

Hamiləlik və urolitiaz

Rzaquliyeva L.M.*, Əkbərbəyova S.Ə.

*e-mail: leyla_rzakuliyeva@mail.ru

Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri təkmilləşdirmə institutu Mamalıq və ginekologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan Respublikası

Klinik məlumatlar və ədəbiyyatın analizi əsasında sidik daşı xəstəliklə hamilə qadınların müayinə alqoritmi əsaslandırılmışdır. 12 ilə 36 həftəlik hamiləliyi olan 73 qadınlarda urolitiaz diaqnozu klinik şəkil, sidiyin analizində mikroskopik hematuriyanın olması, və böyrək və sidik kisəsi daxil olmaqla transabdominal ultrasəs nəticələri əsasında qoyulmuşdur. 8,2% hamilələr I trimestr, 41,1% II trimestr və 50,7% III trimestrdə idilər. USM görə 87,7% halda daşlar sidik axarında, 9,6% halda ləyəndə və 2,7% halda kəsəcıqda yerləşmişdir. Konservativ müalicə alan 73 hamilə qadınlardan 58-də daşlar eyni zamanda çıxarıldı, 4 və 5 hamilə doğuşdan sonra intrakorporal və ekstrakorporal litotripsiyaya məruz qaldı. Şübhəli böyrək sancısı olan hamilə qadınların ultrasəs müayinəsi effektiv diaqnostik prosedurdur. Konservativ müalicə seçim müalicə metodu olaraq qalır.

Açar sözlər: urolitiaz, hamilə qadınlar, ultrasəs müayinəsi, konservativ müalicə.

Yer kürəsinin əhalisinin sağlamlıq vəziyyətinin qlobal dəyişiklikləriylə əlaqədar urolitiaz və ya sidik daşı xəstəliyinin (SDX) sosial əhəmiyyəti son zamanlar yeni aktuallığı əldə edir. 20 yaşdan 40 yaşa qədər əmək qabiliyyətli əhalidə SDX-nin yayılması ən azı 3% təşkil edir [1-3].

Urolitiaz uroloji xəstələnməsinin strukturunda aparıcı yer tutaraq endemik xarakter daşıyır. Azərbaycan SDX-ə görə endemik zonalarından biridir [4-6]. Urolitiazın endemikliyi yalnız müəyyən bir bölgənin iqlim şəraiti ilə əlaqələndirilmir. Dünyada xəstəliyin yayılmasına mənzil və iqtisadi amillər, genetik səbəblər, əhalinin cinsi və irqi təsir göstərir [2, 3]. Azərbaycanın müxtəlif bölgələrində aparılmış epidemioloji araşdırmalara görə, SDX daha çox bədənin artıq çəki olmasında, həm də qadınlarda yaş qrupunda 16-dan 30-a qədər, yəni reproduktiv yaşda, daha çox aşkar edilir [5, 6].

Hamiləliyin və doğuşun gedişatını ağırlaşdıran ekstragenital xəstəliklər arasında böyrəklərin patologiyası, tezliyə görə yalnız ürək-damar xəstəliklərindən sonradır [7, 8]. 2009-2011-ci illərdə Bakı şəhərində aparılan hamilə qadınlarda böyrək xəstəliklərinin

quruluşu və dinamikasına dair aparılan tədqiqatlar göstərdi ki, urolitiazın xüsusi çəkisi 3,2% təşkil edirdi [1]. Hamiləlik zamanı sidik sistemində anatomik, topoqrafik və funksional əlaqələr mexaniki, neyrohumoral, toksik, endokrin amillər nəticəsində dəyişir. Bu, sidik axınının pozulmasına və durğunluğuna şərait yaradır, böyrək xəstəliyinin başlanmasına və ya kəskinləşməsinə səbəb olur. Hamiləlik dövründə urolitiazın düzgün və sürətli diaqnozu həlledici əhəmiyyətə malikdir, çünki böyrək sancısı döl membranların vaxtından əvvəl pozulma riskinin artması və vaxtından tez doğuş ehtimalının 80% -ə qədər artması ilə əlaqələndirilir [9]. Hamilə qadınlarda urolitiaz yalnız diaqnostik problem deyil, həm də hamiləliyin aparılmasının dilemmasıdır.

