia (profound weight

loss) occurs in 20%. It happens despite reasonable food intake. It can occur with any tumor (most commonly lung, gut and ovary).

Tumor metabolism is extremely inefficient - a tumor weighting less than 2% body weight can utilize 40% of a patient's calorie intake. This has led to the concept of some tumors acting as a «nitrogen trap»- enabling the tumor to enlarge as the rest of the body is wasting. Some malignant tumors secrete peptides (such as «cachectin») which increase basal metabolic rate.

Management of weight loss involves:

- Explanation
- Dietary advice
- Physiotherapy
- Counseling

Explanation may be needed. Relatives may feel intensive feeding will help. But weight loss is due to cancer, not usually poor diet and intensive feeding doesn't improve weight or prolong survival. Sedentary individuals only need 1500 calories per day.

Dietary advice can be important psychologically. Consider referral to a dietician.

Physiotherapy will help improve mobility (walking or transferring). Relatives may need teaching techniques of lifting and turning to protect skin over bony prominences.

Counseling can help weight loss can be frightening. «I'm wasting away, soon there will be nothing left». The real issue may be dying rather than weight loss.

An altered body shape can be psychologically distressing because the people may no longer recognize themselves. Photographs can help in adjusting to a new body image. Old photographs show carers how the patients still think of themselves. New family photographs can demonstrate that a person is still part of the family circle.

New cloths, that fit, can be a great boost to morale. Other problems include loose dentures and loose spectacles. Dentures can be relined by a dentist and loose spectacles can easily be adjusted to fit. Avoid routine weighing. Weight loss is inevitable. Weighing serves no useful purpose and can be demoralizing.

THEMATIC VOCABULARY

Preface

- relief* – помощь, облегчение
to relieve – облегчать
spiritual – духовный
inexorable – безжалостный, непреклонный, тяжелый
to cure – лечить
cure (n) – средство, лекарство, курс лечения
curative – целебный
incurable – неизлечимый
to denote – обозначать, означать
to focus – сосредотачивать, сосредотачиваться
approach (v) – приближаться, подходить
approach (n) – подход, метод; приближение
terminal – конечный; терминальный
deterioration – ухудшение

A-B

- deposit* – отложение, отстой, осадок
blockade – блокада, прекращение проводимости, закупоривание
retention – ретенция, задержка
bending – сгибание, изгибание, изгиб, кривизна
heartburn – изжога
sciatic nerve – седалищный нерв
obstruction – обструкция, закупоривание, непроходимость
tenderness – 1) слабость, хрупкость; 2) болезненность (при дотрагивании или давлении)
obvious – очевидный, ясный
compression – сжатие, давление, компрессия
brain stem – ствол мозга
incontinence – 1) недержание; 2) невоздержанность
damage – повреждение, нарушение
seizure – 1) приступ, пароксизм, припадок; 2) эпилептический припадок
prevalent – преобладающий
to confine – ограничивать

effusion – 1) выпот; 2) истечение, выделение

palsy – паралич, парализовать

Cervical cancer

to be preventable – предотвращаться, предупреждаться, быть превентивным, быть профилактическим

screening – 1) рентгеноскопия; 2) скрининг (массовое обследование населения для выявления больных или лиц с высоким риском того или иного заболевания); 3) отбор, проверка; 4) экранирование, защита

smear – 1) мазок, брать мазок; 2) мазать, смазывать, размазывать

invasive – инвазивный

invasion – 1) инвазия, (внедрение в организм паразитов животной природы); 2) начало заболевания, приступ болезни

presentation – описание (случая), демонстрация (больных)

Colon cancer

recurrent – повторяющийся, периодический, рецидивирующий

bowel – кишка

bowels – внутренности

altered – измененный

diarrhea – диарея, понос

constipation – запор

enema – клизма

Complementary therapies

complementary – дополнительный

authority – комиссия

reduction – редукция, уменьшение, ослабление

acupuncture – акупунктура

visualization – 1) визуализация; 2) формирование зрительного образа

faith – 1) вера, религия; 2) доверие

heal – излечивать, заживать (о ране)

to tend – иметь тенденцию, склонность

raw foods – сырая, необработанная пища

retard – замедлять, задерживать

harsh – грубый, резкий, неприятный

purge – очищение, чистка

mistletoe – (бот.) омела

ingredient – составная часть
side effect – побочное явление
dilution – растворение, разбавление
succussion – сотрясение
to relieve – облегчать
duration – продолжительность
response – ответ, отклик
insertion – введение, внедрение
to alter – изменять, изменяться, переделывать
to restore – восстанавливать, реставрировать, возвращать
regress – регресс, упадок
to enhance – повышать, увеличивать
to convey – выражать (мысль), сообщать
to encourage – поддерживать, поощрять
trust – доверие
ventilation – обмен
effleurage – поколачивание, поглаживание (прием массажа)
stroking – поглаживание рукой
petrissage – разминание (прием массажа)
squeezing – давление, нажатие
tapotement – постукивание, поколачивание (метод массажа)
kneading – массировать, растирать, разминать (прием массажа)
hacking – рубление (прием массажа)
tapping – легкое постукивание
cupping – образование чашеобразного углубления (от cup – чашка)
camomille – ромашка
frankincense – ладан
lavender – лаванда
soothing – успокоение (боли), утешение
scented – ароматный
induce – вызывать, индуцировать
lotion – лосьон, примочка
outcome – результат, исход
shrinkage – сохранение, сжатие, уменьшение
imagery – образы, представления

misconception – ошибочное понятие, ошибочное представление
body defences – защитные силы организма
in tense – в напряжении
congestion – застой, гиперемия
consciousness – сознание
sensation – чувство, ощущение, восприятие
perception – восприятие, ощущение, осознание, понимание, перцепция
suggestibility – внушаемость
diversional – отвлекающий
self-esteem – самоуважение
malaise – недомогание, дискомфорт
impaction – закупорка, сдавление, ущемление
tenesmus – тенезмы (ложные болезненные позывы к дефекации)
incontinence – недержание

Cough

heart failure – сердечная недостаточность
multiple – многократный, сложный
secondaries – вторичные проявления
effusion – выпот, истечение

Counselling

counselling – совет, указание, консультирование
to encourage – ободрять, поощрять, поддерживать
confidence – доверие, уверенность, смелость, конфиденциальное сообщение
self-confidence – самоуверенность
grief – горе
shame – стыд, застенчивость
embarrassed – смущенный
embarrassment – смущение
spirits – настроение
to boost – поднимать, усиливать
to survive – выжить, пережить
to cope with – справляться (с), бороться

Cutaneous malignant spread

recurrence – рецидив
local recurrence – местный рецидив

occasionally – иногда, время от времени

DVT – Deep vein thrombosis – тромбоз глубоких вен

unilateral – односторонний (о локализации патологического процесса)

swelling – припухлость (при дотрагивании или давлении)

anti-coagulation – противосвертывающее средство

Dehydration

dehydration – обезвоживание, дегидратация

skin fold – кожная складка

stiff – жесткий, тугоподвижный, ригидный

sunken eyes – впалые глаза

thirst – жажда, испытывать жажду

Depression

self-esteem – самоуважение

persistent – настойчивый, упорный, постоянный

suicide – самоубийство, суицид

delusion – бред

bizarre – аномальный, неправильный

referral – направление (обращение) к специалисту

Diabetes

to suspect – подозревать

drowsiness – сонливость, гиперсомния, сомнолентность

impacted – затрудненный

impacted faeces – каловый конкремент, копролит

laxative – слабительный

imbalance – нарушение равновесия, дисбаланс, несоответствие

steatorrhoea – стеаторея, жировые испражнения

irradiation – иррадиация, распространение

infective – заразный, инфекционный, контагиозный

Diet

to appreciate – ценить

restriction – ограничение

flavors – приправы

QID – quarter in die (four times a day) – 4 раза в день

Dressings

dressing – перевязочный материал, повязка, перевязка

moist – влажный

protection – защита, предохранение (от инфекции)

moisture – влага, влажность, сырость

to exudate – выделять

Dyspepsia

heartburn – изжога

Edema

accumulation – накопление, аккумуляция, скопление

ankle – голеностопный сустав, лодыжка, таранная кость

fluid retention – застой жидкости

Esophageal cancer

to be restricted – быть ограниченным, сдержанным

intermittent – перемежающийся

clinical trials – клинические исследования, опыты, пробы

fistula – свищ

Ethical issues in palliative care

to reverse – менять, изменять, аннулировать, отменять

failure – повреждение

to restore – облегчать

to overrule – брать верх, аннулировать, отвергать

to reject – отвергать, отказывать, отклонять

Explanation

hint – краткий ответ

rarely – редко, великолепно

to assume – предполагать

leaflet – листовка, буклет

reassurance – успокоение

privacy – уединение, сохранение в тайне

to arrange – устраивать

to enquire – спрашивать, справляться

to bear – выносить, терпеть

to adjust – приспособиться

Family support

anxiety – беспокойство, тревога

expectancy – ожидание, надежда, упование

decline – ухудшение, упадок

discharge – освобождение, выписка

to handle – обращаться, принимать

emergency – критическое положение

concern – интерес, забота, беспокойство

bereavement – горе

morbid – болезненный, ужасный, отвратительный

exhaustion – изнеможение, истощение

to convey – сообщать

empathy – проникновение, сочувствие

conviction – убеждение, уверенность

issue – исход, проблема, спорный вопрос

to rescue – спасать, избавлять

to interrupt – прерывать, препятствовать, преграждать, останавливать

to part – разлучаться, расставаться, разлучать, отделяться, делить, отделять

to regret – сожалеть, раскаиваться

Family therapy techniques

to promote – содействовать, помогать

desertion – покидание

to confuse – смущать

to witness – быть свидетелем

impact – удар, столкновение

naughtiness – непослушание, каприз

to deny – отрицать, отказывать

funeral – похороны

Gliomas

glioma – глиома, опухоль мозга

glial – глиальный, относящийся к (нейро)глии

astrocytoma – глиальная опухоль

seizure – приступ, пароксизм, припадок

blunting – притупление

dependency – зависимость

hemianopia – гемианопия, выпадение одной из двух половин поля зрения на одном или обоих глазах

Hallucinations

perception – восприятие, ощущение, осознание, понимание, перцепция

input – ввод

sensory – чувствительный

to elicit – извлекать, получать

Head and neck cancers

disfigurement, disfiguration – выраженный порок развития, физический недостаток

fistula – свищ, фистула

Hiccup

hiccup – икота

distension – расширение, растяжение, вздутие (живота)

enlargement – увеличение

irritation – раздражение, болезненная чувствительность, возбудимость

Hoarseness

hoarseness – дисфония, охриплость голоса, хрипота

hilar cell tumor – аденокортикоидная аденома яичника

Hypercalcaemia

polydipsia – патологически усиленная жажда

confusion – спутанность сознания

Insomnia

insomnia – бессонница, инсомния

reversible – обратимый

stiffness – жесткость, неподвижность, окоченение

cramps – судороги, спазмы

Itch

itch – зуд, чесотка (pruritus)

scabies – чесотка

Lasers

source – источник

emission – излучение (света), выделение (тепла)

amplification – увеличение, расширение, усиление

palliation – временное облегчение или ослабление (проявления болезни)

Laxatives

defecation – дефекация, опорожнение кишечника

Leukemias

agranulocytosis – агранулоцитоз (отсутствие или уменьшение количества гранулоцитов в крови)

Lung cancer

hemoptysis – кровохарканье

SVCO – super vena cava obstruction – обструкция верхней поллой вены

wheeze – стридор, стертормозное дыхание (сопение)

