



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Specializace ve zdravotnictví

Výživa dospělých a dětí

Bc. Valérie Zagrebelná

Výživa při endometrióze

Nutrition in endometriosis

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Lucia Hudeková

Oponent práce: As. MUDr. Kristýna Hlinecká, PhDr.

Konzultant: MUDr. Eva Tůmová, Ph.D.

Praha, 2024

Prohlášení:

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

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

V Praze, den. Měsíc. Rok

Bc. Valerie Zagrebelná

Podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce MUDr. Lucii Hudekové, za to, že přijala vedení mé práce. Dále bych jí chtěla poděkovat za odbornou pomoc, konzultace, trpělivost, a především za její čas, který věnovala mé diplomové práci. Velice si vážím důvěry, kterou ve mně vložila. Také bych chtěla poděkovat mé kolegyni Lence Křížanové, která mi byla velikou oporou a celou dobu mě při psaní podporovala. Poděkovat bych chtěla i své rodině a přátelům za psychickou oporu a povzbuzení. Poděkování také patří všem respondentkám, které se zúčastnily dotazníkového šetření.

Identifikační záznam

ZAGREBELNÁ, Bc. Valérie. Výživa při endometrióze. [Nutrition in endometriosis].
Praha, 2024. 92 s., 1 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta,
Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce
MUDr. Lucia Hudeková

Abstrakt

Endometrióza je chronické gynekologické estrogen-dependentní onemocnění postihující ženy v reprodukčním věku. Onemocnění se vyznačuje přítomností endometriálních žláz a stromatu v ektopických lokalitách, zejména v malé pánvi, na vaječnicích, peritoneu, rektovaginálním septu a střevě. Endometriózou však může být postižen jakýkoli orgán s výjimkou srdce a sleziny. Výskytem endometria mimo dělohu dochází ke vzniku zánětlivých ložisek – endometriomů. Tyto ložiska podléhají stejně jako endometrium v děloze změnám během menstruace. Avšak na rozdíl od endometria v děloze nemá toto endometrium v ektopických lokalitách, jak opustit tělo, čímž dochází ke vzniku aseptického zánětu, tvorbě jizev, adhezí a následným bolestivým srůstům. Mezi typické příznaky endometriózy řadíme dysmenoreu, dyspareunii, dyschezii a dysurii. Hlavními klinickými příznaky pak jsou chronická pánevní bolest a neplodnost. Endometrióza však může probíhat i asymptomaticky. Endometriózu můžeme dle lokalizace rozdělit do čtyř podtypů – peritoneální endometrióza, ovariální endometrióza, adenomyóza a hluboká infiltruující endometrióza.

Cílem této práce bylo zjistit, zda u respondentek existuje nějaká potravina, či skupina potravin, které respondentkám ulevují od obtíží spojených s endometriózou, či naopak tyto obtíže zhoršují. Následujícím cílem bylo zjistit, zda respondentky znají pojem endodieta, a zda tuto dietu někdy dodržovaly. Posledním cílem této práce bylo zjistit, zda se respondentky během své léčby setkaly s nutričním terapeutem, v jaké fázi své léčby se s nutričním terapeutem setkaly, a jak s nimi nutriční terapeut pracoval.

Metodikou práce byl výzkum probíhající formou anonymního dotazníku, který byl vyvěšen na sociální síti a respondentkám byl přístupný od 08.04.2024 do 16.04.2024, kdy následně byly výsledky zpracovány a vyhodnoceny. Dotazníku se zúčastnilo celkem 110 respondentek, a všech 110 respondentek bylo zahrnuto do výzkumu.

Výsledky ukázaly, že většina respondentek si začala omezovat z jídelníčku určité potraviny na základě informací a zkušeností od jiných žen s endometriózou. Bohužel ne u všech respondentek mělo omezení těchto potravin slibovaný efekt. U těch respondentek, u kterých došlo po omezení určité potraviny k mírnému zlepšení obtíží mohl hrát velkou roli placebo efekt. Nebyla však nalezena jedna určitá potravina či skupina potravin, která by působila na obtíže spojené s endometriózou u všech respondentek stejně. Variabilita efektu byla značně individuální. O endodietě většina respondentek již slyšela, a téměř každá respondentka uváděla, že endodietu již v minulosti vyzkoušela, nebo ji dodržovala během výzkumu. Dalším zjištěním během výzkumu byl fakt, že drtivá většina se během své léčby nesešla s nutričním terapeutem, ani o něm neměla ponětí. Z tohoto důvodu se respondentky obracely za nutričními radami za jinými ženami, které již endometriózu mají, či za fytoterapeuty.

Na závěr lze podotknout, že ženy, kterým byla diagnostikována endometrióza mají značný zájem pochopit vliv výživy na jejich zdravotní stav, ale bohužel neexistují žádná jednotná doporučení, která by šla vztáhnout na všechny ženy s diagnózou endometriózy. Je třeba podotknout, že je důležité, aby ženy s endometriózou měly povědomí o tom, že existují

vysokoškolsky vzdělaní odborníci (nutriční terapeuti a lékaři nutricionisté), kteří jsou tu od toho, aby tyto ženy vyslechli a pomohli jim zkorigovat jídelníček tak, aby nedocházelo ke zbytečné a neopodstatněné eliminaci určitých potravin, následnému deficitu živin, vitamínů či minerálních látek a k rozvoji jiných onemocnění či například intolerancí.

Klíčová slova: endometrióza, výživa, endodieta, nutriční terapeut

Abstract

Endometriosis is a chronic gynecological estrogen-dependent disease affecting women of reproductive age. The disease is characterized by the presence of endometrial glands and stroma in ectopic locations, especially in the small pelvis, on the ovaries, peritoneum, rectovaginal septum and bowel. However, any organ except the heart and spleen can be affected by endometriosis. The presence of the endometrium outside the uterus gives rise to inflammatory deposits - endometriomas. These deposits, like the endometrium in the uterus, undergo changes during menstruation. However, unlike the endometrium in the uterus, this endometrium in ectopic sites has no way to leave the body, resulting in aseptic inflammation, scar formation, adhesions and subsequent painful adhesions. Typical symptoms of endometriosis include dysmenorrhea, dyspareunia, dyschezia and dysuria. The main clinical symptoms are chronic pelvic pain and infertility. However, endometriosis can also occur asymptotically. Endometriosis can be divided into four subtypes according to the localization - peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, adenomyosis and deep infiltrating endometriosis.

The aim of this study was to find out whether there is any food or food group that relieves or worsens the difficulties associated with endometriosis in the respondents. The next objective was to find out whether the respondents were familiar with the concept of endodiet and whether they had ever followed this diet. The final aim of this study was to find out whether the respondents had met with a nutritional therapist during their treatment, at what stage of their treatment they met with a nutritional therapist, and how the nutritional therapist worked with them.

The methodology of the study was an anonymous questionnaire survey, which was posted on a social networking site and was accessible to respondents from 08.04.2024 to 16.04.2024, when the results were subsequently processed and evaluated. A total of 110 respondents participated in the questionnaire and all 110 respondents were included in the study.

The results showed that the majority of the respondents started to restrict certain foods from their diet based on information and experiences from other women with endometriosis. Unfortunately, not all respondents had the promised effect of restricting these foods. For those respondents who did experience a slight improvement in their complaints, the placebo effect may have played a large role. However, no one particular food or food group was found to have the same effect on endometriosis-related problems in all respondents. The variability of the effect was highly individual. Most respondents had heard of endo diets, and almost every respondent reported that they had tried endo diets in the past or had followed them during the study. Another finding during the research was the fact that the vast majority had not met a nutritional therapist during their treatment, nor were they aware of one. For this reason, respondents sought nutritional advice from other women who already had endometriosis or from phytotherapists.

In conclusion, women diagnosed with endometriosis have a strong interest in understanding the impact of nutrition on their health, but unfortunately there are no

uniform recommendations that can be applied to all women diagnosed with endometriosis. It is important to note that it is important for women with endometriosis to be aware that there are university-trained professionals (nutritional therapists and nutritionists) who are there to listen to these women and help them adjust their diets to avoid unnecessary and unwarranted elimination of certain foods, subsequent nutrient, vitamin or mineral deficiencies and the development of other diseases or intolerances, for example.

Key words: endometriosis, nutrition, endodiet, nutritional therapist

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	Body mass index
Ca	Vápník
COCPs	Kombinovaná orální kontraceptiva
COX	Cyklooxygenáza
CT	Výpočetní tomografie
DE	Hluboká endometrióza (nově užívaný termín)
DIE	Hluboká infiltrující endometrióza (dříve užívaný termín)
FSH	Folikulostimulační hormon
GIT	Gastrointestinální trakt
GnRH	Gonadoliberin
HAK	Hormonální antikoncepce
IBS	Syndrom dráždivého tračníku
IDEA	International Deep Endometriosis Analysis group
IL-6	Interleukin-6
IL-16	Interleukin-16
IVF	In vitro fertilization (mimotělní oplodnění)
LPS	Liposacharid
LH	Luteinizační hormon
MK	Mastné kyseliny
MRI	Magnetická rezonance
Na	Sodík
NSAID	Nesteroidní antiflogistika
TNF- α	Tumor necrosis factor (faktor nekrotizující nádor)
UZ	Ultrazvuk
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1. ENDOMETRIÓZA	12
1.1. Charakteristika onemocnění	12
1.2. Typy endometriózy.....	12
1.3. Hluboká infiltrující endometrióza	13
1.4. Etiopatogeneze onemocnění.....	14
1.5. Klinické příznaky	16
1.6. Diagnostika endometriózy	18
1.7. Léčba endometriózy	20
2. VÝŽIVA A ENDOMETRIÓZA	22
2.1. Tuky.....	23
2.2. Ovoce a zelenina	23
2.3. Vitaminy	24
2.4. Koření a bylinky	24
2.5. Lepek a endometrióza	25
2.6. Alternativní stravování a endometrióza.....	25
2.7. Nutriční péče o pacientky v nemocničním prostředí.....	25
2.8. Závěrečná nutriční doporučení pro pacientky s endometriózou	27
PRAKTICKÁ ČÁST.....	29
3. CÍL PRÁCE	29
4. VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
5. METODIKA SBĚRU A ZPRACOVÁNÍ DAT	29
6. VÝSLEDKY	30
6.1. Charakteristika výzkumného souboru	30
7. DISKUZE	72
8. ZÁVĚR	76
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	79
SEZNAM TABULEK.....	83
SEZNAM GRAFŮ.....	84
SEZNAM PŘÍLOH.....	86
Příloha č.1.: Dotazník k praktické části	86

ÚVOD

Téma své diplomové práce jsem si vybrala z důvodů působení jako nutriční terapeutka ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Během zástupů mé kolegyně na klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie se dostávám do styku s pacientkami, kterým byla diagnostikována endometrióza, proto jsem chtěla blíže poznat vztah výživy na endometriózu. Vzhledem k tomu, že vliv výživy a endometriózy je doposud ne zcela prozkoumanou oblastí, a během rozhovorů s pacientkami, které se léčí s endometriózou na klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze jsem zjistila, že úpravou stavování si dokážou pacientky alespoň částečně ulevit od bolestí spojených s endometriózou, mě začalo zajímat, zda jsou nějaké potraviny, či skupina potravin, které pacientkám zmírňují tyto bolesti. Chtěla jsem se dozvědět, zda se tyto potraviny budou shodovat u většiny žen, či je to zcela individuální záležitost. Dále mě zajímalo, zda si všechny pacientky omezují lepek z jídelníčku, a pokud tak tomu je, co je k tomu vede.

Práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je rozebrána endometrióza jako taková – charakteristika, typy endometriózy, etiopatogeneze, teorie vzniku, klinické příznaky, diagnostika a léčba onemocnění. Dále je v teoretické části diplomové práce rozebrán vliv nutriční péče o pacientky v nemocničním prostředí.

V praktické části diplomové práce se hodnotí výsledky získané z dotazníkového šetření, na který odpovídaly ženy, u nichž byla diagnostikována endometrióza. Cílem bylo zjistit, zda jsou potraviny, či skupina potravin, které ženám s endometriózou zmírňují či naopak zhoršují obtíže spojené s endometriózou. Dále jsem zjišťovala, zda respondentky znají endodietu, kde se s ní setkaly, a zda ji někdy dodržovaly. V neposlední řadě jsem chtěla zjistit, zda se tyto ženy během své léčby endometriózy setkaly s nutričním terapeutem, a pokud ano, v jaké fázi léčby se s ním setkaly, a jak s nimi nutriční terapeut pracoval (předoperační vyšetření, pooperační vyšetření, edukace apod.)..

TEORETICKÁ ČÁST

1. ENDOMETRIÓZA

1.1. Charakteristika onemocnění

Endometrióza je benigní chronické estrogen-dependentní zánětlivé onemocnění postihující ženy v reprodukčním věku. Endometrióza je definována jako přítomnost endometriálních žláz a stromatu v ektopických lokalitách, především v malé pánvi, na peritoneu, vaječnicích, rektovaginálním septu a střevě. Jedná se o celosvětový zdravotní problém, kvůli velké četnosti tohoto onemocnění, zhoršení reprodukční výkonnosti a celkovému poklesu kvality života u žen postižených endometriózou. Při endometrióze dochází k výskytu děložní sliznice (endometria) mimo dělohu a ke vzniku zánětlivých ložisek. Děložní sliznicí může být poškozen jakýkoliv orgán s výjimkou srdce a sleziny. Nejčastěji se u pacientek setkáváme s pánevní endometriózou, kdy dochází k postižení pánevních orgánů. (Lenz et al., 2021, p. 25-49)

Endometriální ložiska podléhají stejně jako endometrium v děloze změnám během menstruace. S každým menstruačním cyklem se výstelka ztlušťuje, rozpadá a krvácí, ale jelikož se ložiska nachází mimo dělohu, nemá odloučená krev jak opustit tělo. V důsledku pak vzniká aseptický zánět, tvoří se jizvy a také adheze, které způsobují bolestivé srůsty pánevních tkání a orgánů. Ložiska nejčastěji vznikají na vaječnicích, tzv. endometriomy, ale také na vejcovodech, děložním čípku, pochvě, střevě, močovém měchýři, ureteru, myometriu dělohy, peritoneu a výjimkou nejsou ani vzdálené orgány jako například lymfatické uzliny nebo plíce. Endometriomy mají vzhled typické čokoládové cysty, a obsahují polotekutý nebo zahuštěný tmavohnědý sekret. Tyto cysty pevně přilínají k okolním strukturám a tkáním, a v důsledku fibrotizace mohou prorůst do stěny střeva. *Endometrióza postihuje především ty úseky střeva, ve kterých je peritoneum nepravidelně zřasené. Typicky se jedná o rektosigmoideum, následují proximální oddíly tlustého střeva, tenké střevo a cékum, výjimkou není ani endometrióza apendixu.* (Lenz et al., 2021, p. 47) (Harada, 2014, p. 10)

Ženy s diagnózou endometriózy mají charakteristické příznaky jako dysmenoreu, dyspareunii, dyschezii či dysurii. Hlavními klinickými příznaky však jsou chronická pánevní bolest a neplodnost. Výjimkou však není, že u některých pacientek může endometrióza probíhat bez jakýchkoliv příznaků. (Lenz et al., 2021, p. 75)

Endometrióza postihuje odhadem 5-15 % žen v reprodukčním věku (15-49 let), ale odhady mohou být zkresleny nedostatečným hlášením onemocnění, či opožděnou diagnostikou z důvodu složité diagnostiky endometriózy. (Brouns et al., 2023, p.3)

1.2. Typy endometriózy

Endometriózu můžeme rozdělit podle lokalizace do následujících čtyř podtypů – peritoneální endometrióza, ovariální endometrióza, adenomyóza a hluboká infiltruující endometrióza. Povrchová endometrióza je typická svými několikamilimetrovými ložisky na povrchu peritonea. Přestože jsou ložiska povrchová, mohou pacientkám způsobovat velké bolesti. Léčba povrchové endometriózy spočívá v laparoskopii, kdy se ložiska chirurgicky odstraní. Ovariální endometrióza se vyznačuje typickými endometriomy neboli

endometriálními cystami, a jedná se o nejčastější typ endometriózy, jelikož jím trpí až 55 % pacientek s diagnózou endometriózy. Endometriomy mohou dosahovat velikosti až 10 cm. Odstraněním endometriomů může dojít k postupnému poškození tkáně ovarií, z tohoto důvodu je ovariální endometrióza velice závažná u žen plánujících těhotenství.

Adenomyóza se pak vyznačuje výskytem děložní sliznice ve svalovině dělohy.

Adenomyóza způsobuje nepravidelné a silné krvácení dělohy. Pacientky s adenomyózou plánující těhotenství jsou léčeny ve specializovaných centrech, kdežto u starších pacientek je léčba založena na odstranění dělohy (hysterektomii). Hluboká infiltrační endometrióza neboli DIE bude blíže popsána níže. Všechny tyto podtypy se mohou vyskytovat jak samostatně, tak v kombinaci. (Wang et al., 2022, p. 927)

Jiný způsob rozdělení endometriózy do tří podtypů je následující. První podtyp „endometriosis genitalis interna“ je označení pro adenomyózu dělohy, druhý podtyp „endometriosis genitalis externa“ označuje endometriózu vnějšího genitálu. Třetí podtyp „endometriosis extragenitalis“ popisuje endometriózu ve střevě, apendixu, močovodu či například v močovém měchýři. (Halis et al., 2010, p. 446)

1.3. Hluboká infiltruující endometrióza

Hluboká infiltruující endometrióza (DE – deep endometriosis, dříve užívaný termín DIE – deep infiltrating endometriosis) je nejagresivnější a nejzávažnější forma endometriózy charakterizována přítomností endometriotických lézí přesahujících 5 mm pod peritoneem. Touto formou trpí až 20 % pacientek s diagnózou endometriózy. Léze tvoří velké vazivové uzly, které následně prorůstají do vedlejších orgánů, vytváří mezi orgány pevné srůsty a „slepují“ postižené orgány k sobě. (D'Alterio et al., 2021, p. 88)

Průnikem lézí pod peritoneum postupně dochází k infiltraci střev, močového měchýře a močovodů, postiženy jsou i sakrouterinní vazy, rektovaginální septum či uterinní arterie. V oblasti DE postiženého rektovaginálního septa pak vznikají rektovaginální léze. (Harada, 2014, p. 313-316)

Imunitní dysfunkce u pacientek s endometriózou napomáhá vzniku a přežití ektopických endometriálních lézí, které by byly za normálních podmínek imunitním systémem eliminovány. (Piecuch et al., 2022, p. 1)

Agresivní chování DE se vysvětluje sníženou apoptózou a zvýšenou proliferací buněk. (Rolla, 2019, p. 4)

Hluboce infiltruující endometrióza se typicky vyskytuje v pánvi, a dle její lokalizace se dělí na DE předního kompartmentu neboli endometriózu močového měchýře a DE zadního kompartmentu, endometriózu postihující sakrouterinní vazy, pochvu a střevo (rektovaginální endometrióza). (Harada, 2014, p. 352)

1.3.1. Endometrióza močového měchýře

Postižení močového měchýře DE je u většiny pacientek asymptomatické a bývá zjištěno během gynekologických kontrol nebo při vyšetření pro infertilitu. Symptomy endometriózy močového měchýře jsou závislé na lokalizaci a velikosti endometriotických lézí. *U většiny asymptomatických pacientek jsou léze velikosti do 2 cm.* (Klézl et al., 2018,

p. 117) Mezi hlavní symptomy patří polyurie, dysurie či bolest nad stydkou sponou. Postižení stěny močovodů se projevuje hydronefrózou, kterou diagnostikujeme pomocí UZ. Až u 40 % pacientek se symptomy zhoršují v období před menstruací a během ní. *V diferenciální diagnostice je nutno pomýšlet na chronický zánět močového měchýře, intersticiální cystitidu, akutní a chronický uretrální syndrom, hyperaktivní měchýř, a především nádory močového měchýře.* (Klézl et al., 2018, p. 117)

1.3.2. Rektovaginální endometrióza

Rektovaginální endometrióza se nachází buď v samotném septu, nebo se šíří ze septa do pochvy nebo rekta, a je obvykle provázena silnou pánevní bolestí a dyspareunií s vymizením libida ženy. Postižení střeva DE je velice běžné, léze se obvykle vyskytují po celé délce rektosigmoidea. Pokud endometriotické léze proniknou až do lumen střeva dochází k stenóze daného úseku střeva. Abnormální mikrocirkulací mezi střevní sliznicí a endometriotickou lézí dochází ke střevnímu krvácení, které je závislé na menstruačním cyklu. K diagnostice rektovaginální endometriózy se využívá gynekologického vyšetření v kombinaci UZ a MRI. Léčba infiltrovaného rektosigma spočívá v resekci daného úseku a následného vytvoření end-to-end anastomózy. Chirurgické ošetření s sebou nese vysoké riziko komplikací, předoperačně je nutno zjistit vzdálenost endometriotické léze od análního svěrače. Nízké resekce mohou být komplikované postresekčním vznikem rektovaginální píštěle, založením stomie nebo postresekčním syndromem, charakterizovaný nutkavými pocity k defekaci, problémy s vyprazdňováním a inkontinencí stolice. (Halis et al., 2010, p. 449-453)

Rizikovým faktorem pro vznik recidivy DE tlustého střeva je nízký věk pacientky a vyšší BMI. Nízké BMI je zároveň velký rizikový faktor pro vznik těžké endometriózy s velkými pánevními bolestmi. (Rolla, 2019, p. 22)

1.4. Etiopatogeneze onemocnění

Onemocnění bylo poprvé popsáno v roce 1860 patologem Karlem Rokitanským. Rokitanský popsal endometriózu z hlediska histologie a morfologie, ale nezabýval se již původem tohoto onemocnění. *Pozoruhodné je, že perokresby patologickoanatomických nálezů se nezměnily, a zejména popis DIE rektovaginálního septa z roku 1870 a adenomyóza se kryje s našimi současnými, předoperačními nálezy.* (Lenz et al., 2021, p. 156) O několik let později použil poprvé termín endometrióza doktor John Sampson, který také přišel s nejstarším principem patogeneze – teorie retrogradní menstruace. Ačkoli byla endometrióza popsána již v minulém století, dodnes je přesná etiologie endometriózy neznámá. Je však všeobecně známe, že na vzniku onemocnění se podílí genetické, imunologické a enviromentální faktory. *Významnou úlohu má porucha imunitního dozoru, která umožní buňkám endometriózy uniknout obranným systémům organismu. Správně by měly být rozpoznány jako cizorodé a imunitním systémem rozpoznány a zničeny.* (Crha, 2010, p. 176) (Racková, 2021, p. 13)

Patogeneze endometriózy zahrnuje lokální produkci estrogenů, progesteronovou rezistenci, lokální, chronický a systémový zánět. Zánětlivá reakce v peritoneální dutině je zprostředkována expresí TNF- α a udržována IL-16, a celá zánětlivá reakce je závislá na estrogenu. Je prokázáno, že zvýšené hladiny estrogenů postmenarchálně souvisí se

zvýšenou pravděpodobností endometriózy v budoucnu, naopak snížené hladiny estrogenu jsou spojeny s nižší prevalencí a pravděpodobností vzniku onemocnění. (Brouns et al., 2023, p. 3)

1.4.1. Teorie retrográdní menstruace

Tato teorie byla popsána ve 20. letech 20. století doktorem Johnem Sampsonem a řadí se mezi nejstarší a nejuznávanější teorii vzniku endometriózy. Dle této teorie se předpokládá vznik endometriomů vlivem zpětného zatékání endometriální tkáně vejcovody do peritoneální dutiny během menstruace. *Sampsonova teorie nevysvětluje, proč se může endometrióza vyskytovat u plodu ženského pohlaví, u žen několik let po menopauze, u žen bez dělohy s Turnerovým syndromem a vzácně i u mužů. Dokonce se může komplikovat i v těhotenství, kdy je paradoxně vysoká hladina progesteronu.* (Racková, 2021, p. 13)
Teorie nevysvětluje ani výskyt endometriózy např. v plicích, lymfatických uzlinách nebo kostech. (Overton et al., 2020, p. 15)

1.4.2. Metastatická teorie

Metastatická teorie endometriózy se opírá o teorii retrográdní menstruace. Předpokládá se, že k implantaci ektopické endometriální tkáně může dojít i při operacích dělohy a pochvy do chirurgických jizev. *Pasáž ektopické endometriální tkáně z peritoneální dutiny přes defekty v bránici anebo bráničními lymfatickými spojkami vysvětluje vznik brániční či pleurální endometriózy. Přítomnost endometriózy v lymfatických uzlinách je asociována s lymfatickým rozsevem, podobně jako nález endometriózy v mozku, plicích nebo končetinách souvisí s hematogenním rozsevem ektopické endometriální tkáně.* (Indrielle-Kelly et al., 2019, p. 253)

Lymfatický systém dle metastatické teorie hraje roli při vzniku ovariální endometriózy, kdy tokem lymfy z dělohy do vaječnicků dochází k diseminaci endometriálních buněk. Bezprostředně pak největším důkazem pro tuto teorii je fakt, že endometriotické léze se nacházejí v místech vzdálených od dělohy. Příkladem může být postižení kostí, plic či mozku. (Burney & Giudice, 2012, p. 2)

1.4.3. Metaplastická teorie

Dle metaplastické teorie by se příčina onemocnění měla hledat v extrauterinních buňkách, které podléhají abnormální diferenciaci a dochází tak k jejich přeměně na endometriální buňky. Metaplazie pánevního peritonea je ovlivněna imunologickými, hormonálními nebo zánětlivými faktory. Předpokládá se, že během embryonálního vývoje dochází u kmenových buněk Müllerových ductů k chybné embryogenezi. Tyto kmenové buňky během normální embryogeneze pokládají základ endometria v děloze, ale při chybném vývoji dochází k jejich perzistenci. (Lenz et al., 2021, p. 26)

1.4.4. Hormonální teorie

Hormonální teorie vysvětluje vznik endometriózy na základě vlivu steroidních hormonů, které mají vliv jak na endometrium samotné, tak i na růst endometriálních lézí. Teorie se podpírá o fakt, že endometriózou jsou častěji postižené ženy ve fertilním věku než během menopauzy. Předpokládá, že onemocnění je závislé na vlivu steroidních hormonů, především pak estrogenu, který podněcuje proliferaci endometria. Samotné eutopické

endometrium není na estrogen tak senzibilní jako endometrium ektopické. Dalším významným hormonem pro vznik endometriózy je progesteron. U zdravých žen progesteron antagonizuje účinky estrogenu. Ženy s endometriózou mají buď progesteronovou rezistenci nebo u nich dochází k funkčním abnormalitám receptorů pro progesteron. Významným faktorem pro vznik endometriózy je i hormonální nerovnováha v ektopickém endometriu, která způsobuje zvýšení hladiny estradiolu v buňkách endometria. (Lenz et al., 2021, p. 27)

1.4.5. Kmenová teorie

Endometrium je schopné vysoké regenerace, což je dáno přítomností kmenových buněk. *Kmenové buňky jsou nediferencované buňky charakterizované schopností sebeobnovy a diferenciace do různých buněčných typů. Diferenciace je definována jako přeměna buněčného fenotypu, ke které dochází vlivem změn exprese určitých genů, díky nimž buňky získávají specifické funkce.* (Lenz et al., 2021, p. 30) Za běžných podmínek se během menstruace odlučuje povrchová vrstva endometria, takzvaná zona functionalis, ve spodní vrstvě endometria (zona basalis) se pak pravděpodobně nacházejí kmenové buňky, které umožňují následnou regeneraci endometria. Nediferencované kmenové buňky endometria jsou na rozdíl od diferencovaných buněk méně citlivé na pohlavní hormony. Nízká citlivost je dána sníženou expresí hormonálních receptorů v nediferencovaných buňkách. (Lenz et al., 2021, p. 30)

Otázkou zůstává, jakou roli přesně hrají kmenové buňky v patogenezi endometriózy. Dle Leyendeckera je podstatná přítomnost endometriální zony basalis na peritoneu, která se na peritoneum dostane retrográdní cestou. Provedené experimenty na zvířatech poukázaly na fakt, že intraperitoneální implantací endometriální zony basalis se u 100 % zvířat objevily endometriomy. *Brosens se spolupracovníky předpokládají, že děložní krvácení u novorozenejších děvčátek je bohatým zdrojem progenitorových buněk endometria. Retrográdní cestou může dojít k zanesení těchto buněk do peritoneální dutiny, kde se během dospívání pod vlivem pohlavních hormonů mohou aktivovat.* (Lenz et al., 2021, p. 30) Endometriální kmenové buňky však mohou být do ektopických míst zaneseny taktéž cestou lymfatickou či vaskulární. *Teorie hematogenní diseminace podporuje skutečnost, že některé endometriální kmenové buňky jsou původem z kostní dřevě.* (Lenz et al., 2021, p. 30)

Jediným ale této teorie je fakt, že je diferenciace kmenových buněk podmíněna okolním mikroprostředím (niche). Tím pádem se dá očekávat, že endometriální kmenové buňky lokalizované na peritoneu se budou diferencovat na peritoneální buňky. Vysvětlením prozatím zůstává domněnka, že ektopická endometriální tkáň zahrnuje jak kmenové buňky, tak i jejich niche. *Nicméně bylo také zjištěno, že i přenesením samotných endometriálních kmenových buněk do ektopických lokalizací může dojít ke vzniku ložisek endometriózy.* (Lenz et al., 2021, p. 30-31)

1.5. Klinické příznaky

Endometrióza je spojována s mnoha stresujícími a oslabujícími symptomy, jako je necyklická chronická pánevní bolest, dysmenorea, dyspareunie, dysurie, neplodnost, dyschezie, ale i gastrointestinální obtíže. Avšak onemocnění může být i asymptomatické.

