

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
Fakulta zdravotnických věd  
Ústav porodní asistence

Iva Grünwaldová

**Informovanost žen o prekancerózách děložního  
čípku, její rizika a možné důsledky**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Eggová

Olomouc 2011

# ANOTACE

**Název práce:**

Informovanost žen o prekancerózách děložního čípku, její rizika a možné důsledky.

**Název práce v AJ:**

Women's informedness of suppository uterine precancerous changes, its risks and possible consequences.

**Datum zadání:** 2011-01-25

**Datum odevzdání:** 2011-05-09

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

**Autor práce:** Iva Grünwaldová

**Vedoucí práce:** Mgr. Petra Eggová

**Abstrakt v ČJ:**

Bakalářská práce se zabývá informovaností žen o prekancerózách děložního čípku, jejich rizik a možných důsledků. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část zahrnuje informace z odborných publikací týkajících se daného tématu - informace o anatomii ženských pohlavních orgánů, rizikových faktorech prekanceróz, diagnostice, léčbě a prevenci rakoviny děložního čípku. Praktická část analyzuje získané údaje z výzkumného dotazníkového šetření, který zjišťoval míru informovanosti respondentek žijících na znojemském okrese o dané problematice. Diskuze je zaměřena na konfrontaci výsledků práce s dalšími výzkumnými šetřeními. V závěru jsou zhodnoceny cíle a výsledky výzkumného šetření.

**Abstrakt v AJ:**

This bachelor's thesis deals with women's informedness of suppository uterine precancerous changes, its risks and possible consequences. The thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part includes information from specialized publications relating to the given subject – information on female genital organs anatomy, risk factors of precancerous changes, diagnosis, treatment and prevention of suppository uterine cancer. The practical part analyzes the data acquired in a survey which checked respondents', living in the Znojmo district, informedness of the given issue. The discussion is aimed at confrontation of the thesis results with results of other surveys.

At the close the objectives and results of the survey are analyzed.

**Klíčová slova v ČJ:**

Prekanceróza, cervix uteri, cytologie, kolposkopie, lidský papillomavirus, prevence.

**Klíčová slova v AJ:**

Precancerous changes, cervix uteri, cytology, colposcopy, human papillomavirus, prevention.

**Rozsah:** 69 s., 9 příl.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 30.4. 2011

.....

podpis

Děkuji Mgr. Petře Eggové a MUDr. Milanu Živnému za obětavé vedení, odborné a cenné rady a připomínky při zpracování této závěrečné práce.

# OBSAH

ÚVOD .....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů.....	10
1.1.1 Zevní rodidla .....	10
1.1.2 Vnitřní rodidla.....	11
1.2 Prekancerózy děložního hrdla .....	15
1.2.1 Klasifikace prekanceróz děložního hrdla .....	16
1.2.2 Etiopatogeneze a rizikové faktory.....	17
1.3 Diagnostika prekanceróz a karcinomů děložního hrdla .....	19
1.3.1 Kolposkopie .....	19
1.3.2 Kolposkopická terminologie a klasifikace .....	20
1.3.3 Onkologická cytologie .....	22
1.3.4 Expertní onkogynekologické ultrazvukové vyšetření.....	23
1.3.5 Cílená biopsie.....	23
1.3.6 Metody ošetření cervikálních lézí .....	24
1.4 HPV .....	26
1.5 Dispenzarizace pacientek s prekancerózou .....	29
1.6 Prevence .....	30
1.7 Screening .....	32
1.7.1 Cervikální screening v České republice.....	32
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
2.1 Cíle výzkumného šetření .....	34
2.2 Metodika výzkumného šetření .....	34
2.3 Organizace dotazníkového šetření.....	35
2.4 Soubor respondentů .....	36
2.5 Zpracování dat.....	36
2.6 Interpretace výsledků .....	37
DISKUZE.....	58
ZÁVĚR.....	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY: .....	64

SEZNAM ZKRATEK.....	66
SEZNAM TABULEK.....	67
SEZNAM GRAFŮ.....	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	69
PŘÍLOHY .....	70

# ÚVOD

Zhoubné nádory některých orgánů mají svá přednádorová stádia – prekancerózy. Děložní čípek je vzhledem ke své lokalizaci velmi dobře vyšetřitelný, tudíž lze screeningovým vyšetřením zachytit a řešit již předrakovinná stádia, snížit tak vznik zhoubného nádoru hrdla děložního a tím i snížit úmrtnost. Přednádorový stav se vyvíjí mnoho let a lze jej zachytit dříve, než dospěje do stadia rakoviny děložního čípku. V dnešní době je nádorové onemocnění děložního hrdla velmi aktuální a diskutované téma. Na tuto problematiku upozorňují i média, mnoho informací poskytují časopisy, internet, kde je spousta odkazů ohledně této problematiky.

Včasná diagnostika je velice důležitá – prognóza onemocnění zachyceného včas je vždy výrazně lepší než u pokročilých nádorů. “Rakovina děložního čípku je jedním z mála zhoubných nádorů u nichž je již nepochybná souvislost s infekcí lidskými papilomaviry“ (Žaloudík, 2008, s.120) i když existují rizikové faktory, které mohou rozvoji onemocnění přispět. V riziku je tedy každá sexuálně aktivní žena po celý svůj život.

Na začátku roku 2008 byl zahájen Ministerstvem zdravotnictví ČR celorepublikový screeningový program zaměřený na včasný záchyt karcinomu děložního. Každá žena má právo na jednu preventivní gynekologickou prohlídku ročně zdarma, tudíž má nyní možnost se ke svému zdraví postavit zodpovědněji a využívat ve svůj prospěch všechno, co je v současném zdravotnickém systému již dosažitelné.

Bakalářská práce se zabývá informovaností žen o prekancerózách děložního čípku, jejich rizik a možných důsledků. Téma práce jsem si zvolila proto, že se často ve své praxi setkávám se ženami, u kterých je již diagnostikován přednádorový nebo nádorový stav děložního čípku. Tato problematika se týká všech žen na celém světě a tudíž i mne samotné.

Některé ženy zanedbávají důležitost preventivních gynekologických prohlídek buď z nevědomosti, nebo ze strachu ze zjištění diagnózy, ale bohužel si asi neuvědomují možné důsledky pozdní diagnostiky tak závažného nádorového onemocnění.



Cílem práce bylo zjistit a zhodnotit míru informovanosti respondentek žijících na znojemském okrese o této problematice a jejich přístup k preventivním gynekologickým prohlídkám.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů

### 1.1.1 Zevní rodidla

Zevní genitál ženy tvoří:

- **hrma** – *mons pubis* – je podkožní tuková vrstva nad sponou stydkou (*symfýzou*), je kryta kůží s ochlupením, které je jedním ze sekundárních pohlavních znaků, u ženy má tvar trojúhelníku.
- **velké stydké pysky** – *labia majora pudendi* – jsou pokračováním *mons pubis*, vytváří dvě kožní řasy, které obklopují poševní vchod a spojují se v oblasti hráze. Jsou tvořeny tukovou tkání s bohatou cévní sítí. Vnější plochu tvoří často pigmentovaná kůže s množstvím potních a mazových žlázek, vnitřní plocha připomíná vzhledem sliznici.
- **malé stydké pysky** – *labia minora pudendi* – jsou kožní řasy, které leží mezi velkými stydkými pysky, vzadu jsou spojeny jemnou kožní řasou a ohraničují vchod poševní, přední konce se rozdělují na dvě řasy, přední vytváří předkožku klitoris, zadní vytváří uzdičku klitoris. Malé stydké pysky nemají ochlupení ani potní žlázy.
- **poštěváček** – *clitoris* – je malé topořivé tělísko uložené nad zevním ústím močové trubice. Skládá se ze dvou kavernózních ramínek, která vytvářejí tělo klitoris zakončené žaludem klitoris. Obsahuje mnoho nervových zakončení, díky kterým je klitoris citlivý a dráždivý. Odpovídá mužskému penisu.
- **poševní předsíň** – *vestibulum vaginae* – je prostor mezi malými stydkými pysky, nachází se zde hymen a dva otvory – ústí močové trubice a poševní vchod.
- **vestibulární žlázy** – *glandulae vestibulares majores Bartholini* – jsou párové žlázy uložené pod kůží velkých stydkých pysků, vývody ústí v poševní předsíni

do rýhy mezi hymenem a malými stydkými pysky. Vylučují sekret, který zvlhčuje poševní vchod při sexuálním vzrušení.

- **poševní vchod a panenská blána** – *ostium vaginae et hymen* – poševní vchod (introitus) leží pod zevním ústím močové trubice, je překryt velkými a malými stydkými pysky a neúplně uzavřen panenskou blánou (hymenem). Je to slizniční membrána různého tvaru a konzistence.
- **hráz** – perineum - je tvořena částí pánevního dna, která odděluje část pochvy od konečníku (Kudela a kol., 2004).

### 1.1.2 Vnitřní rodidla

K vnitřním pohlavním orgánům patří pochva, děloha, vejcovody a vaječníky.

#### **Pochva – vagina, kolpos**

Je dutý svalový, elastický orgán, dlouhý asi 10cm. Je to odvodná pohlavní cesta, kopulační orgán a slouží i k odvádění menstruační krve, při porodu je porodní cestou pro plod. Horním koncem se poševními klenbami upíná na děložní hrdlo, spodní konec se otevírá navenek do vchodu poševního. Poševní stěny jsou nestejně dlouhé, přední je kratší a mělčí. Zadní je delší, hlubší a hromadí se zde sperma. Přední stěna pochvy se dotýká močového měchýře, zadní stěna sousedí s konečníkem.

Poševní stěna se skládá ze tří vrstev. Sliznice na přední a zadní stěně je zřasena a je kryta mnohvrstevným dlaždicovým epitelem, který nerohovatí a nemá žlázky. Tento epitel je rozlišný u pohlavně zralé ženy a u dívek v klidovém (bez hormonálním) období. S nástupem estrogenizace v pubertě začíná sliznice proliferovat a tím je vyšší.

Sliznice prodělává cyklické změny i v průběhu menstruačního cyklu, po menopauze se v důsledku poklesu hladiny estrogenů poševní epitel ztenčuje. Uvedené změny se využívají k nepřímému hodnocení hormonální situace tzv. funkční poševní cytologii. Pochva vlastní žlázky nemá, její vlhkost je udržována z dutiny děložní, cervikálního kanálu, z vestibula a podslizniční cévní pleteně. Za normálních okolností je pH pochvy kyselé, přítomnost bakterie *Lactobacilla Döderleini*, který štěpí glykogen na kyselinu mléčnou, způsobuje kyselé pH v pochvě (pH 4,5). Toto prostředí

zajišťuje zvýšenou odolnost pochvy proti infekci (Kudela a kol., 2004), (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008).

### **Děloha – uterus, hystera, metra**

Je dutý, silnostěnný svalový orgán uložený v malé pánvi, mezi močovým měchýřem a konečníkem. Má hruškovitý tvar. Zpravidla je děloha uložena v tzv. anteverzi (anteversio uteri) – což znamená, že podélná osa dělohy, u stojící ženy, je téměř horizontální a svírá s pochvou úhel 70-100°. Pokud podélná osa děložního těla svírá s osou hrdla tupý úhel, je děloha v anteflexi (anteflexio uteri).

Děloha se člení na dvě základní části: tělo děložní – corpus uteri a hrdlo děložní – cervix uteri. Oba oddíly se liší stavbou a funkcí, mezi tělem a hrdlem je malý spojovací úsek – úžina dělohy - istmus uteri – mimo těhotenství je úzký, bez funkčního významu, v těhotenství se přeměňuje v tzv. dolní děložní segment (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008).

- děložní tělo – *corpus uteri* – má přední a zadní stěnu, které se v okrajích spojují v hrany děložní, v horní části se vyklenuje fundus uteri (dno děložní), ze kterého vybíhají rohy děložní a odstupují vejcovody. Tělo se směrem dolů zužuje a navazuje na kanál istmu, který pokračuje do kanálu hrdla – *canalis cervicis*.
- děložní hrdlo – *cervix uteri* – má válcovitý tvar a kaudálně se kónicky zužuje. Rozděluje se na část vaginální – čípek děložní (*portio vaginalis*) – vyčnívající do pochvy a nad ním uložené supravaginální části (*portio supravaginalis*). Vaginální část cervixu je hladká, uprostřed se nachází zevní branka (*ostium uteri*), která u nulipar má kruhovitý tvar, u multipar je příčně štěrbinovitá.
- Uvnitř dělohy je děložní dutina (*cavum uteri*) – má trojúhelníkový tvar, který směřuje vrcholem do vnitřní branky. Pokračováním dutiny děložní je kanál hrdla děložního, tento je označen zevní a vnitřní brankou děložní. Sliznice je v cervikálním kanále zřasená a vytváří tvar palmového listu (Kudela a kol., 2004).

Děložní stěnu tvoří tři vrstvy – *perimetrium* – je vlastně peritoneum, pokrývá zevně dělohu, *myometrium* – nejsilnější část dělohy, je tvořeno hladkou svalovinou, která je uložena ve třech vrstvách a uvnitř *endometrium* – tvoří výstelku dutiny děložní,

na povrchu je kryto jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami. Dělí se na dvě vrstvy – zóna basalis – je stabilní a při menstruaci se neodlučuje a zóna funkcionalis – povrchová vrstva, prodělává cyklické hormonální změny, ty mají za úkol připravit sliznici k nidaci (uhníždění) vajíčka. Při menstruaci se odlučuje a s menstruační krví se odplavuje ven z těla (Kudela a kol., 2004).

Děložní hrdlo má dva druhy epitelu. Kanál hrdla endocervix - vystýlá jednovrstevný cylindrický epitel s místy řasinek, jehož buňky produkují hlen v závislosti na hormonálním cyklu, část hrdla obrácená do poševní dutiny – exocervix – má povrchovou sliznici se stejnou výstelkou jako pochva, tedy epitel vrstevnatý, dlaždicový. Hranice těchto dvou epitelů je za normálních okolností v místě zevní branky, ale daleko častěji je tato hranice posunuta (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008).

Pokud dlaždicový epitel překryje krypty s cylindrickým epitelem, hromadí se zde hlen endocervikálních žlázek a vznikají retenční cysty zvané ovula Nabothi. Místo, kde se stýkají tyto dva druhy epitelů je pásmo epiteální přeměny (squamokolumnární junkční zóna), může být posunuto dovnitř i navenek zevní branky a epitely se mohou různou měrou překrývat (Kudela a kol., 2004).

„Změny v lokalizaci junkční zóny jsou způsobeny vývojovými stádii v životě ženy, změnou tvaru děložního čípku a reparačními procesy. Reparační procesy v oblasti ektopie se dějí převážně nahrazováním cylindrického epitelu vícevrstevnatým dlaždicovým epitelem, procesem, který se nazývá dlaždicová metaplazie. V důsledku chybné regenerace nebo při působení mutujících faktorů (infekce, poranění, kouření) dochází k poruchám diferenciacie epitelů a atypizací buněčných elementů“ (Roztočil a kol. 1998, s. 73).

Vlivem kyselého prostředí v pochvě dochází ke snadnějšímu poškození buněk žlázoého cylindrického epitelu a žlázoé buňky jsou nahrazovány nově vytvořenými buňkami tzv. metaplastickými (metaplazie je přeměna jednoho typu epitelu v jiný). Toto místo s novými na daném místě neobvyklými buňkami nazýváme transformační zóna, kde pak může dojít k infekci lidským papillomavirem (HPV). To vytváří předpoklad ke vzniku neoplastického růstu – tzv. prekancerózních změn (Raušová 2009).

### **Vejcovody – tuba uterina Fallopii, salpinx**

Jsou párové trubice, 10 – 12 cm dlouhé, uložené po stranách dělohy, vycházejí z rohů děložních a směřují laterálně k vaječnickům. Vejcovod má několik částí, rozšiřuje se směrem k vaječnicku (pars ampuláris), končí břišním (abdominálním) ústím (infundibulem), které je nálevkovitě rozšířeno. Po obvodu má 10 – 15 řasnatých fimbrií.

V období ovulace se přiblíží k vaječnicku a snaží se zachytit z vaječnicku uvolněné vajíčko. K oplodnění zpravidla dochází v ampulární části vejcovodu. Stěna vejcovodu se skládá ze sliznice, hladké svaloviny a povrchové serózy. Na sliznici je epitel s četnými řasinkovými a sekrečními buňkami. Po ovulaci je zachycené vajíčko kmitavým pohybem řasinek i pomalými peristaltickými stahy svaloviny posouváno do dělohy (Kudela a kol., 2004).

### **Vaječník – ovarium, oophoron**

Je párová pohlavní ženská žláza oválného tvaru, ve které se tvoří a dozrávají pohlavní buňky - vajíčka. Je současně i žlázou s vnitřní sekrecí produkující ženské pohlavní hormony. V dospělosti má oploštělý tvar, velikosti švestky, jeho povrch je hrboletý s patrnými vyklenujícími se folikuly. Po klimakteriu se ovarium svažuje a zmenšuje. Ovarium je zavěšeno v pánevní dutině na zadním listu širokého vazů děložního při boční stěně malé pánve. Povrch je kryt jednovrstevným kubickým tzv. zárodečným epitelem. Ovarium má dvě vrstvy – kůru a dřev. V kůře se nacházejí folikuly v různém stádiu vývoje, dřev tvoří vazivo s velkým počtem cévních kapilár (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008).

## 1.2 Prekancerózy děložního hrdla

„Prekancerózy (dysplazie) neboli přednádorové stavy děložního hrdla patří mezi nejčastěji diagnostikované předstupně zhoubného nádorového bujení ženských rodidel. Včasná diagnostika je velice důležitá – prognóza onemocnění zachyceného včas je vždy výrazně lepší než u pokročilých nádorů. “Jejich incidence v posledních letech narůstá a předchází až 10 – 15 let vzniku budoucího zhoubného nádoru děložního hrdla“ (www.lekari-online.cz/gynekologie-a-porodnictvi/novinky/prekancerozy-delozniho-hrdla).

Prekanceróza je chorobný stav, vyznačuje se růstovou aktivitou a proliferací, který ale ještě nemá nádorový charakter. Dochází zde ke změnám buněk, ty pak mají atypický tvar, změny struktury nebo změny související s jejich dělením. Pokud se jedná o dysplazii, neměla by být porušena bazální membrána, která představuje hranici mezi epitelem a hlubšími strukturami. Za prekancerózy se označují dysplazie cervixu (cervikální intraepitelové neoplazie - CIN), řadíme sem i tzv. karcinomy in situ (preinvazivní karcinomy) (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008). Vycházejí z dlaždicového i žlázového epitelu cervixu. Častější jsou z dlaždicového epitelu, ty se mohou vyskytovat u žen již v rané dospělosti. Prekancerózy ze žlázového epitelu jsou méně časté a před 30. rokem života se vyskytují zřídka. (www.lekari-online.cz/gynekologie-a-porodnictvi/novinky/prekancerozy-delozniho-hrdla)

„Dysplastické změny mohou zůstat porůzně dlouhou dobu stabilní, mohou progredovat v závažnější prekancerózu nebo v karcinom, nebo mohou regredovat“ (Turyna, Sláma, 2010, s. 20). Reprodukční orgány ženy s vyznačeným cylindrickým a žlázovým epitelem znázorňují obrázky v příloze 1.

## 1.2.1 Klasifikace prekanceróz děložního hrdla

- **Dysplázie dlaždicových buněk – cervikální intraepiteální neoplazie, skvamózní intraepiteální léze (CIN, SIL)**

Jedná se o změny dlaždicových buněk epitelu, které souvisejí s HPV infekcí (human papillomavirus).

