proLékaře.cz | 6.11.2026

SEKCE NELÉKAŘSKÝCH PRACOVNÍKŮ

S1. Historie a současnost z pohledu sestry na NCH klinice

Želízková M, Bernardová L
Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a ÚVN Praha

V krátkém přehledu chceme ukázat vývoj na Neurochirurgické klinice ÚVN Praha očima sester. V přednášce se budeme snažit porovnat pracovní pomůcky, způsoby vedení dokumentace, styl práce, přičemž vycházíme z dostupných dobových materiálů získaných v ÚVN.

S2. Historie neurochirurgie

Staňková J, Svatoňová P
Neurochirurgická klinika, JIP LF UK a FN Hradec Králové

Moderní neurochirurgie je mladý obor, přesto první „operační" zákroky jsou datované již do 25 tis. let př.n.l., z této doby pochází nejstarší trepanovaná lebka nalezená na území Polska. Na našem území se datuje nález z 3–5 tis. let př.n.l. u Znojma. Prvotní příčinou trepanace byla označována přítomnost „zlého ducha" v mysli pacienta. Snahou bylo odstranění bolestí hlavy a migrény. Mezi další techniky patřilo: vrtání, škrábání a řez. V době kamenné přežilo asi 30 % trepanovaných. Ve starověku a středověku přežíval zhruba jeden ze sta. Tajemství úspěchu prehistorických trepanátorů spočívalo v tom, že pracovali v mnohem hygieničtějších podmínkách, což výrazně snižovalo riziko infekce. Nejstarší písemné informace chirurgické povahy pocházejí z Egypta. S příchodem našeho letopočtu se nové písemné informace týkající se hlavy či nervového systému neobjevují. Na konci 16. stol. a na počátku 17. stol. se začínají více prosazovat anatomické studie. Dalším výrazným přínosem bylo použití narkózy v roce 1846 a v roce 1870 proběhla operace intubovaného pacienta. Nesmíme také zapomenout na operace páteře. V roce 1882 byla ve Vídni provedena laminektomie. Velkým přelomem v neurochirurgii se stalo používání mikroskopu a mikrochirurgie, poté CT a MR. Mezi významné osobnosti patří dr. Jirásek, který spolupracoval se zakladatelem české neurologie Kamilem Hennerem. Po 2. světové válce u nás začali moderní neurochirurgii rozvíjet prof. Petr z Hradce Králové a Z. Kunc z Prahy.

S3. Plzeňská neurochirurgie dříve a dnes

Berková V, Zemanová E
Neurochirurgické odd. FN Plzeň

Na neurochirurgické oddělení FN Plzeň jsem nastoupila 1. 9. 1985 coby čerstvá absolventka SZŠ. V té době sídlila neurochirurgie v Plzni na Borech. Oddělení mělo k dispozici 32 standardních lůžek a jeden operační sál dva dny v týdnu. V roce 1999 se naše pracoviště přestěhovalo do nových prostor v lochotínském areálu FN. To byl významný mezník v rozvoji NCH v Plzni. Získali jsme větší lůžkovou kapacitu, ale hlavně nově vznikla oborová jednotka intenzivní péče s 10 lůžky. Součástí oddělení je i elektrofyziologická laboratoř, logopedické pracoviště, rozšiřuje se i ambulantní trakt. To vše nám umožňuje poskytovat komplexní péči o neurochirurgického pacienta.

S4. Role sestry v klinické studii

Lysá M, Jáňová E
Neurochirurgická klinika LF MU a FN Brno

NCHK FN Brno se aktivně zúčastňuje mezinárodní studie zaměřené na zkoumání účinku léku proti vazospazmům mozkových cév. Klinická studie probíhá pouze u pacientů s diagnózou SAK, po operaci aneuryzmatu, kteří splňují vstupní kritéria studie. Významnou roli při této studii sehrává také ošetřující sestra pacienta. Ta pomáhá lékaři při získávání a zpracovávání údajů o pacientech, podílí se na pravidelném vyhodnocování stavu pacienta, včetně písemného zpracování dokumentace. Co vše je její povinností, bude obsahem přednášky „Role sestry v klinické studii".

