

KARCINOM DĚLOŽNÍHO HRDLA

A

POVĚDOMOST PREVENCE U ŽEN V ČR

Bakalářská práce

Barbora Stárková

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S V PRAZE

Bc. Eva Nováková

Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Porodní asistence

Datum odevzdání práce: 2008-03-31
Datum obhajoby:

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 31.3. 2008

.....

Barbora Stárková

Abstrakt

STÁRKOVÁ, Barbora : Karcinom děložního hrdla a povědomost prevence u žen v ČR.

Bakalářská práce (Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci.)

Školitel: Bc. Eva Nováková, Vysoká škola zdravotnická o.p.s Praha, 2008

Práce je zaměřena na problematiku prevence karcinomu děložního hrdla. Rozdělena je na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části se zaměřuji na přiblížení podstaty karcinomu děložního hrdla, jeho příčiny, projevy, diagnostiku, rozdělení, léčbu a důsledky. Dále pak na léčebné sledování a možnou prevenci, která je velmi důležitá. Nezapomínám ani na roli porodní asistentky v této problematice. Myslím si, že v dnešní době, jsou to právě porodní asistentky a zdravotní sestry, které by mohly vnést problematiku prevence do povědomosti žen. V empirické části jsou pak zhodnoceny a interpretovány výsledky průzkumu, který byl realizován u žen žijících na území Středočeského kraje, formou dotazníků. Průzkum byl zaměřen na vědomosti žen o karcinomu děložního hrdla a jeho prevenci. Zjišťoval, co ženy vědí o prevenci v gynekologii, dále co vědí o příznacích a rizikových faktorech vzniku karcinomu děložního hrdla, a zda mají kolem sebe dostatek informací o této problematice. Výsledky vypovídají o tom, že tato problematika ač je aktuální, není v podvědomí žen dostatečně vrytá.

Klíčová slova: prevence, karcinom, děložní hrdlo, porodní asistentka, diagnostika, prognóza, léčba, rizikové faktory

Abstract

STÁRKOVÁ, Barbora : The carcinoma of suppositery uterine and cognizance of prevention by women in Czech Republic.

Bachelor work (Level of professional qualification: Bachelor of Medicine)

Tutor: Bc. Eva Nováková, Vysoká škola zdravotnická o.p.s Prague, 2008

This document focus on problematic of the prevention of carcinoma of suppositery uterine. It is divided on teoretical and emphirical part. The teoretical part focus on the essence of the suppositery uterine, its nature, cause, demonstration, diagnostic, diversification, treatment and consequence. The part focus also on after treatment monitoring and on possible prevention that is very important. It does not forget the role of the midwife. It is the midwives and nurses whos would bring the problematic into women awareness at this time. The emphirical part evaulates and interprets findings of the opinion research, that has been realized by women living in Central Bohemia Region using the question form. The research has focused on women knowledge about the carcinoma of suppositery uterine and its prevention. It has investigated, what women known about the prevention in gynaecology, its knowledge about signs and risk factors of creation the carcinoma, and if they have enought informations about the problematic. The result shows, that this problematic, even that this is na actual one, is not diffused in the theirs cognizance sufficiently.

Key words : prevention, carcinoma, suppositery uterine, midwife, diagnostics, prediciton, treatment, risk faktors

Předmluva

Prevence je slovo, které je v dnešní době skloňované snad ve všech oborech. A v gynekologii především.

Tato práce proto vznikla se záměrem zjistit, co o ní vědí ženy u nás v ČR. Je to téma, které je aktuální už proto, protože díky pokroku v medicíně vznikají vakcíny, které jsou prevencí právě karcinomu děložního hrdla, což je onemocnění, kterým onemocní každý rok velké množství žen. Práce je zaměřená na přiblížení této problematiky jak z hlediska medicínského, tak z hlediska sesterského.

V teoretické části jsou zahrnuty jednak informace o karcinomu děložního hrdla, jeho příčinách, projevech, diagnostice, prognóze a léčbě, ale také informace o prevenci, dispenzarizaci a vlivu porodní asistentky.

Praktická část je průzkumná a byla realizována na území Středočeského kraje dotazníkovou formou. Oslovené byly ženy náhodně, s ohledem na věk, který je hlavním hodnotícím a vypovídajícím v interpretaci výsledků.

Informace a podklady pro tuto práci jsem získala z knižních publikací, periodik a také z internetových stránek. Je plno literatury určené lékařům a lidem pracujícím ve zdravotnictví, týkajících se prevence a informací o karcinomu děložního hrdla, ale bohužel minimum těch, které by byly určeny široké veřejnosti.

Práce je proto určena jednak studentům v oboru porodní asistence, všeobecná sestra, medikům, sestřám v praxi, ale také všem, kteří se o problematiku prevence karcinomu děložního hrdla zajímají a rádi by o ní něco více věděli.

Poděkovat bych chtěla Bc. Evě Novákové za její podnětné rady při zpracování této bakalářské práce.

Obsah

Úvod	8
Teoretická část	
1. Anatomie	9
1.1 Zevní rodidla	9
1.2 Vnitřní rodidla	11
2. Nádor obecně	14
2.1 Vznik a šíření nádoru, metastázy	14
3. Nezhoubné nádory děložního hrdla	16
3.1 Nenádorové změny, nezhoubné nádory, prekancerózy	16
3.2 Epidemiologie, patogeneze, klinický obraz, diagnostika	18
3.3 Léčba a prognóza	18
4. Zhoubný nádor děložního hrdla	20
4.1 Epidemiologie, definice	20
4.2 Etiologické faktory, lokalizace a šíření	20
4.3 Histopatologie	21
4.4 Diagnostika	23
4.5 Terapie, přehled léčby	24
4.6 Prognóza a dispenzarizace	26
4.6.1 Dispenzarizace a vliv porodní asistentky	37
5. Prevence	28
5.1 Prevence obecně	28
5.2 Rizikové faktory vzniku karcinomu děložního hrdla	29
5.3 Prevence v gynekologii	31
5.4 Vliv porodní asistentky na povědomost prevence v gynekologii	32
5.5 Očkovací vakcína proti HPV	33
5.5.1 Vakcína Silgard a Cervarix	34
Empirická část	
6. Metodika	35
6.1 Hypotézy a cíle	35
6.2 Výsledky výzkumu	36
6.3 Diskuze	59

Závěr	62
Seznam použité literatury a zdrojů	63
Seznam použitých zkratk	66
Seznam příloh	67
Přílohy	68

Úvod

„Zachránit život jednomu člověku je víc než vystavět pagodu o sedmi patrech.“

Gynekologické zhoubné nádory jsou v dnešní době nejčastějším nádorovým onemocněním u žen. V případě, že jsou zachyceny včas, je vysoká pravděpodobnost úspěšné léčby. Gynekologickým nádorům lze úspěšně předcházet nebo je zachytit ve stádiu, kdy léčba není tak náročná. K tomu je však potřeba, aby ženy znaly zásady primární prevence a nezapomínaly na pravidelné preventivní prohlídky u svých gynekologů. Pravidelnými gynekologickými prohlídkami, které jsou 1x ročně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, lze předcházet především onemocnění děložního hrdla. Bohužel v dnešní době, která je tak vyspělá, ženy dostatečně neznají preventivní opatření proti tomuto onemocnění. A to protože není dostatek zdrojů odkud by tyto informace čerpaly a hlavně lékaři a sestry v ambulancích se jim nevěnují tolik, aby tyto informace ženy od nich mohly získat. Problematiku prevence nádorového onemocnění děložního hrdla jsem si vybrala jako téma své závěrečné bakalářské práce pro její aktuálnost, a také proto, že je podle mého názoru nedostatečně prezentována veřejnosti. Ve své práci se zaměřuji na lékařskou část karcinomu děložního hrdla, jeho vznik, šíření, příznaky, diagnostiku, prognózu a léčbu. Důležitou částí je pak také dispenzarizace, prevence a role porodní asistentky v této problematice. Svou práci a průzkumem, který jsem realizovala na území Středočeského kraje, jsem chtěla zjistit informovanost žen o prevenci, přístupu k ní a jejich znalosti o příznacích a rizikových faktorech vzniku nádorového onemocnění děložního hrdla. Také mě zajímal pohled žen na medializaci tohoto problému a dostatečnost informačních zdrojů. Domnívám se, že téma mé práce je aktuální také proto, že byla vyvinuta vakcína, která by mohla v budoucnosti zhoubné nádory děložního hrdla vymístit. Proto se o ní ve své práci také zmiňuji, jako o součásti možné prevence. Myslím, že výsledky průzkumu dokazují, že v této problematice, především v informovanosti veřejnosti, je dost, co se dá dále zlepšovat.

1. Anatomie rodidel

Ženské pohlavní orgány slouží k rozmnožování. Rodidla ženy dělíme na zevní a vnitřní, které jsou spojeny pochvou. Dále sem pak také řadíme prsa. Reprodukční soustava ženy je ukryta v pánvi (pelvis). Ta je tvořena kostěnou částí (jenž se skládá z facií a svalů) a pánevním dnem.

Pánev

Pánev jako kostěný prstenec, se skládá ze dvou kostí pánevních (oss pelvis), kostí křížové (os sacrum) a kostrče (os coccygis). Kostí kyčelní se v přední části spojují ve stydkou sponu (symfýza), v zadní části je pak pojítkem kost křížová, na jejímž konci se napojuje kostrč. Kostí pánevní se utvořily srůstem a to tří kostí: kyčelní, sedací a stydkou. V místě srůstu je pak kyčelní jamka, která je místem pro kloubní spojení s kostí stehen (os femoralis).

Pánevní dno

Pánevní dno má miskovitý tvar a je tvořeno fasciemi a svaly. Je složeno ze dvou svalově vazivových vrstev: diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale. Pánevní dno se také označuje jinými slovy jako podpurný aparát děložní, neboť zajišťuje uložení vnitřních orgánů rodidel. Během porodu se stává součástí tzv. měkkých porodních cest, kudy se rodí plod. (1, 14)

1.1 Zevní rodidla(pudendum femininum externum)

Mezi zevní rodidla jsou zahrnuty ty části pohlavního systému ženy, jenž jsou patrná pohledem. Patří sem: hrma (mons pubis), velké stydké pysky (labia majora pudendi), malé stydké pysky (labia minora pudendi), poštváček (clitoris), poševní vchod (vestibulum, ostium vaginae), panenská blána (hymen), párové kavernozní těleso (bulbus vestibuli), párová Bartholiniho žláza (glandula vestibularis major Bartholini) a hráz (perineum).

Hrma

Hrma je tvořena vrstvou z tukové tkáně nad symfýzou. Její povrch je kryt kůží s ochlupením a je tvořena velkým počtem mazových a potních žlázek. Pubické ochlupení je řazeno mezi sekundární pohlavní znaky. U žen se nazývá femininus a má tvar trojúhelníku.

Velké stydké pysky

Jsou pokračování hrmy v dorzálním směru. Jejich laterální stěny přecházejí do stehen a vnitřní stěna velkých stydkých pysků přechází do malých stydkých pysků. Velké stydké pysky jsou tvořeny tukovou tkání s bohatým cévním zásobením. Vnější část je tvořena kůží, jež je často pigmentovaná a obsahuje potní a mazové žlázy. Vnitřní strana připomíná spíše sliznici. Labia majora ohraničují rimu pudendi. Vpředu přecházejí labia majora v komisuru laborium anterior, vzadu v komisuru laborium posterior a dále do hráze.

Malé stydké pysky

Malé stydké pysky jsou uloženy mediálně od velkých stydkých pysků a mají vzhled sliznice. Jsou tvořeny kolagenním vazivem s četnými elastickými vlákny. Vzadu jsou malé stydké pysky spojeny jemnou kožní řasou (frenulum laborium pudendi) a ohraničují fossu vestibuli vaginae. Přední konce malých pysků se rozdělují na dvě řasy. Přední vytváří praeputium clitoridis (předkožku), zadní se upíná na corpus clitoridis a vytváří frenulum clitoridis (uzdičku). Malé stydké pysky nemají ochlupení ani potní žlázy. Zato obsahují velké množství mazových žlázek.

Poštěváček

Klitoris je peniformní orgán, ale bez orificium urethrae. Skládá se ze dvou kavernózních ramínek (crura clitoridis), která vytvářejí tělo (corpus clitoridis). Vzhledem k velkému množství nervových zakončení je klitoris velmi citlivý a dráždivý.

Poševní předsíň

Je to prostor mezi malými stydkými pysky. Nachází se zde dva otvory: ostium uretrae externum (zevní vývod močový) a ostium (introitus) vaginae (poševní vchod). Spodinu předsíň tvoří poševní vchod a hymen. Ventrálně je vestibulum ohraničeno poštěváčkem a dorzálně je zakončeno komisurou laborium.

Vestibulární žlázy

Tyto žlázy jsou párové a leží na urogenitální diafragmě asi 1,5 až 2 cm, pod kůží velkých stydkých pysků, v jejich dorzální části v úrovni chodu poševního. Jsou to žlázy mucinózní, které vylučují sekret, jež zvlhčuje poševní vchod při sexuálním vzrušení. Jejich vývody ústí v poševním vestibulu do rýhy mezi hymenem a malými stydkými pysky. Po celém obvodu poševního vchodu jsou roztroušeny další drobné žlázy – glandulae vestibulares minores.

Vchod (introitus) poševní

Leží pod zevním ústím močové trubice. U žen, které doposud neměly pohlavní styk, je překryt velkými a malými stydkými pysky a neúplně uzavřen slizniční duplikaturou – hymenem. Hymen může mít různý tvar a konzistenci. Po defloraci (protržení panenské blány při pohlavním styku) z něho zůstávají carunculae hymenales, po porodu se nazývají carunculae myrthyformes.

Hráz

Hráz je oblast mezi análním otvorem a komisurou laborium posterior. Je to část pánevního dna, která odděluje distální část pochvy od konečníku. Je složena z tukové tkáně, z facií a svalů diafragmy pelvis a urogenitale.

Cévní zásobení

Oblast zevního a vnitřního genitálů je spojena pochvou a je proto prokrvována z různých cév. Horní třetina pochvy je zásobena z dolních větví arteria uterina. Střední třetina větvemi arteria vesicalis inferior. Dolní třetina pochvy je prokrvena z větví arterií rectales a z vnitřní stydké arteie (arteria pudenda interna). Ta vychází z arteria iliaca interna a zásobuje krví také oblast malých a velkých stydkých pysků, hráze a klitorisu. Konečnou větví arteria pudenda je arteria clitoridis profunda.

(1, 14, 15)

1.2 Vnitřní rodidla (pudendum femininum internum)

K vnitřním rodidlům patří: pochva (vagina, kolpos, elytron), děloha (uterus, hystera, metra), vejcovod (tuba uterina Fallopii, salpinx), vaječník (ovarium, oophoron).

Pochva

Pochva je dutý svalový orgán dlouhý asi 10 cm a je velmi elastický. Rozeznáváme přední, postranní a zadní poševní klenby. Podélná osa pochvy svírá s osou děložního těla úhel 70 až 100 stupňů, proto je přední poševní stěna asi o 3 cm kratší než zadní.

Stěna pochvy se skládá ze sliznice, svaloviny a zevního vazivového obalu (adventicie). Sliznice je tvořena dlaždicovým epitelem nerohovějícím. Hladké svaly poševní stěny probíhají spirálovitě, vnitřní vrstva je cirkulární, zevní svalová vlákna jsou orientována převážně podélně. Distální konec pochvy je obkroužen vlákny příčně pruhovaného

svalstva, zejména mediálními okraji musculus levator ani. Zevní vazivová vrstva plynule přechází do okolní tkáně, která se nazývá parakolpium.

Děloha

Uterus je svalový dutý orgán, dlouhý asi 7-8 cm, široký asi 5 cm, tlustý asi 3-4 cm a má hruškovitý tvar, který je vystlaný mukózou a částečně krytý peritoneem. Leží v malé pánvi mezi močovým měchýřem a rektum. Do dělohy ústí distální část pochvy.

Děloha se skládá ze tří částí : děložní tělo (corpus uteri), hrdlo (cervix uteri) a úžina (isthmus). Děložní tělo má u dospělé ženy dvojnásobnou délku než děložní hrdlo. Na těle rozeznáváme přední a zadní stěnu, které se spojují v rohy děložní a kranálně tvoří fundus děložní. Fundus děložní je mírně konvexní a laterálně přechází v rohy děložní, ze kterých odstupují ligamenta teres uteri , vejcovody a ligamenta ovarii proprium.

Peritoneum

Blána, jež kryje celou dělohu, přechází na dělohu zezadu z rekta a jde přes fundus na přední stěnu a pak na močový měchýř (plica vesicouterina). Tvoří tak prostor za dělohou, jež se nazývá Douglasův – excavatio rectouterina a před dělohou – excavatio vesicouterina.

Děložního hrdlo

Je tvaru válce a kaudálně se konicky zužuje a je dlouhé asi 1 cm. Vaginální část cervixu je hladká, uprostřed se nachází orificium externi uteri (zevní branka). Tato zevní branka má u nulipar tvar kruhovitý, u multipar je příčně štěrbinovitá. Štěrbina proto rozděluje čípek na přední a zadní pysk.

Úžina dělohy je úzký, asi je 1 cm široký pruh mezi děložním hrdlem a tělem. V těhotenství a za porodu je součástí tzv. dolního děložního segmentu. Jinak význam nemá.

Děložní stěna je tvořena třemi vrstvami: perimetrium, myometrium a edometrium. Perimetrium je prakticky peritoneum, jež pokrývá celou dělohu a po stranách přechází v ligamentum latum uteri (široký vaz děložní). Myometrium je nejsilnější část dělohy, které je tvořeno hladkou svalovinou, jež je uložena ve třech vrstvách. Zevní a vnitřní vlákna probíhají podélně, zatím co střední vrstva je tvořena cirkulárně a spirálně, což umožňuje zvětšování dělohy během těhotenství. Endometrium tvoří výstelku děložní dutiny. Na povrchu je kryto jednovrstevným cylindrickým epitelem. Ten se v hrdle děložním setkává s epitelem dlaždicovým v místě zevní branky.

Děloha je uložena v prostřed malé páve a podélná osa jejího těla svírá s osou děložního hrdla tupý úhel, dopředu otevřený (anteflexe). Celá děloha je vůči pochvě výrazně skloněna dopředu a svírá s ní úhel 70 až 100 stupňů (anteverze). Ve správné poloze jí drží vazy: ligamentum teres uteri, ligamentum sacrouterinum, ligamentum cardinale, ligamentum vesicouterinum et pubovesicale.

Vejcovod

Je to párový orgán, jenž vychází z rohů děložních a směřuje laterálně k vaječníku. Je to orgán dlouhý asi 8 – 11 cm a je kryt peritoneem, které tvoří jeho závěs – mesosalpinx. Stěna je složená ze sliznice, svalové vrstvy, adventicie a serózy. Abdominální ústí je nálevkovitě rozšířeno a po obvodu má řasinkaté fimbrie. Ty se v období ovulace přibližují k vaječníku a snaží se zachytit uvolněné vajíčko.

Vaječník

Je též párový orgán a má oválný tvar. Zastává dvě funkce: rozmnožovací a endokrinní. U žen ve fertilním věku má ovarium tvar o velikosti 3-4 cm x 2 cm x 1,5 cm. Na řezu lze rozlišit dvě vrstvy: korovou (zona corticalis) a dřevnou (zona medullaris). V kortikální vrstvě se nachází folikuly různého stádia vývoje.(14, 15, 18)

2. Nádor obecně (tumor, blastom, neoplazie)

Nádor je označení pro shluk nezvratně pozměněných buněk nebo tkáně, které rostou autonomně (bez ohledu na nositele nádoru). Slovo *tumor* se ale někdy používá v širším slova smyslu pro jakékoliv zduření.

Dalším pojmem, který je spojen se slovem nádor, je pojem rakovina (carcinom, cancer), označuje se tak zhoubný (maligní) epitelový nádor. Prekanceróza je pojem, jenž označuje nenádorové onemocnění, které v nádor může přejít. Dysplazie je přednádorový proces změny epitelu.

Existují tři typy – lehká, střední a těžká. Názvy nádorů se vytvářejí pomocí koncovky –om. V roce 1990 zemřelo na nádorová onemocnění v ČR 28 000 osob. Každý třetí člověk, jenž onemocněl nádorem umírá dosažením důchodového věku.

(3, 25)

2.1 Vznik a šíření nádoru, metastázy (metastasis)

Nádor může vzniknout prakticky kdekoliv, ale nejčastěji vzniká v místech, kde se buňky nejvíc množí (dýchací soustava, trávicí soustava) a nebo kde jsou buňky stimulovány hormony (prostata, vaječníky, prsy). Má tendenci se rozšiřovat dále i do jiných tkání a oblastí tzv. metastazuje.

Proces šíření nádorů je pomocí krve (hematogenní), nebo pomocí lymfy (lymfogenně) a nebo přímým rozsevem. Metastáza je druhotné ložisko nádorových buněk nebo infekce, které vzniklo odtržení nádorových buněk či infekčního agens od primárního ložiska a následným šířením nebo přímým rozsevem po organismu. Schopnost metastazovat je jedním ze základních znaků malignity nádorových onemocnění.

To zda metastázy vzniknou ovlivňuje několik faktorů: druh nádoru – ne všechny nádory jsou schopny metastazovat. Dále je to velikost primárního nádoru – zde platí jednoduchá úměra, čím větší nádor, tím větší pravděpodobnost tvoření metastáz, neboť malý nádor nemá dostatek buněk, aby je mohl pouštět do krevního řečiště. A v neposlední řadě jsou to angiogenní procesy – opět platí, že čím pokročilejší angiogenní činnost tumoru, tím pravděpodobněji bude metastazovat a to hned ze dvou

důvodů. První je ten, že hustší síť kapilár je mnohem efektivnější v přivádění živin. Nádor tím bude mít větší možnost proliferace a tím pádem bude tvořit metastázy. A za druhé bude v tumoru mnohem více destiček, kterými se lze dopravit do krevního řečiště.

(24)

3. Nezhoubné nádory děložního hrdla

Děložní hrdlo je struktura v ženské pánvi a je uloženo v místě přechodu pochvy v dělohu. Strukturou hrdla jsou převážně svalová, vazivová i nervová vlákna. Dále pak také cévy s hojným kapilárním řečištěm.

Děložního hrdlo se také sestává ze dvou druhů epitelů. Vnější epitel je dlaždicový, vnitřní výstelka je pak z epitelu cylindrického s možností řasinek.

Hrdlo je dobře viditelné a snadno přístupné při vyšetření gynekologickém, jako je aspekce a také při prebiopických metodách (kolposkopie a cytologie). Stejně jako všechny reprodukční orgány ženy prochází v průběhu života změnami, tak stejně tak i děložní hrdlo. Zejména jeho epitelový povrch. Dříve nebylo možno včas zachytit patologické změny. Nyní v průběhu posledních 30-ti let nám poznatky přinesly nový pohled jak na vyšetřovací metody, tak na léčbu. Nyní jsou lékaři schopni včas diagnostikovat počínající prekancerózy.

