

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**DYSPLASTICKÉ ZMĚNY DĚLOŽNÍHO ČÍPKU
U PACIENTEK OD 18 LET**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ADÉLA RUMLOVÁ

PRAHA 2014

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**DYSPLASTICKÉ ZMĚNY DĚLOŽNÍHO ČÍPKU
U PACIENTEK OD 18 LET**

Bakalářská práce

ADÉLA RUMLOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

Praha 2014



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Rumlová Adéla
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 18.4.2013 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Dysplastické změny děložního čípku u pacientek od 18 let

Dysplastic Cervical Cancer in Patients from 18 Years Old

Vedoucí bakalářské práce: doc.PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

V Praze dne: 2.9.2013

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

podpis

ABSTRAKT

RUMLOVÁ, Adéla. *Dysplastické změny děložního čípku u pacientek od 18 let.* Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Praha. 2014. 51 stran.

Tématem bakalářské práce jsou dysplastické změny děložního čípku u pacientek od 18 let. Teoretická část práce charakterizuje patologii děložního čípku, rizikové faktory onemocnění děložního čípku, vyšetřovací metody, terapii a prevenci tohoto onemocnění.

Přínosnou částí je praktická práce. V průzkumu jsme zjistili, kolik žen se středně těžkými až těžkými dysplastickými změnami děložního čípku bylo zachyceno v roce 2012 a 2013 v akreditované laboratoři v Litoměřicích, která je zařazena do celonárodního programu screeningu. Dále jsme se zaměřili na to, kterou věkovou skupinu pacientek toto onemocnění provází nejčastěji, kolik žen je očkováno proti HPV u tohoto onemocnění (HSIL), a jakým typem vakcíny. Posledním splněným cílem bylo zjistit kolik žen s HSIL nálezem bylo gravidních nebo v laktačním období.

Klíčová slova

Buňky. Cytologický obraz. Děložní čípek. Dysplastické změny. HPV. HSIL. Karcinom. LSIL.Nález. Screening.

ABSTRACT

RUMLOVÁ, Adéla. *Dysplastic changes in cervical cancer patients from 18 years of age*. Medical college. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Prague. 2014. 51 pages.

The topic of the Bachelor's thesis is dysplastic changes in cervical cancer patients from 18 years of age. The theoretical part of the thesis describes the pathology of cervix, cervical disease risk factors, investigative methods, therapy and prevention of this disease.

The main part is the practical thesis. In the survey, we have found that many women with moderate to severe the cervix dysplastic changes were detected in the year 2012 and 2013 at an accredited laboratory in Litoměřice, which is included in the national screening program. In addition, we focused on that age group patients often accompanied with this disease, how many women are vaccinated against HPV disease, and what type of vaccine. The last completed the goal was to find out how many women were detected with HSIL findings during gravid or breastfeeding period.

Keywords

Cancer. Cells. Cytology. Cervix. Discovery. Dysplastic changes. HPV. HSIL. LSIL. Screening.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 13 |
| 1 PATOLOGIE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU..... | 14 |
| 1.1 DLAŽDICOVÝ EPITEL EXOCERVIXU..... | 15 |
| 1.1.1 NENÁDOROVÉ ZMĚNY DLAŽDICOVÉHO EPITELU.. | 15 |
| 1.1.2 ATYPICKÉ ZMĚNY DLAŽDICOVÉHO EPITELU NEURČITÉHO VÝZNAMU..... | 17 |
| 1.1.3 ATYPICKÉ ZMĚNY DLAŽDICOVÉHO EPITELU NEURČITÉHO VÝZNAMU, KDE NELZE VYLOUČIT VYSOKÝSTUPEŇ DLAŽDICOVÉ INTRAEPITELOVÉ LÉZE | 17 |
| 1.1.4 NÍZKÝ STUPEŇ DLAŽDICOVÉ INTRAEPITELOVÉ LÉZE | 18 |
| 1.1.5 VYSOKÝ STUPEŇ DLAŽDICOVÉ INTRAEPITELOVÉ LÉZE, CARCINOMA IN SITU..... | 18 |
| 1.1.6 DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM | 19 |
| 1.2 ŽLAZOVÝ EPITEL ENDOCERVIXU | 20 |
| 1.2.1 NENÁDOROVÉ ZMĚNY ENDOCERVIXU..... | 20 |
| 1.2.2 ADENOKARCINOM ENDOCERVIXU | 21 |
| 2 VYŠETŘOVACÍ METODY DĚLOŽNÍHO ČÍPKU | 22 |
| 2.1 KOLPOSKOPIE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU | 22 |
| 2.2 CYTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU | 23 |
| 2.3 BIOPSIE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 3 TERAPIE PREKANCERÓZ A KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU..... | 25 |
| 4 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU | 28 |
| 5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU PO OPERACI DĚLOŽNÍHO ČÍPKU | 30 |
| 6. PRŮZKUMNÝ PROBLÉM | 32 |
| 6.1 CÍLE PRŮZKUMU | 32 |
| 6.2 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY | 33 |
| 6.3 METODA PRŮZKUMU | 34 |
| 7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU | 35 |
| 8 DISKUZE | 45 |
| 8.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI | 47 |
| ZÁVĚR | 48 |
| SEZNAM LITERATURY | 50 |
| PŘÍLOHY | |

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

| | |
|--------------|---|
| ASCUS..... | atypické skvamózní buňky neurčitého významu |
| CIN..... | cervikální intraepitelová léze |
| SIL..... | skvamózní intraepitelová léze |
| LSIL..... | Low grade squamous intraepithelial lesion, skvamózní intraepitelová léze nízkého stupně |
| HSIL..... | high grade squamous intraepithelial lesion, skvamózní intraepitelová léze vysokého stupně |
| AIS..... | adenocarcinom in situ |
| ASC-H..... | atypické změny dlaždicového epitelu neurčit.významu,kde nelze vyloučit HSIL |
| CIS..... | Carcinoma in situ |
| IUD..... | intrauterine device, nitroděložní (antikoncepční) tělísko |
| CMV..... | cytomegalovirus |
| HSV..... | herpes simplex virus |
| TNM..... | mezinárodní schéma pro staging vybraných maligních nádorů, zvláště karcinomů v některých orgánech |
| AGC-NOS..... | Atypical Glandular Cells not otherwise specified, lehká abnormalita, nejspíše v žlazovém epitelu |
| AGC-NEO – | Atypical Glandular Cells, suspicious for AIS or cancer, lehká abnormalita, neoplastického změna žlazových buněk |
| LLETZ..... | Large Loop Excision of the Transformation Zone (elize transformační zóny velkou kličkou) |
| LEEP..... | Loop Electrosurgical Excisional Procedures (kličkové elektrochirurgické excizní postupy) |
| HPV..... | human papilomavirus |
| HIV..... | human immunodeficiency virus |

(KOBILKOVÁ, 2006), (DVOŘÁK et al, 2013)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Aktinoterapie- léčba pomocí ionizujícího záření

Anizocytoza - nestejná velikost buněk

Atrofie - ubývání, zmenšení normálně vyvinutého orgánu

Atypie- buněčné a jaderné odchylky maligních nádorů

Benigní - nezhoubné

Biopsie - mikroskopické vyšetření tkání vyňatých z živého těla

Binukleace - zdvojení jader buněk

Cyanofilní - modré zbarvení

Cytologie - obor biologie, které studuje buňky, jejich vývoj, funkci

Cytoplazma - biologický obsah buňky, mimo jádro

Dysplázie – soubor patologických cytologických změn, představující potenciální předstupeň nádorových změn

Eozinofilní - oranžové až červené zbarvení

Exsudát - zánětlivý výpotek

Hyperkeratóza- bezjaderné šupiny

Hyperchromazie- nadměrná barvitelnost jader

Hysterektomie - chirurgické odstranění dělohy

Chromatin - hmota buněčného jádra

Makabrozní- velké, umrlčí

Metaplázie – změna jedné diferencované tkáně v jinou, diferencovanou, normálně v daném místě nepřítomnou

Mitóza - nepřímé dělení buněk

Neoplázie - maligní jádro buněk, transformované

Parakeratóza - trpasličí superficiální buňky s pyknotickým jádrem

Prekanceróza - změny předcházející vzniku rakoviny

Pyknotické - hutné

Stromata- trámčitá vazivová tkáň

Transudát- nezáňtlivá tekutina

(<http://lekarske.slovníky.cz/>), (KLIMEŠ, 2005),

(<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web>), (MOTLÍK, 2001).

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Klasifikace karcinomu děložního hrdla..... | 26 |
| Tabulka 2 Statistika počtu vyšetření a nálezů za rok 2012 | 33 |
| Tabulka 3 Rozdělení věkových kategorií do skupin v roce 2012 | 33 |
| Tabulka 4 Počet očkování pro HPV za rok 2012..... | 34 |
| Tabulka 5 Rozdělení vakcín proti HPV..... | 35 |
| Tabulka 6 Počet žen v graviditě a laktačním období postihnuté HSIL za rok 2012..... | 35 |
| Tabulka 7 Statistika počtu vyšetření a nálezů za rok 2013..... | 36 |
| Tabulka 8 Rozdělení věkových kategorií do skupin v roce 2013..... | 36 |
| Tabulka 9 Počet očkování proti HPV za rok 2013..... | 37 |
| Tabulka 10 Rozdělení vakcín proti HPV..... | 37 |
| Tabulka 11 Počet žen v graviditě a laktačním období postihnuté HSIL za rok 2013..... | 38 |

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsme se vybrali téma dysplastické změny děložního čípku u pacientek od 18 let. Práce je zaměřena na zpracování dat souboru pacientek se závažným onemocněním děložního čípku. V dnešní době velmi častá onemocnění, která mají dobrou prognózu, pokud se včas zachytí prekancerózní stavy čípku. Proto je velmi důležitá prevence, hlavně pravidelné kontroly u lékaře gynekologie, kde se díky vyšetřovacím metodám kolposkopii, cytologii, biopsii a dalším, dá určit počínající onemocnění.

Cílem práce je zjistit kolik žen a v jakém nejčastěji věku s dysplastickými změnami na děložním čípku z určitého počtu v aktuálních letech 2012-2013 je zachyceno v akreditované laboratoři v Litoměřicích.

Teoretická část obsahuje popis vzhledu buněk v cytologickém obraze, klinický průběh dysplastických změn děložního čípku, vyšetřovací metody děložního čípku, terapii prekanceróz a karcinomu děložního čípku, rizikové faktory tohoto onemocnění a prevenci. Konec teoretické části uzavírá kapitola ošetrovatelská péče o pacientku po operaci děložního čípku.

Praktická část obsahuje analýzu zjištěných dat v letech 2012 a 2013 z akreditované cytologické laboratoře, podle kterých se výsledky znázornily do přehledných tabulek.

Vypracovaná práce je určena jako zdroj nelékařským oborům, hlavně porodním asistentkám a všeobecným sestřám k rozvinutí obzorů této problematiky.

1 PATOLOGIE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Během života ženy prochází děložní hrdlo mnoha změnami, na jejichž podkladě mohou vznikat nezhoubné nádory, prekancerózy a maligní nádory. V dnešní době je možné pomocí různých vyšetřovacích metod poměrně spolehlivě odhalit počínající prekancerózy a nastavit vhodnou léčbu. Mohou však vznikat i nenádorové změny a nezhoubné nádory. Běžným nenádorovým nálezem jsou ovula Nabothi, dále endometrióza, která se vyskytuje pod dlaždicovým epitelem ve formě modrých cystiček. Nejčastějším benigním nádorem na děložním hrdle je endocervikální polyp. V těhotenství se pak může vyskytnout díky deciduálním změnám takzvaný deciduální polyp. Cervikální leimyom je druhým nejčastějším benigním nádorem. (ROB et al., 2008)

Prekancerózy děložního hrdla se dělí podle lokalizace na dlaždicovém epitelu (exocervixu) nebo na žlazovém epitelu (endocervixu). Na exocervixu rozeznáváme epitel bez neoplastických změn a malignit, nenádorové změny epitelu (záněty, atrofie a metaplazie), atypické změny dlaždicového epitelu neurčitého významu (ASCUS), atypické změny dlaždicového epitelu neurčitého významu (ASC-H), kde nelze vyloučit vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (HSIL). Dále nízký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (LSIL) a už zmiňovaný středně těžký až vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (HSIL), který pokud nebude sledován a léčen, může progredovat až do carcinoma in situ (CIS) nebo dlaždicobuněčného karcinomu.

