

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

A méhnyakrákszűrés öt évtizede Magyarországon

DÖBRÖSSY LAJOS DR.

Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest

BEVEZETÉS Európa számos országában – a szervezett szűrőtevékenységnek tulajdoníthatóan – a méhnyakrák miatti halálozás olyan mértékben csökkent, hogy a méhnyakrák „eradikálásáról” – mutatis mutandis – reális célkitűzésként beszélnek (1). A méhnyakrák Magyarországon sem jelent népegészségügyi súlyú betegséget, hiszen a Nemzeti Rákregiszternek évente „mindössze” 1200-1300 új betegséget jelentenek; 2004-ben 493 asszony halt meg e betegség következtében, és ezzel a nők daganatos halálozási sorrendjében „mindössze” a 9. helyen áll (2). Az évenkénti halálozás az 1970-es és 1980-as években mérthez képest valamelyest csökkent, ám ma is évi 500 körül „lebeg” (KSH). Ha azonban tekintetbe vesszük, hogy a „eradikálás” lehetősége a szűrővizsgálattal adott, ez a szám megcsökkenthetően magas, hiszen a mértékadó szakmai közvélemény már 1980-as évek közepén minden egyes méhnyakrák miatt bekövetkezett halálesetet „inkompetenciának” tulajdonított (3), amelyért vagy az asszonyoknak a saját sorsukkal szemben tanúsított közömbössége, vagy az egészségügyi ellátórendszer fogyatékosságai felelősek.

Miért lehet a méhnyakrákszűrés „sikertörténet” Európa egyik felében, és Magyarországon miért nem az?

MAGYARORSZÁGI ELŐZMÉNYEK

KOLPOZSKÓPIA, CITOLÓGIA: KOLPOZSKÓPIA ÉS CITOLÓGIA Magyarországon – Lehoczky Győző munkássága nyomán – már az 1950-es években törekedtek a „korai kórmegállapításra” és a „rákmegelőzésre”. Az Országos Onkológiai Intézet és az Onkológiai Hálózat működési szabályzata már 1954-ben elrendelte a 30 év feletti nők „tömeges szűrését” (Eü. Min. 8834/31/1954.). Az alkalmazott szűrővizsgálati módszer kizárólag a kolposzkóp volt, bár egyes újító hajlamú klinikusoknak köszönhetően (Vácz, Oppe, Görcs) a „kolpocitológia” nálunk már akkor sem volt ismeretlen (4). A sejtvizsgálatot – a méhszáj felszínéről és a nyakcsatornából vett sejt minta mikroszkópos vizsgálatát – a nyugati

országokban is csak később, az 1960-as években kezdték alkalmazni tünetmentes nők szűrővizsgálatára. Kézenfekvő volt a két eljárás együttes alkalmazása: a kolposzkópia a sejtvizsgálattal együtt a „komplex szűrővizsgálati módszer” része lett (5).

CITOLÓGIAI ÉS KOLPOZSKÓPOS HÁLÓZAT KIÉPÍTÉSE A sejtvizsgálat is gyors fejlődésnek indult. Az 1960-as évek második felében az Onkopatológiai Kutatóintézet létrehozta az első 10 „citodiagnosztikai állomást”. Meggondolva, hogy művelése morfológiai jártasságot igényel, a citológiai munka jól működő patológiai osztályokra települt. Számuk évről-évre nőttön-nőtt, 1976-ban már 62 laboratóriumban végeztek rendszeresen sejtkenetszűrési munkát (6-7). Felismerve, hogy a tömeges szűrővizsgálat olyan igényeket teremt, amely meghaladja a csekély számú, munkával túlterhelt patológusok teljesítőképességét, 1972-ben megindult, majd a következő években folytatódott a citológiai előszűrő szakasszisztensek intézményes képzése. Az előszűrők rendszerbe állításával megteremtődtek a tömeges szűrővizsgálatok feltételei (8).

