

**Tab. 2.** Průběh porodu

**Tab. 2.** The course of delivery

nemocná	1	2	3	4
porodu	SC 37+2	SC 31+6	SC 25+4	SC 38+3
kožní řez	HSL	HSL	HSL	HSL
incize dělohy	transfundálně	transfundálně	transfundálně	transfundálně
hysterektomie	-	-	+	-
marsupializace cysty	-	-	-	+
plod	živý	živý	živý, FRR	živý

Legenda: SC – sectio caesarea, HSL – horní střeň laparotomie, FRR – fetální růstová restrikce

**Tab. 3.** Poporodní stav matek a novorozenců

**Tab. 3.** The postpartum status of mothers and newborns

stoma	nutná plastika vchodu	bez poruchy	bez poruchy	bez poruchy
litiáza veziky	-	-	+ endotripse	-
CKD	-/-/-	III_/IV_/III	I-II_/IV_/II-III	-/-/-
adnexotomie	-	-	+ (ZCT)	-
novorozenec	živý_prospívá	živý_prospívá	umrtí	živý_prospívá
VVV	-	-	-	-

Legenda: CKD – chronická ledvinná insuficience, ZCT – zralý cystický teratom, VVV – vrozená vývojová vada

stomii (doporučení cévkování touto cestou identicky viz nemocná 1). Novorozenec byl USG screeningem bez průkazu VVV, prospívající. Dimise obou pátý den po porodu.

V tabulce 1 jsou souhrnně uvedeny příčiny vedoucí k augmentaci měchýře, použitý střevní segment, USG stav močových cest (před/během/po graviditě), nutnost/typ intervence a stav stomatu v průběhu těhotenství, přítomnost infektu v moči DMC (leukocyturie)/HMC (pyelonefritida), projevy preeklampsie.

## VÝSLEDKY

Porod u všech našich gravidních byl indukován, veden SC, přístupem ze střední horní laparotomie (Obr. 3), plod byl vybaven transfundálně, u jedné nemocné bylo vynuceno provedení hysterektomie pro závažné chirurgicky neošetřitelné krvácení po vybavení plodu. U jedné nemocné ošetřena marsupializací prokrváčená cysta ovaria vpravo. Ve všech čtyřech případech šlo o živého novorozence, u tří byl poporodně nekomplikovaný průběh (Obr. 4), u jednoho těž-



**Obr. 4.** Zdravý novorozenec matky s exstrofií měchýře po jeho střevní augmentaci

**Fig. 4.** A healthy newborn of the mother with bladder exstrophy after its intestinal augmentation (Fotografie novorozence uveřejněna se souhlasem matky.)

ce hypotrofičného novorozence s patologickým Apgar skorem i přes intenzivní neonatologickou péči progredovalo multiorgánové selhávání s úmrtím po týdnu resuscitační neonatologické péče na kardiální selhání.

V tabulce 2 je souhrnně uvedeno vedení porodu, týden gestace, typ kožní incize, incize dělohy, provedení vynucené peroperační hysterektomie, ošetření ovariální cysty, stav plodu.