

Rákmortalitás és -incidencia hazánkban, az európai adatok tükrében

Ottó Szabolcs, Kásler Miklós
Országos Onkológiai Intézet, Budapest

A rosszindulatú daganatos megbetegedések hazai halálzási aránya nagyon kedvezőtlen, a második halál-oki tényező, kb. 25%-os gyakorisággal. A rokkantsági statisztikák szerint pedig az utóbbi 25 évben a daganatok miatt rokkantossított betegek aránya kb. 100%-kal emelkedett. A nemzetközi statisztikai mortalitási és incidenciadatok alapján férfiaknál az első, nőknél pedig a második helyet foglaljuk el. Mivel a daganatos betegségek Magyarországon különlegesen súlyos népegészségügyi problémát jelentenek, a szerzők keresik ezen jelenségek okát és azokat a kitorési pontokat, amelyek segítséget nyújthatnak a kedvezőtlen tendenciák megállítására, illetve megfordítására. A hazai rákhelyzetet nemzetközi adatok fényében elemzik, amelynek során elsősorban a lyoni európai rákcentrum tanulmányaira támaszkodnak, összehasonlítva a magyar Központi Statisztikai Hivatal (KSH) és a hazai Nemzeti Rákregiszter adataiból merített megállapításokkal. A 2000–2001-ben már megbízhatóan működő hazai regiszter minden, az előző naptári évben felfedezett daganatos beteg bejelentésére kiterjed, adatigénye magába foglalja a felfedezés évét, a felfedezéskori kiterjedést, a morfológiai kódot, valamint a terápiás beavatkozásokat. Öröndetes esemény, hogy az évtizedek óta emelkedő magyarországi halálzási gyakoriság 2000-ben csökkent, első ízben az elmúlt 25 év óta. A mortalitás és incidencia helyzete az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001–2010” eredményes végigvitelével tovább javítható. *Magyar Onkológia* 46:111–117, 2002

In Hungary mortality caused by malignant tumour diseases is very high. It is the second cause of death showing approximately 25% frequency. Statistics on disability has revealed that during the past 25 years the number of patients become invalid because of cancer has nearly doubled. In comparative international statistics cancer mortality and incidence of the Hungarian male population take the first and that of the female population the second place. The alarming public health problems caused by cancer in Hungary have prompted the authors to identify the causes and search for points of outbreak to stop and reverse these unfavourable tendencies. When analysing the current state of this country authors primarily rely on the studies of the European Cancer Centre, Lyon and those of the Hungarian Central Statistical Office (KSH) and National Cancer Registry. By years 2000–2001 the National Cancer Registry has become a reliable well functioning system. Its activities include the registration of all new cancer patients announced in the previous calendar year. Data processing requires information such as: year of diagnosis, tumour localisation and extension, morphological code and therapeutic interventions. It is a promising sign that the first time over the past 25 years cancer mortality decreased in year 2000. The unfavourable cancer mortality and incidence status in Hungary might be improved by the consistent accomplishment of the project “For a Healthy Nation; A Public Health Project for years 2001–2010”. *Ottó Sz, Kásler M. Cancer mortality and incidence in Hungary in relation to international data. Hungarian Oncology, 46:111–117, 2002*



A magyar népesség lesújtó egészségi állapota ismert. Néhány példát kiragadva, a tartós egészségromlás, a kiemelkedően magas és korai halálozás, a férfiak „legrövidebb várható élettartama” kedvezőtlenül befolyásolja a hazai lakosság életkilátásait és teljesítőképességét (7).

A rosszindulatú daganatos megbetegedések halálzási aránya is rendkívül kedvezőtlen, a szív- és keringési rendszer-eredetű halálokok mögött a második helyet foglalja el, kb. 25%-os gyakoriság-

gal. A rokkantsági statisztika alapján az elmúlt 25 évben a rosszindulatú daganatok miatt rokkantossított betegek aránya 100%-kal emelkedett, a rokkantossítási feltételek szigorítása ellenére (13).

A nagy európai, illetve nemzetközi halálzási felmérésekben férfiaknál az első, nőknél pedig a második helyen állunk, s joggal tehetjük fel a kérdést, miért halunk, és miért nyomorodunk meg rákban ennyien, vannak-e kitorési pontok, és melyek azok (2, 6).

