

UNIVERZITA KARLOVA

1. lékařská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Tereza Fridrichová

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



Tereza Fridrichová

Informovanost žen o endometrióze v České republice

Awareness of women about endometriosis in the Czech Republic

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: as. MUDr. Michael Fanta, PhD.

Konzultant: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2020

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, 30.04.2020

TEREZA FRIDRICHOVÁ

Podpis

Identifikační záznam:

FRIDRICHOVÁ, Tereza. *Informovanost žen o endometrióze v České republice. [Awareness of women about endometriosis in the Czech Republic]*. Praha, 2020. 77s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce Fanta, Michael.

Abstrakt:

Téma mé bakalářské práce nese název „Informovanost žen o endometrióze v České republice“. Práce se skládá ze dvou částí – z teoretické a praktické.

V teoretické části se na úvod zabývám anatomii a fyziologií ženských pohlavních orgánů. Následující kapitola je zaměřena přímo na endometriózu. Obsahuje podkapitoly týkající se charakteristiky, vzniku, klinických příznaků, diagnostiky, léčby apod. V neposlední řadě se zaměřuji na roli porodní asistentky v péči o ženu s endometriózou.

V praktické části jsem zkoumala informovanost žen o endometrióze. Ke sběru dat jsem využila anonymní kvantitativní dotazník, který jsem sdílela pomocí sociálních sítí. Dotazník mohla vyplnit žena každého věku, žijící na území České republiky. Na výzkumu se podílelo 106 respondentek, které v období od 10. 2. 2020 – 9. 3. 2020 vyplnily dotazník.

Před zahájením praktické části jsem si stanovila hypotézy, které jsem díky získaným dotazníkům mohla potvrdit nebo vyvrátit. Mým hlavním cílem bylo zjistit, kolik žen ví, co je to endometrióza. Na základě tohoto cíle jsem si stanovila i hypotézu, která se potvrdila a to, že větší polovina respondentek onemocnění zná. Jelikož se v dnešní době jedná o jedno z nejčastějších gynekologických onemocnění, předpokládala jsem, že alespoň jedna z respondentek onemocněním trpí. Tato hypotéza se potvrdila, konkrétně onemocněním trpí 5 z 70 respondentek. Hypotéza, že každá z žen zná alespoň jednu z metod diagnostiky se mi taktéž potvrdila. Na druhou stranu pouhých 5,7 % respondentek znaly všechny způsoby diagnostiky. Hypotéza týkající se léčby, se mi taktéž potvrdila. Předpokládala jsem, že větší polovina bude vědět, jak se endometrióza léčí. . Hormonálně označilo právě 70 % respondentek a chirurgicky 65,7 %. Jako poslední jsem předpokládala, že téměř všichni si myslí či ví, že endometrióza se může podílet na neplodnosti. Hypotéza byla taktéž potvrzena. Všechny z respondentek odpověděly, že může mít na plodnost vliv.

Výstupem mé práce je edukační brožura, která bude sloužit jako informační materiál pro veřejnost. Brožuje se součástí příloh na konci bakalářské práce.

Klíčová slova: informovanost žen, endometrióza, gynekologické onemocnění, bolest, neplodnost, endometrium

Abstract:

The theme of my bachelor thesis is called "Awareness of women about endometriosis in the Czech Republic". The thesis consists of two parts - theoretical and practical.

In the theoretical part, I deal with the anatomy and physiology of female genitals. The next chapter focuses directly on endometriosis. Contains subchapters related to with the characteristics, origin, clinical symptoms, diagnosis, treatment, etc. Last but not least, I focus on the role of the midwife in the care of a woman with endometriosis.

In the practical part, I examined women's awareness of endometriosis. To collect the data, I used an anonymous quantitative questionnaire, which I shared using social networks. The questionnaire could be filled in by a woman of all ages living in the Czech Republic. 106 respondents took part in the research, who filled in a questionnaire in the period from 10 February 2020 to 9 March 2020.

Before starting the practical part, I set out hypotheses that I was able to confirm or refute thanks to the obtained questionnaires. My main goal was to find out how many women know what is endometriosis. Based on this goal, I set a hypothesis, which was confirmed and that more than half of the respondents know the disease. Because these are the days one of the most common gynecological diseases, I assumed that at least one of the respondents suffers from the disease. This hypothesis was confirmed, specifically 5 out of 70 respondents suffer from the disease. The hypothesis that each of the women knows at least one of the diagnostic methods was also confirmed to me. On the other hand, only 5.7% of respondents knew all the methods of diagnosis. The treatment hypothesis was also confirmed to me. I assumed that the greater half would know how endometriosis was treated. . Just 70% of respondents had a hormonal and 65.7% had a surgical one. Lastly, I assumed that almost everyone thinks or knows that endometriosis can contribute to infertility. The hypothesis was also confirmed. All of the respondents answered that it can affect fertility.

The output of my work is an educational brochure, which will serve as information material for the public. It is presented in the appendices at the end of the bachelor's thesis.

Keywords: women's awareness, endometriosis, gynecological illness, pain, infertility, endometrium

Poděkování:

Mé poděkování patří především as. MUDr. Michaelu Fantovi PhD. za odborné vedení práce, ochotu a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat za konzultaci Mgr. Miladě Kulhavé. Rovněž děkuji všem ženám, které si udělaly čas a vyplnily dotazník, díky kterému mohla být zpracovaná část práce. V neposlední řadě patří mé poděkování rodině, přátelům, kteří pro mě byli po celou dobu velkou oporou.

Obsah

Úvod	11
1 Anatomie reprodukčních orgánů	13
1.1 Vaječník - ovarium.....	13
1.2 Vejcovod – tuba uterina	13
1.3 Děloha – Uterus	14
1.4 Pochva – vagina, kolpos.....	14
1.5 Močový měchýř – vesica uterina	15
1.6 Konečník – rectum	15
1.7 Pánevní peritoneum.....	15
2 Cyklické změny v ženském těle.....	16
2.1 Menstruační cyklus	16
2.1.1 Menstruační fáze	16
2.1.2 Proliferační fáze	16
2.1.3 Sekreční fáze	16
2.1.4 Ischemická fáze.....	16
2.2 Ovulační cyklus.....	17
2.2.1 Folikulární fáze.....	17
2.2.2 Ovulační fáze.....	17
2.2.3 Luteální fáze.....	17
3 Hormonální regulace ženského reprodukčního cyklu.....	18
3.1 Hypotalamus.....	18
3.2 Hypofýza	18
3.2.1 Folikulostimulační hormon (FSH).....	18
3.2.2 Luteinizační hormon (LH)	19
3.2.3 Prolaktin – luteotropní hormon (LTH).....	19

3.2.4	Oxytocin.....	19
3.3	Ovarium	19
3.3.1	Estrogeny.....	19
3.3.2	Gestageny.....	19
4	Endometrióza.....	20
4.1	Prevalence	20
4.2	Teorie vzniku.....	21
4.2.1	Implantační teorie dle Sampsona	21
4.2.2	Teorie coelomové plázie.....	21
4.2.3	Abnormality imunitního systému	21
4.2.4	Genetická teorie.....	22
4.2.5	Teorie kmenových buněk	22
4.2.6	Teorie tkáňového poškození a reparace (TIAR – tissue injury and repair) ...	22
4.2.7	Teorie iatrogenní diseminace	22
4.2.8	Merillova indukční teorie	22
4.2.9	Halbalova teorie transportu endometria	23
4.2.10	Teorie luteizovaného neprasklého folikulu - LUF	23
4.3	Klinické příznaky.....	24
4.3.1	Chronická pánevní bolest	24
4.3.2	Dyspareunie	24
4.3.3	Dysmenorea.....	24
4.3.4	Poruchy děložního krvácení.....	25
4.3.5	Neplodnost	25
4.3.6	Dysurie a dyschezie	25
4.4	Klasifikace	26
4.4.1	Klasifikace dle lokalizace.....	26

4.4.2	Klasifikace dle příznaků	27
4.4.3	Klasifikace dle závažnosti.....	27
4.5	Diagnostika	30
4.5.1	Anamnéza	30
4.5.2	Fyzikální vyšetření	30
4.5.3	Laboratorní vyšetření	31
4.5.4	Zobrazovací metody	31
4.5.5	Laparoskopie.....	32
4.5.6	Hysteroskopie	32
4.5.7	Histologie.....	32
4.6	Terapie.....	33
4.6.1	Medikamentózní léčba	33
4.6.2	Chirurgická léčba	36
4.6.3	Kombinovaná léčba	36
4.6.4	Alternativní doplňky léčby.....	37
5	Péče porodní asistentky o ženu s endometriózou	38
5.1	Specializovaná centra pro léčbu endometriózy.....	39
6	PRAKTICKÁ ČÁST	40
6.1	Stanovení cílů a hypotéz.....	40
6.1.1	Dílčí cíle.....	40
6.1.2	Hypotézy.....	40
6.2	Metoda sběru dat.....	40
6.3	Výzkumný soubor a jeho charakteristika	41
6.4	Výsledky praktické části.....	42
6.5	Vyhodnocení stanovených hypotéz	59
7	Diskuze.....	60

8	Závěr.....	62
	Seznam zkratk.....	66
	Seznam tabulek.....	67
	Seznam grafů.....	68
	Seznam obrázků.....	69
	Přílohy.....	70
	Příloha č. 1 – dotazník	70
	Příloha č. 2 – edukační brožura.....	74

Úvod:

Téma „Informovanost žen o endometrióze v České Republice“ jsem si pro svou závěrečnou práci zvolila, protože se jedná o jedno z nejčastějších gynekologických onemocnění dnešní doby a sama jím trpím.

Díky velkému nárustu žen s diagnostikovanou endometriózou, jsem se rozhodla vytvořit práci obsahující poznatky o endometrióze na jednom místě. V teoretické části jsem se zaměřila na anatomii ženské pohlavní soustavy a na hormonální pochody. Dále jsem se zabývala samotným onemocněním – o co se jedná, jak endometrióza vzniká, jak se diagnostikuje a léčí. V neposlední řadě jsem shrnula roli porodní asistentky v péči o ženu s endometriózou a uvedla přehled center pro komplexní léčbu endometriózy v ČR.

V praktické části jsem zjišťovala, jestli ženy znají pojem endometrióza a jak hodně jsou o ní informované. Výstupem celé mé práce je brožura, která bude sloužit jako edukační leták se základními informacemi, které je třeba o onemocnění vědět. Často totiž dochází k tomu, že ženy mají velice silnou a bolestivou menstruaci a nechají se odbít gynekologem, který tvrdí, že se jedná o normální věc. Přitom může mít žena právě endometriózu.

Brožura je součástí přílohy bakalářské práce.

1 Anatomie reprodukčních orgánů

1.1 Vaječník - ovarium

Vaječník je párová pohlavní žláza, produkující pohlavní buňky – vajíčka, a pohlavní hormony. Je uložen ve spodní části břišní dutiny. Má ovoidní tvar a jeho velikost se mění s věkem. V produktivním věku měří 3 – 5 cm na délku a 1,5 - 3 cm na šířku. Jeho hmotnost se pohybuje v rozmezí 6 – 10g. Ovarium je šedorůžové barvy a na povrchu je zvrásněné (Čihák, 2013)

Vaječnický mají dvě důležité funkce – tvorbu vajíček a tvorbu hormonů. Již u novorozence, ženského pohlaví se nachází přes 400 000 tisíc tzv. primárních buněk. Z tak velkého množství v průběhu reprodukčního období ženy dozraje pouze 400 vajíček. Další z funkcí je endokrinní. Hormony produkované vaječnický jsou steroidní povahy, z nichž nejpodstatnější jsou progesterony a estrogeny. Jejich hlavní funkcí je růst a vývoj ženských orgánů a příprava reprodukčního systému na oplodnění vajíčka, přijetí a zajištění fyziologického průběhu těhotenství. Endokrinní funkci vaječnický jsou nadřazeny hormony vznikající v adenohypofýze. Jedná se o luteotropin a folitropin. (Hudák et al., 2015)

Ve vaječnickách se nachází také v malé míře mužské pohlavní hormony zvané androgeny. Jejich hlavní využití je k syntéze estrogenů. U některých žen může dojít k poruše tvorby estrogenů a tudíž ke zvýšené hladině androgenů v krvi. Díky nadměrnému množství androgenů může dojít u ženy k hormonální nerovnováze v jejíž důsledku mohou vznikat cysty na vaječnicku s následnou poruchou menstruačního cyklu a v nejhorším i k problému s početím. (Kočárek, 2010)

1.2 Vejcovod – tuba uterina

Vejcovod je párové trubice, která spojuje vaječnický s dělohou. Rozšířená část, ampulla, je přivrácena k vaječnicku, druhý konec vstupuje do dělohy v místě děložního rohu. Je dlouhý přibližně 10 – 15 cm. Dochází zde k oplození vajíčka spermii a to nejčastěji v dolní části. Skládá se ze sliznice, svaloviny a tunica serosa. (Čihák, 2013)

Sliznice je světle růžová a tvoří ji primární, sekundární a terciální řasy. Nachází se zde dva typy buněk – buňky s řasinkami, které umožňují svým pohybem posunutí vajíčka k děloze, a buňky sekreční, které slouží k udržení vhodného prostředí. (Čihák, 2013)

Svalovina se skládá z vnitřní cirkulární vrstvy a zevní longitudinální. Svými peristaltickými pohyby posouvá vajíčko k děloze. (Naňka, 2015)

1.3 Děloha – Uterus

Děloha je dutý svalový orgán, který po oplození vajíčka zajišťuje vhodné prostředí pro vývoj plodu. Je uložena mezi močovým měchýřem a konečníkem. Tvoří porodní kanál v druhé době porodní. Skládá se z děložního těla, isthmu a hrdla děložního. Tvarem připomíná hrušku. Velikost u nullipar se pohybuje okolo 7 – 9 cm na délku, 4 – 4,5 na šířku a hmotnost činí přibližně 50 g. U více rodiček dochází ke zvětšení každého rozměru až o 10 mm. V těhotenství se zvětší mnohonásobně ve všech rozměrech a několikrát znásobí svou hmotnost. Děloha se také zvětšuje v období menstruace, kdy dochází k prosáknutí tekutinou. (Čihák, 2013)

Děloha zaujímá základní postavení, tzv. anteflexi – ohnutí dělohy v isthmu dopředu a anteverti – překlopení anteflektované dělohy dopředu, což vede k tomu, že děloha s pochvou svírá úhel v rozmezí 70 – 100 °. Děloha je ve své poloze fixovaná pomocí podpůrného a závěsného aparátu zvaného parametrium. (Čihák, 2013)

Stěna dělohy se skládá ze tří částí: sliznice, svalovina a serózní vrstva:

Sliznice, nebo-li endometrium, je šedorůžové barvy a tvoří ji jednovrstevný cylindrický epitel a slizniční vazivo, které obsahuje tubulózní žlázy. Dochází zde k cyklickým změnám, způsobených hormonem. Tyto změny zahrnují růst a odlučování povrchové vrstvy sliznice – menstruační cyklus. (Čihák, 2013)

Svalovinu, myometrium, tvoří snopce hladké svaloviny, mezi nimiž se nachází vazivo. Svalovina je uspořádána do více vrstev, které se prolínají. V období před menstruací dochází k zduření a zvětšení množství tekutiny ve vazivu. (Čihák, 2013)

Serózní vrstva, tunica serosa, nebo také perimetrium kryje povrch dělohy, s kterým pevně srůstá. (Čihák, 2013)

1.4 Pochva – vagina, kolpos

Pochva je orgán sloužící ke kopulaci a odtoku menstruační krve. Jedná se o trubici, která navazuje na děložní hrdlo a pokračuje směrem ven, kde se otvírá mezi malými pysky jako vchod poševní. (Čihák, 2013) Vagina obepývá děložní hrdlo pomocí děložních kleneb – zadní, přední a postranní. Zadní klenba je hlubší a naléhá na Douglasův prostor. (Rob et al., 2019)

1.5 Močový měchýř – vesica uterina

Močový měchýř se nachází za symfýzou, před pochvou a dělohou. (Rob et al., 2019) Jedná se o dutý svalový orgán, ve kterém dochází k sběru moči před vyprázdněním. (Čihák, 2013) Z močového měchýře vystupuje močová trubice. V celé její délce je v těsném kontaktu s vagínou. (Rob et al, 2019)

1.6 Konečník – rectum

Jedná se o poslední úsek trávicí soustavy, který má k vnitřním a zevním rodidlům topografický vztah. Pomocí Douglasova prostoru je oddělen od dělohy. Mezi konečníkem a pochvou se nachází vazivová přepážka – *septum rectovaginale* a mezi konečníkem a zevními rodidly je hráz, která má vazivový a svalový podklad. (Rob et al., 2019)

1.7 Pánevní peritoneum

Pánevní peritoneum navazuje na parietální peritoneum dutiny břišní. Z přední strany břišní přechází na močový měchýř a z něho na děložní fundus a tělo. (Rob et al., 2019)

2 Cyklické změny v ženském těle

Ženské tělo prochází v průběhu života mnohými změnami, které vznikají v důsledku působení hormonů. Patří zde například menstruační a ovulační cyklus.

