

TA-SERVICE s.r.o. pořádá

XVI. symposium o léčbě bolesti s mezinárodní účastí

9. - 11. dubna 2026

Courtyard by Marriot
Holandská 12, Brno

PROGRAM SBORNÍK ABSTRAKT

Prezidenti sympozia

MUDr. Tomáš Nežádal, Ph.D.
předseda Sekce pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy ČNS
(Czech Headache Society)

doc. MUDr. Tomáš Gabrhelík, Ph.D.
předseda Společnosti pro studium a léčbu bolesti



Záštity

Vědecký výbor

doc. MUDr. Jiří Kozák, Ph.D.
MUDr. Andrea Bártková, Ph.D.
doc. MUDr. Jitka Fricová, Ph.D.
doc. MUDr. Tomáš Gabrhelík, Ph.D.
MUDr. Markéta Grünermelová
MUDr. Radovan Hřib
MUDr. Rudolf Kotas, Ph.D.
MUDr. Jan Lejčko
MUDr. Jolana Marková, FEAN
MUDr. Eva Medová
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
MUDr. Dana Vondráčková
MUDr. Ivan Vrba, Ph.D.

Organizační výbor

MUDr. Michal Adam
MUDr. Marek Hakl, Ph.D.
MUDr. Lukáš Klečka
MUDr. Bc. Eva Kynclová
MUDr. David Mikolajek
MUDr. Tomáš Nežádal, Ph.D.
MUDr. Ingrid Niedermayerová
MUDr. Petr Polidar
MUDr. Pavel Řehulka, Ph.D.
Mgr. Ivana Tarabová

Organizační sekretariát symposia

TA-SERVICE s.r.o.

Hlinky 48, 603 00 Brno

Kontakt: Mgr. Ivana Tarabová, Ing. Barbora Procházková, Ing. Kristián Bornay

Tel. +420 543 211 134

E-mail: tarabova@ta-service.cz, conference@ta-service.cz, office@ta-service.cz

www.ta-service.cz

TA - SERVICE
CONGRESS AGENCY

MIGRÉNA VÁS OKRÁDÁ O ŽIVOT

Emgality®
(galkanezumab) injekce

**SNÍŽENÍ
MHD**

Emgality prokázala ve studiích epizodické migrény **vyšší míry odpovědi o 50 %, 75 % a 100 %** ve snížení průměrného počtu MHD v každém měsíci oproti placebo.^{1,2} **Rychlý nástup účinku v 1. týdnu a setrvalá odpověď** do 6. měsíce.^{3,4}

Zkrácený souhrn údajů o přípravku:

EMGALITY 120 mg injekční roztok v předplněném peru. **Účinná látka:** Galkanezumab 120 mg v 1 ml. **Indikace:** Profylaxe migrény u dospělých, kteří trpí migrénou nejméně 4 dny v měsíci. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** O názvu a šarži podávaného přípravku má být veden jednoznačný záznam z důvodu sledovatelnosti. U pacientů s významnými kardiovaskulárními onemocněními nejsou k dispozici údaje o bezpečnosti. Byly hlášeny závažné hypersenzitivní reakce včetně anafylaxe, angioedému a kopřivky. Tyto reakce se mohou vyskytnout do 1 dne po podání galkanezumabu, byly však také hlášeny případy se zpožděným nástupem (v rozmezí od 1 dne do 4 týdnů po podání). V případě závažné hypersenzitivní reakce ihned přípravek vysaďte a zahajte odpovídající léčbu. Pacienti mají být o možnosti opožděného nástupu hypersenzitivní reakce informováni a mají být poučeni, aby kontaktovali svého lékaře. EMGALITY obsahuje méně než 1 mmol (23 mg) sodíku ve 120mg dávce. EMGALITY může mít mírný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí příhody:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky byly bolest a reakce v místě vpichu injekce, závrat, zácpa, pruritus, vyrážka a kopřivka. Po 12 měsících léčby se objevily až u 12,5 % pacientů protilátky proti léčivé látce, avšak jejich přítomnost neovlivňovala farmakokinetiku, účinnost nebo bezpečnost. **Interakce:** Lékové interakce nebyly hodnoceny, nepředpokládají se farmakokinetické interakce. **Dostupné lékové formy:** Balení s 1 předplněným perem. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 120 mg subkutánně jednou za měsíc, s první úvodní dávkou 240 mg. Přínos léčby má být zhodnocen po 3 měsících léčby. Farmakokinetika není ovlivněna věkem. U mírné až středně závažné poruchy ledvin či jater není třeba úprava dávky. Existují jen omezené informace o pacientech ≥ 65 let. **Těhotenství a kojení:** Z preventivních důvodů je vhodné se podávání EMGALITY v těhotenství vyhnout. Nelze vyloučit riziko pro kojené děti, zejména v prvních dnech po porodu. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C), chraňte před mrazem a před světlem. EMGALITY je možné uchovávat mimo chladničku až po dobu 7 dní při teplotách do 30 °C. Roztok neprotřepávat. **Držitel rozhodnutí o registraci*:** Eli Lilly Nederland B.V., Orteliuslaan 1000, 3528 BD Utrecht, Nizozemsko. **Registrační číslo:** EU/1/18/1330/001. **Poslední revize SPC:** leden 2026. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění s omezením.

Před předepsáním se prosím seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku - úplné znění obdržíte na www.sukl.cz nebo na adrese: ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobežní 12, 186 00 Praha 8, tel.: 234 664 111.

ELI LILLY ČR, s.r.o., Pobežní 12, 186 00 Praha 8, tel.: 234 664 111. PP-GZ-CZ-0286

Pro další informace kontaktujte: Organon Czech Republic s.r.o., sídlo: Národní 135/14, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, e-mail: dproc.czech@organon.com, tel.: +420 233 010 300.

Nežádoucí účinky musejí být hlášeny. Formuláře a informace pro hlášení lze nalézt zde: nezadouciciucinky.sukl.cz. Nežádoucí účinky musejí být hlášeny také společnosti Organon Czech Republic s.r.o., e-mail: dproc.czech@organon.com, tel.: +420 233 010 300.

© 2026 Skupina společností Organon. Všechna práva vyhrazena.

CZ-EMG-110061. © 2026 Lilly and Organon. All rights reserved. EMGALITY, LILLY and the LILLY logo are registered trademarks of Lilly and Company. ORGANON and the ORGANON logo are registered trademarks of N. V. Organon.

Reference: 1. Stauff er VL, Dodick DW, Zhang Q, Carter JN, Ailani J, Conley RR. Evaluation of galkanezumab for the prevention of episodic migraine: the EVOLVE-1 randomized clinical trial. JAMA Neurol. 2018;75(9):1080–1088. 2. Skjjaevski V, Matharu M, Millen BA, Ossipov MH, Kim BK, Yang JY. Efficacy and safety of galkanezumab for the prevention of episodic migraine: results of the EVOLVE-2 phase 3 randomized controlled clinical trial. Cephalalgia. 2018;38(8):1442–1454. 3. Emgality SPC. 4. Detke HC, Millen BA, Zhang Q, et al. Rapid onset of effect of galkanezumab for the prevention of episodic migraine: analysis of the EVOLVE studies. Headache. 2019;60(2):348–359.

Lilly | **ORGANON**

Emgality®
(galkanezumab) injekce

Časový harmonogram kongresu

PÁTEK 10. dubna 2026

Čas	Odborný program
8:30 - 8:40	Zahájení sympozia
8:40 - 9:30	Algeziologie I - obličejová bolest
9:30 - 10:00	Satelitní sympozium Organon
10:00 - 10:40	Satelitní sympozium Teva
11:00 - 11:45	Satelitní sympozium Swixx Biopharma
11:45 - 12:30	Algeziologie II - klinické přístupy
13:30 - 14:20	Intervenční léčba bolesti
14:20 - 15:00	Satelitní sympozium Cardion
15:00 - 15:40	Satelitní sympozium AbbVie
16:00 - 17:20	Bolesti hlavy
17:20 - 18:40	Setkání center pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy CzHS

SOBOTA 11. dubna 2026

Čas	Odborný program
8:45 - 9:00	Cesta pacienta s migrénou: data, překážky a příležitosti ke změně
9:00 - 9:15	Satelitní sympozium Krka
9:15 - 9:45	Keynote Lecture
9:45 - 10:45	Léčebné konopí
11:15 - 11:45	Migréna
11:45 - 12:45	Neurostimulace
12:45 - 13:00	Shrnutí sympozia

Odborný program

ČTVRTEK 9. dubna 2026

- 15:00 - 18:00 **Schůze výboru CzHS**
Courtyard by Marriott
- 16:00 - 18:00 **Schůze výboru SSLB**
Courtyard by Marriott
- 19:00 **Společná večeře výborů CzHS a SSLB**
TA-archiv

PÁTEK 10. dubna 2026

- 8:30 - 8:40 **Zahájení sympozia**
T. Gabrhelík, T. Nežádal
- 8:40 - 9:30 Algeziologie I – obličejová bolest**
J. Fricová, M. Hakl
- 8:40 - 8:55 **Farmakoterapie obličejové bolesti** 15 min
M. Hakl
- 8:55 - 9:10 **Možnosti léčby obličejové bolesti opioidy** 15 min
J. Fricová
- 9:10 - 9:20 **Opravdu atypická obličejová bolest?** 10 min
J. Hruběšová
- 9:20 - 9:30 **Diskuze** 10 min
- 9:30 - 10:00 Satelitní symposium Organon**
- 9:30 - 9:45 **Klinické studie ke každodenní praxi: galkanezumab ve studii REALITY** 15 min
Z. Pavelek
- 9:45 - 10:00 **Migréna, menstruace a co dál** 15 min
J. Mračková
- 10:00 - 10:40 Satelitní symposium Teva**
- 10:00 - 10:30 **Raising the bar in migraine prophylaxis** 30 min
P. Barbanti
- 10:30 - 10:40 **Diskuze** 10 min
- 10:40 - 11:00 *Coffee Break*

- 11:00 - 11:45 Satelitní symposium Swixx Biopharma**
Když život ovlivňuje migrénu
J. Marková
- 11:00 - 11:40 **Role stresu, léčby a komorbidit v dlouhodobém managementu** 40 min
J. Marková, M. Anders
- 11:40 - 11:45 **Diskuze** 5 min
- 11:45 - 12:30 Algeziologie II – klinické přístupy**
J. Kozák, I. Vrba
- 11:45 - 12:00 **Intervence u poúrazové bolesti hlavy – kazuistika** 15 min
J. Kozák
- 12:00 - 12:15 **Možnosti léčby chronických bolestí hlavy – kazuistiky** 15 min
I. Vrba
- 12:15 - 12:25 **Faciální bolesti, diferenciální diagnostika, hledání optimálního přístupu** 10 min
D. Vondráčková
- 12:25 - 12:30 **Diskuze** 5 min
- 12:30 - 13:30 *Oběd*
- 13:30 - 14:20 Intervenční léčba bolesti**
T. Gabrhelík, J. Procházka
- 13:30 - 13:45 **Obstříky spouštěcích bodů temporálního svalu při léčbě „migreniformní bolesti“** 15 min
J. Procházka
- 13:45 - 14:05 **Omalgie a whiplash syndrom jako diagnostické jednotky bolesti ramene a krku-možnosti intervenční léčby** 20 min
Š. Kozák
- 14:05 - 14:15 **Pulzní radiofrekvenční léčba při cervikokraniálním a cervikobrachiálním syndromu** 10 min
M. Adam, P. Vašek
- 14:15 - 14:20 **Diskuze** 5 min
- 14:20 - 15:00 Satelitní symposium Cardion – Neurostimulace v léčbě bolesti hlavy – od indikace k intervenci**
J. Fricová, D. Urgošik
- 14:20 - 14:40 **Neurostimulační léčba refrakterních bolestí hlavy: současné indikace a klinická praxe v ČR** 20 min
J. Fricová
- 14:40 - 15:00 **Intervenční přístupy v léčbě neuralgie trigeminu** 20 min
D. Urgošik

