



Podobnosti s vybranými dokumenty

2 %

Zkoumaný dokument

Agenda	Závěrečná práce
Jméno souboru	Bakalarska_prace_Vosahlikova_odevzat.pdf
Změněno	1. 4. 2022 19:00, Klára Vošahlíková
Informace o práci	Informovanost žen o endometrióze Klára Vošahlíková, Vysoká škola zdravotnická
URL	https://is.vszdrav.cz/auth/th/n6e4i/Bakalarska_prace_Vosahlikova_odevzat.pdf
Informace o souboru	https://is.vszdrav.cz/auth/plag/2003fbd7585239a8/

is.vszdrav.cz, 11. dubna 2022 15.26

Podobnosti se v průběhu času mění, doporučuje se kontrola on-line.

Seznam vybraných podobných dokumentů:

< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:53, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/cde351529bc9b8e5/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/cde351529bc9b8e5/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:54, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/da2f7f0da968c2d2/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/da2f7f0da968c2d2/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:55, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/318e18f2b9b442ab/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/318e18f2b9b442ab/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:54, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/cb62d1c5629f0c66/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/cb62d1c5629f0c66/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:55, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/846e11a37b2d43f2/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/846e11a37b2d43f2/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:52, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/c93d1ba727b49c81/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/c93d1ba727b49c81/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:39, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/824273ca7d95d1e4/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/824273ca7d95d1e4/

< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:54, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/c30d45436b597ae6/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/c30d45436b597ae6/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály PROHLASENI.docx 9. 11. 2021 07:54, Mgr. Eva Marková, Ph.D. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/6b9fbf1cb67a3f3a/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/6b9fbf1cb67a3f3a/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o práci Informace o souboru Podobnosti	Závěrečná práce ZBP_5902.pdf 9. 12. 2021 13:36, Mgr. Iva Řehořová Informovanost žen o endometrióze, Klára Vošahlíková Vysoká škola zdravotnická https://is.vszdrav.cz/auth/plag/8f5853216cf0cf81/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/8f5853216cf0cf81/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály BP_pdf_vzor_formatu.pdf 25. 11. 2019 11:23, Ing. Soňa Jexová, PhD. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/362d1fb3f8360615/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/362d1fb3f8360615/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály BP_pdf_vzor_formatu.pdf 6. 12. 2019 19:08, Ing. Soňa Jexová, PhD. https://is.vszdrav.cz/auth/plag/ef57b23a0ca1feb7/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/ef57b23a0ca1feb7/
< 5 %	Agenda Jméno souboru Změněno Informace o souboru Podobnosti	Studijní materiály 5342-Eppinger_Anastassiya-Seminar_BP_Eppinger_Anastassiya_.docx 15. 1. 2022 19:39, Anastassiya Eppinger https://is.vszdrav.cz/auth/plag/6a3e87ce02c1fb64/?noplag=1 https://is.vszdrav.cz/auth/podob/2003fbd7585239a8/6a3e87ce02c1fb64/

Podobné pasáže s výše uvedenými dokumenty jsou vyznačeny červeně

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5
INFORMOVANOST ŽEN O ENDOMETRIÓZE
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE
KLÁRA VOŠAHLÍKOVÁ
2022

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5
INFORMOVANOST ŽEN O ENDOMETRIÓZE
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE
KLÁRA VOŠAHLÍKOVÁ
2022

VYSOKÁ ŠKOLA

ZDRAVOTNICKÁ

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok 2021/2022

Studentka: Klára Vosahlíková

UČO: 5902

Program: Porodní asistence

Obor: Porodní asistentka

Téma

price: Informovanost žen o endometnozt

Téma práce anglicky: Womens Awareness of End

Vedoucí práce: MUDr Zuzana Marvanová

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):

Klára Vosahlíková

studentka

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Prohlašuji, že v souladu s 47b zákona č. 111/1998

Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné databázi kvalifikačních prací Thesis.cz provozovaného Masarykovou univerzitou (Fakulta informatiky MU), a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Dále souhlasím, aby toutéž cestou byly zveřejněny posudky vedoucího a oponenta bakalářské práce včetně záznamu o průběhu a výsledku obhajoby.

V Praze dne Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou

chtěla poděkovat své vedoucí práce MUDr.

Zuzaně Marvanové, za odborné vedení, trpělivost a pevné nervy. Chtěla

bych také poděkovat své rodině, mým nejbližším a přátelům, bez kterých

bych nemohla nic z tohoto uskutečnit.

ABSTRAKT

Vošahlíková, Klára. Informovanost žen o endometrióze.

Vysoká škola zdravotnická,

o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc).

Vedoucí práce:

MUDr. Zuzana Marvanová.

Praha

Tématem bakalářské práce je Informovanost žen o endometrióze. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí - teoretické a praktické. Teoretická část je věnovaná popisu

problematiky endometriózy. Kapitola 2 řeší etiologii, patogenezi a rizikové faktory endometriózy. V kapitole 3 je popsán klinický obraz - bolest a sterilita. Diagnostikou endometriózy a vyšetřeními se se zabýváme v kapitole 4. Předposlední kapitola praktické části je zaměřená na možnosti léčby endometriózy. V poslední kapitole - kapitole 6, je popsán dopad diagnostika na kvalitu života. V praktické části bakalářské práce byl proveden průzkum kvalitativní metodou, kterého se účastnilo 5 žen. Průzkum byl zaměřený na informovanost o endometrióze. Součástí praktické části je 5 kazuistik. Závěr praktické části, obsahuje interpretaci vlastního průzkumu, diskuzi a doporučení pro praxi. Klíčová slova: Endometrióza. Neplodnost. Dysmenorrhoea. Bolest. Endometrium.

Menstruace.

ABSTRACT

Vošahlíková, Klára. Informovanost žen o endometrióze.

Vysoká škola zdravotnická,

o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc).

Vedoucí práce:

MUDr. Zuzana Marvanová.

Praha

The subject of bachelor's thesis is awareness of endometriosis. The bachelor's work consists of two parts - theoretical and practical. The theoretical section is devoted to endometriosis issue. Chapter 2 solves the issue of etiology, pathogenesis and endometriosis risk factors. Chapter 3 describes clinical symptoms - pain and sterility. Diagnosing endometriosis and examining it is covered in chapter 4. The penultimate chapter of theoretical section is focused on options for endometriosis treatment. In the last chapter - chapter 6, the impact of diagnostics on quality of life is described. In the practical part of bachelor's thesis a survey was conducted using a qualitative method involving 5 women. The survey was focused on endometriosis awareness. The current practical part is 5 case reports. The conclusion of the practical part contains explanations of own research, discussion, and recommendations for practice.

Key words: Endometriosis. Infertility. Dysmenorrhea. Pain. Endometrium. Menstruation.

Obsah

Seznam tabulek 12

Seznam grafů 13

Úvod 14

Teoretická část 15

1 Onemocnění endometrióza 16

1.1 Definice 16

1.2 Epidemiologie 16

1.3 Forma endometriózy 17

1.3.1 Klasifikace endometriózy 19

2 Etiologie 22

2.1 Patogeneze 22

2.1.1 Teorie retrogradní menstruace 22

2.1.2 Teorie coelomové metaplazie 22

2.1.3 Teorie lymfogenní nebo hematogenní diseminace 23

2.1.4 Teorie iatrogenní diseminace 23

2.1.5 Teorie imunologická a genetická 23

2.1.6 Teorie kmenových buněk 23

2.2 Rizikové faktory 24

3 Klinický obraz 25

3.1 Bolest 25

3.2 Sterilita 25

4 Diagnostika 27

4.1 Anamnéza 27

4.1.1 Rodinná anamnéza 28

4.1.2 Osobní anamnéza 28

4.1.3 Gynekologická anamnéza 28

4.1.4 Nynější onemocnění 28

4.2 Fyzikální vyšetření 29

4.2.1 Vyšetření v zrcadlech 29

4.2.2 Palpační vyšetření 29

4.3	Zobrazovací metody	30
4.3.1	Ultrasonografie	31
4.3.2	MRI	31
4.4	Laparoskopie	31
4.5	Laboratorní vyšetření	33
5	Léčba	35
5.1	Medikamentózní léčba	35
5.2	Chirurgická léčba	38
5.2.1	Peritoneální endometrióza	38
5.2.2	Ovariální endometrióza	38
5.2.3	Hluboká infiltrující endometrióza	39
5.2.4	Adenomyóza	39
5.3	Alternativní léčba	39
6	Diagnostika, jako dopad na kvalitu života	41
	Praktická část	42
7	Průzkum	42
7.1	Prezentace získaných údajů	45
7.1.1	Kazuistika č. 1	47
7.1.2	Kazuistika č. 2	51
7.1.3	Kazuistika č.3	56
7.1.4	Kazuistika č. 4	60
7.1.5	Kazuistika č. 5	64
7.2	Interpretace vlastního průzkumu	68
7.3	Diskuze	77
7.4	Doporučení pro praxi	78
	Závěr	80
	Seznam tabulek	
	Tabulka 1-Diagnostický význam	1 25
	Tabulka 2-Přesnost UZ a MRI	1 28
	Tabulka 3-Přehled doporučených postupů	1 31
	Tabulka 4-Symptomy	1 39
	Seznam grafů Graf I-Průběh léčby	1 Chyba! Záložka není definována.
	Graf I-Průběh léčby	2 72
	Graf I-Průběh léčby	3 73
	Graf I-Průběh léčby	4 73

Úvod

Endometrióza je benigní estrogen-dependentní onemocnění, kde je charakteristický výskyt endometria mimo dutinu děložní. Postihující ženy každého věku, sociální skupiny a všech etnicit. Prevalenci je obtížné změřit, v literatuře jsou udávána rozdílná čísla, závisující na sledované populaci.

Toto onemocnění lze rozdělit na čtyři skupiny - endometrióza peritoneální, ovariální, hluboká infiltrující endometrióza a adenomyóza. Diagnostika endometriózy je obtížná, bývá často zaměňována za jiná onemocnění. Příznaky jsou nejednoznačné, nebo pacientkou zanedbávané. Mezi nejtypičtější příznaky patří chronická pánevní bolest a sterilita. Pacientky bez chronické pánevní bolesti a jiných subjektivních příznaků, vyhledávají lékaře až při problémech s otěhotněním.

Endometrióza má značný dopad na kvalitu života, a to z vícero pohledů - psychický, fyzický, sociální, ekonomický...

Tato bakalářská práce, byla zaměřená na informovanost žen o endometrióze. V praktické části této práce jsme zkoumali vzorek žen s endometriózou pomocí dotazníku. Dotazník byl orientován na informovanost o tomto onemocnění, o průběhu diagnostiky a léčby.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Z dostupné odborné literatury shrnout poznatky, týkající se endometriózy.

Cíl 2: Popsat problematiku endometriózy.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce

byli stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit informovanost žen o endometrióze.

Cíl 2: Interpretace a analýza výsledků

Pro tvorbu a konkretizaci bakalářské práce byla použita následující vstupní literatura:

LENZ, Jiří a kol., 2021. Endometrióza. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2713050-

4.
ŠPAČEK, Jiří a kol., 2018. Vybrané kapitoly z gynekologie. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4646-6.

12
PILKA, Radovan a kol., 2017. Gynekologie. 2. opravené vydání. Olomouc: Vydavatelství Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-5158-9.

13
Teoretická část

1 Onemocnění endometrióza

1.1 Definice

Endometrióza je patologický stav, kdy je přítomnost ektopické endometriální sliznice, a to jak stroma, tak žlázy, mimo děložní dutinu. Může se vyskytovat kdekoliv. Zatím nebyl předložen dostatečný důkaz pro potvrzení endometriózy srdce a sleziny. Tato tkáň reaguje na hormonální podněty v průběhu menstruace krvácením do ložisek. Endometrióza je estrogen-dependentní benigní a chronické onemocnění, které postihuje 10-25 % žen ve fertilním věku. Onemocnění postihuje ženy všech etnických skupin a každého věku. (Lenz, 2021)

Název endometrióza poprvé využil J.A.Sampson před více než 100 lety. Onemocnění jako takové bylo popsáno již dříve, přesněji v roce 1860 C. Rokitanským jako cystosarcoma adenoides uterinum. (Špaček, 2018)

Základním příznakem je chronická pánevní bolest a sterilita. (Fiala, 2019)

1.2 Epidemiologie

Přesné počítání prevalence tohoto onemocnění je komplikováno diagnostikou. Bohužel v dnešní době dosud nemáme neinvazivní screeningové testy, a proto je diagnostika omezena převážně na chirurgickou vizualizaci. Dalším problémem měření je asymptomatická povaha tohoto onemocnění, nebo že se projevuje nevysvětlitelnou infertilitou a chronickou pánevní bolestí. U asymptomatických žen je přibližná prevalence kolem 2-11 %. Dle studie ENDO bylo díky magnetické rezonanci odhaleno u 131 zdravých žen 11% výskyt ložisek endometriózy. Jiná publikace hovoří dokonce o prevalenci 20-50 % onemocnění endometriózy u asymptomatických žen zjištěné při laparoskopické operaci. Jedním z ukazatelů epidemiologie je sterilita nebo infertilita. Každá odborná publikace a statistika mluví o jiném procentu souvisení sterility a endometriózy, kdy se průměrně pohybujeme kolem 20-50 %. Jiná studie uvádí souvislost sterility s endometriózou kolem 40-70 %.

14
Z etnického hlediska je nejvyšší prevalence endometriózy u Afričanů, Afroameričanů a Hispánců. U Evropanů je prevalence 15 % a téměř dvakrát vyšší procento je u Asiatů. Většina dostupných zdrojů z odborných publikací se shoduje, že přibližná prevalence tohoto onemocnění je u žen v reprodukčním věku kolem 5-15 %. Nejvyšší výskyt endometriózy je ve věkové kategorii 30-45 let. U postmenopauzálních žen je výskyt endometriózy 2-5 %. (Hanáček, 2017), (Lenz, 2021), (Indrielle-Kelly, 2019)

U symptomatických adolescentních pacientek mluvíme o 49 % dívek s chronickou pánevní bolestí a o 75 % dívek s chronickou bolestí nereagující na farmakoterapii. (Fait, 2019)

1.3 Formy endometriózy

Endometriózu je možné klasifikovat dle několika parametrů. Prvním základním dělením je na genitální endometriózu {endometriosis genitalis) a endometriózu extragenitální {endometriosis extragenitalis). Endometrióza genitální se ještě dále větví na zevní genitální, která se vyskytuje na pohlavních orgánech - vaječníky, vejcovody, závěsný děložní aparát, Douglasův prostor, vulva nebo děložní hrdlo a na vnitřní genitální, kdy je přítomna ve stěně děložní a nazývá se adenomyóza. Endometrióza extragenitální se může nacházet v dutině břišní na omentu, střevě a močovém měchýři, ale i na vzdálenějších místech jako jsou plíce, štítná žláza, mozek nebo v pooperačních jizvách. Jako druhé základní dělení bereme, zdaje onemocnění endometriózy symptomatické, kdy je provázeno velkou řadou příznaků a na asymptomatickou, kdy jediným příznakem ve většině případů bývá neplodnost. (Hanáček, 2017), (Lenz, 2021)

Z hlediska klinického dělíme endometriózu na 4 formy - peritoneální, ovariální a hlubokou infiltrující a adenomyózu (Lenz, 2021)

Endometrióza peritoneální: Peritoneum je mezi nejčastějšími místy s výskytem endometriózy. Jedná se o jednu z nejvíce variabilních forem. Rozlišujeme tři základní

typy ložisek - ložiska červená (hemoragický obsah, probíhá zde neovaskularizace), černá

15
ložiska (černo-modré barvy, ložiska střelného prachu) a ložiska bílá (zjizvená). (Špaček, 2018)

Jednou z možných teorií jsou vývojová stadia lézí. Léze jsou zpočátku transparentní, jsou časné a chybí jim vaskularizace okolí, obsahují vodu, nebo mucinózní sekret. Později při uchycení na peritoneu dochází k proliferaci, cyklickým změnám, angiogenezi a k neovaskularizaci, ve stromatu lézí je krev, což se při laparoskopii ukazuje jako červené aktivní léze. Deoxygenací se hemoglobin časem mění na methemoglobin a hemosiderin, léze už nejsou jasně červené, ale černé. Krev se postupně vytrácí, a léze se za pomoci bilirubinu a biliverdinu mění na lézi bílou. Nepigmentovaná (bílá a červená) ložiska se ve většině případů objevují u žen mladších a ložiska černá s okolní fibrózou jsou typická pro starší ženy. Při revizní laparoskopii bylo zjištěno, že až u 42 % žen s touto diagnózou, ložiska sama vymizela. Patogeneze u těchto lézí je dána hormonálním prostředím, abnormální reakcí imunitního systému a pravděpodobně retrográdní menstruací. (Hanáček, 2017), (Lenz, 2021), (Špaček, 2018)

Ovariální endometrióza: Tento druh endometriózy je druhým nejčastějším typem onemocnění, a to až v 52-56 %. S věkem stoupá jeho incidence. Tato forma se typicky projevuje ve formě čokoládové cysty - endometriomu. Tím, že většina endometriomů vyúsťuje ze stromatu, se jedná o pseudocystu, která je naplněna typickým „čokoládovým“ obsahem, který vzniká menstruačním krvácením. Dle studií je patogeneze zapříčiněna Sampsonovou retrográdní teorií, ale nelze vyloučit ani teorii implantační. Ovarium je často fixované do fossa ovarica nebo se objevuje nálezy tzv. kissing ovaries, kdy obě ovaria k sobě adherují za dělohou Levé ovarium je vlivem anatomických poměrů častěji postižené. (Špaček, 2018), (Hanáček, 2017)

Hluboká infiltrující endometrióza: Pro hlubokou infiltrující endometriózu (deep infiltrating endometriosis, DIE) je typická invaze do hloubky více než 5 mm pod peritoneum. Stejně jako u ovariální endometriózy, se incidence DIE s věkem zvyšuje a prevalence této formy je až 10 %. Tuto formu lze rozdělit na přední, kdy je postižen přední kompartment (endometrióza močového měchýře) a na zadní, kdy postižen je zadní kompartment (endometrióza v rektovaginálním septu, zadní klenby poševní a pochvy).

