

A hazai és nemzetközi daganatos halálzási és megbetegedési mutatók alakulása

A népegészségügyi programok jellegzetességei és várható eredményei

Ottó Szabolcs, Kásler Miklós

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

A szerzők a hazai és nemzetközi rákhalálzási és megbetegedési adatokat elemzik, különös tekintettel a mutatók epidemiológiai hátterére. Vizsgálják továbbá a hazai népegészségügyi szűrőprogram epidemiológiai indoklását, főbb célkitűzéseit, stratégiáját és a teendők ésszerű megválasztását, hasonló nemzetközi programok tükrében. Közreadják az újabb rákhalálzási és megbetegedési adatokat is, figyelemmel azok alakulására. *Magyar Onkológia 49:99-107, 2005*

This work is a comparative analysis of Hungarian and international cancer mortality and morbidity data with special attention to the epidemiological background of these indices. The authors also discuss the epidemiological reasons for a national public health screening program, its major objectives and the strategy of choice in relation to similar international programs. The recent cancer mortality and morbidity data including their trends are also provided. *Ottó S, Kásler M. Trends in cancer mortality and morbidity in Hungarian and international statistics. Characteristics and potential outcome of public health screening programmes. Hungarian Oncology 49:99-107, 2005*



A magyar népesség kedvezőtlen egészségi állapota ismert (1). A tartós egészségromláshoz, a férfiak „legrövidebb várható élettartamához”, a lakosság kedvezőtlen életkilátásaihoz a rosszindulatú daganatos megbetegedések nagyarányú előfordulási gyakorisága jelentősen hozzájárult. A fenti tényezőkkel korábbi munkáinkban már foglalkoztunk (11, 14, 15). Összevetettük hazai adatainkat a nemzetközi statisztikákkal, s a hazai népegészségügyi szűrővizsgálatok epidemiológiai indoklása során a szűrési stratégia irányvonalát befolyásoló összefüggésekre próbáltunk fényt deríteni (14-16).

Az eltelt idő azonban új adatokat szült és új összefüggések felismerését tette szükségessé, amelyet a hazai szűrési programok elindulása és tapasztalatai is megköveteltek. Továbbá, az uniós csatlakozással számos olyan kérdés is felmerült,

amelyek megválaszolása csak a nemzetközi, hasonló jellegű népegészségügyi programok főbb célkitűzéseinek és eddigi (valamint várható) eredményeinek ismeretében lehetséges.

Az új halálzási és megbetegedési adatokat valamint a népegészségügyi programunk főbb jellegzetességeit a nemzetközi tapasztalatok és elvárások fényében tárgyaljuk, kiemelve a hasonlóságokat és a közös stratégia kialakításának szükségességét.

A rosszindulatú daganatos megbetegedések halálzási eset- és arányszámjai

Mint már korábban vázoltuk, annak érdekében, hogy a kiemelkedően magas halálzási mutatókat csökkenteni tudjuk, a hazai és nemzetközi halálzási adatokat állandóan figyelemmel kell kísérni és periodikusan elemezni, a rákellenes küzdelem hatékony stratégiájának kialakítása érdekében.

A rosszindulatú daganatos megbetegedések hazai halálzási aránya, valamint ezen belül az egyes lokalizációk részesedése az utóbbi 5 évben (1999-2003) a Központi Statisztikai Hivatal (KSH)

Közlésre érkezett: 2004. október 8.
Elfogadva: 2005. március 1.

Levelezési cím: Dr. Ottó Szabolcs,
Országos Onkológiai Intézet, 1122 Budapest,
Ráth György u. 7-9., Telefon: 1-224-8600, Fax: 1-224-8620,
E-mail: sz.otto@oncol.hu

1. táblázat.

A két nem együttes daganatos halálzási sorrendje. Az utolsó 5 éves hazai daganatos halálzási sorrend mindkét nemről (KSH 1999-2003)

adatai alapján változott (8). Már korábban is jeleztük, hogy a 2000. év a csökkenés éve volt, amely, bár kis mértékben és hullámzó jelleggel, de tartósan jelentkezett, s az 1999-es értékre azóta sem tért vissza. Ez a jelenség mindkét nemnél összesítve, de férfiaknál-nőknél külön-külön is megfigyelhető (1-3. táblázat). Az összesítésekben a D00-D48 esetei nem szerepelnek.

A női daganatos halálzási sorrend azonban változott, előrevetítve egy nemkívánatos folyamat árnyékát. Míg a korábbi években általában az emlőrák volt a listavezető, szorosan nyomában a

vastag- és végbélrákkal, időnként helyet cserélve egymással, addig 2002-2003-ban a töretlen emelkedést mutató tüdőrák került az első helyre, amely sajnálatos módon világszerte (8, 14), s a „férfias” életmód (dohányzás) eredménye lehet.

Az európai statisztika élvonalában elfoglalt helyünk – amelyet korábbi munkánkban ismertettünk (14) – továbbra is kedvezőtlen (12). A három kiemelt lokalizáció tömegszűrése tehát, a nemzetközi elvárásokkal és tapasztalatokkal összhangban, nálunk is indokolt, népegészségügyi program keretén belül.

Kétségtelen tény azonban, hogy néhány év összehasonlítása alapján csak kellő kritikával lehet azt mondani, hogy 2000-ben csökkent a halálzási, míg 2003-ban növekedett. Ezen évek esetszámainak a változása ugyanis olyan csekély, hogy az esetszámok görbéje alig különböztethető meg a legkisebb négyzetes értelemben ráillesztett egyenestől (1. ábra). Az ábrázolt évek esetszámaina ugyanis két egyenes helyezhető: az 1971 és 1995 közötti évekre egy pozitív meredekségű, míg az 1996 és 2003 közöttire egy nullától szignifikánsan nem különböző meredekségű egyenes illik, amely arra utal, hogy ezen időszakban a rosszindulatú daganatos megbetegedések halálzási esetszáma stagnált. Természetesen már önmagában ez is öröndetes jelenség, összehasonlítva a korábbi évek adataival.

Tovább szemlélteti az epidemiológiai helyzetet az az ábrázolásmód, amely a nemenkénti esetszámok idősorai mellett a világnépeség szerint standardizált halálzási arányszámok (ASR (W)) idősorait is feltünteti (2. ábra). Felhívjuk a figyelmet arra a jelenségre, hogy míg mindkét nem esetszámainak idősorai követik az előző ábrákon megjelenő irányt, addig a standardizált sorok rajzolata a két nemnél különböző: míg a férfiaké közel megegyezik az esetszámokéval, addig a nőké attól jelentősen eltér, majdnem konstans az 1971 és 2002 közötti időszakban, amely arra a jelenségre utal, hogy a női népesség öregedési indexe növekedésének a hatása éppen kiegyenlíti az esetszámok növekedését.