15:00 - 15:40	Satelitní sympozium AbbVie Migréna v éře cílené léčby <i>T. Nežádal</i>	
15:00 - 15:20	Výhody včasné preventivní léčby – klinický přínos a strategie <i>E. Medová</i>	20 min
15:20 - 15:40	Superrespondéři v léčbě migrény – reálná klinická zkušenost s atogepantem a kazuistiky <i>L. Klečka</i>	20 min
15:40 - 16:00	<i>Coffee Break</i>	
16:00 - 17:20	Bolesti hlavy <i>A. Bártková, P. Řehulka</i>	
16:00 - 16:20	Je diagnóza: Nová denní persistující bolest jasná? Kazuistika a diskuse <i>J. Marková</i>	20 min
16:20 - 16:40	Post-traumatické bolesti hlavy – klinika, biologická podstata a léčba <i>R. Kotas</i>	20 min
16:40 - 17:00	Idiopatická intrakraniální hypertenze – MRI diagnostická kritéria <i>P. Řehulka</i>	20 min
17:00 - 17:20	Nové možnosti využití botulotoxinu v léčbě bolestí hlavy <i>A. Bártková</i>	20 min
17:20 - 18:40	Setkání center pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy CzHS	
17:20 - 17:30	Registr ReMig 2025 <i>T. Nežádal</i>	10 min
17:30 - 17:40	Revize a žádosti <i>L. Klečka</i>	10 min
17:40 - 18:40	Diskuze	60 min
19:00	Diskuzní večere pro všechny účastníky	

SOBOTA 11. dubna 2026

8:45 - 9:00	Cesta pacienta s migrénou: data, překážky a příležitosti ke změně <i>R. Blažejovská</i>	15 min
-------------	---	--------

9:00 - 9:15	Satelitní sympozium Krka	
9:00 - 9:15	Účinné spojení proti bolesti <i>M. Hakl</i>	15 min
9:15 - 9:45	Keynote Lecture	
9:15 - 9:45	Migraine Pharmacology <i>A. Maassen van den Brink</i>	30 min
9:45 - 10:45	Léčebné konopí <i>R. Hříb, M. Vachová</i>	
9:45 - 10:05	Léčebné konopí 2026 – aktuální informace <i>R. Hříb</i>	20 min
10:05 - 10:25	Kdy léčebné konopí pomáhá <i>M. Vachová</i>	20 min
10:25 - 10:45	Kdy se konopí nehodí <i>T. Nežádal</i>	20 min
10:45 - 11:15	<i>Coffee Break</i>	
11:15 - 11:45	Migréna <i>L. Klečka, I. Niedermayerová</i>	
11:15 - 11:45	Migréna, IVF, gravidita, laktace a transgender <i>I. Niedermayerová</i>	20 min
11:45 - 12:45	Neurostimulace <i>V. Masopust, J. Fricová</i>	
11:45 - 12:00	Motorická kúra jako analgetický cíl: M1 stimulace v léčbě neuropatické orofaciální bolesti <i>V. Masopust</i>	15 min
12:00 - 12:15	Persistentní postkraniotomická bolest a iatrogenní okcipitální neuralgie: anatomické determinanty a role okcipitální neuromodulace <i>T. Moravec</i>	15 min
12:15 - 12:30	Mišní stimulace v léčbě failed back surgery syndrome (FBSS) <i>J. Fricová</i>	15 min
12:30 - 12:45	Mišní stimulace u failed neck surgery syndrome (FNSS) <i>F. Blažek</i>	15 min
12:45 - 13:00	Shrnutí sympozia <i>T. Gabrhelík, T. Nežádal</i>	
13:00	<i>Oběd</i>	

Partneři

Zlatý partner

abbvie



Lilly | ORGANON

teva

Swixx BioPharma
Modern Medicines for All

Bronzový partner



Vystavovatel

STADA PHARMA CZ s.r.o.

E&H SERVICES a.s.

Orion Pharma s.r.o.

Sandoz s.r.o.

Cardion s.r.o.

Plánek výstavních prostor



- | | |
|------------|-------------|
| 1. Swixx | 7. Stada |
| 2. Abbvie | 8. E&H |
| 3. Organon | 9. Sandoz |
| 4. Krka | 10. Cardion |
| 5. Teva | 11. Orion |
| 6. Pfizer | |

ABSTRAKTA



Seznam abstrakt

strana

Pulzní radiofrekvenční léčba při cervikokraniálním a cervikobrachiálním syndromu	16
<i>Adam M., Vašek P.</i>	
Raising the bar in migraine prophylaxis	17
<i>Barbanti P.</i>	
Nové možnosti využití botulotoxinu v léčbě bolestí hlavy	18
<i>Bártková A.</i>	
Míšní stimulace u failed neck surgery syndrome	19
<i>Blažek F., Krahulík D., Hrabálek L., Gabryš M.</i>	
Možnosti léčby obličejové bolesti opioidy	20
<i>Fricová J.</i>	
Míšní stimulace v léčbě failed back surgery syndrome (FBSS) - současná evropská data a algeziologický pohled (2025)	21
<i>Fricová J.</i>	
Farmakoterapie obličejové bolesti	23
<i>Hakl M.</i>	
Opravdu atypická obličejová bolest?	24
<i>Hrubešová J.</i>	
Léčebné konopí 2026 – aktuální informace	25
<i>Hříb R.</i>	
Post-traumatické bolesti hlavy – klinika, biologická podstata a léčba	26
<i>Kotas R.</i>	
Intervence u poúrazové bolesti hlavy - kazuistika	27
<i>Kozák J.</i>	
Omalgie a možnosti intervenční léčby	29
<i>Kozák Š.</i>	
Whiplash syndrom jako dg.skupina cervikalgií	30
<i>Kozák Š.</i>	

Seznam abstrakt

strana

Je diagnóza: nová denní persistující bolest jasná? Kasuistika a diskuse	31
<i>Marková J.</i>	
Motorická kúra jako analgetický cíl: M1 stimulace v léčbě neuropatické orofaciální bolesti	32
<i>Masopust V., Moravec T.</i>	
Persistentní postkraniotomická bolest a iatrogenní okcipitální neuralgie: anatomické determinanty a role okcipitální neuromodulace	34
<i>Moravec T., Masopust V.</i>	
Kdy se konopí nehodí	35
<i>Nežádal T.</i>	
Migréna, IVF, gravidita, laktace a transgender	37
<i>Niedermayerová I.</i>	
Obstříky spouštěcích bodů temporálního svalu při léčbě „migreniformní bolesti“	39
<i>Procházka J.</i>	
Idiopatická intrakraniální hypertenze – MRI diagnostická kritéria	40
<i>Řehulka P.</i>	
Faciální bolesti, diferenciální diagnostika, hledání optimálního přístupu	41
<i>Vondráčková D.</i>	
Možnosti léčby chronických bolestí hlavy – kazuistiky	43
<i>Vrba I.</i>	

PULZNÍ RADIOFREKVENČNÍ LÉČBA PŘI CERVIKOKRANIÁLNÍM A CERVIKOBRACHIÁLNÍM SYNDROMU

Adam M., Vašek P.

Europainclinics Brno

Cervikální radikulopatie je poměrně časté neurologické onemocnění způsobené dysfunkcí nervových kořenů, která je obvykle způsobena mechanickou kompresí, příznaky však mohou být také způsobeny zánětlivými cytokiny generovanými vyhřezlými meziobratlovými ploténkami. Všichni pacienti by měli být léčeni konzervativně po dobu alespoň 6 týdnů, pokud nemají myelopatii nebo významnou svalovou slabost. Navzdory konzervativní terapii 10–20 % pacientů nadále pociťuje chronickou bolest. Dle výše postižení nervových kořenů v krční páteři se příznaky projevují jako cervikokraniální nebo cervikobrachiální syndrom (případně obojí). Pulzní radiofrekvence pod RTG kontrolou se prokázala jako efektivní metoda zmírnění radikulopatických (zejména bolestivých) projevů v bederní páteři. Krční páteř je ovšem pro intervence mnohem rizikovější. Bezpečnou a slibnou alternativou foraminálního pulzního radiofrekvenčního ošetření dorzálního ganglia je ultrazvukem naváděná extraforaminální jednorázová stimulace nervového kořene. Cílem přednášky je objasnění případných indikací a postupu.

RAISING THE BAR IN MIGRAINE PROPHYLAXIS

Barbanti P.

Migraine prophylaxis has undergone a substantial evolution in recent years, driven by advances in the understanding of the calcitonin gene-related peptide (CGRP) pathway. Historically, preventive treatments relied on non-specific medications often limited by suboptimal efficacy and a significant burden of adverse events, which negatively impacted adherence and long-term outcomes. The introduction of CGRP-targeted therapies has raised the bar in migraine prevention by combining disease specificity with a highly favorable safety and tolerability profile.

Clinical and real-world evidence consistently demonstrate that CGRP pathway-targeting agents achieve not only the traditional $\geq 50\%$ responder rates, but also remarkably high proportions of $\geq 75\%$ responders. This benefit extends across both episodic and chronic migraine populations, including patients with prior preventive treatment failures and those affected by medication overuse, thus addressing previously unmet clinical needs.

Importantly, effectiveness data from real-world settings appear to surpass efficacy outcomes reported in randomized controlled trials (RCTs), suggesting that these therapies may perform even better in routine clinical practice. Among CGRP-targeted options, monoclonal antibodies that directly bind the CGRP ligand seem to offer greater efficacy and improved tolerability compared with receptor-targeting agents such as erenumab.

Gepants, small-molecule CGRP receptor antagonists, also demonstrate robust efficacy in migraine prophylaxis. However, their use is associated with a higher incidence of gastrointestinal adverse events compared with anti-CGRP monoclonal antibodies targeting the ligand. Within this therapeutic class, fremanezumab has shown notable effectiveness even in patients with comorbid depression, with emerging evidence suggesting a beneficial impact on mood symptoms alongside migraine reduction.

Overall, CGRP pathway innovation is redefining expectations in migraine prophylaxis, enabling more personalized, effective, and well-tolerated treatment strategies, and ultimately improving patient outcomes across a broad spectrum of clinical scenarios.

AJO-CZ-00489

NOVÉ MOŽNOSTI VYUŽITÍ BOTULOTOXINU V LÉČBĚ BOLESTÍ HLAVY

Bártková A.

Neurologická klinika UP a FN v Olomouci

Botulotoxin typu A představuje v současné době etablovanou terapeutickou možnost v léčbě vybraných chronických bolestivých stavů jak v oblasti hlavy a orofaciálního regionu. Přednáška se zaměřuje na přehled současných poznatků o mechanismech účinku botulotoxinu v kontextu modulace nocicepce, jeho klinických indikacích, aplikačních protokolech a bezpečnostním profilem.

V oblasti bolestí hlavy je hlavní pozornost věnována chronické migréně, kde je botulotoxin typu A schválenou preventivní terapií. Budou diskutována kritéria indikace, princip PREEMPT protokolu, očekávaný terapeutický efekt a faktory predikující odpověď na léčbu. Dále bude zmíněno využití u tenzních bolestí hlavy a dalších primárních cefalalgii s ohledem na aktuální úroveň evidence.

V orofaciální oblasti se přednáška zaměří na možnosti terapie afekcí v oblasti temporomandibulárního kloubu, bruxismu a neuropatických bolestí. Diskutován bude vliv botulotoxinu na snížení svalové hyperaktivity, periferní i centrální senzibilizace a jeho potenciální analgetický efekt nezávislý na svalové relaxaci. Součástí bude také přehled možných nežádoucích účinků, limitací metody a kontroverzí týkajících se dlouhodobé aplikace.

