

Téma rigorózní práce: ***Epilepsie v dětské populaci v okrese Bruntál - farmakoterapeutické postupy a zkušenosti v léčbě***

Jméno studenta, studentky: ***Mgr. Veronika Poloniová***  
Jméno oponenta rigorózní práce: ***Doc. MUDr. Josef Herink, DrSc.***

## **I. Posudek oponenta rigorózní práce**

Předložená práce se zabývá zhodnocením léčebných postupů u dětské epilepsie. Vzhledem k délce sběru dat se jedná spíše o retrospektivní průřezovou studii, ale i tak byl získán dostatečně reprezentativní soubor 140 pacientů. Navíc se autorka obdobnou tematikou zabývala ve své předchozí kvalifikační práci i u dospělé populace, což jí umožnilo vzájemné srovnání co do obecných charakteristik zcela odlišných souborů. K tomu byl vypracován text o celkovém rozsahu 66 stran, 4 grafů, 12 tabulek a 50 citací. Z formálního hlediska je členěn obvyklým způsobem, text teoretické části je přehledně uspořádán, vyšetřovaný soubor a výsledky prezentovány vhodnou formou, v diskuzi pak využity i vlastní poznatky z předchozí práce. Určitou výhradu lze mít pouze k otázce patofyziologických mechanismů, kde autorka vychází z přece jenom již ze starších koncepcí (Tichý, 1998; Mumenthaler, 2001). Již jí samotnou uvedený přehled mechanismů účinku jednotlivých antiepileptik ilustruje, že této koncepci by odpovídal pouze pregabalin, u několika dalších - např. lamotriginu - se pak jedná jenom o jeden z mechanismů jejich efektu. Naopak zcela souhlasím s platností uvedeného klasifikačního schématu Amblera (2003), i když se postupem času objevily snahy o jeho revizi. Na základě vlastních zkušeností s preskripcí antiepileptik dospělé populaci mohu potvrdit řadu závěrů autorky, v první řadě významně nižší podíl monoterapie, častou volbu levetiracetamu jako druhého přidaného léku i u dospělých (v době naší studie se přitom jednalo o relativně nedávno registrované antiepileptikum), případně topiramátu u trojkominace. Hlavní rozdíl byl u léků 1. volby, kdy byl v našem případě karbamazepin přinejmenším rovnocenný valproátu. Do určité míry překvapením je pak nízký počet dětských non-respondérů (7,3 %). Tímto směrem směřují i mé dotazy:

1. Objevily se nějaké důvody pro nižší preskripci karbamazepinu ?
2. Jak si vysvětlit obecně uváděný vyšší podíl farmakorezistence u dospělých (cca 20 %, někdy i více)?

Závěr: Předložená práce splňuje všechna požadovaná kritéria a přináší poznatky přínosné pro léčebnou praxi, doporučuji proto její přijetí pro rigorózní řízení.