S5. Úloha sestry při aplikaci telemedicíny v praxi

Suchánková J, Vyvlečková P, Glezgová V
Neurochirurgické odd., Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Zlín

Využití telemedicíny na neurochirurgickém oddělení.

proLékaře.cz | 6.11.2026

S6. Ošetřovatelská péče o pacienta po výkonech na multifunkčním sále – specifika výkonů a možnosti diagnostiky

Hviščová M, Hrušovská M
Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a ÚVN Praha

Díky vybavení a uspořádaní multifunkčního operačního sálu, jehož součástí je ,,tříteslová" MR, si mohou neurochirurgové v případe nejistoty ozřejmit nové topografické poměry v mozku či míše přímo v průběhu výkonu pomocí intraoperačních MR snímků. Díky tomuto vybavení jsou operatéři schopni zvýšit radikalitu, a tím i efektivitu výkonu, ale i bezpečnost. Neurochirurg může během operace zobrazit přesnou polohu jednotlivých mozkových struktur, díky tomu je schopen dokonale resekovat nádor, aniž poškodí důležité mozkové struktury. Primární a intraoperační MR se využívá u všech typů gliomů, kde toto vyšetření pomáhá zvýšit radikalitu zákroku a umožňuje redukovat rizika chirurgického výkonu. Druhou jasnou indikací je resekce adenomů hypofýzy, které jsou zde odstraňovány pomocnou endoskopickou intranazální metodou. Nyní se radikalita pohybuje kolem 90 %. MR po operaci umožňuje kvalifikovaněji rozhodnout o charakteru pooperační péče (zda pacient má být uměle ventilován nebo probuzen).

S7. Využití intraoperační MR při operacích v oblasti tureckého sedla endonazálním přístupem

Holubová J
Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a ÚVN Praha

Magnetická rezonance je zobrazovací metoda s velkým kontrastním rozlišením jednotlivých tkání, tzn. je schopna odlišit od sebe i tkáně s velmi obdobnou strukturou. Intraoperační MR se využívá během operací nádorů v oblasti tureckého sedla, jako jsou např. adenomy hypofýzy, meningeomy a kraniofaryngeomy. Její podstatou je propojení MR s operačním sálem pomocí speciálního posuvného systému. Výhodou je větší radikalita výkonu během jedné anestezie a možnost intraoperační kontroly. Použití je však kontraindikováno u osob s některými typy elektronických nebo kovových implantátů.

S8. Neuronavigace

Smeták O, Navrátilová P
Neurochirurgická klinika, JIP LF UK a FN Hradec Králové

Neuronavigace je metoda, která přispívá k maximální šetrnosti a přesnosti operace. Minimalizuje perioperační poškození. Informuje operatéra o přesnosti jeho postupu. Dostupné systémy jsou magnetické a optické. Nejrozšířenějším systémem je navigace na optickém principu. V blízkosti operačního pole jsou dvě kamery. Na nástrojích a hlavě nemocného jsou pro kamery viditelné optické značky. Každá kamera vidí značky z jiného úhlu a po zpracování obrazu z obou kamer (optická triangulace) je vypočtena jejich poloha v prostoru. Navigace umožňuje plánovat přístupovou operační cestu (trajektorii) ještě před výkonem. Přednavigační CT vyšetření – jednotlivé řezy jsou 1 mm silné, kolmé k rovině podložky. Snímána je celá hlava. Po vyšetření jsou data transportována do výpočetní stanice navigačního přístroje. Zde jsou zpracována a počítač vytváří trojrozměrný model mozku nemocného. Hlava pacienta je upnuta do klasického tříbodového fixatéru s rámem, který je osazen optickými značkami. Proběhne registrace pacienta. Zobrazení souřadnic patologického ložiska v počítačovém systému probíhá v reálném čase a umožňuje velmi rychlé grafické výpočty. Na obrazovce jsou zobrazovány veškeré operace. Svůj postup operatér může sledovat na trojrozměrném modelu a může se držet předem naplánované trajektorie. Při odchylce je upozorněn. Výhody: snížení morbidity a mortality, zkrácení doby operačního výkonu, zmenšení přístupové cesty (kraniotomie), kratší doba hospitalizace a rekonvalescence. Závěrem dvě krátké kazuistiky.

