

poprvé publikována v roce 1991 a každé 3 roky probíhá jejich aktualizace v gesci Americké geriatrické společnosti. Tento seznam zahrnuje velký počet léků, které jsou potenciálně nevhodné u pacientů nad 65 let věku, případně by měly být v této skupině pacientů používány s maximální opatrností (25).

Improved Prescribing in the Elderly Tool (IPET) je dalším nástrojem využitelným pro bezpečnou farmakoterapii u seniorů. Zahrnuje 14 kombinací léků, které není vhodné používat s ohledem na věk či další onemocnění pacienta (26).

Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment (START) je nástroj, který je koncipován jinak než předchozí – indikuje vhodnost zahájit potenciálně prospěšnou léčbu. Na rozdíl od předchozích nástrojů není postaven na konceptu rizikových léků. Nepodání léku s jednoznačným profitem pro pacienta je totiž chybou stejně jako podávání nevhodné medikace. Kritéria START zahrnují léky a klinické situace, kdy by měla být medikace nasazena – opět validována pro pacienty nad 65 let věku (27).

Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions (STOPP) jsou kritéria, která jsou opět určena pro posouzení nevhodné preskripce u starších osob. Identifikují nevhodná léčiva v různých klinických situacích nebo kombinacích s jinou medikací – opět pro populaci nad 65 let věku. Optimální je současné použití s předchozím screeningovým nástrojem – tedy současné použití START/STOPP systému (28).

Fit FOR The Aged (FORTA) je systém klasifikace léčiv zavedený v roce 2008, aby pomohl lékařům optimalizovat a upřednostňovat používání vhodných léků u pacientů nad 65 let věku. Tento systém kombinuje pozitivní a negativní hodnocení farmak pro danou skupinu pacientů. Léky získávají hodnocení na základě jejich přínosu, rizika a vhodnosti pro každodenní použití u starších pacientů. Hodnocení léků A znamená velmi prospěšné (testováno ve velkých klinických studiích u starší populace s jasně pozitivním poměrem přínosu a rizika), B – prospěšné (důkazy o užitečnosti u starší populace, ale nevýhody ohledně účinnosti nebo vedlejších účinků), C – sporné (léky s neutrálním nebo negativním poměrem přínosu a rizika u starší populace) a D – nedoporučené. Také tato klasifikace vhodných a nevhodných léků je pravidelně aktualizována (29).

V řadě klinických situací u pacientů s multimorbiditou řešíme otázku smysluplnosti rozsáhlé farmakoterapie, kterou v průběhu času a diagnosticko-terapeutického procesu „nasbírali“. Redukce užívaných léků (deprescribing) je logická součást individualizované, racionální a bezpečné farmakoterapie. Jedná se o aktivní a kontinuální proces, který zahrnuje zvažování nezbytnosti indikace všech současně užívaných léků, hodnocení jejich možných nežádoucích účinků v kontextu dalších přítomných onemocnění a další souběžně užívané medikace. Součástí tohoto procesu je opakované hodnocení terapeutických cílů a celkové prognózy pacienta s multimorbiditou a jednoznačně vždy také zohlednění preferencí pacienta. Bez nadsázky lze napsat, že stejně jako bychom měli na každé návštěvě pacienta zvažovat, zda je jeho účelná medikace kompletní a optimálně dávkovaná (START), měli bychom také medikaci průběžně revidovat

z pohledu vhodnosti a nevhodnosti v aktuální klinické situaci (STOPP). Při optimalizaci medikace se můžeme řídit výše uvedenými doporučeními pro volbu bezpečné medikace pro pacienty ve vyšším věku. Pro vlastní proces deprescribingu je navržena řada postupů, příkladem může být algoritmus CEASE (30).

Confirm current medicines – ověření aktuálně užívané medikace a důvodu jejich podávání,

Estimate risk – posouzení rizika nežádoucího účinku všech užívaných léků,

Assess each medicine – posouzení přínosu a rizika každého z aktuálně užívaných léků z pohledu indikace, efektu a terapeutických cílů,

Sort – stanovení pořadí užívaných léků podle jejich důležitosti pro pacienta a možnosti vysazení,

Eliminate – vysazení zvolené medikace s následným sledováním pacienta (zlepšení stavu, možný rebound fenomén).

V rámci posouzení smysluplné a bezpečné farmakoterapie u pacientů s multimorbiditou, a tedy logicky přítomnou polypragmazií, je velmi důležitá úloha klinického farmaceuta. Jeho dostupnost by měla být standardem pro pracoviště akutní i následné lůžkové péče, která pečují o multimorbidní pacienty užívající větší počet léků současně – skutečnost je však jiná. Takto možnost spolupráce v primární péči je však zatím v našich podmínkách bohužel omezená.

Závěr

Vnitřní lékařství je oborem, který systematicky pečuje o pacienty s přítomností více chronických nemocí najednou. Značnou částí náplně naší práce je tedy diagnostika a často mnohaletá léčba těchto multimorbidních nemocných, která musí být skutečně komplexní. Pokud chceme být v našem terapeutickém snažení úspěšní, musíme se věnovat nejen našim klasickým „internistickým“ diagnózám, ale také pracovat s dalšími zdravotními problémy – například s depresí či anxiety, a rovněž s často přítomnou chronickou bolestí u těchto nemocných. Logickým důsledkem mnoha diagnóz u jednoho pacienta je polyfarmakoterapie. Ta by však měla zohledňovat stav pacienta včetně přítomnosti možných orgánových dysfunkcí, a především případné interakce užívané medikace. Také terapeutické cíle musí být individualizované, a mohou se v průběhu času měnit, i s ohledem na preference samotného pacienta. Při volbě bezpečné farmakoterapie u multimorbidních pacientů můžeme využít některé nástroje pro výběr vhodné medikace, jako je například START/STOPP systém. Deprescribing jako racionální redukce užívaných léků je logická součást individualizované, racionální a bezpečné farmakoterapie. Léčba našich pacientů je zpravidla dlouhodobá, jsme jejich průvodci různými stadii chronických onemocnění. Proto musí být vedení farmakoterapie multimorbidních pacientů aktivním a kontinuálním procesem, který obsahuje průběžné zvažování nutnosti užívání všech současně předepisovaných léků a také hodnocení jejich možných nežádoucích účinků v kontextu celkového stavu pacienta.

LITERATURA

1. Ho IS, Azcoaga-Lorenzo A, Akbari A, et al. Variation in the estimated prevalence of multimorbidity: systematic review and meta-analysis of 193 international studies. *BMJ Open* 2022;12:e057017.

2. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management