(1, 4)

3.1 Nenádorové změny a nezhoubné nádory, prekancerózy

Mezi nejčastější nálezy na hrdle děložním jsou tzv. Ovula Nabothi. Vznikají v oblasti transformační zóny sekundárně dlaždicovou metaplazií, kdy dlaždicový epitel uzavře endocervikální krypty, ve kterých mucinózní epitel produkuje hlen. Dále je to endometrioza. Endometrioza se projevuje modravě prosvítajícími cystičkami pod dlaždicovým epitelem cervixu.

Nejčastějším benigním nádorem je endocervikální polyp. Jde o protruzi endocervikálních žlázek s dlaždicovou metaplazií na povrchu. Viditelně je to několik milimetrů až centimetrů veliký stopkatý útvar, vyčnívající z děložního hrdla. V průběhu těhotenství dochází v epitelu cervikální sliznice k deciduálním změnám, které se mohou projevit jako dobře krví zásobené polypy, které mohou dosáhnout velikosti několika centimetrů a hlavně krvácet. Těmto polypům říkáme deciduální polypy (pseudopolypy). Důležité je v tomto případě odlišit tento polyp od karcinomu. Posledním z nezhoubných nádorů je leiomyom. Cervikální leiomyom může při růstu deformovat hrdlo a nebo růst do děložního kanálu. Co se týče klinického vyšetření a léčby, tak se neliší od problematiky myomů těla děložního.

Prevence rakoviny děložního hrdla je jedním z nejdůležitějších úkolů každého gynekologa. Děložního hrdlo je relativně dobře dostupné a proto je pomocí pečlivě provedených prebiopických metod (kolposkopie, cytologie) spolehlivě zachytitelná, až v 90 %.

Protože v děložním hrdle se stýkají dva typy epitelů – dlaždicový a žláznový, mohou zde vznikat jak prekancerózy dlaždicové, tak žláznové. Místo, kde se stýkají oba epitely (transformační zóna) se nazývá „ locus minoris resistentiae “. Jde o oblast, kde dochází k neustálým reparačním, regeneračním a metaplastickým procesům na podkladě hormonálních a zánětlivých změn a také díky mechanickému a chemickému dráždění. Jedná se tedy o velmi zranitelné místo nejčastějšího vzniku prekanceróz. Diagnóza je dobře stanovitelná pomocí kombinace rozšířené kolposkopie a cytologie.

Dysplastické změny dlaždicového epitelu tvoří pestré obrazy barevných, cévních a povrchových změn, které se pomocí kyseliny octové a Lugolova roztoku zvýrazní. Lze pozorovat ložiska hyperplastického epitelu (leukoplakie) vyčnívajícího na povrch a také různě hrubou mozaiku a puntíkování.

Konečnou diagnózu nám potvrdí až biopsie ze suspektních míst, event. kyretáž děložního hrdla. Vzhledem k tomu, že v posledních 30-ti letech došlo k vývoji co se týče poznatků o patogenezi a klinickém projevu prekanceróz (patologické změny, které mohou vést ke vzniku nádoru), změnila se již několikrát histopatologická terminologie hrdla. Terminologii z 60. let nahradila v 70. letech terminologie nová. Terminologie dysplazií a karcinomu in situ, která se dodnes používá společně s nejrozšířenější terminologií CIN (cervikální intraepitelové neoplazie). (1, 4, 21)

Dělení dle CIN:

CIN 1 – lehká dysplazie (cytologicky LSIL) s postižením 1/3 epitelu, regrese

CIN 2 – střední dysplazie (cytologicky HSIL) s postižením 1/2 epitelu, progres

CIN 3 – těžká dysplazie (cytologicky HSIL) s postižením 2/3 epitelu až celý

CIS – carcinoma in situ (cytologicky HSIL) nejtěžší cervikální neoplazie

3.2 Epidemiologie a patogeneze, klinický obraz, diagnostika

Je mnoho rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku prekanceróz. Některé studie dokonce vedou k závěru, že prekancerózy hrdla děložního jsou sexuálně přenosná onemocnění. Dnes je ale za rizikový faktor číslo 1, považována infekce rizikovým typem humánního papillomaviru, tzv. HPV infekce, která je z 98% patogeneticky spojována s prekancerózami. V anogenitální oblasti se projevuje asi více jak 20 typů těchto virů. Ty se dají rozdělit do dvou skupin a to dle jejich onkogeního rizika. Díky dnešnímu pokroku ve výzkumu již víme, že nejvyšší riziko onkogenního potenciálu mají typy 16 a 18. A dalším rizikovým faktorem pak je také kouření.

Klinický obraz

Klinický obraz je těžko určitelný. Bohužel pro většinu žen jsou prekancerózy bez příznakové. Což vede k tomu, že ženy nic nenutí jít k lékaři a tak často přijdou pozdě, když už se projeví příznaky. Důležitá je proto prevence.

Diagnostika

Léčba prekanceróz je v dnešní době více než dobrá. Stejně tak je ale ještě lepší možnost, včasné diagnostiky změn na čípku a to díky prebioptickým metodám, ke kterým patří cytologie, kolposkopie a HPV testace.

Co se týče diagnostiky, tak prekancerózy děložního hrdla patří k jediným maligním nádorům, které jsou včas diagnostikovatelné díky screeningu. Tím je především onkologická cytologie, která pokud je prováděna pravidelně, má smysl. Důležité jsou také další prebioptické metody, kterými jsou např. kolposkopie. Pokud je ale závěr vyšetření nejasný, dá nám definitivní odpověď pouze histopatologické vyšetření.

(1)

3.3 Léčba a prognóza

Důležité je vždy odstranit celou lézi, v dostatečné hloubce a způsobem nepřiliš devastujícím, především u mladších žen. Léčba prekanceróz má několik metod. A to metodu destrukční a oblační (excizní).

Destrukční metody.

Po biopsii, která se provádí pomocí bioptických kleští nebo skalpelu, následuje destrukce tkáně.

Kryoterapie využívá účinku chladu pomocí tekutého dusíku. Na místo destrukce se přiloží sonda a díky mrazu dojde k nekróze tkáně a následně k hojení. Výhoda této metody je, že se dělá ambulantně, nevýhoda je, že léčba pak je zdoluhavá s nepříjemnými projevy (výtok).

Laserová valorizace je založena na principu odpařování tkáně za pomoci CO₂ laserového paprsku. Ten odpaří tkáň do potřebné hloubky několik mm. Výhodou je rychlejší hojení než u kryoterapie a navíc se výkon provádí pod kontrolou kolposkopu. Nevýhoda jsou finanční náklady na pořízení laseru a v tom se odráží i cena výkonu.

Elektrodiatermokoagulace nebo-li destrukce teplem se již v dnešní době při léčbě prekanceróz nevyužívá. Veliká nevýhoda destrukčních metod je problém nemožnost histologického vyšetření veškeré tkáně. Nahrazují je proto metody ablační.

Ablační (excizní) metody.

Níže vyjmenované metody mají své pro a proti. Záleží na tom, kterou metodu si jaké pracoviště vybere a jaké s ní mají zkušenosti.

Klasická konizace se provádí pomocí skalpelu nebo nůžkami. Excize vysokofrekvenční kličkou (LEETZ – large electro excision of transformation zone, LEEP – loo electro excision procedure). Laserová konizace.

Hysterektomie se využívá jako léčba u prekanceróz pouze pokud je více indikací

Prognóza

U prekanceróz děložního hrdla je dobrá, jelikož jsou dobře léčitelné. Může se stát, že onemocnění se po letech může vrátit a to v podobě nového onemocnění. Důležitá je proto po ošetření důkladná dispenzarizace (včasné aktivní vyhledávání a léčení osob potřebujících soustavnou preventivní nebo léčebnou péči). V dnešní době již věda pokročila a tak je vyvinuta nová profylaktická metoda péče a tím je vakcinace proti rizikovým skupinám HPV.

(1)

4. Zhoubný nádor děložního hrdla

4.1 Epidemiologie (šíření a hromadný výskyt onemocnění), definice

Vhledem k tomu, že incidence žen v r. 2000 byla 19,8 / 100 000 (1045 žen na sto tisíc), řadí se karcinom děložního hrdla na 2. místo nejčastějších nádorových onemocnění v oblasti gynekologie. U nás je incidence o 50% vyšší, než v zemích Evropy. Mortalita žen je 6,9 / 100 000, což představuje úmrtí asi 360 žen ročně.

Průměrný věk žen, které onemocní rakovinou děložního hrdla je 49 let. S tím, že první vrchol je mezi 35 a 45 rokem a druhý mezi 65 a 75 rokem. Dále jsou také vyšší tendence u sociálně slabší skupiny žen.

Karcinom děložního hrdla (čípku) je definován jako epitelový nádorový proces, který vychází buď z oblasti epitelu povrchového (exocervixu) nebo z vnitřní výstelky (endocervixu), tvořené cylindrickým epitelem. Před samotným vznikem karcinomu je období, kdy vznikají dysplastické změny, které se nazývají cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN I- III). (14)

4.2 Etiologické faktory (vyvolávající faktory), lokalizace a šíření

Jak karcinom vzniká bohužel podrobně neznáme. Jediné co víme je to, co by ho mohlo vyvolávat a co vede k tomu, že se poškodí DNA a následně se začnou množit tumorózní buňky. Za jeden z nejdůležitějších etiologických faktorů se v dnešní době považuje infekce HPV (humánní papilloma virus) a to zvláště typ 16 a 18. U závažných dysplazií se vyskytuje až ve 44 % případů, v případech karcinoma in situ, je to až 77 % a pokud jde o dlaždicobuněčný karcinom, tam se vyskytuje HPV infekce až v 89 %.

Dalším faktorem, který souvisí s vyšším výskytem karcinomu děložního hrdla je kouření, stejně tak jsou to sexuálně přenosné choroby, poruchy imunity, genitální infekce, AIDS.

Faktory, u kterých se domníváme, že souvisí s infikováním papilloma virem a statisticky souvisí s vznikem karcinomu jsou: brzký začátek se sexuálním životem (před 20. rokem), sexuální promiskuita, v anamnéze vysoký počet porodů a také potratů, opakované instrumentální zákroky na čípku a s nimi spojené lacerace čípku,

první porod v mladém věku, drogy a kouření, špatné sociální a ekonomické podmínky, genetické dispozice.

Karcinom vzniká buď na povrchu hrdla tzv. exocervix a nebo uvnitř cervikálního kanálu tzv. endocervix.

Exocervikální forma je častější. Tvoří objemné květákovité nádorové masy, které prorůstají do pochvy a při kontaktu způsobují silné krvácení.

Endocervikální forma naopak roste dlouho bez povšimnutí, šíří se do parametrií a dále pak rychle do lymfatického systému, dokud se může dostat do celého těla.

Cervikální karcinom se většinou šíří kontinuálně a postihuje: parametria (závěsný aparát děložní), vaginální epitel, myometrium krčku a děložního těla, lymfatické uzliny paracervikální, parametriální podél ilických arterií, presakrálně a sakrálně, inguinální a paraaortální uzliny. (1)

4.3 Histopatologie

V převážné většině se jedná o spinocelulární karcinom z dlaždicového krytu čípku (85 – 90 %). V 10 – 15 % případů se jedná o adenocarcinom, který má kratší vývoj, postihuje mladší ženy a má horší prognózu. Zcela výjimečně se objevuje nádor z pojiva – sarkom a melanom. (4, 14)

Histologická klasifikace – nejčastější typy :

Dlaždicobuněčný karcinom (M-8070/3) s variantami

- rohovějící (M-8071/3)

- velkobuněčný nerohovějící (M-8072/3)

- malobuněčný nerohovějící (M-8073/3)

Adenocarcinom cervikálního typu (M-8140/3)

Adenocarcinom endometroidní (M-8380/3)

Adenocarcinom z jasných buněk (M-8310/3)

Karcinom adenoidně cystický (M-8200/3)

Karcinom adenoskvamózní (M-8560/3)

Karcinom nediferencovaný (M 8020/3)

TNM, pTNM klasifikace a FIGO (5. vydání, 1997)

T - primární nádor

TX – primární nádor nelze posoudit

T0 – žádné známky primárního nádoru

Tis – carcinoma in situ

T1 – karcinom čípku ohraničený na dělohu (I)

T1a – preklinicky invazivní karcinom diagnostikovatelný výlučně mikroskopicky (IA)

T1a1 – hloubka stromální invaze do 3 mm a 7 mm nebo méně v horizontálním šíření
(IA1)

T1a2 – hloubka stromální invaze více než 3 a ne více než 5 mm (od baze epitelu) a
7 mm nebo méně v horizontálním šíření (IA2)

T1b – nádor větší než T1a nebo klinicky viditelná léze

T1b1 – tumor do průměru 4 cm v největším průměru (IB1)

T1b2 – tumor o průměru 4 cm (bulky) v největším průměru (IB2)

T2 – šíření mimo dělohu, ale ne až ke stěně pánevní a ne do dolní třetiny pochvy (II)

T2a – bez šíření se do parametrií (IIA)

T2b – šíří se do parametrií (IIB)

T3 – šíření ke stěně pánevní a nebo na dolní třetinu pochvy a nebo způsobuje
hydronefrózu či afunkci ledvin (III)

T3a – postihuje dolní třetinu pochvy, bez šíření ke stěně pánevní (IIIA)

T3b – šíření až ke stěně pánevní a nebo způsobuje hydronefrózu či afunkci ledviny
(IIIB)

T4 – šíření na sliznici močového měchýře nebo rekta a nebo mimo malou pánev (IVA)

**N – regionální lymfatické uzliny, paracervikální, parametriální, hypogastrické
(obturatorní), společné, zevní a vnitřní illické, presakrální a sakrální**

NX – nelze posoudit

N0 – žádné metastázy v regionálních mízních uzlinách (min. požadavek 10 uzlin)

N1 – metastázy v regionálních uzlinách

M – vzdálené metastázy

MX – nelze posoudit

M0 – žádné vzdálené metastázy

M1 – vzdálené metastázy (IVB)

4.4 Diagnostika

Přesná diagnostika je rozhodujícím faktorem pro určení správné léčby a jejího rozsahu. Nesprávné rozhodnutí může vést k neúspěchu léčby, jinak léčitelného nádoru. Ve většině případů lze pomocí vyšetřovacích metod dojít ke správnému posouzení a rozhodnutí o léčbě.

Obligatorní stadiogové vyšetření : komplexní klinické vyšetření gynekologem, gynekologické palpační vyšetření společně s kolposkopií a cytologií, ultrazvukové vyšetření vaginální sondou (viz. příloha č 2), odběr materiálů na histologické šetření, hematologické vyšetření včetně koagulačních faktorů a HIV, biochemické vyšetření krve a moče, fyzikální vyšetření RTG srdce a plic, CT a MR (magnetická rezonance), UZ (ultrasonografie) jater a ledvin a cystoskopie.

Kolposkopie

Jedná se o nezbytné základní vyšetření pomocí optického přístroje kolposkopu, vybaveného bodovým zdrojem světla, umožňujícím pracovat s lupovým zvětšením 6- až 40krát. Vyšetření dolního genitálního traktu probíhá prohlédnutím zevních rodidel, pak zavedením gynekologických zrcadel do pochvy, prohlédnutím poševních stěn a případným odebráním stěrů k mikrobiologickému a nebo cytologickému vyšetření. Vlastní examinace děložního čípku začíná nativně, je možné opět provést mikrobiologické odběry (kultivace, chlamydiový antigen, myko- a ureaplazmata).

Pak následuje vyšetření po aplikaci tří- až pětiprocentního roztoku kyseliny octové, který rozpustí hlen, benigní žlázo- a metaplastický epitel zbledají, zvýrazní se patologické epiteliální změny. Podle nálezu se přistoupí k odběru onkologické cytologie.

Používá se zásadně kombinace náběru z endocervixu TZ kartáčkem (cytobrush), případně doplněného odběrem k typizaci HPV, a stěru z povrchu čípku pomocí vatové štětičky. Získaný buněčný materiál je ihned nanesen na označené sklo a neprodleně fixován v 96 % etanolu. Kolposkopické vyšetření je ukončeno Schillerovou zkouškou – potřením cervixu Lugolovým (jodovým) roztokem. Zdravý dlaždicový epitel obsahující glykogen se zbarví hnědě (je jodopozitivní).

Onkologická cytologie

Tento odběr provedený vatovou tyčinkou nebo kartáčkem je ihned valivým pohybem přenesen na označené sklo a zafixováno. V cytologické laboratoři by měly být preparáty obarveny polychromem podle Papanicolaoua a zamotány průhledným tekutým médiem a nebo krycím sklem. Následuje hodnocení stěru pod světelným mikroskopem – nejprve screening provedený erudovaným cytotechnikem, sporné a závažné nálezy jsou předány k hodnocení vedoucímu laboratoře, který učiní definitivní závěr podle Bethesda systému 2001. Laboratoř předá zprávu ihned odesílajícímu gynekologovi. Pacientkám s podezřením na prekancerózu vyššího stupně nebo karcinom je doporučeno vyšetření a bioptické ověření v COP (centrum onkologické prevence).

Biopsie

Histopatologické vyšetření tkáně, které definitivně potvrdí závažnosti prekancerózy nebo invazivního karcinomu. K odběru je možné použít různé techniky: minibiopsie (punch biopsie), cílená excize skalpelem, kyretáž a konizace.

Minibiopsie

Provádí se speciálními kleštěmi pod kolposkopickou kontrolou z exocervixu, rozsah tkáně získané odběrem je dán velikostí bioptických kleští.

Cílená excize skalpelem

Jedná se o vytětí suspektní tkáně pod kolposkopickou kontrolou. Velikost excize určuje operatér podle nejzávažnější léze.

Kyretáž

Provádí se ostrou kyretou z endocervikálního kanálu.

Konizace

Konizace (skalpelem, nůžkami, laserem nebo radiofrekvenční kličkou, tzv. LEEP techniky) umožňuje nejrepresentativnější vyšetření léze, nemůže však nahrazovat cytologii a kolposkopii a není vhodná u jasných invazivních karcinomů.

(1, 4, 12)

4.5 Terapie, přehled léčby

Liší se dle stádia onemocnění. Její úspěšnost závisí na tom, jestli se zahájí včas a správným způsobem.

Stadium IA1

Preinvazivní karcinom se léčí obvykle prostou hysterektomií (odstraněním dělohy). U mladších žen, které si přejí zachovat možnost otěhotnění, se přistupuje jen k amputaci nebo konizaci čípku. Důležitá je pak následná dispenzarizace.

Stadium IA2-IIA

Při těchto stádiích u vhodných nemocných (mladé neobézní ženy bez operačních kontraindikací) je volena radikální hysterektomie, nejčastěji dle Wertheima. Odstraňuje se děloha, horní třetina pochvy, parametria a též převážná část pánevní lymfatické tkáně.

Stádium IIB-IV

V tomto případě přichází v úvahu jen léčba zářením (kombinovaná aktinoterapie – brachyterapie a teleterapie). Výsledky ale nejsou příliš nadějně.

Prognóza onemocnění je dobrá, pokud je nasazena správná léčba u prvního stádia, kdy pětileté přežívání přesahuje 90 %. U stádia II toto procento remise klesá na 60 – 70 %. U pokročilých stádií je trvalé vyléčení velmi málo pravděpodobné.

Léčba

Terapie karcinomu děložního hrdla se dá rozdělit na chirurgickou a radiální. Obě tyto metody mohou být ještě podpořeny léčbou celkovou – chemoterapií.

Chirurgická léčba

Do léčby chirurgické patří hysterektomie, což je odstranění dělohy. Může být buď prostá hysterektomie (hysterektomia simplex), kdy se odstraní jen děloha a adnexa (vejcovody) se ponechají a nebo rozšířená (radikální) hysterektomie, kdy se současně s dělohou odstraňují i parametria, horní část pochvy s paracolpiem, část sakrouterinních vazů a pánevní uzliny v různém rozsahu.

Radiační léčba

Radiační léčba, nebo-li aktinoterapie je léčba ozařováním je využívána v případě, že nádor je neoperabilní, nebo stav pacientky nevyhovuje pro možnost operačního řešení a nebo ji lze také využít v léčbě počátečních stádií. V tomto případě je ale vhodnější pro mladší pacientky, neboť u nich nedochází k postradiačnímu syndromu. Ten se vyznačuje tím, že se objeví pozdní nepříznivé vedlejší účinky, jako je chronická cystitidou, synechiemi pochvy nebo obstrukcemi vývodných cest močových z důvodů

fibriotických procesů. Pokud dochází k ozařování přímo v místě výskytu nádoru, nazýváme tento výkon brachyterapie.

Chemoterapie

Podporou jak při radiační, tak chirurgické léčbě je léčba systémová a to léčba pomocí chemoterapeutik – chemoterapie. Neřadí se mezi základní léčebné postupy a je individuální dle stavu a potřeby pacientky. Využívá se při IA2 objemném nádoru, při vzdálených metastázách a při napadení lymfatických uzlin. Způsoby aplikace: neoadjuvantně – lokálně pokročilý tumor za účelem redukce tumoru, konkomitantně – pokročilá stádia onemocnění s využitím chemopotenciačního účinku, sandwichová metoda – využití obou předchozích metod najednou. (4, 7, 11, 14, 12, 21)

4.6 Prognóza a dispenzarizace (sledování po léčbě)

Prognóza onemocnění závisí zejména na pokročilosti onemocnění. U preinvazivních karcinomů, *ca in situ*, je vyléčení možné ve 100 % případů. U pokročilejších stádií je pětileté přežití podstatně nižší. U stádia I. je přibližně 82 %, u stádia II. 61 %, u stádia III. 37 % a u stádia IV. 12 %. Nebereme-li rozdělení pacientek do stádií, je sumární pětileté přežití kolem 60 %.

Dispenzarizace

Dispenzarice, nebo-li poléčebné sledování (*follow up*) je v případě karcinomu děložního hrdla velmi důležité. Pokud se přijde na případnou recidivu včas je procento efektivnější léčby větší, než v případě, že se kontroly zanedbávají. Dispenzarizace jako taková by měla fungovat po jakémkoliv vyšetření typu kolposkopie či cytologie, při kterém žena čeká na výsledky a dle nich bude zahájena léčba.

Intervaly pro kontroly jsou následující : první dva roky je kontrola každé tři měsíce, od druhého do pátého roku po léčbě jsou intervaly návštěv každého půl roku, další roky je pak kontrola jednou ročně. Pokud se ovšem vyskytnou nějaké obtíže či příznaky je kontrola nutná ihned a kdykoliv.

