proLékaře.cz | 25.11.2026

1.17. Extrapyramidová onemocnění III, cerebrovaskulární onemocnění II, demyelinizační onemocnění a likvorologie II

Potenciální nové elektrofyziologické markery pro adaptivní hlubokou mozkovou stimulaci.

L. Šmahovská[1,2], M. Lamoš[1,2], M. Bočková[1,2]

[1] *I. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně*

[2] *Výzkum mozku a lidské mysli, Středoevropský technologický institut, MU, Brno*

Cíl: Studium lokálních intrakraniálních potenciálu (LFP) z oblasti subtalamického jádra (STN) získaných prostřednictvím nového typu stimulátoru a detekce individuálních elektrofyziologických biomarkerů v rámci personalizovaného přístupu k programování hluboké mozkové stimulace a nových vstupních signálů pro tzv. adaptivní stimulaci (aDBS) u pacientů s Parkinsonovou nemocí (PN).

Metody: LPF byly registrovány na souboru pacientů s PN (n = 16) se zavedenou DBS STN během experimentálního protokolu, který zahrnoval 5 min klidového stavu a krátkou chůzi během vypnuté a zapnuté stimulace (po vysazení dopaminergní medikace). Výsledky byly hodnoceny pomocí základní spektrální analýzy, u některých pacientů byly možné již i kontroly s progresí v čase. Nakonec byla provedena analýza tzv. apediodických signálů LFP.

Výsledky: Spektrální analýzou jsme u většiny pacientů detekovali typické vrcholy (peaky) patologické beta aktivity, které jsou považovány za korelát hlavních hybných příznaků PN. Ty však nebyly přítomny u všech subjektů. Frekvence těchto beta peaků se navíc v s progresí v čase mění. Parametry aperiodických signálů byly hlubokou mozkovou stimulací významně modifikovány.

Závěr: Samotný výkon v beta frekvenčním pásmu má své limity pro klinickou praxi. Hodnocení aperiodických komponent v LFP má potenciál lépe reflektovat patologickou aktivitu neuronální sítě a může do budoucna sloužit jako nový významný klinický marker pro aDBS.

Analýza okulomotorických parametrov pacientov s Parkinsonovou chorobou v pokročilom štádiu

Š. Janovič[1], A. Martinkovičová[1], I. Straka[1], L. Hapáková[1], P. Martiš[1], P. Valkovič[1,2], Z. Košutzká[1]

[1] *II. neurologická klinika LFUK a UN Bratislava, SR*

[2] *Centrum experimentálnej medicíny, Slovenská akadémia vied, Bratislava, SR*

Úvod: Okulomotorické paradigmy predstavujú okno do kognitívneho sveta pacientov s Parkinsonovou chorobou. Okrem asociácie vzťahu medzi okulomotorickými parametrami a kognitívnym stavom, sa vyšetrenie očných pohybov uplatňuje aj ako senzitívny biomarker monitoringu progresie ochorenia či prediktora motorických komplikácií v pokročilých štádiách ochorenia. Zmeny na úrovni prosakád ktoré predstavujú formu reflexnej odpovede riadenú subkortikálnymi štruktúrami sa manifestujú predĺženými latenciami a skrátenou rýchlosťou až v neskorších štádiách ochorenia. V počiatočných štádiách sú anomálie zjavnejšie pri antisakádach, vzhľadom na zložitejšiu neurofyziológiu v podobe inhibície reflexnej prosakadickej odpovede so zapojeným frontálneho kortexu. Aktuálne dáta v tejto problematike sú značne limitované s pomerne malou vzorkou pacientov s pokročilou formou Parkinsonovej choroby.

Metodika: Cieľom štúdie bola analýza okulomotorických dát a ich porovnanie s kognitívnym a klinickým stavom, u pacientov s Parkinsonovou chorobou indikovaných na liečbu hlbokou mozgovou stimuláciou. Do štúdie bolo zaradených 7 pacientov s priemerným vekom 60 rokov a dĺžkou trvania ochorenia v rozmedzí 5–15 rokov (priemer 9,5 roka). Okulomotorické dáta boli vyhotovené pomocou eye trackera (EyeTracker T2) v najlepšom motorickom ON stave (najlepší účinok dopaminergickej liečby) s následnou analýzou softvérom Myeyeanalysis verzia 1.21. Klinické dáta boli hodnotené špecialistom na extrapyramídové ochorenia v podobe motorickej časti škály Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS 3). Neurokognitívne ukazovatele a testy impulzivity boli získané pomocou neuropsychologickej sady testov (MoCA, testy frontálnej fluencie, QUIP-RS, Barratova škála impulzivity) cestou neuropsychológa. Analýza a následne spracovanie dát bolo realizované pomocou štatistického programu SPSS verzia 29.01.