Lymphoedema

sling – поддерживающая повязка

to avoid – избегать

to wear (wore, worn) – носить(ся), зд. – пользоваться

to predispose – предрасполагать

routine – заведенный порядок, установившаяся практика

scratch – царапина, ссадина, царапать, расчесывать

detergent – моющее средство, очищающее средство

Melanoma

mole – родинка

enucleation – полное удаление опухоли без повреждения окружающих тканей

Mesothelioma

mesothelioma – мезотелиома, целотелиома (редкая опухоль, происходящая из клеток, выстилающих плевру и брюшину)

restricted – ограниченный

exposure – выделение, обнажение (напр., сосуда), экспозиция (продолжительность действия какого-либо фактора на организм)

asbestosis – асбестоз, асбестовый пневмокониоз

apparent – явный, очевидный

fold – складка, сгибать, сгиб

to tolerate – терпеть, сносить

to underestimate – недооценивать

bulbar – 1) бульбарный, луковицеобразный; 2) относящийся к ромбовидному мозгу

dribbling – гиперсаливация

Nausea and vomiting

expulsion – удаление, выброс, выталкивание

presumably – предположительно

to precede – предшествовать

to overlook – просмотреть, не заметить

to be rated – оцениваться

to abolish – устранять, уничтожать

persistent – стойкий, упорный

Nerve block

intrathecal – подбололочечный

trigeminal – тройничный (о нерве)

worthwhile – стоящий

Nerve pain

stabbing – колющий, стреляющий

tingle – покалывание, пощипывание (в онемевшей части тела), ощущать покалывание

threshold – предел, граница, порог, пороговая величина

pain threshold – порог болевой чувствительности

causalgia – каузалгия, каузалгический синдром, болезнь Пирогова-Митчелла, стойкое ощущение жжения

de-afferentation – деафферентация (прерывание афферентной иннервации)

diversion – отвлечение, отклонение

Ovarian cancer

distention – растяжение, расширение, вздутие живота

gaseous distention – метеоризм

to inherit – наследовать

debulk – вырезание, удаление, устранение

effusion – выпот, истечение

pleural effusion – выпот в плевральную полость

Pancreatic cancer

disappoint – разочаровывать, расстраивать, обманывать (ожидания)

steatorrhea – стеаторея, жировые испражнения

compression – сжатие, сдавление, компрессия

Paranoia

persecution – гонение, преследование

fear – страх

confusion – спутанность сознания, дезориентация во времени и в пространстве

misinterpret – неправильно истолковать или объяснить

denial – отрицание, отказ

delusion – бред

delusion of persecution – бред преследования, персекуторный бред

depressive delusion – мания печали

Pleural effusion

effusion – выпот, истечение

dullness – тупость (перкуторного звука), приглушенность

Prescribing

prescribe – прописывать (лекарственное средство)

route – способ применения (лекарственного средства), путь передачи инфекции

drug route – способ применения лекарственного средства

frequency – частота

contra-indication – противопоказание

interaction – взаимодействие, взаимосвязь

adverse drug interaction – нежелательное взаимодействие лекарственных веществ

preference – предпочтение, преимущественное право

compliance – пластичность, податливость (манер, мышцы), растяжимость, эластичность (ткани или органа), изменение объема легких при колебаниях давления

drug regimen compliance – схема приема лекарственного средства

patient compliance – соблюдение больным режима и схемы лечения

Pressure sores

pressure sore – пролежень

ischemia – ишемия, местное малокровие
prominence – выступ, выпуклость
assess – определять, устанавливать
score – оценка, показатель
continence – умеренность, самоограничение, воздержание; регуляция функции мочевого пузыря или кишечника
friction – трение, растирание, обтирание
moist – влажный
slough – отторгающиеся некротические массы, отторгаться (о некротических массах)
to slough off – шелушиться (о коже)
healing – лечение, лечебный, целебный, заживление
mental (spiritual) healing – психотерапия
spontaneous healing – самоизлечение
predispose – провоцировать, предрасполагать
saline – физраствор
pad – легкая прокладка, подушечка, подкладывать что-либо мягкое
gauze pad – марлевый компресс
heel pad – подпяточник
sacral pad – подушечка под крестец (для предупреждения пролежней у тяжелобольных)
lump – припухлость, вздутие, шишка
incontinence – недержание мочи
foam – губка
deflation – выпускание, выкачивание (воздуха), спадение (легкого)
inflation – раздувание, вдувание, наполнение (воздухом, газом)

Prostatic cancer

hesitancy – неотделение, застой

Psychological therapy

adjuvant – адъювант: 1) вещество, повышающее иммуногенность антител; 2) вспомогательное средство при приготовлении лекарственной формы; синергист, адъювантный, вспомогательный, полезный

goal – цель

to cope with – бороться, справляться

threat – угроза

to apply – прикладывать, прилагать, применять, употреблять, обращаться
fatal – пагубный, смертельный, роковой
anxious – озабоченный, беспокоящийся, стремящийся, желающий
acceptance – принятие, прием
to underestimate – недооценивать
to overestimate – переоценивать
probability – вероятность
prediction – предопределение, прогнозирование
generalization – генерализация, распространение (*напр.*, патологического процесса)
disaster – бедствие
blame – вина
assumption – принятие (на себя), присвоение, предположение, самонадеянность
frame of mind – настроение
to argue – доказывать, спорить
affection – любовь, склонность, привязанность
fuss – суета, суматоха, беспокойство, хлопоты
to impose – навязывать
evidence – очевидность, доказательство
diary – дневник
mood – настроение
to tackle – закреплять, браться за дело
to reduce – уменьшать

Rectal cancer

alter – изменять
bowel – кишечник
perineal – перенеальный, промежностный
cavitation – образование полости

Rehabilitation

to enable – давать право, возможность
to achieve – достигать
to resist – сопротивляться
to restore – восстанавливать, реставрировать
impairment – ослабление, недостаточность, снижение
disability – потеря трудоспособности

handicap – недостаток, дефект (физический или психический)
assessment – определение, установление, оценка (напр., жизнеспособности)
trial – испытание, исследование, проверка, проба, опыт, испытательный, пробный, опытный
to encourage – ободрять, поощрять, поддерживать
discharge – разгружать, выполнять (обязательства, долг), выписывать из больницы
likelihood – вероятность
cushion – (диванная) подушка
amusement – развлечение
craft – ремесло, поделка
engaged – занятый
frustration – расстройство (планов), крушение (надежд)
self-esteem – самоуважение

Renal cancer

malformation – порок развития, врожденный порок

Sarcomas

enormous – громадный, огромный
excise – вырезать, удалять, ампутировать
recurrence – повторение, возвращение, рецидив
to resect – удалять

Seizures

seizure – приступ, пароксизм, припадок
post ictal – послеприпадочный
drowsiness – сонливость; гиперсомния, сомнолентность

Sexual problems

to cuddle – прижаться, сжимать в объятиях; объятия

Skin problems

discoloration – изменение (нарушение) окраски или цвета
purpura – пурпура (геморрагическая сыпь)
bruise – гематома, синяк, кровоподтек, ушиб; ушибать
buttock – ягодица
urticaria – крапивница
target – объект, цель, мишень (напр., при лучевой терапии), прицельный (напр., о биопсии)

lesion – повреждение, поражение, патологическое изменение

erythema – эритема, покраснение

Smells

embarrass – смущать, стеснять, затруднять

volatile – летучий

debridement – хирургическая обработка раны, санация раневой полости

air filtration – фильтрация воздуха

Spinal cord compression

compression – сжатие, сдавление, компрессия

emergency – неотложная помощь

rapidly – быстро

delay – промедление, задержка, отсрочка, медлить, задерживать, откладывать

irreversible – необратимый, непреложный (о процессе)

numbness – онемение, нечувствительность; ооченение

Spiritual pain

spirit – дух, воодушевление

spirits – настроение

be in high spirits – быть в приподнятом настроении, воодушевлять; живой, оживленный

desire – желание, предмет желания, просьба, требование

bitter – горький, озлобленный, резкий

anger – гнев, сердить

unfairness – несправедливость

desolate – покинутый, заброшенный, безлюдный, опустошать, обезлюдить

essence – сущность, существо

redundant – избыточный

entirely – полностью

appreciation – высокая оценка, уважение

ultimately – в конечном счете

comment – толкование, комментарий, примечание, комментировать

threaten – грозить, угрожать

guilt – вина

encourage – ободрять, поощрять, поддерживать

faith – вера, религия, верность, лояльность, доверие, обещание

Stridor

stridor – стридор (свистящий шум, обусловленный резким сужением гортани, трахеи или бронхов)

recession – смещение (чаще назад), рецессия

confusion – спутанность сознания, дезориентация во времени и пространстве

Support

temporary – временный

to cope – бороться, справляться

solution – раствор, решение, разрешение (проблемы)

skill – мастерство, искусство, умение

to adjust – приспособлять, прилаживать, приводить в порядок, регулировать

to facilitate – облегчать, содействовать

to interpret – переводить (устно), толковать, объяснять

to rehearse – репетировать

toleration – терпимость

Surgery

occasionally – иногда, время от времени

shunt – шунт, (обходной) анастомоз; шунтировать

stent – стент (устройство для реконструкции просвета какого-либо органа)

excision – иссечение, эксцизия

grafting – трансплантация, имплантация

to intend – намереваться, предназначаться

Sweating

sweat – пот, испарина, потеть

Symptom control

survey – обозрение, осмотр

to survey – обозревать

to empower – уполномочивать

miracle – чудо

reassurance – успокоение

to reassure – успокаивать

to avoid – избегать, сторониться

assumption – 1) принимать (на себя), присвоение; 2) предположение; 3) самонадеянность

to spread – распространять, распространяться

fear – страх, боязнь, опасение

to enquire = to inquire – 1) спрашивать, справляться (about, after, for);
2) исследовать

nausea – тошнота

to nauseate – чувствовать тошноту

nauseous – тошнотворный

vomiting – рвота

to vomit – рвать

sore – 1) (a) – больной, болезненный, раздражающий; 2) (n) – рана, болячка;
3) (adj) – больно, тяжело

constipation – запор

diarrhea – понос

cough – (n) кашель, (v) кашлять

cough out, cough up – отхаркивать

weakness – слабость

retention – задержка, задерживать

drowsiness – дремота, сонливость

to drowse – 1) дремать; 2) оказывать снотворное действие, усыплять

drowsy – 1) сонный, 2) усыпляющий

confusion – спутанность сознания, дезориентация во времени и в пространстве

insomnia – бессонница

anxiety – беспокойство, тревога

itching – зуд, чесотка, (v) – чесаться, зудеть

jaundice – 1) желтуха; 2) желчный

hiccups = hiccough – икота

sweating – потение

thirst – жажда

be thirsty – хотеть пить

fistula – фистула, свищ

oral thrush – кандидозный стоматит, молочница

Talking with patients

to look for – искать

support – поддержка

to explore – исследовать

sincere – искренний
to sustain – поддерживать, выдерживать, устоять
honesty – честность
skill – мастерство, искусство, умение
complaint – жалоба
reliably – надежно
mere – явный, сущный, простой
premature – преждевременный
summary – краткое изложение, конспект
clarification – просветление; осветление, очищение, очистка
to avoid – избегать, сторониться
reassurance – успокоение
genuine – подлинный, искренний
request – просьба, запрос; просить, запрашивать
benefit – выгода, польза, благо; приносить пользу, помогать, оказывать благоприятное воздействие
outweigh – перевешивать
anguish – боль, страдание
long-term (longer-term) – отдаленный (*напр.*, о результате лечения), длительный, долгосрочный
short-term – кратковременный, краткосрочный
trust – доверие; доверять, верить, полагаться, доверяться
deprive – лишать
overcome – преодолевать
confidence – доверие, уверенность, смелость, конфиденциальное сообщение
apply – прикладывать, прилагать, применять, употреблять
uncertainty – неуверенность
to bear (bore, borne) – выносить, терпеть
precise – точный, пунктуальный, определенный, щепетильный
inaccurate – неточный, неисправный