Tovább árnyalja a képet a három vezető női daganatos halálok esetszámainak és regressziós egyenesének együttes ábrázolása (3. ábra). Jól nyomon követhető, hogy a colorectalis- és emlőrák halálzási esetszámai 1994-ig azonos meredekséggel és szórással növekedtek, azóta azonban mindkettő stagnál. A tüdőrák okozta halálzási esetszámainak a növekedése 1985 után már felgyorsult, s ugyanezzel a meredekséggel nő ma is, amely szintén arra utal, fentebbi megállapításainkkal összhangban, hogy a tüdőrák okozta halálzási esetszáma nőknél is szignifikánsan meghaladja majd a többi daganatfajtáét, amelyet a standardizált halálzási ráták ábrázolása is alátámaszt (4. ábra).

A népegészségügyi szűrési programban kiemelt lokalizációként szereplő daganatok (méhnyak-, emlő-, vastag- és végbélrák) halálzási adatait öt európai országgal összevetve (18), a női méhnyak-, vastag- és végbélrák hazai helyzete kifejezetten elkeserítő (5-7. ábra).

Lokalizáció	Esetszám				
	1999	2000	2001	2002	2003
1 Tüdő (C33-C34)	7,883	7,824	7,902	7,939	8,201
2 Colorectalis (C18-C21)	4,912	4,886	4,852	4,790	5,098
3 Emlő (C50)	2,387	2,356	2,342	2,270	2,349
4 Gyomor (C16)	2,306	2,310	2,166	2,114	2,035
5 Nyirok- és vérképző. (C81-C95)	1,997	1,895	1,936	1,934	1,847
6 Ajak és szájüreg (C00-C14)	1,618	1,531	1,737	1,717	1,760
7 Hasnyálmirigy (C25)	1,562	1,546	1,561	1,670	1,658
8 Prostata (C61)	1,387	1,413	1,372	1,292	1,308
9 Máj (C22)	972	946	893	916	987
10 Epehólyag és epeutak (C23-C24)	867	843	862	877	810
11 Húgyhólyag (C67)	795	815	842	804	848
12 Vese (C64-C66, C68)	851	838	805	743	787
13 Agy (C71)	712	723	756	723	682
14 Nyelőcső (C15)	723	722	675	675	705
15 Petefészek (C56)	637	652	617	612	679
16 Gége (C32)	650	586	595	602	573
17 Méhnyak (C53)	500	481	539	513	465
18 Méhtest (C54-C55)	520	496	465	428	426
19 A bőr melanómája (C43)	315	314	325	328	330
Összesen:	33,821	33,280	33,318	33,013	33,530

2. táblázat. A férfiak daganatos halálzási sorrendje (KSH 1999-2003)

Lokalizáció	Esetszám				
	1999	2000	2001	2002	2003
1 Tüdő (C33-C34)	5,795	5,727	5,741	5,661	5,849
2 Colorectalis (C18-C21)	2,598	2,514	2,594	2,605	2,787
3 Ajak és szájüreg (C00-C14)	1,361	1,256	1,432	1,435	1,456
4 Prostata (C61)	1,387	1,413	1,372	1,292	1,308
5 Gyomor (C16)	1,354	1,399	1,316	1,252	1,182
6 Nyirok- és vérképző. (C81-C95)	1,048	987	991	997	908
7 Hasnyálmirigy (C25)	771	789	781	860	784
8 Húgyhólyag (C67)	579	600	609	595	638
9 Nyelőcső (C15)	607	588	566	575	588
10 Máj (C22)	543	563	546	582	626
11 Gége (C32)	591	536	525	546	505
12 Vese (C64-C66, C68)	497	475	475	457	457
13 Agy (C71)	373	367	383	360	349
14 Epehólyag és epeutak (C23-C24)	259	266	243	272	243
15 A bőr melanómája (C43)	157	170	188	170	153
Összesen:	19,030	18,732	18,807	18,668	18,827

Nyilvánvaló, hogy míg az ábrázolt országokban a méhnyakrák halálozási arányszáma csökkent, addig nálunk még 3,5-szer akkora ez az érték, mint a többi országban. Szembeszökő továbbá a kétszeres női vastag- és végbélrákos halálozási arány. A női tüdőrák halálozásában megszerzett kiemelkedő szerepünk és az általános növekedési tendencia is nyilvánvaló (8. ábra).

A rosszindulatú daganatos megbetegedések jellemző számadatai a Nemzeti Rákregiszter gyűjtése alapján

Ismeretes, hogy az onkológiai betegek hatékony, korszerű ellátásához a valós megbetegedési adatok nélkülözhetetlenek. A Nemzeti Rákregiszter erőfeszítéseinek és a jelentési fegyelem javulásának megfelelően nőtt az adatszolgáltatás színvonala, s ennek eredményeképpen a felfedezett daganatok túlnyomó többségéről, valamint azok ápolási eredményeiről érkezik jelentés. Az adott naptári években feltüntetett esetszámok (4-6. táblázat) jelenleg előzetes eredményeknek tekinthetők, amelyek ellenőrzése a rendelkezésre álló idősor rövidege miatt még várat magára, s csak ezt követően ad majd lehetőséget reális epidemiológiai vizsgálódásra. Annyi azonban megállapítható, hogy az évi új esetek száma igen jelentős (76 321, 76 027, 75 801 és 75 185), amely a C44 kódjelű, „a bőr egyéb rosszindulatú daganata” kategória levonása után (amely nem része a nemzetközi statisztikáknak) is az onkológiai tervezés átértékelését teszi szükségessé (66 766, 66 276, 66 208 és 65 262), beleértve az esetek tényleges anyagi vonzatát is.

A továbbiakban tehát a Rákregiszter tartalmi hitelességének az állandó ellenőrzése és javítása a fő feladat. A beteghez rendelt BNO kódoknak mindenkor összhangban kell lennie a valós betegséggel.