Prekancerózy endocervixu ze žlazového epitelu jsou méně časté než na dlaždicovém epitelu. Na endocervixu hodnotíme epitel bez neoplastických změn a malignit, atypie žlazových buněk (blíže nespecifikováno), což bývá ve většině případů způsobeno reaktivními změnami nebo atypie žlazových buněk spíše neoplastické a nejtěžším nálezem je adenokarcinom (KOBILKOVÁ, DUŠKOVÁ et al., 2003), (FAKAN, 2005).

1.1 DLAŽDICOVÝ EPITEL EXOCERVIXU

Dlaždicový epitel má několik vrstev buněk. Spodní vrstvu tvoří bazální a parabazální buňky, které naléhají na bazální membránu. Jsou to drobné epiteliie, které během cyklu regenerují. Jádra jsou pravidelná, kulatá, centrálně uložena N/C poměr je ve prospěch jádra. Na bazální vrstvu přiléhají parabazální buňky, které jsou o něco větší než buňky bazální, v cytologickém stěru se barví cyanofilně (modře nebo do zelena, podle typu polychromu). Střední vrstvu tvoří intermediální buňky, kde N/C poměr nebo li poměr mezi jádrem a cytoplazmou je již ve prospěch cytoplazmy. Též se barví cyanofilně. Povrchová – superficiální vrstva je obrácena směrem do pochvy. Jedná se o nejvyzrálejší vrstvu dlaždicových buněk. Tyto buňky mají malé pyknotické (hutné) jádro a barví se převážně eozinofilně (oranžově až červeně, podle používaného polychromu). (ROZTOČIL, 2010), (KOBILKOVÁ, DUŠKOVÁ, 2003)

1.1.1 NENÁDOROVÉ ZMĚNY DLAŽDICOVÉHO EPITELU

Příčiny benigních změn dlaždicového epitelu na exocervixu jsou různé, a to mechanické (IUD), zánětlivé a pozánětlivé, postradiační, atrofické a jiné např. hyperkeratóza, parakeratóza, dlaždicobuněčná metaplázie nebo se také mohou projevit bez příčiny.

Mechanické změny jsou nejčastěji následkem účinku nitroděložního tělíska (IUD), kdy dochází ke shluku 5-15 žlazových buněk (viz Příloha C str. III.). V degenerovaných buněčných jádrech, která se objevují v cytologickém obraze, mizí cytoplazma. Viditelné mohou být číré nebo kalcifikující vakuoly. Dochází k buněčné reakci na cizí těleso. Používáním IUD vede ke zvýšenému výskytu bakterie *Actinomyces israeli*, které se šíří ascendentně kolem IUD a ty již přechází v zánětlivé změny s charakteristickými drúžami.

Častým původcem zánětlivých změn na dlaždicovém epitelu jsou Candidy, dále pak bakteriální záněty způsobené koky (viz Příloha D str. IV.). Významnými patogenními agens je i *Chlamydia trachomatis*, *Leptotrichia buccalis*, *Gardnerella vaginalis* a prvok *Trichomonas vaginalis*. Zánětlivé změny lze vidět v cytologickém stěru jako perinukleární halo, což je světlý úzký lem kolem jádra. Dále převládají hlavně eozinofilní superficiální buňky. Cytoplazma je často vícebarevná, čmouhovitá, jádra buněk se zvětšují. Celkově dochází k degenerativním změnám jak cytoplazmy, tak jader. V rámci uchování původní sliznice dochází k regeneraci buněk a výskytu metaplázie (KUBÁLEK, 2001).

Candida albicans je kvasinka jednobuněčná, která se množí pučením a tvoří pseudohyfy. Protoplazma pseudohyfy ukazuje mezi buňkami malé zářezy. Lze ji zachytit i v nativních nátěrech. *Gardnerella vaginalis* má specifické klíčové buňky (clue cells) ve směsi s jinými bakteriemi, tyčinkami a anaerobními koky. V cytologickém obraze vypadají epitelové buňky jako posypané („pepř a sůl“), s nerovnými okraji a nepravidelně ohraničenou cytoplazmou. Klinicky se tato vaginóza projevuje drážděním pochvy a páchnoucím, šedavým výtokem. Jedna z orientačních diagnostických metod je pokapání výtoku na zrcadle 10% KOH. Objeví se typický zápach po rybách, který potvrdí spolu s cytodiagnostikou nález klíčových buněk bakteriální vaginózu. Výraz vaginóza je na místě, neboť přestože je agens přítomen, nejedná se o zánětlivé změny (viz Příloha E str. V.). *Leptotrichia buccalis* je G-anaerobní tyčka, která připomíná v cytologickém obraze dlouhé vlasové nudličky. Občas bývá sdružen s *Trichomonas vaginalis*. Tento prvok je typický svým hruškovitým tvarem, s jedním excentricky uloženým a protáhlým jádrem. Na povrchu s jedním či více bičíky. Tato infekce způsobuje změny na jádrech, proto se považuje za jeden z rizikových faktorů pro vznik dysplastických změn. *Trichomonas vaginalis* však dokáže v cytologickém obraze imitovat HSIL. *Chlamydia trachomatis* je extrémně malý nitrobuněčný mikroorganismus, který postihuje endocervikální a metaplastické dlaždicové epitelie. Buňky jsou zvětšené a mnohjaderné. Vakuoly v cytoplazmě jsou pak typické pro základnou hnisavou infekci. Je nutné ověření specifickými testy.

V poslední řadě to jsou i virové infekce, které mají vliv na změnu dlaždicového epitelu. Jedním z nich je Herpes simplex virus (HSV), který se v cytologickém stěru pozná podle deformovaných, vícejaderných epitelíí s rozmazanými jádry. S jistotou lze diagnostikovat HSV, jsou-li v jádrech červené inkluze.

Do této skupiny patří i cytomegalovirus (CMV), který je vzácný a tvoří velké nitrojaderné cyanofilní inkluze tzv. soví oko (ROZTOČIL, 2011), (KOBILKOVÁ et al, 2006).

1.1.2 ATYPICKÉ ZMĚNY DLAŽDICOVÉHO EPITELU NEURČITÉHO VÝZNAMU

Atypické změny dlaždicového epitelu neurčitého významu (ASCUS) tvoří několik buněčných změn odrážející patologické procesy, které z různých důvodů nemohou být rozpoznány. Je to tedy takzvaná diagnóza nejistoty, protože cytologický obraz obsahuje mnoho změn na buňce. U ASCUS je v dlaždicových buňkách charakteristické zvětšené jádro přesahující 2-3x velikost normálních jader epitelu. Změny ASCUS se vztahují k zánětům včetně změn HPV, atrofie, postmenopauze a léčebných zákroků. Zánět se většinou vyléčí a tím změny na epitelu vymizí. Vyskytne-li se i po léčbě atypie dlaždicového epitelu, tak je nutná za 3-6 měsíců cytologická kontrola. Následná vyšetření u ASCUS bývají mnohdy normální nebo je to progresse do SIL (KOBILKOVÁ et al, 2006).

1.1.3 ATYPICKÉ ZMĚNY DLAŽDICOVÉHO EPITELU NEURČITÉHO VÝZNAMU, KDE NELZE VYLOUČIT VYSOKÝSTUPEŇ DLAŽDICOVÉ INTRAEPITELOVÉ LÉZE

Atypické změny dlaždicového epitelu, které nelze přesněji diagnostikovat, se označují jako ASC-H. Může se jednat o zánětlivé reaktivní změny na nezralých nebo atrofických buňkách, o atypickou reparaci. V horším případě o těžkou formu prekancerózy HSIL nebo invazivní karcinom, který nelze spolehlivě odečíst. Celková protizánětlivá terapie může vést k ústupu zánětu. V tom případě jde o benigní změny u prekancerózních stavů a karcinomu provázeným zánětem. Terapie může být rezistentní a atypie mohou přetrvávat.

V případě atrofie se indikuje vyživovací test, který pomůže k lepší identifikaci atypických buněk. Pacientce se podají estrogeny. Gynekolog odebere kontrolní stěr. Pokud jádra vyzrají, jde o benigní změny.

Pokud atypie přetrvávají, tak jde o dysplastické, či nádorové změny (KOBILKOVÁ a DUŠKOVÁ, 2003), (KUBÁLEK, 2001).

1.1.4 NÍZKÝ STUPEŇ DLAŽDICOVÉ INTRAEPITELOVÉ LÉZE

Nízký stupeň dlaždicové intraepitelové léze označujeme jako LSIL, zahrnuje i změny včetně HPV, jako jsou kondylomata viditelná kolposkopicky s tzv. koilocyty a dyskeratocyty v cytologických stěrech (viz Příloha F str. VI.). LSIL představuje lehkou poruchu vývoje buněk. Buňky epitelu mají 3-6x větší jádro než normální zdravé buňky nebo 2-4x větší jádro u nezralé dlaždicové metaplázie. Tím N/C ratio, což je poměr mezi velikostí jádra a cytoplazmy je posunut ve prospěch jádra. Jádra bývají makabrozní, chromatin bývá uniformní, může se vyskytovat i hyperchromazie, velikost jader je nepravidelná, častá je binukleace – zdvojení jader. Pro identifikaci koilocytů je charakteristické perinukleární „halo“. Proto bylo zařazeno do Low grade (nízkého stupně). Buňky v cytologickém obraze leží jednotlivě nebo v plátech. Lehká dysplazie je v určitém procentu schopna stagnace nebo dokonce regrese, ale zhruba 30 – 50% případů progreduje do HSIL nebo až do úrovně CA in situ. LSIL odpovídá srovnatelně histologickému obrazu cervikální intraepiteliální neoplázie CIN I. Při zachytu LSIL se doporučuje další kontrola u gynekologa a cytologický odběr (KUBÁLEK, 2001).

1.1.5 VYSOKÝ STUPEŇ DLAŽDICOVÉ INTRAEPITELOVÉ LÉZE, CARCINOMA IN SITU

Cytologicky se tyto změny klasifikují jako HSIL, což odpovídá střednímu až vysokému stupni dlaždicové intraepitelové léze. Jedná se o závažnou formu prekancerózy. Buňky se vyskytují samostatně, v plachtách či syncytiálních agregátech. Velikost a tvar buněk je nepravidelný, buňky bývají protáhlé až pulcovité, N/C poměr jednoznačně svědčí ve prospěch jádra. V cytoplazmě bývají viditelné vakuoly, častá je anizonukleoza (mnohotvárnost) a degenerace buněk. Jádra jsou zvětšená, nepravidelná,

se zářezy, výrazná bývá i hyperchromazie. V tomto případě se doporučuje krátká kontrola při prvotním záchytu nebo dle závažnosti obrazu rovnou histologické ověření. HSIL odpovídá histologickému obrazu CIN II a CIN III (střední a těžké dysplázii buněk) a CIS (*carcinoma in situ*). Histologické změny CIN II zaujímají zhruba dolní dvě třetiny epitelu, změny CIN III jsou více rozsáhlé, postihují celou výšku epitelu. Těžká dysplázie je charakterizována převahou atypických parabazálních buněk, superficiální a intermediální buňky jsou zastoupeny v menšině.

Carcinoma in situ má všechny znaky karcinomu, avšak bez invaze do stromatu. Atypické buňky nepřesahují přes bazální membránu. Celý dlaždicový epitel je tvořen karcinomovými buňkami menšího nebo velkého typu. Dochází ke ztrátě stratifikace, často doprovázejícími abnormálními mitózami. Carcinoma in situ patří k závažným prekancerózám (KOBILKOVÁ a DUŠKOVÁ, 2003).

1.1.6 DLAŽDICOBUNĚČNÝ KARCINOM

Invazivní dlaždicový karcinom cervixu bývá dvojí formy, a to rohovějící nebo nerohovějící (velkobuněčný a malobuněčný). Mohou se také objevit obě formy ve stejném tumoru. Přibližně 95% karcinomů je dlaždicového původu. Karcinom roste rychle a ničí okolní tkáň. Není opouzdřený, často metastazuje. Diferencované karcinomy (G1) mají nádorové buňky podobné tkáňovým buňkám, z kterých vznikly. Podle stanovení stupně diferenciacce rozeznáváme ještě středně diferencované (G2), málo diferencované (G3) a anaplastické karcinomy, které se nepodobají žádné původní tkáni buňky (G4). Staging (TNM) ukazuje rozsah nádoru, jeho velikost a metastázy. Cytologická kritéria malignity na buňkách doplňuje nádorové pozadí stěru. Obecně, platí, čím je nádor lépe diferencován, tím je lepší prognóza pacientek.

