

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2007

Dagmar Klímová

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**INFORMOVANOST MATEK O MOŽNOSTECH PREVENCE**  
**RAKOVINY DĚLOŽNÍHO ČÍPKU U SVÝCH DCER**

Bakalářská práce

**Mgr. Andrea Festová**

**Dagmar Klímová, DiS**

**2007**

## **ABSTRACT**

### **Informedness of mothers about possibilities of suppository uterine cancer prevention at their daughters**

The Bachelor Thesis themed “Informedness of mothers about possibilities of suppository uterine cancer prevention at their daughters” has a research character. The thesis is divided into two parts, the theoretical and practical one.

The theoretical part is divided into ten main chapters. First chapter is dedicated to anatomy of genital tract, urinary bladder and rectum. Second chapter describes risk factors of suppository uterine carcinoma and in third chapter I focus on Human papilloma virus. In fourth chapter I describe the suppository uterine carcinoma and in fifth chapter the disease diagnosis. Sixth chapter describes suppository uterine carcinoma treatment, seventh chapter contains the disease prognosis. Eighth chapter is dedicated to a preventive gynaecological examination and ninth chapter to the possibilities of the suppository uterine carcinoma prevention. The last chapter contains a description of a role of a midwife in the area of suppository uterine carcinoma prevention.

The practical part is focused on a research of informedness of mothers about possibilities of prevention. The aim of the thesis was to find out the informedness of mothers about the possibilities of suppository uterine cancer prevention at their daughters. In the hypothesis I assumed that mothers are informed about the possibilities of suppository uterine cancer prevention at their daughters. My hypothesis has been verified. To verify or exclude the hypothesis I used the method of a questionnaire, which contained 33 questions. In total 150 questionnaires were distributed, from which 129 were returned. The return rate was 86%.

In conclusion of the thesis is mentioned the knowledge based on the theoretical and practical parts. The last part contains annexes related to the theme.

I would like to introduce the results of my research to medical staff at professional seminars, especially to midwives and gynaecologists in hospitals and outpatient facilities.

**Prohlášení :**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

14. května 2007

.....

podpis studenta

Za pomoc, trpělivost a podnětné návrhy děkuji Mgr. Andree Festové, která mi pomáhala konzultacemi při psaní této práce.

## OBSAH

ÚVOD .....	4
1.Současný stav .....	5
1.1 Anatomie.....	5
1.1.1 Zevní rodidla.....	5
1.1.2 Vnitřní rodidla.....	6
1.1.3 Močový měchýř .....	9
1.1.4 Konečník .....	9
1.2 Patofyziologie onemocnění.....	10
1.2.1 Rizikové faktory rakoviny děložního čípku.....	10
1.2.2 Proces kancerogeneze.....	10
1.3 Human papilloma virus HPV.....	11
1.3.1 Genitální bradavice a historie Human papilloma viru .....	11
1.3.2 Charakteristika Human papilloma viru .....	12
1.3.3 Přenos HPV infekce .....	13
1.3.4 Klinické projevy HPV infekce.....	13
1.3.5 Diagnostika HPV infekce.....	14
1.3.6 Léčba HPV infekce .....	15
1.4 Karcinom děložního čípku .....	15
1.4.1 Histopatologická klasifikace .....	15
1.4.2 Symptomatologie .....	16
1.4.3 Růst nádoru .....	16
1.4.4 Klasifikace karcinomu děložního čípku.....	18
1.4.5 Karcinom děložního čípku v těhotenství.....	19
1.5 Diagnostika karcinomu děložního čípku.....	19
1.5.1 Anamnéza.....	19
1.5.2 Gynekologické vyšetření.....	21
1.5.3 Biopsie.....	23

1.5.4	Vyšetřovací metody .....	25
1.6	Léčba karcinomu děložního čípku .....	27
1.6.1	Léčba karcinomu v časných stádiích nemoci .....	27
1.6.2	Léčba karcinomu v pozdních stádiích nemoci .....	27
1.6.3	Chirurgická léčba .....	28
1.6.4	Radioterapie .....	28
1.6.5	Chemoterapie .....	29
1.6.6	Podpůrná léčba .....	30
1.6.7	Hormonální léčba .....	30
1.6.8	Léčba recidiv .....	30
1.6.9	Follow up .....	30
1.6.10	Paliativní péče .....	31
1.7	Prognóza karcinomu děložního čípku .....	31
1.8	Preventivní gynekologická prohlídka .....	32
1.8.1	Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru gynekologie a porodnictví .....	32
1.8.2	Cytologie.....	33
1.8.3	Kolposkopie.....	36
1.9	Možnosti prevence rakoviny děložního čípku.....	38
1.9.1	Prevence.....	38
1.9.2	Preventivní program v České republice.....	38
1.9.3	Očkování.....	39
1.9.4	Dětská gynekologie.....	41
1.9.5	Peer program .....	42
1.10	Úloha porodní asistentky v prevenci karcinomu děložního čípku.....	43
1.10.1	Náplň práce porodní asistentky.....	43
1.10.2	Role porodní asistentky v prevenci.....	44
1.10.3	Výchova k reprodukčnímu zdraví.....	46



2. Cíl práce, hypotézy.....	48
2.1. Cíl .....	48
2.2. Hypotézy.....	48
3. Metodika.....	49
3.1. Použitá metoda.....	49
3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku.....	49
4. Výsledky.....	50
5. Diskuze.....	70
6. Závěr.....	79
7. Seznam použitých zdrojů.....	80
8. Klíčová slova.....	84
9. Seznam příloh.....	85

## ÚVOD

Karcinom děložního čípku je po nádoru prsu v celosvětovém měřítku druhým nejčastěji se vyskytujícím nádorem u žen. Česká republika má dlouhodobě jednu z nejvyšších incidencí nádoru děložního čípku. Ročně je diagnostikováno asi 1200 nových případů, z toho 480 žen umírá, tj. 40% úmrtnost. Incidence prudce stoupá kolem 40 roku, vrcholí mezi 45-55 lety.

Vztah mezi rizikem karcinomu děložního čípku a sexuálním chováním byl prokázán. Největší riziko je u žen, které začaly pohlavně žít v období dospívání a měly více sexuálních partnerů. Téměř čtyřicetkrát větší riziko karcinomu děložního čípku mají ženy, jenž onemocněly infekcí Human papilloma virem před 25. rokem života. Byl také prokázán negativní vliv kouření a dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce. Vazba se špatnými socioekonomickými podmínkami a nedostatečnou intimní hygienou mužů a žen se ukázala jako jeden z dalších rizikových faktorů karcinomu. (20)

Osvěta v podobě informačních letáků, internetu, novinových článků a zdůraznění významu preventivních gynekologických prohlídek má veliký přínos v prevenci nádorového onemocnění děložního čípku. K dosažení pozitivních výsledků je však zapotřebí aktivního přístupu žen jako matek, aby tento zdravý životní styl předávaly svým dcerám.

Téma jsem si zvolila z několika důvodů. Problematika mne zaujala svou naléhavostí, která vyplývá z počtu žen, u kterých byl karcinom děložního čípku diagnostikován, a v souvislosti s vytvořením nové očkovací látky, která by do budoucna mohla přispět ke snížení výskytu tohoto nádorového onemocnění.

Sama pracuji jako porodní asistentka a o ženy s tímto onemocněním pečuji. Péče o ně vyžaduje ošetrovatelské znalosti, empatii a zvládnutí verbálních i neverbálních forem komunikace s ohledem na individualitu každé ženy.

Karcinom děložního čípku byl diagnostikován před 9-ti lety mojí matce, která se úspěšně vyléčila. Tímto bych chtěla apelovat na přístup všech žen ke svému zdraví a na důležitost preventivních gynekologických prohlídek.

## **1. Současný stav**

Rakovina děložního čípku je druhým nejčastěji se vyskytujícím nádorovým onemocněním ženských pohlavních orgánů. Ve srovnání se zeměmi Evropské unie se Česká republika vyznačuje 50% vyšší incidencí onemocnění.

Nejnovější výzkumy ukazují, že původcem rakovinných změn děložního hrdla je infekce způsobená některými typy lidských papillomavirů, které jsou sexuálně přenosné, a v současné populaci poměrně rozšířené. U mužů nezpůsobuje život ohrožující změny, muži fungují spíše jako přenašeči viru. K rozvoji rakovinových změn děložního čípku nemusí nutně vést každá infekce u žen.

Děložní čípek je na rozdíl od jiných nádorů velmi dobře přístupný vyšetření, jenž dokáže odhalit onemocnění ve stadiu prekanceróz a ty účinně léčit. Mezi základní postupy, jenž mohou snížit výskyt tohoto nádorového onemocnění, patří preventivní programy v primární a sekundární péči týkající se rizikového sexuálního chování, cílené screeningové vyšetření gynekologem při pravidelných prohlídkách, a nově aplikace vytvořené vakcíny, jenž by mohla nepříznivou bilanci změnit.(14, 22)

Na českém trhu se objevila vakcína s komerčním názvem Silgard, vyvinuta firmou Merck a spol., jenž byla v září roku 2006 schválena Evropskou lékovou agenturou, a vakcína s komerčním názvem Cervarix, vyvinuta firmou GlaxoSmithKlein, která bude licencována pravděpodobně v průběhu poloviny roku 2007. Vakcíny jsou v řadě parametrů podobné, jsou připraveny metodologií genového inženýrství. Očkování je myšleno jako prevence, nenahradí však protinádorovou léčbu již prokázaného karcinomu. (12)

### **1.1 Anatomie**

#### ***1.1.1 Zevní rodidla***

Ľrma, mons pubis, mons Veneris, je trojúhelníkovitá ventrokraniální část tvořena kůží s chlupy, podložená tukovým polštářem. Velké stydké pysky, labia majora pudendi, jsou přímým pokračováním hrmy dorzokaudálním směrem. Jsou tvořeny párovou kožní řasou. Ventrálně jsou spojeny přední komisurou, vzadu tvoří zadní

komisuru. Kůže má ochlupení a pigmentaci. Malé stydké pysky, labia minora pudendi, jsou kožně-slizniční řasy uložené pod velkými labii. Podkladem je řídké kolagenní vazivo s elastickými vlákny. Poštěváček, klitoris, je kavernózní orgán, analogický penisu. Je krytý velmi jemnou sliznicí. Poševní vchod, vestibulum vaginae, je ohraničený malými stydkými pysky, poštěváčkem, vzadu tvoří jamku, fossa navicularis. Panenská blána, hymen, je slizniční duplikatura v ostium vaginae. Skladba a tvar hymenu je závislá na estrogenech. Bulbus vestibuli jsou párová kavernózní tělesa vpředu a po stranách poševního vchodu. Bartholinská žláza, glandula vestibularis major Bartholini, je párová žláza uložená v bázi velkých stydkých pysků. Hráz, perineum, je přepážka mezi zadní komisurou velkých stydkých pysků a řitním otvorem. Je asi 4cm široká. Hráz je tvořena svaly, podkožím a kůží. Pubické ochlupení patří mezi sekundární pohlavní znaky. Vyúsťuje zde močová trubice, uretra. (2)

### ***1.1.2 Vnitřní rodidla***

Pochva, vagina, je odvodná cesta pohlavní a kopulační orgán. Svým kaudálním koncem se otevírá jako ostium vaginae do vestibulum vaginae, kraniálním koncem se upíná na děložní tělo v místě hranice portio vaginalis cervicis uteri a vytváří hlubokou zadní klenbu, fornix vaginae posterior, na kterou naléhá Douglasův prostor, a přední mělkou klenbu, fornix vaginae anterior.

Pochva je tvořena sliznicí, svalovinou a zevním vazivovým obalem. Sliznice, tunica mucosa, tvoří mnohvrstevný dlaždicový epitel. U pohlavně zralé ženy na bazální vrstvu nasedá jedna vrstva bazálních buněk, následuje 5-8 vrstev parabazálních buněk. Další vrstvy jsou tvořeny intermediálními buňkami. Povrchovou vrstvu tvoří superficiální buňky. S nástupem estrogenizace začíná sliznice proliferovat, čím více estrogenů, tím vyšší sliznice. Svalovina pochvy je hladká, ve vnitřní vrstvě s cirkulárně orientovanými vlákny, zevní vrstva je tvořena podélně probíhajícími snopci. Vazivový obal pochvy přechází do okolního vaziva, parakolpia.

Pochva je cévně zásobená větvemi a. uterina, a. rectalis media a a. pudendi interna. Venózní plexus je drénován stejnojmennými žilami. Lymfa je odváděna do

z horní části pochvy do nodi lymphatici iliaci interni a do nodi lymphatici sacrales, z dolní části pochvy míza odtéká do nodi lymphatici inguinales superficiales.

Inervace horní části pochvy je stejná jako u dělohy, dolní oddíl je inervován senzitivně z n. pudendalis. Nejmohutnější pleteň s autonomními ganglii je na přední stěně pochvy v místech, kde pochva naléhá na uretru, tzv. G bod. (2, 3)

Děloha, uterus, je dutý, svalový orgán. Rozeznáváme na ní tělo, corpus uteri, a hrdlo, cervix uteri. Mezi tělem a hrdlem je isthmus uteri. Podélná osa děložního těla svírá s osou děložního hrda tupý úhel, asi 160-170°. Ve vztahu k pochvě je děloha skloněna dopředu, svírá s ní úhel 70-100°. Velikost dělohy, tvar a poměr mezi délkou těla a hrdla závisí na estrogenizaci ženy.

Děložní tělo má přední a zadní stěnu, jenž v sebe přecházejí laterálně hranami, kraniálně dnem a kaudálně v hrdlo. Děložní fundus laterálně vybíhá v děložní rohy. Z každého odstupuje jeden vejcovod, ligamentum teres uteri a ligamentum ovarii proprium.

Děložní stěna je tvořena sliznicí, endometriem, hladkou svalovinou, myometriem, zevní vrstvou, perimetriem. Endometrium je tvořeno jednovrstevným cylindrickým epitelem a slizničním vazivem s tubulózními žlázkami. Z funkčního hlediska rozlišujeme dvě vrstvy, stratum basale a stratum functionale. Myometrium je silná vrstva svaloviny, vnitřní část probíhá longitudinálně, prostřední vrstva je systém snopců směřujících od děložních rohů směrem k hrdlu.

Děložní hrdlo má tvar válce, jenž je úponem pochvy rozdělen na portio supravaginalis a portio vaginalis, směřující zaobleným koncem do pochvy. Tato část se nazývá děložní čípek. Čípek je dlouhý přibližně 2 cm. Na čípku děložním je zevní děložní branka. U nulipar má branka kruhovitý tvar, u multipar tvar příčně rozeklané štěrbiny. (2)

Na děložním čípku rozlišujeme ektocervix a endocervix. Ektocervix je krytý vrstevnatým dlaždicobuněčným epitelem, pod ním se nachází pojivová tkáň obsahující retikulární a kolagenní vlákna a bohatou vaskulární síť. Žlázový epitel endocervikálního kanálu se skládá z vrstvy cylindrických buněk s bazálně uloženým jádrem a hlenem. Navíc jsou zde cylindrické buňky s řasinkami sloužící k regeneraci. Sliznice není hladká, tvoří papily s cévními kličkami a zanořuje se do pojiva.(3, 23)

Epitel cervixu odpovídá na hormonální působení progesteronu a estrogenu. Působením hormonů v pubertě a adolescenci lze pozorovat změny v oblasti transformační zóny. Po menopauze dochází k atrofizaci sliznice. (2, 23)

Cévní zásobení dělohy je zajištěno a. uterinae, jenž je větví a. iliaca interna. Probíhá k hrdlu děložnímu, v 2 cm vzdálenosti od něj se kříží s ureterem, u děložní hrany se odděluje a. vaginalis, zásobující hrdlo a pochvu, zbytek kmene vysílá větve do přední a zadní stěny dělohy. Konečná větev r. ovaricus a. uterinae anastomozuje v mezovariu s a. ovaria. Venae uterinae probíhají shodně s artérií, ústí do vv. iliaca interna.

Lymfatické cévy drénují děložní tělo, děložní rohy a fundus nejvíce podél vasa ovarica do nodi lymphatici lumbales. Z oblasti děložního fundu a rohů děložních je část mízy odváděna podél lig. teres uteri do nodi lymphatici inguinales superficiales. Laterální část děložního těla je drénována lig. latum uteri do nodi lymphatici iliaci interna. V místě křížení ureteru s a. uterina se nachází předsunutý nodus lymphaticus parauterinus, ze skupiny nodi lymphatici iliaci interni. Z dolní části těla děložního, z oblasti isthmu a děložního hrdla, je míza odváděna částečně laterálně do nodi lymphatici iliaci interni a dorzálně podél lig. sacrouterinum do nodi lymphatici sacrales. Děloha je inervována pleteněmi sympatiku, které jdou podél cév, parasympaticky a senzitivně je inervována z oblasti S<sub>3</sub> a S<sub>4</sub>.

Závěsný aparát dělohy tvoří ligamentum cardinalia uteri, ligamentum sacrouterina, ligamentum vesicouterina a jejich pokračování ligamentum pubovesicalia; ligamentum teretia uteri. Podpůrný aparát dělohy tvoří musculus levatores ani a svaly hráze, diafragma urogenitale. (2, 3)

Vaječník, ovarium, je párový orgán, endokrinní žlázou a zdrojem ženských pohlavních buněk. Ovarium volně visí na peritoneální duplikatuře, mesovariu. Povrch ovaria je kryt jednovrstevným epitelem, pod ním se nachází vrstva zhuštěného vaziva, tunica albuginea. Vlastní ovariální stroma tvoří kůra, cortex ovarii, obsahující folikulární aparát, a cévnatá vazivová dřeň, medulla.

Cévní zásobení ovaria je zajištěno a. ovarica. Ramus ovaricus a. uterinae se stejnojmennými žilami probíhají v lig. ovarii proprium. Mízní cévy probíhají paralelně s vasa ovaria do nodi lymphatici lumbales podél velkých cév.

Vaječník je inervován sympatickými vlákny podél cév, parasympatikem z n. vagus a senzitivními vlákny z míšních segmentů L<sub>1</sub> – L<sub>3</sub>. (2)

Vejcovod, salpinx, je párový orgán trubicovitého tvaru v délce 10-12 cm. Mediální konec vejcovodu prochází rohem děložním, následuje úzký isthmus, jenž se rozšiřuje v ampulu zakončenou infundibulem. Infundibulum má nálevkovitý tvar s fimbriemi po obvodu břišního vyústění, ostia abdominale. Stěnu vejcovodu tvoří sliznice, endosalpinx. Ta je tvořena jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami kmitajícími směrem k děloze. Střední vrstvu tvoří hladká svalovina, zevně je vejcovod krytý viscerálním peritoneem, jenž přechází v závěs mezosalpinx.

Cévní, lymfatické a nervové zásobení má vejcovod stejné jako vaječník. (2)

### ***1.1.3 Močový měchýř***

Močový měchýř, vesica urinaria, naléhá na přední stěnu děložního hrdla a přední poševní klenbu. Ze dna měchýře vystupuje močová trubice, uretra, která je od poševní stěny izolována nepřilíš silnou vazivovou vrstvou. Trigonum vesicae je trojúhelníkovitá část stěny měchýře, její vrcholky tvoří dvě ostia uretericae a jedno orificium urethrae internum. Sliznice trigona je tvořena dlaždicovým epitelem, ostatní sliznice měchýře je tvořena vícevrstevným přechodným epitelem. Svalovina močového měchýře zajišťuje dva funkční systémy pomocí musculí detrusorí vesicae a musculí sfincterí vesicae. Zevně je měchýř krytý vazivovou adventicií, jen na fundus a část zadní stěny přechází peritoneum z břišní stěny a vytváří tak excavatio vesicouterina.

Vertex prázdného močového měchýře je u dospělé ženy skryt za symfýzou. Při náplni měchýře, vystupuje nad symfýzu pod peritoneem do Retziova prostoru. (2)

### ***1.1.4 Konečník***

Konečník, rektum, je konečný oddíl zažívacího traktu. Má blízký topografický vztah k vnitřním rodidlům, zejména ve svém konečném úseku. Od dělohy ho odděluje

excavatio rectouterina, Douglasův prostor. Od pochvy je rektum odděleno rectovaginálním vazivovým septem. (2)

## **1.2 Patofyziologie onemocnění**

### ***1.2.1 Rizikové faktory rakoviny děložního čípku***

Epidemiologické studie identifikovaly řadu rizikových faktorů, jenž se mohou podílet na vzniku prekanceróz a invazivních karcinomů.

Mezi sociobiometrické faktory karcinomu děložního čípku patří kouření, nedostatek vitamínu A a kyseliny listové, nízký socioekonomický status, zanedbaný screening, karcinom děložního čípku u matky nebo sestry, oběť domácího násilí nebo pohlavního zneužívání, pohlavně přenosné nemoci, opakované lacerace čípku děložního při instrumentálních zákrocích, pohlavní promiskuita či sexuální aktivita ve věku méně než 20 let. Dalším faktorem je stav imunitního systému. Významné jsou zejména defekty buněčné imunity. Hormonální antikoncepce zvyšuje riziko nepřímo, zvětšuje metaplazii na cervixu, jenž je spjata s vyšším rizikem infekce, a skupina žen s hormonální antikoncepcí může mít vyšší sexuální aktivitu.

Ve více než 98% jsou dnes prekancerózy děložního čípku spojovány s humánními papillomaviry. HPV infekce je považována za nejrozšířenější pohlavně přenosnou chorobu. Studie odhadují, že většina sexuálně aktivní dospělé populace je v průběhu života vystavena jednomu nebo více typům HPV virů, avšak infekce často proběhne bezpříznakově. Tento virus je zodpovědný i za tvorbu genitálních bradavic u mužů i žen. (2, 26, 28)

### ***1.2.2 Proces kancerogeneze***

Kancerogeneze je mnohostupňový proces, jenž začíná od postižení jedné buňky, přes složitý vývoj vedoucí ke změně genetického vybavení buněk. Iniciaci vyvolává kancerogen, ať už fyzikální, chemický nebo biologický. K další přeměně poškozené buňky dopomáhají škodliví činitelé kokancerogeny zasahující do regulativních mechanismů buňky. Společnou činností těchto faktorů dochází k morfoloogickým



změnám v jádře a cytoplazmě buňky, k urychlení proliferace a změnám počtu chromozomů a jejich aberacím. (23)

### **1.3 Human papilloma virus - HPV**

#### ***1.3.1 Genitální bradavice a historie Human papilloma viru***

Genitální bradavice byly známy lékařům již za Hippokrata (460-377 před Kristem). Bradavice se v historii označovaly jako condyloma. Condyloma acuminatum je běžně užívaný termín pro genitální bradavice v dnešní době. Ve starověkém Římu byly považovány za důsledek promiskuity a nepřirozeného sexu. Ve středověku převládal názor, že genitální onemocnění jsou důsledkem infekce jediným agens. V 50. letech 20. století americký lékař T. J. Barrett poukázal, že u žen vojáků vracejících se z Korejské války se objevují za zhruba 4-6 týdnů po návratu vulvární bradavice. Trvalo několik dalších let, než teorie genitálních bradavic jako sexuálně přenosného onemocnění začala být přijímána širokou lékařskou veřejností.

V současnosti patří genitální bradavice v celosvětovém měřítku k nejčastějším virovým sexuálně přenosným onemocněním. Jako první identifikaci a charakterizaci papillomavirů lze považovat pokus z roku 1907 lékaře G. Ciuffa, jenž si inokuloval na vlastní předloktí hrubý filtrát z bradavic a dokázal, že agens, které je vyvolává, je přenosné. Vlastní virová etiologie kožních bradavic byla potvrzena v roce 1949. Průkaz virových partikulí genitálních bradavic byl proveden elektronovou mikroskopií v roce 1969. První papillomavirus byl popsán v roce 1933 u severoamerických králíků *Sylvilagus floridanus* u nichž vyvolává papillomatózu. U lidí byla podobnost genitálních a kožních bradavic dlouhou dobu příčinou tzv. jednotné teorie, která tvrdila, že všechny bradavice jsou vyvolané stejným agens. Dnes je plně charakterizováno 86 typů HPV a potenciálně nových virů je více než 130.