2.1 Menstruační cyklus

Jako menstruační cyklus se označují změny endometria, ke kterým dochází vlivem hormonů. Jedná se o přípravu ženského těla na oplození zralého oocyty. Menses je také závislá na ovulačním cyklu. Cyklus obvykle trvá 28 dní, kdy prvním dnem cyklu je první den menstruace. Prvním dnem menstruace označujeme den, kdy se u ženy dostaví krvácení, které je ve většině případů signálem, že nedošlo k oplození. (Kočárek, 2015) Délka měsíčků se pohybuje nejčastěji v rozmezí 3 – 5 dnů, kdy celková ztráta krve při ní by se měla pohybovat v rozmezí 35 – 80 ml. (Rob et al., 2019)

První menstruace, menarche, se objevuje okolo 13 – 14 roku dívky. K vymizení cyklu dochází kolem 45. – 50. roku a toto období nazýváme menopauza. Změny endometria lze rozdělit do čtyř fází: (Naňka, 2015)

2.1.1 Menstruační fáze

Menstruační fáze je část cyklu, která trvá v rozmezí 1. až 4. dne. Dochází zde ke kontrakci tepének. V důsledku toho dojde k překrvení sliznice a autolytickým změnám endometria s následným odloučením zona functionalis. Menstruační fáze končí vazokontrikcí cév svaloviny. (Čihák, 2013)

2.1.2 Proliferační fáze

Proliferační fáze probíhá od 5. do 14. dne. Tato fáze je pod vlivem estrogenů, které pochází z rostoucího folikulu. Dochází zde k zvyšování sliznice, pučení nových cév a epitelizaci endometria. (Naňka, 2015)

2.1.3 Sekreční fáze

Tato fáze trvá od 15. do 28. dne, kdy je celou dobu pod vlivem hormonů žlutého tělíska. Sliznice dále roste, a připravuje se na přijetí oplozeného vajíčka. Žlázy se vyplňují sekretem, který obsahuje glykogen. (Čihák, 2013)

2.1.4 Ischemická fáze

Ischemická fáze, nebo-li premenstruační, probíhá 28. den. Nastává v případě, že u ženy nedojde k oplození vajíčka. Sliznice je infiltrována leukocyty a lymfocyty.

Arterioly endometria se kontrahují, čímž způsobí dočasnou hypoxii. V důsledku hypoxie dojde k degeneraci a rozpadu buněk. Tato fáze je závislá na poklesu progesteronu a estrogeneru. (Čihák, 2013)

2.2 Ovulační cyklus

Ovulační cyklus, nebo-li ovariální, se odehrává ve vaječníku. Dochází při něm k řadě procesů – ke zrání folikulů, ovulaci a zvýšené tvorbě hormonů, které jsou důležité pro implantaci oplozeného oocyty a případně pro vývoj těhotenství. (Rob et al., 2019) Skládá se z těchto fází:

2.2.1 Folikulární fáze

Folikulární fáze trvá přibližně prvních 14 dní cyklu. V tomto období dochází pod vlivem folikulostimulačního hormonu (FSH) k dozrání folikulu a ke zvýšené produkci estradiolu. (Rob et al., 2019) V posledních dnech této fáze se uplatňuje i luteizační hormon (LH) a pod jeho vlivem spolu s FSH hormonem dochází k dozrání folikulu a následně k ovulaci. V případě zralého folikulu mluvíme o tzv. Graafově folikulu. (Naňka, 2015)

2.2.2 Ovulační fáze

Období okolo ovulace nazýváme jako ovulační či periovulační fázi. Nastává kole 14. dne cyklu. Dozrálý Graafův folikul praská a uvolňuje vajíčko, které je zachyceno pomocí vejcovodu. (Rob et al., 2019)

2.2.3 Luteální fáze

Jedná se o poslední fázi cyklu. Z buněk prasklého folikulu se tvoří žluté tělísko, které produkuje progesteron. V případě, že nedojde k oplození zralého vajíčka, kolem 28. dne cyklu dojde k zániku žlutého tělíska a vytváří se bílé tělísko. Dojde tak k náhlému poklesu hladiny progesteronu s následným postupným zvýšením hladin FSH a začátku nového cyklu. (Rob et al. 2019)

3 Hormonální regulace ženského reprodukčního cyklu

Struktury, ovlivňující cyklus, se nachází v hypotalamu, předním laloku hypofýzy a vaječníku. (Rob et al., 2019)

3.1 Hypotalamus

Hypotalamus zajišťuje propojení nervového systému spolu s endokrinním. Má za úkol koordinovat a regulovat tělesné pohody zahrnující i sexuální. Většina faktorů z hypotalamu, které se podílí na regulaci produkce a sekrece hormonů z hypofýzy, jsou peptidy. (Rob et al., 2019)

Gonadoliberin se vytváří v neuronech a za pomoci axonů je přenášen k portálnímu systému hypofýzy. Jeho vylučování do krve se uskutečňuje v krátkých pulsech, kdy frekvence a amplituda závisí na části ovariálního cyklu. Jeho vylučování ovlivňují látky nervového systému, z nichž nejdůležitější je dopaminergní systém. Pomocí tohoto systému dochází ke zpracování informací o stavu organismu, zahrnující energické zásoby, stres a hormonální hladiny. Dopaminergní systém hraje roli při sekreci gonadoliperinu a má vliv na nástup puberty. (Rob et al., 2019)

Další důležité regulační hormony hypotalamu jsou endogenní opioidy, jejichž úkolem je zajištění informací o hladinách hormonu estrogenů, progesteronů. (Rob et al., 2019)

3.2 Hypofýza

Jedná se o endokrinní žlázu, která je významně spojena s hypotalamem. Hypofýza je rozdělena na přední lalok – *adenohypofýzu*, a lalok zadní – *neurohypofýzu*. Pro hormonální regulaci je důležitý portální systém cévního zásobení, skrz který prochází hormony z hypotalamu. (Rob et al., 2019)

Na hormonální regulaci se podílí hormony adenohypofýzy a neurohypofýzy. V případě adenohypofýzy se jedná o bazofilní buňky, které produkují gonadotropní hormony (FSH, LH) a acidofilní buňky, zahrnující laktotropní buňky. Neurohypofýza produkuje hormon oxytocin. (Rob et al., 2019)

3.2.1 Folikulostimulační hormon (FSH)

Jedná se o glykoprotein, pocházející z adenohypofýzy. Jeho hlavní funkcí je podpora růstu folikulů v ovariích a produkci ženských pohlavních hormonů – estrogenů. (Jelínek et al., 2014) Jeho koncentrace v krvi se zvyšuje 2 – 3 dny před začátek menstruace. (Rob et al., 2019)

3.2.2 Luteinizační hormon (LH)

Jedná se také o glykoprotein ze skupiny gonadotropních hormonů. Funkce luteinizačního hormonu spočívá v podpoře růstu žlutého tělíska a tvorbě hormonů žlutého tělíska – progesteronu. (Jelínek et al., 2014)

3.2.3 Prolaktin – luteotropní hormon (LTH)

Prolaktin je hormon produkovaný v adenohypofýze. Řídí rozvoj mléčných žláz, produkci mléka a rozvoj žlutého tělíska. (Jelínek et al., 2014) Jeho hladina stoupá v průběhu spánku a taktéž může být zvýšená vlivem stresu, hladověním, pohlavním stykem, těhotenstvím či užíváním antikoncepce. (Rob et al., 2019)

3.2.4 Oxytocin

Je produkován v neurohypofýze. Oxytocin působí na hladkou svalovinu děložní, působí stahy děložního svalstva při porodu i při pohlavním dráždění. Dále ovlivňuje ejekci, tedy vypuzování mléka při sání kojence. (Jelínek et al., 2014)

3.3 Ovarium

Na řízení ovariálního cyklu se podílí taktéž ovarium. Významnou regulační funkci tohoto cyklu mají steroidní hormony, tedy estrogény a gestageny, které jsou nejvíce produkovány právě ve vaječniku. V menším množství se u ženy tvoří i mužské hormony – androgeny. Mezi ně patří testosteron a androstendion, které jsou prekurzory estrogenů. (Rob et al., 2019)

3.3.1 Estrogény

Jedná se o steroidní hormony, které vznikají z androgenů. Většina z nich se nachází v krevním oběhu vázaná, pouze necelé 2 % jsou volná. Jejich účinek je komplexní a má vliv na celý organismus. Ovlivňuje vznik sekundárních znaků a má vliv na správnou funkci reprodukčního ústrojí. Mezi hlavní estrogény patří estron, estradiol a estriol. (Rob et al., 2019)

3.3.2 Gestageny

Jde o hormony, které mají schopnost vyvolat sekreční přeměnu endometria v proliferační fázi. Nejdůležitější z gestagenů je progesteron, který je produkován převážně v žlutém tělísku, placentě a kůře nadledvin. Progesteron je důležitý pro přípravu dělohy na implantaci a udržení těhotenství. (Rob et al., 2019)

4 Endometrióza

Endometrióza je zánětlivé onemocnění závislé na hladinách hormonu estrogenu. Je definována jako přítomnost endometriálních stomů a žláz mimo děložní dutinu, a to nejčastěji v pánvi. Mezi hlavní příznaky patří pánevní bolest, dyspareunie, poruchy děložního krvácení či problémy s koncepcí. V dnešní době se jedná o jedno z nejčastějších gynekologických onemocnění. U některých může probíhat asymptomaticky, avšak mnoho žen má potíže, které ovlivňují kvalitu jejich života, nejen po klinické stránce, ale také po psychické a sociální. (Janoušková et al., 2018)

Endometrióza se vyskytuje u 10 – 15 % žen, převážně v reprodukčním věku. V posledních letech došlo k nárůstu výskytu endometriózy, což může být přisuzováno zvýšenému počtu diagnostických laparoskopických operací při chronických pánevních bolestech či při pánevních abnormalitách. (Indrielle-Kelly et al., 2019)

4.1 Prevalence

Endometrióza patří mezi nejčastější gynekologické onemocnění. Prevalence nelze přesně určit, jelikož mnoho žen s tímto onemocněním je asymptomatických. Udává se, že v běžné populaci se pohybuje okolo 10 – 15%. Ve více než 80 % se jedná o ženy v reprodukčním věku, 10 % tvoří dospívající dívky a méně než 5% jsou postmenopauzální pacientky. (Indrielle-Kelly et al., 2019)

4.2 Teorie vzniku

Endometrióza – záhadná nemoc, u které není dodnes jednoznačně objasněno, jak a proč vzniká. I přesto, že první teorie pochází z přelomu 19. – 20. století, není ani po více než sto letech známá příčina. (Hrušková, 2011) Existuje mnoho teorií, jak by případně mohlo onemocnění vznikat, avšak žádná z nich nebyla doposud potvrzena. (Kučera, 2008)

4.2.1 *Implantační teorie dle Sampsona*

Jedna z nejčastějších a zároveň nejstarších je tzv. implantační teorie dle Sampsona. U žen dochází k tzv. retrográdní, nebo-li zpětné menstruaci, kdy menstruační krev spolu s buňkami endometria putuje obráceně, tedy skrz vejcovody do pánevní dutiny. Buňky se pak mohou implantovat do jakékoliv tkáně. (Roztočil et al., 2011) Jedním z důvodů zpětného toku může být přítomnost mechanické překážky ve formě stenózy děložního hrdla či hypoplasie dělohy. (Rob et al., 2019)

Jednou z překážek této teorie je zjištění, že endometriální buňky se v peritoneální dutině nachází až u 90% žen v reprodukčním věku, ale pouze 1 z 10 onemocní právě endometriózou. Proto je více než pravděpodobné, že na vzniku se podílejí další faktory, mezi které patří například silné menstruační krvácení, krátký menstruační cyklus či snížená imunita. (Mehedintu et al., 2014)

4.2.2 *Teorie coelomové plázie*

Další z možných příčin endometriózy vysvětluje teorie coelomové plázie, s kterou v roce 1942 přišel Gruenwald. Podstatou této teorie je diferenciací nediferencovaných buněk jakéhokoliv orgánu na endometrium, nejspíše vlivem hormonů steroidní povahy či exogenních sloučenin k diferenciaci buněk. To by vysvětlovalo, proč je možná přítomnost endometriálních ložisek i v orgánech jako jsou bránice, mozek, pleura a další. Avšak je třeba dodat, že buňky endometria mohou být mimo pánev zavlčena i oběhovým či lymfatickým systémem. K tomu, aby mohla být teorie coelomové plázie potvrzena, musí dojít k zjištění, proč se i u nemenstrujících žen a mužů, léčených pomocí hormonů, občas endometrióza vyskytuje. (Mehedintu et al., 2014)

4.2.3 *Abnormality imunitního systému*

Již dlouhou dobu je známo, že u žen s endometriózou dochází ke změně v imunologické odpovědi. Špatná imunitní odpověď může způsobit snížení clearance menstruačního odpadu, díky čemuž dochází k přetrvávání buněk endometria v dutině pánevní.

Tato abnormalita může vést i k zvýšení odolnosti a růstu endometriálních ložisek. (Mehedintu et al., 2014)

U pacientek s endometriózou bylo nalezeno v oblasti peritoneální dutiny více makrofágu než u zdravých žen. Tyto makrofágy zde plní odlišnou funkci, než u dutiny bez buněk endometria. Peritoneální makrofágy jsou indukované k vylučování růstových faktorů a cytokinů, které dodávají buňkám endometria odolnost. (Mehedintu et al., 2014)

4.2.4 Genetická teorie

Endometrióza patří mezi dědičná onemocnění. Častější výskyt se ukazuje u žen příbuzných v prvních liniích. Tyto poznatky pochází z různých studií. (Mehedintu et al., 2014)

4.2.5 Teorie kmenových buněk

Jedná se o nejnovější teorii, která je založena na možnosti diferenciaci endometria právě z mezenchymálních buněk kostní dřeně. (Roztočil et al., 2011)

4.2.6 Teorie tkáňového poškození a reparace (TIAR – tissue injury and repair)

Jedná se o modernější teorii, která byla vytvořena na embryologickém podkladu. (Hrušková, 2011) Děloha je rozdělena na archimetru, zahrnující endometriální žlázy, stroma a subvaskulární vrstvu, a neometru, skládající se z vaskulární a supravaskulární vrstvy. Mezi archimetrou a neometrou, především v oblasti fundokorduální, dochází ke vzniku tzv. mikrotraumat, díky čemuž dochází ke zvýšené motilitě. Poté následují mnohé reparativní procesy, při kterých je lokálně zvýšená produkce estrogenu. Na základě zvýšené hladiny estrogenu dochází k zvýšení peristaltiky, dislokaci endometria s následným rozsevem skrz vejcovody do dutiny peritonea. (Fanta, 2012)

4.2.7 Teorie iatrogenní diseminace

Další možnost vzniku endometriózy může být následkem operačního výkonu. Důkazem této teorie je výskyt ložisek endometria na přední straně břišní u žen po císařském řezu. Je tedy možné, že v průběhu operace dochází k implantaci endometriálních buněk a stomatu. (Roztočil et al., 2011)

4.2.8 Merillova indukční teorie

V případě této teorie se jedná o rozvinutou již starší teorii metaplázie. Jde o vyvolání přeměny indiferentních peritoneálních buněk ve sliznici endometria pod vlivem nespecifického biochemického faktoru. (Roztočil et al., 2011)

4.2.9 Halbalova teorie transportu endometria

Další z možných variant vzniku endometriózy může být diseminace buněk endometria skrz lymfatický či hematogenní systém. Při této teorii se předpokládá přenos buněk i do vzdálenějších částí těla, což by mohlo vysvětlovat přítomnost buněk endometria i v jiných orgánech jako je mozek či pleura. (Fanta, 2012)

