

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra



Jana Adámková

Nové možnosti v prevenci karcinomu čípku děložního

New options for cervical cancer prevention

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2011

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30.3.2011

JANA ADÁMKOVÁ

## **Identifikační záznam**

ADÁMKOVÁ, Jana. *Nové možnosti v prevenci karcinomu čípku děložního. [New options for cervical cancer prevention]*. Praha, 2011. 70 s., 4 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kulhavá, Miluše.

## ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce jsou nové možnosti prevence rakoviny děložního čípku. Práce je teoreticko-empirická. V teoretické části je stručně objasněna anatomie a fyziologie dělohy, další podkapitoly se potom již týkají samotného onemocnění, jeho výskytu, rizikových faktorů, příznaků, diagnostiky, v níž je podrobněji rozvedeno cytologické vyšetření stěru z děložního čípku, terapie, která sestává především z léčby chirurgické, a také možností jeho prevence, mezi něž patří v první řadě preventivní gynekologické prohlídky a nyní nově také očkování proti lidským papillomavirům (HPV), v této kapitole jsou podrobněji popsány vakcíny Silgard a Cervarix.

Empirická část práce je vyhodnocením dotazníkového šetření, které bylo realizováno v privátní gynekologické ordinaci a které mělo za cíl zmapovat informovanost žen různých věkových kategorií o rakovině čípku děložního, o možnostech očkování a zda docházejí na preventivní gynekologické prohlídky.

## ABSTRACT

This paper examines new ways of preventing cervical cancer. It adopts theoretical as well as empirical approach and is accordingly divided into two sections.

The theoretical section provides a brief introduction to the anatomy and physiology of the uterus (Chapter 1.1) and then focuses on the disease itself (Chapter 1.2). The first three subchapters consider the disease incidence, the risk factors and the symptoms. The diagnostics are discussed in the fourth subchapter, which also provides a detailed description of Pap smear testing. Available treatments, currently consisting mainly of a surgical intervention, are examined in the subchapter on therapy. Lastly, the paper discusses ways of preventing cervical cancer, such as preventive gynecological exams and newly introduced vaccination against human papillomavirus (HPV); Silgard and Cervavix vaccines are examined in detail.

The empirical section evaluates a questionnaire-based survey performed in a private gynecological practice. The aim of the survey was to map the awareness of cervical cancer

preventive measures, especially the vaccine option, amongst different age groups of women and establish whether they are having their preventive gynecological tests done.

## KLÍČOVÁ SLOVA

Rakovina, čípek děložní, Human Papillomavirus, cytologie, chirurgická léčba, prevence, očkování, Silgard, Cervarix.

## KEY WORDS

Cancer, cervix, Human Papillomavirus, cytology, surgical treatment, prevention, vaccination, Silgard, Cervarix.

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala Mgr. Miluši Kulhavé za ochotu, trpělivost a odborné vedení mé práce.

Také bych chtěla poděkovat MUDr. Olze Jedličkové za to, že mi umožnila provést dotazníkové šetření ve své ordinaci.

# OBSAH

ÚVOD .....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1.1 Anatomie a fyziologie.....	11
1.1.1 Anatomie .....	11
1.1.2 Fyziologie.....	12
1.2 Karcinom čípku děložního .....	13
1.2.1 Výskyt onemocnění .....	15
1.2.2 Rizikové faktory.....	16
1.2.3 Příznaky .....	18
1.2.4 Diagnostika .....	18
1.2.5 Terapie .....	20
1.2.6 Preventivní opatření.....	24
1.2.7. Nové možnosti prevence karcinomu čípku děložního.....	25
2 EMPIRICKÁ ČÁST .....	31
2.1 Slovo úvodem .....	31
2.2 Volba problému .....	32
2.3 Cíle empirického šetření .....	32
2.4 Analýza výzkumného pole.....	33
2.5 Stanovení hypotéz.....	33
2.6 Charakteristika výzkumného vzorku .....	34
2.7 Metodika empirického šetření.....	34
2.8 Průběh empirického šetření.....	34
2.9 Zpracování empirického šetření.....	35
2.10 Vyhodnocení empirického šetření .....	35

2.11 Závěry empirického šetření.....	53
2.11.1 Kvantitativní závěr .....	53
2.11.2 Kvalitativní závěr .....	54
2.11.3 Vyhodnocení cílů.....	55
2.11.4 Vyhodnocení hypotéz.....	55
2.12 Návrhy pro praxi.....	56
ZÁVĚR .....	58
SEZNAM LITERATURY .....	60
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK .....	62
PŘÍLOHY .....	63



# ÚVOD

Rakovina děložního čípku představuje v dnešní době poměrně časté onkologické onemocnění u žen. I přesto, že v České republice funguje dobrý screeningový program schopný odhalit již první změny na epitelu čípku, a zachytit tak onemocnění ve stadiu prekancerózy, incidence nádorů čípku děložního nijak výrazně neklesá. Vedle tohoto screeningu se před pěti lety navíc objevila první vakcína proti lidskému papillomaviru (HPV), jenž v naprosté většině případů zapříčiňuje vznik karcinomu čípku. Pravdou je, že od té doby uběhlo příliš málo času na to, aby bylo možné posoudit vliv tohoto očkování na celorepublikový výskyt choroby, pro jednotlivce však určitě nesporné výhody má a protože nebylo zavedeno jako očkování plošné, každá žena by se měla sama nad touto možností zamyslet, ať už z hlediska naočkování sebe sama či svých potomků.

Jedním z důvodů, proč jsem si vybrala toto téma pro svou bakalářskou práci, byl právě fakt, že karcinom děložního čípku je sice onemocnění nádorové, avšak poměrně dobře preventabilní, odhalitelné a – zjistí-li se včas – i léčitelné. Není mnoho onkologických chorob, u nichž lze v rámci prevence vedle všeobecně známých zásad zdravého životního stylu, zdravé a vyvážené stravy či dostatku pohybu uplatnit i specifickou ochranu – v tomto případě očkování proti HPV; kromě toho existuje i poměrně velká pravděpodobnost včasného zachytu onemocnění cestou screeningových vyšetření. Při své praxi na gynekologické klinice jsem si povšimla, že bohužel zdaleka ne všechny ženy tyto preventivní prohlídky využívají a tato opomenutí, či možná záměrná vynechávání prohlídek mohou často vést k rozvoji rakovinného bujení do té míry, že vážně ohrožuje nejen kvalitu života pacientky, ale dokonce život sám.

Dalším důvodem mého zájmu o tuto diagnózu a možnosti jejího ovlivnění bylo i mé osobní setkání s ní, objevila se totiž v mé nejbližší rodině. Tento případ byl naštěstí zachycen ještě ve stadiu prekancerózy a úspěšně vyléčen díky svědomitosti pacientky a jejímu pravidelnému docházení na preventivní prohlídky. Druhý případ se týkal mé kolegyně ze zaměstnání, která, ačkoli pracovala ve zdravotnictví, screening karcinomu děložního čípku zcela zanedbala, pokročilé stadium nádoru již nebylo léčitelné a toto onemocnění jí výrazně snížilo kvalitu života.

V neposlední řadě jsem se o toto téma zajímala samozřejmě i proto, že jakožto ženu mě toto onemocnění také může postihnout a cestou tvorby své bakalářské práce bych si ráda rozšířila vědomosti o jeho prevenci, příznacích a možnostech léčby.

V teoretické části této práce se budu zabývat nejprve stručnou anatomií a fyziologií dělohy a děložního čípku, druhou část věnuji přímo rakovině čípku, chci v ní popsat výskyt a incidenci tohoto onemocnění, rizikové faktory jeho vzniku, příznaky, diagnostiku zaměřenou především na cytologické vyšetření stěrů, terapii, která je nejčastěji chirurgická, a samozřejmě na stávající a nové možnosti prevence se zaměřením především na očkovací vakcíny Silgard a Cervarix.

Empirickou část bakalářské práce pojmu jako výzkumné dotazníkové šetření mezi pacientkami jedné privátní ambulantní gynekoložky, které bude mít za cíl zmapování informovanosti těchto žen a dívek o karcinomu děložního čípku a jeho rizikových faktorech a zdrojů těchto informací. Také chci zjistit, zda respondentky pravidelně docházejí pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky, což je zásadním faktorem pro včasné odhalení počínající choroby. V neposlední řadě se budu zabývat i povědomostí žen o nové možnosti očkování proti HPV, jejich přístupem k tomuto očkování a mírou jeho využití.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Anatomie a fyziologie

### 1.1.1 Anatomie

Děloha (uterus) je svalový orgán uložený v malé pánvi, který je dutý. Lze na ní rozlišit tyto základní části: tělo děložní (corpus uteri), které je v horní části širší, a hrdlo děložní (cervix uteri), které kaudálně ústí do pochvy (vagina), zúžená část mezi nimi se nazývá isthmus uteri. Na děložním těle dále rozeznáváme dno děložní (fundus uteri), jenž tvoří horní, kraniální okraj dělohy, a děložní rohy (cornua uteri), v jejichž oblasti ústí do dělohy vejcovody a také zde odstupuje ligamentum teres uteri, které pak prochází tříselným kanálem. Hrdlo děložní se potom člení na portio supravaginalis – úsek od dělohy po pochvu a portio vaginalis, což je část vyčnívající do pochvy a nazývá se též čípek děložní. (Naňka, Elišková, *Přehled anatomie*, 2007; Rob, Martan a kol., *Gynekologie*, 2008)

Základní fyziologická poloha dělohy je anteflexe (ohnutí dělohy v jejím kaudálním zúženém úseku směrem dopředu, ventrálně) a antevertze (překlopení dělohy dopředu vzhledem k pochvě, takže s ní potom svírá úhel 70 – 100°). V této poloze je děloha fixována dvěma systémy – jednak je to svalstvo dna pánevního a jednak závěsný aparát. Tento aparát je tvořen několika vazy, souhrnně bývá nazýván jako parametrium. Ligamentum cardinale uteri jde párově od okrajů isthmu ke stěně pánevní a fixuje dělohu při pohybech do antevertze a retrovertze. Ligamentum vesicouterinum je též párové a jde od okrajů dělohy dopředu ke stěně močového měchýře a dále k symfýze. Ligamentum sacrouterinum jde párově od postranních okrajů dělohy dozadu kolem rekta zleva a zprava, a ohraničuje tak excavatio rectouterina (Douglasův prostor). Tato peritoneem vystlaná „kapsa“ je klinicky důležitá, neboť se jedná o nejnižší místo peritoneální dutiny a mohou sem gravitačním působením stékat tekutiny, které se v ní nacházejí. Kromě Douglasova prostoru můžeme popsat ještě excavatio vesicouterina, které je tvořeno obdobně a nachází

se vpředu mezi močovým měchýřem a dělohou. (Naňka, Elišková, *Přehled anatomie*, 2007)

Stěna dělohy je silná asi 10 – 15 mm a je tvořena několika vrstvami. Vnější vrstva se nazývá tela subserosa a je na svém povrchu ještě kryta serosou a poté peritoneem. Střední vrstva sestává z hladké svaloviny a označuje se jako myometrium. Nejvnitřnější vrstva, endometrium, je tvořena sliznicí, která se skládá z jednovrstevného cylindrického epitelu s řasinkami. V podslizničním vazivu jsou uloženy žlázy. V oblasti děložního čípku tento epitel přechází v epitel mnohvrstevný dlaždicový bez žlázek typický pro výstelku pochvy. (Naňka, Elišková, *Přehled anatomie*, 2007; Rob, Martan a kol., *Gynekologie*, 2008)

Cévní zásobení dělohy je zajišťováno cestou arteria uterina odstupující z arterie iliaca interior, krev se sbírána do vena uterina ústící do vena iliaca interior. Nervové zásobení se skládá ze sympatiku (z míšních segmentů Th11 – 12), který aktivuje děložní kontrakce, a z parasympatiku (ze segmentů S2 – 4), jenž kontrakce tlumí. (Naňka, Elišková, *Přehled anatomie*, 2007)

### 1.1.2 Fyziologie

Děložní sliznice, endometrium, a obzvláště její svrchní část, zona functionalis, prodělává pravidelné změny, které jsou vyvolávány hormonálními vlivy. Tyto přeměny se odehrávají v cyklech, které obvykle trvají 28 dní a nazývají se menstruační cyklus. Tento má čtyři části:

- fáze menstruační trvá 1. – 4. den cyklu; arterioly se na několik hodin kontrahují a následkem toho popraská jejich stěna, krev vytéká do sliznice a ta se postupně odlučuje. Na konci této fáze dochází k vasokonstrikci cév v myometriu, krvácení ustává a děložní epitel se regeneruje.
- fáze proliferační trvá 5. – 14. den cyklu; dochází ke zvyšování sliznice a tvorbě nových cév. V polovině cyklu dochází také k ovulaci.
- fáze sekreční trvá 15. – 28. den cyklu; sliznice se nadále zvyšuje a je připravena pro přijetí oplodněného vajíčka. Pokud k tomu nedojde, prochází cyklem opět od začátku.

- fáze ischemická trvá 28. den cyklu; dochází ke kontrakci arteriol v endometriu, která způsobí dočasnou hypoxii a následný rozpak buněk.

Menstruační cyklus začíná většinou mezi jedenáctým a čtrnáctým rokem, tento první cyklus se nazývá menarche. Poslední cyklus se označuje menopauza a odehrává se mezi čtyřicátým pátým a padesátým rokem věku. (Naňka, Elišková, *Přehled anatomie*, 2007; Rob, Martan a kol., *Gynekologie*, 2008)

## 1.2 Karcinom čípku děložního

V systému MKN nalezneme onemocnění karcinomem děložního hrdla pod označením C 53. Z hlediska histologického se může jednat o dlaždicobuněčný karcinom, a to buď velkobuněčný nebo malobuněčný, nebo o adenokarcinom. (Freitag, *Onkogynekologie – minimum pro praxi*, 2001)

Jak ve světě, tak i v České republice narůstá výskyt adenokarcinomů. Je tomu tak mimo jiné i proto, že ačkoli je organizován screening, prekancerózy těchto nádorů jsou poměrně obtížně zachytitelné a „adekvátně definovaná prekanceróza adenokarcinomu je až adenokarcinom in situ“. Další odlišností od karcinomů dlaždicobuněčných je častější endocervikální lokalizace a také častější spojení léze s HPV 18. Adenokarcinomy také hůře reagují na neoadjuvantní chemoterapii. (Sláma, *Adenokarcinom děložního hrdla – fakta, Moderní gynekologie a porodnictví*, s. 127, 2009; Rob, Martan a kol., *Gynekologie*, 2008)

Děložní hrdlo je pokryto dvěma typy buněk – dlaždicovými na povrchu a žlázovými uvnitř. Nádory potom vznikají patologickými změnami těchto typů buněk. (Pilka, *Zhoubné nádory ženského genitálu, Lékařské listy*, 2009)

### PROGNÓZA

Prognosticky závisí vývoj onemocnění samozřejmě nikoli na jednom, ale hned na několika faktorech. Mezi ně patří následující:

- „stadium onemocnění
- grading (vyzrállost nádorových buněk)

- přítomnost angioinvaze, event. lymfangioinvaze
- velikost nádoru
- hloubka stromální invaze
- pozitivita spádových lymfatických uzlin
- celkový stav pacientky“

(Sláma, Adenokarcinom děložního hrdla – fakta, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009, s. 125)

## PROGRESE ONEMOCNĚNÍ

V první řadě je třeba rozlišovat mezi prekancerózou a již vzniklým nádorem.

Prekancerózy se označují CIN (cervical intraepithelial neoplasia) a dělí se na CIN I (lehká dysplazie), CIN II (střední dysplazie) a CIN III (těžká dysplazie), přičemž léze CIN I se označují jako „low-grade léze“ a CIN II a III jako „high-grade léze“. (Freitag, *Onkogynekologie – minimum pro praxi*, 2001; DeCherney, Goodwin, *Current Diagnosis & Treatment*, 2007)

Samotné nádory jsou potom děleny následujícím způsobem:

„T = primární nádor

T0 = žádné známky primárního nádoru

Tis = carcinoma in situ

T1 = karcinom čípku ohraničený na dělohu

T2 = šíření mimo dělohu, ale ne až ke stěně pánevní a ne do dolní třetiny pochvy

T3 = šíření ke stěně pánevní a/nebo na dolní třetinu pochvy a/nebo způsobující hydronefrózu či afunkci ledviny

T4 = šíření na sliznici močového měchýře nebo rekta a/nebo mimo malou pánev“

(Freitag, *Onkogynekologie – minimum pro praxi*, 2001, s. 43)

Při posouzení progresu nádoru je třeba zohlednit také jeho šíření do lymfatických uzlin. To se označuje písmenem „N“ a rozumí se jím „regionální lymfatické uzliny i paracervikální, parametrální, hypogastrické, společné, zevní a vnitřní ilické, presakrální a sakrální“.

Označení N0 potom znamená „žádné metastázy v regionálních mízních uzlinách“.

N1 značí „metastázy v regionálních lymfatických uzlinách“. (Freitag, *Onkogynekologie – minimum pro praxi*, 2001, s. 44)

Dále je při popisu nádoru třeba posoudit vzdálené metastázy. Označují se písmenem „M“.

