39. český a slovenský neurologický sjezd

25.–27. 11. 2026 | O_2 Universum | Praha

ČESKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLEČNOST

SLOVENSKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ

Programová brožura

LÉKAŘI



www.**csns2026**.cz



Co nově platí pro pacientky s RMS, které plánují rodinu?

Kesimpta®
ofatumumab

AKTUALIZACE SPC PŘÍPRAVKU KESIMPTA®

Platné od 19. 06. 2026

Větší flexibilita při plánování rodiny, když na čase záleží*

2 MĚSÍCE

Účinná antikoncepce by měla být používána 2 měsíce po poslední dávce[1]

***Aktualizace SPC: Doporučená doba používání účinné antikoncepce byla po poslední dávce přípravku KESIMPTA® zkrácena ze 6 měsíců na 2 měsíce.[1]**

Pro účely kampaně byla použita ilustrační fotografie. Nejedná se o skutečného pacienta. • Léčba ofatumumabem nemá být zahajována během těhotenství, pokud potenciální přínos pro matku nepřeváží potenciální riziko pro plod. Ženy ve fertilním věku mají během léčby přípravkem Kesimpta a po dobu "2 měsíců" po posledním podání přípravku Kesimpta používat účinnou antikoncepci. (metody, které vedou k méně než 1 % těhotenství).[1] • Přípravek Kesimpta je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabujícími formami roztroušené sklerózy (RRS) s aktivním onemocněním definovaným klinicky nebo zobrazovacími metodami.[1] • RMS = relaps remitentní roztroušená skleróza • 1. Souhrn údajů o přípravku KESIMPTA®

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, myalgii, 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 známou 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 ostražití 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 protilátkami proti CD20 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 "2 měsíců" po posledním podání přípravku Kesimpta používat účinnou antikoncepci. "Údaje z přibližně 400 prospektivně hlášených těhotenství se známým výsledkem po expozici ofatumumabu v období před početím a/nebo během prvního trimestru těhotenství nenaznačují zvýšené riziko nežádoucích účinků s ohledem na výsledky těhotenství včetně závažných vrozených malformací a fetální či neonatální toxicity. Dostupné údaje však nejsou dostatečné k vyvození definitivních závěrů. Zkušenosti s podáváním ofatumumabu během druhého a třetího trimestru těhotenství 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. "K dispozici jsou omezené údaje o použití ofatumumabu u žen v období kojení. Nejsou k dispozici žádné údaje o účincích ofatumumabu na produkci mateřského mléka. Publikované údaje naznačují, že protilátky v lidském mateřském mléce nepřecházejí do krevního oběhu novorozenců a kojenců ve významném množství". **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, "zvýšené hodnoty jaterních enzymů". **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:** 09.07.2026. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building, Elm Park, Merrion 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

Novartis s. r. o., Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4, tel.: +420 225 775 111, www.novartis.cz, info.cz@novartis.com CZ/FA-11773338/08/2026

NOVARTIS

itvisma®
(onasemnogen abeparvovek)



JEDNORÁZOVÁ GENOVÁ TERAPIE

PRO PACIENTY S SMA OD 2 LET VĚKU[1]

ANIČKA, 6

ITVISMA® je intratekální terapie, která cílí na **základní genetickou příčinu SMA** dodáním funkční kopie genu *SMN1*.[1]

▼ 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 Souhrn údajů o přípravku, bod 4.8.

Zkrácená informace o léčivém přípravku • Itvisma 1,2 × 10^{14} genomů vektoru injekční roztok • Složení: Jedna jednodávková injekční lahvička obsahuje 1,2 × 10^{14} genomů vektoru (vg) onasemnogenu abeparvoveku ve 3 ml roztoku. Onasemnogen abeparvovek intratekální injekce má nominální koncentraci 4 × 1013 vg/ml a jedna injekční lahvička obsahuje extrahovatelný objem nejméně 3 ml. **Indikace:** Itvisma je indikována k léčbě 5q spinální svalové atrofie (SMA) s bialelickou mutací genu SMN1 u pacientů ve věku od 2 let. **Dávkování:** Přípravek Itvisma se podává jako jednorázová dávka 1,2 × 10^{14} vg. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění/opatření:** Vzhledem k riziku závažné imunitní odpovědi se doporučuje, aby pacient byl klinicky stabilní v celkovém zdravotním stavu. V klinických studiích s přípravkem Itvisma museli mít pacienti výchozí sérové titry protilátek proti AAV9 ≤1:50. Hepatotoxicita se vyskytla při intratekální injekci onasemnogenu abeparvoveku. Pro eliminaci možného zvýšení hladiny aminotransferáz mají být všem pacientům před a po intratekální injekci podány systémové kortikosteroidy. Před injekcí onasemnogenu abeparvoveku je třeba jaterní funkci pacienta posoudit klinickým vyšetřením a laboratorními testy. Jaterní funkce je třeba sledovat nejméně 3 měsíce po intratekálním podání. Může se vyskytnout trombotická mikroangiopatie (TMA). TMA se vyznačuje trombocytopenií, mikroangiopatickou hemolytickou anemií a akutním poškozením ledvin. Trombocytopenie je klíčovým projevem TMA, proto je třeba pravidelně sledovat počty trombocytů po injekci onasemnogenu abeparvoveku, stejně jako známky a příznaky TMA, jako je hypertenze, snadná tvorba modřin, epileptické záchvaty (křeče) nebo snížený výdej moči. Pacienti a pečovatelé mají být informováni o známkách a příznacích TMA a mají být poučeni, aby vyhledali neodkladnou lékařskou péči, pokud se takové příznaky objeví. Podání onasemnogenu abeparvoveku může vést k senzorickým příznakům (např. necitlivost, brnění, mravenčení nebo bolest v pažích, rukou, nohou a/nebo chodidlech), které se v klinických studiích projevily přibližně tři týdny po injekci. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí. Pokud je to možné, harmonogram vakcinace je třeba upravit tak, aby umožnil podávání kortikosteroidů před injekcí onasemnogenu abeparvoveku a po ní. **Těhotenství a kojení:** Údaje o podávání onasemnogenu abeparvoveku těhotným ženám nejsou k dispozici. Nejsou k dispozici žádné informace o přítomnosti onasemnogenu abeparvoveku v lidském mateřském mléce, o účincích na kojené dítě ani o účincích na tvorbu mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: Infekce horních cest dýchacích, bolest hlavy, zvracení, pyrexie. Časté: Trombocytopenie, závrať, periferní senzorická neuropatie, hypestezie, parestezie, zvýšení hladiny jaterních enzymů. *Další nežádoucí účinky – viz úplná informace o přípravku.* **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte a převážejte zmrazené (≤ -60 °C). Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C) okamžitě po přijetí. Uchovávejte v původní krabičce. Po rozmrazení se nesmí přípravek znovu zmrazovat. Může se uchovávat v chladničce při teplotě 2 °C až 8 °C v původní krabičce po dobu 14 dnů. Před uložením přípravku do chladničky se musí na původní krabičce vyznačit datum příjmu. Jakmile je dávka natažena do injekční stříkačky, může být uchovávána při teplotě 2 °C až 8 °C až 24 hodin, včetně maximálního 5hodinového limitu mimo chlazení během 24 hodin. Zlikvidujte injekční stříkačku obsahující vektor, pokud nebude aplikován během tohoto časového intervalu. **Zvláštní opatření pro likvidaci přípravku a pro zacházení s ním:** Tento léčivý přípravek obsahuje geneticky modifikované organismy. Je třeba dodržovat příslušná opatření pro zacházení, likvidaci nebo náhodnou expozici. Podrobně viz Souhrn údajů o přípravku bod 6.6. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Přípravek Itvisma se dodává v jednodávkové čiré injekční lahvičce (5 ml cyklický olefinový polymer) se zátkou (20 mm chlorbutylová pryž) a odtrhovacím hliníkovým uzávěrem s barevným plastovým víčkem. Jedna injekční lahvička má objem plnění 3 ml. Jedna krabička obsahuje 1 injekční lahvičku. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building, Elm Park, Merrion Road, Dublin 4, Irsko. **Registrační číslo:** EU/1/26/2038/001. **Datum registrace/prodloužení registrace:** 30.6.2026. **Datum poslední revize textu SPC:** 30.6.2026. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku.
Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Reference: 1. SPC Itvisma® (datum poslední revize 30.6.2026).

Novartis s. r. o., Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4
Tel.: +420 225 775 111, www.novartis.cz , info.cz@novartis.com

CZ/FA-11784287/09/2026

NOVARTIS

Vážené kolegyně, vážení kolegové, milé sestry, milí přátelé,
srdečně Vás vítám na 39. českém a slovenském neurologickém sjezdu, který se koná ve dnech 25.–27. listopadu 2026 v pražském O_2 universu.

Letošní setkání se nese v duchu významného výročí: právě před sto lety vznikla v Praze první samostatná česká neurologická klinika, dnešní Neurologická klinika 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice. Její založení profesorem Ladislavem Haškovcem představovalo zásadní milník v rozvoji neurologie v českých zemích i na Slovensku. Toto výročí připomíná také historická výstava „Neurologie v českých zemích", kterou otevíráme již první den sjezdu. Vedle historických panelů nabídne dobové nástroje a přístroje, dokumenty, knihy i filmové záběry. S úctou si tak připomeneme generace našich předchůdců, na jejichž práci navazujeme.

Připravili jsme pro Vás bohatý program s více než čtyřmi sty přednášek a posterů. Jeho klinická část zahrnuje 25 tematických bloků, tři bloky věnované kontroverzím, šest workshopů a 17 výukových kurzů. V souladu s historickým zaměřením sjezdu nás čekají tři slavnostní přednášky věnované historii neurologie a neuropsychiatrie v českých zemích a na Slovensku. Také odborné sekce ve svých programech připomenou historický vývoj jednotlivých oblastí neurologie. V různých formátech tak budeme mít příležitost seznámit se s původními výsledky, sdílet klinické zkušenosti a diskutovat o nových diagnostických a léčebných možnostech.

Důležitou součástí programu je také sesterská sekce se čtyřmi tematickými bloky a praktickými workshopy. Její zastoupení na sjezdu podtrhuje význam spolupráce celého týmu, na jehož odbornosti a každodenním nasazení stojí kvalitní neurologická péče.

Novinkou letošního ročníku je samostatné neurovědní sympozium Neur-IN, které propojuje náš sjezd s Národním ústavem pro neurologický výzkum, sdružujícím 17 výzkumných pracovišť. Nabízí příležitost k bližšímu setkání klinických neurologů a neurovědců. Právě vzájemná inspirace klinické praxe a neurovědního výzkumu je jedním z předpokladů dalšího pokroku našeho oboru.

K našemu setkání patří také chvíle strávené společně mimo přednáškové sály. Srdečně Vás proto zvu na společenský večer ve čtvrtek 26. listopadu od 19.30 hodin do Národního domu na Vinohradech. V duchu letošního výročí se přeneseme do atmosféry dvacátých let minulého století. Čeká nás hudba, tanec i příležitost k přátelským rozhovorům. Budu rád, přispějete-li k atmosféře večera také oděvem inspirovaným dobou první republiky.

Děkuji všem, kteří se podíleli na přípravě sjezdu, přednášejícím, autorům posterů, našim partnerům, a především Vám všem, kteří jste do Prahy přijeli.

Přeji Vám inspirativní odborná setkání,
podnětné diskuse a příjemné společné chvíle.
Vítejte v Praze!

prof. MUDr. Robert Jech, Ph.D.
prezident 39. českého a slovenského neurologického sjezdu





100 LET 1926–2026
NEUROLOGICKÉ KLINIKY 1. LF UK A VFN

Historická výstava

KDY?
Středa
25. 11. 2026
18.15 hod.

Kde?
Ve **foyer sálu C**
3. patro
O2 universa

Srdečně vás zveme na slavnostní otevření historické výstavy Neurologie v českých zemích.

Výstava mapuje historii české neurologie ve 20. století. Vedle historických panelů nabízí ukázky dobových nástrojů a přístrojů, dokumenty, knihy a filmové záběry.

Na setkání se těší
Robert Jech, Evžen Růžička a Petra Havránková

Výstavu je možné navštívit po celou dobu sjezdu.



Vyšetřovna Kliniky pro choroby nervové Univerzity Karlovy v klášteře na Karlově v r. 1926



OBSAH

Slovo úvodem 4

Vyzvané slavnostní přednášky 8

Základní informace 9

Organizační informace 11

Informace k aktivní účasti 16

Orientační plán O_2 universa 17

Programové schema sjezdu 18

Doprovodná jednání 24

Program sjezdu

- Středa 25
- Čtvrtek 32
- Pátek 42

Přehled satelitních sympozií partnerů 52

Posterová sekce 56

Program Konference NEURIN 68

Program sesterské sekce 72

Poděkování partnerům 76

VYZVANÉ SLAVNOSTNÍ PŘEDNÁŠKY



Historie neurologie v českých zemích

Růžička E.

Před sto lety se neurologie v českých zemích emancipovala jako samostatný klinický obor. Přednáška připomene její různé kořeny: vnitřní lékařství Josefa Thomayera a jeho žáků, neuropsychiatrickou školu Arnolda Picka i samostatnou cestu Ladislava Haškovce. Příběh jubilující nejstarší české neurologické kliniky ukazuje, jak se z těchto proudů formovala moderní neurologie a jak pražská škola ovlivnila další rozvoj oboru v Československu. Zmíněny budou známé i méně známé osobnosti, jejich osobní a odborné vazby i složité, někdy tragické osudy poznamenané politickými a historickými zvraty.



História neurológie na Slovensku

Gdovinová Z.

História neurológie na Slovensku je úzko spätá s históriou psychiatrie a s vývojom neurológie v českých zemiach, respektíve v Československu. Prednáška pripomenie jej začiatky na spoločných neuropsychiatrických pracoviskách, najmä vznik Neuropsychiatrickej kliniky Univerzity Komenského v Bratislave v roku 1919 pod vedením profesora Zdeňka Myslivečka, a následný vznik samostatných neurologických pracovísk v Košiciach, Bratislave a Martine. Pozornosť bude venovaná významným osobnostiam slovenskej neurológie, ich prínosu k výučbe, klinickej praxi a výskumu i medzinárodnému ohlasu ich práce. Vývoj odboru zároveň ukáže význam úzkych odborných a osobných väzieb medzi českými a slovenskými neurológmi.



Historie neuropsychiatrie: cesta tam a zase zpátky

Horáček J.

Neuropsychiatrie představuje vědecký a klinický přístup, který překonává historicky podmíněnou hranici mezi neurologií a psychiatrií. Přednáška připomene kořeny tohoto rozdělení v 19. století a přiblíží tradici neuropsychiatrického myšlení od Thomase Willise přes Griesingera, Meynerta a Wernickeho až k současným poznatkům o dysfunkci neuronálních sítí. Pozornost bude věnována prolínání neurologických a psychiatrických projevů i vlivu psychosociální zkušenosti na strukturu a funkci mozku prostřednictvím neuroplasticity. Ukáže tak, jak propojení neurologie, psychiatrie a psychoterapie otevírá cestu k účinnější péči o pacienty s onemocněními mozku.

ZÁKLADNÍ INFORMACE



Místo konání

- **O_2 universum**
  Adresa: Českomoravská 2345/17, Praha 9
  Web: www.o2universum.cz
  GPS: 50°6'12.487"N, 14°29'35.704"E

Pořadatel

- Česká neurologická společnost, z. s.

Záštitu nad akcí převzal

- ministr zdravotnictví Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA

Organizační sekretariát

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

Organizační zajištění

- Markéta Slezáková, +420 721 135 146, slezakova@solen.cz

Zajištění výstavních ploch, firemní sympozia

- Ing. Lenka Mihulková, +420 734 567 854, mihulkova@solen.cz

Programové zajištění, aktivní účast

- Mgr. Zdeňka Bartáková, +420 777 557 416, bartakova@solen.cz

Registrace, ubytování, fakturace

- Ing. Zuzana Tesařová, +420 777 557 417, tesarova@solen.cz

Manažerka partnerské podpory Sekretariát České neurologické společnosti

- Eva Tlamsová, +420 725 037 325, tlamsova@asociacni.cz

Webové stránky sjezdu
www.csns2026.cz

Stáhněte si mobilní aplikaci ČNS ➜
a získáte kompletní program akce
včetně abstraktů také do vašich telefonů!

Garance odborného programu

- Česká neurologická společnost ČLS JEP
- Slovenská neurologická spoločnosť SLS

Prezident sjezdu

- prof. MUDr. Robert Jech, Ph.D.

Předseda vědeckého výboru

- prof. MUDr. Petr Marusič, Ph.D.

Koordinátorka odborného programu

- doc. MUDr. Jana Preiningerová Lízrová, Ph.D.

Vědecký a programový výbor

- doc. MUDr. Pavel Adam, CSc.
- prof. MUDr. Blanka Adamová, Ph.D.
- MUDr. Elena Bajačeková
- prof. MUDr. Michal Bar, Ph.D., FESO
- MUDr. Jan Bartoník
- prof. MUDr. Ján Benetin, PhD.
- prof. MUDr. Milan Brázdil, Ph.D., FRCP
- MUDr. František Cibulčík, PhD.
- prof. MUDr. Zuzana Gdovinová, CSc., FESO, FEAN
- prof. MUDr. Roman Herzig, Ph.D., FESO, FEAN
- prim. MUDr. Pavel Houška
- prof. MUDr. Robert Jech, Ph.D.
- prim. MUDr. Martin Jíra
- MUDr. František Jurčaga, MPH
- prof. MUDr. Petr Kaňovský, CSc., FEAN
- doc. MUDr. Miriam Kolníková, PhD.
- prim. MUDr. Martin Koutný
- MUDr. Michal Kováčik, MPH
- prim. MUDr. Martin Kovář
- MUDr. Martina Kudláčová
- prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, DrSc., FCMA
- prof. MUDr. Egon Kurča, PhD., FESO
- MUDr. Iveta Lisá, PhD.
- MUDr. Martina Martiníková
- prof. MUDr. Petr Marusič, Ph.D.
- prim. MUDr. Jiří Neumann, FESO
- MUDr. Jiří Polívka, CSc.
- prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc.
- prof. MUDr. Jarmila Szilasiová, PhD.
- MUDr. Ondřej Škoda, Ph.D.
- prof. MUDr. Matej Škorvánek, PhD.
- prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc., FCMA
- doc. MUDr. Aleš Tomek, Ph.D., FESO
- prof. MUDr. Martin Vališ, Ph.D., FEAN
- prof. MUDr. Peter Valkovič, PhD.

ORGANIZAČNÍ INFORMACE



Místo konání

- **O_2 universum**
  Adresa: Českomoravská 2345/17, Praha 9
  Web: www.o2universum.cz
  GPS: 50°6'12.487"N, 14°29'35.704"E

Registrace

Registrace bude umístěna ve foyer O_2 universa, u vstupu z ulice Českomoravská.
(dle orientačního značení areálu O_2 universa jde o 2. patro).

Pro vstup do O_2 universa využijte, prosím, vchody č. 16–20.

- středa 25. 11. 2026 7.30–18.00
- čtvrtek 26. 11. 2026 7.00–16.00
- pátek 27. 11. 2026 7.30–13.00

Při příchodu do areálu O_2 universa se, prosím, zaregistrujte.

Na registraci od nás obdržíte sjezdové materiály a visačku, případně předem objednané stravenky či vstupenky.

Visačku, prosím, noste po celou dobu konání sjezdu na viditelném místě.

Upozorňujeme, že bez visačky nebude vstup na sjezd umožněn.

Vstup do jednotlivých prostor bude kontrolován.

Akreditace

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16 a v rámci postgraduálního vzdělávání je ohodnocena 18 kredity pro lékaře.

Akci bylo uděleno souhlasné stanovisko České asociace sester.

Akce byla označena společností ETHICAL MEDTECH jako „COMPLIANT".

Certifikáty

Certifikáty budou rozesílány elektronicky na e-mail uvedený při registraci do 10 dnů po akci. Obdržení certifikátu je podmíněno prezenční účastí na sjezdu.

Získané kredity připíšeme do systému ČLK.

Catering

Pro účastníky je zajištěno občerstvení v podobě coffee breaku ve vybraných přestávkách a celodenní pitný režim. Coffee break se nachází v přízemí v prostorách doprovodné expozice firem.

Obědy

Účastníci, kteří si předem zakoupili obědy, obdrží stravenky při registraci.

Pokud jste si oběd nezakoupili (není již možné jej zakoupit při registraci) nebo vám nevyhovuje nabízené menu, doporučujeme navštívit některou z blízkých restaurací:

- **Jerusalem Prague** →
  Adresa: Kurta Konráda 12, 190 00 Praha 9
  Vzdálenost od místa konání pěšky: 7 minut (490 m)
  Popis: Středomořská a blízkovýchodní kuchyně.
  Restaurace se nachází v Hotelu Carol.

- **Backstage Restaurant** →
  Adresa: Českomoravská 19a, Praha 9
  Vzdálenost od místa konání pěšky: 4 minuty (260 m)
  Popis: Moderní restaurace v Stages Hotel Prague.
  Doporučujeme rezervaci předem
  (on-line přes web, nebo telefonicky 221 000 151).
  Oběd je od 11.30 do 14.00, večeře od 17.00 do 22.00
  a bar je otevřený od 11.00 do 23.00.

- **Galerie Harfa** →
  Gastro | Galerie Harfa – Nákupní centrum Praha
  Adresa: Českomoravská 2420/15a, Praha 9
  Vzdálenost od místa konání pěšky: 4 minuty (260 m)
  Popis: Nedaleko O_2 universa se nachází obchodní centrum Galerie Harfa,
  které nabízí široký výběr možností občerstvení a restaurací. Doporučit lze například
  El Marina (blízkovýchodní kuchyně), Curry House Express (indická kuchyně), Regal Burger
  (burgery), Dhaba Beas (vegetariánská a veganská jídla), Aroma Harfa (italská kuchyně).
  Seznam restaurací najdete na oficiálních stránkách Galerie Harfa.

- **Restaurace Harfa** →
  Adresa: U Harfy 229/14, Praha 9, Vysočany
  Vzdálenost od místa konání pěšky: 12 minut (815 m)
  Popis: Klasická česká jídla.

Ubytování *(zajišťované organizačním sekretariátem)*

Ubytování je zajištěno na základě předchozí rezervace provedené při registraci, a to v Stages Hotel Prague nebo dalších partnerských hotelech.

V případě dotazů k rezervaci ubytování kontaktujte Ing. Zuzanu Tesařovou telefonicky na mob.: +420 777 557 417, nebo osobně při registraci na místě.

Seznam a mapku hotelů najdete na webových stránkách sjezdu →
v záložce Ke stažení.

MHD

- Nejbližší **stanice metra** – „Českomoravská" (linka B).
- Nejbližší **tramvajová zastávka** – „Arena Libeň jih" (tramvaj č. 8 nebo 16).
- K O_2 universu se dostanete **autobusy**
  č. 151, 152 a 375 do autobusové zastávky Českomoravská
  nebo č. 136, 177, 183 a 195 do autobusové zastávky Nádraží Libeň.

Aktuální spojení a jízdní řády najdete
na webu **Dopravního podniku hl. m. Prahy** →
nebo v aplikaci PID Lítačka.

Více informací o dostupnosti O_2 universa najdete na →
https://www.o2universum.cz/pro-navstevniky-2/parkovani-a-doprava/

Jak koupit jízdenku?

Mobilní aplikace PID Lítačka – nejpohodlnější varianta:

- Stáhnete si aplikaci a vyberete jízdenku.
- Zaplatíte kartou, Apple Pay nebo Google Pay.
- Jízdenku aktivujete v aplikaci a před nástupem vyčkáte alespoň 1 minutu, než začne platit.

Bezkontaktní karta přímo v tramvaji nebo autobusu:

- V tramvaji najdete terminál uprostřed vozu, v autobusu zpravidla u druhých dveří.
- Vyberete jízdenku a zaplatíte kartou nebo podporovaným bezkontaktním zařízením.
- Vytištěnou jízdenku si uschováte; není potřeba ji označovat.
- **POZOR:** v metru se kartou neplatí přímo u vstupu, jízdenku koupíte
  v automatu ve stanici nebo v samoobslužném terminálu.
  Více informací najdete na Jak pořídit jízdenku | Pražská integrovaná doprava. →

Taxi a alternativní přeprava

V Praze lze využít klasické taxislužby i mobilní aplikace:

- **Liftago** – taxi lze objednat prostřednictvím aplikace nebo telefonicky; cenu znáte předem a můžete si vybrat řidiče podle ceny, hodnocení nebo typu vozu. Liftago nabízí také telefonickou objednávku 24/7 na čísle +420 266 266 000.
- **Bolt** – v Praze je možné využít také službu Bolt prostřednictvím mobilní aplikace.
- **Uber** – rovněž lze v Praze objednat vůz prostřednictvím aplikace Uber.
- **AAA Radiotaxi** – pražský taxi dispečink a zprostředkovatel taxislužby. Objednávkový dispečink funguje pod tradičním krátkým číslem 14 014 i číslem 222 333 222.

Parkování



Místo konání:

1 O_2 universum (25.–27. 11. 2026),
Českomoravská 2345/17, 190 00 Praha-Libeň,
GPS: 50.1036911N, 14.4933339E

Parkování:

2 Parkovací dům O_2 arena
GPS: 50.1033236N, 14.4975808E

Mapa →

Seznamte se → s podmínkami a cenami parkování

3 Kryté parkoviště Galerie Harfa
GPS: 50.1044136N, 14.4910475E

Mapa →

Seznamte se → s podmínkami a cenami parkování

Doprovodný program

Společenský večer ve stylu první republiky s rautem a hudebními vystoupeními.

Kdy: 26. 11. 2026, od 19.30 hod.

Kde: Národní dům na Vinohradech (Náměstí Míru 9, 120 53 Praha 2)
Nejbližší stanice metra „Náměstí Míru" (linka A)



Těšit se můžete na:

- **Slavnostní raut** v režii Zátiší Catering
- Hudební vystoupení **Swing Melody**
- Smyčcové **Duo Yellow**
- **DJ** Jiřího Březinu





Přispějte k vytvoření autentické a **okouzlující atmosféry** celého večera **svým oděvem v duchu první republiky.** Pánům doporučujeme frak či smoking, dámám elegantní šaty inspirované první republikou. Váš prvorepublikový outfit bude odměněn.

Doprava není zajišťována.
Účastníci si dopravu na místo společenského večera zajišťují individuálně.

Doprovodný program není v ceně registračního poplatku, účastníci si jej hradí dobrovolně sami. Nebyla-li vstupenka objednána a zaplacena dopředu, nemůžeme garantovat možnost jejího zakoupení na místě.

Doprovodný program není financován z prostředků farmaceutických společností, které jsou partnery akce.

INFORMACE K AKTIVNÍ ÚČASTI

Prezentace ke všem sdělením odborného programu, prosím, odevzdávejte ve Slide Roomu, který se nachází v salonku D1 (3. patro).

Přednášky lze předávat technikům **nejpozději 60 minut před zahájením programového bloku**, ve kterém bude dané sdělení prezentováno. V případě pozdějšího předání prezentace nelze garantovat její bezproblémový průběh.

Postery

Postery budou umístěny ve foyer sálů C (3. patro) po celou dobu konání sjezdu.

Instalace posterů je možná ve středu 25. 11. od 8.00 do 16.00, pomůcky k zavěšení budou k dispozici. Postery zůstanou vystaveny do pátku 27. 11. do konce odborného programu.

V rámci sjezdu budou vybrané postery ústně prezentovány (ve středu od 18.45 a v pátek od 12.45 v době oběda).

Postery vybrané ke komentáři budou řazeny vedle sebe a jsou v programu označeny.

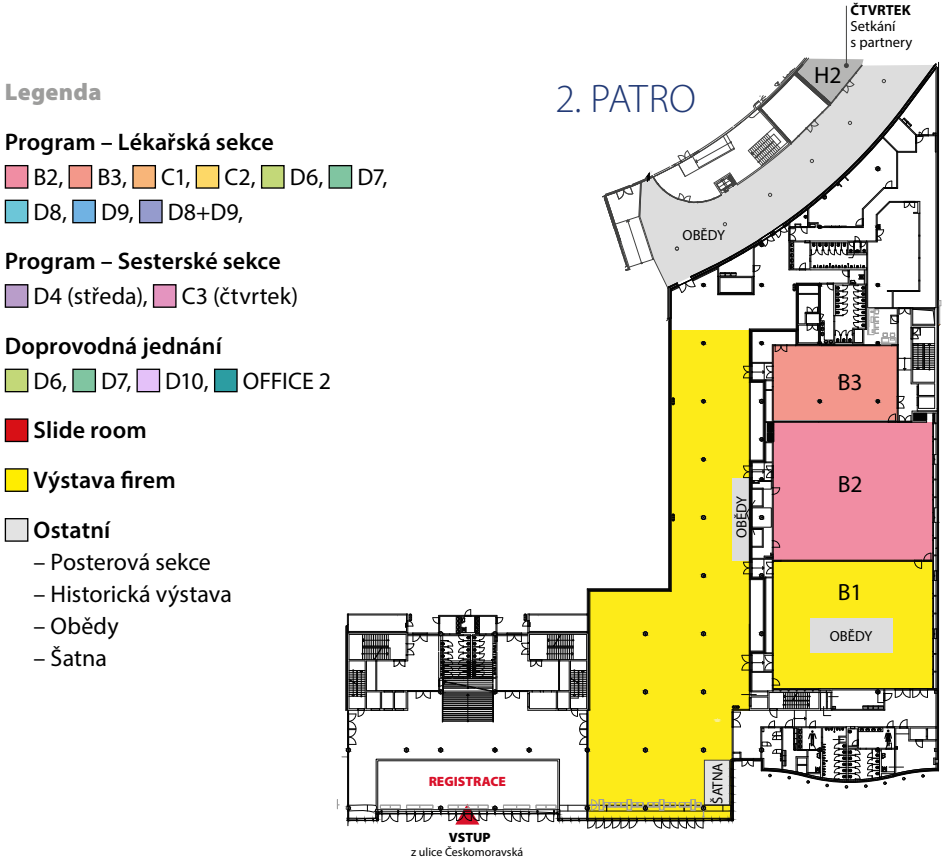
Časová dotace na prezentaci jednoho posteru je přibližně 5 minut (2,5 min pro autora, 2,5 min diskuse).

Autoři budou používat mikrofon a posluchači sluchátka.

Vyhlášení vítězů nejlepších posterových sdělení v dané sekci a předání cen proběhne ihned po skončení komentovaných posterů.