Podle histologického nálezu rozlišujeme tři stupně:

- CIN 1 - mírná dysplazie.
- CIN 2 - střední dysplazie.
- CIN 3 - těžká dysplazie a carcinoma in situ (má všechny charakteristiky zhoubného nádoru, ale nepřerůstá přes bazální membránu).

Klasifikace procesů na děložním hrdle za pomoci cytologie rozlišuje dva stupně:

- LG SIL – low grade skvamózní intraepiteální léze – lehké změny odpovídá CIN 1 – pouze bedlivé kontroly kolposkopie a cytologie.
- HG SIL – high-grade skvamózní intraepiteální léze zahrnující i carcinoma in situ – nutné je histologicky ověřit a adekvátně léčit.

- **Dysplázie žlázových buněk – cervikální glandulární intraepiteální neoplazie (CGIN)**

- LG CGIN - adenoatypie
- HG CGIN – prekancerózy v užším slova smyslu – adenocarcinom in situ (AIS)

U velkého procenta žlázových prekanceróz se vyskytují také dlaždicové dysplazie (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

„Průměrný věk žen s prekancerózami je 32 let, u mikrokarcinomů 44 let. V současné době je možnost téměř stoprocentního záchytu ve stadiu prekancerózy díky prebioptickým metodám (cytologií, kolposkopií, a HPV testací rizikových kmenů)“ (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008, s. 189).



## 1.2.2 Etiopatogeneze a rizikové faktory

Na vzniku dysplazií se podílí mnoho rizikových faktorů.

Dominantní úlohu mají vysoce rizikové (onkogenní) genotypy lidských papilomavirů HPV infekce (human papillomavirus). V současnosti je známo více než 120 genotypů tohoto viru. Z klinického hlediska dle schopnosti vyvolávat buněčné atypie se HPV dělí na nízké (low risk, LR) a vysoce (high risk, HR) rizikové pro vznik nádorového procesu (Raušová, 2009).

WHO (světová zdravotnická organizace) zařadila genotypy HPV 16 a 18 mezi prokázané vysokorizikové lidské karcinogeny (látky způsobující vznik rakovinného procesu). Pronikají do chromozomů hostitelských buněk, zde transformují své geny a dochází tak k permanentním mutacím hostitelských buněk.

Klinickým projevem jsou známé špičaté kondylomy vyskytující se na hrázi, v pochvě, a děložním čípku. Jsou nápadné i makroskopicky a snadno zjistitelné při kolposkopickém vyšetření (Roztočil a kol. 1998). HPV infekce je nejčastějším sexuálně přenosným onemocněním, přenáší se především pohlavním stykem, vstupní branou jsou drobná poranění kůže a sliznic. Virové částice se skrz ně dostanou do zárodečných buněk epitelu. Inkubační doba je 1,5 - 3 měsíce. Infekce není provázena typickými známkami zánětu, klinický obraz je němý, prekancerózy jsou asymptomatické. V organismu dochází přirozenými imunitními mechanismy k očištění od HPV infekce 7 – 24 měsíců. Interval mezi infekcí a rozvojem nádorového procesu je 10 – 15 let. Výskyt HPV infekce je nejčastější v rané dospělosti 18 – 25 let (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

Nejčastějšími rizikovými faktory jsou:

- kouření – nepříznivě ovlivňuje všechny složky imunitních mechanismů a tak snižuje pravděpodobnost ke spontánnímu vymizení infekce HPV;
- poruchy imunity – vrozené i získané poruchy imunity, HIV infekce;
- promiskuitní chování – počet sexuálních partnerů, „rizikový partner“, časný začátek sexuálního života – před 17. rokem života;
- dlouhodobá přítomnost sexuálně přenosných infekcí a jejich opakování;

- dlouhodobé užívání kombinované hormonální antikoncepce;
- multiparita – vyšší riziko lze prokázat u 3 a více porodů (Cibula, Petruželka a kol., 2009)

Přehled faktorů, které mají vliv na rozvoj HPV infekce, prekanceróz a invazivního karcinomu znázorňuje tabulka v příloze 7.

## 1.3 Diagnostika prekanceróz a karcinomů děložního hrdla

„Diagnostika prekanceróz i karcinomů děložního hrdla je založena na prebiptických metodách (onkologické cytologii, kolposkopii), které může doplňovat typizace HPV virů. Definitivní diagnostický závěr poskytne pouze histopatologické vyšetření z cílené biopsie odpovídajícího vzorku tkáně“ (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008, s.190).

Diagnostika spočívá tedy v preventivním gynekologickém vyšetření, které by každá žena měla ve svém vlastním zájmu podstoupit 1x za rok i pokud nemá žádné gynekologické potíže. V případě podezřelého nálezu je nutné provést histologické vyšetření z odebraného vzorku tkáně.

### 1.3.1 Kolposkopie

Kolposkopie je jedna ze základních prebiptických metod, která využívá speciálního mikroskopu, díky které lze vyšetřit zevní rodidla, oblast hráze, okolí konečníku, pochvu i děložní hrdlo a určit závažnost léze, plošném rozsahu a vztahu léze k endocervikálnímu kanálu. Je nedílnou součástí gynekologického vyšetření při preventivních prohlídkách, v graviditě a při sledování vývoje nepravidelností a hojení po ošetření cervikálních lézí. Zásadní podmínkou je, aby kolposkopické vyšetření předcházelo vyšetření palpačnímu, aby nedošlo k poranění exocervixu vyšetřujícím prstem. Je to binokulární optický systém se silným zdrojem světla a až 40 násobným zvětšením. K popisu nálezu při vyšetření se používá specifické názvosloví a lze zhotovit i fotografii (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008), (Roztočil a kol. 1998).

Výhoda kolposkopie pro gynekologa, který provádí odběry buněk pro cytologickou laboratoř je v tom, že:

- může klinik odebrat buňky z pochvy, poševních kleneb, děložního hrdla, ze „správného místa“;

- zpřesní prebiopickou diagnózu tím, že může použít rozšířenou kolposkopii a ozřejmit si defekt potřením 3% kyselinou octovou a Lugolovým roztokem (Schillerova zkouška);
- umožní z předešlého místa odebrat tkáň pro histologické vyšetření například „punch biopsií“;
- korelace kolposkopického nálezu zajišťuje klinikovi určitou jistotu při sledování ženy (follow up)“ (Kobilková, Dušková 2003, s. 110).

„K rozlišení sporných, nejasných, suspektních změn, zejména při kontrolách ošetřených žen pro prekancerózu, se užívá v gynekologické diagnostice tzv. rozšířené (expertní) kolposkopické diagnostiky“ (Kobilková, Dušková 2003, s. 110).

Vyšetření děložního hrdla je možné:

- tzv. *nativní jednoduchou kolposkopií* – bez použití roztoků - po setření sekretu a hlenu z děložního hrdla, zjišťujeme infekci, zdroje krvácení, kvalitu epitelu, přítomnost cév a manifestní maligní proces.

- tzv. *rozšířenou kolposkopií* - s použitím roztoků kyseliny octové a Lugolova roztoku na děložní čípek, který pomáhá přesně ohraničit léze a rozlišit epitel (Roztočil a kol. 1998).

- „Zkouška kyselinou octovou – po potření léze na cervixu 3% kyselinou octovou, vynikne lépe žlázo­vý (cylindrický) epitel, místo zbělí a jeví se jako jemně hrozničkové. Styk dvou epitelů, dlaždicového z ektocervixu a žlázo­vého z endocervixu tzv. junkční zóna vynikne. Je vidět i cévní kresbu a její formy.
- Zkouška jodem (Schillerova zkouška) – povrch děložního hrdla – ektocervixu se potře 1% Lugolovým roztokem. Normální – zdravá tkáň cervixu se barví čokoládově hnědě (negativní zkouška). Změny premaligní – suspektní se projeví pozitivní zkouškou – tkáň se nebarví – vzniká různě veliké jodnegativní místo (bílé nebo žluté)“ (Kobilková, Dušková 2003, s. 111).

### 1.3.2 Kolposkopická terminologie a klasifikace

- **Normální nálezy**
  - *O (originální epitel)* - dlaždicový, je hladký, růžový a nejsou v něm zbytky cylindrického epitelu.

- *E (ektropium)* - přítomnost jednovrstevného cylindrického epitelu na exocervixu, který se normálně vyskytuje jen v oblasti dutiny děložní, zvýšeně tvoří hlen. Ektropium je fyziologickým nálezem u žen ve fertilním věku, u žen, které nerodily, mluvíme o ektopii.
- *TZ (transformační zóna)* – je úsek přechodu mezi originálním dlaždicovým a cylindrickým epitelem. Linie tvořící hranici mezi dlaždicovým a žlázovým epitelem je označována jako skvamokolumnární junkce.
- **Abnormální nálezy odpovídající LG lézi**
  - *BE (bílý epitel)* – sytě bílý – je nezralý dlaždicový epitel, po aplikaci kyseliny octové okrsky s vyšší hustotou jader zbledají.
  - *L (leukoplakie, keratóza)* – zvrásněný epitel s rohovatěním na povrchu, změna struktury dlaždicového epitelu.
  - *P (puntíčkování)* – jemné/hrubé, ložiskový obraz, ve kterém se kapiláry zobrazují jako tečky, jemné puntíky ukazují na nízký stupeň nádorového procesu, hrubší puntíky spíše vysoký stupeň vzniku nádorového procesu.
  - *M (mozaika)* – jemná/hrubá, nově utvořené cévy se ložiskově zobrazují jako plošná políčka mozaiky. Menší políčka – nízký stupeň, větší políčka – vysoký stupeň.
  - *V (atypické cévy)* – ložiskový obraz nově utvořených cév, které mají tvar jako čárky, vývrtky, vlásenky, kořenový systém, stonožky atd.
  - *ATZ (atypická transformační zóna)* – obsahuje epitelové a cévní změny různého stupně závažnosti.
- **Jiné nálezy**
  - eroze, ulcerace, slizniční vřídky,
  - zánět, endometrióza, polypy, atrofické změny
  - projevy HPV infekce - condylomata acuminata – přiřazujeme je k LG lézím.

- **Nedostatečné nálezy**

Při nedostatečném kolposkopickém vyšetření není možno optimálně vizualizovat děložní hrdlo, nebo není plně přehledná TZ. Příčinou jsou změněné anatomické poměry, pooperační zjizvení, poranění, zánět (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

Kolposkopickou klasifikaci znázorňuje tabulka v příloze 2.

### 1.3.3 Onkologická cytologie

„Kolposkopii v diagnostice vhodně doplňuje onkologická cytologie. Onkologická cytologie se považuje za základní screeningovou metodu, v určitých indikacích je doplňována HR-HPV testací“ (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008, s. 192).

Cytologické vyšetření je základní prebioptickou metodou pro stanovení prekancerózy zároveň slouží jako screeningové vyšetření, které se provádí 1x ročně každé ženě z důvodu včasného odhalení nádorového procesu děložního hrdla. Odběr se provádí stěrem z děložního hrdla z exocervixu a z kanálu děložního hrdla nátěrem na sklo – klasická cytologie, nověji se využívá cytologie v tekutém médiu, která má vyšší senzitivitu za vyšší cenu (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

V České republice se používá klasifikace Bethesda z roku 2001 - viz.příloha 3. Jejím přínosem je komplexní zhodnocení preparátu – zhodnocení kvality stěru, interpretace nálezu včetně zhodnocení hormonálního stavu pacientky, závěr a doporučení pro kliniku od vyšetřujícího cytopatologa. Důležitý je správný odběr, včasná fixace, přesná anamnéza, správné vyhodnocení a interpretace nálezu (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

Ukázku cytologické průvodky znázorňuje příloha 5.

Při cytologickém vyšetření se hodnotí dlaždicové buňky, žlázoové buňky, přítomnost mikroorganismů - kvasinek, trichomonád, chlamydií, herpetické infekce, známek bakteriální vaginózy, zhodnocení přítomnosti buněk endometria (děložní sliznice) u žen nad 40 let věku – do 40 let se neuvádějí, dále přítomnost jiných zhoubných elementů např. metastázy nádorů z jiných oblastí a popis tzv. jiných nálezů – atrofie, reaktivních změn při zánětu, po radiaci, při IUD. ([www.lekari-online.cz/gynekologie-a-porodnictvi/novinky/prekancerozy-delozniho-hrdla](http://www.lekari-online.cz/gynekologie-a-porodnictvi/novinky/prekancerozy-delozniho-hrdla))  
Srovnání prebioptických vyšetřovacích metod znázorňuje příloha 4.

### 1.3.4 Expertní onkogynekologické ultrazvukové vyšetření

Transvaginální či transrektální ultrazvukové vyšetření prováděné specialistou - sonografistou onkogynekologem, dokáže pomoci v diagnostice závažného nádorového onemocnění v oblasti děložního hrdla, zvláště v případech, kdy je podezření na možnost endocervikálního invazivního nádoru (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

### 1.3.5 Cílená biopsie

I když prebioptická vyšetření jsou vysoce spolehlivá, k definitivnímu potvrzení závažnosti prekancerózy nebo invazivního karcinomu stanoví cílená biopsie tj. odběr vzorku tkáně přímo z místa postižení k histopatologickému vyšetření. Odběr tkáně je možné pomoci

- minibiopsie - punch biopsie, provádíme speciálními kleštěmi pod kolposkopickou kontrolou z exocervixu, rozsah tkáně získané odběrem je dán velikostí bioptických kleští;
- kyretáže ostrou kyretou z endocervikálního kanálu;
- LEEP (loop elektroexcisional procedure) – konizací radiofrekvenční kličkou, nebo konizace radiofrekvenční jehlou (z uvedených metod jsou nejspolehlivější);
- excizí nebo provedením diagnosticko-terapeutického výkonu – konizace či cylindrické disekce (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008).

„Většina metod k získání validního bioptického vzorku je ambulantních a lze je provést pod kolposkopickou kontrolou v návaznosti na expertní kolposkopii. Je-li indikováno provedení konizace nebo cylindrické disekce, pak je obvyklá krátkodobá hospitalizace

a provedení výkonu v regionální (paracervikální blok, spinální nebo epidurální) nebo celkové anestezii“ (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 330).

Dlaždicové léze méně závažných prekanceróz u mladších žen, dále u žen s přáním otěhotnět se využívá spíše konzervativní postup – tedy sledování (dispenzarizace) v 3 – 6 měsíčních intervalech. V těhotenství všechny dlaždicové léze, u kterých je vyloučena mikroinvaze, dispenzarizujeme v 8 -12 týdenních intervalech, nebo kontroly

mezi 24. a 28. týdnem gravidity a případné řešení nálezu odkládáme na období po skončení šestinedělí. Indikací k ošetření je naopak prekanceróza vysokého stupně malignity, dlouhodobě se vyskytující prekancerózy nízkého stupně u žen, které již nechtějí otěhotnět, prekancerózy v podezření z invazivního procesu, progresse prekancerózy nízkého stupně ve stupeň vysoký a u podezření z invazivního procesu v těhotenství (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

### 1.3.6 Metody ošetření cervikálních lézí

Zásadou je odstranit celou lézi a adekvátně hluboko. Metody ošetření je možné rozdělit na metody destrukční a excizní (ablační). Excizní metody jsou výhodnější – umožňují odebrat vzorek tkáně na histopatologické vyšetření. Navíc lze posoudit i okraje odebraného vzorku zde by měl být tzv. bezpečnostní lem zdravé tkáně (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008).

- **Destrukční metody**

Po cílené biopsii se provede destrukce postižené tkáně.

**Kyoterapie** – využívá chladu (tekutý dusík) po přiložení sondy dochází k nekróze zmrazené tkáně s následným hojením. Výhodou je možnost ambulantního ošetření, nevýhodou je, že není možné stanovit hloubku destrukce tkáně hrdla. Hojení provází nepříjemný výtok a je poměrně zdlouhavé.

**Laserová valorizace** – k odpaření patologické tkáně do potřebné hloubky se využívá CO2 laserového paprsku. Hojení je rychlejší než kryodestrukce, výkon se provádí pod kolposkopickou kontrolou. „Hlavní nevýhodou všech destrukčních metod je, že není histopatologicky vyšetřena všechna tkáň. Destrukční metody jsou dnes zcela nahrazovány metodami ablačními“ (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008, s. 194).

- **Ablační (excizní) metody**

**Klasická studená konizace** – skalpelem, nůžkami – odebrání části děložního čípku z poševního přístupu, nejčastěji ve tvaru kužele (konusu).

**Konizace vysokofrekvenční elektrickou kličkou (LEEP – leep electroexcisional procedure, large loop excision of transformation zone - LLETZ, LOOP)** – jde



o nejčastěji prováděný výkon u exocervikálně lokalizovaných lézí. Velikost kličky se volí podle rozsahu léze a velikosti hrdla.

***Konizace jehlou (needle excision of transformation zone NETZ, SWETZ )***

***Cylindrická disekce*** – skalpelem, vysokofrekvenční elektrickou jehlou, laserová cylindrická disekce – odebrání části děložního čípku ve tvaru válce poševní cestou, čímž se zajistí adekvátní odstranění výstelky kanálu děložního čípku. Provádí se nejčastěji vysokofrekvenční jehlou. Výkon je náročnější než konizace a provádí se většinou na specializovaných pracovištích (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

***Hysterektomie*** – jako metoda léčby se provádí u prekanceróz pouze sdružených indikací (např. myomatózní děloha) a u recidivujících HG lézí po skončení reprodukčního věku (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008).

Prekancerózy jsou dobře léčitelné. Tyto léze mohou recidivovat při perzistenci HPV-HR nebo mohou vzniknout stejným mechanismem po letech jako nové onemocnění. Bedlivá dispenzarizace po ošetření je nutná (Rob, Martan, Citterbart at al., 2001, 2008).

## 1.4 HPV

„Genitální HPV infekce se vyskytují nezávisle na pohlaví u všech ras a ve všech socioekonomických skupinách“ (Fait a kol., 2009, s. 22).

Skupina HPV virů je velmi početná (až stovky virových kmenů), klinicky se podílí na vzniku bradavic (condylomata accuminata), respirační papilomatózy, na dysplaziích děložního hrdla (prekancerózy), na dysplaziích zevního genitálu, pochvy, penisu, na změnách v anální oblasti ([www.mou.cz/cz/prevence-karcinomu-delozniho-cipku/article.html?d=168](http://www.mou.cz/cz/prevence-karcinomu-delozniho-cipku/article.html?d=168)).

Úloha infekce lidským papilomavirem (HPV) je klíčová a bezpodmínečně nutná k rozvoji neoplastických změn ve tkáni děložního hrdla (Fait a kol., 2009).

U promiskuitních jedinců jsou běžné infekce mnoha typů HPV. Podle svého onkogenního potenciálu jsou rozlišovány tři základní typy HPV:

- první skupina – působí benigní léze s nízkým onkogenním potenciálem (HPV - 6, 11, 42 – 44);
- druhá skupina – se středně velkým onkogenním potenciálem (HPV- 31, 33, 35, 39, 45, 51 – 53, 55, 56, 58, 69);
- třetí skupina – je vysoce onkogenní papilomaviry (HPV – 16, 18).

Přibližně 90% všech akuminátních kondylomat je tvořeno typem HPV- 6 nebo 11.

HPV virus a jeho typy jsou znázorněny na obr. v příloze 6.

Dle infikovaného epitelu rozlišujeme typ kožní, slizniční, a dále některé typy nacházené současně jak v lézích kůže, tak i sliznic. V současné době je známo více než 120 typů HPV, z nich 40 se vyskytuje v genitoanální oblasti. Klinicky rozpoznatelné je pouze aktivní infekce, při níž virové proteiny ovlivní regulační mechanismy buňky za vzniku charakteristických buněčných i jaderných atypií. Detekce latentního preklinického stadia infekce je výhradně záležitostí laboratorní detekce přítomnosti viru, v rutinní diagnostice detekcí přítomnosti HPV DNA ([www.hpv.cervix.cz/doc/lidske-papillomaviry.pdf](http://www.hpv.cervix.cz/doc/lidske-papillomaviry.pdf)).

