

# VESTNÍK



**MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA  
SLOVENSKEJ REPUBLIKY**

---

Osobitné vydanie

Dňa 1. apríla 2024

Ročník 72

---

## OBSAH:

**Zoznam schválených štandardných postupov pre výkon prevencie, štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov**



## Obsah – Osobitná čiastka

<b>Zoznam schválených štandardných diagnostických postupov a štandardných terapeutických postupov</b>		
<b>Číslo ŠP</b>	<b>Názov štandardu</b>	<b>Strana</b>
<b>0166R1</b>	Periférne artériové ochorenie dolných končatín – 1. revízia	4
<b>0196R1</b>	Purulentné meningitídy – 1. revízia	22

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

### Periférne artériové ochorenie dolných končatín – 1. revízia

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0166	15. jún 2021	schválené	1. júl 2021
0166R1		schválené	20. marec 2024

### Autori štandardného postupu

#### Autorský kolektív:

MUDr. Ivar Vacula; doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD., MPH; MUDr. Andrej Džupina, PhD.; MUDr. Dáša Kmecová, PhD.

**Odborné hodnotenie 1. revízie štandardného postupu:** Slovenská angiologická spoločnosť, SLS

#### Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu (prvá verzia)

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori:** doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

#### Recenzenti (prvá verzia)

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

#### Technická a administratívna podpora (prvá verzia)

**Podpora vývoja a administrácia:** Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mányi, PhD., MHA; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

**Tvorba prvej verzie bola podporená grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom:** “Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

## Kľúčové slová

periférne artériové ochorenie / periférne artériové ochorenie dolných končatín, klaudikačné štádium, rizikové faktory, členkovo-ramenný index, duplexná sonografia, digitálna subtrakčná angiografia, kinezioterapia, revaskularizácia, sekundárna prevencia.

## Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

<b>AA</b>	abdominálna aorta
<b>AB</b>	arteria brachialis
<b>ABI</b>	členkovo-ramenný index (ankle – brachial index)
<b>ACE</b>	angiotenzín konvertujúci enzým (angiotenzin converting enzyme)
<b>ADP</b>	arteria dorsalis pedis
<b>AH</b>	artériová hypertenzia
<b>ALI</b>	syndróm akútnej končatinovej ischémie (acute limb ischemia)
<b>AS</b>	ateroskleróza
<b>ASA</b>	kyselina acetylosalicylová (acetylsalicylic acid)
<b>ATP</b>	arteria tibialis posterior
<b>CLI</b>	syndróm kritickej končatinovej ischémie (critical limb ischemia)
<b>CPČ</b>	certifikovaná pracovná činnosť
<b>CT AG</b>	počítačové tomografické zobrazenie s kontrastom (computerized tomography - angiogram)
<b>DLP</b>	dyslipoproteinémia
<b>DM</b>	diabetes mellitus
<b>DSA</b>	digitálna subtrakčná angiografia
<b>DUS</b>	duplexná sonografia
<b>ESC</b>	Európska kardiologická spoločnosť
<b>ESVS</b>	Európska spoločnosť pre cievnu chirurgiu
<b>IM</b>	infarkt myokardu
<b>INR</b>	international normalized ratio
<b>KV</b>	kardiovaskulárne (y)
<b>MRA</b>	magnetická rezonancia ciev
<b>NCMP</b>	náhla cievna mozgová príhoda
<b>PAO DK (v tomto texte aj PAO)</b>	periférne artériové ochorenie, v minulosti tiež ischemická choroba alebo syndróm dolných končatín (ICHDK – pozn. - znovu sa objavuje tendencia k návratu k tomuto označeniu)
<b>PPI</b>	inhibítory protónovej pumpy
<b>sPTA, PTA, debPTA</b>	perkutánná transluminálna angioplastika: so stentom, bez stentu, s liečivom potiahnutým balónikom
<b>SR</b>	Slovenská republika
<b>ŠZM</b>	špeciálny zdravotnícky materiál
<b>TASC</b>	transatlantický konsenzus – medzinárodné odporúčania pre diagnostiku a liečbu PAO
<b>TBI</b>	prstovo-ramenný index
<b>TK</b>	tlak krvi – myslí sa hodnota systolického a diastolického arteriálneho krvného tlaku
<b>ÚDZS</b>	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

## Kompetencie

**Vyhľadávanie (skrining) PAO:** všeobecný lekár (anamnéza, ABI), lekár špecialista v špecializačnom odbore angiológia, cievna chirurgia, chirurgia, diabetológia, kardiológia, vnútorné lekárstvo, geriatra.