ORIENTAČNÍ PLÁN O_2 UNIVERSA





Legenda

Program – Lékařská sekce
B2, B3, C1, C2, D6, D7, D8, D9, D8+D9,

Program – Sesterské sekce
D4 (středa), C3 (čtvrtek)

Doprovodná jednání
D6, D7, D10, OFFICE 2

Slide room

Výstava firem

Ostatní
– Posterová sekce
– Historická výstava
– Obědy
– Šatna

39. český a slovenský neurologický sjezd

25.–27. 11. 2026 | Praha

ČESKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLEČNOST

SLOVENSKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ



PROGRAMOVÉ SCHÉMA STŘEDA 25. 11.

Označení sálů	7.15	8.00	9.00	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00	15.00	16.00	17.00	18.00	19.00	20.00
B2								Odborný blok Cerebrovaskulární sekce I		Slavnostní zahájení a předání cen	Vyzvané slavnostní přednášky	Otevření výstavy a komentovaná posterová sekce I.		
B3			Výukový kurz – Neurální autoprotilátky v neurologické praxi: klinické indikace a interpretace nálezů	Přestávka s občerstvením	Výukový kurz – Spánkové poruchy ve videokazuistikách	Obědová přestávka (oběděy budou k dispozici od 11.30 do 13.00)	WORKSHOP – Od výzkumu k pacientovi: jak inovace mění neurologii v České republice	UCB s. r. o.	AstraZeneca Czech Republic s. r. o.				Uvítací večer s občerstvením (18.30–20.30)	
C2			Výukový kurz – Diagnostika a diferenciální diagnostika demencí		Výukový kurz – Management léčby Parkinsonovy nemoci pro praktické neurology		WORKSHOP – Co přináší paliativní medicína neurologovi?	Odborný blok Funkční neurologické poruchy v běžné neurologické praxi	Přestávka s občerstvením					
D8 / D8+9			Výukový kurz – Úskalí diagnostiky a léčby benigního paroxysmálního polohového vertiga		Výukový kurz – Neuroonkologie up to date		WORKSHOP – Hypokretinové/orexinové receptory vstupují do neurologické praxe	Přestávka	Odborný blok Bolesti hlavy I	Organon Czech Republic s. r. o.				
D9 / D8+9			Výukový kurz – Základy epileptologie v kazuistikách – interaktivní kurz		Výukový kurz – Diferenciální diagnostika roztroušené sklerózy v běžné klinické praxi		WORKSHOP – Genetické a environmentální rizikové faktory degenerativního parkinsonismu							
D1		SLIDE ROOM												
D4						Sesterské sympozium – workshop Dysfagie a GUSS test v praxi	Sesterské sympozium – workshop Dysfagie a GUSS test v praxi	Sesterské sympozium – workshop Problematika únavy u neurologických pacientů – komplexní rehabilitační pohled						
D10				Zasedání členů Výboru ČNS			Jednání členů redakční rady ČSNN							

Přehled doprovodných jednání naleznete na str. 24

ZMĚNA PROGRAMU VYHRAZENA.

Legenda k odbornému programu

- Odborný blok/kontroverze
- Výukový kurz
- Workshop
- Přestávka
- Firemní sympozia
- Ostatní
- Komentovaná posterová sekce
- Přípravna prezentací
- Společenský program
- Doprovodná jednání
- Sestry
- NEURIN (čtvrtek 26. 11.)

Více informací o sjezdu ZDE → www.csns2026.cz

39. český a slovenský neurologický sjezd

25.–27. 11. 2026 | Praha

ČESKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLEČNOST

SLOVENSKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ



PROGRAMOVÉ SCHÉMA ČTVRTEK 26. 11.

Označení sálů	7.15	8.00	9.00	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00	15.00	16.00	17.00	18.00	19.00	20.00
B2			Odborný blok Epileptické záchvaty a epilepsie	EGIS Praha spol. s r. o.	Odborný blok Cerebrovaskulární sekce II			Odborný blok Neurochirurgie		Odborný blok Neurointenzivní péče				
B3		Výukový kurz – Vaskulární sonografie pro nesonografisty: co vidíme a co tím myslíme	Merck spol. s r. o.	ROCHE s. r. o.	Biogen (Czech Republic) s. r. o.		Novartis s. r. o.	AbbVie s. r. o.	Bristol-Myers Squibb spol. s r. o. / Eisai GesmbH-o. s.	Neuraxpharm Bohemia s. r. o.	ELI LILLY ČR, s. r. o.			
C1		Výukový kurz – Kognitivní porucha a sluchová ztráta: mezioborová spolupráce	Odborný blok Extrapyramidová onemocnění I		Odborný blok Bolesti hlavy II			EPI klub		EXPY klub				
C2		Výukový kurz – Cluster headache – známá neznámá diagnóza	WORKSHOP – Neurorevmatologie: diferenciální diagnostika vybraných revmatických onemocnění v praxi neurologa		WORKSHOP – Neuropsychiatrická problematika u vybraných onemocnění			Odborný blok Kognitivní neurologie I		Odborný blok Neurofarmakologie				
D6		Výukový kurz – Abnormální pohyby v klinické praxi: jak odlišit organickou a funkční etiologii		Přestávka s občerstvením		Obědová přestávka			Přestávka s občerstvením				Společenský večer Národní dům na Vinohradech (19.30–01.00)	
D7		Výukový kurz – Iniciální diagnostika mozečkových syndromů pro praktické neurology												
D8+D9			Odborný blok Spánek		Odborný blok Neuroimunologie I: klinická neuroimunologie			Odborný blok Neuromuskulární onemocnění I	Medison Pharma s. r. o.	Odborný blok Neuromuskulární onemocnění II				
D1			SLIDE ROOM											
C3			Slavnostní zahájení / SESTERSKÉ SYMPOSIUM – Demence	Přestávka s občerstvením	SESTERSKÉ SYMPOSIUM – EXPY – Parkinsonova nemoc	Obědová přestávka		SESTERSKÉ SYMPOSIUM – Roztroušená skleróza	Přestávka s občerstvením	SESTERSKÉ SYMPOSIUM – CMP				
D4			NEURIN Symposium Opening Ceremony / NEURIN	Přestávka s občerstvením	NEURIN Selected Key Topics from Pillar I	Obědová přestávka		NEURIN Selected Key Topics from Pillar II	Přestávka s občerstvením	NEURIN Selected Key Topics from Pillar III				
	7.15	8.00	9.00	10.00	11.00	12.00	13.00	14.00	15.00	16.00	17.00	18.00	19.00	20.00

Přehled doprovodných jednání naleznete na str. 24

ZMĚNA PROGRAMU VYHRAZENA.

Program konference NEURIN ke stažení →

NEUR·IN·26

39. český a slovenský **neurologický sjezd**

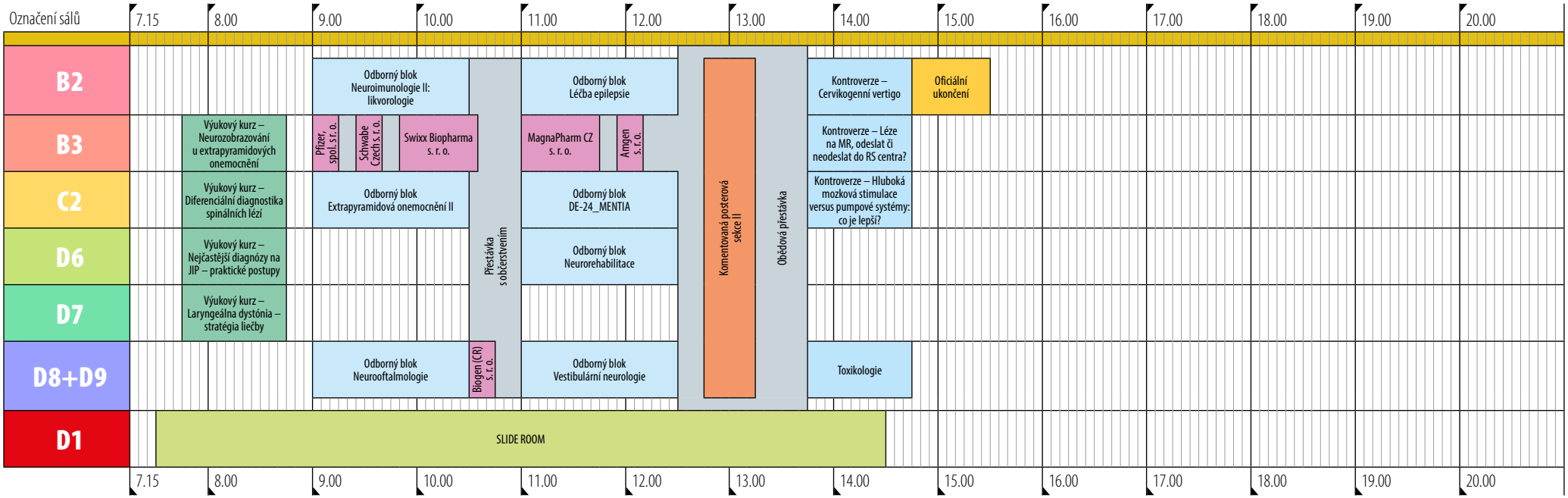
25.–27. 11. 2026 | Praha

ČESKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLEČNOST

SLOVENSKÁ NEUROLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ



PROGRAMOVÉ SCHÉMA PÁTEK **27. 11.**



Přehled doprovodných jednání naleznete na str. 24

ZMĚNA PROGRAMU VYHRAZENA.

Legenda k odbornému programu

- Odborný blok/kontroverze
- Výukový kurz
- Přestávka
- Firemní sympozia
- Ostatní
- Komentovaná posterová sekce
- Přípravna prezentací
- Společenský program

Více informací o sjezdu ZDE ➜
www.**csns2026**.cz

DOPROVODNÁ JEDNÁNÍ

DOPROVODNÁ JEDNÁNÍ / STŘEDA / 25. 11. 2026		
OFFICE 2	Sesterský meeting	9.30–11.30
D10	Zasedání členů Výboru ČNS	10.00–12.20
D7	Schůze výboru Sekce klinické neuroimunologie a likvorologie ČNS ČLS JEP	12.30–14.30
OFFICE 2	Zkouška z funkční odbornosti EMG	12.30–15.30
D10	Jednání redakční rady ČSNN	13.00–15.00

DOPROVODNÁ JEDNÁNÍ / ČTVRTEK / 26. 11. 2026		
OFFICE 2	Zkouška z funkční odbornosti Evokované potenciály	8.00–8.45
OFFICE 2	Jednání členů výboru Sekce pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy ČNS ČLS JEP	9.00–10.30
D6	Jednání členů Spánkové sekce ČNS ČLS JEP	10.45–11.30
H2 Meeting Hub	Setkání s partnery	11.00–12.00
OFFICE 2	Jednání členů výboru Extrapyramidové sekce ČNS ČLS JEP	11.00–12.30
OFFICE 2	Jednání členů výboru Neurointenzivistické sekce ČNS ČLS JEP	13.00–14.30
OFFICE 2	Jednání členů výboru Sekce vestibulární neurologie ČNS ČLS JEP	15.30–16.30

DOPROVODNÁ JEDNÁNÍ / PÁTEK / 27. 11. 2026		
OFFICE 2	Jednání členů výboru Sekce funkčních neurologických poruch ČNS ČLS JEP	8.00–9.00
OFFICE 2	Jednání členů výboru Sekce kognitivní neurologie ČNS ČLS JEP	12.30–14.00

PROGRAM / STŘEDA / 25. 11. 2026

	8.30–10.00	
B3	**Výukový kurz – Neurální autoprotilátky v neurologické praxi: klinické indikace a interpretace nálezů** **Předsedající: Elišák M.** ▪ **Neurální autoprotilátky: klasifikace, patofyziologie a diagnostický význam** – Elišák M. (15+5 min.) ▪ **Indikace vyšetření neurálních autoprotilátek v klinických situacích (v dospělé i dětské neurologii)** – Boček H., Libá Z. (25+5 min.) ▪ **Laboratorní metody detekce neurálních autoprotilátek, jejich limitace a interpretace** – Nytrová P. (15+5 min.) ▪ **Panel přednášejících – diskuse kazuistik demonstrujících diferenciální diagnostiku a odpovědi na otázky z publika** – Krýsl D., Elišák M., Libá Z., Boček H., Nytrová P. (20 min.)	8.30–10.00
C2	**Výukový kurz – Diagnostika a diferenciální diagnostika demencí** **Předsedající: Hort J.** ▪ **Neuropsychologie** – Nikolai T. (20 min.) ▪ **MRI** – Rektorová I. (20 min.) ▪ **PET a další metody nukleární medicíny** – Cerman J. (20 min.) ▪ **Krevní a likvorové biomarkery** – Vyhnálek M. (20 min.)	8.30–10.00
D8	**Výukový kurz – Úskalí diagnostiky a léčby benigního paroxysmálního polohového vertiga** **Předsedající: Čakrt O.** ▪ **Tři zákony umožňující pochopení patofyziologických mechanismů BPPV** – Čakrt O. (15 min.) ▪ **Aktuální diagnostická kritéria BPPV, úskalí diferenciální diagnostiky polohové závratí (centrální polohové vertigo)** – Martinkovič L. (15 min.) ▪ **Kdy indikovat a jak probíhá následná rehabilitace reziduální instability u pacientů s BPPV** – Kučerová K. (10 min.) ▪ **Demonstrace praktického provedení vyšetření, jednotlivých repozičních manévrů a rehabilitace. Tři kazuistiky demonstrující úskalí diagnostiky a léčby BPPV, odpovědi na otázky publika** – Čakrt O., Martinkovič L., Kučerová K., Jeřábek J. (50 min.)	8.30–10.00
D9	**Výukový kurz – Základy epileptologie v kazuistikách – interaktivní kurz** **Předsedající: Marusič P.** ▪ **Kazuistika 1** – Doležalová I. (30 min.) ▪ **Kazuistika 2** – Kalina A. (30 min.) ▪ **Kazuistika 3** – Amlerová J. (30 min.)	8.30–10.00
	Přestávka – coffee break	10.00–10.30

	10.30–12.00
B3	**Výukový kurz – Spánkové poruchy ve videokazuistikách** **10.30–12.00** **Předsedající: Dostálová S.** ▪ **Centrální hypersomnie: narkolepsie** – Šonka K. (15 min.) ▪ **NREM parasomnie a epilepsie vázaná na spánek** – Příhodová I. (15 min.) ▪ **Porucha chování v REM spánku: souvislost s neurodegenerací a strukturální lézí mozku** – Nepožitek J. (15 min.) ▪ **Porucha dýchání u pacientů s nervosvalovými onemocněními** – Dostálová S. (15 min.) ▪ **Syndrom neklidných nohou a periodické pohyby končetinami – diskuse ke kazuistikám demonstrujícím diagnostiku a diferenciální diagnostiku poruch spánku a odpovědi na dotazy z publika** – Maurovich Horvat E. (15 min.) ▪ **Diskuse** (15 min.)
C2	**Výukový kurz – Management léčby Parkinsonovy nemoci pro praktické neurology** **10.30–12.00** **Předsedající: Nevrlý M.** ▪ **Parkinsonova nemoc – etiopatogeneze, klinický obraz, diagnostika** – Nevrlý M. (20 min.) ▪ **Diferenciální diagnostika parkinsonských syndromů** – Menšíková K. (20 min.) ▪ **Management terapie časné fáze Parkinsonovy nemoci** – Baláž M. (20 min.) ▪ **Management pacienta při rozvoji známek pokročilého stadia Parkinsonovy nemoci** – Havránková P. (15 min.) ▪ **Společná diskuse** – Kaňovský P., Nevrlý M., Menšíková K., Baláž M., Havránková P. (15 min.)
D8	**Výukový kurz – Neuroonkologie up to date** **10.30–12.00** **Předsedající: Polívka J.** ▪ **Úloha neurologie v neuroonkologii** – Polívka J. (10 min.) ▪ **Aktuální možnosti a perspektivy molekulárně-genetické diagnostiky primárních a sekundárních tumorů CNS** – Polívka J. ml. (20 min.) ▪ **Zobrazovací možnosti v éře AI** – Šuto L. (20 min.) ▪ **Kdy neurochirurgická, kdy biologická léčba grade II gliomů? A kdy radioterapie?** – Netuka D. (20 min.) ▪ **Onkologická léčba, multioborová spolupráce** – Paulíková S. (20 min.)

	10.30–12.00
D9	**Výukový kurz – Diferenciální diagnostika roztroušené sklerózy v běžné klinické praxi** **10.30–12.00** **Předsedající: Uher T.** ▪ **Úvod: Epidemiologie, patofyziologie a význam časné diagnostiky RS pro prognózu pacienta** – Kubala Havrdová E. (15 min.) ▪ **Principy diagnostiky RS, falešně negativní a falešně pozitivní dg. RS a její příčiny** – Uher T. (10 min.) ▪ **Nejčastější chyby při interpretaci ložiskových nálezů na magnetické rezonanci** – Vaněčková M. (20 min.) ▪ **Interpretace likvorového nálezu u suspektního pacienta, specificita a senzitivita OCB** – Uher T. (5 min.) ▪ **Typické klinické projevy RS a klinické „red flags" svědčící pro alternativní diagnózu** – Šťastná D. (10 min.) ▪ **Jak postupovat v klinicky nejasných situacích** – Šťastná D., Uher T. (15 min.) ▪ **Panelová diskuse, otázky z klinické praxe** – Kubala Havrdová E., Vaněčková M., Šťastná D., Uher T. (15 min.)
	Obědová přestávka **11.30–13.00**

	12.30–13.30
B3	**Workshop – Od výzkumu k pacientovi: jak inovace mění neurologii v České republice** 12.30–13.30 **Předsedající: Jech R., Brázdil M., Jiruška P.** ▪ **NeurIN – výzkum a inovace v diagnostice a léčbě neurologických onemocnění** – Brázdil M. (10+3 min.) ▪ **Současné výzvy v inovativní léčbě neurodegenerativních onemocnění** – Rektorová I. (10+3 min.) ▪ **Nové možnosti precizní léčby neurovývojových onemocnění** – Jiruška P. (10+3 min.) ▪ **Implementace inovativní léčby do klinické praxe – systémové, etické a praktické aspekty** – Haberlová J. (10+3 min.) ▪ **Diskuse** (8 min.)
C2	**Workshop – Co přináší paliativní medicína neurologovi?** 12.30–13.30 **Předsedající: Vlčková E.** ▪ **Proč neurolog potřebuje paliativní dovednosti: od cíle péče k přiměřenosti léčby** – Rusinová K. (15 min.) *Předtočené sdělení s následnou on-line diskusí za účasti autorky přednášky.* ▪ **Hodnotová anamnéza v neurologii: jak zjišťovat hodnoty a priority pacienta a využít je v rozhodování** – Dušek P. (10 min.) ▪ **Kognitivní porucha a rozhodovací kapacita: praktický přístup v situaci omezené schopnosti rozhodování** – Nováková Martínková J. (10 min.) ▪ **Neurologická JIP: rozhodování o život udržující léčbě v kontextu hodnot a cíle péče** – Bílková K. (10 min.) ▪ **Moderovaná diskuse nad klinickým případem** (10 min.)
D8	**Workshop – Hypokretinové/orexinové receptory vstupují do neurologické praxe** 12.30–13.30 **Předsedající: Šonka K.** ▪ **Hypokretiny/orexiny a jejich receptory** – Šonka K. (12 min.) ▪ **Agonisté orexinového receptoru 2 v léčbě narkolepsie typu 1 a 2 a idiopatické hypersomnie** – Šonka K. (12 min.) ▪ **Duální antagonisté orexinového receptoru v léčbě nespavosti** – Dostálová S. (12 min.) ▪ **Agonisté orexinového receptoru 2 při řešení dechového útlumu navozeného opiáty a antagonisté orexinových receptorů v prevenci deliria** – Feketeová E. (12 min.)

	12.30–13.30
D9	**WORKSHOP – Genetické a environmentální rizikové faktory degenerativního parkinsonismu** 12.30–13.30 **Předsedající: Kaňovský P.** ▪ **Parkinsonismus sporadický, familiární a endemický: definice v éře konceptů Neuronal α-Synuclein Disease Integrated Staging System (NSD-ISS) a Synucleinopathy-Neurodegeneration-Genetics (SynNeurGe)** – Kaňovský P. (10 min.) ▪ **Environmentální rizikové faktory degenerativního parkinsonismu** – Čupr P. (15 min.) ▪ **Genetické rizikové faktory degenerativního parkinsonismu** – Vodička R. (15 min.) ▪ **Endemické formy parkinsonismu jako model sporadických genetických a environmentálních onemocnění** – Menšíková K. (15 min.) ▪ **Diskuse** (5 min.)
	Přestávka 13.30–14.00

14.00–15.30

B2 Cerebrovaskulární sekce I — 14.00–15.30

Předsedající: Herzig R., Mikulík R.

- **Jak se šlaku uchrániti: Historie léčby cévní mozkové příhody** – Tomek A. (10 min.)
- **Novinky v intravenózní trombolytické terapii ischemické CMP** – Kovář M., Bar M., Reif M., Goldemund D. (15 min.)
- **Intravenózní trombolýza v léčbě akutního ischemického iktu po zrušení antikoagulačního účinku warfarinu u pacientů s INR > 1,7** – Neumann J., Černík D., Vondráčková S. (10 min.)
- **Účinnost a bezpečnost prodloužené nízkodávkové intravenózní trombolýzy u progresivní lakunární cévní mozkové příhody** – Černík D., Neumann J., Vondráčková S., Vachová M., Macko J., Cihlář D., Středlová V., Bilík J. (10 min.)
- **Účinnost trombolýzy v závislosti na čase před trombektomií: Registr kvality péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou (RES-Q)** – Mikulík R., Neto G., Sedani R., Thalerová S., Bornstein N. M., Gdovinová Z., Hill M. D., Kobayashi A., Lavados P. M., Martins S., Middleton S., Miglane E., Muñoz M., Nguyen T. H., Sohn S., Suwanwela N. C., Sylaja P. N., Tsivgoulis G. (10 min.)
- **Endovaskulární terapie zlepšuje výsledný klinický stav u akutní ischemické cévní mozkové příhody způsobené izolovanou okluzí M2: zkušenosti z praxe z registru RES-Q** – Herzig R., Szabó S., Neto G., Mikulík R., Ostrý S., Černík D., Eichlová Z., Brichta J., Kovář M., Rohan V. (10 min.)
- **Intraoperační monitorace somatosenzorických evokovaných potenciálů během urgentní karotické endarterektomie pro okluzi vnitřní karotidy – multicentrická analýza 2014–2024** – Ostrý S., Fiedler J., Eichlová Z., Jura R., Kovář M., Kunešová V., Trubačová H., Herzig R. (10 min.)
- **Krátká verze „Testu 3 F dysartrický profil" a systém Fonafix** – Košťálová M., Mekyska J., Malechová L., Galáž Z., Mucha J., Svoboda J., Nohová L. (10 min.)

B3 Satelitní sympozium společnosti UCB s. r. o. — 14.00–14.45

Inspired by patients. Driven by science.

Cílená léčba gMG: dvě cesty, jeden cíl
Moderátorka: Horáková M.

- **FcRn inhibice: kdy ji zvolit?** – Turčanová Koprušáková M. (20 min.)
- **Inhibice komplementu: kdy ji zvolit?** – Týblová M. (20 min.)
- **Diskuse** (5 min.)

Satelitní sympozium společnosti AstraZeneca Czech Republic s. r. o. — 14.55–15.40

AstraZeneca

Komplement v hlavní roli
Předsedající: Lízrová Preiningerová J.

- **Úvod** – Lízrová Preiningerová J. (5 min.)
- **Zastavit útok dřív, než začne: Komplement v NMOSD** – Nytrová P. (20 min.)
- **gMG bez zbytečných bojů: Cíleně proti komplementu** – Horáková M. (20 min.)

14.00–15.30

C2 Funkční neurologické poruchy v běžné neurologické praxi — 14.00–15.30

Předsedající: Serranová T., Danhofer P.

- **Pokroky v oblasti funkčních neurologických poruch** – Serranová T. (10 min.)
- **Funkční poruchy hybnosti: diagnostika a základy managementu** – Růžička E. (20 min.)
- **Jak a proč je dobré poznat, jak vypadá funkční (neepileptický) záchvat?** – Revajová K. (20 min.)
- **Časté a ovlivnitelné komorbidity funkčních neurologických poruch** – Serranová T. (20 min.)
- **Funkční neurologické poruchy u dětí a adolescentů** – Danhofer P. (10 min.)
- **Diskuse** (10 min.)

D8 +D9 Bolesti hlavy I — 14.00–15.30

Předsedající: Marková J., Valkovič P.

- **Pro začátek kousek historie** – Marková J. (15+3 min.)
- **Príliš veľa alebo príliš málo? Nadužívanie a poddávkovanie akútnej liečby ako dva fenotypy nedostatočne kontrolovanej migrény** – Valkovič P. (15+3 min.)
- **Možnosti využití botulotoxinu A u primárních bolestí hlavy a bolestí orofaciální oblasti** – Bártková A., Řehulka P., Polidar P. (15+3 min.)
- **Migréna ako okno do cievneho zdravia: čo nám prezrádza lipidový profil** – Szabóová S. (15+3 min.)
- **Vaporizované konopí v léčbě migrény: kritické zhodnocení vlastní klinické zkušenosti** – Řehulka P. (15+3 min.)

Satelitní sympozium společnosti Organon Czech Republic s. r. o. — 15.30–15.45

Lilly ORGANON

- **Prevence migrény v roce 2026: Komu, kdy a proč?** – Petrík O. (15 min.)

Přestávka – coffee break — 15.30–16.00

16.45–18.15

B2 Vyzvané slavnostní přednášky

- **Historie neurologie v českých zemích** – Růžička E. (20+5 min.)
- **Historie neurologie na Slovensku** – Gdovinová Z. (20+5 min.)
- **Historie neuropsychiatrie: cesta tam a zase zpátky** – Horáček J. (20+5 min.)

	7.45–8.45
B3	**IP Výukový kurz – Vaskulární sonografie pro nesonografisty: co vidíme a co tím myslíme** 7.45–8.45 **Lektoři: Reková P., Součková D.** ▪ **Principy a vyšetřovací módy – základní principy ultrazvuku a Dopplerova zobrazení – B-mode, dopplerovská průtoková křivka, barevné zobrazení** (10 min.) ▪ **Zobrazení tepen – extra- a transkraniální sonografie – orientace v anatomii a sonografickém obraze – základní měřené parametry (PSV, EDV, RI, PI) a jejich význam** (15 min.) ▪ **Základní patologické nálezy – pláty, stenózy, okluze – principy klasifikace stenóz a interpretace nálezu** (10 min.) ▪ **Indikace a limitace metody – přínos vyšetření v neurologii – technické a anatomické limitace, kdy doplnit jinou zobrazovací metodu** (10 min.) ▪ **Interaktivní kazuistiky a diskuse** (15 min.)
C1	**Výukový kurz – Kognitivní porucha a sluchová ztráta: mezioborová spolupráce** 7.45–8.45 **Předsedající: Bartoš A.** ▪ **Pacient neslyší nebo nerozumí? Jak se v tom vyznat** – Bartoš A. (20+10 min.) ▪ **Co může nabídnout ORL lékař neurologovi: základní postup vyšetření sluchu, možnosti rehabilitace poruchy sluchu a co od ní očekávat** – Profant O. (20+10 min.)
C2	**Výukový kurz – Cluster headache – známá neznámá diagnóza** 7.45–8.45 **Předsedající: Nežádal T.** ▪ **Epidemiologie, diagnostická kritéria a diferenciální diagnóza CH** – Nežádal T. (13 min.) ▪ **Prodromální fáze CH** – Bártková A. (7 min.) ▪ **Moderní farmakologická a neinvazivní terapie CH** – Klečka L. (13 min.) ▪ **Ultrazvukem navigovaný obstřik okcipitálního nervu u chronického farmakorezistentního CH** – Polidar P. (7 min.) ▪ **Invazivní terapie chronického CH** – Bajaček M., Moravec T. (10 min.) ▪ **Panelová diskuse** (10 min.)

	7.45–8.45
D6	**Výukový kurz – Abnormální pohyby v klinické praxi: jak odlišit organickou a funkční etiologii** 7.45–8.45 **Předsedající: Serranová T.** ▪ **Klasifikace abnormálních pohybů a role klinických a paraklinických vyšetření** – Serranová T. (10 min.) ▪ **Funkční vs. organické poruchy hybnosti: klíčové rozdíly, anamnestická a klinická vodítka** – Serranová T., Košutzká Z. (15 min.) ▪ **Video-based přístup – demonstrace klinických projevů a základního diagnostického přístupu** – Košutzká Z., Serranová T. (15 min.) ▪ **Videokazuistiky – diagnostická pochybení v odlišení funkčních a organických poruch hybnosti** – Košutzká Z., Serranová T. (10 min.) ▪ **Diskuse, otázky z publika** (10 min.)
D7	**Výukový kurz – Iniciální diagnostika mozečkových syndromů pro praktické neurology** 7.45–8.45 **Předsedající: Vyhnálek M.** ▪ **Neurologické vyšetření pacienta s mozečkovým syndromem – jak odlišit cerebelární ataxii od jiných poruch chůze a koordinace** – Škorvánek M. (15 min.) ▪ **Iniciální diagnostický postup u pacienta s ataxií – vyloučení získaných a potenciálně léčebně ovlivnitelných příčin** – Bočková M. (15 min.) ▪ **Podezření na dědičnou ataxii – co může udělat běžný neurolog a jak pokračuje diagnostika ve specializovaném centru** – Vyhnálek M. (15 min.) ▪ **Panel přednášejících** – diskuse videokazuistik a praktické otázky z klinické praxe (15 min.)
	Přestávka 8.45–9.00

IP = interaktivní přednáška/blok

NEUR·IN·26
Program konference **NEURIN 2026** →
Probíhá paralelně s odborným programem sjezdu v sále D4

9.00–10.30

B2 Epileptické záchvaty a epilepsie — 9.00–10.30

Předsedající: Marusič P., Doležalová I.

- **Epileptické záchvaty a epilepsie v průběhu věků** – Vojtěch Z. (20 min.)
- **Epileptický záchvat na urgentním příjmu** – Doležalová I. (20 min.)
- **Pacient se záchvaty v ambulantní péči** – Amlerová J. (20 min.)
- **Časté chyby v managementu epilepsie a jak se jim vyhnout: kazuistiky a nová doporučení** – Kalinová M., Zárubová J. (15 min.)
- **Spektrum vzácných epilepsií v centru vysoce specializované péče** – Kalina A., Marusič P. (15 min.)

Satelitní sympozium společnosti EGIS Praha spol. s r. o. — 10.30–10.45

- **Brivaracetam v reálném životě: pacientské příběhy, klinická rozhodnutí** – Vogner M.

