

je preeklampsie. Těhotenstvím podmíněná hypertenze zpravidla ustupuje v průběhu šestinedělí.

V těhotenství se hypertenze léčí pomocí alfa-blokátorů (metyldopa – max. 4×500 mg/den). Do kombinace je možno přidat kardio-selektivní beta-blokátory (např. metoprolol – max. $2 \times$ denně 100 mg) a inhibitory kalciového kanálu (např. amlodipin – max. 10 mg denně). V případě závažné preeklampsie a hypertenzní krize je možno podat intravenózně labetalol, dihydralazin či urapidil. Nezbytnou součástí léčby těžké preeklampsie pro snížení rizika vzniku tonicko-klonických křečí (a přechodu do eklampsie) jsou antikonvulziva – magnezium sulfát v kontinuálním intravenózním podání (6). Jedinou kauzální léčbou těžké preeklampsie a eklampsie je okamžité ukončení těhotenství bez ohledu na gestační týden těhotenství s následnou stabilizací vitálních funkcí.

Použití ACE-inhibitorů a diuretik v léčbě hypertenze je v těhotenství kontraindikováno, protože mohou ovlivnit uteroplacentární cirkulaci a iniciovat vznik oligohydramnie (snížený objem plodové vody) a růstové restrikce plodu (6). Pro prevenci preeklampsie je možné od 14. do 34. týdne těhotenství denně podávat 100–150 mg kyseliny acetylsalicylové (ASA) (8). ASA inaktivuje působení cyklooxygenázy a má i antitrombotický účinek (snižuje riziko tvorby trombu v placentě – inhibicí syntézy tromboxanu bez ovlivnění syntézy prostacyklinu). Díky proangiogennímu efektu příznivě ovlivňuje invazi trofoblastu do myometria, která je patofyziologickou podstatou preeklampsie.

Léčba diabetu v těhotenství

Diabetes mellitus je heterogenní skupina onemocnění, která jsou spojena s hyperglykemií. Vzniká v důsledku absolutního nedostatku inzulínu a při jeho nedostatečném účinku (na základě rezistence) nebo kombinací obou faktorů. Placentou produkované hormony zároveň snižují citlivost receptorů na inzulín. Chronická hyperglykemie vede ke strukturálním a funkčním orgánovým změnám, které souvisí s cévní mikro- a makroangiopatií. U žen s pregestačním diabetem je vhodné kvůli prekoncepční kompenzaci diabetu těhotenství plánovat.

Gestační diabetes je poruchou glukózyvé tolerance různého stupně, která je poprvé diagnostikovaná až v těhotenství a odeznívá

s ukončením těhotenství. Všem těhotným bez pregestačního diabetu se provádí dvoufázový screening těhotenské cukrovky – v prvním trimestru se testuje glykemie nalačno a na konci druhého trimestru se provádí orální glukózový toleranční test (9). Screening je sice organizován gynekology, ale léčbu těhotných žen s gestačním a pregestačním diabetem řídí diabetolog.

K léčbě diabetu v těhotenství napomáhají vhodná režimová opatření – diabetická dieta upravená pro potřeby v těhotenství a fyzická aktivita. Pokud tato opatření nevedou ke kompenzaci glykemie, zahajuje se léčba metforminem, který je již od roku 2014 schválen k použití od 24. týdne těhotenství (10, 11, 12). Iniciálně se podává 500 mg jednou denně zpravidla večer a při nedostatečném efektu je možné dávku navýšit až na 3 000 mg rozdělené ve 2–3 denních dávkách nebo použít lékovou formu s prodlouženým uvolňováním. Jiná perorální antidiabetika nejsou pro použití v těhotenství v České republice schválena, ale ve světě probíhá výzkum bezpečnosti podávání glibenklamidu (glyburid) (13).

Cílem inzulinoterapie je zajištění normoglykemie po jídle (pomocí krátkodobě působících inzulínů, obvykle třikrát denně před hlavními jídly) a udržení normoglykemie nalačno (pomocí středně a dlouhodobě působících inzulínů) (9). Inzulín neprochází placentární bariérou a dosavadní studie neprokázaly teratogenní účinky humánních inzulínů či jeho analog (13). V případě snižování dávek inzulínu se monitoruje plod a placentární funkce, protože dysfunkce placenty a pokles tvorby jejích hormonů, které vyvolávají inzulínovou rezistenci, mohou být známkou placentární insuficience a rizikem pro vývoj plodu. U žen s pregestačním diabetem se v těhotenství často používá tzv. intenzifikovaný režim s významně vyššími denními dávkami inzulínu ve srovnání s léčbou diabetu před otěhotněním.

Nekorigovaný diabetes v těhotenství je často spojen s diabetickou makrosomií plodu a rizikem tzv. dystokie ramének při porodu, ale také s vyšším rizikem operačního ukončení těhotenství, recidivujícími uroinfekcemi a vznikem diabetu v budoucnu. Plod matky s diabetem může trpět diabetickou fetopatií s hypoglykemií a jejími následky (14).

U žen s gestačním diabetem a jeho dobrou kompenzací (dietou nebo metforminem do 1 000 mg/den, resp. inzulinoterapií do 10 jednotek/den) a nízkým rizikem se těhotenství ukončuje do 41. gestačního týdne. U žen s vysoce rizikovým a špatně korigovaným diabetem se těhotenství ukončuje zpravidla do termínu porodu (9).

Léčba onemocnění štítné žlázy v těhotenství

Příznaky hypotyreózy mohou být v těhotenství vyjádřeny pouze mírně či nespecificky. U rizikových žen se doporučuje laboratorní screening tyreopatií v graviditě nebo před otěhotněním (TSH, fT4 a vyšetření protilátek). Hypotyreóza může být příčinou časných těhotenských ztrát nebo předčasného porodu (15). Hypofunkce štítné žlázy je v těhotenství způsobena zejména autoimunitní tyreoiditidou a nedostatečným navýšením substituce v těhotenství po předchozí strumektomii z různých příčin. Adekvátní sérová koncentrace hormonů štítné žlázy má zásadní vliv na správný neuropsychický vývoj plodu, resp. novorozence. K léčbě hypotyreózy v těhotenství se používá suplementace jodem (Jodid) a levotyroxinem (Euthyrox, Letrox) (16).

Tyreotoxikóza je v graviditě vzácná s incidencí 0,1–0,4 % těhotných žen (17). Až v 85 % případů vzniká na podkladě Graves-Basedowovy choroby. K tyreostatické léčbě se v prvním trimestru používá propylthiouracil a od 16. týdne se doporučuje thiamazol. Neléčená tyreotoxikóza zvyšuje rizika potratu a předčasného porodu.

Léčba epilepsie v graviditě

Mezi prokázané teratogeny patří valproát, při jehož užívání se zvyšuje riziko vzniku rozštěpových vad páteře a obličejové a vrozených vad srdce. Epileptické záchvaty mohou ohrozit plod zejména bradykardií následkem laktátové acidózy. Úprava léčby epilepsie s monitorací sérových koncentrací antiepileptik je vhodná již před otěhotněním. V graviditě se používají např. lamotrigin a levetiracetam. Optimální je monoterapie nejnižší možnou dávkou, která je schopná zabránit záchvatům. Ženy s epilepsií a monoterapií však mohou mít až čtyřnásobně vyšší riziko vzniku výše zmíněných vrozených vad. Ke snížení rizika teratoge-