Kezdetben a kolposzkópia használata túlnyomóan csak a daganatgyógyászok „kiváltsága” volt. Rövidesen megoldódott a klinikai teherbíró képesség is oly módon, hogy 1976-ban az Országos Onkológiai Intézet és az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet közös módszertani levelet adott ki (Eü. Min. engedélyezési szám: 35698/76.), amely megállapítja, hogy „...minden szülész-nőgyógyásznak kötelessége, hogy a lehetőségek határain belül maximális éberséggel szolgálja a korai kórmegállapítást”. Leszögezte, hogy a kolposzkópos és sejtvizsgálat nélkülözhetetlen része a nőgyógyászati szakellátás keretein belül megoldandó „onkológiai szűrésnek” (4). Úgy rendelkezett, hogy „minden 20 évnél idősebb nőn végzett első nőgyógyászati vizsgálatot egyúttal szűrővizsgálatnak kell tekinteni”, amelyet negatív esetben évenként meg kell ismételni. Ezután a nőgyógyászati szakhálózat beindult, és a „komplex szűrés” lendületet vett (9-10)

A „CERVIX-PROGRAM” 1981-ben, amikor az ország nőlakosságának átszűréséhez szükséges kapacitás rendelkezésre állt, kampányjelleggel meghirdették a méhnyakrák-halálozás csökkentését célzó „cervix-programot”, amely élénk visszhangra talált. Az 1980-as években a citológiai vizsgálattal kiegészített „komplex szűrővizsgálatok” száma elérte az évi 1,3 milliót.

Levelezési cím:

Dr. Döbrössy Lajos

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

2181 Iklad, Parti út 33.

Telefon: (36-28) 403-228 Távmásoló: (36-28) 403-228

E-posta: dobrossy@freemail.hu

A szűrés nyomán sok szakorvosi figyelmet érdemlő rákmegelőző állapot „került horogra”, a kórismézett rákok között túlsúlyra jutottak a még nem invazív korai formák, és csökkent az elhanyagolódott állapotban kezelésre került asszonyok száma, ámde a népesség „átszűrtsége” nem javult, és méhnyakrákból származó halálozás érdemlegesen nem csökkent, hanem magas szinten (évi 5-700 haláleset között) állandósult. A „cervix-program” tehát nem érte el kitűzött célját (11). Elemzők szerint azért nem, mert, csakúgy, mint a korábbi szűrési gyakorlatot, a szervezethez hiánya, az alkalmosság jellemezte. A „minden nőorvosi vizsgálat egyben szűrővizsgálat is” elv érvényesült, ezért: bárki, bármely okból, valahányszor csak nőgyógyászati vizsgálatban részesült, egyben „komplex szűrővizsgálatát” is elkönyvelték. Ennek következtében a vizsgált kenetek száma a magasba szökött. A kenetszám ismert volt, mert országosan regisztrálták, ámde nem volt nyilvántartás arról, hogy ki részesült szűrővizsgálatban, és ki nem. A nagy számok mögött az az egyszerű tényállás húzódott meg, hogy a nőlakosság egyik, rendszeresen nőgyógyászhoz járó hányadát szükségtelen gyakorisággal szűrték, a másik, nőgyógyászhoz nem járó – a jelek szerint nagyobb – hányadát viszont sohasem. Az utóbbiak sorából kerültek ki a halálos kimenetelű méhnyakrákok.

ÚJRAÉLESZTÉSI KÍSÉRLETEK A rendszer bukása nyilvánvalóvá lett. A kudarcot nemcsak a szakemberek látták, hanem az egészségügyi kormányzat is felismerte, hogy tenni kell valamit a méhnyakrákszűrés kialakult rendszerének „újraélesztése” érdekében. 1993-ban adódott a Magyar Kormány és a Világbank közötti kölcsönegyezmény, amelynek népegészségügyi felzárkózási („Close the gap.”) programjában – más másodlagos megelőzési tevékenységek mellett – helyet kapott a méhnyakrákszűrés újraszervezése és korszerűsítése is. A feladat az volt, hogy a modell-program keretében igyekezzenek érvényt szerezni a korszerű szakmai és szervezési irányelveknek (12).

A KORSZERŰ SZAKMAI ÉS SZERVEZÉSI IRÁNYELVEK A 1980-as évek közepére, világszerte, a méhnyakrákszűrésről olyan kritikusan tömegű pozitív és negatív tapasztalat gyűlt össze, amely alkalmat adott az Egészségügyi Világszervezet (WHO), annak Nemzetközi Rákkutatási Ügynöksége (WHO/IARC) és a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) témaszakértőkből álló munkacsoportjának az adatok elemzésére és következtetések levonására. Munkájukban az egészségügyi technológiaelemzés, a bizonyítékon alapuló orvoslás („evidence-based medicine”) és a bizonyítékon alapuló népegészségügy („evidence-based public health”) elveit és feltételrendszerét alkalmazták. Következtetéseiket 1986-ban tették közzé (13), és az abban foglalt ajánlásokat tekintik a mértékadó szakmai és szervezési irányelveknek.