Terminal agitation

agitation – (*псих.*) ажитация, тревожное возбуждение, возбуждение, активация, стимуляция
ramble – говорить бессвязно, бредить
rambling – бессвязный, слоняющийся, разбросанный

disorientation – (псих.) дезориентировка

delusion – бред

Terminal phase

deterioration – ухудшение, истощение (функции), срыв компенсаторных реакций, деградация, повреждение, разрушение

recumbency – лежачее положение

hasten – торопить, торопиться, спешить

incontinence – недержание

suffer – страдать; страдание

mottle – испещрять, пятнистые поражения различной формы и цвета

Testicular cancer

teratoma – тератома, эмбриоцитомы

seminoma – семинома (яичка), сперматогониома, сперматоцитомы

residual – остаточное явление, остаточный, сохранившийся (напр., о проявлениях болезни)

thrush – кандидозный стоматит, молочница

sore – язва (на коже); рана, открытое поражение кожи, заросший свищ; заросшая язва, болезненный, воспаленный

Urinary problems

referral – направление к врачу-специалисту; пациент, направленный к врачу-специалисту

pyrexia – гипертермия

loin – поясница

impacted – ущемленный, сдавленный

dilute – разбавлять, растворять, разжижать

thirst – жажда, испытывать жажду

retention – ретенция; задержка; удерживание: фиксация, сохранение

occur – встречаться, проявляться, наблюдаться

Vulvar cancer

squamous – сквамозный (относящийся к чешуе), покрытый чешуйками

pruritus – зуд

Weakness

foot drop – отвислая (свисающая) стопа (при поражении малоберцового нерва)

wrist drop – свисающая (падающая) кисть (при параличе лучевого нерва)

palsy – паралич, парализовать

awkward – неудобный

tingling – покалывание, пощипывание (в онемевшей части тела)

boredom – скука

adjustment – регулировка, корректировка, поправка, настройка

grieve – горевать

alternate – чередовать, чередоваться

goal – цель

Weight loss

gut – кишечник, кишка

sedentary – сидячий, малоподвижный (образ жизни)

prominence – выступ, выпуклость

REFERENCES

1. Anya Gore. Reflexology. Alternative Health. – The Guernsey Press Co. Ltd. Guernsey, Channel Island, 1991.
2. Cicely Saunders and Nygel Sykes. The Management of Terminal Malignant Disease. – Edward Arnold. A division of Hodder @ Staughton. London Boston Melbourne Auckland, 1993.
3. James F. Hanratty and Irene Higginson. Palliative Care in Terminal Illness (second addition). – Radcliffe Medical Press, Oxford and New York, 1994.
4. Jannifer Hopwood. Background to Colposcopy and Treatment of the Cervix. – SCHERING Health Care, Committed to Well Woman, Wells Medical, 1990.
5. Peter Kaye. A to Z of Hospice and Palliative Medicine. – ELP Publications, 41 Park Avenue North, Northampton NN3 2HT, England, 1994.
6. Robert Buckman. I Don't Know What to Say (how to help and support someone who is dying). – M Papermac, 1993.
7. Which Analgesia? Guidelines to Pharmacological Pain Control. – Professional Nurse (The Leading Update for Clinical Nurses) – Macmillan Magazines Ltd, 1997.
8. Georgy D.M. Arnaudov. Terminologia Medica Polyglotta. Медицинская терминология. – София: Гос. изд-во «Медицина и физкультура», 1979.

9. Cambridge International Dictionary of English. – Cambridge University Press, 1995.
10. Англо-русский медицинский словарь. – М.: Русский мир, 1988.
11. Англо-русский медицинский энциклопедический словарь. Stedman's Medical Dictionary / Гл. ред. акад. РАМН А.Г. Чучалин. – М.: ГОЭТАР Медицина, 2000.
12. Большой толковый медицинский словарь: в 2 т. / под ред. проф. Г.Л. Билича. – Oxford; М.: Вече АСТ, 1998.
13. Дворецкий И.Х. Латинско-русский словарь. – М.: Русский язык, 2001.
14. Советский энциклопедический словарь. – М.: Сов. энцикл., 1984.
15. Тихонова Л.М., Хайруллин Р.М., Тихонова Ю.В., Павлов М.В. Англо-латинско-русский словарь. Ч. 1. Osteология. – Ульяновск, 2001.

PART III

PHILOSOPHY OF TERMINAL ILLNESS ФИЛОСОФИЯ СМЕРТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

M.G. Sharafutdinov, K.T. Biktimirova, J.V. Tikhonova, N.V. Eckkert

*Pray for me, O my friends; a visitant
Is knocking his summons at my door,
The like of whom, to scare me and to daunt,
Has never come to me before...*

Cardinal Newman «The Dream of Gerontius»

Acceptance of the Reality of Death

The remarkable advances of medicine in the last 50 years have reduced dramatically the numbers of those dying young or in the prime of life; death has largely been deferred to the old and very old and has become relatively remote. Life tends to be lived of the moment. Death is deliberately not thought of in the hope that by not thinking about it, it will just not happen.

Although most patients are aware of the nature of their illness from history and remorseless progress, not all are prepared to talk about death. This reluctance must be respected by the carers whilst giving the patient every opportunity to discuss the subject. If the patient can be gently led to talk about the reality of death and express fears about it, much of the tension and anxiety will be alleviated.

The Doctor and the Dying Patient

To cure sometimes, to relieve often, to comfort always.

Anon, 15th Century

Despite the expertise of modern medicine, some patients are still dying with unrelieved pain and with distressing symptoms inadequately controlled. It

is particularly sad that this should be happening when palliative care can provide so many therapies and medications to give patients significant and in most cases complete relief from their suffering.

The management of terminal illness is still of variable quality and much seems to depend on the attitude of the professional carer. There is an enormous amount to be done in continuing *care* to ensure that the remaining few weeks or months of the patient's life are spent in comfort and free from mental and physical suffering. If the patient is comfortable so the family will be much more at ease too.

No two patients are alike and each one needs individual study.

Symptoms requiring attention in terminal illness are:

Pain (<i>dolor, oris m; ep. – algia</i>)	Weakness and tiredness
Dyspnoea (<i>dyspnoë</i>)	Poor mobility
Cough (<i>tussis, is f</i>)	Lymphoedema
Nausea and vomiting (<i>nausea, ae f; vomitus, us m</i>)	Ascites
Intestinal obstruction (<i>obstructio intestinalis</i>)	Hypercalcaemia
Constipation (<i>constipatio, onis f</i>)	Dehydration
Diarrhoea (<i>diarrhoea</i>)	Haemorrhage (<i>haemorrhagia</i>)
Dysphagia (<i>dysphagia</i>)	Excessive sweating (<i>sudor, oris m</i>)
Ніскуп икота	Urinary problems
Anorexia	Pruritus зуд
Cachexia	Disfigurement
Pressure sores пролежни	Smell (<i>odor, oris m</i>)
Fungating lesions (<i>fungus, i m</i>)	Insomnia бессонница
Sore and dry mouth (<i>xerostomia</i>)	Fear and anxiety страх и волнение
	Depression
	Confusion

To control these symptoms the doctor needs to have a comprehensive knowledge of clinical medicine and pharmacology as well as being vigilant for the constantly changing symptomatology accompanying the advancing disease. Sadness, which is often confused with depression, is an understandable emotion and is not helped by drugs at all. It is best treated with avoidance of isolation, interesting diversion and frequent opportunities for talking with the doctor, the staff and supportive relatives, and, if appropriate, their pastors.

Whatever the therapy is administered to the patient in terminal illness, the doctor should ask him or herself these questions:

- Is the treatment really necessary for the patient at this time? Is its purpose to give comfort and control distressing symptoms?
- Is the treatment any undesirable side effects or complications? If so, can these be anticipated or minimized?
- Is the treatment of sufficient importance to warrant a full explanation of its implications to the patient and/or relatives, giving them an opportunity to express an opinion with the opinion to accept or reject the treatment?

The philosophy of palliative care is for the patient to have the best possible quality of life until death occurs. Time is one of the most valuable things we can give to our patients.

Communication with a dying patient is not easy – it is full of emotional hazards and very time consuming. It is not surprising, that it is often avoided. Patients frequently present a different face to the various people caring for them and visiting them. They may, for instance, wish to present themselves as a ‘good’ patient to the doctor and make no complaints when the doctor enquires. But when the doctor has gone, they may be more forthcoming to the nurse or perhaps to a particular person with whom they have developed some rapport. A complete picture of the patient will only emerge from a combination of all those who are caring for them.

Doctors, nurses, families and friends still feel in many instances that they should shield the patient, and they unite in erecting a communication barrier. People do not know what to say and are afraid of saying the wrong thing and their kindly sensitivity can lead to reticence. Little do they know that the majority of patients are eagerly awaiting the opportunity to talk about everything that is happening and in prospect.

These are four guidelines in talking to patients:

1. Listen with care
2. Always be truthful
3. Patients have an absolute right to be told whatever they wish to know about their diagnosis and prognosis, if they ask. They should be given ample opportunities to ask
4. They also have an absolute right *not* to have information thrust upon them which they are not seeking.

It needs time, patience and experience to identify the patient's wishes. The doctor should explain in simple, non-technical terms the nature of the illness and prognosis. It is important to soften the impact of bad news.

Communication is a two-way process that requires not only give but take. Listening is a special type of skill.

- 'Listen with your eyes' – observe gestures, mannerisms, facial expressions.
- 'Listen with a third ear' – notice any hesitation, omission, intonation.
- 'Listen attentively' – don't let your mind wander, don't interrupt or provide help if there is a hesitation.
- Don't abhor silence – sitting quietly in silence is immensely supportive.

The Nurse and the Dying Patient

«What sort of people find themselves called to accompany the dying? At the psychological level one needs three basic attributes: the first is an intensely down to earth practicality... the second, an over-sized sense of humour... the third quality is a very special sort of sensitivity: a vulnerability to the pain of others that is often, but not always, the result of personal experience of suffering» [Sheila Cassidy, 1988].

The nurse must remember that a dying patient is a living and precious person right up to the very end, and the care given should reflect it. The aim is to free the patient from any distressing symptoms, physical, emotional, spiritual or social, and to maintain life at its full potential. As the patient is usually part of a family or circle of friends, the care of both family and friends is an integral part of the nurses' work while the patient is alive and also following death.

Physiology of Dying

*What is termed the «agony of death»
concerns the watcher by the bedside
rather than the one who is the subject of pity.*

Sir Frederick Treves

To describe the process of dying an appropriate starting point is the time when active efforts of to cure the patient's illness have ceased and the doctor has decided as a result of clinical examination that the advent of death is not far away and that continuing care of the patient is concerned entirely with relieving

distressing symptoms and ensuring that the remaining few days, weeks or months of the patient's life are comfortable.

The five vital systems of the body – the cardiovascular, pulmonary, gastrointestinal, renal and central nervous systems have complex, mutually supporting interactions. If one system breaks there is a knock-on effect on the other systems. As the deficiencies multiply a constantly changing kaleidoscope of symptoms develops. We know we cannot cure the patient and our concern is there for to ensure by palliative care that none of these symptoms causes distress.

No patient at this stage should ever be left alone. Someone sitting quietly holding the patient's hand will give great comfort and support. This is a time when family or friends are usually in constant watchful attendance. They should be kept fully informed about what is happening; for instance changing patterns of breathing and the nature and purpose of any treatment being given.

Signs of Death

There are absence of pulse and respiration and confirmed by absence of auscultatory sounds over the heart and trachea for at least five minutes. The pupils are fixed and dilated, and the fundi oculi show fragmentation of blood in the retinal veins.