Rohovějící (keratinizující) dlaždicový karcinom má tkáň složenou z nepravidelných mas buněk, okraj nádorové infiltrace je nepravidelný nebo ostrý. Charakteristická je tvorba epitelových perel. Typická je i jednotlivá či ložisková nekróza buněk. Cytoplazma nádorových buněk je buď oranžová, nebo červená (eozinofilní). Jádra bývají podlouhlá až protáhlá. Hmota buněčného jádra (chromatin) bývá zhrubělá. Pozadí u rohovějícího karcinomu je relativně čisté.

Nerohovějící velkobuněčný karcinom je nejčastějším typem nádoru dlaždicového epitelu. Charakteristické jsou velké, kulaté buňky s modrým (cyanofilním), nepravidelným jádrem a cytoplazmou. Jádro je někdy tak velké, že kolem něj cytoplazma tvoří jen úzký pruh. Mezibuněčné prostory obsahují leukocyty a erytrocyty. Dochází k častému dělení buněk (mitóze). (KUBÁLEK, 2001), (KOBILKOVÁ a DUŠKOVÁ, 2003).

Malobuněčný karcinom roste ve tkáni v masách buněk difúzně. Typické jsou malé, kulaté nebo oválné buňky se zbytky cytoplazmy. Buňky velikostí připomínají lymfocyty. Stěr se musí vyšetřit až s 800 násobným zvětšením, aby se nepřehlédl malobuněčný karcinom. Cytoplazma je cyanofilní (modrá). Buněčné pozadí je nádorové (špinavé) s leukocyty a erytrocyty. Jádra jsou velmi tmavá. Možná příčina vychází z hyperplázie rezervních buněk pod cylindrickým epitelem u junkční zóny, které jsou schopny přeměny v dlaždicový karcinom i adenokarcinom (KUBÁLEK, 2001),(KOBILKOVÁ a DUŠKOVÁ, 2003).

1.2 ŽLAZOVÝ EPITEL ENDOCERVIXU

Endocervikální kanál má jednovrstevný, cylindrický epitel. Buňky tvoří žlásky (sekreční buňky) a také kratší buňky s řasinkovými epiteliemi. U žen s pravidelným menstruačním cyklem prodělává epitel pravidelné změny ve stavbě. V cytologickém obraze se buňky endocervixu objeví v trsech či prouzcích. Cytoplazma je hojná. Jádra bývají kulatá a oválná. Cylindrický epitel přechází v dlaždicový epitel v takzvané junkční zóně (u mladých žen se vyskytuje na poševní části cervixu, v postmenopauze v endocervikální kanálu). (KOBILKOVÁ, 2003).

1.2.1 NENÁDOROVÉ ZMĚNY ENDOCERVIXU

Polypy se v děložním hrdle vyskytují často. Vyrůstají z cylindrického epitelu ve tvaru laloků. Hlavním příznakem je krvácení. Může také vyhřeznout do vagíny. Léčba je chirurgická- ablací nebo vykroucením polypu. Pokud se dostane cylindrický epitel, který je citlivý, na exocervix, reaguje na prostředí pochvy přeměnou v dlaždicový epitel neboli dlaždicovou metaplazii. K diagnostice morfologických změn je na prvním místě hlavně cytologické vyšetření.

Mezi tyto změny endocervikálního epitelu patří ztráta pravidelného uspořádání jader, překrývání jader, ztráta soudržnosti buněk a zvýšená přítomnost vakuol v jádře i cytoplazmě.

Rozdělují se dvě formy atypií žlazových buněk a to AGC-NOS a AGC-NEO. AGC-NOS nevytváří soubor splňující parametry pro dg. adenokarcinom in situ. Buňky tvoří pruhy nebo jsou seskupené. Jádra jsou dvakrát větší než normální.

U AGC-NEO jsou velká jádra a mitózy buněk, které jsou uspořádané v shluku se zpeřenými okraji (ROZTOČIL, 2011).

1.2.2 ADENOKARCINOM ENDOCERVIXU

„Adenokarcinom je maligní nádor endocervikálního typu. U adenokarcinomu in situ chybí uspořádání žlazových buněk, jádra jsou hyperchromatická a jsou přítomny mitózy (viz Příloha G str. VII.). Karcinom endocervixu pak dělíme na málo diferencovaný a dobře diferencovaný. Objevuje se ale i v různých dalších podobách jako jasnobuněčný, hlenotvorný, endometroidní. U dobře diferencovaného karcinomu jsou v cytologickém obrazu velká jádra nepravidelného tvaru, mizící okraje cytoplazmy a je zvýšená aktivita a počet jadérek. U málo diferencovaného karcinomu jsou mnohotvárné buňky a jádra, mizí cylindrické buňky. V mezibuněčných prostorech se objevuje exsudát nebo transsudát. V cytoplazmě jsou přítomné vakuoly.

Klinický obraz cervikálního karcinomu se projevuje zakrvavělým výtokem i krvácením při pohlavním styku. V pokročilém stadiu onemocnění si pacientka stěžuje na bolesti v bedrech a malé pánvi, může se přidružit i lymfedém dolních končetin. Endocervikální forma invazivního růstu trvá dlouhou dobu bez příznaků. Šíří se většinou do parametria, vaginálního epitelu, myometria hrdla, děložního těla, lymfatických uzlin i do okolních orgánů (ROZTOČIL, 2011, str. 340).“

2 VYŠETŘOVACÍ METODY DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Než začne lékař s konkrétními vyšetřovacími metodami, musí získat od pacientky rodinnou, osobní, alergickou a gynekologickou anamnézu. Zjišťuje se od kolika let má žena menstruační cyklus, jak dlouho trvá a po kolika dnech, jestli je cyklus pravidelný nebo nepravidelný, s potížemi, bez potíží. Zaznamenává se užívání antikoncepce, počet porodů, abortů a těhotenství.

Dalším postupem je bimanuální vyšetření, které se provádí v gynekologické poloze na vyšetřovacím křesle. Palpačně se vyšetřuje děloha, vaječníky, útvary v malé pánvi a Douglasův prostor. Ženy a dívky, které ještě neměly pohlavní styk, se vyšetřují konečníkem.

Pomocí vyšetřovacích, poševních zrcadel zaváděných po zadní stěně poševní se hodnotí prostornost, sekret, klenba poševní, možné patologické útvary, děložní čípek a jeho povrch, sekrece a branka.

K vyšetření děložního čípku se používá metoda kolposkopie, která několikanásobně zvětší sliznici čípku, cytologické vyšetření a pokud je to nutné, odebrání tkáně – biopsie (HANÁKOVÁ, 2009).

2.1 KOLPOSKOPIE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Kolposkopie je vyšetřovací metoda, která se provádí ambulantně. Zobrazuje se při ní ve zvětšeném obraze hrdlo, pochva a zevní rodidla. Používají se k tomu kolposkop, kovová zrcadla, nebo plastová, která jsou šetrnější. Kolposkopie dělíme na nativní a rozšířenou. Nativní metoda je pozorování pohlavních orgánů bez použití roztoku. Rozšířená metoda používá nejčastěji 5% roztok kyseliny octové, která zvýrazní žlazový epitel. Schillerova zkouška zbarví povrch děložního hrdla. Hnědě zbarvená tkáň značí zdravou tkáň (negativní Schillerova zkouška). Pokud se zbarví tkáň bíle nebo žlutě značí to premaligní změny tkáně (pozitivní Schillerova zkouška). Collinsův test barví jádra dlaždicových buněk. Malignita se projeví modrým zbarvením tkáně. Kolposkopií se tedy pozorují změny na epitelu (viz Příloha H str. VIII.).

Touto metodou se určují prekancerózní stavy (CIN), ale i odhalují ložiska rakoviny pochvy (viz Příloha CH str. IX. a Příloha I str. X.). Velkými výhodami této metody je přesný stav děložního čípku. Je také možné odebrat vzorek na histologické vyšetření, které podle výsledků rozhoduje o konizaci čípku nebo rovnou o gynekologické operaci. Velmi důležitým doplňkem kolposkopie by mělo být cytologické vyšetření, což se v praxi děje (MACKŮ a ČECH, 2007), (KOBILKOVÁ, 2005).

2.2 CYTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Cytologické vyšetření je jedna z nejobtížnějších metod. Hodnocení cervikovaginálního stěru se provádí dle systému Bethesda II z roku 2001. Tato metoda rozlišuje benigní, nemaligní a maligní změny na dlaždicovém a cylindrickém epitelu. Je velmi důležité, aby byl kvalitně odebrán cytologický stěr buněk, poté přenesen na podložní sklo a zafixován. Další důraz je kladen na precizní zhotovení preparátu barvením s následným odečtením cytologie (ROZTOČIL, 2011).

V gynekologii a porodnictví se odebírají stěry z horní třetiny pochvy. Instrumenty k odebrání jsou Ayreho špachtle, platinová klička nebo sterilní vatová štětička. Vždy se musí používat poševní zrcadla (Cuscovo, Simonovo a jiné), aby lékař při odběru stěru dobře viděl a odebral suspektní ložiska. Velkou chybou je odběr ze zadní klenby poševní, kam stéká sekret z cervikálního kanálu a tím dochází k rozpadu buněk (autolýze), cytologický obraz je následně nečitelným a nelze jej odečíst (ROZTOČIL, 2011).

Pro onkogynekologickou cytodiagnostiku se odebírají stěry z vulvy, pochvy, ektocervixu, endocervixu a děložní dutiny. Pro tyto odběry se používá platinová klička, Ayreho špachtle nebo kartáček (brush technika). Stěr je pak přenesen na podložní sklíčko. Stěr se nesmí nanést na jedno místo dvakrát.

Čerstvě odebrané preparáty se musí fixovat ve fixačních roztocích nebo fixačním sprayem. Po 20 minutové fixaci se nechají skla zaschnout a mohou se odvést do laboratoří, kde se cytologické preparáty barví nukleocytoplazmatickými technikami. Lépe tím vynikne jádro a cytoplazma buněk. Tím se mohou určit morfologické změny v buňce. V praxi se nejvíce používá barvení dle Papanicolaou (KOBILKOVÁ 2003), (DUŠKOVÁ, 2003).

„Způsob hodnocení cytologických preparátů pod mikroskopem (ve zvětšení 100 násobném, 200 násobném) má svůj systém. Cytotechnolog musí diferencovat na skle všechny druhy buněk. Posuzuje změny v cytoplazmě buněk, změny jádra, membrány a jadérka, také rozdíl mezi reaktivními a reparativními změnami a atypie buněk. Musí si všimnout elementů, jako jsou leukocyty, erytrocyty nebo patologické mikroflóry. Zhodnocuje kvalitativní a kvantitativní změny na dlaždicovém epitelu k možné diagnostice prekancerózy a karcinomu exocervixu a endocervixu. Ojedinelý je i nálezný změny endometria. Cytotechnolog pro cytologa vyřazuje suspektní cytologické obrazy, který pak dělá závěrečnou diagnostiku (KOBILKOVÁ, DUŠKOVÁ, 2003. s. 54).“

2.3 BIOPSIE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Biopsie je lékařská, diagnostická vyšetřovací metoda na principu odběru tkáně z děložního čípku vpichem, vyštípnutím nebo vyříznutím (excize). Vyšetření se provádí bez hospitalizace, pouze ambulantně. Po odběru se odebraná část uloží do nádoby s 10% formaldehydem, který tkáň zafixuje. Kontraindikací tohoto vyšetření je období menstruačního krvácení, používání vaginálních medikamentů, pohlavní styk. Vyšetření trvá deset až patnáct minut. Komplikací může být mírné krvácení nebo špinění z pochvy, bolesti v podbřišku, infekce a horečka. Odběry jsou odeslány na histologické a cytologické vyšetření. Výsledky jsou doručeny lékaři do třech týdnů (MOTLÍK, 2001).

3 TERAPIE PREKANCERÓZ A KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Léčba je vždy individuální. Zabývají se jí specializovaná onkogynekologická centra. Pokud se diagnostikuje rakovina děložního čípku, tak léčba závisí na stadiu onemocnění, určení postižení cervixu a rozšíření do okolních tkání a orgánů. Terapie je ovlivněna i věkem ženy a zdravotním stavem. K nejdůležitějším metodám patří operační zákrok, chemoterapie, ozařování.

