

18. valašsko-lašské neurologické sympozium

Hotel Soláň, Karolinka

6.–7. 11. 2026

ABSTRAKTA



elicea[®]



asentra :)[®]



OLWEXYA[®]



 mirzaten[®] oro-tab[®]



KVENTIAX[®]
PROLONG



Aryzalera[®]



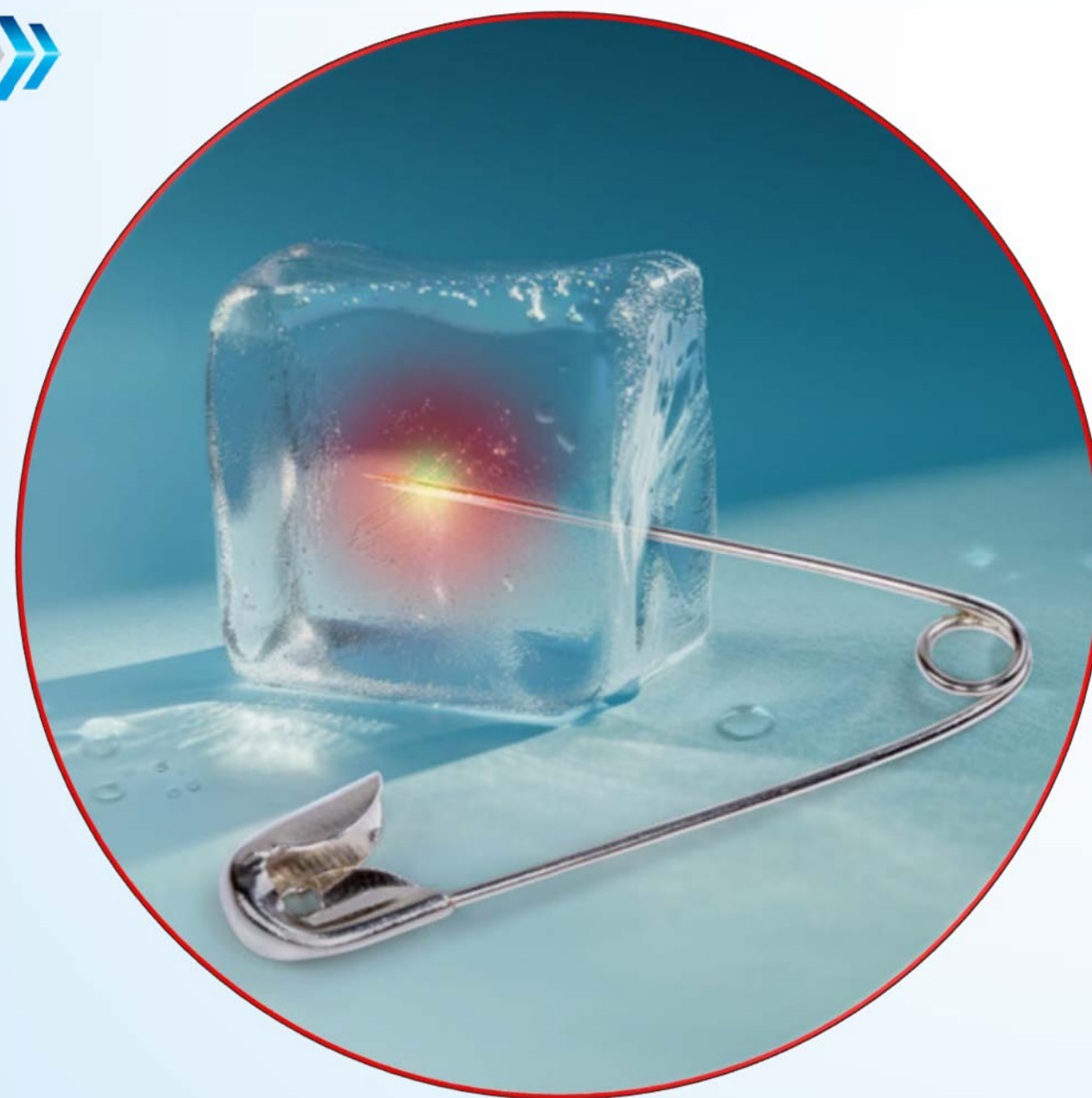
zalasta[®]



Nalgesin[®] 
550 mg



 **doreta[®]**
P R O L O N G
 **doreta[®]**



Delanxara[®]



Pragiola[®]

18. VALAŠSKO-LAŠSKÉ NEUROLOGICKÉ SYMPOZIUM

6.–7. 11. 2026 | Hotel Soláň, Karolinka

Vydavatelství a nakladatelství:

Solen, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc, IČ 25553933

Redakce: Mgr. Zdeňka Bartáková, bartakova@solen.cz

Výstavní plochy a satelitní sympozia: Mgr. Zuzana Filová, MBA, filova@solen.cz

Grafická úprava a sazba: Lucie Šilberská, silberska@solen.cz

Distribuce: SOLEN, s.r.o., 2026

Vydavatel nenese odpovědnost za údaje a názory autorů textů či inzerátů.

