

## Laparoscopic findings in women with chronic pelvic pain

Redecha M, Niznanska Z, Korbel M, Borovsky M, Chabadova J

### Laparoskopické nálezy u žien s chronickou panvovou bolesťou

#### Abstract

Redecha M, Niznanska Z, Korbel M, Borovsky M, Chabadova J:  
Laparoscopic findings in women with chronic pelvic pain  
Bratisl Lek Listy 2000; 101 (8): 460–464

#### Abstract

Chronic pelvic pain afflicts 5–10 % of women. The diagnosis of its cause is predominantly assessed by means of laparoscopy which in 60–70 % reveals various organic causes of pain.

The retrospective study analyses the results of 43 laparoscopic examinations indicated due to chronic pelvic pain. The average age of patients was 29.97 years.

Organic findings on internal genitals were found in 36 cases (83.7 %). Endometriosis was diagnosed in 11 cases (25.6 %). According to the criteria of American Fertility Society, 4 patients (36.4 %) suffered from stage I, 6 patients (54.5 %) suffered from stage II, and only one case (9.1 %) was caused by stage III. Chronic inflammatory process was diagnosed in 12 cases (18.6 %), adhesions without any other pathologic findings in 8 cases (18.6 %), and ovarian cysts in 3 cases (7.0 %). Varicose pelvic veins and uterine myoma occurred in one case (2.3 %), respectively. In 7 cases, no pathological change was revealed.

Laparoscopy in coincidence with chronic pelvic pain is a significant examination which helps to reveal the organic origin of disturbance. An early decision of applying this invasive examination contributes to fast assessment of the diagnose and commencement of treatment. (Tab. 2, Fig. 1, Ref. 32.)

**Key words:** chronic pelvic pain, laparoscopy, endometriosis, adhesions, PID, ovarian cysts.

Chronická panvová bolesť je v gynekologickej praxi častým problémom. Je definovaná ako intenzívna bolesť v oblasti panvy, trvajúca nepretržite aspoň 6 mesiacov, nezávislá od menštruačného cyklu (6). V niektorých prácach je pre potreby definície chronickej panvovej bolesti stanovená hranica 3 mesiacov (3).

Ist Department of Gynecology and Obstetrics, Medical Faculty, Comenius University and University Hospital, Bratislava. [Gyn\\_Zochova@computel.sk](mailto:Gyn_Zochova@computel.sk)

**Address for correspondence:** M. Redecha, MD, Ist Dpt of Gynecology and Obstetrics LFUK, Zochova 7, SK-811 03 Bratislava 1, Slovakia.  
Phone/Fax: +421.7.5441 4828

#### Abstrakt

Redecha M., Nižňanská Z., Korbel M., Borovský M., Chabadová J.:  
Laparoskopické nálezy u žien s chronickou panvovou bolesťou  
Bratisl. lek. Listy, 101, 2000, č. 8, s. 460–464

Chronickú panvovú bolesť má 5–20 % žien. Dominantné miesto v diagnostike príčin chronických panvových bolestí má laparoskopia, ktorou sa v 60–70 % prípadov odhalia rôzne organické príčiny bolesti.

V retrospektívnej štúdii sú analyzované výsledky 43 laparoskopických vyšetrení vykonaných z indikácie chronickej panvovej bolesti. Priemerný vek vyšetrených pacientok bol 29,97 roka.

Organický nález na vnútorných rodidlách sa zistil v 36 (83,7 %) prípadoch. Z toho endometrióza sa diagnostikovala v 11 (25,6 %) prípadoch. Podľa kritérií American Fertility Society išlo v 4 prípadoch (36,4 %) o I. štádium, v 6 prípadoch (54,5 %) o II. štádium a len raz (9,1 %) o III. štádium. Chronický zápalový proces sa diagnostikoval v 12 prípadoch (18,6 %), adhézie bez iného patologického nálezu v 8 prípadoch (18,6 %) a ovariálne cysty v 3 prípadoch (7,0 %). Varikozita panvových žíl a myomatóza uteru sa vyskytli po jednom raze (2,3 %). V 7 prípadoch (16,3 %) sa nezistil žiadny patologický nález.