Objevem, jenž inicioval obrovský nárůst výzkumu papilloma virů, byla v roce 1983 izolace HPV z karcinomu hrdla děložního. V roce 1842 italský lékař D. Rigoni-Stern pozoroval častější výskyt karcinomu hrdla děložního u vdaných žen a vdov, než u žen bez sexuální zkušenosti. Rozsáhlý výzkum HPV za posledních 20 let ukázal, že tyto

viry hrají významnou etiologickou roli i u dalších maligních onemocnění, jako je karcinom vulvy a vaginy, penisu, anu a u některých nádorů v oblasti hlavy a krku. (12)

### ***1.3.2 Charakteristika Human papilloma viru***

HPV virus je dvou vláknový cirkulární DNA virus, jenž infikuje dlaždicový epitel a indukuje rozličné proliferativní fáze. Prostřednictvím DNA homologizace bylo popsáno více než 100 typů HPV, jenž lze rozdělit do dvou skupin podle druhu epitelu na slizniční (orální, genitální) nebo epitel kožní, který infikují.

HPV infekce podobně jako ostatní sexuálně přenosné choroby má největší prevalenci u mladých sexuálně aktivních žen ve věku 20-25 let. Nejvyšší prevalence závažných prekanceróz je u žen ve věku 35 let a invazivní karcinom u žen kolem 45 let. Další vrchol je po 50. roce, kdy se jedná většinou o pozdní formy onemocnění. Pak incidence klesá, jde většinou o perzistenci infekce.

Důležité je rozlišení infekcí způsobené benigními HPV nebo viry s onkogenním potenciálem.

#### ***Benigní HPV***

U benigních lézí je DNA viru přítomna mimo chromozomy. Benigní viry způsobují vznik a proliferaci kondylomat, jsou prokazovány i při laryngální papillomatóze dětí. Incidence onemocnění je nízká, možnou příčinou je i přenos na plod během porodu.

#### ***Onkogenní HPV***

U maligních lézí je DNA viru včleněna do genomu buňky. Infekce onkogenními typy je hlavním faktorem vzniku karcinomu cervixu. Podle schopnosti způsobit buněčnou atypii se rozlišuje onkogenní potenciál jednotlivých typů papillomavirů. HPV se dělí do skupin s malým (low risk), středním a velkým rizikem (high risk).

Vysoce rizikové HPV jsou označeny čísly 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51a 56. HPV typ 16 se častěji vyskytuje u dlaždicobuněčného karcinomu, typ 18 u

adenokarcinomu nebo málo diferencovaných dlaždicobuněčných nádorů. Pronikají do chromozomů hostitelských buněk, transformují své geny do hostitelského genetického kódu. Klinicky se projevují špičatými kondylomaty na perineu, v pochvě a na čípku děložním. Jsou nápadné a makroskopicky zjistitelné při kolposkopii.

HPV typy s nízkým rizikem 6, 11, 34, 40, 42, 43, 44, 54, 70 a 74 většinou vyvolávají tvorbu kondylomů.

Viry typu 16, 18, 31, 33 a 35 jsou považovány za lidské kancerogeny, viry se středním a vysokým rizikem jsou považovány za možné kancerogeny. (21)

Jiným projevem jsou plošné léze s přítomností zvláštních buněk, koilocytů, vznikajících patologickým působením virů na epitel. Jsou to buňky vyskytující se ve střední vrstvě epitelu, mající větší nebo více jader, a jsou obklopeny charakteristickým projasněním. Jaderné barvivo je nepravidelně distribuováno. (19, 23, 28)

### ***1.3.3 Přenos HPV infekce***

Virus je přenosný pohlavním stykem. Do organismu se infekce dostává kožními a slizničními mikrotraumaty. Pro onkogenní viry je typickou branou vstupu metaplastický epitel transformační zóny cervixu. Byl prokázán i vertikální přenos viru z matky na dítě, většinou intrapartálně. Ostatní formy přenosu infekce jsou méně časté. Kondom nemusí chránit před jeho přenosem. Po přenosu se viry replikují v bazálních vrstvách epidermis nebo epitelu sliznic. (21)

### ***1.3.4 Klinické projevy HPV infekce***

Infekce onkogenními typy se rozvíjí papillomavirová nákaza latentně nebo subklinicky. Imunitní mechanismy hostitele jsou schopny infekci potlačit. Testy na přítomnost HPV virů na děložním čípku bylo prokázáno, že imunitní systém většiny žen se dokáže do 12 až 18 měsíců s nákazou vypořádat.

Při latentní infekci lze prokázat přítomnost papillomaviru. Kolposkopické ani cytologické známky infekce nejsou přítomny, někdy pouze hraniční cytologický nález.

U subklinického průběhu infekce nejsou přítomny makroskopicky známky

infekce. Znamky infekce lze zjistit při kolposkopickém vyšetření, v cytologickém obraze či histologii.

Klinicky manifestní onemocnění je vyvoláno low risk viry, jenž má vzhled dle lokalizace. V oblasti genitálu se projevuje kondylomaty různých forem, např. špičaté, papilární, obří, plošné či papulózní.

Kondylomata mohou být i na vulvě, perineu, pochvě či cervixu. Zvláštní formou HPV infekce je bowenoidní papulóza a Bowenova choroba. Jedná se o preinvazivní formu spinocelulárního karcinomu vulvy. Extragenitální forma postihuje kůži v oblasti anu, sliznici anu a uretry, spojivky, úst či hrtanu. (21)

### ***1.3.5 Diagnostika HPV infekce***

Metody, jenž se používají k detekci HPV infekce, lze rozdělit podle principu. Metody nepřímé diagnostiky prokazují HPV infekci z charakteristických změn, které vyvolávají v infikovaném organismu. Metody diagnostiky přímé prokazují infekční agens.

Z nepřímých metod lze uvést kolposkopii, cytologii, histologii a metody sérologické.(27)

Metodou přímého průkazu HPV infekce jsou amplifikační nebo hybridizační metody. Amplifikační metodika je polymerázová řetězová reakce, vykazující vyšší senzitivitu a specifiku. (21)

Dle údajů Národní referenční laboratoře pro papillomaviry se mohou muži nechat otestovat na HPV viry. Test se provádí ze stěru z močové trubice nebo z penisu speciální kartáčkem, který si musí lékař vyžádat spolu se zkumavkami s transportním médiem od laboratoře. Test si lze nechat udělat u kožního lékaře či urologa. Je prozatím plně hrazen zdravotní pojišťovnou. Jako výsledek bychom měli obdržet informaci, jedná-li se o viry s nízkým či s vysokým rizikem.

Pro ženy je test na přítomnost HPV infekce na děložním čípku součástí preventivního vyšetření pouze v USA. U nás je použití testu závislé na vůli lékaře. Doporučuje se dělat až u žen starších 30-35 let, u sporných a nejasných nálezů a testuje se hlavně na přítomnost typů virové DNA s vysokým rizikem. Pokud je žena v tomto

věku HPV pozitivní, to znamená, že je u ní větší riziko přednádorových změn. U žen mladších 30-ti let nemá testování význam. V této věkové kategorii je HPV pozitivních až 30 % žen, a imunita většiny žen se během několika měsíců dokáže zbavit viru bez následků. (28)

Typizaci rizikových skupin virů, HR-HPV testace, a její význam pro klinickou praxi je v současnosti široce diskutován. Využití typizace pro screening je perspektivní. Typizacemi nelze nahradit v diagnostice standardní prebiopické metody, mohou být však jejich vhodným doplňkem. (2)

### ***1.3.6 Léčba HPV infekce***

Na eradikaci virů se podílí buněčná složka imunitního systému. Možnostmi léčby je lokální aplikace podofylinu, kyseliny bichlóroctové a trichlóroctové, 5- fluorouracilu, použití virostatických a imunomodulačních látek. Větší ložiska vyžadují chirurgickou léčbu nebo laservaporizaci. Preferováno je elektrochirurgické ošetření jehlou či kličkou nebo studeným nožem. (21)

## **1.4. Karcinom děložního čípku**

### ***1.4.1 Histopatologická klasifikace***

Ve většině případů, 85 – 90%, se jedná o spinocelulární karcinom z dlaždicového krytu děložního čípku, který se obvykle dlouhodobě vyvíjí z přednádorového stadia.

V 10-15% případů se jedná o adenokarcinom z děložního hrdla, jehož vzniku předchází krátkodobý vývoj. Postihuje mladší ženy a má výrazně horší prognózu. Velmi vzácně se vyskytuje nádor z pojiva, sarkom děložního hrdla a melanom. Kromě této základní klasifikace je posuzován stupeň nádorové diferenciaci, invaze do krevních a lymfatických cév, do stromatu a objem tumoru.

Epidermoidní karcinom se vyvíjí převážně v okolí zevní branky, v oblasti styku dlaždicového epitelu ektocervixu a cylindrického epitelu endocervixu. Histologicky se

jedná a spinocellulární karcinom různých stupňů zralosti. Vyskytuje se ve dvou formách, exofytické a endofytické formě.

Adenokarcinom je tvořen různě zralými cylindrickými buňkami podobným buňkám v endocervixu. Dle vyzálosti je hodnocen jako dobře, středně a málo vyzály. I tento karcinom může mít formu endofytickou a exofytickou. (9, 19)

#### ***1.4.2 Symptomatologie***

Časná stadia, stejně jako prekancerózy děložního čípku, jsou asymptomatická. Prvním příznakem pokročilé nemoci bývá žlutavý, později krvavý výtok, krvácení nezávislé na menstruačním cyklu. Krvácení jsou vyvolána dotykem, např. po pohlavním styku, vaginálním vyšetření anebo po vyprázdnění tuhé stolice. Bolest a hematurie jsou příznaky pokročilých invazivních karcinomů. (1, 2)

#### ***1.4.3 Růst nádoru***

Karcinom děložního čípku vzniká postupně. Poruchy růstu a vývoje epitelu děložního čípku se označují jako přednádorové změny, dysplazie nebo cervikální intraepiteliální neoplazie CIN I. až III. stupně. U převážné většiny dysplastických změn zejména typu CIN I dochází ke spontánní regresi nálezu, jedná se o proces reverzibilní. V jiných případech bývá nález nepravidelnosti epitelu dlouhodobě stacionární. Těžká dysplazie se vyznačuje atypickou změnou celého epitelu, jeho vrstvení je ještě naznačeno. Pouze u menšího procenta výskytu všech stádií CIN dochází k postupné progresi patologických změn epiteliálního krytu a vyvíjí se karcinom in situ.

U karcinomu in situ je celý epitel nahrazen menšími, hustě uspořádanými atypickými buňkami, vrstvení chybí. Z karcinomu in situ, stadia 0, vzniká invazivní karcinom, jakmile jsou viditelné známky infiltrace do pojivové tkáně. Tento proces je dlouhodobý, trvající až 10 let.

U mikroinvazivního karcinomu rozlišujeme časnou invazi do stromatu, stadium Ia1, a mikrokarzinom, stadium Ia2, kdy je nutné dle hloubky infiltrace a rozsahu počítat s metastázami do lymfatických uzlin.

Infiltrace rostoucího cervikálního karcinomu je makroskopicky zjistitelná tehdy, až když vytváří uzlovitý nádor nebo se na povrchu vředovitě rozpadá. (1, 9)

#### *Šíření nádoru z cervixu*

Šíření nádoru ve stěně cervixu může vést k jeho ztluštění. Při vyšetření je na pohmat tuhý. Rozpadem tkáně vzniká vřed mající až podobu kráteru s drsnými valovitými okraji. Karcinom se kontinuálně rozšiřuje na poševní stěny, do paravaginálních a parametrálních tkání, a do děložního těla. (1, 2)

#### *Šíření nádoru lymfatickou cestou*

Lymfatické cévy jsou hlavní cestou šíření. U karcinomu, jenž se zdá být omezen na cervix, je nutné počítat s metastázami do mízních uzlin malé pánve. Již při invazi více než 1 mm je riziko postižení regionálních pánevních uzlin. Nejprve jsou postiženy uzliny v parametriích, pak ve fossa obturatoria, dále postižení pokračuje podél artéria a vena iliaca interna a externa, podél vena iliaca communis. Nakonec jsou zasaženy paraaortální uzliny. (1, 2) (Příloha 1)

#### *Šíření nádoru hematogenní cestou*

Zřídka a pozdě lze sledovat u karcinomu metastázy vzniklé hematogenní cestou. Vyskytnou-li se, je to především v plicích, mozku a kostech. (1)

#### *Prorůstání do okolních orgánů*

Lokálně prorůstá karcinom do močového měchýře a rekta. Následně vznikají píštěle mezi pochvou a rektem, pochvou a močovým měchýřem, až se vytvoří tzv. kloaka. Zpravidla dochází i k invazi do parametria a ke kompresi metastáz v lymfatických uzlinách, k stenóze močovodů, následné hydronefróze a dysurii. Postižení velkých pánevních cév a nervových plexů s projevy městnání v dolních končetinách bývá doprovázeno nesnesitelnými bolestmi v pánvi, sakralgií a ischialgií.

V terminálním stadiu se objevuje inkontinence alvi et urinae, septická pyelonefritida, urémie, tumorózní kachexie až vykrvácení z větších cév z rozpadlého kráteru na děložním čípku (1, 2, 19)

#### **1.4.4 Klasifikace karcinomu děložního čípku**

TNM	děložní čípek	FIGO
<b>T1</b>	ohraničený čípek	I
T1a	diagnóza jen mikroskopicky	IA
T1a1	minimální invaze do stromatu	IA1
T1a2	hloubka ≤ 5mm, horizontální šíření ≤ 7mm	IA2
T1b	léze větší než T1a2	IB
<b>T2</b>	šíří se mimo dělohu, ne k pánevní stěně, ne do dolní třetiny pochvy	II
T2a	parametrium volné	IIA
T2b	parametrium postižené	IIB
<b>T3</b>	šíří se do dolní třetiny pochvy, hydronefróza	III
T3a	pochva ( dolní třetina)	IIIA
T3b	ke stěně pánevní, hydronefróza	IIIB
<b>T4</b>	sliznice močového měchýře/ konečník / pánev / mimo pánev	IVA
<b>M1</b>	vzdálené metastázy	IVB

Klasifikace pokročilosti se provádí dle systému FIGO (Mezinárodní organizace gynekologů) nebo TNM. Klasifikace TNM vypracovaná WHO hodnotí parametry: T- pokročilost nádoru, N- přítomnost infiltrovaných regionálních mízních uzlin, M- vzdálené metastázy. (9)



#### ***1.4.5 Karcinom děložního čípku v těhotenství***

Těhotenství nevylučuje výskyt karcinomu děložního čípku. Incidence karcinomu je asi 1%. K vyšetření, která jsou v těhotenství prováděna, patří onkologická cytologie a kolposkopie. (1)

### **1.5 Diagnostika karcinomu děložního čípku**

Závažnost nálezů, rozlišení mezi cervikální intraepiteliální neoplazií CIN III., časnou invazí do stromatu a mikrokarcinomem je možné definitivně potvrdit jen histopatologickým závěrem.

Vyšetření - staging vede ke stanovení rozsahu onemocnění a k rozhodnutí o způsobu léčby. Zjištění anamnézy je doplněno gynekologickým vyšetřením, včetně vyšetření per rektum, biopsií, laboratorním vyšetřením a vyšetřením pomocí zobrazovacích metod. Dle předchozích nálezů se výběrově provádí fakultativní vyšetření dle potřeby. (2, 9)

#### ***1.5.1 Anamnéza***

Úplné a pravdivé anamnestické údaje mají v diagnostickém procesu nezastupitelné místo.

##### ***Rodinná anamnéza***

Rodinná anamnéza poskytuje informace o zdravotním stavu či příčině smrti rodičů a sourozenců, rodinné genetické zátěži, výskytu vrozených vad, maligních onemocnění.

##### ***Osobní anamnéza***

Osobní anamnéza je chronologický záznam údajů o vývoji a prospívání od dětství do současnosti, prodělaných dětských nemocech, závažných infekcích, alergiích a operacích. Při hodnocení údajů je nutné brát v úvahu jednotlivá životní období ženy, ve kterých došlo k výskytu onemocnění. Nelze opomenout ani otázku kouření, požívání alkoholu a trvalé farmakoterapie.

### *Sociální anamnéza*

Sociální anamnéza podává informace o zaměstnání, druhu práce a charakteru pracovního prostředí, o socioekonomických poměrech, bydlení a finančním zajištění.

### *Gynekologická anamnéza*

Gynekologicko-porodnická anamnéza zjišťuje věk menarche a menopauzi, klimakterické potíže. U menstruace se zjišťuje frekvence, intenzita, délka, bolestivost včetně dalších příznaků. Zaznamenávají se všechny nepravidelnosti a poslední datum menstruace.

Další otázky se vztahují na předešlé gestace, rok, průběh a způsob ukončení. U operativních porodů se uvádí indikace. U novorozenců se zaznamenává prospívání a případné vývojové vady či příčina úmrtí.

Další dotazy jsou zaměřeny na dosavadní gynekologická onemocnění, léčbu, včetně lázeňské. Popis současného onemocnění musí chronologicky zachytit jeho vznik, symptomy a průběh včetně léčby.

Diskrétním způsobem lze získat i informace o pohlavním životě a jeho možných poruchách, užívání hormonální antikoncepce.

Mnohdy se připojují potíže urologického charakteru. K hodnocení celkového stavu patří i základní biologické funkce, změny tělesné hmotnosti či únava.

Získáním anamnestických údajů u funkčních poruch se nesmí opomenout na možné psychosomatické souvislosti. (19, 23)

### *Nynější onemocnění*

Nynější onemocnění zachycuje obtíže od jejich vzniku až do doby sběru anamnézy. Zaznamenávají se jednotlivé příznaky, reakce organismu a dosavadní léčba. U nemocných v alterovaném stavu jsou zdrojem informací zdravotnická dokumentace nebo blízká osoba.

Do popředí gynekologické symptomatologie zařazujeme hlavně bolest, krvácení, výtok, dysurické potíže, močovou inkontinenci, obtížné vyprazdňování stolice. (23)

### ***1.5.2 Gynekologické vyšetření***

V gynekologii je využívána velká škála vyšetřovacích metod. Jsou to metody klinické a speciální. Jejich cílem je zjistit příčinu obtíží a indikovat terapii. Gynekologické vyšetření je nezbytné v diagnostice, ale i prevenci gynekologických onemocnění v rámci preventivních prohlídek. Je nutné vycházet ze zásady, že při obtížích reprodukčních orgánů je onemocněním postižen celý organismus ženy.

#### *Základní fyzikální vyšetření*

Vyšetření je zahájeno celkovým orientačním vyšetřením. Hodnotí se biologický věk, konstituce, stav výživy, držení těla a barva kůže. Uvedené jsou také hodnoty krevního tlaku, pulsu, tělesné teploty, výšky a váhy.

Vyšetření břicha se provádí vleže s pokrčenými dolními končetinami. Lékař zjišťuje aspekci symetrii břišních stěn, stav břicha, vyklenutí, jizvy, šíření dechové vlny. Jemně provádí palpaci od klidných oblastí k místu s udávanou bolestivostí, vyšetřuje napětí břišní stěny. Hlubokou palpaci vyšetřuje rezistence v dutině břišní, její lokalizaci, pohyblivost, velikost a ohraničení. Perkusí hledá oblast, kde chybí bubínkový poklep. Auskultace se využívá při diferenciální diagnostice. (19, 23)

#### *Klinické gynekologické vyšetření*

Před gynekologickým vyšetřením by měla žena mít vyprázdňený močový měchýř a rektální ampuli.

Klinické gynekologické vyšetření zevních rodidel se provádí na gynekologickém vyšetřovacím stole v gynekologické poloze. Posuzuje se utváření zevních rodidel, stav pokožky a sliznic, ochlupení, oblast perinea a anální krajiny, zevní vyústění močové trubice a poševní vchod. Při aspekci zcela respektujeme stud ženy, odhalujeme pouze části těla, která jsou vyšetřována. (23)

Vyšetření vnitřních rodidel je zahájeno vyšetřením v gynekologických zrcadlech, per speculam, a pak je provedeno bimanuální vyšetření. V některých případech se provádí rektální nebo rektovaginální vyšetření.

Vyšetření v zrcadlech umožňuje vyšetřit zrakem stav poševní stěny a děložního čípku, prostornost pochvy a poševních kleneb, charakter poševního sekretu, defekty nebo jizvy stěny. Zrcadla jsou zaváděna šetrně. Velikost zrcadel volíme podle prostornosti pochvy. Nejběžněji se používají Simonova zrcadla. K odběru materiálu či kolposkopii se hodí Trélatova zrcadla, operační Scherbachova zrcadla jsou opatřena závažím. U lžícových zrcadel se nejprve zavádí zadní lžice podél zadní stěny poševní, poté přední lžice.

Na děložním hrdle je popisován tvar, barva, zevní branka, vzhled sekretu a krve, viditelné útvary v hrdle. Na závěr vyšetření lze odebrat materiál na mikroskopické a cytologické vyšetření, a provést kolposkopii.

U suspektního invazivního karcinomu jsou známky invaze nepřímé. Jedná se o pestrou kombinaci abnormálních kolposkopických ložisek na velké ploše s cévními anomáliemi a krvácením. Ložiska jsou vyklenutá na povrch.

Invazivní karcinom lze rozeznat makroskopicky.

U exofytické formy karcinomu lze vidět děložní čípek, který má podobu překrveného ložiska. Může mít tvar kvěťáku, bělavého a křehkého útvaru, na povrchu rozpadajícího, který krvácí na dotyk.

Endofytická forma karcinomu roste infiltrativně jako čepy do spodiny. Později je hrdlo hrbolaté. Ložisko se na povrchu rozpadá, tvoří ulcerace pokryté nekroticky bílošedivým povlakem, který také při dotyku krvácí. Endofytická forma karcinomu je nepříznivá pro včasnou diagnostiku.

CIN a mikroinvazivní karcinom nelze rozpoznat pouhým okem. Lze je rozeznat kolposkopií po octové zkoušce a cytologickým stěrem. (2, 3, 19)

Vyšetření bimanuální je základem gynekologické diagnostiky. Bývá obtížné u obézních žen, akutních gynekologických zánětů, ascitu či tumorózní infiltraci v okolí pánevních orgánů. Provádí se dvěma prsty zavedenými do pochvy a prsty druhé ruky palpujícími podbříšek. Hodnotí se tvar, uložení, pohyblivost a prostupnost zevní branky. Poté je vnější rukou stlačena břišní stěna proti prstům v pochvě a hodnotí se uložení dělohy, velikost, pohyblivost a citlivost. Palpací po stranách lze hmatat adnexa.

Zvlášť jsou hodnoceny nálezy na jednotlivých stranách. Bimanuální vyšetření končí palpací zadní klenby poševní, rekta a ventrální oblasti močového měchýře.(19)

Vyšetření rektální se provádí při nejasných nálezech v retrouterinním prostoru, na křížoděložních vazech. U rakoviny děložního hrdla se zjišťuje nádorová infiltrace děložních vazů. Rektovaginální vyšetření se provádí po radiační léčbě a při kontrolách po operacích.

Při rektovaginálním vyšetření je zaveden jeden prst do pochvy a druhý do rekta. Posuzuje se funkce análního svěrače, chorobné procesy v oblasti rektovaginálního septa či diferenciální diagnostika mezi rektokélou a enterokélou. (19)

### ***1.5.3 Biopsie***

Definitivní potvrzení závažnosti prekancerózy či invazivního karcinomu stanoví histopatologické vyšetření tkáně. K odběru tkáně lze použít různých technik. Každá z nich má své výhody, ale i limitace. (Příloha 2)

#### *Minibiopsie*

Minibiopsie, punch biopsie, se provádí speciálními kleštěmi pod kolposkopickou kontrolou z ektocervixu. Rozsah tkáně získané při odběru je dán velikostí bioptických kleští. Výkon se provádí bez použití narkózy. Následné krvácení z defektu lze ošetřit elektrokoagulací.