SZERVEZETT VAGY ALKALOMSZERŰ SZŰRÉS Megfogalmazták a „szervezett szűrés” („organised screening”) fogalmát, amely a szűrésen való részvétel optimalizálását célozza. Lényege az, hogy a szűrésre jogosult személyeket egyénileg, személy szerint tartják nyilván, hívják meg szűrővizsgálatra, és ha kell, követik, majd a meghatározott szűrési intervallum elteltével ismételtlen meg-

hívják. Ebből a célból Szűrési Nyilvántartást működtetnek. Ez elejét veszi a felesleges gyakorisággal ismételt szűrésnek, és megállapíthatóvá teszi, hogy ki vett részt, és ki nem vett részt szűrésen. A szervezett szűrés kezdeményezésének feltétele az, hogy hatására – epidemiológiai módszerekkel kimutathatóan – csökken a célbetegségből származó halálozás a céllakosságban. Ha ez a feltétel nem teljesül, a tünetmentes daganat kimutatására alkalmas módszert szervezeten, azaz „meghívásos és vizsgálószahívásos” alapon nem, csak alkalmosságú, azaz más orvos-betegtalálkozáshoz kötötten lehet alkalmazni.

SZŰRÉSI TERV: KIKET, MILYEN GYAKRAN? A felhasználható forrásokat akkor alkalmazzák leghatékonyabban, ha azokat a korcsoportokat vonják be a szűrésbe, akiknél a méhnyakrák kialakulásának a kockázata legnagyobb. Azt ajánlják, hogy egy új program (szűrés források esetén) a 30 év feletti szűrésével induljon, de semmiképpen ne terjedjen ki a 25 évnél fiatalabbakra, még akkor sem, a méhnyakrák „klinikai gyakorisága” ennél fiatalabb korban ezt indokolni látszik. 25-49 év közöttieket – ha a források megengedik – háromévenként ajánlatos szűrni, 50 év felett még ennél is ritkábban. Évenkénti szűrővizsgálat semmilyen életkorban nem ajánlott (14). A 3-5 évnél gyakrabban alkalmazott szűrővizsgálatnak – az évenkéntihez mérten elhanyagolható a haszna, a költsége viszont többszörös, ezért, mint népegészségügyi gyakorlat, kerülendő (15).

SZŰRÉSI MÓDSZER(EK) A méhnyakrákszűrés kizárólagos módszere világszerte a citológiai vizsgálat, azaz hüvelyi feltárástban a porció felszínéről és a nyakcsatornából nyert sejtmintából készített kenet mikroszkópos vizsgálata. A citológiai véleményt kezdetben az eredeti Papanicolaou-féle osztályozás szerint minősítették (I-V csoport), majd a Richart szerinti CIN-osztályozás (CIN1-CIN3, invazív rák) nyert teret. Napjainkban az ún. Bethesda-rendszer alkalmazása van elterjedőben (16). A különböző osztályozások egyes kategóriái egymásnak megfeleltethetők. A módszer érzékenysége (65-86%) és fajlagossága (85-98%) függ a vizsgáló gyakorlottságától, ám a gyakorlat igényeinek megfelelőnek tartják. Az 1990-es évek közepétől kezd elterjedni az ún. folyadék-alapú citológia („liquid-based cytology”), amely a folyadékba felvett sejtmintát tárgylemezre ülepítés után vizsgálja. Kezdeti tapasztalatok szerint a tisztább háttérű, jobb minőségű készítmény pontosabb véleményezést enged meg. A citológiai vizsgálat kellő számú, szervezett laboratóriumi héttérrel bíró, jól képzett szakember működését tételezi fel; a minősített sejtanalízis a képzett előszűrők munkáját felügyelik.

A forráshiánnyal küzdő, főleg fejlődő országokban a méhnyakfelszín szabad szemmel történő megtekintését ajánlják Lugol-oldattal vagy ecetsavas kezeléssel, vagy anélkül („visual inspection”). A kezdetleges módszertől a korábbi felismerést, az elhanyagolódott esetek számának csökkenését („down staging”) remélik (14).

