

Semmelweis Egyetem, Fogorvostudományi Kar, Arc-, Állcsont-, Szájsebészeti és Fogászati Klinika*,
Független kutató, egészségügyi mérnök, FERR-VÁZ Kft.**,
Sanoral Fogászati és Szájsebészeti Klinika***

Fogsebészeti beavatkozásra váró páciensek anamnesztikus adatainak változása az elmúlt 10 évben Magyarországon

DR. LÁSZLÓFY CSABA***, DR. BOGDÁN SÁNDOR*, DR. MAGYAR NÓRA*,
DR. SZÚCS ATTILA*, DR. PELYHE LIZA**, DR. NÉMETH ZSOLT*

Minden orvosi beavatkozás, így a fogászati és fogsebészeti beavatkozás előtt is kötelező a kórelőzmény felvétele. Tapasztalataink azt mutatják, hogy az utóbbi évtizedben megszorodtak azok az anamnesztikus adatok, amelyeket kezeléseink során figyelembe kell vennünk. Nem csak azért, mert a pácienseink elöregedő társadalom tagjai, hanem azért is, mert a betegségeikre és/vagy kóros állapotukra előírt gyógyszerek is „szélesebb választékból” kerülnek ki, és az alkalmazásuk protokollja is változhat. Vizsgálatainkban ezeknek a tendenciáknak jártunk utána.

Kulcsszavak: anamnézis, sebészi kezelés, változások.

Bevezetés

Tekintettel arra, hogy az ambuláns szájsebészeti beavatkozásra váró pácienseink zömmel középkorú vagy idősebb személyek – kivételt képez a bölcsességfogak sebészete –, koruk miatt már enyhébb vagy súlyosabb kórelőzménnyel rendelkeznek. Az életkor önmagában nem befolyásolja sebészeti beavatkozásainkat, de tudjuk, hogy annak előrehaladtával a gyakran megjelenő betegségek, illetve emiatt szedett gyógyszerek hatással lehetnek az alkalmazott terápiáinkra. Tapasztaljuk, hogy a negyven év felettiéknél alig találkozunk teljesen egészséges pácienssel.

Kiemelten fontos, hogy a sebészi munkánk során az anamnesztikus adatokat célirányosan, jól felhasználhatóan és értékelhetően vegyük fel, mivel azok jelentősen befolyásolhatják a kezeléseinket, műtéti beavatkozásainkat, valamint a beavatkozások gyógyulási idejét és a gyógyulás „minőségét” is. A rohamosan fejlődő gyógyszeripari készítmények miatt változhatnak az egyes betegségek gyógyszeres kezelése, és új, a tervezett beavatkozásunkat befolyásoló gyógyszerek jelennek meg, amelyek mára már óriási ismeretanyag feldolgozását teszik szükségessé. Nem elég jó szájsebésznek lenni, hanem – a szövődmények és komplikációk elkerülése végett – ezzel az ismeretanyag-változással is lépést kell tartani.

Fogsebészeti kezeléseink során a lágyrészek és keményszövetek roncsolódnak, sérülnek valamilyen mértékben, még akkor is, ha a minimál invazivitást mindig

szem előtt tartjuk. Szájsebészeti műteteink mellett az implantátum beültetése is invazív beavatkozás. Abban, hogy az implantátum jól össze- és mukointegrálódjon, nemcsak az ismert csont- és lágyrész-integrációs tényezők (implantátum mérete, alakja, sebészi technika, protektikai terhelés időpontja és a megfelelő felszín) [1, 2, 3, 12] játszanak szerepet, hanem a befogadó szervezet általános egészségügyi állapota is. Ugyanez érvényes szájsebészeti beavatkozásainkra és az implantációt gyakran megelőző vagy vele egy időben történő csontpótlásra is. [4, 5, 11, 13]

Tudjuk, hogy Magyarországon a megjelenő betegségek száma az elmúlt negyed évszázadban kétszeresére növekedett. A lakosság egyharmada szenved magas vérnyomásban, egyötöde gerinc és ízületi megbetegedésben, minden tizedik magyar cukorbeteg, és hasonlóan magas a túlsúlyos betegek száma is, továbbá a pajzsmirigy-megbetegedések száma is rohamosan nő. [6]

Kiemelkedően magas nálunk a különböző trombózisok miatti morbiditás és mortalitás aránya más országokhoz viszonyítva. A halálozások felében szerepet játszik a thromboembolia kialakulása. A kardio- és cerebrovaszkuláris megbetegedések a társadalmunkat leginkább sújtó betegségek [7, 8]. Évente 40.000 ember hal meg trombózis következtében. Emiatt sok páciens preventíven vagy terápiásan véralvadásgátló gyógyszert/gyógyszereket szed. A különböző típusú, hatóanyagú, hatásmechanizmusú véralvadásgátló gyógyszerek száma egyre nő, lehetőséget biztosítva az egyre szelek-

Érkezett: 2023. szeptember 28.

Elfogadva: 2023. október 21.

DOI <https://doi.org/10.33891/FSZ.117.1.2-10>

tívebb, hatásosabb, kevesebb mellékhatással járó kezelésekre. A thromboembólián kívül kiemelten fontos a mélyvénás trombózison átesett betegek (8,1%) és a mechanikai műbillentyűvel rendelkező betegek (5,3%) gyógyszerelése is [7]. Véralvadásgátlót szedő betegek esetén nagyon körültekintően kell eljárunk a sebészi beavatkozásunk előtt. Követni kell az irányelveket, guideline-okat [9], ismerni kell a hatóanyagok működését, antidótumát, felezési idejüket, az egyes gyógyszerkombinációk hatását, a gyógyszerinterakciókat.

Kiemelkedő figyelmet igényel a daganatos betegséggel élők csoportja. A KSH adatai alapján az újonnan észlelt daganatos betegségek száma az utóbbi tíz évben ugyan nem nőtt, hanem stagnál, de így is igen magas a szám. Évente 65–70.000 új beteget jegyeznek, a középkorúaknál enyhe női, idősebb korosztály esetén pedig férfi túlsúllyal. [2] Mindez összességében jelentős egészségügyi és gazdasági terhet jelent hazánk számára.

A túlsúlyból és a magas vérnyomásból adódó betegségek szorosan összefüggenek egymással. Magyarországon több mint 3 millióan élnek magas vérnyomással, és másfél millió túlsúlyos beteg van. Komoly kihívás a csonttrikulásban szenvedő betegek szájsebészeti és implantológiai ellátása, mert a szedett gyógyszerek (antireszorptív hatásúak és az angiogenezist gátlók) invazív beavatkozások során csontnekrózist okozhatnak. A nehezen kezelhető szövődmény elkerüléséhez elengedhetetlen a pontos anamnéziszfelvétel és a kezelőorvos antireszorptív szerekekkel kapcsolatos tudása. Ebben nyújtanak segítséget az aktuális irányelvek. [10]

A KSH adatai alapján 30–35 olyan krónikus betegség van, amit a háziorvosok „lejelentenek”. Ezek közül implantológiai és szájsebészeti szempontból az eddig említetteken kívül még a szteroidot szedő páciensek, egyes pszichiátriai és neurológiai kórképek, fertőző betegségek miatt kezeltek, cukorbetegség, vese- és tüdőbetegség, anamnesztikus jelentősége játszhat komoly szerepet a választott terápiánk szempontjából.

