



XV. Slapské symposium 2026

21. – 23. květen 2026

Programový sborník s abstrakty

Konferenční centrum / Vojenská
zotavovna Měřín
Slapy



ČRS | Česká revmatologická
společnost ČLS JEP

PARTNEŘI A VYSTAVOVATELÉ

GENERÁLNÍ PARTNER A PARTNER CENTER BIOLOGICKÉ LÉČBY



GENERÁLNÍ PARTNER



Johnson & Johnson

HLAVNÍ PARTNER

abbvie



PARTNER



medac



REIG JOFRE

PARTNER REGISTRACE

accord
We make it better

PODPORA

Farmakoterapie



VYSTAVOVATEL



SANDOZ

ZÁKLADNÍ INFORMACE

POŘADATEL:

Česká revmatologická společnost ČLS JEP a Vojenský rehabilitační ústav Slapy nad Vltavou

KOORDINÁTOŘI ODBORNÉHO PROGRAMU:

prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D.

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.

ORGANIZÁTOR:

Congress Prague s.r.o.

Vyšehradská 430/41

128 00, Praha 2

www.congressprague.cz

office@congressprague.cz

Odpovědný zástupce za organizační zajištění kongresu:

Petra Skalová

Tel.: 774 923 353

petra.skalova@congressprague.cz

Koordinátor pro partnery a vystavovatele

(farmaceutické společnosti):

Bohumil Sedlák

Tel.: 605 781 945

exhibitors@congressprague.cz

Koordinátor pro registrace a ubytování:

Silvie Krejsková

Tel.: 775 948 924

silvie.krejskova@congressprague.cz

CERTIFIKÁTY

Vzdělávací akce je pořádaná dle Stavovského předpisu ČLK č. 16. Registrovaní účastníci, kteří absolvují odborný program, obdrží elektronický certifikát se **16 kredity**, s platností pro země EU, na svou elektronickou adresu do 14 dnů od skončení akce.

DOPROVODNÝ PROGRAM

Kongresové obědy 21., 22., 23. května

Obědy se podávají v místě konání.

Součástí registračního poplatku nejsou kongresové obědy.

Cena kongresových obědů s nealkoholickým nápojem je 550 Kč.

Diskusní fórum revmatologů s večeří 21. května

Čas konání: 20:00 hod.

Místo konání: Vojenská zotavovna Měříň

Cena: 690 Kč

Vstup na základě předložení zakoupené vstupenky.

Společná večeře pořádaná ČRS ČLS JEP 22. května

Čas konání: 20:00 hod.

Místo konání: Vojenská zotavovna Měřín

Cena: 1 250 Kč

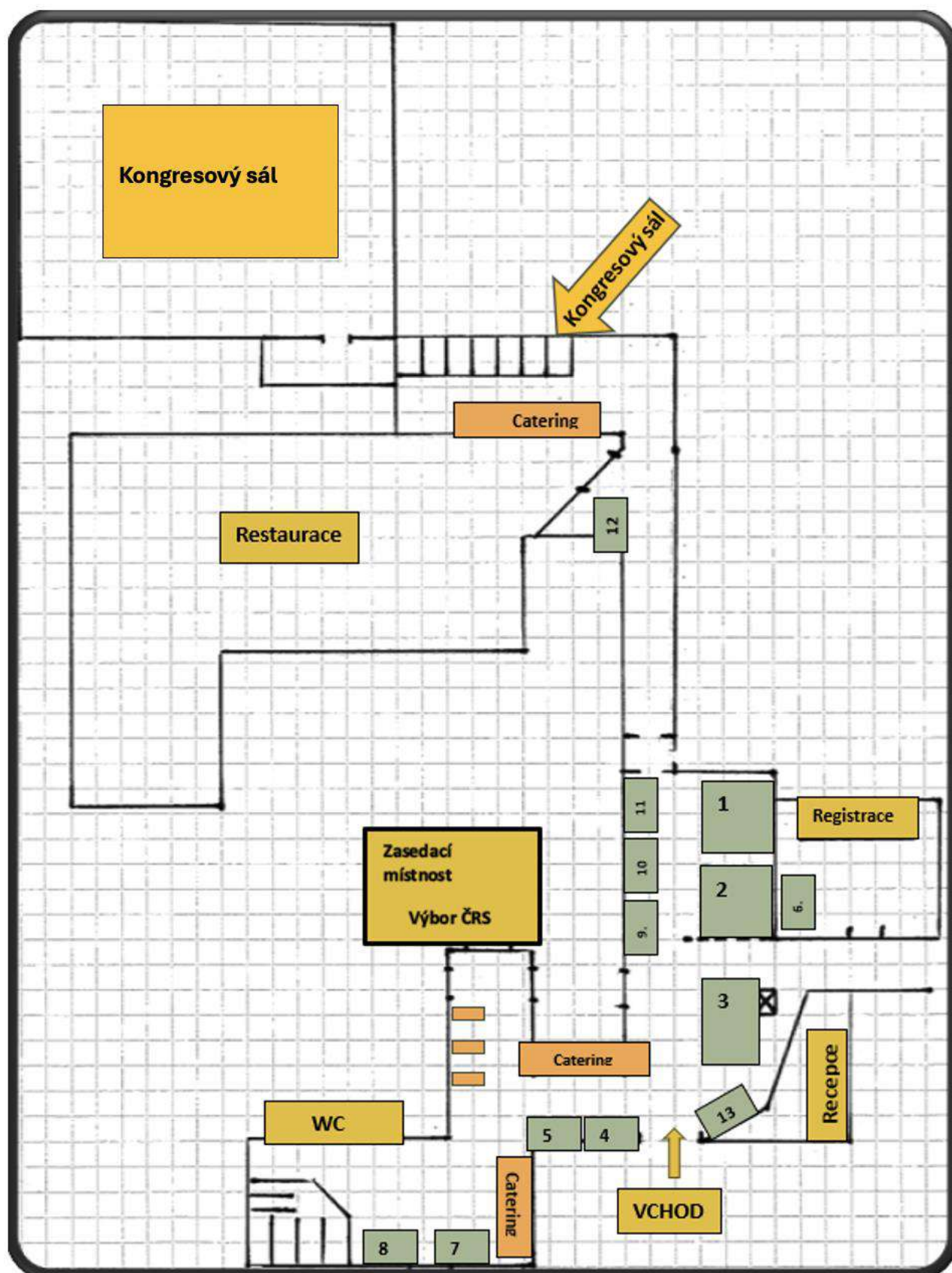
Vstup na základě předložení zakoupené vstupenky.

Společenská večeře není součástí programu kongresu a není hrazena ze sponzorských příspěvků farmaceutických firem. Pro účast je nezbytné zakoupit si vstupenku předem v rámci registrace nebo na místě v registračním centru kongresu do 22. května 2026 12:00 hod. Počet vstupenek je limitován kapacitou společenských prostor v místě konání.

PRAVIDLA PRO ÚČAST

- Vstup na kongres a doprovodnou výstavu firem je možný výlučně na základě platné registrace.
- Registrační průkaz obdrží každý registrovaný účastník při vstupu na kongres.
- V pracovní době kongresu je účastníkům k dispozici šatna s obsluhou.
- V mimopracovní době jsou kongresové sály uzavřeny. Nenechávejte v prostorách kongresových sálů, doprovodné výstavy apod. osobní věci. Vojenská zotavovna Měřín, pořadatelé a organizátor kongresu nenesou odpovědnost za jejich poškození nebo ztrátu.
- Věci vnesené a používané v průběhu kongresu v prostorách Vojenské zotavovny Měřín určených pro kongres nejsou předmětem pojištění.
- Účast na kongresu, činnost a pohyb ve vyhrazených kongresových prostorách nejsou předmětem pojištění osob.
- Ve všech prostorách vyhrazených pro kongres je přísný zákaz kouření. Prosíme, respektujte toto pravidlo.
- Bez výslovného souhlasu pořadatele nebo organizátora není v rámci prostor konání kongresu dovoleno pořizovat záznamy (zvukem, obrazem).

ORIENTAČNÍ PLÁNEK DOPROVODNÉ VÝSTAVY PARTNERŮ



ORIENTAČNÍ PLÁNEK DOPROVODNÉ VÝSTAVY PARTNERŮ

PLOCHA	VYSTAVOVATEL
1.	Swedish Orphan Biovitrum s.r.o.
2.	Celltrion Healthcare C.R. s.r.o.
3.	Johnson & Johnson, s.r.o.
4.	Biogen (Czech Republic) s.r.o.
5.	E&H services, a.s.
6.	REIG JOFRE Czech Republic s.r.o.
7.	Sandoz s.r.o.
8.	IBSA PHARMA s.r.o.
9.	AbbVie s.r.o.
10.	UCB, s.r.o.
11.	ACCORD HEALTHCARE s.r.o.
12.	NOVARTIS s.r.o.
13.	Fresenius Kabi s.r.o.



Jyseleca
umožňuje
dosažení
časné
a **dlouhodobé**
remise^{1,5}

a vrací pacientům
barvy do života²⁻⁴

Pro dospělé pacienty
se středně těžkou až těžkou
revmatoidní artritidou^{5*}

* Přípravek Jyseleca je indikován k léčbě středně těžké až těžké aktivní revmatoidní artritidy u dospělých pacientů s nedostatečnou odpovědí nebo s intolerancí na jeden či více chorobu modifikujících antirevmatických přípravků (DMARD).
Přípravek Jyseleca lze podávat jako monoterapii nebo v kombinaci s methotrexátem (MTX).⁵

Zkrácená informace o léčivém přípravku JYSELECA®

Název přípravku: Jyseleca 100 mg a 200 mg potahované tablety. **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje filgotinibum 100 mg (200 mg) ve formě filgotinibi maleas. Přípravek obsahuje maleas. Přípravek obsahuje maleas. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktózy, úplným nedostatkem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy nemají tento přípravek užívat. **Terapeutické indikace:** 1. Revmatoidní artritida (RA) - léčba středně těžké až těžké aktivní RA u dospělých pacientů s nedostatečnou odpovědí nebo s intolerancí na jeden či více chorobu modifikujících antirevmatických přípravků (DMARD). Přípravek Jyseleca lze podávat jako monoterapii nebo v kombinaci s methotrexátem (MTX). 2. Ulcerózní kolitida (UC) - léčba dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou aktivní UC, kteří nedostatečně odpovídali nebo přestali odpovídat na konvenční nebo biologickou léčbu nebo tuto léčbu netolerovali. **Dávkování a způsob podání:** Léčbu filgotinibem by měl zahajovat lékař, který má zkušenosti s léčbou revmatoidní artritidy nebo ulcerózní kolitidy. RA: Doporučená dávka filgotinibu u dospělých pacientů je 200 mg jednou denně. Při zvýšeném riziku VTE, MACE a maligního onemocnění je doporučená dávka 100 mg jednou denně UC. Doporučená dávka pro indukční léčbu a udržovací léčbu je 200 mg jednou denně. U vyššího rizika VTE, MACE a maligního onemocnění (viz bod 4.4) je doporučená dávka pro udržovací léčbu 100 mg jednou denně. U pacientů s ulcerózní kolitidou, u nichž se po 22 týdnech léčby neprojeví žádný terapeutický přínos, se má filgotinib vysadit. Dávkování u zvláštní populace a starších pacientů viz bod 4.2. SPC. Prosím přečtěte si pokyny pro laboratorní monitorování a zahájení či přerušování podávání, které jsou uvedeny v SPC tabulka 1. Způsob podání: Perorální podání. Přípravek Jyseleca lze užívat s jídlem nebo bez jídla. Tablety se doporučuje polykat celé. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Aktivní tuberkulóza (TBC) nebo aktivní závažné infekce. Těhotenství. **Upozornění a opatření:** Z důvodu závažných nežádoucích kardiovaskulárních příhod (MACE) a hlášených případů hluboké žilní trombózy (DVT) a plicní embolie (PE) se u pacientů se známými rizikovými faktory kardiovaskulárního onemocnění a VTE a u pacientů ve věku 65 let a starších, s anamnézou aterosklerotické kardiovaskulární nemoci nebo s jinými rizikovými faktory pro kardiovaskulární onemocnění a s faktory pro maligní onemocnění se má filgotinib použít pouze, pokud není dostupná žádná alternativní léčba. Nedoporučuje se kombinace filgotinibu s jinými silnými imunosupresivy kvůli nízké aditivní imunosupresi. Byly hlášeny infekce včetně závažných infekcí. Před zahájením podávání filgotinibu je nutné zvážit rizika a přínosy léčby u pacientů s chronickou nebo rekurentní infekcí, u pacientů, kteří přišli do styku s tuberkulózou, s anamnézou závažné nebo oportunní infekce, u pacientů, kteří pobývali nebo cestovali do oblastí s endemickým výskytem TBC nebo endemických mykóz nebo se základními onemocněními, které mohou predisponovat k rozvoji infekce. U starších pacientů a u diabetické populace obecně je vyšší incidence infekcí, proto je třeba

Reference: 1. Combe B, et al. Ann Rheum Dis. 2021;80(7):848-858. 2. Bingham C O, et al. Arthritis Res Ther. 2022;24(1):11. 3. Taylor PC, et al. RMD Open. 2024;10(1):e003839. 4. Westhovens R, et al. RMD Open. 2025;11(1):e004857. 5. Souhrn údajů o přípravku Jyseleca, datum poslední revize textu 2. 6. 2025.

