

Tab. 1. Screeningový nástroj pro hodnocení lékové preskripce ve stáří (STOPP), verze 3 – pokračování

13.	Antagonisté aldosteronu (např. spironolakton, eplerenon) při současné léčbě kalium-šetřícími léky (např. ACEI, sartany, amilorid, triamteren) bez sledování draslíku v séru (riziko závažné hyperkalemie tj. > 6,0 mmol/l – kalemie by měla být pravidelně sledována nejméně každých 6 měsíců).
14.	Inhibitory fosfodiesterázy typu 5 (např. sildenafil, tadalafil, vardenafil) při závažném srdečním selhání provázeném hypotenzí, tj. systolickým tlakem < 90 mmHg, nebo současná terapie anginy pectoris nitráty (riziko kardiovaskulárního kolapsu).
15.	Léky, které předvídatelně prodlužují QTc interval (QTc = QT/RR), u pacientů s prokázaným prodloužením QTc intervalu (nad 450 ms u mužů a nad 470 ms u žen), zahrnující chinolony, makrolidy, ondansetron, citalopram (dávky > 20 mg/den), escitalopram (dávky > 10 mg/den), tricyklická antidepresiva, lithium, haloperidol, digoxin, antiarytmika třídy 1 A, antiarytmika III. třídy, tizanidin, fenothiaziny, astemizol, mirabegron (riziko život ohrožujících srdečních arytmií).
16.	Statiny v primární kardiovaskulární prevenci u osob ve věku ≥ 85 let a s prokázanou seniorskou křehkostí při očekávané délce přežití pravděpodobně kratší než 3 roky (nedostatek důkazů o účinnosti).
17.	Dlouhodobé systémové podávání (tj. ne lokální podávání) NSA při anamnéze koronárních, cerebrálních nebo periferních vaskulárních onemocnění (zvýšené riziko trombózy).
18.	Dlouhodobé podávání antipsychotik při anamnéze koronárních, cerebrálních nebo periferních vaskulárních onemocnění (zvýšené riziko trombózy).
19.	NSA nebo systémové kortikosteroidy u srdečního selhání vyžadujícího léčbu klíčovými diuretiky (riziko zhoršení srdečního selhání).
20.	Antihypertenziva u závažné symptomatické aortální stenózy (riziko závažné hypotenze, synkopy).
21.	Digoxin jako léčivo první volby pro dlouhodobou (> 3 měsíce) kontrolu srdeční frekvence při fibrilaci síní (zvýšená úmrtnost při dlouhodobém užívání digoxinu; obvykle jsou preferovány kardioselektivní beta-blokátory).
Sekce C: Koagulační systém	
1.	Dlouhodobé podávání aspirinu v dávkách vyšších než 100 mg denně (zvýšené riziko krvácení, není důkaz o zvýšené účinnosti).
2.	Antiagregační léčiva, antagonisté vitamínu K, přímé inhibitory trombinu nebo inhibitory faktoru Xa při současně zvýšeném riziku krvácení, tj. u nekontrované závažné hypertenze, sklonech ke krvácení, nedávném závažnějším spontánním krvácení (vysoké riziko krvácení).
3.	Aspirin s klopidogrelem jako dlouhodobá sekundární prevence iktu, tj. > 4 týdny, pokud se nejedná o pacienty s koronárním stentem(y) zavedeným v předchozích 12 měsících nebo s akutním koronárním syndromem nebo pokud nemá vysoký stupeň symptomatické stenózy karotidy (žádný důkaz o přídavném dlouhodobém prospěchu oproti monoterapii klopidogrelem).
4.	Antiagregační léčiva v kombinaci s antagonisty vitamínu K, přímými inhibitory trombinu nebo inhibitory faktoru Xa u pacientů s chronickou fibrilací síní, pokud se nejedná o pacienty se současně zavedeným stentem/y nebo angiograficky prokázaným vysokým stupněm (> 50 %) koronární stenózy (není důkaz pro přídavný benefit oproti antiagregační léčbě).
5.	Antiagregační léčiva s antagonisty vitamínu K, přímými inhibitory trombinu nebo inhibitory faktoru Xa u pacientů se stabilní koronární, cerebrovaskulární aterosklerózou nebo ICHDK (není důkaz o přídavném prospěchu duální terapie).
6.	Tiklopidin v jakékoliv situaci (clopidogrel a prasugrel mají obdobnou účinnost, silnější důkazy o prospěchu a méně vedlejších účinků).