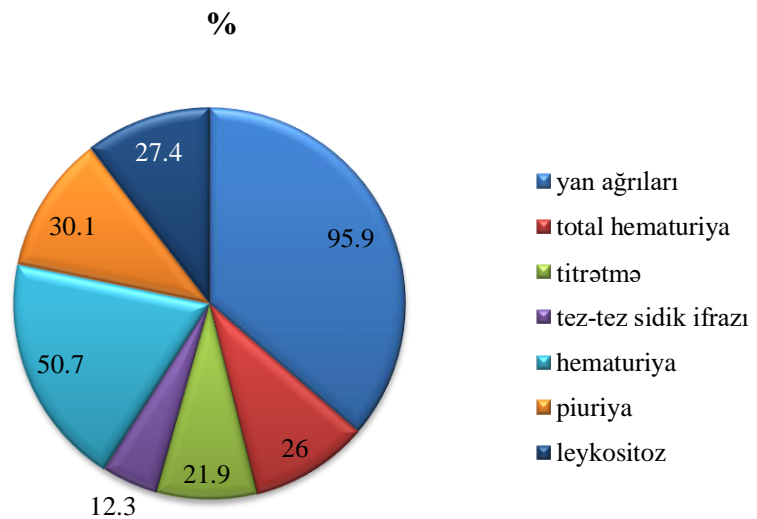
Tədqiqatın məqsədi – klinik məlumatlar və ədəbiyyatın analizi əsasında sidik daşı xəstəliklə hamilə qadınların müayinə alqoritmini əsaslandırmaq.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat 2014-2018-ci illər ərzində müşahidə dövrü 12 ilə 36 həftəlik hamiləliyi olan 73 qadının klinik məlumatlarına əsaslanır. Tədqiqat Helsinki Bəyannaməsinin prinsiplərinə uyğun aparılmışdır. Xəstələrin hamısı tədqiqatda iştirak etməyə yazıllı surərdə razılıqlarını bildirdilər. Hamilə qadınlarda SDX-in diaqnozu klinik şəkil, sidiyin analizində mikroskopik hematuriyanın olması, və böyrək və sidik kisəsi daxil olmaqla transabdominal ultrasəs müayinəsinin (USM) nəticələri əsasında qoyulmuşdur. Hamiləliyin ağırlaşmaları, o cümlədən vaxtından əvvəl doğuş, membranların vaxtından əvvəl qopması və preeklampsiya və doğuşun tipləri nəzərə alınmışdır. Dölün vəziyyəti mamalıq müayinələri yolu ilə qiymətləndirilmişdir. Müayinə və baxışların nəticələri hər pasiyentin müayinə kartında qeyd edilmiş və sonra fərdi kompüterdə statistik məlumat bazasına daxil edilirdi. USM 2 MHz tezliklə Toshiba Xcario SSA-660A (Toshiba, Yaponiya) aparatında aparılmışdır.

Alınan məlumatların statistik təhlili "Microsoft Office 2016", "Excel 2016" tətbiq paketində variasiya statistikasına metodlarına uyğun olaraq aparılmışdır. Arifmetik orta və orta səhvin ($M \pm m$) hesablanması ilə normal bir paylama ilə miqdarın kəmiyyət təsviri aparıldı.

Nəticələr və onların müzakirəsi. Qadınlar 24 yaşdan 37 ilə qədər idilər, orta yaş – $29,8 \pm 3,05$ il. Müayinə olunan hamilələrdə 29-u (39,7%) ilk hamilələr, 44-ü (60,3%) təkrar hamilə idi, onlardan 34 (46,6%) qadında fizioloji doğuş, 10-a (13,7%) isə abdominal doğuş olmuşdur.

Məlumdur ki, fizioloji hamiləlik sidik yolları sistemindəki funksional dəyişikliklərlə xarakterizə olunur. Onlar erkən müddətlərdən (6-8 həftə) başlayır, 19-20 həftəyə maksimuma çatırlar və 28 həftəyə azalırlar [7, 8]. Müşahidə altında olan hamilələrin 6-sı (8,2%) I trimestr, 30 (41,1%) II trimestr və 37 (50,7%) III trimestrdə idilər. Qadınların klinik xüsusiyyətləri şəkl. 1-də göstərilmişdir.



