



LIGA PROTI RAKOVINĚ
PRAHA



Obecné informace pro pacienty

Co by měly ženy znát o rakovině (karcinomu) děložního čípku

MUDr. PAVLÍNA MAREŠOVÁ

Vydala Liga proti rakovině Praha
Na Truhlářce 100/60, 180 81 Praha 8
Tel./fax: 224 919 732
Tel. nádorová linka: 224 920 935
Číslo účtu: 8888 88 8888/0300
e-mail: lpr@lpr.cz • <http://www.lpr.cz>

BROŽURA
JE NEPRODEJNÁ

OBSAH

1. Úvod /4
2. Výskyt nádoru děložního čípku /4
3. Anatomie /4
4. Epidemiologie nádorů /5
5. Histologické dělení nádorů /6
6. Vyšetření děložního čípku /6
 - 6.1 Onkologická cytologie /7
 - 6.2 Kolposkopie /7
 - 6.3 HPV testy /7
 - 6.4 Bioptické metody /8
7. Léčba předrakovinových změn /8
8. Karcinom děložního čípku – diagnostika a léčba /8
9. Prevence vzniku přednádorových a rakovinových změn /10

1. ÚVOD

Karcinom děložního hrdla, též karcinom děložního čípku, je zhoubný nádor děložního hrdla. Jedná se o zhoubné nádorové onemocnění, kdy se povrchové buňky děložního čípku začnou nekontrolovatelně množit. Jde o třetí nejčastější zhoubné onemocnění u žen (po rakovině prsu a děložního těla) a čtvrtou nejčastější příčinu úmrtí na nádorové onemocnění u žen v České republice. V jeho výskytu jsou v posledních letech náznaky sestupné tendence, ale řadu desetiletí se pohyboval okolo 20 případů na 100 000 žen, s úmrtím 7 ze 100 000 žen za rok, což je 1,5–2x více než v západních zemích. Podíl má dosavadní neúplná účast žen v organizovaném screeningovém programu na včasný záchyt tohoto onemocnění. Každý rok tak přibývá asi 1 000 nových případů a 400 žen v důsledku onemocnění zemře.

2. VÝSKYT NÁDORU DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Výskyt invazivního nádoru je nejčastější mezi 35. až 45. a mezi 60. až 65. rokem života, s tendencí poklesu do nižších věkových skupin (zhoubné nádory jsou nalézány již u žen po 20. roce života), zároveň jsou vzniklé invazivní nádory u mladších žen všeobecně zhoubnější (agresivnější). Celkově dochází k poklesu případů i úmrtnosti, v některých zemích až na 40 % v porovnání se 70. lety 20. století. Příčinou je cytologický screening, který zachycuje značné množství prekanceróz (přednádorových stavů), které jsou následně léčeny a nepřejdou tak do stadia invazivního nádoru. Prekancerózy přecházejí do stadia invazivního nádoru zhruba po deseti letech. Včasné odhalení tak znamená nižší stadium onemocnění, větší šanci na uzdravení a celkové snížení úmrtnosti na toto zhoubné onemocnění. Průměrné přežití pět let od diagnózy se v současnosti ve vyspělých zemích pohybuje na úrovni 65 až 70 %.

3. ANATOMIE

Děloha je součástí tzv. vnitřních ženských pohlavních orgánů. Měří průměrně 6–8 cm a je uložena ve středu pánve. Má tvar hrušky, která je obrácena širší částí (děložní tělo) do dutiny břišní, směrem do stran odstupují z vrcholu dělohy vejcovody, pod nimiž jsou uloženy vaječníky. Užší část je obrácena směrem dolů do pochvy a nazývá se děložní hrdlo. Větší část děložního hrdla, označovaná jako děložní čípek, je viditelná přímo při běžném gynekologickém vyšetření. Děloha je tvořena především svalovinou a vazivem. Středem děložního hrdla prochází kanálek, který ústí do děložní dutiny v děložním těle. Je vystlán jednou vrstvou hrozníčkových buněk – nazývá se cylindrický žláznový epitel. Povrch čípku a pochvy je pak krytý epitelem z dlaždicových buněk, které jsou uloženy v mnoha vrstvách na sobě. Směrem k povrchu se buňky oplošťují a tvoří tak povrch, který je vysoce odolný vůči mechanickému poškození i vůči infekci. Kontakt obou typů buněk (dlaždicových a cylindrických) vytváří nepravidelnou linii, která se postupem věku posouvá