A kolposzkóp használata – Hinselmann nyomán – mélyen gyökereszik a német befolyás alatt álló orvosi iskolákban (így hazánkban

is). Értékét a nőgyógyászati klinikai diagnosztikában messzemenően elismerik, bár hangsúlyozzák, hogy a látott, és nemzetközi irányelvek szerint osztályozott morfológiai elváltozások minősítése megfelelő szövettanászokra vár (17). „Elsődleges” szűrővizsgálatra csak egyidejűleg végzett sejtkenetvizsgálattal együtt tartják alkalmasnak (18), nemcsak azért, mert viszonylag drágább és jelentős szakemberigénye van, hanem azért, mert a nyakcsatorna elváltozásainak kimutatásával – érthető módon – adós marad (19-20). Kétségtelen, hogy a két módszer együttes alkalmazása csökkenti a citológiai tévesen megítélt esetek előfordulását.

Legújabb szóba jön a HPV DNA kimutatás, mint szűrővizsgálati módszer. A fertőzöttség, közismerten, 35 éves kor alatt gyakori, ám spontán gyógyul; valószínűbb, hogy 35 év felett a fertőzés maradandó, belőle nagyobb valószínűséggel alakulhat ki a méhnyakon hámelváltozás. Maga a teszt megnöveli a szűrés költségeit. A szakterület mai állása szerint a HPV-DNA-tesztet elsődleges szűrési módszerként csak ellenőrzött, mintegy kísérleti feltételek mellett lehet alkalmazni; önmagában, rutinvizsgálatként nem (14).

A SZAKTERÜLET MAI ÁLLÁSA Európa fejlett országaiban, különösen az északi országokban és Nagy-Britanniában, évtizedek óta folytatnak a korszerű szakmai és szervezési irányelveket követő, az egészségügyi ellátórendszerbe integrált szervezett szűrővizsgálatokat. A szűrés kizárólagos módszere a citológiai és csak a citológiai vizsgálat. A kenetvételt az erre a célra „ráképzett”, az alapellátásban foglalkoztatott védőnők, asszisztensek, házi orvosok végzik. A sejtvizsgálat központi citológiai laboratóriumokban történik. A vizsgálat eredményéről a házi orvosok tájékoztatják az asszonyokat. A nem-negatív citológiai leletek esetében az asszonyokat a rendszer szerves részét képező kolposzkópiai vizsgálatra, képzett nőgyógyász szakorvokhoz utalják. Ez az eljárás társadalmilag elfogadott és eredményes. Finnországban, Svédországban, Izlandon és Dániában a korra standardizált halálozás a késői 1960-as és a korai 1990-es évek között 6,6/100 000-ről 1,2/100 000-re, mindösszesen 82%-kal csökkent (21). Nagy-Britanniában, ahol 1986-ban álltak át a kiterjedt alkalmoszerű szűrésről a szervezett szűrésre, jelentősen megnövekedett a népesség lefedettsége, a halálozás évente 7%-kal csökken (22). Ezek az adatok önmagukat kommentálják.

A MAGYARORSZÁGI HELYZET Magyarországon 2000-ben, a világbanki modellprogram kiértékelése után „szakmai koncepció” készült a szervezett méhnyak-, emlő- és vastagbéliszűrésnek az egészségügyi ellátórendszerbe állításáról, amely összhangban áll az Európai Tanács későbbi, 2003/878/EC. számú ajánlásával. Az előterjesztést az egészségügyi kormányzat jóváhagyta (40/2003. (VII.16) ESZCS. rendelettel módosított 51/1997. (XII.18.) NM rendelet), és a „népegészségügyi lakosságszűrés” e három módozata a 2001-ben, majd 2003-ban megfogalmazott Nemzeti Népegészségügyi Program részévé lett (lásd 1066/2001. (VII.10.) kormányhatározat, majd a 43/2003. (VI.16.) OGY. Határozat). A lakosságszűrés megszervezésé-

nek, koordinálásának és felügyeletének felelősségét a szakminisztérium – törvényi felhatalmazással az Országos Tisztifőorvosi Hivatalra (OTH) ruházta (a 2001. évi XXXIV. törvénnyel módosított 191. évi XI. törvény az ÁNTSZ-ről). Az OTH kiépítette a kellő menedzsment és informatikai támogató rendszert, valamint – pályázat útján – a kívánt szűrővizsgálati rendszert is.

