

ně se snižuje adherence pacienta (1, 2). Polyfarmacie samozřejmě představuje riziko polypragmatie – nejedná se však o synonymum. Polypragmatie často vyplývá z nesystématického přidávání nových léčiv bez odpovídajícího zvažování jejich nutnosti, což může vést k negativním důsledkům pro zdraví pacienta. Kohortová studie korejských autorů z roku 2020 prokázala na souboru více než tří milionů respondentů starších 65 let, že pacienti užívající větší počet léčiv jsou častěji hospitalizováni a mají vyšší mortalitu, i po zohlednění jejich komorbidit (3). Na základě této studie můžeme konstatovat, že jsou-li dva pacienti postižení souborem stejných komorbidit a jsou-li léčeni různým počtem léčiv, větší prospěch má pacient, který užívá léčiv méně (4, 5). V roce 2017 označila Světová zdravotnická organizace (WHO) polypragmatii za jedno ze tří největších rizik pro pacienty, a od roku 2018 vznikla řada společností, které vytvářejí doporučené postupy pro snížení rizik spojených s užíváním léčiv (6). Redukce medikace může být dočasná při reflektování akutního zhoršení zdravotního stavu, anebo trvalá ve formě depreskripce. Každý kontakt pacienta s lékařem je vždy příležitostí pro revizi chronické farmakoterapie a racionalizaci léčby. Obecnou prevencí polypragmatie může být zásada infektologa a klinického farmakologa MUDr. Jana Strojila, Ph.D., který ve své přednášce zdůrazňuje, že smysluplná léčba prodlužuje život a/nebo snižuje utrpení pacienta, jinak není léčbou smysluplnou (7, 8). Před nasazením nového léku anebo při revizi chronické medikace je vhodné mít toto pravidlo na paměti.

Příčiny polypragmatie

Defenzivní medicína, overdiagnosis, overtreatment

Podle kvalifikovaných odhadů je dnes až 30 % prostředků ve zdravotnictví vynakládáno na takzvanou zbytnou péči (low-value care), to znamená péči, která přináší pacientovi velmi malý nebo žádný užitek a může mu potenciálně škodit. Overdiagnosis neboli nadužívání diagnostiky vede jednak k nálepkování pacientů spornou diagnózou, a navíc k léčbě sporných nálezů, tedy k nadužívání léčby (overtreatment) (9, 10). V duchu defenzivní medicíny používáme diagnostické testy v situaci nízké

pravděpodobnosti choroby a riskujeme, že se staneme zajatci falešně pozitivních či nevýznamných incidentálních nálezů s lavinou dalších vyšetřovacích kroků a zbytečných kontrol. Použití drahých vyšetřovacích metod často koreluje s obavou lékaře ze stížnosti či žaloby. Indikací diagnostického či terapeutického kroku je v tomto případě spíše vlastní klid lékaře než prospěch pacienta. Defenzivní medicína je samozřejmě významným důvodem poskytování péče s nízkou přidanou hodnotou, dalšími faktory jsou však také očekávání pacientů, upřímná víra v moderní technologie, citlivé diagnostické metody a sofistikované terapeutické postupy. Někdy mohou hrát roli také finanční motivace, úhrady od pojišťoven, tlak farmaceutických firem a podobně.

Možná ještě důležitější důvody, které vedou k overdiagnosis a overtreatment jsou však kognitivní zkreslení v klinickém rozhodování, jako například konfirmační zkreslení ve formě terapeutické iluze (viz níže) nebo preference kauzálního myšlení s rychlým vytvořením koherentního příběhu před statistickým „bayesovským“ uvažováním. Thomas Bayes (1701–1761) byl anglický duchovní, matematik a filozof, který formuloval Bayesův teorém. Do medicínské praxe ho můžeme zjednodušeně přeložit takto: „Čím vyšší je pravděpodobnost onemocnění před provedeným testem, tím spíše můžeme věřit pozitivnímu nálezu.“ Problém současné medicíny demonstruje hlavně druhá část věty: „Čím nižší je pravděpodobnost onemocnění před testem, tím spíše je test falešně pozitivní.“

Terapeutická iluze

V klinické praxi se často setkáváme s fenoménem, kdy přeceňujeme vliv našich terapeutických kroků na zlepšení pacientova stavu a nebereme v úvahu jiná alternativní vysvětlení změny jeho zdravotního stavu. Zároveň často přehlížíme možné nežádoucí účinky námi zvolené léčby. Typickým příkladem je preskripce antibiotik při infekcích horních cest dýchacích, u nichž je původce ve více než 80 % případů virové etiologie. Tento postup může být mimo jiné ovlivněn tlakem pacienta očekávajícího rychlé řešení, defenzivní medicínou či mylnou vírou, že jakákoli léčba je lepší než žádná. Když však pacient při kontrole udává zlepšení stavu, přikládáme to spíše naší „geniální intuici“

a časné terapeutické intervenci, aniž bychom si připustili, že se s největší pravděpodobností jedná o přirozený samouzdravný průběh virového onemocnění, na které antibiotická léčba nemá žádný vliv.

Preskripční kaskáda

Nebo též terapeutická kaskáda nastává, když jsou symptomy, které jsou ve skutečnosti nežádoucím účinkem předchozí medikace, léčeny nasazením dalšího léčiva. Podle retrospektivní studie z roku 2023, která analyzovala 32 studií zahrnujících více než sedm milionů pacientů, se preskripční kaskáda nejčastěji vyskytuje v souvislosti s užíváním blokátorů kalciových kanálů (BKK), antipsychotik nebo prokinetik (metoklopramid) a inhibitorů acetylcholinesterázy (11). BKK mohou vést k otokům dolních končetin, pro která jsou nasazována diuretika. Tento fenomén zvyšuje riziko polypragmatie a může vést ke komplikacím s ní spojených. Dlouhodobé užívání antipsychotik nebo prokinetik (například metoklopramidu) je u starších pacientů často spojováno s rozvojem hypertonicko-hypokinického syndromu, což následně vede k nutnosti nasazení antiparkinsonika jako je levodopa. Léčba kognitivní – centrálními inhibitory acetylcholinesterázy (například donepezil, rivastigmin) – bývá často doprovázena rozvojem močové inkontinence, na kterou se v rámci terapeutické kaskády obvykle reaguje preskripcí anticholinergik. Tento přístup však může vést k dalším nežádoucím účinkům, zejména u starších pacientů, u nichž anticholinergika mohou zhoršit kognitivní funkce nebo přinést další komplikace (12).

Setrvačnost

Tento problém nastává, když pokračujeme ve stávající medikaci, aniž bychom přehodnotili, zda nadále existují indikace k pokračování v zavedené léčbě. Při revizi medikace bychom měli vždy zvážit, za jakým konkrétním terapeutickým účelem byl léčivý přípravek předepsán, zda bylo dosaženo terapeutického cíle, nebo zda stále existuje šance na jeho dosažení při pokračování v aktuální farmakoterapii. Aktivně bychom měli v rámci chronické medikace identifikovat léčiva, u nichž se postupně rozvíjí tolerance nebo závislost, a která časem