**Ambulantné sledovanie pacientov s PAO:** lekár špecialista v špecializačnom odbore angiológia, cievna chirurgia.

**Hospitalizačný manažment pacienta s PAO:** oddelenia angiológie a/alebo cievnej chirurgie.

**Endovaskulárne riešenie PAO:** lekár špecialista v špecializačnom odbore angiológia alebo rádiológia s certifikátom z CPC intervenčná angiológia alebo intervenčná rádiológia, asistancia pri výkonoch - zdravotná sestra, laborant - obsluha intervenčných sál / technických zariadení.

**Otvorené operačné riešenie PAO:** lekár špecialista v špecializačnom odbore cievna chirurgia.

**Hybridné výkony pri PAO:** multidisciplinárny tím, ktorý môže pozostávať z lekárov špecialistov: cievny chirurg, intervenčný angiológ, intervenčný rádiológ, doplnený o zdravotné sestry a laborantov - obsluha intervenčného sálu.

**USG sledovanie pacienta s PAO po intervenčných výkonoch:** lekár špecialista v špecializačnom odbore angiológia, rádiológia.

**Realizácia merania ABI na ambulanciách všeobecného lekára aj špecialistu, odbery krvi, asistancia pri diagnostických aj intervenčných výkonoch:** zdravotná sestra.

## Úvod

Periférne artériové ochorenie (PAO) je syndróm, charakterizovaný nepomerom medzi potrebou a dodávkou kyslíka a živín (perfúziou krvi) v tkanivách dolných končatín. Anatomicky je podkladom zúženie priesvitu lumenu tepien dolných končatín. V širšom zmysle slova je pod pojmom PAO v zahraničnej literatúre zaraďované postihnutie aj ostatných periférnych ciev (horné končatiny, karotídy, renálne a viscerálne artérie). Pre potreby týchto odporúčaní a pre už dávnejšie nahradenie historického ale možno i správnejšieho alebo popisnejšieho termínu ischemický syndróm dolných končatín budeme používať PAO pre označenie syndrómu ischémie dolných končatín. Etiologicky dominuje aterosklerotické postihnutie tepien (viac ako 95 %), v oveľa menšom rozsahu potom zápalové ochorenia (primárne a sekundárne vaskulitídy, thrombangiitis obliterans), útlakové syndrómy (napr. entrapment sy. a. poplitea), vývinové a vrodené anomálie (napr. cystická degenerácia adventície), endofibróza, potraumatické zmeny, intoxikácie (napr. ergotizmus) (Weinberg I, Jaff MR. *Circulation*. 2012;126:213-222.).

Tento materiál nemá ambíciu nahradiť medzinárodné odporúčania, ktoré sú základným všeobecne prijatým konsenzom (Transatlantický konsenzus – TASC, alebo novšie odporúčania Európskej kardiologickej spoločnosti), ani nie sú prekladom týchto široko koncipovaných dokumentov (*Norgren L, Hiatt WR, et al. J Vasc Surg. 2007; 45(suppl S):S5–S67.*)(*Aboyans*

V, Ricco JB, Bartelink MEL, et al. *Eur Heart J*. doi:10.1093/eurheartj/ehx095.). Autorom ide najmä o adaptáciu základných bodov na podmienky Slovenskej republiky. Dokument sa ďalej venuje špecificky najmä klaudikačnému štádiu PAO. Termín a skratka PAO a PAO DK sa teda pre účely dokumentu používa v tomto zúženom zmysle, keďže problematika akútnej ale aj kritickej ischémie dolných končatín, podobne ako aj ostatné periférne postihnutia (renálne artérie, aorta a jej nepárové odstupy, karotídy a vertebrálne artérie) sú predmetom samostatných odporúčaní.

## Prevenca

Základné primárne preventívne postupy sú zamerané na elimináciu, resp. dobrú kontrolu rizikových faktorov aterosklerózy (viď. nižšie v kapitole Liečba). Sekundárna a terciárna prevencia sú naviazané na schopnosť realizovať účinný skrining formou merania členkovo-ramenného alebo prstovo-ramenného indexu a taktiež na dobre fungujúcu sieť špecializovaných cievnych (angiologických a cievne chirurgických) ambulancií, ktoré poskytujú komplexnú, a to najmä ultrasonografickú diagnostiku s nadväznosťou na angiologické oddelenia a oddelenia cievnej chirurgie, kde sa realizujú u pacientov s PAO endovaskulárne a chirurgické revaskularizačné výkony.

## Epidemiológia

Celková prevalencia PAO sa na základe viacerých prác odhaduje medzi 3 – 10 %, vo veku nad 70 rokov stúpa na približne 15 – 20 % (*Criqui MH, et al. Circulation 1985;71(3):510-51.*), (*Hiatt WR, et al. Circulation 1995;91(5):1472-9.*) (*Selvin E, Circulation 2004; 110(6):738-43*), iba zlomok z toho je však symptomatických pacientov s PAO s typickými klaudikáciami. Neprítomnosť typických obtiaží, alebo fakt, že iné limitácie pacientovi nedovoľujú dosiahnuť prah klaudikačných bolestí však nijako nevyklúčujú prognosticky závažné postihnutie (*Fowkes FG, Int J Epidemiol 1991;20(2):384-92.*).

