



ABSTRAKTA

23. sympozium praktické neurologie

11.–12. června 2026

Hotel International Brno



23.

sympozium
praktické
neurologie

11.–12. 6. 2026
BRNO

Společnost SOLEN, s. r. o.,
ve spolupráci s Neurologickou klinikou LF UP a FN Olomouc

 **SOLEN**
let s vámi



ZAČNĚTE SILNĚ
ZÍSKEJTE NÁSKOK
PŘED PROGRESÍ DISABILITY RRS¹⁻⁴

Přípravek KESIMPTA®:

ÚČINNOST: Včasné zahájená léčba může snížit riziko progresse disability^{1,2,5,6}

STABILITA: Setrvalá účinnost bez ohledu na aktivitu onemocnění^{1,2,5-7}

BEZPEČNOST: Dlouhodobě stabilní bezpečnostní profil u naivních i eskalovaných pacientů po dobu až 7 let^{1,2,5-7}

FLEXIBILITA: Subkutánní podání SensoReady® pera v domácím prostředí jednou za měsíc^{1*†}

Zkrácená informace • Kesimpta 20 mg injekční roztok v předplněném peru • Složení: Jedno předplněné pero obsahuje 20 mg ofatumumabu v 0,4 ml roztoku (50 mg/ml). **Indikace:** Přípravek Kesimpta je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabujícími formami roztroušené sklerózy (RRS) s aktivním onemocněním definovaným klinicky nebo zobrazovacími metodami. **Dávkování:** Doporučená dávka je 20 mg ofatumumabu podávaná subkutánní injekcí s počátečními dávkami v týdnech 0, 1 a 2, pokračující následným měsíčním dávkováním, počínaje týdnem 4. Pokud dojde k vynechání injekce, má být podána co nejdříve bez čekání na další plánovanou dávku. Následující dávky mají být podávány v doporučených intervalech. Tento léčivý přípravek je určen k samoaplikaci pacientem subkutánní injekcí. Obvyklými místy pro podání subkutánní injekce jsou břicho, stehno a horní část paže. První injekce má být aplikována pod vedením zdravotnického pracovníka. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, pacienti v těžce imunokompromitovaném stavu, závažná aktivní infekce až do jejího odeznění, známá aktivní malignita. **Zvláštní upozornění/varování:** **Systémové reakce související s injekcí:** Pacienti mají být informováni, že se mohou vyskytnout systémové reakce související s injekcí (SIRR), obvykle do 24 hodin a převážně po první injekci. Příznaky zahrnují horečku, bolest hlavy, myalгии, zimnici, únavu, nauzeu, zvracení, vyrážku, kopřivku, dušnost a angioedém (např. otok jazyka, hltanu nebo hrtanu) a vzácné případy, které byly hlášeny jako anafylaxe. Některé příznaky SIRR mohou být klinicky nerozlišitelné od akutních hypersenzitivních reakcí 1. typu (zprostředkovaných IgE). Hypersenzitivní reakce se může projevit během kterékoli injekce, i když se obvykle neprojeví při první injekci. Pacienti se známost hypersenzitivní reakcí na ofatumumab zprostředkovanou IgE nesmí být ofatumumabem léčeni. **Infekce:** Podávání přípravku musí být odloženo u pacientů s aktivní infekcí, dokud infekce neodezní. Ofatumumab se nesmí podávat pacientům se závažným oslabením imunity (např. významná neutropenie nebo lymfopenie). **Progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML):** Lékaři mají být ostražiti ohledně anamnézy PML a jakýchkoli klinických příznaků nebo MRI nálezů, které by mohly naznačovat PML. Pokud existuje podezření na PML, musí být léčba ofatumumabem pozastavena, dokud nebude PML vyloučena. **Reaktivace viru hepatitidy B:** U pacientů léčených anti-CD20 protilátkami došlo k reaktivaci hepatitidy B, což v některých případech vedlo k fulminantní hepatitidě, selhání jater a úmrtí. Pacienti s aktivním onemocněním hepatitidou B nesmějí být ofatumumabem léčeni. Před zahájením léčby má být u všech pacientů proveden screening HBV. Screening má minimálně zahrnovat testování povrchového antigenu hepatitidy B (HBsAg) a testování protilátek proti jádrovému antigenu hepatitidy B (HBcAb). Pacienti s pozitivní sérologií hepatitidy B (HBsAg nebo HBcAb) se mají před zahájením léčby poradit s odborníkem na choroby jater a mají být sledováni a léčeni podle místních lékařských standardů, aby se zabránilo reaktivaci hepatitidy B. **Léčba těžce imunokompromitovaných pacientů:** Pacienti v těžce imunokompromitovaném stavu nesmí být ofatumumabem léčeni, dokud se tento stav nevyřeší. Nedoporučuje se užívat současně s ofatumumabem další imunosupresiva kromě kortikosteroidů k symptomatické léčbě relapsů. **Očkování:** Všechna očkování mají být podána podle imunizačních pokynů nejméně 4 týdny před zahájením léčby ofatumumabem u živých nebo živých oslabených vakcín a pokud je to možné, nejméně 2 týdny před zahájením léčby ofatumumabem u inaktivovaných vakcín. Ofatumumab může ovlivňovat účinnost inaktivovaných vakcín. Očkování živými nebo živými oslabenými vakcínami se během léčby a po ukončení léčby až do doplnění B-buněk nedoporučuje. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí, protože nejsou očekávány žádné interakce prostřednictvím enzymů cytochromu P450, jiných metabolizujících enzymů nebo transportérů. Při současném podávání imunosupresivních přípravků s ofatumumabem je třeba vzít v úvahu riziko aditivních účinků na imunitní systém. Při zahájení léčby ofatumumabem po jiném imunosupresivním přípravku s prodlouženými imunitními účinky nebo při zahájení jiné imunosupresivní léčby s prodlouženými imunitními účinky po léčbě ofatumumabem je třeba vzít v úvahu dobu trvání a způsob účinku těchto léčivých přípravků z důvodu možných aditivních imunosupresivních účinků. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku mají během léčby přípravkem Kesimpta a po dobu 6 měsíců po posledním podání přípravku Kesimpta používat účinnou antikoncepci. Údaje o podávání ofatumumabu těhotným ženám jsou omezené. Ofatumumab může podle zjištění ze studií na zvířatech procházet placentou a způsobit depleci B-buněk plodu. Léčba ofatumumabem nemá být zahajována během těhotenství, pokud potenciální přínos pro matku nepřeváží potenciální riziko pro plod. Použití ofatumumabu u žen v období kojení nebylo studováno. Není známo, zda se ofatumumab vylučuje do lidského mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: Infekce horních cest dýchacích, infekce močových cest, reakce v místě injekce (lokální), reakce související s injekcí (systémové). Časté: Orální herpes, snížený imunoglobulin M v krvi, nauzea, zvracení. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Pokud je to nezbytné, může být přípravek Kesimpta jedenkrát uchováván nechlazený po dobu až 7 dnů při pokojové teplotě (ne vyšší než 30 °C). Pokud se během této doby nepoužije, může být přípravek Kesimpta vrácen do chladničky na maximálně 7 dní. Uchovávejte předplněné pero v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Kesimpta je k dispozici v jednotlivých baleních obsahujících 1 předplněné pero a v mnohočetných baleních obsahujících 3 (3 balení po 1) předplněná pera. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/21/1532/001-004. **Datum registrace:** 26.3.2021 **Datum poslední revize textu SPC:** 09.01.2026. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building, Elm Park, Merion Road, Dublin 4, Irsko. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis, přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.** *Všimněte si prosím změny (změn) v informacích o léčivém přípravku

Pro účely kampaně byla použita ilustrační fotografie. Nejedná se o skutečného pacienta. [†] Od druhé dávky je přípravek KESIMPTA® určen k samoaplikaci pacientem subkutánní injekcí (SensoReady® pera). • * První dávka přípravku KESIMPTA® by měla být podána po vedením odborného zdravotního pracovníka. • **Zkratky:** RRS, relaps remitující roztroušená skleróza

Reference: 1. SPC Kesimpta. 2. Nelles G. et al.; Longer-term (up to 6 years) efficacy and safety of Ofatumumab in people with non-highly active MS early in the disease course; Poster IOP14 presented at the DGN congress in Berlin 2024. 3. Hauser, S.L., et al. Poster presentation ECTRIMS 2025. Poster ID P804. Continuous ofatumumab treatment for up to 7 years shows a favourable safety and efficacy profile in people with relapsing multiple sclerosis. 4. Pardo, Gabriel et al.; Continuous Ofatumumab Treatment Up to 7 Years Shows a Consistent Safety Profile and Delays Disability Progression in People With Relapsing Multiple Sclerosis; Poster presented at the American Academy of Neurology Meeting, San Diego, CA, USA, April 5-9, 2025. P7.016. 5. Hauser, Stephen L. et al. "Ofatumumab versus Teriflunomide in Multiple Sclerosis." N Engl J Med vol. 383.6 (2020): 546-557. doi:10.1056/NEJMoa1917246. 6. Hauser, S. L. Five-Year Safety and Efficacy Outcomes with Ofatumumab in Patients with Relapsing Multiple Sclerosis. Neurology and Therapy, 2025, 14:1975-1992. DOI: 10.1007/s40120-025-00784-0. 7. Hauser S.L. et al. Six-year safety and efficacy outcomes with first-line ofatumumab in recently diagnosed treatment-naïve patients with relapsing multiple sclerosis. Multiple Sclerosis and Related Disorders 2025.105:106886.



23. symposium praktické neurologie

**11.–12. 6. 2026
BRNO**



MÍSTO KONÁNÍ:
Hotel International Brno
Husova 200/16, 602 00 Brno



TIRÁŽ

23. symposium praktické neurologie

11.–12. června 2026 | Hotel International Brno

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s Neurologickou klinikou LF UP a FN Olomouc

Mediální partner

časopis Neurologie pro praxi

Prezident akce

prof. MUDr. Petr Kaňovský, CSc., FEAN

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Organizační zajištění: Markéta Slezáková, 721 135 146, slezakova@solen.cz

Programové zajištění: Mgr. Zdeňka Bartáková, 777 557 416, bartakova@solen.cz

Zajištění výstavních ploch a satelitních sympozií: Ing. Lenka Mihulková, 734 567 854, mihulkova@solen.cz

Grafické zpracování a sazba: DTP Solen, Lucie Šilberská

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 11 kredity pro lékaře.



Citační zkratka

Neurol. praxi 2026;27

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-580-8

Tisk: Trifox, s. r. o., Šumperk

Čtvrtek 11. 6. 2026

9.00–9.10 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ

9.10–10.15 AUTOIMUNITNĚ PODMÍNĚNÁ NEUROMUSKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ – NOVÉ MOŽNOSTI LÉČBY

odborný garant MUDr. Radim Mazanec, Ph.D.

- **Nové možnosti léčby myastenie gravis** – MUDr. Stanislav Voháňka, CSc., MHA (13 + 2 min)
- **Aktuálně trendy v diagnostice a léčbě CIDP** – MUDr. Monika Turčanová Koprušáková, Ph.D., prof. MUDr. Egon Kurča, PhD. (13 + 2 min)
- **Akutní polyradikuloneuritida – syndrom Guillaina a Barrého** – doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc., FEAN (13 + 2 min)
- **Idiopatické zánětlivé myopatie – novinky v léčbě** – MUDr. Heřman Mann, Ph.D. (13 + 2 min)

10.15–10.55 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI NOVARTIS s. r. o.

- **R(I)S jako kontinuum: od radiologicky izolovaného syndromu k vysoce účinné léčbě** – MUDr. Magdaléna Hladíková, MUDr. Iva Šrotová, Ph.D. (20 min)
- **Dva světy, jedna diagnóza: SMA očima dětského i dospělého neurologa** – MUDr. Aneta Podsedníková, MUDr. Lucia Bakošová (20 min)

10.55–11.30 PŘESTÁVKA

11.30–12.00 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI ELI LILLY ČR, s. r. o.

KISUNLA – NOVÁ ANTI-AMYLOIDOVÁ TERAPIE

- **Role ambulantního neurologa ve výběru vhodného pacienta pro biologickou léčbu AN** – MUDr. Kateřina Sheardová, Ph.D. (15 min)
- **Úloha biomarkerů v diagnostice AN** – MUDr. Richard Novobilský, Ph.D. (15 min)

12.00–13.00 NEUROGENETIKA

odborný garant prof. MUDr. Stanislav Šutovský, PhD.

- **Genetika neurodegenerativních demencií ve světle velkých dat** – prof. MUDr. Stanislav Šutovský, PhD. (12 + 3 min)
- **Dědičné ataxie s nástupem po 50. roce věku** – doc. MUDr. Martin Vyhnálek, Ph.D. (12 + 3 min)
- **Využití volně cirkulující DNA jako biomarkera detekce Alzheimerovy choroby** – Mgr. Lýdia Lukyová, Mgr. Zuzana Holešová, PhD., Mgr. Zuzana Hanzlíková, Tomáš Sládeček, MSc., Mgr. Andrea Zaťková, PhD., Mgr. Natália Forgáčová, PhD., Mgr. Juraj Gazdarica, PhD., Mgr. Jaroslav Minárik, Mgr. Jakub Styk, PhD., Mgr. Tatiana Sedláčková, PhD., doc. RNDr. Tomáš Szemes, PhD. (12 + 3 min)
- **Genomická analýza v neurologii: možnosti a limitácie pri diagnostike nejasných neurologických ochorení** – Mgr. Natália Forgáčová, PhD., prof. MUDr. Stanislav Šutovský, PhD., Mgr. Silvia Bokorová, Mgr. Lýdia Lukyová, Mgr. Tatiana Sedláčková, PhD., Mgr. Juraj Gazdarica, PhD., Mgr. Jaroslav Budiš, PhD., RNDr. Ingrid Lojová, PhD., Mgr. Andrea Zaťková, PhD., RNDr. Katarína Skalická, PhD., MPH, doc. RNDr. Ján Radvánszky, PhD., doc. RNDr. Tomáš Szemes, PhD. (12 + 3 min)

13.00–14.00 PŘESTÁVKA, OBĚD

14.00–15.30 ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA: MANIPULACE IMUNITNÍM SYSTÉMEM A ČÍM SE ŘÍDIT?

odborná garantka prof. MUDr. Jarmila Szilasiová, PhD.

- **NEDA a RS** – prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, DrSc. (25 min)
- **Dopad DMT léčby RS na imunitní systém** – prof. MUDr. Jarmila Szilasiová, PhD. (15 min)
- **Čím se aktuálně léčí roztroušená skleróza** – MUDr. Jan Kočica, Ph.D. (15 min)
Přednáška podporovaná společností Biogen (Czech Republic) s. r. o.
- **Využití stanovení sérové koncentrace neurofilament (NfL) u roztroušené sklerózy** – doc. MUDr. Pavel Hradílek, Ph.D. (15 min)
Přednáška podporovaná společností Roche s. r. o.
- **Ozanimod a jeho efekt na potlačení úbytku mozkové tkáně** – prof. MUDr. Pavel Štourač, Ph.D. (15 min)
Přednáška podpořená společností Bristol-Myers Squibb spol. s r. o.

ABY CHVÍLE, NA KTERÝCH ZÁLEŽÍ, TRVALY DÉLE^{1,2}



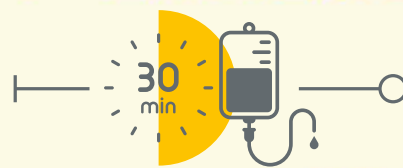
kisunla[®] ▼
(donanemab)

A Lilly Medicine

Prokazatelně zpomaluje pokles
kognitivních a funkčních schopností
u pacientů s časnými příznaky
Alzheimerovy choroby^{1,2}

KISUNLA[®] je indikována k léčbě dospělých pacientů s klinickou diagnózou mírné kognitivní poruchy a mírné demence v důsledku Alzheimerovy nemoci, kteří jsou heterozygoty nebo nejsou nositeli genu pro apolipoprotein E ε4 (ApoE ε4) a potvrzenou amyloidovou patologií.¹

1 × ZA MĚSÍC



délka terapie max. 18 MĚSÍCŮ¹

Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8.

