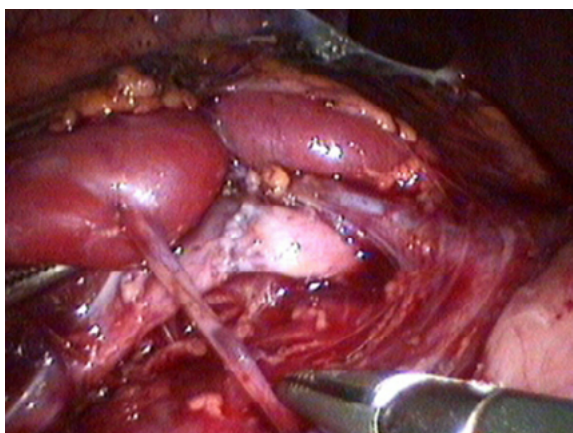




Obr. 7. Definitivní stav po dokončení rekonstrukce – uretero-pyeloanastomóza vpravo (zdroj: archiv autora)

Fig. 7. The final situation after reconstruction – right-side ureteropyelostomy (author's archive)

pickeho močového výrazně stenotické. V naší praxi preferujeme uzavření distálního pahýlu vždy. Používáme uzamykatelné klipy typu Hem-o-lock® nebo laparoskopické ligatury typu Endoloop®. Před uzavřením pahýl megaureteru odsáváme. Ureterální katétr ponecháme minimálně 3, ideálně 4–5 dní, kdy je odstraněn na lůžku bez anestzie či sedace dítěte současně s močovou cévkou. Stent odstraňujeme za 4–6 týdnů po primárním výkonu v krátké celkové anestzii.

Uretero-pyeloanastomóza představuje proximální typ rekonstrukce zdvojeného systému. Na rozdíl od široce rozšířené a technicky jednodušší distální uretero-ureteroanastomózy (9) je spojena s nižším rizikem vzniku „yo-yo“ fenoménu, kdy moč reflutuje do nízkotlakého kapacitního megaureteru horního systému. Jsme také přesvědčeni, že extirpace většiny dilatovaného močového a jeho proximální napojení na intaktní močovod, zlepšuje evakuaci moči z horní moiety zdvojené ledviny (10).

V našem souboru jednoznačně preferujeme k derivaci moči ureterální katétr o minimálním kalibru 5Ch. Na rozdíl od stentu umožňuje přesně hodnotit, zda je derivace efektivní a v případě nejistoty či problémů s pooperačním odvodem moči jej odsát, propláchnout či snadno upravit jeho polohu. Odstraněn je pak na lůžku bez anestzie či sedace dítěte současně s močovou cévkou. Komplikaci s tímto typem derivace jsme

zaznamenali ve třech (14 %) případech z 21. Jedenkrát byl použit katétr 3Ch, který se jeví jako příliš malého kalibru a nespolehlivý stran derivace. Ve zbývajících dvou případech se jednalo o dislokaci ureterálního katétru. Komplikace byly vyřešeny výměnou katétru za ureterální stent.

Stent jako primární derivace moči byl použit celkem v šesti případech. Třikrát se jednalo o děti operované pro nekompletní zdvojení a hydro-nefrózou dolního segmentu. V dalších třech pak o úplné zdvojení. Hlavní problém ureterálních stentů je v omezeném prostoru pro uložení jeho proximální kličky. Pánvička dolního segmentu je u malých dětí zpravidla gracilní, kalichy štíhlé a uložení kličky v takovém systému je obtížné. Dalším problémem stentů je vznik arteficiálního refluxu moči z měchýře do ledvinné pánvičky. Ten může u malých děvčátek, které ještě mají pleny, způsobit vznik pyelonefritidy. Stenty proto používáme ke drenáži kompletně zdvojených systémů výhradně u dětí vyššího věku. V našem souboru se jednalo o jedince operované v 10, 14 a 15 letech.

Jako zcela nevhodný způsob derivace se ukázalo použití katétru CN 01 (výživový set pro nedonošené novorozence), který jsme použili jako pyelostomii (1x) či megaureterostomii (1x). V obou případech jsme museli pro únik moči z anastomózy tuto drenáž vyměnit za jinou.

Stejně jako u některých jiných rekonstrukčních operací horních močových cest je ve vybraných případech anatomicky velmi příznivého nálezu možné provést uretero-pyeloanastomózu bez použití derivace horních močových cest (11). Zavádíme pouze močový katétr na tři dny. Výhodou je větší komfort dítěte a možnost časnější mobilizace. Tímto způsobem jsme v našem souboru ošetřili šest pacientů. Ve dvou případech jsme však museli řešit únik moči z anastomózy. V prvním případě se únik manifestoval časně po operaci. Vyřešili jsme jej zavedením ureterálního katétru na šest dní, ve druhém případě se únik projevil až s odstupem tři týdnů teplotami v důsledku kolekce moči okolo ledviny. Stav jsme vyřešili punkcí urinomu a zavedením ureterálního stentu na čtyři týdny.