

A védőnők feladatai a népegészségügyi méhnyakszűrésben*

DÖBRÖSSY LAJOS
szaktanácsadó, Országos Tisztifőorvosi Hivatal

Hazánkban mintegy 10 éve, a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében Népegészségügyi Szűrőprogram működik, amelynek működtetéséért az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) viseli a felelősséget; ennek egyik összetevője a *népegészségügyi méhnyakszűrés*. Kérdés: mit kérünk és mit várunk a területi védőnőktől annak érdekében, hogy a népegészségügyi méhnyakszűrés elmozduljon arról a holtpontról, ahol jelenleg vesztegel, és a méhnyakszűrés ügyét sikerre vigyük Magyarországon is.

A méhnyakrák fontosságát sokan, még szakmai körökben is, hajlamosak alábecsülni, mondván, hogy évente *csak* mintegy 1.200 asszony betegszik meg méhnyakrákban, és évente mintegy csak 450 körüli nő halálát okozza. Mi ez, mondják, a tüdőrákhoz képest, ami csaknem 10-szer annyi nőt öl meg, vagy az emlőrákhoz, vastagbélrákhoz képest, ami 5-ször, 6-szor annyi nő halálát okozza!

Nos, nincs igazuk a szkeptikusoknak! Mert igaz ugyan, hogy a méhnyakrák Magyarországon a nők rosszindulatú daganatos halálakai között csupán a 8-9. helyen áll, ám teljes legyőzéséhez: évente 450-500 asszony életének megmentéséhez a tudomány minden eszközt a kezünkbe adott, csak élnünk kellene vele. Azokban az országokban, ahol élnek a lehetőséggel, a méhnyakrák miatti halálozás teljes felszámolásáról beszélnek: Finnországban 100.000 nőlakosra 1 haláleset esik, Angliában 2-3, nálunk majdnem 7!

Évekkel ezelőtt egy rangos külföldi szaklapban ezzel a címmel jelent meg egy közlemény: „*Cervical cancer: death by incompetence*” ami azt fejezte ki, hogy minden egyes méhnyakrákos haláleset bűnös mulasztás eredménye: vagy az áldozatok közömbössége saját sorsuk iránt, vagy az egészségügyi ellátórendszer tökéletlensége rovására írható.

Nálunk a méhnyakrák elleni küzdelem minősített kudarc! Ezen kell változtatni. Ehhez van szükség a védőnők szerepvállalására.

Nézzünk egy kicsit a probléma mélyére! Tudnunk kell, hogy a *méhnyakrák megelőzése szűrővizsgálattal lehetséges*. A méhnyakrák biológiája erre lehetőséget ad. Ha megnézzük a méhnyakrák kifejlődésének menetét, azt látjuk, hogy az nem egyik napról a másikra tör ránk.

Kifejlődése egy időben elhúzódó, több szakaszból álló folyamat. Ebben az eseménysorozatban *két szakaszhatár* van. Az első: a daganatkeletkezés biológiai kezdete,

amit megelőzően a méhnyak hámfáját különböző hatások érik (mindnyájan tudnak a HPV szerepéről!). Természetesen a folyamat némán, a molekulák szintjén kezdődik. Mit sem tudunk róla. Ez az *elsőleges megelőzésre* szánt idő, amivel most nem foglalkozunk. A másik szakaszhatár az, amikor tünetek, panaszok jelentkeznek, és az asszony szakorvoshoz fordul. Ez a betegség *klinikai szakasza*. A két határpont közötti időszakot a betegség „*preklinikai szakaszának*” nevezzük. Szempontunkból fontos, hogy a két határpont között szabályszerűen van egy olyan hosszabb-rövidebb – a méhnyakrák esetében 8-10 évig elhúzódó – időszak, amikor a betegség tüneteket még nem okoz, de a méhnyak hámfája már kóros, hámborításából már kóros alakú sejtek válnak le („*exfoliálódnak*”), amelyek citológiai vizsgálattal kimutathatók. Ez a „*preklinikai kimutathatóság szakaszának*” nevezett időszak a szűrésre rendelt idő.