Az utóbbi 10 évben az Országos Onkológiai Intézet folyamatosan elemezte a fenti jelenségeket, létrehozta a nemzetközi elvárásoknak és hazai lehetőségeknek megfelelő Nemzeti Rákkontroll Programot, s közzétette – széleskörű összefogás alapján – azon hiánypótló kézikönyveket,

Közlésre érkezett: 2002. április 25.
Elfogadva: 2002. május 10.

Levelezési cím: Dr. Ottó Szabolcs,
Országos Onkológiai Intézet, 1122. Budapest,
Ráth György u. 7-9. Tel.: 224-8688, Fax: 224-8715

1. ábra. Európa



1. táblázat.
Európai vezető daganatos halálokok esetszámai, 1995 (2)

Tüdőrák	330 000
Vastag- és végbélrák	189 000
Gyomorrák	152 000
Emlőrák	124 000
Férfiak: Tüdőrák 29%	
Nők: Emlőrák 17%	

2. táblázat.
Az európai lakosság férfi rákincidencia adatai, az egyes régiók sorrendje, 1995 (az adatok 100 000 lakosra vonatkoztatottak) (2)

• Nyugat-Európa (420,9) (Ausztria<400!)
• Kelet-Európa (414,2) (Magyarország 566,6! – Csehország 480,5)
• Észak-Európa (382,8) (Svédország 356,6)

3. táblázat.
Az európai lakosság női rákincidencia adatai, az egyes régiók sorrendje, 1995 (az adatok 100 000 lakosra vonatkoztatottak) (2)

• Nyugat-Európa (286,8) (Dánia 396,2)
• Észak-Európa (315,9) (kivételem Finnország 300,9)
• Kelet-Európa (245,4) (kivételem Magyarország 357,2!, Csehország 336,6)

amelyek jelentős ismeretanyagot ölelnek fel, vezérfonalként szolgálva az onkológia számos területén (10, 11).

Mivel Magyarországon a daganatos megbetegedések különlegesen súlyos népegészségügyi problémát jelentenek mind az egészségügyi ellátórendszer, mind pedig a társadalom egésze számára, az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010” beépítette a Nemzeti Rákkontroll Programot, amelynek elemeit külön alprogramba foglalta, „A daganatos betegségek megelőzése” címmel (5).

Annak érdekében, hogy a kiemelkedően magas daganatos halálozást valóban csökkenteni tudjuk, meg kell ismerni azokat az adatokat, amelyeket a halálzási statisztika és a 2000-ben már megbízhatóan működő Nemzeti Rákregiszter rendelkezésünkre bocsátott.

A regiszter minden, az előző naptári évben felfedezett daganatos beteg bejelentésére (fekvő- és járóbeteg) kiterjed, adatigénye magába foglalja többek között a felfedezés évét, a felfedezéskori kiterjedést, a morfológiai kódot, valamint az egyes terápiás beavatkozásokat.

Ezt az ismeretanyagot össze kell vetnünk a nemzetközi – elsősorban európai – felmérésekkel és statisztikai elemzésekkel, hogy a rákellenes küzdelem stratégiáját ennek fényében tudjuk megalkotni.

2002 elején látott napvilágot a lyoni epidemiológiai és kutatási központ (Unit of Descriptive Epidemiology, International Agency for Research on Cancer, Lyon) részletes összeállítása, amely 38 ország idevágó adatait foglalta egységbe (2).

Az országokat az ENSZ által meghatározott 4 régióra osztották, hazánk a kelet-európai csoportba került (1. ábra).

A mortalitási adatokat az ország-jelentések alapján a WHO szolgáltatatta, míg az incidenciák a nemzeti és európai rákregiszterekből származtak, illetve szükség szerint becslések és matematikai modellek segítségével alakították ki őket, „kor-standardizált” elvek alapján.

4. táblázat. Az európai rákincidencia gyakorisági sorrendje, a leggyakoribb férfi-női lokalizációkkal, 1995 (2)

	eset
Tüdőrák	377 000
Vastag- és végbélrák	334 000
Női emlőrák	321 000
<i>Leggyakoribb primer lokalizációk nem szerint</i>	
	%
<i>Férfiak</i>	
Tüdőrák	22
Vastag- és végbélrák	12
Prostatarák	11
<i>Nők</i>	
Emlőrák	26
Vastag- és végbélrák	14
Gyomorrák	7

Az elemzésekből megállapítható, hogy Európában 1995-ben 1,6 millió ember halt meg rosszindulatú daganatos megbetegedésben, s bár az adatok jelentős egyenlőtlenséget mutatnak, az arányok Kelet-Európában általában magasabbak, különösen Magyarországon. Az európai halálozási gyakoriságot a tüdőrák vezeti, amely az összhála-
lozás 20%-a, amelyet a vastag- és végbélrák, gyomorrák, valamint az emlőrák követ. Férfiaknál a tüdőrák a listavezető, míg nőknél az emlőrák (1. táblázat).