4.2.10 Teorie luteizovaného neprasklého folikulu - LUF

Tato teorie předpokládá možnou spojitost vzniku endometriózy s tzv. syndromem LUF. (Rob et al., 2019) Syndromem nazýváme stav, kdy při dozrání folikulu nedojde k jeho prasknutí a uvolnění vajíčka. Luteizace folikulů je ovlivněna účinkem prostaglandinu, na jejichž působení mohou mít vliv například nesteroidní antirevmatika. (Řežábek, 2018) Při diagnostice LUF se u ženy nacházejí nižší koncentrace estrogenů a progesteronu v peritoneální dutině, díky čemuž může dojít snadněji k implantaci buněk peritonea. (Rob et al., 2019)

4.3 Klinické příznaky

Endometrióza má jako každé z jiných onemocnění mnoho klinických příznaků. Není však pravidlem, že u každé ženy s diagnostikovanou endometriózou musí dojít k výskytu některých z nich. (Roztočil et al., 2011) Současné studie dokázaly, že neexistuje žádný vztah mezi rozsahem onemocnění a symptomatologií. (Mehedintu et al., 2014) Většinou se jedná o heterotopická ložiska, které nepodléhají hormonálním podnětům. (Rob et al., 2019) Jedna třetina žen má průběh onemocnění asymptomatický a k diagnóze může dojít až na podkladě problému s koncepcí. Typické příznaky jsou vázány na cyklus, mluvíme tedy o tzv. cyklických změnách. Problémy spojené s onemocněním mají na ženu negativní dopad a to nejen po stránce fyzické, ale také psychické a sociální. (Roztočil et al., 2011)

4.3.1 Chronická pánevní bolest

Chronická pánevní bolest je nejčastějším příznakem endometriózy. Aby se dalo hovořit o chronické bolesti, musí být u ženy přítomná minimálně půl roku. (Kučera, 2008) Nejčastěji se jedná o bolest vázanou na cyklus. Ta je nejintenzivnější v průběhu menstruace. Intenzita bolesti často neodpovídá stupni endometriózy. (Rob et al, 2019)

4.3.2 Dyspareunie

Bolest při pohlavním styku je častým příznakem. Ženy uvádí, že při pohlavním styku cítí hlubokou tupou bolest. Tato bolest může být způsobena buď při tlaku na ložisko endometriózy, které se nachází na sakrouterinních vazech či v Douglasově prostoru, nebo v důsledku srůstu v malé pánvi. (Roztočil et al., 2011)

V případě dyspareunie je častější výskyt u žen s výskytem příznaků před 25. rokem. Tyto ženy nejčastěji udávají bolest v oblasti vaječnicků, v oblasti dělohy a v křížové oblasti. (Fanta et al., 2012)

4.3.3 Dysmenorea

Dysmenorea, nebo-li bolestivá menstruace, je jedním z dalších klinických příznaků. Nastupuje obvykle 36-48 hodin po začátku menstruace. Je způsobena krvácením endometria, které se nachází mimo dutinu děložní. Tato bolest může ženu omezovat před začátkem menses, v průběhu, ale i v době po ní. (Roztočil et al., 2011)

4.3.4 Poruchy děložního krvácení

U 15 – 20 % žen s tímto onemocnění se vyskytuje mimoděložní krvácení. Nejčastěji se objevuje jako premenstruační špinění, v důsledku působení hormonů, nebo jako dlouhé silné menstruační krvácení. (Roztočil et al., 2011)

4.3.5 Neplodnost

Je známo, že u žen trpící endometriózou je často problém s plodností. (Roztočil et al, 2011) Přibližně se jedná o 4,5 – 33% žen s některým typem endometriózy. (Kučera, 2008) Tento příznak bývá často zdrojem objevení onemocnění s asymptomatickými projevy. Při bezpříznakovém průběhu se předpokládá, že je neplodnost způsobena zánětlivými procesy v těle a roli zde hraje i imunologická stránka. U symptomatického průběhu se na problémech s koncepcí podílí funkční a organické změny orgánů malé pánve, kvůli kterým dochází často u žen k poruchám ovulačního cyklu. Až u 15% z nemocných jsou přítomny anovulační cykly. (Režábek, 2018) Endometrióza vejcovodu či vaječníku taktéž zvyšuje riziko mimoděložního těhotenství, tím že negativně ovlivňuje nidaci. (Hájek et al., 2014)

Z dostupných studií není známo, že by za opakované potraty mohla právě endometrióza.

4.3.6 Dysurie a dyschezie

Dysurie, řezavá až pálivá bolest, je příznak, který mají nejčastěji ženy, které mají ložiska lokalizované na močovém měchýři. V případě dyschezie, poruchy vyprazdňování, se jedná o postižení rektovaginální, rektocervikální či postižení střeva.

4.4 Klasifikace

4.4.1 Klasifikace dle lokalizace

Endometriózu můžeme rozdělit podle toho, kde se nachází. V případě, že se vyskytnou endometrická ložiska mimo pohlavní orgány ženy mluvíme o endometrióze extragenitální – *endometriosis genitalis externa*. Do této skupiny patří břišní extragenitální endometrióza, která se nachází na střevě, omentu či močovém měchýři. Ložiska mohou být zavlečena i do vzdálenějších orgánů, jako například do plic, mozku, štítné žlázy nebo se mohou ložiska objevit i v místě laparotomické rány či v pupku. (Roztočil et al., 2011)

Pokud je endometrióza lokalizovaná na reprodukčních orgánech, jedná se o genitální endometriózu – *endometriosis genitalis*. Tuto skupinu lze ještě rozdělit na endometriózu vnitřní – *endometriosis genitalis interna*, která se nachází ve stěně děložní, a endometriózu zevní – *endometriosis genitalis externa*, nacházející se na vejcovodech, vaječnicích, v Douglasově prostoru, na závěsném děložním aparátu, na děložním hrdle a vulvě. (Rob et al., 2019)

4.4.1.1 Peritoneální endometrióza

Vznik peritoneální endometriózy vysvětluje retrográdní menstruace, kdy se v průběhu menses dostává menstruační krev spolu s množstvím rozpadových derivátů právě do dutiny perinea. (Kučera, 2008) Jedná se o výskyt endometrických ložisek na povrchu peritonea. Typické pro peritoneální endometriózu je přítomnost adhezí. (Haas et al., 2012)

4.4.1.2 Ovariální endometrióza

Jedná se o jednu z nejčastějších lokalizací. Ovariální endometrióza se nachází na povrchu vaječnicků, může se do něj i zanořit a vytvořit tzv. pseudocystu, pro kterou je charakteristická hnědá výplň. Proto je označována jako tzv. čokoládová cista. (Slezáková et al., 2017) Tato barva je způsobena nahromaděním menstruační krve a rozpadových derivátů. (Rob et al., 2019) Díky anatomickému uložení a poměrům v pánvi je procentuálně vyšší výskyt u levého ovaria. Vliv na častější výskyt endometriózy na levém vaječniku má častá fixace sigmoidea k pánevní stěně, která je v jeho blízkosti. (Kučera, 2008)

4.4.1.3 Hluboká rektovaginální endometrióza (HRE)

Hluboká rektovaginální endometrióza se týká 20 – 35% žen trpících tímto onemocněním. Pro tuto skupinu je typická invaze do anatomických struktur a orgánů. HRE lze rozdělit

na přední endometriózu, tedy močového měchýře, a zadní, lokalizovanou na sakrouterinních vazech, rektovaginálním septu či pochvě. (Kučera, 2008)

4.4.1.4 Adenomyóza

Adenomyóza se oddělila jako samostatné onemocnění, i přesto že má mnoho společného s endometriózou. (Lacheta, 2019) Objevuje se ve formě hypertrofie myometria v děložní stěně a to převážně v oblasti kolem endometrálních žlázek. Často se mluví o onemocnění multipar. (Rob et al., 2019)

4.4.2 Klasifikace dle příznaků

U onemocnění je známo mnoho příznaku, z nichž nejčastější je pánevní bolest, dyspareunie a neplodnost. Některé z žen nemusí mít žádné z příznaků a ke zjištění endometriózy může dojít až při problémech s otěhotněním. Tyto ženy jsou tudíž asymptomatické. (Roztočil et al, 2011)

4.4.3 Klasifikace dle závažnosti

Klasifikačních systémů endometriózy dle závažnosti je mnoho. Nejhojněji užívané jsou klasifikace r-AFS a ENZIAN. Mezi jiné patří například klasifikace dle Biberogluové a Behrmanové či klasifikace dle Koninckxe a Martina, které omezují hodnocení rektovaginálního septa. (Rob et al., 2019)

4.4.3.1 Klasifikace r-AFS

V dnešní době patří mezi nejvíce používaný systém dělení dle závažnosti hodnocený podle Americké společnosti pro fertilitu (r-AFS) z roku 1985. (Haas et al., 2012) Tento systém je velice podrobný, avšak velkým problémem je neschopnost použití této klasifikace v případech hluboké infiltrující endometriózy. (Kučera, 2008)

Po provedení laparoskopie můžeme dle nálezu rozdělit endometriózu do čtyř skupin. Toto dělení se odvíjí od bodového hodnocení postižení peritonea, vaječnicků a vejcovodů. Dále se hodnotí velikost, barva ložisek a rozsah adhezí. (Roztočil, 2011) Jako stadium I (1 – 5 bodů) označujeme minimální postižení, stadium II (6- 15 bodů) zahrnuje lehké postižení, stadium III střední (16- 40 bodů) a IV těžké (více než 40 bodů). (Haas et al., 2012)















Tato klasifikace se týká zejména neplodných pacientek. U žen s pánevní bolestí je hodnocení nedostatečné. (Kučera, 2008) Z toho také vyplývá častá kritika lékařů, kdy v mnoha případech symptomy a míra obtíží neodpovídá stupni endometriózy,

což vyplývá z praxe – je mnoha žen, i s malým ložiskem, které mají mnohem větší projevy než ženy s masivním výskytem. (Fanta, 2012)

4.4.3.2 Klasifikace ENZIAN

Klasifikace ENZIAN je užívána od roku 2005. Oproti r-AFS je anatomicky přesnější. Popisuje nálezy v Douglasově prostoru, genitální formy (adenomyózu) i extragenitální endometriózu – postižení střev, močovodu a močového měchýře. (Rob et al., 2019) Je velice podobná TNM klasifikaci maligních nádorů. V roce 2011 došlo k úpravě se snahou usnadnit její používání. (Haas et al., 2012)

Obrázek č. 1 Klasifikace ENZIAN

Compartment	A	B	C	
Grade	RECTOVAGINAL SEPTUM VAGINA	SACROUTERINE LIG. PELVIC WALL	BOWEL	
Grade 1 < 1 cm				FA 
Grade 2 1–3 cm				FB  FU 
Grade 3 > 3 cm				FI  FO 

Retroperitoneální struktury rozdělujeme do tří skupin: A – rektovaginální septum, vagína, B – uterosakrální ligamentum pánevní stěny, C – konečník. V každém z jednotlivých oddílů dochází k hodnocení postižení. Do stupně jedna patří invaze menší než 1 cm, Stupeň dva zahrnuje invazi 1 – 3 cm a stupeň 3 větší než 3 cm. (Janoušková et al., 2018)

F – znamená daleko, dříve – váže se k retroperitoneální lokalizaci (FA – adenomyóza, FB – zapojení močového měchýře, FU – zapojení vnitřní části měchýře, FI – střevní onemocnění, FO – jiné lokalizace (Haas et al., 2012)

4.4.3.3 Biberogluova a Behrmanova symptomatická škála

Klasifikace z roku 1981 je založena na výsledcích hodnocení závažnosti endometriózy. Základem jsou odpovědi na otázky ohledně funkčnosti a kvality života. Zahrnuje příznaky jako je dyspareunie, chronická pánevní bolesti či bolestivá menstruace. Tato škála našla dobré uplatnění v klinických studiích, jelikož odráží symptomy a klinické projevy endometriózy. (Rob et al., 2019)

4.5 Diagnostika

Diagnostika endometriózy je mnohdy velice náročná a problematická, což je způsobeno nespecifickými příznaky a také širokou diferenciální diagnostikou. Díky tomu může dojít ke stanovení endometriózy až po několika letech. (Janoušková et al., 2018) V zemích Evropy je průměrná doba od začátku příznaků po stanovení diagnózy až 10 let. (Indrielle-Kelly et al., 2019) Základem diagnostiky je anamnéza. Mezi další možnosti patří nechirurgické zobrazovací metody – ultrazvuk či magnetická resonance, a tzv. minimálně chirurgicky invazivní metody – laparoskopie. (Hrušková, 2011) Na základě zjištění přítomnosti a rozsahu ložisek endometria lékař volí vhodnou léčbu a sleduje její efekt. (Indrielle-Kelly et al., 2019)

4.5.1 Anamnéza

Základem diagnostiky je odběr podrobné anamnézy pacientky, která je zaměřena především na gynekologickou část. (Indrielle-Kelly et al., 2019) Pátráme především po symptomech spojených s cykličností. (Rob et al., 2019) Dále nás zajímají symptomy jako poruchy menstruačního cyklu, především délka cyklu a intenzita krvácení, chronická pánevní bolest, bolest při pohlavím styku nebo problémy s koncepcí. (Roztočil, 2011) Na základě přítomnosti některých z příznaků může být žena odeslána k diagnostickému vyšetření. (Indrielle-Kelly et al., 2019)

4.5.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření je pro diagnostiku důležité. V případě, že se endometrióza nachází v pochvě či rektovaginálním septu, je vyšetření přesné téměř stejně jako ultrazvuk. Ložiska jsou bolestivější a lépe hmatatelné v období menstruace. (Indrielle-Kelly et al., 2019)

4.5.2.1 Vyšetření genitálu

Pro diagnostiku endometriózy může být ukazatelem přítomnost lézí na děložním hrdle, v pochvě nebo v místě jizvy po epiziotimii. (Indrielle-Kelly et al., 2019)

4.5.2.2 Bimanuální vyšetření

Bimanuální vyšetření nám může pomoci v odhalení endometriózy. Při vyšetření mohou být hmatné tuhé léze v oblasti Douglasova prostoru. Často dochází k lateropozici dělohy, která může být způsobena zkrácením svalů dělohy díky jejich zjizvení. V případě nálezu na sakrouterinních vazech jsou zde hmatné uzliny, a vazy jsou velice citlivé, což může být

při vyšetření pro pacientku dosti nepříjemné, v mnohých případech až bolestivé. (Indrielle-Kelly et al., 2019)

4.5.2.3 Vyšetření břicha

Při vyšetření břicha se lékař zaměří na jizvy, po prodělaných operacích. V jizvách totiž často může dojít ke vzniku endometriózy. Pokud je u ženy podezření na endometriózu, lékař se při palpaci břicha zaměří na velikost, citlivost a polohu dělohy. (Indrielle-Kelly et al., 2019)

4.5.3 Laboratorní vyšetření

I přes to, jak dlouho je endometrióza mezi námi, není k dispozici žádný screeningový test, na který by se dalo spolehnout. (Kučera, 2008) K diagnostice lze využít marker CA – 125, avšak jeho senzitivita a specifita je velice nízká. (Fanta, 2012) Jeho fyziologické hodnoty se pohybují okolo 35 U/ml. Zvýšené hodnoty se nachází především v případě přítomnosti epiteálního nádoru ovaria. (Indrielle-Kelly et al., 2019)

U lehkých forem endometriózy není tento marker ve většině případu ukazatelem. Jeho hladina může být zvýšená častěji u těžších forem a to převážně v prvních dnech menstruačního cyklu. (Kučera, 2008)

4.5.4 Zobrazovací metody

4.5.4.1 Ultrazvuk

Expertní ultrazvuk je první volbou pro diagnostiku endometriózy. Jedná se o účinnou techniku pro potvrzení či vyloučení endometriózy. V případě, že jej provádí lékař, zabývající se přímo tímto onemocněním, jedná se o relativně přesnou metodu. (Indrielle-Kelly et al., 2019)

4.5.4.2 Nukleární magnetická resonance – NMR

Jedná se o neinvazivní vyšetření s vysokou přesností, které může usnadnit diagnostiku hluboké rektovaginální endometriózy a adenomyózy. Ve výsledku je tato metoda z hlediska senzitivity a specifity téměř srovnatelná s expertním ultrazvukem a laparoskopií. (Fanta, 2012)

NMR nevolíme jako primární vyšetření. K magnetické resonanci jsou nejčastěji odeslány ženy po negativním nálezu na expertním ultrazvuku, u kterých jsou příznaky ukazující

na přítomnost hluboké infiltrující endometriózy. Nevýhodou je vysoká cena, dlouhá čekací doba, horší tolerance žen apod. (Indrielle-Kelly et al., 2019)

4.5.5 Laparoskopie

Laparoskopie patří mezi vyšetření k diagnostice endometriózy a zároveň je užívána jako terapeutická metoda. (Rob et al. 2019) Díky ní je možná vizualizace orgánů uložených v pánvi a břišní dutině s následnou možností okamžitého odstranění ložisek. (Indrielle-Kelly et al., 2019)

Avšak pokud má žena typické příznaky endometriózy, které jsou cyklické, může být léčba zahájena i bez laparoskopie. Jelikož se jedná o invazivní vstup, neměla by být prováděna pouze za účelem nalezení ložisek, a to hlavně u mladých žen. (Eshre, 2013)

4.5.6 Hysteroskopie

Jedná se o metodu, kdy je možné odhalit postižení dělohy – tedy přítomnost adynomyózy. U žen s endometriózou se vyskytují častěji děložní polypy. (Rob et al., 2019)

4.5.7 Histologie

Pro objektivní nález je potřeba odebrat vzorek k histologii z více ložisek. Vzorky jsou odebírány nejčastěji při laparoskopickém či hysteroskopickém výkonu. (Rob et al., 2019)

4.6 Terapie

V současnosti není známá žádná léčba, jejíž výsledkem by bylo vyléčení endometriózy. Základem je individuální přístup a sestavení léčby na základě aktuálního stavu pacientky. (Janoušková et al., 2018) Důležitým faktorem pro volbu terapie je, zda se jedná o neplodnou ženu, o plodnou ženu, u které chceme primárně zachovat schopnost koncepce a o ženu bez zájmu o těhotenství. (Rob et al., 2019) Dále se zohledňuje lokalizace endometriózy, rozsah a věk.