A rákellenes küzdelem európai „kódexe”

Az „Európai Rákellenes Szabályrendszert” (European Code Against Cancer) 1995-ben hozták nyilvánosságra (4), és az Európai Unió országai számára jelentett valódi „kódexet”, a daganatellenes küzdelem minden területén. Mivel 2004 során 10 újabb ország csatlakozott az Unióhoz, az útmutató „szabályrendszer” aktualizálása vált szükségessé, amely a csatlakozást megelőző évben meg is történt (5). Az egyes országok mortalitási-morbiditási adatainak rövid ismertetése mellett (hazánk kedvezőtlen mutatói ismertek) a prevenció különböző formáival kapcsolatos teendők jelentős hangsúlyt kapnak, különös tekintettel az életmódra (dohányzás, alkoholfogyasztás, táplálkozás) és a szűrésre, amely a népegészségügyi programok számára is útmutató lehet. Nemzetközi (case-control) tanulmányok felmérései alapján nagyobb gyümölcs-, zöldségbevitel mellett foglalnak állást, amely elsősorban a nyelőcső-, gyomor-, vastag-végbél-, és hasnyálmirigy-daganatok kockázatát képes jelentős mértékben csökkenteni.

Nemzetközi adatok alapján egyértelmű, hogy az egyáltalán „nem dohányzó és nem ivó” népességben belül a légzőszervi és felső emésztőrendszeri daganatok kockázati aránya 10-100x kisebb, mint a „dohányzó-ivó” személyek között. Az Európai Unió országai közül (most már hazánkat is beleértve) az elfogyasztott italmennyiség (töményszesz, bor és sör formájában) az ivási szokásokat is tükrözi. Az egyes italajták össz-fogyasztását felmérve hazánk „csak” az 5. helyen áll, töményszeszt tekintve azonban alig szorulunk a lengyelek mögé a 2. helyre, de nálunk a bor-sör mennyisége jóval kevesebb, mint nálunk (5). Ivási szokásainkat a töményszesz-sőrfogyasztás uralja, a kevésbé ártalmas (mérsékelt) borfogyasztás rovására (a szlovákoknál, franciáknál fordított a helyzet).

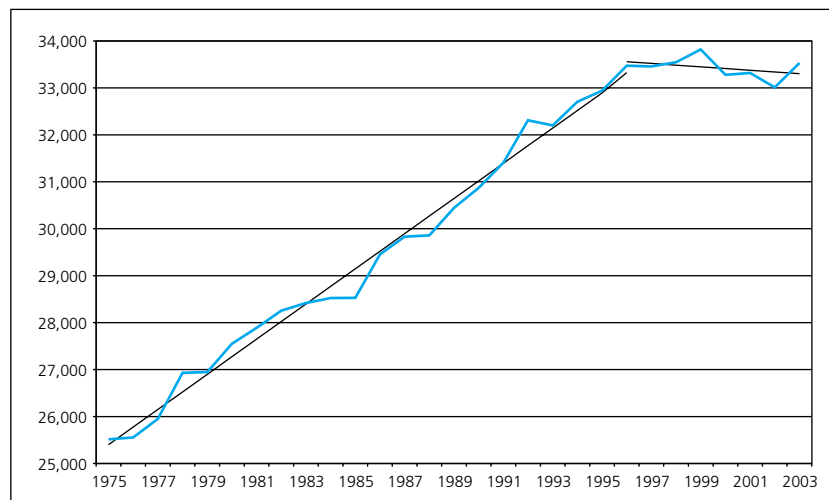
A rosszindulatú daganatok szűrésével kapcsolatos hazai módszertani és szervezeti ajánlások összhangban állnak az uniós brüsszeli hivatalos

3. táblázat.

A nők daganatos halálozási sorrendje (KSH 1999-2003)

Lokalizáció	Esetszám				
	1999	2000	2001	2002	2003
1 Emlő (C50)	2,356	2,316	2,304	2,234	2,309
2 Colorectalis (C18-C21)	2,314	2,372	2,258	2,185	2,311
3 Tüdő (C33-C34)	2,086	2,097	2,161	2,278	2,352
4 Nyirok- és vérképzősz. (C81-C95)	949	908	945	937	939
5 Gyomor (C16)	952	911	850	862	853
6 Hasnyálmirigy (C25)	791	757	780	810	874
7 Petefészek (C56)	637	652	617	612	679
8 Epehólyag és epeutak (C23-C24)	608	577	619	605	567
9 Méhnyak (C53)	500	481	539	513	465
10 Méhtest (C54-C55)	520	496	465	428	426
11 Máj (C22)	429	383	347	334	361
12 Agy (C71)	339	356	373	363	333
13 Vese (C64-C66, C68)	354	363	330	286	330
14 Ajak és szájüreg (C00-C14)	257	275	305	282	304
15 Húgyhólyag (C67)	216	215	233	209	210
16 A bőr melanómája (C43)	158	144	137	158	177
Összesen:	14,791	14,548	14,511	14,345	14,703

1. ábra. A teljes hazai rosszindulatú daganatos halálozás esetszámai és regisztrációs egyenesei (kinagyítva)



bizottsági javaslatokkal (7), valamint az európai rákellenes küzdelem eddigi elveivel és gyakorlatával (4-7), továbbá, az USA általános népegészségügyi jellegű prevenció programjának célkitűzéseivel is (9, 10).

A nemzetközi szűrési ajánlások a méhnyak-, emlő-, vastag- és végbéldaganatok tömegszűrését javasolják, mint elsődleges rákhalálozás-csökkentő tényezőt, amely egybeesik a hazai program célkitűzéseivel is. A rosszindulatú daganatok eredményes gyógykezelésének, az áttétek kialakulása megakadályozásának legfontosabb záloga ugyanis a lehető legkorábbi felismerés (tünetmentes stádiumban), ebben rejlik halálozáscsökkentő értéke is.

A hazai Népegészségügyi Program, mint a nemzetközi rákellenes küzdelem része

A hazai „népegészségügyi szűrővizsgálatok” programjának epidemiológiai indoklása során korábban már elemeztük a magyar népesség rosszindulatú daganatos megbetegedésekkel kapcsolatos egészségügyi helyzetét, keresve a kedvezőtlen mutatók lehetséges okait (15).