Sobi je ochrannou známkou společnosti Swedish Orphan Biovitrum AB (publ). © 2026 Swedish Orphan Biovitrum AB (publ) - Všechna práva vyhrazena. JYSELECA a ALFASIGMA a související loga jsou registrované ochranné známky společnosti Alfasigma SpA. Neoprávněné použití je zakázáno. © 2026 ALFASIGMA. Všechna práva vyhrazena

PP-33231 | duben 2026

Swedish Orphan Biovitrum s.r.o., Na Strži 1702/65, 140 00 Praha 4, www.sobi.com

léčbě starších pacientů a pacientů s diabetem věnovat zvláštní pozornost. Filgotinib nesmí být podáván pacientům s aktivní TBC. Je třeba provést vyšetření na virovou hepatitidu a je třeba monitorovat reakce v souladu s doporučenými klinickými postupy. U pacientů léčených inhibitory JAK byl hlášen výskyt lymfomu a dalších maligních onemocnění. U těchto pacientů se doporučuje pravidelné kožní vyšetření. Byl hlášen výskyt hematologických abnormalit. Během léčby filgotinibem se nedoporučuje použití živých vakcín. Léčba filgotinibem byla spojena se zvýšením lipidových parametrů v závislosti na dávce, včetně hladin celkového cholesterolu, lipoproteinu s vysokou hustotou lipoproteinů (HDL). **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Filgotinib se primárně metabolizuje prostřednictvím karboxylesterázy 2 (CES2), která může být inhibována in vitro léčivými přípravky jako jsou fenofibrát, karvedilol, diltiazem nebo simvastatin. Klinický význam této interakce je neznámý. Filgotinib není klinicky významným inhibitorem či induktorem většiny enzymů nebo transportérů běžně se podílejících na interakcích, jako jsou enzymy cytochromu P450 (CYP) a UDB-glukuronosyltransferázy (UGT). **Fertilita, těhotenství a kojení:** Těhotenství je kontraindikováno. Ženy ve fertilním věku musí během léčby filgotinibem a nejméně 1 týden po jejím ukončení používat účinnou antikoncepci. Přípravek Jyseleca se nemá podávat během kojení. Ve studiích na zvířatech byly pozorovány snížená fertilita, zhoršení spermatogeneze a histopatologické účinky na samčí reprodukční orgány. Klinické údaje však nenaznačily účinky na testikulární funkci související s filgotinibem. Studie na zvířatech nenaznačují účinky s ohledem na fertilitu u samic. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky jsou nauzea (3,5 %), infekce horních cest dýchacích (IHC) (3,3 %), infekce močových cest (IMC, 1,7 %), závrať (1,2 %) a lymfopenie (1,0 %). **Držitel registračního rozhodnutí:** Alfasigma S.p.A., Via Ragazzi del 99, n. 5, 40133 Bologna, Itálie. **Registrační číslo:** EU/1/20/1480/001-004. **Datum revize textu:** 2.6.2025. Před předepsáním přípravku se, prosím, seznamte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Aktuální výši a podmínky úhrady naleznete na www.sukl.cz.

URČENO PRO ODBORNOU VEŘEJNOST

Souhrn údajů o přípravku obdržíte na adrese: Swedish Orphan Biovitrum s.r.o., Na Strži 65/1702, 140 00 Praha 4. Tel.: +420 296 183 236. Podrobné informace o léčivém přípravku jsou rovněž uveřejněny na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky <http://www.ema.europa.eu/>. Nežádoucí účinky musí být hlášeny Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv prostřednictvím webového formuláře sukl.gov.cz/nezadouciciucinky nebo firmě Swedish Orphan Biovitrum s.r.o. prostřednictvím e-mailu: mail.cz@sobi.com. REF-17622

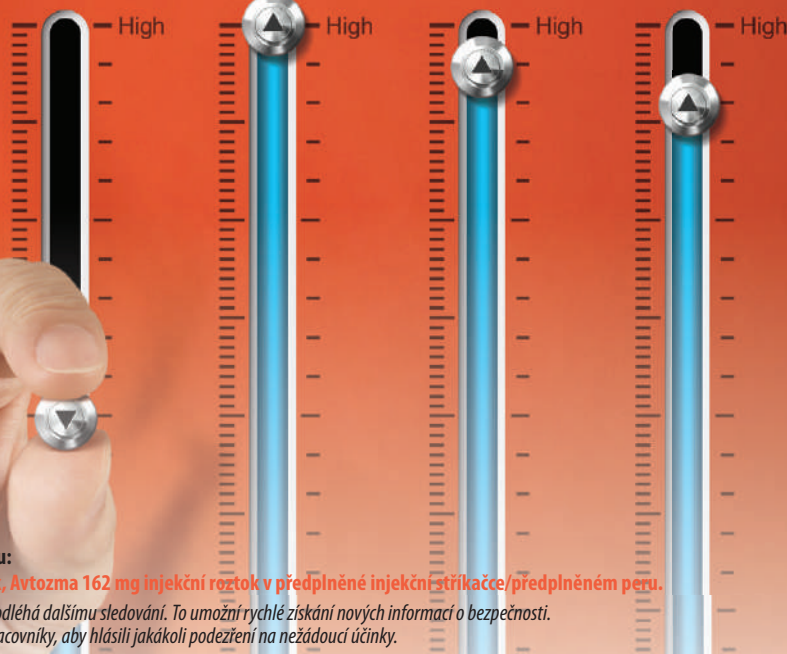
Cena

Biologická podobnost

Stabilita dodávek

Snadnost podání

Dostupnost pro pacienty



Základní informace o přípravku:

Avtozma 20 mg injekční roztok, Avtozma 162 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce/předplněném peru.

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

Složení: Jedna injekční lahvička obsahuje 80/200/400 mg tocilizumabu ve 4/10/20 ml (20 mg/ml). Jedna předplněná injekční stříkačka/pero obsahuje 162 mg tocilizumabu v 0,9 ml. **Indikace i.v./s.c.:** v kombinaci s methotrexátem (MTX) k léčbě těžké, aktivní a progresivní revmatoidní artritidy (RA) u dospělých pacientů dříve neléčených methotrexátem. K léčbě středně těžké až těžké aktivní RA u dospělých pacientů, kteří na předchozí terapii jedním nebo více tradičními DMARD (disease modifying anti-rheumatic drugs) nebo anti TNF neodpovídali dostatečně, nebo ji netolerovali. U těchto pacientů se Avtozma může podávat v monoterapii v případě intolerance MTX nebo v případě, že pokračující léčba MTX je nevhodná. K léčbě aktivní systémové juvenilní idiopatické artritidy (sJIA) u pacientů ve věku 2 let a starších, kteří nedostatečně odpovídali na předchozí léčbu NSAID a systémovými kortikoidy. Přípravek Avtozma lze podávat v monoterapii nebo v kombinaci s MTX. V kombinaci s MTX je indikován k léčbě juvenilní idiopatické polyartritidy (pJIA); s pozitivním nebo negativním revmatoidním faktorem a rozšířenou oligoartridou) u pacientů ve věku 2 let a starších, kteří nedostatečně odpovídali na předchozí léčbu MTX. Přípravek Avtozma lze podávat jako monoterapii při intoleranci MTX nebo pokud není pokračování v léčbě MTX vhodné. **Přípravek Avtozma i.v.** je indikován k léčbě onemocnění koronavirem 2019 (COVID-19) u dospělých, kteří užívají systémové kortikosteroidy a vyžadují doplňkovou oxygenoterapii nebo mechanickou ventilaci. Přípravek Avtozma je indikován k léčbě těžkého nebo život ohrožujícího syndromu z uvolnění cytokinů (CRS) vyvolaného léčbou CART lymfocyty u dospělých a pediatrických pacientů ve věku od 2 let. **Přípravek Avtozma s.c.** je indikován k léčbě obrovskobuněčné arteritidy (GCA) u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Pacienti s RA doporučená dávka je 8 mg/kg tělesné hmotnosti, podaná jednou za čtyři týdny. U pacientů, jejichž tělesná hmotnost je vyšší než 100 kg, se dávky přesahující 800 mg/infuzi nedoporučují. Dávky vyšší než 1,2 g nebyly v klinických studiích hodnoceny. V léčbě onemocnění COVID-19 je jednorázová dávka 8 mg/kg podaná intravenózní infuzí v délce 60 minut u pacientů užívajících systémové kortikosteroidy a vyžadujících doplňkovou oxygenoterapii nebo mechanickou ventilaci. Jestliže se po první dávce klinické známky nebo příznaky zhorší nebo nezlepší, lze podat jednu dodatečnou infuzi přípravku Avtozma v dávce 8 mg/kg. Interval mezi oběma infuzemi má být alespoň 8 hodin. Syndrom z uvolnění cytokinů (CRS) (dospělí a pediatrickí pacienti). Doporučená dávka pro léčbu CRS podávaná v 60 minutové intravenózní infuzi je 8 mg/kg u pacientů s tělesnou hmotností vyšší nebo rovnou 30 kg nebo 12 mg/kg u pacientů s hmotností menší než 30 kg. Přípravek Avtozma lze podávat samostatně nebo v kombinaci s kortikosteroidy. **Pacienti se sJIA** doporučené dávkování u pacientů starších 2 let je 8 mg/kg jednou za 2 týdny u pacientů s hmotností ≥ 30 kg nebo 12 mg/kg jednou za 2 týdny u pacientů s hmotností < 30 kg. **Pacienti s pJIA** doporučené dávkování u pacientů starších 2 let je 8 mg/kg jednou za 2 týdny u pacientů s hmotností ≥ 30 kg nebo 12 mg/kg jednou za 2 týdny u pacientů s hmotností < 30 kg. Dávku je třeba vypočítat na základě tělesné hmotnosti pacienta při každém podání. Dávku je třeba změnit pouze na základě odpovídající změny tělesné hmotnosti pacienta v průběhu času. Po nařazení má být přípravek Avtozma u pacientů s RA, sJIA, pJIA, CRS a onemocněním COVID-19 podáván formou 1 hodinu trvající intravenózní infuze. RA: Doporučená dávka s.c. je 162 mg podaná subkutánně, jednou týdně. O převedení pacientů z iv formy na subkutánní formu je k dispozici omezené množství informací. Má se dodržet interval dávkování jednou týdně. Pacienti převedení z intravenózní formy na subkutánní formu si musí první subkutánní dávku místo další plánované intravenózní dávky podat pod dohledem kvalifikovaného lékaře. GCA: Doporučená dávka je 162 mg podaná subkutánně, jednou týdně v kombinaci s postupným vysazováním glukokortikoidů. Po vysazení glukokortikoidů lze přípravek Avtozma použít v monoterapii. Přípravek Avtozma v monoterapii by neměl být používán k léčbě akutních relapsů. Vzhledem k chronické povaze GCA se léčba delší než 52 týdnů musí řídit aktivitou onemocnění, lékařským úsudkem a rozhodnutím pacienta. **Pacienti se sJIA** doporučené dávkování u pacientů starších 12 let je 162 mg subkutánně jednou týdně u pacientů s hmotností ≥ 30 kg nebo 162 mg subkutánně jednou za 2 týdny u pacientů s tělesnou hmotností < 30 kg. Předplněné pero není určeno k léčbě pediatrických pacientů ve věku < 12 let. Pro subkutánní podání přípravku Avtozma musí mít pacienti tělesnou hmotnost alespoň 10 kg. **Pacienti s pJIA** doporučené dávkování u pacientů starších 12 let je 162 mg subkutánně jednou za 2 týdny u pacientů s hmotností ≥ 30 kg nebo 162 mg subkutánně jednou za 3 týdny u pacientů s tělesnou hmotností < 30 kg. Předplněné pero není určeno k léčbě pediatrických pacientů ve věku < 12 let. Přípravek Avtozma injekční roztok je určen k intravenóznímu podání. Přípravek Avtozma vpředplněné injekční stříkačce/předplněném peru je určen k subkutánnímu podání. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Aktivní, závažné infekce s výjimkou onemocnění COVID-19. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pacienti s RA, pJIA a sJIA a infekce: U pacientů léčených imunosupresivou včetně tocilizumabu byly hlášeny závažné, někdy fatální infekce. Léčba přípravkem Avtozma nesmí být zahájena u pacientů s aktivní infekcí. Pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, podávání tocilizumabu má být až do doby, než je infekce pod kontrolou, přerušeno. U pacientů podstupujících biologickou léčbu je doporučena kvůli časně detekci závažných infekcí zvýšená pozornost, protože známky a příznaky akutního zánětu mohou být zastřeny a může být potlačena akutní fáze reakce. Při vyšetřování pacienta z důvodu možné infekce je třeba vzít v úvahu vliv tocilizumabu na C-reaktivní protein (CRP), neutrofilů a na známky a příznaky infekce. **Tuberkulóza** Stejně jako je doporučeno u jiné biologické léčby, mají být pacienti s RA, sJIA a pJIA před zahájením léčby přípravkem Avtozma vyšetřeni pro možnost latentní tuberkulózní (TB) infekce. Pacienti s latentní tuberkulózou (TB) mají být před zahájením léčby přípravkem Avtozma léčeni standardní antimykobakteriální terapií. Lékaře je třeba upozornit na riziko falešně negativních výsledků kožních tuberkulinových testů a krevních TB testů pomocí interferonu gama, zvláště u pacientů, kteří jsou vážně nemocní nebo mají oslabenou imunitu. **Reaktivace viru** (např. viru hepatitidy B) byla zaznamenána u biologické léčby RA. Z klinických studií s tocilizumabem byli pacienti, kteří měli pozitivní test na hepatitidu, vyloučeni. **Reakce přecitlivělosti** V souvislosti s infuzí tocilizumabu byly zaznamenány závažné reakce přecitlivělosti. Pro případ anafylaktické reakce během léčby přípravkem Avtozma má být okamžitě dostupná adekvátní léčba. Pokud se objeví anafylaktická reakce nebo jiná závažná reakce přecitlivělosti/závažná reakce související s infuzí, musí se podávání přípravku Avtozma okamžitě přerušit a léčba přípravkem musí být trvale ukončena. Více viz platné SPC. **Interakce:** Současné podání jednorázové dávky přípravku Avtozma 10 mg/kg s MTX v dávce 10 – 25 mg podávané jedenkrát týdně nemělo klinicky významný vliv na expozici MTX. Populační farmakokinetické analýzy neprokázaly žádný vliv MTX, nesteroidních protizánětlivých léků (NSAID) nebo kortikosteroidů na clearance tocilizumabu u pacientů s RA. U pacientů s GCA nebyl zjištěn žádný účinek kumulativní dávky kortikosteroidů na expozici tocilizumabu. Expresí jaterních enzymů CYP450 je potlačena cytokiny, jako je například IL-6, který stimuluje chronický zánět. Expresie CYP450 ale může být reverzibilní, pokud je k terapii přidán silný cytokinový inhibitor, jako je například přípravek Avtozma. *In vitro* studiích s kulturami lidských hepatocytů bylo prokázáno, že IL-6 způsobuje redukcii exprese enzymů CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19 a CYP3A4. Tocilizumab expresi těchto enzymů normalizuje. Ve studii u pacientů s RA hladiny simvastatinu (CYP3A4) po jedné dávce tocilizumabu poklesly za týden o 57 % k hodnotám podobným nebo lehce vyšším, než je pozorováno u zdravých subjektů. Při zahájení nebo ukončení terapie tocilizumabem mají být pacienti užívající léčivé přípravky, které jsou upravovány individuálně a jsou metabolizovány cestou CYP450 3A4, 1A2 nebo 2C9 (např. methylprednisolon, dexamethason, (s možným abstinčním syndromem po vysazení perorálních glukokortikoidů), atorvastatin, blokátory kalciových kanálů, teofylin, warfarin, fenpropromon, fenytoin, cyklosporin nebo benzodiazepiny), pečlivě sledováni, protože k udržení terapeutického účinku může být nutné zvýšení dávkování. Vzhledem k relativně dlouhému poločas eliminace (t1/2) mohou účinky tocilizumabu na aktivitu enzymů CYP450 přetrvávat i několik týdnů po ukončení terapie. **Nežádoucí účinky:** K nejčastějším nežádoucím účinkům patřily infekce horních cest dýchacích, zánět nosohltanu, bolest hlavy, hypertenze a zvýšená ALT, Hypercholesterolemie. K nejzávažnějším nežádoucím účinkům patřily závažné infekce, komplikace divertikulitidy a hypersenzitivní reakce. Více viz platné SPC. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Po vyjmutí z chladničky může být předplněná injekční stříkačka/pero uchovávána až po dobu 3 týdnů při teplotě do 30 °C. **Balení:** Balení obsahuje jednu, tři nebo čtyři injekční lahvičky. Balení obsahuje jedno nebo čtyři předplněná pera/předplněné injekční stříkačky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Celltrion Healthcare Hungary Kft., 1062 Budapest, Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony, Maďarsko. **Registrační čísla:** EU/1/24/1896/001-012. **Datum schválení:** 14. 2. 2025. **Způsob výdeje:** Vázaný na lékařský předpis. **Způsob úhrady:** Hrazený z veřejného zdravotního pojištění. **Držte, než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku (SPC).**

VYZKOUŠEJTE PŘÍPRAVEK TREMFYA® JEŠTĚ DNES...

