



A LEGJOBB TÁMOGATÓ KEZELÉS

BSC - Best supportive care

A fenti fogalom azokat a beavatkozásokat foglalja össze, amelyeket azon betegek kaphatnak, akik fizikai állapotuk, a betegség stádiuma, vagy egyéb okok miatt már nem részesülhetnek aktív daganatellenes kezelésben. Ide tartozik a megfelelő fájdalomcsillapítás, a pszichés segítségnyújtás, a megfelelő táplálás, légzés fenntartása, ill. minden egyéb olyan kezelés, amely a beteg életminőségének javítását, megtartását célozza.

Sajnos előfordulhat, hogy egy beteg a rossz általános állapota (pl. társbetegségei - szív-, és érrendszeri, tüdőbetegségek stb.) miatt nem képes a daganatellenes kezelés (akár sebészi-, sugár-, vagy gyógyszeres terápia) mellékhatásainak elviselésére, továbbá találkozhatunk olyan esettel is, ahol a daganatellenes kezelések "fegyvertára" már kiürült, minden lehetséges gyógymódot bevetettünk, de a betegség sajnos nem reagál semmire. Ezekben a fenti esetekben alkalmazzuk a BSC-kezelést.

Szupportív terápia

A szupportív kezelés egy tág gyűjtőfogalom: minden olyan kezelés beletartozik, amelynek célja a daganat, illetve a daganatellenes kezelések következtében kialakuló panaszoknak, mellékhatásoknak a megelőzése, kezelése. Hallhatod így is: szupportáció.

A fej-nyaki daganattal érintett betegeknek speciális szupportív gondozásra van szükségük, a lelki-érzelmi és fizikai megterhelés mellett sokszor kozmetikai elváltozásokkal is meg kell küzdeni.



A szupportív ellátáshoz a következők tartoznak:

- **Pre-habilitáció**

A pre-habilitáció a beteg felkészítése, előkészítése a műtét, ill. a nem sebészi kezelések előtt, amelynek célja a terápia utáni gyógyulás minőségének javítása. Magában foglalja a páciens előkészítését a műtét előtt, a műtét miatti stressz csökkentését, a sugár/kemoterápia okozta táplálkozási/táplálási problémák megelőzését, a megfelelő tágasságú légutak fenntartását, a szövődmények megelőzését, és a korábbi működéshez való gyors visszatérést. Fontos a különböző szakemberek együttműködése, illetve az aktív együttműködés.

- **Fertőzések megelőzése**

A műtéti terület fertőzése ritkán, de nem extrém ritkán előforduló szövődmény, amely bármilyen típusú sebészeti beavatkozást követhet, és potenciálisan késleltetett sebgyógyulást, sebszétválást, sipolyképződést és kedvezőtlen szöveti rekonstrukciót eredményezhet.

A szájüregi és szájgarati nyálkahártya-gyulladás, valamint az ún. nyaki radiodermatitisz (sugárkezelés okozta bőrgyulladás) lokális megközelítéssel történő megelőzése kulcsfontosságú. A sugárzás által okozott hámfolytonosság megbomlása szintén a fertőzések bejárati kapuja lehet. Ezenkívül a kemoterápia által kiváltott neutropénia (alacsony fehérvérsejtszám) is megkönnyítheti a vírusok és baktériumok könnyebb bejutását a szervezetbe. A fehérvérsejtek ugyanis a fertőzések elleni védekezésben játszanak fontos szerepet. A fehérvérsejtek egyik típusa a neutrofil granulocita. Ha ezek száma a vérben túl alacsony, akkor beszélünk neutropéniáról), ami tovább ronthatja a fertőzések elleni küzdelem képességét. Ezenkívül egyes orvosi eszközök, például az intravénás katéterek további jelentős kockázati tényezők lehetnek a szisztémás fertőzések számára. Antimikrobális gyógyszerek adhatók, ezek fajtáját a kezelőorvos határozza meg.



• Fájdalomcsillapítás

Rettentően fontos a fájdalom megfelelő csillapítása mind a kezelések előtt, azok alatt, és azt követően is. A csillapíthatatlan erős fájdalom hatással van a beteg teljes életére, emberi kapcsolataira, befolyásolhatja a táplálkozását, alvását, fokozza a szorongást, depresszióhoz vezethet, és megnehezíti a betegséggel való megküzdést. A fájdalmat folyamatosan értékelni kell szabványos skálák, például numerikus értékelési skála vagy vizuális analóg skála segítségével. A fájdalom jellemzőit (háttér-, áttöréses és nyelési fájdalom) rögzíteni és részletezni is kell. Mindez azért fontos, hogy a legmegfelelőbb, leghatékonyabb és legkevesebb mellékhatással járó fájdalomcsillapítót adhassa a szakember.