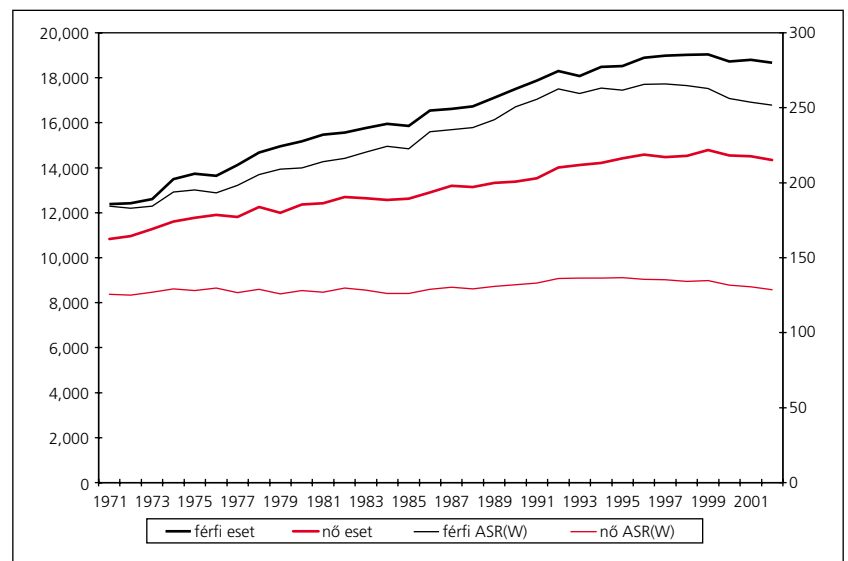
Mind az „Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010”, mind pedig szerves folytatása és bővítése, az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” felismerte és elfogadta azt az európai uniós ajánlást, mely szerint a rákos halálozás csökkentésének a záloga a dohányzás visszaszorítása, a megfelelő szűrési stratégia (az ajánlott 3 lokalizációban), valamint az egészségnevelés, képzés és továbbképzés különböző formáinak megszervezése és folyamatos működtetése (7).

Bár eddig számottevő és értékelhető, biztató eredmény csak az emlőszűrésnél (2) került napvilágra, reálisnak látszik a főcél, 2012-ig a daganatos halálozás 10%-os mérséklése.

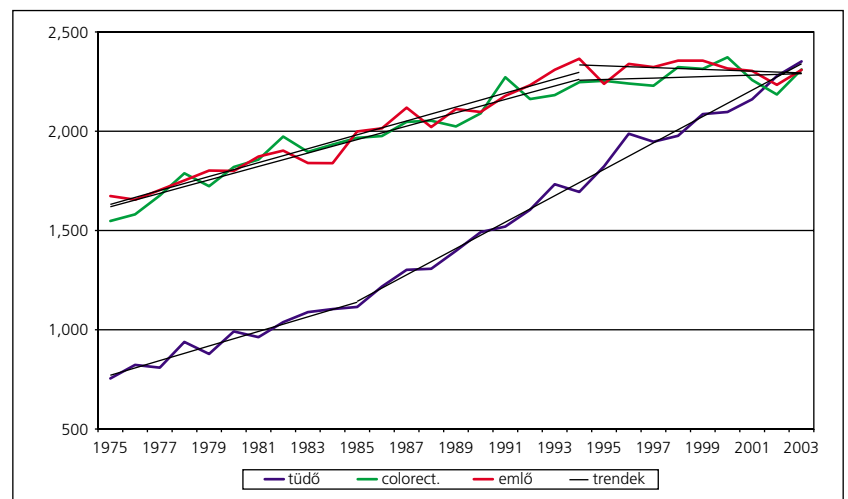
A három legfontosabb alcél (az emlőrák okozta halálozás 30%-os, a méhnyakrák esetében 50%-os, még vastag- és végbélráknál 20%-os csökkenése) azonban csak a reguláris szűrések stratégiájának határozottabb érvényesítésével és szükséges módosításával lehet sikeresen teljesíthető, amelynek során a hazai hagyományok és a nemzetközi ajánlások és elvárások egyensúlyának alakításában jobban érvényre kell juttatni a másutt már bevált szűrési gyakorlatot. A 2003 szeptemberében indult és számtalan szervezési nehézséggel küszködő méhnyakszűrés hatékonyra tétele jelentős szemléletbeli változást is igényel.

A 2004 második felében indulásra kész vastag- és végbélrákszűrési program kezdetben csak néhány központban jelenik meg ez év őszén modell jelleggel, majd ezen eredmények kiértékelésével együtt, folyamatosan terjed ki országos szinten. Több szakterület (pl. gasztroenterológia, patológia, laboratórium, onkológia, sebészet) képviselői találkoznak a szűrési munkát előkészítő és folyamatosan kontrolláló munkacsoportban, amely jól ötvözi a hazai és nemzetközi tapasztalatokat.

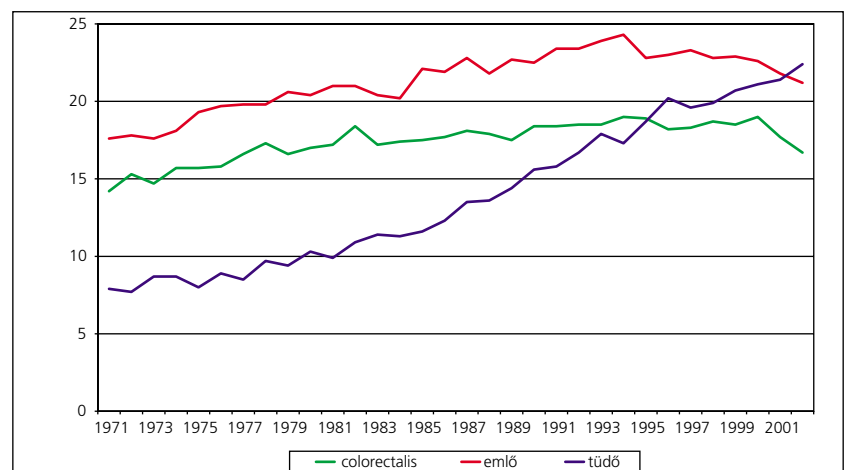
2. ábra. A férfiak és nők halálozási esetszámai és standardizált halálozási arányai (ASR(W)). A női népesség öregedési indexe növekedésének a hatása kiegyenlíti az esetszámok növekedését.