Terapie se dělí na dva typy léčby – medikamentózní terapie, jejíž cílem je zabránění růstu endometrických ložisek, a chirurgická léčba, kde je podstatou odstranění ložisek a obnovení poměru malé pánve. (Mehedintu et al., 2014)

Cílem je, aby žena mohla žít kvalitní život bez bolestí a mohla v případě, že chce otěhotnět.

4.6.1 *Medikamentózní léčba*

Endometrióza je onemocnění závislé na hormonu estrogeneru. Z toho vychází současná lékařská terapie, která je zaměřena na snížení cirkulujícího estrogeneru. Snížené hladiny lze dosáhnout nejčastěji pomocí regulace estradiolu ovariální cestou. Cílem je atrofie ložisek. (Petraglia et al., 2012)

4.6.1.1 **Kombinovaná orální kontracepce (COC)**

U mladších žen s pánevní bolestí či prokázanou endometriózou se jako první nasazuje orální kontracepce. Jde o kombinované preparáty, které obsahují nízkou hladinu ethinylestradiolu a progestiny. Při dlouhodobém užívání může dojít k supresi růstů endometriálních ložisek. Kontracepce může být užívána dlouhodobě. Jedinou nevýhodou je výskyt recidiv v krátkém časovém úseku po ukončení terapie. (Hudeček et al., 2011)

4.6.1.2 **Antagonisté gonadotropiny uvolňujícího hormonu (GnRH)**

Při užívání antagonistů GnRH dochází u žen k estrogennímu deficitu. (Petraglia et al., 2012) Dochází k blokaci GnRH receptoru v hypofýze, díky čemuž dochází k zabránění aktivace GnRH. Tato léčba se volí velmi zřídka, kvůli ekonomické náročnosti a nemožnosti dlouhodobého užívání. (Rob et al., 2019)

4.6.1.3 **Agonisté gonadotropiny uvolňujícího hormonu (GnRH)**

GnRH je zodpovědný za normální funkci vaječnicků uvolňováním FSH a LH z hypofýzy. Normální menstruační cykly se spoléhají na dodání GnRH. Antagonisté se vážou

na receptory hypofýzy, díky čemuž dochází k zastavení sekrece hormonů z hypofýzy, což způsobuje snížení produkce estrogenu ve vaječnících. Touto regulací dochází k tzv. hlubokému hypoestrogennímu stavu, kterým tělo prochází během menopauzy. Výsledkem léčby je zastavení růstu ložisek, při nejlepším jejich zmenšení či vymizení. Tato léčba způsobuje suchost sliznic, návaly, bolesti hlavy a snížení libida. (Mehedintu et al., 2014)

4.6.1.4 Progestiny

Jedná se o léky s afinitou k receptorům progesteronu. Díky afinitě dochází k blokaci účinku estradiolu na endometrium. Léky aktivují enzym, který zajistí přeměnu estradiolu na estron, a tím zabrání tvorbě nových ložisek a atrofují ložiska již existující. (Hudeček et al., 2011) Při pánevní bolesti se volí kontinuální užívání perorální formou. (Rob et al., 2019)

Dienogest (Visanne) je syntetický progesteron s progestagením účinkem. Působením dienogestu dochází k snížení endogenní tvorby estradiolu. Při dlouhodobé léčbě vytváří hypoestrogenní, hypergestagenní prostředí. Užívání u žen v reprodukčním věku je novou, perspektivní formou léčby při genitálních formách. Do budoucna lze předpokládat, že dojde k většímu uplatnění v reprodukční lékařství. (Rob et al., 2019)

4.6.1.5 Add-back terapie

Jedná se o hormonální substituční terapii, díky které lze předcházet přetrvávajícímu hypoestrinnímu stavu. Při této léčbě dochází pomocí rozdílných koncentrací 17 beta-estradiolu k supresi endometriózy. Zároveň není nijak ovlivněn metabolismus kalcia a kostní metabolismus. (Hudeček et al., 2011) Terapie je nutná při supresivní léčbě delší než 6 měsíců. (Rob et al., 2019)

4.6.1.6 Inhibitory aromatázy

Je dokázáno, že mají vliv na lokální estrogenní produkci v tkáni endometria. (Fanta, 2012) Vzhledem k závažným vedlejším účinkům (vaginální suchost, návaly horka, demineralizace kostí) by měly být inhibitory aromatázy předepisovány ženám, až po vyčerpání ostatních možností medikamentózní a chirurgické terapie. (Eshre, 2013)

4.6.1.7 Depotní progestiny – implantáty

Jedná se o kontraceptivum steroidní povahy, které má dlouhodobý účinek 3 roky. Implantáty obsahují etonogestrel. Tato metoda se používá jako doplňková při extragenitální formě endometriózy. (Rob et al., 2019)

4.6.1.8 Tablety se samostatným progestinem (POP)

V dostupných studiích bylo dokázáno, že u žen léčených samostatným progestinem došlo k poklesu dysmenorey. (Rob et al., 2019)

4.6.1.9 Selektivní modulátory estrogenových receptorů (SERM)

Jedná se o látky nesteroidní povahy, které mají afinitu k receptorům estrogenu. Nezastavují ovulaci ani neovlivňují působení gonadotropinů. Z dosavadních studií je známo, že u žen v reprodukčním věku není tato forma léčby efektivní. (Rob et al., 2019)

4.6.1.10 Intrauterinní systém s levonogestrem (LNG-IUS)

Levonogestrel podávaný lokálně skrz intrauterinní systém má výrazný účinek na endometrium, které atrofuje a stává se neaktivním. Tím dochází k amenorei či hypomenorei. Výrazně se také snižují menstruační bolesti spojené s endometriózou. Je velmi pravděpodobné, že dochází k snížení vývoje nových ložisek. (Mehedintu et al., 2014)

4.6.1.11 Protizánětlivá a imunomodulační léčba

Využívá se nesteroidních antirevmatik (NSA), které inhibují enzym cyklooxygenázu. Dochází tak k bloádě prostaglandinu. Lze je rozdělit na neselektivní a specifické inhibitory. (Hudeček et al., 2011) V případě imunomodulační léčby dochází za pomoci farmak ke snížení a působení zánětlivých cytokinů. Při této terapii nedochází k zastavení ovulace ani navození hypoestrinnímu stavu. (Hudeček et al., 2011)

4.6.1.12 Selektivní modulátory progesteronových receptorů (SPRM)

SPRM se vážou na progesteronový receptor. Působí třemi způsoby, podle místa účinku, dávky a přítomnosti či nepřítomnosti progesteronu. Potlačují růst endometria a zastavují menstruaci bez nepříznivých vedlejších účinků. Po 6 měsících užívání dochází k redukci až atrofii ložisek. (Hudeček et al., 2011)

4.6.2 Chirurgická léčba.

Podstatou chirurgické léčby je odstranění viditelných a přístupných ložisek a obnovení anatomických poměrů v malé pánvi. (Koliba et al., 2017) Při chirurgické léčbě je často důležitá mezioborová spolupráce – s chirurgem či urologem. (Hrušková, 2011)

4.6.2.1 Ovariální endometrióza

U ovariální endometriózy se používá punkce, fenestrace a cystektomie. Chirurgické řešení spolu s histologickým ověřením se doporučuje u nálezů nad 3 – 4 cm. Zdá se, že nejúčinnějším výkonem je cystektomie doplněná o šetření rezidua funkční ovariální tkáně, jelikož u ostatních technik je vysoký výskyt recidiv. Díky cystektomii dochází k zvýšení tzv. fertility rate u neplodných žen. (Fanta, 2012)

4.6.2.2 Peritoneální endometrióza

V případě peritoneální endometriózy je na výběr z několika chirurgických technik. Jednou z možností je excize ložisek, která umožňuje histologické ověření. Ta má však s hlediska vlivů na symptomy stejný efekt jako destrukční metody, kdy se používá nejčastěji CO₂ laser. Nejčastěji dochází ke kombinaci těchto dvou metod. (Fanta, 2012)

Další z možností je ablace endometriálních ložisek a uterinních vazů. Tato metoda snižuje bolest u žen, u kterých se vyskytuje mírná až lehká forma endometriózy. (Fanta, 2012)

4.6.2.3 Hluboká infiltrující endometrióza (DIE)

Léčba hluboké infiltrující endometriózy je ze všech forem endometriózy nejkomplicovanější a z hlediska chirurgického odstranění se řadí k nejnáročnějším laparoskopickým výkonům. Hrozí zde velké množství komplikací jako je poranění střev, močovodu atd. (Koliba et al., 2017) Tyto případy by měly být odeslány do erudovaných pracovišť. Obvykle se jedná o resekci na sakrouterinních vazech, v rektovaginálním septu, v pochvě, v močovém měchýři nebo střevě. (Fanta, 2012)

4.6.3 Kombinovaná léčba

Ve většině případů se jedná o vícefázovou léčbu, zahrnující medikamentózní a chirurgickou terapii včetně předoperační a pooperační hormonální léčby. Předoperační péče je zaměřena na redukci velikosti ložisek a snížení krevní cév v nich, což je důležité pro eliminaci krevních ztrát v průběhu operace a snížení rozsahu a délky zákroku. Pooperační medikamentózní terapie napomáhá k odstranění pozůstalých a mikroskopických ložisek. (Rob et al., 2019)

4.6.4 Alternativní doplňky léčby

V dnešní době se mnoho žen vrací zpět k bylinkám a alternativním metodám v léčbě. V případě, že žena trpí pánevní bolestí, silným menstruačním krvácením či dysmenoreou je jednou z možností, jak tyto problémy zmírnit dlouhodobé užívání homeopatik, bylinné kúry či zkouška akupunktury či čínské medicíny. (Podhorná, 2014)

Ve formě kapslí je možné užívat pupalku dvouletou, která posiluje obranyschopnost a imunitu organismu a má vliv na snížení menstruačních bolestí a příznaků PMS. Obranyschopnost také zvyšuje hlíva ústříčná, která mimo jiné pomáhá při zánětech, regeneruje buňky a zmírňuje únavu. Dále vitamín E, který tělu pomáhá odbourat nadbytečný estrogen čímž působí proti srůstům. (Lančaričová, 2017)

Z bylin lze využít olši, lichořeřišnici, vinnou révu či rakytník, které mají protizánětlivý účinek. Z bylinných čajů jsou vhodné směsi mochny husí, řebříčku lékařského, heřmánku pravého či rulíku zlomocného, které snižují bolesti před i v průběhu menstruace. (Procházková, 2020)

Některé z žen drží tzv. endo dietu. Jedná se o vyřazení některých potravin z jídelníčku. Mezi nevhodné potraviny patří například: cuk, lepek, laktóza, sója, červené maso, alkohol a kofein, které zvyšují hladinu estrogenu v krvi. Naopak doporučuje se jezení hlívy, všeho zeleného, kvůli detoxikaci trávicího traktu, mořské ryby, bohaté na Omega 3 mastné kyseliny, pampeliška, rukola, kapusta a brokolice, které eliminují obsah estrogenu v krvi. I přesto, že mnoho žen tuto dietu drží a cítí se po ní mnohem lépe, neexistuje žádná studie, která by dokazovala, že v boji proti endometrióze může být dieta vítěz. (Ženám, 2019)

Další z možností alternativní doplňkové léčby je cvičení hormonální jógy, pilates, cviku dle Mojžíšové či fyzioterapie. Při pravidelném cvičení dochází ke zlepšení fyzické a psychické stránky a k zmírnění menstruačních bolestí, jelikož cviky mají vliv na zádové svaly a svaly pánevního dna. (Strusková et al., 2017)

5 Péče porodní asistentky o ženu s endometriózou

Když žena trpící endometriózou přichází ke svému gynekologovi, je porodní asistentka právě první osobou, s kterou přijde žena do kontaktu. Porodní asistentka má za úkol odebrat důkladnou anamnézu, zaměřenou především na gynekologickou anamnézu – délku cyklu, sílu krvácení, bolest při menstruaci, bolest mimo menstruaci, dyspareunii, výtoky a další. Její hlavním úkolem v gynekologické ambulanci je informovat, vzdělávat a radit ženám, které ji projdou pod rukama. Dále poskytuje oporu, psychickou podporu, snaží se být empatická, získat si důvěru pacientky apod. (Slezáková et al., 2017)

Na gynekologicko-porodnických odděleních začíná péče porodní asistentky přijetím pacientky k hospitalizaci. Plánovaná hospitalizace či plánovaná operace je pro ženu velmi stresovou situací. Chirurgickým zákrokem může dojít k ovlivnění reprodukční schopnosti a také může mít vliv i na následný sexuální život. Proto by si měla porodní asistentka před operací vyhradit na ženu dostatečný čas, vysvětlit jí vše ohledně výkonu, době předoperační a pooperační. Dobrá informovanost pacientky pomáhá ke snížení strachu. Dále by měla zkontrolovat a doplnit anamnézu a určit aktuální a potenciální diagnózy. (Slezáková, 2017)

Předoperační příprava zahrnuje přípravu operačního pole (holení pubického ochlupení), vyprázdnění střev, zavedení PMK a prevenci tromboembolické nemoci. Prevence TEN vždy zahrnuje bandáž dolních končetin a vysazení hormonální léčby či antikoncepce den před plánovaným výkonem. (Slezáková, 2017)

Po operaci porodní asistentka sleduje fyziologické funkce pacientky, vědomí, krvácení z rány, sekreci z drénů a podává léky a infuze dle ordinace lékaře. Další dny kontroluje peristaltiku střev, vyprazdňování močového měchýře a operační ránu. Do dokumentace zaznamenává na stupnici VAS míru bolesti. (Slezáková, 2017)

Dále je porodní asistentka zodpovědná za edukaci pacientky v oblasti bolesti a jejího tlumení, hygieny, péči o invazivní vstupy a operační ránu, dále problematiky vyprazdňování (PMK, obstipace, meteorismus) a informovat ji o dietních opatřeních a následném sexuálním životě. (Slezáková, 2017)

Po výkonech na reprodukčních orgánech je důležité dodržovat zvýšenou hygienu, 6 týdnů nemít pohlavní styk a nekoupat se ve vaně, bazénu apod., aby se co nejvíce eliminovala možnost zavlečení infekce. (Slezáková, 2017)

5.1 Specializovaná centra pro léčbu endometriózy

V České republice se nachází značné množství ambulancí a center pro léčbu endometriózy. Zde jsou odesílány ženy obvodním gynekologem při problémech naznačujících přítomnost endometriózy nebo již při diagnostikované endometrióze. Centra zajišťují komplexní péči zahrnující diagnostiku a léčbu. V případě potřeby umožňují centra mezioborovou spolupráci s urology, chirurgy, s centrem asistované reprodukce apod.