...A NASTARTUJTE CESTU SVÝCH PACIENTŮ K DLOUHODOBÉ, SETRVALÉ ÚLEVĚ!*

Tremfya®
(guselkumab)



**PROKÁZANÁ ÚČINNOST
V OBLASTI LÉČBY
KLOUBNÍHO
POSTIŽENÍ**

Setrvalá
**ÚLEVA OD KLOUBNÍCH
PŘÍZNAKŮ**
prokázána u PsA
po dobu 2 let.⁵



**PROKÁZANÁ
VYSOKÁ MÍRA SETRVÁNÍ
NA LÉČBĚ**

Většina
pacientů, u kterých byla
zahájena léčba přípravkem
TREMFYA®^{6,7}, SETRVALA
**NA TÉTO LÉČBĚ
DLOUHODOBĚ.**^{4,5}



**CELKOVÉ ZLEPŠENÍ
STAVU KŮŽE**

**RYCHLÉ³ A SETRVALÉ
DOSAŽENÍ ČISTÉ KŮŽE**
prokázané u PsO
po dobu 5 let.¹



Zkrácená informace o léčivém přípravku • **Název přípravku a lékové formy:** Tremfya 100 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce, Tremfya 100 mg OnePress injekční roztok v předplněném peru, Tremfya 100 mg PushPen injekční roztok v předplněném peru, Tremfya 200 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce, Tremfya 200 mg injekční roztok v předplněném peru, Tremfya 200 mg koncentrát pro infuzní roztok, Tremfya 45 mg injekční roztok v předplněném peru. **Léčivá látka:** Guselkumab 100 mg v 1 ml roztoku, resp. guselkumab 0,45 mg v 0,45 ml roztoku a guselkumab 200 mg ve 2 ml roztoku v předplněné injekční stříkačce nebo v předplněném peru. Jedna injekční lahvička obsahuje 200 mg guselkumabu ve 20 ml infuzního roztoku (10 mg/ml). **Indikace:** Léčba středně těžké až těžké plakové psoriázy u dospělých, kteří jsou kandidáty na systémovou léčbu. * Léčba středně těžké až těžké plakové psoriázy u dětí a dospívajících od 6 let věku, kteří jsou kandidáty na systémovou léčbu. Léčba aktivní psoriatické artritidy samotné nebo v kombinaci s methotrexátem u dospělých, kteří nedostatečně odpovídají na předchozí terapii nemoc modifikujícím antirevmatikem (DMARD) nebo ji netolerují. Léčba dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou aktivní Crohnovou chorobou, kteří měli nedostatečnou odpověď, ztratili odpověď nebo netolerovali buď konvenční léčbu, nebo biologickou léčbu. Léčba dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou aktivní ulcerózní kolitidou, kteří měli nedostatečnou odpověď, ztratili odpověď nebo netolerovali buď konvenční léčbu, nebo biologickou léčbu. **Dávkování a způsob podání:** Plaková psoriáza a psoriatická artritida: 100 mg subkutánní injekce v 0, a 4, týdnu, následně udržovací dávka každých 8 týdnů. U pacientů, u nichž je na základě klinického posouzení vysoké riziko poškození kloubů, lze zvážit dávku 100 mg s.c. každé 4 týdny. Plaková psoriáza u pediatrických pacientů: Předplněné pero 45 mg/0,45 ml je určeno pro pediatrické pacienty ve věku 6 let a starší s tělesnou hmotností nižší než 40 kg. Doporučená dávka je uvedena v tabulce 1, do maximální dávky 45 mg, podávaná subkutánní injekcí v týdnu 0 a v týdnu 4, následovaná udržovací dávkou každých 8 týdnů. U dětí s tělesnou hmotností 40 kg nebo více je doporučená dávka 100 mg subkutánní injekcí v týdnu 0 a v týdnu 4, následovaná udržovací dávkou každých 8 týdnů. **Crohnova choroba a ulcerózní kolitida: indukční léčba:** doporučen je jeden z dvou indukčních dávkovacích režimů: 200 mg podávaných intravenózně infuzí v týdnu 0, 4 a 8 nebo 400 mg podávaných subkutánní injekcí (podávaných jako dvě po sobě jdoucí 200mg injekce) v týdnu 0, 4 a 8, udržovací léčba: po dokončení indukčního dávkovacího režimu je doporučená udržovací dávka začínající v 16. týdnu 100 mg podávaná subkutánní injekcí každých 8 týdnů. Alternativně lze u pacientů, kteří podle klinického úsudku nevykazují odpovídající terapeutický přínos indukční léčby, zvážit udržovací dávkovací režim 200 mg podávaných subkutánní injekcí počínaje 12. týdnem a poté každé 4 týdny. Během léčby guselkumabem lze pokračovat v podávání imunomodulátorů a/nebo kortikosteroidů. U pacientů, u kterých se po 24 týdnech léčby neprokázal terapeutický přínos, se má zvážit ukončení léčby. Starší pacienti: úprava dávkování není potřebná. Zhoršená funkce ledvin a jater: nebyl studován, u těchto stavů se obecně nepovažuje za potřebné upravovat dávkování. Děti < 18 let: není indikován, protože účinnost a bezpečnost dosud nebyly stanoveny. Více viz SmPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku Tremfya, klinicky významné aktivní infekce. Více viz SmPC. **Zvláštní upozornění:** Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků, má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. Guselkumab může zvyšovat riziko infekce. U pacientů s jakoukoli klinicky významnou aktivní infekcí se léčba nesmí zahajovat, dokud infekce nevymizí nebo nebude odpovídajícím způsobem léčena. Před zahájením léčby je nutno pacienty vyšetřit na infekci tuberkulózu. Pro registraci přípravku byly hlášeny závažné hypersenzitivní reakce, včetně anafylaxe. Některé případy se vyskytly několik dní po léčbě guselkumabem, včetně případů s kopřivkou a dušností. Při podávání guselkumabu každé 4 týdny při psoriatické artritidě se doporučuje vyhodnotit jaterní enzymy na začátku léčby a poté podle rutinních postupů. Pokud se pozoruje zvýšení hladiny ALT nebo AST a je podezření na poškození jater vyvolané léčivem, má se léčba dočasně přerušit, dokud se tato diagnóza nevyloučí. Před vakcinací živými virovými nebo živými bakteriálními vakcínami, musí být léčba pozdržena po dobu alespoň 12 týdnů po poslední dávce a může být znovu zahájena alespoň 2 týdny po vakcinaci. Více viz SmPC. **Interakce:** Bezpečnost a účinnost guselkumabu v kombinaci s imunosupresivy, včetně biologických přípravků, nebo s fototerapií nebyla ve studiích psoriázy hodnocena. Ve studiích psoriatické artritidy nemělo souběžné podávání MTX vliv na bezpečnost nebo účinnost guselkumabu. Ve studiích ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby nemělo souběžné používání imunomodulátorů nebo kortikosteroidů vliv na bezpečnost nebo účinnost guselkumabu. Více viz SmPC. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Doporučuje se vyvarovat podávání přípravku Tremfya v těhotenství. Ženy ve fertilním věku musí během léčby a nejméně 12 týdnů po jejím skončení používat účinnou antikoncepci. Lidské IgG jsou vylučovány do mateřského mléka během prvních několika dnů po narození a brzy poté klesají na nízké koncentrace; v důsledku toho nelze vyloučit riziko pro kojené dítě během tohoto období. Je třeba rozhodnout, zda přerušit kojení nebo se zdržet léčby přípravkem Tremfya, přičemž se vezme v potaz přínos kojení pro dítě a přínos léčby pro ženu. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Tremfya nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějším nežádoucím účinkem byly infekce dýchacích cest (8 % pacientů ve studiích ulcerózní kolitidy, 11 % pacientů ve studiích Crohnovy choroby a 15 % pacientů v klinických studiích psoriázy a psoriatické artritidy). Více viz SmPC. **Název a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgie. **Registrační čísla:** EU/1/17/1234/001, EU/1/17/1234/002, EU/1/17/1234/003, EU/1/17/1234/004, EU/1/17/1234/005, EU/1/17/1234/006, EU/1/17/1234/007, EU/1/17/1234/008, EU/1/17/1234/009, EU/1/17/1234/010, EU/1/17/1234/011, EU/1/17/1234/012. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem a světlem. Doba použitelnosti 2 roky. **Velikost balení:** 1 resp. 2 předplněné injekční stříkačky nebo 1 resp. 2 předplněné pera nebo 1 injekční lahvička. **Datum poslední revize textu:** * 23.3.2026. **Výdej a úhrada léčivého přípravku:** Tremfya 45 mg a 100 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce a Tremfya 100 mg OnePress injekční roztok v předplněném peru jsou vázány na lékařský předpis a hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v indikaci psoriáza u dospělých a psoriatická artritida a nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v indikaci ulcerózní kolitida. Crohnova choroba a psoriáza u dětí a dospívajících od 6 let. Tremfya 100 mg PushPen injekční roztok v předplněném peru a Tremfya 200 mg injekční roztok v předplněném peru jsou vázány na lékařský předpis a hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v indikaci psoriáza, psoriatická artritida, ulcerózní kolitida. Tremfya 200 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce a Tremfya 200 mg koncentrát pro infuzní roztok jsou vázány na lékařský předpis a nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v indikaci psoriáza, psoriatická artritida, ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. Dříve, než začnete přípravek předepisovat, seznáme se s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku (SmPC). SmPC je dostupné na vyžádání na adrese: Janssen-Cilag s.r.o., Walterovo náměstí 329/1, 158 00 Praha 5 – Jinonice; tel: +420227012227. * Prosim, všimněte si změny ve zkrácené informaci o přípravku.

REFERENCE: 1. Reich K, et al. Five-year maintenance of clinical response and health-related quality of life improvements in patients with moderate-to-severe psoriasis treated with guselkumab: results from VOYAGE 1 and VOYAGE Br J Dermatol 2021;185(6):1146–1159. 2. Mease PJ, et al. Lancet 2020; 395(10230): 1126–1136. 3. Blauvelt A, et al. Efficacy and safety of guselkumab, an anti-interleukin-23 monoclonal antibody, compared with adalimumab for the continuous treatment of patients with moderate to severe psoriasis: Results from the phase III, double-blind, placebo- and active comparator-controlled VOYAGE 1 trial. J Am Acad Dermatol 2017;76:405–417. 4. Mease PJ, et al. Guselkumab in biologic-naive patients with active psoriatic arthritis (DISCOVER-2): a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. Lancet 2020;395:1126–1136. 5. McInnes IB, et al. Efficacy and Safety of Guselkumab, an Interleukin-23p19-Specific Monoclonal Antibody, Through One Year in Biologic-Naive Patients With Psoriatic Arthritis. Arthritis Rheumatol 2021;73:604–616. 6. Blauvelt A, et al. Consistent safety profile with up to 5 years of continuous treatment with guselkumab: Pooled analyses from the phase 3 VOYAGE 1 and VOYAGE 2 trials of patients with moderate-to-severe psoriasis. J Am Acad Dermatol 2022;86(4):827–834. 7. McInnes IB, et al. Long-Term Efficacy and Safety of Guselkumab, a Monoclonal Antibody Specific to the p19 Subunit of Interleukin-23, Through Two Years: Results From a Phase III, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study Conducted in Biologic-Naive Patients With Active Psoriatic Arthritis. Arthritis Rheumatol 2022;74(3):475–485.

Janssen-Cilag s.r.o., Walterovo náměstí 329/1,
158 00 Praha 5 – Jinonice, tel.: +420 227 012 227

CP-558165 (3.0) • Datum schválení: 04/2026

Johnson & Johnson

PROGRAM KONGRESU

Do vyhrazené doby prezentace je zahrnut čas na diskusi, prosíme o dodržení časových limitů.

Čtvrtek, 21. května

9:00 - 11:00	Zasedání výboru ČRS ČLS JEP	
11:00 – 11:40	Kulatý stůl	
11:45 – 12:30	1. přednáškový blok Multidisciplinární přístup k léčbě onemocnění nohy v revmatologii Předsedající: MUDr. Jiří Bek, prof. MUDr. Rastislav Hromádka, Ph.D.	
	Chirurgické výkony na zadní a střední noze u revmatiků MUDr. Jiří Bek	15 minut
	Chirurgické výkony přednoží u revmatických pacientů prof. MUDr. Rastislav Hromádka, Ph.D.	15 minut
	Kontrola zánětu nestačí, role rehabilitace v komplexní péči MUDr. Ivana Pospíšilová	15 minut
12:30-13:30	Oběd v místě konání	
13:30-14:30	Setkání center biologické léčby Sponzor: Swedish Orphan Biovitrum s.r.o. Předsedající: prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D., prof. MUDr. Jakub Závada, Ph.D.	
	Novinky a provozní záležitosti v registru ATTRA Ing. Kateřina Kusalová	10 minut
	Jaká je budoucnost registru/ů biologické léčby? prof. MUDr. Jakub Závada, Ph.D.	15 minut
	Jak se může registr ATTRA inspirovat z mezinárodní spolupráce EuroSpA MUDr. Kristýna Bubová, Ph.D.	10 minut
	Panelová diskuze členů vědecké rady registru ATTRA	15 minut
	Diskuze s účastníky setkání CBL	10 minut
14:35-15:00	Zahájení XV. Slapského symposia informace předsedy a vědeckého sekretáře ČRS ČLS JEP; ocenění za mimořádný přínos ČRS ČLS JEP pro doc. MUDr. Petra Bradnu, CSc. a prim. MUDr. Miloslava Kubíčka, Ph.D., MBA, LL.M.	
15:00-15:30	Kombinovaná léčba osteoartrózy kolenních kloubů cílenou rehabilitací a intraartikulární aplikací kyseliny hyaluronové ve srovnání s cílenou rehabilitací prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.	30 minut
15:30-16:00	Občerstvení s kávou, doprovodná výstava	
16:00-16:40	Symposium sponzorované firmou Accord Healthcare s.r.o. Teriparatid a denosumab v revmatologické ambulanci MUDr. Olga Růžičková	

16:45 – 17:55	2. přednáškový blok Trochanterický bolestivý syndrom (Greater Trochanteric Pain Syndrome – GTPS) a další tendinopatie Předsedající: MUDr. Dana Tegzová, doc. MUDr. Petr Fulín, Ph.D., MBA Trochanterický bolestivý syndrom (GTPS) a další tendinopatie z pohledu revmatologa MUDr. Markéta Hušáková, Ph.D. 17 minut Využití sonografie regionu kyčelního kloubu MUDr. Tomáš Novotný, Ph.D. 17 minut Možnosti terapie GTPS z pohledu ortopeda doc. MUDr. Petr Fulín, Ph.D., MBA 17 minut Přístup fyzioterapeuta k léčbě GTPS Mgr. Iva Zinková 17 minut
18:00-18:20	Sponzorovaná přednáška firmy Swedish Orphan Biovitrum s.r.o. Anakinra v léčbě Stillovy choroby, praktický pohled revmatologa MUDr. Martina Skácelová, Ph.D.
20:00-22:00	Diskusní fórum revmatologů s večerí Pro účast je nezbytné si koupit vstupenku.