M0 znamená žádné metastázy.

M1 značí přítomnost vzdálených metastáz. (Freitag, *Onkogynekologie – minimum pro praxi*, 2001)

Podle všech těchto kritérií se potom určují jednotlivá stadia karcinomu podle závažnosti od nejméně po nejvíce závažné následujícím způsobem:

0, IA1, IA2, IB1, IB2, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IVA a IVB. (Freitag, *Onkogynekologie – minimum pro praxi*, 2001)

### 1.2.1 Výskyt onemocnění

Karcinom děložního čípku je celosvětově druhým nejčastějším zhoubným nádorem u žen. Incidence v jednotlivých zemích se však liší – nejnižší je v severských státech Evropy (ve Finsku je udávána 4/100 000 obyvatel), průměrně v Evropské unii činí 12,8/100 000 obyvatel, v České republice se potom pohybuje v rozmezí 19-22/100 000 obyvatel, což odpovídá asi 100 – 150 novým případům ročně. Na snižování výskytu nových případů onemocnění má největší podíl zavedení fungujících screeningových programů (podrobněji v kapitole **Preventivní opatření**). (Vonka, Etiologie karcinomu děložního čípku – cesta k jejímu objasnění, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2006; Peterka, Očkování proti karcinomu hrdla děložního a dalším projevům HPV infekce, *Praktický lékař*, 2009)

Incidence tohoto onemocnění má v ženské populaci dva výraznější vrcholy: 49 a 60 let. Průměrný věk při záchytu prekancerózy je 36 let. Dalším poznatkem je, že u žen

mladších ročníků je častěji diagnostikován adenokarcinom. (Sláma, Adenokarcinom děložního hrdla – fakta, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009)

### 1.2.2 Rizikové faktory

Zjištění rizikových faktorů karcinomu děložního čípku může zásadně přispět ke zlepšení prevence tohoto onemocnění. Ve studiích, které se jím zabývají, bylo popsáno několik faktorů, které přispívají k jeho vzniku. Někdy se poněkud lišily, jeden se však opakoval ve všech; šlo o závislost mezi výskytem nemoci a atributy sexuálního života.

Mezi nejdůležitější faktory patří věk zvláště:

- nízký věk při prvním pohlavním styku (koitarché)
- větší počet sexuálních partnerů
- nízký věk prvního porodu
- multiparita
- kouření
- nízký socioekonomický status
- imunodeficience, imunosuprese
- HPV infekce dolního genitálního traktu

(Freitag, *Onkogynekologie – minimum pro praxi*, 2001; Vonka, Etiologie karcinomu děložního čípku – cesta k jejímu objasnění, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2006)

### HPV

Vznik snad žádného jiného nádorového onemocnění není tak úzce spjat s virovou infekcí jako právě karcinom děložního čípku. V tomto případě se jedná konkrétně o lidské papilomaviry (HPV, Human Papillomavirus). „Za objev kauzální souvislosti infekce lidskými papilomaviry a rozvoje karcinomu hrdla děložního získal profesor Hausen, který svoji teorii potvrdil izolací HPV z nádorových buněk hrdla děložního v roce 1983, v roce 2008 Nobelovu cenu.“ (Fait, Prevence karcinomu hrdla děložního a lidské papilomaviry, *Lékařské listy speciál*, 2010, s.14)



Papilomaviry patří do skupiny malých DNA virů. Je známo přes 100 typů těchto virů, pro člověka je však důležitých asi 40 – 50 z nich, které jsou schopny infikovat epitel kůže a sliznic, a to hlavně v anogenitální oblasti. (Fait, Prevence karcinomu hrdla děložního a lidské papilomaviry, *Lékařské listy speciál*, 2010; DeCherney, Goodwin a kol., *Current diagnosis & Treatment*, 2007)

Vůbec nejčastěji léze způsobují HPV typu 16 a 18 (typ 16 způsobuje téměř 60% všech nádorů děložního hrdla, typ 18 dalších 10-20%). Přesto však pouhý fakt, že žena tuto infekci prodělala, nelze považovat za jedinou podmínku vzniku karcinomu. Infekce zde působí spíše jako iniciátor, k němuž se přidávají další faktory, tzv. ko-karcinogeny (cigaretový kouř, jiné infekce v oblasti děložního čípku, jako na příklad viry či chlamydie).

Následkem infekce HPV však může v některých případech být i nádor vulvy. (Vonka, Etiologie karcinomu děložního čípku – cesta k jejímu objasnění, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2006; Pilka, Zhoubné nádory ženského genitálu, *Lékařské listy*, 2009)

K přenosu HPV dochází naprosto nejčastěji pohlavním stykem. U většiny lidí infekce proběhne inaparentně, nebezpečí spočívá v perzistenci viru v organismu a následném vzniku závažného onemocnění. (Tachezy, Epidemiologie genitální papillomavirové infekce ve světě a ČR, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2006)

S infekcí HPV se během svého života setká téměř každá žena (uvádí se, že infikováno je asi 75% sexuálně aktivních jedinců), avšak jak již bylo řečeno, u většiny z nich naštěstí k rozvoji závažnějšího postižení děložního krčku nedojde (nádorové onemocnění se vyvine u méně než 5% žen infikovaných high risk HPV). Kromě toho je tento nádor jediným z gynekologických nádorů, jehož vzniku lze úspěšně předcházet díky pravidelným gynekologickým prohlídkám. (Peterka, Očkování proti karcinomu hrdla děložního a dalším projevům HPV infekce, *Praktický lékař*, 2009; Halada, Žáková, HPV test a jeho význam pro klinickou praxi, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2010)

Lidské papilomaviry můžeme rozdělit do dvou skupin podle jejich onkogenního potenciálu:

- *Low risk HPV (LR HPV)* se projevují genitálními bradavicemi a laryngeálními papilomy. Naprostá většina z nich je spojena s typy HPV 6 a 11. Ty také způsobují 10-15% CIN I. Vývoj genitálních bradavic trvá několik měsíců a toto onemocnění má bohužel tendenci k opakování.

- *High risk HPV (HR HPV)* spolu s působením dalších faktorů uvedených v kapitole **Rizikové faktory** způsobují onemocnění karcinomem děložního hrdla. Stadium CIN I se ve většině případů spontánně zhojí, stadia CIN II a III jsou již považovány za závažné prekancerózy, a je tedy s nimi nutno podle toho nakládat, jinak mohou progredovat v další rozvoj nádoru. Nejčastěji, asi v 70% jsou spojeny a typy HPV 16 a 18. (Peterka, očkování proti karcinomu hrdla děložního a dalším projevům HPV infekce, *Praktický lékař*, 2009)

### 1.2.3 Příznaky

Raná stadia karcinomů krčku děložního bývají většinou bezpříznaková, v čemž také spočívá jejich nebezpečí z pozdního odhalení. Pokud jsou včas zjištěny, bývá tento záchyt spíše zásluhou náhodného gynekologického vyšetření.

Pokročilejší onemocnění se potom projevuje zejména vodnatým výtokem, který může zapáchat, bolestí a případně i krvácením; mohou se objevit i urologické potíže. Jsou-li přítomny metastázy, vyplývá další symptomatika z jejich lokalizace. (Pilka, Zhoubné nádory ženského genitálu, *Lékařské listy*, 2009; Sláma, Adenokarcinom děložního hrdla – fakta. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009)

### 1.2.4 Diagnostika

Pro diagnostiku karcinomu či v lepším případě prekancerózy děložního čípku se využívá hned několika metod a postupů. V první řadě by určitě měla být pečlivě zpracována lékařská anamnéza obzvláště zaměřená na anamnézu gynekologickou, tedy začátek pohlavního života, počet porodů, zjištění eventuální prodělané pohlavní choroby či odhalení případné promiskuity. V rámci osobní anamnézy bychom mimo jiné měli zjistit, zda se u pacientky nevyskytuje choroba spojená s imunodeficiencí či nucenou

imunosupresí, v rámci anamnézy sociální se zajímáme o sociálně-ekonomickou situaci pacientky.

Dále je nutné komplexní gynekologické vyšetření včetně vyšetření per rectum. Samozřejmostí je i kolposkopické vyšetření s 3-5% kyselinou octovou.

Další z metod je onkologická cytologie. Vzhledem k důležitosti a náročnosti jak na provedení, tak na vyhodnocení, se touto metodou budu později zabývat samostatně.

Jedním ze zásadních vyšetření je i biopsie, materiál na ni je získáván na příklad excizí, kyretáží či exkochleací.

Pomocí při diagnostice jsou i laboratorní metody jako hematologické či biochemické vyšetření, v němž lze najít tumorový marker označovaný CA 125.

Ze zobrazovacích diagnostických metod nemůžeme opomenout ultrazvukové vyšetření nitrobřišních orgánů, a to včetně ledvin a spádových lymfatických uzlin, magnetickou rezonanci (MRI, NMR) či počítačovou tomografií (CT). Velký posun v léčbě je umožněn také v České republice již dostupné metodě PET/CT, díky níž lze nejen zjistit šíření nádoru mimo děložní hrdlo, ale také lépe sledovat úspěšnost již probíhající léčby.

Před případnou operací se dělá rentgen srdce a plic a komplexní interní vyšetření. (Sláma, Adenokarcinom děložního hrdla – fakta, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009; Campbell, Monga, *Gynaecology by Ten Teachers*, 2000)

## **CYTOLOGIE**

Historie cytodiagnostiky jako takové sahá až do 19. století, kdy byly popsány nádorové buňky v moči pacientů. Další rozvoj zaznamenala po 2. světové válce. V České republice se tato metoda rozvinula po roce 1947 díky F. Lukschovi, asistentovi II. gynekologické a porodnické kliniky, a J. Heroldovi, docentovi I. gynekologické a porodnické kliniky 1. Lékařské fakulty. Tito dva lékaři také navrhli českou nomenklaturu k cervikovaginálním stěrům, která se poté používala asi padesát let. (Kobilková a kol., *Gynekologická cytodiagnostika*, 2006)

Základy nového systému vyhodnocování stěrů byly položeny v roce 1988 v americkém Marylandu. „V systému je kladen důraz především na dokonalé vyplnění průvodky k cytologickému stěru, která je důležitou informací pro hodnotícího cytologa.

Velmi přesná a obšírná musí být také zpráva z laboratoře lékaři, který stěr pacientky do laboratoře odeslal.“ (Kobilková a kol., *Gynekologická cytodiagnostika*, 2006, s. 16)

„Cytodiagnostické stěry cervixu jsou stále jediným účinným testem k prevenci karcinomu cervixu.“ I díky tomu se výrazně snížila incidence tohoto onemocnění. (Kobilková a kol., *Gynekologická a cytodiagnostika*, 2006, s. 15)

### **Odběr materiálu pro stěr**

Správně provedený odběr materiálu pro cytologické vyšetření je zcela zásadní pro to, aby ho mohl cytolog co nejlépe vyhodnotit. Na čípku děložním rozeznáváme dvě části – ektocervix a endocervix. Ektocervix je pokryt dlaždicovým epitelem, zatímco endocervix vystýlá epitel cylindrický. Místo přechodu mezi oběma epitely se nazývá junkční zóna. Je důležité, aby lékař vhodnými nástroji provedl stěr jak z ektocervixu, tak z endocervixu i junkční zóny. Kromě toho musí být setřený materiál správným způsobem nanesen a fixován na podložní sklíčko. (Kobilková a kol., *Gynekologická cytodiagnostika*, 2006; DeCherney, Goodwin a kol., *Current Diagnosis & Treatment*, 2007)

### **Hodnocení stěru**

Pro hodnocení jsou významné i informace, které by cytologovi měl spolu se zasílaným materiálem předat klinický lékař, gynekolog. Mezi ně patří na příklad věk ženy, její menstruační anamnéza či další zvláštní okolnosti (nitroděložní tělísko, operace, chemoterapie). (Kobilková a kol., *Gynekologická cytodiagnostika*, 2006)

## *1.2.5 Terapie*

„Gynekologické nádory jsou léčeny pomocí jedné nebo kombinací více metod: chirurgií, radioterapií, chemoterapií nebo experimentální léčbou.“ Ideálním postupem je léčba onkogynekologem, a to nejlépe přímo v onkogynekologickém centru či oddělení. (Pilka, Zhoubné nádory ženského genitálu, *Lékařské listy*, 2009, s. 20)

„V uplynulých letech je patrný pokrok v léčbě žen s invazivně rostoucími nádory děložního hrdla. Zejména došlo k rozvoji konzervativní chirurgické léčby, která u vybrané skupiny žen dovoluje po odstranění děložního hrdla ponechat dělohu, a poskytnout tak šanci na těhotenství.“ U těchto pacientek s přáním zachování fertility je nutné před operací znát délku děložního hrdla, aby bylo možné zachovat alespoň 10 mm funkční tkáň cervixu. Také se dále rozvíjejí a do klinické praxe zavádějí minimálně invazivní techniky jako je laparoskopie či roboticky asistovaná laparoskopie, jejichž hlavní výhodou jsou menší krevní ztráty a kratší doba hospitalizace. (Pilka, Zhoubné nádory ženského genitálu, *Lékařské listy*, 2009, s. 20-21)

## **CHIRURGICKÉ OŠETŘENÍ**

Pro ošetření diagnostikované prekancerózy či karcinomu děložního čípku jsou preferovány excizní metody, a to nejenom z důvodu dobrých klinických výsledků, ale také pro možnost získání vzorku tkáňe pro histologické vyšetření. Pro všechny tyto výkony platí několik zásad:

- minimální hloubka elize by měla být 6 mm, laterální řez minimálně 2 mm od viditelného okraje léze
- při elektrochirurgickém či laserovém výkonu je třeba odsávat pooperační páry
- u hlubokých excizií a při výkonech skalpelem je vhodné využití vazokonstrikčního roztoku pro omezení krvácení
- elize musí zabírat celou transformační zónu
- rozsáhlé a opakované výkony je vhodné provádět v antibiotické cloně

Co se týká anestezie, většinu výkonů lze provádět ambulantně, nebo cestou jednodenní chirurgie s využitím krátké celkové nebo lokální anestezie. (Sláma, Turyna, *Technika excizních výkonů k ošetření abnormálních nálezů na děložním hrdle, Moderní gynekologie a porodnictví*, 2010; Rob, Martan a kol., *Gynekologie*, 2008)

### *Excizní výkony*

**Konizace skalpelem** má sice malé riziko horšího hojení rány a riziko krvácení (to však lze do určité míry omezit použitím vazokonstrikčních roztoků), jeho výhodou je ale nesporná univerzálnost. Také jsou při ní vyloučeny tepelné faktory a jejich účinky na tkáň, což je výhodné zvláště při opakovaných konizacích.

**Konizace vysokofrekvenční elektrickou kličkou** je ideální při výkonech na zcela exocervikálně uložených lézích; při endocervikálně lokalizovaných lézích má však četná omezení. Pro jejich ošetření lze však případně využít metodu „cowboy hut“, při níž je ložisko ošetřeno postupně větší a poté menší kličkou.

Výhoda **konizace vysokofrekvenční elektrickou jehlou** spočívá v možnosti ošetřit i hlubší endocervikální léze, je vhodná také pro rozsáhlejší výkony či pro ošetření asymetrických lézí. Naopak se nehodí pro plošné, mělké léze.

**Konizaci laserem** lze použít téměř u všech nálezů, hlavní výhoda spočívá v možnosti využití laseru v kombinaci s jinou metodou (kombinace excizního a destrukčního výkonu). Přesto je používán pouze omezeně, a to hlavně z důvodu větší časové i technické náročnosti a většího termického poškození tkáně.

V některých případech je nutné použít několika nástrojů a technik. Tyto **kombinované výkony** najdou využití hlavně u méně obvyklých nálezů s nutností široké či hluboké elize a při opakovaných výkonech v již zjizvené tkáni. (Sláma, Turyna, *technika excizních výkonů k ošetření abnormálních nálezů na děložním hrdle, Moderní gynekologie a porodnictví, 2010*; DeCherney, Goodwin a kol., *Current Diagnosis & Treatment, 2007*)

### **REZIDUUM A RECIDIVA**

Jako reziduální onemocnění můžeme označit záchyt nové prekancerózy, která byla diagnostikovaná do dvanácti měsíců od předchozího ošetření, nejčastěji chirurgického. Je-li tato doba delší než dvanáct měsíců, označuje se opětovný záchyt jako recidiva. Riziko reziduálního onemocnění či recidivy se u prekanceróz čípku děložního vyskytuje asi u 15%, častěji potom u pacientek nad 40 let. (Sláma, Pooperační sledování po ošetření prekanceróz děložního hrdla, *Moderní gynekologie a porodnictví, 2010*)

## DISPENZARIZACE

Po ošetření karcinomu děložního hrdla některou z výše uvedených metod je nutné pacientku dispenzarizovat. Po operaci je vhodné, aby se žena dostavila na první kontrolu až s odstupem 3 měsíců, neboť je třeba, aby se ranná plocha dokázala dostatečně reepitelizovat.