V takovýchto případech bývá objeveno náhodně při laparoskopii nebo chirurgické operaci. (Harada, 2014, p. 17)

Průměrná doba mezi vznikem prvních obtíží a konečným stanovením diagnózy činí 7-11 let. *Všeobecně však platí, že diagnostika endometriózy je u pánevní bolesti jednoznačně opožděná oproti pacientkám, které se léčí pro neplodnost.* (Kučera, 2008, p. 45) Spousta pacientek z důvodu silných bolestí navštíví nejenom gynekologa, ale i jiné lékaře. *Toto zjištění lze vysvětlit řadou dalších nespecifických projevů endometriózy, kterými jsou střevní, močové nebo žaludeční potíže, bolest vyzařující do dolních končetin, některé vegetativní projevy (nevolnost, zvracení, závratě), bolesti hlavy, bolestivá ovulace (intermenstruační bolest), nepravidelné pánevní bolesti, bolest dolní části zad a chronický únavový syndrom.* (Lenz et al., 2021, p. 75) Vzhledem k multifaktoriální povaze onemocnění a nenápadnému či nespecifickému nálezu u některých pacientek může diferenciální diagnostika vést k stanovení chybné diagnózy. Dalším ovlivňujícím faktorem je fakt, že i přestože byla endometrióza poprvé popsána více než před 150 lety, doposud není dostatek znalostí o etiopatogenezi onemocnění. (Lenz et al., 2021, p. 15-75)

1.5.1. Chronická pánevní bolest

Jedním z hlavních příznaků je chronická pánevní bolest, trvající déle jak 6 měsíců. *V 50-90 % je spojena s dysmenoreou, dyspareunií, s bolestí v podbříšku nebo zad, často také s dyschezii a dysurií.* (Hrušková, 2011, p. 395) Bolest je pro pacientky velice silným stresorem, a bolesti dosahují takového rázu, že dovedou zásadně zhoršit a ovlivnit kvalitu života a brání pacientkám v běžných denních činnostech. Pacientky pak často trpí depresi či úzkostnými stavy. (Kučera, 2008, p. 42-45)

Důležitá je lokalizace a charakter bolesti. Pacientky, u kterých symptomy nastaly před 25. rokem života, popisují bilaterální bolest v oblasti vaječníků, v oblasti dělohy, uprostřed pánve a v kříži. Typická je hluboká pánevní bolest, která má cyklický charakter. Tato bolest je vázaná na hormonální vlivy během menstruačního krvácení, proto se během menstruace a v premenstruační fázi stupňuje. (Kučera, 2008, p. 45)

1.5.2. Dysmenorea

Dysmenorea neboli bolestivá menstruace je pacientkami popisována jako intermitentní spastická bolest v oblasti podbříšku. Rozlišujeme primární a sekundární dysmenoreu. Primární dysmenorea má funkční podklad, a tudíž ji nezpůsobuje žádná léze. Vyvolává ji ischemie dělohy jako důsledek hyperaktivity myometria. Primární dysmenorea se typicky objevuje ihned po nástupu menarche a přetrvává až do menopauzy. Na druhé straně sekundární dysmenorea je vyvolaná lézí a objevuje se typicky v pozdějším věku pacientky. Až u 90 % pacientek se vyskytuje společně s adenomyózou, která je považována za hlavní příčinu sekundární dysmenorey. (Lenz et al., 2021, p. 77-78)

1.5.3. Dyspareunie

Dyspareunie neboli bolest při pohlavním styku je další klinický příznak, který může zásadně ovlivnit život pacientky s endometriózou. Jedná se o bolest vyvolanou pohlavním stykem, a společně s dysmenoreou se řadí mezi specifické bolesti pánevní. Tato bolest je závislá na poloze během pohlavního styku a také na hloubce penetrace. Při dyspareunii

může u některých pacientek vymizet libido. Patogeneze dyspareunie není známá, ale u některých pacientek můžeme pozorovat nález nodulárních ložisek DE ve stěně pochvy. Tato ložiska mohou dosahovat až několika centimetrů a zpravidla jsou bohatě inervovaná, což způsobuje hyperalgesii. (Lenz et al., 2021, p. 77-81)

1.5.4. Neplodnost

Neplodnost je jeden z hlavních příznaků endometriózy. *Uvádí se, že až 50 % neplodných žen má endometriózu.* (Hrušková, 2011, p. 395) U těžkých forem endometriózy je neplodnost zapříčiněna anatomickými změnami v malé pánvi, které vznikají v důsledku onemocnění. (Kučera, 2008, p. 49)

U pacientek s ovariální endometriózou plánující těhotenství by se měla předoperačně zjistit rezerva vaječnicků, jelikož přibývá důkazů, že operační odstranění endometriomů ovariální rezervu ovlivňuje, respektive snižuje. Nejvíce je ovariální rezerva ovlivněna opakovanými chirurgickými zásahy na ováriích. V případě, že je nutný opakovaný chirurgický zásah, je vhodné zajistit kryokonzervaci oocytů pacientky. Snížení kvality oocytů se přikládá oxidačnímu stresu, který je spojený se změnami v peritoneálním, sérovém či folikulárním mikroprostředí. (Rolla, 2019, p. 17-18)

1.5.5. Další příznaky

Adheze neboli srůsty, řadíme mezi další klinický příznak endometriózy, který způsobuje silné pánevní bolesti. Srůsty vznikají na místech endometriotických ložisek, ve kterých dochází k opakovanému krvácení, jelikož ektopické endometrium podléhá společně s eutopickým endometriem hormonálním vlivům. Po prokrvácení ložisek vznikají vazivové adheze, které provokují „přilepení“ orgánů sousedících s ložiskem. (Lenz et al., 2021, p. 80-81)

Dyschezie je bolestivá defekace během menstruace, která je spojena s bolestivými srůsty střeva či s anatomicky pozměněným úhlem rekta v důsledku jeho fixace na pochvu a děložní hrdlo. Rektosigmoidální endometrióza bývá velice často doprovázena dalšími střevními příznaky, jako jsou průjmy, zácpy, křeče břišní, tenesmus, stolice může být fragmentovaná, nebo může být s příměsí hlenu. Vlivem prorůstání lézi může docházet k zúžení lumen střeva, což následně zapříčiňuje střevní obstrukci a příznaky spojené s ní (distanze střev, bolesti břicha, nepřítomnost plynů či zvracení). Jak již bylo zmíněno, endometrióza má nespecifické příznaky, proto pacientkám s dyschezií může být chybně stanovena diagnóza IBS. (Ferrero & Ceccaroni, 2020, p. 33-36)

U žen s endometriózou se často setkáváme i s nespecifickými příznaky jako je například chronická únava, deprese nebo úzkostné poruchy. Proto je důležité zvážit jako součást léčby psychoterapii. (Halis et al., 2010, p. 448)

1.6. Diagnostika endometriózy

Endometrióza je běžně diagnostikována od prvního nástupu obtíží s latencí 7 let. Důvodem je, že symptomatologie endometriózy zahrnuje mnoho společných rysů s dalšími onemocněními, proto bývá také často chybně stanovena diagnóza. Endometrióza by měla být diagnostikována za pomoci expertního UZ. (Mehedintu et al., 2014, p. 351-352)

V roce 2016 mezinárodní skupina IDEA (International Deep Endometriosis Analysis group) vytvořila doporučený klasifikační systém, respektive jednotnou terminologii, který lze využít k popisu sonografických, MR a chirurgických nálezů DE. Klasifikační systém byl vytvořen zejména z důvodu, aby nedocházelo k rozdílným popisům anatomické lokalizace a rozsahu DE. (Guerriero et al., 2016, p. 319)

Každá pacientka s podezřením na endometriózu by měla podstoupit takzvané endovšetření, které zahrnuje expertní UZ, MRI a laparoskopické vyšetření. Tato tři vyšetření odhalí přítomnost a rozsah onemocnění. Pokud má pacientka či gynekolog dle symptomů podezření na endometriózu, je pacientka doporučena do specializovaného centra pro léčbu endometriózy. Tato centra mají multidisciplinární tým, který je vyškolen na diagnostiku a léčbu endometriózy. Endovšetření obsahuje dvě diagnostické odvětví – základní a doplňkové. Mezi základní diagnostická vyšetření se řadí anamnéza, gynekologické vyšetření, expertní UZ, MRI, a laparoskopie. Mezi doplňkové pak řadíme kolonoskopii a CT. (Indrielle-Kelly et al., 2019, p. 253-254)

Základem diagnostiky je správně odebraná osobní anamnéza pacientky, kdy pacientky popisují typické příznaky pro endometriózu – pánevní bolest (cyklickou i necyklickou), dysmenoreu, dyspareunii, dyschezii a dysurii. Dalším krokem je bimanuální vyšetření pánve, kdy pomalu palpujeme břicho a pátráme po bolestivosti v oblasti dělohy, močového měchýře, adnex a Douglasového prostoru. Bolestivá palpace sakrálních vazů odpovídá dyspareunii. Při vyšetření pánve je vhodné se koukat pacientce do tváře, jelikož můžeme lépe sledovat bolestivost palpované oblasti díky mimiky pacientky. Léze pochvy se nechají vyšetřit za pomoci zrcadla, kdy pozorujeme typicky modré zbarvení lézí. (Rolla, 2019, p. 5)

Expertní UZ je oproti běžnému gynekologickému UZ výkonnější a má lepší rozlišení. Tento typ UZ je vždy transvaginální a obvykle je i nebolestivý, to se však odvíjí od umístění ložisek. Některé pacientky trpí hyperalgesií, což je stav zvýšené citlivosti na nebolestivé podměty – vyšetření gynekologickým zrcátkem či bimanuální vyšetření. Expertní UZ dokáže odhalit ovariální cysty, cysty v rektovaginálním septu, močovém měchýři a adenomyózu. Dle pohyblivosti pánevních orgánů lze pak předpokládat výskyt srůstů. (Hsu et al., 2010, p. 413-415)

Během UZ je důležité sledovat bolestivost vyšetření. Bolestivost je takzvaný soft marker, který upozorňuje na výskyt hluboce infiltrujících lézí a adhezí. Dalším soft markerem během vyšetření UZ je pohyblivost orgánů vůči sobě navzájem a vůči pánevní stěně (sliding sign). Běžně se pozoruje pohyblivost ovarií vůči pánevní stěně a děloze, v předním kompartmentu se pozoruje pohyblivost dělohy vůči močovému měchýři. V zadním kompartmentu se pak pozoruje pohyblivost děložního hrdla vůči rektu, či děložního dna vůči sigmoidea. *Absence posunlivosti (negative sliding sign) poukazuje na adheze či obliteraci daného kompartmentu, kdy lze na základě anamnézy a výsledku zobrazovací metody usuzovat buď na pooperační srůsty (císařský řez), povrchovou endometriózu (obliterace bez viditelné léze), či hlubokou endometriózu (viditelná hluboká endometrióza rectosigmoidea s kompletní obliterací Douglasova prostoru anebo hluboká endometrióza*

močového měchýře s kompletní obliterací předního kompartmentu). (Indrielle-Kelly et al., 2019, p. 266)

Dalším krokem k předoperační diagnostice endometriózy je využití MRI. Za pomoci MRI lze prokázat přítomnost endometriálních lézí, adheze, infiltrace uteroskrálních vazů, rektovaginálního septa, stěny močového měchýře a vaječnicků. Díky laparoskopie lze potvrdit přítomnost a rozsah onemocnění, odebráním bioptického vzorku pak určit agresivitu lézí a samotné endometriózy. (Rolla, 2019, p. 5-19)

1.7. Léčba endometriózy

Hlavním cílem léčby endometriózy je úleva od bolestí, úprava neplodnosti pacientky a oddálení následků endometriózy, jako je například vznik adhezí či fibrotizace. Léčba je závislá na věku pacientky, rozsahu a lokalizaci endometriotických lézí. Ke každé pacientce by se mělo přistupovat individuálně, měl by být zhotoven plán léčby směřující k úlevě od bolesti, zachování šance gravidity nebo k obojímu. Pro pacientky, které neplánují těhotenství je nejvhodnější volbou chirurgická terapie, respektive bilaterální ovariektomie. Pro pacientky plánující těhotenství je metodou volby konzervativní terapii, mezi kterou řadíme laparoskopické ošetření ložisek a medikamentózní terapii, kdy pacientky přijímají léky blokující ovulaci (progestiny, HAK či GnRH analoga). Abychom mohli u pacientek indikovat konzervativní terapii musíme znát přesně stanovenou diagnózu, respektive diagnózu endometriózy, potvrzenou laparoskopickým vyšetřením a biopsií ložiska. Na konzervativní léčbu nejvíce odpovídají peritoneální ložiska díky převaze glandulární složky, a naopak endometrióza ovaria a retroperitonea s nízkým obsahem glandulární složky na léčbu téměř nereagují. Konzervativní léčba však není kauzální a definitivní vzhledem k tomu, že doposud není známá přesná patogenese a etiologie endometriózy. Nevýhodou konzervativní léčby je také přítomnost častých recidiv onemocnění. (Tassinari et al., 2023, p. 2-4)

V dnešní době je však snaha vyhnout se či co nejvíce oddálit chirurgickou léčbu endometriózy, a proto první volbou léčby je v dnešní době léčba medikamentózní – podávání HAK. (Guerriero et al., 2016, p. 319)

1.7.1. Chirurgická léčba a laparoskopie

Laparoskopie se dříve považovala za zlatý standard léčby endometriózy, ale v dnešní době byla nahrazena expertním UZ, který není na rozdíl od laparoskopie invazivní. U laparoskopie společně s medikamentózní terapií se u pacientek usiluje o úlevu od bolesti, co možno nejdélejší prodlevu mezi operací a recidivou onemocnění, zachování anatomie pánve a šanci na graviditu. Laparoskopickým odstraněním lézí dochází k úlevě od bolestí. *Chirurgická terapie vyžaduje zkušený tým operátorů schopných zvládnout radikální operace včetně resekcí výkonů na střevě, močovém měchýři a ureterech.* (Kučera, 2008, p. 84) Interdisciplinární tým operátorů by měl sestávat ze zkušeného chirurga, urologa a gynekologa. (Kučera, 2008, p. 116)

Další volbou chirurgické léčby je excize, koagulace, laserová vaporizace či cystektomie, tyto druhy chirurgické léčby se řadí mezi konzervativní typ léčby endometriózy. Mezi radikální typ léčby se pak řadí adnexektomie a hysterektomie. K laserovému ošetření či ke

koagulaci se přistupuje, pokud není možné bezpečně provést cystektomii. (Rolla, 2019, p. 20-21)

1.7.2. Medikamentózní léčba

První volbou léčby v dnešní době je medikamentózní léčba, respektive hormonální léčba. Cílem léčby je utlumení cyklické ovariální sekrece estrogenů navozením pseudogravidity či klimakteria (hypoestrinní stav). U pacientek, kterých chceme indikovat medikamentózní léčbu musíme zprvu zohlednit následující aspekty: typ endometriózy (peritoneální endometrióza, ovariální endometrióza, rektovaginální endometrióza, extragenitální postižení endometriózou nebo adenomyóza), dominující projev endometriózy (pánevní bolest či neplodnost), mikroskopická charakteristika ložiska a v neposlední řadě je důležité respektovat a zohlednit přání pacientky. (Kučera, 2008, p. 85)

První volbou pro úlevu od bolestí pacientek je užívání NSAID, která je doplněna hormonální léčbou (HAK, progestiny, agonisté GnRH). (Rolla, 2019, p. 14)

1.7.3. Hormonální léčba

Hormonální léčba je první nejčastější typ léčby u pacientek s endometriózou. Tato léčba u řady pacientek působí příznivě na bolest spojenou s endometriózou. Cílem hormonální léčby je snížení hladiny cirkulujícího estrogenu, čímž dosáhneme snížením ovariální produkce steroidních hormonů, zejména estradiolu. Endometriózu můžeme léčit nasazením kombinované orální kontracepce (COCPs), která navodí stav „pseudo těhotenství“ nebo podáváním gestagenů, nejčastěji léku Dienogest. Navozením pseudo těhotenství dochází ke snížení účinku ovariálních hormonů na endometrium. COCPs snižují menstruační tok, potlačují proliferaci a indukují apoptózu endometriálních buněk. Výhodou COCPs je, že je ženy mohou užívat neomezeně, a jsou lépe tolerována než jiná kontraceptiva, a také je můžeme pacientkám podat ke zmírnění symptomů i když nemáme u pacientky laparoskopicky potvrzenou endometriózu. Podobný účinek jako COCPs mají gestageny, které taktéž navozují stav pseudo těhotenství, a tím snižují produkci endogenního estrogenu. Gestageny jsou pacientkami velice dobře snášeny a mají minimum vedlejších účinků, tudíž se mohou užívat nepřetržitě. (Mehedintu et al., 2014, p. 352)

Agonisté GnRH jsou analoga gonadoliberinu, který je produkován v hypothalamu. GnRH je zodpovědný za normální funkci vaječnicků, stimulaci uvolňování folikulu stimulujícího hormonu (FSH) a luteinizačního hormonu (LH) z hypofýzy. Za normálních okolností během menstruace dochází k pulznímu podání GnRH do hypofýzy, agonisté GnRH se váží na hypofyzární receptory, tím dochází k odstavení sekrece hormonu hypofýzy a snížení ovariální produkce estrogenu. Podáváním agonistů GnRH navodíme hluboký hypoestrogenní stav, tedy stav podobný menopauze. Navozením umělého stavu menopauzy však dochází k projevu symptomů běžně se vyskytujících u menopauzy – návalům horka či osteoporóze, proto se agonisté GnRH užívají v malém množství a pouze po dobu 6 měsíců. Antagonisté GnRH ruší účinek endogenního GnRH navázáním se na receptor. Po navázání se na hypofyzární receptor se spouští kaskáda, která vede k syntéze a sekreci LH a FSH. (Mehedintu et al., 2014, p. 353-354)

2. VÝŽIVA A ENDOMETRIÓZA

Současná strava je velice často nevyvážená a chudá na živiny, což má za následek vznik nebo zhoršení onemocnění, v našem případě endometriózy. Existuje mnoho důkazů naznačujících, že špatné stravovací návyky vedou ke změnám metabolismu lipidů, oxidačnímu stresu a podněcují epigenetické abnormality, což může vést ke vzniku a progresi endometriózy. Bohužel vztah výživy a endometriózy nebyl dodnes dostatečně studován. Značnou překážkou při studování vlivu výživy na endometriózu je vliv bolesti na výživu u pacientek s endometriózou. Každá pacientka vnímá bolest jinak, ne u všech je vlivem endometriózy změněna chuť k jídlu, která vede úpravě stravovacích návyků a následné volbě stravy. (Halpern et al., 2015, p. 519)

Jak již bylo zmíněno, doposud nebyly potvrzeny žádné přímé účinky stravy na zlepšení endometriózy, avšak je známé, že úpravou diety, zejména v pooperačním období, dochází ke zmírnění bolestí spojených s endometriózou. Spousta pacientek se shoduje, že úpravou jídelníčku dochází ke zmírnění bolestí, každá takováto úprava je však zcela subjektivní, a ne vždy ji lze vztáhnout na všechny pacientky s endometriózou. Na čem se shoduje drtivá většina pacientek je to, že omezením lepku a laktózy ze stravy ustávají GIT obtíže. Samovolné vyřazení laktózy ze stravy, bez předešlé konzultace s lékařem, vede k deficitu Ca a vitamínu D. Deficit vitamínu D a Ca vede ke vzniku osteomalacie. Samotný deficit Ca pak může způsobit neuromuskulární a psychiatrické obtíže. Vyloučení či omezení lepku a laktózy ze stravy proto není z dlouhodobého hlediska zcela vhodné. (Rolla, 2019, p. 17)

Velkou roli v pozitivním vnímání účinku stravy na vzniklou bolest může hrát placebo a nocebo efekt. Placebo efekt je založený na tom, že je pacientka přesvědčená, že určitá potravina, nebo skupina potravin u ní nevyvolává bolesti. Naopak nocebo efekt je založen na negativním vnímání či vyhýbání se potravin z důvodu přesvědčení, že dané potraviny budou vést ke vzniku bolesti. (Brouns et al., 2023, p. 4)

Obecná nutriční doporučení pro pacientky s endometriózou se zakládají na racionální stravě. Omezit by se měli především vysoce zpracované potraviny, které obsahují vysoké množství tuků (např. uzeniny, smažená jídla, tučné sýry) a potraviny obsahující rafinovaný cukr (např. sušenky). Naopak vhodné je zařadit do jídelníčku ovoce a zeleninu, potraviny obsahující kvalitní bílkoviny (vejce a zejména pak mléčné výrobky), potraviny bohaté na vlákninu (celozrnné pečivo, luštěniny, ovoce a zelenina, obilné vločky, ořechy) a kvalitní nenasycené MK, které jsou obsažené v rostlinných olejích, ořechách či tučných rybách. (Křížanová, 2022, p. 10)

Výživa a nutriční stav pacientky mohou hrát v etiologii endometriózy roli tím, že ovlivňují hladiny estrogenu v krvi. Především některé tuky obsažené ve stravě mohou modifikovat endogenní metabolismus hormonů. Zejména pak MK souvisí se zvýšenými hladinami endogenního estrogenu. Některé výživové faktory snižují oxidační stres, regulují zánět, metabolismus steroidních hormonů a menstruačního cyklu. (Marcinkowska & Górnicka, 2023, p. 1-2)

Doposud se zkoumá a analyzuje souvislost mezi výživou a endometriózou. Údaje získané během studií in vivo a pokusy na zvířatech se však ne vždy musí odrážet situaci pacientek s endometriózou. (Brouns et al., 2023, p. 2-3)

2.1. Tuky

Strava bohatá na tuky je obecně spojená s různými zdravotními účinky, ať již pozitivními či negativními. Dle doporučení WHO by denní poměr tuků neměl přesahovat 30 % celkové energie. (Marcinkowska & Górnicka, 2023, p. 3)

Při vyšší konzumaci potravin bohatých na transnenasycené a nasycené MK, zejména kyseliny palmitové, dochází k rozvoji a progresi endometriózy. Naopak mononenasycené MK a omega-3 polynenasycené MK mohou být spojené s nižším rizikem vzniku endometriózy a závažnosti již vzniklého onemocnění. Při vyváženém poměru kyseliny eikosapentaenové a kyseliny arachidonové můžeme snížit nejenom zánět, ale i bolesti pacientky. Tyto MK ovlivňují hladiny cirkulujících zánětlivých markerů IL-6, které jsou u pacientek s endometriózou v krvi ve vyšších hladinách než u zdravých žen. (Marcinkowska & Górnicka, 2023, p. 1)

Bedaiwy a kolektiv zjistili, že při expozici pacientek specifickým MK se zvyšovaly hladiny zánětlivých markerů. Naopak při zvýšení antioxidantů v dietě došlo ke snížení oxidačního stresu a progresi rozvoje endometriózy. (Marcinkowska & Górnicka, 2023, p. 2)

Tučná jídla podporují translokaci endotoxinu (např. LPS) do krevního oběhu, čímž se stimulují vrozené imunitní buňky, které navozují přechodnou postprandiální zánětlivou reakci. (Marcinkowska & Górnicka, 2023, p. 3)

U pacientek s endometriózou není doporučována konzumace červeného masa, vzhledem k vyššímu obsahu estradiolu, který vede ke zvýšeným hladinám cirkulujících steroidů v krvi. Zvýšené hladiny steroidů podporují udržování endometriózy. Doporučovány nejsou ani potraviny obsahující rostlinný tuk (margaríny, některé sušenky), smažené jídlo a vysoce zpracované potraviny, které taktéž podněcují riziko vzniku endometriózy tím, že se podílejí na zánětlivých procesech v organismu. (Halpern et al., 2015, p. 520)

2.2. Ovoce a zelenina

Trabert a kol. přišli na velice kontroverzní fakt. Čím vyšší je konzumace ovoce, tím vyšší je riziko vzniku endometriózy. Tento fakt lze odůvodnit tím, že v dnešní době se při pěstování užívá pesticidů, zejména organochlorinů, organofosfátů, a dioxinů. Tyto pesticidy tvoří reaktivní formy kyslíku a snižují tak antioxidační kapacitu ovoce. Nejenže organochlor narušuje antioxidační kapacitu ovoce, ale zasahuje do hormonálních drah organismu a působí na estrogenové a androgenní receptory. (Halpern et al., 2015, p. 520)

I přesto, že ovoce obsahuje pesticidy, není vhodné ho zcela vyloučit z jídelníčku, ale spíše na konzumaci ovoce z lokálních zdrojů, např. od farmářů, kteří při pěstování ovoce neuvžívají pesticidů. Další variantou, jak zamezit působení pesticidů na organismus, je ovoce řádně omýt a odstranit slupku, jelikož právě na slupce je největší koncentrace pesticidů. (Halpern et al., 2015, p. 520)

Ovoce a zelenina jsou velice cenným zdrojem vlákniny a živin jako např. vápník, zinek, vitamin C či vitamin E. Fytochemikálie – karotenoidy a flavonoidy jsou bioaktivní sloučeniny obsažené v ovoci a zelenině, které pozitivně zasahují do zdraví a úzce zasahují do procesů souvisejících s patofyziologií endometriózy (buněčná signalizace, kontrola buněčného růstu, apoptóza atd.). (Halpern et al., 2015, p. 520)

Polyfenoly obsažené jak v ovoci, tak i v zelenině mají prokázaný protizánětlivý, antisklerotický, antioxidační, antihypertenzní a protirakovinný účinek na organismus. Zejména protizánětlivý účinek přírodních polyfenolů je cenný při léčbě endometriózy a může mít pozitivní vliv na onemocnění. Mezi nejznámější polyfenol patří resveratrol, u kterého byla prokázána proapoptická funkce a inhibiční účinek na proliferaci endometriotických buněk a jejich invazivní růst. Resveratrol se nachází zejména v červeném a černém hroznovém víně, v červeném víně a v ořechích. (Piecuch et al., 2022, p. 2-3)

2.3. Vitaminy

Konzumace potravin bohatých na vitamin A, B1, C, E a kyselinu listovou souvisí s nižší pravděpodobností vzniku endometriózy. Tyto vitaminy by se měli upřednostňovat z přírodních zdrojů před suplementací výživovými doplňky, vzhledem k tomu, že ve stravě se tyto vitaminy vyskytují ve formě bioaktivních sloučenin, které na sebe vzájemně působí. Vitamin A, C a E jsou známé svými antioxidačními účinky, kterými zabraňují peroxidaci lipidů. Peroxidace lipidů podněcuje rozvoj a progresi chronických onemocnění zánětlivého charakteru. Tyto údaje byly potvrzeny Mier-Cabrerem a kol., kteří potvrdili pokles markerů oxidačního stresu u pacientek s diagnostikovanou endometriózou, které konzumovaly stravu bohatou na tyto vitaminy po dobu čtyř měsíců. (Halpern et al., 2015, p. 520)

Santanam a kol. provedli klinickou studii, které se zúčastnilo 59 žen s diagnostikovanou endometriózou. První skupině bylo během půl roku podáván vitamin C a E, kdežto druhá skupina dostávala placebo. Pacientky, které během studie dostávaly vitamin C a E uváděly zmírnění bolestí, dysmenorey a dyspareunii ve srovnání s pacientkami, kterým bylo podáváno placebo. U pacientek, kterým byl podáván vitamin C a E došlo také k významnému poklesu zánětlivých markerů, což je pravděpodobně zprostředkované antioxidačními vlastnostmi vitaminů. (Afrin et al., 2021, p. 8)

2.4. Koření a bylinky

Existuje spousta bylin, u kterých byl prokázán protizánětlivý účinek. Mezi takové byliny řadíme například oregano, rozmarýn, tymián, petržel, bazalku, kopr, mátu, šalvěj, kurkumu, zázvor, skořici, hřebíček, citronovou trávu, muškátový zázvor, pepř či chilli papričku. Protizánětlivé látky obsažené v koření a bylinách (např. kurkumin, kapsaicin, gingerol) blokuje enzym COX, čímž se inhibují prozánětlivé procesy. Kurkuma jako koření může být cennou součástí jídelníčku, jelikož snižuje koncentraci estrogenů, TNF- α a urychluje buněčnou apoptózu. Navíc konzumace kurkumy společně s černým pepřem, který obsahuje piperin, zvyšuje biologickou dostupnost kurkuminu o 2 000 %. (Piecuch et al., 2022, p. 4)

2.5. Lepek a endometrióza

Studie provedená Marziali a kol. na pacientkách s endometriózou poukazuje na výhody zavedení bezlepkové diety u žen s diagnostikovanou endometriózou. Po ukončení studie byly vyneseny závěry, že po roce dodržování bezlepkové diety došlo u pacientek ke snížení příznaků endometriózy. Avšak žádná z pacientek nebyla vstupně testována na přítomnost celiakie, což mohlo vést k ovlivnění výsledků studie. Vzhledem k tomu, že u celiakie dochází při bezlepkové dietě ke snížení zánětu je velice pravděpodobné, že pacientky, které během studie vykazovaly zlepšení symptomů byly pacientky s nediodagnostikovanou celiakií. Částečnou roli ve zlepšení symptomů během studie mohli hrát roli i placebo efekt, jelikož je známé, že si pacientky trpící endometriózou si zavádí bezlepkovou dietu ke zmírnění symptomů samy. (Brouns et al., 2023, p. 6-9)

Symptomy IBS a symptomy endometriózy se překrývají a jsou si velice podobné, jak neléčená či nově diagnostikovaná celiakie, tak potvrzená endometrióza jsou spojeny se zánětem a dysbiózou. Je pravděpodobné, že u IBS dochází v důsledku expozice lepku k uvolnění signálních molekul zánětu a imunitní odpovědi v určitých úsecích střeva, což může vést k zesílení zánětu endometriomů, tudíž i ke zhoršení symptomů. Zavedením bezlepkové diety, pak dochází ke zmírnění a vymizení zánětu ve střevě a endometriomech a ke zmírnění symptomů. (Brouns et al., 2023, p. 6-9)

2.6. Alternativní stravování a endometrióza

2.6.1. Středomořská strava

Středomořská neboli mediterránská strava se považuje za jednu z nejzdravějších diet na světě. Principem této stravy je konzumace stravy rostlinné se zaměřením na ovoce, zeleninu, luštěniny, olivový olej, ořechy, semínka, celozrnné výrobky, bylinky a koření. V menší míře se konzumují mléčné výrobky, ryby, maso či vejce. Jídelníček je bohatý na nenasycené MK, bílkoviny, vitamíny a minerální látky, Tato dieta je spojována s nižším výskytem kardiovaskulárního onemocnění. Otta a kol. ve své studii prokázali, že zavedením této diety u žen s endometriózou došlo ke snížení pánevní bolesti, dyspareunie, dysmenorey a dyschezie. (Piecuch et al., 2022, p. 7)

2.6.2. Vegetariánská a veganská strava

Vegetariánská strava se vyznačuje příjmem potravin rostlinného původu a také produkty živočišného původu. Veganská strava se pak vyznačuje konzumací potravin výhradně rostlinného původu. Vzhledem k tomu, že v obou dietách je eliminován příjem masa a živočišných tuků, což koreluje s dietními doporučeními pro ženy s diagnostikovanou endometriózou, zda se dodržování těchto diet rozumné. Avšak jídelníček by měl být konzultován s nutričním terapeutem, aby obsahoval všechny potřebné živiny. (Piecuch et al., 2022, p. 7)

2.7. Nutriční péče o pacientky v nemocničním prostředí

2.7.1. Nutriční doporučení pro pacientky v předoperační i pooperační fázi

Předoperačně je důležitá správná edukace pacientek ohledně stravování, respektive edukace diety s omezením zbytků. Tuto dietu by měla pacientka dodržovat zhruba týden před samotným operačním výkonem. Dieta s omezením zbytků je lehce stravitelná a

nenadýmavá. Z jídelníčku se vyřazují celozrnné potraviny, luštěniny, houby, tučná masa, uzeniny, tučné mléčné výrobky, ovoce a zeleninu obsahující slupky a zrníčka, těžké přílohy (krokety, smažené brambory, hranolky, kynuté knedlíky), chipsy, dráždivé a pikantní koření, či například česnek a cibule. Z nápojů by se pacientky měly vyvarovat kávě, alkoholu, kakau, perlivých a minerálních vod. (Křížanová, 2022, p. 11)

Strava upravovaná dle diety s omezením zbytků musí být vařena doměkka, dušena na páře, či pečena tak, aby na povrchu nevznikaly kůrky. Smažení je vyloučené. Maso se připravuje buď nasucho, nebo se může během přípravy podlévat vodou či netučným vývarem. Zahušťuje se nasucho opraženou moukou, a dochucuje se bylinkami. (Křížanová, 2022, p. 11)

Důležitost se klade také na kvalitní přísun bílkovin, ten se zajistí konzumací kvalitních netučných nebo polotučných mléčných výrobků, libového masa či vajec. Strava by také měla obsahovat dostatek energie a měla by být podávána v pravidelných menších porcích. *Nutriční příprava je důležitá především, pokud se pacientce snížila hmotnost během 3 měsíců, má nižší body mass index nebo sníženou chuť k jídlu. V takové případě by měla být nutriční příprava 10-14 dní před operačním výkonem intenzivnější.* (Křížanová, 2022, p. 11) Pokud pacientka trpí nechutenstvím, hubne nebo má nedostatečný příjem stravy, můžeme takové pacientce pomoci sippingem. Sipping je forma enterální výživy, která je bohatá na bílkoviny, energii, vitaminy a minerály. Sipping může mít formu pitíčka, ale i krému, a má různé příchutě. Sipping se doporučuje konzumovat během dne, ideálně mezi jídly a měl by se konzumovat po částech, aby nezpůsobil zažívací obtíže. (Křížanová, 2022, p. 11)