B3 Satelitní sympozium společnosti MERCK spol. s r. o. — 9.00–9.45

Reset imunity: čím dříve, tím lépe, ale nikdy není pozdě

Předsedající: Kubala Havrdová E., Mareš J.

- **Kulatý stůl odborníků** – Kubala Havrdová E., Horáková D., Hradílek P., Mareš J., Vachová M. (40 min.)
- **Diskuse** (5 min.)

Satelitní sympozium společnosti ROCHE s. r. o. — 9.55–10.55

První tah, který mění hru v léčbě RS i době plánování rodičovství

Předsedající: Vachová M., Peterka M.

- **Úvodní slovo** – Vachová M., Peterka M. (5 min.)
- **Časná HET jako základ prognózy i bezpečného rodičovství u RS** – Lízrová Preiningerová J. (15 min.)
- **Bezpečné mateřství jako součást dlouhodobé strategie: Co přinášejí unikátní data okrelizumabu pro management léčby RS?** – Hradílek P. (15 min.)
- **Od migrény k diagnóze RS: Volba vhodné terapie při plánování rodičovství** – Šrotová I., Hladíková M. (10 min.)
- **Od prvních příznaků k NMC: Diferenciální diagnostika SMA v praxi** – Baumgartner D. (10 min.)
- **Závěrečné slovo** (5 min.)

NEUR·IN·26 Program konference **NEURIN 2026** →
Probíhá paralelně s odborným programem sjezdu v sále D4

9.00–10.30

C1 Extrapyramidová onemocnění I — 9.00–10.30

Předsedající: Havránková P., Škorvánek M.

- **Historie extrapyramidových nemocí** – Roth J. (10 min.)
- **Epidemiologie neurodegenerativních chorob v ČR – Tichá epidemie?** – Jech R. (13+3 min.)
- **Nové možnosti neinvazivní mozkové stimulace synukleinopatií a terapeutický potenciál** – Rektorová I. (13+3 min.)
- **Adaptivní hluboká mozková stimulace – nová éra v pokročilé terapii Parkinsonovy nemoci** – Baláž M. (13+3 min.)
- **Aktuální pohled na diagnostiku a léčbu Wilsonovy nemoci** – Dušek P. (13+3 min.)
- **Prínos klinickej neurofyziológie pri hyperkinetických poruchách** – Minár M. (13+3 min.)

C2 Workshop – Neurorevmatologie: diferenciální diagnostika vybraných revmatických onemocnění v praxi neurologa — 9.00–10.30

Předsedající: Nytrová P.

- **Vybraná systémová onemocnění pojiva – minimum pro neurologa** – Tomčík M. (30 min.)
- **Neurologické projevy revmatických onemocnění – nejčastější otázky z konzilií** – Nytrová P. (25 min.)
- **Úloha EMG v diagnostice revmatických onemocnění – příklady z praxe** – Týblová M. (25 min.)

D8 +D9 Spánek — 9.00–10.30

Předsedající: Šonka K., Klobučníková K.

- **Historie spánkové medicíny** – Nevšímalová S. (15 min.)
- **Periodické pohyby končatín počas spánku u pacientov s akútnou ischemickou cievnou mozgovou príhodou: prevalencia a vzťah k vaskulárnym rizikovým faktorom** – Šiarnik P. (15 min.)
- **Spánek a kognitivní funkce u prvostupňových příbuzných pacientů s Parkinsonovou nemocí** – Slonková J. (15 min.)
- **Vzťah medzi chronotypom, spánkovým apnoe a dennou spavosťou** – Klobučníková K., Kollár B., Biathová S., Mucska I., Šiarnik P. (15 min.)
- **Narkolepsie 1. typu se začátkem v dětství – kvalita života a tíže příznaků v dospělosti** – Příhodová I., Párecká Galušková K., Nevšímalová S., Šonka K. (15 min.)
- **Hypoventilace u neuromuskulárních onemocnění – její prediktory a úskalí péče** – Kokošová V., Betík A., Lasotová N., Parmová O., Sládečková M., Vlažná D., Vlčková E. (15 min.)

Přestávka – coffee break — 10.30–11.00

11.00–12.30

B2 Cerebrovaskulární sekce II — 11.00–12.30

Předsedající: Haring J., Tomek A.

- **Stav starostlivosti o pacientov s cievnou mozgovou príhodou na Slovensku za rok 2025** – Haring J., Cvopová A., Podmanická Z., Havranová R., Krastev G. (15 min.)
- **Stav péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou v ČR** – Tomek A. za výbor Cerebrovaskulární sekce ČNS ČLS JEP (15 min.)
- **Zkušenosti s novou rajonizací iktové péče v ČR** – Šrámek M. (10 min.)
- **Od Anopyrinu k inhibitorům faktoru XIa: budoucí směry sekundární prevence iktu** – Reková P. (15 min.)
- **Biologická hypolipidemická liečba u pacientov s cievnou mozgovou príhodou** – Petrovičová A. (10 min.)
- **Dlouhodobé riziko recidivy ischemického iktu u mladých pacientů do 50 let** – Šaňák D., Král M., Franc D., Divišová P., Dorňák T., Polidar P., Veverka T., Zapletalová J. (10 min.)
- **Poradiační poškození přívodných mozkových tepen – projekt RICArD** – Součková D., Vošmik M., et al. (10 min.)

B3 Satelitní sympozium společnosti Biogen (Czech Republic) s. r. o. — 11.10–12.10

Vzácná onemocnění: Když diagnóza otevírá cestu k léčbě

Předsedající: Haberlová J.

- **SMA v neurologické praxi: Klíčové příznaky a diagnostická vodítka** – Juříková L. (12 min.)
- **Nové perspektivy léčby SMA: Data o vysokodávkovaném nusinersenu** – Haberlová J. (12 min.)
- **Friedreichova ataxie v éře specifické léčby: Diagnostikovat správně a včas** – Vyhnálek M. (12 min.)
- **Genově cílená léčba: Nová éra v terapii amyotrofické laterální sklerózy** – Vlčková E. (12 min.)
- **Diskuse a závěr** (12 min.)

C1 Bolesti hlavy II — 11.00–12.30

- **Křest knihy Bolesti hlavy v kazuistikách** (Štětkářová I. a kol.)

Předsedající: Petrovičová A., Nežádal T.

- **Patofyziologie prodromální fáze migrény** – Nežádal T., Kotas R. (15+3 min.)
- **Migréna – fertilní věk, gravidita, laktace** – Niedermayerová I. (15+3 min.)
- **Migréna a endometrióza: společné patofyziologické mechanismy a klinické souvislosti** – Joppeková Ľ., Záhumenská H. (15+3 min.)
- **Anti-CGRP terapia a jej skrytý efekt na spánok** – Petrovičová A. (15+3 min.)
- **Péče o pacienta s migrénou na urgentním příjmu** – Mračková J. (15+3 min.)

11.00–12.30

C2 Workshop – Neuropsychiatrická problematika u vybraných onemocnění — 11.00–12.30

Předsedající: Uhrová T.

- **Psychopatologie u roztroušené sklerózy** – Kališová L. (17+5 min.)
- **Psychopatologie u extrapyramidových onemocnění** – Uhrová T. (17+5 min.)
- **Psychopatologie u demencí** – van der Meijs V. (17+5 min.)
- **Diskuse účastníků nad videokazuistikami** (20 min.)

D8 +D9 Neuroimunologie I: klinická neuroimunologie — 11.00–12.30

Předsedající: Mareš J., Szilasiová J.

- **Z čeho jsme vyšli a kam směřujeme?** – Kubala Havrdová E. (17+3 min.)
- **Neurofilamenty ľahkých reťazcov a monitorovanie aktivity choroby u pacientov so sclerosis multiplex liečených anti-CD20 liečbou** – Szilasiová J., Nevická N., Fedičová M. (12+3 min.)
- **Epidemiologie a rizikové faktory vzniku RS** – Vachová M., Šťastná D., Drahota J., Kubala Havrdová E. (12+3 min.)
- **Nová diagnostická kritéria pro RS v kostce** – Lízrová Preiningerová J. (12+3 min.)
- **Křest knihy Roztroušená skleróza – Napodobující onemocnění a red flags** (Uher T.)
- **Nejčastější chyby v diferenciální diagnostice RS** – Uher T. (12+3 min.)
- **Těhotenství a kojení u RS – současný přístup** – Hradílek P. (7+3 min.)

Obědová přestávka — **12.30–14.00**

NEPARALELNÍ ODBORNÝ PROGRAM

B3 Satelitní sympozium společnosti Novartis s. r. o. — 12.35–13.50

Když čas rozhoduje: O rozhodnutích, která mohou ovlivnit budoucnost pacientů…

- **Úvod** (10 min.)
- **Diagnostika RS v roce 2026** – Kubala Havrdová E. (10 min.)
- **MRI jako klíčový nástroj časného rozhodování** – Vaněčková M. (10 min.)
- **Léčebné strategie s důrazem na dlouhodobé výsledky pacientů** – Vachová M. (10 min.)
- **Péče o pacientky ve fertilním věku** – Hradílek P. (10 min.)
- **Současný pohled na léčbu SMA u dětských i dospělých pacientů** – Haberlová J., Voháňka S. (10 min.)
- **Diskuse a závěr** (15 min.)

NEUR·IN·26

Program konference NEURIN 2026 →

Probíhá paralelně s odborným programem sjezdu v sále D4

14.00–15.30

B2 Neurochirurgie 14.00–15.30

Předsedající: Bednařík J., Šroubek J.

- **Mohou nálezy pokročilých MR technik u asymptomatické degenerativní komprese krční míchy predikovat rozvoj symptomatické degenerativní cervikální myelopatie?** – Bednařík J., Valošek J., Dostál M., Kudlička P., Vlčková E., Rohan T., Keřkovský M., Němec M., Horák T., Horáková M., Svátková A., Bednařík P. (9+3 min.)
- **Výtěžnost diagnostické mozkové biopsie u nejasných onemocnění: retrospektivní monocentrická studie** – Elišák M., Kwon YS., Krýsl D., Boček H., Havlíček M., Tomek A., Koblížek M., Zámečník J., Bradáč O., Marusič P. (9+3 min.)
- **Jak a kdy operovat spasticitu? Současný pohled na chirurgickou léčbu spastické parézy** – Hoskovcová M., Gál O., Jech R., Humhej I. (9+3 min.)
- **Torze periferních nervů – peroperační nálezy a výsledky chirurgické léčby** – Humhej I. (9+3 min.)
- **Možnosti intraoperační elektrofyziologické monitorace u mikrovaskulárních dekompresí** – Svačková A., Halaj M., Hampl M., Krahulík D., Balážová K. (9+3 min.)
- **Faktory ovlivňující volbu léčebné strategie u nekrvácejících aneurysmat přední komunikanty** – Šroubek J. (9+3 min.)
- **Miniinvazivní a chirurgická léčba spontánní nitrolební hypotenze** – Vybíhal V., Plevko M., Fadrus P., Keřkovský M., Rohan T., Andrašina T., Pikulová H., Smrčka M. (9+3 min.)

B3 Satelitní sympozium společnosti AbbVie s. r. o. 14.00–15.00

abbvie

Méně migrény už nestačí

Předsedající: Marková J.

- **Od aspirinu ke gepantům: evoluce léčby migrény** – Marková J. (5 min.)
- **Migraine Freedom – je čas změnit definici úspěchu?** – Valkovič P. (15 min.)
- **Když se studie potká s realitou: Aquipta® v prevenci migrény** – Mečíř P. (15 min.)
- **Když přijde záchvat: Aquipta® jako možnost akutní léčby migrény** – Nežádal T. (15 min.)
- **Diskuse** (10 minut)

Satelitní sympozium společnosti Bristol-Myers Squibb spol. s r. o. 15.10–15.25

Bristol Myers Squibb

- **Možnosti modulace S1P signalizace v CNS** – Hradílek P. (15 min.)

Satelitní sympozium společnosti Eisai GesmbH-organizační složka 15.30–15.45

Eisai

hhc human health care

Když diagnóza nestačí: nová realita Alzheimerovy choroby

Rektorová I., Krajčovičová L.

C1 EPI klub 14.00–15.30

Předsedající: Doležalová I., Feketeová E.

14.00–15.30

C2 Kognitivní neurologie I 14.00–15.30

Předsedající: Sheardová K., Šutovský S.

- **Demence s Lewyho tělísky: Zvětšení objemu plexus choroideus a jeho asociace s markery hematolikvorové bariéry, tíží klinického postižení a regionální mozkovou atrofií** – Imal D., Hanzalová J., Vyhnálek M., Hort J., Nedelská Z. (12+3 min.)
- **Jak stárne mozek: morfologicky, histologicky, vaskulárně, regionálně. Nástup AI, odchod AD** – Kalvach P. (12+3 min.)
- **Detekce prionů v mozkomíšním moku pomocí metody RT-QuIC** – Moško T., Baranová S., Brůžová M., Matěj R., Holada K. (12+3 min.)
- **Centrum pro frontotemporální demence ve Fakultní nemocnici Motol a Homolka – dosavadní zkušenosti** – Nováková Martínková J., Trubačík Mokrišová I., Hort J. (12+3 min.)
- **Tauopatie nejen pozdního věku jako komorbidita a diagnostická výzva – kumulativní efekt, neuropatologické korelace, biomarkery a úskalí jejich interpretace** – Sýkora M., Parobková E., Rusina R., Matěj R. (12+3 min.)
- **Plazmatické biomarkery neurodegenerativních onemocnění – limity, výhody a výzvy** – Tesař A. (12+3 min.)

D8 +D9 Neuromuskulární onemocnění I 14.00–15.30

Předsedající: Turčanová Koprušáková M., Potužník P.

- **Z historie Neuromuskulární sekce** – Voháňka S. (10 min.)
- **Imunitne podmienené nodo-paranodopatie – klinické prejavy, patofyziológia a liečba** – Turčanová Koprušáková M. (20+5 min.)
- **Disabilita a kvalita života u pacientů s těžšími senzitivními neuropatiemi** – Vlčková E., Svobodová V., Prášil K., Mazanec R., Lassuthová P. (10+3 min.)
- **Horní cesty dýchací jako limitující faktor účinnosti kašlacího asistenta u pacientů s ALS** – Srp M. (10+3 min.)
- **Paraneoplastické neurologické syndromy – vysoce rizikové fenotypy s postižením periferního nervového systému** – Potužník P., Vejskal J. (10+3 min.)
- **Akútna zápalová demyelinizačná polyradikuloneuritída v diferenciálnej diagnostike paraneoplastickej etiológie pri progresii indolentného B-bunkového nehodgkinového lymfómu: Kazuistika** – Niroda I., Tomášová Z. (10+3 min.)

Satelitní sympozium společnosti Medison Pharma s. r. o. 15.30–15.45

MEDISON

- **Akutní jaterní porfyrie** – Urbánek P.

Přestávka – coffee break 15.30–16.00

NEUR·IN·26

Program konference NEURIN 2026 →

Probíhá paralelně s odborným programem sjezdu v sále D4

16.00–17.30

B2 Neurointenzivní péče 16.00–17.30

Předsedající: Šarbochová I., Hon P.

- **Historie neurointenzivní péče** – Hon P. (8 min.)
- **Kraniocerebrální poranění – možnosti konzervativní terapie** – Šarbochová I. (15+2 min.)
- **Nitrolební hypertenze u traumatického poranění mozku: současný management** – Jura R. (15+2 min.)
- **Kraniocerebrální poranění – indikace k neurochirurgickému výkonu** – Rohan V. (15+2 min.)
- **Lehká mozková poranění sportovců** – Kalusková I. (15+2 min.)
- **Časná rehabilitace po cévní mozkové příhodě: jak zvolit správnou intenzitu a postupy?** – Hoskovcová M. (12+2 min.)

B3 Satelitní sympozium společnosti Neuraxpharm Bohemia s. r. o. 16.00–16.45

Vakcinace u pacientů s roztroušenou sklerózou
Aktuální data, multidisciplinární panelová diskuse a výstupy pro praxi
Diskutující: Horáková D., Vachová M., Libertínová J., Jegorová V., Milota T.

Satelitní sympozium společnosti ELI LILLY ČR, s. r. o. 16.55–17.40

KISUNLA® v klinické praxi: reálné zkušenosti z Rakouska a Česka

- **Úvod do ATT, organizace center CBAN a první zkušenosti s přípravkem KISUNLA® z Česka** – Hort J. (22 min.)
- **KISUNLA® in Austria: Real-world experience of treating patients with Early Symptomatic Alzheimer's Disease** – Wurm R. (22 min.)

C1 EXPY klub 16.00–17.30

Předsedající: Jech R.
Panel expertů: Serranová T., Bočková M., Nevrlý M., Straka I., Škorvánek M.

C2 Neurofarmakologie 16.00–17.30

Předsedající: Matějová K., Marková J., Polívka J.

- **Neurofarmakologie a Neurofarmakologická sekce ČNS, historie a současnost** – Polívka J. (10 min.)
- **Farmakologická kontrola projevů deliria u geriatrických pacientů** – Čupáková J. (20 min.)
- **Žádoucí a nežádoucí účinky antimigrenik** – Marková J. (20 min.)
- **Může AI nahradit klinického farmaceuta?** – Pilková A. (10 min.)
- **Když léky pomáhají – blok krátkých kazuistik** – Matějová K.
  - **Nežádoucí účinky topiramátu v profylaxi migrény u mladé pacientky** – Krijt T. (10 min.)
  - **PRES u pacienta po transplantaci srdce** – Holub D. (10 min.)
  - **Slušný pacient si na léčbu nestěžuje** – Klement D. (10 min.)

16.00–17.30

D8 +D9 Neuromuskulární onemocnění II 16.00–17.30

Předsedající: Týblová M., Mazanec R.

- **Dystrofie 90. rokov – éra misdiagnóz?** – Šveda K., Petrišin J., Turčanová M., Kurča E. (10+3 min.)
- **Organizace péče o pacienty s Duchennovou svalovou dystrofií během přechodu z dětské do dospělé péče: zkušenosti z pilotního programu ve VFN Praha** – Podolská K., Jedličková J., Hložánková M. (10+3 min.)
- **Myotonická dystrofia typu II ako príčina dlhodobo progredujúcej proximálnej svalovej slabosti** – Jenčo M., Kühn Z. (10+3 min.)
- **Myasthenia gravis a gravidita, retrospektivní studie** – Jakubíková M., Pařízek A., Týblová M., Piťha J. (10+3 min.)
- **Průběh a prognóza pacientů s myastenií gravis hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče** – Týblová M., Tesař A. (10+3 min.)
- **Hyperselektivní neurotomie jako součást léčby spasticity: význam EMG při výběru kandidátů** – Brušáková Š., Humhej I., Ceé J., Horáčková D., Zítek H., Frydrychová M., Maršálek P. (10+3 min.)
- **Torze nervu** – Lachmann H. (10+3 min.)

NEUR·IN·26
Program konference **NEURIN 2026** →
Probíhá paralelně s odborným programem sjezdu v sále D4

	7.45–8.45	
B3	**Výukový kurz – Neurozobrazování u extrapyramidových onemocnění** **Předsedající: Dušek P.** ▪ **Neurozobrazovací metody v diagnostice Parkinsonovy nemoci a atypických parkinsonských syndromů** – Rektorová I. (25 min.) ▪ **Radiologická expy vizita** – Dušek P. (25 min.) ▪ **Diskuse** (10 min.)	**7.45–8.45**
C2	**Výukový kurz – Diferenciální diagnostika spinálních lézí** **Předsedající: Štětkářová I.** ▪ **Management akutních míšních lézí** – Štětkářová I. (25 min.) ▪ **Komplikace degenerativního onemocnění páteře** – Adamová B. (25 min.) ▪ **Diskuse** (10 min.)	**7.45–8.45**
D6	**Výukový kurz – Nejčastější diagnózy na JIP – praktické postupy** **Předsedající: Šarbochová I.** ▪ **Cévní mozková příhoda** – Novák A. (12+3 min.) ▪ **Status epilepticus** – Rohan V. (12+3 min.) ▪ **Porucha vědomí** – Hon P. (12+3 min.) ▪ **Neuroinfekce** – Šarbochová I. (12+3 min.)	**7.45–8.45**
D7	**Výukový kurz – Laryngeálna dystónia – stratégia liečby** **Predsedajúci: Haring J.** ▪ **Diagnostické kritériá laryngeálnej dystónie – rozdelenie, ako ich použiť v praxi, úloha neurologického vyšetrenia a injekcií botulotoxínu** – Haring J. (15 min.) ▪ **Hlasová terapia u pacientov s laryngeálnou dystóniou – praktické cvičenia a stratégie pre zlepšenie reči** – Korim Ž. (15 min.) ▪ **Chirurgické techniky v liečbe laryngeálnej dystónie – prehľad metód ako tyroarytenoidná myoneurektómia a selektívna denervácia** – Tedla M. (15 min.) ▪ **Panel prednášajúcich: Diskusia kazuistík demonštrujúcich diferenciálnu diagnostiku a liečebné stratégie týchto ochorení a odpovede na otázky z publika** (15 min.)	**7.45–8.45**
	Přestávka	**8.45–9.00**

POZNÁMKY

9.00–10.30

B2 Neuroimunologie II: likvorologie — 9.00–10.30

Předsedající: Sobek O., Štourač P.

- **Likvorologie v historických souvislostech** – Mareš J., Sobek O., Dušková J. (10 min.)
- **Detekce proteinů CNS v krvi a budoucnost likvorologické diagnostiky** – Sobek O., Ceprová L., Novák P., Mareš J. (10 min.)
- **Náhodný nález na MR – a co dál? RIS a subklinická RS v éře McDonaldových kritérií 2024** – Šťastná D., Vaněčková M., Lízrová Preiningerová J., Ryška P., Kudrna M., Pařízková J., Menkyová I., Srpová B., Tichá V., Storey K., Andělová M., Uher T., Nytrová P., Pavlíčková J., Drahota J., Horáková D., Kubala Havrdová E. (8+2 min.)
- **Sérové IgG proti EBNA-1 u pacientů s roztroušenou sklerózou a jejich vztah s intratékální produkcí protilátek** – Uher T., Horáková D., Kreidlová M., Peka M., Kubištová A. M., Nytrová P., Mrázová K., Sobek O., Fuchs T. A. N., Kubala Havrdová E. (8+2 min.)
- **Dlhodobé výsledky liečby sclerosis multiplex kladribínom na Slovensku – multicentrická, observačná, kohortová štúdia** – Kantorová E., Karlík M., Kornajová J., Fillipi P., Megová A., Jurčaga F., Kováčová S., Cimprichová A., Jankovičová Z., Laurincová S., Rohaľová J., Bilá A., Dziaková J., Szilasiová J., Kurča E., Grendár M. (8+2 min.)
- **Využití sérových lehkých řetězců neurofilament v běžné klinické praxi** – Srpová B., Nytrová P., Uher T., Cichrová M., Kubala Havrdová E. (8+2 min.)
- **Neurologické manifestácie IgG4 autoimunitných ochorení – prehľad a vlastné klinické skúsenosti** – Lisá I., Zubaľ R., Holkovičová S., Lisá K. (8+2 min.)
- **Více než progrese: vzácná komplikace při terapii ocrelizumabem** – Halúsková S., Mareš M., Bláhová L., Křivková V., Martinková A., Klíma M., Motyčka V., Ehler E., Ungermann L. (8+2 min.)
- **Farmakogenomika progresivní multifokální leukoencefalopatie asociované s DMD léčbou roztroušené sklerózy: analýza rizikových genetických variant v české populaci** – Kleinová P., Džerengová B., Krulišová V., Komorníková N., Vachová M., Michalovská R., Sládková Kavínová H., Mareš M., Potužník P., Šrotová I., Vejrychová S., Libertinová E., Grünermelová M., Housková J., Zimová D., Kubala Havrdová E., Horáková D. (8+2 min.)

B3 Satelitní sympozium společnosti Pfizer, spol. s r. o. — 9.00–9.15

- **Strategie v akutní léčbě migrény** – Klečka L. (15 min.)

Pfizer

Satelitní sympozium společnosti Schwabe Czech s. r. o. — 9.25–9.40

- **EGb 761® v léčbě kognitivního deficitu, jaká je evidence a praxe?** – Hort J. (15 min.)

Schwabe Czech
From Nature. For Health.

Satelitní sympozium společnosti Swixx Biopharma s. r. o. — 9.50–10.35

Neuropsychiatrický pohled na migrénu a možnosti přerušení bludného kruhu…

Přednášející: Marková J. (20 min.), Anders M. (20 min.)

- **Společná diskuse** (5 min.)

Swixx BioPharma

9.00–10.30

C2 Extrapyramidová onemocnění II — 9.00–10.30

Předsedající: Bareš M., Kaňovský P.

- **„Gene silencing" a Huntingtonova nemoc: stav k 11/2026** – Roth J. (9+2 min.)
- **Celoslovenská epidemiologická štúdia pohybových porúch v rómskej populácii: protokol štúdie a prvé výsledky** – Škorvánek M., Ostrozovičová M., Necpál J., Ferenc M., Balko R., Baranová A., Buranský M., Drenčaková P., Giertlová M., Grofik M., Haring J., Jelenová B., Gurčik L., Haň V., Jaselská S., Kalafusová G., Koren M., Krauz M., Kulcsarová K., Kušnírová A., Lacková A., Mankos J., Matisková Z., Mazeriková Z., Mistrik M., Okálová K., Orkuty Š., Papíková J., Shabatyuk O., Trcková L., Belák A., Fricová D. (9+2 min.)
- **Humánne prionózy – Creutzfeldtova-Jakobova choroba – aktuálne koncepty** – Kurča E., Skáčik P., Sivák Š., Grofik M. (9+2 min.)
- **Genetické varianty v populaci s endemickým neurodegenerativním parkinsonismem identifikované pomocí celogenomového sekvenování** – Menšíková K., Kolaříková K., Vodička R., Kaňovský P. (9+2 min.)
- **Hereditární spastické paraparézy: od genetické diagnózy k cílené léčbě – zkušenosti národního centra** – Paulasová Schwabová J., Novotná L., Uhrová Mészárosová A., Šafka Brožková D., Vyhnálková E., Martinkovič L., Kővári M., Terzipetková L., Mikšík L., Vyhnálek M. (9+2 min.)
- **Dlouhodobý vývoj freezingu chůze po hluboké mozkové stimulaci u Parkinsonovy nemoci: role předoperačního stavu a odpovědi na levodopu** – Papáček O., Růžička F., Urgošík D., Jech R., Růžička E. (9+2 min.)
- **Efekt dlouhodobě aplikované bezlepkové diety na klinické příznaky Parkinsonovy nemoci** – Brožová H., Gentileová T., Fialová M., Rusz J., Kubjatková M., Poláková K. (9+2 min.)
- **Adjuvantná terapia Parkinsonovej choroby – proteomické dôkazy** – Grofik M., Korenčíková A., Šofranko J., Grendár M., Gazdarica M., Huňarová N., Ižarik Verešpejová A., Škorvanová M., Chien Li-Sheng, Gužiková J., Labajová N., Bednarčík P., Sivák Š., Žilka N., Kurča E., Kolisek M. (9+2 min.)

	9.00–10.30
D8 +D9	**Neurooftalmologie** **9.00–10.30** **Předsedající: Lízrová Preiningerová J., Bartošová J.** ▪ **Mezioborová spolupráce jako hnací síla neurooftalmologie 21. století** – Lízrová Preiningerová J. (5+1 min.) ▪ **Zrakové kortikální syndromy** – Rusina R. (17+3 min.) ▪ **Klinický význam VEP v diagnostice poruch zrakové dráhy** – Havránková P. (12+3 min.) ▪ **Pattern-reversal a motion onset VEP: komplementární pohled na zrakovou dráhu** – Kremláček J. (12+3 min.) ▪ **Okulárny flutter a opsoklonus – diferenciálna diagnostika a analýza kazuistík pomocou videonystagmografie** – Skáčik P. (12+3 min.) ▪ **Diagnostická kritéria a změny v léčebných postupech MOGAD a NMO-SD** – Nytrová P. (12+3 min.) **Satelitní sympozium společnosti Biogen (Czech Republic) s. r. o.** **10.30–10.45** **Současný pohled na klinické souvislosti léčby přípravkem Tysabri** ▪ **Tysabri v dlouhodobé perspektivě: od klinických dat k cíli NEDA** – Kubala Havrdová E. (6 min.) ▪ **Dlouhodobé zkušenosti s Tysabri s. c. v ČR** – Lízrová Preiningerová J. (6 min.) ▪ **Společná diskuse** (3 min.)
	Přestávka – coffee break **10.30–11.00**

POZNÁMKY

	11.00–12.30
B2	**Léčba epilepsie** **11.00–12.30** **Předsedající: Brázdil M., Feketeová E.** ▪ **Léčba epilepsie v průběhu věků** – Brázdil M. (20 min.) ▪ **Staré a starší léky – stále je potřebujeme?** – Marusič P. (20 min.) ▪ **Nové a novější léky v klinické praxi** – Strýček O. (20 min.) ▪ **Záchvaty sdružené s autoimunitou a autoimunitní epilepsie** – Krýsl D. (15 min.) ▪ **Familiárna epileptická encefalopatia v dospelosti spojená s variantom KCNQ2 p.(Arg214Trp)** – Christová P., Ostrozovičová M., Neupauerová J., Škorvánek M., Gdovinová Z., Feketeová E. (15 min.)
B3	**Satelitní sympozium společnosti MagnaPharm CZ s. r. o.** **11.00–11.45** **Od neklidných nohou ke klidnějšímu imunitnímu systému** **Předsedající: Kubala Havrdová E., Adamová B.** ▪ **Neklidné nohy: důvod k neklidu?** – Brožová H. (15 min.) ▪ **Magnézium a neurozánět** – Adamová B. (15 min.) ▪ **Ponesimod v reálné klinické praxi: správná volba v první i následné linii léčby** – Tichá V. (15 min.) **Satelitní sympozium společnosti Amgen s. r. o.** **11.55–12.10** ▪ **Za hranicí jedné diagnózy: cílená deplece B-buněk u NMOSD, gMG a IgG4-RD** – Nytrová P. (15 min.)
C2	**DE-24_MENTIA** **11.00–12.30** **Předsedající: Hort J., Rusina R.** ▪ **Historie kognitivní neurologie** – Rusina R. (15+3 min.) ▪ **Cesta pacienta v době AI, digitalizace a biologické léčby** – Hort J. (15+3 min.) ▪ **Od ApoE k celogenómovej analýze: genetika Alzheimerovej choroby a príbuzných demencií v ére personalizovanej medicíny** – Šutovský S. (15+3 min.) ▪ **Co nového v prevenci Alzheimerovy nemoci** – Sheardová K. (15+3 min.) ▪ **ADHD jako diferenciální diagnostika poruch paměti** – Bartoš A. (15+3 min.)