Az évi új bejelentett európai esetek száma – az incidencia – 2,6 milliónak bizonyult 1995 folyamán, amely a világ össz-adatainak 25%-a. A férfiaknál Nyugat-Európa vezet, kivételt képez Ausztria. Ezt követi Kelet-Európa, a legalacsonyabb az arány Észak-Európában. Magyarországot, sajnálatos módon, kiemelkedik az országok sorából, a következő Csehország helyzete is kedvezőbb, a nőknél csak Dánia előz meg minket (2. 3. táblázat).

A gyakorisági sorrendben a tüdőrák az első, második a vastag- és végbélrák, harmadik helyen pedig az emlőrákot látjuk. A három rákfajta az évi európai új esetek 40%-át öleli fel. A primer lokalizációk gyakorisági sorrendje férfiaknál a tüdőrák, vastag- és végbélrák, valamint a prostata-
rák, míg nőknél az emlőrák, vastag- és végbélrák, gyomorrák a sorrend (4. táblázat).

Magyarország helye az európai daganatos mortalitási és incidenciasorrendben

Hazánk a mortalitási statisztikában férfiaknál az 1., míg nőknél a 2. helyet foglalja el, utóbbinál alig szorulunk Dánia mögé, mindkét esetben jóval meghaladva az európai átlagot (5. táblázat).

Az incidenciát tekintve, férfiaknál itt is az 1. helyen állunk, míg nőknél 3-ak vagyunk, magas előfordulási gyakorisággal (6. táblázat).

A hazai Népegészségügyi Program a méhnyakrák, női emlőrák, vastag- és végbélrák szervezett tömegszűrését támogatja, míg a jövőben az ajak- és szájüregi rák, valamint prostatarák szűrését is tervezi, tekintettel a halálozási gyakoriság nagyfokú dinamikus emelkedésére, illetve a viszonylagos nagy halálozási és előfordulási gyakoriságra.

Fenti okokra tekintettel, mielőtt a hazai adatokat részletesen ismertetnénk, tekintsük át ezen daganatfajták európai adatait, s ezek között Magyarországot helyét (7–13. táblázat).

Legrosszabb a helyzet a női vastag- és végbélrák, valamint mindkét nemnél az ajak- és szájüregi rákok esetében, mivel ezen területeken mind a mortalitás, mind az incidenciasorrendjei vagyunk. A férfi vastag- és végbélráknál „csak” a 2. helyen állunk. A többi említett lokalizációnál valamivel jobb a helyzet, de itt sem tartozunk a sereghajtók közé.

Továbbá, kiemelkedően kedvezőtlen arányokat láthatunk gége-, hasnyálmirigy-, máj-, tüdő-, pajzsmirigy és férfi nyelöcsőráknál, illetve leukémiáknál (14., 15. táblázat).

A nemzetközi kitekintés és összehasonlítás után nézzük hazai mutatóinkat.

5. táblázat. Magyarország helye az európai férfi-női rákmortalitási sorrendben, 1995 (az adatok 100 000 lakosra vonatkoztatottak) (2)

Férfiak		Nők			
Európa	275,0	Európa	147,3		
EU	260,4	EU	144,7		
1	Magyarország	392,1	1	Dánia	205,4
2	Csehország	343,4	2	Magyarország	204,5
3	Szlovákia	324,2	3	Csehország	188,7
4	Oroszország	308,8	4	Írország	176,4
5-6	Észtország	302,8	5	Grönland	175,5
	Szlovénia		6	Egyesült királyság	175,6

6. táblázat. Magyarország helye az európai férfi-női rákincidencia-sorrendben, 1995 (az adatok 100 000 lakosra vonatkoztatottak) (2)

Férfiak		Nők			
Európa	415,1	EU	283,3		
EU	406,4	Európa	268,7		
1	Magyarország	566,6	1	Dánia	396,2
2	Csehország	480,5	2	Grönland	363,4
3	Szlovákia	443,1	3	Magyarország	357,2
4	Belgium	440,7	4	Norvégia	340,7
5	Svájc	439,9	5	Csehország	333,6
6	Olaszország	438,0	6	Svédország	332,8