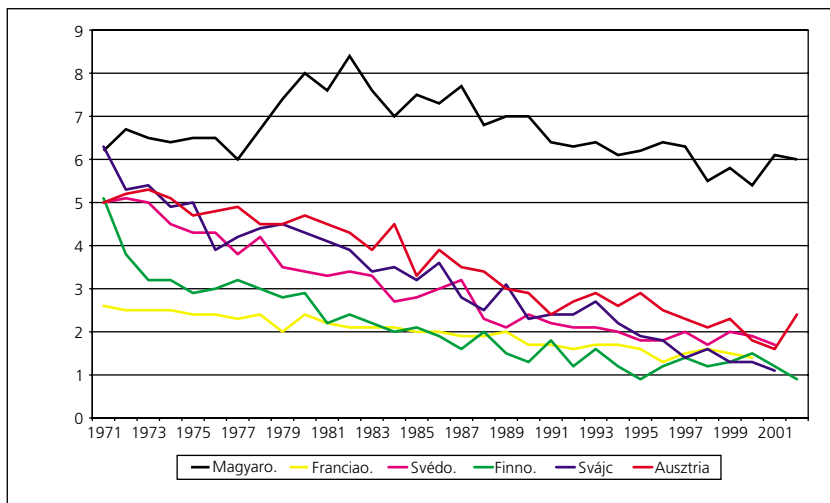
3. ábra. A három vezető női halálok esetszámai és regressziós egyenesei. A colorectalis- és emlőrák halálozási esetszámainak stagnálása 1994 után egyértelmű. A tüdőrák mutatói azonban jelenleg is meredeken emelkednek.



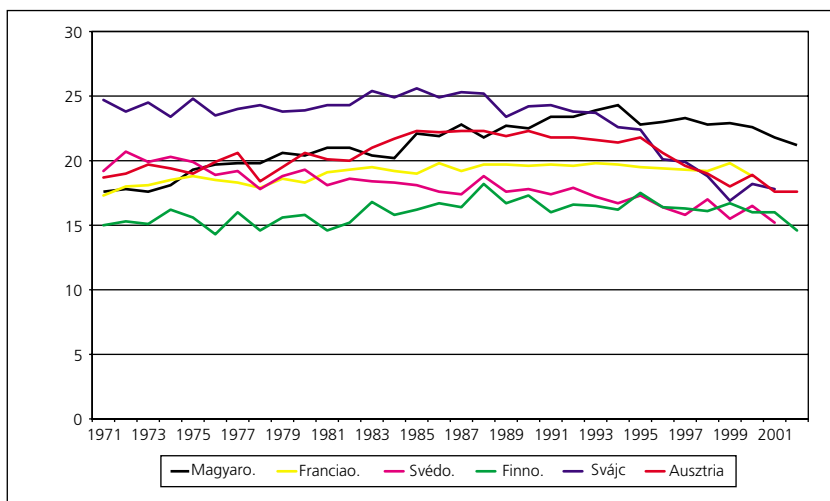
4. ábra. A három vezető halálok standardizált halálozási rátája (ASR(W), 100 ezer lakosra)



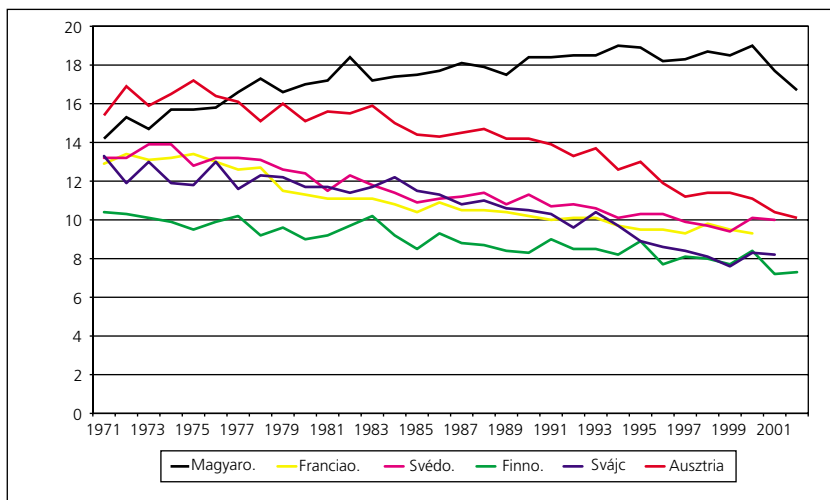
5. ábra.
A méhnyakrák
halálózása (ASR(W),
100 ezer lakosra)



6. ábra. Nők emlőrák okozta halálózása (ASR(W), 100 ezer lakosra)



7. ábra. Nők vastag- és végbélrák okozta halálózás (ASR(W), 100 ezer lakosra)



Egyik legfontosabb feladatunk az „európai uniós harmonizáció” megvalósítása ezen a területen is, amelynek alapvető feltétele a halálózási és gyakorisági adatok egységes elvek szerint történő gyűjtése és értékelése. Mivel az összehasonlítás alapjául szolgáló nagy nemzetközi statisztikákban megjelenő adatok rendszerint 3-4 éves késés-

sel kerülnek napvilágra, s a matematikai modellezésből is számos bizonytalansági tényező fakad (6), tudomásul kell venni, hogy reális adatokat csak reális nyilvántartási rendszer szolgáltathat, amelynek egyik pillére a halottvizsgálati/halotti bizonyítványok kitöltési elveinek (és gyakorlatának) egységesítése. Ha ugyanis egy halálesetet rosszindulatú daganatnak tulajdonítunk, akkor a „rák diagnózisnak” pontosnak és hitelesnek kell lennie, amelyet a halotti bizonyítványon úgy kell feltüntetni, mint kétséget kizáró haláloki tényezőt, amely nem azért tekinthető haláloknak, mert az elhunyt „daganatos múltja” az adminisztrációt egyszerűbbé teszi. A részleteiben is egységesített halotti bizonyítványok kiadása tehát hitelesebb adatszolgáltatást eredményezhet (6, 14). Az idevágó hazai gyakorlat erősen kétséges, megváltoztatása feltétlenül indokolt.

A Nemzeti Rákregiszter adatgyűjtése az adatszolgáltatási kör bővülése (járóbeteg-rendelés) miatt valószínűbbé vált. Számos „tisztulási” folyamaton ment keresztül. Feltétlenül kívánatos, hogy a hazai rákgyakorisági helyzet megítélésére és nemzetközi összehasonlítására ne becsült adatok, hanem a bejelentett esetek szolgáljanak alapul.

A fenti „harmonizációs” törekvések más vonalon is elindultak, így a Nemzeti Rákkontroll Programok megújításán keresztül akkreditált onkológiai centrumok kialakítását szorgalmazva. A közelmúltban az Országos Onkológiai Intézet jelentős európai integrációs szerepet kapott ezen a területen (13), amely azonban az egész magyar onkológia közreműködését igényli. Az Intézet erről a tevékenységről folyamatosan tájékoztatja a népegészségügyi program és a szakminisztérium vezetőit, az érdekelt tudományos társaságokat és szakmai kollégiumokat.