Dále dispenzarizace probíhá v těchto intervalech:

- první rok by žena měla docházet po 3 měsících
- druhý rok po 3 – 4 měsících
- třetí rok po 4 – 6 měsících
- čtvrtý rok po 6 měsících
- pátý rok také po 6 měsících
- je-li vše v pořádku, dále vždy po roce (jako standardní screening)

(Sláma, Adenokarcinom děložního hrdla – fakta, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009)

Do tohoto vyšetření patří komplexní gynekologické vyšetření včetně kolposkopie, odběr cytologie, případně HPV test, odběr CA 125 a případné další testy dle potřeby a symptomatologie.

HPV test slouží k rychlejšímu a přesnějšímu záchytu případných reziduí či recidiv onemocnění. Může lékaři podat informaci jak o aktuálním stavu pacientky (pokud je negativní, lze pacientku pokládat za vyléčenou), tak i o možných rizicích v budoucnu. Provedení tohoto testu je nejlepší odložit až na 6 měsíců po operaci (tzn. při druhé pooperační kontrole). Ideálních výsledků je dosahováno kombinací HPV testu a cytologického stěru. (Sláma, Adenokarcinom děložního hrdla – fakta, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2009; Sláma, Pooperační sledování po ošetření prekanceróz děložního hrdla, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2010)

### 1.2.6 Preventivní opatření

Prevence karcinomu děložního čípku spočívá hlavně v dodržování zásad bezpečného sexu (mezi něž spadá používání bariérové antikoncepce, zahájení sexuálního života po 17. roce či nižší počet sexuálních partnerů), nekuřáctví a samozřejmě v očkování vakcínami proti HPV. Kromě toho by mělo být samozřejmostí pravidelné navštěvování gynekologa v rámci preventivních prohlídek. Zde má pak zásadní význam onkologická cytologie (podrobně v kapitole **Diagnostika**), díky níž se za posledních 50 let podařilo snížit úmrtnost na nádory děložního krčku o 74%. Důležitou roli v prevenci gynekologických nádorů hraje i způsob stravování, tělesná aktivita a životní styl obecně. (Freitag, *Onkogynekologie – minimum pro praxi*, 2001; Pilka, *Zhoubné nádory ženského genitálu, Lékařské listy*, 2009)

#### SCREENING

Základní screeningovou metodou pro odhalení karcinomu či prekanceróz děložního hrdla je již po několik desítek let cervikální cytologický stěr. Do tohoto screeningu se dodnes bohužel zapojovalo stále ještě málo žen (udává se pouze kolem 40%). Loni byl ale zaveden organizovaný screening, který spočívá v tom, že pokud se žena k vyšetření nedostaví, měla by být písemně vyzvána. Kromě toho cytologické laboratoře podléhají přísnému systému akreditace, čímž by měly být zaručeny co možná nejpřesnější výsledky. (Fait, *Prevence karcinomu hrdla děložního a lidské papilomaviry, Lékařské listy speciál*, 2010)

Vyšetření metodou cervikálního stěru se nazývá také „Pap test“ či „Pap smear“ podle jména řeckého lékaře George Nicolase Papanicolaoua, který jako první publikoval spis o této metodě, ten se ale zpočátku setkal jen s chladným či lhostejným přijetím odborné veřejnosti. Vzhledem k tomu, že tento test je metodou neinvazivní, ideálně slouží ke screeningu jak prekanceróz, tak i vzniklých karcinomů bez zřejmé symptomatologie. Od roku 1996 mají dle české legislativy ženy nárok na jedno bezplatné cytologické vyšetření děložního hrdla ročně, a to bez omezení věku. V některých jiných vyspělých státech je



tento interval i o dost delší, u nás však byl takto nastaven vzhledem k poměrně vysoké incidenci karcinomu hrdla děložního.

Ačkoli jich není mnoho, existují i kontraindikace tohoto vyšetření; jsou však dočasné a patří mezi ně období periodického krvácení a floridní zánět. Měla by být také věnována pozornost době v menstruačním cyklu, kdy se vyšetření provádí, z důvodu kolísajících hladin hormonů, které mohou ovlivňovat cervikální epitel. Jako ideální doba se uvádí vrchol proliferace fáze, kdy by měl být stěr nejpřehlednější. (Dušková, Cytologické vyšetření v diagnostice patologických stavů děložního hrdla a jeho limity, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2010)

Dobrym pomocnikem je také tzv. HPV test, který spolu s cytologií dokáže zachytit až 97% nemaligních změn. Má však smysl ho provádět až u žen po 30. roce věku, neboť teprve potom je schopen zachytit perzistující infekce. (Halada, Žáková, HPV test a jeho význam pro klinickou praxi, *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2010)

### *1.2.7. Nové možnosti prevence karcinomu čípku děložního*

#### **OČKOVÁNÍ**

Očkování proti lidským papilomavirům představuje v dnešní době ideální možnost prevence nádorových lézí spojených s HPV, mezi něž patří zejména asi 70% karcinomů děložního hrdla, některé nádory konečníku, penisu a orofaryngeální oblasti. Právě proto, že vakcína nedokáže ochránit proti všem variantám karcinomu děložního hrdla, je nutné, aby i naočkované ženy dále docházely na pravidelné gynekologické prohlídky.

Na trhu je k dostání vakcína bivalentní účinná proti typům HPV 16 a 18 a vakcína kvadrivalentní účinná kromě dvou již zmiňovaných i proti HPV 6 a 11. Jako první byla uvedena na trh vakcína kvadrivalentní (Silgard, někde Gardasil), stalo se tak na podzim roku 2006; bivalentní vakcína (Cervarix) byla uvedena na trh o rok později. „Obě vakcíny prokázaly vynikající imunogenicitu se 100% sérokonverzí po očkování.“ Délka ochrany po očkování se poněkud liší – 5,5 roku u kvadrivalentní a 6,4 let u bivalentní. Nutnost přeočkování zatím nebyla stanovena. Protilátky však mohou relativně dobře přetrvávat i po

dobu sedmi let, probíhající výzkumy dávají naději v přetrvání ochrany minimálně 10 – 15 let.

Účinnost proti lézím spojeným s HPV 16 a 18 je u obou vakcín prakticky rovnocenná.

Ani jedna z vakcín není hrazena z veřejných prostředků. (Peterka, Očkování proti karcinomu hrdla děložního a dalším projevům HPV infekce, *Praktický lékař*, 2009, s. 9; Petráš, Principy HPV očkování, *Lékařské listy*, 2009; Fait, Prevence karcinomu hrdla děložního a lidské papilomaviry, *Lékařské listy speciál*, 2010)

Stejně jako u jiných očkování i v tomto případě lze říci, že nejlepší postvakcinační odpovědi organismu je dosahováno u osob mladších (9 – 14 let) a s věkem klesá. „Na očkování odpovídají dobře i chlapci a mladí muži ve věku 9 – 18 let, a to dokonce téměř dvakrát lépe než dívky a ženy ve stejném věku.“ (Petráš, Principy HPV očkování, *Lékařské listy*, 2009, s. 23)

Kromě malignit děložního čípku jsou vakcíny účinné i při snižování výskytu vulvárních a vaginálních lézí, které sice nejsou tak časté, ale vzhledem k neexistenci jejich screeningu mohou být poměrně zákeřné. Kvadrivalentní vakcína navíc chrání i před některými kondylomaty, což je sice benigní onemocnění, avšak má sklony k recidivám a pacientům zhoršuje kvalitu života, nehledě na možnou změnu vzhledu pohlavních orgánů, což neblaze působí na jejich psychiku. (Fait, Prevence karcinomu hrdla děložního a lidské papilomaviry, *Lékařské listy speciál*, 2010)

Česká gynekologicko-porodnická společnost a Odborná společnost praktických dětských lékařů vytvořily každá seznam doporučení pro očkování těmito vakcínami. (Peterka, Očkování proti karcinomu hrdla děložního a dalším projevům HPV infekce, *Praktický lékař*, 2009) Jako nejdůležitější z těchto doporučení vnímám následující:

- optimální doba pro očkování je po 15. roce věku; přesto je vakcína účinná i u žen starších, sexuálně aktivních
- po započetí sexuálního života je třeba, aby ženy chodily pravidelně na preventivní prohlídky u gynekologa; frekvence těchto prohlídek se nemění, i když je žena očkována proti HPV
- před očkováním není nutné provádět jakákoli vyšetření či testy (HPV test, onkologická cytologie, kolposkopie)

- očkované mohou být i ženy s abnormním výsledkem onkologické cytologie, kondylomaty či ošetřenou prekancerózou v anamnéze
- vakcinace žen nad 26 let a mužů není postupem non lege artis
- dívky mladší 15 let před zahájením pohlavního života lze očkovat u praktického lékaře pro děti a dorost dle možností stávajícího očkovacího kalendáře
- dívky nad 15 let před zahájením pohlavního života mohou být očkované u praktického lékaře pro děti a dorost, u gynekologa, u praktického lékaře pro dospělé nebo u jiného lékaře provádějícího očkování

### **VAKCÍNY SILGARD A CERVARIX**

Vakcína Silgard má očkovací schéma 0 – 2 – 6 měsíců (to znamená, že druhá dávka se podává za dva měsíce od dávky první a třetí dávka šest měsíců od první dávky). Kromě tohoto daného schématu má však tato vakcína i minimální intervalové schéma: druhá dávka se podává čtyři týdny od první, třetí dávka potom dvanáct týdnů od druhé. Je-li očkování mezi první a druhou dávkou z nějakého důvodu přerušeno, je nutné druhou dávku podat co nejdříve a třetí pak s dalším dvanáctitýdenním odstupem. Pokud dojde k přerušení očkování mezi druhou a třetí dávkou, je třeba podat poslední dávku co nejdříve je to možné. Celé schéma tří dávek by nemělo trvat déle než jeden rok.

Vakcína Cervarix má dané očkovací schéma na 0 – 1 – 6 měsíců. (Peterka, Očkování proti karcinomu hrdla děložního a dalším projevům HPV infekce, *Praktický lékař*, 2009)

Protektivní účinnost vakcín hodnocena na souboru minimálně 15 000 žen  
(tabulka dle Petráš, principy HPV očkování, *Lékařské listy*, 2009, s. 22)

	Silgard	Cervarix
CIN 2+ (HPV 16)	94,3 – 98,2 %	95,7 – 95,9 %
CIN 2+ (HPV 18)	100 %	86,7 – 91,6 %
CIN 3+ (HPV 16/18)/AIS	96,8 – 100 %	80 – 90,9 %
Kondylomata (HPV 6)	100 %	X
Kondylomata (HPV 11)	100 %	X

Tabulka č. 1  
(AIS = adenocarcinoma in situ)

## **CERVARIX**

### **Kontraindikace**

- alergie či přecitlivělost na jakoukoli z účinných látek nebo jakoukoli další složku vakcíny

- závažné infekční onemocnění s vysokými teplotami

Před očkováním by měl být lékař upozorněn, pokud pacient trpí problémy s krvácivostí nebo onemocněním spojeným se sníženou imunitou.

### **Nežádoucí účinky**

Případná alergická reakce zahrnuje následující příznaky: svědivá vyrážka, otoky obličeje a kolem očí, potíže s dýcháním a polykáním, náhlý pokles krevního tlaku a ztráta vědomí.

#### Velmi časté (1x na 10 dávek):

Bolest a nepříjemný pocit v místě vpichu, zarudnutí a otok v místě vpichu, bolest hlavy, bolest svalů, svalová slabost, únava.

#### Časté (1x na 100 dávek):

Gastrointestinální obtíže (nevolnost, zvracení, průjem, bolesti břicha), svědění, vyrážka, bolesti kloubů, horečka (38°C).

### Méně časté (1x na 1000 dávek):

Infekce horních cest dýchacích, závrať, jiné reakce v místě vpichu (tvrdé boule, parestezie, snížená citlivost).

### **Interakce**

Vakcína Cervarix nemusí mít optimální účinek, pokud pacient současně užívá léky potlačující imunitní systém. Užívání hormonální antikoncepce by na účinek vakcíny nemělo mít vliv.

### **Těhotenství a kojení**

Doporučuje se odložit očkování Cervarixem až po ukončení těhotenství a kojení. Pokud žena otěhotní během očkovacího schématu, je nutné, aby se o dalším postupu poradila se svým lékařem.

### **Uchovávání a aplikace**

Cervarix musí být chráněn před mrazem a světlem a musí být uchováván při teplotě 2-8°C.

Vakcína se aplikuje intramuskulárně, většinou do deltového svalu paže. Nikdy nesmí být aplikována do žíly. Během skladování se může v ampulce vytvořit jemný bílý sediment, který však není na závadu. Je ale třeba vakcínu před aplikací řádně protřepat. Vakcína by měla být aplikována hned po vyjmutí z chladničky, jsou však dostupné údaje, podle nichž ji lze po určitý čas uchovávat i mimo chladničku při zachování její použitelnosti, ovšem za dodržení následujících pokynů: po dobu tří dnů v teplotě 8-25°C, po dobu jednoho dne i při teplotě 25-37°C. (příbalový leták Cervarix)

## **SILGARD**

### **Kontraindikace**

- alergie na kteroukoli složku vakcíny
- rozvoj alergické reakce po předchozím podání Silgardu
- onemocnění s vysokou horečkou

Pokud pacient trpí zvýšenou krvácivostí či oslabením imunitního systému ať už na podkladě genetické vady či získaného onemocnění.

### **Nežádoucí účinky**

Příznaky alergické reakce jsou dýchací potíže, sípot způsobený bronchospasmem, kopřivka, vyrážka. Některé reakce samozřejmě mohou být i závažnější.

#### Velmi časté (1x na 10 pacientů):

Bolest, otok, zarudnutí v místě injekce, horečka.

#### Časté (1x na 100 pacientů):

Zhmožděniny, podlitiny, svědění v místě injekce, bolesti v končetinách.

#### Vzácné a velmi vzácné (1x na 1000 pacientů):

Kopřivka, dýchací potíže.

Co se týká nežádoucích účinků vakcíny obecně, patří mezi ně zduření uzlin, akutní postvakcinační encefalitida, syndrom Guillan-Barrého (svalová slabost, parestezie-mravenčení v horních i dolních končetinách a v horní části trupu), závrať, bolest hlavy, nevolnost, zvracení, bolesti kloubů a svalů, třesavka, celková slabost, krvácivé projevy. Výjimečně bylo pozorováno i bezvědomí doprovázené třesem a ztuhnutím; to se ale dostaví poměrně brzy po aplikaci vakcíny, a proto je vhodné, aby pacient setrval v ordinaci či čekárně ještě alespoň 15 minut.

### **Interakce**

Silgard nemusí mít optimální účinek, pokud pacient současně užívá léky potlačující imunitní systém. Perorální ani jiná antikoncepce nesnižuje účinnost vakcíny.

### **Těhotenství a kojení**

Silgard lze podat ženám, které kojí nebo se chystají kojit. Pokud je žena těhotná, snaží se otěhotnět či otěhotní v průběhu očkovacího schématu, je nutné, aby se o dalším postupu poradila s lékařem.

### **Uchovávání a aplikace**

Vakcína musí být uchovávána při teplotě 2-8°C, musí být chráněna před mrazem a světlem. Může se stát, že se v ampulce objeví bílá usazenina, která ale není na závadu. Po protřepání se Silgard aplikuje intramuskulárně přednostně do deltového svalu, případně do svalu stehenního. (příbalový leták Silgard)

## 2 EMPIRICKÁ ČÁST

### 2.1 Slovo úvodem

Rakovina děložního čípku je jedno z mála nádorových onemocnění, u nichž jsou faktory, které ho způsobují, známy a prozkoumány natolik, že lze uplatnit principy primární prevence. Kromě obecných zásad, které platí i pro prevenci dalších onkologických chorob, mezi něž patří například racionální strava, dostatek pohybu, nekouření a zdravý životní styl, v případě rakoviny děložního čípku byl navíc odhalen konkrétní virus, jenž toto onemocnění způsobuje. Jedná se o lidský papillomavirus (HPV) typ 16 a 18, jímž je dnes populace promořena poměrně vysokou měrou. V letech 2006 a 2007 byly na český trh uvedeny dvě nové očkovací vakcíny, které chrání člověka proti nakažení se HPV. Vzhledem k tomu, že zmíněný virus se přenáší v drtivé většině pohlavním stykem, je účinnost těchto vakcín nejvyšší samozřejmě pouze při naočkování před zahájením pohlavního života či co nejdříve po jeho započetí.

Další pozitivní okolností je fakt, že i sekundární prevence karcinomu čípku děložního je u nás na poměrně dobré úrovni. Existuje screening cytologickým vyšetřením, na něž má každá žena jednou ročně nárok. Ten by měl zachytit již první změny buněk epitelu čípku a odhalit tak počínající prekancerózy. Laboratoř, v níž se cytologické stěry vyhodnocují, musí být na velmi dobré úrovni, avšak hlavním úskalím tohoto vyšetření není na prvním místě kvalita laboratoře, ale hlavně obecné povědomí žen o důležitosti pravidelných preventivních prohlídek u gynekologa a s tím související jejich docházka na tyto prohlídky. Ačkoli je dnes již mnoho žen, které toto chápou a na prevenci chodí, jsou bohužel stále i ženy, které se k tomu staví minimálně lhostejně.

