

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

**INFORMOVANOST ŽEN A DÍVEK O RAKOVINĚ  
DĚLOŽNÍHO ČÍPKU**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ANETA PERLÍKOVÁ, DiS**

**STUPEŇ KVALIFIKACE: BAKALÁŘ**

**KOMISE PRO STUDIJNÍ OBOR: VŠEOBECNÁ SESTRA**

**VEDOUCÍ PRÁCE: MUDr. IHNATÍKOVÁ FRANTIŠKA**

**PRAHA 2015**

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne.....

.....

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala MUDr. Františce Ihnatíkové za její odborné rady a připomínky, které mi poskytla v průběhu psaní bakalářské práce a za poskytnutí odborné literatury.

## ABSTRAKT

PERLÍKOVÁ, Aneta. *Informovanost žen a dívek o rakovině děložního čípku*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Ihnatíková Františka. Praha 2015. 57 stran

V naší bakalářské práci jsme se zaměřili na problematiku informovanosti žen a dívek o rakovině děložního čípku. Rakovina si nevybírání, představuje závažný problém nejen u nás, ale i na celém světě.

V teoretické části jsme se zabývali nádorovým onemocněním z obecného hlediska, kde popisujeme co je nádor, rozdíly mezi benigními a maligními nádory, prekancerózy, metastazování, rizikové faktory a lidský papilomavirus. V dalším úseku jsme se zaměřili na onemocnění samotné. Popisujeme onemocnění děložního čípku, jeho charakteristiku, maligní a benigní hrdla děložního, klinické projevy, šíření, terapii, diagnostiku, prevenci a prognózu onemocnění.

V praktické části jsme si stanovili průzkumné cíle této práce. Naším výzkumným vzorkem byli respondenti v okrese Kutná Hora rozdělení do čtyř věkových kategorií. Dotazník byl zcela anonymní a celkem bylo rozdáno 100 dotazníků s 19 otázkami. Data byla následně zaznamenána do grafů a tabulek. Cílem celé práce bylo zjištění a porovnání výsledných výsledků v jednotlivých věkových kategoriích. Rádi bychom touto prací informovali veřejnost o nebezpečí, prevenci, očkování a léčbě tohoto onemocnění.

Klíčová slova

Rakovina děložního čípku. Prevence rakoviny děložního čípku. Rakovina. Léčba a diagnostika.

## ABSTRACT

PERLÍKOVÁ, Aneta. *Awareness of Women and Girls about Cervical cancer*.  
Medical College. Degree: Bachelor (Bc). Supervisor: MUDr. Ihnatíková Fratiška. Prague  
2015. 57 pages.

Topic of this work is to inform women and girls about cervical cancer.

This work has an exploratory and research character. It is divided into two parts - theoretical and practical.

The theoretical part describes the anatomy of female genital system and cancerous growth in general terms. I describe what the tumor is, the differences between benign and malignant tumours, precanceroses, metastasis, risk factors and human papillomavirus. In the next section I focused on the disease itself - cervical cancer - its characteristics, malignant and benign ones, risk factors, clinical manifestations, tumour spread, treatment, diagnosis, prevention, and prognosis.

In the practical part I set hypotheses and objectives. Next I specified a research sample, these were female respondents from Kutná Hora district. The group was divided into four age categories.

The respondents were given anonymous questionnaires. In total, 100 questionnaires containing 19 questions were distributed. The aim of the study was to determine awareness in different age categories.

I subsequently processed the data and evaluated them using graphs and tables.

# OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

ÚVOD.....	13
1 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ.....	14
1.1 DEFINICE NÁDORU .....	14
1.2 BENIGNÍ, MALIGNÍ NÁDOR .....	14
1.3 PREKANCERÓZY, METASTAZOVÁNÍ .....	15
1.4 KLASIFIKACE NÁDORŮ .....	16
1.5 HISTOPATOLOGICKÝ GRADING.....	16
1.6 HISTOPATOLOGICKÝ STAGING.....	17
1.7 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	19
1.7.1 LIDSKÝ PAPILOMAVIRUS (HPV) .....	21
1.7.1.1 HPV INFEKCE V DĚTSKÉM VĚKU.....	23
2 KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU.....	25
2.1 MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HRDLA DĚLOHY .....	25
2.2 BENIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HRDLA DĚLOHY .....	27
2.3 PREKANCERÓZY DĚLOŽNÍHO HRDLA.....	27
2.4 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	28
2.5 ŠÍŘENÍ NÁDORU .....	29
2.6 KLINICKÉ PROJEVY KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA .....	29
2.7 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	30
2.7.1 CHIRURGICKÁ DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ .....	32
3 TERAPIE.....	33
3.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA.....	33
3.2 RADIOTERAPIE .....	36
3.3 CHEMOTERAPIE A PODPŮRNÁ LÉČBA .....	38
4 PREVENCE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ .....	39
4.1 PREVENCE KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU .....	39
4.2 PROGNOZA ONEMOCNĚNÍ.....	42
5 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU .....	43
5.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM .....	43
5.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE, PRŮZKUMNÉ OTÁZKY .....	43
5.3 METODA VÝZKUMU .....	44
5.4 ČASOVÝ HARMONOGRAM .....	44
5.5 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	44
5.6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU .....	45
6 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU.....	64
Cíl 1.....	64
Cíl 2.....	64
Cíl 3.....	64
7 DISKUZE.....	67

NÁVRHY NA DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	69
ZÁVĚR.....	70
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	72
SEZNAM PŘÍLOH	

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Informovanost o rakovině děložního čípku .....	45
Tabulka 2 Definice rakoviny děložního čípku .....	46
Tabulka 3 Zdroje informovanosti .....	47
Tabulka 4 Propagace prevence rakoviny děložního čípku .....	48
Tabulka 5 Příčina rakoviny děložního čípku .....	49
Tabulka 6 Přenos HPV infekce.....	50
Tabulka 7 Rizikový faktor .....	51
Tabulka 8 Kouření .....	52
Tabulka 9 Rizikový faktor .....	53
Tabulka 10 Výskyt karcinomu děložního čípku v rodině.....	54
Tabulka 11 Předcházení rakovině děložního čípku .....	55
Tabulka 12 Diagnostika rakoviny děložního čípku .....	56
Tabulka 13 Návštěvy gynekologa.....	57
Tabulka 14 Pravidelné preventivní gynekologické prohlídky .....	58
Tabulka 15 Nejvyšší výskyt rakoviny děložního čípku.....	59
Tabulka 16 Mortalita .....	60
Tabulka 17 Očkování.....	61
Tabulka 18 Kdo může být očkován? .....	62
Tabulka 19 Jste očkováná? .....	63



## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Informovanost.....	45
Graf 2 Vymezení pojmu .....	46
Graf 3 Zdroje informovanosti .....	47
Graf 4 Propagace .....	48
Graf 5 Příčina onemocnění .....	49
Graf 6 Přenos HPV infekce .....	50
Graf 7 Rizikový faktor .....	51
Graf 8 Pravidelnost kouření.....	52
Graf 9 Rizikový faktor- kouření .....	53
Graf 10 Výskyt karcinomu v rodině .....	54
Graf 11 Prevence rakoviny děložního čípku.....	55
Graf 12 Diagnostika onemocnění .....	56
Graf 13 Gynekologické prohlídky .....	57
Graf 14 Prevence pravidelných gynekologických prohlídek.....	58
Graf 15 Nejvyšší výskyt rakoviny děložního čípku.....	59
Graf 16 Mortalita v ČR za rok .....	60
Graf 17 Očkování.....	61
Graf 18 Kdo může být očkován? .....	62
Graf 19 Četnost očkování .....	63

## ÚVOD

V naší bakalářské práci jsme se zaměřili na problematiku informovanosti žen a dívek o rakovině děložního čípku. Rakovina si nevybírá, představuje závažný problém nejen u nás, ale i na celém světě. Podle našeho názoru v médiích a jiných sdělovacích prostředcích slyšíme o onemocnění pouze v nárazových vlnách. Poměrně málo slycháme, jak správně tomuto onemocnění předejít a jak se před ním chránit. Myslíme si, že tato primární prevence by měla být zdůrazňována již na základních školách, ještě před zahájením aktivního sexuálního života. Dnešní hranice pro zahájení prvního sexuálního styku je nižší, než se někteří mohou domnívat. Mnoho dívek zahájilo svůj sexuální život již před 15. rokem života.

V teoretické části jsme se zabývali nádorovým onemocněním z obecného hlediska, kde popisujeme co je nádor, rozdíly mezi benigními a maligními nádory, prekancerózy, metastazování, rizikové faktory a lidský papilomavirus. V dalším úseku jsme se zaměřili na onemocnění samotné. Popisujeme onemocnění děložního čípku, jeho charakteristiku, maligní a benigní hrdla děložního, klinické projevy, šíření, terapii, diagnostiku, prevenci a prognózu onemocnění.

V praktické části jsme si stanovili hypotézy a cíle této práce. Prvním cílem práce bylo zjistit obecné znalosti žen a dívek o rakovině děložního čípku. Za další cíl jsme si určili zjistit informovanost žen a dívek o rizikových faktorech tohoto onemocnění a dále jeho diagnostiku, prevenci. Naším výzkumným vzorkem byli respondenti v okrese Kutná Hora rozdělení do čtyř věkových kategorií. Pro získání jsme použili dotazníkové šetření, které bylo zcela anonymní a celkem bylo rozdáno 100 dotazníků s 19 otázkami. Data byla následně zaznamenána do grafů a tabulek. Cílem celé práce bylo zjištění a porovnání výsledků v jednotlivých věkových kategoriích.

Toto téma pro bakalářskou práci jsme zvolili, jelikož se domníváme, že povědomí veřejnosti o této problematice není dostatečně informováno a onemocnění samotné je podceňováno. Rádi bychom touto prací informovali veřejnost o nebezpečí, prevenci a léčbě tohoto onemocnění.

# 1 NÁDOROVÁ ONEMOCNĚNÍ

## 1.1 DEFINICE NÁDORU

Slovo „nádor“ také dále označovaný jako novotvar či tumor, je definováno jako „abnormální tkáňový útvar, který roste bez regulace a koordinace, jeho růst je rychlejší než růst okolních tkání“ (Slezáková a kolektiv, 2007, str. 102)

Nádory dále dělíme na benigní a maligní. Známe více než 250 různých druhů nádorů, každý s charakteristickou symptomatologií a specifickým léčebným přístupem.

### **Morfologicky se nádorový růst projevuje třemi způsoby**

- a) **růst expanzivní** - je charakteristický mechanickým útlakem okolí, roste tak většina benigních nádorů.
- b) **růst infiltrativní**- nádorové buňky vrůstají mezi buňky okolních tkání, bez jejich přímého ničení
- c) **růst invazivní** - vrůstání nádorových buněk do okolních tkání, které jsou tím poškozovány a ničeny. Jde o typický růst zhoubného novotvaru.  
(Vorlíček, Abrahámová a kolektiv, 2012)

## 1.2 BENIGNÍ, MALIGNÍ NÁDOR

**Benigní nádory** rostou pomalu, jsou ohraničené, nemetastazují, po úplném odstranění většinou nerecidivují (neobjevují se znova).

**Maligní nádory** rostou zpravidla rychle, expanzivně, prorůstají do okolních tkání, rostou neohraničeně. Invazivita je jednou z vlastností maligního nádoru. Za invazivitu označujeme schopnost nádorových buněk šířit se bez ohledu na mikroskopické a makroskopické anatomické bariéry. Maligní nádory mohou vytvářet dceřiné nádory označované jako metastázy. I po úplném odstranění maligního nádoru může začít recidivovat (znovu růst). Pokud se včas neléčí, mohou způsobit až smrt člověka. (Vorlíček, Abrahámová a kolektiv, 2012; Slezáková a kolektiv, 2007; kolektiv autorů, 2005)

### 1.3 PREKANCERÓZY, METASTAZOVÁNÍ

**Prekancerózy** jsou změny ve tkáních, které nejsou maligní, ale mohou se maligními stát. Prekancerózy lze rozdělit na stacionární, progredientní, preinvasivní. Stacionární prekanceróza má malé riziko maligního zvratu. Progredientní prekanceróza se odlišuje od stacionární prekancerózy dle histologického obrazu. Má vyšší až vysoké riziko maligního zvratu např. dysplazie děložního čípku, prsní žlázy, atd. Preinvasivní prekanceróza je charakterizována nejvyšším stupněm maligního zvratu tzv. *carcinoma in situ*, tkáňové a buněčné změny jsou shodné s maligním nádorem např. *carcinoma in situ* epitelu děložního čípku, duktálního či lobulárního *carcinoma in situ*, apod.

**Metastáza** je dceřiný nádor, který pravděpodobně vznikl z jedné nádorové buňky. Právě metastázy jsou odpovědné za většinu úmrtí maligních onemocnění. Metastázy mohou být v orgánech, tkáni, tělních dutinách, lymfatických uzlinách. Maligní buňky se mohou šířit lymfatickým systémem, krevním oběhem, prorůstáním do okolí, šířením v ohraničených anatomických prostorech (dýchacích cestách, v zažívací trubici). Nejčastější cestou metastatické diseminace je cesta hematogenní. Nádorové buňky se dostávají s žilní krví do plic, resp. jater, z plicního řečiště se šíří dále arteriální krví. Pro některé nádory určitého původu lze lokalizovat uložení metastáz. (Vorlíček, Abrahámová, 2012 ; Slezáková a kolektiv, 2007)

## 1.4 KLASIFIKACE NÁDORŮ

Základní třídění nádorů je histogenetické, podle druhu tkáně, z níž nádor vzniká.

- 1) **Mezenchymové nádory** se odvozují od pojivových tkání, buněk krve tvorby a cév (např. z kolagenního vaziva vzniká fibrom. Mezenchymové nádory maligní obecně nazýváme sarkomy (př. fibrosarkom, liposarkom). Leukémie jsou nádory z krve tvorné tkáně kostní dřeně. Lymfomy jsou nádory lymfatické tkáně.
- 2) **Epitelové nádory** vycházejí z epitelových buněk žlázových, krycích epitelů. Benigní epitelové nádory se dělí na dvě hlavní varianty- papilom z povrchového epitelu a adenom ze žlázového epitelu. Nádory maligní se nazývají karcinomy.
- 3) **Neuroektodermové nádory** dělíme na nádory CNS a nádory periferní nervové soustavy.
- 4) **Nádory germinální** jsou skupinou nádorů vznikajících ze zárodečných buněk pohlavních žláz.
- 5) **Choriokarcinom** vzniká v embryonální části placenty. Jedná se o vysoce zhoubný nádor.
- 6) **Mezoteliom** je odvozen od tkání, které vystylají pleurální dutiny, perikardiální a peritoneální dutiny. Vznik je často vázán přítomností azbestu. (Vorlíček, Abrahámová a kolektiv, 2012)

## 1.5 HISTOPATOLOGICKÝ GRADING

Histopatologický grading neboli stupeň buněčné diferenciaci (zralosti), jedná se o posouzení stupně zhoubnosti primárního nádoru podle určitých kritérií. Nádory jsou klasifikovány jako dobře, středně, málo diferencované, či zcela nediferencované (anaplastické). **Další možností histopatologického gradingu je označení nádorů:**

- a) **Grade 1** - dobře diferencovaný tumor - nádorové buňky jsou velmi podobné buňkám tkáně původní
- b) **Grade 2** - středně diferencovaný tumor
- c) **Grade 3** - špatně diferencovaný nebo nediferencovaný
- d) **Grade 4** - nediferencovaný tumor

## 1.6 HISTOPATOLOGICKÝ STAGING

Jde o soubor vyšetření, jejichž konečným cílem je zařadit onemocnění do klinických stádií podle TNM systému. Jednotlivá vyšetření se liší podle typu a lokalizace vyšetření. Staging je založen na hodnocení tří faktorů. Primárního nádor (kategorie tumor - T), postižení regionálních či vzdálených lymfatických uzlin (kategorie node - N) a přítomnost vzdálených orgánových metastáz (kategorie metastasi - M)

### a) KLASIFIKAČNÍ SYSTÉM TNM

Klasifikační systém UICC (Union International Contrele Cancor) označovaný jako TNM klasifikace určuje anatomický rozsah nádorového onemocnění pomocí hodnocení tří kategorií. Principem je popis velikostí nádoru T (tumor), postižení uzlin N (node), přítomnosti či nepřítomnosti vzdálených metastáz M. Rozsah nádorového procesu je udáván přidáním čísla za písmeno. Čím vyšší číslo, tím je rozsah nádoru či šíření vyšší. Pokud nelze stanovit klasifikaci z důvodů nedostatku provedených vyšetření, musí se pro stanovení kategorie použít symbol X.

Při hodnocení kategorie T se vychází z velikosti primárního nádorového ložiska a jeho vztahu k okolním strukturám)

### T – PRIMÁRNÍ NÁDOR

- TX- primární nádor není možné hodnotit
- TO – žádná informace o přítomnosti primárního nádoru
- Tis - carcinoma in situ (neinfiltrující karcinom)
- T1 – 4 – postupně se zvětšující nádor

Při hodnocení postižených lymfatických uzlin je nutno vyšetřit spádové lymfatické uzliny, které jsou současně odstraňovány s primárním nádorovým ložiskem.

## **N –REGIONÁLNÍ UZLINY**

- NX - regionální uzliny nelze posoudit (nebyla provedena dostatečná vyšetření)
- NO – regionální uzliny nebyly postiženy
- N1 – 3 – postupně se zvětšují postižení regionálních uzlin

Hodnocení kategorie M je zpravidla využíváno nejrozumnějších zobrazovacích metod (RTG, UZ, NMR, CT, scintigrafie, apod.). Dále se využívá bioptického vyšetření, zda se jedná o metastázu či jinou lézi.

## **M –VZDÁLENÉ METASTÁZY**

- MX – vzdálené metastázy nelze hodnotit
- MO – žádné vzdálené metastázy
- M1 – vzdálené metastázy přítomné

(Vorlíček, Abrahámová a kolektiv, 2012; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008; kolektiv autorů, 2005)

### **b) KLASIFIKACE FIGO**

Klasifikace Mezinárodní federace pro gynekologii a porodnictví vychází z původní klasifikace TNM. Respektuje chirurgický staging tumoru a jednotlivé kategorie byly upravovány tak, aby lépe odpovídaly biologické povaze (léčitelnosti, prognóze) tumoru.

(Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008)

## 1.7 RIZIKOVÉ FAKTORY

Přesná příčina vzniku nádorových onemocnění není v současné době známa, existují určité rizikové faktory, o kterých se předpokládá, že mohou riziko vzniku nádoru zvyšovat. **Rizikové faktory pro vznik maligního onemocnění můžeme rozdělit do dvou skupin:**

- 1) Zevní vlivy
- 2) Vnitřní vlivy, genetické

Většina zhoubných nádorů je podporována vlivem prostředí. Příkladem kancerogenů, které ovlivňují DNA přímo, jsou polycyklické aromatické uhlovodíky přítomné v tabákovém kouři nebo výfukových plynech, kontaminace zemědělských produktů, virus hepatitidy B, radon. (VORLÍČEK a kol. 2012)

### a) TABÁK, KOUŘENÍ

Tabák je jedním z rizikových faktorů pro vznik nádoru dutiny ústní, faryngu, laryngu, jícnu, plic, ledvin, děložního čípku, močového měchýře. Stupeň rizika se zvyšuje s počtem vykouřených cigaret, délkou kouření, hloubkou inhalace, obsahem dehtu. Postiženi jsou i pasivní kuřáci (nekuřáci, kteří se pohybují v zakouřených prostorech). (VORLÍČEK a kol. 2012)

### b) VÝŽIVA, ALKOHOL

Mezi rizikové faktory patří obezita, nedostatek vlákniny, nedostatečný příjem ovoce, zeleniny, přijímání vysokého množství soli v potravě, špatná úprava stravy (např. grilování, smažení, uzení). I když se alkohol nemusí jevit jako jeden z rizikových faktorů pro vznik nádorového onemocnění, opak je pravdou. Podle studií se ukazuje, že alkoholické nápoje jsou klasifikovány jako karcinogeny.

### c) SEDAVÝ ZPŮSOB ŽIVOTA, POHYBOVÁ AKTIVITA

Fyzická aktivita vede ke snížení hmotnosti, takže jedním z vysvětlení příznivého vlivu cvičení na výskyt nádoru je redukce hmotnosti. Za zvýšenou fyzickou aktivitu, která již má potenciál snížit riziko vzniku maligního onemocnění se považuje 30-60 minut denně. (VORLÍČEK a kol., 2012)



**d) IONIZUJÍCÍ ZÁŘENÍ**

Radon v interiérech budov je zodpovědný za 50% radiační expozice v běžné populaci.

**e) GENETICKÉ VLIVY**

Nádorové onemocnění je způsobeno genetickými změnami na buněčné úrovni. Změny mohou být způsobeny zevními faktory. Existují i vrozené mutace, které jsou přítomny ve všech buňkách organismu a vytvářejí vysokou predispozici ke vzniku určitého nádoru. Asi 10% nádorového onemocnění může být dědičného původu. Typickými rysy dědičnosti jsou opakování určitého nádorového onemocnění u blízkých příbuzných (př. karcinom prsu matky a dcery). V menšině případů familiárního výskytu nádorového onemocnění se podaří genetickým zkoumáním odhalit určitý gen, který zvyšuje pravděpodobnost vzniku maligní nemoci. V České republice je ročně diagnostikováno více jako 40 tisíc lidí s nádorovým onemocněním. Asi 5 až 10% nádorů může být hereditárního původu. (KOLEKTIV AUTORŮ, 2005)

**f) INFEKČNÍ AGENS**

Za nejvýznamnější infekční původce onkologických onemocnění se považuje lidský papillomavirus, *Helicobacter pylori*, viry hepatitidy B, C, virus Epsteinova – Barrové.