Vyšetřovací metody, které patří mezi standardní při *follow up* jsou : komplexní gynekologické vyšetření s případnou ultrasonografií malé pánve, RTG plic a ultrasonografie jater a ledvin v prvním roce, laboratorní vyšetření (krevní obraz + diferenciál) každý rok a dále pak vyšetření dle případných symptomů. (9, 16, 21)

4.6.1 Dispenzarizace a vliv porodní asistentky

Porodní asistentka je hned druhou osobou, po lékaři, která má veliký vliv na to, s jakými pocity žena a z ambulance odchází. Lékař je tu proto, aby ženě vysvětlil vše po lékařské stránce, co se týče vyšetření, léčby a možností, ale často zapomíná na pocity ženy a její psychiku.

Ale porodní asistentka je ta osoba, která jako první a poslední s ženou mluví, když do ordinace vstoupí nebo z ní odchází. Ona je tou, která by si měla všimnout toho, kdy naposledy žena byla na vyšetření a upozornit jí na to, že by se měla objednat a poskytnout jí informace týkající se prevence.

Kontroly po úspěšné léčbě jsou velmi důležité a ženy by to měly vědět. A pokud jim lékař nevysvětlí tuto důležitost, měla by to být právě asistentka, která to udělá. Měla by si všimnout toho, jak se žena cítí a být k ní empatická a vstřícná. Lékaři často nemají příliš citlivý přístup a tak je to na nás, na asistentkách, abychom to ženám vynahradily.

5. Prevence

5.1 Prevence obecně

Prevence

Je obecně takový přístup, který se snaží snížit dopady negativního jevu, proti kterému je zaměřena. Specifických postupů, kterými lze prevenci provádět, je celá řada. Od letáků a nástěnek s informacemi, přes besedy, vzdělávací pořady až po specifické programy pro etnické menšiny. Každý z těchto postupů má svá pro a proti a je nutné zvážit jejich nasazení vzhledem k očekávanému efektu.

Primární prevence (PP)

Má za cíl přímo předcházet negativnímu jevu ještě před jeho vznikem a je zaměřena na ohroženou skupinu. Je zaměřena na zdravé lidi, jejím cílem je předcházet zdravotním problémům. Zabývá se nejen prevencí vzniku chorob, ale také pozitivním zlepšováním zdravotního stavu, její snahou je především ovlivnit vnější faktory (stravovací návyky, kouření, alkohol, pohybová aktivita).

Sekundární prevence (SP)

Nazývá se také časnou intervencí a provádí se poté, co negativní jev již vznikl, ale dříve než stačil způsobit poškození. Zaměřuje se na včasné zjištění již existujícího onemocnění.. Dá se rozdělit na individuální – samovyšetření, např. prsou a varlat, a na lékařské preventivní prohlídky. (viz. příloha č. 4). Jejím úkolem je zabránit rozvoji choroby a určit diagnózu v době, kdy je onemocnění ještě ve vyléčitelném stadiu.

Terciární prevence (TP)

Hovoří se o ní od 60. let. Provádí se poté, co nežádoucí jev již vznikl a způsobil poškození a jejím cílem je předejít dalším škodám. Je třeba výchova nemocných i rodinných příslušníků k tomu, jak využít co nejvíce stávajících možností zdravého žití a jak se vyhnout komplikacím a problémům.

Doporučení

Jsou postupy, pro prevenci nádorů, které lze doporučit každému. Pořadí uváděných způsobů prevence nenaznačuje jejich prioritu nebo posloupnost důležitosti, protože všechny spolu bezprostředně souvisí.

Vyvarovat se častých stresů, naučit se relaxovat a aktivně odpočívat. Dodržovat zásady racionální výživy - jíst stravu bohatou na ovoce, zeleninu, luštěniny a celozrnné výrobky. Upřednostňovat rostlinné tuky a mléčné výrobky se sníženým obsahem tuku. Omezovat příjem živočišných tuků, soli a cukru. Snížit spotřebu červeného masa a uzenin, vybírat libové maso bílé a rybí. Preferovat ovocné, zeleninové a bylinné nápoje a zelený čaj. Nekonzumovat potraviny napadené plísní, hnilobou či jinak podezřelé. Při přípravě stravy dávat přednost dušení, vaření a přípravě v mikrovlnné troubě před pečením, smažením a grilováním. Nekouřit nebo se tohoto návyku zbavit, nekouřit ani v přítomnosti jiných. Kontrolovat a velmi omezit pití alkoholu. Dbát na přiměřenou tělesnou aktivitu: alespoň 20 - 30 minut denně, vhodné je tzv. aerobní cvičení (chůze, běh, plavání, jízda na kole). Udržovat si přiměřenou tělesnou hmotnost (např. dle BMI). Vyhybat se nadměrnému slunění. Užívat léky jen po konzultaci s lékařem. Vyvarovat se známým škodlivinám v životním prostředí a na pracovišti. Vyhybat se náhodným sexuálními kontaktům, při sexuálním styku používat kondom. (1, 14, 19, 20, 27)

5.2 Rizikové faktory vzniku karcinomu děložního hrdla

Rizikové faktory jsou takové faktory, které mohou podpořit a ovlivnit vznik onemocnění. Většinu těchto faktorů můžeme regulovat a je jen na nás, zda a kolik jich necháme, aby ovlivňovaly náš život.

Dnes jsou za nejvýznamnější rizikové faktory považovány infekce rizikovým typem onkogenních kmenů lidského papilomaviru (HPV) přenášenou pohlavním stykem, stav imunitního systému, a kouření. Dále pak jsou rizikovými faktory - zahájení sexuálního života před 15. rokem věku, vysoký počet sexuálních partnerů, časně první těhotenství, multiparita (více porodů) a nepoužívání bariérových antikoncepčních metod.

Infekce humánním papilomavirem (HPV)

Je považována za nejdůležitější etiologický faktor. Tato infekce je přítomná podle literárních údajů až ve 44 % u závažných dysplazií, u 77 % případů carcinoma in situ a 85 % případů invazivního dlaždicobuněčného karcinomu. V současnosti je známo více než sto typů těchto virů, které dělíme do dvou skupin: s nízkým rizikem (low risk HPV) a s vysokým rizikem (high risk HPV). Nízce rizikové typy (typ 6, 11 aj.) nalézáme především v benigních lézích, např. kondylomatech ženského genitálu. Vysoce rizikové typy HPV (především typy 16, 18, 31, 33) obsahuje většina prekanceróz a karcinomů

děložního hrdla, pochvy a vulvy (HPV pozitivní léze vznikají multifokálně, mohou tedy postihnout více etází dolního genitálu). Nicméně je jisté, že HPV samy o sobě nádor nevyvolávají: vyplývá to už z nepoměru mezi velmi častým výskytem HPV infekcí a relativně vzácným výskytem karcinomu čípku. Z úlohy nezbytného kofaktoru jsou podezírány chlamydiové infekce, velký počet porodů, kuřáctví a perorální kontraceptiva.

Stav imunitního systému

Imunodeprese. Významné jsou zejména defekty buněčné stěny imunity. Modelem je infekce HIV a imunosupresní léčba jiných chorob.

Kouření

Ženy kuřačky trpí častěji rakovinou děložního čípku, což prokazují studie standardizující ostatní dominantní rizikové faktory tohoto onemocnění (počet sexuálních partnerů a infekce vyvolané HPV). Ve 30 % přispívá kouření k úmrtnosti na toto onemocnění a 1,7x více jsou kuřačky ohroženy úmrtností na rakovinu děložního čípku než nekuřačky. Bylo prokázáno, že nikotin se selektivně koncentruje v cervikální tkáni a jeho koncentrace v mukózním sekretu dosahují hodnot až 1000 ng/ml (ve srovnání s 15-50 ng/ml v krevním séru). Za těchto podmínek dochází ke zvýšené proliferaci všech typů cervikálních buněk, které při současně působícím zánětu HPV jsou vnímavější pro následné maligní degenerativní změny.

Sexuální aktivita

Sem se dá počítat: zahájení pohlavního života v nízkém věku, vysoký počet sexuálních partnerů a jejich časté střídání a opakované porody, první porod v nízkém věku. Podle Mezinárodní instituce International Agency for Research on Cancer (orgán Světové zdravotnické organizace), existuje přímá souvislost mezi HPV a opakovanými porody. Statistická analýza ukazuje vztah mezi počtem ukončených těhotenství a výskytem invazivního karcinomu čípku děložního a karcinomem „in situ“. Riziko ženy se sedmi porody je 3,8x vyšší než u nulipary a 2,3x vyšší než u ženy s jedním nebo dvěma porody. Výskyt adenokarcinomů počtem porodů ovlivněn nebyl. Vliv mají také opakované lacerace děložního čípku provázené metaplazií oblasti junkční zóny. Kde riziko nakažení HV je právě v mladém věku.

Užívání perorálních kontraceptiv

Hormonální antikoncepce brání spontánní clearance HR HPV (vysoce rizikové humánní papilomaviry) a čím je perzistence viru delší, tím je riziko prekanceróz vyšší. Hormonální antikoncepce není v přímé etiologické souvislosti se vznikem skvamózních intraepiteliálních lézí hrdla děložního, je pouze kofaktorem.

Podle Mezinárodní instituce International Agency for Research on Cancer (orgán Světové zdravotnické organizace), pět let užívání kontraceptiv riziko karcinomu u žen, pozitivních na HPV nijak neovlivňuje, ale delší užívání ano. 5-9 let užívání kontraceptiv zvyšuje riziko 2,8x, po 10 a více letech užívání kontraceptiv je riziko zvýšeno 4x. Injekční přípravky, obsahující samotný progesteron (depotní medroxyprogesteronacetát, DMPA), riziko nezvyšují. (1, 2, 5, 6, 8, 12, 17, 23)

5.3 Prevence v gynekologii

Primární prevence v gynekologii

Primární prevence znamená předcházení a eliminaci škodlivých vlivů, které mohou vést zejména u vnímavých jedinců k nádorovým onemocněním. Přestože škodlivé vlivy mnoha zejména chemických a biologických působků jsou již notoricky známé, nedochází k respektování této skutečnosti zejména u mladých lidí, kteří mají k sobě danou tendenci podceňovat následky. Týká se to např. kouření, lehkovážného přístupu k pohlavnímu životu s důsledkem infekce pohlavně přenosnými HPV viry a zvyšující se frekvencí střídání sexuálních partnerů.

Preventivní opatření : zahájení sexuálního života po 15. roce věku, nestřídání sexuálních partnerů, užívání bariérových metod antikoncepce, nekouřit, důkladná hygiena zevního genitálu.

Sekundární prevence v gynekologii

Sekundární prevence znamená pravidelné roční preventivní gynekologické prohlídky žen. Přesto, že jsou prohlídky placeny zdravotními pojišťovnami, mnoho žen tuto prevenci podceňuje a k prohlídkám se dostavuje až při výskytu příznaků, obvykle pokročilejšího onemocnění. Sekundární prevenci mohou pozitivně ovlivnit také praktičtí lékaři, kteří mají sledovat v rámci pravidelných 2letých kontrolních prohlídek, zda ženy absolvovaly gynekologické vyšetření. (22)

5.4 Vliv porodní asistentky na povědomost o prevenci v gynekologii

Porodní asistentka bývá jak s pacientkou, tak s její rodinou v podstatně užším kontaktu než lékař. Zejména v preventivní činnosti, kdy se podílí na informování lékaře o nádorových rizicích u pacientů, ale i na edukaci pacientů, pokud jde o správnou životosprávu, zvládání nezdravých návyků, samovyšetřování (např. prsu) a upozornění na varovné příznaky vzniku nádorových onemocnění, má svou nezastupitelnou roli.

Organizuje ve spolupráci s lékařem komplexní preventivní prohlídky, podílí se na dalších potřebných vyšetřeních, na sledování pacientů a na edukaci, zaměřenou na příznivé ovlivnění jejich zdravotního stavu. V rámci sekundární prevence upozorňuje lékaře na výskyt varovných známek onkologických onemocnění u pacientů a členů jejich rodiny a podílí se na zajišťování všech potřebných vyšetření a informování o screeningu (např. mamografické vyšetření a screeningové vyšetření v rámci gynekologického vyšetření).

Když bych se zaměřila na to, jaký vliv může mít porodní asistentka na prevenci karcinomu děložního hrdla u žen, rozdělila bych tyto ženy na dvě skupiny.

První skupina by byly dívky, které ještě nezačaly pohlavně žít, ale začaly chodit do ambulancí na preventivní prohlídky, nebo přišly s nějakým problémem. Těmto dívkám je nutné říci, čeho se mají vyvarovat, že není důležité s pohlavním životem pospíchat a že naopak tím chrání sebe, pokud začnou až v pozdějším věku. Říci jim, že je důležité myslet na svůj zdravý životní styl, tzn. nekouřit, jíst zdravě, mít dostatek tělesné aktivity. Dívky si často myslí, že toto na vznik karcinomu vliv nemá, ale opak je pravdou a proto je důležité jim to vysvětlit a poučit je o tom. Je vhodné je upozornit na to, že pokud by chtěly začít s pohlavním životem, tak že je důležité se umět chránit. Říci jim o bariérové antikoncepci, poučit je o hygieně a nutnosti pravidelných gynekologických prohlídkách.

Co se týče žen, které již pohlavně žijí a dochází z nějakého důvodu ke gynekologovi, ať už z důvodu preventivních prohlídek nebo za účelem antikoncepce nebo s gynekologickým problémem, je důležité poučit i je. Měl by vědět, že preventivní prohlídky jsou důležité a že by měly myslet na to, aby se včas každý rok objednaly na vyšetření. Také jim říct o bariérové antikoncepci, která má velký význam při prevenci před HPV nákazou a také i je, poučit o zdravém životním stylu a o tom, že i časté

střídání partnerů může mít vliv na jejich zdraví. Nejen po stránce pohlavně přenosných chorob, ale také kvůli přenosu HPV virů a následnému riziku vzniku rakoviny hrdla děložního.

Myslím si, že pokud porodní asistentka dokáže poskytnou ženě dostatek informací a získá si tím její důvěru, může tím pomoci nejen v tom, že ženy začnou brát prevence vážněji, ale také díky tomu budou ženy více otevřenější a budou se svěřovat s obtížemi, které mají a které, když se včas podchytí a zjistí se příčina, mohou mít velký vliv na minimalizaci vzniku karcinomu děložního hrdla.

5.5 Očkovací vakcína proti HPV (Human papilloma virus)

K přípravě této experimentální vakcíny vedlo na počátku 90.let minulého století zjištění, že bílkovina, kterou je tvořen obal papillomavirů, je schopná spontánně vytvářet tzv. viru podobné částice (pseudoviry), které nenesou virovou genetickou informaci (DNA), a nejsou tedy schopny vyvolat tvorbu nádoru. Jsou vysoce imunogenní, to znamená, že po vpravení do organismu vyvolávají tvorbu vysokých hladin protilátek, jež zabrání infekci příslušným typem viru.

Doporučení pro očkování proti HPV podle ACS: rutinní očkování proti HPV je doporučeno pro dívky 11 až 12 let staré. Dívky mohou být očkovány vakcínou již od 9. roku života. Po informovaném dialogu s lékařem lze vakcínou očkovat i ženy ve věku od 19 do 26 let s ohledem na možné riziko již nakažení virem HPV. V současné době není vakcína doporučena pro ženy starší 26 let a pro muže.

Screeningové programy na rakovinu děložního čípku by měly pokračovat v očkované i neočkované skupině žen.

Na našem trhu jsou nyní k dispozici dva typy vakcíny proti HPV. A to vakcína *Silgard*, jež chrání proti nákaze HPV typu 16 a 18, které jsou považovány za hlavní činitele vzniku karcinomu děložního hrdla a zároveň proti typu 6 a 11, které stojí za vznikem genitálních bradavic. Druhou vakcínou je pak *Cervarix*, který očkuje pouze proti typu HPV 16 a 18.

(26, 28, 29)

5.5.1 Vakcína SILGARD a CERVARIX

Silgard

Dne 20. září 2006 bylo vakcíně proti rakovině děložního hrdla Silgard [vakcína proti lidskému papilomaviru (typy 6, 11, 16, 18)], vyráběné společností Merck & Co, Inc., Evropskou komisí uděleno povolení k jejímu použití. Očkovací látka Silgard je schválena jako první a jediná vakcína v Evropské unii (EU) k prevenci rakoviny děložního hrdla, cervikálních dysplázií/prekarcinomů vysokého stupně : cervikální intraepiteliální neoplázie (CIN 2/3), vulválních dysplastických lézí vysokého stupně/prekarcenózních (VIN 2/3) a genitálních bradavic (condyloma acuminata), vyvolávaných lidským papilomavirem (human papillomavirus, HPV) typů 6, 11, 16 a 18. (viz. příloha č. 5)

Cervarix

Tato HPV vakcína byla dne 20.9.2007 schválena pro použití v zemích EU jako prevence onemocnění způsobených HPV typy 16 a 18 u žen a dívek ve věku 10-25 let. Cervarix je vakcína určená k prevenci vysokého stupně cervikální intraepiteliální neoplázie (CIN stupně 2 a 3) a cervikálního karcinomu, které jsou kauzálně spojeny s lidským papilomavirem (HPV) typu 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti Cervarixu u žen ve věku 15 až 25 let a na prokázané imunogenicitě této vakcíny u dívek a žen ve věku 10 až 25. (viz. příloha č. 6)

Oba dva preparáty se podávají v podobě tří dávek v průběhu 6-ti měsíců.

U přípravku Silgard je dávkovací schéma takové : první dávka se podá v den, na kterém se žena dohodne s lékařem, druhá se pak podává po 2 měsících a třetí dávka po 6-ti měsících od aplikace první dávky.

V případě přípravku Cervarix je dávkovací schéma takto : první dávka v den, na kterém se lékař a žena domluví, další dávka 1 měsíc po aplikaci první a třetí dávka po 6-ti měsících od aplikace té první.

Vakcína se nesmí aplikovat v případě přítomnosti horečnatého onemocnění. Mohou se vyskytnout nežádoucí účinky, které jsou ale velmi ojedinělé.(26, 28, 29)

6. Metodika

Průzkum se zajímá o to, co ženy vědí o prevenci, zda na ní dochází a co vědí o rizikových faktorech vzniku karcinomu děložního hrdla a jeho příznacích.

Konal se na území Středočeského kraje v 5-ti okresech : Benešov, Mělník, Nymburk, Praha východ, západ a Příbram. Zkoumaným souborem je 100 náhodně oslovených žen ve věku 18 až 70 let žijících ve výše uvedené oblasti. Sběr dat se konal v období od 1. prosince 2007 do 30. ledna 2008.

Na průzkum byla použita dotazníková metoda. Dotazník obsahuje 20 položek, z toho 16 otázek uzavřených a 4 otázky otevřené. Byly osloveny ženy ve věku 18 až 70 let. Pro zpracování výzkumu byly ženy rozděleny do dvou věkových skupin:

soubor A – ženy ve věku 18 – 45 let

soubor B – ženy ve věku 46 a více let

Vzhledem k osobnímu předávání s možností vysvětlení případných nejasností, byla návratnost dotazníku 100%. Stejně tak se daly všechny použít pro vyhodnocení průzkumu. Při zpracování průzkumu byla použita kvantitativní analýza. Otázky jsou zpracovány do grafů, případně tabulky a jsou ihned vyhodnoceny.

6.1 Hypotézy a cíle

Cíl průzkumu

C1: Zjistit, v čem jsou ženy o prevenci karcinomu děložního hrdla.

C2: Zjistit, co ženy vědí o příznacích karcinomu děložního hrdla.

C3: Zjistit, co ženy vědí o rizikových faktorech pro vznik karcinomu děložního hrdla.

Hypotézy

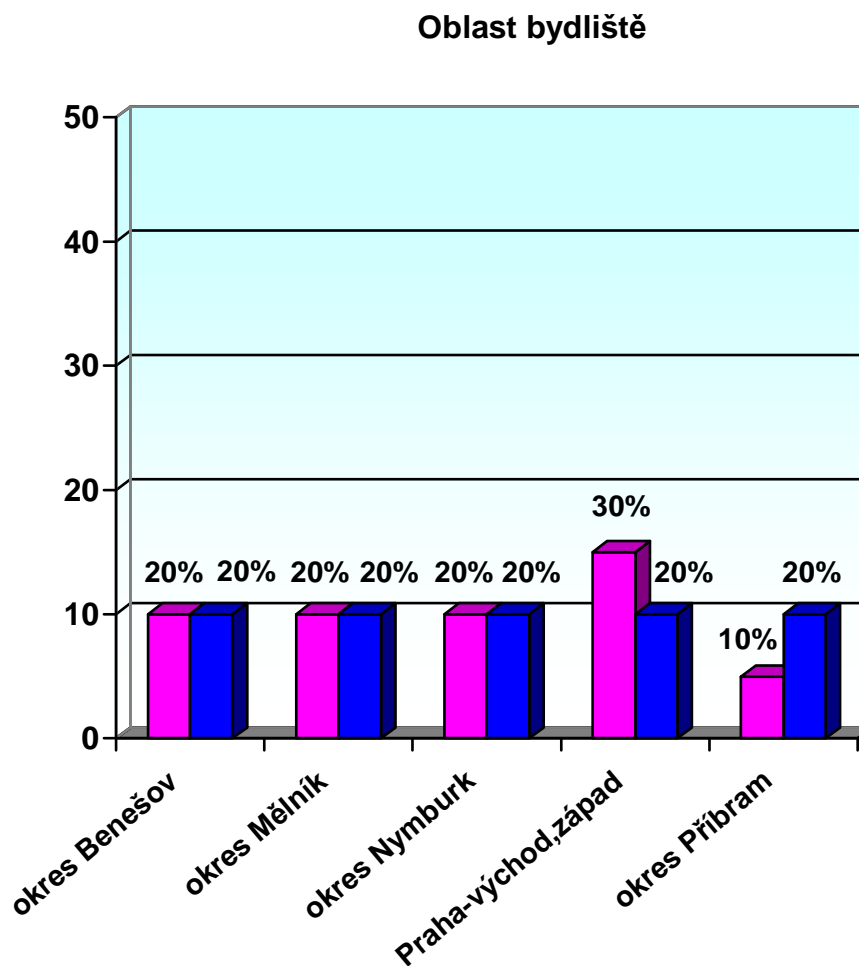
H1: Ženy ve věku nad 46 let chodí více a pravidelně na preventivní prohlídky ke svému gynekologovi, než ženy pod 45 let.

H2: Více než 50 % dotazovaných žen nezná všechny možné příznaky karcinomu děložního hrdla, neboť o nich nejsou dostatečně informovány.

H3: Ženy ve věku pod 45 let žijí více rizikovým životem pro vznik karcinomu děložního hrdla, než ženy ve věku nad 46 let.