Pátek, 22. května

9:00-10:00	3. přednáškový blok Obezita a revmatická onemocnění Předsedající: prof. MUDr. Pavel Horák, CSc., prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA Obezita a zánětlivá revmatická onemocnění prof. MUDr. Pavel Horák, CSc. 15 minut Současné trendy v léčbě obezity MUDr. Roman Dohnal 20 minut Komplexní přístup v léčbě obezity – zkušenosti tělovýchovného lékařství prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA 10 minut Využití koloběžky v léčbě obezity Mgr. Lenka Fasnerová 15 minut
10:05-10:35	Plenární přednáška Cílená embolizace v léčbě muskuloskeletální bolesti MUDr. Jan Kaván, Ph.D. 30 minut
10:35-11:05	Občerstvení s kávou, doprovodná výstava
11:05-12:10	4. přednáškový blok Životní styl u revmatických onemocnění a psychické zdraví pacientů Předsedající: MUDr. Heřman Mann, Ph.D., PharmDr. MVDr. Vilma Vranová, Ph.D. Fytofarmaka a potravinové doplňky v léčbě revmatických onemocnění PharmDr. MVDr. Vilma Vranová, Ph.D. 20 minut Životní styl jako součást léčby – co říkají důkazy? MUDr. Heřman Mann, Ph.D. 15 minut Chronické revmatické onemocnění z pohledu pacienta Mgr. RNDr. MUDr. Monika Slavíková Červinková, Ph.D. 20 minut

Imerzivní virtuální realita v revmatologii: Inovativní nástroj pro funkční terapii a monitoring pacientů

Ing. Vojtěch Špet

10 minut

12:15-12:35

**Sponzorovaná přednáška firmy Swedish Orphan Biovitrum s.r.o.
Unikátnost molekuly filgotinibu z pohledu klinického farmakologa**
MUDr. David Suchý, Ph.D.

12:35-13:35

Oběd v místě konání

13:35-14:45

5. přednáškový blok

Malignity u zánětlivých revmatických onemocnění

Předsedající: MUDr. Marta Olejárová, CSc., prof. MUDr. Michal Zikán, Ph.D.

Výskyt malignit u revmatických onemocnění

MUDr. Kristina Svobodová

15 minut

Riziko malignit při léčbě antirevmatickými léky

MUDr. Marta Olejárová, CSc.

15 minut

Gynekologické nádory a možnosti jejich prevence

prof. MUDr. Michal Zikán, Ph.D.

20 minut

Doporučení EULAR pro léčbu revmatických onemocnění u pacientů s malignitou

MUDr. Tomáš Zitko

10 minut

Panelová diskuse

10 minut

14:50-15:10

Sponzorovaná přednáška firmy UCB, s.r.o.

Přístup treat-to-target v léčbě axiální spondyloartritidy

MUDr. Šimon Tichý

15:10-15:40

Občerstvení s kávou, doprovodná výstava

15:40-16:20

Symposium sponzorované firmou Johnson & Johnson s.r.o.

Definice obtížně zvládnutelné psoriatické artritidy

prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D.

Unmet needs u psoriatické artritidy

MUDr. Heřman Mann, Ph.D.

IL-23 v léčbě psoriatické artritidy: od klinických dat k reálné praxi

MUDr. Olga Šléglová

20:00 – 24:00

Společenská večeře pořádaná ČRS ČLS JEP

Není součástí programu kongresu.

Pro účast je nezbytné si koupit vstupenku.

Sobota, 23. května

9:00-10:10

6. přednáškový blok

Roboticky asistovaná rehabilitace v revmatologii

Předsedající: MUDr. Tom Philipp, Ph.D., prof. Dr. med. Michael Sailer

Technology-Assisted Rehabilitation: Why and When?

prof. Dr. med. Michael Sailer

20 minut

**Klíčové výzkumné projekty Kliniky revmatologie a rehabilitace 3. LF UK a FTN:
COMIRESTROKE a VIREFYMS – využití technologií v rehabilitaci pacientů po cévní
mozkové příhodě a s roztroušenou sklerózou**

prof. PhDr. Kamila Řasová, Ph.D.

20 minut

Roboticky asistovaná rehabilitace a objektivní diagnostika funkce ruky pomocí end-efektorového přístroje u revmatických pacientů	Bc. Daniel Štefl	10 minut
Komplexní robotické systémy pro podporu chůze v rehabilitaci revmatických onemocnění: Od funkčního tréninku k exaktní biomechanické analýze	Bc. Filip Šanc	10 minut
Robotický systém MediTutor v revmatologii: Inovativní nástroj pro objektivní měření, cílenou terapii a monitoring pacientů	Bc. Natálie Kleistnerová	10 minut

10:10-10:30

Občerstvení s kávou, doprovodná výstava

10:30 – 11:35

7. přednáškový blok

Varia

Předsedající: prof. MUDr. Petr Němec, Ph.D., MUDr. Zdeněk Dvořák, Ph.D.

Mimikry sakroiliitid – tři kazuistiky z klinické praxe

MUDr. Adam Lukáč 15 minut

Revmatolog v rovnováze: výzvy a praxe

MUDr. Zdeněk Dvořák, Ph.D. 15 minut

Novela zákona o zdravotních službách 2026

JUDr. Zdeněk Hromádka 15 minut

Vliv komplexní fyzioterapie na funkci temporomandibulárního kloubu u pacientů se systémovou sklerodermií

Mgr. Michal Gála 10 minut

Markerless analýza chůze pomocí systému OpenCap: Nové možnosti funkční diagnostiky revmatických pacientů

Ing. Patrik Salvét 10 minut

11:35-11:40

Zakončení XV. Slapského symposia

11:40-12:40

Oběd v místě konání

1 TABLETA** 1X DENNĚ**

RINVOQ®
upadacitinibKONTROLA,
KTERÁ JE
RYCHLÁ
A PROKAZATELNĚ
VYDRŽÍ¹8 SCHVÁLENÝCH¹
INDIKACÍ
6 HRAZENÝCH^{1*}RA^{1,2} axSpA^{1,2} PsA^{1,2}nr-axSpA¹ GCA¹AD^{1,3} UC^{1,3} CD¹*RINVOQ® v dávce 15 mg 1 × denně je schválen pro indikace RA, axSpA, nr-axSpA, PsA, GCA¹

RA – revmatoidní artritida, axSpA – axiální spondylartritida, nr-axSpA – neradiografická axiální spondylartritida, PsA – psoriatická artritida, AD – atopická dermatitida, UC – ulcerózní kolitida, CD – Crohnova choroba, GCA – obrovskobuněčná arteritida.

Reference: 1. SPC RINVOQ®, datum revize textu: 11/2025. 2. SÚKL – Přehled léčiv. Ceny a úhrady. Základní úhrada. https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/leciva/0238756. 3. SÚKL – Přehled léčiv. Ceny a úhrady. Základní úhrada. https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/leciva/0238760. 4. SÚKL – Přehled léčiv. Ceny a úhrady. Druhá úhrada. https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciv.html#/leciva/0238756.Zkrácené informace o léčivém přípravku • Název přípravku: Rinvoq 15 mg tablety s prodlouženým uvolňováním, Rinvoq 30 mg tablety s prodlouženým uvolňováním, Rinvoq 45 mg tablety s prodlouženým uvolňováním • Složení: Jedna tableta s prodlouženým uvolňováním obsahuje upadacitinib 15 mg, 30 mg nebo 45 mg. Indikace: Léčba středně těžké až těžké aktivní revmatoidní artritidy u dospělých pacientů s nedostatečnou odpovědí nebo intolerancí na jedno nebo více chorobu modifikujících antirevmatických (DMARD). Přípravek RINVOQ lze použít v monoterapii nebo v kombinaci s methotrexátem. Léčba aktivní psoriatické artritidy u dospělých pacientů s nedostatečnou odpovědí nebo intolerancí na jedno nebo více DMARD. Přípravek RINVOQ lze použít v monoterapii nebo v kombinaci s methotrexátem. Léčba axiální spondylartritidy: neradiografické axiální spondylartritidy u dospělých pacientů s objektivními známkami zánetu vyjádřenými elevací C-reaktivního proteinu (CRP) a/ nebo nálezem na magnetické rezonanci (MRI), kteří nedosáhli dostatečné odpovědi na léčbu nesteroidními protizánětlivými léky (NSAID); ankylozující spondylitidy (radiografické axiální spondylartritidy) u dospělých pacientů s nedostatečnou odpovědí na konvenční léčbu. Léčba obrovskobuněčné arteritidy u dospělých pacientů. Léčba středně těžké až těžké atopické dermatitidy u dospělých a dospívajících ve věku od 12 let, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. Léčba ulcerózní kolitidy u dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou aktivní Crohnovou chorobou s nedostatečnou odpovědí, se ztrátou odpovědi nebo intolerancí na konvenční nebo biologický přípravek. Léčba dospělých pacientů se středně těžkou až těžkou aktivní Crohnovou chorobou s nedostatečnou odpovědí, se ztrátou odpovědi nebo intolerancí na konvenční nebo biologický přípravek. Dávkování a doba léčby: Revmatoidní artritida, psoriatická artritida, axiální spondylartritida: Doporučená dávka je 15 mg jednou denně. U pacientů s ankylozující spondylitidou, u kterých nebylo dosaženo klinické odpovědi po 16 týdnech léčby, se má zvážit ukončení léčby. Obrovskobuněčná arteritida: Doporučená dávka je 15 mg jednou denně v kombinaci s postupným snižováním dávky kortikosteroidů. Monoterapie upadacitinibem nemá být používána k léčbě akutních relapsů. Atopická dermatitida: Doporučená dávka upadacitinibu je 15 mg nebo 30 mg jednou denně na základě individuálních potřeb pacienta. U dospívajících (ve věku od 12 do 17 let) s tělesnou hmotností nejméně 30 kg je doporučená dávka upadacitinibu 15 mg jednou denně. Pokud pacient neodpovídá adekvátně na léčbu 15 mg jednou denně, může být dávka zvýšena na 30 mg jednou denně. U pacientů, u kterých se neprojevují žádné známky terapeutického přínosu po 12 týdnech léčby, je nutno zvážit ukončení léčby upadacitinibem. Ulcerózní kolitida: Zahájení léčby: Doporučená úvodní dávka upadacitinibu je 45 mg jednou denně po dobu 8 týdnů. U pacientů, u kterých není dosaženo dostatečného terapeutického přínosu do 8. týdne, se může pokračovat s léčbou upadacitinibem 45 mg jednou denně dalších 8 týdnů. Podávání upadacitinibu musí být ukončeno u všech pacientů, u kterých se do 16. týdne neprojevují žádné známky terapeutického přínosu. Udržovací léčba: Doporučená udržovací dávka upadacitinibu je 15 mg nebo 30 mg jednou denně podle individuálních potřeb pacienta. Crohnova choroba: Zahájení léčby: Doporučená úvodní dávka upadacitinibu je 45 mg jednou denně po dobu 12 týdnů. U pacientů, u kterých nebylo dosaženo dostatečného terapeutického přínosu po 12týdenním úvodním období, lze zvážit prodloužení úvodní léčby dávkou 30 mg jednou denně po dobu dalších 12 týdnů. U těchto pacientů má být podávání upadacitinibu ukončeno, pokud se po 24 týdnech léčby neprojevují žádné známky terapeutického přínosu. Udržovací léčba: Doporučená udržovací dávka upadacitinibu je 15 mg nebo 30 mg jednou denně podle individuálních potřeb pacienta. Zahájení léčby: Léčba nemá být zahajována u pacientů s celkovým počtem lymfocytů (ALC) < 0,5 x 10⁹ buněk, celkovým počtem neutrofilů (ANC) < 1 x 10⁹ buněk nebo s hladinou hemoglobinu (Hb) < 8 g/dl. Pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, léčba má být přerušena, dokud není infekce zvládnuta. Lehká až středně těžká porucha funkce ledvin: není nutná žádná úprava dávky. Těžká porucha funkce ledvin: pro podávání upadacitinibu jsou k dispozici omezené údaje, pacienti mají upadacitinib užívat se zvýšenou opatností. Lehká nebo středně těžká porucha funkce jater: není nutná žádná úprava dávky. Těžká porucha funkce jater: podání je kontraindikováno. Kontraindikace: Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku; aktivní tuberkulóza nebo aktivní závažné infekce; těžká porucha funkce jater; těhotenství. Zvláštní upozornění: Upadacitinib má být používán pouze v případech, že nejsou dostupné žádné jiné vhodné alternativy léčby u následujících pacientů: ve věku 65 let a starších; pacientů s anamnézou kardiovaskulární aterosklerotické nemoci nebo jiných kardiovaskulárních rizikových faktorů (jako jsou současní nebo bývalí dlouhodobí kuřáci); pacientů s rizikovými faktory pro malignitu (např. malignita v současnosti nebo malignita v anamnéze). Použití u pacientů ve věku 65 let a starších: U pacientů ve věku 65 let a starších existuje při používání upadacitinibu v dávce 30 mg jednou denně zvýšené riziko výskytu nežádoucích účinků. V důsledku toho je doporučená dávka pro dlouhodobé používání u této populace pacientů 15 mg jednou denně. Závažné infekce: Pacienti je třeba během léčby a po léčbě upadacitinibem pečlivě sledovat s ohledem na vývoj známek a příznaků infekce. Léčba upadacitinibem má být přerušena, pokud se u pacienta rozvine závažná nebo oportunní infekce. Vyšší výskyt závažných infekcí byl pozorován u upadacitinibu v dávce 30 mg oproti upadacitinibu v dávce 15 mg. Před zahájením léčby upadacitinibem mají být pacienti vyšetřeni na přítomnost tuberkulózy (TBC). U klinických studiích byla hlášena reaktivace viru, včetně případů reaktivace viru herpes (např. herpes zoster). Pokud se u pacienta vyvine herpes zoster, má být vzájemně přerušena léčba upadacitinibem, dokud není epizoda vyřešena. Očkávání: Podání živých atenuovaných vakcín během léčby upadacitinibem nebo bezprostředně před ní se nedoporučuje. Maligní onemocnění: U pacientů užívajících inhibitory JAK, včetně upadacitinibu, byly hlášeny případy výskytu lymfomu a malignit. Vyšší výskyt malignit byl pozorován u upadacitinibu v dávce 30 mg oproti upadacitinibu v dávce 15 mg. U všech pacientů, zejména u těch s rizikovými faktory pro vznik kožního nádoru, se doporučuje pravidelné kožní vyšetření. Upadacitinib má být používán s opatností u pacientů s rizikem gastrointestinální perforace. Žilní tromboembolie: U pacientů se známými rizikovými faktory pro VTE kromě kardiovaskulárních rizikových faktorů nebo rizikových faktorů pro malignitu má být upadacitinibem podáván s zvýšenou opatností. Pacienti mají být během léčby upadacitinibem pravidelně vyšetřováni, aby bylo možné posoudit změny rizika výskytu VTE. U pacientů léčených inhibitory JAK, včetně upadacitinibu, byla hlášena okluze retinální žíly. Pacienti musí být poučeni, aby v případě, že se u nich objeví příznaky naznačující okluzi retinální žíly, okamžitě vyhledali lékařskou péči. U pacientů užívajících upadacitinib byly hlášeny závažné hypersenzitivní reakce, jako jsou anafylaxe a angioedém. U pacientů, kteří používají léky na diabetes, byly po zahájení léčby inhibitory JAK, včetně upadacitinibu, hlášeny případy hypoglykemie. V případě výskytu hypoglykemie může být nutná úprava dávky antidiabetické léčby. U pacientů užívajících upadacitinib se objevily zprávy o zbycích léku ve stolici nebo ve vývodu ze stomie. Pacienti mají být klinicky sledováni a v případě nedostatečné terapeutické odpovědi má být zvážena alternativní léčba. Interakce: Upadacitinib je metabolizován především prostřednictvím CYP3A4. Během léčby upadacitinibem je třeba se vyhnout pokrmům a nápojům obsahujícím grapefruit. Upadacitinib v dávce 15 mg jednou denně má být používán s opatností u pacientů, kteří jsou dlouhodobě léčeni silnými inhibitory CYP3A4. Upadacitinib v dávce 30 mg jednou denně se nedoporučuje používat u pacientů, kteří jsou dlouhodobě léčeni silnými inhibitory CYP3A4. Těhotenství a kojení: Ženy ve fertilním věku musí používat účinnou antikoncepci během léčby a 4 týdny po poslední dávce upadacitinibu. Během těhotenství je upadacitinib kontraindikován. Upadacitinib nemá být používán během kojení. Nežádoucí účinky: Velmi časté: infekce horních cest dýchacích, akné; časté: bronchitida, herpes zoster, herpes simplex, folikulitida, chřipka, infekce močových cest, pneumonie, nemelanomový kožní nádor, kopřivka, anémie, neutropenie, lymfopenie, hypercholesterolemie, hyperlipidemie, bolest hlavy, závrať, vertigo, kašel, bolest břicha, nauzea, vyrážka, únava, pyrexie, periferní edém, zvýšení krevní CPK, ALT, AST, zvýšení tělesné hmotnosti; méně časté: orální kandidóza, divertikulitida, závažné hypersenzitivní reakce, hypertriglyceridemie, gastrointestinální perforace. Balení: 28 nebo 98 tablet s prodlouženým uvolňováním. Držitel rozhodnutí o registraci: AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, Knollstrasse, 67061 Ludwigshafen, Německo. Registrační číslo: Rinvoq 15 mg: EU/1/19/1404/01 (28 tablet v blistru) – na trhu, EU/1/19/1404/02-05; Rinvoq 30 mg: EU/1/19/1404/06-09; Rinvoq 45 mg: EU/1/19/1404/10-11. Datum poslední revize SmPC: 11/2025. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku dříve, než jej předepíšete.