KOMPROMISSZUMKERESÉS A méhnyakrákszűrés „szűrési stratégiáját” a hagyomány határozza meg. A szülészeti és nőgyógyászati útmutatók szerint ugyanis:

- a) a szűrővizsgálat célszerűen nemcsak a méhnyak, hanem a szeméremtest, a méh egésze, a méhfüggelékek, valamint az emlő is;
- b) az ajánlott vizsgálati módszer: teljes nőgyógyászati vizsgálat, beleértve a kiterjesztett kolposzkópiát, a kétkezes kis-medencei vizsgálatot, kenetvételt sejtvizsgálatra, valamint az emlők tapintásos vizsgálatát;
- c) a vizsgálatba bevonandók a 18. életévüket betöltött vagy az első hüvelyi közösülést követően a nők az életkortól függetlenül, felső korhatár nélkül; végül
- d) a szűrővizsgálat évente legalább egyszer elvégzendő.

Ezt az előírást erősítik meg a Magyar Nőorvos Társaság Cervixpatológiai Szekciójának 1999. április 9-én a társszakmákkal együtt tett konszenzus-nyilatkozata (23), a nőgyógyászati tan- és kézikönyvek (24) és a Szakmai Kollégium hatályos ajánlása is (25).

Nyilvánvaló, hogy ez az előírás számos pontban eltér a fentebb részletezett, a szervezett szűrésre alkalmazandó népegészségügyi szakmai és szervezési irányelvektől. Nem volt vitatott, hogy a nőgyógyászati szakorvosi ellenőrzés mikéntjét a fenti utasítás szabályozza. A Nemzeti Népegészségügyi Program részeként megvalósítandó lakossági méhnyakrákszűrés azonban „műfajában”, azaz tartalmában és méreteiben is attól eltérő, nem klinikai, hanem népegészségügyi tevékenység. Ebből következik, hogy mikéntjét a népegészségügyi szűrővizsgálatokra hatályos ajánlások szabják meg. Hosszan tartó véleménycsere után született meg a népegészségügyi szűrővizsgálatban követendő ajánlás: „a 25-65 év közötti nők egyszeri negatív szűrővizsgálat után 3 évenként megismételt, citológiai vizsgálatot is alkalmazó szűrővizsgálata”. Engedmény született tehát a szűrésbe bevonandó korcsoportokat és a szűrés gyakoriságát illetően, az összetett szűrés módszertana azonban változatlan maradt. Nem csodáltnivaló, hogy a közös álláspont egyik fél meglegedését sem szolgálja maradéktalanul.

A JELENLEGI HELYZET: MEGOLDANDÓ GONDOK, LEHETSÉGES MEGOLDÁSOK Az egészségügyi kormányzat 2003. szeptemberében jelentette be a népegészségügyi méhnyakrákszűrés megindulását és fokozatos kiterjesztését. Az első évek tapasztalatai rendkívül

kedvezőtlenek. 2003. szeptember és 2006. szeptember közötti időszakban mindösszesen mintegy 2 millió asszonynak küldtek ki meghívólevelet, és az Országos Szűrési Nyilvántartás adatai szerint nem több mint 96 000 asszony jelent meg a szűrővizsgálaton. Eszerint a lakossági részvétel alig több 5%-nál. (Fontos megjegyezni, hogy azok minősülnek „megjelentnek”, akiknek a személyes meghívólevél „ellenőrző szelvénye” a citológiai szűrőállomásokon keresztül az Országos Szűrési Nyilvántartásba visszaérkezik.). Elgondolkodtató, hogy 2005-ben az OEP 850 000 személynél elvégzett 960 000 sejtvizsgálatért fizetett térítést az OENO 29601 kódszám alatt: „diagnosztikus nőgyógyászati citológiai vizsgálat” címén, ugyanabban az évben az OENO 42 700-as szűrővizsgálati kód alatt csak 40 520 személy szűrő-citológiai vizsgálatáért fizetett. Nem tudni, hogy vajon valóban diagnosztikus vizsgálatot takar-e a „diagnosztikus kód” vagy diagnosztikus kód alatt elszámolt szűrővizsgálatot?