2.7.2. Nutriční doporučení po resekci DE

Pooperační realimentace po resekci DE by měla být pozvolná, vyčkává se obnovení peristaltiky. V momentě, kdy se pacientce navrátí peristaltika může se začít s pomalým zatěžováním per os stravou. Hlavním kritériem je individuální přístup ke každé pacientce, jelikož tolerance jednotlivých potravin je velice individuální, a každá pacientka může reagovat na realimentaci odlišně. Ideální je začít dietou tekutou, která zahrnuje bujon doplněný sippingem, krémovým či ve formě drinku. Pokud je tekutá dieta pacientkou dobře tolerována, může se po dvou dnech přistoupit ke kašovitě dietě, kdy se pacientce podává bramborová kaše, přesnídávky a jogurty. Dieta je bezmasá. Při dobré toleranci se po jednom dni navazuje na dietu mletou, která pak v sobě zahrnuje i mleté maso. Po dvou dnech se pomalu přestupuje na dietu s omezením zbytků, která byla popsána v předchozí kapitole. Zhruba po dvou týdnech se mohou potraviny, které jsou v dietě s omezením zbytků nedoporučované postupně opět zařazovat do jídelníčku. (Růžičková, 2019, p. 1-2)

2.7.3. Nutriční doporučení pro pacientky se stomií

U pacientek, které podstoupily chirurgickou léčbu DE, a u kterých byla zavedena ileostomie, přistupujeme k pozvolné pooperační realimentaci per os. V některých případech může dojít k indikaci doplňkové parenterální výživy v pooperačním stadiu. Důležitý je návrat peristaltiky střeva, kdy můžeme přistoupit k pozvolnému zatěžování pacientky stravou. V prvních stádiích se začíná bujonem, který může být doplněn sippingem. Pokud pacientka dobře toleruje bujon, nedochází u ní k nevolnostem a

zvracení, můžeme pokračovat dietou kašovitou, následně dietou mletou. Po dvou dnech, pokud pacientka dobře toleruje stravu, můžeme přejít na stravu s omezením zbytků. Každá pacientka s resekci DE je edukována ohledně stravování nutričním terapeutem. Dieta by se měla dodržovat zhruba 2-3 týdny po samotné operaci, a uplynutí této doby je možné postupně zařazovat potraviny, které jsou z bezezbytkové diety vyloučeny. V případě, že některá z potravin u pacientky vyvolává obtíže, je nutné ji z jídelníčku vyřadit. Ke každé pacientce je třeba přistupovat individuálně, jelikož snášenlivost stravy a pitného režimu je u každé pacientky individuální. (Křížanová, 2022, p. 11-12)

Pacientky po resekci střeva se založenou stomií by měly přijímat potravu častěji v malých porcích, ideálně s odstupem 2-3 hodin. Pravidelným stravováním se totiž zajistí pravidelné vyprazdňování. Nejvydatnějším jídlem by měla být snídaně a oběd, večeře by pak měla být lehčí. Vyvarovat by se pacientky měly konzumaci jídla v pozdních večerních hodinách, a těsně před spaním. Každé sousto by se mělo důkladně rozkousat, při defektním chrupu pak nakrájet na malé kousky, nastroumat nebo namlít. Důraz se klade na dostatečný pitný režim, doporučováno je pacientkám vypít přinejmenším 2 litry neslazených neperlivých nápojů. Pokud pacientka plánuje fyzickou námahu, nebo trpí průjmami, je nezbytné pitný režim zvýšit. V případě nedostatečného pitného režimu hrozí riziko zácpy nebo obstrukce stomie. K obstrukci stomie dochází především v distální části tlustého střeva. *Zvláště pacientky s ileostomií nebo jejunostomií by měly přijímat tekutiny mimo jídlo tak, aby jejich vstřebávání nenarušovalo vstřebávání ostatních živin.* (Křížanová, 2022, p. 12)

Dalším problémem u pacientek se založenou stomií na tenkém střevě jsou ztráty Na a chloridů. Ztráty těchto minerálních látek mohou způsobit dehydrataci. Abychom zamezili ztrátám doporučuje se pacientkám prisolovat pokrmy, nebo zařadit do pitného režimu vody se zvýšeným obsahem minerálních látek, iontové nápoje či rehydratační roztoky (obsahující zvýšené množství glukózy). U pacientek s kardiálním onemocněním, cirhózou či u dialyzovaných naopak dochází k zadržování tekutin v organismu. Tyto pacientky by měly být ohledně pitného režimu konzultovány ošetřujícím lékařem a jejich příjem soli by se měl monitorovat. (Křížanová, 2022, p. 12)

2.8. Závěrečná nutriční doporučení pro pacientky s endometriózou

V současné době bohužel doposud nejsou známá žádná specifická nutriční doporučení založená na důkazech, která by mohla snížit riziko endometriózy. Je známe, že každá pacientka má specifický druh potravin, které ji ulevují od bolestí spojených s endometriózou, nebo naopak zhoršují bolesti. (Brouns et al., 2023, p. 10-11)

Vzhledem k faktu, že každá pacientka udává, že úpravou stravování dochází ke zmírnění přinejmenším bolestí spojených s endometriózou, můžeme dojít k závěru, že strava pozitivně ovlivňuje patogenezi a progresi onemocnění. Léčba endometriózy je multidisciplinární, tudíž i nutriční terapeuti mají své místo při léčbě tohoto onemocnění. Vhodná úprava stravy může mít jak preventivní charakter, tak může i napomáhat v boji proti onemocnění a v neposlední řadě zlepšovat kvalitu života. (Halpern et al., 2015, p. 522)

Současné celoplošné nutriční doporučení pro pacientky zahrnují vyhýbání se trans mastným kyselinám, omezení konzumace alkoholu, červeného masa a soli. Jídelníček by se měl zakládat na zdravých výživových doporučeních dle WHO. Zařadit do stravy by se mělo celozrnné pečivo, dostatek ovoce a zeleniny, mononenasycené a polynenasycené MK. Každá pacientka by měla být ohledně stravování řádně edukována ošetřujícím lékařem či nutričním terapeutem, aby nedocházelo k samoléčení pomocí stravy s cílem zmírnění bolestí, což může vést k negativním následkům. (Brouns et al., 2023, p. 10-11)

PRAKTICKÁ ČÁST

3. CÍL PRÁCE

Tato diplomová práce se zabývá problematikou endometriózy a výživy. Cílem této diplomové práce je zjistit, zda existuje u žen s endometriózou nějaká společná potravina, či skupina potravin, která jim ulevuje od obtíží spojených s endometriózou. Pokud tomu tak je, jak jim daná potravina, či skupina potravin ulevuje. Zároveň bylo cílem zjistit, zda u těchto žen je naopak nějaká potravina, či skupina potravin, která jim zhoršuje obtíže spojené s endometriózou. Dalším cílem bylo zjistit, zda se ženy během léčby endometriózy setkaly s nutričním terapeutem. Pokud tomu tak bylo, zajímalo mě, v jaké fázi léčby endometriózy se s nutričním terapeutem setkaly, a jak s nimi nutriční terapeut pracoval. V neposlední řadě jsem chtěla zjistit, zda byly ženy s endometriózou obeznámeny s „endodietou“, ať již v nemocnici, internetu či od jiných žen s endometriózou.

4. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Pro diplomovou práci byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Existuje nějaká potravina, či skupina potravin, které ulevují ženám s endometriózou od obtíží spojených s endometriózou?
2. Existuje nějaká potravina, či skupina potravin, které zhoršují u žen s endometriózou obtíže spojené s endometriózou?
3. Setkaly se ženy s diagnostikovanou endometriózou během své léčby s nutričním terapeutem, pokud ano, jak s nimi nutriční terapeut pracoval?
4. Znají ženy s endometriózou „endodietu“, kdo je informoval, dodržovaly jí někdy?

5. METODIKA SBĚRU A ZPRACOVÁNÍ DAT

Výzkum probíhal formou dotazníku, který byl vyvěšen v uzavřené skupině pro ženy s endometriózou na Facebooku. Dotazník byl vytvořen pomocí webové stránky VypIno.cz, kde byl pro respondentky dostupný k vyplnění od 08.04.2024 do 16.04.2024, kdy následně byly výsledky zpracovány a vyhodnoceny. Dotazník obsahoval celkem 66 otázek, které byly jak otevřené, uzavřené, tak i polouzavřené. V návaznosti na odpovědi se vždy respondentkám otevřela následující otázka, která navazovala na předchozí otázku. Ne všem respondentkám se však otevřelo všech 66 otázek. U některých otázek byla možnost zvolit více možností odpovědí. Všechny otázky byly nepovinné a vyplňování dotazníku bylo zcela dobrovolné a anonymní. Pokud respondentky nechtěly odpovídat, měly vždy možnost v uzavřených a polouzavřených otázkách vybrat odpověď nechci odpovídat, v otevřených otázkách pak mohly respondentky napsat – nechci odpovídat.

V první části dotazníku respondentky uváděly základní informace o sobě (věk, kdy jim byla diagnostikována endometrióza, základní informace ohledně zdravotního stavu – endometriózy), dále následovaly otázky zaměřené na spojitost endometriózy a výživy.

6. VÝSLEDKY

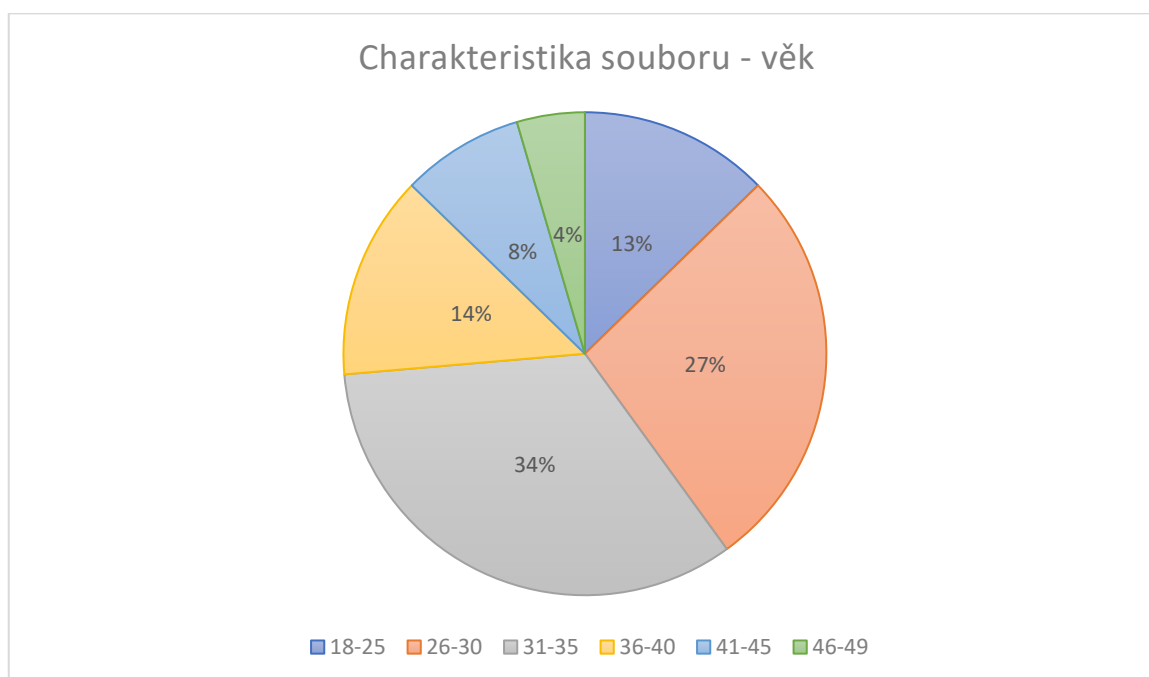
6.1. Charakteristika výzkumného souboru

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 110 žen v reprodukčním věku z celé České republiky, které se léčí s endometriózou. Všechny 110 vyhodnocených dotazníků bylo použito do výzkumu.

Prvních pět otázek bylo zaměřeno na získání základních informací ohledně zúčastněných respondentek a vyplňovaly je všechny respondentky. Od šesté otázky se dotazník větvil dle toho, jakou odpověď respondentky označily, tudíž od tohoto okamžiku se každé respondentce otevřel různý počet otázek.

V první otázce jsem se ptala na věk respondentek. Otázka byla otevřená, a na základě odpovědí bylo následně vytvořeno šest věkových skupin, které jsou znázorněny v grafu č.1. Nejvyšší zastoupení respondentek bylo ve věku 31-35 let, tato skupina utvářela 34 % všech dotazovaných. Následovala věková skupina 26-30 let, která utvářela 27 %. Nejméně respondentek čítala věková skupina 46-49 let, která utvářela pouhé 4 % dotazovaných. Nejmladší respondentce bylo 18 let a nejstarší 49 let.

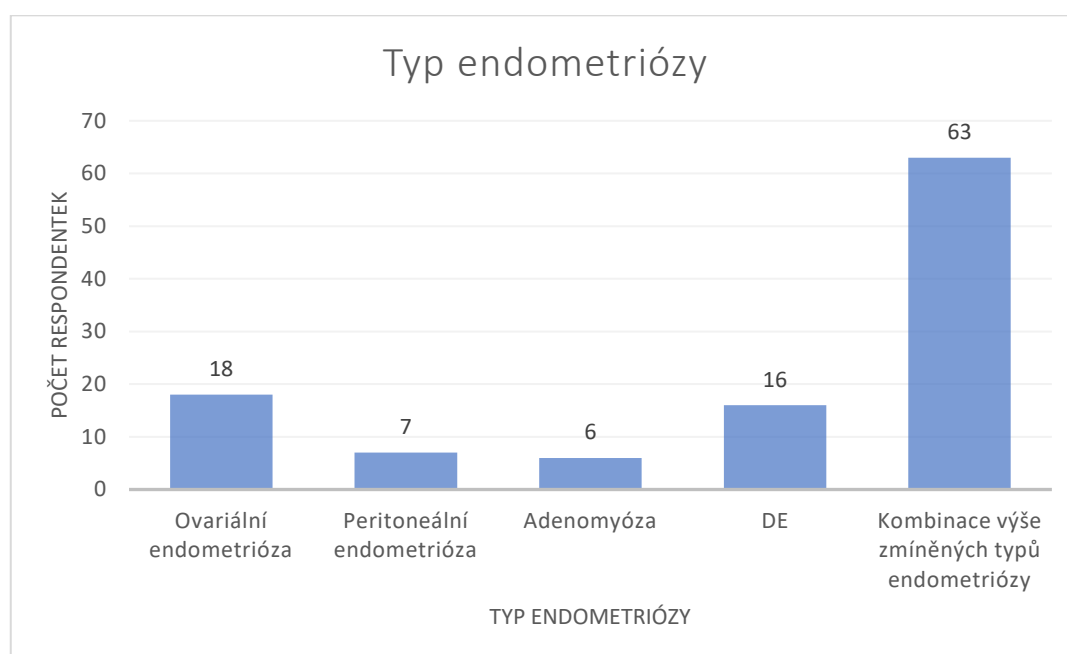
Graf č.1.: Zastoupení respondentek dle věku – kruhové znázornění



Ve druhé otázce jsem se respondentek ptala na typ endometriózy, se kterým se léčí. Tato otázka byla uzavřená s možností výběru více odpovědí zároveň. Na výběr bylo celkem šest odpovědí – *ovariální endometrióza*, *peritoneální endometrióza*, *adenomyóza*, *DE (rektovaginální endometrióza)*, *DE (endometrióza močového měchýře)* a *nechci odpovídat*. Ze všech 110 dotazovaných pouhých 5 označilo odpověď *nechci odpovídat*, zbylých 105 dotazovaných vyplnilo otázku řádně.

45 % respondentek označily pouze jednu z vybraných variant, a celkem 55 % dotazovaných respondentek označilo více odpovědí zároveň. Nejčastější typ endometriózy u respondentek byla ovariální endometrióza, ať již v kombinaci s jiným typem endometriózy či samostatně. Druhou nejčastější pak byla DE, zejména pak endometrióza rektovaginálního septa. Co se týče označovaných kombinací, jejich rozmanitost byla veliká, avšak často se kombinace neshodovaly u více pacientek zároveň. Zastoupení typu endometriózy, se kterou se respondentky léčily je znázorněno v grafu č.2.

Graf č.2.: Zastoupení respondentek dle typu endometriózy – sloupcové znázornění



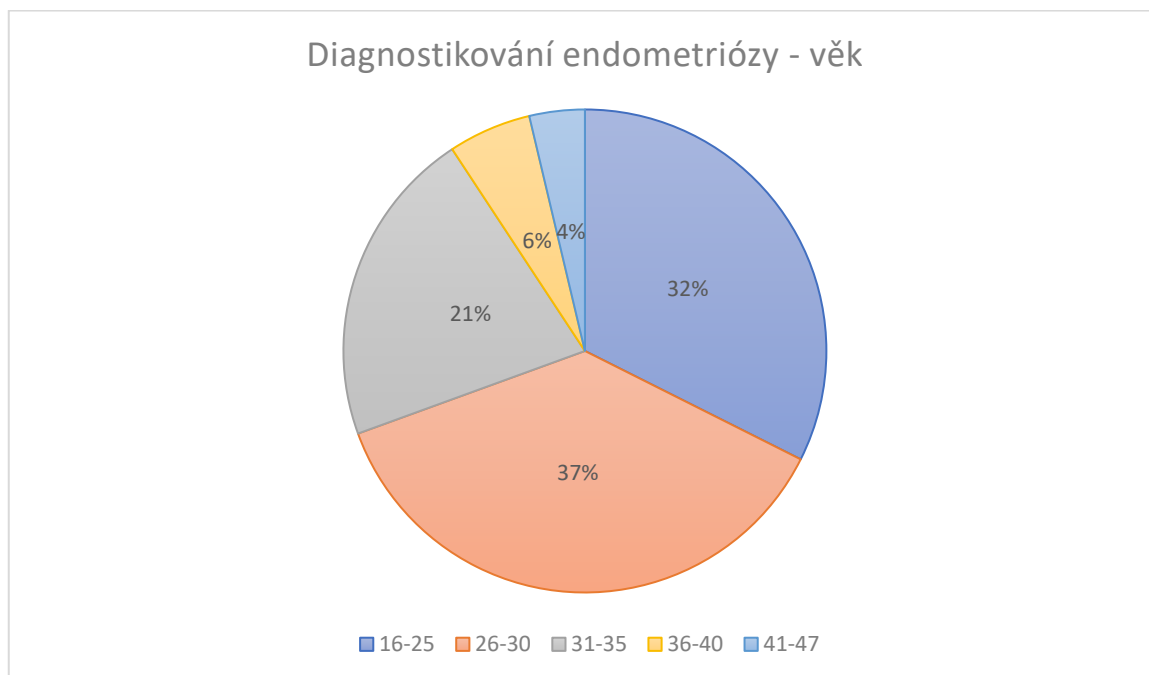
V následující otázce jsem se respondentek tázala, zda si pamatují, v kolika letech jim byla diagnostikována endometrióza. Otázka byla otevřená, tudíž každá z respondentek měla možnost napsat odpověď dle svého uvážení. Dvě respondentky svůj věk neuvedly. Na základě odpovědí byly vytvořeno pět věkových skupin, které jsou znázorněné v grafu č.3.

Nejnižší věk, ve kterém byla u respondentek diagnostikována endometrióza byl 16. rok života. Naopak nejvyšší věk byl 47. rok života. Nejčastější věk, ve kterém byla u respondentek endometrióza diagnostikována byl pak věk 26 a 28 let. Na grafu č.4. je jasné vidět, že nejčastěji docházelo u respondentek k diagnostikování endometriózy ve věku 16-30 let, což odpovídá faktu, že endometrióza je onemocněním, které postihuje nejčastěji ženy v reprodukčním věku.

V této otázce některé respondentky uváděly i věk, kdy jim započaly první obtíže spojené s endometriózou. Nejčastěji prvotní obtíže začínaly již během puberty a některé respondentky si musely na konečnou diagnózu, diagnózu endometriózy, počkat i několik let. Latence diagnostikování endometriózy u těchto respondentek se shodovala s mezinárodně uváděnou latencí diagnostiky 7-11 let.

Některé respondentky uváděly, že měly dlouhodobě obtíže spojené s endometriózou, avšak gynekolog nijak tento problém neřešil, ani své pacientky neodeslal do specializovaného centra pro léčbu endometriózy. Tyto respondentky uváděly, že byly nuceny navštívit specializovaná centra pro léčbu endometriózy bez vědomí či doporučení jejich gynekologa. Jedna respondentka uvedla, že podezření na endometriózu vznesli lékaři v centru asistované reprodukce po neúspěšném cyklu IVF.

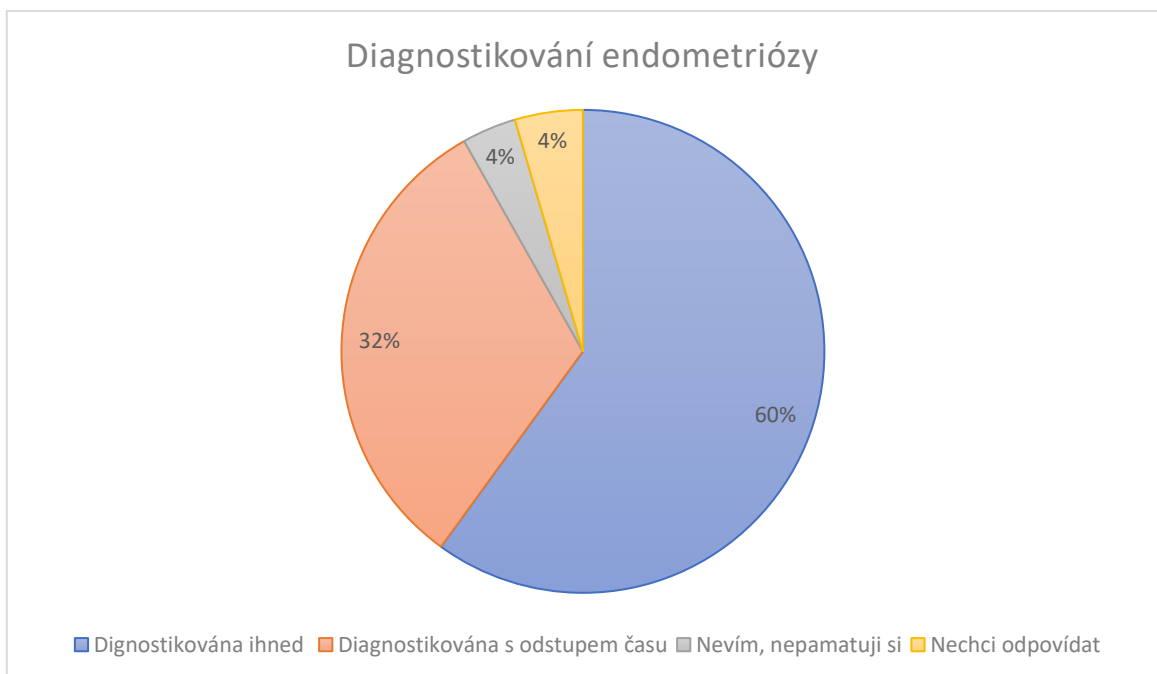
Graf č.3.: Zastoupení respondentek dle věku, ve kterém jim byla diagnostikována endometrióza – kruhové znázornění



Čtvrtá otázka navazovala na otázku předchozí. Respondentek jsem se tázala, zda jim byla endometrióza diagnostikována ihned, či s odstupem času. Otázka byla uzavřená a bylo možné označit pouze jednu z uvedených odpovědí: *Ano, lékaři ihned věděli že mám endometriózu. Ne, zprvu mi chybně diagnostikovali jiné onemocnění (např. syndrom dráždivého tračníku). Nevím/nepamatuji si. Nechci odpovídat.* Výsledky této otázky jsou znázorněné v grafu č.4.

Čtyři respondentky označily odpověď *Nevím/nepamatuji si*, a pět respondentek označilo odpověď *Nechci odpovídat*. 66 respondentek (60 %) označilo odpověď, která uváděla, že jim endometrióza byla diagnostikována ihned. Zbýlých 35 respondentek (35 %) označilo odpověď, která uváděla, že jim endometrióza byla diagnostikována s odstupem času. Jak již bylo zmíněno na předchozí stránce, ženy, kterým nebyla endometrióza diagnostikována ihned, mnohdy trpěly na obtíže od puberty, a konečné diagnózy se dočkaly s odstupem času.

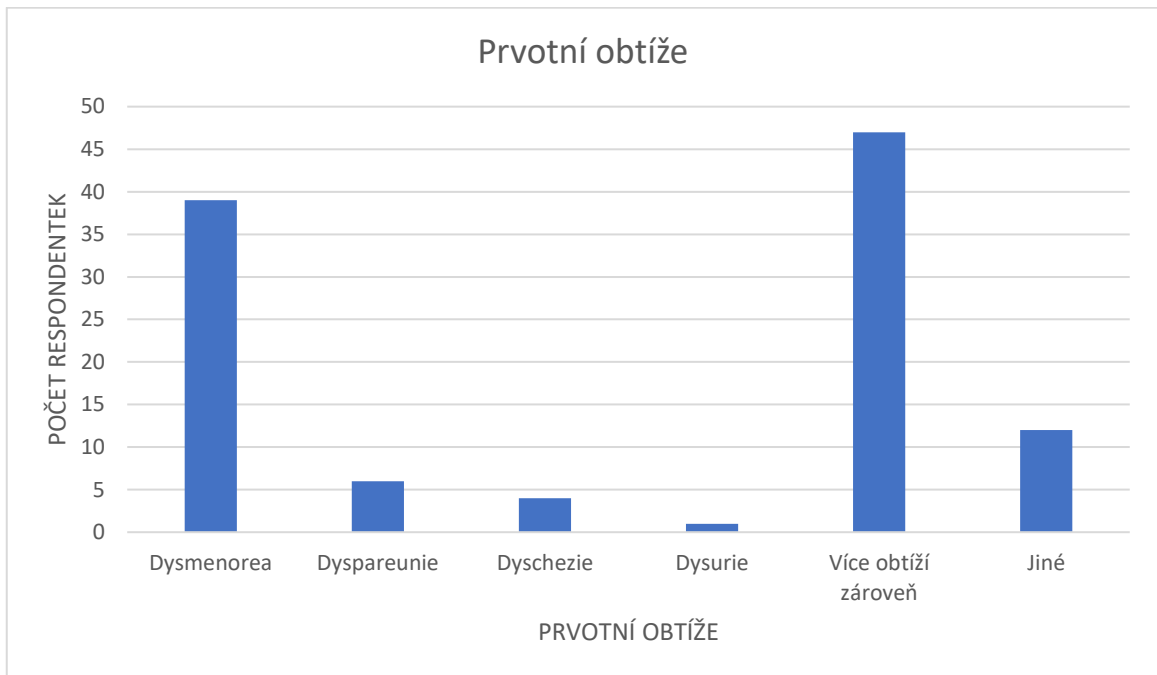
Graf č.4.: Diagnostikování endometriózy – kruhové znázornění



V páté otázce jsem se respondentek tázala, jaké měly prvotní obtíže. Otázka byla uzavřená s možností výběru ze sedmi odpovědí – *dysmenorea, dyspareunie, dyschezie, dysurie, více obtíží zároveň, jiné, nechci odpovídat*. Pouze jedna respondentka označila odpověď – *nechci odpovídat*.

Jako nejčastější prvotní obtíž endometriózy uváděly respondentky dysmenoreu, méně často pak dyspareunii, dyschezii a dysurii. Častým jevem také byla přítomnost více obtíží zároveň. Odpovědi respondentek jsou znázorněné v grafu č.5.

Graf č.5.: Zastoupení respondentek dle prvotních obtíží endometriózy – sloupcové znázornění

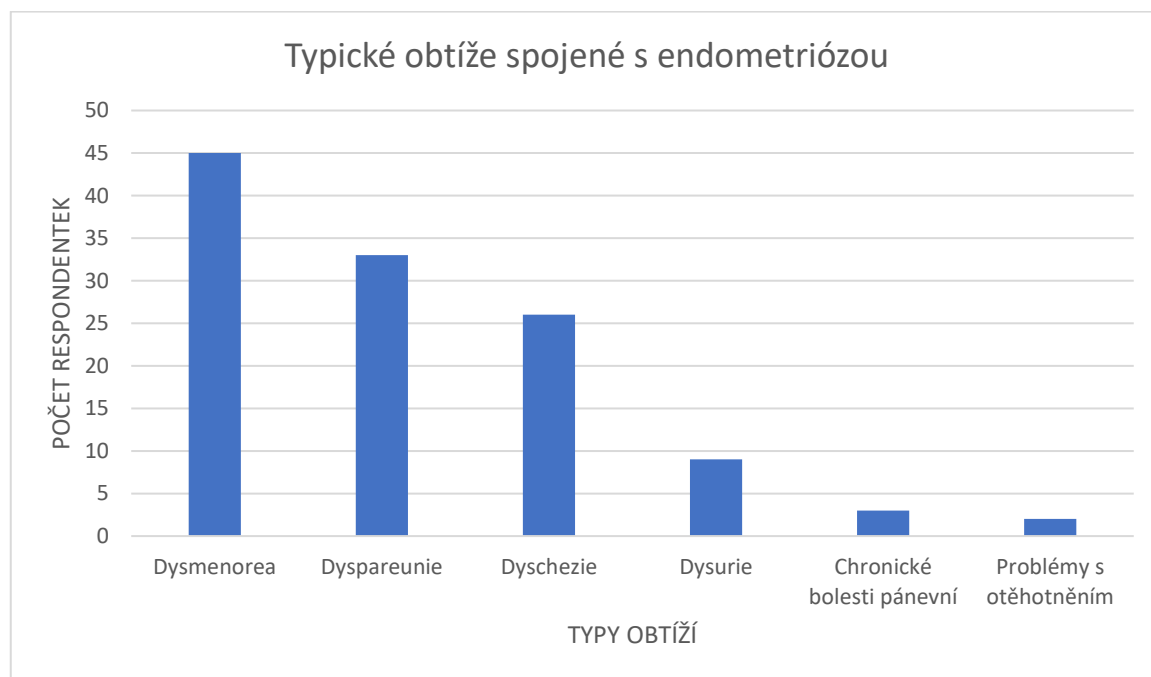


Dle označené odpovědi se respondentkám otevřela navazující otázka. Pokud respondentky v předchozí otázce označily odpověď – více *obtíží zároveň, jiné*, otevřela se jim automaticky navazující otázka, která nebyla viditelná pro respondentky, které označily jednu z uvedených variant obtíží (*dysmenorea, dyspareunie, dyschezie, dysurie*). Tato navazující otázka byla otevřená a respondentky mohly napsat, jaké prvotní obtíže je trápily.

Graf č.6. znázorňuje, kolik respondentek napsalo jednu z typických obtíží. Následující grafy č.7.-9. znázorňují ostatní uváděné obtíže. Tyto tři grafy jsou rozdělené na grafy znázorňující bolesti (graf č.7.), zažívací obtíže (graf č.8.) a jiné obtíže (graf č.9.).

Prvotními obtížemi spojenými s endometriózou u respondentek, které označily v páté otázce odpověď – více *obtíží zároveň, jiné* byly často dysmenorea, která se vyznačovala silným a bolestivým krvácením, krvácením nebo krvavým špiněním mimo menstruaci, nepravidelnou menstruací či například slabou menstruací. Dyschezii respondentky popisovaly jako bolestivou defekaci, střídání průjmů a zácpy, či přítomnost silných průjmů během menstruace. Dysurie pak byla popisovaná jako nutnost častého močení či obtíže vymočení se. V neposlední řadě pár respondentek uvedlo chronickou pánevní bolest a problémy s otěhotněním. Všechny tyto obtíže jsou znázorněné v grafu č.6.