Zkrácený souhrn údajů o přípravku • Kisunla 350 mg koncentrát pro infuzní roztok. **Účinná látka:** Donanemab 350 mg ve 20 ml (17,5 mg/ml). **Indikace:** Léčba dospělých pacientů s klinickou diagnózou mírné kognitivní poruchy a mírné demence v důsledku Alzheimerovy choroby (časná symptomatická Alzheimerova choroba), kteří jsou heterozygoty nebo nejsou nositeli genu pro apolipoprotein E ε4 (ApoE ε4) s potvrzenou amyloidovou patologií. **Dávkování a způsob podání:** Donanemab je pouze pro intravenózní podání. Zředěný roztok je třeba podávat v průběhu nejméně 30 minut. Pacienti je třeba po podání infuze nejméně 30 minut pozorovat. Donanemab má být podáván každé 4 týdny. Doporučená dávka donanemabu je 350 mg pro první dávku, 700 mg pro druhou dávku, 1 050 mg pro třetí dávku a následně 1 400 mg každé 4 týdny. Léčba má pokračovat do vymizení amyloidních plaků (např. v 6 nebo 12 měsících), potvrzeného validovanou metodou. Maximální doba trvání léčby je 18 měsíců, která nesmí být překročena, i když není potvrzeno odstranění plaků. Pokud u pacientů dojde k progresi do středně těžké Alzheimerovy choroby, je třeba zvážit ukončení léčby před koncem maximální doby léčby 18 měsíců. Donanemab musí být podáván pod dohledem multidisciplinárního týmu vyškoleného v rozpoznání, sledování a léčbě zobrazovacích abnormalit souvisejících s amyloidem (ARIA) a se zkušenostmi s rozpoznáním a léčbou reakcí souvisejících s infuzí. Před zahájením léčby donanemabem je nutné mít k dispozici recentní MR mozku (ne starší než 6 měsíců) k vyhodnocení již přítomné ARIA. Vyšetření MR je třeba provést před druhou dávkou (v 1 měsíci), před třetí dávkou (ve 2 měsících), před čtvrtou dávkou (ve 3 měsících) a před sedmou dávkou (v 6 měsících). U pacientů s rizikovými faktory ARIA, jako jsou heterozygoti ApoE ε4, a/p nebo u pacientů s předchozími příhodami ARIA v dřívější fázi léčby, je potřeba provést další MR v jednom roce léčby (před dvanáctou dávkou). Pokud se u pacienta kdykoli v průběhu léčby objeví příznaky naznačující ARIA, je třeba provést klinické zhodnocení včetně vyšetření MR. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Nález na MR před zahájením léčby ukazující předchozí intracerebrální krvácení, více než 4 mikrohemoragie, superficiální siderózu nebo vazogenní edém (ARIA-E) nebo jiné nálezy, které naznačují cerebrální amyloidní angiopatii (CAA) a ARIA.** Pacienti s krváčovými poruchami, které nejsou pod dostatečnou kontrolou. Zahájení léčby u pacientů užívajících pokračující antikoagulační léčbu. **Závažné onemocnění bílé hmoty.** Pacienti se špatně kompenzovanou hypertenzí. Stav, které neumožňují vyšetření MRI, včetně klaustrofobie nebo přítomnosti kovových (feromagnetických) implantátů/kardiostimulátoru. **Zvláštní upozornění:** Léčba u všech pacientů musí být zahájena prostřednictvím centrálního registračního systému implementovaného jako součást programu kontrolovaného přístupu. Předepisující lékaři musí být seznámeni s edukačními materiály přípravnými pro záchyt a řešení ARIA a diskutovat o přínosu a riziku léčby donanemabem s pacientem/pečovatelem. Pacientovi bude poskytnuta karta pacienta a bude poučen, aby ji měl vždy při sobě. Před zahájením léčby musí být vhodným vyšetřením potvrzena přítomnost beta amyloidové patologie. V klinických hodnoceních donanemabu byly velmi často pozorovány ARIA. Většina příhod ARIA byla pozorována v průběhu 24 týdnů po zahájení léčby. Příznaky spojené s ARIA mohou zahrnovat bolest hlavy, zmatenost, nauzeu, zvracení, poruchy rovnováhy, závrať, třes, poruchy zraku, poruchy řeči, zhoršení kognitivních funkcí, poruchy vědomí a epileptické záchvaty. Doporučuje se s výchozí MR mozku a pravidelné monitorování pomocí vyšetření MR. Podávání donanemabu má být trvale ukončeno, pokud se objeví závažné ARIA-E, závažné ARIA-H, intracerebrální krvácení větší než 1 cm nebo rekurentní klinicky nebo radiograficky středně těžké nebo těžké ARIA. Donanemab není indikován u pacientů, kteří jsou ApoE ε4 homozygoti. Vyšetření přítomnosti genotypu ApoE ε4 je třeba provést před zahájením léčby, aby bylo možné posoudit riziko rozvoje ARIA. U pacientů léčených donanemabem se objevilo intracerebrální krvácení větší než 1 cm v průměru. Byly pozorovány i fatální příhody. Je třeba dbát zvýšené opatrnosti při zvažování podání antitrombotik nebo trombolytických přípravků pacientovi, který je již léčen donanemabem. Pokud je během léčby donanemabem nutné zahájit antikoagulační léčbu, pak je třeba léčbu donanemabem přerušit. ARIA může způsobit ložiskové neurologické deficity podobné těm, které jsou pozorovány při ischemické cévní mozkové příhodě. Reakce související s infuzí byly při podávání donanemabu pozorovány často, mohou zahrnovat anafylaxi a typicky k nim dochází v průběhu infuze nebo do 30 minut po podání infuze. V případě závažných reakcí souvisejících s infuzí nebo dle klinické indikace je třeba podávání donanemabu neprodleně ukončit a zahájit vhodnou léčbu. Pacienti s Downovým syndromem mohou být spojeni s vyšší mírou příhod CAA a ARIA. Tento léčivý přípravek obsahuje 46 mg sodíku v dávce 1 400 mg, což odpovídá 2 % doporučeného maximálního denního příjmu sodíku potravou podle WHO po dospělosti, který činí 2 g sodíku. Přípravek obsahuje polysorbát, který může způsobit alergické reakce. **Interakce:** U pacientů, kterým byl podáván donanemab, byly pozorovány ARIA-H a intracerebrální krvácení o průměru větším než 1 cm. Z tohoto důvodu je při zvažování podání antitrombotik třeba postupovat opatrně, protože riziko intracerebrálního krvácení při podávání s donanemabem může být zvýšeno. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje o podávání donanemabu těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Není známo, zda se donanemab vylučuje do lidského mateřského mléka. O účinku donanemabu na fertilitu u člověka nejsou k dispozici žádné údaje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Donanemab má výrazný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje, pokud se objeví neurologické deficity, např. poruchy zraku, změna vědomí a epileptické záchvaty. **Nežádoucí příhody:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky byly ARIA-E, ARIA-H, bolest hlavy, intrakraniální krvácení, nauzea a zvracení. Nejdůležitějšími závažnými nežádoucími účinky byly: závažné ARIA-E, závažné ARIA-H a závažná hypersenzitivita včetně reakcí souvisejících s infuzí. Anafylaktická reakce byla hlášena méně často. Podezření na nežádoucí účinky nahlaste prostřednictvím Státního ústavu pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10. Webové stránky: www.sukl.cz/nahlast-nezadouci-ucinek. **Předávkování:** Byly podávány jednorázové dávky do až 40 mg/kg (přibližně 2 800 mg u osob s tělesnou hmotností 70 kg). ARIA-E se vyskytly u 2 ze 4 pacientů, jimž byla podána tato dávka, a vymizely. Při předávkování je možné v případě potřeby zahájit sledování pomocí MR a podpurnou léčbu. **Dostupné lékové formy:** Přípravek Kisunla je dodáván v injekční lahvičce obsahující 20 ml. Velikost balení: 1 injekční lahvička a vícečetná balení obsahující 2 (2 balení po 1) injekční lahvičky. **Podmínky uchování:** Neotevřená injekční lahvička: Uchovávejte v chladničce (2 °C až 8 °C) do doby použití. Přípravek může být uchováván mimo chladničku až 3 dny při pokojové teplotě (do 25 °C). Injekční lahvičku uchovávejte v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Chraňte před mrazem, neprotřepávejte. **Náředěný infuzní roztok:** Roztok připravený k podání dávky ihned použijte. Pokud není roztok donanemabu použit okamžitě, a ředění proběhlo za použití aseptických technik, uchovávejte jej v chladničce (2 °C až 8 °C) po dobu až 72 hodin nebo při pokojové teplotě (do 25 °C) po dobu až 12 hodin. Doba uchování zahrnuje i trvání infuze. Roztok donanemabu k podání dávky chraňte před mrazem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Eli Lilly Nederland B.V., Orteliuslaan 1000, 3528 BD Utrecht, Nizozemsko. **Registrační číslo:** EU/1/25/1926/001, EU/1/25/1926/002. **Poslední revize SPC:** 26. 2. 2026. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis s omezením. Přípravek Kisunla není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznamte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku – úplné znění Souhrnu údajů o přípravku obdržíte na webových stránkách VPOIS spol. Lilly: <https://www.lilly.com/cz/nase-levicve-pripravky/vpois> nebo na adrese: ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobeřížní 394/12, 186 00 Praha 8, tel.: 234 664 111.

Reference: 1. SPC přípravku KISUNLA[®]. 2. Sims JR, et al; for TRAILBLAZER-ALZ 2 Investigators. JAMA. 2023.

ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobeřížní 394/12, 186 00 Praha 8, tel.: +420 234 664 111, www.lilly.com/cz

CMAT-29626

Lilly
A MEDICINE COMPANY

15.30–16.15 VARIA I

- **Intravenózní anti-CGRP léčba: rychlost, dlouhodobá účinnost a bezpečnost v prevenci migrény** – MUDr. Monika Záhumenská (20 min)
Přednáška podpořená společností Swixx Biopharma s. r. o.
- **Role magnézia v neurologii** – prof. MUDr. Blanka Adamová, Ph.D. (10 min)
Přednáška podpořená společností MagnaPharm CZ s. r. o.
- **Postupy léčby u Parkinsonovy nemoci** – doc. MUDr. Marek Baláž, Ph.D. (15 min)
Přednáška podpořená společností Medis Pharma s. r. o.

16.15–16.30 PŘESTÁVKA**16.30–18.00 SMRT MOZKU – NEUROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ**

odborní garanti doc. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D., prof. MUDr. Egon Kurča, PhD.

- **História definovania a stanovenia smrti** – prof. MUDr. Egon Kurča, PhD., prof. MUDr. Štefan Sivák, Ph.D. (10 min)
- **Diagnostika smrti mozku u dárců orgánů v ČR** – doc. MUDr. Eva Pokorná, CSc., CETC (10 min)
- **Prerekvizity stanovení smrti mozku** – doc. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D. (10 min)
- **Metodika neurologického vyšetření smrti mozku step by step – I** – MUDr. Petr Hollý (25 min)
- **Metodika neurologického vyšetření smrti mozku step by step – II** – MUDr. Zdeněk Kunáš (25 min)

18.00–18.15 NMOSD bez omylů: rychlá diagnostika, správná léčba – MUDr. Jan Kočica, Ph.D. (15 min)

Přednáška podpořená společností AstraZeneca Czech Republic s. r. o.

18.15–18.25 PŘESTÁVKA**18.25–19.15 SOUTĚŽNÍ BLOK KAZUISTIK**

odborní garanti prof. MUDr. Irena Rektorová, Ph.D., prof. MUDr. Štefan Sivák, PhD.

- **Pseudoradikulární syndrom s překvapením** – MUDr. Jan Mičan
- **Recidivující kmenová encefalitida s počátkem v dětském věku – diagnostická výzva** – MUDr. Lenka Perecová, MUDr. Zuzana Rous, Ph.D., MUDr. Matouš Rous, MUDr. Mária Czaková, MUDr. Sandra Kurčová, Ph.D.
- **Syndróm vestibulárnej dezorientácie pri vedení vozidla: kazuistika multimodálneho manažmentu s využitím VR-asistovanej vestibulárnej rehabilitácie** – MUDr. Pavol Skáčik, Ph.D.
- **Choreodystonie, která klame – první příznak, poslední podezření** – MUDr. Kryštof Damián Švub, MUDr. Kamila Žondra Revendová, MUDr. Iva Kalusková

Na závěr bloku kazuistik proběhne hlasování publika o nejlepší sdělení.

14.30–16.30 WORKSHOP

Vertigo – odborný garant doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc. (120 min)

- **Úvod** – doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc. (5 min)
- **Akutní závrať a porucha rovnováhy z pohledu zobrazovacích metod** – MUDr. Lukáš Martinkovič (15 + 5 min)
- **Bilaterální vestibulopatie** – MUDr. Michaela Kuzmiak, Ph.D. (15 + 5 min)
- **Neuro-behaviorálne aspekty vestibulárnych porúch** – MUDr. Pavol Skáčik, Ph.D. (15 + 5 min)
- **Benigní paroxysmální polohové vertigo u seniorů** – prof. PhDr. Ondřej Čákr, Ph.D. (15 + 5 min)
- **Cervikální závrať** – doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc. (15 + 5 min)
- **Diskuze, praktická část, závěr** (15 min)

Workshop probíhá paralelně s odborným programem v salonku Lacina.



PŘIPRAVENI

NA

NEOČEKÁVANÉ

PŘÍPRAVEK PONVORY[®] NABÍZÍ:

VYŠŠÍ ÚČINNOST PROKÁZANÁ V PŘÍMÉ SROVNÁVACÍ STUDII VŮČI TERIFLUNOMIDU^{*1,2}

MOŽNOST RYCHLÉHO PŘERUŠENÍ LÉČBY

Přípravek PONVORY[®] nabízí možnost rychle přerušit a znovu zahájit léčbu v případě, že to klinická situace vyžaduje.**

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU

Název léčivého přípravku: Ponvory 2/3/4/5/6/7/8/9/10/20 mg potahované tablety. **Kvalitativní a kvantitativní složení:** jedna potahovaná tableta obsahuje 2/3/4/5/6/7/8/9/10 nebo 20 mg ponesimodu. **Terapeutické indikace:** léčba dospělých pacientů s relabujícími formami roztroušené sklerózy (RRS) s aktivním onemocněním definovaným klinickými nebo zobrazovacími metodami. **Dávkování a způsob podání:** zahájení léčby: léčba musí být zahájena 14denním zahajovacím balením. Léčba začíná jednou 2 mg tabletou podanou perorálně jednou denně 1. den a zvyšování dávky postupuje podle titračního schématu: 1. a 2. den: 2 mg, 3. a 4. den: 3 mg, 5. a 6. den: 4 mg, 7. den: 5 mg, 8. den: 6 mg, 9. den: 7 mg, 10. den: 8 mg, 11. den: 9 mg, 12., 13. a 14. den: 10 mg. Pokud je titrace dávky přerušena, je nutno postupovat podle pokynů platných pro vynechanou dávku. **Udržovací dávka:** po dokončení titrace dávky se doporučuje udržovací dávka přípravku Ponvory jedna 20 mg tableta užívaná perorálně jednou denně. **Opětovné zahájení léčby po přerušení léčby během titrace nebo po dosažení udržovací dávky:** pokud se vynechají méně než 4 po sobě jdoucí dávky, léčbu obnovte první vynechanou dávkou. Pokud se vynechají 4 nebo více po sobě jdoucích dávek, léčbu znovu začněte 1. dnem titračního režimu (2 mg) (nové zahajovací balení). **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku léčivého přípravku, imunodeficitní stavy, pacienti, kteří během posledních 6 měsíců prodělali infarkt myokardu, nestabilní anginu pectoris, cévní mozkovou příhodu, tranzitorní ischemickou ataku (TIA), dekompenzované srdeční selhání vyžadující hospitalizaci nebo srdeční selhání třídy III nebo IV podle klasifikace New York Heart Association (NYHA), pacienti, kteří mají atriioventrikulární blokádu druhého stupně Mobitzova typu II, atriioventrikulární (AV) blokádu třetího stupně nebo sick sinus syndrom, pokud pacient nemá funkční kardiostimulátor, závažné aktivní infekce, aktivní chronické infekce, aktivní malignity, středně závažná nebo závažná porucha funkce jater (Child-Pughova třída B, respektive C), během těhotenství a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají účinnou antikoncepci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** před zahájením léčby ponesimodem se má u všech pacientů natočit elektrokardiogram (EKG), aby se stanovilo, zda u nich nejsou přítomny již existující abnormality vedení vzruchu. Zahájení léčby ponesimodem může vést k přechodnému zpomalení srdeční frekvence (SF) a k prodloužení AV vedení, proto se k dosažení udržovací dávky ponesimodu (20 mg) musí použít schéma vzestupné titrace. Opatnosti je třeba při zahájení léčby ponesimodem u pacientů léčených betablokátozem z důvodu aditivních účinků na snížení srdeční frekvence. U pacientů léčených stabilní dávkou betablokátozem se má před zahájením léčby ponesimodem vzít v úvahu klidová SF. První dávku ponesimodu podávejte v zařízení, kde jsou k dispozici prostředky pro řádné zvládnutí symptomatické bradykardie. Pacienty sledujte 4 hodiny po první dávce s ohledem na známky a symptomy bradykardie s měřením pulsu a krevního tlaku minimálně každou hodinu. Natočte EKG u těchto pacientů na konci 4hodinové doby monitorování. Ponesimod způsobuje na dávce závislý pokles počtu periferních lymfocytů na 30 - 40 % výchozích hodnot v důsledku reverzibilní sekvestrace lymfocytů v lymfoidních tkáních. Před zahájením léčby ponesimodem se má zkontrolovat nejnovější kompletní krevní obraz (CBC) s diferenciálním rozpočtem leukocytů (včetně počtu lymfocytů) (tj. ne starší 6 měsíců nebo po přerušení předchozí léčby). Zahájení léčby ponesimodem se má odložit u pacientů se závažnou aktivní infekcí, dokud není vyřešena. **Interakce:** ponesimod nebyl v kombinaci s cytostatiky, imunomodulačními ani imunosupresivními terapiemi studován. Při současném podávání je třeba postupovat během takové léčby a v týdnech následujících po jejím podání opatrně kvůli riziku aditivních účinků na imunitní systém. Vakcinace může být méně účinná, pokud je podávána během léčby ponesimodem a až 1 týden po jejím vysazení. **Fertilita, těhotenství a kojení:** přípravek je u žen ve fertilním věku a v těhotenství které nepoužívají účinnou antikoncepci, kontraindikován. Přípravek se během kojení nemá používat. **Nežádoucí účinky:** nasofaryngitida, infekce horních cest dýchacích, zvýšení hladiny alaninaminotransferázy, infekce močových cest, bronchitida, chřipka, rinitida, infekce dýchacích cest, virové infekce dýchacích cest, faryngitida, sinusitida, virová infekce, herpes zoster, laryngitida, pneumonie, lymfopenie, pokles počtu lymfocytů, deprese, nespavost, úzkost, točení hlavy, hypestezie, ospalost, migréna, epileptický záchvat, makulární edém, vertigo, hypertenze, dušnost, kašel, dyspepsie, bolest v zádech, artralgie, bolest v končetinách, poranění vazu (podvrtnutí), únava, pyrexie, periferní edém, nepříjemné pocity na hrudi, zvýšení hladiny aspartátaminotransferázy, hypercholesterolemie, zvýšení hladin jaterních enzymů, zvýšení hladiny C-reaktivního proteinu, zvýšení hladiny aminotransferázy, zvýšení hladiny cholesterolu v krvi. **Zvláštní opatření pro uchování:** tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LABORATOIRES JUVISSE PHARMACEUTICALS, 149 Boulevard Bataille de Stalingrad, 69100 Villeurbanne, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/21/1550/001, EU/1/21/1550/002. **Datum revize textu SP:** 02/2026.

