



ABSTRAKTA

13. konference Neurologie pro praxi

28.–29. ledna 2026
Parkhotel Congress Center Plzeň



13.

**konference
Neurologie
pro praxi**

**28.–29. 1. 2026
PLZEŇ**

Společnost SOLEN, s. r. o.,
ve spolupráci s Neurologickou klinikou LF UK a FN Plzeň

25 SOLEN
let s vámi

ZAČNĚTE SILNĚ ZÍSKEJTE NÁSKOK PŘED PROGRESÍ DISABILITY RRS¹⁻⁴

Přípravek KESIMPTA®:

ÚČINNOST: Včasné zahájení léčby může snížit riziko progresí disability^{1,2,5,6}

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

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

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

▼ 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 • Kesimpta 20 mg injekční roztok v předplněném peru • Složení: Jedno předplněné pero obsahuje ofatumumab 20 mg 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:** * 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 kterékoliv 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 by měli 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 anti-CD20 protilátkami došlo k reaktivaci hepatitidy B, což v některých případech vedlo k fulminantní hepatitidě, selhání jater a úmrtí. Pacienti s aktivním onemocněním hepatitidou B nesmí být ofatumumabem léčeni. Před zahájením léčby má být u všech pacientů proveden screening HBV. Screening má minimálně zahrnovat testování povrchového antigenu hepatitidy B (HBsAg) a testování protilátek proti jádrovému antigenu hepatitidy B (HBcAb). Pacienti s pozitivní sérologií hepatitidy B (HBsAg nebo HBcAb) se mají před zahájením léčby poradit s odborníkem na choroby jater a mají být sledováni a léčeni podle místních lékařských standardů, aby se zabránilo reaktivaci hepatitidy B. **Léčba těžce imunokompromitovaných pacientů:** Pacienti v těžce imunokompromitovaném stavu nesmí být ofatumumabem léčeni, dokud se tento stav nevyřeší. Nedoporučuje se užívat současně s ofatumumabem další imunosupresiva kromě kortikosteroidů k symptomatické léčbě relapsů. **Očkování:** Všechna očkování mají být podána podle imunizačních pokynů nejméně 4 týdny před zahájením léčby ofatumumabem u živých nebo živých oslabených vakcín a pokud je to možné, nejméně 2 týdny před zahájením léčby ofatumumabem u inaktivovaných vakcín. Ofatumumab může ovlivňovat účinnost inaktivovaných vakcín. Očkování živými nebo živými oslabenými vakcínami se během léčby a po ukončení léčby až do doplnění B-buněk nedoporučuje. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí, protože nejsou očekávány žádné interakce prostřednictvím enzymů cytochromu P450, jiných metabolizujících enzymů nebo transportérů. Při současném podávání imunosupresivních přípravků s ofatumumabem je třeba vzít v úvahu riziko aditivních účinků na imunitní systém. Při zahájení léčby ofatumumabem po jiném imunosupresivním přípravku s prodlouženými imunitními účinky nebo při zahájení jiné imunosupresivní léčby s prodlouženými imunitními účinky po léčbě ofatumumabem je třeba vzít v úvahu dobu trvání a způsob účinku těchto léčivých přípravků z důvodu možných aditivních imunosupresivních účinků. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku mají během léčby přípravkem Kesimpta a po dobu 6 měsíců po posledním podání přípravku Kesimpta používat účinnou antikoncepci, 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. **Potenciální přínos pro matku nepřevládá potenciální riziko pro plod.** Použití ofatumumabu u žen během kojení nebylo studováno. Není známo, zda se ofatumumab vylučuje do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: Infekce horních cest dýchacích, infekce močových cest, reakce v místě vpichu (lokální), reakce související s injekcí (systémové). Časté: Dráždění herpes, snížený imunoglobulin M v krvi, "nauzea, zvracení". **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Pokud je to nezbytné, může být přípravek Kesimpta jedenkrát uchováván nechlazený po dobu až 7 dnů při pokojové teplotě (ne vyšší než 30 °C). Pokud se během této doby nepoužije, může být přípravek Kesimpta vrácen do chladničky na maximálně 7 dní. Uchovávejte předplněné pero v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Kesimpta je k dispozici v jednotlivých baleních obsahujících 1 předplněné pero a v mnohočetných baleních obsahujících 3 (3 balení po 1) předplněné 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:** 03.02.2025. **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

Pro účely kampaně byla použita ilustrační fotografie. Nejedná se o skutečného pacienta. • ¹ Od druhé dávky je přípravek KESIMPTA® určen k samoaplikaci pacientem subkutánní injekcí (SensoReady® pera). • ² První dávka přípravku KESIMPTA® by měla být podána pod vedením odborného zdravotního pracovníka. • ³ Zkratky: RRS, relaps remitující roztroušená skleróza

Reference: 1. SPC Kesimpta. 2. Nelles G. et al.; Longer-term (up to 6 years) efficacy and safety of Ofatumumab in people with non-highly active MS early in the disease course; Poster IOPO14 presented at the DGN congress in Berlin 2024. 3. Hauser, S.L., et al. Poster presentation ECTRIMS 2025. Poster ID P804. Continuous ofatumumab treatment for up to 7 years shows a favourable safety and efficacy profile in people with relapsing multiple sclerosis. 4. Pardo, Gabriel et al.; Continuous Ofatumumab Treatment Up to 7 Years Shows a Consistent Safety Profile and Delays Disability Progression in People With Relapsing Multiple Sclerosis; Poster presented at the American Academy of Neurology Meeting, San Diego, CA, USA, April 5-9, 2025. P7.016. 5. Hauser, Stephen L. et al. "Ofatumumab versus Teriflunomide in Multiple Sclerosis." N Engl J Med vol. 383,6 (2020): 546-557. doi: 10.1056/NEJMoa1917246. 6. Hauser, S. L. Five-Year Safety and Efficacy Outcomes with Ofatumumab in Patients with Relapsing Multiple Sclerosis. Neurology and Therapy, 2025, 14:1975-1992. DOI: 10.1007/s40120-025-00784-0. 7. Hauser, S.L. et al. Six-year safety and efficacy outcomes with first-line ofatumumab in recently diagnosed treatment-naïve patients with relapsing multiple sclerosis. Multiple Sclerosis and Related Disorders 2025;105:106886.



13. konference Neurologie pro praxi

28.–29. 1. 2026
PLZEŇ



www.visitplzen.eu

MÍSTO KONÁNÍ

Parkhotel Congress Center Plzeň,
U Borského parku 31, Plzeň



TIRÁŽ

13. konference Neurologie pro praxi

28.–29. ledna 2026 | Parkhotel Congress Center Plzeň

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s Neurologickou klinikou LF UK a FN Plzeň

Mediální partner

časopis Neurologie pro praxi

Odborný garant

MUDr. Marek Peterka

Tvůrci odborného programu

MUDr. Jiří Polívka, CSc.; prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., MHA

Organizátor

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

Organizační zajištění: Mgr. Iva Trísková, +420 770 326 032 triskova@solen.cz

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

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

Grafické zpracování a sazba: DTP Solen, Lucie Šilberská

Ohodnocení

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



Citační zkratka:
Neurol. praxi 2026;27

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-560-0

13. konference Neurologie pro praxi

Středa 28. 1. 2026



9.00–9.10 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ

prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., MHA, MUDr. Jiří Polívka, CSc.

9.10–10.40 NEUROOFTALMOLOGIE

odborná garantka doc. MUDr. Jana Lízrová Preiningerová, Ph.D.

- **Zánětlivé postižení papily zrakového nervu – diferenciální diagnostika a klinické rozpoznání** – doc. MUDr. Jana Lízrová Preiningerová, Ph.D. (30 min.)
- **Edém terče zrakového nervu v praxi** – MUDr. Zdeněk Kasl, Ph.D., MUDr. Eliška Martincová, MUDr. Pavla Hrubá, MUDr. Vladimír Rohan, Ph.D., doc. MUDr. Štěpán Rusňák, Ph.D. (30 min.)
- **Regionální spolupráce při diagnostice a léčbě postižení zrakového nervu – doporučené postupy a zkušenosti z praxe** – MUDr. Marek Peterka (15 min.)
- **Diskuze** (15 min.)

10.40–11.10 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI ROCHE s. r. o.

- **Cesta pacienta s nervosvalovým onemocněním** – MUDr. Lenka Juříková, Ph.D. (15 min.)
- **Těhotenství a kojení s Ocrevem: důvěra postavená na dlouhodobých datech** – MUDr. Marta Vachová, MUDr. Marek Peterka (15 min.)

11.10–11.45 PŘESTÁVKA

11.45–13.15 PARAKLINICKÁ DIAGNOSTIKA LÉZÍ PERIFERNÍCH NERVŮ

odborný garant MUDr. Pavel Potužník, Ph.D.

- **Elektromyografie** – MUDr. Pavel Potužník, Ph.D. (25 + 5 min.)
- **Ultrasonografie** – MUDr. Eduard Minks, Ph.D., MUDr. Alexandra Minksová (25 + 5 min.)
- **Magnetická rezonance** – MUDr. Jaroslav Ludvík (25 + 5 min.)

13.15–13.35 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI NOVARTIS s. r. o. (20 min.)

- **Nová McDonaldova kritéria RS v kostce: přínosy a úskalí** – MUDr. Dominika Šťastná, Ph.D.

13.35–14.30 PŘESTÁVKA, OBĚD

14.30–16.00 CEREBROVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

odborný garant doc. MUDr. Aleš Tomek, Ph.D.

- **Stav péče o cévní mozkové příhody v ČR** – doc. MUDr. Aleš Tomek, Ph.D. (15 + 5 min.)
- **Kardioembolické CMP a ESUS** – MUDr. Tereza Šrámková, Ph.D. (15 + 5 min.)
- **Úskalí antitrombotické léčby v prevenci ischemických iktů** – MUDr. Vladimír Rohan, Ph.D. (15 + 5 min.)
- **Vzácnější příčiny ischemických iktů** – MUDr. Jaroslava Paulasová Schwabová, Ph.D. (15 + 5 min.)

16.00–16.20 PŘESTÁVKA

16.20–17.00 VARIA I

- **Rizika nadužívání akutní medikace při léčbě migrény** – MUDr. Jolana Mračková, Ph.D. (20 min.)
Přednáška podporovaná společností AbbVie s. r. o.
- **Co bychom měli vědět o magnesi** – PharmDr. Josef Suchopár (20 min.)
Přednáška podporovaná společností MagnaPharm CZ s. r. o.

17.00–18.00 SOCIÁLNÍ A PRÁVNÍ PROBLEMATIKA V NEUROLOGII

odborná garantka Mgr. Lucie Valouchová

- **Aspekty sociální pomoci u neurologicky nemocných** – Mgr. Lucie Valouchová (25 + 5 min.)
- **Restriktivní opatření u neurologických onemocnění** – MUDr. Gisela Rytířová (25 + 5 min.)