*(From «Palliative Care in Terminal Illness»
by James F. Hanratty and Irene Higginson)*

WORDS TO REMEMBER

A

abhor – питать отвращение, ненавидеть

accept – принимать, признавать, соглашаться

acceptance – принятие, одобрение

accompany – сопровождать, сопутствовать

advent – приход, прибытие; *церк.* рождественский пост

agony – агония, сильнейшая боль, страдание

agony of death, mortal agony – предсмертная агония

ample – достаточный, обильный, обширный

appropriate – подходящий, соответствующий (to, for); v. присваивать, предназначать

attendance – присутствие (at), посещение

avoid – избегать, сторониться

avoidance – упразднение, избежание, отмена

В

bed-side (by bed-side) – у постели, ухаживать за

to have a good bed-side manner – уметь подойти к больному (о враче)

break down – ухудшаться (о здоровье)

С

care for – заботиться

cease – прекращать(ся), переставать

communication – связь, средство общения

complaint – недовольство

complete – полный, законченный, совершенный

complex – комплекс; сложный, составной

comprehensive – обширный, понятливый

concern – забота, беспокойство

constantly – постоянно, часто, то и дело

consume – потреблять, расходовать, съесть, поглощать

Д

deficiency – недостаток, отсутствие

develop – развивать(ся), совершенствовать(ся); развиваться (о болезни)

diversion – отклонение, отвлечение внимания

Е

eagerly – страстно, сильно желающий

easy – легко

emerge – появляться, возникать (о вопросе)

enquire (inquire) – спрашивать, справляться

ensure – обеспечивать, гарантировать

entirely – полностью, совершенно, всецело

erect – прямой, вертикальный; v. сооружать, воздвигать, создавать, выпрямлять

experience – опыт, квалификация, мастерство

F

frequent – частый

G

gaiety – весёлость

gesture – жест, телодвижение, мимика

H

happiness – счастье

hazard – шанс, риск, опасность

hesitation – колебание, нерешительность

hope – надежда; v. надеяться (for – на)

I

identify – устанавливать

identity – тождественность, идентичность

immensely – очень, чрезвычайно, безмерно

impact – удар, толчок, импульс; v. сталкиваться

instance – пример, отдельный случай; for instance – например

interaction – взаимодействие

interrupt – прерывать, вмешиваться (в разговор)

M

mannerism – манерность, манеры

mourn – сетовать, оплакивать, носить траур, печалиться, горевать

N

none of – никто, ничто

O

observe – наблюдать, замечать

omission – пропуск, упущение, оплошность

P

patience – терпение, терпеливость

prospect – вид, перспектива; in prospect – в перспективе, в дальнейшем

Q

quietly – спокойно, тихо

R

rapproach – связь, взаимоотношение

recovery – выздоровление, восстановление

remain – оставаться

reticence – сдержанность, скрытность, молчаливость

S

sensitivity – чувствительность

shield – щит; v. защищать

silence – молчание, безмолвие

skill – искусство, мастерство, умение

soften – смягчать(ся)

subject of pity – предмет печали

support – поддержка; v. поддерживать

T

tranquilly – спокойно

truthfully – правдиво

V

valuable – ценный, дорогой, полезный

various – различный, разный

W

wander – блуждать (о мыслях), заблуждение

watcher – наблюдатель, сторож

watchful – бдительный, осторожный

PART IV

Модель паллиативной медицины на региональном уровне. Опыт Ульяновской области в оказании медико-социальной помощи больным и их семьям

M.G. Sharafutdinov

Паллиативная помощь – подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки» (ВОЗ, 2002)

Старение населения, ухудшающаяся экологическая обстановка, отсутствие этиотропного лечения злокачественных новообразований не позволяют строить оптимистических прогнозов на снижение уровня онкологической заболеваемости и на уменьшение числа больных, нуждающихся в оказании паллиативной помощи. Кроме того, на сегодняшний день представляется достаточно актуальным вопрос оказания квалифицированной паллиативной помощи пациентам с различными формами хронических неонкологических заболеваний в терминальной стадии развития, т.е. больным, специализированное лечение которых уже исчерпало свои возможности и/или невозможно из-за тяжести общего соматического состояния. Объем оказания помощи таким больным необходимо расширить с симптоматического лечения до всесторонней (медицинской, психологической, социальной и духовной) помощи пациенту и его семье.

В современных экономических условиях России развитие идей хосписного движения и оказания паллиативной помощи тяжелой категории больных более успешно практически осуществляется в столичных городах и крупных областных центрах, где больше финансовых и организационных возможностей. Однако необходимо изыскать возможности оказания качественной паллиативной помощи жителям малых территорий России, там, где социальная напряженность вокруг проблем умирающих больных и их близких выражена гораздо острее, используя приемлемые для местных условий формы и методы. Поэтому сейчас как никогда актуальна проблема улучшения качества и доступности паллиативной помощи тяжелой категории пациентов в условиях малых территорий страны – в небольших городах, районах, селах.

Ульяновская область – один из регионов нашей страны, где оказывается качественная медико-социальная помощь умирающим пациентам и их семьям.

В нашем крае имеется славная история помощи тяжелобольным – ещё в 1898 году на пожертвования симбирских купцов П.А. Пастухова, В.А. Арацкова и Н.К. Ананьина были открыты 4 койки для «больных раком внутренних органов», а в 1899 году усилиями Городской думы и Городской управы был построен дом на 19 коек для неизлечимых больных на территории городской бесплатной больницы.

Современный этап оказания помощи инкурабельным больным начат в начале 90-х гг. XX века, когда руководство региона поддержало инициативу Ульяновского государственного университета и приступило к созданию региональной службы паллиативной помощи. Была разработана идеология развития паллиативной медицины в области, налажены контакты с британскими хосписами, Европейской ассоциацией паллиативного лечения. Специалисты региона проводили консультации с ВОЗ, участвовали в разработке партнёрской программы «HealthProm (Лондон) – Ульяновск», в области были внедрены образовательные программы по принципу «от волонтера до врача», проводились обучающие семинары с привлечением специалистов из-за рубежа, со стажировкой врачей, медицинских сестёр, психологов, социальных работников и волонтеров в клиниках и хосписах Великобритании. Важным моментом здесь явилось сотрудничество с российским Фондом «Паллиативная медицина и реабилитация». Результатом

этой активной работы стало открытие в 1994 году хосписов в г. Ульяновске и г. Дмитровграде (второй по величине город Ульяновской области), привлечение внимания общественности к необходимости оказания качественной медико-социальной помощи пациентам и их близким.

На сегодняшний день паллиативная помощь населению области оказывается практически в каждом лечебном учреждении. При этом основными организационными структурами региональной модели паллиативной медицины являются:

- Ульяновский областной хоспис;
- Отделение паллиативной помощи в составе Дмитровградского онкологического диспансера;
- Ульяновский областной клинический онкологический диспансер;
- Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн;
- Участковая служба региона (участковые врачи и медицинские сёстры муниципальных учреждений здравоохранения, врачи общей практики и медицинские сёстры общей практики).

Организационно-методическим центром службы является Ульяновский областной хоспис. Структурно Хоспис состоит из выездной службы и стационара круглосуточного пребывания пациентов.

Выездной службой Хосписа обслуживается более 900 пациентов в год. Деятельность выездной службы Хосписа строится на принципе оказания максимально возможной помощи непосредственно на дому: адекватное, максимально полное обезболивание, купирование тягостных симптомов, проведение различных манипуляций и процедур (перевязки, наложение эпицистостом, катетеризация и др.), обучение правилам ухода за больными родственниками и многое другое. Кроме того, проводится психологическая поддержка больного и его семьи, решение духовных и, по возможности, социальных вопросов. Выездной службой Хосписа за год выполняется более 7000 визитов к больным, из них более 2500 врачебных посещений пациентов. Реализуется программа социальной помощи, улучшается социальная и психологическая поддержка пациентов и их семей. За год психологами Хосписа проводится более 700 консультаций больных и их родственников, социальными работниками – более 900 визитов, обслуживается около 130 пациентов в год.

В стационаре Хосписа проводится комплексная терапия, воздействие которой направлено на облегчение всех тягостных симптомов, причиняющих страдания больному.

Основными показаниями к госпитализации в стационар являются:

- проведение более интенсивной, чем в домашних условиях, терапии;
- наличие некупируемого в домашних условиях болевого (или иного) синдрома;
- необходимость паллиативного хирургического вмешательства;
- проведение паллиативной химиогормонотерапии;
- госпитализация больных по медико-социальным показаниям (более 50% больных).

Для улучшения качества стационарной помощи внедрены программы адекватного обезболивания, купирования тягостных симптомов, проведения паллиативной химиогормонотерапии, внедрены свето- и ароматерапия.

В настоящее время в Хосписе реализуется программа оказания паллиативной помощи incurable неонкологическим пациентам. В Ульяновском хосписе уже оказывается догоспитальная и стационарная помощь неонкологическим больным (неврологические больные, пациенты с декомпенсированной стадией сердечной недостаточности, циррозом печени, умирающие от СПИДа пациенты и др.).

Реализуется программа по улучшению материально-технической базы Хосписа – ремонтируются палаты, для выездной службы в качестве благотворительной помощи приобретено 2 автомобиля, проводится благоустройство территории.

Хоспис не входит в программу обязательного медицинского страхования (ОМС), в нём запрещены платные медицинские и социальные услуги, финансируется учреждение лишь из областного бюджета. Оказание паллиативной помощи, к сожалению, пока не входит в сферу национальных приоритетов в отечественном здравоохранении, поэтому поддержка Хосписа со стороны Губернатора, Правительства и Министерства здравоохранения региона представляется крайне необходимой. Качество оказания паллиативной помощи зависит от многих причин: финансовых возможностей региона, специфики структуры здравоохранения и его материально-технической базы, кадровых ресурсов и, самое главное, от заинтере-

сованности власти в снижении уровня социальной напряженности, понимания целей, задач и возможностей паллиативной медицины. Именно такая заинтересованность и понимание со стороны руководства области позволяет строить перспективные планы развития региональной системы паллиативной медицины.

Важное направление деятельности службы паллиативной помощи – пропаганда идей благотворительности и милосердия. В области разработана программа благотворительной деятельности в поддержку пациентов Хосписа. Для её реализации в 2005 году создан Попечительский совет Хосписа, в состав которого вошли известные в регионе политики, общественные деятели и бизнесмены.

Следует отметить большую роль подготовки кадров в службе паллиативной помощи. Все 14 лет работы Хоспис активно взаимодействует с Ульяновским государственным университетом, участвуя в программах подготовки студентов и врачей по обучению принципам паллиативного лечения, социальной и правовой поддержки пациентов и их близких. Хоспис является базой кафедры лучевой диагностики, лучевой терапии и онкологии УлГУ, медицинских колледжей.

Круг задач, решаемых службой оказания паллиативной помощи населению, широк и разнообразен. Оказание качественной паллиативной помощи умирающим больным и их близким – важная, и не только медицинская, но и социальная, общественная, политическая и нравственная проблема. Для успешного решения этой проблемы необходима консолидация специалистов и всех структур гражданского общества. Именно такой комплексный подход позволяет в Ульяновской области решать основную задачу – повышение качества жизни пациентов и их близких.

PART V

Психозэмоциональные и социально-стрессовые факторы в формировании профессиональных деформаций у персонала онкологических учреждений и хосписов

T.Z. Biktimirov, J.V. Tikhonova, K.T. Biktimirova, N.V. Eckkert

Одной из наиболее существенных проблем онкологии в настоящее время является организация труда и профилактика психогений у медицинских работников онкологических служб. До недавнего времени основной акцент психологической работы онкологических учреждений и хосписов приходился на мероприятия, улучшающие качество жизни раковых больных.

Этому вопросу было посвящено множество исследований, в процессе которых были выявлены разнообразные психологические нарушения болеющих раком, объединённых в понятие «раковая личность». Разработан также комплекс мероприятий, проводимых онкологическими службами, направленный на работу с такими пациентами.

Важная роль здесь принадлежит медицинскому персоналу. При этом основное внимание обращается на личность врача, его профессионально-этические качества. Свойства личности медицинского работника особенно важны, поскольку контакт с больными и их родственниками часто затруднён тем стрессом, под воздействием которого они находятся. «Эмпатийный» подход к больному увеличивает прогноз успешности терапии, улучшает социально-психологическую обстановку вокруг пациента. Данный аспект необходимо учитывать, так как проблемы именно этого уровня часто ведут к отказу от лечения.