	11.00–12.30
D6	**Neurorehabilitace** **11.00–12.30** **Předsedající: Hoskovcová M., Angerová Y., Gál O.** ▪ **Úvod: Historie oboru neurorehabilitace** – Angerová Y. (5 min.) ▪ **Cvičenie ako preventívna a terapeutická stratégia v manažmente neurodegeneratívnych ochorení** – Ukropcová B. (25+3 min.) ▪ **Obnova samostatné chůze po cévní mozkové příhodě: význam intenzity rehabilitace, trajektorie funkčního zotavení a predikce lokomočního výsledku** – Kolářová B., Kolář P., Marková T., Králová N. (16+3 min.) ▪ **Freezing of gait u Parkinsonovy nemoci: od nové definice k cílené rehabilitaci** – Papáček O. (16+3 min.) ▪ **Efekt LF-rTMS v kombinácii s aplikáciou botulotoxínu na vybrané klinické ukazovatele u pacientov po CMP – prvé výsledky „crossover" štúdie** – Podmanická Z., Košutzká Z., Haring J., Krastev G. (12+3 min.)
D8 +D9	**Vestibulární neurologie** **11.00–12.30** **Předsedající: Jeřábek J., Sivák S.** ▪ **Úvod a historie** – Jeřábek J. (10 min.) ▪ **Vestibulárny systém a kognitívne funkcie** – Sivák Š. (15 min.) ▪ **Bilaterální vestibulopatie** – Kuzmiak M. (10 min.) ▪ **Moderní diagnostika závratí a vertiga v roce 2026** – Černý R. (10 min.) ▪ **Reziduální nestabilita po BPPV** – Čakrt O. (15 min.) ▪ **Poruchy okulomotoriky u pacientů s HSP** – Novotná L., Martinkovič L., Uhrová Mészárosová A., Šafka Brožková D., Vyhnálková E., Vyhnálek M., Paulasová Schwabová J. (10 min.) ▪ **Nové trendy ve vestibulární medicíně** – Martinkovič J. (15 min.)
	Obědová přestávka **12.30–13.45**

13.45–14.45

B2 — IP Kontroverze – cervikogenní vertigo — 13.45–14.45

Moderátor: Marusič P.

- **Úvod – kazuistika** (5 min.)
- **Cervikogenní vertigo existuje – je to diagnóza, kterou umíme stanovit a léčit** – Lachmann H. (20 min.)
- **Cervikogenní vertigo je mýtus – snaží se vysvětlit onemocnění vestibulárního a nervového systému postižením pohybového aparátu** – Jeřábek J. (20 min.)
- **Diskuse a závěr** (15 min.)

B3 — IP Kontroverze – Léze na MR, odeslat či neodeslat do RS centra? — 13.45–14.45

Moderátor: Kubala Havrdová E.

- **Prezentace a odborná diskuse kazuistik** (3×15 min.)
- Tři klinické případy pacientů s nálezem na MR mozku a/nebo míchy, které vyžadují komplexní rozhodování o dalším diagnostickém a terapeutickém postupu. MR nálezy představí neuroradiolog prof. MUDr. Manuela Vaněčková, Ph.D., klinické souvislosti a možné varianty péče budou diskutovat specialisté z RS center prim. MUDr. Marta Vachová a MUDr. Dominika Šťastná, Ph.D.
- **Otázka 1:** Patří pacient do péče RS centra?
- **Otázka 2:** Je u pacienta indikováno zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy?
- **Diskuse z pléna a závěr** (15 min.)

C2 — IP Kontroverze – Hluboká mozková stimulace vs. pumpové systémy: co je lepší? — 13.45–14.45

Moderátor: Brožová H.

- **Úvod** – Brožová H. (10 min.)
- **Léčba hlubokou mozkovou stimulací** – Kušnírová A. (20 min.)
- **Léčba pumpovými systémy** – Baláž M. (20 min.)
- **Diskuse a závěr** (10 min.)

D8 +D9 — Toxikologie — 13.45–14.45

Předsedající: Klepiš P., Kotíková K., Ehler E.

- **Historie** – Klepiš P. (4 min.)
- **Neuroaktivní složky hadích jedů z pohledu klinické toxinologie** – Valenta J. (22 min.)
- **Drink spiking a drogy facilitující sexuální chování** – Kotíková K. (12 min.)
- **Intoxikace olanzapinem** – Ehler E., Geier P. (11 min.)
- **Otrava palytoxinem – jedem z korálů: kazuistika rodinné inhalační expozice** – Matulová H., Malá P., Dostál O. (11 min.)

14.45–15.15

B2 — Oficiální ukončení sjezdu — 14.45–15.30

POZNÁMKY

IP = interaktivní přednáška/blok

PŘEHLED SATELITNÍCH SYMPOZIÍ PARTNERŮ 39. ČESKÉHO A SLOVENSKÉHO NEUROLOGICKÉHO SJEZDU

Středa 25. 11. 2026

B3 — **Satelitní sympozium společnosti UCB s. r. o.** — **14.00–14.45**

Cílená léčba gMG: dvě cesty, jeden cíl

Moderátorka: Horáková M.

- **FcRn inhibice: kdy ji zvolit?** – Turčanová Koprušáková M. (20 min.)
- **Inhibice komplementu: kdy ji zvolit?** – Týblová M. (20 min.)
- **Diskuse** (5 min.)

B3 — **Satelitní sympozium společnosti AstraZeneca Czech Republic s. r. o.** — **14.55–15.40**

Komplement v hlavní roli

Předsedající: Lízrová Preiningerová J.

- **Úvod** – Lízrová Preiningerová J. (5 min.)
- **Zastavit útok dřív, než začne: Komplement v NMOSD** – Nytrová P. (20 min.)
- **gMG bez zbytečných bojů: Cíleně proti komplementu** – Horáková M. (20 min.)

D8 + D9 — **Satelitní sympozium společnosti Organon Czech Republic s. r. o.** — **15.30–15.45**

- **Prevence migrény v roce 2026: Komu, kdy a proč?** – Petrík O. (15 min.)

Čtvrtek 26. 11. 2026

B3 — **Satelitní sympozium společnosti MERCK spol. s r. o.** — **9.00–9.45**

Reset imunity: čím dříve, tím lépe, ale nikdy není pozdě

Předsedající: Kubala Havrdová E., Mareš J.

- **Kulatý stůl odborníků** – Kubala Havrdová E., Horáková D., Hradílek P., Mareš J., Vachová M. (40 min.)
- **Diskuse** (5 min.)

B3 — **Satelitní sympozium společnosti ROCHE s. r. o.** — **9.55–10.55**

První tah, který mění hru v léčbě RS i době plánování rodičovství

Předsedající: Vachová M., Peterka M.

- **Úvodní slovo** – Vachová M., Peterka M. (5 min.)
- **Časná HET jako základ prognózy i bezpečného rodičovství u RS** – Lízrová Preiningerová J. (15 min.)
- **Bezpečné mateřství jako součást dlouhodobé strategie: Co přinášejí unikátní data okrelizumabu pro management léčby RS?** – Hradílek P. (15 min.)
- **Od migrény k diagnóze RS: Volba vhodné terapie při plánování rodičovství** – Šrotová I., Hladíková M. (10 min.)
- **Od prvních příznaků k NMC: Diferenciální diagnostika SMA v praxi** – Baumgartner D. (10 min.)
- **Závěrečné slovo** (5 min.)

B3 — **Satelitní sympozium společnosti Biogen (Czech Republic) s. r. o.** — **11.10–12.10**

Vzácná onemocnění: Když diagnóza otevírá cestu k léčbě

Předsedající: Haberlová J.

- **SMA v neurologické praxi: Klíčové příznaky a diagnostická vodítka** – Juříková L. (12 min.)
- **Nové perspektivy léčby SMA: Data o vysokodávkovaném nusinersenu** – Haberlová J. (12 min.)
- **Friedreichova ataxie v éře specifické léčby: Diagnostikovat správně a včas** – Vyhnálek M. (12 min.)
- **Genově cílená léčba: Nová éra v terapii amyotrofické laterální sklerózy** – Vlčková E. (12 min.)

B3 — **Satelitní sympozium společnosti Novartis s. r. o.** — **12.35–13.50**

Když čas rozhoduje: O rozhodnutích, která mohou ovlivnit budoucnost pacientů…

- **Úvod** (10 min.)
- **Diagnostika RS v roce 2026** – Kubala Havrdová E. (10 min.)
- **MRI jako klíčový nástroj časného rozhodování** – Vaněčková M. (10 min.)
- **Léčebné strategie s důrazem na dlouhodobé výsledky pacientů** – Vachová M. (10 min.)
- **Péče o pacientky ve fertilním věku** – Hradílek P. (10 min.)
- **Současný pohled na léčbu SMA u dětských i dospělých pacientů** – Haberlová J., Voháňka S. (10 min.)
- **Diskuse a závěr** (15 min.)

B3 — **Satelitní sympozium společnosti AbbVie s. r. o.** — **14.00–15.00**

Méně migrény už nestačí

Předsedající: Marková J.

- **Od aspirinu ke gepantům: evoluce léčby migrény** – Marková J. (5 min.)
- **Migraine Freedom – je čas změnit definici úspěchu?** – Valkovič P. (15 min.)
- **Když se studie potká s realitou: Aquipta® v prevenci migrény** – Mečíř P. (15 min.)
- **Když přijde záchvat: Aquipta® jako možnost akutní léčby migrény** – Nežádal T. (15 min.)
- **Diskuse** (10 minut)

B3 — **Satelitní sympozium společnosti Bristol-Myers Squibb spol. s r. o.** — **15.10–15.25**

- **Možnosti modulace S1P signalizace v CNS** – Hradílek P. (15 min.)

B3 — **Satelitní sympozium společnosti Eisai GesmbH-organizační složka** — **15.30–15.45**

Když diagnóza nestačí: nová realita Alzheimerovy choroby

Rektorová I., Krajčovičová L.

B3 — **Satelitní sympozium společnosti Neuraxpharm Bohemia s. r. o.** — **16.00–16.45**

Vakcinace u pacientů s roztroušenou sklerózou

Aktuální data, multidisciplinární panelová diskuse a výstupy pro praxi

Diskutující: Horáková D., Vachová M., Libertínová J., Jegorová V., Milota T.

Satelitní sympozium společnosti ELI LILLY ČR, s. r. o. — **16.55–17.40**

KISUNLA® v klinické praxi: reálné zkušenosti z Rakouska a Česka

- **Úvod do ATT, organizace center CBAN a první zkušenosti s přípravkem KISUNLA® z Česka** – Hort J. (22 min.)
- **KISUNLA® in Austria: Real-world experience of treating patients with Early Symptomatic Alzheimer's Disease** – Wurm R. (22 min.)

B2 — **Satelitní sympozium společností EGIS Praha spol. s r. o.** — **10.30–10.45**

- **Brivaracetam v reálném životě: pacientské příběhy, klinická rozhodnutí** – Vogner M.

D8 +D9 — **Satelitní sympozium společnosti Medison Pharma s. r. o.** — **15.30–15.45**

- **Akutní jaterní porfyrie** – Urbánek P.

Pátek 27. 11. 2026

B3 — **Satelitní sympozium společnosti Pfizer, spol. s r. o.** — **9.00–9.15**

- **Strategie v akutní léčbě migrény** – Klečka L. (15 min.)

B3 — **Satelitní sympozium společnosti Schwabe Czech s. r. o.** — **9.25–9.40**

- **EGb 761® v léčbě kognitivního deficitu, jaká je evidence a praxe?** – Hort J. (15 min.)

B3 — **Satelitní sympozium společnosti Swixx Biopharma s. r. o.** — **9.50–10.35**

Neuropsychiatrický pohled na migrénu a možnosti přerušení bludného kruhu…

Přednášející: Marková J. (20 min.), Anders M. (20 min.)

- **Společná diskuse** (5 min.)

B3 — **Satelitní sympozium společnosti MagnaPharm CZ s. r. o.** — **11.00–11.45**

Od neklidných nohou ke klidnějšímu imunitnímu systému

Předsedající: Kubala Havrdová E., Adamová B.

- **Neklidné nohy: důvod k neklidu?** – Brožová H. (15 min.)
- **Magnézium a neurozánět** – Adamová B. (15 min.)
- **Ponesimod v reálné klinické praxi: správná volba v první i následné linii léčby** – Tichá V. (15 min.)

B3 — **Satelitní sympozium společnosti Amgen s. r. o.** — **11.55–12.10**

- **Za hranicí jedné diagnózy: cílená deplece B-buněk u NMOSD, gMG a IgG4-RD** – Nytrová P. (15 min.)

D8 +D9 — **Satelitní sympozium společnosti Biogen (Czech Republic) s. r. o.** — **10.30–10.45**

Současný pohled na klinické souvislosti léčby přípravkem Tysabri

- **Tysabri v dlouhodobé perspektivě: od klinických dat k cíli NEDA** – Kubala Havrdová E. (6 min.)
- **Dlouhodobé zkušenosti s Tysabri s. c. v ČR** – Lízrová Preiningerová J. (6 min.)
- **Společná diskuse** (3 min.)

POSTEROVÁ SEKCE

CEREBROVASKULÁRNÍ PROBLEMATIKA

Komentované postery | Středa 25. 11. | od 18.45 hod.
Předsedající: Tomek A.

1. **Rutinní testování účinnosti antiagregační léčby – má smysl v časné sekundární prevenci po ischemické cévní mozkové příhodě?**
   Bábová J., Černík D.
2. **Indikace leteckého zásahu u cévní mozkové příhody na základě telefonicky verifikované FAST + pozitivity**
   Bilík J., Černík D.
3. **Intravenózní trombolýza pro akutní okluzi centrální retinální tepny: Je bezpečná a efektivní i po standardním časovém okně?**
   Černík D., Eichlová Z., Janský P., Havlíček R., Vachová M., Vondráčková S., Biková S., Reková P., Macko J., Šaňák D., Pavláková J., Bilík J., Cihlář D., Neumann J.
4. **Nově detekovaná fibrilace síní po cévní mozkové příhodě: liší se od již známé fibrilace síní?**
   Mikulenka P., Mihalovič M., Toušek P., Peisker T., Perry A., Harston G., Carone D., Štětkářová I., Garrard J.
5. **Perfuzní CT mozku u iktů v zadním povodí s lehkým klinickým deficitem**
   Peisker T., Mikulenka P., Vaško P., Štětkářová I.

Nekomentované postery

6. **Přínos sekvenování nové generace v diagnostice pacientů s podezřením na genetické onemocnění drobných mozkových cév bez průkazu CADASIL**
   Benešová K., Paulasová Schwabová J., Zoubková V., Šrámková T., Olšerová A., Tomek A.
7. **Výsledky akutního extraintrakraniálního bypassu jako záchranné metody při selhání standardní rekanalizační terapie**
   Černík D., Bartoš R., Hejčl A., Vachata P., Cihlář F., Marek T., Sameš M.
8. **Prognostický význam časového profilu UCH-L1 a GDF-15 u pacientů s akutní ischemickou cévní mozkovou příhodou**
   Folber M., Mikulenka P., Peisker T., Štětkářová I., Mihalovič M., Toušek P.
9. **Incidentální mozková aneurysmata**
   Fröhlich D.
10. **Stacionární kognitivní deficit a zlepšený neurologický nález tři měsíce po ischemické CMP**
    Harmáčková M., Hlaváčková K., Hlaváčková M., Bartoš A.
11. **Možná glymfatická dysfunkce u Fabryho choroby: souvislost DTI-ALPS s mozkovými lézemi a klinickým fenotypem**
    Mareček S., Hollý P., Krajča T., Sojka P., Nepožitek J., Dostálová G., Bayerová K., Linhart A., Dušek P., Vaněčková M., Reková P.
12. **Rekanalizační terapie u ischemické cévní mozkové příhody při výskytu aneurysmatu mozkových tepen – data z reálné klinické praxe**
    Matzke A., Čejková M., Bábová J., Černík D.
13. **AI asistent pro standardizaci dokumentace a podporu klinického rozhodování v iktové péči**
    Mikulenka P., Folber M., Peisker T., Štětkářová I.
14. **Funkční přínosy roboticky asistovaného nácviku chůze v subakutní fázi cévní mozkové příhody**
    Najsrová A., Fiedorová I., Szegedi I., Baníková Š., Adamec T., Kondé A., Hanzlíková P., Ganesh A., Bar M., Volný O.
15. **Subakútna infekčná endokarditída imitujúca systémovú vaskulitídu: úskalia diagnostiky u pacientky s intrakardiálnym materiálom**
    Niroda I., Tomášová Z.
16. **Zkušenost dospělých osob s centrální parézou s novým typem stimulátoru pro korekci drop foot**
    Novotná K.
17. **Účinnost a bezpečnost tenekteplázy ve srovnání s alteplázou v léčbě ischemické cévní mozkové příhody v roce 2025 v České republice dle dat RES-Q**
    Štefela J., Neto G., Mikulík R.

EPILEPSIE

Komentované postery | Pátek 27. 11. | od 12.45 hod.
Předsedající: Feketeová E.

18. **Klinické a likvorové prediktory u výsledného stavu u status epilepticus: retrospektivní studie**
    Stanzelová K., Kalinová M., Marusič P., Krýsl D.
19. **Sociální kognice, možnosti screeningového testování v klinické neurologii**
    Šimčík M., Žalud J., Pytelová V., Johannessen R., Kernycká S., Chytrý Š., Marusič P., Amlerová J.
20. **Lokalizační a lateralizační význam vokálních, verbálních a oroalimentárních automatismů**
    Všianský V., Pail M., Brázdil M.

EXTRAPYRAMIDOVÁ ONEMOCNĚNÍ

Komentované postery | Středa 25. 11. | od 18.45 hod.
Předsedající: Brožová H.

21. **SCA27B jako stroke mimics**
Blichová Z., Martinkovič L., Mikšík L., Paulasová-Schwabová J., Mušová Z., Vyhnálek M.

22. **Vzácné genetické varianty Parkinsonovy nemoci**
Hollý P., Hirschfeldová K., Serranová T., Dušek P., Zárubová K., Jech R., Havránková P., Růžička F., Fiala O., Klempíř J., Bezdíček O., Kemlink D., Sikora J., Růžička E.

23. **Lokalizácia aktívnych kontaktov a štrukturálna konektivita STN-DBS ako prediktor poklesu fonematickej fluencie**
Janovič Š., Hollý S., Al-Fatly B., Zvarova P., Kľoc M., Matejička P., Juskanič D., Hapáková L., Kušnírová A., Gaštanová B., Valkovič P., Košutzká Z.

24. **Čichová dysfunkce jako screeningový nástroj u neurodegenerativních onemocnění**
Klíčová K., Menšíková K., Šebelová D., Polčáková P., Kaleta M., Cook S., Ildžová Z., Satke L., Zimek D., Kaňovský P.

25. **Neefektivní kašel u Huntingtonovy nemoci: jednoduchý screening v klinické praxi**
Konvalinková R., Srp M., Dolečková K., Klempíř J.

26. **Modulace hlubokých mozkových struktur pomocí vysokofrekvenční transkraniální elektrické stimulace**
Lamoš M., Rose D. S., Opančar A., Žáčková A., Chrastina J., Głowacki E. D., Bočková M.

27. **Celoexomové sekvenování jako nástroj pro charakterizaci hereditárních poruch řízení hybnosti: genetická variabilita parkinsonských a hyperkinetických syndromů**
Vrbacká A., Hollý P., Steiner Mrázová L., Hartmannová H., Hodaňová K., Trešlová H., Dušek P., Serranová T., Majer F., Jedličková I., Nosková L., Havránková P., Kunc L., Danhofer P., Jech R., Stránecký V., Klempíř J., Sikora J.

Nekomentované postery

28. **Faktorová validita testu každodenních aktivit (Pojď si vyrazit) u Parkinsonovy nemoci**
Bezdíček O., Espitia D., Bezemková K., Opelka J., Kazachenko V., Schmitter-Edgecombe M., Dušek P., Jech R.

29. **Kvalita života pacientů s cervikální dystonií – analýza vlivu botulotoxinu po 12 měsících sledování**
Buřilová P., Buřil J., Chadim P., Baláž M., Pokorná A.

30. **Pilotné overenie protokolu pre výskum rečových biomarkerov apatie pri Parkinsonovej chorobe**
Čiernik Kevická V., Trnka M., Brandoburová P., Košutzká Z.

31. **Posturální deformita a síla respiračního svalstva u Parkinsonovy nemoci**
Dvořáková K., Srp M., Dušek P., Růžička E.

32. **Vliv mutace genu slc18a2 na dopaminový transport v kontextu endemického parkinsonismu**
Ildžová Z., Kolaříková M., Majerová B., Menšíková K., Kaleta M., Kocurová L., Plíhal O., Kaňovský P., Vodička R.

33. **Dystonie u Mowat-Wilsonova syndromu: opomíjený neurologický projev**
Kunc L., Havránková P., Škorvánek M., Necpál J., Kothaj J., Zech M., Jech R.

34. **Bayesian analysis of monopolar review based on probabilistic e-field locations in patients with chronic VIM DBS treatment**
Lasica A., Filip P., Kiakou D., Růžička F., Mueller K., Jech R.

35. **Postižení rozpoznávání emocí z prozodie a z obličeje u pacientů s Friedreichovou ataxií**
Mrázová S., Šťovíčková L., Pytelová V., Paulasová Schwabová J., Mikysková K., Matušková V., Amlerová J., Marusič P., Vyhnálek M.

36. **Mikrobiom dutiny ústní, nosní dutiny a střeva u pacientů s Parkinsonovou nemocí**
Pavčík R., Bořilová Linhartová P., Krajčovičová L.

37. **Vliv dlouhodobé bezlepkové diety na klinické parametry, kvalitu života a metabolický profil u Parkinsonovy nemoci**
Poláková K., Gentileová T., Fialová M., Rusz J., Pelantová H., Bartošová J., Draboňová B., Kuzma M., Funda D., Brožová H.

38. **Transdisciplinární přístup a koncepce transdisciplinárních týmů nelékařských oborů v péči o pacienty s Parkinsonovou chorobou**
Ressner P., Vranová V., Baláž M.

39. **Vztah mezi ALPS-indexem a doménově-specifickými kognitivními funkcemi u pacientů s de novo Parkinsonovou nemocí**
Rottová V., Mareček S., Krajča T., Keller J., Šonka K., Dušek P., Bezdíček O., Nepožitek J.

40. **Asociace plazmatických p-tau biomarkerů s objemem subkortikálních struktur u časných alfasynukleinopatií**
Růžička F., Gregorovič P., Tesař A., Bezdíček O., Sluková M., Vaněčková M., Kalousová M., Dušek P.

41. **Časné projevy Huntingtonovy choroby na buněčné úrovni: model prasečích transgenních indukovaných pluripotentních kmenových buněk**
Ryšánková I., Sekáč D., Hansíková H., Vodičková Kepková K., Vodička P., Vaškovičová M., Altmanová M., Juhás Š., Juhásová J., Táborská E., Klempíř J., Motlík J., Klíma J., Eide L., Ellederová Z.

42. **Funkční analýza poruch sestřihu genu ATP7B pomocí long-read sekvenování u Wilsonova onemocnění**
Steiner Mrázová L., Villarreal L. G., Vrbacká A., Tugores A., Viera M., Monescillo A., Alonso-Castellano P., Dušek P., Brůha R., Záhoráková D., Melenovská P., Kmoch S., Jedličková I., Sikora J., Majer F., Stránecký V.

43. **Expresia miR-29a pri optimalizovanej medikamentóznej liečbe a intestinálnych infúznych terapiách pokročilej Parkinsonovej choroby**
Straka I., Valášková S., André Z., Minár M., Kyselovič J., Gažová A.

44. **Genetické faktory neurodegenerativního parkinsonismu**
Strnadová T., Menšíková K., Kolaříková K., Vodička R., Kaňovský P.

45. **Vliv hluboké mozkové stimulace subthalamického jádra na časoprostorové parametry a asymetrii chůze u pacientů s pokročilou Parkinsonovou nemocí**
Sýkorová D., Kolářová B., Kolář P., Krahulík D., Afifi A. N. M., Otruba P., Nevrlý M., Kaňovský P.

FUNKČNÍ NEUROLOGIE

Komentované postery | Středa 25. 11. | od 18.45 hod.
Předsedající: Serranová T.

46. **Neurofyziologické vyšetření pacientů s funkčním myoklonem, kazuistika a metodika vyšetření**
Fiala J., Serranová T.

KOGNITIVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Komentované postery | Pátek 27. 11. | od 12.45 hod.
Předsedající: Rektorová I.

47. **Apatia u pacientov s idiopatickým normotenzným hydrocefalom: pilotná štúdia**
Boleková V., Holkovičová S., Kolesár P., Valkovič P., Straka I.

48. **Plazmatický p-tau217 jako biomarker Alzheimerovy nemoci: porovnání analytických metod a klinická implementace**
Brňáková D., Novobilský R., Kušnierová P., Bártová P., Sabela M., Stejskal D., Bar M.

49. **Deficity alocentrické navigace předpovídají klinickou progresi u subjektivního kognitivního poklesu a amnestické mírné kognitivní poruchy**
Danišková N., Laczó M., Borovská S., Horáková H., Matušková V., Veverová K., Vyhnálek M., Hort J., Laczó J.

50. **Demographic, Cognitive, and Biomarker Patterns in MCI and Alzheimer's Disease (AD) Among Patients Initiating Donanemab in the Real-World**
Hartry A., Spargo D., Bhushan A., Kasivajjala V. C., Priyadarasani A., Srirampurapu A., Soukup P. (non-author presenter)

51. **Vztah pupilometrie a kognitivní zátěže u neamnestické mírné kognitivní poruchy**
Sekaninová E., Mitterová K., Rektorová I.

52. **Kompozitní skóre plazmatických biomarkerů v diferenciální diagnostice Alzheimerovy nemoci a demence s Lewyho tělísky – pilotní studie**
Tesař A.

Nekomentované postery

53. **Digitální diagnostika demencí DigiDiaDem: když umělá inteligence vyhodnocuje řeč a paměť pro časnou detekci demence**
Bartoš A., Zajícová L., Krejčová M., Zapletalová M., Víta M., Šmídl L.

54. **Komorbidita Creutzfeldt-Jakobovy nemoci (CJD), Alzheimerovy nemoci a frontotemporálních lobárních degenerací s tau pozitivními inkluzemi**
Caisberger F., Matěj R., Rusina R.

55. **Srovnání kvantového a klasického strojového učení v predikci progrese časné Alzheimerovy nemoci**
Hadžić H., Hartmann R., Lerch O., Lambert L., Hort J.

56. **Opatrovateľská záťaž pri idiopatickom normotenznom hydrocefale a jej determinanty: pilotná štúdia**
Holkovičová S., Boleková V., Valkovič P., Straka I.

57. **Změněná oscilační dynamika při inhibici reakcí na vysokokalorické potraviny u žen s obezitou**
Holštajn Zemánková P., Výtvarová E., Kropáčová S., Lamoš M., Gajdoš M., Rektorová I.

58. **Domácí tDCS moduluje odpovědi na emočně významné podněty zobrazující jídlo u obézních pacientů: Pilotní výsledky EEG studie**
Kropáčová S., Holštajn Zemánková P., Výtvarová E., Lamoš M., Gajdoš M., Rektorová I.

59. **Neurologické diagnózy a kognitivní funkce pomocí certifikovaných testů ALBA a POBAV u 517 pacientů ze 40 ambulancí**
Michalovová M., Bartoš A.

60. **EEG mikrostavy jako prediktor kognitivního zhoršení u prodromální DLB**
Ondráček D., Mitterová K., Brabenec L., Lamoš M., Rektorová I.

61. **Characterization of „early-start“ participants that continued receiving donanemab in the TRAILBLAZER-ALZ 2 long-term extension period**
Schreiber C. P., Schilling T., Doty E. G., Yang F. E., Sato S., Zimmer J. A., Soukup P. (non-author presenter)

62. **Alzheimerova nemoc s časným nástupem s neobvykle četnou průvodní neuropatologií a časným terminálním zlomem – proč více znamená rychleji (kazuistika)**
Sýkora M., Parobková E., Matěj R.

63. **Cingulate island sign na perfuzní fázi amyloidového PET u DLB: vliv komorbidní amyloidové patologie**
Škorvagová A., Cerman J., Nedelská Z., Barnat V., Hort J.

MYASTENIE A NEUROMUSKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Komentované postery | Středa 25. 11. | od 18.45 hod.
Předsedající: Vlčková E.

64. **Charakteristika pacientů se séronegativní myasthenia gravis: klinické, elektrofyziologické a laboratorní aspekty**
Pilsová H., Týblová M., Nytrová P., Tesař A., Nováková I.

65. **Baseline characteristics of Czech and Slovak paediatric patients with spinal muscular atrophy at the introduction of disease-modifying therapy**
Sobíšek L., Kočí Z., Marešová B., Haberlová J.

66. **Význam sonografie při diagnostice lézí periferních nervů a aplikaci botulotoxinu, 3 kazuistiky**
Streitová H., Minks E.

67. **Hodnocení autonomní dysfunkce pomocí dotazníku COMPASS-31 u pacientů s roztroušenou sklerózou, polyneuropatií a myotonickou dystrofií 1. typu**
Vejrychová S., Šrotová I., Vlčková E., Adamová B., Parmová O., Klajblová H., Lisá K., Štourač P., Petrášová M.

68. **Bickerstaffova autoimunitní kmenová encefalitida – kazuistika**
Židó M., Štětkářová I.

NEUROFARMAKOLOGIE

Nekomentované postery

69. **SCA27B: zkušenosti s léčbou 4-AP ve FN u sv. Anny v Brně**
Boušek T., Bočková M.

70. **Neurologické imunitně podmíněné nežádoucí účinky inhibitorů kontrolních bodů: prospektivní studie**
Havlíček M., Krýsl D., Boček H., Elišák M., Casas Mendez L. F., Bulová A., Büchler T., Marusič P.

71. **Reverzibilní parapareéza jako projev multifaktoriální myopatie u pacienta po transplantaci ledviny**
Míšková I., Caisberger F.

72. **Fázově závislá remodelace mitochondrií v trombocytech po zahájení léčby omaveloxolonem u Friedreichovy ataxie**
Šťovíčková L., Zumrová A., Hansíková H., Hanzalová J., Semjonov V., Mižíková A., Kolman F., Matějíček V., Pozděna T., Němeček D., Novotná L., Stanželová K., Mrázová S., Paulasová Schwabová J., Vyhnálek M.