#### *Excize*

Cílená excize skalpelem znamená vytětí suspektního ložiska tkáně pod kolposkopickou kontrolou. Velikost excize určuje operatér dle rozsahu nejzávažnější léze.

#### *Kyretáž*

Ostrou kyretou se provádí kyretáž z endocervikálního kanálu. Lze provést i frakcionovanou kyretáž, při níž se materiál získává zvlášť z děložního hrdla, a poté z děložní dutiny. Materiál se histologicky hodnotí odděleně. (2, 5)

### *Konizace*

Konizace čípku děložního je diagnostický výkon, podle jehož bioptického vyšetření lze indikovat další terapeutický postup. Indikacemi ke konizaci jsou prebiopticky sporné nálezy suspektních ložisek na děložním čípku při negativním kolposkopickém nález, opakovaně pozitivní onkologická cytologie, nebo sekundárně zánětlivé změny s pozitivním cytologickým nálezem onemocnění papillomavirem nebo herpetiformními viry.

Zárok se provádí v krátkodobé celkové anestezii. Cirkulární řez se provádí skalpelem ve zdravé tkáni, aby se odstranilo celé ložisko. Hloubku kónusu je nutno volit s přihlédnutím možnosti dalšího šíření suspektního nálezu do cervikálního kanálu, věku či parity ženy. Krvácení se staví opichem nebo hemostyptiky. Odebraný kónus se sériově prořeže pro určení invaze a histologického typu tumoru. Materiál se fixuje v roztoku formalinu. Defekt na čípku je možné nechat spontánně granulovat nebo provést plastickou úpravu, po které by měla být přehledná kolposkopicky junkční zóna přechodu dlaždicového a cylindrického epitelu hrdla.

Mezi ranné komplikace po konizaci patří nejčastěji krvácení nebo sekundární hnisání v sutuře. Z pozdních komplikací u hlubších incizí to mohou být synechie cervikálního kanálu či infertilita. (5, 23)

### *LEEP, laserová konizace, kryoterapie*

Radio frekvenční klička se používá se k léčbě CIN III. nálezů i méně závažných lézí, které zasahují až do endocervikálního kanálu. Tato metoda je vhodná pro ženy, jenž plánují těhotenství. Výkon se provádí ambulantně. Laserová konizace byla upřednostňována před zavedením LEEP.

Kryoterapie využívá chladu (tekutého dusíku). Po přiložení sondy vzniká nekróza zmrazené tkáně s následným hojením. Používá se pro léčbu CIN I. a CIN II. nálezů. Hojení může být zdlouhavé a doprovázeno výtokem. Výhodou kryoterapie je ambulantní provedení výkonu.

Po chirurgickém výkonu z výše jmenovaných způsobů je doporučováno několik týdnů pohlavní abstinence, pouze se sprchovat a nepoužívat tampóny. Kontrolní

cytologický stěr má následovat nejdříve za 4-6 měsíců po zákroku, poněvadž by mohl být výsledek stěru falešně pozitivní. (28)

#### ***1.5.4 Vyšetřovací metody***

##### *Laboratorní metody*

Mezi základní biochemická vyšetření krve patří mineralogram, osmolalita, stopové prvky, močovina, kreatinin, kyselina močová, amoniak, cholesterol, triacylglyceroly, glykémie; enzymy AST, ALT, ALP a amyláza. Vyšetřují se i bílkoviny (celková bílkovina, albumin, transferin a C-reaktivní protein); bilirubin konjugovaný a nekonjugovaný.

Vyšetření moče se provádí jako kvalitativní chemické vyšetření moče.

Speciálním biochemickým vyšetření je stanovení hladiny tumorových markerů v krevním séru, jenž se vyskytují v souvislosti s nádorovým onemocněním, eventuelně jsou prokazatelné ve zvýšené koncentraci. Jejich vyšetřování je cenným přínosem v monitorování průběhu onemocnění a léčebné odpovědi. Zvýšení hodnot může signalizovat recidivu nebo relaps onemocnění. Mají i prognostický význam. Jejich negativní nález nevylučuje malignitu.

Metodou stanovení je radioimunoanalýza (RIA), imunoradiometrická analýza (IRMA) a enzymoimunoanalýza (EIA). Ze sérových markerů vykazují zvýšení jen onkofetální antigen CEA u adenokarcinomu děložního hrdla a SCC (squamous cell cancer antigen) pouze při rozsáhlém růstu nádoru. (1,3,29)

Mezi základní hematologická vyšetření krve se řadí vyšetření krevního obrazu, hemokoagulace ( APTT, tromboplastinový čas, INRI, D-dimery, fibrinogen, antitrombin) a vyšetření krevní skupiny v ABO systému včetně RH faktoru. (23)

##### *Zobrazovací metody*

Mezi kontrastní rentgenová vyšetření patří irrigografie, vylučovací urografie, angigografie. Dalšími rentgenovými vyšetřeními je předozadní snímek plic a srdce.

Lymfoscintigrafie znázorňuje lymfatické cévy a pánevní uzliny. Nověji se provádí kolororadionavigace a detekci uzlin, tj. jejich barvení a značení radionuklidem.

Znázorňují se zvětšené nebo postižené uzliny, které lze detekovat během operace pomocí gama sondy. Cílem tohoto postupu je nalézt a vyšetřit tzv. sentinelové uzliny, tj. první uzliny, do nichž vstupují lymfatické cévy z oblasti děložního čípku. Nejsou-li tyto uzliny nádorově postiženy, lze s vysokou pravděpodobností předpokládat, že onemocnění se mimo čípek nešíří. Pozitronová emisní tomografie je novou možností k precizování sporných a nejasných nálezů. (9, 23)

Ultrazvukové vyšetření je vlnění o frekvenci více než 20KHz. K vyšetření se užívá vaginální sondy k volumometrii děložního čípku od stádia Ib Toto vyšetření je neinvazivní a nevyžaduje zvláštní přípravu ženy.

Dopplerovská monografie si v gynekologii pomalu získává své místo v gynekologické onkologii. Vzhledem k růstové aktivitě maligních tumorů je nízký odpor cévní stěny, jenž se projeví vysokým diastolickým průtokem.

Nukleární magnetická rezonance nabízí možnost zobrazení tkání a parametrů v okolí děložního čípku v libovolných rovinách bez použití kontrastní látky a vystavení účinkům ionizujícího záření. Vyšetření určuje rozsah lokálního nádoru a jeho vztah k okolním tkáním.

Computerová tomografie ve srovnání s konvenční rentgenologickou diagnostikou má lepší uplatnění v prostorovém znázornění anatomických detailů a v posuzování vaginálních, děložních nebo ovariálních orgánů. Vysoce je ceněn přínos této metody v období po léčbě karcinomů při sledování efektu terapie či přítomnosti metastáz. Využívá se též k posouzení retroperitonea, uropoetického systému a regionálních lymfatických uzlin. (9, 23)

### *Endoskopické metody*

Rektoskopie je metoda sloužící k vyšetření análního kanálu, cystoskopie je metoda sloužící k optickému vyšetření močového měchýře. Obě metody slouží k vyloučení progresu nádoru. (23)



## **1.6 Léčba karcinomu děložního čípku**

Jako u každého zhoubného nádoru se musí zhodnotit rizikové faktory vlastního nádoru a rizikové faktory pacientky. U časných stadií, rozsah nádoru do stadia IIa, je základní metodou chirurgická léčba. Šíření nádoru do parametrií, stadium IIb a výše, indikuje jako základní léčebnou metodu aktinoterapii.

Standardní postupy pro léčbu karcinomu děložního hrdla lze rozdělit podle stadia nemoci na časná a pozdní. (2)

### ***1.6.1 Léčba karcinomu v časných stadiích nemoci***

Operabilní stadia jsou indikací k rozšířené hysterectomii. U časných stadií nemoci lze dobře provedenou aktinoterapií dosáhnout srovnatelných léčebných výsledků jako léčbou operační. Aktinoterapie má však vyšší procento časných a pozdních komplikací, vyšší morbiditu, a proto se jí dává přednost v případech vysokého operačního rizika pro ženu. Pooperační aktinoterapie je indikována v případech nepříznivé definitivní histologie. (2)

V časném stadiu T-Ia<sub>1</sub> pokud žena plánuje těhotenství je indikováno provedení konizace děložního hrdla. Pokud žena neplánuje těhotenství, je indikována hysterectomie.

Stadium T-Ia<sub>2</sub>, Ib<sub>1</sub>, Ib<sub>2</sub>, IIa je indikována radikální hysterectomie sec Wertheim-Meigs. Další možností je radioterapie, brachyterapie nebo teleterapie, v případech vysokého rizika operace. (2)

### ***1.6.2 Léčba karcinomu v pozdních stadiích nemoci***

U pozdních stadií je základní léčebnou metodou aktinoterapie prováděná v kombinaci brachyterapie a teleterapie.

Chemoterapie nepatří mezi standardní léčebné metody v primární léčbě. Cytostatika s nejvyšším procentem léčebných odpovědí jsou ifosfamid, cisplatina, bleomycin. Nejčastěji se využívají v léčbě recidiv.

U stadia T-IIb, IIIa, III je indikována kombinovaná aktinoterapie. V některých případech lze provést kombinovanou aktinoterapii s konkomitantní chemoterapií.

U stadia T-IV je indikována dle nálezu aktinoterapie a chemoterapie. (2)

### ***1.6.3 Chirurgická léčba***

Chirurgický výkon je omezen jen na časná stadia onemocnění do stádia IIa. Při rozhodnutí o kurativní léčbě, která představuje radikální výkon musí být ženě vysvětlen doporučovaný postup s ohledem na pooperační období a kvalitu života.

Při léčbě karcinomu děložního čípku se provádí hysterectomia radicalis cum adnexectomia bilateralis sec Wertheim- Meigs. Výkon zahrnuje odstranění dělohy, pánevní nebo suprapánevní lymfadenectomii, resekci nebo exstirpaci postranních parametrií a děložních cév, resekci bazálních a zadní parametrií, resekci kraniální části pochvy, více než 2 cm. Pečlivá revize dutiny břišní a histologické zpracování vzdálených tkání poskytuje informace o skutečném šíření karcinomu.

Rozšířená hysterectomie patří mezi závažné onkochirurgické operační výkony. FIGO doporučuje tyto pacientky centralizovat do ústavů, kde se těchto výkonů provede alespoň 25 za rok. (1, 2) (Příloha 3)

### ***1.6.4 Radioterapie***

Radioterapie je pro časná stadia onemocnění rovnocennou metodou co se týče kurability, ale postrádá výhody operačního řešení a poskytnutí přesnějších údajů o rozsahu onemocnění.

Cílem radioterapie je kompletní regrese nádoru bez vážného poškození okolních orgánů. Nevýhodou radioterapie jsou post radiační záněty močového měchýře, konečníku a pochvy s následkem snížení kvality sexuálního života.

Radioterapie může být předoperační za účelem zmenšení nádoru a dočasné devitalizace nádorových buněk, nebo samostatná u pokročilých stadií než II a.

Radioterapie jako postoperační léčba znamená likvidaci nádorových buněk, které by mohly zůstat v operační ráně, regionálních uzlinách či při neúplném odstranění nádoru.

Může se jednat také o léčbu adjuvantní nebo paliativní při recidivě nebo progresi onemocnění, která je zaměřena na zmenšení nádoru nebo zpomalení jeho růstu, zmírnění obtíží.

Indikací k radioterapii může být celkový stav nemocné nepříznivý pro chirurgické řešení, přání nemocné, či nesouhlas s operačním výkonem.

Před zahájením terapie se vypracovává individuální ozařovací plán, ve kterém jsou určeny dávky a počet záření. To vše s ohledem na stav pacientky.

Radioterapie se provádí pomocí externích a interních zdrojů.

Teleterapie je transkutánní, externí ozařování v určité vzdálenosti od povrchu těla. Nejčastěji jsou používány zářiče  $^{60}\text{Co}$ , lineární urychlovače nebo betatrony. Celková dávka záření se rozděluje do frakcí.

Brachyterapie je interním zdrojem záření. Zdroj záření se zavádí do těsné blízkosti nádoru anebo přímo do oblasti nádoru. Tím lze dosáhnout vysoké dávky v oblasti nádoru nebo nádorového residua. K záření se používají umělé radionuklidy  $^{137}\text{Cs}$ ,  $^{60}\text{Co}$ ,  $^{192}\text{Ir}$ .

Technika afterloadingu umožňuje zavedení aktivních částic, jenž je dálkově ovládáno, a pneumatický systém zajišťuje dokonalou ochranu zdravotnického personálu. (2, 9, 39)

### ***1.6.5 Chemoterapie***

Chemoterapie je využití látek s protinádorovým účinkem způsobující poškození buněk nejen nádorových, ale i zdravých. Látky s tímto účinkem se nazývají cytostatika. Systémová léčba chemoterapií si získala své místo zejména u pokročilejších stádií onemocnění.

Chemoterapie nepatří mezi základní léčebné postupy a není dle konsenzu onkogynekologické sekce ČGPS zařazena do standardních terapeutických postupů.

Indikace je individuální, je podpořena příznivými efekty léčebných protokolů. K zařazení chemoterapie do léčebného schématu patří pokročilý nádor, objemný lokálně pokročilý 1b2 karcinom, postižení lymfatických uzlin a vzdálené metastázy. S omezenou účinností lze chemoterapii využít k léčbě recidiv.

Chemoterapie má několik způsobů aplikace. Adjuvantní chemoterapie má návaznost na chirurgickou léčbu. V případě neadjuvantní chemoterapie se jedná o primární léčbu, po níž následuje chirurgická léčba. Využívá se u lokálně pokročilého nádoru za účelem redukce volumu nádoru. Dalšími možnostmi jsou kurativní a kombinovaná chemoterapie. Konkomitantní chemoterapie se užívá u pokročilého stadia nemoci s využitím chemopotenciačního účinku a Sandwichová metoda je neo a adjuvantní aplikace chemoterapie zejména u mladších žen s pokročilým onemocněním a postižením uzlin. (9, 16, 39)

#### ***1.6.6 Podpůrná léčba***

Cílem podpůrné léčby je propojení jednotlivých oblastí péče o onkologicky nemocné, aby byla navozena rovnováha, jenž napomůže ke zlepšení kvality života, možnosti uzdravení nebo alespoň ke kvalitnímu přežití. Podpůrná léčba slouží k odstranění či prevenci komplikací. (9)

#### ***1.6.7 Hormonální léčba***

Hormonální substituční léčba (HRT) má preventivní význam u hrozící osteoporózy. Indikace je individuální a je nutné zvážit přínos HRT proti možným rizikům dlouhodobé substituce. (9)

#### ***1.6.8 Léčba recidiv***

Zásadní v léčbě recidiv je individuální postup ovlivněný celkovým stavem pacientky, místem a rozsahem recidivy a předchozí léčbou onemocnění. (9)

#### ***1.6.9 Follow up***

Poléčebné sledování follow up pacientky probíhá v intervalech. První 2 roky po operaci je kontrola každé 3 měsíce, 2. až 5. rok každých 6 měsíců. Následující roky se konají kontroly 1x ročně, při jakýchkoli potížích a příznacích kontroly mimořádné. Standardní vyšetřovací postupy při follow up je komplexní gynekologické vyšetření, eventuelně sonografie malé pánve, RTG plic a sonografie jater a ledvin v prvním roce

po operaci. Provádí se laboratorní vyšetření krevního obrazu a diferenciálu leukocytů, biochemie séra 1x ročně. Další vyšetření dle symptomatologie. (9)

#### ***1.6.10 Paliativní péče***

Definice paliativní péče dle WHO se zabývá utrpením, důstojností, potřebami a kvalitou života lidí na konci života. Je zaměřena na zmírnění nepříjemných symptomů nemoci, nežádoucích účinků kauzální léčby, řešení komplikací a na psychosociální podporu nemocných. Paliativní péče je poskytována chronicky a život ohrožujícím nemocným.

Paliativní péče je v pokročilém stadiu nemoci chápána jako komplexní péče, kdy jsou možnosti kauzální léčby již vyčerpány. Jedná se o léčbu bolesti, krvácení, dušnosti, nechutenství, ale i úzkosti a strachu.

Péče je poskytována multidisciplinárním týmem ve fázích. Tým tvoří nemocný, rodinní příslušníci, onkolog, anesteziolog, chirurg, zdravotnický personál, duchovní, sociální pracovník, dobrovolníci. Typickým zařízením této paliativní péče je hospic v podobě lůžkového zařízení nebo program komplexní péče poskytované v domácím nebo jiném sociálním prostředí. (9, 16, 31)

### **1.7 Prognóza karcinomu děložního čípku**

Prognóza onemocnění se posuzuje podle stadia FIGO, velikosti primárního nádoru, počtu, lokalizace a velikosti postižených lymfatických uzlin, a histologického průkazu v krevních a lymfatických cévách. Dalším ukazatelem je celkový zdravotní stav pacientky.

Obecně nepříznivé faktory limitující léčebné možnosti jsou poruchy imunity, přidružené nemoci, stadium nádorového onemocnění. Úspěšnost léčby je hodnocena 5-ti letým přežitím.

Dle statistického hodnocení velkých celosvětových souborů lze předpokládat 5-ti leté přežití u stadia I v 92% případů, u stadia II v 75% léčených žen, ve stadiu III dosahuje 5-ti leté přežití pouze kolem 50% žen. Z hodnocení vyplývá, že objemnější tumory jsou spojeny s vyšším výskytem nádorového postižení uzlin. S velikostí tumoru

také souvisí prorůstání nádoru do hloubky děložního čípku a do lymfo-vaskulárního prostoru.

Hodnocení tohoto prognostického faktoru je závislé na kvalitě stagingového vyšetření a v případě operačního výkonů také na radikalitě jeho provedení a využití možnosti detekce navigovaných uzlin obarvením nebo označením uzlin radionuklidem. Možnost tohoto vyšetření je limitována pro vysoce specializovaná pracoviště, včetně možnosti intraoperačního vyšetření zmrzlých řezů odebraných uzlin. Za méně příznivé typy nádoru jsou považovány nádory s nízkou diferenciací, malobuněčné karcinomy a adenokarcinomy. (9)

## **1.8 Preventivní gynekologická prohlídka**

Prebiopické vyšetřovací metody jsou neodmyslitelnou a důležitou součástí preventivního gynekologického vyšetření. Slouží k depistáži, dispenzarizaci a prevenci přednádorových a nádorových onemocnění reprodukčních orgánů ženy. Jsou to neinvazivní vyšetřovací metody, kterými lze odhalit nepravidelnosti epitelu na vnitřních a zevních pohlavních orgánech. Patří sem cytologie a kolposkopie.(23)

### ***1.8.1 Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru gynekologie a porodnictví***

Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru gynekologie a porodnictví ukládá § 4 vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 183/2000 Sb.

Obsahem preventivní prohlídky v gynekologii a porodnictví, která se provádí v 15 – ti letech dětským gynekologem, a dále 1x ročně, je rodinná, osobní a pracovní anamnéza. Provádí se aktualizace této anamnézy s ohledem na rizikové faktory. Součástí preventivní prohlídky je aspekce kůže, vyšetření prsů (aspekce, palpce) a regionálních mízních uzlin.

Lékař provádí vyšetření v zrcadlech, kolposkopické vyšetření, odběr materiálu k cytologickému a bakteriologickému vyšetření, eventuelně k virologickému vyšetření. Přípravuje vyplněné průvodky k vyšetření.

Následuje palpační bimanuální vyšetření a vyšetření per rektum.

Během preventivní prohlídky lékař poučuje o významu preventivní prohlídky, o nácviku samovyšetřování prsů. Ženě ve věku 45-69 let zajistí doporučení k provedení mammografického vyšetření ve dvouletých intervalech.

U žen dispenzarizovaných je preventivní prohlídka v oboru gynekologie součástí dispenzární péče. (11)

### ***1.8.2 Cytologie***

Cytologickým vyšetřením jsou hodnoceny izolované buňky nebo skupiny buněk. Dle účelu rozlišujeme cytologii funkční a onkologickou. Již v roce 1943 navrhl Papanicolaou, zakladatel gynekologické cytologie, cytologické vyšetřování děložního čípku k prevenci rakoviny.

Cytologie funkční spočívá ve zhodnocení morfologických změn vlivem hormonů na epitelu poševní sliznice během menstruačního cyklu. Odběr se provádí vatovou štětičkou. Nátěr se fixuje a barví podle Papanicolaoua. Typem funkční cytologie je těhotenská cytologie využívaná k odhadu termínu porodu.

Cytologie onkologická má největší využití ve screeningu a diagnostice prekanceróz a karcinomu děložního čípku. Spolu s kolposkopií může odhalit suspektní nálezy vyžadující další vyšetření k ozřejmění povahy změn na děložním čípku nebo v cervikálním kanálu. (2, 19)

#### ***Hodnocení dle Papanicolaoua***

Odběr z ektocervixu se provádí vatovou štětičkou nebo platinovou kličkou za kontroly pod kolposkopem. Z kanálu hrdla děložního se materiál odebírá vatovou štětičkou nebo speciálním kartáčkem. Po natření na podložní sklíčko se materiál fixuje nejlépe 95% alkoholem. Skla se barví dle Papanicolaoua, tj. hematoxylinem jako jaderné barvivo a oranž G jako cytoplazmatické barvivo.

Při vyšetřování cytologických nátěrů v onkologické cytologii jsou sledovány změny, jenž mohou svědčit pro malignitu. Jde o morfologická kritéria, která musíme

srovnávat s nenádorovými buňkami identické tkáně. Jsou to změny na buněčném jádru, které jsou pro diagnostiku nejvýznamnější. Hodnotí se zvětšení jádra, změny tvaru a rozměru jádra, změny barvitelnosti, změny jadérek, abnormality vzhledu a rozložení chromatinu. Z dalších morfologických kritérií cytologie vyhodnocuje cytoplazmu a rozměry buněk.

Papanicolau zavedl klasifikaci onkologické cytologie:

Normální nález

Abnormální nesuspektní nález : mírná anizonukleóza, změny barvitelnosti

Suspektní nález : změny tvar buněk, změněný nukleoplazmatický poměr, dyskariosis

Velmi suspektní : buněčná atypie a dyskariosis ve větším množství

Pozitivní nález : atypické buňka ve značném množství

Suspektní cytologický nález je nutno konfrontovat s kolposkopickým vyšetřením a opakovat ho v krátkém časovém intervalu. Pozitivní a opakované suspektní nálezy jsou indikací k bioptickému vyšetření, které stanoví konečnou diagnózu. (2, 19)

#### *Hodnocení dle Bethesda systému*

V roce 1988 byl zaveden Bethesda systém pro stanovení cerviko-vaginální cytologické diagnostiky. Hlavním důvodem zavedení této klasifikace byly nedostatky v předešlém hodnocení, jak z hlediska současných znalostí tak i z hlediska terminologie, která nekorelovala s histopatologickou klasifikací.

Hodnocení buněčných změn je popisné. Je zaveden nový termín dlaždicobuněčná intraepiteliální léze – SIL. Dle stupně se jedná o nízký stupeň nepravidelnosti – LG SIL, nebo o vysoký stupeň nepravidelnosti – HG SIL. Označení ASCUS lze použít pro blíže neurčené atypie. (Příloha 4, 5)

Bethesda systém kromě buněčných změn dlaždicového a žlazového epitelu hodnotí i kvalitu nátěru, popisuje infekci a hormonální stav. Nedílnou součástí zhodnocení nálezu je i doporučení, např. ke kontrolnímu vyšetření nebo léčbě zánětu.

