

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

7.	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) při aktuálním nebo nedávném významném krvácení (riziko zhoršení nebo recidivy krvácení vzhledem k antiagregačním účinkům SSRI).
8.	Benzodiazepiny po dobu $\geq 4$ týdnů (není indikace pro delší podávání; riziko prodloužené sedace, zmatenosti, narušené rovnováhy, pádů, dopravních nehod; všechny benzodiazepiny by měly být vysazovány postupně, pokud byly užívány déle než 4 týdny, protože hrozí riziko vzniku abstinenčního syndromu při náhlém vysazení).
9.	Benzodiazepiny při agitovaném chování nebo psychotických symptomech demence (žádný důkaz o účinnosti).
10.	Benzodiazepiny pro insomnii po dobu $\geq 2$ týdnů (vysoké riziko závislosti, zvýšené riziko pádů, zlomenin a dopravních nehod).
11.	Z-léky (zolpidem, zopiclon, zaleplon) pro insomnii po dobu $\geq 2$ týdnů (zvýšené riziko pádů a zlomenin).
12.	Antipsychotika (s výjimkou klozapinu nebo quetiapinu) u nemocných parkinsonským syndromem nebo demencí s Lewyho tělisky (riziko závažných extrapyramidových symptomů).
13.	Anticholinergní/antimuskarinové léky (biperiden, orfenadrin, procyclidin, trihexyfenidyl) k léčbě extrapyramidových vedlejších účinků antipsychotik (riziko anticholinergních nežádoucích účinků).
14.	Léky s výraznými anticholinergními/antimuskarinovými účinky** u pacientů s deliriem nebo demencí (riziko zhoršení kognitivní poruchy).
** Běžně předepisované léky s výraznými anticholinergními/antimuskarinovými účinky zahrnují tricyklická antidepresiva (např. amitriptylin, doxepin, imipramine, nortriptylin), antipsychotika (chlorpromazin, klozapin, thioridazin), antihistaminika první generace (např. difenhydramin, chlorfeniramin), močová spasmolytika (např. tolterodin, oxybutynin), hyoscyamin, procyclidin, benztropin, tizanidin.	
15.	Antipsychotika u pacientů s behaviorálními a psychologickými symptomy demence (BPSD) po dobu delší než 12 týdnů, pokud symptomy BPSD nejsou závažné a jiné nefarmakologické postupy léčby selhaly (zvýšené riziko cévní mozkové příhody, infarktu myokardu).
16.	Antipsychotika jako hypnotika, pokud porucha spánku není způsobena psychózou nebo BPSD (není doporučeno v SmPC antipsychotik; zvýšené riziko zmatenosti, hypotenze, extrapyramidových nežádoucích účinků, pádů).
17.	Inhibitory acetylcholinesterázy se známou anamnézou setrvalé bradykardie ( $< 60$ tepů/min), srdeční blokády nebo při opakovaných nevysvětlitelných synkopách (riziko srdeční převodní poruchy, synkop a poranění).
18.	Inhibitory acetylcholinesterázy a současná léčba léky vyvolávajícími trvalou bradykardií ( $< 60$ tepů/min), jako jsou beta blokátory, digoxin, diltiazem, verapamil (riziko srdeční převodní poruchy, synkop a poranění).
19.	Memantin u pacientů s epileptickými záchvaty v současnosti nebo v anamnéze (zvýšené riziko záchvatů).
20.	Nootropika při demenci včetně ginkgo biloby, piracetamu, pramiracetamu, fenylpiracetamu, aniracetamu, fosfatidylserinu, modafinilu, L-theaninu, omega-3 mastných kyselin, panax ginsengu, rhodioly, kreatinu (chybí důkazy o účinnosti).
21.	Fenothiaziny jako léčba první volby v léčbě psychózy nebo nekognitivních symptomů demence, protože existují bezpečnější a účinnější alternativy (fenothiaziny jsou sedativní, mají významnou antimuskarinovou toxicitu u starších lidí, kromě podávání prochlorperazinu pro nevolnost/zvracení/vertigo, chlorpromazinu pro úlevu od perzistující škytavky a levomepromazinu jako antiemetika v paliativní péči).
