

UNIVERZITA KARLOVA

FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

KATEDRA BIOLOGICKÝCH A LÉKAŘSKÝCH VĚD



**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**FAKTORY DOPROVÁZEJÍCÍ VULVOVAGINÁLNÍ  
DYSKOMFORT**

**MARKÉTA NOVOTNÁ**

**Vedoucí diplomové práce: PharmDr. Petr Jílek, CSc.**

**HRADEC KRÁLOVÉ, 2018**

### Poděkování

Poděkování patří zejména mému školiteli PharmDr. Petru Jílkovi, CSc. za ochotu, pomoc a odborné konzultace mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat lékařům z Gynekologicko porodnické kliniky za pomoc s praktickou částí celého výzkumu. Tato diplomová práce byla součástí grantového projektu IGA MZ ČR, grant č. 15-9225A. Děkuji také všem dobrovolnicím, které se do výzkumu zapojily. V neposlední řadě chci také poděkovat své rodině a přátelům za psychickou podporu a trpělivost.

„Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci jsou řádně citovány. Práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného titulu.“

V Hradci Králové, 30. 4. 2018

-----

# OBSAH

1.	ABSTRAKT .....	6
2.	ABSTRACT .....	7
3.	POUŽITÉ ZKRATKY.....	8
4.	ÚVOD .....	9
5.	ZADÁNÍ – CÍLE PRÁCE .....	10
6.	TEORETICKÁ ČÁST.....	11
6.1	Vulvovaginální dyskomfort.....	11
6.1.1	Bakteriální vaginóza .....	11
6.1.2	Vulvovaginální kandidóza .....	13
6.1.3	Aerobní vaginitida .....	15
6.1.4	Trichomonóza .....	16
6.1.5	Poševní laktobacilóza.....	17
6.1.6	Herpes genitalis.....	18
6.1.7	Vulvodynie .....	19
6.2	Faktory ovlivňující vulvovaginální dyskomfort.....	21
6.2.1	Genetické predispozice.....	21
6.2.2	Složení poševní mikroflóry.....	21
6.2.3	Pohlavní hormony a menstruační cyklus .....	22
6.2.4	Těhotenství .....	22
6.2.5	Jiná onemocnění .....	22
6.2.6	Stravovací návyky.....	23
6.2.7	Užívání probiotik .....	24
6.2.8	Hygienické návyky.....	24
6.2.9	Oblékání .....	25
6.2.10	Antikoncepce .....	25
6.2.11	Sexuální praktiky .....	26
6.2.12	Psychologické faktory .....	26
7.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
7.1	Záměr praktické části .....	28
7.2	Charakteristika dotazníku .....	28
7.3	Pořízení dat .....	29
7.4	Definice žen s RVVD .....	29
7.5	Statistické zpracování dat .....	29
8.	VÝSLEDKY.....	30
9.	DISKUZE .....	75
9.1	Genetické predispozice .....	75
9.2	Složení poševní mikroflóry.....	75
9.3	Pohlavní hormony a menstruační cyklus .....	75
9.4	Těhotenství .....	76
9.5	Jiná onemocnění .....	76
9.5.1	Diabetes mellitus .....	76
9.5.2	Alergické projevy.....	77
9.6	Stravovací návyky.....	77
9.7	Užívání probiotik .....	78
9.8	Hygienické návyky.....	78
9.8.1	Intimní hygiena .....	78
9.8.2	Používání poševních výplachů .....	78
9.8.3	Používání intimních vložek.....	79
9.8.4	Míra úpravy intimního ochlupení .....	79

9.9	Oblékání .....	79
9.10	Antikoncepce.....	80
9.11	Sexuální praktiky .....	80
9.12	Psychologické faktory.....	81
10.	ZÁVĚR .....	82
11.	SEZNAM TABULEK .....	83
12.	SEZNAM GRAFŮ.....	84
13.	POUŽITÁ LITERATURA.....	86
14.	PŘÍLOHY .....	89
14.1	Vzor dotazníku .....	89

# 1. ABSTRAKT

Univerzita Karlova

Farmaceutická fakulta v Hradci Králové

Katedra biologických a lékařských věd

Student: Markéta Novotná

Školitel: PharmDr. Petr Jílek, CSc.

Název práce: Faktory ovlivňující vulvovaginální dyskomfort

Vulvovaginální dyskomfort (VVD) je jedním z velmi častých onemocnění výrazně snižující kvalitu života pacientek. Za život se s ním alespoň jednou setká většina žen. Ačkoliv je tato problematika stále detailně zkoumána, zatím neznáme příčinu časté recidivy těchto potíží.

**CÍLE PRÁCE:** Prvním cílem této práce bylo charakterizovat skupinu žen trpících rekurentním vulvovaginálním dyskomfortem (RVVD) a faktory, které toto onemocnění doprovázejí. Dalším cílem pak bylo porovnat data získaná pomocí dotazníkové studie probíhající ve specializované poradně pro vulvovaginální dyskomfort s odbornými poznatky ze studií, které se touto problematikou dlouhodobě zabývají.

**METODY:** Data pro tuto práci byla získána pomocí dotazníků, které vyplnily pacientky pravidelně navštěvující specializovanou poradnu pro vulvovaginální dyskomfort ve fakultní nemocnici.

**VÝSLEDKY:** Celkem 75,0 % dotazovaných má diagnostikovanou vulvovaginální kandidózu (VVK) a 42,6 % bakteriální vaginózu (BV). Z respondentek, které byly alespoň jednou těhotné, 20,8 % uvedlo, že VVD se u nich projevil nejvýrazněji v 7. až 9. měsíci těhotenství, což potvrzuje i zjištění předešlých studií. Dále jsme zjistili, že až 8,8 % odpovídajících, kterým byla někdy diagnostikována hyperglykémie, tento stav nijak neřeší. Nekonrolovaná hladina cukru v krvi u diabetu mellitu (DM) je přitom významným rizikovým faktorem zejména pro rozvoj VVK. Celkem 71,2 % respondentek potvrdilo, že v současnosti trpí alergickou rýmou (celoroční rýma či rýma sezónní).

**ZÁVĚR:** Výsledky ukazují souvislost VVD s celou řadou různých faktorů. Zda jsou však příčinou nebo naopak důsledkem těchto obtíží, zatím není zcela jasné a stále je potřeba provést další studie.

**Klíčová slova:** vulvovaginální dyskomfort, faktory doprovázející vulvovaginální dyskomfort, kvalita života, dotazníková studie

## 2. ABSTRACT

Charles University

Faculty of Pharmacy in Hradec Králové

Department of Biological and Medical Sciences

Student: Markéta Novotná

Supervisor of master thesis: PharmDr. Petr Jílek, CSc.

Title: Factors accompanying vulvovaginal discomfort

**BACKGROUND:** Vulvovaginal discomfort (VVD) is very frequently observed disease that significantly decreases the quality of life. Most women have experienced it at least once in their lifetime. In spite the fact that this issue is still being studied, so far, we don't know the reason for recurrence.

**THE OBJECTIVES OF THE THESIS:** The first goal of this thesis is to characterize a group of patients with recurrent vulvovaginal discomfort (RVVD) and factors accompanying RVVD. Another goal is to compare data collected in the survey with data and analysis from other studies related to this topic in the long term.

**METHODS:** The data for this study were gained in survey that took place at specialized department for vulvovaginal discomfort at the local hospital.

**RESULTS:** A total of 75,0 % questioned had a diagnosis of vulvovaginal candidosis (VVC) and 42,6 % of bacterial vaginosis (BV). From respondents which were pregnant at last once, a total of 20,8 % specified they had the most severe VVD during the 7<sup>th</sup> to 9<sup>th</sup> months of pregnancy which confirms a previous study. We also noticed that 8,8 % respondents diagnosed with hyperglycemia do not seek treatment. Uncontrolled levels of blood glucose in patients with diabetes mellitus (DM) is, however, very significant risk factor for the progress of VVC. A total of 71,2 % of respondents confirmed that they do suffer with allergic rhinitis (perennial or seasonal).

**CONCLUSION:** Results show that VVD is connected to many different factors. Whether or not these are reasons or consequences of VVD is still not clear and further studies are needed.

**Key words:** vulvovaginal discomfort, factors accompanying vulvovaginal discomfort, quality of life, survey

### 3. POUŽITÉ ZKRATKY

AIDS	syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
ATB	antibiotika
AV	aerobní vaginitida
BV	bakteriální vaginóza
BVAB	kmeny bakterií vyskytující se u BV (Bacterial Vaginosis Associated Bacteria)
CVD	chronický vulvovaginální dyskomfort
DM	diabetes mellitus
HA	hormonální antikoncepce
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSV	Herpes simplex virus
IL	interleukin
ISSVD	Mezinárodní společnost pro studium vulvárních onemocnění (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease)
LGD	laktobacilární stupeň (Lactobacillary Grade)
MBL	manózu vázající lektin (Mannose-Binding Lectin)
RVVD	rekurentní vulvovaginální dyskomfort
RVVK	rekurentní vulvovaginální kandidóza
SNRI	inhibitor zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (Serotonin – Norepinephrine Reuptake Inhibitors)
TCA	tricyklická antidepresiva
VVD	vulvovaginální dyskomfort
VVK	vulvovaginální kandidóza



## 4. ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá charakteristikou rekurentního (tj. opakujícího se) vulvovaginálního dyskomfortu (RVVD) a sledováním faktorů, které by toto onemocnění mohly nějakým způsobem ovlivňovat.

Obtíže běžně doprovázející RVVD, mezi které řadíme svědění, pálení, výtok a otok zevního genitálu, stále patří mezi jedny z nejčastějších důvodů vyhledávání odborné gynekologické pomoci. Ačkoliv díky mnohaleté praxi gynekologů a nejmodernějším technologiím umíme určit infekční agens vyvolávající jednotlivé typy zánětů, stále nevíme, co je příčinou časté recidivy těchto potíží.

Typickým zlozvykem dnešní doby je nadměrné užívání antimykotické léčby. Celá řada antimykotik je dnes běžně dostupná v lékárnách, a to i bez lékařského předpisu. Přirozeným důsledkem tohoto faktu je neuvážené nasazení terapie samotnými pacientkami či dlouhodobé používání takových přípravků. Při akutních obtížích, u kterých je přesně diagnostikován vyvolavatel, má taková léčba jistě své místo. Nicméně, bez předchozího vyšetření lékařem, může tato terapie spíše uškodit než pomoci.

S tím jde ruku v ruce otázka správné lékařské diagnostiky. Je potřeba brát v úvahu fakt, že intenzita a četnost symptomů nemusí vždy korelovat s mikrobiálním nálezem. To znamená, že u pacientek s výraznou symptomatologií není výjimkou zcela normální složení poševní mikroflóry, a naopak jsou známy i případy tzv. bezpříznakového nosičství.

Studiem této problematiky se v současnosti zabývá celá řada odborníků, které kromě gynekologů zahrnují i mikrobiology, imunology, dermatology a mnoho dalších.

Předložená diplomová práce je výsledkem dotazníkového sledování různých aspektů života žen s RVVD, které byly pravidelně vyšetřovány ve specializované poradně pro vulvovaginální dyskomfort ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

## 5. ZADÁNÍ – CÍLE PRÁCE

Cílem této diplomové práce je získat a vyhodnotit data z dotazníkové studie zaměřené na popis faktorů doprovázejících RVVD. Vzhledem k nízkému počtu dotazníků od zdravých probandek a výrazně většího souboru probandek sužovaných RVVD, jsme v této práci věnovali pozornost druhé skupině. Dotazníky tak můžeme považovat za anamnestické. Kromě sledování informací o jednotlivých faktorech je naším záměrem také vytvořit charakteristiku žen s RVVD, která by později mohla sloužit k porovnání s obdobnou skupinou zdravých žen (tzv. kontrolní skupinou).

Mimo jiné jsme také chtěli zjistit, jak moc zasahují tyto gynekologické obtíže do života žen, které sužují. Proto jsme se zabývali i otázkou životní spokojenosti a mírou zranitelnosti stresem.

Úkolem této práce je pak především porovnání dat získaných v praktické části s poznatky uvedenými v části teoretické. Díky tomu budeme schopni námi získané údaje kriticky zhodnotit.

Doufáme, že tato diplomová práce bude přínosem nejen pro podrobnější porozumění problematice vulvovaginálního dyskomfortu, která je stále aktuální, ale také pro další studie, které budou moci získané výsledky porovnat se zdravými ženami a získat tak objektivnější pohled na celou tuto oblast.

## 6. TEORETICKÁ ČÁST

### 6.1 Vulvovaginální dyskomfort

Vulvovaginální dyskomfort (VVD) lze charakterizovat jako náhlé, dlouhodobé nebo opakující se obtíže ženského pohlavního ústrojí. Tyto jsou spjaty s proměnlivým klinickým obrazem, jenž nemusí být ve shodě s jejich četností a intenzitou. Mnohdy jsou způsobovány mikrobiálními původci, ale neméně důležitou roli zde hrají i faktory nemikrobiální. Mezi nejběžnější symptomy řadíme svědění, pálení a výtok (Špaček et al. 2013). Tyto obtíže, spolu s prenatální péčí, jsou nejčastějším důvodem návštěvy gynekologických ambulancí (Fait et al. 2009)

Podle průběhu obtíží lze dyskomfort rozdělit na akutní a chronický. Akutním vulvovaginálním dyskomfortem rozumíme gynekologické potíže provázené výše zmíněnými symptomy, vznikajícími náhle. Důležitou charakteristikou této formy je trvalé vymizení příznaků po kauzální léčbě.

Chronický vulvovaginální dyskomfort (CVD) můžeme definovat jako výskyt 3 a více atak výše zmíněných symptomů za rok. Od akutního VVD se odlišuje zejména tím, že po antiinfekční léčbě dosahujeme u pacientek pouze dočasného zlepšení a u některých pacientek se nedostaví efekt žádný (Kestřánek et al. 2013).

#### 6.1.1 Bakteriální vaginóza

Bakteriální vaginózu (BV) můžeme charakterizovat jako vaginální dysmikrobii, tedy narušení mikrobiálního ekosystému pochvy. Při tomto onemocnění dochází v pochvě ke změně četnosti bakterií a rozdílnému zastoupení jednotlivých rodů. Běžným obrazem je úbytek bakterií rodu *Lactobacillus*, a naopak zvýšené množství anaerobních bakterií jako např. *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus spp.*, *Atopobium vaginae* či výskyt kmenů BVAB (bacterial vaginosis-associated bacteria). Stále ale není známo, zda úbytek laktobacilů vede k přemnožení anaerobních bakterií, nebo zda naopak nadbytek těchto bakterií vede ke snížení počtu laktobacilů. S úbytkem laktobacilů dochází ke snižování přirozených obranných mechanismů pochvy. Klesá produkce kyseliny mléčné, peroxidu vodíku a vzrůstá pH, přestože jsou tyto hodnoty ovlivňovány i dalšími faktory než jen přítomností laktobacilů (Hay 2014). Dalším typickým rysem pro pacientky s BV je nález tzv. klíčových buněk (clue cells), což jsou dlaždicové epitelie, které mají na svém povrchu četné množství koloidních bakterií. Výskyt leukocytů je u této diagnózy vzácný (Špaček et al. 2013).

Konkrétní příčinu tohoto onemocnění zatím neznáme. Byly ale zjištěny predispoziční faktory, které se k BV vztahují. Řadíme mezi ně např. afroamerický původ, kouření, chudobu, obezitu, vyšší počet sexuálních partnerů/partnerek, nízkou vzdělanost

a používání vaginálních výplachů. Mezi rizikové faktory pak zařazujeme menstruaci, nového sexuálního partnera/partnerku, cunnilingus (orální sex, při kterém dochází k dráždění zevních ženských pohlavních orgánů), styk bez kondomu, stres nebo deficit železa. Naproti těmto rizikovým faktorům je důležité zmínit i ochranný efekt hormonální antikoncepce (Špaček et al. 2013).

BV může být doprovázena hojným zapáchajícím vodnatým výtokem. Udává se, že 40 až 50 % žen s výtokem trpí právě BV (Kobilková et al. 2005). Zápach se vyskytuje především při zvýšeném pH v pochvě. V naprosté většině případů u BV není přítomen tkáňový zánět. Až u 50 % pacientek se ale objevuje i zcela asymptomatická forma BV. Nicméně ani tato forma by neměla být opomíjena, neboť BV bezprostředně souvisí s gynekologickými komplikacemi v graviditě, jako je např. samovolný potrat, předčasný porod, intraamniální infekce nebo nízká porodní hmotnost plodu a další.

V praxi může být BV diagnostikována pomocí různých metod. Jednou z možností je splnění alespoň 3 ze 4 uvedených příznaků, tzv. Amselových klinických kritérií (studie z roku 1983), kterými jsou:

- řídký bělavý homogenní výtok ulpívající na poševních stěnách, lze jej lehce setřít
- vaginální pH nad 4,7
- přítomnost klíčových buněk v nativním preparátu (>20 % epitelii) – nejspíše nejvíce senzitivní a specifický ukazatel BV
- pozitivní čichový test: rybí zápach (Kobilková et al., 2005)

Provedení čichového testu (whiff test, sniff test aminový test) spočívá v alkalizaci vulvovaginální tekutiny 10 % roztokem hydroxidu draselného. Anaerobní bakterie jsou producenty aminů, které se při zásaditém pH uvolňují a vytvářejí charakteristický zápach. Ten může pacientka sama zaznamenat např. při menstruaci nebo při nechráněném pohlavním styku, protože v obou těchto případech taktéž dochází ke zvýšení pH pochvy. Jsou-li tedy anaerobní bakterie přítomny, tekutina silně zapáchá a test je pozitivní. Ze statistických výsledků vyplývá, že nad 90 % diagnóz BV je odhaleno již pomocí pozitivního čichového testu a zvýšených hodnot pH. Z těchto důvodů jsou tyto dva testy navrženy jako screeningové (Špaček et al. 2013).

Léčba BV spočívá v podávání lokálních či systémových antibiotik, jejichž účinek byl potvrzen studiemi a dlouholetou praxí. Protože se jedná o polymikrobní infekci, citlivost na jednotlivá ATB se předem nestanovuje (Kobilková et al., 2005). Perspektivní možností léčby jsou ale i probiotika. Nejenže mají obrovský význam v prevenci, ale uplatňují se i po dokončení antibiotické léčby k opětovnému nastolení rovnováhy vaginální mikroflóry. Stejně jako antibiotika, mohou být podávána perorálně i lokálně (Špaček et al. 2013). Přehled jednotlivých léčivých látek a způsobu podávání je uveden v následující tabulce.

**Tabulka č. 1 Přehled jednotlivých léčivých látek a jejich způsobu podávání při léčbě bakteriální vaginózy**

léčba	úspěšnost p. o. léčby	p. o. podání	lokální podání
metronidazol	86-90 %	500mg po 12 hod, po dobu 7 dnů	500mg po dobu 7 dní, vaginální krém
klindamycin	90-94 %	300mg po 12 hod, po dobu 7 dnů	vaginální krém (2 % koncentrace)
tinidazol	-	1tbl denně, po dobu 2-5 dnů	-
dequalinium hydrochlorid	-	-	vaginální tablety
probiotika	nepodloženo studiiemi	nepodloženo studiiemi	vaginální tobolky

Zdroj: Špaček et al. 2013 (přepřacováno z textu do tabulky)

### 6.1.2 Vulvovaginální kandidóza

Vulvovaginální kandidózu (VVK) můžeme definovat jako kvasinkovou infekci ženského pohlavního ústrojí. Během života ji alespoň jednou prodělají téměř tři čtvrtiny žen (Pilka et al. 2017). Postižena bývá pochva, poševní předsíň nebo zevní rodidla. Kandidóza bývá doprovázena typickými symptomy popsány níže. Je důležité si uvědomit, že četnost obtíží zpravidla nesouvisí s mikrobiálním nálezem pacientky. Často se vyskytuje bezpříznaková kolonizace, kdy můžeme nalézt vyšší počet kvasinek, ale žena netrpí příznaky (nebo jen mírnými). Naopak pacientky s výraznou symptomatologií nebo pacientky s opakujícími se obtížemi (tzv. rekurentní VVK) často nemají mikrobiální stěr na kvasinky nijak bohatý (Špaček et al. 2013). U sporadické (občasné) a rekurentní formy VVK nalézáme několik odlišností, které jsou přehledně uvedeny v následující tabulce (Sobel, Faro et al. 1998).

**Tabulka č. 2 Odlíšnosti nekomplikované a komplikované formy vulvovaginální kandidózy**

typ kandidózy	nekomplikovaná vulvovaginální kandidóza	komplikovaná vulvovaginální kandidóza
četnost onemocnění	sporadická / ne častá	rekurentní
průběh	lehký až středně těžký	závažný
typický původce	<i>Candida albicans</i>	non-albicans kandididy
pacientky	Imunokompetentní ženy, ženy mimo těhotenství	diabetičky, těhotné ženy, imunosuprimované ženy

Zdroj: Sobel, Faro et al. 1998 (převzato a upraveno)

Vyvolavatelem vulvovaginální kandidózy jsou kvasinky rodu *Candida*, ale i *Saccharomyces*. Jednotlivé druhy jsou uvedeny v následující tabulce. Dále rozlišujeme různé rizikové faktory, které ke vzniku VVK často přispívají. Mezi tyto patří těhotenství, kdy dochází ke zvýšení množství glykogenu v pochvě a kvasinky tak mají lepší životní podmínky. Vliv na poševní mikrobiom má také užívání antibiotik. Antibiotika vymytí kromě škodlivých bakterií, kvůli kterým jsou indikována, i bakterie tělu prospěšné. Naruší tak běžnou poševní mikroflóru a kvasinky se mohou snadněji přemnožit. Dalším ovlivňujícím faktorem, který v této souvislosti ještě můžeme zmínit, jsou autoimunitní nemoci jako např. AIDS či diabetes mellitus, kterým budou věnovány další z kapitol v této práci (Pilka et al. 2017).

**Tabulka č. 3 Druhy kvasinek vyvolávajících vulvovaginální kandidózu**

druh kvasinky		podíl v etiologii
<i>Candida albicans</i>		85-90 %
non-albicans <i>Candida</i>	<i>Candida glabrata</i>	5-10 %
	<i>Candida parapsilosis</i>	<5 %
	<i>Candida tropicalis</i>	
	<i>Candida krusei</i>	
	<i>Candida kefyr</i>	
<i>Saccharomyces cerevisiae</i>		extrémně vzácný
rod <i>Cryptococcus</i>		
rod <i>Trichosporon</i>		

Zdroj: Špaček et al. 2013 (přepracováno z textu do tabulky)

Vulvovaginální kandidóza se typicky projevuje intenzivním svěděním a bílým tvarohovitým výtokem. U zevního genitálu se vyskytuje otok, zarudnutí či trhlínky (tzv. ragády) a drobné pustulky. Dále mohou pacientky pociťovat nepříjemné pálení, které doprovází močení. VVK pak může být zaměněna za cystitidu a nesprávně léčena (Špaček et al. 2013). U chronické perzistentní VVK můžeme nalézt nápadný edém a zhrublou kůži. Tato forma je častější u starších, obézních nebo diabetických pacientek (Pilka et al. 2017). Nicméně, jak bylo uvedeno již dříve, u některých žen nejsou přítomny žádné z těchto příznaků, i přestože mikrobiální stěr kvasinky potvrzuje.

K základním diagnostickým krokům VVK patří průkaz kvasinek pomocí mikroskopického (rychlejší metoda) nebo kultivačního vyšetření poševního stěru. Dále se zjišťuje pH pochvy, které bývá zcela v normě mezi 4,0-4,5 (Sobel 2014).

Léčba VVK ve většině případů spočívá v aplikaci lokálních antimykotik podávaných po dobu 10-14 dnů. Z konkrétních léčivých látek se používá clotrimazol, mikonazol, terkonazol, flukonazol nebo nystatin. Úspěšnost takové léčby dosahuje až 80 %. U akutní nekomplikované infekce s původcem *Candida albicans* azolová antimykotika dobře zabírají. I přesto se až u poloviny pacientek infekce stává chronickou (4 a více atak po dobu jednoho roku). Důvodem může být nižší citlivost kmenů *Candida glabrata* či *Candida tropicalis* k antimykotikům či výše zmíněné rizikové faktory (Pilka et al. 2017).

### 6.1.3 Aerobní vaginitida

Aerobní vaginitida (AV) je poměrně neobvyklá vaginální infekce. Její prevalence se pohybuje mezi 7 až 12 % (Donders, Bellen et al. 2017). Nejzávažnějším typem tohoto onemocnění je tzv. deskvamativní zánětlivá vaginitida, kdy dochází k olupování vaginálního epitelu či kůže zevního genitálu. AV může také souviset se zvýšeným rizikem zánětu plodových obalů (chorioamnionitidy) a předčasným odtokem plodové vody (Donders, Vereecken et al. 2002).

Příčiny AV jsou dosud neznámé. Nicméně u pacientek, trpících touto infekcí, můžeme v mikrobiálním stěru často nalézt aerobní bakterie – streptokoky skupiny B, *Staphylococcus aureus* či *Escherichia coli* (Špaček et al. 2013).

Příznaky doprovázející AV jsou částečně obdobné jako u bakteriální vaginózy (snížené množství nebo až absence laktobacilů v pochvě, přítomnost výtoků s typickým zápachem a zvýšená hodnota pH). Na rozdíl od BV je ale u AV aminový test s KOH negativní. Není přítomen zápach rybí, ale hnilobný. Dalším podstatným rozdílem je zarudnutí a otok vaginální sliznice, které značí přítomnost zánětu (na rozdíl od BV, která je nezápachová). Dále se objevuje výtok hustší konzistence, který má žlutou až nazeleňalou barvu. U některých žen se také můžeme setkat s dyspareunií (nepříjemnými až bolestivými pocity během pohlavního styku) (Donders, Bellen et al. 2017).

Při diagnostice AV je prováděna zejména mikroskopie. Ve vzorku nalézáme množství leukocytů, koků a parabazálních buněk. Naopak laktobacily i klíčové buňky (typické pro BV) chybí. Pro přesnější diagnózu se často využívají kritéria modifikována dle Donderse. Podle nich můžeme AV rozdělit do čtyř různých kategorií (LGBI, LGBIIa, LGBIIb, LGBIII). Jednotlivé kategorie LGB (lactobacillary grade) se liší množstvím přítomných laktobacilů, leukocytů, toxických leukocytů, bakteriální flóry a parabazálních buněk (Špaček et al. 2013).

Léčba AV vzhledem k vzácnosti onemocnění stále není jednotná. Může se jednat o antiseptickou, antibiotickou, hormonální, nesteroidní protizánětlivou či probiotickou léčbu, která může být jak lokální, tak systematická. U antiseptické léčby se jedná o použití dequalinium chloridu, jehož účinek byl potvrzen studii (Donders, Bellen et al. 2017).

Dle Sobela je jednou z možností použití klindamycinu ve formě 2 % krému aplikovaného vždy večer v dávce 5 g po dobu dvou týdnů. S touto léčbou se uvádí výskyt relapsu až u 30 % pacientek. Pokud k němu dojde, je vhodné podávat klindamycin ještě jednou tak dlouhou dobu. Druhou možností dle Špačka je používání přípravků s nifuratelem nebo neomycinem v kombinaci s polymyxinem. Obě tyto terapeutické možnosti (jak léčba klindamycinem, tak nifuratelem/neomycinem) jsou doprovázeny následnou lokální léčbou estriolem. Tento napomáhá k opětovnému osídlení pochvy laktobacily (Špaček et al. 2013).

#### 6.1.4 Trichomonóza

Trichomonóza je neviróvé sexuálně přenosné onemocnění s vysokou prevalencí (3,1 % infikovaných žen v reprodukčním věku v USA). Jedná se o jednu z nejčastěji přenášených pohlavních nemocí. Je způsobeno protozoárním organismem *Trichomonas vaginalis*. Postihuje jak ženy, tak i muže (Meites, Gaydos et al. 2015). Nejvíce je trichomonóza rozšířena v necivilizovaných částech světa. Zároveň zvyšuje nebezpečí nákazy virem HIV (Human Immunodeficiency Virus), a to až dvojnásobně (Špaček et al. 2013). V civilizovaných zemích incidence onemocnění oproti minulosti značně klesla, nicméně vymizely typické příznaky trichomonózu dříve doprovázející. *Trichomonas* může způsobit vaginální záněty, záněty exocervixu či postihnout horní genitální trakt (Špaček et al. 2013).

Příznaky, které doprovázejí trichomonózu, mohou být velmi různorodé. Vzhledem k faktu, že trichomonády umí rozkládat červené krvinky a využívat z nich ionty železa pro svou vlastní potřebu, příznaky se často projevují po menstruaci (Špaček et al. 2013). Objevuje se vaginální výtok (jehož barva se může u pacientek odlišovat), zápach a na poševní sliznici můžeme pozorovat edém (otok) a překrvení. Typickým příznakem, viditelným pouze při kolposkopii, je tzv. „strawberry cervix“ (děložní čípek se skvrnami jako na jahodách). U většiny pacientek je zároveň infikována i močová trubice a obje-



vuje se bolest v podbřišku. Nicméně až u poloviny pacientek může být trichomonóza zcela asymptomatická (Schwebke a Burgess 2004).

Pokud by se trichomonóza neléčila, hrozí nebezpečí rakoviny děložního čípku (cervixu), předčasný porod či nízká porodní hmotnost dítěte (Štork et al. 2008).

Zlatým standardem pro správnou diagnózu je u trichomonózy stále kultivace. Další metody, které mohou být nápomocné, jsou mikroskopie, cytologické vyšetření děložního čípku a další (Špaček et al. 2013).

U léčby trichomonózy je důležité, aby léčbu vždy podstoupili oba sexuální partneři a zamezilo se tak opětovným infekcím. Americká FDA (Food and Drug Administration) pro léčbu schválila podávání metronidazolu, který se vyznačuje svými antiprotozoálními a antibakteriálními účinky, a tinidazolu, který ale u nás není registrován (Meites, Gaydos et al. 2015). Úspěšnost léčby metronidazolem podávaného v nejběžnějším schématu (2 g jednorázově) dosahuje až 95 % (Špaček et al. 2013). Jednotlivá léková schémata jsou uvedena v tabulce.

**Tabulka č. 4 Léková schémata léčby trichomonózy**

<b>léčivá látka</b>	<b>lékové schéma</b>	<b>způsob podání</b>	<b>registrace v ČR</b>
<b>metronidazol</b>	2 g jednorázově	p.o.	registrován
	alternativně 500 mg 2x denně, 7 dní	p.o.	
	alternativně 4 g 1x denně	i.v.	
<b>tinidazol</b>	2 g jednorázově	p.o.	neregistrován
	alternativně 500 mg 1x denně, 14 dní + 500 mg lokálně	p.o. + lokálně	

Zdroj: Špaček et al. 2013 (přepřacováno z textu do tabulky)

### **6.1.5 Poševní laktobacilóza**

Poševní laktobacilóza může být popsána jako onemocnění, které se svými příznaky velice podobá vulvovaginální kandidóze. Na rozdíl od VVK však u pacientek nelze nalézt kvasinky. U laktobacilózy se v pochvě vyskytují anaerobní laktobacily, které jsou pod mikroskopem vidět jako protáhlé filamentózní organismy (Kobilková et al. 2005).

Ač jsou příznaky doprovázející poševní laktobacilózu obdobné jako u VVK, jak již bylo uvedeno dříve (tvarohovitý výtok, svědění, pálení, otok a zarudnutí zevních rodidel), i tak je od sebe můžeme odlišit. Při poševní laktobacilóze se totiž příznaky objevují

v pravidelných cyklech. Největší výskyt obtíží je 7 až 10 dní před menstruační fází. Po ní nastává asymptomatické období a příznaky se znovu projeví před další menstruací. Bez vhodné terapie příznaky přetrvávají (Kobilková et al., 2005).

K diagnostice poševní laktobacilózy slouží kultivace, která je negativní na výskyt kvasinek. Naopak v preparátu nalezneme dlouhé laktobacily o velikosti 40 až 75 mikrometrů. U zdravých pacientek se běžněji vyskytují laktobacily výrazně kratší (Mašata et al. 2017).

Léčba spočívá v podávání antibiotik, na které vykazuje většina laktobacilů podobnou citlivost. Jedná se zejména o penicilinová antibiotika. V případě přecitlivělosti pak volíme doxycyklin. Účinnost terapie dosahuje až 85-90 % (Mašata et al. 2017). Jednotlivá léková schémata jsou shrnuta v následující tabulce.

**Tabulka č. 5 Léková schémata léčby poševní laktobacilózy**

<b>léčivá látka</b>	<b>dávkování</b>
ampicilin	4x500 mg, 7dní
amoxicilin	3x500 mg, 7 dní
aminopenicilin + inhibitor $\beta$ -laktamázy	
doxycyklin	2x100 mg, 10dní

Zdroj: Mašata et al. 2017 (přepřacováno z textu do tabulky)

### **6.1.6 Herpes genitalis**

Herpes genitalis, neboli genitální opar, řadíme mezi pohlavně přenosné nemoci. Jeho původcem je Herpes simplex virus (HSV). Ten se vyskytuje ve dvou sérotypech HSV-1 a HSV-2. Oba tyto sérotypy mohou způsobit jak opary na obličeji, tak i opary genitální. Nicméně HSV-1 způsobuje převážně opary postihující obličej, HSV-2 pak opary postihující genitálie. Při infekci HSV-2 se navíc zvyšuje riziko přenosu HIV viru (Štork et al. 2013).

Virus se šíří kontaktem s infikovanou osobou. S největší pravděpodobností dochází k nákaze od člověka s rozvinutým oparem (při styku oparu se sliznicí), ale k přenosu může dojít i v asymptomatické fázi. Infekce se také může přenést při porodu na dítě (Waggoner-Fountain a Grossman 2004).

HSV pak proniká do nervové soustavy, kde vyvolává tzv. latentní (skrytou) infekci. V nervovém gangliu vyčkává na oslabení imunity, kdy dochází k jeho rozmnožení a reaktivaci. V oblastech, které jsou z napadeného ganglia inervovány, přitom dojde

k výsevu oparů. U herpes genitalis bývají zasažena sakrální ganglia (Waggoner-Fountain a Grossman 2004).

U HSV se setkáváme s rozdílnými projevy u primární a rekurentní infekce. Pokud onemocnění probíhá u pacienta poprvé (tzv. primární infekce), je často doprovázeno i celkovými příznaky jako např. zvýšenou tělesnou teplotou, únavou, otokem lymfatických uzlin, bolestí hlavy, zad a svalů. V oblasti inervované napadeným gangliem se pak vyskytují charakteristické malé puchýřky/opary. Tyto pak často praskají za vzniku bolestivých vřidků. Svědění a bolest se typicky projevují už před výsevem puchýřků. Vyskytne-li se primární infekce v průběhu prvního trimestru gravidity, hrozí zvýšené riziko potratu. Pokud již pacient jednou primární infekci prodělal, může se u něj vyskytnout infekce rekurentní. Při ní dochází k reaktivaci viru. Většinou probíhá mnohem mírněji než infekce primární. Vyskytují se drobnější puchýřky a celkové příznaky nejsou tak výrazné (Špaček et al. 2013).

Léčba spočívá v podávání antivirotik, konkrétně acikloviru, famcikloviru či valacikloviru. U primární infekce se běžně podává 200 mg acikloviru p.o. 5x denně po dobu 5 dnů. Rekurentní infekci se navrhuje léčit v případě, přetrvává-li delší dobu než jeden týden, nebo pokud jsou léze rozsáhlé. Opakuje-li se infekce častěji, podává se dlouhodobě 400mg acikloviru 2x denně s průkazně sníženou četností obtíží (Špaček et al. 2013).

### **6.1.7 Vulvodynie**

Vulvodynie je podle Mezinárodní společnosti pro studium vulvovaginálních chorob (ISSVD) definována jako „dyskomfort v oblasti vulvy často popisovaný pálivou bolestí bez přítomnosti viditelných a klinicky prokazatelných chorob“ (Haefner, Collins et al. 2005). Trpí jí přibližně 3-15 % žen (Špaček et al. 2013). Podle toho, jakou část bolest zasahuje, rozlišujeme vulvodynii generalizovanou a lokalizovanou. Podle vyvolávající příčiny jí můžeme rozdělit na vyprovokovanou, nevyprovokovanou či smíšenou (Haefner, Collins et al. 2005).

Zdaleka nejčastěji se vyskytuje vulvodynie bez jasné příčiny, tzv. idiopatická vulvodynie. Méně často se jedná o vyprovokovanou formu. Ta by pravděpodobně mohla být způsobena genetickými predispozicemi, hormonálními faktory, zánětem nebo infekcí např. kvasinkami, herpes viry, nebo lidským papilomavirem (Haefner, Collins et al. 2005). Dalšími možnými vyvolavateli jsou také nádorová onemocnění, gynekologická operace, posttraumatický stav nebo se může jednat o neuropatickou bolest (Špaček et al. 2013).

Při diagnóze je prováděno vyšetření pomocí vatového tamponu (tzv. štětičkový test), pomocí kterého je lokalizována bolest. Protože je ale bolest subjektivní příznak, velmi důležitou roli zde hraje dobře odebraná anamnéza. Soustředěnost je zaměřena

na přítomnost možných vyvolávajících faktorů a vyloučení jiného typu VVD (Nosková 2012).

Známe-li vyvolávající příčinu vulvodynie, spočívá léčba v jejím odstranění. Pokud je však příčina neznámá, snažíme se bolest tlumit a pacientce jsou doporučena některá preventivní opatření (hygienické návyky, způsob oblékání apod.). Velmi vhodnou se jeví spolupráce gynekologa s dalšími lékaři (Nosková 2012). Souhrn terapeutických možností, které jsou k léčbě vulvodynie používány, je uveden v následující tabulce.

**Tabulka 6. Terapeutické možnosti v léčbě vulvodynie**

<b>lokální terapie</b>	hormonální léčba (estrogen, testosteron) lokální anestetika (lidokain, krém Emla) lokální složené masti (antikonvulziva, antidepresiva)
<b>systémová farmakoterapie</b>	TCA (tricyklická antidepresiva) – imipramin, amitriptylin antikonvulziva SNRI (Serotonin-Norepinefrin Reuptake Inhibitors) opioidy
<b>fyzioterapie</b>	relaxace svalů pánevního dna práce s trigger pointy obilizace pánve
<b>invazivní postupy</b>	blokáda n. pudendus spinální blokáda kaudální blokáda
<b>chirurgické postupy</b>	vestibulektomie
<b>dietní opatření</b>	snížení oxalátů (špenát, reweň a další) suplementace kaliem
<b>neuromodulace</b>	sakrální neurostimulace
<b>alternativní postupy a psychoterapie</b>	akupunktura kognitivně-behaviorální terapie relaxační techniky
<b>ostatní</b>	botulotoxin kapsaicin interferon

Zdroj: Nosková 2012 (převzato a upraveno)

## 6.2 Faktory ovlivňující vulvovaginální dyskomfort

### 6.2.1 Genetické predispozice

U pacientek s RVVK byly nalezeny určité genové polymorfizmy, které by mohly napomoci vysvětlení těchto opakovaných obtíží. Zatím nejvíce prostudovaným je gen MBL2, který má na starosti kódování lektinu vázajícího manózu (MBL = Mannose binding lectin) a v místě kodonu 54 má tři funkční alely. Pokud dojde ke změně v tomto kodonu (alela B), začne se vytvářet nestabilní MBL-protein, který se rychleji degraduje a jeho množství tak klesá. Jsou-li hodnoty MBL sníženy, je snížena i protikvasinková imunita. Alela B tohoto genu byla častěji nalezena u žen s RVVK a k podobným závěrům došly i studie zabývající se rekurentní BV. Problematika tohoto jevu je nicméně mnohem složitější a zatím nemůžeme vyvozovat konkrétní závěry (Špaček et al. 2013).

Dalším genetickým polymorfizmem, který může ovlivňovat imunitu proti kvasinkám, je gen pro IL-4 (interleukin-4). IL-4 totiž potlačuje prozánětlivou T<sub>H</sub>1 buněčnou imunitu a brání aktivaci makrofágů. U pacientek s RVVK byly nalezeny vyšší hladiny tohoto interleukinu, který pravděpodobně může tímto mechanismem rozvoj RVVK ovlivňovat (Špaček et al. 2013).

Polymorfizmem, který může ovlivňovat zmiňovanou protikvasinkovou imunitu, je i gen *CARD9*. Mutace tohoto genu způsobuje, že protein *CARD9*, jenž je klíčový pro prozánětlivou odpověď proti *Candida albicans*, je nefunkční (Špaček et al. 2013). Byly studovány i možné vlivy dalších genetických faktorů, nicméně jejich popis je nad rámec této diplomové práce.