Infekce lidskými papilomaviry jsou nejčastější pohlavně přenosnými infekcemi virového původu. Jsou dokonale adaptovány k přežívání v hostitelských buňkách, které využívají ke své vlastní replikaci. Vstupní branou pro HPV infekci jsou

mikrotraumata kůže a sliznic, přenáší se na pohlavní orgány z rukou, sekrety z úst, za porodu přenos z matky na dítě.

„Nejvyšší výskyt HPV je ve věku 20 – 25 let. Promořenost populace se udává až 80%. Inkubační doba HPV je 1 – 8 měsíců. Rizikové jsou hlavně pacienti, u kterých v terénu přednádorových změn za oslabení imunity (stres, infekce atd.) přetrvává HPV infekce. Vývoj rakoviny od prvotní HPV infekce může trvat až 10 let. Karcinom děložního hrdla je 2 roky a je nejčastější zhoubný nádor u žen. V 99% je podíl HPV infekce, v 70% způsobeno dlouhodobou perzistencí HPV infekce typem 16 a 18“ (www.Mou.cz/cz/prevence-karcinomu-delozniho-cipku/article.html?d=168).

„Dlouhodobá perzistence infekce je hlavním rizikovým faktorem pro rozvoj maligních změn, zejména při infekci nejagresivnějšími genotypy HPV 16 a 18“ (Turyňa, Sláma, 2010, s. 17). U 80% infikovaných dochází k vymizení infekce. Za měsíc po infekci se aktivuje nejprve buněčná a později protilátková imunita, jež se však vyvíjí u 54 -69 % infikovaných. Přetrvávající infekce je spojena s klinickými projevy typickými pro jednotlivé skupiny HPV (Fait a kol., 2009).

„V České republice je incidence cca 20 / 100 000 žen, mortalita 7 / 100 000 žen.“ (www.mou.cz/cz/prevence-karcinomu-delozniho-cipku/article.html?d=168).

Děložní čípek je vzhledem ke své lokalizaci velmi dobře vyšetřitelný, vývoj předrakovinných změn trvá měsíce až roky. Téměř všechny závažné změny se vytvářejí v důsledku přetrvávající infekce HPV a působením rizikových faktorů. (www.onkogyn.cz/hpv-verejnost/hpv-infekce-a-rakovina-delozniho-hrdla).

Vztah mezi HPV infekcí a rozvojem prekanceróz a karcinomu děložního hrdla znázorňuje obrázek v příloze 8.

Momentálně jsou na trhu dvě vakcíny zaměřené na určité typy HPV. První vakcínou na trhu je SILGARD (ve světě pod názvem GARDASIL), byla registrovaná roku 2006, je to kvadrivalentní vakcína proti lidským papilomavirům typů 6,11,16,18. Druhá vakcína CERVARIX je bivalentní a registrována byla v roce 2007. Vakcíny určené především k prevenci rakoviny děložního čípku obsahují neinfekční virové bílkoviny, které jsou schopné v imunitním systému organismu vyvolat tvorbu protilátek. Pokud se tělo po očkování setká se skutečným HPV virem, je schopno ho rozpoznat jako cizorodou částici a začne proti nim vyrábět protilátky a infekci potlačit (www.onkogyn.cz/hpv-lekari/dostupne-ockovaci-latky).

„Vakcíny mají 100% účinnost u chlapců a dívek, kteří ještě nezahájili sexuální život, vakcinovat se mohou u pediatra. U žen, které již zahájily pohlavní život, je nutné provedení gynekologického vyšetření před vakcinací – většinou pak vakcinuje gynekolog. Při normálním gynekologickém nálezů se udává účinnost vakcíny kolem 70 - 80%. Zatím se předpokládá, že na základě studií nebude přeočkování ani u jedné vakcíny“ ([www.mou.cz/cz/prevence-karcinomu-delozniho-cipku/article.html?d=168](http://www.mou.cz/cz/prevence-karcinomu-delozniho-cipku/article.html?d=168)).

Očkování proti infekci papilomaviry je vhodné i pro chlapce. Mladí muži tak budou chráněni před vznikem rakoviny krku, úst, konečníku, penisu. Virus se totiž může při orálním či análním sexu dostat do hltanu nebo konečníku. Aby očkování proti rakovině skutečně fungovalo, musí pokrývat většinu populace. Proto je nezbytné, aby očkování probíhalo nejen u dívek, ale i u chlapců. Stejně jako u dívek, tak i očkování chlapců je důležité před začátkem aktivního života. Jejich očkováním budou i více chráněny ženy než muži, kteří papilomavirus přenášejí.

„Přínos očkování pro jednotlivce je nesporný. Vedle snížení rizika karcinomu děložního hrdla, který se však klinicky projeví až po několika letech, dojde i ke snížení výskytu cervikálních, vulvárních a vaginálních lézí a případně dalších nemocí spojených s HPV podle očkovaných typů“ ([www.ockovaci-prukaz.cz/rakovina-delozniho-cipku/ockovani-chlapcu-proti-hpv.html](http://www.ockovaci-prukaz.cz/rakovina-delozniho-cipku/ockovani-chlapcu-proti-hpv.html)), (Fait a kol., 2009, s. 71).

## 1.5 Dispenzarizace pacientek s prekancerózou

U pacientky s asymptomatickou LG lézí a neukončenými reprodukčními plány postupujeme konzervativně s využitím kolposkopie, cytologie a event. dalších prebioptických metod v intervalu po 3-6 měsících. V těhotenství u nízkostupňové (LGL) prekancerózy se vyšetřuje v 1. trimestru a ve 24. – 28. týdnu gravidity. Pokud se nález nezhoršuje, odkládá se řešení až na období šestinedělí. U prekancerózy vysokého stupně (HGL) v těhotenství sledujeme v intervalu 8 – 12 týdnů. V případě, že není podezření na invazivní nádor, je řešení odloženo na období po šestinedělí.

Po ošetření děložního hrdla je třeba pacientky dispenzarizovat, obvykle také v 3 – 6 měsíčních intervalech, po dobu 1 – 3 let, kdy se přechází na pravidelné roční kontroly. Schéma sledování po operaci není přesně stanoveno, a proto nemusí být na každém pracovišti stejné. Při přechodu na kontroly 1x ročně je potřeba 2 negativních cytologií v intervalu 4 – 6 měsíců. Vhodné je také doplnění HPV testu nejdříve za 6 – 12 měsíců po operaci. Nejvíce recidiv – návratu prekancerózy je v období 2 let po operaci, ale riziko vzniku prekancerózy a karcinomu děložního hrdla však přetrvává až po dobu 20 let ([www.lekari-online.cz/gynekologie-a-porodnictvi/novinky/prekancerozy-delozniho-hrdla](http://www.lekari-online.cz/gynekologie-a-porodnictvi/novinky/prekancerozy-delozniho-hrdla)).

Doba dispenzarizace pacientek s ošetřenou adenoprekancerózou a přáním zachování fertility je minimálně 2 roky. Před přechodem ke standartním 12 měsíčním kontrolám je třeba 4 negativních cytologických stěrů v 6 měsíčních intervalech. U pacientek s ukončenými reprodukčními plány je riziko recidivy i při negativním chirurgickém okraji řezu preparátu doporučena hysterektomie (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

## 1.6 Prevence

„Onkologická prevence představuje komplexní soubor opatření, která mají za cíl předvídat a předcházet všem negativním událostem spojeným se vznikem, progresí a recidivou zhoubných nádorů“ (Cibula, Petruželka a kol., 2009, s. 93).

### **Preventivní opatření lze definovat na čtyřech úrovních:**

- Primární prevence má za úkol, aby nádor nevznikl, tedy předejít vzniku nádoru. Předcházet nemocem, ale také změnit životní styl, co nejvíce omezit vliv rizikových faktorů, posilovat obranyschopnost organismu, která může pomoci k likvidaci nežádoucích buněk. Cílem primární prevence je zamezení přenosu HPV infekce. Nejběžnější metodou vhodnou pro ženy jakéhokoliv věku je používání kondomu. Nejnovější a nejspolehlivější metodou primární prevence je profylaktická vakcinace proti HPV infekci. Po očkování dojde k rozvoji typově specifické humorální imunity zaměřené proti genotypům viru obsažených ve vakcíně (Cibula, Petruželka a kol., 2009).
- Sekundární prevence je zaměřena na záchyt prekanceróz a zhoubných nádorů v časných stádiích, jejich řešením v období bezpříznakovém nebo s minimálními příznaky, kdy přináší vhodné podmínky pro úspěšné léčení a vyléčení. Je to aktivní vyhledávání prekanceróz v rámci každoročního gynekologického vyšetření tak, aby byly ošetřeny ještě před rozvojem invazivního nádoru. Nejdůležitějším nástrojem je efektivní screeningový program založený na cytologickém vyšetření (Cibula, Petruželka a kol., 2009).
- Terciální prevence má za cíl časný záchyt recidivy nádoru, a tím časně zahájení terapie v potencionálně léčitelné fázi onemocnění. Základem terciální prevence je efektivní dispenzární schéma, shromažďování a hodnocení vyšetření za pomoci ostatních specializací. Nutností je tedy kompletní provádění preventivní péče, které snižuje riziko zanedbání dalších onkologických onemocnění (Cibula, Petruželka a kol., 2009).
- Kvartérní prevence spočívá v předcházení a předvídání možných komplikací v době, kdy průběh nemoci je vzhledem k pokročilosti nádoru již nezvratný.

V důsledku progredujícího a nevléčitelného nádorového onemocnění předcházet obtížím ve zbytku života.

Pro veřejnost je však třeba se zabývat především prevencí primární a sekundární. Terciální a kvartérní prevence zůstává spíše starostí zdravotnických profesionálů (Žaloudík, 2008).

Důležité je věnovat pozornost svému zdraví a snažit se předejít nemoci. Je třeba chodit pravidelně 1x za rok na vyšetření ke svému gynekologovi (každá žena má nárok na jednu preventivní gynekologickou prohlídku ročně zdarma), vyvarovat se sexuální promiskuity a sexuálně přenosných chorob. Vybírat si své sexuální partnery a při pohlavním styku používat kondom. Využít nejspolehlivější ochranu, což je očkování proti HPV infekci. Myslet na sexuální výchovu svých dětí, řádně je poučit a před zahájením sexuálního života zvážit naočkování dívek proti HPV ([www.lekari-online.cz/gynekologie-a-porodnictvi/novinky/prekancerozy-delozniho-hrdla](http://www.lekari-online.cz/gynekologie-a-porodnictvi/novinky/prekancerozy-delozniho-hrdla)).

Každá žena má nyní možnost se ke svému zdraví postavit zodpovědněji. Jako nejlepší kombinace se jeví pravidelný screening a očkování.“ (Raušová, 2009, s. 34). „Jedinec může zdravotní rizika včetně onkologických výrazně ovlivnit vyloučením škodlivých návyků, přijetím zdravějšího životního stylu a stále více také zájmem o preventivní prohlídky, zdravotní doporučení, znalost a sledování varovných příznaků možného onkologického onemocnění. Informovanost dospělé veřejnosti i časný záchyt plíživě vznikajících onemocnění pak mohou ovlivnit lékaři v první linii, čili všeobecní lékaři, praktičtí gynekologové, ambulantní specialisté a možná více než oni také informace z médií“ (Žaloudík, 2008, s. 53).

## 1.7 Screening

Screening znamená plošné vyšetřování populace za účelem detekce léčitelného nádorového onemocnění v jeho časných stádiích, kdy pacienti ještě nemají potíže a příznaky.

Cílem screeningu je snížit nemocnost i úmrtnost v populaci na sledované onemocnění. Ke screeningovým programům jsou vhodné zejména nádory, které mají relativně vysokou úmrtnost, existuje účinná léčba včasných stádií a pro detekci je k dispozici dostupný a levný test. „Hlavním přínosem screeningových testů je zlepšení prognózy onemocnění, možnost méně radikální a přitom účinnější léčby“ ([www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening](http://www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening)).

### 1.7.1 Cervikální screening v České republice

„Cervikální screening spočívá v pravidelných gynekologických kontrolách, jejichž cílem je odhalit přednádorové změny (prekancerózy) nebo časná stádia zhoubného nádoru karcinomu děložního čípku. Při výskytu abnormálních změn na děložním hrdle většinou nedochází k žádným výrazným zdravotním změnám nebo obtížím, a proto hrozí riziko, že tyto změny nebudou včas zachyceny. Jediným možným a účinným způsobem prevence rakoviny děložního čípku je tedy důsledné a pravidelné sledování“ (<http://www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening>).

Celorepublikový screeningový program zaměřený na včasný záchyt karcinomu děložního čípku byl zahájen Ministerstvem zdravotnictví ČR na začátku roku 2008. „Navazuje tak na program pro screening nádoru prsu, který v České republice úspěšně probíhá od roku 2002. Pravidelné preventivní prohlídky jsou pro ženy nejdostupnější ochranou před onemocněním zhoubnými nádory. Hlavním záměrem ministerstva je nabídnout ženám kvalifikovaná preventivní vyšetření děložního čípku v akreditovaných laboratořích splňující kritéria moderní diagnostiky. Česká republika tak pokračuje v naplňování svého závazku vůči ženám ve smyslu doporučení Rady Evropské unie z 2. 11. 2003 (2003/878/EC), podle kterého mají členské státy unie implementovat



populační programy prevence zhoubných nádorů prsu, děložního hrdla, tlustého střeva a konečníku. Rada doporučuje sběr dat o preventivních vyšetřeních, následujících diagnostických procedurách a konečných diagnózách. Na základě těchto dat má být monitorován screeningový proces a zjištěné výsledky mají být zpřístupněny odborné i široké veřejnosti. Legislativní rámec projektu v České republice je dán vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR) č. 3/2010 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek. Kritéria a podmínky programu pro screening karcinomu děložního hrdla v ČR pak stanoví Věstník MZ ČR, částka 07/2007. V současnosti je program provozován na několika desítkách akreditovaných pracovišť, jejichž činnost je průběžně monitorována a kontrolována podle transparentních pravidel. Průběh programu, dodržování stanovených pravidel a vědecký rozvoj projektu je v České republice garantován Komisí Ministerstva zdravotnictví ČR pro screening karcinomu děložního hrdla“ ([www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening--ceska-republika](http://www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening--ceska-republika)).

## **2 PRAKTICKÁ ČÁST**

Praktická část bakalářské práce se zabývá posouzením informovanosti žen znojemského okresu o prekancerózách děložního čípku, jejich rizik a možných důsledků.

### **2.1 Cíle výzkumného šetření**

1. Zjistit přístup respondentek (žijících na znojemském okrese) k preventivním gynekologickým prohlídkám.
2. Zjistit informovanost respondentek (žijících na znojemském okrese) o rizikových faktorech nádorového onemocnění děložního čípku.
3. Zjistit informovanost respondentek (žijících na znojemském okrese) o možnostech prevence rakoviny děložního čípku.
4. Zjistit podíl porodních asistentek v informovanosti respondentek v dané problematice.
5. Vytvořit edukační materiál.

### **2.2 Metodika výzkumného šetření**

K získání informací pro výzkumné šetření byla zvolena anonymní nestandardizovaná dotazníková metoda, která je jednou z nejrozšířenějších variant výzkumu. Dotazník umožnil získat potřebné informace i bez přímého kontaktu s respondentem.

V úvodu dotazníku byly ženy seznámeny s tematikou výzkumného šetření, byla ženám zdůrazněna dobrovolnost a anonymita šetření a respondentky byly požádány o jeho vyplnění. Dotazník obsahuje 20 otázek vztahující se k jednotlivým cílům závěrečné práce. V dotazníku byly použity uzavřené otázky s danou volbou odpovědi ano – ne – nevím, a dále otázky výběrové s výběrem jedné z několika možností, nebo s výběrem více možností. Plné znění dotazníku je obsaženo v příloze číslo 9.

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na získání dat v těchto oblastech:

Ke zjištění základních údajů byly použity položky č. 19 a 20.

*Cíl 1 byl zaměřen na informovanost žen a jejich přístupu k preventivním prohlídkám.*

Tomuto cíli se věnovaly položky: 1, 2, 3.

Položky č. 4, 5, 6, 7 se týkaly prekanceróz děložního čípku, rizikových faktorů, důsledků a prevence.

*Cíl 2 byl zaměřen na informovanost žen o rizikových faktorech nádorového onemocnění děložního čípku.*

Položky č. 8, 9, 10, 11, 13, 14 se týkaly povědomí o HPV, jeho přenosu a prevenci proti této infekci.

*Cíl 3 byl zaměřen na informovanost žen o možnostech prevence proti rakovině děložního čípku.*

Položky č. 12, 13 se týkaly preventivních opatření rakoviny děložního čípku.

*Cíl 4 byl zaměřen na zjištění podílu porodních asistentek v informovanosti žen dané problematiky.*

Položky č. 15 – 18 se týkaly možnosti získávání informací o této problematice a podílu porodních asistentek v poskytování těchto informací.

## **2.3 Organizace dotazníkového šetření**

Připravená verze dotazníku byla předložena Mgr. Petře Eggové a následně 10 náhodně vybraným ženám pro ověření správnosti a srozumitelnosti jednotlivých položek. Po kladném zhodnocení všech položek bylo přistoupeno k dalšímu kroku realizace výzkumného šetření.

Dotazníkové šetření probíhalo únor - březen 2011. Dotazníky byly rozdány osobně nebo prostřednictvím mých kolegyň. Bylo rozdáno celkem 100 dotazníků, z nichž bylo k hodnocení použito 78 kusů. Vyplněné dotazníky byly vhazovány do připravené schránky, nebo mi byly vráceny osobně. Klientky byly přátelské a ochotné, neměla jsem se sběrem dat žádné potíže.

## **2.4 Soubor respondentů**

Dotazník byl rozdán celkem 100 ženám. Respondentkami byly klientky hospitalizované na gynekologickém oddělení znojenské nemocnice, klientky gynekologické ambulance a dále ženy z mého blízkého okolí.

## **2.5 Zpracování dat**

Po získání vyplněných dotazníků byla získaná data vyhodnocena a zpracována prostřednictvím tabulkového programu Microsoft Excel a ke grafické úpravě tabulek a grafů bylo použito počítačového programu Microsoft Word systému Windows XP Professional.

U otázek č. 3, 5, 6, 9, 11, 12, 15 označily respondentky více odpovědí, proto jsem výsledná čísla zpracovávala z celkového počtu odpovědí.

Výsledky dat byly vloženy do tabulek a vyjádřeny v absolutní a relativní četnosti. Relativní četnost je vyjádřena procenty a je užita v grafech.

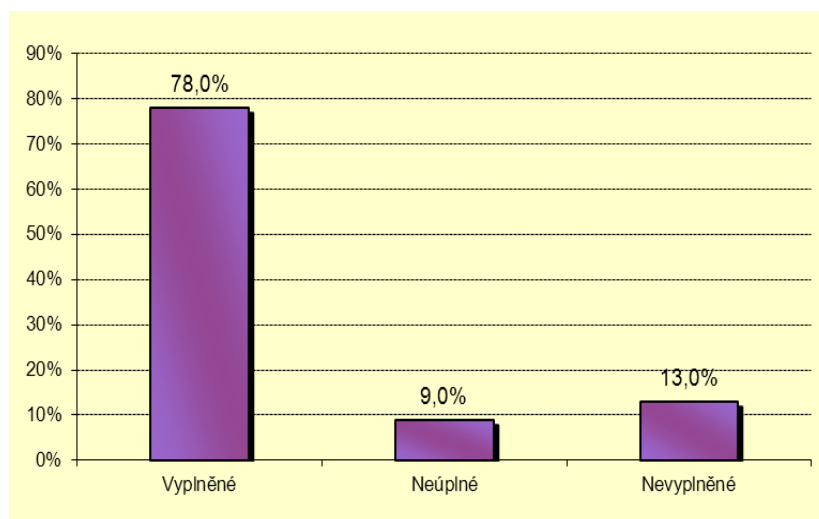
## 2.6 Interpretace výsledků

Z celkového počtu 100 (100%) rozdaných dotazníků bylo do výzkumného šetření zařazeno 78, pro neúplnost vyplnění některých položek bylo 9 dotazníků vyřazeno a zbylých 13 dotazníků se mi zpět nevrátilo.