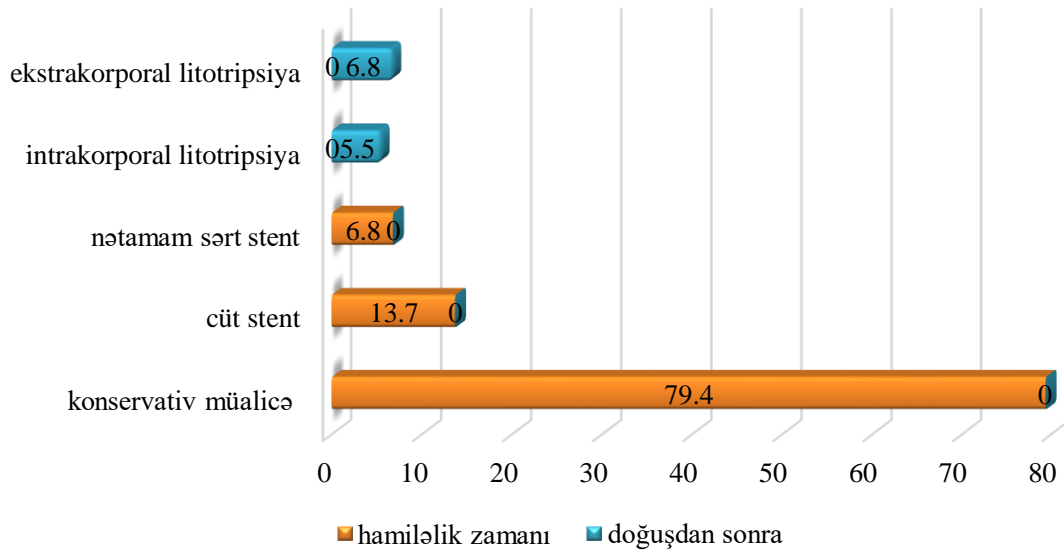
Şəkl. 1. Simptomların və laborator göstəricilərinin tezliyi.

Yan ağrı 70 qadında ən çox rast gəlinən klinik təzahürü idi, ümumi hematuriya, titrəmə və tez-tez sidik ifrazı müvafiq olaraq 19, 17 və 9 xəstədə müşahidə edildi. Laboratoriya müayinələrində 37 halda mikroskopik hematuriya, 22 halda piuriya və 20 halda leykositoz (ağ qan hüceyrələrinin sayı $>10,000$ ⁹/l) aşkar edilmişdir.

Diaqnostik təsvir transabdominal USM-ə əsaslanmışdır. USM görə 64 (87,7%) halda daşlar sidik axarında, 7 (9,6%) halda ləyəndə və 2 (2,7%) halda kəsacığda lokallaşdırılmışdır. Altı (8,2%) hamilədə sidik axarlarının ikitərəfli daşları qeyd edilirdi.