### 6.2.2 Složení poševní mikroflóry

Poševní mikroflóra je ekosystém tvořený více než 200 druhy mikroorganismů, na které mají vliv genetické a etnické faktory, stejně jako životní prostředí či chování jedince. Dříve se předpokládalo, že dominantní postavení mají ve zdravém poševním prostředí zejména laktobacily. Během reprodukčního období ženy je jejich růst podpořen estrogeny a progesteronem. Estrogeny totiž podporují proliferaci vaginálního epitelu a následnou tvorbu glykogenu. Progesteron pak zodpovídá za cytolýzu vaginálního epitelu a uvolnění vzniklého glykogenu. Glykogen je pomocí laktobacilů a dalších bakterií metabolizován na glukózu, maltózu a následně až na mléčnou kyselinu. A právě tato (spolu s dalšími faktory) se podílí na tvorbě poševního pH, které se pohybuje mezi 3,8 až 4,4 (Mendling 2016).

Nicméně samotná přítomnost laktobacilů v pochvě ženy neznamena, že je její poševní mikroflóra v pořádku. Existují ženy, jejichž poševní mikrobiom nezahrnuje laktobacily nebo jen v malé míře a nesetkáváme se u nich s žádnými gynekologickými obtížemi. Dnes můžeme rozlišit 5 základních mikrobiálních společenstev v pochvě. Ve

4 z nich jsou skutečně laktobacily v dominujícím postavení, nicméně v pátém tuto úlohu zastávají jiné fermentující anaerobní bakterie (konkrétně *Prevotella* spp., *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* a další). Proto je při diagnóze VVD důležité brát toto v úvahu a snažit se o co nejindividuálnější přístup. Z toho vyplývá, že netypické složení vaginální mikrobioty neznamená, že žena bude trpět gynekologickými obtížemi a naopak (Špaček et al. 2013).

### 6.2.3 Pohlavní hormony a menstruační cyklus

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, hrají ženské hormony ve složení ekosystému pochvy důležitou roli. Tvorba estrogenů ale není po celou dobu reprodukčního období ženy stejná. Kolísá v závislosti na fázi menstruačního cyklu ženy.

Studie s pacientkami s BV ukázala, že u 71 % došlo ke změnám mikroflóry již během prvních 9 dnů menstruačního cyklu. Během cyklu pak docházelo ke kolísání hladin laktobacilů. Tento trend se nevyskytoval pouze u žen s dominantním postavením jiných fermentujících bakterií, ale i u žen, u nichž laktobacily dominovaly (Keane, Ison et al. 1997).

Dalším onemocněním, u kterého studie potvrdily vliv hormonů, je VVK. Prokazatelný vliv mají především estrogeny, které si žena přirozeně vytváří. Nesmíme zapomenout ale ani na jejich poměrně časté užívání ve formě hormonální antikoncepce (HA) či hormonální substituční terapie (HRT). O vlivu ostatních ženských hormonů se toho zatím mnoho neví, ale ukázalo se, že díky dlouhodobému užívání gestagenů došlo u řady pacientek ke zmírnění či vymizení potíží spojených s RVVK (Špaček et al. 2013).

### 6.2.4 Těhotenství

Dalším rizikovým faktorem pro rozvoj VVD je těhotenství. Během tohoto období dochází k řadě hormonálních i dalších změn, které mohou napomoci zejména rozvoji VVK. V těhotenství dochází ke snížení buněčné imunity a zvýšení hladin estrogenu, který usnadňuje adhezi kvasinek k poševnímu epitelu (Aguin a Sobel 2015).

Kvasinkový zánět v těhotenství je podle nových poznatků také spojován s řadou komplikací, jako je například předčasný porod (Aguin a Sobel 2015).

### 6.2.5 Jiná onemocnění

U kvasinkových infekcí je nejvíce prostudovaným rizikovým faktorem tohoto typu diabetes mellitus I a II (dále jen DM). Příčinou je zejména nepostačující kontrola hladiny cukru v krvi (glykémie). Zvýšená hladina glukózy totiž stimuluje množení kvasinek a podporuje jejich transformaci ve více virulentní hyfovou formu a kvasinky tak mohou snadněji vyvolat zánět (Nyirjesy a Sobel 2013). Mimoto také glukóza zvyšuje adhezi kvasinek k poševnímu epitelu (Buchta, Matula et al. 2013).

Tuto informaci potvrzuje i studie, která došla k závěru, že kontrolovaná hladina glykémie může u diabetiček riziko kolonizace kandidami snížit. (de Leon, Jacober et al. 2002).

S VVK souvisí i komplikace diabetu, zejména změny týkající se imunity. Je prokázáno, že se u diabetiků vyskytuje snížená buněčná imunita (snížení chemotaxe, adheze a fagocytózy leukocytů). Naopak léčba inzulinem a kontrola hladiny cukru v krvi funkci buněčné imunity zvyšuje (Buchta, Matula et al. 2013).

U pacientek s DM jsou nejčastějším původcem kandidózy *non-albicans* kandidy, zejména pak *Candida glabrata* (u 38 % diabetiček). Z tohoto důvodu může být léčba VVK obtížnější, protože *C. glabrata* je vůči řadě antimykotik relativně odolná. Další překážkou v léčbě mohou být lékové interakce mezi azolovými antimykotiky a DSU (deriváty sulfonylurey), které se k léčbě diabetu běžně užívají (Buchta, Matula et al. 2013).

Kromě diabetu byla pozorována také souvislost RVVK s alergickou rýmou. Tou trpělo 71 % pacientek sužovaných RVVK, oproti 42 % žen z kontrolní skupiny, což je považováno za statisticky významný rozdíl. Dále bylo potvrzeno, že u žen s RVVK je zvýšená incidence pozitivních kožních testů na inhalační alergeny (50 %) a vysoká incidence alergie v rodině (73 %). Spojitost mezi RVVK a astmatem nalezena nebyla (Moraes 1998).

Na druhou stranu novější studie souvislost mezi RVVK a alergiemi a ekzémem neprokázala. Spojitost nenalezla ani s nachlazením či infekcemi močového ústrojí (Patel, Gillespie et al. 2004).

### 6.2.6 Stravovací návyky

Při hledání možných příčin RVVD byly sledovány také stravovací návyky pacientek. Studie potvrdily, že ženy trpící RVVK mají hladiny všech mikroelementů v krvi v normálním rozmezí. Nicméně oproti kontrolní skupině zdravých žen byly zaznamenány statisticky významné rozdíly. U pacientek s RVVK byly nalezeny nižší sérové koncentrace vápníku, zinku a hořčíku. Méně významným rozdílem byla u skupiny žen s RVVK i zvýšená hladina železa. Hypokalcémie (nízká hladina vápníku v krvi) může souviset s nízkým obsahem vápníku ve stravě, a proto je vhodné pacientkám doporučit vyšší konzumaci jogurtů navíc i s obsahem probiotik (viz kapitola 6.2.7.). Snížená hladina zinku v krvi může souviset se sníženou protikvasinkovou imunitou, ve které hraje zinek důležitou roli. Zda by zvýšené množství zinku ve stravě (popř. formou doplňků stravy) vedlo ke zlepšení, však není zatím potvrzeno (Spacek, Jilek et al. 2005).

Některé potraviny samy o sobě disponují antifungálními a antibakteriálními účinky. První takovou potravinou je česnek, u kterého studie ukázaly výrazné antimikrobiální účinky. Jeho působením došlo k úplnému zničení kvasinek. Aktivita česneku ke kvasince *Candida albicans* je dokonce vyšší než u nystatinu, který je běžně k léčbě kandidóz používán. O trochu menší aktivitu ke kvasinkám vykazuje hřebíček, nicméně

obě jmenované potraviny působí i na kmeny bakterií rezistentní na léčbu antibiotiky. Antimikrobiální efekt se dále vyskytuje u čínské pórku či kayenského pepře (Hronek et al. 2005).

### 6.2.7 Užívání probiotik

Nezanedbatelnou roli v ovlivnění VVD hraje příjem probiotik (nejčastěji laktobacilů). Probiotika jsou Světovou zdravotnickou organizací (WHO) definována jako „živé mikroorganismy, které při podání v přiměřeném množství poskytují zdravotní přínos pro jedince“. Kromě laktobacilů jsou součástí vaginální mikroflóry také bakterie neutrální a patogenní. Probiotika zabraňují zejména patogenním bakteriím zvýšenému osídlování sliznic a chrání tak poševní prostředí (Slíva et al. 2012).

Z tohoto důvodu byla pacientkám doporučována lokální aplikace jogurtu s probiotickými kulturami. Nicméně tyto kultury nebyly schopné pochvu dostatečně osídlit. Pozdější studie ukázaly, že tuto schopnost mají jen některé probiotické kmeny. U asymptomatických pacientek s BV, které po dobu 60 dní denně perorálně užívaly přípravky obsahující kmeny *Lactobacillus rhamnosus* a *Lactobacillus fermentum*, došlo u 37 % k opětovnému nastolení vaginální mikroflóry. U pacientek užívajících placebo byla úspěšnost kolonizace jen u 13 %. Spolu s nárůstem laktobacilů došlo také k úbytku kvasinek a některých patogenních bakterií (Reid, Charbonneau et al. 2003). Přesný mechanismus účinku zatím není znám, ale předpokládá se

- zvýšený sestup laktobacilů z kůže okolo konečníku do pochvy
- snížený sestup patogenů z kůže okolo konečníku do pochvy
- že zvýšení střevní slizniční imunity se odráží na poševním prostředí tak, že je méně náchylné pro patogeny (Reid a Bruce 2003).

Tohoto efektu lze využít zejména u chronicky se opakujících obtíží, protože kolonizace laktobacily při perorálním podání trvá několik dní. U akutních obtíží perorální podání neulevuje od symptomů, nicméně je vhodnou pokračovací léčbou/prevenčí chronicity. Podobný pozitivní účinek u 43 % žen se symptomatickou formou BV byl sledován při podávání *Lactobacillus acidophilus* v porovnání s placebem (Reid a Bruce 2003). Na druhou stranu je důležité zmínit i další studii, která došla k závěru, že podávání laktobacilů nevykazuje ochranu, jsou-li již na sliznici rostoucí kvasinky (Demirezen 2002).

### 6.2.8 Hygienické návyky

S potížemi postihujícími intimní ženskou partii úzce souvisí jejich hygiena. Lékaři doporučují omývání teplou vodou s upřednostněním sprchy před koupelí. Popřípadě je možné použití přípravků speciálně určených pro tento účel. Klasická mýdla jsou totiž alkalická a tím tak narušují běžné pH pochvy. Speciální přípravky pro ženskou hygienu



se odlišují od běžných mýdel tím, že mají mírně kyselé pH, které je přirozenému prostředí pochvy blízké. Navíc mohou obsahovat kyselinu mléčnou či laktobacily a napomáhat tak udržení poševní rovnováhy (Kotrbová 2007).

Další možností hygieny jsou také výplachy pochvy, označovány jako tzv. douching. Často se jedná o volně prodejné přípravky, které jsou propagovány k použití po menstruaci, sexuálním styku či jako úleva při svědění. Zdravotní prospěšnost těchto výplachů ale dosud nebyla potvrzena (při výplachu dochází k narušení rovnováhy poševního prostředí). Studie naopak ukazují řadu nežádoucích účinků. Je jimi např. zvýšené riziko BV, HIV infekce, chlamydií, zánětu pánve či snížení plodnosti (Cottrell 2003).

Mezi nejběžnější hygienické potřeby používané v období menstruace patří menstruační vložky a tampony. Menstruační vložky by měly být během dne měněny 6x až 8x. Snížená frekvence výměny vložek zvyšuje riziko pomnožení bakterií, pro které je přítomné teplé a vlhké prostředí vložek ideální (Kevser, 2013).

K běžným hygienickým návykům dnes patří i používání intimních vložek. Mnohé ženy je používají v období mimo menstruace k zachycení fyziologického výtoku z pochvy. Při zjišťování, zda jejich používání není jedním z vyvolávajících faktorů VVD, došla studie z roku 2007 k závěru, že tomu tak není (Farage, Bramante et al. 2007).

## **6.2.9 Oblékání**

V souvislosti s oblékáním je s chronickým VVD často spojováno také nošení spodního prádla ze syntetických materiálů, těsných kalhot či punčochových kalhot. Jako výhodnější se jeví prádlo bavlněné a nošení volnějšího oblečení (Koliba, Koliba jun. 2013).

Studie z roku 2007 zabývající se touto problematikou nicméně nenašla žádnou spojitost s VVK (Farage, Bramante et al. 2007). Novější studie ale potvrdily, že syntetické spodní prádlo oproti bavlněnému neabsorbuje vlhkost a vede tak ke zvýšení rizika rozvoje VVD (Kevser 2013). Podobně je tomu u kalhotek typu tanga, které většinou bývají rovněž vyrobeny ze syntetických materiálů. Navíc se během nošení často pohybují a může tak z okolí konečníku dojít ke kontaminaci poševního prostředí (Kelčíková S., Mazúchová L. 2017).

## **6.2.10 Antikoncepce**

Další sledovanou oblastí možných vyvolavatelů VVD je i způsob ochrany před početím. Studie však zatím nepřišly s jasnými závěry, a proto není otázka vlivu antikoncepce zcela uzavřena. HA (hormonální antikoncepce) s obsahem estrogenů podle některých teorií podporuje konverzi kvasinek z jedné vegetativní formy na druhou, konkrétně z jednobuněčné kvasinky na hyfovou formu, která je mnohem více invazivní.

U současně používaných „nízkohormonálních“ přípravků je však toto riziko minimální. Potenciálním rizikem však jsou i bariérové formy antikoncepce, které mohou fungovat jako rezervoár nežádoucích patogenů (zejména nitroděložní tělísko). Ale ani u nich studie zatím nic konkrétního neprokázaly (Špaček et al. 2013).

Nicméně studie potvrdily, že u žen užívajících perorální hormonální antikoncepci (HA) byla menší četnost trichomonózy než u žen, které měly aplikováno nitroděložní (intrauterinní) tělísko či podvázané vejcovody (Barbone, Austin et al. 1990). Dále byl sledován vliv spermicidů s látkou nonoxynol-9, která již ale není v ČR používána. Světová zdravotnická organizace její používání jako spermicidu nedoporučila z důvodu zvýšené pravděpodobnosti přenosu infekce HIV (Dvořáčková, Rabišková et al. 2008). Nicméně s používáním této spermicidní látky byla v porovnání s placebem nalezena nižší incidence trichomonózy a bakteriální vaginózy. U kandidózy naopak používání spermicidů nehrálo významnou roli (Barbone, Austin et al. 1990).

### **6.2.11 Sexuální praktiky**

Dalším možným faktorem hrajícím roli u VVD je sexuální život pacientek trpících tímto onemocněním. Ze zmiňovaných onemocnění patří mezi sexuálně přenosné nemoci pouze trichomonóza a herpes genitalis. U ostatních zmíněných obtíží nebyl přenos pohlavním stykem jasně prokázán (Špaček et al. 2013). Studie zabývající se vlivem sexuality na VVD sledují zejména počet sexuálních partnerů, frekvenci pohlavního styku, četnost jednotlivých sexuálních praktik a mnoho dalších.

Bylo potvrzeno, že u VVK nehraje roli četnost sexuálních partnerů ani frekvence příležitostného pohlavního styku. Naopak, mezi významné faktory patří věk při prvním pohlavním styku, pohlavní styk během menstruace, pravidelný orální sex, při kterém jsou stimulovány ženské pohlavní orgány ústy partnera, tzv. cunnilingus či zkušenost s análním sexem (Hellberg, Zdolsek et al. 1995).

Spojitosť s cunnilingem byla potvrzena i dalšími studiemi. Je-li tato praktika prováděna 2x a vícekrát týdně, je podle Geigerovy studie spojována s výskytem VVK (Geiger a Foxman 1996). Tuto domněnku potvrdila o dva roky později i další studie, podle které je cunnilingus rizikovým faktorem pro rozvoj RVVK, ačkoliv mechanismus účinku je neznámý (Edwards a Carne 1998).

### **6.2.12 Psychologické faktory**

V současné době se stále častěji dává do souvislostí s nemocemi i psychický stav pacienta. Zdá se, že psychologickou stránku nemůžeme od těla a jeho fungování oddělit. Tento princip, který chápe člověka jako celek, nazýváme psychosomatikou. Lze ji definovat jako obor zkoumající souvztažnost mezi psychikou, duševním rozpoložením a fyzickou nemocí (Klímová 2015). Pro psychosomatické poruchy je typické, že často neodpovídají lékařskému nález, tj. pacientka trpí subjektivními funkčními obtížemi,

které nemají (nebo jen minimální) lékařské vysvětlení (Špaček et al. 2013). Typické rysy psychosomatických poruch dle Pidrmána jsou uvedeny v následující tabulce (tabulka č. 7).

Psychosomatika je nápomocná nejen s hledáním příčiny konkrétního onemocnění, ale měla by být i součástí léčby. Tato léčba (tzv. psychoterapie) nicméně bývá velmi často opomíjena. Přistupuje se k ní až jako k možnosti poslední volby, kde hraje roli i snížená důvěra pacientky v jakýkoliv možný terapeutický efekt (Špaček et al. 2013). Ve správném načasování však může dosáhnout pozitivních účinků. Jejím úkolem je odstranit nebo zmírnit obtíže a vést k obnově zdraví (Kratochvíl 2006).

**Tabulka 7. Typické rysy psychosomatických poruch**

vznik onemocnění	pozvolný, vleklý, nenápadný, maskovaný
charakter obtíží	chronický, progredientní, s prezentací nových (nečekaných) příznaků
prezentace obtíží	emotivní, proměnlivá
psychika	hledání vysvětlení nemoci (internet, návštěvy lékařů, požadavky na stále specializovanější vyšetření atd.)
	vědomá i nevědomá fixace na obtíže
	ne vždy správná spolupráce s lékařem (nedostatek trpělivosti)
	odmítání psychologických vysvětlení
	odmítání psychiatrické/psychologické pomoci

Zdroj: Špaček et al. 2013 (přepřacováno z textu do tabulky)

## 7. PRAKTICKÁ ČÁST

### 7.1 Záměr praktické části

Cílem praktické části diplomové práce bylo zpracovat dotazníky vyplněné pacientkami navštěvujícími specializovanou poradnu pro vulvovaginální dyskomfort. Pacientky vyplnily anonymní dotazníky v papírové formě, které byly následně statisticky zpracovány.

### 7.2 Charakteristika dotazníku

K této práci byly použity anonymní dotazníky dlouhé 16 stran. Každý dotazník sestává ze 49 otázek, které jsou dále členěny na podotázky. Každý dotazník zároveň obsahuje 15 silně orámovaných otázek, které pacientky vyplňovaly, pokud splňovaly vypsaná kritéria (např. pokud uvedly 2 a více příznaků VVD apod.). Sledovali jsme zde celou řadu faktorů a snažili se zachytit ty, které by mohly mít na danou problematiku vliv.

Pozornost jsme věnovali gynekologickým obtížím, kde jsme zjišťovali přítomnost konkrétních příznaků a jejich četnost. Sledovali jsme také, jak často respondentky užívaly kvůli těmto problémům léky a zda byly opakovaně vyšetřovány gynekologem. Zaměřili jsme se také na vliv potíží na různé oblasti jejich života.

Dále jsme se věnovali otázkám týkajících se menstruačního cyklu a těhotenství. Ptali jsme se na délku menstruačního cyklu, délku menstruace a na preferované hygienické potřeby. Dále jsme zjišťovali, kolikrát byly respondentky těhotné a jak snadno přišly do jiného stavu, popř. zda nepotratily. V souvislosti s těhotenstvím jsme sledovali, zda u pacientek propukl VVD, popř. ve které fázi těhotenství.

Další sledovanou oblastí bylo oblékání a hygienické návyky. Pacientky uváděly, jak často nosí konkrétní typ oblečení, včetně spodního prádla. Zjišťována byla také frekvence osobní hygieny, používaná kosmetika, způsob praní spodního prádla (na kolik °C), používání poševních výplachů, používání intimních vložek v období mimo menstruaci a způsob úpravy ochlupení v intimních partiích.

Dotazovali jsme se také na stravování, zejména na frekvenci konkrétních potravin a nápojů v jídelníčku respondentek a případné užívání přípravků obsahujících zinek či probiotické bakterie.

Věnovali jsme se zdravotnímu stavu pacientek, konkrétně přítomnosti hyperglykémie, alergií a ptali jsme se, zda pacientky kouří.

Zjišťovali jsme také preferovanou formu antikoncepce, a jestli respondentky pociťují některé její vedlejší účinky. Ptali jsme se na způsob používání kondomu a proč se rozhodly/nerozhodly pro konkrétní formu ochrany proti početí.

Dále jsme se dotazovali na intimní život respondentek, kde jsme zjišťovali počet sexuálních partnerů, provozované sexuální praktiky, jejich frekvenci a zda používají, popř. jak často lubrikační gely ke zvlhčení poševní sliznice.

Zkoumanou oblastí byla i spokojenost respondentek se svým zdravotním stavem, finanční situací, volným časem, partnerstvím a manželstvím, s vlastní osobou, se sexualitou, s bydlením a s přáteli, známými a příbuznými.

Posledním sledovaným faktorem byly údaje, jako je věk, výška, hmotnost, velikost poprsí, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav a zaměstnání.

### **7.3 Pořízení dat**

Data byla pořízena z anonymních dotazníků vyplněných pacientkami. Tyto dotazníky byly následně na počítači přepsány do dotazníku vytvořeného pomocí Google formulářů. Jednotlivé odpovědi byly pomocí tohoto online formuláře převedeny do tabulky v programu Google tabulky. Odtud jsme je přemístili do programu MS Excel, kde byly následně statisticky vyhodnoceny. Každému dotazníku odpovídal v tabulce jeden řádek a sloupce pak tvořily jednotlivé otázky. Všechny odpovědi byly převedeny pomocí funkce „nahradit“ na číslíce, aby se s nimi dalo lépe pracovat. Následně byly údaje graficky zpracovány a okomentovány.

### **7.4 Definice žen s RVVD**

Před samotným statistickým zpracováním bylo potřeba definovat skupinu respondentek s RVVD. Tyto jsme definovali jako pacientky, které měly v posledním roce 2 a více příznaků VVD a ostatní respondentky jsme ze souboru vyloučili. Dále jsme z této skupiny vyřadili pacientky, které kvůli těmto obtížím v posledních 5 letech ani jednou neužívaly žádné léky. Tímto způsobem jsme z 89 všech vyplněných dotazníků získali soubor 68 dotazníků od pacientek s RVVD, které alespoň jednou na tyto obtíže užívaly léky.

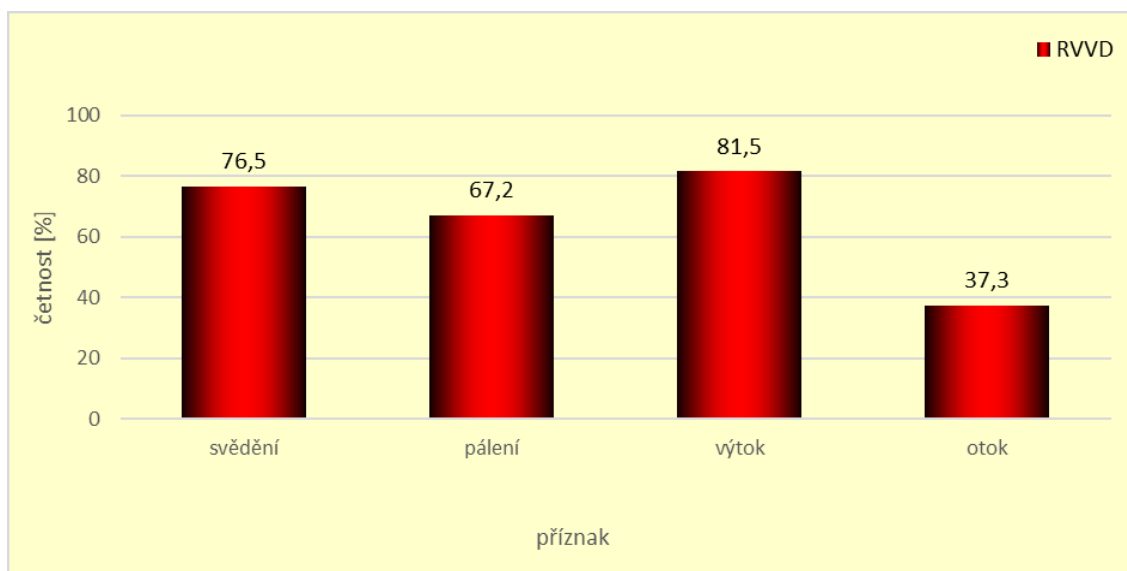
### **7.5 Statistické zpracování dat**

Pro statistické zpracování byl používán program MS Excel. U každé otázky jsme zjišťovali četnost jednotlivých odpovědí pomocí funkce „COUNTIF“. Díky tomu jsme získali přesný počet odpovědí na všechny otázky. Tato čísla jsme poté jednoduchými výpočty převedli na procenta. Procenta jsme počítali z počtu žen, které na danou otázku odpověděli. Pouze u některých otázek jsme je počítali z celkového počtu žen a u těchto otázek je to vždy vyznačeno (např. v otázce která zjišťovala množství žen, trpících hyperglykemií). U některých odpovědí jsme vypočítali také aritmetický průměr pomocí funkce „PRŮMĚR“.

## 8. VÝSLEDKY

Pomocí prvních čtyř otázek jsme definovali ženy trpící RVVD. V otázce č. 1 jsme se dotazovali na četnost jednotlivých příznaků během posledního roku. Do sledované skupiny jsme zařadili ty respondentky, které v posledním roce měly 2 a více příznaků. V grafu č. 1 je pak znázorněna četnost příznaků vyskytujících se 4 a vícekrát za poslední rok. Z grafu je patrné, že nejčastějším příznakem byl výtok (u 81,5 % respondentek) a naopak nejméně častým byl otok (u 37,3 %).

**Graf 1. Četnost příznaků RVVD 4x a vícekrát za poslední rok**

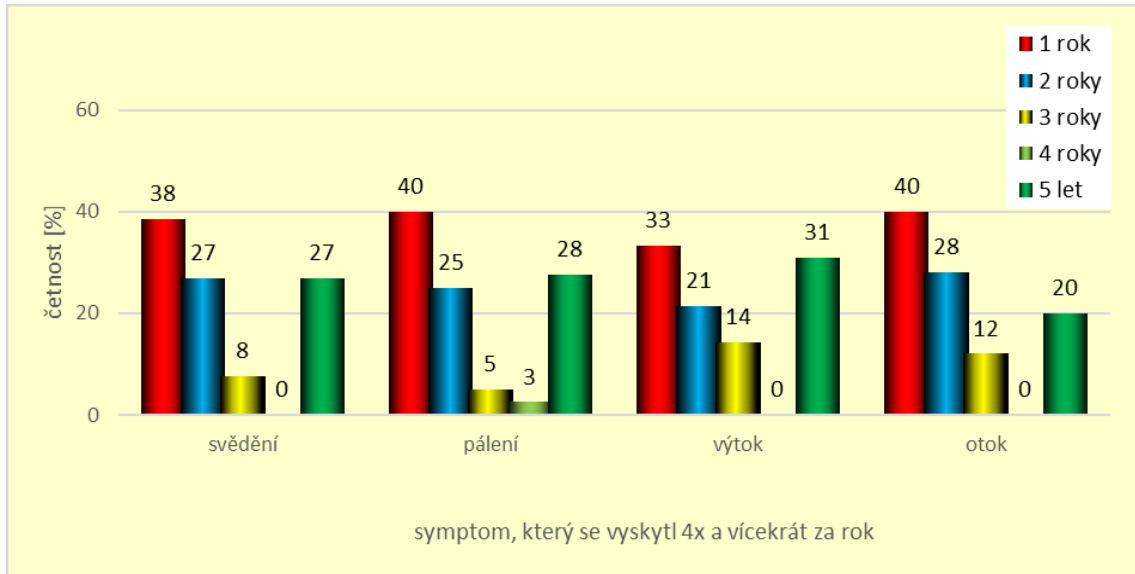


V otázce č. 2 jsme zjišťovali, po dobu kolika let se během jednoho roku obtíže objevily 4x a vícekrát, v otázce č. 3 pak 1x až 3x. Na grafu č. 2 lze vidět, že po dobu 5 let se 4x a vícekrát po sobě opakoval nejčastěji výtok (31,0 %), nejméně pak otok (20,0 %). Na grafu č. 3 vidíme, že 5 let po sobě se opakoval nejčastěji výtok (29,4 %) a nejméně často opět otok (22,2 %).

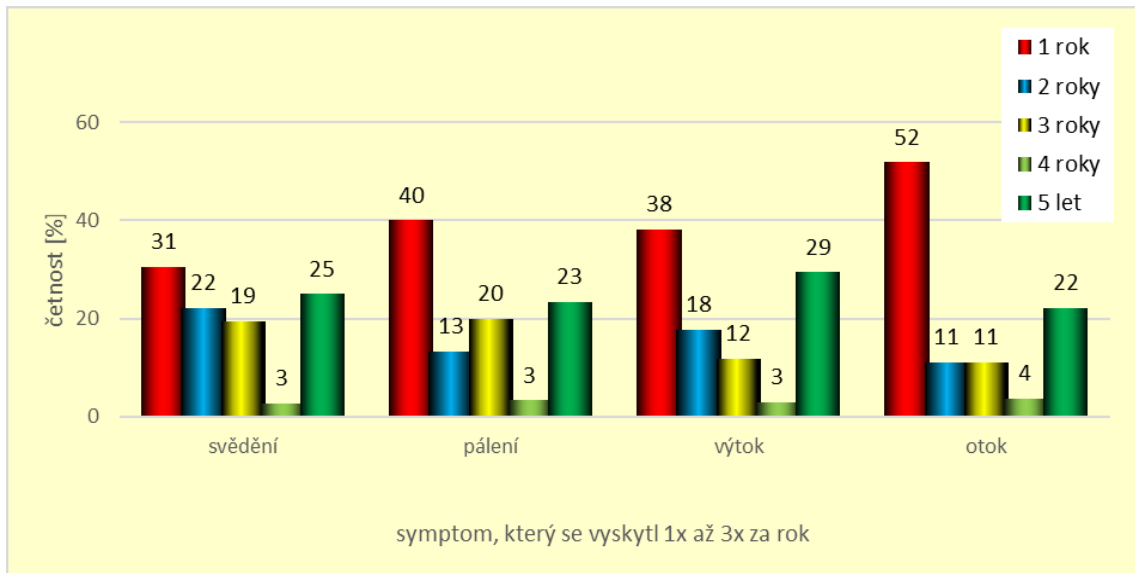
V otázce č. 4 nás zajímalo, kolikrát ženy užívaly v posledních 5 letech na své obtíže některé z léků z uvedených v našem dotazníku a proč (znázorněno v grafu č. 4 a č.5). Pacientky, které vypsáné léky neužívaly, jsme vyřadili ze skupiny RVVD (viz kapitola 6.4. Definice žen s RVVD). Největší procento respondentek (75,0 %) užívalo léky 5x a více. Nejmenší část z nich (1,5 %) je užívala za posledních 5 let pouze jednou. Mezi uvedenými léky byly Batrafen, Betadine, boraxové globule, Canesten, Clotrimazol, Dafnegin, Dalacin (vaginální krém), Diflucan, Efloran, Entizol, Fermalac, Fluconazol, Forcid, Forcan, Fungicidin, Gynazol, Gynoflor, Gyno-Pevaryl, Jenamazol, Klion D, Lomexin, Ma-

cmiror, Mycomax, Myfungar, Nystatin, Pevaryl, Pimafucin, Polygynax, Prokanazol, Sporanox a Tantum Rosa.

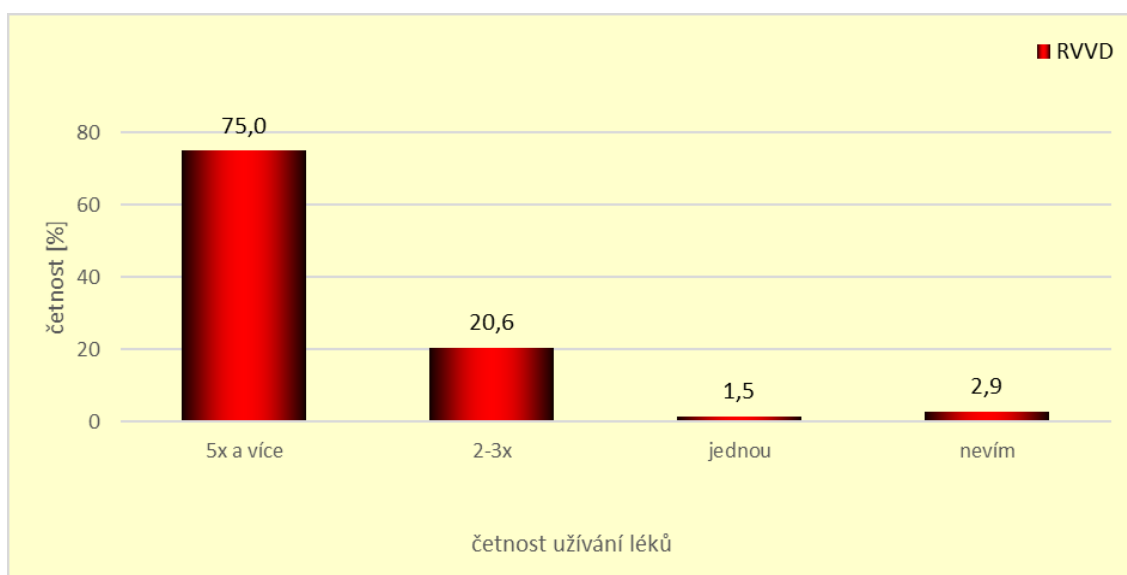
**Graf 2. Počet let, kdy se objevily obtíže 4x a vícekrát**



**Graf 3. Počet let, kdy se objevily obtíže 1x až 3x**

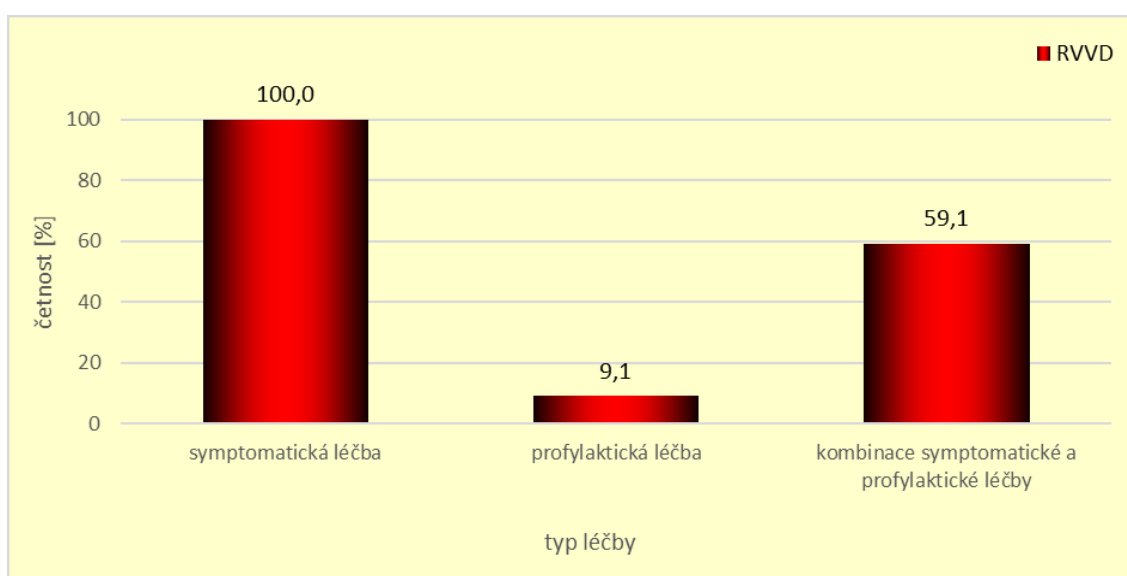


**Graf 4. Četnost užívání léků při gynekologických obtížích**



Na grafu č. 5 lze vidět z jakého důvodu ženy tuto léčbu nejčastěji užívaly. Symptomatickou léčbu, tj. léčbu v době, kdy obtíže pacientky sužovaly užívalo 100,0 % dotázaných žen (ženy, které ani jednou neužívaly léky jsme na začátku z naší skupiny RVVD vyřadily). Profylaktickou léčbu, tedy opakovanou soustavnou léčbu, která měla problémům předcházet užívalo pouze 9,1 % dotázaných žen. Kombinaci obou typů terapie pak podstoupilo 59,1 % respondentek.

**Graf 5. Důvod užívání léků při gynekologických obtížích**

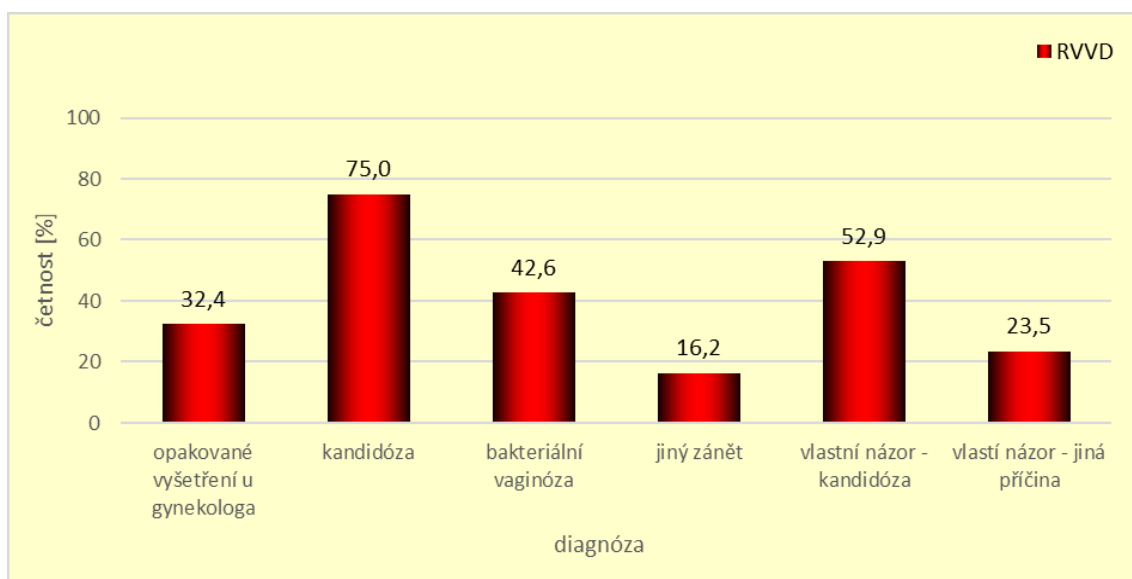


V otázce č. 5 jsme sledovali, zda byly respondentky kvůli dyskomfortu opakovaně vyšetřovány gynekologem a zda jim byla sdělena konkrétní diagnóza (VVK, BV či jiný



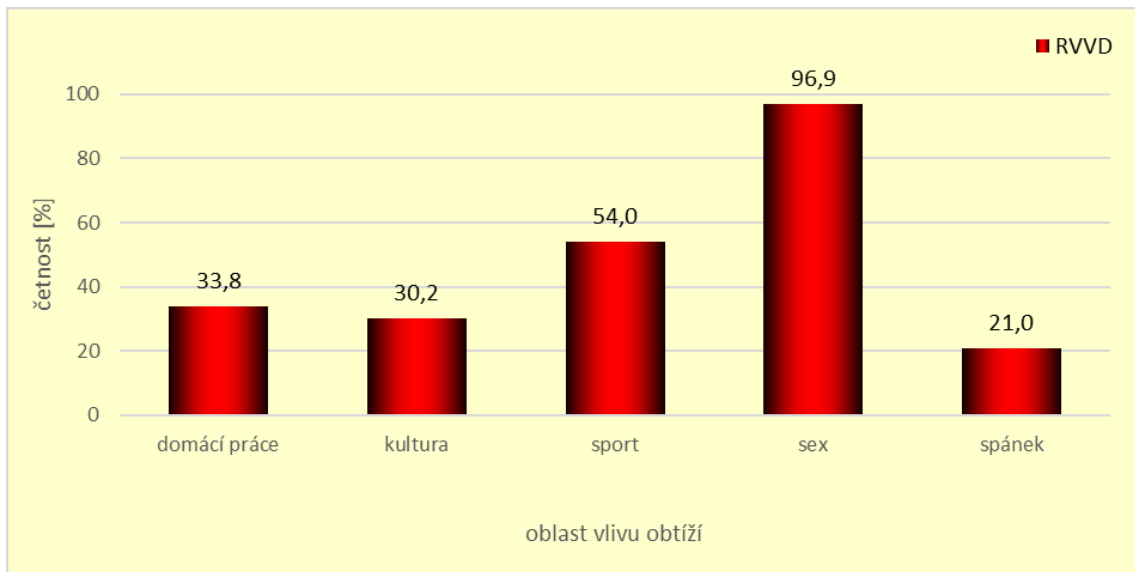
zánět). Kromě lékařské diagnózy nás zajímal i vlastní názor respondentek. Ptali jsme se jich, zda si myslí, že mají opakující se kvasinkový zánět, nebo zda se domnívají, že jejich potíže mají jinou příčinu než právě kvasinky. Procentuální zastoupení odpovědí jsme tentokrát počítali ze všech dotazovaných žen, abychom získali objektivní výsledky. Na následujícím grafu č. 6 můžeme vidět jednotlivé odpovědi. Pouze 32,4 % respondentek bylo opakovaně vyšetřováno gynekologem. Celkem 75,0 % potvrdilo lékařskou diagnózu kandidózy, dalších 42,6 % potvrdilo diagnózu BV a 16,2 % potvrdilo diagnózu jiného zánětu. Podle vlastního názoru pacientek má 52,9 % z nich kandidózu a 23,5 % připisuje VVD jiným vyvolavatelům.