Nem szerepelnek a listán a krónikus alkoholbetegség, kábítószer-fogyasztók és az erős dohányosok. Mindhárom függőség ellenjavallata lehet az implantációs és szájsebészeti beavatkozásoknak. [5] Persze nehéz feloldanunk azt az ellentmondást, hogy éppen ezen páciensek erősen foghiányosak...

Mindezeket figyelembe véve joggal állíthatjuk, hogy az alapos anamnézis felvétele során számos olyan tényezőt ismerhetünk meg, amelyek a kezelési tervünket ideiglenesen vagy véglegesen megváltoztatják, vagy legalábbis nagymértékben módosíthatják.

Anyag és módszer

Vizsgálatunkban arra voltunk kíváncsiak, hogy az elmúlt 10 évben (2013–2022 között) hogyan változott meg

a dentoalveoláris sebészeti beavatkozásra, implantációra és csontpótlásra váró pácienseink egészségügyi állapota, hogyan változtak anamnesztikus adataik, gyógyszereszedési szokásaik. Kíváncsiak voltunk arra is, hogy nekünk – kezelőorvosoknak – ezekből az adatokból milyen konzekvenciákat szükséges levonnunk, illetve milyen tendenciákat figyelhetünk meg a betegek előfordulásával és kezelésükkel kapcsolatban, az idő függvényében. Azt is tudni szeretettük volna, hogy van-e különbség a magán-szférában és állami ellátásban részesülő betegek adataiban?

Retrospektív módon vizsgáltuk a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Kar Arc-, Állcsont-, Szájsebészeti Klinika járóbetegosztályán jelentkezők anamnesztikus adatait, és összevetettük egy nagy forgalommal rendelkező magánrendelőben (Sanoral Fogászati és Szájsebészeti Klinika) megjelent páciensek anamnesztikus adataival.

Vizsgálatunkban az egyetemi klinikán 2013 és 2023 között megjelenők közül egy adott orvosnak random módon kiválasztott 624 betegének az adatait vizsgáltuk retrospektív módon, összevetve ezeket az ezen idő alatt, a magánrendelésen megjelent 199 páciens adataival. A betegek átlagéletkora 66,5 év volt a klinikán, míg a magánrendelőben 55,7 év. Vizsgáltuk a nemek arányát és annak változásait, a pozitív anamnesztikus adattal rendelkező páciensek arányát és annak időbeli változását. Elemeztük a hipertóniában, diabetes mellitusban, antikoaguláns és antireszorptív kezelésben részesülő páciensek adatait, és összevetettük időbeli változásukat. A véralvadásgátló gyógyszereket szedő betegek esetében kiemelt figyelmet szenteltünk a preventív okból ASA-t (acetylsalicylic acid) szedő páciensekre. Mindezen kórképek változásait a nemek szempontjából külön is elemeztük.

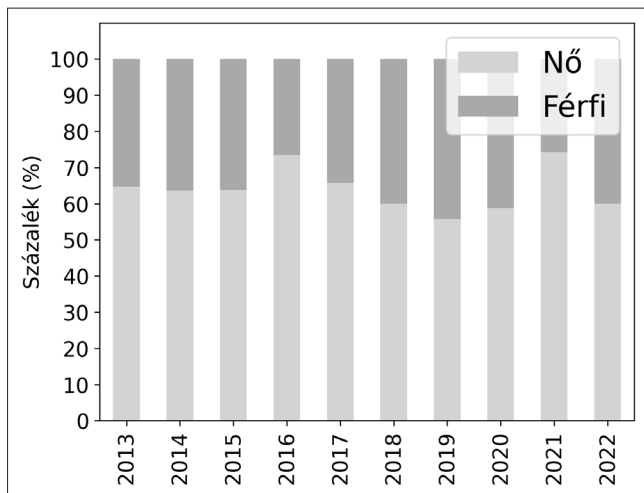
Megnéztük a ritkán előforduló, de a vizsgálatban megjelenő kórképeket is, ahol esetenként statisztikailag alacsony számú minta állt rendelkezésre. Ez ugyan torzíthatja az eredményeket, de a tendenciát jól mutatja. Ilyenek a koleszterinszint-eltéréssel, refluxszal vagy pszichés problémákkal rendelkező páciensek.

Természetesen elemeztük és kiértékeljük a dohányzási szokások változásait is. Jól tudjuk, hogy szájsebészeti tevékenységünk eredményét – a kemény- és a lágyszövetek gyógyulási hajlandóságán keresztül – ez a szerencsére mára már visszaszorulóban lévő káros szenvedély igen hátrányosan befolyásolja.

A kiértékelés a *Jupyter Notebook* szoftverrel történt. A szerver verzió száma: 6.5.4., a szerver a Python 3.11.3. verziójú Python programon fut. Két kategorikus változó kapcsolatának vizsgálata *chi-négyzet próbával* történt. Két folytonos változó összehasonlítása esetén *Mann-Whitney-Wilcoxon-tesztet* alkalmaztunk az esetenkénti kis mintaszám miatt. A szignifikancia-szintet mindkét esetben 0,05-nek határoztuk meg.

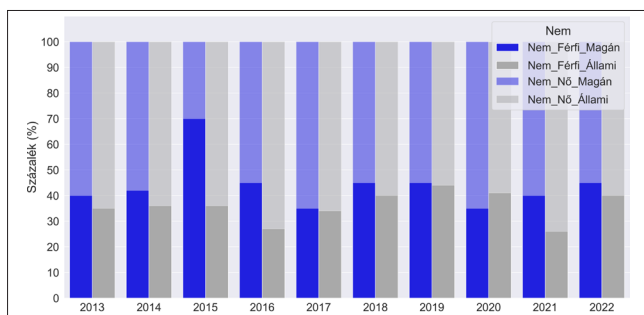
Eredmények

1) Az elmúlt 10 évben az egyetemi Klinikán megjelent páciensek *nemi arányában* annyi változás történt, hogy a korábbi domináns női többség enyhén csökkent a férfiakhoz képest. Ugyanakkor a nemek arányában nincsen szignifikáns különbség az évek során ($p = 0,33$). Kapcsolatot figyelhettünk meg az évek és a nemek aránya között ($R^2 = 0,02$).