### 1.7.1 LIDSKÝ PAPILOMAVIRUS (HPV)

Papillomaviry jsou nádorové DNA viry, patřící do čeledi Papovaviridae. Jsou to malé, neobalené viry. HPV se vyskytuje u lidí téměř běžně (muži, ženy), ale pouze u malé skupiny infikovaných osob dojde k vývoji karcinomu. Infekce HPV je jedním z nejrozšířenějších sexuálně přenosných onemocnění a je také primárním etiologickým faktorem pro vznik karcinomu děložního čípku.

Papillomaviry jsou druhově specifické, infikují epitelální buňky a na základě tkáňové specifiky se dělí na kožní a slizniční a podle onkogeního potenciálu na nízko - benigní (*lowrisk*) a vysoce (*high risk*) rizikové typy. *Lowgrade* léze hrdla děložního, nejčastěji diagnostikujeme mezi 23. - 30. rokem, zatímco *high grade* léze mezi 27. – 35. rokem a incidence karcinomů hrdla děložního se začíná rapidně zvyšovat po 40. roce věku žen.

Většina HPV infekcí genitálního traktu je latentních. Latentní infekce je nejčastěji typ infekce HPV bez klinického korelátu. Lze ji prokázat pouze molekulárně biologicky detekcí virové DNA. Papillomaviry vyvolávají v urogenitální oblasti vznik kondylomat, která se mohou nacházet na vulvě, vagíně, penisu, děložním hrdle a anální oblasti. HPV jsou zodpovědné za vznik *intraepiteliálníchneoplázií* děložního čípku, vulvy, vagíny, penisu a anu. Známe více než 100 typů HPV virů. HPV typy 16, 18, 31, 45, 58 považujeme za vysoce rizikové. Jsou zodpovědné za více než 80% cervikálních dysplazií a karcinomů.

K přenosu infekce genitálními typy HPV dochází především sexuálním stykem, v daleko menší míře pak vertikálně z matky na dítě anebo nepřímou kontaminací. Infekce HPV je v současnosti nejčastějším sexuálně přenosným onemocněním, až 80% sexuálně aktivních lidí je v průběhu nakaženo alespoň jedním typem. Vstupní branou jsou mikrotraumata kůže nebo sliznic, transformační zóna (metaplastický epitel) děložního hrdla.

## HLAVNÍ FORMY HPV INFEKCE

- *Condylomata acuminata* – jsou bradavičnaté útvary
- *Condylomata plana* – ložiska bílého epitelu, jsou častou příčinou pruritu nebo diskomfortu
- *Morbus Bowen* – je preinvazivní formou spinocelulárního karcinomu vulvy

Klinickými projevy HPV infekce genitálního traktu jsou benigní, často spontánně regredující léze, které se zpravidla spontánně vyhojí do 1 roku a pouze výjimečně přecházejí ve zhoubné nádory. Klinický projev nákazy benigními typy virů – kondylomata se většinou projeví mnohem dříve než infekce vysoce rizikovými viry, a protokondylomata v anamnéze jsou velmi důležitým anamnestickým údajem.

### HPV infekci je možné detekovat několika způsoby:

- 1) **Morfologické metody** (cytologie, histologie) – nejrozšířenější screeningová metoda – cytologické vyšetření stěrů z exo – a endocervixu barvených dle Papanicolaeva. Nově zaváděná metoda, tzv. liquid – based cytology dosahuje lepších výsledků.
- 2) **Elektronově– mikroskopické metody** detekují přímo virové partikule
- 3) **Imunochemické metody**, které pomocí specifických protilátek detekují přítomnost virově – specifických proteinů.
- 4) Nejvíce používané jsou metody **detekce HPV DNA**, které umožňují zjistit i latentní infekci.

Dnes se uvádí, že HPV je zodpovědný za 98 - 99% karcinomů děložního hrdla, 90% prekanceróz vulvy, za 35% karcinomů vulvy, za 100% kondylomat vulvy. Proto je zásadním přínosem očkování proti těmto virům. K infekci HPV u žen dochází obvykle ve velmi mladém věku na počátku pohlavního života. (Tachezy, 2006)

### Zajímavosti

- 80% žen a mužů se v průběhu života HPV virem nakazí, často opakovaně
- Některé typy HPV postihují oblast pohlavních orgánů nebo konečnicků
- Typy HPV 16 a 18 jsou vysoce rizikové a způsobují více než: 80% adenokarcinomů in situ, 75-80 % rakoviny análního otvoru, 70 % případů rakoviny děložního čípku. 70% vulválních a vaginálních předrakovinných změn.

### **1.7.1.1 HPV INFEKCE V DĚTSKÉM VĚKU**

HPV infekce v dětském věku mohou mít čistě benigní charakter, mohou být ale také podkladem pro rozvoj závažnějších onemocnění, včetně různých druhů malignit, v dospělosti. V současnosti je HPV infekce považována za nejčastější pohlavně přenosné onemocnění. V dětském věku se v současnosti s rozvojem a možnostmi vakcinace nejvíce mluví o rekurentní respirační papilomatóze a o pohlavních bradavičkách čili kondylomatech. Existují ale i další onemocnění HPV viry, o kterých se mluví o něco méně. Podle onkogenního potenciálu dělíme HPV viry na ty s nízkým rizikem (typ 6, 11, 34, 40, 42, 43, 44, 54, 70, 74), nejčastěji způsobující kondylomata a bradavice.

#### **KOŽNÍ BRADAVICE**

Kožní bradavice patří u dětí mezi nejčastější onemocnění spojované s HPV viry. Výsledky současných výzkumů ukazují, že infekci mnoho kožními typy HPV dítě získává již v raném věku. Zdrojem HPV infekce nicméně nemusejí být pouze rodiče ale i jiné osoby, které přicházejí s dítětem do kontaktu. *Veruca vulgaris* představuje až 70% všech kožních bradavic a oproti ostatním bradavicím se vyskytuje spíše u dětí v dětském věku. Přítomnost kožních bradavic může poukazovat na určitou poruchu imunity a tedy na náchylnost ke vzniku genitálních HPV lézí. Studie dokazují, že výskyt kožních bradavic u dívek ve věku 11-16 let je signifikantně spojen s rizikem vzniku rakoviny děložního hrdla v pozdějším věku.

#### **PAPILOMY DUTINY ÚSTNÍ**

Orální papilomy jsou nejčastější epiteliální tumory sliznice dutiny ústní u dětí. Nejčastěji jsou zde detekovány HPV typy 30, 32, a 40.

#### **REKURENTNÍ RESPIRAČNÍ PAPILOMATÓZA**

Rekurentní respirační papilomatóza je onemocnění vyvolané infekcí lidskými papilomaviry typy 6 a 11, která postihuje sliznici aerodigestivního traktu dětí i dospělých. Nejčastěji se vyskytuje ve formě laryngálních papilomů- juvenilní laryngální papilomatóza. Nejčastěji se vyskytuje ve formě laryngálních papilomů- juvenilní laryngální papilomatóza. Nejčastěji se papilomy vyskytují v oblasti hlasivek, hrtanu, ale mohou se rozšířit i na epiglottis a do subglotické oblasti. V počátku může být onemocnění chybně diagnostikováno jako astma, hlasové uzlíky či bronchitida.

Základem léčby je zde chirurgické odstranění kondylomat, případě adjuvantní terapie- interferony a antivirotika.

### **ASYMPTOMATICKÁ HPV INFEKCE**

Podle výsledků novějších studií se má za to, že novorozenci bývají s největší pravděpodobností infikováni prostřednictvím HPV infekce u matky. Asymptomatická forma HPV infekce může být rovněž přítomná i na sliznici dutiny ústní. Dle nejnovějších výsledků výzkumných studií se HPV infekce prokazuje jako významný etiologický faktor u stále větší skupiny onemocnění, zvláště pak rakoviny a těžkých dysplazií hrdla děložního.

## 2 KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Karcinom děložního hrdla je celosvětově druhým nejčastějším maligním onemocněním žen. Na světě bývá každoročně diagnostikováno přibližně 500 000 nových případů a asi polovina z počtu podlehne onemocnění. Ročně je v ČR diagnostikováno 1050 – 1100 nových případů rakoviny děložního čípku, zhruba 350 – 400 žen ročně zemře. Incidence v rozvinutých zemích v poslední době mírně klesá, zřejmě je to důsledkem zlepšené prevence a včasného odstranění prekanceróz. Existují výrazné geografické rozdíly ve výskytu. Často se vyskytuje v Africe, Asii. Poměrně méně se vyskytuje ve Španělsku, Finsku, Irsku. Nádory děložního čípku postihují nejčastěji ženy mezi 40. – 50. rokem, ale i často ženy starší nebo naopak velmi mladé. (příloha č.5)(Roztočil, 2011; Vorlíček, 2012; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008)

### 2.1 MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HRDLA DĚLOHY

Nejčastějším maligním nádorem je karcinom. Vzniku vlastního karcinomu předcházejí prekancerózy. Nádor může vycházet z dlaždicového epitelu (spinocelulární), ze žlázového epitelu (*adenokarcinom*). Nejčastějším typem nádoru v oblasti děložního hrdla je dlaždicový karcinom - (60 – 80%) a jemu odpovídající prekancerózy. Druhým nejčastějším je adenokarcinom- 10 – 15% (endometroidní, jasnobuněčný, hlenotvorný). Zbylá část připadá na vzácné nádory jako je adenoskvamózní karcinom, adenoidně cystický karcinom, adenoidní bazocelulární karcinom a nádory s neuroendokrinní diferenciací. V zemích se zavedeným screeningovým programem dochází k poklesu incidence invazivních dlaždicobuněčných karcinomů, naopak se zvyšuje podíl *adenokarcinomu*. (Kolařík, Halaška, Freyereisl)

## **1. EPITELIÁLNÍ NÁDORY**

### ***a) dlaždicobuněčný karcinom***

Etiologie souvisí s HPV infekcí. Invazivní karcinom vzniká z high grade cervikální intraepiteliálníneoplazie, do této kategorie se řadí i carcinoma in situ.

### ***b) mikroinvazivní dlaždicobuněčný karcinom***

Jednotka je zahrnuta v nové WHO klasifikaci nádorů se samostatným morfologickým kódem. Nejblíže odpovídá TMN kategorii.

### ***c) invazivní dlaždicobuněčný karcinom***

Rozlišuje se několik histologických typů. Nejběžnější je rozlišení na rohovějící a nerohovějící dlaždicobuněčný karcinom (velkobuněčný, malobuněčný).

## **2. ADENOKARCINOM**

Jedná se o heterogenní skupinu nádorů charakterizovaných glandulární diferenciací, které vznikají z rezervních buněk. Vyskytuje se u žen mladšího věku. Hlavní příčinou jsou papilomaviry (typ 18).

Nejčastějším typem adenokarcinomu je mucinózní (50 – 60%), karcinom endometria (30%). Mucinózní adenokarcinom se podle histologické struktury dělí na endocervikální, intestinální, z prstenčitých buněk, viloglandulární a minimálně deviovaný. Specifickou problematiku pro čípek děložní představuje další varianta mucinózního karcinomu, tzv. minimálně deviovaný adenokarcinom (adenoma maligním). Je to vzácný nádor. (Halaška, Freyereisl, Kolařík, 2008; Pilka, Procházka, 2005; Roztočil a kol., 2011; Calda, 2009)

## 2.2 BENIGNÍ ONEMOCNĚNÍ HRDLA DĚLOHY

Benigní nádory této oblasti jsou vzácné, většina jsou maligní epiteliální nádory. Epiteliální nádory benigní jsou vzácné, nejčastěji se jedná o fibroepiteliální polyp a dlaždicobuněčný papilom.

### 1. METAPLAZIE

Jedná se o náhradu jednovrstevného cylindrického epitelu transformační zóny mnohovrstevným dlaždicovým epitelem. Zdrojem metaplazie je proliferace (tzv. rezervních buněk) ležících pod cylindrickým epitelem. Stimulem pro jejich proliferaci je neustálé narušování málo odolného cylindrického epitelu kyselým poševním pH.

#### a) Nezralá metaplazie

Zpočátku je metaplazie tvořena tenkou vrstvou nediferencovaného dlaždicového epitelu. Buňky jsou nezralé, malé, kulaté. Epitel je slabý a proto může dojít ke vstupu HPV do buněk bazálních vrstev epitelu. Změny vyvolané působením virů jsou článkem kancerogeneze děložního hrdla.

#### b) Zralá metaplazie

S postupujícím časem dochází k diferenciaci a stratifikaci epitelu (nelze odlišit od originálního dlaždicového epitelu). Rozlišení umožní pouze přítomnost otevřených ústí nebo ovula Nabothi (retenční cysty vzniklé v důsledku procesu metaplazie). (Vorlíček a kol., 2012; Cibula 2007)

## 2.3 PREKANCERÓZY DĚLOŽNÍHO HRDLA

Místem vzniku premaligních a maligních změn děložního hrdla je nejčastěji oblast junkční zóny mezi cylindrickým a dlaždicovým epitelem. Za prekancerózy jsou považovány dysplazie cervixu a *carcinoma in situ* (cervikální intraepiteliální neoplazie). Incidence adenokarcinomu děložního hrdla vůči spinocelulárnímu karcinomu v naší republice je v poměru 1:5. *Dysplazie* jsou charakterizovány změnami cytologickými (anizokaryóza, hyperchromazie, aneuploidie) a změnami architektonickými (porušené vyzrávání).



## **Rozlišujeme tři typy dysplázií:**

**CIN** = cervikální intraepiteliálníneoplázie

**1) CIN 1** – lehká dysplazie se změnami v dolní třetině epitelu (zhruba čtvrtina neléčených případů během deseti let progreduje do střední dysplazie, polovina do karcinomu in situ)

**2) CIN 2** – střední dysplazie se změnami dosahujícími do dvou třetin epitelu

**3) CIN 3** – těžká dysplazie (karcinom in situ) se ztrátou vrstev

(Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008; Vorlíček a kol., 2012; Rob, 2003; Šafář, 2000)

## **2.4 RIZIKOVÉ FAKTORY**

Karcinom děložního hrdla i jeho prekancerózy jsou v současnosti považovány za pohlavně přenosné onemocnění – jedním z prokazatelných etiologických agens jsou HPV (zejména 16,18). Jasná příčina vzniku onemocnění není známá, ale známe rizikové faktory. Počáteční epidemiologická data prokázala přímý kauzální vztah mezi karcinomem cervixu a sexuální aktivitou. Pravděpodobnost přenosu těchto onkogeních virů souvisí s následujícími faktory:

- a) časný věk koitarche (před 17. rokem)
- b) počet sexuálních partnerů
- c) nepřímo také užívání hormonální antikoncepce
- d) poruchy buněčné a humorální imunity
- e) nutriční stav
- f) kouření
- g) genitální infekce (chlamydie, HSV, HIV, atd.)
- h) nízký socioekonomický status
- i) nízký věk prvního porodu
- j) HIV pozitivita, imunodeficience, imnosuprese
- k) věk
- l) rodinná zátěž

Zvýšené riziko vzniku karcinomu děložního hrdla mají také nosičky mutace genu BRCA 1, BRCA 2. Početné studie prokázaly ve skupinách imunosuprimovaných osob zvýšenou incidenci a progresi HPV infekcí. Jako ochranný faktor se v posledních studiích ukazuje používání kondomu (snižuje riziko vzniku lézí u infikovaných žen). Mezi rozhodující prognostické faktory patří postižení regionálních (juxtaregionálních) lymfatických uzlin. Závažné je zejména postižení paraaortálních uzlin. Negativním prognostickým faktorem je také invaze do krevních a lymfatických cév a grading tumoru. Prognózu významně ovlivňují faktory léčbě (adekvátní radikalita operačního výkonu či optimální radioterapie). (Cibula, 2007; Tachezy, 2006; [www.hpv.cervix.cz](http://www.hpv.cervix.cz))

## 2.5 ŠÍŘENÍ NÁDORU

### 1. *Per continuitatem*

Nejčastěji se nádory šíří do stromatu hrdla, děložního těla, pochvy a parametrií. Další možné šíření je do okolních orgánů (močový měchýř, rektum).

### 2. *Lymfatickými cévami*

Za regionální lymfatické uzliny jsou považovány všechny pánevní uzliny. Nejčastěji jsou postiženy uzliny ilické a obturatorní. Postižení paraaortálních uzlin se vždy považuje za sekundární – při současném postižení pánevních uzlin.

### 3. *Hematogenní šíření*

Nejčastěji se nádory šíří do jater, plic, kostí. (Vorlíček a kol., 2012; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012)

## 2.6 KLINICKÉ PROJEVY KARCINOMU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Většina časných stadií cervikálního karcinomu probíhá asymptomaticky. Nádor se může projevit krvácením zejména po koitu, vodnatým zakrnělým výtokem, může být i purulentní páchnoucí výtokem. Bolesti v malé pánvi a v bedrech jsou známkou pokročilého stádia onemocnění. Lymfedém dolních končetin je též projevem pokročilých stádií. (Pilka, Procházka a kol., 2012)

## 2.7 DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ

Pro stanovení optimální léčby je důležitá diagnostika onemocnění. Klinické stádium onemocnění je stanoveno na základě základních obligatorních vyšetření (anamnéza, gynekologické vyšetření, skiagram plic, základní biochemické vyšetření krve. Mezi základní vyšetření patří bimanuální vyšetření (rektovaginální, per rektum). Další diagnostiku zahrnuje kolposkopické vyšetření, biopsie, histologie, diagnostická konizace, trachelektomie (odstranění asi dvou třetin děložního hrdla).

- **Kolposkopie** je optické vyšetření, které pomáhá odhalit změny na sliznici děložního čípku, případně v pochvě nebo na zevních rodidlech. Je nedílnou součástí preventivních gynekologických prohlídek a slouží k časnému zachytu přednádorových, nádorových, zánětlivých i jiných změn na děložním čípku.
- **Magnetická rezonance** je velmi vhodná k posouzení vnitřní struktury nádoru a šíření do okolních orgánů. Nevýhoda CT i NMR spočívá v omezené možnosti detekce menších lézí menších než 1 cm .
- Nejcitlivější metodou je vyšetření **PET s F- fluorodeoxyglukózou**. Pozitronová emisní tomografie ( PET- CT) se v rámci stagingu běžně nepoužívá, její doménou je detekce recidiv a reziduí.
- **Hysteroskopie** je spolehlivá metoda pro diagnostiku fokálních endometriálních patologií. Výhodou hysteroskopie je přímé nahlížení do dutiny děložní a odejmutí vzorku (biopsie). Biotický vzorek umožní určení histologického typu a gradingu nádoru.
- **Histologie** spočívá ve zkoumání odebrané tkáně jedinci. Z praktických důvodů se histologie dělí na obecnou a speciální histologii. Obecná histologie je nauka o struktuře základních typů tkání. Speciální histologie se zabývá mikroskopickou stavbu jednotlivých orgánů.
- **Abraze endocervikálního kanálu**, endocervikální kyretáž- tyto výkony lze provádět samostatně jako doplněk kolposkopického vyšetření.
- **Kolposkopicky cílená excize** – indikuje se při kolposkopickém nálezů suspektní invaze na exocervixu. (Sláma, 2010; Šafář, 2000; Roztočil a kol., 2011; Vorlíček a kol., 2012; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012; Halaška, Kolařík, Feyereisl, 2008)

## **LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ**

Provádí se biochemické vyšetření krve s vyšetřením funkce jater a ledvin (včetně clearance kreatininu), základní hematologie, krevní skupina + HIV, HBsAg. Dále se vyšetřují tumorové markery. SCCA (squamous cell carcinomaantigen) u spinocelulárních lézí, CA 125, CA 15 – 3 (u adenokarcinomu), CEA. (Dubská, Valík, 2011)

## **STAGINGOVÁ VYŠETŘENÍ**

### **1. Obligatorní vyšetření**

- Anamnéza
- Gynekologické vyšetření
- Laboratorní vyšetření
- Ultrazvuk malé pánve – umožňuje měření objemu tumoru
- Cystoskopie – (podle FIGO je cystoskopie obligatorněindikována pouze u pokročilých stádií onemocnění)
- USG břicha, jater, ledvin
- Předozadní RTG snímek hrudníku

### **2. Fakultativní vyšetření**

- NMR, PET - CT
- CT břicha, malé pánve, retroperitonea
- Rektoskopie
- Intravenózní vylučovací urografie
- Lymfografie

## 2.7.1 CHIRURGICKÁ DIAGNOSTIKA

Histologická diagnóza může být provedena zhodnocením vzorku získaného z některých metod.

- **Minibiopsie**(punch biopsie) – u ne zcela jasných nálezů se provádí pod kolposkopickou kontrolou, tento odběrem je vhodný k odběru vzorku epitelu se spodinou stromatu.
- **Cílená excize** – provádí se k ověření suspektního nálezu na hrdle
- **Kyretáž**(abraze) hrdla dělohy – užívá se buď samostatně nebo jako doplněk biopsie nebo konizace při podezření na karcinom lokalizovaný v hrdle
- **Exkochleace**– je možná u klinicky evidentních karcinomů
- **Konizace/rekonizace** (laser, LEEP) – provádí se u podezření na subklinický karcinom

(Sláma, 2010; Šafář, 2000; Roztočil a kol., 2011; Vorlíček a kol., 2012; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012; Halaška, Kolařík, Feyereisl, 2008)

## 3 TERAPIE

V léčbě cervikálního karcinomu se může uplatnit hned několik léčebných procesů (chirurgická léčba, chemoterapie, radioterapie, podpůrná léčba).

