



Polska Koalicja na Rzecz Walki
z **Rakiem Szyjki Macicy**

Poradnik Profilaktyki Raka Szyjki Macicy



dr n. med. Grzegorz Południowski
Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy

Spis treści

| | |
|--|----|
| Wstęp | 3 |
| Epidemiologia | 5 |
| Rozwój choroby. | 5 |
| Czynniki ryzyka rozwoju raka szyjki macicy: | 5 |
| Zakażenie HPV a rak szyjki macicy | 6 |
| Drogi przenoszenia wirusa HPV | 7 |
| Profilaktyka raka szyjki macicy | 8 |
| Szczepienie przeciw HPV | 9 |
| Kogo i kiedy szczepić przeciw HPV? | 10 |
| Badanie cytologiczne | 11 |
| Badanie kolposkopowe | 12 |
| Biopsja (CIN) | 12 |
| Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy | 15 |
| Realizacja programu | 15 |
| Rozmowa w gabinecie pediatry. | 15 |
| Rozmowa w gabinecie lekarza rodzinnego | 17 |
| Bibliografia i przypisy | 18 |

Szanowni Koledzy

Polska Koalicja na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy stawia sobie za cel, aby do roku 2020 zmniejszyć o połowę liczbę zgonów i znacznie ograniczyć zachorowalność na ten nowotwór.

Jednym z podstawowych warunków osiągnięcia tego celu jest, obok sprawnie działającego systemu profilaktyki RSM, wiedza i świadomość kobiet, jak zapobiegać powstawaniu i rozwojowi tego nowotworu.

Tylko kobieta świadoma dlaczego, jak i gdzie skorzystać z dostępnych form profilaktyki, zdecyduje się poświęcić swój czas i znaleźć chwilę, by wybrać się na badania cytologiczne czy rozważyć zaszczepienie swojej córki przeciw HPV (wirus brodawczaka ludzkiego).

Źródła informacji na temat profilaktyki jest wiele: prasa, telewizja, internet, ale z całą pewnością przede wszystkim informacje przekazane w gabinecie przy okazji wizyt u lekarzy: pediatry, lekarza rodzinnego, ginekologa, jak również przez pielęgniarkę, mogą w trwały sposób wpłynąć na decyzję kobiety o podjęciu działań profilaktycznych.

Gabinet lekarski jest naturalnym miejscem do rozmów o zdrowiu i stwarza kobietom możliwość uzyskania informacji na tematy wstydliwe, wywołujące lęk i obawy. Nawet krótka zachęta do stosowania profilaktyki RSM, skierowana do pacjentki podczas wizyty, ma ogromną siłę sprawczą, ponieważ jest podbudowana autorytetem i zaufaniem do lekarza. Wraz z zachętą kobiety powinny uzyskać wiedzę na temat korzyści stosowania profilaktyki RSM, przebiegu wykonania badania cytologicznego oraz szczepień przeciw HPV, a także poszczególnych etapów skriningu oraz leczenia RSM.

Obecnie program profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce skierowany jest wyłącznie do kobiet w wieku 25-59 lat i oparty jest na bezpłatnym skriningu cytologicznym, realizowanym przez ginekologów.

Koalicja RSM rekomenduje rozszerzenie profilaktyki raka szyjki macicy o dwie nowe grupy wiekowe: dziewczęta w wieku 12 lat oraz w wieku od 13 do 24 lat. W związku z tym, większą rolę w obszarze profilaktyki RSM, obok ginekologów, powinni odgrywać pediatrzy i lekarze podstawowej opieki zdrowotnej.

Koalicja RSM opracowała Kodeks Profilaktyki RSM, w którym jest opisana rola każdej z tych grup lekarskich. Uzupełnieniem Kodeksu jest niniejszy Poradnik, w którym zawarte są podstawowe informacje na temat profilaktyki RSM, zarówno w zakresie wiedzy medycznej, jak i organizacyjnej. Zadaniem obu dokumentów jest też ujednoczenie przekazu do kobiet na temat profilaktyki tak, aby na każdym poziomie pacjentka otrzymywała spójną informację.

Poradnik jest przeznaczony dla lekarzy oraz pielęgniarek zajmujących się profilaktyką RSM.