Cílem terapie prekanceróz děložního čípku je odstranit lézi (CIN II, CIN III). Metody se rozdělují na destrukční a ablační. Provádějí se u žen ve fertlním věku. Abláční metody fungují na principu vytětí částí děložního hrdla. Je více preferována než destrukční, protože při té nedochází k vyšetření histopatologie celé tkáně.

Do destrukčních metod patří kryoterapie, která pomocí chladu (tekutý dusík) nekrotizuje zmražením tkáň a následně i hojí. Hojení je zdlouhavé a doprovází ho výtok. Druhou metodou je laserová vaporizace, která pomocí CO₂ laserových paprsků tkáň odpaří do požadované hloubky. Je prováděna kolposkopem. Hojení je rychlejší než u předchozí metody. Patří však mezi nákladnější terapie.

Abláční neboli excizní metody jsou prováděny buď klasickou studenou konizací skalpelem nebo excizí vysokofrekvenční kličkou LLETZ, LEEP. Možná je i jehlovou konizací. Při excizi vysokofrekvenční kličkou se využívá vysoké frekvence, a proto se snižuje poškození tkáně. Po první excizi lze provést druhou s menší kličkou a to v případě, že léze zasahuje až do cervikálního kanálu. Defekt se nezašívá, proto nehrozí stenóza hrdla. Jehlová konizace (needle cone) používá vysokofrekvenční rigidní jehly. Výhodou této metody je, že lze řešit i endocervikální léze. Hysterektomie u prekanceróz je indikována pouze u myomatózní dělohy nebo recidivy high grade léze po reprodukčním věku (ROZTOČIL, 2011), (ROB, 2001,2008), (KOBILKOVÁ, 2005).

Terapie nádorových stavů se určuje podle časných nebo pozdních stádií onemocnění. U T-1a1 se provádí konizace hrdla nebo hysterektomie. Konizace hrdla u žen, které ještě chtějí otěhotnět a hysterektomie u žen, které už nechtějí otěhotnět. U T-1a2, T-1b1, 2a je řešení radikální hysterektomie (Wertheim), která je rozšířená o resekci (operativní odstranění) a exstirpaci (odstranění hlouběji uložené léze) parametrií, resekci proximální části pochvy a pánevní lymfadenektomii (operační odstranění lymfatických uzlin). Aktinoterapie má více časných i pozdních komplikací a vyšší morbiditu. Je indikována jen u nepříznivé histologie (metastázy v lymfatických uzlinách). Pozdní stadia karcinomů T-2b, T-3a, T-3b se přiklání ke kombinové aktinoterapii (brachyterapie a teleterapie) nebo kombinované aktinoterapii s chemoterapií. U T-4 se určuje léčba podle nálezu aktinoterapie nebo chemoterapie (ROZTOČIL, 2011), (ROB, 2001,2008), (KOBILKOVÁ, 2005).

„Léčba s sebou přináší stížení kvality života ženy. U konizace čípku nedochází k dlouhodobým problémům. Dostavuje se krátkodobé krvácení, omezení pohlavního styku, a pokud nedojde k operaci dělohy nebo hysterektomii, není snížena možnost gravidity. U chemoterapie a chemoradioterapie žena prochází velkou psychickou zátěží. Přidávají se vedlejší zdravotní potíže. Proto je velmi důležité včasné odhalení rakoviny děložního čípku, a tím šetrnější léčba (MÁJEK et al, 2014).“

Tabulka 1 Klasifikace karcinomu děložního hrdla

| KLASIFIKACE KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA DLE TNM A FIGO | TNM | FIGO |
|---|------|------|
| karcinom in situ (preinvazivní) | Tis | - |
| nádor je omezen na děložní hrdlo | T1 | I |
| mikroinvazivní karcinom | T1a | IA |
| hloubka invaze ≤ 3 mm, horizontálně ≤ 7 mm | T1a1 | IA1 |
| hloubka invaze ≥ 3 mm a ≤ 5 mm, horizontálně ≤ 7 mm | T1a2 | IA2 |
| klinicky viditelná léze větší než IA2 | T1b | IB |
| klinicky viditelná léze ≤ 4 cm | T1b1 | IB1 |
| klinicky viditelná léze ≥ 4 cm | T1b2 | IB2 |
| nádor se šíří mimo cervix, ale nedosahuje k pánevní stěně a nešíří se do distální třetiny pochvy | T2 | II |
| nádor se šíří na proximální dvě třetiny pochvy- klinicky viditelná léze ≤ 4 cm | T2a1 | IIA1 |
| nádor se šíří na proximální dvě třetiny pochvy- klinicky viditelná léze ≥ 4 cm | T2a2 | IIA2 |
| Nádor se šíří do parametria, ale nedosahuje pánevní stěny | T2b | IIB |
| Nádor se šíří k pánevní stěně a/nebo postihuje distální třetinu pochvy a/nebo způsobuje hydronefrózu nebo a funkční ledvinu | T3 | III |
| nádor se šíří na distální třetinu pochvy, nedosahuje k pánevní stěně | T3a | IIIA |
| nádor se šíří k pánevní stěně a/nebo způsobuje hydronefrózu nebo a funkční ledvinu | T3b | IIIB |
| šíření na sliznici močového měchýře nebo sliznici rekta nebo mimo malou pánev | T4 | IVA |
| postižení regionálních lymfatických uzlin | N1 | IIIB |
| vzdálené metastázy | M1 | IVB |

Zdroj: ROZTOČIL, 2011, s. 342

4 RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Hlavním činitelem prekanceróz a následného karcinomu děložního hrdla je sexuálně přenosná choroba HPV, způsobená řadou lidských papilomavirů. Rozlišují se typy HPV s nízkým rizikem HPV-6 a HPV-11 a HPV typy s vysokým rizikem například typ HPV 16, HPV 18. Dalšími rizikovými faktory je snížený stav imunity (psychická zátěž, nedostatek vitamínů A, C, infekce HIV, pacienti, kteří podstupují imunosupresivní léčbu), kouření aktivní i pasivní, nepřímo hormonální antikoncepce, promiskuita a časný zahájení pohlavního styku, zvláště pod věkovou hranicí 16 let. (ROZTOČIL, 2011)

Nejdůležitější prevencí vzniku karcinomu děložního čípku jsou pravidelné kontroly u gynekologa. Gynekologická prohlídka dokáže objevit prekancerózní stavy, které jsou dobře léčitelné. Komplikací je endocervikální karcinom, který je mimo dosah cytologického stěru, avšak pravidelnými kontrolami jej jde objevit v začátku a v 95% účinně vyléčit. Další prevencí je dodržování bezpečné sexuální aktivity, a to partnerskou stálostí a používání prezervativu (ROZTOČIL, 2011), (ROTTER, 2013).

Ve většině případů způsobuje rakovinu děložního čípku pohlavně přenosná choroba lidský papilomavirus HPV, která je v populaci velmi rozšířená. Vyvolává vznik genitálních bradavic (kondylomů). K zjištění tohoto viru se provádí u žen se zhoršeným cytologickým nálezem HPV testace (typizace). Test se provádí jen u typů HPV s vysokým rizikem. U typů s nízkým rizikem se test nedělá.

Nejefektivnější ochranou proti infekci HPV je vakcinace. V České republice jsou registrovány dvě vakcíny pro prevenci premaligních cervikálních genitálních lézí a cervikálního karcinomu. Jsou to vakcíny Silgard a Cervarix. Silgard má rozšířenou indikaci proti HPV6, HPV 11, HPV 16 a HPV 18. Je doporučena i mužům a chlapcům pro ochranu proti genitálním bradavicím.

Cervarix je určen proti HPV 16 a HPV 18. Vždy chrání před nákazou proti typům, proti kterým je očkováno. Tyto vakcíny obsahují neinfekční virové bílkoviny, které vytvoří v organismu protilátky a infekci tak potlačí. Očkování není efektivní prevencí ani léčbou pro ženy, které už měly nebo mají infekci HPV. Na vzniku nádorových onemocnění se podílí i kouření, špatné stravování a životní styl člověka (ROZTOČIL, 2011), (ROTTER, 2013).

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU PO OPERACI DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Ve velké většině případů se jedná o plánované operační výkony, na které je pacientka připravena indikovaným standardním vyšetřením dle lékaře. To zahrnuje podrobnější gynekologické vyšetření, interní a laboratorní vyšetření a vyšetření anesteziologem. Večer před výkonem pacientka dostane jen tekutiny. Pacientka by měla mít před operací oholená rodidla, vyprázdňené střeva, pokud je nemocná s varixy, omotávají se nohy obinadly. Velmi důležitá je prevence vzniku TEN, proto se provádí miniheparinizace. Uspokojení biologických a psychosociálních potřeb pacientky, by mělo být hlavní prioritou porodní asistentky. V gynekologické pooperační péči platí všeobecné zásady ošetrovatelských postupů po operaci.

Těsně po operaci je pacientka zavezena na jednotku intenzivní péče (JIP) ke stabilizování jejího stavu, kde je zůstává zpravidla 24h. Poté je převezena na standardní pooperační oddělení porodní asistentce, kde je nezbytné pravidelně monitorovat základní životní funkce (krevní tlak, pulz, dech, tělesnou teplotu, vědomí), dále bolest a její projevy.

V průběhu hospitalizace se pravidelně kontroluje operační rána a krvácení. Po operaci děložního čípku se zavádí tamponáda. Důraz se klade i na kontrolu invazivních vstupů, močového katétru a bilanci tekutin.

K práci porodní asistentky patří i podávání léků pacientce dle ordinace lékaře. Aktivizuje a edukuje pacientku v péči o sebe samu již 0. den po operaci, hlavně v oblasti hygieny. V gynekologické pooperační péči se preferuje volné hojení operační rány. Komplikací je infekce, u které se musí sledovat lokální a celkové projevy.

Potíží v pooperační péči je odchod plynů, nepravidelnost vyprazdňování a s tím spojená bolest břicha, proto je velmi důležité pacientce vysvětlit nutnost pohybu.

S rehabilitací se začíná na lůžku už 0. den po operaci, po návratu vědomí a to formou dechových cvičení, pohybováním s končetinami a střídání poloh z jednoho boku na druhý bok.

První den po operaci pacientky opět provádějí dechová a pohybová cvičení. Následující dny pak už cvičí náročnější cviky. Po propuštění do domácí péče se doporučuje cvičit i nadále a to hlavně na posílení hlubokých břišních svalů (ROZTOČIL, 2011), (MACKŮ a ČECH, 2007), (KOLEKTIV AUTORŮ, 2008).

„K uspokojení psychosociálních potřeb musí porodní asistentka pacientce poskytnout dostatek informací v oblasti sexuální aktivity, intimity a plnění role ženy. Pacientky jsou v této verbalizaci velmi uzavřené, proto porodní asistentka klade vhodně zvolené dotazy, které mohou odhalit pacientky strach a úzkost a zamezit mylným představám, zvláště u mladých žen. Jen dobře edukovanou pacientku může porodní asistentka a lékař získat ke spolupráci při následné léčbě (ROZTOČIL, 2011, s. 460)“.

6. PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Téma: Dysplastické změny děložního čípku u žen od 18 let

Analýzou dat cytologických souborů, které jsme získali v akreditované cytologické laboratoři v Litoměřicích, stanovujeme tento **průzkumný problém:**

Kolik žen z celkového počtu vyšetření nejčastěji onemocní středně těžkými a těžkými dysplastickými změnami (HSIL) děložního čípku za rok 2012 a 2013?

6.1 CÍLE PRŮZKUMU

Hlavní cíl: Zjistit kolik žen je postihnuto středně těžkými až těžkými dysplastickými změnami (HSIL) v roce 2012-2013?

Dílčí cíl 1: - Zjistit, která věková kategorie žen za rok 2012 a 2013 je nejvíce postižena středně těžkými až těžkými dysplastickými změnami děložního čípku.

Dílčí cíl 2- Zjistit, kolik pacientek, u kterých se vyskytne středně těžká nebo těžká dysplastická změna cervixu, je očkovaných proti Human Papilomaviru.

Dílčí cíl 3: Zjistit, kterým typem vakcíny jsou pacientky proti Human Papilomaviru očkovány.

Dílčí cíl 4: Zjistit, kolik pacientek, postihne toto onemocnění děložního čípku v období gravidity.