z povrchu čípku do kanálu hrdla děložního. Postupné zatlačování méně odolných cylindrických buněk je zajištěno přirozeným procesem přeměny cylindrických buněk v buňky dlaždicové. Odborně se takový proces nazývá metaplazie a probíhá u každé ženy v plodném věku. Ektopie vzniká na děložním čípku vlivem zvýšené hladiny ženských pohlavních hormonů (estrogenů) zejména v dospívání a těhotenství. Jsou to cylindrické buňky, které se z kanálu děložního hrdla dostaly na povrch děložního čípku. Vlivem kyselého pH v pochvě dochází k procesu přeměny v buňky dlaždicové. Zpočátku vzniká nezralý dlaždicový epitel, který je složen jen z jedné vrstvy základních buněk. Jak cylindrické buňky, tak i nezralé dlaždicové buňky jsou velmi vnímavé k mikrotraumatům a k infekci.

4. EPIDEMIOLOGIE NÁDORŮ

Epidemiologické studie posledních dvou dekad vedly k jednoznačnému závěru, že přednádorové změny a nádory děložního hrdla můžeme označit jako sexuálně přenosná onemocnění. Za více než 99 % rakoviny děložního čípku je odpovědná přetrvávající infekce tzv. rizikových typů humánních papilomavirů – HPV infekce. HPV je velmi malý virus, který se přenáší téměř výhradně při sexuálních aktivitách, nejčastěji pohlavním stykem. Přenos bez sexuální aktivity (např. kontaminovaným ručníkem nebo prádlem) je možný, ale mimořádně vzácný. Během pohlavního styku vznikají mikroskopické trhlinky na pohlavních orgánech, které se stávají vstupní branou pro infekci. V současnosti je známo více než 120 typů HPV. Asi 30 typů HPV má vyšší přílnavost k pohlavnímu ústrojí, kde způsobují různě závažné změny. 16 typů HPV je označováno jako málo rizikové (HPV-LR) a způsobují vznik nezhoubných pohlavních bradavic, tzv. kondylomat. Zbylých 14 typů je označováno jako vysoce rizikové (HPV-HR) a jsou příčinou rakoviny děložního hrdla, takže přetrvávající infekce těmito viry je rizikem pro její další rozvoj. Inkubační doba od přenosu do rozvoje infekce se pohybuje od 1,5 do 8 měsíců. Většinou probíhá infekce skrytě a do vzniku pozorovatelných změn může uplynout řada měsíců, let i desetiletí. Na rozdíl od jiných druhů rakoviny nemají na vznik rakoviny děložního čípku vliv dědičné dispozice (což bylo uváděno až do poloviny devadesátých let minulého století). Dnes víme, že se více než 80 % sexuálně aktivních žen (více než jeden partner) s touto infekcí setká do 30 let věku (nejběžnější je ve věku 18–25 let). Většina žen se však s touto infekcí vypořádá a vyloučí ji z organismu. Doba, za kterou se organismus od papilomavirů očistí, je obvykle 8–24 měsíců. Po 30. roce nových infekcí ubývá a zůstává asi 5–7 % infikovaných žen. Zatímco ve věku do 30 let převažují zejména infekce přechodné, u žen starších jde častěji o infekci přetrvávající. Dá se tedy říci, že rakovina děložního hrdla je pozdní komplikace banální infekce rozšířené po celém světě. Pokud předrakovinové změny nejsou zachyceny a adekvátně ošetřeny, dochází k jejich postupnému zhoršení do stadia invazivní rakoviny. Prekancerózy vysokého stupně závažnosti jsou kvůli vysokému riziku vzniku rakoviny preventivně chirurgicky odstraňovány (viz dále). K rozvoji rakovi-

ny dochází zpravidla až v průběhu několika let, uvádí se obvykle 2–10 let. Pokud se zjistí předrakovinové změny na začátku těhotenství, měl by se nález kontrolovat na přelomu druhého a třetího trimestru, ale dosud nebyl prokázán vliv těhotenství na zhoršení těchto změn. Naopak porod, porodní poranění a jeho hojení jsou příčinou velkého procenta ústupu nálezů po porodu.