V České republice mají pacientky možnost vybrat si z těchto zařízení:

- Ambulance pro léčbu endometriózy – Ústav pro péči o matku a dítě, Podolí
- Ambulance pro léčbu endometriózy – Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov
- Ambulance endoskopická a pro léčbu endometriózy – Fakultní nemocnice Vinohrady
- Ambulance pro gynekologickou endokrinologii, endometriózu, léčbu sterility – Nemocnice České Budějovice
- Centrum pro léčbu endometriózu a neplodnost – Nemocnice ve Frýdku-Místku
- Centrum pro diagnostiku a léčbu endometriózy – Fakultní nemocnice Ostrava
- Centrum pro léčbu endometriózy – Nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně
- Centrum komplexní léčba endometriózy – Nemocnice Nový Jičín
- Centru pro komplexní léčbu endometriózy – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
- Centrum reprodukční gynekologie – Fakultní nemocnice Brno
- Endokrinologická ambulance – Fakultní nemocnice Plzeň
- Komplexní léčba endometriózy – Nemocnice Na Homolce

6 PRAKTICKÁ ČÁST

6.1 Stanovení cílů a hypotéz

Praktická část bakalářské práce na téma „Informovanost žen o endometrióze v České republice“ je zaměřena na ženy všech věkových kategorií, žijících na území ČR.

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, jak jsou na tom ženy s informovaností o tomto onemocnění, jestli jej vůbec znají, popřípadě jak hluboké jsou jejich vědomosti.

6.1.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, jestli mají ženy časté problémy spojené s menstruací.
2. Zjistit, kolik žen zná pojem endometrióza.
3. Zjistit, jak hluboké jsou znalosti ohledně endometriózy.
4. Na základě výsledků dotazníku vytvořit edukační leták pro zvýšení povědomí o endometrióze.

6.1.2 Hypotézy

H1: Předpokládáme, že alespoň polovina respondentek ví, co je to endometrióza.

H2: Předpokládáme, že některá s respondentek sama trpí endometriózou.

H3: Předpokládáme, že větší polovina z respondentek, které znají pojem endometrióza, ví alespoň jeden způsob diagnostiky endometriózy.

H4: Předpokládáme, že větší polovina respondentek ví, jak se endometrióza léčí.

H5: Předpokládáme, že si téměř všichni myslí či ví, že se endometrióza může podílet na neplodnosti.

6.2 Metoda sběru dat

Pro sběr dat jsem vytvořila kvantitativní dotazník. Dotazník jsem vytvořila na stránce www.google.com a sdílela jej na sociálních sítích. Respondentky měly možnost odpovídat od 10. 2. 2020 – 9. 3. 2020. Dotazník se skládal jak z uzavřených otázek tak i z polootevřených a otevřených.

6.3 Výzkumný soubor a jeho charakteristika

Jako cílovou skupinu jsem zvolila ženy jakéhokoliv věku, žijících na území České republiky. Dotazník vyplňovaly na základě svých znalostí či neznalostí o endometrióze. V první části byly zahrnuty i otázky ohledně menstruačního cyklu ženy. Dotazník vyplňovaly dobrovolně a zcela anonymně.

6.4 Výsledky praktické části

Dotazník vyplnilo celkově 106 různých věkových kategorií, žijících v České Republice. Všechny z dotazníku byly vyplněny obsahově správně, proto vyhodnocení vychází ze všech 106 dotazníků.

Otázka č. 1:

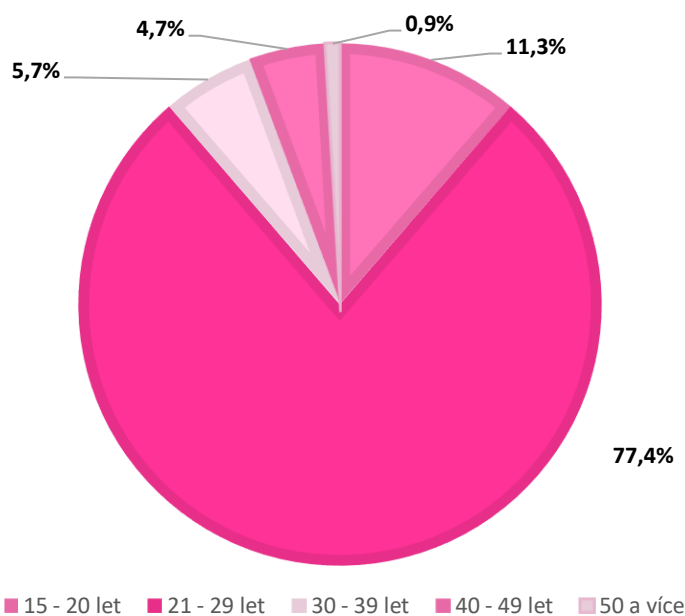
Do jaké věkové kategorie spadáte?

Tabulka č. 1 Věk respondentek

Otázka č. 1	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 - 20 let	12	11,3 %
21 - 29 let	82	77,4 %
30 - 39 let	6	5,7 %
40 - 49 let	5	4,7 %
50 a více	1	0,9 %
Celkem	106	100 %

Graf č. 1 Věk respondentek

1. Do jaké věkové kategorie spadáte?



Z grafů i tabulky vyplývá, že nejvíce respondentek bylo ve věkovém rozmezí 21 – 29 let (77,4 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvoří dívky ve věkovém rozmezí 15 – 20 let (11,3 %).

Ženy ve věku 30 – 39 let tvoří vzorek o hodnotě 5,7 %. Dále je pak v počtu respondentek skupiny 40 – 49 let (4,7 %). Nejméně odpovídaly ženy starší 50 let (0,9 %).

Otázka č. 2:

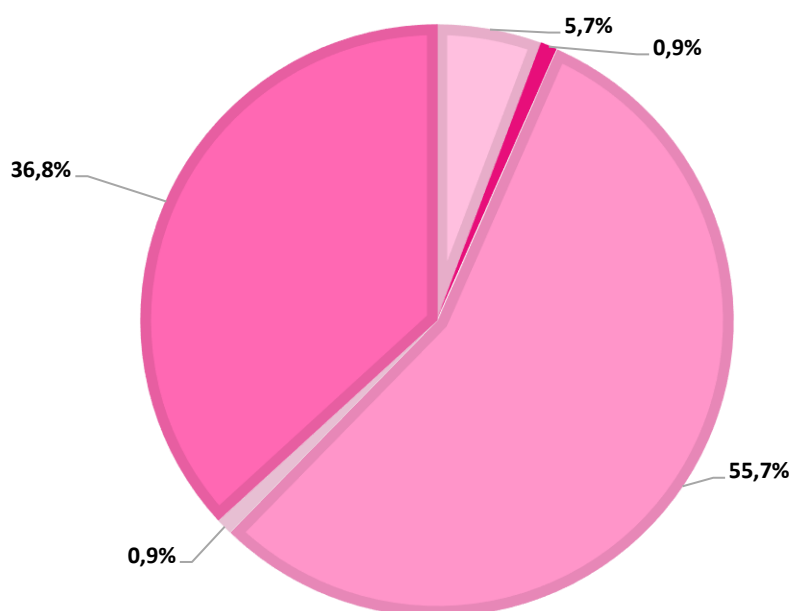
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2 Vzdělání respondentek

Otázka č. 2	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
Základní	6	5,7 %
Střední s výučním listem	1	0,9 %
Střední s maturitou	59	55,7 %
Vyšší odborné	1	0,9 %
Vysokoškolské	39	36,8 %
Celkem	106	100 %

Graf č. 2 Vzdělání respondentek

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Z tabulky i grafy vyplývá, že nejvíce respondentek (55,7 %) má vzdělání střední s maturitou. 36,8 % má vysokoškolské vzdělání. 5,7 % má nejvyšší dosažené vzdělání základní. Pouhých 0,9 % uvedlo, že má střední vzdělání s výučním listem a zbylých 0,9 % má vzdělání vyšší odborné.

Otázka č. 3:

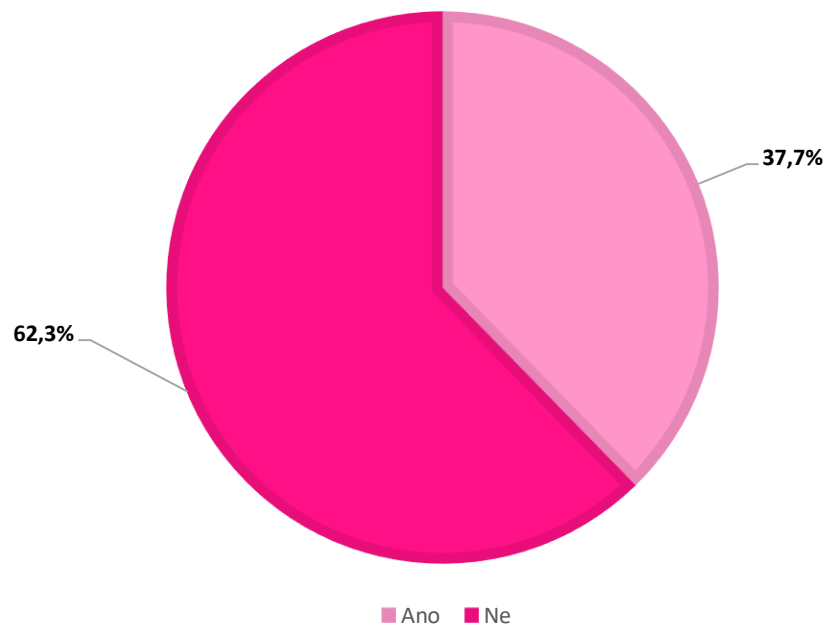
Pracujete ve zdravotnictví nebo studujete některý zdravotnický obor?

Tabulka č. 3 Práce ve zdravotnictví či studium zdravotnického oboru

Otázka č. 3	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	37,7 %
Ne	66	62,3 %
Celkem	106	100 %

Graf č. 3 Práce ve zdravotnictví či studium zdravotnického oboru

3. Pracujete ve zdravotnictví nebo studujete zdravotnický obor?



Z grafu č. 3 vyplývá, že větší polovina, tedy 62,3 % respondentek nepracuje ve zdravotnictví a taktéž nestudují žádný zdravotnický obor. 37,7 % z odpovídajících žen se pohybuje v oblasti zdravotnictví.

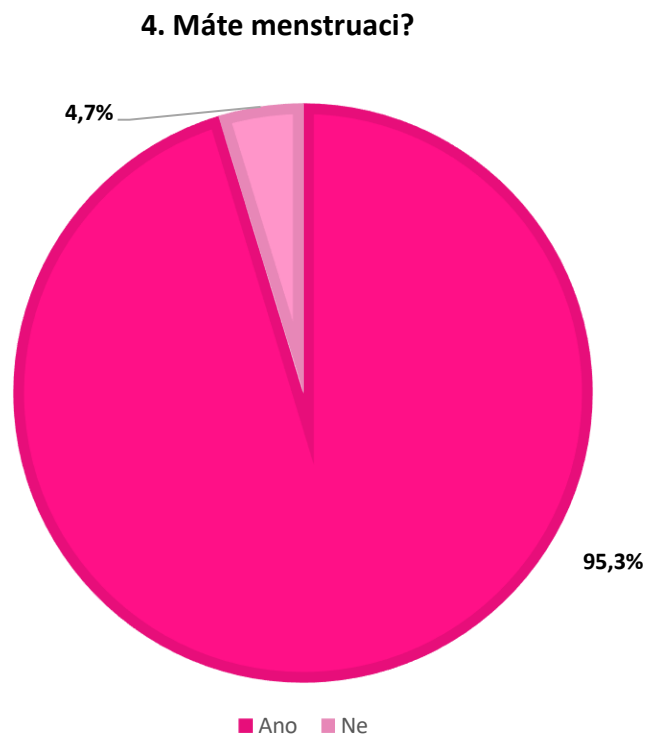
Otázka č. 4:

Máte menstruaci?

Tabulka č. 4 Přítomnost menstruace

Otázka č. 4	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	101	95,3 %
Ne	5	4,7 %
Celkem	106	100 %

Graf č. 4 Přítomnost menstruace



Ze získaných odpovědí, zaznačených v tabulce a grafu, je zřejmé, že 95,3 % respondentek má menstruaci. 4,7 % z respondentek nemenstruuje.

Otázka č. 5:

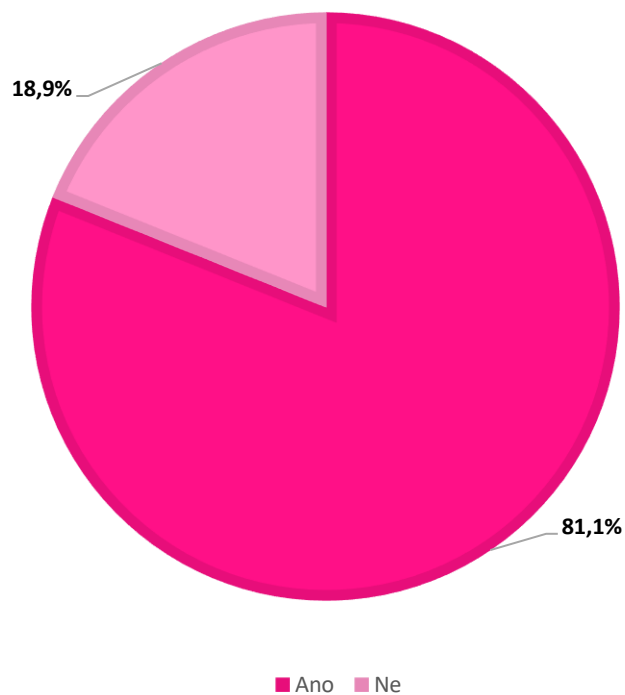
Je Vaše menstruace pravidelná?

Tabulka č. 5 Pravidelnost menstruace

Otázka č. 5	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	86	81,1 %
Ne	20	18,9 %
Celkem	106	100 %

Graf č. 5 Pravidelnost menstruace

5. Je Vaše menstruace pravidelná?



Z grafu č. 5 a tabulky č. 5 vyplývá, že 81,1 % respondentek má pravidelnou menstruaci. Zbýlé respondentky (18,9 %) mají nepravidelný cyklus.

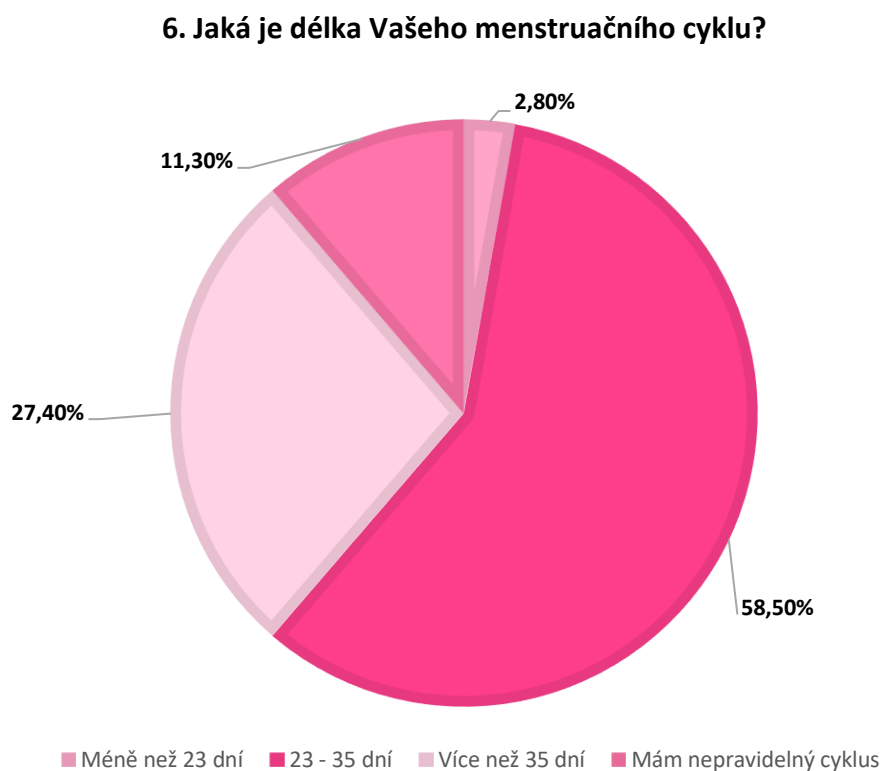
Otázka č. 6:

Jaká je délka Vašeho menstruačního cyklu?