Reprodukce obsahu je povolena jen s přímým souhlasem redakce.

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16 a bude ohodnocena v rámci postgraduálního vzdělávání 9 kredity pro lékaře.

ISBN 978-80-7471-593-8



PROGRAM / pátek / 6. 11. 2026

17.00–17.10 **SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ**

MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D., MUDr. Pavel Ressner, Ph.D.

17.10–19.30 **BLOK I**

předsedající MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D., MUDr. Pavel Ressner, Ph.D.

- **Senzorické integrace v pohybových funkcích** – prof. PaedDr. Pavel Kolář, Ph.D. (45)
- **Jak řešit záluďné komplikace pokročilých terapií Parkinsonovy nemoci** – doc. MUDr. Marek Baláž, Ph.D. (45)
- **Vnitřní svět vítězů** – PhDr. Marian Jelínek, Ph.D. (45)

PROGRAM / sobota / 7. 11. 2026

8.30–10.30 **BLOK II**

předsedající MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D., MUDr. Pavel Ressner, Ph.D.

- **Mozečkové neurodegenerativní a geneticky vázané ataxie** – doc. MUDr. Martin Vyhnálek, Ph.D. (25 + 5)
- **Neuralgická amyotrofie** – MUDr. Hynek Lachmann (25 + 5)
- **Zmrazit, nikoli zničit: Kryoneurolyza v léčbě spasticity – první zkušenosti** – MUDr. Martin Švec, MUDr. Rudolf Ditmar (25 + 5)
- **Konopí z lékárny a domácích – porovnání, vysvětlení, použití** – MUDr. Radovan Hřib (25 + 5)

10.30–11.00 **PŘESTÁVKA**

11.00–13.00 **BLOK III**

předsedající MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D., MUDr. Pavel Ressner, Ph.D.

- **Cvičení a fyzioterapie u Parkinsonovy nemoci – jak oddálit progresi** – Dr. Phil. Ota Gál, Ph.D. (25 + 5)
- **Intravenózní trombolýza mozkového infarktu – minulost, současnost a budoucnost** – MUDr. Jakub Štefela (25 + 5)
- **Neurooftalmologické diagnózy, které bys měl rozpoznat** – MUDr. Adriána Zelníková (25 + 5)
- **Vyšetření kognitivního deficitu v ambulanci lékaře** – doc. Mgr. et Mgr. Tomáš Nikolai, Ph.D. (25 + 5)

13.00

ZÁVĚR SYMPOZIA, OBĚD

LGS, DS & TSC

KOMPLEXNÍ POMOC¹⁻⁸

Udělejte z léčivého přípravku **Epidyolex** (cannabidiolum) nedílnou součást léčebné strategie:



Epidyolex snižuje široké spektrum typů záchvatů u pacientů s LGS, DS a TSC různých věkových kategorií.³⁻⁸



Epidyolex zlepšuje celkový stav pacienta a zvyšuje počet dnů bez záchvatu.³



Epidyolex má dobrý profil snášenlivosti potvrzený v průběhu 3 let.³⁻⁷

 **Epidyolex**[®]
cannabidiolum
Perorální roztok

DS, syndrom Dravetové; LGS, Lennox - Gastautův syndrom; TSC, komplex tuberózní sklerózy.

Reference: 1. Marchese F, et al. SN Compr Clin Med. 2021;3:2167–2179. 2. Raga S, et al. Epileptic Disord. 2021;23(1):40–52. 3. SmPC LP Epidyolex. 4. Patel AD, et al. Epilepsia. 2021;62(9):2228–2239. 5. Scheffer IE, et al. Epilepsia. 2021;62(10):2505–2517. 6. Thiele EA, et al. Epilepsia. 2022;63(2):426–439. 7. Thiele EA, et al. American Epilepsy Society Annual Meeting, 2–6 December 2022. Nashville, TN, USA. Poster 2.237. 8. Saurer TB, et al. American Epilepsy Society Annual Meeting, 2–6 December 2022. Nashville, TN, USA. Poster 3.428.

Zkrácená informace o přípravku **EPIDYOLEX (cannabidiolum)**

Před předepsáním přípravku se seznamte s úplným Souhrnem údajů o přípravku.