1. kép: A vizsgált betegek nemek szerinti aránya az egyetemi klinikán az elmúlt 10 évben

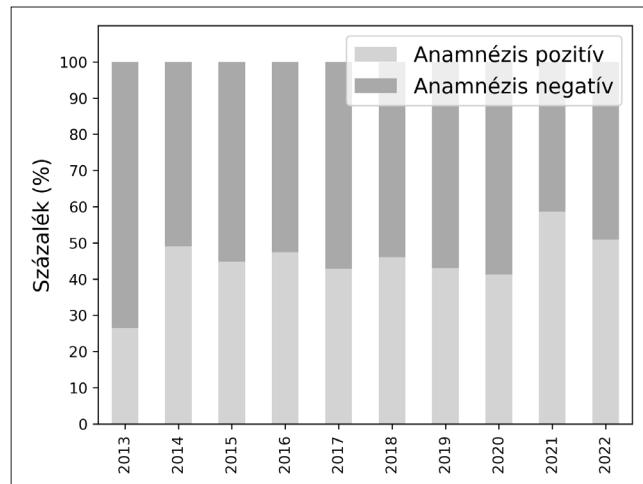
Emellett összehasonlítva az évek és a nemek arányának változását a magánrendelővel, megállapítható, hogy nincsen kapcsolat egyik ellátásban sem ($p_{\text{állami}} = 0,32$, $p_{\text{magán}} = 0,62$). Változásukat a 2. kép mutatja. Összevetve az állami és a magánrendelést, a férfiak aránya jelentősen magasabb volt a magán-szektorban ($p = 0,02$).



2. kép: A klinikán és a magánrendelőben megjelent betegek nemek szerinti aránya

2) Megfigyelhető, hogy egyre kevesebb *negatív anamnézissel* érkező páciens fordult meg mind a klinikán, mind a magánrendelőben, és az is szembetűnő, hogy a Covid-sújtotta években nőtt a pozitív anamnézisések száma. Statisztikailag viszont a pozitív anamnézisések arányában nincsen szignifikáns különbség az évek so-

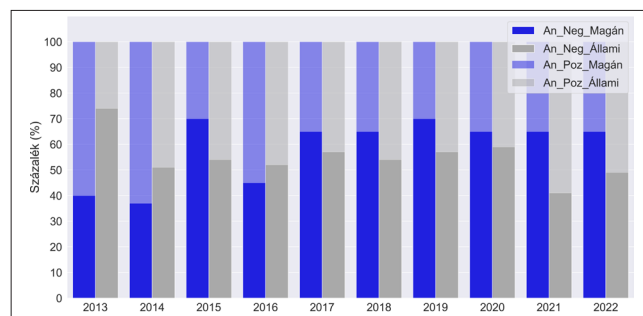
rán a klinikán ($p = 0,23$). Az évek és az anamnézisések meglétének aránya között nem figyelhető meg kapcsolat ($R^2 = 0,02$).



3. kép: Pozitív és negatív anamnézissel érkező betegek aránya az évek függvényében

Összevetve a klinikai és a magánrendelőben megfordult betegek adatait, megállapítható, hogy az évek és a negatív anamnézisések arányának változása között nincsen kapcsolat egyik ellátásban sem ($p_{\text{állami}} = 0,22$, $p_{\text{magán}} = 0,22$). Változásukat a 4. kép mutatja.

Összehasonlítva az állami és a magánrendelést nem volt szignifikáns különbség az előfordulási arányban ($p = 0,30$).

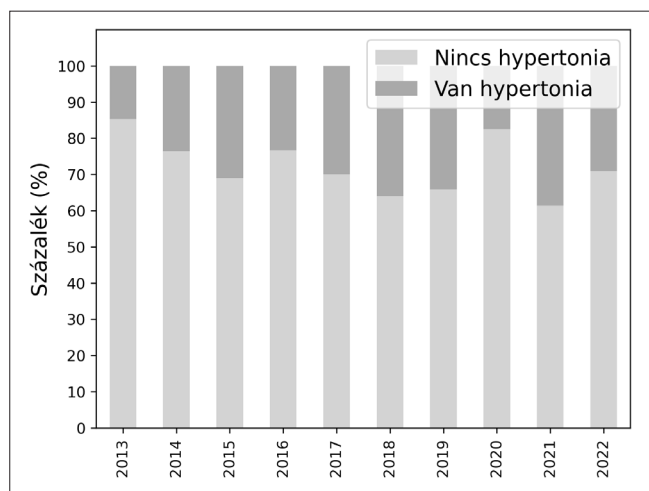


4. kép: A klinikán és a magánrendelőben megjelent betegek negatív/positív anamnézisések aránya

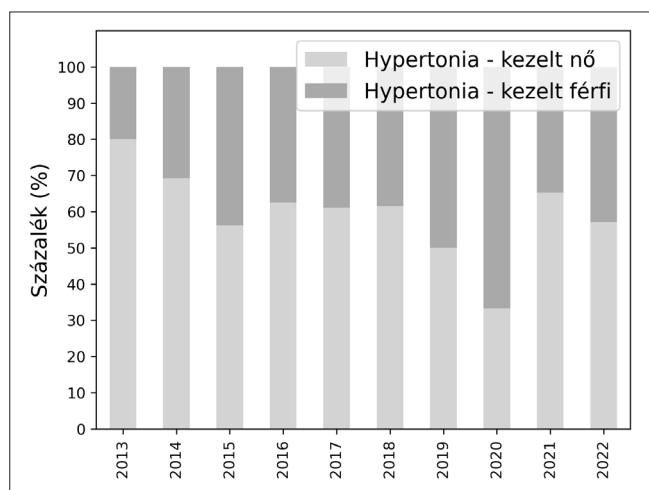
3) A hipertónia népbetegség és egyre több páciensnél fordul elő. Korábban a női pácienseknél volt gyakoribb, de 2022-re az arány a férfiak és nők között kiegyenlített. A kezelt magasvérnyomásban szenvedő páciensek száma viszont nem gyarapodott, sőt arányaiban egyre kevesebben kezelik magukat, illetve nem foglalkoznak a problémájukkal (közülük is inkább a női pácienseknél több a kezeletlen forma, a férfiaknál vagy nem is vizsgálták, vagy nem diagnosztizálták a problémát). A klinikai betegek esetében statisztikailag a hipertónia megjelenésének arányában nincsen szignifikáns

különbség az évek során ($p = 0,08$). Kapcsolat az évek és a hipertónia meglétének aránya között nem figyelhető meg ($R^2 = 0,21$). A hipertóniával rendelkező pácienseknél, a nemek arányában nincsen szignifikáns különbség az évek során ($p = 0,77$).

Az évek és a nemek aránya között a hipertóniás pácienseknél gyenge kapcsolat figyelhető meg (R -négyzet = $0,33$). A hipertóniával rendelkezők esetében látszik, hogy nagyobbik részük kezelésben részesül. Nincs szignifikáns különbség az évenkénti kezelt arányában ($p = 0,68$). Nincsen szignifikáns különbség a kezelt hipertóniás páciensek és a nemek arányában az évek során ($p = 0,91$). Nincsen kapcsolat az évek és ezen arány változása között ($p = 0,21$).