### 3.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA

U pacientky v celkově dobrém stavu a s karcinomem děložního hrdla se v časném stádiu provádí chirurgická léčba, některé operace lze i provést laparoskopicky. Výhodou operační léčby je možnost zachování funkce vaječnicků u mladších žen. U pokročilejších onemocnění je chirurgická léčba součástí komplexní léčby spolu s radioterapií, chemoterapií. Velmi malý počínající neinvazivní karcinom (in situ) se léčí konickým vytětím části čípku – *konizací*. U invazivních nepokročilých karcinomů se provádí radikální výkon spočívající v *hysterektomii*, *oboustrannéadnexetomii*, odstranění *parametrií* a poševní manžety a odstranění příslušných uzlin.

*Chirurgické výkony můžeme rozdělit do několika skupin:*

- a) **Diagnostické výkony** – odběr materiálu k histologickému vyšetření, TNM klasifikace apod.
- b) **Profylaktické (preventivní) operace** – odstranění prekanceróz děložního čípku
- c) **Kurativní léčebné výkony** u klientů s nádory v časném stádiu bez metastatického postižení
- d) **Operační výkony** u klientů s pokročilými nádory
- e) **Paliativní chirurgické výkony** – významně neovlivní délku života klienta, ale zlepší jeho kvalitu

#### OPERACE NA DĚLOZE

##### a) KONZERVATIVNÍ OPERACE

**KONIZACE-** je vhodným chirurgickým řešením pro cervikální karcinom in situ, používá se v případě, že léze zasahuje hlouběji do cervikálního kanálu

*Techniky provedení*

- **Konizace kličkou** – výkon polokruhovitou kličkou je nejvhodnější pro zcela exocervikálně uložené léze a pro úzké léze v transformační zóně
- **Konizace „cowboyhut“** – výkon je proveden tak, že na konizaci kličkou navazuje identický výkon pomocí kličky o menším průměru

- **Konizace praporkem** – praporek se uplatní u všech typů transformační zóny
- **Konizace jehlou** – elektrofrequenční jehla se uplatní u všech typů transformační zóny, vhodná je zejména pro hlubší endocervikální excize, pro rozsáhlejší výkony.
- **Konizace skalpelem** – použití skalpelu je často zatracováno pro nepříznivé výsledky hojení, hlavní nevýhodou je riziko krvácení a technická obtížnost výkonu
- **Konizace laserem** – laser je možno použít k ošetření všech typů patologických nálezů na děložním hrdle

**PROSTÁ TRACHELEKTOMIE**- je alternativou konizace u onemocnění stadia IA1 bez angioinvasze

**RADIKÁLNÍ TRACHELEKTOMIE** – indikací k tomuto výkonu jsou pokročilá stádia karcinomu děložního hrdla, znamená odstranění asi dvou třetin děložního hrdla a přibližně poloviny parametrií.

**PROSTÁ HYSTEREKTOMIE**(abdominální, vaginální, LAVH) - je vhodným chirurgickým řešením

#### **b) RADIKÁLNÍ OPERACE**

Radikální trachelektomie s laparoskopickou pánevní lymfadenektomií. K operaci je nutná znalost délky děložního hrdla, tak aby bylo možno zachovat alespoň 10mm funkční cervikální tkáň.

- Radikální vaginální hysterektomie s laparoskopickou lymfadenektomií
- Radikální hysterektomie s pánevní lymfadenektomií - radikalita se řídí rozsahem onemocnění, kritéria pro volbu se mohou lišit podle zvyklostí pracovišť. Radikální hysterektomie je základním operačním výkonem v léčbě karcinomu děložního hrdla. Dochází k vyjmutí dělohy bez odstranění adnex ani provedení lymfadenektomie. Současné provedení adnexektomie a pánevní lymfadenektomie se provádí velmi často, jedná se však o odlišné výkony, které musí být při indikaci definovány odděleně. Od prosté hysterektomie se radikální operace odlišuje v resekci proximální části pochvy a resekci parametrií.

- **LYMFADENEKTOMIE-** Pánevní lymfadenektomie je rutinně indikována u stadia IA2 a vyšších. Paraaortální lymfadenektomie se obvykle provádí, pouze v případech vznikne-li v průběhu operace podezření na postižení uzlin. Podle TNM klasifikace je ke stagingu tumoru zapotřebí získat alespoň 10 pánevních lymfatických uzlin. Lymfadenektomie je jedinou spolehlivou metodou, která zhodnotí stav pánevních uzlin. V klasickém přístupu laparatomickém, jsou uzliny odstraněny buď během stagingové laparotomie, anebo během kompletní radikální operace.

#### c) **EXPLORATIVNÍ LAPAROTOMIE**

Jde o alternativu pro operační výkon, při němž byla zjištěna infiltrace parametrií. Je-li to možné, ukončí se operace s ponecháním dělohy, což umožňuje primární kurativní radioterapii, resp. chemoterapii.

#### d) **TRANSPOZICE ADNEX**

Adnexektomie není standardní součástí radikální hysterektomie v léčbě karcinomu děložního hrdla. U žen ve fertilním věku se nabízí možnost zachování adnex. V případě ponechání se provádí jejich transpozice, tj. uvolnění cévní stopky a následná fixace, většinou do parakolických prostor. Dalším důvodem pro transpozici je jejich vysunutí mimo ozařované pole pánve. (Sláma, 2010; Šafář, 2000; Roztočil a kol., 2011; Vorlíček a kol., 2012; Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012; Halaška, Kolařík, Feyereisl, 2008; Jurkovič, 2003)

#### e) **LAPAROSKOPIE**

Chirurgická léčba pacientek s časným karcinomem čípku zahrnuje laparotomii. Obvykle se ve většině center provádí laparotomicky pánevní lymfadenektomie a uzliny jsou hodnoceny metodou „frozesection“. Přítomnost metastáz v pánevních lymfatických uzlinách je při onemocnění karcinomem čípku jednoznačně nejdůležitějším prognostickým faktorem, a to zejména u pacientek s časným záchytem.

V gynekologické onkologii je několik oblastí, kde se jednoznačně ukazuje, že laparoskopie bude rutinně využívána (karcinom čípku). Transperitoneální přístup, použitý při stagingu pacientek při časném karcinomu děložního čípku, publikoval v roce 1991 Querleu. Standardizace techniky lymfadenektomie umožňuje v současnosti i rozvoj laparovaginální radikální chirurgie. Typickým příkladem je laparoskopicky vaginální hysterektomie pro časný karcinom děložního čípku.



### ***Laparoskopicky lze u cervikálních malignit provádět:***

- a) Laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií (LAVH)
- b) Laparoskopicky asistovanou radikální vaginální hysterektomií (LAVRH), laparoskopicky radikální hysterektomií (LRH)
- c) Laparoskopickou lymfadenektomií doplněnou radikální vaginální hysterektomií nebo radikální trachelektomií

Laparoskopický přístup v řešení endometriálního karcinomu je akceptována stále více. V České republice proběhla multicentricky rozsáhlá studie s velmi příznivými závěry na základě analýz. Laparoskopie byla možná i u obézních pacientek, a to s minimem komplikací. (Sláma, 2010; Roztočil a kol. 2011)

## **3.2 RADIOTERAPIE**

Radioterapie je využívána u všech radiosenzitivních nádorů (citlivých na záření). Jedná se o léčbu pomocí radioaktivního záření, zdrojem jsou lineární urychlovače, rentgenové ozařovače, radiokobaltové a radiocesiové ozařovače.

### **TYPY RADIOTERAPIE**

#### **a) Transkutánní ozařování**

Provádí se pomocí externího zdroje záření z určité vzdálenosti od těla. Pře ozařování se provádí přesné zaměření nádoru pomocí speciálního rentgenového přístroje (simulátor). Ozáření se může provést jednorázově nebo ve více frakcích.

#### **b) Brachyradioterapie**

Zdroj záření se zavádí do těsné blízkosti nádoru nebo přímo do oblasti nádoru. Doba záření je několik minut, možnost provést ambulantně. Nejčastěji se používá k léčbě nádorů děložního těla čípku.

#### **c) Nitrožilní léčba pomocí radionuklidů**

Využívá se selektivního (výběrového) vychytávání radionuklidu v cílovém orgánu (nádoru), vede k vysokým dávkám záření v těchto ložiscích při minimálních vedlejších účincích.

#### **d) Teleterapie – zevní ozáření, využívá ozařování svazkem záření procházejícího ze zdroje umístěného mimo tělo pacienta.**

Radioterapie je efektivní a úspěšnou léčbou, zvláště pokročilých forem cervikálního karcinomu. Výsledky radioterapie jsou obdobně jako výsledky operační

léčby tím lepší, čím je menší objem nádoru. Nejčastěji se indikuje jako primární u II. klinického stádia. Kurativní radioterapie má za cíl primární léčbu onemocnění tam, kde není jako primární léčebná metoda indikována chirurgická léčba.

*Adjuvantní* radioterapie slouží k postižení reziduální nemoci po chirurgické léčbě a má za cíl snížení rizika lokoregionálních recidiv. *Neoadjuvantní* radioterapie se využívá tam, kde nelze primárně provést chirurgický výkon. *Konkomitantní radiochemoterapie* využívá potenciačního efektu chemoterapie podávané současně s radioterapií. Používá se jako kurativní léčba (nádory děložního hrdla, nádory vulvy). *Paliativní* radioterapie má za cíl především úlevu od obtíží. (Vorlíček a kol., 2012; Slezáková a kol., 2007)

**a) Kurativní radioterapie**

Primární radioterapie spočívá v kombinaci tele- a brachyradioterapie. Samostatná *tele*radioterapie vede k nižší lokoregionální kontrole a většímu množství centrálních pánevních recidiv. Při nemožnosti *brachy*terapie jsou k doplnění dávky v posledních letech využívány nové (tzv. konformní) techniky zevní radioterapie, které se zaměřují na přesné tvarování cílového objemu s maximálním šetřením zdravých tkání.

**b) Paliativní radioterapie**

Většinou se používá zevní radioterapie, popřípadě v kombinaci s brachyterapií- podle rozsahu onemocnění a stavu nemocné. Paliativní radioterapii lze užít i pro metastatické postižení – většinou uzlinové, plicní, kostní, lze ji použít jako hemostyptické ozáření. V případě vaginálních krvácejících metastáz lze využít paliativní vaginální aplikaci brachyterapie.

**c) Pooperační radioterapie**

Pooperační ozáření je indikované v případě nepříznivých prognostických faktorů metastatické postižení lymfatických uzlin. (Vorlíček a kol., 2012)

### **3.3 CHEMOTERAPIE A PODPŮRNÁ LÉČBA**

Chemoterapie znamená podávání léků s protinádorovým účinkem (cytostatik). Cytostatika zastavují buněčné dělení a ničí buňky tím, že poškozují jejich genetickou informaci. Cytostatika poškozují nejvíce rychle se dělící buňky. Chemoterapie se využívá jako adjuvantní léčba nebo neoadjuvantní, u inoperabilních nádorů se používá v kombinaci s radioterapií.

Karcinom děložního čípku nepatří k chemosenzitivním nádorům. Z cytostatik prokázala největší účinnost cisplatina a ifosfamid. Význam systémové léčby se u karcinomu děložního hrdla v posledních 10 letech výrazně zvýšil. Cytostatická léčba je využívána zejména u časných stádií onemocnění v neoadjuvanci. Chemoterapie se provádí neoadjuvantně (předoperačně) u pokročilejších nádorů. Běžně se chemoterapie používá jako paliativní.

#### **INDIKACE**

*Neoadjuvantní chemoterapie* je indikována v časných stádiích u lokálně pokročilých objemných nádorů (bulky tumorů) nebo u nádorů s kumulací rizikových faktorů. V primární i adjuvantní léčbě pokročilých stádií je standardně využíváno chemopotenciačního účinku radioterapie. Je limitováno celkovým stavem pacientky, a v případě recidivy i lokalizací nádoru a předchozí léčbou.

(Jurkovič, 2003; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008; Kolektiv autorů, 2005; Pilka, Procházka, 2012; Vorlíček a kol., 2012)

#### **PODPŮRNÁ LÉČBA**

Podpůrná léčba zahrnuje léčiva, která nejsou zaměřena přímo proti nádorovému onemocnění, předchází nežádoucím účinkům vlastní protinádorové léčby nebo takové účinky mírní a protinádorovou léčbu tak umožňuje. Rovněž mírní příznaky nádorového onemocnění a vede ke stabilizaci nebo zlepšení kvality života.

## 4 PREVENCE NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

- 1) **Primární prevence** – Je zaměřena na asymptomatické jedince a má zabránit vzniku nádorového procesu. Zahrnuje především úpravu životního stylu (zanechání kouření, konzumace alkoholu, dostatek vlákniny, vitamínů atd.). Nezabývá se pouze prevencí vzniku chorob, ale také pozitivním zlepšováním zdravotního stavu.
- 2) **Sekundární prevence** – Týká se lidí s preneoplastickou progresí, ale bez malignity.
- 3) **Terciární prevence** – Je zaměřena na jedince, kteří prodělali zhoubné onemocnění, má zabránit vzniku sekundárních malignit.

### 4.1 PREVENCE KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA

Nejdůležitějším preventivním opatřením, které je určeno pro každou ženu, je aktivní vyhledávání prekanceróz děložního hrdla pomocí cytologických screeningových vyšetření. Cílem je zajistit ošetření ještě před rozvojem invazivního nádoru. Druhou možností je zabránit samotnému přenosu HPV infekce. Nejjednodušší metodou je používání kondomu, který je nadále považován za významný prostředek primární prevence omezující riziko přenosu infekce. Dalšími preventivními opatření jsou: přestat kouřit, stálý partner.

Za další preventivní opatření jsou gynekologické prohlídky. Jsou v ČR hrazeny zdravotními pojišťovnami jednou ročně od 15 let. Preventivní prohlídka zahrnuje rodinou, pracovní a osobní anamnézu; vyšetření prsů (aspekci a palpaci); aspekci kůže; vyšetření v zrcadlech a kolposkopii, odběr materiálu k cytologickému a bakteriologickému vyšetření, palpační bimanuální vyšetření, vyšetření per rektum.

Nejnovější a nejspolehlivější metodou primární prevence je profylaktická vakcinace. Po očkování dojde k rozvoji specifické humorální imunity zaměřené proti genotypům viru obsaženým ve vakcíně. Aktuálně používané vakcíny jsou určeny pouze k prevenci infekce a nevykazují žádný terapeutický efekt. Vakcíny jsou zaměřeny proti infekci hlavními onkogeními genotypy HPV – HPV 16, HPV 18, které jsou příčinou asi 70 % případů karcinomu děložního hrdla. Vakcíny jsou bezpečné a rizika jejich podání jsou minimální. Očkování všemi třemi dávkami intramuskulárních injekcí provádějí praktičtí lékaři pro děti a dorost a gynekologové. Nejlepších výsledků je dosaženo u žen a dívek, které se ještě s HPV infekcí nesetkaly. Za ideální věk pro případnou plošnou

vakcinaci je proto považováno 12–13 let. (Rob, 2003; Šafář, 2000; Vorlíček a kol., 2012; Roztočil a kol., 2011)

## 1. SCREENING

Screening je systematické vyšetřování populace s cílem předejít vzniku konkrétního onemocnění. V gynekologii má smysl screening dysplázií děložního čípku a screening karcinomu prsu. Na začátku roku 2008 zahájilo Ministerstvo zdravotnictví ČR celorepublikový screeningový program zaměřený na včasný záchyt karcinomu děložního čípku. Pravidelné preventivní prohlídky jsou pro ženy nejdostupnější ochranou před onemocněním zhoubnými nádory.

- **Screening prekanceróz děložního čípku** – vyšetření aspekci (kolposkopicky) a vyšetření stěru z děložního čípku a výtěru z endocervikálního kanálu (tzv. Papanicolaouův test).
- **Screening HPV infekce** – HPV DNA test zjistí přítomnost nejčastějších typů HPV
- **Prevence nákazy onkogenními typy HPV** – vakcinace bivalentní (HPV 16, 18) nebo tetravalentní vakcínou (HPV 6, 11, 16, 18) ve věku 9-26 let (nejčastěji před prvním pohlavním stykem).

([www.cervix.cz](http://www.cervix.cz); [www.mou.cz](http://www.mou.cz); [www.cervikalnikarcinom.cz](http://www.cervikalnikarcinom.cz))

## 2. OČKOVÁNÍ

Pojmy očkování a imunizace se velmi často v laické i odborné veřejnosti zaměňují, přičemž každý z nich znamená něco jiného. *Očkování* je procesem vpravení vakcinálního antigenu a ostatních složek očkovací látky do lidského organismu. *Imunizace* je ve své podstatě vytváření nespecifické i specifické imunitní odpovědi v lidském organismu na vakcinální antigen nebo ostatní složky vakcíny.

Vakcíny proti HPV od dvou světových výrobců se objevily v klinickém hodnocení v posledních několika letech i v České republice. V souvislosti s jejich centralizovanou registrací u Evropské lékové agentury se lékaři stále více zajímají o tuto skupinu vakcín. Je to poprvé v historii imunizace, kdy jsou vytvořeny vakcíny k prevenci vysokého stupně cervikální dysplázie, cervikálního karcinomu, atd.

([www.vsecomuzu.cz](http://www.vsecomuzu.cz); [www.cervarix.cz](http://www.cervarix.cz))

### **a) Vakcína Silgard**

Silgard, injekční suspenze v přeplněné injekční stříkačce, vakcína proti lidskému papilomaviru [6, 11, 16, 18] (rekombinantní, adsorbovaná). Podává se injekčně ve třech dávkách. U žen ve věku do 45 let vakcína chrání proti rakovině děložního čípku, předrakovinným změnám na děložním čípku, zevních rodidlech a v pochvě, rakovině análního otvoru, předrakovinným stavům v oblasti análního otvoru a genitálním bradavicím. Dívky a ženy ve věku od 9 let do 45 let silgard chrání proti: rakovině děložního čípku, pochvy a zevních rodidel způsobené HPV typu 16 a 18, rakovině análního otvoru způsobené typy 16, 18; abnormálním a přednádorovým lézím pochvy a zevních rodidel způsobené typy 6, 11, 16, 18; genitálním bradavicím způsobeným typy 6 a 11. Ženy, které mají abnormální nález na čípku a podstoupily konizaci děložního čípku, jsou ty, jejichž organismus si nebyl schopen s nákazou HPV sám vypořádat a infekce u nich po dlouhou dobu přetrvávala. Konizace sice odstraní nemocnou tkáň, ale vzhledem k vnímavosti organismu k HPV infekci se žena může infikovat znovu a opět se s infekcí sama nedokáže vyrovnat. Tím, co dokáže imunitnímu systému v boji proti naze HPV pomoci je očkování. I když jsou ženy očkovány vakcínou SILGARD, je důležité, aby i nadále podstupovali screening u gynekologa. Vakcína SILGARD je určena pro děti od 9 let. Pro dívky od dovršeného 13. do dovršeného 14. roku je očkování částečně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Na očkování chlapců přispívají některé zdravotní pojišťovny. (www.vsecomuzu.cz, 13.10.2013)

### **b) Vakcína Cervarix**

Vakcína Cervarix™ byla cíleně vyvinuta na ochranu před rakovinou děložního čípku, a to s ohledem na účinnost a bezpečnost. Cervarix™ poskytuje dívkám a ženám, které se ještě s HPV viry neseťkaly, celkovou 93% ochranu proti pokročilým změnám na děložním čípku a jejich rozvoji v rakovinu děložního čípku bez ohledu na typ HPV viru. Účinnost 93 % se vztahuje k nejtěžším přednádorovým změnám na děložním čípku (CIN3+), které jsou posledním předstupněm před rakovinou děložního čípku. Podmínkou pro dosažení takto vysoké ochrany je očkování před zahájením sexuálního života, tzn. očkování dívek, které se ještě s HPV viry neseťkaly.

Nejnovější výsledky studií tak potvrzují, že Cervarix™ chrání nejen proti nejčastějším typům virů HPV 16,18, které stojí přibližně za 70 % případů rakoviny děložního čípku, ale že poskytuje ochranu také proti některým dalším vysoce rizikovým typům HPV virů.

Od zavedení vakcíny na trh, kdy se cena očkování proti rakovině děložního čípku blížila k 10 000 Kč, došlo k výraznému snížení jeho ceny. Orientační cena 3dávkového očkovacího schématu vakcíny Cervarix™ je 5 490 Kč. Navíc starší dívky a ženy mohou využít příspěvků jednotlivých zdravotních pojišťoven. Navíc je očkování vakcínou Cervarix od 1. 4. 2012 pro všechny 13leté dívky plně hrazeno.(www.cervarix.cz, 13. 10.2013)

## 4.2 PROGNOZA ONEMOCNĚNÍ

Nejdůležitějším prognostickým faktorem je velikost nádoru a přítomnost metastáz v lymfatických uzlinách. Gynekologické vyšetření má sklon skutečnou velikost podcenit. Magnetická resonance dokáže identifikovat nádory od velikosti 1 cm a objektivně stanovit jejich velikost v případě vnějšího edému naopak skutečnou velikost spíše přeceňuje.