Název přípravku: Epidyolex 100 mg/ml perorální roztok **Kvalitativní a kvantitativní složení:** 1 ml perorálního roztoku obsahuje cannabidiolum 100 mg. **Pomocné látky se známým účinkem:** 1 ml roztoku obsahuje 79 mg bezvodého ethanolu, 736 mg čistěného sezamového oleje, 0,0003 mg benzylalkoholu. **Indikace:** K adjuvantní léčbě záchvatů spojených s Lennoxovým-Gastautovým syndromem (LGS) nebo syndromem Dravetové (DS) v použití společně s klobazamem u pacientů ve věku od 2 let. K adjuvantní léčbě záchvatů spojených s komplexem tuberózní sklerózy (TSC) u pacientů ve věku od 2 let. **Dávkování a způsob podání:** Léčba přípravkem Epidyolex má být zahájena a dále vedena pod dohledem lékařů se zkušenostmi s léčbou epilepsie. **Doporučené dávky: LGS a DS: Počáteční dávka – první týden:** 2,5 mg/kg dvakrát denně (5 mg/kg/den); **druhý týden:** 5 mg/kg dvakrát denně (10 mg/kg/den); **další případné navýšování dávek:** každý týden o 2,5 mg/kg podávaných dvakrát denně (5 mg/kg/den). **Maximální doporučená dávka:** 10 mg/kg dvakrát denně (20 mg/kg/den). **TSC: Počáteční dávka – první týden:** 2,5 mg/kg dvakrát denně (5 mg/kg/den); **druhý týden:** 5 mg/kg dvakrát denně (10 mg/kg/den); **další případné navýšování dávek:** každý týden o 2,5 mg/kg dvakrát denně (5 mg/kg/den). **Maximální doporučená dávka:** 12,5 mg/kg dvakrát denně (25 mg/kg/den) **Zvláštní skupiny pacientů: Starší pacienti:** Dávky volit s opatrností, obvykle začít na dolní hranici rozmezí dávek. **Porucha funkce ledvin:** Kanabidiol lze podávat pacientům s lehkou, středně těžkou nebo těžkou poruchou funkce ledvin bez úpravy dávkování. **Porucha funkce jater:** Opatrnost je třeba u pacientů se středně těžkou nebo těžkou poruchou funkce jater. U těchto pacientů se doporučuje nižší počáteční dávka. **Způsob podání:** Perorální podání. Je třeba užívat trvale buď s jídlem, nebo bez něj, včetně ketogenní diety. Při užívání s jídlem, se má zvážit podobné složení jídla. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Pacienti se zvýšenou hladinou aminotransferáz nad trojnásobek horního limitu normálních hodnot (ULN) a hladinou bilirubinu nad dvojnásobek ULN. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití: Hepatocelulární poškození:** Kanabidiol může způsobovat zvýšení hladin jaterních aminotransferáz v závislosti na dávce. Před zahájením léčby kanabidiolem je třeba stanovit hodnoty sérových aminotransferáz a celkového bilirubinu. **Běžné sledování:** Hladiny sérových aminotransferáz a celkového bilirubinu se mají měřit v intervalech 1 měsíc, 3 měsíce a 6 měsíců po zahájení léčby kanabidiolem, a pak v pravidelných intervalech nebo podle klinické indikace. **Intenzivnější sledování:** Je třeba, aby u pacientů se zjištěnými zvýšenými hladinami ALT nebo AST, a u pacientů, kteří užívají valproát, byly zjišťovány hodnoty sérových aminotransferáz a celkového bilirubinu 2 týdny, 1 měsíc, 2 měsíce, 3 měsíce a 6 měsíců po zahájení léčby kanabidiolem a pak v pravidelných intervalech nebo podle klinické indikace. Jestliže se u pacienta objeví klinické známky nebo příznaky svědčící o poruše funkce jater, je třeba ihned změřit hladiny sérových aminotransferáz a celkového bilirubinu a léčbu kanabidiolem přerušit nebo případně ukončit. Kanabidiol je nutno vysadit u všech pacientů s hladinami aminotransferáz vyššími než trojnásobek ULN a hladinami bilirubinu vyššími než dvojnásobek ULN. U pacientů s prolongovaným zvýšením hladin aminotransferáz na hodnoty vyšší než pětinasobek ULN je také třeba léčbu ukončit. Je třeba zvážit úpravu dávky kteréhokoli současně podávaného léčivého přípravku, o kterém je známo, že má vliv na játra. **Somnolence a sedace:** Kanabidiol může způsobovat somnolenci a sedaci, které se častěji vyskytují na začátku léčby a v průběhu léčby se mohou zmírňovat. Jejich výskyt byl vyšší u pacientů současně užívajících klobazam. Další látky tlumící CNS, včetně alkoholu, mohou účinky somnolence a sedace zvyšovat. **Zvýšená četnost záchvatů:** Během léčby kanabidiolem může dojít ke klinicky relevantnímu zvýšení četnosti záchvatů, což může vyžadovat úpravu dávky kanabidiolu a/nebo souběžně podávaných antiepileptik nebo vysazení kanabidiolu. **Sebevražedné chování a myšlenky:** U pacientů je třeba sledovat známky sebevražedného chování a myšlenek a zvážit vhodnou léčbu. **Snížení tělesné hmotnosti:** Kanabidiol může způsobit úbytek tělesné hmotnosti nebo snížení přírůstku tělesné hmotnosti, pravděpodobně v závislosti na dávce. **Pomocné látky se známým účinkem: Sezamový olej:** Tento léčivý přípravek obsahuje čistěný sezamový olej, který může vzácně způsobit těžké alergické reakce. **Benzylalkohol:** Tento léčivý přípravek obsahuje 0,0003 mg/ml benzylalkoholu, který může způsobit alergické reakce. Velké objemy se musí podávat s opatrností, zejména v případě poruchy funkce jater nebo ledvin, protože existuje riziko kumulace a toxické reakce. **Ethanol:** 1 ml přípravku Epidyolex obsahuje 79 mg ethanolu, což odpovídá 10 % v/v bezvodého ethanolu. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce: Induktory CYP3A4 nebo CYP2C19:** Silný induktor CYP3A4/2C19 rifampicin a další silné induktory CYP3A4 nebo CYP2C19 (např. karbamazepin, enzalutamid, mitotan a třezalka tečkovaná), mohou způsobit snížení plazmatické koncentrace kanabidiolu, které může vést ke snížení účinnosti. Může být potřebná úprava dávky. **Inhibitory UGT:** Kanabidiol je substrátem UGT1A7, UGT1A9 a UGT2B7. Při současném podávání léčivých přípravků, které jsou známými inhibitory těchto enzymů UGT, je třeba postupovat opatrně. **Současná antiepileptická léčba:** Farmakokinetika kanabidiolu je komplexní a u pacienta může dojít k interakcím se současně užívanými antiepileptiky. **Klobazam:** Při podávání kanabidiolu s klobazamem dochází k obousměrným FK interakcím. Dojde-li při současném podávání klobazamu a kanabidiolu k výskytu somnolence nebo sedace, je třeba zvážit snížení dávky klobazamu. **Valproát:** Současné podávání kanabidiolu a valproátu způsobovalo zvýšení výskytu elevace aminotransferáz. Pokud dojde ke klinicky významnému zvýšení aminotransferáz, je třeba u všech pacientů snížit dávku kanabidiolu a/nebo valproátu. Současné podávání kanabidiolu a valproátu zvyšuje výskyt průjmu a případů snížené chuti k jídlu. **Stiripentol:** Při současném podávání kanabidiolu a stiripentolu došlo ke zvýšení hladin stiripentolu. **Everolimus:** Současné podávání kanabidiolu a everolimu ve studii se zdravými dobrovolníky vedlo ke zvýšení expozice everolimu přibližně 2,5násobně jak u C_{max} , tak i u AUC. Při zahájení léčby kanabidiolem u pacientů užívajících everolimus sledujte terapeutické hladiny everolimu a podle toho upravujte dávku. Při zahájení léčby everolimem u pacientů užívajících stabilní dávku kanabidiolu se doporučuje nižší počáteční dávka everolimu s monitorováním terapeutické hladiny léku. **Potenciální účinky kanabidiolu na jiné léčivé přípravky: Citlivé substráty CYP1A2, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, UGT1A9 a UGT2B7:** Údaje získané *in vitro* a *in vivo* naznačují lékové interakce při současném podávání kanabidiolu se substráty CYP1A2 (např. theofylin, kofein, tizanidin) a substráty CYP2B6 (např. bupropion). Údaje získané *in vitro* prokázaly, že kanabidiol inhibuje CYP2C19, což může způsobovat zvýšené plazmatické koncentrace léků, které jsou tímto izoenzymem metabolizovány, např. klobazamu a omeprazolu. Při současném podání je třeba zvážit snížení dávky citlivých substrátů UGT1A9, jako je kyselina mykofenolová. **In vitro hodnocení lékových interakcí s enzymy UGT:** Metabolit 7-karboxy-kanabidiol je inhibitorem činnosti zprostředkované UGT1A1, UGT1A4 a UGT1A6. Při podávání kanabidiolu současně se substráty těchto UGT enzymů může být nutné snížení dávky těchto substrátů. **Citlivé substráty P-gp podávané perorálně:** Při současném podávání s kanabidiolem lze pozorovat vyšší expozici jiným perorálně podávaným citlivým substrátům P-gp (např. sirolimu, takrolimu nebo digoxinu). **Těhotenství:** Údaje o podávání kanabidiolu těhotným ženám jsou omezené. Studie na zvířatech prokázaly reprodukční toxicitu. Kanabidiol se v těhotenství nemá používat, pokud potenciální přínos pro matku jednoznačně nepřevažuje nad potenciálním rizikem pro plod. **Kojení:** Nejsou k dispozici žádné studie u člověka o vylučování kanabidiolu do mateřského mléka. Kojení má být během léčby přerušeno. **Fertilita:** Nejsou k dispozici žádné údaje o účinku kanabidiolu na fertilitu u člověka. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Pacienty je třeba poučit, aby neřídili a neobsluhovali stroje, dokud nebudou mít s přípravkem dostatečné zkušenosti, aby mohli posoudit, zda má na jejich schopnosti nepříznivý vliv. **Nežádoucí účinky: Velmi časté ($\geq 1/10$):** snížení hemoglobinu, snížení hematokritu, snížená chuť k jídlu, somnolence, sedace, průjem, zvracení, pyrexie, únava. **Časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$):** pneumonie, infekce močových cest, podrážděnost, agrese, letargie, epileptický záchvat, kašel, nauzea, zvýšení AST, zvýšení ALT, zvýšení GGT, vyrážka, zvýšená hladina kreatininu v krvi, pokles tělesné hmotnosti. Popis vybraných nežádoucích účinků je uveden v plné verzi SmPC. **Předávkování:** V případě předávkování je třeba pacienta sledovat a podávat vhodnou symptomatickou léčbu, včetně monitorování životních funkcí. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Jazz Pharmaceuticals Ireland Ltd, 5th Floor, Waterloo Exchange, Waterloo Road, Dublin 4, D04 E5W7, Irsko. **Registrační čísla:** EU/1/19/1389/001-002. **Datum revize:** 07/2026.