Rákellenes program Európában (1985-2000)

A nyolcvanas évek közepén a rákstatistikák tanúsága szerint nyilvánvalóvá vált, hogy a daganatos betegségek pusztító erejének megállítására (mérséklésére) hatékony európai programot kell kidolgozni. 1986-ban ez meg is történt (6), amelynek elsődleges (fő) célját a 2000-re várható rákhalálózás 15%-os csökkentése képezte.

Az Európai Bizottság (European Commission) a „partnerségi megközelítés” elve alapján mindenkit be kívánt vonni az „országos szinten” szerveződő rákellenes küzdelembe. Svédország, Ausztria és Finnország így került a programba, bár a terv kifejlesztésekor még nem voltak uniós tagállamok. A „partnerségi körbe” elismert onkológus szaktekinvélyeket (Committee of Cancer Experts), tudományos és civil ráktársaságokat, háziorvosokat, magas rangú minisztériumi tisztségviselőket, televíziós producereket is bevontak.

A Bizottság a főcélon (15%-os halálózási arány-csökkenés) kívül három alcélt határozott meg: a dohányzás visszaszorítását (kapcsolódó törvényi szabályozással), az ismert három lokali-

zációra kiterjedő tömegszűrés megszervezését, valamint az egészségnevelésre és -képzésre vonatkozó tevékenységet, széleskörű szervezőmunkával együtt.

Az egyes országok eltérő egészségügyi szerkezetéből, adminisztrációjából (pl. halottvizsgálati bizonyítvány formája, adatai stb.) fakadó hibalehetőségek kiküszöbölésére életkor-specifikus ráttákkal, standardizált mortalitási arányszámokkal (az egyes EU-országokra absztrahálva) dolgoztak. A program kiértékelése, hatékonyságának megítélése során kiderült, hogy a 2000. év végére a főcél maradéktalan teljesítése nem sikerült, mivel a halálozáscsökkenés uniós átlaga férfiaknál 10%, nőknél pedig 8%-os volt, Ausztria és Finnország kivételével, akik „hozták” az eredeti tervet, a 15%-os csökkenést. Lassúbb ütemű, de kedvező eredményt értek el Portugáliában, Spanyolországban és Svédországban, míg a legkevésbé hatékony programot Dániában és Görögországban lehetett megfigyelni. Kevés kivételtől eltekintve, a legtöbb országban csökkenő tendenciák érvényesültek, amelyek folytatódása várható a közeli jövőben. Aggasztó általános jelenség azonban a női tüdőrák fokozódó halálozási aránya.

A Bizottság következtetései két pontban csúcsosodtak ki: 1.) fokozott dohányzásellenes küzdelem, 2.) szervezett rákszűrések minden tagállamban. A végkövetkeztetés szerint „ha a rákkontrollon belül a hangsúly változatlanul a prevención lesz, akkor várható, hogy a rákos halálozási arányok a jövőben tovább csökkenjenek” (6).

Az „Egészséges USA 2010” népegészségügyi program alapvető célkitűzései és előzményei

Az európai programmal körülbelül egyidőben az USA Nemzeti Rákintézet (National Cancer Institute) hasonló célokat tűzött ki maga elé. Az Amerikai Egyesült Államokban ugyanis a rosszindulatú daganatos megbetegedések előfordulási és halálozási gyakorisága két évtizedes (az 1970-es és 1980-as évek) emelkedés után az 1990-es években csökkenni kezdett, amely kétségtelenné tette, hogy az elmúlt évek daganatellenes küzdelme gyümölcsöző volt, s nem véletlenszerű jelenséget figyelhetünk meg (6, 12).

Az USA rákellenes küzdelme már több évtizedre vezethető vissza, s eredményeihez a bizonyítékokon alapuló beavatkozások elterjedése, jelentős központi források igénybevétele, helyi és magántőke bevonása egyaránt hozzájárult. Nyilvánvalóvá vált, hogy a két legfontosabb, megelőzhető, vagy kiküszöbölhető kockázati tényező (a dohányzás és az elégtelen táplálkozás) felelős az összes daganatos halálozás közel kétharmadáért.

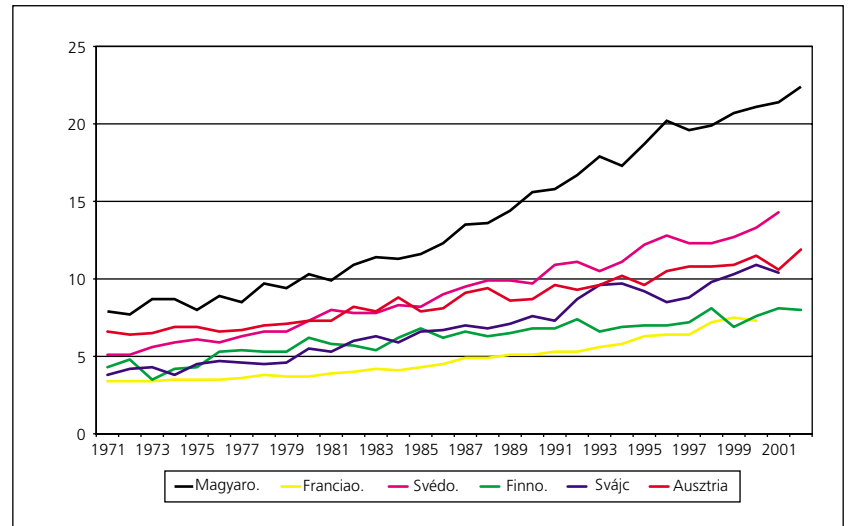
A primer prevenció terén kifejtett erőfeszítések eredményének cáfollhatatlan példája a dohányzásellenes kaliforniai kampány, melynek hatására 1988-1997 között az egy főre jutó cigarettafogyasztás felére csökkent, s az ezt követő évtizedben a tüdőrákok előfordulási gyakorisága mindkét nemnél csökkent. A férfiaknál 50% fe-

letti arányban, amelyet a többi államban meg sem tudtak közelíteni.

A változás igénye tehát égetővé vált, s az Amerikai Ráktársaság 2015-ig a daganatos kórképek előfordulását 25%-kal, míg halálozási arányát 50%-kal kívánja csökkenteni.