6.2 Výsledky výzkumu

Graf č. 1



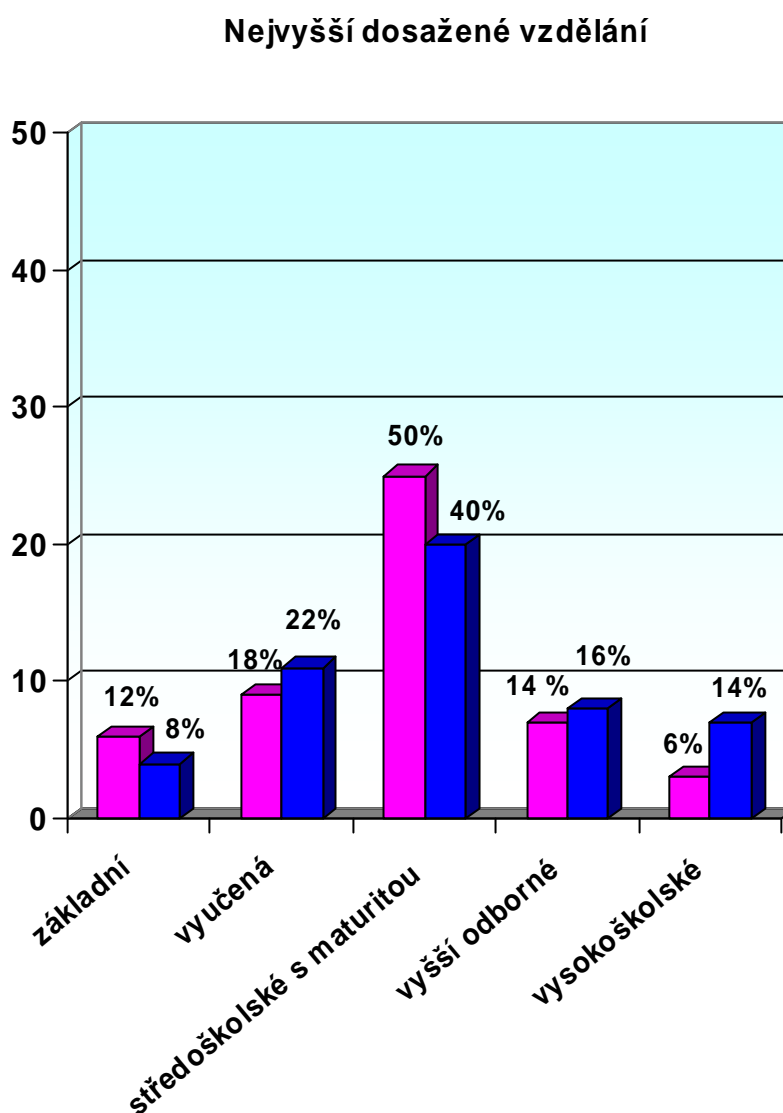
▪ **soubor A**

▪ **soubor B**

Ze souboru A je 10 žen (20 %) z okresu Benešov, 10 žen (20 %) z okresu Mělník, 10 žen (20 %) z okresu Nymburk, 15 žen (30 %) z oblasti Prahy východ,západ a 5 žen (10 %) z okresu Příbram.

Ze souboru B je 10 žen (20 %) z okresu Benešov, 10 žen (20 %) z okresu Mělník, 10 žen (20 %) z okresu Nymburk, 10 žen (20 %) z oblasti Prahy východ,západ a 10 žen (20 %) z okresu Příbram.

Graf č. 2



▪ **soubor A**

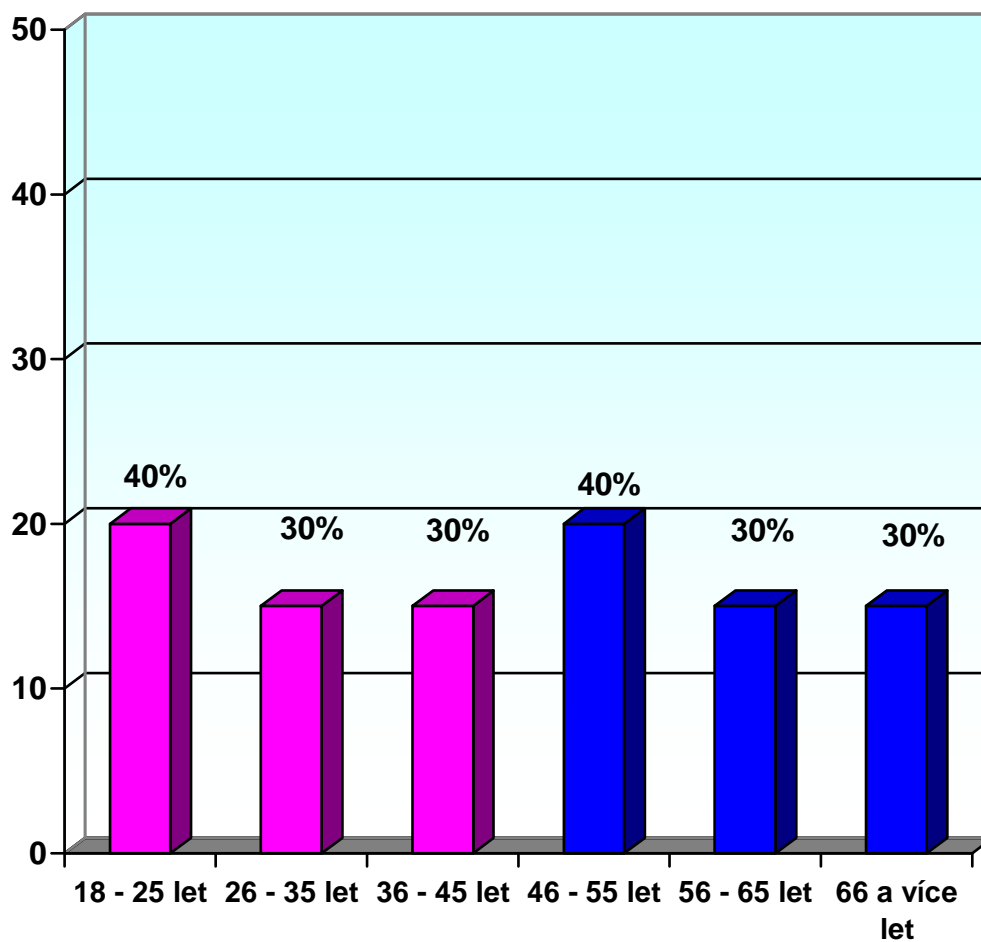
▪ **soubor B**

Ze souboru A má 6 žen (12%) základní vzdělání, 9 žen (18%) je vyučených, 25 žen (50%) má středoškolské vzdělání s maturitou, 7 žen (14%) má vzdělání vyšší odborné a 3 ženy (6%) mají vysokoškolské vzdělání.

Ze souboru B mají 4 ženy (8%) základní vzdělání, 11 žen (22%) je vyučených, 20 žen (40%) má středoškolské vzdělání s maturitou, 8 žen (16%) má vzdělání vyšší odborné a 7 žen (14%) má vysokoškolské vzdělání.

Graf č. 3

Věk respondentek



▪ **soubor A**

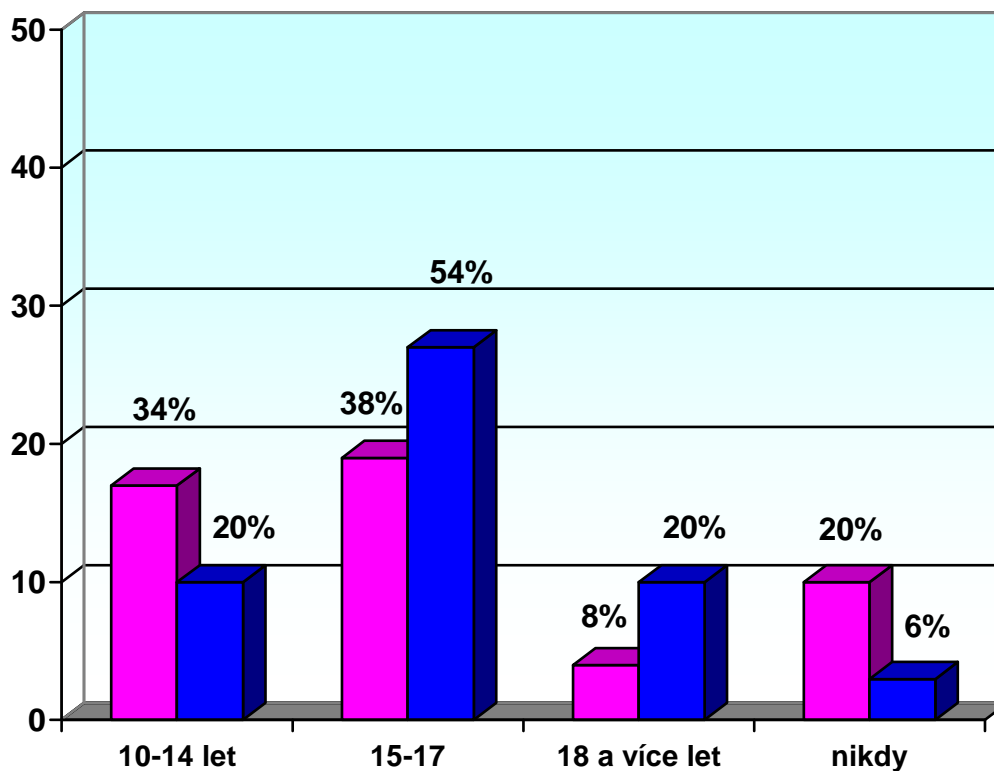
▪ **soubor B**

Soubor A má věkové zastoupení v kategorii 18-25 let 20 žen (40%), v kategorii 26-35 let je to 15 žen (30%) a v kategorii 36-45 let také 15 žen (30%).

Soubor B má věkové zastoupení v kategorii 46-55 let 20 žen (40%), v kategorii 56-65 let je to 15 žen (30%) a v kategorii 66 a více let je to také 15 žen (30%).

Graf č. 4

Věk při 1.návštěvě gynekologa



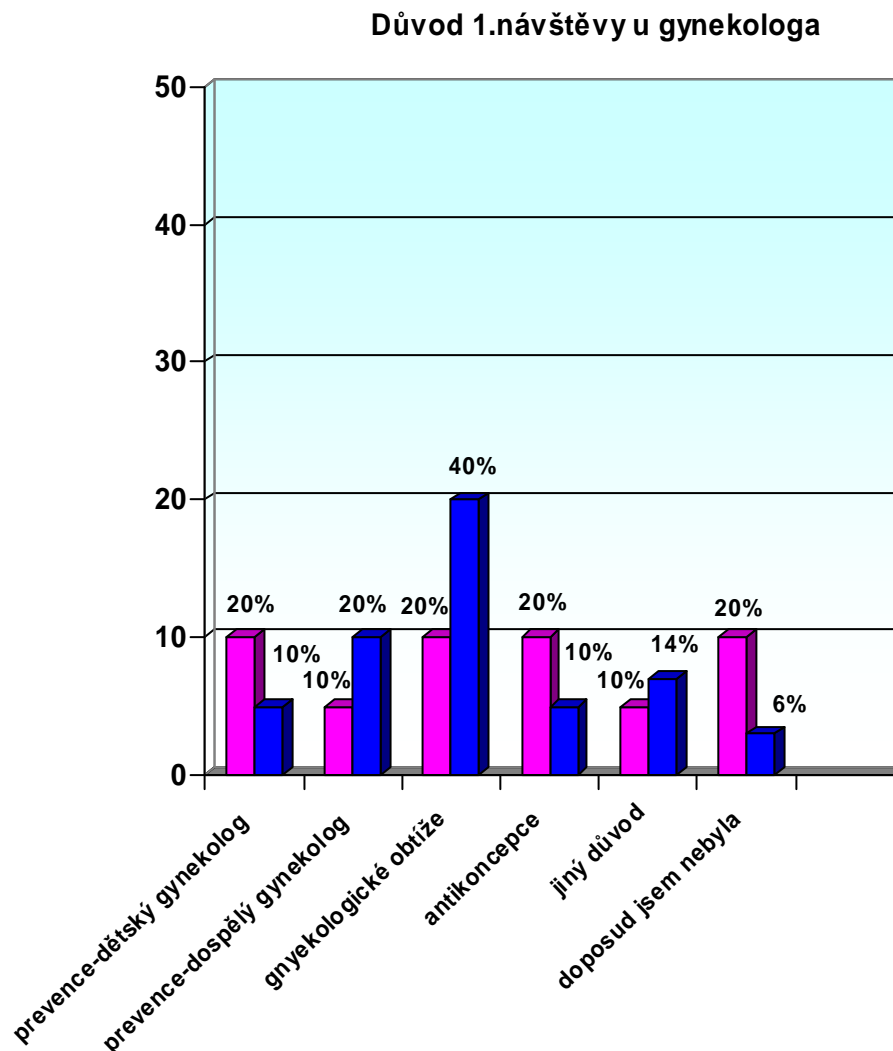
▪ soubor A

▪ soubor B

Ze souboru A navštívilo poprvé gynekologa mezi 10-14 rokem 17 žen (34 %), mezi 15-17 rokem 19 žen (38%), po 18. roce 4 ženy (8 %) a 10 žen (20%) nebylo u gynekologa nikdy.

Ze souboru B navštívilo poprvé gynekologa mezi 10-14 rokem 10 žen (20 %), mezi 15-17 rokem 27 žen (54 %), po 18. roce 10 žen (20 %) a 3 ženy (20%) nebyly u gynekologa nikdy.

Graf č. 5



- **soubor A**

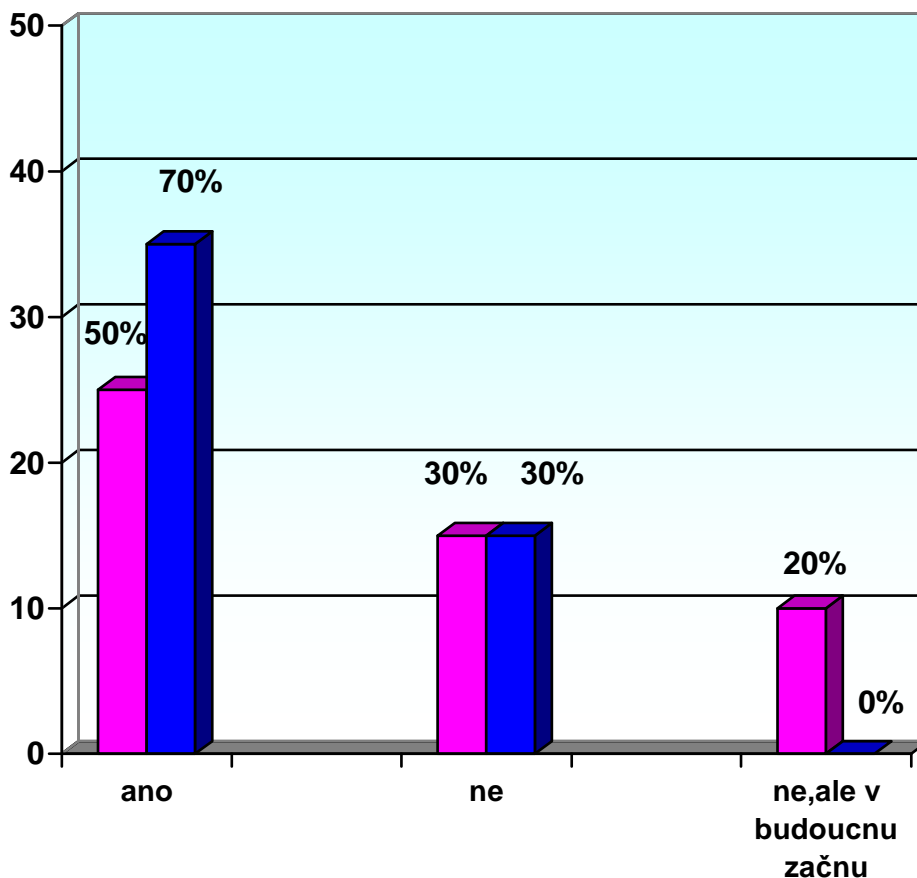
- **soubor B**

U souboru A byl jako důvod první návštěvy na gynekologii pro 10 žen (20 %) prevence u dětského gynekologa, pro 5 žen (10 %) to byla prevence u gynekologa pro dospělé, 10 žen (20 %) přivedly gynekologické obtíže, 10 žen (20 %) potřeba antikoncepce, 5 žen (10 %) mělo jiný,nespecifikovaný, důvod k návštěvě a 10 žen dosud u gynekologa nebylo.

U souboru B byl jako důvod první návštěvy na gynekologii pro 5 žen (10 %) prevence u dětského gynekologa, pro 10 žen (20 %) to byla prevence u gynekologa pro dospělé, 20 žen (40 %) přivedly gynekologické obtíže, 5 žen (10 %) potřeba antikoncepce, 7 žen (14 %) mělo jiný,nespecifikovaný důvod k návštěvě a 3 ženy dosud u gynekologa nebyly.

Graf č. 6

Využití pravidelných preventivních prohlídek



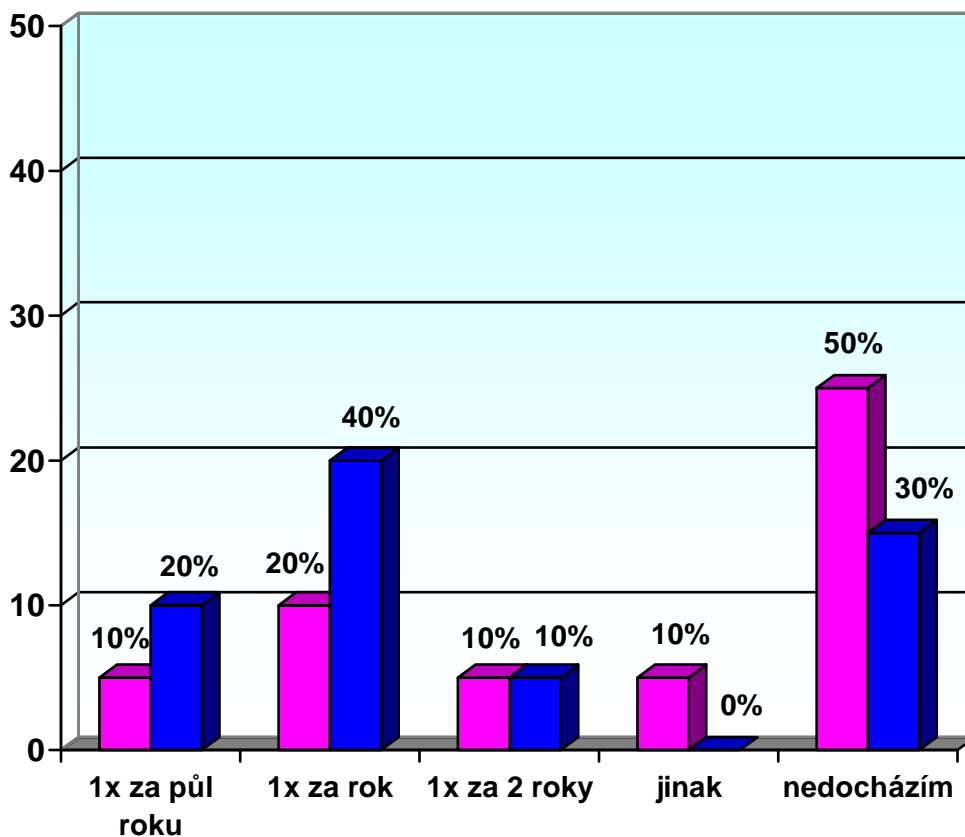
- **soubor A**
- **soubor B**

V *souboru A* využívá možnosti pravidelných preventivních prohlídek 25 žen (50 %), 15 žen (30 %) je nevyužívá vůbec a 5 žen (10 %) je nyní nevyužívá, ale uvažují o tom, že v budoucnu začnou.

V *souboru B* využívá možnosti pravidelných preventivních prohlídek 35 žen (70 %), 15 žen (30 %) je nevyužívá vůbec a žádná z nich neuvažuje, že by začala v budoucnu.

Graf č. 7

Četnost prohlídek



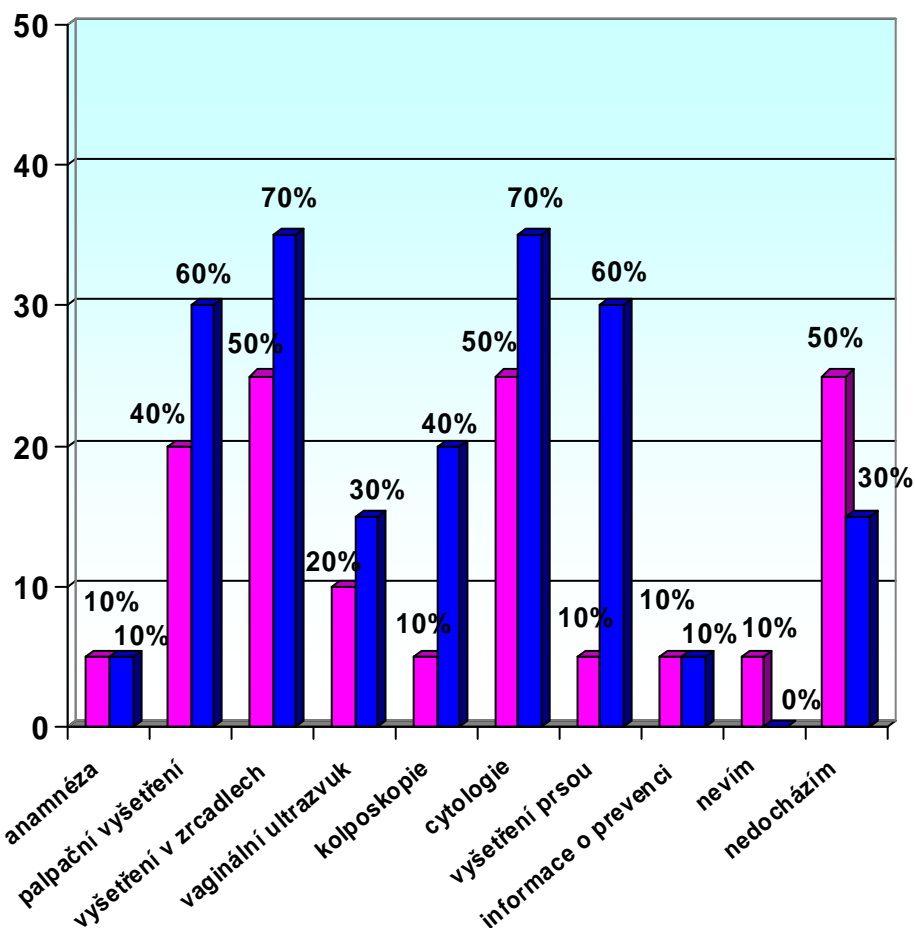
- **soubor A**
- **soubor B**

V *souboru A* dochází na preventivní prohlídky 1x za půl roku 5 žen (10 %), 1x za rok 10 žen (20 %), 5 žen (10 %) chodí 1x za dva roky, 5 žen (10 %) dochází v jiném harmonogramu a 25 žen (50 %) nedochází vůbec.