Nepříznivé prognostické faktory (faktory svědčící pro horší průběh onemocnění) jsou invaze nádorových buněk do cévního systému, pokročilé stádium onemocnění, postižení lymfatických uzlin, nádor větší než 4 cm a v neposlední řadě výskyt v mladém věku. Prognóza onemocnění v časném stádiu je velmi dobrá, s pokročilostí choroby se výrazně zhoršuje. (www.cs.wikipedia.org)

Ca in situ (TIS)	Trvalé vyléčení u 100%	
Stádium I	75-90%	5 let přežití
Stádium II	50-70%	5 let přežití
Stádium III	30-40%	5 let přežití
Stádium IV	10-15%	5 let přežití

Zdroj: (www.cls.cz/dokumenty2/os/r109.rtf)

### ***PROGNOSTICKÉ FAKTORY***

- staging
- histologický typ, včetně stupně diferenciac
- velikost tumorózní léze
- hloubka invaze, pooperačně- adekvátnost chirurgického řešení

## 5 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU

Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo zjištění míry znalostí o problematice rakoviny děložního čípku. Hlavními respondenty byly ženy a dívky rozdělené do čtyř věkových kategorií., jejichž výsledky byly porovnávány. Dalším cílem bakalářské práce bylo doplnění znalostí a informací o této problematice. Domníváme se, že toto onemocnění je podceňováno a rizikové faktory tohoto onemocnění nejsou dostatečně veřejnosti známy.

### 5.1 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Zjištění informovanosti žen a dívek v různých věkových kategoriích v oblasti rakoviny děložního čípku.

### 5.2 PRŮZKUMNÉ CÍLE, PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Cíl 1: Zjistit obecné znalosti žen a dívek o rakovině děložního čípku.

Cíl 2: Zjistit znalosti žen a dívek o rizikových faktorech pro vznik rakoviny děložního čípku.

Cíl 3: Zjistit znalosti žen, dívek o diagnostice a prevenci rakoviny děložního čípku.

Průzkumná otázka 1a: Mají ženy a dívky základní informace o rakovině děložního čípku?

Průzkumná otázka 1b: Znají ženy a dívky příznaky rakoviny děložního čípku?

Průzkumná otázka 2a: Považuje respondent kouření za rizikový faktor pro vznik rakoviny?

Průzkumná otázka 2b: Myslí si respondent, že zahájení sexuálního života před 17. rokem je také rizikovým faktorem?

Průzkumná otázka 2c: Znají HPV?

Průzkumná otázka 3a: Znají respondenti prevenci rakoviny děložního čípku?

Průzkumná otázka 3b: Považují respondenti pravidelné návštěvy u gynekologa jako prevenci? Umí určit detekci tohoto onemocnění?

Průzkumná otázka 3c: Věnují se média této problematice dostatečně?



### **5.3 METODA VÝZKUMU**

K získávání potřebných údajů jsme zvolili kvantitativní metodu průzkumu s pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku (Příloha A), který obsahoval 19 otázek. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků a jejich návratnost byla 100%. Zvolily jsme čtyři věkové kategorie žen a do každé z nich bylo rozdáno po 25 dotaznicích. Celý výzkum probíhal na Kutnohorském okrese. Odpovědi jsme vyhodnotili v programu MS Office Excel 2007 a následně převedli do tabulek a grafického znázornění. Dále pak v MS Office Word. Výsledky jsou zaznamenány v absolutních a relativních číslech. Relativní čísla jsou uvedena v procentuálním vyjádření.

### **5.4 ČASOVÝ HARMONOGRAM**

Od ledna 2013 jsme sestavovali literární zdroje pro teoretickou část naší bakalářské práce. V dubnu 2013 jsme stanovovali cíle práce a na základě cílů jsme vypracovali dotazník. Vlastní sběr dat probíhal září 2013. V únoru 2014 jsme získaná data a údaje postupně vyhodnocovali.

### **5.5 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU**

Ke sběru dat jsme zvolili respondenty v okrese Kutná Hora. Respondenti byli rozděleni do čtyř věkových kategorií 13-17 let, 18-27 let, 28-39 let, 40-50 let. V kategorii 13-17 let, jsme zvolili žáky ze ZŠ po souhlasu ředitele školy. Pro kategorii 18-27 let jsme vybrali respondenty na střední škole. V kategorii 28-39 let a 40-50 let byly respondenti vybráni náhodně.

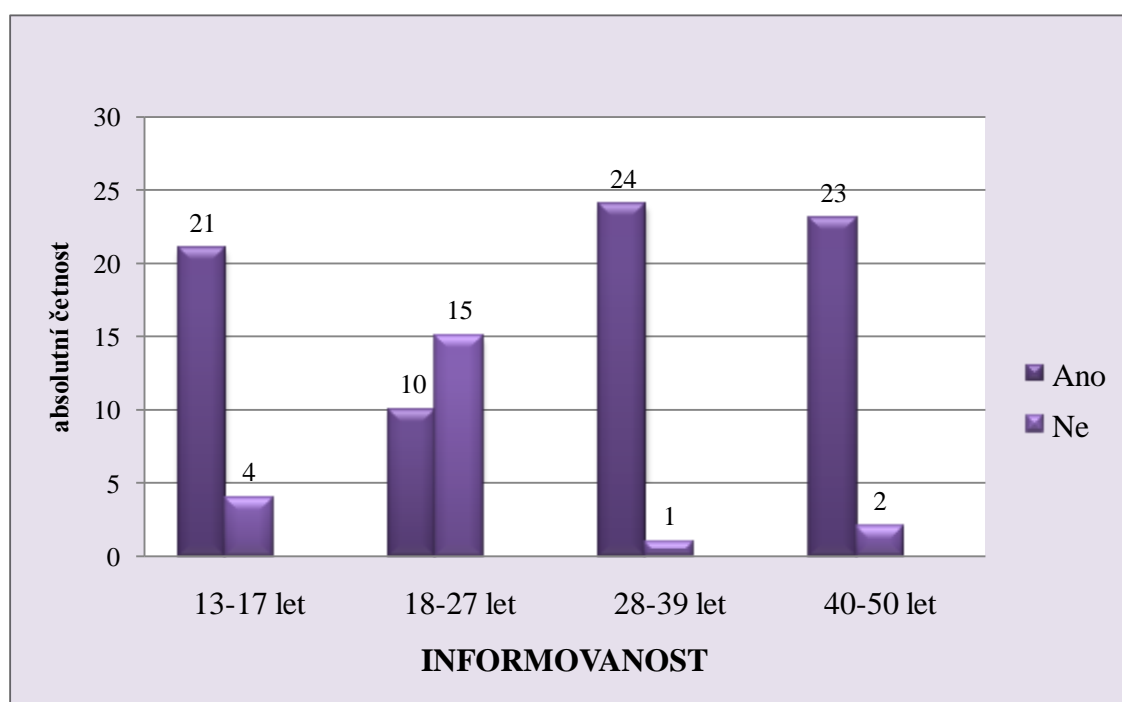
## 5.6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

**Položka 1** Máte informace o rakovině děložního čípku?

**Tabulka 1** Informovanost o rakovině děložního čípku

Informace	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Ano	21	84%	10	40%	24	96%	23	92%
Ne	4	16%	15	60%	1	4%	2	8%
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Graf 1** Informovanost



Z této tabulky a grafu je patrné, že ve věkových kategoriích se převážně respondentky domnívají, že mají dostatek informací: **84%** dívek (13-17 let), **40%** žen (18-27 let), **96%** žen (28-39 let) a **92%** žen (40-50 let).

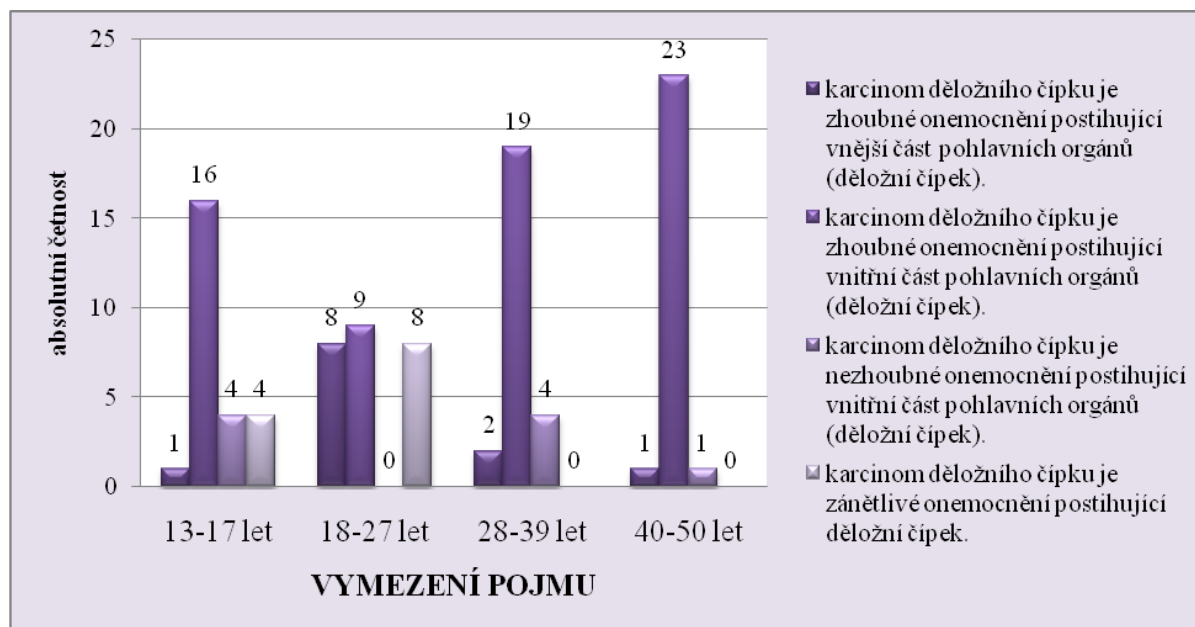
**Položka 2** Jak byste co nejpřesněji definovali karcinom děložního čípku?

- karcinom děložního čípku je zhoubné onemocnění postihující vnější část pohlavních orgánů (děložní čípek).
- karcinom děložního čípku je zhoubné onemocnění postihující vnitřní část pohlavních orgánů (děložní čípek).**
- karcinom děložního čípku je nezhoubné onemocnění postihující vnitřní část pohlavních orgánů (děložní čípek).
- karcinom děložního čípku je zánětlivé onemocnění postihující děložní čípek.

**Tabulka č 2** Definice rakoviny děložního čípku

Definice	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
<b>A</b>	1	4%	8	32%	2	8%	1	4%
<b>B</b>	16	64%	9	36%	19	76%	23	92%
<b>C</b>	4	16%	-	-	4	16%	1	4%
<b>D</b>	4	16%	8	32%	-	-	-	-
<b>Celkem</b>	25	100%	25	100%	25	100%	25	100%

**Graf 2** Vymezení pojmu



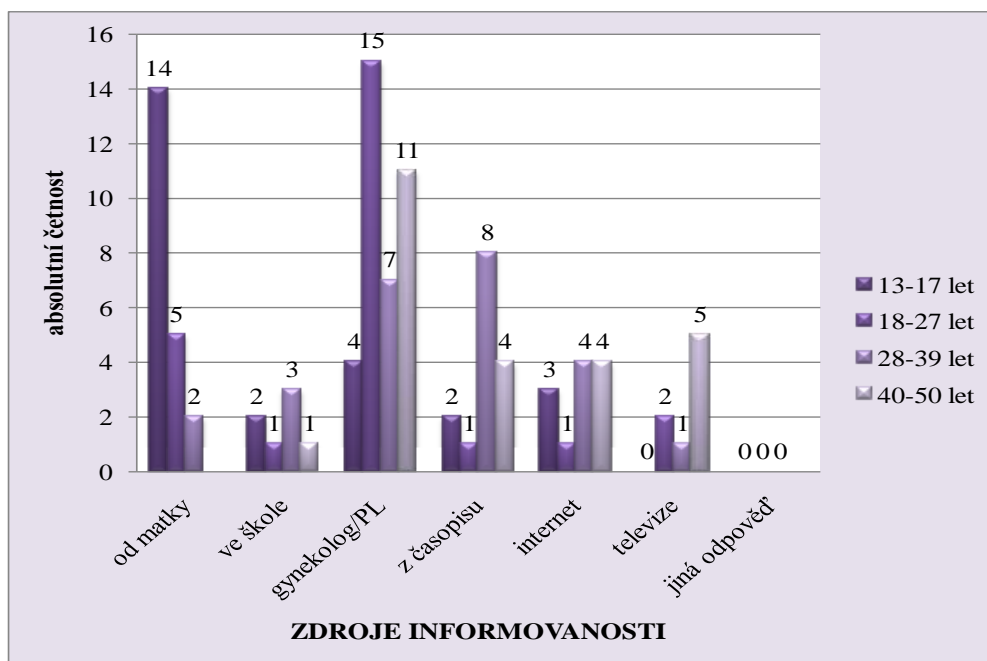
Odpovědi na tuto otázku nás překvapily. Očekávali jsme, že ženy i dívky budou znát definici pro karcinom děložního čípku, avšak odpovědi byly různorodé. Správně odpovědělo **64%** dívek (13-17 let), **36%** žen (18-27 let), **76%** žen (28-39 let) a **92%** žen (40-50 let).

### Položka 3 Kde jste slyšela o rakovině děložního čípku?

Tabulka 3 Zdroje informovanosti

Zdroje	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Od matky	14	56%	5	20%	2	8%	-	-
Ve škole	2	8%	1	4%	3	12%	1	4%
Gynekolog/ PL	4	16%	15	60%	7	28%	11	44%
Časopis	2	8%	1	4%	8	32%	4	16%
Internet	3	12%	1	4%	4	16%	4	16%
Televize	-	-	2	8%	1	4%	5	20%
Jiné	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Graf 3 Zdroje informovanosti



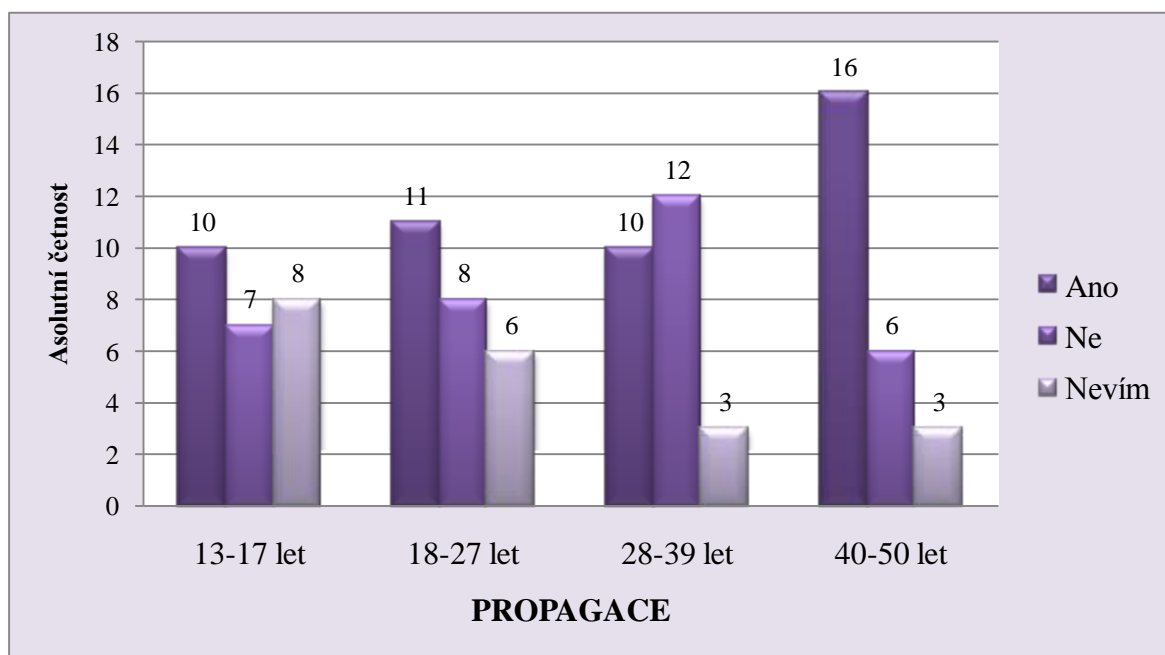
Z grafu, který jsme zhotovili pro větší přehlednost je patrné, že respondenti dostávají nejvíce informací od matky, svého gynekologa/praktického lékaře a z časopisu. Přesně **56%** dívek (13-17 let) dostává nejvíce informací od matky, **60%** žen (18-27 let) od svého gynekologa/praktického lékaře, **32%** žen (28-39 let) z časopisu a **44%** žen (40-50 let) taktéž od svého gynekologa/praktického lékaře.

**Položka 4** Je podle Vás propagace prevence rakoviny děložního čípku dostatečná? (letáčky, časopisy, internet)

**Tabulka 4** Propagace prevence rakoviny děložního čípku

Propagace prevence	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Ano	10	40%	11	44%	10	40%	16	64%
Ne	7	28%	8	32%	12	48%	6	24%
Nevím	8	32%	6	24%	3	12%	3	12%
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Graf 4** Propagace prevence



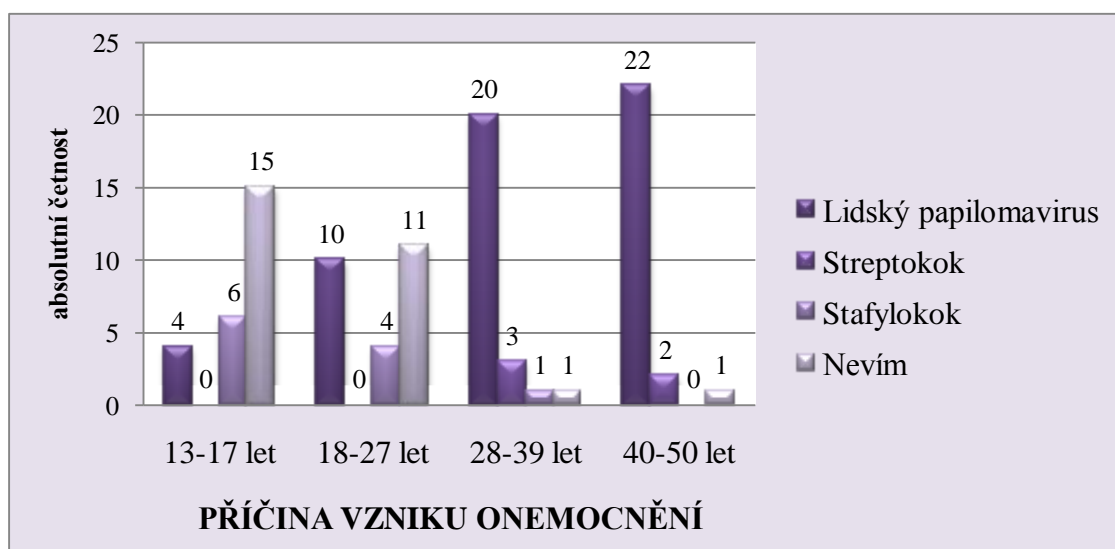
Z odpovědí je patrné, že většina dotazovaných respondentů se domnívá, že propagace prevence týkající se rakoviny děložního čípku je dostatečná. Pouze věková kategorie **28-39 let** se domnívá že není dostačující.

**Položka 5** Co je příčinou rakoviny děložního čípku (infekce HPV)?

**Tabulka 5** Příčina rakoviny děložního čípku

Příčina	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
<b>Lidský papilomavirus</b>	4	16%	10	40%	20	80%	22	88%
<b>Streptokok</b>	6	24%	-	-	3	12%	2	8%
<b>Stafylokok</b>	-	-	4	16%	1	4%	-	-
<b>Nevím</b>	15	60%	11	44%	1	4%	1	4%
<b>Celkem</b>	25	100%	25	100%	25	100%	25	100%

**Graf 5** Příčina onemocnění



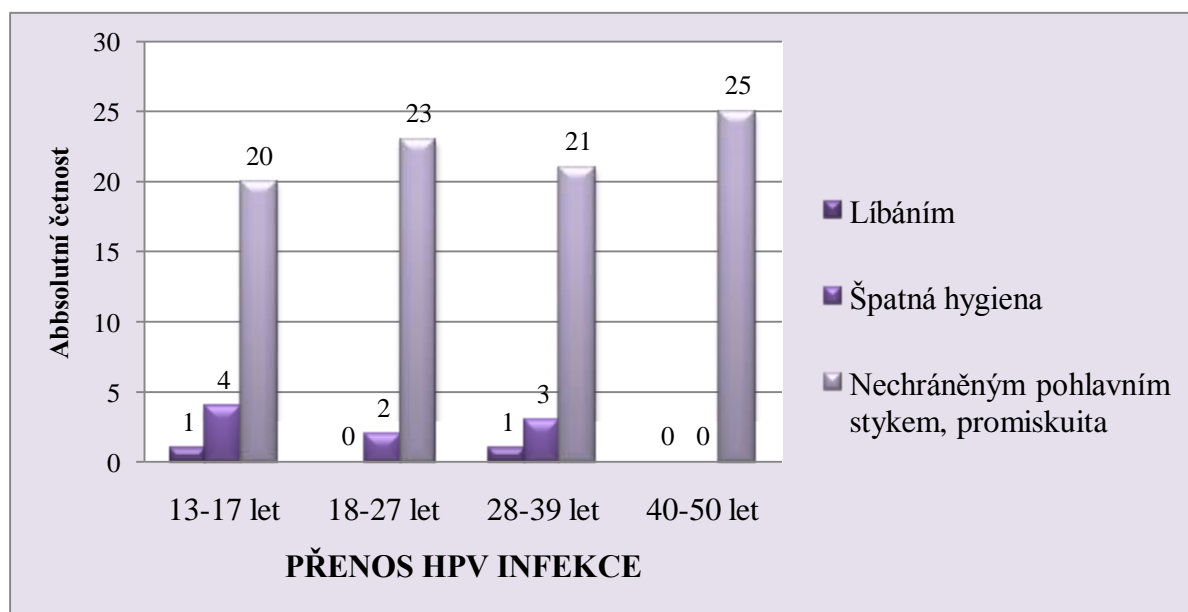
Z grafu, který jsme zhotovili pro větší přehlednost, je patrné, že respondenti vidí největší příčinu pro vznik onemocnění v lidském papilomaviru. Věková kategorie **13 - 17 let** a **18 - 27let** však nezná, neví, co by mohlo být příčinou onemocnění. Správnou odpovědí pro tuto otázku je **lidský papilomavirus**.