V tomto výzkumu se chci zabývat několika otázkami: jednak zda ženy znají rizikové faktory vzniku rakoviny děložního čípku, dále zda ženy různých věkových kategorií docházejí na preventivní gynekologické prohlídky a také jak jsou obeznámeny s poměrně novou možností očkování proti HPV.

## **2.2 Volba problému**

Problém, který jsem zvolila pro výzkumnou část bakalářské práce, zní „povědomost žen různých věkových kategorií o onemocnění rakovinou děložního čípku a možnostech jeho prevence“. Při výběru tohoto tématu jsem vycházela hned z několika věcí. Jednou z nich byla má zkušenost z praxe na gynekologické ambulanci, kde jsem si povšimla, že je stále mnoho žen, které nedocházejí pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky, podceňují riziko rakoviny děložního čípku a nevědí o tomto onemocnění nic bližšího. Další věcí byl záchyt prekancerózy na čípku v mé blízké rodině, přičemž tento se naštěstí vyřešil konizací čípku bez následků; stalo se tak hlavně proto, že byla prekanceróza odhalena včas právě díky pravidelným preventivním prohlídkám. K volbě výše zmíněného problému mě vedla bohužel i negativní zkušenost z mého okolí, kdy má kolegyně zcela zanedbala prevenci, od porodu vlastně na gynekologii vůbec nebyla a nádor jí byl diagnostikován již ve velmi pozdním stádiu, kdy už byly infiltrovány i další orgány malé pánve. Tato kolegyně poté prošla náročnou léčbou a ačkoli dnes je na tom zdravotně již lépe, nemoc jí výrazně zhoršila kvalitu života.

## **2.3 Cíle empirického šetření**

Cíl 1: Zjistit, zda jsou ženy informovány o onemocnění rakovinou děložního čípku a jeho rizikových faktorech.

Cíl 2: Zjistit, jestli ženy pravidelně docházejí na preventivní gynekologické prohlídky.

Cíl 3: Zjistit, jestli ženy vědí o možnosti očkování proti HPV vakcínami Silgard a Cervarix.



## **2.4 Analýza výzkumného pole**

Proměnné při výzkumu, které se ovlivňují:

- využití možnosti preventivních gynekologických prohlídek
- znalost rizikových faktorů karcinomu čípku děložního
- osobnost pacientky/klientky
- informovanost o možnosti očkování proti HPV
- cenová dostupnost očkovacích vakcín

## **2.5 Stanovení hypotéz**

- H1 Domnívám se, že více než 50% respondentek zná rizikové faktory rakoviny děložního čípku.
- H2 Domnívám se, že více než 60% respondentek dochází pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky minimálně jednou ročně.
- H3 Předpokládám, že více než 75% respondentek ví o možnosti očkování vakcínou Silgard nebo Cervarix.
- H4 Domnívám se, že minimálně polovina respondentek získává informace o rakovině děložního čípku a očkování proti HPV z tisku, televize a internetu.
- H5 Domnívám se, že více než polovina žen, které se nenechaly očkovat proti rakovině děložního čípku, tak neučinila z důvodu vysoké ceny.

## **2.6 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výběr výzkumného vzorku vycházel z cílů výzkumného šetření.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na pacientky/klientky nad 15 let věku náhodně vybrané privátní gynekologické ambulance v Praze na Barrandově, kde je v současné době registrováno asi pět tisíc pacientek. Náhodně bylo osloveno 120 žen, které v období od 20. prosince 2010 do 28.ledna 2011 navštívily z různých důvodů ordinaci paní doktorky. Z těchto 120 respondentek bylo ve věkové kategorii 15-19 let 32 žen, v kategorii 25-35 let 47 žen, v kategorii 36-50 let 22 žen a v kategorii nad 50 let 19 žen.

## **2.7 Metodika empirického šetření**

Pro zjištění co největšího množství údajů jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Pro jednodušší a přehlednější zpracování bylo použito uzavřených a polootevřených otázek, pouze v jednom případě jde o otázku otevřenou. Dotazník obsahoval 16 otázek.

## **2.8 Průběh empirického šetření**

Bylo distribuováno 120 dotazníků, všechny byly odevzdány řádně vyplněné. Dotazníky byly rozdávány respondentkám paní doktorkou, která byla předem instruována. Před vyplňováním byly ženy informovány o anonymitě dotazníku a o použití získaných informací pouze ke studijním účelům z důvodu vypracování bakalářské práce. Respondentkám bylo doporučeno pečlivé přečtení každé otázky a byly požádány o označení varianty, která nejvíce odpovídá skutečnosti, či o stručné vypsání odpovědi u otevřené otázky.

Vyplňování dotazníku nebylo časově limitováno.

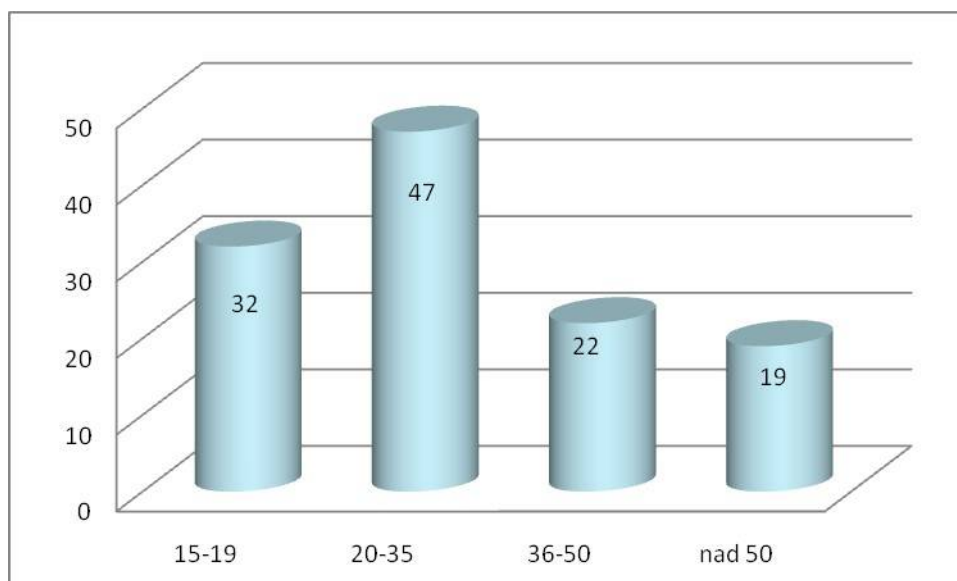
## 2.9 Zpracování empirického šetření

Pro zpracování vyplněných dotazníků byla použita metoda kvantitativní a kvalitativní analýzy. Číselná data jsou vyjádřena v grafech doprovázených popisem a interpretací výsledků. Procentové výpočty jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa, jejich prostý součet tedy v některých případech nemusí dávat přesně 100%. U některých otázek bylo možno zatrhnout více odpovědí, proto u nich součet všech položek grafu nemusí dát 120.

## 2.10 Vyhodnocení empirického šetření

*Vyhodnocení položky č. 1:*

Kolik je Vám let? – a) 15-19; b) 20-35; c) 36-50; d) více než 50



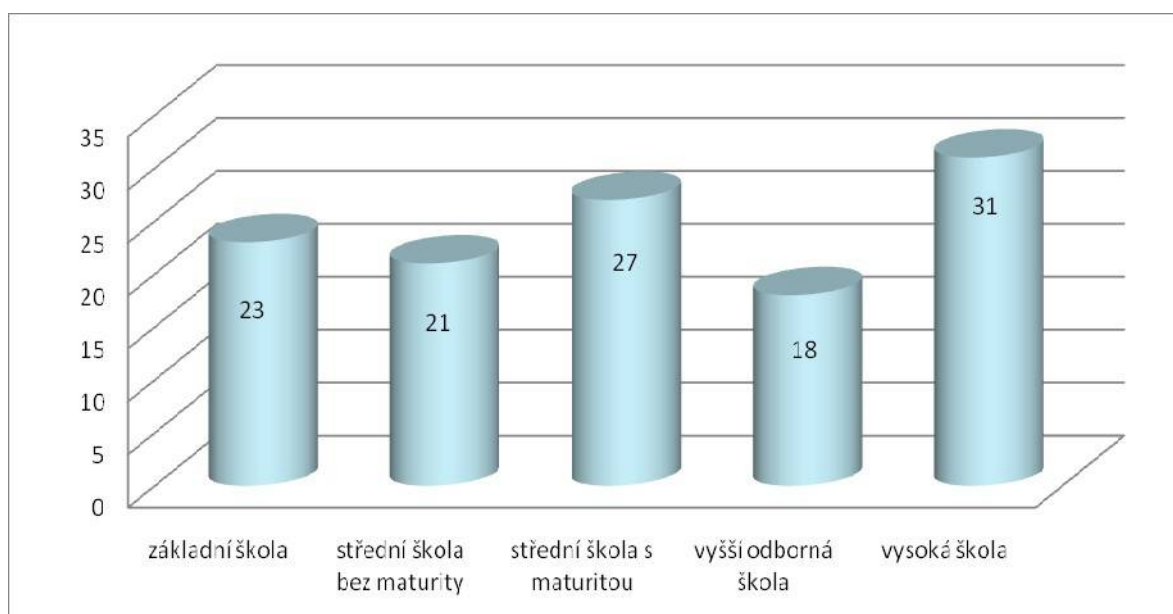
Graf č. 1

Graf č. 1 podává informaci o tom, že nejvíce respondentek, tj. 47 (39,17%), je ve věku 20-35 let. Druhou největší skupinu tvoří dívky ve věku 15-19 let, jichž je 32 (26,67%).

Dotázaných ve věku 36-50 let bylo 22 (18,33%) a žen ve věku nad 50 let bylo 19 (15,83%).

### *Vyhodnocení položky č. 2:*

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? – a) základní škola; b) střední škola bez maturity; c) střední škola s maturitou; d) vyšší odborná škola; e) vysoká škola.



Graf č. 2

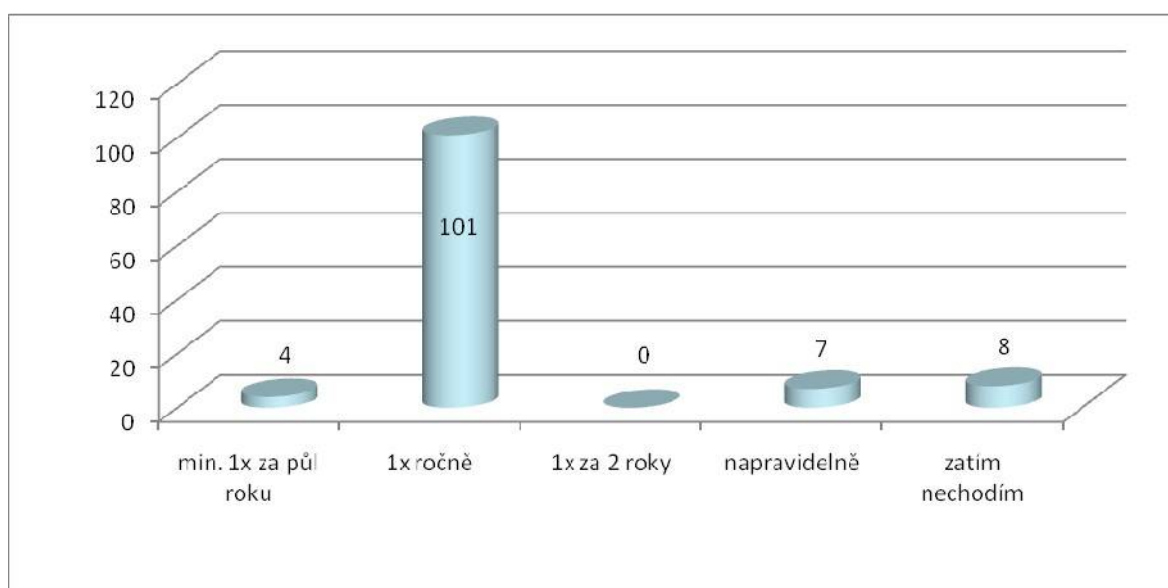
Graf č. 2 vyhodnocuje všech 120 respondentek z hlediska jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Počty žen v každé ze skupin jsou poměrně rovnoměrně rozloženy, nejvíce zastoupena je skupina se vzděláním vysokoškolským – 31 žen (25,83%), dále žen se střední školou s maturitou je 27 (22,5%), základní školu má 23 oslovených žen (19,17%), střední školu bez maturity má 21 žen (17,5%) a nejmenší skupinu tvoří ženy s vyšší odbornou školou, kam spadá 18 žen (15%).

Poměrně velký počet dotázaných, které uvedly jako své nejvyšší dosažené vzdělání základní školu, je dán hlavně jejich věkem. Všechny respondentky se základní školou totiž spadají do věkové kategorie 15-19 let, a tudíž jsou to dívky, které své další vzdělání teprve

získávají. Relativně malý počet dotázaných s vyšší odbornou školou je dle mého názoru dán hlavně tím, že vyšších odborných škol je obecně méně, méně studentů na ně dochází. Příjemným překvapením byl velký počet žen s vysokoškolským vzděláním.

### *Vyhodnocení položky č. 3:*

Jak často chodíte na preventivní gynekologické prohlídky? – a) pravidelně 1x za půl roku nebo častěji; b) pravidelně 1x ročně; c) pravidelně 1x za 2 roky; d) nepravidelně; e) zatím nechodím, dnešní návštěva je má první.



Graf č. 3

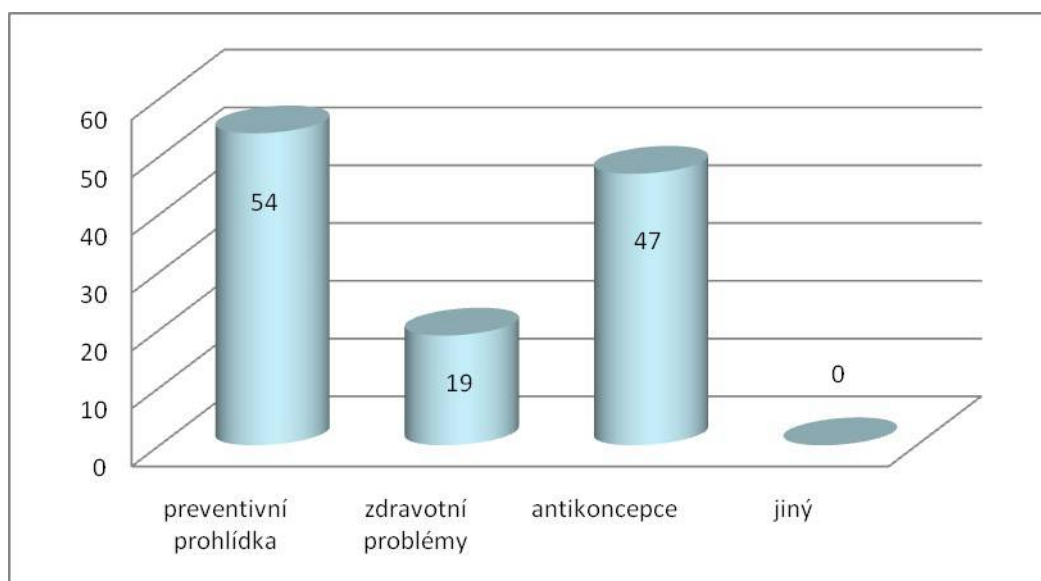
Správně by ženy měly chodit na preventivní prohlídky alespoň jedenkrát ročně, případně častěji, určí-li tak jejich gynekolog.

Z grafu č. 3 je zřejmé, že naprostá většina žen, které vyplňovaly dotazník, chodí na preventivní gynekologické prohlídky pravidelně jednou ročně – těchto žen je 101 (84,17%). 8 respondentek (6,67%) uvedlo, že návštěva gynekologa, při níž vyplňovaly dotazník, je jejich první. Všechny tyto dívky spadaly do věkové kategorie 15-19 let, proto je jejich odpověď zcela pochopitelná.

Další skupinu tvoří ženy, které dochází na preventivní gynekologické prohlídky nepravidelně, je jich 7 (5,83%); tyto spadaly nejvíce do věkových kategorií 20-35 let a 36-50 let a v následující otázce uváděly jako důvod návštěvy gynekologa odpověď b) zdravotní problémy, komplikace. Z toho je zřejmé, že tyto ženy chodí ke gynekologovi pravděpodobně pouze když mají nějaké obtíže a hrazené preventivní prohlídky vůbec nevyužívají. 4 respondetky (3,33%) uvedly, že dochází na preventivní prohlídky minimálně jednou za půl roku. Odpověď za c (docházím pravidelně 1x za 2 roky) nezaškrtnla žádná z oslovených žen. Vysvětlují si to tím, že pokud už žena nechodí na preventivní prohlídky alespoň jednou ročně, nebude chodit pravidelně ani jednou na dva roky.

#### *Vyhodnocení položky č. 4:*

Důvodem Vaší dnešní návštěvy gynekologa je: a) pravidelná preventivní prohlídka; b) zdravotní problémy, komplikace; c) předepsání antikoncepce; d) jiný důvod – uveďte jaký.