7.	Antiagregační léčiva jako alternativa léčby k antagonistům vitamínu K, přímým inhibitorům trombinu nebo inhibitorům faktoru Xa pro prevenci iktu u pacientů s chronickou fibrilací síní (nejsou důkazy o účinnosti).
8.	Antagonisté vitamínu K, přímé inhibitory trombinu nebo inhibitory faktoru Xa v terapii první hluboké žilní trombózy bez trvajících provokujících rizikových faktorů (např. trombofilie) déle než 6 měsíců (žádný prokázaný přídavný prospěch).
9.	Antagonisté vitamínu K, přímé inhibitory trombinu nebo inhibitory faktoru Xa v terapii první plicní embolie bez trvajících provokujících rizikových faktorů (např. trombofilie) déle než 12 měsíců (žádný prokázaný přídavný prospěch).
10.	Nesteroidní antiflogistika (NSA) a antagonisté vitamínu K, přímé inhibitory trombinu nebo inhibitory faktoru Xa v kombinaci (riziko závažného gastrointestinálního krvácení).
11.	Antagonisté vitamínu K jako antikoagulační první volby pro fibrilaci síní, pokud není přítomna implantovaná kovová srdeční chlopeč, středně těžká až těžká mitrální stenóza nebo pokud není eGFR < 15 ml/min/1,73 m ² (přímé inhibitory trombinu nebo inhibitory faktoru Xa jsou stejně účinné a bezpečnější než antagonisté vitamínu K).
12.	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) v kombinaci s antagonisty vitamínu K, přímými inhibitory trombinu nebo inhibitory faktoru Xa při předchozí anamnéze závažného krvácení (zvýšené riziko krvácení vzhledem k antiagregačním účinkům SSRI).
13.	Přímý inhibitor trombinu (např. dabigatran) a diltiazem nebo verapamil (zvýšené riziko krvácení).
14.	Apixaban, dabigatran, edoxaban, rivaroxaban a inhibitory P-glykoproteinu (P-gp), např. amiodaron, azithromycin, carvedilol, cyklosporin, dronedaron, itraconazol, ketokonazol (systémové podání), makrolidy, chinin, ranolazin, tamoxifen, tikagrelor, verapamil (zvýšené riziko krvácení).
15.	Systémově podávané estrogény nebo androgeny při předchozí anamnéze tromboembolické nemoci (zvýšené riziko opakované TEN).
16.	Aspirin v primární prevenci kardiovaskulárních onemocnění (žádný důkaz o prospěchu).
Sekce D: Centrální nervový systém	
1.	Tricyklická antidepresiva (TCA) u pacientů s demencí, glaukomem s uzavřeným úhlem, srdečními převodními poruchami, benigní hyperplazií prostaty se symptomy dolních močových cest, chronickou zácpou, nedávnými pády, předchozí anamnézou močové retence nebo při ortostatické hypotenzii (riziko zhoršení těchto stavů).
2.	Zahájení léčby těžké deprese tricyklickými antidepresivy (TCA) jako léky první volby (vyšší riziko nežádoucích účinků u TCA než u SSRI nebo SNRI).
3.	Inhibitory zpětného vychytávání serotoninu/noradrenalinu (SNRI, např. venlafaxin, duloxetin) při těžké hypertenzi, tj. při systolickém krevním tlaku >180 mm Hg +/- diastolickém krevním tlaku > 105 mm Hg (pravděpodobné zhoršení hypertenze).
4.	Antipsychotika s mírnými až významnými antimuskarinovými/anticholinergními účinky (acepromazin, chlorpromazin, klozapin, flupentixol, flufenazin, levomepromazin, olanzapin, pipothiazin, promazin, thioridazin) u pacientů s anamnézou syndromu dolních močových cest u benigní hyperplazie prostaty nebo s předchozí retencí moči (vysoké riziko retence moči).
5.	Antipsychotika předepisovaná pro behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD) bez změny dávky po dobu > 3 měsíců, aniž byla provedena revize medikace (zvýšené riziko extrapyramidových nežádoucích účinků a chronického horšení kognice, zvýšené riziko závažné kardiovaskulární morbidity a mortality).
6.	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) při aktuální nebo nedávné významné hyponatremii, tj. sérové Na ⁺ < 130 mmol/l (riziko zhoršení nebo vyvolání hyponatremie).