**Graf 6. Četnost konkrétních lékařských diagnóz a vlastního názoru pacientek**



Otázka č. 6 byla silně orámována a zodpovídaly jí pouze ty pacientky, které v otázce č. 1 uvedly, že měly v posledním roce alespoň 2 příznaky VVD nebo pokud v otázce č. 2 a č. 3 zodpověděly, že je obtíže sužovaly alespoň 2 roky. Cílem této otázky bylo zjistit, jak moc obtíže pacientku ovlivňují v konkrétních situacích. Možné odpovědi byly: „zcela znemožňují“, „silně omezují“, „omezují“, „poněkud brání“, „neovlivňují“ a „uvedenou činnost neprovádím“. V grafu č. 7 jsou zahrnuty pouze odpovědi, které vyjadřovaly jakýkoliv stupeň omezení, tedy odpovědi „zcela znemožňují“, „silně omezují“ a „omezují“. Na grafu, kde bylo procentuální zastoupení vypočítáno z žen, které na danou otázku odpověděly, tak můžeme vidět, že nejvíce je VVD ovlivněn sexuální život respondentek, a to až u 96,9 % z nich. Naopak nejmenší vliv má VVD na spánek, který je ovlivněn jen u 21,0 % odpovídajících

**Graf 7. Vliv VVD na konkrétní oblasti života respondentek**



Otázka č. 7 se zabývala menstruačním cyklem. Dotazovali jsme se na délku menstruace, pravidelnost menstruačního cyklu, na typ používaných hygienických potřeb a na souvislosti obtíží s průběhem cyklu.

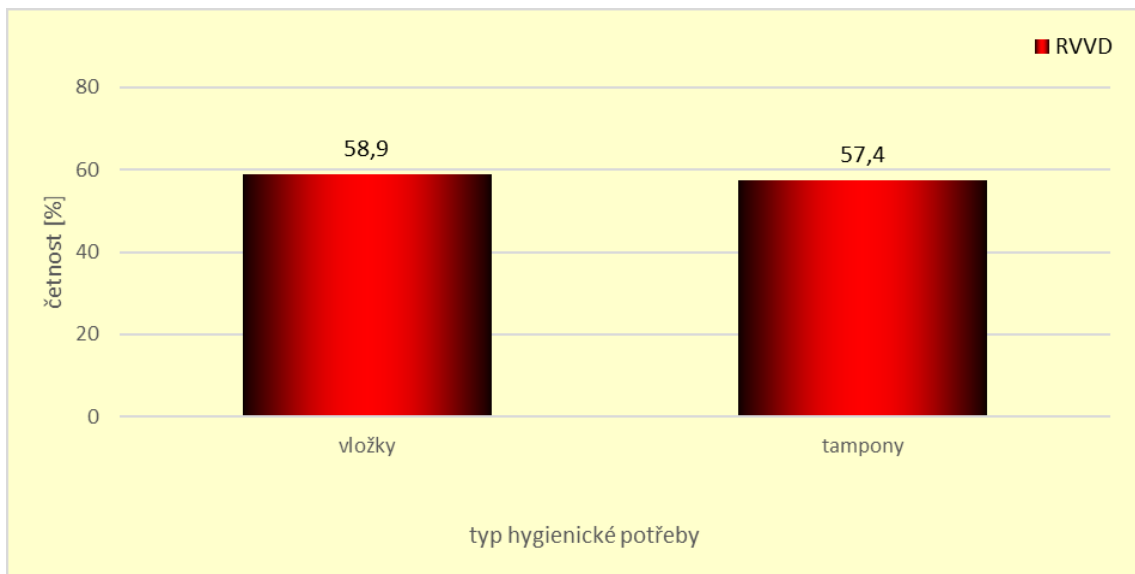
Pravidelný menstruační cyklus uvedlo celkem 81,8 % respondentek, zatímco nepravidelný 16,7 %.

Délka cyklu byla nejčastěji 24-33 dní (82,0 %), druhá nejčastější byla délka cyklu do 23 dní (13,1 %) a cyklus delší než 34 dní uvedlo 4,9 % dotazovaných.

Průměrná délka menstruace byla 5,21 dní.

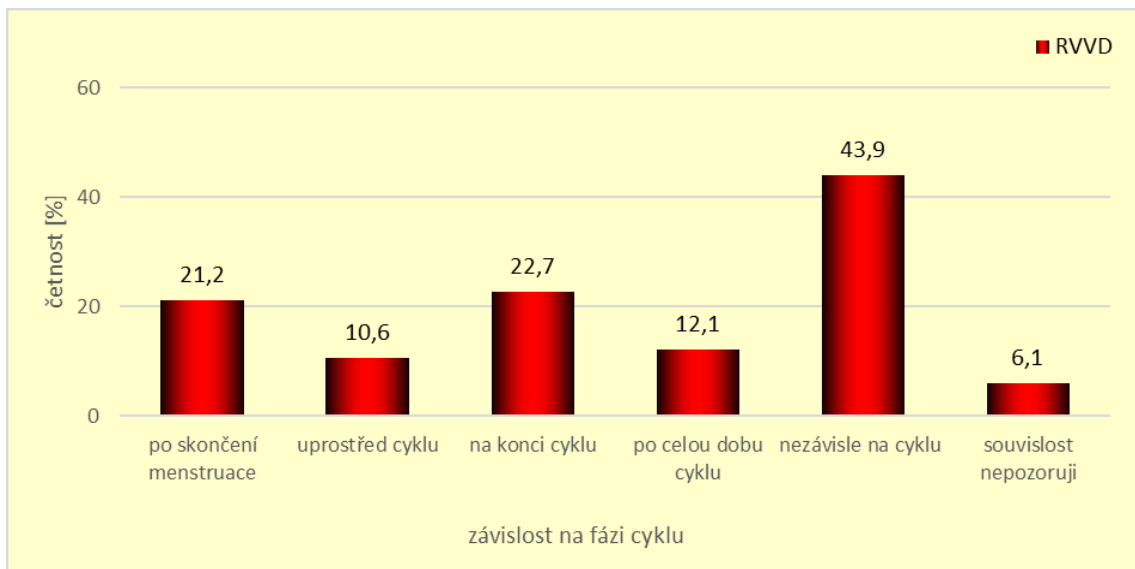
Na následujícím grafu č. 8 pak můžeme vidět, že mezi typem používaných hygienických potřeb při menstruaci byl nalezen minimální rozdíl. Vložky preferovalo 58,9 % respondentek a tampony 57,4 %.

**Graf 8. Preferovaný typ hygienických potřeb při menstruaci**



Otázka č. 8 opět patřila mezi silně orámované. Snažili jsme se díky ní zjistit souvislost mezi fází menstruačního cyklu a propuknutím gynekologických obtíží. Na grafu č.9 můžeme pozorovat procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí. Nejčastěji respondenty uvedly, že se obtíže projevují nezávisle na cyklu (43,9 %). Na konci cyklu se obtíže projevují u 22,7 % odpovídajících a u 21,2 % po skončení menstruace.

**Graf 9. Souvislost mezi fází menstruačního cyklu a vznikem obtíží**



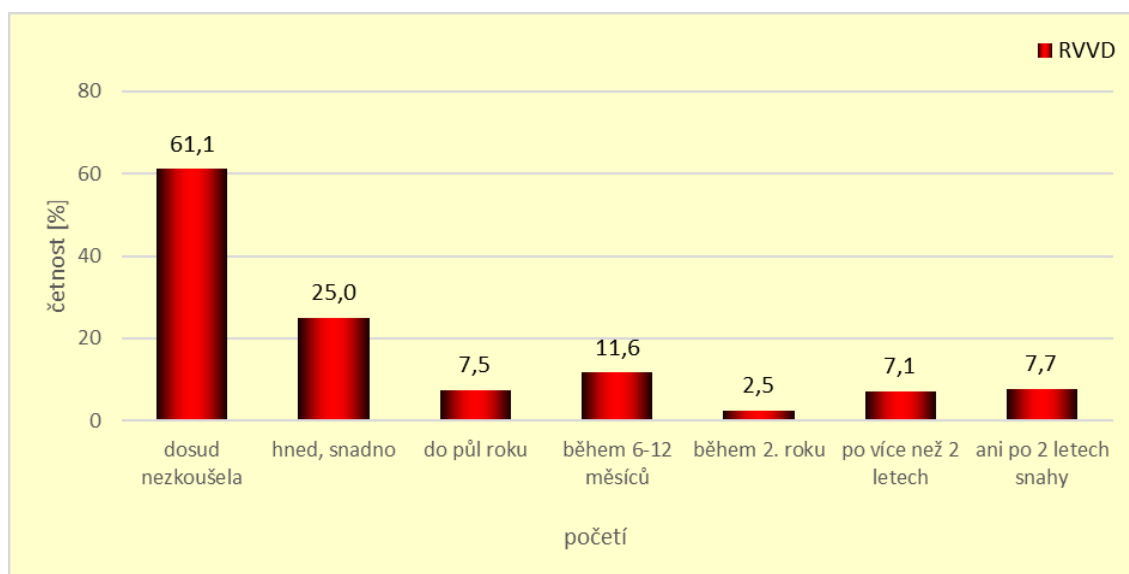
Otázka č. 9 a č. 10 se zaměřila na informace ohledně těhotenství, případných problémů s početím a na infekce v průběhu těhotenství.

Největší procento žen z naší studie nebylo nikdy těhotných (64,7 %). Jedenkrát bylo těhotných 5,9 %, dvakrát 22,1 % a vícekrát 7,4 %.

Z respondentek pak nikdy nepotratilo 92,6 %, jedenkrát 2,9 % z nich, dvakrát také 2,9 % a vícekrát 1,5 % respondentek.

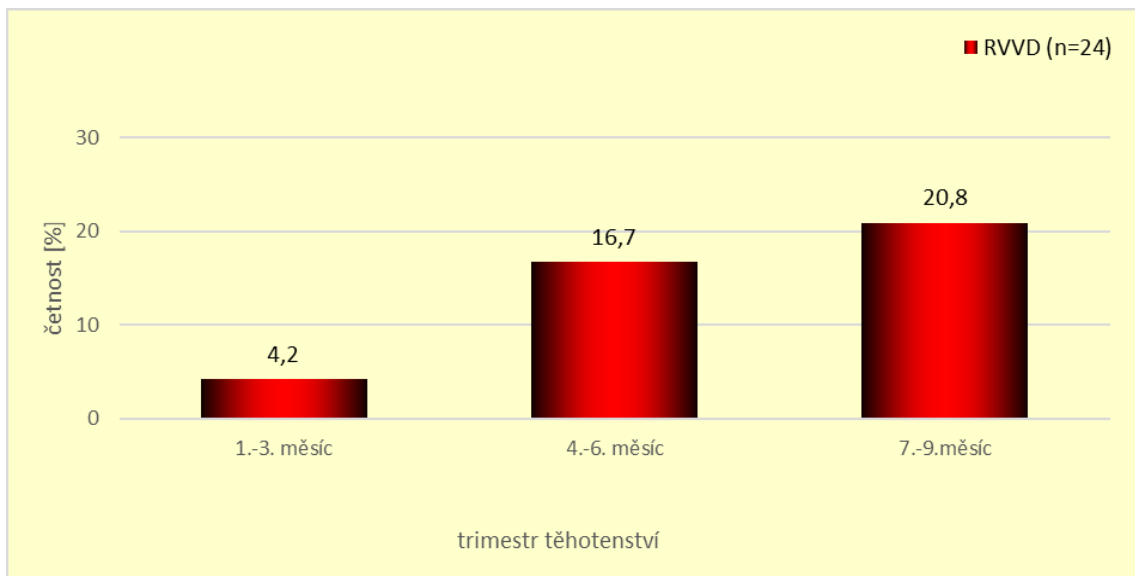
Zjišťovali jsme také, zda respondentky otěhotněly snadno, nebo se vyskytly problémy s početím. Situaci znázorňuje [graf č. 10](#). Největší procento žen dosud nezkoušelo otěhotnět (61,1 %). Dalších 25,0 % respondentek otěhotnělo hned, snadno. Ani po dvou letech snahy však neotěhotnělo 7,7 % odpovídajících.

**Graf 10. Případné problémy s početím**



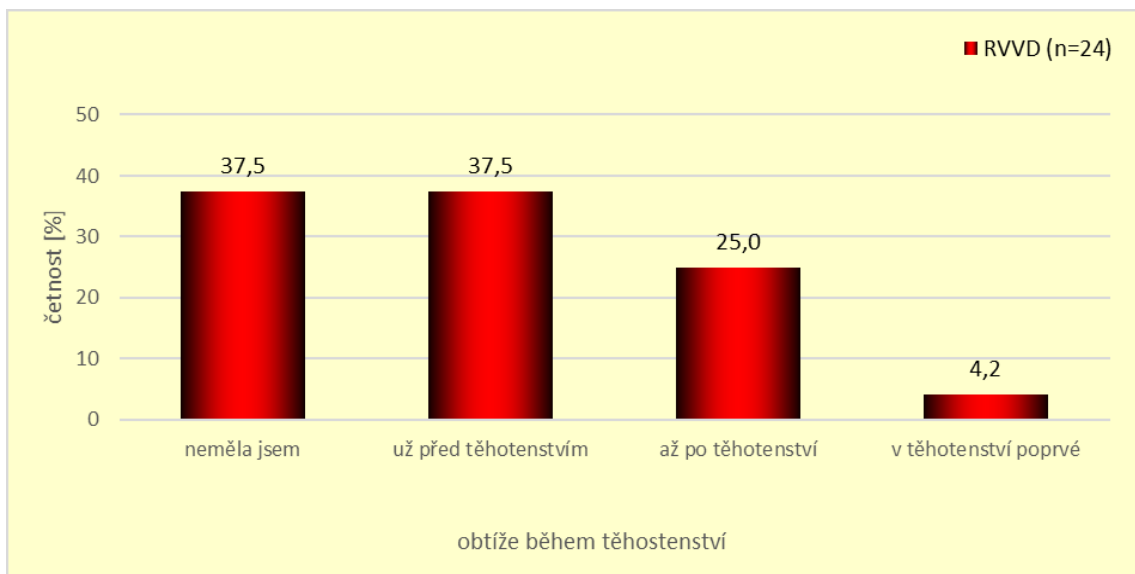
Celkem 24 respondentek (35,3 %) bylo alespoň jednou v jiném stavu. Na [grafu č.11](#) můžeme vidět, kdy nejčastěji se vyskytovaly v průběhu těhotenství případné gynekologické obtíže. Procentuální zastoupení konkrétních odpovědí bylo počítáno z těchto 24 respondentek. Nejčastěji se VVD projevoval v 7. až 9. měsíci těhotenství (20,8 %) a nejméně pak na jeho začátku, tj. v 1. až 3. měsíci (4,2 %).

**Graf 11. Vliv fáze těhotenství na vznik gynekologických obtíží**



Na následujícím [grafu č. 12](#) je zobrazeno, zda se VVD objevil už před těhotenstvím, nebo zda na něj mělo těhotenství nějaký vliv. Pouze u 4,2 % žen se obtíže v těhotenství objevily poprvé a 25,0 % žen pocítilo obtíže až po těhotenství. Procentuální zastoupení bylo opět počítáno z respondentek, které již byly alespoň jednou těhotné. Nicméně na otázku odpovídaly odpovědí „obtíže jsem neměla“ i ženy, které v předchozí otázce zaškrtnuly, že těhotné nikdy nebyly (zřejmě nepřčetly otázku správně), což může výsledek této odpovědi zkreslovat.

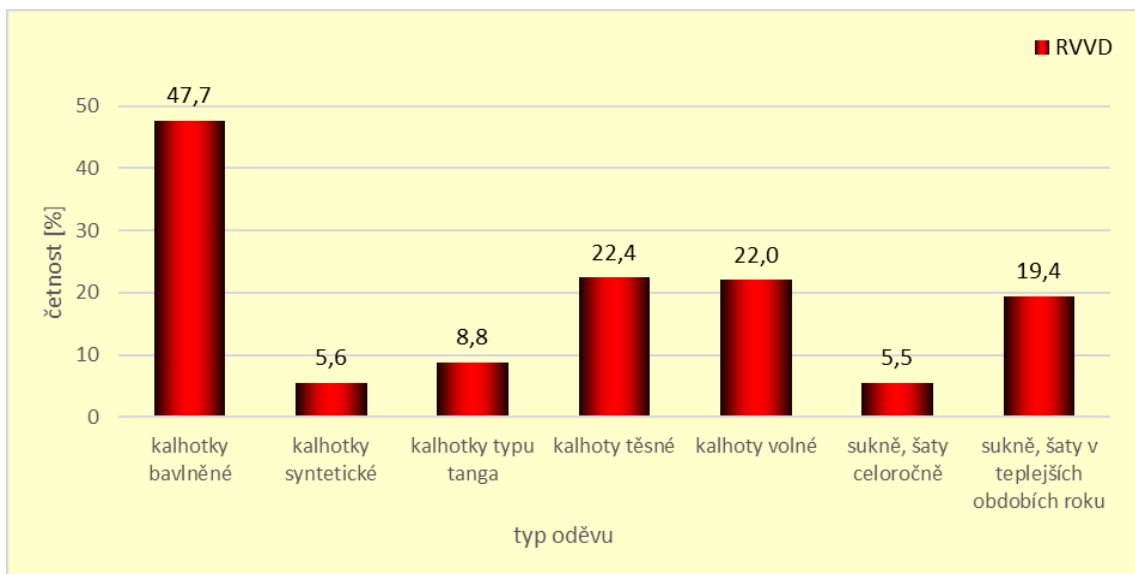
**Graf 12. Výskyt obtíží během těhotenství**



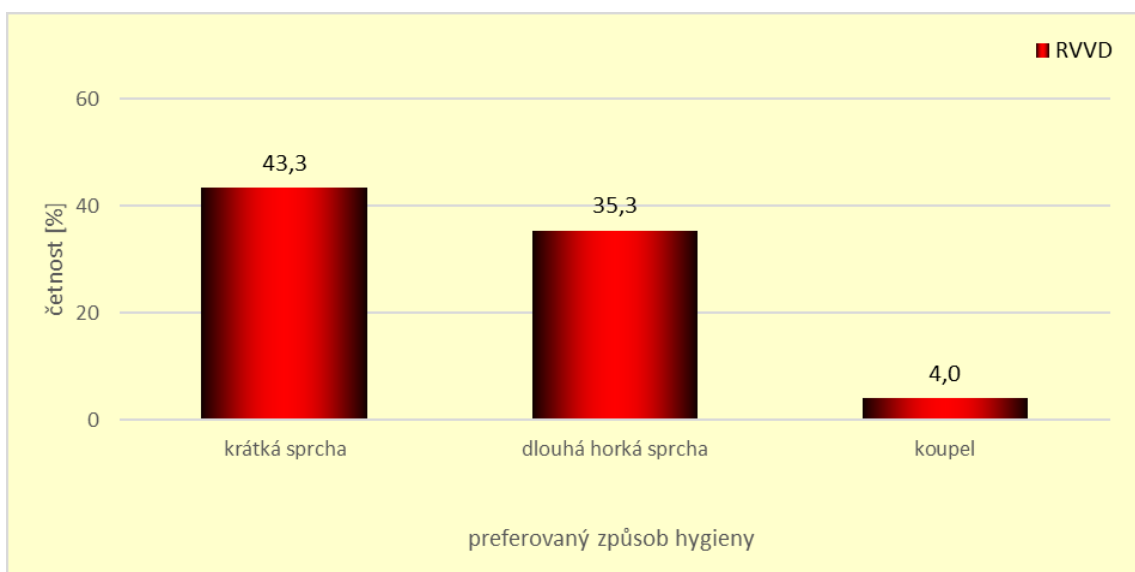
Pomocí otázek č. 13 a č. 14 jsme zjišťovali vliv způsobu oblékání a způsobu intimní hygieny na VVD. Důležité pro nás byly odpovědi, u kterých respondentky uvedly četnost 5 až 7 dnů v týdnu. Tyto otázky jsou znázorněny v pomoci následujících grafů.

Na grafu č. 13 můžeme vidět, že ženy preferují nejčastěji bavlněné spodní prádlo (47,7 %), což je v souladu s všeobecnými doporučeními. Kalhotky typu tanga pak preferuje po většinu týdne 8,8 % respondentek. Punčochové kalhoty preferovaly pouze 3 respondentky (4,4 %).

**Graf 13. Preferovaný typ oblékání (nošený 5-7 dnů v týdnu)**



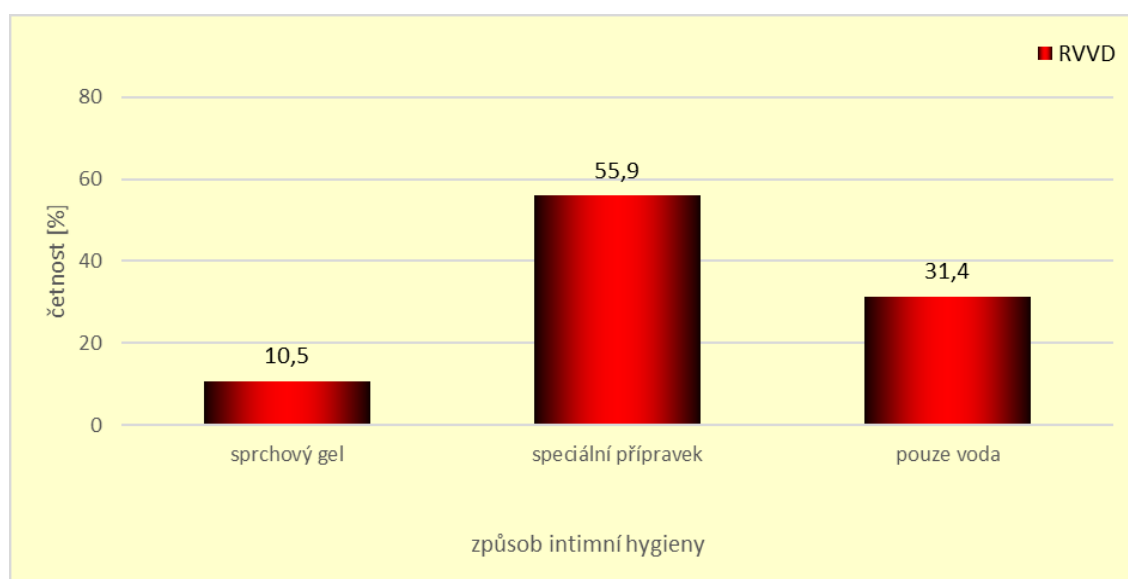
**Graf 14. Preferovaný způsob hygieny**



Graf č. 14 názorně ukazuje, že preferovaným způsobem hygieny je sprcha. Krátkou sprchu upřednostňuje 43,3 % respondentek, dlouhou 35,3 % a koupel jen 4,0 % z nich.

Na grafu č. 15 je znázorněno, jaký prostředek respondentky používají pro svou intimní hygienu. Největší podíl žen (55,9 %) preferuje přípravek určený pro tento účel, nejméně žen (10,5 %) pak používá klasický sprchový gel. Běžné mýdlo k intimní hygieně nepoužívá 5-7 dnů v týdnu žádná z respondentek.

**Graf 15. Preferované přípravky pro intimní hygienu**

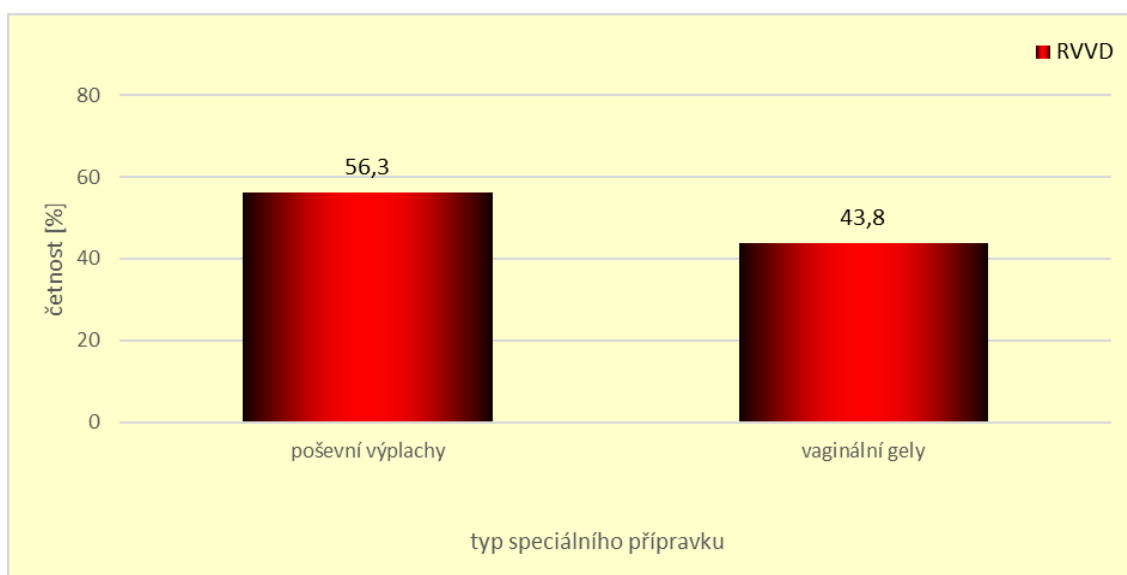


Další podotázka otázky č. 14 se zabývala teplotou při praní spodního prádla. Nejvíce respondentek pere prádlo při teplotě 40 °C (52,5 %), o trochu méně při teplotě 60 °C (39,3 %) a nejméně respondentek při teplotě 90 °C (9,1 %).

Zkoumaným faktorem byla i četnost hygieny celého těla. Tři čtvrtiny respondentek si myjí celé tělo 1x denně (75,0 %). 20,6 % odpovědělo, že se myjí 2x denně a 2,9 % se myje méně než 1x denně.

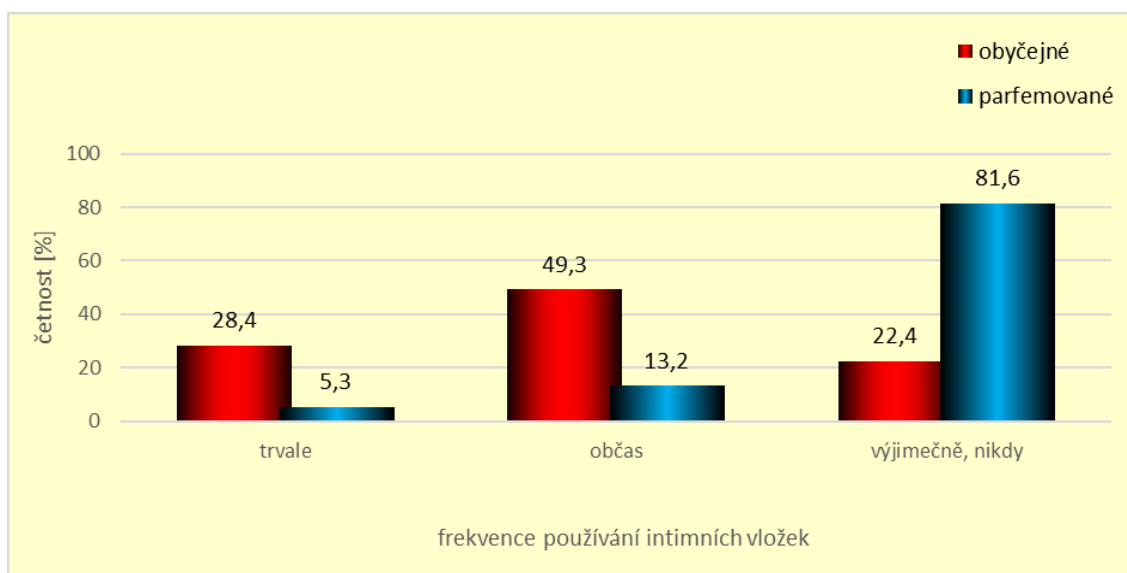
Sledovali jsme také frekvenci používání poševních výplachů a vaginálních gelů s obsahem čajovníkového oleje, laktobacilů apod. Na grafu č. 16 můžeme vidět, že tyto přípravky jsou používány u 56,3 % (poševní výplachy) a 43,8 % (vaginální gely) respondentek. Můžeme tedy vidět, že poševní výplachy jsou používány častěji než vaginální gely.

**Graf 16. Používání poševních výplachů a gelů s obsahem čajovníku, laktobacilů apod.**



Dále jsme v otázce č. 14 zjišťovali, jak často respondentky používaly v době mimo menstruaci intimní vložky. V grafu č. 17 je znázorněna frekvence používání obyčejných (=neparfemovaných) a parfemovaných intimních vložek. Z grafu vidíme, že parfemované intimní vložky respondentky používaly v porovnání s obyčejnými výrazně méně.

**Graf 17. Frekvence používání intimních vložek v době mimo menstruaci**

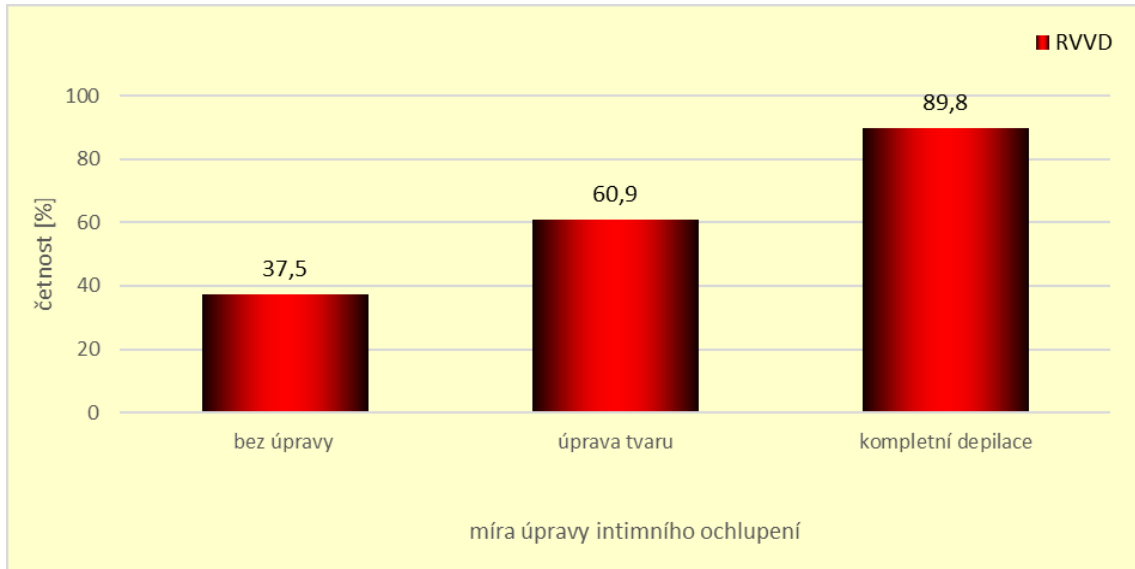


Dotazovali jsme se také na míru úpravy ochlupení intimních partií. Možnosti odpovědí byly, zda si ženy ochlupení upravují trvale či jen občas. Následující graf č. 18 ukazuje preferovaný způsob úpravy, který ženy používají trvale. Nejvíce žen si ochlu-



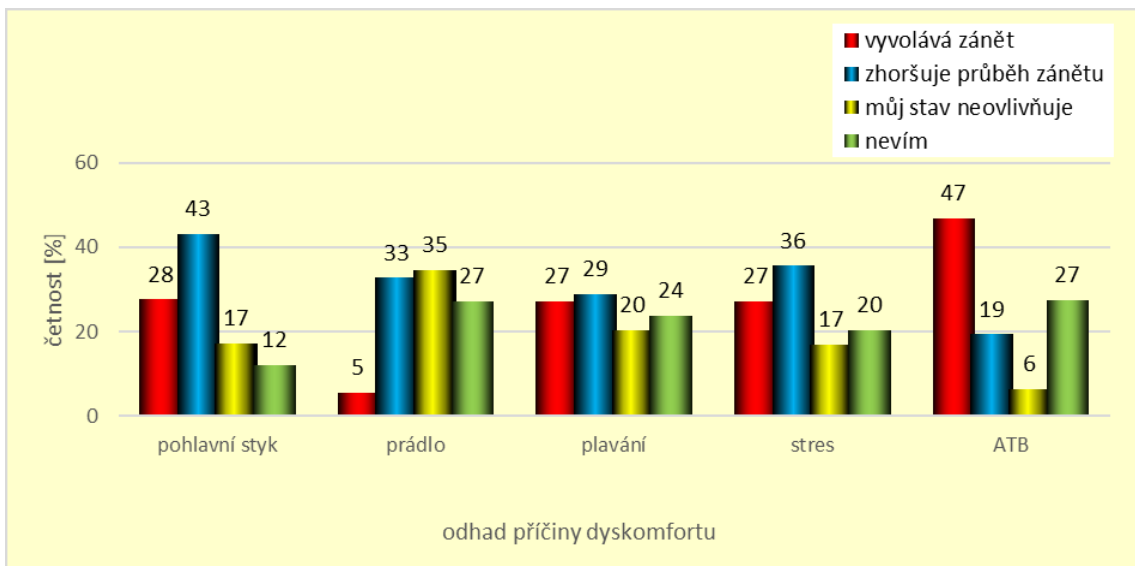
pení vyholuje z větší části nebo zcela (89,8 %), dalších 60,9 % žen odpovědělo, že si mírně upravuje tvar a 37,5 % žen si ochlupení neupravují.

**Graf 18. Míra úpravy ochlupení intimních partií**



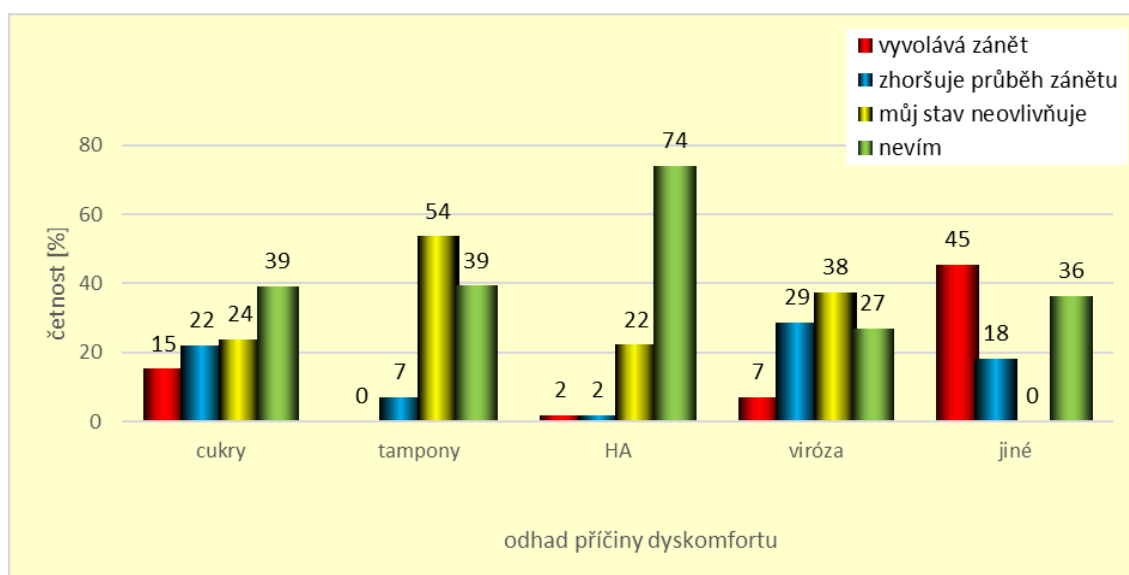
V otázce č. 15 jsme zjišťovali názor pacientek na možné příčiny zhoršení či vzniku obtíží. Grafy č. 19 a č. 20 znázorňují procentuální četnosti jednotlivých faktorů.

**Graf 19. Odhad příčiny gynekologických obtíží**



ATB = antibiotika

**Graf 20. Odhad příčiny gynekologických obtíží**



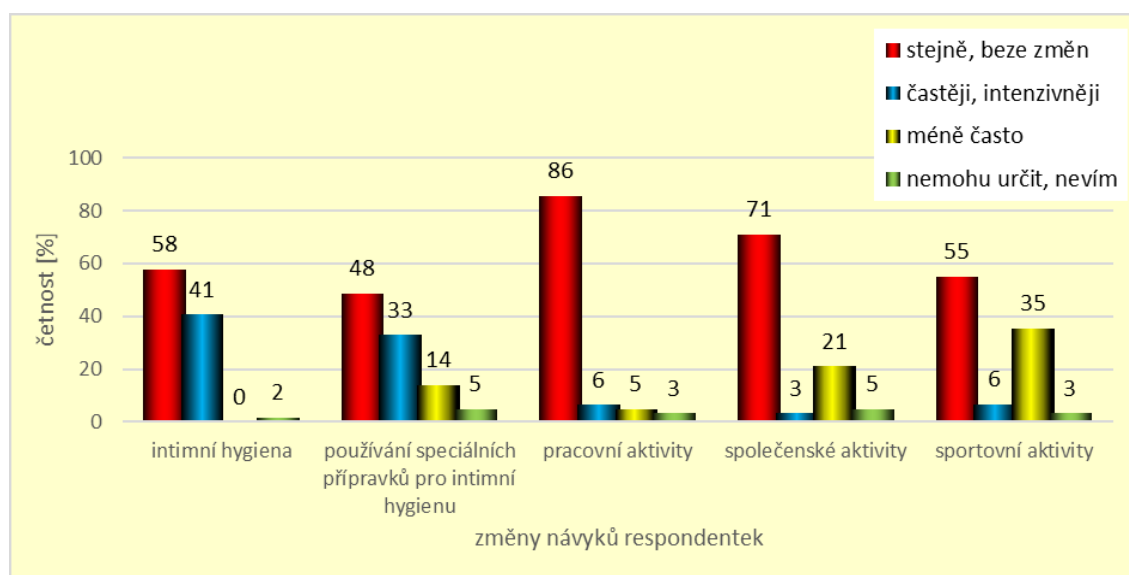
HA = hormonální antikoncepce

Nejčastější příčinou zánětu bylo podle respondentek užívání antibiotik (46,8 %). Naopak nejmenší vliv na vznik zánětu mělo používání tamponů (0 %). Faktorem nejčastěji zhoršujícím průběh zánětu byl pohlavní styk (43,1 %) a nejmenší vliv na zhoršení zánětu pak měla hormonální antikoncepce (1,9 %).