К медицинскому персоналу онкологических учреждений и хосписов предъявляются крайне высокие моральные требования: окружающие ждут

от них таких качеств, как доброта, чуткость, тонкость эмоционального восприятия состояния, способность взять на себя ответственность за жизнь больного. Известно, что все физические, химические и биологические факторы действуют на организм. Потенциальными стрессорами в трудовой деятельности могут быть чрезмерная ответственность и понимание нецелесообразности работы. Профессиональный стресс, формирующийся под воздействием неблагоприятных факторов, связанных с трудовой деятельностью, может возникнуть в результате неудовлетворенности работой, нереализации мотивационных стимулов и психоэмоциональной перегрузки, что часто и наблюдается в работе онколога. Таким образом, можно предположить наличие хронического профессионального стресса у работников онкологических учреждений. Профессиональный стресс со временем приводит к изменению личности и развитию невротических и психосоматических расстройств. В качестве преκлинических изменений в психологическом статусе на первое место выступают вегетососудистые нарушения, которые потом оформляются в невротические и невротоподобные состояния с чёткой синдромологической завершенностью. Так, известно, что среди медицинских работников хирургических отделений распространены повышенная утомляемость, раздражительность, головная боль, чуткий и беспокойный сон с частыми пробуждениями, бессонница, трудности при засыпании и ассоциативные сновидения. Персонал онкологических учреждений и хосписов, ежедневно встречаясь со стрессовыми ситуациями, проявляет склонность к таким психологическим реакциям, как уход в себя и сокрытие собственных проблем, что усиливает действие стресса. Среди онкологов часто встречается «синдром эмоционального сгорания», для которого характерна утрата интереса к делу, пассивная угнетенность, индифферентность по отношению к окружающим, иногда неадекватное эмоциональное реагирование. Но, несмотря на все исследования и мероприятия, направленные на улучшение условий труда врачей, тяжесть их работы сравнима с её уровнем у работников промышленности, имеющих неблагоприятные условия профессиональной деятельности. Именно по этой причине необходимо уделять пристальное внимание проблеме психогений у медицинских работников, профессионально связанных с лечением онкологических больных.

Проблемы персонала паллиативной службы требуют большего внимания. Их можно разделить на следующие виды: психологические, экономические, проблема образования персонала. В результате исследований выявлены как коррелирующие, так и некоррелирующие особенности индивидуально-типических черт личности врачей-онкологов, типы реакций и эмоциональных проявлений у среднего медицинского персонала онкологических учреждений (хосписов) и терапевтических стационаров.

Практически все врачи и медицинские сёстры осознают, что трудовая деятельность их протекает в условиях влияния профессиональной вредности. Личное понимание профессиональной вредности зависит как от условий труда, так и от индивидуальных психологических характеристик. Среди осознаваемых проблем, формирующих у большинства состояние нервно-психического напряжения, называют затруднение контакта с онкологическими больными, находящимися в состоянии фрустрации в связи с прямой и высоковероятной опасностью для жизни, невозможность оказать радикальную помощь данным больным (инкурабельность). Закономерно, что действие этих причин, особенно при влиянии других астенизирующих факторов (контакт с высокоактивными лекарственными препаратами, оказывающими токсическое действие, социальное, семейное неблагополучие и т.д.), формируют состояние нервно-психического напряжения. Жалобы, характеризующие нервно-психическое напряжение, выявлены у 54,3% врачей-онкологов и у 82,8% медицинских сестёр онкологических учреждений.

Учитывая различный характер трудовой деятельности, а, следовательно, и различное влияние профессиональной вредности у медицинских сестёр и врачей в онкологии, нами проводилось сравнение соотношений невротических жалоб (табл. 5.1).

Важную роль играет изучение личностных акцентуаций у медицинских сестёр онкологического и неонкологического профилей. Практически по всем типам акцентуаций их показатели выше у медицинских сестёр онкологического профиля, причём по части из них различия статистически достоверны.

Поскольку преобладающим фактором в формировании акцентуаций (по данным большинства исследователей) являются психогенные факторы, то, исходя из однотипности развития данных акцентуаций, можно считать

возможным влияние профессиональных психогенных вредностей в деятельности медицинского персонала (врачей и медицинских сестёр) онкологических учреждений и хосписов (табл. 5.2).

Таблица 5.1

Невротические проявления у врачей-онкологов и медицинских сестёр

Жалобы	Врачи-онкологи	Медицинские сестры	Достоверность различий по Стьюденту
Повышенная раздражительность	8,6 %	13,6 %	p<0,05
Эмоциональная напряженность	10,6%	23 %	p<0,05
Эмоциональная лабильность	17,3%	28%	p<0,05
Нарушение сна	17,3%	21,5%	НД
Головная боль	23,3%	35,9%	p<0,05
Повышенная утомляемость	21,7%	34,5%	p<0,05
Повышенная тревожность	10,8%	10,7%	НД
Мнительность	4,3%	3,6%	НД
Вегетативные расстройства	4,3%	6,4%	НД
Прочие	12,9%	12,1%	НД

Таблица 5.2

Распределение акцентуаций личности у медицинских сестёр онкологического и терапевтического профилей

Типы акцентуаций	Онкологический профиль	Общетерапевтический профиль	Достоверность различий по Стьюденту
Истерический	54,7%	36,2%	p<0,05
Психастенический	15,6%	19,2%	НД
Паранойяльный	10,9%	3,8%	p<0,05
Депрессивный	10,9%	3,8%	p<0,05
Шизоидный	15,0%	2,6%	p<0,05
Гипоманиакальный	1,6%	0	НД
Психопатический	4,7%	3,8%	НД
Ипохондрический	17,8%	9,5%	p<0,05

Длительно действующие психогенные факторы формируют большой диапазон акцентуаций, причём некоторые из них у онкологов не обнаружены или крайне редки. Профессиональное поведение сотрудников онкологических учреждений, связанное с необходимостью игнорировать ре-

альное положение дел больного, зачастую вселяя ложный оптимизм, способствует формированию игровой формы поведения, переходящей в истерическую акцентуацию.

В процессе наблюдений за деятельностью врачей-онкологов могут быть выявлены определённые зависимости между возрастом врачей, их трудовым стажем и типом акцентуации личности. Так, для врачей-онкологов, только начинающих свой творческий путь в онкологии, в возрасте от 24 до 30 лет и имеющих стаж не более 2-4 лет наиболее характерен депрессивный тип акцентуации личности. При параллельном увеличении возраста и стажа трудовой деятельности соответственно до 35 и 8-9 лет, наиболее характерны психоастенические черты личности. Истерический тип личности преимущественно встречается у врачей-онкологов в возрасте 40 лет при 10-летнем стаже врачебной деятельности. У сорокалетних врачей-онкологов, имеющих профессиональный стаж, приближающийся к 15 годам, могут проявляться чаще паранойяльные черты личности. Чем больше возраст врача-онколога, при стаже работы и возрасте 30-50-ти лет, тем чаще могут наблюдаться ипохондрические черты личности.

Достоверных различий, касающихся личностных акцентуаций у врачей-онкологов и среднего медицинского персонала онкологических учреждений, практически не наблюдается. Истерические, психоастенические, паранойяльные типы акцентуаций личности в равной мере могут наблюдаться как у врачей, так и у медицинских сестёр онкологических стационаров.

Особо следует отметить различные типы акцентуаций личности у среднего медицинского персонала онкологического и терапевтического профилей. Истерический тип акцентуации личности у сестёр онкологических учреждений наблюдается чаще (на 54,7%), чем у сестёр общетерапевтического профиля (36,2%); психоастенический тип акцентуации личности чаще наблюдается у медперсонала общетерапевтических лечебных учреждений (19,2%) по сравнению с медперсоналом онкологических стационаров (15,6%). Но паранойяльный и депрессивный типы акцентуации личности могут быть характерными для онкологических медицинских сестёр (21,8%) по сравнению с терапевтическими медицинскими сёстрами (7,6%). Среди медицинских сестёр онкологических стационаров могут наблюдаться и шизоидные типы акцентуаций личности (15%).

Следует уделять внимание ранжированию и определению восприятия и понимания профессиональных вредностей врачами-онкологами и персоналом онкологических лечебных учреждений. Наиболее часто среди профессиональных вредностей, рассматриваемых и врачами и сёстрами в качестве профессионально-стрессовых факторов, отмечаются:

- коммуникативные сложности (29,4-30,4%);
- вживание в образ больного или идентификация с ним (7,9-10,8%);
- инкурабельность (33,8-39,1%).

В меньшей степени акцентируется внимание:

- на восприятии стереотипов поведения больных;
- на контакте с лекарственными (химиотерапевтическими и др.) препаратами;
- на оценке ситуации больного как своей собственной и прочих.

Таким образом, актуальным является не только медицинская и психосоциальная реабилитация онкологических больных и их родственников, но и изучение психологических проблем персонала, предупреждение личностной и профессиональной деформации.

Особенности профессиональной деятельности персонала онкологических учреждений и хосписов в сочетании с воздействиями социально-стрессовых факторов обуславливают неблагоприятные социально-психологические условия жизни и деятельности, при которых формируется психосоциальная дезадаптация у врачей и среднего медицинского персонала. Дезадаптация сопровождается изменениями личности и эмоциональной сферы врача и медицинской сестры.

Изучение указанных проблем способствует разработке психосоциальных программ по реабилитации персонала онкологических учреждений и хосписов, обеспечивает психофизическое здоровье персонала.

Важным направлением деятельности психологической службы паллиативной медицины является изучение психосоциальной среды и психологического здоровья персонала хосписов, что также должно быть в центре внимания как психологов и социальных работников, так и онкологов.

Специалисты Хосписа Святого Христофора отмечают, что у персонала хосписов существует множество стрессовых ситуаций: раздражение при «неэффективности» медицинского лечения; необходимость сглаживания открытых вспышек гнева больных; вовлечение в эмоциональные кон-

фликти; постоянная утрата тех, за кем пришлось ухаживать; возникновение сомнений в своих ожиданиях.

Особенностью российских хосписов является:

- низкий социальный уровень населения, ведь две трети больных умирают в стационаре;
- нехватка лекарств заставляет «лечить собой», что предполагает усиленный уход за пациентами, большую самоотдачу;
- крайне малое количество добровольцев в хосписе контрастирует с западными показателями, где на 20 больных приходится до 150 волонтеров.

Несмотря на то, что, в принципе, обучиться можно всему, если захотеть, обслуживанием обречённых больных должны заниматься специалисты с определёнными качествами. Так, например, английские специалисты выдвигают следующие требования для персонала:

- высокий уровень знаний физиологии и патофизиологии (особенно в области онкологии);
- наличие совершенных навыков в осмотре пациента и проведении процедур;
- специальные знания в фармакологии, особенно химиотерапии, и знание средств борьбы с болевым синдромом и применением транквилизаторов;
- знание основ психологии, особенно в ситуации, предусматривающей взаимоотношения «медицинский работник – пациент»;
- чуткость в человеческих взаимоотношениях, выносливость, умение сглаживать ситуацию, высокие нравственные качества, коммуникабельность, целостность философских взглядов на жизнь и смерть.

Российские специалисты опираются больше на духовные, моральные качества при подборе сотрудников:

- отзывчивость на чужую боль;
- духовность человека;
- энергетический потенциал личности.

Однако, несмотря на все качества, которые присутствуют в человеке изначально, необходима постоянная поддержка и разумное распределение сил. Большое значение в решении задач паллиативного ухода играют обучение персонала, совершенствование его в методах паллиативного ухода, медицины.