Mezi rizikové faktory, které se mohou na přetrvávání HPV infekce podílet, patří: časný věk, v němž začal pohlavní život, více sexuálních partnerů, nízký socioekonomický stav, vícerodička, dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce, poruchy imunitního systému, podvýživa, kouření cigaret a sexuálně přenosné choroby (zejména chlamydiová infekce).

5. HISTOLOGICKÉ DĚLENÍ NÁDORŮ

Z histologického hlediska se nádory děložního hrdla dělí na spinocelulární (nádor z povrchových epitelových buněk), které se vyskytují v 80–90 %, dále pak na adenokarcinomy (nádory ze žlázových buněk děložního kanálu), které tvoří 10–15 % a vyskytují se spíše u mladších žen.

Absolutně nejčastějším typem nádoru děložního hrdla je epidermoidní karcinom, který se postupně vyvíjí z místního růstu epitelu, přes jednotlivé stupně dysplázie až do pravé prekancerózy. Stadia prekancerózy se označují zkratkou CIN (z anglického cervical intraepithelial neoplasia) a neléčená končí zpočátku místním (CIS – karcinom in situ), později invazivním karcinomem. Změny typicky začínají v místě přechodu dlaždicového epitelu děložního hrdla do cylindrického epitelu hrdelního kanálu. Výskyt CIN se odhaduje na 3 až 5 % dospělých žen, přičemž může i samovolně zmizet, jak bylo řečeno výše. Podle stupně závažnosti se předrakovinové změny rozlišují na lehké – dysplázie s nízkým rizikem vzniku rakoviny děložního čípku (prekancerózy 1. stupně – L-SIL, CIN I – většinou je diagnostikujeme mezi 23. až 30. rokem) a těžké – s vysokým rizikem vzniku rakoviny (prekancerózy 2. a 3. stupně – H-SIL, CIN 2, CIN 3, CIS – nejčastěji jsou diagnostikovány mezi 27.–35. rokem života ženy). Předrakovinové změny se obvykle neprojevuji žádnými obtížemi. V některých případech může být přítomno kontaktní krvácení po pohlavním styku a po vyšetření, které je však spíše důsledkem průvodních zánětlivých změn, než samotným projevem přednádorových změn.

6. VYŠETŘENÍ DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Čípek děložní lze dobře vyšetřit během gynekologických preventivních kontrol. Cílem preventivních prohlídek je odhalit přednádorové změny na děložním hrdle (prekancerózy) dříve, než dojde k rozvoji zhoubného nádoru. Prevence rakoviny děložního čípku je založená na třech metodách – cytologický stěr, kolposkopické vyšetření a testování přítomnosti papilomavirů.

6.1 Onkologická cytologie

Cytologický stěr slouží k časnému vyhledávání a následně k léčbě poškozené tkáně ve stádiích, která předcházejí rakovině děložního hrdla. Toto vyšetření by měla podstoupit každá žena, která zahájila pohlavní život, jedenkrát ročně. Stěr buněk se provádí po zavedení gynekologických vyšetřovacích zrcadel z povrchu děložního čípku a z kanálu děložního hrdla. Jako odběrové nástroje se používají vatové štětičky, malé kartáčky a špátle, nebo kombinace špátle a kartáčku. Odběr může být poněkud nepříjemný a může způsobit slabé krvácení. Získané buňky se nanášejí na podložní sklo, které se po fixaci zasílá do akreditované cytologické laboratoře k dalšímu zpracování. Hodnotí se kvalita stěru a vyhodnocení cytologického nálezu. Cytologie v tekutém médiu (LBC – liquid based cytology) se odebírá plastovým nástrojem, jehož koncová část se ponoří do nádobky s tekutým médiem, v laboratoři se pak materiál odstředí a v tenké vrstvě se nanese na podložní sklo. Preparát tak neobsahuje příměsi krve, zánětlivé buňky a další příměsi, díky čemuž je více preparátů lépe hodnotitelných než u klasické cytologie. Větší citlivost u těžce změněných předrakovinových stavů (dysplastické high grade léze) čípku však vůči klasické cytologii nebyla prokázána.