A sugárzás által kiváltott nyálkahártya-gyulladás súlyos fájdalmat és gyakran nem tervezett kezelési szüneteket, klinikai látogatásokat és kórházi kezelést eredményez.

A sugárkezelés alatti fájdalom általában a kezelési időszak második felében rosszabbodik, majd 1-2 héttel annak befejezése után javul.

Fontos a megfelelő szájhigiénia és a speciális szájöblítés, amelyet már a kezelések megkezdésekor el kell kezdeni. Ha fájdalom van, azt a lidokain vagy egyéb felületi érzéstelenítő helyi alkalmazása javíthatja.

A megfelelő fájdalomcsillapító programnak tartalmaznia kell a tünet, illetve annak fokozódásának korai felismerését, és az erélyesebb fájdalomcsillapító terápia azonnali megkezdését.

A fájdalomcsillapító terápia felépítése piramis-szerű: nem folyamatos fájdalom esetén ún. nem-szteroid gyulladáscsökkentő típusú fájdalomcsillapítók alkalmazhatók (ellenjavallat - pl. vesekárosodás - hiányában), szükség szerint, de a maximális napi dózis alatt. Folyamatos vagy erősebb fájdalom esetén ún. minor opioid származékokat alkalmazhatnak, amelyeknek érdemi álmosító hatása nincs. Erős fájdalom esetén, amennyiben az előbb ismertetett módszerekkel kielégítő fájdalomcsillapítás nem érhető el, major opioid alkalmazása válhat szükségessé, amely megfelelő



dózisának beállításához időnként kórházi felvétel válhat szükségessé. Az opioid származékok, ill. a nem szteroid gyulladáscsökkentő típusú fájdalomcsillapítók kombinálhatók: az előbbiek által felállított bázisterápia mellett jelentkező áttörésszerű fájdalom esetén az utóbbiak alkalmazásával érhető el megfelelő eredményt.

Speciális megfontolást igényel a fej-nyaki daganatos betegek fájdalomcsillapításának beállítása abból a szempontból, hogy gyakran a szájon keresztüli gyógyszerbevitel nem megoldható, így egyéb, vízben oldódó, a gyomorszondába beadható gyógyszereket, esetleg speciális, bőrön keresztül felszívódó, tapasz formájában alkalmazható hatóanyagokat kell alkalmazni.

• **Nyelésterápia**

A fej-nyaki régióban elhelyezkedő daganatok, illetve az ezen a területen végzett beavatkozások jelentősen befolyásolhatják a nyelési funkciót. Amennyiben a megfelelő kalória-, és/vagy folyadékbevitel szájon keresztül nem megoldható, ún. szondatáplálást alkalmaznak.

Előfordulhat, hogy a kezelés következtében megváltozik a nyelésben résztvevő szervek struktúrája (pl. részleges gégeeltávolítás esetén) vagy funkciója (pl. idegbénulás következtében nyelv- vagy gégebénulás). Ezekben az esetekben foniáter szakorvos, illetve nyelésterápiában jártas logopédus szoros együttműködésével, megfelelő hozzáállással és türelemmel a nyelés jelentősen javítható.

• **Légzési támogatás**

A daganat jelenléte okozta légúti szűkület, esetleg a műtét vagy sugárterápia okozta duzzanat/ödéma miatt kialakulhat fulladásos panasz. Fontos ennek az idejében történő felismerése (általában belégzéskor jelentkező hangos légzés, ún. *inspirációs stridor* kíséretében jelentkezik), lehetőség szerint megelőzése. Előfordulhat, hogy a daganat önmagában még nem okoz olyan



fokú szűkületet, hogy fulladásos panasz jelentkezzen, de a terápia – általában átmenetileg – tovább szűkítheti a légutakat. A fenti esetekben a kezelőorvos légcsőmetszést (*tracheotómiát/tracheosztómiát*) fog javasolni.

A beavatkozás lényege, hogy a nyak alsó harmadában, a középvonalban a bőrt átvágva, a légyszöveteket kettéválasztva egy ablakot képeznek a légcső felső szakaszán, amelybe egy vékony csövet, ún. kanült helyeznek be. A beavatkozással a szűkült terület “áthidalják”, a levegő még teljes felsőlégúti szűkület esetén is zavartalanul áramolhat a tüdőbe.

Amennyiben a kanülviselésre hosszabb távon van szükséged, a kezelőorvos ellát majd recepttel, és még a kórházban megtörténik a kanülviselés alapjainak, a kanül ápolásának, valamint cseréjének betanítása.