Grzegorz Południewski

Specjalista Ginekolog-Położnik

Epidemiologia

Rak szyjki macicy, obok nowotworów piersi, płuc i jelita grubego, należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych u kobiet. Stanowi również jedną z najczęstszych przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych wśród kobiet ¹.

Na świecie co roku notuje się około 500 000 nowych zachorowań na raka szyjki macicy. Każdego roku około 300 000 kobiet umiera z tego powodu.

W Polsce rocznie na ten typ nowotworu zapada ponad 3 600 kobiet, a umiera 1 800. Jest to jeden z najwyższych wskaźników umieralności w Europie ². Codziennie pięć Polek umiera z powodu raka szyjki macicy. W większości są to kobiety w średnim wieku, pomiędzy 45 a 55 rokiem życia.

Rozwój choroby

Rak szyjki macicy jest nazywany „cichym zabójcą”. Choroba może rozwijać się nawet kilka lat, nie dając żadnych dolegliwości.

Gdy pojawiają się pierwsze objawy: krwawienie, upławy, ból, nawet specjalistyczna terapia nie doprowadza do wyleczenia.

Czynniki ryzyka rozwoju raka szyjki macicy:

- zakażenie wirusem HPV (wirus brodawczaka ludzkiego),
- wiek pomiędzy 45 a 55 rokiem życia,
- większa liczba partnerów seksualnych,
- wczesne rozpoczęcie życia seksualnego,
- liczne porody,
- stwierdzone wcześniej zmiany w badaniach cytologicznych,
- palenie papierosów.



Zakażenie HPV a rak szyjki macicy

Istnieje ponad 100 typów HPV (wirus brodawczaka ludzkiego, human papilloma virus), które prowadzą do zakażenia w obrębie skóry i błon śluzowych. Zidentyfikowano około 40 typów wirusa, które są odpowiedzialne za zakażenia narządów moczowo-płciowych kobiet i mężczyzn³. Większość z nich jest relatywnie nieszkodliwych. Zakażenie przebiega bezobjawowo i ustępuje samoistnie⁴.

Rozpoznano co najmniej 13 typów HPV, które klasyfikowane są jako wysokoonkogenne. W populacji europejskiej szczególne znaczenie ma 8 typów (16, 18, 31, 33, 35, 45, 56 i 58), odpowiadających za około 85% przypadków raka szyjki macicy.

Typy 6 i 11 HPV są przyczyną około 80-90% kłykcin kończystych narządów moczowo-płciowych.

Zmiany nowotworowe występują stosunkowo późno, najczęściej po około 10-20 latach od kontaktu z wirusem i są poprzedzone rozwojem śród nabłonkowej neoplazji szyjki macicy (Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN)⁵. Zmiany CIN mogą spontanicznie ulegać regresji, niemniej część z nich ulega progresji do raka szyjki macicy.

Światowa Organizacja Zdrowia już w 1996 roku uznała zakażenia wirusem HPV typu 16 i 18 za czynniki rakotwórcze dla człowieka⁶. Ocenia się, że te 2 typy HPV są odpowiedzialne za ponad 70% wszystkich przypadków raka szyjki macicy oraz za większość przypadków raka pochwy, odbytu i prącia. Za wyjaśnienie mechanizmu onkogenezy HPV Harald zur Hausen w 2008 r. otrzymał nagrodę Nobla.

Typy 6 i 11 wirusa HPV, tzw. typy „niskiego ryzyka” są przyczyną ponad 90% przypadków brodawek narządów płciowych i odbytu (kłykciny kończyste) oraz zmian brodawczakowatych w jamie ustnej, gardle i krtani⁷.

Ponad 80% aktywnych seksualnie kobiet i mężczyzn było, jest lub będzie zakażonych HPV.

Połowę zakażonych stanowią osoby młode, w wieku 15-25 lat⁸. Na świecie, także w Polsce, zakażenie genitalnymi typami ludzkich

wirusów brodawczaka należy do najczęstszych chorób przenoszonych drogą płciową⁹.

Większość zakażeń wirusem HPV jest stosunkowo niegroźna i ustępuje samoistnie. Niestety, u części kobiet może przejść w postać trwałą i utrzymywać się kilka lat. Takie przewlekłe zakażenie, szczególnie onkogennymi typami wirusa, wiąże się ze znacznym wzrostem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy¹⁰.