NEUROCHIRURGIE

Nekomentované postery

73. **Leptomeningeální karcinomatóza jako vzácná komplikace uroteliálního karcinomu: dvě kazuistiky se zcela odlišnou prezentací**
Boček R., Kubištová A.-M.

74. **Srovnání dvou funkčních MR akvizičních protokolů při mapování kritických kortikálních oblastí mozku**
Burkot O., Jasenská M., Balážová K., Hok P., Košút M., Mikl M., Hluštík P.

75. **Není hematom jako hematom**
Valdová H.

NEUROIMUNOLOGIE

Komentované postery | Středa 25. 11. | od 18.45 hod.
Předsedající: Peterka M.

76. **Národní registr pacientů s roztroušenou sklerózou ReMuS – historie, současnost, budoucnost**
Horáková D., Šťastná D., Kubala Havrdová E., Ampapa R., Dufek M., Houšková J., Hradílek P., Libertínová J., Mareš J., Mareš M., Pavelek Z., Peterka M., Recmanová E., Rous Z., Štětkářová I., Štourač P., Vachová M., Drahota J.

77. **Očkování u pacientů s roztroušenou sklerózou: neintervenční průřezová studie**
Libertínová J., Elišák M., Jegorová V., Strejc V., Vachová M., Trojánek M.

78. **Těhotenství a kojení u pacientek léčených ocrelizumabem v centru pro roztroušenou sklerózu VFN v Praze**
Pavlíčková J.

79. **Bezpečnost léčby roztroušené sklerózy: infekce a malignity v metaanalýze a datech registru ReMuS**
Šťastná D., Šturmová M., Fistravec G., Drahota J., Džerengová B., Menkyová I., Ampapa R., Dufek M., Housková J., Hradílek P., Kubala Havrdová E., Libertínová J., Mareš M., Mareš J., Pavelek Z., Peterka M., Recmanová E., Rous M., Štětkářová I., Štourač P., Váchová M., Novotná K., Dušek L., Mazouch P., Horáková D., Mazouchová A.

80. **Progresivní multifokální leukoencefalopatie jako komplikace léčby roztroušené sklerózy v České republice, 2002–2026**
Džerengová B., Šťastná D., Kleinová P., Mareš M., Šrotová I., Vejrychová S., Elišák M., Libertinová J., Suchá J., Potužník P., Zimová D., Štětkářová I., Grünermelová M., Pavelek Z., Vachová M., Houšková J., Drahota J., Fištravec G., Horáková D.

81. **Mnoho tváří neurolupusu: patofyziologický přístup k neuropsychiatrickému systémovému lupusu erythematodes**
Nejl P.

82. **Kazuistika: Chronická myelitida při cANCA asociované vaskulitidě**
Kraj A.

83. **Včas nerozpoznané vzácné komplikace neurosarkoidózy – možnosti léčby**
Kővári M., Jačisko J.

Komentované postery | Pátek 27. 11. | od 12.45 hod.
Předsedající: Hradílek P.

84. **Dynamika nálezu oligoklonálních pásů v čase u pacientů s roztroušenou sklerózou**
Kubištová A.-M., Urban T., Mrázová K., Sobek O., Harel D., Kubala Havrdová E., Horáková D., Uher T.

85. **Vztah koncentrací lehkých řetězců neurofilament a gliálního fibrilárního acidického proteinu v krvi a mozkomíšním moku u pacientů s nově diagnostikovanou roztroušenou sklerózou**
Hrych D., Nosková L., Peka M., Maceski A., Fialová L., Kubala Havrdová E., Horáková D., Kuhle J., Kalousová M., Uher T.

86. **MR fenotypy roztroušené sklerózy**
Peka M., Denissen S., Kudrna M., Horáková D., Kubala Havrdová E., Krásenský J., Vaněčková M., Van Schependom J., Nagels G., Uher T.

87. **MRI parametry založené na AI pro predikci selhání NEDA u roztroušené sklerózy**
Kožáková S., Brodová N., Schaffartziková T., Hanzlíková P., Havelka J., Kušnierová P., Veřmiřovská J., Zipsová Z., Vilímek D., Hradílek P., Volný O., Žondra Revendová K.

88. **Automated AI-based detection of MRI disease activity in multiple sclerosis: comparison with an expert-adjudicated AI-assisted workflow**
Zondra Revendova K., Havelka J., Vilimek D., Schaffartzikova T., Kozakova S., Vermirovska J., Zipsova Z., Hradilek P., Volny O., Ganesh A., Hanzlikova P.

Nekomentované postery

89. **Kombinace měření strukturální heterogenity míchy odvozená z konvenční magnetické rezonance s kvantitativním T1 mapováním zlepšuje predikci budoucí atrofie míchy u pacientů s roztroušenou sklerózou**
Andělová M., Uher T., Krásenský J., Disselhorst J., Horáková D., Kubala Havrdová E., Vaněčková M.

90. **Leukodystrofie v diferenciální diagnostice progredujícího neurologického deficitu – dvě kazuistiky**
Bechyňová N., Matyáš D.

91. **Konec rychlosti zpracování informací? Nová neuropsychologická měřítka vyšetření kognice u roztroušené sklerózy**
Bezemková K., Brož T., Cápalová E., Horáková D., Rusz J., Leavitt V., Uher T., Motýl J.

92. **Využití telemonitoringu v podpoře pohybové aktivity u osob s časnou roztroušenou sklerózou**
Grosserová B., Větrovská R., Novotná K.

93. **Nespecifický nález, radiologicky izolovaný syndrom nebo preklinická RS?**
Hladíková M., Šrotová I., Kočica J., Petrlová M., Štourač P.

94. **Multidimenzionálne hodnotenie únavy pri relaps-remitujúcej forme sclerosis multiplex**
Kováčiková N., Kotúľová L., Grendár M., Kurča E., Kantorová E.

95. **Postoje pacientů s roztroušenou sklerózou k nadváze a obezitě: pilotní dotazníková studie**
Leberová A., Šrotová I., Vejrychová S., Adamová B., Rous M., Vachová M., Hradílek P., Horáková D., Kubala Havrdová E.

96. **Možnosti manažmentu spasticity u pacientov so sclerosis multiplex**
Lisá K., Meluš J., Brauneckerová R., Lisá I., Valkovič P.

97. **Progresivní multifokální leukoencefalopatie jako prvotní oportunní infekce u pacienta s AIDS**
Miklušová M., Zimek D.

98. **Predikce kognitivního výkonu u roztroušené sklerózy: Sledování po 10 a 16 letech**
Motýl J., Friedová L., Kubala Havrdová E., Týblová M., Krásenský J., Vaněčková M., Horáková D., Uher T.

99. **Pozitivní vliv pravidelné progresivní svalové relaxace na únavu osob s RS**
Novotná K., Grosserová B., Dandová K., Větrovská R.

100. **Symptomatická léčba poruch chůze u onemocnění RS, zkušenost s preparátem fampridin z reálné klinické praxe**
Novotná K., Lízrová Preiningerová J.

101. **Fenotyp neutrofilů a chronická dysregulace komplementu u pacientů s NMOSD a MOGAD**
Nytrová P., Krčmářová E., Menkyová I., Cichrová M., Srpová B., Lízrová Preiningerová J., Beroušková B., Tymich A., Protivová E., Černý V., Hrdý J.

102. **Kvalitativní pohled na sexualitu a intimitu u žen s roztroušenou sklerózou**
Pourová A., Šrotová I., Neužilová Michalčáková R., Vejrychová S., Vachová M., Broul M.

103. **Porovnání metod stanovení sérových lehkých řetězců neurofilament u pacientů s roztroušenou sklerózou**
Srpová B., Kubala Havrdová E., Springer D., Kalousová M., Nytrová P.

104. **MRI překonává klinické prediktory aktivity onemocnění po zahájení léčby kladribinem u roztroušené sklerózy**
Uher T., Lindner J., Kubala Havrdová E., Kudrna M., Peka M., Krásenský J., Ďuríček T., Vaněčková M., Horáková D., Fuchs T. A. N.

105. **Metabolomické změny likvoru a séra u demyelinizačních onemocnění centrálního a periferního nervového systému**
Židó M., Neuerová Z., Cifková E., Lisá M., Štětkářová I.

NEUROINTENZIVNÍ PÉČE

Nekomentované postery

106. **Reálná praxe neuroprognostifikace u pacientů s posthypoxickou encefalopatií**
Kemlink D., Dušek P., Slovák M.

107. **Anti-Ma2 encefalitida s falešnou lokalizací primárního tumoru**
Ševčíková I., Všianský V., Štefela J., Hendrych M., Weiss V., Čundrle I., Volčík A., Šrámek V., Doležalová I.

NEUROOFTALMOLOGIE

Nekomentované postery

108. **Když papiledém není idiopatická intrakraniální hypertenze: kazuistika nově diagnostikované koinfekce HIV a neurosyfilis**
Mede K., Strýček O.

109. **Kvantitatívna analýza plynulých sledovacích očných pohybov a sakád pri roztrúsenej skleróze**
Skáčik P.

SPÁNEK

Komentované postery | Pátek 27. 11. | od 12.45 hod.
Předsedající: Šonka K., Slonková J.

110. **Dynamika očních pohybů v REM spánku a emoční náboj snů u centrálních poruch s hypersomnolencí**
Košťálová J., Miletínová E., Měrková R., Šonka K., Bušková J.

111. **Pupilometrické biomarkery autonomní dysfunkce u izolované poruchy chování v REM spánku**
Křupková B., Serranová T., Šonka K., Růžička E., Slanař O., Bartošová O., Dušek P.

112. **Validace Richards-Campbell Sleep Questionnaire vůči aktigrafii u hospitalizovaných pacientů a vztah k riziku deliria**
Milata M., Locihová H., Šonka K., Šusta M.

113. **Spánek u funkčních motorických poruch: polysomnografické srovnání pacientů a zdravých kontrol**
Nepožitek J., Dostálová S., Jirásek M., Chaloupková G., Forejtová Z., Nováková L., Rottová V., Konvičná V., Šonka K., Edwards M. J., Serranová T.

114. **Význam časných telemetrických kontrol pro dlouhodobou adherenci k léčbě přetlakem v dýchacích cestách u pacientů s poruchami dýchání ve spánku**
Pretl M., Kalaš O., Šimralová T.

Nekomentované postery

115. **Narkolepsie a idiopatická hypersomnie – latence stanovení diagnózy v období 2010–2024**
Šonka K., Šusta M., Příhodová I., Nepožitek J., Ibarburu V., Maurovich Horvat E., Hachová T., Nevšímalová S., Dostálová S.

TOXIKOLOGIE

Nekomentované postery

116. **Vyhoštění z ráje: když euforie končí ataxií… a co všechno se skrývá za „normálním“ B_{12}**
Kubjatková M., Šťastná D., Srpová B.

	9.00–17.30	
D4	**Opening Ceremony** ▪ **Welcome by the Neur-IN Director** – Brázdil M. (10 min.) ▪ **Opening Speech by the Rector of Masaryk University** – Bareš M. (10 min.) ▪ **Neur-IN and Neurodegenerative Disorders** – Jech R. (10 min.)	**9.00–9.30**
D4	**Revolutionizing Neurology** ▪ **Artificial Intelligence on the Rise** – Volný O. (45 min.) ▪ **AI – Latest Developments in AI Factories, AI Gigafactories, the National AI Strategy, and the Czech Ministry of Health's AI Strategy** – Peter L. (15 min.)	**9.30–10.30**
	Coffee Break	**10.30–11.00**
D4	**Selected Key Topics from Pillar I** **Chair: doc. MUDr. Petr Dušek, Ph.D.** ▪ **NeuroSHARE – Population Screening of Prodromal Neurodegeneration** – Illner V. (30 min.) ▪ **Detection of Pathological Alpha-synuclein Seeding Activity in Tissues** – Holada K. (30 min.) ▪ **Chromatin Remodelling Disorders: Heterozygous De Novo EHMT2 Variants as a Novel Cause of Kleefstra Syndrome** – Sikora J. (30 min.)	**11.00–12.30**
	Lunch Break and Poster Session	**12.30–14.00**
D4	**Selected Key Topics from Pillar II** **Chair: prof. MUDr. Irena Rektorová, Ph.D.** ▪ **Structure-Based Design of Novel Alzheimer's Disease Treatments** – Mičan J. (30 min.) ▪ **Impaired Spatial Navigation in Alzheimer's Disease and Limbic Age-Related TDP-43 Encephalopathy (LATE)** – Laczó J. (30 min.) ▪ **Cortical Free-Water Imaging in Individuals at Risk of Lewy Body Disease: A Marker of Neuroinflammatory Compensation rather than Neuroaxonal Degeneration** – Mitterová K. (30 min.)	**14.00–15.30**
	Coffee Break	**15.30–16.00**
D4	**Selected Key Topics from Pillar III** **Chair: prof. MUDr. Přemysl Jiruška, Ph.D.** ▪ **Impact of Spreading Depolarisations on Epilepsy** – Jefferys J. G. R. (30 min.) ▪ **From Pathogenic Mechanisms to Causal Treatment of Developmental Epilepsies: Progress, New Data, and Future Therapeutic Directions** – Novák O. (30 min.) ▪ **Genetic Causes of Malformations of Cortical Development – Searching for a Needle in a Haystack** – Straka B. (30 min.)	**16.00–17.30**

NEURIN – POSTEROVÁ SEKCE

1. **Investigating Myelin Abnormalities in a Mouse Model of Focal Cortical Dysplasia Type II**
   Bogdanovič A.
2. **Non-Invasive Modulation of Language Networks in Patients with Parkinson's Disease: Resting State Functional Connectivity Analysis**
   Carbol D.
3. **Optimizing Machine Learning Models for Localization of Epileptogenic Tissue**
   Cimbálník J.
4. **Ocrelizumab Causes Transient Changes in the Composition of Intestinal Bacteria and Modulates the Immune Response Depending on the Response to Treatment**
   Coufal S.
5. **A New Mental Health Condition Revealed: The Depressive Emotional Despair Disorder (DEDD or E3D), Case Study of Three Couples**
   Elhaddadi M.
6. **Endo-Lysosomal Competition for Shared Membrane Remodelling Machinery as a Driver of Early Endosomal Pathology in Alzheimer's Disease**
   Dokoupil M.
7. **Plasma NfL, GFAP and pTau181 as Predictors of Phenotypic Progression in Subjects at Risk of Dementia with Lewy Bodies: A Longitudinal Cohort Study**
   Farkaš J.
8. **Intracranial EEG Activity During Discrimination of Emotional Facial Expressions**
   Hammer J.
9. **SeizureBox: An Open-Source Piezoelectric System for Non-Invasive Seizure Detection in Mice**
   Hosová L.

NEUR·IN·26
Program konference **NEURIN 2026** →
Probíhá paralelně s odborným programem sjezdu v sále D4

10. **Localizing Epileptogenic Tissue from Long-Term iEEG Using a Distance-Aware Transformer**
Hrtoňová V.
11. **Longitudinal in Vivo Two-Photon Imaging of Cortical Oligodendrocyte Differentiation Dynamics in a Mouse Model of Focal Cortical Dysplasia Type II**
Hrušková B.
12. **Quantification of Patient Motion in FDG-PET/CT Brain Imaging**
Janča R.
13. **Managing Epilepsy in Schools: National Implementation of IGAP-Aligned Systematic Support in the Czech Republic**
Janoušková K.
14. **Cognitive Impairment in Chronic Migraine and Chronic Tension-Type Headache: Changes After One Year of Treatment**
Kardyrkhodjayeva N.
15. **High-Frequency Oscillations Evolution in Focal Cortical Dysplasia Type II**
Karakullukcu N.
16. **Cerebral Organoid Co-Cultures Reveal Glioblastoma Plasticity and Patient-Specific Drug Responses**
Kocourková K., Slováčková J.
17. **Automated Detection of Epileptic Seizures in Murine EEG Using a Hierarchical System of Neural Networks**
Koza A.
18. **Two-Dimensional and Spheroid Models of Cells Resembling Cholinergic Neurons, for the Testing and Repurposing of Drugs Targeting Tauopathies**
Kozlov I.
19. **Cell Specific Regulation of Pathological Neuronal Activity in a Model of Focal Cortical Dysplasia**
Králíková M.
20. **Long-Term Dynamics of Epilepsy in a Mouse Model of Focal Cortical Dysplasia**
Kudláček J.
21. **Dysfunctional SORL1 Disrupts the Endo-Lysosomal Pathway and Extracellular Vesicle Biogenesis**
Machovec M.
22. **Network Hubs Supporting Verbal Memory Encoding: Implications for Cognitive Preservation in Epilepsy Surgery**
Matoušková B.
23. **DBSI Reveals Compartment-Specific Microstructural Signatures of Ischemic Lesion Evolution After Mechanical Thrombectomy**
Michal L.
24. **Cognitive Modulation of High-Frequency Oscillations in Human Epilepsy Networks**
Navrátil Z.
25. **AAV-Based Model of Focal Cortical mTORopathy with Seizures**
Olson C.
26. **Cell Type-Specific Network Dynamics During Seizure Initiation and Termination**
Populová J.
27. **Longitudinal Two-Photon Calcium Imaging Reveals Progressive Lesion Remodeling and VIP Interneuron Dysfunction in a Mouse Model of FCD II**
Řehořová M.
28. **Rostro-Caudal Locus Coeruleus Profiles in Individuals at Risk for Dementia with Lewy Bodies**
Sekaninová E.
29. **Connectivity-Based Analyses Reveal a Structured Temporal Evolution of Seizure Pathways in an Animal Model of Temporal Lobe Epilepsy**
Svobodová A.
30. **Physiological Responses During Hypercapnic Challenge**
Šmíd J.
31. **Long Term Trends in iEEG**
Trávníček V.
32. **Optimization of RT-QuIC Assay for the Evaluation of Synuclein Peptide Inhibitors Targeting α-Synuclein Seeding Activity**
Varečka A.
33. **Expanding Diagnostic Horizons: NGS Detection of Pathogenic Repeat Expansions in Patients with Neurodegeneration**
Vášová J.

NEUR·IN·26
Program konference **NEURIN 2026** →
Probíhá paralelně s odborným programem sjezdu v sále D4

PROGRAM SESTERSKÉ SEKCE / STŘEDA / 25. 11. 2026

D4	WORKSHOP **Dysfagie a GUSS test v praxi** **Koláčná T., Posseltová L., Samšeňák J.**	**12.15–13.00**
D4	WORKSHOP **Dysfagie a GUSS test v praxi** **Koláčná T., Posseltová L., Samšeňák J.**	**13.05–13.50**
D4	WORKSHOP **Problematika únavy u neurologických pacientů – komplexní rehabilitační pohled** **Novotná K., Rotbartová E., Malinová R.**	**14.00–15.30**

PROGRAM SESTERSKÉ SEKCE / ČTVRTEK / 26. 11. 2026

C3	**Zahájení**	**8.30–8.40**
C3	**DEMENCE** **Odborné garantky: Horáčková A., Foltýnová H.** ▪ **Diagnóza demence** – Horáčková A. (20 min.) ▪ **Screening kognice** – Foltýnová H., Binderová J. (15 min.) ▪ **Ztráta jistoty: Delirium jako zkouška pro pacienta i sestru** – Šolínová P. (15 min.) ▪ **Mozková banka a s tím související péče o pacienty s CJD** – Stárková O. (10 min.) ▪ **Sociální péče: navazující propojení a spolupráce s rodinou** – Kovářová E. (15 min.) ▪ **Svět, kterému (ne)rozumíme: začátek jako cesta k lepší péči** – Frühbauer V. (10 min.) ▪ **Diskuse** (5 min.)	**8.40–10.10**
	Přestávka – coffee break	**10.10–10.40**
C3	**EXPY – Parkinsonova nemoc** **Odborné garantky: Pulkrábková V., Fialová M.** ▪ **Úvod do problematiky poruch kontrol pohybu – extrapyramidových onemocnění** – Baláž M. (20 min.) ▪ **Špecifiká medikamentóznej terapie** – Bagoňová Z. (15 min.) ▪ **Včasná DBS u PN – naše nejlepší zbraň** – Kunst J. (10 min.) ▪ **Na vlně pumpové terapie** – Rezková A. (10 min.) ▪ **Zachraňte kůži, zachovejte léčbu** – Coufalová R. (10 min.) ▪ **Rehabilitace u PN: Kdy? Hned!** – Vítek J. (20 min.) ▪ **Diskuse** (5 min.)	**10.40–12.10**
	Přestávka – oběd	**12.10–13.10**

PROGRAM SESTERSKÉ SEKCE / ČTVRTEK / 26. 11. 2026

C3	**Roztroušená skleróza** **Odborné garantky: Pyciaková L., Jonczyová V.** ▪ **Roztroušená skleróza dnes: kde jsme a kam směřujeme** – Pyciaková L. (20 min.) ▪ **Kouření, vitamin D a autoimunita** – Jonczyová V. (15 min.) ▪ **RS centrum – komplexní péče o pacienta** – Veřmiřovská J. (20 min.) ▪ **Elektronická dokumentace v praxi: jak šetří čas sestrám** – Klusková J. (15 min.) ▪ **Péče o pacienty s progresivní RS** – Bartoňová D. (15 min.) ▪ **Ergoterapie jako součást multidisciplinární péče u pacientů s RS** – Rotbartová E. (15 min.) ▪ **Diskuse** (10 min.)	**13.10–15.00**
	Přestávka – coffee break	**15.00–15.30**
C3	**CMP** **Odborné garantky: Koláčná T., Posseltová L.** ▪ **Shrnutí péče o cévní mozkové příhody v ČR** – Koláčná T. (20 min.) ▪ **Trombolýza od A/Z – cesta od experimentu ke standardu péče** – Samšeňák J. (15 min.) ▪ **Poruchy komunikace u pacientů po CMP** – Růžičková H. (20 min.) ▪ **Změny nálad po CMP** – Rusková K. (15 min.) ▪ **Neurostatus – NEST** – Lasák J. (15 min.) ▪ **Říkáme to správně, nebo jen hodně** – Posseltová L. (15 min.) ▪ **Diskuse** (10 min.)	**15.30–17.20**
	Závěr	**17.20**

POZNÁMKY

POZNÁMKY

PODĚKOVÁNÍ PARTNERŮM

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ SJEZDU.

Platinoví partneři

abbvie

NOVARTIS

Zlatí partneři

AstraZeneca

Biogen

Lilly A MEDICINE COMPANY

MagnaPharm One Team. One Solution.

MERCK

NEURAXPHARM

Roche

Swixx BioPharma

ucb Inspired by patients. Driven by science.

PODĚKOVÁNÍ PARTNERŮM

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ SJEZDU.

Stříbrní partneři

AMGEN

Bristol Myers Squibb

EGIS

Eisai hhc human health care

MEDISON

Lilly ORGANON

Pfizer

Schwabe Czech From Nature. For Health.

Bronzoví partneři

BERLIN-CHEMIE MENARINI

CannabiLab E&H services a.s.

IPSEN

KRKA

Medtronic

P&G Health

Synektik

wörwag PHARMA

Vystavovatelé

accord

Angelini Pharma

bioTech innovative

DESITIN SUCCESS IN CNS

Deymed DIAGNOSTIC

GL Pharma

iit INDIVIDUAL & INCENTIVE TOURS

MGP

MEDIS

Resmed

SANDOZ

STADA

Takeda

TREPP BIO

MERCK

MAVENCLAD®
cladribine tablets

Léčba relabující roztroušené sklerózy*

PRO ŠIROKOU POPULACI PACIENTŮ[1]

ŽIVOT SE NETOČÍ JEN KOLEM RS

- **Vysoká účinnost u dosud neléčených pacientů po první atace[2]**
- **Časný nástup účinku[3]**
- **Bezpečnost a snadné podávání[4–6]**
- **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 metod.[1]

[1] www.sukl.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] De Stefano N, et al. Poster presented at: ECTRIMS 2022 [P717]; [4] Giovannoni G, Mathews 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, Golaszka A, Nolting 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 podávaná 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 kladribinem 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 imunodeficience, aktivní chronická infekce (tuberkulóza nebo hepatitida), zahájení léčby kladribinem u imunokompromitovaných pacientů, včetně pacientů dostávajících v současné době imunosupresivní nebo myelosupresivní léčbu, aktivní maligntida, 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 kladribin podávaný během těhotenství by mohl způsobit vrozené vady. Studie na zvířatech prokázaly reprodukční toxicitu. Omezené údaje z případových zpráv ukázaly, že se kladribin vylučuje do lidského mateřského mléka. Vzhledem k možným závažným nežádoucím účinkům u kojených dětí je kojení během léčby přípravkem MAVENCLAD® a 1 týden po poslední dávce kontraindikováno. **Uchovávání:** 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.
Pikrtova 1737/1a, 140 00 Praha 4 | telefon: +420 272 084 211
www.merck.cz | www.medimerck.cz | CZ-MAV-00333

ROZPROUDIT SÍLU

Roche



Společně měníme RS

>11 let klinických zkušeností a 525 000 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.**[3,4]

2× ročně

Svoboda v ~10 minutách jen 2krát ročně.[4] Uvidíme se za 6 měsíců!

Reference: 1. Hauser SL, et al. Presented at ECTRIMS 2024 (Poster P300, P1664). **2.** Data on File (Patient exposure letter). Roche, July 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 15. 10. 2026.

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

Zkrácená informace o přípravku je nedílnou součástí inzerce a je uvedena na následující straně.

M-CZ-00005750

OCREVUS®
okrelizumab
subkutánní injekce

Nově i.v. forma pro děti od 10 let[4]

Roche

Zkrácená informace o přípravku Ocrevus 300 mg koncentrát pro infuzní roztok a Ocrevus 920 mg injekční roztok
Účinná látka: okrelizumab. **Indikace:** Léčba dospělých pacientů a pediatrických pacientů ve věku 10 let a starších s relabujícími formami roztroušené sklerózy s aktivním onemocněním definovaným klinicky nebo pomocí zobrazovacích metod. Léčba 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 se rozděluje na dvě samostatné infuze v odstupu 2 týdnů: dospělí a pediatričtí pacienti s hmotností ≥35 kg 2×300mg infuze (tj. dávka celkem 600 mg), pediatričtí pacienti s hmotností <35 kg 2×150mg infuze (tj. dávka celkem 300 mg). Následné dávky se podávají jako jedna intravenózní infuze jednou za 6 měsíců: dospělí a pediatričtí pacienti s hmotností ≥35 kg 600mg infuze, pediatričtí pacienti s hmotností <35 kg 300mg infuze. 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. Pediatričtí pacienti mohou být léčeni pouze i.v. formou okrelizumabu. **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 mohu 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 ne v průběhu prvního podání. U následných podání se mohou objevit závažnější, 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 by neměli být tímto přípravkem léčeni. Progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML) byla velmi vzácně pozorována u pacientů léčených anti-CD20 včetně okrelizumabu, a většinou souvisí s dalšími rizikovými faktory. Lékaři musí věnovat pozornost časným známkám a příznakům PML. Pokud existuje podezření na PML, musí být ukončeno podávání okrelizumabu. 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 musí být proveden standardní screening HBV. Aktivní HBV je kontraindikací léčby. 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. Známá aktivní malignita je kontraindikací léčby. Léčba závažně imunokompromitovaných pacientů nesmí být započata, dokud se stav nevyřeší. Očkování živými nebo atenuovanými vakcínami se v průběhu léčby a přetrvávajícím sníženém počtu B-lymfocytů nedoporučuje. Další podrobnosti ohledně očkování naleznete v SPC. Polékové poškození jater včetně závažných a život ohrožujících případů bylo pozorováno v období po uvedení přípravku na trh. Známky poškození jater se objevily v rozmezí několika dnů až měsíců po podání první dávky. Testy jaterních funkcí mají být provedeny před zahájením léčby okrelizumabem (i.v./s.c.) a před druhou úvodní infuzí. Pacienti mají být během léčby sledováni na přítomnost známek a příznaků jakéhokoliv poškození jater. Pokud je potvrzeno poškození jater, podávání okrelizumabu musí být ukončeno a nesmí se v něm pokračovat bez prokázání alternativní etiologie. **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 dní po porodu. **Nežádoucí účinky** byly nejčastěji hlášeny jako IRR, IR, infekce (horních cest dýchacích, covid-19 a související pneumonie, chřipka, nazofaryngitida) a snížené koncentrace IgM v krvi. Bezpečnostní profil dospělých a pediatrických pacientů je obdobný. **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:** 15.10.2026, aktuální verze SPC je dostupná na www.sukl.cz a www.roche.cz/cs/produkty-vpois.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.

M-CZ-00005750

ROCHE s.r.o.,
Futurama Business Park Bld F, Sokolovská 685/136f,
186 00 Praha 8, tel.: +420 220 382 111,
e-mail: prague.info@roche.com, www.roche.cz

OCREVUS®
okrelizumab
subkutánní injekce

ULTOMIRIS®
(ravulizumab)
koncentrát pro infuzní roztok

Pro dospělé **NMOSD** pacienty s pozitivními protilátkami proti aquaporinu-4 **(AQP4 Ab+)**, pro které může být každý další relaps příliš mnoho[1,2]



Nula
relapsů po dobu více jak 3 let

LÉČBY PŘÍPRAVKEM ULTOMIRIS® [1,3]
(MEDIÁN DOBY SLEDOVÁNÍ 170 TÝDNŮ)

*Bezpečnost a účinnost přípravku ULTOMIRIS® (ravulizumab) byly sledovány v mezinárodní klinické studii CHAMPION-NMOSD. Do otevřené, multicentrické studie bylo zařazeno 58 dospělých NMOSD pacientů s pozitivními protilátkami proti aquaporinu-4.

AQP4 Ab+: Pozitivní protilátky proti aquaporinu-4; **NMOSD:** Neuromyelitis optica a poruchy jejího širšího spektra.

Literatura: 1. ULTOMIRIS® (ravulizumab). Souhrn údajů o přípravku, datum poslední revize textu: 06/2026. **2.** Pittock SJ, et al. Ann Neurol. 2023 Mar 3;doi: 10. 1002/ana.26626. **3.** Pittock SJ et al., *Long-Term Ravulizumab Efficacy and Safety in AQP4 Antibody-Positive Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder: Final CHAMPION-NMOSD Results.* Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm. 2026 Sep;13(5):e200609. doi: doi: 10.1212/NXI.0000000000200609. Epub 2026 Jul 13.