URČENO PRO ODBORNOU VEŘEJNOST.

Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Aktuální výši a podmínky úhrady naleznete na www.sukl.gov.cz. **Úplnou informaci o přípravku obdržíte na adrese:** Swixx Biopharma s.r.o., Hybernská 1034/5, 110 00 Praha 1, tel.: +420 242 434 222. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. Nežádoucí účinky musí být hlášeny Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv sukl.gov.cz/nezadouciciucinky nebo firmě Swixx Biopharma s.r.o. prostřednictvím e-mailu: medinfo.czech@swixxbiopharma.com

Verze 10

PÁTEK / 6. listopadu 2026 / 17.10–19.30 hod.

Blok I

předsedající MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D., MUDr. Pavel Ressler, Ph.D.

Senzorické integrace v pohybových funkcích

prof. PaedDr. Pavel Kolář, Ph.D.

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol a Homolka, Praha

V přednášce se zaměřím na propioceptivní funkce. Propriocepce představuje schopnost vnímat polohu, pohyb a orientaci jednotlivých částí vlastního těla; v širším pojetí zahrnuje také vnímání svalové síly, úsilí a tíhy. Je jedním ze základních předpokladů účinné kontroly a koordinace pohybu. Zajišťuje kontinuální přísun aferentních informací do centrální nervové soustavy, které jsou nezbytné pro plánování, řízení a korekci pohybové aktivity. Společně s predikcí senzorických důsledků vlastního pohybu umožňují tyto informace průběžně aktualizovat odhad aktuálního stavu těla. Vztah mezi propiocepcí a koordinací pohybu je obousměrný: propioceptivní informace poskytují centrální nervové soustavě podklady pro řízení pohybu, zatímco samotný pohyb vytváří nové aferentní podněty, které dále zpřesňují senzomotorickou integraci. Tato zpětnovazební smyčka se uplatňuje v motorickém učení a adaptaci na měnící se podmínky. Porucha propiocepce byla popsána u řady muskuloskeletálních onemocnění a může nepříznivě ovlivnit senzomotorickou kontrolu, kloubní stabilitu a průběh rehabi-

litace. Proprioceptivní schopnosti mohou souviset také se sportovní výkonností. Vzhledem k multidimenzionální povaze propiocepce je její kvantitativní měření metodologicky náročné. Dosud neexistuje univerzální metoda měření; jednotlivé postupy hodnotí různé aspekty propioceptivního systému. Cílem této přednášky je představit modulární technologickou platformu pro kvantitativní hodnocení propiocepce a souvisejících somatognostických, haptických, mezimodálních a senzomotorických funkcí. Platforma propojuje úlohy zaměřené na somatognózi, polohocit a pohybocit, senzomotorickou regulaci síly, plynulost pohybu, haptický odhad velikosti a hmotnosti, zrakově-hmatový převod, napodobování tělesné polohy a prostorovou orientaci bez zrakové kontroly. K jejich vyhodnocení využívá kamerový odhad tělesné polohy, laserové měření vzdálenosti, siloměrné a motoricky řízené na míru zhotovené mechanismy a standardizované objekty vyrobené 3D tiskem. Hlavní přínos tohoto měření nespočívá pouze v jednotlivých zařízeních, ale v integraci různých měřicích modalit do společné rozšiřitelné architektury umožňující standardizované zadávání úloh, centralizovaný sběr dat a automatizovaný nebo poloautomatizovaný výpočet kvantitativních ukazatelů. Daný systém měření popisuje konstrukci systému, provedení jednotlivých úloh a navržené výstupní parametry.

PÁTEK / 6. listopadu 2026 / 17.10–19.30 hod.

Jak řešit záludné komplikace pokročilých terapií Parkinsonovy nemoci

doc. MUDr. Marek Baláž, Ph.D.

Neurologická klinika FN u sv. Anny, Brno

S tím, jak roste počet pacientů s Parkinsonovou nemocí léčených pokročilými (ve směs více či méně invazivními) terapeutickými postupy, stoupá i pravděpodobnost toho, že se pacient s těmito systémy objeví s různými akutními komplikacemi na neurologických odděleních či ambulancích.

Ve stručném přehledu se zaměříme na akutní stavy, které se mohou projevit u pacientů s chronickou terapií – především co se týče náhlého vybití baterie stimulatoru u DBS, neočekávané poruchy pumpy, nadměrného nebo nedostatečného dávkování dopaminergní medikace a také příznaků, které souvisí s pokročilou Parkinsonovou nemocí (například delirium, akcentace dyskinez, autonomní dysfunkce).

