

programov pre verejnosť vrátane prevencie kognitívnych porúch a demencie. Majú možnosť podieľať sa na včasnej identifikácii rizikových pacientov, ktorí ešte nie sú pod lekárske dohľadom (43, 44). Cielená lekárska intervencia môže včas odhaliť pacientov, ktorí potrebujú odporúčanie na následné vyšetrenie u lekára (43).

Inhibítory protónovej pumpy patria medzi najčastejšie predpisované liečivá na celom svete (45). Prevalencia ich užívania u starších dospelých sa uvádza v širokom rozmedzí od 12,6% do 79,7% (28). Z celkového počtu našich pacientov užívalo IPP 42% osôb, mali diagnostikovaný buď gastroezofágový reflux, alebo ochorenie žalúdka či dvanástnika. Podľa Beersových kritérií 2023 majú byť IPP indikované na obdobie maximálne 8 týždňov pri liečbe refluxnej ezofagitídy, gastrických a duodenálnych vredov, infekcie *Helicobacter pylori* a na profylaxiu poškodenia žalúdočnej sliznice pri dlhodobom užívaní NSAIDs (17). V našom súbore pacientov boli tieto liečivá užívané dlhodobo, viac ako 8 týždňov, čo môže spôsobiť problémy súvisiace s užívaním liekov (40, 46, 47). Dlhodobé užívanie IPP vedie k zvýšenému riziku rozvoja infekcií vyvolaných *Clostridium difficile*, ako aj šírenia komunitných pneumokokových infekcií v dôsledku hypochlórhýdie. Často sa vyskytuje aj znížená absorpcia vitamínu B12, železa, vápnika a vitamínu D, ktorá súvisí s rozvojom anémie, osteoporózy a osteoporotických fraktúr (48, 49). Užívanie IPP u pacientov s osteoporózou sme zistili v dvoch prípadoch. U týchto pacientov, hlavne u pacientov užívajúcich omeprazol, existuje zvýšené riziko tvorby kostných fraktúr v porovnaní s pacientmi, ktorí IPP neužívali (50). V jednom prípade, u 81-ročného pacienta, bol pantoprazol indikovaný oprávnene, a to z dôvodu predpisania diklofenaku v terapii bolesti. Užívanie diklofenaku predstavuje zvýšené riziko gastrointestinálneho krvácania alebo peptického vredu u vysokorizikových skupín vrátane osôb starších ako 75 rokov (17). Z tohto dôvodu pacient musí užívať gastroprotektívnu látku ako IPP alebo misoprostol. Ostatní pacienti užívali v terapii bolesti metamizol alebo tramadol v kombinácii s paracetamolom.

V terapii diabetes mellitus 2. typu bol jednému pacientovi predpísaný krátkodobý inzulínový analóg glulizín, ktorému sa treba

podľa Beersových kritérií 2023 vyhnúť, ak pacient súčasne neužíva bazálny alebo dlhodobý pôsobiaci inzulín, a to z dôvodu vyššieho rizika vzniku hypoglykémie (17). Ďalší pacient mal v terapii diabetes mellitus 2. typu predpísané perorálne antidiabetikum gliklazid, ktorému sa je tiež lepšie vyvarovať, lebo deriváty sulfonylmočoviny majú vyššie riziko vzniku kardiovaskulárnych príhod a hypoglykémie ako alternatívne antidiabetiká (17).