Graf č. 4

Graf č. 4 objasňuje, proč oslovené přišly v den vyplňování dotazníku ke gynekologovi. Největší skupina žen (54, tj. 45%) se dostavila z důvodu pravidelné preventivní

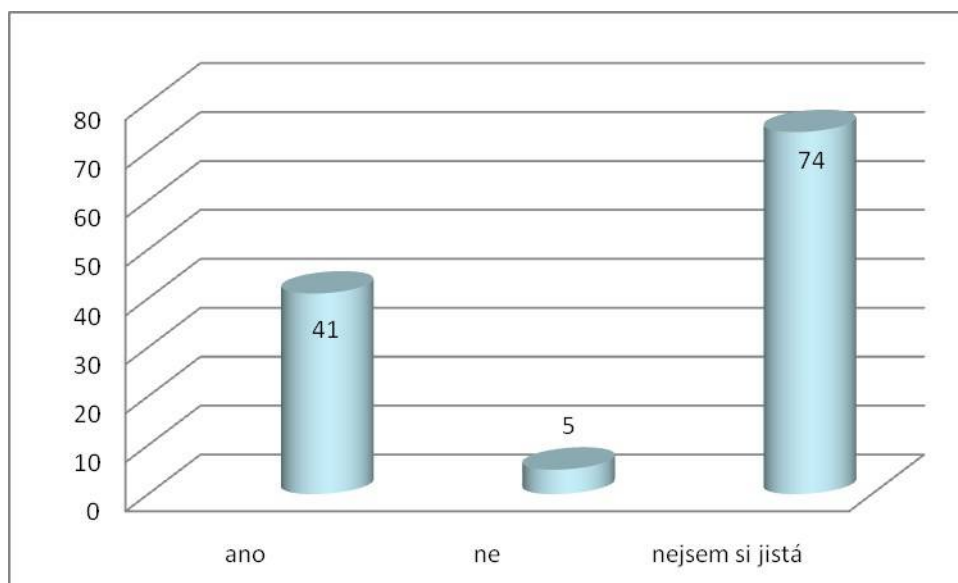
gynekologické prohlídky. Těsně za touto skupinou co do počtu respondentek jsou ženy, které přišly k lékařce pro předepsání antikoncepce; je jich 47 (39,17%) a nachází se mezi nimi všech 8 dívek, které v předchozí otázce uvedly, že přišly na gynekologii poprvé a spadaly do věkové kategorie 15-19 let.

19 žen (15,83%) zaškrtnulo odpověď *b*, totiž že se dostavily kvůli různým zdravotním problémům či komplikacím. Většina těchto respondentek také v předchozí otázce uvedla, že pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky nechodí. Nebyly to samozřejmě ale pouze ony, odpověď *b* zaškrtovaly i ženy, které jinak na prohlídky svědomitě docházejí.

Odpověď *d* (*jiný důvod*) nezaškrtnula žádná žena.

### *Vyhodnocení položky č. 5:*

Znáte rizikové faktory, které přispívají ke vzniku rakoviny děložního čípku? – a) ano; b) ne; c) nejsem si jistá.



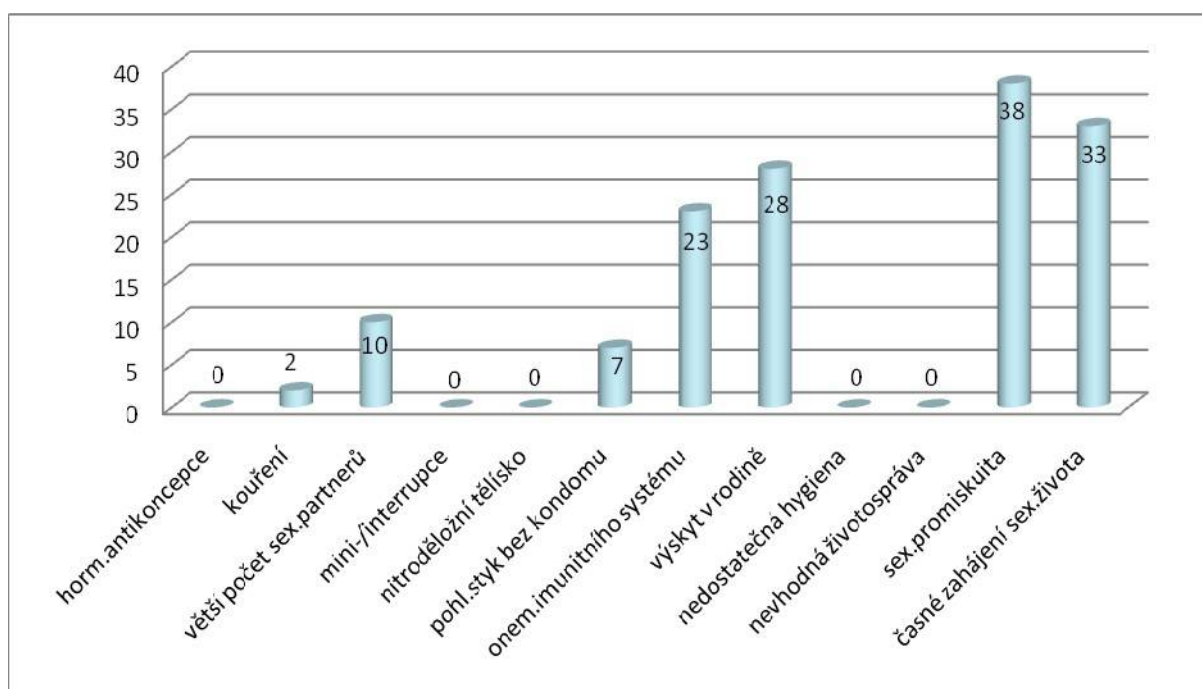
Graf č. 5

Graf č. 5 ukazuje, zda si respondentky myslí, že znají faktory, které mohou přispět ke vzniku rakoviny děložního čípku. Žen, které odpověděly ano, je 41 (34,17%), bez ohledu na to, zda v následující otázce označily tyto faktory správně. 5 žen (4,17%) přiznalo, že

rizikové faktory nezná. Většina dotázaných – 74 (61,67%) – odpověděla, že si v této otázce není jistá. Na další otázku č. 6 odpovídalo pouze oněch 41 respondentek, které u této položky zatrhly *ano*.

### Vyhodnocení položky č. 6:

Pokud jste na předchozí otázku odpověděla *ano*, co patří mezi tyto rizikové faktory? (možno zatrnout více odpovědí) – a) hormonální antikoncepce; b) kouření; c) větší počet sexuálních partnerů; d) prodělaná mini-/interrupce; e) zavedené nitroděložní tělísko; f) pohlavní styk bez použití kondomu; g) onemocnění imunitního systému; h) výskyt onemocnění v rodině (genetické faktory); i) nedostatečná hygiena; j) nevhodná životospráva, strava; k) sexuální promiskuita; l) časně zahájení sexuálního života.



Graf č. 6

Správné odpovědi na tuto otázku jsou následující: *b) kouření, c) větší počet sexuálních partnerů, f) pohlavní styk bez použití kondomu, g) onemocnění imunitního systému, k) sexuální promiskuita, l) časně zahájení sexuálního života.*



O zodpovězení této otázky byly požádány pouze ty ženy, které v předchozí otázce zaškrtnuly odpověď *a*. Měly možnost zatrhnout libovolný počet odpovědí, a proto je pro vyhodnocení této položky nutné pohlížet na ni nikoli jako na rozdělení všech respondentek mezi několik možností, ale spíše jako kvantitativní vyjádření toho, o čem jsou více či méně přesvědčeny že patří mezi rizikové faktory.

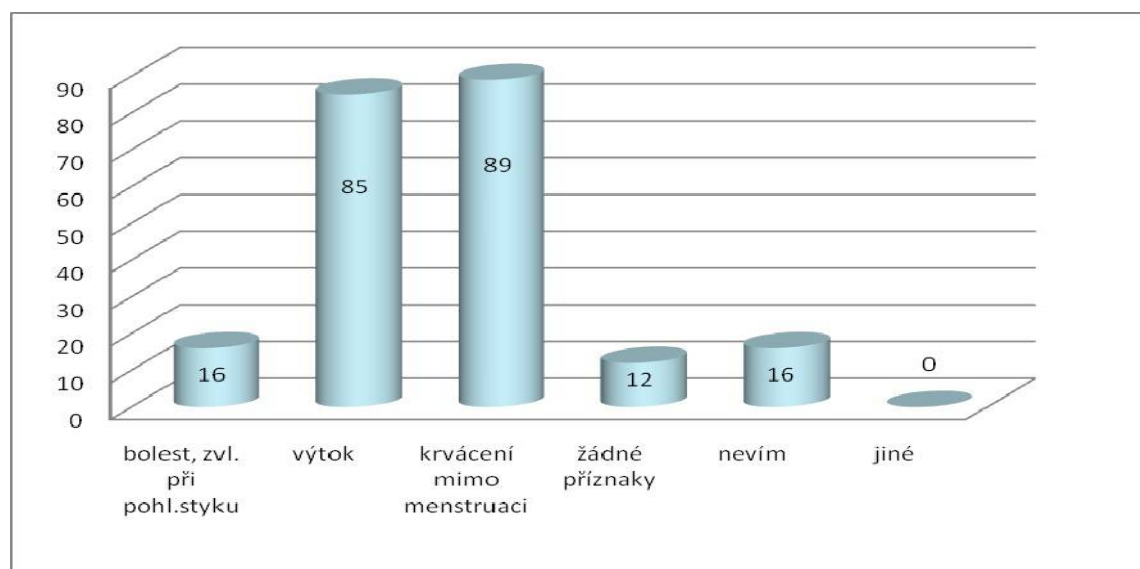
Žádná z respondentek nepovažuje za rizikový faktor rakoviny děložního čípku hormonální antikoncepci, prodělanou mini-/interrupci, zavedené nitroděložní tělísko, nedostatečnou hygienu ani nevhodnou životosprávu.

Sexuální promiskuita je oslovenými ženami nejvíce vnímána jako rizikový faktor, označilo ji 38 dotázaných (26,95%). Závažné pro vznik karcinomu cervixu je pro ženy také časné zahájení sexuálního života, tuto možnost zatrhlo 33 zúčastněných (23,4%). Výskyt onemocnění v rodině se v odpovědích objevil 28krát (19,86%), onemocnění imunitního systému bylo zaškrtnuto 23krát (16,31%). Menší položky co do počtu označení potom tvoří větší počet sexuálních partnerů (zaškrtnuto 10krát, tj. 7,09%), dále pohlavní styk bez použití kondomu (7krát, tj. 4,96%) a kouření (dvakrát, tj. 1,42%).

Dá se říci, že ženy mají poměrně dobrý přehled o faktorech, které přispívají k rozvoji karcinomu čípku děložního. Nejzávažnější faktory byly většinou nejvíce zaškrťávány, jedinou výjimku tvoří snad jen 28 odpovědí *genetické faktory*, které zrovna mezi přímé rizikové faktory nepatří, a na opačné straně poměrně malý počet zatrhnutí odpovědí kouření a *pohlavní styk bez použití kondomu*, což je ale hlavní cesta přenosu HPV.

### Vyhodnocení položky č. 7:

Domníváte se, že mezi časné příznaky rakoviny děložního čípku patří (možno zatrhnout více odpovědí) – a) bolest, zvláště při pohlavním styku; b) výtok; c) krvácení mimo menstruaci; d) žádné příznaky; e) nevím, co patří mezi časné příznaky rakoviny děložního čípku; f) jiné – uveďte jaké.



Graf č. 7

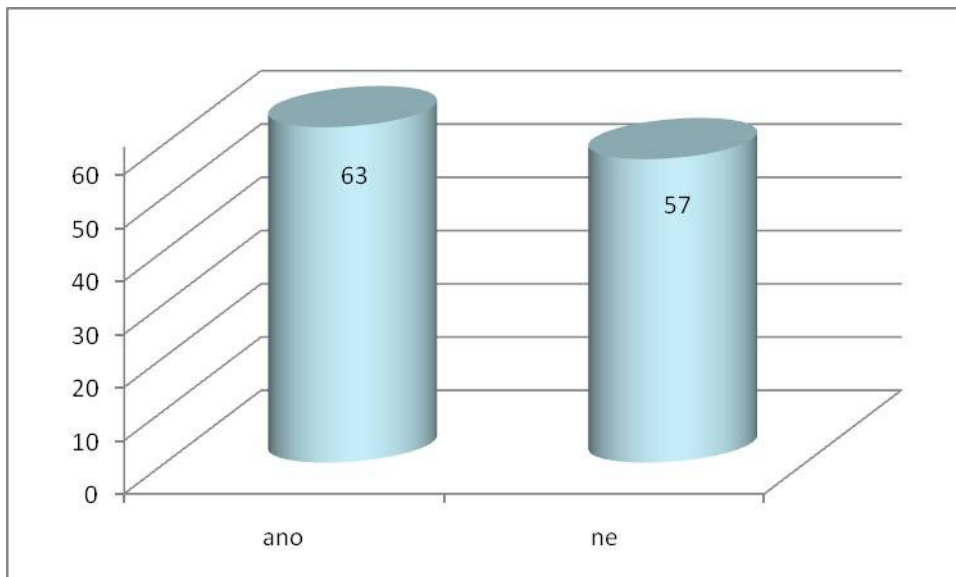
Graf č. 7 ukazuje, zda mají ženy, které vyplňovaly dotazník, povědomost o časných příznacích rakoviny děložního čípku. I u této otázky bylo možno zatrhnout více než jednu odpověď, odpovídaly na ni všechny respondentky.

Nejvíce byla označována odpověď *krvácení mimo menstruaci* a to v 89 případech (40,83%). Další často zatrhávanou odpovědí byl 85krát *výtok* (38,99%). Počty zaškrtnutí u dalších možností byly poměrně rovnoměrně rozložené – 16 žen (7,34%) zatrhlo odpověď *bolest, zvláště při pohlavním styku* a 12 žen (5,5%) *žádné příznaky*. 16 žen (7,34%) neví, co patří mezi časné příznaky karcinomu děložního čípku.

Dotázané ženy bohužel správnou odpověď (tedy *žádné příznaky*) neoznačovaly příliš často. V odpovědích se objevovaly především příznaky, které k symptomatologii karcinomu čípku sice patří, nikoli však v časných stádiích.

*Vyhodnocení položky č. 8:*

Znáte ve svém blízkém okolí někoho, kdo prodělal rakovinu děložního čípku? – a) ano; b) ne.

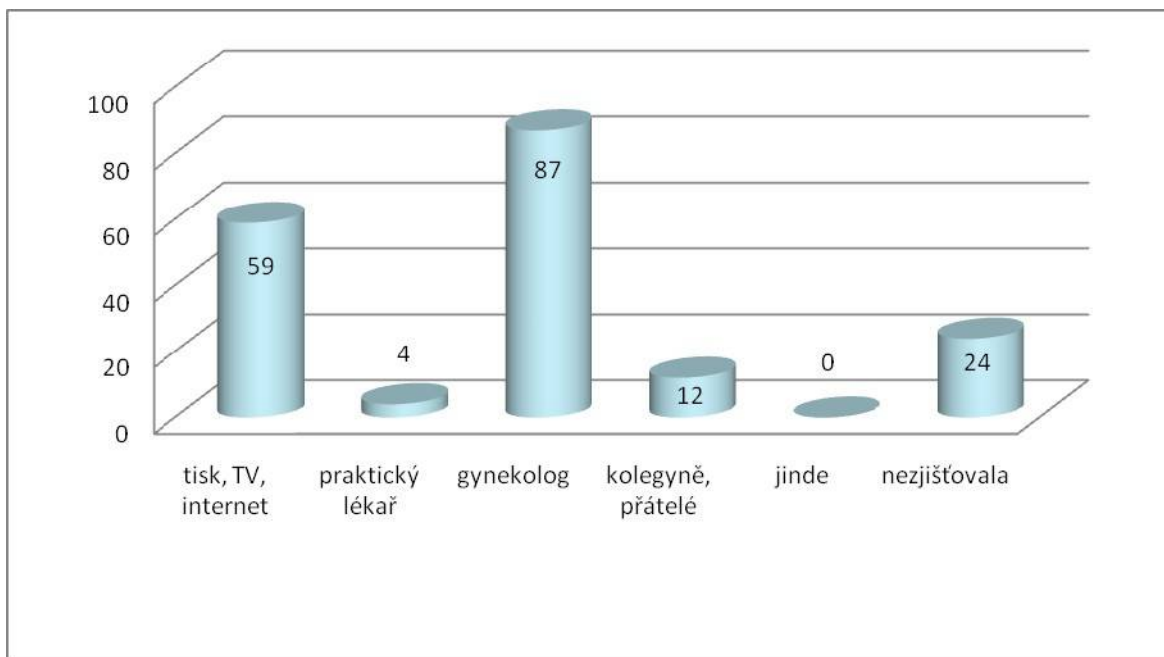


Graf č. 8

Z grafu č. 8 je zřejmé, že mezi zúčastněnými je téměř stejný počet těch, které znají ve svém okolí někoho, kdo rakovinu děložního čípku prodělal, a těch, které nikoho takového neznají. Z tohoto výsledku lze usuzovat, že ačkoli bylo respondentek pouze 120, v naší populaci se toto onemocnění vyskytuje poměrně často, když více než polovina dotázaných žen (63, což je 52,5%) s ním má zkušenost u své rodiny či blízkých přátel.

