

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

7.	Antipsychotika u dysfagie (zvýšené riziko aspirační pneumonie).
8.	Megestrol acetát ke zvýšení chuti k jídlu (zvýšené riziko trombózy a úmrtí, s neprokázanou účinností).
<b>Sekce G: Respirační systém</b>	
1.	Teofylin v monoterapii CHOPN (existují bezpečnější, účinnější alternativy; riziko nežádoucích účinků z důvodu nízkého terapeutického indexu).
2.	Systémové kortikosteroidy místo inhalačních kortikosteroidů pro udržovací terapii u středně závažné až závažné CHOPN (zbytečná expozice dlouhodobým nežádoucím účinkům systémových kortikosteroidů, dostupná je účinná inhalační terapie).
3.	Dlouhodobě působící antagonisté muskarinových receptorů (např. tiotropium, aclidinium, umeclidinium, glycopyrronium) při anamnéze glaukomu s uzavřeným úhlem (může zhoršit glaukom) nebo při obstrukci močového měchýře (může vést k retenci moči).
4.	Benzodiazepiny při akutním nebo chronickém respiračním selhání, tj. při $pO_2 < 8,0 \text{ kPa} \pm pCO_2 > 6,5 \text{ kPa}$ (riziko horšení respiračního selhání).
<b>Sekce H: Muskuloskeletální systém</b>	
1.	NSA s výjimkou selektivních inhibitorů COX-2 při anamnéze vředové choroby gastroduodenální nebo gastrointestinální krvácení, pokud nejsou současně předepsány IPP nebo antagonisté H <sub>2</sub> -receptů (riziko relapsu žaludečního vředu).
2.	NSA u závažné hypertenze, tj. při systolickém krevním tlaku trvale nad 170 mm Hg a/nebo diastolickém krevním tlaku trvale nad 100 mm Hg (riziko zhoršení hypertenze).
3.	Dlouhodobé užití NSA (> 3 měsíce) pro symptomatickou úlevu od osteoartrické bolesti, pokud nebyl vyzkoušen paracetamol (jednoduchá analgetika jsou preferována a obvykle jsou stejně účinná v úlevě od bolesti a bezpečnější).
4.	Dlouhodobé užití kortikosteroidů (> 3 měsíce) v monoterapii revmatoidní artritidy (riziko systémových nežádoucích účinků kortikosteroidů).
5.	Kortikosteroidy (kromě periodických intraartikulárních injekcí u monoartikulárních bolestí) v léčbě osteoartrózy (riziko systémových vedlejších účinků kortikosteroidů).
6.	Dlouhodobé užívání NSA nebo kolchicinu (> 3 měsíce) pro chronickou léčbu dny, pokud není kontraindikace pro podávání inhibitorů xantinoxidázy (např. allopurinol, febuxostat) (xantinoxidázové inhibitory jsou první volbou v profylaxi dny).
7.	NSA při současném podání s kortikosteroidy pro léčbu artritidy/revmatických bolestí jakéhokoli druhu (zvýšené riziko vředové choroby).
8.	Perorálně podávané bisfosfonáty u pacientů s aktuální nebo nedávnou anamnézou onemocnění horního gastrointestinálního traktu, tj. dysfagie, ezofagitida, gastritida, duodenitida nebo vředová choroba gastroduodenální, nebo horní gastrointestinální krvácení (riziko relapsu/zhoršení zánětu jícnu, vředové choroby jícnu nebo striktury jícnu).
9.	Dlouhodobé opioidy v léčbě osteoartrózy (nedostatek důkazů o účinnosti, zvýšené riziko závažných nežádoucích účinků).
<b>Sekce I: Urogenitální systém</b>	
1.	Systémová antimuskarinika (např. oxybutynin, tolterodin, trospium) u demence nebo chronické kognitivní poruchy (riziko zvýšené zmatenosti, neklidu).
2.	Systémová antimuskarinika (např. oxybutynin, tolterodin, trospium) u glaukomu s uzavřeným úhlem (riziko akutního zhoršení glaukomu).