## Patofyziológia

Ateroskleróza (AS) je základným patofyziologickým podkladom u veľkej väčšiny pacientov s PAO. Ostatné klinické entity zodpovedné za syndróm ischémie dolných končatín sú predmetom samostatných kapitol v rozličných odboroch medicíny a majú často aj veľmi odlišný manažment (entrapment sy. výlučne chirurgický, v kontraste s tým - primárne vaskulitídy často v kompetencii reumatológa a angiológa a takmer výlučne nechirurgická liečba).

Najdôležitejšími rizikovými faktormi aterosklerózy, a tým aj PAO, zostáva fajčenie, diabetes mellitus (DM), artérová hypertenzia (AH) a dyslipoproteinémia (DLP), menej významné sú aj pohlavie, vek, alebo chronické renálne zlyhanie. Ich manažment je najmä v kompetencii angiológa a diabetológa (viď. v časti Liečba). Najsilnejšiu asociáciu s výskytom a progresiou PAO vykazujú však fajčenie a diabetes mellitus (*Norgren L, et al. J Vasc Surg. 2007; 45(suppl S):S5-S67*).

## Klinický obraz a klasifikácia

Nedostatočná perfúzia sa v počiatočnom štádiu nemusí klinicky prejavovať, čo obzvlášť platí pre inak limitovaných pacientov (napr. ťažká limitujúca koxartróza, gonartróza, alebo námahové dyspnoe). Typickým prejavom ischemie je však námahová svalová bolesť, ktorá sa spravidla objavuje v svalovej skupine nižšie - pod miestom významnej stenózy alebo obliterácie tepny a zároveň je charakterizovaná relatívne rýchlym odoznením bolesti pri odдыхu - klaudikačné bolesti. Bezbolestný interval chôdze nazývame klaudikačným intervalom (KI) a ten vyjadrujeme v odhadnutých či odmeraných metroch alebo aj v minútach bežnej chôdze. Pojem bežná chôdza pritom rešpektuje rozdiely medzi pacientami, a teda aj rozličné subjektívne vnímanie skutočnosti, či je alebo nie je KI pre pacienta limitujúci. V súčasnosti väčšinou používame Rutherfordovu klasifikáciu PAO, pre úplnosť uvádzame v Tabuľke č. 1 aj jej prekrývanie so staršou, ale doteraz používanou klasifikáciou podľa Fontainea (Fontaine R, Kim M, Kieny R (1954) (Rutherford R B, Flanigan D P, Gupta S K. et al. J Vasc Surg. 1986;4(1):80–94). (Rutherford R B, Baker J D, Ernst C. et al. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. J Vasc Surg. 1997;26(3):517–538).

Tabuľka č. 1

Prekrývanie najpoužívanejších klasifikácií PAO				
Fontálne		Rutherford		
Štádium	Popis	Štádium	Kategória	Popis
I	- Asymptomatické (patologické ABI)	0	0	- Asymptomatické (patologické ABI)
IIa	- Mierne klaudikácie (KI > 200 m)	I	1	- Mierne klaudikácie (KI > 200 m)
IIb	- Závažné (obvykle limitujúce) klaudikácie (KI < 200 m)	I	2	- Stredne závažné klaudikácie (KI 50-200 m)
III	- Kľudová ischemická bolesť	I	3	- Závažné klaudikácie (KI < 50 m)
IV	- Ischemická rana alebo gangréna	II	4	- Kľudová ischemická bolesť
		III	5	- Ischemická drobná rana
		IV	6	- Rozsiahla rana alebo gangréna

Štádium 4, 5 a 6 podľa Rutherforda sa súhrnne nazývajú štádiom alebo syndrómom kritickej končatinovej ischemie - CLI. Toto štádium je potrebné odlišiť od akútnej končatinovej ischemie (ALI), ktorá je charakterizovaná náhlym zhoršením stavu perfúzie. U pacientov s ALI často nepredchádza rozvoju ťažkostí anamnéza klaudikácií a v takom prípade je podkladom najčastejšie kardioembolická príhoda pri fibrilácii predsiení alebo embólia z iného zdroja (napr. trombus abdominálnej aorty). Aj v klaudikačnom štádiu však náhle zhoršenie - skrátenie KI alebo náhla progresia do pokojových bolestí je obrazom ALI. V týchto prípadoch je častejšie patofyziologicky zodpovedná aterosklerotická tromboza. Odlišenie CLI a ALI má priamy dosah na časovanie i voľbu modality liečby. Tejto problematike sa venujú samostatné dokumenty.