**Tabulka 1 - Návratnost dotazníků**

Návratnost dotazníků	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vyplněné	78	78,0%
Neúplné	9	9,0%
Nevyplněné	13	13%
Celkem	100	100,0%

**Graf 1 – Návratnost dotazníků**



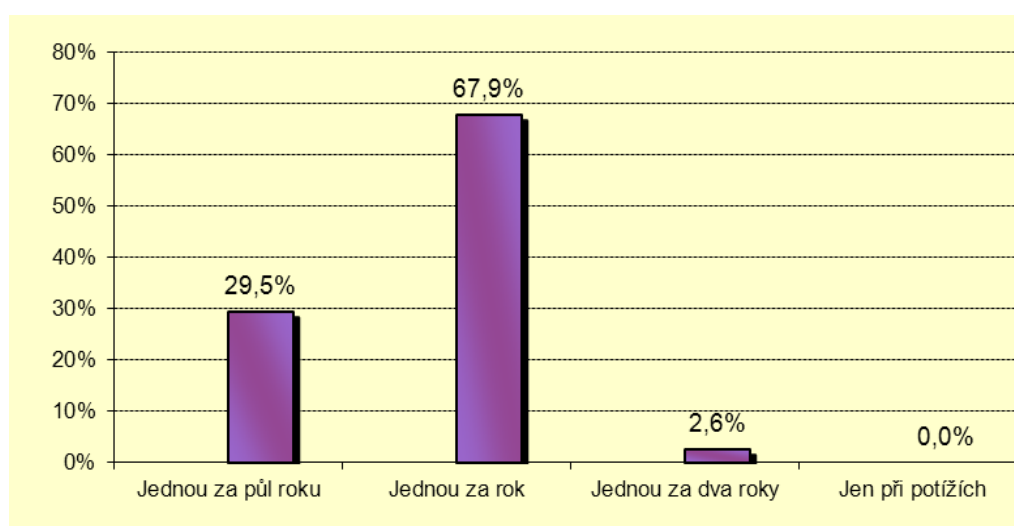
### **Položka číslo 1 - Jak často by měla žena chodit na preventivní gynekologickou prohlídku?**

Analýzou dat bylo zjištěno, že z celkového počtu 78 respondentek, jich 23 (29,5%) odpovědělo jednou za půl roku, 53 (67,9%) respondentek odpovědělo jednou za rok, 2 (2,6%) respondentky odpověděly jednou za dva roky a žádná respondentka neodpověděla jen při potížích.

**Tab. 2 - Povědomí o pravidelných gynekologických prohlídkách**

Otázka č. 1	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jednou za půl roku	23	29,5%
Jednou za rok	53	67,9%
Jednou za dva roky	2	2,6%
Jen při potížích	0	0,0%
Celkem	78	100,0%

**Graf 2 - Povědomí o pravidelných gynekologických prohlídkách**



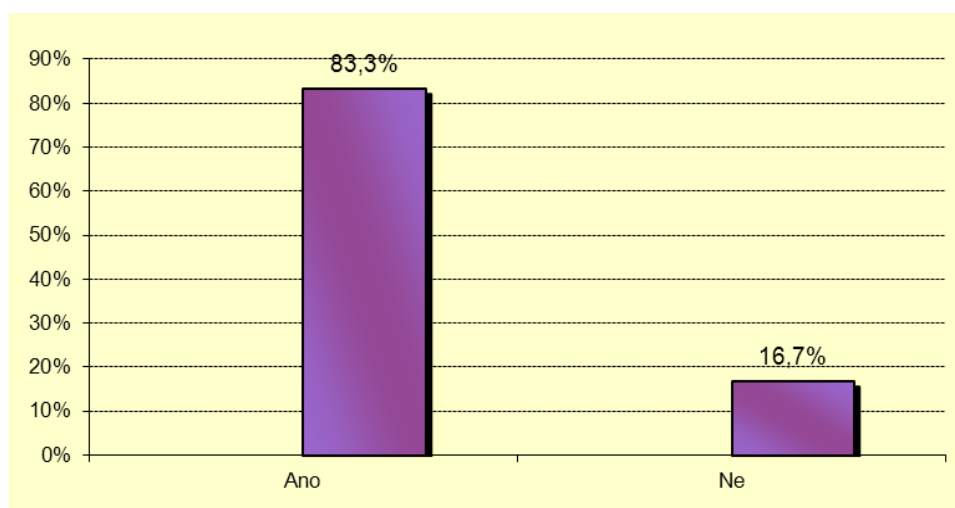
**Položka č. 2 – Chodíte pravidelně na gynekologickou preventivní prohlídku tj. i bez žádných potíží?**

Prostřednictvím této otázky bylo zjištěno, že 65 (83,3%) respondentek odpovědělo ano, chodí pravidelně, 13 (16,7%) respondentek pravidelně nechodí.

**Tab. 3 – Absolvování pravidelných gynekologických prohlídek**

Otázka č. 2	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	65	83,3%
Ne	13	16,7%
Celkem	78	100,0%

**Graf 3 - Absolvování pravidelných gynekologických prohlídek**



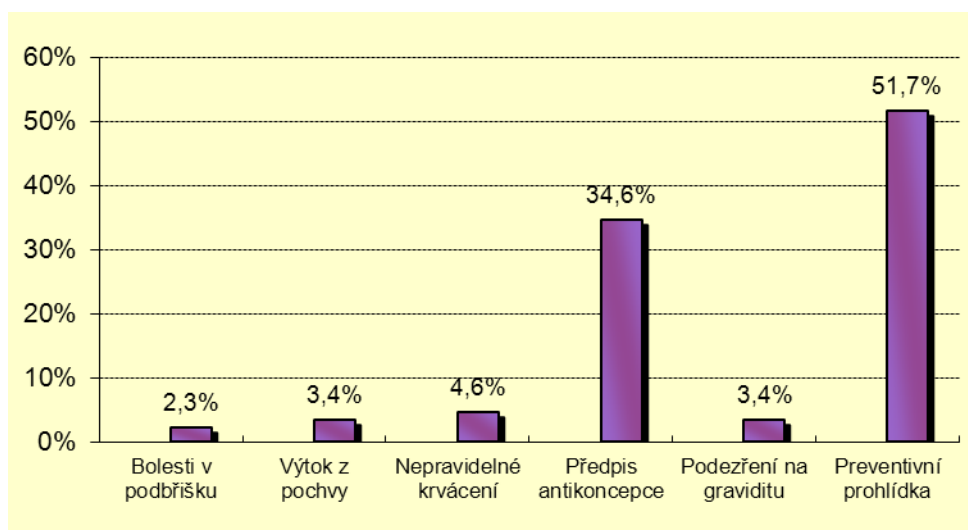
### Položka č. 3 - Jaký je nejčastější důvod Vaší návštěvy u gynekologa?

Analýzou dat bylo zjištěno, že 2 respondentky (2,3%) uvedly bolesti v podbřišku, 3 (3,4%) respondentky výtok z pochvy, 4 (4,6%) respondentky nepravidelné krvácení, 30 (34,6%) respondentek předpis antikoncepce, 3 (3,4%) respondentky podezření na graviditu a 45 (51,7%) respondentek uvedlo preventivní prohlídku.

**Tab. 4 – Nejčastější důvod návštěvy gynekologa**

Otázka č. 3	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolesti v podbřišku	2	2,3%
Výtok z pochvy	3	3,4%
Nepravidelné krvácení	4	4,6%
Předpis antikoncepce	30	34,6%
Podezření na graviditu	3	3,4%
Preventivní prohlídka	45	51,7%
Celkem	87	100,0%

**Graf 4 - Nejčastější důvod návštěvy gynekologa**





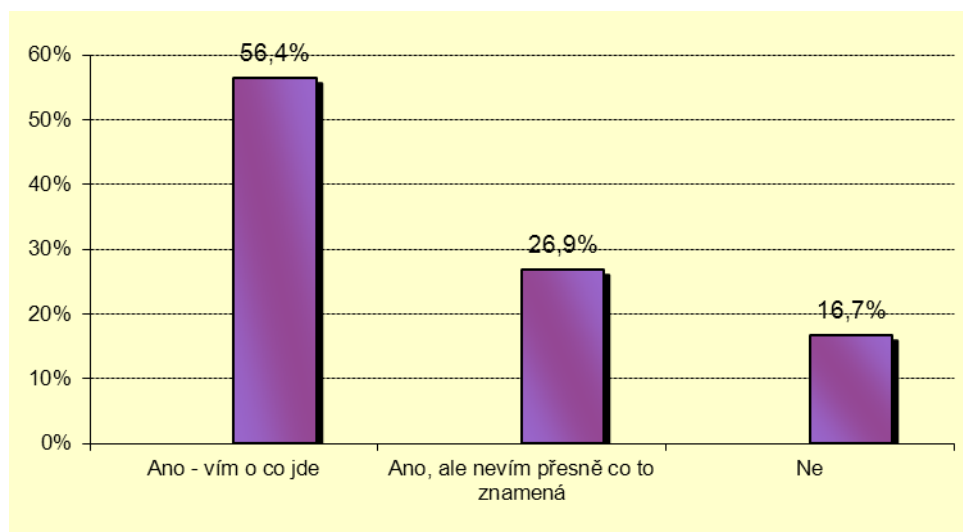
#### **Položka číslo 4 - Slyšela jste někdy pojem prekanceróza (předrakovinná změna) děložního čípku?**

Pomocí této otázky bylo zjištěno že, 44 (56,4%) respondentek odpovědělo ano, že vědí, o co jde, 21 (26,9%) respondentek uvedlo také ano, ale neví přesně, co to znamená, 13 (16,7%) odpovědělo, že neví.

**Tab. 5 – Povědomí o pojmu prekanceróza**

Otázka č. 4	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano - vím o co jde	44	56,4%
Ano, ale neví přesně co to znamená	21	26,9%
Ne	13	16,7%
Celkem	78	100,0%

**Graf 5 – Povědomí o pojmu prekanceróza**



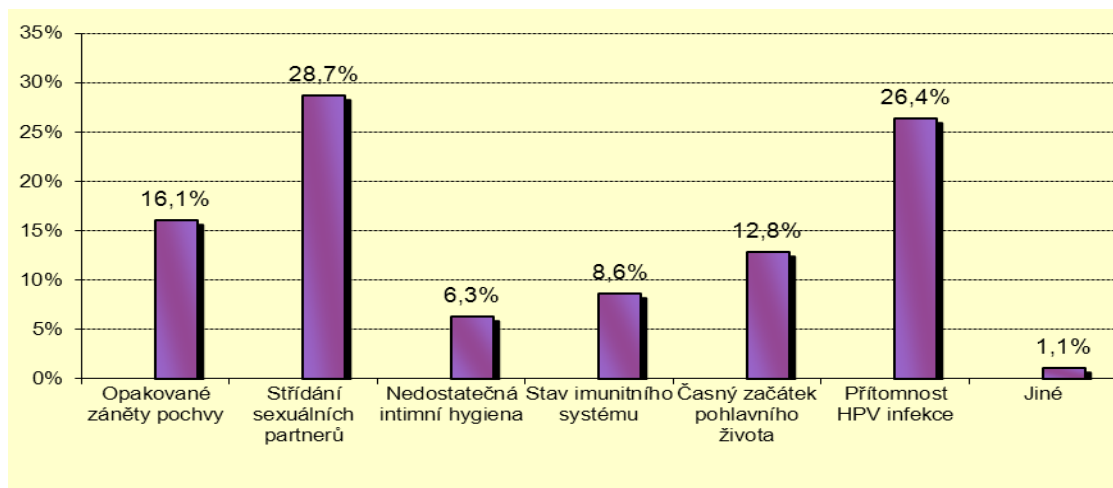
### **Položka číslo 5 - Znáte rizikové faktory (možné příčiny) prekanceróz a zhoubného onemocnění děložního čípku?**

U této otázky bylo možné uvést více odpovědí. Analýzou dat bylo zjištěno, že ze 174 odpovědí bylo 28 (16,1%) odpovědí, že možnými rizikovými faktory jsou opakované záněty pochvy, 50 (28,7%) odpovědí uvádí střídání sexuálních partnerů, 11 (6,3%) odpovědí uvádí nedostatečnou intimní hygienu, 15 (8,6%) odpovědí uvádí stav imunitního systému, 22 (12,8%) odpovědí uvádí časný začátek pohlavního života, 46 (26,4%) odpovědí uvádí přítomnost HPV infekce a 2 (1,1%) odpovědi uvádí jiné, blíže nespécifikované příčiny.

**Tab. 6 – Rizikové faktory prekanceróz a zhoubného onemocnění děložního čípku**

Otázka č. 5	Absolutní četnost	Relativní četnost
Opakované záněty pochvy	28	16,1%
Střídání sexuálních partnerů	50	28,7%
Nedostatečná intimní hygiena	11	6,3%
Stav imunitního systému	15	8,6%
Časný začátek pohlavního života	22	12,8%
Přítomnost HPV infekce	46	26,4%
Jiné	2	1,1%
Celkem	174	100,0%

**Graf 6 - Rizikové faktory prekanceróz a zhoubného onemocnění děložního čípku**



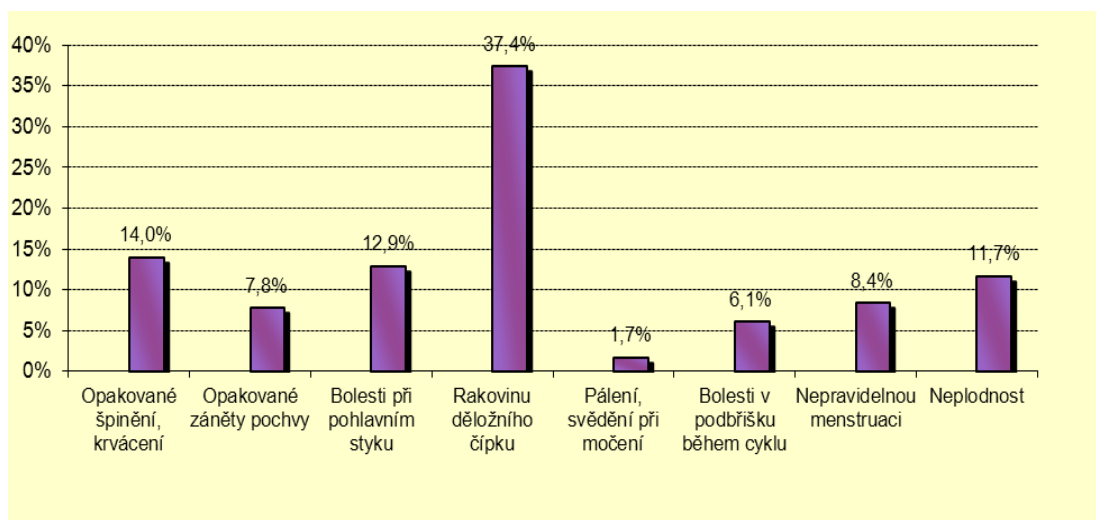
### Položka číslo 6 - Víte, jaké důsledky může prekanceróza děložního čípku způsobit?

Z více možností u této otázky bylo zjištěno, že ze 179 odpovědí, bylo 25 (14%) odpovědí uvedeno, že důsledkem prekanceróz je opakované špinění, krvácení, 14 (7,8%) odpovědí uvádí opakované záněty pochvy, 23 (12,9%) odpovědí bolesti při pohlavním styku, 67 (37,4%) odpovědí uvádí rakovinu děložního čípku, 3 (1,7%) odpovědi pálení, svědění při močení, 11 (6,1%) odpovědí bolesti v podbřišku během cyklu, 15 (8,4%) odpovědí nepravidelnou menstruaci, ztrátu menstruace, 21 (11,7%) odpovědí uvádí neplodnost.

**Tab. 7 – Důsledky prekanceróz děložního čípku**

Otázka č. 6	Absolutní četnost	Relativní četnost
Opakované špinění, krvácení	25	14,0%
Opakované záněty pochvy	14	7,8%
Bolesti při pohlavním styku	23	12,9%
Rakovinu děložního čípku	67	37,4%
Pálení, svědění při močení	3	1,7%
Bolesti v podbřišku během cyklu	11	6,1%
Nepravidelnou menstruaci, ztrátu menstruace	15	8,4%
Neplodnost	21	11,7%
Celkem	179	100,0%

**Graf 7 - Důsledky prekanceróz děložního čípku**



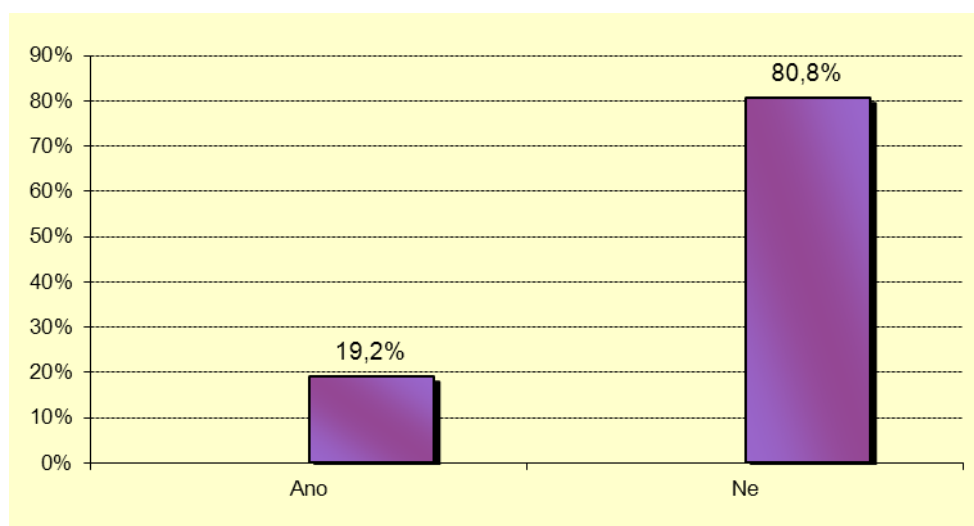
**Položka číslo 7 - Měla jste Vy nějaký významný nález na děložním čípku, který bylo nutné nějakým způsobem ošetřit? (operačně řešit?)**

Prostřednictvím této otázky bylo zjištěno, že z celkového počtu 78 respondentek odpovědělo 15 (19,2%) ano, 63 (80,8%) respondentek odpovědělo, že žádný nález na děložním čípku, který by bylo nutné ošetřit nemělo.