16
Nízká mitotická aktivita a nízký obsah steroidních receptorů vysvětluje rezistenci vůči medikamentózní léčbě. (Lenz, 2021), (Špaček, 2018)

Adenomyóza: Pro adenomyózu, neboli vnitřní endometriózu, je typické prorůstání endometriálního stromatu a žláz do myometria. Adenomyóza může způsobovat nadměrné krvácení a sterilitu. Dělíme na dvě formy, a to difúzní a fokální, přičemž častější je výskyt difúzní formy adenomyózy. Postižen bývá většinou fundus a zadní stěna. Výskyt adenomyózy v populaci je obtížné určit, ale u žen po císařském řezu a u žen po hysterektomii je popsána až v 31-65 %. V těhotenství může vést k závažným komplikacím, jako jsou atonie a ruptúra dělohy, a nebo k poruchám placenty. (Hanáček, 2017)

Dalšími možnými lokalitami jsou plíce, bránice, pooperační jizvy aj. Probíhá výzkum na potvrzení možnosti endometriózy srdce a sleziny. (Špaček, 2018)

1.3.1 Klasifikace endometriózy

Pro tento druh klasifikace využíváme jednu z nejvíce používaných klasifikací skórovací systém AFS (American Fertility Society). Klasifikace byla v roce 1996 aktualizována a přejmenována na rASRM (Revised American Society for Reproductive medicine) V tomto systému se onemocnění rozděluje na čtyři stadia I až IV, kdy by celkový počet bodů měl odpovídat počtu a velikosti lézí a též jejich umístění. I. stadium značí minimální postižení reprodukčních orgánů malé pánve a IV. stadium označuje závažné postižení. Klasifikace AFS je vhodná k určení laparoskopických nálezů, ale není vhodná pro vyhodnocování terapeutických výsledků. Klasifikace nesouhlasí dobře s bolestmi, stupněm a přítomností dyspareunie ani s neplodností, což znamená že pacient s prvním stupněm endometriózy může mít velké bolesti, ale malý rozsah onemocnění, zatímco pacient s nejvyšším stupněm nemá bolesti žádné, ale onemocnění rozsáhlé. (Pilka, 2017)

„Stupeň I (minimální, 1-5 bodů) - Nález omezen pouze na povrchové léze a několik tenkých srůstů.

17

Stupeň II (mírný, 6-15 bodů) - Několik hlubokých lézí je navíc nalezeno v retrovaginálním vaku.

Stupeň III (průměrný, 16-40 bodů) - Jako předcházející stav plus přítomnost endometriózy na vaječní cích s více srůsty.

Stupeň IV (rozsáhlý, 40 a více bodů) - Jako předcházející stav plus velké endometriomy a rozsáhlé srůsty." (Pilka, 2017, str. 92)

Druhým klasifikačním systémem je index plodnosti endometriózy (EFI). Zakládá se na hodnocení ze systému rASRM v kombinaci s dalšími anamnestickými a pooperačními poznatky. EFI skóre předpovídá pravděpodobnost spontánního otěhotnění na škále od nula do deseti, kdy u skóre 0-3 je jen 10% pravděpodobnost gravidity, zatímco ti se skóre 9-10 mají přibližně 75% úspěšnost. (Tanbo, 2017) Poslední je klasifikace ENZIAN, která vznikla v roce 2005 rakousko-německou skupinou odborníků a v letech 2010 a 2011 došlo k její revizi a usnadnění použití. ENZIAN klasifikace byla navržena jako doplněk ke klasifikaci rASRM. Klasifikace se zaměřuje na hodnocení invaze DIE. V roce 2021 se klasifikace přejmenovala na #ENZIAN a vznikl tak jednotný a rozsáhlý systém klasifikace, jak pro neinvazivní, tak pro operativní diagnostiku. Má interdisciplinární využití v diagnostice a chirurgii. (Lenz, 2021)

Klasifikace je prováděna za pomoci kódu. Písmeno A je pro rektovaginální prostor, je dělen podle velikosti léze na A1 pro menší než 1 cm, A2 pro rozměry 1-3 cm a A3 pro rozměry větší než 3 cm. Tato čísla platí pro všechny oblasti základní ENZIAN klasifikace. Písmeno B je pro sakrouterinní ligamentum, ligamentum latum uteri a pánevní dno. Písmeno C zastupuje rectum. V klasifikaci je dále písmeno F. Fa je pro klasifikaci adenomyózy, Fb pro močový měchýř, Fi pro střevo a Fu ureter. V kombinaci s písmenem F, můžeme použít i další písmena, pro lokaci extragenitální, jako jsou plíce, bránice, nebo nervy. V nové klasifikaci #ENZIAN přibyla písmena P pro peritoneální endometriózu, O pro endometriózu ovariální a T pro vejcovody. U písmene P a O se opět dělí na čísla podle velikosti nálezu. (Lenz, 2021)

18

2 Etiologie

2.1 Patogeneze

Endometrióza je nazývána nemocí teorií, nebo záhadnou nemocí, protože ani v dnešní době nedokážeme patogenezi endometriózy jednoznačně určit. Je vícero teorií o jejím vzniku, ale žádná není definitivní. Dle doc. MUDr. Milana Košťála CSc. se v publikaci Vybrané kapitoly z gynekologie tyto teorie dají dělit do dvou skupin diseminací a metaplastické, ale ani toto řazení nepojímá zdaleka všechny teorie patogeneze. (Špaček, 2018)

2.1.1 Teorie retrográdní menstruace

Jinak označována jako teorie implantační, či metastatická, je teorie nejznámější a též nejvíce citovaná. Tato teorie byla popsána Sampsonem ve 20. letech minulého století a dodnes platí za jednu z nejpravděpodobnějších. Tato teorie spočívá v jednoduchém mechanickém principu, kdy menstruační krev částečně zatéká vejcovody zpět do peritoneální dutiny kde se následně implantují buňky endometria. Tato teorie i přes zjevnou logiku není univerzální, protože ačkoliv se retrográdní menstruace objevuje až u 90 % žen, ne u všech dochází k rozvoji endometriózy. Dle statistik se spíše jedná o množství refluxované menstruační krve, což by teoreticky mělo zvyšovat riziko implantace. I přes zjevnou logičnost této teorie se přesto najdou spory ohledně vysvětlení endometriózy v jiných anatomických lokalizacích (kosti, plíce atd.), dále ohledně endometriózy u prepubertálních dívek, novorozenců či dokonce mužů. (Lenz, 2021)

2.1.2 Teorie coelomové metaplazie

Neboli metaplastická teorie byla poprvé popsána Myerem v roce 1919. Teorie se zakládá na poznatku, že coelomové buňky, jsou stejný embryologický prekurzor pro endometrium i peritoneum. Zjednodušeně řečeno se tato teorie zakládá na poznatku, že coelomový epitel je schopen se transformovat na endometrium vlivem hormonálních nebo imunologických faktorů. Proto je zde možnost, že tato teorie objasňuje endometriózu

19

u prepubertálních dívek, kdy se endometrióza odlišuje v absenci růstových účinků, než je tak u žen v reprodukčním věku. (Hanáček, 2017)

2.1.3 Teorie lymfogenní nebo hematogenní diseminace

Halbanova teorie nám může vysvětlit extraperitoneální endometriózu (mozek, plíce

atd.) přes lymfatické či vaskulární šíření. Podle této teorie je endometrióza šířena lymfogenní cestou a postihuje tak lokálně-regionální lymfatické uzliny. (Fiala, 2019)

2.1.4 Teorie iatrogenní diseminace

Tato teorie z roku 2002 od Redwinea popisuje jednu z možných příčin ektopické endometriózy jako následek transplantace nebo autotransplantace během operace nebo z poranění. Vysvětlovala by tedy vznik endometroidních uzlů na hrázi po epiziotomii, v portech po laparoskopii či v jizvách po císařském řezu či hysterektomii. (Fiala, 2019)

2.1.5 Teorie imunologická a genetická

Jak již bylo dříve zmíněno, v tomto onemocnění hraje velkou roli také dědičnost, kdy ženy s nejbližšími postiženými mají 7x vyšší šanci na onemocnění a u monozygotních dvojčat je šance rovnou 15násobná. U imunologické teorie mluvíme o poruše na úrovni imunity buněk. Jedná se o novější teorie, které též zahrnují vlivy toxinů a vnějšího prostředí. (Lenz, 2021)

2.1.6 Teorie kmenových buněk

Teorie kmenových buněk je jedna z nejnovějších v této problematice a poukazuje na vliv kmenových buněk při regeneraci endometria. V nedávném průzkumu byly nalezeny v lidském endometriu kolagenní buňky, které by mohly být považovány za populaci podílející se na patogenezi endometriózy. Za normálních okolností, kdy je při menstruaci odlučována jen povrchová vrstva endometria (zona functionalis), je předpoklad, že

20 kmenové buňky jsou ve spodní vrstvě endometria (zona basalis), díky které probíhá následná regenerace. Výzkum předpokládá, že se mezenchymové kmenové buňky, které pocházejí z kostní dřeně, dokáží přeměnit na tkáň podobnou endometriu. Pravděpodobně se této teorii připisuje význam při vzniku infiltrující endometriózy rektovaginálního septa. (Lenz, 2021), (Chváta, 2016)

2.2 Rizikové faktory

V literatuře je popsáno několik rizikových faktorů, které se mohou podílet na vzniku endometriózy. (Lenz, 2021)

Nejpodstatnějšími rizikovými faktory jsou časná menarche, nuliparita a kojení.

Časný nástup menarche je spojen s vyšším rizikem onemocnění endometriózy, kdy jsou možnými příčinami dřívější nástup a tím delší působení retrográdní menstruace, nebo změny hormonálního prostředí u ženy. Důležitá je i délka cyklu. Cyklus pod 25 dní je rizikovější o 30 % než normální, či delší cyklus. Zajímá nás též pravidelnost cyklu a intenzita krvácení. (Hanáček, 2017)

Nuliparita je dalším důležitým rizikovým faktorem. Bylo totiž zjištěno, že s rostoucí paritou klesá prevalence endometriózy, což bohužel nekorresponduje s jedním z největších příznaků tohoto onemocnění, a to s infertilitou. Bylo též prokázáno, že prodloužení kojení vedlo ke snížení rizika endometriózy v návaznosti na poporodní amenoreu. (Lenz, 2021)

Do dalších rizikových faktorů můžeme zahrnout vystavení matek toxinům v podobě dietylstilbestrolu, nebo jiných estrogenů, porodní parametry u novorozenců - menší porodní hmotnost může reflektovat odlišné hormonální prostředí v děloze a výskyt děložního krvácení u novorozenců. Neopomínejme též fyzické parametry - inverzní asociace BMI a endometriózy byla dokázána při studii, kde byl za ukazatel distribuce tělesného tuku zvolen obvod boků a pasu. Ženy s poměrem menším než 0,6 měly třikrát vyšší riziko onemocnění než ženy s poměrem 0,7-0,79. Do souvislostí s tímto onemocněním patří vystavení se pasivnímu kouření po dobu několik hodin denně, zvýšení fyzické aktivity v období cyklu. (Hanáček, 2017), (Hořejší, 2019), (Lenz, 2021)

21

Malé množství studií poukazuje na vliv práce na noční směny na endometriózu.

Noční pracovní režim narušuje sekreci estrogenů a zvyšuje tak riziko endometriózy nebo jiných estrogen-dependentních onemocnění. (Lenz, 2021)

22

3 Klinický obraz

Příznaků endometriózy je málo a jsou různého charakteru. Rozsah příznaků nemusí korelovat s mírou onemocnění. Můžeme je rozdělit do dvou základních skupin. (Špaček, 2018)

3.1 Bolest

Pánevní bolest se objevuje v zhruba 30-50 % případů. Většinou se váže na cyklus s tím, že sílí před jeho začátkem a časem s tvorbou adhezí a jizev bývá kontinuální. Příčin je hned několik. Způsobena může být poškozením tkání, tvorbou infiltrací, rozpínáním

tkání při menstruaci v důsledku krvácení do ložisek, drážděním nocireceptorů nebo fixací orgánů k sobě navzájem. Protagonisty bolesti, zánětů a neplodnosti jsou prostaglandiny (prostaglandin E2) a cytosiny, zatímco estrogen pomáhá perzistenci endometroidní tkáně. (Lenz, 2021)

Mezi další typy bolesti se řadí dysmenorea. Jedná se o bolestivost, která předchází menstruaci a je spojena s cyklickou pánevní bolestí. Dalším typem je dysurie, nebo-li cyklická bolest spojená s močením, kultivačně negativní. Tento problém nastává při postižení močového měchýře endometriózou a občas se může přidat i hematurie (přítomnost erytrocytu v moči). Dalším projevem může být dyschezie. Dyschezie je cyklické bolestivé vyprazdňování v podobě zácpy, nebo průjmu. Bolest je chronická a objevuje se u postižení rektosigmatu. Třetím projevem je dyspareunie neboli bolest při pohlavním styku a nastává při postižení sakrouterinních vazů, nebo rektovaginálního septa. (Špaček 2018), (Pilka, 2017), (Lenz, 2021)

3.2 Sterilita

Sterilita jako příznak endometriózy se objevuje u 30-40 % žen. U žen s endometriózou je snižená šance na otěhotnění na 2-10 % oproti 15-20 % u zdravých žen. (Hanáček, 2017)

Neplodnost může být způsobena dvěma faktory. Prvním faktorem jsou mechanická postižení/překážka, která se povětšinou týká vaječníku a vejcovodů, například adheze,

uzávěr tub, nebo jejich destrukce a úbytek funkčního parenchymu vaječníku. Druhou příčinou jsou faktory biochemické, kdy se jedná o poruchy implantace spojené s hostilním prostředím, nebo o sníženou fertilizaci oocytů, o sníženou receptivitu endometria, a nakonec o snížené schopnosti oocytu nidovat. (Fiala, 2019)

Ektopické endometrium je bráno jako cizorodá sktruktura a stimulace k produkci zánětlivých faktorů jako jsou interleukiny, aktivované makrofágy prostaglandiny atd. Tato tekutina má negativní vliv na spermie, oocyty, embrya a též na funkci tub. (Fiala, 2019)

24

4 Diagnostika

Při diagnostice postupujeme systematicky. Od neinvazivních metod k metodám invazivním a stejně tak od metod nejjednodušších k nej složitějším. „Komplexní diagnostika endometriózy se opírá o čtyři základní pilíře v této posloupnosti: anamnéza, fyzikální vyšetření, zobrazovací metody a laparoskopie.“ (Lenz, 2021, str. 130) Všechny pilíře mají stejnou váhu v diagnostice, bez kteréhokoliv pilíře není diagnostika komplexní a ztrácíme tím možnost nabídnout pacientce adekvátní léčbu. Jako možný pátý pilíř bychom mohli řadit laboratorní vyšetření, které pomáhá spíše s léčbou. (Lenz, 2021), (Ulčová-Gallová, 2013)

Tabulka 1-Diagnostický význam 1

Diagnostický
význam

Anamnéza Specula Palpace TVUS MR Laparoskopie

Peritoneální
endometrióza

++ + +++++

Ovariální
endometrióza

+ ++ +++++ +++++ +++++

DIE +++ +++ +++++ +++++ +++++ +

Adenomyóza + - + +++++ +++++ +

Autor: (Lenz, 2021, str. 131)

4.1 Anamnéza

Při sběru anamnézy se kromě všeobecné anamnézy, kde důležitějšími daty jsou anamnéza rodinná, osobní a gynekologická, zaměřujeme na otázky ohledně příznaků. (Lenz, 2021)

25

Pro strukturalizaci anamnézy můžeme využít dotazníky QoL (Quality of Life), které nám umožní objektivizovat údaje o pacientce. (Lenz, 2021)