Laparoskopia je pri chronickej panvovej bolesti významným vyšetrením, ktorým sa vo väčšine prípadov podarí odhaliť organický pôvod ťažkostí. Včasný rozhodnutie pre toto invazívne vyšetrenie prispieva k rýchlemu určeniu diagnózy a začatiu adekvátnej liečby. (Tab. 2, obr. 1, lit. 32.)

**Kľúčové slová:** chronická panvová bolesť, laparoskopia, endometrióza, adhézie, PID, ovariálne cysty.

Predpokladá sa, že ženy s chronickou panvovou bolesťou tvoria v súčasnosti približne 10 % všetkých pacientok vyhľadávajúcich gynekologické ošetrenie (13). Podľa niektorých autorov má chronickú panvovú bolesť 5–20 % žien z celej populácie (6). Bolesť, na ktorú sa tieto ženy sťažujú, býva obyčajne trvalá, úpor-

I. gynekologicko-pôrodnica klinika LFUK a FN v Bratislave

**Adresa:** MUDr. M. Redecha, I. gynekologicko-pôrodnica klinika LFUK a FN, Zochova 7, 811 03 Bratislava 1.

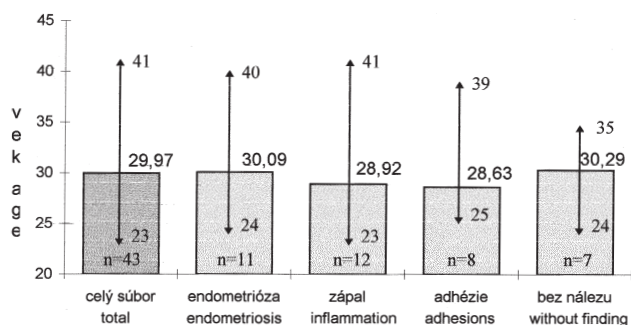


Fig. 1. Age distribution according laparoscopic findings.  
Obr. 1. Veková štruktúra podľa laparoskopických náleзов.

ná, narúša ich denný aj nočný režim, ruší im spánok. Neutíchajúce bolesti, celkové fyzické i duševné vyčerpanie, bývajú častou príčinou opakovanej pracovnej neschopnosti. Pacientky dlhodobo užívajú veľké dávky analgetík, sedatív a hypnotík. Pre bolestivosť v hypogastríách, aj pri negatívnom palpačnom náleze a normálnych laboratórnych výsledkoch, sa stav spočiatku hodnotí ako zápalový proces vnútorných rodidiel — pelvic inflammatory disease. V krátkom časovom odstupe po sebe sa často bez terapeutického efektu ordinujú rôzne antibiotiká. Až po neúspechu opakovanej antibiotickej terapie sa začínajú hľadať iné príčiny bolesti. Obyčajne s negatívnym výsledkom sa robí celá séria laboratórnych testov, vyšetrení krvi a moču, kultivácií. Pacientky sa opakovane podrobujú zobrazovacím vyšetrovacím metódam, ultrasonografií a rtg vyšetreniam, ktoré nie vždy objasnia príčinu ťažkostí. Na rad prichádza séria vyšetrení u rozličných iných špecialistov. Najčastejšie sú vyšetrenia u urológa, chirurga, internistu, neurológa, ortopéda a reumatológa. Keďže ani títo špecialisti nezistia kauzálnu príčinu bolesti, pre ich lokalizáciu v panve vracajú pacientku späť ku gynekológovi. Pretože vyšetrenia sú zdĺhavé a terapeutické postupy bez efektu, pacientka časom stráca dôveru k svojmu ošetrovateľskému lekárovi a obráti sa na iného gynekológa. Ten v snahe o určenie diagnózy opakuje väčšinu laboratórnych aj zobrazovacích vyšetrení, čím sa celý proces predlžuje a stáva sa ekonomicky ešte náročnejším. Definitívnu diagnózu sa obyčajne podarí určiť až vykonaním laparoskopického vyšetrenia.

Dominantné miesto v diagnostike príčin chronických panvových bolesti patrí dnes laparoskopii. V 60—70 % prípadov sa ňou podarí objasniť organická príčina bolesti (2, 8, 11, 16). Frekvencia ochorení, ktoré sa takto diagnostikujú a ktoré bývajú príčinou chronickej panvovej bolesti, sa udáva rozlične. V práci analyzujeme laparoskopické nálezy, ktoré sme zistili pri diagnostike „pelvic pain“ v našom súbore.