Kétségtelen, hogy a fenti arányok túl merésznek látszanak, mivel az USA egészségügyét is számtalan béklyó korlátozza. Egyrészt egyértelművé vált, hogy – az egyes népcsoportok szociális

8. ábra.
A nők tüdőrák okozta halálozása (ASR(W), 100 ezer lakosra)



4. táblázat. A felfedezett és a Nemzeti Rákregiszternek bejelentett új rosszindulatú daganatok száma 2001 és 2004 között a két nemre együttl

Lokalizáció	Esetszám				
	2001	2002	2003	2004	négy év
1 Tüdő (C33-C34)	11,620	11,079	10,571	10,042	43,312
2 Bőr egyéb (C44)	9,555	9,751	9,593	9,923	38,822
3 Colorectalis (C18-C21)	8,947	8,712	8,658	8,841	35,158
4 Emlő (C50)	7,448	8,551	8,400	7,744	32,143
5 Ajak és szájüreg (C00-C14)	3,894	3,771	3,628	3,815	15,108
6 Prostata (C61)	2,839	3,102	4,396	4,031	14,368
7 Nyirok- és vérképző. (C81-C95)	3,466	3,036	3,148	3,271	12,921
8 Húgyhólyag (C67)	2,387	2,515	2,679	2,502	10,083
9 Gyomor (C16)	2,604	2,446	2,362	2,511	9,923
10 Vese (C64-C66, C68)	2,220	2,209	2,198	2,246	8,873
11 Hasnyálmirigy (C25)	1,794	1,968	1,747	1,848	7,357
12 A bőr melanómája (C43)	1,553	1,728	1,816	1,939	7,036
13 Agy (C71)	1,639	1,680	1,593	1,501	6,413
14 Gége (C32)	1,511	1,351	1,310	1,381	5,553
15 Méhtest (C54-C55)	1,375	1,235	1,258	1,283	5,151
16 Petefészek (C56)	1,329	1,323	1,215	1,202	5,069
17 Méhnyak (C53)	1,422	1,211	1,230	1,188	5,051
18 Máj (C22)	1,274	1,237	1,202	1,219	4,932
19 Epehólyag és epeutak (C23-C24)	1,086	1,160	967	1,055	4,268
20 Nyelőcső (C15)	955	960	838	814	3,567
21 Here (C62)	583	631	600	597	2,411
22 Pajzsmirigy (C73)	598	563	558	518	2,237
Összesen:	76,321	76,027	75,801	75,185	303,334
Összesen C44 nélkül:	66,766	66,276	66,208	65,262	264,512

5. táblázat. A felfedezett és a Nemzeti Rákregiszternek bejelentett leggyakoribb új rosszindulatú daganatok nemenkénti száma 2001 és 2004 között (férfiak)

Lokalizáció	Esetszám				
	2001	2002	2003	2004	négy év
1 Tüdő (C33-C34)	7,868	7,430	7,028	6,620	28,946
2 Colorectalis (C18-C21)	4,652	4,592	4,551	4,705	18,500
3 Bőr egyéb (C44)	4,503	4,470	4,302	4,473	17,748
4 Prostata (C61)	2,839	3,102	4,396	4,031	14,368
5 Ajak és szájüreg (C00-C14)	3,048	2,864	2,793	2,878	11,583
6 Húgyhólyag (C67)	1,641	1,751	1,807	1,697	6,896
7 Nyirok- és vérképző. (C81-C95)	1,671	1,489	1,528	1,582	6,270
8 Gyomor (C16)	1,498	1,428	1,384	1,382	5,692
9 Vese (C64-C66, C68)	1,308	1,283	1,235	1,274	5,100
10 Gége (C32)	1,301	1,146	1,113	1,177	4,737
11 Hasnyálmirigy (C25)	941	1,043	903	953	3,840
12 Agy (C71)	803	824	792	784	3,203
13 A bőr melanómája (C43)	726	790	789	854	3,159
14 Nyelőcső (C15)	764	773	666	658	2,861
15 Máj (C22)	708	718	673	699	2,798
16 Here (C62)	583	631	600	597	2,411
17 Epehólyag és epeutak (C23-C24)	379	434	338	407	1,558
Összesen:	38,647	37,884	37,961	37,724	152,216
Összesen C44 nélkül:	34,144	33,414	33,659	33,251	134,468

6. táblázat. A felfedezett és a Nemzeti Rákregiszternek bejelentett leggyakoribb új rosszindulatú daganatok nemenkénti száma 2001 és 2004 között (nők)

Lokalizáció	Esetszám				
	2001	2002	2003	2004	négy év
1 Emlő (C50)	7,152	8,271	8,188	7,546	31,157
2 Bőr egyéb (C44)	5,052	5,281	5,291	5,450	21,074
3 Colorectalis (C18-C21)	4,295	4,120	4,107	4,136	16,658
4 Tüdő (C33-C34)	3,752	3,649	3,543	3,422	14,366
5 Nyirok- és vérképző. (C81-C95)	1,795	1,547	1,620	1,689	6,651
6 Méhtest (C54-C55)	1,375	1,235	1,258	1,283	5,151
7 Petefészek (C56)	1,329	1,323	1,215	1,202	5,069
8 Méhnyak (C53)	1,422	1,211	1,230	1,188	5,051
9 Gyomor (C16)	1,106	1,018	978	1,129	4,231
10 Vese (C64-C66, C68)	912	926	963	1,085	3,886
11 A bőr melanómája (C43)	827	938	1,027	972	3,764
12 Ajak és szájüreg (C00-C14)	846	907	835	937	3,525
13 Hasnyálmirigy (C25)	853	925	844	895	3,517
14 Agy (C71)	836	856	801	717	3,210
15 Húgyhólyag (C67)	746	764	872	805	3,187
16 Epehólyag és epeutak (C23-C24)	707	726	629	648	2,710
17 Máj (C22)	566	519	529	520	2,134
18 Pajzsmirigy (C73)	454	438	415	395	1,702
Összesen:	37,674	38,143	37,840	37,461	151,118
Összesen C44 nélkül:	32,622	32,862	32,549	32,011	130,044

és anyagi helyzetéből adódó különbségek alapján – „a szegénység önmagában is erősen rákkeltő hatású”, továbbá „a daganatos betegségek megelőzése és kezelése a szociális igazságosság egyik alapja” (3, 10). Különösen nehéz azt érvényre juttatni egy olyan óriási országban, ahol a népesség 12%-a (az afroamerikaiak között 20%, a latin származásúaknál pedig 22%) rossz anyagi körülmények között él, s a lakosság 15%-ának (44 millió ember) nincs egészségbiztosítása, amely a szakintézményi háttér elérhetetlenségét is jelenti (10).