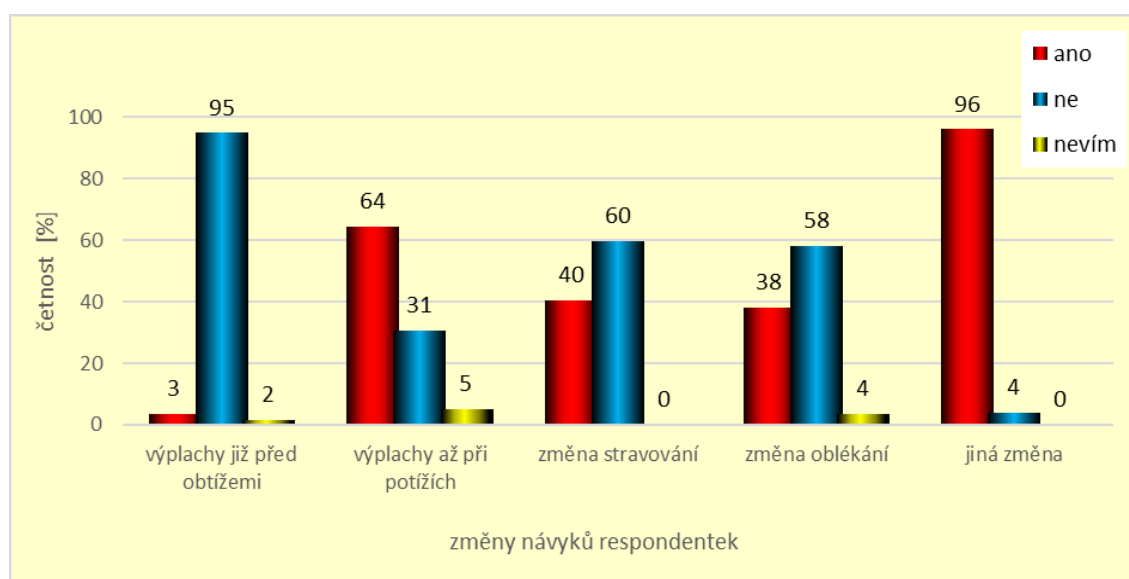
Do kolonky „jiné“ mohly respondentky uvést další možné faktory. Uvedly, že zánět u nich vyvolávají: hormonální změny, menstruace, nošení syntetického spodního prádla, použití speciálních prostředků pro intimní hygienu a saunování. Průběh zánětu pak podle jedné respondentky zhoršuje pocení při sportu. Další pacientky uvedly, že neví, zda jejich obtíže mohou být způsobeny sedavým zaměstnáním či jako vedlejší účinek očkování.

V otázce č. 16 jsme se zaměřili na to, zda respondentky v souvislosti s VVD změnily své zvyklosti a jestli to přineslo nějaký efekt. Díky znázornění pomocí grafu č. 21 můžeme vidět, že 40,6 % pacientek provádí častěji intimní hygienu a 32,8 % také častěji používá speciální přípravky určené pro tento účel. Naopak pracovní aktivity vykonává až 85,7 % respondentek stejně beze změn.

**Graf 21. Změny návyků respondentek v souvislosti s VVD**



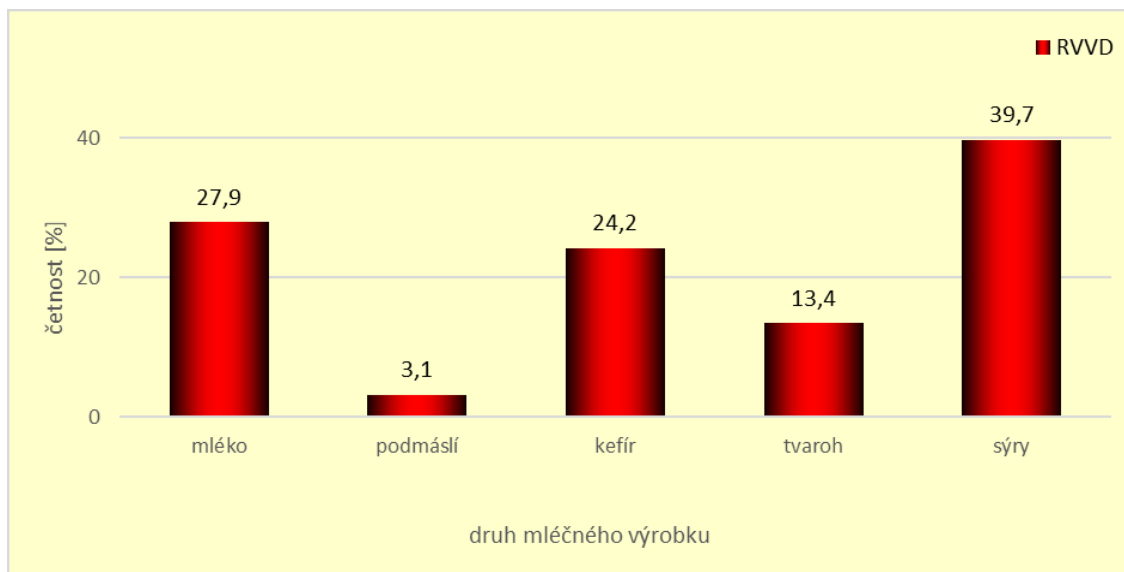
**Graf 22. Změny návyků respondentek v souvislosti s VVD**



Na grafu č. 22 pak můžeme vidět, že více respondentek své zvyky nezměnilo, než změnilo. Mezi výjimky ale patří používání poševních výplachů, které začalo více pacientek (64,4 %) používat až po propuknutí obtíží. Další výjimkou je také „jiná změna“, než změny v dotazníku uvedené. K této možnosti měly respondentky možnost vepisovat konkrétní změny. Uvedly např. omezení návštěvy bazénů, snížení konzumace slazených nápojů, zvýšené používání lokálních probiotik, používání probiotických vložek a tamponů, častější používání intimních vložek, zvýšení hygieny před a po pohlavním styku a další.

Několik dalších otázek se zabývalo skladbou jídelníčku respondentek. V otázce č. 17 jsme sledovali množství konzumovaných mléčných výrobků. Do grafu č. 23 jsme zahrnuli mléko, podmásílí a kefir konzumovaný v množství alespoň 0,5l týdně. U tvarohu a sýrů jsme pak hodnotili konzumaci od 200 g týdně. V největším množství jsou z uvedených mléčných výrobků konzumovány sýry (39,7 %) a nejméně pak podmásílí (3,1 %).

**Graf 23. Konzumace mléčných výrobků**



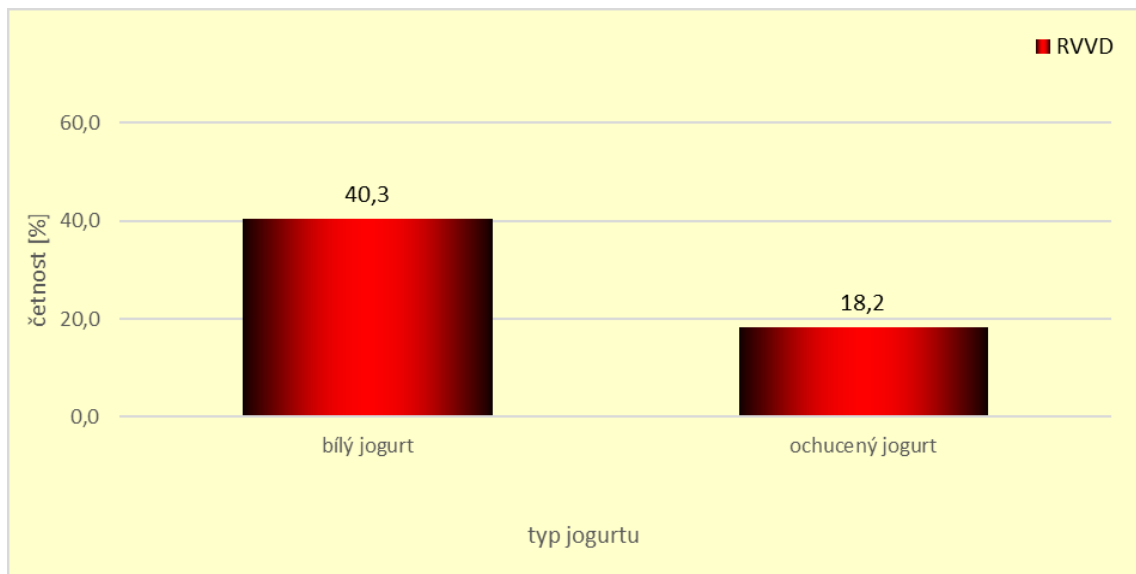
Otázka č. 18 je znázorněna pomocí grafu č. 24, kde můžeme vidět, kolik respondentek konzumuje alespoň 3 kelímky jogurtu týdně. Z grafu lze vyčíst, že respondentky upřednostňují bílé jogurty (40,3 %) nad ochucenými (18,2 %).

Otázka č. 19 se zaměřovala na preferovaný typ nápojů, které pijí ženy nejčastěji (denně nebo alespoň 3x týdně). Odpovědi jsou zpracovány v grafu č. 25 a č. 26. Důležité pro nás byly zejména nápoje obsahující cukr.

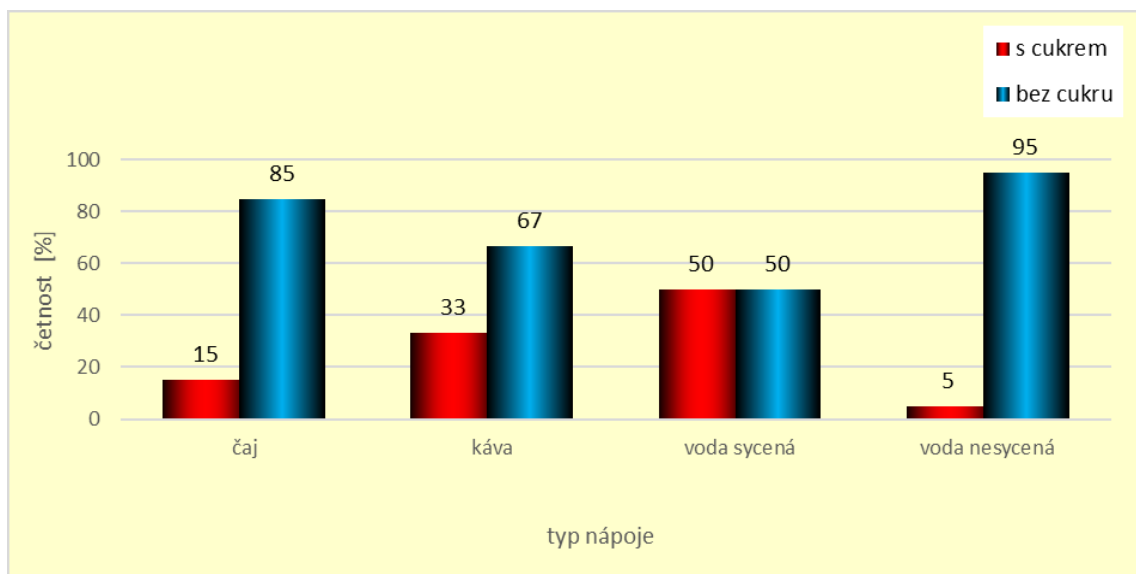
Z grafu č. 25 vidíme, že respondentky u nápojů preferují jejich neslazené varianty – neslazený čaj (85,0 %), neslazená káva (66,7 %), nesycená neslazená voda (95,0 %). Jedinou výjimkou je sycená voda, kde variantu s cukrem upřednostňuje polovina odpovídajících.

Na grafu č. 26 pak lze vidět, že největší procento žen s RVVD preferuje mléko (38,8%), následují ovocné džusy (36,7 %) a voda se sirupem (30,6 %). Nejméně pak respondentky pijí zeleninové šťávy (4,1 %).

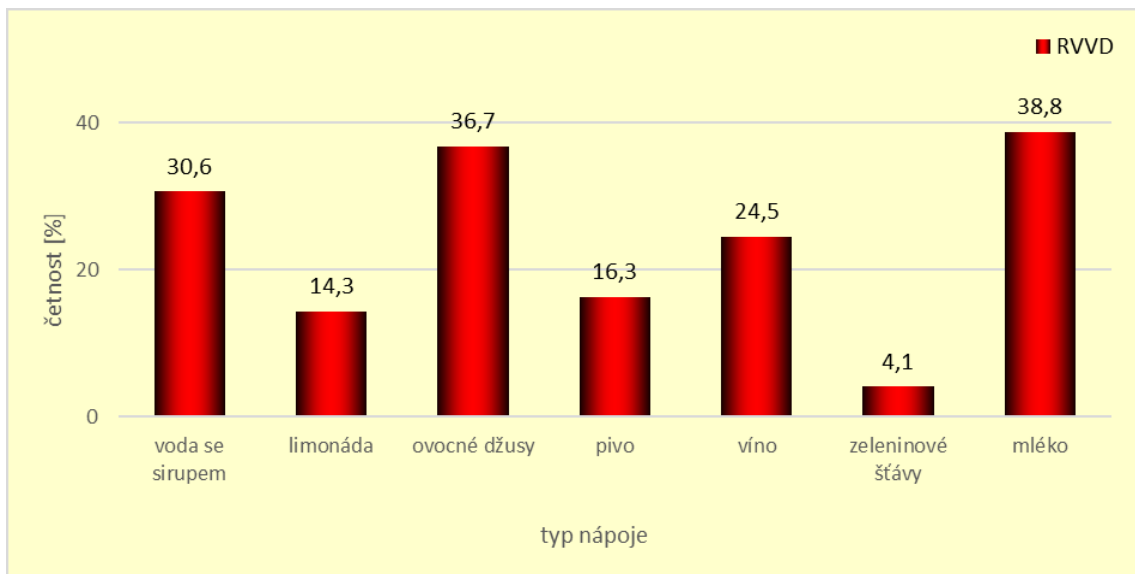
**Graf 24. Konzumace jogurtů (3 až 7 kelímků týdně)**



**Graf 25. Preferované typy nápojů I**

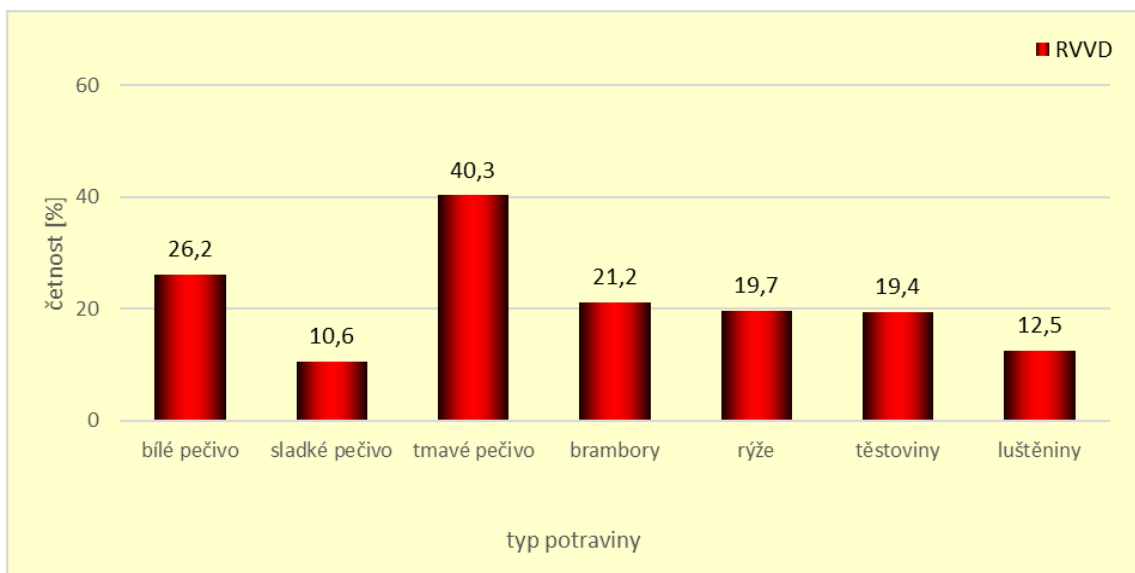


**Graf 26. Preferované typy nápojů II**

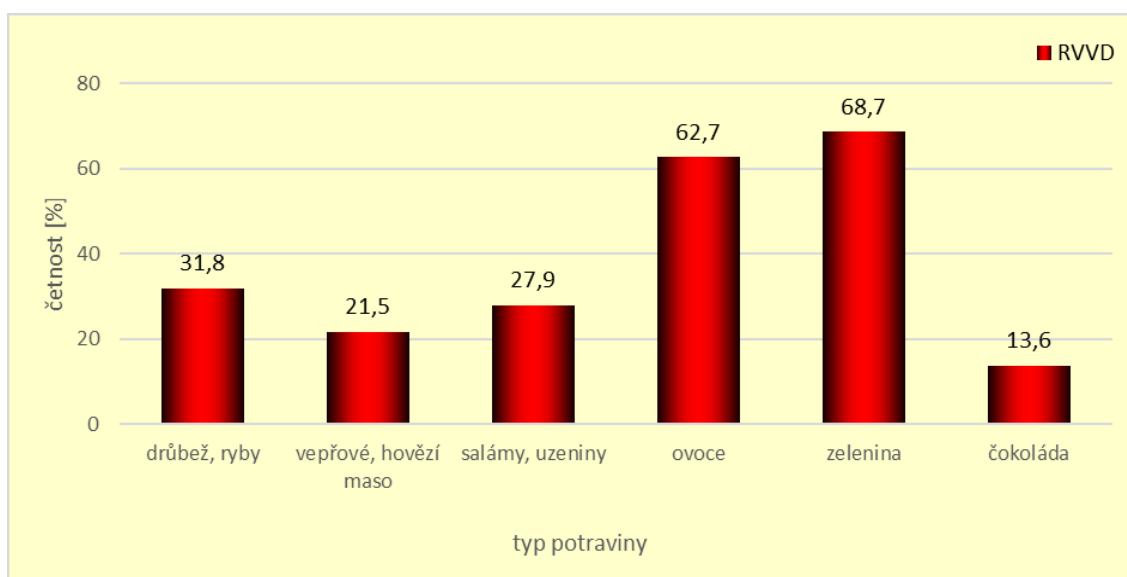


Otázka č. 20 se týkala obvyklé konzumace vybraných potravin s frekvencí 4 až 7x týdně. Procentuální zastoupení u jednotlivých typů potravin lze vidět v grafech č. 27 a 28. Nejčastěji je konzumována zelenina (68,7 %), následuje ovoce (62,7 %) a na třetím místě je tmavé pečivo (40,3 %). Naopak nejméně konzumovaným typem potravin bylo ukázáno sladké pečivo (10,6 %).

**Graf 27. Potraviny konzumované 4 - 7x týdně**



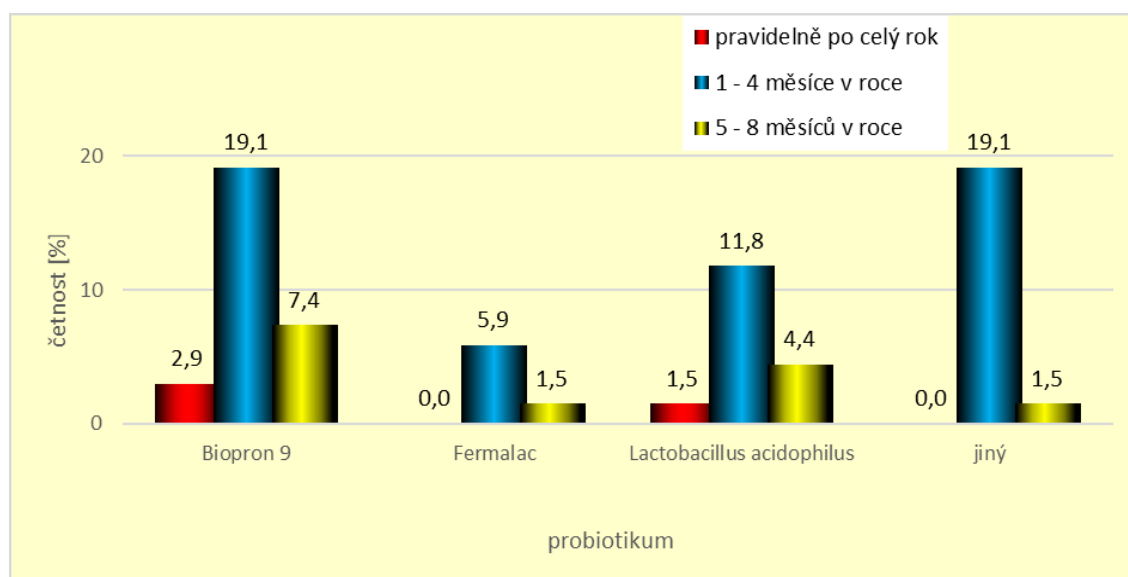
**Graf 28. Potraviny konzumované 4 - 7x týdně**



V otázce č. 21 jsme se dotazovali, zda respondentky užívají nějaký přípravek obsahující zinek, či multivitaminový přípravek. Celkem 57,4 % patientek uvedlo, že žádný takový přípravek neužívá. Respondentek, které zaškrtnly konkrétní doplněk stravy, bylo bohužel velmi malé množství, což je pro naši studii nevyhovující.

Otázka č. 22 se zabývala preparáty obsahujícími probiotické bakterie. Procenta žen užívajících tyto přípravky byla u této otázky spočítána z celkového počtu respondentek, které vyplnily dotazník (n=68). Důvodem bylo, že odpovídající zaškrtovaly pouze přípravky, které používaly a již nezaškrtnly, že neužívají další vyjmenované preparáty. Celkem 38,2 % respondentek uvedlo, že tyto přípravky vůbec neužívá. V grafu č. 29 jsou znázorněny preparáty, které pacientky v našich dotaznících užívaly. Pokud respondentky tyto přípravky užívaly, v naprosté většině případů to bylo po dobu 1 až 4 měsíců v roce. Nejčastěji byl po tuto dobu užíván přípravek Biopron 9 (19,1 %) nebo „jiný přípravek“ (19,1 %). Druhým nejčastěji používaným byl po tuto dobu užíván Lactobacillus acidophilus (11,8 %) a nejméně Fermalac (5,9 %). V kolonce „jiný probiotický přípravek“ pacientky uvedly např. Hylak, APO – Lactobacillus, Gynocaps, Laktobacily forte 21, Imunit Swiss laktobacily a další.

**Graf 29. Frekvence užívání probiotik**

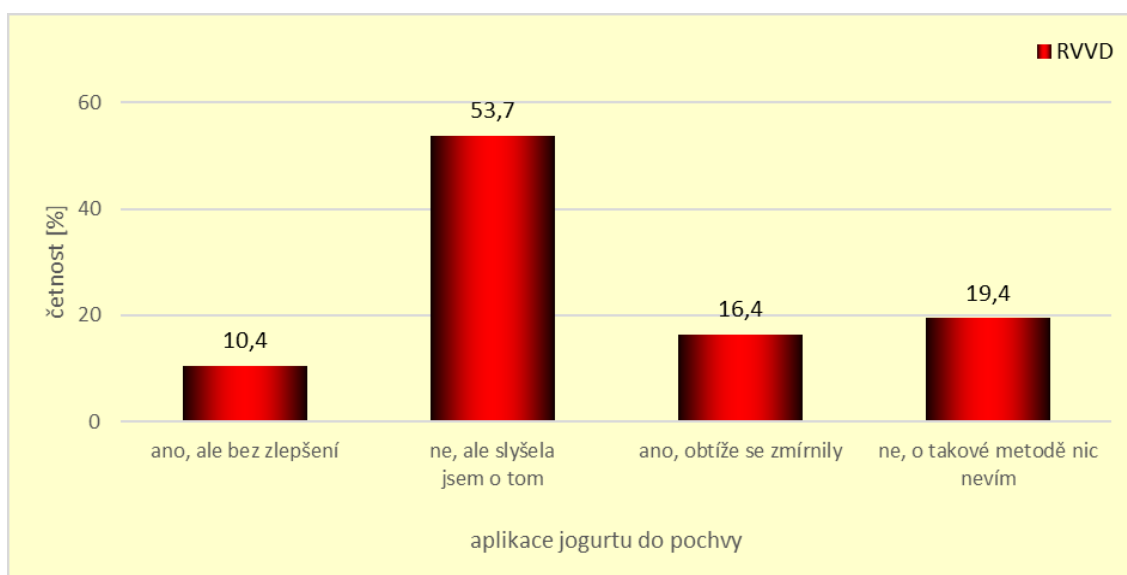


Otázka č. 23 posuzovala, zda užívané doplňky obsahující zinek, či multivitaminové přípravky (z otázky č. 21) mají podle respondentek nějaký efekt na VVD. Vzhledem k nízkému počtu respondentek užívajících tyto preparáty bylo i u této otázky jen velmi málo odpovědí, které tedy nelze objektivně hodnotit.

V otázce č. 24 jsme zjišťovali, jestli respondentky měly zkušenost s aplikací jogurtu do pochvy a pokud ano, tak jaké výsledky se dostavily. Odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 30. Relativně velké množství respondentek (53,7 %) o této metodě již slyšelo, nicméně ji ještě nevyzkoušely. Zajímavý je nicméně fakt, že u 16,4 % pacientek, které tuto metodu již aplikovaly, došlo ke zmírnění obtíží, oproti 10,4 %, u kterých se zlepšení nedostavilo.

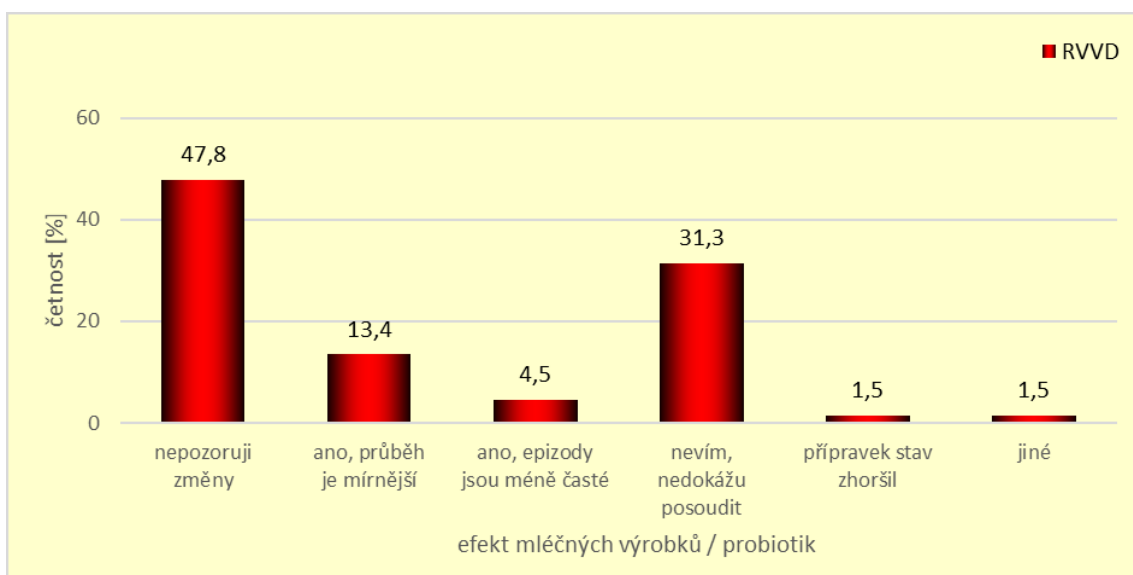


**Graf 30. Aplikace jogurtu do pochvy a její efekt**



Otázka č. 25 patřila mezi silně záramované. Zabývala se efektem konzumace mléčných výrobků (viz otázka č. 17 a č. 18) nebo užívání některého probiotického přípravku (viz otázka č. 22). Z grafu č. 31 můžeme vidět, že největší procento respondentek (47,8 %) nepozoruje žádné změny, nicméně u 13,4 % odpovídajících byl průběh obtíží mírnější.

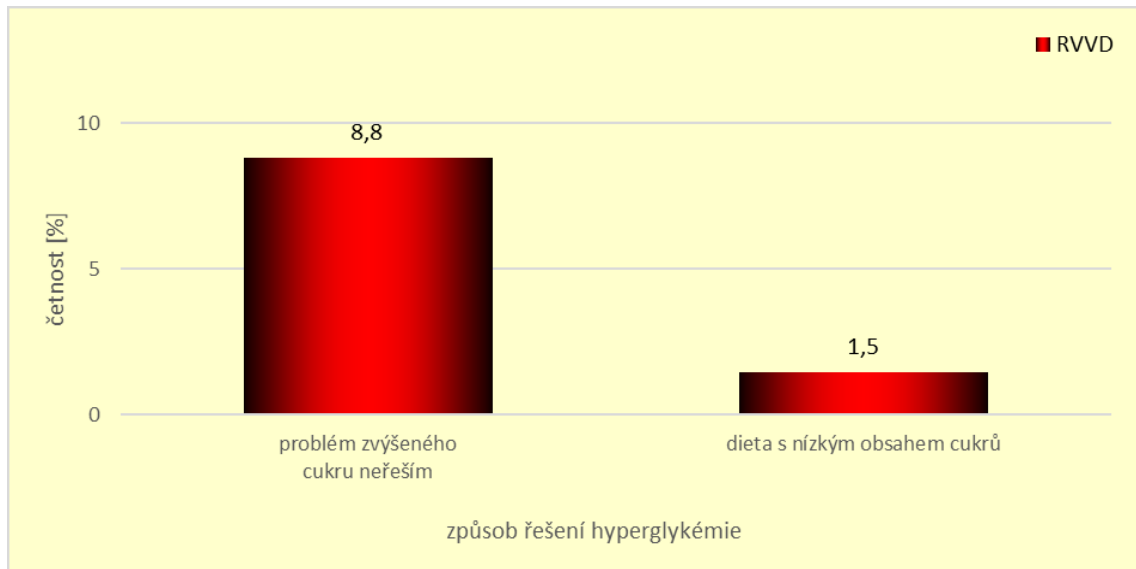
**Graf 31. Efekt konzumace mléčných výrobků či užívání probiotik**



Otázka č. 26 se věnovala tématu zvýšené hladiny cukru v krvi (hyperglykémii). Odpovídaly na ní pouze pacientky, kterým byla v minulosti zjištěna. Procentuální zastoupení tedy bylo počítáno ze všech žen, které vyplňovaly náš dotazník (n=68). Dota-

zovali jsme se jich, jak tuto situaci řešily. Výsledky lze vidět na grafu č. 32, kde 8,8 % žen problém zvýšeného cukru nijak neřešilo a 1,5 % změnilo své stravování.

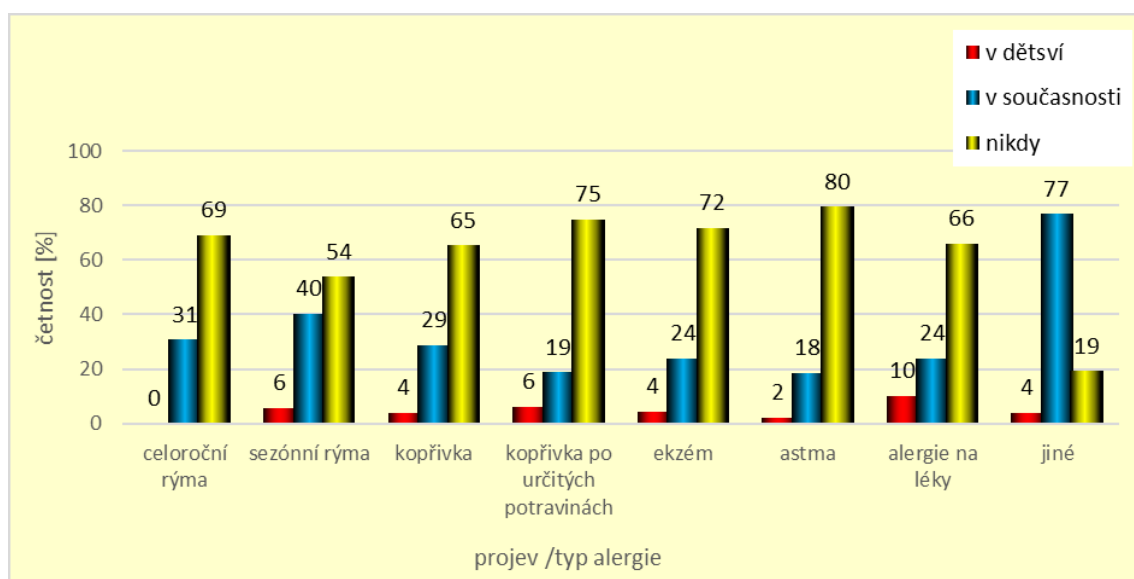
**Graf 32. Způsob řešení hyperglykémie u respondentek, kterým byla někdy zjištěna**



V otázce č. 27 jsme se zabývali tím, zda respondentky měly v dětství či v současnosti alergické projevy či nikoliv. Dotazovali jsme se na 9 konkrétních příznaků doprovázejících alergickou reakci a pacientky mohly slovně dopsat případné další alergeny. V grafickém znázornění (graf č. 33) je vynechán pouze symptom dráždivý kašel bez vykašlávání z důvodu možné souvislosti i s jiným onemocněním než s alergiemi.

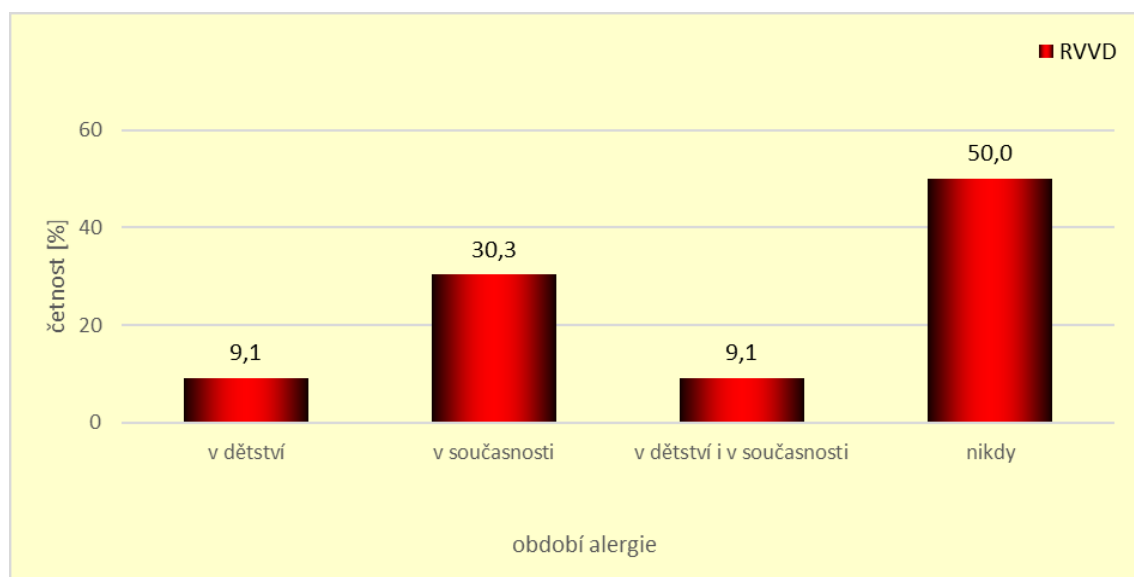
Na grafu lze vidět, že respondentky častěji trpěly alergickými projevy v současnosti než v dětství. Celoroční rýmou v současnosti trpí 30,8 % respondentek a sezónní (sennou) rýmou pak 40,4 % dotazovaných. V kolonce „jiná alergie“ pak odpovídající mezi alergeny uvedly např. pyl, prach, peří, srst zvířat, roztoče, latex a další.

**Graf 33. Výskyt alergických projevů v dětství a v současnosti**



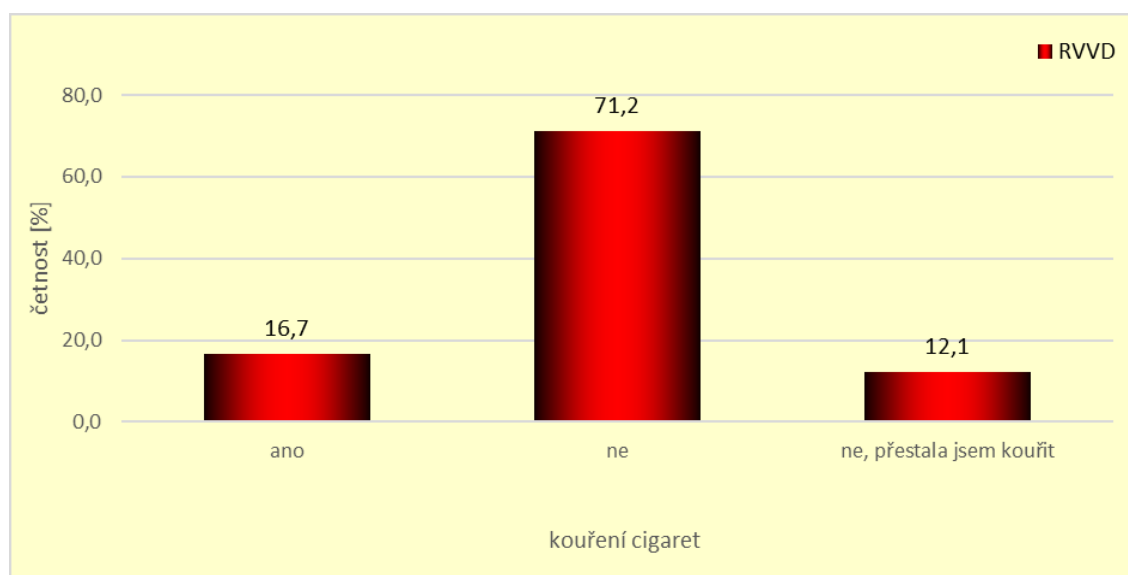
Dále jsme zjišťovali, zda se respondentky domnívají, že pro ně platí označení alergička. Na grafu č. 34 je znázorněno, že až 30,3 % pacientek trpí alergií v současnosti a 9,1 % jí trpělo zároveň v dětství i v současnosti.

**Graf 34. Názor respondentek, zda pro ně platí označení alergička**



Otázka č. 28 se zabývala tím, zda jsou respondentky kuřačky. Výsledky můžeme sledovat v následujícím grafu č. 35. Cigarety nekouří 71,2 % odpovídajících, 16,7 % uvedlo, že jsou kuřačky a 12,1 % v minulosti kouřilo, ale přestalo.

**Graf 35. Kouření cigaret**



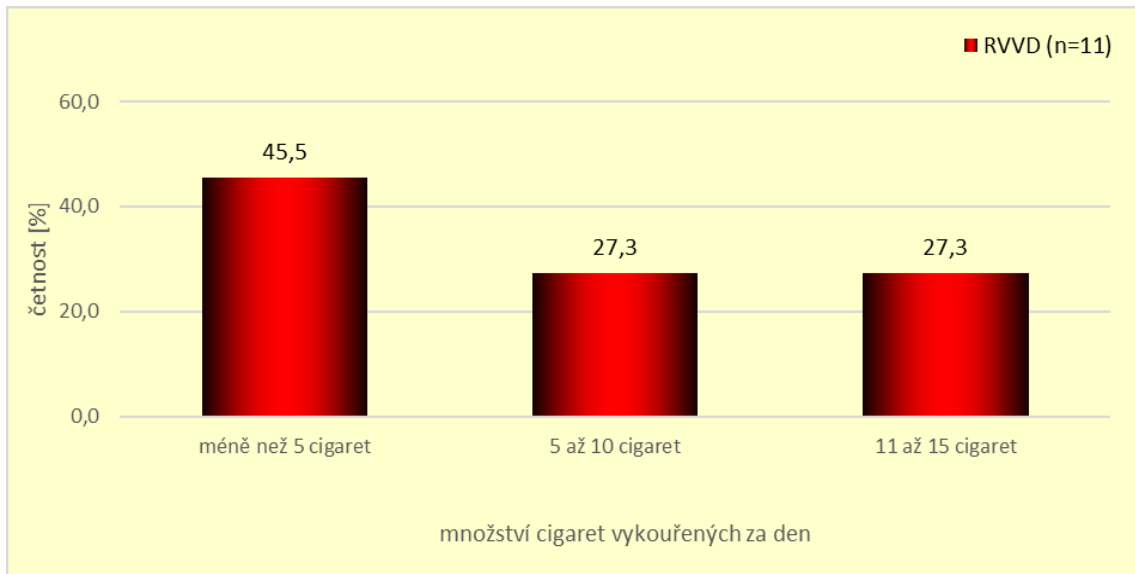
Žen, které uvedly, že jsou kuřačky (celkem 11 respondentek našeho dotazníku), jsme se dotazovali i na množství vykouřených cigaret za den. Znázornění lze pozorovat na [grafu č. 36](#). Můžeme vidět, že 45,5 % kuřaček za den vykouří méně než 5 cigaret. Celkem 27,3 % kuřaček pak vykouří 5 až 10 cigaret za den a stejné procentuální zastoupení je i u 11 až 15 cigaret denně. Nad 15 cigaret denně nevykouřila žádná z dotazovaných respondentek (není zahrnuto v grafu).