7. táblázat. Méhnyakrákos mortalitás és incidencia Európában, 1995 (az adatok 100 000 lakosra vonatkoztatottak) (2)

Mortalitás		Incidencia			
Európa	6,1	Európa	16,8		
EU	4,4	EU	12,8		
1	Románia	13,9	1	Románia	40,3
2	Észtország	10,6	2	Bulgária	26,9
3	Litvánia	10,1	3	Litvánia	26,8
4	Lengyelország	9,9	4	Magyarország	26,7
5	Magyarország	9,7	5	Lengyelország	25,7
6	Bulgária	9,5	6	Moldávia	24,1

8. táblázat. A női emlőrák mortalitási és incidenciasorrendje Európában, 1995 (az adatok 100 000 lakosra vonatkoztatottak) (2)

Mortalitás		Incidencia			
EU	30,5	Európa	89,0		
Európa	27,3	EU	76,0		
1	Grönland	52,2	1	Hollandia	120,1
2	Málta	47,5	2	Svájc	112,9
3	Dánia	39,8	3	Dánia	110,1
4	Hollandia	37,7	4	Svédország	105,6
5	Írország	36,5	5	Franciaország	103,2
6	Egyesült Királyság	36,1	6	Grönland	101,6
...		...			
8	Magyarország	34,5	18	Magyarország	81,5

9. táblázat. Férfi vastag- és végbélrákos mortalitás és incidencia Európában, 1995 (az adatok 100 000 lakosra vonatkoztatottak) (2)

Mortalitás		Incidencia			
Európa	27,9	EU	51,1		
EU	27,5	Európa	49,6		
1	Csehország	53,3	1	Csehország	81,8
2	Magyarország	50,4	2	Magyarország	80,2
3	Szlovákia	37,8	3	Szlovákia	64,3
4	Szlovénia	37,7	4	Írország	61,4
5	Dánia	35,6	5	Norvégia	58,9
6	Ausztria	35,1	6	Ausztria	58,3

10. táblázat.

Női vastag- és végbél-rákos mortalitás és incidencia Európában, 1995 (az adatok 100 000 lakosra vonatkoztatottak) (2)

Magyarországi adatok, jelen hazai helyzetkép

A magyarországi halálozási adatok minden esetben a KSH-jelentések és -évkönyvek révén válnak nyilvánossá (3).

Az 1999-es és 2000-es halálozási adatok összehasonlítása nyomán szokatlan jelenségre figyel-

Mortalitás		Incidencia	
EU	18,5	EU	35,0
Európa	18,4	Európa	33,9
1	Magyarország	30,3	1
2	Csehország	27,8	2
3	Dánia	24,6	3
4	Norvégia	24,4	4
5	Németország	23,4	5
6	Szlovénia	22,2	6
1	Magyarország	50,2	1
2	Norvégia	49,0	2
3	Csehország	45,4	3
4	Dánia	43,7	4
5	Írország	39,7	5
6	Málta	38,0	6

11. táblázat. Férfi ajak- és szájüregi rákos mortalitás és incidencia Európában, 1995 (az adatok 100 000 lakosra vonatkoztatottak) (2)

Mortalitás		Incidencia	
Európa	4,9	Európa	11,4
EU	3,8	EU	9,7
1	Magyarország	13,6	1
2	Szlovákia	12,1	2
3	Horvátország	8,3	3
4	Moldávia	8,2	4
5	Litvánia	7,4	5
1	Magyarország	29,1	1
2	Szlovákia	20,0	2
3	Spanyolország	19,3	3
4	Moldávia	17,5	4
5	Ukrajna	15,6	5

12. táblázat. Női ajak- és szájüregi rákos mortalitás és incidencia Európában, 1995 (az adatok 100 000 lakosra vonatkoztatottak) (2)

Mortalitás		Incidencia	
Európa	0,9	Európa	2,3
EU	0,9	EU	2,1
1	Magyarország	1,9	1
2	Albánia	1,6	2
3	Dánia	1,5	3
4-9	Csehország	1,1	4
	Szlovákia		5
	Finnország		6
	Észtország		
	Norvégia		
	Írország		
1	Magyarország	5,0	1
2	Grönland	4,9	2
3	Málta	4,7	3
4	Finnország	4,3	4
5	Norvégia	4,1	5
6	Dánia	3,7	6

