

ÚVOD	11
1. DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ POPULACE, NÁRŮST SPOTŘEBY LÉKŮ A RACIONALITA SOUČASNÉ GERIATRICKÉ PRESKRIPCE	15
1.1 Demografické stárnutí populace	15
1.2 Prognózy zdraví a nemocnosti budoucí seniorské populace	16
1.3 Nemocnost navozená léky, zdravotně-sociální a ekonomické důsledky	18
1.3.1 Rostoucí užití farmakoterapie	18
1.3.2 Výskyt polékových reakcí ve stáří, jejich důsledky a role preskripčních chyb	18
1.3.3 Situace v České republice a na Slovensku	20
1.4 Geriatrie jako samostatný a nedostatečně respektovaný obor ...	22
1.5 Literatura	25
2. FARMAKOLOGICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ A JEJICH VÝZNAM PRO RACIONÁLNÍ GERIATRICKOU PRESKRIPCI	30
2.1 Změny farmakokinetiky ve stáří a jejich klinické důsledky	31
2.1.1 Změny absorpce	31
2.1.2 Klinické důsledky absorpčních změn	31
2.1.3 Změny distribuce	32
2.1.4 Klinické důsledky změn distribuce	32
2.1.5 Změny jaterní biotransformace a jejich klinické důsledky	33
2.1.6 Změny renální eliminace a jejich klinické důsledky	35
2.2 Změny farmakodynamiky ve stáří a jejich klinické důsledky ...	36
2.2.1 Souvislost farmakodynamických změn ve stáří s výskytem orthostatické hypotenze	36
2.2.2 Souvislost farmakodynamických změn s častějším výskytem pádů u seniorů	37
2.2.3 Souvislost farmakodynamických změn s poklesem kognitivních funkcí a s behaviorálními změnami ve stáří	38
2.2.4 Další vybrané farmakodynamické změny a jejich důsledky	39
2.3 Literatura	42

3. SPECIFICKÉ RYSY GERIATRICKÉ PRESKRIPCE	44
3.1 Význam individualizované farmakoterapie ve stáří	44
3.2 Nejčastější chyby v geriatrické preskripci	45
3.3 Literatura	46
4. LÉČIVA POTENCIÁLNĚ NEVHODNÁ VE STÁŘÍ – ZÁKLADNÍ KONCEPT, FARMAKOLOGICKÉ A FARMAKOEPIDEMIOLOGICKÉ ASPEKTY	47
4.1 Koncept léčiv potenciálně nevhodných ve stáří	47
4.2 Standardní kritéria léčiv potenciálně nevhodných ve stáří	48
4.2.1 Původní Beersova kritéria z roku 1991 a 1997	48
4.2.2 McLeodova kritéria z roku 1997	49
4.2.3 Obnovená Beersova kritéria z roku 2003	50
4.2.4 Význam expertních kritérií léčiv potenciálně nevhodných ve stáří	56
4.3 Kardiovaskulární léčiva potenciálně nevhodná ve stáří (Beersova kritéria z roku 2003)	58
4.3.1 Digoxin, potenciálně nevhodný v dávkách ≥ 125 mg/den u starých pacientů bez arytmií	58
4.3.2 Amiodaron	59
4.3.3 Centrální antihypertenziva – clonidin, guanabenz, guanfacin, methyldopa	61
4.3.4 Ticlopidin	62
4.3.5 Krátkodobě působící dipyridamol	64
4.4 Psychofarmaka potenciálně nevhodná ve stáří (Beersova kritéria z roku 2003)	65
4.4.1 Dlouhodobě působící benzodiazepiny a krátkodobě působící benzodiazepiny ve vyšších dávkách	65
4.4.2 Další potenciálně nevhodná psychofarmaka	67
4.5 Literatura	67
5. PRESKRIPCE LÉČIV POTENCIÁLNĚ NEVHODNÝCH VE STÁŘÍ V EVROPSKÝCH PODMÍNKÁCH	72
5.1 Poznatky o užití léčiv potenciálně nevhodných ve stáří ve Spojených státech a v Evropě	72
5.2 Evropská studie potenciálně nevhodných léčiv	73
5.2.1 Užití léčiv potenciálně nevhodných ve stáří v evropských zemích	74
5.2.2 Rozdíly v užití potenciálně nevhodných léčiv v rámci Evropy	76
5.2.3 Rozdíly v registraci potenciálně nevhodných léčiv v evropských zemích	79