Vajon milyen okokra vezethető vissza ez a szégyenletesen alacsony megjelenési arány, ami az egész „vállalkozás” kudarcát sejteti? Néhány „hibaforrás”: A jelenlegi módszertani protokoll szerint, csakúgy, mint évtizedek óta mindig, a „nőgyógyászati szűrés kapuőrei” a nőgyógyászok. A szűrővizsgálatra invitáló, személyes hangú meghívólevél arra kéri a megszólított asszonyt; hogy szűrővizsgálat céljából keresse fel „a mellékletben felsorolt, lakóhelyéhez legközelebbi nőgyógyászati szakrendelést, vagy saját szabadon választott nőgyógyász szakorvosát”. Ha az asszony enged a meghívásnak, felkeresi a nőgyógyász szakrendelést, vagy saját nőgyógyászt, aki elvégzi a szűrővizsgálatot, ámde figyelmen kívül hagyja a meghívólevelet (és a szűrővizsgálati rendszer létezését), és nem küldi az „ellenőrző szelvényt” a citológiai laboratóriumba. Más esetben az asszony, nem várva meghívólevélre, felkeresi a nőgyógyászt, az elvégzi a szűrővizsgálatot (is), a kenetet egy citológiai laborba küldi; amit tett, „diagnosztikus citológiai vizsgálat”-ként számolja el, és nem jelent, mert nincs jelentési kötelezettsége. Továbbá, a meghívott asszony magán-nőgyógyászt keres fel, akinek nincs az OEP-pel elszámolási szerződése, ezért az ott elvégzett szűrés nem jelenik meg a szűrési nyilvántartásban. Még tovább, a régóta működő citológiai laboratóriumok, akiket pályázat útján az OEP nem fogadott be, „hagyományos” nőgyógyász munkatársaikkal folytatják tovább tevékenységüket, s minthogy nem részei a rendszernek, így jelentési kötelezettségük sincs, az általuk végzett szűrés kimarad a szűrési nyilvántartásból. Csak így, vagy ehhez hasonlókkal magyarázható az OEP által fizetett és a szűrési nyilvántartásban szereplő számok közötti óriási különbség. Igaz ugyan, hogy ezekben az esetekben megtörtént a szűrés! Ám többről van itt szó, mint „bürokratikus mulasztásról”. A nagy költséggel felállított szervezett szűrési szervezet így képtelen igazolni létjogosultságát. Ez a gyakorlat rögzíti a több évtizedes „alkalomszerű” rendszert, amely a halálzási adatok bizonyossága szerint hatástalannak bizonyult, mert a rendszeresen nőorvoshoz járók részesülnek szűrésben, az orvoshoz nem járók nagyobb hányada azonban nem érhető tetten, és köztük továbbra is szedi áldozatait a méhnyakrák.

További ok a nőgyógyászok elérhetőségének, hozzáférhetőségének nehézségeiből adódik. A szakmai kollégium adatai szerint jelenleg 879 szűrésre alkalmas munkahely van az országban. Ezek döntően nagyvárosokba összpontosulnak, kisvárosban alig-alig, falvakban elérhetőségük erősen korlátozott. A szűrés „helybe vietele”, a mozgó szakorvosi szolgálat lehetőségeinek kihasználása, mozgó szűrőállomások szervezése lehet a megoldás.

A népegészségügyi lakosságszűrésnek hosszabb távú célja az, hogy a méhnyakrákszűrés – jól bevált nyugat-európai modell szerint – az alapellátásra épüljön: a szűrővizsgálat az alapellátás személyzete által vett sejt minta vizsgálatára szorítkozzék, és csak a nem negatív, tisztázó vizsgálatra szoruló asszonyok kerüljenek a „második lépésben” a kolposzkópiában is járatos, kórszövettani háttérrel bíró nőgyógyászok kezébe. Már folyamatban vannak országunkban is modellprogramok, ahol – a begyakorlás ideje alatt nőgyógyász felügyelete mellett – védőnők végzik a kenetvételt. A kezdeti tapasztalatok szerint, ebben a rendszerben a lakossági részvétel az országos átlag többszöröse.

ÖSSZEGZÉS Magyarországon a méhnyakrák miatti halálozás magas szinten állandósult. Ez azt bizonyítja, hogy a sok évtizedes, „komplex”, azaz kolposzkópiát és sejtkenetvizsgálatot is alkalmazó, alkalomszerű szűrési erőfeszítéseink nem vezettek eredményre. A szervezett, népegészségügyi méhnyakrákszűrés alaphálózati feltételei megteremtődtek. A rendszer gyengéje az alacsony lakossági részvétel. Megoldás a méhnyakrákszűrés mikéntjének újragondolásától, további egészségpolitikai intézkedésektől, szakmai szemléletváltástól: a szolgáltatók lelkiismeretének ébredésétől, szabálykövetésétől, és hatékonyabb lakossági tájékoztatástól remélhető.