(2)



### *Klasifikace cytologického a histologického nálezu*

Nomenklatura histologického hodnocení patologických změn epitelu děložního čípku se vyvíjela postupně. Dřívější, naše Zavadilova klasifikace, byla nahrazena mezinárodně užívaným tříděním. V současnosti jsou uznávány dvě klasifikace : FIGO ( Mezinárodní organizace gynekologů) zavádějící pojem dysplazie a Richardova, jenž užívá pojem cervikální intraepiteliální neoplazie CIN. Podle stupně patologických buněčných změn jsou cervikální intraepiteliální léze I. až III. stupně.(23)

FIGO	RICHARD
Lehká dysplazie	CIN I.
Střední dysplazie	CIN II.
Těžká dysplazie	CIN III.

Korelace mezi cytologickým a histologickým nálezem je přibližně následující:

PAP I. a II. bývá při nálezu CIN I., PAP II. a III. při CIN II., PAP III. a IV. při CIN III.(19, 23)

### *Hodnocení cytologického nátěru*

Při vyhodnocení cytologického nálezu je nutné uvážit, že cytolog váže diagnózu na průkaz atypických buněk z hlubších vrstev. Výsledek proto velmi závisí na technice a místě stěru. Prohlížení cytologického preparátu musí být podrobné a kvalita hodnocení záleží na zkušenostech cytologa.

Za kvalitní cytologické centrum považuje WHO takové pracoviště, kde se ročně vyšetří nejméně 50 000 cytologických nátěrů.

Nejdříve se provede orientační vyšetření při 100 násobném zvětšení, pak se přistoupí k podrobnějšímu studiu buněčných nepravidelností. Cytologické hodnocení obsahuje hodnocení adekvátnosti vzorku s popisem závad, funkční cytologii, hodnocení mikrobiálního prostředí, všeobecné hodnocení normálního nálezu, popis abnormit a doporučení (1, 23) (Příloha 6)

Evropská modifikace popisného hodnocení onkologické cytologie, jenž užívají některá pracoviště bez ohledu na celosvětovou platnost Bethesda systému, se nazývá

Mnichov II. Hodnotí cytologické nálezy do pěti stupňů. Stupeň I. a II. jsou nálezy negativní, stupeň III. je nález nejasný s degenerativními, zánětlivými či iatrogenními změnami, do IV. stupně patří nálezy středních a těžkých nepravidelností až karcinomu in situ. V. stupeň popisuje buňky maligního nádoru. (23)

### ***1.8.3 Kolposkopie***

Kolposkopie je endoskopické vyšetření. Optický systém a světelný zdroj zůstává mimo tělo, vyšetřuje se při 5-100 násobném zvětšení. Některé aparáty mají přídatné zařízení k fotodokumentaci, fotokolposkopie, zelený filtr pro studium cévních změn či videokameru. Má-li kolposkop zvětšení větší než 100 násobné, mluví se kolpomikroskopu.

První kolposkop sestrojil v roce 1924 Hinselmann, jenž také popsal a rozdělil kolposkopické nálezy.

Hlavní význam kolposkopie spočívá v diagnostice, tj. v přesném určení závažnosti, plošného rozsahu a vztahu léze k endocervikálnímu kanálu. Kolposkopem lze také sledovat patologické procesy na poševní sliznici, na vulvě a k průkazu deflorace.

Kolposkopii nelze provádět při neporušeném hymenu, u žen se synechiemi či zúženou pochvou, při nereponabilní dislokaci čípku děložního. (2, 23)

#### ***Druhy kolposkopií***

Jednoduchá, nativní kolposkopie děložního hrdla se provádí po zastavení hrdla v zrcadlech a po šetrném setření sekretu zvlhčeným tampónem. Zjišťují se změny na děložním hrdle, např. infekce nebo zdroj krvácení.

Rozšířená kolposkopie se provádí po otření čípku 2% vodným roztokem kyseliny octové. Kyselina rozpouští hlen a tak diferencuje cylindrický epitel od dlaždicového. Další fází rozšířené kolposkopie je Schillerova zkouška.

Sliznice hrdla se potře Lugolovým roztokem, který ohraničuje léze a rozlišuje epitel obsahující glykogen (jód pozitivní) od epitelu bez glykogenu (jód negativní).

Dlaždicový epitel se zbarví sytě hnědě, patologicky změněný epitel či defekty epitelu se zbarví světleji nebo vůbec.

Collinsova zkouška s toluidinovou modří je založena na zvýšené barvitelnosti jader buněk maligního a atypického epitelu.

Vzhled epitelu čípku při kolposkopii je podmíněn změnami v jeho struktuře a subepiteliálními cévami.(2, 19, 23)

### *Klasifikace kolposkopických nálezů*

Mezinárodní kolposkopická terminologie uznává normální, abnormální a přídatné kolposkopické nálezy.

První klasifikaci kolposkopických nálezů vytvořil Hinselmann. Klasifikace se postupně doplňovala. Na základě doporučení Světové zdravotnické organizace a FIGO byla vypracována v roce 1976 jednotná kolposkopická klasifikace, jež byla doplněna v roce 1981 závěry Mezinárodní organizace pro cervikální patologii a kolposkopii-IFCPC. (19, 23)

Mezinárodní klasifikace kolposkopických nálezů :

normální kolposkopický nález : originální dlaždicový epitel, cylindrický epitel, transformační zóna

abnormální kolposkopický nález:

a / uvnitř transformační zóny : bílá transformační zóna, mozaika, puntíčkování, keratóza, jód negativní okrsky, atypické cévy

b / mimo transformační zónu : nálezy uvedené ad a /

kolposkopicky suspektní invazivní karcinom

nedostatečné kolposkopické nálezy : těžký zánět, těžká atrofie, hranice epitelů není viditelná, není viditelný čípek

různé nálezy : zánětlivé změny, atrofie, vředy, kondylomata, papilomy, eroze (19)

## **1.9 Možnosti prevence rakoviny děložního čípku**

### ***1.9.1 Prevence***

Prevence nemocí a podpora zdraví jsou přístupy, jimiž se moderní medicína snaží dosáhnout východiska ze situace, která současnost zákonitě provází. Finanční nároky na léčbu rychle narůstají a všechny státy stojí před problémem, jak je dále řešit. Vzniku a rozvoji onemocnění je možné do značné míry předcházet změnou způsobu života. Preventivní strategie může být cílena na celou populaci, jednotlivé komunity a jednotlivce. Prevence a podpora zdraví směřují ke snížení nebo eliminaci nemocí. (40)

Primární prevence posiluje zdraví člověka a zvyšuje odolnost vůči nemocem, působí před vznikem nemoci. Za primární prevenci je možné pokládat zdravotní výchovu, očkování, vyhledávání rizikových faktorů, kontrolu a intervenci u rizikových osob.

Sekundární prevence se uplatňuje po vzniku nemoci. Jejím cílem je zvládnout vývoj chorobného procesu, zabránit tvorbě komplikací, trvalým následkům, invalidity nebo přechodu do chronického stadia.

Terciální prevence učí nemocné a handicapované, jak využít možnosti zdravého života. Navazuje na předcházející léčebnou péči v případě, že nenastalo uzdravení. Jejím cílem je obnovit zdraví a optimální fungování organismu v rámci daných možností.

Důležitou metodou prevence je dispenzarizace a depistáž. Dispenzární péči rozumíme soustavné diferencované a aktivní sledování, kontrolu a řízení zdravotního stavu, životního prostředí a způsobu života člověka. Trvalé sledování umožňuje úpravu léčby podle aktuálního stavu a účinnější předcházení komplikacím.

Depistáž je aktivní vyhledávání určité nemoci vyšetřovacími metodami, jenž lze použít u velké skupiny populace. (4, 24)

### ***1.9.2 Preventivní program v České republice***

Preventivní gynekologické vyšetření rakoviny děložního čípku v České republice zahrnuje cytologické a kolposkopické vyšetření, jenž se provádí jednou ročně, a je plně

hrazeno zdravotní pojišťovnou. Metodou, která může doplňovat cytologické a kolposkopické vyšetření, je testování na přítomnost vysoce rizikových HR HPV virů. Toto vyšetření je nákladné a je doporučeno jej použít u sporných a nejasných nálezů.(27)

Cytologické vyšetření a kolposkopie u zdravých žen se preventivně provádí 1x ročně, u prekanceróz dle závažnosti častěji. 1x za 4-6 měsíců se provádí kontrolní vyšetření u cytologického nálezu ASCUS, 1x za 6 měsíců u LG SIL (CIN 1). (28)

Součástí preventivní prohlídky by mělo být poučení o správných hygienických návycích a podle potřeby zajištění dispensární či další specializované odborné péče. (35)

### **1.9.3 Očkování**

Cílem výzkumu vztahu HPV a lidských nádorových chorob byl vývoj vakcíny, jenž by vzniku těchto závažných chorob zabránila. Poslední výsledky klinických zkoušek vakcíny ukazují, že vakcína má 100% účinek proti vakcinálním kmenům HPV před infekcí.

Vzhledem k tomu, že se během 2 let po zahájení pohlavního života nakazí až 60% dívek, tento 100% účinek lze očekávat u těch, které pohlavní styk ještě neměly. Klinické studie ukázaly, že ženy, které se s infekcí setkaly, ale v současnosti nejsou infikované(HPV DNA je negativní, pozitivní na protilátky), je účinnost vakcíny pro závažné léze na hrdle děložním, spojené s vakcinálními typy 100%. U žen, které jsou dlouhodobě infikované (HPV DNA pozitivní, pozitivní na protilátky) je účinnost vakcíny prakticky nulová a ty, jenž jsou nově infikované (negativní na protilátky, HPV DNA negativní) je účinnost vakcíny 28% . Případná vakcinace těchto žen může mít jistý efekt až po vyléčení aktivní infekce (HPV DNA negativní). Vyléčení infekce není nereálné, neboť u 80% mladších žen je HPV infekce transientní.

První vakcína proti karcinomu děložního hrdla byla schválena Evropskou lékovou agenturou (EMA) 20. září 2006. Registrace vakcíny se uskutečnila v České republice rozhodnutím Evropské komise 20.září 2006, která udělila registraci podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 726/2004 pro humánní léčivý přípravek Silgard – Vakcína proti lidskému papillomaviru. (10)

Vakcína Silgard je určena pro dívky a mladé ženy ve věku 9-26 let. Je aplikována ve třech dávkách po 0.5 ml intramuskulárně do deltového svalu paže, eventuelně do horní oblasti stehna. Jednotlivé dávky se podávají v den 0, dva a šest měsíců po první dávce. Vakcína je určená k prevenci vysokého stupně cervikální dysplazie, cervikálního karcinomu, vysokého stupně dysplastických lézí vulvy či genitálních bradavic v příčinné souvislosti s lidským papillomavirem typu 6, 11, 16 a 18.

Vakcína SILGARD firmy Merck&Co. je rekombinantní, adsorbovaná. Obsahuje částice podobné viru (kapsidy). Ty jsou tvořené hlavním obalovým proteinem lidských papillomavirů typu 16 a 18, jenž jsou zodpovědné za vznik přibližně 70% karcinomů děložního hrdla, a typu 6 a 11, které způsobují až v 90% genitální bradavice. Kapsidy neobsahují virovou DNA, nemohou tak infikovat buňky, množit se či vyvolat onemocnění.

Národní referenční laboratoř pro papillomaviry pro použití vakcíny SILGARD firmy MSD doporučuje, že dívky před zahájením pohlavního života lze vakcinovat u pediatra bez omezení, pouze se správným poučením o nutnosti preventivních prohlídek u gynekologa po zahájení sexuálního života. Údaj o provedené vakcinaci by měl být zapsán do očkovacího průkazu.

Mladé ženy do 26 roku věku, pokud již zahájily pohlavní život, by měly před vakcinací v posledním roce absolvovat preventivní prohlídku u gynekologa. Předloží-li potvrzení o preventivní prohlídce a normálním cytologickém nálezu, je možné provést tuto vakcinaci i na jiném, než gynekologickém pracovišti. Mladým ženám, které na prohlídce nebyly, by vakcína neměla být aplikovaná a mělo by jim být doporučeno preventivní prohlídku před vakcinací absolvovat.

Pro ženy nad 26 let věku nemá tato vakcína registraci a rozhodnutí o vakcinaci mimo věkovou kategorii 9-26 let je plně na uvážení a zodpovědnosti lékaře.

Po 30 roce života se zvyšuje u ženy pravděpodobnost perzistentní infekce HPV, která podmiňuje vznik cervikálních neoplázií. Odstranění infekce je možné, ale pravděpodobnost s věkem klesá. Test na přítomnost HR HPV by neměl být opakován dříve než za 6 měsíců. (7, 8, 12)

Očkování vakcínou SILGARD není v České republice plně hrazeno zdravotními pojišťovnami. Vybrané zdravotní pojišťovny přispívají na vakcinaci konkrétní finanční částkou dívkám v určitém věkovém období. Cena jedné dávky je přibližně 3 500 Kč. Vakcínu je nutné uchovávat při teplotě 2-8°C. Důležité je prostudovat návod pro používání injekční stříkačky s vakcínou, protože má atypický tvar, a snadno může dojít ke znehodnocení očkovací látky. Vakcína by měla být dostupná ve velkých lékárnách. V jiném případě ji lékárny či konkrétní lékař mohou objednat u obchodních partnerů MSD. Vakcína může být aplikována dětskými lékaři, gynekology, praktickými lékaři a lékaři v očkovacích centrech.

Vakcína Silgard může po aplikaci způsobit v místě injekce zarudnutí, bolest, otok, krvácení, svědění či kopřivku. Z celkových příznaků se může objevit zvýšená teplota nebo dechové potíže.

Vakcinace však nenahrazuje rutinní cervikální screening. Žádná vakcína nemá 100 % účinnost a Silgard nezajišťuje ochranu proti ostatním HPV typům, než na které je vakcína zaměřena, ani proti již existující HPV infekci. Délka ochrany vakcíny není v současnosti známa. Dlouhodobější ověřovací studie probíhají.

Z hlediska veřejného zdraví existují pádné důvody pro vakcinaci mužů proti HPV. U mužů dochází nejen k rozvoji onemocnění vyvolávaných HPV, ale jsou i přenašeči infekce na své partnerky, které vystavují riziku vzniku onemocnění vyvolaného HPV, jako je rakovina děložního čípku. (10)

#### ***1.9.4 Dětská gynekologie***

Zakladatelem oboru dětské gynekologie byl profesor Rudolf Peter. První samostatnou ambulanci dětské gynekologie otevřel 12. září 1940 v Praze. Dětskou gynekologii včlenil do sylabů přednášek, praktik a zkoušek z gynekologie a porodnictví.

Dětská gynekologie je specializovaný úsek gynekologie zabývající se fyziologií a patologií pohlavních orgánů v dětském věku. Svým charakterem se zaměřuje na prevenci poruch budoucí ženské plodnosti, tj. na vrozené vývojové vady, záněty, ošetření poranění rodidel, synechie vulvae, odstranění cizích předmětů a léčbu poruch

pohlavního dospívání. Nádorová onemocnění jsou v raném dětství vzácná, častěji se vyskytují v pubertě nebo adolescenci.

Z dětské gynekologie se časem začala vyčleňovat gynekologie dospívajících, která zahrnuje péči o dívky v období od 15 let do dospělosti.

Ordinace dětské gynekologie jsou vybaveny moderními přístroji k diagnostice, vyšetření a ošetření dívek každého věku. Anamnestické údaje jsou zjišťovány od matky, která je přítomna i vlastnímu vyšetření dívky.

Povinností porodní asistentky je dívku a matku poučit o způsobu vyšetření a připravit je na ně. Přítomnost a asistence porodní asistentky při vyšetření je nezbytná i z forenzního hlediska. Přístup porodní asistentky a lékaře k dívce vyžaduje zkušenost, psychologický, trpělivý a chápavý přístup. Neodbornost a chybné jednání mohou způsobit ztrátu důvěry s následky zasahujícími do budoucnosti.(6, 19)

### ***1.9.5 Peer program***

Slovo peer pochází z anglického jazyka. Jedním z jeho významů je vrstevník. Peer program je vrstevnický program, kterého se může zúčastnit kdokoli ve věku od 15 do 20 let, ale také člověk ze stejné sociální skupiny či profese. Důležitou roli zde hraje věk, ale i podobné sociální zázemí nebo zaměstnání.

Cílem peer programu je vytvořit skupinu dobrovolníků, kteří by aktivně působili v oblasti primární prevence, vytvářením a realizací preventivních programů pro třídní kolektivy. Součástí programů jsou prezentace v Power Pointu se základními informacemi o primární a sekundární prevenci. Přenos dovedností nebo získaných postojů v programu je pro vyškolené peery do života snadný. Cílová populace se dostává do podobných situací a může se porovnat s nabízenými modely jednání. Tato metoda je nejpřínosnější v prostředí, kde je nutné doplnit výuku vedenou učiteli, kam zcela jistě sexuální výchova patří. (13, 22, 25)



## **1.10 Úloha porodní asistentky v prevenci karcinomu děložního čípku**

### ***1.10.1 Náplň práce porodní asistentky***

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví 424 / 2004 ze dne 30.červan 2004 stanovuje činnost zdravotnických pracovníků a jejich odborných pracovníků.

Podle § 3 odstavce1 má porodní asistentka poskytovat zdravotní péče v souladu s právními předpisy a standardy, musí dbát na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy.

Porodní asistentka vede zdravotnickou dokumentaci, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení. Poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, eventuelně pokyny lékaře. Podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech pro získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, které je zajištěno středními školami, vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, které je zajištěno vysokými školami v České republice, a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů. Současně se podílí se na přípravě standardů.

Porodní asistentka vykonává činnost podle § 4 odstavce1, 3 a 4 u těhotných, rodiček, šestinedělek a pacientek s gynekologickým onemocněním bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. Poskytuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientek, projevy onemocnění a rizikových faktorů. Sleduje a vyhodnocuje fyziologické funkce, stav pacientek. Zajišťuje vyšetření biologického materiálu, odsává sekret z horních cest dýchacích, ošetřuje chronické rány, centrální a periferní vstupy.

Ve spolupráci s fyzioterapeutem provádí rehabilitační péči, nácvik sebeobsluhy a edukuje pacientky. Hodnotí sociální situaci pacientky, zajišťuje spolupráci sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka.

Zajišťuje příjem, překlad a propuštění pacientek.

Provádí psychickou podporu umírajících a jejich rodin, zajišťuje péči o tělo zemřelé.

Přejímá a kontroluje léčivé přípravky, návykové látky, zdravotnické prostředky a prádlo. Provádí dezinfekci a sterilizaci pomůcek.

Porodní asistentka se podílí bez odborného dohledu na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přípravuje pacientky k diagnostickým, léčebným postupům. Asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči během výkonu a po výkonu.

Podává léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí, aplikuje kyslíkovou terapii, ošetřuje akutní a operační rány, drény. Provádí katetrizaci močového měchýře, pečuje o močové katétry, vyměňuje tracheotomické kanyly, zavádí nasogastrické sondy a provádí výplach žaludku.

Pod odborným dohledem lékaře aplikuje krevní deriváty, spolupracuje při zahájení aplikace transfúzních přípravků.

Podle § 5 porodní asistentka poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví asistuje u komplikovaného porodu, u gynekologických operacích, instrumentuje na operačním sále.

Porodní asistentka se podílí pod odborným dohledem jiné porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.(15)

### ***1.10.2 Role porodní asistentky v prevenci***

Nádorové onemocnění v nás vyvolává strach, úzkost a obavy z bolesti a smrti. Psychologický přístup k ženě, zvážení a podrobné zhodnocení předoperačních vyšetření či sociálních poměrů má vliv na překonání tíživé situace a zvládnutí zátěže.

Odborné znalosti v oblasti psychiky onkologicky nemocných, umění podávat adekvátní informace o zdravotním stavu, získání ženy ke spolupráci nenásilnou formou, nelhat, ale ponechat naději, to vše tyto nemocné potřebují. Přístup k onkologicky nemocnými je velmi náročný, vyžaduje studium dalších psychologických poznatků

v chování a jednání lidí. Lékaři a ošetřující personál mají v tomto procesu nezastupitelnou roli. Své místo má i klinický psycholog. Nutné je vždy individuální posouzení stavu a vedení nemocné k poznání situace a hledání východiska. (16, 18, 19)

Profese zdravotníka patří k oborům, které mají ve své pracovní náplni výchovu populace v oblasti zdraví. Nejedná se o činnost nahodilou, ale vysoce profesionální a promyšlenou.

Role porodní asistentky je k této činnosti ze všech zdravotnických profesionálů nejpovolanější. Má odpovídající vzdělání, je s ženami či dívkami v blízkém kontaktu a měla by si umět získat jejich důvěru. Důvěra je základním předpokladem, aby ženy informace, rady a další doporučení přijaly za své.

Schopnost provádět účinnou výchovu ke správnému životnímu stylu, informovat o významu prevence je determinováno okolnostmi, jenž do tohoto procesu vstupují. Je to schopnost vlastního sebepoznání, sebevýchovy a sebehodnocení. Empatie k ženám, ale i ostatním spolupracovníkům, zvládnutí verbálních i neverbálních forem komunikace s ohledem na individualitu každé ženy, schopnost produktivního jednání asistentky. To vše přispívá k dosažení záměrů edukační činnosti a léčby.

Nezastupitelnou rolí porodní asistentky je důležitá podpora zájmu ženy a sledování jejích reakcí na získané informace. Včasné podchycení, otevřené a současně diskrétní jednání a chování může ženě ulehčit její situaci a zabránit tím velmi závažným komplikacím.

Důraz edukace je kladen na prevenci onemocnění a jeho včasnou diagnostiku. Dobře poučená žena, jenž má důvěru a pocit jistoty k lékaři a porodní asistenci, lze získat k aktivní spolupráci. Proto jim musíme nechat prostor a čas na jejich dotazy.

S řešením této problematiky by se mělo začít již ve výchově mladých dívek, a to dostatečnou informovaností a popularizací témat jakými jsou informovanost sexuální výchovy, dodržování pravidel hygieny a pohlavního života, otázky bariérové nebo hormonální antikoncepce či pohlavní promiskuity. (16, 17)

### ***1.10.3 Výchova k reprodukčnímu zdraví***

Reprodukční zdraví je základním předpokladem úspěšné reprodukce. Stejně jako jiné fyziologické funkce organismu může být v průběhu života narušeno nebo poškozeno. Velmi citlivým obdobím k působení škodlivých vlivů na reprodukční orgány bývá období jejich rychlého růstu a vývoje v dospívání. Akutní onemocnění, které může orgány postihnout, se většinou vyléčí, ale může zanechat i trvalé následky. Mladí lidé byli informováni a vychováváni k vědomí, že pohlavní život může být spojen s množstvím bezprostředních, ale i dlouhodobých rizik.

Prevence v této oblasti je mnohostranná, dlouhodobá a náročná. Má-li přinést úspěch, mělo by se s ní začít již v útlém dětství, a musí být spojována s výchovou ke kladným životním hodnotám. Nejdůležitějším prvkem v prevenci je výchova. Výchova k reprodukčnímu zdraví vystihuje své cíle, které podle WHO mají bio-psycho-sociální dimenzi.

Oblast biomedicínká představuje široký pojem zdravé reprodukce. Patří sem anatomie a fyziologie pohlavních orgánů, změny v období dospívání, výchova intimní hygieny, rozvoj sexuality, ochrana před sexuálně přenosnými chorobami a nežádoucím otěhotněním.

Oblast psycho-sociální integruje sexualitu do osobnosti dítěte a dospívajícího. Proces integrace se uskutečňuje jako předávání informací, vytváření postojů a hodnot, vytváření vztahů k sobě samotnému, ale i k druhým lidem.

Oblast sociální se zaměřuje na výchovu k manželství a rodičovství.

Výchova k reprodukčnímu zdraví se uskutečňuje ve třech rovinách.

První a základní je rovina citového vztahu. Vytváří se již po narození dítěte ve vztahu k matce a ostatním členům rodiny. Tento citový vztah a jeho vývoj je základem pro vytvoření budoucích sociálních vztahů jedince. V citovém vztahu se dítě učí, přijímá okolí, vytváří si důvěru, přijímá a dává citové projevy. Citové vztahy naplňují životní potřebu jistoty a bezpečí.