18.00 ZÁVĚR ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE KONFERENCE

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 zpomalena. | ** ARR pozorovaný ve studiích fáze III ULTIMATE I a II s přípravkem BRIUMVI®. Vzhledem k odlišným populačním 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 rychle získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

Složení: Jedna injekční lahvička obsahuje 150 mg ublituximabu v 6 mL koncentrace číni 25 mg/mL. 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. **Přemeditace 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) přemeditace 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 přemeditaci antipiretikem (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:** Uprava 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 55 let a starší pacienti: Úprava dávky není nutná. Porucha funkce ledvin: úprava dávky není nutná. Porucha funkce jater: úprava dávky není nutná. **Pediatrická populace:** Účinnost a bezpečnost nebyly pro děti do 18 let stanoveny, nejsou dostupné žádné údaje. **Způsob podání:** Podává se po naředění jako intravenózní infuze. Infuze se nemají podávat jako intravenózní injekce ani bolus. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, závažná aktivní infekce, pacient v závažném imunokompromitovaném stavu, známé aktivní malignity. **Zvláštní upozornění:** Reakce spojené s infuzí (IRI). Příznaky IRI mohou zahrnovat pyrexii, třesavku, bolest hlavy, tachykardii, nauzeu, bolest břicha, podráždění hrdla, erytém a anafylaktickou reakci. U pacientů s 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 přenosci HBV (pozitivní na povrchový antigen [HBsAg+]) se mají před léčbou obrátit na odborného hepatologa. **Vakcí-pace:** v průběhu léčby a před replací B lymfocytů se vakcinace ublituximabem 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. Současné se nedoporučuje používat další imunosupresiva s výjimkou kortikosteroidů k symptomatické léčbě relapsu. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku mají během léčby ublituximabem a nejméně 4 měsíce po poslední infuzi používat účinnou antikoncepci. Podávání přípravku je třeba se v těhotenství vyhnout, pokud potenciální přínos pro matku nepřeváží nad případným rizikem pro plod. Není známo, zda se ublituximab vylučuje do lidského mateřského mléka. Na základě dostupných údajů o prostupu lidských IgG do mateřského mléka je možné ublituximab s odstupem několika dnů po porodu v období kojení podávat, pokud je to klinicky indikováno. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejzávažnějšími a nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky jsou reakce spojené s infuzí (45,3 %) a infekce (55,8 %). Více viz SmPC. **Název a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Neuraxpharm Pharmaceuticals, S.L., Avda. Barcelona 69, 08970 Sant Joan Despí - Barcelona, Španělsko. Registrační číslo: EU/1/23/1730/001, EU/1/23/1730/002. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Nepřetřepávejte a chráňte před mrazem a světlem. **Léková forma a obsah balení:** Koncentrát pro infuzní roztok 150 mg/6 mL, 1 resp. 3 injekční lahvičky. **Datum poslední revize textu:** 09/2025 **Výdej a úhrada léčivého přípravku:** Briumvi 150 mg koncentrát pro infuzní roztok je vozán na lékařský předpis a je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. **Poznámka:** Dříve, než začnete přípravek předepisovat, seznáňte se s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku (SmPC).



NEURAXPHARM®
Váš CNS specialista

Čtvrtek 29. 1. 2026

9.00–10.30 KULATÝ STŮL – PROBLEMATIKA ZÁVRATÍ

odborný garant doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc.

- **Nejčastější závratě – úvod** – doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc. (10 + 5 min.)
- **Benigní paroxysmální polohové vertigo u seniorů** – doc. PhDr. Ondřej Čákr, Ph.D., Mgr. Klára Kučerová, Ph.D. (10 + 5 min.)
- **IP Závratě, respektive instabilita ve stáří** – MUDr. Jiří Polívka, CSc. (10 + 5 min.)
- **Nevestibulární příčiny závratí** – MUDr. Lukáš Martinkovič (10 + 5 min.)
- **Vertiginózní stavy z pohledu kardiologa: kdy myslet na srdce?** – MUDr. Jiří Šmíd, Ph.D. (10 + 5 min.)
- **Společná diskuze** (15 min.)

10.30–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–11.50 VARIA II

- **Od mechanismu k účinku: nové cílené terapie. Rozanolixizumab – blokátor FcRn; Zilukoplan – peptidový duální inhibitor C5** – MUDr. Jakub Vejskal (15 min.)
Přednáška podporovaná společností UCB s. r. o.
- **BRIUMVI: První, glykoinženýrskou metodou upravená, protilátka proti CD20 pro léčbu RRS** – MUDr. Marek Peterka (20 min.)
Přednáška podporovaná společností Neuraxpharm Bohemia s. r. o.
- **Efgartigimod v léčbě generalizované formy Myasthenia Gravis** – MUDr. Jakub Vejskal (15 min.)
Přednáška podporovaná společností Medison Pharma s. r. o.

11.50–13.30 SOUTĚŽNÍ BLOK KAZUISTIK

odborní garanti prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., MHA, MUDr. Jiří Polívka, CSc.

- **Silná dura z mongolských stepí** – MUDr. Mgr. Světlana Baumruková (10 + 5 min.)
- **Na Hrubý pytel, krevní záplata** – MUDr. Rostislav Hrubý (10 + 5 min.)
- **Thunderclap headache s vegetativním doprovodem jako symptom nitrolební hypertenze u pacientky s obstrukčním hydrocefalem v terénu akveduktální stenózy** – MUDr. Stanislav Kovalenko, MUDr. Michal Židó, Ph.D., prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., MHA (10 + 5 min.)
- **Neuritida, myozitida, myokarditida a hepatitida jako imunitně zprostředkované komplikace terapie maligního melanomu pembrolizumabem** – MUDr. Alexander Sabovčík, MUDr. Michal Židó, Ph.D., prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., MHA (10 + 5 min.)
- **Akutní dušnost a bolest na hrudi, ale infarkt myokardu to není...** – MUDr. Adam Váchal, MUDr. Viktorie Neumannová, MUDr. Jakub Vejskal (10 + 5 min.)
- **Neurologické Déjà Vue – když náhoda není náhoda** – MUDr. Marta Vachová (10 + 5 min.)

Na závěr bloku kazuistik proběhne hlasování publika o nejlepší sdělení.

13.30 ZÁVĚR KONFERENCE

AQUIPTA[®] ▼ (atogepant) tablets

**PRVNÍ PERORÁLNÍ ANTAGONISTA
CGRP RECEPTORU
PRO PREVENTIVNÍ LÉČBU
JAK EPIZODICKÉ,
TAK CHRONICKÉ MIGRÉNY**



Indikace:

- profylaxe migrény u dospělých, kteří mívají nejméně 4 dny s migrénou za měsíc¹

Reference: 1. SPC AQUIPTA. CGRP = peptid příbuzný genu pro kalcitonin

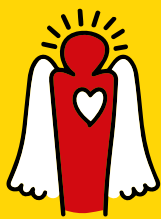
Zkrácené informace o léčivém přípravku

Název: AQUIPTA 10 mg tablety, AQUIPTA 60 mg tablety. **Složení:** Jedna tableta obsahuje 10 mg nebo 60 mg atogepantu. **Indikace:** Profylaxe migrény u dospělých, kteří mívají nejméně 4 dny s migrénou za měsíc. **Dávkování:** Doporučená dávka je 60 mg jednou denně. 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 doporučena 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, itraconazol, klarithromycin, ritonavir) mohou významně zvýšit systémovou expozici atogepantu. Inhibitory OATP (např. rifampicin, cyklosporin, rito-navir) 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 jakýmkoli 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:** 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, AQUIPTA 60 mg: EU/1/23/1750/003-004. **Datum poslední revize SmPC:** 05/2025. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen smluvním zdravotnickým zařízením s 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



DOBRÝ ANDĚL

**BUĎTE s námi
DOBRÝM
ANDĚLEM**



**Při odchodu
z této akce
vraťte
visačku**

**za 1 visačku
SOLEN věnuje 10 Kč**

nadaci www.dobryandel.cz

Každá vrácená visačka
je recyklována a opět použita

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

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

Neurooftalmologie

odborná garantka doc. MUDr. Jana Lízrová Preiningerová, Ph.D.
středa / 28. ledna 2026 / 9.10–10.40

Edém terče zrakového nervu v praxi

MUDr. Zdeněk Kasl, Ph.D.¹, MUDr. Eliška Martincová¹, MUDr. Pavla Hrubá¹,
MUDr. Vladimír Rohan, Ph.D.², doc. MUDr. Štěpán Rusňák, Ph.D.¹

¹Oční klinika, LF UK v Plzni a FN Plzeň

²Neurologická klinika LF UK v Plzni a FN Plzeň

V úvodu se v našem sdělení zabýváme základní anatomií, oftalmoskopickým obrazem terče a exkluzivními vlastnostmi zrakového nervu, jejichž porozuměním lépe chápeme principy vzniku otoku papily.

V další části se věnujeme rozdělení edémů terče dle etiologie a pro praxi významnému dělení na jednostranný a oboustranný nález. V rámci hodnocení míry edému terče pak uvádíme možnost hrubé kvantifikace nálezu při fundoskopii a přesnější měření s využitím moderních zobrazovacích metod především optické koherenční tomografie.

Největší část naší přednášky věnujeme prezentaci příkladných kazuistik, které dokumentují proces vyšetřování a eventuální léčby u pacientů s obrazem edému terče zrakového nervu. Budou předvedeny nejen případy ischemického postižení zrakového nervu, otoky terče při intraokulární neuritidě, ale zejména diferenciální diagnostika městnavé papily a zásadní význam spolupráce neurologa a oftalmologa především při idiopatické nitrolební hypertenzi. Dále budeme prezentovat případy, ve kterých má obraz edému papily multifaktoriální etiologii a poukazuje na nedocenitelný význam znalosti anamnézy pacienta.

V závěru našeho sdělení shrneme klíčové momenty v hodnocení nálezu a hledání příčiny otoku zrakového nervu a apelujeme na nezbytnou mezioborovou spolupráci v rámci péče o neurooftalmologické pacienty v naší nemocnici.

Satelitní sympozium společnosti ROCHE s. r. o.

středa / 28. ledna 2026 / 10.40–11.10

Těhotenství a kojení s Ocrevem: důvěra postavená na dlouhodobých datech

MUDr. Marta Vachová¹, MUDr. Marek Peterka²

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

²Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň

Přednáška reflektuje zásadní posun v paradigmatu léčby roztroušené sklerózy u žen ve fertilním věku. Zatímco v předchozí dekádě představovala gravidita u patientek na vysoce účinné terapii terapeutické dilema provázené absencí dat, současná praxe se může opírat o nové a robustní důkazy. Právě těmto poznatkům se věnuje naše přednáška, která detailně mapuje bezpečnostní profil okrelizumabu v této důležité populaci pacientů. Vychází přitom z kombinace klinických studií a dat z reálné praxe zahrnující již více než 4 000 spontánně reportovaných těhotenství po celém světě.

Klíčová zjištění pro klinickou praxi ukazují, že ženy léčené okrelizumabem nemají zvýšené riziko abnormálního průběhu těhotenství ani porodu a riziko není zvýšené ani pro vyvíjející se plod a narozené dítě. Data rovněž ukazují minimální přenos okrelizumabu do mateřského mléka. U kojených dětí, jejichž matky dostávaly infuze, zůstávají hladiny B-buněk v normálním rozmezí a stabilní v čase. U takto exponovaných dětí je zachována schopnost imunitní reakce na vakcinaci a nebyl pozorován negativní dopad na jejich zdraví či vývoj.