**Tab. 8 – Výskyt nálezů na děložním čípku u respondentek**

Otázka č. 7	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	19,2%
Ne	63	80,8%
Celkem	78	100,0%

**Graf 8 – Výskyt nálezů na děložním čípku u respondentek**



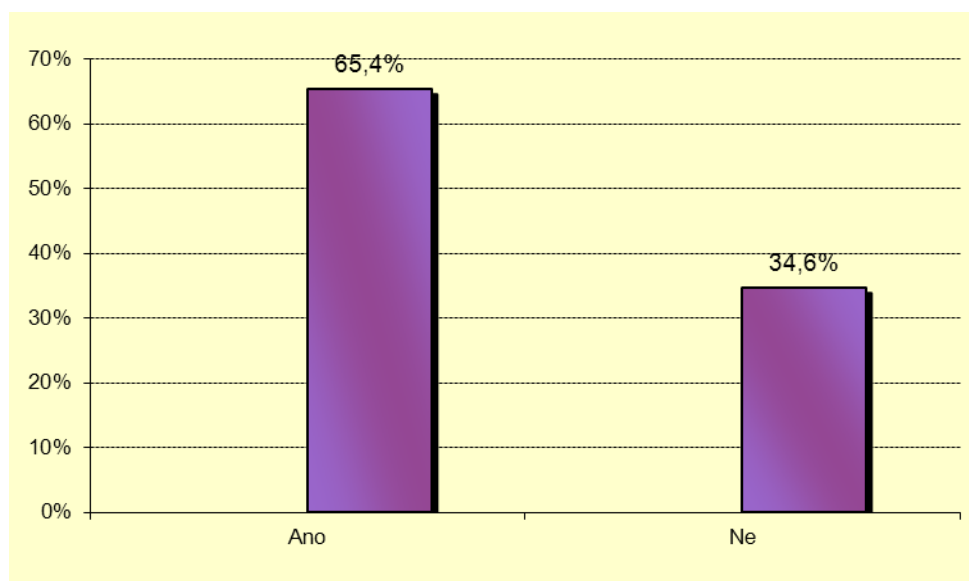
### **Položka číslo 8 - Slyšela jste o Human papilloma viru (HPV)?**

Pomocí této otázky bylo zjištěno, že 51 (65,4%) respondentek o HPV už slyšela, 27 (34,6%) respondentek do této chvíle ještě neslyšela.

**Tab. 9 – Informovanost o Human Papillomaviru**

Otázka č. 8	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	51	65,4%
Ne	27	34,6%
Celkem	78	100,0%

**Graf 9 - Informovanost o Human Papillomaviru**



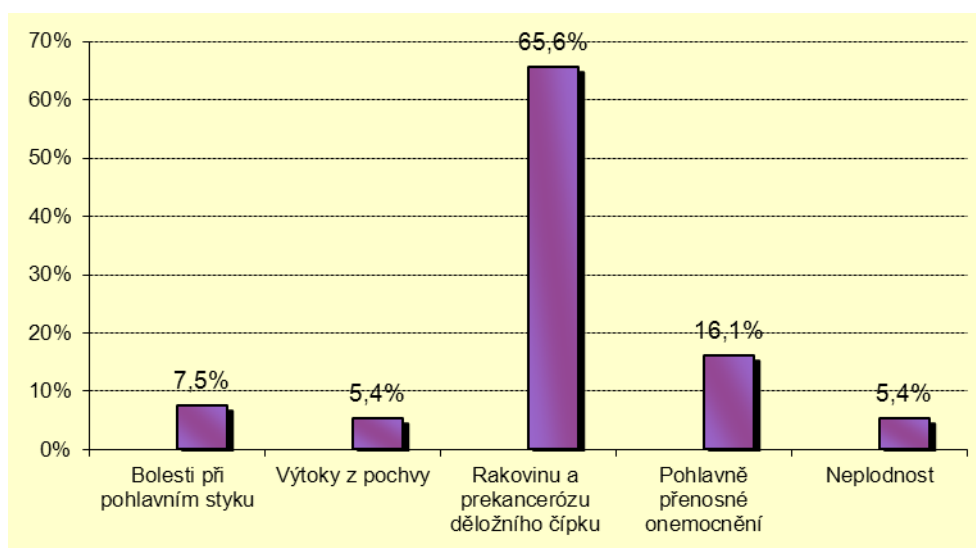
### Položka číslo 9 - Víte, co může infekce HPV způsobit ?

Z více možností v této otázce bylo zjištěno, že z celkového počtu 93 odpovědí, uvedlo 61 (65,6%) odpovědí rakovinu a prekancerózu děložního čípku, 15 (16,1%) odpovědí uvádí pohlavně přenosné onemocnění, 7 (7,5%) odpovědí bolesti při pohlavním styku, 5 (5,4%) odpovědí výtok z pochvy, 5 (5,4%) odpovědí uvádí neplodnost.

**Tab. 10 – Povědomí o důsledcích infekce HPV**

Otázka č. 9	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolesti při pohlavním styku	7	7,5%
Výtoky z pochvy	5	5,4%
Rakovinu a prekancerózu děložního čípku	61	65,6%
Pohlavně přenosné onemocnění	15	16,1%
Neplodnost	5	5,4%
Celkem	93	100,0%

**Graf 10 - Povědomí o důsledcích infekce HPV**



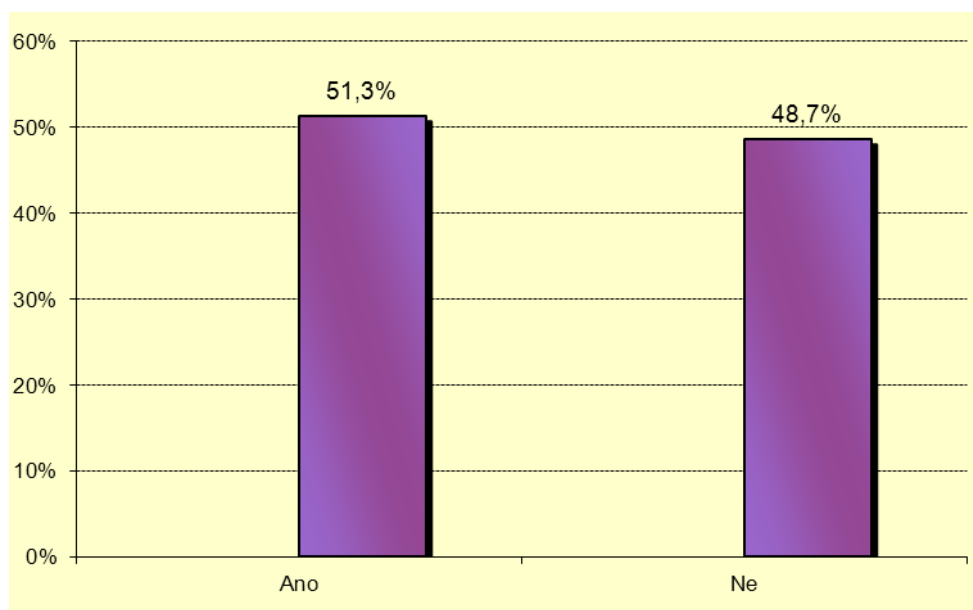
### **Položka číslo 10 - Myslíte si, že infekcí HPV mohou onemocnět i muži?**

Pomocí této otázky bylo zjištěno, že 40 (51,3) respondentek ví, že HPV infekcí mohou onemocnět i muži, 38 (48,7%) respondentek neví o této skutečnosti.

**Tab. 11 – Znalost o HPV infekci**

Otázka č. 10	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	51,3%
Ne	38	48,7%
Celkem	78	100,0%

**Graf 11 – Znalost o HPV infekci**



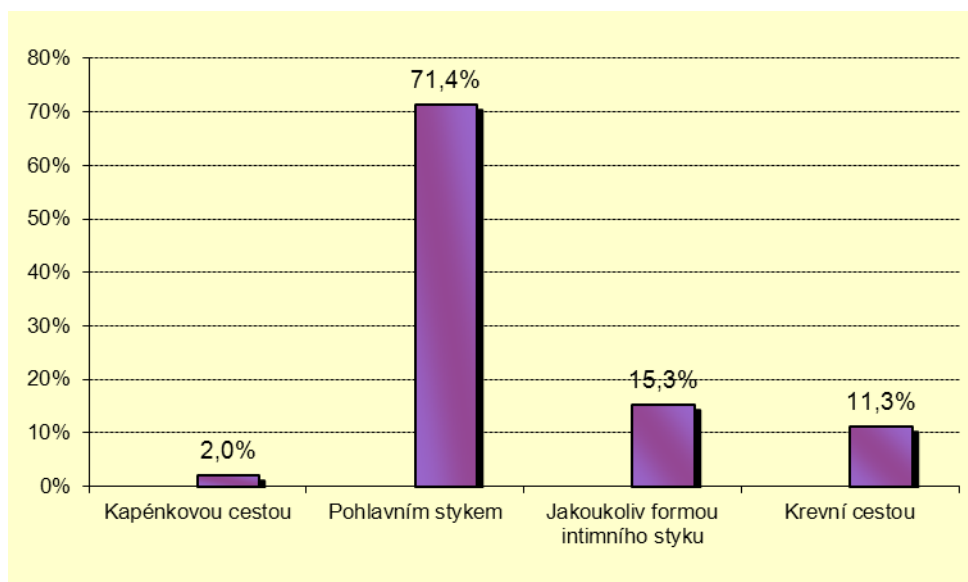
### Položka číslo 11- Jak si myslíte, že se papillomavirus přenáší?

U této otázky bylo více možných odpovědí. Analýzou dat bylo zjištěno, že z celkového počtu 98 odpovědí bylo uvedeno ve 2 (2,0%) odpovědích, že přenos HPV je kapénkovou cestou, 70 (71,4%) odpovědí uvádí pohlavním stykem, 15 (15,3%) odpovědí jakoukoliv formou intimního styku, 11 (11,3%) odpovědí uvádí krevní cestou.

**Tab. 12 – Znalost o způsobu přenosu HPV**

Otázka č.11	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kapénkovou cestou	2	2,0%
Pohlavním stykem	70	71,4%
Jakoukoliv formou intimního styku	15	15,3%
Krevní cestou	11	11,3%
Celkem	98	100,0%

**Graf 12 - Znalost o způsobu přenosu HPV**





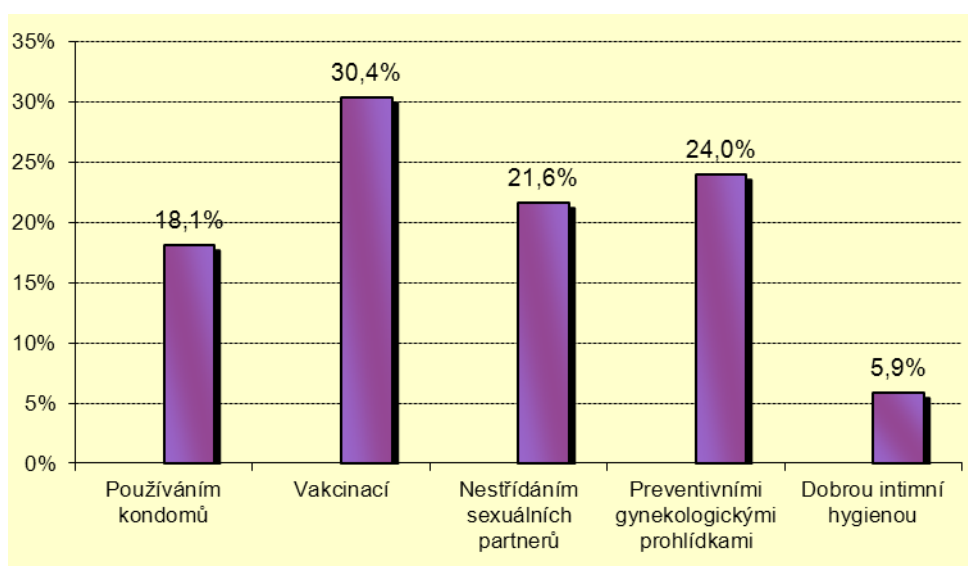
### Položka číslo 12 - Víte, jak je možné předcházet rakovině děložního čípku?

Z výběru více možností u této otázky bylo zjištěno, že z celkového počtu 204 odpovědí bylo 37 (18,1%) odpovědí používáním kondomu, 62 (30,4%) odpovědí uvádí vakcinací, 44 (21,6%) odpovědí nestřídáním sexuálních partnerů, 49 (24,0%) odpovědí uvádí preventivními gynekologickými prohlídkami, 12 (5,9%) odpovědí dobrou intimní hygienou.

**Tab. 13 – Preventivní opatření před rakovinou děložního čípku**

Otázka č. 12	Absolutní četnost	Relativní četnost
Používáním kondomů	37	18,1%
Vakcinací	62	30,4%
Nestřídáním sexuálních partnerů	44	21,6%
Preventivními gynekologickými prohlídkami	49	24,0%
Dobrou intimní hygienou	12	5,9%
Celkem	204	100,0%

**Graf 13 - Preventivní opatření před rakovinou děložního čípku**



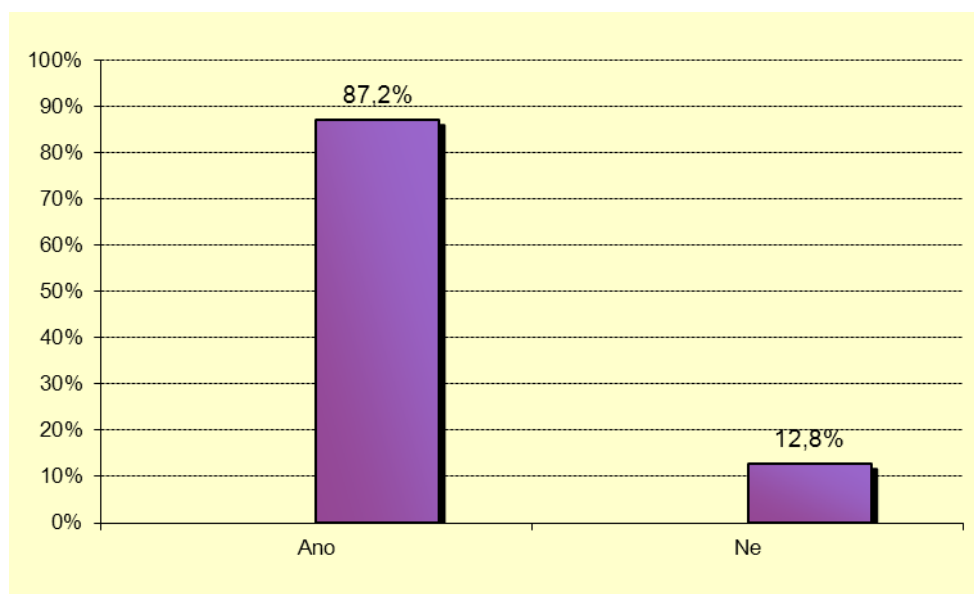
### Položka číslo 13 - Víte, že existuje očkování proti některým typům HPV?

Touto otázkou bylo zjištěno, že 68 (87,2%) respondentek ví o očkování proti HPV, 10 (12,8%) respondentek do této doby nevědělo, že očkování existuje.

**Tab. 14 – Informovanost o očkování proti HPV infekci**

Otázka č. 13	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	68	87,2%
Ne	10	12,8%
Celkem	78	100,0%

**Graf 14 - Informovanost o očkování proti HPV infekci**



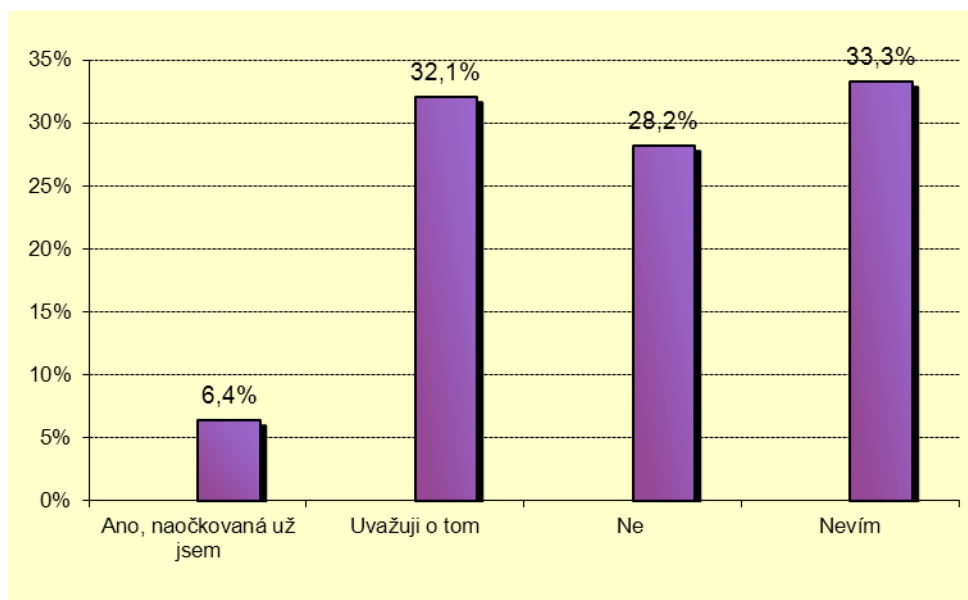
### Položka číslo 14 - Nechala byste se naočkovat proti HPV infekci?

Analýzou dat bylo zjištěno, že 5 (6,4%) respondentek již naočkované jsou, 25 (32,1%) respondentek o tom uvažuje, 22 (28,2%) respondentek by se naočkovat nenechala a 26 (33,3%) respondentek neví.

**Tab. 15 – Využití vakcinace respondentek**

Otázka č. 14	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, naočkovaná už jsem	5	6,4%
Uvažuji o tom	25	32,1%
Ne	22	28,2%
Nevím	26	33,3%
Celkem	78	100,0%

**Graf 15 – Využití vakcinace respondentek**



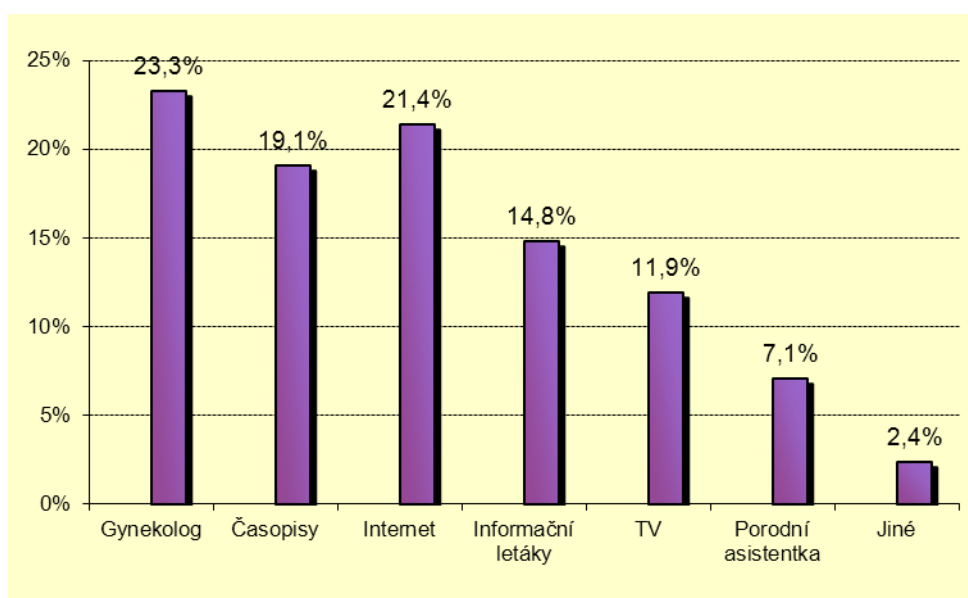
### Položka číslo 15 - Odkud získáváte informace o nádorovém onemocnění děložního čípku?

Z výběru více možností v této otázce bylo zjištěno, že z celkového počtu 210 odpovědí, uvádí respondentky nejčastěji gynekologa 49 (23,3%), dále pak časopisy 40 (19,1%), 45 (21,4%) internet, 31 (14,8%) odpovědí uvádí informační letáky, 25 (11,9%) odpovědí televize, 15 (7,1%) odpovědí uvádí porodní asistentku, 5 (2,4%) odpovědí uvádí jiné, jaké však nevedly.