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léčivého přípravku si přečtěte úplnou verzi SPC.

* V průběhu více než dvou let v rámci klinické studie fáze III s přímým srovnáním (head-to-head) s vysokým počtem dospělých pacientů (n=1 133) s aktivní RRS. ** Po vysazení modulatoru receptoru 51P byly vzácně hlášeny závažné exacerbace nemoci, včetně rebound fenoménu. Po ukončení léčby přípravkem PONVORY[®] se má vzít v úvahu možnost závažné exacerbace nemoci. Pacienti mají být po vysazení sledováni s ohledem na závažnou exacerbaci nebo návrat silné aktivity nemoci, přičemž a podle potřeby zvážit zahájení příslušné léčby.

Reference: 1. European Medicines Agency. Ponvory Souhrn údajů o přípravku. Dostupné z: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines>. 2. Kappos L, et al. JAMA Neurol. 2021;78(5):558-567.

Zástupce držitele rozhodnutí o registraci v České republice:
MagnaPharm CZ s.r.o., Karla Engliša 6/3201, 150 00 Praha 5

www.magnapharm.cz

PON_26_02_CZE | datum přípravy: 3.3.2026

Pátek 12. 6. 2026

9.00–10.00 BOLESTI HLAVY U DOSPÍVAJÍCÍCH A MLADÝCH DOSPĚLÝCH

odborný garant MUDr. Pavel Řehulka, Ph.D.

- **Specifika bolestí hlavy u dětí a dospívajících** – doc. MUDr. Pavlína Danhofer, Ph.D. (10 + 5 min)
- **Tenzní typ bolesti hlavy: klinický obraz a současné léčebné možnosti** – MUDr. Andrea Bártková, Ph.D. (10 + 5 min)
- **Migréna u mladých žen** – MUDr. Ingrid Niedermayerová (10 + 5 min)
- **Včasná diagnostika cluster headache u mladých lidí** – MUDr. Pavel Řehulka, Ph.D. (10 + 5 min)

10.00–10.30 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI ROCHE s. r. o.

- **Nová diagnostická kritéria RS v reálné klinické praxi** – MUDr. Marta Vachová, MUDr. Michal Dufek, Ph.D. (20 min)
- **Cesta pacienta (nejen s SMA) do nervosvalového centra** – MUDr. Lenka Juříková, Ph.D. (10 min)

10.30–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–11.50 NOVINKY V LÉČBĚ ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY

- **Světová i národní data podporují imunorekonstituční přístup v léčbě RS** – MUDr. Magdaléna Hladíková, Ph.D., MUDr. Martina Petrášová (20 min)
Přednáška podpořená společností MERCK spol. s r. o.
- **I změna v rámci S1P modulátorů může vést ke stabilizaci onemocnění** – prof. MUDr. Pavel Štourač, Ph.D. (10 min)
Přednáška podpořená společností MagnaPharm CZ s. r. o.
- **BRIUMVI: nová molekula v léčbě roztroušené sklerózy a její postavení v klinické praxi** – MUDr. Jan Kočica, Ph.D. (20 min)
Přednáška podpořená společností Neuraxpharm Bohemia s. r. o.

11.50–12.20 VARIA II

- **Lennoxův Gastautův syndrom v dospělosti: proč a kdy přehodnocovat diagnózu** – doc. MUDr. Irena Doležalová, Ph.D. (15 min)
Přednáška podpořená společností UCB s. r. o.
- **Migréna v praxi – zkušenosti s Vydurou** – MUDr. Pavel Řehulka, Ph.D. (15 min)
Přednáška podpořená společností Pfizer, spol. s r. o.

12.20–12.45 Z HISTORIE NEUROLOGIE

- **Arnold Pick (1851–1924)** – prof. MUDr. Petr Kaňovský, CSc. FEAN (25 min)

12.45–13.00 PŘEDÁNÍ CENY ARNOLDA PICKA ZA ROK 2025, PREZENTACE VÍTĚZNÉ PRÁCE

13.00–14.00 PRÁVNÍ PORADNA

- **Týká se lékaře trestní právo? Pokud ano, jak?** – JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D. (60 min)

14.00 ZÁVĚR SYMPOZIA

IP interaktivní sdělení

Změna programu vyhrazena

Když se účinnost snoubí s efektivitou

Rychlá
deplece
B-buněk
24 h^{1,2}

Vysoká
účinnost:
ARR
<0,1^{**1,2}

1 h
infuze každých
24 týdnů^{*1}

BRIUMVI®: První, glykoinženýrskou metodou upravená, protilátka proti CD20 pro léčbu RRS^{1,2}

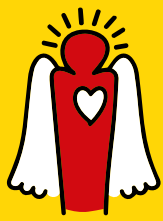


Přípravek BRIUMVI® je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabujícími formami roztroušené sklerózy (RRS) s aktivním onemocněním definovaným kliniky nebo pomocí zobrazovacích metod. | * Od druhé infuze (první infuze trvá přibližně 4 hodiny). Doba infuze může být delší, pokud je infuze přerušena nebo zpomalena. | ** ARR pozorovaný ve studiích fáze III ULTIMATE I a II s přípravkem BRIUMVI®. Vzhledem k odlišným populačním pacientů v jednotlivých studiích není vhodné mezistudijní srovnání ARR. | # ARR: Roční míra relapsu | **Reference:** 1 BRIUMVI®, Souhrn údajů o přípravku. 2 Steinman L, Fox E, Hartung H-P, et al. Ublituximab versus teriflunomide in relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med.* 2022; 387(8): 704–714. doi:10.1056/NEJMoa2201904. BRIUMVI® je registrovaná ochranná známka společnosti TG. Therapeutics, Inc.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU Briumvi 150 mg koncentrát pro infuzní roztok

Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychle získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

Složení: Jedna injekční lahvička obsahuje 150 mg ublituximabu v 6 mL koncentrace číni 25 mg/mL. Konečné koncentrace po naředění je přibližně 0,6 mg/mL u druhé infuze a 1,8 mg/mL u první infuze. **Indikace:** Přípravek Briumvi je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabujícími formami roztroušené sklerózy (RRS) s aktivním onemocněním definovaným kliniky nebo pomocí zobrazovacích metod. **Dávkování a způsob podání:** Léčbu má zahájit a vést specializovaný lékař se zkušenostmi s diagnostikou a léčbou neurologických onemocnění. **Premedikace k prevenci reakcí spojených s infuzí:** Pro snížení frekvence a závažnosti reakcí spojených s infuzí musí být před každou infuzí podána (perorálně, intravenózně, intramuskulárně nebo subkutánně) premedikace dvěma níže uvedenými přípravky: 100 mg methylprednisolonu nebo 10–20 mg dexamethasonu (nebo ekvivalentu) přibližně 30–60 minut před každou infuzí, antihistaminikum (např. difenhydramin) přibližně 30–60 minut před každou infuzí. Kromě toho lze rovněž zvážit premedikaci antipyretikem (např. paracetamolem). **Dávkování, první a druhá dávka:** První dávka se podává jako intravenózní infuze 150 mg (první infuze), o 2 týdny později je následována intravenózní infuzí 450 mg (druhá infuze). **Následné dávky:** Následné dávky se podávají jednou za 24 týdnů jako jedinou intravenózní infuzi 450 mg. První následnou dávku 450 mg je třeba podat 24 týdnů po první infuzi. Mezi jednotlivými dávkami ublituximabu je třeba ponechat minimální interval 5 měsíců. Úprava infuze v případě IRR: v případě život ohrožující IRR, musí být infuze okamžitě zastavena a pacientovi je třeba zajistit odpovídající léčbu. U těchto pacientů je nutné léčbu trvale ukončit. V případě závažné IRR je třeba infuzi okamžitě přerušit a pacientovi zajistit symptomatickou léčbu. Infuzi lze znovu zahájit až po odeznění všech příznaků. Při znovuzahájení má být rychlost infuze poloviční oproti rychlosti infuze v době nástupu IRR. V případě mírné až středně závažné IRR je třeba rychlost infuze snížit na polovinu rychlosti, kterou byla infuze podávána při nástupu příhody. Snížená rychlost se má zachovat po dobu nejméně 30 minut. Dospělí ve věku nad 55 let a starší pacienti: Úprava dávky není nutná. Porucha funkce ledvin: úprava dávky není nutná. Porucha funkce jater: úprava dávky není nutná. **Pediatrická populace:** Účinnost a bezpečnost nebyly pro děti do 18 let stanoveny, nejsou dostupné žádné údaje. **Způsob podání:** Podává se po naředění jako intravenózní injekce ani bolus. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, závažná aktivní infekce, pacienti v závažném imunokompromitovaném stavu, známé aktivní malignity. **Zvláštní upozornění:** Reakce spojené s infuzí (IRI). Příznaky IRR mohou zahrnovat pyrexii, třesavku, bolest hlavy, tachykardii, nauzeu, bolest břicha, podráždění hrdla, erytém a anafylaktickou reakci. Podává se po naředění jako intravenózní injekce ani bolus. **Interakce:** Pacienti je třeba během léčby a po podání prvních dvou infuzí alespoň hodinu sledovat. K IRR může dojít až do 24 hodin po podání infuze. Infekce: u pacientů s aktivní infekcí je nutné podání infuze odložit. Ublituximab má potenciál vyvolat závažné, někdy život ohrožující infekce nebo infekce s fatálními následky. Při použití jiných protilátek proti CD20 se velmi vzácně vyskytla infekce virem JCV, vedoucí k PML. Je nutné monitorovat, zda se neobjeví časné známky a příznaky PML. Při podezření na PML dávka nesmí být podána a při potvrzení je nutno léčbu trvale ukončit. Reaktivace viru hepatitidy B (HBV): u pacientů léčených protilátkami proti CD20 byla pozorována reaktivace HBV. Před zahájením léčby mají všichni pacienti podstoupit vyšetření na HBV odpovídající místním doporučením. Pacienti s aktivním HBV (tj. aktivní infekcí potvrzenou pozitivními výsledky testu na HBsAg a testu na protilátku proti HB) nemají léčbu ublituximabem podstupovat. Pacienti s pozitivní sérologií (tj. negativní na HBsAg a pozitivní na protilátku proti jádru HB [HBcAb+]) nebo přenašeči HBV (pozitivní na povrchový antigen [HBsAg+]) se mají před léčbou obrátit na odborného hepatologa. **Vakcinace:** dříve v průběhu léčby a před replecí B lymfocytů se vakcinace živými ani živými atenuovanými vakcínami nedoporučuje. Takovou imunizaci je nutno provést alespoň 4 týdny před zahájením léčby. Imunizaci inaktivovanými vakcínami je třeba provést alespoň 2 týdny před zahájením léčby. Kojenčům narozeným matkám, které byly v těhotenství léčeny ublituximabem, nemají být živé ani živé atenuované vakcíny podávány předtím, než se potvrdí obnova počtu B lymfocytů. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí. Současně se nedoporučuje používat další imunosupresiva s výjimkou kortikosteroidů k symptomatické léčbě relapsů. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku mají během léčby ublituximabem a nejméně 4 měsíce po poslední infuzi používat účinnou antikoncepci. Podávání přípravku je třeba se v těhotenství vyhnout, pokud potenciální přínos pro matku nepřeváží nad případným rizikem pro plod. Není známo, zda se ublituximab vylučuje do lidského mateřského mléka. Na základě dostupných údajů o prostupu lidských IgG do mateřského mléka je možné ublituximab s odstupem několika dnů po porodu v období kojení podávat, pokud je to klinicky indikováno. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejzávažnějšími a nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky jsou reakce spojené s infuzí (45,3 %) a infekce (55,8 %). Více viz SmPC. **Název a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Neuraxpharm Pharmaceuticals, S.L., Avda. Barcelona 69, 08970 Sant Joan Despí – Barcelona, Španělsko. Registrační číslo: EU/1/23/1730/001, EU/1/23/1730/002. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Neprotřepávejte a chráňte před mrazem a světlem. **Léková forma a obsah balení:** Koncentrát pro infuzní roztok 150 mg/6 mL, 1 resp. 3 injekční lahvičky. **Datum poslední revize textu:** 09/2025 **Výdej a úhrada léčivého přípravku:** Briumvi 150 mg koncentrát pro infuzní roztok je vázán na lékařský předpis a je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. **Poznámka:** Dříve, než začnete přípravek předepisovat, seznáňte se s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku (SmPC).



DOBRÝ ANDĚL

**BUĎTE s námi
DOBRÝM
ANDĚLEM**



Při odchodu
z této akce
vraťte
visačku

**za 1 visačku
SOLEN věnuje 10 Kč**

nadaci www.dobryandel.cz

Každá vrácená visačka
je recyklována a opět použita

Více informací o tomto projektu
najdete na www.solen.cz

V roce 2025 jsme díky vám
přispěli částkou 30 000 Kč
nadaci Dobrý anděl.

ABSTRAKTA

AUTOIMUNITNĚ PODMÍNĚNÁ NEUROMUSKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ – NOVÉ MOŽNOSTI LÉČBY

Autoimunitně podmíněná neuromuskulární onemocnění – nové možnosti léčby

odborný garant MUDr. Radim Mazanec, Ph.D.

čtvrtek / 11. června 2026 / 9.10–10.15

Aktuálně trendy v diagnostice a léčbě CIDP

MUDr. Monika Turčanová Koprušáková, PhD., prof. MUDr. Egon Kurča, PhD.

