

Hypolipidemická terapie v těhotenství

Pavla Jadrníčková^{1,2}, Jan Václavík^{1,2}, Filip Dubský^{1,2}

¹Interní a kardiovaskulární oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava

²Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, Ostrava

Těhotenství je provázeno výraznými metabolickými adaptacemi, včetně fyziologického zvýšení hladin lipidů, zejména low-density lipoprotein cholesterolu (LDL-C), který představuje kauzální rizikový faktor aterosklerotických kardiovaskulárních onemocnění (AS KVO). Zvýšené expozice LDL-C během gravidity, zvláště u žen s familiární hypercholesterolemií (FH), přispívají k celoživotnímu kardiovaskulárnímu riziku. Přestože aterosklerotické postižení koronárních tepen je u reprodukčně aktivních žen vzácné, těhotenství ve čtvrté, případně páté dekádě života je stále častější a je spojeno s vyšší prevalencí akutního infarktu myokardu během těhotenství.

Tento přehledný článek shrnuje dostupné strategie léčby dyslipidemie v těhotenství. Nefarmakologická opatření, jako vhodná výživa (např. středomořská dieta) a pravidelná fyzická aktivita, představují základní pilíř. Farmakoterapie je omezená. Jako bezpečné se doporučují sekvestranty žlučových kyselin a LDL aferéza, zatímco ezetimib, PCSK9 inhibitory, bempedoová kyselina a volanesorsen jsou kontraindikovány kvůli nedostatku bezpečnostních dat, přičemž některé nové údaje podporují možnost pokračování statinů u vysoce rizikových pacientek. U závažně zvýšeného Lp(a) může pravidelná LDL aferéza významně snížit aterogenní zátěž.

Monitorování lipidového profilu a individualizovaný přístup, ideálně s multidisciplinárním týmem, jsou klíčové pro minimalizaci rizik pro matku i plod. K optimalizaci farmakologické léčby dyslipidemie v těhotenství a ke stanovení bezpečných terapeutických strategií u žen s vysokým kardiovaskulárním rizikem je potřebný další výzkum.

Klíčová slova: aferéza, hypolipidemika, těhotenství, LDL-cholesterol.

Hypolipidemic therapy in pregnancy

Pregnancy is accompanied by significant metabolic adaptations, including a physiological increase in lipid levels, particularly low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), a causal risk factor for cardiovascular disease. Elevated LDL-C exposure during gestation, especially in women with familial hypercholesterolemia (FH), contributes to lifelong cardiovascular risk. Although atherosclerotic coronary artery disease is rare in women of reproductive age, pregnancy in the fourth and fifth decades of life is becoming increasingly common and is associated with a higher prevalence of acute myocardial infarction during pregnancy. This review summarizes current strategies for managing dyslipidemia during pregnancy. Non-pharmacological measures, such as appropriate nutrition (e.g., Mediterranean diet) and regular physical activity, form the cornerstone of management. Pharmacotherapy is limited: bile acid sequestrants and LDL apheresis are considered safe, while ezetimibe, PCSK9 inhibitors, bempedoic acid, and volanesorsen are contraindicated due to insufficient safety data, although recent evidence supports the continuation of statins in high-risk patients. In cases of markedly elevated Lp(a), regular LDL apheresis can substantially reduce atherogenic burden.

Monitoring of lipid profiles and an individualized approach, ideally within a multidisciplinary team, are essential to minimize maternal and fetal risks. This review highlights the need for further research to optimize pharmacological treatment of dyslipidemia during pregnancy and to establish safe therapeutic strategies for women at high cardiovascular risk.

Key words: apheresis, lipid-lowering agents, pregnancy, LDL-cholesterol.