Druhou rovinou výchovy k reprodukčnímu zdraví je rovina vzoru. Rodiče svým chováním, zájmy, plněním mužské a ženské role ukazují a předávají dítěti vzor

pozitivní nebo negativní. Atmosféru dobrého rodinného zázemí nelze nahradit v jejím výchovném působení žádnou jinou institucí.

Třetí rovina je rovina vědomostí. V této oblasti působí rodina, ale i škola. Rodiče mají právo a povinnost předávat informace dětem a dospívajícím, škola má zajišťovat systematickosti vzdělávání.

Zásady výchovy k reprodukčnímu zdraví propracovala Světová zdravotnická organizace v jedné ze svých publikací pro prevenci pohlavních chorob a HIV/AIDS. Pro dosažení cílů je důležité zapojení rodičů a veřejnosti do výchovy. Výchova by měla být v zásadě pozitivní, zdůrazňující kladné aspekty partnerství a reprodukčního zdraví. Neměla by příliš předbíhat aktuální zájmy dítěte, měla by odpovídat jeho vývojové úrovni. Měla by přinášet seriózní informace a vyvracet falešné a zjednodušené představy dospívajících. V neposlední řadě by měla respektovat názorové postoje a hodnoty dospívajících a jejich právo na soukromí.

Výsledky výchovy mají být zpětně vyhodnoceny objektivním a nezávislým způsobem. Kritériem úspěšnosti jsou získané vědomosti, dovednosti a změna rizikového chování.(20)

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem výzkumu je zmapovat a vyhodnotit informovanost skupiny matek o významu a možnostech prevence rakoviny děložního čípku u jejich dcer.

### **2.2 Hypotéza**

**H1:** Matky znají možnosti prevence rakoviny děložního čípku u svých dcer.

### **3. METODIKA PRÁCE**

#### **3.1 Použitá metoda**

K výzkumu byla použita metoda dotazování, technika dotazníku. Dotazníky byly anonymní. Respondentky měly dostatek času na jeho vyplnění. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, návratnost byla 86% (129 dotazníků).

Dotazník je sestaven z 33 otázek. Otázky 1, 2, 3 jsou identifikační, zaměřené na věk, vzdělání a rodinný stav respondentek, otázka 17 je zaměřena na věk dcery. Otázky 4, 5, 7, 8, 9, 13, 20, 22, 23, 24, 29, 32 jsou uzavřené, otázky 11, 15 a 18 jsou filtrační, otázky 6, 10, 12, 14, 16, 19, 21, 25, 26, 27, 28, 30, 31 a 33 jsou polootevřené.

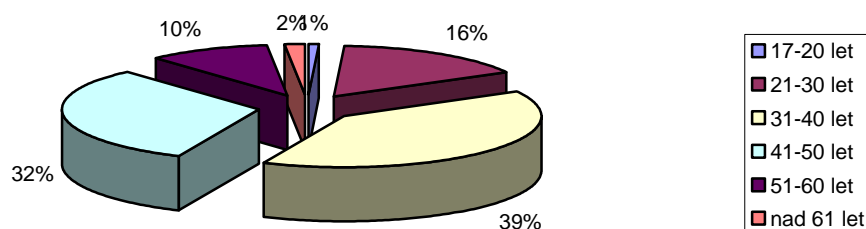
#### **3.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Výzkumný soubor tvořily matky dcer v okrese České Budějovice. Na otázky odpovědělo anonymně 129 matek.

Ve zkoumaném vzorku respondentek bylo 1% matek ve věku od 17-20 let, ve věku 21-30 let bylo 16% respondentek, největší zastoupení 39% tvořily matky ve věku 31-40 let, 32% matek bylo ve věku 41-50 let, ve věkovém rozmezí 51-60 let bylo 10% respondentek, matek ve věku nad 61 let byla 2%.

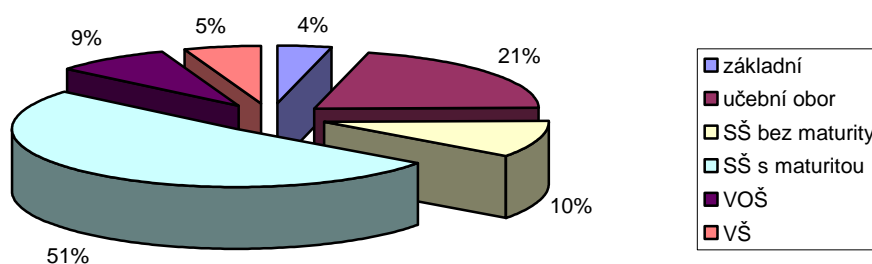
## 4. VÝSLEDKY

**GRAF 1 Věk respondentek**



Z celkového počtu 129 respondentek byla 1 (1%) respondentka ve věku 17-20 let. Ve věku 21-30 let bylo 21 (16%) respondentek. Největší zastoupení tvořilo 51 (39%) matek ve věku 31-40 let. 41 (32%) matek bylo ve věku 41-50 let. Ve věkovém rozmezí 51-60 let bylo 13 (10%) respondentek. 2 matky (2%) uvedly věk nad 61 let.

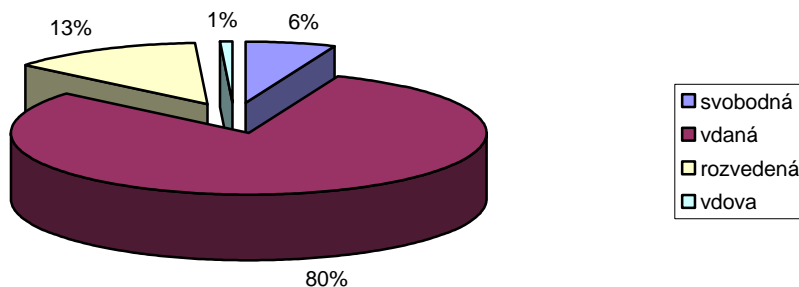
**GRAF 2 Vzdělání respondentek**



Respondentky odpovídaly na jejich nejvyšší ukončené vzdělání. Základní vzdělání uvedlo 5 (4%) respondentek. Učební obor uvedlo 27 (21%) respondentek. Středoškolské vzdělání bez maturity uvedlo 13 (10%) matek, středoškolské vzdělání s maturitou má 66 (51%) matek. Vyšší odborné vzdělání označilo 11 (9%) matek, vysokoškolské studium označilo 7 (5%) respondentek.

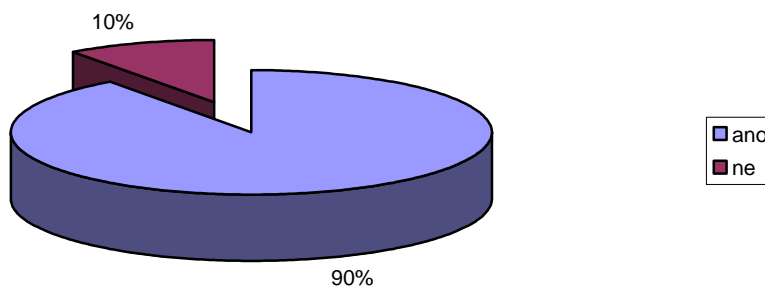


### GRAF 3 Rodinný stav



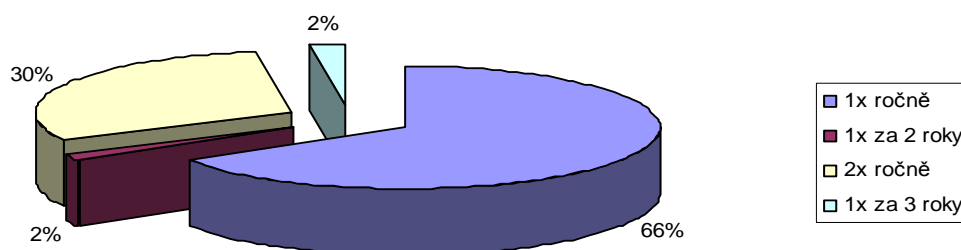
Graf 3 ukazuje rodinný stav respondentek. 8 (6%) respondentek tvoří svobodné matky. Největší zastoupení tvořilo 103 (80%) respondentek, které jsou vdané. 17 (13%) matek bylo rozvedených a 1 (1%) respondentka uvedla, že je vdova.

### GRAF 4 Absolvování preventivních gynekologických prohlídek



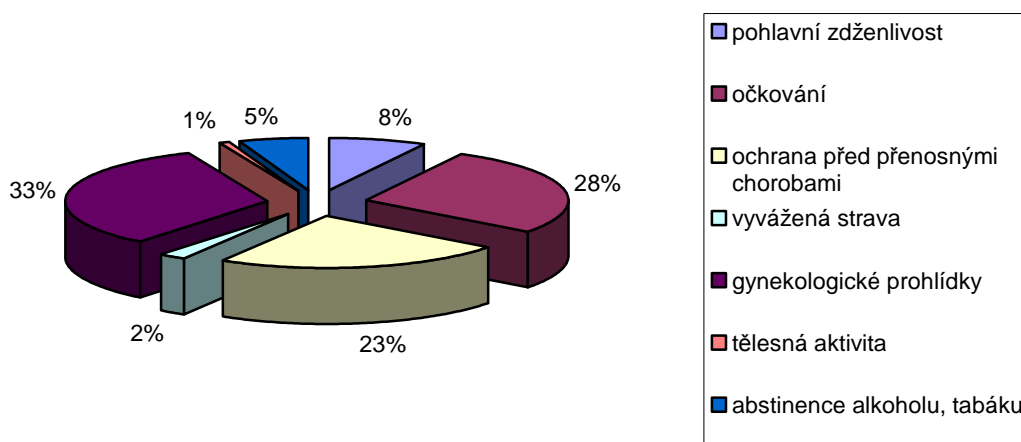
Respondentky odpovídaly, jak často dochází na preventivní prohlídky. 116 (90%) respondentek uvedlo, že dochází na preventivní gynekologické prohlídky pravidelně, 13 (10%) respondentek uvedlo, že na preventivní prohlídky ke gynekologovi nedochází.

**GRAF 5 Finanční úhrada preventivních gynekologických prohlídek zdravotní pojišťovnou**



Zdravotní pojišťovna plně hraď preventivní gynekologické vyšetření 1x ročně podle vyjádření 85 (66%) respondentek. 2 (2%) respondentky uvedly, že preventivní gynekologická prohlídka je plně hrazena 1x za dva roky. 2x ročně je plně hrazena preventivní prohlídka podle vyjádření 39 (30%) respondentek. 3 (2%) respondentky uvedly, že zdravotní pojišťovna hraď preventivní prohlídku 1x za tři roky.

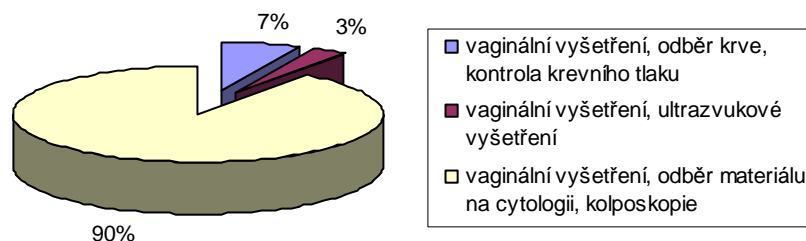
**GRAF 6 Preventivní opatření karcinomu děložního čípku**



Na otázku odpovídalo 129 respondentek a mohly označit tři možnosti. Celkem bylo 387 odpovědí.

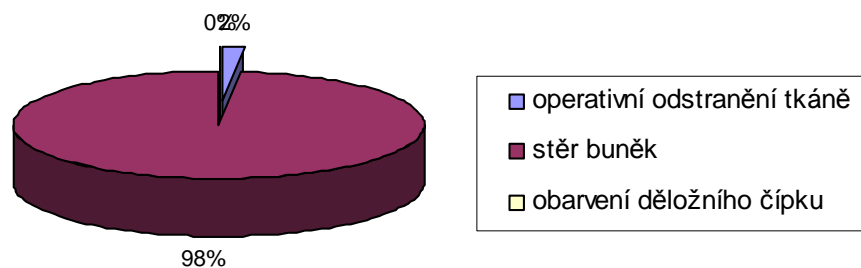
Pohlavní zdrženlivost uvedlo jako jedno z preventivních opatření rakoviny děložního čípku 30 (8%) respondentek, 107 (28%) respondentek uvedlo očkování, 90 (23%) respondentek ochranu před pohlavně přenosnými chorobami. 127 (33%) respondentek označilo gynekologické prohlídky jako další možnost prevence rakoviny čípku. 21 (5%) respondentek uvedlo abstinenci alkoholu a tabáku, 8 (2%) respondentek označilo vyváženou stravu a 4 (1%) respondentky uvedly tělesnou aktivitu.

### GRAF 7 Náplň preventivní gynekologické prohlídky



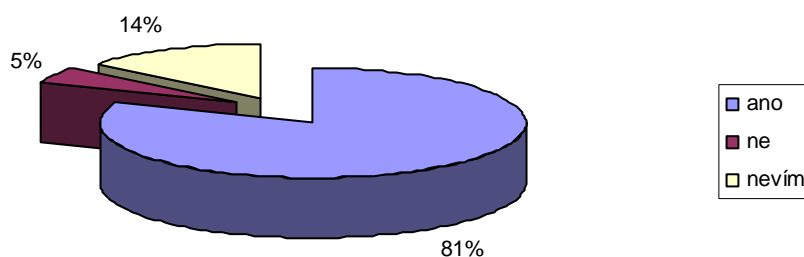
Podle vyjádření 116 (90%) respondentek preventivní gynekologické vyšetření zahrnuje vaginální vyšetření v zrcadlech, odběr materiálu na cytologické vyšetření a kolposkopii. 9 (7%) respondentek uvedlo, že preventivní prohlídka u gynekologa zahrnuje vaginální vyšetření v zrcadlech, odběr krve a kontrolu hodnot krevního tlaku. 4 (3%) respondentky uvedly jako preventivní gynekologickou prohlídku vaginální vyšetření v zrcadlech a provedení ultrazvukového vyšetření.

### GRAF 8 Cytologické vyšetření



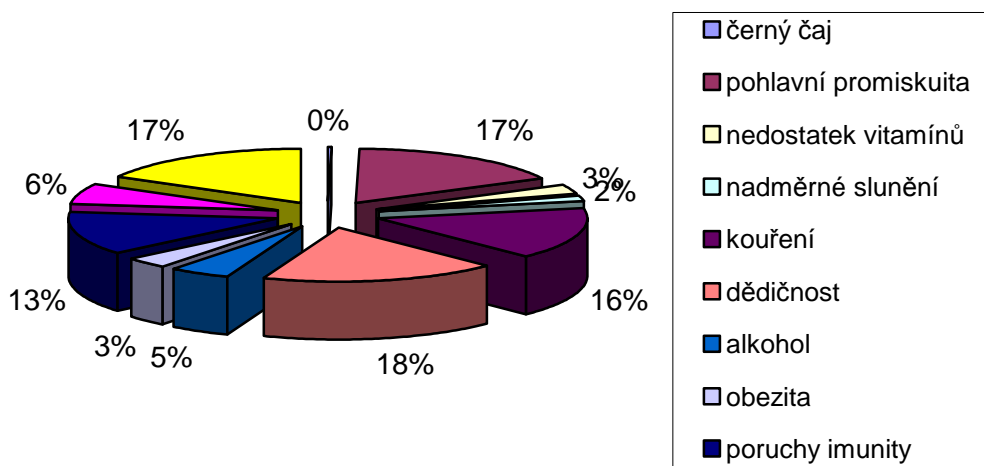
Cytologické vyšetření označilo 127 (98%) respondentek jako stěr buněk vatovou štětičkou z čípku děložního. 2 (2%) respondentky uvedly, že se během cytologického vyšetření operativně odstraňuje tkáň z děložního čípku.

**GRAF 9** Možnost záchytu buněčných změn na děložním čípku v rámci preventivní gynekologické prohlídky



Z vyjádření 105 (81%) respondentek vyplývá, že lze preventivními prohlídkami odhalit buněčné změny na děložním čípku. 18 (14%) respondentek uvedlo, že neví, a 6 (5%) respondentek se domnívá, že buněčné změny pravidelné preventivní prohlídky neodhalí.

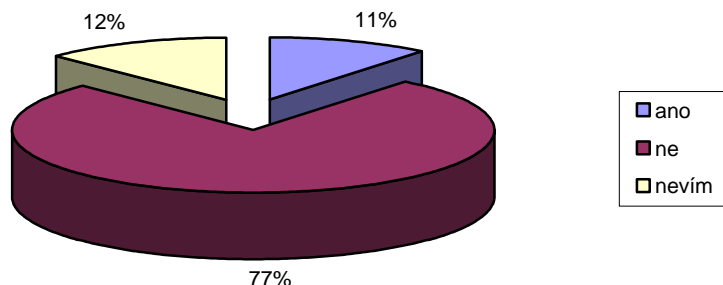
**GRAF 10 Rizikové faktory**



Na otázku rizikových faktorů karcinomu děložního čípku odpovídalo 129 respondentek. Měly možnost zvolit pět rizikových faktorů. Celkem bylo 645 odpovědí.

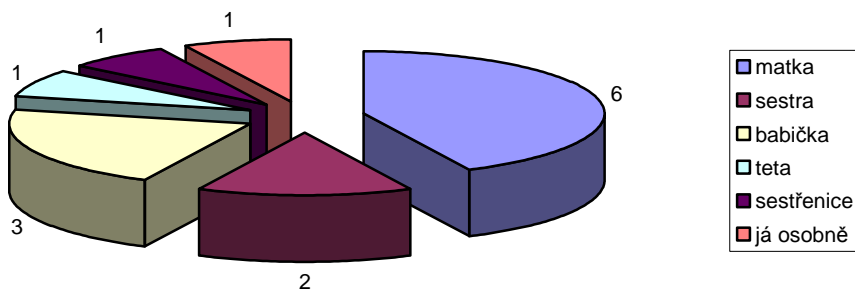
Pohlavní promiskuitu jako jeden z rizikových faktorů rakoviny děložního čípku uvedlo 111 (17%) respondentek, 100 (16%) respondentek označilo kouření, 120 (18%) respondentek dědičnost, 109 (17%) respondentek označilo HPV infekci a 85 (13%) respondentek poruchy imunity. 39 (6%) respondentek označilo jako rizikový faktor užívání hormonální antikoncepce, 30 (5%) respondentek konzumaci alkoholu, 21 (3%) respondentek obezitu a 18 (3%) respondentek nedostatek vitamínů. Nadměrné slunění jako rizikový faktor zhodnotilo 11 (2%) respondentek a 1 (1%) respondentka uvedla pití černého čaje.

**GRAF 11 Dědičnost jako rizikový faktor**



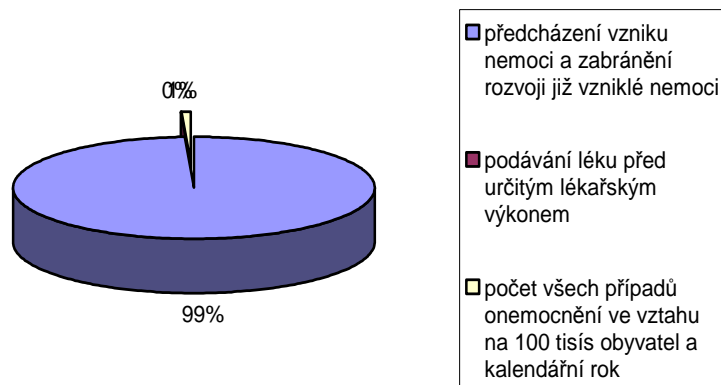
Na otázku výskytu karcinomu děložního čípku v rodině uvedlo 14 (11%) respondentek, že se rakovina děložního čípku v jejich rodině vyskytla. 99 (77%) respondentek uvedlo, že se rakovina v jejich rodině nevyskytla, a 16 (12%) respondentek o výskytu rakoviny děložního čípku v rodině neví.

**GRAF 12 Výskyt karcinomu děložního čípku v rodině**



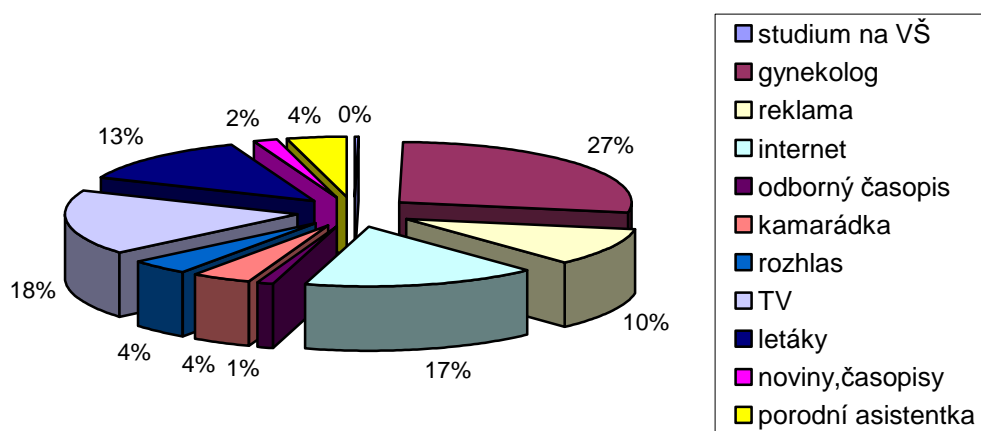
Na otázku odpovídalo 14 respondentek, které uvedly, že se v jejich rodině vyskytla rakovina děložního čípku. 6 (44%) respondentek uvedlo, že rakovinu děložního čípku měla jejich matka, 3 (21%) respondentky uvedly babičku, 2 (14%) respondentky sestru, 1 (7%) respondentka uvedla tetu a 1 (7%) respondentka označila sestřenici. 1 (7%) respondentka napsala, že rakovina děložního čípku byla diagnostikována právě u ní samotné.

**GRAF 13 Význam pojmu prevence**



Pojem prevence 128 (99%) respondentek definovalo jako předcházení vzniku nemoci a zabránění rozvoji již vzniklé nemoci. 1 (1%) respondentka uvedla, že prevence znamená počet všech případů onemocnění ve vztahu na 100tisíc obyvatel a kalendářní rok.

**GRAF 14 Zdroj informací o karcinomu děložního čípku**



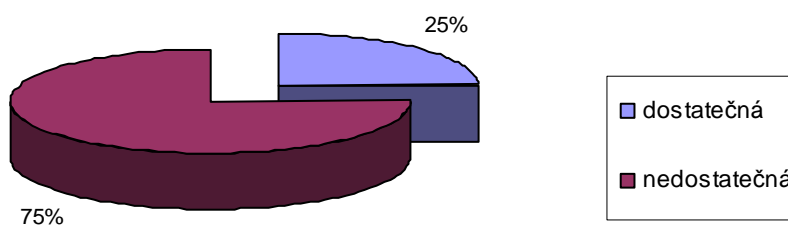
Celkem odpovídalo 129 respondentek, mohly označit tři zdroje informací. Celkem bylo 387 odpovědí.

106 (27%) respondentek uvedlo jako zdroj informací o rakovině děložního čípku gynekologa, 68 (18%) respondentek televizi, 64 (17%) respondentek internet. 49 (13%) respondentek označilo jako zdroj informací letáky, 40 (10%) respondentek reklamu a 16 (4%) respondentek uvedlo rozhlas, stejný počet respondentek 16 (4%) označilo kamarádku a dalších 16 (4%) respondentek uvedlo jako zdroj informací porodní



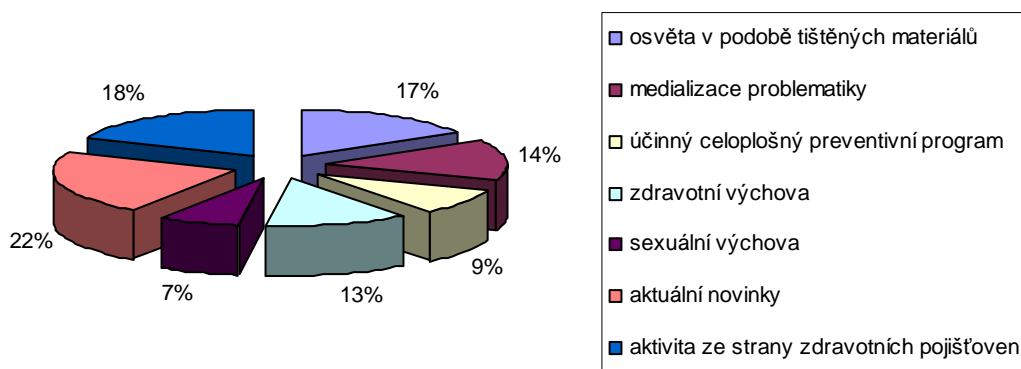
asistentku. 7 (2%) respondentek označilo časopisy a noviny, 4 (1%) respondentky uvedly jako informační zdroj odborné časopisy a studium na vysoké škole.