Diferenciálna diagnostika bolestí dolných končatín je veľmi široká. Z praktického hľadiska najčastejšie imitujú klaudikácie vertebrogénne pseudoklaudikácie pri stenóze spinálneho kanála, sugestívna môže byť ale aj anamnéza reflexných bolestí pri funkčných blokádach krížovo-bedrových kĺbov a niekedy i vyžarovanie bolestí spôsobených koxartrózou, či niektoré



entezopatie. Aj pri pokojových ischemických bolestiach je potrebné odlíšiť najmä neuropatické bolesti - obzvlášť u diabetikov, zriedkavejšie napríklad zápalové kĺbové bolesti.

Možné príčiny klaudikačných ale aj klaudikácie imitujúcich bolestí dolných končatín uvádzame prehľadne v Tab. č. 2.

Tabuľka. č. 2

 <b>Diferenciálna diagnostika klaudikačných bolestí</b> (Weinberg I, Jaff MR. Circulation. 2012;126:213-222)	
	<b>Príčiny – klinický podklad</b>
<b>Vaskulárne príčiny</b>	Ateroskleróza (PAO suo nomine) Entrapment arteria poplitea Endofibróza arteria iliaca (communis/externa) Cystická degenerácia adventície Fibromuskulárna dysplázia Vaskulitídy artérií veľkého a stredného kalibru Venózne (pseudo) klaudikácie
<b>Extravaskulárne príčiny</b>	Chronický námahový kompartment syndróm Artritické bolesti Neuropatické bolesti Funkčné svalové bolesti (pseudoradikulárny syndróm) Tendinitídy Symptomatická Bakerova pseudocysta

Pozn.: Weinberg I, Jaff MR. Circulation. 2012; 126; 213-222

## Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Anamnéza a fyzikálne vyšetrenie zostávajú základnými diagnostickými nástrojmi. Bolesť svalových skupín dolných končatín, ktorá sa objavuje pravidelne pri istom stupni námahy a ďalej sa námahou zhoršuje, rýchlo ustupuje po oddychu a je najčastejšie lokalizovaná do lýtok, je najtypickejším prejavom a anamnestickým údajom. Pátranie po rizikových faktoroch v anamnéze je vždy ďalším krokom - anamnéza aktívneho i pasívneho fajčenia, DM, AH a DLP výrazne zvyšujú pravdepodobnosť diagnózy PAO u pacientov s anamnézou námahových bolestí dolných končatín. Anamnesticky je tiež dôležité overiť, že pacient rozumie dôležitosti liečby týchto ochorení v ďalšom celkovom terapeutickom prístupe. U pacientov s pokojovými bolesťami dolných končatín a trofickými defektami zisťujeme cielenými otázkami časovú následnosť rozvoja bolestí a defektov (odlíšenie akútnej ischémie od kritickej), prítomnosť či absenciu predchádzajúcich klaudikácií, zhoršovanie bolestí pri námahe - chôdzi. Tiež úľavová poloha so zvesenou postihnutou končatinou v kľude, predovšetkým v noci, je typickým údajom pre pacienta s CLI. U defektov je okrem lokalizácie a bolestivosti dôležité odlíšiť mechanizmus vzniku defektu - spontánny, po otláčení, úraze, lekárskom zákroku, pedikúre.

Vo fyzikálnom vyšetrení sa sústreďujeme na lokálny nález na koži dolných končatín (farba, teplota, zmena farby po elevácii a pri Ratschowovom teste), hodnotíme prítomnosť a rozsah edému a venujeme pozornosť hodnoteniu periférnych pulzácií. Štandardne ich hmatáme v inguinách, popliteálnej jamke, za vnútornými členkami a na dorze nohy medzi 1 - 2. metatarzom. Stranové oslabenie alebo neprítomnosť pulzácií sú základné nálezy svedčiace

pre PAO. Často je možné auskultačne potvrdiť šelest v inguinálnej oblasti, najmä u pacientov so stenózami na panvových a spoločných stehenných tepnách. V prípade defektov si všimame rozsah straty tkaniva, hĺbku a spodinu, okraje defektu, okolité tkanivá - zápalovú reakciu, spádové lymfatické uzliny, celkovú telesnú teplotu pacienta. V ostatnom fyzikálnom náleze venujeme špeciálnu pozornosť hmataniu a auskultácii karotíd a abdominálnej aorty (AA), auskultácii srdca so zreteľom najmä na častejší výskyt závažnej degeneratívnej aortálnej stenózy (*Fanaroff AC, et al. Circulation: Cardiovascular Interventions. October 17, 2017;10.*) ale aj fibrilácie predsiení (*Griffin WF, et al. Europace. 2016 Jun;18(6):794-8.*).