S9. Práce sestry na multifunkčním sále u transnazálních operací

Ročeňová Z, Čipkalová G
Centrální operační sály, Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a ÚVN Praha

Cílem přednášky je seznámit vás s prací sestry na multifunkčním operačním sále, s provozem v operační den, s postupem při operacích transnazálních, přiblížení úkolu perioperační magnetické rezonance z pohledu sestry.

proLékaře.cz | 6.11.2026

S10. Využití navigačního systému u kraniálních operací

Lukešová S, Tomášová K
Neurochirurgická klinika FN Ostrava

Tato přednáška představuje navigační systém používaný v neurochirurgii u kraniálních operací. Obsahem přednášky je poskytnout základní informace o navigačním systému, seznámit s výhodami, principem navigace a složením přístroje. Dále je zde zahrnuta obsluha a údržba přístroje na operačním sále.

S11. Práce sestry na multifunkčním sále u transkraniálních operací

Miľová L, Suchánková H, Dortová K
Centrální operační sály, Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a ÚVN Praha

Cílem přednášky je seznámit vás s prací sestry na multifunkčním operačním sále, s provozem v operační den, postupem při operacích transkraniálních, přiblížení úkolu perioperační magnetické rezonance z pohledu sestry.

S12. Intraoperačný neuromonitoring – úloha sestry

Hanesová E, Kocianová R, Havelová M, Pastorková M
Neurochirurgická klinika SZU a FNsP F. D. Roosevelta Banská Bystrica

Intraoperačný neuromonitoring – monitorovanie nervových funkcií počas operácie je štandardný výkon pri operáciách expanzívnych procesov v elokventných oblastiach mozgu. Úlohou sestry je zabezpečenie sledovania motorických funkcií nervov snímaním natívnych EMG záznamov alebo vizuálne. Na monitorovanie používame iba ihlové elektródy. Pri „awake kraniotómii", kedy sa sledujú rečové funkcie, je potrebné špeciálne rúškovanie, aby pacient po prebudení mohol dobre vidieť a rozprávať. Operatér pomocou priamej kortikálnej stimulácie určí rozsah extirpácie. Neuromonitoring prináša pacientovi väčšiu bezpečnosť pri operácii z hľadiska zachovania nervových funkcií.

S13. Arteriovenózní malformace

Václavová S, Horáková J
Centrální operační sály, Neurochirurgické odd., FN Plzeň

Úvod prezentace je věnován anatomii a fyziologii cévního zásobení mozku. Dokonalá diagnostika za pomoci angiografického vyšetření umožňuje zvolit ideální postup při léčbě arteriovenózní malformace. Léčbu operační zpravidla u menších a dobře přístupných malformací, u větších malformací bývají některé přívodné cévy nejprve endovaskulárně embolizovány a následně je malformace operována nebo embolizována zcela. U hluboko uložených malformací bývá volena léčba gama nožem (neprovádíme na našem pracovišti). Samostatnou kapitolu představují kavernomy. Součástí prezentace jsou zajímavé kazuistiky.

S14. Endoskopické endonazální operační přístupy

Škrášková P, Kelbich T
Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a ÚVN Praha

Endoskopické endonazální resekce hypofyzárních adenomů a jiných lézí baze lební představují minimálně invazivní techniku, která je používána od konce 90. let. Tato technika rozšiřuje indikační kritéria pro endonazální výkony. V mnoha případech umožňuje resekci tumoru baze lební bez nutnosti kraniektomie. Jako každá nová technika přináší nejen zvýšení komfortu pro pacienty, ale též specifické komplikace, které musí být prospektivně hodnoceny a průběžně minimalizovány. Hlavní komplikací této metodiky je zvýšené riziko pooperační likvorey.

S15. Hluboká mozková stimulace (DBS) z pohledu sálové sestry

Foukalová R, Čepová Lucie
Operační sál, Neurochirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Autorky se v této přednášce zabývají přípravou operačního sálu, potřebného instrumentária a implantátů k danému operačnímu výkonu a průběhem operačního výkonu z pohledu sálových sester.

proLékaře.cz | 6.11.2026

S16. Operace hypofýzy transnazálním přístupem – tři úhly pohledu

Watzingerová G, Tlačbabová L, Havlíková L
Neurochirurgická klinika LF MU a FN Brno

Předoperační příprava a pooperační péče u pacienta po operaci hypofýzy transnazálním přístupem, spolupráce sester, lékařů a operačního sálu.