CZ-9548 | Datum přípravy: 08/2026

AstraZeneca

AstraZeneca Czech Republic s. r. o.
U Trezorky 921/2
158 00 Praha 5 - Jinonice
tel.: +420 222 807 111
www.astrazeneca.cz

Zkrácená informace o léčivém přípravku **ULTOMIRIS®**

ULTOMIRIS®
(ravulizumab)
koncentrát pro infuzní roztok

Zkrácená informace o léčivém přípravku Ultomiris®
Před předepsáním přípravku se seznamte s úplným Souhrnem údajů o přípravku. Ultomiris (ravulizumab) 300 mg/3 ml a 1 100 mg/11 ml. **Složení:** Jedna injekční lahvička o objemu 3 ml obsahuje 300 mg (100 mg/ml) ravulizumabu. Jedna injekční lahvička o objemu 11 ml obsahuje 1 100 mg (100 mg/ml) ravulizumabu. Terapeutické indikace: Ultomiris je indikován k léčbě dospělých a pediatrických pacientů s tělesnou hmotností ≥10 kg s paroxysmální noční hemoglobinurií (PNH): u pacientů s hemolýzou s klinickým příznakem (klinickými příznaky) svědčícím (svědčícími) o vysoké aktivitě onemocnění; u pacientů, kteří jsou klinicky stabilní nejméně po dobu posledních 6 měsíců léčby ekulizumabem. Ultomiris je indikován k léčbě pacientů s tělesnou hmotností ≥10 kg s atypickým hemolyticko-uremickým syndromem (aHUS), kteří doposud nebyli léčeni inhibitory komplementu nebo jim byl podáván ekulizumab nejméně po dobu 3 měsíců a byla u nich prokázaná odpověď na ekulizumab. Ultomiris je, jako přídatná terapie ke standardní terapii, indikován k léčbě dospělých pacientů s generalizovanou myastenií gravis (gMG), kteří vykazují pozitivitu na protilátky proti acetylcholinovému receptoru (AChR). Ultomiris je indikován k léčbě dospělých pacientů s Neuromyelitis optica a poruch jejího širšího spektra (NMOSD), kteří jsou pozitivní na přítomnost protilátek proti akvaporinu-4 (AQP4). **Dávkování a způsob podávání:** Dospělí pacienti s PNH, aHUS, gMG nebo NMOSD: Nasycovací dávka a následné udržovací dávky, podávané intravenózní infuzí, vycházejí z tělesné hmotnosti pacienta. Udržovací dávky podávané jednou za 8 týdnů, počínaje 2 týdny po podání nasycovací dávky. Informace o dávkovacím režimu ravulizumabu založeném na tělesné hmotnosti jsou uvedeny v SPC. Se souběžným používáním PE/PI (plazmaferézy nebo výměny plazmy nebo infuze čerstvé zmrazené plazmy) a ravulizumabu nejsou zkušenosti. Podávání PE/PI může snížit sérové hladiny ravulizumabu.Zvláštní populace: Pediatričtí pacienti s PNH a aHUS a s tělesnou hmotností ≥ 40 kg jsou léčení dle doporučeného dávkování pro dospělé. Dávkování a intervaly dávkování u pediatrických pacientů s tělesnou hmotností ≥ 10 kg až 20 kg je jednou za 4 týdny, u pediatrických pacientů s tělesnou hmotností ≥ 20 kg až 40 kg je jednou za 8 týdnů, počínaje 2 týdny po podání nasycovací dávky. Údaje potvrzující bezpečnost a účinnost ravulizumabu u pacientů s tělesnou hmotností nižší než 10 kg jsou omezené. Ravulizumab nebyl studován u pediatrických pacientů s PNH s tělesnou hmotností <30 kg. Dávkování ravulizumabu u pediatrických pacientů s tělesnou hmotností <30 kg je založeno na dávkování použitém u pediatrických pacientů s aHUS. Ravulizumab nebyl studován u pediatrických pacientů s gMG nebo NMOSD. Starší osoby: U pacientů s PNH, aHUS, gMG a NMOSD ve věku 65 let a starších není nutná úprava dávky. Porucha funkce ledvin: Není nutná úprava dávky. Porucha funkce jater: Bezpečnost a účinnost ravulizumabu nebyly u pacientů s poruchou funkce jater studovány. Způsob podání: Pouze intravenózní infuze, podávat přes 0,2µm filtr pomocí injekční nebo infuzní pumpy (informace o ředění a délce podávání infuze viz SPC). Domácí infuze může být ošetřujícím lékařem zvážena u pacientů, kteří infuze v ambulanci dobře snášeli. Domácí infuze musí provádět kvalifikovaný zdravotnický pracovník.**Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku; pacienti s nevyléčenou infekcí Neisseria meningitidis v době zahájení léčby; pacienti, kteří nemají platné očkování proti Neisseria meningitidis, pokud nepodstoupí profylaktickou léčbu vhodnými antibiotiky po dobu 2 týdnů po očkování. **Zvláštní upozornění a opatření:** K zlepšení sledovatelnosti se má zaznamenat název a číslo šarže přípravku Ultomiris. Závažná meningokoková infekce: Na základě mechanismu účinku ravulizumab zvyšuje náchylnost pacienta k meningokokové infekci/sepsi (N. meningitidis). Může se objevit meningokokové onemocnění vyvolané jakoukoli séroskupinou. Ke snížení rizika infekce, musí být všichni pacienti očkováni proti meningokokovým infekcím nejméně 2 týdny před zahájením léčby ravulizumabem, pokud riziko oddálení léčby nepřevyšuje riziko rozvoje meningokokové infekce. Pacienti, kteří zahájí léčbu ravulizumabem dříve než za 2 týdny po podání vakcíny, musí být léčeni vhodnými profylaktickými antibiotiky po dobu 2 týdnů po očkování. Doporučují se vakcíny proti séroskupinám A, C, Y, W135 a B. Pacienti musí být očkováni nebo přeočkováni podle platných národních pokynů pro použití vakcíny. Pokud je pacient převeden z léčby ekulizumabem, musí lékaři ověřit, zda je očkování proti meningokokům aktuální. Očkování nemusí dostatečně chránit před meningokokovou infekcí. U pacientů léčených ravulizumabem byly hlášeny případy závažných meningokokových infekcí/sepsí. Všichni pacienti musí být sledováni s ohledem na časné známky meningokokové infekce a sepse. Pokud je podezření na infekci, musí být pacienti okamžitě vyšetřeni a léčeni vhodnými antibiotiky. Pacienti musí být na tyto známky a příznaky upozorněni. Lékaři musí pacientům poskytnout Příručku pro pacienty, rodiče a pečovatele a Kartu pacienta. Imunizace: Očkování může dále aktivovat komplement. V důsledku toho se mohou u pacientů s onemocněními zprostředkovanými komplementem vyskytovat ve zvýšené míře známky a příznaky základního onemocnění. Proto se u pacientů musí po doporučeném očkování pečlivě sledovat příznaky onemocnění. Pacienti mladší 18 let musí být očkováni proti Haemophilus influenzae a pneumokokovým infekcím. Další systémové infekce: viz SPC. Reakce na infuzi: Podávání ravulizumabu může vyvolat reakce na infuzi (včetně anafylaxe). V případě reakce na infuzi se má infuze ravulizumabu přerušit a pokud se vyskytnou známky kardiovaskulární nestability nebo respirační tísně, mají se zavést vhodná podpůrná opatření. Ukončení léčby PNH: Pokud pacienti s PNH ukončí léčbu ravulizumabem, musí být pečlivě sledováni s ohledem na známky a příznaky závažné intravaskulární hemolýzy (více informací viz SPC) nejméně po dobu 16 týdnů. Ukončení léčby aHUS: O ukončení podávání ravulizumabu neexistují žádné konkrétní údaje. Pokud musí pacienti přerušit léčbu ravulizumabem, mají být průběžně sledováni ohledně známek a příznaků TMA. (Více informací viz SPC). Ukončení léčby gMG: gMG je chronické onemocnění. Pacienti profitující z léčby ravulizumabem, kteří léčbu přeruší, proto mají být sledováni z hlediska příznaků základního onemocnění. Pokud se po přerušení léčby objeví příznaky gMG, zvažte opětovné zahájení léčby ravulizumabem. Ukončení léčby NMOSD: NMOSD je chronické onemocnění. Pacienti profitující z léčby ravulizumabem, kteří léčbu přeruší, proto mají být sledováni z hlediska příznaků recidivy onemocnění. Pokud se po přerušení léčby objeví příznaky NMOSD, zvažte opětovné zahájení léčby ravulizumabem. Přípravek Ultomiris obsahuje jako pomocnou látku polysorbát 80. Polysorbáty mohou způsobit alergické reakce. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí. Dlouhodobá léčba intravenózně podávaným lidským imunoglobulinem může narušit mechanismus recyklace endozomálního neonatálního Fc receptoru monoklonálních protilátek, jako je ravulizumab, a tím snížit sérové koncentrace ravulizumabu. Pokyny pro souběžnou léčbu PE, PP nebo i.v. Ig viz SPC. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a ještě 8 měsíců po ukončení terapie používat účinné metody antikoncepce. Klinické údaje o podávání ravulizumabu těhotným ženám nejsou k dispozici. Ravulizumab může potenciálně způsobit inhibici terminálního komplexu komplementu ve fetálním oběhu. U těhotných žen je možné zvážit použití ravulizumabu po zhodnocení rizik a přínosů. Není známo, zda se ravulizumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Během léčby a na dobu 8 měsíců po terapii ravulizumabem se doporučuje přerušit kojení. **Nežádoucí účinky:** Mezi velmi časté nežádoucí účinky (frekvence výskytu ≥ 1/10) patří: bolest hlavy, infekce horních cest dýchacích, nazofaryngitida, průjem, pyrexie, nauzea, artralgie, bolest zad, únava, bolest břicha, závrať a infekce močových cest; mezi časté nežádoucí účinky (≥ 1/100 až < 1/10): hypersenzitivita, zvracení, dyspepsie, urtikárie, pruritus, vyrážka, myalgie, svalové spazmy, onemocnění podobné chřipce, zimnice, astenie, reakce spojená s infuzí. Mezi méně časté nežádoucí účinky (≥ 1/1000 až < 1/100) ale zároveň nejzávažnějšími nežádoucími účinky patří: meningokoková infekce, diseminovaná gonokoková infekce, anafylaktická reakce. Více informací viz SPC. Pediatrická populace: U pediatrických pacientů s PNH a prokázaným aHUS zařazených do pediatrických studií byl bezpečnostní profil podobný jako u dospělých pacientů. Nejčastějšími nežádoucími účinky hlášenými u pediatrických pacientů s PNH byly bolest břicha, nauzea, nazofaryngitida, a bolest hlavy, u pediatrických pacientů s aHUS pyrexie, zvracení, průjem, bolest hlavy, nazofaryngitida, infekce horních cest dýchacích a bolest břicha. (Více viz SPC). Ravulizumab nebyl zkoumán u pediatrických pacientů s gMG a NMOSD. **Zvláštní požadavky na podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční lahvičku v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Alexion Europe SAS, 103-105 rue Anatole France, 92300 Levallois-Perret, Francie. Registrační čísla: EU/1/19/1371/002-003. **Datum první registrace:** 2. července 2019. **Datum poslední revize textu:** 25. 6. 2026. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis s omezením. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro terapeutické indikace NMOSD a aHUS. Pro indikace PNH a gMG není přípravek hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku obdržíte na adrese: AstraZeneca Czech Republic s.r.o., U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5, tel.: +420 222 807 111. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) http: //www.ema.europa.eu/. Hlášení nežádoucích účinků: Státní ústav pro kontrolu léčiv: http://www.sukl.gov.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek nebo AstraZeneca prostřednictvím portálu: https://contactazmedical.astrazeneca.com

AstraZeneca Czech Republic s. r. o.
U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5 - Jinonice
tel.: +420 222 807 111, www.astrazeneca.cz

AstraZeneca

Přípravek SKYCLARYS je indikován k léčbě Friedreichovy ataxie (FA) u dospělých a dospívajících ve věku od 16 let.[1]

Biogen

NYNÍ MŮŽETE OVLIVNIT ŽIVOT PACIENTŮ S FRIEDREICHOVOU ATAXIÍ (FA)[1, 2]



- FA je jedna z nejčastějších dědičných ataxií.[3, 4]
- FA je závažné onemocnění spojené s progresivní svalovou slabostí, únavou a ztrátou koordinace vedoucí k invaliditě.[3, 4]
- Diagnózu FA potvrzuje genetický test, který zahrnuje analýzu expanze GAA tripletu.[3]
- Včasné potvrzení diagnózy uspíší poskytnutí specializované multidisciplinární péče vašim pacientům. Ta jim může pomoci udržet jejich nezávislost delší dobu.[5]

SKYCLARYS

- je indikován k léčbě Friedreichovy ataxie (FA) u dospělých a dospívajících ve věku od 16 let.[1]
- první lék, který pomáhá zpomalit progresi FA a pomáhá zachovat motorické funkce.[1, 2]

SKYCLARYS™
(omaveloxolone) 50 mg
capsules

ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU SKYCLARYS
Název přípravku: Skyclarys 50 mg tvrdé tobolky. **Složení:** Jedna tvrdá tobolka obsahuje 50 mg omaveloxolonu. Úplný seznam pomocných látek je uveden v SPC. **Terapeutické indikace:** Přípravek Skyclarys je indikován k léčbě Friedreichovy ataxie u dospělých a dospívajících ve věku od 16 let. **Dávkování a způsob podání:** Léčbu omaveloxolonem má zahájit a sledovat lékař se zkušenostmi v léčbě pacientů s Friedreichovou ataxií. Doporučená dávka je 150 mg omaveloxolonu (3 tvrdé tobolky, jedna o síle 50 mg) jednou denně. Přípravek je určen k perorálnímu podání, nalačno nejméně 1 hodinu před jídlem nebo 2 hodiny po jídle. Tobolky přípravku Skyclarys se mají polykat celé. U pacientů, kteří nejsou schopni polykat celé tobolky, je možné tobolky přípravku Skyclarys otevřít a celý obsah nasypat na 2 polévkové lžíce jablečného pyré a okamžitě zkonzumovat. *Porucha funkce jater:* U pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater (třída B dle Childa-Pugha) se má dávka snížit na 100 mg jednou denně, přičemž je nutné pečlivě sledovat nežádoucí účinky. Pokud se objeví nežádoucí účinky, má se zvážit snížení dávky na 50 mg jednou denně. U pacientů s těžkou poruchou funkce jater (třída C dle Childa-Pugha) se nemá přípravek používat. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Zvýšení hladin aminotransferáz: Léčba omaveloxolonem v klinických hodnoceních s pacienty s Friedreichovou ataxií byla spojena se zvýšením hladin ALT a AST. Hladiny ALT, AST a bilirubinu mají být monitorovány před zahájením léčby, jednou měsíčně během prvních 3 měsíců léčby a poté pravidelně podle klinické indikace. Při významném zvýšení hladin ALT nebo AST má být léčba přerušena; podrobnosti viz SPC. Abnormality hladin lipidů: Léčba omaveloxolonem byla spojena se zvýšením hladiny cholesterolu v lipoproteinech o nízké hustotě (LDL) a snížením hladiny cholesterolu v lipoproteinech o vysoké hustotě (HDL). Zvýšení hladiny natriuretického peptidu typu B (BNP): Léčba omaveloxolonem byla spojena se zvýšením hladin BNP, ale bez současného zvýšení krevního tlaku nebo přidružených příhod přetížení organismu tekutinami nebo městnavého srdečního selhání. Hladiny BNP mají být monitorovány před léčbou a pravidelně během léčby. Snížení tělesné hmotnosti: Léčba přípravkem Skyclarys byla spojena s mírným poklesem tělesné hmotnosti. Hypersenzitivní reakce: Přípravek Skyclarys je spojen s rizikem rozvoje hypersenzitivních reakcí zahrnujících kopřivku a vyrážku. Pokud dojde k výskytu hypersenzitivní reakce, je nezbytné v případě potřeby přijmout vhodná opatření. Pacienti mají být informováni o známkách a příznacích hypersenzitivity. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Omaveloxolon je substrátem CYP3A4. Souběžné podávání silných nebo středně silných inhibitorů CYP3A4 (např. klarithromycinu, itrakonazolu, ketokonazolu, ciprofloxacinu, cyklosporinu, flukonazolu a fluvoxaminu) nebo induktorů CYP3A4 (např. karbamazepinu, fenobarbitalu, fenytoinu, primidonu, rifampicinu, třezalky tečkované a efavirenu) ovlivní farmakokinetiku omaveloxolonu. Grapefruit a grapefruitová šťáva jsou inhibitory CYP3A4, proto je třeba pacienty upozornit, aby se jejich konzumaci při užívání přípravku Skyclarys vyhnuli. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Přípravek Skyclarys se v těhotenství a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají antikoncepci, nemá používat. Pacientky mají před zahájením léčby přípravkem Skyclarys, během léčby a po dobu 28 dnů po jejím ukončení používat účinnou antikoncepci. Používání přípravku Skyclarys může snížit účinnost hormonální antikoncepce. Omaveloxolon se vylučuje do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené děti nelze vyloučit. Je třeba zvážit přínos kojení spolu s klinickou potřebou matky užívat omaveloxolon. Údaje o účincích přípravku Skyclarys na fertilitu u člověka nejsou k dispozici. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Omaveloxolon má malý vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. Po užití omaveloxolonu se může objevit únava. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: chřipka, hypersenzitivita zahrnující kopřivku a vyrážku, snížená chuť k jídlu, bolest hlavy, orofaryngeální bolest, nauzea, průjem, zvracení, zvýšená hladina ALT, zvýšená hladina AST, bolest zad, svalové spazmy, únava, snížení tělesné hmotnosti. Časté: infekce močových cest, hypertriacylglycerolemie, zvýšená hladina lipoproteinů o velmi nízké hustotě, bolest horní části břicha, bolest břicha, zvýšená hladina GGT, dysmenorea, zvýšená hladina BNP. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Biogen Netherlands B.V., 1171 LP Badhoevedorp, Nizozemsko. **Reg. číslo:** EU/1/23/1786/001. **Způsob úhrady a výdeje:** Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Datum revize textu:** 07/2026.

▼Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.
Před předepsáním léku se prosím seznamte s úplnou informací o přípravku.
Biogen (Czech Republic) s.r.o., Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4, tel.: 255 706 200, www.biogen.com.cz

Reference: 1. SKYCLARYS, Souhrn údajů o přípravku, datum poslední revize textu 07/2026. **2.** A. Lynch DR et al. Ann Neurol. 2021; 89(2): 212 – 225. **3.** Schulz JB, Boesch S, Bürk K, et al. Diagnosis and treatment of Friedreich ataxia: a European perspective. Nat Rev Neurol. 2009;5(4):222–234. **4.** National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Friedreich Ataxia. Form Approved OMB# 0925-0648 Exp. Date 06/2024. Accessed 05 April 2023. https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/friedreich-ataxia# **5.** Cook A, Giunti P. Friedreich's ataxia: clinical features, pathogenesis and management. Br Med Bull. 2017 Dec 1;124(1):19–30. doi: 10.1093/bmb/ldx034. PMID: 29053830; PMCID:PMC5862303

Biogen
Biogen (Czech Republic) s.r.o., Na Pankráci 1683/127, Praha 4, 140 00
tel.: +420 255 706 200, www.biogen.com.cz
Biogen-246442, srpen 2026

briumvi®
ublituximab 150 mg/6 mL injection for IV



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]



NOVINKA

Přípravek BRIUMVI® je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabujícími formami roztroušené sklerózy (RRS) s aktivním onemocněním definovaným klinicky nebo pomocí zobrazovacích metod. | * Od druhé infuze (první infuze trvá přibližně 4 hodiny). Doba infuze může být delší, pokud je infuze přerušena nebo pomalena.[1] **| **** ARR pozorovaný ve studiích fáze III ULTIMATE I a II s přípravkem BRIUMVI®. Vzhledem k odlišným populacím pacientů v jednotlivých studiích není vhodné provádět 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 rychlé 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 činí 25 mg/ml. Konečná koncentrace po naředění je přibližně 0,6 mg/ml u první infuze a 1,8 mg/ml u druhé infuze a všech následných infuzí. **Indikace:** Přípravek Briumvi je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabujícími formami roztroušené sklerózy (RRS) s aktivním onemocněním definovaným klinicky 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 jedna intravenózní infuze 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 nebo invalidizující 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 65 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 infuze. Infuze se nemají podávat jako intravenózní injekce ani bolus. **Kontraindikace**: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, závažná aktivní infekce, pacienti v závažně imunokompromitovaném stavu, známé aktivní maligny. **Zvláštní upozornění:** Reakce spojené s infuzí (IRR): Příznaky IRR mohou zahrnovat pyrexii, třesavku, bolest hlavy, tachykardii, nauzeu, bolest břicha, podráždění hrdla, erytém a anafylaktickou reakci. Pro snížení IRR je třeba pacienty premedikovat kortikosteroidem a antihistaminikem, případně antipyretikem. Pacienty 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 neobjevení 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 byly 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 protilátky proti HB) nemají léčbu ublituximabem podstupovat. Pacienti s pozitivní sérologií (tj. negativní na HBsAg a pozitivní na protilátky proti jádru HB [HBcAb+]) nebo přenašeči HBV (pozitivní na povrchový antigen [HBsAg+]) se mají před léčbou obrátit na odborného hepatologa. Vakcinace: v průběhu léčby a před repleci B lymfocytů se vakcinace živými ani živými atenuovanými vakcínami nedoporučuje. Takovouto imunizaci je nutno provést alespoň 4 týdny před zahájením léčby. Imunizaci inaktivovanými vakcínami je třeba provést alespoň 2 týdny před zahájením léčby. Kojencům 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 nepřevažuje 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:** Nejčastějšími 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 uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Neprotřepávejte a chraňte 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, seznamte se s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku (SmPC).**

NEURAXPHARM®
Váš CNS specialista

MAT-CZ-BRI-0015

Neuraxpharm Bohemia s.r.o. Sokolovská 685/136 - budova F, 186 00 Praha 8



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 MĚSÍCŮ[1]

▼ 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. Předěhý roztok je třeba podávat v průběhu nejméně 30 minut. Pacienty 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/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. Nálezy 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). Pacienti s krvácivými poruchami, které nejsou pod dostatečnou kontrolou. Zahájení léčby u pacientů užívajících pokračující antikoagulační léčbu. Závažné onemocnění bílé hmoty. Pacienti se špatně kompenzovanou hypertenzí. Stavy, 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 připravenými pro záchyt a řešení ARIA a prodiskutovat přínosy a rizika 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 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 pro dospělého, 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/nahlasit-nezadouci-ucinek. **Předávkování:** Byly podávány jednorázové dávky do až 40 mg/kg (přibližně 2 800 mg u osoby 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 podpůrnou 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 uchovávání:** 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 krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Chraňte před mrazem, neprotřepávejte. Naředěný 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 uchovávání 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-lecive-pripravky/vpois nebo na adrese: ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobřežní 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., Pobřežní 394/12, 186 00 Praha 8, tel.: +420 234 664 111, www.lilly.com/cz

CMAT-58518

Lilly
A MEDICINE COMPANY

Ponvory®
(ponesimod) jednou denně tablety



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 atrioventrikulární blokádu druhého stupně Mobitzova typu II, atrioventrikulární (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. Opatrnosti je třeba při zahájení léčby ponesimodem u pacientů léčených betablokátorem z důvodu aditivních účinků na snížení srdeční frekvence. U pacientů léčených stabilní dávkou betablokátoru 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 cytostatickými, 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, rhinitida, 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 uchovávání:** tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LABORATOIRES JUVISE PHARMACEUTICALS, 149 Boulevard Bataille de Stalingrad, 69100 Villeurbanne, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/21/1550/001, EU/1/21/1550/002. **Datum revize textu SPC:** 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 modulátoru receptoru S1P byly vzácné 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.

PON_26_02_CZE | datum přípravy: 3. 3. 2026

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

MagnaPharm
One Team. One Solution.



vyepti®
(eptinezumab)

* signifikantní snížení MMD vs. placebo [2,3,5], ** nástup účinku již od 1. dne [4], *** i.v. aplikace jednou za 12 týdnů [1]

Zkrácená informace o léčivém přípravku Vyepti (eptinezumab)

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

Před předepsáním přípravku se seznamte s úplným Souhrnem údajů o přípravku. Název přípravku: Vyepti 100 mg koncentrát pro infuzní roztok, Vyepti 300 mg koncentrát pro infuzní roztok. **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Vyepti 100 mg koncentrát pro infuzní roztok: Jedna injekční lahvička koncentrátu obsahuje 100 mg eptinezumabu v 1 ml. Vyepti 300 mg koncentrát pro infuzní roztok: Jedna injekční lahvička koncentrátu obsahuje 300 mg eptinezumabu ve 3 ml. Tento léčivý přípravek obsahuje 40,5 mg sorbitolu v jednom ml a 0,15 mg polysorbátu 80 v jednom ml. **Terapeutické indikace:** Vyepti je indikován k profylaxi migrény u dospělých, kteří mají nejméně 4 migrenózní dny v měsíci. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 100 mg podávaných ve formě intravenózní infuze každých 12 týdnů. Některým pacientům může prospívat dávka 300 mg podávaná ve formě intravenózní infuze každých 12 týdnů. Přípravek Vyepti je určen pouze k intravenóznímu podání po naředění. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Kardiovaskulární riziko: Pacienti s klinicky významným kardiovaskulárním onemocněním v anamnéze (např. ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární onemocnění, cévní ischemie nebo tromboembolické příhody) byli z klinických studií vyloučeni. U pacientů s kardiovaskulárním onemocněním a/nebo kardiovaskulárními rizikovými faktory, jako je diabetes, kardiovaskulární onemocnění a hyperlipidemie, jsou k dispozici omezené údaje o bezpečnosti. Závažná hypersenzitivita: Byly hlášeny závažné hypersenzitivní reakce, včetně anafylaktických reakcí, které se mohou objevit během několika minut po zahájení infuze. Většina hypersenzitivních reakcí se vyskytla během infuze a nebyla závažná. Pokud dojde k závažné hypersenzitivní reakci, je třeba podávání přípravku Vyepti okamžitě přerušit a zahájit vhodnou terapii. Pokud hypersenzitivní reakce není závažná, je pokračování v další léčbě přípravkem Vyepti na zvážení ošetřujícího lékaře s ohledem na poměr přínosu a rizika pro konkrétního pacienta. Pacientům s hereditární intolerancí fruktózy (hereditary fructose intolerance, HFI) nesmí být tento přípravek podán, pokud to není nezbytně nutné. U každého pacienta musí být před podáním tohoto léčivého přípravku zjištěna podrobná anamnéza se zaměřením na symptomy HFI. **Interakce:** Interakce eptinezumabu se současně podávanými léky, které jsou substráty, induktory nebo inhibitory enzymů cytochromu P450, se nepovažují za pravděpodobné. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Vyepti v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Je známo, že lidský IgG se v prvních dnech po porodu vylučuje do mateřského mléka a jeho koncentrace brzy poté klesá na nízké hodnoty; v důsledku toho nelze vyloučit riziko pro kojené dítě v tomto krátkém období. Po tomto období je možné zvážit použití eptinezumabu v období kojení, pouze pokud je to klinicky indikováno. **Nežádoucí účinky:** Časté: Hypersenzitivní reakce, reakce související s infuzí, únava. Méně časté: Anafylaktická reakce. **Předávkování:** V případě předávkování má být pacient léčen symptomaticky a podle potřeby mají být zavedena podpůrná opatření. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem a neprotřepávejte. Uchovávejte injekční lahvičku v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po vyjmutí z chladničky musí být přípravek Vyepti při uchovávání v původní krabičce při pokojové teplotě (do 25 °C) spotřebován do 7 dnů, jinak musí být zlikvidován. Pokud je uchováván při vyšší teplotě nebo po delší dobu, musí být zlikvidován. Po naředění musí být infuze infuzního roztoku přípravku Vyepti podána do 8 hodin. Během této doby může být roztok uchováván při pokojové teplotě (do 25 °C) nebo v chladničce při teplotě 2 °C – 8 °C. Pokud je uchováván při teplotě 2 °C – 8 °C, nechte roztok před podáním infuze ohřát na pokojovou teplotu. **Dostupné velikosti balení:** Vyepti 100 mg koncentrát pro infuzní roztok je k dispozici v balení po 1 injekční lahvičce k jednorázovému použití. Vyepti 300 mg koncentrát pro infuzní roztok je k dispozici v balení po 1 injekční lahvičce k jednorázovému použití. **Držitel rozhodnutí o registraci:** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, 2500 Valby, Dánsko. **Registrační čísla:** EU/1/21/1599/001–003. **Datum revize SmPC:** 18.09.2026. **Datum revize zkrácené informace:** 09/2026. URČENO PRO ODBORNOU VEŘEJNOST. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis s omezením. Přípravek Vyepti 100 mg koncentrát pro infuzní roztok je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek Vyepti 300 mg koncentrát pro infuzní roztok není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Aktuální výši a podmínky úhrady naleznete na www.sukl.gov.cz. **Úplnou informaci o přípravku obdržíte na adrese:** Swixx Biopharma s.r.o., Hybernská 1034/5, 110 00 Praha 1, tel.: +420 242 434 222. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) http://www.ema.europa.eu/. Nežádoucí účinky musí být hlášeny Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv sukl.gov.cz/nezadoucicinky nebo společnosti Swixx Biopharma s.r.o. prostřednictvím e-mailu: medinfo.czech@swixxbiopharma.com.

Reference: 1. SPC Vyepti. **2.** Ashina M et al. Cephalgia 2020;40:241-54. **3.** Lipton RB et al. Neurology 2020;94:e1365-77. **4.** Dodick DW et al. Headache 2020;60:2220-31. **5.** Ashina M et al. Lancet Neurol 2022;21:597-607.

Swixx Biopharma s.r.o., Hybernská 1034/5
110 00 Praha 1, tel.: +420 242 434 222

PM-CZ-2026-10-7364

Lundbeck | Swixx BioPharma Modern Medicines for All

RYSTIGGO® ▼
rozanolixizumab

OD 1. 10. 2026 V ÚHRADĚ

LP RYSTIGGO® je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění v indikaci generalizované myasthenia gravis (gMG) dle podmínek úhrady.[3]

OBJEVTE, co může RYSTIGGO® znamenat pro vaše pacienty s gMG



Inhibitor FcRn se schválenou indikací pro léčbu anti-AChR Ab+ nebo anti-MuSK Ab+ gMG, který umožňuje pacientům dosáhnout nové úrovně zlepšení symptomů.[1,2]

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

▼ Rystiggo 140 mg/ml injekční roztok.

