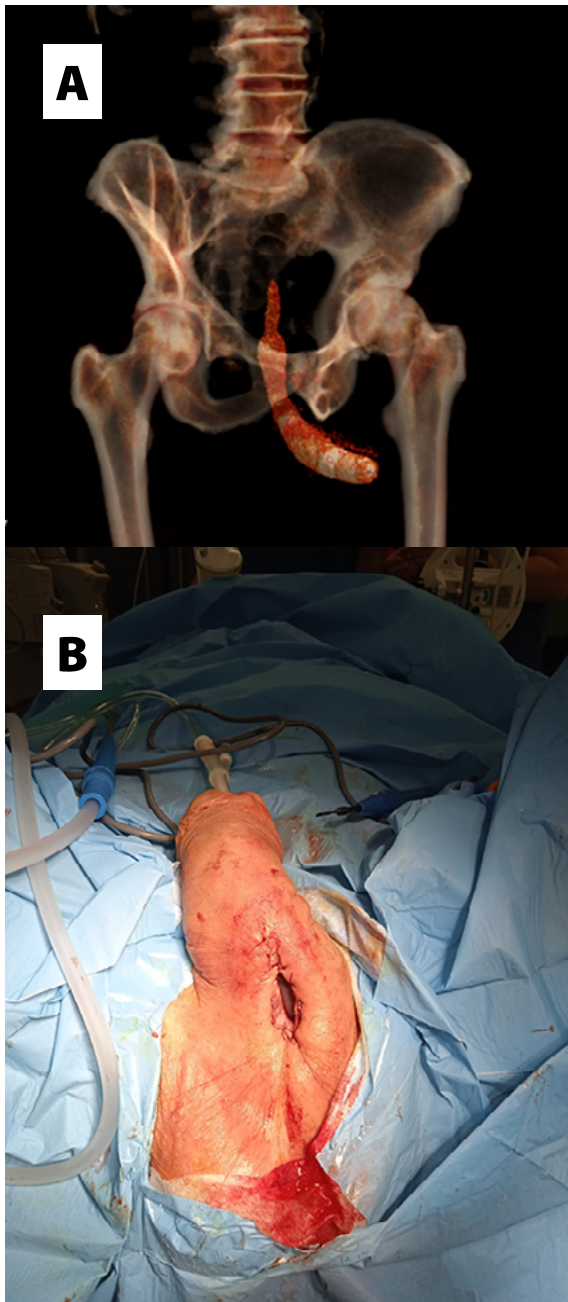




Obr. 3. Nativní CT po zavedení cizího tělesa (vibrátoru) do uretry (a); revize uretry s jeho odstraněním a marsupializací uretry (b); převzato z (8)

Fig. 3. Non-contrast CT after foreign body (vibration device) insertion to the urethra (a); urethral revision with its extraction and urethral marsupialisation (b); adapted from (8)

rupturu. V těchto případech stačí zavedení močového katétru, případně v kombinaci s epicystostomií. Opět se délka zavedení drenáže močových cest a případná rentgenová (endoskopická) kontrola po jejím odstranění odvíjí od vstupních nálezů

a vývoje stavu v průběhu hojení. Pohybuje se od jednoho až dvou týdnů u nejlehčích poranění až po několik týdnů u těch těžších. Drenáže je nutno v těchto případech měnit častěji než u pacientů s intaktní sliznicí. Je nutno zdůraznit, že i v případě inkompletní ruptury přední uretry je nutno zvážit operační řešení, a to zejména v případech poranění okolních tkání (ruptura corpus cavernosum, rozsáhlé hematomy či rány v oblasti zevního genitálu) nebo při riziku kontaminace hojících se tkání (opakované výkony v anamnéze, trvalé zavedená drenáž dolních močových cest, přítomnost píštělí apod.). Uzávěr sliznice a podslizniční tkáň se provádí vstřebatelnými stehy, po němž následuje zavedení drenáže dle výše uvedených pravidel. V případě větších defektů stěny nebo při zánětlivých změnách v okolí se provádí její marsupializace a poškozená část se rekonstruuje po zhojení poranění při zavedené epicystostomii (8) (Obr. 3). Katétr se v těchto případech ponechává jen na přechodnou dobu do ústupu otoku a rezorpce hematomů, zánětlivých ložisek a sekundárních nekrotizací. Tupá poranění s kompletní rupturou stěny uretry po celém obvodu se optimálně řeší resuturou a zavedením drenáže (katétr a epicystostomie). V případě přední uretry je indikována časná rekonstrukce. V zadní nebo membranózní uretře lze použít tzv. re-alignment (narovnání průběhu a přiblížení okrajů uretry), kdy se oba konce, obvykle pod endoskopickou kontrolou, co nejvíce sblíží a nechají zahojit na zavedeném močovém katéttru (9). Tento způsob může v případě prosakování moče, nefyziologické trakci a možnému riziku infekce vést k vyššímu výskytu komplikací a trvalých následků než u resutury. Znovu je potřeba připomenout, že situace nemusí umožnit resuturu a re-alignment je lepší, než ponechání uretry ke spontánnímu zhojení bez jakékoliv instrumentace. Vzhledem k nízké prioritě řešení v rámci závažných stavů stačí v akutní fázi zavedení epicystostomie v případě intaktního močového měchýře. Navíc se časná rekonstrukce (do 48 hodin) nedoporučuje pro nízkou úspěšnost a velmi významné riziko závažných komplikací. Bylo prokázáno, že zavedená epicystostomie nezvyšuje riziko infekčních komplikací zevních pánevních fixací (10). Jinak se postup zajištění suprapubické