В мировой практике паллиативного ухода существует 5 ключевых принципов, подкрепляющих паллиативное обслуживание и являющихся характерной чертой образовательного курса в паллиативной сфере:

1. Концентрация на качестве жизни (включая контроль боли);
2. Личностный подход;
3. Окружение заботой, как самого пациента, так и тех, кто имеет для него значение;
4. Независимость пациента и его право выбора;
5. Акцентирование внимания на открытое, восприимчивое общение.

По мнению специалистов Хосписа Святого Христофора, овладение знаниями о сущности хосписа и паллиативного лечения может быть разделено на три фазы:

I. Обучение в вузе. Обучение фокусируется на психологических и эмоциональных потребностях пациентов и их семей: раздел «Уход за терминальными больными».

II. Повышение профессионального уровня. Практические занятия по уходу за терминальными больными для поддержания практикующимися своих знаний на необходимом уровне.

III. Подготовка специалистов в аспирантуре. Основной теоретический подготовительный курс, дающий широкие возможности перехода от теории к практике в реальной ситуации. При этом высококвалифицированный персонал контролирует практикантов с целью совершенствования их навыков.

Специалисты в области паллиативного ухода отмечают, что профессиональное образование уделяет недостаточно внимания этническим и культурным проблемам, аспектам вероисповедания и их влиянию на методику ухода.

Несоответствие ухода этническим и культурным традициям, нечуткости поведения можно избежать через совершенствование образования. Так, в учебном плане основного курса медсестринского паллиативного ухода, подготовленном Международным Обществом Медицинских Сестёр Паллиативного Ухода (International Society of Nurses in Cancer Care) и одобренным ВОЗ и Международным Советом Медицинских Сестёр (International Council of Nurses), содержатся следующие темы:

- Краткий обзор человеческих потребностей;
- Вопросы самоопределения и индивидуальности;

- Религиозное сознание в современном обществе;
- Убеждения религиозные и атеистические, их значение в паллиативном уходе.

Не менее важным – а в России и проблемным – является вопрос о добровольцах в области паллиативного обслуживания. В мировой практике помощь волонтеров составляет значительную часть от всей осуществляемой поддержки. На одного больного приходится до 5 человек добровольцев. Их деятельность достаточно разнообразна и охватывает все сферы обслуживания больных (стационар, дневной центр, помощь на дому). Непрофессионалы также должны пройти тренировку и обучение для работы в системе хосписного обслуживания.

Волонтерам необходимо:

- иметь соответствующие навыки общения с терминальными больными;
- знать потребности пациентов в питании;
- владеть системой контроля боли и других симптомов;
- иметь навыки помощи и ухода за потерявшими близких людей;
- быть адаптированными к эмоциональным реакциям на болезнь и смерть.

На базе I-го Московского Хосписа создан светский добровольческий институт. В книге «Принципы и философия хосписов и паллиативной медицины» выделяются три основные проблемы:

1. Поддержка штата сотрудников;
2. Обучение персонала хосписа;
3. Подбор штата сотрудников.

Как и во всех других областях медицины, в хосписах существует много стрессовых ситуаций. Поэтому необходима поддержка ухаживающих, чтобы сохранить их эмоциональное и физическое здоровье и избежать синдрома эмоционального сгорания.

Существует несколько видов поддержки:

1. Неофициальная поддержка.
2. Официальная поддержка.
3. Индивидуальная поддержка.
4. Уход за собой.
5. Система собственной поддержки.

Неофициальная поддержка достигается там, где команда или группа профессионалов, осуществляющих уход за пациентами и их семьями, разделяя общую озабоченность, поддерживают друг друга изо дня в день.

Время от времени существует необходимость в сборе группы *официальной поддержки*, что даёт возможность сотрудникам поделиться своими эмоциональными проблемами. Для работы этой группы лучше всего пригласить человека извне, например, психолога. Группа решает свои собственные проблемы в течение дня или специально собирается на учёбу на некоторое время. Затем, после оценки эффективности этой работы, группа решает, продолжать встречу или нет.

Иногда может потребоваться *индивидуальная поддержка*. В компетенции администрации хосписа решить вопрос о необходимости реальной поддержки того или иного сотрудника хосписа.

Всем, кто работает в хосписе, необходим *уход за собой* на достаточно высоком уровне. Выделяется необходимое количество времени для занятий спортом и для отдыха, чтобы поддерживать хорошее физическое состояние.

Всему персоналу необходимо развивать *системы собственной поддержки* на работе и дома. Полезно иметь человека, который готов выслушать вас и помочь решить ваши проблемы.

Вопрос о сложностях у персонала при уходе за терминальным больным и примирении с мыслью о неизбежности смерти требует дальнейшего изучения. Показано, что имеется период в 12-24 месяца, состоящий из различных стадий, в течение которых профессионалы добиваются прогресса в усовершенствовании навыков по уходу за умирающими пациентами:

– 1 стадия «Становление интеллекта». Эта стадия – первые три месяца; она характеризуется как приобретением знаний, так и возникновением сомнений. Тратится много усилий на поиск значения смерти, а также на посещение лекций или чтение книг на эту тему;

– 2 стадия «Травма / эмоциональное выживание». Стадия продолжается следующие три месяца. В это время человек может испытывать беспокойство, напряжение и чувство вины за своё хорошее физическое состояние, в то время как пациент умирает;

– 3 стадия «Депрессия». Эта стадия тоже продолжается около трёх месяцев и может переноситься довольно болезненно. Человек начинает

осознавать масштабность смерти. В этот период случается, что человек решает покинуть хоспис;

– 4 стадия «Эмоциональное вживание». Эта стадия достигается, когда человек избавляется от страха смерти и чувства вины за своё хорошее физическое состояние. Депрессия проходит, и хотя боль утраты возникает время от времени, она уже не оказывает отрицательного влияния на человека;

– 5 стадия «Глубокое сострадание». На этой стадии человек способен к большой самоотдаче. Он познаёт себя и испытывает чувство полной самореализации. Здесь присутствует реальное осознание болезни и смерти. Он способен с достоинством оказывать уважение умирающему человеку и его семье.

Значимость обучения уходу за умирающими пациентами признана во всем мире. Смерть – естественный процесс, часть жизни, и профессиональные работники должны её изучать. Медицинские работники всегда участвуют там, где нужен уход за больными, болезнь которых находится в запущенной форме. Таким образом, важны и навыки по уходу.

«Уход за терминальными больными» недавно вошёл в учебные программы вуза и аспирантуры. Специальная подготовка и обучение обязательны для врачей и медицинских сестёр, собирающихся работать в хосписе. Необходимо пройти основной теоретический курс, дающий широкие возможности перехода от теории к практике в реальной ситуации. Такой переход очень важен при работе в хосписе. При этом высококвалифицированный персонал контролирует практикантов с целью совершенствования их навыков.

Очень важно подобрать штат сотрудников для хосписа. Потребуется соответствующие высококвалифицированные хирурги и онкологи. Тренировка непрофессионалов, работающих в хосписе, имеет важное значение, и должна проходить на таком же уровне, как и для медицинского персонала.

Известно, что люди особенно уязвимы в период потери близких людей. Поэтому существует потенциальный риск, что их скорбь будет проявляться слишком эмоционально, порой это характеризуется сильными реакциями и продолжается более двух лет. Профессиональные работники – врачи и медицинские сёстры – тоже среди тех, кто подвержен риску. Они привыкли к роли помощников, и им самим трудно рассчитывать на по-

мощь. Есть больные или их родственники, к которым работники хосписа могут испытывать особенно близкие чувства. Когда такой человек умирает, то утрата для медицинского работника может быть довольно значительной. Каждому человеку свойственна скорбь, и сдерживание эмоций в этот период может привести к усилению переживаний, связанных со смертью близких. Сами профессионалы могут испытывать горечь утраты, о которой невозможно забыть, переживания могут возникать вновь и вновь, поэтому персонал хосписа должен осознать предел своих возможностей, физических и эмоциональных сил, и позаботиться о себе.

Психотерапевтическая среда хосписа включает в себя аспект партнёрских взаимоотношений с пациентом и создание единой команды персонала и родственников, ухаживающих за больным. Максимальный комфорт для пациентов не должен быть ограничен ни режимом, ни каким-то давлением. Свободным, желанным, любимым – таким хотелось бы видеть пациента в хосписе. Что касается специальных методов психотерапии, то нами было замечено, что большинство вербальных техник оказываются малоэффективными. Главный метод психотерапии в хосписе – терапия собой, терапия присутствием.

Проблемы профессиональной деформации или опасности психогений у медперсонала в хосписе не изучены, и в связи с этим возникает необходимость исследования, в первую очередь, картины психологических особенностей медицинских работников различных уровней (врачи, медицинские сёстры, санитарки).

Проблемы персонала хосписа в России

Проблемы персонала хосписа в России во многом сходны с проблемами в зарубежных хосписах, но в силу особенностей российской экономики, российского менталитета, а также в силу молодости хосписного движения в России, безусловно, есть и различия.

Люди, имеющие особые черты характера, обладающие высоким профессионализмом и высокой специфической культурой общения с больными и друг с другом, – это главное составляющее хосписной работы.

Какие же требования предъявляются при подборе персонала в российском хосписе? Поскольку в хоспис идут работать очень немногие, то, казалось бы, должны принимать без выбора всякого, изъявившего желание. Но опыт даёт основания выбирать, и, прежде всего, в претенденте

оценивается степень отзывчивости на чужую боль. Это крайне важное и редко встречающееся ныне свойство характера. Им обладают далеко не все медики. Чаще всего отзывчивость развита у тех, кто сам пережил горе или утрату в собственной жизни. «*Multum sibi adicit virtus lacessita* – добродетель возрастает, если её подвергают испытаниям».

Multum sibi adicit virtus lacessita

*Добродетель возрастает,
если её подвергают испытаниям*

Второе, на что ориентируются, – духовность человека и его добродетель. Реализована ли она в религиозности или нет – не столь принципиально, хотя ответ на вопрос о вере в бога достаточно хорошо помогает понять человека. Религиозность не всегда соответствует понятию духовности. Однако работа в хосписе показывает, что при высокой текучести кадров именно верующие люди являются наиболее надёжными, стабильными и отвечают задаче служения больному. Духовность, необходимая в общении с больным, защищает от психической травмы и самого ухаживающего за ним. Древние говорили: «*Dolor animi gravior est, quam corporis dolor* – боль души тяжелее, чем телесная боль»;

Dolor animi gravior est, quam corporis dolor

Боль души тяжелее, чем телесная боль

Virtus hominem jungit Deo

Добродетель сближает человека с Богом

Prima virtus est vitio carere

Первая добродетель – избегать грехов

«*Virtus hominem jungit Deo* – добродетель сближает человека с Богом» и ещё, что так просто и, одновременно, так трудно: «*Prima virtus est vitio carere* – первая добродетель – избегать грехов».

Третье качество, необходимое для работы в хосписе, – милосердие. Это – доброта и полное отсутствие равнодушия к страданиям больного человека, естественное стремление, не медля, не раздумывая прийти к нему на помощь. Возможно, сюда же входит и понятие жертвенности: исповедование принципа «не я, но ты». «*Vilius argentum est auro, virtutibus aurum* – серебро дешевле золота, а золото (дешевле) добродетели».

***Vilius argentum est auro,
virtutibus aurum***

*Серебро дешевле золота,
а золото дешевле добродетели*

И ещё одно необходимое качество. Его можно определить как энергетический потенциал личности. Люди, им обладающие, являются в общении: они как бы наполняют собой пространство, в их со-

Disce gaudere!

Научись радоваться!

ществе комфортно, радостно, приятно. «Disce gaudere! – Научись радоваться» (совет Сенеки).

Но есть и другие люди, общение с которыми утомляет, вызывает ощущение усталости, психического истощения.

По этим требованиям-ориентирам ясно представляется вся сложность поиска личностей, соответствующих всем вышеизложенным условиям. Требования при подборе кадров для службы в хосписе действительно высоки.