Cílem přednášky je poskytnout komplexní přehled využití botulotoxinu v léčbě bolestivých stavů v oblasti hlavy a nabídnout praktická doporučení pro klinickou praxi zejména u pacientů s refrakterní bolestí, kdy standardní postupy nepřinesly očekávané výsledky.

MÍŠNÍ STIMULACE U FAILED NECK SURGERY SYNDROME

Blažek F., Krahulík D., Hrabálek L., Gabryš M.

Neurochirurgická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod: Failed Neck Surgery Syndrome (FNSS) představuje závažný klinický problém charakterizovaný perzistující cervikální a cervikobrachiální bolestí po operačních výkonech na krční páteři. Etiologie je multifaktoriální a zahrnuje reziduální radikulární kompresi, epidurální fibrózu, neuropatickou složku i centrální senzitivizaci. Konzervativní léčba i opakované chirurgické výkony často nevedou k uspokojivému efektu. Míšní stimulace (SCS) je etablovanou metodou u lumbálních pooperačních bolestivých syndromů, její role u FNSS je však méně dokumentována.

Metodika: Retrospektivně byli analyzováni pacienti s diagnózou FNSS, kteří podstoupili trial stimulaci a následnou trvalou implantaci SCS na Neurochirurgické klinice FN Olomouc v období 2021–2024. Trial fáze trvala 5–14 dní. K definitivní implantaci byli indikováni pacienti s $\geq 50\%$ subjektivní redukcí bolesti nebo významným funkčním zlepšením. Intenzita bolesti byla hodnocena pomocí vizuální analogové škály (VAS) před implantací a při kontrolách minimálně 6 měsíců po výkonu.

Výsledky: Do analýzy bylo zařazeno 6 pacientů s úspěšnou trial stimulací. Průměrná hodnota VAS před implantací činila 6.1, po implantaci 1.7, což odpovídá průměrnému zlepšení o 72 %. Redukce bolesti byla doprovázena subjektivním zlepšením a snížením potřeby analgetik. Ve sledovaném období nebyl zaznamenán žádný trvalý neurologický deficit. U jednoho pacienta byla nutná chirurgická revize pro migraci elektrody bez nutnosti explantace systému.

Diskuse: Naše výsledky potvrzují, že SCS může být vysoce efektivní terapeutickou možností i u FNSS. Mechanismus účinku zahrnuje modulaci zadních provazců míšních a ovlivnění centrální percepce bolesti. Významnou roli hraje pečlivá selekce pacientů a úspěšná trial fáze, která umožňuje identifikovat respondéry před definitivní implantací.

Závěr: Míšní stimulace představuje bezpečnou a klinicky významně účinnou metodu léčby refrakterního FNSS s průměrným zlepšením bolesti o 72 %. Naše zkušenosti podporují širší indikaci SCS u pacientů s perzistující cervikální bolestí po chirurgickém výkonu.

MOŽNOSTI LÉČBY OBLIČEJOVÉ BOLESTI OPIOIDY

Fricová J.

Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, Všeobecná fakultní nemocnice, KARIM, Centrum pro léčbu bolesti, Praha

Abstrakt: Bolesti hlavy postihují až 35 % dospělé populace, přičemž významnou část tvoří chronické formy. U primárních bolestí hlavy, zejména tenzních bolestí, migrény a cluster headache, nejsou opioidy doporučovány vzhledem k riziku chronifikace, vzniku medikamentózně navozené bolesti hlavy a rozvoje závislosti. Samostatnou diagnostickou jednotkou je bolest hlavy při nadužívání opioidů, která je definována jako bolest vyskytující se ≥ 15 dní v měsíci při pravidelném užívání opioidů ≥ 10 dní měsíčně po dobu delší než 3 měsíců.

Orofaciální bolesti představují heterogenní skupinu zahrnující odontogenní bolesti, temporomandibulární poruchy, postherpetickou neuralgii, trigeminální neuralgii a další bolesti neuropatického i nociceptivního původu. Akutní odontogenní bolest vyžaduje především kauzální stomatologické řešení, zatímco chronické orofaciální bolesti mohou být farmakorezistentní a významně snižují kvalitu života.

Aktuální observační studie (2024–2025) ukazují, že podávání opioidů u kraniofaciální bolesti a migrény je spojeno s vyšší mírou disability, častějšími návštěvami urgentních příjmů a vyšším rizikem dlouhodobých nežádoucích následků. Nové přehledové články z roku 2025 potvrzují, že opioidy nejsou lékem první volby u chronické orofaciální bolesti a jejich efekt je omezen zejména u bolestí s neuropatickou složkou (např. postherpetická neuralgie, trigeminální neuropatie). Dlouhodobé podávání opioidů je spojeno s rozvojem tolerance, opioid-induced hyperalgesia a rizikem závislosti.

U temporomandibulárních poruch a idiopatických orofaciálních bolestí je preferován multimodální přístup zahrnující indikaci antikonvulziva, antidepresiva, lokální terapii a zvážení možností intervenčních postupů. V rámci opioidní terapie je diskutována kombinace oxykodon/naloxon s prodlouženým uvolňováním, která může díky perifernímu účinku naloxonu redukovat obstipaci a zlepšit toleranci léčby, některá data z výzkumu chronické nenádorové bolesti ukazují příznivější dlouhodobou snášenlivost u vybraných pacientů. Přesto ani tato kombinace nepředstavuje léčbu první volby a vyžaduje pečlivou indikaci a monitoraci.

Preskripce opioidů u nenádorové orofaciální bolesti vyžaduje informovaný souhlas, stanovení terapeutických cílů, zahájení léčby nízkými dávkami opioidu s možností titrace, pravidelné hodnocení účinnosti a bezpečnosti a plánované ukončení terapie.

Závěr: Opioidy mají místo v léčbě orofaciální bolesti pouze krátkodobě, při selhání jiných terapií a u pečlivě vybraných pacientů.

MÍŠNÍ STIMULACE V LÉČBĚ FAILED BACK SURGERY SYNDROME (FBSS) - SOUČASNÁ EVROPSKÁ DATA A ALGEZIOLOGICKÝ POHLED (2025)

Fricová J.

Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, Všeobecná fakultní nemocnice, KARIM, Centrum pro léčbu bolesti, Praha

Abstrakt: Failed back surgery syndrome (FBSS) je významný klinický i socioekonomický problém v Evropě. Prevalence FBSS je udávána u 10–40 % pacientů po lumbálních operacích páteře. V kontextu přibližně 800 000 výkonů na bederní páteři ročně v Evropě to znamená desítky až stovky nových pacientů ročně s přetrvávající bolestí zad a/nebo dolních končetin. Klinicky se jedná o komplexní bolestivý syndrom se smíšenou nociceptivní a neuropatickou složkou, často refrakterní na farmakoterapii i opakované chirurgické intervence.

Spinal cord stimulation (SCS) je v současných evropských doporučeních považována za suverenní terapeutickou možnost u pacientů s FBSS, u nichž selhala konzervativní léčba trvající minimálně 3–6 měsíců a další chirurgická revize není indikována a nebo je vysoce riziková. Indikační kritéria zahrnují především dominující neuropatickou bolest dolních končetin, stabilizovaný strukturální nález, absenci závažné psychiatrické komorbidity a pozitivní odpověď na zkušební stimulaci.

Data publikovaná do roku 2025, včetně metaanalýz randomizovaných studií (soubor přes 2 000 pacientů), potvrzují, že SCS vede k signifikantní redukci bolesti oproti konvenční léčbě. U významné části pacientů je dosaženo ≥ 50 % snížení intenzity bolesti, přičemž moderní, například vysokofrekvenční režimy vykazují vyšší pravděpodobnost klinicky významné odpovědi než tradiční nízkofrekvenční stimulace. Reálná data z Evropy dokládají přetrvávání analgetického efektu i po 24 měsících sledování, spolu se zlepšením funkčního stavu, kvality života a redukcí spotřeby opioidů.

Z pohledu algeziologa je nutné zdůraznit, že SCS není „technologickým řešením selhání chirurgie“, ale součástí multimodální strategie léčby chronické neztížitelné bolesti. Úspěšnost terapie je podmíněna precizní selekcí pacientů, realistickým nastavením terapeutických cílů a interdisciplinární spoluprací. Pacient s FBSS často vstupuje do léčby s dlouhodobou opioidní terapií, psychickou zátěží a funkční dekompenzací. Implantace SCS může významně snížit bolest i farmakologickou zátěž, ale neeliminuje potřebu komplexní rehabilitace, psychologické podpory a kontinuálního hodnocení efektu.

Ve srovnání s opakovanými chirurgickými výkony vykazuje SCS vyšší míru úspěšné klinické odpovědi a prokazatelné spokojenosti pacientů. Přesto zůstává část nemocných bez dostatečné odpovědi a určité procento implantovaných systémů SCS vyžaduje revizi či explantaci. Moderní vývoj směrem k adaptivním a closed-loop systémům může dále optimalizovat stabilitu analgetického efektu.

Závěr: V roce 2025 představuje míšní stimulace efektivní a relativně bezpečnou léčebnou modalitu u dobře indikovaných pacientů s FBSS. Její přínos spočívá nejen v redukci bolesti, ale i ve zlepšení funkční kapacity a snížení závislosti na dlouhodobé farmakoterapii. Zásadním předpokladem úspěchu je spolupráce algeziologa a neurochirurga, kteří společně indikují výkon, hodnotí rizika i očekávaný přínos a koordinují dlouhodobé sledování pacienta. Individuálně vedený, multidisciplinární přístup tak nevychází z dominance jedné specializace, ale z propojení intervenční a konzervativní perspektivy v zájmu stabilní a dlouhodobě udržitelné úlevy od bolesti.

FARMAKOTERAPIE OBLIČEJOVÉ BOLESTI

Hakl M.

Centrum léčby bolesti Medicinecare s.r.o.

Farmakoterapie obličejové (orofaciální) bolesti je komplexní disciplína, která se liší podle konkrétní diagnózy, přičemž cílem je snížení intenzity bolesti a zlepšení kvality života pacienta.

Idiopatická orofaciální bolest (dříve atypická)

Tato perzistentní bolest je často špatně lokalizovaná a nesleduje anatomii nervů.

- Léčba první volby: Topická aplikace klonazepam (např. v kapkách nebo tabletách rozpuštěných v ústech) vykazuje rychlý účinek u většiny pacientů.
- Systémová léčba: Doporučují se tricyklická antidepresiva, konkrétně amitriptylin, nebo modernější antidepresiva jako venlafaxin a fluoxetin.
- Antikonvulziva: Účinnými látkami jsou také pregabalin, gabapentin nebo topiramát
- Neuralgie trojklaného nervu a neuropatická bolest
- Léčba se opírá o mezinárodní doporučení organizací IASP a EFIC.
- Hlavní pilíře: Dominují antineuropatické léky (gabapentiny) a určité typy antidepresiv a karbamazepin
- Lokální postupy: Využívá se intranazální aplikace lidokainu, která může ulevit při záchvatech neuralgií či postherpetických bolestí.
- Sekundární příčiny a specifické stavy
- Herpes zoster: Vyžaduje specifickou léčbu postherpetické neuralgie, která bývá v oblasti obličeje velmi svízelná. Podáváme gabapentiny, antidepresiva I a III generace případně topická léčba lidokain 5% nebo kapsaicin.
- Migréna: U dětí i dospělých je základem vedení deníku bolestí a následná akutní či profylaktická léčba.
- Alternativní doplňky: Jako pravděpodobně účinná se jeví kúra s kyselinou alfa-lipoovou (600–800 mg/den)

OPRAVDU ATYPICKÁ OBLIČEJOVÁ BOLEST?

Hrubešová J.

Ambulance pro léčbu bolesti KARIM FN Hradec Králové

Bolest v orofaciální oblasti je vždy složitý medicínský problém. Zahrnuje bolestivé stavy obličeje, dutiny ústní a čelistního kloubu. Příčiny jsou různorodé, od onemocnění zubů, dásní, zánětů vedlejších dutin, očních a ušních obtíží, poruch čelistního kloubu, po neurologická onemocnění a atypickou obličejovou bolest. Diagnostika je často velmi komplikovaná z důvodu překrývání klinických symptomů a také překrývání oborové problematiky. Primární je vždy vyloučení závažných sekundárních život ohrožujících příčin.