4.1.1 Rodinná anamnéza

Cíleně vyhledáváme onkogenetické syndromy a anamnézu tromboembolických

onemocnění (pro případ plánované dlouhodobé terapie hormonální léčbou). Údaje 0 endometrióze v rodině jsou pro nás méně podstatné v dalším managementu, ale v diferenciální diagnostice podporuje pravděpodobnější možnost výskytu endometriózy. (Lenz, 2021)

4.1.2 Osobní anamnéza

Zaměřujeme se na přehled dosavadních operací břišních. Důležitou součástí je chronologie, rozsah operace a nejlépe pracoviště, kde byla operace provedena, pro konzultace či vyžádání operační dokumentace. Nedílnou součástí by měly být 1 komplikace a jaký efekt měly operace na daný problém. Podle toho potom zvažujeme, zda by měla operace šanci pacientce pomoci. (Lenz, 2021)

4.1.3 Gynekologická anamnéza

Zajímá nás menarche, kde se doptáváme na primární dysmenoreu, dále charakter menstruačního cyklu, kdy nám může vyvstat podezření na adenomyózu, když v odpovědi zazní slova protrahovaná, silná, nebo nepravidelná. Důležitými údaji jsou dosavadní těhotenství ať už úspěšná, či neúspěšná. U pacientky nuligravidy se dotazujeme na snahu o početí v minulosti. U ostatních se dotazujeme na výsledek těhotenství (vaginální porod, císařský řez, potrat apod.) a na způsob početí - spontánně, nebo pomocí asistované reprodukce. U otázky na dosavadní gynekologická onemocnění cílíme především na potíže, které se pojí s chronickou pánevní bolestí, prodělanými záněty atd. (Hořejší, 2019)

26

4.1.4 Nynější onemocnění

Vstupní vyšetření zahajujeme dotazem primárního účelu návštěvy, pro co k nám pacientka přichází - pro bolest, sterilitu, obojí, nebo kvůli odporučení obvodního gynekologa pro patologický nálezn. Soustředíme se na pravidlo 3x DYS - dysmenorea, dyschezie, dyspareunie. Zkoumáme kdy tyto příznaky začaly, jakou mají cyklicitu a jestli jsou spojovány s menstruačním cyklem. Zajímají nás celkově otázky ohledně bolesti. Jejich počátek, stupeň intenzity podle stupnice VAS a zda jsou spojeny s menstruačním cyklem, či nikoliv. Pacientky se též ptáme na miktalgii, která může být spojována s endometriózou močového měchýře, nebo na jiné mikční potíže. (Čepičky, 2018) Neodmyslitelnou otázkou je zde i cílený dotaz na plánované početí, podle kterého potom rozhodujeme o způsobu terapie. (Cepický, 2018)

4.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření je srovnatelné v detekci endometriózy v pochvě, nebo rektovaginálním septu se zobrazovacími metodami. (Lenz, 2021)

4.2.1 Vyšetření v zrcadlech

Při tomto vyšetření se zaměřujeme na zadní oblast klenby poševní, kde můžeme pozorovat polypózní výrůstky, objemný uzel, který prorůstá do pochvy, nebo namodralá podslizniční endometroidní ložiska v případě prorůstající DIE. (Pilka, 2017)

4.2.2 Palpační vyšetření

Při bimanuálním vaginálním vyšetření se jako první zaměřujeme na dělohu - uložení, velikost a bolestivost. Dále zadní klenba poševní, kde pátráme po prorůstajícím uzlu, či po endometrióze sakrouterinních vazů, která bývá dobře hmatná. „I v případě, že nehmatáme infiltraci charakteristickou pro DIE, provedeme dvěma prsty elevaci děložního hrdla, čímž napneme sakrouterinní vazy. Bolestivost tohoto manévru svědčí pro jejich postižení.“ (Lenz, 2021, str. 134) Stejně tak pátráme v přední klenbě poševní po

27

náznaku endometriózy v předním kompartmentu, kde se nám může jevit jako uzel na močovém měchýři. V adnexální oblasti se zaměřujeme na bolestivost, případně rezistence. V důsledku adhezí může být patrná retroverze dělohy. (Lenz, 2021), (Pilka, 2017)

Vyšetření per rectum je stále více upozadované. Může nám pomoci diagnostikovat hlubokou endometriózu v oblasti rektovaginálního septa, kde můžeme vyhmatat postižení parameetrií či prorůstající uzel do rekta. (Pilka, 2017)

4.3 Zobrazovací metody

V diagnostice se nejvíce využívá ultrasonografie a magnetická rezonance, a to v tomto pořadí. Ultrasonografie je dostupná a cenově nenáročná. Je zde absence kontraindikací a vyšetření i diagnostika je v reálném čase. Magnetická rezonance je lepší variantou pro objasnění rozsahu ložisek a je zde možnost druhého čtení. Rozdíl v kvalitě je v dnešní době již nepatrný. (Lenz, 2021)

Tabulka 2-Přesnost UZ a MRI 1

Přítomnost

endometriózy

Zobrazovací metoda Senzitivita (%) Specifita (%)

Adenomyóza TAS 32 95

TVS 65

82

77

85

MR 97 92

Endometroidní cysty TVS +/- TAS 93 96

MR 90-92 91-98

28

Močový měchýř TVS 62 100

100 97

44 100

MR 64 98

Uretery a TVS 61-69 95-98

detekce

hydronefrózy MR

Sakrouterinní vazy TVS 67 86

MR 70 93

85 80

Rektum TVS 90 86

94 84

MR

Rektosigmoideum TVS 85 96

MR 85 95

83 88

Rektovaginální TVS 59 97

septum

74 86

MR 66 97

77 95

Pochva TVS 59 83

MR 82 82

Zdroj: (článek online str. 256)

29

4.3.1 Ultrasonografie

Máme tři druhy - abdominální, vaginální a transrektální. Při vyšetření můžeme využít 3D zobrazení, nebo dopplerovského mapování, pro vizualizaci proudění krve cévami. Na ultrazvuku můžeme vidět dobře ovariální cystické útvary či čokoládové cysty, postižení stěny močového měchýře nebo vezikouterinní pliky, ale už ne peritoneální endometriózu. Transrektální ultrazvuk používáme při postižení rektovaginálního septa, nebo pro posouzení vzdálenosti léze a hloubky invaze u análního okraje. (Seidl, 2012)

4.3.2 MRI

Vyšetření magnetickou rezonancí využíváme u podezření na hlubokou rektovaginální endometriózu a u diagnostiky endometriózy bránice, nebo hrudníku. Obsah ložisek deoxyhemoglobin slouží jako kontrastní látka a lze tak potvrdit poměr hemoragické a vazivové složky. (Seidl, 2012)

4.4 Laparoskopie

Laparoskopie je invazivní metoda diagnostiky, proto se využívá až jako poslední v algoritmu vyšetření. Je jedinou metodou pro potvrzení peritoneální endometriózy a k posouzení skutečného rozsahu a typu lézí a adhezí. Její diagnostický význam je nepopíratelný, ale je zde možnost negativního histologického nálezu, který nemusí vždy znamenat, že u pacientky není přítomna endometrióza. Nyní diagnostické laparoskopie provádíme jen zcela minimálně, zejména u sterility, kdy se připojuje hysteroskopie a chromopertubace. Dále je možné ji využít, pokud pacientka je symptomatická, farmakologická léčba nezabírá a nález na zobrazovacích metodách je negativní. V diagnostice adenomyózy a DIE se setkáváme s omezením laparoskopie, bez vypreparování nevidíme vlastní ložiska DIE, ale jen nepřímé známky jako související

peritoneální ložiska, či adheze. Při přímé vizualizaci a histopatologické verifikaci, se laparoskopie diagnostická mění na laparoskopii terapeutickou. Tím můžeme pacientce ušetřit další operaci. Endometrióza je bohužel známá svou proměnlivostí vzhledu, a to přes typické modročerné nebo prachově šedé léze, po bílé, červené, nebo bez zbarvení. Přesto je přesnost detekce endometriózy laparoskopicky srovnatelná s ultrasonografií,

30
nebo s magnetickou rezonancí, kdy senzitivita je 94 % a specifita 79 % (tendence chirurga nadhodnocovat nález). Podle doporučení ESHRE (European Society for Human Reproduction and Embryology) z roku 2013 se jeví diagnostická laparoskopie jako zlatý standard, ale podle novějších doporučení převažují nejprve neinvazivní metody. (Lenz, 2021), (Špaček, 2018)

Tabulka 3-Přehled doporučených postupů 1

Ultrazvuk

Magnetická rezonance

Laparoskopie

NICE 2017 Metoda první volby v detekci

endometrioidních

cyst, hluboké

endometriózy střeva,

měchýře a ureterů

Není rutinní metoda,

možná v případě

hluboké

endometriózy střeva,

měchýře a ureterů

Indikována v případě

negativního nálezu

podle ultrazvuku

Cochrane 2016 Vhodný k

detekci

endometrioidních

cyst, hluboké

endometriózy

rektosigmoidea

Vhodná k

detekci

endometrioidních

cyst, hluboké

endometriózy

rektosigmoidea

Nezmiňuje

laparoskopii

ESHRE 2013 Vhodný k

detekci

endometrioidních

cyst, hluboké

endometriózy rekta

Nevhodná pro

peritoneální

endometriózu a

hlubokou

endometriózu ureterů

Zlatý standard

(ideálně s

histologickým

ověřením přítomnosti

léze)

31

ACOG 2011 Metoda první volby

především v detekci
endometrioidních
cyst, hluboké
endometriózy rekta
Vhodná při
diagnostické
nejistotě, především v
případě hluboké
endometriózy střeva a
měchýře
Zlatý štandard
s histologickým
overením přítomnosti
léze

(článek online str. 257)

4.5 Laboratorní vyšetření

V diagnostice se může využívat i laboratorní vyšetření, které ale není tak přesné.
(Pilka, 2017)

Marker CA 125 je sice pravidelně zvýšen u pacientek s hlubokou i ovariální endometriózou, ale není prokazatelný pro stanovení prognózy ani pro rozhodování terapie, protože není specifický pro endometriózu, ale primárně pro diagnostiku epiteliálních ovariálních karcinomů. Alespoň je užitečný pro sledování léčebného efektu, poněvadž dobře koreluje s odpovědí na léčbu a se závažností onemocnění. Pozor, normalizace hladin po léčbě neznamená vyléčení onemocnění. (Pilka, 2017)

Vyšetření doplňujeme o marker HE4 (lidský epididymální protein 4). Je prekurzorem proteinu E4, který je sekretován epitelem vaječníku, zejména nádory serózního typu. Jedná se o slibný marker, pro časnou detekci karcinomu ovaria. Algoritmus rizika ovariální malignity ROMA score (risk of ovarian malignancy algorithm) stanovujeme při diferenciální diagnostice adnexálních tumorů, hlavně při podezření na malignitu. (Lenz, 2021)

Na žádost pacientky můžeme odebrat AMH - Antimullerianský hormon. Hormon je biomarkerem ovariální rezervy, poněvadž reflektuje počet zbývajících folikulů ve vaječníku. (Ulčová-Gallová, 2013)

32

5 Léčba

Léčebná strategie je založená na těchto předpokladech:

„Endometrióza je benigní onemocnění,

Endometrióza je chronické onemocnění,

Riziko vážných zdravotních a život ohrožujících komplikací je minimální,

Ve většině případů se nejedná o progresivní onemocnění,

Endometrióza má tendenci k recidívám,

- Neznáme přesnou etiopatogenezi endometriózy,

Prevence a kauzální terapie endometriózy nejsou známy,

Ve většině případů nejsme schopni endometriózu definitivně vyléčit,

Základními příznaky jsou chronická pánevní bolest a poruchy plodnosti,

Asi 10-30 % pacientek s endometriózou je asymptomatických,

Radikální léčba je zatížena významným rizikem komplikací.“ (Lenz, 2021, str.

138)

Za cíl léčby tedy pokládáme zkvalitnění života pomocí managementu bolesti a zmírnění či odstranění ostatních obtíží na co nejdelší dobu, dále zachování plodnosti a snažíme se odstranit riziko recidívy. Volba terapie a jejího rozsahu je na pacientce, která musí být obeznámena se všemi možnostmi terapie i s komplikacemi. U žen s asymptomatickou formou, která ani neplánuje další těhotenství, nemusíme léčbu řešit vůbec žádným druhem terapie. (Lenz, 2021)

5.1 Medikamentózní léčba

„Endometrióza jako estrogen-dependentní onemocnění, to znamená, že většina terapeutických modalit je založena na supresi estrogení stimulace a atrofizačním efektu na ektopické implantáty endometria.“ (Fait, 2019, str. 65) U medikamentózní léčby

33

můžeme navodit dva stavy - I.Pseudograviditu - kdy dochází k decidualizaci endometria

a za 2. Pseudomenopauza - kdy dochází k atrofizaci endometria. Účinek medikamentů je v obou případech reversibilní a může dojít k recidivě nemoci. Špaček udává, že pro medikamentózní léčbu volíme nejlépe pacientky s peritoneální endometriózou, diferencovaný typ s glandulární převažující složkou, která totiž lépe reaguje než typ nediferencovaný. Léčba medikamenty je cyto-supresivní, zatímco léčba chirurgická je cyto-redukční. (Špaček, 2018), (Fait, 2019)

5.1.1 Kombinovaná hormonální antikoncepce (COC - combined oral contraception)

Navozuje decidualizaci a atrofizaci endometria. Je vhodná pro kontinuální dlouhodobý režim v řádu i několika let, pro její minimum nežádoucích účinků. U 60-95 % patientek je popisována symptomatická úleva v pánevní bolesti a dysmenorei.

„Vhodnější preparáty monofazické s nízkým obsahem etinylestradiolu (EE < 35 ug) v kombinaci s moderními progestiny.“ (Špaček, 2018, str. 292) U COC je zvýšené riziko tromboembolie. (Špaček, 2018)

5.1.2 Intrauterinní systém (IUS) s levonorgestrelm

Levonorgestrel se uvolňuje nejvíce v dutině děložní a minimálně se dostává do periferní cirkulace, což má supresivní účinky přímo na endometriální ložiska. „Inhibuje proliferaci endometria snížením mitotické aktivity s následnou atrofií žlázových buněk.“ (Lenz, 2021, str. 148) Zhoršování onemocnění se eliminuje díky nástupu amenorey, kdy mizí i retrográdní menstruace. Při zavedení nitroděložního systému se snižuje marker CA 125, snižuje se i bolestivost u žen s rektovaginální endometriózou a adenomyózou, a pomáhá též na dyspareunii. (Lenz, 2021), (Fait, 2019)

5.1.3 Progestiny a antiprogestiny

Progestiny blokují vliv estradiolu na endometrium. „Aktivují enzym katalyzující proměnu estradiolu na estron, a tím způsobují pseudodeciduální přeměnu ektopických

ložisek s jejich následnou atrofií.“ (Lenz, 2021, str. 148) Progestiny mají též antiproliferační a protizánětlivý efekt na endometriální ložiska. K nežádoucím účinkům patří retence tekutin, emoční labilita, krvácení z průniku, deprese, napětí prsou a tvorba akné. Do progestinů užívaných se orálně řadíme dienogest, medroxyprogesteron-acetát (MPA) aj. Oba léky jsou srovnatelné v managementu bolesti. (Lenz, 2021)

5.1.4 Agonisté gonadoliberinu (GnRH)

„Analoga GnRH „down regulací“ gonadotropní aktivity způsobují reverzibilní supresi ovariálních funkcí, a tedy arteficiální postmenopauzu.“ (Fait, 2019, str. 66) Podání analogů GnRH je intramuskulárně, subkutánně nebo intranazálně. Nežádoucí účinky jsou ve formě akutního klimakterického syndromu - pokles libida, návaly, vaginální suchost a negativní vliv na kostní denzitu. Při dlouhodobém podávání analogů GnRH by se tzv add-back terapie - substituce některým z přípravků HRT (hormonální substituční terapie), pro zmírnění nežádoucích účinků, měla podávat vždy - jako prevence, nejen při projevech. Není nutné, pokud se analog GnRH podává před IVF. Pokud není terapie delší než 6 měsíců kontinuálně, dochází k recidivě potíží do pěti let. (Fait, 2019)

5.1.5 Antagonisté gonadoliberinu (GnRH)

Stejně jako agonisté GnRH navozují hypoestrinní stav pomocí suprimace gonadotropní produkce v adenohipofýze, s tím rozdílem, že antagonisté jsou efektivní okamžitě díky absenci flare-up effectu (zvýšené vyplavení gonadotropních hormonů). Léčba je dostupná ve formě tablet, nebo v injekční formě a je nejvíce využívána v asistované reprodukci. Nežádoucí účinky estrogen-deficitního stavu jsou zde závislé na dávce, stejně tak jako stupeň úlevy od symptomů. (Špaček, 2018)

5.1.6 Danazol a gestrinon

Oba léky jsou androgenním steroidem, které vedou k hypoestrinnímu stavu a atrofií endometria. Pro jejich vysoký výskyt nežádoucích účinků jako změny lipidového spektra,