Složení: Jeden ml injekčního roztoku obsahuje 140 mg rozanolixizumabu. Jedna injekční lahvička o objemu 2 ml obsahuje 280 mg rozanolixizumabu. **Indikace:** Přídatná léčba ke standardní léčbě generalizovaného onemocnění myasthenia gravis (gMG) u dospělých pacientů, kteří jsou pozitivní na protilátky proti acetylcholinovému receptoru (AChR) nebo protilátky proti svalově specifické tyrozin-kináze (MuSK). **Dávkování:** Léčebný cyklus sestává z 1 dávky týdně po dobu 6 týdnů. Doporučená celková týdenní dávka rozanolixizumabu podle tělesné hmotnosti pacienta je následující: tělesná hmotnost ≥ 35 až < 50 kg: 280 mg, tělesná hmotnost ≥ 50 až < 70 kg: 420 mg, tělesná hmotnost ≥ 70 až < 100 kg: 560 mg, tělesná hmotnost ≥ 100 kg: 840 mg - více viz SmPC. Farmakokinetika rozanolixizumabu není pravděpodobně ovlivněna *poruchou funkce ledvin ani poruchou funkce jater* - více viz SmPC. *Starší pacienti:* Není nutná úprava dávkování. *Pediatrická populace:* Bezpečnost a účinnost rozanolixizumabu u dětí a dospívajících mladších 18 let nebyla stanovena. ***Způsob podání:*** Subkutánní podání. Rozanolixizumab se doporučuje podávat subkutánně nejlépe do pravé dolní nebo levé dolní části břicha pod pupkem. Infuze se nesmí podávat do oblastí, kde je kůže citlivá, erytematózní nebo ztvrdlá. Přípravek Rystiggo lze podávat pomocí infuzní pumpy, nebo injekční stříkačky pomocí manuálního tlaku. Přípravek Rystiggo si pacient/ka může podávat sám (sama) nebo může být podáván pečovatelem, a to podle Návodu k použití po řádném proškolení zdravotnickým pracovníkem o tom, jak podávat subkutánní infuze - více viz SmPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření při používání:** Léčba rozanolixizumabem u pacientů s hrozící nebo manifestní ***myasteníckou krizí*** nebyla zkoumána. Je třeba zvážit sekvenci zahájení léčby mezi zavedenou léčbou krize MG a rozanolixizumabem a jejich potenciální interakce. Po léčbě rozanolixizumabem byla hlášena ***aseptická meningitida***. Pokud se objeví příznaky odpovídající aseptické meningitidě, je třeba zahájit diagnostické vyšetření a léčbu podle standardu péče. Vzhledem k tomu, že rozanolixizumab způsobuje přechodné snížení hladin IgG, může se zvyšovat riziko ***infekcí***. Léčba rozanolixizumabem nemá být zahajována u pacientů s jakoukoli klinicky významnou aktivní infekcí, dokud infekce neodezní, nebo není adekvátně léčena. Během léčby rozanolixizumabem je třeba sledovat klinické známky a příznaky infekcí. Pokud se objeví klinicky významná aktivní infekce, je třeba zvážit vysazení rozanolixizumabu až do odeznění infekce. Mohou se objevit reakce na infuzi, jako je vyrážka nebo angioedém. Pokud během podávání dojde k ***hypersenzitivní reakci***, infuze rozanolixizumabu má být ukončena a v případě potřeby mají být zahájena vhodná opatření. Po jejím odeznění je možné podávání obnovit. ***Očkování***: Bezpečnost imunizace živými nebo živými oslabenými vakcínami a odpověď na imunizaci vakcínami nejsou známy. Všechny vakcíny musí být podávány podle pokynů pro imunizaci a nejméně 4 týdny před zahájením léčby. U pacientů, kteří podstupují léčbu, se očkování živými nebo živými oslabenými vakcínami nedoporučuje. U všech ostatních vakcín musí proběhnout nejméně 2 týdny po poslední infuzi léčebného cyklu a 4 týdny před zahájením dalšího cyklu. Rystiggo obsahuje ***prolin*** a ***polysorbát***. **Interakce:** Vzhledem k tomu, že rozanolixizumab interferuje s recyklačním mechanismem FcRn imunoglobulinu G (IgG), očekává se, že sérové koncentrace léčivých přípravků na bázi IgG (např. monoklonální protilátky a intravenózní imunoglobulin [IVIg]) a Fc-peptidových fúzních proteinů klesnou, pokud budou podávány souběžně nebo během 2 týdnů po podání rozanolixizumabu. Léčba i.v. nebo s.c. imunoglobuliny, PLEX/plazmaferézou a imunoadsorpcí může snížit cirkulující hladiny rozanolixizumabu. Jelikož rozanolixizumab způsobuje snížení hladin IgG, během léčby se nedoporučuje vakcinace živými oslabenými ani živými vakcínami - více viz SmPC. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Léčba těhotných žen a použití během kojení se mají zvážit pouze v případě, že klinický přínos převáží nad riziky. Očekává se snížení hladiny protilátek u matky, a také se očekává inhibice přenosu protilátek matky na plod. Mateřské IgG jsou vylučovány do mateřského mléka během prvních dnů po porodu, a brzy poté dochází k poklesu na nízké koncentrace; proto nelze riziko pro kojené dítě během daného krátkého období vyloučit - více viz SmPC. Účinek na lidskou fertilitu není znám. **Nežádoucí účinky:** ***Velmi časté:*** bolest hlavy, průjem, pyrexie, ***časté:*** infekce horních cest dýchacích, nauzea, zvracení, vyrážka, angioedém, artralgie, reakce v místě injekce. **Doba použitelnosti:** 3 roky. Chemická a fyzikální stabilita po otevření před použitím je 19 hodin při teplotě 25 °C. Pokud způsob přípravy nevylučuje riziko mikrobiologické kontaminace, přípravek má být použit okamžitě. Pokud není použit okamžitě, doba a podmínky uchovávání přípravku po otevření před použitím jsou v odpovědnosti uživatele. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C–8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Injekční lahvičku přípravku Rystiggo lze uchovávat při pokojové teplotě (do 25 °C) po dobu maximálně 20 dnů, chráněnou před světlem. Po vyjmutí z chladničky a uchovávání za těchto podmínek přípravek zlikvidujte po 20 dnech nebo po uplynutí doby použitelnosti, podle toho, co nastane dříve. **Dostupné lékové formy a velikosti balení:** 1 injekční lahvička. **Držitel rozhodnutí o registraci:** UCB Pharma S.A., Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/23/1780/001. **Datum revize textu:** 6. 1. 2026.
Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění v indikaci generalizované myasthenia gravis (gMG). Podrobné údaje najdete v Souhrnu údajů o přípravku a na https://sukl.gov.cz/.

RYSTIGGO® je indikováno jako přídavek ke standardní léčbě generalizované myasthenia gravis (gMG) u dospělých pacientů s pozitivními protilátkami proti acetylcholinovému receptoru (AChR) nebo proti svalově specifické tyrozinkináze (MuSK)

Reference: 1. RYSTIGGO® (rozanolixizumab) Souhrn údajů o přípravku. **2.** Bril V, Drużdż A, Grosskreutz J, et al. Safety and efficacy of rozanolixizumab in patients with generalised myasthenia gravis (MycarinG): a randomised, double-blind, placebo-controlled, adaptive phase 3 study. Lancet Neurol. 2023;22(5):383–394. **3.** Rozhodnutí SÚKL o stanovení výše a podmínek úhrady LP RYSTIGGO® ze dne 26. 8. 2026. Správní řízení sp. zn. SUKLS337168/2024.

A+, protilátka pozitivní; **AChR,** acetylcholinový receptor; **FcRn,** neonatální Fc receptor; **gMG,** generalizovaná myasthenia gravis; **MuSK,** svalově specifická tyrosinkináza. Model není skutečný pacient.

Rysstigo® je ochrannou známkou skupiny společnosti UCB.
© UCB Biopharma SRL, 2025. Všechna práva vyhrazena.
UCB s.r.o., Jankovcova 1518/2, 170 00 Praha 7, tel: +420 221 773 442
e-mail: UCBCares.CZ@ucb.com, www.ucb.cz
CZ-RZ-2600039 Datum přípravy: říjen 2026

Inspired by patients. Driven by science.

V doporučených postupech pro lébu demencí 1–4

EGb 761®

Tebokan®

- **Demence**
  ve stadiích mírné kognitivní poruchy, lehké a středně těžké demence[2]
- **Vertigo a tinnitus**
  cévního a involučního původu



Nezávislá anonymní anketa První volba lékárníka – důvěra v samoléčbu – probíhala 1. 3. 2026 – 30. 4. 2026.

Tebokan 120 mg, potahované tablety: zkrácená informace o přípravku.

Složení: 1 potahovaná tableta obsahuje: 120 mg Ginkgonis extractum siccum raffinatum et quantificatum (EGb 761) 35 - 67:1. **Indikace:** Syndrom demence (primární degenerativní demence Alzheimerova typu, vaskulární demence, smíšené formy demence), jejímiž hlavními symptomy jsou: poruchy paměti, poruchy koncentrace, depresivní nálada, vertigo, tinitus, bolesti hlavy. Okluzivní choroba periferních tepen ve stadiu II dle Fontaineho škály. Vertigo a tinitus cévního nebo involučního charakteru. **Dávkování a způsob podání:** Syndromy demence: 1 – 2 potahované tablety denně, minimální doba léčby by měla být nejméně 8 týdnů, po tříměsíční terapii je třeba posoudit prospěšnost pokračování v léčbě. Okluzivní choroba periferních tepen: 1 potahovanou tabletu denně, minimálně po dobu 6 týdnů. Vertigo a tinitus: 1 potahovanou tabletu denně, léčba delší než 6 – 8 týdnů nepřináší další terapeutický prospěch. Užívání tablet je nezávislé na jídle. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podávání přípravku Tebokan 120 mg se nedoporučuje dětem a dospívajícím do 18 let. Protože extrakty z Ginkgo biloba nejsou dostatečně prověřené v případech depresivní nálady a bolesti hlavy, které se nevyskytují v souvislosti se syndromem demence, může být Tebokan 120 mg užíván při těchto symptomech pouze pokud vezmeme v úvahu všechna potřebná bezpečnostní opatření. Jednotlivá hlášení naznačují možnost, že přípravky s obsahem Ginkgo biloba by mohly zvýšit sklon ke krvácení. Klinické studie neposkytují žádné důkazy o interferenci s krevní srážlivostí. Nicméně u pacientů s hemoragickou diatézou nebo pacientů užívajících antikoagulancia je třeba dbát zvýšené opatrnosti. Nelze vyloučit, že použití přípravků s Ginkgo biloba podporuje výskyt záchvatů u pacientů s epilepsií. Příčinná souvislost mezi těmito výsledky a užíváním přípravku nebyla prokázána. Přípravek obsahuje monohydrát laktózy. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktózy, vrozeným nedostatkem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy by tento přípravek neměli užívat. **Interakce:** Žádné klinicky relevantní interakce nejsou dosud známy. V placebem kontrolované dvojitě slepé studii, která byla provedena s 50 osobami s denní dávkou 240 mg speciálního extraktu EGb 761 v kombinaci s 500 mg kyseliny acetylsalicylové nebyl prokázán žádný účinek na koagulační parametry (včetně PTT, Quick testu a doby krvácení). **Nežádoucí účinky:** Z jednotlivých hlášení: bolesti hlavy, krvácení z jednotlivých orgánů, mírné gastrointestinální potíže, kožní alergické reakce (zčervenání, otok, svědění). **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Nevyžaduje. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe--Str. 4, D-76227 Karlsruhe, Německo. **Datum první registrace:** 30.4.2014. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Lék je též k dispozici v lékárnách bez receptu.

1) https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2024/10/Alzheimerova-nemoc-a-jine-kognitivni-poruchy.pdf, 2) https://www.svl.cz/doporucene-postupy/demence-100017 3) https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni-psychiatrie/demence, 4) Ralf Ihl, Lutz Frölich, Bengt Winblad, Lon Schneider, Alistair Burns, Hans-Jürgen Möller & WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Alzheimer's Disease and other Dementias (2011) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Alzheimer's disease and other dementias, The World Journal of Biological Psychiatry, 12:1, 2-32, DOI: 10.3109/15622975.2010.538083

Schwabe Czech
From Nature. For Health.

Schwabe Czech s.r.o.
Pod Klikovkou 1917/4, 150 00 Praha
e-mail: info@schwabe.cz, **www.tebokan.cz**

ZEPOSIA
jednou denně | ozanimod

PRO VAŠE PACIENTY S RELAPS REMITENTNÍ ROZTROUŠENOU SKLERÓZOU[1]

CHRAŇTE HO, NEŽ BUDE PRYČ

SE ZEPOSIÍ MÁTE SÍLU POMOCI PACIENTŮM CHRÁNIT TO NEJCENNĚJŠÍ CO MAJÍ

- **SEDMILETÁ KONTINUÁLNÍ TERAPIE OZANIMODEM REDUKUJE ROČNÍ MÍRU ATROFIE MOZKOVÉ TKÁNĚ[2]**

Reference: 1. ZEPOSIA® (ozanimod) Summary of Product Characteristics (SmPC). Bristol-Myers Squibb Company. **2.** JA Cohen, DL Arnold et al., Multiple Sclerosis Journal 2025, 1–13, DOI: 10.1177/13524585251355842

ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU

Název léčivého přípravku: Zeposia® 0,23 mg tvrdé tobolky, Zeposia® 0,46 mg tvrdé tobolky, Zeposia® 0,92 mg tvrdé tobolky
Složení: Jedna tvrdá tobolka obsahuje ozanimod hydrochlorid v množství odpovídajícím 0,23 mg, 0,46 mg nebo 0,92 mg ozanimodu. **Indikace:** Léčba dospělých pacientů s relaps-remitentní roztroušenou sklerózou (RS) v aktivním stádiu onemocnění, které je definováno klinickými parametry nebo zobrazovacími metodami. Léčba dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou aktivní ulcerózní kolitidou (UC), u nichž nebylo dosaženo adekvátní odpovědi, kteří přestali odpovídat na léčbu nebo netolerovali léčbu konvenčním přípravkem nebo biologickou léčbu. **Dávkování a způsob podání:** Vyžaduje se úvodní režim zvyšování dávky od 1. dne do 7. dne (1. – 4. den 0,23 mg jednou denně, 5. – 7. den 0,46 mg jednou denně). Po 7denním zvyšování dávky je počínaje 8. dnem doporučená dávka 0,92 mg jednou denně. Stejný režim zvyšování dávky se doporučuje při přerušení léčby po dobu 1 nebo více dní během prvních 14 dní léčby, více než 7 po sobě jdoucích dní v období mezi 15. – 28. dnem léčby nebo více než 14 po sobě jdoucích dní po 28. dni léčby. U pacientů s RS ve věku nad 55 let a u pacientů s UC ve věku nad 65 let je třeba, obzvláště při dlouhodobé léčbě, postupovat s opatrností. Při lehké nebo středně těžké chronické poruše funkce jater (třída A nebo B podle Childa-Pugha) se doporučuje 7denní zvyšování dávky a poté 0,92 mg jednou za dva dny. Více informací viz Souhrn údajů o přípravku. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Stav imunodeficience s predispozicí k systémovým oportunním infekcím. Infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris, mozková příhoda, tranzitorní ischemická ataka, dekompenzované srdeční selhání vyžadující hospitalizaci nebo srdeční selhání třídy III/IV klasifikované podle NYHA v posledních 6 měsících. Atrioventrikulární blokáda (AV) 2. stupně typu II nebo AV blokáda 3. stupně nebo syndromem chorého sinu, nebo pacienti s těmito stavy v anamnéze, pokud nemají funkční kardiostimulátor. Závažné aktivní infekce, aktivní chronické infekce, např. hepatitida a tuberkulóza. Aktivní malignity. Těžká porucha funkce jater (třída C podle Childa-Pugha). Těhotenství a nepoužívání účinné antikoncepce ženami ve fertilním věku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Před zahájením léčby ozanimodem má být u všech pacientů provedeno vyšetření EKG. Zahájení léčby může mít za následek přechodné snížení srdeční frekvence. Během léčby se má pravidelně monitorovat krevní tlak. Po uvedení na trh se u pacientů vyskytla klinicky významná poškození jater. Před zahájením léčby mají být k dispozici hodnoty aminotransferáz a bilirubinu získané v posledních 6 měsících. Při nepřítomnosti klinických příznaků mají být hladiny jaterních aminotransferáz a bilirubinu v průběhu léčby pravidelně monitorovány. Ozanimod má imunosupresivní účinek, který pacienty predisponuje k riziku infekce, včetně oportunních infekcí, a může zvýšit riziko rozvoje malignit, včetně malignit postihujících kůži. Pacienti nesmí podstupovat souběžnou fototerapii UV-B zářením nebo fotochemoterapii PUVA (psoralen + UVA světlo). Před zahájením léčby ozanimodem mají být k dispozici výsledky kompletního krevního obrazu, včetně počtu lymfocytů, získané v posledních 6 měsících nebo po ukončení předchozí terapie RS nebo UC. Lékaři mají bedlivě sledovat klinické příznaky nebo nálezy magnetické rezonance, které mohou naznačovat progresivní multifokální leukoencefalopatii (PML). U pacientů s RS léčených modulátory receptorů S1P, u kterých se rozvinula PML a následně léčba byla ukončena, byl hlášen imunitní rekonstituční zánětlivý syndrom. Pacienti s diabetem mellitem, uveitidou nebo s onemocněním sítnice v anamnéze by měli podstoupit oftalmologické vyšetření před zahájením léčby. Ozanimod se má používat s opatrností u pacientů se závažnými respiračními onemocněními, plicní fibrózou a chronickou obstrukční plicní nemocí. V kontrolovaných klinických hodnoceních RS s ozanimodem byl hlášen jeden případ syndromu posteriorní reverzibilní encefalopatie (PRES) u pacienta se syndromem Guillaina-Barrého. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Při souběžném použití ozanimodu se silnými inhibitory CYP2C8 (např. gemfibrozilem, klopidogrelem) nebo s beta-blokátory či blokátory kalciového kanálu se doporučuje postupovat s opatrností. Souběžné podání induktorů CYP2C8 (např. rifampicinu) nebo inhibitorů MAO (např. selegilin, fenelzin) s ozanimodem se nedoporučuje. V průběhu léčby ozanimodem a až 3 měsíce po léčbě může být očkování méně účinné. Použití živých oslabených vakcín může představovat riziko infekcí, proto se nemá provádět v průběhu léčby ozanimodem a ještě 3 měsíce po léčbě. Léčba antineoplastiky, imunomodulátory nebo nekortikoidními imunosupresivy nemá probíhat souběžně s podáváním ozanimodu pro riziko aditivního účinku na imunitní systém. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a po dobu 3 měsíců po jejím přerušení používat účinnou antikoncepci. Specifická opatření jsou zahrnuta v lékařském kontrolním seznamu. Tato opatření musí být provedena před předepsáním ozanimodu pacientkám a musí být dodržována během léčby. Studie na zvířatech prokázaly reprodukční toxicitu. Z důvodu možných závažných nežádoucích účinků ozanimodu/metabolitů u kojených dětí nemají ženy léčené ozanimodem kojit. **Nežádoucí účinky:** Velmi často byly hlášeny lymfopenie a nazofaryngitida. Častými nežádoucími účinky jsou faryngitida, virová infekce dýchacích cest, infekce močových cest, herpes zoster, herpes simplex, bolest hlavy, bradykardie, hypertenze, ortostatická hypotenze, periferní edém, abnormální výsledky funkčního vyšetření plic, zvýšená hladina ALT, GGT či bilirubinu. Více informací viz Souhrn údajů o přípravku. **Podmínky uchovávání**: Uchovávejte při teplotě do 25 °C. **Velikost balení:** Balení pro zahájení léčby: 7 tvrdých tobolek (4 x 0,23 mg, 3 x 0,46 mg), balení pro udržovací léčbu: 28 nebo 98 tvrdých tobolek (0,92 mg) **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Dublin, Irsko **Registrační číslo:** EU/1/20/1442/001-003 **Datum revize textu:** 01/2026
Před předepsáním se seznamte s úplným souhrnem údajů o přípravku (SPC). Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění v indikaci středně těžká či těžká UC, došlo-li k selhání terapie, a v indikaci relabující-remitentní RS s invaliditou a přítomnou vysokou aktivitou choroby. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) https://ema.europa.eu nebo jsou dostupné u zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: Bristol-Myers Squibb spol. s r.o., Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4, www.bms.com/cz.

Bristol Myers Squibb

Bristol-Myers Squibb spol. s r.o.
Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4, www.bms.com/cz
2084-CZ-2600036

Vydura® 75 mg

perorální lyofilizát
rimegepant



JEDNO SNADNÉ ŘEŠENÍ
pro různé migrenózní stavy[1]



Zkrácená informace o přípravku: VYDURA® 75 mg perorální lyofilizát Složení: Rimegepant sulfát, ekvivalentní 75 mg rimegepantu; a další pomocné látky. Indikace: Akutní léčba migrény s aurou nebo bez aury u dospělých. Preventivní léčba epizodické migrény u dospělých, kteří mají nejméně 4 migrénové ataky za měsíc. Dávkování a způsob podání: Akutní léčba migrény: doporučená dávka je 75 mg rimegepantu dle potřeby 1x denně. Preventivní léčba migrény: doporučená dávka je 75 mg rimegepantu každý druhý den. Maximální dávka za den je 75 mg rimegepantu. Přípravek VYDURA lze užívat s jídlem nebo bez jídla. Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Zvláštní upozornění: Byly hlášeny hypersenzitivní reakce včetně anafylaxe, které se mohou objevit i s časovým odstupem. Při jejich výskytu má být léčba ukončena a zahájena vhodná terapie. Použití se nedoporučuje: u pacientů s těžkou poruchou funkce jater; u pacientů v konečném stádiu onemocnění ledvin (CLcr < 15 ml/min); se souběžně podávanými silnými inhibitory CYP3A4 nebo se silnými inhibitory P-gp (při souběžném podání se nemá v průběhu 48 hodin podávat další dávka rimegepantu); se souběžně podávanými silnými nebo středně silnými induktory CYP3A4. Nadužívání jakýchkoli léčivých přípravků určených k léčbě bolesti hlavy může zhoršit bolesti hlavy spojené s nadužíváním léků (Medication overuse headache, MOH). Interakce: S inhibitory či induktory CYP3A4, se selektivními inhibitory P-gp a BCRP. Fertilita, těhotenství a kojení: Jako preventivní opatření je vhodnější se během těhotenství užívání přípravku VYDURA vyhnout. Je třeba zvážit přínos kojení pro vývoj a zdraví dítěte, spolu s klinickou potřebou matky užívat přípravek VYDURA a případné nežádoucí účinky rimegepantu nebo základního onemocnění matky na kojené dítě. Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje: Žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. Nežádoucí účinky: Časté (u akutní léčby i profylaxe): gastrointestinální poruchy (nauzea); méně časté (akutní léčba): poruchy imunitního systému (hypersenzitivita zahrnující dyspnoe a závažnou vyrážku). Hypersenzitivní reakce se mohou vyskytnout několik dní po podání přípravku, vyskytl se i závažný případ opožděné hypersenzitivity. Předávkování: Léčba předávkování - podpůrné opatření zahrnujících monitorování životních funkcí a sledování klinického stavu pacienta. Specifické antidotum pro léčbu předávkování rimegepantem není k dispozici. Vzhledem k vysokému stupni vazby na sérové bílkoviny není pravděpodobná významná eliminace rimegepantu dialýzou. Uchovávání: Uchovávejte při teplotě do 30 °C. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Balení: Perforovaný jednodávkový blistr obsahující 2 x 1 nebo 8 x 1 nebo 16 x 1 perorální lyofilizát. Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci: Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgie. Registrační číslo: EU/1/22/1645/001 - 003. Datum poslední revize textu: 15.01.2026 Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění s omezením. S úhradou přípravku v konkrétní indikaci se seznamte na www.sukl.cz. Před předepsáním se prosím seznamte s úplnou informací o přípravku.

REFERENCE: 1. SPC přípravku Vydura®

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00, Praha 5 www.pfizer.cz

PP-NNT-CZE-0345

Pfizer

Moderní, šetrná a přesně cílená léčba epilepsie

Indikace[1]: přídatná terapie parciálních záchvatů s/bez sekundární generalizace od 2 let věku.



MAXIMÁLNÍ AFINITA[2]
15–30× silnější vazba na SV2A oproti levetiracetamu.

VYSOKÁ SELEKTIVITA[3]
Čistý účinek bez interakcí s jinými receptory či kanály.

BLESKOVÁ DISTRIBUCE[2,3]
Okamžitý průnik do CNS a rychlý nástup účinku.

Breluncol
brivaracetam

Zkrácená informace o přípravku: Breluncol 10 mg potahované tablety; Breluncol 25 mg potahované tablety; Breluncol 50 mg potahované tablety; Breluncol 75 mg potahované tablety; Breluncol 100 mg potahované tablety

Složení: Jedna tableta obsahuje 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg nebo 100 mg brivaracetamu. Obsahuje laktosu. **Indikace:** Breluncol je indikován jako přídatná terapie při léčbě parciálních záchvatů s nebo bez sekundární generalizace u dospělých, dospívajících a dětí ve věku od 2 let s epilepsií. **Dávkování:** Dospělí, dospívající a děti (>50 kg): Doporučená počáteční dávka je 50 mg/den, případně 100 mg/den (na základě posouzení potřeby kontroly záchvatů lékařem). Doporučená udržovací dávka je 100 mg/den. Dospívající a děti (2050 kg): Doporučená počáteční dávka je 1 mg/kg/den, případně 2 mg/kg/den. Doporučená udržovací dávka je 2 mg/kg/den. Děti (1020 kg): Doporučená počáteční dávka je 1 mg/kg/den, případně až 2,5 mg/kg/den. Doporučená udržovací dávka je 2,5 mg/kg/den. Doporučuje se postupné ukončování léčby snižováním dávky o 50 mg týdně (u pacientů od 16 let) nebo o polovinu dávky týdně, dokud se nedosáhne dávky 1 mg/kg/den nebo 50 mg/den (dle tělesné hmotnosti u pacientů do 16 let). Tablety lze užívat s jídlem i bez jídla. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, jiné deriváty pyrrolidonu nebo pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Byly hlášeny sebevražedné myšlenky a chování; pacienti mají být upozorněni a sledováni. Byly hlášeny závažné kožní nežádoucí účinky, včetně StevensovaJohnsonova syndromu. Pokud se objeví příznaky naznačující tyto reakce, je třeba brivaracetam okamžitě vysadit a zvážit alternativní léčbu. Přípravek obsahuje laktosu. **Interakce:** Podávání brivaracetamu s alkoholem se nedoporučuje. Brivaracetam má nízký interakční potenciál. Plazmatické koncentrace brivaracetamu se při současném podávání se silnými inhibitory CYP2C19 (flukonazol, fluvoxamin) mohou zvýšit, ale riziko klinicky významné interakce je nízké. Musí se zvážit úprava dávky brivaracetamu u pacientů, u kterých se zahajuje nebo ukončuje léčba rifampicinem. Zahájení nebo ukončení léčby třezalkou tečkovanou má být provedeno s opatrností (může snížit systémovou expozici brivaracetamu). Těhotenství a kojení: Jestliže se žena rozhodne otěhotnět, užívání brivaracetamu je třeba pečlivě přehodnotit. Z preventivních důvodů se brivaracetam nemá užívat během těhotenství, pokud to není klinicky nezbytně nutné (pokud přínos pro matku jasně převáží potenciální riziko pro plod). Brivaracetam se vylučuje do lidského mateřského mléka. Je nutno učinit rozhodnutí, zda přerušit kojení nebo přerušit podávání brivaracetamu. **Nežádoucí účinky:** Chřipka, snížená chuť k jídlu, deprese, anxieta, insomnie, iritabilita, konvulze, vertigo, infekce horních cest dýchacích, kašel, nauzea, zvracení, zácpa, únava. Podmínky uchovávání: Nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Držitel rozhodnutí o registraci: Egis Pharmaceuticals PLC, Budapešť, Maďarsko. **Registrační čísla:** Breluncol 10 mg: 21/011/24-C; Breluncol 25 mg: 21/012/24-C; Breluncol 50 mg: 21/013/24-C; Breluncol 75 mg: 21/014/24-C; Breluncol 100 mg: 21/015/24-C Datum první registrace: 6. 5. 2025

Reference: 1. SPC Breluncol. **2.** Klein P, Diaz A, Gasalla T, Whitesides J. A review of the pharmacology and clinical effi cacy of brivaracetam. Clin Pharmacol. 2018 Jan 19;10:1-22. doi: 10.2147/CPAA.S114072. PMID: 29403319; PMCID: PMC5783144. **3.** Steinhoff BJ, Staack AM. Levetiracetam and brivaracetam: a review of evidence from clinical trials and clinical experience. Ther Adv Neurol Disord. 2019;12:1-23. doi:10.1177/1756286419873518

EGIS Praha, spol. s r.o.,
Ovocný trh 1096/8, 110 00 Praha 1, tel. číslo: +420 227 129 111
e-mail: egispraha@egispraha.cz, cz.egis.health

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis.
Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
Před předepsáním přípravku se seznamte se Souhrnem údajů o přípravku.

CZ-BRL-INZ-28062026

VYVGART
(efgartigimod alfa)

NOVĚ HRAZEN ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Přehodnoťte možnosti léčby pro své pacienty s AChR-Ab pozitivní gMG

První a jediná cílená terapie založená na Fc-fragmentu u gMG, která prokazuje rychlé, významné a trvalé zlepšení schopnosti vykonávat každodenní činnosti.[1-5]

VYVGART je indikován jako přídatná léčba ke standardní léčbě dospělých pacientů s generalizovanou myasthenia gravis (gMG), kteří mají pozitivní nález protilátek proti acetylcholinovým receptorům (AChR).[1]

▽ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky na www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek.

Reference: 1. Vyvgart EMA SmPC https://www.ema.europa.eu/cs/documents/product-information/vyvgart-epar-product-information_cs.pdf. June 2025. **2.** Zhu LN, et al. Neural Regen Res. 2023;18:1637-1644. **3.** Cavalcante P, et al. Front Immunol. 2024;15:1404191. **4.** Howard JF, et al. Lancet Neurol. 2021;20:526-536. **5.** Bril V, et al. Poster Presented at the (AAN) Annual Meeting; April 13-18, 2024; Denver, Colorado.

Zkratky: AChR-Ab – protilátka proti acetylcholinovému receptoru; **gMG** – generalizovaná myastenie gravis; **Fc** – krystalizovatelný fragment protilátky.

♥ Přípravek Vyvgart 1 000 mg injekční roztok je od 1.9.2026 hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění u pacientů s AChR+ gMG.