6.2 Kolposkopie

Kolposkopie je zobrazovací vyšetřovací metoda, která využívá speciálního mikroskopu – tzv. kolposkopu. Toto vyšetření je součástí preventivní gynekologické prohlídky gynekologa v České republice. Úkolem kolposkopie je zhodnocení přítomnosti poškozených buněk, odhad stupně závažnosti poškození, posouzení rozsahu a vyhledání podezřelých míst k cílenému odběru. Během kolposkopie se aplikuje 3–5% roztok kyseliny octové, který způsobuje „otok“ nenormálních buněk, jež se dají lépe rozpoznat v okolním epitelu. Dalším chemickým roztokem, který se používá při kolposkopii, je Lugolův jodový roztok (Schillerův test), kdy se nebarví buňky cylindrického epitelu, atypické buňky se barví dožluta, zatímco normální dlaždicový epitel dohněda.

6.3 HPV testy

Vzhledem k vysokému výskytu infekce u žen mladších 30 let věku má význam test provádět až po 30. roce života ženy. Přítomnost vysoce rizikových virů (HPV-HR) představuje významný rizikový faktor pro rozvoj budoucího nádoru děložního čípku. U žen po 35. roce života je citlivost HPV testu pro vysoký stupeň předrakovinového poškození (high grade léze) až 95 %. V klinické praxi lze test s úspěchem využít jako třídící kritérium u hraničních a nejednoznačných cytologických nálezů. Přínosná je i testace u žen, které podstoupily chirurgické ošetření čípku pro přednádorový stav (prekancerózu), kdy se vyšetření provádí za 6–12 měsíců po výkonu.

6.4 Bioptické metody

Biopsie je odběr vzorku tkáně z děložního hrdla a nejčastěji se provádí při podezření na abnormální nález na děložním hrdle. Vzorek se odebírá pomocí bioptických kleští (punch nebo knips biopsie), ideálně pod kolposkopickou kontrolou. Získáme tak vzorek tkáně o velikosti asi 2–5 mm x 5–7 mm. Odběr se provádí z nejvíce podezřelých míst, většinou nevyžaduje umrtvení a je možné je provádět ambulantně. Po zákroku někdy zavádíme při větším krvácení na 10–12 hodin suchý mulový tampón do pochvy.

7. LÉČBA PŘEDRAKOVINOVÝCH ZMĚN

Při abnormálním nálezu je podle míry závažnosti zvoleno buď sledování v kratších intervalech (tj. za 3–6 měsíců nejlépe ve specializovaném centru COP – Centrum onkologické prevence). Při závažnějším nálezu (většinou u high grade lézí, tedy předrakovinových změn 2. a 3. stupně) je doporučováno operační řešení. Destrukční metody typu kryoterapie (kryo) či elektrodiatermokoagulace (EDK) nejsou pro léčbu prekanceróz dnes používané pro nedostatečnou a nekontrolovatelnou hloubku destrukce, kdy není možné získat reprezentativní materiál na histologické vyšetření. Nejčastější operací je konizace, což je odborný název pro operační zákrok na děložním čípku, který spočívá v odstranění předrakovinově změněné (dysplastické) tkáně, většinou vytnutím konusu postižené tkáně z děložního čípku. Tím je možno definitivně zabránit rozvoji rakovinového bujení. V současné době se nejčastěji používá k provedení operace vysoko frekvenční jehla nebo klička či praporek. Synonymem jsou zkratky LLETZ, NETZ, LEEP, LOOP, SWETZ. Zákrok se provádí v celkové narkóze, lze jej však provést i v místním umrtvení, a trvá řádově minuty. Připojuje se kyretáž zbytku děložního hrdla a nakonec se ranná plocha ošetří pomocí koagulace, čímž se vytvoří příškvár, čili strup, který zabraňuje krvácení. Proces hojení pak trvá 4–6 týdnů, kdy je potřeba dodržovat zvýšený hygienický režim – vyvarovat se koupání, plavání, pohlavního styku a zavádění poševních tampónů. Časně po operaci ženy jen špiní, s odstupem týdne však dojde k odlučování stroupku, což může být spojené se zesílením krvácení a výtokem. I po úspěšně provedené operaci je žena sledována v Centru onkologické prevence po první dva roky po zákroku, kdy je nejvyšší riziko návratu změn. Je dobré využít 6–12 měsíců po zákroku HPV testaci. Negativita testu dává tušit velmi nízké riziko návratu nemoci.