Ze względu na ryzyko wywoływania zmian nowotworowych wydzielono 100 serotypów wirusa, według ich cech onkogennych:

- **typy wysokoonkogenne**, które prowadzą do powstawania zmian przedrakowych i raka szyjki macicy (typy 16, 18, 31, 45)⁸
- **typy nisko onkogenne**, które odpowiadają za pojawianie się brodawek zewnętrznych (kłykciny kończyste) narządów płciowych lub okolicy odbytu (typy 6, 11)⁸.

Mechanizmy, sprzyjające rozwojowi nowotworów w tkankach zakażonych wirusem HPV, polegają na uniemożliwieniu eliminacji komórek nieprawidłowych, mogących przekształcić się w nowotwór.

Drogi przenoszenia wirusa HPV

HPV przenosi się głównie poprzez kontakty seksualne.

Ryzyko zakażenia może nieść także bliski kontakt cielesny, bez odbycia pełnego stosunku płciowego: petting – pieszczoty całego ciała, kontakt oralny – narządy płciowe – usta.



Zastosowanie prezerwatywy nie stanowi całkowitego zabezpieczenia, gdyż wirus znajduje się na skórze np. moszny czy łechtaczki¹². Możliwe jest zakażenie nabyte drogą inną niż kontakt płciowy⁸.

Wirusem nie można się zakazić przez środki higieny, bieliznę, narzędzia medyczne, kosmetyczne itp.

W odróżnieniu od zakażenia HIV, wirusem HPV nie można zakazić się przez kontakt z krwią.

Profilaktyka raka szyjki macicy

Odpowiednia profilaktyka i wczesne wykrycie zmiany nowotworowej jest najważniejszym czynnikiem rokowniczym.

Skuteczna profilaktyka raka szyjki macicy obejmuje:

- **profilaktykę pierwotną**, czyli edukację i szczepienia przeciw HPV, w celu zapobiegania zakażeniom HPV,
- **profilaktykę wtórną**, czyli skrining cytologiczny, pozwalający wykryć zmiany nabłonkowe w obrębie szyjki macicy i leczenie tych nieprawidłowości.



Szyjka macicy jest łatwo dostępna w badaniu ginekologicznym, co pozwala na ocenę mogących występować tu zmian. W sytuacjach wątpliwych należy wykonać pogłębione badanie wizualne (**kolposkopia**) i/lub pobrać wycinki z powierzchni szyjki macicy (**biopsja**).

Badania te są proste, niebolesne i wystarczające, aby wykryć wczesne zmiany prowadzące do rozwoju nowotworu szyjki macicy i podjąć wczesne leczenie. Zastosowane we właściwym momencie dają pacjentce do 95 % szans na całkowite wyleczenie.

Szczepienie przeciw HPV

Szczepienie przeciw HPV jest elementem profilaktyki pierwotnej raka szyjki macicy: ma charakter profilaktyczny, a nie terapeutyczny i jest najbardziej skuteczne u tych osób, które nie są zakażone HPV (do 100%).

Szczepienie polega na wprowadzeniu do organizmu antygenów swoistych dla wirusa, aby pobudzić układ immunologiczny do wytworzenia odporności przeciwko typom onkogennym (typy 16/18) i nisko-onkogennym (typy 6/11) HPV¹⁴. Szczepienie znacząco zmniejsza ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy i innych zmian wywołanych przez te wirusy, ale nie eliminuje go całkowicie¹⁵.

Dlatego też szczepienie nie zwalnia z obowiązku wykonywania regularnego badania cytologicznego.

Szczepionka przeciw HPV:

- **czterowalentna** przeciwdziała skutkom zakażenia typami HPV onkogennymi 16/18 i nisko-onkogennymi 6/11, odpowiedzialnymi za powstanie kłykcin kończystych¹⁶,
- **dwuwalentna** przeciwdziała skutkom zakażenia typami onkogennymi HPV 16/18,
- wspomaga układ odpornościowy w rozpoznaniu i zniszczeniu HPV zanim dojdzie do rozwoju infekcji,
- powstrzymuje rozwój klinicznych objawów po zakażeniu.