Tato data okrelizumabu nám umožňují opustit dřívější konzervativní postupy. Lékaři tak dnes mohou svým pacientkám nabídnout nejen účinnou kontrolu nemoci, ale i klid a ujistění při plánování rodiny, podloženou léty sledování.

Paraklinická diagnostika lézí periferních nervů

odborný garant MUDr. Pavel Potužník, Ph.D.

středa / 28. ledna 2026 / 11.45–13.15

Elektromyografie

MUDr. Pavel Potužník, Ph.D.

Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Plzeň a Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova

Kondukčními studiemi vyšetřujeme nejrychleji vedoucí vlákna, tedy silně myelinizovaná. Při motorických kondukčních studiích registrujeme povrchovými snímacími elektrodami bifázický sumační svalový akční potenciál (CMAP) s iniciální negativní deflexí. Měříme latenci CMAP v ms, rychlost vedení motorickým nervem (RVM) v m/s, amplitudu CMAP v mV a trvání CMAP v ms. Při senzitivních kondukčních studiích lze použít techniku ortodromní, tedy fyziologické vedení nervem, nebo antidromní. Registrujeme obvykle monofázický senzitivní nervový akční potenciál (SNAP), měříme rychlost vedení senzitivním nervem (RVS) v m/s a amplitudu SNAP v μ V.

Mezi pozdní odpovědi řadíme F-vlnu, H-reflex a A-vlnu. F-vlny jsou vyvolané u motorických nervů supramaximální stimulací standardně při distální stimulaci. Vznikají antidromním vedením impulzu po motorických vláknech k alfa-motoneuronu v míše a zpětnému výboji. Kromě latence a perzistence sledujeme i chronodisperzi. H-reflex je reflexní trifázická odpověď vedená monosynaptickým reflexním obloukem přes senzitivní aferentní silně myelinizovaná vlákna a míšní alfa-motoneurony, standardně je vybavitelný v klidu v oblasti m. triceps surae. Motorická A-vlna patří mezi intermediární odpovědi, patologicky se jedná o kolaterální axonální větvení, je známkou axonální degenerace a regenerace.

Jehlovou koncentrickou elektrodou hodnotíme inzerční aktivitu. Spontánní aktivita není fyziologicky v relaxovaném svalu přítomna. Do patologické spontánní aktivity řadíme reprodukovatelné fibrilační potenciály a pozitivní ostré vlny. Fascikulace představují spontánně se aktivující potenciály motorických jednotek, jsou polyfázické, nerytmické s nízkou frekvencí. Mohou být generovány kdekoliv v průběhu distálního nervu. Komplexní repetitivní výboje jsou polyfázické, obvykle se stálou frekvencí a amplitudou. Vznikají v poškozeném svalovém vláknu u neurogenních i myogenních lézí. Myotonické výboje jsou spontánní nebo provokované (inzercí jehlou) repetitivní výboje jednotlivého svalového vlákna. Jedná se o mono- či bifázické potenciály, které mění svou amplitudu a frekvenci a trvají obvykle několik sekund, vyskytují se u myotonií.

Dále hodnotíme volní aktivitu, fyziologicky dochází k postupnému náboru motorických jednotek a postupnému zahuštění interferenčního vzorce. Interferenční křivku dále vyhodnocuje turns/amplitude (T/A) analýza. Poslední částí jehlové elektromyografie je hodnocení vlastních akčních potenciálů motorických jednotek (MUP) při minimální kontrakci (cca 15 %). Vzhledem k fyziologické variabilitě parametrů MUP vyšetřujeme vzorek 20 MUP.

Na klinických příkladech ukážeme diagnostické využití EMG.

Cerebrovaskulární onemocnění

odborný garant doc. MUDr. Aleš Tomek, Ph.D.

středa / 28. ledna 2026 / 14.30–16.00

Úskalí antitrombotické léčby v prevenci ischemických iktů

MUDr. Vladimír Rohan, Ph.D.

Neurologická klinika FN Plzeň, Lékařská fakulta v Plzni UK

Cévní mozkové příhody (CMP) jsou v rozvinutých zemích jednou z hlavních příčin morbidity a mortality, na druhou stranu většina cévních mozkových příhod je preventabilních. Riziko rekurence iCMP v závislosti na etiologii je v prvním roce udávána mezi 9–15 %, v desetiletém sledování 27–40 %. Jedním z pilířů primární i sekundární prevence ischemických iktů je vedle úpravy životního stylu, léčba rizikových faktorů, jako arteriální hypertenze, diabetes mellitus, hyperlipidemie i antitrombotická léčba. Ta zahrnuje léčbu protidestičkovou ve formě kyseliny acetylsalicylové či clopidogrelu a antikoagulační ve formě antagonistů vitamínu K, přímých orálních antikoagulantů a nízkomolekulárního heparinu, případně ve specifických situacích jejich kombinaci. Faktory ovlivňující výběr antitrombotické léčby zahrnují vyhodnocení její efektivity v kontextu hlavního rizikového faktoru ischemického iktu, přítomnosti dalších komorbidit a rizika krvácivých komplikací. V případě sekundární prevence pak kromě volby typu antitrombotické léčby vyvstává otázka časování zahájení a intenzity v kontextu rozsahu a lokalizace dokončené ischemie, přítomnosti hemoragické transformace, případně přítomnosti stentu nebo plánovaného operačního výkonu. Při volbě vlastního preparátu hraje roli jeho farmakokinetický a farmakodynamický profil s ohledem na možnost cesty podání, distribuci, metabolismus a eliminaci, potenciální farmakologické interakce v kontextu daného pacienta. V případě rekurence CMP při zavedené léčbě, zejména antikoagulační, je důležitá znalost laboratorní diagnostiky ověření účinnosti léčby stejně jako možnost reverze účinku. Analýza selhání antitrombotické léčby zahrnuje přehodnocení etiologie iCMP ve vztahu k typu léčby a danému preparátu, pokud možno v kontextu laboratorní účinnosti, farmakologického profilu a adherence nemocného k léčbě.

Varia I

středa / 28. ledna 2026 / 16.20–17.00

Co bychom měli vědět o magnesiu

MUDr. Josef Suchopár

DrugAgency, a. s., Praha

1. Sůl nad zlato: Preferujte organické nosiče

Není magnesium jako magnesium. Biologická dostupnost solí magnesia se liší. Důležité je, za jakých podmínek pacient přípravek užívá a kolik obsahuje magnesia. U neurologických pacientů je volba soli i konkrétního přípravku klíčová pro dosažení terapeutické hladiny v CNS bez excesivních gastrointestinálních potíží.

2. Pozor na „PPI past“: Monitorujte chronické uživatele inhibitorů protonové pumpy

Dlouhodobé užívání inhibitorů protonové pumpy vede k selektivní inhibici aktivního transportního systému TRPM6/7 v tenkém střevě. Výsledkem může být těžká, na běžnou suplementaci rezistentní hypomagnesemie. U neurologických pacientů s nevysvětlitelnými křečemi či arytmiemi vždy proveďte medikaci a ptejte se na volně prodejné léky.

3. Pravidlo dvou hodin: Respektujte chelační potenciál

Magnesium se mocně váže na některá léčiva. Aby nedošlo k terapeutickému selhání u chinolonů, tetracyklinů či některých antivirotik, je nezbytné dodržet odstup minimálně 2 (ideálně 4) hodiny mezi podáním magnesia a těchto léčiv.



PŘIPRAVENÍ

NA

NEOČEKÁVANÉ

PŘÍPRAVEK PONVORY® NABÍZÍ UNIKÁTNÍ KOMBINACI:

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 malignity, středně závažná nebo závažná porucha funkce jater (Child-Pughova třída B, respektive C), během těhotenství a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají účinnou antikoncepci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** před zahájením léčby ponesimodem se má u všech pacientů natočit elektrokardiogram (EKG), aby se stanovilo, zda u nich nejsou přítomny již existující abnormality vedení vzruchu. Zahájení léčby ponesimodem může vést k přechodnému zpomalení srdeční frekvence (SF) a k prodloužení AV vedení, proto se k dosažení udržovací dávky ponesimodu (20 mg) musí použít schéma vzestupné titrace. Opatnosti je třeba při zahájení léčby ponesimodem u pacientů léčených betablokátozem z důvodu aditivních účinků na snížení srdeční frekvence. U pacientů léčených stabilní dávkou betablokátoru se má před zahájením léčby ponesimodem vzít v úvahu křídová SF. První dávku ponesimodu podávejte v zařízení, kde jsou k dispozici prostředky pro řádné zvládnutí symptomatické bradykardie. Pacienty sledujte 4 hodiny po první dávce s ohledem na známky a symptomy bradykardie s měřením pulsu a krevního tlaku minimálně každou hodinu. Natočte EKG u těchto pacientů na konci 4hodinové doby monitorování. Ponesimod způsobuje na dávce závislý pokles počtu periferních lymfocytů na 30 - 40 % výchozích hodnot v důsledku reverzibilní sekvestrace lymfocytů v lymfoidních tkáních. Před zahájením léčby ponesimodem se má zkontrolovat nejnovější kompletní krevní obraz (CBC) s diferenciálním rozpočtem leukocytů (včetně počtu lymfocytů) (tj. ne starší 6 měsíců nebo po přerušení předchozí léčby). Zahájení léčby ponesimodem se má odložit u pacientů se závažnou aktivní infekcí, dokud není vyřešena. **Interakce:** ponesimod nebyl v kombinaci s cytostatiky, imunomodulačními ani imunosupresivními terapiemi studován. Při současném podávání je třeba postupovat během takové léčby a v týdnech následujících po jejím podání opatrně kvůli riziku aditivních účinků na imunitní systém. Vakcinace může být méně účinná, pokud je podávána během léčby ponesimodem a až 1 týden po jejím vysazení. **Fertilita, těhotenství a kojení:** přípravek je u žen ve fertilním věku a v těhotenství které nepoužívají účinnou antikoncepci, kontraindikován. Přípravek se během kojení nemá používat. **Nežádoucí účinky:** alopyrie, infekce horních cest dýchacích, zvýšení hladiny alaninaminotransferázy, infekce močových cest, bronchitida, chřipka, rininitida, infekce dýchacích cest, virové infekce dýchacích cest, faryngitida, sinusitida, virové 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 hladiny 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 JUVE 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:** 04. 09. 2025.

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek předepíšete, přečtěte si pozorně úplnou informaci o léčivém přípravku.

* V průběhu více než dvou let v rámci klinické studie fáze III s přímým srovnáním (head-to-head) s vysokým počtem dospělých pacientů (n=1 133) s aktivní RRS. ** Po vysazení modulatoru receptoru S1P byly vzácně hlášeny závažné exacerbace nemoci, včetně rebound fenoménu. Po ukončení léčby přípravkem PONVORY® se má vzít v úvahu možnost závažné exacerbace nemoci. Pacienti mají být po vysazení sledováni s ohledem na závažnou exacerbaci nebo návrat silné aktivity nemoci, přičemž a podle potřeby zvážit zahájení příslušné léčby.

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

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

www.magnapharm.cz

PON_26_01_CZE | datum přípravy: 12. 1. 2026



MagnaPharm
One Team. One Solution.