Inspired by **patients.**
Driven by **science.**

ABSTRAKTA

1. přednáškový blok

Chirurgické výkony na zadní a střední noze u revmatiků

Bek J.

Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

Přednáška popisuje jednotlivé typy operačních výkonů, jejich indikace a dobu rekonvalescence a ukazuje na důležitost spolupráce revmatologa a ortopeda pro správné načasování provedení operace.

Chirurgické výkony přednoží u revmatických pacientů

Hromádka R.

Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

Deformity přední části nohy jsou u revmatiků časté. Tyto deformity vznikají nejen na základě změn měkkých stabilizátorů drobných kloubů nohy, ale také v důsledku destrukce jejich kloubních ploch. Úkolem chirurga v těchto případech je zhodnotit možnosti chirurgické léčby, kdy je možné provést zákroky zachovávající klouby, nebo naopak zákroky paliativní. Klasické paliativní metody léčby jsou založeny na resekčních arthroplastikách a artrodézách. Nicméně v současné době, kdy je možné provádět zákroky také perkutánně, je řada pacientů uspokojivě léčitelná i osteotomiemi, které mohou vhodně změnit postavení kloubních ploch a tím klouby odlehčit. Všechny tyto zákroky by měly vést nejen k odstranění bolestí chodidla, ale také ke zlepšení deformit a zvýšení odolnosti postižené nohy.

Kontrola zánětu nestačí, role rehabilitace v komplexní péči

Pospíšilová I.

Nemocnice Na Pleši, s.r.o.

Postižení nohy patří mezi časté manifestace revmatických onemocnění a významně ovlivňuje mobilitu, stabilitu, soběstačnost i kvalitu života pacientů. Přesto bývá noha v běžné klinické praxi často podhodnocena a její funkční dopad není dostatečně reflektován.

Přednáška se zaměřuje na význam revmatického postižení nohy z pohledu funkce a biomechaniky, kdy i relativně malé strukturální postižení nohy vede k výrazným obtížím, zejména bolesti, poruše stereotypu chůze a snížení mobility. Cílem přednášky je shrnout a poukázat na biomechanické důsledky těchto změn a upozornit na potřebu aktivního vyšetřování nohy v revmatologické praxi a zdůraznit rehabilitaci jako integrální součást moderní komplexní péče o pacienty s revmatickým onemocněním.

Samotná farmakologická kontrola zánětu automaticky neznamená obnovu funkce pohybového aparátu. Přednáška představí význam multidisciplinárního přístupu a roli rehabilitační intervence, fyzioterapie, podiatrické péče, režimových opatření a využití ortotických pomůcek v prevenci disability a zachování dlouhodobé mobility pacienta. Včasná intervence může zásadně ovlivnit progresi deformit, zlepšit kvalitu chůze a snížit riziko dlouhodobé disability.

Pavelka K.

Revmatologický ústav, Praha

Mechanismus účinku kyseliny hyaluronové/KH/ je komplexní a širší než původně uváděná viskosuplementace a byly publikovány experimentální práce prokazující efekt chondroprotektivní/anabolický a antikatabolický/,protizánětlivý ,přímý analgetický a možný vliv na subchondrální kost.Preparáty KH se dělí podle původu/extraktivní,biotechnologické/ a molekulární hmotnosti/ nízká, střední ,vysoká/.Určitá evidence ukazuje na možný vyšší efekt HK s větší molekulární hmotností.V poslední době byla uvedena do praxe řada nových formulací KH jako např. kombinace KH s menší a větší molekulovou hmotností, kombinace s glukokortikoidy nebo s diclofenacem ETAL/.Byla publikována řada metaanalýz účinnosti HK s nekonsistentními výsledky, ale s mírnou převahou pozitivních závěrů.Na druhé straně se postoj k léčbě KH liší v jednotlivých Doporučeních odborných společností.Ve srovnávacích studiích byla KH stejně účinná v monoterapii jako PRP při nižším výskytu nežádoucích účinků.Je možné ale konstatovat, že tolerance léčby KH je velmi dobrá.Výskyt závažných komplikací včetně kloubních infekcí je velmi vzácný.Optimální pacient pro léčbu KH je pacient spíše mladší, s morfologicky středním postižením osteoartrózou/ Kellegren II.,III/.Strukturální efekt HK, tzn zpomalení progresu OA nebyl jednoznačně prokázán, ale je metodologicky velmi komplikovaný.

Klíčová slova: osteoartróza kolenních kloubů, kyselina hyaluronová.

2. přednáškový blok

Využití sonografie regionu kyčelního kloubu

Novotný T.

KRAJSKÁ ZDRAVOTNÍ, a.s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.

Sonografie pohybového aparátu je zejména v režimu point-of-care celosvětově stále oblíbenější zobrazovací metodou. Její výhody spočívají mimo jiné v nízké ceně, minimu kontraindikací a možnosti využití přímo v klinickém diagnostickém procesu. Osvojením této metody získává lékař zároveň velmi přínosný nástroj ke zpřesnění terapeutických intervencí, zejména díky možnosti jejich přesné navigace. V oblasti kyčelního kloubu poskytuje sonografie řadu definovaných projekcí vhodných k doplnění klinického vyšetření. Mnohé klinické jednotky v tomto regionu na sebe mohou plynule navazovat, symptomaticky se překrývat a být snadno zaměnitelné. Právě doplňkové ultrazvukové vyšetření může vést ke zpřesnění, a v řadě případů také ke změně původní klinické diagnózy.

Základní diagnostické projekce umožňují zobrazit kyčelní kloub s posouzením možné přítomnosti kloubního výpotku, chondropatie, hypertrofické synovity či dalších sekundárních projevů degenerativních změn. Velmi dobře je zobrazitelný také pertrochanterický region, včetně vizualizace jednotlivých úponů gluteálních svalů, posouzení kvality iliotibiálního traktu a jeho dynamiky v oblasti velkého trochanteru, stejně jako detekce případné kolekce tekutiny či vzácněji burzitidy. Ve ventrálním aspektu lze hodnotit průběh a dynamiku m. iliopsoas a oblast psoatické burzy. Dorzálně je možné zobrazit společný extenzorový úpon na tuber ossis ischii. Všechny uvedené struktury lze po jejich sonografické vizualizaci v případě suspekce na patologii také velmi přesně intervenovat pod ultrazvukovou navigací. Tímto způsobem lze provádět intraartikulární aplikace, punkce či aspirace tekutinových kolekcí, hydrodisekce šlachových pochev i exaktní peritendinózní nebo perientezální aplikace.

Dostupná evidence ukazuje, že sonografie pohybového aparátu může významně zjednodušit potvrzení klinické diagnózy a vést ke změně původní diagnózy až v desítkách procent případů. Ve srovnatelném rozsahu zpřesňuje také intervence. Nad rámec těchto přínosů je v současnosti obtížné hledat přesvědčivé argumenty, které by podpořovaly opačný závěr, tedy důvod, proč sonografii pohybového aparátu v klinické praxi nevyužívat více.

Možnosti terapie GTPS z pohledu ortopeda

Fulín P.

I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol a Homolka

Přednáška se zabývá frekventním tématem bolestí v oblasti velkého trochanteru stehenní kosti. Dominantní tematika je věnována trochanterické bursitidě, entezopatii gluteálních svalů a rovněž coxa saltans. Tyto frekventní nosologické jednotky jsou v praxi řešeny zejména konzervativně. Přednáška se zaměřuje jednak na popis konzervativní léčby, tak i na řešení operační. Tematika je přednášena z pohledu ortopeda tak, jak se s ní setkáváme v denní klinické praxi.

Trochanterický bolestivý syndrom z pohledu fyzioterapeuta

Zinková I.

Revmatologický ústav, Praha

Trochanterický bolestivý syndrom (Greater Trochanteric Pain Syndrome - GTPS) představuje častou příčinu (10 - 20 %) chronických bolestí v oblasti kyčelního kloubu. Prevalence unilaterálního GTPS syndromu je 15 % u žen a 8,5 % u mužů. GTPS syndrom významně ovlivňuje kvalitu života pacientů a jejich funkční schopnosti. Toto sdělení si klade za cíl shrnutí současných poznatků o možnostech nefarmakologické léčby GTPS syndromu se zaměřením na individuální kinezioterapii, úpravu životního stylu a aplikaci fyzikální terapie na základě dostupných medicínských důkazů. V posledním desetiletí se zjistilo, že současná léčba GTPS syndromu by měla zahrnovat především aktivní metody. Dostupné studie naznačují, že pravidelně prováděná fyzioterapie hraje klíčovou roli a vede v dlouhodobém horizontu ke snížení bolesti a zvýšení svalové síly. Kinezioterapie zahrnuje progresivní posilování svalů kyčle, stabilizaci pánve, zlepšení svalové koordinace, odstranění svalových dysbalancí a zajištění centrace kyčle. Nedílnou součástí nefarmakologické léčby jsou režimová opatření. Z fyzikální terapie se využívá laserová terapie, rázová vlna a kineziotaping, pro které existuje opora v medicínských databázích. V klinické praxi se i přes absenci jasných vědeckých důkazů užívá i elektroterapie, ultrazvuk nebo terapie suchou jehlou. Srovnání jednotlivých přístupů v kontextu EBM ukazuje, že největší efektivity je dosaženo kombinací kinezioterapie a vhodně zvolené fyzikální terapie. Komplexní, individuálně přizpůsobená nefarmakologická terapie zabraňuje recidivě GTPS syndromu.

3. přednáškový blok

Obezita a zánětlivá revmatická onemocnění

Horák P.