### Vyhodnocení položky č. 9:

Odkud jste získala informace o rakovině děložního čípku? (možno zatrhnout více odpovědí) – a) tisk, televize, internet; b) praktický lékař; c) gynekolog; d) kolegyně, přátelé; e) jinde – vypište kde; f) informace jsem si nezjišťovala.



Graf č. 9

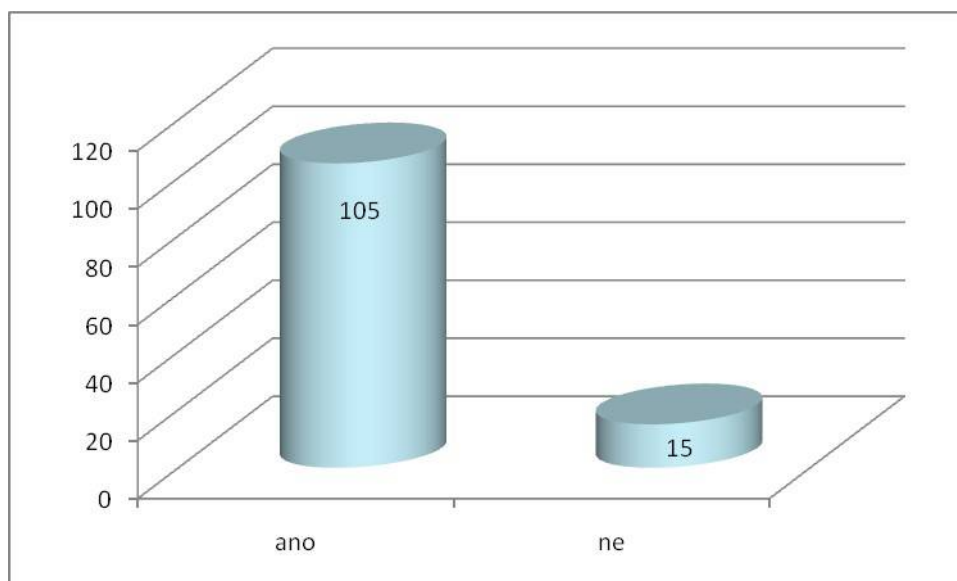
Stejně jako u otázky č. 6 a 7 i zde měly respondentky možnost zatrhnout více odpovědí, neboť je zřejmé, že při získávání informací člověk většinou využívá více zdrojů. Na vyhodnocování této položky je proto třeba na ni takto pohlížet. Nejčastěji označovaná byla odpověď *c) gynekolog*, byla zatržena 87krát (46,77%). Další nejčastější odpovědí byl *tisk, televize, internet*, v dotaznících se tato odpověď objevila 59krát (31,72%). 12krát (6,45%) byla respondentkami zatržena odpověď *kolegyně, přátelé* a 4krát (2,15%) *praktický lékař*. 24 žen (12,9%) uvedlo, že si informace o karcinomu čípku děložního nikde nezjišťovalo.

Fakt, že většina žen získala tyto informace od gynekologa, je určitě pozitivní. Je také dobře, že se ženy snaží získávat informace i samy, a to prostřednictvím médií a internetu;

v tomto případě je ale určitě třeba nabyté poznatky zkonzultovat s odborníkem, neboť nemusí být vždy zcela spolehlivé.

### *Vyhodnocení položky č. 10:*

Víte o možnosti očkování proti rakovině děložního čípku? – a) ano; b) ne.

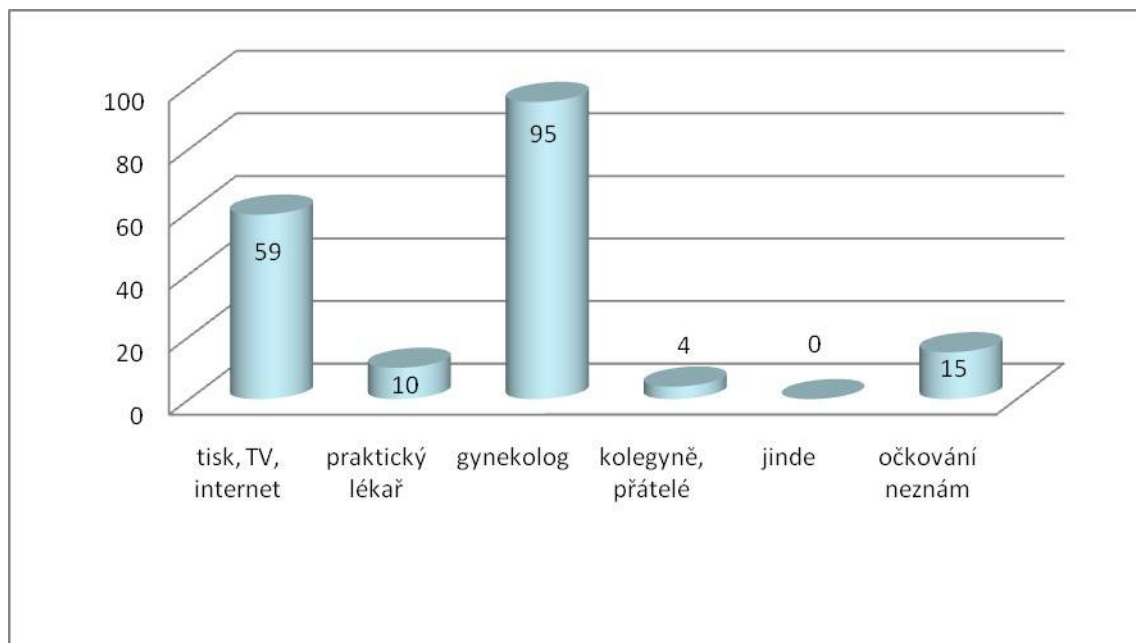


Graf č. 10

Graf č. 10 podává informaci o tom, že naprostá většina respondentek o možnosti očkování proti HPV ví, je jich 105 (87,5%). Pouze 15 dotázaných (12,5%) uvedlo, že o tomto očkování nemá povědomost. Z těchto 15 žen a dívek byl největší počet těch, jimž je více než 50 let a mají středoškolské vzdělání. Je zde i několik žen z ostatních věkových kategorií a s různým nejvyšším vzděláním. Co však měly téměř všechny společné bylo to, že přiznaly neinformovanost jak o onemocnění rakovinou děložního čípku, tak o rizikových faktorech i možnostech prevence. U respondentek ve věku 36-50 let a nad 50 let si jejich neznalost nových vakcín vysvětlují tím, že samy za sebe už se o tuto možnost nezajímaly a pravděpodobně ani nemají dcery, jimž by toto očkování mohly zajistit.

### Vyhodnocení položky č. 11:

Kde jste získala o tomto očkování informace? (možno zatrhnout více odpovědí) – a) tisk, televize, internet; b) praktický lékař; c) gynekolog; d) kolegyně, přátelé; e) jinde – vypište kde; f) o možnosti očkování mi není nic známo.



Graf č. 11

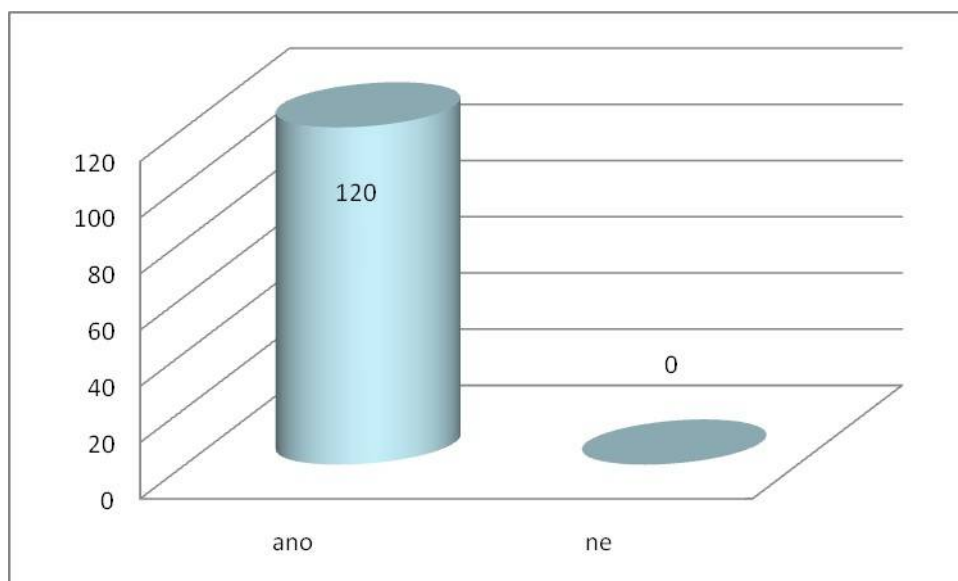
Graf č. 11 je vyhodnocením další otázky, u níž mohly respondentky zatrhnout více odpovědí. Nejčastěji, 95 krát (51,91%), označily, že informace o očkování proti HPV získaly ženy od gynekologa. V 59 případech (32,24%) informace čerpají z tisku, televize a internetu. Praktický lékař coby zdroj informací o očkování byl označen 10 krát (5,46%) a kolegyně, přátelé 4 krát (2,19%). 15 žen (8,2%) uvedlo, že žádné informace o tomto očkování nemá. Tyto respondentky jsou tytéž, které v předchozí položce zaškrtovaly odpověď *b*.

Nezanedbatelný počet zatržených odpovědí *a* je dle mého názoru způsoben i tím, že obzvláště v době svého uvedení na trh měly obě vakcíny poměrně rozsáhlou reklamu, a to převážně právě v tisku, na internetu i na reklamních plochách na veřejných místech. Téměř všechny ženy, které zaškrtovaly odpověď *praktický lékař*, spadají do věkové kategorie 15-19

let, a je tedy pravděpodobné, že také praktičtí lékaři pro děti a dorost jsou schopni vhodně pacientky informovat o této gynekologické problematice.

### *Vyhodnocení položky č. 12:*

Domníváte se, že očkovací vakcína je na lékařský předpis? – a) ano; b) ne.

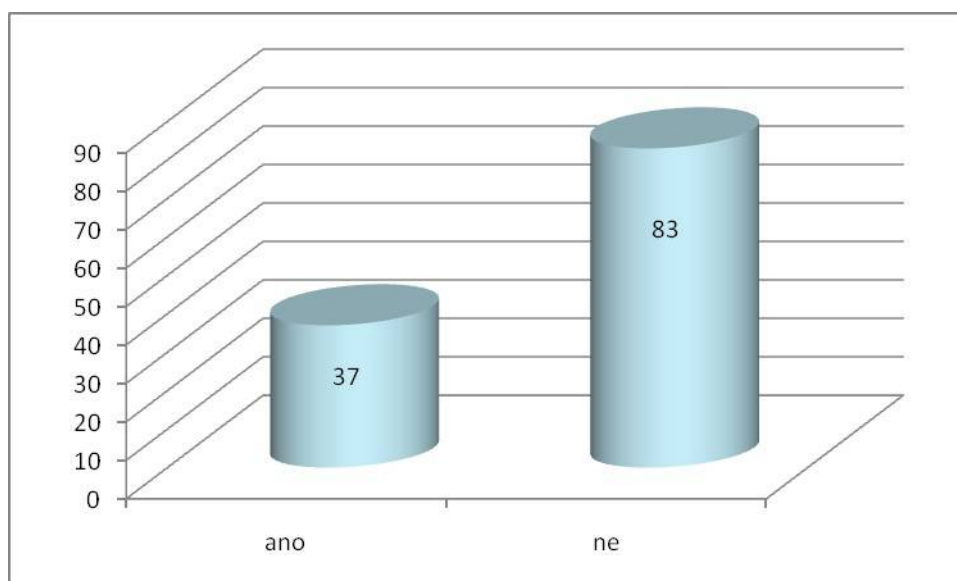


Graf č. 12

U této otázky je výsledek zcela jednoznačný – všech 120 respondentek odpovědělo správně. Všechny zúčastněné ženy, které se chtějí nechat očkovat či budou chtít nechat naočkovat své potomky, vědí, že vakcínu nelze zakoupit ve volném prodeji lékárny, ale nutné se obrátit na lékaře.

### *Vyhodnocení položky č. 13:*

Nechala jste se očkovat proti rakovině děložního čípku? – a) ano; b) ne.



Graf č. 13

Graf č. 13 vypovídá o tom, zdali ženy, jež se zúčastnily dotazníkového šetření, využily možnosti očkování proti HPV. Některou z vakcín bylo očkováno 37 respondentek (30,83%), většina z nich spadá do věkové kategorie 15-19 let, případně 20-35 let, což je zcela pochopitelné vzhledem k roku, v němž byly vakcíny uvedeny na trh. Neočkované ženy tvoří 69,17% (83 respondentek).

### *Vyhodnocení položky č. 14:*

Co Vás k očkování přimělo?

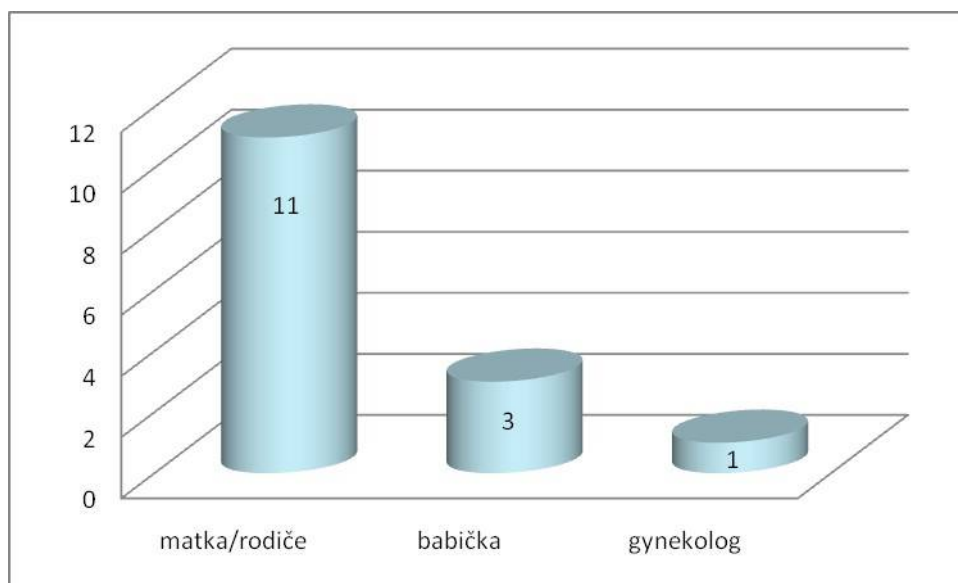
Na tuto otázku odpovídalo pouze 37 dotázaných žen, jež u otázky předchozí zaškrtnuly odpověď *a*.

Vzhledem k tomu, že tato položka byla pojata jako otázka otevřená, ženy byly požádány, aby svou odpověď stručně vypsaly.



Počet respondentek, které jsou očkovány proti HPV, lze rozdělit na dvě skupiny podle věkových kategorií, ženy jiného věku na tuto otázku neodpovídaly. Jejich odpovědi se často opakovaly, rozhodla jsem se je tedy znázornit ve dvou grafech, každý pro jednu věkovou kategorii.

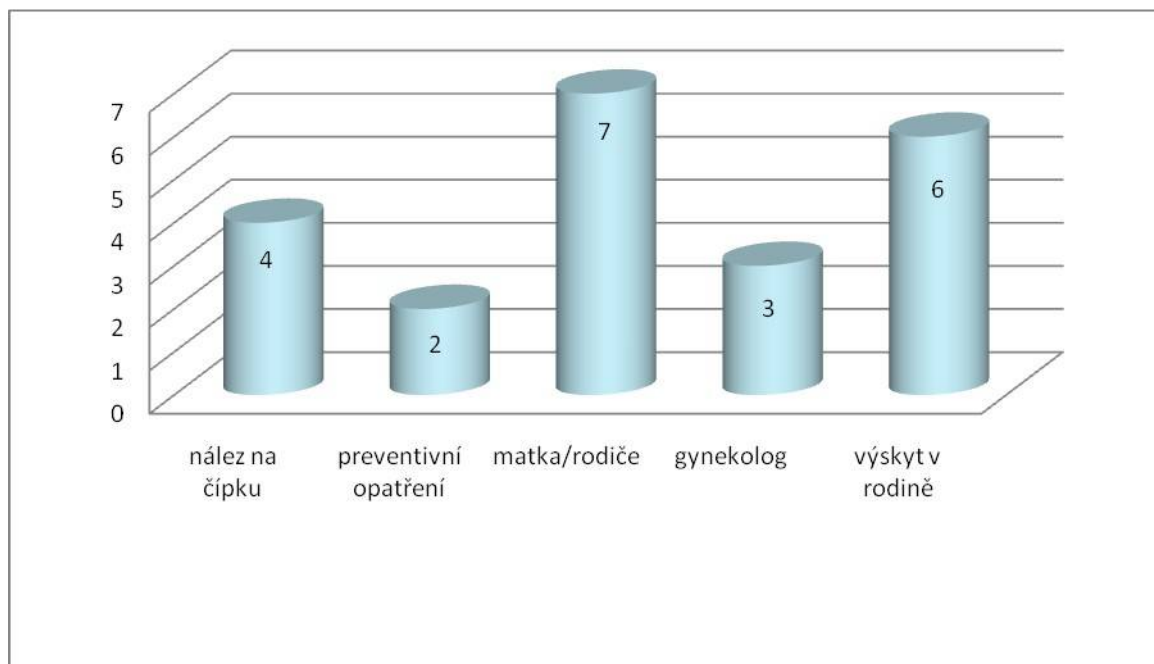
#### Věk 15 – 19 let



Graf č. 14a

Graf č. 14a jasně vypovídá o tom, že největší vliv na dívky ve věku 15-19 let co se týká očkování proti HPV má rozhodně jejich rodina. Matka či rodiče se na rozhodnutí uvedeného počtu dívek podíleli v 11 případech (73,33%), babička ve 3 případech (20%, z čehož jedna respondentka zdůraznila i babiččinu finanční výpomoc). Minimální položku potom tvoří doporučení gynekologa – pouze v 1 případě (6,67%).

