

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

8.	Antidepresiva u pacientů s opakovanými pády (mohou zhoršit senzoričké funkce).
9.	Alfablokátory jako antihypertenziva u pacientů s opakovanými pády (mohou způsobit ortostatickou hypotenzi).
10.	Alfablokátory při příznacích zhoršeného vyprazdňování moči u onemocnění prostaty, kromě silodosinu, u pacientů s opakovanými pády (mohou způsobit ortostatickou hypotenzi).
11.	Centrálně působící antihypertenziva (mohou zhoršit senzoričké funkce a mohou způsobit ortostatickou hypotenzi).
12.	Antimuskarinika pro léčbu hyperaktivního močového měchýře nebo urgentní inkontinenci (mohou zhoršit senzoričké funkce).
Sekce L: Analgetické léky	
1.	Použití perorálních nebo transdermálních silných opioidů (morfin, oxycodon, fentanyl, buprenorfin, diamorfin, metadon, tramadol, petidin, pentazocin) v první linii léčby mírné bolesti (není dodržen analgetický žebříček WHO; paracetamol nebo NSA mají být předepsány jako analgetika první volby).
2.	Pravidelné denní užívání (nikoli podle potřeby) opioidů bez současného podávání projímadel (riziko závažné zácpy).
3.	Dlouhodobě podávané opioidy bez krátkodobě podávaných opioidů pro léčbu průlomové bolesti u středně silné nebo silné bolesti (riziko trvání silné bolesti).
4.	Lokální náplast s lidokainem (lignokainem) pro léčbu chronické bolesti u osteoartrózy (nedostatek důkazů o účinnosti).
5.	Gabapentinoidy (např. gabapentin, pregabalin) pro léčbu jiné než neuropatické bolesti (nedostatek důkazů o účinnosti).
6.	Paracetamol v dávkách ≥ 3 g/24 hodin u pacientů se zhoršeným nutričním stavem, tj. BMI < 18, nebo chronickým onemocněním jater (riziko hepatotoxicity).
Sekce M: Kumulativní zátěž léky s antimuskarinovým/anticholinergním účinkem	
1.	Současné užití dvou nebo více léků s antimuskarinovými/anticholinergními vlastnostmi (např. močová spasmolytika, střevní spasmolytika, tricyklická antidepresiva, antihistaminika první generace, antipsychotika) (riziko zvýšené toxicity antimuskarinik/anticholinergik).

Tab. 2. Screeningový nástroj pro upozornění na vhodnou léčbu (START), verze 3

Pokud se starší pacient nenachází v konečné fázi života (end-of-life) a nevyžaduje i ve farmakoterapii paliativní přístup, měly by být zváženy v terapii následující léčebné postupy (pokud pro jejich nepodání není validní důvod). Předpokládá se, že předepisující lékař zhodnotí všechny specifické kontraindikace těchto léčebných postupů před jejich doporučením starším nemocným.	
Sekce A: Indikované léky	
1.	Pokud je léčba jasně indikována a považována za vhodnou v konkrétním klinickém případě a neexistuje žádná jasná kontraindikace, měla by být léčba tímto lékem zahájena v doporučené dávce a délce podání.
Sekce B: Kardiovaskulární systém	
1.	Antihypertenzní terapie při systolickém krevním tlaku > 140 mm Hg a/nebo diastolickém tlaku > 90 mm Hg, pokud není přítomna středně závažná nebo závažná fyzická křehkost, u které je práh pro nasazení terapie 150 mm Hg systolického tlaku a/nebo 90 mm Hg diastolického tlaku.
2.	Léčba statiny při prokázané koronární, mozkové nebo periferní ateroskleróze, pokud pacient není v terminální fázi života nebo nemá středně závažný nebo závažný stupeň křehkosti.
3.	Inhibitor angiotensin konvertujícího enzymu (ACEI) u ICHS.
4.	Betablokátor v terapii symptomatického ICHS.
5.	Inhibitor angiotensin konvertujícího enzymu (ACEI) v terapii srdečního selhání se sníženou ejekční frakcí.
6.	Kardioselektivní betablokátor (bisoprolol, nebivolol, metoprolol nebo karvedilol) u stabilního srdečního selhání se sníženou ejekční frakcí.
7.	Antagonista mineralokortikoidního receptoru (spironolaktone, eplerenon) u srdečního selhání bez závažného postižení renálních funkcí, tj. eGFR > 30 ml/min/m ² .
8.	Inhibitory SGLT-2 (canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin) u symptomatického srdečního selhání s nebo bez snížené ejekční frakce, bez ohledu na přítomnost diabetes mellitus.
9.	Sacubitril/valsartan u srdečního selhání s redukcí ejekční frakcí, které způsobuje trvalé příznaky srdečního selhání navzdory optimální dávce ACEI nebo sartanu (sacubitril/valsartan jako náhrada za ACE inhibitor nebo sartan).
10.	Betablokátor u chronické fibrilace síní s nekontrolovaným srdečním rytmem.
11.	Intravenózní železo u symptomatického srdečního selhání s redukcí ejekční frakcí při nedostatku železa.
Sekce C: Koagulační systém	
1.	Antagonisté vitamínu K nebo přímé inhibitory trombinu nebo inhibitory faktoru Xa v přítomnosti chronické nebo paroxysmální fibrilace síní.
2.	Antiagregační léčba (aspirín nebo klopidogrel nebo prasugrel nebo tikagrelor) při potvrzené koronární, cerebrální nebo periferní ateroskleróze.
Sekce D: Centrální nervový systém	
1.	L-DOPA nebo agonisté dopaminu u idiopatické Parkinsonovy choroby s funkčním postižením a následnou disabilitou.
2.	Antidepresivum (ne TCA) v léčbě závažné deprese.
3.	Inhibitor acetylcholinesterázy (donepezil, rivastigmin, galantamin) v léčbě mírné až středně těžké Alzheimerovy demence.
4.	Rivastigmin v léčbě demence s Lewyho tělísky nebo demence u Parkinsonovy choroby.
5.	Inhibitor zpětného vychytávání serotoninu (nebo SNRI nebo pregabalin, pokud je SSRI kontraindikováno) v léčbě perzistentní závažné úzkosti, která ovlivňuje nezávislé fungování a kvalitu života.
6.	Agonista dopaminu (ropinirol, pramipexol, rotigotin) u syndromu neklidných nohou, pokud byla vyloučena nedostatečnost železa a těžké chronické onemocnění ledvin (tj. eGFR < 30 ml/min/m ²).
7.	Propranolol pro léčbu esenciálního třesu s funkčním postižením a následnou disabilitou.
Sekce E: Renální systém	
1.	Suplementace 1-alfa hydroxycholecalciferolem nebo kalcitriolem u závažného chronického onemocnění ledvin (tj. eGFR < 30 ml/min/m ²) s hypokalcémií (korigovaný sérový vápník < 2,10 mmol/l) při sekundárním hyperparatyreoidismu.