

Tab. 3. Zjednodušené shrnutí léčby nejčastějších supraventrikulárních tachyarytmií

	Akutní léčba	Dlouhodobá léčba
AVNRT	vagové manévry, adenosin	katéetrová ablace
AVRT ■ ortodromní ■ antidromní	verapamil, BB	katéetrová ablace
	vagové manévry, adenosin	
	verapamil, BB	
	propafenon, amiodaron, EKV	
Síňové fokální arytmie	adenosin, verapamil, BB	katéetrová ablace
	propafenon, amiodaron	BB, verapamil, propafenon
Síňové makroreentry tachykardie (flutter síní)	EKV	katéetrová ablace
	verapamil, BB	antikoagulace
	amiodaron	BB, verapamil
		amiodaron
		ablace AV uzlu + TKS

Obr. 1. Moderní EKG záznamníky používané k dlouhodobé EKG monitoraci



nebo verapamilu (5–10 mg). V dlouhodobé léčbě může být vyzkoušeno podávání perorálního verapamilu dle potřeby při záchvatu (40–80 mg), **metodou první volby je však katéetrová ablace**. Ablace se provádí v oblasti tzv. „pomalé dráhy“, pomalého vstupu do AV uzlu, v pravé srdeční síni, anteriorně od ústí koronárního sinu. Výkon je vysoce efektivní, kurativní, riziko rekurencí je menší než cca 3 %.

AV reentry tachykardie (AVRT)

Asi 30 % pravidelných tachykardií se štíhlým QRS komplexem je na podkladě vrozených přídavných (akcesorních) spojek – AVRT. AVRT lze také akutně přerušit vagovými manévry nebo intravenózním bolusem adenosinu (12–18 mg). Již méně je používán verapamil, betablokátory, u známé antidromní AVRT propafenon. **Katéetrová ablace je u AVRT doporučována jako první volba dlouhodobé a kurativní léčby**. Bývá někdy indikována i u asymptomatických jedinců, kteří nemají záchvaty arytmie, ale mají preexcitaci (delta vlnu) na EKG, rychle vedoucí spojkou nebo jiná rizika

(např. rizikové povolání). Ablace se provádí po zmapování lokality síňové nebo komorové inzerce spojky, v místě nejčasnější aktivace retrográdně z komor na síně nebo opačně. Efektivita výkonu (přerušení spojky, bez dalších rekurencí, tedy vyléčení) je vysoká, nad 90 %.

Síňová tachykardie (fokální)

Zbýlých asi 10 % tachykardií se štíhlým QRS (kromě flutteru a fibrilace síní, viz níže) jsou fokální síňové tachykardie (ST). ST lze někdy akutně přerušit adenosinem (ev. lze po jeho podání alespoň přechodně zablokovat AV uzel, a tím demaskovat P vlny). Méně doporučováno je podání verapamilu, betablokátorů, případně propafenonu nebo amiodaronu. V dlouhodobé léčbě lze využít betablokátory, verapamil, propafenon, ale **opět je jako první volba indikována katéetrová ablace**. Ablace ST se nejčastěji provádějí s využitím 3D mapovacích systémů, které umožní lokalizovat místo nejčasnější aktivace a vzniku arytmie. Efektivita (bez dalších recidiv ST) je celkově udávána cca 85 %.

Síňové makroreentry tachykardie

Jako síňové makroreentry tachykardie jsou označovány tachyarytmie, které pro své udržování primárně využívají makroreentry okruh v pravé nebo levé síni. Tento okruh vzniká na podkladě přirozených anatomických bariér (nejčastější – typický flutter síní, kroužící kolem trikuspidálního anulu) nebo bariér často iatrogeně vytvořených (atypické fluttery síní – levosíňové v jizvách např. po katéetrových ablacích fibrilace síní). K makroreentry tachykardiím patří i tzv. IART (incizionální atriální reentry tachykardie), substrátem jsou jizvy po atriotomii, nejčastěji po operacích vrozených srdečních vad. Antiarytmika nejsou pro akutní přerušení flutteru síní příliš účinná. Lze vyzkoušet verapamil (pouze u pacientů hemodynamicky stabilních, bez srdečního selhání!), betablokátory, ev. amiodaronu. Iniciálně lze takto většinou alespoň zpomalit tepovou frekvenci, odpověď komor. Mnohem účinnější je provedení elektrické kardioverze, většinou bifázickým výbojem s nižší energií (≤ 100 J). V dlouhodobé léčbě jsou doporučovány betablokátory, verapamil, ev. amiodaronu. **Metodou první volby je však katéetrová ablace**, v případě typického flutteru síní se provádí ablace na kavotrikuspidálním isthmu (linie v pravé síni, mezi anulem trikuspidální chlopně a ústím dolní duté žíly), s vysokou účinností (cca 95 %). V případech atypických flutterů se většinou výkony provádějí s využitím 3D mapovacích systémů a ablace je cílena k provedení lineární bariéry v místech šíření arytmie (mitrální isthmus, strop levé síně, atd.). Nedílnou součástí veškeré léčby všech pacientů s flutterem síní by mělo být posouzení individuálního rizika kardiembolie a případná indikace antikoagulační léčby (podobně jako u pacientů s fibrilací síní).