Dílčí cíl 5: Zjistit, kolik pacientek, postihne toto onemocnění děložního čípku v laktačním období.

6.2 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

1. Která věková kategorie je postihnuta středně těžkými až těžkými dysplastickými změnami za rok 2012-2013?
2. Jsou pacientky, které postihne středně těžké až těžké dysplastické změny, očkované proti Human Papilomaviru?
3. Jaký typ vakcinace proti HPV pacientky mají?
4. Kolik pacientek, postihne toto onemocnění děložního čípku v období gravidity?
5. Kolik pacientek, postihne toto onemocnění děložního čípku v laktačním období?

6.3 METODA PRŮZKUMU

Zjištěná data jsme získali kvantitativní metodou, technikou analýzy dat souborů v počítačovém programu WinZis, z akreditované cytologické laboratoře. Pracovali jsme s výsledky cytologického vyšetření, které jsou z průvodek (viz Příloha A, st. I) s danými výsledky a nálezy zapisovány do počítačového systému. Za jeden rok se v této laboratoři odscreenuje přibližně 52 000 cytologií. Zaměřovali jsme se na zpracování věkové kategorie žen, počtu středně těžkých (HSIL) až těžkých (HSIL-nelze vyloučit invazi) dysplastických změn děložního čípku, a to převážně na exocervixu, jelikož záchyt dysplastických změn v endocervixu byl nízký a blíže nespecifikován. Zjišťovali jsme, kolik žen je v dnešní době zachyceno s nálezem HSIL i přes očkování proti HPV infekci. Případně, jaký typ vakcíny pacientky zvolily. Zajímavé nám přišlo analyzovat počet gravidních pacientek a pacientek v laktčním období, které jsou postiženy tímto středně těžkým a těžkým onemocněním cervixu (viz Příloha B, st. II). Výsledky průzkumu jsou zpracovány v přehledných tabulkách pro oba sledované roky. Použili jsme programy Word a Excel.

Výběrový soubor se zakládá pouze na zpracování středně těžkých až těžkých dysplastických změn děložního čípku u žen od 18 let za rok 2012 a rok 2013 zachycených v akreditované laboratoři.

Vlastní sběr dat probíhal od 1. září 2013 do 1. ledna 2014. Písemný souhlas cytologického pracoviště o sběru dat je příloze B str. II.

7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Průzkumný problém:

Kolik žen je postihnuto středně těžkými až těžkými dysplastickými změnami (HSIL) v roce 2012?

V tabulce 2 jsme tyto číselné údaje zvýraznili tučným písmem.

**Tabulka 2 Statistika počtu vyšetření a nálezů za rok 2012
(získané z akreditované laboratoře)**

| | | |
|--|------------|--------------|
| Počet vyšetření dle unikátních RČ: | 49.505 | 100% |
| Počet vyšetření - Bez neoplastických změn a malignity | 48.162 | 97,29% |
| 2. ASC-US | 10 | 0,02% |
| 3. ASC-H (nelze vyloučit HSIL) | 7 | 0,01% |
| 4. L SIL (včetně HPV) | 1.079 | 2,18% |
| 5. H SIL | 228 | 0,46% |
| 6. H SIL - nelze vyloučit invazi | 10 | 0,02% |
| 7. Atypie žlázových buněk (nespecifikováno) AGC - NOS | 9 | 0,02% |

[Rumlová, 2014]

Před podrobnějším zpracováním dat jsme si vytvořili celkový přehled cytologických výsledků vyšetření za celý rok 2012, abychom získali přehled, s jak velkým souborem budeme pracovat. Náš průzkum se zaměřuje na podrobnou analýzu HSIL, protože se jedná o závažné onemocnění a zajímali nás podrobnější detaily. Pracujeme tedy z celkového počtu 100% vyšetření s 0,48% , které obsahuje 238 nálezů HSIL za rok 2012.

Průzkumná otázka č. 1

Která věková kategorie je postihnuta středně těžkými až těžkými dysplastickými změnami za rok 2012?

Nejprve jsme se zaměřili na zpracování dat za rok 2012, kde jsme provedli podrobnou analýzu všech vyšetření v daném roce a použili potřebná data pro jednotlivé zpracování výpočtů a tabulek. Za rok 2012 bylo v laboratoři celkem vyšetřeno 49505 žen, převážně z Ústeckého a Libereckého kraje. Po celkové analýze dat jsme zjistili, že HSIL byl stanoven u 238 žen z celkového počtu vyšetření. Pacientky jsme rozdělili do jednotlivých věkových kategorií uvedených v tabulce 3. Zajímalo nás, u které věkové skupiny bude nejvyšší záchyt HSIL.

Tabulka 3 Rozdělení věkových kategorií do skupin v roce 2012 (akreditovaná laboratoř Litoměřice)

| Rok | Počet H-SIL u skupiny 18 až 25 let | Počet v procentech | Počet H-SIL u skupiny 26 až 35 let | Počet v procentech | Počet H-SIL u skupiny 36 až 50 let | Počet v procentech | Počet H-SIL u skupiny 51 a více | Počet v procentech |
|----------------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|--|---------------------------|
| 2012 | 16 žen | 6,7% | 106 žen | 44,55% | 84 žen | 35,30% | 32 žen | 13,45% |
| Z celkového počtu 238 (100%) žen | | | | | | | | |

[Rumlová, 2014]

První skupinu tvoří ženy od 18 - 25 let s počtem 16 HSIL (6,7%). Druhou skupinu ženy od 26 -35 let s počtem 106 HSIL (44,55%). Třetí skupinu ženy od 36-50 let s počtem 84 HSIL (35,30%). A poslední skupinu ženy ve věku 51 let a více let s počtem 32 HSIL (13,45%).

Průzkumná otázka č. 2

Jsou pacientky, které postihne středně těžké až těžké dysplastické změny za rok 2012, očkované proti Human Papilomaviru?

V tabulce 4 jsme se zaměřili na počet pacientek, u kterých se i přes preventivní očkování proti HPV, vyskytl nález HSIL.

**Tabulka 4 Počet očkování pro HPV za rok 2012
(akreditovaná laboratoř Litoměřice)**

| Rok | Počet H-SIL u pacientek bez očkování proti HPV | Počet v procent - tech | Počet H-SIL u pacientek s očkováním proti HPV | Počet v procent - tech |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| 2012 | 232 žen | 97,50% | 6 žen | 2,50% |
| Z celkového počtu 238 (100%) žen | | | | |

[Rumlová, 2014]

Z celkového počtu 238 žen s HSIL závěrem bylo 6 žen (2,50%) očkovaných proti HPV. Zbytek 232 žen (97,50%) nebylo očkovaných.

Průzkumná otázka č. 3

Jaký typ vakcinace proti HPV pacientky mají?

V tabulce 5 jsme zjišťovali, kterým typem vakcíny proti viru HPV jsou ženy častěji očkované, zdali Silgardem nebo Cervarixem.

Tabulka 5 Rozdělení vakcín proti HPV (akreditovaná laboratoř Litoměřice)

| Rok | Počet pacientek po očkování vakcínou Silgard | Počet v procentech | Počet pacientek po očkování vakcínou Cervarix | Počet v procentech |
|--|---|---------------------------|--|---------------------------|
| 2012 | 5x | 2% | 1x | 0,40% |
| Z celkového počtu 6 (2,5 %) očkovaných žen | | | | |

[Rumlová, 2014]

Z celkového počtu 6 (2,50%) očkovaných žen, 5 žen (2%) ve věku 27-35let bylo očkovaných vakcínou Silgard a jedna žena (0,40%) vakcínou Cervarix (věk 27 let). Vakcína Cervarix byla ženě aplikována 3 roky před prvotním záchytem HSIL, u ostatních žen 4-5 let před záchytem HSIL.

Průzkumné otázka č. 4

Kolik pacientek, postihne toto onemocnění děložního čípku v období gravidity?

Tabulka 6 obsahuje počet HSIL u žen v graviditě.

Průzkumná otázka č. 5

Kolik pacientek, postihne toto onemocnění děložního čípku v laktačním období?

Tabulka 6 obsahuje počet HSIL u žen v laktačním období.

**Tabulka 6 Počet žen v graviditě a laktačním období postihnuté HSIL za rok 2012
(akreditovaná laboratoř Litoměřice)**

| Rok | Počet H-SIL u pacientek v graviditě | Počet v procentech | Počet H-SIL u pacientek v postpartálním a laktačním období | Počet v procentech |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------|--|--------------------|
| 2012 | 9 žen | 3,80% | 2 ženy | 1% |
| Z celkového počtu 238 (100%) žen | | | | |

[Rumlová, 2014]

Z celkového počtu 238 (100%) žen, bylo 9 žen (3,80%) gravidních a 2 ženy (1%) v laktačním období. Při čemž záchyt HSIL u žen v laktačním období byl přetrvávající z období gravidity.

Průzkumný problém:

Kolik žen je postihnuto středně těžkými až těžkými dysplastickými změnami (HSIL) v roce 2013?

V tabulce 7 jsme zvýraznili tučným písmem číselný počet, s kterým jsme pracovali.

Tabulka 7 Statistika počtu vyšetření a nálezů za rok 2013

(akreditovaná laboratoř Litoměřice)

| | | |
|--|------------|--------------|
| Počet vyšetření dle unikátních RČ: | 50.851 | 100% |
| | | |
| Počet vyšetření s 1. - Bez neopl.změn a malignity | 49.646 | 97,63% |
| | | |
| 2. ASC-US | 9 | 0,02% |
| | | |
| 3. ASC-H (nelze vyloučit HSIL) | 1 | 0,00% |
| | | |
| 4. L SIL (včetně HPV) | 984 | 1,94% |
| | | |
| 5. H SIL | 198 | 0,39% |
| | | |
| 6. H SIL - nelze vyloučit invazi | 4 | 0,01% |
| | | |
| 7. Atypie žlázových buněk (nespecifikováno) AGC - NOS | 9 | 0,02% |

[Rumlová, 2014]

Podobně jako jsme postupovali při analýze dat za rok 2012, pokračovali jsme i ve vyhodnocení cytologických výsledků vyšetření za rok 2013 z akreditované laboratoře. Zde jsme pracovali s 0,40 %, obsahující 202 záchytů HSIL.

Průzkumná otázka č. 1

Která věková kategorie je postihnuta středně těžkými až těžkými dysplastickými změnami za rok 2013?

V analýze dat za rok 2013 jsme postupovali stejnou metodou, jako u analýzy za rok 2012. Celkový počet vyšetřených žen za rok 2013 v litoměřické akreditované laboratoři byl 50 851, z toho u 202 žen byl diagnostikován HSIL.

V Tabulce 8 jsme použili stejné věkové skupiny jako za rok 2012.

Tabulka 8 Rozdělení věkových kategorií do skupin v roce 2013 (akreditovaná laboratoř Litoměřice)

| Rok | Počet H-SIL u skupiny 18 až 25 let | Počet v procentech | Počet H-SIL u skupiny 26 až 35 let | Počet v procentech | Počet H-SIL u skupiny 36 až 50 let | Počet v procentech | Počet H-SIL u skupiny 51 a více let | Počet v procentech |
|------------------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|---|---------------------------|--|---------------------------|
| 2013 | 20 žen | 9,9% | 82 žen | 40,6% | 82 žen | 40,6% | 18 žen | 8,9% |
| Z celkového počtu 202 (100%) žen | | | | | | | | |

[Rumlová, 2014]

První skupinu tvoří ženy od 18 - 25 let s počtem 20 zachycených HSIL (9,9%). Druhou skupinu ženy od 26 -35 let s 82 případy HSIL (40,6%). Třetí skupinu ženy od 36-50 let také s 82 HSIL (40,6%). A poslední skupinu ženy ve věku 51 let a více let s počtem 18 HSIL (8,9%).

Průzkumná otázka č. 2

Jsou pacientky, které postihne středně těžké až těžké dysplastické změny, očkované proti Human Papilomaviru?

Tabulka 9 znázorňuje kolik žen s HSIL nálezem zachycených v akreditované laboratoři, je očkovaných proti HPV infekci.