Tabulka č. 6 Délka menstruačního cyklu

Otázka č. 6	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 23 dní	3	2,8 %
23 - 35 dní	62	58,5 %
Více než 35 dní	29	27,4 %
Mám nepravidelný cyklus	12	11,3 %
Celkem	106	100 %

Graf č. 6 Délka menstruačního cyklu



Ze získaných výsledku bylo zjištěno, že větší polovina (58,5 %) má pravidelný cyklus. 2,8 % respondentek má cyklus kratší než 23 dní a 27,4 % má naopak cyklus delší než 35 dní. Nepravidelný cyklus byl zjištěn u 11,3 % respondentek.

Otázka č. 7:

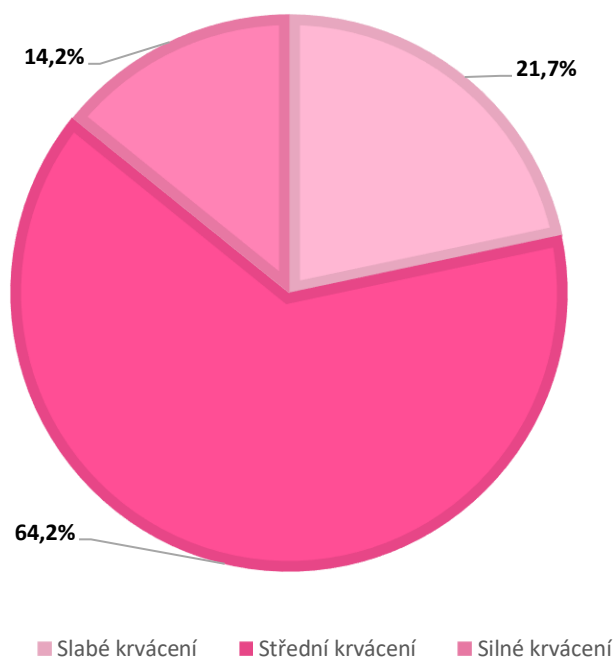
Jak silně krvácíte během menstruace?

Tabulka č. 7. Síla krvácení při menstruaci

Otázka č. 7	Absolutní četnost	Relativní četnost
Slabé krvácení (do 3 vložek/den)	23	21,7 %
Střední krvácení (4 – 6 vložek/den)	68	64,2 %
Silné krvácení (více než 6 vložek/den)	15	14,2 %
Celkem	106	100 %

Graf č. 7 Síla krvácení při menstruaci

7. Jak silně krvácíte během menstruace?



Z grafu a tabulky je viditelné, že většina (64,2 %) respondentek má středně silné krvácení. 21,7 % krvácí v průběhu menstruace slabě a 14,2 % má krvácení silné.

Otázka č. 8:

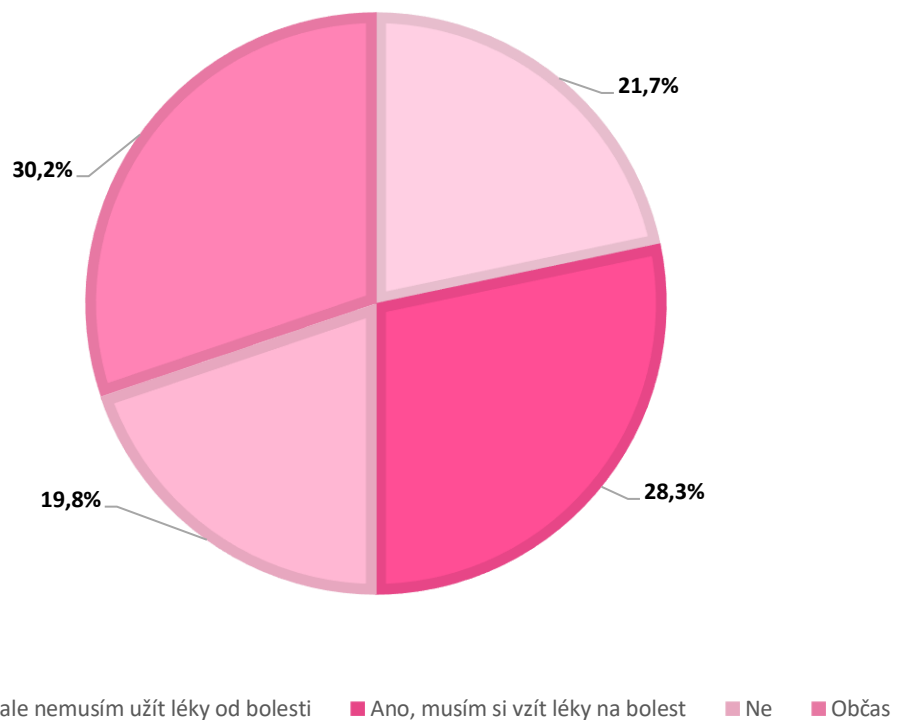
Máte bolestivou menstruaci?

Tabulka č. 8 Bolestivá menstruace

Otázka č. 8	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, ale nemusím užít léky od bolesti	23	21,7 %
Ano, musím si vzít léky na bolest	30	28,3 %
Ne	21	19,8 %
Občas	32	30,2 %
Celkem	106	100 %

Graf č. 8 Bolestivá menstruace

8. Máte bolestivou menstruaci?



50 % respondentek má bolestivou menstruaci. 28,3 % z nich má tak silné bolesti, že musí užít léky na bolest. 21,7 % má při menstruaci bolest, která je snesitelná i bez analgetik. Občasnými bolestmi trpí 30,2 % respondentek. 19,2 % žen, které odpovídaly na dotazník má bezbolestnou menstruaci.

Otázka č. 9:

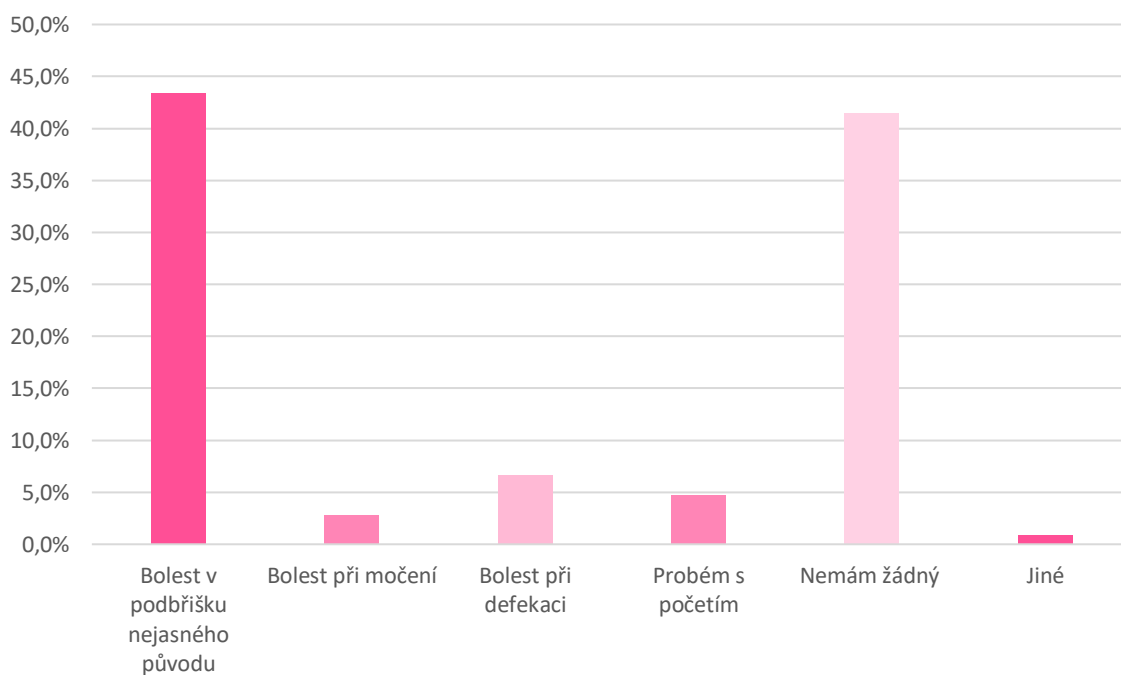
Maté některý z uvedených problémů?

Graf č. 9 Přítomnost uvedených problémů

Otázka č. 9	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolest v podbřišku nejasného původu	46	43,4 %
Bolest při močení	3	2,8 %
Bolest při defekaci	7	6,6 %
Problém s početím	5	4,7 %
Nemám žádný	44	41,5 %
Jiné	1	0,9 %
Celkem	106	100 %

Graf č. 9 Přítomnost uvedených problémů

9. Máte některý z uvedených problémů?



V této otázce respondenty odpovídaly na přítomnost uvedených problémů. Označit mohly i více než jednu odpověď. 43,4 % respondentek uvedlo, že má bolest v podbřišku nejasného původu, 2,8 % pociťuje bolesti při močení a 6,6 % při defekaci. 4,7 % respondentek má problém s koncepcí. Téměř polovina (41,5 %) nemá žádný problém. 0,9 % respondentek využila odpovědi jiné a uvedla, že má problém s častým bílým výtokem.

Otázka č. 10:

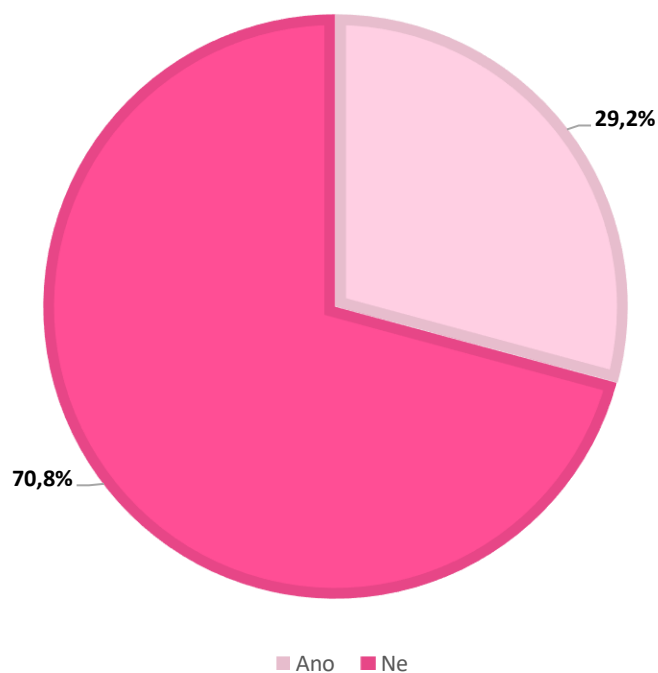
Užíváte antikoncepci?

Tabulka č. 8 Užívání antikoncepce

Otázka č. 10	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	31	29,2 %
Ne	75	70,8 %
Celkem	106	100 %

Graf č. 10 Užívání antikoncepce

10. Užíváte antikoncepci?



V případě otázky č. 10 se jedná o uzavřenou otázku. Bylo zjištěno, že téměř většina respondentek (70,8 %) neužívá žádný druh antikoncepce. Pouhých 29,2 % patří mezi uživatelky antikoncepce.

Otázka č. 11:

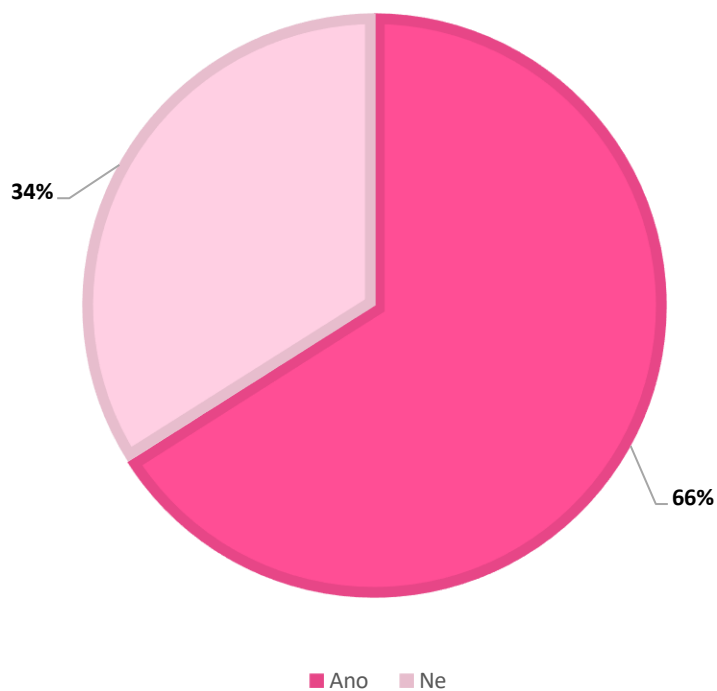
Víte, co je to endometrióza? (V případě odpovědi „Ne“ neodpovídejte na následující otázky)

Tabulka č. 9 Znalost endometriózy

Otázka č. 11	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	70	66 %
Ne	36	34 %
Celkem	106	100 %

Graf č. 11 Znalost endometriózy

11. Víte, co je to endometrióza?



Otázka č. 11 byla uzavřená. V případě, že respondentka odpověděla, že neví, co je to endometrióza, dále nepokračovala ve vyplňování dalších částí dotazníku.

66 %, tedy 70 z 106 respondentek věděly, co je endometrióza. Zbýlých 34 % žen onemocnění neznaly a dále nepokračovaly ve vyplňování.

Otázka č. 12:

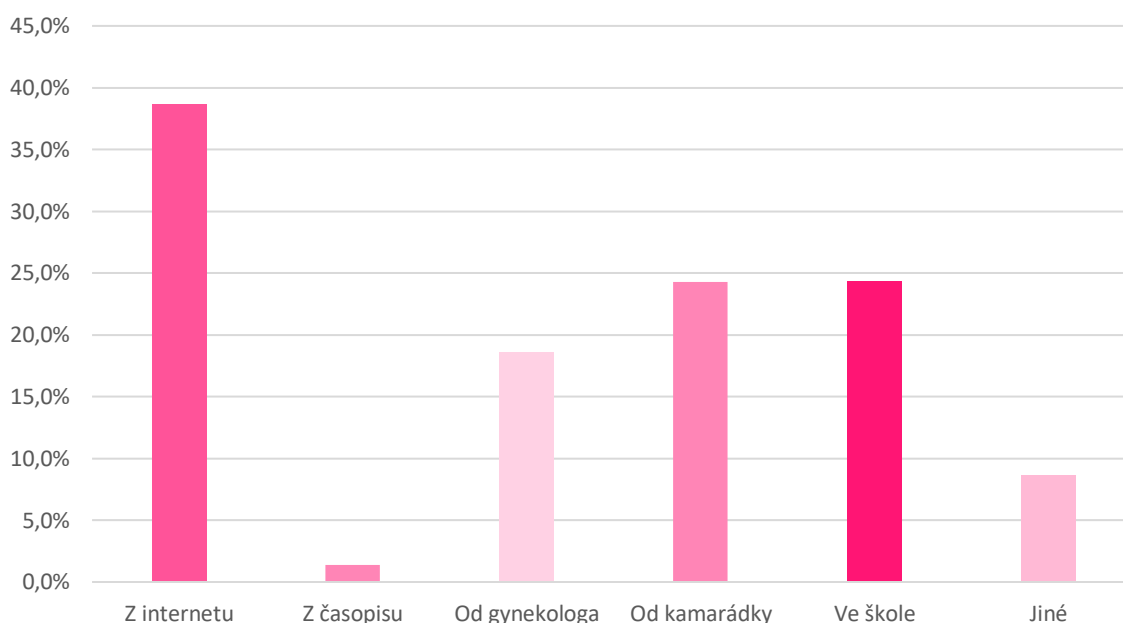
Odkud jste se dozvěděla o pojmu endometrióza?

Tabulka č. 12 Odkud víte o endometrióze

Otázka č. 12	Absolutní četnost	Relativní četnost
Z internetu	27	38,6 %
Z časopisu	1	1,4 %
Od gynekologa	13	18,6 %
Od kamarádky	17	24,3 %
Ve škole	17	24,3 %
Jiné	6	8,6 %

Graf č. 12 Odkud víte o endometrióze

12. Odkud jste se dozvěděla o pojmu endometrióza?



Otázka č. 12 byla zaměřena na to, odkud ví respondentky, které odpovědi v otázce č. 11. „Ano“, o onemocnění s názvem endometrióza. 38,6 % respondentek se o endometrióze dozvěděly z internetu. 18,6 % od svého gynekologa, 24,3 % ve škole. Dalších 24,3 % respondentek znají endometriózu od kamarádky. 1,4 % se o onemocnění dočetlo v časopise. 8,6 % využilo odpovědi „jiné“. Zde se na příklad objevily odpovědi jako jiný lékař (gastroenterolog, chirurg), od sestry, dcery, z knihy apod.