Vnitřní svět vítězů

PhDr. Marian Jelínek, Ph.D.

Sportovní kouč a vysokoškolský pedagog

- Co skutečně rozhoduje o vítězích mezi špičkami ve svých oborech?
- Jak se připravovat, abyste dosahovali co nejlepších výsledků?
- Jak se nevzdávat a směřovat stále k cíli, i když se zrovna nedaří?
- Jakými způsoby a technikami můžete svůj výkon nejvíce ovlivnit?

Aby člověk uspěl v jakékoliv oblasti, musí mít v rovnováze všechny složky svého vnitřního světa: talent, vůli, dovednosti a lásku k tomu, co dělá. A musí také umět tento „hnací motor“ neustále krmit, pohánět a zvyšovat jeho výkon. To mají a dokážou jen ti nejlepší!

Lidé na špičce, ať už ve sportu, v byznysu, nebo v jakémkoliv jiném oboru, bývají všichni na stejné „technické“ úrovni, každý z nich „to své“ dokonale ovládá. Co tedy rozhoduje o tom, kdo mezi nejlepšími nakonec zvítězí? Je to právě kvalita a nastavení vnitřního světa člověka. Silná vůle nepovolit, i když se nedaří. Umění naučit se správně využívat své vnitřní dvojče, svou „temnou stránku“, vnitřního kritika.

Během přednášky Marian odhaluje a vysvětluje techniky, které používá během koučinku s vrcholovými sportovci a byznysmeny.

SOBOTA / 7. listopadu 2026 / 8.30–10.30 hod.

Blok II

předsedající MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D., MUDr. Pavel Ressler, Ph.D.

Mozečkové neurodegenerativní a geneticky vázané ataxie

doc. MUDr. Martin Vyhnálek, Ph.D.

Centrum vysoce specializované péče pro vzácná neurologická onemocnění,
Neurologická klinika 2. LF UK a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

Mozečkový syndrom je klinický projev širokého spektra onemocnění s velmi rozdílnou etiologií, prognózou i možnostmi léčby. Hereditární a neurodegenerativní ataxie představují klinicky mimořádně heterogenní skupinu s nástupem od dětského věku až po pozdní dospělost a mohou se manifestovat izolovanou mozečkovou symptomatikou i komplexním neurologickým či multisystémovým postižením.

Přehledná přednáška, postavená na videokazuistikách, představí typické klinické fenotypy a nejvýznamnější zástupce hlavních skupin chronických ataxií – neurodegenerativních, geneticky podmíněných i sporadických, metabolických a mitochondriálních. Pozornost bude věnována klinickým vodítkům, která již při neurologickém vyšetření umožňují zúžit diferenciální diagnostiku, i recentně popsaným genetickým příčinám ataxií. Součástí přednášky bude praktický diagnostický flowchart. Závěrem budou shrnuty současné možnosti symptomatické a kauzálně zaměřené terapie a hlavní novinky, které v posledních letech mění diagnostiku i léčbu pacientů s ataxií.

Neuralgická amyotrofie

MUDr. Hynek Lachmann

Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol a Homolka, Praha

Neuralgická amyotrofie byla dříve považována za vzácné onemocnění, které má dobrou prognózu a spontánně se upravuje. Vzhledem k přibývajícimu počtu pacientů s tímto onemocněním je jasné, že bylo pouze poddiagnostikováno. Víme, že se jedná o axonální postižení, většinou na úrovni jednotlivých periferních nervů. Název neuralgická amyotrofie brachiálního plexu je proto mírně zavádějící a úprava klinického stavu je časově dlouhá a často neúplná. Patofyziologie tohoto onemocnění stále není přesně známa. V poslední době se stále častěji k diagnostice používají kromě EMG i zobrazovací metody, zejména ultrazvuková vyšetření, která nám mohou odhalit nálezy vyžadující chirurgické ošetření. Z konzervativní terapie se užívají kortikoidy v úvodní fázi onemocnění a symptomatická analgetická léčba. Přednáška obsahuje kromě popisu onemocnění a jeho klinických příznaků i krátké kazuistiky s obrazovou dokumentací.

SOBOTA / 7. listopadu 2026 / 8.30–10.30 hod.

Zmrazit, nikoli zničit: kryoneurolyza v léčbě spasticity – první zkušenosti

MUDr. Martin Švec¹, MUDr. Rudolf Ditmar²

¹Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, FN Olomouc

²Oddělení rehabilitace, FN Olomouc

Úvod: Kryoneurolyza je perkutánní, ultrazvukem navigovaná technika cílené denervace motorických větví periferních nervů. Chladem indukovaná axonotmeze se zachovanou pojivovou architekturou nervu umožňuje Wallerovu regeneraci. Metoda je tak na rozdíl od fenolové neurolyzy či selektivní neurotomie reverzibilní a opakovatelná. Publikované série uvádějí trvání účinku 3–6 měsíců, výjimečně déle než rok. Jde o slibnou možnost pro pacienty s fokální spasticitou refrakterní k botulotoxinu.