Anamnéza a fyzikálne vyšetrenie v tomto rozsahu je v kompetencii všeobecného lekára v rámci diferenciálnej diagnostiky pacienta v prvom kontakte. Pri podozrení na PAO pacienta odosiela podľa dostupnosti angiológovi alebo na ambulanciu cievneho chirurga. Angiológ alebo cievny chirurg potom overuje všetky anamnesticky získané informácie aj fyzikálny nález, ktoré sú východiskom pre ďalšie indikované pomocné vyšetrenia. Čakacia doba na vyšetrenie u týchto špecialistov pre klaudikujúceho pacienta by nemala presiahnuť horizont 3 mesiacov. Pri náhle skrátenej klaudikačnej intervale a u všetkých pacientov s prejavmi CLI odosiela všeobecný lekár pacienta so žiadosťou o urýchlené vyšetrenie (CITO - do 1 - 3 dní), pri podozrení na ALI má všeobecný lekár odoslať pacienta s požiadavkou na vyšetrenie ihneď (STATIM). Títo pacienti sú v odborných cievnych ambulanciách (angiologická, cievna, chirurgická) uprednostnení.

Základným pomocným vyšetrením, ktoré sa má indikovať a realizovať u všetkých pacientov s podozrením na PAO, je meranie členkovo-ramenného indexu (ABI) (trieda odporúčania a stupeň dôkazov **IC**) (**Aboyans V, et al. Eur Heart J 2017.**). Štandardom merania je stále tužkový doppler s tlakomerom s možnosťou pomalého ručného vypúšťania a kontinuálneho sledovania poklesu tlaku na stĺpci. Presnosť tohto merania je napriek viacerým prácam o oscilometrickom princípe merania vyššia a meranie je spoľahlivejšie aj u pacientov so závažnejším postihnutím a významne zníženým ABI (**Aboyans V, et al. Circulation. 2012;126:2890–2909.**). Pomer vyššieho z tlakov meraného na arteria tibialis posterior (ATP), resp. arteria dorsalis pedis (ADP) ku vyššiemu z tlakov nameranom na jednej z ramenných tepien - arteria brachialis (AB) tvorí RABI alebo LABI (ABI pre pravú, resp. ľavú dolnú končatinu) (**Allison MA, et al. Am J Epidemiol. 2010;171:368–376.**). Normálne hodnoty sú 0,9 - 1,3. Hodnoty pod 0,9 indikujú prítomnosť PAO, pod 0,7 už väčšinou limitujúce klaudikácie, pod 0,4 väčšinou pacienta s CLI (**Dachun X, et al. Vasc Med. 2010;15: 361–369.**). Hodnoty nad 1,3 nevylučujú PAO, len svedčia pre nestlačiteľnosť tepien predkolenia a vyžadujú merania prstovo-ramenného indexu (TBI) alebo duplexnej sonografie (DUS). Hoci je meranie TBI veľmi dobrým nástrojom na diagnostiku PAO, mediokalcinóza, ktorá je najčastejšou príčinou výsledku ABI nad 1,3 je zároveň najčastejšie prítomná u diabetikov. U tejto skupiny pacientov však akútna rana, otlak, stav po amputácii zároveň často sťažujú realizáciu TBI. Meranie TBI tiež vyžaduje trpezlivosť, je časovo aj technicky náročné, a to vedie ku nahrádzaniu výkonu pomocou DUS. Z hľadiska posúdenia hemodynamiky je však toto vyšetrenie nezastupiteľné.

Meranie ABI oscilometrickou technikou automatom je v podmienkach Slovenskej republiky (SR) doménou najmä všeobecného lekára. Ten vykonáva aj skrining PAO pomocou testovania rizikovej populácie: u všetkých pacientov s námahovou bolesťou dolných končatín, u pacientov

vo veku 50 - 59 rokov, ktorí majú aspoň jeden rizikový faktor PAO, obzvlášť DM alebo u fajčiarov, u všetkých 60 a viac ročných pacientov bez ohľadu na rizikový profil a u ďalších pacientov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom, napr. po prekonaní KV príhody. Patologický výsledok vyžaduje konzultáciu u cievného špecialistu - angiológa alebo cievného chirurga. V prípade neprítomnosti rán, u klaudikujúcich pacientov ale aj u pacientov s pokojovými bolesťami v diferenciálnej diagnostike je vhodnejší kontakt s angiológom. V prípade prítomnosti rany či gangrény je vhodný aj kontakt s cievnym chirurgom. Rozhoduje však najmä dostupnosť cievného špecialistu v danom regióne a tiež rešpektovanie slobodnej voľby pacienta.