Následovala [otázka č. 29](#), která zjišťovala, zda odpovídající pacientky řešily své gynekologické obtíže i jiným způsobem než užíváním léků. Jednotlivé způsoby řešení těchto obtíží a jejich případný efekt můžeme vidět na [grafech](#). Na [grafu č. 37](#) můžeme pozorovat, že u změn, které respondentky vyzkoušely, převládá odpověď „bez úspěchu“ nad zlepšením obtíží. Ke zlepšení došlo po omezení cukru u 26,3 % respondentek, po zařazení více kysaných mléčných výrobků do jídelníčku u 14,8 %, u konzumace více vlákniny u 14,8 % a u dělené stravy pouze u 2,0 %.

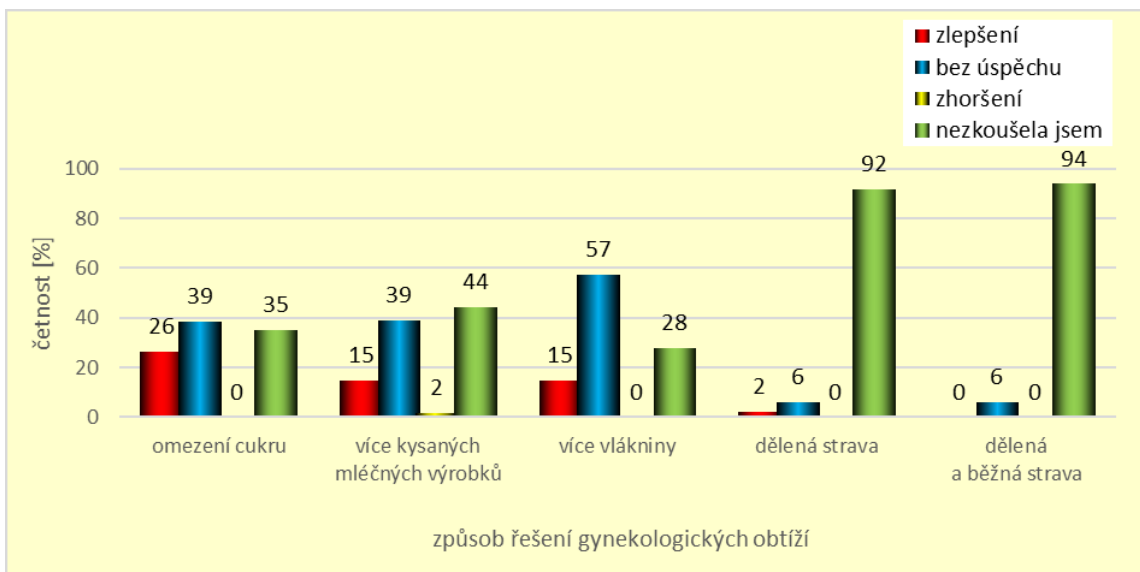
Na [grafu č. 38](#) lze pozorovat, že u 17,3 % respondentek došlo ke zlepšení obtíží po změně oblékání, u 11,5 % pak po změně sexuálního života a až u 75,0 % po jiných změnách.

Do kolonky „jiná změna“ pacientky uvedly např. pití bylinných čajů, omezení konzumace mléčných výrobků, terapii tradiční čínskou medicínou, používání bariérové ochrany (kondomů), lubrikantů a další. Zajímavou informací je fakt, že mnoho žen ale změny vůbec nevyzkoušelo.

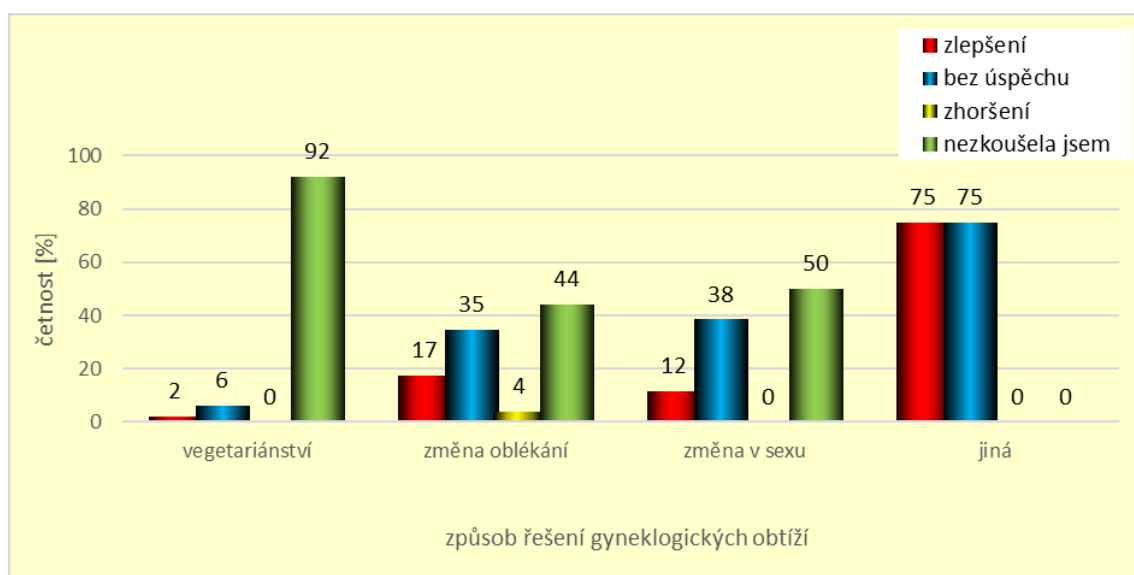
**Graf 36. Množství cigaret vykouřených denně (kuřáčkami)**



**Graf 37. Způsob řešení gynekologických obtíží jinak než léky**

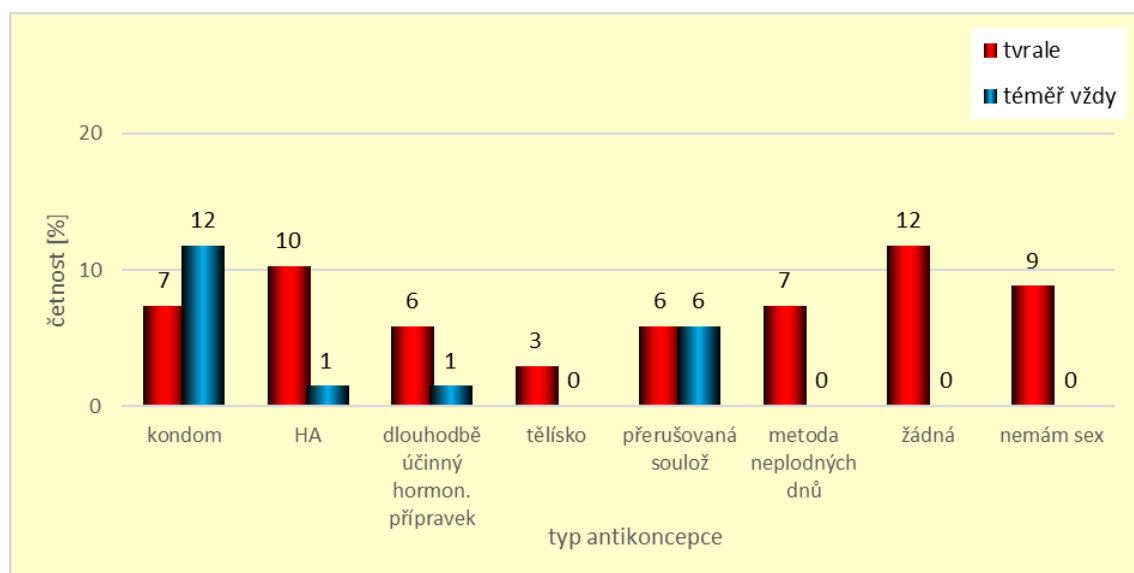


**Graf 38. Způsob řešení gynekologických obtíží jinak než léky**



V otázce č. 30 jsme se zaměřili na preferovaný typ antikoncepce. Na grafu č. 39 je znázorněno, jaký typ respondentky trvale používají. Procentuální zastoupení odpovědí bylo u této otázky počítáno ze všech odpovídajících. Lze vidět, že největší procento dotazovaných žen trvale neužívá žádnou formu antikoncepce (11,8 %), na druhém místě je pak trvale užívána hormonální antikoncepce (10,3 %). Celkem 11,8 % respondentek odpovědělo, že téměř vždy používají jako ochranu před početím kondom.

**Graf 39. Preferovaný typ antikoncepce**

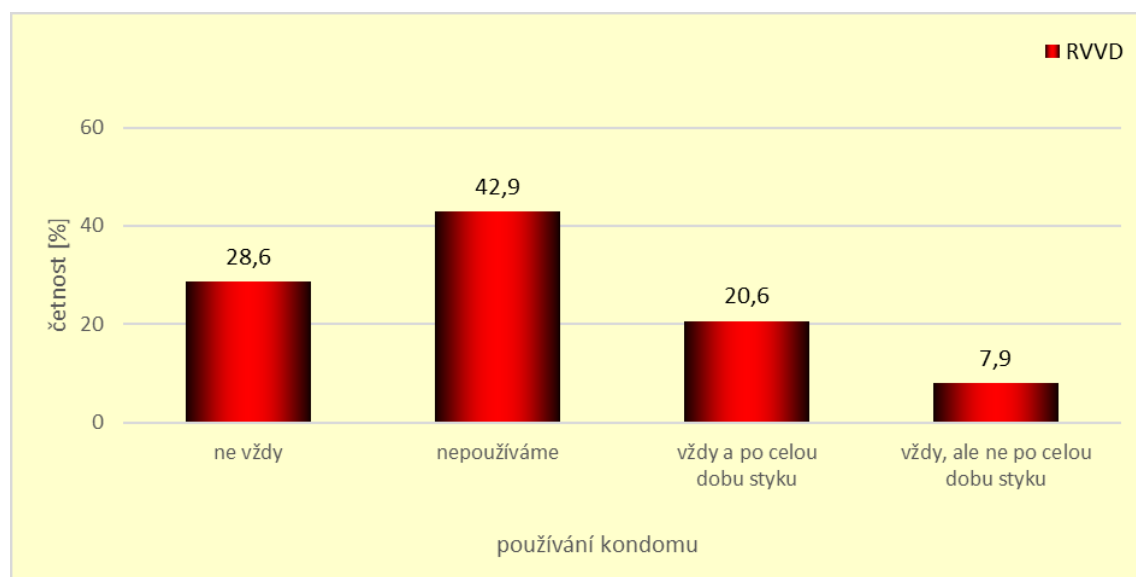


Otázka č. 31 se zabývala jednotlivými typy p.o. (perorálně, ústy) užívané hormonální antikoncepce. Vzhledem k tomu, že je na trhu těchto přípravků velké množství

a respondentky měly možnost dopisovat v kolonce „jiné“ i další názvy těchto přípravků, jsou pro nás tyto údaje nerelevantní.

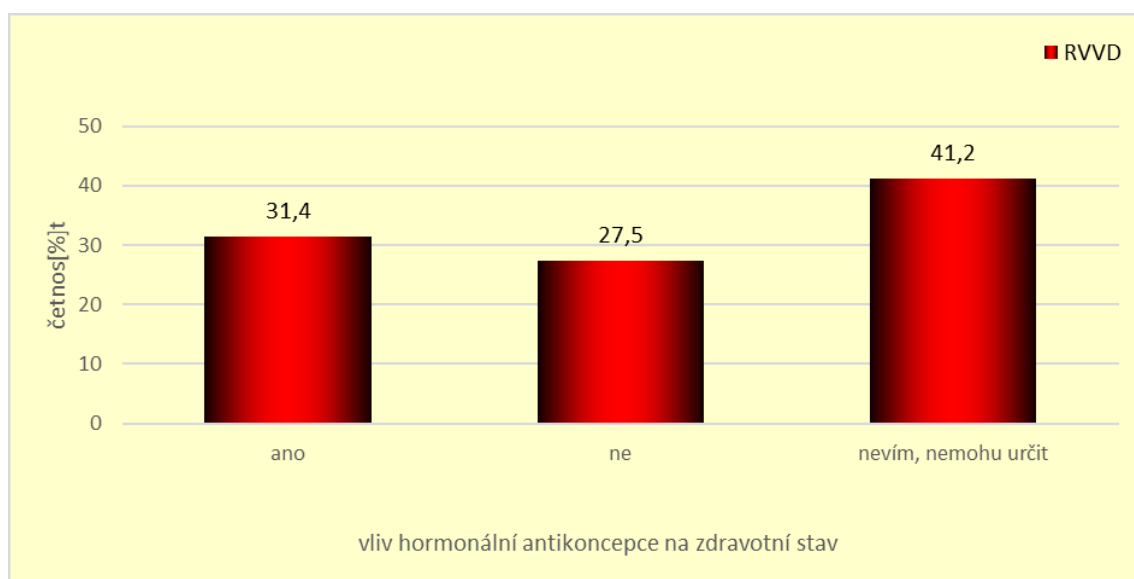
V otázce č. 32 jsme sledovali, jakým způsobem odpovídající pacientky používají kondom. Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 40. Největší procento odpovídajících tuto formu antikoncepce vůbec nepoužívá (42,9 %). Ne vždy ji používá 28,6 %. Vždy a po celou dobu styku 20,6 % a vždy, ale ne po celou dobu styku pak 7,9 %.

**Graf 40. Používání kondomu jako ochrany před početím**



Otázka č. 33 se zabývala vedlejšími účinky HA. Dotazovali jsme se respondentek, zda pozorují nějaké ovlivnění zdravotního stavu právě v souvislosti s užíváním HA. Na grafu č. 41 je znázorněno, že 31,4 % pacientek, které na tuto otázku odpověděly, uvádí ovlivnění zdravotního stavu. Respondentky měly možnost vypsát konkrétní změny, o kterých si myslí, že souvisí s HA. Uvedly tak např. náladovost, depresi, zvýšenou krvácivost při menstruaci, svědění pochvy, přibírání na váze, zvýšení krevního tlaku, bolesti hlavy a další. Naopak 27,5 % odpovídajících uvedlo, že nepociťují nežádoucí účinky HA a 41,2 % dotázaných neví, zda je jejich zdravotní stav HA ovlivněn.

**Graf 41. Vliv užívání HA na zdravotní stav respondentek**



V otázce č. 34 jsme se žen dotazovali, zda používají dlouhodobě účinný hormonální přípravek. Dvě respondentky uvedly nitroděložní tělíčko Mirena, jedna uvedla aplikaci injekcí (Depo-Provera nebo jiná).

Následující dvě otázky byly otevřené a sledovali jsme v nich hlavní důvody, proč používají respondentky daný typ antikoncepce a který je pro ně naopak nepřijatelný.

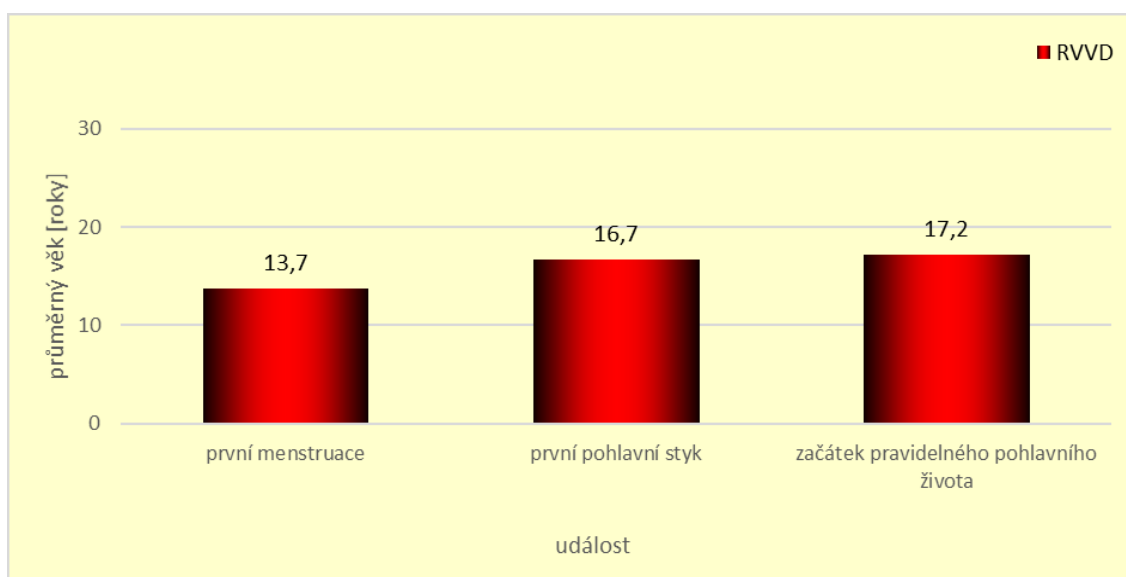
V otázce č. 35 u HA ženy nejčastěji uváděly snížení bolestivosti menstruace, pravidelnost menstruace, příznivý vliv na pleť, vysokou spolehlivost a jednoduché užívání. U kondomu pak uváděly jako výhodu, že se nejedná o hormonální způsob antikoncepce, a jako výhodu vnímaly také ochranu před pohlavními nemocemi. Dvě respondentky s nitroděložním tělískem uvedly, že jim vyhovuje, že nemusí myslet na užívání pilulek.

V otázce č. 36 jako nepřijatelné způsoby antikoncepce pacientky uvedly např. u HA riziko nežádoucích účinků, zejména zvýšené riziko trombózy v důsledku mutace genu ovlivňujícího srážlivost krve. U kondomu uvedly alergii na latex, u nitroděložního tělíška pocit cizího tělesa v těle a u přerušované soulože a metody neplodných dnů velmi nízkou spolehlivost.

Otázka č. 37 zjišťovala, v kolika letech měly respondentky první menstruaci, první pohlavní styk a v jakém věku začaly s pravidelným pohlavním životem (více styků měsíčně). Odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 42. Průměrný věk první menstruace byl 13,7 let, prvního pohlavního styku 16,7 let a začátku pravidelného pohlavního života 17,2 let.

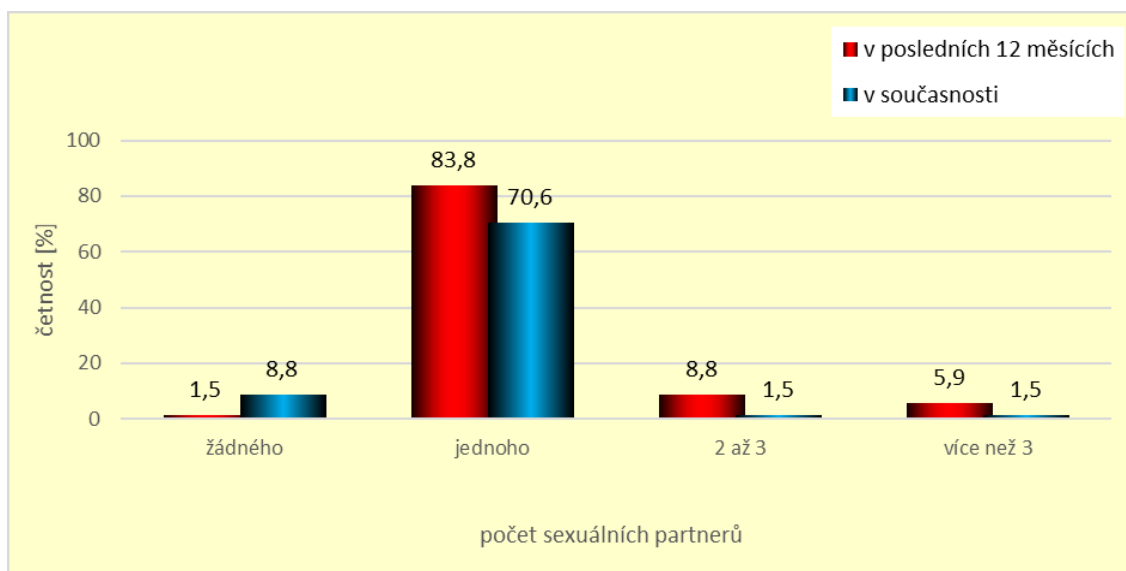


**Graf 42. Průměrný věk první menstruace a začátku pohlavního života**



Otázka č. 38 se zabývala množstvím sexuálních partnerů za posledních 12 měsíců a v současnosti. Výsledky ukazuje graf č. 43. Většina respondentek má v současnosti i během posledního roku jednoho partnera.

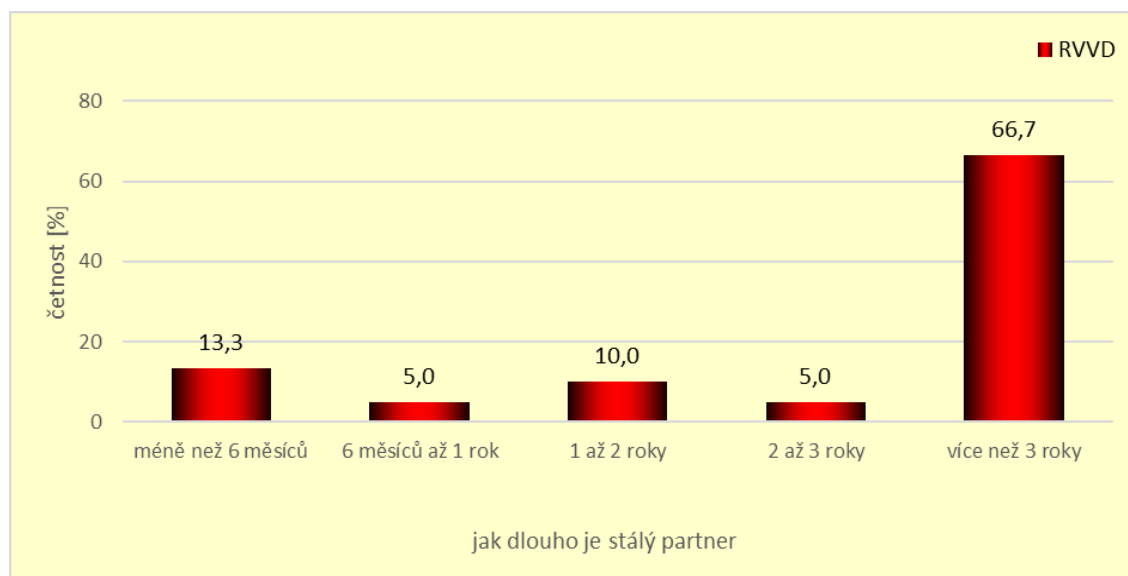
**Graf 43. Počet sexuálních partnerů za poslední rok a v současnosti**



V otázce č. 39 jsme se dotazovali, zda mají respondentky stálého sexuálního partnera, jak dlouho jej mají a zda mají pravidelný sexuální styk (v průměru alespoň 1x týdně). 90,8 % odpovídajících uvedlo, že má stálého sexuálního partnera, 9,2 % nemá. Pravidelný pohlavní styk má 68,2 % respondentek, 31,8 % pak pravidelný styk nemá.

Na grafu č. 44 je znázorněno, jak dlouho mají respondentky, které odpověděly na tuto otázku stálého partnera. Více než 3 roky má stálého partnera největší procento odpovídajících (66,7 %). Dále pak 13,3 % žen s RVVD má partnera kratší dobu než 6 měsíců a 10,0 % z nich má stálého partnera 1 až 2 roky.

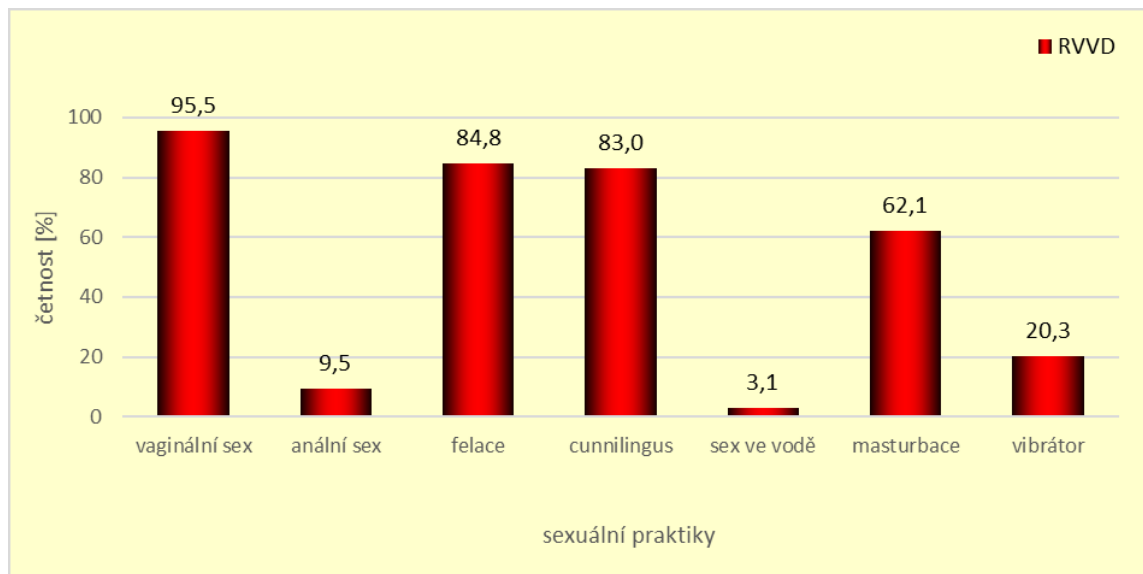
**Graf 44. Jak dlouho mají respondentky stálého sexuálního partnera**



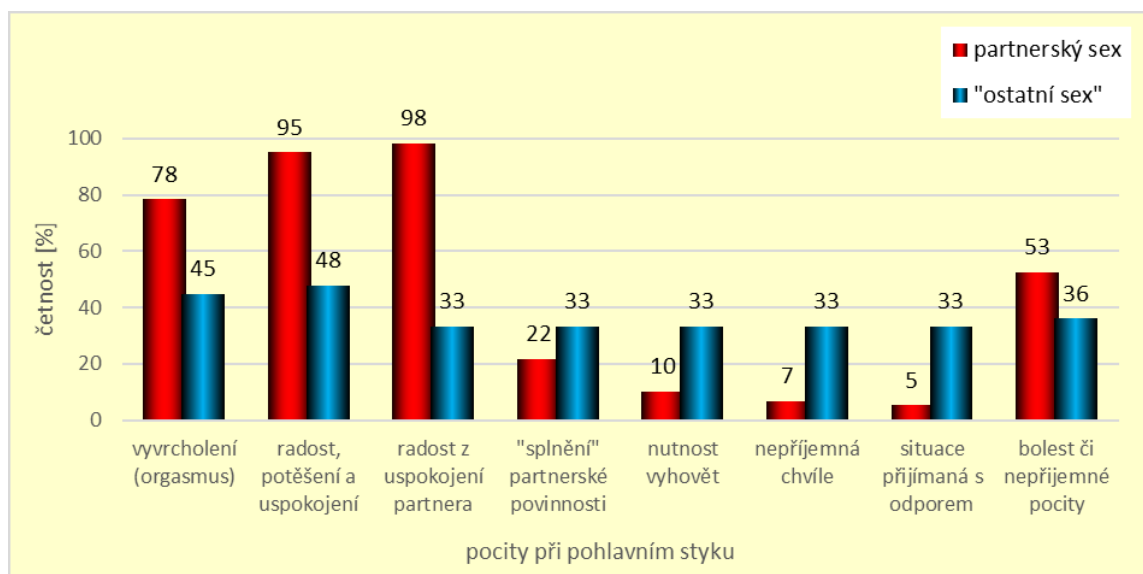
Otázka č. 40 se zabývala frekvencí jednotlivých sexuálních praktik provozovaných v posledním roce. Možnosti odpovědí byly: vždy, občas, výjimečně a nikdy. Výsledky odpovědí „vždy“ a „občas“ jsou zobrazeny v grafu č. 45. Nejčastěji prováděnou praktikou byl vaginální sex (95,5 %), nejméně častou pak sex ve vodě (3,1 %).

V otázce č. 41 jsme zjišťovali, jaké pocity respondentkám přináší partnerský a „ostatní sex“. „Ostatním sexem“ je pro účely našeho dotazníku myšlen styk s občasným či náhodným partnerem nebo autoerotika. Odpovědi pacientek, které na tuto otázku odpověděly, znázorňuje graf č. 46. U partnerského sexu je podle respondentek nejčastěji pociťována radost z uspokojení partnera (98,4 %). U „ostatního sexu“ je to pak radost, potěšení a uspokojení (47,8 %).

**Graf 45. Frekvence sexuálních praktik provozovaných v posledním roce**

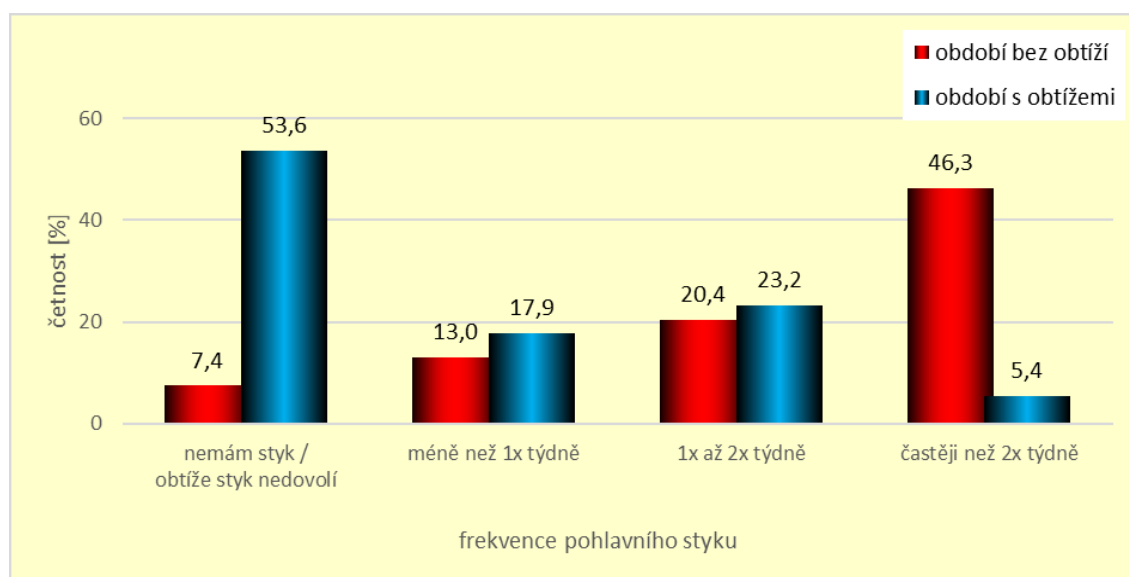


**Graf 46. Pocity při pohlavním styku**



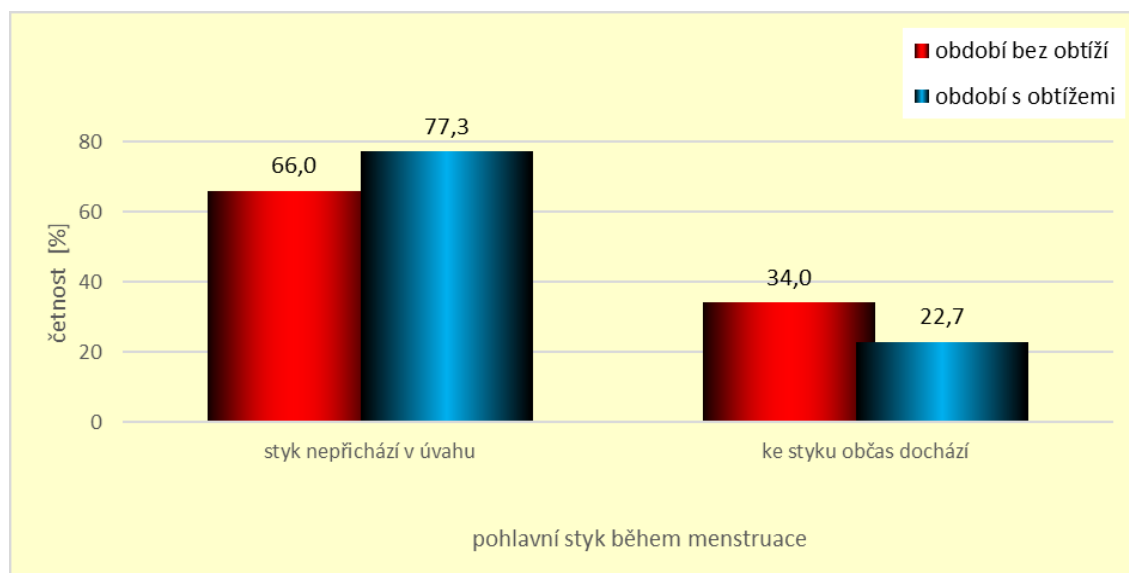
V otázce č. 42 jsme se dotazovali na frekvenci pohlavního styku v době, kdy respondentky neměly žádné obtíže a v době, kdy je obtíže sužovaly. Odpovědi jsou znázorněny v grafu č. 47. Obtíže zpravidla nedovolí styk až 53,6 % respondentkám a pouze 5,4 % odpovídajících má v době obtíží styk více než 2x týdně.

**Graf 47. Frekvence pohlavního styku v období bez obtíží a v období s obtížemi**



V této otázce jsme také sledovali, zda respondentky provozují sexuální aktivity i během menstruace. Odpovědi lze pozorovat na grafu č. 48. Můžeme vidět, že pohlavní styk během menstruace během obtíží spojených s VVD nepřichází v úvahu u 77,3 % respondentek, v období bez obtíží pak u 66,0 %. V období obtíží naopak během menstruace občas ke styku dochází u 22,7 % pacientek a v období bez obtíží u 34,0 % z nich.

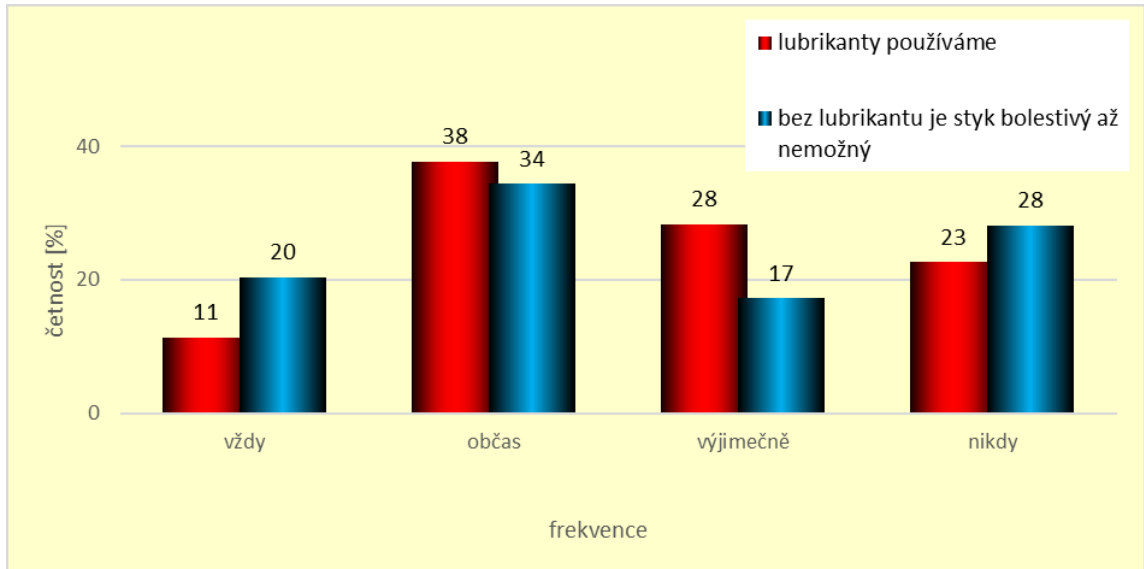
**Graf 48. Četnost pohlavního styku během menstruace**



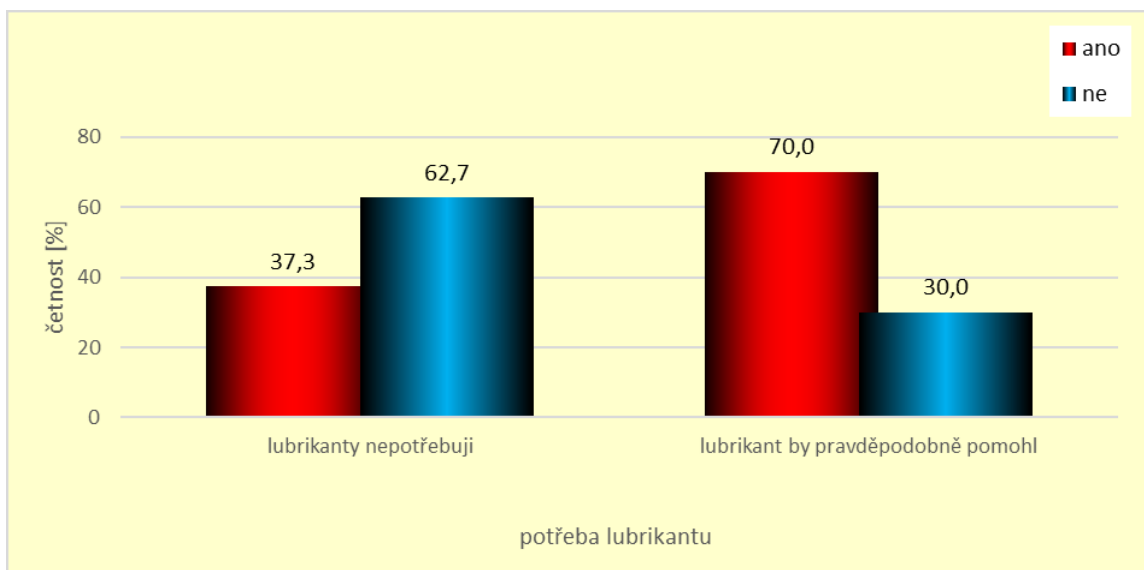
Otázka č. 43 se zabývala používáním lubrikačních gelů. Odpovědi jsou znázorněny v následujícím grafu č. 49. Lubrikační gely vždy používá 11,3 % respondentek, na-

opak 22,6 % je nepoužívá nikdy. 20,3 % žen uvedlo, že bez použití lubrikantu je pohlavní styk bolestivý, nepříjemný a někdy dokonce nemožný.

**Graf 49. Používání lubrikantů**



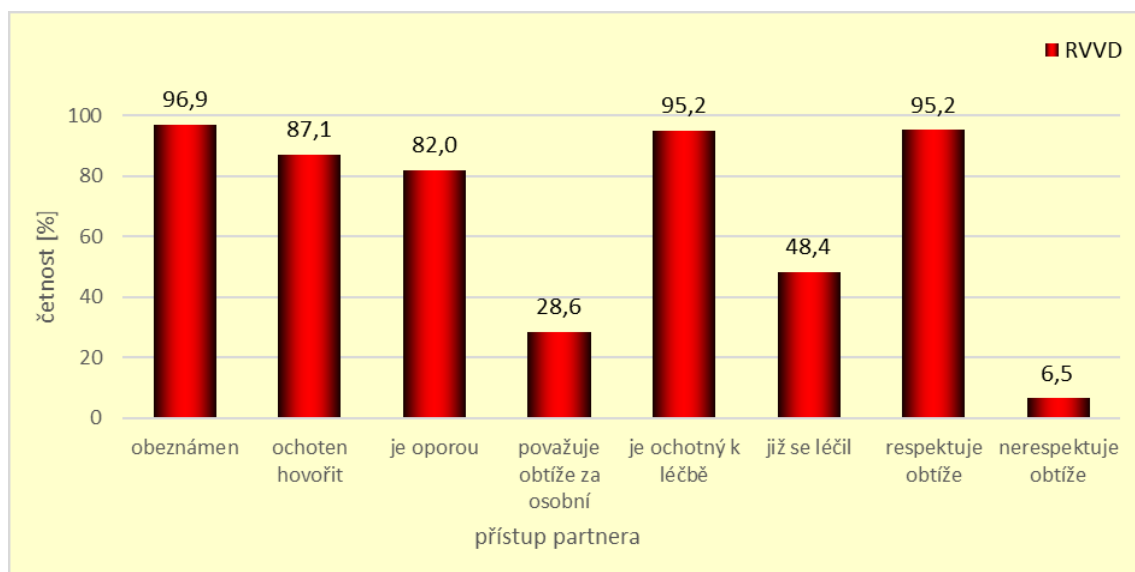
**Graf 50. Potřeba lubrikantů**



Ptali jsme se také na to, zda respondentky mají problémy se zvlhčováním sliznice, nebo zda by jim mohl lubrikant pomoci. Odpovědi jsou znázorněny v [grafu č. 50](#). Umělé zvlhčování sliznice podle dotazníků nepotřebuje 37,3 % dotázaných. Lubrikant k pohlavnímu styku naopak potřebuje až 62,7 % žen, které na tuto otázku odpověděly. Lubrikant by pravděpodobně pomohl 70,0 % odpovídajících a 30,0 % se domnívá, že by jim nepomohl.

