

Specifika racionální geriatrické farmakoterapie a prosazování služeb klinických farmaceutů v interdisciplinární spolupráci

Řada léčiv mění ve stáří svou terapeutickou hodnotu (účinnost, bezpečnost, přínos a riziko) (11). Jednak s ohledem na změny anatomické a fyziologické ve stáří, které souvisejí se změnami farmakokinetiky a farmakodynamiky léčiv (viz vybrané příklady v tab. 1) (1, 11–12), jednak pro častou polymorbiditu, polyfarmakoterapii, adaptační změny, změny související se stařenkou křehkostí a dalšími rizikovými faktory (10). Senioři byli v minulosti zřídka zařazováni do randomizovaných kontrolovaných studií (RCTs, z angl. Randomized Controlled Trials) a standardně doporučená dávkovací schémata (uváděná v kompendiích a SmPC-Summary Product Characteristics) u léčiv dlouhodobě používaných v klinické praxi jsou dle publikovaných studií stále negeriatrická, zpravidla vysoká. Evropský projekt PREDICT „Participation of the Elderly In Clinical Trials“ (7. rámcový program Evropské komise, 2007–2011) (13, 20), kterého se pracoviště Geriatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha účastnilo, potvrdil nízkou zařazenost seniorů do RCTs pouze z důvodu vyššího věku, a to v 80 % RCTs z více jak 5 200 analyzovaných (13). Geriatrická medicína bývá proto často označována za „Evidence-biased medicine“ („Medicínu zkreslenou důkazy“) s ohledem na skutečnost, že guidelineová doporučení jsou stále koncipována převážně v duchu klasické interní medicíny a nezohledňují geriatrická specifika léčby. O to více je v geriatrii podstatná individualizace léčby (úpravy dávek, dávkovacích intervalů, volba léčiv s ohledem na specifické indikace a kontraindikace nemocného atd.) (1, 10, 11). Geriatrická praxe se sama v minulosti začala ubírat cestou nízkodávkových režimů a „start low-go slow“ strategií (tj. „začnej nízkou dávkou a navyšuj ji pomalu“), neboť standardně indikované lékové režimy (dávky, dávkovací intervaly) potvrzené RCTs nebyly mnoha geriatrickými pacienty tolerovány a vyvolávaly časté a závažné komplikace, např. kognitivní dysfunkce, delíria, poruchy rovnováhy, polékové nespavosti, závažné bradykardie, polékové parkinsonský syndrom, malnutrice apod. (14, 15). Postupně začala být definována (i námi v klinických doporučeních) specifická pravidla indikačních schémat v geriatrii (jiné zahajovací, standardní a maximální geriatrické dávky, jiné

dávkovací intervaly, interakce lék-nemoc apod.) (15–19). Řada léčiv začala být považována za potenciálně nevhodná nebo zcela nevhodná pro geriatrické pacienty s ohledem na změny provázejících stárnutí organismu (např. dlouhodobě působící benzodiazepiny, klasická antipsychotika, sedativní hypnotika apod.) (15–18). Některá léčiva mění významně poměr riziko/přínos ve stáří a je třeba kontrolovat klinické podmínky, za kterých jsou podávána (např. ACE-inhibitory, nesteroidní antiflogistika, atypická antipsychotika atd. – viz tab. 1). Jiná se vyznačují zhoršenou nebo nedostatečnou účinností ve stáří (např. pentoxifylín v některých indikacích, přímá vasodilatancia, nootropika, antivertiginóza apod.) (1, 11–12, 15–18).