22.	Levodopa nebo agonisté dopaminu pro léčbu esenciálního tremoru (žádný důkaz o účinnosti).
23.	Levodopa nebo agonisté dopaminu pro léčbu extrapyramidových nežádoucích účinků antipsychotik nebo jiných forem léky navozeného parkinsonského syndromu (nevhodná preskripční kaskáda, které je třeba se vyvarovat).
24.	Antihistaminika první generace jako léčba první volby pro alergii nebo svědění (bezpečnější antihistaminika s menším množstvím nežádoucích účinků jsou nyní široce dostupná).
25.	Antihistaminika první generace v terapii nespavosti (vysoké riziko nežádoucích účinků, Z-léky jsou bezpečnější a vhodnější pro krátkodobé užití).
<b>Sekce E: Renální systém</b>	
<b>Následující často předepisované léky jsou potenciálně nevhodné u starších nemocných s akutním nebo chronickým onemocněním ledvin a narušenými renálními funkcemi při definovaném poklesu eGFR.</b>	
1.	Digoxin dlouhodobě (tj. více než 90 dní) v udržovací dávce $\geq 125$ $\mu\text{g}/\text{den}$ , pokud je eGFR $< 30$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (riziko toxicity digoxinu, pokud nejsou měřeny plazmatické hladiny).
2.	Přímé inhibitory trombinu (např. dabigatran), pokud je eGFR $< 30$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (riziko krvácení).
3.	Inhibitory faktoru Xa (např. rivaroxaban, apixaban, edoxaban), pokud je eGFR $< 15$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (riziko krvácení).
4.	NSA, pokud je eGFR $< 50$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (riziko zhoršení renálních funkcí).
5.	Kolchicin, pokud je eGFR $< 10$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (riziko kolchicinové toxicity).
6.	Metformin, pokud je eGFR $< 30$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (riziko laktátové acidózy).
7.	Antagonisté mineralokortikoidních receptorů (např. spironolakton, eplerenon), pokud je eGFR $< 30$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (riziko nebezpečné hyperkalemie).
8.	Nitrofurantoin, pokud je eGFR $< 45$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (zvýšené riziko toxicity nitrofurantoinu).
9.	Bisfosfonáty, pokud je eGFR $< 30$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (zvýšené riziko akutního renálního selhání).
10.	Methotrexát, pokud je eGFR $< 30$ ml/min/1,73 m <sup>2</sup> (zvýšené riziko toxicity methotrexátu).
<b>Sekce F: Trávicí systém</b>	
1.	Prochlorperazin nebo metoklopramid u parkinsonského syndromu (riziko zhoršení extrapyramidových symptomů).
2.	Inhibitor protonové pumpy (IPP) při nekomplikovaném žaludečním vředu v plné terapeutické dávce po dobu $> 8$ týdnů (snížení dávky nebo dřívější ukončení nebo udržovací terapie H2-antagonisty je obvykle indikována).
3.	Léky, které způsobují zácpu (např. systémová antimuskarinika, perorální železo, opioidy, verapamil, hliníková antacida), u chronické zácpy, kde jsou dostupné bezpečnější alternativy (riziko zhoršení zácpy).
4.	Perorálně podávané elementární dávky železa vyšší než 200 mg denně (např. fumarát železnatý $> 600$ mg/den, síran železnatý $> 600$ mg/den, glukonát železnatý $> 1800$ mg/den (chybí evidence vyšší absorpce při podání vyšších dávek).
5.	Kortikosteroidy u pacientů s anamnézou vředové choroby nebo erozivní ezofagitidy (riziko relapsu, pokud není současně předepsán inhibitor protonové pumpy).
6.	Antiagregancia nebo antikoagulancia u pacientů s anamnézou GAVE syndromu (z angl. Gastric Antral Vascular Ectasia, „melounový žaludek“) (riziko závažného gastrointestinálního krvácení).