Určeno pouze pro zdravotnické pracovníky. **Zkrácenou informaci o přípravku najdete na následující straně.**

MEDISON

argenx

VYVGART (efgartigimod alfa)

Zkrácená informace o přípravku Vyvgart 20 mg/ml koncentrát pro infuzní roztok▼, Vyvgart 1 000 mg injekční roztok▼

Název přípravku: Vyvgart 20 mg/ml koncentrát pro infuzní roztok • Složení: Jedna injekční lahvička o objemu 20 ml obsahuje 400 mg efgartigimodu alfa (20 mg/ml). • **Léková forma:** koncentrát pro infuzní roztok • **Terapeutická indikace:** Přídatná léčba ke standardní léčbě dospělých pacientů s generalizovanou myasthenia gravis (gMG), kteří mají pozitivní nález protilátek proti acetylcholinovým receptorům (AChR). • **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 10 mg/kg v podobě 1hodinové intravenózní infuze podávané v cyklech jednou týdně po dobu 4 týdnů. U pacientů s tělesnou hmotností 120 kg nebo vyšší je doporučená dávka 1 200 mg (3 injekční lahvičky) na infuzi. Frekvence léčebných cyklů se může u jednotlivých pacientů lišit. • **Nežádoucí účinky:*** Velmi časté (≥1/10): infekce horních cest dýchacích. Časté (≥1/100 až <1/10): infekce močových cest, bronchitida, nauzea, myalgie, bolest hlavy spojená s výkonem. Není známo (z dostupných údajů nelze určit): anafylaktická reakce. • **Obsah balení:** Koncentrát v jednodávkových 20 ml skleněných injekčních lahvičkách.

Název přípravku: Vyvgart 1 000 mg injekční roztok • Složení: Jedna injekční lahvička obsahuje 1 000 mg efgartigimodu alfa v 5,6 ml (180 mg/ml). • **Léková forma:** injekční roztok • **Terapeutická indikace:*** Přídatná léčba ke standardní léčbě dospělých pacientů s generalizovanou myasthenia gravis (gMG), kteří mají pozitivní nález protilátek proti acetylcholinovým receptorům (AChR). Monoterapie k léčbě dospělých pacientů s progresivní nebo recidivující aktivní chronickou zánětlivou demyelinizační polyneuropatií (CIDP) po předchozí léčbě kortikosteroidy nebo imunoglobuliny. • **Dávkování a způsob podání:*** *Generalizovaná myastenia gravis:* Doporučená dávka je 1 000 mg podávaná subkutánní injekcí v cyklech jednou týdně po dobu 4 týdnů. *Chronická zánětlivá demyelinizační polyneuropatie:* Doporučená dávka je 1 000 mg podávaná subkutánní injekcí jednou týdně. Léčba se zahajuje týdenním dávkovacím režimem a může být upravena na každý druhý týden. • **Nežádoucí účinky:*** Velmi časté (≥1/10): infekce horních cest dýchacích, reakce v místě injekce. Časté (≥1/100 až <1/10): infekce močových cest, bronchitida, nauzea, myalgie. Není známo (z dostupných údajů nelze určit): anafylaktická reakce. • **Obsah balení:** 5,6 ml roztoku v 6 ml skleněné injekční lahvičce.

Informace o přípravcích Vyvgart 20 mg/ml koncentrát pro infuzní roztok, Vyvgart 1 000 mg injekční roztok:
• **Účinná látka:** efgartigimod alfa • **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo pomocnou látku. • **Upozornění pro použití:*** ***Pacienti třídy V podle Americké nadace pro myastenia gravis (MGFA)*** – Léčba efgartigimodem alfa u pacientů třídy V podle MGFA (tj. myastenická krize), s výjimkou podmínek rutinní pooperační péče, nebyla studována. ***Infekce*** – Vzhledem k tomu, že efgartigimod alfa způsobuje přechodné snížení hladin IgG, může se zvýšit riziko infekcí. Pacienti mají být během léčby sledováni s ohledem na klinické známky a příznaky infekcí. Pokud se objeví závažné infekce, je třeba zvážit odložení léčby efgartigimodem alfa, dokud infekce neodezní. ***Reakce na infuzi a hypersenzitivní reakce*** – Může dojít k reakcím na infuzi, jako je vyrážka nebo svědění. Pokud se objeví reakce, infuze má být na základě závažnosti reakce podávána pomaleji, přerušena nebo zastavena. Byly hlášeny případy anafylaktické reakce. V případě podezření na anafylaktickou reakci má být podávání přípravku Vyvgart okamžitě zastaveno a má být zahájena vhodná léčba. ***Reakce na injekci a hypersenzitivní reakce*** – Byly hlášeny reakce na injekci, jako je vyrážka nebo svědění. Pacienti mají být po dobu 30 minut po podání sledováni, zda se u nich neobjeví klinické známky a příznaky reakce na injekci. V případě podezření na anafylaktickou reakci má být podávání přípravku Vyvgart okamžitě zastaveno a má být zahájena vhodná léčba. ***Imunizace*** – U pacientů, kteří jsou léčeni efgartigimodem alfa, se imunizace živými nebo živými oslabenými vakcínami nedoporučuje. Pokud je imunizace živými nebo živými oslabenými vakcínami nutná, mají být podávány nejméně 4 týdny před léčbou a nejméně 2 týdny po poslední dávce efgartigimodu alfa. Jiné vakcíny mohou být během léčby podávány kdykoli podle potřeby. ***Imunogenita*** – U pacientů s gMG se mohou vyskytnout protilátky, které se vážou na efgartigimod alfa. Protilátky proti efgartigimodu alfa byly zjištěny u 35 % pacientů léčených efgartigimodem alfa subkutánně ve srovnání s 20 % pacientů léčených intravenózní lékovou formou. ***Léčba imunosupresivy a anticholinesterázou*** – Pokud dojde ke zredukování nebo ukončení léčby nesteroidními imunosupresivy, kortikosteroidy a anticholinesterázou, je třeba pacienty pečlivě sledovat s ohledem na známky exacerbace onemocnění. ***Polysorbáty**** – Tento léčivý přípravek obsahuje polysorbát. Polysorbáty mohou způsobit alergické reakce. • **Lékové a jiné interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí. Efgartigimod alfa může snižovat koncentrace látek, které se vážou k lidskému neonatálnímu Fc receptoru (FcRn), tj. imunoglobulinových přípravků, monoklonálních protilátek nebo derivátů protilátek obsahujících lidskou Fc doménu podtřídy IgG. Výměna plazmy, imunoadsorpce a plazmaferéza mohou snižovat hladinu efgartigimodu alfa v krevním oběhu. • **Fertilita, těhotenství a kojení:** Je známo, že protilátky včetně terapeutických monoklonálních protilátek jsou aktivně transportovány přes placentu (po 30 týdnech těhotenství) v důsledku vazby na neonatální Fc receptor. Efgartigimod alfa může přecházet z matky na vyvíjející se plod. Předpokládá se, že efgartigimod alfa snižuje hladiny mateřských protilátek a potlačuje přenos mateřských protilátek na plod, proto se očekává snížení pasivní ochrany novorozence. O léčbě těhotných a kojících žen efgartigimodem alfa by se mělo uvažovat pouze tehdy, pokud klinický přínos převáží nad riziky. • **Inkompatibility:** Tento léčivý přípravek nesmí být mísen s jinými léčivými přípravky s výjimkou těch, které jsou uvedeny v SmPC. • **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. • **Držitel rozhodnutí o registraci:** argenx BV, Industriepark-Zwijnaarde 7, 9052 Gent, Belgie • **Registrační číslo:** EU/1/22/1674/001, EU/1/22/1674/002 • **Datum první registrace:** 10. srpna 2022 • **Datum revize textu:** 06/2025. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Podrobné informace o přípravku naleznete v platném Souhrnu údajů o přípravku, který naleznete na https://www.ema.europa.eu/. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. *Prosím, všimněte si změny v informacích o přípravku.
▼Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky na www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek.

Medison Pharma s. r. o., Plynární 10/1617, 170 00 Praha 7, e-mail: office.czech@medisonpharma.com
CZ-VYV-008-09/2026-R01, datum přípravy 9/2026

MEDISON

argenx

UPLIZNA® inebilizumab

Pro léčbu dospělých s AQP4-IgG+ NMOSD[1]



DLOUHODOBÁ KONTROLA ONEMOCNĚNÍ NMOSD ROK ZA ROKEM[2,4]

83 % **Dlouhodobé snížení míry atak[2]**
83 % pacientů léčených inebilizumabem po dobu 4 a více let zůstalo bez ataky.*

2× **Podávání pouze dvakrát ročně†[1]**
Poskytuje pacientům období 6 měsíců bez nutnosti podání infuze.†

Zavedený bezpečnostní profil[1]
Nejčastějšími nežádoucími účinky u pacientů léčených inebilizumabem 4 a více let byly infekce močových cest (26 %), nazofaryngitida (21 %), artralgie (17 %) a infekce horních cest dýchacích (16 %).[4]

LP Uplizna významně snížil riziko atak NMOSD o 77 % v porovnání s placebem po 28 týdnech léčby

(HR = 0,227; 95% IS: 0,121–0,423; p < 0,0001).[1,3]

* Do studie N-MOmentum bylo randomizováno 230 pacientů. Uvedená post hoc analýza vychází z kohorty 75 pacientů, kteří byli léčeni přípravkem UPLIZNA® ≥ 4 roky v otevřené extenzi bez komparátoru. Výsledky je nutné interpretovat s ohledem na možné zkreslení výběrem (selection bias), protože zahrnují pouze pacienty, kteří v léčbě setrvali dlouhodobě, a nepředstavují proto univerzální predikci léčebného výsledku pro každého pacienta při zahájení terapie.

† Po úvodních dávkách v den 1 a 15 se doporučuje udržovací dávka každých 6 měsíců.

AQP4-IgG = imunoglobulin G proti akvaporinu-4; NMOSD = neuromyelitis optica a poruchy jejího širšího spektra.

1. UPLIZNA (inebilizumab). Souhrn údajů o přípravku. **2.** Rensel M et al. *Mult Scler.* 2022;28(6):925–932. **3.** Cree et al. *Lancet.* 2019;394:1352–1363. **4.** Cree et al. *Lancet Neurol.* 2024;23:588–602.

AMGEN

Amgen s.r.o. | Pod dráhou 1637/2, Holešovice, 170 00 Praha 7
tel.: +420 221 773 500 | www.amgen.cz | CZE-335-26-80008 / Aug 2026

Zkrácená informace o léčivém přípravku

▼Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. | **Název přípravku**: Uplizna 100 mg koncentrát pro infuzní roztok. **Kvalitativní a kvantitativní složení**: Jedna injekční lahvička obsahuje 100 mg inebilizumabu v 10 ml v koncentraci 10 mg/ml. Konečná koncentrace po naředění je 1,0 mg/ml. **Léková forma**: Koncentrát pro infuzní roztok. **Terapeutické indikace**: Uplizna je indikována jako monoterapie k léčbě dospělých pacientů s neuromyelitis optica a poruchami jejího širšího spektra (NMOSD), kteří jsou séropozitivní na imunoglobulin G proti akvaporinu 4 (AQP4-IgG). Dále je indikována k léčbě dospělých pacientů s aktivní imunoglobulin G4 asociovanou nemocí (IgG4-RD) a jako doplněk standardní léčby k léčbě generalizované myasthenie gravis (gMG) u dospělých pacientů, kteří jsou pozitivní na protilátky proti acetylcholinovému receptoru (AChR) nebo proti svalově specifické tyrosinkináze (MuSK). **Dávkování a způsob podání:** Léčbu je nutné zahájit pod dohledem lékaře, který má zkušenosti s léčbou NMOSD nebo IgG4-RD nebo gMG a s přístupem k vhodné medicínské podpoře pro zvládnutí potenciálních závažných nežádoucích účinků, jako jsou závažné reakce související s infuzí. Pacienta je zapotřebí sledovat s ohledem na infuzní reakce, a to nejméně jednu hodinu po dokončení infuze. *Doporučená zaváděcí dávka* je 300 mg (3 injekční lahvičky po 100 mg) v intravenózní infuzi následovaná o 2 týdny později druhou intravenózní infuzí s dávkou 300 mg. *Udržovací dávka:* 300 mg intravenózně každých 6 měsíců. Inebilizumab je určen k chronické léčbě. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku; závažná aktivní infekce, včetně aktivní chronické infekce, jako je hepatitida B; aktivní nebo neléčená latentní tuberkulóza; progresivní multifokální leukoencefalopatie (PML) v anamnéze; imunokompromitovaný pacient; aktivní malignity. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pacientům léčeným přípravkem Uplizna má být poskytnuta karta pacienta. Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. *Před infuzí* je nutno podávat premedikaci kortikosteroidem, dále antihistaminikum a antipyretikum. *Během infuze* je zapotřebí pacienta monitorovat v souvislosti s reakcemi souvisejícími s infuzí. Doporučení léčby pro infuzní reakce závisí na typu a závažnosti reakce. V případě život ohrožujících infuzních reakcí je nutné léčbu okamžitě a trvale ukončit a je zapotřebí podávat vhodnou podpůrnou léčbu. U méně závažných infuzních reakcí může léčba zahrnovat dočasné zastavení infuze, snížení rychlosti infuze a/nebo podávání symptomatické léčby. *Po infuzi* je zapotřebí pacienta sledovat s ohledem na infuzní reakci, a to nejméně jednu hodinu po dokončení infuze. Inebilizumab způsobuje snížení počtu lymfocytů v periferní krvi a hladin Ig v souladu s mechanismem účinku deplece B-buněk. Bylo rovněž hlášeno snížení počtu neutrofilů. Inebilizumab proto může zvyšovat citlivost vůči infekcím. Závažně imunokompromitovaní pacienti nesmí být léčeni, dokud se tento stav nevyřeší. Periodicky během léčby a po jejím ukončení se doporučuje kontrola úplného krevního obrazu (CBC) a imunoglobulinů až do obnovy počtu B buněk. Před každou infuzí je zapotřebí zjistit, zda není přítomna klinicky významná infekce; infuze se odkládá do vyřešení infekce. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí. Současné podávání inebilizumabu s imunosupresivy včetně systémových kortikosteroidů může zvýšit riziko infekce. Účinnost a bezpečnost imunizace živými nebo živými oslabenými vakcínami po léčbě inebilizumabem nebyla zkoumána. Doporučuje se, aby pacienti dokončili imunizace před zahájením léčby inebilizumabem. **Fertilita, těhotenství a kojení**: Ženy ve fertilním věku mají používat účinnou antikoncepci během užívání přípravku Uplizna a po dobu 6 měsíců po posledním podání přípravku Uplizna. Léčbě inebilizumabem je nutné se během těhotenství vyhnout, pokud potenciální přínos pro matku nepřeváží potenciální riziko pro plod. Použití inebilizumabu u žen během kojení nebylo zkoumáno. Není známo, zda se inebilizumab vylučuje do lidského mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějšími hlášenými nežádoucími účinky byly infekce močových cest (26,2 %), nazofaryngitida (20,9 %), infekce horních cest dýchacích (15,6 %), artralgie (17,3 %), bolest zad (13,8 %), lymfopenie (10,7 %) a bolest hlavy (10,3 %). Nejčastějšími hlášenými závažnými nežádoucími účinky byly infekce (11,1 %), pneumonie (1,8 %) a NMOSD (1,8 %). **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C až 8 °C). Chraňte před mrazem, uchovávejte v původním obalu. Připravený infuzní roztok je zapotřebí podat okamžitě. Pokud nebude podán okamžitě, uchovávejte jej před zahájením infuze až 24 hodin v chladničce při 2 °C až 8 °C nebo 4 hodiny při pokojové teplotě. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, 4817 ZK Breda, Nizozemsko. **Registrační číslo:** EU/1/21/1602/001. **Datum revize textu:** 22. května 2026. | Před předepsáním přípravku se, prosím, seznamte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. | SC-CZ-Ineb-00001 | URČENO PRO ODBORNOU VEŘEJNOST.



Pro další informace kontaktujte: Organon Czech Republic s.r.o., sídlo: Anděl Park, Radlická 3201/14, 150 00 Praha 5 – Smíchov, Česká republika, e-mail: dpoc.czech@organon.com, tel: +420 233 010 300, webová stránka: www.organoncare.cz. Nežádoucí účinky musejí být hlášeny. Formuláře a informace pro hlášení lze nalézt zde: nezadouciucinky.sukl.cz. Nežádoucí účinky museji být hlášeny také společnosti Organon Czech Republic s.r.o., e-mail: dpoc.czech@organon.com, tel: +420 233 010 300.© 2026 Skupina společností Organon. Všechna práva vyhrazena. VVPM CZ-NON-110390. Datum přípravy: 10/ 2026.

ELI LILLY CR, s.r.o., Pobfei:ni 12, 186 00 Praha 8, tel.: 234 664 111. Pro dalSi informace kontaktujte: Organon Czech Republic s.r.o., sidlo: Andel Park, Radlicka 3201/14, 150 00 Praha 5, Cesk8 republika, e-mail: dpoc.czech@organon.com, tel: +420 233 010 300, webova str8nka: www.organoncare.cz. © 2026 Lilly and Organon. All rights reserved.
EMGALITY, LILLY and the LILLY logo are registered trademarks of lilly andCompany.
ORGANON and the ORGANON logo are registered trademarks of N.V. Organon.

Lilly | ORGANON



DUODOPA SC®

240 mg/ml + 12 mg/ml infuzní roztok

foslevodopa/foskarbidopa

Nyní mohu _____ více.

Duodopa SC® významně zlepšuje stavy „Off“ a „On“ bez obtěžující dyskineze a kvalitu spánku u mladších pacientů s pokročilou Parkinsonovou nemocí.[1]

Reference: 1. Antonini A, et al. Foslevodopa/Foscarbidopa in Younger Patients Earlier Within Advanced Parkinson's Disease: Post Hoc Analysis of a Randomized Trial. Neurol Ther. Published online December 1, 2025.

Zkrácené informace o léčivém přípravku

Název: Duodopa SC 240 mg/ml + 12 mg/ml infuzní roztok. Složení: Jeden ml obsahuje 240 mg foslevodopy a 12 mg foskarbidopy. **Indikace**: Léčba pokročilé Parkinsonovy nemoci, která reaguje na léčbu levodopou a je doprovázena těžkými motorickými fluktuacemi a hyperkinezí nebo dyskinezí, pokud dostupné kombinace antiparkinsonik neposkytují uspokojivé výsledky. **Dávkování:** Duodopa SC se podává jako kontinuální subkutánní infuze, 24 hodin denně. Doporučená počáteční rychlost infuze přípravku Duodopa SC se stanoví přepočtem denního příjmu levodopy na ekvivalenty levodopy (LE) pomocí příslušných koeficientů násobících dávku (pro výpočet se bere v úvahu pouze levodopa a inhibitory COMT) a následným výpočtem zohledňujícím vyšší biologickou dostupnost subkutánní foslevodopy, poměr molekulových hmotností foslevodopy a levodopy, obsah foslevodopy v 1 ml a počet hodin bdělosti použitý pro stanovení LE. Dávku lze upravit tak, aby bylo dosaženo klinické odpovědi, která maximalizuje funkční „on“ periodu a minimalizuje počet a trvání „off“ period a „on“ period s obtěžující dyskinezí. Maximální doporučená denní dávka foslevodopy je 6 000 mg (nebo 25 ml přípravku Duodopa SC denně, což odpovídá přibližně 4 260 mg levodopy denně). K ***zahájení*** léčby přípravkem Duodopa SC je také potřebné určit objem nasycovací dávky. Pumpa umožňuje naprogramovat 2 ***alternativní rychlosti*** infuze pro pacienta (nízká/vysoká). Pokud to zdravotnický pracovník umožní, mohou si pacienti sami podat ***extra dávku*** ke zvládnutí akutních „off“ příznaků, které se objeví během kontinuální infuze. **Kontraindikace**: Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku, glaukom s uzavřeným úhlem, těžké srdeční selhání, akutní cévní mozková příhoda, těžká srdeční arytmie, současné užití neselektivních inhibitorů MAO a selektivních inhibitorů MAO typu A (jejich podávání musí být přerušeno min. dva týdny před zahájením léčby přípravkem Duodopa SC), stavy, za kterých jsou kontraindikovány látky s adrenergním účinkem, např. feochromocytom, hyperthyreoidismus a Cushingův syndrom. Jelikož levodopa může aktivovat rozvoj maligního melanomu, nesmí být přípravek Duodopa SC používán u pacientů s podezřelou neurčenou kožní lézí nebo s melanomem v anamnéze. **Zvláštní upozornění**: Duodopa SC se nedoporučuje k léčbě extrapyramidových účinků vyvolaných léky. Pacienti s těžkým kardiovaskulárním nebo plicním onemocněním, bronchiálním astmatem, ledvinovým, jaterním nebo endokrinním onemocněním nebo s anamnézou vředové choroby nebo konvulzí mají být léčeni přípravkem Duodopa SC s opatrností. U pacientů s anamnézou infarktu myokardu, kteří mají zbytkové arytmie, má být pečlivě sledována srdeční činnost. U všech pacientů léčených přípravkem Duodopa SC má být pečlivě sledován rozvoj změn duševního stavu, deprese s tendencemi k sebevraždě a jiných závažných duševních změn. Pacienti s dřívější nebo současnou psychózou mají být léčeni s opatrností. Pacienti s chronickým glaukomem s otevřeným úhlem mají být léčeni přípravkem Duodopa SC s opatrností a pouze za předpokladu, že nitrooční tlak je dobře kontrolován. Duodopa SC může vyvolat ortostatickou hypotenzi. Levodopa je spojována se somnolencí a epizodami náhlého nástupu spánku. Při náhlém vysazení antiparkinsonik byl hlášen komplex příznaků podobných neuroleptickému malignímu syndromu. Pacienti mají být pravidelně monitorováni z důvodu možnosti rozvoje impulzivních poruch. Dopaminový dysregulační syndrom je návyková porucha, která u některých pacientů léčených kombinací karbidopa/levodopa vede k nadměrnému užívání přípravku. Duodopa SC obsahuje hydrazin, který může být genotoxický a možná kancerogenní. Snížená schopnost zacházet se systémem pro podávání přípravku může způsobit komplikace. Takovým pacientům má asistovat pečovatel. Náhlé nebo postupné zhoršování bradykineze může být znamením obstrukce zařízení z jakýchkoli důvodů, a je třeba to vyšetřit. U pacientů léčených kombinací přípravky s obsahem levodopy s karbidopou byla hlášena polyneuropatie. Duodopa SC obsahuje 42,4 mg (přibližně 1,84 mmol) sodíku v jednom ml. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Studie interakcí nebyly s přípravkem Duodopa SC prováděny. U generických kombinací levodopy s karbidopou jsou interakce obecně známy. **Fertilita, těhotenství a kojení**: Údaje o podávání přípravku Duodopa SC těhotným ženám nejsou k dispozici. Podávání v těhotenství a u žen ve fertilním věku, které neužívají antikoncepci, se nedoporučuje. Levodopa je vylučována do lidského mateřského mléka. Kojení má být během léčby přípravkem Duodopa SC přerušeno. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje**: Levodopa a karbidopa mohou vyvolat závratě a ortostatickou hypotenzi. Proto má být řízení a obsluha strojů vykonávána s opatrností. **Nežádoucí účinky:** *Velmi časté:* flegmóna, infekce, erytém, uzlík, edém, bolest a reakce v místě podání infuze, infekce močových cest, úzkost, deprese, halucinace, pády. *Časté:* absces v místě podání infuze, anemie, snížená chuť k jídlu, abnormální sny, agitovanost, stav zmatenosti, bludy, impulzivní porucha, insomnie, paranoia, psychotická porucha, spánkové ataky, porucha spánku, suicidální představa, kognitivní porucha, závrať, posturální závrať, dyskineze, dystonie, bolest hlavy, hypestezie, „on“ a „off“ fenomén, parestézie, polyneuropatie, somnolence, synkopa, tremor, nepravidelná srdeční frekvence, hypertenze, hypotenze, ortostatická hypotenze, dyspnoe, orofaryngeální bolest, břišní distenze, bolest břicha, zácpa, průjem, sucho v ústech, dysgeuzie, dyspepsie, dysfagie, flatulence, nauzea, zvracení, kontaktní dermatitida, hyperhidróza, pruritus, vyrážka, svalové křeče, bolest šíje, inkontinence moči, retence moči, astenie, únava, malátnost, periferní edémy, bolest, následující reakce v místě podání infuze: modřina, exfoliace, extravazace, hematom, krvácení, indurace, zánět, podráždění, rezistence, papula, pruritus, vyrážka, otok, zvýšená hladina aminokyselin, zvýšená hladina homocysteinu v krvi, snížená hladina vitaminu B6, deficience vitaminu B12, snížení nebo zvýšení tělesné hmotnosti. **Použitelnost**: Neotevřené: 20 měsíců. Přípravek musí být použit do 24 hodin po přenesení z injekční lahvičky do stříkačky. **Uchovávání:** Uchovávejte a převážejte v chladu (2 °C – 8 °C). Uchovávejte injekční lahvičky v krabičce, aby byly chráněny před rozbitím. Mohou být uchovávány při pokojové teplotě do maximálně 30 °C po jedno období v délce až 28 dní. **Balení:** 7 injekčních lahviček po 10 ml. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AbbVie s.r.o., Praha, Česká republika. **Registrační číslo:** 27/341/21-C. **Datum poslední revize SmPC:** 9. 11. 2023. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen smluvním zdravotnickým zařízením z veřejného zdravotního pojištění. *Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete.*

AbbVie s.r.o., Metronom Business Center, Bucharova 2817/13, 158 00 Praha 5. Tel.: 233 098 111, www.abbvie.cz

CZ-PRODD-260020, červen 2026

abbvie

AQUIPTA®▼

(atogepant) tablets

Doporučená dávka je 60 mg perorálně 1x denně



S jídlem nebo bez jídla[1]

Žádné speciální podmínky uchovávání[1]

Snadné užívání - 1 tableta 1x denně[1]

Reference: 1. SPC Aquipta.

Zkrácené informace o léčivém přípravku

Název: AQUIPTA 10 mg tablety, AQUIPTA 60 mg tablety. Složení: Jedna tableta obsahuje 10 mg nebo 60 mg atogepantu. **Indikace:** Akutní léčba migrény s aurou nebo bez aury u dospělých a profylaxe migrény u dospělých, kteří mívají nejméně 4 dny s migrénou za měsíc. **Dávkování:** K akutní léčbě migrény je doporučená dávka 60 mg atogepantu dle potřeby. K profylaxi migrény je doporučená dávka 60 mg jednou denně. Maximální denní dávka je 60 mg atogepantu. Doporučená dávka při souběžném používání silných inhibitorů CYP3A4 nebo OATP je 10 mg jednou denně. U pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin a v konečném stádiu onemocnění ledvin je doporučená dávka 10 mg jedenkrát denně. U pacientů s ESRD podstupujících intermitentní dialýzu se má přípravek AQUIPTA přednostně užívat po dialýze. Je třeba se vyhnout podávání atogepantu u pacientů s těžkou poruchou funkce jater. Bezpečnost a účinnost atogepantu u dětí (ve věku < 18 let) nebyly dosud stanoveny. Nejsou dostupné žádné údaje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** V souvislosti s užíváním přípravku AQUIPTA byly hlášeny závažné hypersenzitivní reakce, včetně anafylaxe, dyspnoe, vyrážky, pruritu, kopřivky a edému obličeje. Použití atogepantu se u pacientů s těžkou poruchou funkce jater nedoporučuje. AQUIPTA 10 mg obsahuje méně než 1 mmol (23 mg) sodíku v jedné tabletě, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. AQUIPTA 60 mg obsahuje 31,5 mg sodíku v jedné tabletě, což odpovídá 1,6 % doporučeného maximálního denního příjmu sodíku potravou podle WHO pro dospělého. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Silné inhibitory CYP3A4 (např. ketokonazol, itrakonazol, klarithromycin, ritonavir) mohou významně zvýšit systémovou expozici atogepantu. Inhibitory OATP (např. rifampicin, cyklosporin, ritonavir) mohou významně zvýšit systémovou expozici atogepantu. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje o podávání atogepantu těhotným ženám jsou omezené. Podávání se v těhotenství a u žen ve fertilním věku, které neužívají antikoncepci, nedoporučuje. Farmakokinetické údaje po podání jednorázové dávky prokázaly minimální přenos atogepantu do mateřského mléka. Údaje o účincích atogepantu na kojené dítě ani o účincích atogepantu na tvorbu mléka nejsou k dispozici. Prospěšnost kojení pro vývoj a zdraví dítěte je třeba zvážit spolu s klinickou potřebou matky užívat atogepant a jakýmikoli potenciálními nežádoucími účinky atogepantu nebo základního onemocnění matky na kojené dítě. Údaje o vlivu atogepantu na fertilitu u člověka nejsou dostupné. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Atogepant nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. U některých pacientů však může způsobit somnolenci. Pacienti mají dbát zvýšené opatrnosti před řízením dopravních prostředků nebo obsluhováním strojů, dokud si nebudou dostatečně jisti, že atogepant nemá nepříznivý vliv na jejich výkon. **Nežádoucí účinky:** *Časté:* snížená chuť k jídlu, nauzea, zácpa, únava/somnolence, snížení tělesné hmotnosti; *méně časté:* zvýšení hladiny ALT/AST. **Použitelnost:** 3 roky. **Uchovávání:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** 2 (pouze AQUIPTA 60 mg), 7, 28 nebo 98 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Německo. **Registrační čísla:** AQUIPTA 10 mg: EU/1/23/1750/001–002, 005, AQUIPTA 60 mg: EU/1/23/1750/003–004, 006–007. **Datum poslední revize SmPC:** 07/2026. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen smluvním zdravotnickým zařízením z veřejného zdravotního pojištění v indikaci profylaxe migrény u dospělých, kteří mívají nejméně 4 dny s migrénou za měsíc.

▼ **Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.** Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete. AbbVie s.r.o., Metronom Business Center, Bucharova 2817/13, 158 00 Praha 5. Tel.: 233 098 111, www.abbvie.cz

CZ-AQP-260044

abbvie

AQUIPTA®
(atogepant) tablets

CÍLENÁ PERORÁLNÍ LÉČBA MIGRÉNY

MŮŽEME POSUNOUT CÍLE LÉČBY MIGRÉNY



NA LÉČBĚ PŘÍPRAVKEM AQUIPTA®



48,4 % pacientů‡ dosáhlo úplné remise po 12 měsících léčby[1]

Reference: 1. Ashina M, et al. Headache. 2023;63(1):79-88.
*Superrespondéři dosahují snížení počtu dnů s migrénou o 75 % až 100 % (úplná remise)
‡Pacienti s epizodickou migrénou

CZ-AQP-260044

abbvie