35
jaterní toxicita, váhový přírůstek, vaginální suchost atd., jsou tyto léky používány zřídka a jsou nahrazovány modernějšími preparáty. (Špaček, 2018)

5.2 Chirurgická léčba

Některé druhy endometriózy (DIE, ovariální endometrióza, endometrióza střev aj.) nereagují příznivě na medikamentózní léčbu. U bolestivé, nebo sterilitu způsobující endometriózy volíme chirurgickou cestu léčby. Je prokázáno že v 80-90 % je léčba chirurgická léčba srovnatelná s tou medikamentózní v managementu bolesti. U radikální

chirurgické léčby se zvyšuje pregnancy rate a to u všech typů endometriózy. Definitivní souhlas s operací je na dobře edukované pacientce, která je seznámená s riziky komplikací po operaci a snažíme se tak respektovat její přání. Chirurgickou léčbu neprovádíme bez pečlivého předoperačního vyšetření a bez nabídnutí alternativní léčby. (Lenz, 2021)

5.2.1 Peritoneální endometrióza

Jasná indikace operačního řešení je u pacientek s bolestmi, které nebyly redukovány farmakologicky. Povrchová peritoneální ložiska ošetřujeme pomocí koagulací, případně pomocí laserové vaporizace, u hlubších ložisek provádíme excizi až do zdravé tkáně. Ablace nebo excize ložisek zvyšuje pregnancy rate a je zde i nízké riziko komplikací. U symptomatických pacientek, neplánujících v blízké budoucnosti graviditu, je vhodná následná hormonální léčba ale není bezpodmínečně nutná. (Lenz, 2021), (Chváta, 2016)

5.2.2 Ovariální endometrióza

Endometriomy se chirurgicky ošetřují cystektomií (eneuklace), fenestrací, ablací a sklerotizací. Pokud jsou endometriomy řešeny cystektomií (kompletní excizi, a vzorek je poslán na histologii) místo pouhé laserové vaporizace nebo koagulace, je riziko rekurence onemocnění nižší. Stejně tak se zlepšuje bolest a zvyšuje se i úspěšnost otěhotnění. U operativní léčby ovariálních endometriomů musíme počítat s rizikem této léčby, a to s možným předčasným ovariálním selháním (POF) a se snížením ovariálních rezerv u mladých fertálních pacientek. U oboustranné extirpace endometrioidní cysty je

riziko POF kolem 3 % a po kompletní extirpaci endometriomu je jasně prokázáno snížení ovariálního selhání a zvyšuje se při opakujících se resekcích. Při recidívách volíme konzervativní postup. (Chváta, 2016)

5.2.3 Hluboká infiltrující endometrióza

Operace tohoto typu je velmi obtížný chirurgický výkon, většinou multi oborově řešen a často jen tento výkon může pacientce pomoci s redukcí bolesti a se zlepšením kvality života. V první řadě musíme s pacientkou konzultovat možný přínos této operace, ale i možná rizika, včetně dočasné stomie. U pacientek s těžkou DIE, ale asymptomaticností, je laparoskopie až na posledním místě. DIE může být postiženo střevo, jako součást zadního kompartmentu. Typy operačního řešení jsou diskoidní resekce (částečné odstranění střevní stěny), segmentální resekce (částečné odstranění střeva) a shaving. Roman et al. (2016) sdělují velmi dobré pětileté zkušenosti s povrchovou ablací ložisek endometriózy (tzv. shaving) z přední stěny rekta pomocí ultrazvukového skalpelu nebo plazmové energie." (Špaček, 2018, str.295) V rámci předního kompartmentu může být postižen močový měchýř a ureter. DIE močového měchýře nepřichází nikdy samo, je většinou spojeno s dalšími lézemi v malé pánvi. „Při laparoskopii se koncentrujeme na plíku močového měchýře, dále na peritoneum viscerální ohraničené rámus pubices a symfýzou." (Lenz, 2021, str. 163) Defekty na povrchu se řeší deperitonealizací, pokud zasahuje do svalu, neváháme s resekci. (Špaček, 2018), (Lenz, 2021)

5.2.4 Adenomyóza

Konzervativní operační řešení u pacientek plánujících graviditu je ojedinělé, většinou se využívá konzervativní farmakologická léčba s metodami asistované reprodukce. U pacientek s ukončenou reprodukcí a se symptomy je metodou volbou hysterektomie. Jsou zde možné tři operační přístupy - hysteroskopie, laparoskopie a laparotomie (nezajišťují efekt léčby). Laparotomií se provádí excize dle Osady. (Lenz, 2021)

37

5.3 Alternativní léčba

Alternativní léčba, má spíše podpůrnou funkci než kurativní. Redukuje symptomy a podporuje zachování zdraví. Mluvíme zde například o technikách tradiční čínské medicíny, kde nejběžnější formou je odvar, který je speciálně vytvořen pro každého člověka individuálně podle symptomů a tělesné konstituce. Předpis bývá aktualizován nejlépe každý týden, podle aktuálního menstruačního cyklu, příznaků, či podle měsíční fáze, ročního období, nebo aktuálního počasí. (Flaws, 2016)

Další metodou může být akupunktura čili vpichování extrémně tenkých jehliček do určených míst - akupunktúrni ch bodů. Ve studii dr. Joseph M. Helmes z Berkeley, má akupunktura při léčbě bolestivé menstruace skoro 91% úspěch. (Flaws, 2016)

Vitamíny a potravinové doplňky jsou plně vítány, ale nesmí být v kontraindikaci s hormonální léčbou. Doporučuje se užívat vitamíny B, C, bioflavonoidy a minerály jako vápník a selen zařadit do běžného režimu spolu se zázvorem, mátou, lékořicí, nebo s čínským andělským kořenem. (Flaws, 2016)

Z tělesných cvičení můžeme doporučovat třeba fyzioterapii, viscerální terapii, jógu, rehabilitace zaměřené na břicho, nebo fytoterapii. (Lenz, 2021)

Dále existují různé diety, například dieta se sníženým obsahem lepku či laktózy. Ženy mohou vyzkoušet homeopatickou léčbu zaměřenou na příznaky. (Špaček, 2018)

38

6 Diagnostika, jako dopad na kvalitu života

V Hudelistovo studii z roku 2012 můžeme vyčíst, že mezi začátkem symptomů endometriálního onemocnění a mezi stanovením definitivní diagnózy je prodleva až 10 let, a mezi návštěvou lékaře a stanovením lékaře kolem 7 let. Na této studii je vidět problematika diagnostiky endometriálního onemocnění. U více než 50 % laparoskopicky prokázaných diagnóz endometriózy, byla předešlá vyšetření negativní. Diagnostické problémy bránící časnému záchytu endometriózy je více, primárně bolest při vaginálním vyšetření, neviditelnost na ultrasonografii, u mladých dívek nemožnost transvaginálního vyšetření, nebo zdrženlivost při diagnostice laparoskopii. Bohužel příznaky nejsou povětšinou natolik specifické, aby se myslelo i na endometriózu. „Obtížnosti v diagnóze a léčbě endometriózy často vedou k bezmoci žen a k pocitům, že jejich bolest odborníci neberou vážně a považují ji za normální součást života.“ (Praško, 2015, str. 276) (Praško, 2015), (Ulčová-Gallová, 2013), (Lenz, 2021)

Dalším problémem může být špatná diagnostika ze strany nezkušeného lékaře, nebo pomocí zastaralých diagnostických či zobrazovacích metod. (Indrielle-Kelly, 2019)

Tabulka 4-Symptomy 1

Symptomy Specifická diagnóza

Chybná předpokládaná
diagnóza

Dysmenorea (bolestivá
menstruace)

Adenomyóza Sekundární dysmenorea

Bolest bez návaznosti na
cyklus

Pokročilá endometrióza v
pánvi, velké endometroidní
cysty

Dráždivý tračník, potravinová
intolerance, psychosomatické
příčiny

Dyspareunie (bolest
při pohlavním styku)

Hluboká

Hluboká endometrióza v

Douglasově prostoru

infiltrující sakrouterinní vazy,

rektum, poševní klenby

Sexuálně přenosné infekce,

psychosexuální příčiny

39

Dyspareunie (bolest při
pohlavním styku)

Povrchová

Endometrióza děložního čípku,
hymen a

v epiziotomických jizvách

Dermatitidy, vulvodynie,

vaginismus

Dysurie (časté a bolestivé

močení) a nespecifické

močové příznaky

Hluboká endometrióza

močového měchýře

Intersticiální cystitida

Hematurie (krev v moči),

kolikovitě bolesti beder
Hluboká endometrióza
močového měchýře, ureteru
Renální kolika (nefro/urilitiáza),
specifické bolesti
zad (lumbalgie) na podkladě
degenerativních změn páteře,
zánětu, nádoru nebo traumat
Dyschézie (bolestivá
defekace) a nespecifické
příznaky (průjem, zácpa a
střevní křeče)
Hluboká endometrióza
rektovaginálního septa a rekta,
rektosigmoidea
Dráždivý tračník, Crohnova
choroba nebo ulcerózní
kolitida
Hematochézie (krev na
stolici), meléna
Hluboká endometrióza
prorůstající do sliznice střeva
Zhoubný nádor střeva, záněty
Nodularity kolem operačních
jizev, v břišní stěně, v třísele
Hluboká endometrióza v
operačních jizvách, v břišní
stěně anebo v místě úponu
oblého vazů (ligamentum
teres uteri)
Lipom břišní stěny, absces,
Schlofferův uzel v jizvě,
lymfadenopatie v třísele
Bolest na prsou, pneumotorax,
hemoptysis
(krvavé sputum)
Endometrióza plic,
pohrudnice či bránice
Srdeční příčiny, plicní
embólie, zánětlivé
onemocnění plic, zhoubný
nádor plic
Zdroj: (článek online str. 254)

40

Onemocnění přináší vícero negativních dopadů na pacientku a její okolí. Zejména jsou to dopady ekonomické, kdy třeba v USA jsou přímé a nepřímé náklady spojené s tímto onemocněním ve výši 20 miliard dolarů, a také sociální, kdy má endometrióza vliv na vztahové problémy ať už v sexuálním smyslu - dyspareunie, nebo kdy žena pocítuje druhotnou depresi z bolestí, nebo infertility. Pacientky s endometriózou mohou pocítovat bezmoc, izolaci, frustraci, a proto by měla být se souhlasem pacientky indikována psychoterapie, nebo jakákoliv jiná terapie, nápomoc s psychikou. (IndrielleKelly, 2019), (Praško, 2015), (Hořejší, 2019)

41

Praktická část

7 Průzkum

7.1 Prezentace získaných údajů

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na informovanost žen o endometrióze.

K získání informací byl vypracován dotazník ke kvalitativnímu šetření.

Téma průzkumu

Informovanost žen o endometrióze

Problém průzkumu

V dnešní době přibývá žen s endometriózou, které nejsou obeznámeny s tímto onemocněním. V důsledku toho vyplývá podceňování příznaků a včasné návštěvy lékaře. Zeny jsou diagnostikovány pozdě, špatně, nebo vůbec.

Cíle průzkumu

Cíl 1: Zjistit informovanost žen o endometrióze před diagnostikou onemocnění.

Průzkumná otázka č. 1: Jaká byla informovanost žen o endometrióze před diagnostikou onemocnění?

Cíl 2: Zjistit dostatečnost informací z rozhovoru a brožury.

Průzkumná otázka č.2: Bylo podání informací o onemocnění písemnou a mluvenou formou dostatečné?

Cíl 3: Zjistit, jaký byl průběh diagnostiky u žen s tímto onemocněním.

Průzkumná otázka č.3: Jak probíhala diagnostika endometriózy?

Cíl 4: Zjistit, pomocí jakých metod byly ženy léčeny.

Průzkumná otázka č.4: Jaký byl průběh léčby?

Metodika průzkumu

42

Pro vypracování praktické části, jsme zvolili kvalitativní metodu průzkumu pomocí dotazníkového šetření. Pro dotazované byla vytvořena krátká brožura s hlavními informacemi pro nemocné s endometriózou, Dotazník byl strukturovaný a byl složen ze tří částí. První část byla zaměřena na odběr anamnézy. V druhé části jsme ke sběru informací použili model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové (příloha č. 1). Ve třetí, poslední části, byly všem položeny stejné otevřené a uzavřené otázky (příloha č.2). V dotazníku bylo celkem 20 otázek, z toho 13 otázek bylo uzavřených a 7 otevřených.

Otázky 1, 2, 3, 16, 19 byly zaměřeny na zjištění informovanosti žen před diagnostikou onemocnění.

Otázky 7, 8, 9, 10, 11 se zabývaly spokojeností s informacemi od lékaře a s rozsahem informací v edukační brožuře.

Otázky 4, 5, 6, 12, 18, se týkaly průběhu diagnostiky onemocnění.

Otázky 13, 14, 15, 17, 20 pojednávaly o průběhu léčby endometriózy.

Výzkumná populace

Pro tento průzkum, byly vybrány ženy, které trpí tímto onemocněním - v minulosti absolvovaly diagnostiku a proběhla/probíhá léčba. Bylo osloveno 5 žen, různého věku, vzdělání, sociálního prostředí a pracovního zařazení. Jedním z kritérií bylo vybrat ženy jak bezdětné, tak s dětmi, abychom mohly posoudit vliv endometriózy na možnost, respektive nemožnost otěhotnět. Snahou bylo zpracovat co nejvíce různorodý populační vzorek. Z pěti oslovených žen poskytlo pět rozhovor.

Realizace šetření

Rozhovory probíhaly se ženami z úzkého okruhu (rodina, přátelé) formou rozhovoru.

43

7.1.1 Kazuistika č.1

Žena, 49 let, vdaná, dvě děti, pracuje jako účetní, bydlí s manželem a dětmi v rodinném domě

RA: otec ischemická choroba srdeční, matka abusus alkoholu, sestra zdráva

OA: snížená činnost štítné žlázy (hypotyreóza), vysoký cholesterol, zvýšená kyselina močová, deprese

Operace: Apendektomie (1983), opakované laparoskopické operace pro endometriózu (1995, 1996 - diagnostická laparoskopie, laparoskopická odstranění adhezí na střevě, 1997, 1997, 1998 - laparoskopická revize, 1999, 2003 - excize endometriomů z vaječníku, 2007 - laparoskopická revize), císařský řez (2000), laparoskopická salpingectomie dextra (2003), laparoskopická salpingectomie sinistra (2006)

Úrazy: neprodělala

Transfúze: neměla

Alergie: Klacid, pyl, trávy

FA: Letrox, Mertenil, Purinol, Seropram, Flonidan

Abusus: ex-kuřačka (1999), 3 kávy denně, alkohol příležitostně

GA: menses od 11 let, cyklus nepravidelný, krvácení 7 dní, velmi intenzivní, bolestivá, nyní klimakterium (2020)

Prsa: provádí samovyšetření a nyní již jednou za dva roky dochází na mamograf

Gynekologické onemocnění: zánět vejcovodu (2003), v mládí časté mykózy, endometrióza (1996)

Gravidity: Ix IVF (2000) - zakončeno císařským řezem (dvojčata 37+6tt), Ix mimoděložní těhotenství (2006) (ukončeno, salpingectomie)

Dotazovaná číslo jedna je žena po osmi laparoskopických operacích. Poslední operaci prodělala v roce 2007. Od roku 1997 do roku 1998 rok a půl užívala hormonální

44 antikoncepci. Po umělém oplodnění a následném porodu je dotazovaná bez obtíží, zůstala jen silná, bolestivá menstruace a občasná bolest v pánevní oblasti. Žena není sledována v žádném zařízení na léčbu endometriózy, dochází jen ke svému gynekologovi. Po porodu neužívá žádné medikamenty na léčbu endometriózy.

Posouzení dle modelu funkčního zdraví M. Gordonové

1. Vnímání zdraví

Dotazovaná hodnotí svůj zdravotní stav jako narušený. Za poslední rok prodělala jen Covid-19, žádná jiná onemocnění, či úrazy. Pravidelně dochází na kontroly na endokrinologii kvůli hypotyreóze, praktickému lékaři a k zubaři dochází též pravidelně. Pije tři kávy denně a alkohol příležitostně. Pro udržení zdraví dodržuje zdravou výživu. Prsy si vyšetřuje sama a dochází jednou za dva roky na mamograf.

2. Výživa a metabolismus

Tázaná trpí obezitou, měří 168 cm a váží 120 kg (BMI = 42,5 - obezita). Změnu na váze nepozoruje, chuť k jídlu normální. Dotazovaná drží redukční dietu, stravuje se 5x denně a příjem tekutin je více než 2 litry za den, většinou voda nebo minerální ochucená voda. Kůže bez viditelné patologie, sliznice růžové, vlasy vypadávají.

3. Vylučování

Problémy s močením neudává. Se stolicí občasný problém v podobě zácpy řeší vlákninou a pitným režimem. Stolice i moč bez příměsí, pravidelné vylučování stolice. Pocení zvýšené při lehkém zatížení fyzickou aktivitou.