FN a LF UP Olomouc

Obezita představuje významný a často podceňovaný faktor ovlivňující vznik, průběh i léčbu zánětlivých revmatických onemocnění. Přibližně dvě třetiny pacientů s RMD žijí s nadváhou či obezitou, která nejen zvyšuje riziko rozvoje onemocnění, ale vede také k výrazně horší aktivitě zánětu, vyšší míře bolesti, únavy a funkčnímu omezení. Adipozita přispívá k perzistenci systémového zánětu prostřednictvím aktivace vrozené imunity, produkce adipokinů a metabolických změn včetně inzulínové rezistence. Tyto mechanismy mohou synergicky zhoršovat zánět v kloubech i extraartikulárních tkáních a přispívat k rychlejší ztrátě fyzické výkonnosti. Obezita negativně ovlivňuje léčebnou odpověď u celé řady revmatických onemocnění, zejména psoriatické artritidy, kde je prokazatelně spojena s vyšší aktivitou choroby, nižší pravděpodobností dosažení minimální aktivity onemocnění a kratší perzistencí biologické terapie. Hmotnost také ovlivňuje farmakokinetiku některých DMARDs a může přispívat ke zvýšenému riziku infekcí či jaterních komplikací, obzvláště u pacientů s MASLD, kde se účinky obezity mohou sčítat s hepatotoxicitou metotrexátu. Podobně u RA je obezita spojena s nižší mírou remise a horší odpovědí na léčbu, i když radiografická progresse může být paradoxně pomalejší. Redukce hmotnosti představuje slibnou strategii, která může zmírnit aktivitu choroby, zlepšit bolest, únavu a funkční kapacitu a zvýšit účinnost

imunomodulační léčby. U psoriatické artritidy existují data ukazující, že již 5–10% pokles hmotnosti významně zvyšuje šanci dosažení minimální aktivity. Moderní antiobezitika, zejména agonisté GLP-1 receptoru (např. semaglutid) či kombinované GLP-1/GIP agonisty, dosahují u pacientů s obezitou dlouhodobě udržitelného poklesu hmotnosti ≥ 10 –20 %. Tyto léky vykazují další metabolické a protizánětlivé účinky a mohou mít potenciálně příznivý vliv i na zánětlivou artritidu. Podobně teoretický, i když méně výrazný efekt na zánět lze očekávat u inhibitorů DPP-4. Přestože důkazy pro přímý účinek těchto terapií na artritidu zatím chybí, probíhající klinické studie mohou zásadně změnit budoucí přístup k léčbě pacientů s kombinací obezity a zánětlivého onemocnění. Rozpoznání obezity jako terapeutického cíle může vést k zásadnímu zlepšení péče, snížení komorbidit a celkově k více holistickému přístupu k pacientům se zánětlivými revmatickými onemocněními. Podpora: MZdr ČR-RVO (FNOL, 00098892) a grant IGA_LF-UP_2026_003

Léčba obezity v roce 2026

Dohnal R.

Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Olomouc, III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická

Obezita je chronické metabolické onemocnění s rostoucí prevalencí a významnými zdravotními dopady. Její léčba vyžaduje komplexní a dlouhodobý přístup zahrnující režimová opatření, dietoterapii, farmakoterapii a v indikovaných případech také bariatrickou chirurgii.

Přednáška poskytne přehled současných možností léčby obezity se zaměřením na praktické využití v klinické praxi. Hlavní pozornost bude věnována novým možnostem farmakologické léčby, zejména moderním inkretinovým preparátům, které v posledních letech významně rozšířily terapeutické možnosti a umožňují dosahovat výraznější redukce hmotnosti než dřívější léčba. Budou diskutovány jejich účinnost, bezpečnost i postavení v současných léčebných doporučeních.

Cílem přednášky je poskytnout lékařům stručný přehled aktuálních terapeutických možností a jejich praktické aplikace v léčbě pacientů s obezitou.

Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892 a grantem IGA_LF_2026_003

Komplexní přístup v léčbě obezity - zkušenosti tělovýchovného lékařství

Sovová E.

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace

Obezita a přístup k obézním nemocným vyžaduje multidisciplinární přístup. Proto již 15 let poskytujeme pro tyto pacienty komplexní program v rámci našeho certifikovaného pracoviště pro léčbu obezity, který pokrývá všechny složky, nutné k dosažení redukce, a hlavně k jejímu udržení. Program zahrnuje komplexní interní vyšetření včetně laboratorních odběrů, měření bazálního metabolismu pomocí nepřímé kalorimetrie, opakované hodnocení složení těla pomocí bioimpedančních technik, zhodnocení kvality spánku, stanovení tréninkových frekvencí pomocí spiroergometrického vyšetření, vyšetření fyzioterapeutem s návrhem a prováděním pohybových aktivit, v případě potřeby vyšetření a péči psychologa.

Využití koloběžky v léčbě obezity

Fasnerová L.

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace

Obezita představuje jedno z nejvýznamnějších chronických onemocnění současnosti a její léčba vyžaduje dlouhodobě udržitelné pohybové intervence.

Přednáška se zaměřuje na integraci jízdy na koloběžce jako efektivního a šetrného nástroje v rámci programů řízené redukce hmotnosti a komplexní fyzioterapie. Obezita představuje pro pacienty výraznou zátěž nosných kloubů, což často limituje výběr vhodných pohybových aktivit. Jízda na koloběžce se v praxi Kliniky tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace FnOL ukazuje jako ideální alternativa k běhu či chůzi, neboť při správné technice nabízí aerobní aktivitu s nižší rázovou zátěží na kloubní aparát.

Přednáška se zaměřuje na možnosti využití koloběžky jako dostupného, variabilního a motivačně atraktivního prostředku v terapii obezity a podpoře zdravého životního stylu. Budou představeny fyziologické a biomechanické aspekty jízdy na koloběžce, její vliv na energetický výdej, kardiovaskulární zdatnost, svalovou aktivaci a redukci sedavého chování. Přednáška nabídne praktické zkušenosti, doporučení pro progresi zátěže a inspiraci pro využití koloběžky jako nástroje podpory adherence k pohybové aktivitě napříč věkovými skupinami.

Cílená embolizace v léčbě muskuloskeletální bolesti

*Kaván J., Leščinskij A., Padrta T., Novák M.
Radiodiagnostická klinika 1. LF UK a VFN Praha*

U osteoartrózy dochází k poškození chrupavky, ta vede k synovitidě. Při té dochází k vyplavování prozánětlivých cytokinů, které podněcují neoangiogenezi. Ta opět podporuje neuronální migraci, sensorickou neoinervaci a zánět. Bludný kruh se tím uzavírá a je třeba ho přerušit. Možným prostředkem je embolizace patologické neovaskularizace. Zvířecí modely ukázali, že stupeň angiogeneze koreluje s tíží osteoartrózy. V angiografickém obraze se patologická neovaskularizace ukazuje jako vaskulární blush na periferii zásobujících tepének. Kolenní kloub je zásoben šesti hlavními větvemi, které odstupují z a.femoralis superficialis a a.poplitea. Jsou to a.genus descendens, a.superior medialis genus, a.superior lateralis genus, a.media genus, a.inferior medialis genus a a.inferior lateralis genus. Běžné jsou anatomické varianty, kdy některé větve můžou chybět nebo například a.inferior lateralis genus může odstupovat z a.tibialis anterior. Neembolizujeme všechny větve, ale pouze tam, kde se zobrazí vaskulární blush. Většinou embolizujeme 2 až 3 větve. 5x až 10x častěji je postižena mediální část kolenního kloubu. Indikací k embolizaci je osteoartróza I.-III. stupně, bolest trvající více než 6 měsíců, kdy selhává konzervativní terapie, ale nález ještě není na TEP. Další indikací jsou bolesti po TEP.

Katetrizujeme nejlépe z ipsilaterálního přístupu, do a.fem.com. zavádíme 4F sheath a pomocí katetru Bern, event. katetru Cobra, katetrizujeme odstupy kolenních tepen. Následuje superselektivní katetrizace mikrokatétrem šíře 2F nebo lépe 1,7F. Vaskulární blush lze dle literárních údajů embolizovat permanentními i resorbovatelnými částicemi. My používáme antibiotikum Imipenem/cilastatin, jehož krystaly jsou velikosti 10 až 70 µm a resorbují se za 4 až 6 hodin.

Limitací výkonu je neprůchodnost, tortuozita či angulace přístupových tepen. Mezi komplikace patří obvyklé komplikace katetrizačních výkonů (hematom, krvácení, vagová reakce, disekce, spasmus a komplikace v souvislosti s podáním jodové kontrastní látky). Specifickou periprocedurální komplikací je necílená embolizace kožních větví, které lze předejít přiložením ledového obkladu na kůži. S tímto máme dobrou zkušenost. Obvyklou, ale nezávažnou postprocedurální komplikací jsou kožní diskolorace, které se dle naší zkušenosti objevují krátce po výkonu a do druhého dne kompletně nebo z větší části vymizí. Mohou se vyskytnout i teploty trvající i dva týdny po výkonu.

Kromě osteoartrózy jsou indikací k embolizaci i plantární fascitida, tendinopathie Achilovy šlachy a frozen shoulder, u kterých při DSA rovněž nacházíme patologickou neovaskularizaci.

Embolizace kolenních tepen je miniinvazivní výkon, je to most mezi konzervativní a operační léčbou. Dostupné studie ukazují významnou redukci bolesti u většiny pacientů. Embolizaci lze opakovat a nelimituje eventuální následné provedení TEP ani neovlivní rekonvalescenci po TEP. Přístup k pacientům s osteoartrózou je tedy dnes multidisciplinární.

4. přednáškový blok

Fytofarmaka a potravinové doplňky v léčbě revmatických onemocnění

Vranová V.

Masaryková univerzita, Brno

Revmatická onemocnění představují heterogenní skupinu chronických chorob, která významně ovlivňují kvalitu života pacientů. Vedle konvenční farmakoterapie se v klinické praxi i samoléčbě pacientů stále častěji uplatňují rostlinné přípravky a potravinové doplňky. Sdělení se zaměřuje na přehled nejčastěji používaných rostlinných přípravků a doplňků stravy v léčbě revmatických onemocnění, jejich mechanismy účinku, klinickou účinnost a bezpečnost. Pozornost je věnována zejména kurkuminu, boswellovým kyselinám, harpagofytu a extraktům z vrby bílé, dále omega-3 mastným kyselinám, glukosaminu, chondroitinu a vitamínu D. Diskutovány jsou dostupné klinické důkazy, možnosti využití těchto látek jako adjuvantní terapie a jejich limity v porovnání s kauzální léčbou, zejména u revmatoidní artritidy. Součástí sdělení je také upozornění na rizika spojená s kvalitou přípravků, lékovými interakcemi a nesprávným užíváním.

Životní styl jako součást léčby – co říkají důkazy?

Mann H.

Revmatologický ústav, Praha

Kontrola zánětlivé aktivity pomocí účinné farmakoterapie je základem léčby zánětlivých revmatických onemocnění, avšak sama o sobě nedostatečně ovlivňuje únavu, bolest, poruchy spánku a psychickou zátěž. Doporučení EULAR z roku 2021 proto explicitně zařazují sebemanagement jako nedílnou součást péče o pacienty se zánětlivou artritidou, podloženou systematickým přehledem 32 studií zahrnujících 19 RCT. Nejsilnější důkazní údaje má pohybová aktivita: aerobní i odporový trénink jsou bezpečné a účinné napříč diagnózami. V oblasti výživy vykazuje nejkonzistentnější data středomořská dieta: metaanalýza 33 RCT prokázala signifikantní pokles zánětlivých markerů u nemocných na dietě, kohortová data (UK Biobank, 2025) ukazují snížení rizika vzniku RA. Kognitivně-behaviorální terapie je EULAR doporučována jako standardní intervence při psychické zátěži a prokázala účinek na bolest, únavu i depresi; CBT-I pak představuje účinnější alternativu hypnotik u poruch spánku. Z dalších ovlivnitelných rizikových faktorů zaujímá přední místo kouření. Epidemiologická data jednoznačně prokazují, že kouření zvyšuje riziko vzniku anti-CCP pozitivní revmatoidní artritidy a negativně ovlivňuje odpověď na biologickou léčbu, zejména inhibitory TNF. Podobný nepříznivý vliv byl dokumentován u spondyloartritid. Srovnatelně robustní je evidence pro tělesnou hmotnost: obezita snižuje pravděpodobnost dosažení remise u RA i psoriatické artritidy, zhoršuje farmakodynamiku biologik a u osteoartrózy působí jak mechanicky, tak prostřednictvím prozánětlivých adipokinů.

Cílem přednášky je shrnout současné poznatky, které mohou revmatologové předávat svým pacientům a tím podpořit jejich autonomii a adherenci k léčbě v rámci konceptu sdíleného rozhodování.

Psychické zdraví nemocných s chronickými revmatickými chorobami

Slavíková Červinková M.

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, Katedra psychologie, Metropolitní Univerzita Praha

Revmatické onemocnění narušuje jeden ze základních pilířů, které jsou podkladem subjektivně vnímané kvality života. Nástup či progresse onemocnění zpravidla představuje pro pacienta kompletně novou situaci, které čelí, a ve které se musí zorientovat. Často je to situace spojená s kompletní restrukturalizací hodnot. Tato nová situace pochopitelně představuje pro pacienta intenzivní stres. Významnou roli v prožívání chronického onemocnění, resp. stresové situace s ním spojené, hrají emoce, které se k této situaci váží. Stres a s ním související emoce jsou tedy oblastmi, ke kterým lze směřovat psychologické intervence. Toto má své opodstatnění i v biologické

rovině, protože mechanismy, jakými stres zasahuje do imunitních procesů, jsou dnes již poměrně dobře popsány a existuje samozřejmě také řada prací, které se zabývají konkrétně vlivem stresu na nástup a průběh autoimunitních onemocnění.

Imerzivní virtuální realita v revmatologii: Inovativní nástroj pro funkční terapii a monitoring pacientů

Špet V., Špiritović M.

České vysoké učení technické v Praze - Fakulta biomedicínského inženýrství, Kladno

Abstrakt Příspěvek prezentuje možnosti využití systémů imerzivní virtuální reality (VR) v rámci komplexní rehabilitační péče u revmatologických pacientů a spojuje dohromady celosvětově nejaktuálnější evidence-based poznatky s výzkumnou činností na Fakultě biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze. VR technologie zde slouží jako klinicky relevantní nástroj, který kombinuje multisenzorickou stimulaci s vysokou úrovní motivace pacienta, to vše ve zcela bezpečném simulovaném prostředí. U revmatických onemocnění dochází často nejen k rozvoji chronické bolesti, deformit a destrukce pojivové tkáně spojené s progresivní svalovou slabostí, ale také k postižení plicního intersticia a snížení elasticity hrudního koše. Soubor těchto symptomů vede k výraznému poklesu kvality života a omezení soběstačnosti. Technologie VR zde terapeuticky umožňuje provádět cílený trénink hrubé i jemné motoriky, kognitivních funkcí či rovnováhy. Dále poskytuje možnosti pro respirační terapii a nácvik všedních denních činností (ADL). Pro pacienty je také zásadní využití principu distrakce od bolesti (nociceptivní útlum), kdy imerze do virtuálního prostředí zvyšuje toleranci k zátěži a dovoluje provádět terapii s vyšší intenzitou, než by bylo možné při konvenční terapii. Systém navíc v reálném čase poskytuje pacientům audiovizuální zpětnou vazbu pro umocnění procesů motorického učení. Na diagnostické úrovni pak VR headset využívá soustavu interních a externích senzorů, které přináší přesnou metodu hodnocení stavu pacienta či efektivity terapie. Systém v reálném čase zaznamenává časoprostorové parametry a umožňuje tak provádět dílčí kinematickou analýzu, sledovat symetrii pohybu či reakční časy. Tato data poskytují objektivní zpětnou vazbu o funkčním deficitu pacienta a umožňují monitorovat efektivitu léčby s přesností, kterou standardizované klinické škály často nenabízejí. Využití imerzivní VR v kombinaci s dalšími moderními technologiemi tak může potenciálně definovat směřování inovativní a personalizované digitální medicíny v komplexní péči o revmatologické pacienty. Klíčová slova: virtuální realita, VR, imerzivní, revmatologie, funkční trénink, distrakce bolesti, asistivní technologie

5. přednáškový blok

Riziko malignit při léčbě antirevmatickými léky

Olejárová M.