**Tabulka 9 Počet očkování proti HPV za rok 2013
(akreditovaná laboratoř Litoměřice)**

| Rok | Počet H-SIL u pacientek bez očkování proti HPV | Počet v procentech | Počet H-SIL u pacientek s očkováním proti HPV | Počet v procentech |
|----------------------------------|---|-------------------------------|--|-------------------------------|
| 2013 | 198 žen | 98% | 4 ženy | 2% |
| Z celkového počtu 202 (100%) žen | | | | |

[Rumlová, 2014]

V tabulce 9 za rok 2013 z celkového počtu 202 žen (100%) s HSIL, byly 4 očkované proti HPV (2%), zbylých 198 bez očkování (98%).

Průzkumná otázka č. 3

Jaký typ vakcinace proti HPV pacientky mají?

V tabulce 10 jsme rozdělili počet očkovaných vakcínou Silgard a počet očkovaných vakcínou Cervarix. Vycházíme z celkového počtu 4 (2%) očkovaných žen.

Tabulka 10 Rozdělení vakcín proti HPV v roce 2013

(akreditovaná laboratoř Litoměřice)

| Rok | Počet patientek po očkování vakcínou Silgard | Počet v procentech | Počet patientek po očkování vakcínou Cervarix | Počet v procentech |
|---|---|---------------------------|--|---------------------------|
| 2013 | 3x | 1,50% | 1x | 0,50% |
| Z celkového počtu 4 (2%) očkovaných žen | | | | |

[Rumlová, 2014]

V tabulce 10 jsme zaznamenali 3 pacientky (1,50%) ve věku od 36-47 let, které byly očkovány vakcínou Silgard. Pouze 1 pacientka (0,50%) ve věku 24let byla očkována vakcínou Cervarix.

Očkování bylo aplikováno v rozmezí 2 až 5 let před prvotním záchytem HSIL.

Průzkumná otázka č. 4

Kolik pacientek, postihne toto onemocnění v období gravidity?

Tabulka 11 obsahuje počet HSIL u žen v graviditě z celkového počtu 202.

Průzkumná otázka č. 5

Kolik pacientek, postihne toto onemocnění děložního čípku, v laktačním období?

Tabulka 11 obsahuje počet HSIL u žen v laktačním období z celkového počtu 202.

**Tabulka 11 Počet žen v graviditě a laktačním období postihnuté HSIL za rok 2013
(akreditovaná laboratoř Litoměřice)**

| Rok | Počet H-SIL u pacientek v graviditě | Počet v procentech | Počet H-SIL u pacientek v postpartálním a laktačním období | Počet v procentech |
|----------------------------------|--|---------------------------|---|---------------------------|
| 2013 | 10 žen | 5% | 2 ženy | 1% |
| Z celkového počtu 202 (100%) žen | | | | |

[Rumlová, 2014]

V roce 2013 bylo z 202 žen (100%) s HSIL, 10 žen (5%) v období gravidity a u dvou pacientek (1%) byl HSIL stanoven v laktačním období. Z toho u jedné z nich tento obraz přetrvával z období gravidity a u druhé ženy došlo k progresi z původního nálezu LSIL. U zbylých 8 žen, u nichž byl diagnostikován HSIL v období gravidity nemáme zatím potvrzen kontrolní nález, jelikož se bude provádět až v druhé polovině letošního roku 2014.

8 DISKUZE

Toto téma není lehké srovnávat s jinými pracemi autorů. Problematika onemocnění děložního čípku je rozsáhlá a každý autor zaměřuje výzkum na jinou oblast. Naše průzkumné šetření jsme porovnali s výzkumem RNDr. Ondřeje Májka a doc. RNDr. Ladislava Duška, Ph.D. Ti prováděli sběr dat a výsledky screeningových cytologických vyšetření od ledna 2009 až do prosince 2012. Zpracovávali data veškerých zdravotnických zařízení, která jsou doporučena k provádění screeningu karcinomu děložního hrdla. V roce 2011 se do tohoto systému zapojilo 42 laboratoří, které pravidelně posílají svá data do centrální databáze cervikálního screeningu.

Zaměřují se na počet záznamů cervikální cytologie. Počet dat uvedených v centrální databázi značně narůstá. Výsledky pravidelných cytologických odběrů od ledna 2009 do prosince 2012 činí přes 8 milionů záznamů. 93% záznamů tvoří screeningové cytologie a zbytek jsou kontrolní odběry.

Zajímavé výsledky přineslo zpracování jejich dat za rok 2011. Z celkového počtu 2 128 591 vyšetřených žen se u 95,71% (2 037 198 žen) diagnostikoval nález bez neoplastických intraepiteálních změn a malignit, u našeho průzkumu z celkového počtu 49 505 vyšetřených žen za rok 2012 diagnostikovalo 97,29% (48 162 žen) nálezů bez neoplastických intraepitelových změn a malignit a za rok 2013 se diagnostikovalo z celkového počtu 50 851 žen 97,63 % (49 646 žen). Musíme brát v potaz, že i přesto, že je značně velký rozdíl v počtu vyšetřených a i v letech, ve výzkumu zmiňovaných autorů a našem průzkumu, procentuelně máme podobný záchyt vyšetření bez intraepitelových změn.

Dále se ve statistice autorů Ondřeje Málka a Ladislava Duška za rok 2011 uvádí, že u 0,28% (5 903 žen) zachytily atypie žlazových buněk, u 1,35% (28 681 žen) LSIL, 0,33% (7 045 žen) ASC-H ,u 1,81 % (38 481 žen) ASC-US a u 0,20% (4 315 žen) se diagnostikoval HSIL.

V našem průzkumu se zjistilo, že v roce 2012 se u 0,02% (9 žen) zachytily atypie žlazových buněk, u 2,18% (1079 žen) LSIL, u 0,01 (7 žen) ASC-H, u 0,02 % ASC-US a u 0,48% (238 žen) se diagnostikoval HSIL.

V roce 2013 se též u 0,02% (9 žen) a v roce zachytily atypie žlazových buněk, u 1,94% (984 žen) LSIL, u 0,004% (1 žena) ASC-H, u 0,02 % ASC-US (9 žen) a u 0,40% (202 žen) se diagnostikoval HSIL. Zde se shodujeme s autory pouze v tom, že nejvíce diagnostikovaných žen je s LSIL nálezem.

Posledním zjišťovaným cílem jejich výzkumu, který je srovnatelný s naším průzkumem, je podíl abnormálních výsledků při screeningové cytologii dle věku.

Autoři zjistili, že nejvíce abnormálních nálezů měla věková skupina žen od 25-44 let. Nejméně ženy od 45-59 let.

V naší statistice 2012-2013 bylo nejvíce záchytů abnormálních změn u žen od 26-50 let a nejméně od 18-25 let. Shodli jsme se tedy přibližně na tom, že nejvíce zachycených abnormálních nálezů je u žen od 25-50 let.

Pozitivním závěrem tedy bylo, že ve výzkumu autorů necelé 4% žen mělo diagnostikovaný abnormální výsledek cytologie. Nejčastěji ASC-US nebo LSIL. V našem průzkumu byly jen 3% abnormálních výsledků cytologie z celkového počtu vyšetřených. Nejčastěji shodně LSIL ,ale druhým častým nálezem byl HSIL. (MÁJEK a DUŠEK, 2012).

8.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem k zjištěným výsledkům podle našich statistik, se středně těžké a těžké dysplastické změny (HSIL) vyskytují v poměru s lehkými dysplastickými změnami (LSIL) v malém počtu a to hlavně u žen středního věku. I tak bychom byli pro větší osvětu v oblasti prevence onemocnění děložního čípku. Ženy by měly hlavně dodržovat roční gynekologické kontroly u lékaře. A neváhat se objednat pokud mají jakýkoliv gynekologický problém. Všem ženám také doporučujeme zauvažovat o očkování proti viru HPV. Tímto zodpovědným přístupem a péčí k sobě samému ve většině případů efektivně zabráníme vzniku prekanceróz a následných nádorových změn na děložním čípku.

Doporučení pro porodní asistentky a všeobecné sestry

- docházet na odborné semináře s touto problematikou děložního čípku
- edukovat pacientky o prevenci onemocnění děložního čípku
- informovat pacientky o péči po operaci děložního čípku
- poskytnout pacientkám efektivní péči po dobu hospitalizace
- pečovat o bio-psycho-sociální potřeby pacientek

Doporučení pro pacientky se středně těžkými a těžkým dysplastickými změnami na cervixu

- co nejdříve začít s terapií
- dodržovat pokyny lékaře
- pečovat o duševní pohodu a fyzickou kondici
- edukovat rodinu o onemocnění děložního čípku a následné terapii

ZÁVĚR

V této bakalářské práci Dysplastické změny děložního čípku od 18 let, jsme si stanovili několik cílů. Zjistili jsme, kolik žen z celkového počtu vyšetřených za rok onemocní středně těžkými až těžkými dysplastickými změnami v letech 2012 a 2013, které byly zachyceny v akreditované cytologické laboratoři v Litoměřicích.

Dále jsme zkoumali, kolik žen s nálezem HSIL bylo a nebylo očkovaných vakcínou proti infekci HPV, případně pokud byly očkované, jaká vakcína jim byla aplikována. Posledním cílem bylo vyhledat, kolik žen s HSIL nálezem je gravidních a kolik žen s HSIL je v laktačním období.

V teoretické části byl výklad zaměřen hlavně na popis a projevy dysplastických změn na děložním čípku, včetně nádorových změn. Důležité bylo popsat rizikové faktory, prevenci a terapii tohoto onemocnění.

Na teoretickou část jsme navázali praktickou částí, kde jsme analyzovali konkrétní soubory dat, zpracovávali je a následně vyhodnotili. Výsledky jsme zdokumentovali ve vlastnoručně vytvořených tabulkách a k nim jsme vytvořili popis provedeného průzkumu. Zjišťovali jsme, u jakých věkových skupin se nejvíce HSIL vyskytuje. Tato analýza splnila naše očekávání, jelikož se jedná převážně o ženy hormonálně a sexuálně plně aktivní. Zároveň v době jejich dospívání nebyla možnost očkování proti HPV.

V roce 2012 byl nejvíce zachycen HSIL u žen druhé skupiny (26-35let). Nejmenší výskyt HSIL byl u žen první skupiny (18-25 let).

V roce 2013 bylo nejvíce HSIL u žen druhé a třetí skupiny (26-50 let). Nejméně HSIL za rok 2013 jsme zaznamenali u první skupiny žen (18-25 let) a u čtvrté skupiny (51 let a více let).

Pozitivním výsledkem byl velmi nízký počet HSIL u očkovaných žen proti HPV, a to jak v roce 2012 tak i 2013. V roce 2012 byl HSIL diagnostikován pouze u 6 očkovaných žen z 238 nálezů HSIL. V roce 2013 to byly 4 ženy z 202 zachycených HSIL. Při analýze sledování typu vakcíny jsme zjistili, že více aplikovanou vakcínou v obou zmiňovaných letech je typ Silgard.

Dalším cílem průzkumu bylo zjistit, kolik záchytů HSIL bylo u gravidních žen a u kolika atypie ve stěru přetrvaly do laktačního období. V roce 2012 se HSIL objevil u 9 gravidních žen a u 2 v laktačním období. V roce 2013 se HSIL objevil též u 10 gravidních žen a 2 žen v období laktace s tím rozdílem, že u jedné z žen přetrval tento obraz z období gravidity a u druhé ženy došlo k progresi nálezu. U ostatních žen nebyly provedeny kontroly z důvodu přetrvávajícího těhotenství do letošního roku 2014.

Naše konečné výsledky určených cílů jsme za oba roky shrnuli. Zjištěné výsledky nám potvrdily úspěšný záchyt tohoto onemocnění děložního čípku. Tento závěr se opírá o sledování pacientek převážně v Ústeckém a Libereckém kraji.

V diskuzi jsme popsali stručně výzkum autorů RNDr. Ondřeje Májka a doc. RNDr. Ladislava Duška, PH.D. s názvem práce Sběr dat a výsledky programu screeningu karcinomu děložního hrdla a porovnali ho s některými údaji našeho průzkumu. Doporučení pro praxi je věnováno hlavně zdravotním pracovníkům (porodním asistentkám a všeobecným sestřám) a ženám, které onemocnění děložního čípku postihlo.

SEZNAM LITERATURY

Cervikální cytologie [online]. Bioptická laboratoř. Poslední aktualizace: 12. 11. 2013 [cit. 13. 12. 2013].

Dostupné z: <http://www.cipek.cz>

FAKAN, F., 2005. *Přehled patologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1054-X.