4. Neurologické specifikum: Interakce s gabapentinem

Neurologové často předepisují gabapentin. Magnesium však prokazatelně snižuje jeho biologickou dostupnost (až o 20 %). Pro zachování antineuropatického účinku edukujte pacienta o nutnosti časového odstupu.

5. Léčivý přípravek vs. doplněk stravy: Kvalita není zaručena

Důrazně varujte před záměnou registrovaných léčivých přípravků (LP) za doplňky stravy (DS). U doplňků stravy není jistý přesný obsah elementárního magnesia, jeho disoluce (rozpuštěnost) ani čistota. Pro klinický efekt (např. profylaxe migrény) je jedinou racionální volbou registrované léčivo.

6. Tolerabilita je limitována dávkou: Předcházejte průjmům

Hlavním nežádoucím účinkem perorálního magnesia je osmotický průjem. Pokud pacient špatně toleruje plnou dávku, je lepším managementem rozdělení dávky do více denních porcí než celkové vysazení. Menší dávky lépe využívají saturovatelný aktivní transport TRPM6/7.

7. Indikujte preventivně, ale racionálně

Preventivní užívání magnesia má své místo u vysoce rizikových skupin: pacienti s chronickým stresem, diabetici (zvýšené renální ztráty), pacienti léčení diuretiky a u neurologických indikací jako profylaxe migrény či syndrom neklidných nohou. Hladina sérového magnesia nemusí odrážet tkáňový deficit – léčíme pacienta, nikoliv laboratorní nález.

Přednáška podporovaná společností MagnaPharm CZ s. r. o.

Sociální a právní problematika v neurologii

odborná garantka Mgr. Lucie Valouchová

středa / 28. ledna 2026 / 17.00–18.00

Aspekty sociální pomoci u neurologicky nemocných

Mgr. Lucie Valouchová

Oddělení sociální péče FN Plzeň

Neurologická onemocnění jsou často provázána náhlými či postupnými změnami zdravotního stavu, které mají dlouhodobý dopad na kvalitu života pacientů i jejich rodin. Tyto změny se významně promítají nejen do oblasti zdravotní, ale rovněž do míry soběstačnosti, mobility, sociálního fungování a ekonomické stability pacienta. Sociální poradenství proto představuje nedílnou součást komplexní péče o nemocné a jeho význam výrazně narůstá zejména v situacích spjatých se zhoršením funkčních schopností a nutností adaptace na novou životní situaci.

Cílem sociálního poradenství je poskytnout pacientovi a jeho blízkým srozumitelné, včasné a komplexní informace o možnostech sociální podpory a dostupných službách. Tím se zvyšuje jejich orientace v systému sociálního a zdravotního zabezpečení a současně se snižuje míra nejistoty a obav spojených s onemocněním.

Přednáška se zaměřuje na klíčové oblasti sociální pomoci, zejména na orientaci v systému dávek pro osoby se zdravotním postižením, nemocenského a důchodového pojištění, dále pak na základní přehled terénních sociálních i zdravotních služeb. Součástí sdělení je rovněž zdůraznění významu včasné, koordinované a mezioborové spolupráce, v níž má zdravotně-sociální pracovník nezastupitelnou roli jako součást multidisciplinární péče o neurologicky nemocné.

Restriktivní opatření u neurologických onemocnění

MUDr. Gisela Rytířová

Neurologická klinika FN Plzeň

Některá neurologická onemocnění přinášejí do života pacientů omezení, která mají výrazný dopad na jejich dosavadní režim a ovlivňují kvalitu jejich každodenního života. Mezi taková ome-

zení patří ztráta schopnosti řídit motorová vozidla, ztráta schopnosti vykonávat určité druhy práce a omezení v zaměstnání, pozbytí schopnosti držet a používat střelné zbraně a další. Některá omezení se týkají i volnočasových aktivit, některých sportů apod.

Režimová opatření jsou nedílnou součástí nefarmakologické léčby u pacientů s epilepsií. Posuzování jednotlivých případů je individuální proto, že pod diagnózou epilepsie se skrývá celá skupina onemocnění, jejichž průběh a prognóza se často diametrálně liší.

Posouzení schopnosti řízení motorových vozidel upravuje zákon 361/2000 Sb. (Zákon o silničním provozu) a vyhláška MZ 445/2024Sb. Od 1. 1. 2026 vstoupil v platnost zákon 90/2024 Sb. (Zákon o zbraních a střelivu), který přináší zásadní změny v regulaci zbraní a munice.

V přednášce budou prezentovány různé klinické situace.

Kulatý stůl – Problematika závratí

odborný garant doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc.
čtvrtek / 29. ledna 2026 / 9.00–10.30

Benigní paroxysmální polohové vertigo u seniorů

doc. PhDr. Ondřej Čákr, Ph.D., Mgr. Klára Kučerová, Ph.D.

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

Benigní paroxysmální polohové vertigo (BPPV) je nejčastější vestibulární poruchou v dospělém věku a jeho výskyt výrazně stoupá s věkem. U seniorů se BPPV často projevuje odlišně než u mladších pacientů – místo typické polohové závratí dominuje spíše pocit nejistoty v prostoru a posturální instabilita, což často vede k chybné diagnostice a opožděné léčbě. Základem správné diagnostiky BPPV je nejen odebrání anamnestických údajů pacienta, kdy pátráme po přítomnosti epizodické závratí vyvolané pohybem hlavy, ale také fyzické provedení specifických provokačních manévrů testujících postižení jednotlivých polokruhových kanálků labyrintu vnitřního ucha. V případě pozitivního nálezu léčíme pacienta repozičními manévry, které mají při správném provedení úspěšnost až 80 %.

U seniorů je však často nutné tyto diagnostické a léčebné manévry často několikrát opakovat a v některých případech také modifikovat kvůli přidruženým omezením. V praxi je hlavním problémem nedostatečná implementace těchto diagnostických a léčebných postupů, kdy pouze třetina pacientů podstoupí diagnostické manévry a dostane adekvátní léčbu. Pro úspěšnou léčbu je klíčová včasná diagnostika a provádění repozičních manévrů, a to nejlépe se supervizí lékaře či fyzioterapeuta. U pacientů s reziduální instabilitou můžeme léčbu doplnit o cílenou vestibulární rehabilitaci.

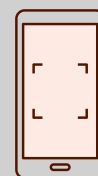
Závratě, respektive instabilita ve stáří

MUDr. Jiří Polívka, CSc.

Neurologická klinika, FN Plzeň a LF v Plzni, UK

Závratě a posturální instabilita jsou častým problémem vyššího věku se závažnými následky na kvalitu života a zdraví. Rozpoznání jejich příčiny a uplatnění postupů pro jejich odstranění nebo zmírnění jsou významnou součástí léčebně-preventivní péče o seniory. Pod pojmem závratě běžná populace zahrnuje pocit a projevy nestability těla, tedy závrať (anglický termín „vertigo“) a/nebo posturální instabilitu – nejistotu ve stoji a chůzi, zároveň ale také další potíže, jako jsou nevolnost, pocit na omdlení, pocit celkové slabosti, pocit horší orientace v prostoru, což odpovídá anglickému termínu „dizziness“, v českém jazyce nejbližší termínu závrativost. To vše vede k obavám z pádu a strachu z chůze.

Posturální stabilita je zajišťována zrakovými, vestibulárními a somatosenzorickými vstupy, jejich zpracováním v CNS a výstupy do muskuloskeletálního systému. Funkce všech součástí se s přibývajícím věkem zhoršuje fyziologicky (například presbyopie, úbytek vláskových buněk vestibulárního ústrojí,



POD TÍMTO QR NAJDETE



abstrakta



anketu



formulář pro dotazy
přednášejícím



hlasování o nejlepší
kazuistiku



on-line kurzy



ostatní neurologické
kongresy

presbyvestibulopatie, úbytek neuronů, degenerativní změny osového skeletu) i v důsledku různých onemocnění (například katarakta, neurodegenerativní nemoci, polyneuropatie). Do problematiky ještě vstupují další časté morbiditivy vyššího věku, například kardiovaskulární, a rovněž léky, zejména antihypertenziva a psychofarmaka. Často se příčiny kombinují, postižení bývá obvykle multifaktoriální.

Cílem je zjistit příčinu/příčiny a ovlivnitelné pozitivně ovlivnit. Podstatné je s pacienty a optimálně také s jejich rodinou věc probrat, vysvětlit, poučit. Významný je také motoricko-kognitivní trénink s cílem zlepšit kvalitu života a omezit riziko pádů a jejich důsledků.

Nevestibulární příčiny závratí

MUDr. Lukáš Martinkovič

Neuro-otologické centrum 1. a 2. LF UK a FNMH, Praha

Neurologická klinika 2. LF UK a FNMH, Praha

Závrať a porucha rovnováhy patří mezi velmi časté příznaky, které pacienti referují v ordinaci lékaře. V rámci diferenciálně diagnostické rozvahy je třeba vždy zvažovat nevestibulární příčinu. Dominantní skupinu tvoří kardiovaskulární poruchy, zejména srdeční arytmie a ortostatická hypotenze, dále pak metabolické faktory, zahrnující anémii, dekompenzovaný diabetes mellitus s hypo/hyperglykemiemi či iontové dysbalance. Neméně důležité jsou vlivy farmakologické, kdy závrať figuruje jako častý vedlejší účinek antihypertenziv, psychofarmak či polypragmázie u geriatrických pacientů. Samostatnou a stále častěji diagnostikovanou jednotku představují závratě psychogenní, zejména perzistentní posturálně-percepční závrať (PPPD) a úzkostné stavy, kde je pocit nejistoty spojen s poruchou integrace smyslových vjemů. Kontroverzní jednotkou je cervikální (cervikogenní) závrať, která je v klinické praxi často nadužívána. Tato jednotka nemá jasně definovaný klinický test, na jehož základě by bylo možné stanovit pozitivní diagnostická kritéria. Jedná se vždy o diagnózu per exclusionem, po vyloučení periferní nebo centrální vestibulární patologie.

Důraz na precizní odlišení těchto nevestibulárních příčin je v klinické praxi zcela zásadní, neboť chybná diagnóza vede k nadbytečnému vyšetřování, neúčinné farmakologické léčbě a oddálení kauzální léčby. Správná identifikace nevestibulárního původu obtíží umožňuje včasné zahájení cílené terapie, prevenci nebezpečných pádů a výrazné zvýšení kvality života pacienta prostřednictvím multidisciplinárního přístupu zahrnujícího internistu, neurologa, ORL lékaře i psychologa.

Vertiginózní stavy z pohledu kardiologa: kdy myslet na srdce?

MUDr. Jiří Šmíd, Ph.D.

Kardiologická klinika FN Plzeň

Vertiginózní stavy představují v klinické praxi častý diagnostický problém vyžadující mezioborový přístup. Cílem tohoto sdělení je definovat roli kardiologa v diagnostickém procesu a zdůraznit nutnost odlišení vestibulárního vertiga od presynkopy či synkopy kardiální etiologie. Patofyziologickým podkladem kardiálních obtíží je přechodná globální cerebrální hypoperfuze, nikoliv primární vestibulární dysfunkce.