Sdělení prezentuje kazuistiku pacienta s orofaciální bolestí, výsledky mezioborových vyšetření a diferenciálně diagnostický postup, který se podařilo uzavřít po 4 letech mezioborové péče.

LÉČEBNÉ KONOPÍ 2026 – AKTUÁLNÍ INFORMACE

Hříb R.

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

Konopí pro léčebné použití se stalo v posledních několika letech nedílnou součástí algeziologické praxe a léčby. Do běžné denní neurologické praxe se dostává také.

Významným milníkem byl 1. duben 2025, kdy začal platit novelizovaná vyhláška o konopí. Výrazným pokrokem je možnost předepisování praktickými lékaři, zrušení povinného hlášení na SUKL, možnost předpisu pro pacienty mladší 18 let a zrušení množství kódů pro konopí.

Třebaže je vyhláška pokroková a pro léčebné konopí příznivá, stále jsou možnosti vylepšení. Nicméně právě díky novele vyhlášky významně stoupl počet předepisujících lékařů.

POST-TRAUMATICKÉ BOLESTI HLAVY – KLINIKA, BIOLOGICKÁ PODSTATA A LÉČBA

Fricová J.

Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, Všeobecná fakultní nemocnice, KARIM, Centrum pro léčbu bolesti, Praha

Post-traumatické bolesti hlavy (PTH) jsou disabilizující sekundární bolesti hlavy postihující milióny jedinců na světě. Celoživotní prevalence této poruchy je 4,7% u mužů a 2,4% u žen.

Podle definice bolest hlavy se musí vyvinout během 7 dní po poranění mozku nebo během 7 dní po opětovném nabytí vědomí či opětovném získání schopnosti cítit a referovat bolest.

PTH se dělí na akutní (remise během 3 měsíců od počátku) a perzistující (bolest přetrvává déle jak 3 měsíce).

Naprostá většina pacientů (91%) s perzistující PTH má v klinickém obrazu fenotyp migrény, zbytek (9%) fenotyp chronické formy tenzního typu bolesti hlavy.

U migrény hraje rozhodující úlohu při vzniku a rozvoji bolesti hlavy aktivace trigeminovaskulárního systému s uvolněním mediátorů calcitonin – gene related peptidu (CGRP) a pituitary adenylate cyclase – activating polypeptidu 38 (PACAP 38) z trigeminovaskulárních axonových terminál. Tyto vazoaktivní neurotransmitery se pak vážou na své receptory spřažené s G-proteinem na povrchu hladkých svalových buněk meningeálních cév. To způsobuje zvýšení hladiny cAMP intracelulárně. cAMP aktivuje proteinkinázu A a ta pak způsobí otevření kaliových kanálů v povrchové membráně hladkých svalových buněk. Následné vyplavení (eflux) kaliových iontů z nitra buňky vede k vazodilataci a další senzibilizaci meningeálních nociceptorů trigeminovaskulárního systému a tím k rozvoji bolesti hlavy u migrény.

V centru pro výzkum migrény v Kodani zjistili, že infúze CGRP nebo PACAP 38 nebo citostazolu (zvyšujícího intracelulární hladinu cAMP) nebo otevíračů kaliových kanálů (např. Maxi Post) jsou schopny vysoce signifikantně oproti placebo vyvolat migra-ine-like headache i u pacientů trpících na perzistující PTH. To nasvědčuje společně biologické podstatě migrény a PTH u naprosté většiny pacientů.

Poslední část přednášky se věnuje akutní a preventivní léčbě PTH, které se doposud léčí podle svého klinického fenotypu. Je zmíněna možná role triptanů, ditanů (5-HT_{1F} agonistů) a gepantů (malé molekuly CGRP antagonistů) v akutní léčbě PTH s fenotypem migrény a taktéž případná role anti-CGRP monoklonálních protilátek v preventivní léčbě PTH -studie účinnosti s erenumabem x studie s fremanezumabem.

INTERVENCE U POÚRAZOVÉ BOLESTI HLAVY - KAZUISTIKA

Kozák J.

Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů při Klinice RHB a TVL 2.LF UK a FNMH, Praha

Posttraumatické bolesti hlavy mají různé projevy: Posttraumatické bolesti hlavy typu **chronické tenzní bolesti** hlavy patří k nejčastějším typům, u pacientů s poraněním mozku, bezprostředně po otřesu mozku, nebo u pacientů s postkomočním syndromem. Studie odhadují, že 20 % až 40 % pacientů trpí tímto typem bolesti hlavy během prvního roku po otřesu mozku. **Migrény** jsou dalším typem posttraumatických bolestí hlavy, které postihují téměř polovinu všech pacientů. K bolesti hlavy pravděpodobně dochází, když se v určitých oblastech mozku projeví efekt senzitivace vlivem náhlého traumatického inzultu a zvýraznění vnímání bolesti. Stav se projeví provokací migrenózních atak. Třetími nejčastěji uváděnými projevy jsou posttraumatické bolesti hlavy s typickými znaky **cervikogenních bolestí hlavy**. Tento typ bolesti hlavy se vyskytuje, pokud je přítomno poranění svalů a měkkých tkání v krku a zadní části hlavy i bez jasného morfologického poškození. Bolesti hlavy cervikogenní etiologie se typicky projeví po více než třech měsících po úrazu typu komoce mozku, při kombinovaném úrazu mozku i krční páteře (typu whiplash) se mohou projevit i dříve. Bolesti hlavy způsobené dysfunkcí autonomního nervového systému (ANS) patří k etiologickým faktorům při bolestech hlavy po poranění, kdy je narušena rovnováha mezi sympatickým a parasympatickým nervovým systémem. Dysfunkce ANS po otřesu mozku může zhoršit nejen bolestivý stav ale i posttraumatickou stresovou poruchu a úzkost související se zraněním.

Kazuistka pacientky nar. 1965

V r. 2002 dopravní nehoda s rupturou jater, komoce a kontuze mozku. Během pobytu na JIP 1x epi záchvat, za několik měsíců se objevily bolesti hlavy, většinou pravé poloviny, max. okcipit., propagace až do očí, někdy až pocit bolesti zubů. Bez foto či fonofobie, bolest spíše tlaková, bez nauzey a zvracení. Postupně se přidaly potíže s C páteří, opakované blokády C_p a cervikobrachiální iradiace do levé horní končetiny. V nemocnici Na Homolce v r. 2014 operace C páteře. Obtíže v levé horní končetině ustoupily. Od r. 2018 v péči Centra léčby bolesti /FNKV Praha10/. Tam zavedena komplexní analgetická léčba včetně opioidů bez většího analgetického efektu na trvajících cepheleu a cervikogenní bolest. Byly provedeny obštiny nn. occipitales major a minor, poté opakovaně aplikována pulzní radiofrekvence v Centru léčby bolesti /FNM Praha5/ s pozitivním analgetickým efektem na 2 měsíce a redukcí analgetik. Pacientka byla indikována k zavedení okcipitální neurostimulace. Operace byla 09/2021 - zavedení

dvou čtyřpolových elektrod do okcipitální oblasti a po testovací fázi byly propojeny s generátorem. Pacientka neuromodulaci spouští 4x-5x denně s úlevou. Používá konvenční stimulační program od implantace až dosud. Bolesti hlavy téměř nemá, analgetika zcela vysadila.

OMALGIE A MOŽNOSTI INTERVENČNÍ LÉČBY

Kozák Š.

Bolesti ramenního pletence jsou častou diagnózou u pacientů s nadměrou a repetitivní profesní zátěží a u sportovců. Chirurgické řešení většinou nebývá robustní metodou poskytující uspokojivé výsledky terapie.

Možnosti periartikulárních intervencí u bolestí ramene v posledních letech přibývá a možnosti zákroků využívají navigačních technik ultrasonografické i skiaskopické.

Na poli intervenčních technik pozorujem nárůst počtu intervenčních možností, v kterém dříve dominovala blokáda n. Suprascapularis, která zůstává základním kamenem cílených intervencí v oblasti ramenního kloubu.

Ramenní kloub pro svou složitost složeného kloubu s komplexním zapojením okolních svalových skupin může trpět poměrně variabilní kombinací patologických bolestivých afekcí.

Onemocnění postihující ramenní kloub čítají degenerativní změny pohybového aparátu, muskuloskeletální změny na uponových strukturách, ale i stavy po zlomeninách a traumatech s mnohdy spojujícím

Syndromem „frozen shoulder“. Intervenční léčba bolesti může přinést významný benefit pro pacienta při minimální zátěži a relativní jednoduchosti vybraných cílených zákroků periartikulárního charakteru.

WHIPLASH SYNDROM JAKO DG.SKUPINA CERVICALGÍÍ

Kozák Š.

Whiplash injury, nebo-li v české literatuře skupina onemocnění někdy označovaná také jako „opěrkový syndrom“ je dg., kterou je poměrně nesnadné diagnostikovat, jelikož často postrádá evidenci strukturálních posttraumatických změn.

Pacienti často až s odstupem rozvíjí bolesti hlavy a krku nejčastěji v šíjové lokalizaci. Zkratkou je v anglosaské literatuře syndrom příznaků uváděn jako WAD- Whiplash associated disorders, které dává tušit, že onemocnění je spojeno nejen s chronickou bolestí hlavy a krku, ale také s jinými funkčními poruchami. Z této podstaty se jedná o onemocnění, které vyžaduje multidisciplinární pojetí a pacient často trpí neutěšeným stavem nemající parentní léčebný tým, který by byl schopen organizovat celou komplexní léčbu na jednom pracovišti. Mikrostrukturální poranění měkkých tkání - stabilizačních ligament a myofasciálního aparátu v okcipitální a subokcipitální oblasti se zdá být významnou součástí tohoto onemocnění, které vzniká často akceleračně deceleračním mechanismem. Muskuloskeletální opora krční oblasti je přetížena za hranicí kompenzačních kapacit a vznikají ireversibilní změny jemných intra i extrakraniální struktur přechodu hlavy a krku dávající vznik úporným a Farmakorezistentním cervikogenním bolestem.

JE DIAGNÓZA: NOVÁ DENNÍ PERSISTUJÍCÍ BOLEST JASNÁ? KASUISTIKA A DISKUSE

Marková J.

Neurologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

Podle klasifikace ICHD 3 je Nová denní persistující bolest hlavy zařazena do skupiny primárních bolestí hlavy do skupiny Další primární bolesti hlavy za migrénu, tenzní bolesti hlavy a trigeminové autonomní neuralgie.

Dříve užívané názvy jsou chronická bolest s náhlým začátkem; de novo chronická bolest. Je to trvalá bolest hlavy, vyskytující se denně od náhlého začátku, který je jasně zapamatován. Bolest nemá typické charakteristiky, může být „migraine-like“ nebo „tension-type-like“ nebo má rysy obou těchto bolestí. Diagnostická kritéria jsou:

A/ Persistující bolest hlavy splňující kritéria B a C

B/ Zřetelný a jasně si uvědomovaný začátek, s bolestí, která je od té doby stálá a neremitující

C/ Přítomna více jak 3 měsíce

D/ Není lépe vysvětlitelná jinou ICHD-3 diagnózou

V prezentaci je popsán příběh pacienta, u něhož bolest vznikla náhle v červenci roku 2023, trvala od té doby bez remise, byl léčen pregabalinem, karbamazepinem a amitriptylinem, bez efektu, pomáhal jen Novalgin, který bral 2-3 tablety denně. Zobrazení i všechna pomocná vyšetření na jaře 2024 byla s normálními nálezy, jen lehká abnormalita v jaterních testech, která byla vysvětlována nadužíváním Novalginu. Na podzim pak byla zjištěna trombocytóza a zvětšení sleziny. Bylo diagnostikováno chronické krevní onemocnění, nasazena léčba ASA, po které došlo k téměř okamžité úlevě od bolestí hlavy. Jednalo se tedy o sekundární bolest hlavy. Diskutovány možnosti správné diagnostiky, pravděpodobně i v souladu s literaturou připuštěno, že diagnóza: Náhlá denní persistující bolest hlavy může být jak primární, tak i sekundární.