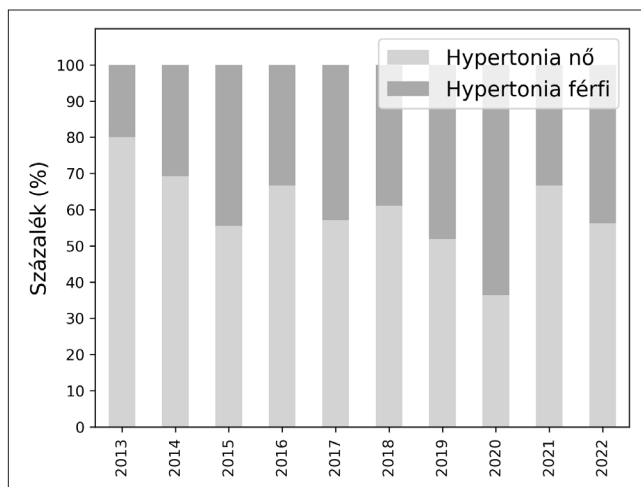
5. kép: Hypertóniás és nem hypertóniás betegek aránya az évek függvényében



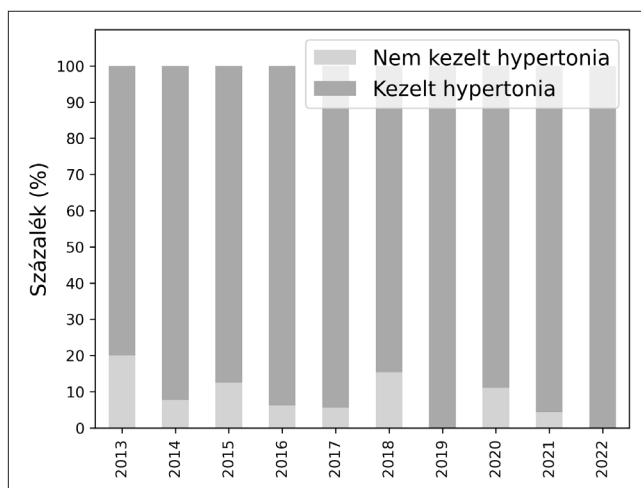
6. kép: Hypertóniával kezelt betegek nemek szerinti aránya

Összehasonlítva a klinikai betegeket a magánrendelőben előforduló páciensekkel, azt mondhatjuk, hogy az évek és a hipertónia arányának változása között nincsen kapcsolat egyik ellátásban sem ($p_{\text{állami}} = 0,07$, $p_{\text{magán}} = 0,52$). Változásukat a 9. kép mutatja.

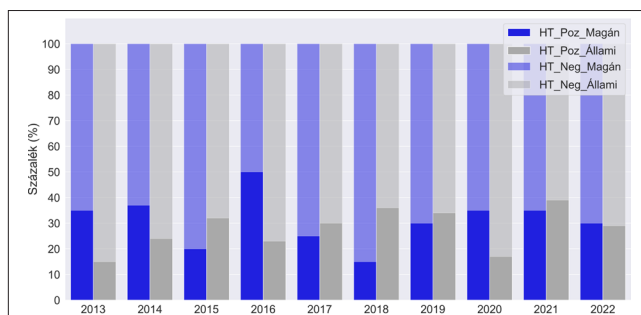
Összehasonlítva az állami és a magánrendelést, nem volt szignifikáns különbség az előfordulási arányban ($p = 0,45$).



7. kép: Hypertóniában szenvedő betegek nemek szerinti aránya

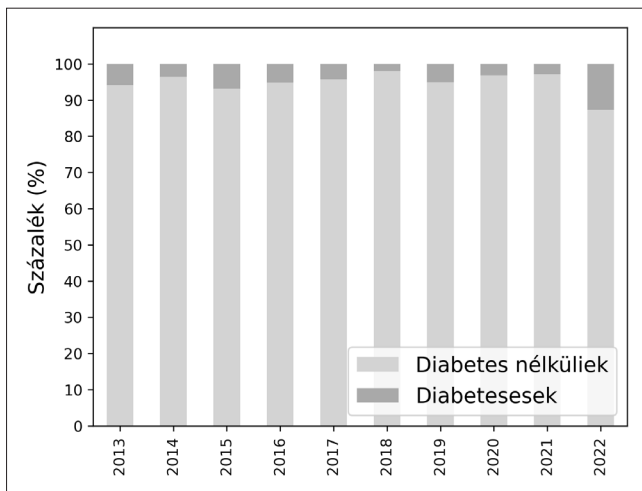


8. kép: Hypertóniában szenvedő kezelt és nem kezelt betegek az évek függvényében

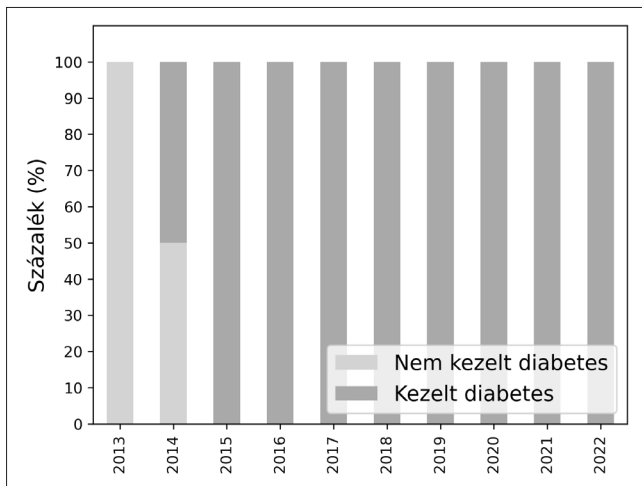


9. kép: Az évek és a hipertónia arányának változása a magán- és állami szektorban

4) A cukorbetegek száma jelentősen kisebb, mint a magas vérnyomásban szenvedő páciensek száma, viszont akinél előfordul, nagyobb arányban kezelési gyógyszeresen is (vagy diétát tart). Szintén sok esetben előfordul, hogy nem diagnosztizálták náluk a kórképet vagy nem vizsgáltatták ki magukat. Az egyetemi klinikai betegek közül a diabetesesek aránya a hipertóniával rendelkezőkhöz képest szignifikánsan magasabb volt 2014–2022-ben ($0,00 < p < 0,04$). 2013-ban nem ($p = 0,24$). A diabetes mellitus előfordulásának évenkénti arányában nincsen szignifikáns különbség ($p = 0,39$). A cukorbetegek évente vizsgált és összegzett nemenkénti arányában nincsen szignifikáns különbség ($p = 0,69$). Jó hír, hogy 2015-től kezdve – valamilyen formában – minden (a vizsgálatban részt vevő) diabeteses kezelés alatt állt.

