

napichnúť dutý systém obličky a urobiť antegrádnú pyeloureterografiu, ktorou sa potvrdí únik moču a s veľkou presnosťou sa ukáže aj miesto úniku moču (Obr. 7). Cez punkčný kanál sa zasunie do dutého systému transplantovanej obličky nefrostický kateter a tak sa zabezpečí dokonalá derivácia moču (26).

Pri podozrení na únik moču z močového mechúra je indikovaná cystografia (Obr. 8).

U pacientov s urinóznou fistulou močovodu sa odporúča chirurgická liečba. O endourologickú liečbu spočívajúcu v zavedení endoprotézy a spoľahlivej drenáži transplantovanej obličky a močového mechúra sa možno pokúsiť len v prípade nezávažného premokanie moču z miesta ureterovezikálnej anastomózy. Podstatne zložitejšia a technicky náročnejšia je rekonštrukcia močových ciest pri nekróze močovodu transplantovanej obličky. V prevažnej väčšine prípadov je možné urinóznou fistulu, ktorá je dôsledkom

nekrózy močovodu riešiť resekciou nekrotického úseku a reimplantáciou močovodu. Pri rozsiahlejšom postihnutí močovodu je nutná uretero-ureterostomia, uretero-pyelostómia (využívajúca vlastný močovod pacienta) alebo pyelo-vesicoanastomóza.

Konečným riešením vážnych, najmä septických komplikácií súvisiacich so vznikom a neúspešnou liečbou urinózneho fistuly po transplantácii obličky je graft-nefektómia asi u 1 % transplantovaných pacientov (27).

OBŠTRUKCIA MOČOVODU TRANSPLANTOVANEJ OBLIČKY

Menej častou a zároveň rovnako závažnou urologickou komplikáciou je obštrukcia močovodu transplantovanej obličky. Bezprostredne po ope-



Obr. 7. Antegrádna pyeloureterografia. Urinózna fistula podmienená nekrózou močovodu

Fig. 7. Antegrade pyeloureterography. Arrow points to a urinary fistula due to ureteral necrosis