

# Farmakoterapie hypertenze v těhotenství

Renata Cífková<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centrum kardiovaskulární prevence 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

<sup>2</sup>II. interní klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

Hypertenze je nejčastější neporodnickou komplikací postihující zhruba 10% těhotenství. Hypertenze v těhotenství je klasifikována buď jako preexistující (chronická) nebo gestační, rozvíjející se po 20. týdnu těhotenství a obvykle ustupující do 6 týdnů po porodu. Systolický krevní tlak  $\geq 170$  mmHg nebo diastolický krevní tlak  $\geq 110$  mmHg jsou považovány za emergentní situaci a je indikována hospitalizace. Výběr antihypertenziva a cesta podání závisí na hodnotách krevního tlaku, gestačním stáří a předpokládaném termínu porodu. Podle současných evropských a českých guidelines je doporučeno zahájit farmakologickou léčbu hypertenze při hodnotách krevního tlaku  $> 140/90$  mmHg u gestační hypertenze (nezávisle na přítomnosti proteinurie), u gestační hypertenze nasedající na preexistující hypertenzi nebo u hypertenze provázené orgánovým poškozením zprostředkovaným hypertenzí nebo symptomy kdykoliv v těhotenství. Ve všech ostatních případech je možno medikamentózní léčbu zahájit až při dosažení hodnot krevního tlaku 150/95 mmHg. Metyldopa, labetalol a blokátory kalciových kanálů (zvláště nifedipin) jsou léky volby. Hypertenze v těhotenství je provázena vyšším rizikem rozvoje hypertenze a kardiovaskulárních onemocnění v pozdější fázi života.

**Klíčová slova:** klasifikace hypertenze v těhotenství, práh pro iniciaci farmakologické léčby hypertenze, metyldopa, labetalol, blokátory kalciových kanálů, hypertenze v těhotenství a následné kardiovaskulární riziko.

## Drug treatment of hypertension in pregnancy

Hypertension is the most frequent non-obstetric complication effecting about 10% of pregnancies. Hypertension in pregnancy is classified as either pre-existing (chronic) or gestational, developing after 20 weeks of gestation and usually resolving within 6 weeks postpartum. Systolic blood pressure  $\geq 170$  mmHg or diastolic blood pressure  $\geq 110$  mmHg are considered an emergency and hospitalization is indicated. The selection of antihypertensive drugs and the way they are administered depend on blood pressure values, gestational age and the estimated time of delivery. According to the current European and Czech guidelines, initiation of drug treatment is recommended at values  $> 140/90$  mmHg in women with gestational hypertension (with or without proteinuria), with pre-existing hypertension with the superimposition of gestational hypertension and with hypertension complicated by hypertension mediated organ damage or symptoms at any time during pregnancy. In all other cases, drug treatment may be postponed until blood pressure reaches 150/95 mmHg. Methyldopa, labetalol, and calcium antagonists (nifedipine in particular) are the drugs of choice. Hypertensive disorders of pregnancy are associated with a higher risk of developing hypertension later in life as well as cardiovascular disease.

**Key words:** classification of hypertension in pregnancy, threshold for initiating drug treatment of hypertension in pregnancy, methyldopa, labetalol, calcium antagonists, hypertension in pregnancy and subsequent cardiovascular risk.

Hypertenze v těhotenství je nejčastější neporodnickou komplikací, která provází přibližně 10% těhotenství. Vzhledem k nárůstajícímu věku a obezitě těhotných žen je pravděpodobný její nárůst. Definice hyper-

tenze v těhotenství je stejná jako definice hypertenze mimo těhotenství, tj. systolický krevní tlak (TK)  $\geq 140$  mmHg či diastolický TK  $\geq 90$  mmHg (1, 2). Vyšší hodnoty TK je třeba naměřit opakovaně, ideálně při dvou

různých příležitostech, v případě závažné hypertenze min. v odstupu 15 min. V porodnické literatuře je závažná hypertenze obvykle definována jako hodnoty TK  $\geq 160/110$  mmHg (1).

prof. MUDr. Renata Cífková, CSc.

Centrum kardiovaskulární prevence 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha  
renata.cifkova@ftn.cz

Cit. zkr: Klin Farmakol Farm 2023;37(2):59-63

Článek přijat redakcí: 27. 3. 2023

Článek přijat k publikaci: 15. 6. 2023