Od r. 2001 sumarizujeme evidence o specifických principech lékové preskripce v geriatrii ve snaze identifikovat další riziková léčiva a klinické podmínky jejich bezpečného užití ve stáří (v interakci s procesy stárnutí při souhrě řady dalších klinických rizik, častých u seniorů, např. při dehydrataci, snížení renálních funkcí, nižším zastoupení svalové hmoty, vyšších stupních stařecké křehkosti, při přítomnosti specifických geriatrických syndromů a symptomů apod.) (18). Naše klinické aktivity postupně vedly k definicím specifických doporučení v oblasti racionální geriatrické farmakoterapie a začaly v ČR poprvé poukazovat na geriatrické odlišnosti v lékových režimech. Od r. 2003 pořádáme vzdělávací kurzy pro lékaře a klinické farmaceuty pod názvem „Klinická farmakologie vyššího věku“ (organizované Subkatedrou geriatrie a gerontologie IPVZ) a „Klinická farmacie v geriatrii“ (organizované Subkatedrou klinické farmacie IPVZ a dále (od r. 2014) Univerzitním vzdělávacím centrem klinické farmacie Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové (UCKF FaF UK)) (20). Tyto kurzy se podílí na předatestačním vzdělávání v oboru klinická farmacie a nabízejí aktuální poznatky o problematice racionální geriatrické preskripce a působení klinických farmaceutů v geriatrii. Jejich cílem je posilovat interdisciplinární spolupráci lékařů a klinických farmaceutů v péči o geriatrické nemocné.

Mezi lety 2001–2020 jsme zorganizovali řadu národních a mezinárodních přednášek, sympozií a workshopů (viz přehled domácích a zahraničních aktivit v klinické farmácii v geriatrii v publikaci č. 21). Každoročně jsou realizována vystoupení na Geriatrickém kongresu v Hradci Králové, na domácích internistických kongresech a akcích

klinické farmacie – např. Pracovních dnech klinické farmacie a Sympoziu klinické farmacie René Macha. Byla organizována i Sympozia na kongresech praktických lékařů. V roce 2013 byl v Praze uspořádán geriatrický blok v rámci 42. Evropského sympozia klinické farmacie (ESCP, z angl. European Society of Clinical Pharmacy) (22) a v roce 2016, s finanční podporou EU COST Action IS1402, byla uspořádána Evropská tréninková škola racionální geriatrické farmakoterapie pod názvem „European Perspectives in Individualized Drug Therapy in Older Patients and Ageism-Priorities for Next Decades“ (23). Publikovali jsme mnoho domácích článků pro zdravotnické pracovníky o specifických přístupech v racionální geriatrické farmakoterapii, významu spolupráce klinických farmaceutů a lékařů a o základních přístupech individualizace lékových režimů ve stáří (v časopisech Remedia, Postgraduální medicína, Praktické lékařství, Vnitřní lékařství atd., viz seznam článků v publikaci č. 21). Publikována byla i monografie „Specifické rysy geriatrické farmakoterapie (I). Změna terapeutické hodnoty léků ve stáří“ (11) a doporučené postupy pro všeobecné praktické lékaře – 1. vydání v roce 2010, novelizované vydání v r. 2014 (24, 25). Podíleli jsme se na připomínkování mezinárodně uznávaných explicitních STOPP/START kritérií verze II. definujících nejčastější problémy racionální geriatrické preskripce (26), spolupracovali jsme na vydání učebnice Klinická farmacie I. (27) a tvorbě Konceptu oboru klinická farmacie (7). V lednu 2018 byla založena ve spolupráci Sekce klinické farmacie České farmaceutické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně (SKF ČFS ČLS JEP) a České geriatrické a gerontologické společnosti (ČGGG) ČLS JEP pracovní skupina „Klinická farmacie v geriatrii“ (vedoucí: doc. PharmDr. Fialová D., Ph.D. a PharmDr. Halačová M., Ph.D.). Členové vedení této pracovní skupiny jsou přední odborníci v oblasti geriatrie a klinické farmacie v geriatrii v České republice. Tato skupina prosazuje inovativní přístupy v nastavení geriatrických lékových režimů ve spolupráci klinických farmaceutů a geriatrů. V posledních 5 letech Oddělení klinické farmacie Nemocnice Na Homolce rozvinulo pod vedení PharmDr. Halačové M., Ph.D. a s podporou aktivít Lékového průvodce pilotní projekty týkající se zapojení klinických farmaceutů ve spolupráci s praktickými lékaři v sociálních zařízeních a v ambulantní sféře. Tyto projekty probíhaly ve východních Čechách (28) a spolu s dalšími aktivitami napomohly prosazení ambulantního výkonu