Výsledky: Z celkového množstva analyzovaných pacientov (n = 7) vyplýva, že horšie skóre v motorickej časti škály MDS-UPDRS-3 (viac bodov) v ON stave je asociovaná so zvýšeným trvania latencií prosakád (r = 0,64) a antisakád (r = 0,57) s vyšším podielom antisakadickej chybovosti (r = 0,68) a paradoxným zvýšením rýchlosti prosakád (r = 0,49). Z pohľadu kognitívnych ukazovateľov, zlepšenie kognitívnych ukazovateľov (MoCA) ako aj exekutívnych funkcií (testy fluencie) sa nepreukázala dostatočná silná korelácie a signifikancie na úrovni trvania latencií prosakád a antisakád (prosakády latencie – MoCA (r = –0,26), antisakády latencie – MoCA (r = –0,21)) bez výraznejšej zmeny na úrovni antisakadickej chybovosti (antisakadická chybovosť – MoCA (r = –0,01), (antisakadická chybovosť - testy fluencie (r = –0,007). Impulzivita vyhotovené na základe dotazníkov Barratovej škály impulzivity a dotazníka pre impulzívno-kompulzívne poruchy u Parkinsonovej choroby (QUIP-RS) nebola v našej štúdií asociovaná s významnejšou zmenou na úrovni trvania latencií prosakád (Barratova škála r = 0,048, QUIP-RS r = –0,2) alebo antisakád (Barratova škála r = 0,027,QUIP-RS r = 0,01) či významnej zmeny antisakadickej chybovosti (QUIP-RS r = 0,14, Barratova škála r = 0,06).

Záver: Horšie skóre v motorickej časti UPDRS v ON stave u pacientov s pokročilou formou Parkinsonovej choroby je spojené so skráteným trvania latencií prosakád ako aj antisakád. Z pohľadu zmien na úrovni rýchlosti prosakadickej odpovede je prítomné paradoxné zvýšenie rýchlosti prosakád. Lepší kognitívny stav na základe testov MoCA a testov frontálnych fluencií nie je dostatočne silno asociovaný so skráteným trvania latencií prosakád a antisakád bez významnejšej zmeny na úrovni antisakadickej chybovosti. Vzhľadom na pomerne malú vzorku pacientov je však potrebné poznamenať že uvedené výsledky je potrebné korelovať na väčšej skupine pacientov v budúcnosti. Napriek uvedenému faktu je možné záverovať že analýzy očných pohybov predstavuje vhodný doplnok v rámci kognitívneho vyšetrenia na posúdenie vhodnosti pokročilej liečby u pacientov s Parkinsonovou chorobou.

Tento projekt bol financovaný vďaka grantom VEGA číslo 1/0545/22 a 1/0527/22.

proLékaře.cz | 25.11.2026

Intraarteriální podání eptifibatidu může být účinnou a bezpečnou součástí endovaskulární léčbi akutní ischemické příhody

D. Černík[1], J. Neradová[1], V. Hliněná[1], F. Cihlář[2]

[1] *Komplexní cerebrovaskulární centrum, Neurologie, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, KZ a.s.*

[2] *Radiologická klinika Fakulty zdravotnických studií UJEP v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a. s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.*

Úvod: Úspěch technického provedení mechanické trombektomie (MT) závisí na mnoha faktorech. S ohledem na zkušenosti intervenčního radiologa a anatomické vaskulární odlišnosti jednotlivých pacientů má i technické limity. V našem souboru jsme se zaměřili na ověření účinnosti a bezpečnosti intraarteriálního podání eptifibatidu v případech, kdy standardními instrumenty nebylo dosaženo dostatečného stupně rekanalizace.

Metodika: Studie zahrnovala 1 350 pacientů, kteří podstoupili MT v letech 2008–2022. Neurologický deficit byl hodnocen pomocí škály National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) a klinický výsledek pomocí modifikované Rankinovy škály (mRS). Přítomnost symptomatického intracerebrálního krvácení (SICH) byla hodnocena podle kritérií SITS-MOST. U pacientů byl eptifibatid podáván v případě nedostatečné rekanalizace nebo v případě akutní periprocedurální tendence k reokluzi. Dosažená rekanalizace byla hodnocena pomocí Thrombolysis in Cerebral Infarction scale (TICI).