V *souboru B* dochází na preventivní prohlídky 1x za půl roku 10 žen (20 %), 1x za rok 20 žen (40 %), 5 žen (10 %) chodí 1x za dva roky, žádná z žen neudává jiný způsob docházení a 15 žen (30 %) nedochází vůbec.

Graf č. 8

Vyšetření během preventivní prohlídky



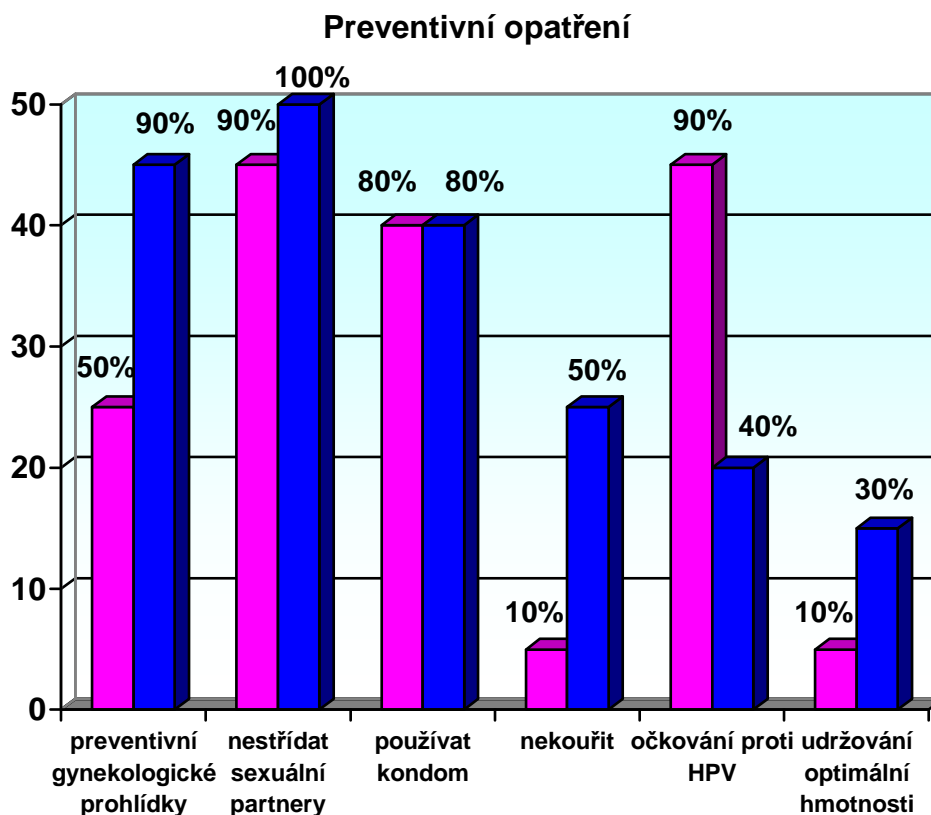
▪ **soubor A**

▪ **soubor B**

V *souboru A* udávají ženy jako součást prevence tato vyšetření: anamnéza – 5 žen (10 %), palpační vyšetření 20 žen (40 %), vyšetření v zrcadlech 25 žen (50 %), vaginální ultrazvuk 10 žen (20 %), kolposkopie 5 žen (10 %), cytologie 25 žen (50 %), vyšetření prsou 5 žen (10 %), informace o prevenci 5 žen (10 %), 5 žen (10 %) neví, jaká vyšetření jsou součástí jejich preventivní prohlídky a 25 žen (50 %) nedochází na preventivní prohlídky.

V *souboru B* udávají ženy jako součást prevence tato vyšetření: anamnéza – 5 žen (10 %), palpační vyšetření 30 žen (60 %), vyšetření v zrcadlech 35 žen (70 %), vaginální ultrazvuk 15 žen (30 %), kolposkopie 20 žen (40 %), cytologie 35 žen (70 %), vyšetření prsou 30 žen (60 %), informace o prevenci 5 žen (10 %), žádná z žen neudává, že by nevěděla jaká vyšetření jsou součástí její preventivní prohlídky a 15 žen (30 %) nedochází na preventivní prohlídky.

Graf č. 9



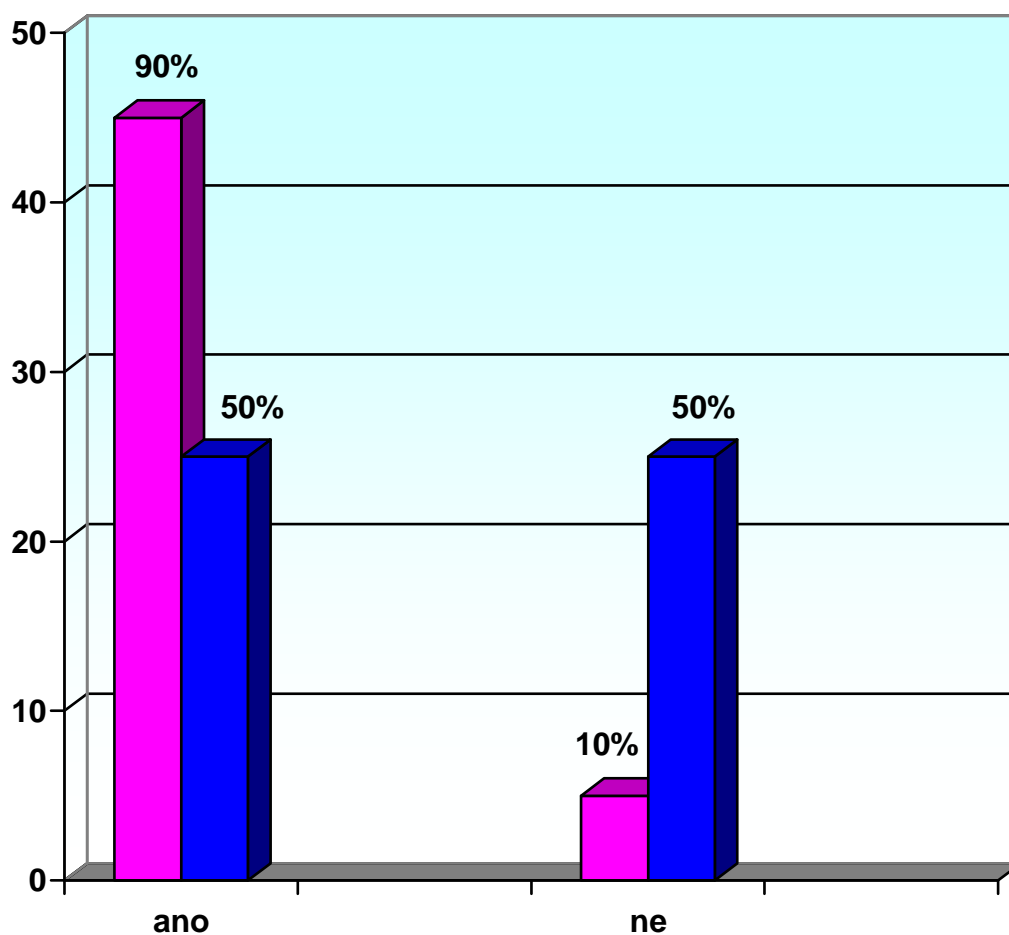
- **soubor A**
- **soubor B**

V *souboru A* si myslí ženy, že mezi preventivní opatření před rakovinou děložního hrdla patří tyto možnosti: preventivní gynekologické prohlídky – 25 žen (50 %), nestřídat sexuální partnery – 45 žen (90 %), používání kondomu – 40 žen (80 %), nekouřit – 5 žen (10 %), vakcinace proti HPV virům – 45 žen (90 %) a udržování optimální hmotnosti – 5 žen (10 %).

V *souboru B* si myslí ženy, že mezi preventivní opatření před rakovinou děložního hrdla patří tyto možnosti: preventivní gynekologické prohlídky – 45 žen (90 %), nestřídat sexuální partnery – 50 žen (100 %), používání kondomu – 40 žen (80 %), nekouřit – 25 žen (50 %), vakcinace proti HPV virům – 20 žen (40 %) a udržování optimální hmotnosti – 15 žen (30 %).

Graf č. 10

Povědomost o existenci HPV očkování



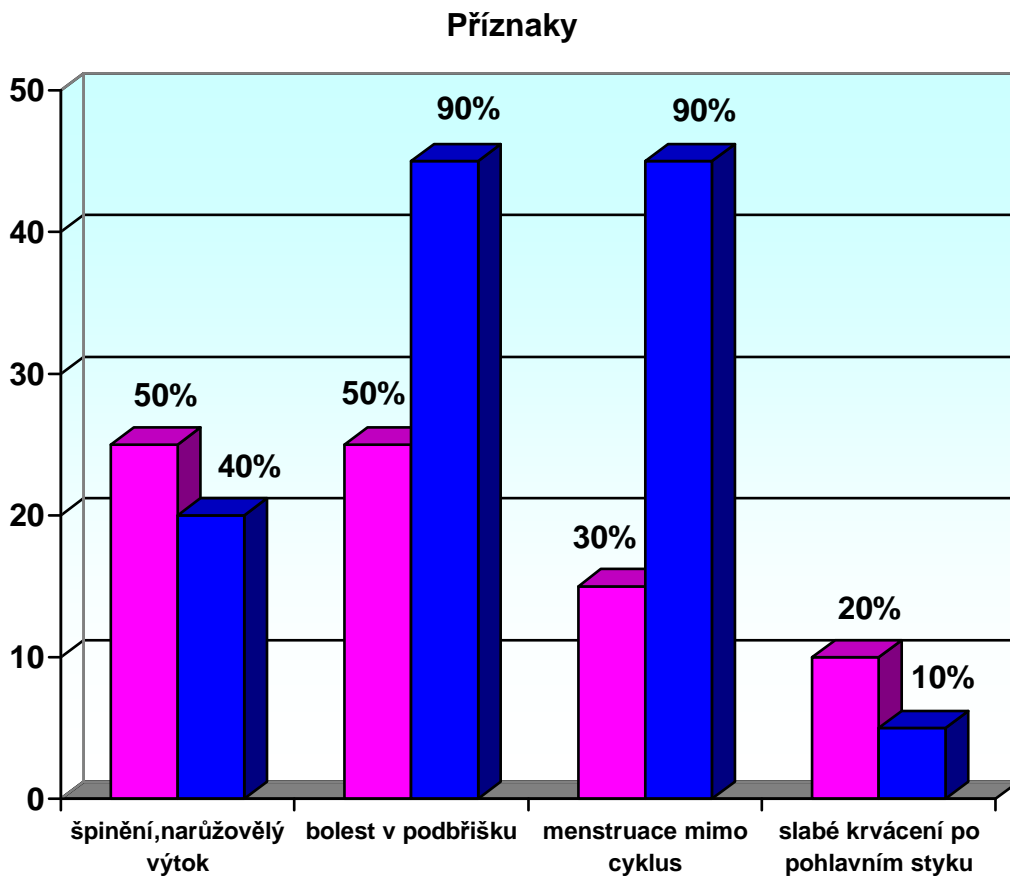
▪ **soubor A**

▪ **soubor B**

V *souboru A* má povědomost o existenci vakcinace proti HPV virům 45 žen (90 %). Že existuje neví 5 žen (10 %).

V *souboru B* má povědomost o existenci vakcinace proti HPV virům 25 žen (50 %). Že existuje neví 25 žen (50 %).

Graf č. 11



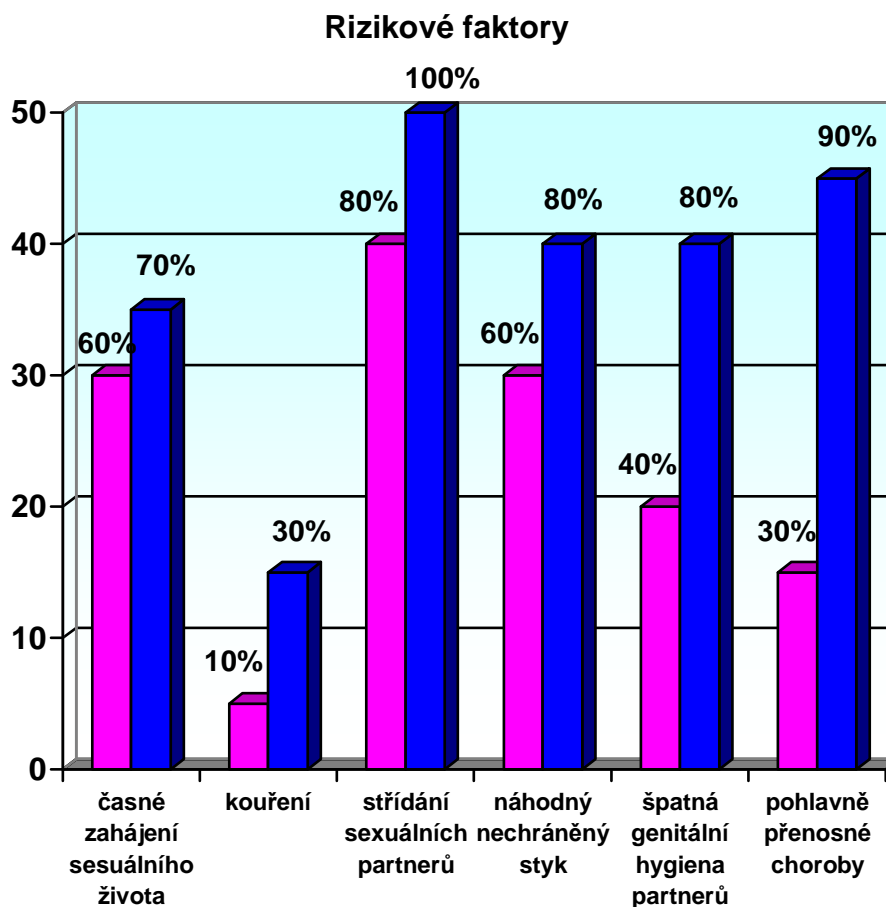
▪ **soubor A**

▪ **soubor B**

Ze souboru A si myslí ženy, že k příznakům rakoviny děložního hrdla patří a vedly by je ke gynekologovi tyto obtíže: špinění, narůžovělý výtok – 25 žen (50 %), bolest v podbřišku – 25 žen (50 %), menstruace mimo cyklus 15 žen (30 %), slabé krvácení po pohlavním styku – 10 žen (20 %).

Ze souboru B si myslí ženy, že k příznakům rakoviny děložního hrdla patří, a vedly by je ke gynekologovi, tyto obtíže: špinění, narůžovělý výtok – 20 žen (40 %), bolest v podbřišku – 45 žen (90 %), menstruace mimo cyklus 45 žen (90 %), slabé krvácení po pohlavním styku – 5 žen (10 %)

Graf č. 12

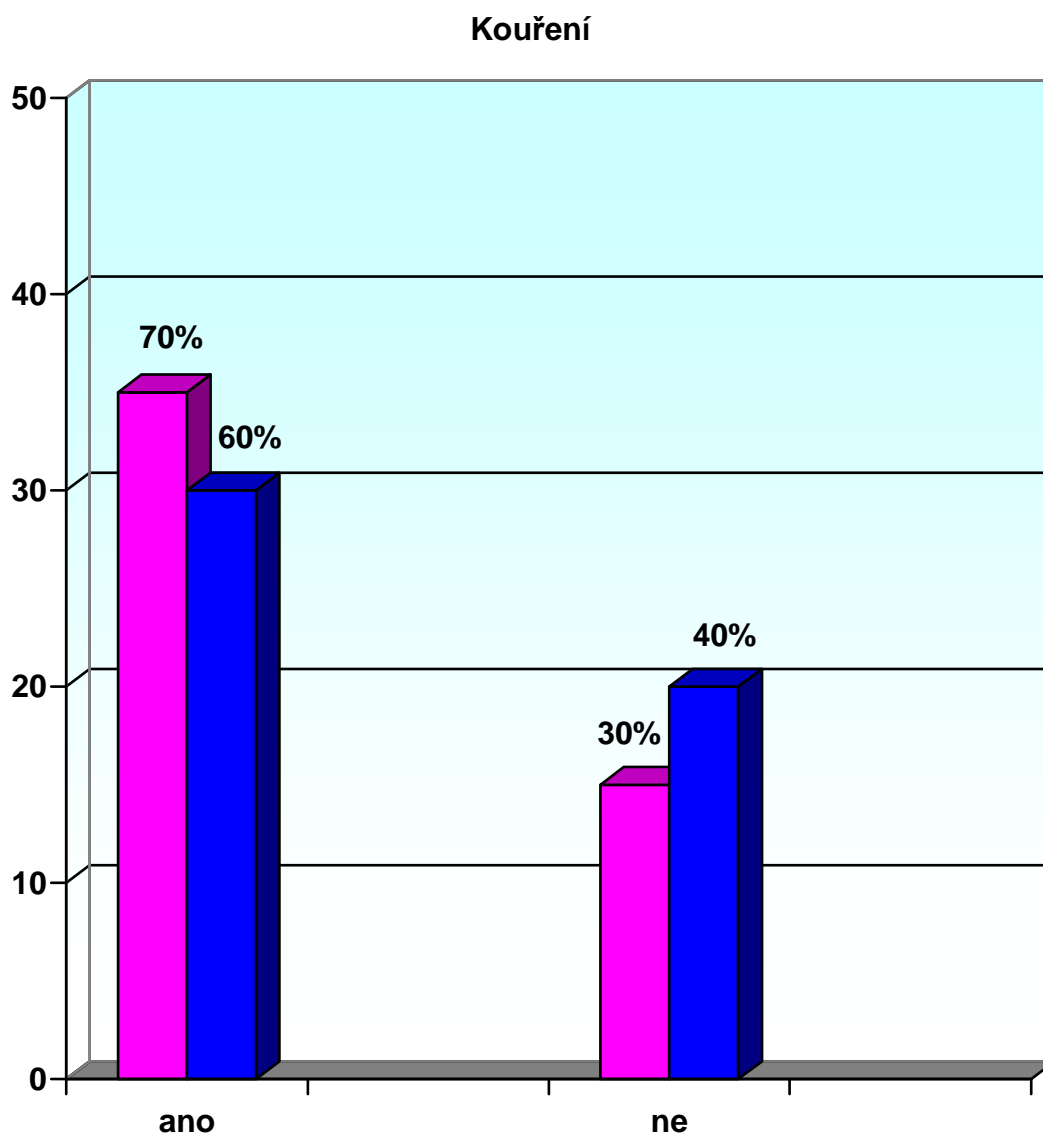


- **soubor A**
- **soubor B**

Ze souboru A považuje za rizikové faktory vzniku karcinomu děložního hrdla: 30 žen (60 %) časné zahájení sexuálního života, 5 žen (10 %) kouření, 40 žen (80 %) střídání sexuálních partnerů, 30 žen (60 %) náhodný nechráněný pohlavní styk, 20 žen (40 %) špatná genitální hygiena partnerů, 15 žen (30 %) pohlavně přenosné choroby.

Ze souboru B považuje za rizikové faktory vzniku karcinomu děložního hrdla: 35 žen (70 %) časné zahájení sexuálního života, 15 žen (30 %) kouření, 50 žen (100 %) střídání sexuálních partnerů, 40 žen (80 %) náhodný nechráněný pohlavní styk, 40 žen (80 %) špatná genitální hygiena partnerů, 45 žen (90 %) pohlavně přenosné choroby.

Graf č. 13



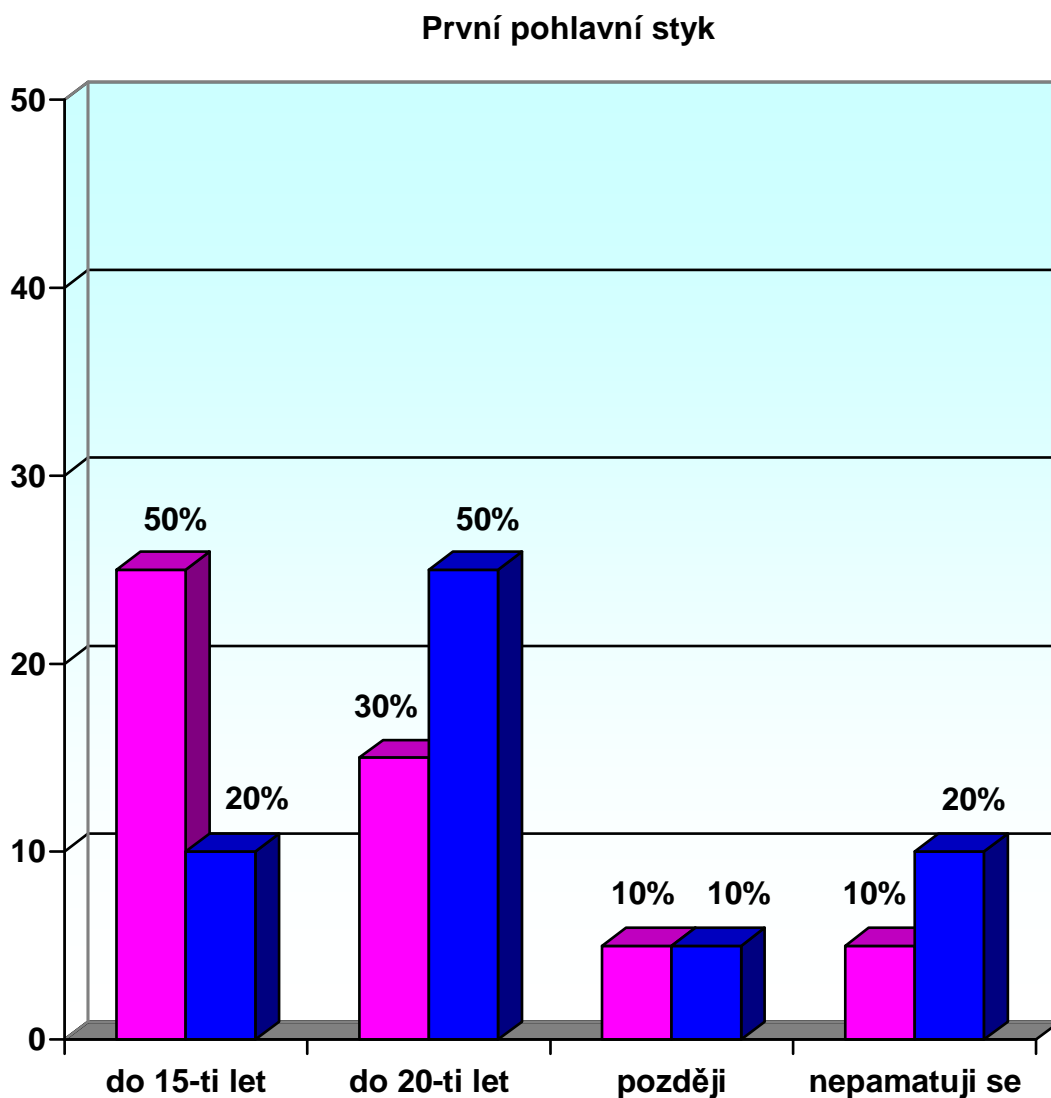
■ soubor A

■ soubor B

V souboru A kouří dotázaných 35 žen (70 %) a 15 žen (30 %) ne.