MOTORICKÁ KŮRA JAKO ANALGETICKÝ CÍL: M1 STIMULACE V LÉČBĚ NEUROPATICKÉ OROFACIÁLNÍ BOLESTI

Masopust V., Moravec T.

Ústav klinických neurooborů, Neurochirurgická klinika 1.LF UK,
Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

Úvod: Kortikální stimulace mozku, nejčastěji ve formě stimulace motorické kůry (MCS), představuje specializovanou neuromodulační metodu v léčbě farmakorezistentní chronické neuropatické bolesti. Klíčovým determinantem terapeutického efektu je přesné prostorové a funkční zacílení stimulačního pole ve vztahu k somatotopické organizaci kortexu, zejména v oblasti centrální rýhy.

Metodika: Technika kortikální stimulace na našem pracovišti prošla postupným vývojem z hlediska počtu a uspořádání stimulačních kontaktů. Původně byly implantovány dvě elektrody po čtyřech kontaktech (2 × 4), následně dvě elektrody po osmi kontaktech (2 × 8) a v současnosti jsou nově využívány dvě elektrody po šestnácti kontaktech (2 × 16; celkem 32 kontaktů). Elektrody jsou implantovány epidurálně podél *sulcus centralis*, nikoli přes něj, s cílem pokrýt oblast precentrálního a postcentrálního gyru. Jedna elektroda je uložena nad primární motorickou kůrou a druhá nad primární somatosenzorickou kůrou.

Vlastní stimulace je realizována vytvořením elektrického pole napříč *sulcus centralis*, nejčastěji v bipolární konfiguraci, kdy je anoda (záporný pól) umístěna nad motorickým gyrusem a katoda (kladný pól) nad senzitivním gyrusem. Po implantaci následuje zkušební stimulační období umožňující testování různých kombinací kontaktů a konfigurací elektrického pole, s následnou selekcí kontaktů k definitivnímu napojení na generátor pulzů.

Výsledky: Dosud byli s využitím konfigurace dvou 16kontaktních elektrod odepereováni čtyři pacienti. Zkušební období umožnilo detailní mapování funkčně nejefektivnějších kontaktů; ve většině případů byl k trvalé stimulaci zvolen omezený počet kontaktů, v jednom případě byly využity všechny kontakty obou elektrod. Zvýšení počtu kontaktů vedlo k výrazně lepšímu prostorovému zacílení elektrického pole, jemnějšímu přizpůsobení stimulace individuální kortikální anatomii a k efektivnější neuromodulaci.

Klinický efekt: Klinický efekt kortikální stimulace se obecně uplatňuje především u trigeminální neuropatické bolesti, včetně forem posttraumatických a postchirurgických, dále u bolestí po iatrogením poškození větví *nervus trigeminus* a u části deafferentačních bolestí. Naopak terapeutická odpověď bývá omezená u čistě nociceptivních dentoalveolárních a temporomandibulárních syndromů bez neuropatické komponenty.

Závěr: Postupné navyšování počtu stimulačních kontaktů a jejich uspořádání podél *sulcus centralis* umožňuje přesnější formování elektrického pole napříč centrální rýhou a významně rozšiřuje možnosti individualizace kortikální stimulace. Konfigurace dvou 16kontaktních elektrod představuje technicky vyspělý přístup s potenciálem ke zvýšení účinnosti MCS u vybraných pacientů s chronickou neuropatickou bolestí.

PERSISTENTNÍ POSTKRANIOTOMICKÁ BOLEST A IATROGENNÍ OKCIPITÁLNÍ NEURALGIE: ANATOMICKÉ DETERMINANTY A ROLE OKCIPITÁLNÍ NEUROMODULACE

Moravec T., Masopust V.

Ústav klinických neurooborů, Neurochirurgická klinika 1.LF UK,
Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

Persistentní postkraniotomická bolest představuje klinicky významnou a heterogenní komplikaci kraniálních výkonů. U přístupů do zadní jámy a kraniocervikální oblasti může dominovat neuropatický okcipitální fenotyp odpovídající iatrogenní okcipitální neuralgii, jehož vznik souvisí s anatomickými poměry subokcipitálního přístupu (měkkotkáňové vrstvy, úpony, průběh okcipitálních nervů) a jejich vulnerabilitou při řezu, retrakci a následných jizevnatých změnách. Potenciálně preventabilním faktorem je i poloha pinů tříbodové fixace hlavy (Mayfield clamp) v okcipitální oblasti, zejména při umístění v projekci okcipitálních nervů, kde může dojít k pin-site traumatu a následné chronifikaci bolesti.

V přednášce představíme praktický, anatomicky orientovaný pohled na posterior fossa přístupy a doporučení k bezpečnějšímu umístění pinů s cílem snížit riziko neuropatické okcipitální bolesti.

Současně shrneme možnosti neuromodulace u refrakterních případů a uvedeme vlastní zkušenost s okcipitální nervovou stimulací (ONS) u vysoce selektovaných nemocných s iatrogenní okcipitální neuralgií po neurochirurgických výkonech: v našem souboru (01/2022–03/2024; n=8, včetně 2 případů se suspektní souvislostí s Mayfield fixací) vedla ONS ke klinicky významnému poklesu intenzity bolesti (VAS průměrně 7,62 ± 2,75; průměrná změna -4,88) a responder rate ≥50 % dosáhl 87,5 %, bez infekcí, migrací elektrod či hardwarového selhání během 3–6 měsíců sledování. Závěrem zdůrazníme, že systematické rozpoznání okcipitálního neuropatického fenotypu postkraniotomické bolesti, anatomicky informovaná prevence (včetně práce s Mayfield clamp) a strukturovaná indikace neuromodulace mohou významně zlepšit výsledky u pacientů s persistentní bolestí po výkonech v zadní jámě.

KDY SE KONOPÍ NEHODÍ

Nežádal T.

Ústav klinických neurooborů, neurologické oddělení,
Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha,
Institut neuropsychiatrické péče, 1.LFUK, Praha

Léčebné konopí s různým obsahem tetrahydrokanabidolu (THC) a jiných složek, zejména kanabidiolu (CBD), prokázalo svůj nezanedbatelný efekt u chronické bolesti, v léčbě spasticity, zejména u roztroušené sklerózy, hybných poruch u extrapyramidových syndromů a pomáhá při nauce a zvracení po chemoterapii. Kanabidiol je účinný u farmakorezistentních epilepsií: syndromu Dravetové, Lennox-Gastautova syndromu a tuberózní sklerózy.

Naproti tomu nebyl do současné doby prokázán jednoznačný pozitivní vliv konopí u dalších neurologických onemocnění, i když u některých z nich byly nalezeny teoretické podklady v patofyziologii onemocnění nebo možných terapeutických cílech.

U migrény byla prokázána defice endokanabinoidů ve složitém řetězci procesů vzniku jednotlivých atak i chronifikace nemoci, nicméně pro průkaz efektu THC/CBD by bylo nutné provedení zaslepených studií. Na druhou stranu u pacientů s chronickou migrénou (CM) je nadužívání akutní medikace (MOH) přítomné až u 81 % uživatelů konopí a jen u 41 % pacientů s CM, kteří konopí neužívají.

V léčbě epilepsie se nepodařilo prokázat efekt kanabidivarinu oproti významnému efektu placebo v zaslepené studii.

Metaanalýza studií u Alzheimerovy choroby prokázala malý nebo žádný klinicky významný účinek kanabinoidů na kognitivní funkce hodnocené pomocí standardizovaného Mini-Mental State Examination (sMMSE) a malý nebo žádný klinicky významný účinek na celkové behaviorální a psychologické symptomy demence hodnocené pomocí Neuropsychiatric Inventory.

Konopí má minimální až žádné účinky na poruchy spánku a u některých jedinců mohou mít škodlivé účinky. Nutné jsou další studie dopadu různých typů kanabinoidů (CBN), které jsou v současnosti k dispozici, na každou z poruch spánku jednotlivě. Většina předchozích studií (narkolepsie, parasomnie, spánková apnoe, syndrom neklidných nohou) byla provedena u malého počtu pacientů. Léčebný potenciál mohou mít syntetické deriváty (dronabinol).

Kromě potenciálního pozitivního vlivu na úzkosti a deprese, který se ale může časem redukovat, může u některých disponovaných jedinců (např. s mutací genu CNR1) a vlivem prostředí dojít k rozvoji psychózy nebo poruchy z užívání konopí (Cannabis Use Disorder – CUD).

Rovněž existují skupiny pacientů, u kterých by se nemělo léčebné konopí podávat nebo se zvýšenou obezřetností: adolescenti (riziko psychózy, CUD, možné změny vývoje mozku), těhotné a kojící ženy, nebo pacienti s psychiatrickou anamnézou, či rizikem vzniku lékových interakcí. Konopí může snižovat fertilitu u mužů (snížená četnost, zhoršená pohyblivost i morfologie spermií).

Samostatnou kapitolou je omezení při řízení motorových vozidel.

MIGRÉNA, IVF, GRAVIDITA, LAKTACE A TRANSGENDER

Niedermayerová I.

Neurologie Brno s r.o. a II. Neurologická klinika MU a FN Brno

Migréna je hormonálně podmíněné onemocnění. Zásadní vliv mají estrogen a progesteron, ve specifických situacích oxytocin a prolaktin. Nové poznatky se týkají testosteronu.

IVF (in vitro fertilizace) zahrnuje hormonální stimulaci za použití různých kombinací hormonů dle několika protokolů. Infertilita je často spojena s endometriózou nebo syndromem polycystických ovárií, u kterých se častěji vyskytuje migréna. Metaanalýza 35 studií prokázala výskyt bolestí hlavy u 11-19% žen léčených různými protokoly. Ovariální stimulace vedla k novému rozvoji migrény s aurou. Ženy s migrénou podstupující IVF mohou vyšší riziko ovariálního hyperstimulačního syndromu nebo hypertenzních komplikací v těhotenství.

V **graviditě** se obvykle snižuje se četnost migrény bez aury, může se navýšit výskyt migrény s aurou a vzniknout také sekundární bolest hlavy (preeklampsie, eklampsie, trombóza žilních splavů, apoplexie hypofýzy). V léčbě lze podat po celou graviditu pouze paracetamol. Nesteroidní antirevmatika se v 1. a 2. trimestru nedoporučují a ve 3. trimestru jsou kontraindikovaná. Při posouzení rizika a benefitu podávání je možné podat metamizol v 1.a 2. trimestru, metoclopramid v 1. a 2. trimestru. Sumatriptan je možné podat v 1. trimestru, v dalším období jen po přísném zvážení rizika a benefitu. Ostatní triptany nejsou doporučovány. Profylakticky je bezpečné podávání magnézia. U klasických profylaktik je nutné přísné posouzení rizika a benefitu podávání u metoprololu. Podávání amitriptylinu a venlafaxinu se nedoporučuje, kontraindikována je léčba valproátem a topiramátem. Podávání monoklonálních protilátek a gepantů se nedoporučuje.

V **laktaci** je návrat migrény závislý na přítomnosti či absenci ovulačních cyklů. V léčbě je možné bezpečně podat paracetamol a ibuprofen. Po posouzení rizika a přínosu léčby podáváme kyselinu acetylsalicylovou (jednorázově), indometacin a triptany. Přechodně přerušit kojení je nutné po aplikaci sumatriptanu (12 hod), eletriptanu (24 hod) a po metamizolu (48 hod). Profylakticky lze bezpečně podat pouze magnézium. Betablokátory jsou kontraindikované pro vznik bradykardie kojence. Léčba antidepresivy (venlafaxin, amitriptylin) je možná pouze po přísném posouzení rizika a benefitu. Návrat k léčbě monoklonálními protilátkami je možný, pokud je to nezbytné. Posouzení rizika a benefitu je nutné u gepantů.

