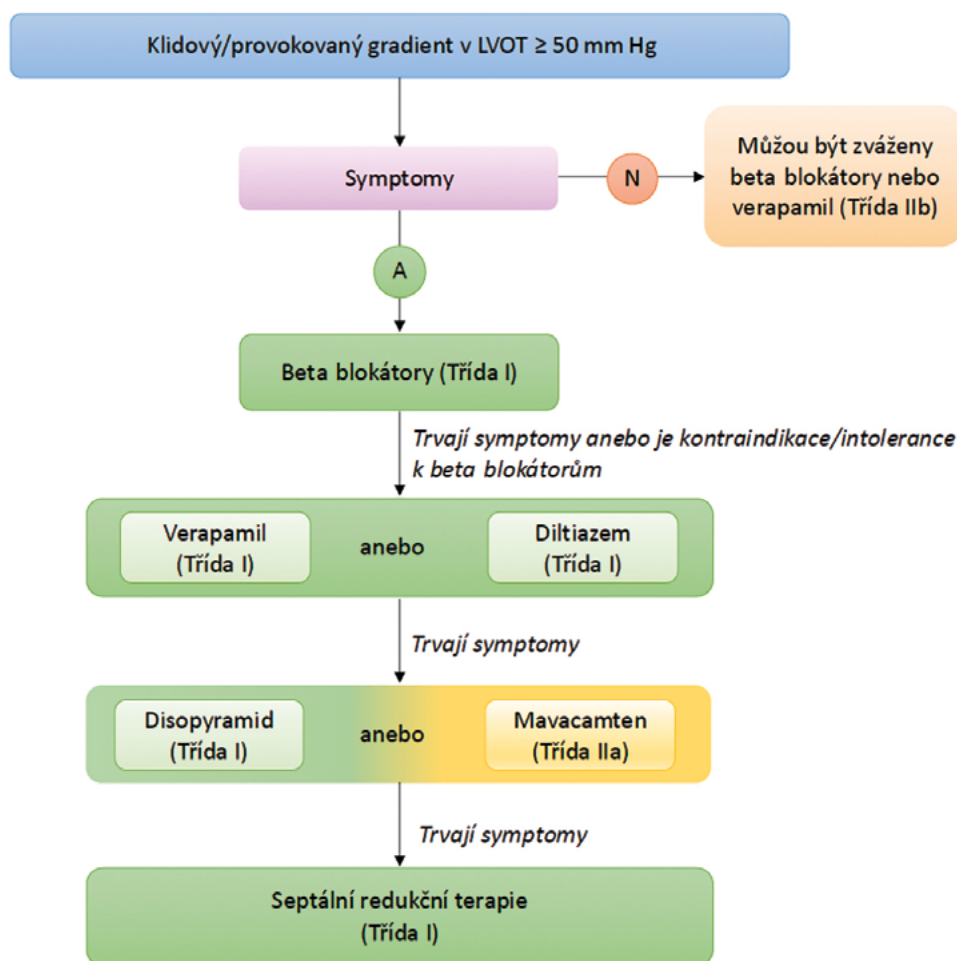


**Tab. 1.** Terapeutický algoritmus HOKMP dle Guidelines pro management kardiomyopatií z roku 2023. Upraveno dle (18)

ten, který má rovněž data z řady klinických studií. Jeho výhodou je nižší riziko snížení EF LK a méně lékových interakcí. Dle nejnovějších poznatků vykazuje příznivé výsledky i u pacientů s neobstruktivní HKMP (18).

U pacientů s obstrukcí v LVOT se nedoporučuje podávat digoxin, vazodilatační inhibitory kalciových kanálů, nitráty a inhibitory fosfodiesterázy.

Dalším krokem v případě nedostatečného efektu farmakoterapie je septální redukční terapie. V Evropě včetně ČR se nejčastěji provádí alkoholová septální ablace (ASA), kdy se aplikací 96% alkoholu do vhodné septální větve koronární tepny vytvoří nekróza a následně vznikající jizva bazální části IVS, čímž dojde ke zmenšení gradientu v LVOT. Chirurgická septální myektomie, která se provádí v našich podmínkách méně často než např. ve Spojených státech amerických, spočívá v odstranění části bazálního septa. V případě výrazné nitrokomorové obstrukce se rozšiřuje distálně k bázi papilárních svalů a bývá doplněna plastikou předního cípu mitrální chlopně. Obě metody mají velmi dobrý dlouhodobý přínos ve zlepšení symptomů i prognózy. Nejčastějšími komplikacemi je blokáda AV uzlu a blokáda Tawarova raménka, vzácně defekt komorového septa. Mortalita výkonů je ve specializovaných centrech pod 1 %.

Pokud je anatomie septálních větví nevhodná k ASA a ani jiná standardní léčba (inhibitory srdečního myosinu, chirurgická myektomie) není možná, experimentálním terapeutickým postupem může být endokardiální radiofrekvenční ablace hypertrofického septa (ERASH).

Od implantace dvoudutinového kardiostimulátoru s indukcí umělé apikální preexcitace, a tím zmenšením vyklenování IVS se v současnosti ustoupilo a zůstává vyhrazena pouze pro velmi specifické indikace, a to například u jedinců s indikací k implantaci dvoudutinového kardiostimulátoru z primární prevence náhlé srdeční smrti nebo k implantaci dvoudutinového kardiostimulátoru k léčbě bradykardie u pacienta se symptomatickou obstrukční HKMP.

### Arytmie

Velmi častou arytmií u HKMP je fibrilace síní a tito pacienti by měli být antikoagulováni vždy bez ohledu na CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc skóre. Pokud lze, je vhodné upřednostnit kontrolu rytmu použitím amiodaronu, případně indikovat radiofrekvenční ablaci.

Dále jsou tito pacienti náchylní ke vzniku komorových arytmií, k jejich prevenci lze použít beta-blokátory, amiodaron nebo sotalol. Dopad této léčby na snížení rizika NSS však nebyl doložen.

### Prevence náhlé srdeční smrti (NSS)

U všech pacientů s HKMP je nutno stanovit riziko NSS. Vyším rizikem NSS jsou zatížení především mladší pacienti s výraznou hypertrofií a obstrukcí LVOT. Kalkulátor dle doporučení Evropské kardiologické společnosti zohledňuje hodnoty jako věk, maximální tloušťka stěny LK,