#### Súbor a metóda

V retrospektívnej štúdií z rokov 1996—1998 sa analyzujú výsledky laparoskopických vyšetrení vykonaných z indikácie chronickej panvovej bolesti u 43 pacientok. Bolesti u pacientok trvali dlhšie ako 6 mesiacov. Fyzikálne vyšetrenie, ani laboratórne a zobrazovacie (UZV, rtg) vyšetrenia neobjasňovali príčinu bolesti. Žiadna z uvádzaných pacientok sa predtým, podľa anamnézy, ne-

Tab. 1. Laparoscopic findings (n = 43).  
Tab. 1. Laparoskopické nálezy (n = 43).

Finding Nález	Number Počet	
	n	%
without finding bez nálezu	7	16,3
endometriosis endometrióza	11	25,6
adhesions adhézie	8	18,6
chronical inflammation chronický zápal	12	27,9
ovarial cysts ovariálne cysty	3	7,0
varicosity varikozita	1	2,3
myomas myomatóza	1	2,3

podrobila laparotómii alebo laparoskopii z gynekologickej indikácie. Laparoskopický nález hodnotili nezávisle dvaja starší lekári. Do skupiny náleзов adhézii sú zaradené len také nálezy, pri ktorých sa nezistilo žiadne iné ochorenie ako príčina vzniku adhezívneho procesu. Pri náleze adhézii spolu so zápalovými zmenami alebo endometriózou bol nález zaradený podľa základného ochorenia. Pri náleze endometriózy bolo ochorenie zatriedené do štádií podľa kritérií American Fertility Society (AFS) z roku 1985 (23).

#### Výsledky

Priemerné trvanie bolesti v súbore bolo 16,3 mesiaca (7—42 mesiacov). Z analyzovaného súboru 43 pacientok bolo pred laparoskopickým vyšetrením 34 (79,1 %) opakovane preliečených antibiotikami pre podozrenie na zápalový proces vnútorného genitálu. Brušnú operáciu malo v anamnéze 16 žien (37,2 %), z toho v 11 prípadoch (25,6 %) išlo o appendektómiu, v 4 prípadoch (9,3 %) o laparotómiu a raz (2,3 %) o laparoskopickú cholecystektómiu. Vzhľadom na časový odstup vzniku bolesti od operačných výkonov (3 roky a viac) žiadna z pacientok nedávala bolesti do súvislosti s prekonaným operačným výkonom.

Laparoskopickým vyšetrením sme zistili organický nález na vnútorných rodidlách v 36 prípadoch (83,7 %). V 7 prípadoch (16,3 %) sme nezistili žiadny objektivný nález, ktorý by vysvetľoval subjektívne ťažkosti pacientok. Podrobnejšie sú jednotlivé nálezy zobrazené v tabuľke 1.

Vekové zloženie celého analyzovaného súboru, ale i jednotlivých skupín pacientok podľa najčastejšie zistených ochorení je znázornené na obrázku 1.

**Tab. 2. Endometriosis incidence according AFS (n = 11).  
Tab. 2. Výskyt štádií endometriózy podľa AFS (n = 11).**

Stage Štádium	Number Počet	
	n	%
I.	4	36,4
II.	6	54,5
III.	1	9,1
IV.	–	–

Endometriózu sme diagnostikovali u 11 pacientok a jej zaraďenie podľa štádií AFS je v tabuľke 2.

Adhezívny proces bol príčinou chronickej panvovej bolesti u 8 pacientok. Z toho 4 pacientky (50 %) prekonal podľa anamnestických údajov opakované zápaly rodidiel liečené antibiotikami. 3 pacientky (37,5 %) s nálezom zrastov boli po apendektómii a 1 pacientka (12,5 %) mala v anamnéze laparotomickú cholecystektómiu.

Z 12 pacientok, u ktorých sme potvrdili chronické zápalové zmeny, bolo 8 (66,7 %) podľa anamnestických údajov, aspoň raz počas života liečených pre gynekologický zápal.