Kogo i kiedy szczepić przeciw HPV?

Ze względu na specyfikę rozprzestrzeniania się wirusa, szczepienia przeciw HPV powinny być podane przed rozpoczęciem aktywności seksualnej.

W Polsce średni wiek inicjacji seksualnej to 16-18 lat, a co piąta (19%) dziewczyna odbyła stosunek płciowy w wieku 15 lat lub wcześniej⁹. Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego szczepieniu powinny być poddane dziewczynki w wieku 11-12 lat, którym należy podać 3 dawki szczepionki. Zaleca się, aby wstępną rozmowę informacyjną o ryzyku raka szyjki macicy i możliwości szczepień przeprowadzić z rodzicami optymalnie podczas wizyty dziewczynki w 10 r.ż., związanej z badaniem bilansowym¹³.



Zaleca się również podawanie szczepionki młodym, wcześniej niezaszczepionym kobietom, w wieku 13-18 lat, a optymalnym momentem jest badanie bilansowe w 14 r.ż lub 18 r.ż.^{8, 13}.

Dodatkowym czynnikiem skłaniającym do wczesnego szczepienia przeciwko HPV jest jeszcze wcześniejsze zainteresowanie młodych ludzi innymi formami seksu, jak m.in.: stosunki przedsiorkowe, seks oralny, petting, niosącymi ze sobą ryzyko zakażeń HPV o mniejszej onkogenności (typy 6, 11). Kwalifikacja dziewczynek do szczepienia nie wymaga badania ginekologicznego¹³.

Badanie cytologiczne

Pozwala wykryć zmiany nabłonkowe w obrębie szyjki macicy. Polega na pobraniu specjalną, jednorazową, odpowiedniej jakości szczoteczką wymazu z tarczy i kanału szyjki macicy, przeniesieniu go na szkiełko mikroskopowe i zabezpieczeniu utrwalaczem. Dokładniejszy wgląd w zmiany cytologiczne na szyjce macicy można uzyskać, stosując cytologię jednowarstwową, w której zamiast rozprowadzania materiału na szkiełku, pobrane komórki są przenoszone do pojemnika z płynem utrwalającym. Jest to metoda nowocześniejsza i czulsza, która pozwala na lepszą prezentację komórek do oceny mikroskopowej.

Dalsze badania wykonywane są w pracowni cytologicznej i polegają na barwieniu rozmazu metodą Papanicolau, a następnie ocenie patomorfologicznej według klasyfikacji Bethesda. Obecnie rekomendowana klasyfikacja Bethesda opisuje zmiany w sposób bardziej szczegółowy niż wcześniej stosowana klasyfikacja Papanicolau (patrz załączona wkładka). Zgodnie z jej zasadami istotne jest, aby preparat cytologiczny spełniał



określone wymagania jakościowe. Ponadto ocena rozmazów cytologicznych według klasyfikacji Bethesda pozwala na wielostopniową ocenę zmian, jak i określenie rodzaju potencjalnego czynnika te zmiany wywołującego.

Każdy wynik wymaga omówienia, co pozwoli pacjentce poznać jej stan zdrowia i zaplanować kolejne działania.

Wykrycie zmian w badaniu cytologicznym jest tylko wstępem do dalszego postępowania:

- a) ASC-US – powtórzenie badania za 6 miesięcy lub kolposkopia, w przypadku dodatniego wyniku kolejnej cytologii - skierowanie na badanie HR HPV,
- b) ASC-H – kolposkopia lub kolposkopia z weryfikacją histopatologiczną,
- c) LSIL – kolposkopia lub kolposkopia z biopsją lub powtórzenie badania za 6 miesięcy lub skierowanie na badanie HR HPV,
- d) HSIL – kolposkopia z weryfikacją histopatologiczną,
- e) RAK – kolposkopia z weryfikacją histopatologiczną,
- f) AGC – kolposkopia z weryfikacją histopatologiczną¹⁷.

Nieprawidłowe wyniki ZAWSZE wymagają potwierdzenia badaniem histopatologicznym i dopiero wtedy możemy zaplanować leczenie.