**Tab. 16 – Zdroje informací o nádorovém onemocnění**

Otázka č. 15	Absolutní četnost	Relativní četnost
Gynekolog	49	23,3%
Časopisy	40	19,1%
Internet	45	21,4%
Informační letáky	31	14,8%
TV	25	11,9%
Porodní asistentka	15	7,1%
Jiné	5	2,4%
Celkem	210	100,0%

**Graf 16 – Zdroje informací o nádorovém onemocnění**



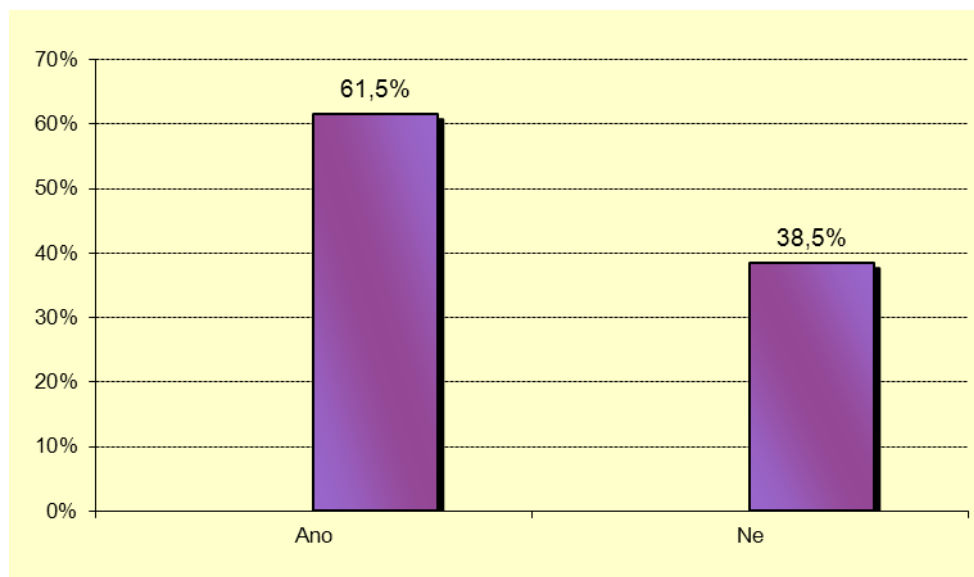
**Položka číslo 16 - Můžete se obrátit se svými případnými dotazy ohledně této problematiky na nějakou porodní asistentku?**

Prostřednictvím této otázky bylo zjištěno, že 48 (61,5%) respondentek na tuto otázku odpovědělo ano, odpověď ne uvedlo 30 (38,5%) respondentek.

**Tab. 17 – Možnost informovanosti od porodních asistentek**

Otázka č. 16	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	48	61,5%
Ne	30	38,5%
Celkem	78	100,0%

**Graf 17 – Možnost informovanosti od porodních asistentek**



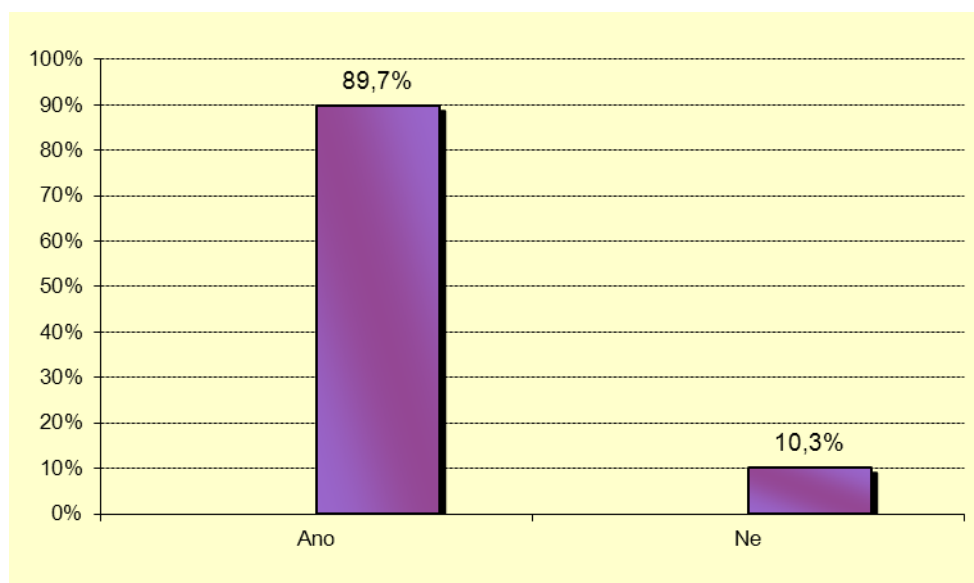
**Položka číslo 17 - Máte stejnou důvěru k informacím, které Vám poskytuje porodní asistentka jako k informacím Vašeho lékaře?**

Analýzou dat bylo zjištěno, že 70 (89,7%) respondentek má důvěru k poskytovaným informacím od porodní asistentky mají, 8 (10,3%) respondentek důvěru k informacím od porodní asistentky nemá.

**Tab. 18 – Míra důvěry k informacím od porodní asistentky a od lékaře**

Otázka č. 17	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	70	89,7%
Ne	8	10,3%
Celkem	78	100,0%

**Graf 18 - Míra důvěry k informacím od porodní asistentky a od lékaře**



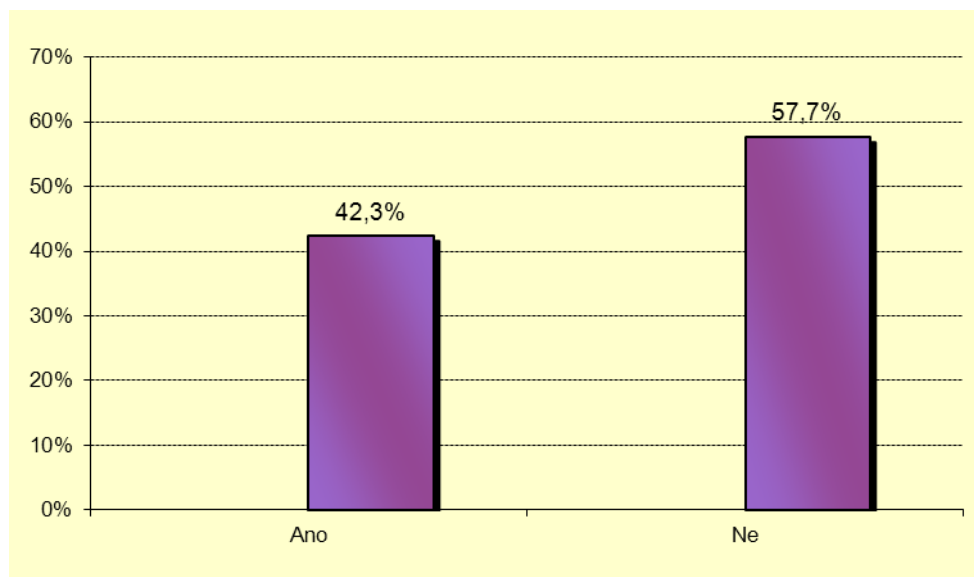
**Položka číslo 18 - Nabízí Vám porodní asistentky v ambulanci Vašeho gynekologa informační letáky na toto téma?**

Pomocí této otázky bylo zjištěno, že 33 (42,3%) respondentek uvedlo ano, 45 (57,7%) respondentek uvedlo odpověď ne.

**Tab. 19 – Nabídka informačních letáků na toto téma v gynekologické ambulanci**

Otázka č.18	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	33	42,3%
Ne	45	57,7%
Celkem	78	100,0%

**Graf 19 - Nabídka informačních letáků na toto téma v gynekologické ambulanci**



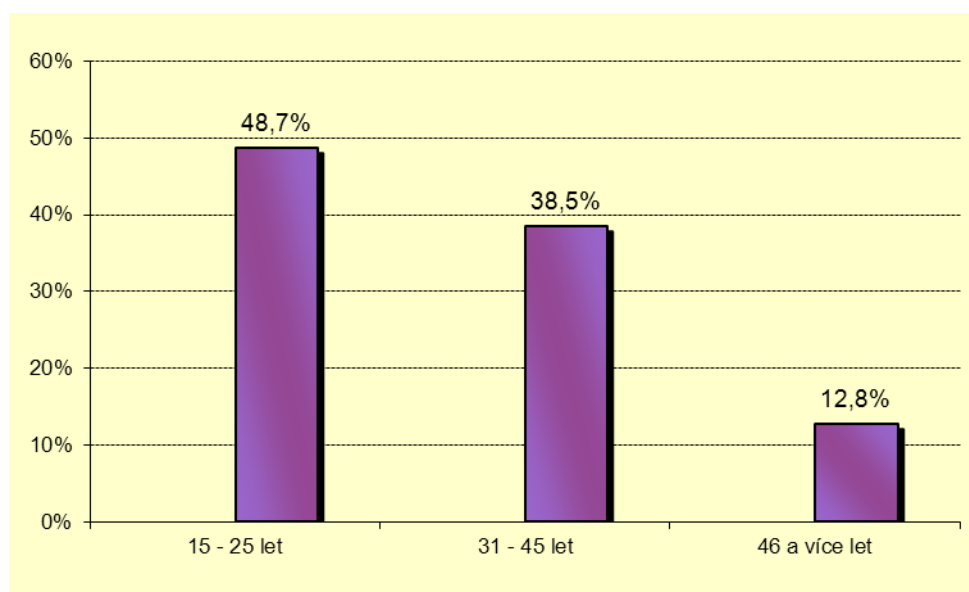
### Položka číslo 19 - Kolik vám je let?

Analýzou dat bylo zjištěno věkové zastoupení respondentek. Z celkového počtu 78 respondentek odpovídalo 38 (48,7%) respondentek ve věku od 15 – 25 let, 30 (38,5%) respondentek 31 – 45 let a 10 (12,8%) respondentek ve věku 46 – a více let.

**Tab. 20 – Věk respondentek**

Otázka č. 19	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 - 25 let	38	48,7%
31 - 45 let	30	38,5%
46 a více let	10	12,8%
Celkem	78	100,0%

**Graf 20 – Věk respondentek**





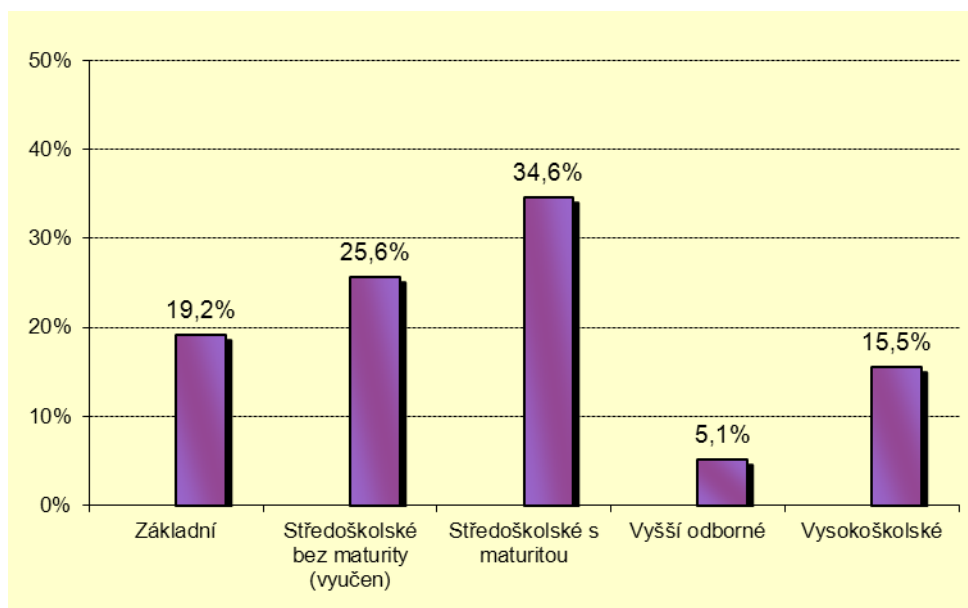
### Položka číslo 20 - Nejvyšší dosažené vzdělání?

Analýzou dat bylo zjištěno, že 15 (19,2%) respondentek mělo základní vzdělání, 20 (25,6%) respondentek uvedlo středoškolské bez maturity, 27 (34,6%) respondentek mělo středoškolské s maturitou, 4 (5,1%) respondentek uvedlo vyšší odborné a 12 (15,5%) respondentek uvedlo vzdělání vysokoškolské.

**Tab. 21- Dosažené vzdělání**

Otázka č. 20	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	15	19,2%
Středoškolské bez maturity (vyučen)	20	25,6%
Středoškolské s maturitou	27	34,6%
Vyšší odborné	4	5,1%
Vysokoškolské	12	15,5%
Celkem	78	100,0%

**Graf 21 – dosažené vzdělání**



## DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá informovaností žen o prekancerózách děložního čípku, rizik a možných důsledků. Zjišťuje, jakou míru povědomí mají ženy žijící na znojemském okrese o této problematice a ke které jsou zaměřeny jednotlivé výzkumné cíle týkající se rizikových faktorů, diagnostice, léčbě, screeningu, prevenci nádorového onemocnění děložního čípku a přístupu žen k preventivním gynekologickým prohlídkám. K vyhodnocení výsledků výzkumného šetření bylo použito 78 správně vyplněných dotazníků. V dotazníku bylo položeno respondentkám celkem 20 otázek. Analýza jednotlivých cílů výzkumného šetření je uvedena v závěru práce.

Na podobné téma bylo již zpracováno několik bakalářských prací. Obdobné téma zpracovala ve své bakalářské práci v roce 2010 Lucie Špetlová, Dis., studentka Lékařské Masarykovy univerzity s názvem „*Informovanost žen o nádorovém onemocnění děložního čípku*“. Zjišťovala, zda jsou ženy informovány o prevenci, rizikových faktorech a příznacích zmiňovaného onemocnění.

Následující srovnání je zaměřeno pouze na otázky vyskytující se v obou pracích. Z celkového počtu 100 rozdaných dotazníků bylo do výzkumného šetření zařazeno 78, pro neúplnost vyplnění některých položek bylo 9 dotazníků vyřazeno a zbylých 13 dotazníků se nevrátilo.

Položka číslo 1 zkoumala povědomí o preventivních gynekologických prohlídkách. Podle průzkumu Špetlové 56 (44,8%) respondentek absolvuje preventivní gynekologickou prohlídku jednou za rok, dalších 52 (41,6%) dochází na tuto prohlídku jednou za půl roku. V našem průzkumu bylo zjištěno, že 53 (67,9%) respondentek absolvuje gynekologickou prohlídku jednou za rok, 23 (29,5%) jednou za půl roku. Z toho je patrné, že oproti výsledkům Špetlové, většina respondentek ze znojemského okresu ví, že mají absolvovat preventivní gynekologickou prohlídku 1 za rok, což Špetlová vysvětluje, že její respondentky asi nedovedou odlišit preventivní prohlídku od dispenzární.

Položka číslo 2 je zaměřena na absolvování pravidelných gynekologických prohlídek. 65 (83,3%) respondentek chodí pravidelně, 13 (16,7%) pravidelně nechodí.

Položka číslo 3 zjišťovala nejčastější důvod návštěvy gynekologa. Výsledky z obou průzkumů se značně rozcházejí, hlavně v otázce prevence. Z šetření bylo zjištěno, že 45 (51,7%) respondentek uvedlo preventivní prohlídku, zatím co u Špetlové

pouze 14 (11,6%). Výsledky našeho šetření jsou tedy příznivější.

Položka číslo 4 nám ukazuje znalosti žen o pojmu prekanceróza. 44 (56,4%) respondentek už slyšelo o tomto pojmu, a ví, co znamená. 21 (26,9%) o tomto pojmu už slyšelo, ale přesně neví, co znamená a 13 (16,7%) respondentek nikdy o tomto pojmu neslyšelo. Z čehož vyplývá, že většině žen tento pojem není cizí.

Položka číslo 5 zjišťovala znalost rizikových faktorů prekanceróz a zhoubného onemocnění děložního čípku. Opět se jedná o otázku, kde byla možnost zvolit více variant odpovědí. Ze 174 odpovědí, uvádělo 50 (28,7%) odpovědí střídání sexuálních partnerů, 46 (26,4%) přítomnost HPV infekce, 22 (12,8%) uvádí časný začátek pohlavního života. Tento výsledek byl se studentkou Špetlovou stejný, dále se pak značně rozcházíme ve výsledcích odpovědí přítomnosti HPV 111 (35,2%), kdy z našeho výsledku byla zjištěna menší znalost o podílu HPV. Ohledně promiskuity byly výsledky v obou šetřeních téměř stejné.

Položka číslo 6 je zaměřena na znalost důsledků prekanceróz děložního čípku. Taktéž bylo možno odpovědět více možnostmi. Ze 179 odpovědí byla převážná část 67 (37,4%) odpovědí, že důsledkem je rakovina děložního čípku, což považují za uspokojivé.

Položka číslo 7 zjišťovala výskyt nálezu na děložním čípku u respondentek. 63 (80,8%) respondentek žádný nález, který by bylo nutné ošetřit nemělo a 15 (19,2%) respondentek ošetření čípku prodělalo.

Položka číslo 8 zkoumala informovanost o Human Papillomaviru. 51(65,4%) respondentek o HPV už slyšela, 27 (34,6%) ještě do této chvíle neslyšela. Srovnáním s výsledky studentky Špetlové jsou její odpovědi jen s malým rozdílem, v našem šetření byl zjištěn výsledek příznivější.

Položka číslo 9 zjišťovala povědomí o důsledcích infekce HPV. Na tuto otázku mohly respondenty odpovědět více možnostmi. Z celkového počtu 93 odpovědí, 61 (65,6%) odpovědí uvádí rakovinu a prekancerózu děložního čípku, 15 (16,1%) uvádí, že HPV může způsobit pohlavně přenosné onemocnění. Ve srovnání s výsledky Špetlové se odpovědi mírně lišily, ale v převážné většině odpovědí ženy ví, že důsledkem může být rakovina a prekanceróza děložního čípku.

Položka číslo 10 je zaměřena na znalosti žen o HPV infekci. 40 (51,3) respondentek ví, že touto infekcí mohou onemocnět i muži a 38 (48,7%) o této skutečnosti neví. Obě odpovědi jsou téměř vyrovnané, v čemž vidím zásadní nedostatek znalostí.

Položka číslo 11 zkoumá znalost o způsobu přenosu HPV. Na tuto otázku mohly respondentky odpovědět více možnostmi. Převážná většina odpovědí 70 (71,4%) uvádí pohlavním stykem. U Špetlové uvedla tuto možnost také většina respondentek 55 (82,1%). Tento výsledek tedy hodnotím pozitivně. V odpovědích, které uvádí možnost přenosu viru HPV bez sexuálního kontaktu, se výsledky s prací Špetlové pouze mírně liší. Každopádně povědomí o tomto způsobu přenosu je u obou šetření nízké.

Položka číslo 12 zjišťovala, jak jsou ženy informovány o preventivních opatřeních před rakovinou děložního čípku. Z výběru více možností bylo z celkového počtu 204 odpovědí, 62 (30,4%) vakcinací, 49 (24%) preventivními gynekologickými prohlídkami, 44 (21,6%) nestřídáním sexuálních partnerů, 37 (18,1%) používáním kondomu. V práci studentky Špetlové možnost vakcinace vůbec nebyla, daleko více odpovědí bylo v používání kondomu a nestřídání sexuálních partnerů, ale obě šetření vykazují nejvíce odpovědi v preventivních gynekologických prohlídkách.