Graf č.6.: Typické obtíže spojené s endometriózou – sloupcové znázornění

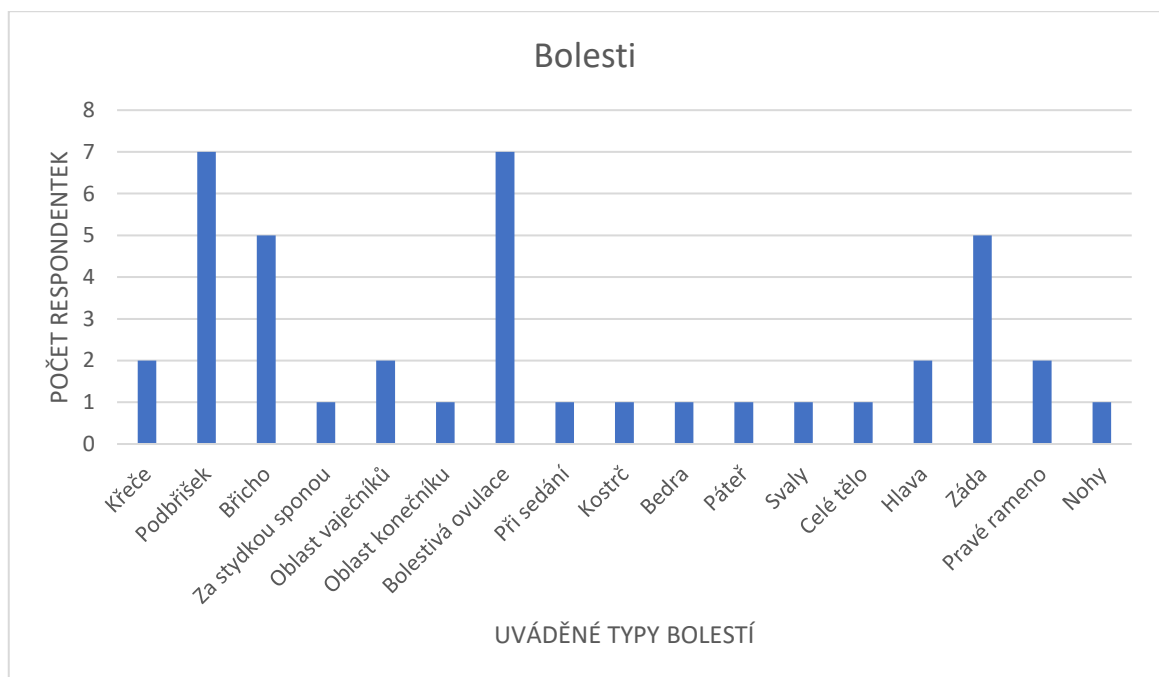


Graf č.7. znázorňuje, jakým typem bolestí respondentky trpěly před diagnostikováním endometriózy. Respondentky nejčastěji uváděly bolesti v podbřišku, bolestivou ovulaci, bolesti břicha a zad.

Bolesti byly intermitentního charakteru často s největší bolestivostí v období menstruace. U některých respondentek byly bolesti natolik silné, že respondentky nemohly fungovat v normálním životě a vykonávat běžné denní činnosti, některé respondentky uváděly, že se nemohly ani postavit na nohy a přesouvat se z místa na místo.

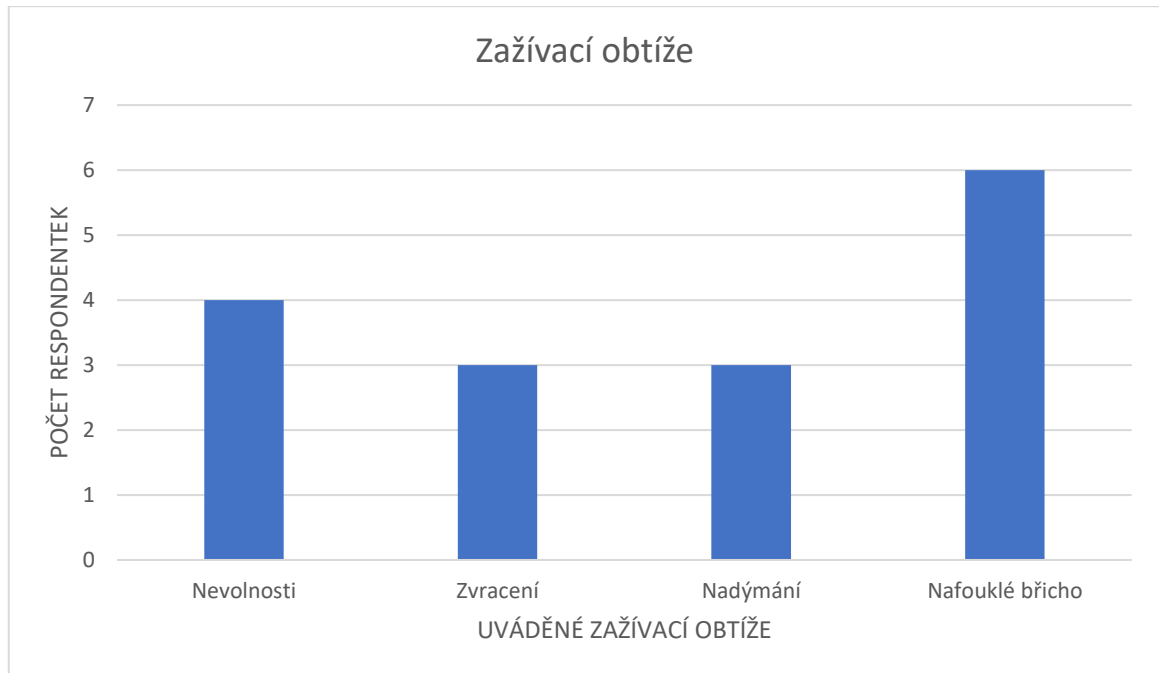
U dvou respondentek (jedna s peritoneální endometriózou, druhá pak s DE – postižení bránice) byla přítomna bolest pravého ramene související právě s endometriózou. U dalších dvou respondentek byla přítomna bolest vaječníků během menstruace, i mimo ni. Bolesti hlavy u respondentek nabývaly migrenózního charakteru.

Graf č.7.: Prvotní obtíže endometriózy (typy bolestí) – sloupcové znázornění



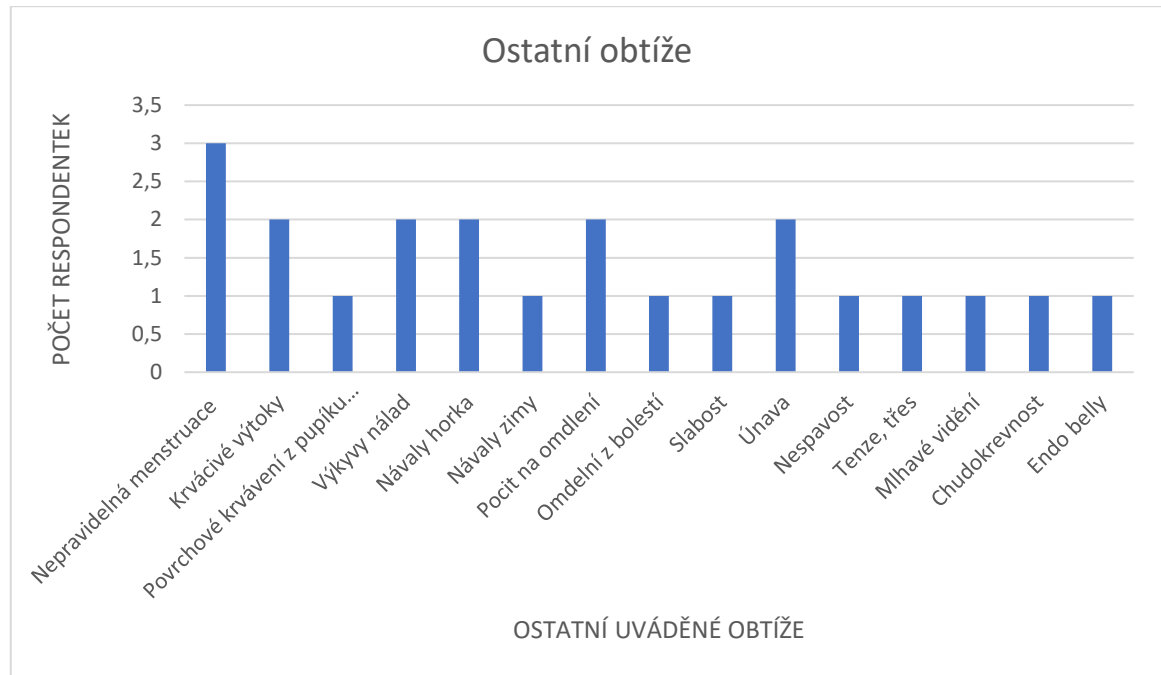
Graf č.8. znázorňuje, jaké zažívací obtíže trápily respondentky před diagnostikováním endometriózy. Nejčastěji respondentky uváděly nafouklé břicho, které je trápilo v podstatě nepřetržitě, nevolnosti, nadýmání a zvracení (zvláště během menstruace). Často respondentky uváděly obtížnou, bolestivou defekaci, zácpy a průjmy spojené s křečemi v břiše.

Graf č.8.: Prvotní obtíže endometriózy (zažívací obtíže) – sloupcové znázornění



Graf č.9. znázorňuje všechny ostatní obtíže, které trápily respondentky před diagnostikováním endometriózy. Respondentky uváděly nepravidelnou menstruaci, krvavé výtoky mimo cyklus, výkyvy nálad, návaly horka a zimy, slabost, únavu, pocity na omdlení, tenzi, třes či například mlhavé vidění. U jedné respondentky se objevovalo povrchové krvácení z pupíku během menstruace.

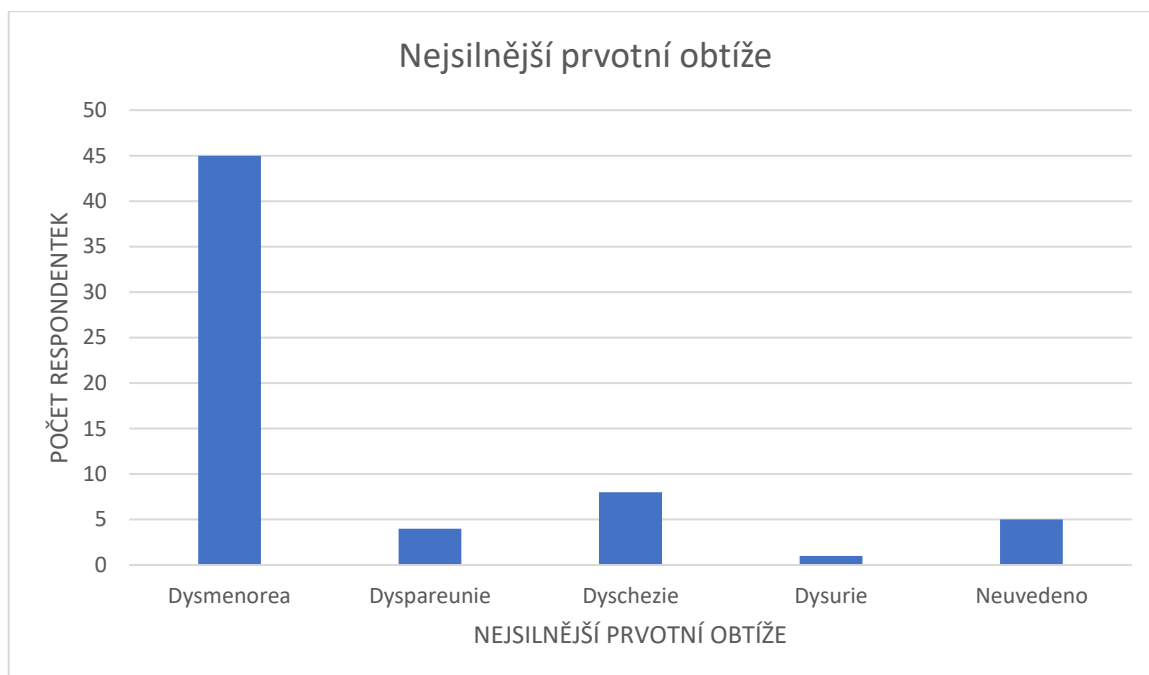
Graf č.9.: Prvotní obtíže endometriózy (ostatní obtíže) – sloupcové znázornění



Pro respondentky, které v páté otázce označily odpověď – více *obtíží zároveň, jiné* byla vytvořena další navazující otázka, která byla uzavřená s možností výběru jedné odpovědi – *dysmenorea, dyspareunie, dyschezie a dysurie*. V této otázce jsem se respondentek tázala, jaké prvotní obtíže byly u respondentek nejsilnější.

Jak je znázorněné v grafu č.10., nejsilnějším a nejčastěji označovaným prvotním příznakem u těchto respondentek byla dysmenorea.

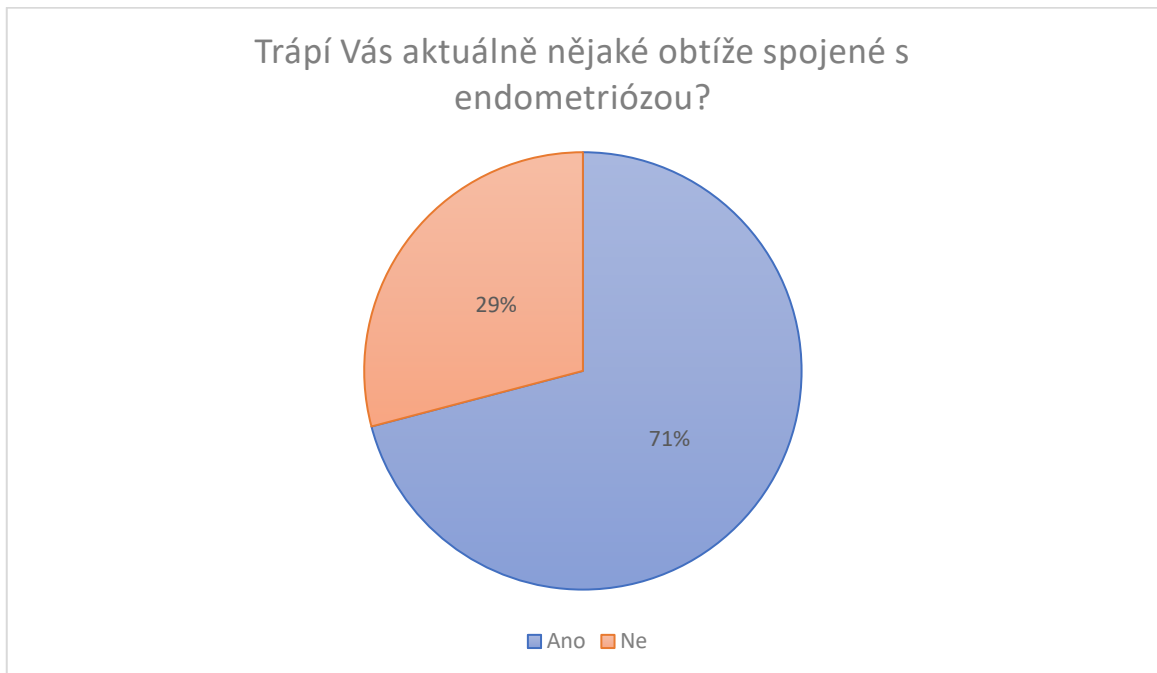
Graf č.10.: Prvotní obtíže endometriózy (nejsilnější obtíže) – sloupcové znázornění



Otázka č.9. již byla pro všechny respondentky stejná, ptala jsem se zde, zda respondentky aktuálně trápí nějaké obtíže spojené s endometriózou. Tato otázka byla uzavřená s možností výběru ze tří odpovědí *ano*, *ne*, *nechci odpovídat*. Vyznačené odpovědi jsou znázorněné v grafu č.11.

V případě, že respondentky označily odpověď *ano* otevřela se jim následující otázka, která byla otevřená, a ve které mohly respondentky vypsát, jaké obtíže spojené s endometriózou je aktuálně trápí. Tato otázka se neotevřela respondentkám, které označily odpověď *ne* nebo *nechci odpovídat*. Uváděné odpovědi z této otázky jsou znázorněné v grafu č.12.

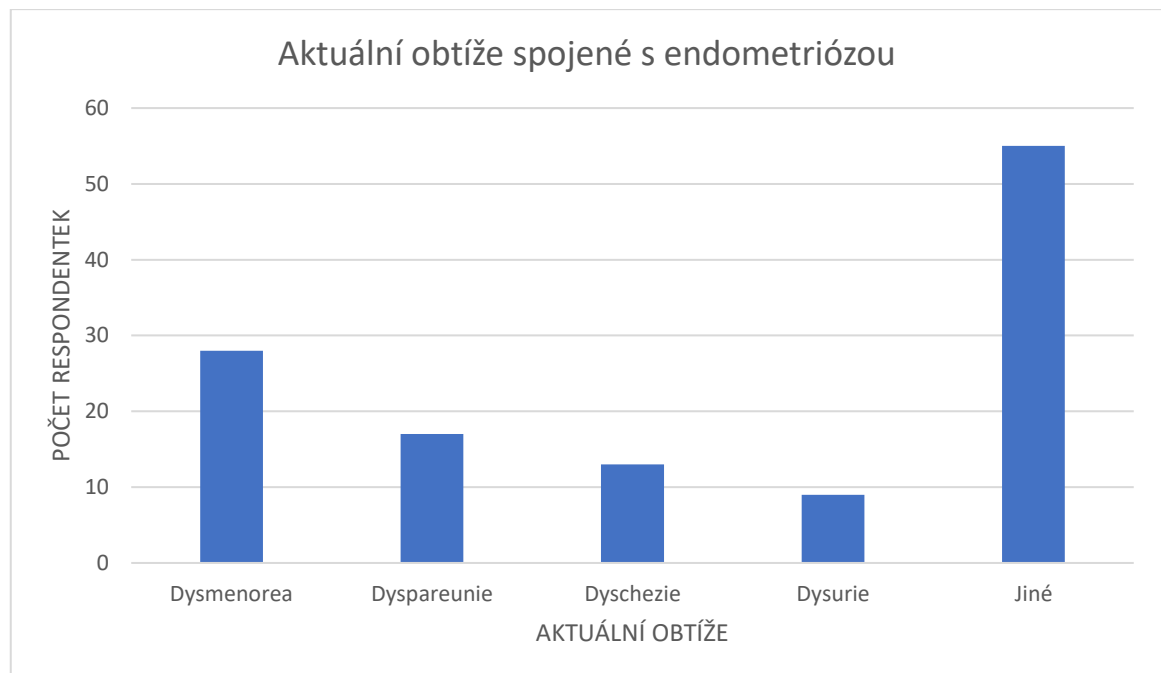
Graf č.11.: Aktuální obtíže – kruhové znázornění



Nejčastěji uváděnou obtíží, která byla v době výzkumu u respondentek aktuální je dysmenorea. U většiny respondentek se jednalo o silné a bolestivé krvácení, krvácení či špinění mimo cyklus, ale i velice slabou či nepravidelnou menstruaci. Druhou nejčastěji uváděnou obtíží byla dyspareunie vázaná velice často na určitou polohu během sexu. Dyschezie byla respondentkami uváděna jako obtížné a bolestivé vyprazdňování střeva (u některých respondentek provázené křečemi), střídání průjmů a zácpy, nadýmání či často nafouklé břicho. Dysurie pak byla popisována jako pálení či bolesti při močení, časté nutkání na močení, obtíže při močení, bolestivost močového měchýře, ale i problémy falešných zánětů močového měchýře.

Grafy č.13.-15. znázorňují podrobněji ostatní obtíže uváděné respondentkami.

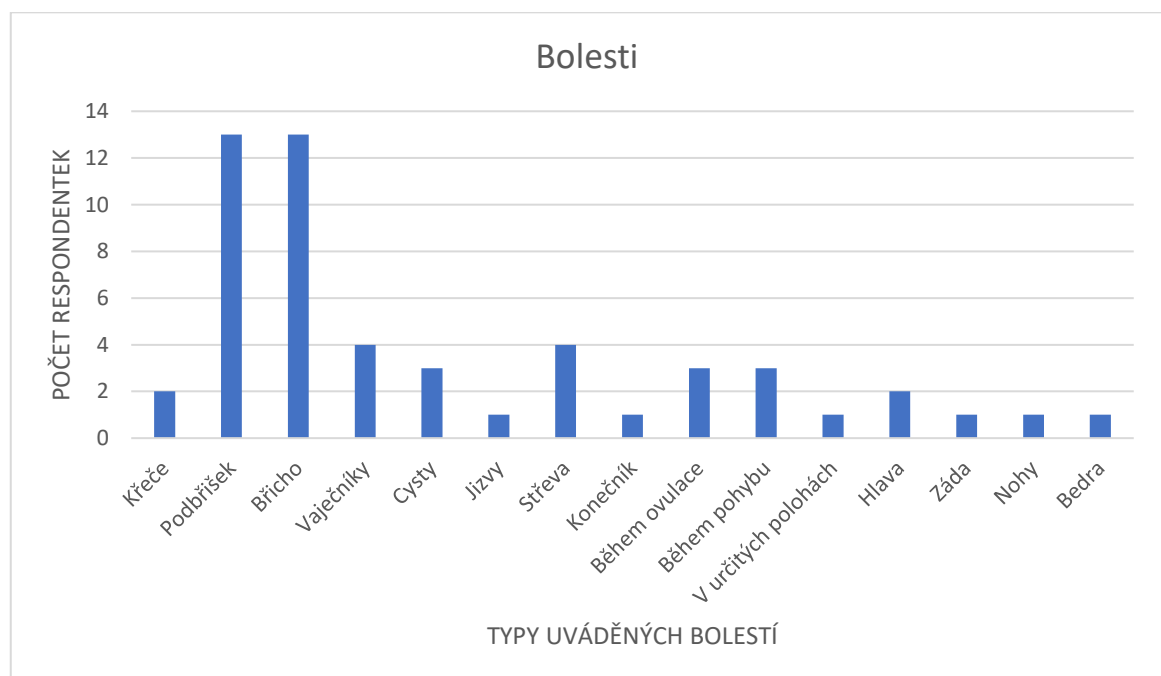
Graf č.12.: Aktuální obtíže (nejčastěji uváděné obtíže) – sloupcové znázornění



Graf č.13. znázorňuje nejčastěji uváděné typy aktuálních bolestí respondentek. Nejvíce respondentky uváděly intermitentní bolesti podbřišku a břicha, kdy u některých respondentek tyto bolesti způsobují neschopnost fungovat a provádět běžné denní činnosti. U některých respondentek bolesti nebyly intermitentního charakteru, ale záchvatovitého charakteru, objevovaly se velice náhodně a měly podobu píchání či tlaků. Největší síly bolesti obvykle dosahovaly během prvních dvou až tří dnů menstruace, či během menstruace obecně, výjimkou však nebyly ani bolesti mimo menstruace. Tři respondentky uváděly bolestivou ovulaci, dvě pak uvedly bolest vaječníku v místě, kde jim byla odoperována cysta (operace byla provedena minimálně měsíc zpátky).

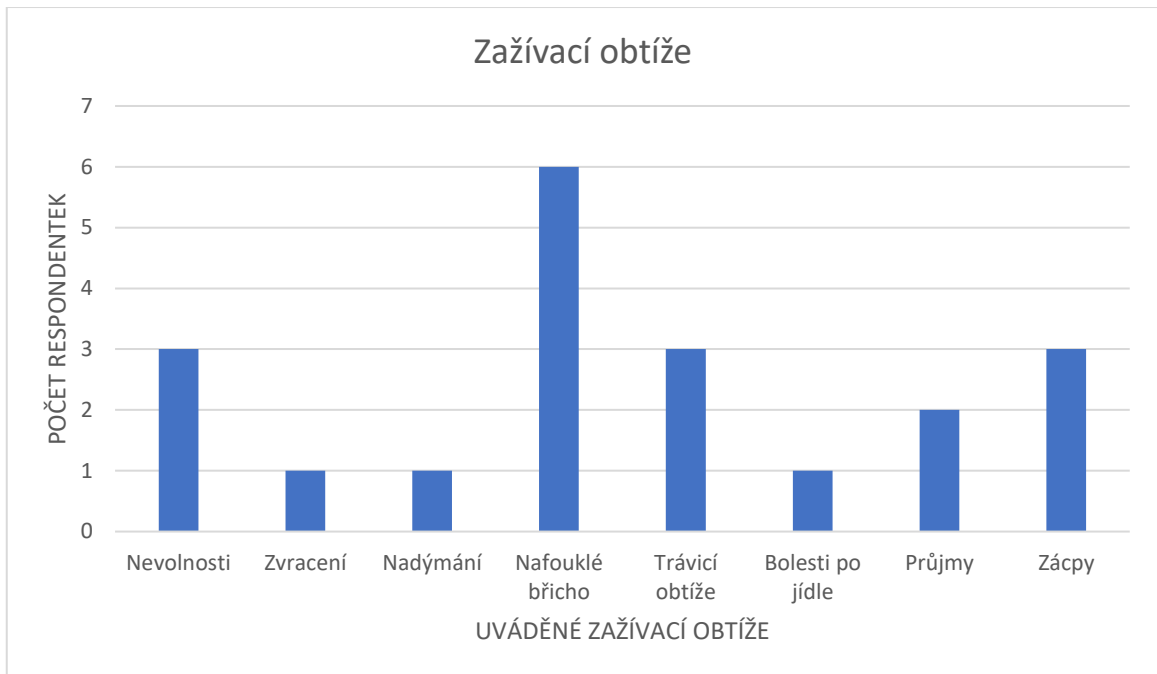
Respondentky uváděly taktéž bolestivé pohyby střev, křeče, bolesti v určité poloze těla, stálou bolest zad vystřelující do noh, bolesti v oblasti konečníku, bolesti jizev či například bolesti hlavy přecházející do migrén. Uváděné bolesti při protahování, cvičení, sportu či zdvihání těžkých věcí způsobovaly respondentkám přítomné srůsty v malé pánvi.

Graf č.13.: Aktuální obtíže (bolesti) – sloupcové znázornění



Graf č.14. blíže znázorňuje uváděné zažívací obtíže respondentkami. Nejčastěji byl uváděn pocit nafouklého břicha, který byl prakticky u všech těchto respondentek intermitentního charakteru. Dále respondentky uváděly nevolnosti během menstruace, které někdy gradovaly ve zvracení, dále pak trávicí obtíže, či bolestivé zácpy střídané průjmy.

Graf č.14.: Aktuální obtíže (zažívací obtíže) – sloupcové znázornění

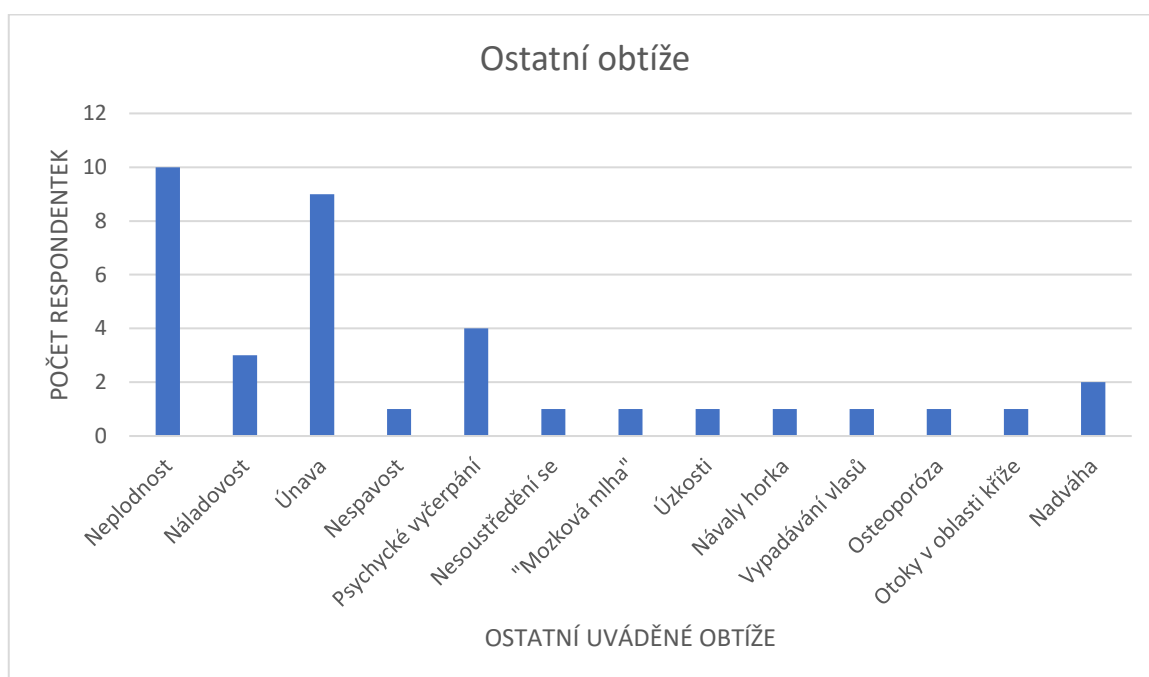


Ostatní uváděné obtíže, které respondentky provázely v období výzkumu jsou znázorněny v grafu č.15.

Deset respondentek uvedlo problémy s otěhotněním, či nemožnost otěhotnět vůbec. Tyto respondentky za sebou měly často cyklus neúspěšného IVF. Druhou nejčastěji uváděnou obtíží byla únava. Dále respondentky také uváděly psychické vyčerpání, časté výkyvy nálad, problémy se soustředěním se, úzkosti, nadváhu, které se jim nedaří zbavit, či například návaly horka, vypadávání vlasů, nespavost.

Jedna respondentka, která začátkem letošního roku podstoupila operaci, a následnou reoperaci, kdy došlo k prosaku střeva a vytvoření ileostomie uvedla vzniklou situaci jako obtíž spojenou s endometriózou.

Graf č.15.: Aktuální obtíže (ostatní uváděné obtíže) – sloupcové znázornění

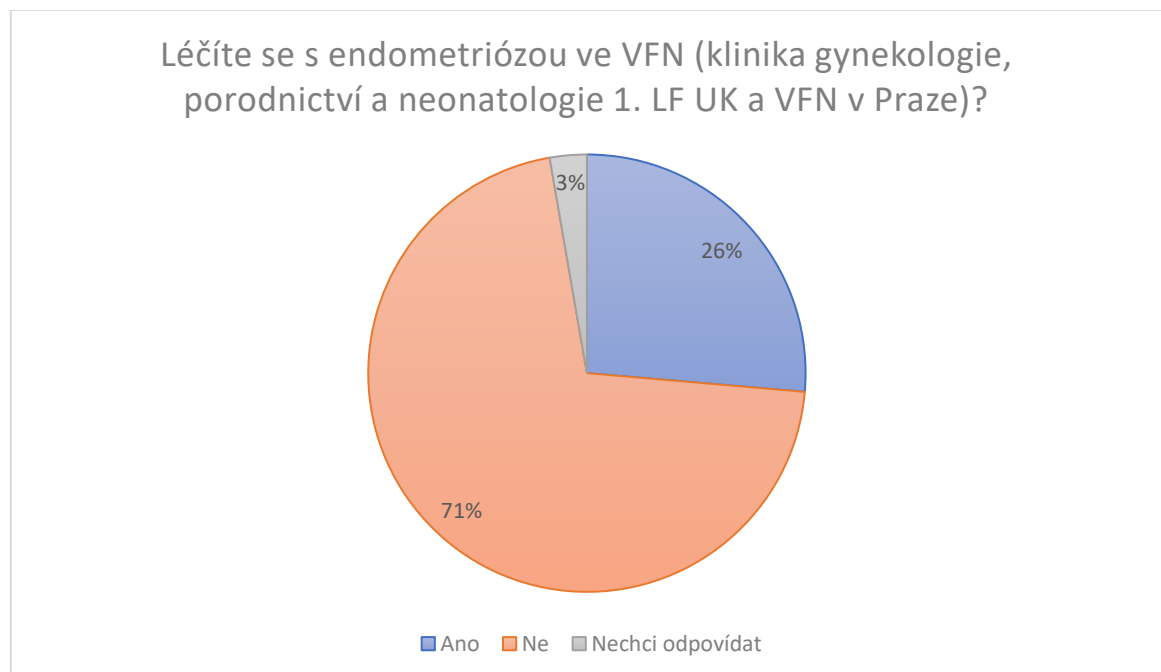


V jedenácté otázce, která byla opět pro všechny respondentky stejná, jsem se tázala, zda se s endometriózou léčí na klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze. Otázka byla uzavřená s možností výběru ze tří odpovědí – *ano*, *ne*, *nechci odpovídat*.