Badanie kolposkopowe

To metoda dokładnego badania dolnego odcinka narządów rozrodczych kobiecych, tzn. krocza sromu, pochwy, części pochwowej szyjki macicy wraz z ujściem zewnętrznym kanału szyjki za pomocą wziernika wprowadzonego do pochwy.

Pozwala zobaczyć zmiany na powierzchni szyjki, których nie da się dostrzec podczas zwykłego badania.

Biopsja (CIN)

W przypadku zaistnienia wskazań do weryfikacji uzyskanego obrazu kolposkopowego, zalecane jest pobranie celowanych wycinków do badania histopatologicznego (biopsja).

Badanie histopatologiczne określa stopień zaawansowania śródnabłonkowej neoplazji (CIN - Cervical Intraepithelial Neoplasia):

CIN 1 - zmiany małego stopnia

CIN 2 - zmiany średniego stopnia

CIN 3 – zmiany dużego stopnia

Bezpośrednimi prekursorami raka są CIN 2 i CIN 3, określone jako CIN 2+.

Wyniki badań cytologicznych (ASCUS, LSIL, HSIL, ASC-H) nie mają bezpośrednich odpowiedników w rozpoznaniach histopatologicznych śródnabłonkowej neoplazji – CIN. Dopiero zmiany zweryfikowane histopatologicznie kwalifikują do dalszego leczenia. Jego zakres został opisany w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego¹⁸.

Postępowanie lecznicze związane jest z koniecznością całkowitego usunięcia zmiany z następową weryfikacją histopatologiczną.

Wynik CIN 1

Najwięcej kontrowersji związanych jest z leczeniem zmian typu CIN 1, gdyż są one wykładnikiem infekcji onkogennymi typami HPV.

Ocena zmian jest „płynna i niejednolita”, wynikająca często z indywidualnej oceny patologa. Zmiany CIN 1 bardzo często ulegają samoistnej regresji, bez leczenia i rzadko obserwuje się ich progresję do stopnia CIN 2+ w ciągu dwóch lat obserwacji.

Z tej przyczyny postępowanie jest uzależnione od wcześniejszych zmian rozpoznawanych cytologicznie. Postępowanie można ograniczyć do kontroli oraz badania typu infekcji HPV i badań cytologicznych co 6 miesięcy.

Jeżeli zmiana jest poprzedzona rozpoznaniem HSIL, wskazane jest usunięcie zmiany.

Wynik CIN 2+ (CIN 2 lub CIN 3)

Stwierdzenie zmian CIN 2+ jest wskazaniem do radykalnego postępowania. Rekomendowane jest chirurgiczne wycięcie zmiany (konizacja „zimnym nożem”, zabieg LLETZ/LEEP, konizacja laserowa) z histopatologicznym badaniem materiału pooperacyjnego. Brak radykalności wykonanego zabiegu, stwierdzony w badaniu histologicznym, powoduje konieczność wykonania powtórnej diagnostyki zmiany histologicznej po upływie 4-6 miesięcy.

U młodych kobiet (nastolatek) oraz u kobiet, które nie rodziły:

| | |
|---|--|
| 1 | <p>W przypadku zmian CIN 1 zaleca się wykonywanie kontrolnych badań cytologicznych 1 raz na 12 m-cy.</p> <p>Jeśli po 12 miesiącach stwierdza się: ASC, LSIL lub HSIL zalecane jest badanie kolposkopowe. Nieprawidłowy obraz badania kolposkopowego powinien skłonić do wykonania powtórnej procedury diagnostycznej – biopsji szyjki i kanału.</p> |
| 2 | <p>W przypadku zmian CIN 2 można wykonywać kontrolne badania kolposkopowe lub/i cytologiczne co 6 miesięcy, bądź dokonać oszczędnego wycięcia zmiany.</p> <p>Diagnostyczne wycięcie zmiany jest preferowane w przypadku nieprawidłowego obrazu w kolposkopii. Utrzymywanie się HSIL lub nieprawidłowego wyniku kolposkopii przez rok wymaga wykonania biopsji szyjki i kanału.</p> |
| 3 | <p>W przypadku CIN 3 u nastolatek i młodych kobiet należy rozważyć chirurgiczne wycięcie zmiany, szczególnie w przypadkach, gdy obraz w kolposkopii jest nieprawidłowy.</p> |

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Aktualnie w Polsce, w ramach NFZ, prowadzony jest bezpłatny Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Program przeznaczony jest dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat, ubezpieczonych, które w ciągu ostatnich 3 lat nie wykonywały badania cytologicznego.