## Věk 20 – 35 let



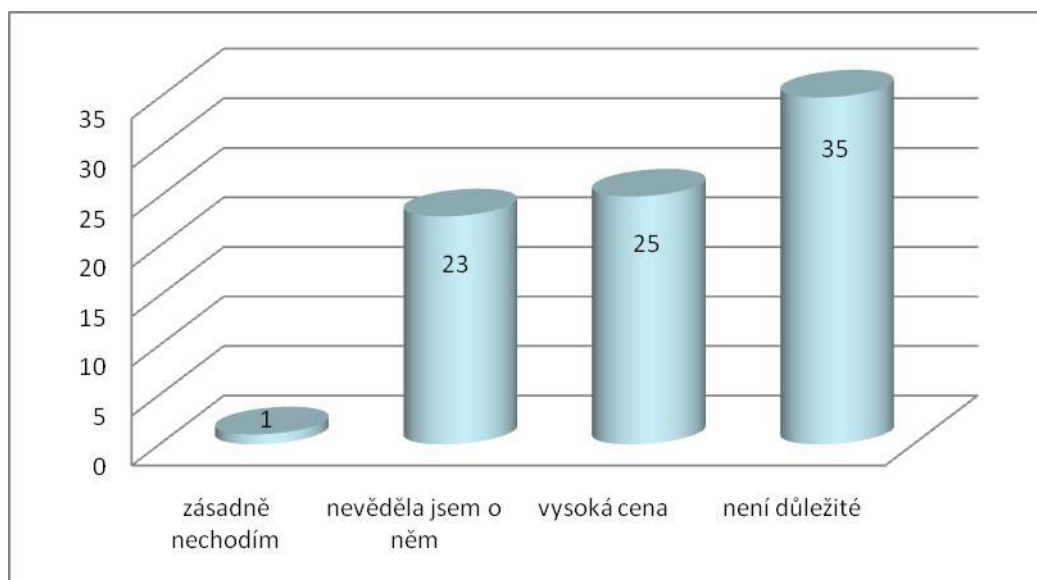
Graf č. 14b

Graf č. 14b ukazuje, co přimělo k očkování mladé ženy v kategorii 20-35 let. Největší roli zde opět hraje doporučení matky či rodičů, objevilo se v 7 případech (31,82%). Těsně za ním (6 žen, 27,27%) se objevil jako důvod očkování výskyt onemocnění v rodině či v blízkém okolí (kolegyně, přátelé), tento faktor se u mladších dívek vůbec nevyskytl. Hraniční nález na čípku či jiný nález z cytologie byl důvodem k očkování pro 4 respondentky (18,18%). 3 ženy (13,64%) uvedly doporučení gynekologa a 2 ženy (9,09%) preventivní opatření.

Z tohoto výsledku plyne, že o rakovinu děložního čípku a očkování jakožto možnost prevence se více zajímají ženy, které mají s tímto onemocněním zkušenost ze svého blízkého okolí. Ženy, jimž byl cytologickým vyšetřením zjištěn nález na čípku, měly být svým gynekologem informovány o faktu, že lidský papillomavirus již v organismu s největší pravděpodobností mají, a očkování je tedy už před ním nemůže ochránit.

### Vyhodnocení položky č. 15:

Co bylo důvodem toho, že jste se očkovat nenechala? – a) na očkování zásadně nechodím; b) nevěděla jsem o možnosti tohoto očkování; c) vysoká cena tohoto očkování; d) domnívám se, že toto očkování není důležité.



Graf č. 15

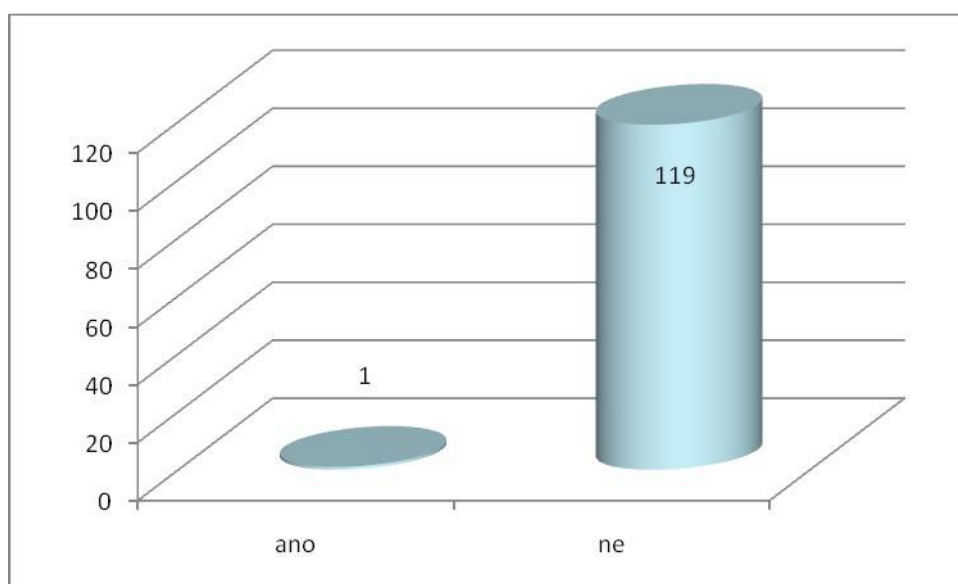
Na tuto otázku odpovídalo pouze těch 83 ze 120 oslovených žen, které v otázce č. 13 uvedly, že nejsou očkovány proti HPV. Tato položka řeší důvody, proč se tyto ženy nenechaly očkovat.

Největší skupina respondentek, jichž je 35 (42,17%), si myslí, že toto očkování pro ně není důležité. Často to byly ženy z věkových kategorií 36-50 let a více než 50 let a k zaškrtnuté odpovědi připisovaly, že takto odpovídají s přihlédnutím právě ke svému věku, v němž už jim toto očkování připadá zbytečné. Vzhledem k tomu, že vakcíny Silgard a Cervarix mají skutečně optimální úspěšnost pouze při aplikaci před zahájením pohlavního života a případně co nejdříve po něm, je postoj těchto respondentek zcela pochopitelný. Další skupinu tvoří 25 žen (30,12%), které uvedly, že se nenechaly očkovat z důvodu vysoké ceny zmíněných vakcín. Pravdou je, že jejich zakoupení rozhodně není levnou záležitostí, cena se pohybuje okolo deseti tisíc korun, což určitě může znatelně zasáhnout do rozpočtu každé ženy či rodiny. 23 respondentky (27,71%) odpověděly, že o

očkovaní nevěděly. I tyto ženy spadaly převážně do vyšších věkových kategorií, vysvětlení jejich odpovědi je tedy nasnadě – v době, kdy by se nechávaly očkovat proti HPV, tyto vakcíny zkrátka ještě neexistovaly. Pouze jedna z dotázaných žen (1,21%; věk 20-35 let, vysokoškolské vzdělání) odpověděla, že na očkování zásadně nechodí.

#### *Vyhodnocení položky č. 16:*

Myslíte si, že když je žena očkovaná proti rakovině děložního čípku, není už nutné, aby chodila na preventivní gynekologické prohlídky? – a) ano; b) ne.



Graf č. 16

Poslední položka dotazníku zjišťuje, zda ženy, ať už očkované či neočkované, vědí, že docházet na pravidelné gynekologické prohlídky je nutné stále. Pouze jedna z nich (0,83%, z kategorie 20-35 let, středoškolské vzdělání s maturitou) se domnívá, že je-li žena očkovaná, nemusí již na prohlídky chodit. Všech zbývajících 119 respondentek (99,16%) označilo správnou odpověď. Tento výsledek je určitě potěšující, je dobré, že si to uvědomují i ženy, které se vzhledem ke svému věku očkovat nedaly, ale mohly nechat naočkovat své dcery a na tuto problematiku je upozornit.

## 2.11 Závěry empirického šetření

### 2.11.1 Kvantitativní závěr

Oslovených žen, které se zúčastnily dotazníkového šetření, bylo nejvíce ve věku 20-35 let (26,67%), jejichž nejvyšší dosažené vzdělání bylo v nejvíce případech vysokoškolské (25,83%). 84,17% respondentek uvedlo, že dochází na preventivní gynekologické prohlídky pravidelně jednou ročně. Nejvíce žen navštívilo v den vyplňování dotazníku gynekologa z důvodu pravidelné preventivní prohlídky, bylo jich 45%. Většina dotázaných (61,67%) si není jistá znalostí rizikových faktorů, které přispívají ke vzniku rakoviny děložního čípku. Jako nejzávažnější z rizikových faktorů dotázané ženy vnímají sexuální promiskuitu (26,95%). Co se týká časných příznaků rakoviny děložního čípku, nejčastěji (ve 40,83%) bylo označeno krvácení mimo menstruaci. 52,5% zúčastněných zná ze svého blízkého okolí někoho, kdo prodělal rakoviny děložního čípku. Jako nejčastější zdroj informací o tomto onemocnění slouží ženám gynekolog (v 46,77%). Naprostá většina (87,5%) ví o možnosti očkování proti HPV, informace o něm získaly nejvíce taktéž od gynekologa (51,91%). Všechny dotazované ženy jsou přesvědčeny, že výše zmíněné očkování je na lékařský předpis. 30% ze 120 žen se nechalo očkovat proti HPV, nejčastějším důvodem pro ně bylo doporučení rodičů a v neposlední řadě i výskyt karcinomu děložního čípku v blízkém okolí. Více respondentek (70%) se očkovat nenechalo, nejčastějším důvodem v tomto případě bylo to, že toto očkování jim již v jejich věku nepřipadá důležité (ve 41,67%). Drtivé většině žen a dívek (99,16%) je jasné, že ačkoli je žena očkována proti HPV, je nutné, aby i nadále chodila na preventivní gynekologické prohlídky.

### *2.11.2 Kvalitativní závěr*

Dle odpovědí náhodně vybraných žen, jež se zúčastnily dotazníkového šetření, lze konstatovat, že většina pacientek registrovaných ve zvolené gynekologické ordinaci dochází na preventivní gynekologické prohlídky pravidelně minimálně jednou ročně, bylo i poměrně dost dívek, které v době šetření navštívily gynekologa poprvé. Dalším zjištěním bylo, že ženy sice mají povědomost o rakovině děložního čípku, avšak nejsou si vždy úplně jisté rizikovými faktory tohoto onemocnění, a tudíž se proti němu nemohou efektivně chránit. Ženy, které vyplňovaly dotazník, také většinou nevěděly, že první časné příznaky karcinomu čípku děložního se nemusí vůbec nijak projevit; ty symptomy, které ženy označovaly, se většinou týkají až pozdějších stadií. Toto je podle mě dáno hlavně tím, že žena se cítí být dostatečně chráněna již docházením na preventivní prohlídky, a nepovažuje už tudíž za nutné zjišťovat si o časné diagnostice choroby podrobnější informace, spoléhá se v tomto na svého gynekologa. Poměrně dost respondentek zná ze svého okolí někoho, kdo karcinom čípku prodělal, tyto ženy jsou o této chorobě většinou i lépe informovány a častěji se nechaly očkovat některou z vakcín proti HPV.

Za nejčastější informační zdroj co se týká karcinomu čípku i očkování proti němu platí gynekolog, dále ženy získávají informace hlavně z tisku, televize či internetu. Informovanost o očkování proti HPV je poměrně dobrá, dle mého názoru je to díky poměrně rozsáhlé reklamní kampani, která v souvislosti s uvedením vakcín na trh probíhala. Podrobnější informace si potom ženy zjišťovaly přímo u svého gynekologa a pokud už se z důvodu svého věku nenechaly naočkovat samy, zajistily očkování pro své dcery či vnučky. Obecně lze říci, že respondentky jsou lépe informovány o očkování proti HPV než o onemocnění rakovinou děložního čípku samotném.

### *2.11.3 Vyhodnocení cílů*

Cíl 1: Zjistit, zda jsou ženy informovány o onemocnění rakovinou děložního čípku a jeho rizikových faktorech.

Oslovené ženy jsou poměrně dobře informovány o rizikových faktorech rakoviny děložního čípku, ohledně příznaků tohoto onemocnění je jejich informovanost spíše obecná, často považují pozdější příznaky za symptomy časného stadia choroby.

Cíl 2: Zjistit, jestli ženy pravidelně docházejí na preventivní gynekologické prohlídky.

Výrazná většina respondentek dochází na preventivní gynekologické prohlídky pravidelně jednou ročně, malé procento chodí i častěji.

Cíl 3: Zjistit, jestli ženy vědí o možnosti očkování proti HPV vakcínami Silgard a Cervarix.

Naprostá většina respondentek o možnosti očkování proti HPV ví.

### *2.11.4 Vyhodnocení hypotéz*

H1 Domnívám se, že více než 50% respondentek zná rizikové faktory rakoviny děložního čípku.

- Tato hypotéza se vyvrátila.

H2 Domnívám se, že více než 60% respondentek dochází pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky minimálně jednou ročně.

- Tato hypotéza se potvrdila.

H3 Předpokládám, že více než 75% respondentek ví o možnosti očkování vakcínou Silgard nebo Cervarix.

- Tato hypotéza se potvrdila.

H4 Domnívám se, že minimálně polovina respondentek získává informace o rakovině děložního čípku a očkování proti HPV z tisku, televize a internetu.

- Tato hypotéza se vyvrátila.

H5 Domnívám se, že více než polovina žen, které se nenechaly očkovat proti rakovině děložního čípku, tak neučinila z důvodu vysoké ceny.

- Tato hypotéza se vyvrátila.

## 2.12 Návrhy pro praxi

V ordinaci paní doktorky, kde jsem prováděla dotazníkové šetření, jsem zjistila, že většina žen a dívek dochází svědomitě na preventivní gynekologické prohlídky minimálně jednou ročně, což je výborný výsledek. I v ostatních ordinacích privátních gynekologů by lékaři měli své pacientky upozorňovat na nesporný přínos těchto prohlídek, dělají-li se pravidelně. Pacientkám by mělo být vysvětleno, jakým způsobem screening karcinomu děložního čípku probíhá, aby měly samy možnost pochopit, proč je tak důležité na prevence chodit. Poněkud jednodušší situace je u dívek, které jdou ke gynekologovi poprvé. V těchto případech bývá důvodem návštěvy nejčastěji předepsání hormonální antikoncepce. Je to však také ideální čas pro lékaře, jenž při první návštěvě může pacientku ovlivnit i do budoucna. Nejlépe tím, že jí vše vysvětlí (koneckonců je velkou pravdou, že pouze dobře informovaný pacient může být pacientem spolupracujícím) a případně podpoří osvětu i nabídkou letáků či jiných informačních materiálů ve své čekárně. Tyto tiskoviny samozřejmě nijak neovlivní ženy, které na preventivní prohlídky vůbec nechodí; v jejich případě by se pravděpodobně lépe osvědčily plakáty například v dopravních prostředcích či na zastávkách, případně bannery na webových stránkách navštěvovaných převážně ženami.

Co se týká možnosti očkování proti HPV, z výzkumu vychází, že ženy s ní jsou obeznámeny a ty, u nichž může mít vakcína optimální účinnost, povětšinou také očkovány jsou. Je zřejmé, že ženy středního věku již toto očkování nepovažují za příliš přínosné, ale určitě by bylo dobré, kdyby se o své znalosti mohly podělit i s ostatními. Myslím si, že by



bylo dobré například zřízení internetové diskuse, v níž by mohly své zkušenosti sdílet s ženami různého věku, ať už ty, které se očkovat nechaly, tak i ty, které prodělaly rakovinu děložního čípku. Bylo by také vhodné, aby o možnosti očkování informovali matky i praktičtí lékaři pro děti a dorost, jež mají v péči jejich děti (záměrně nepíší dcery, neboť mohou být očkovaní i chlapci). Ve věku kdy je očkování nejefektivnější jsou totiž děti ještě v jejich péči, a tito lékaři by tudíž měli být schopni s rodiči probrat výhody očkování proti HPV, zodpovědět případné dotazy, navrhnout očkovací schéma (je nutno ho zkoordinovat s povinným očkováním dle očkovacího kalendáře) a samozřejmě zajistit i další zdroje informací o této problematice formou letáků, brožurek či odkazem na webové stránky. Matky dospívajících dcer, které chtějí nechat naočkovat, by měly být lékařem upozorněny, že by bylo vhodné probrat se svou dcerou účinky tohoto očkování a naplánovat jej pokud možno před zahájení pohlavního života.