Celkem 29 respondentek označilo odpověď *ano*, 78 dotazovaných respondentek označilo odpověď *ne*, a pouhé 3 respondentky označily odpověď *nechci odpovídat*. Výsledky z této otázky jsou zobrazené v grafu č.16.

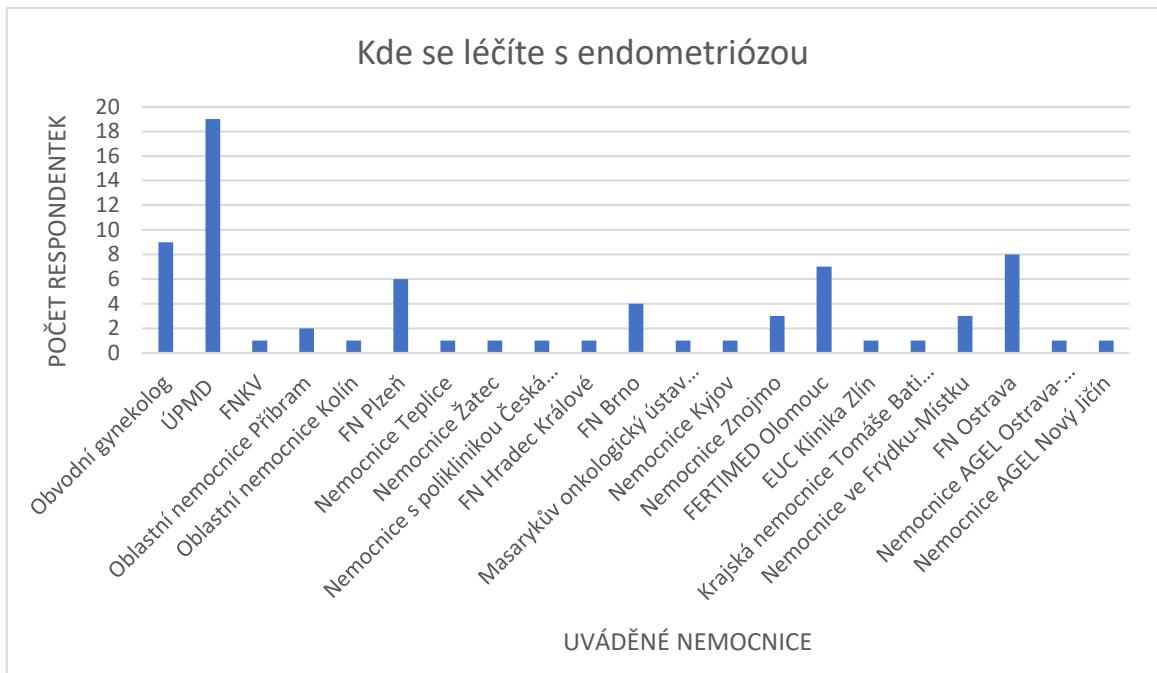
V případě, že respondentky označily odpověď *ne*, otevřela se jim navazující otázka, která byla otevřená, a ve které mohly respondentky uvést, v jaké nemocnici jsou s endometriózou sledované. Odpovědi z této navazující otázky jsou znázorněné v grafu č.17.

Graf č.16.: Kolik respondentek se léčí s endometriózou na klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze – kruhové znázornění



Graf č.17. znázorňuje všechny vypsané varianty nemocnic, ve kterých se léčí respondentky tohoto výzkumu. Nejčastěji uváděným byl ÚPMD (Ústav pro péči o matku a dítě), dále pak respondentky uváděly Fakultní nemocnici Ostrava a také FERTIMED Olomouc (zde konkrétně respondentky uváděly MUDr. Davida). 9 respondentek uvedlo, že jsou sledované pouze u svého obvodního gynekologa, mnohdy z důvodu, že jejich obtíže nebyly nijak zvlášť silné či omezující v běžném životě.

Graf č.17.: V jaké nemocnici se léčíte s endometriózou – sloupcové znázornění

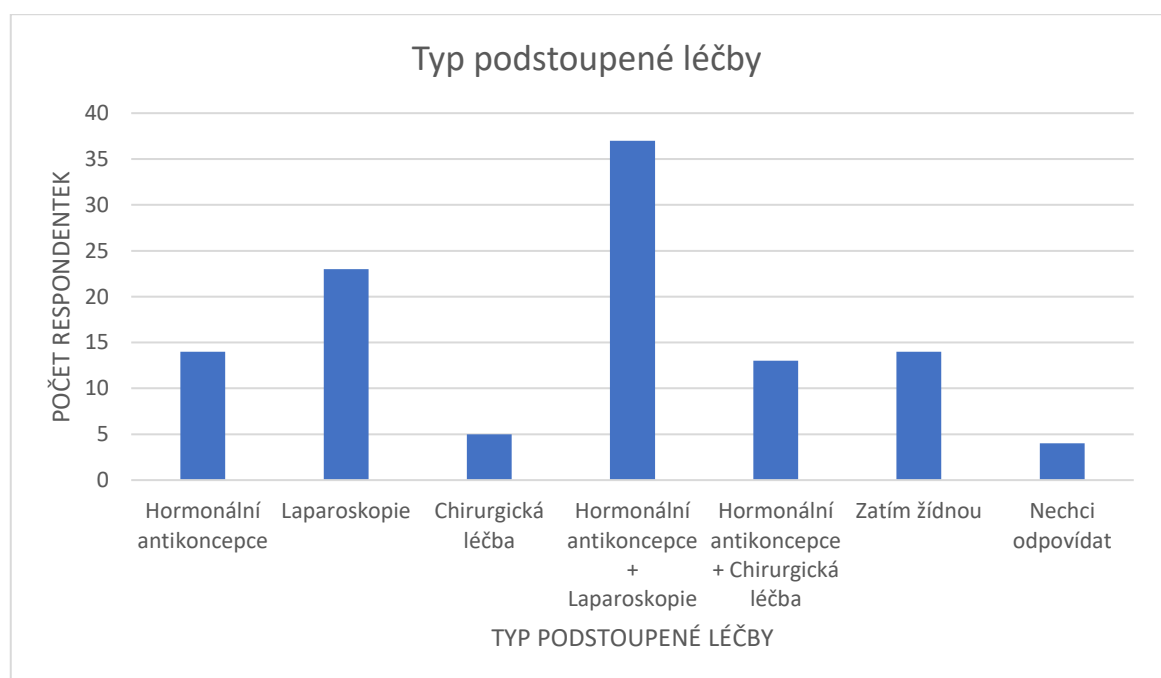


Ve třinácté otázce, která byla pro všechny respondentky stejná, jsem se tázala, jaký typ léčby endometriózy podstoupily nebo podstupují. Nejčastěji podstupovanou léčbou u respondentek byla léčba hormonální antikoncepcí společně s laparoskopickým ošetřením endometriotických ložisek. Druhým nejčastěji uváděným typem podstoupené léčby endometriózy bylo pouze laparoskopické ošetření endometriotických ložisek, na třetím místě pak léčba hormonální antikoncepcí. 14 respondentek uvedlo, že prozatím nepodstoupilo žádnou léčbu z důvodu nedávného zjištění přítomnosti endometriózy.

U grafu vyplívá, že se v dnešní době ustupuje od chirurgického řešení endometriózy, a naopak se upřednostňuje léčba hormonální antikoncepcí. K laparoskopickému či chirurgickému ošetření docházelo zejména u pacientek s DE.

Výsledky uváděné v otázce č.13. jsou znázorněné v grafu č.18.

Graf č.18.: Typ podstoupené léčby endometriózy – kruhové znázornění

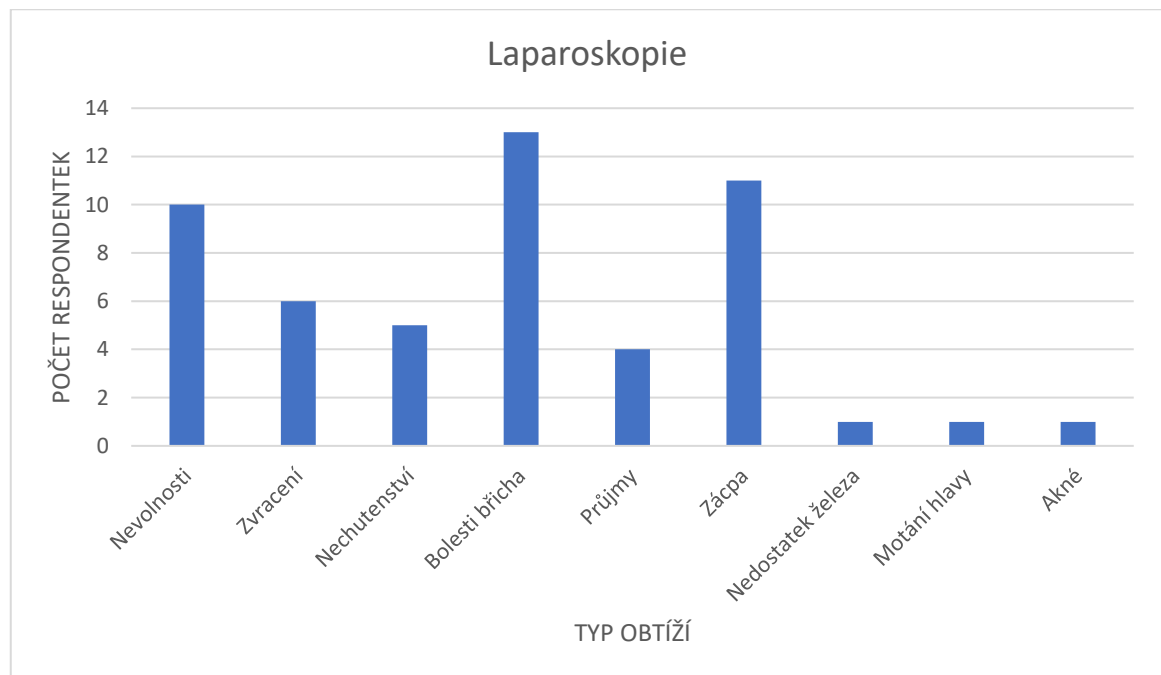


Následující otázky byly stavěny tak, abych se dozvěděla co nejvíce ohledně vztahu výživy a endometriózy.

Zprvu jsem se ptala respondentek, které podstoupily laparoskopické či chirurgické ošetření endometriózy, zda měly pooperačně nějaké obtíže (např. nevolnosti, zvracení, průjem, zácpa). Tuto otázku zodpovědělo celkem 33 respondentek, z nichž 14 podstoupilo chirurgické ošetření endometriózy a 19 respondentek pak laparoskopické ošetření endometriózy. Otázka byla otevřená s možností napsat vlastní odpověď. Uváděné pooperační obtíže u respondentek, které podstoupily laparoskopické ošetření endometriomů jsou znázorněny v grafu č.19. Pooperační obtíže, které uváděly respondentky po chirurgickém ošetření endometriózy jsou znázorněny v grafu č.20.

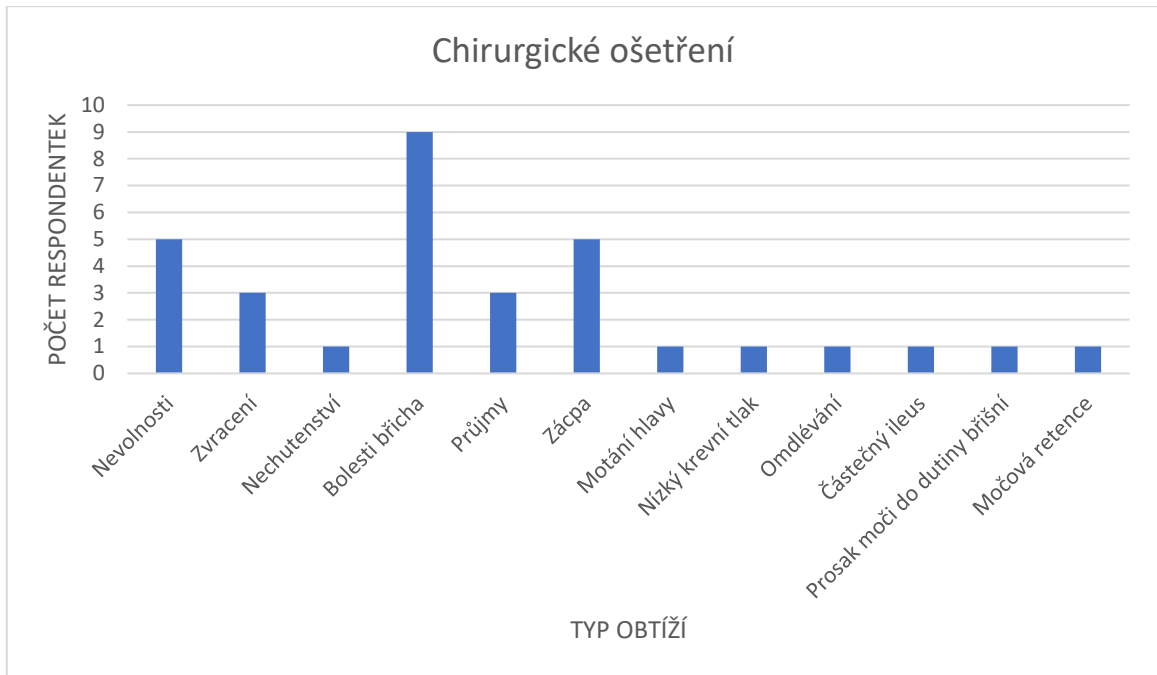
Respondentky, které podstoupily laparoskopické ošetření endometriomů nejčastěji uváděly pooperačně bolesti břicha, zácpu, nevolnosti, zvracení, nechutenství a průjemy. Dále byly uvedeny například pooperační nedostatek železa, motání hlavy či výskyt akné.

Graf č.19.: Pooperační obtíže (laparoskopie) – sloupcové znázornění



Respondentky, které podstoupily chirurgické ošetření endometriózy uváděly stejně jako respondentky po laparoskopickém ošetření nejčastěji pooperační bolesti břicha, nevolnosti, zácpu, zvracení a průjemy. Dále pak některé respondentky uvedly nízký krevní tlak, motání hlavy, omdlávání, močovou retenci. U jedné z respondentek došlo k rozvinutí částečného ileu, a u jiné pak k prosáknutí moči do dutiny břišní.

Graf č.20.: Pooperační obtíže (chirurgické ošetření) – sloupcové znázornění



Následujících devět otázek bylo směřováno na zjištění, zda se respondentky během své léčby s endometriózou setkaly s nutričním terapeutem, zda jim během léčby byl indikován sipping či parenterální výživa. Pokud respondentky zodpověděly, že se během své léčby s endometriózou setkaly s nutričním terapeutem, tázala jsem se jich, zda byly nutričním terapeutem vyšetřeny a edukovány, a v jaké fázi léčby s nimi nutriční terapeut pracoval. V případě, že respondentky uvedly, že během léčby jim byl indikován sipping, ptala jsem se jich opět v jaké fázi léčby jim byl sipping indikován, a zda ho tolerovaly. V neposlední řadě jsem se pak ptala, pouze informativně, zda měly během léčby indikovanou parenterální výživu.

Ze všech 110 respondentek se pouze 4 z nich setkaly během léčby endometriózy s nutričním terapeutem. Pouze u dvou ze čtyř dotazovaných došlo k vyšetření a edukaci nutričním terapeutem. Ke kontaktu s nutričním terapeutem u těchto dvou respondentek došlo jak v předoperačním, tak i v pooperačním období. Tak nízký počet respondentek může souviset s faktem, že ne všechny pacientky jsou v nemocnici obeznámeny s tím, že mohou zažádat o péči ze stran nutričního terapeuta (ať již během hospitalizace ke zlepšení pooperační realimentace, tak využít rad ohledně úpravy jídelníčku). Dalším faktorem, který vedl k tak nízkému počtu respondentek mohl být ten, že drtivá většina nemá o nutričních terapeutech žádné ponětí, a pokud již vědí, že někdo takový v nemocnici působí, tak ho často oslovují jako „dietka“ či „dietní sestra“.

Ze 110 respondentek pouze 9 užívalo během léčby sipping. 1 respondentka užívala sipping předoperačně, 6 respondentek užívalo sipping pooperačně, 1 respondentka užívala sipping jak předoperačně, tak i pooperačně, a poslední respondentka uvedla, že sipping užívá nyní. Pooperační indikace sippingu probíhala v prvních dnech na JIP, v rámci realimentace.

Dále jsem se těchto respondentek tázala, zda tolerovaly sipping. Jedna respondentka uvedla, že si nepamatuje, zda tolerovala sipping, dvě respondentky sipping netolerovaly a zbylých 6 respondentek tolerovalo sipping dobře. Respondentky, které uvedly, že sipping netolerovaly uváděly zvracení a pocit těžkosti po vypití sippingu.

U čtyř respondentek z celého výzkumného souboru byla indikována pooperačně parenterální výživa. Dvě ze čtyř respondentek pak měly také pooperačně indikovaný sipping (jedna s dobrou tolerancí a druhá se špatnou tolerancí sippingu).

Bohužel konečný soubor pacientek byl natolik malý, že jsem s tímto souborem respondentek nemohla řádně pracovat a následně vyvodit a uvést závěry.

Dále jsem zjišťovala, zda respondentky před diagnostikováním endometriózy dodržovaly nějakou dietu. Chtěla jsem zjistit, zda některá z respondentek dodržovala některou z diet, u které se spekuluje o jejím možném protektivním charakteru.

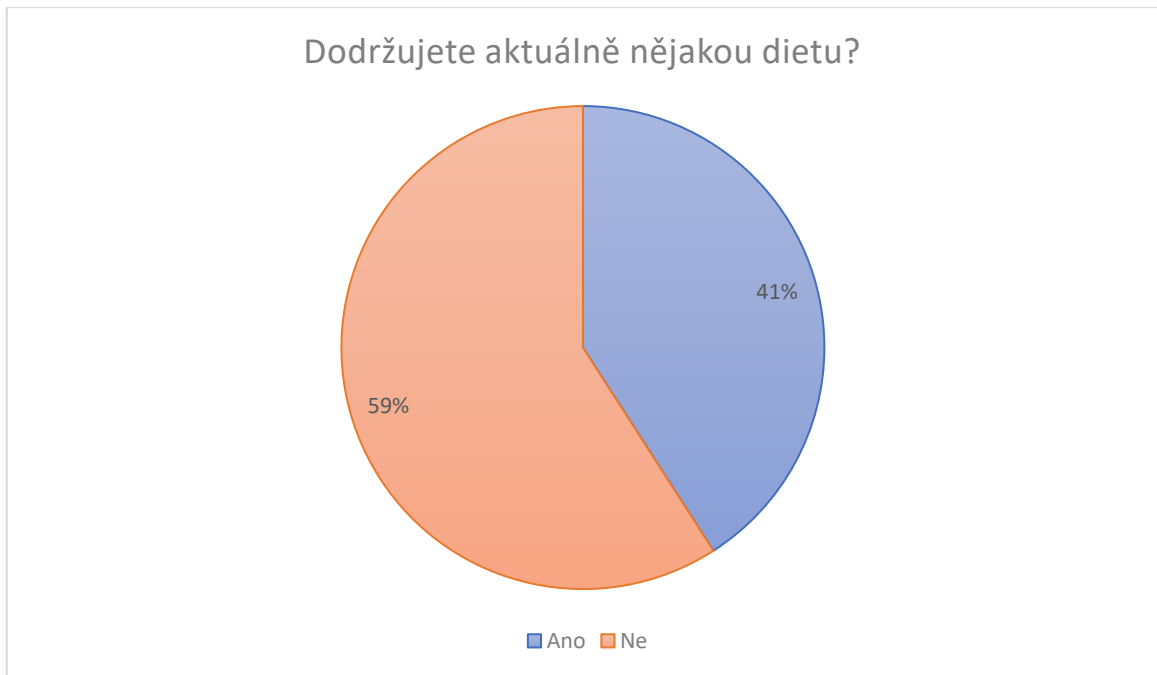
26 z celkových 110 respondentek uvedlo, že dodržovaly před diagnostikováním endometriózy nějakou dietu. 12 respondentek uvedlo, že dodržovaly bezlepkovou dietu, dvě z těchto respondentek měly již diagnostikovanou celiakii, zbylé respondentky dodržovaly bezlepkovou dietu kvůli zažívacím obtížím, nejčastěji kvůli nafouknutému břichu, bez předešlé konzultace s lékařem či potvrzením celiakie. 11 respondentek uvedlo, že v minulosti dodržovaly dietu bez mléčných výrobků, 2 z 11 respondentek pak uvedly, že trpí intolerancí mléka a mléčných výrobků. Dále byly uváděny diety vegetariánská a veganská, low carb dieta, přerušovaný půst, nízkohistaminová dieta, dieta bezezbytková a endodieta. V neposlední řadě respondentky uváděly omezení cukru, alkoholu a kávy z jídelníčku.

Vzorek respondentek byl i zde velmi malý, a ani v takto malém vzorku se nenašla respondentka, která by v minulosti dodržovala některou z protektivních diet. Často tyto respondentky uváděly, že určitou dietu dodržovaly z důvodu intolerance (lepku, mléka) či kvůli zažívacím obtížím, které jim tyto potraviny způsobovaly.

Od 33 otázky jsem se zaměřovala na zjištění aktuálních stravovacích zvyklostí respondentek.

Ve 33. otázce jsem se respondentek tázala, zda aktuálně dodržují nějakou dietu. Na výběr bylo celkem ze tří odpovědí – *ano*, *ne*, *nechci odpovídat*. Tuto otázku zodpovědělo všech 110 respondentek řádně. Výsledky této otázky jsou zaznamenány v grafu č.21.

Graf č.21.: Dodržujete aktuálně nějakou dietu? – kruhové znázornění



Pokud respondentky odpověděly, že aktuálně dodržují nějakou dietu, otevřela se jim navazující otázka, která byla otevřená, a do které mohly respondentky vyspat jakou dietu dodržují. Celkem 40 respondentek uvedlo, že aktuálně dodržují nějakou dietu.

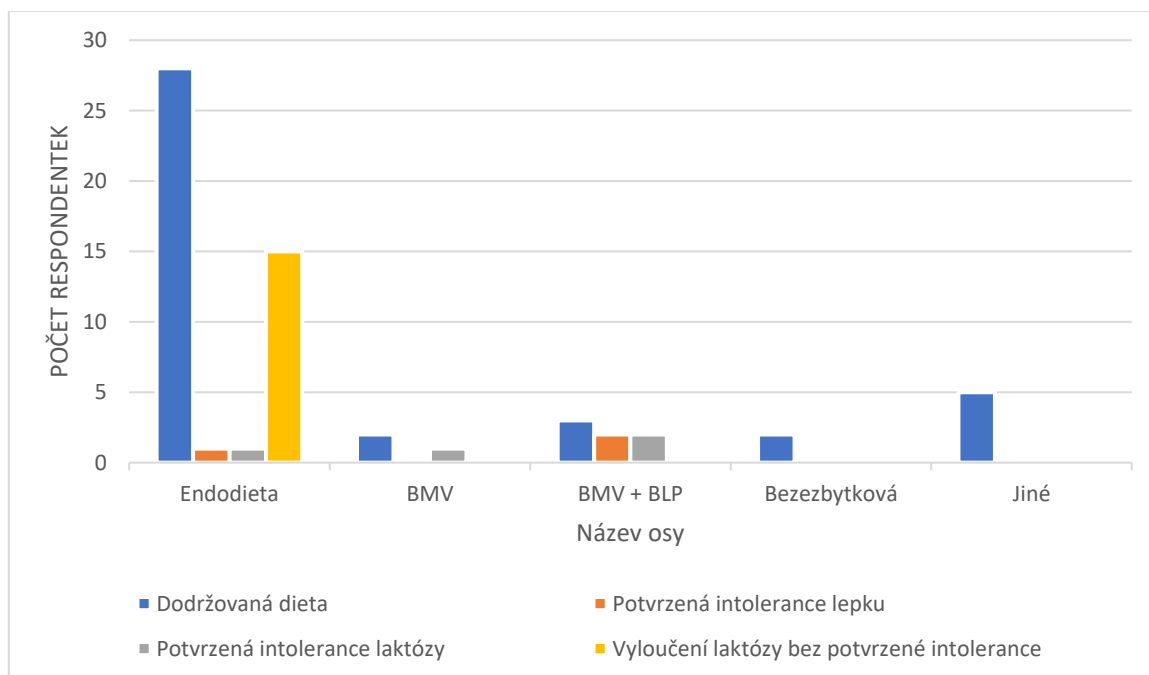
Zaznamenané diety jsou znázorněné v grafu č.22. Modré sloupce vyjadřují, jakou dietu respondentky dodržovaly, oranžové sloupce pak vyjadřují, kolik respondentek uvedlo, že mají potvrzenou intoleranci lepku. Šedé sloupce vyjadřují, kolik respondentek uvedlo, že mají potvrzenou intoleranci laktózy, a v neposlední žluté sloupce znázorňují, kolik respondentek uvedlo, že si v rámci endodiety omezilo nebo zcela vyloučilo laktózu z jídelníčku bez předešlého potvrzení intolerance laktózy.

Nejčastěji uváděnou dietou byla endodieta, tu v dotazníku uvedlo 28 respondentek, z nichž 15 uvedlo, že si v rámci endodiety omezily nebo úplně vyřadily mléko, mléčné výrobky bez předešlého potvrzení laktózové intolerance. Pouze jedna respondentka, která aktuálně dodržovala endodietu uvedla, že má potvrzenou intoleranci jak lepku, tak i laktózy. Respondentky, které uvedly, že si v rámci endodiety omezily nebo zcela vyloučily laktózu dále v dotazníku často uváděly, že jim výrobky obsahující laktózu způsobují zažívací obtíže a nadýmání.

5 respondentek uvedlo, že dodržují jinou dietu než endodietu, bezlepkovou, bezlaktózou či bezezbytkovou. Jednalo se o vegetariánskou stravu kombinovanou s endodietou a bezlepkovou dietou; stravu s omezením smažených, tučných a kořeněných jídel; přerušovaný půst; veganskou stravu s omezením cukru a lepku a jako poslední byla uvedena nízkohistaminová dieta s vyloučením laktózy.

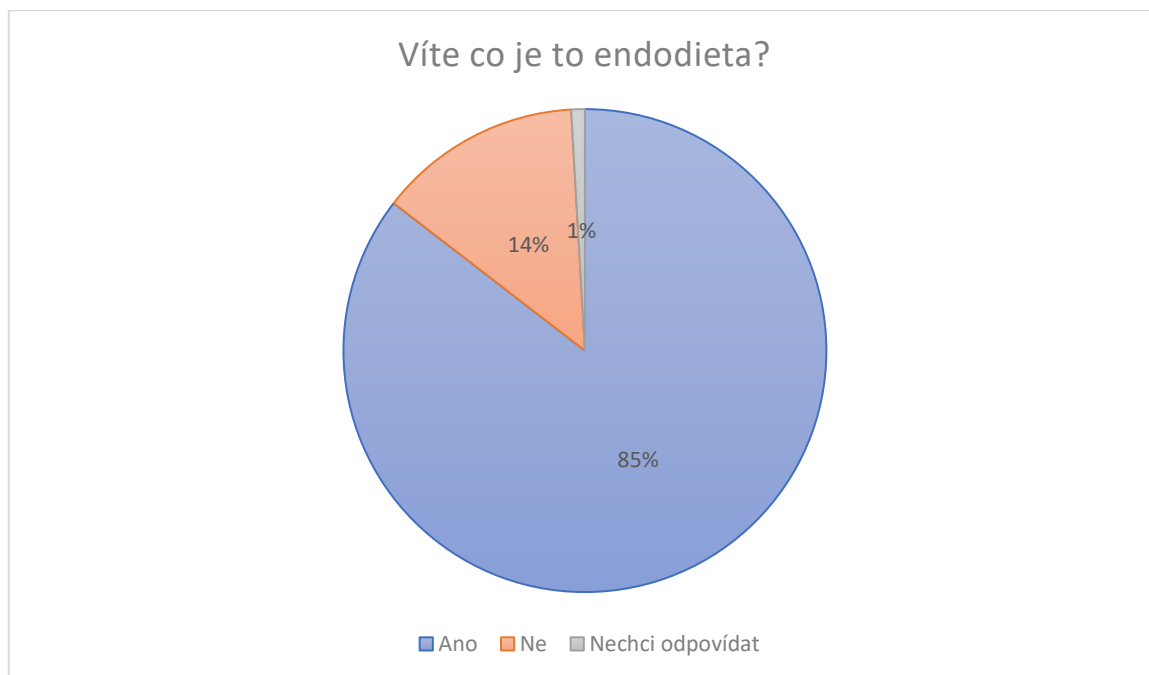
2 respondentky uvedly, že během účasti ve výzkumu dodržovaly dietu bezezbytkovou v rámci pooperační péče.

Graf č.22.: Dodržované diety – sloupcové znázornění



V 36. otázce jsem se všech respondentek dotazovala, zda vědí, co je to endodieta. Otázka byla uzavřená s možností výběru ze tří odpovědí – *ano*, *ne*, *nechci odpovídat*. 94 respondentek z celkových 110 mělo povědomí ohledně endodiety, 15 respondentek uvedlo, že endodietu neznají a pouze jedna respondentka označila odpověď – *nechci odpovídat*. Zaznamenané odpovědi jsou znázorněné v grafu č.23.