S17. Bazálně stimulující péče u neurochirurgického pacienta

Dvořáková H
OIPCHO ÚVN Praha

Bazální stimulace se stává nedílnou součástí ošetřovatelské péče. Koncept původem z Německa je využíván jak u těžce postižených osob, tak u hospitalizovaných pacientů v nemocnici. Jedním z oborů, kde lze bazální stimulaci implementovat do praxe, je neurochirurgie. Díky otevřenosti konceptu je možné péči po mozkových operacích individuálně plánovat tzv. každému na míru. Koncept pomáhá uvědomit si sám sebe, zorientovat se v okolí a navázat komunikaci. Sestra je průvodcem pacienta na stejné cestě ve stejnou dobu a po stejný čas.

S18. Korekční osteotomie C-páteře u Bechtěrevovy choroby

Sandholcová J
Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a ÚVN Praha

Bechtěrevova choroba je autoimunitní onemocnění napadající vazy podél páteře, které zabezpečují její stabilitu a pohyblivost. Bývají také postiženy klouby mezi jednotlivými obratli a pak kloubní spojení kosti křížové a pánve. Pro takto postiženého člověka choroba představuje nejen mnohá zdravotní rizika, ale i omezení společenského života v důsledku ztráty obratnosti a větší náchylnosti ztuhlé páteře k úrazům. Řešením, alespoň částečným, je korekční osteotomie. Osteotomie je operační výkon, který spočívá v rozvolnění srostlých obratlů a jejich následném zpevněním kvůli zachování oporné funkce páteře. Výhodou této operace je jak zlepšení pohyblivosti páteře, tak i jednoznačné zlepšení psychického stavu nemocného, který má znovu možnost konat pohyby, které díky nemoci už nebyly možné. Nevýhodou je značně vysoké riziko pooperačních komplikací.

S19. Péče o nemocné s transverzální lézí míšní

Schwabe O, Alexy J
Neurochirurgické odd., JIP FN Plzeň

Poranění míchy patří mezi nejzávažnější traumata. Postihují především mladší věkové skupiny a často zanechávají trvalý těžký neurologický deficit. Většinu pacientů tvoří muži ve věku 15–35 let. Mícha je nejčastěji poraněna v krční oblasti a na přechodu hrudního a bederního úseku páteře. Příčinou míšních poranění jsou zejména dopravní nehody, pracovní a sportovní úrazy, v letním období dominují skoky po hlavě do neznámé vody. Naše přednáška je zaměřena na ošetřovatelskou péči o nemocné s TLM. O tyto pacienty by se měl starat celý tým odborníků, včetně fyzioterapeuta a psychologa. Velký význam má zapojení rodiny. Součástí naší přednášky je kazuistika jednoho našeho pacienta. 14. 7. v ebrietě skočil po hlavě do vody. Byl přijat na naši JIP s kombinovaným poraněním krční páteře s poraněním míchy v oblasti C4–7. V přednášce uvádíme i statistiku nemocných s TLM hospitalizovaných na našem pracovišti.

S20. Traumatologický plán pohledem sestry

Borýsková H, Pajtlová M
Neurochirurgická klinika LF MU a FN Brno

Přednáška popisuje organizaci práce celého zdravotního týmu – lékařského i ošetřovatelského v rámci traumatologického plánu na naší neurochirurgické klinice i mimo ni.

proLékaře.cz | 6.11.2026

S21. Miniinvazivní stabilizace

Šeďová I
Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a ÚVN Praha

Stabilizace páteře je operační výkon, při němž je páteř zpevněna (dlažkami a šrouby). Provádí se při degenerativním onemocnění páteře. Nový miniinvazivní přístup spočívá v minimálním zhmoždění měkkých tkání, zejména svalů umístěných podél páteře. U nového postupu je nespornou výhodou hlavně menší krevní ztráta, která je až čtyřikrát nižší než u běžných standardních výkonů. K dalším prioritám této techniky patří celkový pooperační stav pacienta. V prvních dnech po zákroku pacient vnímá menší bolest a daleko rychlejší průběh má i celková rehabilitace. Obézní pacienti a nemocní s rozsáhlejším postižením však nejsou k tomuto výkonu indikováni.

