

HYPERTENZE V TĚHOTENSTVÍ

MUDr. Yvona Hřčková¹, MUDr. Hana Šarapatková²

¹I. interní klinika FN Olomouc, ²Endokrinologická a interní ordinace, Olomouc

V našich interních ambulancích se s těhotnou hypertoničkou nesetkáváme každý den. V kardiologické ambulanci je setkání častější. Nejčastěji se však s tímto problémem potýká internista konsiliář.

Hypertenze v těhotenství zůstává hlavní příčinou mateřské, fetální a novorozenecké morbidity a mortality ve vyspělých i méně vyspělých zemích. Hypertenze zvyšuje riziko komplikací pro matku i plod.

V průběhu fyziologicky probíhajícího těhotenství klesá systolický krevní tlak o 4–6 mm Hg a diastolický krevní tlak o 8–15 mm Hg. Hodnoty krevního tlaku jsou nejnižší v polovině těhotenství, dále pozvolna stoupají a v období kolem porodu dosahují hodnoty před otěhotněním. Takto se chovají hodnoty tlaku krevního u normotoniček, hypertoniček i u těhotných s hypertenzí nově vznikající v těhotenství.

Definice hypertenze

Definice hypertenze v těhotenství není jednotná. V současné době se definuje na základě absolutních hodnot krevního tlaku (tj. systolický 140 mm Hg a diastolický 90 mm Hg). Dle doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi.

Klasifikace hypertenze

Klasifikace hypertenze v těhotenství není také jednotná. Používá se několik dělení dle toho, zda jde o literaturu pro gynekology či internisty. Nejdůležitější je rozhodnout, zda předcházela těhotenství (**preexistující hypertenze**), či zda se jedná o hypertenzi vzniklou v těhotenství (**gestační hypertenze**).

A. Preexistující hypertenze

Hypertenze předcházející graviditu nebo diagnostikovaná před 20. týdnem těhotenství většinou přetrvává déle než 42 dní po porodu. Může být provázena proteinurií:

1st	esenciální
2nd	sekundární

B. Gestační hypertenze

Hypertenze vzniká v průběhu těhotenství, nejčastěji po 20. týdnu těhotenství, ve většině případů vymizí do 42 dnů po porodu.

1st	bez proteinurie • „hypertenze indukovaná těhotenstvím“, „tranzientní hypertenze“ a „neproteinurická hypertenze“ • exkrece proteinu ve 24hodinovém vzorku moči je < 0,3 g/den.
2nd	s proteinurií • odpovídá dřívější definici „preeklampsie“, „preeklamptická toxemie“ a „toxemie“ • exkrece proteinu ve 24hodinovém vzorku moči je > 0,3 g/den.

C. Preexistující hypertenze + „naroubování“ gestační hypertenze s proteinurií

Preexistující hypertenze provázená dalším vzestupem TK a exkrece proteinu ve 24hodinovém vzorku moči > 3 g/den po 20. týdnu těhotenství. Odpovídá dřívější definici jako „chronická hypertenze s naroubovanou preeklampií“.

D. Neklasifikovatelná před porodem

Hypertenze s nebo bez systémové manifestace, pokud byl tlak měřen poprvé po 20. týdnu těhotenství. Ověření je nutné 42. den nebo po 42. dnu po porodu. Pokud hypertenze vymizí, pak je nutná reklasifikace jako gestační hypertenze s nebo bez proteinurie; pokud hypertenze přetrvává, je nutná reklasifikace jako preexistující hypertenze.

Cílem léčby musí být snížení rizika pro matku, léčba však musí být bezpečná pro plod.

Nefarmakologická léčba

má být zvažována u těhotných žen se systolickým krevním tlakem 140–150 mm Hg a diastolickým krevním tlakem 90–99 mm Hg (měřeno v ambulanci).

Léčba zahrnuje:

- pečlivé a soustavné sledování
- omezení nebezpečných aktivit
- občasný odpočinek na lůžku v poloze vleže na levém boku
- dietní opatření (s normál. přívodem energie a proteinů)
- není doporučena redukce hmotnosti v těhotenství, a to ani u obézních žen
- není doporučena restrikce soli
- suplementace kalcia, rybího tuku a podávání nízkých dávek kyseliny acetylsalicylové nepřinesly očekávané výsledky

Farmakologická léčba

U žen s preexistující hypertenzí se doporučuje pokračovat v dosavadní léčbě.