8. KARCINOM DĚLOŽNÍHO ČÍPKU – DIAGNOSTIKA A LÉČBA

V časných stádiích je nádor stejně jako předrakovinové změny většinou bezpříznakový. V pokročilejších stádiích se objevuje vodnatý, krevnatý a zápachající výtok, bolesti v podbřišku a zádech, obtíže s močením, u více pokročilých stádií se

mohou objevit obtíže spojené se vznikem vzdálených ložisek nádoru v jiných orgánech – plíce, játra, kosti, mozek. Při podezření na zhoubný nádor je třeba provést klasické gynekologické vyšetření, odběr vzorku z nádoru k histologickému vyšetření. Histologické vyšetření části nádoru je nutné pro potvrzení diagnózy. Vzorek se odebírá buď ambulantně bioptickými klíšťkami (viz výše), nebo v krátké narkóze za hospitalizace, neboť zde bývá poměrně velké riziko následného krvácení po výkonu. Po potvrzení diagnózy (asi 7–10 dnů po odběru histologického vzorku) je nutno provést další vyšetření, která poměrně přesně stanoví rozsah nádoru (tzv. stagingová vyšetření). V této době je nutno nemocnou ženu plně informovat o její chorobě, aby se dále mohla aktivně podílet na dalším vyšetřovacím programu a léčbě. Žena má právo na veškeré informace o svém zdravotním stavu, možnostech diagnostiky a léčby, s níž musí následně souhlasit. Žena také sama rozhoduje o tom, kdo z jejího okolí bude mít právo na informace o jejím zdravotním stavu a v jakém rozsahu lze tyto informace podávat. Součástí stagingových vyšetření je odběr anamnézy, laboratorní krevní testy, vyšetření moči, interní předoperační vyšetření (nejčastěji provádí praktický lékař), dále zobrazovací metody: ultrazvukové vyšetření malé pánve a nitrobřišních orgánů, magnetická rezonance a rentgen plic. Další vyšetření jako počítačová tomografie (CT), pozitronová emisní tomografie (PET), vyšetření konečníku či celého tlustého střeva (rektoskopie či kolonoskopie), močového měchýře (cystoskopie), vyšetření močovodů (vylučovací urografie) atd., se doplňují individuálně a slouží k získání co nejpřesnějších informací o rozsahu nádoru a ke stanovení stadia onemocnění. Všechna vyšetření jsou tedy směřována k tomu, abychom měli představu o velikosti nádoru, jeho šíření do okolí (do závesného aparátu v okolí dělohy, do močového měchýře a konečníku, do spádových mízních uzlin) a vyloučení vzdálených metastáz (zejména do jater a plic). Na základě výsledků je onemocnění zařazeno do jednoho ze čtyř stadií a odtud se pak odvíjejí možnosti další léčby. V prvním stadiu je nádor lokalizován jen na děložní čípek a nikam se nešíří. Ve druhém a třetím stadiu se nádor šíří na přilehlé orgány, ve čtvrtém stadiu pak vznikají již vzdálené metastázy (druhotné, nebo také dceřiné nádory, které se objevují na vzdálených místech lidského těla). Od druhého stadia mluvíme již o pokročilém stadiu. Léčba se odlišuje v jednotlivých stadiích nemoci tak, aby zajistila co nejvyšší pravděpodobnost úplného vyléčení. Taktiku léčby stanovuje tým odborníků, jehož součástí je specializovaný gynekolog v onkogynekologické problematice, dále onkolog, radioterapeut a anesteziolog. V časných stadiích je hlavním léčebným postupem **operační řešení**. U velmi malých nádorů postačuje u žen plánujících těhotenství odstranění postižené části děložního čípku (konizace – viz výše), u žen, které již neplánují těhotenství, pak odstranění celé dělohy, často z poševního přístupu. Odstranění vejcovodů a vaječníků závisí na věku pacientky a není ovlivněno rozsahem nádoru. U větších nádorů v časném stadiu je nutný rozsáhlý chirurgický výkon, který zahrnuje odstranění celé dělohy a přilehlých vazivových struktur se závesným aparátem a dále spádové mízní uzliny. Tyto výkony se provádějí pouze ve specializovaných onkogynekologických centrech.