S22. Výzkum v ošetřovatelství – pooperační léčba bolesti

Gondášová J, Pouzarová O
Neurochirurgické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.

Bolest: základní pojmy. Určování intenzity bolesti. Typy bolesti: rozdělení. Léčba: analgetický žebříček WHO. Léčba bolesti po neurochirurgických operacích. Analgezie dle druhu operace. Použití opiátů: stupnice VAS. Shrnutí nejčastějších způsobů podávání analgetik na neurochirurgickém oddělení.

S23. 3D implantáty kalvy

Janstová R, Jelínková P, Hrdličková L
Neurochirurgická klinika, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice o.z., Ústí nad Labem

Prezentace ukazuje nové možnosti použití 3D implantátů při náhradách defektů lebky. Na ilustrativní kazuistice je prezentováno zavedení a postupná expanze kožního expandéru a následná kranioplastika 3D implantátem zhotoveným na míru na základě počítačové rekonstrukce defektu kalvy pacientky.

S24. Bazální stimulace v intenzivní péči

Struhařová-Žofčáková M, Jurkovičová D
Neurochirurgická klinika LF MU a FN Brno

Prezentace poukazuje na potřebu integrace prvků bazální stimulace do ošetřovatelské péče o neurochirurgické pacienty na jednotce intenzivní péče. Seznamuje s úskalími, ale i úspěchy při používání konceptu bazální stimulace v praxi z pohledu pacienta, ošetřujícího personálu a samotné rodiny.

S25. Specifika NCH ambulance

Mrkvová P, Kacířová K
Neurochirurgická klinika FN Ostrava

Prezentace přibližuje strukturu a spektrum ambulantní péče. Poukazuje na problematiku objednávání pacientů k vyšetření, k plánovaným operačním výkonům, kontrolám po operaci a čekací doby k vyšetření. Zabývá se otázkami veškeré administrativy, která s ambulantní péčí souvisí. Navazuje část, která je věnována zkvalitňování komplexní péče a multioborové spolupráci.

S26. Pacient v ambulanci bolesti

Murdychová O, Pavelková J
Neurochirurgická klinika, Krajská zdravotní a.s., Masarykova nemocnice o.z., Ústí nad Labem

Prezentace je věnována provozu neurochirurgické ambulanci bolesti. Seznamuje s její historií, obsahuje spektrum intervencí a reakce na léčbu u pacientů s chronickými bolestmi.

proLékaře.cz | 6.11.2026

S27. Arteriovenózní malformace – léčebné modality, předoperační a pooperační péče

Fúrová L, Tejchmanová L
Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a ÚVN Praha

Cévní malformace se dělí na arteriovenózní malformace, kavernomy, venózní angiomy a kapilární teleangiektazie. Arteriovenózní malformace se mohou projevit intracerebrálním krvácením, epileptickými záchvaty, „steal" fenoménem, nebo jsou nalezeny v rámci vyšetřování pro bolesti hlavy pacienta, nebo jsou odhaleny zcela náhodně. Základními léčebnými modalitami jsou mikrochirurgická resekce, endovaskulární léčba (embolizace), radiochirurgické léčba (ozáření na Leksellově gama noži). Tyto léčebné modality mohou být použity jednotlivě nebo je možná jejich kombinace. U mnoha pacientů je též vhodné zvážit observaci pacienta. Tento postup volíme zejména v případech, kdy jsou jednotlivé léčebné modality zatíženy většími riziky než přirozený průběh observované arteriovenózní malformace.