**Položka 6** Jak se nejčastěji HPV infekce šíří?

**Tabulka 6** Přenos HPV infekce

Přenos HPV	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Líbáním	1	4%	-	-	1	4%	-	-
Špatná hygiena	4	16%	2	8%	3	12%	-	-
Nechráněným pohlavním stykem, promiskuita	20	80%	23	92%	21	84%	25	100%
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Graf 6** Přenos HPV INFEKCE



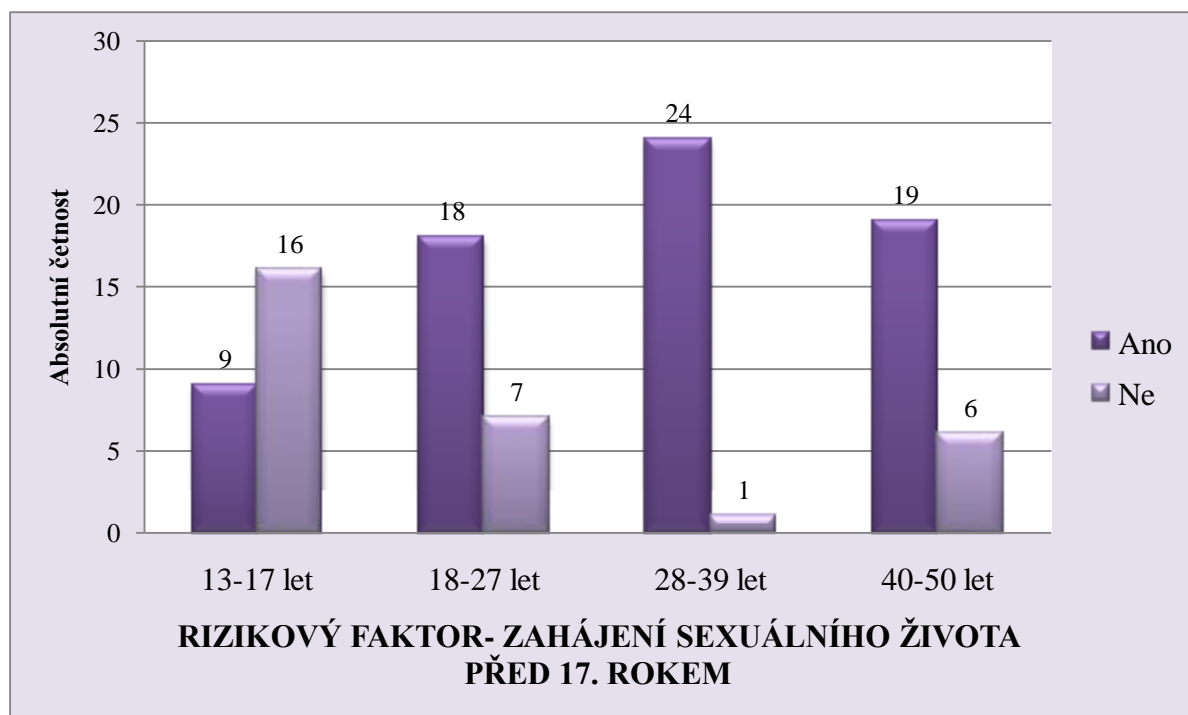
V této otázce jsem zjišťovali, zda respondenti mají přehled o tom, jak se onemocnění šíří. Z výsledků je patrné že převážně odpovídaly nechráněným pohlavním stykem a promiskuitou, což je zároveň i správná odpověď.

**Položka 7** Je jedním z rizikových faktorů karcinomu děložního čípku začátek sexuálního života před 17. rokem?

**Tabulka 7** Rizikový faktor

Rizikový faktor- sexuální život před 17. rokem	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Ano	9	36%	18	72%	24	96%	19	76%
Ne	16	64%	7	28%	1	4%	6	24%
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Graf 7** Rizikový faktor



Z grafu a tabulky vyplývá, že se respondenti domnívají, že začátek sexuálního života před 17. rokem je jedním z rizikových faktorů pro vznik rakoviny děložního čípku. Naopak ve věkové kategorii **13-17 let** se domnívají, že to **není** jeden z rizikových faktorů.

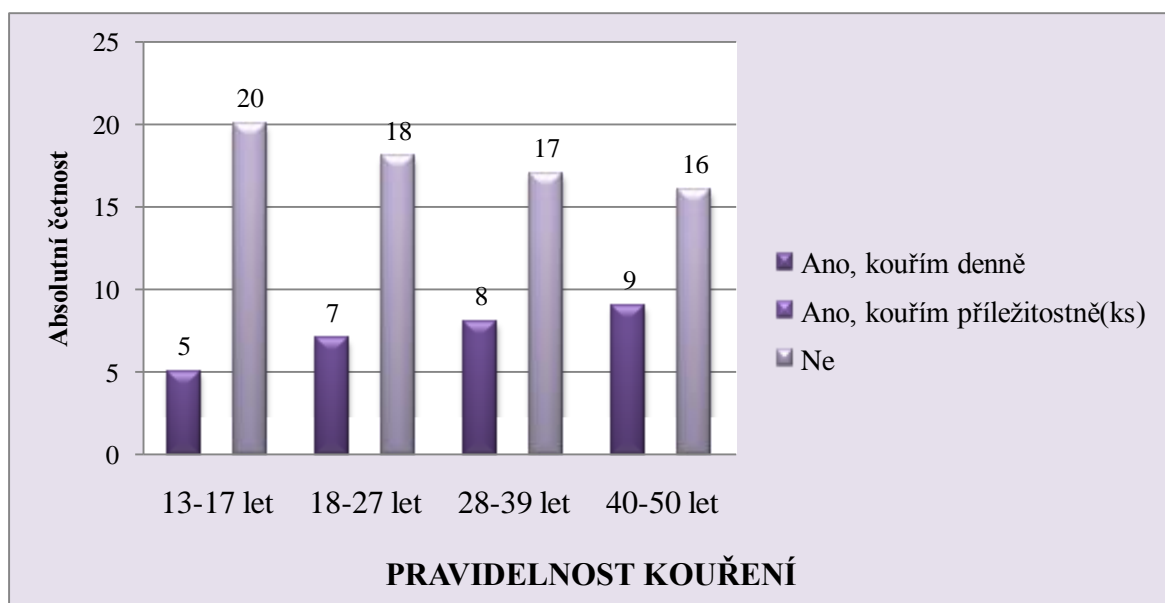


## Položka 8 Kouříte?

Tabulka 8 Kouření

Kouření	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Ano, kouřím denně	5	20%	7	28%	8	32%	9	36%
Ano, kouřím příležitostně (ks)	-	-	-	-	-	-	-	-
Ne	20	80%	18	72%	17	68%	16	64%
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

Graf 8 Pravidelnost kouření



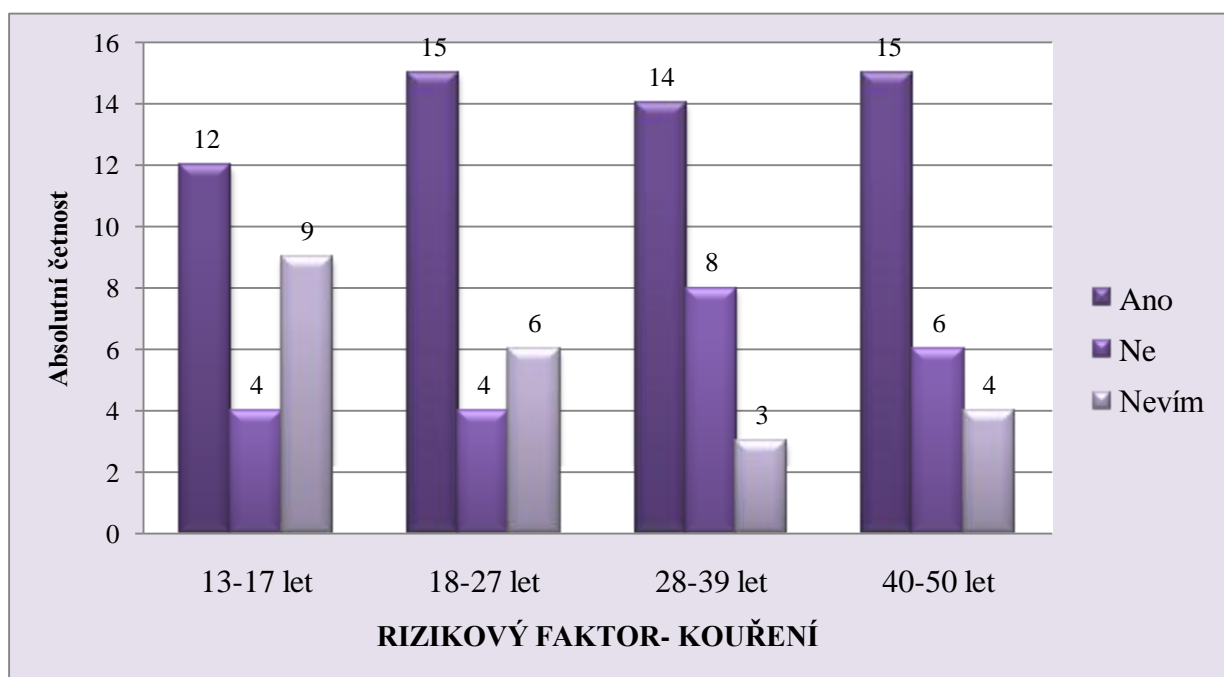
V této otázce jsme zjišťovali, zda respondenti kouří. Jelikož kouření patří mezi rizikové faktory pro nádorové onemocnění. **80%** dívek (13-17 let), **72%** žen (18-27 let), **68%** žen (28-39 let) a **64%** žen (40-50 let) odpovědělo, že nekouří.

**Položka 9** Kouření je jeden z rizikových faktorů pro vznik karcinomu?

**Tabulka 9** Rizikový faktor- kouření

Rizikový faktor- kouření	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Ano	12	48%	15	60%	14	56%	15	60%
Ne	4	16%	4	16%	8	32%	6	24%
Nevím	9	36%	6	24%	3	12%	4	16%
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Graf 9** Rizikový faktor- kouření



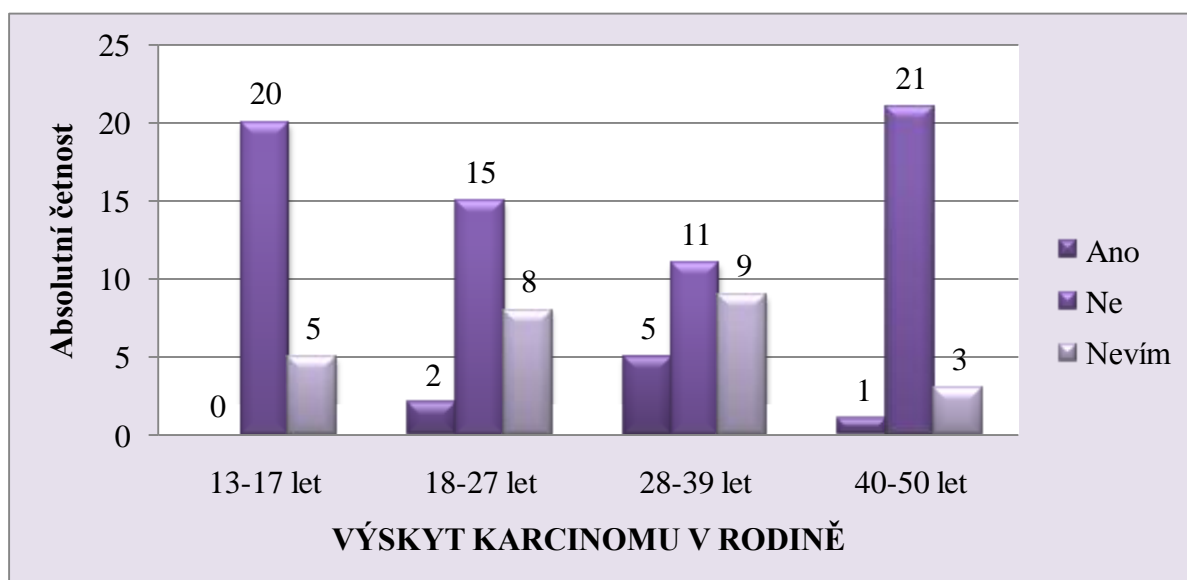
Celkem **48%** dívek (13-17 let), **60%** žen (18-27 let), **56%** (28-39 let), **60%** (40-50 let) vnímá kouření jako jeden z rizikových faktorů pro vznik nádorového onemocnění.

**Položka 10** Vyskytl se ve Vaší rodině karcinom děložního čípku?

**Tabulka 10** Výskyt karcinomu děložního čípku v rodině

Výsky rakoviny v rodině	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Ano	-	-	2	8%	5	20%	1	4%
Ne	20	80%	15	60%	11	44%	21	84%
Nevím	5	20%	8	32%	9	36%	3	12%
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Graf 10** Výskyt karcinomu v rodině



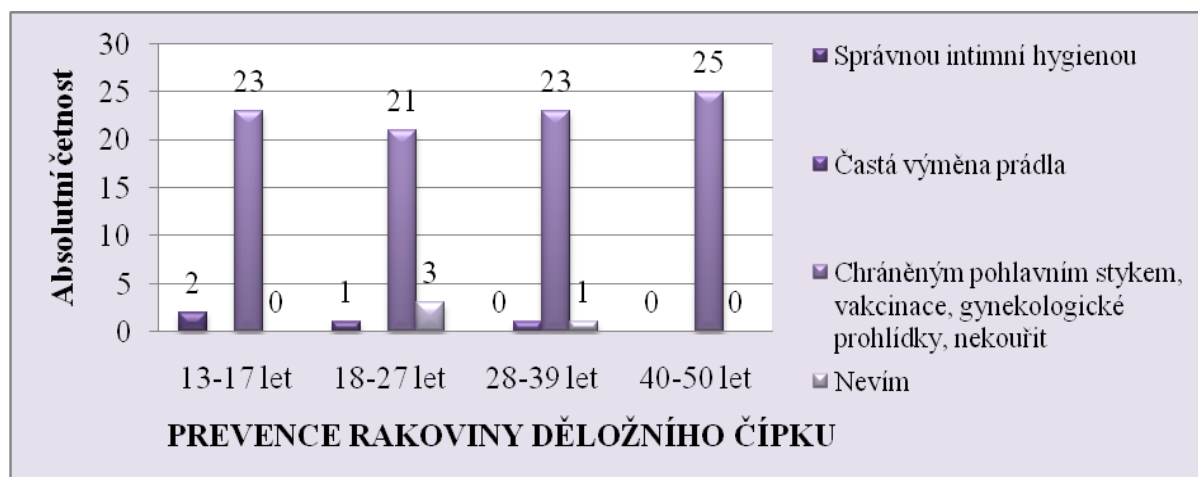
V této otázce jsme se zajímali o to, zda se vyskytuje u dotazovaných respondentů v rodině karcinom děložního čípku. Většina odpovědí zněla **ne** či **nevím**.

**Položka 11** Víte, jak je možné předcházet rakovině děložního čípku?

**Tabulka 11** Předcházení rakovině děložního čípku

Prevence	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Správná intimní hygiena	2	8%	1	4%	-	-	-	-
Častá výměna spodního prádla	-	-	-	-	1	4%	-	-
Chráněným pohlavním stykem, vakcinace, gyn. prohlídky, nekouřit	23	92%	21	84%	23	92%	25	100%
Nevím	-	-	3	12%	1	4%	-	-
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Graf 11** Prevence rakoviny děložního čípku



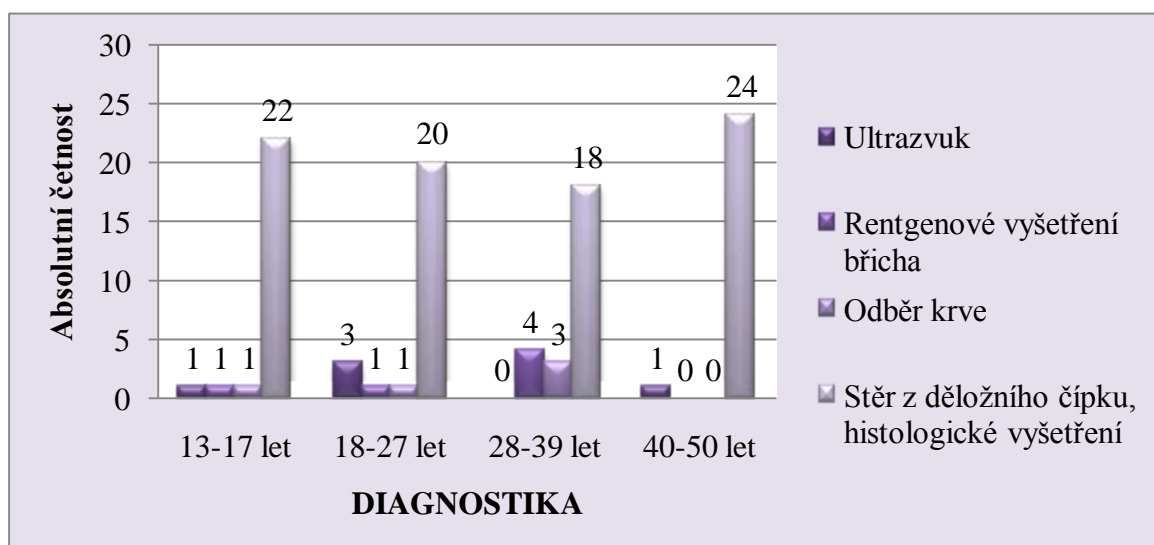
Z odpovědí je patrné, že dotazovaní respondenti vědí, jak předcházet rakovině děložního čípku. Správná odpověď pro tuto otázku je chráněným pohlavním stykem, vakcinace, gynekologické prohlídky a nekouřit.

**Položka 12** Nejpřesnější metodou k diagnostice rakoviny děložního čípku patří?

**Tabulka 12** Diagnostika rakoviny děložního čípku

Diagnostika	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Ultrazvuk	1	4%	3	12%	-	-	1	4%
Rentgenové vyšetření břicha	1	4%	1	4%	4	16%	-	-
Odběr krve	1	4%	1	4%	3	12%	-	-
Stěr z děložního čípku, histolog. vyšetření	22	88%	20	80%	18	72%	24	96%
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Graf 12** Diagnostika onemocnění



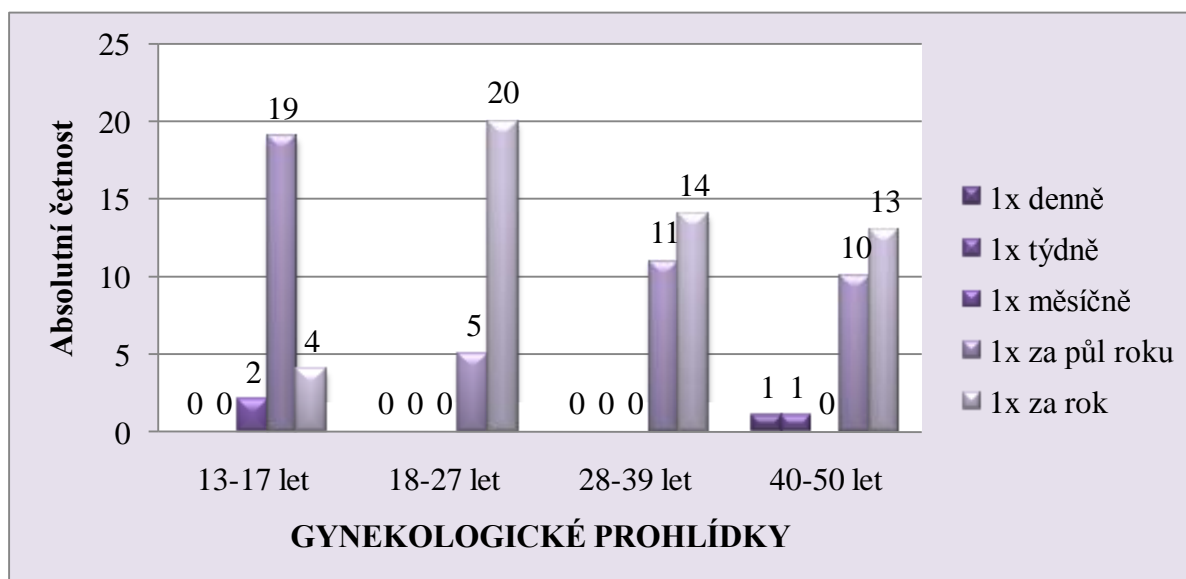
Velice mile nás překvapilo, že velká většina dotazovaných respondentů ví, jak diagnostikovat toto onemocnění. Nejpřesnější metodou pro odhalení rakoviny děložního čípku je stěr z děložního čípku, histologického vyšetření.