13. táblázat. Prostatarákos mortalitás és incidencia Európában, 1995 (az adatok 100 000 lakosra vonatkoztatottak) (2)

Mortalitás		Incidencia	
EU	27,0	EU	55,5
Európa	23,5	Európa	47,4
1	Norvégia	38,4	1
2	Svájc	38,2	2
3	Svédország	35,8	3
4	Dánia	33,2	4
5	Belgium	32,8	5
6	Hollandia	32,7	6
...			
13	Magyarország	29,7	15
15	Magyarország	53,6	15

tünk fel. Ez az egyetlen „évforduló” évtizedek óta, amely az emelkedő halálozási irányvonalat megtöri. Bár a halálozási arányban bekövetkezett csökkenés mindössze 2%, eddig ilyet sem lehetett megfigyelni, s különösen öröndetes, hogy mindkét nemet együttesen számítva a „nagy pusztítóerejű” daganatok ide tartoznak (16. táblázat).

Nemek szerinti bontásban azonban férfiaknál az ajak- és szájüregi-, valamint a prostatarák tovább emelkedése érdemel figyelmet (17. táblázat), míg a nőknél a vastag- és végbélrák, illetve a tüdőrák mozdult felfelé (18. táblázat).

Ha a nagy halálozási gyakoriságú daganatos lokalizációkat 25 év „növekménye” alapján állítjuk „rangsorba”, akkor feltűnő az ajak- és szájüregi rákok ijesztő növekedési dinamikája, amely a jövőben fokozott figyelmet érdemel (19. táblázat).

Az elmúlt évtizedek megoldatlan problémája volt a morbiditási adatok kérdése. Csak becsülni tudtuk, hogy pl. az évi új daganatos megbetegedések fajtája és száma milyen és mennyi lehetett, amely több hibalehetőséget rejtett magában, s a valós eredményeket torzította.

Az Országos Onkológiai Intézetben kialakított s évről évre hitelesebben működő Nemzeti Rák-

14. táblázat. A hazai rákmortalitási adatok helye az európai sorrendben (sorrendi helyüket a számok jelzik)

Lokalizáció	Férfi	Nő
Ajak- és szájüreg	1.	1.
Gége	1.	1-2.
Nyelőcső	2-3.	17-18.
Vastagbél	2.	1.
Hasnyálmirigy	1.	2.
Máj	6.	3.
Tüdő	1.	4.
Pajzsmirigy	2-3.	1-3.
Női emlő	-	8.
Méhnyak	-	5.
Prostata	13.	-
Leukémia	2.	1.
Összesen	1.	2.

15. táblázat. A hazai rákincidencia-adatok helye az európai sorrendben (sorrendi helyüket a számok jelzik)

Lokalizáció	Férfi	Nő
Ajak- és szájüreg	1.	1.
Gége	1.	1-2.
Nyelőcső	2.	13-15.
Vastagbél	2.	1.
Hasnyálmirigy	1.	1.
Máj	6.	5.
Tüdő	1.	4.
Pajzsmirigy	6-7.	4.
Női emlő	-	18.
Méhnyak	-	4.
Prostata	15.	-
Leukémia	2-3.	3.
Összesen	1.	3.

regiszter adataira egyre jobban tudunk támaszkodni, s a 2001-es incidenciatermékek már nagyban hozzásegítenek bennünket a hazai daganat-helyzet áttekintéséhez (20., 21. táblázat).

Az elmúlt év folyamán mindkét nemnél, összesen 58772 daganatot jelentettek be, amely – mivel kettős, vagy többszörös daganatok is előfordultak – 51136 betegnek felelt meg. Általában megállapíthatjuk, hogy a daganat/beteg arány 112/100-nek bizonyul.

A jelen statisztikában még szerepelnek (nemzetközi statisztikákban nem) a bőr „nem-festékes” daganatai is, viszonylag nagy számmal (6379). Nem tudjuk, hogy ezek a daganatok a kettős, vagy többszörös tumoroknál milyen arányban jelentek meg, s ezért a betegszámot hogyan befolyásolták? Feltétlenül szükséges az adatok olyan jellegű „tisztítása”, olyan program kidolgozása, amely rákregiszterünk adatait tovább finomítja.

