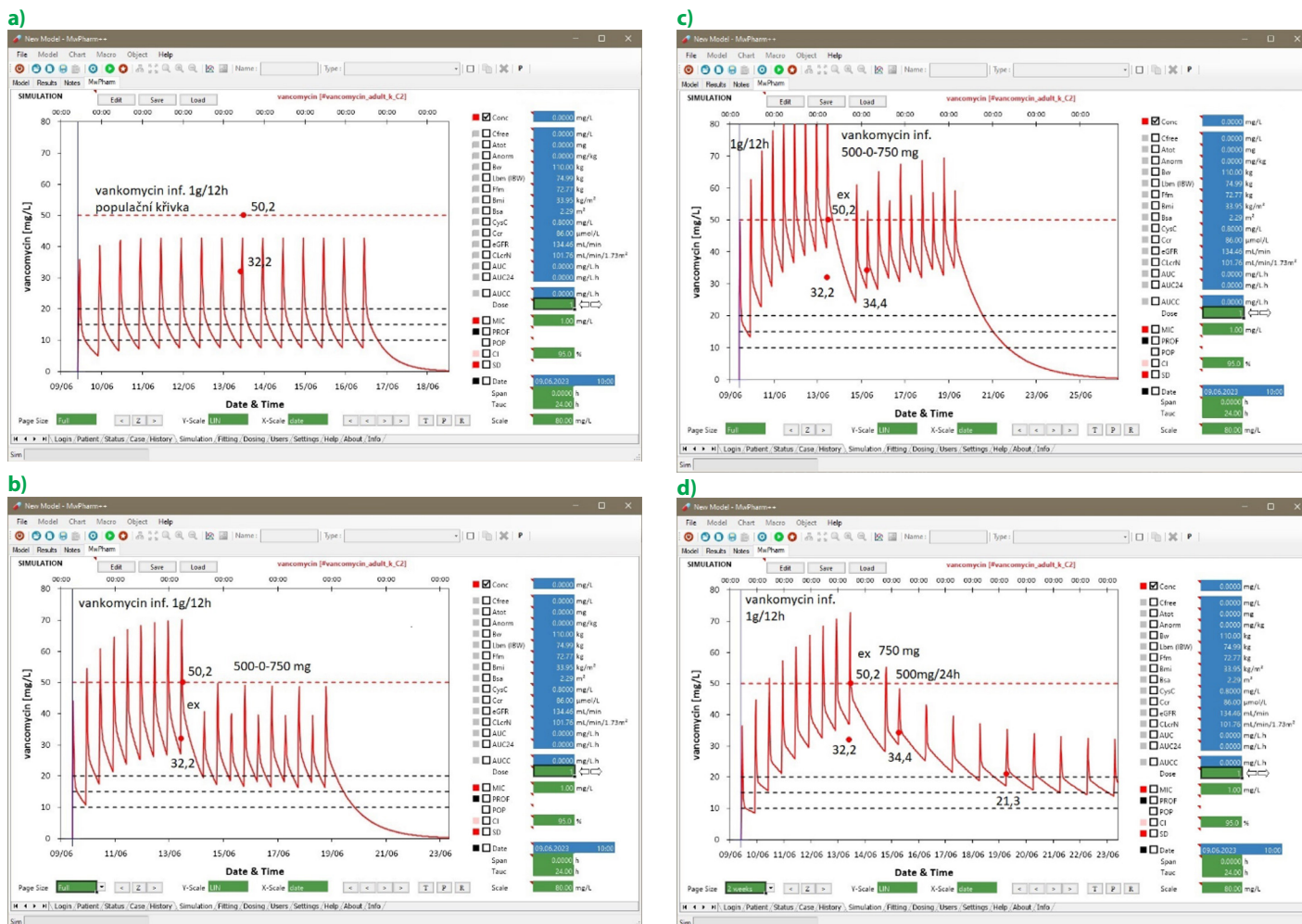
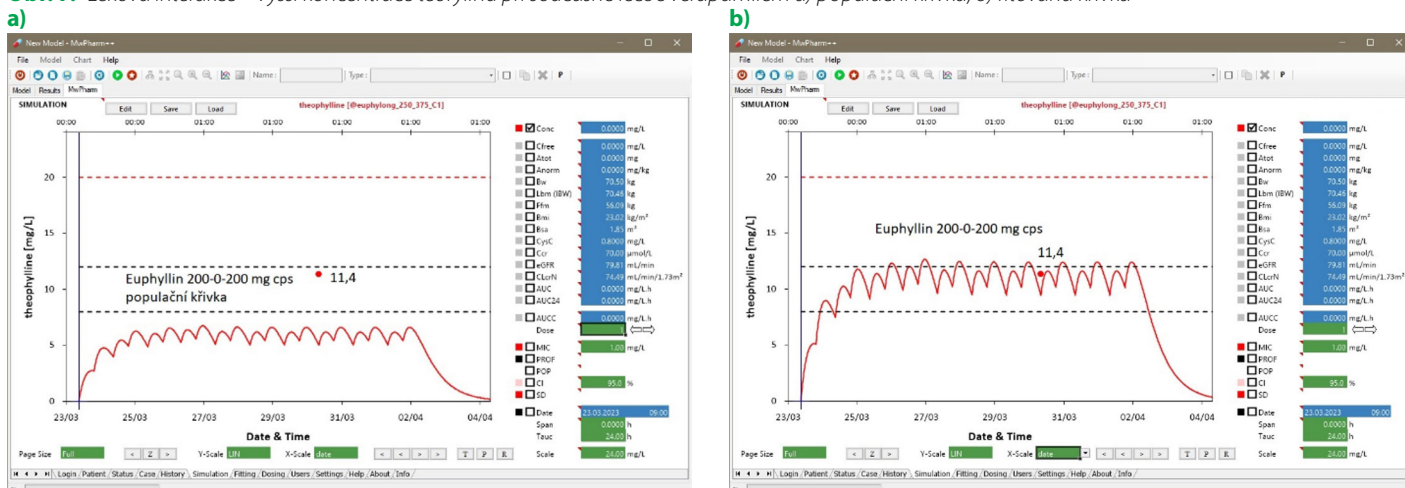