Neurologická klinika JLF UK a UNM, Martin

Chronická zápalová demyelinizačná polyneuropatia (CIDP) predstavuje heterogénnu skupinu imunitne podmienených senzitivne-motorických demyelinizačných polyneuropatií s postupne progredujúcim alebo relaps-remitujúcim priebehom. Z hľadiska stanovenia diagnózy CIDP má významnú úlohu práve trvanie a rozvoj príznakov ≥ 8 týždňov, hoci časť pacientov môže mať akútne začiatok mylne pripomínajúci Guillainov-Barrého syndróm. Zlatým štandardom v diagnostike naďalej zostávajú vodivostné štúdie s cieľom potvrdiť demyelinizáciu periférnych nervov. Napriek pokroku v diagnostických kritériách a testoch robí zriedkavosť, heterogénna prezentácia, nedostatok vysoko špecifických diagnostických testov, ako aj absencia krvných biomarkerov diagnostiku CIDP náročnou. Odlíšenie CIDP od iných (demyelinizačných) neuropatií, najmä v prípade podozrenia na variant CIDP, si vyžaduje dôkladné znalosti diferenciálnej diagnózy, dostupnosti diagnostických testov a interpretácie diagnostických nálezov. Európska neurologická akadémia (EAN) a Spoločnosť pre periférne nervy (PNS) uverejnili revidované usmernenie o diagnostike a liečbe CIDP v roku 2021. Existuje dostatok dôkazov o liečbe CIDP imunomodulačnými liekmi, ale prispôsobenie najlepšieho liečebného režimu konkrétnemu pacientovi je naďalej častou výzvou. Cieľom tohto prehľadu je poskytnúť aktuálny pohľad na diagnostiku a liečbu CIDP, kde okrem zaužívaných diagnostických a terapeutických prístupov možno v prípade vysoko aktívnej alebo refraktérnej formy CIDP zvažovať iné formy autoimunitne podmienených (napr. nodo-/paranodopatie) alebo iných (napr. hereditárnych) neuropatií a následne zvážiť aj nekonvenčné možnosti liečby.

Akutní polyradikuloneuritida – syndrom Guillaina a Barrého

doc. MUDr. Edvard Ehler, CSc., FEAN

Neurologická klinika FZS Univerzity Pardubice a PKN, Pardubice

Syndrom Guillaina a Barrého (GBS) je autoimunitní zánětlivé postižení kořenů a periferních nervů. Je nejčastější příčinou náhle vzniklé chabé parézy. Asi u 70 % předchází imunitní podnět – infekce, chirurgický zákrok, vakcinace. V typických případech začíná nemoc poruchou čítí a parézou na akru DK a šíří se ascendentně na HK a mozkové nervy. Rozvoj nemoci je ohraničen 4 týdny. Postižení dýchacích svalů vede až k intubaci – asi u 30 % nemocných. Po 6 měsících je 60–80 % nemocných schopno samostatné chůze. Mortalita kolísá od 3 % do 10 %. Velkou důležitost má elektrofyziologické vyšetření, které určí tíži nemoci a je schopno rozlišit primárně demyelinizační či primárně axonální typ postižení. Existuje celá řada klinických forem GBS: klasická generalizovaná forma s postižením všech čtyř končetin, fokální formy (faryngo-cerviko-brachiální, oboustranná léze lícního nervu s parestéziemi končetin, paraparetická varianta, čistě senzitivní a čistě motorická forma, syndrom Miller-Fisher). Z pomocných vyšetření je nejdůležitější elektrofyziologické zhodnocení, dále rozbor mozkomíšního moku, protilátky proti gangliosidům, zobrazovací vyšetření. Pro léčbu tohoto akutního stavu se intravenózně podávají imunoglobuliny či se využívá léčebná plazmaferéza. Kortikoidy jsou kontraindikovány.

Kazuistika 60letého muže, u kterého po 11 dnech od krátkého průjmovitého onemocnění vznikla dysfagie, dysartrie, oslabení šjívových svalů a HK. Již druhý den po přijetí na JIP musel být intubován a zavedena umělá ventilace, po 5 dnech provedena tracheostomie a po 10 dnech PEG.

SOLEN

**SUPER,
UŽ MÁM PŘEDPLACENO.**

A DOSTALA JSEM NAVÍC:

- 20% SLEVU NA KONGRESY*
- 6x ČASOPIS NEUROLOGIE PRO PRAXI
- TEMATICKÁ SUPPLEMENTA
- PŘÍSTUP DO ARCHIVU ON-LINE ČLÁNKŮ



**ALE KDE
A JAK?**

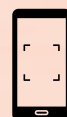


ČASOPIS

Neurologie pro praxi

OBJEDNÁVEJTE:

www.neurologiepropraxi.cz
predplatne@solen.cz



**CENA PŘEDPLATNÉHO
NA ROK 2026 ~~1 980 Kč~~**

**KONGRESOVÁ
SLEVA 20%**

1 584 Kč

**POUZE PO DOBU KONÁNÍ
KONGRESU NA STÁNKU SOLEN**

Byla prokázána přítomnost protilátek proti gangliosidům (GQ1b, GD1a, GD1b). Postupně se šířily parézy descendentně až na DK. Podána prodloužená série léčebné plazmaferézy. Přes těžký průběh došlo k podstatnému zlepšení paréz a nyní je pacient aktivní, chodí, věnuje se koníčkům.

Idiopatické zánětlivé myopatie – novinky v léčbě

MUDr. Heřman Mann, Ph.D.

Revmatologický ústav a Klinika revmatologie 1. LF UK, Praha

Základem léčby všech forem idiopatických zánětlivých myopatií (IZM), s výjimkou myozitidy s inkluzními tělísky, je farmakoterapie imunosupresivními a imunomodulačními přípravky. Různé podtypy onemocnění vyžadují rozdílný terapeutický přístup.

Při rozhodování o volbě léčiva hraje důležitou roli průkaz pro myozitidu specifických autoanti-
látek, které jsou spojené s charakteristickým klinickým obrazem a odpovědí na léčbu. Vždy je třeba rozlišit skutečnou aktivitu onemocnění od poškození, které farmakoterapií ovlivnit nelze. Vzhledem ke zvýšenému výskytu nádorů je důležitou součástí péče o nemocné s IZM screening malignit. Řada klinických hodnocení s novými léčivy v posledních letech postupně rozšiřuje terapeutické možnosti. Zvláště výsledky buněčné terapie T lymfocyty s chimérickými antigenními receptory vzbudily velkou pozornost, protože jejich jednorázová aplikace má potenciál navodit remisi bez léčby.

Satelitní sympozium společnosti ELI LILLY ČR, s. r. o.

čtvrtek / 11. června 2026 / 11.30–12.00

Role ambulantního neurologa ve výběru vhodného pacienta pro biologickou léčbu AN

MUDr. Kateřina Sheardová, Ph.D.

ICRC FN u sv. Anny Brno

Neuro Health Centrum Brno

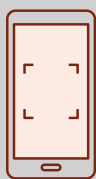
Začíná nová éra terapie Alzheimerovy nemoci, která s sebou přináší naději pro pacienty, ale i nové výzvy a otázky. Momentálně máme schváleny dva nové léky, které zasahují do patologického procesu Alzheimerovy nemoci. Biologická léčba dokáže odstranit či významně snížit amyloidovou nálož v mozku pacienta, a tím ovlivnit jeho kvalitu života a zbrzdit rozvoj nemoci na několik let. Tato léčba s sebou ale přináší i určité výzvy stran logistiky léčby a nežádoucí účinky ve formě ARIA. Pro maximální úspěšnost léčby je rozhodující především správný výběr pacienta, ke kterému mohou přispět v úvodní fázi i ambulantní neurologové, kteří budou dále referovat pacienty pro centrovou léčbu.

Úloha biomarkerů v diagnostice AN

MUDr. Richard Novobilský, Ph.D.

Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava; Ústav laboratorní medicíny, Fakultní nemocnice Ostrava; Katedra klinických neurověd, Lékařská fakulta Ostravské univerzity

Alzheimerova nemoc představuje nejčastější příčinu demence a její prevalence v souvislosti se stárnutím populace výrazně narůstá. Moderní diagnostická kritéria jsou založena na průkazu biomarkerů amyloidové patologie, které lze v současnosti detekovat pomocí vyšetření mozkomíšního moku nebo amyloidového PET. Přesná a včasná diagnostika Alzheimerovy nemoci nabývá na významu také v souvislosti s nástupem nové anti-amyloidové léčby, jejíž podání vyžaduje biologické potvrzení amyloidové patologie. Dosavadní diagnostické metody však mají významná omezení v podobě invazivity, omezené dostupnosti a vysokých nákladů.



ANKETA

Zajímá nás váš názor

- Byl pro vás program přínosný?
- Jaká další témata by vás zajímala?
- Chybí vám něco na sympoziu?

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků symposia a časopisu.

Na závěr symposia proběhne losování tištěné i on-line formy ankety. Vyhrát můžete zajímavé ceny.

Ceny v anketě nejsou financovány farmaceutickými firmami.

ABY CHVÍLE, NA KTERÝCH ZÁLEŽÍ, TRVALY DĚLE^{1,2}



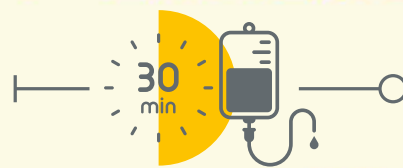
kisunla[®] ▼
(donanemab)

A Lilly Medicine

Prokazatelně zpomaluje pokles
kognitivních a funkčních schopností
u pacientů s časnými příznaky
Alzheimerovy choroby^{1,2}

KISUNLA[®] je indikována k léčbě dospělých pacientů s klinickou diagnózou mírné kognitivní poruchy a mírné demence v důsledku Alzheimerovy nemoci, kteří jsou heterozygoty nebo nejsou nositeli genu pro apolipoprotein E ε4 (ApoE ε4) a potvrzenou amyloidovou patologií.¹

1x ZA MĚSÍC



délka terapie max. 18 MĚSÍCŮ¹

Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8.

Zkrácený souhrn údajů o přípravku • Kisunla 350 mg koncentrát pro infuzní roztok. **Účinná látka:** Donanemab 350 mg ve 20 ml (17,5 mg/ml). **Indikace:** Léčba dospělých pacientů s klinickou diagnózou mírné kognitivní poruchy a mírné demence v důsledku Alzheimerovy choroby (časná symptomatická Alzheimerova choroba), kteří jsou heterozygoty nebo nejsou nositeli genu pro apolipoprotein E ε4 (ApoE ε4) s potvrzenou amyloidovou patologií. **Dávkování a způsob podání:** Donanemab je pouze pro intravenózní podání. Zředěný roztok je třeba podávat v průběhu nejméně 30 minut. Pacienti je třeba po podání infuze nejméně 30 minut pozorovat. Donanemab má být podáván každé 4 týdny. Doporučená dávka donanemabu je 350 mg pro první dávku, 700 mg pro druhou dávku, 1 050 mg pro třetí dávku a následně 1 400 mg každé 4 týdny. Léčba má pokračovat do vymizení amyloidních plaků (např. v 6 nebo 12 měsících), potvrzeného validovanou metodou. Maximální doba trvání léčby je 18 měsíců, která nesmí být překročena, i když není potvrzeno odstranění plaků. Pokud u pacientů dojde k progresi do středně těžké Alzheimerovy choroby, je třeba zvážit ukončení léčby před koncem maximální doby léčby 18 měsíců. Donanemab musí být podáván pod dohledem multidisciplinárního týmu vyškoleného v rozpoznání, sledování a léčbě zobrazovacích abnormalit souvisejících s amyloidem (ARIA) a se zkušenostmi s rozpoznáním a léčbou reakcí souvisejících s infuzí. Před zahájením léčby donanemabem je nutné mít k dispozici recentní MR mozku (ne starší než 6 měsíců) k vyhodnocení již přítomné ARIA. Vyšetření MR je třeba provést před druhou dávkou (v 1 měsíci), před třetí dávkou (ve 2 měsících), před čtvrtou dávkou (ve 3 měsících) a před sedmou dávkou (v 6 měsících). U pacientů s rizikovými faktory ARIA, jako jsou heterozygoti ApoE ε4, a/p nebo u pacientů s předchozími příhodami ARIA v dřívější fázi léčby, je potřeba provést další MR v jednom roce léčby (před dvanáctou dávkou). Pokud se u pacienta kdykoli v průběhu léčby objeví příznaky naznačující ARIA, je třeba provést klinické zhodnocení včetně vyšetření MR. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Nález na MR před zahájením léčby ukazující předchozí intracerebrální krvácení, více než 4 mikrohemoragie, superficiální siderózu nebo vazogenní edém (ARIA-E) nebo jiné nálezy, které naznačují cerebrální amyloidní angiopatii (CAA) a ARIA.** Pacienti s krváčovými poruchami, které nejsou pod dostatečnou kontrolou. Zahájení léčby u pacientů užívajících pokračující antikoagulační léčbu. **Závažné onemocnění bílé hmoty.** Pacienti se špatně kompenzovanou hypertenzí. Stav, které neumožňují vyšetření MRI, včetně klaustrofobie nebo přítomnosti kovových (feromagnetických) implantátů/kardiostimulátoru. **Zvláštní upozornění:** Léčba u všech pacientů musí být zahájena prostřednictvím centrálního registračního systému implementovaného jako součást programu kontrolovaného přístupu. Předepisující lékaři musí být seznámeni s edukačními materiály přípravnými pro záchyt a řešení ARIA a diskutovat o přínosu a riziku léčby donanemabem s pacientem/pečovatelem. Pacientovi bude poskytnuta karta pacienta a bude poučen, aby ji měl vždy při sobě. Před zahájením léčby musí být vhodným vyšetřením potvrzena přítomnost beta amyloidové patologie. V klinických hodnoceních donanemabu byly velmi často pozorovány ARIA. Většina příhod ARIA byla pozorována v průběhu 24 týdnů po zahájení léčby. Příznaky spojené s ARIA mohou zahrnovat bolest hlavy, zmatenost, nauzeu, zvracení, poruchy rovnováhy, závrať, třes, poruchy zraku, poruchy řeči, zhoršení kognitivních funkcí, poruchy vědomí a epileptické záchvaty. Doporučuje se s výchozí MR mozku a pravidelné monitorování pomocí vyšetření MR. Podávání donanemabu má být trvale ukončeno, pokud se objeví závažné ARIA-E, závažné ARIA-H, intracerebrální krvácení větší než 1 cm nebo rekurentní klinicky nebo radiograficky středně těžké nebo těžké ARIA. Donanemab není indikován u pacientů, kteří jsou ApoE ε4 homozygoti. Vyšetření přítomnosti genotypu ApoE ε4 je třeba provést před zahájením léčby, aby bylo možné posoudit riziko rozvoje ARIA. U pacientů léčených donanemabem se objevilo intracerebrální krvácení větší než 1 cm v průměru. Byly pozorovány i fatální příhody. Je třeba dbát zvýšené opatrnosti při zavazování podání antitrombotik nebo trombolytických přípravků pacientovi, který je již léčen donanemabem. Pokud je během léčby donanemabem nutné zahájit antikoagulační léčbu, pak je třeba léčbu donanemabem přerušit. ARIA může způsobit ložiskové neurologické deficity podobné těm, které jsou pozorovány při ischemické cévní mozkové příhodě. Reakce související s infuzí byly při podávání donanemabu pozorovány často, mohou zahrnovat anafylaxi a typicky k nim dochází v průběhu infuze nebo do 30 minut po podání infuze. V případě závažných reakcí souvisejících s infuzí nebo dle klinické indikace je třeba podávání donanemabu neprodleně ukončit a zahájit vhodnou léčbu. Pacienti s Downovým syndromem mohou být spojeni s vyšší mírou příhod CAA a ARIA. Tento léčivý přípravek obsahuje 46 mg sodíku v dávce 1 400 mg, což odpovídá 2 % doporučeného maximálního denního příjmu sodíku potravou podle WHO po dospělosti, který činí 2 g sodíku. Přípravek obsahuje polysorbát, který může způsobit alergické reakce. **Interakce:** U pacientů, kterým byl podáván donanemab, byly pozorovány ARIA-H a intracerebrální krvácení o průměru větším než 1 cm. Z tohoto důvodu je při zavazování podání antitrombotik třeba postupovat opatrně, protože riziko intracerebrálního krvácení při podávání s donanemabem může být zvýšeno. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje o podávání donanemabu těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Není známo, zda se donanemab vylučuje do lidského mateřského mléka. O účinku donanemabu na fertilitu u člověka nejsou k dispozici žádné údaje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Donanemab má výrazný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje, pokud se objeví neurologické deficity, např. poruchy zraku, změna vědomí a epileptické záchvaty. **Nežádoucí příhody:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky byly ARIA-E, ARIA-H, bolest hlavy, intrakraniální krvácení, nauzea a zvracení. Nejdůležitějšími závažnými nežádoucími účinky byly: závažné ARIA-E, závažné ARIA-H a závažná hypersenzitivita včetně reakcí souvisejících s infuzí. Anafylaktická reakce byla hlášena méně často. Podezření na nežádoucí účinky nahleste prostřednictvím Státního ústavu pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10. Webové stránky: www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek. **Předávkování:** Byly podávány jednorázové dávky do až 40 mg/kg (přibližně 2 800 mg u osob s tělesnou hmotností 70 kg). ARIA-E se vyskytly u 2 ze 4 pacientů, jimž byla podána tato dávka, a vymizely. Při předávkování je možné v případě potřeby zahájit sledování pomocí MR a podpurnou léčbu. **Dostupné lékové formy:** Přípravek Kisunla je dodáván v injekční lahvičce obsahující 20 ml. Velikost balení: 1 injekční lahvička a vícečetná balení obsahující 2 (2 balení po 1) injekční lahvičky. **Podmínky uchování:** Neotevřená injekční lahvička: Uchovávejte v chladničce (2 °C až 8 °C) do doby použití. Přípravek může být uchováván mimo chladničku až 3 dny při pokojové teplotě (do 25 °C). Injekční lahvičku uchovávejte v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Chraňte před mrazem, neprotřepávejte. **Náředěný infuzní roztok:** Roztok připravený k podání dávky ihned použijte. Pokud není roztok donanemabu použit okamžitě, a ředění proběhlo za použití aseptických technik, uchovávejte jej v chladničce (2 °C až 8 °C) po dobu až 72 hodin nebo při pokojové teplotě (do 25 °C) po dobu až 12 hodin. Doba uchování zahrnuje i trvání infuze. Roztok donanemabu k podání dávky chraňte před mrazem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Eli Lilly Nederland B.V., Oorteluslaan 1000, 3528 BD Utrecht, Nizozemsko. **Registrační číslo:** EU/1/25/1926/001, EU/1/25/1926/002. **Poslední revize SPC:** 26. 2. 2026. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis s omezením. Přípravek Kisunla není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznamte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku – úplné znění Souhrnu údajů o přípravku obdržíte na webových stránkách VPOIS spol. Lilly: <https://www.lilly.com/cz/nase-levicve-pripravky/vpois> nebo na adrese: ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobežní 394/12, 186 00 Praha 8, tel.: 234 664 111.