Az európai és hazai adatok hitelessége

Nemzetközi adatok elemzése esetén – a statisztikákban saját adatainkat is elhelyezve – mindig felmerülhet az a kérdés, hogy mennyire hihetünk ezen számoknak, mi van mögöttük, s főleg a becsléssel számított értékek mennyire valósak (pl. incidencia)?

A halálzási adatokkal nincs mit vitatkoznunk, mivel más országok adatszolgáltatását – főleg fejletlenebb egészségügyi kultúra esetén – nem tudjuk megítélni. Vannak pontosabb és kevésbé pontos adatszolgáltatók.

A hazai halálzási adatszolgáltatás külföld felé a KSH-WHO-adatgyűjtő (rákregiszter) intézmény (Európában Lyon) láncolaton megy keresztül, s bár vannak kétségeink, ezen adatokat magunk szolgáltatjuk, mások csak felhasználják őket, s több alkalommal felmerült már annak a kérdése, hogy a háziorvosok hogyan töltik ki a halottvizsgálati bizonyítványokat, mennyire befolyásolja őket a halálok megállapításában, hogy az elhunyt volt (vagy van) daganatos megbetegedése? A megfelelő választ erre nem tudjuk, mert ennek gyakorlatát sem nálunk, sem más országokban nem ismerjük.

A boncolások viszonylag alacsony száma sem javítja a statisztika hitelességét. Nálunk a daganatban elhunytak kb. 25%-át boncolják fel, de számos nyugat-európai országban még ezt az arányt sem érik el.

Lehetséges, hogy a fentiek befolyásolják az adatgyűjtés minőségét. Kritizálhatjuk, de tudomásul kell vennünk, hogy rendszeresen a nemzetközi statisztikák elején foglalunk helyet, s nem pedig a végén, amely nem lehet a véletlen műve!

Az incidenciaadatokkal természetesen más a helyzet, itt több a becsléssel kapott érték, s nagyobb a különböző elemző módszerek és matematikai modellek szerepe.

Örvendtes, hogy a Nemzeti Rákregiszter hitelességének növelése maga után vonja a hazai reális tájékoztatás kialakítását, amely csökkenti (vagy kiküszöböli) a fenti spekulatív módszerek szerepét.

16. táblázat. Magyarországi daganathalálzási sorrend (KSH 1999–2000). Az adatok mindkét nemre vonatkoznak.

	1999	2000	
1 Tüdő	7 883	7 824	↓
2 Colorectalis (C18-C21)	4 912	4 910	↓
3 Emlő	2 387	2 356	↓
4 Gyomor	2 306	2 167	↓
5 Nyirok- és vérképzőrendszer (C81-C95)	1 997	1 895	↓
6 Ajak- és szájüreg (C0-C14)	1 618	1 688	↑
7 Hasnyálmirigy	1 562	1 546	↓
8 Prostata	1 387	1 399	↑
9 Máj	972	946	↓
10 Nyelőcső	923	843	↓
11 Epehólyag	867	815	↓
12 Húgyhólyag	795	722	↓
13 Agy	712	723	↑
Összesen:	34 255	33 679	↓

A nyílak iránya a csökkenést (lefelé), illetve a növekedést (felfelé) mutatja.

17. táblázat. Férfi daganatos halálzási sorrend (KSH 1999–2000). A prostata- és szájüregi rákok halálzási aránya növekedett.

	1999	2000	
1 Tüdő	5 797	5 727	↓
2 Colorectalis (C18-C21)	2 598	2 514	↓
3 Prostata	1 387	1 399	↑
4 Ajak- és szájüreg (C00-C14)	1 361	1 413	↑
5 Gyomor	1 354	1 256	↓
6 Nyirok- és vérképzőrendszer (C81-C95)	1 048	987	↓
7 Hasnyálmirigy	771	789	↑
8 Nyelőcső	607	588	↓
9 Gége	591	536	↓
10 Húgyhólyag	579	600	↑
11 Máj	543	563	↑
12 Vese	497	475	↓
13 Agy	373	367	↓
14 Epehólyag	259	266	↑
15 Melanoma	157	170	↑
Összesen:	19 227	18 914	↓

A nyílak iránya a csökkenést (lefelé), illetve a növekedést (felfelé) mutatja.