Léčba **transgender** (TGD) osob zahrnuje terapii feminizující (podání estrogenu nebo blokátorů androgenů) nebo maskulinizující (podání testosteronu). Estrogen má všeobecně pronociceptivní efekt, zatímco testosteron antinociceptivní vliv. Feminizující terapie mohou vést ke zvýšení četnosti migrény i tenzního typu bolesti hlavy (TTH), kdežto maskulinizující terapie pravděpodobně frekvenci migrény a TTH neovlivňují. U TGD osob je vyšší riziko rozvoje sekundárních bolestí hlavy (syndrom benigní intrakraniální hypertenze, trombózy žilních splavů).

Literatura:

Kaiser EA: 1. Transgender and fertility treatment: effects on headache. Presentováno na sjezdu EHC, Lisabon 3.12.2025

2. SPC uvedených přípravků. Dostupné na www.sukl.cz

OBSTŘIKY SPOUŠTĚCÍCH BODŮ TEMPORÁLNÍHO SVALU PŘI LÉČBĚ „MIGRENIFORMNÍ BOLESTI“

Procházka J.

Centrum léčby chronické bolesti při KAPIM, KZ o.z., Masarykova nemocnice, Ústí nad Labem

Úvod: Spouštěcí body (trigger points, TrPs) jsou tuhé uzlíky ve svalovém snopci velké několik milimetrů. Existují v predilekčních standardních místech, jejich podrážděním dojde k lokálnímu záškubku příslušného svalu (local twitch response) a k projekci bolesti do typických vzdálených míst (referred pain).

Metodika: Na našem oddělení se dlouhodobě zabýváme léčbou chronických bolestí pohybového aparátu prostřednictvím obstřiků TrPs směsí lokálního anestetika s depotním kortikoidem. Vyhledáváme obvykle praxí vyzkoušenou sestavu TrPs od šíjových svalů kaudálně až po gluteální svaly, kterou podle lokalizace bolesti uváděné pacientem doplňujeme o další triggerery. U pacientů s bolestmi hlavy („migreniformní“ nebo i tenzní cefalea) se nám osvědčilo vyhledání a obstřiky TrPs v temporálním svaly. Tito pacienti dochází pravidelně na kontroly a podle požadavku obstřiky TrPs opakujeme.

Výsledky: V posledním půlroce prošlo kontrolou 29 pacientů, kterým opakovaně provádíme obstřiky TrPs v temporálním svaly, obvykle oboustranně, vše jsou ženy, současný věk 37-74 let, průměr 55 let. Tři pacientky měly na bolestivé straně provedenou NCH operaci. Po jednom obstřiku uváděli zmírnění bolestí od 1 týdne do 3 měsíců, pouze 1 pacienta uvedla nulový efekt až mírné zhoršení. TrPs v temporálním svaly jsou většinou doprovázené triggerery v horním trapezu a hlubokých šíjových svalech. U všech pacientů je patrná svalová dysbalance posturálního systému.

Závěr: U pacientů s chronickou bolestí hlavy a s dysfunkcí posturálního svalstva je vhodné vyšetřit svaly na kalvě na přítomnost spouštěcích bodů a při pozitivním nálezu tyto body alespoň přechodně ošetřit obstřikem lokálního anestetika případně s depotním kortikoidem.

Simons DG, Travell JG, Simons LS: Travell & Simons' Myofascial pain and dysfunction, The trigger point manual. Vol 1 – Upper half of body. Williams Wilkins, 2nd Ed, 1999

Giamberardino MA, Tafuri E, Savini A, Fabrizio A, Affaitati G, Leza R, Di Ianni L, Lapenna D, Mezetti A: Contribution of myofascial trigger points to migraine symptoms. J Pain 2007; 8 (11): 869-878

Fumal A, Schoenen J: Tension-type headache: current research and clinical management. Lancet Neurol 2008; 7:70-83

IDIOPATICKÁ INTRAKRANIÁLNÍ HYPERTENZE – MRI DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA

Řehulka P.

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

Idiopatická intrakraniální hypertenze (IIH) je málo časté onemocnění, které je doprovázeno významnou disabilitou (poškození zraku, perzistující bolest hlavy po IIH a další chronické symptomy). Diagnostická kritéria IIH jsou založena na oftalmologickém průkazu edému papil zrakových nervů a zvýšeném otvíracím tlaku likvoru (≥ 250 mm) při lumbální punkci vleže na boku. Nutné je předchozí vyloučení cerebrální venózní trombózy pomocí CT nebo MR venografie. Pomocí MR vyšetření lze však detekovat i subtilní strukturální změny, které jsou považovány za nepřímé známky IIH. Pulzaci likvoru postupně vzniká herniace supraselární cisterny, která odtlačuje infundibulum hypofýzy dorzálně, až je hypofýza komprimována a v některých případech i redukována na úzký proužek tkáně (empty sella). Zvýšeným tlakem mozkomíšního moku dochází také k deformaci dorzální plochy očních bulbů a distenzi perioptického subarachnoidálního prostoru. Zvýšený intrakraniální tlak působí extrinzickou stenózou obou transverzálních žilních splavů v místě, kde přecházejí do sinus sigmoideus. Existují i další nepřímé známky IIH s nízkou senzitivitou, které mohou být při MR vyšetření rovněž patrné. Validovaná neurovizuální kritéria pro IIH vyžadují přítomnost aspoň tří ze čtyř nepřímých MR známek IIH: 1. parciální empty sella \geq stupeň III (T2-vážené zobrazení, sagitální rovina), 2. uni- nebo bilaterální oploštění zadní plochy bulbu (T2-vážené zobrazení, axiální rovina), 3. uni- nebo bilaterální rozšíření perioptického subarachnoidálního prostoru (T2-vážené zobrazení, koronální rovina), 4. bilaterální stenóza sinus transversus dle MR venografie (index stenózy sinus transversus ≥ 4 , index je počítán jako součin stupně stenózy obou stran). Hodnocení těchto diskrétních MR známek může být užitečné v diferenciální diagnostice bolestí hlavy.

FACIÁLNÍ BOLESTI, DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA, HLEDÁNÍ OPTIMÁLNÍHO PŘÍSTUPU

Vondráčková D.

ALGEZIOLOGICKÁ AMBULANCE NCH KLINIKY ÚVN PRAHA STŘEŠOVICE

Abstrakt: Trigeminální bolest patří mezi nejsilnější bolesti, ve stupnici 0-10 je na posledním místě, tedy 10. Dělení na primární a sekundární je klíčové pro volbu analgetické léčby, jejíž základem jsou antikonvulziva. Pro primární neuralgii trigeminu je indikován neurochirurgický zákrok. Správná indikace je klíčová pro následný stav, recidivu bolesti a obtížné hledání vyhovující léčby. Presentovaná kasuistika ukazuje hledání úlevové medikace. Ukazuje komplikované hledání diagnózy i terapie.

Úvod: Orofaciální bolesti patří k obtížně léčitelným bolestem. Etiologie je pestrá a díky nové klasifikaci je velmi podrobně rozčleněna. Každá skupina OFB je dělena na primární, sekundární a idiopatickou. To napovídá, že diagnostika nebude jednoduchá. Kromě detekovatelného poškození anatomické struktury, včetně nervů je třeba pátrat po poruchách CNS i psychických primárních i sekundárních i nociplastických. Psychická kondice patří k důležitým faktorům jak pro diagnostiku, tak pro volbu medikace. Multidisciplinární přístup může být přínosem i v prognóze stavu. Zvláštní postavení má neuralgie trigeminu, primární i sekundární. Správná a jednoznačná diagnóza primární neuralgie, vedoucí k odstranění přesvědčivého neurovaskulárního konfliktu může pacienta zbavit krutých bolestí. Naopak nepřesná diagnostika může vést k dlouhodobým velmi silným bolestem.

Pacientka 46 let podstoupila operaci neurovaskulárního konfliktu pro 1 rok trvající bolesti v oblasti 1. a 2. větve trigeminu, poté 1 rok bez bolesti. V další fázi postupně narůstání bolesti, během 3 let silné bolesti, bez uspokojivé úlevy po medikaci a dalších zákrocích. V současné době diagnostická rozvaha a hledání optimální léčby.

Diskuse: přes „správné“ léčení a vyčerpání dostupných možností bolest zůstává, mění charakter i intenzitu. Nabízí se další možnosti léčby? Diferenciální diagnostika a hledání optimálního přístupu je hlavním tématem pro tuto chronickou bolest. Krátká kasuistika dokumentuje velmi obtížné hledání optimální léčby. Opakovaná diagnostika a zvažování možností ve spolupráci s pacientkou, je možná cesta k úspěchu, alespoň do úrovně tolerovatelné bolesti.

Závěr: Obličejová bolest je vždy výzvou pro lékaře, obtížným procesem hledání nejen léčby, ale také cesty k pacientovi.

Literatura

1. Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD-3) - oficiální český překlad. Nežádal T, Marková J, Bártková A. et al. Cesk Slov Neurol N 2020, 83/116(2):145-152
2. Yao Liu and Eiji Tanaka. Pathogenesis, Diagnosis, and Management of trigeminal: A Narrative Review. J.clin. Med. 2025, 14, 528
3. Soliman N, Moisset X, Fweraro MC, et al. Pharmacotherapy and non-invasive neuromodulation for neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis. www.thelancet.com/neurology Vol 24 May 2025

MOŽNOSTI LÉČBY CHRONICKÝCH BOLESTÍ HLAVY – KASUISTIKY

Vrba I.

ARO FNMH - pracoviště Homolka

Úvod: Léčba chronických bolestí hlavy přináší většinou neurologickým ambulancím, příp. specializovaným neurologickým centrům (léčba migrény). Jsou ale mnohé případy léčby těchto bolestí, které jsou léčeny i na ambulancích léčby bolesti a jsou v rukou nás algeziologů.

Metodika: Algeziologické přístupy k léčbě chronické bolesti hlavy jsou velmi rozličné, většinou navazují a doplňují předešlé neurologické (příp. i jiných odborností, např. ORL a stomatologie) přístupy a rozšiřují je o speciální, většinou intervenční algeziologické metody nebo i o využití silných opioidů a dalších lékových přístupů.

Výsledky: V přednášce je popsáno 6 kasuistik pacientů s chronickými bolestmi hlavy, léčených na ALB ARO NNH (FNMH), které jsme řešili buď sami v rámci naší specializace nebo ve spolupráci s dalšími odbornostmi v rámci naší nemocnice. Jsou popsány více i méně úspěšné použití silných opioidů, velmi úspěšné použití vysokokoncepované 8% kapsaicinové náplasti, dále je popsána kasuistika úspěšné léčby ve spolupráce s neurochirurgickým a stereotaktickým odd. NNH a nakonec použití neuromodulační - neurostimulační analgetické léčby.

Závěr: I když většina pacientů s problematikou chronické bolesti hlavy je léčena v rámci neurologické odbornosti, jsou mnohé, které mohou a jsou léčeny i v rámci odbornosti algeziologické. Jsou algeziologické metody (intervenční, zejména neurostimulační metody) a farmakologické přístupy (silné opioidy, vysokokoncepovaný kapsaicin), které mohou těžce strádajícím nemocným s chronickými bolestmi hlavy pomoci. Velmi důležitá je vždy mezioborová spolupráce jak zejména s neurology, tak i s dalšími specializacemi, které se těmito pacienty s chronickými bolestmi hlavy zabývají.