Az „Egészséges USA 2010” népegészségügyi program ezért realisabb célkitűzéseket és akcióprogramokat részesít előnyben, amelyek összhangban állnak a magyar Népegészségügyi Program prioritásaival, s a számos kapcsolódási pont már most lehetővé tette államközi együttműködés alapjainak a lefektetését. A megelőzés és a minél korábbi felfedezés mindkét nemzeti program elsődleges célkitűzése (9, 17).

Következtetések és a jövőbeni stratégia alapelvei

- Az utolsó 6-8 év során a hazai halálozási mutatók stagnálása figyelhető meg.
- A Nemzeti Rákregiszter munkája az adatgyűjtési gyakorlat módosulása során kedvező változásokon ment keresztül, s a megbetegedési arányokról valósabb képet nyerhetünk.
- Az ajak-szájüregi daganatok és a prosztaták bejelentett esetei számának nagyarányú növekedése alapján e daganatok hazai szűrésére (korai felkutatására) a jövőben a népegészségügyi program keretében szükséges tervet készíteni.
- A halálozási mutatók alakulása a női daganatok nagy pusztító erejű lokalizációinál – főleg a tüdőrákot illetően – aggasztó jelenség, amely elsősorban az életmóddal, életstílussal kapcsolatos.
- A halálozási adatok (és az európai rákhelyzet) reális megítélése csak egységes elvek alapján történhet, amelynek döntő fontosságú láncszeme a halottvizsgálati/halotti bizonyítványok kitöltése; a halál közvetlen okaként csak pontosan diagnosztizált rosszindulatú daganat jelölhető meg.
- Az Országos Onkológiai Intézet (majd fokozatosan az onkológiai centrumok) európai akkreditációja sürgősen megoldandó kérdés.
- A hazai népegészségügyi program folyamatos összevetése hasonló nemzetközi programokkal, a kollaborációs lehetőségek kiaknázásával hatékonyabb munkát eredményezhet.
- Az alapvetési területek kiválasztása terén az epidemiológiai ismeretek ma már nélkülözhetetlenek, az eredményeknek kapcsolódniuk kell a szűrési és korai felkutatási programok célkitűzéseivel, s a betegágy melletti munkával.

Köszönetnyilvánítás

A mortalitás és morbiditási adatok szolgáltatásáért köszönetet mondunk Gaudi István úrnak.

Irodalom

1. Anonymous. Magyarország egészségügyi rendszere. Magyarország lakosságának egészségi állapota. Budapesti Népegészségügy 35:203-204, 2004
2. Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja 2003. évi előrehaladásáról. A Magyar Köztársaság Kormánya J/9822. számú Tájékoztatója. Budapest, 2004. április
3. Bal DG. Daganatstatisztika 2001: Quo vadis, avagy hogyan tovább? CA Cancer J Clin magyar kiadás 1:41-42, 2001
4. Boyle P, Veronesi U, Tubiana M, et al. European School of Oncology advisory report to the European Commission for the „Europe Against Cancer Programme” European Code Against Cancer. Eur J Cancer 31A:1395-1405, 1995
5. Boyle P, Autier P, Bartelink H, et al. European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). Ann Oncol 14:973-1005, 2003
6. Boyle P, d’Onofrio A, Maisonneuve G, et al. Measuring progress against cancer in Europe: has the 15% decline targeted for 2000 come about? Ann Oncol 14:1312-1325, 2003
7. Commission of the European Communities. Council Recommendation on cancer screening. Brussels, 5.5.2003 COM/2003/230 final 2003/0093/CNS/
8. Demográfiai évkönyv kötetei, KSH, Budapest 1975-2003
9. Eschenbach AC. A vision for the National Cancer Program in the United States. Nat Rev Cancer 4:820-828, 2004
10. Freeman HP. Szegénység, kultúra és szociális igazságtalanság. CA Cancer J Clin magyar kiadás 4:56-60, 2004
11. Kásler M, Németh Gy, Ottó Sz. A Magyar Nemzeti Rák-kontroll Program (MNRKPI) vázlata. Magyar Onkológia 38(Szuppl):1-28, 1994
12. Levi F, Lucchini F, Negri E, et al. Trends in cancer mortality in the European Union and accession countries, 1980-2000. Ann Oncol 15:1425-1431, 2004
13. OECI 25. Annual Meeting. OECI accreditation of cancer centres. Berlin 20-22 May 2004
14. Ottó Sz, Kásler M. Rákmortalitás és -incidencia hazánkban, az európai adatok tükrében. Magyar Onkológia 46:111-117, 2002
15. Ottó Sz. A hazai „népegészségügyi szűrővizsgálatok” programjának epidemiológiai indoklása. Orvosi Hetilap 48:2347-2351, 2003
16. Ottó Sz. A magyarországi epidemiológiai adatok szerepe a colorectalis daganatok szűrésében. Eur J Gastroenterol Hepatol magyar kiadás 6:209-213, 2003
17. Útjelentés az EszCsM miniszteri delegáció washingtoni látogatásáról. Washington, 2004. július 8-10. Egészségügyi Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest 21004-8/2004-1006CIM
18. www - dep.iarc.hu

HIRDETMÉNY

SZEGEDI EMLŐRÁK SZIMPÓZIUM**SZEGED, 2005. SZEPTEMBER 16-18.**

A Szegedi Tudományegyetem ÁOK Emlőcentruma tudományos továbbképző szimpóziumot rendez onkológus, radiológus, patológus és sebész szakorvosok, szakorvos-jelöltek, valamint a témában érdekelt kutatók részére.

A rendezvény akkreditált; a részvétel (záróvizsgával) 40 kreditpont szerzésére jogosít.

Fő témakörök: emlőszűrés, emlődiagnosztika, emlőpatológia, emlőrák-sebészet, adjuváns kemoterápia, adjuváns, hormonterápia, sugárterápia, Clinical Trial

Szervező iroda:

Congress & Hobby Service, 6701 Szeged, Pf.: 1022. Telefon: 62-484-531, Fax: 62-450-014
e-mail: info@prof-congress.hu

Információk, bejelentkezés az Interneten is: <http://prof-congress.hu/2005/szesz>