

(DRS skóre 3 a více). Sledovaná zdravotnická zařízení se statisticky významně lišila v zastoupení mužů a žen ($p < 0,001$), jednotlivých věkových kategorií seniorů ($p = 0,006$) i v ostatních charakteristikách (viz tab. 1).

V celkovém souboru bylo 5 a více chronických onemocnění identifikováno u 66,9 % pacientů a 10 a více chronických onemocnění u 18,8 % pacientů (opět se statisticky významnými rozdíly mezi zdravotnickými zařízeními, $p < 0,001$) (viz tab. 1). Z dalších onemocnění a komplikací vyskytujících se ve sledovaných interakcích lék–nemoc byly identifikovány zejména: ischemická choroba srdeční (ICHs) u 52,2 % seniorů, močová inkontinence u 43,9 % seniorů, opakované pády (1 a více pádů za poslední 3 měsíce) u 21,4 % seniorů, fraktury v osobní anamnéze u 20,8 % nemocných, prodělaná cévní mozková příhoda u 19,0 % seniorů a diabetes mellitus II. typu u 15,1 % seniorů. Prevalence polyfarmakoterapie (užití 5 a více léků) a „výstupňované“ (z angl. slova „excesivní“) polyfarmakoterapie (tj. užití 10 a více léků) byly ve sledovaném souboru popsány u 58,0 % a 23,3 % pacientů. Mezi nejčastějšími léčivy, která jsou uváděna ve sledovaných interakcích lék–nemoc, byla v souboru zaznamenána: antiagregancia a antikoagulancia (70,2 %), anxiolytika a hypnotika (62,9 %), antipsychotika (59,8 %), diuretika (55,9 %), antidepresiva (53,7 %), ACE-inhibitory nebo sartany (42,2 %), betablokátory (37,8 %), antiulceróza (32,0 %), antidiabetika (28,2 %) a analgetika (24,1 %) (opět se statisticky významnými rozdíly mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, viz tab. 2).

Při plném zhodnocení všech klinických údajů pacientů z komplexního geriatrického vyšetření a záznamů medikace se procento pacientů, u kterých byla identifikována alespoň jedna z geriatrických interakcí lék–nemoc, významně lišilo dle aplikovaných kritérií. Nejvyšší prevalence byla zjištěna s pomocí národních kritérií „Konsenzu ČR“, a to u 64,3 % nemocných, dále aplikací Beersových kritérií z roku 2012 (60,2 %) a START kritérií (52,9 %). Dle STOPP kritérií (verze 1) užívalo potenciálně rizikové interakce lék–nemoc 44,5 % nemocných, nejnižší prevalence byly popsány s využitím IPET kritérií (30,2 %) (viz graf 1 a tab. 3).

V případě národních kritérií („Konsenzu ČR“), která vznikla sumarizací více zahraničních expertních kritérií dohromady, patřilo k nejčas-

těji se vyskytujícím interakcím lék–nemoc dlouhodobé užití benzodiazepinů (BZD) u seniorů s diagnózou deprese (7,8 %), užití opioidních analgetik u pacientů s chronickou zácpou bez podání šetrných laxativ (6,3 %), užití BZD u pacientů se synkopami a pády (1 a více pádů za poslední 3 měsíce) (6,1 %) a současné dlouhodobé podávání ACE-I a NSAID bez monitorování kalémie (6,1 %). Dle Beersových 2012 kritérií byly mezi nejčastější se vyskytujícími interakcemi lék–nemoc identifikovány: užití BZD nebo zolpidemu u pacientů s častým výskytem pádů v osobní anamnéze (6,3 % a 4,1 %), dlouhodobé užití BZD nebo zolpidemu u pacientů s poruchami kognitivních funkcí (5,1 % a 4,3 %), současné dlouhodobé podávání antiagregancií (ASA) a nesteroidních antiflogistik (NSAID) (3,7 %), užití alfa-1 blokátorů (doxazosinu) u pacientů se stresovou inkontinencí (2,9 %) a dlouhodobé užití antikoagulancií (warfarinu) společně s NSAID bez monitorování rizik léčby. Tabulka č. 4 uvádí výčet interakcí lék–nemoc identifikovaných v celkovém souboru s prevalencí 3 % a více u 3 expertních kritérií, jejichž aplikací byly získány nejvyšší celkové prevalence (dle Konsenzu ČR, Beersových kritérií 2012 a START kritéria verze 1).

Diskuze

Tato studie jako první v národním kontextu hodnotila výskyt geriatrických interakcí lék–nemoc v 10 regionálně odlišných zdravotnických zařízeních dlouhodobé ošetrovatelské péče na souboru 490 seniorů ve věku 65 let a více. Je první studií, která se zaměřila na danou problematiku a byla realizována v dlouhodobé ošetrovatelské péči, tedy segmentu zdrav. péče obtížně dostupném pro klinicko-farmaceutické studie a intervence. Zaměřuje se na jednu ze

specifických oblastí polékových rizik ve stáří, a to na geriatrické interakce lék–nemoc. Jedná se o postupy, jejichž rizikovost u seniorů bývá opomíjena pro neznalost zvláštností geriatrické farmakoterapie a podhodnocení geriatrických syndromů a symptomů v běžné klinické praxi. Současné postupy a doporučení jsou vedeny spíše negeriatricky, dle principů klasické interní medicíny, a v řadě případů nezohledňují specifické přístupy racionální geriatrické farmakoterapie a individualizované léčby (2).

V této studii byly použity sady různých expertních kritérií specificky definujících geriatrické interakce lék–nemoc, a to především mezinárodní expertní Beersova kritéria publikovaná v roce 2003 (13) a 2012 (14), IPET kritéria (15), irská STOPP/START kritéria verze I. z roku 2008 (16) a „Expertní konsenzus ČR potenciálně nevhodných léčiv a lékových postupů ve stáří“ publikovaný v roce 2013 (17). Tento národní konsenzus ve srovnání s ostatními kritérii bere v úvahu preskripční zvyklosti v našich podmínkách, zahrnuje některé lékové postupy předepisované zejména v naší klinické praxi (např. předepisování pentoxyfylinu, potenciálně neúčinného v některých klinických situacích) a naopak neuvažuje rizikové postupy, které v ČR nejsou užívány (např. dlouhodobé užití halazepamů nebo flurazepamů (dlouhodobě působících BZD) u pacientů s demencí, tedy léčiv, která nejsou v našich podmínkách registrována) (17). Úprava expertních kritérií pro podmínky národního lékového trhu zvyšuje specifitu zachytu polékových problémů, což dokládají i jiné studie (19–21). V našem sledování byla česká expertní kritéria využita poprvé a s pomocí těchto kritérií byla identifikována nejvyšší prevalence interakcí lék–nemoc ve stáří (64,3 %), zatímco při užití jiných, známějších zahraničních kritérií, byly

Graf 1. Prevalence interakcí lék–nemoc v celkovém souboru dle jednotlivých expertních kritérií