Soubor a metody: Prezентujeme 6 pacientů se spasticitou po CMP, u nichž selhala nebo byla vyčerpána léčba botulotoxinem. Indikace vycházela z klinického vyšetření podle Graciese a diagnostické nervové blokády. Ošetřeny byly motorické větve n. tibialis, n. musculocutaneus. Hodnotili jsme pasivní a aktivní rozsah pohybu a Modified Tardieu Scale (MTS) po 1, 3 a 6 měsících.

Závěr: Kryoneurolyza přinesla rychlé a klinicky významné snížení spasticity. Trvání účinku bylo v našem souboru kratší, než uvádí literatura. Diskutujeme možné příčiny (výběr cílových větví, parametry kryoablace, výběr pacientů) a místo metody v algoritmu léčby spasticity.

Konopí z lékárny a domácí – porovnání, vysvětlení, použití

MUDr. Radovan Hřib

Centrum pro léčbu bolesti, ARK, FN u sv. Anny v Brně

Úvod: Prezентace porovnání konopí vypěstovaného doma a konopí pro léčebné použití (dále KLP).

Cíle: Cílem prezентace bude ukázat možnosti použití KLP v porovnání s tradičním užitím domácího konopí.

Metody: Konopí se stalo v posledních 10 letech nedílnou součástí léčby bolesti. Šíře použití na různé typy chronické bolesti je velká. Tradiční použití v lidovém či domácím léčení je a bylo inspirací pro použití v ordinaci. Naopak jsou situace, kdy by mohlo být domácí či koupené konopí potenciálně nebezpečné. Téma je aktuální, neboť od 1. 1. 2026 je možno si legálně doma vypěstovat až 3 rostliny konopí o obsahu THC vyšším než 1 %.

Výsledky a diskuze: Konopí je báječným lékem, ale není panacea. Jeho použití má velké možnosti a budoucnost, nejen v léčbě bolesti.

SOBOTA / 7. listopadu 2026 / 11.00–13.00 hod.

Blok III

předsedající MUDr. Bohdan Křupka, Ph.D., MUDr. Pavel Rössner, Ph.D.

Cvičení a fyzioterapie u Parkinsonovy nemoci – jak oddálit progresi

Dr. Phil. Ota Gál, Ph.D.

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Parkinsonova nemoc je v současnosti léčena symptomaticky. Žádná farmakologická, chirurgická ani biologická intervence zatím spolehlivě neprokázala schopnost zpomalit progresi onemocnění. Rostoucí evidence však ukazuje, že intenzivní a pravidelné cvičení může představovat jednu z nejdůležitějších nefarmakologických strategií primární i sekundární prevence. Prospektivní kohorty a metaanalýzy ukazují nižší riziko rozvoje Parkinsonovy nemoci u osob s vyšší úrovní fyzické aktivity, s náznakem dose-dependent efektu. U již diagnostikovaných pacientů prokázaly randomizované studie využívající vysoce intenzivní aerobní cvičení (80–85 % maximální tepové rezervy) bezpečnost, proveditelnost a zpomalení zhoršování motorických příznaků hodnocených v OFF medikačním stavu. Přímý

důkaz skutečné neuroprotektce u člověka zatím naráží na obtížné odlišení symptomatického efektu od zpomalení progresie, avšak dostupná epidemiologická a klinická data podporují koncept disease-modifying potenciálu cvičení.

Přednáška ukáže, proč by intenzivní aerobně-posilovací trénink neměl být u Parkinsonovy nemoci chápán pouze jako obecné doporučení „více se hýbat“, ani jako rehabilitační doplněk indikovaný ve střední či pozdní fázi onemocnění, ale jako časná, strukturovaná a cíleně dávkovaná intervence, kterou je vhodné zařadit do první linie terapeutické nabídky. Trénink bude ukázán v klinické praxi i s ohledem na základní bezpečnostní parametry. Důraz bude kladen na praktickou využitelnost pro neurology: komu cvičení doporučit, jak o něm s pacientem mluvit, jak formulovat realistická očekávání a kdy pacienta odeslat ke specializovanému fyzioterapeutovi. Součástí přednášky bude také informace, kde v České republice hledat vyškolené terapeuty (ParkinsonCare, PARK). Cílem je ukázat, že cvičení může být jednou z mála dostupných intervencí s potenciálem ovlivnit nejen symptomy, ale i dlouhodobý průběh Parkinsonovy nemoci.

SOBOTA / 7. listopadu 2026 / 11.00–13.00 hod.

Intravenózní trombolýza mozkového infarktu – minulost, současnost a budoucnost

MUDr. Jakub Štefela

I. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Intravenózní trombolýza (IVT) zůstává i po více než třech desetiletích jedním ze základních pilířů léčby akutního mozkového infarktu. Od průkazu účinnosti alteplázy podané do 3 hodin od vzniku obtíží v roce 1995 se terapeutické možnosti postupně rozšířily nejprve na 4,5hodinové časové okno a následně – s využitím pokročilých zobrazovacích metod – až na 9 hodin a na pacienty s neznámou dobou vzniku nebo s iktem vzniklým ve spánku. Princip „time is brain“ však zůstává nezměněn: čím dříve je reperfuzní léčba zahájena, tím vyšší je její účinnost a příznivější bezpečnostní profil.

