

gravidity u našeho souboru pacientek s augmentovaným měchýřem střevním segmentem z pohledů urologa, nefrologa, gynekologa, neonatologa. Naší snahou bylo zhodnotit u gravidních stav horních a dolních cest močových, možnost provádění čisté intermitentní katetrizace (ČIK) stomií, funkci ledvin, přítomnost IMC, hypertenze, anémie, nutnost intervence během/po graviditě; u plodů/novorozenců nutnost indikace indukce porodu, průběh porodu (spontánní/sekcí), porodní komplikace, poporodní adaptace/stav novorozence, nálezy vrozeně vývojových vad.

METODY A SOUBOR

Retrospektivně jsme vyhodnotili průběh čtyř gravidit u našich pacientek po augmentaci močového měchýřem střevním segmentem v dětství (jeden operátor):

- 1) 31letá sekundipara s neurogenním měchýřem (NMM) při meningomyelokéle (MMK), po augmentaci měchýře ileálním detubulizovaným střevním segmentem s apendikovezikostomií dle Mitrofanoffa do pupku v roce 1997. Před otěhotněním byla 3x endoskopicky řešena litiaza v augmentované vezice. Počátkem roku 2013 otěhotněla prvně, gravidita ale skončila spontánním abortem v prvním trimestru, nikoliv ale z příčiny IMC. Ultrasonografický (USG) nálezy před druhým otěhotněním koncem roku 2013 byl bez dilatace na horních močových cestách (HMC), laboratorně bez anémie (130 g Hb/l), bez poruchy funkce ledvin (kreatininemie 70 μ mol/l, glomerulární filtrace (GF) 1,416 ml/s). Během druhé gravidity 2013–2014 se s růstem dělohy objevily problémy s ČIK cestou apendikovezikostomie. Nemocná byla ale schopna sama nekomplikovaně provádět ČIK přes uretru a neohrdlo. Z interních potíží se od 20. týdne gravidity objevily projevy gestační hypertenze a diabetes mellitus. Nebyly ale závažné a byly kompenzovány nasazením antihypertenziv (Dopegyt®), cukrovka dietou. Na kontrolní USG se objevila u matky oboustranně symetrická dilatace na HMC (pánvičky: 22...40 mm, kalichy: 16...20 mm, bez dilatace močovodů, bez reduk-

ce parenchymu). Měla chronický nehořečnatý nálezy leukocyturie DMC, s negativním kultivačním nálezy cévkované moči z augmentované veziky. Profylakticky byla porodníkem nasazena antibiotika (peniciliny/cefalosporiny). Těhotenství bylo ukončeno elektivním císařským řezem (SC) v gestačním stáří 37 týdnů + 2 dny, z horní střední laparotomie. Transfundálně byl vyba-ven živý, zdravý novorozenec, chlapec, Apgar 9/9/10, váha 2 690 g. Po porodu byla matka bez komplikací. Novorozenec USG screeningem bez průkazu VVV, prospívající. Dimise obou pátý den po porodu. Na kontrolní USG matky plně regredovala dilatace na HMC, vymizela gestační hypertenze a cukrovka. Po porodu bylo nutno operačně odstranit fibroepiteliální membránu uzavírající vchod a znemožňující zavádění kate-
turu do apendikovezikostomie. Po incidování membrány byla opět možná volná ČIK apendikovezikostomií. Zprůchodnění apendikovezikostomie jsme indikovali i přes schopnost nemocné cévkovat se cestou neohrdla a uretry. Pro nemocnou je zavedení cévky stomatem snadněji proveditelné, předchází možnému infikování neoveziky během zavádění cévky neouretrou z okolí poševního introitu a je bezpečnější stran možnému poranění střevního segmentu neoveziky zaváděnou cévkou.

- 2) 25letá primipara s primárně exstrofií měchýře, po augmentaci coekoleálním detubulizovaným střevním segmentem a apendikovezikostomií dle Mitrofanoffa v pravém hypogastriu v roce 1994. Od provedené augmentace byla dispenzarizována s USG projevy chronické oboustranné dilatace kalichopánvičkových systémů (KPS) (vpravo/vlevo: pánvička 17×12×10 mm/24×15×13 mm, kalichy 12 mm/10 mm, parenchym 4 mm/8 mm), oboustrannou nefropatií, nefrologem potvrzenou na statické scintigrafii ledvin 2015. Od roku 2004 postupný rozvoj chronického ledvinného selhání (CKD) (2015 kreatininemie 156 μ mol/l, GF 0,9 ml/s). V krevním obraze lehká sekundární hypochromní anémie (111 g Hb/l), v močovém sedimentu při ČIK s chronickým nálezy leukocyturie, klinicky asymptomatic