

Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest

Viszontválasz Dr. Kivovics PéternekDr. Döbrössy Lajos, Dr. Budai András:
Szájüregi szűrés című cikkére adott reflexiójára

DR. DÖBRÖSSY LAJOS, DR. BUDAI ANDRÁS

Tisztelt Szerkesztőség!

A lapjukban közzétett „Szájüregi szűrés” című közleményünkhöz (Fogorvosi Szemle 3:16–23. 2018.) dr. Kivovics Péter docens úr néhány kritikai hangvételi reflexiót tett, amelyekre ez úton kívánunk reagálni.

A „szűrés” népegészségügyi megközelítésben a daganatok és megelőző állapotainak korai felismerésére törekvést jelent; tekintettel a „rák” szorongást, félelmet keltő képére a köztudatban, a nemkívánatos lélektani mellékhatások elkerülése céljából – a hazai, de nemzetközi konvenciót is követve – a „rák” és „rákszűrés” elnevezés használatát mellőzzük. Ezért szerepel a közlemény címében a „szájüregi rákszűrés” helyett a „szájüregi szűrés”, amelyet – nyilván – senki nem téveszt össze a szájüregi klinikai vizsgálatának egyéb, felsorolt célállapotaival.

A szűrővizsgálatok alkalmazása valóban „paradox” hatással jár, minthogy a korai felismerésre törekvés következtében nem csökken, hanem nő a felismert és kezelésre kerülő elváltozások száma (incidenciája), ám ugyanakkor várhatóan csökken a halálos kimenetelű esetek száma. A szűrés eredményességének mutatószáma a mortalitás-csökkenés.

A „szervezett” szűrésben a szakirodalom a személyes nyilvántartáson és a *személyes meghíváson* alapuló, népegészségügyi „lakosság-szűrés” érti, amelynek feltétele az epidemiológiailag bizonyított, a célbetegségből származó halálozás mérséklődése a céllakosságban; ez értelemszerűen esetünkben nem jöhet szóba. Az „alkalomszerű” szűrés nem népegészségügyi, hanem orvosi tevékenység, amely bármely orvos-beteg találkozás alkalmával elvégezhető. Ennek mintegy alfaja a „szelektív” szűrés, amely a fokozottan veszélyeztetett személyekre terjed ki. Esetünkben ilyenek a 40 év feletti, erősen dohányzó, elhanyagolt szájhygiéniájú személyek. A szakemberek figyelmének ezekre kellene összpontosulnia. (Nehézséget támaszt, természetesen, hogy ezek a célszemélyek általában hátrányos helyzetű „fogorvos-kerülők”.)

A Bíráló szerint a közlemény „*legnagyobb tévedése*” az, hogy kétségesnek tartja: az onkológiai éberség (ez a jelen választ adók szóhasználata) kellően beépül-e a „fogorvosi [és háziorvosi] ellátás rutinjába”. Ez valóban elevenbe vágó kérdés! A szerzők ismerik az erre vonatkozó, ott idézett törvényi kötelezettséget. Tudomásuk van arról, hogy a „sztomato-onkológiai szűrővizsgálat” helyet kap a fogorvosi kurrikulumban. A kérdés csak az, hogy „kiemelt helyet” kap-e, mint azt a Bíráló állítja. Ez

az, ami kérdéses. (Ennek – látszólag – ellene szól, hogy a nem túl távoli múltban prominens szakemberek (pl. néhai Bánóczy Jolán professzor asszony) memorandummal fordultak a SE Fogorvostudományi Kar Kari Tanácsához azt kérve, hogy szerezzenek érvényt az „onkológiai” szűrővizsgálatok gyakorlatának; visszhangról nem tudunk.) Elismerve tehát mindazt, amire Bíráló hivatkozik, a válaszadók megalapozottnak vélik azt a tapintatosan fogalmazott állításukat, hogy a szűrővizsgálatok beépülése a fogorvosi ellátás rutinjába „alatta marad a kívánatosnak”.

E tekintetben a szerzők nem mérlegették a fogorvosi ellátás és szakellátás közötti különbözőséget, amikor „Kinek a feladata?” alfejezetben azt állították, hogy az mindenekelőtt „a fogorvosi szakellátás feladata lenne”. Az természetesen könnyen belátható, hogy az arcállcsontsebészeti osztályra érkező betegek a fogászati ellátásból érkeznek. Ezzel szemben, a szájüreg egyéb daganatai (pl. garat), amelyek a szájüreg megtekintésével felismerhetők lennének, nem a fenti osztályokra kerülnek; fej-nyak sebészettel foglalkozó onkológusoknak nem túl kedvezőek a tapasztalataik e téren.

A hazai dentál-higiénikus képzést (OKJ 55-725 11) támogató irodalom a „technika ördöge” közrejátszásaként nem a szövegben jelzett számon, hanem a 68. és 93. sorszám alatt található. (Orosz M, Gábris K: A hazai klinikai fogászati higiénikus szakképzés elmúlt tíz éve *IME* 6: 30–33. 2007., és Walsh MM, Rankin KV, Silverman S Jr: Influence of continuing education on dental hygienists’ knowledge and behavior related to oral cancer screening and tobacco cessation. *J Dent Hyg.* 87: 95–105. 2013.). Ezért a szerzők elnézést kérnek.

A „Reflexiók” utolsó bekezdése annyira szubjektíven túlfűtött, kioktató mondatokat tartalmaz, hogy azokra nem kívánunk reagálni.

Megköszönve az igen tisztelt Bírálónak, hogy közleményünk felkeltette érdeklődését, és vette a fáradságot ahhoz reflexiókat fűzni, álláspontunkat így foglalhatjuk össze: a szájüregi rák ma hazánkban kiemelkedően súlyos betegségteher. A szájüregi szűrés módszere egyszerű megtekintés. A szájüregi rák elleni küzdelem minden olyan szakember feladata, akinek alkalm van a szájüregbe betekinteni, és eközben gondolataiba bevillan a szájüregi rák lehetősége. Ki-ki lelkiismerete szerint önmagában döntse el: hétköznapiiban e szerint jár-e el? Ha igen, remélni lehet, hogy a szájüregi rák miatti halálozási világranglistán elfoglalt szegyszenteljes helyezésünk javulni fog.