### GRAF 15 Preventivní kampaň v České republice



Respondentky hodnotily preventivní kampaň v boji proti karcinomu děložního čípku v České republice. 97 (75%) respondentek označilo preventivní kampaň jako nedostatečnou. 32 (25%) respondentek hodnotí kampaň jako dostatečnou.

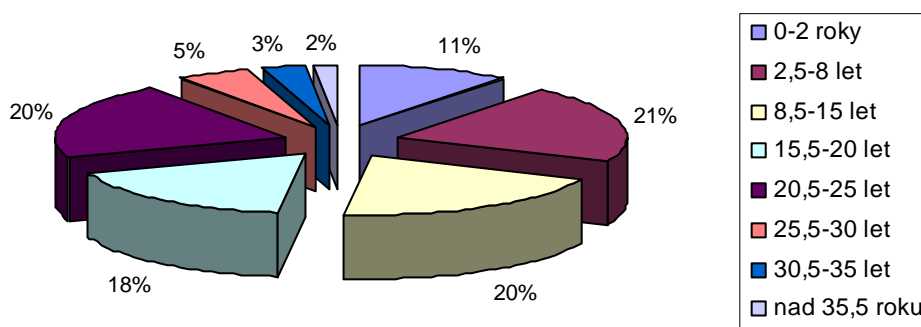
**GRAF 16 Respondentkami spatřované nedostatky v preventivní kampani**



Na otázku odpovídalo 97 respondentek, jenž označily preventivní kampaň jako nedostatečnou. Mohly označit více odpovědí. Celkem bylo 351 odpovědí.

58 (17%) respondentek označilo jako nedostatečnou osvětu v podobě tištěných materiálů, 49 (14%) respondentek medializaci problematiky a 31 (9%) respondentek účinný celoplošný preventivní program. Jako nedostatečnou hodnotilo zdravotní výchovu 45 (13%) respondentek, sexuální výchovu 26 (7%) respondentek. Aktuální novinky o prevenci rakoviny děložního čípku postrádá 78 (22%) respondentek, aktivita ze strany zdravotních pojišťoven je nedostatečná pro 64 (18%) respondentek.

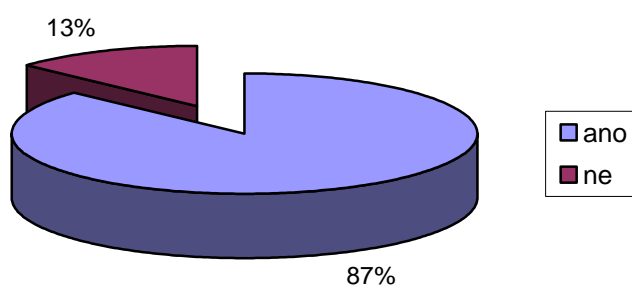
**GRAF 17 Věk dcer**



Respondentky uváděly věk své dcery. 14 (11%) respondentek uvedlo věk 0-2 roky, 27 (21%) respondentek uvedlo věk 2,5-8 let. 26 (20%) respondentek mělo dceru ve věku 8,5-15 let, 23 (18%) respondentek mělo dceru ve věku 15,5-20 let. 26 (20%)

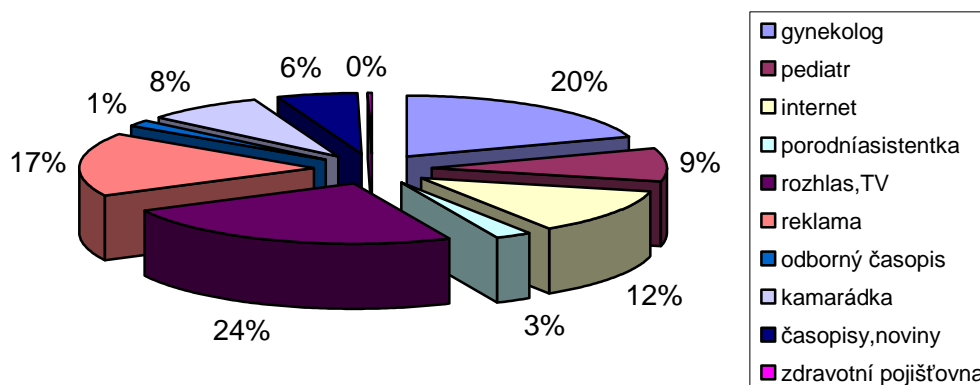
respondentek bylo matkami dcer ve věku 20,5-25 let, 7 (5%) respondentek mělo dceru ve věku 25,5-30 let. Věk dcery 30,5-35 let byl označen 4 (3%) respondentkami a 2 (2%) respondentky uvedly věk dcery nad 35,5 roku.

### GRAF 18 Informace o možnosti vakcinace



Respondentky odpovídaly, zda-li mají informace o nové očkovací látce. 112 (87%) respondentek uvedlo, že již slyšely o nově vytvořené očkovací. 17 (13%) respondentek odpovědělo, že o nové vakcíně informace nemají.

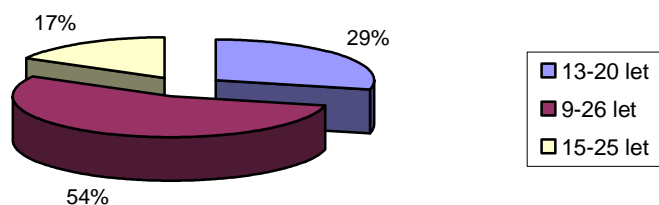
**GRAF 19 Zdroj informací o vakcíně**



Na otázku odpovídalo 112 respondentek, které uvedly, že vědí o nově vytvořené očkovací látce k prevenci rakoviny děložního čípku. Respondentky mohly uvést tři zdroje informací. Celkem bylo 336 odpovědí.

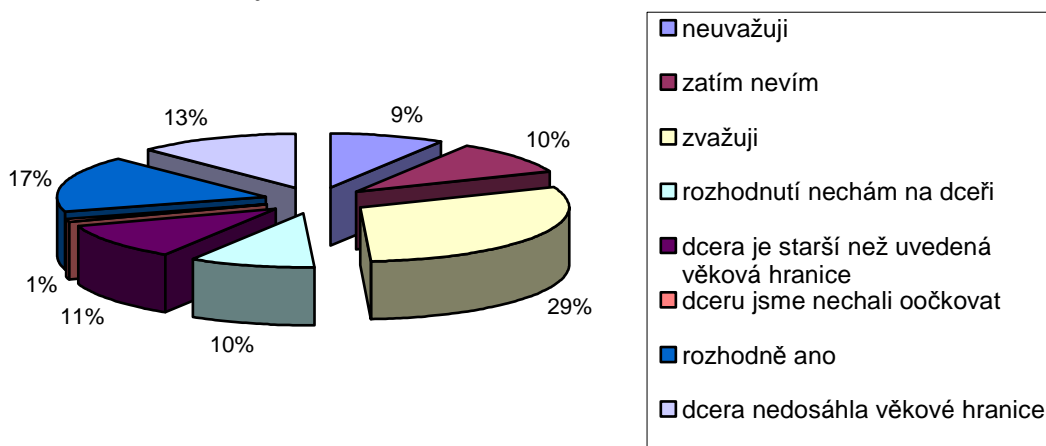
66 (20%) respondentek uvedlo jako zdroj informací o očkovací látce gynekologa, 30 (9%) respondentek pediatra, 41 (12%) respondentek uvedlo internet. Mezi další zdroje informací patřily porodní asistentka uvedená 9 (3%) respondentkami, rozhlas a televize uvedené 81 (24%) respondentkami a reklama, kterou označilo 57 (17%) respondentek. Kamarádka byla zdrojem informací pro 27 (8%) respondentek, časopisy a noviny uvedlo 19 (6%) respondentek, odborný časopis označilo 5 (1%) respondentek a zdravotní pojišťovnu 1 respondentka.

## GRAF 20 Věková hranice pro očkování



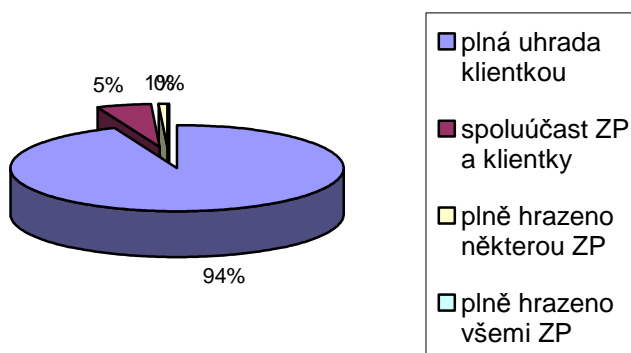
Na otázku, jaká je doporučená věková hranice dívek pro očkování, 61 (54%) respondentek uvedlo věk 9-26 let, 32 (29%) respondentek vedlo věk 13-20 let. 19 (17%) respondentek se domnívalo, že doporučená věková hranice je pro dívky ve věku 15-25 let.

## GRAF 21 Očkování dcery



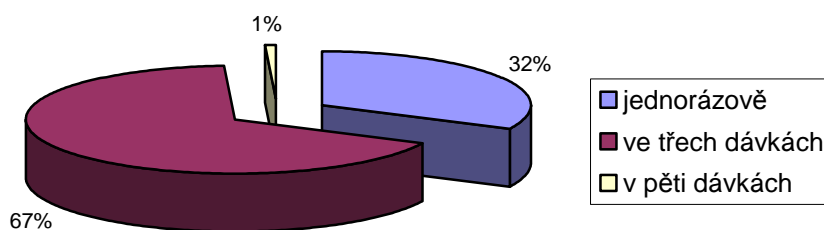
Respondentky se vyjadřovaly k podání vakcíny své dceři. 34 (29%) respondentek zvažuje, že by dceru nechaly v budoucnu oočkovat, 1 (1%) respondentka uvedla, že dceru již nechala naočkovat. 10 (9%) respondentek neuvažuje o očkování pro dceru, 11 (10%) respondentek zatím neví. Možnost rozhodně ano volilo 19 (17%) respondentek. 12 (11%) respondentek uvedlo, že je dcera starší než doporučená věková hranice pro očkování, 14 (13%) respondentek naopak napsalo, že dcera je zatím příliš malá pro očkování. 11 (10%) respondentek nechá konečné rozhodnutí na dceři samotné.

**GRAF 22 Finanční úhrada očkování**



Na otázku, jak je v současné době hrazena vakcinace, 105 (94%) respondentek uvedlo, že očkování dívek je plně finančně hrazeno klientkou. 6 (5%) respondentek uvedlo, že očkování je hrazeno částečně zdravotní pojišťovnou a klientkou. 1 (1%) respondentka uvedla, že očkování je pro dívky plně hrazené jen některými zdravotními pojišťovnami.

**GRAF 23 Očkovací schéma**



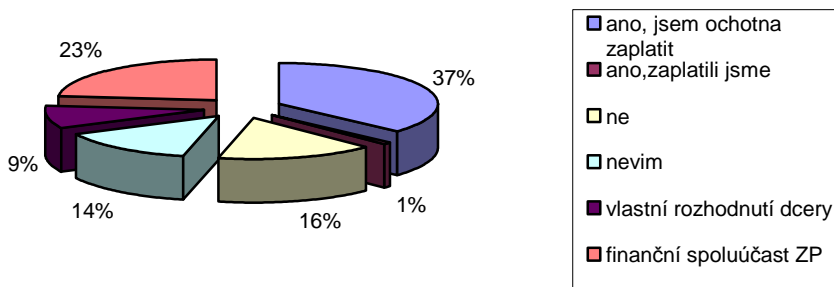
Respondentky uváděly, jaké má vakcinace očkovací schéma. 75 (67%) respondentek uvedlo, že očkování dívek probíhá ve třech dávkách, 36 (32%) respondentek uvedlo, že pouze jednorázově, a 1 (1%) respondentka uvedla, že očkování je rozloženo do 5-ti dávek.

**GRAF 24 Aplikace očkovací látky**



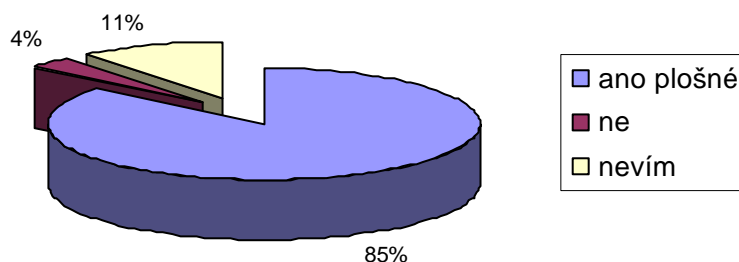
Kdo z lékařů má oprávnění provádět vakcinaci dívek, 107 (96%) respondentek uvedlo, že očkování dívek může provádět pediatr, gynekolog, lékař v očkovacím centru či praktický lékař. 5 (4%) respondentek uvedlo, že očkování může provést jakýkoli lékař.

**GRAF 25 Ochota úhrady za vakcinaci klientkou**



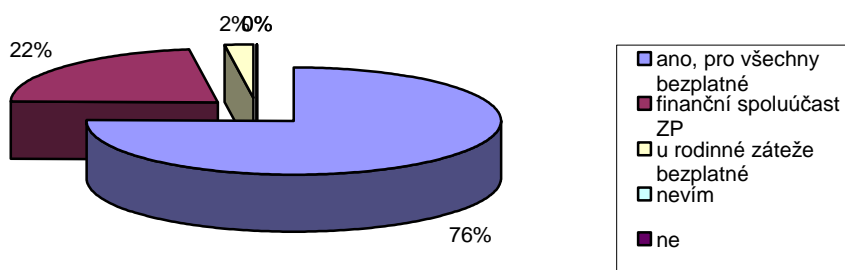
Respondentky se vyjadřovaly k finanční úhradě za vakcinaci pro svou dceru. 41 (37%) respondentek by bylo ochotných plně uhradit finanční částku za očkování své dcery, 1 (1%) respondentka uvedla, že již za očkování zaplatila. 18 (16%) respondentek není ochotných zaplatit za očkování, 16 (14%) respondentek neví a 26 (23%) respondentek by uvítalo finanční spoluúčast zdravotních pojišťoven. 10 (9%) respondentek uvedlo, že rozhodnutí přenechá na dceři samotné.

**GRAF 26 Názor matek na rozsah očkování v České republice**



Respondentky vyjadřovaly názor k rozsahu vakcinace dívek v České republice. 96 (85%) respondentek uvedlo, že by mělo být očkování dívek plošné, 12 (11%) respondentek neví. 4 (4%) respondentky odpověděly, že očkování proti rakovině děložního čípku by plošné být nemělo .

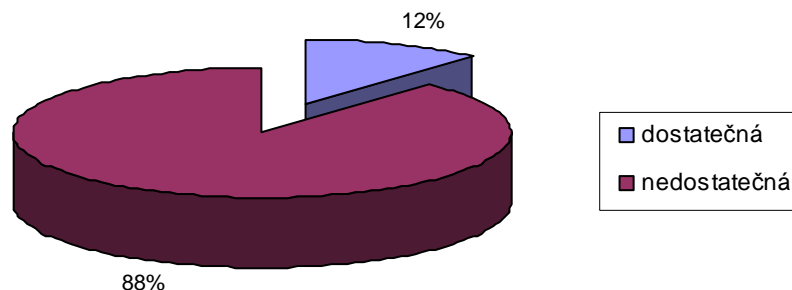
**GRAF 27 Pohled matek na finanční úhradu vakcinace do budoucna**



Respondentky vyjadřovaly, jak by podle nich mělo probíhat v budoucnu financování vakcinace. 97 (76%) respondentek by uvítalo, kdyby bylo očkování pro všechny dívky bezplatné, 29 (22%) respondentek pozitivně hodnotilo očkování za finanční spoluúčasti zdravotní pojišťovny. 3 (2%) respondentky uvítaly, aby očkování u dívek, v jejichž rodině se rakovina děložního čípku vyskytla, bylo bezplatné. Odpověď nevím, ne, nevedla žádná respondentka.

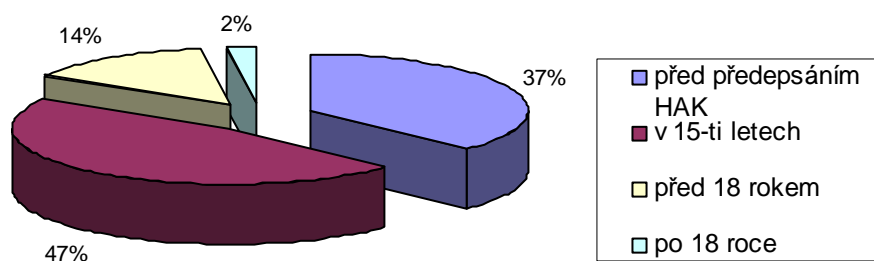


### GRAF 28 Informovanost veřejnosti o vakcinaci



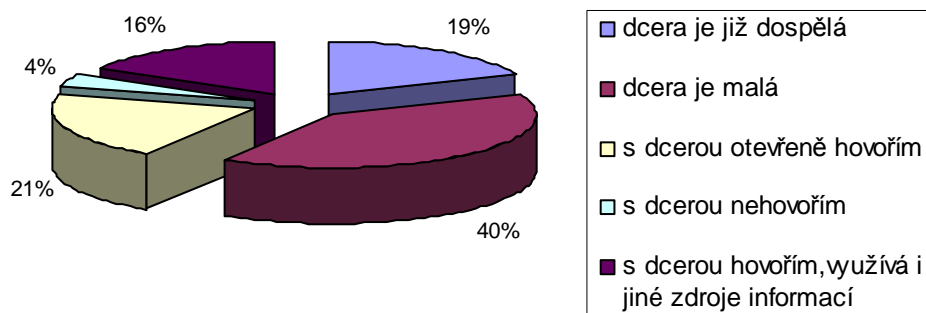
Respondentky hodnotily informovanost veřejnosti o vakcinaci. 114 (88%) respondentek hodnotilo informovanost jako nedostatečnou, 15 (12%) respondentek označilo informovanost jako dostatečnou.

### GRAF 29 Věk vhodný pro první návštěvu u gynekologa



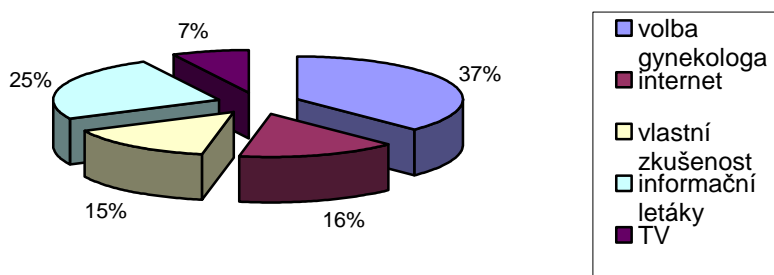
Respondentky odpovídaly na otázku, kdy je vhodný věk pro první návštěvu dívky u gynekologa. 60 (47%) respondentek se domnívá, že by se první návštěva měla uskutečnit v 15 roce života, během povinné školní docházky. 48 (37%) respondentek uvedlo, že by to mělo být před předepsáním hormonální antikoncepce, 18 (14%) respondentek uvedlo, že by se návštěva měla uskutečnit před 18 rokem věku dívky. 3 (2%) respondentky označily pro první návštěvu gynekologa věk dívky po 18 roce života.

**GRAF 30 Informace o prevenci nádorového onemocnění od matky**



Respondentky měly uvést, jak a kdy podávaly informace o nádorovém onemocnění děložního čípku své dceři. 24 (19%) respondentek uvedlo, že jejich dcera je již dospělá a o prevenci otevřeně hovořily v období dospívání. 52 (40%) respondentek uvedlo, že mají malou dceru, ale v budoucnu s ní budou hovořit o této problematice. 27 (21%) respondentek odpovědělo, že s dcerou hovoří otevřeně o prevenci rakoviny děložního čípku. 5 (4%) respondentek uvedlo, že s dcerou nehovoří o problematice nádorového onemocnění, a raději tuto záležitost přenechají gynekologovi nebo sexuální výchově ve škole. 21 (16%) respondentek uvedlo, že s dcerou hovoří o prevenci nádorového onemocnění, přesto dcera zjišťuje informace i z jiných zdrojů.

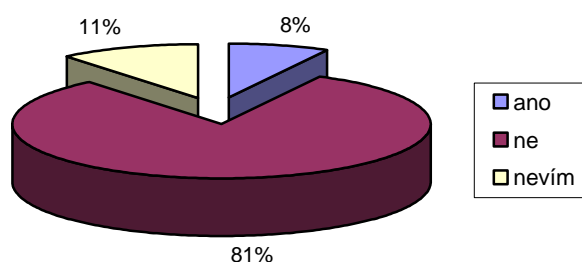
**GRAF 31 Aktivní přístup k prevenci rakoviny děložního čípku**



Odpovídalo 129 respondentek, mohly uvést dvě možnosti. Celkem bylo 258 odpovědí. Jak získat dceru pro aktivní přístup k prevenci karcinomu děložního čípku vyjadřuje graf 31. 97 (37%) respondentek uvedlo volbu gynekologa, 40 (16%) respondentek

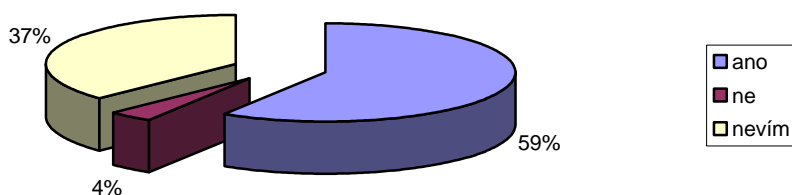
internet a 38 (15%) respondentek vlastní zkušenost. 64 (25%) respondentek označilo jako vhodnou motivaci k prevenci informačními letáky. 19 (7%) respondentek by podpořilo zájem dcery televizí.

### GRAF 32 Peer program



Respondentky odpovídaly, zda-li mají informace o peer programu. Peer program znalo 10 (8%) respondentek. 105 (81%) respondentek o programu nikdy neslyšelo a 14 (11%) respondentek neví.

### GRAF 33 Možnost vakcinace pro muže



Respondentky se vyjadřovaly o možnosti vakcinace pro muže jako přenašeče HPV infekce. 76 (59%) respondentek by souhlasilo s očkování mužů, 5 (4%) respondentek uvedlo, že by muži neměli být očkováni, a 48 (37%) respondentek neví.

## 5. DISKUZE

Časné stadium karcinomu děložního čípku je pro ženu nebezpečné tím, že nemá subjektivní příznaky v době, kdy je možné je ještě s úspěchem léčit. Krvácení mimo menstruaci a bolest se vyskytují již u pokročilého onemocnění. Přestože mají ženy právo na jednu bezplatnou gynekologickou prohlídku ročně, mnohé z nich tohoto nároku nevyžívají.

Od listopadu 2006 je na českém trhu vakcína proti karcinomu děložního čípku určená pro věkovou skupinu dívek a žen od 9 do 26 let. Přesto pravidelná gynekologická prohlídka i nadále zůstává jedním z nejdůležitějších preventivních opatření karcinomu děložního čípku.