Výsledky: Eptifibatid byl během výkonu podán 181 pacientům (věk 67,8 ± 12,2 let, 57,5 % mužů). Ve skupině s eptifibatidem bylo dosaženo úspěšné rekanalizace (≥ TICI2b) v 80,1 %, incidence ICH byla 21,5 % a SICH 3,9 %. Ve skupině bez eptifibatidu bylo dosaženo úspěšné rekanalizace v 80,5 %, ICH se vyskytla u 19,9 % a SICH 5,2 % pacientů.

Závěr: Použití eptifibatidu je efektivní a bezpečný postup u technicky obtížnějších případů MT. Umožňuje dosáhnout obdobného stupně rekanalizace bez zvýšení rizika SICH.

Studie byla podpořena grantem IGA-KZ-2021-1-15.

Diagnostická přesnost zobrazení charakteristik aterosklerotického plátu v karotických tepnách pomocí neinvazivních zobrazovacích metod – systematický přehled a metaanalýza

D. Pakizer[1], P. Taffé[2], J. Kozel[1], J. Elmers[3], J. Feber[1,4], P. Michel[5], D. Školoudík[1], G. Sirimarco[2,6]

[1] *Centrum zdravotnického výzkumu, LF OU, Ostrava, ČR*

[2] *Centrum primární péče a veřejného zdraví, Ústav biostatistiky, Univerzita v Lausanne, Lausanne, Švýcarsko*

[3] *Lékařská knihovna, Univerzita v Lausanne, Univerzitní nemocnice Lausanne, Švýcarsko*

[4] *Nefrologická klinika, Ústav pediatrie, Dětská nemocnice Eastern Ontario, Ottawská univerzita, Ottawa, Kanada*

[5] *Cerebrovaskulární centrum, Neurologická klinika, Ústav klinických neurověd, Univerzitní nemocnice Lausanne, Lausanne, Švýcarsko*

[6] *Neurologická klinika, Ústav interní medicíny, Nemocnice Riviera Chablais, Rennaz, Švýcarsko*

Úvod: Složení karotických aterosklerotických plátů hraje hlavní roli v riziku cévní mozkové příhody nezávisle na stupni stenózy a lze jej detekovat neinvazivními diagnostickými metodami, vč. CT, MR a ultrasonografie (US). Cílem studie bylo odhadnout diagnostickou přesnost 1) celkových, 2) specifických, 3) nestabilních a 4) stabilních charakteristik karotického plátu pomocí těchto zobrazovacích metod ve srovnání s histologií u pacientů se symptomatickými a asymptomatickými karotickými pláty.

Metody: Prohledali jsme Medline Ovid, Embase.com, Cochrane Library a Web of Science. V prvním kroku byla hodnocena diagnostická přesnost neinvazivních metod v detekci charakteristik a v dílčí analýze pak přesnost metod v detekci nestabilního plátu. QUADAS-2 byl použit k posouzení kvality studií a k analýze dat byla použita jednorozměrná a dvourozměrná metaanalýza náhodného účinku.

Výsledky: Nalezli jsme 107 studií, jejichž výsledkem bylo 253 srovnání diagnostické přesnosti 16 celkových charakteristik karotického plátu (28 CT, 120 MR a 105 US studií). CT prokázalo nejvyšší diagnostickou přesnost pro detekci charakteristik karotického plátu (senzitivita 82 % [95 % CI: 76–87], specificita 93 % [95 % CI: 87–97], přesnost 89 % [95 % CI: 84–93]), zejména pro ulceraci, kalcifikaci a krvácení do plátu (IPH). Podobně vysokou přesnost měla MR (senzitivita 84 % [95 % CI: 81–86], specificita 89 % [95 % CI: 87–91], přesnost 87 % [95 % CI: 85–88]; p = 0,374 oproti CT), rozlišovala mezi stářím IPH a nejpřesněji detekovala fibrózní čepičku, zánět a neovaskularizaci. US prokázala signifikantně nižší specificitu a diagnostickou přesnost ve srovnání s CT a MR (senzitivita 78 % [95 % CI: 74–82], specificita 79 % [95 % CI: 74–82], přesnost 78 % [95% CI: 75– 81], p < 0,001). V dílčí analýze jsme zjistili, že MR má vysokou přesnost (90 % [95 % CI: 82–95]) v detekci nestabilního plátu, podobnou jako CT (86 % [95 % CI: 76–92]; p > 0,05), zatímco US vykazovala menší přesnost (80 % [95 % CI: 75–84]; p = 0,013). CT prokázalo vysokou diagnostickou přesnost při detekci nestabilních i stabilních charakteristik (89 % a 90 %) podobně jako MR (86 % a 89 %; p > 0,05); US měla nižší přesnost (77 %; p < 0,001 a 82 %; p > 0,05).