V souboru B kouří dotázaných 30 žen (60 %) a 20 žen (40 %) ne.

Graf č. 14



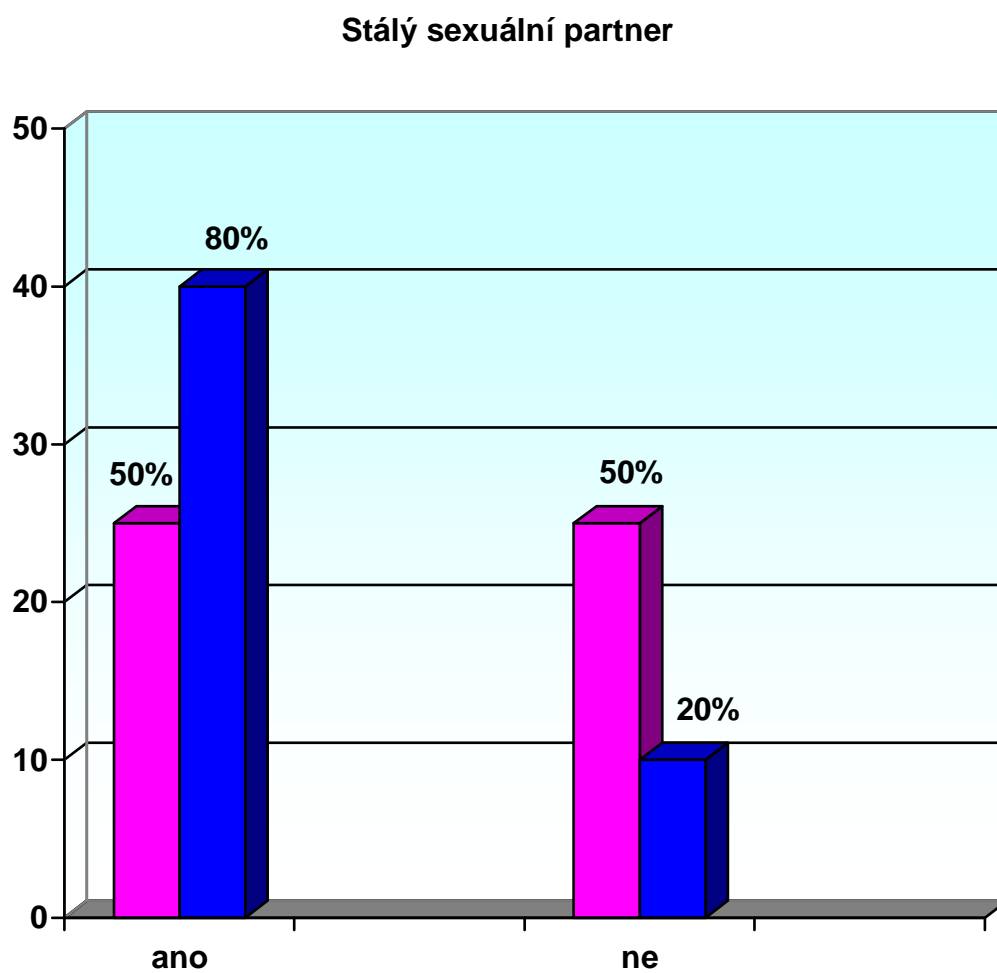
▪ **soubor A**

▪ **soubor B**

V *souboru A* mělo svůj první pohlavní styk do 15-ti let 25 žen (50 %), do 20-ti let 15 žen (30 %), později 5 žen (10 %) a nepamatuje se 5 žen (10 %).

V *souboru B* mělo svůj první pohlavní styk do 15-ti let 10 žen (20 %), do 20-ti let 25 žen (50 %), později 5 žen (10 %) a nepamatuje se 10 žen (20 %).

Graf č. 15



▪ **soubor A**

▪ **soubor B**

V *souboru A* má stálého sexuálního partnera 25 žen (50 %) a bez stálého partnera je 25 žen (50 %).

V *souboru B* má stálého sexuálního partnera 40 žen (80 %) a bez stálého partnera je 10 žen (20 %).

Tabulka č. 1

<i>počet partnerů</i>	<i>žádného</i>	<i>do 5-ti partnerů</i>	<i>do 10-ti partnerů</i>	<i>do 15-ti partnerů</i>	<i>do 20-ti partnerů</i>	<i>více jak 20 partnerů</i>
<i>věk.sk.</i>						
<i>18 – 25 let</i>	2 (4 %)	10 (20%)	3 (6 %)	4 (8 %)	1 (2 %)	0 (0 %)
<i>26 – 35 let</i>	2 (4 %)	5 (10 %)	4 (8 %)	3 (6 %)	1 (2 %)	0 (0 %)
<i>36 – 45 let</i>	0 (0 %)	3 (6 %)	7 (14 %)	1 (2 %)	2 (4 %)	2 (4 %)
<i>46 – 55 let</i>	0 (0 %)	2 (4 %)	9 (18 %)	4 (8 %)	3 (6 %)	2 (4 %)
<i>56 – 65 let</i>	0 (0 %)	4 (8 %)	3 (6 %)	6 (12 %)	0 (0 %)	1 (2%)
<i>66 a víc let</i>	0 (0 %)	3 (6 %)	4 (8 %)	5 (10 %)	2 (4 %)	2 (4 %)

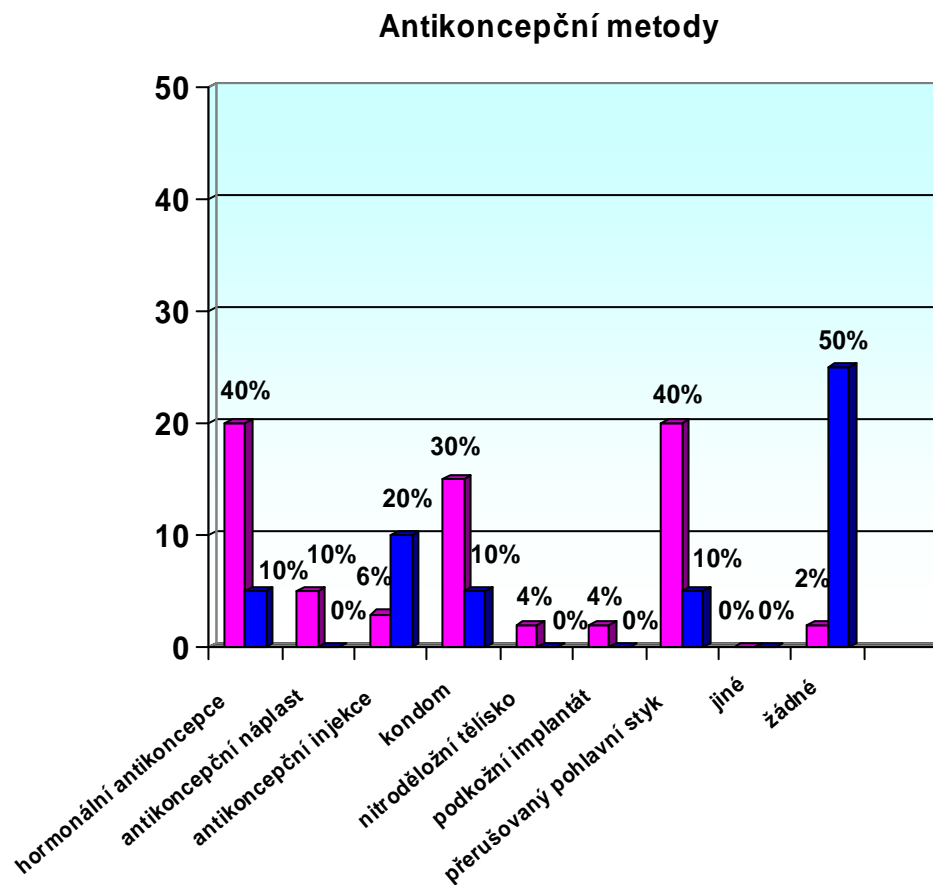
▪ **soubor A**

▪ **soubor B**

U souboru A měly ženy ve věku 18-25 let doposud sexuálních partnerů : 2 ženy (4 %) žádného, 10 žen (20 %) do 5-ti partnerů, 3 ženy (6 %) do 10-ti partnerů, 4 ženy (8 %) do 15-ti partnerů, 1 žena (2 %) do 20-ti partnerů a žádná nad 20 partnerů za život. Ženy ve věku 26-35 let: 2 ženy (4 %) žádného, 5 žen (10 %) do 5-ti partnerů, 4 ženy (8 %) do 10-ti partnerů, 3 ženy (6 %) do 15-ti partnerů, 1 žena (2 %) do 20-ti partnerů a žádná nad 20 partnerů za život. Ženy ve věku 36-45: 3 ženy (6 %) do 5-ti, 7 žen (14 %) do 10-ti partnerů, 1 žena (2 %) do 15-ti partnerů, 2 ženy (4 %) do 20-ti partnerů a 2 ženy (4 %) nad 20 partnerů za život.

U souboru B měly ženy ve věku 46-55 let doposud sexuálních partnerů : 2 ženy (4 %), do 5-ti partnerů, 9 žen (18 %) do 10-ti partnerů, 4 ženy (8 %) do 15-ti partnerů, 3 ženy (6 %) do 20-ti partnerů a 2 ženy (4 %) nad 20 partnerů za život. Ženy ve věku 56-65 let: 4 ženy (8 %) do 5-ti, 3 ženy (6 %) do 10-ti partnerů, 6 žen (12 %) do 15-ti partnerů, žádná žena neměla do 20-ti partnerů a 1 žena (2 %) nad 20 partnerů za život. Ženy ve věku 66 a více let: žádná žena neměla do 5-ti, 3 ženy (6 %) do 10-ti partnerů, 7 žen (14 %) do 15-ti partnerů, 2 ženy (4 %) do 20-ti partnerů a 2 ženy (4 %) nad 20 partnerů za život.

Graf č. 16



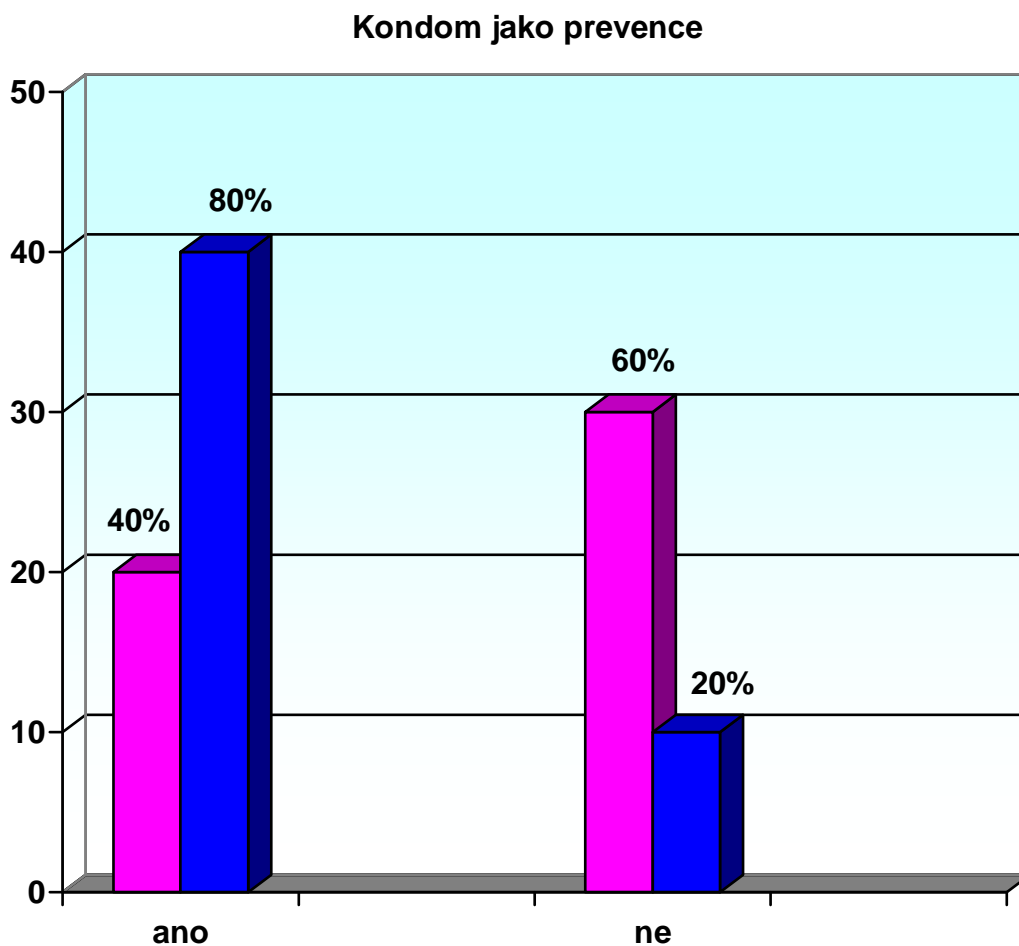
▪ **soubor A**

▪ **soubor B**

V *souboru A* ženy, pokud vůbec, tak používají tyto antikoncepční metody: hormonální antikoncepci – 20 žen (40 %), antikoncepční náplast 5 žen (10 %), antikoncepční injekce – 3 ženy (6 %), kondom – 15 žen (30 %), nitroděložní tělíčko – 2 ženy (4 %), podkožní implantát – 2 ženy (4 %), přerušovaný pohlavní styk – 20 žen (40 %), jinou metodu žádná z žen a žádnou antikoncepční metodu nevyužívají 2 ženy (4 %).

V *souboru B* ženy, pokud vůbec, tak používají tyto antikoncepční metody : hormonální antikoncepci – 5 žen (10 %), antikoncepční náplast žádná z žen , antikoncepční injekce – 10 žen (20 %), kondom – 5 žen (10 %), nitroděložní tělíčko – žádná z žen, podkožní implantát – žádná z žen, přerušovaný pohlavní styk – 5 žen (10 %), jinou metodu žádná z žen a žádnou antikoncepční metodu nevyužívají 25 žen (50 %).

Graf č. 17



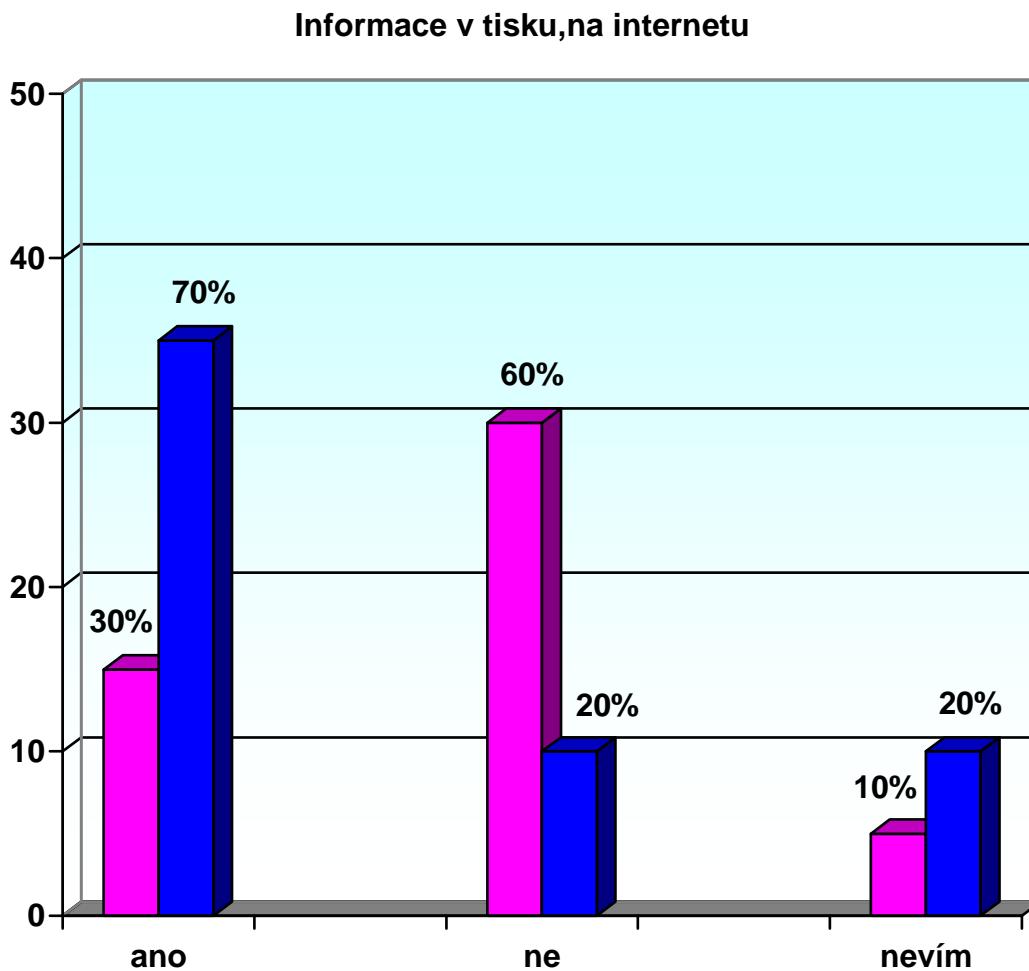
▪ **soubor A**

▪ **soubor B**

V *souboru A* si myslí 20 žen (40 %), že kondom může chránit před vznikem rakoviny děložního hrdla a 30 žen (60 %) myslí, že nemůže.

V *souboru B* si myslí 40 žen (80 %), že kondom může chránit před vznikem rakoviny děložního hrdla a 10 žen (20 %)myslí,že nemůže.

Graf č. 18



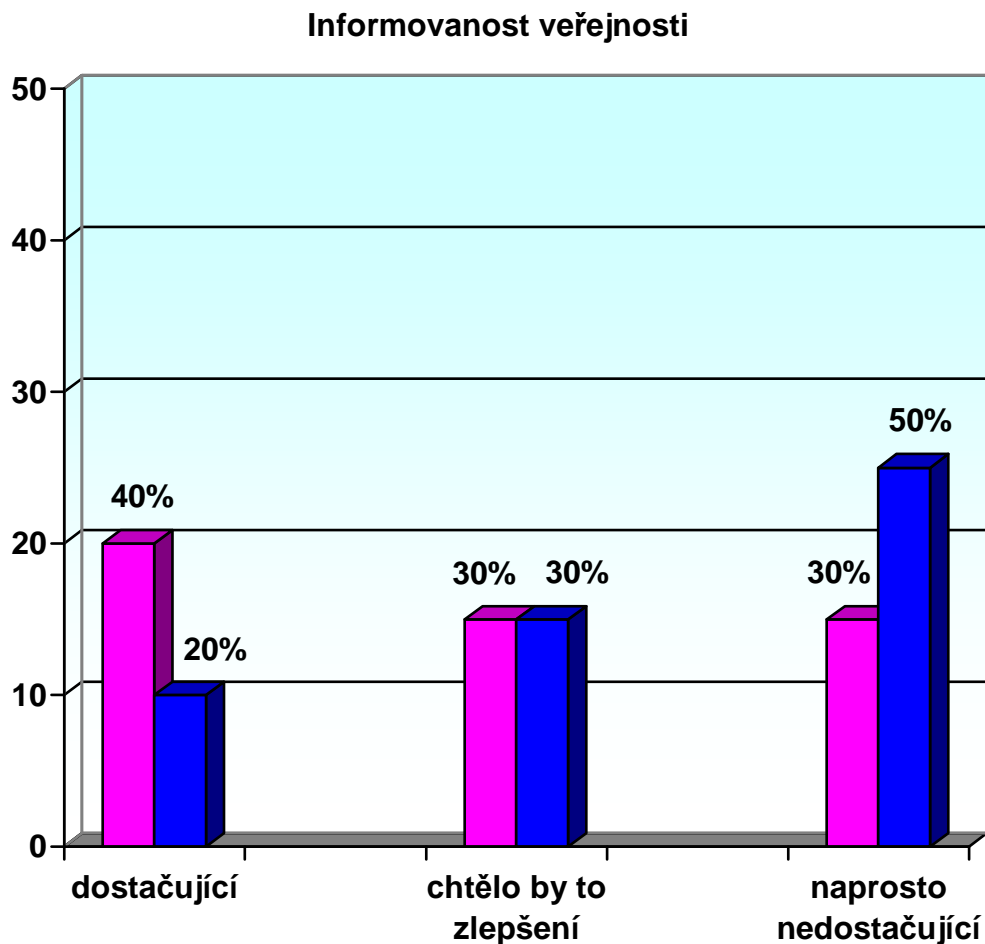
▪ **soubor A**

▪ **soubor B**

V *souboru A*, co se týče dostupnosti informací o karcinomu děložního hrdla a o možné prevenci v tisku a na internetových stránkách, které běžně čtou, udává 15 žen (30 %), že informace nachází, 30 žen (60 %), že ne a 5 žen (10 %) neví.

V *souboru B*, co se týče dostupnosti informací o karcinomu děložního hrdla a o možné prevenci v tisku a na internetových stránkách, které běžně čtou, udává 35 žen (70 %), že informace nachází, 10 žen (20 %), že ne a 5 žen (10 %) neví.

