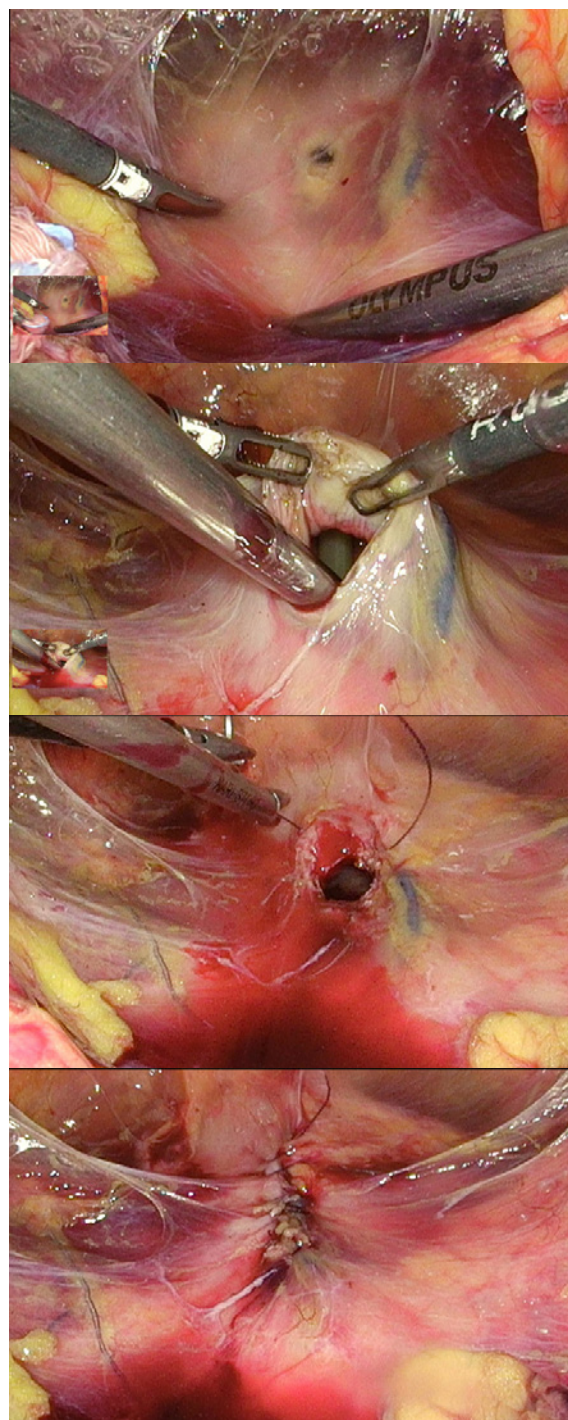


byli indikováni k operační revizi, jedenkrát bylo poranění močového měchýře ošetřeno robotickým přístupem. Intraperitoneální ruptury měchýře by měly být chirurgicky ošetřeny, hrozí zde především nebezpečí urinózní peritonitidy, která může vést ke smrti nemocného. V současné době je možno pro ošetření jak extra, tak intraperitoneální ruptury močového měchýře použít miniinvazivní laparoskopický a robotický přístup (19, 21, 33–36). V našem souboru byly tyto techniky použity ve čtyřech případech (8 %, tři laparoskopické, jeden robotický přístup) (Obr. 4). Miniinvazivní přístup byl zvolen u nemocných celkově stabilních, po endoskopickém urologickém výkonu, u peroperačně zjištěného poranění při laparoskopickém gynekologickém výkonu, u nemocné po pádu s izolovaným poraněním močového měchýře. Diskutabilní je i nutnost uzávěru defektu v močovém měchýři jednovrstevnou nebo dvouvrstevnou suturou (39, 40), nicméně práce Urryho a Matlocka uzavírají, že není rozdíl ve vodotěsnosti při použití jednovrstvé nebo dvouvrstvé sutury (9, 39). V případě sutury močového měchýře je doporučováno ponechání močového katétru po dobu 7–10 dnů, u komplikovanějších poranění je doporučeno před extrakcí katétru provedení kontrolní cystografie. Při současném řešení poranění měchýře spolu s poraněním pánve s různými typy osteosyntézy preferujeme, pokud to typ poranění měchýře umožňuje, derivaci moči močovými katétry před epicystostomií, jako prevenci infekčních komplikací v okolí epicystostomie.

Prevencí poranění močového měchýře při chirurgických a gynekologických výkonech je zavedení močového katétru k vyprázdnění měchýře a balonek katétru pak umožní i palpační kontrolu polohy měchýře.

V našem souboru jsme našli celkem komplikace u 9 (17 %) nemocných, dle Clavien-Dindo klasifikace stupeň 2 ve dvou případech, 3b ve dvou případech a stupeň 5 v pěti případech. K úmrtí došlo 7 dnů až 4 měsíce od operačního zákroku pro rozvoj septického stavu s multiorgánovým selháním, jednalo se již v předchorobí o polymorbidní nemocné, tři z nich měli v anamnéze předchozí radioterapii v oblasti pánve. Jedenkrát bylo nutné



Obr. 4. Laparoskopické ošetření poranění močového měchýře po endoskopickém výkonu

Fig. 4. Laparoscopic treatment of bladder injury after endoscopic surgery

založení oboustranné punkční nefrostomie u nemocného, kde došlo k rozpadu sutury měchýře při pokročilém tumoru rekta, jedenkrát byla pro urinózní únik ranou 24. den od výkonu přešita píštěl.