Graf č.23.: Povědomí o endodietě – kruhové znázornění

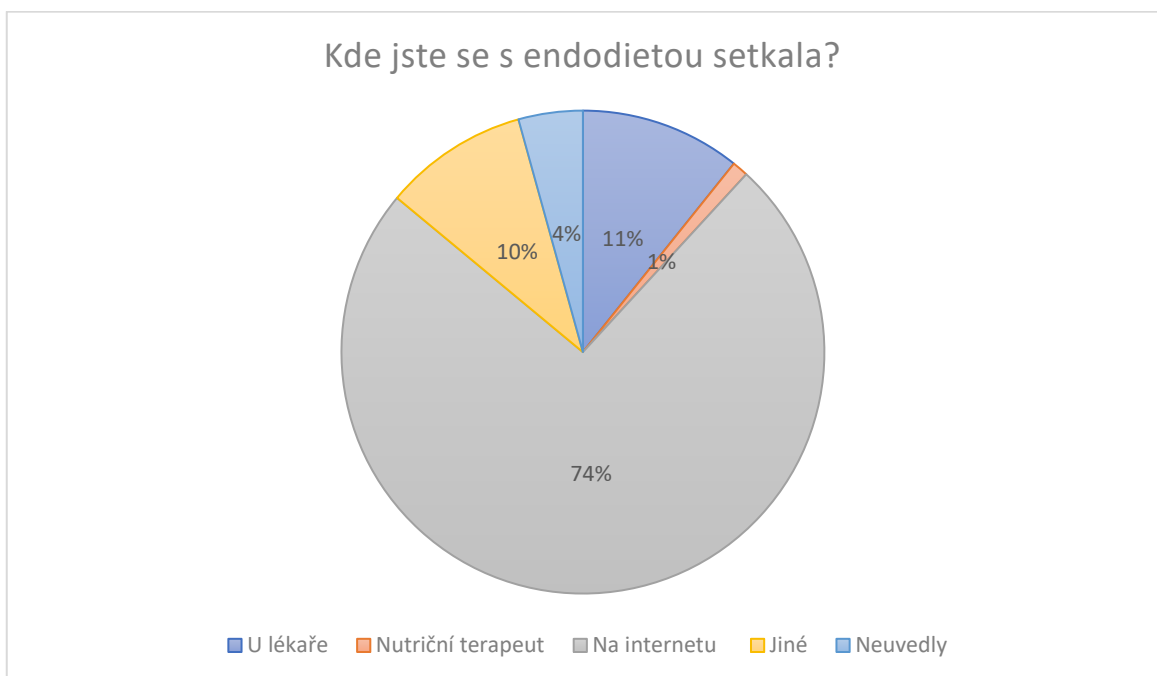


Pokud respondentky v předchozí odpovědi označily odpověď – *ano*, otevřela se jim navazující otázka, ve které jsem se tázala, kde se s endodietou setkaly. Otázka byla otevřená s možností vlastní odpovědi. Zaznamenané odpovědi jsou znázorněné v grafu č.24.

Nejčastěji respondentky uváděly, že se s pojmem endodieta setkaly na internetu. Drtivá většina těchto respondentek uváděla uzavřenou skupinu pro ženy s endometriózou na Facebooku, kde je endodieta často diskutovaným tématem. Některé respondentky zmiňovaly také stránky Endotalks a jejich podcasty.

Dále respondentky uváděly, že informace ohledně endodiety získaly od kamarádky či po konzultaci s fytotherapeutkou. Jedna respondentka uvedla, že je sama nutriční terapeutka, tudíž měla ohledně endodiety povědomí již v minulosti. Další respondentka pak uvedla, že začala endodietu dodržovat intuitivně sama po diagnostikování endometriózy, a následně se na internetu dozvěděla o endodietě.

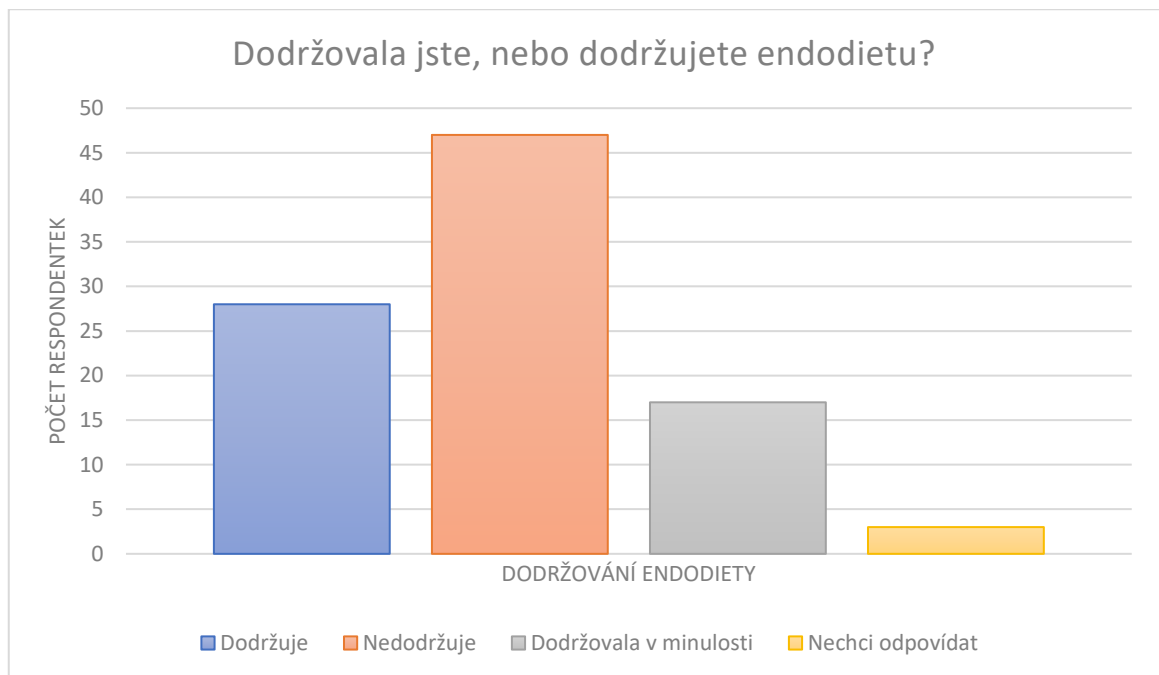
Graf č.24.: Kde se respondentky setkaly s endodietou – kruhové znázornění



Následující otázka byla opět otevřená pouze respondentkám, které v otázce č.36. označily, že znají endodietu. V této otázce jsem se respondentek ptala, zda dodržují endodietu, nebo ji dodržovaly v minulosti. Otázka byla uzavřená s možností výběru ze čtyř odpovědí – *Dodržuji nyní. Nikdy jsem ji nedodržovala. Dodržovala jsem jí v minulosti. Nevím/nechci odpovídat.* Výsledky této otázky jsou znázorněné v grafu č.25.

Otázka byla pouze informativní.

Graf č.25.: Dodržování endodiety – sloupcové znázornění

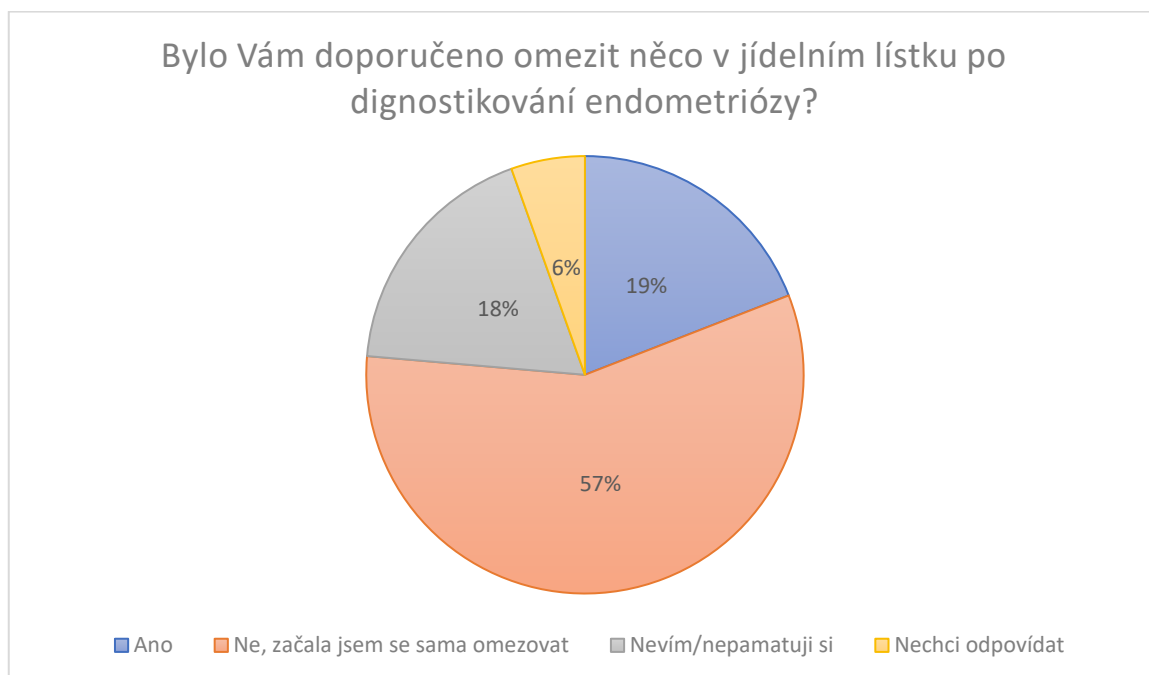


Poslední otázky byly zaměřené na zjištění, které potraviny respondentky po diagnostikování endometriózy zařadily či omezily, ať již samovolně či na doporučení. Zjišťovala jsem také, zda respondentky vyzorovaly, jestli jim nějaké potraviny ulehčují od obtíží spojenými s endometriózou, či naopak jim tyto obtíže zhoršují.

V otázce č.43. jsem se respondentek ptala, zda jim bylo doporučeno omezit něco v jídelním lístku v souvislosti s diagnostikovanou endometriózou. Otázka byla uzavřená s možností výběru ze čtyř odpovědí – *Ano. Ne, sama jsem si začala omezovat. Nevím. Nechci odpovídat.* Výsledky této otázky jsou znázorněné v grafu č.26.

Respondentky si z velké většiny začaly omezovat potraviny z jídelníčku samy poté, co si přečetly informace převážně z internetu. Obvykle se jednalo o omezování či absolutní vyloučení lepku a laktózy. Dále respondentky uváděly omezení cukrů a sladkých pokrmů, kofeinu, alkoholu a také potravin obsahujících fytoestrogeny. Z velké většiny se jednalo o období endodiety, bohužel velká většina respondentek uváděla, že vyloučila laktózu z jídelníčku, i když jim nezpůsobovala žádné problémy. Důvodem vyloučení laktózy bylo, že si přečetly diskuzi na internetu, nebo jim to bylo doporučeno druhou osobou (obvykle bez odborného vzdělání).

Graf č.26.: Bylo respondentkám doporučeno omezit potraviny v jídelníčku? – kruhové znázornění

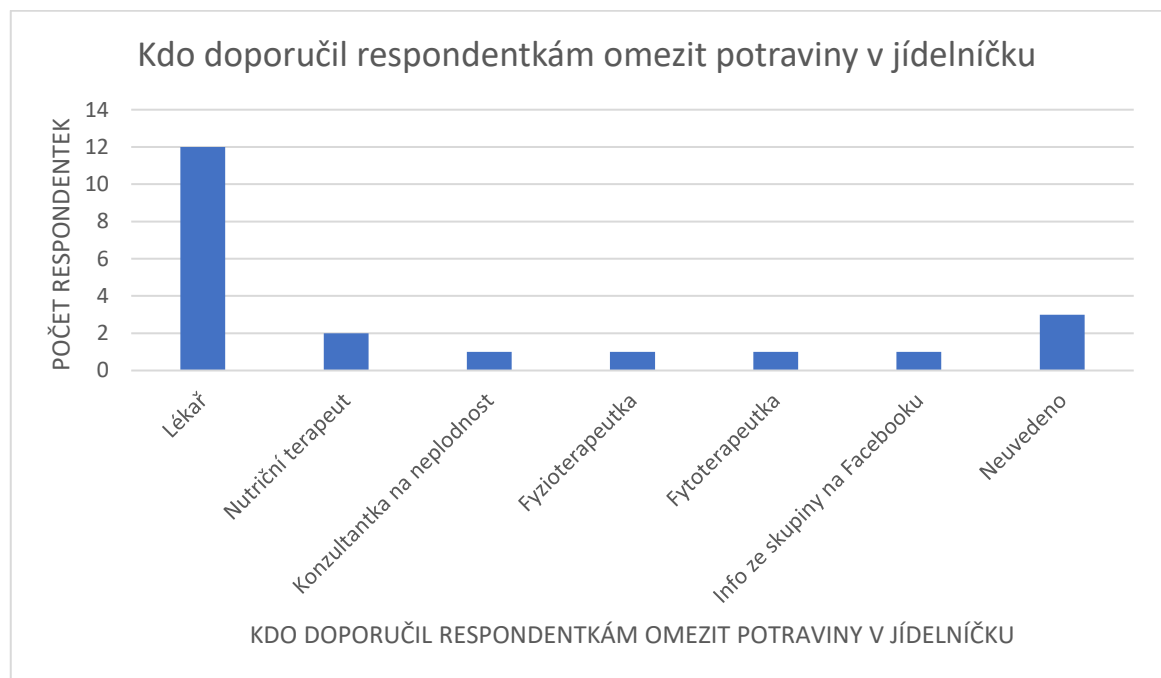


Pokud respondentky v předchozí otázce uvedly, že jim bylo doporučeno omezit něco z jídelního lístku v souvislosti s endometriózou, otevřela se jim navazující otevřená otázka, kde jsem respondentky požádala, aby uvedly, kdo jim doporučil omezit si něco z jídelníčku, a co konkrétního jim bylo doporučeno omezit či vynechat.

V grafu č.27. jsou uvedeny všechny varianty odpovědí z této otázky, respektive kdo doporučil respondentkám upravit jídelníček.

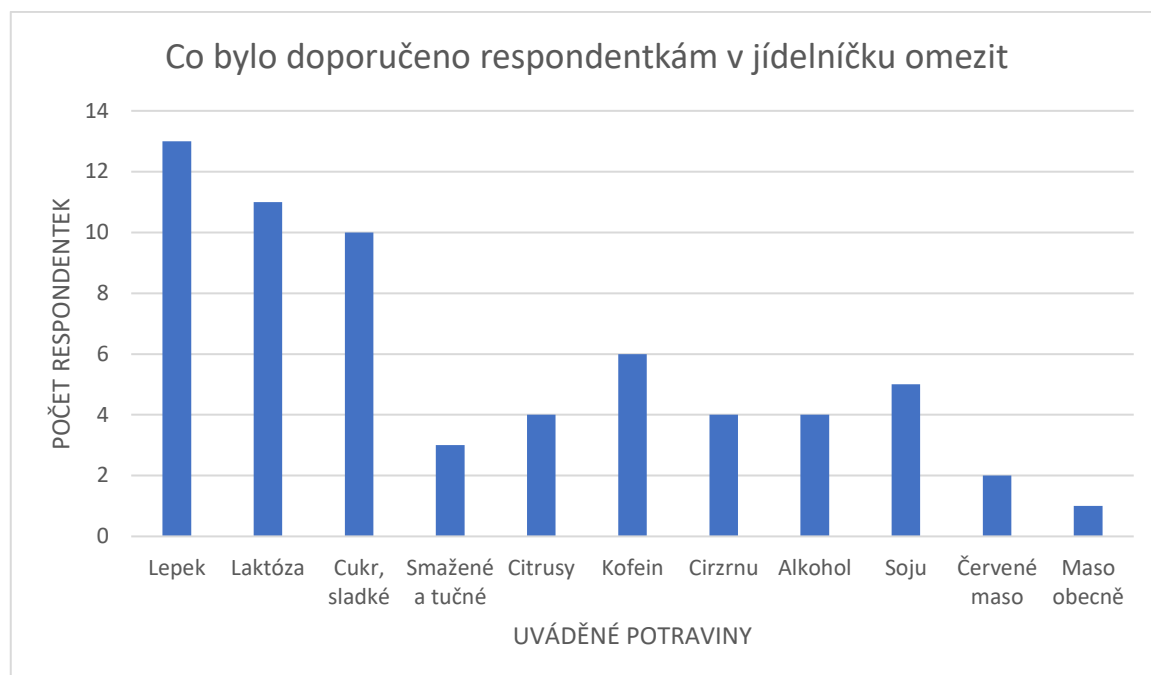
Nejčastěji respondentky uváděly, že jim omezení určitých potravin v jídelníčku doporučil lékař. Dvě respondentky uvedly, že jim bylo doporučeno nutričním terapeutem omezit potraviny nevhodné při bezsezbytkové dietě (v rámci pooperační realimentace).

Graf č.27.: Dodržování endodiety – sloupcové znázornění



Graf č.28. znázorňuje, jaké potraviny byly respondentkám doporučeno omezit. Bohužel ve většině případů bylo respondentkám doporučováno omezit či zcela vyloučit lepek a laktózu i přes fakt, že neměly potvrzenou intoleranci ať již lepku či laktózy. Dále respondentky uváděly, že jim bylo doporučeno omezit cukr, sladké potraviny, kofein, sóju, cizrnu, citrusové plody či alkohol. Ve třech případech bylo respondentkám doporučeno z jídelníčku zcela vyřadit maso (červené maso a maso obecně).

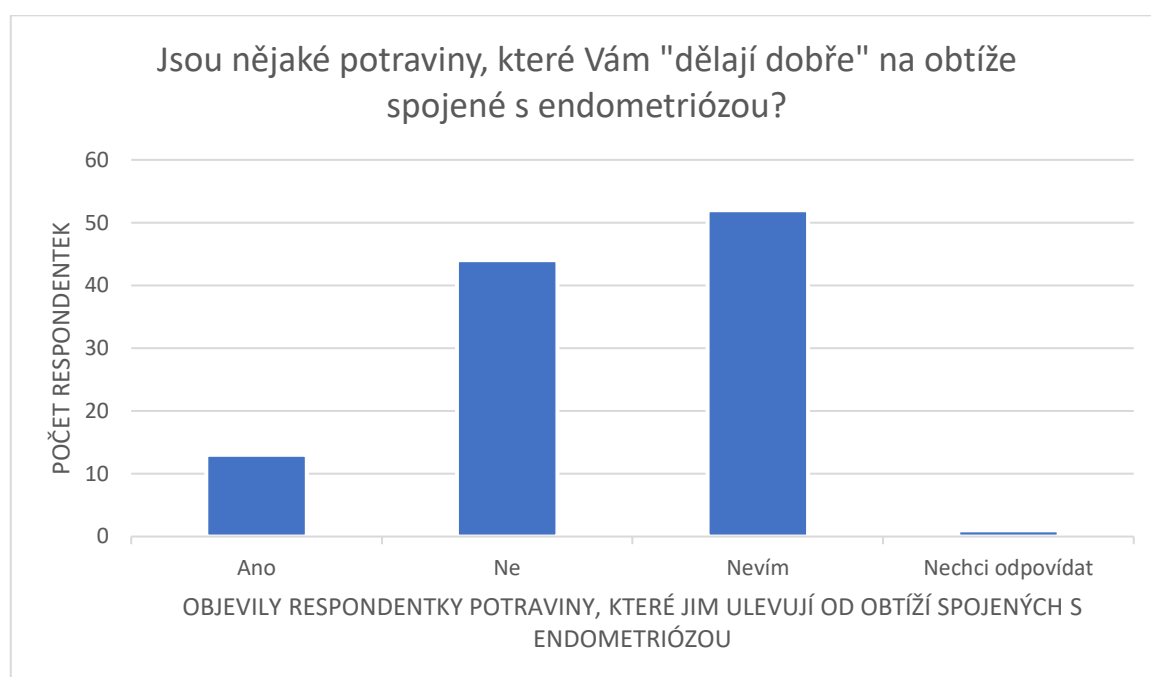
Graf č.28.: Dodržování endodiety – sloupcové znázornění



Ve 46. otázce jsem se respondentek ptala, zda jsou nějaké potraviny, které jim ulehčují nebo ulevují od obtíží spojených s endometriózou. Otázka byla uzavřená s možností výběru ze čtyř odpovědí – *Ano*. *Ne*. *Nevím*. *Nechci odpovídat*. Zaznamenané odpovědi jsou znázorněné v grafu č.29.

44 respondentek označilo odpověď *ne*, 52 respondentek označilo odpověď *nevím*, a 1 respondentka označila odpověď *nechci odpovídat*. Pouze 13 respondentek z celkových 110 odpovědělo v této otázce kladně. Pro těchto 13 respondentek byla připravena navazující otázka, kde jsem respondentky poprosila, aby uvedly, jaké potraviny jim ulehčují od obtíží spojených s endometriózou, a jakým způsobem jim ulevují. Tato navazující otázka byla otevřená s možností napsání vlastní odpovědi. Z těchto 13 respondentek pouze jedna respondentka nevyužila navazující otázky, tudíž nenapsala, jaké potraviny jí ulevují. Potraviny a jejich působení jsou zaznamenány v tabulce č.1.

Graf č.29.: Jsou nějaké potraviny, které Vám ulevují od obtíží spojených s endometriózou? – sloupcové znázornění



V tabulce č.1. jsou vypsané potraviny a jejich působení na obtíže spojené s endometriózou. Jedná se o uváděné informace od respondentek v rámci předchozí otázky. Nejedná se o tabulku, ve které bych se snažila doporučit respondentkám s endometriózou jaké potraviny do jídelníčku zařadit. Zaznamenané údaje jsou zcela informativní a nejsou nijak závazné. Jedná se pouze o ukázkou zaznamenaných údajů, nikoli však o doporučení, vzhledem k tomu, že každá z respondentek je zcela individuální a něco, co dělá dobře jedné respondentce může druhé naopak uškodit. Každá žena s endometriózou by si měla vysledovat, jaké potraviny jí ulevují od obtíží, a následně ideálně konzultovat s odborníkem – nutriční terapeut nebo lékař nutricionista.

Tabulka je pouze informativní a jejím hlavním cílem bylo vyzorovat a popřípadě pochopit jídelní chování žen s endometriózou.

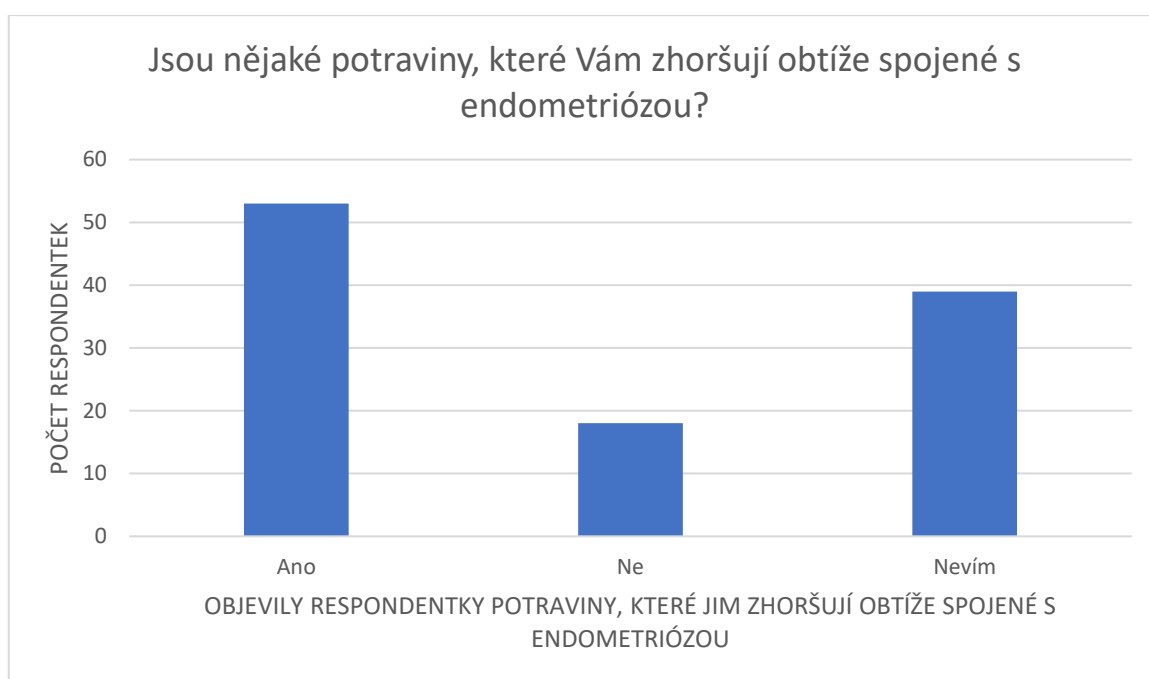
Tabulka č.1.: Jaké potraviny respondentkám ulevovaly od obtíží spojených s endometriózou, a jakým způsobem působily

Potravina/potraviny	Jak u respondentek působily na obtíže spojené s endometriózou
Bylinky, zelenina, hořčík	Respondentka neví
Bylinné čaje	Respondentka je skoro bez obtíží
Mléčné výrobky	Lepší vyprazdňování
Fermentované potraviny	Lepší trávení a vyprazdňování
Zelenina, ovoce, domácí kombucha	Lepší trávení, ústup nafouklého břicha a zácpy, dodání energie
Bylinné čaje	Zmírnění menstruačních bolestí i bolestí střev během menstruace
Hroznové víno	Ústup bolestí
Vajíčko	Neuvedeno
Bylinky společně s endodietou	Vymizení bolestivé menstruace a ovulace
Ovoce, bezlaktózový kefir, Magnosolv	Ústup zácpy a nadýmání, snížení bolestí břicha
Zelenina	Neuvedeno
Potraviny změkčující stolici	Méně bolestivé vyprazdňování

V otázce č.49. jsem se respondentek tázala, zda jsou nějaké potraviny, které jim naopak zhoršují obtíže spojené s endometriózou. Otázka byla i zde uzavřená s možností výběru ze čtyř odpovědí – *Ano. Ne. Nevím. Nechci odpovídat.* Odpovědi zaznamenané z otázky č.49. jsou znázorněné v grafu č.30.

18 respondentek označilo odpověď *ne*, 39 respondentek označilo odpověď *nevím*. Odpověď *nechci odpovídat* neoznačila žádná ze 110 dotazovaných respondentek. Celkem 53 respondentek odpovědělo kladně. Pro tyto respondentky byla taktéž vytvořena navazující uzavřená otázka, ve které jsem poprosila respondentky napsat, jaké potraviny jim zhoršují obtíže spojené s endometriózou, a jaké obtíže jim zhoršují. Potraviny a jejich působení jsou zaznamenané v tabulce č.2. a tabulce č.3.

Graf č.30.: Jsou nějaké potraviny, které Vám zhoršují obtíže spojené s endometriózou? – sloupcové znázornění



V tabulce č.2. jsou zaznamenány potraviny a jejich negativní působení na obtíže spojené s endometriózou. Opět se jedná se o uváděné informace od respondentek v rámci výzkumu. I zde, se nejedná se o tabulku, ve které bych se snažila doporučit respondentkám s endometriózou jaké potraviny z jídelníčku omezit nebo vyloučit. Údaje zaznamenané v tabulce č.2 a tabulce č.3. jsou pouze informativní a rozhodně nejsou myšlené jako doporučení jaké potraviny omezit či vyloučit z jídelníčku při diagnostikové endometrióze. Jak jsem psala výše, každá respondentka i pacientka s endometriózou je zcela individuální, a něco, co může jiné ženě s endometriózou pomáhat či zhoršovat obtíže spojené s endometriózou může působit zcela opačně na jinou ženu. Je velice důležité, aby každá žena s endometriózou vyzorovala, které potraviny jí zhoršují obtíže spojené s endometriózou a na základě vlastní zkušenosti je poté omezila. V ideálním případě by každá taková změna v jídelníčku měla být konzultována s vystudovaným odborníkem – nutriční terapeut nebo lékař nutricionista.

Tabulky slouží pouze jako informativní a jejich hlavním cílem bylo vyzorovat a popřípadě pochopit jídelní chování žen s endometriózou.

Tabulka č.2.: Jaké potraviny respondentkám zhoršovaly obtíže spojené s endometriózou, a jakým způsobem působily.

Potravina/potraviny	Jak na respondentky působily	Kolik respondentek uvedlo
Lepek	Endobelly	1
	Bolesti v podbřišku	2
	Zácpa	1
Mléčné produkty (laktóza)	Průjem	6
	Nadýmání	2
	Křeče	1
	Bolestivé vyprazdňování	1
Luštěniny	Nadýmání	2
	Bolesti břicha	1
Sója	Bolesti břicha a podbřišku	2
	Nafouklý podbříšek	1
Káva (kofein)	Nadýmání	1
	Průjmy	1
Alkohol	Intenzivnější bolesti	3
Průmyslově zpracované potraviny	Trávicí obtíže	1
Živočišné produkty (maso, mléčné výrobky...)	Pocit plnosti a těžkosti	1
Čokoláda	Zácpa	1
Sladké snídaně	Slabost	1
	Nauzea	1
Mák	Průjem	1

Tabulka č.3.: Jaké potraviny respondentkám zhoršovaly obtíže spojené s endometriózou, a jakým způsobem působily.

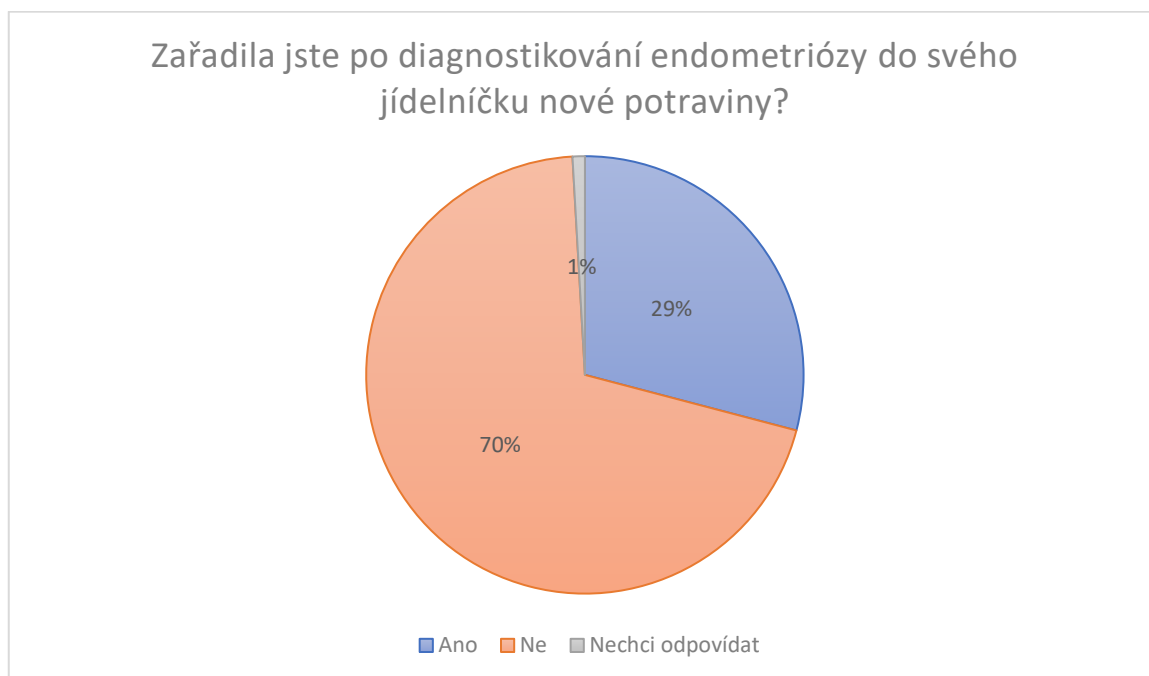
Potravina/potraviny	Jak na respondentky působily	Kolik respondentek uvedlo
Lepek, laktóza	Nafouklé břicho	3
	Nadýmání	3
	Průjem	3
Lepek, cukr (sladkosti, kynuté...)	Zácpa	1
	Nadýmání	1
Lepek, káva (kofein)	Zhoršení nafouklého břicha	1
Lepek, cukr, kofein	Bolestivá menstruace a ovulace	1
Lepek, laktóza, alkohol	Zácpa	1
	Bolesti při trávení	1
	Bolesti v podbřišku	2
Lepek, laktóza, kofein, alkohol	Nauzea	1
	Bolesti břicha	1
	Průjmy	1
	Teploty	1
Lepek, laktóza, kynuté sladké, smažené pokrmy	Zaživací obtíže	1
	Plynatost	1
	Nafouklé břicho	1
	Bolesti žaludku	1
Laktóza, kofein, alkohol, tučné pokrmy	Zvětšení menstruačních bolestí	1
	Bolesti střev počas menstruace	1
Mléčné výrobky, alkohol	Bolesti břicha	1
	Nadýmání	1
	Špatné trávení	1
Mléčné výrobky, kofein, cukry (sladké pokrmy)	Větší menstruační bolesti	1
Alkohol, sladké pokrmy	Zvětšení bolestí břicha	1
Alkohol, kofein, sladké pokrmy	Nafouklé břicho	1
	Tenze	1
	Křeče v podbřišku	1
Alkohol, červené maso, sója	Bolesti v místě ložisek endometriózy	1
Kofein, sladké pokrmy	Nadýmání	1
Sladké pokrmy, tučné maso	Trávicí obtíže	1
Maso, česnek	Silnější bolesti	1
Pečivo, luštěniny, ořechy	Nadýmání	1
	Zácpy či průjmy	1
Cibule, fazole, hrášek	Nadýmání	1

V poslední části dotazníku jsem se respondentek tázala, zda po diagnostikování endometriózy zařadily do jídelníčku nějaké nové potraviny, zda nějaké potraviny naopak omezily nebo vyloučily, a jaký to mělo vliv na jejich zdravotní stav (v rámci endometriózy).