Reference: 1. SPC přípravku KISUNLA[®]. 2. Sims JR, et al; for TRAILBLAZER-ALZ 2 Investigators. JAMA. 2023.

ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobežní 394/12, 186 00 Praha 8, tel.: +420 234 664 111, www.lilly.com/cz

CMAT-29626

Lilly
A MEDICINE COMPANY

Významný pokrok v posledních letech představuje rozvoj krevních biomarkerů, které umožňují detekci amyloidové patologie z periferní krve. Mezi nejslibnější biomarkery současnosti patří zejména plazmatické formy fosforylovaného tau proteinu p-tau217 a p-tau181, které vykazují vysokou diagnostickou přesnost a potenciál pro využití v časně diagnostice Alzheimerovy nemoci. Významnou výhodou krevních biomarkerů je jejich nižší invazivita, širší dostupnost a nižší ekonomická náročnost ve srovnání s vyšetřením likvoru či amyloidovým PET.

Přednáška se zaměří na současné postavení biomarkerů v diagnostice Alzheimerovy nemoci, především na roli krevních biomarkerů, jejich diagnostickou výkonnost a možnosti implementace do klinické praxe.

Neurogenetika

odborný garant prof. MUDr. Stanislav Šutovský, PhD.
čtvrtek / 11. června 2026 / 12.00–13.00

Dědičné ataxie s nástupem po 50. roce věku

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

Chronické ataxie s nástupem po 50. roce věku představují heterogenní skupinu onemocnění, jejichž spektrum se významně liší od ataxií s časnějším začátkem. V prezentaci představují přehledný a klinicky využitelný přístup k diagnostice a léčbě hereditárních ataxií v této věkové kategorii. Představují klinické fenotypy se zaměřením na recentně definované jednotky, jako jsou CANVAS (Cerebellar Ataxia, Neuropathy and Vestibular Areflexia Syndrome) a spinocerebelární ataxii typu 27B. Důraz je kladen na diferenciální diagnostiku vůči sporadickým progresivním ataxiím, zejména multisystémové atrofii typu C, a na identifikaci potenciálně léčebně ovlivnitelných stavů. Součástí prezentace je přehled aktuálních terapeutických možností. Vše je ilustrováno videokazuistikami.

Využití volně cirkulující DNA jako biomarkera detekce Alzheimerovy choroby

Mgr. Lýdia Lukyová^{1,2,3}, Mgr. Zuzana Holešová, PhD.¹, Mgr. Zuzana Hanzlíková^{1,3,4},
Tomáš Sládeček, MSc.^{1,2,3}, Mgr. Andrea Zaťková, PhD.⁴,

Mgr. Natália Forgáčová, PhD.^{2,4,5}, Mgr. Juraj Gazdarica, PhD.^{1,2},

Mgr. Jaroslav Minárik⁴, Mgr. Jakub Styk, PhD.^{1,2},

Mgr. Tatiana Sedláčková, PhD.^{1,2}, doc. RNDr. Tomáš Szemes, PhD.^{1,2,3}

¹Geneton s. r. o., Bratislava

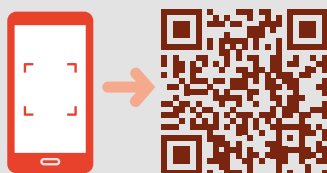
²Vedecký park Univerzity Komenského, Bratislava

³Prírodovedecká fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

⁴Ústav klinického a translačného výskumu, Biomedicínske centrum Slovenskej akadémie vied, Bratislava

⁵Laboratórium klinickej a molekulovej genetiky, Detská klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava

Diagnostika Alzheimerovej choroby (AD) v jej skorých štádiách predstavuje výzvu aj napriek dlhoročnému intenzívnemu výskumu. Dôraz na včasnú intervenciu v posledných rokoch narastá hlavne v dôsledku vývoja nových terapeutických stratégií, ktoré presahujú rámec symptomatickej liečby. V tomto kontexte sa začínajú preferovať minimálne invazívne prístupy snažiace sa o lepšiu charakterizáciu ochorenia, vrátane konceptu tekutej biopsie. Popri rozšírenom výskume proteínových biomarkerov sa do popredia dostáva aj analýza voľne cirkulujúcej DNA (cfDNA), ktorej klinická využiteľnosť je preukázaná v oblasti prenatálnej diagnostiky a onkológie. CfDNA predstavuje



POD TÍMTO QR KÓDEM NAJDETE



Sborník abstrakt
v digitální podobě



Anketu
k on-line vyplnění



Formulář pro
dotazy přednášejícím



Program symposia,
Další vzdělávací akce...

perspektívny nástroj schopný reflektovať prebiehajúce procesy bunkového poškodenia vrátane neurodegenerácie. Naša štúdia, realizovaná na kohorte pacientov s AD a vekovo zodpovedajúcich kontrol, sa zameriava na komplexné zhodnotenie potenciálu cfDNA pri manažmente AD.

Financované prostredníctvom projektov: ADDIT-CE (101087124), GALAD (09101-03-V04-00052)

a Examiner-FM (09101-03-V04-00085).

Genomická analýza v neuroológii: možnosti a limitácie pri diagnostike nejasných neurologických ochorení

**Mgr. Natália Forgáčová, PhD.^{1,2,3}, prof. MUDr. Stanislav Šutovský, PhD.⁴,
Mgr. Silvia Bokorová^{1,5}, Mgr. Lýdia Lukyová^{1,5,6}, Mgr. Tatiana Sedláčková, PhD.^{1,5},
Mgr. Juraj Gazdarica, PhD.^{1,5}, Mgr. Jaroslav Budiš, PhD.^{1,5},
RNDr. Ingrid Lojová, PhD.^{1,2}, Mgr. Andrea Zaťková, PhD.²,
RNDr. Katarína Skalická, PhD., MPH³, doc. RNDr. Ján Radvánszky, PhD.^{1,2,6},
doc. RNDr. Tomáš Szemes, PhD.^{1,5,6}**

¹Vedecský park Univerzity Komenského, Bratislava, Slovensko

²Ústav klinického a translačného výskumu,

Biomedicínske centrum Slovenskej akadémie vied, Bratislava, Slovensko

³Laboratórium klinickej a molekulovej genetiky, Detská klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava, Slovensko

⁴I. neurologická klinika LFUK a UNB, Bratislava, Slovensko

⁵Geneton s. r. o., Bratislava, Slovensko

⁶Prírodovedecká fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, Slovensko

Neurologické ochorenia predstavujú mimoriadne heterogénnu skupinu diagnóz, pri ktorých sa klinický obraz často prekrýva, mení v čase a nezriedka zostáva aj po štandardnom diagnostickom procese nejednoznačný. V takýchto prípadoch sa genomická analýza stáva dôležitým nástrojom, ktorý umožňuje identifikovať monogénne príčiny ochorenia, spresniť klinickú diagnózu, podporiť diferencálnu diagnostiku a v niektorých prípadoch aj ovplyvniť ďalší manažment pacienta a genetické poradenstvo pre rodinu. Prednáška sa zameria na praktické možnosti využitia moderných genomických prístupov v neuroológii, najmä pri pacientoch s nejasným neurovývinovým, neuromuskulárnym alebo neurodegeneratívnym fenotypom. Predstavené budú prínosy novej generácie sekvenovania a analýzy genomických dát a genetických variantov, vrátane jednonukleotidových variantov (SNP), krátkych tandemových repetícií (STR) a zmien počtu kópií génových úsekov (CNV), ktoré môžu zohrávať významnú úlohu v etiológii neurologických ochorení. Súčasne bude diskutovaný aj význam opakovanej reinterpretácie dát v kontexte nových poznatkov a hlavné limitácie tejto diagnostiky, ako sú neúplná zachytiteľnosť niektorých typov variantov, interpretácia variantov nejasného významu, technické limity jednotlivých metód a potreba prepojenia genomických výsledkov s detailným klinickým fenotypom. Dôraz bude kladený na to, že samotný genomický nález bez kvalitnej klinickej interpretácie často nestačí. Cieľom prednášky je ponúknuť realistický pohľad na prínos genetiky v neurologickej diagnostike a zároveň upozorniť na situácie, v ktorých je potrebné výsledky interpretovať obzvlášť opatrne.

Financované prostredníctvom projektov: APVV-24-0284, projekt č. 09101-03-V04-00052 (GALAD),

VEGA 2/0179/26, VEGA-2/0114/24.

Roztroušená skleróza: manipulace imunitním systémem a čím se řídit?

odborná garantka prof. MUDr. Jarmila Szilasiová, PhD.

čtvrtek / 11. června 2026 / 14.00–15.30

NEDA a RS

prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, DrSc.

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. LF UK a VFN Praha

S příchodem vysoce efektivní léčby roztroušené sklerózy je v současnosti možno uvažovat i o dlouhodobé remisi. Koncept NEDA (no evidence of disease activity) vznikl po vyhodnocení klinické studie s natalizumabem v r. 2009. Od té doby je používán k hodnocení efektu studií s novými léky a umožňuje jejich porovnávání. Zahrnuje hodnocení počtu relapsů, progresu a nálezů na MR. Bylo by jistě možné přidat ještě mnoho dalších položek, bohužel i v této jednoduché formě je u většiny pacientů dlouhodobě velmi obtížně dosažitelný. Hodnocení progresu se v posledních letech zlepšilo díky zjištění, že zhoršení se odehrává nejen díky následkům relapsů, ale i mimo ně (progression independent of relapse activity, PIRA), a také díky zavedení biomarkerů nejen v likvoru, ale i v krvi.

Smrt mozku – neurologické vyšetření

odborní garanti doc. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.,

prof. MUDr. Egon Kurča, PhD.

čtvrtek / 11. června 2026 / 16.30–18.00

História definovania a stanovenia smrti

prof. MUDr. Egon Kurča, PhD., prof. MUDr. Štefan Sivák, Ph.D.

Neurologická klinika Jesseniova LF UK a UN, Martin, Slovensko

Európa v období stredoveku zažívala v prírodných vedách a v medicíne obzvlášť obdobie temna. Katolícka cirkev zakazovala pitvy ľudských korpúsov a aj z tohto dôvodu bolo poznanie o fyziológii človeka na nedostatočnej úrovni. Centralistické aj decentralistické teórie o umiestnení a fungovaní „životnej sily alebo princípu“ v ľudskom tele sa rozchádzali a predstavy o smrti človeka veľmi často nadobúdali fantastické až mystické obsahy. Situácia sa začína meniť v období renesancie a v 18. storočí sa začína presadzovať kardiopulmonálna definícia smrti. S technickým pokrokom sa koncom 19. storočia a jednoznačne v 20. storočí dajú stanoviť aj klinicky ťažko pozorovateľné prejavy srdcovej alebo respiračnej aktivity. V 60. rokoch 20. storočia vzniká úplne nová koncepcia definovania a stanovenia smrti organizmu na základa naplnenia neurologických kritérií, ktoré potvrdia ireverzibilný zánik funkcií mozgu a mozgového kmeňa nad miechovým segmentom C1 pri známej príčine poškodenia. Do legislatívy väčšiny krajín sveta sa dostávajú dva rovnocenné spôsoby stanovenia smrti človeka a to stanovenie smrti mozgu alebo kardiopulmonálne zlyhanie. Táto problematika má pochopiteľne celý rad odborne technických, morálnych, etických, náboženských aj filozofických konotácií (aj keď odhliadneme od naviazanosti transplantčných programov na stanovenie mozgovej smrti) a nezmieriteľných zástancov a odporcov každého z dvoch odlišných prístupov k stanoveniu smrti. V zásade ale ide o antinómium medzi biologickým a duchovným chápaním života.

Diagnostika smrti mozku u dárců orgánů v ČR

doc. MUDr. Eva Pokorná, CSc.

Odborné edukační pracoviště pro dárcovství orgánů, IKEM Praha

Diagnostika smrti mozku pro dárcovství orgánů je upravena zákonem č. 285/2002 Sb. a prováděcími vyhláškami. Diagnóza smrti mozku je **klinická diagnóza**, nikoli radiologická či jiná dle typu instrumentálního vyšetření.

Povinně musí být vyplněn Protokol o zjištění smrti průkazem nevratné zástavy funkce celého mozku (příloha Vyhlášky č. 114/2013 Sb.).

- Část 1 – Předpoklady, na základě kterých lze uvažovat o diagnóze smrti mozku.
- Část 2 – Klinické známky SM (areflexie všech vyjmenovaných kmenových reflexů a apnoický test).
- Část 3 – Potvrzení klinických známek SM jednou z uvedených instrumentálních metod (angiografie mozkových tepen, mozková perfuzní scintigrafie, počítačová tomografická angiografie, transkraniální dopplerovská ultrasonografie, vyšetření BAEP). **Instrumentální vyšetření je povinné** s výjimkou objektivně prokázané infratentoriální léze, kdy se provádí pouze klinické vyšetření.
- Část 4 – **Diagnózu smrti mozku uzavírají dva klinici** (lékař A a lékař B) po zhodnocení všech nálezů.

Oba lékaři diagnostikující smrt mozku (lékař A a lékař B) musí mít specializovanou způsobilost v příslušném oboru a **alespoň jeden z nich** musí mít specializovanou způsobilost nejméně v jednom z oborů, kterým je anesteziologie a intenzivní medicína, neurologie nebo neurochirurgie (u dětí do 18 let může mít navíc i specializovanou způsobilost v oboru dětské lékařství, pediatrie, neonatologie, dětská neurologie).

U dětí **do 1 roku života** se provádějí **dvě klinická vyšetření s odstupem minimálně 48 hodin**, v obou se provádí apnoický test, instrumentální vyšetření jedno po ukončení druhého klinického vyšetření. U dětí od 1 roku života se diagnostika shoduje s postupem jako u dospělých.

Prerekvizity stanovení smrti mozku

doc. MUDr. Svatopluk Ostrý, Ph.D.

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Klinické stanovení smrti mozku na základě neurologických kritérií (BD/DNC) vyžaduje bezpodmínečné dodržení všech podmínek pro správné provedení takového vyšetření.