Obr. 6. Odběr na koncentraci vankomycinu – pozdě, ale přece

a) populační křivka, b) úprava dávkování po fitování, c) vlivem zhoršení renálních funkcí – kreatinin 108 $\mu\text{mol/l}$, urea 17,1 mmol/l je koncentrace opět vyšší než předpokládaná d) doporučeno snížení na 500 mg/24 h inf, při 3. kontrole je koncentrace opět vyšší než předpokládaná, model více zohledňuje i dříve naměřené koncentrace

**Obr. 7.** Léková interakce – vyšší koncentrace teofylinu při současné léčbě verapamilem a) populační křivka, b) fitovaná křivka

ní v rámci MODS napojen na kontinuální eliminační metodu (CVVHD). Vývoj s-kreatininu: 402 (7. 10. 22) – 413 (8. 10. 22) – 217 (9. 10. 22) – 140 (10. 10. 22) – 86 (14. 10. 22) $\mu\text{mol/l}$, dg. sepse, ileokolitida, v kultivaci *Clostridium difficile*, podáván vankomycin 1 g/12 h.

U intermitentní dialýzy (iHD) lze modelovat buď podle kreatininu, nebo zadáme pouze první kreatinin (v MW\Pharmu povinný údaj) a rozpis dialýzy. Dialýzy na grafu jsou znázorněny malými obdélníky nad osou x (viz Obr. 9 a 10). U dialyzovaných pacientů

požadujeme, aby se v referenčním rozmezí 10–20 mg/l pohybovala koncentrace před iHD. U hospitalizovaných pacientů s akutním renálním selháním s nepravidelnými dialýzami indikovanými podle stavu se zpravidla snažíme doporučit pravidelnou dávku dle zbytkové