U pokročilejších stadií, kde se nádor již šíří do přilehlých struktur kolem dělohy a do mízních uzlin, je metodou volby **ozáření (radioterapie)**. Díky kombinaci různých metod (zevní ozáření a ozáření přes pochvu – tzv. brachyterapie) a aplikaci vysoké dávky záření do oblasti nádoru je tato metoda vysoce efektivní léčbou, která je srovnatelná s léčbou chirurgickou. Proto se také využívá i v těch případech, kdy je nádor sice operovatelný, ale existuje zde například jiné vážné interní onemocnění, které znemožňuje operační výkon a narkózu v délce několika hodin. Zdokonalování technik plánování a aplikace záření je podporováno vývojem výpočetní techniky, a proto se rychle mění. Současné úsilí směřuje ke zlepšení léčby v místě nádoru při minimalizaci nežádoucích vedlejších účinků léčby. Zevní ozáření se provádí většinou ambulantně 5 dnů v týdnu po dobu 5–6 týdnů. Při vnitřní aplikaci ozářovací sondy je někdy nutná krátká hospitalizace. Ke zlepšení léčebného protinádorového efektu lze využít celkové ozáření v kombinaci s chemoterapií (**konkomitantní chemoterapie**). U pacientek s velmi pokročilým onemocněním s přítomností vzdálených ložisek (metastáz) se podává samostatná **chemoterapie**, jejíž podstatou je podávání protinádorových léků (cystostatik). Tyto léky útočí na nádorové buňky a usmrctují je. Jde o léčbu systémovou, která se podává do žíly infuzí a působí tak v celém organismu. Způsob podávání je cyklický, tj. opakovaně v přesných časových intervalech, mezi nimiž je přestávka na zotavení. Většinou probíhá léčba cystostatiky taktéž ambulantně, ale někdy je vhodnější hospitalizace, neboť léčba s sebou může nést vedlejší nežádoucí účinky (zvracení, alergická reakce, úbytek krevních elementů atd.). Naděje na vyléčení jsou však v pozdním stadiu nádorového onemocnění značně omezené. Díky tomu, že nádory zásadně ovlivňují všechny aspekty života nemocného, často se o nich hovoří jako o onemocnění těla a duše. Proto je dobré, aby součástí týmu byl i psycholog, neboť psychologická léčba pomáhá v době aktivní léčby snižovat obavy, úzkosti a deprese.

Včasná diagnóza je největší šancí k trvalému vyléčení. Mnohem lepší a efektivnější je samozřejmě prevence vzniku rakoviny děložního čípku.

9. PREVENCE VZNIKU PŘEDNÁDOROVÝCH A RAKOVINOVÝCH ZMĚN

Hlavním preventivním opatřením určeným pro každou ženu je aktivní vyhledávání předrakovinových změn během gynekologických preventivních prohlídek tak, aby k ošetření došlo ještě před rozvojem vlastního nádoru. Proto by každá žena měla absolvovat preventivní gynekologické vyšetření jedenkrát ročně včetně cytologie, kolposkopie a ultrazvukového vyšetření. Nejnovější a nejspolehlivější metodou ochrany proti vzniku HPV infekce je očkování. Vakcíny obsahují viru podobné částice, které jsou však neinfekční, ale vyvolávají tvorbu vysokých hladin ochranných protilátek. Očkování se podává do ramenního svalu. Standardní schéma trvá celkem 6 měsíců ve 3 dávkách, (podle typu vakcín 0–1–6 nebo 0–2–6 měsíců).

V případě potřeby je možno druhou dávku posunout o 2,5 měsíce po první dávce a třetí dávku aplikovat do jednoho roku od podání první dávky bez snížení účinnosti vakcíny. Nově se také uvažuje o používání 2dávkového schématu místo zavedeného 3dávkového (viz výše) u chlapců a dívek ve věku 9–13 let.