Závěr: CT a MR se zdají být vysoce výkonnými diagnostickými metodami pro celkové hodnocení karotického plaku a pro hodnocení nestabilního plátu, zatímco US prokázala významně nižší diagnostickou přesnost. CT dokáže přesně detekovat základní charakteristiky plátu, zatímco MR by měla být použita pro komplexní posouzení karotického plátu, protože může odhalit všechny charakteristiky plátu, což umožní lepší posouzení rizika mozkové příhody.

Monitorovanie plazmatických hladín priamych perorálnych antikoagulancií

L. Babálová[1], N. Žideková[2], M. Kertys[2], Š. Sivák[1], E. Kurča[1], K. Pršo[2], K. Brisudová[3], J. Mokrý[2], M. Samoš[3], T. Bolek[3], V. Nosáľ[1]

[1] *Neurologická klinika, JLF v Martine, UK v Bratislave, SR*

[2] *Ústav farmakológie, JLF v Martine, UK Komenského v Bratislave, SR*

[3] *I. interná klinika JLF v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, SR*

Úvod: Priame perorálne antikoagulanciá majú v dnešnej dobe široké indikačné spektrum. Stanovenie ich hladiny v plazme nie je rutinne odporúčané ani potrebné, avšak poznáme situácie, kedy je to vhodné.

Metodika: Vedecká práca sa zaoberá vývojom a validáciou metódy vhodnej na súčasnú kvantifikáciu koncentrácie apixabanu, rivaroxabanu, edoxabanu aj dabigatranu v plazme, využívajúc kvapalinovú chromatografiu s hmotnostnou spektrometriou. Pacientom nastaveným na liečbu perorálnymi antikoagulanciami boli odoberané vzorky krvi tesne pred užitím

proLékaře.cz | 25.11.2026

a 2 h po užití liečby. U pacientov s akútnou cievnou mozgovou príhodou na liečbe priamymi perorálnymi antikoagulanciami boli vzorky odoberané v čase prijatia na Neurologickú kliniku Univerzitnej nemocnice Martin.

Výsledky a záver: Na záver môžeme konštatovať, že metóda bola úspešne validovaná, pričom jej výhodou je krátky čas analýz ako aj rýchla a jednoduchá predpríprava vzorky.

Roztroušená skleróza u dětí – epidemiologická studie a aktuální trendy léčby v České republice

P. Hanáková[1,2], kolektiv autorů Kliniky dětské neurologie[2], kolektiv autorů RS Center pro děti a dospělé[3], M. Dufek[1], A. Mazouchová[4], J. Drahota[4]

[1] *RS Centrum při I. neurologické klinice LF MU a FN U sv. Anny v Brně*

[2] *Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno, Centrum pro epilepsie Brno*

[3] *Kolektiv autorů RS Center pro děti a dospělé v ČR*

[4] *ReMuS (The Czech Republic Multiple sclerosis patient registry)*

Roztroušená skleróza (RS) je chronické autoimunitní demyelinizační onemocnění nejčastěji se rozvíjející ve věku 20–40 let. Do 16 let se projeví pouze u 3 až 10 % pacientů (Frahm et al.). Incidence dětské RS je 0,13–0,66 na 100 000 dětí za rok (Waldman A et al.). Všeobecně je počátek onemocnění u dětí agresivnější s vyšším počtem atak, mezi nimiž je kratší interval. Naopak neurologický nález se po relapsu upravuje rychleji. To je přičítáno vyšší plasticitě a lepší regenerační schopnosti centrální nervové soustavy v dětském věku. Dětští pacienti dosahují sekundární progrese přibližně o 10 let později než dospělí jedinci. V České republice získáváme každoročně aktualizovaná data z celorepublikového registru ReMuS. Posluchače seznámíme s aktuální epidemiologickou analýzou dětí s RS v České republice k datu 30. 6. 2023. V přednášce se budeme věnovat nejen demografickým údajům získávaným od roku 2013, ale také odlišnostem v léčbě nemoci u dětských a dospělých pacientů. V další části prezentace se věnujeme vysoce účinné terapii u dětí (high efficacy therapy). Ukážeme, jak se odráží celosvětový trend v užívání těchto léčiv na celorepublikovém souboru dětí z České republiky. Diskutujeme benefity i rizika této léčby a upozorňujeme na její specifika v dětském věku. Závěrem zmíníme naše vlastní zkušenosti z RS Centra při I. neurologické klinice FN u sv. Anny v Brně.