V otázce č.58. jsem se respondentek ptala, zda po diagnostikování endometriózy zařadily do svého jídelníčku nějaké nové potraviny. Otázka byla uzavřená s možností výběru ze tří odpovědí – *Ano. Ne. Nechci odpovídat.* Graf č.31. znázorňuje, kolik respondentek zařadilo po diagnostikování endometriózy do jídelníčku nové potraviny.

Pro respondentky, které v otázce č.58. označily odpověď *ano* byla následně otevřena navazující otázka, ve které jsem respondentky poprosila, aby napsaly, jakou potravinu zařadily do jídelníčku, a jak tato potravina ovlivnila jejich zdravotní stav (v rámci endometriózy). Otázka byla otevřená s možností vlastní odpovědi, odpovědi respondentek jsou zaznamenané v tabulce č.4.

Graf č.31.: Zařazení nových potravin do jídelníčku – kruhové znázornění



V tabulce č.4. jsou zaznamenané hrubé údaje, které uvedly respondentky v otázce, kde jsem se respondentek tázala, jaké potraviny zařadily do svého jídelníčku, a jaký mělo zařazení těchto potravin vliv na jejich zdravotní stav spojený s endometriózou. Tabulka je čistě informativní a nenese žádná doporučení ohledně toho, jak by se měly ženy s endometriózou stravovat.

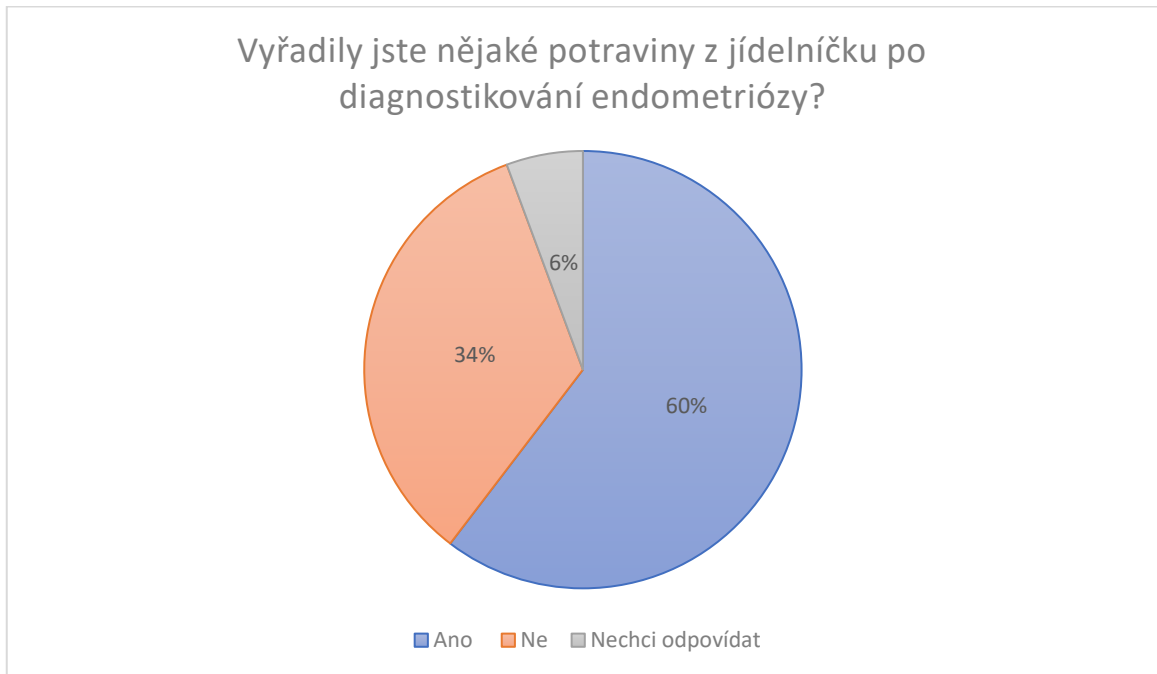
Obvykle respondentky uváděly zařazení většího množství ovoce a zeleniny, ryb, bezlepkových potravin či bezlaktózových výrobků. Výjimkou nebylo ani zařazení bylinek či například doplňků stravy (jaké doplňky stravy respondentky užívaly blíže nespecifikovaly). Většina respondentek uváděla, že pocítily například zlepšení trávení či vyprazdňování, zmírnily se menstruační bolesti, zmizelo nafouklé břicho či došlo ke zvýšení energie během dne. Některé respondentky však také uváděly, že nepocítily žádné změny k lepšímu, ale jejich stav se ani nezhoršoval.

Tabulka č.4.: Jaké potraviny respondentky zařadily do jídelníčku a jejich vliv na zdravotní stav spojený s endometriózou

Potravina/potraviny	Jak se změnil zdravotní stav po jejich zařazení
Bezlaktózové výrobky	Zlepšení trávení a vyprazdňování Nemá nafouklé břicho, více energie
Bezlepkové výrobky	Nemá nafouklé břicho, více energie
Více ryb, játra, doplňky stravy	Zlepšení zažívání
Více zeleniny	Dodání vitamínů
Více ovoce	Lepší kondice
Více zeleniny a bobulovin	Nijak výrazně
Více zeleniny a luštěnin	Zatím nemůže posoudit
Více zeleniny a mléčných bezlaktózových výrobků	Pouze obohatilo jídelníček
Více zeleniny, luštěnin, ryb	Není si jistá
Více zeleniny a ovoce, zdravé řasy, houby, probiotika a prebiotika	Více energie
Více ryb a zdravých tuků (ořechy, semínka, rostlinná mléka)	Neví
Více ovoce a zeleniny, červené maso nahrazuje rybami	Zatím neví, ale udává zmírnění obtíží
Více ovoce a zeleniny, ryby, doplňky stravy, pupalka	Lepší zažívání
Bobulovité ovoce, quinoa, rýžové těstoviny	Necítí žádný rozdíl, ale dělá to preventivně
Avokádo, luštěniny	Dobře
Avokádo, zdravé oleje	K lepšímu
Klíčky, rukolu, ledový salát a ostatní zelené potraviny, celkově více zeleniny (dříve tolik nekonzumovala)	Cítí se lépe Nemá tolik nafouklé břicho jako dříve
Doplňky stravy, bylinky	Kladně
Pohanka, přirozeně bezlepkové potraviny	Mírný ústup bolestí
Jáhly, bezlepkové mouky	Zlepšil se
Ghí máslo, kefirové mléko	Cítí se lépe
Kimchi, kombucha	Zlepšení vyprazdňování
Tofu	Neuvedeno
Kopřiva, maliník, vitamin E, ryby, hlíva ústříčná, rakytník	Cítí se lépe
Různé druhy čočky, bezpšeničné těstoviny, quinoa	Nijak
Snaží se jíst zdravěji (omezuje tučná a smažená jídla)	Cítí se lépe
Rostlinné jogurty, vitaminy	Nijak
Doplňky stravy (resveratrol, eleuterokok, omega 3)	Pozorovala zlepšení stavu
Potravinové doplňky	Zmírnění projevů PMS

Otázka č.61. byla uzavřená s možností výběru ze tří odpovědí – *Ano. Ne. Nechci odpovídat.* V této otázce jsem se respondentek tázala, zda po diagnostikování endometriózy naopak z jídelníčku vyřadily nějaké potraviny. Graf č.32. znázorňuje zaznamenané odpovědi z otázky č.61.

Graf č.32.: Vyřazení potravin z jídelníčku – kruhové znázornění



Respondentkám, které v otázce č.61. označily odpověď *ano*, se následně otevřely dvě otevřené navazující otázky, ve kterých jsem respondentky poprosila, aby uvedly, jaké potraviny vyřadily z jídelníčku, a jaký vliv mělo vyřazení těchto potravin na jejich zdravotní stav spojený s endometriózou. Odpovědi respondentek jsou zaznamenané ve dvou tabulkách – tabulka č.5. a tabulka č.6.

Následující dvě tabulky (tabulka č.5. a tabulka č.6.) jsou zcela informativní a nenesou žádné doporučení či tipy pro ženy s endometriózou ohledně toho, jak by se měly stravovat. Jedná se o hrubá data, respektive odpovědi respondentek.

Drtivá většina respondentek uváděla omezení či úplné vyřazení lepku a laktózy bez předchozího potvrzení intolerance lékařem. Tyto respondentky uváděly, že si lepek či laktózu omezily/vyřadily z jídelníčku poté, co si získaly informace na internetu od ostatních žen s endometriózou či po konzultaci s „terapeutem“ bez řádného vysokoškolského vzdělání (ať již v oboru Nutriční terapie či Všeobecné lékařství s následným zaměřením na nutriční). Bohužel se mezi respondentkami našly i takové, co po omezení ať již lepku či laktózy nezaznamenaly žádné zlepšení klinického stavu, ale nadále věří, že když to pomohlo jiné ženě s endometriózou, tak jim to pomůže také. Každá takováto žena s endometriózou by měla zprvu konzultovat omezení/vyřazení lepku či laktózy s nutričním terapeutem nebo lékařem nutricionistou, aby předešla zbytečnému nedostatku živin. Například omezením laktózy může dojít k nedostatku Ca a vitamínu D, což později vede k rozvoji osteomalacie (měknutí kostí).

Dále respondentky uváděly omezení sóji, cukru, sladkých pokrmů, masa, kofeinu či alkoholu. Bohužel i zde některé respondentky uváděly, že omezení potravin nevedlo ke zlepšení ani zmírnění jejich zdravotního stavu, ale i nadále pokračují v eliminaci těchto potravin, jelikož si načetly informace na internetu nebo se jim dostalo informací od druhých osob.

Tabulka č.5.: Jaké potraviny respondentky omezily či vyřadily z jídelníčku a jejich vliv na zdravotní stav spojený s endometriózou

Potravina/potraviny	Jak se změnil zdravotní stav po jejich zařazení
Lepek	Nijak
	Respondentka je toho názoru, že je pšenice vytváří v těle zánět a že je v dnešní době přešlechtěná a nemá žádný přínos pro tělo
	Zmírnění bolesti
Mléčné výrobky	Mírné zlepšení symptomů
	Zlepšení
Sója	Kladně
	Neuvedeno
	Nemá nafouklý podbříšek
Sója (občas si kupovala sójové mléko nebo jogurty)	Nijak, změna nepatrná – bez reakce
Alkohol	Cítí se podstatně lépe
	Cítí se fajn
	Méně migrén
Káva	Ústup bolestí
Celozrnné pečivo	Po konzumaci končí v nemocnici pro bolesti
Bílé pečivo	Cítí se lépe
Sladké	Lépe snáší bolest
Lepek, laktóza	Dobře
	Nijak
Lepek, smažená jídla	Zatím nepozoruje změny
Laktóza, sója	Bez laktózy se cítí lépe. Sóju nekontumovala ve velké míře ani předtím, takže nevidí rozdíl
Laktóza, cukr	Nijak
Mléko obsahující laktózu, pečivo	Neuvedeno
Laktóza, sója, červené maso	Neuvedeno
Lepek, cukr, z části i mléko	Nijak (udává pouze dobrý vnitřní pocit, že dělá něco pro své zdraví)
Lepek, laktóza, cukr	Zlepšil se
	Cítí se lépe
Lepek, laktóza, kofein, vejce, neestrogenní potraviny	Vymizení nadýmání a bolestí břicha
Lepek, cukr, potraviny obsahující histamin	Lepší trávení, menší unavenost, zmizení kopřivky (respondentka s potvrzenou histaminovou intolerancí)
Lepek (konzumuje pouze v domácím kváskovém chlebu), mléko, sóju, cukr, kávu	Zvládá menstruaci bez léků na bolest

Tabulka č.6.: Jaké potraviny respondentky omezily či vyřadily z jídelníčku a jejich vliv na zdravotní stav spojený s endometriózou

Lepek, mléko, cukr, sója, cizrnu, granátové jablko	Úleva od bolestí Respondentka věří, že zabraňuje návratu endometriózy
Lepek, mléčné výrobky, cukr, alkohol, kofein	Lepší trávení a vyprazdňování, zhubla Není schopna posoudit, ale má veliké chutě na všechno možné
Lepek, laktóza, sója, smažená a tučná jídla	Cítí se lépe
Jogurty, káva, alkohol	Zlepšení zažívání
Produkty s lepkem, laktózou, cukrem	Vůbec neovlivnilo stav Zlepšení klinického stavu
Pečivo obsahující lepek, potraviny obsahující laktózu, kofein, potraviny s bílým cukrem	Menší zaživací obtíže
Cukr (slazení), omezení mléka (ráda však pije kávu s mlékem a občas kakao)	Necítí žádnou změnu
Pečivo, sladké	Nepozoruje změny
Sladkosti a nadýmavé potraviny	Člověk nemůže dělat vše, co by chtěl
Obiloviny, bílé pečivo	Zlepšení trávení
Červené maso, sója	Vymizení bolestí
Červené maso, cukr	Nijak zvlášť
Červené maso, citrusy, kofein, alkohol, smažená jídla	Pozitivně, zdravotní stav se nezhoršil
Maso, česnek	Nemá bolesti
Sója, kofein	Pouze zkouší
Sója, kofein, alkohol, červené maso	Neví
Sladké potraviny, tučná jídla, smažená jídla	Neuvedeno
Nadýmavé potraviny (hlavně luštěniny, cizrnu a brokolici)	Menší bolestivost
Živočišné produkty, pečivo	Pozitivně
Sýry, šunky, buchty...	Neuvedeno
Sója, cizrna, ořechy, smažená jídla	Neuvedeno
Některé druhy masa a mléčných výrobků, rafinované potraviny, cukr	Není si jistá

7. DISKUZE

Cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit, zda existuje nějaká potravinová skupina potravin, které ulevují ženám od obtíží spojených s endometriózou a naopak, zda existuje nějaká potravinová skupina, které zhoršují obtíže spojené s endometriózou.

Dalším cílem této práce bylo zjistit, zda se respondentky setkaly během své léčby endometriózy s nutričním terapeutem, a pokud se s ním setkaly, v jaké fázi léčby s nimi nutriční terapeut spolupracoval a jakým způsobem. Posledním cílem bylo zjistit, zda jsou ženy s endometriózou seznámeny s pojmem endodieta, a zda někdy tuto dietu dodržovaly.

V první části dotazníku jsem se respondentek ptala na věk a základní zdravotní údaje ohledně jejich zdravotního stavu (endometriózy), abych si udělala představu, s jakým vzorkem respondentek budu pracovat. Výzkumu se zúčastnilo 110 respondentek s potvrzenou diagnózou endometriózy. Nejvyšší zastoupení respondentek bylo ve věku 31-35 let (34 %) a 26-30 let (27 %). Nejmladší respondentka, která se výzkumu zúčastnila, bylo 18 let a nejstarší pak 49 let. Nejvíce respondentek s potvrzeným jedním typem endometriózy byly respondentky s ovariální endometriózou (16 %), na druhém místě pak respondentky s DE (14 %). Největší zastoupení tvořily respondentky s kombinacemi endometriózy (57 %). Kombinace byly velice rozmanité, a mnohdy se neshodovaly u více respondentek zároveň. Nejčastěji udávanou obtíž spojenou s endometriózou byla dysmenorea, kterou uvedlo 35 % respondentek jako prvotní obtíž a následně 25 % respondentek udávalo dysmenoreu jako nynější obtíž. Prvotní obtíže se také projevovaly kombinací dysmenorey, dyschezie a dyspareunie, dále byly udávány bolesti podbřišku a břicha, bolestivá ovulace či bolesti zad. Některé respondentky udávaly, že bolesti nabíraly takové síly, že často tyto respondentky nebyly schopny fungovat v běžném životě. Zajímavé bylo, že u dvou respondentek (ovariální endometrióza, DE s postižením bránice) byla přítomna bolest pravého ramene, která souvisela s endometriózou. Další respondentky například udávaly bolesti hlavy, které mnohdy nabývaly migrenózního charakteru. Bližší informace (typ podstupované léčby, nemocnice, ve které byly respondentky sledovány pro endometriózu) jsou uvedeny v praktické části.

Ve druhé části dotazníku jsem zkoumala výživu u těchto respondentek. Otázky byly formulované tak, abych dosáhla zodpovězení výzkumných otázek. Respondentek jsem se ptala, zda mají vypořádanou nějakou potravinovou skupinu potravin, které jim ulevují nebo alespoň zmírňují obtíže spojené s endometriózou. Z celkového počtu 110 respondentek pouze 13 respondentek (12 %) odpovědělo kladně. Tyto respondentky jsem následně poprosila, aby uvedly, jaké potraviny si vypořádaly, a jakým způsobem působily na obtíže spojené s endometriózou. 3 respondentky uvedly bylinky/bylinné čaje. Jedna respondentka nebyla schopna odpovědět, jakým způsobem se ovlivnil její zdravotní stav. U této respondentky byla s bylinkami uvedena zelenina a hořčák. Druhá respondentka uvedla vymizení obtíží a třetí pak vymizení bolestivé menstruace a ovulace. Zbytek respondentek uvádělo například zeleninu, fermentované potraviny, ovoce, mléčné výrobky, kefir či vejčáčko. Vzorek respondentek, se kterými jsem v závěru pracovala, byl velice malý na to, abych mohla vyvodit nějaké výsledky, které by se popřípadě daly vztáhnout na více žen s endometriózou. Všechny 13 respondentek však uvádělo potraviny, které jsou zahrnuté v rámci zdravé racionální stravy. Tudíž mohu vyvodit předpoklad, že není vůbec na škodu do jídelníčku žen s endometriózou zařadit více zeleniny a ovoce, které budou minimálně zdrojem vlákniny a vitamínů.

Součástí dotazníku byla i otázka, ve které jsem se respondentek ptala, zda po diagnostikování endometriózy zařadily nějakou novou potravinu do svého jídelníčku a jaký vliv mělo zařazení této potraviny na jejich klinický stav. Zde již kladně odpovědělo 32 respondentek (29 %) z celkových 110. I zde bylo ve většině případů uváděno zařazení více zeleniny a ovoce, dále pak ryb, luštěnin, zdravých olejů, bylinek, bezlepkových výrobků či například bezlaktózových výrobků. U těchto respondentek docházelo ke zlepšení trávení a vyprazdňování, zmírnění bolestí, obohacení jídelníčku, dodání energie či zlepšení kondice. Přidáním ovoce, zeleniny, zdravých olejů, luštěnin a ryb můžeme kopírovat mediteránskou stravu (středomořská strava), která byla již v minulosti zkoumána, respektive její pozitivní přínos pro zdraví či například její vliv v prevenci kardiovaskulárního onemocnění. Byly provedeny i studie, ve kterých odborníci prokázali pozitivní vliv mezi dodržováním mediteránské stravy a reprodukčním zdravím žen. Zařazením ovoce, zeleniny, luštěnin, celozrnných obilovin, olivového oleje, ořechů a semen do jídelníčku dochází k příjmu různých vitaminů, minerálních látek a fytoaktivních složek u kterých se předpokládá ochranný účinek na reprodukční funkce žen. Je jasně prokázáno, že vitamin E, obsažený například v olivovém oleji, má antioxidační vlastnosti, které snižují oxidační stres a zánět. Tohoto pozitivního účinku vitaminu E lze využít v rámci endometriózy a dysmenorey. (Szmidt et al., 2023, p.16) V návaznosti na tyto fakta lze podotknout, že mediteránská strava by mohla být vhodnou variantou stravování pro pacientky s endometriózou. Pozitivní účinek, ve smyslu regrese endometriózy mají omega-3 mastné kyseliny, ovoce, zelenina a celozrnné potraviny. (Kudesia et al., 2021, p. 418)

V návaznosti na předchozí výzkumnou otázku jsem se respondentek ptala, zda je naopak nějaká potravina či skupina potravin, která jim zhoršuje obtíže spojené s endometriózou. Z celkových 110 respondentek 53 (48 %) uvedlo, že je nějaká potravina, či skupina potravin, které jim zhoršují obtíže spojené s endometriózou. Drtivá většina respondentek uváděla lepek, laktózu, sladké potraviny, alkohol a kofein. Respondentkám tyto potraviny způsobovaly zácpu, průjemy, nadýmání, bolesti břicha či podbřišku. V návaznosti na tuto otázku jsem se všech 110 respondentek ptala, zda po diagnostikování endometriózy omezily či vyloučily nějakou potravinu, a jaký to mělo vliv na jejich klinický stav. Zde mi z celkových 110 respondentek kladně odpovědělo 64 respondentek (60 %). Často uváděnými byly opět mléčné výrobky, laktóza, lepek, alkohol, cukr, sladké pokrmy, káva, sója a červené maso. U pár respondentek došlo ke zmírnění bolestí po omezení laktózy a lepku, avšak se našly i takové respondentky, které uvedly, že nezpozorovaly žádnou změnu či pozitivní vliv na obtíže spojené s endometriózou. Ty respondentky, které uváděly, že nezpozorovaly žádnou změnu k lepšímu po omezení určité potraviny byly respondentky, které si danou potravinu omezily či vyloučily z jídelníčku v návaznosti na doporučení jiné ženy, která jim tvrdila, že u ní došlo například ke zmírnění bolestí. Zde je názorně vidět, že respondentky často kopírovaly jídelní chování druhých žen s endometriózou, avšak u nich tato změna nevedla k žádnému pozitivnímu výsledku, respektive očekávanému zmírnění některých obtíží. Proto je velice důležité, aby ženy s endometriózou měly povědomí o tom, že pokud si samy eliminují nějakou potravinu a nezpozorují žádné zlepšení klinického stavu, není žádný důvod tuto potravinu nadále eliminovat. Pokud však zpozorují, že naopak nějaká potravina jim zhoršuje například bolesti břicha, pocit nafouklého břicha či nadýmání, je vhodné se konzultovat s nutričním terapeutem (vysokoškolsky vzdělaný odborník v oboru výživy a nutriční) a předejít případným deficitům, které mohou vést k rozvoji jiného onemocnění. Některé respondentky mi v dotazníku uváděly, že jim při

konzultaci s fytotherapeutkou bylo řečeno, že by neměly konzumovat mléko a mléčné výrobky, protože mléko zahleňuje. Tento mýtus vznikl pravděpodobně již ve 12. století, kdy židovský lékař Mose Maimonides ve svém traktátu o léčbě astmatu uvedl, že konzumací mléka se v dýchacích cestách zvyšuje produkce hlenu. Struktura mléka může u některých jedinců vyvolávat pocit hustšího hlenu a horšího polykání slin, avšak neexistuje žádný důkaz, že mléko způsobuje nadměrné vylučování hlenu nebo zahleňování. Bylo provedeno mnoho studií, kde se zkoumalo, zda při konzumaci mléka dochází k vyšší produkci hlenu. Například australská skupina vědců shromažďovala po dobu 10 dní informace o 60 dobrovolnících s rhinovirem-2. Tito vědci zkoumali hmotnost nosního hlenu před i po vypití mléka, avšak nezjistili žádnou souvislost mezi příjmem mléka či mléčných výrobků a hmotností produkovaného hlenu. (Balfour-Lynn, 2019, p. 91-92) Pinnock a Arney provedli randomizovanou, dvojitě zaslepenou studii, kde zkoumali vztah mezi konzumací mléka a tvorbou tzv. „mléčného hlenu“. Této studii se zúčastnilo 125 subjektů, mezi kterými byli tací, kteří věřili, že mléko způsobuje větší produkci hlenu. Těchto 125 subjektů bylo náhodně rozděleno do dvou skupin. 60 subjektů bylo přiřazeno do skupiny s mlékem a 65 do skupiny s placebem. Všechny subjekty dostávaly buď 300 ml kravského mléka nebo 300 ml sójového mléka (placebo). Oba nápoje byly ošetřeny tak, aby měly chuť kakaa a máty, čímž se zajistilo maskování pocitu mléka v ústech a pachuti sójového nápoje. Subjekty odpovídaly před vypitím chlazeného testovacího nápoje na dotazník. Tento dotazník museli zopakovat 5 minut po vypití testovacího nápoje, 4 hodiny poté a následující ráno. Subjekty, které věřily v to, že mléko způsobuje vyšší produkci hlenu, vykazovali větší, avšak ne tak významné zvýšení následujících ukazatelů: povlak v ústech, větší nutnost polykat a pocit hustších slin. Je však nutné podotknout, že se jednalo o subjekty v obou testovacích skupinách. Autoři došli na konci studie k závěru, že po konzumaci obou testovacích nápojů bylo možné u subjektů věřících v tento mýtus zvýšení pocitu „mléčného hlenu“. (Wüthrich et al., 2005, p. 548-549) Jak naznačují vědecké studie, neexistuje žádná souvislost mezi konzumací mléka a vyšší produkcí hlenu. Tudíž není třeba se mléku vyhýbat a věřit v tento nesmyslný mýtus. Je však všeobecně známé, že mléko a mléčné výrobky jsou cenným zdrojem vápníku a jeho dostatečným přísunem dochází k normálnímu vývoji kostí a k prevenci osteoporózy. Arab a kol. došli ve své metaanalýze k závěru, že zvýšená konzumace mléčných výrobků byla velice pravděpodobně spojena se sníženým rizikem endometriózy, naopak zvýšená konzumace masa a transnenasycených mastných kyselin je spojena se zvýšeným rizikem endometriózy. (Arab et al., 2022, p. 10)

Dále jsem chtěla zjistit, zda se respondentky během léčby s endometriózou setkaly s nutričním terapeutem, pokud ano, zajímalo mě, jakým způsobem s nimi nutriční terapeut pracoval a také v jaké fázi léčby. Z celkových 110 respondentek se s nutričním terapeutem setkaly pouze 4, kdy 2 z nich se s nutričním terapeutem setkaly na klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze. Právě u těchto dvou respondentek došlo jak k vyšetření nutričního stavu, tak i k edukaci, a to jak v předoperačním, tak i pooperačním období. Tak nízký počet respondentek, které uvedly, že se setkaly během léčby s nutričním terapeutem může být ovlivněn tím, že respondentky nemusely být v nemocnici obeznámeny s faktem, že mohou využít péče nutričního terapeuta. Dalším ovlivňujícím faktorem mohl být fakt, že obor nutriční terapie je poměrně mladý, a ne všichni mají povědomí o nutričních terapeutech. Často také dochází k chybnému

označování „dietka“ či „dietní sestra“ což následně vede k mylné představě, že nutriční terapeuti jsou v nemocnici, aby objednávali či vydávali jídlo.

Poslední výzkumná otázka se zabývala informovaností a povědomím respondentek o endodietě. 85 % respondentek uvedlo, že endodietu znají, a většina pak uváděla, že endodietu dodržovaly v minulosti nebo dodržují nyní. Drtivá většina respondentek uváděla, že si informace vyhledaly na internetu, a povětšinou se jednalo o informace, respektive zkušenosti jiných žen s endometriózou. U těchto respondentek docházelo k omezení či vyloučení lepku a laktózy na základě rady jiných žen, kterým eliminace ulevila například od bolestí spojených s endometriózou. V této otázce se v podstatě kopírovaly odpovědi respondentek na první dvě výzkumné otázky.

Pozitivním zjištěním během výzkumu bylo, že respondentky jeví zájem o pochopení vztahu nutriční a endometriózy, bohužel však většina z nich neví, kam se obrátit za odbornou radou, což vede k vyhledávání mnohdy pochybných zdrojů. Je důležité, aby ženy s endometriózou měly povědomí o nutričních terapeutech, a dříve, než si začnou eliminovat jakékoli potraviny z jídelníčku, měly by se s nutričním terapeutem konzultovat o vhodnosti eliminace dané potraviny. Pokud však bude nutné určitou potravinu eliminovat, nutriční terapeut zajistí, aby eliminováním nedocházelo ke zbytečným deficitům živin, vitaminů a minerálních látek a k rozvoji jiných onemocnění. Bohužel doposud neznáme žádné jednotné doporučení pro ženy s endometriózou, co jíst, a co nejíst. Každá žena s endometriózou by si měla sama vysledovat, zda jsou nějaké potraviny, které jí zhoršují obtíže spojené s endometriózou a až poté je eliminovat, ideálně však po konzultaci s nutričním terapeutem.

8. ZÁVĚR

Endometrióza je jedno z nejčastějších gynekologických onemocnění, které postihuje ženy v reprodukčním věku. Bohužel i přes fakt, že se jedná o velice časté gynekologické onemocnění, není doposud známa etiologie tohoto onemocnění, ale i například vliv výživy na endometriózu. Dodnes se provádí různé studie, ve kterých se odborníci snaží najít vztah výživy a nutričního stavu na endometriózu. Značnou překážkou u většiny těchto studií je různé vnímání bolesti u pacientek s endometriózou, což značně ovlivňuje výběr potravin a stravovací návyky. Doposud není vytvořené ani žádné jednotné doporučení ohledně stravování pro tyto pacientky, ale všeobecně se doporučuje racionální vyvážená strava.

V poslední době je mezi pacientkami s diagnostikovanou endometriózou často diskutována endodieta. Nikdo přesně neví odkud přesně se vzal tento pojem a doporučení spadající pod něj, ale předpokládá se, že doporučení vznikla na podkladě zkušenosti pacientek, které si vyzkoušely, jaké potraviny jim zhoršují či naopak ulevují od obtíží spojených s endometriózou. Zda tento název vymyslely ženy s endometriózou či lékaři se také neví. Jedná se však pouze o doporučení, která nejsou nijak vědecky podložena. Například na klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze dostávají pacientky s endometriózou informační leták, kde jsou shrnutá doporučení, jaké potraviny zařadit do jídelníčku a jaké je vhodné omezit. Jedná se pouze o doporučení, a každá pacientka s endometriózou by měla nějakou potravinu z jídelníčku vyřadit pouze v případě, že jí daná potravina zjevně zhoršuje klinický stav. Avšak doporučení v rámci endodiety se mohou v každé nemocnici mírně lišit. Každá pacientka má na klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze možnost konzultovat svůj jídelníček a stravovací návyky s nutriční terapeutkou.

V teoretické části diplomové práce byla popsána charakteristika, etiopatogeneze, klinické příznaky, diagnostika a léčba endometriózy. Ve druhé části byl popsán vztah výživy a endometriózy. Konkrétně byl rozebrán vliv tuků, ovoce a zeleniny, vitaminů, koření a bylinek, a také alternativního stravování na endometriózu. V poslední části pak byly rozebrány možnosti nutriční péče o pacientky s endometriózou v nemocničním prostředí.

V praktické části diplomové práce jsou představeny a zhodnoceny informace získané od respondentek, které se zúčastnily výzkumu. Celkový počet zúčastněných činil 110 respondentek. Během výzkumu se však vzorek respondentek různě zužoval v návaznosti na tom, jak jednotlivé respondenty odpovídaly.