Graf č. 19

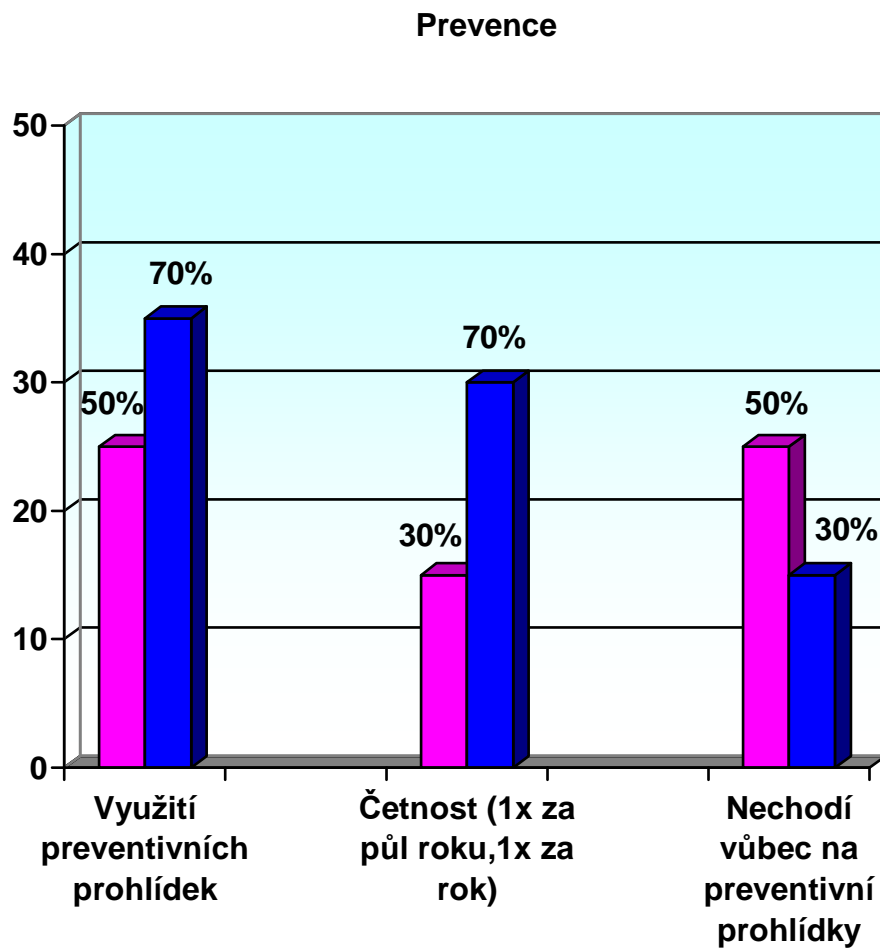


- **soubor A**
- **soubor B**

V *souboru A* je informovanost veřejnosti o prevenci před karcinomem děložního hrdla pro 20 žen (40 %) dostačující, 15 žen (30 %) si myslí, že by to chtělo zlepšení a 15 žen (30 %) si myslí, že jsou naprosto nedostačující.

V *souboru B* je informovanost veřejnosti o prevenci před karcinomem děložního hrdla pro 10 žen (20 %) dostačující, 15 žen (30 %) si myslí, že by to chtělo zlepšení a 25 žen (50 %) si myslí, že jsou naprosto nedostačující.

Graf č. 20



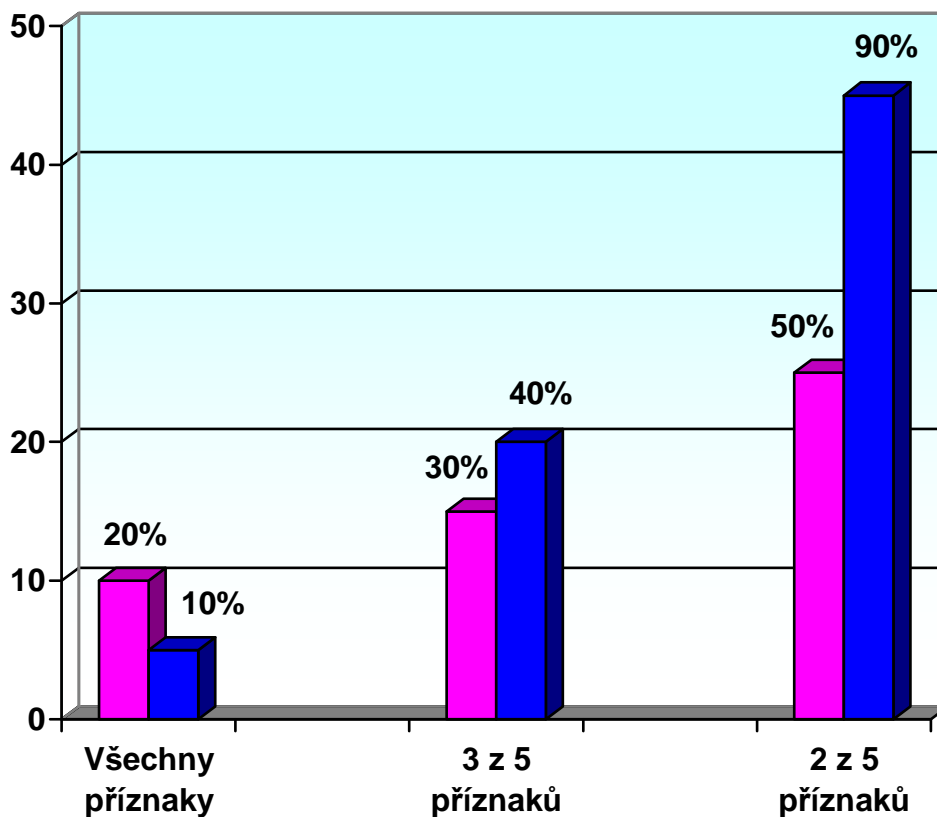
- **soubor A**
- **soubor B**

Ze souboru A využívá z dotázaných žen preventivní prohlídky pouze 25 žen (50 %), pravidelně na ně chodí 15 žen (30 %) a žen, které nedochází vůbec je 25 žen (50 %).

Ze souboru B využívá z dotázaných žen preventivní prohlídky celých 35 žen (70 %), pravidelně na ně dochází 30 žen (60 %) a žen, které nedochází vůbec je 15 žen (30 %).

Graf č. 21

Povědomost o příznacích

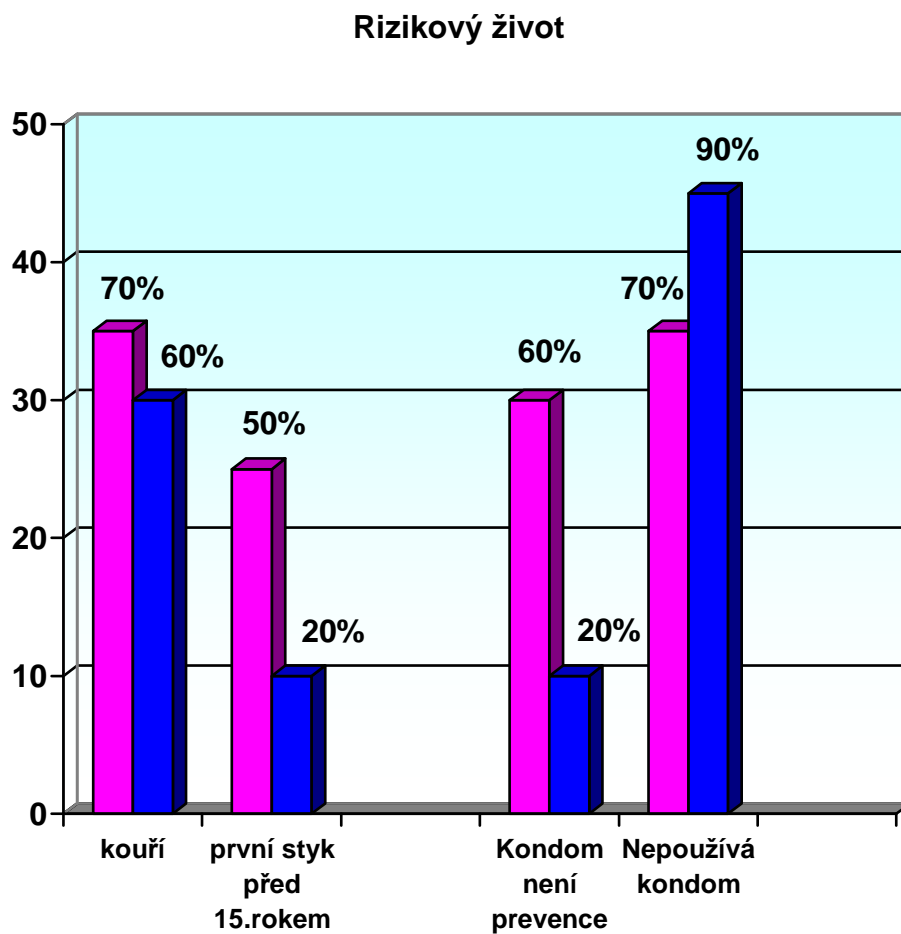


- **soubor A**
- **soubor B**

Ze souboru A zaškrtno všechny možnosti s příznaky rakoviny děložního hrdla pouze 10 žen (20 %), tři příznaky zaškrtno 15 žen (30 %) a dva pak 25 žen (50 %).

Ze souboru B zaškrtno všechny možnosti s příznaky rakoviny děložního hrdla pouze 5 žen (10 %), tři příznaky zaškrtno 20 žen (40 %) a dva pak 45 žen (90 %).

Graf č. 22



- **soubor A**
- **soubor B**

U souboru A vyplývá z odpovědí v dotazníku, že 35 žen (70 %) kouří, 25 žen (50 %) mělo pohlavní styk před 15.rokem, 30 žen (60 %) si myslí, že kondom nemůže být prevence před rakovinou děložního hrdla a 35 žen (70 %) kondom nepoužívá vůbec.

U souboru B vyplývá z odpovědí v dotazníku, že 30 žen (60 %) kouří, 10 žen (20 %) mělo pohlavní styk před 15.rokem, 10 žen (20 %) si myslí, že kondom nemůže být prevence před rakovinou děložního hrdla a 45 žen (90 %) kondom nepoužívá vůbec.

6.3 Diskuze

Dotazník (Příloha č. 1) obsahuje 20 otázek. První tři otázky byly informačního typu, pro lepší přehled o vybraném vzorku a pro možnost zařazení žen do hodnotících souborů (graf č. 1, 2 ,3). Zbylé otázky se zaměřují na získání informací pro možnost zhodnocení stanovených cílů a hypotéz.

Hypotéza 1 a Cíl 1

Z dotazníků tedy vyplývá, že co se týče prevence karcinomu děložního hrdla, je povědomost žen nedostačující (Graf č.19). Neboť z žen do 45 let využívá preventivní prohlídky na gynekologii, hrazené z veřejného zdravotního pojištění, jen 50 % žen. U žen nad 46 let je to pak 70 % z nich. Co se týče četnosti návštěv těch, které na prohlídky dochází, chodí jich pravidelně z žen do 45 let pouze 30%, z žen nad 46 let pak 60%. Co je však nejvíce zarážející je fakt, že z žen do 45 let jich celá polovina (50 %) nedochází na preventivní prohlídky vůbec. Z žen nad 46 let je to pak jen 30 % z dotázaných.

Myslím si, že v dnešní době lidé preventivní prohlídky hodně podceňují. Ale podle statistik úmrtnosti žen na karcinom děložního hrdla, je to hlavně v gynekologii. Přitom ženu tato prohlídka nic nestojí. Jen jednou ročně si udělat čas a zajít k lékaři na prohlídku, která netrvá dlouho. A dá se tím předejít mnohému. Ale ženy toto nejspíše dostatečně nechápu.

Tím se i potvrzuje moje první hypotéza H1: Ženy ve věku nad 46 let chodí více a pravidelně na preventivní prohlídky ke svému gynekologovi, než ženy pod 45 let. I když to není celých 100% žen ve věku nad 46 let, jenž byly dotazované, je to procento rozhodně vyšší, než u žen do 45 let.

Cíl 1 byl také splněn. Zjištění ovšem není plně pozitivní, protože z grafu č.8 vyplývá, že ne všechny ženy jsou dobře informovány o tom, jaká vyšetření jsou jim prováděna během preventivních prohlídek. Co je uspokojující fakt je to, že ženy do 45 let mají více informací o novinkách v prevenci proti karcinomu děložního hrdla, neboť o nové vakcinaci proti HPV virům ví celých 90% dotázaných, kdežto u žen nad 46 let pouze 50 % žen (graf č. 10). Řekla bych, že je o tím, že nová vakcína proti HPV virům je určena právě mladým dívkám, které se o to tudíž zajímají a stejně tak jejich matky, které ve větší míře spadají do skupiny do 45 let.

Co se týče vědomostí o preventivních opatřeních před rakovinou děložního hrdla, nemají ženy dostatek informací (graf č. 9). V souboru žen do 45 let pouze 10 %

vědělo, že všechny nabízené možnosti jsou preventivními opatřeními. U žen nad 46 let to vědělo 30 %. Co ženy považují za pro ně nejméně pravděpodobnou možnost prevence je nekouřit a udržování optimální tělesné hmotnosti. Což si myslím, že je způsobeno tím, že ženy nejsou dostatečně informovány. Čímž jsem splnila CÍL1: Zjistit, vědomosti žen o prevenci karcinomu děložního hrdla.

Hypotéza 2 a Cíl 2

Z grafu č. 21, který je shrnující pro to, co ženy vědí o příznacích karcinomu děložního hrdla, vyplývá, že ženy pod 45 let nejsou s příznaky dostatečně seznámeny, neboť jen 20% z nich zaškrtnulo všechny nabízené možnosti, tři z pěti příznaků pak zaškrtnulo 30 % žen a 50 % z nich pak znalo jen dva. U žen nad 46 let všechny příznaky zaškrtnulo pouze 10 % z nich, tři příznaky z pěti 40 % a dva příznaky z nich pak znalo 90 % dotazovaných žen.

Domnívám se, že ženy často podceňují pro ně relativně nepodstatné známky toho, že se něco děje a proto pak chodí ke gynekologovi, až když je pozdě. Může to být také způsobeno strachem z toho, co kdyby se náhodou něco zjistilo. To potvrzuje i sestra pracující ve VFN, která píše v článku časopisu Sestra, že ženy udávají jako nejčastější důvod, proč nechodily na prevence to, že se bály, že se „něco“ najde a nebo to, že neměly žádné příznaky. A proto je podle mě důležité, aby ženy byly správně informovány a přesvědčily se o tom, že je rozhodně lepší přijít dříve, než nikdy. H2: Více než 50 % dotazovaných žen nezná všechny možné příznaky karcinomu děložního hrdla, neboť o nich nejsou dostatečně informovány, se potvrdila, neboť z celkového počtu 100 dotázaných žen jich jen 30 % znalo všechny příznaky karcinomu děložního hrdla. Tím byl splněn i CÍL2: Zjistit, co ženy vědí o příznacích karcinomu děložního hrdla.

Hypotéza 3 a Cíl 3

K dosažení třetího cíle jsou určeny otázky z dotazníku č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. Jsou zaměřeny na to, co ženy vědí i rizikových faktorech vzniku karcinomu děložního hrdla a které z těchto rizik samy podstupují. Graf č. 12 je zaměřený na to, co ženy o rizikových faktorech vědí a co za ně považují. U žen pod 45 let zaškrtnulo všechny možnosti pouze 10% u žen nad 46 let pak 30 % dotázaných žen. Jako nejmenší riziko berou ženy kouření a co nejvíce označovaly je pak střídání sexuálních partnerů a sexuálně přenosné choroby, což považuje za rizikové skoro 90 % všech dotázaných žen.

Tyto výsledky jsou shodné i s výsledky výzkumu z r. 2006, prováděný agenturou STEM / MARK u 606 náhodně vybraných žen na území ČR. Z jejich výsledků také vyplynulo, že ženy kouření považují za nejméně rizikové pro vznik karcinomu děložního hrdla a že střídání sexuálních partnerů je pro ně rizikové nejvíce. Grafy č. 14, 15, 16 a 17 jsou pak zhodnocením jednotlivých rizikových faktorů, kterým se ženy samy vystavují a co si o nich myslí. Takže CÍL3: Zjistit, co ženy vědí o rizikových faktorech pro vznik karcinomu děložního hrdla, byl splněn. Poslední graf. č 22 je shrnujícím grafem pro otázky týkající se znalostí žen o rizikových faktorech pro vznik karcinomu děložního hrdla a je zaměřen na to, jakým rizikům se ženy samy vystavují. Vyplyvá z něj, že ženy do 45 let se vystavují rizikům stejně jako ženy nad 46 let. 70 % žen pod 45 let kouří, 50% mělo první styk před 15. rokem a 70 % nepoužívá kondom. U žen nad 46 let kouří asi 60 % a i když mělo styk před 15. rokem jen 20 % z nich, tak zase oproti prvnímu souboru žen jich nepoužívá 90 % kondom. Takže si myslím, že oba soubory žen žijí rizikovým životem. Jedna více v určitém směru, ta druhá zase v jiném. Řekla bych, že je to tím, jak vyplynulo i v předchozím hodnocení, že ženy plno věcí jako rizikové faktory vůbec neberou a nemyslí si, že by mohly mít vliv na vznik rakoviny děložního hrdla. Takže H3: Ženy ve věku pod 45 let žijí více rizikovým životem pro vznik karcinomu děložního hrdla, než ženy ve věku nad 46 let, se nepotvrdila. Vyplynulo, že ženy nemají kolem sebe dostatek informací o této problematice (graf č. 18, 19). A to si myslím, že je kámen úrazu v tom, proč stále ještě tolik žen ročně umírá na karcinom děložního hrdla a proč ženy podceňují pravidelné gynekologické prohlídky. Z výzkumu agentury také vyplyvá to, že jen 60 % žen si myslí, že prevence chrání před vznikem karcinomu děložního hrdla. Zbylých 40 % si myslí, že preventivní prohlídky zjišťují již vzniklý karcinom. Netuší, že prevencí se dá jeho vzniku zabránit. Čemuž odpovídají i výsledky mého průzkumu. Ve své práci jsem si stanovila tři cíle, zjistit, co ženy vědí o prevenci, příznacích a rizikových faktorech karcinomu děložního hrdla. Všech cílů bylo dosaženo. Ze tří stanovených hypotéz byly hypotézy, H1: Ženy ve věku nad 46 let chodí více a pravidelně na preventivní prohlídky ke svému gynekologovi, než ženy pod 45 let a H2: Více než 50 % dotazovaných žen nezná všechny možné příznaky karcinomu děložního hrdla, neboť o nich nejsou dostatečně informovány, potvrzeny. Hypotéza, H3: Ženy ve věku pod 45 let žijí více rizikovým životem pro vznik karcinomu děložního hrdla, než ženy ve věku nad 46 let, se nepotvrdila. (1, 2)

Závěr

Téma své práce jsem si vybrala proto, protože si myslím, že je to v dnešní době velmi aktuální. Díky vědeckým pokrokům, které rok od roku stoupají a jejich úroveň se zlepšuje, se našla nová vakcína, která, jak se ukáže v budoucnu, je možná tou, která pomůže snížit a časem i možná vymítit rakovinu děložního hrdla způsobenou HPV viry. A proto, aby ženy o těchto informacích věděly, je důležité, aby chodily na pravidelné preventivní prohlídky na gynekologii. Také by měly vědět o tom, jaké faktory jsou rizikové pro vznik rakoviny a jak se jim vyhnout. A v neposlední řadě je to také informovanost o tom, jaké příznaky jsou pro rakovinu děložního hrdla typické, aby včas zašly k lékaři. Na toto jsem se ve své práci, především v průzkumné části, zaměřila. Chtěla jsem upozornit na to, že ženy v dnešní době nejsou dostatečně informovány, což z mého průzkumu jasně vyplynulo.

Myslím si, že i přesto, že jsem prováděla pouze průzkum, tak jeho výsledky jsou dostatečně varující pro to, že by se s touto problematikou mělo začít něco dělat. Je potřeba dostat informace o prevenci více do povědomí žen. A to např. formou letákových akcí, informací v tisku a nebo na internetu. Ale také třeba přednáškovými činnostmi v jednotlivých městech, či krajích pro ty ženy, které mají pocit, že v tisku a na internetu není informací dostatek. A hlavně by tak měly možnost ptát se konkrétně na své problémy a na to, co jim není jasné. Nebylo by špatné provést ještě jeden výzkum, který by byl zaměřen na jednotlivé okresy po celé České republice, jehož vzorek by byl tak velký, aby byl hodnotitelný ve větší míře, a který by byl zaměřen na to, zda by ženy o více informacích i formou přednášek stály.