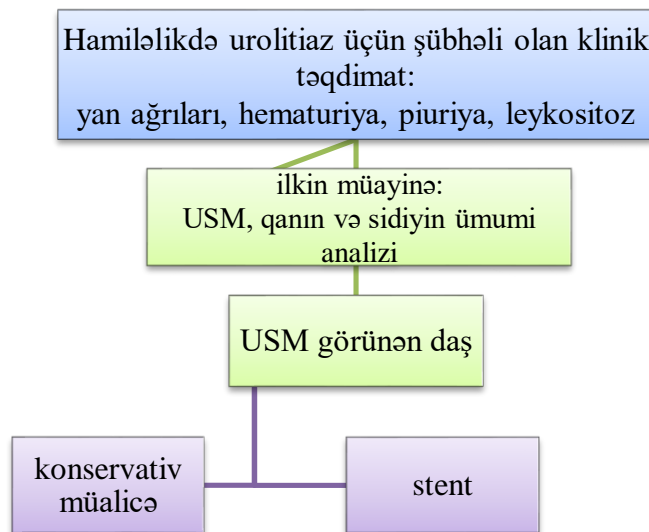
Hesab edilir ki, daşların çoxu özbaşına konservativ, venadaxili mayelər və anesteziya ilə gözlənilən müalicə ilə keçir. Buna görə ağır urolitiaz olan xəstələrdə hər zaman konservativ müalicə göstərilir [9, 10]. Qeyd edək ki, konservativ və ya cərrahi müalicəyə dair qərar bir çox amillərə əsaslanır: daşların ölçüsü, lokalizasiya yeri, sidik yolundakı struktur dəyişikliklərinin və iltihab prosesinin aktivliyi. Üstünlük konservativ müalicə üsuluna və ya minimal invaziv əməliyyata verilir. Radikal əməliyyat üçün göstərişlər sərt idi, çünki söhbət yalnız daşın çıxmasından getmir, həm də hamiləliyin saxlanılmasından da gedir.

Biz bütün xəstələrdə müalicəni əvvəlcə konservativ aparmışıq. On (13,7%) xəstədə davamlı ağrı və ya sidik yollarının infeksiyasına qarşı uretral cüt J-stent qoyulmuşdur. Bunlardan titrəmə ilə 4 qadında ikiqat J-stent mənfəi olduğuna görə, doğuşdan sonra epidural anesteziya altında ureteroskopik litotripsiya ilə müalicə edildi. Həmçinin, 5 (6,8%) qadına sidik axarın dilatasiyası olmadan nətamam sərt (6F) ureteroskop istifadə edildi və hər halda, qeyri intrakorporal, yəni ekstrakorporal litotripsiya tələb olundu (şək. 2).



Şək. 2. Urolitiazla hamilələrin aparılmasında istifadə edilmiş müalicə metodları.

Beləliklə, konservativ müalicə alan 73 hamilə qadıncan 58-də daşlar eyni zamanda çıxarıldı, 4 və 5 hamilə doğuşdan sonra intrakorporal və ekstrakorporal litotripsiyaya məruz qaldı. Əldə edilmiş nəticələrə və ədəbiyyat məlumatlarına əsasən, urolitiazlı hamilə qadınların müayinəsi üçün aşağıdakı qısa alqoritmi təklif edirik (şək. 3).



Şək. 3. Urolitiazlı hamilələr üçün müayinə alqoritmi.

Tədqiqatda iştirak edən 52 (71,2%) hamilədə fizioloji doğuş, 21 (28,8%) qadıncan

isə abdominal doğuş baş verdi. Doğuşdan sonraki dövr fəsadsız keçdi. Yenidoğulmuşların hamısı sağlam idi.

Biz tədqiqat zamanı hamilələrdə rentgenoloji metodlarının tətbiqini məhdudlaşdırdıq və köhnə rentgenoqramalardan istifadə etmişik. Qeyd etmək lazımdır ki, həm ekskretor uroqrafiya və həm də gücləndirilməmiş bilgisayarlı tomoqrafiya, dölün şüalanmasının əhəmiyyətli dozasına gətirib çıxara bilərlər.

Hamilə qadınlarda urolitiaz diaqnozu klinik şəkil, hematuriyanın mövcudluğu və müxtəlif radioqrafik görüntü metodlarının nəticələrinə əsaslanır. Urolitiazla hamilələrinin diaqnostikasında USM böyük kömək göstərir. Bu müayinə hamiləlik zamanı seçim diaqnostik vasitədir. Tədqiqatımızda daşların, demək olar ki hamısı, ultrasəs ilə aşkarlandı. Böyrəklərin USM-si ağır dərəcəli xəstələrdə əsas təsviri metodu olaraq qalır, çünki onun istifadəsi kompüter və ya maqnit rezonans tomoqrafiyadan fərqli olaraq dölü teratogen radiasiya riskindən qoruyur.