Příspěvek systematicky dělí kardiální příčiny na arytmiické (bradyarytmie, maligní tachyarytmie) a strukturální (obstrukce výtokového traktu, chlopenní vady, kardiomyopatie). Zvláštní důraz je kladen na anamnestické „red flags“, které musí vést k okamžitému kardiologickému došetření. Mezi tyto varovné příznaky patří vznik obtíží při fyzické námaze či v poloze vleže, prodromální palpitace a rodinná anamnéza náhlé srdeční smrti v mladém věku.

V diagnostickém algoritmu je diskutována role fyzikálního vyšetření (šelesty, ortostatický test), 12svodového EKG, Holterovské monitorace a echokardiografie. Závěr prezentace apeluje na mezioborovou spolupráci a aktivní pátrání po kardiálních příčinách, které jsou sice v populaci méně časté než příčiny neurologické či ORL, avšak pro pacienta představují nejvyšší riziko morbidit a mortality.

SOLEN

**SUPER,
UŽ MÁM PŘEDPLACENO.**

A DOSTALA JSEM NAVÍC:

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



**ALE KDE
A JAK?**



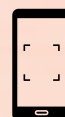
ČASOPIS

**Neurologie
pro praxi**

OBJEDNÁVEJTE:

www.neurologiepropraxi.cz

předplatne@solen.cz



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

**KONGRESOVÁ
SLEVA 20 %**

1 584 Kč

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

VARIA II

čtvrtek / 29. ledna 2026 / 11.00–11.50

Od mechanismu k účinku: nové cílené terapie. Rozanolixizumab – blokátor FcRn; Zilukoplan – peptidový duální inhibitor C5

MUDr. Jakub Vejskal

Neurologická klinika Lékařské fakulty v Plzni, UK v Praze a FN Plzeň

Myasthenia gravis (MG) je chronické autoimunitní onemocnění postihující nervosvalový přenos. Klinicky se projevuje kolísající svalovou slabostí predilekčních svalových skupin. Dosavadní konvenční imunosupresivní léčba je založená na necíleném zásahu do patologického imunitního řetězce. Využití znalostí patofyziologie choroby se zásadní rolí autoprotilátek (anti-AChR nebo anti-MuSK) a účasti komplementu (u protilátek anti-AChR) vedlo k vývoji dvou nových cest cílené terapie.

První cesta využívá inhibici C5 složky komplementu, ústředního článku této vrozené části imunity. Tím se zabrání vzniku membrány atakujícího komplexu a chemotaxe imunitních buněk do místa zánětu a nedochází tak k poškození postsynaptické membrány svalu. Inhibice komplementu však vede ke zvýšené vnímavosti k infekci *Neisseria meningitidis*, podmínkou léčby je tedy očkování. Zástupcem této skupiny je zilukoplan (Zilbrysq®), který je malou peptidovou molekulou inhibující C5 a současně i C5b složku komplementu. Lék ve studii RAISE oproti placebo prokázal svoji účinnost ve všech cílových parametrech. Lék je indikovaný u generalizované MG s pozitivitou anti-AChR protilátek při selhání dosavadní léčby a trvající limitaci pacienta (MG-ADL ≥ 6). Aplikaci provádí sám pacient formou podkožní injekce každý den.

Druhou možností je blokáda neonatálního Fc receptoru (FcRn). Tím se zastaví přirozená recyklace imunoglobulinů G a důsledkem je zásadní snížení protilátek vč. těch patologických. V této skupině je zástupcem rozanolixizumab (Rystiggo®), jež je monoklonální protilátkou blokující FcRn. Efektivita byla ve všech bodech ověřena ve studii MycarinG. Lék je indikovaný u generalizované MG s pozitivitou anti-AChR i anti-MuSK protilátek při selhání dosavadní léčby a trvající limitaci pacienta (MG-ADL ≥ 3 pro neokulární symptomy). Aplikace probíhá pomocí podkožní infuze přes infuzní pumpu nebo manuálně s možností aplikace i samotným pacientem. Podání probíhá aplikací pulzem 1x týdně 6 týdnů po sobě, další pulz přichází v individuálním intervalu s ohledem na klinický vývoj onemocnění.

Oběma léky se zásadně rozšiřuje portfolio léčebných možností MG. S tím přichází šance na dosažení kompenzace nemoci u pacientů s doposud refrakterním a léčebně obtížně ovlivnitelným průběhem.

CZ-RZ-2600001

Přednáška podporována společností UCB s. r. o.

Efgartigimod v léčbě generalizované formy Myasthenia Gravis

MUDr. Jakub Vejskal

Neurologická klinika Lékařské fakulty v Plzni, UK v Praze a FN Plzeň

Myasthenia gravis (MG) je vzácné onemocnění zprostředkované působením patologických autoprotilátek (zejm. anti-AChR a anti-MuSK) na postsynaptické membráně svalového vlákna v místě nervosvalové ploténky. Tato porucha vede ke vzniku svalové slabosti, která kolísá s fyzickou námahou nebo jinými faktory a postihuje specifické svalové skupiny. Dosavadní konvenční léčba MG má potenciál dosáhnout kompenzace onemocnění. Přesto přetrvává nezanedbatelná část pacientů s vysoce aktivní formou nemoci refrakterní na tuto léčbu, nebo s významnými nežádoucími účinky léčby. Tato skupině pacientů se otevírají nové cesty vycházející z hlubšího pochopení imunopatogenních dějů choroby.

Lék Efgartigimod je fragmentem protilátky blokující neonatální Fc receptor (FcRn). Přirozený mechanismus vazby cirkulujících protilátek na tento receptor je ochranou před jejich degradací. S lékem je tento proces narušen, což vede ke zvýšenému odbourání, tedy poklesu hladiny protilátek v krvi a to jak protilátek žádoucích, tak těch patologických. Účinnost a bezpečnost léku byla potvrzena ve studii ADAPT. Lék je indikovaný u generalizované MG s pozitivitou anti-AChR protilátek při selhání

ZILBRYSQ®

zilukoplan

Může převzít kontrolu nad gMG každý den

Zilbrysq® je inhibitor komplementu C5 s duálním mechanismem účinku, který nastupuje rychle a umožňuje konzistentní zlepšení symptomů při generalizované formě myasthenia gravis.^{1, 2}



Reference: 1. Howard JF Jr, Bresch S, Genge A, et al. Safety and efficacy of zilukoplan in patients with generalised myasthenia gravis (RAISE): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study. Lancet Neurol. 2023;22(5):395-406. 2. Zilbrysq® (zilukoplan) Souhrn charakteristických vlastností léku, datum revize textu: 26. 11. 2025.

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

▼ Zilbrysq 16,6 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce, Zilbrysq 23 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce, Zilbrysq 32,4 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce

Složení: Zilbrysq 16,6 mg: Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje sodnou sůl zilukoplanu v množství ekvivalentním 16,6 mg zilukoplanu v 0,416 ml (40 mg/ml). Zilbrysq 23 mg: Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje sodnou sůl zilukoplanu v množství ekvivalentním 23 mg zilukoplanu v 0,574 ml (40 mg/ml). Zilbrysq 32,4 mg: Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje sodnou sůl zilukoplanu v množství ekvivalentním 32,4 mg zilukoplanu v 0,810 ml (40 mg/ml). **Indikace:** Přidatná léčba ke standardní léčbě generalizované myasthenia gravis (gMG) u dospělých pacientů, kteří mají pozitivní nálezy protilátek proti acetylcholinovým receptorům (AChR). **Dávkování:** Před zahájením léčby musí být pacienti očkováni proti *Neisseria meningitidis*. Pokud je nutné zahájit léčbu méně než 2 týdny po očkování, musí pacient dostat vhodnou profylaktickou antibiotickou léčbu až do 2 týdnů po první dávce vakcíny. Doporučená dávka se podává ve formě subkutánní injekce jednou denně a každý den přibližně ve stejnou dobu. Celková denní dávka podle rozmezí tělesné hmotnosti pacienta je následující: tělesná hmotnost < 56 kg: 16,6 mg; tělesná hmotnost ≥ 56 až < 77 kg: 23 mg; tělesná hmotnost ≥ 77 kg: 32,4 mg. **Starší pacienti:** Není nutná žádná úprava dávkování. U pacientů s poruchou funkce ledvin není nutná žádná úprava dávkování. Nejsou k dispozici žádné údaje o pacientech vyžadujících dialýzu. U pacientů s lehkou a středně těžkou poruchou funkce jater není nutná žádná úprava dávkování. Bezpečnost a účinnost přípravku Zilbrysq u pacientů s těžkou poruchou funkce jater nebyla stanovena. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku Zilbrysq u dětí mladších 18 let nebyla stanovena - více viz SmPC. **Způsob podání:** Přípravek se podává subkutánní injekcí. Mezi vhodná místa vpichu patří přední část stehna, břicho a zadní strana horní části paže. Místa vpichu je třeba obměňovat a injekce nemají být aplikovány do oblastí, kde je kůže citlivá, erytematózní, pomohoděná, ztvrdlá, nebo na místa, kde se nacházejí jizvy či skvrny. Zilbrysq si může aplikovat sám pacient nebo jiná osoba, která byla řádně vyškolená. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Pacienti, kteří v současné době nejsou očkováni proti *Neisseria meningitidis*. Pacienti s probíhající infekcí *Neisseria meningitidis*. **Zvláštní upozornění a opatření při používání:** Díky jeho mechanismu účinku může užívání zilukoplanu zvýšit náchylnost pacienta k infekcím bakterií *Neisseria meningitidis*. Jako preventivní opatření musí být všichni pacienti očkováni proti meningokokovým infekcím nejméně 2 týdny před zahájením léčby. Pokud je nutné zahájit léčbu méně než 2 týdny po očkování proti meningokokovým infekcím, musí pacient dostat vhodnou profylaktickou antibiotickou léčbu až do 2 týdnů po první dávce vakcíny. Meningokokové vakcíny snižují, ale zcela neodstraňují riziko meningokokových infekcí - více viz SmPC. Během léčby mají být pacienti sledováni z hlediska známek a příznaků meningokokové infekce a v případě podezření na infekci musí být okamžitě vyšetřeni a je třeba přijmout vhodná opatření, jako je léčba antibiotiky a přerušení léčby přípravkem Zilbrysq. Pokud se objeví známky nebo příznaky meningokokových infekcí, je třeba pacienty poučit, aby okamžitě vyhledali lékařskou pomoc. Pacienti mohou být náchylní také k infekcím jinými druhy bakterií rodu *Neisseria*, jako jsou gonokokové infekce. Pacienti musí být informováni o důležitosti prevence a léčby kapavky. Před zahájením léčby zilukoplanem se doporučuje, aby pacienti zahájili imunizace podle současných imunizačních doporučených postupů. Zilbrysq obsahuje v podstatě zanedbatelné množství sodíku - více viz SmPC. **Interakce:** Na základě výsledků testování in vitro zilukoplan klinicky relevantně neinhubuje ani neindukuje enzymy metabolizující léčiva (CYP a UGT) ani běžné transportéry. Na základě potenciálního inhibičního účinku zilukoplanu na cytotoxicitu rituximabu závislou na komplementu může zilukoplan snížit očekávané farmakodynamické účinky rituximabu. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Léčbu těhotných žen přípravkem Zilbrysq lze zvážit pouze v případě, že klinické přínosy převážují nad riziky. Není známo, zda se zilukoplan vylučuje do mateřského mléka nebo zda se po perorálním požití novorozenci/kojenici systémově absorbují. Riziko pro kojené novorozence/děti nelze vyloučit a má se zvážit zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit podávání zilukoplanu. Účinek na lidskou fertilitu nebyl hodnocen. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: infekce horních cest dýchacích, reakce v místě vpichu, časté: průjem, zvýšená hladina lipázy, zvýšená hladina amylázy, morfea, méně časté: zvýšení počtu eozinofilů v krvi. **Doba použitelnosti:** 4 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Pacienti mohou předplněnou injekční stříkačku uchovávat při pokojové teplotě až do 30 °C v původním obalu po dobu maximálně 3 měsíců. Jakmile byl přípravek Zilbrysq uchovávaný při pokojové teplotě, nesmí být umístěn zpět do chladničky, a pokud nebyl spotřebován během 3 měsíců nebo do data použitelnosti, podle toho, co nastane dříve, je třeba jej zlikvidovat. **Dostupné lékové formy a velikosti balení:** 16,6 mg, 23 mg a 32,4 mg injekční roztok; 7 předplněných injekčních stříkaček. Držitel rozhodnutí o registraci: UCB Pharma S.A., Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/23/1764/001-006. **Datum revize textu:** 26. 11. 2025. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis.** Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podrobné údaje najdete v Souhrnu údajů o přípravku <https://sukl.gov.cz/>. Přípravek Zilbrysq je předepisován a vydáván v souladu s programem kontrovaného přístupu pro přípravek Zilbrysq.