Többféle kanül létezik, a leggyakrabban használt típusok:

- “egyszerű” kanül
- beszédszelepes kanül - a kanül felső oldalán lyukak, a kanül belső részének nyílásán pedig szelep helyezkedik el: belégzéskor a szelep kinyílik, a levegő a tüdőbe áramlik, kilégzéskor a szelep záródik, és az említett lyukakon keresztül a levegő a gége irányába halad, lehetőséget adva a hangképzésre, beszédre. Fontos, hogy a beszédszelepes kanül alkalmazásának akkor van értelme, ha van funkcionáló gége, amellyel a hangadás kivitelezhető, továbbá fontos megemlíteni, hogy a légcsőmetszést követő korai időszakban általában nem alkalmaznak beszédszelepes kanült a fokozott váladékképződés miatt, illetve amiatt a tény miatt, hogy a megfelelő használathoz a tracheotómiás seb gyógyulása szükséges.
- Speciálisan hosszított kanülok: előfordulhat, hogy a lyuk a légcsövön mélyen került kialakításra, ahhoz pedig, hogy a kanül megfelelő hosszan beérjen a légcsőbe, nem elegendő a hagyományos kanül, annál hosszabb csőre lehet szükség.



A kezelés végeztével, ha a légutak megfelelő tágassága helyreállt, és nincs fenyegető légúti szűkület, fulladásveszély, a nyílás megszüntethető: az esetek nagy részében a kanül eltávolításával a nyílás magától bezáródik néhány hét alatt, de előfordulhat, hogy műtéti zárásra kerül sor.

- **Táplálkozási támogatás**

A nyelésfunkció romlása esetén, előfordulhat, hogy nem tudsz megfelelő mennyiségű tápanyagot bevinni a szervezetedbe. Amennyiben a folyadék fogyasztása akadálytalan, iható tápszerekkel a megfelelő mennyiségű kalória elfogyasztható. Ha azonban a nyelési nehezítettség kifejezett, az fogyáshoz vezet - tehát szükség lehet a táplálás megoldásához szondatáplálásra.

Átmenetileg alkalmazhatnak orrszondát (*nazogasztrikus* szondát), amely egy, az orron keresztül, a garaton-nyelőcsövön át a gyomorba juttatott végű vékony cső, és amely lehetőséget nyújt a „problémás” szakasz (a garat) áthidalására. Az orrszonda maximum néhány hétig tartható bent, amennyiben hosszabb távon szükséges a szondatáplálás, vagy egyáltalán nem tudsz nyelni, úgy orvosod javasolhatja a perkután endoszkópos gasztrosztómiás (PEG) cső használatát.

Ebben az eljárásban egy csövet vezetnek be a hasfalon keresztül a gyomorba. A tápfolyadékokat a csövön keresztül juttatják a szervezetbe. Kezelőorvosod mindent el fog mondani ezzel kapcsolatban. A beültetés történhet egy gyomortükrözés keretében, illetve történhet altatásos műtét során is (*sebészi gasztrosztóma*).

A táplálás beállítása a kezelőorvos, valamint a dietetikus feladata, akik a társbetegségek (pl. cukorbetegség) figyelembevételével megállapítják a szükséges kalóriaigényt, ennek megfelelően állítják fel a táplálási tervet.



- **Pszichológiai támogatás**

A daganatos diagnózis, a megváltozott életfunkciók (nyelés, légzés, beszéd), a mindennapi rutinból való kiesés hatalmas lelki terhet ró a betegre, valamint a hozzátartozókra. Sokszor a pszichés nyomás nem is tudatosul az emberekben, mégis jelentősen befolyásolja az életminőséget: a társas kapcsolatok háttérbe szorulnak, ingerlékenység jelentkezik, alvásproblémák, indítékszegénység jelentkezhet.

Nagyon fontos kiemelni, hogy hiába sikerül a “testi gyógyítás” maradéktalanul, hiába tűnik el a daganat, ha a páciens nem érzi magát jól pszichésen, az életminősége jelentős kárt szenved.

A daganatos betegek kezelésének szerves része a pszichés támogatás.

A daganatos megbetegedés híre, tele olyan félelmetes jelzőkkel, mint például a „rosszindulatú”, már önmagában jelentősen megterhelheti pszichés állapotodat. Még a sikeresen kezelt rákbetegség esetén is leírták az ún. „Damoklész kardja effektust”, vagyis azt, hogy a páciens a betegség állandó észlelt fenyegetettségében kénytelen élni. Csakúgy, mint II. Dionüszosz kegyence, akit a türannosz a legenda szerint – hogy megértse a mégoly fényűző királysággal járó felelősség nyomását – trónjára ültetett, mindenféle finomsággal traktált, de közben éles kardot függesztett a feje fölé, egyetlen lószőrrel...

Amikor a rossz hírt megkapod, már akkor is túl vagy egy bizonytalan ideig tartó, idegőrlő várakozáson. Amikor pedig legrosszabb sejtésed válik valóra, az sokkoló lehet a számodra. Ha pedig már „elérkezett hozzád”, vagyis felfogtad a betegség tényét, akkor szoronghatsz a folytatástól: a kezelésektől, a fájdalomtól, a testi funkciók vagy kinézet megváltozásától, függetlenséged és szerepeid elvesztésétől, a kiszolgáltatottságtól. És – sokszor önmagadnak is bevallatlanul – retteghetsz az esetleges legnegatívabb végkifejlettől: a haláltól.