Efektivita tixagevimabu/cilgavimabu (Evusheldu) u pacientů s RS a NMOSD na anti-CD20 terapii

D. Šťastná[1], M. Vachová[2], P. Dušek[1], G. Fištravec[3], J. Drahota[1], I. Menkyová[1,4], D. Horáková[1], E. Kubala Havrdová[1], P. Nytrová[1]

[1] *Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. LF UK a VFN v Praze, ČR*

[2] *Neurologické oddělení, Krajská zdravotní, a. s. – Nemocnice Teplice, o. z., Teplice, ČR*

[3] *Nadační fond IMPULS, Praha, ČR*

[4] *II. neurologická klinika LF UK a UNB, Bratislava, SR*

Úvod: Anti-CD20 terapie je jednou za základních strategií léčby pacientů s roztroušenou sklerózou (RS) a neuromyelitis optica a onemocnění jejího širšího spektra (NMOSD). Bohužel, u pacientů na této terapii je popisováno vyšší riziko těžšího průběhu onemocnění COVID-19 a je také limitována humorální odpověď na vakcinaci proti viru SARS-CoV-2. Jednou z možných strategií snížení rizik infekce COVID-19 je preventivní podání monoklonálních protilátek tixagevimabu/cilgavimabu (T/C). Cílém této práce bylo vyhodnotit efektivitu této strategie, respektive vliv podání T/C na výskyt infekce COVID-19.

Metodika: Data o RS, COVID-19, vakcinaci proti onemocnění COVID-19 a podání T/C byla sbírána ve dvou českých RS centrech prostřednictvím registru ReMuS v období od 1. 3. 2020 do 31. 12. 2022. Zařazeni byli dospělí pacienti s RS a NMOSD: 1. léčeni anti-CD20 terapií (okrelizumab, ofatumumab nebo rituximab) minimálně rok před podáním T/C, respektive minimálně od 1. 8. 2021 u kontrolní skupiny; 2. kteří zároveň v případě již proběhlé vakcinace či infekce COVID-19 byli již v době těchto událostí na terapii anti-CD20 a; 3. na terapii anti-CD20 byli minimálně do 100 dní po podání T/C, respektive minimálně 90 dní po 1. 8. 2022 u kontrolní skupiny. Analýza byla provedena metodami frekvenční (propensity score matching) i bayesovské statistiky (s využitím informativního i neinformativního apriorního rozdělení pravděpodobnosti).

Výsledky: Do studie bylo zařazeno celkem 47 pacientů s RS nebo NMOSD, kterým byl podán T/C 150/150 mg intramuskulárně (průměrný věk 45,7 let, medián doby trvání nemoci 12,5 roku). Pomocí metody propensity score matching bylo na základě věku, doby trvání nemoci a počtu podaných vakcín proti onemocnění COVID-19 přiřazeno 47 pacientů s RS nebo NMOSD (průměrný věk 46,6 let, medián doby trvání nemoci 11,4 let) ze skupiny 341 pacientů léčených anti-CD20 terapií, kterým T/C podán nebyl. Nikdo z pacientů, kterým byl podán T/C, neprodělal v rozmezí 10–100 dní po podání této sekundární prevence infekci COVID-19. V kontrolní skupině prodělali infekci tři pacienti. Frekvence onemocnění COVID-19 se mezi skupinami signifikantně nelišila (p = 0,242). Vzhledem k nízkému počtu pacientů byla doplněna i bayesovská analýza, za použití neinformativního apriorního rozdělení pravděpodobnosti byl medián relativního rizika covidu-19 po podání T/C 7,6 % (95% CrI 0,02–115,9 %). Aposteriorní hustota pravděpodobnosti rozdílu rizika menšího, než nula byla 96,4 %. Při použití informativního apriorního rozdělení pravděpodobnosti (na základě registrační studie přípravku Evusheld) byl medián relativního rizika covidu-19 po podání T/C 20,2 % (95% CrI 8,4–43,8 %). Aposteriorní hustota pravděpodobnosti rozdílu relativního risku covidu-19 menšího, než nula byla 100 %.