Využitím současných možností prevence může každá žena napomoci snížení počtu případů karcinomu děložního čípku.(31)

Výzkumný soubor tvořily matky dcer v okrese České Budějovice. Na otázky týkající se možnosti prevence rakoviny děložního čípku u svých dcer odpovědělo anonymně 129 matek.

Největší zastoupení výzkumného vzorku tvořily respondentky ve věku 31-40 let, ženy se středoškolským vzděláním s maturitou, a ženy vdané. Nejmladší respondentkou byla matka ve věku 17 let. Nejméně matek uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání základní vzdělání. Rodinný stav vdova uvedla jedna respondentka, 8 respondentek bylo rozvedených. (Graf 1, 2, 3)

K otázkám výzkumu zaměřené na prevenci v gynekologii bych ráda uvedla názor profesora F. Macků, který uvádí, že u většiny nádorových onemocnění je rozhodující včasné stanovení diagnózy a zahájení adekvátní léčby. Včasnost diagnózy je dána několika faktory. Ze strany onemocnění je to biologická povaha nádoru, ze strany ženy samotné je to přístup k preventivním prohlídkám.

Podle výsledků věku respondentek usuzuji, že mladé ženy vyhledávají gynekologa častěji než starší ženy. Není to jen kvůli prevenci rakoviny děložního čípku, ale především pro předepsání hormonální antikoncepce, léčbu vaginálního fluoru,

sterilitě či těhotenství. Potvrzují to i odpovědi respondentek, které v 66% uvedly, že preventivní gynekologické vyšetření je 1x ročně plně hrazeno zdravotní pojišťovnou. Ženy, které na preventivní kontroly nedocházejí se proto mohou mylně domnívat, že je úhrada pojišťovnou za preventivní prohlídku jen 1x za dva nebo tři roky. (Graf 5)

V rámci výzkumu jsem se seznámila s nabídkami zdravotních pojišťoven České republiky v oblasti prevence. Překvapivým zjištěním pro mne byla služba Revírní bratrské pokladny. Tato pojišťovna pomáhá svým klientkám sledovat frekvenci preventivních gynekologických vyšetření. V případě, že žena opomene preventivní prohlídku u gynekologa absolvovat, je na to svou pojišťovnou upozorněna.

Ženy, které docházejí na preventivní prohlídky, jsou obeznámeny s jejich náplní, tak jak ukládá § 4 vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 183/2000 Sb., která stanovuje obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek. Dotazovaných 98% respondentek vědělo, co znamená cytologické vyšetření, 81% respondentek vědělo, že preventivními prohlídkami lze odhalit buněčné změny na děložním čípku. 99% respondentek uvedlo, že pojem prevence znamená předcházení vzniku nemoci a zabránění rozvoji již vzniklé nemoci. Pozitivních změn a udržení dobrého zdravotního stavu lze dosáhnout prostřednictvím preventivního přístupu. Podle způsobu, jak respondenty odpovídaly, vyplývá, že vědí, jak je prevence uplatňována. (Graf 7, 8, 9, 13)

Zpravidla do 14 dnů gynekolog obdrží výsledek cytologického nálezu. Každá žena by se měla ve svém vlastním zájmu sama zajímat a zjistit si výsledek svého testu. Povinností lékaře je ženě vysvětlit nález. V případě potřeby se cytologické vyšetření opakuje. V současné době je podle K. Citterbarta téměř 100% možnost záchytu ve stadiu prekanceróz pomocí prebiptických metod, tj. onkologické cytologie a kolposkopie.

V části výzkumu, která byla zaměřena na prevenci karcinomu děložního čípku, ženy jako nejčastější preventivní opatření uvedly gynekologickou prohlídku, očkování, ochranu před pohlavně přenosnými chorobami a pohlavní zdrženlivost. (Graf 6)

Mezi rizikové faktory karcinomu děložního čípku respondenty uvedly nejvíce dědičnost, pohlavní promiskuitu, HPV infekci a kouření. K. Citterbart uvádí za nejvýznamnější rizikové faktory současnosti infekci vyvolanou rizikovým typem

Human papilloma virem v souvislosti se sexuálním chováním, stav imunitního systému a kouření. Po srovnání výsledků výzkumu s odbornou literaturou se domnívám, že ženy jsou informovány o rizikových faktorech karcinomu, ale i o jejich preventivních opatřeních. (Graf 10)

Dědičnost jako jeden z rizikových faktorů se potvrdil v odpovědích respondentek, které znázorňují grafy 11 a 12. Výskyt karcinomu děložního čípku v rodině potvrdilo 11% respondentek. Největší výskyt karcinomu byl u matek respondentek, pak u babiček. Jedna respondentka uvedla, že karcinom byl diagnostikován u ní samotné. Literatura uvádí, že u žen, jejichž matka nebo sestra měly rakovinu děložního čípku nebo dělohy, je u nich dvakrát větší pravděpodobnost výskytu rakoviny než u ostatních žen.

Matky měly možnost se vyjádřit k finanční úhradě očkování proti karcinomu děložního čípku. 2% respondentek uvedla, aby byla vakcinace pro dívky, v jejichž rodině se karcinom děložního čípku vyskytl, zdarma. (Graf 25)

Jako nejčastější zdroj informací o karcinomu děložního čípku označily respondentky gynekologa. Správná a vhodně směřovaná lékařská péče, ve které je kladen důraz na prevenci ve všech jejích formách, by se měl uskutečňovat při každodenním kontaktu lékaře a porodní asistentky nejen se ženami zdravými, ale i se ženami nemocnými. Dalšími zdroji informací o karcinomu čípku byla respondentkami uvedena televize, internet a informační letáky. (Graf 19)

Okruh otázek týkající se informační kampaně prevence karcinomu děložního čípku v České republice a jejich vyhodnocení, nebylo z mého pohledu nijak překvapující. Informační kampaň byla hodnocena 75% respondentek jako nedostatečná. Jen 25% respondentek ji hodnotilo jako dostatečnou. (Graf 15)

Domnívám se, že ve srovnání s preventivními kampaněmi pořádanými např. kosmetickou firmou Avon zaměřenou proti rakovině prsu, která ženám aktivně nabízí informace o samovyšetření prsů, vybízí partnery žen, aby i oni sami ženě doporučili mammografické vyšetření na některém ze specializovaných pracovišť, či medializace tématu rakoviny prsu některou z celebrit, je ve srovnání s rakovinou děložního čípku mnohem účinnější, bohatší a s přesným cílem.

V obou případech, jak v prevenci karcinomu čípku nebo prsu, se z mého pohledu jedná o velmi intimní záležitost každé ženy. Chybí zde poutavá reklama ať už v podobě spotu či plakátu, zejména na frekventovaných místech, nebo statistické argumentace k motivaci žen, jenž by upoutaly jejich pozornost natolik, aby jednou za rok navštívily svého gynekologa. Pro ukázkou uvedu příklad.

V Českých Budějovicích jsem měla možnost začátkem roku 2007 vidět velmi sporadicky na autobusových zastávkách plakáty týkající se nově vytvořené očkovací látky Silgard k prevenci rakoviny děložního čípku. Informační plakáty tam visely necelé tři týdny. Poté byly vyměněny plakáty kosmetickou firmou Avon bojující proti karcinomu prsu, které tam visí do dnes.

Výsledky výzkumu potvrdily, že ženy vědí, jak jsou preventivní gynekologické prohlídky uplatňovány, co je jejich náplní, ale přesto ženy hodnotily informační kampaň jako nedostatečnou. Chtějí více informací, chtějí diskutovat, vybírat si a být tím, kdo o sobě rozhoduje. Svědčí pro to i 17% respondentek, které si informace o karcinomu děložního čípku samy vyhledávají na internetu. (Graf 14)

Oblasti, ve kterých by respondentky uvítaly větší informovanost o rakovině děložního čípku, vyjadřuje graf 16. 17% respondentek uvedlo osvětu v podobě tištěných materiálů v čekárnách a ordinacích ústavních a ambulantních lékařů, 14% respondentek by uvítalo medializaci problematiky a 9% respondentek účinný celoplošný preventivní program. Jako nedostatečnou hodnotilo 13% respondentek zdravotní výchovu a 7% respondentek sexuální výchovu. Aktuální novinky o prevenci rakoviny děložního čípku postrádá 22% respondentek, aktivita ze strany zdravotních pojišťoven je nedostatečná pro 18% respondentek.

Podle vyjádření Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra, která se podílela na průzkumu v rámci podpory prevence karcinomu děložního čípku v Plzni, by chtěla získané informace využít k podpoře efektivní a cílené gynekologické prevence karcinomu děložního čípku. Průzkum byl zaměřen na zmapování zájmu žen o preventivní gynekologické prohlídky a o vakcinaci proti Human papilloma viru. Bylo osloveno přes 400 dívek a žen ve věku 15-20 let.

Doufám, že brzy budeme mít možnost se na internetových stránkách Zdravotní

pojišťovna ministerstva vnitra, seznámit s výsledky průzkumu a navrhovanými opatřeními k efektivní a cílené podpoře prevence karcinomu děložního čípku.

Ve výzkumné části, která se zabývala informovaností matek o nové vakcíně proti karcinomu děložního čípku, respondentky uváděly věk dcer. Nejmladší dcera byla dvouměsíční, nejstarší dceři bylo 40 let. Podle výsledků výzkumu by byla v současnosti vakcinace určena pro 81 dcer respondentek. (Graf 17)

Respondentky v 87% uvedly, že již o nové vakcíně slyšely. Jako nejčastější zdroj informací o vakcíně uvedly ve 24% rozhlas a televizi, ve 20% gynekologa, ve 24% reklamu a 12% internet. Pediatr byl uveden 9% respondentek. (Graf 18, 19)

88% respondentek hodnotilo informovanost veřejnosti o nové očkovací látce jako nedostatečnou. (Graf 28)

Od podzimu 2006 je v České republice k dispozici první vakcína Silgard, další výrobce by měl uvést svůj nový produkt v průběhu poloviny roku 2007. V ideálním případě by mělo být očkování provedeno ještě před započetím pohlavního života.

Vakcína se podává ve třech dávkách. Vakcinace je prospěšná i pro sexuálně aktivní ženy, které dosud nebyly nakaženy žádným z typů HPV virů obsažených ve vakcíně, a částečný prospěch z očkování mohou mít i ženy, které již byly nakaženy některým z typů HPV virů obsažených ve vakcíně. Tyto ženy pak získají imunitu proti zbylým typům HPV virů. 54% respondentek uvedlo doporučovanou věkovou hranici pro vakcinaci Silgard, tj. věk 9-26 let. (Graf 20)

94% respondentek uvedlo, že je v současnosti vakcinace plně hrazena pouze klientkou, jedna respondentka uvedla, že již nechala svojí dceru naočkovat a vakcinaci v plné výši uhradila.

Z nabídek preventivních programů jednotlivých zdravotních pojišťoven v České republice jsem zjistila, že čtyři zdravotní pojišťovny přispívají konkrétní finanční částkou na vakcinaci dívek v určitém věkovém období. Jedná se o vakcíny nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, tj. nad rámec základního očkování podle očkovacího kalendáře. Každá z níže uvedených zdravotních pojišťoven má na svých internetových stránkách pro své pojištěnce dostupný formulář a návod, jak postupovat v přiznání finančního příspěvku.



Hutnická pojišťovna zařadila do svého preventivního programu příspěvek na vakcinaci dívek proti Human papilloma viru maximálně do výše 1500 Kč. Věk dívky pro vakcinaci nebyl uveden.

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda nabízí finanční podporu pro vakcinaci ve výši 1000 Kč dívkám ve věku 12-16 let. Příspěvek bude uznán po absolvování celého očkovacího schématu.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra v programu preventivní péče nabízí dívkám ve věku 13-15 let finanční balíček na očkování proti Human papilloma viru. Příspěvek na první dávku je 500 Kč, na druhou dávku také 500 Kč a na třetí dávku očkování příspěvek ve výši 1000 Kč. Věkové období pro vakcinaci určené zdravotní pojišťovnou vychází z doporučení Odborné společnosti praktických dětských lékařů.

Odborová zdravotní pojišťovna v očkovacím programu pro děti a mladistvé ve věku 0-19 let nabízí finanční příspěvek na vakcinaci proti Human papilloma viru z Fondu prevence. Pojišťovna uzná čerpání příspěvku ve výši 1000 Kč za kalendářní rok, proběhne-li očkování dívky v období od 1.1.2007 do 31.12.2007.

Domnívám se, že respondentky o možnosti finanční spoluúčasti ze strany některých zdravotních pojišťoven nevědí. Informace a novinky z preventivních programů pojišťoven by měly být všem pojištěncům bez ohledu na věk a pohlaví pravidelně aktivně nabízeny.

Pověření k provádění vakcinace má gynekolog, pediatr, praktický lékař a lékař v očkovacím centru. Stejnou odpověď uvedlo 96% respondentek. (Graf 22, 24)

V České republice vyvstaly dva tábory odborníků. Jedni jsou zastánci vakcinace dívek a mladých žen, druzí ne.

Přední lékaři upozorňují na omezené finanční možnosti zdravotního pojištění a státu. Jsou si vědomi tristní situace výskytu karcinomu děložního hrdla v České republice, vědí že je třeba situaci řešit. Podle nich vakcinace v žádném případě řešení nenabízí. Uvedli, že účinek vakcinace se projeví nejdříve za 20 let, kdy by výskyt zhoubného onemocnění mohl klesnout asi o 70 %. O desetiletích mluví i zahraniční experti. Náklady na zavedení gynekologických prohlídek by byly mnohem nižší než plošné očkování.

Druzí odborníci považují vakcinaci za dobrou osobní investici do zdraví dívky či ženy, výhledově i muže. K této možnosti se vyjadřovaly i respondentky. 59% žen by souhlasilo s očkování mužů jako přenašečů HPV infekce, 4% respondentek uvedlo, že by muži neměli být očkovaní, a 37% respondentek neví. (Graf 33)

Zastánci očkování ho označili za epochální možnost prevence, přesto zdůrazňují, že vakcína nechrání proti všem HPV virům, a je stále velmi důležité, aby ženy každoročně docházely na preventivní gynekologické prohlídky. Tvrdí, že vakcinace proti karcinomu čípku je mnohem levnější než léčba karcinomu. Nevyčísitelnými zůstává kvalita života ženy po léčbě karcinomu a to v případě, že přežije.

85% respondentek by uvítalo, aby bylo do budoucna očkování v České republice plošné, a v odpovědích 76% matek pro všechny dívky i bezplatné. (Graf 26, 27)

Postoj respondentek k vakcinaci vyjadřuje graf 25. 29% respondentek zvažuje, že by nechalo dceru v budoucnu očkovat, jedna respondentka dceru již nechala naočkovat. 10% respondentek neví, 9% respondentek o vakcinaci neuvažuje. Odpověď rozhodně ano zvolilo 17% matek. 11% respondentek uvedlo, že jejich je dcera starší než doporučená věková hranice, 13% respondentek naopak uvedlo, že dcera zatím nesplňuje dolní věkovou hranici pro vakcinaci. 10% matek nechá konečné rozhodnutí na dceři samotné.

Graf 26 ukazuje ochotu klientky uhradit částku za vakcinaci. 37% respondentek by bylo ochotných plně uhradit částku za očkování dcery. 23 % respondentek by uvítalo finanční spoluúčast zdravotní pojišťovny, 9% respondentek přenechá rozhodnutí na dceři. 16% matek není ochotných zaplatit za očkování, 14% respondentek neví. Jako nejčastější důvod uváděly finanční náročnost pro rodinný rozpočet. Přihlédnu-li i k skutečnosti, že v rodině mohou mít i více jak dvě dcery, jedná se opravdu o velké finanční částky.

Poslední část výzkumu byla věnována informovanosti dcer o prevenci nádorového onemocnění děložního čípku. J. Machová a J.Hamanová uvádí, že zájem o informace z oblasti reprodukce se projevuje během puberty. Zdrojem informací jsou rodiče, škola, média, naučná literatura a vrstevníci. Ideální by bylo, kdyby jako první

poskytly svým dětem informace rodiče.

Vytváření správného postoje ke zdraví a zdravému životnímu stylu je proces dlouhodobý, který začíná již v dětství. Významnou roli v něm hrají vzory v rodině, mezi vrstevníky ve společnosti, ale i dostatek informací, osobní zkušenost a smysluplné využití volného času.

Respondentky se vyjadřovaly, kdy je podle nich vhodný okamžik hovořit s dcerou o prevenci nádorového onemocnění děložního čípku. 19% respondentek uvedlo, že jejich dcera je již dospělá a o prevenci otevřeně hovořily v období dospívání. 40% respondentek uvedlo, že mají malou dceru, ale v budoucnu s ní budou hovořit o této problematice. 21% respondentek odpovědělo, že s dcerou hovoří otevřeně o prevenci rakoviny děložního čípku. 16% respondentek uvedlo, že s dcerou hovoří o prevenci, jejich dcera si zjišťuje další informace i z jiných zdrojů. 4% respondentek uvedlo, že s dcerou nehovoří o problematice nádorového onemocnění, a raději tuto záležitost přenechají gynekologovi nebo sexuální výchově ve škole. Předpokládám, že tyto matky mohlo vést k jejich odpovědi cokoli, např. stud a rozpaky před vlastní dcerou hovořit o tomto tématu, neznalost či špatná osobní zkušenost. (Graf 30)

Skupina vrstevníků jedince velmi ovlivňuje. Důležité jsou životní podmínky skupiny, postoje ke zdraví, protože v dospívání má větší význam konformita s okolím nežli potřeba vlastní volby a zodpovědnost za své zdraví. Získané vědomosti, informace a novinky prostřednictvím svých vrstevníků mohou studenti využít v běžném životě nejen pro sebe, ale i své blízké. Studenti jsou cíleně vedeni k pochopení zásad zdravého životního stylu, uvědomění si, že prevence je levnější než léčba. Tím se peer program stává velice účinným zdrojem informací. Dle odpovědí respondentek usuzují, že pojem peer program neznají. Jen 8% respondentek peer program znalo, 81% respondentek o peer programu nikdy neslyšelo. (Graf 32)

Pubertální vývoj dívek má velkou variační šíři a vyžaduje individuální hodnocení a přístup. Některé 15-ti leté dívky mohou mít vzhled dospělé ženy, jiné jsou v 17 či 18-ti letech dětské. Každá dívka by měla mít v 15-ti letech první gynekologickou preventivní prohlídku a další pak jedenkrát za rok. Dospívající dívky se nejčastěji obrazejí na gynekologa s nepravidelnostmi menstruačního cyklu. Příčinou

mohou být hormonální odchylky nebo vrozené vývojové vady pohlavních orgánů. Podle odpovědí 47% respondentek by měla dívka poprvé navštívit gynekologa v 15-ti letech během povinné školní docházky. 37% matek se domnívá, že by první návštěva u gynekologa měla proběhnout až před předepsáním hormonální antikoncepce, 14% respondentek jako vhodný věk uvedlo 18 let . Z pohledu 2% respondentek je vhodné dívce doporučit první prohlídku až po 18 roce života. (Graf 29)

Chtěla bych zde zdůraznit, že mají-li být aspekty preventivní náplně oboru dětské gynekologie splněny, neměl by zde chybět aktivní přístup ze strany dívky a její matky. Proto by měla být každá dívka alespoň jedenkrát preventivně vyšetřena před patnáctým rokem věku. Současně je to vhodný okamžik k poučení, doplnění a upřesnění informací o intimní hygieně, vedení menstruačního kalendáře, k rozhovoru o otázkách antikoncepce a sexuální výchovy. I v dnešní době není výjimkou, že následkem nedostatečné nebo chybné informovanosti mohou být dlouhotrvající vaginální fluory, nechtěná těhotenství s nepříznivými fyzickými a sociálními důsledky, která mohou mít do budoucna vliv na fertilitu ženy.

Respondentky měly uvést, jak by podpořily zájem své dcery v prevenci rakoviny děložního čípku. 37% respondentek uvedlo možnost volby gynekologa, 16% respondentek by dceři doporučilo získávat další informace prostřednictvím internetu, 15% matek by dceři nabídlo vlastní zkušenost, 25% respondentek uvedlo informační letáky a 7% respondentek televizi. (Graf 31)

Výzkumnou činností jsem získala údaje o informovanosti matek týkající se problematiky nádorového onemocnění. Tyto poznatky by mohly být použity v praxi jako návod pro další zkvalitňování informovanosti žen.

Ke stanovené hypotéze se vztahují otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 18, 20, 22, 23, 29. Matky jsou informovány o možnostech prevence rakoviny děložního čípku u svých dcer.

Hypotéza byla potvrzena.

## 6. ZÁVĚR

Každý z nás je zcela zodpovědný za své zdraví. Účinná prevence karcinomu děložního čípku spočívá v informovanosti žen o pravidelných preventivních prohlídkách, znalosti rizikových faktorů, ale i zásadách intimní hygieny. Každá matka by měla uvážit věk dcery a způsob předání těchto informací. Cíl by měl být však pro všechny společný, prevence.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost matek o možnostech prevence rakoviny děložního čípku u svých dcer. Cíl práce byl splněn.

Výzkumem se měla potvrdit či vyvrátit hypotéza : Matky jsou informovány o možnostech prevence rakoviny děložního čípku u svých dcer.

Hypotéza byla potvrzena.

S výsledky svého výzkumu bych ráda seznámila na odborných seminářích zdravotnické pracovníky, zejména porodní asistentky a gynekology v nemocničních a ambulantních zařízeních. Jsou to právě oni, jejichž každodenní náplní je edukace ženské populace v problematice nádorového onemocnění děložního čípku, rizikových faktorech a dostupných preventivních opatřeních.

Osobně bych doporučila rozsáhlejší osvětu v podobě tištěných materiálů v čekárnách a ordinacích, větší medializaci problematiky a informační kampaň o úhradě preventivních prohlídek a očkování ze strany zdravotních pojišťoven.