Neurologické vyšetření se provádí až poté, co jsou splněny základní podmínky, na jejichž základě lze usuzovat, že se může jednat o smrt mozku. Klinik svým vyšetřením vyvrací premisu nesplňující kritéria BD/DNC. Falešná pozitivita vyšetření není přípustná.

Před zahájením samotného neurologického vyšetření musí být splněny tři základní podmínky: musí být znám mechanismus poranění mozku; musí být prokázána nevratnost poškození; musí být zajištěna absence zkreslení neurologického vyšetření.

Vyšetření nesmí být ani ovlivněno, ani zpochybnitelné abnormálními parametry tělesných funkcí (např.: teplota, perfuze, vnitřní prostředí); vlivy farmakologickými (např.: anestetika, myorelaxancia); vlivy toxickými (např. farmaka, drogy, alkohol); ani metabolickými poruchami (získanými, ale i vrozenými); nebo jinými neurologickými onemocněními (např.: onemocnění motoneuronu, Guillain-Barré syndrom, locked-in syndrom).

Dodržení všech prerekvizit je nutnou podmínkou pro správnou interpretaci neurologického vyšetření při stanovení smrti mozku na základě neurologických kritérií – BD/DNC.

Metodika neurologického vyšetření smrti mozku step by step (první a druhá část)

MUDr. Petr Hollý, Ph.D.^{1,2}, MUDr. Zdeněk Kunáš³

¹Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

²Ústav soudního lékařství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

³Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Cílem příspěvku je prakticky provést posluchače kompletním klinickým neurologickým vyšetřením při podezření na smrt mozku dle neurologických kritérií (BD/DNC). Toto vyšetření je systematické a klade si za cíl prokázat nezvratné poškození celého mozkového kmene. Podrobně předvedeme hodnocení hloubky bezvědomí a techniku provedení vyšetření jednotlivých kmenových reflexů: fotoreakci, korneální reflex, okulocefalický a okulovestibulární reflex, absenci motorické odpovědi na algickou stimulaci v kraniální i spinální etáži a vyšetření dávivého a kašlacího reflexu. U každého testu uvedeme přesná kritéria absence odpovědi a situace, kdy je nezbytné provést potvrzující vyšetření. Rovněž probereme rozlišení míšních versus mozkových motorických reakcí.

Součástí budou praktické tipy a doporučený formát protokolu pro opakovatelnou a právně průkaznou dokumentaci. Součástí vyšetření je i apnoický test, který bude detailně probrán v přednášce.

Důraz bude kladen na standardizaci postupu, školení vyšetřujících včetně ukázkových videí a na konzultaci při nejistotě nálezu; cílem je zvýšit přesnost, bezpečnost a jistotu klinického rozhodování v intenzivní péči a praxi indikace pacienta k dárcovskému programu.

Soutěžní blok kazuistik

odborní garanti prof. MUDr. Irena Rektorová, Ph.D.,
prof. MUDr. Štefan Sivák, PhD.

čtvrtek / 11. června 2026 / 18.25–19.15

Pseudoradikulární syndrom s překvapením

MUDr. Jan Mičan

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

79letá pacientka stěžující si dva měsíce na kolísající bolesti beder vystřelující do zadních stran stehen v době výměny oken v jejím domě s předchozí atakou při práci na zahradě se na první pohled nezdá být výjimečným případem, stejně jako nálezy degenerace sakroiliakálních spojení a kyčlí z předchozího vyšetření. Proti pseudoradikulárnímu syndromu kloubního původu ale hovořila anamnéza několika nezdařilých rekonstrukcí sigmoideovaginální píštěle, která přidala k prvotnímu nedůvěřivému přístupu rodiny, stejně jako stížnost na předchozí vyšetření na neurologickém pracovišti „pouze na chodbě“, a stresu z neustupujících obtíží nejasné příčiny. Magnetická rezonance následně odhalila rozsáhlý infiltrát obkružující křížovou kost a infiltruující skrze neuroforamina durální vak, který je jím utlačen až do výšky disku L4/L5. V rámci došetřování byla zjištěna mnohočetná lymfadenopatie v dutině břišní s nálezem zvětšené uzliny prekardiálně ztlušťující naléhající perikard a popsána usurace kosti na CT břicha s kontrastní látkou. Obavu z osteolytické malignity pravděpodobně břišního origa v terénu stavu po několikanásobném pokusu o rekonstrukci píštěle ale vyvrátilo druhé čtení v rámci společné vizity s radioložkou, kde byla zjištěna neosteolýza, ale tlaková eroze kosti křížové a pronesena okřídlená věta „Tak tohle jsem ještě neviděla“. Nyní můžete kazuistiku, u které se zapotila jak pacientka, tak ošetřující lékař, její management v rámci došetřování a obav rodiny, a následný osud pacientky, vidět i vy.

Recidivující kmenová encefalitida s počátkem v dětském věku – diagnostická výzva

MUDr. Lenka Perecová, MUDr. Zuzana Rous, Ph.D., MUDr. Matouš Rous, MUDr. Mária Czakóová, MUDr. Sandra Kurčová, Ph.D.

Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc, Neurologická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Kmenová encefalitida představuje vzácné, avšak závažné onemocnění s potenciálně život ohrožujícím průběhem. Včasná diagnostika a následné zahájení adekvátní terapie jsou proto zásadní pro prognózu pacientů. V této kazuistice prezentujeme případ mladé pacientky s recidivující kmenovou encefalitidou. Etiologie encefalitid v oblasti mozkového kmene může být značně heterogenní, nicméně recidivující průběh naznačuje spíše autoimunitní původ onemocnění. Diferenciální diagnostika proto zahrnuje primárně demyelinizační onemocnění, a to zejména neuromyelitis optica a poruchy jejího širšího spektra (NMO/SD) nebo onemocnění, asociované s protilátkami proti myelinovému oligodendrocytárnímu glykoproteinu (MOGAD). Do diagnostické rozvahy nutno zahrnout také autoimunitní encefalitidy, a to včetně jejich séronegativních forem. Zvážit nutno ovšem i vzácnější jednotky, jako jsou syndrom CLIPPERS (chronic lymphocytic inflammation with pontine perivascular enhancement responsive to steroids), Bickerstaffova kmenová encefalitida (Bickerstaff brainstem encephalitis, BBE) nebo neurosarkoidóza. Naše kazuistika zdůrazňuje význam komplexního diagnostického přístupu a zejména důkladného odběru anamnézy pro stanovení správné diagnózy a následné brzké zahájení cílené terapie.

Syndróm vestibulárnej dezorientácie pri vedení vozidla: kazuistika multimodálneho manažmentu s využitím VR-asistovanej vestibulárnej rehabilitácie

MUDr. Pavol Skáčik

Neurologická klinika JLF UK a UNM, Martin, Slovensko

Syndróm vestibulárnej dezorientácie pri vedení vozidla (Motorist's Vestibular Disorientation Syndrome, MVDS) je poddiagnostikovaná klinická jednotka charakterizovaná epizodickou priestorovou dezorientáciou, závratmi a iluzórnym pohybom vozidla vznikajúcimi pri šoférovaní. Prezentujeme prípad 30-ročného pacienta s epizodickou migrénou bez aury, hypertenziou 1. stupňa a dlhodobou kinetózou, u ktorého sa po nočnej dopravnej nehode rozvinuli recidivujúce ťažkosti pri jazde vo vyššej rýchlosti, na diaľnici a v zákrutách. Symptómy viedli k vyhubavému správaniu, úplnému zanechaniu šoférovania a neskôr aj k ťažkostiam pri bicyklovaní vo vizuálne komplexnom prostredí. Diagnostické vyšetrenia preukázali pozitívny Rombergov test, poruchu tandemovej chôdze, normálny video-HIT, normálny MRI nálež a len mierne postihnutie vertikálneho hladkého sledovania pri VNG. Pacient absolvoval multimodálnu liečbu zahŕňajúcu gabapentín, magnézium, konvenčnú vestibulárnu rehabilitáciu a adjuvantnú VR-asistovanú vestibulárnu rehabilitáciu so situačne špecifickými aj nešpecifickými stimulmi. Po štyroch týždňoch integrovanej terapie došlo k poklesu skóre Dizziness Handicap Inventory z 56 na 14, obnoveniu cyklistiky, postupnému návratu k šoférovaniu a zlepšeniu posturálnej ataxie. Prípad poukazuje na potenciálny prínos multimodálneho prístupu a VR-asistovanej rehabilitácie v manažmente MVDS.

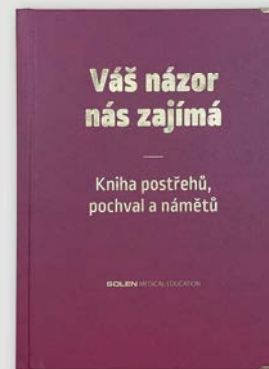
Choreodystonie, která klame – první příznak, poslední podezření

MUDr. Kryštof Damián Švub¹, MUDr. Kamila Žondra Revendová^{1, 2}, MUDr. Iva Kalusková^{1, 2}

¹Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

²Katedra klinických neurověd, Lékařská fakulta Ostravské univerzity, Ostrava

Choreodystonie patří mezi hyperkinetické poruchy a spadá do skupiny movement disorders. Kombinuje choreu a dystonii, kdy postižený vykazuje rychlé, nepravidelné, nekoordinované pohy-



Zastavte se u našeho SOLEN stánku a napište nám prosím své postřehy, pochvaly či náměty.



Děkujeme, že nám pomáháte dělat odborné akce smysluplnější.

SOLEN MEDICAL EDUCATION

by a zároveň křečovitě, abnormální postavení částí těla, často vedoucí k charakteristické postuře. Etiologie je různorodá – genetická (např. Huntingtonova choroba) nebo sekundárně podmíněná (cévní mozkové příhody, trauma, infekce, autoimunitní onemocnění, metabolické či toxické faktory, léky nebo expozice těžkým kovům). Léčba je převážně symptomatická, zahrnuje farmakoterapii, fyzioterapii, botulotoxinové injekce nebo hlubokou mozkovou stimulaci. Cílem je rovněž odstranit vyvolávající příčinu.

Předkládaná kazuistika popisuje případ 50letého muže s dvoudenní anamnézou mimovolních, vůlí nepotlačitelných pohybů levé horní končetiny, které se objevily v listopadu 2024. Neurologické vyšetření prokázalo choreodystonické projevy levé horní končetiny a lehké známky paleocerebelárního syndromu. Vstupní zobrazení mozku počítačovou tomografií bylo intrakraniálně bez ložiskových změn a laboratorní screening nevykázal patologické odchylky. Ke zmírnění extrapyramidových projevů byl přechodně nasazen tiaprid s částečným efektem. Během hospitalizace byla doplněna magnetická rezonance mozku a krční míchy, která prokázala četná ložiska demyelinizace v zadní jámě a supratentoriálně, včetně bazálních ganglií, a spinální ložisko v úrovni C1; některá ložiska vykazovala postkontrastní syčení. Lumbální punkce odhalila výraznou intratékální syntézu oligoklonálních IgG páسů typu 3 a oligoklonálních volných lehkých řetězců kappa. Pacient byl přeléčen pulzní intravenózní kortikoterapií methylprednisolonom s klinickým efektem a na základě splnění McDonaldových kritérií byla stanovena diagnóza definitivní roztroušené sklerózy. Následně byla zahájena léčba anti-CD20 monoklonální protilátkou ocrelizumabem. Na této terapii je pacient dosud klinicky stabilní, bez extrapyramidových projevů, při posledním vyšetření činilo skóre EDSS 3.

Tímto kazuistickým sdělením bychom rádi upozornili na vzácnou manifestaci roztroušené sklerózy formou choreodystonie jako prvního klinického projevu. Takové atypické extrapyramidové příznaky jsou v literatuře popsány jen jednotlivě a jejich včasné rozpoznání může napomoci rychlejšímu stanovení diagnózy a nasazení vhodné terapie.

Workshop – Vertigo

odborný garant doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc.

čtvrtek / 11. června 2026 / 14.30–16.30

Bilaterální vestibulopatie

MUDr. Michaela Kuzmiak, Ph.D.

Neuro-otologické centrum 1. LF UK, 2. LF UK a FN Motol a Homolka, Praha

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

Bilaterální vestibulopatie (BVP) je chronický vestibulární syndrom charakterizovaný oboustranným postižením vestibulárních labyrintů nebo vestibulárních nervů, vedoucím k poruše rovnováhy a stabilizace pohledu. Typickými klinickými projevy jsou nestabilita stoje a chůze, zhoršující se ve tmě nebo na nerovném povrchu, a oscilopsie při pohybu, zatímco v klidových podmínkách pacienti obtíže obvykle nemají.

Cílem sdělení je podat přehled současných poznatků o klinickém obrazu, diagnostice a etiologii bilaterální vestibulopatie se zaměřením na praktické aspekty využitelné v klinické praxi. Důraz je kladen na význam bedside vyšetření, zejména head impulse testu, a na roli kvantitativních metod hodnocení vestibulo-okulárního reflexu, včetně video Head Impulse testu, kalorických testů a rotačních zkoušek.

Etiologie BVP je heterogenní, přičemž mezi nejčastější příčiny patří ototoxická medikace, bilaterální Menièreova choroba, infekční postižení a autoimunitní onemocnění. Přibližně u poloviny pacientů však zůstává příčina neobjasněna.

V závěru bude diskutován diagnostický algoritmus a terapeutické možnosti, zejména význam vestibulární rehabilitace a nové perspektivy léčby včetně vestibulárních implantátů. Bilaterální

vestibulopatie představuje i nadále diagnostickou výzvu a její včasné rozpoznání je klíčové pro zlepšení kvality života pacientů.

Neuro-behaviorální aspekty vestibulárních porúch

MUDr. Pavol Skáčik

Neurologická klinika JLF UK a UNM, Martin, Slovensko

Neurobehaviorální aspekty vestibulárních porúch představují důležitou, no historicky podceňovanou oblast neuro-otologie. Tradiční dichotomický přístup, který striktně oddeľoval organické a psychologické příčiny závratů, je v současnosti nahrazený integrovaným modelom, v ktorom sa vestibulárne, centrálné a behaviorálne mechanizmy vzájomne ovplyvňujú. Vestibulárny systém nie je izolovanou jednotkou, ale je úzko prepojený s limbickými štruktúrami, najmä amygdalou, ktoré sa podieľajú na hodnotení hrozby a regulácii emócií.

Experimentálne aj klinické štúdie ukazujú, že úzkosť a percepčia rizika významne ovplyvňujú posturálnu kontrolu, chôdzu a okulomotorické funkcie. Zvýšená úzkosť vedie k opatrnejšiemu motorickému správaniu, spomaleniu pohybov a zvýšenej závislosti od vizuálnych podnetov. Na druhej strane patologická úzkosť môže spôsobovať závraty, zhoršovať rovnováhu a prispievať k rozvoju chronických vestibulárných syndrómov, ako sú napríklad chronická subjektívna závrat či vestibulárna migréna.

Významná je aj vysoká prevalencia úzkostných a depresívnych porúch u pacientov s vestibulárnymi ochoreniami, pričom tieto faktory negatívne ovplyvňujú priebeh ochorenia aj odpoveď na liečbu. Interakcia medzi vestibulárnymi a psychickými faktormi môže mať rôzne formy – od primárne psychogénnych závratov, cez úzkosť vyvolanú vestibulárnymi ochoreniami, až po komplexnú obojsmernú interakciu oboch zložiek.

Integrovaný prístup k diagnostike a liečbe, ktorý zahŕňa biologické aj behaviorálne faktory, vedie k vyššej diagnostickej presnosti a lepším terapeutickým výsledkom. Neurobehaviorálna perspektíva tak predstavuje kľúčový rámec pre pochopenie a manažment vestibulárných porúch v modernej klinickej praxi.

Bolesti hlavy u dospívajících a mladých dospělých

odborný garant MUDr. Pavel Řehulka, Ph.D.

pátek / 12. června 2026 / 9.00–10.00

Tenzní typ bolesti hlavy: klinický obraz a současné léčebné možnosti

MUDr. Andrea Bártková, Ph.D.

Neurologická klinika LF UP a FN v Olomouci

Tenzní bolest hlavy (TTH) je nejčastějším primárním typem bolesti hlavy a představuje významnou příčinu morbiditu u mladých dospělých. Tato věková skupina je vystavena specifickým rizikovým faktorům, jako je psychosociální stres, sedavý životní styl, dlouhodobá práce s digitálními technologiemi a nepravidelný denní režim, které přispívají k vyšší frekvenci obtíží a riziku chronifikace.