Užívaná antihypertenziva (2)

Centrální alfa-agonisté	lékem volby je methyldopa
Alfa- i beta-blokátory	labetalol (toho času není v ČR)
Beta-blokátory	atenolol a metoprolol jsou bezpečné a účinné v pozdější fázi těhotenství, retardace růstu plodu byla pozorována, pokud byly tyto léky podávány na začátku nebo uprostřed těhotenství
Blokátory CA kanálů	jsou považovány za bezpečné, potenciální synergismus s magnéziem sulfátem může vyvolat prudkou hypotenzi
Inhibitory ACE, blokátory angiotenzinu II na úrovni receptorů	mohou navodit fetální abnormality, v těhotenství jsou kontraindikovány
Diuretika	jsou doporučována v malých dávkách u chronické hypertenze, pokud byla podávána i před těhotenstvím (např. hydrochlorothiazid v dávce 6,25-25 mg); jsou doporučována u sůl-senzitivních pacientek, nejsou doporučována u gestační hypertenze s proteinurií

Postup podle hodnot krevního tlaku v nastavení léčby (2)**Okamžitá léčba a hospitalizace**

STK > 169 mm Hg nebo DTK > 109 mm Hg s příznaky

Po 1–2 hodinách observace

STK > 169 mm Hg nebo DTK > 109 mm Hg bez příznaků

Po 24–48 hodinách observace

STK > 139 mm Hg nebo DTK > 89 mm Hg před 28. gestačním týdnem u žen s gestační hypertenzí bez proteinurie nebo u žen s preexistující hypertenzí

STK > 139 mm Hg nebo DTK > 89 mm Hg kdykoliv v těhotenství u

- gestační hypertenze s příznaky
- gestační hypertenze s proteinurií
- preexistující hypertenze s doprovodnými onemocněními
- preexistující hypertenze s orgánovým poškozením (kardiovaskulární onemocnění, postižení ledvin)
- preexistující hypertenze s „naroubovanou“ gestační hypertenzí

STK > 149 mm Hg nebo DTK > 94 mm Hg za ostatních okolností

Indukce porodu z interní indikace je namístě u gestační hypertenze s proteinurií provázenou příznaky jako jsou: poruchy vidění, poruchy koagulace a jiné patřící do obrazu tohoto onemocnění.

Kojení nezvyšuje krevní tlak u matky. Je třeba pamatovat, že všechna antihypertenziva užitá matkou se vylučují do mateřského mléka, některá v nízkých koncentracích, ale např. beta-blokátory ve stejné hladině jako u matky. V případě beta-blokátorů monitorujeme ve spolupráci s pediatrem i tepovou frekvenci novorozence. Při výskytu bradykardie snížíme dávku podaného beta-blokátoru matce nebo provedeme záměnu léku.

Závěr

Hypertenze v těhotenství může vyústit v závažné akutní ohrožení matky i plodu. Nejasná je dosud etiologie hypertenzního syndromu spojeného s těhotenstvím, a tedy i jeho kauzální léčba. Jde tedy jistě o závažnou problematiku, která vyžaduje mezioborovou spolupráci. A to nejen porodníka a internisty. Pokud to stav vyžaduje, je nutná konzultace dalších odborníků, např. anesteziologa, pediatra-neonatologa a jiné. Nezbytná je spolupráce s vyškoleným středně zdravotním personálem, který má významné postavení v péči o matku a novorozence.

Literatura

1. Braunwald E. Heart disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, 5th Edition; 1997; 830–832, 1852–1853.
2. Cífková R, Horká K, Widimský J, et al. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze. Bulletin hypertenze 2004; 2 (7): 9–24.
3. Doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi a Evropské kardiologické společnosti pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze; 2003.
4. Harrison's. Principles of Internal Medicine, 14th Edition; 1998.
5. Janků K. Hypertenze v těhotenství. Interní medicína pro praxi; 2000; 3: 21–32.
6. Špinar J, Vítovec J. Hypertenze. Diagnostika a léčba, Avicenum Grada; 1999.
7. Štejska M. Kardiologie, Grada; 1998.
8. Vítovec J, Špinar J. Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění, Grada; 2000.
9. Widimský J. Hypertenze, Triton s.r.o. v Praze; 2004; 09: 13.