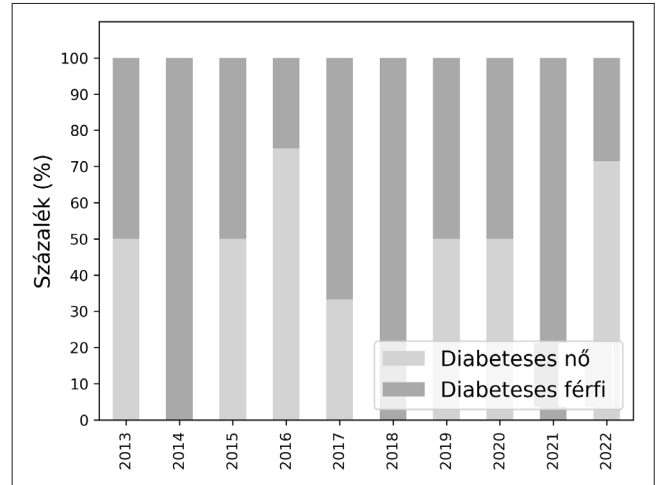


10. kép: Cukorbetegek aránya az évek függvényében

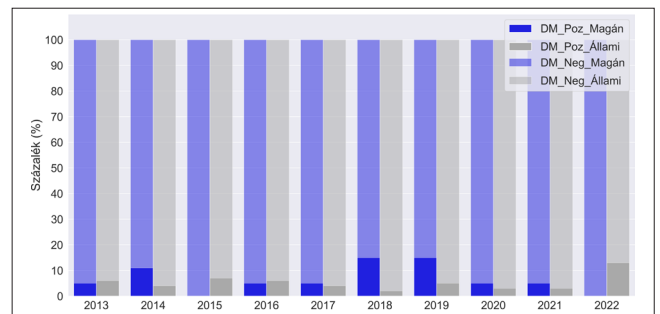


11. kép: Kezelt és nem kezelt cukorbetegek évek szerinti aránya

Az évek és a diabetesesek arányának változása között nincsen kapcsolat egyik ellátásban sem ($p_{\text{állami}} = 0,50$, $p_{\text{magán}} = 0,37$). Változásukat a 13. kép mutatja.



12. kép: Diabetes mellitusszal kezelt betegek nemek szerinti aránya



13. kép: Az évek és a diabetes arányának változása az állami és magánszektorban

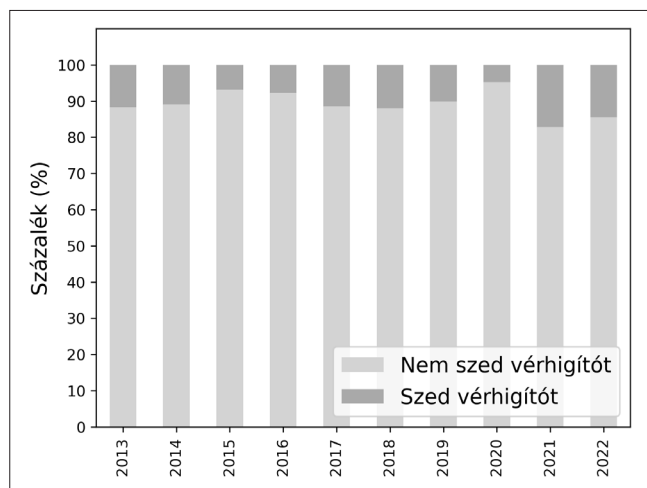
Összehasonlítva az állami és a magánrendelést, nem volt szignifikáns különbség az előfordulási arányban ($p = 0,65$).

5) A vérhígítót szedő betegek száma egyre nő. Korábban egyértelmű volt a női túlsúly, mára már kiegyenlítődtött a két nem között. A klinikai betegek között a vérhígító szedésének arányában nincsen szignifikáns különbség az évek között ($p = 0,51$). Nincsen kapcsolat az évek és a vérhígító szedésének aránya között ($R^2 = 0,11$).

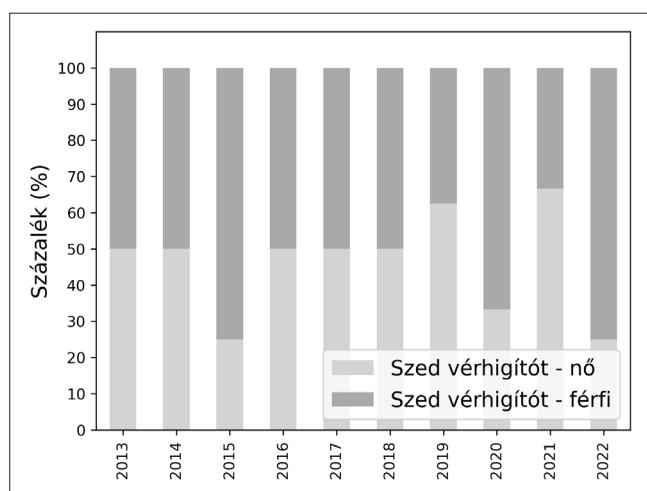
A vérhígítót szedők közötti nemek arányában nincsen szignifikáns különbség az évek során ($p = 0,81$). Az évek és vérhígító gyógyszerek alkalmazási arányának változása között nincsen kapcsolat egyik ellátásban sem ($p_{\text{állami}} = 0,48$, $p_{\text{magán}} = 0,86$). Változásukat a 16. ábra mutatja.

Összehasonlítva az állami és a magánrendelést, az állami rendelésben szignifikánsan magasabb volt az előfordulási arány a gyógyszerek alkalmazásában ($p = 0,02$).

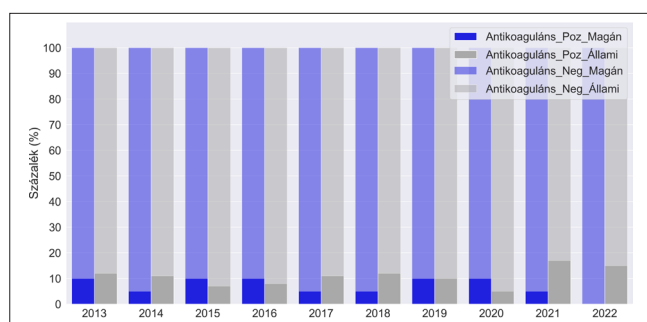
6) A megelőzés okán ASA (pl: aszpirin) terápián lévő páciensekről kevés adat áll rendelkezésre, de így is látszik az a tendencia, hogy a klinikai betegcsoportban egyre többen szedik, vagy egyre gyakrabban írja fel kezelőorvosuk.