3.	Systémová antimuskarinika (např. oxybutynin, tolterodin, trospium) při syndromu dolních močových cesty u benigní hyperplazie prostaty (BHP) a při vysokém postmikčním reziduu > 200 ml (nejasná účinnost a zvýšené riziko retence moči u starších mužů).
4.	Systémová antimuskarinika (např. oxybutynin, tolterodin, trospium) při anamnéze zácpy (riziko zhoršení zácpy).
5.	Antagonisté alfa-1 receptorů kromě silodosinu (např. alfuzosin, doxazosin, indoramin, tamsulosin, terazosin) u symptomatické ortostatické hypotenzi nebo při anamnéze synkopálních stavů (riziko vyvolání opakované synkopy).
6.	Mirabegron při nekompenzované nebo závažné hypertenzi (riziko zhoršení hypertenze).
7.	Duloxetin u urgentní mikce nebo urgentní inkontinence (duloxetin je indikován u stresové inkontinence, ale ne u urgentní mikce/inkontinence).
8.	Podávání antibiotik u asymptomatické bakterieurie (chybí indikace k léčbě).
<b>Sekce J: Endokrinní systém</b>	
1.	Deriváty sulfonylurey s dlouhým eliminačním poločasem (např. glibenklamid, chlorpropamid, glimepirid) u diabetes mellitus 2. typu (riziko protražované hypoglykemie).
2.	Thiazolidindiony (např. rosiglitazon, pioglitazon) u srdečního selhání (riziko zhoršení srdečního selhání).
3.	Neselektivní beta-blokátory u diabetes mellitus s častými hypoglykemickými epizodami (riziko maskování hypoglykemických příznaků).
4.	Inhibitory sodno-glukózoového kotransportéru (SGLT2) (např. kanagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin) u symptomatické hypotenze (riziko zhoršení hypotenze).
5.	Systémové estrogény u anamnézy karcinomu prsu (zvýšené riziko recidivy).
6.	Systémové estrogény u anamnézy TEN (zvýšené riziko recidivy).
7.	Hormonální terapie v klimakteriu (estrogen plus progestin) při anamnéze koronární, mozkové nebo periferní aterosklerózy (zvýšené riziko akutní arteriální trombózy).
8.	Systémové estrogény bez progestagenů u pacientů s intaktní děložou (riziko endometriálního karcinomu).
9.	Levothyroxin u subklinické hypotyreózy, tj. normální volný T <sub>4</sub> , zvýšený TSH, ale < 10 mIU/l (žádný průkaz o prospěchu, riziko iatrogení tyreotoxikózy).
10.	Analoga vazopresinu (např. desmopresin, vazopresin) v léčbě inkontinence moči nebo při častém močení (riziko symptomatické hyponatremie).
<b>Sekce K: Skupiny léčiv, které předvídatelně zvyšují riziko pádů u rizikových starších pacientů</b>	
1.	Benzodiazepiny u pacientů s opakovanými pády (mohou zhoršit senzorické funkce, zhoršit rovnováhu).
2.	Antipsychotika u pacientů s opakovanými pády (mohou způsobit parkinsonský syndrom).
3.	Vasodilatační léky u pacientů s opakovanými pády a perzistující ortostatickou hypotenzí, tj. s poklesem systolického krevního tlaku $\geq 20 \text{ mm Hg}$ a/nebo diastolického krevního tlaku $\geq 10 \text{ mm Hg}$ (riziko synkop, pádů).
4.	Z-hypnotika, tj. zopiklon, zolpidem, zaleplon, u pacientů s opakovanými pády (mohou způsobit přetrvávající denní sedaci, ataxii).
5.	Antiepileptika u pacientů s opakovanými pády (mohou zhoršit senzorické funkce, mohou nepříznivě ovlivnit funkci mozečku).
6.	První generace antihistaminik u pacientů s opakovanými pády (mohou zhoršit senzorické funkce).
7.	Opioidy u pacientů s opakovanými pády (mohou zhoršit senzorické funkce).