Əldə edilmiş nəticələrimiz ədəbiyyata uyğundur [8, 9]. Ədəbiyyat məlumatlarına görə, hamiləlik dövründə metabolik tələbatın artması ilə eyni zamanda glomerular filtrasiyanın sürəti 50% -ə qədər fizioloji artım müşahidə edilir. Natrium, kalsium və sidik turşusunun sidik ifrazı sonradan artır. Hamilə qadınlarda hiperkalsiuriya, qismən glomerular filtrasiya sürətinin artması, habelə dölün ehtiyacı səbəb olduğu plasentada 1,25-dihidroxycholecalciferol istehsalına görə, yaranır. Bildirilir ki, yalnız doğuşqabağı əlavələri qəbul edən 15 sağlam hamilə qadınların hamısında hamiləliyin hər üç trimestrində hiperkalsiuriya aşkar edilmişdir. Əslində, yalnız hiperkalsiuriya, kalsium oksalatın həddindən artıq doydurulmasına imkan yaradır və bununla da potensial olaraq kalsium oksalat daşının yaranmasına imkan yaradır [9]. Beləliklə, hamilə qadınlarda kalsium fosfat daşının meydana gəlməsinə meyl gözləmək olar. Hamilə qadınlarda fosfat

daşlarının səviyyəsi eyni yaşda olan hamilə olmayan qadınlarla müqayisədə yüksəkdir [9, 10]. Daşların kortəbii keçmə tezliyinin 70-80% -ə çatdığı bildirilir, lakin səhv diaqnoz və zəif müşahidə səbəbindən hamiləlik dövründə bu say həddindən artıq qiymətləndirilə bilər [9]. Konservativ müalicə birinci dərəcəli terapiya hesab edilsə də, müəyyən yerlərdə daşların müalicəsi üçün daha uyğun ola biləcəyini qəbul etmək lazımdır və xəstə kifayət qədər rahatlaşma hiss etmədiyi təqdirdə daha aqressiv müalicə tələb olunur. Konservativ müalicə, hamiləlik dövründə urolitiazın ağırlaşmamış halları üçün müalicənin birinci sırada olaraq qalır. Amerika Uroloji Asosiasiyasının (AUA) təlimatları, klinik cəhətdən sağlam xəstələrdə spontan daş keçişini gözləyən konservativ müalicə ilə ilkin müalicəni təsdiqləyir [7, 10]. Bununla belə, urolitiazın müalicə strategiyaları inkişaf etməkdə davam edir və hamilə populyasiyasında ana ağrıların aradan qaldırmaq problemini həll etməklə yanaşı, dölün təsirlərini də nəzərə alınmalıdır.

Yekun. Urolitiazlı hamilə qadınların diaqnozu və müalicəsi klinik problem olaraq qalır. Şübhəli böyrək sancısı olan hamilə qadınların ultrasəs müayinəsi effektiv diaqnostik prosedurdur. Konservativ müalicə seçim müalicə metodu olaraq qalır.

ƏDƏBİYYAT – REFERENCES – ЛИТЕРАТУРА

1. Kadimova Sh.G. Algorithm for the early diagnosis and management of pregnant women with renal pathology // *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*. 2017; 9(8):1350-1354.
2. Raheem O.A., Khandwalab Y.S., Sur R.L., Ghanic K.R., Denstedtd J.D. Burden of Urolithiasis: Trends in Prevalence, Treatments, and Costs. 2017;3(1):18-26. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2017.04.001>
3. Wróbel G., Kuder T. The role of selected environmental factors and the type of work performed on the development of urolithiasis – a review paper // *Int J Occup Med Environ Health* 2019;32(6):761–775. <https://doi.org/10.13075/ijomh.1896.01491>
4. Джавадзаде С.М., Мирзоев И.М. Современные методы лечения урологических заболеваний у людей пожилого и старческого возраста // *Вестник хирургии Казахстана*. 2016;3:26-29.
5. Имамвердиев С.Б., Гусейнзаде Р.Т. Эпидемиологические факторы, способствующие формированию мочекаменной болезни среди населения Габалинского района Азербайджана // *Вестник Российской Военно-медицинской академии*. 2014;3(47):42-44.
6. Имамвердиев С.Б., Гусейнзаде Р.Т. Факторы риска мочекаменной болезни по данным Гусарского и Хачмазского районов Азербайджанской Республики // *Казанский медицинский журнал*. 2014;95(1):100-103.