A diagnózis nem egyenlő a halálos ítélettel!

A gyógyulás sok tényezőtől függ, de van rá esély. Ennek pedig az is része, hogy lelki erőforrásaidat is mozgósítani tudd.



Mit tehet a pszichológus?

Semmi esetre sem azt, hogy a betegség állítólagos „lelki okait” keresi! Valóban hozzájárulhatnak a betegség létrejöttéhez egyes rossz szokások, és lehet lelki oka annak, hogy valaki önkárosító életmódot folytat – például tartós rosszkedvét alkoholmámorba fojtja, vagy dohányfüsttel nyugtatja le magát –, de nincs olyan pszichés tényező, mely önmagában rákot okozna! Még a sokat emlegetett stressz is legfeljebb áthangolja az arra érzékeny szervrendszerek működését, befolyásolhatja az immunválaszt, és hajlamosíthat egyes káros folyamatokra, de csak ha krónikusan áll fenn, kontrollálhatatlannak tűnik, és tehetetlenül állunk vele szemben. És a fentiekén kívül még sok más tényező – például a környezeti ártalmak vagy a genetikai hajlam – vesz részt a folyamatban, mely az esetek nagy részében nem visszafordíthatatlan.

Attól sem kell tartanod, hogy a pszichológus a sok gyógyszer mellé még egy „dilibogyót” is felír: nem is teheti, hiszen nem orvos. Ha hosszabb közös beszélgetés után úgy ítéli meg, hogy erre szükség lehet, akkor együtt körbejárhatjátok ezt a lehetőséget, de csakis a Te beleegyezéseddel.

Sokkal inkább abban segíthet a szakember, hogy:

- feldolgozd a rossz hír okozta megrázkódtatást
- együttérző legyél önmagaddal, és így nézz rá félelmeidre
- tudd nyugodtabban átgondolni lehetőségeidet és részt venni a téged érintő döntésekben
- könnyebben bírd a kezelésekkkel járó megpróbáltatásokat
- legyen több erőd kitartani a terápia mellett
- elkezdhess megbékélni tested változásaival
- képes legyél bizakodni
- és végül legyen bátorságod oly módon és mennyiségben kommunikálni szeretteiddel betegségedről, ahogy neked a legmegfelelőbb.

A pszichológiai segítség érkezhethet egy vagy több egyéni beszélgetés, esetleg csoportos támogatás formájában. Nem könnyű persze segítséget kérni egy olyan kultúrában, ahol még tartja magát a közhiedelem, hogy „csak az megy pszichológushoz, aki bolond”. De nem kell bolondnak lenni ahhoz, hogy egy ilyen élethelyzet



megviseljen, és átmenetileg nemcsak testi, hanem lelki úton is elfogadd a segítséget.

Összességében tehát a pszichológus vagy egyéb ezen a területen jártas mentális segítő (például mentálhigiénés szakember) is hozzáteheti a tudását ahhoz, hogy az életminőséged javuljon. Így is, ebben a helyzetben is, akár már holnap.

• Palliatív ellátás

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2002-ben a következőképpen fogalmazta meg a palliatív ellátást:

„A palliatív ellátás olyan megközelítés, amely az életet megrövidítő betegség kísérő problémáitól szenvedő páciens és családja életminőségét javítja azáltal, hogy megelőzi és csillapítja a szenvedést a fájdalom, a fizikai, pszichoszociális és spirituális problémák meghatározásával, kifogástalan értékelésével és kezelésével.”

A palliatív ellátás holisztikus megközelítést alkalmaz, figyelembe véve a beteg, gondozói és családja fizikai, pszichológiai, szociális és lelki szükségleteit. A palliatív ellátásban megfelelő beavatkozások közé tartoznak az onkológiai és sebészeti megközelítések, a gyógyszerkezelés, a pszichológiai támogatás, amely a beteg és családja szükségleteire irányul. Alkalmazható a betegség korai stádiumában, az életet meghosszabbító terápiákkal együtt – mint a kemoterápia és radioterápia –, és magában foglalja azokat a vizsgálatokat is, amelyek szükségesek a klinikai komplikációk, mellékhatások jobb kezeléséhez.

A megfelelő időben elkezdett palliatív ellátás során nemcsak életet adhatunk a napoknak, hanem napokat is adunk az életnek, hiszen a korán megkezdett palliatív ellátás során egy olyan multidiszciplináris csoport foglalkozik a betegekkel, amely a betegek állapotához és igényeihez igazodó ellátást képes nyújtani.