

autoři článku, rok, země sběru dat	design studie	počet pacientů	analyzované léčivo	rizikový faktor	výsledky	závěr pro praxi
Chang M et al. 2016, USA (48)	PROSP/PaK/OL	32	APX (10 mg OD)	ledviny	<ul style="list-style-type: none"> Mírně ↑ AUC APX u CKD – 44% zvýšení AUC u CKD (CrCl = 15 ml/min) a 36% u pac. na hemodialýze RI neovlivňovala vrcholové konc. U pac. s normální funkcí ledvin (13 %) – ↑ četnost NÚ (nejčastěji dyspepsie) 	<ul style="list-style-type: none"> Pouze na základě funkce ledvin není nutná úprava dávky APX – omezený vliv funkce ledvin na FK a FD APX.
Wang X et al. 2016, USA (49)	PROSP/PaK/OL	16	APX (5 mg OD pac. s CrCl > 80 ml/min, 5 mg BID pac. s ESRD)	ledviny	<ul style="list-style-type: none"> U pac. na hemodialýze – o 36 % ↑ expozice APX 	<ul style="list-style-type: none"> U pac. s ESRD není nutné redukovat dávku APX, pokud nejsou léčeni pro FIS a není přítomen další RF – věk ≥ 80 let, hmotnost ≤ 60 kg.
Šinigoj P et al. 2015, Slovinsko (32)	NA	44	DBG	věk, ♀, ledviny, hmotnost	<ul style="list-style-type: none"> ↑ minimální konc. u pac.: s krvácením, ↑ věk, ↓ renální f., ↓ hmotnost, ♀ (SG) ↑ vrcholové konc. u pac.: ↑ věk, ↓ renální f., ↓ hmotnost (SG) Nebyl rozdíl ve vrcholových a minimálních konc. DBG (110 a 150 mg), (pac. s DBG 110 mg ↑ věk, ↓ CrCl, ↑ CHA2DS2-VASc (SG)) ↑ intra-individuální variabilita vrcholových konc. vs. minimálních Žádné rozdíly v charakteristice pacientů při srovnání ↑ a ↓ vrcholových a minimálních konc. 	<ul style="list-style-type: none"> Měřit raději minimální konc. než vrcholové, jelikož vysoké minimální konc. mohou predisponovat k drobnému krvácení. Měření konc. DOAC lze zvážit u starších osob, ♀, při nízké hmotnosti a RI.
Hu YF et al. 2015, Taiwan (36)	NA	150	DBG	adherence k DOAC	<ul style="list-style-type: none"> ↓ plazmat. konc. (SG) u pac. s nedostatečnou adherencí k DBG, (PT, INR, aPTT nezměněno) Adherence k DBG nezlepšena ani při další návštěvě, na RVX převedeni pouze 2 pac. 	<ul style="list-style-type: none"> Měření plazmat. konc. DBG může být jednoduchou a spolehlivou metodou pro identifikaci non-adherence.
Chan NC et al. 2015, Kanada (8)	PROSP/OBS	100	DBG	věk, ledviny, hmotnost	<ul style="list-style-type: none"> ↑ inter-individuální variabilita (51–64 %) než intra-individuální (33–40 %) DBG (110 mg) – ↑ věk, ↓ hmotnost, ↓ CrCl (SG) Všechny dávky nastaveny dle aktuálních guidelineů 	<ul style="list-style-type: none"> K identifikaci pac. s trvale vysokými nebo nízkými plazm. konc. DOAC nelze provádět Hemoclot pouze jednou – většina pac. s konc. mimo definovanou mez je při dalším měření měla v normě.
Skeppholm M et al. 2014, Švédsko (33)	NA	90	DBG	věk, ledviny, hmotnost	<ul style="list-style-type: none"> 38 % osob s CrCl a hmotností pod mediánem – ↑ konc. vs. nad mediánem (SG), i když pravděpodobně užívali DBG 110 mg Pozitivní korelace mezi plazmat. konc. a věkem (SG) Pac. s ↑ hmotností a normální renální f. – konc. blízko spodnímu limitu (50 ng/ml) 	<ul style="list-style-type: none"> Pac. by mohli mít prospěch z individualizace dávkování na základě lab. monitorování, které by nemuselo být tak intenzivní jako u warfarinu. Pro lab. monitorování je vhodné použít metody jako dTT, ECT či LC-MS/MS.