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:** Přidatná léčba ke standardní léčbě generalizovaného onemocnění myasthenia gravis (gMG) u dospělých pacientů, kteří jsou pozitivní na protilátky proti acetylcholinovému receptoru (AChR) nebo protilátky proti svalové specifické tyrosin-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 SPC. Farmakokinetika rozanolixizumabu není pravděpodobně ovlivněna poruchou funkce ledvin ani poruchou funkce jater - více viz SPC. **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 stříkačkou pomocí manuálního tlaku. Přípravek Rystiggo si pacient/ka může podávat sám (sama) nebo může být podáván pečovatelem, a to podle Návodu k použití pro řádném proškolení zdravotnickým pracovníkem o tom, jak podávat subkutánní infuze - více viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření při používání:** Léčba rozanolixizumabem u pacientů s hrozcí nebo manifestní **myastenickou 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 SPC. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Léčba těhotných žen a použití během kojení se má zvážit pouze v případě, že klinický přínos převládá 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 SPC. Účinek na lidskou fertilitu není známo. **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 nevyvolává riziko mikrobiologické kontaminace, přípravek má být použit okamžitě. Pokud není použit okamžitě, doba a podmínky uchování přípravku po otevření před použitím jsou v odpovědnosti uživatele. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v krabici, 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 uchování 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:** 18. 9. 2025. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis.** Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podrobné údaje najdete v Souhrnu údajů o přípravku. Podrobné údaje najdete v Souhrnu údajů o přípravku.

RYSTIGGO®

rozanolixizumab

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

Jediný 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}



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

Reference: 1. RYSTIGGO® (rozanolixizumab) Souhrn údajů o přípravku. 2. Bril V, Družit A, Grosskreutz J, et al. Safety and efficacy of rozanolixizumab in patients with generalised myasthenia gravis (Mycarin): a randomised, double-blind, placebo-controlled, adaptive phase 3 study. Lancet Neurol. 2023;22(5):383-394.

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

Zilbrysq® a Rystiggo® jsou ochrannou známkou skupiny společností 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: UCB.Cares.CZ@ucb.com, www.ucb.cz
CZ-RZ-2600002 Datum přípravy: leden 2026



Inspired by patients.
Driven by science.

dosavadní léčby a trvalé limitaci pacienta (MG-ADL $\geq$ 5). Aplikace probíhá pomocí intravenózní infuze nebo nově také v podobě podkožní injekce, kterou si může pacient aplikovat sám. Podání probíhá aplikací pulzu infuzí 1x týdně po dobu 4 týdnů. Další podání pulzu probíhá v individuálně nastaveném intervalu dle klinického vývoje stavu.

Efgartigimod představuje významný pokrok v terapii MG a rozšiřuje možnosti individualizované léčby pro pacienty, kteří dosud nedosáhli dostatečné kontroly nemoci standardními postupy.

Přednáška podporovaná společností Medison Pharma s. r. o.

Soutěžní blok kazuistik

odborní garanti prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., MHA,
MUDr. Jiří Polívka, CSc.

čtvrtek / 29. ledna 2026 / 11.50–13.30

Silná dura z mongolských stepí

MUDr. Mgr. Světlana Baumruková

Neurologické oddělení Nemocnice Strakonice, a. s.

Idiopatická hypertorická pachymeningitida (IHP) je vzácné neurologické onemocnění na autoimunitním podkladě s prevalencí přibližně 1 : 100 000. Přesné patofyziologické mechanismy IHP nejsou známy, onemocnění však obvykle dobře reaguje na kortikosteroidy.

Představujeme kazuistiku 29leté pacientky původem z Mongolska, po prodělané tuberkulóze v dětství, přijaté pro rok trvající periferní parézu nervus facialis vpravo a narůstající bolest hlavy se symptomy intrakraniální hypertenze, u níž zobrazovací vyšetření prokázala postižení tvrdých plen mozkových s reaktivním edémem.

Serologicky byla mírně snížená hodnota IgG4, negativní screening infekčních onemocnění, včetně HIV a tuberkulózy. V likvoru byla prokázána velmi lehká pleiocytóza (13 elementů/ μ l), v kvalitativní cytologii bez pozoruhodností, normální proteinorrahie. CT hrudníku, břicha a pánve neprokázalo tumor. Byla stanovena diagnóza IHP a zahájena terapie kortikosteroidy. Pacientka byla odeslána k celotělovému PET CT.

Po terapii došlo k regresi symptomů i zobrazovacího nálezu na MR mozku a tři měsíce od zahájení léčby byla pacientka v remisi.

Jedná se o první zkušenost našeho pracoviště s IHP. Dosavadní průběh léčby hodnotíme jako příznivý a pacientku nadále sledujeme.

Na Hrubý pytel, krevní záplata

MUDr. Rostislav Hrubý

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Spontánní intrakraniální hypotenze (SIH) je syndrom způsobený únikem mozkomíšního moku při netěsnosti tvrdé pleny v oblasti páteřního kanálu. Roční incidence je odhadována na 5/100 000 (1). Hlavními příznaky jsou bolesti hlavy, nevolnost, závratě, meningismus, tinitus a kognitivní nevykonnost (1, 2). Charakteristicky se příznaky vyskytují ve vertikální poloze a v horizontální poloze se mírní či odeznívají. Perioda do rozvoje ortostatických příznaků v akutní fázi je individuální a pohybuje se od jednotek minut až po 2 hodiny (2). U chronických, neléčených případů může vymizet typický ortostatický charakter a příznaky jsou setrvalé. Etiologicky jsou přepokládány tři důvody vzniku: 1) diskogenní osteofyty, 2) ruptura kořenové cysty, 3) likvoro-venózní fistula. Diagnostika je založena na typických příznacích a magneticko-rezonančním nálezu. Léčebnou metodou první volby je ne-cílená epidurální krevní záplata s aplikací 20–40 ml krve pacienta (1, 2). Při nezdaru necílené záplaty je možné přistoupit ke snaze o identifikaci zdroje úniku pomocí perimyelografie/CT myelografie s následným cíleným uzavěrem místa úniku.

Chtěl bych se s Vámi podělit o osobní zkušenost s relativně vzácným onemocněním. Vše začalo vcelku nevinně bolestí v oblasti beder vzniklých po rotaci trupu doleva a mírné extenzi trupu v sedu na židli. Druhý den ráno byla bolest v bedrech intenzivnější, akcentovaná zejména vsedě. Následně se přidala bolest hlavy a nevolnost. V průběhu dne se příznaky zhoršovaly. Přidala se nevolnost, zatuhnutí krční páteře a závrativost. Vypozoroval jsem, že vleže obtíže po pár minutách odeznívají a opět se zhoršují ve stoje. Zahájil jsem tedy konzervativní terapii spočívající v klidu na lůžku a hydrataci, která bohužel nevedla k dlouhodobé úlevě. Šestý den jsem podstoupil MR mozku a páteře s gadoliniovou kontrastní látkou. Nález na mozku odpovídal likvorové hypotenzi. Oblast úniku mozkomíšního moku nebylo možné spolehlivě identifikovat. 7. den jsem podstoupil krevní záplatu s aplikací 20 ml krve. Bez klinického efektu. 10. den proběhlo opakované provedení záplaty, tentokrát s větším množstvím 40 ml krve. Efekt druhé záplaty byl pouze částečný. 15. den jsem podstoupil 3. záplatu opět s aplikací 40 ml krve, tentokrát s významným efektem. 22. den proběhlo kontrolní MR vyšetření ve stejném režimu s normalizací nálezu. Jako možný zdroj úniku moku byla identifikována malá kořenová cysta v úrovni Th7.

Bezesporu se jedná o poddiagnostikovanou jednotku v rámci bolestí hlavy, u které máme možnost účinné léčby. Dlouhodobě neléčená SIH pak představuje riziko chronifikace obtíží a riziko rozvoje závažných komplikací. Ve světle aktuálních poznatků by se měla naše praxe posunout od léčby symptomatické (úleva od příznaků) ke snaze o léčbu kauzální (plný uzávěr místa úniku).

LITERATURA

1. D'Antona L, Jaimemerchan MA, Vassiliou A, et al. Clinical Presentation, Investigation Findings, and Treatment Outcomes of Spontaneous Intracranial Hypotension Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. Online. *JAMA Neurology*. 2021;78(3):329. ISSN 2168-6149. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.4799>.
2. Cheema S, Anderson J, Angus-Leppan H, et al. Multidisciplinary consensus guideline for the diagnosis and management of spontaneous intracranial hypotension. Online. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2023;94(10):835-843. ISSN 0022-3050. Available from: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2023-331166>.

Thunderclap headache s vegetativním doprovodem jako symptom nitrolební hypertenze u pacientky s obstrukčním hydrocefalem v terénu akveduktální stenózy

MUDr. Stanislav Kovalenko, MUDr. Michal Židó, Ph.D.,

prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., MHA

Neurologická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha

Hydrocefalus je patologický stav charakterizovaný nadměrným hromaděním mozkomíšního moku v komorovém systému mozku v důsledku jeho zvýšené sekrece, snížené resorpce nebo přítomnosti překážky v likvorových cestách, která brání jeho fyziologickému toku. Sylviovův akvedukt je anatomický kanál spojující třetí a čtvrtou mozkovou komoru a představuje nejužší část likvorových cest. Stenóza akveduktu patří mezi relativně vzácné příčiny obstrukčního hydrocefalu a může být důsledkem jak vrozených vad, tak získaných patologických procesů.

Cílem této práce je prezentovat kazuistiku pacientky s relativně vzácnou příčinou obstrukčního hydrocefalu s následným rozvojem syndromu nitrolební hypertenze.