Cievný špecialista (angiológ, cievný chirurg) vždy overuje správnosť merania ABI – automatické merania oscilometrickou technikou sú podľa našich skúseností zaťažené pomerne vysokou chybovosťou. Po overení prítomnosti PAO sa rozhoduje pre ďalšie – zobrazovacie metodiky. Angiológ vykonáva DUS, cievný chirurg spravidla odosiela pacienta na DUS. Na ďalšie upresnenie sa často využíva počítačové tomografické zobrazenie s kontrastom (CT AG) či magnetická rezonancia (MRA). DUS je základnou zobrazovacou metódou a tiež vyšetrením prvej voľby (trieda a stupeň odporúčania **IC**) (**Aboyans V**, et al. Eur Heart J 2017). Interpretácia výsledkov týchto vyšetrení vedie potom k terapeutickým rozhodnutiam v závislosti od závažnosti ťažkostí, celkového stavu pacienta, dostupnosti terapeutickej modality a urgentnosti revaskularizácie, dĺžky a lokalizácie aj štruktúry tepnovej stenózy, či uzáveru. Cieľom je vždy zhodnotiť aj stav ostatných rievčísk - angiológ vykonáva a cievný chirurg indikuje u pacientov s potvrdením PAO tiež DUS karotických artérií a skrining aneuryzmy abdominálnej aorty. Angiológ pred indikáciou revaskularizácie tiež spravidla realizuje 12 zvodové EKG a ak je oprávnený certifikátom a stav pacienta to vyžaduje, môže realizovať aj transtorákálne echokardiografické vyšetrenie. Tieto vyšetrenia môžu byť ponechané do kompetencie ošetrojúceho internistu alebo kardiológa, a to najmä v prípade, že je pacient v príprave na chirurgický (nie katetrizačný) revaskularizačný výkon s nutnosťou komplexného predoperačného vyšetrenia. Meranie ABI sa opakuje u pacienta so známym PAO vždy pri zhoršení obtiaží, pri pravidelnej návšteve u špecialistu, ktorý zodpovedá za terapeutické vedenie pacienta. Spravidla je pacient v klaudikačnom štádiu ochorenia sledovaný každých 6 mesiacov. Skôr výnimočne, v prípade dlhodobo stabilizovaného ochorenia u pacienta, ktorý adekvátne upravil životosprávu (prestal fajčiť) a u ktorého sú dlhodobo dosahované cieľové hodnoty glykémie, lipidov a krvného tlaku, možno kontrolný interval predĺžiť na 1 rok. Naopak, pri zhoršovaní klaudikačnej vzdialenosti, alebo v štádiu CLI sa interval kontroly skraca na 1 - 3 mesiace, pri potrebe dozorovať hojenie rany, dočasne až na 1x týždenne. Pri každom zhoršení stavu je odôvodnené merať ABI znovu. Tieto pravidelné kontroly vykonáva ambulantný angiológ, ale najmä bezprostredne po intervenčnom chirurgickom zákroku a v prípadoch s potrebou ošetrovania rozsiahlejších ischemických rán a pacientov po amputáciách - cievný chirurg, alebo pri nedostatočnej dostupnosti vaskulárneho špecialistu - všeobecný chirurg. U diabetikov najmä s kombinovanými neuroischemickými ranami, pacient môže navštevovať centrá diabetickej nohy, kde často vykonáva ošetrovanie diabetológ.

DUS nemá byť nahrádzaná CT AG a MRA. Iba v prípade nejasností najmä v panvovej oblasti u obéznych pacientov je CT AG či MRA prínosnejšie, ale spravidla sa realizujú v nadväznosti na už realizované DUS vyšetrenie. DUS vyšetrenie však často postačuje k rozhodnutiu

o spôsobe revaskularizácie (*Koshy CG, et al. Indian J Radiol Imaging. 2011;21(4):294-7.*) - voľba medzi perkutánou transluminálnou angioplastikou s či bez stentu, resp. s liečivom potiahnutým balónkom (sPTA, PTA, debPTA) a cievnym chirurgickým zákrokom (endarterektómia, angioplastika atď.). Podrobné DUS vyšetrenie realizuje angiológ alebo rádiológ. Predzákrokové DUS môže a má realizovať aj cievný chirurg v príprave na konkrétny typ zákroku. DUS sa realizuje vždy pri rozhodovaní o intervencii - pri zhoršení subjektívnych obtiaží pacienta s potvrdením zhoršenia ABI, resp. pri nemožnosti merať ABI / TBI (v týchto prípadoch 1x za 6 mesiacov, výnimočne, pri zhoršení stavu ako výkon bezprostredne pred intervenciou aj v tesnejšom intervale). Naopak, u stabilizovaných pacientov s PAO, spravidla nie častejšie ako 1x ročne.