Realizacja programu

Panie z określonej grupy wiekowej mogą zgłosić się same **do wybranej przez siebie dowolnej poradni ginekologiczno-położniczej, która ma podpisany kontrakt z NFZ**. Kobiety młodsze niż 25 lat i starsze niż 59 lat, mogą skorzystać z badania cytologicznego w ramach porady udzielonej przez ginekologa. Lekarz na podstawie wywiadu (rozmowa dotyczy m.in. występowania nowotworów w rodzinie, przyjmowanych środków antykoncepcyjnych) ocenia czynnik ryzyka wystąpienia nowotworu szyjki macicy i pobiera materiał do **badania cytologicznego**. Pacjentki osobiście odbierają jego wynik.

Lista gabinetów ginekologicznych prowadzących bezpłatne badania cytologiczne jest dostępna pod adresem **www.polecamcytologie.pl**. Po wybraniu odpowiedniej strony wojewódzkiego ośrodka koordynującego (WOK), w zakładkach: „Dla Kobiet”, „Dla Pań” lub po prostu „Wykaz świadczeniodawców” należy wyszukać adresy gabinetów świadczących bezpłatne badania.

Rozmowa w gabinecie pediatry

Wiedza rodziców i opiekunów co do profilaktyki różnych chorób, w tym raka szyjki macicy, jest podstawowym warunkiem skutecznego im zapobiegania. Poznanie zasad zabezpieczenia się przed groźnymi chorobami, poczynając od tak prostych, jak przestrzeganie zasad higieny czy

szczepienia, pomaga w wyrobieniu odpowiedzialnych zachowań zdrowotnych. U dzieci można je wykształcić jedynie poprzez odpowiednią informację i edukację rodziców. Zaleca się, aby rozmowę informacyjną nt. ryzyka raka szyjki macicy, możliwości szczepień przeprowadzić przy okazji wizyty dziewczynki w 10 r.ż, (bilans dziesięciolatka) ¹³.

Zapytaj rodziców:

Czy chcą ochrony swego dziecka w maksymalnym zakresie dostępnych szczepień profilaktycznych?

Czy wiedzą, że zabezpieczenie przed chorobami występuje tylko wtedy, gdy wyprzedza kontakt z czynnikiem zakaźnym?

Czy wiedzą, że niektóre typy zakażeń wirusowych są związane z ryzykiem nowotworów?

Czy wiedzą, że zakażenia wynikają z kontaktów z rówieśnikami, na których zachowanie nie mamy wpływu?

Czy zdają sobie sprawę, że zakażenie z okresu młodzieńczego może przetrwać wiele lat i prowadzić do bardzo poważnych chorób?

Czy w rodzinie lub wśród znajomych zdarzały się choroby nowotworowe, w tym nowotwory szyjki macicy?

Czy chcą zmniejszyć ryzyko schorzeń onkologicznych u swojego dziecka?

Zapytaj matkę:

Czy robiła Pani badanie profilaktyczne – cytologiczne?

Wytłumacz rodzicom zasady nowoczesnej profilaktyki:

Mogą uchronić swoje córki przed zakażeniem wirusem brodawczaka, który jest głównym czynnikiem rozwoju raka szyjki macicy.

- przedstaw rolę szczepień HPV (działanie, grupa wiekowa)
- przedstaw zachowania sprzyjające zakażeniu HPV

Rozmowa w gabinecie lekarza rodzinnego

Podczas wizyt i badania należy przypominać pacjentkom o regularnym (1 raz na 3 lata) zgłaszaniu się na badania cytologiczne (dotyczy to przede wszystkim kobiet powyżej 25 roku życia) oraz konieczności profilaktycznych badań ginekologicznych.

Zapytaj pacjentkę:

Czy dotychczas miała wykonywane badania profilaktyczne z zakresu ginekologii: cytologię i badanie piersi?

Czy w rodzinie były przypadki chorób nowotworowych wśród kobiet?

