

remodelovat. Pacienti by pravidelně měli být kontrolováni a celkový stav plus rizikové faktory pravidelně přehodnocovány.

V dlouhodobém horizontu je také důležité udržet motivaci k léčbě. Nemocní jsou často zklamáni při nedostatečně rychlém a trvalém efektu léčby. Je nutné s pacienty pracovat tak, aby již od počátku bylo jasné, že FS je dlouhodobé onemocnění se svým vývojem. Důležitá je motivace k režimovým opatřením a udržení dlouhodobé farmakologické léčby (11).

Dlouhodobé udržení compliance pacienta je problematické, zejména je-li arytmie plně asymptomatická (12). V tabulce 5 je přehled základní farmakoterapie u pacienta s FS a jedním až více onemocněními, které je nutné intervenovat. Pokud je přítomna jen AH jako jediné další onemocnění k FS, může pacient užívat celkem 4 a více léků (antikoagulační, BB, antiarytmikum, antihypertenzní medikace). Terapie AH je prakticky vždy kombinovaná. Pacienti obvykle k této kombinaci mají další široce užívanou medikaci: hypolipidemika, terapii diabetes mellitus, analgetika, léčbu osteoporózy, gastroprotektiva atd. Neexistuje jednoduchý návod k udržení compliance pacienta v dlouhodobém horizontu. Opakované vysvětlení celé problematiky, upozornění na závažnost stavu, upozornění na důležitost užívání medikace, dodržování režimových opatření jsou samozřejmostí. V praxi, bohužel, často na tuto část vůbec nezbyvá čas. Dalším problémem je známý fakt poklesu compliance pacienta při vysokém počtu užívaných léků. Je známo, že compliance klesá s počtem předepsaných léků (13). Je známým faktem, že průměrný pacient s ICHS užívá 6–7 tablet denně. V tomto bodě je řešením jednak racionalizace terapie. Tedy opakovaná přehodnocování, zda příslušný lék pacient opravdu potřebuje – antiarytmika u permanentní FS postrádají smyslu. Stejně tak je otázkou, nakolik musí být užívána setrvalě, popřípadě, zda by pacient neprofitoval jen z pill-in-pocket léčby. Řada nemocných má paroxysmy FS málo často a pro tyto pacienty je pak s výhodou, pokud mohou užít léčbu jen při nástupu obtíží ke zkrácení doby trvání paroxysmu. Dalším bodem je využití více vlastností jednotlivých farmak.

Tab. 5. Terapie nemocného s fibrilací síní a arteriální hypertenzí

| |
|---|
| Režimová intervence rizikových faktorů |
| Farmakologická intervence arteriální hypertenze |
| Farmakologická intervence ostatních kardiovaskulárních onemocnění |
| Antikoagulační léčba |
| Rate control strategie |
| Rhythm control léčba |
| Farmakologická intervence ostatních nekardiálních komorbidit |

BB mají nejen bradykardizující, ale i hypotenzní efekt. Titrace této léčby může pomoci v redukci jiné antihypertenzní terapie. V neposlední řadě je otázkou efektu využití fixních kombinací léků. Fixní kombinace léků, jakkoliv jsou výhodné, v sobě skrývají několik úskalí. Tato úskalí jsou však mnohonásobně převážena výhodami. Existují data, že tzv. polypill strategie má svůj významný přínos, včetně mortalitních dat, pro léčbu kardiovaskulárních onemocnění, a to včetně arteriální hypertenze (13). Jedním z vysvětlení je zvýšení adherence pacientů k předepsané léčbě, kdy díky nižšímu počtu tablet je nemocný schopen lépe zvládat nastavenou terapii. Adherence může fixní kombinací léků stoupnout až o 24 % (14, 15). Pro svůj mortalitní benefit jsou fixní kombinace léků jednoznačně doporučovány i novými letošními doporučeními Evropské kardiologické společnosti pro AH (2) i chronické koronární syndromy (15).

Závěr

FS a AH jsou častými komorbiditami. Jejich léčba je dlouhodobá a zásadní pro snížení kardiovaskulární mortality a morbidit. Základními léky v terapii AH u FS jsou inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu nebo sartany v kombinaci s BB. Udržení dlouhodobé compliance pacientů je významným problémem. Význam pro udržení adherence má i optimalizace léčby, včetně zavedení fixních kombinací léků. Pro obě onemocnění byla vydána v letošním roce nová doporučení Evropské kardiologické společnosti.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Ne. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etikou komisí:** N/A.

LITERATURA

- McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, et al.; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 2024. Online ahead.
- Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al. ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2024. Online ahead.
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*. 2023;44(37):3627-39.
- Deshmukh PM, Krishnamani R, Romanishyn M, et al. Association of angiotensin converting enzyme gene polymorphism with tachycardia cardiomyopathy. *Int J Mol Med*. 2004;13:455-458.
- Medi C, Kalman JM, Haqqani H, et al. Tachycardia-mediated cardiomyopathy secondary to focal atrial tachycardia: long-term outcome after catheter ablation. *J Am Coll Cardiol*. 2009;53:1791-1797.
- Pinho-Gomes AC, Azevedo L, Copland E, et al. Blood pressure-lowering treatment for the prevention of cardiovascular events in patients with atrial fibrillation: an individual participant data meta-analysis. *PLoS Med* 2021;18:e1003599.
- Van Gelder IC, Groenveld HF, Crijns HJ, Tuininga YS, Tijssen JG, Alings AM, et al. Lenient versus strict rate control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2010;362:1363-73.
- Brignole M, Pokushalov E, Pentimalli F, Palmisano P, Chieffo E, Occhetta E, et al. A randomized controlled trial of atrioventricular junction ablation and cardiac resynchronization therapy in patients with permanent atrial fibrillation and narrow QRS. *Eur Heart J*. 2018;39:3999-4008.
- Gupta D, Rienstra M, van Gelder IC, Fauchier L. Atrial fibrillation: better symptom control with rate and rhythm management. *Lancet Reg Health-Eu*. 2024;37.
- Koldenhof T, Van Gelder IC, van de Lande ME, et al. High heart rates during paroxysmal atrial fibrillation: continuous rhythm monitoring data of the RACE V study. *Heart*. 2024.
- Lin D, Andrade JG, Arbelo E, et al. Longer and better lives for patients with atrial fibrillation: the 9th AFNET/EHRA consensus conference. *Europace*. 2024;26(4).
- Sterlinski M, Bunting K, Boriani G, et al. Design and deployment of the STEER-AF trial to evaluate and improve guideline adherence: a cluster-randomized trial by the European Society of Cardiology and European Heart Rhythm Association. *Europace*. 2024;26(7).
- Castellano JM, Pocock SJ, Bhatt DL, et al. Polypill Strategy in Secondary Cardiovascular Prevention. *New Engl J Med*. 2022;387(11):967-77.
- Hradec J. Adherence v české republice. *Medicína po promoci* 2019;20:1-7.
- Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, Messerli FH. Fixed-dose combinations improve medication compliance: a meta-analysis. *Am J Med*. 2007 Aug;120(8):713-9.
3. Simons LA, Chung E, Ortiz M. Long-term persistence with single-pill, fixed-dose combination therapy versus two pills of amlodipine and perindopril for hypertension: Australian experience. *Curr Med Res Opin*. 2017 Oct;33(10):1783-1787.
- McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal*. 2024; 00:1-107.