Seznam použité literatury a zdrojů

1. CITTEBART, K. et al. : Gynekologie, 1.vyd. Praha : Galén 2001, ISBN : 80-7262-094-0
2. ČEPICKÝ, P. : KURZOVÁ, H. Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře. Praha: Karolinum, 2003 ISBN: 80-246-0677-1
3. DIENTSBIER, Z, SKALA, E. : Nádorová diagnostika pro lékaře v praxi, Praha : Grada 1995, ISBN : 80-7169-152-6
4. FREITAG, P. : Onkogynekologie-minimum pro praxi, Triton 2001, ISBN: 80-7254-196-X
5. HRUBÁ, D. : Kouření a zhoubné bujení, In Onkologická rizika, 1. vydání, Brno: MOÚ 2001, ISBN: 80-238-7620-1
6. HRUBÁ, D. : Primární prevence ve vztahu ke kouření. In Manuál prevence a časné detekce nádorových onemocnění, 1. vydání, Brno: MOÚ 2002, ISBN: 80-238-9513-3
7. JAKOUBKOVÁ, J. et al : Trendy soudobé onkologie, svazek 1, Galén 1998, ISBN : 80-85824-78-7
8. KALÁBOVÁ, R : Možnosti prevence a časné detekce gynekologických malignit, In Manuál prevence a časné detekce nádorových onemocnění, 1. vydání, Brno : MOÚ 2002, ISBN: 80-238-9513-3
9. KAŇKA, J. a spol. : Komplexní ochrana před rakovinou děložního hrdla, 2.vyd., Praha : Avicenum 1978
10. KAREŠOVÁ, J. : Karcinom děložního hrdla a jeho prevence, *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 1, ISSN : 1210-0404

11. KLENER, P. : Chemoterapie-minimum pro praxi, Triton 1999, ISBN : 80-7254-028-9
12. KOTRŠOVÁ, L: Praktický pohled na cervikální patologie, *Zdravotnické noviny*, příloha Lékařské listy, 2003, roč. 52, č. 41, s. 8-10, ISSN: 0044-1996
13. Kolektiv autorů : HPV a karcinom děložního čípku, *Moderní gynekologie a porodnictví*, Časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů, 2006, roč. 15, č. 4 ISSN : 1214-2093
14. KUDELA, M. a kol. : Základy gynekologie a porodnictví, 1.vyd., Olomouc 2004, ISBN : 80-244-0837-6
15. MACKŮ, F. : Gynekologie a porodnictví, Praha : Avicenum 1989
16. PETRUŽELKA, L., KONOPÁSEK, B., et al. : Klinická onkologie, Praha: Karolinum, 2003, ISBN: 80-238-0395-X
17. ROBOVÁ, H. : Jak, kdy a proč řešit cervikální dysplazii u adolescentek., *Gynekologie po promoci*, 2006. roč. 6, č. 1, s. 54, ISSN: 1213-2578
18. ROZTOČIL, A., et al. : Porodnictví. Brno: IDV PZ, 2001, ISBN: 80-7013-339-2
19. SOVOVÁ, E. a kol. : 100 + 1 otázek a odpovědí o prevenci nejčastějších onemocnění, Grada 2006, ISBN : 978-80-247-0952-9
20. BLAŽKOVÁ, M : Prevence obecně, 2005 [cit. 2008-02-20] Dostupné na WWW: <http://www.zkola.cz/zkedu/zaskolou/socialnepatologickejevayejichprevence/zavislosti/jakpredchazetvznikuzavislosti/peerprogramy/necomalozteoriepeerprogramu/13054.aspx>
21. DÖRR, A : Diagnosticko - léčebné protokoly, Karcinom děložního čípku, 2006 [cit. 2007-11-10] Dostupné na WWW : http://www.mou.cz/mou/section_show.jsp?s=908|941

22. DÖRR, A.; KOLÁŘOVÁ, H. Možnosti prevence gynekologických zhoubných nádorů. 2005. [cit. 2006-02-15] Dostupné na WWW:
http://www.mou.cz/mou/section_show.jsp?s=914|915
23. Karcinom děložního hrdla a papilomaviry. *Medicína*, 1999. roč. 6, č. 1, s. 15. [cit. 2008-03-03] Dostupné na WWW:
<http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0502/med0525.html>
24. Metastázy [cit. 2008-02-28] Dostupné na WWW:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Metast%C3%A1za>,
25. Nádory obecně [cit. 2008-02-28] Dostupné na WWW:
<http://cs.wikipedia.org/wiki/N%C3%A1dor>
26. Nové očkování chrání před nádory. [cit. 2008-03-04] Dostupné na WWW:
http://www.prevencenadoru.cz/mouprev/section_show.jsp?s=908&selIdDoc=141
27. Prevence nádorů [cit. 2008-02-20] Dostupné na WWW:
http://www.prevencenadoru.cz/mouprev/section_show.jsp?s=908&selIdDoc=97
28. Vakcína Cervarix [cit. 2008-02-25] Dostupné na WWW:
<http://www.cervikalnikarcinom.cz/Cervarix.aspx>
29. Vakcína Silgard [cit. 2008-02-25] Dostupné na WWW:
<http://www.vakciny.cz/main.php?akce=10&vakcina=40>

Seznam použitých zkratek

BMI	- body mass index, poměr tělesné hmotnosti k výšce člověka
CIN	- cervikální intraepiteliální neoplazie
CIS	- karcinom „in situ“
CT	- počítačová tomografie
DNA	- deoxyribonukleová kyselina
EU	- Evropská unie
HIV	- Human immunodeficiency virus, lidský imunodeficitní virus
HPV	- Human papillomavirus, lidský papilomavirus
HR-HPV	- High risk human papilomavirus, vysoce rizikový lidský papillomavirus
HSIL	- High Grade Squamous Intraepithelial Lesions, těžká dysplazie
LEEP	- loo electro excision procedure, způsob konizace
LEETZ	- large electro excision of transformation zone, druh excize
LSIL	- Low Grade Squamous Intraepithelial Lesions, lehká dysplazie
MR	- magnetická rezonance
RTG	- rentgen
Tis	- Tumor „in situ“, primární nádor „in situ“
UZ	- ultrazvuk

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Diagnostická vyšetření v obrazech

Příloha č. 3: Jednotlivá stádia rakovinného bujení na děložním čípku

Příloha č. 4: Vyhláška ministerstva zdravotnictví

Příloha č. 5: Informace k očkovací látce Silgard

Příloha č. 6: Informace k očkovací látce Cervarix

DOTAZNÍK

Karcinom děložního hrdla a povědomost o prevenci u žen a v ČR

Vážená slečno,paní, jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické, Duškova 7, Praha 5, oboru Porodní asistentka. V rámci zakončení studia bakalářskou prací, kterou jsem pojala teoreticko-průzkumně a která se v mém případě týká rakoviny děložního hrdla a možnostech prevence, provádím průzkum jehož součástí je i tento dotazník. Mým cílem je zjistit, co ženy vědí o rakovině děložního hrdla a o prevenci.

Tento dotazník je anonymní a veškeré údaje budou použity pouze pro studijní účely.

Předem děkuji za spolupráci..

Barbora Stárková

Pokyny pro vyplňování: Odpovězte prosím na všechny otázky, svou odpověď zakroužkujte, případně dopište.

Na úvod ještě krátké vysvětlení, co se rozumí pod pojmem prevence. Prevence obsahuje činnosti, které informují veřejnost o rizicích vzniku nádorového onemocnění a změnách životního stylu, jež snižují výskyt nádorových onemocnění.

1) Kde bydlíte?(uved'te oblast-okres středočeského kraje,kde žijete)

.....

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) základní b) vyučená c) středoškolské s maturitou d) vyšší odborné e) vysokoškolské

3) Jaký je Váš věk?

a) 18 – 25 let b) 26 – 35 let c) 36 – 45 let d) 46 – 55 let e) 56 – 65 let
f) 66 a více

4) V kolika letech jste poprvé navštívila gynekologa? (prosím dopište)

.....

5) Jaký byl důvod první návštěv gynekologa?

a) prevence-dětský gynekolog b) prevence-dospělý gynekolog c) gynekologické obtíže
d) antikoncepce e) jiný důvod f) doposud jsem nebyla

6) Využíváte možnosti preventivních prohlídek u svého gynekologa?

a) ano b) ne c) zatím ne,ale v budoucnu začnu

7) Jak často docházíte na preventivní prohlídky?

a) 1x za půl roku b) 1x za rok c) 1x za 2 roky d) jinak e) nedocházím

Příloha 1 Dotazník - pokračování

8) Jaká vyšetření jsou součástí vaší preventivní prohlídky?

- a) anamnéza b) palpační vyšetření c) vyšetření v zrcadlech d) vaginální ultrazvuk
- e) kolposkopie f) cytologie g) vyšetření prsou h) informace o prevenci i) nevím
- j) nedocházím

9) Zaškrtněte všechny ty možnosti, které považujete, že patří mezi preventivní opatření před rakovinou děložního hrdla

- a) preventivní gynekologické prohlídky b) nestřídat sexuální partnery c) používat kondom
- d) nekouřit e) vakcinace proti HPV f) udržování optimální hmotnosti

10) Víte o tom, že v dnešní době již existuje očkování proti HPV virům, které způsobují rakovinu děložního hrdla?

- a) ano b) ne

11) Které z nabízených možností myslíte, že patří k příznakům rakoviny děložního hrdla, které by vás vedly ke gynekologovi?

- a) špinění, narůžovělý výtok b) bolest v podbřišku c) menstruace mimo cyklus
- d) slabé krvácení po pohlavním styku

12) Které z těchto možností považujete za rizikové faktory vzniku rakoviny děložního hrdla?

- a) časné zahájení sexuálního života b) kouření c) střídání sexuálních partnerů
- d) náhodný nechráněný pohlavní styk e) špatná genitální hygiena partnerů
- f) pohlavně přenosné choroby

13) Kouříte?

- a) ano b) ne

14) V kolika letech jste měla první pohlavní styk? (prosím doplňte)

.....

15) Máte stálého sexuálního partnera?

- a) ano b) ne

16) Kolik jste měla doposud sexuálních partnerů?

- a) žádného b) do 5 c) do 10 d) do 15 e) do 20 f) více jak 20

17) Jaké antikoncepční metody využíváte?

- a) hormonální antikoncepce b) antikoncepční náplast c) antikoncepční injekce
- d) kondom e) nitroděložní tělísko f) podkožní implantát g) přerušovaný pohlavní styk
- f) jiné g) žádné

Příloha 1 Dotazník - pokračování

18) Myslíte si, že kondom může snížit riziko vzniku rakoviny děložního hrdla?

a) ano b) ne

19) Vyskytují se v časopisech nebo na internetových stránkách, které běžně prohlížíte nějaké informace o rakovině děložního hrdla a o možné prevenci?

a) ano b) ne c) nevím

20) Co si myslíte o informovanosti veřejnosti o rakovině děložního hrdla a o možnostech prevence?

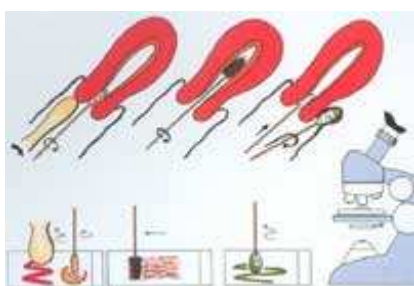
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Děkuji Vám za spolupráci

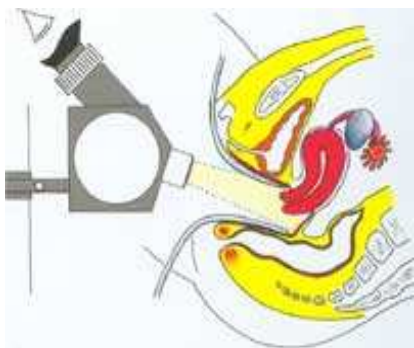
Příloha 2 Diagnostická vyšetření v obrazech



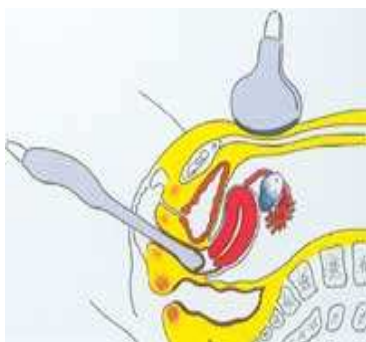
Vyšetření v zrcadlech



Cytologické vyšetření

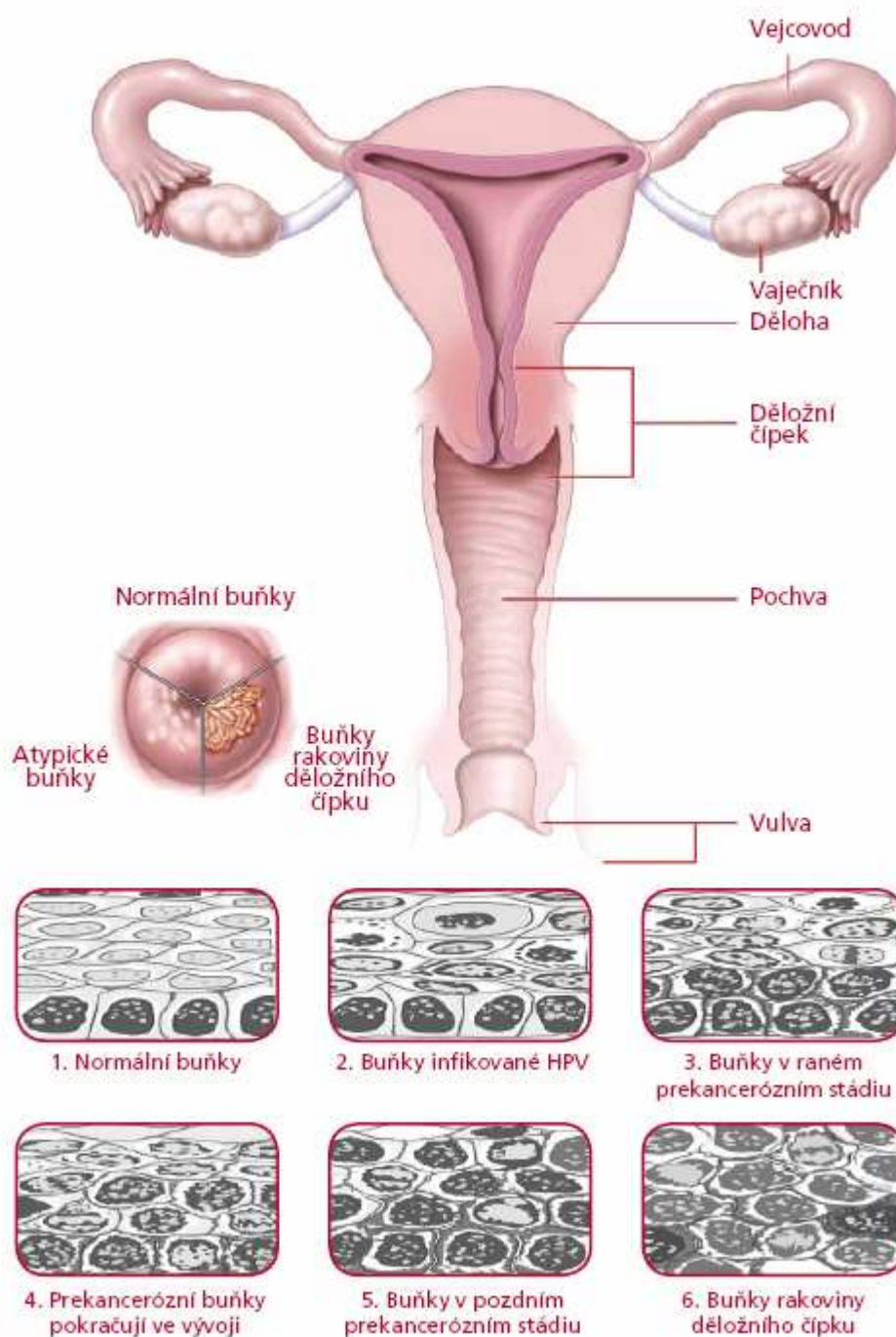


Kolposkopické vyšetření



Sonografické vyšetření

Příloha 3 Jednotlivá stádia rakovinného bujení na děložním čípku



Příloha 4 Vyhláška ministerstva zdravotnictví

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek (novelizováno vyhláškami č. 183/2000 Sb., 372/2002 Sb.)

Preventivní prohlídka v gynekologii a porodnictví, která se provádí v 15 letech věku dětským gynekologem a dále jedenkrát ročně:

1. Rodinná, osobní a pracovní anamnéza a aktualizace této anamnézy se zřetelem na známé rizikové faktory
2. Aspexe kůže
3. Vyšetření prsu (aspexe, palpační a regionální vyšetření místních uzlin)
4. Vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření (neprovádí se u virgo žen)
5. Odběr materiálu z děložního čípku cytologickému a bakteriologickému vyšetření, eventuelně k virologickému vyšetření (neprovádí se u virgo žen)
6. Palpační bimanuální vyšetření
7. Vyplnění průvodky k bakteriálnímu, cytologickému a případně virologickému vyšetření
8. U dispenzarizovaných žen je preventivní prohlídka v oboru gynekologie a porodnictví součástí dispenzární péče

Příloha 5 Informace k očkovací látce Silgard

NÁZEV PŘÍPRAVKU

Silgard, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce.

Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 6, 11, 16, 18] (rekombinantní)

KVALITATIVNÍ A KVANTITATIVNÍ SLOŽENÍ

1 dávka (0,5 ml) obsahuje přibližně:

Papillomaviri humani 1 typus 6 proteinum L12,3 20 mikrogramů

Papillomaviri humani 1 typus 11 proteinum L12,3 40 mikrogramů

Papillomaviri humani 1 typus 16 proteinum L12,3 40 mikrogramů

Papillomaviri humani 1 typus 18 proteinum L12,3 20 mikrogramů

LÉKOVÁ FORMA

Injekční suspenze. Před protřepáním může Silgard vypadat jako čirá tekutina s bílou usazeninou. Po důkladném protřepání je to bílá, zakalená tekutina.

KLINICKÉ ÚDAJE

Terapeutické indikace

Silgard je vakcína určená k prevenci vysokého stupně cervikální dysplazie (CIN 2/3), cervikálního karcinomu, vysokého stupně vulválních dysplastických lézí (VIN 2/3) a bradavic zevního genitálu (condyloma accuminata) v příčinné souvislosti s lidským papilomavirem (HPV) typů 6, 11, 16 a 18. Indikace je založena na prokázané účinnosti Silgardu u dospělých žen ve věku 16 až 26 let a na prokázané imunogenitě Silgardu u 9-ti až 15-letých dětí a dospívajících. Účinnost ochrany nebyla zkoumána u mužů. Použití Silgardu musí být v souladu s oficiálními doporučeními.

Dávkování a způsob podání

Základní vakcinační řada sestává ze 3 samostatných 0,5ml dávek podaných podle následujícího schématu: 0, 2, 6 měsíců. Pokud je nezbytné alternativní očkovací schéma, druhá dávka musí být podána nejméně jeden měsíc po první dávce a třetí dávka musí

Příloha 5 Informace k očkovací látce Silgard – pokračování

být podána nejméně 3 měsíce po druhé dávce. Všechny tři dávky musí být podány během jednoletého období. Potřeba podání dávky přeočkování nebyla stanovena.

Dětská populace: Silgard se nedoporučuje používat u dětí mladších 9 let pro nedostatek údajů o imunogenitě, bezpečnosti a účinnosti. Vakcínu je nutno aplikovat intramuskulární injekcí. Preferovaným místem aplikace je oblast deltového svalu horní paže nebo horní anterolaterální oblast stehna. Silgard nesmí být aplikován intravaskulárně. Subkutánní a intradermální forma aplikace nebyla studována, a proto se nedoporučuje.

Kontraindikace

Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku.

Jedinci, u nichž se po podání dávky Silgardu objeví příznaky hypersenzitivity, nesmí dostat další dávku Silgardu. Podávání Silgardu musí být odloženo u jedinců trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Přítomnost lehké infekce, jako je lehká infekce horních cest dýchacích, nebo horečka nízkého stupně však nejsou kontraindikací pro imunizaci.

Zvláštní upozornění a opatření pro použití

Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být pro případ vzácných anafylaktických reakcí po aplikaci vakcíny snadno k dispozici odpovídající léčebná opatření. Stejně jako u jiných vakcín nemusí očkování Silgardem zajistit ochranu všem očkováným. Silgard bude rovněž chránit pouze před onemocněními, která způsobují HPV typy 6, 11, 16 a 18. Proto se i nadále musí používat vhodná opatření proti sexuálně přenosným onemocněním. Neprokázalo se, že by měl Silgard terapeutický efekt. Vakcína proto není určena k léčbě cervikálního karcinomu, vysokého stupně cervikálních, vulválních a vaginálních dysplastických lézí nebo genitálních bradavic. Není také určena k prevenci rozvoje jiných zjištěných lézí souvisejících s HPV. Vakcinace nenahrazuje rutinní cervikální screening. Protože žádná vakcína není účinná na 100 % a Silgard nezajišťuje ochranu proti jiným HPV typům, než na které je vakcína zaměřena, ani proti již existující HPV infekci, zůstává rutinní cervikální screening kriticky důležitý a je

Příloha 5 Informace k očkovací látce Silgard – pokračování

nutné dodržovat místní doporučení. Nejsou žádné údaje o použití Silgardu u osob se sníženou imunitní reakcí. Jedinci se sníženou imunitní reakcí, ať již v důsledku silné imunosupresivní léčby, genetické poruchy, infekce virem lidské imunodeficiencie (Human Immunodeficiency Virus, HIV) nebo jiných příčin, nemusí na vakcínu zareagovat. Délka ochrany není v současnosti známa. Trvalá účinnost ochrany byla pozorována po dobu 4,5 roku po dokončení 3-dávkové série. Dlouhodobější ověřovací studie probíhají.

NÁZEV PŘÍPRAVKU

Cervarix injekční suspenze

Vakcína proti lidskému papilomaviru [typy 16, 18] (rekombinantní, adjuvovaná, adsorbovaná)

KVALITATIVNÍ A KVANTITATIVNÍ SLOŽENÍ

1 dávka (0,5 ml) obsahuje:

Papillomaviri humani¹ typus 16 proteinum L1^{2,3,4} 20 mikrogramů

Papillomaviri humani¹ typus 18 proteinum L1^{2,3,4} 20 mikrogramů

LÉKOVÁ FORMA

Injekční suspenze. Zakalená bílá suspenze. Při uchovávání se může vytvořit jemný bílý sediment a čirý bezbarvý supernatant.

KLINICKÉ ÚDAJE

Terapeutické indikace

Cervarix je vakcína určená k prevenci vysokého stupně cervikální intraepiteliální neoplasie (CIN stupně 2 a 3) a cervikálního karcinomu, které jsou kauzálně spojeny s lidským papilomavirem (HPV) typu 16 a 18.

Cervarix je vakcína určená k prevenci vysokého stupně cervikální intraepiteliální neoplasie (CIN stupně 2 a 3) a cervikálního karcinomu, které jsou kauzálně spojeny s lidským papilomavirem (HPV) typu 16 a 18.

Dávkování a způsob podání

Doporučené očkovací schéma je 0, 1, 6 měsíců. Potřeba podání posilovací dávky nebyla stanovena (viz bod 5.1). Doporučuje se, aby osoby, které dostanou jako první dávku Cervarix, dokončily 3-dávkové očkovací schéma rovněž vakcínou Cervarix . Cervarix se nedoporučuje podávat dívkám mladším 10 let věku, protože pro tuto věkovou

Příloha 6 Informace k očkovací látce Cervarix – pokračování

skupinu není nedostatek údajů o bezpečnosti a imunogenicitě.

Kontraindikace

Cervarix je určen k intramuskulární aplikaci do oblasti deltového svalu

Zvláštní upozornění a opatření pro použití

Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro případ vzácně se vyskytující anafylaktické reakce okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Cervarix nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradermálně. Údaje o subkutánním podání Cervarixu nejsou k dispozici. Stejně jako u jiných vakcín aplikovaných intramuskulárně, musí být i Cervarix podáván opatrně osobám s trombocytopenií nebo s jakoukoli poruchou koagulace, protože po intramuskulárním podání může u takových osob dojít ke krvácení.

Očkování nenahrazuje pravidelný cervikální screening ani bezpečnostní opatření proti expozici HPV a sexuálně přenosným nemocem. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u všech očkovanych jedinců dosaženo ochranné imunitní odpovědi. Cervarix chrání proti nemoci způsobené HPV typu 16 a 18. Karcinom děložního čípku však mohou způsobit i jiné onkogenní typy HPV, proto zůstává rutinní cervikální screening kriticky důležitý a mělo by se v něm pokračovat podle místních doporučení.

Neprokázalo se, že by Cervarix měl terapeutický efekt. Vakcína proto není určena k léčbě cervikálního karcinomu, cervikální intraepiteliální neplasie (CIN) nebo jakýchkoliv jiných zjištěných lézí souvisejících s HPV. Cervarix nechrání ženy před lézemi souvisejícími s HPV, pokud již byly v době očkování infikovány HPV-16 nebo HPV-18. Délka ochrany nebyla přesně stanovena. Čas podání a potřeba podání posilovací dávky (posilovacích dávek) nebyly zkoumány.

O použití Cervarixu u osob se sníženou imunitní reakcí, jako jsou pacienti s HIV infekcí nebo pacienti podstupující imunosupresivní terapii, nejsou žádné údaje. Stejně jako u jiných vakcín nemusí být u těchto jedinců dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. Nejsou žádné údaje o bezpečnosti, imunogenicitě nebo účinnosti, na jejich základě by bylo možné podpořit vzájemnou zaměnitelnost Cervarixu s jinými vakcínami proti HPV.