Očkování nemá léčebný účinek a nedokáže ovlivnit infekci, která byla přítomna již před očkováním. Ideální je proto očkovat mladé dívky před započítím pohlavního života. Podaří-li se však ženě infekci samovolně vyloučit z organismu, nebo pokud jsou infikované buňky odstraněny chirurgickým zákrokem pro předrakovinové změny, dostává se do stejné situace, jako žena, která se nikdy s infekcí nesetkala. K nové infekci pak může dojít od nového partnera či partnera záletného. Pro všechny očkované ženy bez ohledu na věk však nadále platí nutnost pravidelných preventivních gynekologických vyšetření, protože očkování nechrání proti všem typům rakovinotvorných HPV.

Existují dva druhy očkovacích vakcín. Vakcína kvadrivalentní chrání i před typy HPV, které nejsou rakovinotvorné, ale způsobují nezhoubné bradavice – kondylomata – na zevních rodidlech, v pochvě a na děložním čípku. Vakcína bivalentní má naopak silně vyjádřenou ochranu proti dalším rakovinotvorným typům HPV, takže může zabránit více než 80 % všech případů rakoviny děložního čípku. Vakcíny také snižují riziko rozvoje rakoviny pochvy, zevních rodidel a řitního otvoru. Vakcíny jsou bezpečné a rizika jejich podání jsou minimální. Očkování provádějí lékaři pro děti a dorost a gynekologové. Očkování započaté mezi 13. až 14. rokem věku dívky pak hradí v plném rozsahu zdravotní pojišťovny. Jelikož HPV jako sexuálně přenosná infekce postihuje obě pohlaví, je možné očkovat i dospívající chlapce. Očkování se doporučuje maximálně do 45 let věku ženy, u muže do 26 let.

POZNÁMKY

POZNÁMKY

Seznam dosud vydaných účelových publikací LPR Praha

K dispozici jsou tyto tituly:

1. Aby Vaše dítě nekouřilo
2. Biologická léčba u nádorových onemocnění
3. Bolest a možnosti jejího zmírnění či odstranění
4. Co bychom měli vědět o rakovině
5. Co by měly ženy znát o rakovině (karcinomu) děložního čípku
6. Dědičnost jako rizikový faktor pro vznik nádorů
7. Evropský kodex proti rakovině
8. Chemoterapie nádorových onemocnění
9. Informovaný pacient
10. Jak nás – nekuřáky – ohrožuje kouření?
11. Jak se vyrovnat s pokročilou nádorovou nemocí
12. Kouření a zdraví
13. Kůže a její ochrana
14. Léčba nádorů hlavy a krku a její komplikace
15. Léčba zářením a Vy
16. Lymfatický otok po operacích prsu
17. Maligní lymfomy a mnohočetný myelom
18. Možnosti prevence karcinomu děložního hrdla
19. Mýty a fakta o kouření
20. Nádorová onemocnění ledvin
21. Nádorová onemocnění dětského věku
22. Nádory centrální nervové soustavy
23. Nádory štítné žlázy
24. Nádory varlat
25. Nekonenční protinádorová léčba
26. Onkologie pro laiky
27. Paliativní onkologická terapie
28. Plicní rakovina
29. Proleženiny a další poruchy kůže u nádorových onemocnění
30. Psychologické aspekty nádorových onemocnění
31. Rakovina a sex
32. Rakovina jater a žlučových cest
33. Rakovina kostí a měkkých tkání
34. Rakovina močového měchýře
35. Rakovina ovaria
36. Rakovina prostaty
37. Rakovina prsu u žen
38. Rakovina slinivky břišní
39. Rakovina tlustého střeva
40. Rakovina v pokročilém věku
41. Rakovina žaludku
42. Stomie
43. Stručné zásady onkologické prevence
44. Výživa u onkologicky nemocných
45. Záněty dutiny ústní při protinádorové léčbě
46. Ženám po ablaci prsu

PROGRAMOVÉ CÍLE, PROJEKTY A AKTIVITY LIGY PROTI RAKOVINĚ PRAHA

Liga proti rakovině Praha (LPR Praha) zahájila svou činnost v roce 1990 v Československé lize.