Položka číslo 13 zjišťovala informovanost o očkování proti HPV infekci. 68 (87,2%) respondentek ví, že existuje očkování proti HPV a 10 (12,8%) respondentek to nevědělo. U studentky Špetlové jsou výsledky podobné jako v mém průzkumu.

Položka číslo 14 zjišťovala využití vakcinace respondentek. 26 (33,3%) respondentek uvedlo, že neví, jestli by se měly nechat naočkovat proti HPV, 25 (32,1%) o tom uvažuje, pouze 5 (6,4%) respondentek uvedlo, že již naočkované jsou.

Položka číslo 15 zkoumá zdroje informací o nádorovém onemocnění, dotazované mohly zaškrtnout více odpovědi. 49 (23,3%) odpovědi uvádí možnost získání informací od gynekologa a dále pak z internetu. Stejně jako u Špetlové, kde získání informací od gynekologa uvedla také většina 52 (18,7%) respondentek. Oba výsledky se výrazně neliší. Další častou odpovědí je časopis, televize či informační letáky.

Položka číslo 16 zjišťovala možnost získání informací od porodních asistentek. Více dotazovaných respondentek 48 (61,5%) odpovědělo, že se mohou obrátit se svými dotazy na porodní asistentku, 30 (38,5%) uvedlo, že nemohou. Domnívám se, že některé ženy neznají ve svém okolí žádnou porodní asistentku, na kterou by se mohly obrátit a ani třeba neví, že v gynekologických ambulancích pracují právě porodní asistentky.

Položka číslo 17 zjišťovala míru důvěry k informacím od porodní asistentky a od lékaře. Většina respondentek 70 (89,7%) uvedla, že důvěru k poskytnutým informacím od porodní asistentky má, pouze 8 (10,3%) důvěru k informacím

od porodní asistentky nemají.

Položka číslo 18 zjišťovala nabídku informačních letáků na toto téma v gynekologické ambulanci. 45 (57,7%) respondentek uvedlo, že porodní asistentky v gynekologických ambulancích informační letáky nenabízí, 33 (42,3%) uvedlo, že jim informační letáky nabízí. Více se zaměřovat na nabídku edukačních letáků v čekárnách gynekologů.

Položka číslo 19 zjišťovala věk dotazovaných respondentek. Největší zastoupení 38 (48,7%) dotazovaných respondentek byly ve věku od 15 – 25 let, 30 (38,5%) respondentek ve věku od 31 – 45 let a 10 (12,8%) ve věku 46 a více.

Položka číslo 20 zjišťovala dosažené vzdělání. Středoškolské s maturitou mělo nejvíce dotazovaných respondentek 27 (34,6%), 20 (25,6%) uvedlo středoškolské bez maturity, 15 (19,2%) mělo základní vzdělání, 12 (15,5%) uvedlo vysokoškolské vzdělání a 4 (5,1%) uvedlo vyšší odborné vzdělání.

Z výše uvedeného shrnutí a porovnání výsledků se obě práce v něčem liší, ale ve většině shodují. Pomocí průzkumu bylo zjištěno, že ženy mají určitou představu o tomto onemocnění, ale jejich informace jsou mnohdy neucelené. Důležité informace o prevenci gynekologických nádorů by měl v první řadě poskytovat jejich ošetřující gynekolog. Záleží pak už na každé z nás, co si z doporučených informací vezmeme. Myslím, že také dosti účinným prostředkem, který by napomohl zvyšovat povědomí žen, je nabízet více k dispozici informační letáky a brožury v gynekologických čekárnách, častěji by se mohly v médiích objevovat reklamní spoty na důležitost prevence a screeningu nádorových onemocnění.

Za důležité považují také věnovat se dané problematice na základních a středních školách formou přednášek, upozornit mladé dívky a chlapce na skýtající nebezpečí, zdůrazňovat důležitost preventivních gynekologických prohlídek a nepodceňovat je. Zdůraznit možnost očkování proti některým typům HPV jako jeden z dominantních faktorů. Důležitou roli hraje i přístup a vliv rodiny. Poukazovat na internetové stránky, kde je spousta důležitých a přehledně zpracovaných informací o dané problematice.

Domnívám se také, že pokud by zdravotní pojišťovny nastavily lepší podmínky příspěvků na očkování proti HPV, nebo pokud by se snížila pořizovací cena vakcíny, zvýšil by se určitě i zájem žen o očkování. Reklamy propagující vakcíny proti HPV směřují více k ženskému pohlaví, muže tato problematika až tolik nezajímá, protože se jich nemoc přímo netýká. Více medializovat i možnost očkování pro chlapce, kteří HPV přenášejí a kteří jsou také vystaveni riziku rakoviny, což si ani neuvědomují.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na 5 cílů. Prvním cílem bylo zjistit přístup žen žijících na znojemském okrese k preventivním gynekologickým prohlídkám. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že z celkového počtu 78 dotazovaných žen, většina 65 (83,3%) dochází na gynekologické prohlídky pravidelně a ví, že by je měly navštěvovat 1x za rok. Taktéž většina 45 (51,7%) uvedla jako nejčastější důvod gynekologické návštěvy preventivní prohlídku. Z toho vyplývá, že většina žen zná význam těchto preventivních gynekologických prohlídek pro včasný záchyt a včasné zahájení léčby případného onemocnění děložního čípku.

Druhým cílem bylo zjistit míru informovanosti o rizikových faktorech nádorového onemocnění děložního čípku. Šetření ukázalo, že většina 44 (56,4%) dotazovaných žen o pojmu prekanceróza už slyšelo a ví, co znamená. Ve většině odpovědí 50 (28,7%) uváděly ženy jako rizikový faktor prekanceróz a zhoubného onemocnění děložního čípku střídání sexuálních partnerů, hned poté 46 (26,4%) přítomnost HPV infekce, 28 (16,1%) záněty pochvy, 22 (12,8%) uvádí časný začátek pohlavního života, 15 (8,6%) uvádí stav imunitního systému, 11 (6,3%) nedostatečnou hygienu. Z čehož vyplývá, že většina žen má základní znalosti o rizikových faktorech a důsledcích prekanceróz děložního čípku.

Třetím cílem bylo zjistit míru informovanosti o možnostech prevence rakoviny děložního čípku. Ve většině odpovědí ohledně znalostí o preventivních opatřeních před rakovinou děložního čípku byla uvedena vakcinace 62 (30,4%), hned poté uváděly preventivní gynekologické prohlídky 49 (24%), dále pak nestřídání sexuálních partnerů 44 (21,6%), 37 (18,1%) odpovědí uvedlo používání kondomu. Ohledně očkování proti HPV infekci, jakožto o preventivnímu opatření, většina dotazovaných 68 (87,2%) o něm ví. Co se týká názoru na naočkování, pouze 5 žen (6,4%) z celkového počtu dotazovaných uvedlo, že už naočkované jsou. 26 (33,3%) neví, jestli se nechat naočkovat, 25 (32,1%) o tom uvažuje. Z toho vyplývá, že ženy mají základní znalosti důležité v preventivním opatření před rakovinou děložního čípku, ale zájem o očkování je malý.

Cíl čtvrtý zkoumal podíl porodních asistentek v informovanosti o dané problematice. Většina dotazovaných 48 (61,5%) uvedla, že mají možnost získat informace od porodních asistentek a mohou se se svými dotazy na ně obrátit. Taktéž převážná část 70 (89,7%) má důvěru k poskytnutým informacím od porodní asistentky.

Šetření dále zjistilo, že většina dotazovaných 45 (57,7%) uvedla, že porodní asistentky v gynekologických ambulancích informační letáky nenabízí a 33 (42,3%) nabízí. Nejvíce informací o problematice nádorového onemocnění děložního čípku získávají dle výzkumného šetření od gynekologa, z internetu, z časopisu. Jako další možnost uváděly získání informací z letáků, televize a pouze 5 (2,4%) uvedlo od porodní asistentky. Z čehož usuzuji, že ke svému gynekologovi většina žen má důvěru, cíleně se ptají a mají zájem o danou problematiku. Dle mého názoru se na porodní asistentku obrazejí k upřesnění a objasnění už získaných informací. Domnívám se také, že některé ženy neznají ve svém okolí žádnou porodní asistentku, na kterou by se mohly obrátit a ani třeba neví, že v gynekologických ambulancích porodní asistentky pracují.

Pátým cílem bylo vytvoření edukačního materiálu, který jsem zpracovala formou brožury. Snažila jsem se o přehledné shrnutí, ucelené, základní informace o dané problematice a důležitosti prevence. Můj návrh brožury se setkal na mém pracovišti s pozitivními ohlasy nejen mezi kolegy, ale i mezi pacientkami.

Tato práce by mohla být využívána jako výukový materiál na základních a středních školách. Popisuje anatomii ženských pohlavních orgánů a shrnuje základní informace o dané problematice. Mohla by pomoci upozorňovat mladé dívky a chlapce na skýtající nebezpečí, zdůrazňovat a poukazovat na důležitost prevence obecně.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. CIBULA, David, PETRUŽELKA, Luboš a kol. *Onkogynekologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 616s. ISBN 978-80-247-2665-6.
2. FAIT, Tomáš a kol. *Očkování proti lidským papilomavirům*. Praha: Maxdorf, 2009. 118s. ISBN 978-80-7345-204-9.
3. KAŇKA, Jiří, KUDRMAN, Jiří. *Manuál kolposkopie*. 2.vyd. Praha: Galén, 1998. 100s. ISBN 80-85824-86-8.
4. KOBYLKOVÁ, Jitka, DUŠKOVÁ, Jaroslava. *Základy cytopatologie*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2003. 197s. ISBN 80-246-0608-9.
5. KUDELA, Milan a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 273s. ISBN 80-244-0837-6.
6. RAUŠOVÁ, Eva. *Průvodce ženy při onemocnění děložního čípku*. Praha: Mladá Fronta, 2009. 37s. ISBN 978-80-204-2048-0.
7. ROB, Lukáš, MARTAN, Alois, CITTERBART, Karel et al. *Gynekologie*. 2.vyd. Praha: Galén, 2001, 2008. 319s. ISBN 978-80-7262-501-7.
8. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Vyšetřovací metody porodnictví a gynekologii*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. 179s. ISBN 80-7013-255-8.
9. TURÝNA, Radovan, SLÁMA, Jiří. *Kolposkopie děložního hrdla*. 1.vyd. Praha: Galén, 2010. 173s. ISBN 978-80-7262-679-3.
10. ŽALOUĐÍK, Jan. *Vyhňte se rakovině aneb prevence zhoubných nádorů pro každého*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 189s. ISBN 978-80-247-2307-5.

### Internetové zdroje:

11. *Cervikální screening*. [online], [citováno 2011-03-12]. Dostupné na WWW:<http://www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening>



12. *Cervikální screening*. [online], [citováno 2011-03-12]. Dostupné na  
WWW: <http://www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening--ceska-republika>
13. *Co hraří pojišťovny*. [online], [2011-04-02]. Dostupné na  
WWW: <http://www.mou.cz/cz/co-hradi-zdravotni-pojistovny/article.html?id169>
14. *HPV infekce*. [online], [2011-03-12]. Dostupné na  
WWW: <http://www.zdraviprozeny.cz/informace-o-nemoci.html>
15. *HPV*. [online], [2011-03-12]. Dostupné na  
WWW: <http://www.hpv.cervix.cz/doc/lidske-papillomaviry.pdf>
16. *HPV*. [online], [2011-03-12]. Dostupné na WWW: <http://www.onkogyn.cz/hpv-verejnost/hpv-infekce-a-rakovina-delozniho-hrdla>
17. *Infekce děložního hrdla*. [online], [2011-03-12]. Dostupné na  
WWW: <http://www.onkogyn.cz/hpv-infekce-a-rakovina-delozniho-hrdla>
18. *Očkovací látky proti HPV*. [online], [2011-03-12]. Dostupné na  
WWW: <http://www.onkogyn.cz/hpv-lekari/dostupne-ockovaci-latky>
19. *Očkování chlapců proti HPV*. [online], [2011-03-12]. Dostupné na  
WWW: <http://www.ockovaci-prukaz.cz/rakovina-delozniho-cipku/ockovani-chlapcu-proti-hpv.html>
20. *Očkování proti rakovině děložního čípku*. [online], [2011-03-12]. Dostupné na  
WWW: <http://www.vsecomuzu.cz>
21. *Prekancerózy děložního hrdla*. [online], [citováno 2011-04-02]. Dostupné na  
WWW: <http://www.lekari-online.cz/gynekologie-a-porodnictvi/novinky/prekancerozy-delozniho-hrdla>
22. *Prevence karcinomu děložního hrdla*. [online], [citováno 2011-04-02]. Dostupné na WWW: <http://www.mou.cz/cz/prevence-karcinomu-delozniho-cipku/article.html?d=168>

## SEZNAM ZKRATEK

- AIS – adenocarcinom in situ
- CIN – cervikální intraepitelové neoplazie
- CGIN – cervikální glandulární intraepiteální neoplazie
- DNA – deoxyribonukleová kyselina
- HGL – high grade – vysoký stupeň léze
- HIV – human immunodeficiency virus
- HPV – human papillomavirus
- HR – high risk – vysoké riziko pro vznik nádorového procesu
- LEEP – loop electroexcisional procedure
- LG L – low grade – nízký stupeň léze
- LEETZ – large loop excision of transformation zone
- LR – low risk – nízké riziko pro vznik nádorového procesu
- MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- NETZ – needle excision of transformation zone
- Sb. – sbírka
- SIL – skvamózní intraepiteální léze
- SWETZ – straight wire excision of transformation zone
- Tab. – tabulka
- WHO – World Health Organization (světová zdravotnická organizace)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: návratnost dotazníků.....	37
Tabulka 2: Povědomí o pravidelných gynekologických prohlídkách.....	38
Tabulka 3: Absolvování pravidelných gynekologických prohlídek.....	39
Tabulka 4: Nejčastější důvod návštěvy gynekologa.....	40
Tabulka 5: Povědomí o pojmu prekanceróza.....	41
Tabulka 6: Rizikové faktory prekanceróz a zhoubného onemocnění děložního čípku	42
Tabulka 7: Důsledky prekanceróz děložního čípku.....	43
Tabulka 8: Výskyt nálezu na děložním čípku u respondentek.....	44
Tabulka 9: Informovanost o Human Papillomaviru.....	45
Tabulka 10: Povědomí o důsledcích infekce HPV.....	46
Tabulka 11: Znalost o HPV infekci.....	47
Tabulka 12: Znalost o způsobu přenosu HPV.....	48
Tabulka 13: Preventivní opatření před rakovinou děložního čípku.....	49
Tabulka 14: Informovanost o očkování proti HPV infekci.....	50
Tabulka 15: Využití vakcinace respondentek.....	51
Tabulka 16: Zdroje informací o nádorovém onemocnění.....	52
Tabulka 17: Možnost informovanosti od porodních asistentek .....	53
Tabulka 18: Míra důvěry k informacím od porodní asistentky a od lékaře.....	54
Tabulka 19: Nabídka informačních letáků na toto téma v gynekologické ambulanci...	55
Tabulka 20: Věk respondentek.....	56
Tabulka 21: Dosažené vzdělání.....	57

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Návratnost dotazníků.....	37
Graf 2: Povědomí o pravidelných gynekologických prohlídkách.....	38
Graf 3: Absolvování pravidelných gynekologických prohlídek.....	39
Graf 4: Nejčastější důvod návštěvy gynekologa.....	40
Graf 5: Povědomí o pojmu prekanceróza.....	41
Graf 6: Rizikové faktory prekanceróz a zhoubného onemocnění děložního čípku.....	42
Graf 7: Důsledky prekanceróz děložního čípku.....	43
Graf 8: Výskyt nálezů na děložním čípku u respondentek.....	44
Graf 9: Informovanost o Human Papillomaviru.....	45
Graf 10: Povědomí o důsledcích infekce HPV.....	46
Graf 11: Znalost o HPV infekci.....	47
Graf 12: Znalost o způsobu přenosu HPV.....	48
Graf 13: Preventivní opatření před rakovinou děložního čípku.....	49
Graf 14: Informovanost o očkování proti HPV infekci.....	50
Graf 15: Využití vakcinace respondentek.....	51
Graf 16: Zdroje informací o nádorovém onemocnění.....	52
Graf 17: Možnost informovanosti od porodních asistentek.....	53
Graf 18: Míra důvěry k informacím od porodní asistentky a od lékaře.....	54
Graf 19: Nabídka informačních letáků na toto téma v gynekologické ambulanci.....	55
Graf 20: Věk respondentek.....	56
Graf 21: Dosažené vzdělání.....	57

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 - Reprodukční orgány ženy

Příloha 2 – Kolposkopická klasifikace Barcelona 2002

Příloha 3 – Bethesda systém (2001) – cytodiagnostika

Příloha 4 - Srovnání prebioptických metod

Příloha 5 – Cytologická průvodka

Příloha 6 - A - HPV typy; B – HPV virus

Příloha 7 – Přehled faktorů, které mají vliv na rozvoji HPV infekce, prekanceróz  
a invazivního karcinomu.

