

Při volbě vhodného BB bychom se měli opírat o profil jednotlivých látek v kontextu potřeb konkrétního pacienta. Jednotlivé BB jsou rozdílné. Mají jiný bradykardizující profil a antihypertenzní efekt. Karvedilol blokuje α a receptory. Základní BB jsou uvedeny v tabulce 3. Z klinické praxe víme, že nejčastěji podávanými látkami jsou bisoprolol nebo metoprolol. Obě látky jsou běžnými blokátory a mají data i u nemocných s HFrEF. Dle zkušeností autora má výrazný bradykardizující efekt betaxolol. Oproti tomu karvedilol je nejméně vhodným bradykardizujícím lékem. V poslední době se často setkáváme také s léčbou nebivololem. Jeho podávání může být vhodné u nemocných se srdečním selháním se zachovalou ejekční frakcí levé komory (HFpEF). Dle určitých dat byl právě nebivolol nadějným lékem pro ovlivnění klinických endpointů u HFpEF. Avšak data v této indikaci nakonec nebyla přesvědčivá.

Verapamil a diltiazem většinou nepředstavují první volbu bradykardizující léčby u nemocných s FS. V běžné praxi se spíše jedná o látky, které jsou využívány při nemožnosti nasazení BB. V našich podmínkách se nejčastěji setkáme s verapamilem v dávkování v rozmezí 40 mg 2x denně až 480 mg 1x denně při pomalém uvolňování. V případě digoxinu je dobré si uvědomit, že tento lék nemá dostatečně silný bradykardizující efekt, zejména při akceleraci TF při námaze. Běžně se s ním setkáme spíše jako lékem v kombinaci s jinými látkami pro rate control léčbu.

Při selhání farmakologické léčby je možné indikovat neselektivní katetrizační ablaci AV junkce (cílem eliminace AV převodu) spolu se zavedením kardiostimulátoru. Ačkoliv tato strategie vede ke zpomalení a vyrovnání komorové odpovědi při FS, dochází ke změnám aktivace komorového myokardu, a to i v okamžiku zavedení fyziologické stimulace. Jedná se o ireverzibilní krok. Proto je nutné indikovat tento postup

Tab. 3. Běžné beta-blokátory pro perorální medikaci

Beta-blokátor	Dávkování
Metoprolol tartát	25–100 mg 2x denně
Metoprolol sukcinát	50–200 mg 1x denně
Bisoprolol	1,25–20 mg 1x denně
Atenolol	25–100 mg 1x denně (kontraindikován v těhotenství a u HFrEF)
Nebivolol	2,5–10 mg 1x denně
Karvedilol	3,125–50 mg 2x denně
Betaxolol	10–20 mg 1x denně

Tab. 4. Základní indikace ke katetrizační ablaci fibrilace síní dle recentních doporučení pro diagnostiku a léčbu fibrilace síní

Doporučení	Třída doporučení
Katetrizační ablace je doporučena pro nemocné s paroxysmální nebo perzistentní FS, kteří jsou rezistentní na antiarytmickou léčbu nebo ji netolerují, FS k ovlivnění symptomů, rekurencí FS a progresi arytmie.	I
Katetrizační ablace je doporučena jako první linie rhythm control léčby u nemocných s paroxysmální FS k ovlivnění symptomů, rekurencí FS a progresi arytmie. Indikace musí být postavena na základě zvážení rizika výkonu, předpokládaného benefitu pro pacienta a rizika rekurence FS.	I
Katetrizační ablace může být zvážena jako první linie rhythm control léčby u nemocných s perzistentní FS k ovlivnění symptomů, rekurencí FS a progresi arytmie. Indikace musí být postavena na základě zvážení rizika výkonu, předpokládaného benefitu pro pacienta a rizika rekurence FS.	IIb
Katetrizační ablace je doporučena u nemocných s HFrEF a FS s vysokou pravděpodobností přítomnosti tachykardií indukovanou kardiomyopatií s cílem ovlivnit systolickou funkci levé komory.	I
Katetrizační ablace by měla být zvážena u selektovaných nemocných s HFrEF a FS s cílem ovlivnit hospitalizace pro srdeční selhání a mortalitu.	IIa
Katetrizační ablace by měla být zvážena u nemocných s bradykardiemi ve spojení s FS a sinusovými pauzami při terminaci FS s cílem snížení nutnosti implantace trvalého kardiostimulátoru.	IIa

FS – Fibrilace síní, HFrEF – Srdeční selhání s redukovanou ejekční frakcí levé komory

vždy po důkladném zvážení. Na druhou stranu existují skupiny pacientů, kteří ze strategie ablate and pace mohou profitovat (8).

U kontroly srdečního rytmu jsou využívána buď antiarytmika, nebo metody katetrizační ablace. V našich podmínkách do úvahy přichází v zásadě 2 možnosti – Ic antiarytmikum propafenon a antiarytmikum III. třídy amidaron. Ostatní antiarytmika III. třídy jsou sice dostupná, ale jejich klinické využití je rezervováno spíše pro krajní případy. Všechny léky mají své výhody, indikace, kontraindikace a rizika. Nejšetrnější jsou antiarytmika Ic třídy. Jsou však kontraindikována u HFrEF a v případě významné ICHS. Navíc jejich rizikem je vznik tzv. deblokovaného flutteru síní. Proto jejich léčba bývá doplňována terapií BB. Amiodaron oproti tomu může být podáván u nemocných s HFrEF, nicméně má řadu potenciálně závažných nežádoucích účinků, včetně poruch funkce štítné žlázy, fotosenzitivity, amiodaronové plíce, prodloužení QT intervalu atd. Přítomnost AH nemá na volbu příslušného preparátu žádný vliv.

V případě indikace ke katetrizační ablaci je základním přístupem provedení izolace plicních žil, která může být doplněna dalšími přídatnými lézemi. Metod k dosažení izolace plicních žil je několik. Doposud dominovaly metody založené na tepelné energii – radiofrekvenční izolace plicních žil a kryoablace. V posledních letech se do popředí dostávají metody založené na aplikaci energie pulzním polem. V indikaci ke katetrizační ablaci se opíráme o symptomy nemocného, typu arytmie, anamnézu terapie antiarytmiky a přítomnost srdečního selhání (10, 11). Existují i data, která hovoří o zpomalení progresu FS do chroničtějších forem v případě indikace ke katetrizační ablaci (2). Přítomnost AH nemá na vliv na indikaci katetrizační ablace. Základní přehled indikací ke katetrizační ablaci je v tabulce 4.

E. Dlouhodobá péče

FS je trvale progredující onemocnění a pacienti s FS by měli být dlouhodobě sledováni. Kromě vývoje vlastního onemocnění se mění i rizikový profil pacienta. S přibývajícím věkem se zvyšuje rizikovitost FS. Dále v průběhu doby se obvykle přidávají další komorbidity, které pak mohou výrazně ovlivnit prognózu pacientů s FS. Je známo, že již v průběhu prvního roku od diagnózy FS jsou diagnostikovány další rizikové faktory včetně arteriální hypertenze. Vlastní arytmie také v průběhu doby může mít jiné projevy včetně hemodynamických důsledků. Změnit se mohou také chlopenní vady, systolická funkce, levá síň může