Tenzní bolest hlavy se u mladých dospělých typicky projevuje jako oboustranná, tlaková, nepulzující bolest mírné až střední intenzity, často provázená perikraniální svalovou citlivostí. Ve srovnání s jinými věkovými skupinami je výraznější role stresu, psychické zátěže a muskuloskeletálních faktorů, zejména v oblasti krční páteře v souvislosti s nevhodnou ergonomií. Na patofyziologii se podílí periferní svalové mechanismy i centrální senzitivace. Zvažují se i společné patofyziologické mechanismy společné s migrénou.

Farmakologická léčba je vyhrazena spíše pro chronické formy, lékem volby je amitriptylin, resp. venlafaxin. Zásadní význam má nefarmakologická léčba. Nejvyšší úroveň důkazů vykazují kognitivně-behaviorální terapie, relaxační techniky a EMG biofeedback, které vedou ke snížení frekvence i intenzity bolestí. Pravidelná fyzická aktivita a cílená fyzioterapie zaměřená na oblast krční páteře a posturu představují možné doplňkové postupy. Multimodální přístup se jeví jako nejefektivnější.

Závěr: Tenzní bolest hlavy u mladých dospělých úzce souvisí s ovlivnitelnými faktory životního stylu a psychickou zátěží. Včasná identifikace a cílená nefarmakologická intervence jsou klíčové pro prevenci chronifikace a snížení rizika nadužívání analgetik. Ideální by bylo v léčbě těchto pacientů uplatňovat komplexní, biopsychosociálně orientovaný přístup, který je však v běžné neurologické praxi obtížně dostupný.

Migréna u mladých žen

MUDr. Ingrid Niedermayerová

Neurologie Brno, s. r. o., a II. neurologická klinika LF MU a FN Brno

Migréna je bolest hlavy s typickou hormonální vazbou u žen a s narůstající frekvencí od puberty do dospělosti (prevalence u žen 15–18%). Výskyt v období kolem menses se označuje jako **menstruační migréna**, která je u mladých dívek často spojena s premenstruálním syndromem. Dalšími hormonálně podmíněnými onemocněními, které jsou spojeny s vyšším výskytem migrény, jsou syndrom **polycystických ovárií a endometrióza**. **Hormonální antikoncepce (HAK)** je nasazována dívkám již od 15 let, při jejím výběru je nutno respektovat typ migrény. U žen s migrénou s aurou je kontraindikovaná kombinovaná HAK a je možno podat pouze čistě gestagenní typ. Naopak u žen s migrénou bez aury je možno podat oba typy HAK.

Specifika léčby migrény u mladých žen spočívají v riziku otěhotnění při nedostatečné ochraně. Při volbě profylaktické léčby volíme léky s krátkým biologickým poločasem a malým rizikem poškození plodu v časných fázích otěhotnění (např. betablokátory). Pokud je pacientka indikovaná na antiGCRP léčbu, pak je výhodnější podání gepantů než monoklonálních protilátek. Bez účinné ochrany je kontraindikovaná léčba valproátem a topiramátem. V **graviditě** je pro akutní léčbu bezpečný pouze paracetamol. Nesteroidní antirevmatika se v 1. a 2. trimestru nedoporučují a ve 3. trimestru jsou kontraindikovaná. Při posouzení rizika a benefitu podávání je možné podat v 1. a 2. trimestru metamizol a metoclopramid. Sumatriptan je možné podat v 1. trimestru, v dalším období jen po přísném zvážení rizika a benefitu. Ostatní triptany nejsou doporučovány. Profylakticky je bezpečné podávání magnézia. Z klasických profylaktik je možné podat metoprolol po přísném posouzení rizika a benefitu podávání. Podávání monoklonálních protilátek a gepantů se nedoporučuje. Kontraindikována je léčba valproátem a topiramátem. V **laktaci** je možné bezpečně podat paracetamol a ibuprofen. Po posouzení rizika a přínosu léčby podáváme indometacin, triptany, rimegepant nebo metamizol. Profylakticky lze bezpečně podat pouze magnézium. Betablokátory jsou kontraindikované pro vznik bradykardie kojence. Léčba antidepresivy (venlafaxin, amitriptylin) je možná pouze po přísném posouzení rizika a benefitu. Návrat k léčbě monoklonálními protilátkami je možný, pokud je to nezbytné, nejdříve však po novorozeneckém období.

Včasná diagnostika cluster headache u mladých lidí

MUDr. Pavel Řehulka, Ph.D.

I. neurologická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity
a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Cluster headache (CH) je primární bolest hlavy, která se projevuje opakovanými atakami jednostranné bolesti hlavy v orbitotemporální lokalizaci s ipsilaterálními kraniálními autonomními symptomy. CH se řadí mezi nepříliš častá, ale nikoliv vzácná neurologická onemocnění (jednoroční prevalence 53 na 100 000 obyvatel, celoživotní prevalence 124 na 100 000 obyvatel). Diagnostické

zpoždění v iniciální fázi onemocnění obvykle činí několik let. Ke zpoždění přispívá epizodický průběh onemocnění s dlouhými remisemi, převaha nočních atak, ale také některé z následujících faktorů:

- Věk rozvoje mezi 20.–40. rokem se týká zhruba 75 % pacientů; před 10. rokem věku jen cca u 1,5 % pacientů.
- Obecně platná převaha postižení mužů 3 : 1; přičemž u pacientů s chronickou formou cluster headache s rozvojem v dětství dominuje postižení žen 6 : 1. CH je sporadické onemocnění; možný je ale i familiární výskyt, jenž je odhadován u 5 % pacientů (autozomálně dominantní dědičnost).
- Zhruba 70 % pacientů s CH jsou kuřáci; etiopatogenetickým rizikovým faktorem pro rozvoj CH je však pasivní kouření v dětství.
- Migrenózní symptomy (fotofobie, fonofobie, nauzea, zvracení) doprovází ataky CH přibližně u 40 % pacientů.

Z uvedených skutečností vyplývá, že na možnost CH je třeba diferenciatně diagnosticky pomýšlet i v případě žen, rozvoje bolestí hlavy před 20. rokem věku nebo pokud jsou součástí klinického obrazu migrenózní symptomy. Na rodiče je nutné všeobecně apelovat, aby své potomstvo chránili před expozicí cigaretovému kouři, i z důvodu zvýšeného rizika vzniku CH.

Satelitní sympozium společnosti Roche s. r. o.

pátek / 12. června 2026 / 10.00–10.30

Nová diagnostická kritéria RS v reálné klinické praxi

MUDr. Marta Vachová¹, MUDr. Michal Dufek, Ph.D.²

¹Neurologické oddělení s RS centrem, Nemocnice Teplice, o. z. – Krajská zdravotní, a. s., Teplice

²Neurologická klinika FN u sv. Anny, Brno

Diagnostika roztroušené sklerózy prošla s nedávnou revizí McDonaldových kritérií změnou, která posiluje roli spádového neurologa. V ambulantní praxi končí era vyčkávání na další ataku u pacientů s podezřelým, avšak dříve „nepřukazným“ nálezem. Nová pravidla nám dnes dávají do ruky možnost stanovit diagnózu o měsíce až roky dříve. Jako lékař prvního kontaktu už nejste jen pasivním odesílatelem, ale hlavním hybatelem, který rozhoduje o záchraně pacientových neurologických rezerv.

V rámci přednášky bude prezentován vysoce praktický algoritmus přímo pro rutinu spádové ambulance. Zaměřena bude na to, co tato změna paradigmatu znamená pro klinickou praxi a jaké konkrétní kroky je třeba udělat. V první řadě je potřeba správně formulovat žádanku na MRI, aby radiolog cíleně popisoval nové diagnostické markery nutné pro urychlení diagnózy, jak si v ambulanci propojit radiologické markery s výsledky biomarkerů tak, abychom u rizikových pacientů získali pevnou oporu pro včasnou diagnózu a zároveň s jistotou odlišili nespecifické či posttraumatické změny. V neposlední řadě jak na základě nových kritérií zformulovat odesílací zprávu tak, aby RS centrum pacienta bez prodlení přijalo a mělo jasný podklad pro zahájení léčby.

Na reálných kazuistikách z ambulancí bude demonstrováno, proč je rychlá akce důležitá a jaké výhody pro pacienty má včasné zahájení léčby. Na robustních dlouhodobých datech léčby ocrelizumabem ukážeme, že časná B-buněčná deplece dokáže u diagnostikovaných pacientů nejen potlačit relapsy, ale především dostat pod kontrolu tichou progresi (PIRA) a minimalizovat ztrátu mozkového objemu.

Cesta pacienta (nejen s SMA) do nervosvalového centra

MUDr. Lenka Juříková, Ph.D.

Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno

Přednáška se zaměřuje na problematiku včasné diagnostiky a centralizace péče o pacienty s podezřením na vzácná neuromuskulární onemocnění (NMD), s primárním důrazem na spinální

muskulární atrofii (SMA). Cesta pacienta do specializovaného centra je často doprovázena diagnostickým prodlením, které ve světě dosahuje v průměru až 3 let od prvních příznaků.

Klíčové body:

- **Indikace k odeslání:** definice jasných varovných známek (red flags), jako jsou hypotonie, ztráta motorických funkcí, skolióza či areflexie, při kterých by měl být pacient neprodleně odeslán do expertního centra (např. ERN centra FN Motol a Homolka a FN Brno).
- **Diagnostika SMA:** nezbytnost včasného zachytu pro zastavení rychlé a nevratné degenerace motoneuronů, zejména u SMA typu 1, kde bez léčby dochází k fatálním následkům do 20. měsíce věku. Aktuálně k včasné diagnostice zásadně přispívá novorozenecký screening.
- **Moderní terapie:** Přehled moderní léčby modifikující průběh onemocnění, se zaměřením na perorální přípravek risdiplam (Evrysdi). Diskutován je jeho mechanismus účinku (modulátor pre-mRNA sestřihu SMN2), výsledky klíčových klinických studií a aktuální dostupnost této péče v síti specializovaných center v ČR.
- **Kazuistiky z praxe:** Na konkrétních případech pacientů s pozdním zachytem je demonstrován negativní vliv oddalování odborného vyšetření a následný benefit po zahájení adekvátní centrové léčby.

Závěr: Hlavním poselstvím je nezbytnost úzké spolupráce mezi terénními lékaři a neuromuskulárními centry. Při jakémkoliv podezření na NMD nebo nejasném motorickém vývoji je klíčová včasná konzultace v expertním centru, která je rozhodující pro další prognózu pacienta.

Novinky v léčbě roztroušené sklerózy

pátek / 12. června 2026 / 11.00–11.50

Světová i národní data podporují imunorekonstituční přístup v léčbě RS

MUDr. Magdaléna Hladíková, Ph.D., MUDr. Martina Petrášová

Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Brno

Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, Brno

Roztroušená skleróza (RS) je chronické zánětlivé demyelinizační onemocnění s neurodegenerativním podílem. V současnosti jsou pro pacienty k dispozici mnohé léky s různými mechanismy účinku a různou mírou účinnosti. Kladrubin v perorální formě se řadí do vysoce účinné léčby (high efficacy therapy) a podává se jedinečným pulzním způsobem po dobu 2 let s cílem rekonstituovat imunitu pacienta. Je indikován u relaps-remitentní formy RS a nasazení je limitováno disabilitou, kde hodnota Expanded Disability Status Scale nesmí přesáhnout 5,5. Od momentu registrace mezi nemoc modifikující léky (DMD) u RS jsme o účinnosti a bezpečnosti kladrubinu získali množství dat z České republiky (ČR) i ze světa. Tato data nám ukazují vysokou účinnost v potlačení aktivity RS, což dokládá nepřítomnost relapsů, progresse disability či nových nebo sytících se ložisek na mozku na zobrazení magnetickou rezonancí u naprosté většiny pacientů ve druhém roce léčby. Jako u jediného léku nám úhradová kritéria v ČR umožňují pacienta eskalovat z léčby první (tzv. platform) linie pouze na základě radiologické aktivity. Kladrubin je proto určen pro širokou škálu RS pacientů, jak léčebně naivních, tak již v minulosti léčených jinými DMD (platform i high efficacy therapy).

Přednáška podpořená společností MERCK spol. s r. o.

Léčba relabující roztroušené sklerózy*

PRO ŠIROKOU
POPULACI PACIENTŮ¹

ŽIVOT SE NETOČÍ
JEN KOLEM RS

- **Vysoká účinnost u dosud neléčených pacientů po první atace²**
- **Časný nástup účinku³**
- **Bezpečnost a snadné podávání⁴⁻⁶**
- **Bez rizik kontinuální imunosuprese^{4,5}**



Obrázek balení přípravku je pouze ilustrační.

* MAVENCLAD je indikován k léčbě dospělých pacientů s vysoce aktivní relabující roztroušenou sklerózou (RS), definovanou na základě klinických charakteristik nebo pomocí zobrazovacích metod¹

¹ www.sskl.cz; Sp. zn.: SUKLS24549/2023, rozhodnutí ze dne 3. 7. 2023; ² Leist TP, Comi G, Cree BA, et al. Effect of oral cladribine on time to conversion to clinically definite multiple sclerosis in patients with a first demyelinating event (ORACLE MS): a phase 3 randomised trial. *Lancet Neurol.* 2014;13(3):257-267. doi:10.1016/S1474-4422(14)70005-5; ³ Di Stefano N, et al. Poster presented at: ECTRIMS 2022 (P717); ⁴ Giovannoni G, Matthews J. Cladribine Tablets for Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis: A Clinician's Review. *Neurol Ther.* 2022;11:571-595 doi.org/10.1007/s40120-022-00339-7; ⁵ Giovannoni G, Leist T, Jack D, Galazka A, Nohring A. Post-Approval Safety of Cladribine Tablets in the Treatment of Patients With Multiple Sclerosis: 2023 Update. Poster presented at: 2023 Middle East North Africa Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (MENACTRIMS); 8-9 December 2023; Abu Dhabi, UAE; ⁶ MAVENCLAD EU SmPC

Zkrácená informace o přípravku MAVENCLAD® (cladribinum)

Název přípravku a složení: MAVENCLAD® 10 mg tablety. Jedna tableta obsahuje cladribinum 10 mg. **Indikace:** Přípravek MAVENCLAD® je indikován k léčbě dospělých pacientů s vysoce aktivní relabující roztroušenou sklerózou (RS), definovanou na základě klinických charakteristik nebo pomocí zobrazovacích metod. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: lymfopenie. Časté: snížení počtu neutrofilů, labiální herpes, dermatomální herpes zoster, vyrážka, alopecie. Ostatní nežádoucí účinky byly hlášeny v nižších frekvencích. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená kumulativní dávka přípravku MAVENCLAD® je 3,5 mg/kg tělesné hmotnosti v průběhu 2 let podávána jako 1 léčebný pulz v dávce 1,75 mg/kg za rok. Každý léčebný pulz zahrnuje 2 týdny léčby, jeden na začátku prvního měsíce a jeden na začátku druhého měsíce příslušného léčebného roku. Je-li to z lékařského pohledu nutné (např. než se hladina lymfocytů upraví), může se léčebný pulz v roce 2 odložit až o 6 měsíců. Každý léčebný týden zahrnuje 4 nebo 5 dnů, během kterých dostane pacient 10 mg nebo 20 mg (jednu nebo dvě tablety) v jedné denní dávce v závislosti na tělesné hmotnosti. Po dokončení 2 léčebných pulzů není nutná žádná další léčba cladribinem během 3. a 4. roku. Opakované zahájení léčby po 4. roce nebylo hodnoceno. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku, infekce virem lidské imunodeficiencie, aktivní chronická infekce (tuberkulóza nebo hepatitida), zahájení léčby cladribinem u imunokompromitovaných pacientů, včetně pacientů dostávajících v současné době imunosupresivní nebo myelosupresivní léčbu, aktivní malignita,

středně těžká nebo těžká porucha funkce ledvin (clearance kreatininu <60 ml/min), těhotenství a kojení. **Těhotenství a kojení:** Zkušenosti získané u člověka s jinými látkami inhibujícími syntézu DNA naznačují, že cladribin podávaný během těhotenství by mohl způsobit vrozené vady. Studie na zvířatech prokázaly reprodukční toxicitu. Omezené údaje z případových zpráv ukázaly, že se cladribin vylučuje do lidského mateřského mléka. Vzhledem k možným závažným nežádoucím účinkům u kojenečků dětí je kojení během léčby přípravkem MAVENCLAD® a 1 týden po poslední dávce kontraindikováno. **Uchování:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Velikost balení: Blistr z orientovaného polyamidu (OPA)/aluminia (Al)/polyvinylchloridu (PVC) - aluminia (Al), zatavený do kartonové krabičky a upevněný do dětského bezpečnostního vnějšího obalu. Velikost balení: 1, 4, 5, 6, 7 nebo 8 tablet. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Registrační čísla:** EU/1/17/1212/001, 002, 003, 004, 005, 006. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Europe B.V., Amsterdam, Nizozemsko. **Datum poslední revize textu:** 1/2026. Lék je vydáván pouze na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného pojištění. Před předepsáním léku si, prosím, přečtěte úplnou informaci o přípravku, kterou poskytneme na adrese společnosti Merck spol. s r.o.