Minden szakmának, a népegészségügynek is, a népegészségügyi szűrésnek is megvannak a „*játékszabályai*”. Ezt nevezzük a „*szakterület mai állásának*”. Megvannak a méhnyakszűrésnek is. Eszerint

- Minden veszélyeztetett korú nőt *személyesen meg kell szólítani*, meg kell hívni szűrésre.
- A szűrés abból áll, hogy hüvelyi feltárásban a méhszáj hüvelyi részének felszínéről (ez a porció), és a nyakcsatornából *sejtkenetet kell venni* citológiai vizsgálat céljára.
- Ha a citológiai vizsgálat eredménye negatív, 3 év múlva vissza kell hívni újabb szűrővizsgálatra.
- Ha a citológiai vizsgálat eredménye nem-negatív, felmerül a kóros elváltozás gyanúja, ezért tisztázás céljából nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatra kell küldeni. Innentől kezdve már a szakorvosé minden felelősség. Sajnos, Magyarországon nem így mennek a dolgok. Ennek az a magyarázata, hogy a „*nőgyógyászati rákszűrésnek*” nálunk múltja, mintegy félévszázados hagyománya van:
- már az 50-es években – elsősorban lelkes onkológusok – elkezdtek „*nőgyógyászati szűrés*” végezni a hámfelszínről 20-40-szeres nagyítást adó optikai eszköz, a *kolposzkóp* segítségével; ezt kiegészítették bimanuális vizsgálattal a méhtest és a méhfüggelékek megtapintása céljából, és az emlők megtapintásával;
- a 60-as években – mindezek felül – a kolposzkópos vizsgálatot kiegészítették kenetvétellel *citológiai vizsgálat* céljára;

*Elhangzott: 2011. november 24. XXII. Védőnő-Szülész-nő-Gyermekápoló Konferencián

- a 70-es években ez a szűrésnek nevezett vizsgálatosor bekerült a *nőgyógyászati szűrési protokollba*, (ami ennél is rosszabb) a *nőgyógyászati praxisba* is, és a nőlakosság egy hányadának szokásává vált a nőgyógyászati szűrésre járás;
- a 80-as években „*cervix programot*” hirdettek, amelyek keretében: évente mintegy 1.5 millió kenetet vizsgáltak az országban. Az eredmény: változott a talált méhnyakrákrok klinikai stádium szerinti megoszlása, változott a túlélési idő, csak a méhnyakrákból származó halálozás nem változott. A „*cervix-program*” kudarcot vallott!

Mi az oka a kudarcnak? Az, hogy Magyarországon ez a fajta „szűrés” beépült a nőgyógyászati gyakorlatba, és beépült az asszonyok tudatába is. Így szokták meg. Ma 20-szor annyi „diagnosztikus citológiáért fizet az OEP, mint amennyi résztvevőt a népegészségügyi program regisztrál. Továbbá, nem volt személyes nyilvántartás, ezért csak azt tudták: hány kenetet vizsgáltak, de azt nem, hogy kit vizsgáltak és kit nem. Ennek az volt az eredménye, hogy a népesség egy hányada (azok, akiknek szokásává vált a szűrésre járás) a kelletténél sokkal gyakrabban kerültek szűrésre, az asszonyok más hányada sohasem.

De leginkább azért kudarc a kudarc, mert a népegészségügyi szűrővizsgálat lakossági *szűrővizsgálat céljához*: a méhnyakrák okozta halálozás csökkentéséhez a nőgyógyászati szűrés nem visz közelebb. Megengedve ugyanis, hogy a teljes nőgyógyászati vizsgálatnak számos klinikailag értékes mellékterméke lehet, a napnál világosabb, hogy

- a kolposzkópos vizsgálat értéke a szűrésben (nem a diagnosztikában!) korlátozott, ha a kóros folyamatok a nyakcsatornán belül helyezkednek el. A nyakcsatorna ugyanis nyilvánvalóan az optikai eszköz számára beláthatatlan, „néma” területet jelent;
- nem járul hozzá a méhtest nyálkahártyájában képződő daganatok korábbi felismeréséhez;
- a tapintásos vizsgálat nem kellően érzékeny a petefészek daganatainak felismerésére;
- a tapintásos emlővizsgálat, bár hozzájárulhat az elhanyagolódott klinikai stádiumban diagnosztizált emlődaganatok számának csökkentéséhez („down-grading”), a szakmai közmegegyezés szerint önmagában, azaz mammográfiás vizsgálat nélkül nem tekinthető szűrővizsgálati módozatnak.

