

nální, biofyzikální (hodnota středního arteriálního tlaku těhotné ženy a hodnota pulzatilního indexu v děložních tepnách při dopplerovském ultrazvukovém vyšetření) a faktory biochemické (hodnota placentárního růstového faktoru, PIGF) (7). U žen se zvýšeným rizikem preeklampsie má být zahájeno podávání nízké dávky kyseliny acetylsalicylové.

Farmakologická léčba hypertenze v těhotenství

Léčba hypertenze v těhotenství závisí na hodnotách krevního tlaku, gestačním stáří a přítomnosti dalších rizikových faktorů u matky a plodu. U všech antihypertenziv bylo prokázáno nebo se předpokládá, že procházejí placentou a vstupují do fetálního oběhu. U žádného z rutinně podávaných antihypertenziv nebyl prokázán teratogenní účinek, ale inhibitory ACE a AT₁-blokátory jsou fetotoxické, proto je jejich podávání v těhotenství striktně kontraindikováno (1, 2).

Většina stávajících doporučení pro léčbu hypertenze v těhotenství není podložena důkazy z velkých klinických studií, nýbrž se jedná o názor expertů (expert committee opinion).

Kdy zahajovat farmakologickou léčbu hypertenze v těhotenství

Existuje konsenzuální shoda, že závažná hypertenze (hodnoty TK $\geq 160/110$ mmHg) má být medikamentózně léčena. Systolický krevní tlak ≥ 170 mmHg či diastolický krevní tlak ≥ 110 mmHg u těhotných musí být považován za závažnou situaci s nutností hospitalizace.

Klinické studie u mírné až středně závažné hypertenze (TK 140–169/90–109 mmHg) v těhotenství nejčastěji zahrnuly relativně malý počet pacientek a s výjimkou jediné studie s methylodopou chybí longitudinální sledování (8, 9). Opakovaně provedené systematické analýzy (Cochrane Database of Systematic Reviews) (10–13) prokázaly snížení rizika rozvoje závažné hypertenze zhruba o 50%. Ostatní sledované parametry jako je rozvoj preeklampsie, úmrtí plodu nebo novorozence, narození dítěte small-for-gestational age nebo předčasný porod (do 37. týdne těhotenství) nebyly ovlivněny. Poslední metaanalýza zahrnující 72 studií a 6 923 žen s nezávažnou hypertenzí (140–169/90–109 mmHg) ukázala, že obvykle předepisovaná antihypertenziva

Tab 3. Zahájení medikamentózní léčby hypertenze (1, 2)

Okamžitě
STK > 170 mmHg nebo DTK > 110 mmHg s příznaky
Po 1–2 hodinách observace
STK > 170 mmHg nebo DTK > 110 mmHg bez příznaků
Po 24–48 hodinách observace
STK > 140 mmHg nebo DTK > 90 mmHg kdykoliv v těhotenství u
■ gestační hypertenze (nezávisle na proteinurii)
■ preexistující hypertenze s „naroubovanou“ gestační hypertenzí
■ hypertenze s orgánovým poškozením nebo symptomy (bolest v epigastriu, poruchy vidění nebo silné bolesti hlavy) kdykoliv v těhotenství
STK > 150 mmHg nebo DTK > 95 mmHg za všech ostatních okolností

v těhotenství snižují riziko závažné hypertenze a že labetalol může navíc snížit proteinurii, riziko preeklampsie a úmrtí plodu nebo novorozenců (14).

Nedostatek důkazů pro stanovení prahové hodnoty TK pro iniciaci antihypertenzní léčby odráží Tab. 2. Zatímco některé odborné společnosti doporučují zahájit medikamentózní léčbu hypertenze při hodnotách TK $\geq 140/90$ mmHg, jiné až při hodnotách TK $\geq 160/110$ mmHg (15).

Současná evropská (1, 2) i česká guidelines (16) doporučují zahájit farmakologickou léčbu hypertenze při prahových hodnotách systolického krevního tlaku 140 mmHg nebo diastolického krevního tlaku 90 mmHg za těchto situací:

- gestační hypertenze (nezávisle na přítomnosti proteinurie),
- gestační hypertenze nasedající na preexistující hypertenzi,
- hypertenze v přítomnosti doprovodných onemocnění,
- hypertenze provázená orgánovým poškozením zprostředkovaným hypertenzí nebo za přítomnosti symptomů (bolest v epigastriu, poruchy vidění nebo silné bolesti hlavy) kdykoliv v těhotenství.

Za všech ostatních situací je doporučováno zahájit medikamentózní léčbu hypertenze při prahových hodnotách systolického krevního tlaku 150 mmHg nebo diastolického krevního tlaku 95 mmHg (Tab. 3).

V dubnu 2022 byla publikována otevřená multicentrická randomizovaná studie Chronic Hypertension and Pregnancy (CHAP), jejímž cílem bylo zhodnotit přínos a bezpečnost antihypertenzní léčby u mírné pre-existující hypertenze v těhotenství (17). Do studie bylo zařazeno 2 408 žen, které byly

náhodným způsobem zařazeny buď do skupiny aktivně léčené (s cílem dosáhnout TK < 140/90 mmHg) nebo do kontrolní skupiny, ve které byla antihypertenzní medikace snížena nebo zcela vysazena při randomizaci; léčba byla znovu zahájena v případě závažné hypertenze (TK $\geq 160/105$ mmHg). Primární sledovaný parametr zahrnoval preeklampsii provázenou závažnými příznaky, předčasný porod (do 35. týdne těhotenství), abrupci placenty nebo úmrtí plodu nebo novorozence. Primárním bezpečnostním parametrem byla růstová retardace plodu. Mezi sekundární sledované parametry bylo zařazeno úmrtí matky nebo závažné komplikace. Pacientky byly zařazeny do studie do 23. týdne těhotenství a ženy, které užívaly více než jedno antihypertenzivum nesplňovaly kritéria pro zařazení. Upřednostňovanými léky byly labetalol nebo nifedipin XL. Průměrný rozdíl v hodnotách TK mezi oběma skupinami byl sice relativně malý 3,1/2,3 mmHg, ale byl provázen 18 % snížením primárního sledovaného parametru v aktivně léčené skupině. Závažná hypertenze se rozvinula méně často v aktivně léčené skupině, nedošlo k rozvoji cévní mozkové příhody v žádné z obou skupin.

Studie CHAP je natolik významná, že American College of Obstetrician and Gynecologists vydala praktický návod, kterým na základě výsledků studie CHAP doporučuje iniciovat léčbu chronické hypertenze v těhotenství při prahových hodnotách 140/90 mmHg ve srovnání s dříve doporučovanými 160/110 mmHg. Pacientky, které na počátku těhotenství užívají antihypertenziva, tak mohou v léčbě pokračovat. Je velmi pravděpodobné, že výsledky studie CHAP sníží prahovou hodnotu pro iniciaci léčby preexistující hypertenze v těhotenství