Revmatologický ústav, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Pacienti s revmatickými autoimunitními chorobami mají oproti běžné populaci mírně zvýšené riziko některých malignit, na němž se mimo chronického zánětu podílejí komorbidita, kouření, ale i imunosupresivní léčba. Současná data však ukazují, že u většiny antirevmatických léků není celkové riziko malignit dramaticky zvýšeno a kontrola zánětu může naopak dlouhodobé riziko snižovat.

U konvenčních syntetických DMARD (csDMARDs) je bezpečnostní profil relativně dobře znám. Léčba hydroxychlorochinem, sulfasalazinem a leflunomidem je bezpečná a není spojena se zvýšením rizika malignit. Methotrexát je dlouhodobě považován za relativně bezpečný, popsáno je však mírně zvýšené riziko nemelanomových kožních nádorů a vzácně lymfoproliferativních onemocnění. Azathioprin je spojen zejména se zvýšeným rizikem kožních spinocelulárních karcinomů a lymfoproliferativních onemocnění, podobně jako inhibitory kalcineurinu (cyklosporin, takrolimus), kde se riziko zvyšuje s délkou podávání. Nejvyšší onkogenní potenciál mezi csDMARD má cyklofosfamid, který je asociován zejména s karcinomem močového měchýře, hematologickými malignitami a kožními nádory; riziko závisí na kumulativní dávce.

Biologická léčba přinesla významné obavy z možného zvýšení výskytu malignit, avšak většina registrů a metaanalýz nepotvrdila významný nárůst celkového onkologického rizika. U inhibitorů TNF nebylo prokázáno zvýšení incidence solidních nádorů ani lymfomů nad rámec rizika daného samotným onemocněním, diskutováno zůstává mírné zvýšení rizika nemelanomových kožních nádorů a melanomu. Rozdíly mezi jednotlivými TNF inhibitory nejsou jednoznačně prokázány, i když nejvíce dat existuje pro infliximab, etanercept a adalimumab. Abatacept byl dlouhodobě považován za preparát s příznivým bezpečnostním profilem, nicméně některé registry naznačují mírně vyšší výskyt kožních a plicních nádorů. Tocilizumab nevykazuje zvýšené celkové riziko malignit. Rituximab je často preferován u pacientů s anamnézou malignity, protože dosavadní data neukazují zvýšení recidiv ani nových nádorů.

Podobně příznivá data jsou zatím dostupná i pro novější biologika. Inhibitory IL-17 (sekukinumab, ixekizumab) ani inhibitory IL-12/23 či IL-23 (ustekinumab, guselkumab, risankizumab) neprokázaly významné zvýšení celkového rizika malignit, dlouhodobá data jsou však zatím stále omezená. U belimumabu nebyl v dlouhodobých studiích pozorován vyšší výskyt malignit oproti očekávané populaci pacientů se SLE. Stejně tak anifrolumab zatím nevykazuje jasný signál zvýšeného onkologického rizika, i když délka sledování je zatím kratší.

Největší diskusi v posledních letech vyvolaly inhibitory Janusových kináz. Studie ORAL Surveillance ukázala u tofacitinibu u rizikové populace starších pacientů s revmatoidní artritidou vyšší výskyt malignit oproti TNF inhibitorům, zejména plicních nádorů a lymfomů, a to především u kuřáků. Toto riziko se však mezi jednotlivými preparáty pravděpodobně liší. U baricitinibu byla popsána možná souvislost zejména s nemelanomovými kožními nádory, ale data jsou méně konzistentní. Upadacitinib v klinických studiích nevykázal vyšší celkové riziko malignit oproti biologické léčbě, pro filgotinib jsou dlouhodobá data zatím limitovaná.

Při rozhodování o terapii je třeba vždy individuálně zvažovat věk pacienta, kouření, onkologickou anamnézu, kumulativní expozici imunosupresivní léčbě a aktivitu základního onemocnění. Současná doporučení EULAR zdůrazňují, že u většiny pacientů s předchozí malignitou lze při dobré interdisciplinární spolupráci biologickou i cílenou léčbu použít, přičemž významnou roli hraje kontrola chronického zánětu a pravidelný onkologický screening.

Gynekologické nádory a možnosti jejich prevence

Zikán M.

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a Fakultní nemocnice Bulovka

Gynekologické nádory představují heterogenní skupinu onemocnění s rozdílnými možnostmi prevence, časně detekce a léčby. Zatímco u karcinomu ovaria, endometria nebo vulvy zůstává prevence limitovaná zejména identifikací rizikových skupin, genetickým poradenstvím a ovlivněním známých rizikových faktorů, karcinom děložního hrdla je dnes modelovým příkladem nádoru, kterému lze do značné míry předcházet. Klíčovou příčinou je perzistující infekce vysoce rizikovými typy lidského papilomaviru, především HPV 16 a 18, které se podílejí na většině případů cervikálního karcinomu. U pacientek sledovaných revmatology má toto téma zvláštní význam, protože systémová autoimunitní onemocnění a dlouhodobá imunosupresivní léčba mohou zvyšovat riziko perzistence HPV infekce, rozvoje prekanceróz a potřebu důsledné účasti ve screeningových programech.

Přednáška se zaměří na současné možnosti primární a sekundární prevence karcinomu děložního hrdla: očkování proti HPV, organizovaný screening založený na cytologii a HPV DNA testaci, význam kolposkopie a léčby prekanceróz. Bude zdůrazněno, že HPV vakcinace je nejúčinnější před zahájením sexuální aktivity, ale může mít význam i u části dospělých žen podle věku, rizikového profilu a předchozí expozice. U imunosuprimovaných pacientek je důležitá individualizace prevence, edukace, ověření vakcinačního statusu a aktivní spolupráce mezi gynekologem, revmatologem a praktickým lékařem. Cílem sdělení je ukázat, že prevence HPV-asociovaných gynekologických nádorů není pouze gynekologickým tématem, ale součástí komplexní péče o ženy s chronickými zánětlivými a autoimunitními onemocněními. WHO formuluje eliminaci cervikálního karcinomu prostřednictvím cílů 90–70–90: 90 % dívek očkových proti HPV do 15 let, 70 % žen vyšetřených vysoce výkonným screeningovým testem a 90 % žen s cervikálním onemocněním adekvátně léčených.

6. přednáškový blok

Technology-Assisted Rehabilitation: Why and When?

Sailer M.

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Medizinische Fakultät, Universitätsklinik für Neurologie

Computer- and robot-assisted technologies are increasingly applied across rehabilitation medicine, creating an implicit assumption that a shared framework might govern their use regardless of clinical specialty. This assumption deserves critical scrutiny. In neurological and rheumatological rehabilitation — two fields where impairment of activities of daily living (ADL) is a central clinical problem — the rationale for technology use, the type of technology indicated, the appropriate timing of intervention, and the safety constraints may differ fundamentally.

In neurological rehabilitation, robotic technology functions as a direct therapeutic instrument, exploiting neuroplasticity through high-dose, repetitive, task-specific training. The mechanistic justification is well-established: the dose of movement practice required to induce cortical reorganization exceeds what conventional therapy can deliver. Current evidence supports initiation of robotic rehabilitation in the acute and subacute post-stroke phase, where effect sizes are substantially greater than in the chronic phase. Motor imagery, action observation therapy and brain-computer interfaces, extend this paradigm further.

In Rheumatology the evidence supports digital health technologies, telerehabilitation platforms, smartphone applications, and remote monitoring tools, primarily for improving exercise adherence and enabling long-term self-management of chronic inflammatory disease. The timing of any technology based intervention in rheumatology may be governed by disease activity rather than a post-lesion recovery trajectory.

A dimension that deserves a more intensive focus in current rehabilitation concerns proprioception. Both neurological and rheumatological/orthopaedic conditions impair the proprioceptive system, but through fundamentally different mechanisms: CNS lesion disrupts central sensorimotor integration in the somatosensory cortex, while replacement or structural degradation of joint structures reduce peripheral mechanoreceptor density. Technology-enhanced proprioceptive rehabilitation consequently must target the entire proprioceptive and central nervous loop using sensor-based feedback, augmented sensory input with neurofeedback.

Recognizing these distinctions is not merely academic. Cross-specialty transfer of robotic rehabilitation protocols without adaptation to disease specific dynamics may carry a genuine risk of harm. The field requires indication- and technology-specific timing studies in neurology beyond stroke and randomized controlled trials of digital and robotic technology in rheumatology with disease activity-stratified analyses. A dedicated persuasion of trials of technology-enhanced proprioceptive rehabilitation with proprioception-specific primary endpoints could be promising in ensuring the best possible ADL to patients.

Keywords: robot-assisted rehabilitation, neurological rehabilitation, rheumatological rehabilitation, neuroplasticity, proprioception, mechanoreceptors, sensorimotor integration, telerehabilitation, technology-assisted therapy, disease activity

Klíčové výzkumné projekty Kliniky revmatologie a rehabilitace 3. LF UK a FTN: COMIRESTROKE a VIREFYMS – využití technologií v rehabilitaci pacientů po cévní mozkové příhodě a s roztroušenou sklerózou

Řasová K.¹, Philipp T.¹, Miznerová B.¹, Pavlíková M.¹, Hlinovská J.¹, Philippová Š.², Hlinovský D.², Černá M.³, Hudec M.³, Pokorná M.³, Ibrahim I.⁴, Tintěra J.⁴, Vařejková M.⁵, Martinková P.⁵, Reissigová J.⁵, Havlík J.⁶, Váša L.⁷

¹ *Klinika revmatologie a rehabilitace, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha*

² *Neurologická klinika, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha*

³ *Ústav lékařské genetiky, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha*

⁴ *Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM), Praha*

⁵ *Ústav informatiky Akademie věd České republiky, Praha*

⁶ *Fakulta elektrotechnická, České vysoké učení technické v Praze, Praha*

⁷ *Západočeská univerzita v Plzni, Plzeň*

V prezentaci budou představeny dva výzkumné projekty realizované na Klinice revmatologie a rehabilitace 3. LF UK a FTN.

Projekt COMIRESTROKE se zaměřuje na vývoj a ověření komplexního, interdisciplinárního a intenzivního rehabilitačního programu v subakutní fázi po cévní mozkové příhodě. Integruje pokročilé klinické přístupy, objektivizační metody hodnocení funkce horní končetiny a posturálních aspektů a nové biomolekulární nástroje, včetně sledování dlouhých nekódujících RNA, s cílem hlubšího porozumění mechanismům funkční obnovy. Dosavadní výsledky ukazují, že intenzivní komplexní rehabilitace vedla ke zlepšení síly stisku a pinchových úchopů, dexterity hodnocené pomocí Nine Hole Peg Test (NHPT) a funkční schopnosti horní končetiny hodnocené testem Action Research Arm Test (ARAT). Současně došlo k významnému zlepšení neurologického stavu, míry disability a funkční nezávislosti pacientů.

Projekt VIREFYMS je zaměřen na implementaci principů neuroproprioceptivní „facilitace, inhibice“ do virtuální reality a jejich využití v terapii poruch hybnosti horní končetiny u lidí s roztroušenou sklerózou. Sleduje vliv této intervence nejen na motorické funkce, ale také na posturální kontrolu, kvalitu pohybu a kvalitu života. Výsledky pilotního sledování naznačují zlepšení manuální zručnosti a koordinace pohybu, zejména v testu Box and Block Test a Nine Hole Peg Test. Analýza trajektorií pohybu ve virtuální realitě současně dokumentuje kvalitativní změny motorické koordinace, charakterizované plynulejším a přesnějším provedením pohybu po terapii.

Oba projekty spojuje důraz na individualizaci terapie, využití moderních technologií, interdisciplinární spolupráci a propojení klinických, funkčních a biologických dat. Přednáška bude diskutovat dosavadní výsledky, metodologické přístupy a potenciál těchto inovativních strategií pro budoucnost neurorehabilitace.

Roboticky asistovaná rehabilitace a objektivní diagnostika funkce ruky pomocí end-efektorového přístroje u revmatických pacientů

Štefl D., Špiritovič M.

České Vysoké Učení Technické v Praze, Fakulta Biomedicínského Inženýrství, Praha

Roboticky asistovaná rehabilitace a objektivní diagnostika funkce ruky pomocí end-efektorového přístroje u revmatických pacientů Daniel Štefl¹, Maja Špiritovič¹ 1 Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva, Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze, Česká republika Abstrakt Příspěvek prezentuje využití end-efektorového robotického systému Gloreha Sinfonia v rámci komplexní péče o pacienty s revmatickým onemocněním na základě výzkumu prováděného na půdě Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze. Tato technologie přináší intenzivní roboticky asistovanou rehabilitaci s možnostmi přesného sledování biomechanických parametrů a monitoringu funkčního stavu pacienta. Z terapeutického hlediska přístroj nabízí především prvky pohybové terapie s možností zcela pasivní podpory pohybu, asistovaného vedení či plně aktivní mobilizace prstů. Najde tak široké uplatnění u pacientů, kde dochází k progresivnímu omezení hybnosti a deformitám drobných kloubů ruky. Využitím robotické asistence je umožněn pohyb bez bolestivé mikrotraumatizace a brání tak vzniku kontraktur. Systém dále využívá principu 3D vizuální zpětné vazby, která

stimuluje neuroplastické procesy a společně s hlasovým průvodcem a audiovizuálními efekty motivuje pacienta k aktivnímu zapojení i při sekundární svalové atrofii a vyšším funkčním deficitu. V otázce diagnostické je důležitou součástí systému integrovaná analytická jednotka, která umožňuje přesné měření aktivního a pasivního rozsahu pohybu (ROM) v jednotlivých kloubech prstů. Dále pak také poskytuje kvantifikaci kinematiky úchopu a koordinace jemné motoriky. Celkově tak umožňuje sledování progresu kloubního postižení a objektivizaci úspěšnosti terapeutického plánu. Propojení robotické asistence s měřitelnými biomechanickými daty tak může definovat moderní standard v léčbě chronických revmatických postižení horní končetiny, společně s možností dlouhodobého sledování vývoje stavu pacientů. Klíčová slova: Gloreha Sinfonia, robotika v rehabilitaci, asistivní technologie, revmatologie, rehabilitace ruky, robotická rukavice

Komplexní robotické systémy pro podporu chůze v rehabilitaci revmatických onemocnění: Od funkčního tréninku k exaktní biomechanické analýze

Šanc F.

Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva, Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze

Abstrakt Příspěvek představuje inovativní metodický přístup k péči o revmatologické pacienty s chronickým postižením pohybového aparátu. Hlavní důraz je kladen na propojení moderních přístrojových technologií, konkrétně „antigravitačního“ systému AlterG a robotických exoskeletonových systémů jako Reoambulator. Tyto technologie v klinické praxi překonávají zásadní omezení konvenční terapie, jako jsou bolestivé syndromy, snížená tolerance svalové zátěže a nevhodné kompenzační mechanismy při chůzi pacienta. Přístroje navíc umožňují různé úrovně podpory pohybu, od zcela pasivních pohybů k aktivně-asistované formě. Díky tomu lze přístroje využít u široké škály onemocnění a funkčních stavů. Zánětlivá revmatická onemocnění bývají často spojena s chronickou bolestí, ztuhlostí, vznikem kontraktur a deformacemi kloubů. Tyto obtíže vedou ke snížení svalové síly, omezení funkčních schopností a následkem toho i k výraznému zhoršení kvality života pacientů. Robotické systémy nám zde umožňují provádět intenzivní, homogenní a fyziologický trénink chůze i vertikalizace, kde díky principu autonomního určování míry dopomoci a dynamickému odlehčení tělesné hmotnosti může pacient vykonávat pohyb v optimálních biomechanických podmínkách i při výrazné svalové slabosti či akutní bolestivosti v jakékoliv fázi onemocnění. Podporujeme tak reedukaci pohybových vzorců a zvyšujeme toleranci k fyzické zátěži. K využití v oblasti diagnostiky pak přístroje disponují integrovanými senzorickými systémy, které v reálném čase monitorují časoprostorové parametry chůze (délka kroku, symetrie zatížení pravé a levé dolní končetiny, kadence...), kinematiku a kinetiku pohybu a míru aktivní svalové participace pacienta v přímé korelaci s úrovní robotické asistence. Možnost měření přesných biomechanických dat tak dovoluje precizně kvantifikovat funkční deficit a ověřit efektivitu léčby. Příspěvek tak demonstruje schopnost robotických systémů objektivizovat a zároveň zefektivnit rehabilitační proces u revmatických pacientů. Tato moderní forma kinezioterapie propojuje přístrojovou přesnost s klinickými potřebami moderní revmatologie a definuje nové standardy v individualizaci terapeutických protokolů. Klíčová slova: revmatologie, Reambulator, AlterG, exoskeleton, biomechanická analýza, asistivní technologie

Robotický systém MediTutor v revmatologii: Inovativní nástroj pro objektivní měření, cílenou terapii a monitoring pacientů

Kleistnerová N., Špiritovič M.

Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze

Zánětlivá revmatická onemocnění jsou často provázena chronickou bolestí, ranní ztuhlostí, tvorbou kontraktur a deformitami kloubů. To vede k progresivní svalové slabosti, ztrátě funkčních schopností a k výraznému poklesu kvality života a soběstačnosti pacientů. Cílená rehabilitace je proto pro prevenci těchto následků klíčová. Tento příspěvek prezentuje možnosti využití robotického systému MediTutor v rehabilitaci revmatických pacientů, s odkazem na výzkum na Fakultě biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze. MediTutor představuje inovativní a

klinicky relevantní nástroj, který kombinuje aktivní motorický trénink s vysokou úrovní motivace pacienta. Systém využívá citlivé senzory, které přesně snímají kinematiku daných segmentů. Terapeuticky umožňuje provádět přesně dávkovaný trénink motoriky a nácvik ADL v herním prostředí. Pro pacienty je zcela zásadní možnost definování pain-free zone, v jejímž rámci cvičení probíhá. Toto nastavení zabraňuje přetěžování zánětem postižených struktur a zvyšuje celkovou toleranci k zátěži, přičemž systém umožňuje i individuální úpravu parametrů pro postupné a šetrné zvyšování rozsahu pohybu. Na diagnostické úrovni systém provádí dílčí kinematickou analýzu. Software poskytuje detailní kvantifikaci dat, jako je pasivní i aktivní úhlový rozsah a celková dráha pohybu za určitý čas v jednotlivých kloubech. Tato objektivní zpětná vazba o funkčním deficitu pacienta umožňuje monitorovat progresi onemocnění či efektivitu rehabilitačního plánu. Významnou výhodou je navíc okamžitá vizualizace i nepatrných zlepšení prostřednictvím audiovizuálního biofeedbacku, což pacienty, u kterých je onemocnění chronické a frustrující, silně motivuje k další terapii a umocňuje procesy motorického učení. Začlenění robotického systému MediTutor do komplexní revmatologické péče tak představuje efektivní, bezpečný a přesně dávkovatelný způsob rehabilitace. Co však činí tento systém z pohledu moderní medicíny zcela průlomovým, je integrovaná platforma pro telerehabilitaci. Pro revmatické pacienty, kteří často trpí sníženou mobilitou, bolestmi a mají potíže s pravidelným dojížděním do rehabilitačních center, nabízí telerehabilitace s MediTutorem ideální řešení pro nezbytnou a kontinuální domácí terapii. Díky softwaru mohou fyzioterapeuti a ergoterapeuti propojit rehabilitační systém pacienta v domácím prostředí přímo se svou klinikou. Klíčová slova: MediTutor, robotický systém, revmatologie, rehabilitace, telerehabilitace, inovativní technologie

7. přednáškový blok

Mimikry sakroileitid – tři kazuistiky z klinické praxe

Lukáč A.

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, II. interní klinika

Zánět v oblasti sakroiliakálních skloubení je v revmatologii nejčastěji spojován se spondyloartritidami. V běžné praxi se však setkáváme s řadou stavů, které klinicky i zobrazovacími metodami sakroileitidu napodobují a mohou vést k chybné diagnóze i terapii. Cílem sdělení je upozornit na méně časté příčiny bolestí v sakroiliakální oblasti (SI) prostřednictvím tří krátkých kazuistik. V první kazuistice popisujeme případ pacientky s chronickou bolestí dolní části zad a suspektním nálezem sakroileitidy na RTG. Vyšetření magnetickou rezonancí však prokázalo lumbosakrální přechodový obratel s pseudoartikulací a degenerativními změnami v jejím okolí. Obtíže odpovídaly Bertolottiho syndromu. Následující klinický případ popisuje pacienta s akutně vzniklou bolestí v SI oblasti a elevací zánětlivých parametrů. Vzhledem k popisu suspektní sakroileitidy na RTG byl vyšetřen konziliárním revmatologem po přijetí na interní lůžko. Magnetická rezonance prokázala fokální infekční proces facetového kloubu L3/4. Teprve doplněná anamnéza odhalila nedávnou perisakrální aplikaci injekčního kolagenu. Další průběh a mikrobiologické vyšetření potvrdily infekční etiologii. V závěrečné části sdělení se věnujeme případu pacientky vyššího věku s jednostrannou bolestí SI oblasti a asymetrickým RTG nálezem v oblasti pravého sakroiliakálního skloubení. Typické změny struktury kosti na magnetické rezonanci spolu s charakteristickým nálezem na scintigrafii skeletu vedly k diagnóze Pagetovy choroby. Sakroileitida je radiologicko-klinický syndrom, nikoliv definitivní diagnóza s jednotnou etiologií. Před zahájením dlouhodobé terapie spondyloartritidy je nezbytné vždy pečlivě zvažovat i jinou než autoimunitní etiologii sakroileitidy v komplexním klinickém kontextu. Prezentované případy ilustrují význam detailní anamnézy a správné interpretace zobrazovacích metod v diferenciaci diagnostice bolestí SI skloubení.

Novela zákona o zdravotních službách

Hromádka Z.

Advokát, Zlín, Praha

Od 1. ledna 2026 vstoupila v účinnost rozsáhlá novela zákona č. 372/2011 Sb., která představuje významný krok v digitalizaci zdravotnictví a posílení práv pacientů. Reforma se zaměřuje na zavedení telemedicíny, integrovaného datového systému a efektivnější sdílení zdravotnické dokumentace. Současně přináší jasnější vymezení dostupnosti zdravotní péče a zákaz nelegálních poplatků při současném stanovení pravidel pro legálně zpoplatněné služby.: Novela rovněž posiluje ochranu pacientů prostřednictvím nových mechanismů obrany, jako je nemocniční ombudsman, možnost podání podnětu ke zdravotní pojišťovně či krajskému úřadu, a zavádí přísnější systém sankcí. Významnou oblastí změn je rozšíření kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků, zejména sester, včetně možnosti většího zapojení do primární, dlouhodobé i domácí péče. Tyto změny zahrnují například triáž, management chronických onemocnění, preventivní činnosti, pokročilé ošetrovatelské intervence či využití telemedicíny.: Cílem novely je zvýšit dostupnost a efektivitu zdravotní péče, posílit roli zdravotnického personálu a zajistit vyšší právní jistotu jak pro pacienty, tak pro zdravotnické pracovníky, přičemž některé konkrétní podoby změn jsou nadále předmětem odborné diskuse.

Vliv komplexní fyzioterapie na funkci temporomandibulárního kloubu u pacientů se systémovou sklerodermií

Gála M.

Revmatologický ústav, Praha

Postižení temporomandibulárního kloubu (TMK) u systémové sklerodermie (SSc) představuje často opomíjený, avšak klinicky významný problém, který může vést k omezení hybnosti čelisti, bolesti a zhoršení kvality života pacientů. Orofaciální oblast a žvýkácké svaly bývají postiženy v důsledku fibrotických změn, které vedou k typickým obličejovým projevům onemocnění - facies sclerodermica. V prezentaci budou představeny předběžné zkušenosti s komplexní fyzioterapií zaměřenou na oblast TMK u pacientů se SSc. Hodnocení efektu terapie zahrnuje měření rozsahů pohybu čelisti, palpační vyšetření TMK a žvýkáckých svalů. Subjektivní obtíže jsou hodnoceny pomocí standardizovaných dotazníků a patientských deníků zaměřených na domácí cvičení, ve kterých pacienti pomocí vizuální analogové škály (VAS) hodnotí bolest, únavu a dyskomfort; tyto deníky zároveň umožňují zhodnocení adherence k domácímu cvičení. K posouzení psychického stavu, kvality života a funkčního dopadu onemocnění jsou využity validované nástroje. Cílem sdělení je poukázat na význam fyzioterapie jako součásti multidisciplinárního přístupu k léčbě pacientů se systémovou sklerodermií s postižením orofaciální oblasti a sdílet praktické zkušenosti s terapeutickými postupy v klinické praxi.

Markerless analýza chůze pomocí systému OpenCap: Nové možnosti funkční diagnostiky revmatických pacientů

Salvét P.

Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze

Příspěvek představuje možnosti využití systému OpenCap pro markerless analýzu lidské lokomoce v klinickém i laboratorním prostředí, s důrazem na aktuální trendy v biomechanické analýze a výsledky výzkumné činnosti Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT v Praze. OpenCap umožňuje rekonstrukci 3D kinematiky pohybu z běžného videozáznamu a nabízí tak dostupnější alternativu k tradičním laboratorním systémům založeným na reflexních markerech. U pacientů s revmatickým onemocněním, u nichž může docházet k patologickým změnám biomechaniky chůze v důsledku bolesti, svalové slabosti a kloubních deformit, představuje OpenCap objektivní a neinvazivní nástroj pro hodnocení poruch chůze. Systém umožňuje kvantifikaci úhlových parametrů v nosných kloubech, hodnocení pohybových trajektorií a identifikaci antalgických stereotypů bez nutnosti zdlouhavého umístování reflexních markerů na tělo pacienta. Potenciál systému spočívá zejména v rychlejší sběru dat,

menší zátěži pro pacienta a možnosti opakovaného měření v průběhu léčby či rehabilitace. Výstupy lze využít pro podporu klinického rozhodování, individualizaci rehabilitační intervence a sledování efektu terapie. Součástí příspěvku bude stručné představení návaznosti na OpenSim, který umožňuje rozšířit kinematickou analýzu o pokročilé muskuloskeletální modelování, například odhad kloubního zatížení nebo svalových sil. Cílem prezentace je představit inovativní možnosti v oblasti analýzy pohybu, klinického výzkumu a aplikované biomechaniky. Klíčová slova: OpenCap, analýza chůze, markerless motion capture, revmatologie, biomechanika, OpenSim

accord

We make it better

Konzultační a vzdělávací portál pro lékaře

- ✓ Konzultujte **ANONYMNĚ** postup terapie u Vašeho pacienta
- ✓ Konzultované případy publikujeme na webu pro účely **EDUKACE**
- ✓ Přinášíme novinky **Z OBORU** - guidelines, kazuistiky, přednášky, články

Seznamte se s odborným kolegiem



prof. MUDr. Karel
Pavelka, DrSc.



prof. MUDr. Jiří
Vencovský, DrSc.



prof. MUDr. Pavel
Horák, CSc.



MUDr. Heřman
Mann, Ph.D.



MUDr. Liliana
Šedová



prof. MUDr. Ladislav
Šenolt, Ph.D.



prof. MUDr. Jakub
Závada, Ph.D.



MUDr. Olga
Růžičková

Vybírejte z mnoha diagnóz



Nejasná
diagnóza



Revmatoidní
artritida



Psoriatická
artritida



Ankylozující
spondylitida



Dnavá
artritida



Systémové
onemocnění pojiva



Osteoporóza



Jiné
diagnózy

Odborní partneři portálu



VII. Velehradské setkání lékařů

30. září 2026, 15:00

Konferenční prostory
Stojanova gymnázia, Velehrad





89. klinická konference RÚ, Praha

23. října 2026

02 universum, Praha



ČRS | Česká revmatologická
společnost ČLS JEP



Revmatologický
ústav

Zimní revmatologické dny

13. – 15. ledna 2027

Kongresové centrum Zlín



ČRS

Česká revmatologická
společnost ČLS JEP



Revmatologický
ústav

90. klinická konference RÚ, Praha

2. dubna 2027

O2 universum, Praha



ČRS | Česká revmatologická
společnost ČLS JEP



Revmatologický
ústav

70. sjezd českých a slovenských revmatologů

14. – 16. října 2027

Congress Center Parkhotel Plzeň



ČRS | Česká revmatologická
společnost ČLS JEP



Revmatologický
ústav

91. klinická konference RÚ, Praha

3. prosince 2027

O2 universum, Praha



Česká revmatologická
společnost ČLS JEP



Revmatologický
ústav