Czy wykonywała badanie cytologiczne w ciągu ostatnich 3 lat?

Czy kiedykolwiek stwierdzono u niej nadżerkę szyjki macicy, nieprawidłowe cytologie, a w przypadku jakichkolwiek nieprawidłowości czy poddaje się regularnym kontrolom?

Jeśli pacjentka jest matką, zapytaj się:

Czy chciałaby zmniejszyć ryzyko schorzeń onkologicznych u swojego dziecka?

Czy wie, że niektóre typy zakażeń wirusowych są związane z ryzykiem nowotworów?

Wytłumacz pacjentce, że:

Obecnie są dostępne dwa sposoby profilaktyki raka szyjki macicy: wczesne wykrycie lub szczepienie przeciw wirusom HPV. Prowadzenie szczepień stwarza szansę zabezpieczenia, już w wieku młodzieńczym, przed najgroźniejszym czynnikiem, wywołującym raka szyjki macicy. Zależy to od podjęcia działań profilaktycznych przez świadomych zagrożeń rodziców.

Bibliografia i przypisy

- 1 Macioch T., Niewada M., Wierzba W., Bidziński M., Radowicki S., Zapobieganie chorobom zależnym od zakażenia HPV – aspekty kliniczne i ekonomiczne stosowania szczepień profilaktycznych, *Curr. Gynecol. Oncol.* 2010, 8 (2), p. 68-80
- 2 Ostrowska A., Gujski M. (red): Walka z rakiem szyjki macicy w Polsce. Perspektywy, szanse i rekomendacje dla polityki państwa. 2008, s. 9.
- 3 Centers for Disease Control and Prevention. CDC Fact Sheet. Genital HPV infection; <http://www.cdc.gov/std/HPV/hpv.pdf>
- 4 National Cancer Institute: Human papillomaviruses and cancer: questions and answers. Cancer facts; <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV>
- 5 European Centre for Disease Prevention and Control: Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries. Sztokholm, styczeń 2008.
- 6 Ze strony www.rakszykimacicy-profilaktyka.pl
- 7 Woynarowska B. (red.): Profilaktyka w pediatrii. PZWL, Warszawa 2008, s. 115-117; Przygotowania do wprowadzenia szczepionek przeciwko HPV. Zagadnienia polityki zdrowotnej. WHO 2007, s. 1.
- 8 Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. *Gin. Pol.*, 2009, 80, 870-876
- 9 Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat, Polska 2006, s. 53, 85.
- 10 Ze strony www.rakszykimacicy-profilaktyka.pl
- 11 Pawlaczy M., Niemiec K. T. i inni: Choroby przenoszone drogą płciową w aspekcie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego. W: Niemiec K. T., Babińska B. (red.): Zdrowie reprodukcyjne w Polsce – stan obecny i perspektywy rozwoju. I Kongres Demograficzny w Polsce. *Wolumen Journal*, XVI, 1, 136,137-138.
- 12 Broszura: Chronię życie przed rakiem szyjki macicy. Konsultacja naukowa: Majewski S., Sikorski M., 2007, s. 5.
- 13 Zalecenia grupy ekspertów dotyczące pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy u dziewcząt i młodych kobiet., *Med. Praktyczna-Pediatrics* 1/2011.
- 14 Woynarowska B. (red.): Profilaktyka... op. cit., s. 107.
- 15 Woynarowska B. (red.): Profilaktyka... op. cit., s. 117.
- 16 Iwanicka I., Roczek E., (red) Jak zorganizować działania w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy? Poradnik dla samorządów lokalnych. Łódź 2008, s. 21-22.
- 17 Załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 57/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 października 2009 r.
- 18 Postępowanie w przypadku stwierdzenia śródnamłonkowej neoplazji i raka gruczołowego *in situ* szyjki macicy. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Patologów i Centralnego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy *Ginekol Pol.* 2009, 80, 791-794



Polska Koalicja na Rzecz Walki
z **Rakiem Szyjki Macicy**

ul. Zygmunta Glogera 2/11, 02-051 Warszawa
Tel (22) 224 63 25, Tel +48 696 390 221
e-mail: biuro@koalicjarsm.pl

www.koalicjarsm.pl