## Diskusia

Za dominujúcu metódu pri diagnostike príčin chronickej panvovej bolesti sa v súčasnosti považuje laparoscopia. Chronická panvová bolesť u žien vo fertilnom veku sa stáva jednou z najčastejších indikácií na laparoskopické vyšetrenie. Podľa niektorých údajov tvorí až 40 % zo všetkých indikácií na laparoskopiu (9, 26, 29). Podarí sa ňou objasniť organickú príčinu bolestivých stavov v 60–70 % prípadov (9, 32). V 30–40 % prípadov sa príčina nezistí, makroskopický nález je negatívny a bolesti vznikajú z iných, najčastejšie neurogénnych a psychogénnych príčin (4, 15). V našom súbore sme zistili organické zmeny až v 83,7 % prípadov.

Endometrióza patrí k najčastejším nálezom. Ventruba a spol. (30) predpokladajú jej výskyt u 5–15 % žien vo fertilnom období života. Pri chronických bolestiach sa zisťuje v 12–55 % (12, 25, 31). V našom súbore sme endometriózu diagnostikovali v 25,6 %. Vo väčšine prípadov sme zistili nižšie štádiá ochorenia. Práve nižšie štádiá tohto ochorenia sú ťažko diagnostikovateľné, spôsobujú pacientkam výrazné ťažkosti a často sa skrývajú pod syndrómom chronickej panvovej bolesti. Pri vyšších štádiách býva ochorenie podľa fyzikálneho nálezu už vopred supponované. Laparoscopia, či dokonca laparotómia sa potom nevykonáva pre syndróm chronickej panvovej bolesti, ale pre závažný fyzikálny nález pri supponovanej endometrióze. Je známe, že neexistuje priama závislosť medzi štádiom endometriózy a subjektívnymi ťažkosťami pacientky. Aj nižšie štádiá ochorenia môžu spôsobovať pacientke značné utrpenie. V iných prípadoch, ani ochorenie v IV. štádiu, s rozsiahlymi endometriotickými cystami a adhéziami, nemusí spôsobovať pacientke žiadne subjektívne ťažkosti. Často bývajú väčšími bolesťami postihnuté ženy s menším organickým nálezom (4). Vzťah medzi endometriózou a chronickou panvovou bolesťou nie je doteraz celkom objasnený. Za hlavnú príčinu bolesti sa pokladá mechanická stimulácia nociceptorov (21). To však nevysvetľuje, prečo pacientky s rozsiahlejším nálezom môžu mať subjek-

tívne menšie ťažkosti ako pacientky s nižším štádiom ochorenia. Niektorí autori predpokladajú, že intenzita bolesti býva určovaná hĺbkou infiltrácie procesu (1).

Častou príčinou chronických panvových bolesti u žien bývajú aj adhézie. Ich podiel na vzniku bolesti sa udáva 5–70 % (26). Problém však spočíva v tom, že nález adhézií nemožno pokladať za samostatné ochorenie. Adhézie vznikajú ako následok iných patologických procesov. Ide najčastejšie o rôzne zápaly. Po ich vyliečení, pri laparoskopickom vyšetrení už nenachádzame pôvodný zápalový proces, ale len zrasty ako jeho následok. Príčinou pozápalových adhézií v panve však nemusia byť len zápaly vnútorných rodidiel, ale aj apendicitída, zápalové ochorenia čriev, či prekonaná peritonitída iného pôvodu. Adhézie nachádzame často aj po vyliečení endometriózy. Sú častým nálezom aj po prekonaných operačných výkonoch v brušnej dutine a na vnútorných rodidlách. Prekonanie opakovaných zápalov vnútorného genitálu má však v anamnéze viac ako 50 % žien s nálezom zrastov (26). V našej práci sme do skupiny zrastov zaradili len tie prípady adhézií, pri ktorých sme pri vyšetrení nezistili ich bezprostrednú príčinu, napríklad zápalové zmeny, či endometriózu. Táto skutočnosť nie je vždy jasne definovaná v niektorých prácach, ktoré uvádzajú mimoriadne vysoký podiel (až 70 %) adhézií na vzniku chronických panvových bolesti. Je teda možné, že vo vysokom výskyte adhézií v týchto prácach môže byť zahrnutá aj časť chronických zápalových procesov, alebo endometriózy. Tejto úvahe zodpovedá aj skutočnosť, že práce s vysokým výskytom adhezívnych procesov uvádzajú, v porovnaní s ostatnými, nižší výskyt endometriózy a zápalov (19). Neúplne zodpovedaná stále zostáva otázka, či sú samy adhézie, bez súčasného aktívneho zápalu, či endometriózy, schopné vyvolať bolesť. Pri operáciách sa často stretávame s rozsiahlym adhezívnym procesom v oblasti genitálu a panvy, ktorý však pacientke nespôsobil žiadne ťažkosti. Predpokladá sa, že adhézie spôsobujú bolesť priamym dráždením nervových zakončení. Iní autori hľadajú príčinu v zmenách prekrvenia, anemizácii a vo venestáze v postihnutých ožgánoch, alebo ich častiach. Dostali však chýbajú ukazovatele, ktoré by odlišili takéto „bolestivé“ adhézie od „nebolestivých“, ktoré sú podľa skúseností z operačných náleзов ešte častejšie. (4, 14).