7. Никольская И.Г., Новикова С.В., Бирюкова Н.В. и др. Мочекаменная болезнь и беременность // Российский вестник акушера-гинеколога. 2012;1:82-86.
8. Косимов М.М., Ходжамуродов А.М., Умарова З.И. Лечение и пути профилактики осложнений мочекаменной болезни у беременных / Доклады Академии Наук Республики Таджикистан. 2014;57(1):82-86.
9. Valovska M-T.I., Pais V.M.Jr. Contemporary best practice urolithiasis in pregnancy // Ther Adv Urol. 2018;10(4):127–138. <https://doi.org/10.1177/1756287218754765>
10. Ахмедова С.Г., Гринько О.В. Лечение мочекаменной болезни у беременных // Международный студенческий научный вестник. 2016; 4-2.: URL: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=16176>

РЕЗЮМЕ

Беременность и уролитиаз

Рзакулиева Л.М., Акпербекова С.А.

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, кафедра Акушерства и гинекологии, Баку, Азербайджан

Цель - обосновать алгоритм обследования беременных женщин с мочекаменной болезнью на основе клинических данных и анализа литературы. Под наблюдением находилось 73 женщин со сроком беременности от 12 до 36 недель. Диагноз мочекаменной болезни у беременных был поставлен на основании клинической картины, наличия микроскопической гематурии при анализе мочи и результатов трансабдоминального УЗИ, включая почки и мочевого пузыря. Средний возраст беременных $29,8 \pm 3,05$ лет. Клинические проявления уролитиаза: боли в боку (95,9%), тотальная гематурия (26,0%), лихорадка (21,9%), частое мочеиспускание (12,3%), микроскопическая гематурия (50,7%), пиурия (30,1%), лейкоцитоз (27,4%). В основном камни были локализованы в мочеточнике (87,7%). Лечение изначально было консервативным у всех пациентов. При этом камни отошли в 79,4% случаев. В 13,7% случаев поставлен уретральный, в 6,8% случаев - неполный жесткий стент. После родов в 5,5% случаев выполнена интракорпоральная, в 6,8% случаев – экстракорпоральная литотрипсия. На основании проведенного исследования можно констатировать, что УЗИ беременных с подозрением на почечную колику является эффективной диагностической процедурой. Консервативное лечение остается методом выбора.

Ключевые слова: уролитиаз, беременные женщины, ультразвуковое исследование, консервативное лечение

Summary

Pregnancy and urolithiasis

Rzaquliyeva L.M., Akperbekova S.A.

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliev,
Department of Obstetrics and Gynecology, Baku, Azerbaijan

The purpose is to justify the algorithm for examining pregnant women with urolithiasis based on clinical data and literature analysis. 73 women with a gestational age of 12 to 36 weeks were observed. The diagnosis of urolithiasis in pregnant women was made on the basis of the clinical picture, the presence of microscopic hematuria in the analysis of urine and the results of transabdominal ultrasound, including the kidneys and bladder. The average age of pregnant women is 29.8 ± 3.05 years. Clinical manifestations of urolithiasis: flank pain (95.9%), total hematuria (26.0%), fever (21.9%), frequent urination (12.3%), microscopic hematuria (50.7%), pyuria (30.1%), leukocytosis (27.4%). Basically, the stones were localized in the ureter (87.7%). Treatment was initially conservative in all patients. At the same time, the stones moved away in 79.4% of cases. In 13.7% of cases, the urethral was delivered, in 6.8% of cases – an incomplete rigid stent. After childbirth in 5.5% of cases, intracorporeal was performed, in 6.8% of cases – extracorporeal lithotripsy. Based on the study, it can be stated that ultrasound of pregnant women with suspected renal colic is an effective diagnostic procedure. Conservative treatment remains the method of choice.

Keywords: urolithiasis, pregnant women, ultrasound, conservative treatment.

Redaksiyaya daxil olub: 25.01.2020

Çapa tövsiyə olunub: 14.02.2020

Rəyçi: t.ü.e.d. P.M.Əliyeva