V primární péči by měl probíhat celoplošný preventivní program. Začít by se mělo aktivním předáváním informací ženám a dívkám o významu cíleného screeningového vyšetření gynekologem při pravidelných preventivních prohlídkách, a o financování vakcinace proti HPV infekci za podpory zdravotní pojišťovny. Organizovaný screening bych doplnila upomínkami či penalizací pro ženy, které nepřišly na preventivní prohlídku. Využitím těchto možností by mohlo dojít k výraznému poklesu počtu případů karcinomu děložního čípku.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BRECKWOLDT, M., FABELOVÁ, G., MARTIUS, G., MARTIUS, J., PFLEIDERER, A., SCHNEIDER, H. *Gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1997. 648 s. ISBN 80-88824-56-7
2. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN. 80-7262-094-0
3. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 434 s. ISBN. 80-7169-355-3
4. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta, 2001. 134s. ISBN 80-8063-086-0
5. HOLUB, Z., KUŽEL, D. a kol. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 232 s. ISBN. 80-247-0834-5
6. <http://www.detska-gynekologie.cz/index.php?page=uvod> [16-02-2007 ]
7. <http://www.gynelav.cz/ordinace.htm> [17-03-2007 ]
8. <http://www.levret.cz/ambulance/pece.php#ockovani> [12-02 2007 ]
9. [http://www.mou.cz/mou/upload/Rubriky/pro\\_odborniky/protokoly/053.pdf](http://www.mou.cz/mou/upload/Rubriky/pro_odborniky/protokoly/053.pdf)  
[10-11-2006]
10. <http://www.msdi.cz/content/corporate/index.html> [16-02-2007]
11. <http://mujweb.cz/zdravi/osveta/pece.html#prevencegyn> [ 30-04-2007 ]

12. <http://www.papillomavirus.cz> [16-02-2007]
13. <http://www.poradenskecentrum.cz/peer.html> [10-01-2007]
14.  
[http://www.prevencenadoru.cz/mouprev/section\\_show.jsp?s=900|910&selIdDoc=151](http://www.prevencenadoru.cz/mouprev/section_show.jsp?s=900|910&selIdDoc=151)  
[5-03-2007]
15.  
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=424%2F2004&refid=0&key=20040916DSG6ZQW7TDqqWGOL&zdroj=sb04424&cd=76&typ=r> [12-12-2006]
16. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetrovatelství 1. část*.  
1.vyd. Uherské Hradiště, 2000. 154s.
17. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V. *Ošetrovatelství 1.část*.  
1. vyd.Uherské Hradiště, 1999. 228s.
18. KOBILKOVÁ, J., ŽIVNÝ, J., BOCHMAN, J. *Technika gynekologických  
abdominálních operací*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 284 s.  
ISBN. 80-7169-494-0
19. MACKŮ, F. *Gynekologie*. Praha: Karolinum, 2000. 273s. ISBN. 80-7184-294-X
20. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. 1.vyd.  
Praha: H&H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3
21. MAŠATA, J., JEDLIČKOVÁ, A. a kol. *Infekce v gynekologii a porodnictví a  
základy jejich antiinfekční léčby*. Praha: Maxdorf, 2004. 371 s. ISBN 80-7345-038-0

22. PRUDILOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. Rakovina děložního čípku se týká i mladých dívek a žen. *Sestra*. Praha: 2006, roč.16, č. 7-8, s. 25-26. ISSN 1210-0404
23. ROZTOČIL, A. a kol. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. 1.vyd. Brno: IDVZP, 1998. 179 s. ISBN. 80-7013-255-8
24. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. 5.vyd. Praha: Maxdorf, 1998. 490s. ISBN. 80-85800-81-0
25. WASSERBAUER, S. a kol. *Výchova ke zdraví*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 47s. ISBN 80-7071-145-0
26. [www.cervix.cz](http://www.cervix.cz) [08-01-2007 ]
27. [www.cnzp.cz](http://www.cnzp.cz) [7-05-2007]
28. [www.hpv.cervix.cz](http://www.hpv.cervix.cz) [ 7-01-2007]
29. [www.hpvinfos.cz](http://www.hpvinfos.cz) [12-12-2006]
30. [www.hzp.cz](http://www.hzp.cz) [7-05-2007]
31. [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) [ 12-12-2006]
32. [www.ozp.cz](http://www.ozp.cz) [7-05-2007]
33. [www.rbp-zp.cz](http://www.rbp-zp.cz) [7-05-2007]
34. [www.vozp.cz](http://www.vozp.cz) [7-05-2007]



35. [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz) [7-05-2007]
36. [www.zpma.cz](http://www.zpma.cz) [7-05-2007]
37. [www.zpmvcr.cz](http://www.zpmvcr.cz) [7-05-2007]
38. [www.zpskoda.cz](http://www.zpskoda.cz) [7-05-2007]
39. ZÁMEČNÍK, J. *Nemocný se zhoubným nádorem*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2002. 62s. ISBN 80-7040-556-2
40. ZAVÁZALOVÁ, V. et al. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2002. 154s. ISBN 80-246-0467-1

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

karcinom děložního čípku

informovanost

prevence

očkování

## **9. SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1. Zhoubné nádory děložního hrdla a spádové lymfatické cévy

Příloha 2. Klasifikace cytologického nálezu

Příloha 3. Srovnání PAP klasifikace s CIN klasifikací

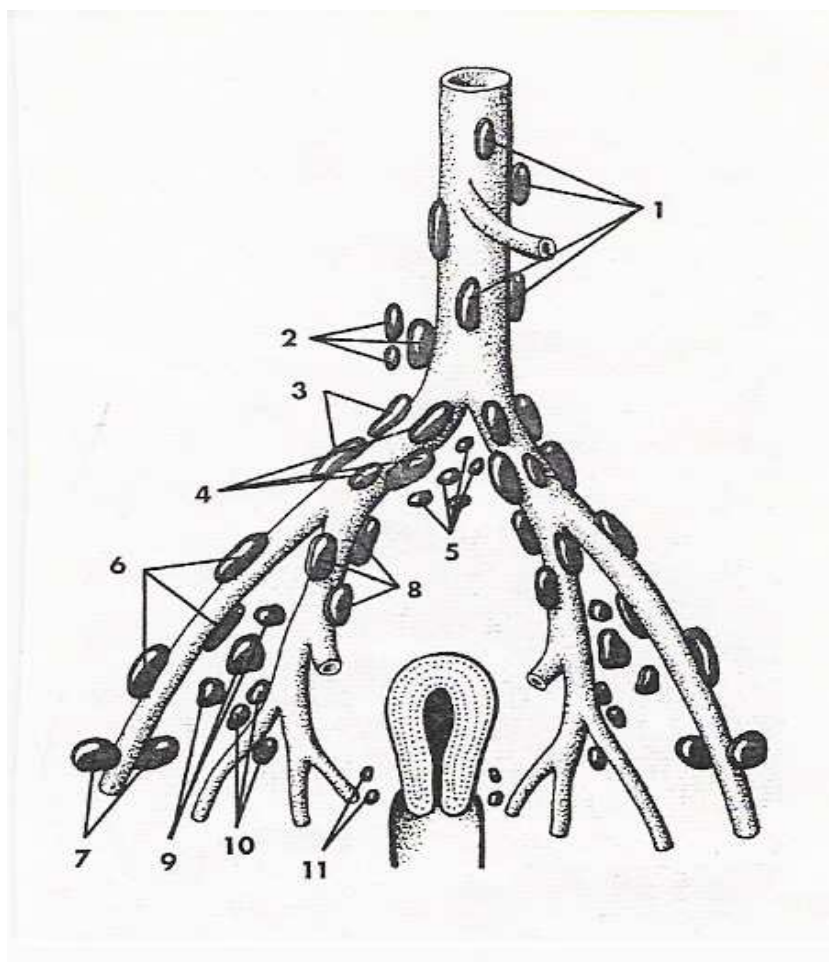
Příloha 4. Výsledky cytologického vyšetření a další postup v závislosti na výsledku

Příloha 5. Místa odběru tkáně z děložního hrdla na bioptické vyšetření

Příloha 6. Rozsah operace hysterectomi abdominalis cum adnexectomia bilateralis  
sec Wertheim-Meigs

Příloha 7. Dotazník

## Příloha 1 Zhoubný nádor děložního hrdla a spádové lymfatické cévy

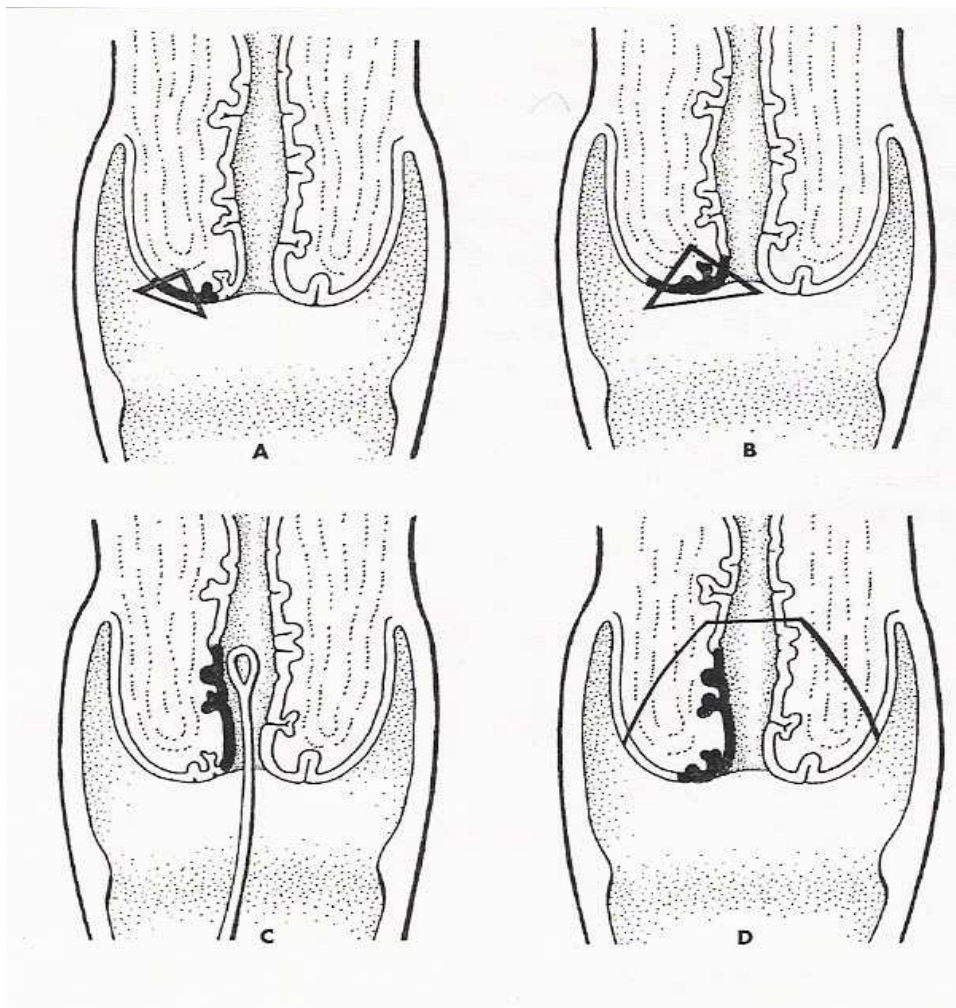


- |                         |                                  |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Inn. aortici         | 7. Inn. inguinales               |
| 2. Inn. praecavales     | 8. Inn. iliaci int.              |
| 3. Inn. iliaci com.lat. | 9. Inn. iliaci supraobturatorii  |
| 4. Inn. iliaci com.     | 10. Inn. iliaci infraobturatorii |
| 5. Inn. praesacrales    | 11. Inn. parametriales           |
| 6. Inn. iliaci ext.     |                                  |

Zdroj: CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s.

ISBN. 80-7262-094-0 (2)

## Příloha 2 Místa odběru tkáně z děložního hrdla pro bioptické vyšetření



A- punch biopsie

B- cílená excize skalpelem

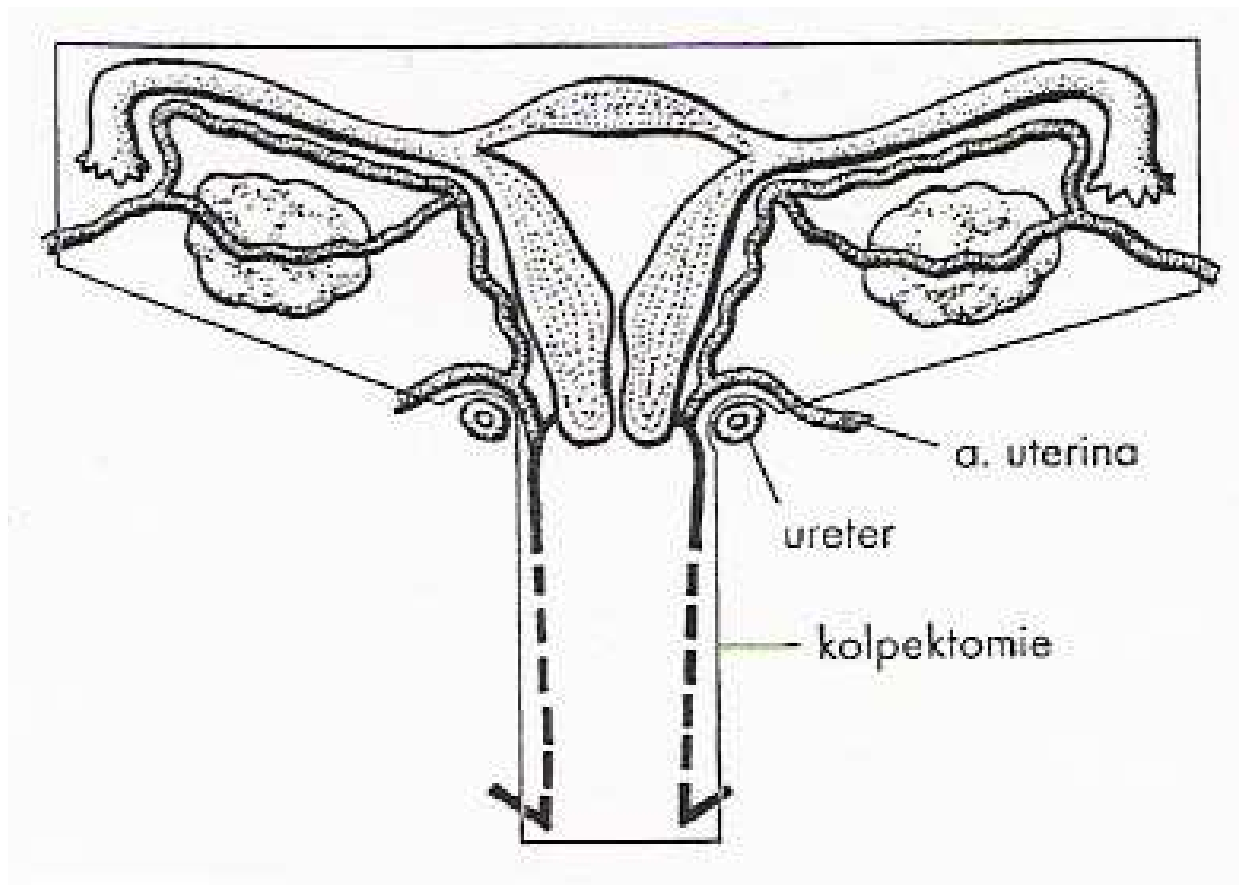
C- kyretáž z endocervikálního kanálu

D- konizace

Zdroj: CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s.

ISBN. 80-7262-094-0 (2)

**Příloha 3 Rozsah operace hysterectomia abdominalis cum adnexectomia  
bilateralis sec Wertheim - Meigs**



Přerušovaně je naznačen rozsah s totální kolpektomií

Zdroj: CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s.  
ISBN. 80-7262-094-0 (2)

#### Příloha 4 Klasifikace cytologického nálezu

Třída	CIN	Popisný systém	Bethesda 2001	Procento HPV pozitivních žen	
I	Normální	Bez abnormálních buněk	V mezích normy	2.5 %	90-95 %
II	Normální	Atypické skvamózní buňky (neznámého původu nebo typické pro HPV infekci)	ASCUS, ASCH	40 - 50 % (platí pro ASCUS)	3-5.5 %
III	CIN 1	Lehká dysplázie	LGSIL	75-93 %	1-3 %
III	CIN 2	Středně těžká dysplázie	HGSIL	nad 90 %	
III	CIN 3	Těžká dysplázie	HGSIL	nad 90 %	0.3-0.8 % ( to je dohromady pro HGSIL)
IV	CIN 3	Karcinom in situ	HGSIL	nad 90 %	
V	Karcinom	Pozitivní na nádorové buňky	Karcinom	99.7 %	0.02 %

Zdroj: <http://www.hpvinfos.cz/hpvttext.html#2#2> (29)

## Příloha 5 Srovnání PAP klasifikace s CIN klasifikací

<b>PAP klasifikace</b>	<b>CIN klasifikace</b>	<b>Popisný systém</b>
PAP I		Bez abnormálních buněk
PAP II		Zánětlivé, regenerativní, metaplastické, degenerativní změny
PAP III		Těžké zánětlivé nebo degenerativní změny, u kterých je těžké posoudit závažnost
PAP III D	CIN 1, CIN 2	Lehká dysplázie, středně těžká dysplázie
PAP IV A	CIN 3	Těžká dysplázie, karcinom in situ
PAP IV B	CIN 3	Těžká dysplázie, karcinom in situ - nemůže být vyloučena přítomnost buněk invazivního karcinomu
PAP V		Invazivní karcinom



**Příloha 6 Výsledky cytologického vyšetření a další postup v závislosti na výsledku**

<b>Výsledky cytologie (stěrů)</b>	<b>Další postup, popř. léčba</b>
ASCUS (atypické skvamózní buňky neznámého původu)	Opakovat stěry častěji (po 4-6 měsících), dokud nejsou alespoň dva výsledky testů normální nebo kolposkopie nebo HPV test
ASCH (atypické skvamózní buňky charakteristické pro HPV infekci)	Kolposkopie
CIN 1 (L SIL, lehká dysplázie)	Kolposkopie, popř. biopsie, dle výsledku se pacientka většinou pouze sleduje, někdy však léčí chirurgickým zákrokem
CIN 2 (H SIL, středně těžká dysplázie)	Kolposkopie, biopsie a chirurgický zákrok (je-li diagnóza potvrzena)
CIN 3 (H SIL, těžká dysplázie)	Kolposkopie, biopsie a chirurgický zákrok (je-li diagnóza potvrzena)

Zdroj: <http://www.hpvinfos.cz/> (29)

## Příloha 7 Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Dagmar Klímová. Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích.

Za téma bakalářské práce jsem si zvolila „**Informovanost matek o možnostech prevence rakoviny děložního čípku u svých dcer**“.

Cílem mé práce je zjistit informovanost matek o rizikových faktorech a preventivních opatřeních rakoviny děložního čípku.

Všechny údaje v dotazníku jsou důvěrné a budou použity pouze ke zpracování mé závěrečné práce.

U otázek označte křížkem jednu možnou odpověď, není-li uvedeno více možností, nebo napište vlastní názor.

Děkuji za jeho vyplnění.

1. Kolik je Vám let? .....

2. Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> základní                   | <input type="checkbox"/> středoškolské s maturitou |
| <input type="checkbox"/> učební obor                | <input type="checkbox"/> vyšší odborné             |
| <input type="checkbox"/> středoškolské bez maturity | <input type="checkbox"/> vysokoškolské             |

3. Váš rodinný stav?

- vdaná       vdova       svobodná       rozvedená

4. Na pravidelné preventivní kontroly ke svému gynekologovi docházíte?

- ano  
 ne

5. Zdravotní pojišťovna hradí preventivní vyšetření u gynekologa?

- 1x ročně
- 2x ročně
- 1x za 2 roky
- 1x za 3 roky

6. Jaká jsou preventivní opatření rakoviny děložního čípku?

Uveďte tři možnosti:

- pohlavní zdrženlivost
- gynekologické prohlídky
- očkování
- tělesná aktivita
- vyvážená strava
- abstinence alkoholu, tabáku
- ochrana před pohlavně přenosnými chorobami

7. Gynekologické preventivní vyšetření zahrnuje:

- odběr krve, změření krevního tlaku, vaginální vyšetření v zrcadlech
- ultrazvukové vyšetření, vaginální vyšetření v zrcadlech
- vaginální vyšetření v zrcadlech, odběr materiálu na cytologii, kolposkopii

8. Co je to cytologické vyšetření?

- operativní odstranění tkáně z čípku děložního
- stěr buněk vatovou štětičkou z čípku děložního
- obarvení čípku a sledování přítomných změn

9. Lze odhalit preventivní prohlídkou buněčné změny na děložním čípku?

- ano
- nevím
- ne

10. Mezi rizikové faktory rakoviny děložního čípku patří: Vyberte 5 faktorů:

- pití černého čaje
- kouření
- infekce papillomavirová (HPV)
- pohlavní promiskuita
- dědičnost
- poruchy imunity
- nedostatek vitamínů
- alkohol
- hormonální antikoncepce
- nadměrné slunění
- obezita

11. Vyskytla se ve Vaší rodině rakovina děložního čípku?

*Pokud **ano**, přejděte na otázku č. 12., pokud **ne; nevím**, pokračujte otázkou č. 13.*

- ano                               ne                               nevím

12. V rodině rakovinu čípku měla:

- matka                               babička                               jiné.....  
 sestra                               teta

13. Prevence znamená:

- předcházení vzniku nemoci a zabránění rozvoji již vzniklé nemoci  
 podávání léku před určitým lékařským výkonem  
 počet všech případů onemocnění ve vztahu na 100 tisíc obyvatel a kalendářní rok

14. Informace o prevenci nádorového onemocnění čípku mám:

Uveďte tři zdroje.

- internet                               gynekolog                               porodní asistentka                               TV  
 rozhlas                               letáky                               reklama                               jiné.....  
 kamarádka

15. Je podle Vás v České republice dostatečná preventivní kampaň v boji proti rakovině děložního čípku?

- ano                               ne

*Pokud **ne**, přejděte na otázku č. 16., pokud **ano**, pokračujte otázkou č. 17.*

16. Uvítala bych mnohem větší informovanost v oblasti :

Uveďte několik možností:

- osvěty v podobě tištěných materiálů                               zdravotní výchovy  
 medializace problematiky                               sexuální výchovy  
 účinného celoplošného preventivního programu                               aktuální novinky  
 aktivity ze strany zdravotních pojišťoven

17. Kolik let je Vaší dceři? .....

18. Slyšela jste o nově vytvořené očkovací látce proti rakovině děložního čípku?

Pokud ano, přejděte na otázku č. 19., pokud ne, pokračujte otázkou č. 27.

- ano
- ne

19. Informace o vakcíně mám :

Uveďte tři zdroje.

- lékař
- internet
- porodní asistentka
- rozhlas, TV
- reklama
- kamarádka
- jiné.....

20. Víte, jaká je věková hranice dívek pro očkování?

- 13- 20 let
- 15- 25 let
- 9- 26 let

21. Zvažujete podání vakcíny Vaší dceři?

- zvažuji
- zatím nevím
- neuvažuji
- dceru jsme již nechali očkovat
- rozhodnutí nechám na dceři
- rozhodně ano
- dcera je ještě malá
- dcera je starší než uvedená věková hranice vhodná pro očkování

22. Víte, jak je v současnosti hrazeno očkování dívek?

- je plně hrazeno všemi zdravotními pojišťovnami
- je plně hrazeno pouze některými zdravotními pojišťovnami
- je částečně hrazeno zdravotní pojišťovnou a částečnou finanční spoluúčastí zájemce
- není hrazeno ze zdravotního pojištění, plná finanční úhrada zájemce

23. Očkování proti rakovině děložního čípku se provádí:

- jednorázově
- ve třech dávkách
- v pěti dávkách

24. Kdo je oprávněný provádět očkování dívek?

- dětský lékař
- dětský lékař, gynekolog, praktický lékař, lékař v očkovacím centru
- jakýkoli lékař

25. Jste ochotna očkování dcery v plné výši uhradit?

- ano, jsem ochotná zaplatit
- ano, již jsme zaplatili
- ne
- nevím
- rozhodnutí nechám na dceři
- za finanční spoluúčasti zdravotních pojišťoven

26. Mělo by být očkování dívek proti rakovině čípku plošné?

- ano
- nevím
- ne
- jiné.....

27. Mělo by být očkování dívek proti rakovině čípku bezplatné?

- ano, pro všechny
- nevím
- ne
- finanční spoluúčast zdravotní pojišťovny
- u rodinné zátěže bezplatné
- jiné.....

28. Osvěta v souvislosti s novou vakcínou je :

- dostatečná
- nedostatečná

29. Každá dívka by měla být preventivně vyšetřena gynekologem:

- před předepsáním hormonální antikoncepce
- v 15 roce, během povinné školní docházky
- před 18 rokem
- po 18 roce

30. Kdy je podle Vás vhodný okamžik hovořit s dcerou o otázkách prevence nádorového onemocnění děložního čípku?

- dcera je již dospělá, o prevenci jsme otevřeně hovořily v období dospívání
- dcera je ještě malá, v budoucnu s ní budu otevřeně hovořit o této problematice
- s dcerou otevřeně hovořím o prevenci nádorového onemocnění čípku
- s dcerou nehovořím o prevenci nádorového onemocnění čípku, raději to přenechám gynekologovi nebo sexuální výchově ve škole
- s dcerou hovořím o prevenci, další informace získává i z jiných zdrojů
- jiné.....

31. Čím by jste Vy sama podpořila zájem své dcery v prevenci rakoviny děložního čípku?

Uveďte 2 možnosti.

- volba gynekologa
- internet
- vlastní zkušenost
- informační letáky
- TV program
- jiné.....

32. Slyšela jste někdy o Peer programu?

- ano
- ne
- nevím

33. Měli by být muži jako přenašeči papillomavirové infekce způsobující rakovinu děložního čípku očkováni?

- ano
- ne
- nevím
- jiné.....

