

současné užívání 10 léčiv ve stejné době (22). Předepisování (a užívání) velkého počtu různých léků se však u multimorbidních pacientů zpravidla nevyhne. Musíme mít ale na paměti, že byla opakovaně prokázána závislost mezi počtem současně podávaných léků a výskytem nežádoucích účinků, výskytem závažných lékových interakcí, vyšším výskytem křehkosti, ale především nutností hospitalizace pacientů nebo úmrtí (23) (Obr. 4). Vztah mezi polypragmazií a horší prognózou pacientů nelze zjednodušeně interpretovat tak, že polypragmazie sama o sobě je primární příčinou špatného osudu pacientů, kteří užívají větší počet léků současně. Je spíše markerem horší prognózy multimorbidních pacientů, jejichž stav vyžaduje léčbu mnoha léky najednou. Tuto skutečnost potvrzuje fakt, že množství souběžně užívaných léčiv vstupuje do již dříve zmíněných prognostických nástrojů pro odhad rizika hospitalizace a mortality (CDS, MDBI, PEONY, QAdmission). Tuto skutečnost ale nelze zjednodušeně interpretovat tak, že souběžná medikace větším počtem léků je vždy chybná a znamená tedy špatnou péči (24). Musíme však rozlišovat, zda je seznam užívaných léků přiměřený, nebo nepřiměřený celkovému stavu pacienta, a také zda je adekvátní s ohledem na terape-

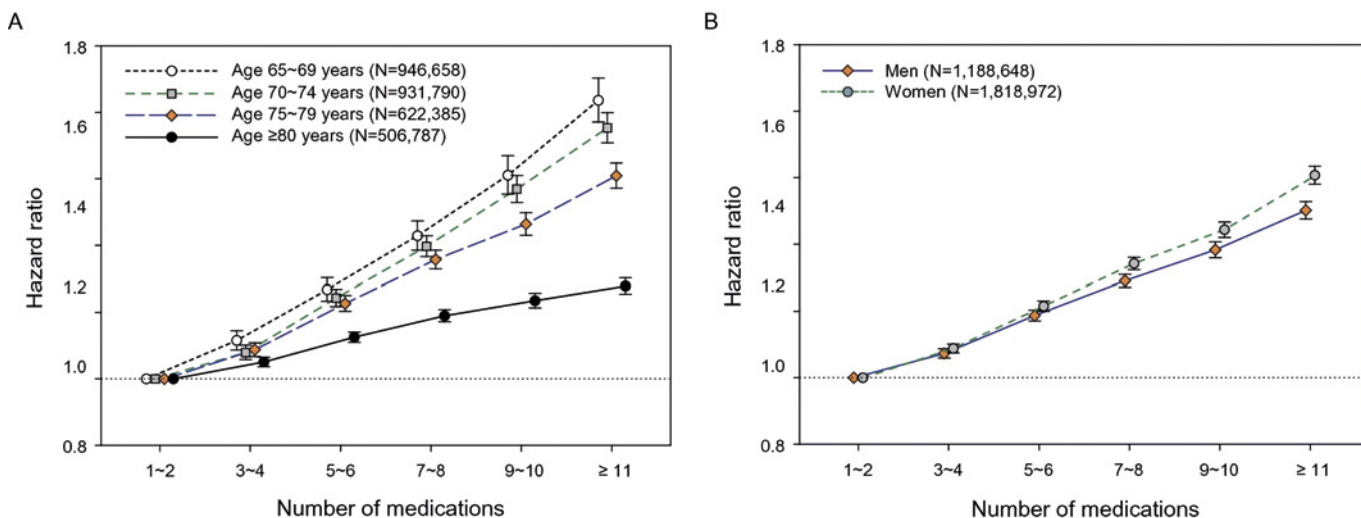
utické cíle, které chceme dosáhnout. Často to není vůbec jednoduchá úvaha a vyžaduje pečlivé zhodnocení řady faktorů – posouzení jasné indikace léku pro daného pacienta v konkrétní situaci, stanovení vhodné dávky, zvážení možných nežádoucích účinků, efektu léčby až po úvahu o možnostech alternativní léčby farmakologické a nefarmakologické, včetně jiných cest podání léku.

Jak bezpečně léčit pacienty s multimorbiditou

Pro vedení farmakoterapie u multimorbidních pacientů můžeme kromě naší klinické úvahy (a zohlednění kontraindikací a potenciálních interakcí) též využívat některé stratifikační systémy rozdělující léky podle jejich bezpečnosti pro rizikové populace pacientů. Tyto nástroje byly sice primárně vyvinuty pro posouzení vhodnosti daných léků v populaci pacientů vyššího věku (Beersova kritéria pro pacienty nad 65 let věku), a pro tuto populaci byly také validovány. Nicméně většina multimorbidních pacientů, se kterými se setkáváme, do této věkové skupiny již patří.

Beersova kritéria se snaží identifikovat léky nebo lékové skupiny, které by neměly být předepisovány pacientům ve vyšším věku. Tato kritéria byla

Obr. 4. Vztah mezi počtem denně užívaných léků a rizikem úmrtí podle věku (A) a pohlaví (B) (23)



Obr. 5. Vztah mezi počtem denně užívaných léků a rizikem hospitalizace podle věku (A) a pohlaví (B) (23)

