

(a komplikovaně) nemocných seniorů s multimorbiditou, v terénu orgánových selhání, geriatrických syndromů a křehkosti i přítomnou neuropsychiatrickou symptomatologií (1, 2). U těchto nemocných je přínos některých léčiv v lékovém režimu často diskutabilní. Nejvíce ohrožení nežádoucími účinky léků jsou „farmakovulnerabilní“ senioři s rizikovými faktory: vysoký věk nad 80–85 let, polyfarmakoterapie, komplexní multimorbidita, demence, fyzická křehkost a disabilita, porušená clearance farmak a celkové snížení orgánových fyziologických rezerv, které limitují délku přežití („limited life expectancy“) (3).

Přes obecná doporučení pravidelné revize celého lékového režimu praktickým/ošetřujícím lékařem s posouzením přínosu a rizika každého jednotlivého léku, jejich interakcí a možných nežádoucích účinků není u seniorů komplexní léková revize v praxi běžně prováděna. Důvodem je časová náročnost, potřeba dobré znalosti specifík geriatrické farmakoterapie, nutnost komplexnějšího individualizovaného rozhodování, ale i neochota nebo obava ze změny zavedené léčby (4). Pro lékaře nejsou dostupné jednoduché algoritmy a doporučení a pro skupinu křehkých polymorbidních seniorů nebývá dostatek vědeckých důkazů, protože nejsou dostatečně zařazováni do klinických studií. Proto se hledají cesty, jak farmakoterapii seniorů optimalizovat a vyvíjejí se nástroje, které by obtížná rozhodování usnadnily (5–6). Také Evropská léková agentura (EMA) se touto problematikou cíleně zabývá a zasazuje se o zvýšení zastoupení vyšších věkových skupin v klinickém výzkumu nových léčiv (7).

Světová zdravotnická organizace upozornila na rizika farmakoterapie pro globální bezpečnost pacienta v publikaci „Medication without harm“ a v jedné ze 3 klíčových akcí vyzvala jednotlivé země k vytvoření národních doporučení pro management polyfarmakoterapie (8) a snížení preventabilního rizika poškození pacienta užívanou medikací o 50 % v následujících 5 letech (9).

Potenciálně nevhodná léčiva ve stáří

V ČR se geriatrická farmakoterapie rozvíjí na klinické i výzkumné úrovni více než 20 let (10). V roce 2005 byla odborná veřejnost poprvé seznámena s konceptem léčiv potenciálně nevhodných ve stáří a v té době s nejznámějšími explicitními kritérii – Beersovým seznamem léčiv (11).

Koncept nevhodných léčiv vychází ze skutečnosti, že některé léky běžně podávané ve středním věku mají ve stáří více rizik a možných NÚ než v mladším a středním věku, případně existují bezpečnější alternativy srovnatelně nákladné. Pro tuto velmi heterogenní skupinu léků se užívá označení „léky potenciálně nevhodné ve stáří“ („potentially inappropriate medications“, PIMs). Potenciální nevhodnost tak neznamená absolutní kontraindikace, protože ve specifických klinických situacích mohou mít oprávněné indikace. Doporučuje se však, aby podávání těchto léků pacientům nad 65 let bylo pečlivě zvažováno a pokud možno plošně omezeno. Pokud jsou některé z těchto léků podávány, pacient musí být cíleně monitorován k časnému rozpoznání předvídatelného nežádoucího účinku.

Pro klinickou praxi byly navrženy nástroje usnadňující identifikaci potenciálně nevhodných léčiv, lékových skupin a lékových postupů. Tyto nástroje vytvořené na základě dostupné evidence a konsenzu expertů mohou významně pomoci předepisujícím lékařům rychleji

rozpoznat rizikovou preskripci u geriatrických nemocných a mohou jim napomoci volit bezpečnější lékové režimy. Jsou pravidelně aktualizovány a některé z nich jsou dostupné i ve formě webových aplikací nebo nověji i softwarových systémů pro elektronickou preskripci, které mohou předepisujícího lékaře na nevhodnou preskripci upozornit.

Rozšíření v klinické praxi i v mezinárodním měřítku dosáhla americká tzv. Beersova kritéria zahrnující kromě léků obecně nevhodných u seniorů také potenciálně rizikové podání léků u konkrétních onemocnění nebo v konkrétních klinických situacích (tzv. interakce lék – nemoc nebo geriatrický syndrom, většinou se jedná o relativní kontraindikace). Dále obsahují nejčastější lékové interakce, léky vyžadující úpravu dávky při renální insuficienci a také léky se silným anticholinergním účinkem. Poslední verze Beersových kritérií byla aktualizována Americkou geriatrickou společností, AGS v roce 2023 (12). Ke stažení je webová aplikace „AGS Beers Criteria“ (<https://apps.apple.com/us/app/ags-beers-criteria/id1644042027>) v anglickém jazyce vhodná i pro mobilní telefony. Užívání nevhodných léčiv je u seniorů spojeno s vyšším rizikem hospitalizací pro nežádoucí účinky léčiv, vyšším výskytem pádů a horší celkovou zdatností a soběstačností a v některých studiích i se zvýšenou mortalitou. Proto se některá z těchto kritérií objevila i v kampani „Choosing wisely“ a zařadila se mezi obecně nevhodné, pro pacienta potenciálně poškozující léčebné postupy (např. antipsychotika jako léky první volby u behaviorálních a psychologických symptomů u demence, léčba asymptomatické bakteriurie antibiotiky, benzodiazepiny jako léky první volby při nespavosti, agitovanosti nebo deliriu, dosahování příliš nízkých cílových hodnot HbA1c u diabetu, léčba kognitivity u demence bez monitorování efektu a nežádoucích účinků) (13, 14, 15).

STOPP-START kritéria

Vzhledem k odlišnostem v dostupnosti léčiv na americkém a evropském trhu a menší uživatelské přívětivosti Beersových kritérií byla v roce 2007 publikována nová kritéria STOPP-START, která byla doporučena jako screeningový nástroj pro základní posouzení bezpečnosti a kvality preskripce u pacientů nad 65 let v evropských zemích (16). Kritéria byla již v následujícím roce publikována v časopise Vnitřní Lékařství a užívána, především v geriatrické praxi (17). V části označené jako STOPP (Screening Tool of Older People's Potentially Inappropriate Prescriptions) jsou zastoupena léčiva, jejichž podávání je nevhodné nebo rizikové. Druhá část START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) je pak zaměřena na potenciálně prospěšné postupy, které jsou často v indikacích ve stáří opomíjeny přesto, že starší nemocní z nich jednoznačně profitují. Použití obou částí STOPP-START kritérií tak dle autorů povede k bezpečnější a účelnější preskripci.

Pro českou odbornou veřejnost jsme v roce 2013 vytvořili na základě expertního konsenzu česká „Národní kritéria léčiv a lékových postupů nevhodných ve stáří 2012“, vycházející z Beersových i STOPP kritérií a reflektující dostupnost léčiv na našem trhu a léčebné zvyklosti (18). Zahrnují 121 kritérií a jsou pro přehlednost organizována podle lékových skupin a klinických diagnóz/stavů s ohledem na interakce lék-nemoc a byla součástí Doporučeného postupu SVL Geriatrie pro praktické lékaře (19).

V roce 2015 byla kritéria STOPP-START aktualizována (verze 2) a jejich využití se významně rozšířilo (20). Ukázalo se, že kvalita