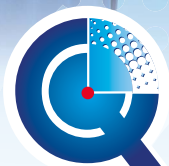
Nalgesin®

550 mg
naproxenum natriicum

Postavte se bolesti



Až 12h účinek
(díky sodné soli naproxenu)¹



Rychlý nástup účinku
(díky rychlé absorpci sodné soli naproxenu)²



Tlumí zánět v terapeutické dávce 2x550mg²



Příznivý kardiiovaskulární bezpečnostní profil³

NALGESIN® 550 mg

Zkrácené informace o přípravku

Název přípravku: Nalgesin 550 mg potahované tablety. **Složení:** 1 potahovaná tableta obsahuje naproxenum natriicum 550 mg (odpovídá naproxenum 500 mg). **Indikace:** Křátkodobá léčba určená ke zmírnění zářetu a k úlevě od mírné až středně silné bolesti jako je bolest hlavy, migréna, bolest zubů, bolest svalů, kloubů a zad a bolest doprovázející akutní záněty horních cest dýchacích. Primární dysmenorea. Horečka. Bolest po chirurgických výkonech a po úrazech, například extrakce zubů, podvrtnutí kloubů, natažení svalů. Bolest při chronických zánětlivých a degenerativních revmatických onemocněních (revmatoidní artritida, ankylozující spondylitida, artritida a akutní zánět dny). Juvenilní idiopatická artritida u dětí s hmotností nad 55 kg. **Dávkování a způsob podávání:** Obecně má být k léčbě bolesti vybrána nejmenší možná účinná dávka. Nalgesin nemá být podáván dětem, než je terapeuticky nezbytné nutně. Dospělí a dospívající od 16 let: Mírná až středně silná bolest, horečka, migréna, primární dysmenorea: Počáteční dávka je 550 mg, po které následuje dávka 275 mg každých 6 až 8 hodin. Obvyklá denní dávka je v rozmezí 550 mg až 1 100 mg sodné soli naproxenu. Při středně silných bolestech může být denní dávka 550 mg. Kteří dobře tolerují nižší dávky a nemají v anamnéze gastrointestinální poruchu, zvýšená na maximální denní dávka 1 650 mg, po dobu maximálně 2 týdnů. K úlevě od migrenózních bolestí se při prvních příznacích nastupujícího záchvatu podává dávka 825 mg a poté se podává další dávka 275 mg po 6 až 8 hodin podle potřeby. Revmatoidní artritida, artritida a ankylozující spondylitida: Obvyklá denní dávka je v rozmezí 550 mg až 1 100 mg, rozdělená na ranní a večerní dávku. Denní dávka může být zvýšena na 825 mg až maximálně 1 650 mg. Léčba má pokračovat s denními dávkami 550 mg až 1 100 mg, nejlépe rozdělené ve 2 dávkách. Ranní a večerní dávka nemusí být stejná. U některých pacientů je jednotlivá dávka, buď ranní nebo večerní, dostatečná. Akutní zánět dny: Počáteční jednotlivá dávka je 825 mg, po které následuje dávka 275 mg každých 8 hodin, dokud zánět neustoupí. Maximální denní dávka je 1 650 mg. Juvenilní idiopatická artritida u dospívajících s hmotností nad 55 kg do 16 let: Jednotlivá dávka nemá překročit 275 mg. Maximální denní dávka 10 mg/kg/den se podává ve 2-hodinových intervalech. Pacienti starší 65 let mají tablety užívat podle potřeby v dávkách s minimálním časovým odstupem 12 hodin. U pacientů s mírnou až středně těžkou poruchou funkce ledvin a u pacientů s poruchou funkce jater je třeba podávat přípravek s opatrností a v co nejnižších účinných dávkách s maximálním časovým odstupem 12 hodin. Tablety se zapíjejí dostatečným množstvím tekutin. **Kontraindikace:** Hypertenze/tažení na léčbu látkou, na kterou existuje pomocnou látku, na salicyly nebo jiné nesteroidní protizánětlivé léky projevující se jako bronchiální astma, kopřivka a aritidie. Anamnesticky gastrointestinální krvácení nebo perforace ve vztahu k předchozí léčbě nesteroidními antirevmatiky. Aktivní nebo anamnesticky rekurentní peptický vřed/hemoragie (dvě nebo více epizod prokázané ulcerace nebo krvácení), jiné aktivní krvácení. Těžká porucha funkce jater nebo ledvin. Těžké střední selhání. Těhotenství a kojení. **Zvláštní upozornění:** Přípravek nemá být podáván společně s jinými NSA včetně selektivních inhibitorů cyklooxygenasy-2. U starších pacientů je zvýšený výskyt nežádoucích účinků, zejména gastrointestinálního krvácení a perforací, které mohou být fatální, zahrnující edematózní dermatitidu, Stevensov-Johnsonův syndrom, toxickou epidermální nekrolýzu a podobné reakce s ezoterními a systémovými přípravky. Pacienti, u kterých se během léčby přípravky obsahujícími naproxenum rozvinou poruchy vidění, mají být vyšetřeni očním lékařem. Pacienti s epilepsi nebo porfýrií, kteří užívají sodnou sůl naproxenu, mají být pod přísným dohledem lékaře. 48 hodin před provedením testů funkce nadledvin se doporučuje dočasné přerušení léčby naproxenem. Sodná sůl naproxenu nemá být užívána při závažných testových zraněních a alespoň 48 hodin před výkonem chirurgických zákroků. Přípravek obsahuje ve své léčivé látce 50,16 mg sodíku v jedné tabletě, což odpovídá 2,5 % doporučeného maximálního denního příjmu sodíku potavoou podle WHO pro dospělého, který činí 2 g sodíku. **Interakce:** Kyselina acetylsalicylová nebo jiné nesteroidní protizánětlivé léky, warfarin, heparin, deriváty hydroantoniinu a deriváty sulfonamocioviny, furosemid, antihypertenziva, lithium, methotrexát, probenecid, kofeol, inhibitory ACE, zidovudin, kortikosteroidy, antiagregancia a SSR, srdeční glykosidy, milrineston. **Těhotenství a kojení:** Použití přípravku je kontraindikováno během posledního trimestru těhotenství. Přípravek nemá být užíván během prvních 2 trimestrů těhotenství, pokud to není zcela nezbytné; pokud je podání indikováno, musí být dávka co nejvyšší a doba léčby co nejkratší. Naproxen byl nalezen v mléce kojících žen. U pacientek, které kojí, je třeba se vyhnout použití přípravku. U žen, které mají problém s laktací, nebo které podstoupily vyšetření na plodnost, je třeba uvážit o vysazení naproxenu. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Pokud pacienti podstoupí ospalost, závrat, nesoustředění, únavu, poruchu zraku nebo depresi nebo podobné nežádoucí účinky, nemají řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Často se vyskytly tyto nežádoucí účinky: bolest hlavy, závrat, somnolence, porucha zraku, tinitus, porucha sluchu, edém, palpitace, dyspnoe, zácpa, bolest břicha, nauzea, dyspepsie, průjmy, stomatitida, svědění, kožní vyrážka, ekchymóza, purpura, žízeň, pocení. **Balení:** 20 a 60 potahovaných tablet. **Doba použitelnosti:** 5 let. **Uchování:** Uchovávejte blistru v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světem.

Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete.

Datum registrace: 6. 5. 2015. Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko. Reg. č.: 29/244/15-C. Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Nepečetřít veřejně informační služba: tel.: +420 221 115 150, e-mail: info@krka.cz, www.krka.cz/o-nas/krka-ceska-republika/kontakt/.

Krka ČR, s.r.o.
Sokolovská 192/79
186 00 Praha 8 - Karlín
Tel. +420 221 115 115
www.krka.cz

Literatura: 1) SPC Nalgesin 550mg (2) Cohen S, Mikuls TR. Initial treatment of rheumatoid arthritis in adults. In: UpToDate. Topic 7491 Version 20.0. 2018. 3) McGettigan P, Henry D. (2011) Cardiovascular Risk with Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: Systematic Review of Population-Based Controlled Observational Studies. PLoS Med 8 (9): e1001098.

Sl. Med. 4/2026, Czech Republic, 20261-MISNU-A5-36



AQUIPTA®

(atogepant) tablets

CÍLENÁ PERORÁLNÍ LÉČBA MIGRÉNY

MŮŽEME POSUNOUT CÍLE LÉČBY MIGRÉNY

SUPER RESPONDÉR

NA LÉČBĚ PŘÍPRAVKEM AQUIPTA®

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

48,4 %
100% snížení

[‡]Superrespondéři dosahují snížení počtu dnů s migrénou o 75 % až 100 % (úplná remise)

[†]Pacienti s epizodickou migrénou

AQUIPTA[®] ▽ (atogepant) tablets

Doporučená dávka je 60 mg perorálně 1x denně



S jídlem
nebo bez jídla²



Žádné speciální
podmínky uchovávání²



Snadné užívání
- 1 tableta 1x denně²



Reference: 1. Ashina M, et al. Headache. 2023;63(1):79-88. 2. SPC AQUIPTA.

Zkrácené informace o léčivém přípravku

Název: AQUIPTA 10 mg tablety, AQUIPTA 60 mg tablety. **Složení:** Jedna tableta obsahuje 10 mg nebo 60 mg atogepantu. **Indikace:** 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 doporučená dávka 10 mg jedenkrát denně. U pacientů s ESRD podstupujících intermitentní dialýzu se má přípravek AQUIPTA přednostně užívat po dialýze. Je třeba se vyhnout podávání atogepantu u pacientů s těžkou poruchou funkce jater. Bezpečnost a účinnost atogepantu u dětí (ve věku < 18 let) nebyly dosud stanoveny. Nejsou dostupné žádné údaje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** V souvislosti s užíváním přípravku AQUIPTA byly hlášeny závažné hypersenzitivní reakce, včetně anafylaxe, dyspnoe, vyrážky, pruritu, kopřivky a edému obličeje. Použití atogepantu se u pacientů s těžkou poruchou funkce jater nedoporučuje. AQUIPTA 10 mg obsahuje méně než 1 mmol (23 mg) sodíku v jedné tabletě, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. AQUIPTA 60 mg obsahuje 31,5 mg sodíku v jedné tabletě, což odpovídá 1,6 % doporučeného maximálního denního příjmu sodíku potravou podle WHO pro dospělého. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Silné inhibitory CYP3A4 (např. ketokonazol, itraconazol, klaritromycin, ritonavir) mohou významně zvýšit systémovou expozici atogepantu. Inhibitory OATP (např. rifampicin, cyklosporin, ritonavir) mohou významně zvýšit systémovou expozici atogepantu. **Fertilita, těhotenství a kojení:**

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

Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete.