Aktualizácia Beersových kritérií 2023 naďalej zdôrazňuje potrebu vyhýbať sa antipsychotikám a benzodiazepínom pri demencii a delíriu, pretože ich užívanie je často spojené s poklesom kognitívnych funkcií a zhoršuje delírium. Preferovanou stratégiou liečby sú behaviorálne intervencie a hľadanie modifikovateľných spúšťačov správania. Medzi modifikovateľné spúšťače správania u pacientov s demenciou patria spúšťače súvisiace s: pacientom (napr. bolesť, hlad a infekcia), s opatrovateľmi (napr. depresia, nerealistické očakávania a negatívna komunikácia) a s prostredím (napr. nadmerná stimulácia a obmedzené vystavenie svetlu). Posudzovanie modifikovateľných spúšťačov je vo svojej podstate zamerané na osobu, pretože umožňuje lekárom vybrať si špecifické nefarmakologické stratégie na zmiernenie identifikovaných spúšťačov (51). Preto, ak sa používajú antipsychotiká alebo iné sedatívne psychotropné látky, mali by sa zvažovať pravidelné pokusy o ich vysadenie, aby sa posúdila pretrvávajúca potreba a/alebo najnižšia účinná dávka (17). V našom súbore pacientov bolo zaznamenaných 20% prípadov s diagnostikovanou demenciou, príp. delíriom, ktorí mali predpísané antipsychotiká alebo benzodiazepíny. Podobné zistenia preukázala štúdia Yoon et al. 2022, kde prevalencia používania PIM, ktoré pravdepodobne zhoršujú kognitívne funkcie u pacientov s demenciou, bola relatívne vysoká, a to až na úrovni 47%. Relatívny objem užívania PIM zhoršujúcich demenciu (DPIM) sa zvyšoval s pribúdajúcim vekom, pričom najvyššie množstvo DPIM bolo predpísané pacientom nad 80 rokov; to naznačuje, že DPIM sa bežne predpisujú pacientom s demenciou (30). Mnohé iné štúdie poukazujú na relatívne vysokú frekvenciu používania DPIM u pacientov s neuropsychiatrickými komorbiditami vrátane demencie, ako aj epilepsie, depresie,

delíria, nespavosti a Parkinsonovej choroby (52, 53). Vysoká prevalencia používania DPIM v relatívne veľkom objeme môže byť dôsledkom nedostatočných znalostí klinických lekárov v oblasti geriatrickej farmakoterapie a ich extrémnej vyťaženia v klinickom prostredí, kde je výrazne obmedzený časový priestor na úvahu o vhodnej medikamentóznej terapii (8, 54). Vzhľadom na rýchly nárast globálnej prevalencie demencie, ktorá sa predpokladá na > 15% u geriatrických pacientov do roku 2050 (55), by používanie DPIM mohlo ďalej urýchľovať progresiu demencie (56, 57, 58), čo by prispelo k výraznej záťaži súvisiacej s demenciou pre spoločnosť, ako aj pre systémy zdravotnej starostlivosti. U našich pacientov boli najčastejšie ako DPIM predpisované práve benzodiazepíny. Globálna prevalencia užívania BDZ, anticholinergík a zolpidemu je u starších pacientov stále vysoká (59, 60, 61, 62, 63, 64). Predstavuje viac ako 25% všetkých prípadov užívania PIM. Podľa Beersových kritérií 2023 sa použitie antipsychotík u pacientov s demenciou vo všeobecnosti považuje za nevhodné pre riziko mozgovej príhody a mortality (17). Antipsychotiká bez silnej anticholinergickej záťaže sa však môžu považovať za vhodné, ak nefarmakologická liečba zlyhala alebo nie je uskutočniteľná a pacient predstavuje závažnú hrozbu pre seba alebo ostatných (65, 66). V našom súbore pacientov sme v štyroch prípadoch vyhodnotili užívanie antipsychotika tiapridu, ktorý selektívne blokuje D2 a D3 subtypy dopamínových receptorov, bez pôsobenia na sérotonínové, adrenergické a histamínové subtypy receptorov. Z toho vyplýva, že nevykazuje sedatívne účinky ani kognitívne zhoršenie (67).

V ďalšej časti štúdie boli vyhodnotené liečivá, ktoré je potrebné užívať s opatrnosťou, nakoľko vyvolávajú menšie obavy a/alebo existujú menej jasné dôkazy ako pri odporúčaní „vyhnúť sa“. Z antikoagulačných liečiv bol v našom súbore pacientov identifikovaný dabigatran indikovaný v terapii fibrilácie predsiení a paroxysmálnej tachykardie. Antikoagulačná terapia je u pacientov s fibriláciou predsiení dlhodobá, a preto je potrebné vybrať liečivo s priaznivým bezpečnostným profilom u starších ľudí. Užívanie dabigatranu by nemalo byť dlhodobé z dôvodu zvýšené-