Chronický zápalový proces vnútorných rodidiel bol v našom súbore najčastejším nálezom. Chronický zápal, ako príčina dlhodobých panvových bolesti, sa v literatúre uvádza v 5–29 % (22, 26). Pri chronickom zápalovom procese sa bolesť zvyčajne zintenzívňuje po väčšej fyzickej námahe, pri vyčerpaní a pri celkovom oslabení organizmu. Faktorom exacerbácie zápalového procesu môže byť aj menštruácia. Ženy s chronickým zápalom sa často sťažujú aj na dyspareuniu (24). Predpokladá sa, že 28–36 % žien prekoná počas svojho života aspoň jeden atak akútneho zápalu vnútorných rodidiel, z toho 18–27 % prechádza do chronicity (22). Z nášho súboru pacientok s nálezom chronického zápalu udávalo v anamnéze prekonanie aspoň jedného ataku akútneho zápalu 66,7 %.

Patologické procesy ovária sa podľa literatúry zúčastňujú na chronickej panvovej bolesti len v malej miere, 0–15 % (20, 26). Ovariálne cysty bývajú vo väčšine prípadov asymptomatické. Torkvácia alebo ruptúra cysty býva skôr príčinou akútneho stavu. Pri laparotómiách vykonávaných v lokálnej anestézii sa opakovane potvrdilo, že samo ovárium je necitlivé (4). Svedčia o tom aj asymptomaticky prebiehajúce rozsiahle cystické, alebo malígne ova-

riálne procesy. Napriek tomu dochádza v niektorých prípadoch k bolestivým stavom súvisiacim s léziami ovária. Ako príklad možno uviesť aj pocit náhlej bolesti v podbruší u niektorých žien v momente ovulácie. Zvláštnym stavom je aj tzv. syndróm ponechaného ovária, keď vzniká citlivosť a spontánna bolestivosť cysticky zväčšeného ovária ponechaného in situ pri hysterektómii (5, 10, 20). V našom súbore pacientok s chronickou panvovou bolesťou sme zistili cystické zmeny na ováriách ako jediný patologický nález v 3 prípadoch.

V poslednom čase sa v literatúre častejšie objavujú správy o varikózných zmenách panvových žíl ako príčine chronickej bolesti. Stav sa označuje aj ako panvová kongescia (10, 27). Pri chronickej panvovej bolesti sa zisťujú v 1—2 % (27). Varikózne zmeny sa obyčajne vytvárajú vo venózných plexoch v širokých maternicových väzoch a vénach v oblasti mezosalpingov, niekedy v celej oblasti splavu vnútorných iliakálnych artérií. Vyskytujú sa častejšie u multipár. Výnimkou nie je ani nález jednostranných varikózných zmien (18, 28). Rozsah varikózných zmien býva niekedy len minimálny. Ich posudzovanie v laparoskopickom obraze vtedy býva problematické a je poznamenané subjektívnym hodnotením. Bolesti, ktoré varikozita spôsobuje, bývajú tlakové, môže sa meniť ich lokalizácia, prichádzajú najčastejšie po fyzickej záťaži. Častá býva aj dyspareunia. Ovariálna varikokéla by mala byť gynekologickou obdoba testikulárnej varikokély, pričom ide o vaskulárnu insuficienciu vena ovarica (10).