18. táblázat. Női daganatos halálzási sorrend (KSH 1999–2000)

	1999	2000	
1 Emlő	2 356	2 316	↓
2 Colorectalis (C18-C21)	2 314	2 372	↑
3 Tüdő	2 086	2 097	↑
4 Gyomor	952	911	↓
5 Nyirok- és vérképzőrendszer (C81-C95)	949	908	↓
6 Hasnyálmirigy	791	757	↓
7 Petefészek	637	652	↑
8 Epehólyag	608	577	↓
9 Méhtest	520	496	↓
10 Méhnyak	500	481	↓
11 Máj	429	383	↓
12 Vese	354	363	↑
13 Agy	339	356	↑
14 Húgyhólyag	216	215	↓
15 Melanoma	158	144	↓
Összesen:	15 028	14 765	↓

A nyílak iránya a csökkenést (lefelé), illetve a növekedést (felfelé) mutatja.

Miért halunk meg ennyien daganatos megbetegedésben és van-e kiút?

Kiemelkedően magas halálozási gyakoriságunkat többféle okra lehet visszavezetni, legalábbis meg lehet kísérelni.

Évtizedekre visszanyúló sokszor önpusztító életmódunk ismert. Táplálkozási stílusunk sem vált előnyünkre, zsírdús, rost-, zöldség- és gyümölcszegény étkezési szokásaink feltétlenül kockázati tényezőként jelennek meg. Az egy főre eső cigaretta-, töményeszefogyasztásunk igen jelentős, míg pl. fogkrém-, fogkefe-felhasználásunk viszonylag alacsony. Környezetünk szennyezett-

19. táblázat.

Hat nagy halálozási gyakoriságú rosszindulatú daganat növekedési dinamikája 25 év alatt (1975-1999)

Daganat	Esetszám		Növekmény %
	1975	1999	
1 Ajak- és szájüregi rák (C00-C14)	462	1 618	250
2 Légcső-hörgő-tüdőrák	4 169	7 883	89
3 Vastag- és végbélrák (C18-C21)	3 025	4 912	62
4 Hasnyálmirigy	1 076	1 562	45
5 Emlőrák	1 650	2 381	44
6 Prostatarák	1 196	1 387	16

20. táblázat. Az évi új bejelentett daganatos esetek száma mindkét nemre vonatkoztatva 2001-ben a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján (58772 tumor, 51136 beteg)

1 Tüdő (C33-C34)	8 827
2 Colorectalis (C18-C21)	7 600
3 Bőr	6 379
4 Emlő	5 730
5 Nyirok- és vérképzőrendszer (C81-C95)	3 034
6 Ajak- és szájüreg (C00-C14)	2 993
7 Prostata	2 304
8 Gyomor	2 175
9 Húgyhólyag	2 091
10 Vese	1 535
11 Hasnyálmirigy	1 466
12 Melanoma	1 288

21. táblázat. Az évi új bejelentett daganatos esetek nemek szerinti bontásban 2001-ben a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján

Férfiak		Nők	
Daganat	29 982	Daganat	28 790
Beteg	25 660	Beteg	25 476
1 Tüdő	6 099	1 Emlő	5 610
2 Colorectalis	3 981	2 Colorectalis	3 619
3 Bőr	3 072	3 Bőr	3 307
4 Ajak- és szájüreg	2 369	4 Tüdő	2 728
5 Prostata	2 304	5 Nyirok- és vérképzőrendszer	1 598
6 Húgyhólyag	1 436	6 Méhnyak	1 132
7 Nyirok- és vérképzőrendszer	1 436	7 Méhtest	1 119
8 Gyomor	1 248	8 Petefészek	1 027
9 Gége	1 043	9 Gyomor	927
10 Vese	886	10 Hasnyálmirigy	703
		11 Melanoma	701

Bőr: a tumorok között nem szerepel a malignus melanoma

sége régi problémánk, csakúgy, mint a reguláris szűrések hiánya.

A korábban beígért, 3 lépcsős sugárterápiás fejlesztés megakadt, s rengeteg a későn felismert, elhanyagolt eset.

Öregedő népesség vagyunk kétségtelenül, de ez a tény is csak egyetlen tényezőként értékelendő, mivel számos európai országban öregebb a népesség, s mégis alacsonyabb a rákhalandóság (7).

Többen hangsúlyozták már, hogy az ún. „őszinte” orvos-beteg kapcsolat – különböző okok miatt – nem megfelelő, amely kihat a betegkövetés eredményességére.