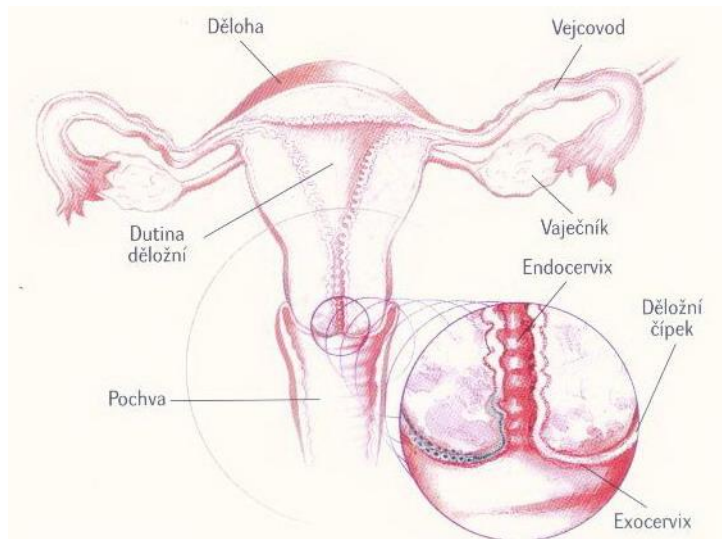
Příloha 8 - Od infekce HPV k rakovině děložního čípku

Příloha 9 – Dotazník

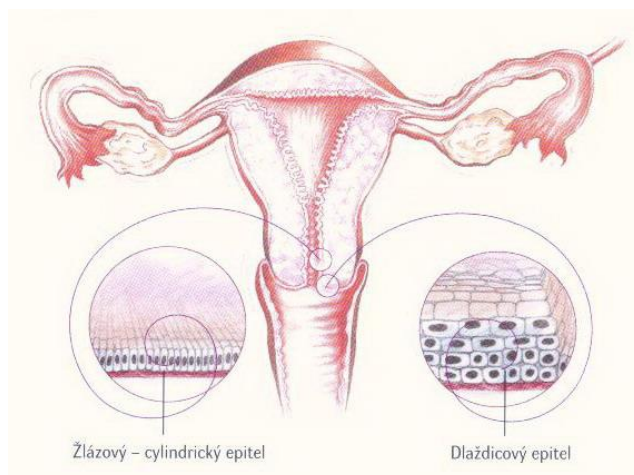
# PŘÍLOHY

## Příloha 1 – Reprodukční orgány ženy

Obr. 1 (Raušová, 2009, s. 7)



Obr. 2 (Raušová, 2009, s. 8)



## Příloha 2 – Kolposkopická klasifikace Barcelona 2002

I.	<b>Normální kolposkopické nálezy</b> Originální dlaždicový epitel Cylindrický epitel Transformační zóna
II.	<b>Abnormální kolposkopické nálezy</b> Plochý bílý epitel Sytý bílý epitel* Jemná mozaika Hrubá mozaika* Jemné puntíčkování Hrubé puntíčkování* Částečně jodpozitivní zóna Jodnegativní zóna* Atypické cévy*
III.	<b>Kolposkopické nálezy svědčící pro invazivní karcinom</b>
IV.	<b>Nedostatečná kolposkopie</b> Skvamokolumnární junkce není viditelná Těžký zánět, výrazná atrofie, poranění Čípek není vidět
V.	<b>Různé nálezy</b> Kondylomata Keratóza Eroze Zánět Atrofie Deciduóza Polypy
<b>Typologie transformační zóny</b>	
<p><i>TZ typu 1</i> je pouze na exocervixu, v plném rozsahu viditelná Může být široká nebo úzká</p> <p><i>TZ typu 2</i> má endocervikální komponentu a je v plném rozsahu viditelná Exocervikální komponenta může být široká nebo úzká</p> <p><i>TZ typu 3</i> má endocervikální komponentu, která není plně vidět Exocervikální komponenta může být široká nebo úzká</p>	

Nálezy skupiny II. bez označení hvězdičkou představují low-grade léze  
Nálezy skupiny II. označené hvězdičkou představují high-grade léze

(Turyna, Sláma, 2010, s. 65)

### Příloha 3 – Bethesda systém (2001) – cytodiagnostika

<b>Kvalita nátěru:</b> optimální, suboptimální, nehodnotitelný (specifikujte důvod)
<b>Popis infekce:</b> identifikovatelné znaky
<b>Hormonální stav:</b> odpovídá nebo neodpovídá věku a menstruačnímu cyklu
<b>Buněčné změny dlaždicového epitelu:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● normální nález</li><li>● ASC-US (neurčité epitelové změny vyžadující kontroly)</li><li>● ASC-H (neurčité epitelové atypie, podezřelé závažnější změny)</li><li>● low grade SIL = nízký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (odpovídá HPV infekci a lehké dysplazii / CIN I)</li><li>● high grade SIL = vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (odpovídá dysplazii střední, těžké a CIS / CIN II, III)</li><li>● karcinom</li></ul>
<b>Buněčné změny žlázového epitelu:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● normální nález endocervikálních buněk</li><li>● normální nález endometriálních buněk</li><li>● AGC-NOS (neurčité epitelové změny vyžadující kontroly)</li><li>● AGC-NEO (neurčité epitelové atypie, podezřelé z neoplazie)</li><li>● AIS (adenokarcinom <i>in situ</i>)</li><li>● adenokarcinom endocervikální</li><li>● adenokarcinom endometriální</li></ul>
<b>Doporučení:</b> např. kontrola, přeléčit zánět

( Rob, Martan, Citterbart et al., 2001, 2008, s.192)



## Příloha 4 - Srovnání prebioptických metod

Tab. 1. Korelace kolposkopického, cytologického a histologického nálezu

Kolposkopie	Cytologie	Histopatologie
normální, nesuspektní	NILM (bez neoplastických intraepiteliálních změn a malignity)	dlaždicový epitel, cylindrický epitel
LG léze	LSIL	CIN 1, kondylom
HG léze	HSIL	CIN 2, CIN 3 (CIS)
adenoléze	AIS	CGIN, AIS
suspektní karcinom	suspektní karcinom	dlaždicobuněčný karcinom, adenokarcinom
různé a nedostatečné	zánětlivé a reaktivní změny	zánět, endometrióza, polyp

Bez korelace: ASC-US, ASC-H, AGC-NOS, AGC-NEO

Tab. 2. Srovnání současných nomenklatur kolposkopie, cytologie a histologie

Kolposkopie ITC 2002	Cytologie Bethesda 2001	Histologie – Richart
normální kolposkopické nálezy	bez neoplastických intraepiteliálních změn a malignity	
abnormální kolposkopické nálezy	abnormality epiteliálních buněk	
LGL (Minor changes) HGL (Major changes)	ASC LSIL HSIL	CIN 1 – LG CIN CIN 2,3 – HG CIN
kolposkopické znaky svědčící pro invazivní karcinom	dlaždicobuněčný karcinom	

( Turyna, Sláma, 2010, s. 59)

## Příloha 5 – Cytologická průvodka

### PRŮVODKA NA VYHODNOCENÍ CERVIKO-VAGINÁLNÍ CYTOLOGIE

Odbornost žadatele 603

Identifikační číslo vzorku:

Jméno					PSČ							Pojišťovna					RČ							
IUD	VLIV GESTAGENŮ *)	HRT	LAKTACE	GRAV	Komentář gynekologa:										Razítko odesílajícího lékaře									
STAV PO KONIZACI		OZNAČENÍ SKLA			Dg. Z014					Jiná dg.														
STAV PO HYSTEREKTOMII																								
PŘÍTOMNOST GENIT. KONDYLOMAT					Datum odběru:																			
OČKOVÁNA PROTI HPV ANO NE					Rok aplikace 3. dávky 20__										Typ vakcíny: SILGARD CERVARIX									

\*) čistě gestageni AK, IUD s gestagenem

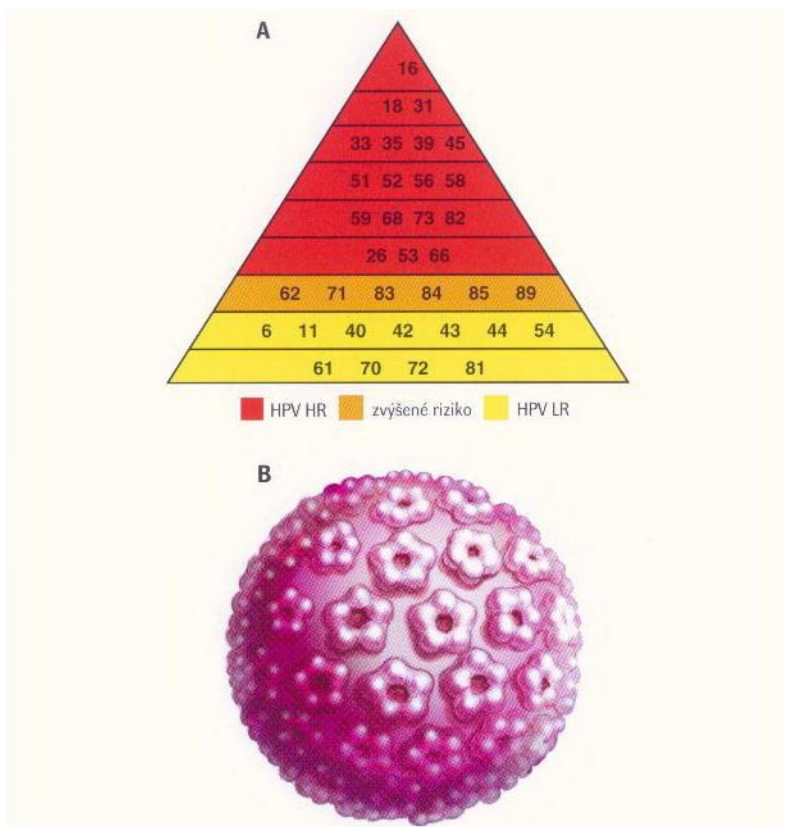
### VÝSLEDKOVÁ ZPRÁVA

<b>STĚR</b> 1. Uspokojivý 2. Uspokojivý, ale bez endoc. bb 3. Neuspokojivý, ale zpracován 4. Odmítnut ke zpracování	Nízká celularita Chybná identifikace pac. Nadbytek krve n. zánětu	<b>Bez neopl. intraep. změn a malignity (ZÁVĚR 1)</b> 1. Trichomonas 2. Candida 3. Bakteriální vaginóza 4. Döderlein 5. Koky 6. Aktinomykóza 7. Herpes simplex 8. Chlamydie 9. Smíšená flóra 10. Jiné	<b>ZÁVĚR</b> 1. Bez neopl. intraepit. změn a malignity 2. ASC-US 3. ASC-H (nelze vyloučit HSIL) 4. LSIL (včetně HPV) 5. HSIL 6. HSIL - nelze vyloučit invazi 7. Dlaždicobuněčný karcinom 8. Atypie žlázových buněk (nespecifikováno) 9. Atypie žlázových buněk (spíše neoplastické) 10. Adenokarcinom in situ 11. Adenokarcinom invazivní 12. Ostatní maligní nádory 13. Jiné
<b>KOMENTÁŘ LABORATOŘE A DOPORUČENÍ</b>  Vykázaný kód:		<b>Jiné nenádorové změny</b> Reaktivní buněčné změny způsobené: 1. zánětem 2. ozářením 3. IUD 4. jiné (metaplazie včetně nezralé m., hyperkeratóza, parakeratóza, cytolýza, regenerace, reparace, atd.) 5. Nález žlázových buněk po hysterektomii 6. Atrofie 7. Jiné (endometriální buňky u žen nad 40 let)	
<b>DATUM:</b>  <b>UVOLNIL:</b>			<b>RAZÍTKO:</b>

Hodící se zakroužkujte, v případě nezaškrtnutí je považována odpověď jako NE.

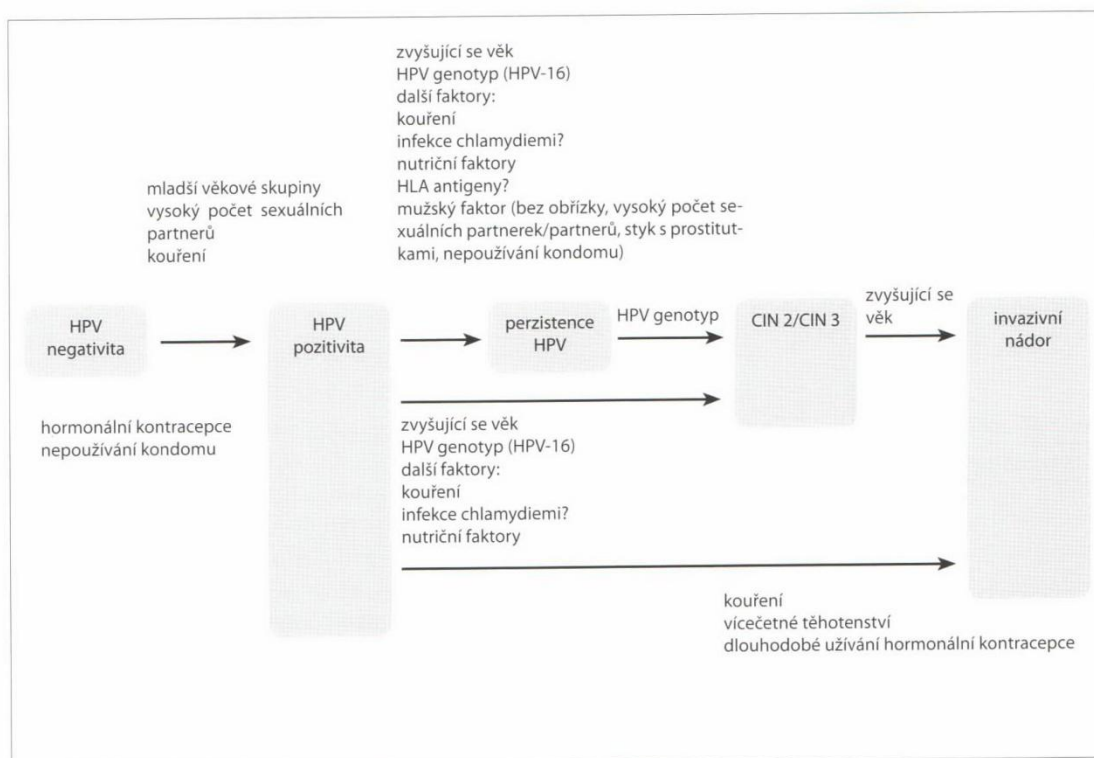
[online].[2011-03-12]. Dostupné na WWW:<[http://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-  
lekare--legislativa-formulare-prihlasky](http://www.cervix.cz/index.php?pg=pro-<br/>lekare--legislativa-formulare-prihlasky)

## Příloha 6 - A - HPV typy; B – HPV virus



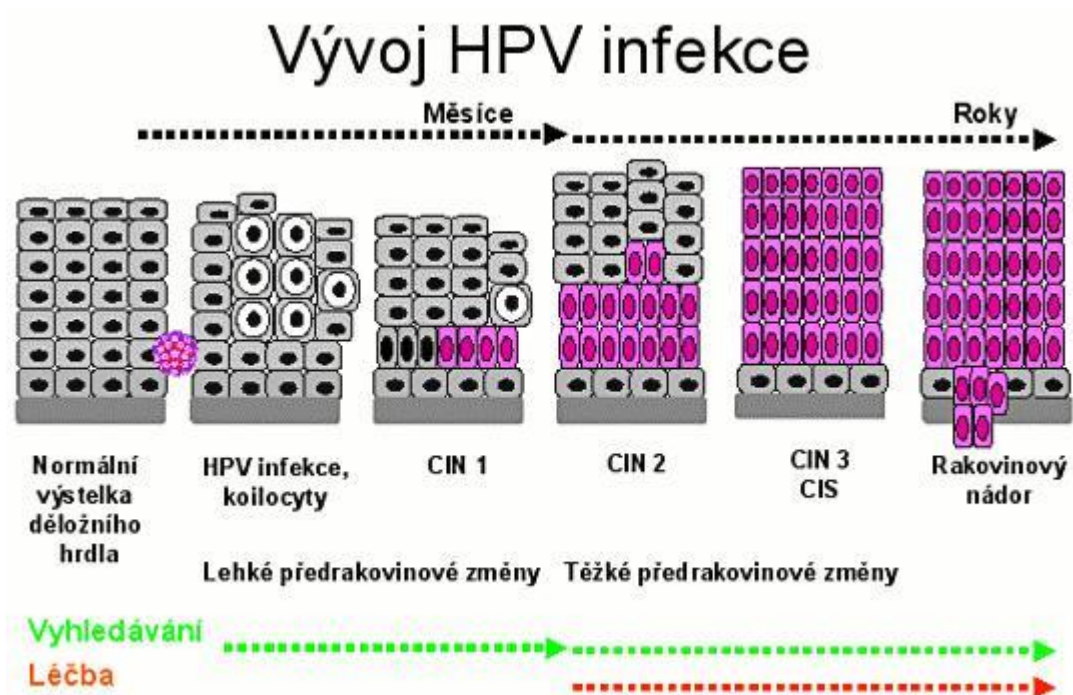
(Raušová, 2009, s. 16)

**Příloha 7 – Přehled faktorů, které mají vliv na rozvoji HPV infekce, prekanceróz a invazivního karcinomu.**



( Turyna, Sláma, 2010, s. 15)

## Příloha 8 - Od infekce HPV k rakovině děložního čípku



[online].[2011-03-12]. Dostupné na WWW:<<http://www.onkogyn.cz/hpv-verejnost/hpv-infekce-a-rakovina-delozniho-hrdla>

## **Příloha 9 – Dotazník**

Vážené respondentky,

jmenuji se Iva Grünwaldová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia studijního oboru Porodní asistence na Fakultě zdravotnických věd univerzity Palackého v Olomouci.

Touto cestou se na Vás obracím s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku zaměřeného na problematiku nádorového onemocnění děložního čípku.

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Veškeré informace, které mi poskytnete, jsou důvěrné a budou sloužit výhradně pro účely výzkumu.

Za Vaši trpělivost, čas a ochotu při spolupráci předem děkuji.

Zakroužkujte prosím, pouze jednu odpověď pro Vás nejlépe vhodnou, pokud bude jiný typ výběru, bude to uvedeno přímo u dané otázky.

### **1. Jak často by měla žena chodit na preventivní gynekologickou prohlídku?**

- a) jednou za půl roku
- b) jednou za rok
- c) jednou za dva roky
- d) jen při potížích (nepravidelně)

### **2. Chodíte pravidelně na gynekologickou preventivní prohlídku tj. i bez žádných potíží?**

- a) ano
- b) ne

**3. Jaký je nejčastější důvod Vaší návštěvy u gynekologa?**

- a) bolesti v podbřišku
- b) výtok z pochvy
- c) nepravidelné krvácení, špinění
- d) předpis antikoncepce
- e) podezření na graviditu
- f) preventivní prohlídka

**4. Slyšela jste někdy pojem prekanceróza (předrakovinná změna) děložního čípku?**

- a) ano – vím, o co jde
- b) ano, ale nevím přesně, co to znamená
- c) ne

**5. Znáte rizikové faktory (možné příčiny) prekanceróz a zhoubného onemocnění děložního čípku? (více možných odpovědí)**

- a) opakované záněty pochvy
- b) střídání (počet) sexuálních partnerů
- c) nedostatečná intimní hygiena
- d) stav imunitního systému
- e) časný začátek pohlavního života
- f) přítomnost HPV infekce
- g) jiné (prosím, uveďte).....

**6. Víte, jaké důsledky může prekanceróza děložního čípku způsobit?**

(více možných odpovědí)

- a) opakované špinění, krvácení
- b) opakované záněty pochvy
- c) bolesti při pohlavním styku
- d) rakovinu děložního čípku
- e) pálení, svědění při močení
- f) bolesti v podbříšku během cyklu
- h) nepravidelnou menstruaci, ztrátu menstruace
- i) neplodnost

**7. Měla jste Vy nějaký významný nález děložním čípku, který bylo nutné nějakým způsobem operačně ošetřit?**

- a) ano, jak byl ošetřen.....
- b) ne

**8. Slyšela jste o Human papilloma viru (HPV)?**

- a) ano
- b) ne

**9. Víte, co může infekce HPV způsobit.....**

- a) bolesti při pohlavním styku
- b) výtoky z pochvy
- c) rakovinu a prekancerózu děložního čípku a zevních rodidel
- d) pohlavně přenosné onemocnění
- e) neplodnost



**10. Myslíte si, že infekcí HPV mohou onemocnět i muži?**

- a) ano
- b) ne

**11. Jak si myslíte, že se papillomavirus přenáší? (více možných odpovědí)**

- a) kapénkovou cestou (kýcháním, líbáním)
- b) pohlavním stykem
- c) jakoukoliv formou intimního styku – i bez sexuálního kontaktu
- d) krevní cestou

**12. Víte, jak je možné předcházet rakovině děložního čípku?**

(více možných odpovědí)

- a) používáním kondomů
- b) vakcinací
- c) nestřídáním sexuálních partnerů
- d) preventivními gynekologickými prohlídkami
- e) dobrou intimní hygienou

**13. Víte, že existuje očkování proti některým typům HPV?**

- a) ano
- b) ne

**14. Nechala byste se naočkovat proti HPV infekci?**

- a) ano, naočkovaná již jsem
- b) uvažuji o tom
- c) ne
- d) nevím

**15. Odkud získáváte informace o nádorovém onemocnění děložního čípku?**

(více možných odpovědí)

- a) gynekolog
- b) časopisy
- c) internet
- d) informační letáky
- e) TV
- f) porodní asistentka
- g) jiné .....

**16. Můžete se obrátit se svými případnými dotazy ohledně této problematiky na nějakou porodní asistentku?**

- a) ano
- b) ne

**17. Máte stejnou důvěru k informacím, které Vám poskytuje porodní asistentka jako k informacím Vašeho lékaře?**

- a) ano
- b) ne, proč?

**18. Nabízí Vám porodní asistentky v ambulanci Vašeho gynekologa informační letáky na toto téma?**

- a) ano
- b) ne

**19. Kolik vám je let? .....**

**20. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) základní
- b) (vyučen) středoškolské bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

**Děkuji za vyplnění.**