Od roku 1991 je samostatným právním subjektem.

Jako občanské sdružení je dobrovolnou nevládní a neziskovou organizací.

Dominantní snahou je výchova veřejnosti ke zdravému způsobu života a vyloučení rizik podílejících se na vzniku rakoviny

Tři hlavní dlouhodobé programy

1. Nádorová prevence
2. Zlepšení kvality života onkologicky nemocných
3. Podpora vybraných výzkumných, výukových a investičních projektů v onkologii

Hlavní aktivity

Výchova k nekuřáctví – průběžně

Výchovný program k nekuřáctví a ke zdravému životnímu stylu pro děti v mateřských školách (Já kouřit nebudu a vím proč) a v základních školách (Normální je nekouřit).

Světový den proti rakovině – každoroční seminář ke Světovému dni proti rakovině (4. únor) společný pro zdravotníky a laiky.

Český den proti rakovině – celostátní široce všemi médii propagovaná a veřejností podporovaná sbírka pro financování programů LPR Praha, kdy každý, kdo si zakoupí žlutý květ, dostane současně leták s informacemi o možné prevenci rakoviny.

Každoročně na podzim pořádá Liga **putovní výstavu** o nádorové prevenci pod heslem „Každý svého zdraví strůjcem“.

Nádorová telefonní linka – v pracovní dny odpovídají zkušení specialisté na jakékoliv dotazy preventivního, ale i odborného charakteru. V nepřítomnosti lékaře je zapnut záznamník (tel. číslo 224 920 935). Dotazy je možné zasílat i na e-mailovou adresu **birkova@lpr.cz**.

Liga se každoročně účastní veletrhu zdravotní techniky a léčiv **Pragomedi-ca**, kde nabízí zdarma 46 titulů poradenských brožur.

Liga usiluje o snížení úmrtnosti na zhoubné nádory a o zlepšení kvality života onkologických pacientů.

Dalšími aktivitami jsou

- Poradenství lékařů specialistů na nádorové telefonní lince (telefonní číslo 224 920 935)
- Poradenství při osobních návštěvách klientů
- Vydávání poradenských brožur
- Rekondiční pobyty pro nemocné po ukončení léčby ve speciálních zdravotnických zařízeních
- Koncerty pro členy LPR, její podporovatele a hosty
- Finanční podpora členským patientským organizacím
- Finanční podpora hospicové péče

LIGA podporuje výzkum a výchovu onkologických odborníků a vybavení pracovišť

- a) Finanční příspěvky na vybrané výzkumné a výukové projekty.
- b) Udělování Vědecké ceny Ligy proti rakovině Praha spojené s prémie 50 000 Kč.
- c) Finanční podpora při vydávání výukových publikací.
- d) Finanční podpora investičních celků v komplexních onkologických centrech.
- e) Udělování Novinářské ceny za propagaci nádorové prevence.
- f) Udělování Ceny pro nejúspěšnější patientský klub LPR Praha během květnové sbírky.

Organizační struktura

- Členství v LPR Praha je dobrovolné.
- Členy se mohou stát jednotlivci i organizace.
- Členský příspěvek pro důchodce a studenty činí 100 Kč a pro ostatní 200 Kč ročně.
- Činnost LPR Praha je řízena voleným výborem. Funkční období členů výboru a revizní komise je dvouleté. V čele je volený předseda.
- Pro informovanost členů Ligy je 4x ročně vydáván Zpravodaj.

Spolupráce s domácími a zahraničními organizacemi

Kromě LPR Praha existují v ČR zájmové onkologické organizace převážně s regionální působností. Kolektivní členské organizace LPR Praha se každoročně scházejí na společném sněmu, který LPR Praha svolává k výměně zkušeností a k sjednocení hlavních projektů.

LPR Praha je ve styku a vyměňuje si zkušenosti s odbornými lékařskými organizacemi, především s Českou lékařskou společností J. E. Purkyně a z odborných s Českou onkologickou společností ČLS JEP a Společností všeobecných lékařů ČLS JEP.

Liga je členem ECL (Asociace evropských lig proti rakovině) a UICC (Světové unie proti rakovině) a zúčastňuje se mezinárodních akcí.