4. Aktivita, cvičení

Postrádá pocit dostatečné síly a životní energie. Nemá pravidelný pohyb, brání ji dusnost a omezený čas (velké vytížení v práci). Dotazovaná je soběstačná, snaží se nahradit pohyb pracovními pochůzkami.

5. Spánek a odpočinek

45 Problémy se spaním, budí se minimálně 3x za noc, přisuzováno zlými sny a nedostatkem železa. Denně spí více jak 8 hodin. Je nevyspalá a neodpočinitá. Léky na spaní neužívá, občasně spánek přes den cca 2-3 hodiny o víkendu.

6. Vnímání, citlivost, poznání

Při jasném vědomí, orientovaná všemi kvalitami. Sluch dobrý, zrak zhoršený na dálku i na blízko, kompenzační pomůcky brýle, které často nevyužívá (dělá se jí mdlo). Reč je plynulá, bez poruchy, komunikuje otevřeně. Potíže s pamětí a pozorností nemá, styl učení logický. Má bolesti, vnímá je přiměřeně, tiší úlevovou polohou, občas užívá léky (Algifenové kapky, ibalgin). Bolest popisuje jako mírnou, ne tak častou, v oblasti břicha a podbřišku.

7. Sebepojetí, sebeúcta, vnímání sebe sama.

Tázaná se považuje spíše za optimistku, důvěřuje si méně kvůli nespokojenosti se svým vzhledem (obezita). Talent ani zručnost neudává. Pociťuje pocity strachu v noci, neví ale z čeho. Dále pociťuje hněv kvůli kolegyním v práci, stálý všeobecný smutek a úzkosti z tmy. Když je nervózní, snaží se uklidnit a motivovat se.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí s manželem a dvěma dcerami v rodinném domě na v malé obci. Rodinné problémy jsou na bázi každodenního soužití, problémy řeší konverzací a dohodou všech členů na řešení problému. Je zaměstnaná, pracuje jako účetní, kde je spokojená. Kontakt s lidmi udržuje zřídkavě, většinou s kolegyněmi v práci. Označuje se za asertivního a přátelského člověka.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti

Menarche v 11,5 letech, cyklus nepravidelný, 7 dní silného a bolestivého krvácení. Těhotná 2x - 1999 IVF (2000 dvojčata), 2006 mimoděložní těhotenství (salpingectomie). Těhotenství rizikové pro hrozící předčasný porod (měsíc na lůžku na oddělení rizikového těhotenství), ukončení 37+6tt císařským řezem. Antikoncepci neužívá, jen při léčbě endometriózy rok a půl navozen umělý přechod (nepamatuje si název léku). Tázaná trpí

neplodností, léčba léková i operační (8x laparoskopická operace). Ve 48 letech začalo klimakterium.

46

10. Stres, tolerance, zátěžové situace, jejich zvládnutí

Tázaná je často v napětí (5-6 x za týden) způsobené zaměstnáním. Napětí zvládá podle okolností, pokaždé jinak, snaží se ho snížit relaxací a trávením času s rodinou. Stresové situace zvládá sama, občas jí to chvíli trvá. Za poslední dva roky přišla o dva důležité členy rodiny, vyrovnává se s tím hůř. Trápí ji problémy a napětí v práci.

11. Víra, životní hodnoty, přesvědčení

Je nevěřící, nikdy o náboženství nepřemýšlela. V žebříčku hodnot má na prvním místě zdraví, na druhém rodinu, na třetím místě práci, na předposledním místě peníze a na posledním místě cestování. Prioritou pro dotazovanou je štěstí a zdraví rodiny.

12. Jiné

V současné době tázanou trápí zdravotní potíže spojené s obezitou a s psychickou nepohodou. S potížemi dochází k lékaři a k psychiatrovi.

Výsledky rozhovoru

Dotazovaná se s termínem endometrióza poprvé setkala, když jí byla ve 24 letech diagnostikována a nikdy předtím o ní neslyšela a ani nikoho ve svém okolí s tímto onemocněním neznala. Diagnostika onemocnění přišla až 4 roky po projevení příznaků.

Na otázku, jaké příznaky se u tázané objevily, byly odpovědi neplodnost, bolest v pánevní oblasti nepravidelná a silná menstruace, bolest při pohlavním styku i problémy s vyprazdňováním. Než jí bylo onemocnění diagnostikováno, nevěděla o žádném z uvedených příznaků v dotazníku, že by mohly být spojeny s endometriózou.

Diagnostika začala na základě neplodnosti, se kterou přišla do IVF centra.

Od lékaře dostala dostatek informací, byly pro ni srozumitelné, a proto si další informace nevyhledávala. Brožura, kterou jí sem vytvořila, jí přišla dostačující, žádné nové informace se nedozvěděla.

47

Endometrióza pacientce byla diagnostikována pomocí laparoskopie, celkem 4x revizní laparoskopie a následně byla léčena opět laparoskopií, celkem 3x a následně hormonální léčbou v průběhu cca roku a půl. V diagnostice nenastaly žádné komplikace ve smyslu špatné diagnózy apod. Stav se po diagnostice a následné léčbě změnil částečně, zcela se zlepšil po těhotenství a porodu.

Nyní příznaky onemocnění nemá, nijak se neléčí, není sledována. Dopad na kvalitu života dotazovaná popsala jako psychický, z důvodů neplodnosti, která se léčila cca 4 roky, dále z důvodu silné menstruace a z chronické bolesti. Dotazovaná věděla, že je onemocnění dědičné, onemocněním trpí její dcera.

48

7.1.2 Kazuistika č. 2

Žena, 22 let, svobodná, bezdětná, studentka VS, bydlí s rodiči v rodinném domě

RA: matka hypotyreóza, vysoký cholesterol, zvýšená kyselina močová, deprese; otec arytmie; sestra zdráva

OA: vysoký cholesterol (na dietě), endometrióza, jícnový reflux

Operace: Apendektomie (2019), ablace ložisek endometriózy (2019), operace nosní mandle (2002)

Úrazy: zvrtnutý kotník (2013)

Transfúze: ne

Alergie: Penicilin, Ampicilin, Amoxicilin, Paracetamol, Klacid

FA: Aridya, APO-PANTO

Abusus: ne

GA: menarche 11 let, cyklus nepravidelný, krvácení 7-8 dní, v prvních dnech intenzivní, velmi bolestivá, nyní pseudomenopauza (od 2019)

Prsa: nevyšetřuje

Gynekologická onemocnění: Mycoplasma genitalium (2019), časté kvasinkové infekce, endometrióza (2019)

Gravidity: nic

Tázaná se léčí s endometriózou od roku 2019, kdy jí byla diagnostikována laparoskopicky při apendektomii. Od operace je v pseudomenopauze. Užívá kontinuálně hormonální antikoncepci, dříve Vissane, potom M Y W Y a nyní Aridya. Pánevní bolest a problémy s vyprázdňováním trvají dál. Dotazovaná dochází do ambulance pro léčbu

endometriózy do ÚPMD.

49

Posouzení dle modelu funkčního zdraví M. Gordonové

1. Vnímání zdraví

Stejně jako první tázaná, hodnotí svůj zdravotní stav jako narušený. Za poslední rok prodělala Covid-19 a byl jí diagnostikován jícnový reflux. Dochází pravidelně k lékaři pro léčbu endometriózy a k zubaři též. Alkohol ani kávu nepije, nekouří. Při objevení potíží se zdravím vyhledává lékaře a doporučení dodržuje důsledně. Pro udržení zdraví zahradníčí a chodí na procházky.

2. Výživa a metabolismus

Tázaná měří 164 cm a váží 62 kg (BMI = 23,05 - norma). V poslední době zaznamenala příbytek naváže, neví, kolik přesně, chuť k jídlu dobrá. Nedrží žádnou dietu, stravuje se 4x denně. Denně přijme kolem 1,5 - 2 l tekutin, většinou vodu. Stav chrupu je dobrý, kožní turgor bez známek patologie, sliznice růžové. Nehty a vlasy v dobrém stavu.

3. Vylučování

Močí bez obtíží, spontánně. Se stolicí problém v podobě zácpy, řeší zvýšeným pitným režimem. Stolice pravidelná, moč i stolice bez příměsí.

4. Aktivita, cvičení

Kvůli škole a onemocnění se cítí vyčerpaná a bez dostatku sil. Snaží se občas chodit na procházky místo cvičení. Je soběstačná, držení těla vzpřímené a koordinace dobrá.

5. Spánek a odpočinek

Dotazovaná se cítí odpočatá, má kvalitní spánek. V noci se občas vzbudí, jiné problémy se spaním neudává. Spánkový režim dodržuje, 8 hodin spánku denně, občas spí 2 hodiny přes den.

6. Vnímání, citlivost, poznání

Dle observace při jasném vědomí, orientovaná všemi kvalitami. Paměť neporušená, problém s pozorností nemá. Komunikuje plynule, bez vady řeči, kontakt udržuje otevřený. Styl učení má mechanický. Sluchově v pořádku, zrak má zhoršený na dálku, nosí

50

dioptrické brýle pro astigmatismus. Bolesti má chronické a mírné intenzity v oblasti podbřišku. Vnímáje přiměřeně, tiší analgetiky nebo vhodnou úlevovou polohou.

7. Sebepojetí, sebeúcta, vnímání sebe sama

Tázaná je optimistka, považuje se za schopnou a puntičkářku. Méně si důvěřuje pro lehký příbytek váhy, kvůli lékům. Dotazovaná udává že je talentovaná ve hře na hudební nástroje a pečení. Též udává že je zručná a kreativní. Občas pocituje strach před zkouškami ve škole, protože si myslí že je neovládne. Dále pocituje úzkost při náročnějších obdobích. Není spokojená se svým vzhledem, myslí si, že by mohla více cvičit a jist zdravěji, aby jí bylo lépe. Když je nervózní tak má tik v noze.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí s rodiči a babičkou v rodinném domě v malé obci. S rodinou má dobré vztahy. Má sestru, dvojče, která bydlí sama. Mají velmi dobrý vztah. Je studentka třetího ročníku bakalářského studia Policejní akademie, ráda by pokračovala v magisterském studiu, nebo na jiném bakalářském oboru. Ve škole je spokojená. S lidmi má kontakt častý, například ve škole nebo se setkává s přáteli. K lidem se chová asertivně a přátelsky.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti

Menarche v 11 letech, cyklus nepravidelný, krvácení silné 8 dní, bolestivé. Od roku 2019 má navozenou pseudomenopauzu pomocí léků (Aridya), přesto občasné krvácení. Sexuální obtíže nejuje, sexuální vztahy nemá. Těhotná nikdy nebyla, graviditu zatím neplánuje.

10. Stres, tolerance, zátěžové situace, jejich zvládnutí

Dotazovaná je zřídka zatížena napětím, často ze školy nebo kvůli onemocnění. Napětí snáší podle okolností, většinou sama a chvíli to trvá. Snaží se redukovat relaxací, nebo konverzací s přáteli. V posledních dvou letech přišla o dědečka a prababičku a vyrovnává se s tím hůř.

11. Víra, životní hodnoty, přesvědčení

Ateistka, ale víra je podle ní občas potřeba. Žebříček hodnot seřadila tak, že na prvním místě má zdraví, na druhém rodinu, na třetím peníze, na čtvrtém místě záliby, na pátém

51

cestování, dále práci a na posledním místě se umístila víra. Prioritou je pro pacientku dokončit školu a přejít na další vzdělání.

12. Jiné

Pacientku až na zdravotní stav, omezuje jen režim ve škole. Nic jiného neudává.

Výsledky rozhovoru

S termínem endometrióza se setkala poprvé u své matky, která se s tímto onemocněním léčila. V tu dobu věděla o dvou příznacích - bolest v pánevní oblasti a nepravidelná silná menstruace.

Svou diagnózu se dozvěděla v 19 letech, po laparoskopické apendektomii, ke které byl přizván gynekolog. Tázaná trpěla příznaky endometriózy cca 3 roky. Jejimi problémy byly - nepravidelná a silná menstruace, kterou měla již od dětství, v dospělosti dostala na tento problém antikoncepci od své gynekoložky. Dále to byla chronická bolest v pánevní oblasti, bolest při pohlavním styku a zároveň problémy s vyprazdňováním.

K návštěvě lékaře ji přivedla intenzivní stupňovaná bolest v pravém podbřišku. Po konzultaci s gynekoložkou byla odeslána na chirurgii, kde se pro začínající zánět appendixu provedla laparoskopie, kam byl přizván gynekolog pro nález endometriálních ložisek a adhezí.

Na otázku, zda měla dostatek informací o svém onemocnění od lékaře odpovídá, že od své gynekoložky rozhodně ne. Při první konzultaci ani nebyla s touto variantou obeznámena. Když začala chodit do poradny v UPMD, tak dostala dostatek informací, které pro ni byly srozumitelné. U gynekoložky ji chyběly informace ohledně vzniku ložisek, léčby a délce tohoto onemocnění. Pro svoji potřebu si vyhledávala další informace na internetu.

Podle tázané má brožura dostatečné množství informací, je přehledná a pro nezdravotníka srozumitelná. Z brožury se poprvé dozvěděla, kde všude mohou ložiska endometriózy být.

52

Jak již bylo zmíněno, diagnostika endometriózy proběhla laparoskopicky, po které následovala hormonální léčba. Tázaná začala s užíváním hormonální antikoncepce Visanne, po které se objevily vedlejší účinky v podobě přibírání na váze a emocionálních výkyvů. Rozhodla se přejít na jinou hormonální léčbu MYWY, po které začala občas menstruat a špinit, vrátily se též častější a silnější bolesti v pravém podbřišku a v kříži. Proto opět přešla na jinou léčbu, tentokrát Aridy a problémy víceméně ustaly. Dopad na kvalitu života byl pro pacientku celkem značný, jak psychicky, v podobě emocionálních výkyvů z léků a v podobě dlouhé, nedagnostikovatelné bolesti, tak fyzicky, když začala přibírat na váze, ztrácela sebevědomí a uzavírala se do sebe. V současné době přetrvává jen mírná bolest v pánevní oblasti. Po diagnostice se údajně stav zlepšil, ale ne podle očekávání pacientky. O dědičnosti onemocnění věděla, díky své matce. O problémech s otěhotněním neví, graviditu zatím neřeší.

53

7.1.3 Kazuistika č.3

Žena, 64 let, důchodkyně, žije s manželem v bytě

RA: otec - diabetes mellitus, matka zdráva

OA: astma

Operace: cholecystektomie (2019), laparoskopická vizualizace kvůli endometrióze (1989)

Úrazy: ne

Transfúze: ne

Alergie: jód (Betadine)

FA: Ventolin

Abusus: 1 černá káva denně

GA: menarche od 13 let, cyklus nepravidelný, krvácení 5 dní, menstruace silná a bolestivá, menopauza začala v 51 letech

Prsa: mamograf jednou za dva roky, sama nevyšetřuje

Gynekologické onemocnění: endometrióza (1989)

Gravidity: 1x spontánní koncepce (1985) - ukončeno samovolným potratem ve 21tt

Třetí dotazovaná od mládí trpí neplodností. V roce 1989 byla na laparoskopické vizualizaci pro potvrzení endometriózy. Tázaná se s tímto onemocněním neléčí, v léčbu nevěří. Dochází jen na preventivní prohlídky ke gynekologovi a na mamograf jednou za dva roky.

Posouzení dle modelu funkčního zdraví M.Gordonové

1. Vnímání zdraví

54

Svůj zdravotní stav popisuje tázaná jako dobrý, za poslední rok nebyla nemocná. Při objevení potíží vyhledává lékaře, ale doporučení dodržuje jen občas. Pro udržení chodí na dlouhé procházky se psem a zahradničí. Jednou za rok chodí na preventivní prohlídku ke svému praktickému lékaři a jednou ročně ke svému gynekologovi. Na mamograf chodí jednou za dva roky.

2. Výživa a metabolismus

Dotazovaná měří 167 cm a měří 75 kg (BMI = 26,89 - nadváha). Chuť k jídlu má dobrou, denní příjem jsou 3 jídla a 1,5 - 2 l tekutin, většinou ochucené minerálky. Nemá žádné problémy se způsobem přijímání stravy. Stav vlasů a nehtů je dobrý, kožní turgor bez zjevné patologie. Pocit sucha v ústech nemá, stav sliznic růžový.

3. Vylučování

Tázaná má problémy s inkontinencí moči. Udává obtíže při mikci v podobě pálení a řezání. S vylučováním stolice má problém v podobě zácpy a nepravidelné stolice, preparáty pro lepší vylučování neužívá. Moč i stolice bez příměsí.

4. Aktivita, cvičení

Cítí se plná energie a životní síly, chodí na dlouhé procházky, zahradničí a chodí sbírat byliny. Žádné faktory, které by bránili pohybu nemá, pohybuje se sama, je soběstačná. Koordinace dobrá, držení těla vzpřímené.