Otázka č. 13:

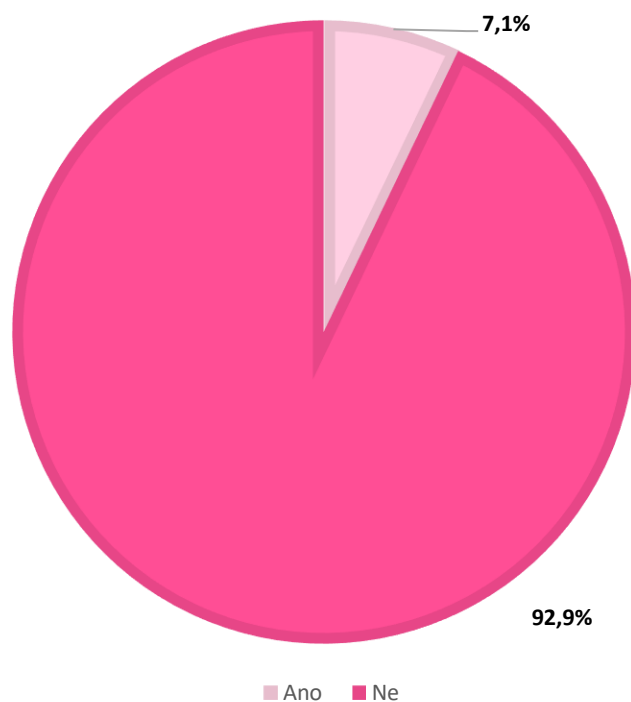
Máte vy sama endometriózu?

Tabulka č. 9 Přítomnost endometriózy

Otázka č. 13	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	5	7,1%
Ne	65	92,9 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 13 Přítomnost endometriózy

13. Máte vy sama endometriózu?



Při otázce č. 13 bylo zjištěno, že 7,1 % z respondentek má diagnostikovanou endometriózu, zbylých 92,9 % onemocněním netrpí nebo o něm neví.

Otázka č. 14:

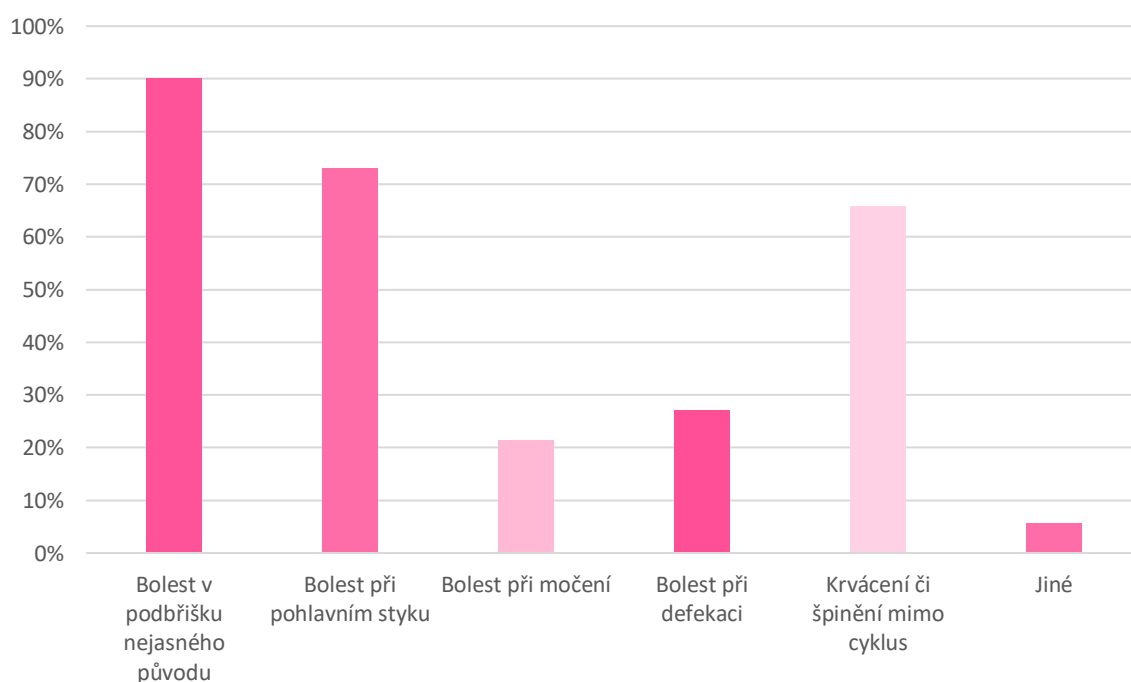
Které z následujících patří mezi příznaky endometriózy?

Tabulka č. 14 Příznaky endometriózy

Otázka č. 14	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolest v podbřišku nejasného původu	63	90 %
Bolest při pohlavním styku	51	72,9 %
Bolest při močení	15	21,4 %
Bolest při defekaci	19	27,1 %
Krvácení či špinění mimo cyklus	46	65,7 %
Jiné	4	5,7 %

Graf č. 14 Příznaky endometriózy

14. Které z následujících patří mezi příznaky endometriózy?



U otázky č. 14 mohly respondentky zvolit více odpovědí, podle toho, co si myslely, že patří mezi příznaky endometriózy. Z výsledku vyplývá, že 90 % respondentek si myslí, že příznakem je bolest v podbřišku nejasného původu. 72,9 % jako jeden z příznaků uvedlo možnost „bolest při pohlavním styku“. 65,7 % označilo odpověď „krvácení či špinění mimo cyklus“. Méně časté pak byly odpovědi „bolest při defekaci“ (27,1 %) a „bolest při močení“ (21,4 %). V této otázce byla také možnost „jiné“, kterou označilo 5,7 % respondentek. Mezi

jiné patřily odpovědi jako – bolest na levé straně v oblasti vaječníku, velmi silná menstruace, mimoděložní těhotenství a jiné.

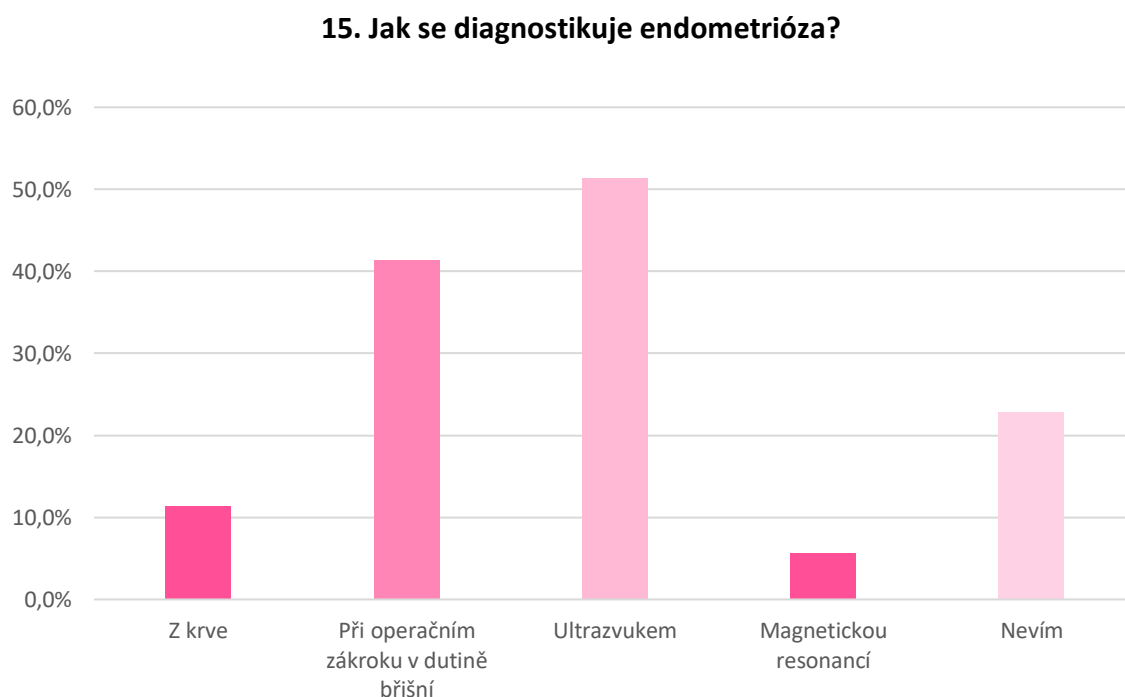
Otázka č. 15:

Jak se diagnostikuje endometrióza?

Tabulka č. 15 Diagnostika endometriózy

Otázka č. 15	Absolutní četnost	Relativní četnost
Z krve	8	11,4 %
Při operačním zákroku v dutině břišní	29	41,4 %
Ultrazvukem	36	51,4 %
Magnetickou resonancí	4	5,7 %
Nevím	16	22,9 %

Graf č. 15. Diagnostika endometriózy



V případě otázky č. 15 mohly respondentky zatrhnout více správných odpovědí. Největší četnost měla odpověď „ultrazvukem“, kterou označilo 51,4 %. Na druhém místě s 41,4 % byla možnost „při operačním zákroku v dutině břišní“. Méně často respondentky volily odpověď „z krve“ (11,4 %) a „magnetickou resonancí“ (5,7 %). 22,9 % netušila, jak je možné endometriózu diagnostikovat.

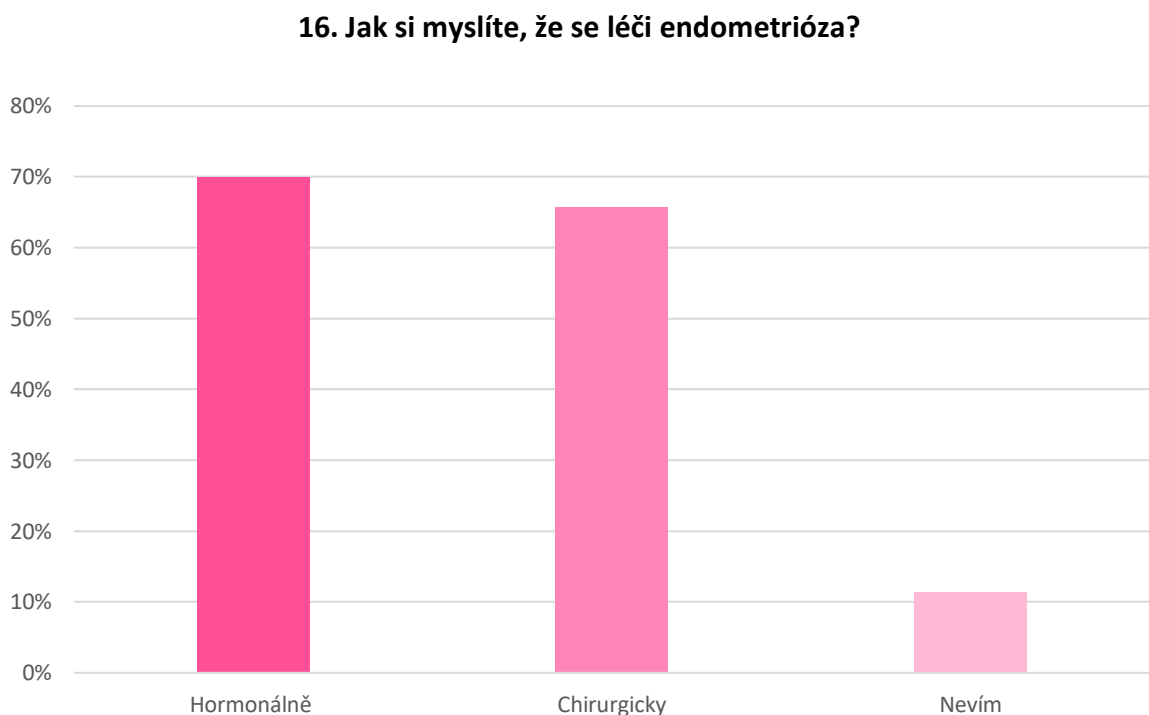
Otázka č. 16:

Jak si myslíte, že se léčí endometrióza?

Tabulka č. 16 Léčba endometriózy

Otázka č. 16	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hormonálně	49	70 %
Chirurgicky	46	65,7 %
Nevím	8	11,4 %

Graf č. 16 Léčba endometriózy



Otázka č. 16 byla zaměřena na možnosti léčby endometriózy. Téměř většina odpověděla správně, že mezi možnosti léčby patří hormonální léčba (70 %) a chirurgická léčba (65,7 %). Pouhých 11,4 % respondentek nevěděla jak je možné endometriózu léčit.

Otázka č. 17:

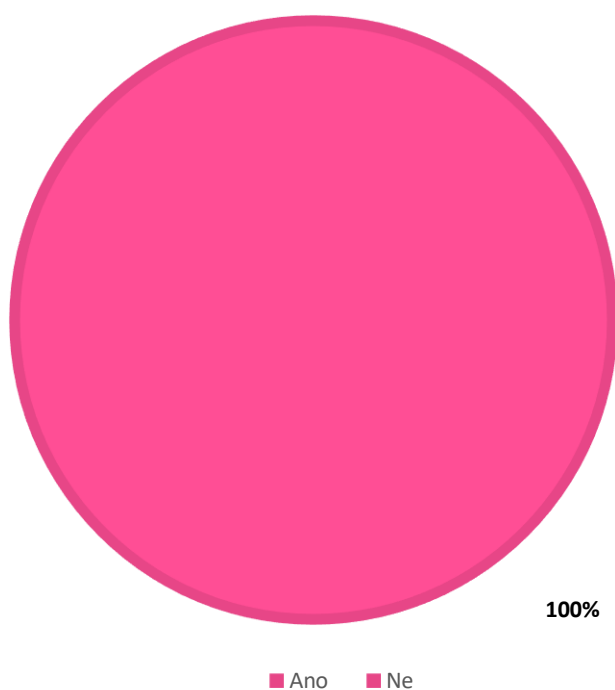
Myslíte si, že může endometrióza způsobit plodnost?

Tabulka č. 10 Neplodnost a endometrióza

Otázka č. 17	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	70	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	70	100 %

Graf č. 17 Neplodnost a endometrióza

17. Myslíte si, že může endometrióza způsobit plodnost?



Z grafu je zřejmé, že všechny respondentky si myslí, že endometrióza může mít vliv na plodnost. Žádná z odpovídajících žen nevolila odpověď „ne“.

6.5 Vyhodnocení stanovených hypotéz

H1: Předpokládáme, že alespoň polovina respondentek ví, co je to endometrióza.

Díky výsledkům z grafu č. 11 a tabulky č. 11 „znalost endometriózy“ jsme zjistily, že 66 % respondentek, tedy větší polovina, ví, co je to endometrióza. Hypotéza byla tedy potvrzena.

H2: Předpokládáme, že některá s respondentek sama trpí endometriózou.

Třetí hypotéza byla zaměřena na přítomnost endometriózy u respondentek. Z grafu č. 13 a tabulky č. 13 jsme zjistily, že 5 žen, které se účastnily dotazníku, trpí tímto onemocněním. Z toho vyplývá, že hypotéza byla taktéž potvrzena.

H3: Předpokládáme, že větší polovina z respondentek, které znají pojem endometrióza, ví alespoň jeden způsob diagnostiky endometriózy.

Hypotézu č. 4 lze hodnotit podle grafu č. 15 a tabulky č. 15. Možnost diagnostiky z vyšetření krve, operační zákrok v dutině břišní, ultrazvuk i magnetickou resonancí, tedy všechny možnosti. Téměř nikdo neoznačil všechny odpovědi. Z tabulky ale vyplývá, že větší polovina zná alespoň jeden způsob diagnostiky endometriózy. Hypotéza byla tedy potvrzena.

Tabulka č. 15 Diagnostika endometriózy

Otázka č. 15	Absolutní četnost	Relativní četnost
Z krve	8	11,4 %
Při operačním zákroku v dutině břišní	29	41,4 %
Ultrazvukem	36	51,4 %
Magnetickou resonancí	4	5,7 %
Nevím	16	22,9 %

H4: Předpokládáme, že větší polovina respondentek ví, jak se endometrióza léčí.

Tato hypotéza byla odpovězena v otázce č. 16 „Jak si myslíte, že se léčí endometrióza. Správné odpovědi byly obě – hormonálně i chirurgicky. Hormonálně označilo právě 70 % respondentek a chirurgicky 65,7 %, z čehož vyplývá, že větší polovina, ví jak se endometrióza léčí. Hypotéza byla potvrzena.

H5: Předpokládáme, že si téměř všichni myslí či ví, že se endometrióza může podílet na neplodnosti.