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

CZ-AQP-260017

abbvie

vyepiti[®] (eptinezumab)

SÍLA*
RYCHLOST**
DLOUHODOBÁ ÚČINNOST***
V PROFYLAXI MIGRÉNY

MIGRÉNA

OFF

ŽIVOT

ON

* signifikantní snížení MMD vs. placebo^{2,3,5}

** nástup účinku již od 1. dne⁴

*** i.v. aplikace jednou za 12 týdnů¹

Vyepti® (eptinezumab)

Zkrácená informace o léčivém přípravku Vyepti (eptinezumab)

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

Před předepsáním přípravku se seznámte s úplným Souhrnem údajů o přípravku. • **Název přípravku:** Vyepti 100 mg koncentrát pro infuzní roztok, Vyepti 300 mg koncentrát pro infuzní roztok. **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Vyepti 100 mg koncentrát pro infuzní roztok: Jedna injekční lahvička koncentrátu obsahuje 100 mg eptinezumabu v 1 ml. Vyepti 300 mg koncentrát pro infuzní roztok: Jedna injekční lahvička koncentrátu obsahuje 300 mg eptinezumabu ve 3 ml. Tento léčivý přípravek obsahuje 40,5 mg sorbitolu v jednom ml a 0,15 mg polysorbátu 80 v jednom ml. **Terapeutické indikace:** Vyepti je indikován k profylaxi migrény u dospělých, kteří mají nejméně 4 migrenózní dny v měsíci. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 100 mg podávaných ve formě intravenózní infuze každých 12 týdnů. Některým pacientům může prospívat dávka 300 mg podávaná ve formě intravenózní infuze každých 12 týdnů. Přípravek Vyepti je určen k intravenóznímu podání pouze po naředění. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Kardiovaskulární riziko: Pacienti s kardiovaskulárním onemocněním v anamnéze (např. hypertenze, ischemická choroba srdeční) byli z klinických studií vyloučeni. U těchto pacientů nejsou k dispozici žádné údaje o bezpečnosti. **Závažná hypersenzitivita:** Byly hlášeny závažné hypersenzitivní reakce, včetně anafylaktických reakcí, které se mohou objevit během několika minut po zahájení infuze. Většina hypersenzitivních reakcí se vyskytla během infuze a nebyla závažná. Pokud dojde k závažné hypersenzitivní reakci, je třeba podávání přípravku Vyepti okamžitě přerušit a zahájit vhodnou terapii. Pokud hypersenzitivní reakce není závažná, je pokračování v další léčbě přípravkem Vyepti na vzájemně ošetřujícího lékaře s ohledem na poměr přínosu a rizika pro konkrétního pacienta. Pacientům s hereditární intolerancí fruktózy (hereditary fructose intolerance, HFI) nesmí být tento přípravek podán, pokud to není nezbytně nutné. U každého pacienta musí být před podáním tohoto léčivého přípravku zjištěna podrobná anamnéza se zaměřením na symptomy HFI. **Interakce:** Interakce eptinezumabu se současně podávanými léky, které jsou substráty, induktory nebo inhibitory enzymů cytochromu P450, se nepovažují za pravděpodobné. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Vyepti v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Je známo, že lidský IgG se v prvních dnech po porodu vylučuje do mateřského mléka a jeho koncentrace brzy poté klesá na nízké hodnoty; v důsledku toho nelze vyloučit riziko pro kojené dítě v tomto krátkém období. Po tomto období je možné zvážit použití eptinezumabu během kojení, pouze pokud je to klinicky indikováno. **Nežádoucí účinky:** Časté: Nazofaryngitida, hypersenzitivní reakce, reakce související s infuzí, únava. Méně časté: Anafylaktická reakce. **Předávkování:** V případě předávkování má být pacient léčen symptomaticky a podle potřeby mají být zavedena podpůrná opatření. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem a neprotřepávejte. Uchovávejte injekční lahvičku v krabičce, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po vyjmutí z chladničky musí být přípravek Vyepti při uchovávání v původní krabičce při pokojové teplotě (do 25 °C) spotřebován do 7 dnů, jinak musí být zlikvidován. Pokud je uchováván při vyšší teplotě nebo po delší dobu, musí být zlikvidován. Po naředění může být roztok uchováván při pokojové teplotě (do 25 °C) nebo v chladničce při teplotě 2 °C – 8 °C. Po naředění musí být infuze infuzního roztoku přípravku Vyepti podána do 8 hodin. **Dostupné velikosti balení:** Vyepti 100 mg koncentrát pro infuzní roztok je k dispozici v balení po 1 injekční lahvičce k jednorázovému použití. Vyepti 300 mg koncentrát pro infuzní roztok je k dispozici v balení po 1 injekční lahvičce k jednorázovému použití. **Držitel rozhodnutí o registraci:** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, 2500 Valby, Dánsko. Registrační čísla: EU/1/21/1599/001–003. **Datum revize SmPC:** 12. 9. 2024. **Datum revize zkrácené informace:** 12. 12. 2025. **URČENO PRO ODBORNOU VEREJNOST.** Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis s omezením. Přípravek Vyepti 100 mg koncentrát pro infuzní roztok je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek Vyepti 300 mg koncentrát pro infuzní roztok není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Aktuální výši a podmínky úhrady naleznete na www.sukl.gov.cz. **Úplnou informaci o přípravku obdržíte na adrese:** Swixx Biopharma s.r.o., Hyberská 1034/5, 110 00 Praha 1, tel.: +420 242 434 222. Podrobné informace o tomto přípravku jsou uveřejněny na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. Nežádoucí účinky musí být hlášeny Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv www.sukl.gov.cz/ nežádouciucinky nebo společnosti Swixx Biopharma s.r.o. prostřednictvím e-mailu: medinfo.czech@swixxbiopharma.com.

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

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

PM-CZ-2026-3-1973



AJOVY® (fremanezumab) injekce 225 mg/1,5 ml



Jediný schválený
anti-CGRP lék,
který nabízí flexibilní
čtvrtletní a měsíční
dávkování¹



Dlouhodobý účinek
a nízké riziko
wearing-off
efektu²



Léčba AJOVY®
je bezpečná
i u pacientů
s kardiovaskulárním
onemocněním³⁻⁵



Pacientský program
a www.migrena-kompas.cz
web pro pacienty

MIGRÉNA UŽ VÁŠ ŽIVOT NEZASTAVÍ

Literatura: 1. AJOVY 225 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce, AJOVY 225 mg injekční roztok v předplněném peru. SPC, aktualizace textu 03/2025. 2. Cohen-Barak, et al. Cephalgia 2018;18:1960–1971. 3. Silberstein, et al. The impact of fremanezumab on medication overuse in patients with chronic migraine: subgroup analysis of the HALO CM study. The Journal of Headache and Pain 2020. <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01173-8>. 4. Dodick DW, et al. JAMA 2018;319:1999–2008. 5. Nahas SJ, et al. Presented at: American Academy of Neurology (AAN) 2020 Annual Meeting; April 25–May 1, 2020. AJO- CZ-00441

AJOVY[®]

(fremanezumab)
injekce 225 mg/1,5 ml

NÁZEV PŘÍPRAVKU: AJOVY 225 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce, AJOVY 225 mg injekční roztok v předplněném peru.

SLOŽENÍ: Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje fremanezumabum 225 mg. Jedno předplněné pero obsahuje fremanezumabum 225 mg. Fremanezumabum je humanizovaná monoklonální protilátka vyráběná technologií rekombinantní DNA v ovariálních buňkách křečička čínského (CHO buňky). Pro úplný seznam pomocných látek viz bod 6.1 plného znění SPC. **Terapeutické indikace:**

Přípravek AJOVY je indikován k profylaxi migrény u dospělých, kteří mívají migrénu nejméně 4 dny v měsíci.

Dávkování a způsob podání: Léčbu má zahájit lékař, který má zkušenosti s diagnostikou a léčbou migrény. Léčba je určena pro pacienty, kteří v době zahájení léčby fremanezumabem mívají migrénu nejméně 4 dny v měsíci. Přípravek má dvě možné varianty dávkování: 225 mg jednou měsíčně (měsíční dávkování), nebo 675 mg každé tři měsíce (čtvrtletní xq). Při zahájení léčby fremanezumabem je možné pokračovat v konkomitantní preventivní léčbě migrény, pokud to předepisující lékař pokládá za nezbytné (viz bod 5.1). Přínos léčby je třeba vyhodnotit do 3 měsíců po jejím zahájení. Další rozhodnutí o případném pokračování léčby je třeba činit individuálně na základě stavu pacienta. **Starší pacienti:** Údaje o použití fremanezumabu u pacientů ve věku ≥ 65 let jsou omezené. Na základě výsledků populační farmakokinetické analýzy není nutná žádná úprava dávky (viz bod 5.2). **Porucha funkce ledvin nebo jater:** Není nutná žádná úprava dávky (viz bod 5.2). **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku AJOVY u dětí a dospívajících ve věku do 18 let nebyla dosud stanovena. Nejsou dostupné žádné údaje. **Způsob podání:** Subkutánní podání.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku uvedenou v bodě 6.1. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hypersenzitivní reakce byly hlášeny u méně než 1 % pacientů. **Závažná kardiovaskulární onemocnění:** Pacienti s určitými závažnými kardiovaskulárními onemocněními byli z klinických studií vyloučeni (viz bod 5.1). Pro tyto pacienty nejsou k dispozici žádné údaje o bezpečnosti. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Na základě vlastností fremanezumabu se neočekávají žádné farmakokinetické lékové interakce.

Fertilita, těhotenství a kojení: Studie reprodukční toxicity na zvířatech nenaznačují přímé ani nepřímé škodlivé účinky (viz bod 5.3). Podávání AJOVY v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. **Kojení:** Není známo, zda se

fremanezumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojene děti proto nelze vyloučit. **Fertilita:** Dostupné neklinické údaje nenaznačují vliv na fertilitu (viz bod 5.3).

Nežádoucí účinky: Často hlášenými nežádoucími účinky léčiva byly lokální reakce v místě aplikace injekce (indurace [17 %], erytém [16 %] a pruritus [2 %]). **Hypersenzitivita a imunogenita:** Ve studiích se u 0,4 % pacientů vyvinuly protilátky (anti-drug antibodies, ADA). Měly velmi nízké titry. Bezpečnost a účinnost fremanezumabu nebyly vývojem protilátek ADA ovlivněny. **Hlášení podezření na nežádoucí účinky:** Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky prostřednictvím národního systému hlášení nežádoucích účinků uvedeného v Dodatku V.

Seznam pomocných látek: histidin, monohydrát histidinhydrochloridu, sacharóza, dihydrát dinatrium-edetátu (EDTA), polysorbát 80 (E 433), voda pro injekci.

Doba použitelnosti: Inj. pero: 3 roky, inj. stříkačka: 3 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C–8 °C). Chraňte před mrazem. Předplněné injekční stříkačky nebo předplněná pera uchovávejte v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. Přípravek AJOVY lze uchovávat mimo chladničku po dobu až 7 dní při teplotě do 30 °C. Přípravek AJOVY se musí zlikvidovat, pokud se nachází mimo chladničku déle než 7 dní. Jakmile začnete přípravek uchovávat při pokojové teplotě, nevracejte jej zpět do chladničky.

Druh obalu a obsah balení: Předplněná injekční stříkačka obsahuje 1,5 ml roztoku v injekční stříkačce ze skla typu I o objemu 2,25 ml s pistovou zátkou (z brombutylové pryže) a jehlou. Předplněné pero obsahuje 1,5 ml roztoku v injekční stříkačce ze skla typu I o objemu 2,25 ml s pistovou zátkou (z brombutylové pryže) a jehlou.

DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI: TEVA GmbH, Graf-Arco-Str. 3, 89079 Ulm, Německo.

REGISTRAČNÍ ČÍSLO/REGISTRAČNÍ ČÍSLA: Předplněná injekční stříkačka: EU/1/19/1358/001 – 1 předplněná injekční stříkačka, EU/1/19/1358/002 – 3 předplněné injekční stříkačky. Předplněné pero: EU/1/19/1358/003 – 1 předplněné pero, EU/1/19/1358/004 – 3 předplněné pera.

DATUM PRVNÍ REGISTRACE/PRODLOUŽENÍ REGISTRACE/ AKTUALIZACE TEXTU: Datum první registrace: 28. března 2019. Aktualizace: 03/2025.

Lék je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Výdej na lékařský předpis. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky <http://www.ema.europa.eu>.

teva

Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o.
Business park Futurama, Sokolovská 651/136A, 180 00 Praha 8
tel.: +420 251 007 111
www.teva.cz

Vydura[®] 75 mg

perorální lyofilizát
rimegepant



JEDNO SNADNÉ ŘEŠENÍ pro různé migrenózní stavy¹



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

REFERENCE: 1. SPC přípravku Vydura[®]

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00, Praha 5 www.pfizer.cz PP-NNT-CZE-0345

Pfizer

XVI. symposium o léčbě bolesti s mezinárodní účastí
Kolektiv autorů, sborník abstrakt

ISBN 978-80-88112-22-8

Vydal:

TA-SERVICE s.r.o.

Hlinky 48, 603 00 Brno

2026