5. Spánek a odpočinek

Problémy s usínáním, občas se snaží usnout až několik hodin. Léky na spaní neužívá, dělá si bylinné čaje. Cítí se odpočatá, denně spí kolem sedmi hodin. Přes den nespí, jen odpočívá třeba u televize, nebo s knížkou. Před spaním si čte.

6. Vnímání, citlivost, poznání

Při vědomí a orientovaná všemi kvalitami. Problémy se sluchem neudává, zrak zhoršený - pravé oko zhoršené na blízko, levé oko zhoršené na dálku, nosí brýle. Řeč plynulá, bez známek poruch, nebo vad řeči, komunikuje otevřeně. Pozornost úmyslná, styl učení preferuje logický. Bolesti neguje.

55

7. Sebepojetí, sebeúcta, vnímání sebe sama

Tázaná si plně důvěřuje, považuje se za schopného optimistu. Jako talent uvádí bylinkářství a alternativní metody léčby, kterým se věnuje už několik let. Strach, hněv, zlost ani smutek nepocituje, občas úzkost z ničeho nic. Není spokojená se svým vzhledem, přikládá to svému stáří. Když je nervózní, tak si kouše nehty.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí s partnerem v bytě v centru města, děti nemá. Problémy v soužití nejsou. Je důchodkyně, dříve pracovala v administrativě. S lidmi se moc nestýká, jen zřídka kdy s bývalými kolegyněmi z práce. Jinak se popisuje jako přátelská osoba. S prací byla dříve spokojená, teď je šťastná jako důchodkyně, protože má čas na aktivity, které ji baví.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti

Menarche ve 13 letech, cyklus nepravidelný, krvácení 5 dní, menstruace silná a bolestivá. Od 51 let klimakterium. Antikoncepci neužívala, jedna gravidita (1985) spontánní potrat ve 21tt, příčina neznámá. Poruchy plodnosti od mládí, laparoskopická vizualizace (1989) - potvrzena ovariální endometrióza. Léčba endometriózy neproběhla - dotazovaná odmítla.

10. Stres, tolerance, zátěžové situace, jejich zvládnutí

Dotazovaná je zřídka kdy v napětí. Pokud je, snáší ho lehce a rychle, snaží se relaxovat meditací. Stresové situace zvládá sama, nebo s podporou partnera. Minulý rok ji zemřel pes na stáří, kterého měla tázaná velice ráda.

11. Víra, hodnoty, přesvědčení

Víra je pro ni občas potřeba, není křesťanka, ani katolička, ale věří v něco víc nad námi. Tato víra ji v ničem neomezuje, naopak ji dodává sílu. Svůj žebříček hodnot sestavila následovně - na prvním místě rodina, na druhém zdraví, na třetím místě záliby, na čtvrtém víra, na pátém místě zmínila cestování, na dalším práce a na posledním místě peníze. Prioritou pro pacientku je momentálně pomáhat lidem se zhoršeným zdravotním stavem.

12. Jiné

56

Dotazovaná neuvádí žádné jiné důležité informace, ani problémy.

Výsledky rozhovoru

Tázaná se poprvé setkala s endometriózou, když ji byla ve 30 letech diagnostikována. Do té doby nevěděla že existuje, ani nevěděla jaké příznaky jsou s ní spojeny. U pacientky se projeví potíže s otěhotněním, měla silnou a nepravidelnou menstruaci a problémy s defekací. Diagnostika byla provedena nejdříve vaginálním vyšetřením a pomocí ultrazvuku s negativním nálezem. Následně byla provedena laparoskopická vizualizace, při které bylo zjištěna ovariální endometrióza v podobě čokoládových cyst na vaječnicích a adhezí v malé pánvi. Dotazovaná odmítla chirurgickou a medikamentózní léčbu. Mezi příznaky a diagnostikou proběhlo několik let, nikdy ji nenapadlo, že by její potíže byly spojené s nějakým onemocněním. Od lékaře měla po diagnostice dostatek srozumitelných informací. Dále si hledala informace v odborné literatuře. Z brožury, kterou dostala se dozvěděla pár nových informací, například o léčbě. Na otázku, jestli by měla brožura obsahovat nějaké další informace odpověděla, že je podle ní srozumitelná a další informace nejsou třeba. Velký dopad na kvalitu života pro ni měla neplodnost. Jednou otěhotněla, ale potratila ve 21tt. Celý život se pokoušeli s manželem o dítě. Po diagnostice endometriózy se snažili dál, mělo to na ní velice špatný dopad po psychické stránce, kdy si často myslela že jako žena selhala. Nyní příznaky neudává, vše se prý zlepšilo, jakmile nastoupilo klimakterium. O nikom ve svém okolí s endometriózou neví, o dědičnosti též ne. Komplikace v diagnostice též nenastaly.

57

7.1.4 Kazuistika č. 4

Žena, 21 let, studentka VS, bydlí sama, má rozvedené rodiče, vyrůstá s otcem

RA: otec primární hypertenze, varixy; matka neví

OA: momentálně v léčbě psychiatra pro deprese a úzkosti

Operace: ne

Úrazy: zlomená ruka (2015), amputace prstu na noze sekačkou na trávu (2011)

Transfúze: ne

Alergie: neguje

FA: Zopiclon, Trittico, Neurol, Visanne

Abusus: kouření 15 cigaret denně

GA: menses od 14 let, cyklus nepravidelný, krvácení 8 dní, silná, nebolestivá, pseudomenopauza od 18 let

Prsa: vyšetřuje sama

Gynekologické onemocnění: endometrióza (2019)

Gravidity: ne

Dotazovaná číslo 4 diagnostikována v roce 2019 endometrióza na UZ, laparoskopicky neverifikována. Od diagnostiky užívá kontinuálně hormonální léčbu Visanne, uvedena do pseudomenopauzy. Pro endometriózu dochází do poradny v Příbrami a ke své gynekoložce.

Posouzení dle modelu funkčního zdraví M.Gordonové

1. Vnímání zdraví

Tázaná považuje svůj zdravotní stav za částečně dobrý. Pravidelně dochází k praktickému lékaři, gynekoložce a psychiatrovi. Za poslední rok prodělala

58

mononukleózu. Pro udržení zdraví dodržuje zdravou výživu, je vegetariánka. Pravidelně sportuje, cvičí závodně gymnastiku. Kávu a alkohol nepije, kouří 15 cigaret denně od 18 let. Prsy si vyšetřuje sama.

2. Výživa a metabolismus

Měří 172 cm a váží 59 kg (BMI = 19,94 - norma). Chuť k jídlu má přiměřenou, změnu naváže nezaznamenala. Dotazovaná je vegetariánka, bílkoviny suplementuje rostlinnými preparáty (sójový protein). Stravuje se 3x denně, příjem tekutin za den je 1,5-2l, většinou džus, nebo voda. Po jídle má často pálení žáhy, ničím neléčeno. Kůže bez zjevné patologie, sliznice růžové. Vlasy v dobrém stavu, nehty též.

3. Vylučování

Mikce bez potíží, bez příměsí. Stolice pravidelná, problém neudává, též bez příměsí.

4. Aktivita, cvičení

Tázaná cítí dostatek síly a životní energie. Pravidelně cvičí gymnastiku od 5 let. Je soběstačná, postavení vzpřímené, koordinace dobrá. Chybí jí malíček na pravé noze (amputován sekačkou na trávu 2011).

5. Spánek a odpočinek

Problémy s usínáním, často se budí v noci, bere léky na spaní (Zopiclon). Cítí se odpočatá, spánek přes den nemá.

6. Vnímání, citlivost, poznání

Při jasném vědomí, orientována všemi kvalitami. Sluch i zrak v pořádku. Řeč plynulá, ráčkuje. Paměť je neporušená, pozornost úmyslná. Styl učení preferuje mechanický. Bolesti nemá, vnímá ji přiměřeně.

7. Sebepojetí, sebeúcta, vnímání sebe sama

Dotazovaná sebe vnímá jako pesimistu. Méně si důvěřuje, kvůli nefeminní atletické postavě. Jako talent uvádí gymnastiku, několikrát vítězka krajských soutěží. Často pociťuje strach ze života, z úmrtí, dále smutek bez nějaké příčiny, a úzkosti z vlastní

59 existence (v péči psychiatra). Je jen částečně spokojená se svým vzhledem. Je též často nervózní, z nervozity kouří.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí sama ve sdíleném bytě. Má otce, rodiče se rozvedli, matka odešla, když byla malá. Tyto rodinné problémy řeší kouřením a samostatným bydlením. Je studentka druhého ročníku vysoké školy, obor fyzioterapie. Tázaná je samotářská, kontakty udržuje jen s pár nejbližšími lidmi. Se školou je částečně nespokojená, studium nenaplnuje očekávání.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti

Menarche ve 14 letech, cyklus nepravidelný, 8 dní silného krvácení, normální menstruační bolesti. Od roku 2019 navozena pseudomenopauza (léčba endometriózy), dotazovaná užívá kontinuálně Visanne. Graviditu neguje, v blízké budoucnosti neplánuje. Má sexuální obtíže v podobě dyspareunie.

10. Stres, tolerance, zátěžové situace, jejich zvládnutí

Dotazovaná je podle svých slov neustále v napětí, kvůli rodině, škole a psychiatrickému onemocnění. Napětí špatně snáší a snaží se ho snižovat cigaretami, nebo sportem. Stresové situace zvládá sama. Pro pacientku byla velká změna stěhování do jiného města, nástup na novou školu a celkové osamostatnění se.

11. Víra, životní hodnoty, přesvědčení

Pro pacientku je víra důležitá hodnota, Je katolička a často navštěvuje nedělní mše, nebo zpověď. Víra je pro ni v žebříčku hodnot na prvním místě. Jako další je pro ni důležité zdraví, na třetím místě rodina, na čtvrtém záliby, jako další práce a na posledním místě peníze. Pro pacientku je prioritou zmírnit symptomy svých onemocnění a dostudovat vysokou školu.

12. Jiné

Dotazovaná se stále nevyrovnala s odchodem matky. Bere to jako osobní selhání.

60

Výsledky rozhovoru

Tázaná o tomto onemocnění věděla dříve, než ji byla diagnostikována, díky hodině biologie na střední škole. Věděla, že příznaky mohou být bolest v pánevní oblasti, nepravidelná a silná menstruace a bolest při pohlavním styku.

Endometrióza byla pacientce diagnostikována v 18 letech. Jejimi příznaky byly nepravidelná a silná menstruace a bolest při pohlavním styku. Diagnostika byla vaginálním vyšetřením, ultrazvukem, magnetickou rezonancí a odběrem krve. Tázaná nepodstoupila laparoskopickou verifikaci, kvůli svému přesvědčení. Od roku 2019 má navozenou pseudomenopauzu hormonální léčbou Visanne, kterou užívá kontinuálně.

Doba mezi prvními příznaky a diagnostikou, nebyla více než půl roku.

Od lékaře neměla dostatek informací, především o dopadu onemocnění na psychiku.

Další informace si vyhledávala na internetu, v odborné literatuře a v časopisech.

Z předané brožury se nic nového nedozvěděla, informace jsou podle ní dostatečné.

Stav po diagnostice a následné léčbě se zlepšil, příznaky onemocnění se zmírnily.

Dopad na kvalitu života u pacientky byl velký, od diagnostiky tohoto onemocnění se léčí s psychiatrickými onemocněními - deprese, úzkost a panické ataky. Též musela na nějaký čas zanechat závodní gymnastiky, kvůli mírným nevolnostem.

Nyní jsou obtíže jen mírné, nadále pokračuje s hormonální léčbou, laparoskopickou vizualizaci neplánuje. Ve svém okolí nezná nikoho s tímto onemocněním. Věděla, že je endometrióza dědičná, v její rodině nemá toto onemocnění nikdo. Problémy s těhotněním zatím neřeší, graviditu v blízké budoucnosti neplánuje.

61

7.1.5 Kazuistika č. 5

Žena 32 let, vdaná, pracuje jako učitelka v MS, bydlí s manželem a synem v rodinném domě

RA: matka varixy, otec diabetes mellitus, Parkinson

OA: primární hypertenze

Operace: laparoskopická revize v souvislosti s endometriózou (2017)

Úrazy: zlomená noha (2015)

Tranfúze: ne

Alergie: Paracetamol, Penicilin

FA: Prestarium, Zafrilla (léčba endometriózy)

Abusus: příležitostně alkohol, 2 kávy denně

GA: menses od 12 let, cyklus pravidelný, krvácení 6 dní, intenzivní, bolestivá

Prsa: vyšetřuje sama

Gynekologické onemocnění: časté mykózy, endometrióza (2017)

Gravidity: 1x IVF (2019) - 2020 spontánní porod (chlapec 39+4 tt)

Dotazovaná číslo 5 diagnostikována laparoskopicky v roce 2017 s onemocněním endometrióza. Po laparoskopii 2 roky na hormonální léčbě (pseudomenopauza). V roce 2019 hormonální léčba vysazena. Po umělém oplodnění metodou IVF. V roce 2020 spontánní porod - chlapec 39+4 tt. Po porodu opět na hormonální léčbě.

Dispensarizovaná v nemocnici v Hořovicích.

Posouzení dle modelu funkčního zdraví M . Gordonové

1. Vnímání zdraví

62

Svůj stav tázaná hodnotí jako částečně dobrý. Za poslední rok neprodělala žádná onemocnění ani úrazy. Pravidelně dochází k praktickému lékaři a gynekologovi na prohlídky. Prsa si vyšetřuje sama. Pro udržení zdraví tázaná sportuje - jezdí na kole a dodržuje zdravou stravu. Příležitostně pije alkohol v malém množství, pije 2 kávy denně. 2. Výživa a metabolismus

Dotazovaná měří 175 cm a váží 70 kg (BMI = 22,86 - norma). Změnu na váze v poslední době nezaznamenala. Chuť k jídlu dobrá, stravuje se 4x denně, příjem tekutin denně 1 - 1,5l - voda, voda se šťávou. S konzumací problémy nemá, stav chrupu dobrý. Kůže bez zjevné patologie, sliznice růžové. Stav vlasů a nehtů dobrý.

3. Vylučování

Problémy s mikcí neudává. Příměsi v moči negativní. Stolice pravidelná, občas průjem, bez příměsí. Na průjem nic neužívá.

4. Aktivita, cvičení

Tázaná udává dostatek životní energie a síly. Snaží se pravidelně jezdit na kole, občas procházky. Udává občasnou dusnost při pohybu. Je soběstačná, nemá žádné kompenzační pomůcky. Držení těla vzpřímené, koordinace dobrá.

5. Spánek a odpočinek

Uvádí kvalitní spánek po celou noc, bez rušivých faktorů. Snaží se o pravidelný spánkový režim 8 hodin denně. Přes den spí příležitostně kolem 2-3 hodin. Cítí se odpočatá.

6. Vnímání, citlivost, poznání

Plně při vědomí, orientovaná všemi kvalitami. Zrak i sluch v pořádku, nemá žádné kompenzační pomůcky v podobě brýlí, nebo naslouchátka. Řeč plynulá, bez poruchy, komunikuje otevřeně. Poruchu paměti nebo pozornosti neudává, problém s učením (dyslexie). Bolest má chronickou v podbřišku, mírné zlepšení po porodu. Na tišení využívá analgetika (ibalgin). Na bolest reaguje přiměřeně.

7. Sebepojetí, sebeúcta, vnímání sebe sama

63

Dotazovaná se považuje za optimistu a puntičkáře, plně si důvěřuje. Jako talent uvádí malování a zpěv. Občas pocituje úzkost a strach z onemocnění endometriózou a dalším případným těhotenstvím. Se svým vzhledem není moc spokojená kvůli tělu po porodu. Nervózní je j en občas.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí v rodinném domě s manželem a synem na okraji města. Problémy v rodině neudává. Je zaměstnaná jako učitelka v mateřské škole, s prací je velice spokojená. S lidmi je v kontaktu neustále, například s přáteli, nebo širší rodinou, Považuje se za

přátelského člověka.

9. Sexualita, reprodukční schopnosti.

Menarche ve 12 letech, cyklus pravidelný, krvácení 6 dní, menstruace intenzivní a bolestivá. Těhotná jednou - 2019 IVF (2020 chlapec 39+4 tt) porod spontánně, během gravidity sledována pro primární hypertenzi. Endometrióza diagnostikována v roce 2017 laparoskopicky. Hormonální léčba od roku 2017 do roku 2019 a znovu od roku 2021 doposud, lék Zafrilla.

10. Stres, tolerance, zátěžové situace, jejich zvládnutí

Tázaná není tak často v napětí, pokud ano, vyvolává ho onemocnění a zaměstnání. Snižuje ho pomocí relaxace. Napětí snáší lehce a vyrovnává se rychle. Stresové situace zvládá s podporou manžela. V posledních dvou letech dotazovaná porodila syna, což ji vyvolalo mírný stres ohledně vedení porodu a soužitím po porodu.