Informace o diagnostickém procesu a výsledky klinických i paraklinických vyšetření byly získány z databáze Neurologické kliniky a Kliniky radiologie a nukleární medicíny FNKV. Veškeré údaje byly anonymizovány za účelem ochrany osobních údajů pacientky.

Jednačtyřicetiletá žena bez anamnézy chronických onemocnění byla vyšetřena na urgentním příjmu pro intenzivní difúzní cefaleu ostrého charakteru s maximem okcipitálně, trvající přibližně pět hodin. Dle pacientky obtíže vznikly náhle v předklonu. Dále byla přítomna nauzea, zvracení a fotofobie. Podobný stav pacientka v minulosti nikdy nezažila a na bolesti hlavy dlouhodobě netrpěla. V rámci diferenciální diagnostiky bylo doplněno nativní CT vyšetření mozku s nálezem dilatace mozkových komor supratentoriálně při normálním nálezu ve čtvrté mozkové komoře. Bylo vysloveno podezření na obstrukční hydrocefalus v terénu akveduktální stenózy při přítomnosti tzv. akveduktální sítě. Pacientce byla podána antiedematózní terapie (20% manitol) s částečným klinickým



ANKETA

Zajímá nás váš názor

- Byl pro vás program přínosný?
- Jaká další témata by vás zajímala?
- Chybí vám něco na konferenci?
- Využíváte on-line vzdělávání od Solenu?

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků konference a časopisu. Anketu najdete na našem stánku Solen a za vyplnění můžete obdržet praktické ceny. Anketu můžete vyplnit i elektronicky prostřednictvím QR kódu (viz strana 13).

efektem. Následně byla indikována lumbální punkce, při níž byl naměřen zvýšený tlak mozkomíšního moku v leže (200 mm H₂O). Přibližně do pěti minut po odběru likvoru pacientka referovala výraznou úlevu od bolesti hlavy. Následně byla doplněna MR mozku s nálezem odpovídajícím obstrukčnímu hydrocefalu při stenóze Sylviova akveduktu. S ohledem na významný nález na MR byla pacientka odeslána k posouzení operačního řešení na neurochirurgickou kliniku. Vzhledem k následnému asymptomatickému průběhu bylo neurochirurgem rozhodnuto o konzervativním postupu.

Závěrem lze konstatovat, že prezentovaná kazuistika dokumentuje relativní vzácnou příčinu náhle vzniklé intenzivní bolesti hlavy jako projevu nitrolební hypertenze. V případě podezření na syndrom nitrolební hypertenze je potřeba pacienta včas a dostatečně vyšetřit k vyloučení život ohrožujících stavů a zabránit vzniku závažných komplikací.

Neuritida, myozitida, myokarditida a hepatitida jako imunitně zprostředkované komplikace terapie maligního melanomu pembrolizumabem

MUDr. Alexander Sabovčík, MUDr. Michal Židó, Ph.D.,

prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., MHA

Neurologická klinika 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Imunoterapie inhibitory kontrolních bodů (immune checkpoint inhibitors, ICI) představuje nový moderní přístup v léčbě nádorových onemocnění. S jejím narůstajícím využitím se však stále častěji setkáváme s nežádoucími účinky této terapie. Vzhledem k mechanismu účinku jsou relativně časté imunitně zprostředkované nežádoucí účinky léčby (immune-related treatment-related adverse events, irTRAЕ), které mohou postihovat i nervovou soustavu.

Cílem této práce je prezentovat kazuistiku pacienta s maligním melanomem léčeného pembrolizumabem s následným rozvojem závažných multiorgánových irTRAЕ.

Informace o diagnostickém procesu a výsledky klinických i paraklinických vyšetření byly získány z databáze FNKV, data byla anonymizována za účelem ochrany osobních údajů pacienta.

Pětašedesátiletý muž s nodulárním maligním melanomem byl po 24 dnech terapie pembrolizumabem přijat na jednotku intenzivní péče pro myokarditidu se symptomatickým AV blokem III. stupně a bradykardií, současně s nálezem hepatitidy. Etiologie obtíží byla hodnocena jako irTRAЕ a byla zahájena léčba vysokodávkovými kortikosteroidy. Pro bradykardii byl zaveden externí kardiostimulátor. Následně došlo k rozvoji myalgii, kvadruparézy, parézy okohybných svalů a dysfagie. EMG vyšetření prokázalo středně těžkou senzomotorickou axonálně-demyelinizační polyneuropatii a jehlová EMG potvrdila výrazný myopatický/myositický nález s akutními denervačními projevy; protilátky anti-AChR a anti-MuSK byly negativní. V laboratoři byla nalezena výrazná elevace CK, LDK a myoglobinu, což spolu s klinickým a EMG obrazem svědčilo pro akutní myositidu. V průběhu kortikoterapie se rozvinula segmentální plicní embolie vyžadující zahájení antikoagulační léčby. Vzhledem k nedostatečnému efektu kortikoterapie byla indikována terapie IVIG v celkové dávce 150 g, avšak bez klinického efektu. V dalším průběhu docházelo k progresi neurologické symptomatologie s nutností umělé plicní ventilace. Na základě multioborového konzilia byl do terapie zařazen tocilizumab v kombinaci s kortikosteroidy, což vedlo k postupnému klinickému zlepšení stavu pacienta.

Tato kazuistika dokumentuje vzácnou, avšak závažnou kombinaci multiorgánových irTRAЕ při imunoterapii inhibitory kontrolních bodů. Práce zdůrazňuje nutnost pomýšlet na možný vznik irTRAЕ při terapii ICI a význam včasné interdisciplinární spolupráce při jejich diagnostice a léčbě.

Akutní dušnost a bolest na hrudi, ale infarkt myokardu to není...

MUDr. Adam Váchal, MUDr. Viktorie Neumannová, MUDr. Jakub Vejskal

Neurologická klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni a Fakultní nemocnice Plzeň

Bránice je inervována cestou nn. phrenici z plexus cervicalis (segmenty C3-C5, někdy i C6), dále se na inervaci podílí i senzitivní vlákna z kaudálních nn. intercostales. Typickým příznakem především

bilaterálního postižení je orthopnoe a paradoxní dýchání. Paréza bránice může být způsobena postižením krční míchy například při roztroušené skleróze, amyotrofické laterální skleróze, či transversální míšní lézi. Na úrovni míšních kořenů, případně periferních nervů a cervikobrachiálního plexu, často s akutním průběhem, lze očekávat příčinu v neuralgické amyotrofii, akutní polyradikuloneuritidě, neuroborelióze, herpes zoster nebo diabetické neuropatii. V krčním úseku může jít o neuropatii následkem chirurgických výkonů, katetrizace v. jugularis, či v. subclavia, trauma plexus cervicalis, či je způsobena maligní infiltrací. V oblasti hrudníku můžeme odhalit neuropatii v souvislosti s tumorem mediastina, následky ozáření mediastina, může se jednat o následek kardiochirurgického zákroku, ale může se objevit i u komplikované pneumonie, či tuberkulózy. Raritně je popisovaná léze n. phrenicus u Charcot-Marie-Tooth polyneuropatie. Nikoliv parézu, ale spasmus bránice může způsobit tetanus.

V naší kazuistice představujeme případ 65letého pacienta, aktivního sportovce s bohatou cestovatelskou anamnézou, bez významných interních komorbidit. Na ambulanci byl vyšetřen pro akutně vzniklou bolest na hrudi a polohově vázanou dušnost. Udával propagaci bolesti do levé horní končetiny, přechodně zaznamenal i brnění špiček prstů na ruce. Objektivně na ambulanci orthopnoe se sklonem k výrazné desaturaci v horizontální rovině. Internistou byl vyloučen akutní koronární syndrom a plicní embolie. Bylo provedeno ultrasonografické vyšetření a rtg skioskopie, kde bylo zjištěno vyšší postavení a snížená pohyblivost obou pólů bránice. Laboratorně byla prokázána akutní virová hepatitida E. CT mozku s normálním nálezem. CT krku, hrudníku a břicha bez průkazu expanzivně se chovajícího procesu. Objektivně neurologicky byla přítomna snížená síla dukce prstů, lehce snížená zevní rotace v rameni a horší jemná motorika vlevo, reflexy na horních končetinách byly výbavné symetricky, dále byla vlevo zcela diskretně naznačena scapula alata, nebyly přítomné fascikulace či atrofie. V likvoru byl zachycen obraz mírné serózní zánětlivé reakce s negativním mikrobiologickým vyšetřením. Vzhledem k předpokladu dysimunní etiologie – idiopatické parézy brachiálního plexu s postižením nn. phrenici oboustranně, ale asymetricky s pravděpodobnou indukci hepatitidou E – byl pacient indikován k parenterálnímu přeléčení vysokými dávkami kortikosteroidů a následně pro nedostatečný efekt pacient podstoupil i přeléčení intravenózními imunoglobuliny v plné dávce.

Neurologické Déjà Vue – když náhoda není náhoda

MUDr. Marta Vachová

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

Kazuistika se zabývá dvěma případy mozkových abscesů v krátkém intervalu po sobě. Oba případy jsou podobné i svým průběhem.

Prvním pacientem byl 52letý muž přivezený na neurologické oddělení v iktovém programu po náhle vzniklou poruchu hybnosti na levé polovině těla s bradypsychií. V anamnéze již byla ICHS st. p. NSTEMI se sníženou ejekční frakcí, chronická mikrocytární anémie, četné opakované infekce, zejména plicní, ale byl léčen i pro STD, nakonec doplněno HIV onemocnění. I přes operační zákrok a intenzivní antimikrobiální terapii skončil fatálně.

Druhou pacientkou je 31letá žena, v anamnéze již s prodělaným abscesem mozku před 12 lety. Klinikou byla náhle vzniklá afázie a psychomotorický neklid a opět byla přivezena v iktovém programu. Na CT mozku a následném MRI byl opět diagnostikován mozkový absces. Opět byla provedena neurochirurgická intervence. Stav se komplikoval ischemickou CMP z povodí ACP I. sin. I přes četné další komplikace a nutnost dlouhodobé UPV byla pacientka po třech měsících hospitalizace dimitována s dobíhající ambulantní antibiotickou léčbou.

Teprve po detailním zpětném projití celé anamnézy obou nemocných byla stanovena základní příčinná diagnóza. Rozuzlení případu bylo překvapivé. Vše nasvědčuje, že jde o případy hereditární hemoragické teleangiektázie, tedy Rendu-Osler-Weberovu chorobu.



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



**Děkujeme, že nám
pomáháte dělat odborné
akce smysluplnější.**

SOLEN MEDICAL EDUCATION

POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE

ZLATÝ
PARTNER



STŘÍBRNÍ
PARTNEŘI

abbvie



PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI





Život se SMA nekončí – může být aktivní, plný zážitků a inspirace. Díky moderní péči, odhodlání a podpoře je možné překonat hranice, které dříve vypadaly jako nepřekročitelné.