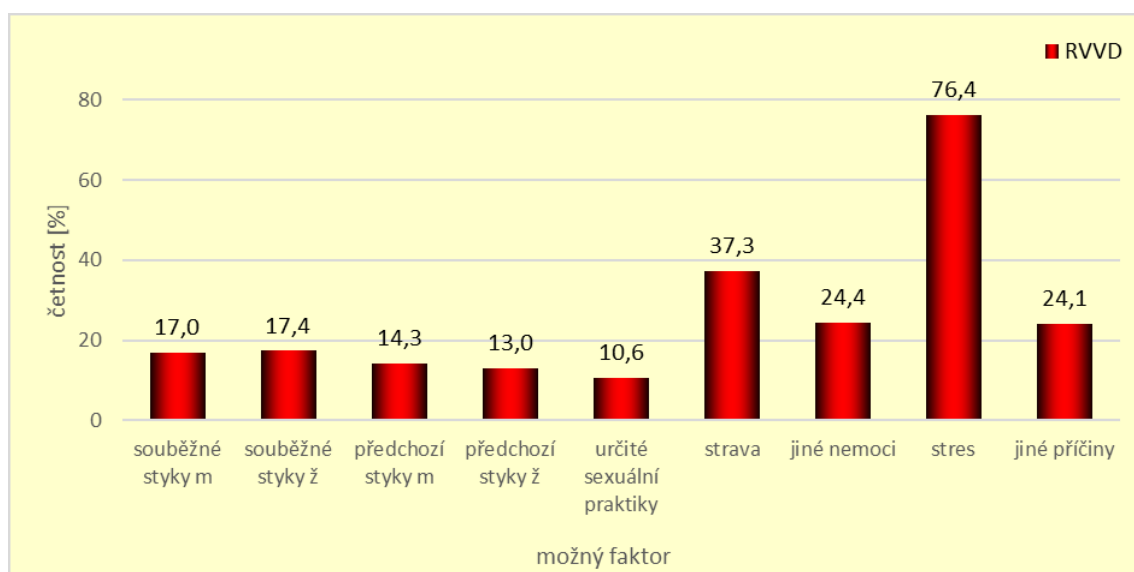
Otázky č. 44 a č. 45 patřila mezi silně orámované a odpovídaly na ní pouze pacientky trpící RVVD. Dotazovali jsme se zde na přístup stálého partnera / dalších sexuálních partnerů k obtížím respondentek. Výsledky jsou uvedeny v následujícím grafu č. 51, kde je znázorněn pouze přístup stálého partnera. Přístup jiného sexuálního partnera vyplnilo velmi malé množství respondentek. Většina stálých partnerů je se zdravotní stavem respondentek obeznámena (96,9 %) a je ochotna přistoupit k případné léčbě (95,2 %). Na druhou stranu 28,6 % stálých partnerů považuje VVD za osobní problém ženy a 6,5 % partnerů tyto obtíže nerespektuje.

**Graf 51. Přístup stálého partnera k obtížím respondentek**



V otázce č. 46 jsme se zabývali názorem respondentek na možné souvislosti obtíží s konkrétními faktory. Odpovědi jsou zaznamenány v grafu č. 52. Pacientky měly možnost odpovědět „ano“, „ne“ či „nevím“. V grafickém znázornění lze vidět četnost odpovědi „ano“. Největší vliv na gynekologické problémy má tedy podle odpovídajících stres (76,4 %), na druhém místě je strava (37,3 %) a na třetím se umístily „jiné nemoci“ (24,4 %). Jako „jiné nemoci“ uváděly respondentky nejčastěji alergii, astma, úzkostné poruchy, diabetes a další. U možných jiných příčin vyplnily zejména zvýšené množství sacharidů ve stravě, sníženou imunitu, nedostatečnou hygienu či nošení nevhodného oblečení.

**Graf 52. Faktory, které dle názoru respondentek mají vliv na VVD**



Souběžné styky m /předchozí styky m = souběžné styky / předchozí styky muže

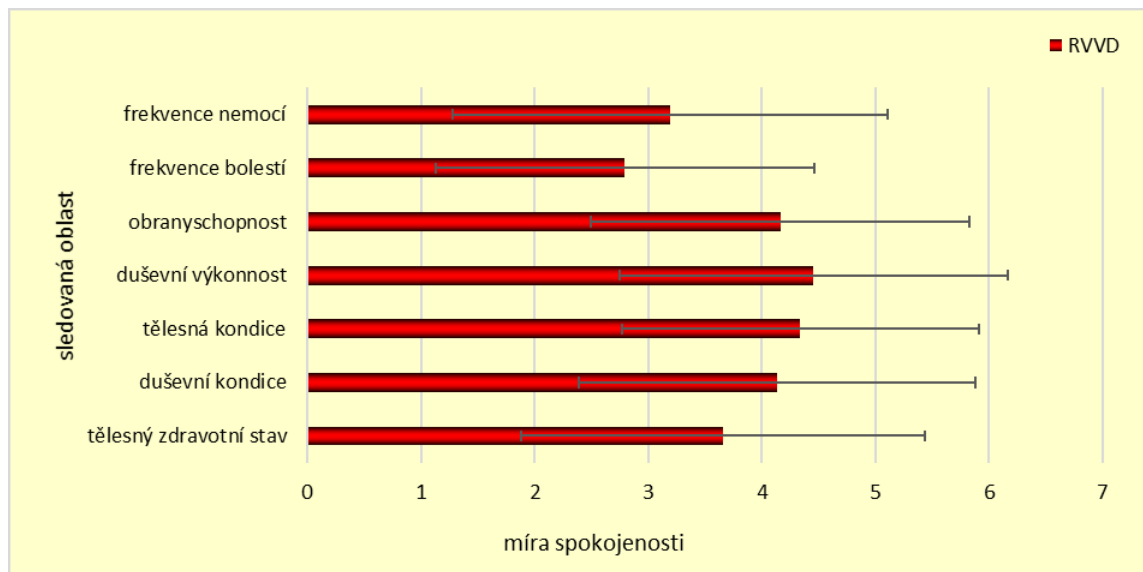
Souběžné styky ž / předchozí styky ž = souběžné styky / předchozí styky ženy

Následující otázky se zabývaly spokojeností respondentek s obecnými stránkami jejich života. Odpovědi jsme rozdělili do 7 možných kategorií: 1 = „velmi nespokojena“, 2 = „nespokojena“, 3 = „spíše nespokojena“, 4 = „ani spokojena ani nespokojena“, 5 = „spíše spokojena“, 6 = „spokojena“, 7 = „velmi spokojena“.

Z jednotlivých odpovědí byly spočítány průměrné hodnoty ke každé sledované oblasti a následně zobrazeny v grafech.

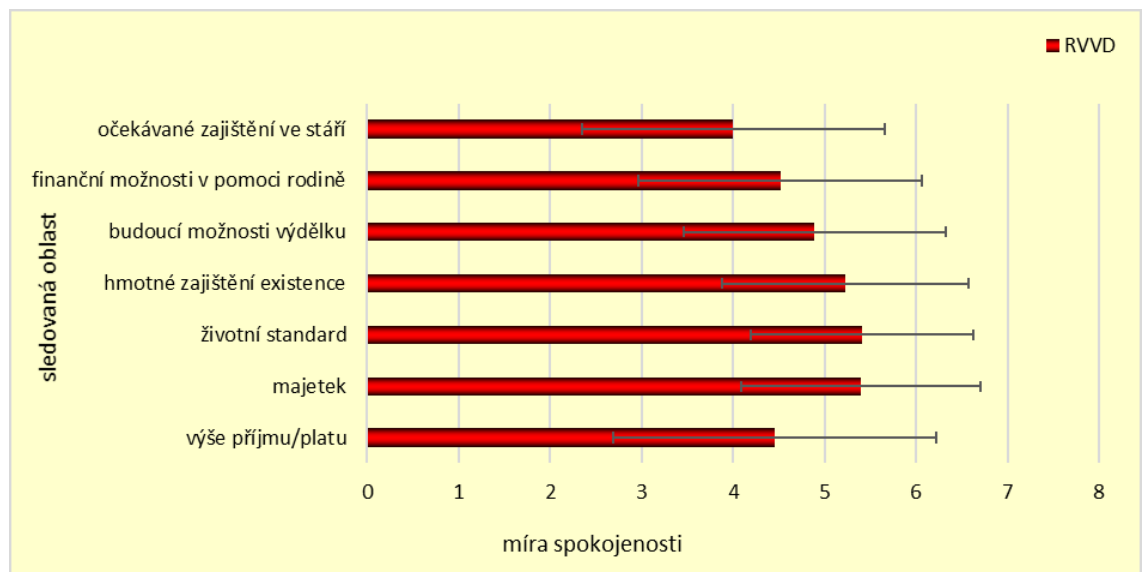
V otázce č. 47 jsme se dotazovali na spokojenost se zdravotním stavem. Na [grafu č. 53](#) můžeme vidět, že nejvyššího průměru 4,5 (což odpovídá kategorii „spíše spokojena“) bylo dosaženo u duševní výkonnosti. Naopak nejmenší průměr byl nalezen u frekvence bolesti, s průměrnou hodnotou 2,8 odpovídající kategorii „spíše nespokojená“.

**Graf 53. Míra spokojenosti se zdravotním stavem**



Na grafu č. 54 lze vidět spokojenost respondentek s finanční situací. Díky grafickému znázornění lze pozorovat, že tato dosahuje v průměru vyšších hodnot, než tomu bylo u spokojenosti se zdravotním stavem. Nejvyššího průměru bylo dosaženo u spokojenosti se životním standardem a s majetným zabezpečením. U obou těchto kritérií dosahoval průměr 4,5, což odpovídá kategorii „spíše spokojena“. Nejnižšího průměru bylo naopak dosaženo u spokojenosti s výší příjmu, jehož hodnota byla 4,45. To odpovídá kategorii „ani nespokojena ani spokojena“.

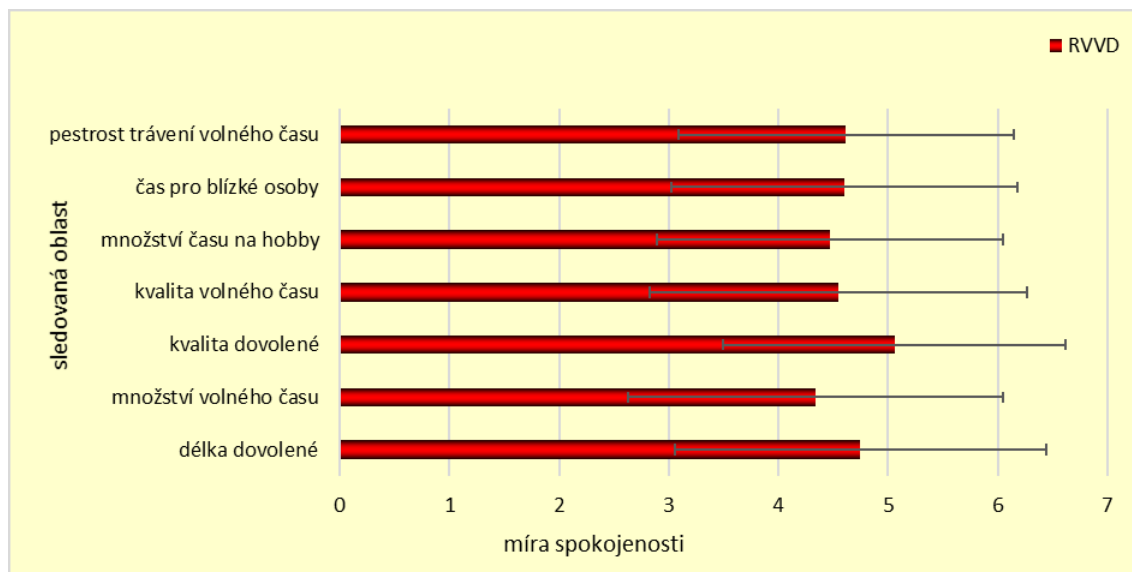
**Graf 54. Míra spokojenosti s finanční situací**





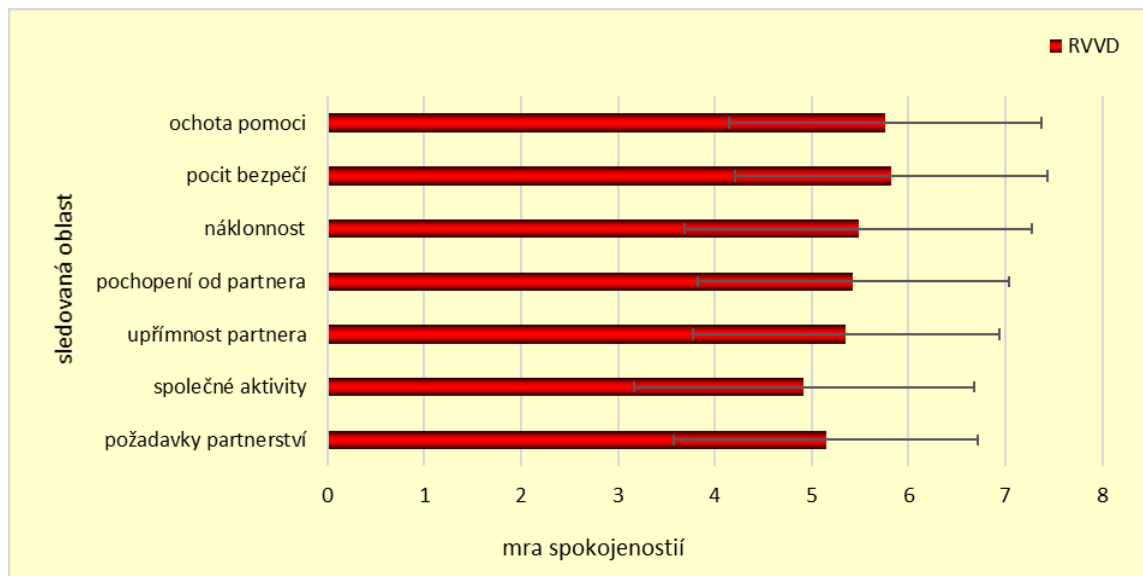
Graf č. 55 znázorňuje spokojenost s volným časem. Nejvyšší hodnoty průměru (5,1) odpovídající kategorii „spíše spokojena“ bylo dosaženo u spokojenosti s kvalitou odpočinku, který přináší dovolená (v grafu jako „kvalita dovolené“). Naopak nejmenší spokojenost byla v průměru s množstvím volného času po práci a o víkendech (4,3), což odpovídá kategorii „ani nespokojena ani spokojena“.

**Graf 55. Míra spokojenost v oblasti volné času**



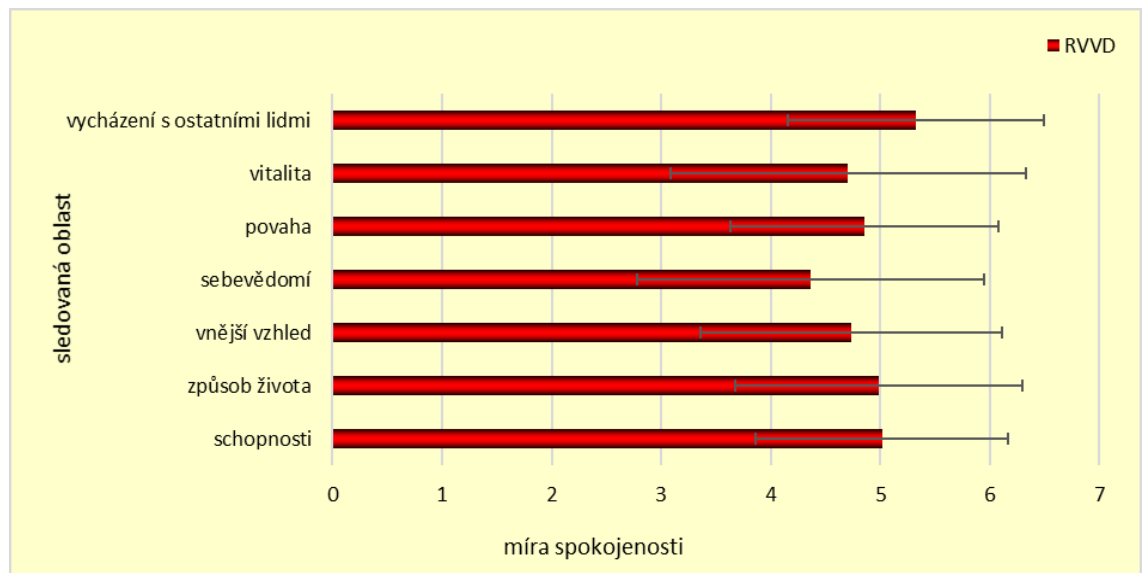
Na grafu č. 56 lze pozorovat spokojenost v oblasti partnerství a manželství, kterou se zabývala otázka č. 48. Nejvíce byly respondentky spokojeny s ochotou pomoci (průměrná hodnota 5,8 odpovídající kategorii „spokojena“) a s bezpečím, které jim jejich partner poskytuje (průměr 5,8, opět „spokojena“). Nejmenší spokojenost pak byla u společných aktivit (průměr 4,9 odpovídající kategorii „spíše spokojena“).

**Graf 56. Míra spokojenost s partnerstvím a manželstvím**



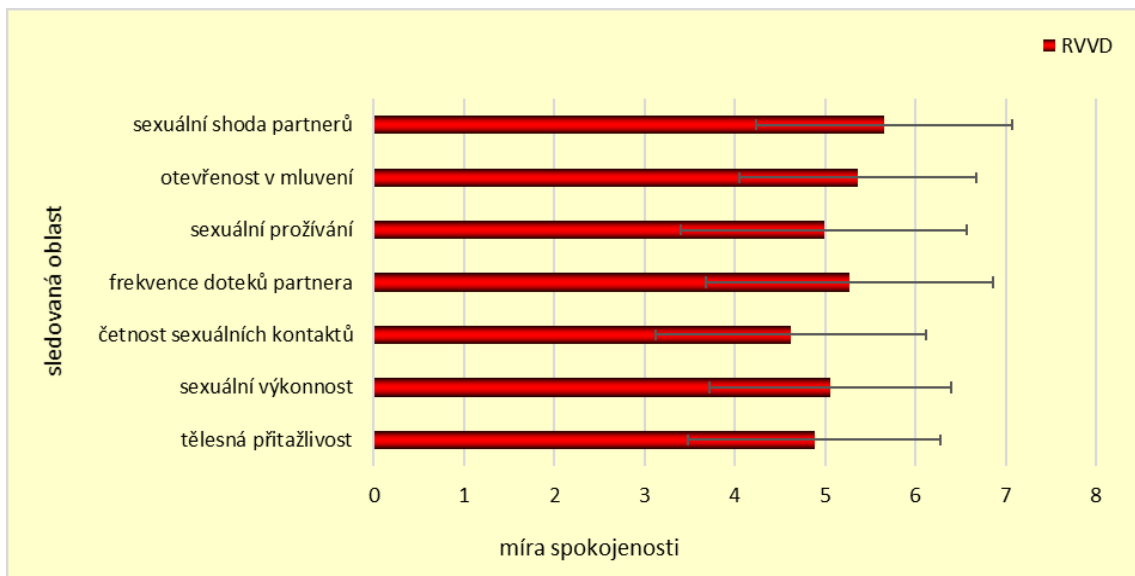
Dále byla sledována spokojenost s vlastní osobou. Výsledky lze vidět na [grafu č. 57](#). Z grafu je patrné, že v průměru byly respondentky nejvíce spokojené s tím, jak vycházejí s ostatními lidmi (5,3 = „spíše spokojena“). Na druhé straně byla nejmenší spokojenost s vlastním sebevědomím (4,4 = ani nespokojena ani spokojena“).

**Graf 57. Míra spokojenosti s vlastní osobou**



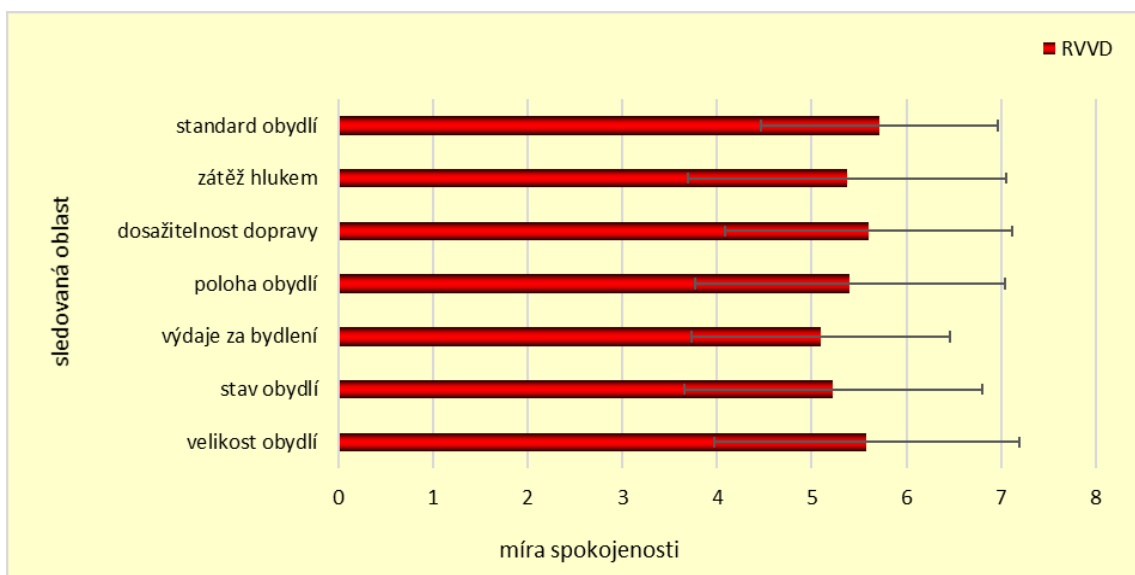
Pozornost byla věnována také oblasti sexuality. Z [grafu č. 58](#) lze vyčíst, že v průměru byly respondentky nejvíce spokojeny v tom, jak se k sobě s partnerem v sexualitě hodí (5,7 = „spokojena“). Nejmenší spokojenost byla pak u četnosti sexuálních kontaktů (4,6 „spíše spokojena“).

**Graf 58. Míra spokojenosti v oblasti sexuality**



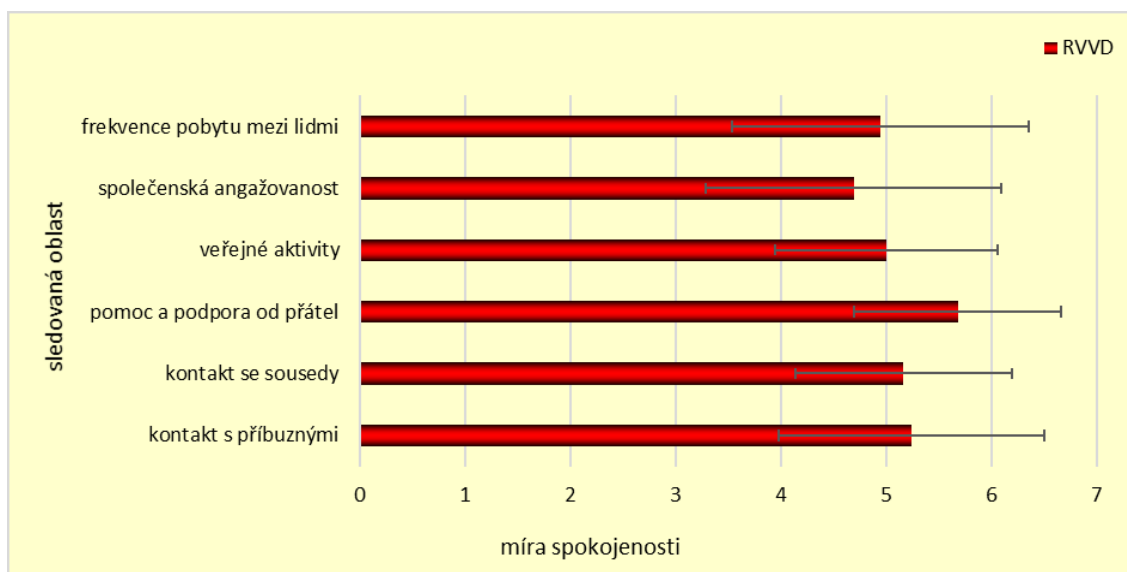
Na grafu č. 59 je zobrazena míra spokojenosti v oblasti bydlení. V průměru byla tato nejvyšší u standardu obydí (5,7 = „spokojena“) a nejnižší u výdajů za bydlení (5,1 = „spíše spokojena“). Se způsobem bydlení byly respondentky spíše spokojeny.

**Graf 59. Míra spokojenosti s bydlením**



Otázka č. 49 (graf č. 60) sledovala míru spokojenosti s přáteli, známými a příbuznými. Nejvyšší byla s pomocí a podporou, kterou blízcí respondentkám poskytují (5,7 = „spokojena“), nejmenší pak se společenskou angažovaností (4,7 = „spíše spokojena“).

**Graf 60. Míra spokojenosti s přáteli, známými a příbuznými**

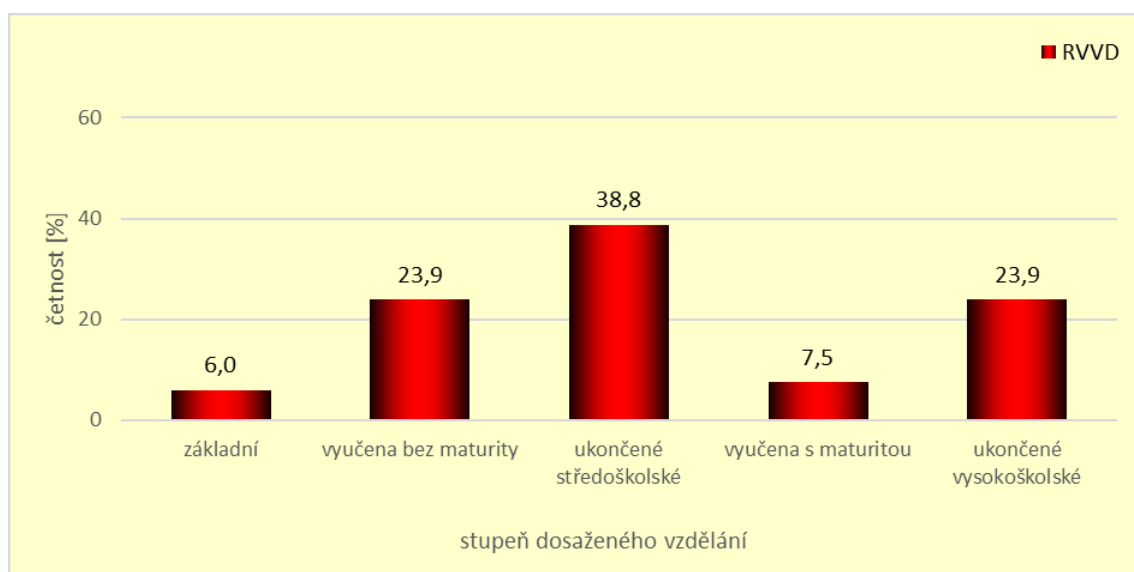


Porovnáme-li pak všechny oblasti, u kterých jsme zjišťovali míru spokojenosti, nejvíce byly respondentky spokojeny s pocitem bezpečí, který jim partner poskytuje a s ochotou pomoci (průměrná hodnota 5,8 = „spokojena“). Naopak nejméně spokojené byly s frekvencí bolesti (průměrná hodnota 2,8 = „spíše nespokojena“).

Jednu z posledních částí dotazníku tvořily otázky sledující demografické údaje. Zjišťováno bylo dosažené vzdělání, rodinný stav, a zaměstnání. Dále pak informace o respondentkách jako je věk, hmotnost, výška a velikost prsou.

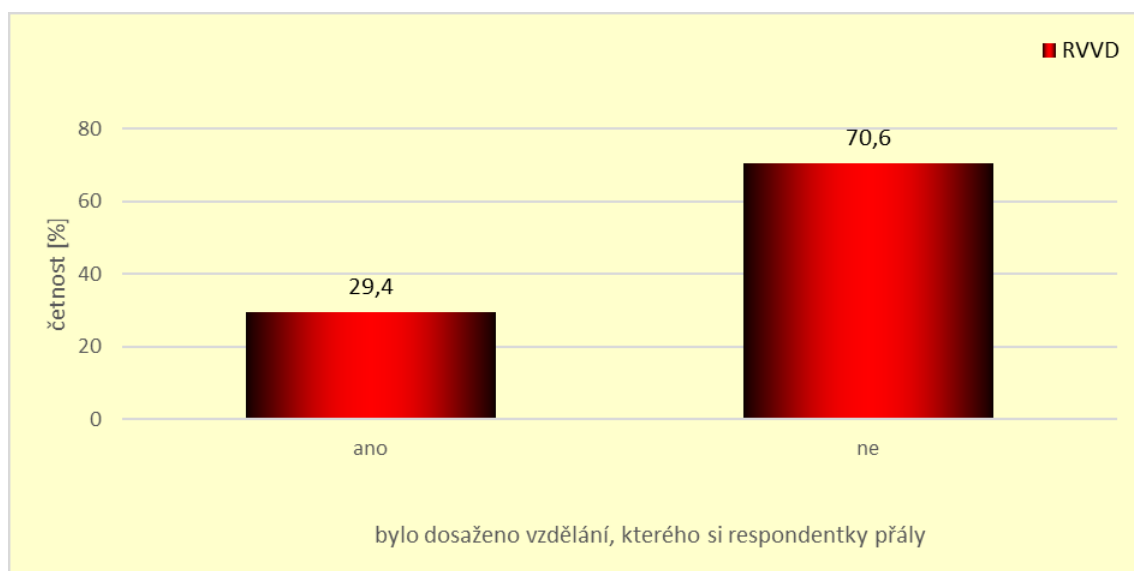
Graf č. 61 zobrazuje stupeň dosaženého vzdělání. Nejvíce respondentek má ukončené středoškolské vzdělání (38,8 %) a nejméně má pouze základní vzdělání (6,0 %).

**Graf 61. Stupeň dosaženého vzdělání**



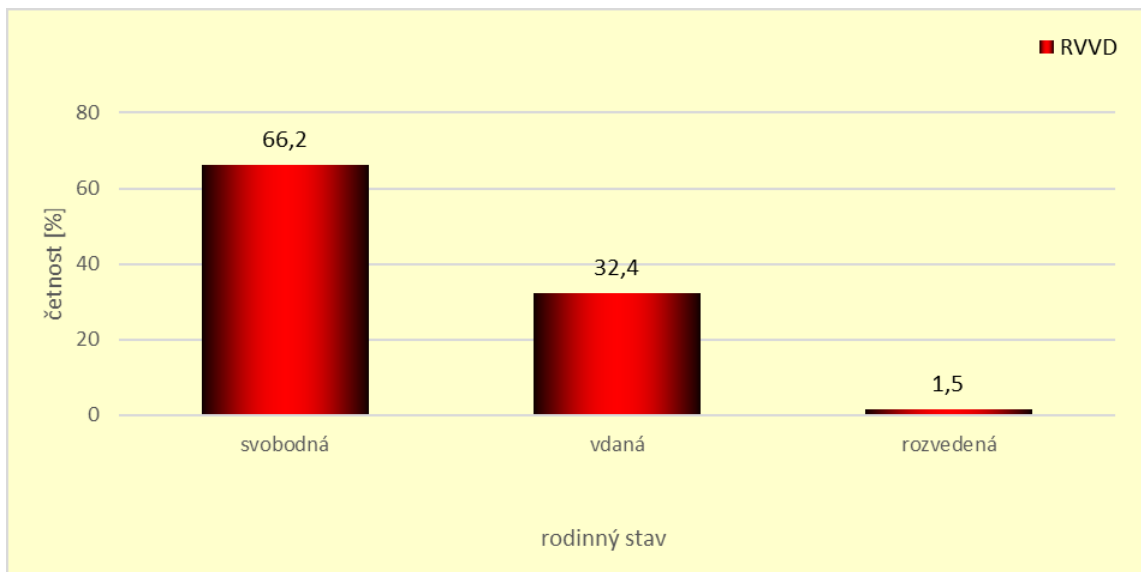
Na grafu č. 62 je znázorněno, zda respondentky dosáhly stupně vzdělání, kterého si přály. Z grafu je patrné, že 70,6 % odpovídajících nedosáhlo vzdělání, kterého si přály. To se podařilo pouze 29,4 %.

**Graf 62. Dosažení stupně vzdělání, kterého si respondentky přály**



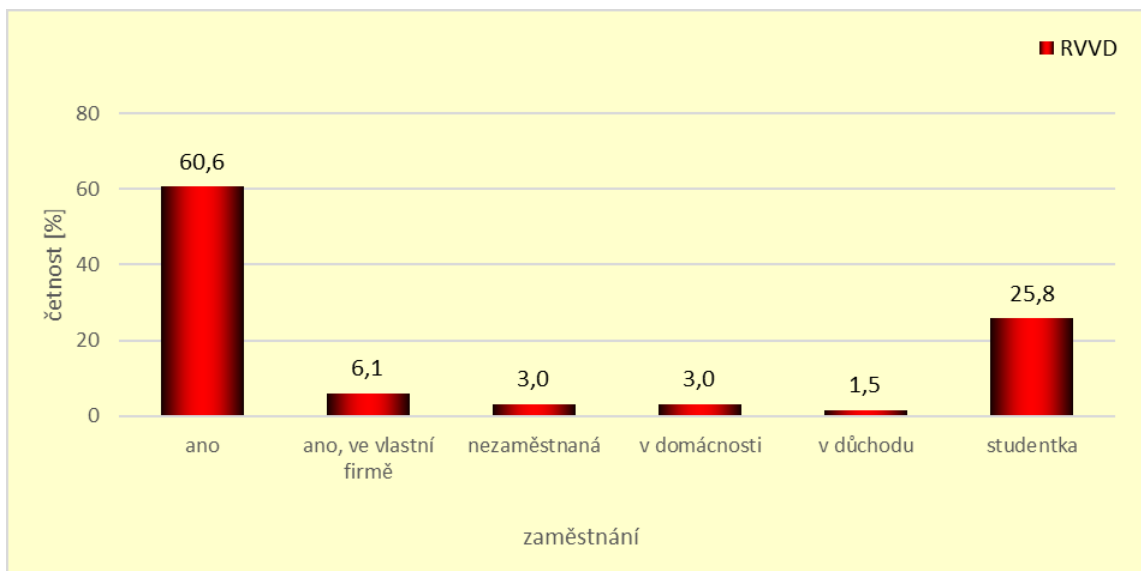
Další otázka byla zaměřena na rodinný stav a je graficky zpracována v grafu č. 63. Nejvíce respondentek je svobodných (66,2 %). Vdaných je 32,4 % a rozvedených pouze 1,5 %.

**Graf 63. Rodinný stav**



Dále byla zjišťována zaměstnanost respondentek. Jednotlivá procentuální zastoupení lze sledovat v grafu č. 64. Největší procento odpovídajících je zaměstnaných (60,6 %) a naopak nejmenší procento je již v důchodu (1,5 %).

**Graf 64. Zaměstnanost respondentek**

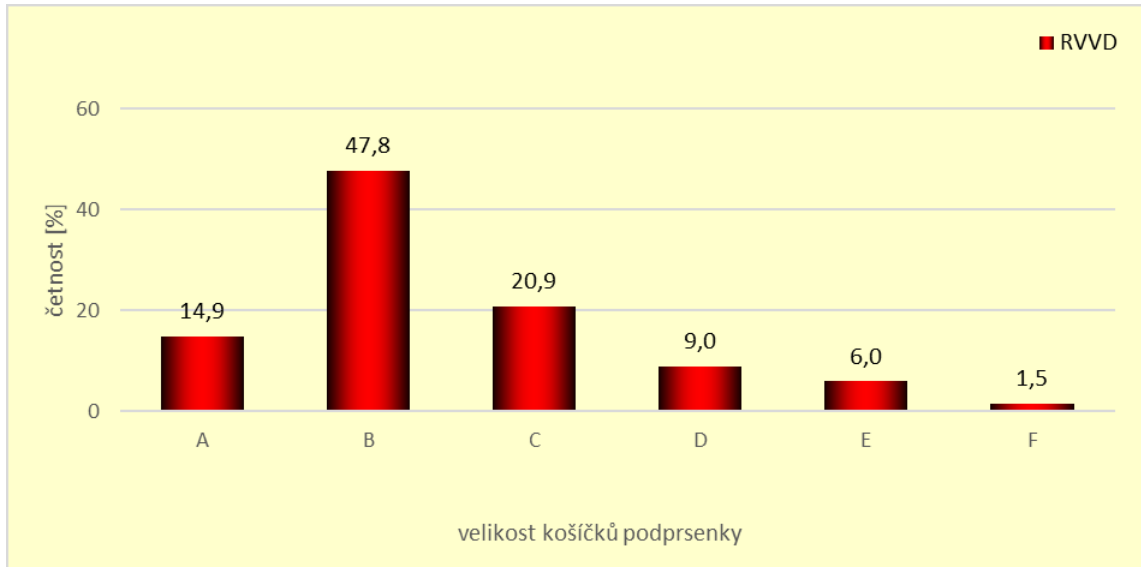


Průměrný věk odpovídajících pacientek byl 29,3 let.

Následující graf č. 65 zobrazuje procentuální zastoupení velikosti poprsí. Největší procento odpovídajících má velikost košíčku podprsenky B (47,8 %), košíčky velikosti

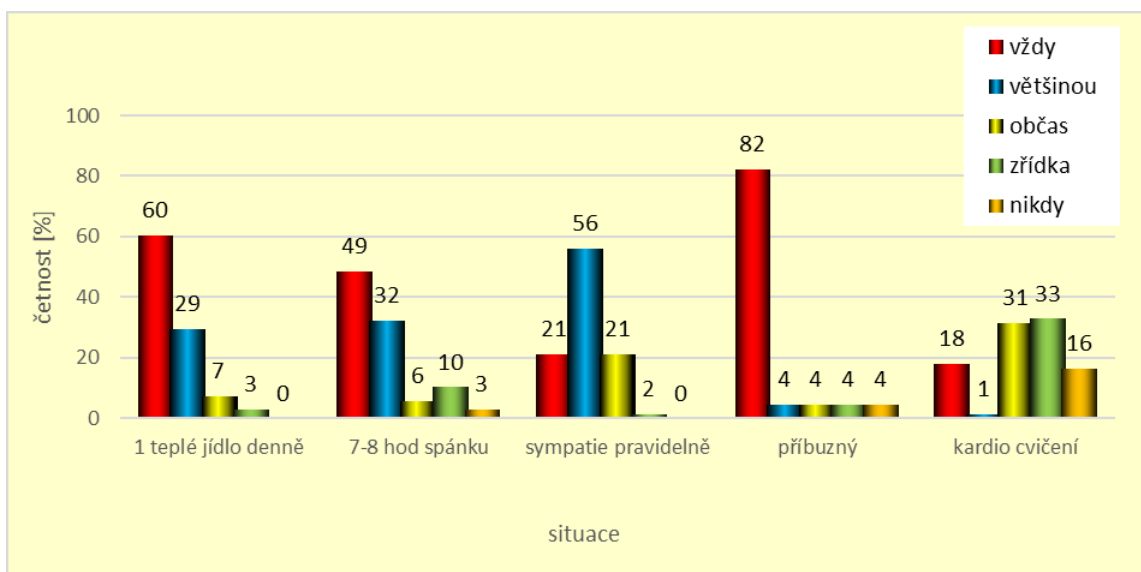
C má 20,9 % respondentek a nejméně běžná je velikost košíčků F, kterou má pouze 1,5 % odpovídajících.