Выделим основные факторы, травмирующие персонал хосписа.

Во-первых, около 70-80% больных хосписа имеют те или иные *психические нарушения*, связанные либо с метастазами в головной мозг, либо с раковой интоксикацией. Такие больные требуют индивидуального наблюдения со всеми вытекающими последствиями, несмотря на то, что в хосписах постоянно имеется несколько коек для психиатрических больных. Необходимо учесть и постоянное присутствие в хосписе так называемой экстремальной ситуации, которая порождает выраженные шоковые и невротические реакции у больных, а также у их родственников, поэтому атмосфера хосписа нередко чем-то напоминает клинику пограничных психических расстройств.

Вторая проблема – хосписы имеют *тяжелейших неврологических больных*, пациентов с метастазами в спинной мозг с явлениями паралича или пареза, которые требуют постоянного специфического ухода.

В-третьих, существуют больные с колостомой, свищами, не владеющие тазовыми органами, а это тяжело переживается как самими больными, так и персоналом. Уход за ними требует особо доверительных отношений между персоналом и пациентом. Естественное чувство брезгливости, наблюдаемое и у самих пациентов, часто возникает при встрече с так называемыми «запущенными больными». Только постоянный контроль над своими эмоциями, сострадание и милосердие позволяют достичь необходимого доверия и взаимопонимания.

Наконец, самое тяжёлое – это постоянная встреча со смертью. Персонал не просто является свидетелем смерти, но активно участвует в переживаниях терминального больного. Медицинский сотрудник держит больного за руку, присутствует у его постели, чтобы облегчить переживание страха, тревоги, одиночества. Работа персонала не ограничивается контактами только с больными. Одной из задач хосписной службы является об-

щение и психологическая поддержка родственников пациента. Насколько сложна эта работа, может понять только тот, кто давал возможность человеку, потерявшему своего близкого, «выплеснуться» на самого себя. Когда это слёзы отчаяния, то это переносится легче, чем агрессия родственника, несправедливый гнев по отношению к человеку, который самоотверженно служил его близкому. Способность принять переживания родственников из уважения к памяти умершего, которому были отданы силы и чувства, требуют от персонала особых черт характера и установок. Однако те же родственники, которые обвиняли сестёр и врачей или выплёскивали на них злость на судьбу за свою потерю, вслед за тем понимали несправедливость этого, благодарили персонал за помощь, просили прощения за несдержанность и становились порой лучшими друзьями хосписа.

Все эти моменты травмируют психику персонала, способствуют развитию ситуативных и невротических реакций, депрессивных состояний, фобий, прежде всего канцерофобии. Особо травмирует смерть молодых пациентов. Их переживания персонал переносит на себя, представляя собственную кончину от тех же причин. Здесь, помимо психотерапии, требуется, прежде всего, дать отдых человеку, перенасытившемуся негативными переживаниями, позволить ему переключиться на другую ситуацию, сменить среду. «*Optimum medicamentum – quies est*. Лучшее лекарство – покой».

Optimum medicamentum – quies est
Лучшее лекарство – покой

Древние латинские изречения

Mors meta malorum – Смерть – конец страданий

Proserpina nullum caput fugit – Прозерпина (смерть) не щадит никого

Memento mori – Помни о смерти

Mors naturae lex est – Смерть – закон природы

Lex est, non poena, perire – Смерть – закон, а не наказание

Mortem effugere nemo potest – Никто не может избежать смерти

Quos amitimus, sequimur – Мы следуем за теми, кого теряем

Mors certa, hora incerta – Смерть известна, неизвестно время

Summum nec metuas diem, nec opres – не бойся последнего дня
и не желай его

Перечисление негативных сторон работы в хосписе требует и представления позитивных моментов. Что же приводит людей на службу в хоспис? Редко причина бывает одна, чаще это комплекс причин. Работа в хосписе заставляет подчас переосмыслить свою жизнь. Встреча со смертью приводит к пересмотру жизненных ценностей, даёт понимание того, зачем ты пришёл в этот мир. Переосмысление, осознание жизни с позиций высокой морали, духовный рост больных, наблюдаемый и поощряемый персоналом, вовлекают в этот процесс каждого, небезучастно находящегося рядом с больным. И сопереживая больному на этом пути, всякий, решившийся на него, укрепляет и возрождает собственную душу, среди хаоса всевозможных иллюзий острее ощущая непреходящую ценность сиюминутной земной жизни. Ориентированность на больного, приобщение к его жизни помогают становлению личности, способствует самоактивизации личности.

Говоря о культуре общения, хотелось бы привести для иллюстрации один случай. Медицинская сестра английского хосписа, работавшая в хосписе Ульяновска как волонтер, поинтересовалась у русских коллег, каким образом узнали бы они у больного, что тот сам думает о своём заболевании. В ответ прозвучало: «Просто подошли и спросили бы: "Что Вы думаете о своём заболевании?"» Медицинская сестра растерянно улыбнулась: «Даже не спросив у него прежде, есть ли у него самого желание разговаривать на эту тему или когда он настроен на беседу?»...

Партнёрство – необходимый стиль отношений: пациент остаётся личностью, которая обладает равными с персоналом правами,

Alteri vivas oportet, si tibi vis vivere
*Нужно жить для других,
если хочешь жить для себя*

независимостью и свободой выражения, а в чём-то имеет и преимущества, поскольку персонал ориентирован на служение ему. «Alteri vivas oportet, si tibi vis vivere – нужно жить для других, если хочешь жить для себя» (совет Сенеки), и ещё «Amor omnia vincit – любовь побеждает всё!»

Amor omnia vincit!
Любовь побеждает всё!

Расширение границ сознания персонала, его кругозора, эстетических потребностей, то есть духовной сферы личности, несомненно, ведёт к большей терпимости и

Cuivis dolori remedium est patientia
Спасенье от страдания – терпение

взаимопониманию: «*Cuivis dolori remedium est patientia* – спасенье от страдания – терпение» (совет Овидия).

Пути воздействия можно разделить на индивидуальную психотерапию, которая основывается на рациональных беседах или духовной помощи со стороны священнослужителя, лица, обладающего авторитетом для данного человека, а также групповую психотерапию.

Небезуспешными в отношении персонала оказываются элементы театротерапии: смена образа самого себя позволяет избавиться от стрессовых обстоятельств. Важным фактором «восстановления» для персонала, как, впрочем, и для больных, явилась арттерапия. Мы стремились создать в хосписе среду, близкую к домашней обстановке. Для этого использовались произведения искусства, в том числе картины, подаренные Хоспису ульяновскими художниками. На наш взгляд, человек, находящийся в экстремальных условиях, более других нуждается в этом. Помимо доставляемой эстетической радости, истинное искусство способно облегчать страдания, погружая в мир высших, духовных ценностей. Хосписы и паллиативная медицина объединяют свои усилия с возможностями музеев, которые могут оказать страдающим людям поддержку в драматический для них период жизни. Имеется в виду возможность музеев помогать хоспису в проведении сеансов арттерапии на базе музейных экспонатов, в частности, произведений живописи, или проведение в хосписе арттерапии с использованием качественных репродукций.

Важным и положительным фактором является музыкотерапия. Негативные переживания уменьшают личностное пространство человека, делают его «тесным» – это известный психологический феномен. Музыкотерапия увеличивает пространство, «расширяет» его. В выборе средств предпочтение отдаётся классической, духовной, народной музыке, так как шумовой эффект поп-музыки, напротив, загружает пространство и часто вызывает раздражение.

Особенно эффективно воздействие «живой» музыки. В ульяновский хоспис приходят музыканты и дают концерты для больных и персонала. Специальная музыкотерапия, ориентированная на релаксацию, хотя и рассчитана на группу, но как бы обращена к каждому и даёт наиболее положительный эффект.

Важную психотерапевтическую роль выполняет духовная терапия, участие в ритуальной службе, чтение и пение молитв, общение со священником. Это не только снимает стрессы, но и даёт ценнейшую установку на дальнейшее служение страдающим людям. Психотерапия для медицинского персонала особенно тяжела и требует куда больше времени и усилий, так как пациентом является сам медицинский работник.

СТАТИСТИКА

Примерно 56% врачей считают наиболее психогенной ситуацию эмоционального напряжения, связанного с невозможностью добиться полного выздоровления больных. 40% медицинских сестёр назвали те же профессиональные психогении, что и врачи.

Половина санитарок профессиональными психогениями в условиях хосписа считают:

- эмоциональное напряжение, возникающее, когда какие-либо ситуации из жизни больного напоминают собственные;
- «вживание» в проблемы больного и излишнее эмоциональное реагирование на них.

Следовательно, можно сделать вывод, что общими для всех трёх групп являются следующие профессиональные психогении:

- эмоциональное напряжение, возникающее, когда какие-либо ситуации из жизни больного напоминают собственные;
- эмоциональное напряжение, связанное с невозможностью добиться полного выздоровления больного.

90% медицинских сестёр основным качеством медицинской сестры, работающей с онкологическими больными, назвали доброту, 70% – тонкость восприятия эмоционального состояния окружающих, а также способность понимать и предсказывать состояния и поступки окружающих.

100% санитарок основным качеством санитарки, работающей с онкологическими больными, назвали сдержанность в проявлении чувств, 75% – доброту.

Сдержанность в проявлении отрицательных эмоций, контроль за чувствами, – важнейшие качества для младшего медицинского персонала хосписа. Об отрицательном влиянии работы с онкологическими больными

на физическое здоровье говорит половина врачей, 38% медсестёр, 12% санитарок, а отрицательное влияние на психическое здоровье подчёркивают 3 из 4 врачей, 100% медицинских сестёр, 88% санитарок. Врачи страдают гипертонической болезнью и другими заболеваниями. Среди медицинских сестёр у 30% холецистит и аллергозы, у 17% – гипертоническая болезнь, у 10% – мигрень, 30% медицинских сестёр считают себя практически здоровыми. У 25% санитарок – гипертоническая болезнь и аллергозы, у 12% – бронхиальная астма и ревматоидный полиартрит, у 40% – другие заболевания, а 40% санитарок практически здоровы.

Следовательно, наиболее часто встречающимися соматическими заболеваниями у работников хосписа являются гипертоническая болезнь и аллергозы.

Первое место в шкале физических недомоганий у врачей занимает гипертония, у медицинских сестёр – холецистит и аллергозы, у санитарок – гипертоническая болезнь и аллергозы.

У 50% врачей отмечается повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, вегетативные расстройства. Среди среднего медицинского персонала 40% страдают от головной боли и повышенной утомляемости. У 30% отмечаются нарушения сна и эмоциональная лабильность, у 12% – повышенная тревожность и повышенная раздражительность. Около 50% санитарок жалуются на головную боль, повышенную утомляемость, нарушения сна.

Итак, отмечается общее неблагополучие среди всех трёх групп по показателю повышенной утомляемости и жалобы на головную боль. Никто из врачей не отметил повышенную раздражительность. Санитарки не указывали на эмоциональную лабильность. Персоналом не были отмечены аффективные расстройства.

Таким образом, решающими факторами в преодолении профессиональных психогений работников хосписа являются:

- постоянное соблюдение профессиональной нагрузки;
- более широкая возможность обучения и пользования специальной литературой;
- проработка личностных проблем.

Противоречивые или даже отрицательные мотивации в плане отношения к профессиональной деятельности проявляются у лиц со стажем

1-1,5 года. С возрастанием стажа степень удовлетворенности профессиональной деятельностью возрастает.

Проблема психогений у работников онкологической службы представляется актуальной. Необходима разработка мероприятий, направленных на профилактику и терапию профессионально опосредованных личностных изменений сотрудников онкологических учреждений; изучение особенностей личности и её изменения у профессионалов-онкологов и среднего медицинского персонала в зависимости от воздействия профессиональных вредностей, социально-стрессовых факторов и коррекции профессиональной и личностной дезадаптации, развитие психогений и психосоматических расстройств у персонала онкологических учреждений; разработка психологических и социальных коррекционных и реабилитационных программ для персонала онкологических учреждений и хосписов. Старец Сенека советовал: «*Corrige praeteritum, praesens rege, cerne futurum.* – Исправляй прошлое, руководи настоящим, предусматривай будущее».