V České republice vedla systematická optimalizace přednemocniční i nemocniční péče v prvních minutách od přijetí k výraznému zkrácení času do zahájení IVT a vysokému podílu trombolyzovaných pacientů. V posledních letech se vedle alteplázy jako trombolytikum volby stále více prosazuje tenektepláza. Při srovnatelné účinnosti a bezpečnosti nabízí praktickou výhodu jednorázového bolusového podání, které zjednodušuje logistiku akutní reperfuzní léčby. V ČR byla tenektepláza od roku 2025 postupně zavedena do klinické praxe, což vedlo k dalšímu zrychlení akutní léčby iktu.

Další vývoj směřuje od pevných časových kritérií k individualizované selekci pacientů na základě přítomnosti potenciálně zachranné mozkové tkáně.

Nejnovější studie hodnotí využití IVT až v intervalu do 24 hodin od vzniku příznaků. Řada zpočátku platných kontraindikací léčby byla v průběhu let opuštěna, významnou, dosud otevřenou otázkou, je bezpečnost IVT u pacientů na antikoagulační medikaci.

IVT ani v éře endovaskulární trombektomie neztrácí na významu. Zůstává jedinou, důkazy podloženou akutní terapií mozkového infarktu, jejíž indikace není omezena na pacienty s uzávěrem velké mozkové tepny a potenciální okruh léčených pacientů se stále rozšiřuje a zpřesňuje.

Neurooftalmologické diagnózy, které bys měl rozpoznat

MUDr. Adriána Zelníková

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Oftalmologické oddělení, FNsP Žilina

Přednáška se věnuje vzácným neurooftalmologickým stavům, které mohou ohrozit zrak i život pacienta. Většina neurologů a oftalmologů se s nimi během své praxe alespoň jednou setká. Jejich včasné rozpoznání je klíčové, protože zabrání nevratné ztrátě zraku nebo úmrtí pacienta. U jednotlivých diagnóz se přednáška zaměřuje na klinický obraz a diferenciální diagnostiku. Cílem přednášky je naučit posluchače rozpoznat varovné („red flag“) příznaky, které vyžadují okamžitou intervenci, a odlišit tyto naléhavé stavy od běžnějších, benignějších příčin podobných nálezů.

SOBOTA / 7. listopadu 2026 / 11.00–13.00 hod.

Vyšetření kognitivního deficitu v ambulanci lékaře

doc. Mgr. et Mgr. Tomáš Nikolai, Ph.D.

Neurologická klinika 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

Vyšetřování kognitivního deficitu v ambulanci lékaře by mělo být rutinním přístupem v praxi neurologa. Kognitivní poruchy v ambulancích lékaře mohou zůstat snadno neodhaleny, přitom mohou být prvním klinickým signálem rozvoje závažného onemocnění, nebo rizikovým faktorem pro pacienta i jeho nejbližší okolí.

Základem senzitivní diagnostiky je kvalitní anamnestický rozhovor a analýza případných subjektivních stížností na kognici u pacienta. Rizikovými stížnostmi jsou zejména specifické kognitivní obtíže, naopak obecné otázky na kognitivní stav neplní diagnostickou funkci. Specifické kognitivní stížnosti s prokázanou vazbou na kognitivní pokles jsou zejména subjektivní srovnání s vrstevníky a míra obav, kterou poruchy kognice způsobují. Na druhou stranu, s postupem

kognitivní poruchy se ztrácí schopnost náhledu na vlastní kognitivní výkonnost a v těžších stádiích kognitivní poruchy již subjektivní kognitivní potíže ze strany pacienta nejsou referovány, identifikuje je však snadno bezprostřední okolí či pečovatelé.

Nezastupitelnou roli při vyšetření kognitivních funkcí hrají screeningové testy kognice. V ambulancích lékařů jsou doporučeny krátké screeningové testy s uspokojivou mírou senzitivity a specificity ke kognitivní poruše. Screeningové testy jsou ovšem pouze orientačním nástrojem a při vhodně zvoleném cut-off skóru dokážou relativně bezpečně rozpoznat hlubší kognitivní poruchu ve formě syndromu demence. Pro stadium mírné kognitivní poruchy však budou vždy z principu zatíženy vysokou mírou chybovosti. Proto je nezbytné spolehlivě identifikovat pacienty s rizikem kognitivní poruchy, které je vhodné odeslat na specializované vyšetření kognitivních funkcí.

V příspěvku představujeme návrh vhodného diagnostického postupu při vyšetření pacienta s kognitivními stížnostmi či kognitivní poruchou, včetně doporučených metod vhodných do ambulance lékaře.

HLAVNÍ PARTNEŘI



**POŘADATELÉ DĚKUJÍ HLAVNÍM PARTNERŮM
ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ SYMPOZIA**

PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ PARTNER

Neurologie
pro praxi

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ SYMPOZIA