14. kép: Vérhígítót szedők aránya az évek függvényében



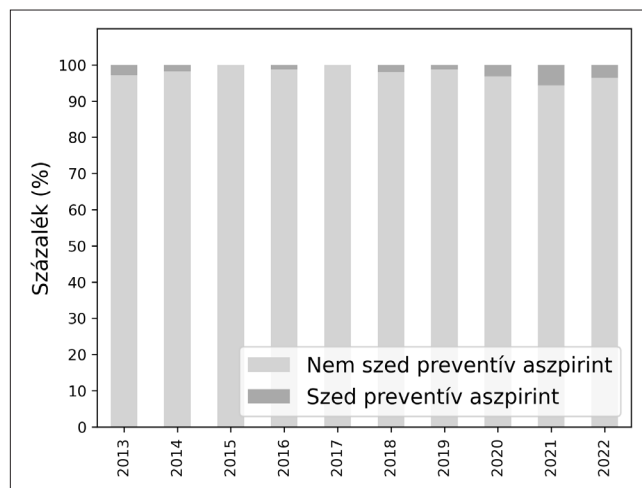
15. kép: Vérhígító gyógyszert szedők és a nemek aránya az évek függvényében



16. kép: Az évek és a vérhígító gyógyszer szedése arányának változása az állami és magánszektorban

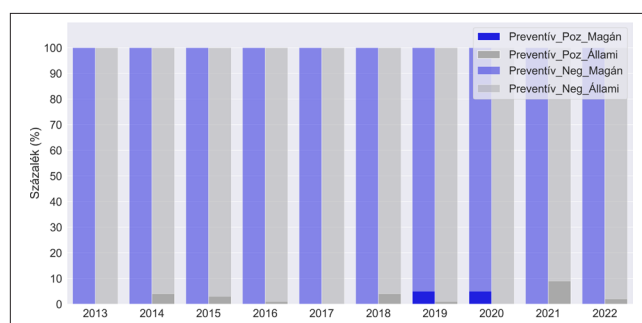
A preventív célzatú aspirin szedésének arányában és az évek között nincsen szignifikáns eltérés vagy összefüggés ($p = 0,54$), aspirint kizárólag csak női páciensek szedtek rendszeresen (17. kép).

Megvizsgálva a két szektort, elmondható, hogy az állami ellátásban 2021-ben jelentősen megnőtt az ASA preventív célú alkalmazása (talán a Covid miatt), így az évek és a prevenció között szignifikáns kapcsolat figyelhető meg ($p_{\text{állami}} = 0,05$) (17. kép).



17. kép: Prevenció miatt ASA-t szedők és az évek közötti szignifikáns kapcsolat a klinikai gyakorlatban

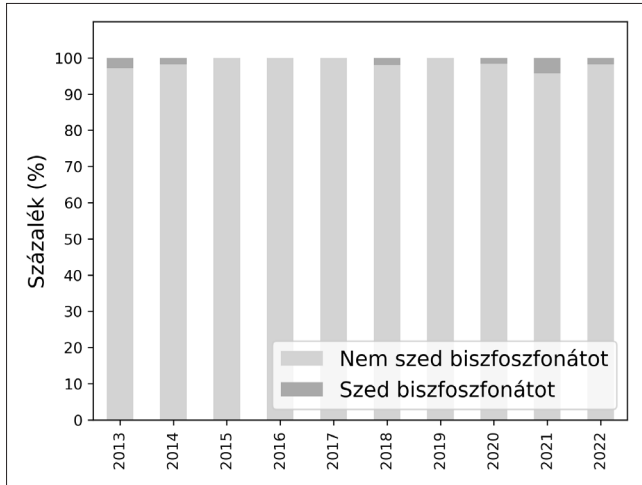
Ugyanez nem mondható el a magánellátásban ($p_{\text{magán}} = 0,69$). Összehasonlítva az állami és a magánrendelést, nem volt szignifikáns különbség az előfordulási arányban ($p = 0,11$) (18. kép).



18. kép: ASA-t szedő betegek aránya az állami és a magánszektorban

7) Osteoporosis miatt antireszorptív terápiában részesülők száma továbbra is alacsony, a vizsgált beteganyagban csak nyolc esetben talákoztunk ilyen pácienssel. Ugyan a számuk nagyon csekély, az azért megfigyelhető, hogy 2022-ig növekedett a számuk. Szinte csak nőknél fordult elő. Statisztikailag nincsen kapcsolat az évek és a bisfoszfonát szedésének aránya között ($p = 0,37$).

Magánrendelőben – érdekes módon – ilyen jellegű anamnesztikus adat nem jelent meg a vizsgált betegcsoportban. Itt meg kell jegyeznünk, hogy a bisfoszfo-

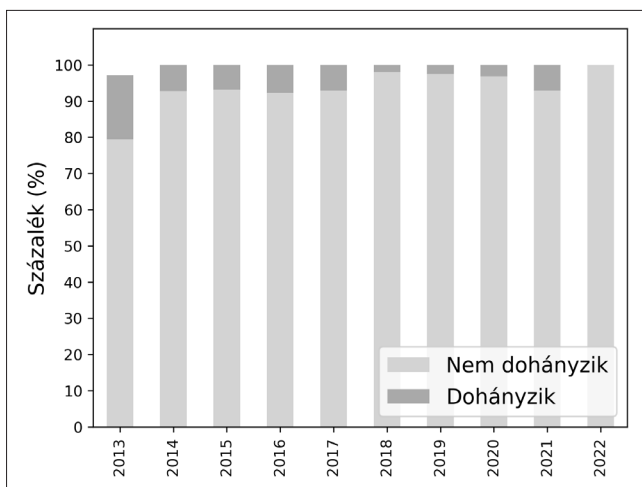


19. kép: Biszfoszfonátot szedő páciensek aránya az évek függvényében

nát alkalmazása tekintetében vélhetően nagyobb a „latencia”, mint más gyógyszerek rendszeres alkalmazása tekintetében. Nyilvánvaló, hogy a latenciát (vagyis a véletlenül vagy szándékosan „eltitkolt” biszfoszfonát- vagy denosumab-készítmény rendszeres szedését) statisztikai módszerekkel mérni nem tudjuk, hiszen nem tudunk róla. Olyan „élményünk” van, hogy a páciensről véletlenül tudtuk meg – már megkezdett kezelési sorozatban –, hogy biszfoszfonát-kezelés alatt áll. Történt ez a részletes anamnézis-felvétel és a gyógyszeresedés részletes és elektronikus felvétele ellenére.

8) A *dohányzás* mint káros szokás szerencsére egyre kisebb arányban fordult elő. Összesen 35 dohányos páciens volt a klinikai csoportban. Statisztikailag a dohányosok arányát évenként vizsgálva szignifikáns kapcsolat látható ($p = 0,03$).

A nem dohányosok aránya közepes kapcsolatot mutat az évekkel (R -négyzet = 0,55). A dohányzási arány



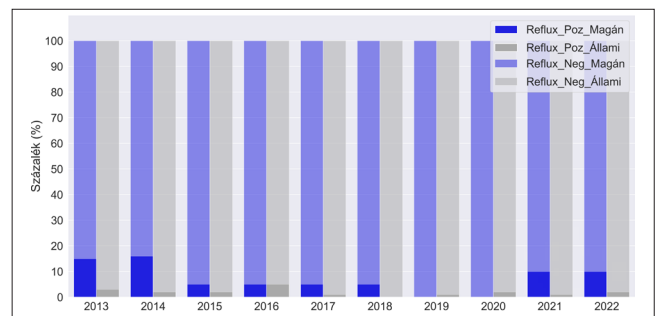
20. kép: A vizsgált páciens csoportokban előforduló dohányos betegek aránya

az évek előrehaladtával csökken. A dohányosok közül a nemek aránya és az évek között nincsen szignifikáns kapcsolat ($p = 0,67$) ugyanakkor egyértelmű a női dominancia.