Myomatóza uteru môže byť tiež príčinou chronických bolesti. Častejšia však býva dysmenorea a poruchy cyklu. Malé intramurálne lokalizované myomatózne uzly, predovšetkým u obéznejších pacientok, nemusia byť zistiteľné palpačným vyšetrením. Mali by sa však vopred diagnostikovať ultrasonograficky. Preto sa myomatóza ako prekvapujúci nález pri laparoskopickom vyšetrení zisťuje len zriedkavo.

Retroverzia maternice sa pri chronických panvových bolestiach vyskytuje signifikantne častejšie ako v ostatnej populácii (4, 16). Bolesti pri extrémnej retroverzii by mohli byť spôsobované stázou krvi pri obmedzení venózneho prietoku (16).

Ako príčina chronickej panvovej bolesti sa v literatúre opisujú aj iné, zriedkavejšie, patologické zmeny na pohlavných orgánoch. Pod Allen-Mastersovým syndrómom sa myslia bolestivé stavy vyvolané léziou peritónia širokých maternicových väzov. Príčinou bolesti môže byť aj tzv. poststerilizačný syndróm, pričom sa predpokladá kongestívne postihnutie maternicového rohu spôsobeného jazvou po diatermokoagulácii, alebo ligatúre vajčkovodu alebo po naložení klipu v blízkosti maternicového rohu (8, 9).

Z chirurgických príčin býva panvová bolesť často spôsobená chronickou apendicitídou. Menej časté bývajú iné črevné ochorenia.

Chronické bolestivé stavy, pri ktorých sa nepodarí zistiť príčinu bolesti ani vizualizáciu vnútorných orgánov, sa označujú ako pelipatie. Ich príčina sa hľadá v rozličných neurogénnych a psychogénnych faktoroch (7, 32).

## Záver

Laparoskopické vyšetrenie patrí pri chronickej panvovej bolesti k najdôležitejším vyšetreniam, ktorým sa darí odhaliť organické príčiny bolesti vo viac ako 60 % prípadov. Včasné rozhodnutie pre toto vyšetrenie prispeje k rýchlemu určeniu diagnózy

a začatiu adekvátnej liečby. Včasná diagnostika a kauzálna terapia procesu spôsobujúceho dlhotrvajúcu bolesť zabráni ďalšej psychickej alterácii pacientky. Znižujú sa tým aj ekonomické požiadavky na opakované vyšetrenia a neúspešné terapeutické postupy.

