

Tab. 2. Dávkování vybraných psychofarmak dle závažnosti renální insuficience

	Dávkování dle CrCl			Vliv HD	Zdroj	
Venlafaxin	< 70–30 ml/min: opatrnost, zvážit redukcí dávky o 25–50 %,		< 30 ml/min: 50 % dávky	nedialyzuje se	(18, 19)	
Mirtazapin	< 30 ml/min: 7,5–15 mg s opatrnou titrací			nedialyzuje se	(16, 20)	
Trazodon	< 20 ml/min: začít s dávkou max 150 mg a postupně titrovat			nedialyzuje se	(22, 16)	
Dosulepin	< 20 ml/min: začít s nízkou dávkou, konkrétní data chybí			nedialyzuje se	(22, 23)	
Amisulpirid	60–30 ml/min: 50 % dávky	29–10 ml/min: 33 % dávky	< 10 ml/min: nepodávat	nedialyzuje se	(27)	
Sulprid	60–30 ml/min: 50 % dávky	29–10 ml/min: 30 % dávky	< 10 ml/min: 20 % dávky	ano	(30)	
Tiaprid	80–50 ml/min 75 % dávky	49–10 ml/min: 50 % dávky	< 10 ml/min: 25 % dávky	ano	(8)	
Risperidon p. o.	60–30 ml/min: 75–50 % dávky	29–10 ml/min: 50 % dávky	< 10 m/min: 25 % dávky, nedoporučuje se	nedialyzuje se	(35)	
Risperidon i. m.	< 60 ml/min a tolerance p. o. formy lze iniciálně podat 12,5–25 mg			nedialyzuje se	(35, 36)	
Paliperidon p. o.	80–50 ml/min: 3 mg 1x denně, max 6 mg/den	49–10 ml/min: 1,5 mg 1x denně, max 3 mg/den	< 10 ml/min: nedoporučuje se	nedialyzuje se	(22, 61)	
Paliperidon i. m.	80–50 ml/min: 1. den 100 mg, následující týden 75 mg		< 50 ml/min: nedoporučuje se	nedialyzuje se	(65)	
Melperon	u CKD doporučeno snížení dávky		těžká RI: kontraindikace	data chybí, pravděpodobně se nedialyzuje	(38)	
Lithium ¹	50–10 ml/min: 50–75 % dávky, nutné TDM		< 10 ml/min: přísně individuálně za pravidelného TDM	dialyzuje se, podávat po HD, u CRRT dávkování 300–600 mg/den dle nastavení dialýzy	(8, 64)	
Buspiron	50–10 ml/min: začít s nižší dávkou		< 20 ml/min dle SPC KI nebo redukce o 25–50 % u anurických pacientů	nedialyzuje se	(22, 45)	
Gabapentin	50–79 ml/min: 600–1800 mg/den	30–49 ml/min: 900 mg/den	15–29 ml/min: 150–600 mg/den	< 15 ml/min: 150–300 mg/den	dialyzuje se 40–60 %; 100 mg po 24 hod v dny HD po HD nebo 200–300 mg pouze ve dny HD po HD	(49, 64)
Pregabalin	30–59 ml/min: 75–300 mg/den	15–29 ml/min: 25–150 mg/den	< 15 ml/min: 25–75 mg/den		dialyzuje se 50–60 %; 25–75 mg po 24–48 hod v dny HD po HD	(48, 64, 66)

CrCl – clearance kreatininu; HD – hemodialýza; CKD – chronické onemocnění ledvin; RI – renální insuficience; ESKD – konečné stadium onemocnění ledvin; TDM – terapeutické monitorování léčiv; CRRT – kontinuální náhrada funkce ledvin

¹SPC Lithium Carbonicum uvádí KI u pacientů s těžkou renální insuficiencí (CrCl < 30 ml/min)

renálně. U pacientů s poruchou funkce ledvin jsou doporučeny snížené dávky, konkrétní doporučení, ani farmakokinetické studie však nejsou k dispozici. Těžká renální insuficience je kontraindikace pro podávání melperonu, obecně je však farmakokinetika tohoto antipsychotika velice málo popsána. S ohledem na jeho velký distribuční objem pravděpodobně nebude dialýza toto léčivo z oběhu odstraňovat (38, 39).

Další léčiva

Lithium je léčivo s úzkým terapeutickým oknem, což znamená, že i mírné zvýšení koncentrace může způsobit závažné nežádoucí účinky až toxicitu. Mnoho léčiv ze skupiny antihypertenziv (např. inhibitory angiotenzin-konvertujícího en-

zymu, blokátory receptorů pro angiotenzin II, thiazidová diuretika) a nesteroidních antiflogistik snižuje renální vylučování lithia, což může vést k nárůstu plazmatických koncentrací. Léčivo není metabolizováno a je eliminováno pouze renálně v nezměněné formě. Z velké části (až 80 %) je lithium reabsorbováno v proximálním tubulu z primární moči. Neváže se na plazmatické bílkoviny a má malý distribuční objem (41). Biologický poločas je u pacientů s normální renální funkcí okolo 24 hodin, u pacientů s renálním selháním se prodlužuje na 40–50 hodin (42). Monitorování plazmatických koncentrací je u tohoto léku podmínkou úspěšné a bezpečné farmakoterapie. U pacientů s CKD je nutné podávání lithia v čase přehodnocovat a sledovat nežádoucí účinky a vývoj renálních funkcí. U renální insuficience

charakterizované CrCl 50 až 10 ml/min je doporučeno podávat 75–50 % dávky, při dalším poklesu renálních funkcí je vhodné podávání přerušit nebo redukovat na 50–25 % a postupovat dle naměřených koncentrací (8, 22). SPC kontraindikuje podávání pacientům s těžkou renální insuficiencí (43). Lithium je dialyzovatelné, při intermitentní hemodialýze je doporučeno podávat po skončení HD. U lithia je nutné počítat s tzv. rebound efektem, což je opětovný vzestup koncentrace po určitém čase od ukončení dialýzy. Clearance lithia může být u pacientů v průběhu dialýzy vyšší než u zdravých jedinců kvůli vysoké tubulární reabsorpci. Při kontinuálních eliminačních metodách by dávkování mělo odpovídat nastavení průtoků dialyzátu a/nebo ultrafiltrátu. Hemodialýza je léčbou volby intoxikace lithiem (42).