S28. Zdravotnický asistent v ošetřovatelském týmu na JIP

Klodová I, Borýsková H
Neurochirurgická klinika LF MU a FN Brno

Od roku 2008 se na jednotlivých pracovištích v naší FN Brno objevují zdravotničtí asistenti. Jejich náplň výuky, včetně náplně jejich práce se ale poněkud liší od bývalé náplně zdravotních sester. Vzhledem k nedostatku zdravotních sester nalézají asistenti čím dál tím více své místo i na jednotkách intenzivní péče. Jak probíhá jejich práce pod dozorem, jaké je jejich využití, s jakými organizačními změnami je nutné počítat při jejich zařazení do pracovního procesu a mnohé další otázky řeší následující přednáška.

S29. Cévní malformace mozku z pohledu sestry

Kočí M, Kopecká D.
Neurochirurgická klinika FN Ostrava

Cévní malformace mozku představují pro nemocného přímé ohrožení života. Nejčastěji se projevují bolestmi hlavy, poruchami hybnosti, řeči, vznikem epileptického záchvatu. Je třeba je vždy řešit v týmu – neurolog, intenzivista, neurochirurg, radiolog. Diagnostika i terapie závisí na typu malformace – cévní výduť, arteriovenózní zkraty, kavernomy. Do popředí se dnes dostávají endovaskulární metody. Stav pacientů po výkonech bývá rozmanitý – vždy je důležitý monitoring vědomí, reaktivity, vitálních funkcí, bolesti a další. Dle stavu je u těchto pacientů využitelná bazální stimulace, metody kinestetiky. Důležitá je včasná rehabilitace, aktivizace. I přesto, že dochází na tomto poli v poslední době k velkému pokroku v diagnostických i terapeutických postupech, následky bývají často pro nemocného závažné. Je proto nutná včasná diagnostika, adekvátní ošetření a v neposlední řadě kvalitní ošetřovatelská péče.

S30. Glioblastoma multiforme – klinika, diagnostika, terapie, prognóza, specifická ošetřovatelská péče

Jeremiášová K, Beranová V
Neurochirurgická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Přednáška pojednává o jednom z nejmalignějších nádorů centrálního nervového systému, se kterým se na neurochirurgických odděleních setkáváme. První část se zabývá klinickým obrazem, který je směsí příznaků způsobených vlastností glioblastomu, diagnostikou, terapií a ne příliš příznivou prognózou pacienta s tímto onemocněním. Druhá část je zaměřena na specifika ošetřovatelské péče vyplývající z příznaků nemoci, které jsou rozděleny do dvou skupin, a to všeobecné (jako např. epileptický záchvat – u mnoha klientů typu grand mal) a ložiskové příznaky (mezi které řadíme parézy, plegie a dezorientaci). Literatura: Neurochirurgie (Jiří Náhlovský et al 2006); Základy speciální neurologie (Gerhard Waberžinek, Dagmar Krajíčková et al 2006) Sestra a akutní stavy od A do Z (B. Adams 1999).

proLékaře.cz | 6.11.2026

S31. Diagnostika a léčba normotenzního hydrocefalu – poster

Fučíková J, Chmelíková D, Nebřenská K
Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ a ÚVN Praha

Hydrocefalus je nahromadění mozkomíšního moku v mozkových komorách způsobené nepoměrem mezi jeho produkcí a vstřebáváním (poruchou pasáže nebo jeho resorpce). Obecným příznakem hydrocefalu je syndrom nitrolební hypertenze – bolest hlavy, nauzea, zvracení, spavost. Klinický obraz NPH je charakterizován pozvolným rozvojem klinické triády: poruchy chůze, inkontinence, demence. Nemocní s NPH podstupují vyšetření CT, MR, vyšetření chůze, neuropsychologické vyšetření a lumbální infuzní test (LIT) s následnou lumbální drenáží po dobu pěti dní. Soubor tvoří 25 pacientů s diagnózou NPH – u 13 nemocných byl výsledek LIT pozitivní, u 10 negativní, 1× byl výsledek nehodnotitelný a 1× test nebyl proveden pro nespolupráci nemocného. LD byla následně zavedena 22 nemocným. Z 25 vyšetřovaných byl V-P shunt zaveden u devíti z nich. Jednalo se o čtyři ženy a pět mužů ve věku 42–78 let (sedm s pozitivní reakcí na LD, jeden indikován dle klinického stavu a LIT a jeden jen dle klinického stavu). Zlepšení klinického stavu bylo zaznamenáno u 6 z 9 nemocných s poruchou chůze, u 5 z 8 nemocných s poruchou paměti a zlepšení sfinkterových obtíží udávalo 5 ze 7 nemocných. NPH je jedna z mála léčitelných demencí, výsledky operačního řešení jsou povzbudivé. Bohužel je mnoho nemocných s NPH léčeno pod diagnózou jiné kognitivní či neurologické poruchy, např. Alzheimerova či Parkinsonova choroba.