Evrysdi je jediný léčivý přípravek, který **zajišťuje trvalé zvýšení proteinu SMN** v centrální i periferní nervové soustavě **díky dennímu perorálnímu podávání.**



NOVĚ
DOSTUPNÉ
TAKÉ VE FORMĚ
TABLET

Evrysdi®
risdiplam

Reference: 1. SPC Evrysdi, datum poslední revize textu 1. 10. 2025

▼ Zkrácená informace o přípravku EVRYSIDI 0,75 mg/ml prášek pro perorální roztok, EVRYSIDI 5 mg potahované tablety

Účinná látka: Risdiplam **Indikace:** Léčba spinální svalové atrofie (SMA) vázané na dlouhé raménko 5. chromozomu u pacientů s klinickou diagnózou SMA 1. typu, 2. typu nebo 3. typu nebo s jednou až čtyřmi kopiemi genu *SMN2*. **Dávkování:** Léčba přípravkem Evrysdi má být zahájena lékařem se zkušenostmi s léčbou SMA. **Rekonstituovaný perorální roztok** se podává perorálně jednou denně po jídle vždy přibližně ve stejnou denní dobu. Dávka se stanoví podle věku a tělesné hmotnosti pacienta: 0,15 mg/kg pokud <2 měsíce; 0,20 mg/kg pokud <2 roky; 0,25 mg/kg pokud ≥2 roky a <20 kg; 6 mg pokud ≥2 roky a ≥20 kg. **Potahované tablety:** Doporučená dávka pro pacienty ve věku ≥ 2 roky s tělesnou hmotností ≥ 20 kg je 5 mg. Podává se perorálně jednou denně s jídlem nebo bez jídla vždy přibližně ve stejnou denní dobu. Tablety se polykají vcelku nebo se rozpustí v malém množství vody o pokojové teplotě (podrobněji viz SPC). **Pomocné látky:** **Rekonstituovaný perorální roztok:** Jeden ml roztoku obsahuje 0,38 mg natrium-benzoátu (E 211) a 2,97 mg isomaltu (E 953). **Tabletová forma** obsahuje méně než 1 mmol (23 mg) sodíku v jedné dávce 5 mg. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku (podrobný seznam viz SPC). **Upozornění:** **Možná embryofetální toxicita:** Ve studiích na zvířatech byla zjištěna embryofetální toxicita. Pacienty ve fertilním věku je třeba seznámit s riziky a pacienti musí používat vysoce účinnou antikoncepci během léčby a nejméně 1 měsíc po poslední dávce v případě žen a 4 měsíce po poslední dávce v případě mužů. U pacientek ve fertilním věku je třeba před zahájením léčby vyloučit případné těhotenství. **Možné účinky na mužskou fertilitu:** Na základě údajů ze studií na zvířatech nemají muži během léčby a 4 měsíce po poslední dávce darovat sperma. **Lékové interakce:** Risdiplam je metabolizován primárně jaterními enzymy flavinmonooxygenázou 1 a 3 (FMO1 a 3) a také enzymy cytochromu P450 (CYP) 1A1, 2J2, 3A4 a 3A7. Risdiplam není substrátem lidského proteinu mnohočetné lékové rezistence 1 (MDR1) a je slabým inhibitorem CYP3A. **Nežádoucí účinky:** U pacientů s SMA s nástupem v dětství byly nejčastějšími nežádoucími účinky: pyrexie (54,8 %), vyrážka (29,0 %) a průjem (19,4 %). U pacientů s SMA s pozdějším nástupem byly nejčastějšími nežádoucími účinky pyrexie (21,7 %), bolest hlavy (20,0 %), průjem (16,7 %) a vyrážka (16,7 %). Podle průběžných údajů se zdá, že bezpečnostní profil léčby presymptomatických pacientů odpovídá bezpečnostnímu profilu léčby pacientů s nástupem SMA v dětství a později. **Těhotenství a kojení:** V těhotenství a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají antikoncepci, se nedoporučuje přípravek užívat. Během léčby se nedoporučuje kojit. **Balení přípravku:** **Prášek pro perorální roztok/Rekonstituovaný perorální roztok:** Jantarově hnědá skleněná lahvička třídy III s dětským bezpečnostním šroubovacím uzávěrem garantujícím neporušenost obalu. Skleněná lahvička obsahuje risdiplam 60 mg ve 2 g prášku pro perorální roztok. Jeden ml rekonstituovaného roztoku obsahuje risdiplam 0,75 mg. Ve formě **potahovaných tablet** je přípravek Evrysdi dostupný v hliníkových/hliníkových perforovaných jednodávkových blístrech, které obsahují 7 potahovaných tablet. Velikost balení: 28 x 1 potahovaná tableta. **Podmínky uchovávání:** **Prášek pro perorální roztok:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C v dobře uzavřené lahvičce. **Rekonstituovaný perorální roztok:** Uchovávejte ve vísle poloze v původní jantarově hnědé skleněné lahvičce v chladničce (2 °C až 8 °C), aby byl přípravek chráněn před světlem. Perorální roztok je možno uchovat při pokojové teplotě (do 40 °C) po dobu, která nepřesáhne v součtu 120 hodin (5 dnů) (podrobněji viz SPC). **Tabletová forma** nevyžaduje žádné zvláštní teplotní podmínky uchovávání. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Datum registrace** 26.3.2021. **Datum vytvoření textu Zkrácené informace o přípravku:** 1. 10. 2025, aktuální verze Souhrnu údajů o přípravku je dostupná na www.sukl.gov.cz **Registrační číslo:** EU/1/21/1531/001. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je za určitých podmínek hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, více na www.sukl.gov.cz. Před předepsáním přípravku se prosím seznamte s úplným zněním SPC. Další informace dostupné na adrese: Roche s.r.o., Futurama Business Park Bld F, Sokolovská 685/136f, 186 00 Praha 8, telefon 220 382 111. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Roche Registration GmbH, Německo. Podrobné informace na <http://www.ema.europa.eu/>.

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky prostřednictvím webového formuláře sukl.gov.cz/nezadouciciucinky případně na adresu: Státní ústav pro kontrolu léčiv Šrobárova 49/48 100 00 Praha 10, e-mail: farmakovigilance@sukl.gov.cz

ROCHE s.r.o., Futurama Business Park Bld F, Sokolovská 685/136f, 18600 Praha 8
tel.: +420220382111, e-mail: prague.info@roche.com, www.roche.cz

Life in action



RODINA SPOJUJE

Roche

Společně měníme RS

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

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

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

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

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

Vysvětlivky: RS – roztroušená skleróza, SC – subkutánně.

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

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

Účinná látka: okrelizumab. **Indikace:** Přípravek je indikován k léčbě dospělých pacientů s relabujícími formami roztroušené sklerózy s aktivním onemocněním definovaným klinicky nebo pomocí zobrazovacích metod. Přípravek je indikován k léčbě dospělých pacientů s časnou primární progresivní roztroušenou sklerózou, s ohledem na délku trvání onemocnění, stupeň disability a zobrazovacími metodami prokázanou zánětlivou aktivitu. **Dávkování a způsob podání:** Koncentrát 300 mg pro infuzní roztok a intravenózní podání (i.v.): Úvodní dávka 600 mg se podává jako dvě samostatné 300 mg intravenózní infuze v odstupu dvou týdnů. Následné dávky se podávají jako jedna 600 mg intravenózní infuze jednou za 6 měsíců. Další podrobnosti naleznete v SPC. Injekční roztok 920 mg okrelizumabu ve 23 ml s rekombinantní lidskou hyaluronidázou (rHuPH20) pro subkutánní podání (s.c.): 920 mg podávaných každých 6 měsíců subkutánní injekcí v oblasti břicha po dobu přibližně 10 minut. Úvodní dávku není třeba dělit do více podání. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, současná aktivní infekce, pacienti v závažném imunokompromitovaném stavu, známé aktivní maligní onemocnění. **Upozornění:** Při podávání se mohou vyskytnout reakce související s infuzí u i.v. podání (IRR) nebo reakce na injekci u s.c. podání (IR). Příznaky mohou nastat v průběhu jakéhokoliv podání, ale nejčastěji během prvního podání a v průběhu 24 hodin od podání. U i.v. podání nejčastěji IRR jako je pruritus, vyrážka, urtika, erytém, iritace hrdla, bolest orofaryngu, dyspnoe, faryngeální nebo laryngeální edém, zrudnutí, hypotenze, horečka, únava, bolest hlavy, závrať, nauzea, tachykardie a anafylaxe. U s.c. podání nejčastěji IR v místě vpichu jako je erytém, bolest, otok a pruritus. Nejčastější systémové IR byly bolest hlavy a nauzea. **Hypersenzitivní reakce** se mohou u obou lékových forem projevit v průběhu jakéhokoliv podání, ale typicky se neprojevují v průběhu prvního podání. U následných podání se mohou objevit závažnější než dříve pozorované příznaky, nebo nové závažné příznaky. Pacienti se známou IgE zprostředkovanou hypersenzitivitou na okrelizumab nebo kteroukoli pomocnou látku nesmějí být tímto přípravkem léčeni. **Infekce:** okrelizumab nesmí být podáván při aktivní infekci a až do jejího odeznění. Těžce imunokompromitovaní pacienti (např. s lymfopenií, neutropenií, hypogamaglobulinemií) by neměli být tímto přípravkem léčeni. **Reaktivace viru hepatitidy B (HBV)** již byla při léčbě anti-CD20 hlášena a měla v některých případech za následek fulminantní hepatitidu, jaterní selhání a smrt. Před zahájením léčby okrelizumabem musí být proveden screening HBV podle místní praxe. Aktivní HBV je kontraindikací léčby okrelizumabem. **Případy pozdní neutropenie** byly hlášeny u s.c. formy nejméně 4 týdny po podání, většinou st. 1 a 2, v několika případech i st. 3 a 4. Při podezření na infekci je doporučeno sledování hodnot neutrofilů v krvi. **Známa aktivní malignita** je kontraindikací léčby okrelizumabem. **Léčba závažně imunokompromitovaných pacientů** nesmí být započata, dokud se stav nevyřeší. **Očkování** živými nebo atenuovanými vakcínami se v průběhu léčby a dokud nedojde k doplnění B-lymfocytů nedoporučuje. Pacienti, kteří potřebují očkování, musí svou imunizaci dokončit nejméně 6 týdnů před zahájením léčby okrelizumabem. Doporučuje se očkovat pacienty sezónními usmrčenými chřipkovými vakcínami. **Lékové interakce** se nepředpokládají, protože okrelizumab se z oběhu odstraňuje katabolismem. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí používat antikoncepci během léčby přípravkem a 4 měsíce po posledním podání. Okrelizumab může být během kojení používán již pár dnů po porodu. **Nežádoucí účinky** byly nejčastěji hlášeny jako IRR, IR a infekce. **Podmínky uchovávání:** Lahvičky uchovávejte v chladničce (2°C–8°C), chraňte před mrazem a světlem. **Balení přípravku:** 10 ml koncentrátu (i.v. podání) a 23 ml injekčního roztoku (s.c. podání) v bezbarvé skleněné lahvičce. **Držitel registračního rozhodnutí:** Roche Registration GmbH, Grenzach - Wyhlen, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/17/1231/001-3. **Datum první registrace:** 8.1.2018. **Datum vytvoření textu Zkrácené informace o přípravku:** 13.2.2025, aktuální verze SPC je dostupná na www.sukl.cz a www.roche.cz/cs/produkty-vois.html.

Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznáme 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.

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

OCREVUS®
okrelizumab
subkutánní injekce

M-CZ-00004154