U pacientov so symptomatickým PAO alebo so závažným znížením ABI / TBI či pokročilými AS plátni pri DUS vyšetrení artérií dolných končatín indikuje vaskulárny špecialista cieľnú depistáž AS postihnutia karotických artérií a brušnej aorty. Angiológ ich spravidla priamo realizuje - optimálne už pri primovyšetrení.

Invazívne zobrazenie digitálnou subtrakčnou angiografiou (DSA) je dnes takmer rezervované len pre pacientov s bezprostrednou potrebou revaskularizácie, o ktorej sa rozhodlo už pred týmto vyšetrením a s predchádzajúcim súhlasom pacienta. Toto vyšetrenie je ale naďalej z hľadiska anatomického zobrazenia zlatým - komparatívnym (*Norgren L, Hiatt WR, et al. J Vasc Surg. 2007; 45(suppl S):S5-S67.*). Na podklade jeho výsledku a znalosti samotného pacienta a jeho obtiaží sa intervenčný angiológ alebo rádiológ rozhoduje o bezprostrednej revaskularizácii alebo o konzultácii s cievnym chirurgom.

Z hľadiska funkčného zhodnotenia stavu pacienta je základom anamnéza - klaudikačný interval je dobré priblížiť pacientovi príkladom z cesty do ambulancie, alebo ho priamo zmerať na chodbe či v okolí ambulancie. Zriedkavejšie, ale o to cennejšie je na toto zhodnotenie dostupný test na bežiacom páse (tread mill), najpoužívanejší štandard je test pri rýchlosti 3km/h a sklone pásu 10 %. Test je použiteľný aj na diagnostiku PAO u pacientov s ABI 0,9 - 1,0 a typickou anamnézou klaudikačných bolestí – pokles absolútneho systolického tlaku po záťaži o 30mmHg alebo ABI o 20 % je spoľahlivý diagnostický dôkaz PAO (*Norgren L, Hiatt WR, et al. J Vasc Surg. 2007; 45(suppl S):S5-S67.*).

## **Liečba**

### ***Ovplyvnenie rizikových faktorov***

#### **Fajčenie**

Závislosť od nikotínu je naďalej pre dostupnosť a rozšírenosť jednou z najnebezpečnejších závislostí u nás. Opakovaná motivácia pacienta s dôrazným vysvetlením zdravotných rizík by mala byť súčasťou každého vyšetrenia pacienta s PAO. Samotná snaha všeobecného lekára s ponukou nikotínových náhrad má porovnateľnú účinnosť s použitím bupropionu v odvykacej poradni (*Anthonisen NR, et al. Ann Intern Med 2005; 142(4):233-9*) (*Tonstad S, et al. Eur Heart J 2003; 24(10):946-55.*). Motivujúca je však aj pochvala za redukciu počtu cigariet a najmä za úplné zanechanie abúzu. Potrebné je mať v každej ambulancii cievného špecialistu (angiológa a cievného chirurga) kontakt na najbližšie centrá pre odvykanie od fajčenia

a ponúknuť aktívne pomoc pri odvykaní. Kombinácia bupropionu a nikotínových náhrad so psychologickým vedením je pravdepodobne najúčinnějšíou alternatívou liečby nikotínovej závislosti (*Jorenby DE, N Engl J Med 1999; 340(9):685-91.*). Nedostatočná snaha pomôcť v tejto oblasti pacientovi je najčastejšou a azda aj najzávažnejšou terapeutickou chybou v snahe ovplyvniť rizikové faktory PAO. Je tiež dôležité motivovať okolie pacienta - najmä rodinu – v snahe zamedziť pasívnemu fajčeniu a v udržaní pacientovej motivácie. Ak pacient nezanechá fajčenie, je možné tento fakt vnímať aj ako zlyhanie terapeutickej snahy angiológa / cievného chirurga. Abstinencia od nikotínu sa ukazuje ako dôležitý faktor ovplyvňujúci aj samotný osud realizovanej revaskularizácie, je jednou z podmienok jej dlhodobej úspešnosti (*Willigendael EM, et al. J Vasc Surg 2005;42(1):67-74.*).