**Položka 13** Jak často by měla žena, dívka navštěvovat svého gynekologa?

**Tabulka 13** Návštěvy gynekologa

Návštěvy gynekologa	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
1x denně	-	-	-	-	-	-	1	4%
1x týdně	-	-	-	-	-	-	1	4%
1x měsíčně	2	8%	-	-	-	-	-	-
1x za půl roku	19	76%	5	20%	11	44%	10	40%
1x za rok	4	16%	20	80%	14	56%	13	52%
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Graf 13** Gynekologické prohlídky

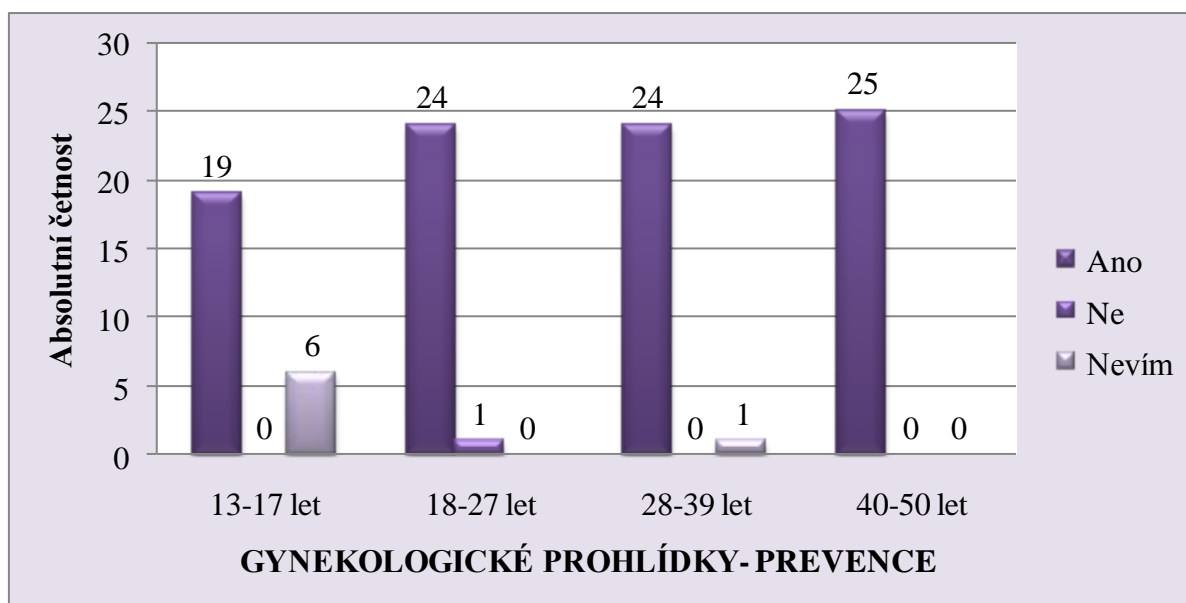


Podle většiny doporučení od gynekologických lékařů stačí navštěvovat gynekologa v pravidelných intervalech po 1 roce. Však někteří gynekologové doporučují po půl roce. Respondenti odpovídali převážně 1x za půl roku či 1x za rok. **76%** dívek (13-17 let) se domnívá 1x za půl roku, **80%** žen (18-27 let) 1x za rok, **56%** (28-39 let) a **52%** (40-50 let) taktéž 1x za rok.

**Položka 14** Pravidelné preventivní gynekologické prohlídky jsou jednou z metod odhalení rakoviny děložního čípku?

**Tabulka 14** Pravidelné preventivní gynekologické prohlídky

Gynekolog. prohlídka- prevence	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Ano	19	76%	24	96%	24	96%	25	100%
Ne	-	-	1	4%	-	-	-	-
Nevím	6	24%	-	-	1	4%	-	-
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>



**Graf 14** Prevence pravidelných gynekologických prohlídek

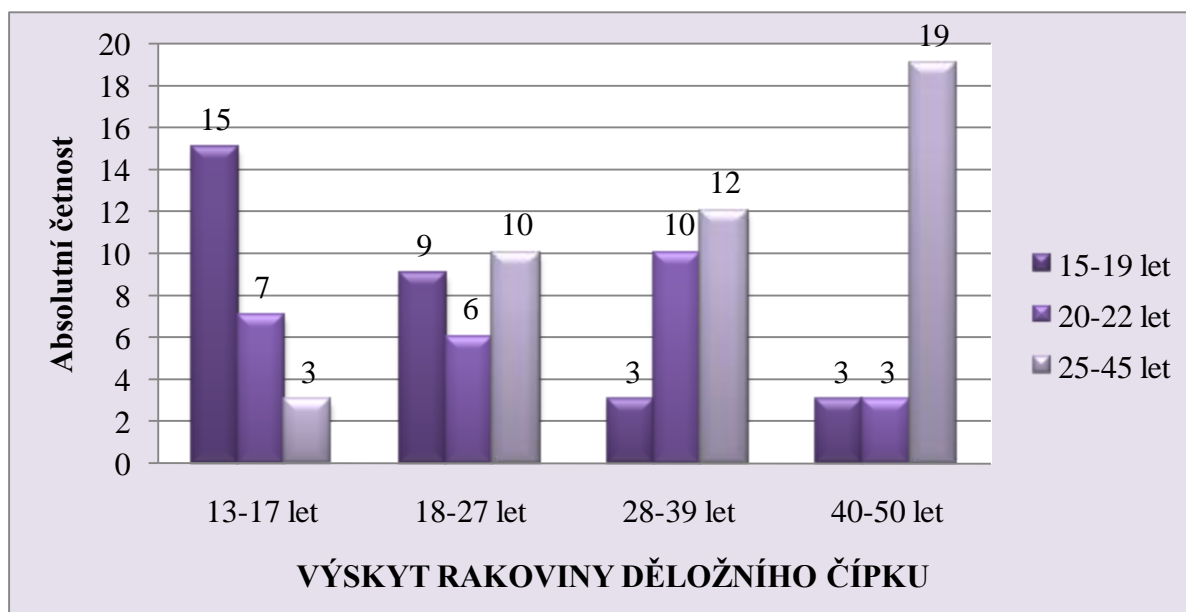
V této otázce jsme zjišťovali, zda si respondenti myslí, že pravidelné prohlídky u gynekologa jsou jednou z metod pro odhalení rakoviny děložního čípku. Převážná většina se shodla na tom, že pravidelné prohlídky jsou pro odhalení rakoviny.

**Položka 15** V kolika letech si myslíte, že je nejvyšší výskyt rakoviny děložního čípku?

**Tabulka 15** Nejvyšší výskyt rakoviny děložního čípku

Výskyt rakoviny děložního čípku	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
15 - 19 let	15	60%	9	36%	3	12%	3	12%
20 - 22 let	7	28%	6	24%	10	40%	3	12%
25 - 45 let	3	12%	10	40%	12	48%	19	76%
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Graf 15** Nejvyšší věkový výskyt rakoviny děložního čípku



V této otázce jsme chtěli zjistit, zda mají respondenti přehled, informace, kdy může být nejvyšší výskyt tohoto onemocnění. Správnou odpovědí je **25-45 let**. Ve věkové kategorii **13-17 let** se domnívají, že nejvyšší výskyt je v 15-19 letech. V ostatních kategoriích se převážně domnívají, že nejvyšší výskyt je v 25-45 letech.

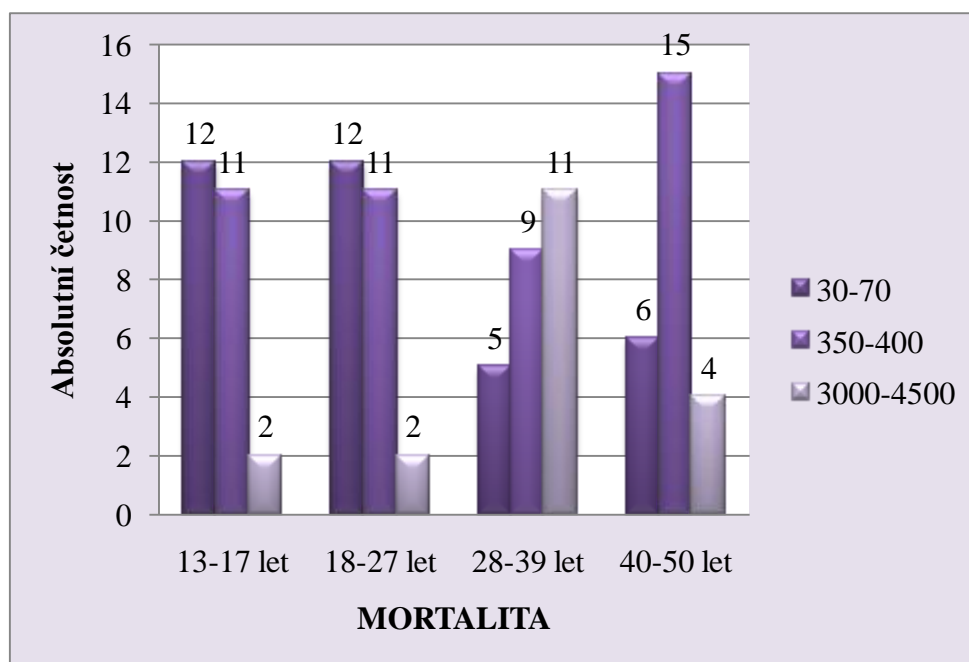


**Položka 16** Přibližně kolik žen ročně zemře na následky rakoviny děložního čípku v ČR?

**Tabulka 16** Mortalita

Mortalita	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
<b>30 - 70</b>	12	48%	12	48%	5	20%	6	24%
<b>350 - 400</b>	11	44%	11	44%	9	36%	15	60%
<b>3000 - 4500</b>	2	8%	2	8%	11	44%	4	16%
<b>Celkem</b>	25	100%	25	100%	25	100%	25	100%

**Graf 16** Mortalita v ČR za rok



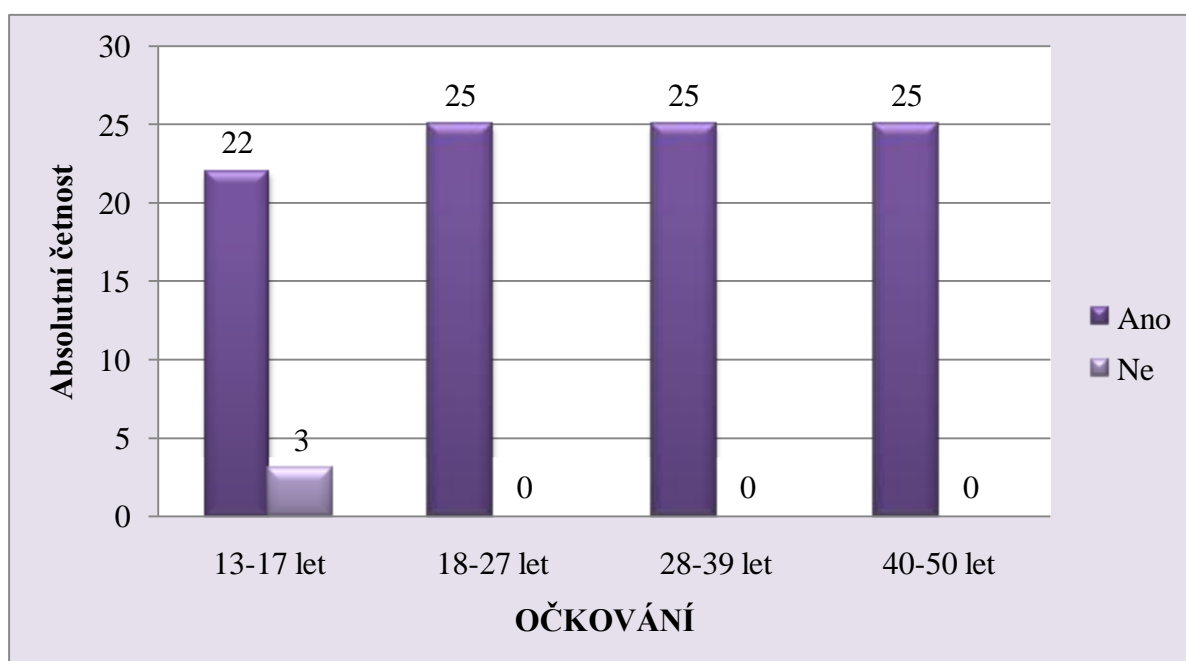
Správnou odpovědí na tuto otázku je 350-400 žen. Z grafu a tabulky vyplívá, že ve věkové kategorii 13-17 let se domnívá **48%** 30-70 žen, **taktéž** i 18-27 let, 28-39 let se domnívá **44%** 3000-4500 žen a 40-50 let **60%** 350-400 žen ročně zemře.

### Položka 17 Slyšeli jste někdy o očkování proti karcinomu děložního čípku?

Tabulka 17 Očkování

Očkování	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Ano	22	88%	25	100%	25	100%	25	100%
Ne	3	12%	-	-	-	-	-	-
Celkem	25	100%	25	100%	25	100%	25	100%

Graf 17 Očkování



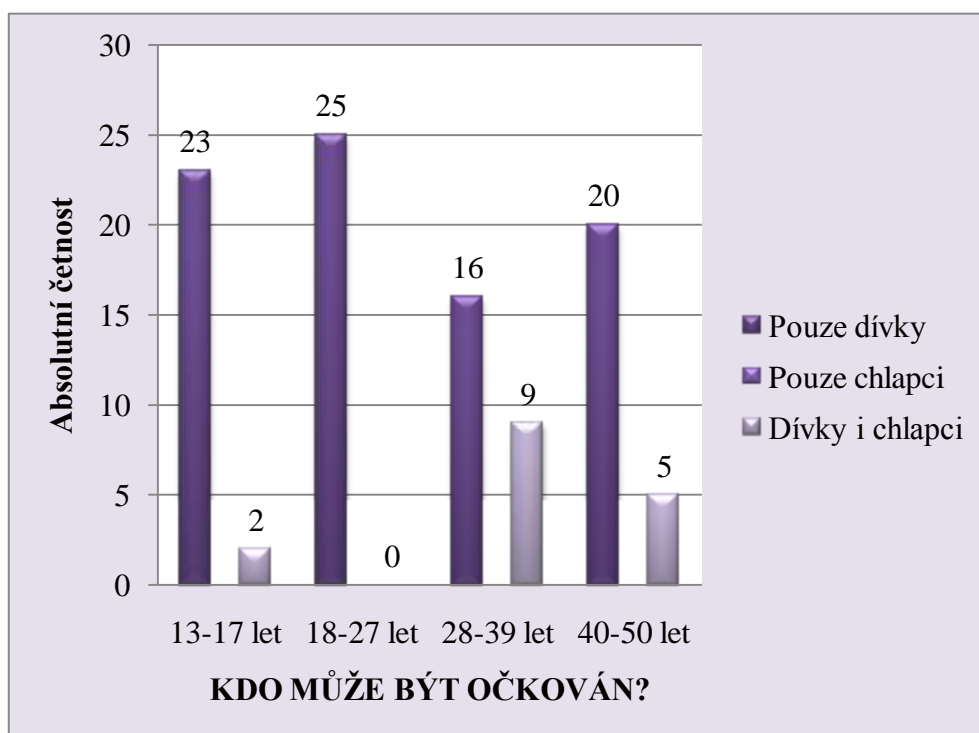
Většina dotazovaných respondentů odpověděli, že slyšeli o očkování proti rakovině děložního čípku.

## Položka 18 Kdo může být očkován?

Tabulka 18 Kdo může být očkován?

Očkování	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Pouze dívky	23	92%	25	100%	16	64%	20	80%
Pouze chlapci	-	-	-	-	-	-	-	-
Dívky i chlapci	2	8%	-	-	9	36%	5	20%
celkem	25	100%	25	100%	25	100%	25	100%

Graf 18 Kdo může být očkován?



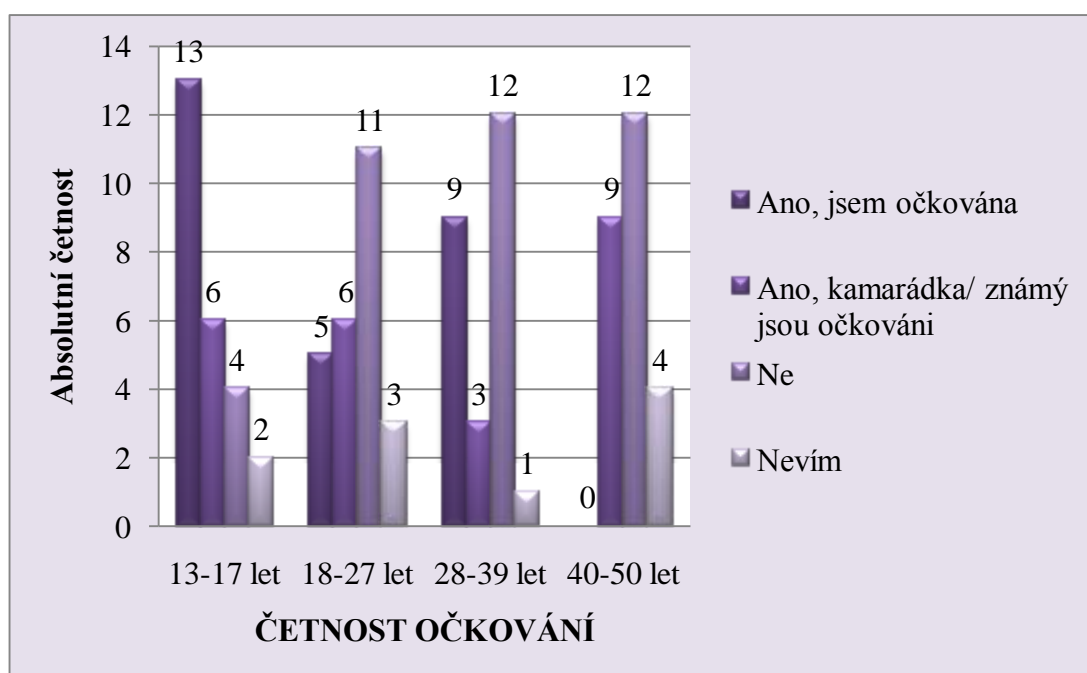
Odpovědi na tuto otázku nás překvapily. Správnou odpovědí jsou **dívky i chlapci**. Většina respondentů odpověděly pouze dívky. Pouhých **8%** (13-17 let), **36%** (28-39 let), **20%** (40-50 let) odpovědělo dívky i chlapci.

**Položka 19** Jste očkovaná Vy nebo někdo z Vašeho okolí?

**Tabulka 19** Jste očkovaná?

Četnost očkování	13-17 let		18-27 let		28-39 let		40-50 let	
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Ano, jsme očkovaná	13	52%	5	20%	9	36%	-	-
Ano, kamarádka/ známý jsou očkování	6	24%	6	24%	3	12%	9	36%
Ne	4	16%	11	44%	12	48%	12	48%
Nevím	2	8%	3	12%	1	4%	4	16%
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**Graf 19** Četnost očkování



Z grafu, který jsme zhotovili pro větší přehlednost je patrné, že **52%** (13-17 let) je očkována. **44%** (18-27 let), **48%** (28-39 let) a **48%** (40 - 50 let) není očkována.

## 6 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU

Našeho výzkumu se účastnilo 100 respondentů, kteří byli rozděleni do čtyř věkových kategorií. Celý průzkum probíhal na okrese Kutná Hora. V bakalářské práci se zabýváme informovaností žen a dívek o rakovině děložního čípku. Stanovili jsme si tři základní cíle. První z cílů bylo zjistit obecné znalosti žen a dívek o rakovině děložního čípku. Druhým z cílů bylo zjistit znalosti žen a dívek o rizikových faktorech pro vznik rakoviny děložního čípku. Třetí cíl se zaměřuje na znalosti o diagnostice a prevenci rakoviny děložního čípku a prevenci rakoviny děložního čípku.

### Průzkumné cíle

**Cíl 1:** Zjistit obecné znalosti žen a dívek o rakovině děložního čípku.

**Cíl 2:** Zjistit znalosti žen a dívek o rizikových faktorech pro vznik rakoviny děložního čípku.

**Cíl 3:** Zjistit znalosti žen, dívek o diagnostice a prevenci rakoviny děložního čípku.

### Průzkumné otázky

**Otázka 1a:** Mají ženy a dívky základní informace o rakovině děložního čípku?

K této otázce se vztahovaly otázky č. 1, 2, 15. Ze sestavených výsledků vyplývá, že se většina dotazovaných respondentů domnívá, že jsou dostatečně informováni o této problematice. V následující otázce jsme chtěli ověřit, zda opravdu respondenti vědí, co rakovina děložního čípku je. Odpovědi na tuto otázku byly různorodé. Nejvíce správných odpovědí pro definici rakoviny děložního čípku znala věková kategorie 40-50 let. Naopak nejméně správných odpovědí měla kategorie 18-27 let. Z výzkumu vyplynulo, že respondenti znají nejvyšší výskyt rakoviny, avšak podceňují úmrtnost tohoto onemocnění.