**Graf 65. Velikost poprsí**



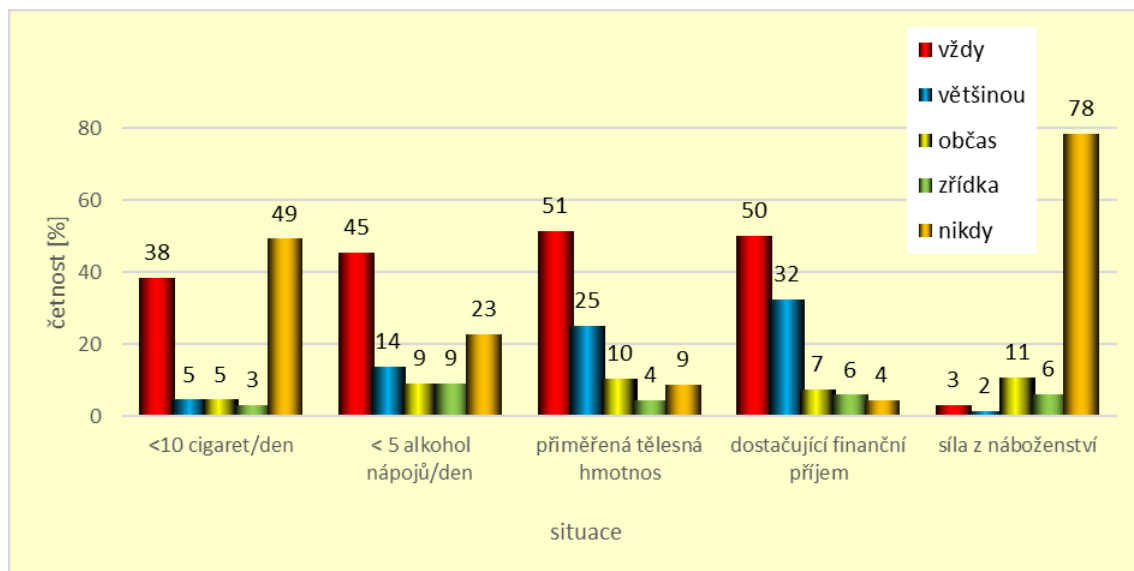
Další část dotazníku se věnovala míře zranitelnosti stresem. Odpovědi na tyto otázky jsou znázorněny v následujících čtyřech grafech. Na grafu č. 66 můžeme vidět, že až 82,0 % respondentek má nejméně jednoho příbuzného do vzdálenosti 120 km, na kterého se mohou vždy spolehnout. Dalších 60,1 % pacientek vždy konzumuje nejméně 1 teplé jídlo denně a 56,3 % většinou dává a dostává sympatie pravidelně.

**Graf 66. Míra zranitelnosti stresem I**



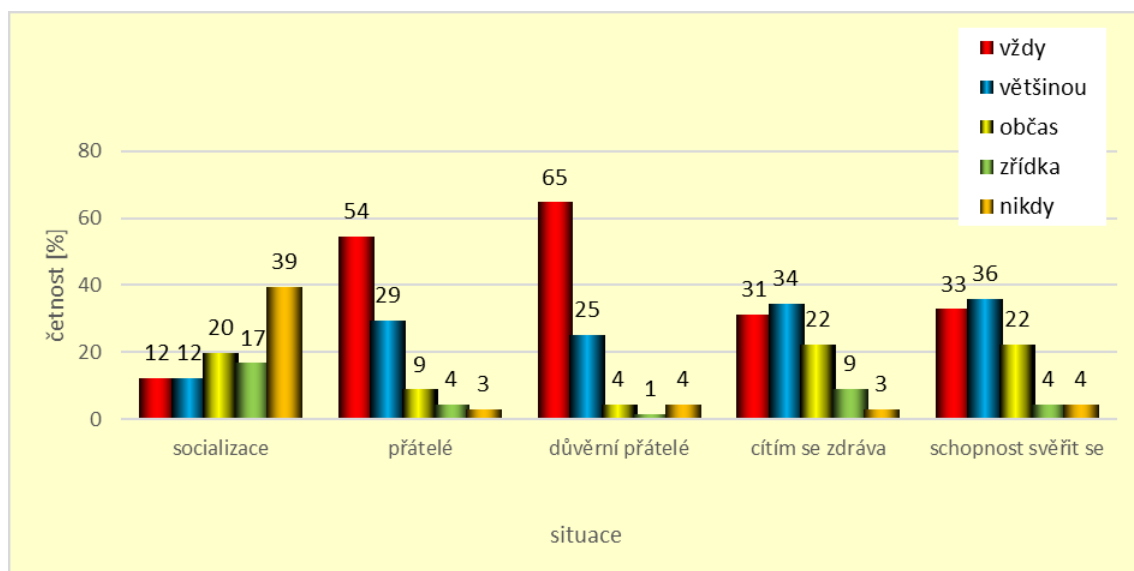
Na grafu č. 67 je znázorněno, že až 78,2 % respondentek nikdy nezískává sílu ze své náboženské víry a 51,4 % žen s RVVD má vždy přiměřenou tělesnou hmotnost.

**Graf 67. Míra zranitelnosti stresem II**



Na grafu č. 68 lze pozorovat, že 65,1 % má vždy jednoho nebo více přátel, se kterými může být důvěrný a 54,3 % má vždy kolem sebe síť přátel a známých. Naopak 39,4 % nikdy nenavštěvuje pravidelně klub, spolek nebo nevyvíjí jinou sociální aktivitu.

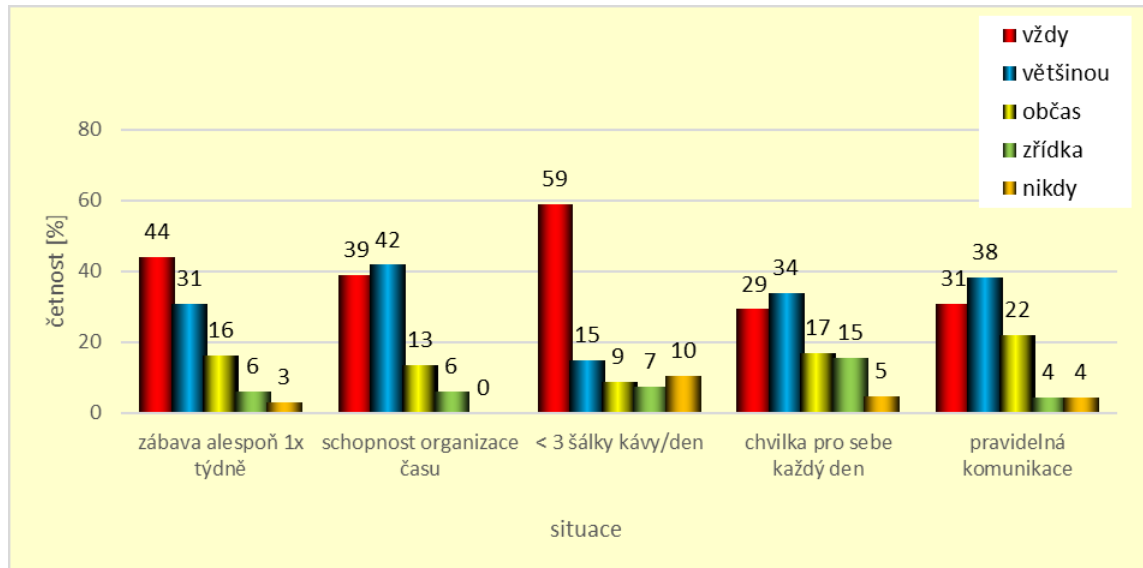
**Graf 68. Míra zranitelnosti stresem III**





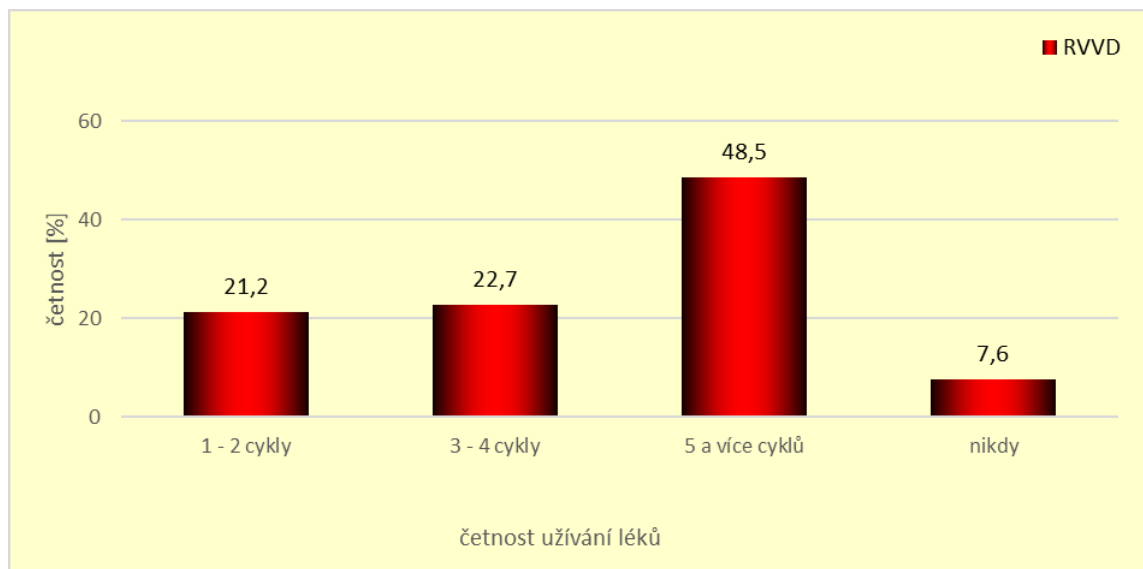
Na následujícím grafu č. 69 můžeme vidět, že až 59,3 % žen vždy pije méně než 3 šálky kávy za den. Dalších 44,2 % dělá něco pro svoji zábavu alespoň 1x týdně. Celkem 42,4 % žen s RVVD je vždy schopno si účelně organizovat čas.

**Graf 69. Míra zranitelnosti stresem IV**



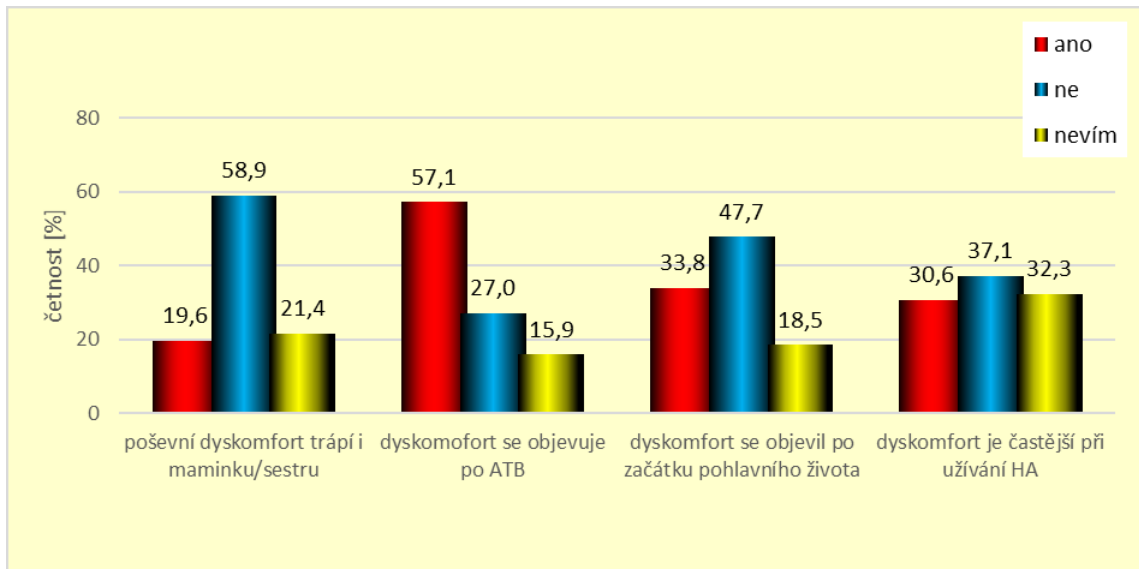
V poslední části práce bylo zjišťováno kolik cyklů respondentky užívaly léčivé přípravky ke zmírnění jejich obtíží. Grafické znázornění je na grafu č. 70. Celkem 48,5 % respondentek užívalo preparáty po dobu 5 a více cyklů, dalších 22,7 % je užívalo 3 až 4 cykly a 21,2 % je používalo po dobu jednoho až dvou cyklů.

**Graf 70. Počet cyklů, kdy byly užívány léčivé přípravky**



Poslední otázka zjišťovala, zda podobné obtíže sužují někoho z blízkého příbuzenstva více než 3x ročně respondentek a zda se projevuje po léčbě ATB. Sledováno bylo také, jestli VVD byl častější v období po zahájení pohlavního života či v době používání HA. Odpovědi jsou zachyceny v následujícím grafu č. 71.

**Graf 71. Možné souvislosti VVD s dalšími faktory**



## 9. DISKUZE

Tato diplomová práce byla vytvořena jako dotazníková studie, jejímž cílem bylo charakterizovat pacientky s RVVD a přinést data o faktorech, které by mohly mít na RVVD vliv. Celkem jsme sledovali 68 žen trpících RVVD, jejichž průměrný věk byl 29,3 let. V následujících kapitolách budou porovnány výsledky našeho dotazníkového šetření s teoretickými poznatky uvedenými v první části této práce.

### 9.1 *Genetické predispozice*

V teoretické části jsme popsali několik genetických polymorfizmů, které jsou spojovány se zvýšeným výskytem rekurentních gynekologických obtíží kvasinkové etiologie (RVVK). Vzhledem k náročnosti genetického vyšetření nebylo sledování tohoto faktoru v rámci naší dotazníkové studie uskutečněno.

Dotazovali jsme se však pacientek, zda podobnými obtížemi netrpí ženy v jejich nejbližším příbuzenstvu (matky či sestry). Celkem 19,6 % respondentek uvedlo, že podobné obtíže trápí i jejich matku či sestru, nicméně 58,9 % výskyt RVVD v rodině negovalo. K jednoznačnému závěru by byly potřeba ještě další studie.

### 9.2 *Složení poševní mikroflóry*

V dotaznících bylo uvedeno několik otázek, které nám pomohly přiblížit přítomnost konkrétních patogenů v poševním prostředí respondentek. V otázce č. 5 jsme zjišťovali, zda gynekolog sdělil pacientkám, že se jedná o BV, VVK či jiný než uvedený zánět. Podle odpovědí byla nejčastějším typem dyskomfortu VVK s 75,0 %. Druhou nejčastější diagnózou byla BV s 42,6 % a jiný zánět byl nalezen u 16,2 % odpovídajících. Celkem 52,9 % respondentek se domnívá, že mají opakující se kvasinkový zánět a 23,5 %, že za jejich obtížemi stojí jiná příčina.

Relativně vysoké procento žen domnívajících se, že jejich potíže jsou způsobené kandidami, by mohlo být vysvětleno faktem, že s touto infekcí měly již v životě zkušenost. Kandidovou infekci totiž jednou za život prodělá až 75 % žen (Pilka et al. 2017).

### 9.3 *Pohlavní hormony a menstruační cyklus*

Jak již bylo uvedeno, poševní prostředí je silně ovlivňováno působením hormonů, jejichž hladiny během cyklu přirozeně kolísají. Kromě toho dochází také při menstruaci ke zvýšení poševního pH, čímž může dojít ke snížení obranyschopnosti před možnými patogeny (Špaček et al. 2013).

V otázce č. 8 jsme se dotazovali, zda si respondentky všimly nějaké souvislosti mezi fází menstruačního cyklu a propuknutím gynekologických obtíží. Celkem 43,9 %

odpovídajících uvedlo, že se potíže projevují nezávisle na cyklu. Dalších 22,7 % sdělilo, že se potíže projevují na konci cyklu a 21,2 % uvádí největší výskyt problému zpravidla po skončení menstruace.

Předchozí studie došly k závěrům, že u 25 % žen se během prvních 9 dnů cyklu vyvinula BV (Špaček et al. 2013). Z našich výsledků vidíme, že v období po menstruaci se obtíže objevují u 21,2 % respondentek. Bylo by tedy vhodné tyto respondentky vyšetřit, zda se u nich nevyskytuje BV a mohly tak náš výsledek s touto studií lépe porovnat.

## **9.4 Těhotenství**

Již dříve bylo potvrzeno, že VVK se v těhotenství projevuje nejčastěji během 2. a 3. trimestru. Těhotenství pro rozvoj VVK představuje významný rizikový faktor (Aguin a Sobel 2015).

V otázce č. 11 jsme se dotazovali žen, které byly někdy těhotné a objevily se u nich v těhotenství obtíže, v jakém trimestru se tomu tak stalo. Celkem 24 respondentek, které byly alespoň jednou těhotné, nejčastěji uváděly (20,8 %) propuknutí obtíží mezi 7. a 9. měsícem. Mezi 4. a 6. měsícem mělo obtíže 16,7 % žen a v 1. až 3. měsíci pouze 4,2 % odpovídajících.

U této otázky v našem dotazníku již bohužel nedokážeme zjistit, zda tyto ženy trpěly v těhotenství infekcí vyvolanou kvasinkami. Nicméně naše výsledky zobrazující četnost obtíží v závislosti na fázi gravidity odpovídají závěrům, ke kterým došla i zmíněná studie z roku 2015.

V otázce č. 12 jsme se zabývali tím, zda měly respondentky obtíže již před těhotenstvím, v průběhu, nebo až po skončení těhotenství. Celkem 37,5 % sužovaly obtíže již před graviditou, zatímco 25,0 % až po skončení gravidity. U 4,2 % žen se objevily obtíže poprvé až v těhotenství, které mohlo k jejich rozvoji jako jeden z významných klíčových faktorů přispět.

## **9.5 Jiná onemocnění**

### **9.5.1 Diabetes mellitus**

Otázka č. 26 zjišťovala, jak respondentky, jimž byla někdy zjištěna zvýšená hladina glykémie, tento stav řešily. 8,8 % ze všech respondentek uvedlo, že problém zvýšeného cukru neřeší, dietu s nízkým obsahem cukru pak drží 1,5 % z nich.

Mezi rizikové faktory přitom patří zejména nedostačující kontrola hladiny cukru v krvi (Nyirjesy a Sobel 2013). Ačkoliv nevíme, jak vysokou hladinu glykémie odpovídající pacientky v naší studii měly, byla-li jim opakovaně naměřena hyperglykémie nalač-

no či dokonce diagnostikován diabetes, režimová opatření ve smyslu dodržování diety jsou zcela namístě. S lépe kontrolovaným diabetem lze snížit i jeho případné komplikace, které rozvoj VVK podle citovaných studií podporují.

### 9.5.2 Alergické projevy

Otázka č. 27 sloužila ke zjištění, zda respondentky trpí alergickými projevy. Podle studií je s alergickou rýmou spojována souvislost RVVK. Uvádí se, že 71 % žen trpících RVVK má zároveň alergickou rýmu (Morales 1998).

V dotaznících 30,8 % uvedlo, že je sužuje celoroční rýma a 40,4 % rýma sezónní (senná). Za předpokladu vyloučení možnosti infekční rýmy, by tedy alergickou rýmou trpělo celkem 71,2 % respondentek s RVVD. Toto relativně vysoké číslo by tedy mohlo podpořit výše citovanou studii (ač byla zaměřena pouze na RVVK, ne na RVVD jako celek).

## 9.6 Stravovací návyky

Stravovacími návyky respondentek se zabývaly otázky 17 až 20. Došly k závěru, že 36,7 % odpovídajících pije alespoň 3x týdně ovocné džusy a 30,6 % vodu se sirupem, což jsou nápoje obsahující velké množství jednoduchých cukrů. Dále také 62,7 % respondentek konzumuje 4 - 7x týdně ovoce, které je opět bohatým zdrojem jednoduchých sacharidů.

Zvýšená koncentrace cukrů v séru a moči napomáhá růstu kvasinek a přispívá k jejich vyšší adhezenci k poševnímu epitelu (Špaček et al. 2013). To by u žen, které často pijí slazené nápoje či konzumují potraviny bohaté na sacharidy, mohlo hrát významný roli u výskytu kandidóz.

Většina pacientek však u čaje, kávy a nesycené vody preferuje jejich neslazenou variantu, což bychom mohly u této části respondentek považovat za dobrý stupeň edukace a dodržování režimových opatření, léčí-li se s RVVK.

Tuto domněnku potvrzuje i otázka č. 29, kde 26,3 % dotázaných odpovědělo, že díky omezení cukrů ve stravě došlo ke zlepšení jejich obtíží, což bychom mohli přisuzovat kvasinkovému původu dyskomfortu. Naopak 38,6 % respondentek při omezení cukrů ve stravě nezaznamenalo žádné zlepšení. V tomto případě by se mohlo jednat o respondentky s jinou než kvasinkovou infekcí, nebo by množství glukózy ve stravě nemuselo mít na RVVD významný vliv. K potvrzení tohoto faktu by ale byla potřeba větší skupina žen trpících RVVD a kontrolní skupina, aby se mohly výsledky obou z nich porovnat.

## 9.7 Užívání probiotik

Užíváním probiotik se zabývala otázka č. 22. Dohromady 38,2 % respondentek uvedlo, že tyto přípravky vůbec neužívá. Pravidelně po celý rok je užívá pouze 4,4 %, po dobu 5 až 8 měsíců v roce je užívá 14,8 % a 1 až 4 měsíce v roce je užívá přesně 55,9 %. Celkově tedy můžeme shrnout, že většina respondentek pravidelně probiotické přípravky jako takové neužívá.

Je ale prokázáno, že perorální podávání přípravků s kmeny *Lactobacillus rhamnosus* (obsažený např. v přípravku Biopron 9 či Fermalac vaginal) a *Lactobacillus fermentum* dochází u pacientek s BV k opětovnému nastolení vaginální mikroflóry. Spolu s nárůstem laktobacilů pak dochází také k úbytku kvasinek a některých patogenních bakterií (Reid, Charbonneau et al. 2003).

Užívání těchto preparátů by tedy respondentkám mohlo být doporučeno k obnovení jejich poševního mikrobiomu.

## 9.8 Hygienické návyky

### 9.8.1 Intimní hygiena

Hygienickými návyky se zabývalo v dotazníku hned několik podotázek otázky č. 14. Výsledky ohledně intimní hygieny nás informují, že pouze 4,0 % respondentek preferuje 5 až 7 dnů v týdnu koupel, zatímco 78,6 % sprchu. Tyto výsledky odpovídají všeobecným doporučením a většina respondentek je tedy dodržuje. Preference sprchy před koupelí je totiž lékaři doporučována jako prevence před rozvojem VVD (Dvořáčková, Rabišková et al. 2008).

Dále pak žádná z respondentek naší studie nepoužívá k intimní hygieně běžné mýdlo. Celkem 10,5 % používá běžný sprchový gel, 31,4 % pouze vodu a 55,9 % používá speciální přípravek pro tyto účely. Používání vody či speciálních přípravků pro intimní hygienu nenarušuje přirozené pH pochvy, na rozdíl od běžných mýdel či sprchových gelů, které mohou pH pochvy zvýšit (Kotrbová 2007).

Výsledky naší studie mohou vypovídat o dobré informovanosti respondentek v oblasti základní hygieny intimních partií. Prostředky pro intimní hygienu jsou dnes často propagovány, a kromě lékáren se dají běžně zakoupit i v drogeriích.

### 9.8.2 Používání poševních výplachů

Dále jsme zjistili, že poševní výplachy používá 56,3 % odpovídajících a vaginální gely s obsahem čajovníkového oleje, laktobacilů apod. používá dalších 43,8 %. Zdravotní prospěšnost výplachů ale dosud nebyla potvrzena (při výplachu dochází k narušení rovnováhy poševního prostředí). Studie naopak ukazují řadu nežádoucích

účinků. Je jimi např. zvýšené riziko BV, HIV infekce, chlamydií, zánětu pánve či snížení plodnosti a doporučují omezení poševních výplachů jako součást běžné hygieny (Cottrell 2003). Návrhem je tedy informovat pacientky s VVD o nežádoucích účincích poševních výplachů a zvážit jejich další používání.

### **9.8.3 Používání intimních vložek**

V otázce používání intimních vložek v období mimo menstruaci jsme zjistili, že trvale je používá 33,7 % respondentek. Občas pak 62,5 % odpovídajících. Výsledky tedy ukazují, že nošení intimních vložek je relativně časté. Podle předchozích studií však jejich používání není vyvolávajícím faktorem VVD (Farage, Bramante et al. 2007).

### **9.8.4 Míra úpravy intimního ochlupení**

Celkem 89,8 % respondentek preferuje jako trvalý způsob úpravy intimního ochlupení kompletní depilaci. Dalších 60,9 % žen preferuje pouze úpravu tvaru a 37,5 % respondentek intimní ochlupení nijak neupravuje. Toto zjištění u žen trpících RVVD potvrzuje již dříve provedené výzkumy.

U žen, které si odstraňují intimní ochlupení jednou za dva měsíce či méně, byla nalezena významně nižší frekvence gynekologických infekcí. Intimní ochlupení totiž hraje důležitou ochrannou roli (zvláště u žen trpících RVVD), protože napomáhá k udržení mikrobiální flóry potřebné pro stimulaci imunity poševního otvoru. Zdravotní komplikace spojené s depilací intimního ochlupení byly nalezeny u 60 % žen (Kelčíková S., Mazúchová L. 2017).

## **9.9 Oblékání**

Celkem 47,7 % respondentek uvedlo, že 5x až 7x v týdnu nosí bavlněné spodní prádlo. Dalších 5,6 % uvedlo, že preferuje prádlo syntetické. Celkem 8,8 % pak po většinu týdne upřednostňuje kalhotky typu tanga. Respondentky, které nosí bavlněné spodní prádlo, tedy eliminují riziko rozvoje VVD. U žen, které ale preferují prádlo syntetické nebo kalhotky typu tanga (dohromady 14,4 % odpovídajících) by se mohlo jednat o významný rizikový faktor.

Studie totiž ukázaly, že syntetické spodní prádlo neabsorbuje vlhkost a zvyšuje tak riziko rozvoje VVD (Kevser 2013). Podobně je tomu u kalhotek typu tanga, které většinou bývají rovněž vyrobeny ze syntetických materiálů. Navíc se během nošení často pohybují a může tak z okolí konečníku dojít ke kontaminaci poševního prostředí (Kelčíková S., Mazúchová L. 2017).

Nepatrné odlišnosti byly zaznamenány mezi respondentkami, které upřednostňují těsné oblečení (těsné kalhoty 22,4 %, punčochové kalhoty 4,4 %) a volné oblečení (volné kalhoty 22,0 %, sukně/šaty celoročně 5,5 %). Celkem těsné oblečení upřednost-

ňuje 26,8 % a volné 27,5 %, a jedná se tedy o velmi malý rozdíl. Lékaři nicméně doporučují jako prevenci před VVD nošení volnějšího oblečení (Koliba, Koliba jun. 2013).

V otázce č. 15 byly dále sledovány názory pacientek na možnou příčinu jejich obtíží. Celkem 38,2 % uvedlo, že při nošení těsného nebo syntetického prádla dochází buď k vyvolání zánětu nebo zhoršení jeho průběhu (u 5,5 % vyvolává zánět, u 32,7 % zhoršuje průběh zánětu). Naopak podle 34,5 % respondentek tento typ prádla jejich stav neovlivňuje. Lze tedy říci, že nepatrně větší procento žen spojuje své obtíže s nošením těsného či syntetického spodního prádla. Tuto skutečnost potvrzují i výše zmíněné studie.

Zda respondentky změnu v oblékání již vyzkoušely a případně s jakým výsledkem zjišťovala otázka č. 29. U 17,3 % došlo po změně oblékání ke zlepšení obtíží. Další 34,6 % tuto změnu vyzkoušelo, ale bez úspěchu. Celkem 44,2 % žen své oblékání zatím nezměnilo a u 3,8 % respondentek došlo dokonce ke zhoršení obtíží.

Tato otázka nicméně nezjišťovala, jakou konkrétní změnu v oblékání ženy s RVVD podstoupily. Došlo-li tedy u malého procenta respondentek ke zhoršení a u 34,6 % žen nebyl zaznamenán žádný efekt, nelze vyloučit, zda stále nenosí nevhodné oblečení pro prevenci VVD. Zlepšení zdravotního stavu u 17,3 % by za předpokladu, že ženy změnilly oblékání správným způsobem, mohlo potvrdit výše citované studie. Lze však pozorovat, že většina odpovídajících změnu oblečení vůbec nevyzkoušela. Doporučením ženám s RVVD je tedy dodržování zásad oblékání pro prevenci těchto obtíží uvedených v teoretické části práce.

## **9.10 Antikoncepce**

Preferovaným způsobem ochrany před početím se zabývala otázka č. 30. Lze vidět, že největší procento dotazovaných žen trvale neužívá žádnou formu antikoncepce (11,8 %), na druhém místě je pak trvale užívána hormonální antikoncepce (10,3 %). Celkem 11,8 % respondentek odpovědělo, že téměř vždy používají jako ochranu před početím kondom.

Vzhledem k velké rozdílnosti odpovědí našeho dotazníku nelze spojit jednu formu antikoncepce se zvýšeným rizikem RVVD. Nejvíce respondentek však uvedlo, že nepoužívá žádný typ antikoncepce (a zároveň je sexuálně aktivních) a druhou nejčastější volbou byla HA. Nechráněný pohlavní styk, kdy dojde k uvolnění ejakulátu do pochvy, je však významným rizikovým faktorem pro rozvoj VVD. Ejakulát zvyšuje přirozené pH pochvy a narušuje tak její rovnováhu (Špaček et al. 2013).

## **9.11 Sexuální praktiky**

Otázka č. 40 se zabývala sexuálními praktikami prováděnými v posledním roce. Pozornost bude věnována zejména rizikovým praktikám, které jsou podle odborných



studií spojovány s výskytem VVD. Výsledky našeho průzkumu ukazují, že cunnilingus preferuje až 83,3 % respondentek a anální sex pak dalších 9,5 %.

Podle studie Geigera byla v souvislosti s cunnilingem prováděným 2x a vícekrát týdně spojována VVK (Geiger a Foxman 1996). Tuto domněnku potvrdila o dva roky později i další studie, podle které je zmíněný cunnilingus rizikovým faktorem pro rozvoj RVVK, ačkoliv mechanismus účinku je neznámý (Edwards a Carne 1998). Vysoký počet respondentek našeho dotazníku upřednostňujících cunnilingus by tak citované studie po porovnání s kontrolní skupinou žen mohl potvrdit.

Studie prokázaly, že pokud k pohlavnímu styku dochází při menstruaci, je zvýšené riziko nákazy pohlavně přenosných nemocí (Tanfer a Aral 1996). Celkem 34,0 % našich respondentek uvedlo, že v období bez gynekologických obtíží občas při menstruaci k pohlavnímu styku dochází. Dalších 22,7 % uvedlo, že ke styku při menstruaci dochází i v období, kdy je sužují gynekologické obtíže. Pokud by u těchto pacientek byla nalezena trichomonóza nebo jiná pohlavně přenosná nemoc, mohlo by se jednat o významný rizikový faktor pro šíření infekce.

## **9.12 Psychologické faktory**

Otázka č. 15 se mimo jiné dotazovala, zda prožití vypjatých (stresujících) situací vyvolává či zhoršuje průběh gynekologických obtíží. Celkem 27,1 % respondentek uvedlo, že prožití těchto situací u nich vyvolává VVD. U dalších 35,6 % dochází ke zhoršení průběhu zánětu. Naopak u 16,9 % dotázaných tento faktor na VVD nemá vliv.

Pokud sečteme procenta žen, u nichž pod vlivem stresující situace dochází k vyvolání VVD a procenta žen, u nichž dochází ke zhoršení průběhu VVD, zjišťujeme, že u 62,7 % respondentek hraje u VVD stres významný rizikový faktor. Negativní vliv stresu na imunitní systém organismu, a potažmo i rozvoj RVVK rovněž prokázaly předchozí studie (Špaček et al. 2013).

## 10. ZÁVĚR

Tato práce se zabývá problematikou rekurentního vulvovaginálního dyskomfortu (RVVD), která je stále aktuální. Cílem práce bylo charakterizovat pacientky sužované RVVD a zaměřit se na faktory, které by se na rozvoji tohoto onemocnění mohly podílet.

K získání potřebných dat byly použity podrobné dotazníky, které vyplnily pacientky navštěvující specializovanou poradnu pro vulvovaginální dyskomfort. Celkem jsme měli k dispozici 89 dotazníků, ze kterých jsme pomocí několika otázek získali skupinu žen sužovaných RVVD. Tuto jsme definovali jako pacientky, které měly v posledním roce alespoň 2 příznaky VVD a které kvůli těmto obtížím v posledních 5 letech alespoň jednou užívaly léky. Hodnocenou skupinu žen tedy tvořilo celkem 68 respondentek.

Získaná data byla následně statisticky vyhodnocena a v diskuzi porovnána s teoretickými poznatky. Zjistili jsme, že 75,0 % respondentek má diagnostikovanou VVK a 42,6 % BV.

V naší studii jsme měli 24 žen (35,3 %), které byly alespoň jednou těhotné. Celkem 20,8 % z nich uvedlo, že VVD se u nich projevil nejvýrazněji v 7. až 9. měsíci těhotenství, což potvrzuje i zjištění předešlých studií.

Dále jsme zjistili, že až 8,8 % respondentek, kterým byla někdy diagnostikována hyperglykémie, tento stav nijak neřeší. Nekontrovaná hladina cukru v krvi u DM je přitom významným rizikovým faktorem zejména pro rozvoj VVK.

Celkem 71,2 % respondentek potvrdilo, že v současnosti trpí alergickou rýmou (celoroční rýma či rýma sezónní). Naše zjištění možné souvislosti výskytu RVVD a alergické rýmy potvrzuje studii, která uvádí, že 71 % žen trpících RVVK má zároveň alergickou rýmu (Moraes 1998).

Možnou souvislost výskytu RVVD a určitých sexuálních praktik naznačuje i velké množství respondentek (83,3 %) praktikující cunnilingus, což je praktika odborníky hodnocená pro rozvoj VVD jako riziková.

Posledním našim zjištěním pak bylo, že 62,6 % respondentek uvedlo, že stres vyvolává či zhoršuje jejich obtíže.

## 11. SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Přehled jednotlivých léčivých látek a jejich způsobu podávání při léčbě bakteriální vaginózy .....	13
Tabulka č. 2 Odlišnosti nekomplikované a komplikované formy vulvovaginální kandidózy .....	14
Tabulka č. 3 Druhy kvasinek vyvolávajících vulvovaginální kandidózu .....	14
Tabulka č. 4 Léková schémata léčby trichomonózy .....	17
Tabulka č. 5 Léková schémata léčby poševní laktobacilózy .....	18
Tabulka 6. Terapeutické možnosti v léčbě vulvodynie .....	20
Tabulka 7. Typické rysy psychosomatických poruch.....	27

## 12. SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Četnost příznaků RVVD 4x a vícekrát za poslední rok .....	30
Graf 2. Počet let, kdy se objevily obtíže 4x a vícekrát.....	31
Graf 3. Počet let, kdy se objevily obtíže 1x až 3x .....	31
Graf 4. Četnost užívání léků při gynekologických obtížích .....	32
Graf 5. Důvod užívání léků při gynekologických obtížích .....	32
Graf 6. Četnost konkrétních lékařských diagnóz a vlastního názoru pacientek .....	33
Graf 7. Vliv VVD na konkrétní oblasti života respondentek .....	34
Graf 8. Preferovaný typ hygienických potřeb při menstruaci .....	35
Graf 9. Souvislost mezi fází menstruačního cyklu a vznikem obtíží .....	35
Graf 10. Případné problémy s počítím .....	36
Graf 11. Vliv fáze těhotenství na vznik gynekologických obtíží .....	37
Graf 12. Výskyt obtíží během těhotenství.....	37
Graf 13. Preferovaný typ oblékání (nošený 5-7 dnů v týdnu).....	38
Graf 14. Preferovaný způsob hygieny .....	38
Graf 15. Preferované přípravky pro intimní hygienu .....	39
Graf 16. Používání poševních výplachů a gelů s obsahem čajovníku, laktobacilů apod.....	40
Graf 17. Frekvence používání intimních vložek v době mimo menstruaci .....	40
Graf 18. Míra úpravy ochlupení intimních partií.....	41
Graf 19. Odhad příčiny gynekologických obtíží.....	41
Graf 20. Odhad příčiny gynekologických obtíží.....	42
Graf 21. Změny návyků respondentek v souvislosti s VVD .....	43
Graf 22. Změny návyků respondentek v souvislosti s VVD .....	43
Graf 23. Konzumace mléčných výrobků.....	44
Graf 24. Konzumace jogurtů (3 až 7 kelímků týdně).....	45
Graf 25. Preferované typy nápojů I.....	45
Graf 26. Preferované typy nápojů II.....	46
Graf 27. Potraviny konzumované 4 - 7x týdně.....	46
Graf 28. Potraviny konzumované 4 - 7x týdně.....	47
Graf 29. Frekvence užívání probiotik .....	48
Graf 30. Aplikace jogurtu do pochvy a její efekt .....	49
Graf 31. Efekt konzumace mléčných výrobků či užívání probiotik .....	49
Graf 32. Způsob řešení hyperglykémie u respondentek, kterým byla někdy zjištěna .....	50
Graf 33. Výskyt alergických projevů v dětství a v současnosti .....	51
Graf 34. Názor respondentek, zda pro ně platí označení alergička .....	51
Graf 35. Kouření cigaret .....	52
Graf 36. Množství cigaret vykouřených denně (kuřáčkami) .....	53
Graf 37. Způsob řešení gynekologických obtíží jinak než léky .....	53
Graf 38. Způsob řešení gynekologických obtíží jinak než léky .....	54
Graf 39. Preferovaný typ antikoncepce .....	54
Graf 40. Používání kondomu jako ochrany před počítím.....	55
Graf 41. Vliv užívání HA na zdravotní stav respondentek .....	56
Graf 42. Průměrný věk první menstruace a začátku pohlavního života .....	57
Graf 43. Počet sexuálních partnerů za poslední rok a v současnosti .....	57

Graf 44. Jak dlouho mají respondentky stálého sexuálního partnera .....	58
Graf 45. Frekvence sexuálních praktik provozovaných v posledním roce .....	59
Graf 46. Pocity při pohlavním styku .....	59
Graf 47. Frekvence pohlavního styku v období bez obtíží a v období s obtížemi .....	60
Graf 48. Četnost pohlavního styku během menstruace .....	60
Graf 49. Používání lubrikantů.....	61
Graf 50. Potřeba lubrikantů .....	61
Graf 51. Přístup stálého partnera k obtížím respondentek .....	62
Graf 52. Faktory, které dle názoru respondentek mají vliv na VVD.....	63
Graf 53. Míra spokojenosti se zdravotním stavem .....	64
Graf 54. Míra spokojenosti s finanční situací.....	64
Graf 55. Míra spokojenost v oblasti volné času .....	65
Graf 56. Míra spokojenost s partnerstvím a manželstvím .....	66
Graf 57. Míra spokojenosti s vlastní osobou.....	66
Graf 58. Míra spokojenosti v oblasti sexuality .....	67
Graf 59. Míra spokojenosti s bydlením .....	67
Graf 60. Míra spokojenosti s přáteli, známými a příbuznými .....	68
Graf 61. Stupeň dosaženého vzdělání.....	69
Graf 62. Dosažení stupně vzdělání, kterého si respondentky přály.....	69
Graf 63. Rodinný stav .....	70
Graf 64. Zaměstnanost respondentek .....	70
Graf 65. Velikost poprsí.....	71
Graf 66. Míra zranitelnosti stresem I .....	71
Graf 67. Míra zranitelnosti stresem II .....	72
Graf 68. Míra zranitelnosti stresem III .....	72
Graf 69. Míra zranitelnosti stresem IV .....	73
Graf 70. Počet cyklů, kdy byly užívány léčivé přípravky .....	73
Graf 71. Možné souvislosti VVD s dalšími faktory.....	74

## 13. POUŽITÁ LITERATURA

- 1) Aguin TJ, Sobel JD. Vulvovaginal candidiasis in pregnancy. *Curr Infect Dis Rep* 2015; **17**: 462.
- 2) Barbone F, Austin H, Louv WC *et al.* A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *Am J of Obst and Gyn* 1990; **163**: 510-4.
- 3) Buchta V, Matula V, Kestřánek J *et al.* Je diabetes mellitus rizikový faktor kvasinkového poševního zánětu? *Česká gynekol* 2003; **78**(6): 537-544.
- 4) Cottrell BH. Vaginal Douching. *J of Obs, Gyn & Neonat Nurs* 2003; **32**: 12-8.
- 5) de Leon EM, Jacober SJ, Sobel JD *et al.* Prevalence and risk factors for vaginal *Candida* colonization in women with type 1 and type 2 diabetes. *BMC Infect Dis* 2002; **2**: 1.
- 6) Demirezen S. The Lactobacilli--*Candida* relationship in cervico-vaginal smears. *Cent Eur J Public Health* 2002; **10**: 97-9.
- 7) Donders GG, Vereecken A, Bosmans E *et al.* Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis. *BJOG* 2002; **109**: 34-43.
- 8) Donders GGG, Bellen G, Grinceviciene S *et al.* Aerobic vaginitis: no longer a stranger. *Res Microbiol* 2017; **168**: 845-58.
- 9) Edwards S, Carne C. Oral sex and transmission of non-viral STIs. *Sex Transm Infect* 1998; **74**: 95-100.
- 10) Fait T, Dvořák V, Skřivánek A *et al.* Almanach ambulantní gynekologie. *Praha: Maxdorf* 2009; 284s. ISBN 978-80-7345-191-2.
- 11) Farage M, Bramante M, Otaka Y *et al.* Do panty liners promote vulvovaginal candidiasis or urinary tract infections? A review of the scientific evidence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; **132**: 8-19.
- 12) Geiger AM, Foxman B. Risk factors for vulvovaginal candidiasis: a case-control study among university students. *Epidemiology* 1996; **7**: 182-7.
- 13) Haefner HK, Collins ME, Davis GD *et al.* The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis* 2005; **9**: 40-51.
- 14) Hay P. Bacterial vaginosis. *Medicine* 2014; **42**: 359-63.
- 15) Hellberg D, Zdolsek B, Nilsson S *et al.* Sexual behavior of women with repeated episodes of vulvovaginal candidiasis. *Eur J Epidemiol* 1995; **11**: 575-9.