## Literatúra

- 1. Badura A.S., Reiter R.C., Altmaier E.M., Rhomberg A., Elas, D.:** Dissociation, somatization, substance abuse, and coping in women with chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol.*, 90, 1997, č. 3, s. 405—410.
- 2. Bojahr B., Romer T., Lober R.:** The value of laparoscopy in diagnosis and therapy in patients with chronic pelvic pain. *Zbl. Gynäk.*, 117, 1995, č. 6, s. 304—309.
- 3. Campbell F., Collett B.J.:** Chronic pelvic pain. *Brit. J. Anaesth.*, 73, 1994, č. 5, s. 571—573.
- 4. Čepicky P.:** Pelipatie. *Čs. Gynek.*, 53, 1988, č. 7, s. 522—528.
- 5. Dekel A., Efrat Z., Orvieto R., Levy T., Dicker D., Gal R., Ben-Rafael Z.:** The residual ovary syndrome: a 20-year experience. *Europ. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 68, 1996, č. 1—2, s. 159—164.
- 6. Duleba A.J., Keltz M.D., Olive D.L.:** Evaluation and management of chronic pelvic pain. *J. Amer. Ass. Gynecol. Laparoscop.*, 3, 1996, č. 2, s. 205—227.
- 7. Dulebam A.J., Jubanyik K.J., Greenfeld D.A., Olive D.L.:** Changes in personality profile associated with laparoscopic surgery for chronic pelvic pain. *J. Amer. Ass. Gynecol. Laparoscop.*, 5, 1998, č. 4, s. 389—395.
- 8. Dwarakanath L.S., Persad P.S., Khan K.S.:** Role of laparoscopy in the management of chronic pelvic pain. *Hosp. Med.*, 59, 1998, č. 8, s. 627—631.
- 9. Grazia-Porpora M., Gomel V.:** The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age. *Fertil. Steril.*, 68, 1997, č. 5, s. 765—779.
- 10. Hillis S.D., Marchbanks P.A., Peterson H.B.:** The effectiveness of hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol.*, 86, 1995, č. 6, s. 941—945.
- 11. Howard F.M.:** The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy. *J. Amer. Gynecol. Laparoscop.*, 4, 1996, č. 1, s. 85—94.
- 12. Hurd W.W.:** Criteria that indicate endometriosis is the cause of chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol.*, 92, 1998, č. 6, s. 1029—1032.
- 13. Jamieson D.J., Steege J.F.:** The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet. Gynecol.*, 87, 1996, č. 1, s. 55—58.
- 14. Jirásek J.E., Henzl M.R., Uher J.:** Periovarian peritoneal adhesions in women with endometriosis. Structural patterns. *J. Reprod. Med.*, 43, 1998, Suppl. 3, s. 276—280.
- 15. Keel P.:** Chronische nichtorganische Schmerzzustände. Psychiatrische Differentialdiagnosen und symptomorientierte, ganzheitliche Behandlung. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 259, 1996, Suppl. 1, s. 66—73.
- 16. Kichukova D.:** Pelvic pain as an indication for laparoscopy. *Akush. Ginekol. Sofiia*, 35, 1996, č. 3, s. 19—20.
- 17. Kontoravidis A., Chryssikopoulos A., Hassiakos D., Liapis A., Zourlas P.A.:** The diagnostic value of laparoscopy in 2365 patients with

acute and chronic pelvic pain. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 52, 1996, č. 3, s. 243–248.

**18. Mathias S.D., Kuppermann M., Leberman R.F., Lischutz R.C., Steege J.F.:** Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet. Gynecol.*, 87, 1996, č. 3, s. 321–327.

**19. Renaer M.:** *Chronic Pelvic Pain in Women*. New York. Springer Verlag 1981, 160 s.

**20. Siddall-Allum J., Rae T., Rogers V., Witherow R., Flanagan A., Beard R.W.:** Chronic pelvic pain caused by residual ovaries and ovarian remnants. *Brit. J. Obstet. Gynecol.*, 101, 1994, č. 11, s. 979–985.

**21. Smith K.M., Reginald P.W.:** The effectiveness of hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol.*, 87, 1996, č. 4, s. 641–642.

**22. Stewart P., Slade P.:** Comparative study of pelvic and non-pelvic pain/the prevalence of chronic pelvic pain. *Brit. J. Obstet. Gynecol.*, 105, 1998, č. 12, s. 1338–1339.

**23. Stovall D.W., Bowsen L.M., Archer D.F., Guzick D.S.:** Endometriosis-associated pelvic pain: evidence for an association between the stage of disease and a history of chronic pelvic pain. *Fertil. Steril.*, 68, 1997, č. 1, s. 13–18.

**24. Studer-Schaer A.:** Organische und nicht organische Unterbauchschmerzen. Chronische Unterbauchschmerzen der Frau — Problemstellung in der Praxis. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 259, 1996, Suppl. 1, s. 43–46

**25. Šuška P., Kriško M.:** Súčasná možnosti liečby endometriózy. *Prakt. Gynecol.*, 3, 1966, č. 2, s. 69–72.

**26. Švábek L., Novotný Z., Rokyta Z., Bouše V.:** Chronická pánevní bolest v laparoskopickém obraze. *Čes. Gynecol.*, 63, 1998, č. 2, s. 135–137.

**27. Tarazov P.G., Prozorovskij K.V., Ryzhkov V.K.:** Pelvic pain syndrome caused by ovarian varices. Treatment by transcatheter embolization. *Acta Radiol.*, 38, 1997, č. 6, s. 23–25.