11. Víra, životní hodnoty, přesvědčení

Tázaná je nevěřící, nikdy o náboženství nepřemýšlela. Podle žebříčku hodnot má na vrcholu rodinu, poté práci, na třetím místě zdraví, na čtvrtém peníze, dále záliby a na posledním cestování. Prioritou pro pacientku je vytvořit zdravé a šťastné prostředí pro syna a svoji rodinu.

12. Jiné

V roce 2021 znovu začala s hormonální léčbou kvůli zhoršujícím se příznakům onemocnění.

64

Výsledky rozhovoru

Dotazovaná o onemocnění slyšela již dříve, když jej diagnostikovali její kamarádce. Tam se s termínem endometrióza setkala poprvé. Věděla, že příznaky mohou být neplodnost, bolest v pánevní oblasti, nepravidelná a silná menstruace a problémy s vyprazdňováním.

U pacientky se objevily příznaky bolesti v pánevní oblasti, bolest při pohlavním styku a problémy s vyprazdňováním. Ve 27 letech ji byla diagnostikována endometrióza, a doba mezi prvními příznaky a diagnostikou byla cca 5 let. U pacientky byla diagnostika složitá. Na ultrazvuku vyšel negativní nález, na magnetické rezonanci též. Nechtěla rovnou operační řešení, a proto chvíli navštěvovala homeopatku pro pomoc, ale to moc nepomohlo. V roce 2017 byla provedena laparoskopická vizualizace, při které byly odhaleny adheze.

Od lékaře měla dostatek informací, ale ne moc srozumitelných. Informace o onemocnění hledala na internetu a ptala se kamarádky. Z brožury, co jsem vytvořila se nedozvěděla nic nového. Na otázku, zda jsou nějaké informace, které by měla brožura obsahovat odpověděla, že brožura je dobře sestavená pro neodbornou veřejnost a pro ženy, které o endometrióze nic neví, takže nejsou žádné jiné informace, které by měla obsahovat.

Po diagnostice a následné léčbě se pacientčin stav zlepšil, příznaky se zmírnili. Po těhotenství a porodu se opět začaly zhoršovat, proto znovu přešla na hormonální léčbu. Dopad na pacientčin život byl hlavně po psychické stránce, kdy 5 let nevěděla co se s ní děje, proč má takové bolesti a podobně. Znovu přišlo toto období, když musela po porodu začít opětovně užívat hormonální léčbu a s tím samozřejmě spojený fyzický dopad v nabírání váhy.

Nyní dotazovaná znovu užívá hormonální léčbu, v současné době jsou příznaky minimální. To, že je endometrióza dědičná tázaná nevěděla, nemá nikoho v rodině s tímto onemocněním.

65

7.2 Interpretace vlastního průzkumu

V této absolventské práci, nazvané Informovanost žen o endometrióze, jsme se zabývali informovaností žen, které již tímto onemocněním trpí. Průzkumného šetření se účastnilo 5 žen. Dotazované byly v minulosti diagnostikovány s endometriózou. V rámci šetření jsme si stanovili na začátku čtyři cíle.

Cíl 1: Zjistit informovanost žen o endometrióze před diagnostikou.

Průzkumná otázka č.1: Jaká byla informovanost žen o endometrióze před diagnostikou?

Verifikace: otázky č. 1, 2, 3, 16, 19

Informovanost žen byla zjišťována několika otázkami. Dozvěděli jsme se, že většina žen byla seznámena s endometriózou ještě předtím, než jim byla diagnostikována.

S termínem se setkaly ať už ve svém blízkém okolí, ve škole nebo až po diagnostice.

Graf 1 - Informovanost před diagnostikou

Informovanost před diagnostikou

3

Pojem znala Pojem neznala

Zdroj: autor, 2022

Dále byl položen dotaz na informovanost o příznacích endometriózy před diagnostikou, kde respondentky ve většině uvedly bolest v pánevní oblasti a nepravidelnou a silnou menstruaci. Jen minimum dotazovaných vědělo, že příznaky mohou být i neplodnost, bolest při pohlavním styku, nebo se mohou objevit problémy s vyprazdňováním.

66

Graf 2 - Informovanost před diagnostikou

Informovanost o příznacích před diagnostikou

4 4 4

Neplodnost Bolest v pánevní Nepravidelná a silná Bolest při pohlavním Problémy s
oblasti menstruace styku vyprazdňováním
věděla "Nevěděla

U otázky, zda znají někoho s endometriózou ve svém okolí, odpověděla většina že ano a většina též věděla o dědičnosti endometriózy, ale jen menší část z dotazovaných má endometriózu v rodině.

Graf 1 - Informovanost před diagnostikou 1

Povědomost o jiných nemocných a dědičnosti

3 3

Povědomost o někom z okolí s endometriózou Dědičnost

Věděla Nevěděla

(Zdroj: autor 2022)

67

Cíl 2: Zjistit dostatečnost informací z rozhovoru a brožury

Průzkumná otázka č.2: Bylo podání informací o onemocnění písemnou a mluvenou formou dostatečné?

Verifikace: otázky č. 7, 8, 9, 10, 11

Informací od lékaře dostala většina dostatek, většinou srozumitelných.

U dotazovaných, které neměly dostatek informací, byly otázky typu dopady na psychiku, jak ložiska vznikají, jak se onemocnění léčí, nebo jestli je onemocnění chronické.

Graf 1- Informovanost brožurou a lékařem 1

Dostatek informací od lékaře

3

Informace od lékaře

Dostatek Nedostatek

Zdroj: autor 2022

Z dotazovaných si valná většina hledala další informace o endometrióze na internetu a v odborné literatuře. Jen minimum respondentek se informovalo jiným způsobem (kamarádka, časopis). Jedna s tázaných si informace nehledala vůbec.

68

Graf 1- Informovanost brožurou a lékařem 2

Vyhledávání informací

4 4 4

Časopis Kamarádka Internet Odborná literatura Vůbec

Ano Ne

Zdroj: autor, 2022

Podle dotazů na informační brožuru, se valná většina z respondentek nedozvěděla nic nového, jen jedna dotazovaná se poprvé dozvěděla o výskytu ložisek mimo pohlavní soustavu. Všechny dotazované byly s brožurou spokojené, informace byly dostatečné a přesné pro skupinu žen, které nejsou s tímto onemocněním seznámeny.

Cíl 3: Zjistit, jaký byl průběh diagnostiky u žen s endometriózou

Průzkumná otázka č.3: Jak probíhala diagnostika endometriózy?

Verifikace: otázky č. 4, 5, 6, 12, 18

Třetím cílem bylo zjistit průběh diagnostiky endometriózy u žen. Jaké příznaky se u tázaných objevovaly, jaká metoda byla nejvíce využívána, zda nebyl nějaký problém

diagnostice apod. V dotazníku byla otázka, jaké příznaky se u pacientek objevily. Z možností valná většina dotazovaných vybrala nepravidelnou a bolestivou menstruaci, bolest při pohlavním styku a problémy s vyprazdňováním. Většina též uvedla jako příznak bolest v pánevní oblasti a minimum neplodnost.

69

Graf 1-Průběh diagnostiky 1

Příznaky u žen

4 4 4

Neplodnost Bolest v pánevní Nepravidelná a Bolest při Problémy s
oblasti silná menstruace pohlavním styku vyprazdňováním

Ano Ne

Zdroj: autor, 2022

Doba mezi prvními příznaky a diagnostikou onemocnění se ve valné většině pohybovala v řádu let. Rozmezí se pohybovalo od 3 do 5 let. Jedna respondentka byla diagnostikována cca za půl roku. Věkové rozmezí, kdy byla pacientkám sdělena diagnóza, bylo velice pestré. Věková škála se pohybovala od 17 let do 30 let.

Z výběru možností, jakými metodami byla endometrióza diagnostikovaná, zaškrtny skoro všechny respondentky diagnostiku laparoskopickou. Jako další v pořadí bylo ultrazvukové vyšetření a poté vaginální vyšetření a magnetická rezonance.

70

Graf 1 -Průběh diagnostiky 2

Metody diagnostiky

4 4

Vaginální Ultrazvuk Magnetická Odběr krve Laparoskopie
vyšetření/per rectum rezonance

Ano Ne

Zdroj: autor, 2022

Z výzkumu vyplývá, že problém s diagnostikou měla většina respondentek. Většinou byla špatná diagnostika, zaměnění endometriózy za jiné onemocnění apod.

Graf 1-Průběh diagnostiky 3

Špatná diagnostika

3

Ano Ne

Zdroj: autor, 2022

Cíl 4: Zjistit, pomocí jakých metod byly ženy léčeny

Průzkumná otázka č.4: Jaký byl průběh léčby

Verifikace: otázky č. 13, 14, 15, 17, 20

71

Posledním cílem bylo zjistit, jaký je stav pacientek nyní, zda jsou na nějaké medikamentózní léčbě, nebo proběhla jen operační laparoskopie. Dále nás zajímal dopad na psychiku pacientky, současné obtíže. V první otázce dotazníku jsme se žen ptali, jaké léčebné metody podstoupily, nebo stále podstupují. Odpověďmi byly většinou medikamentózní léčba, a to jak v minulosti, nebo i současnosti. Dále méně respondentek uvedlo operační laparoskopii a jedna dotazovaná se neléčí, ani neléčila vůbec. Jedna z žen podstoupila hormonální léčbu před otěhotněním, nadále se neléčí.

Graf 1-Průběh léčby 1

Podstoupené léčebné metody

4 4

Hormonální léčba Laparoskopie Žádná

Ano Ne

Zdroj: autor, 2022

Na dotaz, zda se zdravotní stav po diagnostice a po zahájení léčby zlepšil, odpověděly všechny dotazované že ano. Jedné z dotazovaných se stav úplně zlepšil po těhotenství a po porodu. V současné době převažují pacientky se stálými příznaky, jako bolest, silná menstruace apod.

72

Graf 1-Průběh léčby 2

Přetrvávající příznaky

3

Ano Ne

Zdroj: autor, 2022

Pro všechny respondentky mělo onemocnění psychický dopad, spojený s neplodností, bolestí a diagnostikou. Pro minimum tázaných měla endometrióza dopad fyzický, přibírání naváže z hormonální léčby.

Graf 1-Průběh léčby 3

Dopad onemocnění na kvalitu života

5

Zdroj: autor, 2022

Na poslední otázku ohledně problému s otěhotněním většina tázaných odpověděla, že neví. Žádná respondentka neuvedla ne.

73

Graf 1 -Průběh léčby 4

Problém s otěhotněním

74

7.3 Diskuze

V této bakalářské práci nás zajímala informovanost žen o endometrióze. Zaměřili jsme se na ženy, které se již s endometriózou léčí, nebo léčily. Pro průzkum jsme vybrali široké spektrum dotazovaných, ať už ohledně věku, vzdělání, zaměstnání nebo ohledně mateřství. Průzkum se týkal čtyř hlavních cílů. Prvním byl, zda ženy vůbec věděly o endometrióze, i když se jich v tu dobu netýkala. V druhém cíli nás zajímala informovanost. Jaké informace dostaly ženy od svých lékařů při diagnostice, jestli bylo informací dostatek, zda byly srozumitelné apod. Pro tento účel jsme vytvořili informační brožuru, ve které byly veškeré důležité body ohledně diagnostiky, léčby, příznaků apod. Cílem byla tištěná forma, která by mohla usnadňovat ženám přestat bagatelizovat své příznaky a aby se nebály vyhledat lékařskou pomoc. Dalším cílem bylo zjistit diagnostiku onemocnění. Otázky byly zaměřené na metody diagnostiky, které ženy podstoupily, zda se stav po diagnostice jakkoliv změnil, nebo ne. V neposlední řadě jsme se zaměřili na problematiku diagnostiku tohoto onemocnění, kde jsme se ptali, zda žena nebyla špatně diagnostikována pro jiné onemocnění. V posledním cíli jsme se zaměřili na průběh léčby. Zajímaly nás metody léčby, které dotazované podstoupily, na nynější stav dotyčné, na přetrvávající potíže, a hlavně na dopady léčby a diagnostiky tohoto onemocnění na kvalitu života ženy. K porovnání výsledků našeho šetření jsme hledali bakalářské, nebo diplomové práce se stejným, nebo podobným tématem.

Výsledky našeho průzkumu jsme porovnali s výsledky bakalářské práce Bc. Hany Strieglerové, absolventky Masarykovy univerzity, lékařské fakulty v Brně z roku 2013. Bakalářská práce Strieglerové se zabývala endometriózou, a co je třeba vědět. Pro svůj průzkum použila též kvalitativní formu, dotazník měla zaměřený na ženy z indikační poradny, které byly před a poté po operaci. Dotazník obsahoval 13 otázek, obsahoval 11 uzavřených a 2 otevřené otázky. Zaobíral se informovaností před diagnostikou nemoci, dále zkoumal znalost pacientek ohledně druhů léčby, diagnostiky a příznaků. V poslední části se zaměřoval na nynější stav po operaci a hodnocení dosavadní léčby. Z dotazníku jsme vybrali pár otázek, které byly podobné našemu dotazníku a porovnávali jsme výsledky. Průměrný věk byl 30,2 let, kdy se většinou jednalo o ženy s jedním nebo žádným dítětem, se zohledněním nejvyššího dosaženého vzdělání. V našem průzkumu byl věkový průměr 37,6 let, v oblasti plodnosti polovina nevěděla a druhá polovina byla

75

matkami, dosažené vzdělání minimálně středoškolské. Valná většina respondentek ohledně otázky, zda měly povědomí o onemocnění před diagnostikou, odpověděla ano. Celkem tedy 4 z 5 pěti klientek. V našem šetření to byly 3 z 5 žen, takže výsledek byl podobný, většina respondentek o tomto onemocnění věděla. V otázce znalostí příznaků před diagnostikou, většina pacientek u Strieglerové neměla moc velké povědomí o příznacích, u každého symptomu maximálně 2 ženy z 5. Ženy v našem průzkumu měly větší povědomí jen ve dvou typech příznaků, jinak byly odpovědi srovnatelné. Mezi respondentkami Strieglerové a našimi byla též shoda ve zlepšení zdravotního stavu po začátku léčby.

Druhou srovnávanou prací, byla bakalářská práce Martiny Skalkové, DiS., absolventky Ostravské univerzity, lékařské univerzity v Ostravě. Práce Skalkové se zabývala kvalitou života žen s endometriózou. Pro praktickou část využila kvalitativní metodu v podobě rozhovoru. Výzkumným vzorkem bylo 6 žen, kde kritériem byla diagnostikovaná endometrióza a probíhající léčba. Rozhovor byl polostrukturovaný, byl

zaměřen na oblast vývoje onemocnění, na oblast tělesnou, dále emocionální a společenskou oblast. Stejně jako v práci Skalkové, byly ženy i v našem průzkumu silně negativně ovlivněné bolestí ve svém životě. Stejně tak v otázce obtíží se shodovaly odpovědi, jakými příznaky pacientky trpěly. V obou průzkumech byla jedním z nej častějších příznaků bolestivá a nepravidelná menstruace a bolestivý pohlavní styk. Stejný výsledek byl i u neplodnosti. Jediným příznakem, kde se průzkumy rozcházel, byla bolest v pánevní oblasti, kdy u Skalkové byla prevalence o mnoho menší, než v naší práci.

7.4 Doporučení pro praxi

V dnešní době, je endometrióza bohužel stále opomíjené téma. Setkávám se s velkým množstvím žen, kterým byla endometrióza diagnostikována až po několika letech bolestí a problému. Další velké množství žen ani neví že endometriózu může mít. Příznaky přisuzují premenstruačnímu syndromu, nebo ani nehledají příčinu a sahají po lécích na bolest. Endometrióza není věcí, na kterou by každý gynekolog myslel, u takto příznakové ženy. Bohužel se stává že je endometrióza občas špatně diagnostikována a žena trpí dál.

76

Kvůli těmto ženám jsme vytvořili edukační brožurku, kde nalezne veškeré informace. Je důležité, aby se povědomí o endometrióze zvýšilo i mezi neodbornou veřejností a začal se řešit problém s dlouhou prodlevou mezi prvními příznaky a diagnostikou. Z výsledku šetření vyplynul zájem žen o informace. Informace jednoduché, srozumitelné, nejlépe v podobě tištěného textu, nebo dle výzkumu na internetu, kde většina respondentek informace vyhledávala. Tato práce poukazuje na další možnosti výzkumu v této problematice. Může se například stát podkladem k práci, která bude zpracovávána v oblasti dlouhodobého vlivu léčby a diagnostiky na pacientky apod. Doporučení pro praxi je zvýšit povědomí pomocí letáků, brožur, nebo v rámci vyučování sexuální výchovy.

77

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti žen o endometrióze.

V teoretické části jsme se zaměřili na epidemiologii endometriózy, její dělení na čtyři formy a na její klasifikaci. Dále jsme se zabývali patogenezí onemocnění podle teorií a rizikovými faktory pro vznik endometriózy. Popsali jsme klinický obraz rozdělený na dvě základní části - bolest a sterilita. V kapitole o diagnostice byly popsány základní metody - odběr anamnézy, zobrazovací metody, laparoskopie a laboratorní vyšetření.

