



Rycina 26.1 (a-c) Połączenie moczowodu po jego przecięciu lub po wycięciu zniszczonego odcinka.

monitorowanie ewentualnego wycieku moczu przez pierwszych parę dni.

#### Uszkodzenie części dystalnej moczowodu

Ten rodzaj uszkodzenia często występuje w trakcie zabiegów ginekologicznych. Różni się od uszkodzeń części miednicznej tym, że trudno jest uruchomić moczowód w sposób umożliwiający jego zespolenie bez napięcia. W takiej sytuacji najczęściej stosowaną metodą jest wykonanie nowego miejsca wejścia do pęcherza; zniszczona dalsza część może być wycięta lub podwiązana. Moczowód powinien być wszczepiony z zastosowaniem mechanizmu zabezpieczającego przed wstecznym odpływem, co wymaga otwarcia pęcherza moczowego.

#### Operacja

- *Przygotowanie moczowodu.* Zniszczony bliższy i dalszy koniec moczowodu musi być „odświeżony” przez usunięcie zniszczonych lub martwiczych tkanek. Moczowód jest uruchamiany na krótkim odcinku, a końcowy odcinek jest podciągany do pęcherza.
- *Ocena napięcia moczowodu i mobilności pęcherza.* Jeżeli stwierdza się jakiegokolwiek napięcie moczowodu, to należy uruchomić pęcherz moczowy poprzez odpreparowanie go od spojenia łonowego lub należy rozważyć podciągnięcie pęcherza w kierunku moczowodu (tzw. *psoas hitch*), lub wytworzenie płata techniką Boariego.
- *Psoas hitch.* Ta prosta technika polega na przszywaniu pęcherza do mięśnia biodrowo-łędźwiowego po stronie przeszczepianego do pęcherza moczowodu, co powoduje uniesienie pęcherza i skrócenie odległości między pęcherzem a moczowodem, który ma zostać zespolony (ryc. 26.3).



Rycina 26.2 Prawidłowo założony cewnik *double J*. Zgoda na publikację: Boston Scientific Corporation.

- *Operacja Boariego (Boari-Ockerblad flap).* W sytuacji, kiedy niezbędne jest usunięcie dużego fragmentu końcowej części moczowodu, stosowana jest technika Boariego, umożliwiająca „mostkowanie” tkanek pęcherza i uzyskanie zadowalających warunków do zespolenia. Najbardziej istotnym elementem przy stosowaniu tej techniki jest zwrócenie uwagi na to, aby uzyskany płat nie był zbyt wąski (ryc. 26.4). Bardzo łatwo jest bowiem zapomnieć o związku szerokości płata z szerokością powstającej z niego tulei. Wykonanie płata jest łatwiejsze w przypadku wypełnionego pęcherza, dlatego przed nacięciem zawsze warto pęcherz wypełnić. Następnie wykonuje się nacięcie przedniej ściany w kształcie litery U, a dalszy odcinek moczowodu jest przyszywany bezpośrednio do jego końca lub wprowadzany podśluzówkowo (tunelowanie). Na rycinach 26.4