- 16) Hronek M, Vachtlová D *et al.* Antifungální účinek u vybraných přírodních látek a probiotik, jejich možnosti použití v profylaxi vulvovaginitidy. *Česká gynekol* 2009; **70** (5): 395-399.
- 17) Keane FE, Ison CA, Taylor-Robinson D. A longitudinal study of the vaginal flora over a menstrual cycle. *Int J STD AIDS* 1997; **8**: 489-94.
- 18) Kelčíková S, Mazúchová L, Kaisová L. Examining the determinants of intimate hygiene for young women with an emphasis on behavior related to risk of vulvovaginal infections. *Centr Europ J of Nurs and Midwif.* 2017; [S.l.], v. 8, n. 2, p. 641-649, ISSN 2336-3517.
- 19) Kestřánek J. Chronický vulvovaginální dyskomfort a kvalita poševního prostředí. Hradec Králové 2014. 133s. Disertační práce na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí práce doc. MUDr. Jiří Špaček, PhD.
- 20) Kevser O. An Evaluation of the Relationship between Genital Hygiene Practices, Genital Infection. *Gynecol & Obstet* 2013; **03**.
- 21) Klímová J, Fialová M. Proč (a jak) psychosomatika funguje? *Praha: Progressive consulting.* 2015; 242s. ISBN 978-80-260-8208-8.
- 22) Kobilková J *et al.* Základy gynekologie a porodnictví. *Praha: Galén.* 2005; 368s. ISBN 80-7262-315X.
- 23) Kratochvíl S. Základy psychoterapie 5. přeprac. Vyd. *Praha: Portál.* 2006; 408s. ISBN 8073671220.
- 24) Mašata J, Fait T. Infekce v gynekologii 3. rozšířené vydání. *Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi.* 2017; 262s. ISBN 978-80-7345-531-6.
- 25) Meites E, Gaydos CA, Hobbs MM *et al.* A Review of Evidence-Based Care of Symptomatic Trichomoniasis and Asymptomatic Trichomonas vaginalis Infections. *Clin Infect Dis* 2015; **61 Suppl 8**: S837-48.
- 26) Mendling W. Vaginal Microbiota. *Adv Exp Med Biol* 2016; **902**: 83-93.
- 27) Moraes PS. Recurrent vaginal candidiasis and allergic rhinitis: a common association. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998; **81**: 165-9.
- 28) Nosková P. Vulvodynie z pohledu algeziologa. *Actual Gyn.* 2012; 4:88-93.
- 29) Nyirjesy P, Sobel JD. Genital mycotic infections in patients with diabetes. *Postgrad Med* 2013; **125**: 33-46.
- 30) Patel DA, Gillespie B, Sobel JD *et al.* Risk factors for recurrent vulvovaginal candidiasis in women receiving maintenance antifungal therapy: results of a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; **190**: 644-53.
- 31) Pilka R *et al.* Gynekologie. *Praha: Maxdorf Jessenius.* 2017; ISBN 978-80-7345-530-9.134.

- 32) Reid G, Bruce AW. Urogenital infections in women: can probiotics help? *Postgrad Med J* 2003; **79**: 428-32.
- 33) Reid G, Charbonneau D, Erb J *et al.* Oral use of *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *L. fermentum* RC-14 significantly alters vaginal flora: randomized, placebo-controlled trial in 64 healthy women. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2003; **35**: 131-4.
- 34) Schwebke JR, Burgess D. Trichomoniasis. *Clin Microbiol Rev* 2004; **17**: 794-803, table of contents.
- 35) Slíva J, Fait T *et al.* Samoléčba v gynekologii, aneb, Sama sobě gynekologem. *Praha: Maxdorf.* 2012; 181s. ISBN 978-80-7345-282-7.
- 36) Sobel JD. Genital candidiasis. *Medicine* 2014; **42**: 364-8.
- 37) Sobel JD, Faro S, Force RW *et al.* Vulvovaginal candidiasis: epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations. *Am J Obstet Gynecol* 1998; **178**: 203-11.
- 38) Spacek J, Jilek P, Buchta V *et al.* The serum levels of calcium, magnesium, iron and zinc in patients with recurrent vulvovaginal candidosis during attack, remission and in healthy controls. *Mycoses* 2005; **48**: 391-5.
- 39) Špaček J, Buchta V, Jílek P *et al.* Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí 1.vyd. *Praha: Grada.* 2013; 360s. ISBN 978-80-247-4554-1.
- 40) Štork J *et al.* Dermatovenerologie 2. vyd. *Praha: Galén.* 2012; 502s. ISBN 978-80-7262-898-8.
- 41) Tanfer K, Aral SO. Sexual intercourse during menstruation and self-reported sexually transmitted disease history among women. *Sex Transm Dis* 1996; **23**: 395-401.
- 42) Waggoner-Fountain LA, Grossman LB. Herpes simplex virus. *Pediatr Rev* 2004; **25**: 86-93.



## 14. PŘÍLOHY

### 14.1 Vzor dotazníku

Následující otázky se týkají Vašich případných problémů s opakovaným poševním dyskomfortem

1	a)	b)	c)	d)	e)
Vyznačte, prosíme, zda se u Vás v posledním kalendářním roce (rok 2017) vyskytl některý z těchto problémů, který může signalizovat zá- nět pochvy a vnějších rodidel.	4 x a vícekrát	2 – 3 x	1 x	nikdy	nevím, nedokážu určit
svědění (trvalé) vnějších rodidel a pochvy přetrvávající alespoň 2 dny					
pálení (trvalé) vnějších rodidel a pochvy přetrvávající alespoň 2 dny					
poševní výtok					
otok vnějších rodidel doprovázený bolestí či svěděním					

Pokud jste zaškrtnla ve sloupcích a), b,) c) v předchozí tabulce 2 a více křížků, vyplňte laskavě všechny otázky, tedy i ty, které jsou **silně orámovány** a týkají se určitých gynekologických problémů.

2	2016	2015	2014	2013	2012
Vyznačte, prosíme, roky, kdy se u Vás 4x a vícekrát opakoval některý z těchto problémů.					
svědění (trvalé) vnějších rodidel a pochvy přetrvávající alespoň 2 dny					
pálení (trvalé) vnějších rodidel a pochvy přetrvávající alespoň 2 dny					
poševní výtok obsahující tvarohovitou hmotu více jak 2 dny					
otok vnějších rodidel doprovázený bolestí či svěděním					

3	2016	2015	2014	2013	2012
Vyznačte, prosíme, roky, kdy se u Vás jednou až 3x vyskytl některý z těchto problémů.					
svědění (trvalé) vnějších rodidel a pochvy přetrvávající alespoň 2 dny					
pálení (trvalé) vnějších rodidel a pochvy přetrvávající alespoň 2 dny					
poševní výtok obsahující tvarohovitou hmotu více jak 2 dny					
otok vnějších rodidel doprovázený bolestí či svěděním					

Pokud jste v předchozích tabulkách ve sloupci kteréhokoliv roku zaškrtnla 2 a více křížků, vyplňte laskavě všechny otázky, tedy i ty, které jsou **silně orámovány** a týkají se určitých gynekologických problémů.

č. 

4	Užívala jste v posledních 5 letech kvůli gynekologickým problémům některý (některé) z uvedených léků? Jedním užíváním myslíme aplikaci léku (třeba i opakovanou), po níž následovalo vysazení léku na delší dobu (více než jeden týden). Léky se podávají buď ústy, nebo do pochvy a jejího okolí. Pokuste se odhadnout počet užívání jednoho nebo více přípravků.	5 a vícekrát	2 – 4 x	jednou	nikdy	nevím	
	<i>Batrafen, Betadine, boraxové globule, Canesten, Clotrimazol, Dafnegin, Dalacin (vaginální krém), Diflucan, Efloran, Entizol, Fermalac, Fluconazol, Forcid, Forcan, Fungicidin, Gynazol, Gynoflor, Gyno-Pevaryl, Jenamazol, Klion D, Lomexin, Macmiror, Mycomax, Myfungar, Nystatin, Pevaryl, Pimafucin, Polygynax, Prokanazol, Sporanox, Tantum Rosa</i>						
	Pokud jste brala některý z výše uvedených léků kvůli gynekologickým problémům, jednalo se o:	ano	ne	nevím			
	léčbu především v době, kdy Vás obtíže sužovaly						
	opakovanou soustavnou léčbu, která měla problémům předcházet						
	zažila jsem obě předchozí situace						
5	Vyšetřoval Vás gynekolog opakovaně kvůli problémům uvedeným v otázce č. 1 (resp. 2)	ano	ne	nevím			
	Sděлил Vám, že Vaše infekce je kvasinková, že jde o tzv. kandidózu?						
	Sděлил Vám, že jde o bakteriální vaginózu?						
	Sděлил Vám, že jde o jiný, než výše uvedený zánět?						
	Myslíte si vy sama, že máte opakující se poševní kvasinkový zánět?						
	Myslíte si, že Vaše potíže mají jinou příčinu než kvasinky, pokud ano, napište svůj názor na druhou stranu tohoto listu						
6	Takto orámovanou otázku (a všechny obdobné) prosíme vyplňovat v případě, že jste zatrhla 2 a více křížků ve sloupcích a), b) a c) v otázce č.1, nebo 2 a více křížků ve kterémkoli sloupci otázky č.2 nebo 3 Zde uveďte, jak silně zasahují gynekologické problémy (patrně záněty) popsané v uvedených otázkách do Vašeho života v době, kdy probíhaly nebo probíhají.	zcela znemožňují	silně omezují	omezují	poněkud brání	neovlivňují	proveditelné
	Zaměstnání, domácí práce						
	Návštěva kulturních a společenských akcí						
	Sport, turistika, práce na zahradě a další podobná hobby						
	Sexuální život						
	Spánek						

č. 

Nyní několik dotazů k menstruačnímu cyklu:

7			
Vyznačte odpovědi na otázky týkající se menstruačního cyklu, které nejlépe charakterizují Vaši situaci: menstruaci mám			
pravidelnou	<input type="checkbox"/>	nepravidelnou	<input type="checkbox"/>
Kolik dnů obvykle trvá Váš menstruační cyklus?	do 23	24-33	34 a více
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaké hygienické potřeby používáte a preferujete během menstruace?	většinou	méně (střídavé)	málo, vůbec ne
menstruační vložky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
menstruační tampóny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jiné:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9				
Kolikrát jste byla těhotná	nikdy	1x	2x	vícekrát
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolikrát jste potratila	nikdy	1x	2x	vícekrát
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste nyní těhotná	ano	ne	nevím, nemohu určit	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10			
Dovolte, abychom se dotkli případných problémů s početím. Zakřížkujte v každém řádku zda odpovídá nebo neodpovídá Vaši situaci. Časové intervaly představují období pravidelných nechráněných styků.	ano	ne	nevím, nemohu určit
otěhotnět jsem dosud nezkoušela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otěhotněla jsem hned, snadno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otěhotněla jsem do půl roku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otěhotněla jsem během 6 – 12 měsíců	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otěhotněla jsem během 2. roku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otěhotněla jsem po více jak 2 letech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neotěhotněla jsem ani po více než dvou letech snahy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

menstruace trvá zpravidla (dny):	2	3	4	5	6	7	8	více
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	
Všimla jste si nějaké souvislosti mezi fází menstruačního cyklu a propuknutím Vašeho gynekologického zánětu?	
obtíže se objevují zpravidla po skončení menstruace	<input type="checkbox"/>
obtíže se objevují zpravidla uprostřed menstruačního cyklu	<input type="checkbox"/>
obtíže se objevují zpravidla na konci cyklu před menstruací	<input type="checkbox"/>
obtíže mám po celou dobu menstruačního cyklu	<input type="checkbox"/>
obtíže se objevují různě, časově nezávisle na fázi cyklu	<input type="checkbox"/>
žádnou podobnou souvislost nepozoruji	<input type="checkbox"/>

11	
Pokud se u Vás objevily infekce pochvy a zevních rodidel v průběhu těhotenství, ve které fázi?	
v 1. až 3. měsíci	<input type="checkbox"/>
ve 4. až 6. měsíci	<input type="checkbox"/>
v 7. až 9. měsíci	<input type="checkbox"/>
neměla jsem, nevím	<input type="checkbox"/>

12	
Zaznamenala jste někdy během těhotenství propuknutí nebo zhoršení Vašich obtíží souvisejících s pochvou a zevními rodidly	
v těhotenství jsem obtíže neměla	<input type="checkbox"/>
v těhotenství se obtíže objevily poprvé	<input type="checkbox"/>
v těhotenství se obtíže zhoršily	<input type="checkbox"/>
obtíže jsem měla už před těhotenstvím	<input type="checkbox"/>
obtíže se objevily až po těhotenství	<input type="checkbox"/>

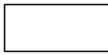
č. 

Následující otázky se týkají prádla a osobní hygieny. Víme, že osobní hygiena je záležitost velmi individuální a osobní, přesto bychom uvítali Váš odhad podávající alespoň rámcový přehled.

13		5 – 7 dnů v týdnu	3 – 4 x za týden	1 – 2 x za týden	zřídka nebo vůbec	používám i na spaní
	Vyznačte, prosíme, jakému z uvedených druhů oblečení dáváte přednost a uveďte, kolikrát týdně nosíte uvedený oděv po větší část dne					
	kalhotky čisté bavlněné					
	kalhotky syntetické a směšové					
	kalhotky typu tanga					
	kalhoty těsné					
	kalhoty volné					
	sukně, šaty celoročně					
	sukně, šaty v teplejších obdobích roku					
	punčochové kalhoty na jaře a na podzim					
	punčochové kalhoty v létě					
	punčochové kalhoty v zimě					

14		5 – 7 dnů v týdnu	3 – 4 x za týden	1 – 2 x za týden	zřídka, nikdy
	Pro osobní hygienu preferujete:				
	krátkou sprchu				
	dlouhou horkou sprchu				
	koupání ve vaně				
	jiné:.....				
	Pro intimní hygienu používáte:				
	běžné mýdlo				
	sprchový gel				
	přípravek určený pro tento účel				
	pouze vodu				
	Kalhotky perete při teplotě				
	do 40°C (v ruce i v pračce)				
	zhruba 60°C				
	zhruba 90°C (vyvářka)				

Vyznačte, prosíme, zda používáte některé uvedené přípravky:		
poševní výplachy (např. Tantum Rosa, ocet)		
vaginální gely s obsahem čajovníkového oleje, laktobacilů apod.		
Jak často si většinou myjete celé tělo? (včetně intimních partií, mimo vlasů)		
3x denně a více		
2x denně		
1x denně		
méně než 1x denně		
Používáte v době mimo menstruaci tzv. intimky:	trvale	občas, výjimečně, nikdy
obyčejné		
parfémované		
Ochlupení v klíně:	trvale	občas, např. v létě
si neupravujete		
mírně upravujete tvar		
vyholujete z větší části, zcela		



Této straně věnujte pozornost, pokud jste zatrhla 2 a více křížků ve sloupcích a), b) a c) v otázce č.1, nebo 2 a více křížků v některém sloupci otázky č.2 nebo 3. Jinak pokračujte na dál.

15

Zkuste odhadnout příčinu svých gynekologických obtíží (zánětů), označte nejpravděpodobnější okolnost (i více příčin) a podle vlastní zkušenosti uveďte, prosíme, i některé další.	vyvolává zánět	zhoršuje průběh zánětu	můj stav neovlivňuje	nemohu určit, nevím
pohlavní styk				
nošení těsného nebo syntetického spodního prádla				
koupaní v plaveckém bazénu nebo ve volné přírodě				
prožití vypjatých (stresujících) životních situací				
užívání antibiotik				
určitý typ stravy (potravin bohaté na cukry)				
používání menstruačních tampónů				
používání hormonální antikoncepce				
viróza (nachlazení, chřipka, rýma, kašel atd.)				
jiné: .....				

16

Zkuste porovnat dobu, kdy jste neměla gynekologické problémy s dobou, kdy Vás tyto problémy sužují. Lze říci, že v souvislosti s problémy:	stejně, beze změn	častěji, intenzivněji	méně často,	nemohu určit, nevím
intimní hygienu provádím				
speciální přípravky pro intimní hygienu používám				
pracovní aktivity				
společenské aktivity vykonávám				
sportovní aktivity vykonávám				

	ano	ne	nevím
poševní výplachy jsem začala používat už před začátkem problémů			
poševní výplachy jsem začala používat až po začátku problémů			
kvůli problémům jsem výrazně změnila potravu			
kvůli problémům jsem výrazně změnila oblečení			
kvůli problémům jsem změnila tyto věci:			
kvůli problémům jsem změnila tyto věci: .....			



Uvedte (odhadněte), v jakém množství konzumujete mléko a mléčné výrobky. Zaškrtněte kolonku, která u každého výrobku nejlépe vystihuje vaši situaci (uvedené množství je součet za celý týden).

17		Množství - odhad			
Typ výrobku (spotřeba týdně)		ne Konzumují	do 0,5 litru týdně	0,5 až 1 litr týdně	více než 1 litr týdně
Mléko					
Podmáslí					
Kefír, acidofilní a jogurtové mléko nebo podobné nápoje					
Typ výrobku (spotřeba týdně)		Množství - odhad			
		nejím	do 200 g týdně	200 až 500 g týdně	více než 500 g týdně
tvaroh a výrobky z něj					
sýry					

Stejným způsobem, prosíme, vyznačte, jaké množství jogurtů zkonsumujete za týden (odhadněte počet balení, rozlišujeme jogurty pouze bílé a ochucené, 1 kelímek=125-150 ml.

18		Množství – odhad				
typ výrobku		méně než 1 kelímek týdně	1-2 kelímky týdně	3-4 kelímky týdně	5-6 kelímky týdně	7 a více kelímků týdně
jogurty	bílé					
	ochucené					

19		Jakým nápojům dáváte přednost? Označte prosím nápoje, které pijete nejčastěji (denně nebo aspoň 3 x týdně)	
		s cukrem	bez cukru
čaj			
káva			
minerálka (sycená)			
voda (nesycená)			
voda ochucená (sirupem...)			
limonáda			
ovocné džusy			
pivo			
víno			
zeleninové šťávy			
mléko			
jiné:			

20		Vyznačte, prosíme, jak často během týdne obvykle konzumujete uvedené potraviny:			
		vůbec ne, zřídka	1-3x za týden	4-6 x za týden	denně
bílé pečivo					
sladké pečivo					
celozrnné tmavé pečivo					
brambory					
rýže					
těstoviny					
luštěniny					
maso - drůbež, ryby					
maso vepřové, hovězí					
salámy, uzeniny					
čerstvé ovoce					
zelenina					
čokoláda					





Nyní se zkuste zamyslet nad doplňky své stravy a jejich případnými dopady na Váš zdravotní stav.

21		pravidelně po celý rok	5 – 8 měsíců v roce	1 – 4 měsíce v roce
	Užíváte nějaký přípravek obsahující zinek např. pro zlepšení kvality vlasů, pokožky a nehtů? Zpravidla jde o speciální nebo multivitaminový přípravek. (Nevyberete-li ze seznamu, uveďte alespoň přibližný			
	Bioaktivní Selen+Zinek			
	Bioaktivní Zinek			
	Biosil			
	Centrum od A až po Železo			
	MedPharma Zinek			
	MultiTabs Multivitamíny s minerály			
	Revital Multi Selen+Zinek			
	Revital Zinek			
	Selzink			
	Walmark Vápník, Hořčík, Zinek			
	Walmark Zinek			
	Zinkosel			
	jiny: .....			
	výše uvedené přípravky neužívám	<input type="checkbox"/>		

22		pravidelně po celý rok	5 – 8 měsíců v roce	1 – 4 měsíce
	Užíváte nějaký preparát obsahující tzv. probiotické bakterie (Lactobacillus, Bifidobacterium ap.), které jsou prospěšné trávicímu traktu, upravují trávení, posilují imunitu atd? (Nevyberete-li ze seznamu, uveďte alespoň přibližný			
	Bion 3			
	Biopron 9			
	Fermalac (vaginální přípr.)			
	Lacidofil			
	Natures Bounty Acidophilus			
	Lactobacillus acidophilus			
	jiny: .....			
	výše uvedené přípravky neužívám	<input type="checkbox"/>		

23	
	Myslíte si, že přípravek(y) z otázky č.21 nějak ovlivňuje Vaše gynekologické problémy (záněty)?
	ano, epizody jsou méně časté
	ano, průběh je mírnější (svědění,výtok)
	nepozoruji žádné změny
	přípravek(y) stav zhoršil(y)
	nevím, nedokážu posoudit

24	
	Vyzkoušela jste někdy aplikaci jogurtu do pochvy nebo jejího okolí jako prostředek pro zmírnění nebo odstranění potíží a projevů vaginální infekce?
	ne, o takové metodě nic nevím
	ne, ale o metodě jsem slyšela
	ano, ale nepozorovala jsem zlepšení
	ano, obtíže se zmírnily
	ano, obtíže vymizely
	jiné: .....
	vlastní hodnocení:

25	
	Zaznamenala jste nějakou změnu vašich obtíží v době konzumace mléčných výrobků (otázka 17, 18) nebo některého probiotického přípravku z otázky č. 22?
	ano, epizody jsou méně časté
	ano, průběh je mírnější (svědění,výtok)
	nepozoruji žádné změny
	přípravek(y) stav zhoršil(y)
	nevím, nedokážu posoudit
	jiné: .....

Následující otázky jsou věnovány některým okolnostem souvisejícím s Vaším zdravotním stavem.

26	Byla Vám někdy zjištěna zvýšená hladina cukru v krvi (hyperglykémie)? Pokud ne, neodpovídejte. Pokud ano, řešíte to:
	dietou s nízkým obsahem cukrů
	užívám léky (antidiabetika)
	pravidelně si aplikuji inzulín
	problém zvýšeného cukru neřeším

28	Jste kuřáčka?	ano	ne	ne, přestala jsem	
	Pokud jste kuřáčka, kolik cigaret denně kouříte?	méně než 5	5 – 10	11 – 15	16 a více

27	Pozorovala jste u sebe někdy některé z uvedených alergických příznaků? Věnujte pozornost každému řádku.	v dětství	v současnosti	nikdy
	celoroční rýma			
	rýma sezónní (senná)			
	dráždivý kašel bez vykašlávání			
	kopřivka, svědění kůže, opakovaně bez příčin			
	kopřivka, svědění, opakovaně po určitých potravinách			
	ekzém			
	astma			
	alergie na léky			
	jiná alergie vypište:			

	Myslíte si, že pro vás platilo (platí) označení alergička	v dětství	v současnosti	nikdy

29	Snažila jste se řešit své gynekologické obtíže jinak než léky? Pokud ano, jaký byl výsledek.	zlepšení	bez úspěchu	došlo ke zhoršení	newzkoušela jsem, nemám zkušenost
	omezila jsem cukry ve stravě				
	jím více kysaných mléčných výrobků				
	jím více vlákniny (zeleniny, ovoce, ...)				
	jím dělenou stravu				
	střídám dělenou a běžnou stravu				
	jsem vegetariánka				
	změnila jsem oblékání				
	změnila jsem sexuální život				
	jiná změna:				



č. 

30					
Jakou formu antikoncepce preferujete? Uvedte, zda a jak často v poslední době používáte:		nikdy, výjimečně	občas	téměř vždy	trvale
kondom					
hormonální antikoncepci					
dlouhodobě účinný hormonální přípravek					
nitroděložní tělísko					
přerušovanou soulož					
metodu neplodných dnů					
žádnou antikoncepci					
žádnou, protože nemám sex					
jinou: .....					

*Pokud užíváte hormonální antikoncepci, napište ve vedlejší tabulce křížek ke každému roku, ve kterém jste uvedený preparát užívala. U preparátu, který v našem seznamu chybí, dopište název. Pokud jste užívala více preparátů, vyznačte ten, který jste v daném roce užívala déle.*

32		
Používání kondomu (označte nejvhodnější formulaci): kondom používáme		
vždy a po celou dobu styku		
vždy, ale ne po celou dobu styku		
ne vždy		
nepoužíváme		

34		
Pokud používáte dlouhodobě účinný hormonální přípravek, označte prosím jaký:		
podkožní implantát (Norplant nebo jiný: .....	)	
injekce (Depo-Provera nebo jiná: .....	)	
nitroděložní tělísko (Mirena nebo jiné: .....	)	

Vypište, prosíme, důvody, proč používáte výše označený způsob antikoncepce:	
Hlavní důvod: .....	
Další důvody: .....	

35	
Uvedte, prosíme, zda některý ze způsobů antikoncepce je pro Vás nepřijatelný a proč:	
Hlavní důvod: .....	
Další důvody: .....	

31		roky					
Preparát		2011 a dříve	2012	2013	2014	2015	nyní
Yaz							
Artizia							
Femoden							
Chloe							
Jeanine							
Lindynette							
Logest							
Mercilon							
Regulon							
Triquilar							
Tri-Regol							
Yadine							
Jiný: .....							

33	
Myslíte si, že způsob antikoncepce ovlivňuje váš zdravotní stav? Označte křížkem a napište, jaké změny jste pozorovala.	
ano	<input type="checkbox"/>
Vypište změny (např. váhy, tlaku krve, nálady ap.):	
.....	
neovlivňuje	<input type="checkbox"/>
nevím, nedokážu posoudit	<input type="checkbox"/>

č. 

Následující otázky se dotýkají velmi intimních a citlivých otázek. Je jasné a přirozené, že odpovídat nebude snadné. Přesto prosíme o spolupráci. Bez znalosti této oblasti života žen nemůžeme najít možné spolupříčiny onemocnění, které zkoumáme. Bez srovnání údajů od skupin nemocných a zdravých žen nelze případné rozdíly zaznamenat. Znovu připomínáme anonymitu dotazníku a potřebu získání co největšího počtu věrohodných údajů.

37		12 a méně	13 let	14 let	15 let	16 let	17 let	18 let	19 let	20 a více	dosud ne
	Vyznačte, prosíme, v kolika letech jste:										
	měla první menstruaci										
	měla první pohlavní styk										
	začala s pravidelným pohlavním životem (více styků měsíčně)										

38		
	Kolik sexuálních partnerů jste měla za posledních 12 měsíců?	
	žádného	
	jednoho	
	2 až 3	
	více než 3	
	Kolik sexuálních partnerů máte v současnosti?	
	žádného	
	jednoho	
	2 až 3	
	více než 3	

39		ano	ne
	Máte stálého sexuálního partnera?		
	Máte pravidelný sexuální styk? (v průměru aspoň 1× týdně)		
	Pokud máte stálého sexuálního partnera, jak dlouho?		
	méně než 6 měsíců		
	6 měsíců až 1 rok		
	1 až 2 roky		
	2 až 3 roky		
	více než 3 roky		

40		vždy	občas	výjimečně	nikdy
	Jaké sexuální praktiky v posledním roce používáte a jak často? (pokud lze, zatrhněte odpověď v každém řádku). Pod pojmem „občas“ je myšleno zhruba 1× za měsíc, „výjimečně“ pak znamená 1 – 10× ročně.				
	vaginální sex (poševní)				
	anální sex (řitní)				
	orální sex - felace (stimulace mužského pohl. orgánu ústy partnerky)				
	orální sex – cunnilingus (stimulace ženského pohl. orgánu ústy partnera)				
	sex ve vodě (vana, rybník)				
	skupinové aktivity				
	lesbické aktivity				
	masturbaci (sebeukájení)				
	vibrátor				
	Jiné:				

č. 

Nemáte-li v posledním roce žádné sexuální aktivity následující otázku přeskočte.

41	Co Vám přináší:	*partnerský sex				*ostatní sex			
		vždy	občas	výjimečně	nikdy	vždy	občas	výjimečně	nikdy
Uvítali bychom, kdybyste vyplnila každý řádek. *Pod pojmem „partnerský sex“ se rozumí sexuální soužití s tvalým partnerem (kou), jako „ostatní sex“ je myšlen styk s občasným či náhodným partnerem, autoerotika a podobně.									
vyrcholení (orgasmus)									
radost, potěšení a uspokojení									
radost z uspokojení partnera									
pouze pocit splnění „partnerské povinnosti“									
nutnost vyhovět									
nepříjemnou chvíli									
situaci přijímanou s odporem									
bolest či nepříjemné pocity po styku									
Jiné: .....									

42		
Odhadněte četnost svých sexuálních styků v posledním roce v době, kdy <b>nemáte</b> žádné gynekologické obtíže:		Pokud trpíte problémy z otázek 1 a 2, uveďte laskavě četnost svých sexuálních styků v době, kdy Vás tento problém sužuje resp. při menstruaci, která po nich následuje:
častěji než 2x týdně		
1 až 2x týdně	častěji než 2x týdně	
méně než 1x týdně	1 až 2x týdně	
styk v posledním roce nemám	méně než 1x týdně	
styk v posledních.....letech nemám	obtíže mi styk zpravidla nedovolí	
během menstruace: styk nepřichází v úvahu	během menstruace: styk nepřichází v úvahu	
během menstruace: občas ke styku dochází	během menstruace: občas ke styku dochází	

43		vždy	občas	výjimečně	nikdy	
Vyplňte, pokud jste v posledním roce měla pohlavní styky. Pro zlepšení pohlavního styku existují přípravky pro zvlhčení poševní sliznice (lubrikanty). Uveďte, jak často je používáte.						
lubrikanty používáme						
bez lubrikantu je styk bolestivý, nepříjemný, někdy dokonce nemožný						
					ano	ne
umělé zvlhčování sliznice nepotřebuji, nemám v tomto směru problémy						
lubrikant by pravděpodobně pomohl						

č. 

44		ano	ne
Následující tři otázky se Vás týkají, pokud jste zatrhla 2 a více křížků ve sloupcích a), b) a c) v otázce č.1, nebo 2 a více křížků ve kterémkoli sloupci otázky č.2. Uvítali bychom, kdybyste vyplnila každý řádek.			
Váš stálý partner/ka:			
je obeznámen s Vašimi gynekologickými problémy			
je ochoten s Vámi o těchto problémech hovořit			
je Vaší oporou, díky němu se s problémy vyrovnáváte lépe			
považuje poševní záněty za Váš osobní problém			
je ochoten podrobit se případné společné léčbě			
už se léčil			
bere ohled na Vaše gynekologické obtíže a respektuje je			
nerespektuje Vaše problémy a i při nich si vymůže pohlavní styk			

45		ano	ne
Máte-li dalšího sexuálního partnera (partnery) uveďte i jejich vztah k Vaším problémům:			
je obeznámen s Vašimi gynekologickými problémy			
je ochoten s Vámi o těchto problémech hovořit			
je Vaší oporou, díky němu se s problémy vyrovnáváte lépe			
je ochoten podrobit se případné společné léčbě			
bere ohled na Vaše gynekologické obtíže a respektuje je			
nerespektuje Vaše problémy a i při nich si vymůže pohlavní styk			
je ochoten se léčit, ale ještě to neudělal			
už se léčil			

46		ano	ne	nevím
Myslíte si, že gynekologické problémy (nejen Vaše) naznačené v 1. a 2. otázce mohou souviset s:				
„souběžnými“ mimopartnerskými sexuálními styky muže				
„souběžnými“ mimopartnerskými sexuálními styky ženy				
předchozími sexuálními styky muže				
předchozími sexuálními styky ženy				
určitými sexuálními praktikami, (pokud ano uveďte):				
určitými stravovacími návyky, (pokud ano uveďte):				
jinými nemocemi, (pokud ano uveďte):				
stresem				
jinými příčinami, (pokud ano uveďte):				

*Chcete-li rozvést svoje názory obšírněji, udělejte to na druhé straně tohoto listu.*

č. 

Dovolte, abychom se zeptali na Vaši spokojenost s obecnými stránkami Vašeho života. Zaškrtněte prosím u každého z tvrzení na následujících stranách vždy to políčko ve sloupci, které nejvíce odpovídá vaší spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení.

Příklad	velmi nespokojena	nespokojena	spíše nespokojena ani spokojena	spíše spokojena	spokojena	velmi spokojena
S počasím jsem ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud tedy - jako v tomto případě - nejste s počasím ani spokojena, ani nespokojena, zaškrtněte prosím: „spokojena ani nespokojena“.

U každého tvrzení zaškrtněte prosím pouze jedno políčko.

	1	2	3	4	5	6	7
47							
<b>Zdraví</b>							
Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se svou duševní kondicí jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se svou tělesnou kondicí jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se svou duševní výkonností jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se svou obranyschopností proti nemoci jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Když myslím na to, jak často jsem až dosud byla nemocná, jsem ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Finanční situace</b>							
Se svým příjmem/platem jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S tím, co vlastním, jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se svým životním standardem jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S hmotným zajištěním své existence jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se svými budoucími možnostmi výdělku jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Volný čas</b>							
S délkou své každoroční dovolené/prázdnin jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S množstvím svého volného času po práci a o víkendech jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S pestrostí trávení svého volného času jsem...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

č. 

Zde pokračujte podobně jako na předchozí straně.  
U každého tvrzení zaškrtněte prosím pouze jedno políčko.

	velmi nespokojena	nespokojena	spíše nespokojena	ani spokojena ani nespokojena	spíše spokojena	spokojena	velmi spokojena
48							
<b>Partnerství a manželství</b> (Vyplňte, prosíme, pouze pokud máte stálého partnera (partnerku))	1	2	3	4	5	6	7
S požadavky, které na mne klade mé manželství/ partnerství, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							
S upřímností a otevřeností svého partnera / partnerky jsem...							
S pochopením, které má pro mne můj partner / partnerka, jsem...							
S něžností a náklonností, kterou mi můj partner / partnerka projevuje,							
S bezpečím, které mi poskytuje můj partner / partnerka, jsem...							
S ochotou pomoci, kterou mi projevuje můj partner / partnerka, jsem...							
<b>Vlastní osoba</b>	1	2	3	4	5	6	7
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem...							
Se způsobem, jak jsem až doposud žila, jsem...							
Se svým vnějším vzhledem jsem...							
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem...							
Se svým charakterem (povahou) jsem...							
Se svou vitalitou (tzn. s radostí ze života a životní energií) jsem...							
Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem...							
<b>Sexualita</b>	1	2	3	4	5	6	7
Se svou tělesnou přitažlivostí...							
Se svou sexuální výkonností jsem...							
S četností svých sexuálních kontaktů jsem ...							
S tím, jak často se mi můj partner/partnerka tělesně věnuje (dotýká se mne, hladí mne), jsem...							
Se svým sexuálním prožíváním jsem...							
Když myslím na to, jak otevřeně mohu mluvit o sexuální oblasti, jsem...							
Když myslím na to, jak se k sobě s partnerem v sexualitě hodíme, jsem...							
<b>Bydlení</b>	1	2	3	4	5	6	7
S velikostí svého obydlí (místa kde žiju větší část roku) jsem...							
Se stavem svého obydlí jsem...							
S výdaji za svoje bydlení (nájem, příp. splátky, hypotéka atd.) jsem...							
S polohou svého obydlí jsem...							
S dosažitelností dopravních prostředků jsem...							
Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém obydlí...							
Se standardem svého obydlí jsem...							



č. 

49	<b>Přátelé, známí a příbuzní</b>	velmi nespokojena	nespokojena	spíše nespokojena	ani spokojena ani nespokojena	spíše spokojena	spokojena	velmi spokojena
	S kontaktem se svými příbuznými jsem...							
	S kontaktem se svými sousedy jsem...							
	S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem...							
	Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem...							
	Se svou společenskou angažovaností jsem...							
	Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem...							

Na následující otázky odpovězte, prosíme, tak, že zaškrtnete vhodnou odpověď.

Dosažené vzdělání	Rodinný stav	Jste zaměstnaná?
nedokončené základní	vdaná	ano
základní	svobodná	ano, ve vlastní firmě
vyučena bez maturity	vdova	v domácnosti
vyučena s maturitou	rozvedená	<b>anebo jste:</b>
ukončené středoškolské		žák/žákyně
ukončené vysokoškolské	<b>Domácnost</b>	studentka
Dosažla jste vzdělání, které jste si přála? Pokud ano, zakřížkujte.	žiji sama	v učení
	žiji s partnerem/partnerkou	v důchodu
	žiji s rodiči a/nebo sourozenci	nezaměstnaná
<b>Zaměstnání</b>		
(vypište) původní:		současné:

<b>Věk - mám (roků)</b>	15 a méně	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
		31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46 a více

<b>Hmotnost - odhad (kg)</b>	do 40	41 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 - 104	105 a více

<b>Výška - odhad (cm)</b>	do 140	141 - 144	145 - 149	150 - 154	155 - 159	160 - 164	165 - 169	170 - 174	175 - 179	180 - 184	185 - 189	190 - 194	195 - 199	200 - 204	205 a více

V této tabulce zjišťujeme dost neobvyklou věc, která může pomoci odhadnout vztah tělesné konstituce a odolnosti či vnímavosti k některým gynekologickým problémům. Jde o velikost prsou vyjádřenou velikostí košíčků podprsenek, které nyní převážně nosíte.

A	B	C	D	E	F

č. 

V této tabulce věnujte pozornost jinému způsobu zaškrtování. V každém řádku zakřížkujte políčko, které nejlépe vystihuje Vaši situaci.	uvedené tvrzení platí				neplatí nikdy
	vždy	většinou	občas	zřídka	
Jím nejméně jedno teplé jídlo denně					
Spím 7-8 hodin alespoň čtyři noci v týdnu					
Dávám a přijímám sympatii pravidelně					
Mám nejméně jednoho příbuzného do vzdálenosti 120 km, na kterého se mohu spolehnout.					
Cvičím až do zpotení nejméně 2x týdně					
Kouřím méně než 10 cigaret denně					
Piji méně než 5 alkoholických nápojů týdně					
Mám přiměřenou tělesnou hmotnost					
Můj příjem stačí mým základním potřebám					
Získávám sílu ze své náboženské víry					
Pravidelně navštěvuji klub, spolek nebo vyvíjím jinou sociální aktivitu					
Mám síť přátel a známých					
Mám jednoho nebo více přátel, se kterými jsem důvěrný					
Cítím se zdrav (včetně zraku, sluchu a zubů)					
Jsem schopen mluvit otevřeně o svých pocitech, i když mám zlost nebo starosti					
Dělám něco pro svoji zábavu alespoň 1x týdně					
Jsem schopen si účelně organizovat čas					
Piji méně než tři šálky kávy (čaje či koly) denně					
Mám chvilku klidu pro sebe každý den					
Pravidelně hovořím s lidmi, s nimiž žiji, o domácích problémech např. o domácích pracech, financích a denním životě					

Nakonec se vrátíme k určitým gynekologickým problémům:

Existují léky (jde zpravidla o krémy, globule nebo poševní čípky) prodávané bez předpisu určené k léčení svědění či pálení zevního genitálu nebo výtoku. Pokud jste během posledního roku uvedené léky použila, odhadněte počet menstruačních cyklů, během nichž se tak stalo. Pokud jste léky neužívala zakřížkujte nikdy.	5 a více	3-4 cykly	1-2 cykly	nikdy

	ano	ne	nevím
Myslíte si, že svědění či pálení zevního genitálu nebo výtok (tzv. poševní dyskomfort) trápí vaši maminku nebo sestru (jsou-li) více než 3× ročně?			
Pokud sama trpíte poševním dyskomfortem, objevuje se po léčbě antibiotiky?			
Zažila jste častěji dyskomfort v době po začátku Vašeho pohlavního života?			
Zažila jste častěji dyskomfort v době používání hormonální antikoncepce?			

Děkujeme za pozornost věnovanou našemu dotazníku.

Uvítáme Vaše další názory na problematiku vulvovaginálních obtíží. Můžete je napsat na druhou stranu tohoto listu.



