

Tab. 2. Poměr šancí, interval spolehlivosti a hodnoty *p* pro riziko sekundárních výsledků v těhotenství s litiázou ve srovnání s odpovídajícím těhotenstvím bez litiázy (26)

Tab. 2. Odds Ratio, confidence interval, and *p*-Values for the risk of the secondary outcomes in pregnancies with a kidney stone as compared with the matched pregnancies without a kidney stone

Výsledek	Poměr pravděpodobnosti (95% CI)	Zvýšení absolutního rizika (95% CI)	p
Předčasný porod ¹	1,70 (1,50–1,94)	4,32 % (3,10–5,54)	< 0,0001
Extrémní prematurita ²	1,20 (0,68–2,13)	0,08 % (-0,19 až 0,35)	0,534
Nízká porodní váha ³	1,52 (1,31–1,77)	2,61 % (1,56–3,66)	< 0,0001
Kojenecká úmrtí ⁴	1,20 (0,59–2,46)	0,05 % (-0,17 až 0,27)	0,618
PROM nebo předčasný PROM	1,18 (0,92–1,53)	0,38 % (-0,24 až 0,99)	0,202
Preeklampsie	1,42 (1,02–1,99)	0,44 % (0,03–0,91)	0,039
Císařský řez	1,39 (1,27–1,51)	6,85 % (4,99–8,70)	< 0,0001

¹Předčasný porod; < 37 týdnů těhotenství

²Extrémní prematurita; < 28 týdnů těhotenství

³Nízká porodní váha; hmotnost je < 2 500 g

⁴Kojenecká = úmrtí; úmrtí do 1 roku od data narození

CI = interval spolehlivosti; PROM = předčasný odtok plodové vody

Tab. 3. Typ a frekvence intervence u 2 863 těhotenství s litiázou (26)

Tab. 3. Type and frequency of kidney stone interventions in the 2863 pregnancies with a kidney stone

Typ intervence ¹	počet	%
Zavedení stentu	473	16,52 %
Založení perkutální nefrostomie	152	5,31 %
Ureteroskopie a lasertrypse	379	13,24 %

¹Pacienti mohli mít více než jednu intervenci.

váno s 17 171 těhotenstvími bez konkrementu. Výskyt symptomatických ledvinových kamenů v těhotenství byl zaznamenán u 0,2059 % (interval spolehlivosti [95% CI] 0,2055–0,2062). Primárním výsledkem bylo zjištění, že renální kolika s konkrementem během těhotenství má výrazně zvýšené riziko nežádoucích komplikací porodu ve srovnání s odpovídajícím těhotenstvím bez proběhlé ledvinové koliky (13,5 % vs. 8,8 %, poměr pravděpodobnosti 1,62, 95% CI 1,43–1,82, *p* < 0,0001). Sekundárním výsledkem bylo, že těhotenství s renální kolikou má výrazně zvýšené riziko nízké porodní hmotnosti, předčasného porodu, preeklampsie a ukončení těhotenství císařským řezem (tab. 2).

URETERÁLNÍ KATETRIZACE

Ureterální katetrizace je technika běžně ovládaná téměř všemi urology. Lze ji provádět pouze v lokální anestezii nebo sedaci, čímž se vyhneme rizikům spojeným s celkovou anestézií (4, 27). Zavedení JJ stentu má však několik nedostatků, včetně iritace močového měchýře, enkrustace stentu a možného vzniku infekce. Během těhotenství je často přítomna hyperurikosurie a hyperkalciurie, a proto je častější výskyt již zmíněné enkrustace stentu. Enkrustace je v těhotenství obzvláště znepokojující, protože na jejím podkladě může být během gravidity nutná opakovaná výměna stentu, kdy každý výkon představuje určitou míru rizika. S těhotenstvím může souviset i asymptomatická bakteriurie, která může být faktorem přispívajícím k enkrustaci. Vzhledem k tomuto je doporučováno měnit stenty každých 4–6 týdnů, aby se zabránilo enkrustaci (4, 5, 10). Je třeba poznamenat, že stenty mohou být dislokovány do močového měchýře kvůli dilataci močovodu během těhotenství. Mezi možné komplikace ureterální katetrizace patří vznik lumbagií a LUTS v důsledku vezikoureterálního refluxu a iritace stentem.