A korszerű daganatos betegkövetés alapvető feltétele a programozott tumormarker-vizsgálat folyamatos alkalmazása, megfelelő számban és kombinációban.

Magyarországon az utóbbi években kb. 280 000–300 000 tumormarker-meghatározást végeztek, megyénként szeszélyes megoszlásban, amely szemléletbeli (esetleg anyagi) különbségeket tükröz. Ausztriában, Belgiumban és Hollandiában 2-3,5 millió hasonló vizsgálat történik, megfelelő tervezéssel (4, 8, 12, 14).

A korábban már hivatkozott rokkantsági adatokat is figyelembe véve, feltűnő, hogy míg az utóbbi 25 évben a vezető szív- és keringési halálokok aránya jelentősen csökkent, addig a mentális- és viselkedészavarok, valamint a daganatos betegségek miatt történt rokkantsítás párhuzamosan, kb. 100%-kal emelkedett (13).

A lelki tényezők, a „lelki egészség” fontosságára már többen felhívták a figyelmet (1), Ausztria és Finnország velünk hasonló gondokkal küszködött a korábbi évtizedekben, daganatos halálozási adataik sok tekintetben nem voltak jobbak, mint a mieink. Tény, hogy a társadalmi fejlődés előnyösebb útján hamarabb tudtak elindulni, amely az anyagi jóléttel párhuzamosan lelki tartást is eredményezett.

A GDP egészségügyre fordítandó hányadát tekintve, a japánok lényegesen kevesebbet költenek az egészségügyre, mint pl. az Amerikai Egyesült Államok vagy Európa. A japán emberek mégis 5 évvel tovább élnek, mint az USA-ban vagy Európában. Az „amúgy” fejlett egészségügyük mellett talán jobban életben tartja őket mentálisuk, kötődéseik és hagyományaik (9).

A halálozási adatainkból kitűnik, hogy – mint korábban említettük – a gyakoriság állandó emelkedése 1999–2000 között megtört. Okát pontosan nem ismerjük, de elképzelhető, hogy az egészségügy erőfeszítései mellett, az emberek többet törődnek magukkal, s egészségi állapotuk észlelése a személyi higiénié részévé kezd válni, amely a szemléletváltozással lehet kapcsolatos. Lehetséges, hogy az osztrák- finn utat is be tudjuk majd járni. Ehhez nyújthat vezérfonalat és segítséget az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010.”

Köszönetet mondunk Gaudi István osztályvezető úrnak, a Nemzeti Rákregiszter adatainak összegyűjtéséért.

Irodalom

1. Andersen RE. Healthy people 2010. Physician and Sportsmed 28/10: 7-8, 2000
2. Bray F, Sankila R, Ferlay J, Parkin DM. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. Eur J Cancer 38:99-166, 2002
3. Demográfiai évkönyv kötetei, KSH, Budapest 1975-2000
4. Eckhardt S. A tumormarker kutatás mai helyzete és jövő kilátásai. Orvosképzés 3:4-11, 1995
5. Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010. Célprogram a népegészségügyi problémák megelőzésére Magyarországon. Eü. Közlöny 51:2237-2322, 2001
6. Greenlee RT, Hill-Harmon MB, Murray T, Thun M. Cancer Statistics, 2001. CA Cancer J Clin 51:15-36, 2001
7. Józán P. A halandóság alapirányzata a 20. században és az ezredforduló halálzási viszonyai Magyarországon. Magyar Tudomány 4:419-439, 2002.
8. Magdelenat H. Tumor markers in oncology: past, present and future. J Immunol Meth 150:133-143, 1992
9. Meyskens FL. Jr. Cancer prevention in the year 2025: an anticipation. Eur J Cancer 36:1737-1740, 2000
10. Onkoterápiás protokoll. Szerk. Kásler M. Springer, Budapest 1994
11. Az onkoterápia irányelvei. Szerk. Kásler M. B+V (medical technical) Lap- és Könyvkiadó Kft, 2001
12. Ottó Sz, Schumann B. A tumormarker vizsgálatok tervezése és fejlesztése Magyarországon. Lege Artis Med 9:114-117, 1999
13. Statisztikai adatok Magyarország 1999. évi egészségügyi helyzetéről. Népegészségügy 6:55-57, 2000
14. Sturgeon C, Aronsson AC, Duffy MJ, et al. European Group on tumour markers: consensus recommendations. Anticancer Res 19:2785-2820, 1999