

RACIONÁLNÍ FARMAKOTERAPIE U SENIORŮ S PŘIHLÉDNUTÍM K INHIBITORŮM PROTONOVÉ PUMPY



MUDR. JIŘÍ SLÍVA, PH.D.
ÚSTAVY FARMAKOLOGIE 2. A 3. LF UK, PRAHA

Chybně volená preskripce, nerespektování farmakokinetických či farmakodynamických vlastností podaného léčiva a neznalost rizika lékových interakcí – to vše je u osob ve vyšším věku obzvláště nebezpečné. Tyto skutečnosti se podílejí na rozvoji nežádoucích účinků (NÚ), nezřídka vedoucích k hospitalizaci, s čímž přirozeně souvisí nárůst nákladů (přímých i nepřímých) na poskytovanou péči.

Racionální farmakoterapie by přitom správně měla zohlednit často i omezenou soběstačnost nemocného (snížená mobilita, zhoršená jemná motorika, pokles kognitivních funkcí apod.), sociální faktory (osamělost, omezené finanční prostředky) a obecně nižší compliance (tj. dodržování předepsaného léčebného režimu či jiné intervence) nevědomky (v důsledku zapomínání) či vědomě (dissimulace, vědomé popírání závažnosti onemocnění). Jednoznačně je třeba vyvarovat se pokud možno polypragmazi (tj. podávání mnoha léků současně; angl. polypharmacy), a to důsledným odběrem farmakologické anamnézy včetně dotazu na užívání volně prodejných léčiv či parafarmaceutik.

Z farmakoepidemiologických studií vyplývá, že přibližně každý čtvrtý pacient přijatý k hospitalizaci užívá přinejmenším jeden lék, který je pro něho nevhodný, a až 20% veškerých úmrtí pacientů lze přičíst na vrub nežádoucím účinkům, kterým je možné vhodnou intervencí poměrně snadno předejít.¹ Připomeňme rovněž dnes tolik citované výsledky metaanalýzy 39 prospektivních klinických studií. Z té vyplývá, že celková incidence závažných NÚ u hospitalizovaných pacientů je 6,7% (95% CI: 5,2–8,2%) a fatálních NÚ 0,32% (95% CI: 0,23–0,41%).²

Zásady farmakoterapie u seniorů shrnují dnes již několikrát přepracovaná tzv. Beersova kritéria (první verze byla publikována v roce 1997), která zohledňují výše popsané principy současně s přihlédnutím ke kon-

krétním léčivým látkám; dalšími kritérii jsou IPET (*Improved Prescribing in the Elderly Tool*) a MAI (*Medication Appropriateness Index*). K nedostatům Beersových kritérií patří především zařazení starších nebo u nás nepoužívaných léčiv, či naopak zařazení léčiv, která mají u seniorů specifické indikace. V roce 2007 byla proto vypracována zcela nová kritéria,³ označovaná START (umožní zvážit vhodnost daného léčiva u seniorů ve vybraných indikacích) a STOPP (umožní identifikovat léčiva či jejich kombinace u seniorů nevhodné).

O významu implementace těchto posledně uvedených kritérií svědčí i závěry recentní prospektivní randomizované studie, do které bylo zapojeno 400 hospitalizovaných osob. Ukázalo se, že respektování kritérií STOPP/START vedlo k významnému poklesu polypragmazi, užívání špatně zvolené dávky či rizika lékových interakcí až o 35,7%, a to při velmi nízkém počtu nemocných, u kterých je zapotřebí provést takové opatření pro dosažení poklesu indexu vhodnosti léčiv (MAI) – hodnota 2,8 (95% CI: 2,2–3,8). Obdobně na druhé straně byla i nižší pravděpodobnost nedostatečné léčby (AOU – *Assessment of Underutilization index*), a to o 21,2% – k dosažení významného poklesu tohoto indexu bylo zapotřebí takto ošetřit 4,7 osoby (95% CI: 3,4–7,5). Důležité je, že tyto významné klinické dopady byly patrné nejen krátce po propuštění pacienta z nemocnice, ale zjevné byly i s odstupem 6 měsíců.⁴

Zcela nepochybně bychom zde mohli široce rozebírat každou lékovou skupinu zvlášť. Namátkou však zmíníme inhibitory protonové pumpy (IPP), které jsou dnes základem léčby nejen peptického vředu, ale též gastroezofageálního refluxu (GER), refluxní choroby jícnu (GERD) či Zollingerova-Ellisonova syndromu. Předpokládá se, že v průběhu několika následujících let úspěšně nahradí H₂-blokátory, jejichž využití dnes spočívá především v léčbě pyrózy vzniklé v důsledku GER.

IPP, ze kterých se stále nejčastěji užívá omeprazol, by podle těchto kritérií měly být s rozvahou podávány v plné terapeutické dávce u vředové choroby gastroduodena po dobu delší než 8 týdnů. Připomeňme však, že běžná léčba obvykle nepřesahuje svým trváním dobu 4–8 týdnů. Na straně druhé by však užívání IPP mělo být výslovně zváženo (za nepřítomnosti kontraindikace) v případě těžkého gastroezofageálního refluxu či peptické striktury jícnu vyžadující dilataci. Je zde tedy zcela zřejmá preference těchto látek na úkor ostatních látek ovlivňujících žaludeční aciditu.

Literatura

1. Scott I, Jayathissa S. Quality of drug prescribing in older patients: is there a problem and can we improve it? *Intern Med J* 2010;40:7–18.
2. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998;279:1200–1205.
3. Barry P, Gallagher P, Ryan C. START Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment. An evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing* 2007;36:628–631.
4. Gallagher P, O'MOD. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients: a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. *Clin Pharmacol Ther* 2011; 89:845–854.

