

hodnot systolického krevního tlaku v rozmezí 120–129 mm Hg a diastolického 70–79 mm Hg. Hypertenze u nemocných s AF je spojena jednoznačně s vyšším rizikem cévních mozkových příhod, srdečního selhání, velkých krvácivých komplikací a celkové kardiovaskulární mortality. Proto je léčba AH důležitá. V situacích, kdy není takto intenzivní terapie tolerována, nebo se jedná o výrazně křehkého pacienta, zejména ve vysokém věku, je možné za cíl mít mírnější kritérium pro systolický tlak < 140 mm Hg. Apel na intenzivní léčbu AH vychází mimo jiné z metaanalýzy 22 studií, kde snížení systolického tlaku o 5 mm Hg bylo spojeno s redukcí rizika kardiovaskulárních příhod o 9 %. Tento efekt je podobný pacientům v sinusovém rytmu (6).

U nemocných s FS je hypertenze často jen jednou z řady komorbidit, ale má významný vliv na počty rekurencí FS, riziko rehospitalizací a pokračování symptomů i přes rhythm control strategii. Dobrá kontrola krevního tlaku je považována tak za zcela zásadní bod v léčbě FS. Ačkoliv nejsou k dispozici přesvědčivé důkazy pro volbu určitého antihypertenziva v souvislosti s FS, existují data, která naznačují, že inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu nebo blokátory receptoru pro angiotenzin mohou být výhodné pro prevenci rekurence FS.

### A. Antikoagulační léčba, tedy prevence tromboembolických komplikací

Nemocní s arteriální hypertenzí mají vždy přítomen jeden rizikový bod v rámci výpočtu CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA skóre za AH. Přesný výpočet CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA skóre je v tabulce 2. Toto skóre zavádí nová doporučení z roku 2024 a nahrazuje dříve užívané CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Rozdíl mezi skórovacími systémy je v absenci ženského pohlaví jako rizikového faktoru v novém systému. Antikoagulační léčba by se měla zvážit při skóre rovno 1. Při hodnotě skóre 2 je jednoznačně indikována. Přítomnost AH je tedy sama o sobě situací, kdy bychom měli antikoagulační léčbu zvážit.

Antikoagulační léčba má však také svá rizika. Nejvýznamnějším problémem jsou rizika vzniku závažných krvácení. Nová doporučení uvádějí jednoznačně nutnost intervence všech ovlivnitelných rizikových

faktorů krvácení. Zde pak platí, že dobrá kontrola krevního tlaku riziko krvácivých komplikací ovlivní (2).

### R. Kontrola symptomů pomocí rate a rhythm control strategie

Mimo snahu o ovlivnění symptomů jsou tyto postupy také velice důležité pro prevenci a léčbu AIC provázející FS. V rámci kontroly arytmie neexistují výrazná specifika léčby u nemocných s AH. Avšak některé látky mohou být zároveň antihypertenzní medikací. Tento fakt přináší jistý benefit v podobě pokrytí dvou problémů jedním preparátem. Na druhou stranu u nehypertenzní populace může hypotenzní efekt způsobit problémy.

V rámci kontroly srdeční frekvence jsou využívány beta-blokátory (BB), non-dihydropyridinové kalciové blokátory (verapamil, diltiazem) nebo digoxin. Tyto léky je možné i kombinovat. Kombinováním se ve většině případů rozumí přidání digoxinu do kombinace k BB nebo kalciovým blokátorům. Zahájení kontroly srdeční frekvence je obvykle jedním z prvních kroků v léčbě FS. Cílový moment této léčby v posledních letech doznal změn. U většiny pacientů je postačující méně striktní kontrola rytmu s cílem < 110 tepů/minutu. U pacientů se srdečním selháním, AIC, se zavedenou resynchronizační léčbou srdečního selhání a dále symptomatických i přes zavedenou léčbu, je pak indikována přísnější kontrola frekvence (7).

Volba konkrétní skupiny léků se odvíjí zejména od přítomnosti systolické dysfunkce levé komory, tedy přítomnosti srdečního selhání s redukovanou ejekční frakcí (HFrEF). U pacientů bez dysfunkce je možné využít všech tří možností. Naopak pokud je přítomna systolická dysfunkce levé komory, je možné využít jen BB nebo digoxin. U HFrEF jsou vlastně BB indikovány i na základě léčby samotného srdečního selhání (3). V této souvislosti je nutné ale upozornit na fakt, že příznivý prognostický efekt BB u pacientů s HFrEF byl pozorován u pacientů v sinusovém rytmu, nikoliv ve FS.

V běžné klinické praxi jsou využívány BB i u pacientů bez HFrEF. Využívají se  $\beta$ 1 selektivní látky bez vnitřní sympatomimetické aktivity.

Tab. 2. CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA skóre

| Rizikový faktor                               | Počet rizikových bodů | Komentář   |
|---|-----------------------|--|
| Městnavé srdeční selhání                      | 1                     | Klinicky patrné srdeční selhání (včetně srdečního selhání se zachovalou ejekční frakcí levé komory)<br>Přítomnost středně těžké až těžké systolické dysfunkce levé komory<br>Hypertrofická kardiomyopatie (hypertrofická kardiomyopatie má vysoké riziko CMP/SE, antikoagulační léčba je nutná vždy)     |
| Arteriální hypertenze                         | 1                     | Přítomnost hypertenze nebo antihypertenzní terapie. Anamnéza vysokého tlaku předpokládá přítomnost vaskulárních změn, které jsou pro CMP rizikové. Kompenzovaná hypertenze neznamená absenci rizika budoucí dekompenzace. Optimální hodnoty krevního tlaku s nejnižším rizikem jsou 120–129/ < 79 mm Hg. |
| Věk $\geq$ 75 let                             | 2                     | Riziko vzniku CMP/SE vzrůstá s věkem. Riziko věku je kontinuálně rostoucí. Z praktických důvodů byly rizikové body rozloženy do kategorií 65–74 a $\geq$ 75 let.   |
| Diabetes mellitus                             | 1                     | Riziko CMP/SE je zvýšené u diabetiků 1. i 2. typu.   |
| Cévní mozková příhoda či systémová embolizace | 2                     | Přítomnost předchozí CMP/SE, včetně transitorní ischemické ataky.  |
| Vaskulární onemocnění                         | 1                     | Aterosklerotické postižení koronárních či periferních tepen, anamnéza akutního infarktu myokardu, nebo přítomnost plátů v aortě. Přítomnost plátů v descendentní aortě je markerem přítomnosti vaskulárního onemocnění a významně predikuje CMP/SE.  |
| Věk 65–74 let                                 | 1                     | Dle některých dat vzrůstá riziko již od 50–55 let.   |
| Maximální skóre                               | 8                     |  |

Poznámka: Název CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA je odvozen z angl. Congestive heart failure, Hypertension, Age  $\geq$  75 years, Diabetes mellitus, Stroke, Vascular disease, Age 65–74 years. CMP/SE – cévní mozková příhoda / systémová embolizace.