IRODALOM

1. IARC. Effectiveness of screening in populations. In: IARC International Handbooks of cancer Prevention: Cervix Cancer Screening. Vol. 10. IRAC Press. Lyon. 2005:201-225.
2. Ottó Sz, Kásler M. A hazai és nemzetközi daganatos halálozási és megbetegedési mutatók alakulása: a népegészségügyi programok jellegzetességei és várható eredményei. *Magy Onkol.* 2005;49:99-107.
3. Editorial. Cancer of the Cervix: Death by Incompetence. *Lancet* 1985;ii:363-364.
4. Döbrössy L, Lust I, Bodó M. A korai méhnyakrák komplex diagnosztikája. *Medicina.* Budapest. 1978.
5. Cseh I. A nőgyógyászati (méhnyak-) rákszűrés helyzete hazánkban. *Nőgyógy Szül Továbbképző Szemle* 2000;2:316-326.
6. Döbrössy L. A cytodiagnosztika hazai helyzetéről. *Magy Onkol* 1966;10:43-45.
7. Döbrössy L. A rák cytológiai diagnózisának kérdései. *Orvosképzés* 1968;5:377-380.
8. Döbrössy L, Bodó M, Sugár J. A citológiai tömegszűrés helyzete és kilátásai. *Orv Hetil* 1977;118:2121-2134.
9. Bodó M, Sugár J, Lust I, Frekot N. Cytológiai vizsgálattal kiegészített nőgyógyászati rákszűrés eredményei Budapesten (1976-1978). *Orv Hetil* 1981;122:509-511.
10. Bodó M, Döbrössy L, Töttössy B, Péter Z. Megvalósulás útján a citológiai méhnyakrákszűrés Magyarországon. *Orvosképzés* 1982;57:266-270.

11. Bodó M, Cseh I, Bősze P. Alarm-helyzet a cervixprogramban, kérdések és feladatok. *Magy Nőorv L* 1991;54:373-375.
12. Döbrössy L. Törekvések a rákszűrés korszerűsítéseire Magyarországon: a „Daganatok másodlagos megelőzése” világbanki program katalitikus hatása. *Népegészségügy* 1999;80:23-35.
13. World Health Organization International Agency for Research on Cancer, International Union against Cancer, Report on screening for cervical cancer. In: Hakama M, Miller AB, Day N (eds): *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*. IARC. Lyon. 1986:22289-290.
14. World Health Organization: *Screening for Cervical Cancer*. In: *Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice*. WHO. Geneva. 2006.
15. Day N. The epidemiological basis for evaluating different screening policies. In: Hakama M, Miller AB, Day N (eds). *Screening for Cancer of the Uterine Cervix*. IARC. Lyon. 1986.
16. Döbrössy L (szerk). *Népegészségügyi onkológiai szűrések. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató*. ÁNTSZ. Budapest. 2005.
17. IARC. *Screening tests*. In: *IARC International Handbooks of Cancer Prevention: Cervix Cancer Screening*. Vol. 10. IARC Press. Lyon. 2005:59-115.
18. Dexeus S, Cararach M, Dexeus D. The role of colposcopy in modern gynecology. *Eur J Gynaecol Oncol* 2002;23:269-277.
19. van Niekerk WA, Dunton CJ, Richart RM, Hilgarth M, Kato H, Kaufman RH, et al. Colposcopy, cervicography, speculoscropy and endoscopy. International Academy of Cytology Task Force summary. *Diagnostic Cytology towards the 21st Century: An International Expert Conference and Tutorial*. *Acta Cytol* 1998;42:33-49.
20. Belinson JL, Pretorius RG, Zhang WH, Wu LY, Qiao YL, Elson P. Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid. *Obstet Gynecol* 2001;98:441-444.
21. Laara E, Day N, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organised screening programmes. *Lancet* 1987;1:1247-1249.
22. Sasieni P, Adams J. Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with an age period cohort model. *BMJ* 1999;318:1244-1245.
23. MNT Cervixpatológiai Szekciójának javaslatai: A cervix normál és kóros elváltozásainak kolposzkópos, citológiai és szövettani nomenklaturája. *Magy Nőorv L* 1999;62:320.
24. Papp Z (szerk). *A Szülészet-Nőgyógyászat tankönyve*. Semmelweis Kiadó. Budapest. 1999.
25. Emlékeztető a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 2000. április 28-án tartott üléséről. *Magy Nőorv L* 2000;63:336.