Z grafu č. 17 a tabulky č. 17 vyplývá, že 100 % respondentek si myslí, že endometrióza se může podílet na neplodnosti a mají pravdu. Hypotéza byla potvrzena.

7 Diskuze

Dotazníkového šetření k mé bakalářské práci na téma „Informovanost žen o endometrióze v České republice“ se zúčastnilo 106 žen všech věkových kategorií, žijících v ČR. Všechny 106 dotazníků bylo kompletně vyplněných a použitých k vyhodnocení výsledků. Prvních 2 otázky byly zaměřeny na charakterizování výzkumného vzorku. Otázky č. 3 – 10 se týkaly informací ohledně menstruačního cyklu a problémů s ním spojených. Zbylé otázky sloužily k vyhodnocení informovanosti žen o endometrióze.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit povědomí žen o endometrióze. K vyhodnocení mi posloužilo stanovení hypotéz, které jsem na základě vyplněných dotazníků potvrdila nebo vyvrátila.

Vytvořila jsem 5 hypotéz, které se všechny potvrdily. Otázka č. 11 „Víte, co je to endometrióza?“ byla poslední společnou pro všechny ženy. V případě, že odpověděla žena, že neví, co je to endometrióza, nepokračovala dále v otázkách, aby se limitovalo náhodné tipování dalších odpovědí a nedošlo ke zkreslení výsledků. Tato otázka taktéž potvrdila mou hypotézu č. 1, že větší polovina respondentek ví, co onemocněla. Hypotézu č. 2 jsem potvrdila na základě výsledků otázky č. 13. Z dotazníku vyplývá, že 5 z 70 respondentek trpí endometriózou, což jsem očekávala, jelikož se odhaduje, že se vyskytuje u 10 – 15% žen. Hypotéza 3. a 4. byly zaměřené na diagnostiku a léčbu. Předpokládala jsem, že větší polovina ví, jak se diagnostikuje a léčí. Hypotéza byla potvrzena. Poslední hypotéza č. 5 – „Předpokládáme, že si téměř všichni myslí či ví, že se endometrióza může podílet na neplodnosti“ byla také potvrzena. Všechny 70 žen odpověděly, že se podílí na neplodnosti.

Na téměř stejné téma „Informovanost žen o endometrióze, jejich projevech a důsledcích“ byla vypracována v roce 2011 bakalářská práce studentkou, Fakulty zdravotních věd Univerzity Palackého v Olomouci, Janou Novotnou. Studentka se krom informovanosti zaměřila i na podílení porodních asistentek na edukaci žen ohledně endometriózy. Z jejího šetření taktéž vyplývá, že informovanost žen o endometrióze je dostatečná, s tím rozdílem, že její práce nebyla zaměřena pouze na ženy žijící v ČR. Dalším z jejích zjištění bylo, že porodní asistentky mají na informovanosti nedostatečný podíl.

Jestli jsou informovány více nebo méně ženy v zahraničí, nelze říct, jelikož doposud nebyla vytvořena na stejné téma žádná práce, která by shrnovala informovanost žen v jiném státu.

Pro porovnání informovanosti o určitém onemocnění jsem si vybrala práci studentky Valérie Procházkové z Lékařské fakulty Masarykovy Univerzity, z roku 2012. Téma její bakalářské práce bylo „Informovanost žen o nádorovém onemocnění prsu“. Studentka své

respondentky rozdělila dle věkových kategorií, místa bydliště (vesnice, malé město, město) a vzdělání. Podle těchto skupin zvlášť hodnotila informovanost. Zjistila, že nejvíce informované jsou ženy ve věkové kategorii 52 – 67 let, ženy žijící na malém městě a ženy s nižším vzděláním. V případě hodnocení všech dotazníku jako celku, jsou ženy taktéž dobře informovány jako o endometrióze.

Posledním cílem mé bakalářské práce bylo vytvoření edukační brožury, která by měla sloužit jako informativní materiál pro širokou veřejnost. Brožuru jsem vytvořila tak, aby obsahovala základní údaje ohledně endometrióze. Brožura je přiložena k bakalářské práci jako příloha.

8 Závěr

V teoretické části mé bakalářské práce na téma „Informovanost žen o endometrióze v České republice“ jsem se věnovala hlavně endometrióze jako samotné. Detailně jsem popsala, jaké jsou možné teorie vzniku, jaké jsou klinické příznaky, které mohou naznačit přítomnost endometriózy. Dále jsem se zabývala způsoby diagnostiky a možnostmi terapie. V neposlední řadě jsem se zaměřila na péči porodní asistentky o ženu, trpící právě tímto onemocněním. Součástí jsou i specializované centra v České republice, zaměřené na léčbu endometriózy.

Praktickou část tvoří vyhodnocený dotazník, vytvořený na základně teoretické části. Dotazník jsem šířila pomocí sociálních sítí. Celkem jsem získala 106 správně vyplněných dotazníků.

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, zda-li jsou ženy, žijící v České republice, informovány o endometrióze. Potvrdila se mi hypotéza, že větší polovina respondentek ví, co dané onemocnění je. V případě dalších otázek zaměřených na konkrétní informace jako např. léčba, diagnostika apod. byly respondentky také relativně dobře informovány.

Závěrem své práce mohu říct, že ženy v České republice, jsou ohledně endometriózy dobře informovány. Pro ty, které onemocnění neznají jsem vytvořila edukační brožuru, obsahující základní informace o onemocnění. Brožura je součástí příloh bakalářské práce.

Zdroje

Knižní zdroje:

ČIHÁK, Radomír, GRIM, Miloš, ed. *Anatomie 2: Třetí, upravené a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4788-0.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL, Bedřich SRP a A kolektiv. *Porodnictví: 3. přepracované a doplněné vydání*. 3. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HUDÁK, Radovan a David KACHLÍK. *Memorix anatomie*. 3. Praha: TRITON, 2015. ISBN 978-80-7387-959-4.

JELÍNEK, Jan, ZICHÁČEK, Vladimír. *Biologie: pro gymnázia, 11. vydání*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc s.r.o., 2014. ISBN 978-80-7182-338-4.

KUČERA, Eduard. *Endometrióza: Průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-144-8.

KOČÁREK, Eduard. *Biologie člověka 1*. 1. Praha: SCIENTIA, spol. s.r.o, 2010. ISBN 978-80-86960-47-0.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ. *Přehled anatomie*. 3. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-206-0.

ROB, Lukáš, Alois MARTAN, Pavel VENTRUBA a et al. *Gynekologie: Třetí, doplněné a přepracované vydání*. 3. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-426-2.

ROZTOČIL, Aleš a a kolektiv. *Moderní gynekologie*. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024728322.

REŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce: Třetí, aktualizované a přepracované vydání*. 3. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-553-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a a kolektiv. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví: přepracované a doplněné vydání*. 2. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

STRUSKOVÁ, Olga a Jarmila NOVOTNÁ. *Metoda Ludmily Mojžíšové od A do Z*. 1. Praha: XYZ, 2017. ISBN 9788075058553.

Články

FANTA, Michael. Endometrióza. *Česká gynekologie* [online]. 2012, 2012(4), 314-319 [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2012-4-1/endometrioza-38906>

FANTA, Michael. Současné poznatky o endometrióze. *Postgraduální medicína*. 2012, 14(9), 1015-1019 [cit. 2020-02-26]. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/postgradualni-medicina/covers>

HAAS, Dietmar, Omar SHEBL, Andreas SHAMIYEH a Peter OPPELT. The rASRM score and the Enzian classification for endometriosis: their strengths and weaknesses. *AOGS* [online]. 2013, 24. 9. 2012, (92), 3-7 [cit. 2020-02-08]. DOI: 10.1111. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/aogs.12026>

HRUŠKOVÁ, Hana. Endometrióza: Výrazný dopad na kvalitu života ženy. *Interní medicína* [online]. 2011, 13(10), 394 - 396 [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/07.pdf>

INDRIELLE-KELLY, T., F. FRÜHAUF, A. BURGETOVÁ, M. FANTA a D. FISHEROVÁ. Diagnosis of endometriosis 1st part: Overview of diagnostic approaches. *Česká gynekologie* [online]. 2019, 2019(4), 252-259 [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-4-8/diagnostika-endometriozy-1-cast-prehled-diagnosticky-metod-118473>

JANOŠKOVÁ, K., T. PLÁTENÍKOVÁ, M. HÁJEK, M. PROCHÁZKOVÁ a M. KLUGAR. Endometrióza a její vliv na plodnost a kvalitu života. *Praktický lékař* [online]. 2018, 2018(4), 147-152 [cit. 2020-02-08]. DOI: 10.1002. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2018-4-4/endometrioza-a-jeji-vliv-na-plodnost-a-kvalitu-zivota-105305>

KOLIBA, Peter, David KUŽEL a Michael FANTA. Endometrióza a kvalita života. *Česká gynekologie*. 2017, 82(5), 411-418. ISSN 1210-7832. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/endometrioza-a-kvalita-zivota-61961>

LACHETA, J. Děložní adenomyóza: Patogeneze, diagnostika, symptomatologie a léčba. *Česká gynekologie* [online]. 2019, 84(3), 240-246 [cit. 2020-03-04]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-3-7/delozni-adenomyoza-patogeneze-diagnostika-symptomatologie-a-lecba-113054>

LANČARIČOVÁ, Veronika. *Pupalkový olej pro ženské zdraví: Pupalka dvouletá*. Kalisek.cz [online]. Praha: kalisek.cz, 2020, 2.6.2017 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <http://kalisek.cz/pupalkovy-olej-pro-zenske-zdravi>

Management of women with endometriosis: Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology. *ESHRE* [online]. 2013, , 1-97 [cit. 2020-03-04]. Dostupné z: [www.eshre.eu>media>sitecore-files>Guidelines](http://www.eshre.eu/media/sitecore-files/Guidelines)

MEHEDINTU, C., MN. PLOTOGEA, S. IONESCU a M. ANTANOVICI. Endometriosis still a challenge. *Journal of Medicine and Life* [online]. 2014, 25. 6. 2014, **7**(3), 349-357 [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233437/>

PETRAGLIA, F., D. HORNING, C. SEITZ a et al. : efficacy of long-term dienogest treatment. *Arch Gynecol Obstet* [online]. 2012, **285**(1) [cit. 2020-03-06]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249203/>

PROCHÁZKOVÁ, Simona. Endometrióza: alternativní léčba předchází potížím. *Vitalia.cz* [online]. Vitaila.cz, 2020, 19.1.2020 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/endometrioza-alternativni-lecba-predchazi-potizim/>

PODHORNÁ, Jarmila. Ženy s endometriózou se na přírodu obracejí stále častěji. *Celostnimediceina.cz* [online]. Chrudim, 2020, 28. 05. 2014 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <https://www.celostnimediceina.cz/zeny-s-endometrioizou-se-na-prirodu-obraceji-stale-casteji.htm>

SRIVASTAVA, Priyanka a Sisinthy SHIVAJI. Understanding the pathogenesis of endometriosis through proteomics: Recent advances and future prospects. *Proteomics Clinical* [online]. 2014, 5. 6. 2013, **2014**(8), 86-98 [cit. 2020-02-08]. DOI: 10.1002. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23894130>

ŽENÁM, Eva. *Léčba endometriózy jídlm*. *Evazenam.cz* [online]. evazenam.cz, 2020, 7.1.2019 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <https://www.evazenam.cz/lecba-endometriozy-jidlem/>

Seznam zkratek:

FSH – folikulostimulační hormon

LH – luteinizační hormon

LTH – luteotropní hormon

PMK – permanentní močový katétr

NSA – nesteroidní antirevmatika

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1 Věk respondentek	42
Tabulka č. 2 Vzdělání respondentek	43
Tabulka č. 3 Práce ve zdravotnictví či studium zdravotnického oboru.....	44
Tabulka č. 4 Přítomnost menstruace	45
Tabulka č. 5 Pravidelnost menstruace	46
Tabulka č. 6 Délka menstruačního cyklu	47
Tabulka č. 7 Síla krvácení při menstruaci	48
Tabulka č. 8 Bolestivá menstruace	49
Tabulka č. 9 Přítomnost uvedených problémů.....	50
Tabulka č.10 Užívání antikoncepce	51
Tabulka č. 11 Znalost endometriózy	52
Tabulka č. 12 Odkud víte o endometrióze	53
Tabulka č. 13 Přítomnost endometriózy	54
Tabulka č. 14 Příznaky endometriózy	55
Tabulka č. 15 Diagnostika endometriózy	56
Tabulka č. 16 Léčba endometriózy	57
Tabulka č. 17 Neplodnost a endometrióza	58

Seznam grafů

Graf č. 1 Věk respondentek	42
Graf č. 2 Vzdělání respondentek	43
Graf č. 3 Práce ve zdravotnictví či studium zdravotnického oboru.....	44
Graf č. 4 Přítomnost menstruace	45
Graf č. 5 Pravidelnost menstruace	46
Graf č. 6 Délka menstruačního cyklu	47
Graf č. 7 Síla krvácení při menstruaci	48
Graf č. 8 Bolestivá menstruace	49
Graf č. 9 Přítomnost uvedených problémů.....	50
Graf č.10 Užívání antikoncepce	51
Graf č. 11 Znalost endometriózy	52
Graf č. 12 Odkud víte o endometrióze	53
Graf č. 13 Přítomnost endometriózy	54
Graf č. 14 Příznaky endometriózy	55
Graf č. 15 Diagnostika endometriózy	56
Graf č. 16 Léčba endometriózy	57
Graf č. 17 Neplodnost a endometrióza	58

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Klasifikace ENZIAN	28
---------------------------------------	----

Přílohy

Příloha č. 1 - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Fridrichová a jsem studentka 3. ročníku oboru porodní asistentka na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala „Informovanost žen o endometrióze v České republice“. Tímto bych chtěla poprosit ženy každého věku o vyplnění krátkého dotazníku, který mi pomůže ke zpracování tématu. Dotazník je zcela anonymní a data budou použita jen pro mou práci

Děkuji za Váš čas

1. Do jaké věkové kategorie spadáte?

- 15 – 20 let
- 21 – 29 let
- 30 – 39 let
- 40 – 49 let
- 50 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Střední s výučním listem
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

3. Pracujete ve zdravotnictví nebo studujete některý zdravotnický obor?

- Ano
- Ne

4. Máte menstruaci?

- Ano
- Ne

5. Je Vaše menstruace pravidelná?

- Ano
- Ne

6. Jaká je délka Vašeho menstruačního cyklu?

- Méně než 23 dní
- 23 – 35 dní
- Více než 35 dní
- Mám nepravidelný cyklus

7. Jak silně krvácíte během menstruace?

- Slabé krvácení (do 3 vložek/den)
- Střední krvácení (4 – 6 vložek/den)
- Silné krvácení (více než 6 vložek/den)

8. Máte bolestivou menstruaci?

- Ano, ale nemusím užívat léky od bolesti
- Ano, musím si vzít léky na bolest
- Ne
- Občas

9. Máte některý z uvedených problémů? (Vyberte jednu či více odpovědí)

- Bolest v podbříšku nejasného původu
- Bolest při pohlavním styku
- Bolest při močení
- Bolest při defekaci
- Krvácení či špinění mimo menstruaci
- Problém s početím
- Jiné:.....

10. Užíváte antikoncepci?

- Ano
- Ne

11. Víte, co je to endometrióza? (V případě odpovědi „Ne“ neodpovídejte na následující otázky)

- Ano
- Ne

12. Odkud jste se dozvěděla o pojmu endometrióza?

- Z internetu
- Z časopisu
- Od gynekologa
- Od kamarádky
- Jiné:.....

13. Máte vy sama endometriózu?

- Ano
- Ne

14. Které z následujících patří mezi příznaky endometriózy? (Vyberte jednu či více odpovědí)

- Bolest v podbřišku nejasného původu
- Bolest při pohlavním styku
- Bolest při močení
- Bolest při defekaci
- Krvácení či špinění mimo cyklus
- Jiné:.....

15. Jak se diagnostikuje endometrióza? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Z krve
- Při operačním zákroku v dutině břišní
- Ultrazvukem
- Magnetickou resonancí
- Nevím

16. Jak si myslíte, že se endometrióza léčí? (Vyberte jednu nebo více odpovědí)

- Hormonálně
- Chirurgicky
- Nevím

17. Myslíte si, že může endometrióza způsobit neplodnost?

- Ano
- Ne

Příloha č. 2 – Edukační brožura

Brožura bude přiložena v tištěné verzi.

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí

do závěrečné práce absolventa studijního programu

uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy

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 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.

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