Ugyanakkor a „komplex nőgyógyászati vizsgálat” szakorvosi, és nem szűrővizsgálat. Hátráltatja a népegészségügyi méhnyakszűrés, mert az egyszerű és a méhnyakrák felismerésére bizonyítottan hatásos citológiai kenetvélt szakorvosi vizsgálatához köti, nehézkessé teszi a tömegesen elvégzendő szűrővizsgálatot, ennek következtében a lakosságszűrés el lehetetleníti. *Ez a magyarázata annak, hogy a mértéktadó nemzetközi ajánlások a „nőgyógyászati rákszűrés” gyakorlatát nem ismerik, és csakis a „méhnyakszűrés” szerepel a népegészségügyi ágendán.*

Mi a megoldás? A népegészségügyi méhnyakszűrés módszertanát közelíteni kell a szakterület mai állásához, a nemzetközi gyakorlathoz. A szűrővizsgálatot, mint ahogy minden más országban teszik, citológiai vizsgálattá kell egyszerűsíteni, (biztosítva a nem-negatív esetek tisztázó nőgyógyászati vizsgálatához kellő háttérkapacitást.) Egyszóval: a szűrés közelebb hozni az alapelátláshoz.

Hogyan? Ezt a célt szolgálja a főhatóság által „szakdolgozói szűrés”, gyakorlatilag „*védőnői szűrés*” gyanánt kezdeményezett tevékenység, amely feltételezi a védőnők elméleti kiképzését, a nőgyógyász felügyelete mellett a citológiai kenetvélt gyakorlatának elsajátítását, és kommunikációs készségének fejlesztését az asszonyok motiválására; ennek eredményeképpen a védőnői kompetencia kibővül a méhnyakszűrésben való tövőleges részvétellel.

Az akció kezdetben a kis településeken, de fokozatosan országossá kiterjesztve, a szűrővizsgálatra jogosultakat levélben a védőnőhöz meghívva a védőnők végzik a kenetvélt sejtvizsgálatra és a keneteket citológiai laboratóriumba küldik. Értesülnek a citológiai vizsgálat eredményéről: a negatívoknak kilátásba helyezik a vizsgálat időnkénti megismétlését, a nem-negatívokat nőgyógyászati szakvizsgálatra küldik, és a nőgyógyászokkal együttműködve részt vesznek a betegkövetésben.

A védőnői szűréshez nagy várakozásokat fűzünk. Azt reméljük, hogy segítségével felerősítjük a szűrővizsgálat keresleti oldalát, közelebb jutunk a szűrésre szoruló asszonyokhoz, legyőzzük a nők, családayák életét követelő, a ma még az egészségügyi ellátásunk szőgyenyét jelentő méhnyakrák miatti halálozást.

Ehhez a vállalkozáshoz kérjük és várjuk a védőnő-társadalom szőves közreműködését.

„A méhnyakrák megelőzése mindannyiunk felelőssége”

2012. január 24. Budapest

A tavalyi évhez hasonlóan az összefogásnak nagyszerű példáját mutatja a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet és a GlaxoSmithKline Kft. A két szervezet idén 100 rászoruló kislány és 100 rászoruló édesanya számára ajánlott fel méhnyakrák elleni védőoltást.

A méhnyakrák ma még mindig a 2. leggyakoribb rosszindulatú daganatos betegség a 45 év alatti nők között Európában, noha a védőoltás és a szűrés együttes alkalmazásával ma már van lehetőségünk megelőzni. A méhnyakrák elleni védőoltás ma már a kislányok mellett a szexuális életet élő felnőtt nőknek is javasolt. Hazánkban már több mint százezer lány és felnőtt nő élt a méhnyakrák elleni védőoltás lehetőségével.