MERCK spol. s r.o.

Na Hřibenech II 1718/10, 140 00 Praha 4 | telefon: +420 272 084 211
www.merck.cz | www.medimerck.cz | CZ-MAV-00279

Varia II

pátek / 12. června 2026 / 11.50–12.20

Lennoxův-Gastautův syndrom v dospělosti: proč a kdy přehodnocovat diagnózu

doc. MUDr. Irena Doležalová, Ph.D.

Centrum pro epilepsie Brno, I. neurologická klinika, člen ERN-EpiCARE,
Fakultní nemocnice u sv. Anny a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno

Lennoxův-Gastautův syndrom (LGS) představuje závažný epileptický syndrom s počátkem v dětském věku, charakterizovaný farmakorezistentními záchvaty, typickým EEG nálezem a nepříznivým neurovývojovým profilem. Etiologie LGS je heterogenní a zahrnuje strukturální postižení mozku, genetické příčiny i hypoxicko-ischemické poškození.

Diagnostická kritéria syndromu se v průběhu času vyvíjela a byla recentně zpřesněna s důrazem na kombinaci typů záchvatů, EEG nálezu, věku nástupu a dlouhodobého klinického obrazu. V důsledku těchto změn nemuseli být někteří pacienti v minulosti správně diagnostikováni, případně mohla být diagnóza v průběhu života opomíjena, zejména při dominanci jiných obtíží, jako jsou poruchy chování, kognitivní deficit či poruchy chůze.

Zatímco v minulosti neměla přesná diagnostika zásadní terapeutické důsledky, v současnosti nabývá na významu v souvislosti s dostupností nových cílených léčebných možností. Mezi ně patří zejména fenfluramin a kanabidiol, které jsou v České republice dostupné ve specializovaných centrech a jejichž indikace je vázána na správně stanovenou diagnózu.

Cílem přednášky je shrnout aktuální diagnostická kritéria LGS, upozornit na úskalí diagnostiky zejména u dospělých pacientů a prezentovat vlastní krátkodobé zkušenosti s léčbou fenfluraminem v klinické praxi.

Přednáška podpořená společností UCB s. r. o.

Právní poradna

pátek / 12. června 2026 / 13.00–14.00

Týká se lékaře trestní právo? Pokud ano, jak?

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

AK PRUDIL a spol., s. r. o., Brno

Cílem prezentace je vysvětlit posluchačům skutkové podstaty trestných činů, pro které bývají lékaři nejčastěji trestně stíháni, včetně uvedení kazuistik. Dále pak budou posluchači stručně seznámeni s jednotlivými fázemi trestního řízení a i s tím, jaká práva v rámci té části trestního řízení mají, pakliže mají podávat vysvětlení či jsou podezřelí (obvinění, obžalování).



23.
symposium
praktické
neurologie

11.–12. 6. 2026
BRNO

POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ SYMPOZIA

ZLATÍ
PARTNEŘI



STŘÍBRNÍ
PARTNEŘI



PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



RODINA SPOJUJE

Roche

Společně měníme RS

OCREVUS® propojuje možnost plánování rodiny s účinnou kontrolou nad onemocněním RS

OCREVUS® je vysoce účinnou léčbou (HET), která je schválena pro použití během kojení.^{1,2}

OCREVUS® se svým dlouhodobým účinkem přináší klid a léčebné pokrytí během těhotenství bez potřeby aplikace další dávky léku a zároveň nevyžaduje obnovení léčby ihned po porodu.^{1,2}

Jen ~10 minut 2krát ročně.¹ Uvidíme se za 6 měsíců!



Reference: 1. SPC Ocrevus (okrelizumab), datum poslední revize 13. 2. 2025. 2. Bove R et al. Presented at ECTRIMS 2024 (Oral O39).

Vysvětlivky: RS - roztroušená skleróza, SC - subkutánně.

Ženy v reprodukčním věku by měly během léčby přípravkem OCREVUS®, a ještě po dobu 4 měsíců od podání poslední dávky, používat antikoncepci. Přípravek OCREVUS® by se měl během těhotenství užívat pouze tehdy, pokud přínos pro matku převažuje nad možným rizikem pro plod.¹ OCREVUS® lze užívat během kojení, a to od několika dnů po porodu.¹

Zkrácená informace o přípravku Ocrevus 300 mg koncentrát pro infuzní roztok a Ocrevus 920 mg injekční roztok

Účinná látka: okrelizumab. **Indikace:** Přípravek je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabujícími formami roztroušené sklerózy s aktivním onemocněním definovaným klinicky nebo pomocí zobrazovacích metod. Přípravek je indikován k léčbě dospělých pacientů s časnou primárně progresivní roztroušenou sklerózou, s ohledem na délku trvání onemocnění, stupeň disability a zobrazovacími metodami prokázanou zánětlivou aktivitu. **Dávkování a způsob podání:** Koncentrát 300 mg pro infuzní roztok a intravenózní podání (i.v.): Úvodní dávka 600 mg se podává jako dvě samostatné 300 mg intravenózní infuze v odstavu dvou týdnů. Následné dávky se podávají jako jedna 600 mg intravenózní infuze jednou za 6 měsíců. Další podrobnosti naleznete v SPC. **Injekční roztok 920 mg okrelizumabu ve 23 ml s rekombinantní lidskou hyaluronidázou (rHuPH20) pro subkutánní podání (s.c.):** 920 mg podávaných každých 6 měsíců subkutánní injekcí v oblasti břicha po dobu přibližně 10 minut. Úvodní dávku není třeba dělit do více podání. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku, současná aktivní infekce, pacienti v závažném imunokompromitovaném stavu, známé aktivní maligní onemocnění. **Upozornění:** Při podávání se mohou vyskytnout reakce související s infuzí u i.v. podání (IRR) nebo reakce na injekci u s.c. podání (IR). Příznaky mohou nastat v průběhu jakéhokoliv podání, ale nejčastěji během prvního podání a v průběhu 24 hodin od podání. U i.v. podání nejčastěji IRR jako je pruritus, vyrážka, urtika, erytém, iritace hrdla, bolest orofaryngu, dyspnoe, faryngeální nebo laryngeální edém, zrudnutí, hypotenze, horečka, únava, bolest hlavy, závrať, nauzea, tachykardie a anafylaxe. U s.c. podání nejčastěji IR v místě vpichu jako je erytém, bolest, otok a pruritus. Nejčastější systémové IR byly bolest hlavy a nauzea. **Hypersenzitivní reakce** se mohou u obou lékových forem projevit v průběhu jakéhokoliv podání, ale typicky se neprojevují v průběhu prvního podání. U následných podání se mohou objevit závažnější než dříve pozorované příznaky, nebo nové závažné příznaky. Pacienti se známou IgE zprostředkovanou hypersenzitivitou na okrelizumab nebo kteroukoliv pomocnou látku nesmějí být tímto přípravkem léčeni. **Infekce:** okrelizumab nesmí být podáván při aktivní infekci a až do jejího odeznění. Těžce imunokompromitovaní pacienti (např. s lymfopenií, neutropenií, hypogamaglobulinemií) by neměli být tímto přípravkem léčeni. **Reaktivace viru hepatitidy B (HBV)** již byla při léčbě anti-CD20 hlášena a měla v některých případech za následek fulminantní hepatitidu, jaterní selhání a smrt. Před zahájením léčby okrelizumabem musí být proveden screening HBV podle místní praxe. Aktivní HBV je kontraindikací léčby okrelizumabem. **Případy pozdní neutropenie** byly hlášeny u s.c. formy nejméně 4 týdny po podání, většinou st. 1 a 2, v několika případech i st. 3 a 4. Při podezření na infekci je doporučeno sledování hodnot neutrofilů v krvi. **Známa aktivní malignita** je kontraindikací léčby okrelizumabem. **Léčba závažně imunokompromitovaných pacientů** nesmí být započata, dokud se stav nevyřeší. **Očkování** živými nebo atenuovanými vakcínami se v průběhu léčby a dříve než dojde k doplnění B-lymfocytů nedoporučuje. Pacienti, kteří potřebují očkování, musí svou imunizaci dokončit nejméně 6 týdnů před zahájením léčby okrelizumabem. Doporučuje se očkovat pacienty sezónními usmrčenými chřipkovými vakcínami. **Lékové interakce** se nepředpokládají, protože okrelizumab se z oběhu odstraňuje katabolismem. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí používat antikoncepci během léčby přípravkem a 4 měsíce po posledním podání. Okrelizumab může být během kojení používán již pár dnů po porodu. **Nežádoucí účinky** byly nejčastěji hlášeny jako IRR, IR a infekce. **Podmínky uchovávání:** Lahvičky uchovávejte v chladničce (2°C-8°C), chraňte před mrazem a světlem. **Balení přípravku:** 10 ml koncentrátu (i.v. podání) a 23 ml injekčního roztoku (s.c. podání) v bezbarvé skleněné injekční lahvičce. **Držitel registračního rozhodnutí:** Roche Registration GmbH, Grenzach - Wyhlen, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/17/1231/001-3. **Datum první registrace:** 8. 1. 2018. **Datum vytvoření textu Zkrácené informace o přípravku:** 13.2.2025, aktuální verze SPC je dostupná na www.sukl.cz a www.roche.cz/cs/produkty-vpojis.html.

Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznamte s úplným zněním Souhnu údajů o přípravku Ocrevus. Podrobné informace k dispozici na www.ema.europa.eu, případně na adrese: Roche s.r.o., Futurama Business Park Bld F, Sokolovská 685/136f, 186 00 Praha 8, telefon 220 382 111.



ROZPROUDIT SÍLU

Roche

Společně měníme RS

>11 let klinických zkušeností
a 450 000 pacientů,
to je Vaše jistota v léčbě RS.^{1,2}

OCREVUS® SC je první anti-CD20 léčba s podáním
2× ročně pro pacienty s RRS i PPRS. OCREVUS® významně
ovlivňuje progresi: 92 % pacientů s RRS nepotřebuje oporu
při chůzi ani po 11 letech. To je svoboda pro vaše pacienty
v aplikaci trvající jen ~10 min jednou za půl roku.^{3,4}

Jen ~10 minut 2krát ročně.¹ Uvidíme se za 6 měsíců!



Reference: 1. Hauser SL, et al. Presented atECTRIMS 2024 (Poster P300, P1664). 2. Data on file, Jan 27, 2026. 3. Hauser SL et al. The Patient Impact of 11 Years of Ocrelizumab Treatment in Multiple Sclerosis: Long-Term Data from the Phase III OPERA and ORATORIO Studies.ECTRIMS 2024, P1664. 4. OCREVUS® (okrelizumab), datum poslední revize textu 13. 2. 2025.

Vysvětlivky: SC: subkutánní; RS: roztroušená skleróza; RRS: relabující forma roztroušené sklerózy; PPRS: primárně progresivní roztroušená skleróza.

Zkrácená informace o přípravku Ocrevus 300 mg koncentrát pro infuzní roztok a Ocrevus 920 mg injekční roztok

Účinná látka: okrelizumab. **Indikace:** Přípravek je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabujícími formami roztroušené sklerózy s aktivním onemocněním definovaným klinicky nebo pomocí zobrazovacích metod. Přípravek je indikován k léčbě dospělých pacientů s časnou primárně progresivní roztroušenou sklerózou, s ohledem na délku trvání onemocnění, stupeň disability a zobrazovací metodami prokázanou zánětlivou aktivitu. **Dávkování a způsob podání:** Koncentrát 300 mg pro infuzní roztok a intravenózní podání (i.v.): Úvodní dávka 600 mg se podává jako dvě samostatné 300 mg intravenózní infuze v odstupech dvou týdnů. Následné dávky se podávají jako jedna 600 mg intravenózní infuze jednou za 6 měsíců. Další podrobnosti naleznete v SPC. **Injekční roztok 920 mg okrelizumabu ve 23 ml s rekombinantní lidskou hyaluronidázou (rHuPH20) pro subkutánní podání (s.c.):** 920 mg podávaných každých 6 měsíců subkutánní injekcí v oblasti břicha po dobu přibližně 10 minut. Úvodní dávku není třeba dělit do více podání. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, současná aktivní infekce, pacienti v závažném imunokompromitovaném stavu, známé aktivní maligní onemocnění. **Upozornění:** Při podávání se mohou vyskytnout reakce související s infuzí u i.v. podání (IRR) nebo reakce na injekci u s.c. podání (IR). Příznaky mohou nastat v průběhu jakéhokoliv podání, ale nejčastěji během prvního podání a v průběhu 24 hodin od podání. U i.v. podání nejčastěji IRR jako je pruritus, vyrážka, urtika, erytém, iritace hrdla, bolest orofaryngu, dyspnoe, faryngeální nebo laryngeální edém, zrudnutí, hypotenze, horečka, únava, bolest hlavy, závrať, nauzea, tachykardie a anafylaxe. U s.c. podání nejčastěji IR v místě vpichu jako je erytém, bolest, otok a pruritus. Nejčastější systémové IR byly bolest hlavy a nauzea. **Hypersenzitivní reakce** se mohou u obou lékových forem projevit v průběhu jakéhokoliv podání, ale typicky se neprojevují v průběhu prvního podání. U následných podání se mohou objevit závažnější než dříve pozorované příznaky, nebo nové závažné příznaky. Pacienti se známou IgE zprostředkovanou hypersenzitivitou na okrelizumab nebo kteroukoliv pomocnou látku nesmějí být tímto přípravkem léčeni. **Infekce:** okrelizumab nesmí být podáván při aktivní infekci a až do jejího odeznění. Těžce imunokompromitovaní pacienti (např. s lymfopenií, neutropenií, hypogamaglobulinemií) by neměli být tímto přípravkem léčeni. **Reaktivace viru hepatitidy B (HBV)** již byla při léčbě anti-CD20 hlášena a měla v některých případech za následek fulminantní hepatitidu, jaterní selhání a smrt. Před zahájením léčby okrelizumabem musí být proveden screening HBV podle místní praxe. Aktivní HBV je kontraindikací léčby okrelizumabem. **Případy pozdní neutropenie** byly hlášeny u s.c. formy nejméně 4 týdny po podání, většinou st. 1 a 2, v několika případech i st. 3 a 4. Při podezření na infekci je doporučeno sledování hodnot neutrofilů v krvi. **Známa aktivní malignita** je kontraindikací léčby okrelizumabem. **Léčba závažně imunokompromitovaných pacientů** nesmí být započata, dokud se stav nevyřeší. **Očkování** živými nebo atenuovanými vakcínami se v průběhu léčby a dokud nedojde k doplnění B-lymfocytů nedoporučuje. Pacienti, kteří potřebují očkování, musí svou imunizaci dokončit nejméně 6 týdnů před zahájením léčby okrelizumabem. Doporučuje se očkovat pacienty sezónními usmrcenými chřipkovými vakcínami. **Lékové interakce** se nepředpokládají, protože okrelizumab se z oběhu odstraňuje katabolismem. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí používat antikoncepci během léčby přípravkem a 4 měsíce po posledním podání. Okrelizumab může být během kojení používán již pár dnů po porodu. **Nežádoucí účinky** byly nejčastěji hlášeny jako IRR, IR a infekce. **Podmínky uchovávání:** Lahvičky uchovávejte v chladničce (2°C-8°C), chraňte před mrazem a světlem. **Balení přípravku:** 10 ml koncentrátu (i.v. podání) a 23 ml injekčního roztoku (s.c. podání) v bezbarvé skleněné injekční lahvičce. **Držitel registračního rozhodnutí:** Roche Registration GmbH, Grenzach - Wyhlen, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/17/1231/001-3. **Datum první registrace:** 8. 1. 2018. **Datum vytvoření textu Zkrácené informace o přípravku:** 13. 2. 2025, aktuální verze SPC je dostupná na www.sukl.cz a www.roche.cz/cs/produkty-vpojis.html.

Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznamte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku Ocrevus. Podrobné informace k dispozici na www.ema.europa.eu, případně na adrese: Roche s.r.o., Futurama Business Park Bld F, Sokolovská 685/136f, 186 00 Praha 8, telefon 220 382 111.