Gynekologická ordinace MUDr. Taťány Hanákové. MUDr. Bc. Taťána Hanáková. 2009 [cit. 18. 1. 2014].

Dostupné z: <http://www.hanakovagynekologie.cz>

HOLUB, Z. A kolektiv, 2005. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-0834-5.

HPV guide. MUDr. Vladimír Dvořák a spol. 2013. [cit. 25. 3. 2014].

Dostupné z: <http://www.hpv-guide.cz>

KOBILKOVÁ, J. a kolektiv, 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-315-X.

KOBILKOVÁ, J., DUŠKOVÁ, J., 2003. *Základy cytopatologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0608-9.

KOBILKOVÁ, J., LOJDA, Z., 2006. *Gynekologická cytodiagnostika*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-313-3.

KOLEKTIV AUTORŮ. 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2548-2.

Konizace.info. MUDr. Leopold Rotter. [cit. 20. 1. 2014].

Dostupné z: <http://www.konizace.info>

KLIMEŠ, L., 2005. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN. ISBN 80-85824-86-8.

KUBÁLEK, V., 2001. *Úvod do cytodiagnostiky*. Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-333-3.

Labocyt cytologická laboratoř. MUDr. Milan Dušek. 2009 [cit. 20. 3. 2014].

Dostupné z: <http://www.labocyt.cz>

MACKŮ, F. A ČECH, E., 2007. *Gynekologie*. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-001-6.

MOTLÍK, K., 2001. *Patologie v ženském lékařství*. Praha: Galén. ISBN 80-7169-460-6.

Program cervikálního screeningu v České republice [online]. Masarykova univerzita, Brno. 2014 [cit. 20. 2. 2014] ISSN 1804-087X.

Dostupné z: <http://ww.cervix.cz>

ROB, L. a kolektiv, 2008. *Gynekologie*. 2 dopln. a přeprac. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-501-7.

ROZTOČIL, A. a kolektiv, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

Slovník cizích slov [web prezentace]. Best One Service. 2005-2014 [cit. 5.2 2014].

Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.cz>

Společnost pro klinickou cytologii České lékařské společnosti J. E. Purkyně.

Cytologická laboratoř Damier s.r.o. [cit. 28. 2. 2014].

Dostupné z : <http://www.cyt.cz>

Velký lékařský slovník [online]. Maxdorf. 2008- 2013 [cit. 5. 2. 2014].


Dostupné z: <http://www.lekarske.slovníky.cz>

PŘÍLOHY

| | |
|---|-------|
| Příloha A- Průvodka..... | I. |
| Příloha B- Záznamový arch k zjišťování průzkumných cílů..... | II. |
| Příloha C Protokol o sběru dat..... | III. |
| Příloha D - Fotografie reaktivní změny vyvolané IUD..... | IV. |
| Příloha E - Fotografie Candida species | V. |
| Příloha F- Fotografie bakteriální vaginóza..... | VI. |
| Příloha G – Fotografie LSIL s koilocyty..... | VII. |
| Příloha H- Fotografie adenokarcinom endocervixu..... | VIII. |
| Příloha CH Normální kolposkopický obraz děložního hrdla..... | IX. |
| Příloha I Těžká prekanceróza děložního hrdla CIN II..... | X. |
| Příloha J Těžká prekanceróza děložního hrdla CIN III..... | XI. |

Příloha A -Průvodka

Vzorový dokument k zapisování osobních dat, anamnézy a výsledku cytologického vyšetření pacientky

| PRŮVODKA KE GYNEKOLOGICKÉMU CYTOLOGICKÉMU VYŠETŘENÍ | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|--------------------------------|---------|--|-------------------------------|--|--|--------------------|---------------------------|--|----------------------------|----------|-------------------------------|--|
| Jméno | | | | PSČ | | Pojišťovna | | RČ. | | | | | | |
| PM | | Cervix: ekto endo vagina vulva | | | | Označení skla: | | Žadané vyšetření: | | PREVENCE | | KONTROLA | | |
| IUD | VLIV GESTAGENŮ | HRT | LAKTACE | GRAV | Minulé vyšetření: Biopsie: | | | Kojpo Klin. dg. | |  | | | | |
| STAV PO KONIZACI | | | | ANO | NE | Cytologie: | | | Razítka a podpis žadatele | | | | | |
| STAV PO HYSTEREKTOMII | | | | ANO | NE | Datum odběru: | | | | | | | | |
| PRÍTOMNOST GENIT. KONDYLOMAT | | | | ANO | NE | OČKOVÁNA PROTI HPV | | | ANO | NE | Rok aplikace 3. dávky 20__ | | Typ vakcíny: SILGARD CERVARIX | |
| STĚR | | | | <input type="checkbox"/> uspokojivý <input type="checkbox"/> limitovaný <input type="checkbox"/> neuspokojivý, ale zpracován <input type="checkbox"/> cytolýza <input type="checkbox"/> odmítnut ke zpracování <input type="checkbox"/> zhmoždění bb. <input type="checkbox"/> chybní endocervikální bb. <input type="checkbox"/> zánětlivé změny <input type="checkbox"/> chybná identifikace pac. <input type="checkbox"/> erocyty, hlen <input type="checkbox"/> chybná fixace <input type="checkbox"/> nízká celularita | | <input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Aktinomykóza <input type="checkbox"/> Candida <input type="checkbox"/> Herpes simplex <input type="checkbox"/> Bakteriální vaginóza <input type="checkbox"/> Chlamydie <input type="checkbox"/> Döderlein <input type="checkbox"/> Smíšená flóra <input type="checkbox"/> Koky <input type="checkbox"/> Jiné | | ZÁVĚR | | | | | | |
| HORMONÁLNÍ STAV JE NENÍ v souladu s anamnézou | | | | Reaktivní buněčné změny: <input type="checkbox"/> zánět <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> ozáření, chemoterapie | | 1. Bez neopl. intraepit. změn a malignity 2. ASC-US 3. ASC-H (nelze vyloučit HSIL) 4. LSIL (včetně HPV) 5. HSIL 6. HSIL - nelze vyloučit invazi 7. Dřazdicobuněčný karcinom 8. Atypie žlázových buněk (nespecifikováno) 9. Atypie žlázových buněk (spiše neoplastické) 10. Adenokarcinom in situ 11. Adenokarcinom invazivní 12. Ostatní maligní nádory 13. Jiné | | | | | | | | |
| Komentář laboratoře: | | | | <input type="checkbox"/> atrofie <input type="checkbox"/> jiné (metaplasie, nezhralá metaplasie, hyperkeratóza, parakeratóza, cytolýza, regenerace, reparace, atd.) <input type="checkbox"/> nález žlázových buněk po hysterektomii <input type="checkbox"/> endometriální buňky u žen nad 40 let | | Doporučuji: | | Razítka: | | 55 MUDr. Milan DUŠEK 244 patolog - 820 000 České armády 17 412 01 Litoměřice tel: +420 602 380 500, IČO:46772006 | | | | |
| Datum příjmu: | | | | Datum vyšetření: | | Podpis: | | | | | | | | |

LaboCyt - MUDr. Milan Dušek • ČA 17, 412 01 Litoměřice • Tel.:602 380 500 • E-mail: mildus1@seznam.cz • Držitel ISO 9001:2001

Zdroj: Cytologická laboratoř- Milan Dušek, 2014

Příloha B- Protokol o sběru dat v akreditované cytologické laboratoři v Litoměřicích

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Duškova 7, 150 00 Praha 5



**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKI
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

| | | |
|--|---|--------------------|
| Příjmení a jméno studenta | Adéla Rumlová | |
| Studijní obor | Porodní asistentka | Ročník 3.ročník |
| Téma práce | Dysplastické změny děložního čípku u pacientek od 18 let | |
| Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů | Cytologická laboratoř-MUDr. Milan Dušek El. Krásnohorské 8, Litoměřice | |
| Jméno vedoucího práce | Doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH | |
| Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu | Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště | |
| Souhlas vedoucího práce | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím | |
| Souhlas vedoucího lékaře cytologické laboratoře | <input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím | |

55 MUDr. Milan DUŠEK
244 patolog.
000 podpis
El. Krásnohorské 8
412/01 Litoměřice
tel: +420 602 350 600 IČ: 46177 006

V Praze

dne 27.3.2014

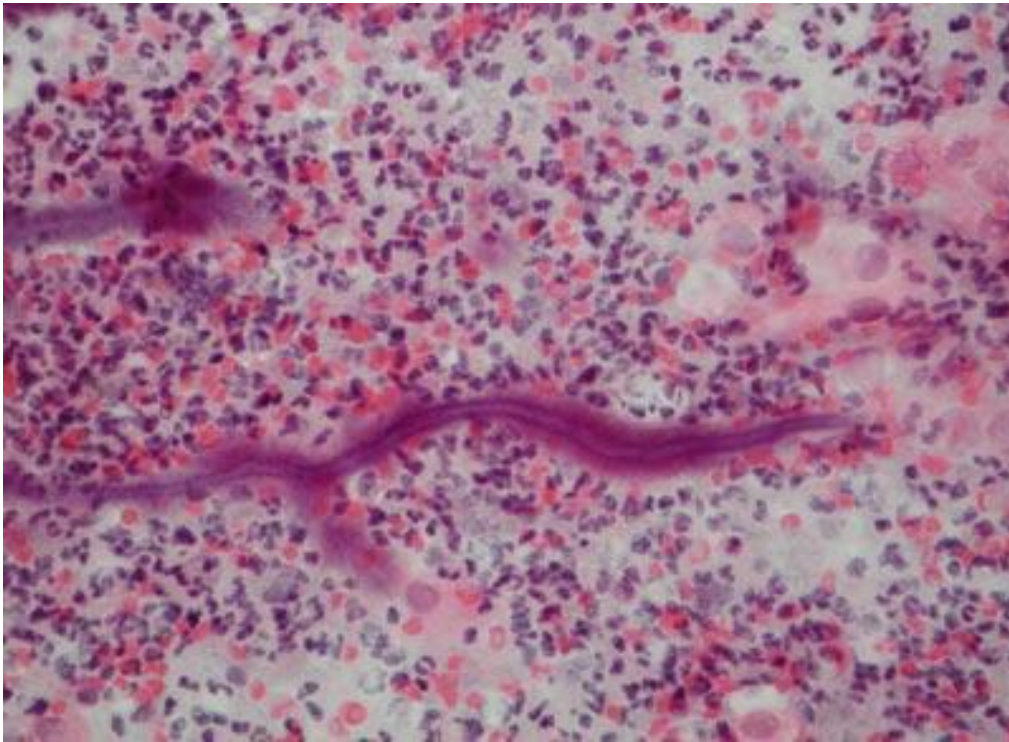
podpis studenta

Příloha C- Záznamový arch k zjišťování průzkumných cílů

| | | | | |
|--|----------|----------|----------|---------------|
| V daném průzkumu analyzujeme za rok 2012 -2013: | | | | |
| Věkovou skupinu žen | 18-25let | 26-35let | 36-50let | 50 let a více |
| Očkování | ANO | NE | | |
| Typ vakcinace | Silgard | Cervarix | | |
| Gravidita s HSIL nálezem | ANO | NE | | |
| HSIL v období laktace | ANO | NE | | |

(Rumlová, 2014)

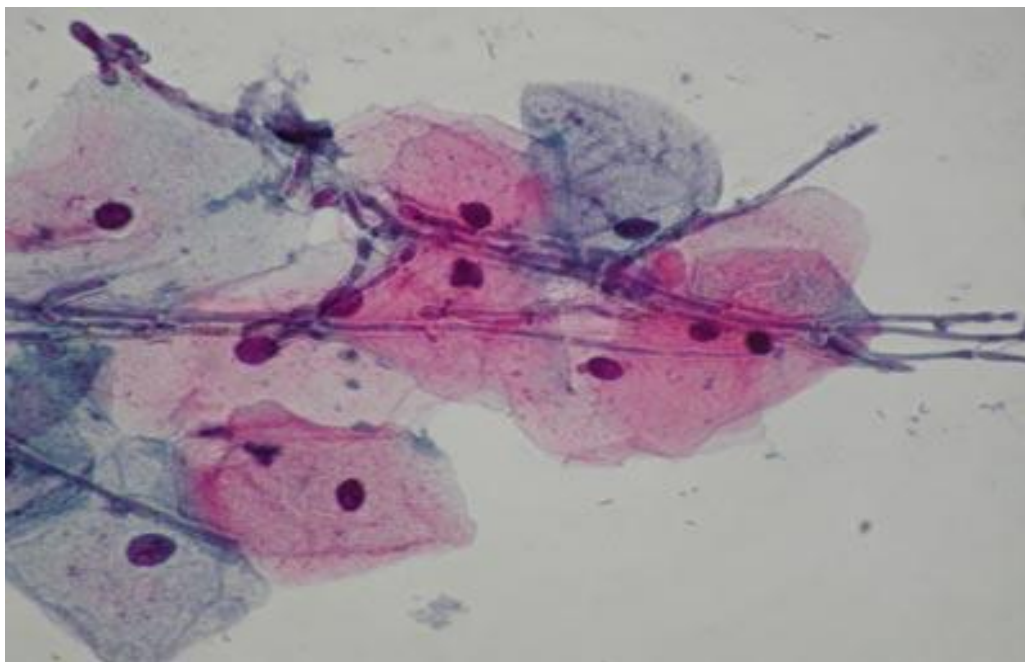
Příloha D - Reaktivní změny vyvolané IUD