Závěr: Tato práce poukazuje na možnou dobrou efektivitu T/C (Evusheldu) u pacientů s RS a NMSOD na anti-CD20 terapii. Profylaktické podávání monoklonálních protilátek cílících na dominující variantu viru SARS-CoV-2 by tak mohlo být strategií snižující rizika spojená s infekcí COVID-19 v této populaci. Vzhledem k nízké frekvenci onemocnění COVID-19 však musíme výsledky této pilotní analýzy hodnotit velmi obezřetně. Zcela nezbytný je další výzkum na větších souborech pacientů.

Práce byla podpořena z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR, reg. č. NU22-A-150.

Čo sa môže skrývať za chronickou autoimunitnou demyelinizačnou polyneuropatiou?

I. Lisá

II. neurologická klinika LF UK a UNB, SR

Podľa dosiaľ platných diagnostických kritérií EFNS /PNS z roku 2010 chronická autoimunitná demyelinizačná polyneuropatia (CIDP) je

proLékaře.cz | 25.11.2026

charakterizovaná dva a viac mesiacov trvajúcou proximálnou a distálnou slabosťou končatín, hypo- až areflexiou šľachovookosticových reflexov na všetkých štyroch končatinách, poruchou citlivosti z postihnutia veľkých senzitívnych vlákien, možným postihnutím aj mozgových nervov a progresívnym, rekurentným alebo skokovitým priebehom. V patogenéze sa uplatňuje abnormálna imunitná reakcia s účasťou aktivovaných T lymfocytov, ale aj humorálnych faktorov s následnými zápalovými zmenami periférnych nervov a koreňov. Diagnóza sa stanovuje na základe klinického obrazu a priebehu ochorenia a výsledkov elektrofyziologických vyšetrení. Pomocnými kritériami sú výsledky vyšetrenia cerebrospinálneho likvoru, zobrazovacie vyšetrenia (USG a MR), bioptické vyšetrenie nervov a objektívne potvrdená terapeutická odpoveď na imunoterapiu. Na základe týchto diagnostických kritérií bola CIDP delená na možnú, pravdepodobnú a definitívnu CIDP. Ako bolo prezentované na poslednom kongrese EAN v Budapešti v júni 2023 sú už pripravené nové diagnostické kritériá , podľa ktorých sa bude CIDP deliť len na možnú a definitívnu, kde pri klinickom podozrení a nejednoznačnom výsledku elektrofyziologických nálezov sa bude vyžadovať na potvrdenie diagnózy prítomnosť dvoch zo štyroch pomocných kritérií. Aj na základe našich 25-ročných skúseností s liečbou pacientov s CIDP diagnostickým problémom sú najmä atypické formy CIDP predstavujúce až 40 % prípadov CIDP. Občas býva problémom odlíšiť tieto atypické formy CIDP aj od iných autoimunitných polyneuropatií /MMN, paraneoplastickej PNP, často asociovanej diabetickej PNP/ako i počiatočných štádií MND – ALS. Vylúčiť treba aj iné ochorenia, ktoré môžu byť s obrazom CIDP asociované. Aj v literatúre býva uvádzaná nesprávne stanovená diagnóza CIDP až u 50–60 % pacientov (1,2). Zo skupiny 65 pacientov s CIDP liečených na našej ambulancii pre demyelinizačné ochorenia bola diagnóza CIDP revidovaná u 15. Najčastejšie potvrdená paraneoplastická PNP (u 10 pacientov), kde manifestácia nádorového ochorenia nasledovala až po diagnostikovaní a liečbe PNP. U 2 pacientov bola potvrdená metabolická príčina a u troch rozvoj klinického obrazu potvrdil ALS v úvode polyneuropatického charakteru. Naše skúsenosti potvrdzujú, že diagnostika CIDP nie je jednoduchá, pacientov nastavených na imunoterapiu treba pravidelne sledovať klinicky a hodnotiť efekt imunoterapie, ktorá v neposlednom rade je ekonomicky náročná. Taktiež potvrdzujú potrebu aktualizácie diagnostických kritérií CIDP.