**Otázka 1b:** Znají ženy a dívky příznaky rakoviny děložního čípku?

Na průzkumnou otázku se vztahuje otázka č. 5. Zjistili jsme, že za největší příčinu pro vznik tohoto onemocnění považují lidský papillomavirus. Ve věkové kategorii 13-17 let a 18-27 let neznají, co by mohlo toto onemocnění způsobit. V kategorii 13-17 let správně odpovědělo pouhých 16 %, v kategorii 18-27 let 40 %, v kategorii 28-39 let 80 % a v kategorii 40-50 let 88 % dotazovaných respondentů.

**Otázka 2a:** Považuje respondent kouření za rizikový faktor pro vznik rakoviny?

Výsledky se vztahují k otázkám č. 8, 9. Z výsledků vyplývá, že většina dotazovaných respondentů nekouří a kouření vnímají jako rizikový faktor pro vznik rakoviny poměrně málo. V kategorii 13-17 let vnímá pouhých 48 % respondentů kouření jako rizikový faktor. V ostatních kategoriích je kouření vnímáno následovně: 18-27 let (60 %), 28-39 let (56 %), 40-50 let (60 %).

**Otázka 2b:** Myslí si respondent, že zahájení sexuálního života před 17. rokem je také rizikovým faktorem?

K této otázce jsme zpracovali otázku č. 7. Zahájení sexuálního života před 17. rokem vnímají respondenti, jako jeden z rizikových faktorů. Ve věkové kategorii 13-17 let však nepovažují zahájení sexuálního života před 17. rokem jako jeden z rizikových faktorů (64% dotazovaných respondentů).

**Otázka 2c:** Znají HPV?

Na podkladě dotazníkové otázky č. 5 jsme zjistili, že respondenti ve věkové kategorii 13-17 let (60 %) a 18-27 let (44 %) neví, co je příčinou HPV.

**Otázka 3a:** Znají respondenti prevenci rakoviny děložního čípku?

Výsledky se vztahují k otázkám č. 10, 11, 17, 18, 19. Z výzkumu je patrné, že se u dotazovaných respondentů v rodině vyskytuje zřídka rakovina děložního čípku. Většina respondentů zná a ví, jak správně předcházet tomuto onemocnění. Ve věkové kategorii 13-17 let a 28-39 let znalo správnou odpověď 92 % dotazovaných. V kategorii 18-27 let odpovědělo správně 84 % a respondenti v kategorii 40-50 let znali všichni správnou odpověď. Z otázek zaměřených na očkování proti tomuto onemocnění nám vyplývá, že respondenti jsou informováni o očkovacích vakcínách a někteří jsou i očkovaní (nejvíce 52% v kategorii 13-17 let). Na otázku kdo může být očkován, respondenti volili převážně odpovědi pouze dívky, avšak správnou odpovědí byli dívky i chlapci. Tuto odpověď zvolilo 8 % respondentů 13-17 let, 0 % dotazovaných v 18- 27 let, 36% respondentů v 28 – 39 let a 20% v 40 – 50 let.

**Otázka 3b:** Považují respondenti pravidelné návštěvy u gynekologa jako prevenci? Umí určit detekci tohoto onemocnění?

Na tuto otázku jsme zhotovili otázky č. 12, 13, 14. Tyto otázky zahrnují gynekologické prohlídky, jejich pravidelnost a správnou detekci tohoto onemocnění. Převážná většina respondentů považuje pravidelné gynekologické prohlídky za včasnou metodu pro odhalení rakoviny. Dále se respondenti domnívají, že stačí jednou ročně navštěvovat svého gynekologa. Na otázku zaměřenou na detekci toho onemocnění znali respondenti převážně správnou odpověď.

**Otázka 3c:** Věnují se média této problematice dostatečně?

K této otázce se vztahují otázky č. 3, 4. V těchto otázkách jsme se zabývali, zda si myslí, že je propagace dostatečná a ze kterých zdrojů jsou nejčastěji respondenti informováni. Podle výsledků odpovědí se respondenti domnívají, že propagace o tomto onemocnění je dostatečná až na věkovou kategorii 18-27 let (44 %), která vnímá propagaci jako nedostatečnou. Nejvíce dotazovaných 13-17 let jsou informováni od matky (56 %), 18-27 let od gynekologa/ praktického lékaře (60 %), 28-39 let z časopisu (32 %) a 40 – 50 let od gynekologa/ praktického lékaře (44 %).

## 7 DISKUZE

Není snadné srovnávat tuto práci s ostatními autory, jelikož podobných prací a výzkumů na toto téma je poměrně dost. V této kapitole porovnáváme informace získané formou anonymního dotazníkového průzkumu. Výsledky porovnáváme s Bc. prací Zichové (2014) na téma „ Znalosti o prevenci karcinomu děložního čípku u středoškolské populace” dále se Zápařkovou (2012) „ Informovanost matek o rakovině děložního čípku a prevenci tohoto onemocnění”, Feberovou (2012) „ Informovanost dívek ve věk 13-15 let o karcinomu děložního čípku”.

V práci Zichové (2014) jsme zjistily, že celý průzkum se skládal z 200 respondentů. Zichová se zabývala znalostmi o rakovině děložního čípku, zdroji, rizikovými faktory a skupinami, povědomí, atd. Z výsledků je patrné že, 88 % dotazovaných ví, co je rakovina. Nejvyšší procentuální odpověď na otázku zdroje informovanosti byla 47, 20% v médiích. V naší bakalářské práci jsme nejvíce vyhodnotili zdroje od matky, gynekologa a časopisu. Dále v práci Zichové (2014) zná původce tohoto onemocnění 92,00 %, za to v naší práci ve věkové kategorii 13-17 let 60 % neví, 18- 27 let 74 % nezná. Naopak ve věkových kategoriích 28-39 let a 40-50 let zná původce v průměru 80 % dotazovaných.

V práci Zápařkové (2012), kdy zjišťovala informovanost matek, jsme zjistili, že výzkum byl zpracováván ze 45 dotazníků. Zápařková se zabývala také informovaností dle věku, dále zdroji informovanosti, přenašeči, původci, očkováním a mnoho dalšího. Nejvíce nás zaujali výsledky zdrojů informovanosti, kdy uvádí, že nejvíce odpovědí 27 % respondentů uvádí lékaře. V naší práci zvolilo 60 % gynekologa/ PL. Dále v práci uvádí, že 41, 38 % dotazovaných neví, kdo je přenašečem tohoto onemocnění. V další otázce zjišťovala původce tohoto onemocnění, kdy výsledek byl 42, 53% neví. V naší práci byly výsledky 80% -zná (ve věkových kategoriích 18-27 let, 28-39 let). Z výsledků Zápařkové je patrné, že 94, 25 % je informovaných o očkování. Porovnali jsme výsledky s naší prací a došli jsme k závěru, že informovanost o očkování je v průměru stejná jako u Zápařkové.

Feberová (2012) ve své práci využila 120 respondentů ve věkové kategorii 13-15 let. Porovnávali jsme otázky ohledně četnosti návštěv u gynekologa, příčinu onemocnění, rizikový faktor, očkování, zdroje informovanosti a zájem o očkování. Četnost návštěv u gynekologa 1x ročně odpovědělo 43 %, V naší práci odpovědělo průměrně 70 %



všech dotazovaných respondentů. V práci Feberové (2012), 84 % nezná virus způsobující toto onemocnění. Nejvyšším rizikovým faktorem 42 % je vysoký počet sexuálních partnerů. Povědomí o očkování má 94 % respondentů. Zdroje informovanosti uvádí 17 % časopis, 15 % rodiče. A v poslední řadě uvádí 40 % respondentů, kteří mají zájem o očkování a 29 % kteří zájem nemají.

## NÁVRHY NA DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z našeho výzkumu jsme se dozvěděli, že ženy a dívky mají částečné informace. Domnívali jsme se, že jejich informovanost bude poněkud vyšší. Nejvíce nás překvapily odpovědi věkových kategorií 13-17 let a 18-27 let tím, jak k vyplňování dotazníku přistupovaly. Na základní škole, kde jsme rozdali dotazníky, většinou dívky nevěděly, co mají odpovídat. Po vyplnění dotazníků se ptaly, jaké jsou správné odpovědi. Myslím, že by bylo vhodné zahrnout tuto problematiku do výuky (př. rodinná výchova). Dalším návrhem pro zlepšení informovanosti pro věkové kategorie by mohly být besedy, přednášky o rakovině děložního čípku. Pozvali bychom ženy a dívky, které se s tímto onemocněním setkaly, aby předaly své zkušenosti ostatním. Dále bychom zvýšili propagaci základní prevence v ordinacích praktického lékaře či gynekologické ambulance.

Důležité je informovat nejen mladé dívky, ale i jejich rodiče, či starší věkovou generaci žen. Dále bychom doporučili větší osvětu veřejnosti pomocí dostupných médií. Pro lepší přehlednost rizikových faktorů, klinických projevů a nebezpečí tohoto onemocnění by bylo vhodné vytvořit brožury.

Informace v brožurě (informačním, edukačním letáku) by měly být základní, výstižné a srozumitelné pro laickou veřejnost. Tento edukační leták by měl být dostupný v gynekologických ambulancích, u praktických lékařů a především by měl být v základních a středních školách.

Co se týče věkových kategorií 28 - 39 let a 40 - 50 let, jsou převážně ženy, matky, které chtějí ochránit svou dceru. Jedinou prevencí, jak ochránit svou dceru proti rakovině děložního čípku, vidí v očkování. Ale co jiná prevence? Jak se sama účinně chránit? Proto bychom vytvořili edukační sezení pro rodiče o problematice toho onemocnění, kde bychom upřesnili rizikové faktory onemocnění a jak jim správně předcházet. Spolu s tím bychom upřesnili informace o očkování, co které zahrnuje a které je více doporučováno.

## ZÁVĚR

Rakovina děložního čípku je závažný problém, který postihuje ženy nejen u nás, ale i na celém světě. V naší bakalářské práci jsme se zaměřili na tuto problematiku.

Naše práce má výzkumný charakter. V teoretické části jsme se zabývali nádorovým onemocněním z obecného hlediska, kde popisujeme to, co je nádor, rozdíl mezi benigním a maligním nádorem, prekancerózy, metastazování, rizikové faktory s blíže popsáním lidským papilomavirem. V dalším úseku teoretické části jsme se zaměřili na problematiku samotnou. Onemocnění děložního čípku, jeho charakteristiku, maligní a benigní onemocnění hrdla děložního, rizikové faktory, šíření nádoru, klinické projevy, diagnostiku, terapii a v neposlední řadě prevenci a prognózu rakoviny děložního čípku.

Jedním ze způsobů, jak zjistit celkové povědomí žen všech věkových kategorií o této problematice, je dotazníkové šetření. V praktické části jsme si stanovili průzkumné cíle a průzkumné otázky. Dále jsme si určili výzkumný vzorek a pomocí anonymního dotazníku jsme zjišťovali informovanost žen a dívek o rakovině děložního čípku. Dotazník obsahoval 19 otázek. Ke zpracování jsme použili 100 dotazníků. Výzkum probíhal v okrese Kutná Hora ve čtyřech věkových kategoriích žen a dívek. Při zpracování dotazníku se nám potvrdily nebo vyvrátily průzkumné cíle.

V prvním cíli jsme si stanovili zjistit obecné znalosti žen a dívek o rakovině děložního čípku. K prvnímu cíli se vztahovalo několik průzkumných otázek. Z výsledků vyplývá, že se většina dotazovaných respondentů domnívá, že jsou dostatečně informováni o této problematice. Na kontrolní otázku, jak by definovali rakovinu děložního čípku, však byly odpovědi všelijaké. Nejvíce správných odpovědí znala věková kategorie 40-50 let a nejméně 18-27 let. Dále za největší příčinu onemocnění považují lidský papilomavirus. V kategorii 18-27 let a 13-17 let neví, co je příčinou toho onemocnění.

V druhém cíli jsme zjišťovali znalosti žen a dívek o rizikových faktorech. Z výsledků jsme se dozvěděli, že respondenti považují kouření jako jeden z rizikových faktorů pro vznik karcinomu. Dále považují zahájení sexuálního života před 17. rokem také jako jeden z rizikových faktorů. Věková kategorie 13-17 let nevidí riziko v tomto faktoru.

V našem posledním třetím cíli jsme zjišťovali znalosti žen o diagnostice a prevenci tohoto onemocnění. Většina respondentů zná, jak správně odhalit toto onemocnění. Jako prevenci vidí v pravidelných gynekologických prohlídkách. Několik z dotazovaných respondentů je sama očkována proti tomuto onemocnění.

V každém z nás vzbuzuje slovo rakovina veliký strach. Asi proto, že každý z nás ve svém okolí zná někoho, kdo rakovinou onemocněl, ale také se vyléčil. A hlavně jak velký význam má prevence a dostatek informací. Proto by bylo dobré vytvořit edukační leták či brožuru se souhrnem prevence a rizikových faktorů pro vznik rakoviny děložního čípku a rozdat ji na ZŠ, SŠ, praktickým lékařům či gynekologickým ambulancím.

## SEZNAM POUŽITÉ LITARATURY

1. CALDA, P. Moderní gynekologie a porodnictví- *Adenokarcinom děložního hrdla- fakta*. 2009, roč. 18, č. 1, s. 124-127. ISBN 978-80-87070-28-4.
2. Cervarix [online]. c2012 [cit. 2013-7-21]. Dostupné na: [www.cervarix.cz/vakcina-cervarix/](http://www.cervarix.cz/vakcina-cervarix/)
3. Cervikální screening[online]. c2013 [cit. 2013-8-17]. Dostupné na: [www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening](http://www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening)
4. CIBULA, D. Onkogynekologie- *Histopatologická klasifikace nádorů ženského genitálu*. 2007, roč. 16, č. 3, s. 452-564. ISSN 1211-1058.
5. DUBSKÁ, L.; VALÍK, D. *Laboratorní diagnostika v onkologii*. Masarykova Univerzita- Lékařská fakulta, 2011. ISBN 978-80-210-5479-0.
6. GlaxoSmithKline: váš partner v prevenci karcinomu děložního čípku [online]. c2006 [cit. 2012-6-21]. Dostupné na: [www.cervikalnikarcinom.cz](http://www.cervikalnikarcinom.cz)
7. HPV asociované cervikální léze[online]. c2011 [cit. 2013-8-15]. Dostupné na: [www.hpv.cervix.cz](http://www.hpv.cervix.cz)
8. JURKOVIČ, K. *Revoluce v léčení rakoviny*, Fontána, 2003. ISBN 978-80-733-6025-2.
9. KOLAŘÍK, D.; HALAŠKA, M.; FEYEREISL, J. *Repetitorium gynekologie*.Maxdorf Jessenius, 2008. ISBN 978-80-7345-138-7.
10. KOLEKTIV AUTORŮ. *Obecná onkologie- učebnice pro lékařské fakulty*. Univerzita Karlova- Karolinum Praha, 2005. ISBN 80-246-0968-1.
11. Nádory hrdla děložního čípku a jejich prevence [online]. c2009-2013 [cit. 2013-8-14]. Dostupné na: [www.mou.cz/nadory-hrdla-delozniho-cipku-a-jejich-prevence/t3008](http://www.mou.cz/nadory-hrdla-delozniho-cipku-a-jejich-prevence/t3008)
12. ORLOVÁ, K. *Anatomie člověka*. Fragment, 2005. ISBN 80-253-0080-3.
13. PILKA, R.; PROCHÁZKA, M. a kol. *Gynekologie*, Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3019-5.
14. PLÁNIČKA, M. *Atlas lidského těla*. Reboproductions CZ, 2005. ISBN 978-80-7234-734-6.
15. Prognóza karcinomu děložního čípku[online]. c2014 [cit. 2014-1-18]. Dostupné na: [cs.wikipedia.org/wiki/Karcinom\\_d%C4%9Blo%C5%BEen%C3%ADho\\_hrdla](http://cs.wikipedia.org/wiki/Karcinom_d%C4%9Blo%C5%BEen%C3%ADho_hrdla)
16. ROB, L. Onkologická prevence v gynekologii- *Prekancerózy děložního hrdla*. 2003, roč. 12, č. 4, s. 627-665. ISSN 1211-1058.
17. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní gynekologie*. Praha, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
18. Silgard[online]. c2009 [cit. 2013-7-21]. Dostupné na: [www.vsecomuzu.cz/jak-se-chranit/o-vakcine](http://www.vsecomuzu.cz/jak-se-chranit/o-vakcine)
19. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III. – gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.

20. SLÁMA, J. Cervikální prekancerózy. *Moderní gynekologie a porodnictví: Technika excizních výkonů k ošetření abnormálních nálezů na děložním hrdle.* 2010, roč. 19, č. 3, s. 304-310. ISBN 978-80-87070-43-7.
21. ŠAFÁŘ, P. Zhoubné nádory rodidel. *Moderní gynekologie a porodnictví: Cervikální karcinom.* 2000, roč. 9, č. 4, s. 640-657. ISSN 1211-1058
22. TACHEZY, R. HPV a karcinom děložního čípku. *Moderní gynekologie a porodnictví: Epidemiologie genitální papillomavirové infekce ve světě a ČR.* 2006, roč. 15, č. 4, s. 589-595. ISBN 80-903721-1-2.
23. VORLÍČEK, J. a kol. *Onkologie.* Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-603-6.
24. VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ, J.; VORLÍČKOVÁ, H. a kol. *Klinická onkologie pro sestry 2. přepracované a doplněné vydání.* Praha, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A DOTAZNÍK

PŘÍLOHA B OBRÁZKY

OBRÁZEK 1 -GRAFY

OBRÁZEK 2 - ŽÁDANKA NA VYHODNOCENÍ CERVIKO-VAGINÁLNÍ  
CYTOLOGIE

PŘÍLOHA C REŠERŽE

## PŘÍLOHA A - DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Perlíková a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnické, o.p.s. v Praze 5. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, jehož data budou použita v mé bakalářské práci týkající se informovanosti žen a dívek v oblasti rakoviny děložního čípku. Tento dotazník je zcela anonymní.

Za vyplnění dotazníků předem děkuji.

Kolik je Vám let?

- a) 13- 17 let
- b) 18- 27 let
- c) 28- 39 let
- d) 40- 50 let

1. Máte informace o rakovině děložního čípku?

- a) ano
- b) ne

2. Jak byste co nejpřesněji definovali karcinom děložního čípku?

a) karcinom děložního čípku je zhoubné onemocnění postihující vnější část pohlavních orgánů (děložní čípek).

b) karcinom děložního čípku je zhoubné onemocnění postihující vnitřní část pohlavních orgánů (děložní čípek).

c) karcinom děložního čípku je nezhoubné onemocnění postihující vnitřní část pohlavních orgánů (děložní čípek).

d) karcinom děložního čípku je zánětlivé onemocnění postihující děložní čípek.

3. Kde jste slyšela o rakovině děložního čípku?

- a) od matky
- b) ve škole
- c) od svého gynekologa/ praktického lékaře (PL)
- d) z časopisu
- e) internetu
- f) televize

a) jiná odpověď .....