## ZÁVĚR

Závěrem bakalářské práce bych chtěla shrnout vývoj výskytu rakoviny děložního čípku za posledních několik let. Dle veřejně dostupných informací a statistik na webových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) se incidence tohoto onemocnění pohybuje od roku 1985 kolem 20 nových případů na 100.000 obyvatel za rok, mírně výraznější nárůst byl zaznamenán v roce 1986, další vrcholy pak mezi lety 1993 až 1994. Poté je tendence spíše klesající. Co se týká mortality, ta od roku 1993, kdy byla kolem 8/100.000 obyvatel za rok, mírně poklesla, avšak stále se drží ve velmi podobných číslech.

V roce 2003 bylo zjištěno 31,1 nových případů karcinomu děložního čípku na 100.000 obyvatel (absolutní počet činil 1.626) a ve statistickém žebříčku nádorových onemocnění u žen byl na pátém místě po nádorech kůže, prsu, tlustého střeva a děložního těla. I v roce 2004 byla situace obdobná, častost výskytu zmíněných chorob se držela ve stejném pořadí, incidence rakoviny čípku však poněkud klesla, a to na 30,4/100.000 obyvatel (absolutně 1.590). Během roku 2005 výskyt výrazně poklesl na 19,1/100.000 obyvatel (absolutně 1.003), na žebříčku nejčastějších nádorových onemocnění se tato choroba posunula na nižší příčky, což bylo dáno hlavně tím, že se do popředí začaly u žen dostávat nádory plic a průdušek, tlustého střeva a konečníku. V roce 2006 se incidence opět nepatrně zvýšila na 20,1/100.000 obyvatel (absolutně 1.060) a co do častosti se před ni dostaly opět nádory plic a průdušek, slinivky břišní a rekta. Z těchto 1.060 nově zjištěných případů bylo 48,4% zachyceno v prvním stadiu onemocnění, 14,9% ve druhém stadiu, 19,3% ve třetím stadiu a 8,5% ve stadiu čtvrtém. Od této doby se incidence stále pohybuje kolem 20/100.000 obyvatel.

Z této statistiky je zřejmé, že ačkoli se daří incidenci rakoviny děložního čípku držet víceméně na stejné úrovni, počet nově zjištěných případů ani mortalita příliš neklesají. Bohužel je stále ještě mnoho žen, které po posledním porodu již preventivní prohlídky u gynekologa nepovažují za důležité a pokud u nich dojde k rozvoji nádorového bujení v oblasti děložního čípku, bývá odhaleno až v některém z pozdějších stadií, což s sebou potom nutně nese i invazivnější terapii a možné následky do dalšího života.

Dle mého názoru by bylo vhodné nejen doporučovat ženám všech věkových kategorií, aby se zúčastňovaly pravidelně preventivních prohlídek u svého gynekologa, ale především je více informovat o samotném nádorovém onemocnění čípku, o jeho rizikových faktorech a s nimi souvisejícím faktem, že lidským papillomavirem, jež se podstatnou měrou podílí na jeho vzniku, je populace poměrně bohatě promořena, a může se to tudíž týkat každé z nich. Obzvláště by si to potom měly uvědomit matky dospívajících dcer a po poradě s lékařem uvážit očkování proti HPV.

Bylo by dobré ženám zdůrazňovat, že čím je záchyt onemocnění časnější, tím lepší je poté i jeho prognóza. Tuto jednoduchou poučku zajisté všichni dobře znají, avšak nejsem si už jistá, že se podle ní skutečně řídí. A to určitě neplatí pouze pro karcinom čípku děložního, ale i pro řadu jiných chorob. Lidé obecně se domnívají, že když je u nich nějaké takové onemocnění odhaleno, lékaři to dokážou vyřešit a vše bude zase v pořádku. Proto je třeba soustavně populaci edukovat a přimět obyvatele, aby sami převzali alespoň část odpovědnosti za své zdraví, aby se naučili chorobám co možná nejvíce předcházet a uvědomili si, že – ač to zní jako klišé – zdraví jejich a jejich blízkých je skutečně jednou z nejcennějších hodnot, již bychom si měli vážit a chránit ji.

## SEZNAM LITERATURY

1. CAMPBELL, S., MONGA, A. *Gynaecology by Ten Teachrs*. London (UK): Arnold, 2000. 279 s. ISBN 0-340-74081-7.
2. DeCHERNEY, A.H., GOODWIN, T.M., NATHAN, L., LAUFER, N. *Current Diagnosis & Treatment – Obstetrics & Gynecology*. New York (USA): McGraw-Hill Companies, Inc., 2007. 1118 s. ISBN 0-07-110509-3.
3. DUŠKOVÁ, J. Cytologické vyšetření v diagnostice patologických stavů děložního hrdla a jeho limity. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2010, 3, s. 266-275. ISSN 1211-1058.
4. FAIT, T. Prevence karcinomu hrdla děložního a lidské papilomaviry. *Lékařské listy speciál*. 2010, 4, s. 14-15. ISSN neuvedeno.
5. FREITAG, P. *Onkolgynekologie, minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2001. 106 s. ISBN 80-7254-196-X.
6. HALADA, P., ŽÁKOVÁ, B. HPV test a jeho význam pro klinickou praxi. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2010, 3, 276-279. ISSN 1211-1058.
7. KOBILKOVÁ, J., LOJDA, Z., ONDRUŠ, J., BEKOVÁ, A. *Gynekologická cytodiagnostika*. Praha: Galén, 2006. 119 s. ISBN 80-7262-313-3.
8. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2007. 309 s. ISBN 978-80-246-1216-4.
9. PETERKA, T. Očkování proti karcinomu hrdla děložního a dalším projevům HPV infekce. *Praktický lékař*. 2009, 1, s. 8-10. ISSN 0032-6739.

10. PETRÁŠ, M. Principy HPV očkování. *Lékařské listy*. 2009, 7, s. 22-23. ISSN neuvedeno.
11. PILKA, R. Zhoubné nádory ženského genitálu. *Lékařské listy*. 2009, 7, s. 20-21. ISSN neuvedeno.
12. ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
13. SLÁMA, J. Adenokarcinom děložního hrdla – fakta. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2009, 2, s. 124-128. ISSN 1211-1058.
14. SLÁMA, J. Pooperační sledování po ošetření prekanceróz děložního hrdla. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2010, 3, s. 311-315. ISSN 1211-1058.
15. SLÁMA, J., TURÝNA, R. Technika excizních výkonů k ošetření abnormálních nálezů na děložním hrdle. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2010, 3, s. 304-310. ISSN 1211-1058.
16. TACHEZY, R. Epidemiologie genitální papillomavirové infekce ve světě a ČR. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006, 4, s. 589-594. ISSN 1214-2093.
17. VONKA, V. Etiologie karcinomu děložního čípku – cesta k jejímu objasnění. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006, 4, s. 580-588. ISSN 1214-2093.
18. příbalový leták Cervarix
19. příbalový leták Silgard
20. [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

# SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf č. 1 na str. 35 - věk respondentek

Graf č. 2 na str. 36 - vzdělání respondentek

Graf č. 3 na str. 37 - docházka respondentek na preventivní gynekologické prohlídky

Graf č. 4 na str. 38 - důvod návštěvy gynekologa v den vyplňování dotazníku

Graf č. 5 na str. 39 - informovanost o rizikových faktorech karcinomu čípku děložního

Graf č. 6 na str. 40 - rizikové faktory karcinomu čípku děložního

Graf č. 7 na str. 42 - informovanost o časných příznacích karcinomu čípku děložního

Graf č. 8 na str. 43 - setkání s karcinomem čípku děložního v blízkém okolí respondentek

Graf č. 9 na str. 44 - zdroje informací o rakovině čípku děložního

Graf č. 10 na str. 45 - povědomí respondentek o možnosti očkování proti HPV

Graf č. 11 na str. 46 - zdroje informací o očkování proti HPV

Graf č. 12 na str. 47 - informovanost o předepisování vakcín proti HPV

Graf č. 13 na str. 48 - poměr očkováných a neočkováných respondentek

Graf č. 14a na str. 49 - důvody pro očkování proti HPV u respondentek mezi 15 a 19 lety  
věku

Graf č. 14b na str. 50 - důvody pro očkování proti HPV u respondentek mezi 20 a 35 lety  
věku

Graf č. 15 na str. 51 - důvody pro neočkování proti HPV

Graf č. 16 na str. 52 - povědomí o nutnosti preventivních gynekologických prohlídek po  
očkování proti HPV

Tabulka č. 1 na str. 28 - protektivní účinnost vakcín Silgard a Cervarix

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1

### ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní doktorko,

jmenuji se Jana Adámková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Žádám Vás, aby mi bylo umožněno v rámci tvorby bakalářské práce provést dotazníkovou akci mezi Vašimi pacientkami. Práce má název „Nové možnosti v prevenci karcinomu čípku děložního.“ Dotazník je přiložen k této žádosti.

Informace získané z dotazníkové akce budou anonymní, poslouží čistě ke zpracování bakalářské práce a v žádném případě jich nebude zneužito.

Předem děkuji za vyřízení žádosti.

Jana Adámková  
Jesenická 12, Praha 10

V Praze dne 24.11.2010

## Příloha č. 2

### DOTAZNÍK

Vážená slečno, paní,

jmenuji se Jana Adámková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. V rámci tvorby bakalářské práce provádím dotazníkovou akci mezi pacientkami ambulantních gynekologů. Prosím Vás o vyplnění následujícího krátkého dotazníku, který je anonymní. U každé otázky zaškrtněte prosím pouze jednu odpověď, není-li uvedeno jinak. U otázek, které nemají uvedeny možnosti odpovědi, vypište prosím odpověď vlastními slovy.

Dotazník poslouží pouze k vypracování mé bakalářské práce a v žádném případě nebude zneužito informací v něm uvedených.

Vyplněný dotazník odevzdejte, prosím Vás, v příslušné ordinaci.

Děkuji Vám za Váš čas věnovaný vyplňování dotazníku

1) Kolik je Vám let?

- a) 15-19
- b) 20-35
- c) 36-50
- d) více než 50

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní škola
- b) střední škola bez maturity
- c) střední škola s maturitou
- d) vyšší odborná škola
- e) vysoká škola



3) Jak často chodíte na preventivní gynekologické prohlídky?

- a) pravidelně 1x za půl roku nebo častěji
- b) pravidelně 1x ročně
- c) pravidelně 1x za 2 roky
- d) nepravidelně
- e) zatím nechodím, dnešní návštěva je má první

4) Důvodem Vaší dnešní návštěvy gynekologa je:

- a) pravidelná preventivní prohlídka
- b) zdravotní problémy, komplikace
- c) předepsání antikoncepce
- d) jiný důvod - uveďte jaký: .....

5) Znáte rizikové faktory, které přispívají ke vzniku rakoviny děložního čípku?

- a) ano
- b) ne
- c) nejsem si jistá

6) Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ano, co patří mezi tyto rizikové faktory? (možno zatrhnout více odpovědí)

- a) hormonální antikoncepce
- b) kouření
- c) větší počet sexuálních partnerů
- d) prodělaná mini-/interrupce
- e) zavedené nitroděložní tělísko
- f) pohlavní styk bez použití kondomu
- g) onemocnění imunitního systému
- h) výskyt onemocnění v rodině (genetické faktory)
- i) nedostatečná hygiena
- j) nevhodná životospráva, strava
- k) sexuální promiskuita
- l) časně zahájení sexuálního života

7) Domníváte se, že mezi časné příznaky rakoviny děložního čípku patří (možno zatrhnout více odpovědí)

- a) bolest, zvláště při pohlavním styku
- b) výtok
- c) krvácení mimo menstruaci
- d) žádné příznaky
- e) nevím, co patří mezi časné příznaky rakoviny děložního čípku
- f) jiné - uveďte jaké: .....

8) Znáte ve svém blízkém okolí někoho, kdo prodělal rakovinu děložního čípku?

- a) ano
- b) ne

9) Odkud jste získala informace o rakovině děložního čípku? (možno zatrhnout více odpovědí)

- a) tisk, televize, internet
- b) praktický lékař
- c) gynekolog
- d) kolegyně, přátelé
- e) jinde – vypište kde: .....
- f) Informace jsem si nezjišťovala

10) Víte o možnosti očkování proti rakovině děložního čípku?

- a) ano
- b) ne

11) Kde jste získala o tomto očkování informace? (možno zatrhnout více odpovědí)

- a) tisk, televize, internet
- b) praktický lékař
- c) gynekolog
- d) kolegyně, přátelé
- e) jinde – vypište kde: .....
- f) o možnosti očkování mi není nic známo

12) Domníváte se, že očkovací vakcína je na lékařský předpis?

a) ano

b) ne

13) Nechala jste se očkovat proti rakovině děložního čípku?

a) ano → vynechejte otázku č.15

b) ne → pokračujte otázkou č.15

14) Co Vás k očkování přimělo? (prosím stručně vypište)

.....  
.....

15) Co bylo důvodem toho, že jste se očkovat nenechala?

a) na očkování zásadně nechodím

b) nevěděla jsem o možnosti tohoto očkování

c) vysoká cena tohoto očkování

d) domnívám se, že toto očkování není důležité

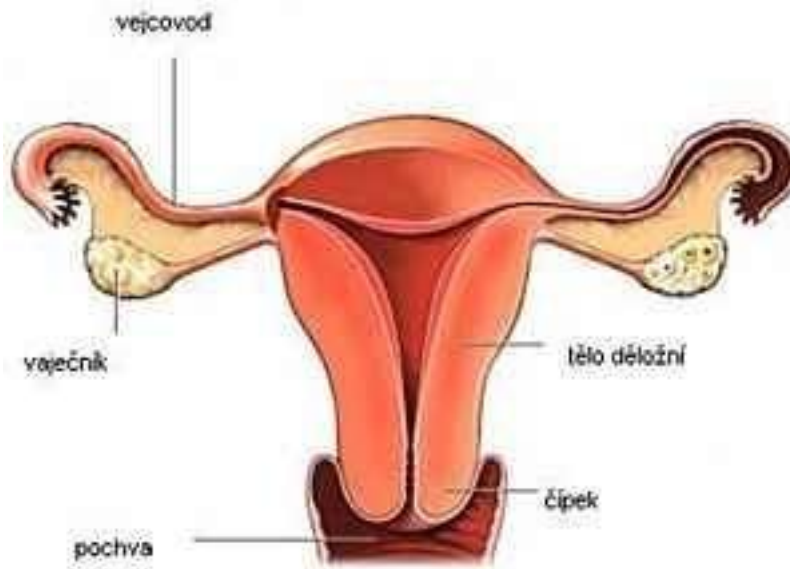
16) Myslíte si, že když je žena očkovaná proti rakovině děložního čípku, není už nutné, aby chodila na preventivní gynekologické prohlídky?

a) ano

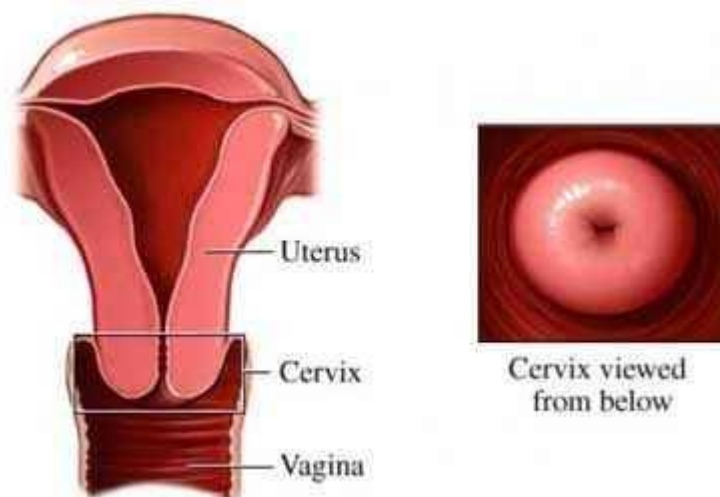
b) ne

Děkuji Vám za spolupráci

### Příloha č. 3



Anatomie dělohy ([www.linkos.cz](http://www.linkos.cz))



Čípek děložní ([www.stefajir.cz](http://www.stefajir.cz))

## Příloha č. 4



Balení vakcíny Cervarix ([www.cervarix.cz](http://www.cervarix.cz))



Balení vakcíny Silgard ([www.silgard.sk](http://www.silgard.sk))

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta  
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí  
do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

<b>Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)</b>	<b>Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)</b>	<b>Signatura závěrečné práce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>