Zdroj: <http://www.cipek.cz/cytologie/bethesda.php>,

Biopstická laboratoř, 2006-2014

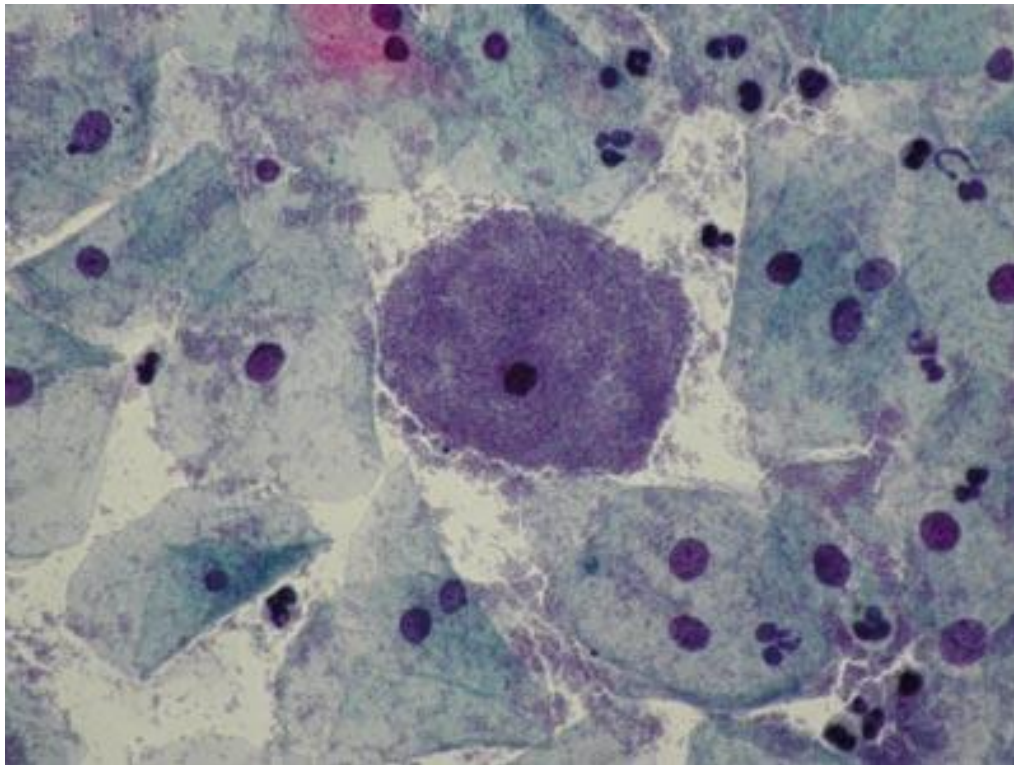
Příloha E - Fotografie Candida species



Zdroj: <http://www.cipek.cz/cytologie/obr-CS.php>

Bioptická laboratoř , 2006-2014

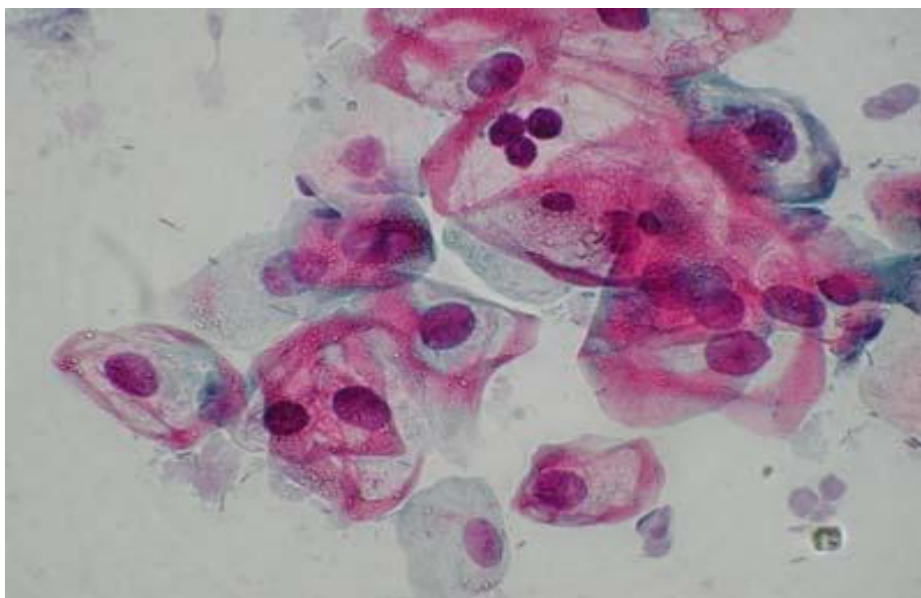
Příloha F - Fotografie Bakteriální Vaginóza



Zdroj: <http://www.cipek.cz/cytologie/obr-BV.php>,

Biopstická laboratoř, 2006-2014

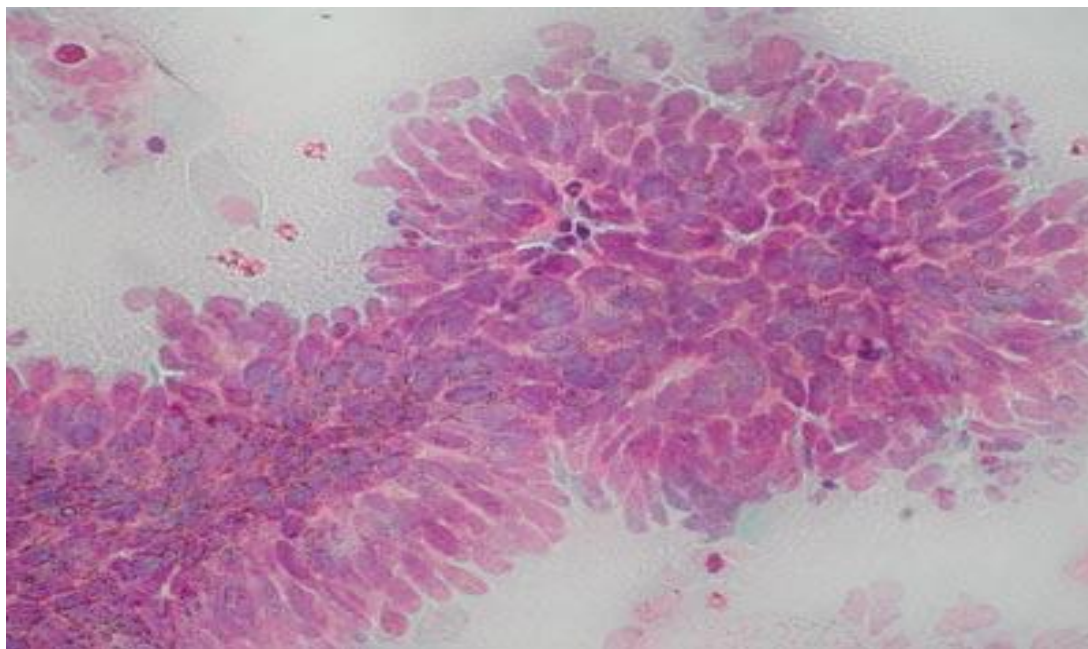
Příloha G- Fotografie LSIL s koilocyty



Zdroj: <http://www.cipek.cz/cytologie/obr-LSIL.php>

Bioptická laboratoř, 2006-2014

Příloha H -Fotografie adenokarcinom endocervixu



Zdroj: <http://www.cipek.cz/cytologie/obr-EndocervixCA.php>

Bioptická laboratoř, 2006-2014

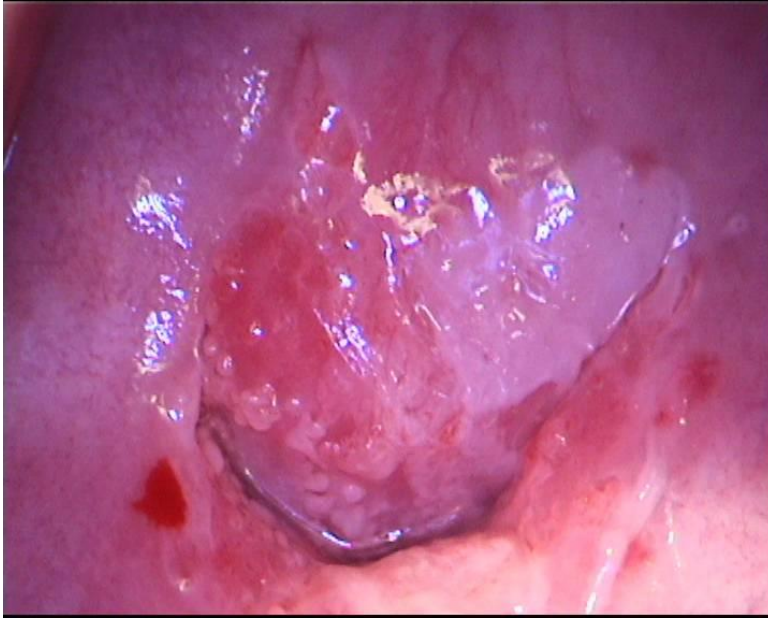
Příloha CH – Normální kolposkopický obraz děložního hrdla



Zdroj: <http://www.konizace.info>, 2013

Příloha I - Těžká prekanceróza děložního hrdla CIN II

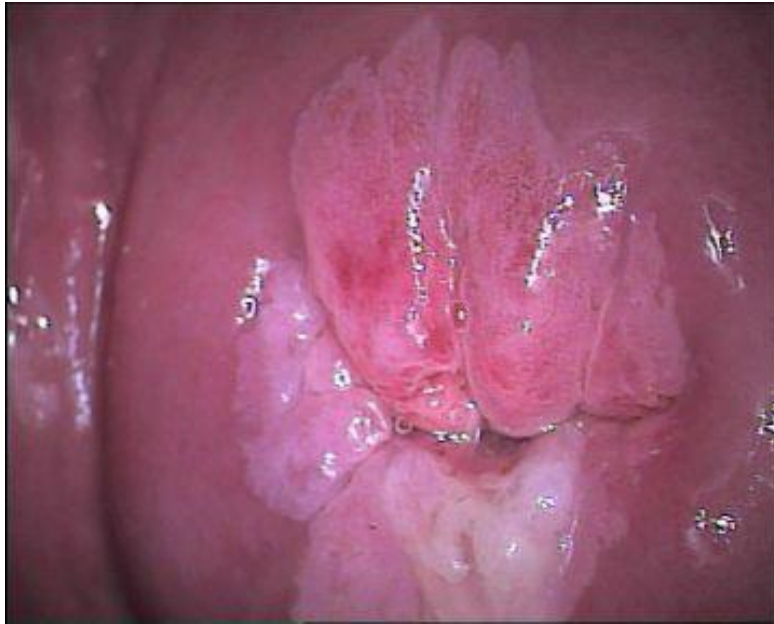
Jedná se o biopticky ověřenou středně těžkou prekancerózu hrdla děložního (CIN II).



Zdroj: Zdroj: <http://www.konizace.info> , 2013

Příloha J -Těžká prekanceróza děložního hrdla CIN III

Vidět jsou bělavá mapa, ostře ohraničená od okolní hladké růžové tkáně. Jedná se o biopticky ověřenou těžkou prekancerózu hrdla děložního (CIN III).



Zdroj: Zdroj: <http://www.konizace.info> , 2013