9) A ritka anamnesztikus adatok közül a *koleszterinszintet csökkentő* gyógyszeres szedők száma alacsony, összesen 13 esetben talákoztunk ilyen pácienssel a klinikai csoportban.

A koleszterincsökkentő gyógyszeres szedés aránya és az évek között nincsen szignifikáns kapcsolat ($p = 0,06$). Nincsen kapcsolat a koleszterinszintet csökkentő gyógyszeres szedők nemenkénti aránya és az évek között (R -négyzet = 0,24). A refluxszal és pszichés problémával rendelkező páciensek száma ennél is alacsonyabb volt [2, 12]. Ugyanakkor a magánrendelésen előforduló refluxos betegek száma magasabb volt. Az évek és a reflux arányának változása között nincsen kapcsolat egyik ellátásban sem ($p_{\text{állami}} = 0,80$, $p_{\text{magán}} = 0,35$).

Változásukat a 21. kép mutatja. Összehasonlítva az állami és a magánrendelést, a reflux aránya jelentősen magasabb volt a magánszektorban ($p = 0,03$).



21. kép: Koleszterincsökkentő gyógyszeres szedés aránya és az évek közötti kapcsolat az állami és magánszektorban

Megbeszélés

Vizsgálatunkból is egyértelműen érzékelhető, hogy a beutalt pácienseink egyre gyakrabban szenvednek valamilyen kórképben, krónikus megbetegedésben, ami megnehezíti, megbonyolítja kezeléseiket. Az utóbbi két évtizedben megduplázódott a betegségek száma (és megfeleződött a fogorvosi vizsgálaton megjelenők száma). A KSH-adatok alapján egy felnőtt páciensnek (18 év felett) átlagosan két krónikus betegsége van. Feltűnően megnőtt a pajzsmirigybetegségekben és az ízületi gyulladásban szenvedő betegek száma. Tudjuk, hogy hazánkban a társadalom „előregedésével”, a táplálkozási szokások és a mozgáshiány miatt magas a hipertóniások és lipidproblémával (obesitas) rendelkezők száma. Mindezeknek köszönhetően a szív- és érrendszeri megbetegedéssel és cukorbetegséggel küzdők aránya is nagyon magas. [15, 16]

Önmagában nemcsak a megnövekedett betegsége szám okoz problémát, hanem a kezelésükre alkalmazott terápiák és gyógyszerek száma is növekszik, és alkalma-

zásuk módja is sokszor gyorsan változik. A drámai növekedés oka lehet az is, hogy egyre több a szűrővizsgálat, és egyre magasabb az orvosi beavatkozások száma is. A gyógyszereszedési szokások változásait folyamatosan kell követnie a kezelőorvosoknak, a beavatkozások előtt felvett anamnézisben szereplő adatokhoz szükséges igazítani a kezelési tervet is. Itt külön fel kell hívni a figyelmet arra, hogy sok esetben az évekkel azelőtt felvett anamnézisben beálló változásokról a kezelőorvos nem értesül, mert azokat a páciens nem közli külön, és nem kerül sor újbóli anamnéziszfelvételre. A visszatérő páciensek esetén három hónapos „kezelési szünet” esetén javasoljuk az újbóli anamnéziszfelvételt, még akkor is, ha a páciens esetleg nehezményezi az újbóli adatfelvételt.

A kezeléseinkre jelentkező páciensek között – ugyan nem szignifikánsan mérhető módon, de szubjektív módon tapasztalhatóan – mi, fogorvosok, szájsebészek is érzékeljük a pozitív anamnézissel érkező pácienseink egyre nagyobb számát. A népbetegségnek számító hipertónia esetében megfigyeltük, hogy sajnos az előfordulásának aránya nő, illetve az utóbbi pár évben stagnál, de kezelésére egyre kevesebben keresnek megoldást, annak ellenére, hogy a kezeletlen hipertónia „előkelő” helyen áll a halálokok között. A hölgyek esetében ez a jelenség jobban érzékelhető.

A cukorbetegség esetében az volt megfigyelhető, hogy a betegség felismerése után a páciensek az ellátásért orvoshoz fordulnak. A középkorúaknál a megbetegedések száma stagnál, de idősebb korban növekszik. Ritkább betegség, mint a hipertónia, de a szájüregben a kezelt és a kezeletlen formája is megannyi problémát tud okozni [17].

A rendeléseinken megjelenő betegek 10–15%-a valamilyen formában vérhígítót szed. Korábban egyértelmű volt a női túlsúly (a prevenció miatt), mára már eltűnt a különbség a két nem közt. Ennek a magas számnak az oka az, hogy a cerebro- és kardiovaszkuláris betegségek száma az 1–1,5-szeresére nőtt. Biztató ugyanakkor, hogy az utóbbi 5–8 évben egy lassú csökkenés észlelhető a betegek számában.

A csontritkulás vagy daganatos betegség miatt biszofonát-származékot (vagy antiresztorptív hatású angiogenezist gátlókat) szedők száma továbbra is stagnál, illetve csak lassú emelkedés figyelhető meg. Ennek az oka az lehet, hogy az oszteoporózisban szenvedő betegek számában csak enyhe emelkedés figyelhető meg. Ugyanakkor a spondylopathiák száma meredeken növekszik.

A dohányzás okozta általános megbetegedések és a dohányzás fogazatra gyakorolt káros hatásai közismertek. Fogsebészeti műtéteink utáni sebgyógyulást hátráltató, vagy az implantátumok hosszú távú sikereségi rátáját lerontó hatása azonban már csak a szakmai közvélemény által jól ismert tény. A dohányzás elleni kampányok és a növekvő árak miatt egyre kevesebben élnek ezzel az élvezettel. Elgondolkodtató megfigyelése a vizsgálatunknak, hogy egyértelmű a női dominancia.

Érdekes adalék, hogy annak ellenére, hogy míg az idegrendszer szervi, funkcionális elváltozásai átlagosan 2,2-szeresre nőttek, a vizsgált betegcsoportunkban alig találtunk ilyen beteget. Ugyanígy, veseelégtelenségben szenvedő beteget sem, pedig a számuk az utóbbi húsz évben hatszorosán nőtt.