Corrige praeteritum, praesens rege, cerne futurum

Исправляй прошлое, руководи настоящим, предусматривай будущее

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

Акцентуация (от лат. *accentus* – ударение) – повышенное внимание к собственным проблемам.

Типы акцентуаций

Истерический	<i>Hysteria</i> , ae f – истерия (гр. матка; прежде считалось, что истерия находится в причинной связи с заболеваниями матки). <i>Hystericus</i> , a, um	Относящийся к повышенной эмоциональности, склонности к преувеличению своих страданий
Психастенический	<i>Psychasthenia</i> , ae f (<i>psyche</i> – душа+ <i>asthenia</i> – слабость)	Относящийся к одной из трёх основных форм невроза, наблюдаемой при слабом (мыслительном) типе высшей нервной системы
Паранойяльный	<i>Paranoia</i> , ae f (<i>para</i> при, около + <i>noos</i> ум, мысль, разум)	Психическое заболевание, характеризующееся систематизированными бредовыми идеями (преимущественно навязчивыми идеями преследования)

Депрессивный	Depressio, onis f (depressus – угнетать)	Душевная угнетённость, угнетённое состояние психики
Шизоидный	Schizoideus, a, um (schizo – раскалывать + -ide- похожий)	Имеющий тенденцию к деградации психической личности
Гипоманиакальный	Нуроманиакалис, е (нуро- + mania – безумие, сумасшествие) Нуромания – слабо выраженная мания	Имеющий тенденцию к приподнятому настроению с недостаточной рассудительностью и склонностью к раздражительности и нелепому поведению
Психопатический	Psychopathicus, a, um (psyche- душа + pathos – страдание)	Относящийся к расстройной психической деятельности
Ипохондрический	Нурочондриа, ае f (нуро- + chondros – хрящ, Гален связывал это страдание с расстройствами в области подреберья)	Чрезмерный страх за своё здоровье с развитием глубокой депрессии

Астения – asthenia, ае f – бессилие, общая слабость.

Астенизирующий – характеризующийся быстрым истощением нервных процессов, эмоциональным стрессам, пониженным запасом энергии в организме.

Дезадаптация – неприспособленность.

Индифферентность – равнодушие, безучастность, безразличие.

Инкурабельность – неизлечимость.

Корреляция (correlatio, onis f) – взаимодействие, взаимосвязь.

Лабильность (labilitas, atis f) – неустойчивость, (функциональная) подвижность.

Невроз (neurosis) – любое долговременное психологическое или поведенческое расстройство, тревожное состояние.

Психогенный – термин применяется по отношению к чему-либо, имеющему больше психическое, а не физическое происхождение.

Стресс – любой фактор, который может принести вред здоровью человека или негативно сказаться на функции его организма.

Эмоция – психическое переживание, душевное волнение, которое может быть приятным или неприятным для человека.

Эмпатия – способность человека понимать мысли и чувства других людей.

CONCLUSION

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ медицинских терминов с различных точек зрения является фактором, который способствует развитию языкового мышления, расширению знаний, лучшему усвоению материала и повышению профессиональной грамотности студентов. Твёрдые знания медицинской терминологии – залог успешного овладения будущей специальностью.

Как известно, слово «паллиативный» происходит от латинского *palliatus, a, um (pallio – защита)*. «Паллиативный» – значит, временно облегчающий, уменьшающий тяжесть чего-либо; обозначение изменения симптомов без излечения основного заболевания.

В паллиативной медицине и онкологической клинике одним из основных направлений деятельности следует считать организацию и развитие современных междисциплинарных систем и моделей клинических, психологических, социальных, культурных и духовных подходов, призванных обеспечить оптимальное качество жизни инкурабельных онкологических больных. Локализация и степень распространённости злокачественного новообразования определяют специфические медико-психологические особенности больного. Они формируют психологическую реакцию больного на новую для него ситуацию существования в условиях неизлечимой болезни.

Медицинский персонал, работающий с онкологическими больными, подвергается постоянному воздействию острых и хронических стрессогенных факторов. Анализ работы различных моделей паллиативного лечения в нашей области показывает, что наиболее эффективно оно там, где имеется нормальный клинический подход и врачебная позиция. Теоретической и практической подготовке будущего специалиста-врача по паллиативной медицине способствует и данное пособие, материал которого представлен на английском (именно в Англии появились первые хосписы), латинском (основе медицинской терминологии) и на русском языках.

BIBLIOGRAPHY БИБЛИОГРАФИЯ

1. Англо-русский медицинский словарь. – М.: Русский мир, 1988.
2. Англо-русский медицинский энциклопедический словарь. Stedman's Medical Dictionary / Гл. ред. акад. РАМН А.Г. Чучалин. – М.: ГОЭТАР Медицина, 2000.
3. Большой толковый медицинский словарь: в 2 т. / под ред. проф. Г.Л. Билича. – Oxford; М.: Вече АСТ, 1998.
4. Гогин С. Английская сестра // Симбирский курьер. 1997. 1. нояб. № 136. С. 5.
5. Дворецкий И.Х. Латинско-русский словарь. – М.: Русский язык, 2001.
6. Модников О.П., Биктимиров Т.З., Семёнов В.Д., Цветаева И.Г. Организация онкологической службы и паллиативного лечения в Ульяновской области: учебно-методическое пособие для студентов и врачей. Ульяновск: УлГУ, 1998. 36 с.
7. Cambridge International Dictionary of English. – Cambridge University Press, 1995.
8. Советский энциклопедический словарь. – М.: Сов. энцикл., 1984.
9. Тихонова Л.М., Хайруллин Р.М., Тихонова Ю.В., Павлов М.В. Англо-латинско-русский словарь. Ч. 1. Остеология. – Ульяновск, 2001.
10. Ahmedzai S. Measuring quality of life in hospice care. *Oncology*, 1990; 4: 115-119.
11. Anya Gore. Reflexology. Alternative Health. – The Guernsey Press Co. Ltd. Guernsey, Channel Island, 1991.
12. Biktimirov T.Z. et al. Palliative care education system in training physicians and nurses. 5th Congress of the EAPC. London, 1997, 71.
13. Biktimirov T.Z. et al. Program of palliative care development in Ulyanovsk region of Russia. 5th Congress of the EAPC. London, 1997, 71.
14. Biktimirov T.Z. et al. Psychogenias in oncology medical personnel work. 6th Congress of the EAPC. Geneva, 1999, 1043.

15. Biktimirov T.Z. Psychosocial and medical psychology problems in palliative care. 5th Congress of the EAPC. London, 1997, 100.
16. Breitbart W, Holland J. Psychiatric complications of cancer. *Current therapeutics in oncology*, 1988; No.3; 268-275
17. Cicely Saunders and Nygel Sykes. The Management of Terminal Malignant Disease. – Edward Arnold. A division of Hodder @ Staughton. London Boston Melbourne Auckland, 1993.
18. Cohen S.R., Mount B.M. Quality of life in terminal illness: defining and measuring subjective well-being in the dying. *J EAPC*, 1992; 8(3): 40-45.
19. Ford S, Fallofield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med*, 1995; 42(11): 1511-1519.
20. Georgy D.M. Arnaudov. Terminologia Medica Polyglotta. Медицинская терминология. – София: Гос. изд-во «Медицина и физкультура», 1979.
21. Higginson I, Wade A, McCarthy M. Palliative care: views of patients and their families. *Br Med J*, 1990; 1: 277-281.
22. Holland J.C., Rowlands J.H. Handbook of psycho-oncology: psychological care of patients with cancer. *Oxford University Press*, 1989.
23. Hoy A. Intervention in palliative care. *J EAPC*, 1997; 4(4): 114-116.
24. James F. Hanratty and Irene Higginson. Palliative Care in Terminal Illness (second addition). – Radcliffe Medical Press, Oxford and New York, 1994.
25. Jannifer Hopwood. Background to Colposcopy and Treatment of the Cervix. – SCHERING Health Care, Committed to Well Woman, Wells Medical, 1990.
26. Klaschik E, Nauk F. Medikamentöse Schmerzbehandlung bei Tumorpatienten/ Psycho-soziale Betreuung und Hospizbewegung. 1999.
27. Oliviere D. Culture and ethnicity. *J EAPC*, 1999; 6(2): 53-57.
28. Peter Kaye. A to Z of Hospice and Palliative Medicine. – ELP Publications, 41 Park Avenue North, Northampton NN3 2HT, England, 1994.
29. Robert Buckman. I Don't Know What to Say (how to help and support someone who is dying). – M Papermac, 1993.
30. Saunders C.M. The management of terminal illness. 2nd ed., London, 1985.
31. Twycross R., Lack S. Therapeutics in terminal cancer. 2nd ed., London, 1990.
32. Which Analgesia? Guidelines to Pharmacological Pain Control. – Professional Nurse (The Leading Update for Clinical Nurses) – Macmillan Magazines Ltd, 1997.

Contents

PREFACE. ПРЕДИСЛОВИЕ	3
INTRODUCTION. ВВЕДЕНИЕ	5
PART I	
Palliative care in small regions of Russia (medico-psychological and socio-cultural problems of terminally ill cancer patients, medical staff and society). Паллиативный уход в небольших регионах России (исследования) (<i>T.Z. Biktimirov, L.M. Tikhonova, G.A. Novikov</i>).....	11
Words to remember	29
References	32
PART II	
Glossary on palliative medicine by Peter Kaye's book «A to Z of Hospice and Palliative Care». Глоссарий по паллиативной медицине по книге доктора Питера Кей, консультанта по паллиативной медицине «Хоспис и паллиативный уход от А до Я» (<i>T.Z. Biktimirov, L.M. Tikhonova, G.A. Novikov</i>).....	34
Glossary	36
Thematic vocabulary	90
References	109
PART III	
Philosophy of Terminal Illness. Философия смертельного заболевания (<i>M.G. Sharafutdiniv, K.T. Biktimirova, J.V. Tikhonova, N.V. Eckkert</i>).....	111
Words to remember	115
PART IV	
Модель паллиативной медицины на региональном уровне. Опыт Ульяновской области в оказании медико-социальной помощи больным и их семьям (<i>M.G. Sharafutdiniv</i>).....	119

PART V

Психоэмоциональные и социально-стрессовые факторы в формировании профессиональных деформаций у персонала онкологических учреждений и хосписов <i>(T.Z. Biktimirov, J.V. Tikhonova, G.A. Novikov, K.T. Biktimirova, N.V. Eckkert)</i>	124
Статистика	141
Терминологический словарь	143
CONCLUSION. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	145
BIBLIOGRAPHY. БИБЛИОГРАФИЯ	146

Учебное издание

*Т.З. Биктимиров, Л.М. Тихонова, Г.А. Новиков,
М.Г. Шарафутдинов, К.Т. Биктимирова,
Ю.В. Тихонова, Н.В. Эккерт*

АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ
ASPECTS OF PALLIATIVE MEDICINE

Учебное пособие

Под редакцией президента
ОБЩЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ
«МЕДИЦИНА ЗА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»,
д.м.н., профессора *Г.А. Новикова*

Директор Издательского центра *Т.В. Филиппова*
Подготовка оригинал-макета *Л.Г. Соловьевой*
Оформление обложки *М.А. Водениной*

Подписано в печать 14.01.09. Формат 60x84/16.
Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. л. 8,6. Уч.-изд. л. 7,3.
Тираж 500 экз. Заказ № 3/

Оригинал-макет подготовлен в Издательском центре
Ульяновского государственного университета
432000, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42

Отпечатано с оригинал-макета в Издательском центре
Ульяновского государственного университета
432000, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42