Během výzkumu jsem se snažila zjistit, zda existuje nějaká potravina, či skupina potravin, které ulevují ženám s endometriózou od obtíží spojených s endometriózou. Z celkových 110 respondentek uvedlo pouze 13 respondentek, že mají vyzporovanou určitou potravinu či skupinu potravin, které jim zmírňují obtíže. Pověšinou se jednalo o bylinky, bylinné čaje či o obohacení jídelníčku o magnezium. Respondentky uvádějící tyto tři elementy uvedly zmírnění obtíže, zejména menstruační bolesti. Chtěla bych však podotknout, že vzorek respondentek, se kterým jsem pracovala, byl velice malý, tudíž nemohu vyvést žádné závěry. Avšak se dá předpokládat, že každá pacientka může mít nějakou určitou potravinu, která jí může ulevovat od obtíží spojených s endometriózou. Vše je však zcela

individuální a doporučila bych spíše ženám s endometriózou do jídelníčku zařadit více ovoce a zeleniny, a celkově se stravovat zdravě, ideálně dle doporučení WHO.

Navazující výzkumnou otázkou bylo, zda existuje nějaká potravina, či skupina potravin, které naopak zhoršují obtíže spojené s endometriózou. Z celkových 110 respondentek se výběr zúžil na 53 respondentek, které uvedly, že mají určitou potravinu, která jim zhoršuje obtíže spojené s endometriózou. Většina respondentek uváděla lepek a laktózu, cukr, luštěniny, sóju, alkohol a kofein. Když pak respondentky uváděly, jak tyto potraviny působí na jejich zdravotní stav, nejčastější bylo uváděno, že způsobují zažívací obtíže (zácpy, průjmy), bolesti v podbříšku, nafouklý podbříšek či například nadýmání. I zde bych chtěla podotknout, že vliv určité potraviny na klinický stav je zcela individuální a je důležité, aby každá žena vyzorovala, že daná potravina má doopravdy vliv na její klinický stav ve smyslu jeho zhoršení. Každé omezení v jídelníčku by mělo být podloženo zjištěním, že daná potravina zhoršuje obtíže spojené s endometriózou a v ideálním případě by mělo být konzultováno s vystudovaným odborníkem (nutričním terapeutem či lékařem nutricionistou).

Dále jsem v praktické části diplomové práci chtěla zjistit, zda se respondentky během léčby s endometriózou setkaly s nutričním terapeutem, a pokud ano, jak s nimi nutriční terapeut pracoval. Nemilým zjištěním bylo, že z celého vzorku (110 respondentek) se pouze 4 respondentky setkaly během své léčby s nutričním terapeutem. 2 z těchto respondentek uvedly, že se s nutričním terapeutem setkaly na klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze. Tyto dvě respondentky se s nutričním terapeutem setkaly v předoperačním i pooperačním období a byly nutričním terapeutem, jak vyšetřeny, tak i řádně edukovány ohledně pooperační realimentace (bezezbytková dieta). Takto nízký vzorek respondentek mohl být ovlivněn faktem, že mnoho pacientek s endometriózou nemusí být v nemocnici, kde jsou sledované s endometriózou, obeznámeny s tím, že v nemocnici působí nutriční terapeut, a že mohou využít jeho péče. Dalším faktorem může být i to, že ne všichni mají povědomí o nutričních terapeutech a jejich práci, a často nás (nutriční terapeutky) označují jako „dietní sestry“ či „dietky“ a mají nás spojené s vydáváním či objednáváním jídla. Chtěla bych tedy podotknout, že se ženy s endometriózou nemusí bát požádat o odbornou pomoc a konzultaci nutričního terapeuta (ať již v nemocnici či v nutriční ambulanci).

V poslední řadě jsem chtěla zjistit, zda mají ženy s endometriózou ponětí o endodietě, kde se ohledně diety informovaly, a zda ji někdy dodržovaly. Jak již bylo zmíněno, endodietu je nyní velice diskutované téma, což mělo vliv na výsledky. 94 respondentek uvedlo, že již slyšelo o endodietě, a většina respondentek uváděla, že si informace získala z internetových zdrojů (uzavřené byly skupiny na Facebooku či například Endotalks). Drtivá většina respondentek uváděla, že endodietu začaly dodržovat poté, co si o ní přečetly na internetu, kde je právě endodietu velice diskutované téma mezi ženami s endometriózou. Respondentky uváděly, že si často omezily či vyloučily lepek a laktózu, sóju či například sladké právě v rámci endodiety. Jako zdroj informací uváděly komentáře a zkušenosti jiných žen s endometriózou. Chtěla bych podotknout, že ne u všech respondentek se shodoval pozitivní vliv na zdraví po omezení či vyloučení například hodně

diskutovaného lepku či laktózy. Například jedna respondentka uváděla, že omezením lepku a laktózy u ní došlo ke zlepšení trávení, vymizení nafouklého břicha a bolestí, a celkově se cítí lépe. Naopak druhá respondentka uvedla, že si lepek a laktózu omezila poté, co jí to bylo doporučeno od jiné ženy s endometriózou (které omezení pomohlo ke zmírnění obtíží), ale respondentka uváděla, že nevypozorovala žádnou změnu k lepšímu. Bolesti ani další obtíže nevymizeli. Takových případů bylo v rámci mé studie více, což svědčí o tom, že omezování potravin je zcela individuální jev, a ženy s endometriózou by neměly ihned kopírovat jídelní chování druhých žen s endometriózou, jelikož co pomůže jedné, může druhé naopak uškodit. Velice nemilým zjištěním bylo, že respondentky uváděly, že po konzultaci s fytotherapeutkou jim bylo doporučeno omezit spousty potravin a bohužel jim byly podány zároveň i zavádějící informace ohledně vztahu dané potravin na organismus. Proto bych chtěla ještě jednou apelovat na každou pacientku s endometriózou, aby raději každou takovouto změnu v jídelníčku raději konzultovala s vysokoškolsky vzdělaným odborníkem, který pracuje v oboru – nutriční terapeut nebo lékař nutricionista. Konzultace s vysokoškolsky vzdělaným odborníkem v oboru je vhodná i z důvodu zamezení zbytečného deficitu živin, vitaminů a minerálních látek. Jak již bylo několikrát v práci zmíněno například právě neopodstatněné omezení laktózy může vést k deficitu Ca a vitamínu D, což má následně za vznik osteomalacie.

Během výzkumu jsem zjistila, že u většiny respondentek dochází k nesmyslnému a neopodstatněnému omezování potravin z jídelního lístku, které mnohdy nevede k žádnému zlepšení klinického stavu. Respondentky často hledají informace ohledně stravování na internetu a řídí se zkušenostmi jiných. Bohužel jsou i situace, kdy se respondentky i přes rozumné a racionální doporučení ošetřujícího lékaře obrátily k pochybným zdrojům. Práce pro mne byla přínosná hlavně z důvodu, že jsem pochopila postavení respondentek k výživě ve vztahu s endometriózou. Pozitivním zjištěním bylo, že ženy s endometriózou mají zájem o nutrici, ale mnohdy bohužel neví, kam se obrátit za odbornou radou. Proto se nyní s kolegyní budeme snažit pacientky s endometriózou na klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze o to více řádněji edukovat ohledně výživy. Budeme našim pacientkám k dispozici pro případnou konzultaci a nastavení jídelníčku, aby nedocházelo k situacím, kdy se pacientky, které máme v péči začnou obracet pro rady k laikům, kteří bohužel podávají zavádějící informace.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Afrin, S., AlAshqar, A., El Sabeh, M., Miyashita-Ishiwata, M., Reschke, L., Brennan, J. T., Fader, A., & Borahay, M. A. (2021). Diet and Nutrition in Gynecological Disorders: A Focus on Clinical Studies. *Nutrients*, *13*(6), 1747. <https://doi.org/10.3390/nu13061747>

Arab, A., Karimi, E., Vingrys, K., Kelishadi, M. R., Mehrabani, S., & Askari, G. (2022). Food groups and nutrients consumption and risk of endometriosis: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutrition Journal*, *21*(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12937-022-00812-x>

Balfour-Lynn, I. M. (2019). Milk, mucus and myths. *Archives of Disease in Childhood*, *104*(1), 91–93. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-314896>

Brouns, F., Van Haaps, A., Keszthelyi, D., Venema, K., Bongers, M., Maas, J., & Mijatovic, V. (2023). Diet associations in endometriosis: A critical narrative assessment with special reference to gluten. *Frontiers in Nutrition*, *10*, 1166929. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1166929>

Burney, R. O., & Giudice, L. C. (2012). Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertility and Sterility*, *98*(3), 511–519. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.06.029>

Crha, CSc., I. doc., MUDr. (2010). *Farmakoterapie v reprodukční medicíně*. *6*(4), 173–176.

D'Alterio, M. N., D'Ancona, G., Raslan, M., Tinelli, R., Daniilidis, A., & Angioni, S. (2021). Management Challenges of Deep Infiltrating Endometriosis. *International Journal of Fertility and Sterility*, *15*(2). <https://doi.org/10.22074/ijfs.2020.134689>

Ferrero, S., & Ceccaroni, M. (Ed.). (2020). *Clinical Management of Bowel Endometriosis: From Diagnosis to Treatment*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-50446-5>

Guerriero, S., Condous, G., Van Den Bosch, T., Valentin, L., Leone, F. P. G., Van Schoubroeck, D., Exacoustos, C., Installé, A. J. F., Martins, W. P., Abrao, M. S., Hudelist, G., Bazot, M., Alcazar, J. L., Gonçalves, M. O., Pascual, M. A., Ajossa, S., Savelli, L., Dunham, R., Reid, S., ... Timmerman, D. (2016). Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: A consensus opinion from the International Deep

Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 48(3), 318–332. <https://doi.org/10.1002/uog.15955>

Halis, G., Mechsner, S., & Ebert, A. D. (2010). The Diagnosis and Treatment of Deep Infiltrating Endometriosis. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0446>

Halpern, G., Schor, E., & Kopelman, A. (2015). Nutritional aspects related to endometriosis. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 61(6), 519–523. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.06.519>

Harada, T. (Ed.). (2014). *Endometriosis: Pathogenesis and Treatment*. Springer Japan. <https://doi.org/10.1007/978-4-431-54421-0>

Hrušková, H. MUDr. (2011). *Endometrióza: Výrazný dopad na kvalitu života*. 13(10), 394–396.

Hsu, A. L., Khachikyan, I., & Stratton, P. (2010). Invasive and Noninvasive Methods for the Diagnosis of Endometriosis. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 53(2), 413–419. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181db7ce8>

Indrielle-Kelly, BSc., T. MUDr., Frühauf, Ph.D., F. MUDr., Burgetová, Ph.D., MBA, A. doc. MUDr., Fanta, Ph.D., M. doc., MUDr., & Fischerová, Ph.D., D. prof., MUDr. (2019a). *Diagnostika endometriózy 1. Část—Přehled diagnostických metod*. 84(4), 252–259.

Indrielle-Kelly, BSc., T. MUDr., Frühauf, Ph.D., F. MUDr., Burgetová, Ph.D., MBA, A. doc. MUDr., Fanta, Ph.D., M. doc. MUDr., & Fischerová, Ph.D., D. prof., MUDr. (2019b). *Diagnostika endometriózy 2. Část—Ultrazvuková diagnostika endometriózy (adenomyózy, endometroidních cyst, adhezi) v primární péči*. 84(4), 260–268.

Klézl, P. MUDr., Drahoňovský, J. MUDr., Halaška Ph.D., M. doc. MUDr., Gregušová, A. MUDr., Mašková, V. MUDr., Nencka, P. MUDr., & Grill Ph.D., MHA, R. doc. MUDr. (2018). *Hluboká infiltrující endometrióza postihující urooetický trakt*. 19(3), 116–121.

Křížanová, L. (2022). *Endometrióza z pohledu nutričního terapeuta*. 8(2), 10–12.

Kučera, E. (2008). *Endometrióza: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Maxdorf.

Kudesia, R., Alexander, M., Gulati, M., Kennard, A., & Tollefson, M. (2021). Dietary Approaches to Women's Sexual and Reproductive Health. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(4), 414–424. <https://doi.org/10.1177/15598276211007113>

Lenz, Jiří., Chvátal, R., & Fiala, L. (Ed.). (2021). *Endometrióza*. Grada Publishing.

Marcinkowska, A., & Górnicka, M. (2023). The Role of Dietary Fats in the Development and Treatment of Endometriosis. *Life*, 13(3), 654. <https://doi.org/10.3390/life13030654>

Mehedintu, C., Plotogea, M. N., Ionescu, S., & Antonovici, M. (2014). Endometriosis still a challenge. *Journal of Medicine and Life*, 7(3), 349–357.

Overton, C., Davis, C., McMillan, L., & Shaw, R. W. (Ed.). (2020). *An atlas of endometriosis* (Third edition). CRC Press, Taylor & Francis Group.

Piecuch, M., Garbicz, J., Waliczek, M., Malinowska-Borowska, J., & Rozentryt, P. (2022). I Am the 1 in 10—What Should I Eat? A Research Review of Nutrition in Endometriosis. *Nutrients*, 14(24), 5283. <https://doi.org/10.3390/nu14245283>

Racková, J. MUDr. (2021). *Endometrióza—Stále záhadné onemocnění*. 8(5), 13–15.

Rolla, E. (2019). Endometriosis: Advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *F1000Research*, 8, 529. <https://doi.org/10.12688/f1000research.14817.1>

Růžičková, L. Mgr. (2019). *Dietní opatření po resekci DIE - (hluboká infiltrující endometrióza)*. Všeobecná fakultní nemocnice v praze - oddělení nutričních terapeutů.

Szmidt, M. K., Granda, D., Madej, D., Sicinska, E., & Kaluza, J. (2023). Adherence to the Mediterranean Diet in Women and Reproductive Health across the Lifespan: A Narrative Review. *Nutrients*, 15(9), 2131. <https://doi.org/10.3390/nu15092131>

Tassinari, V., Smeriglio, A., Stillittano, V., Trombetta, D., Zilli, R., Tassinari, R., Maranghi, F., Frank, G., Marcoccia, D., & Di Renzo, L. (2023). Endometriosis Treatment: Role of Natural Polyphenols as Anti-Inflammatory Agents. *Nutrients*, 15(13), 2967. <https://doi.org/10.3390/nu15132967>

Wang, P.-H., Yang, S.-T., Chang, W.-H., Liu, C.-H., Lee, F.-K., & Lee, W.-L. (2022). Endometriosis: Part I. Basic concept. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 61(6), 927–934. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2022.08.002>

Wüthrich, B., Schmid, A., Walther, B., & Sieber, R. (2005). Milk Consumption Does Not Lead to Mucus Production or Occurrence of Asthma. *Journal of the American College of Nutrition*, 24(sup6), 547S-555S. <https://doi.org/10.1080/07315724.2005.10719503>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1.: Jaké potraviny respondentkám ulevovaly od obtíží spojených s endometriózou, a jakým způsobem působily

Tabulka č.2.: Jaké potraviny respondentkám zhoršovaly obtíže spojené s endometriózou, a jakým způsobem působily

Tabulka č.3.: Jaké potraviny respondentkám zhoršovaly obtíže spojené s endometriózou, a jakým způsobem působily

Tabulka č.4.: Jaké potraviny respondentky zařadily do jídelníčku a jejich vliv na zdravotní stav spojený s endometriózou

Tabulka č.5.: Jaké potraviny respondentky omezily či vyřadily z jídelníčku a jejich vliv na zdravotní stav spojený s endometriózou

Tabulka č.6.: Jaké potraviny respondentky omezily či vyřadily z jídelníčku a jejich vliv na zdravotní stav spojený s endometriózou

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č.1.:** Zastoupení respondentek dle věku – kruhové znázornění
- Graf č.2.:** Zastoupení respondentek dle typu endometriózy – sloupcové znázornění
- Graf č.3.:** Zastoupení respondentek dle věku, ve kterém jim byla diagnostikována endometrióza – kruhové znázornění
- Graf č.4.:** Diagnostikování endometriózy – kruhové znázornění
- Graf č.5.:** Zastoupení respondentek dle prvotních obtíží endometriózy – sloupcové znázornění
- Graf č.6.:** Typické obtíže spojené s endometriózou – sloupcové znázornění
- Graf č.7.:** Prvotní obtíže endometriózy (typy bolestí) – sloupcové znázornění
- Graf č.8.:** Prvotní obtíže endometriózy (zažívací obtíže) – sloupcové znázornění
- Graf č.9.:** Prvotní obtíže endometriózy (ostatní obtíže) – sloupcové znázornění
- Graf č.10.:** Prvotní obtíže endometriózy (nejsilnější obtíže) – sloupcové znázornění
- Graf č.11.:** Aktuální obtíže – kruhové znázornění
- Graf č.12.:** Aktuální obtíže (nejčastěji uváděné obtíže) – sloupcové znázornění
- Graf č.13.:** Aktuální obtíže (bolesti) – sloupcové znázornění
- Graf č.14.:** Aktuální obtíže (zažívací obtíže) – sloupcové znázornění
- Graf č.15.:** Aktuální obtíže (ostatní uváděné obtíže) – sloupcové znázornění
- Graf č.16.:** Kolik respondentek se léčí s endometriózou na klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze – kruhové znázornění
- Graf č.17.:** V jaké nemocnici se léčíte s endometriózou – sloupcové znázornění
- Graf č.18.:** Typ podstoupené léčby endometriózy – kruhové znázornění
- Graf č.19.:** Pooperační obtíže (laparoskopie) – sloupcové znázornění
- Graf č.20.:** Pooperační obtíže (chirurgické ošetření) – sloupcové znázornění
- Graf č.21.:** Dodržujete aktuálně nějakou dietu? – kruhové znázornění
- Graf č.22.:** Dodržované diety – sloupcové znázornění
- Graf č.23.:** Povědomí o endodietě – kruhové znázornění
- Graf č.24.:** Kde se respondentky setkaly s endodietou – kruhové znázornění
- Graf č.25.:** Dodržování endodiety – sloupcové znázornění
- Graf č.26.:** Bylo respondentkám doporučeno omezit potraviny v jídelníčku? – kruhové znázornění

Graf č.27.: Dodržování endodiety – sloupcové znázornění

Graf č.28.: Dodržování endodiety – sloupcové znázornění

Graf č.29.: Jsou nějaké potraviny, které Vám ulevují od obtíží spojených s endometriózou? – sloupcové znázornění

Graf č.30.: Jsou nějaké potraviny, které Vám zhoršují obtíže spojené s endometriózou? – sloupcové znázornění

Graf č.31.: Zařazení nových potravin do jídelníčku – kruhové znázornění

Graf č.32.: Vyřazení potravin z jídelníčku – kruhové znázornění

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1.: Dotazník k praktické části

Vážené respondentky,

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro mou Diplomovou práci na téma „Výživa při endometrióze“. Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Předem děkuji za spolupráci. Studentka 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

1. Uved'te prosím svůj věk.

2. Uved'te prosím, s jakým typem endometriózy se léčíte.

- a) Ovariální endometrióza
- b) Peritoneální endometrióza
- c) Adenomyóza
- d) DE (hluboká endometrióza) – rektovaginální endometrióza
- e) DE (hluboká endometrióza) – endometrióza močového měchýře
- f) Nechci odpovídat

3. Jak dlouho se léčíte s endometriózou? Pamatujete si, kdy Vám byla diagnostikována endometrióza? Pokud ano, uveďte prosím věk, ve kterém Vám byla diagnostikována.

4. Byla Vám ihned diagnostikována endometrióza nebo Vám zprvu chybně diagnostikovali jiné onemocnění?

- a) Ano, lékaři ihned věděli, že mám endometriózu
- b) Ne, zprvu mi chybně diagnostikovali jiné onemocnění (např. syndrom dráždivého tračníku)
- c) Nevím, nepamatuji si
- d) Nechci odpovídat

5. Uved'te prosím, jaké jste měla prvotní obtíže.

- a) Dysmenorea – silná, bolestivá menstruace (navazuje otázka č.9)
- b) Dyspareunie – bolest při pohlavním styku (navazuje otázka č.9)
- c) Dyschezie – porucha vyprazdňování stolice (navazuje otázka č.9)
- d) Dysurie – obtížné močení (navazuje otázka č.9)
- e) Trápilo mě více obtíží zároveň (z výše uvedených) (navazuje otázka č.7)
- f) Jiné (navazuje otázka č.6)
- g) Nevím/Nepamatuji si (navazuje otázka č.9)
- h) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.9)

6. Pokud jste označila jiné obtíže, napište prosím, jaké obtíže Vás trápily.

7. Pokud jste označila, že Vás trápilo více obtíže zároveň, uveďte stručně jaké obtíže Vás trápily.

8. Jaké obtíže byly nejsilnější?

- a) Dysmenorea – silná, bolestivá menstruace
- b) Dyspareunie – bolest při pohlavním styku
- c) Dyschezie – porucha vyprazdňování stolice
- d) Dysurie – obtížné močení

9. Trápí Vás aktuálně nějaké obtíže spojené s endometriózou?

- a) Ano (navazuje otázka č.10)
- b) Ne (navazuje otázka č.11)
- c) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.11)

10. Pokud jste označila ano, napište prosím, jaké obtíže Vás trápí.

11. Léčíte se s endometriózou ve VFN?

- a) Ano (navazuje otázka č.13)
- b) Ne (navazuje otázka č.12)
- c) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.13)

12. Uveďte prosím, v jaké nemocnici jste sledovaná.

13. Jaký typ léčby endometriózy podstupujete, nebo jste podstoupila?

- a) Hormonální antikoncepce (navazuje otázka č.14)
- b) Laparoskopie (navazuje otázka č.15)
- c) Chirurgická léčba (navazuje otázka č.15)
- d) Hormonální antikoncepce + Laparoskopie (navazuje otázka č.15)
- e) Hormonální antikoncepce + Chirurgická léčba (navazuje otázka č.15)
- f) Zatím žádný (mám nově diagnostikovanou endometriózu) (navazuje otázka č.20)
- g) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.20)

14. Podstoupila jste laparoskopické či chirurgické ošetření endometriózy?

- a) Ano (navazuje otázka č.15)
- b) Ne (navazuje otázka č.20)
- c) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.20)

15. Měla jste pooperačně obtíže s návratem k normální stravě?

- a) Ano (navazuje otázka č.16)
- b) Ne (navazuje otázka č.17)
- c) Nevím/Nepamatuji si (navazuje otázka č.17)
- d) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.17)

16. Uveďte prosím, jaké obtíže Vás trápily.

- a) Nevolnost
- b) Zvracení
- c) Nechutenství
- d) Průjmy
- e) Zácpa
- f) Bolesti břicha
- g) Nevím/Nepamatuji si
- h) Nechci odpovídat
- i) Jiné (možnost napsat vlastní odpověď)

17. Pamatuje si, za jak dlouho jste pooperačně rozvolnila dietu a navrátila se k normální stravě?

18. Měla jste nějaké pooperační obtíže? (nevolnosti, zvracení, průjem, zácpa...)

- a) Ano (navazuje otázka č.19)
- b) Ne (navazuje otázka č.20)
- c) Nevím/Nepamatuji si (navazuje otázka č.20)
- d) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.20)

19. Jaké obtíže Vás pooperačně trápily?

- a) Nevolnosti
- b) Zvracení
- c) Nechutenství
- d) Průjmy
- e) Zácpa
- f) Bolesti břicha
- g) Nechci odpovídat
- h) Jiné (možnost napsat vlastní odpověď)

20. Máte srůsty orgánů v malé pánvi?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Nechci odpovídat

21. Setkala jste se během léčby endometriózy s nutričním terapeutem?

- a) Ano (navazuje otázka č.22)
- b) Ne /navazuje otázka č.25)
- c) Nevím/Nepamatuji si (navazuje otázka č.25)
- d) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.25)

22. Byla jste nutričním terapeutem vyšetřena?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím/Nepamatuji si
- d) Nechci odpovídat

23. Edukoval Vás (ohledně stravování) během léčby endometriózy nutriční terapeut?

- a) Ano (navazuje otázka č.24)
- b) Ne (navazuje otázka č.25)
- c) Nevím/Nepamatuji si (navazuje otázka č.25)
- d) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.25)

24. V jaké fázi léčby endometriózy Vás edukoval nutriční terapeut?

- a) Předoperačně
- b) Pooperačně
- c) Předoperačně i pooperačně
- d) Nevím/Nepamatuji si
- e) Nechci odpovídat
- f) Jiné (možnost napsat vlastní odpověď)

25. Měla jste během léčby endometriózy doporučeno užívat sipping?

- a) Ano (navazuje otázka č.26)
- b) Ne (navazuje otázka č.29)
- c) Nevím/Nepamatuji si (navazuje otázka č.29)
- d) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.29)

26. Pamatujete si, jak dlouho jste užívala sipping? Pokud si pamatujete, uveďte prosím, jak dlouho jste sipping užívala.

27. Kdy během léčby endometriózy jste užívala sipping?

- a) Předoperačně
- b) Pooperačně
- c) Užívám nyní
- d) Nevím/Nepamatuji si
- e) Nechci odpovídat

28. Tolerovala jste sipping dobře?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím/Nepamatuji si
- d) Nechci odpovídat

29. Měla jste během léčby endometriózy indikovanou parenterální výživu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím/Nepamatuji si
- d) Nechci odpovídat

30. Dodržovala jste před diagnostikováním endometriózy nějakou dietu?

- a) Ano, dodržovala jsem (navazuje otázka č.31)
- b) Ne, nedodržovala jsem (navazuje otázka č.33)
- c) Nevím/Nepamatuji si (navazuje otázka č.33)
- d) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.33)

31. Uveďte prosím, jakou dietu jste dodržovala.

32. Byla Vám tato dieta doporučena lékařem či nutričním terapeutem?

- a) Ano, byla mi doporučena lékařem
- b) Ano, byla mi doporučena nutričním terapeutem
- c) Ano, byla mi doporučena lékařem i nutričním terapeutem
- d) Ne, nikdo mi nic nedoporučoval
- e) Nechci odpovídat

33. Dodržujete aktuálně nějakou dietu?

- a) Ano (navazuje otázka č.34)
- b) Ne (navazuje otázka č.36)
- c) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.36)

34. Uveďte prosím, jakou dietu dodržujete.

35. Uveďte prosím, kdo Vám doporučil tuto dietu.

- a) Lékař
- b) Nutriční terapeut
- c) Nastavila jsem si jí sama
- d) Jiné
- e) Nechci odpovídat

36. Víte, co je to „endodieta“?

- a) Ano (navazuje otázka č.37)
- b) Ne (navazuje otázka č.40)
- c) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.40)

37. Uveďte prosím, kde jste se s touto dietou setkala. Kdo Vás s ní seznámil?

38. Dodržovala jste, nebo dodržujete „endodietu“?

- a) Dodržuji ji nyní
- b) Dodržovala jsem ji v minulosti
- c) Nikdy jsem ji nedodržovala
- d) Nechci odpovídat

39. Byla Vám v nemocnici během léčby endometriózy nabízena „endodieta“?

- a) Ano, byla mi nabízena. Dodržovala jsem ji.
- b) Ano, byla mi nabízena, ale odmítla jsem ji.
- c) Ne, nebyla mi nabízena
- d) Nepamatuji si
- e) Nechci odpovídat

40. Omezovala jste, nebo omezujete si aktuálně něco v jídelníčku v souvislosti s endometriózou?

- a) Omezovala jsem pouze v minulosti (navazuje otázka č.41)
- b) Omezovala jsem v minulosti i nyní (navazuje otázka č.41)
- c) Neomezovala jsem, ale nyní jsem omezila (navazuje otázka č.41)
- d) Neomezovala jsem, ani nyní neomezuji (navazuje otázka č.43)
- e) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.43)

41. Uveďte prosím, jaké potraviny nebo skupinu potravin jste omezila z jídelního lístku.

42. Uveďte prosím, co Vás k tomu vedlo.

- 43. Bylo Vám doporučeno si něco v jídelním lístku omezit v souvislosti s endometriózou?**
- a) Ano (navazuje otázka č.44)
 - b) Ne, začala jsem si sama omezovat (navazuje otázka č.46)
 - c) Nevím/Nepamatuji si (navazuje otázka č.46)
 - d) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.46)
- 44. Uved'te prosím, kdo Vám doporučil omezit potraviny v jídelním lístku.**
- a) Lékař
 - b) Nutriční terapeut
 - c) Jiné (možnost napsat vlastní odpověď)
- 45. Uved'te prosím, co přesně Vám bylo doporučeno si v jídelníčku omezit.**
- 46. Jsou nějaké potraviny, které Vám „dělají dobře“ na obtíže spojené s endometriózou? (např. Vám ulevují od bolestí či nevolnosti...)**
- a) Ano (navazuje otázka č.47)
 - b) Ne (navazuje otázka č.49)
 - c) Nevím (navazuje otázka č.49)
 - d) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.49)
- 47. Uved'te prosím, jaké potraviny Vám „dělají dobře“.**
- 48. Uved'te prosím, jak přesně Vám tyto potraviny dělají dobře.**
- 49. Jsou nějaké potraviny, které Vám „nedělají dobře“? (Zhoršují obtíže spojené s endometriózou)**
- a) Ano (navazuje otázka č.50)
 - b) Ne (navazuje otázka č.52)
 - c) Nevím (navazuje otázka č.52)
 - d) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.52)
- 50. Uved'te prosím, jaké potraviny Vám nedělají dobře.**
- 51. Uved'te prosím, jak přesně Vám nedělají dobře tyto potraviny.**
- 52. Máte zkušenosti s nějakým alternativním typem stravování v souvislosti s endometriózou? (Vegetariánství, veganství, raw strava...)**
- a) Ano (navazuje otázka č.53)
 - b) Ne (navazuje otázka č.54)
 - c) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.54)
- 53. Uved'te prosím, s jakým alternativním typem stravování máte zkušenosti.**
- a) Vegetariánství
 - b) Veganství
 - c) Raw strava (syrová strava, vitariánství)
 - d) Frutariánství
 - e) Makrobiotika
 - f) Dělená strava
 - g) Jiné (možnost napsat vlastní odpověď)

54. Konzumujete lepek?

- a) Ano (navazuje otázka č.58)
- b) Ne (navazuje otázka č.55)
- c) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.58)

55. Uved'te prosím stručně proč (z jakého důvodu) nekonzumujete lepek.

56. Omezila jste si lepek sama, nebo na něčí doporučení?

- a) Sama (navazuje otázka č.58)
- b) Na doporučení (navazuje otázka č.57)
- c) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.58)

57. Uved'te prosím, kdo Vám doporučil omezit lepek.

58. Zařadila jste po diagnostikování endometriózy do jídelníčku nové potraviny?

- a) Ano (navazuje otázka č.59)
- b) Ne (navazuje otázka č.61)
- c) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.61)

59. Uved'te prosím, jaké potraviny jste zařadila.

60. Uved'te prosím, jak ovlivnilo Váš stav zařazení nových potravin.

61. Omezila jste po diagnostikování endometriózy nějaké potraviny?

- a) Ano (navazuje otázka č.62)
- b) Ne (navazuje otázka č.64)
- c) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.64)

62. Uved'te prosím, jaké potraviny jste omezila.

63. Uved'te prosím, jak ovlivnilo omezení Váš stav.

64. Máte kvůli endometrióze zavedenou stomii?

- a) Ano (navazuje otázka č.65)
- b) Ne (navazuje otázka č.66)
- c) Nechci odpovídat (navazuje otázka č.66)

65. Dodržovala jste po zavedení stomie dietu s omezením zbytků?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nechci odpovídat

66. Máte vysledováno něco ze stravy, co ovlivňuje endometriózu?