Vélhetően a pszichés megbetegedések, illetve azok gyógyszeres kezelésének egy része rejtve maradnak a kezelőorvos és a statisztikai elemzés elől. Feltételezhető, hogy ezeket a kórképeket, illetve az ezen kórképek miatt szedett gyógyszereket a páciensek időnként nem jelenítik meg az anamnéziszfelvétel során. Magyarországon minden hetedik ember szenved tudott vagy nem ismert pszichés problémától, mint a pánikbetegség, depresszió, vagy paranoia [14]. Gyakorló szájsebészként tudjuk, hogy ezen kórképeknek a hosszabb távú együttműködést igénylő kezelési sorozatok során igen nagy jelentősége van.

Véleményünk szerint kiemelten fontos a közleményünkben részletezett tényeket és tendenciákat szem előtt tartani, részben pácienseink érdekében, azért, hogy számukra a szakmailag legjobb kezelést tudjuk nyújtani. Ugyanakkor saját érdekünkben is ismernünk kell pácienseink anamnesztikus adatait, és tudatosítanunk kell betegeinkben, hogy a kezeléseik és műtéteik sikerének feltétele az ő együttműködésük is. Szintén fontos, hogy naprakészek legyünk az alapbetegségek és a páciensek által szedett gyógyszerek szájsebészeti és implantológiai beavatkozások sikerességére gyakorolt hatásával.

Irodalom

1. Divinyi T (szerk): *Orális Implantológia* 4. fejezet, Joób, FÁ 34–44. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, 2007
2. KÖRMÖCZI K, KOMLÓS G, PAPÓCSI P, HORVÁTH F, JOÓB-FANCSALY Á: The early loading of different surface-modified implants: a randomized clinical trial. *BMC Oral Health* 2021; (26) 21: 207. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01498-z>
3. JOÓB FÁ, KARACS A, PETŐ G, KÖRMÖCZI K, BOGDÁN S, HUSZÁR, T: Effects of a Nano-structured Surface Layer on Titanium Implants for Osteoblast Proliferation Activity. *Acta Polytechnica Hungarica* 2016; 13 (7) <https://doi.org/10.12700/APH.13.7.2016.7.1>
4. KAPOSVÁRI I, KÖRMÖCZI K, CSURGAY K, HORVÁTH F, ASHOURIOUN AH, BUGLYÓ A, TURAI AR, JOÓB-FANCSALY Á: Delayed-onset infections after lower third molar surgery: a Hungarian case-control study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2021; 132: 641–647. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2021.04.052>
5. KHAN SN, CAMMISA FP JR, SANDHU HS, DIWAN AD, GIRARDI FP, LANE JM: The biology of bone grafting. *J Am Acad Orthop Surg* 2005 Jan–Feb; 13: 77–86. PMID: 15712985. <https://doi.org/10.5435/00124635-200501000-00010>
6. BÉNYI M, KÉKI ZS, MUZSIK B, KÖRÖSI L: Krónikus betegségek alakulása felnőtt lakosság körében az OSAP 1021 háziorvosi jelentések alapján 1999–2019. években Magyarországon. *Egészségtudomány* 2021; 65 (2): 19–38. <https://doi.org/10.29179/EgTud.2021.1.19-38>
7. ULRICH LR, MERGENTHAL K, PETERSEN JJ, ROEHL I, RAUCK S, KEMPERDICK B, SCHULZ-ROTHE S, BERGHOLD A, SIEBENHOFER A: Anticoagulant treatment in German family practices – screening results from a cluster randomized controlled trial.

- BMC Fam Pract* 2014; 15: 170.
<https://doi.org/10.1186/s12875-014-0170-0>
8. KEARON C, HIRSH J: Management of anticoagulation before and after elective surgery. *N Engl J Med* 1997; 336 (21): 1506–1511.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199705223362107>
 9. Joób-FÁ, Németh Zs (2022). Vérzékeny, antikoagulált betegek fogászati és szájszészeti ellátása. In: Joób-Fancsaly Á (szerk.): *Fogászati páciensek ellátását befolyásoló állapotok és betegségek* (9–20.) Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió
 10. VEREB T, JANOVSKY Á, MUCSI M, PIFFKÓ J, SERES L: Aktualitások a gyógyszer okozta állcsontelhalás primer és szekunder prevenciójának stratégiájában az evidenciák és a nemzetközi ajánlások tükrében [Current evidence-based approaches and international guidelines in primary and secondary prevention strategies of medication-related osteonecrosis of the jaws]. *Orv Hetil* 2020 Feb; 161 (6): 214–223. Hungarian.
<https://doi.org/10.1556/650.2020.31633>
 11. KAPOSVÁRI I, KÖRMÖCZI K, LÁSZLÓ ZB, OBERNA F, HORVÁTH F, JOÓB-FANCSALY Á: A preoperatív antibiotikus és antiszeptikus kezelés hatása a műtéli úton eltávolított alsó bölcsességfogak sebgyógyulására – prospektív randomizált vizsgálat [Prospective randomized study regarding the effect of the preoperative antibiotic and chlorhexidine rinse on wound healing after mandibular third molar surgery]. *Orv Hetil* 2017 Jan; 158 (1): 13–19. Hungarian.
<https://doi.org/10.1556/650.2017.30645>
 12. JOÓB FÁ, DIVINYI T, FAZEKAS A, PETŐ G, KARACS A: Fogászati implantátumok felületkezelése nagy teljesítményű lézersugárral. *Fogorv Szemle* 2000; (93): 169–180.
 13. SZALMA J, JOÓB FÁ: A vérzékeny betegek fogorvosi ellátása. *Fogorv Szemle* 2015; (8): 57–60.
<https://doi.org/10.33891/FSZ.108.2.57-60>
 14. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve fogászati implantátumok behelyezésének diagnosztikájáról, sebészi irányelveiről. *Egészségügyi Közlöny* (6): 2022. április 15. 1038.
 15. GORMAN A, KAYE EK, APOVIAN C, FUNG TT, NUNN M, GARCIA RI: Overweight and obesity predict time to periodontal disease progression in men. *J Clin Periodontol* 2012; 39: 107–114.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2011.01824.x>
 16. NASCIMENTO GG, LEITE FR, DO LG, PERES KG, CORREA MB, DEMARCO FF, PERES MA: Is weight gain associated with the incidence of periodontitis? A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2015; 42: 495–505.
<https://doi.org/10.1111/jcpe.12417>
 17. ZHOU B, LU Y, HAJIFATHALIAN K, et al: NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet* 2016; 9; 387 (10027): 1513–1530.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00618-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8)

LÁSZLÓFY CS, BOGDÁN S, MAGYAR N, SZÜCS A, PELYHE L, NÉMETH ZS

Changes in anamnestic data of patients waiting for dental surgery in Hungary in the past 10 years

All dental treatments and dental surgeries are preceded by taking a medical history. Our experience shows that in the last decade the number of anamnestic data that we have to take into account during our treatments has multiplied. Because the majority of our patients comes from an ageing society, and the drugs receiving for the treatment of their illnesses have become multifaceted and the protocol for their use often changes. We investigated these trends in our researches.

Keywords: medical history, surgical treatment, changes.