Reference:

1) Jacobs LD et al. Ann Neurol. 1996;39:285-294
2) Barak and Achiron. Eur Neurol. 2002;47:11
3) Kappos L, Clanet M, Sandberg-Wollheim M, Radue EW, Hartung HP, Hohlfeld R et al. Neutralizing antibodies and efficacy of interferon beta-1a. A 4-year controlled study. Neurology 2005; 65: 40–47
4) Devonshire et al. ECTRIMS, 2006. Abstract and Poster 316
5) Vyhláška MZ ČR č. 63/2007 Sb., o úhradě léčiv a potravin pro zvláštní účely

Zkrácená informace o přípravku AVONEX
Před předepsáním léku respektujte, prosím, celou odbornou informaci o léku AVONEX.
Zkrácená informace o léku: AVONEX 30 mikrogramů /0,5 ml injekčního roztoku. **Léčivo:** Jedna předplněná stříkačka 0,5 ml obsahuje 30 mikrogramů (6 mil.m.j.) Interferonum beta 1a. **Indikace:** relabsující sclerosis multiplex - roztroušenou sklerózou (RS), včasná léčba RS po první demyelinizační příhodě s aktivním zánětlivým procesem při potvrzení vysokého rizika rozvoje klinicky nesporné RS. **Dávkování:** Doporučená dávka činí 30 mikrogramů (0,5 ml roztoku) injikovaných i.m. jedenkrát týdně. *Na počátku léčby mohou pacienti začít buď na plné dávce 30 mikrogramů (0,5 ml roztoku), nebo na přibližně poloviční dávce jednou týdně, aby se mohli léčbě lépe přizpůsobit, a posléze zvýšit dávku na plných 30 mikrogramů (0,5 ml roztoku). Aby byla účinnost dostatečná, je třeba dosáhnout dávky 30 mikrogramů (0,5 ml roztoku) jednou týdně a po počátečním titračním období tuto dávku udržovat. Pro pacienty zahajující léčbu přípravkem AVONEX je k dispozici manuální titrační zařízení aplikující přibližně polovinu dávky. Léčba by měla být zahajována pod dohledem lékaře, který již má zkušenosti s terapií RS. Místo aplikace i.m. je třeba každý týden měnit. **Kontraindikace:** přecitlivělost na interferon beta, lidský albumin nebo pomocnou látku, zahájení léčby v těhotenství, těžké deprese a/nebo suicidální myšlenky. **Upozornění:** Při plánovaní gravidity je zapotřebí zvážit přerušení léčby. Zvláštní opatření pro použití léku pacientům s dřívějšími nebo stávajícími onemocněními: deprese, epilepsie, jaterní a renální selhání, srdeční onemocnění. Lék by neměl být podáván pacientům ve věku do 12 let. Interakce: se zvýšenou pozorností je třeba postupovat při podávání léku v kombinaci s léčivými přípravky, které mají úzký terapeutický index a jejichž clearance je ve větší míře závislá na jaterním cytochromu P450. **Nežádoucí účinky:** příznaky podobné chřipce, nejčastější bolesti ve svalech, zvýšená teplota, pocity mrazení, pocení, astenie, bolesti hlavy a nauzea. **Držitel rozhodnutí o registraci:** BIOGEN IDEC LTD., Berkshire, Velká Británie. Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. **Datum revize textu:** 12/2008

**Všimnete si prosím změny v informaci o přípravku.*

AV00-CZE-24571 Datum přípravy: únor 2009

Biogen Idec (Czech Republic) s.r.o., Na Strži 1702/65, 140 62 Praha 4, tel.: 222 191 640, fax: 222 191 783, www.biogenidec.com.

biogen idec™