4. Je podle Vás propagace prevence rakoviny děložního čípku dostatečná? (letáčky, časopisy, internet)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

5. Co je příčinou rakoviny děložního čípku (infekce HPV)?

- a) lidský papilomavirus
- b) streptokok
- c) stafylokok
- d) nevím

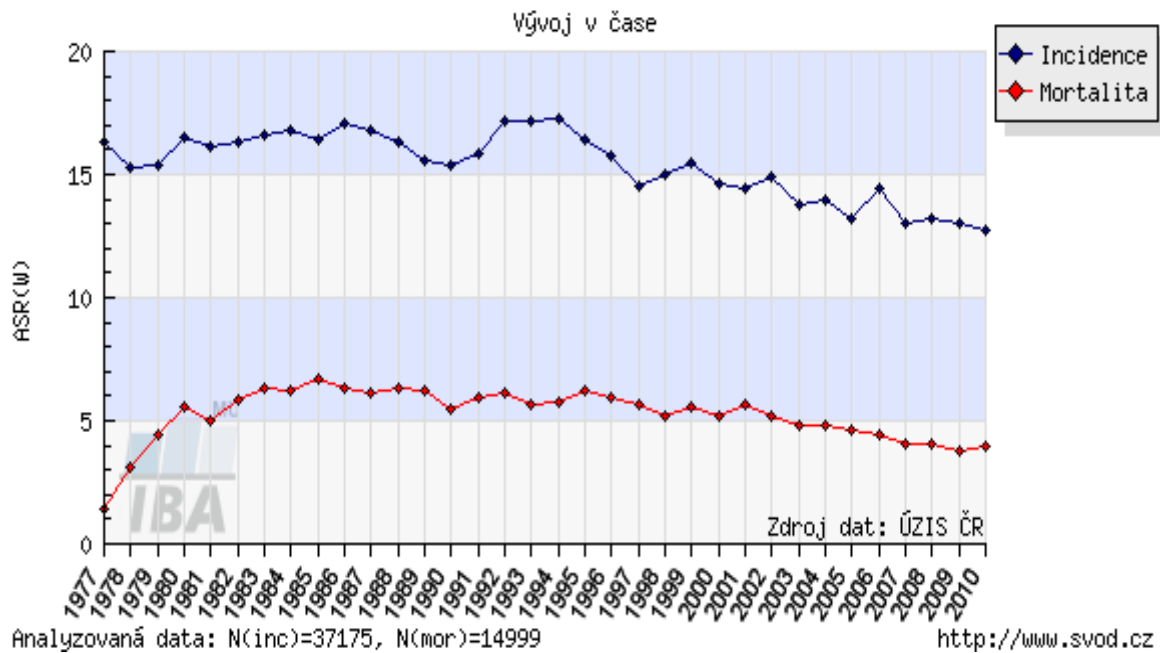


6. Jak se nejčastěji HPV infekce šíří?
- a) líbáním
  - b) špatnou hygienou
  - c) nechráněným pohlavním stykem, promiskuitou
7. Jedním z rizikových faktorů karcinomu děložního čípku začátek sexuálního života před 17. rokem?
- a) ano
  - b) ne
8. Kouříte?
- a) ano, kouřím denně
  - b) ano, kouřím příležitostně (počet) .....
  - c) ne
9. Kouření je jeden z rizikových faktorů pro vznik karcinomu?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
10. Vyskytl se ve Vaší rodině karcinom děložního čípku?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím
11. Víte, jak je možné předcházet rakovině děložního čípku?
- a) správnou intimní hygienou
  - b) častá výměna spodního prádla
  - c) chráněným pohlavním stykem, vakcinace, gynekologické prohlídky, nekouřit
  - d) nevím
12. Nejpřesnější metodou k diagnostice rakoviny děložního čípku patří?
- a) ultrazvuk
  - b) rentgenové vyšetření břicha
  - c) odběr krve
  - d) stěr z děložního čípku, histologické vyšetření (odběr vzorku tkáně na vyšetření)
13. Jak často by měla žena, dívka navštěvovat svého gynekologa?
- a) 1x denně
  - b) 1x týdně
  - c) 1x měsíčně
  - d) 1x za půl roku
  - e) 1x za rok
14. Pravidelné preventivní gynekologické prohlídky jsou jednou z metod odhalení rakoviny děložního čípku?
- a) ano
  - b) ne
  - c) nevím

- 15.** V kolika letech si myslíte, že je nejvyšší výskyt rakoviny děložního čípku?
- a) 15-19 let
  - b) 20- 22 let
  - c) 30- 40 let
- 16.** Přibližně kolik žen ročně zemře na následky rakoviny děložního čípku v ČR?
- a) 30-70
  - b) 350-400
  - c) 3000-4500
- 17.** Slyšeli jste někdy o očkování proti karcinomu děložního čípku?
- a) ano
  - b) ne
- 18.** Kdo může být očkován?
- a) pouze dívky
  - b) pouze chlapci
  - c) dívky i chlapci
- 19.** Jste očkována Vy nebo někdo z Vašeho okolí?
- a) ano, jsem očkována
  - b) ano, kamarádka/ známý jsou očkováni
  - c) ne
  - d) nevím

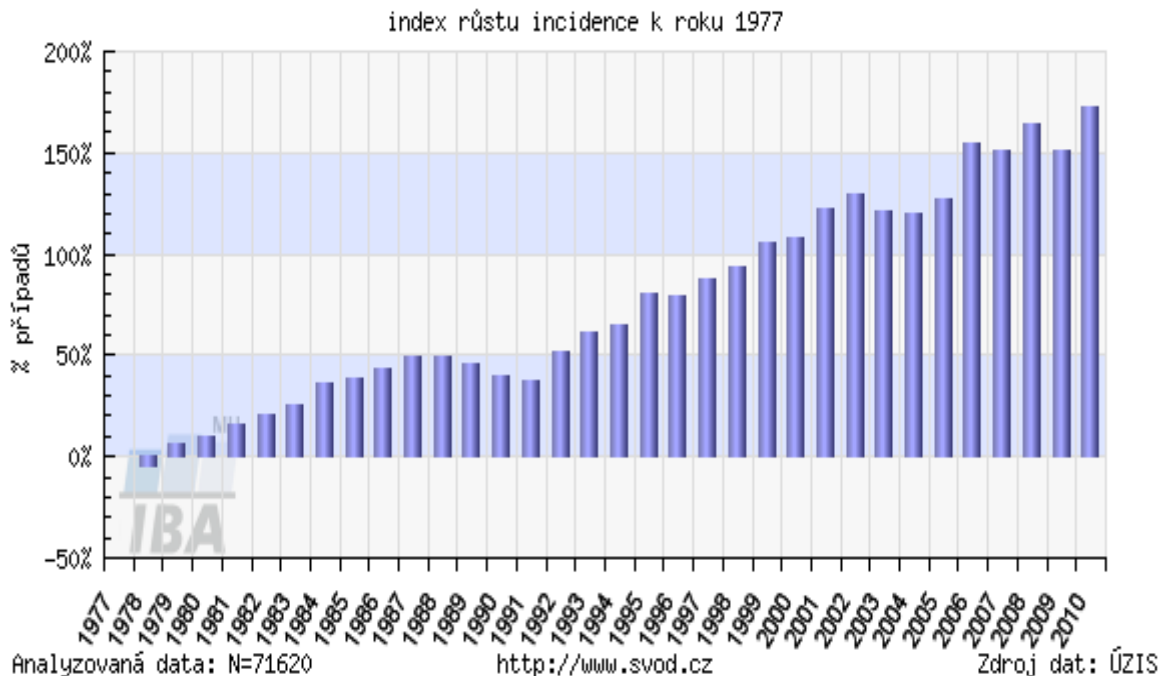
PŘÍLOHA B – OBRÁZEK 1 - GRAFY

**C53 - ZN hrdla děložního - cervicis uteri, ženy**



ZDROJ: 2013-12-21, dostupné na [www.svod.cz](http://www.svod.cz)

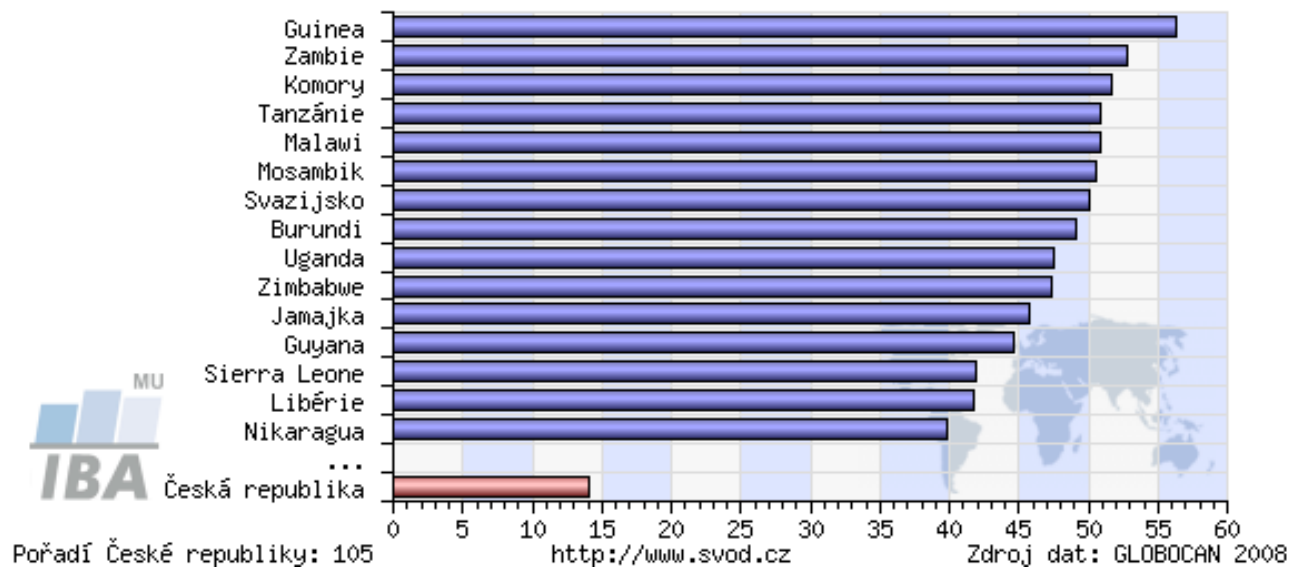
**C53,006 - Nádory hrdla děložního, ženy**



ZDROJ: 2013-12-21, Dostupné na: [www.svod.cz](http://www.svod.cz)

### C53 - Hrdlo děložní - cervicis uteri, ženy

srovnání incidence v ČR s ostatními zeměmi světa, ASR - světový standard



ZDROJ: 2013-12-21, Dostupné na: [www.svod.cz](http://www.svod.cz)

PŘÍLOHA B- OBRÁZEK 2- ŽÁDANKA NA VYHODNOCENÍ CERVIKO-VAGINÁLNÍ  
CYTOLOGIE

## PŘÍLOHA C- REŠERŽE

### **Téma rešerše**

Informovanost žen, dívek o rakovině děložního čípku

### **Žadatel:**

Aneta Perlíková, DiS

### **Jazykové vymezení:**

Čeština, angličtina

### **Klíčová slova:**

Nádory děložního čípku – vakcinace - vakcíny proti papilomavirům- plošný screening– primární prevence – prevence – sociální lékařství - statistika jako téma - Česká republika - etiologie - diagnóza - terapie - výchova - statistika a číselné údaje

### **Klíčová slova v angličtině:**

Cervix Neoplasms - UterineCervicalNeoplasms- Vaccines - Vaccination - PapillomavirusVaccines - Awareness - HealthKnowledge, Attitudes, Practice - HealthKnowledge - MassScreening - MassVaccination - SecondaryPrevention - TertiaryPrevention - PrimaryPrevention - PreventiveHealthServices

### **Časové vymezení:**

V českých zdrojích: 2007- současnost

V zahraničních zdrojích: 2010- současnost

### **Druhy dokumentů:**

Knihy, články, kvalifikační práce

### **Počet záznamů:**

**České zdroje:** 104 záznamy (knihy: 5, články: 95, kvalifikační práce: 4) / plné texty: 36

**Zahraniční zdroje:** 48 záznamů / plné texty: 39

### **Použitý citační styl:**

**České zdroje:** ČSN ISO 690 a bibliografický záznam v portálu MEDVIK

**Zahraniční zdroje:** stručná citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE

**Základní prameny:** - katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))  
- databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))  
- specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

**Zpracoval:** Mgr. Adam Kolín,

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb  
Sokolská 54  
121 32 Praha 2  
E-mail: [kolin@nlk.cz](mailto:kolin@nlk.cz)

## MEDVIK řešerše

### Knihy

1.

TI: Screening karcinomu děložního hrdla

AU: Ondruš, Jiří, 1936-

PU: Praha : Maxdorf, 2013. 77 s. : il., tab. ; 19 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: příručky ; monografie

DE: nádory děložního čípku (diagnóza, epidemiologie, prevence a kontrola) ; cytodiagnostika ; plošný screening (metody, organizace a řízení, trendy, využití) ; vakcinace ; medicína založená na důkazech ; sekundární prevence ; kolposkopie

IN: ISBN: 978-80-7345-322-0

SG: NLK: K 88832

AN: MED00181567 DT: 130712

2.

TI: Očkování v ordinaci gynekologa

AU: Smetana, Jan, 1973- — Kosina, Pavel — Dražan, Daniel

PU: 1. vyd. Praha : Grada, 2009. 44 s. : il. ; 17 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: informační publikace

DE: nádory děložního čípku (epidemiologie, prevence a kontrola) ; varicela (epidemiologie, prevence a kontrola) ; infekční nemoci - kontrola ; těhotenství (imunologie) ; vakcinace ; gynekologická onemocnění (prevence a kontrola) ; varicela - vakcína ; vakcíny proti papilomavirům

IN: ISBN: 978-80-247-3325-8; (OCoLC)500011332

SG: NLK: DT 9830

LI: <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00174780> - digitální knihovna

LI: <http://www.mediforum.cz/pdf/ockovani-vordinaci-gynegoloka.pdf> - plný text volně přístupný

LI: [http://toc.nkp.cz/NKC/200911/contents/nkc20092008274\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/200911/contents/nkc20092008274_1.pdf) - obsah

AN: MED00174780 DT: 091027

3.

TI: Cervarix - jen bivalentní vakcína?

AU: Čepická Líbalová, Zuzana

PU: Praha : Levret, 2009. s. 389-400 : il., tab. ; 21 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: studie

DE: nádory děložního čípku (prevence a kontrola) ; vakcinace (využití) ; infekce papilomavirem (prevence a kontrola) ; primární prevence (metody)

IN: ISBN: 978-80-87070-34-5; (OCoLC)614295002

SG: NLK: A 4029/18-3-S.B-2009

LI: [http://toc.nkp.cz/NKC/201004/contents/nkc20102093333\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/201004/contents/nkc20102093333_1.pdf) - obsah

AN: MED00173861 DT: 100409

4.

TI: Očkování proti lidským papilomavirům : kvadrivalentní HPV vakcína Silgard tři roky v klinické praxi

AU: Fait, Tomáš, 1971-

PU: Praha : Maxdorf, 2009. 118 s. : il., tab. ; 19 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: monografie

DE: nádory děložního čípku (imunologie, prevence a kontrola) ; preventivní lékařství ; infekce papilomavirem (diagnóza, imunologie, terapie) ; primární prevence ; vakcíny proti papilomavirům (aplikace a dávkování, imunologie, farmakologie)

IN: ISBN: 978-80-7345-204-9

SG: NLK: K 84707

AN: MED00167088 DT: 091218

5.

TI: Prevence v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

AU: Ambrožová, Helena, 1952- — Cabrnochová, Hana, 1965-

PU: Praha : Mladá fronta, 2008. 66 s. : il., tab. ; 21 cm.

LA: cze RT: monografie, knihy

PT: sborníky

DE: mladiství ; nádory děložního čípku (prevence a kontrola) ; dítě ; fyziologie výživy dětí ; hypertenze (diagnóza, terapie) ; plošný screening ; obezita (patofyziologie, prevence a kontrola) ; preventivní lékařství ; vakcinace (zákonodárství a právo) ; rotaviry - vakcíny ; ateroskleróza (prevence a kontrola) ; dyslipidémie (diagnóza, terapie)

SG: NLK: B 2177/10-5-PŘÍLOHA-2008

AN: MED00170173 DT: 100512

### **Citace dle ISO 690**

ONDRUŠ, Jiří. *Screening karcinomu děložního hrdla*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-322-0.

SMETANA, Jan — KOSINA, Pavel — DRAŽAN, Daniel. *Očkování v ordinaci gynekologa*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3325-8.

ČEPICKÁ LÍBALOVÁ, Zuzana (ed.). *Cervarix - jen bivalentní vakcína?*. Praha: Levret, 2009. ISBN 978-80-87070-34-5.

FAIT, Tomáš. *Očkování proti lidským papilomavirům: kvadrivalentní HPV vakcína Silgard tři roky v klinické praxi*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-204-9.

AMBROŽOVÁ, Helena — CABRNOCHOVÁ, Hana (ed.). *Prevence v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost*. Praha: Mladá fronta, 2008.

### **Články**

1.

TI: Epidemiologie zhoubných nádorů se zavedeným screeningem v mezinárodním srovnání



AU: Dušek, Ladislav, 1967- — Mužík, Jan — Malúšková, Denisa — Gregor, Jakub  
AD: Institut biostatistiky a analýz, LF a PřF MU, Brno; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha  
CI: Klinická onkologie : časopis České a Slovenské onkologické společnosti. 2014, roč. 27, Supplementum 2, s. 40-48. ISSN 0862-495X; 1802-5307 (elektronická verze).  
LA: cze RT: články  
PT: práce podpořená grantem  
DE: nádory děložního čípku (mortalita, epidemiologie) ; ženské pohlaví ; lidé ; celosvětové zdraví ; statistika jako téma ; kolorektální nádory (mortalita, epidemiologie) ; incidence ; Česká republika (epidemiologie) ; nádory prsu (mortalita, epidemiologie) ; Evropa (epidemiologie) ; prevalence ; mužské pohlaví ; distribuce podle pohlaví  
AB: Mezinárodní data dokládají vysokou zátěž české populace nádorovými onemocněními, a to ve světovém i evropském měřítku. Mezi nejčastější onkologické diagnózy v ČR i ve světě patří i preventabilní diagnózy, tedy zhoubné nádory kolorekta, prsu a hrdla děložního. Mezi pozitivní informace lze zařadit stabilizovanou či mírně klesající mortalitu, lepší se výsledky léčby a přežití pacientů. Navzdory tomu je třeba si uvědomit, že při uvedené populační zátěži jsou tyto výsledky dosahovány za cenu velmi vysokých nákladů na moderní onkologickou léčbu.  
SG: NLK: B 1665 ; neváz. 656  
LI: <http://www.prolekare.cz/klinicka-onkologie-clanek/epidemiologie-zhoubnych-nadoru-se-zavedenym-screeningem-v-mezinarodnim-srovnani-50582> - Meditorial  
AN: bmc14082494 DT: 201412

### THESES rešerše

FEBEROVÁ, Petra. *Informovanost dívek ve věku od 13 - 15 let o karcinomu děložního čípku* [online]. 2012 [cit. 2015-02-20]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Petra Juřeníková. Dostupné z: <[http://is.muni.cz/th/214040/lf\\_b/](http://is.muni.cz/th/214040/lf_b/)>.

POCHOPOVÁ, Jana. *Informovanost žen o rakovině děložního čípku* [online]. 2010 [cit. 2015-02-20]. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Kvetoslava Kotrbová. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/59hbxn/>>.

WABNEGGEROVÁ, Zlata. *Prevence karcinomu děložního čípku u dívek* [online]. 2013 [cit. 2015-02-20]. Bakalářská práce. JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Yveta Vrublová. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/b3m9dz/>>.

ZICHOVÁ, Kristýna. *Znalosti o prevenci karcinomu děložního čípku u středoškolské populace* [online]. 2014 [cit. 2015-02-20]. Bakalářská práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Milada Bezděková. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/kuukk5/>>.

## CINAHL a MEDLINE rešerše

### **Záznam: 1**

Adolescents' awareness of HPV infections and attitudes towards HPV vaccination 3 years following the introduction of the HPV vaccine in Hungary. (English) By: Marek E; Dergez T; Rebek-Nagy G; Kricskovics A; Kovacs K; Bozsa S; Kiss I; Ember I; Gocze P, Vaccine [Vaccine], ISSN: 1873-2518, 2011 Nov 3; Vol. 29 (47), pp. 8591-8; Publisher: Elsevier Science; PMID: 21939711;

### **Abstrakt**

Hungary takes the fourth place regarding the incidence and the fifth regarding the mortality of cervical cancer among the member countries of the European Union, with 500 deaths due to this preventable illness and nearly 1200 new cases diagnosed every year. Although the vaccines have been available for 3 years, the estimated rate of the female population vaccinated against HPV is approximately 10% in the 12-26-year-age cohort. The aim of this study was to determine factors and motivations affecting the uptake of HPV vaccination among Hungarian adolescents. Examining the effects of some possible sociodemographic predictors (age and gender) and the exposure to health information on HPV vaccine acceptability were also focused on, as well as assessing the most trusted sources of information about sexually transmitted diseases (STDs). A nationwide anonymous questionnaire survey with a sample of 1769 students attending public primary or secondary schools was organised by the authors in 16 Hungarian cities and towns. Data were analysed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Adolescents' awareness of HPV was relatively low. Only 35% of the participants reported they had heard about HPV prior to the survey. Almost 70% of the potentially affected study population had not heard about the vaccine previously. Every fourth student did not believe that vaccination against HPV can prevent cervical cancer. If the vaccination was available free of charge, almost 80% of respondents would request it, but in case they had to pay for it, this number would significantly decrease. Significantly better knowledge and also more positive attitudes towards HPV vaccination was found in relation to the number of information sources. The majority of respondents (62-83%) were open for further information about STDs. The main trusted mediators were school-health services (61.3%), education on health at school (49.2%), health professionals (42.2%) and electronic media (24.6%). Since Hungarian adolescent students expect guidance about STDs principally from school health education, an urgent need for well-designed, HPV-focused educational programmes emerges. Launching such programmes would be especially important for the adolescent population to increase their awareness of the risks associated with HPV infection thus reducing the high incidence of cervical cancer in Hungary in the future.

### **Databáze:**

MEDLINE Complete

---

### **Záznam: 2**

An Increase in HPV-Related Knowledge and Vaccination Intent Among Parental and Non-parental Caregivers of Adolescent Girls, Age 9-17 Years, in Appalachian Pennsylvania.(includes abstract) Spleen, Angela; Kluhsman, Brenda; Clark, Allison; Dignan, Mark; Lengerich, Eugene; Journal of Cancer Education, 2012 Jun; 27 (2): 312-319. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0885-8195 PMID: 22131065  
CINAHL AN: 2011552884

**Abstrakt**

A theory and community-based educational intervention was designed to increase HPV-related knowledge and intent to vaccinate adolescent girls, against human papillomavirus (HPV) in Appalachia, a region with high cervical cancer incidence and mortality. An HPV educational session was conducted with immediate pre-/post-test questionnaires and 1-month follow-up telephone interview. McNemar tests and paired t tests evaluated change in individual knowledge variables and change in overall knowledge and intent to vaccinate against HPV, respectively. Of 117 attendees, 38 (32.5%) were parents of vaccine-eligible daughters and 79 (67.5%) non-parental caregivers. HPV-related knowledge increased for all participants ( $p < 0.0001$ ) and among parents ( $p < 0.0001$ ). Intent to vaccinate daughters within 1 month increased among parents ( $p = 0.002$ ). Of nine (23.7%) parents who completed the follow-up interview, 100% reported the intervention as helpful and 44.4% reported that they started vaccination. Our education intervention was associated with increased HPV-related knowledge and intent to vaccinate girls in Appalachia against HPV.

**Databáze:**

CINAHL Complete

---