**28. Thornton J.G., Morley S., Lilleyman J., Onwude J. L., Currie I., Crompton A.C.:** The relationship between laparoscopic disease, pelvic pain and infertility; an unbiased assessment. *Europ. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 74, 1997, č. 1, s. 57–62.

**29. Toozs-Hobson P., Bidmead J., Cardozo L.:** Chronic pelvic pain. *Brit. J. Obstet. Gynaecol.*, 105, 1998, č. 11, s. 1238.

**30. Ventruba P., Crha I., Müller P., Mlynček M.:** Léčba panevní endometriózy goserelinem, LHRH agonistou. *Čes. Gynecol.*, 61, 1996, č. 1, s. 11–16.

**31. Waller K.G., Shaw R.W.:** Endometriosis, pelvic pain, and psychological functioning. *Fertil. Steril.*, 63, 1995, č. 4, s. 796–800.

**32. Zermann D.H., Doggweiler R., Ishigooka M., Schmidt R.A.:** Benediction for diagnostic laparoscopy in pelvic pain syndromes and neurotic genes? *Fertil. Steril.*, 70, 1998, č. 3, s. 592–593.

Received May 14, 1999.

Accepted June 8, 2000.

## PREDSTAVUJEME NOVÉ KNIHY

**Puchmayer V., Roztočil, K.:** *Praktická angiologie*. Praha, TRITON 2000, 191 strán.

V apríli 2000 vyšla vo vydavateľstve TRITON v Prahe kniha *Praktická angiológia*. Jej autormi sú skúsení angiológovia a vysokoškolskí učitelia — doc. MUDr. Vladimír Puchmayer, CSc. (IV. interná klinika 1. lekárskej fakulty Karlovej Univerzity v Prahe), dlhoročný predseda Českej angiologickej spoločnosti a prezident Central European Vascular Forum) a MUDr. Karel Roztočil, CSc. (Klinika kardiologie IKEM v Prahe), súčasný predseda Českej angiologickej spoločnosti.

Kniha je rozdelená do troch kapitol: 1. Ochorenia tepien, 2. Ochorenia žíl a 3. Ochorenia lymfatických ciev. Na začiatku každej kapitoly sa nachádzajú anatomické, fyziologické a patofyziologické poznámky o jednotlivých cievnych systémoch, podrobne sa rozoberá anamnéza, jednotlivé fyzikálne vyšetrovacie metódy, ako aj neinvazívne inštrumentálne vyšetrovacie metódy a jednotlivé zobrazovacie techniky. V kapitole o tepnových ochoreniach sa v jednotlivých podkapitolách uvádza etiopatogenéza a klinický obraz akútnych tepnových uzáverov, chronických neobturatívnych tepnových ochorení (artériovenózne fistuly, aneurizmy, medioskleróza,

kompresívne syndrómy), chronických obturatívnych organických tepnových chorôb (obliterujúca ateroskleróza, chronická kritická končatinová ischemia, primárne vaskulitídy), funkčných tepnových chorôb (Raynaudov fenomén, akrocyanóza, erytrocyanoza, livedo reticularis, ergotizmus, erytromelalgia). Rozoberajú sa aj jednotlivé terapeutické a rehabilitačné liečebné postupy s dôrazom na konzervatívnu liečbu. V kapitole o žilových ochoreniach sa venuje pozornosť akútnej hlbokoj žilovej tromboze, povrchovej tromboflebitíde, chronickej žilovej insuficiencii, ako aj žilovým malformáciám a tumorom. Posledná kapitola sa zaoberá klasifikáciou, diagnostikou a liečbou lymfedému a lipedému. Na konci knihy sa uvádza zoznam odporúčenej doplnkovej literatúry, ako aj vecný register.

Kniha nie je teoretickou prezentáciou z literatúry opísaných najnovších poznatkov, ale predovšetkým praktickou príručkou, pomocou ktorej možno jednotlivé angiologické ochorenia diagnostikovať a liečiť. Autori na 191 stranách textu, v 38 tabuľkách a 20 obrázkoch dokázali výstižne spracovať jednotlivé angiologické ochorenia. Nadviazali tak na skvelú tradíciu zakladateľa česko-slovenskej angiologie profesora Bohumila Prusíka — “klasika českého a česko-slovenského lekárstva”.

V. Štvrtinová