V předposlední kapitole teoretické části jsme popsali léčbu medikamentózní, chirurgickou a alternativní. Jako poslední jsme v teoretické části řešili dopad onemocnění a diagnostiky na kvalitu života.

V praktické části jsme za pomoci dotazníkového šetření sbírali data nutná pro posouzení otázky, zda mají ženy dostatečné informace o svém onemocnění. Naším cílem bylo zjistit informovanost žen o endometrióze před diagnostikou a po diagnostice.

Z dotazníkového šetření vyšlo, že ženy před diagnostikou o onemocnění věděly, ale o příznacích onemocnění ne. Dále z průzkumu vyplývá, že většina žen měla od lékaře dostatek informací a jinak si informace hledaly především pomocí internetu nebo odborné literatury. U žen byly hlavními příznaky nepravidelná menstruace, problémy s vyprazdňováním a bolesti při pohlavním styku. Diagnostika byla prováděna především laparoskopickou metodou a léčba hormonální antikoncepcí. Z průzkumu též vychází vysoký dopad onemocnění na psychiku ženy.

Mezi naše další cíle patřilo zjistit dostatečnost informací z námi vytvořené brožury.

Dotazované uváděli dostatečnost a přehlednost tohoto materiálu.

Odůvodněně lze říci, že námi stanovené cíle byly splněny.

78

Seznam použité literatury

BURGETOVA, Andrea, 2012. Zobrazovací diagnostika v gynekologii. In:

Radiologie pro studium i praxi, s. 203-210. ISBN 978-80-247-4108-6.

FAIT, Tomáš, 2018. Poruchy plodnosti u žen. In: Reprodukční medicína, s. 62-87.

ISBN 978-80-204-4657-2.

FANTA, Michael, 2019. Farmakoterapie endometriózy. In: Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví. 2019, s. 63-68. ISBN 978-80-7345-607-8.

FIALA, Luděk, 2019. Endometrióza v sexuologii. In: Moderní postupy v sexuologii, s. 74-80. ISBN 978-80-204-5513-0.

FLAWS, Bob, 2016. Endometrióza a neplodnost: diagnóza, prevence, dieta, cvičení a relaxační terapie podle tradiční čínské medicíny : kniha pro ženy, které touží po miminku. Praha: Anahita. ISBN 978-80-87740-12-5.

HANÁČEK, Jiří, 2018. Operační léčba sterility. In: Reprodukční medicína, s. 173221. ISBN 978-80-204-4657-2.

HOŘEJŠÍ, Jan, 2017. Dysmenorea a endometrióza. Dětská gynekologie, s. 158-166. ISBN 978-80-204-4027-3.

KORYNTOVÁ, Dana, 2018. Sterilita. Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví, s. 75-91. ISBN 978-80-247-5604-2.

KOŠTÁL, Milan, 2018. Endometrióza. In: Vybrané kapitoly z gynekologie, s. 283296. ISBN 978-80-204-4646-6.

LÁTALOVÁ, Klára a Ján PRAŠKO, 2015. Psychiatrický pacient v gynekologii a porodnictví. Psychiatrie v somatické medicíně, s. 262-282. ISBN 978-80-204-3739-6.

79

LENZ, Jiří, Radek CHVÁTAL a Luděk FIALA, ed., 2021. Endometrióza. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3050-4.

PROCHÁZKA, Martin, Jiří DOSTÁL a Radovan PILKA, 2015. Genetická vyšetření v léčbě neplodnosti. In: Genetika v klinické praxi, s. 89-107. ISBN 97880-7492-106-3.

SLÍVA, Jiří a Tomáš FAIT, c2012.. Samoléčba v gynekologii, aneb, Sama sobě gynekologem. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-282-7.

ŠTĚPÁN, Jiří, 2018. Reprodukční medicína. In: Vybrané kapitoly z gynekologie, s. 313-339. ISBN 978-80-204-4646-6.

ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka a Petr LOŠAN, 2013. Neplodnost - útok imunity. 2. aktual. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4555-8.

FIALA, Luděk a Radek CHVÁTAL, 2017. Ženské sexuální dysfunkce a endometrióza. Gynekolog, 26(4), 142-145. ISSN 1210-1133.

FIALA, Luděk, Petr BOB a Pavel TOMEŠ, 2018. Ženské sexuální dysfunkce a endometrióza. Gynekolog. 2018, 27(1), 14-19. ISSN 1210-1133.

HANÁČEK, Jiří, 2017. Endometrióza. Gynekologie a porodnictví, 1(3), 142145. ISSN 2533-4689.

HANÁČEK, Jiří, 2017. Endometrióza. Gynekologie a porodnictví, 1(2), 88-90. ISSN 2533-4689.

CHVÁTAL, Radek a Luděk FIALA, 2016. Endometrióza. Gynekolog, 25(4), 173-176. ISSN 1210-1133.

PILKA, Radovan a kol., 2017. Gynekologie. 2. opravené vydání. Olomouc: Vydavatelství Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-5158-9.

80

INDRIELLE-KELLY, Tereza a kol., 2019. Diagnostika endometriózy [online], Praha, [cit. Dne 29.2.2022]. Dostupné z :

<https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/award/19/doc/2019-clanek-indrielle-kellyultrazvukova-diagnostika-endometriozy.pdf>

SKALKOVÁ, Martina. Kvalita žen s endometriózou [online]. Ostrava, 2014 [cit. Dne 13.3.2022] Dostupné z: <https://theses.cz/id/sQTykg/>

STRIEGLEROVÁ, Hana. Endometrióza - co je třeba vědět [online]. Brno 2013. [cit. Dne 13.3.2022]. Dostupné z : https://is.muni.cz/th/dobsh/Bakalarska_prace.pdf

81

Přílohy

Příloha A - Dotazník o informovanosti I

Příloha B - Rešeršní protokol II

Příloha C - Informační brožura III

Příloha D - Model vzorců zdraví dle M. Gordonové IV

Příloha E - Čestné prohlášení V

Příloha A - Dotazník o informovanosti

1. Slyšela jste někdy o endometrióze před tím, než vám byla diagnostikována?

Ano - ne

2. Kdy jste se s termínem endometrióza setkala poprvé?

Volná odpověď

3. Věděly jste, které z těchto příznaků mohou znamenat endometriózu předtím, než

vám byla diagnostikována? (zaškrtněte)

Neplodnost

Bolest v pánevní oblasti

Nepravidelná a silná menstruace

Bolest při pohlavním styku

Problémy s vyprazdňováním

4. Které z těchto příznaků se objevily u vás?

Neplodnost

Bolest v pánevní oblasti

Nepravidelná a silná menstruace

Bolest při pohlavním styku

Problémy s vyprazdňováním

Jiné:

5. Jak dlouhá byla doba mezi prvními příznaky a návštěvou lékaře s následnou diagnostikou?

Volná odpověď

6. V kolika letech vám byla diagnostikována endometrióza?

Volná odpověď

7. Měla jste od lékaře dostatek informací, byly pro vás srozumitelné?

Ano - ne

8. Jestli ne, jaké informace vám chyběly?

Volná odpověď

9. Hledala jste si informace o endometrióze?

- Ne

Časopis

I

Kamarádka

Internet

Odborná kniha

Jiné:

10. Dozvěděli jste se z informační brožury něco nového o svém onemocnění? Pokud ano,co?

- Ne

Ano:

11. Jsou nějaké informace, které by podle vás měla brožura obsahovat?

Volná odpověď

12. Jakou metodou vám byla endometrióza diagnostikovaná?

Vaginální vyšetření/per rectum

Ultrazvuk

Magnetická rezonance

Odběr krve

Laparoskopie

Jiné:

13. Jaké léčebné metody jste absolvovala / stále absolvujete?

Volná odpověď (např. laparoskopie, medikamenty...)

14. Zlepšil se váš stav po diagnostice a zahájení léčby?

Ano - ne

15. Máte v současné době nějaké příznaky onemocnění? Pokud ano, jaké?

- Ne

Ano:

16. Znáte ve svém širším okolí někoho, kdo se léčí s endometriózou? Ano - ne

17. Jaký má endometrióza dopad na vaši kvalitu života? (např. psychický dopad, fyzický dopad, sociální život...)

Volná odpověď

18. Nastaly u vás komplikace v diagnostice endometriózy? (špatná diagnostika-jiné onemocnění)

Ano - ne

19. Víte, že endometrióza je dědičná? Léčí se ve vaší rodinně někdo s endometriózou?

Ano - ne

Ne, nikdo

Ano, kdo -

20. Měla jste problémy s otěhotněním?

Ano

II

Ne

Nevím

Příloha B - Rešeršní protokol

Informovanost žen o endometrióze

Klíčová slova:

endometrióza, neplodnost, dysmenorrhoea, bolest, endometrium, menstruace

Rešerše č. 5/2022

Bibliografický soupis

Počet záznamů:

Časové omezení:

Jazykové vymezení:

Druh literatury:

Datum:

celkem 44 záznamů

(vysokoškolské práce - 5, knihy - 15, ostatní - 24)

2012 - současnost

čeština, slovenština, angličtina

vysokoškolské práce, monografie, ostatní zdroje

16. 2. 2022

Základní prameny:

katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)

Souborný katalog ČR (www.caslin.cz)

Informační portál MedLike (www.medvik.cz/medlike)

Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz, www.cuni.cz)

Jednotný portál knihoven (www.knihovny.cz) PubMed

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)

IV

Příloha C - Informační brožura

ENDOMETRIOZA VE ZKRATCE

CO TO JE?

Co to je endometrióza? Je to onemocnění, které se charakterizuje přítomností děložní sliznice (endometria) mimo děložní dutinu. Ložiska mohou být všude - vaječníky, střevo, dokonce i na plicích! Endometrióza může být ve zkratce všude, až na srdce a slezinu. Ložiska, stejně jako endometrium v děloze, podléhají hormonálním změnám, během menstruačního cyklu. Hlavním hormonem je zde estrogen, který přirozeně podporuje růst děložní sliznice a při poklesu estrogenu se spustí menstruační krvácení, právě i do ložisek endometriózy.

Endors/rebnióza

endometrióza vejcovody

Obrázek 1 (zdroj: volný internet)

PROČ TO VZNIKÁ?

Příčiny endometriózy nejsou dosud zcela jasné. Teorií je mnoho, ale jednou z nejpravděpodobnějších je teorie retrográdní menstruace, která nám vysvětluje, že během krvácení dochází k částečnému návratu krve vejcovody zpět do těla, čímž dochází k implantaci buněk endometria i mimo dělohu. Retrográdní menstruace se objevuje u většiny z nás, ale jen části se objeví endometrióza. Pravděpodobnější je, že je toto onemocnění multifaktoriální- směs hormonálních, imunologických, anatomických a genetických faktorů.

JAK TO POZNÁM?

Toto onemocnění je charakterizováno rozmanitými příznaky. Nejčastějšími jsou:

V

Bolest v pánevní oblasti chronická, nebo v souvislosti s cyklem

Neplodnost, nemožnost otěhotnět

Bolest při pohlavním styku (dyspareunie)

Bolestivá menstruace a křečovitá menstruace (dysmenorea)

Nepravidelná a silná menstruace

Bolestivé močení, krev v moči

Bolest při vyprazdňování - zácpa/průjem

KDY SE MI TO STALO?

Endometrióza se může objevit kdykoliv. Zde nehraje roli věk, ani etnicita, endometriózu může mít jakákoliv žena, i žena v menopauze. Problémem zde je, že hodně žen s tímto onemocněním, je asymptomatických a jediný problém je, že nemůže otěhotnět, nebo má stále bolesti břicha.

JAK SE TO VYŠETŘUJE?

Diagnostika endometriózy je obtížná, ale ne nemožná. Lékař by se měl v první řadě zaměřit na anamnézu, jako rodinnou, tak osobní, především na anamnézu gynekologickou, kde se bude pravděpodobně zajímat o první menstruaci a její nynější průběh. Lékař by měl provést i vaginální vyšetření a vyšetření per rectum. Dále se provádí vyšetření ultrazvukem, popřípadě magnetickou rezonancí. Je zde i možnost odběru krve na marker, který občas tuto nemoc zachytí. Až v posledním případě se provádí diagnostická laparoskopie, kdy se odebere materiál z ložiska a podrobí se histologickému vyšetření.

Obrázek 2 (zdroj: volný internet)

JAKÁ JE LÉČBA?

Endometrióza se bohužel ještě v dnešní době nedá zcela vyléčit, proto je hlavním cílem léčby zlepšit kvalitu života, minimalizovat příznaky a zachovat plodnost. Od typu onemocnění se odvíjí individuální léčba, která bere v potaz věk, symptomy a reprodukční plány. Možnosti léčby:

- Medikamentózní léčba

o V tomto případě tlumíme tvorbu estrogenu, kdy dochází k umělé menopauze za pomoci hormonální antikoncepce, která je užívána kontinuálně.

- Chirurgická léčba

o Při této operaci se využívá většinou laparoskopický přístup pomocí 3 vpichů do břicha, kdy operatér odstraní srůsty a léze endometriózy.

CO DĚLAT, KDYŽ SI MYSLÍM ŽE MÁM ENDOMETRIÓZU?

V první řadě navštivte svého gynekologa a ten vás po vyšetření a konzultaci odešle na specializované pracoviště. Pokud jste již navštívila vašeho gynekologa, ale máte stále pochybnosti, můžete se samy obrátit na specializovaná pracoviště.

POUŽITÁ LITERATURA:

PILKA, Radovan a kol., 2017. Gynekologie. 2. opravené vydání. Olomouc: Vydavatelství Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-5158-9.

LENZ, Jiří, Radek CHVÁTAL a Luděk FIALA, ed., 2021. Endometrióza. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3050-4.

STEPÁN, Jiří, 2018. Reprodukční medicína. In: Vybrané kapitoly z gynekologie, s. 313-339. ISBN 978-80-204-4646-6.

Obrázky google

VII

Příloha D - Model vzorců zdraví dle M. Gordonové

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví - zahrnuje jak klient vnímá své zdraví a pečuje o ně. Jaká je celková péče o zdraví, jaký má životní styl a zda zvládá eventuelní rizika spojená se špatným způsobem života. Zjišťuje dodržování lékařských a ošetřovatelských doporučení.
2. Výživa a metabolismus - věnuje se způsobu příjmu potravy a tekutin - množství, kvalitu, četnost, pravidelnost, užívání doplňků stravy. Hodnotí výšku, hmotnost, posouzení stavu výživy a hydratace, stav chrupu, sliznic, kůže, kožních defektů či poranění, schopnost hojení ran, stav vlasů, nehtů. U malých dětí kojení a způsob krmení kojence.
3. Vylučování - získává informace o způsobu vylučování tlustého střeva, močového měchýře - četnost, pravidelnost, potíže, poruchy, konzistence, používání projímadel.
4. Aktivita, cvičení - popisuje způsob udržování tělesné kondice, aktivity ve volném čase, způsob relaxace. Pátrá po faktorech, které brání provozování aktivit.
5. Spánek a odpočinek - tato oblast se věnuje způsobu spánku a odpočinku, trvání doby spánku během 24 hodin, individuálnímu vnímání kvality a kvantity spánku a odpočinku. Zjišťujeme způsob navození spánku, usínání, obvyklé činnosti před spaním, přerušování doby spánku, eventuelně užívání medikamentů na spaní.
6. Vnímání a poznávání - popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání. Pozorujeme úroveň vědomí a mentálních funkcí. Pátráme po smyslových poruchách a používání kompenzačních pomůcek. Patří sem i hodnocení poznávacích schopností - učení, myšlení, paměť, rozhodování, schopnost komunikace, slovní vyjadřování.
7. Sebepojetí, sebeúcta - zahrnuje vnímání sebe sama a emocionální ladění.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy - tato oblast se zaměřuje na způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů. Zvládání zodpovědnosti v současné životní situaci, soulad nebo narušení vztahů v rodině, v zaměstnání.

9. Sexualita, reprodukční schopnost - věnuje se reprodukčnímu období ženy a s tím souvisejícími problémy. Popisuje uspokojení či neuspokojení v sexuálním životě a poruchy či potíže v této oblasti.

10. Stres, zátěžové situace a jejich zvládání, tolerance - zjišťuje způsob zvládání stresových situací a tolerance, podporu rodiny, schopnost řídit a zvládat běžné životní situace.

VIII

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty - tato oblast se týká individuálního vnímání životních hodnot, přesvědčení, cílů a náboženského vyznání.

12. Jiné - zde řadíme další důležité informace a problémy, které specifikují zdravotní stav nebo životní události nepatřící do předchozích oblastí.

IX

Příloha D - Čestné prohlášení

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Čestně prohlašuji, že podklady

pro praktickou část bakalářské práce s názvem

Informovanost o endometrióze jsem zpracovala v rámci studia a odborné praxe

na Vysoké

škole zdravotnické o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne

Jméno a příjmení studenta