### **Diabetes mellitus (DM) a dyslipoproteinémia (DLP)**

Spolupráca vaskulárneho špecialistu s diabetológom, internistom a všeobecným lekárom je kľúčová v dosiahnutí euglykémie a normolipémie (s prísnyimi kritériami). Euglykémii odráža najlepšie hodnota glykovaného hemoglobínu, v terapii je liekom prvej voľby metformin a s cieľom čo najefektívnejšej kontroly glykémie aj skoré nasadenie inzulínu. Ciele v liečbe DLP sú stanovené tiež veľmi prísne - samotná prítomnosť diagnózy PAO pacienta radí do skupiny s veľmi vysokým kardiovaskulárnym rizikom, hladina LDL-C má byť aktívnou liečbou redukovaná pod 50 % východiskovej hladiny a zároveň sa za cieľovú hodnotu LDL-C považuje 1,4mmol/l (**Mach F, et al.** ESC Scientific Document Group, 2019 ESC/EAS Guidelines. European Heart Journal, Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages 111–188, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>). Vysokodávkovaný statín je liekom prvej voľby u pacientov s PAO (atorvastatín 40 – 80 mg alebo rosuvastatín 20 – 40 mg denne). Statíny navyše dokázateľne predlžujú maximálnu klaudikačnú vzdialenosť (**Gargiulo G, et al.** Use of statins in lower extremity artery disease: a review. BMC Surg. 2012; 12: S15.). Liečba statínmi sa odporúča ako prvá voľba za účelom zníženia KV rizika aj u vysokorizikových pacientov s hypertriacylglycerolémiou (TG viac ako 2,3 mmol/L) (**Mach F, et al.** ESC Scientific Document Group, 2019 ESC/EAS Guidelines. European Heart Journal, Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages 111–188, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>). Ak sa ani pri vysokej dávke statínu nedarí dosiahnuť cieľové hodnoty a tiež u pacientov s kombinovanou závažnou dyslipoproteinémiou, je potrebné s opatrnosťou zvažovať aj kombináciu základných hypolipidémik a pridať ku statínu fibrát. (**Norgren L, Hiatt WR, et al.** J Vasc Surg. 2007; 45(suppl S):S5–S67.) Ďalšie možné kombinácie vysokodávkovaných statínov s ezetimibom a novšie, so skupinou parenterálne podávaných PCSK 9 inhibítorov umožňujú dosiahnuť aj uvedené prísne terapeutické ciele. Vzhľadom na preskribčné obmedzenia platné v SR sú tieto terapeutické ciele najmä v kompetencii diabetológa, internistu a angiológa.

### **Artérová hypertenzia**

Hodnoty tlaku krvi stabilne pod 140 / 90 mmHg sú základným cieľom liečby artériovej hypertenzie u pacienta s PAO. Kontraindikovaná nie je žiadna skupina antihypertenzív vrátane možnosti použiť bezpečne betablokátory (**Radack K, Deck C.** Arch Intern Med 1991;151(9):1769-76.), ale v prvej línii sa odporúča zvažovať najmä ACE inhibítory a sartany (blokátory angiotenzínových receptorov) (**Yusuf S, et al.** N Engl J Med 2000;342(3):145-53.). Pri voľbe antihypertenzíva je dôležité prihliadať aj na ďalšie komorbidity a prehodnotiť individuálne benefit a riziká liečby. U pacientov s progresiou ochorenia do CLI ako aj

u diabetikov je vhodné pri indikácii betablokátorov použiť liečivá s vazodilatačnou zložkou ako nebivolol a carvedilol. Liečba artériovej hypertenzie je vzhľadom na preskribčné obmedzenia najmä v kompetencii angiológa a internistu, významne sa na nej podieľa všeobecný lekár.

### **Kinezioterapia**

Pravidelný tréning chôdzou (kontrolovaná rýchlosť a sklon na treadmill - bežeckom páse) zlepšuje maximálnu klaudikačnú vzdialenosť aj kvalitu života pacientov s PAO (*Hiatt W, et al. Circulation 1994;90:1866-74, Lane R, et al. Exercise for intermittent claudication. Cochrane Database Syst Rev. 2014*). Tréning pod dohľadom je účinnejší v porovnaní s nedozorovaným tréningom (*Stewart K, et al. N Engl J Med 2002;347(24):1941-1.*). Preto sa odporúča zaradiť pacientov s PAO do cvičebných skupín alebo tréningových programov - optimálne formou hradených dozorovaných tréningových programov (supervised exercise therapy - SET), alternatívne kontrolovať vydaný krokomer. Program by mal trvať 12 týždňov, obsahovať 3 tréningy týždenne po 30 - 60 min. Nie je jasné, či kinezioterapia priaznivo ovplyvňuje prežívanie pacientov a výskyt KV príhod. Dohľad nad kinezioterapiou má mať najmä vaskulárny špecialista, limitované sú v SR možnosti spolupráce s rehabilitačnými zariadeniami, keď napríklad angiológ nemôže vôbec indikovať rehabilitáciu hradenú zo zdravotného poistenia. Zmeny v tejto oblasti považujeme za mimoriadne dôležité v perspektíve zlepšenia starostlivosti o pacientov s PAO, ide o kľúčový terapeutický postup v tomto štádiu ochorenia (viď. kapitolu „Ďalšie odporúčania“).

### **Farmakologické ovplyvnenie klaudikačnej vzdialenosti**

Statíny, verapamil, niektoré antitrombotiká, prostanoidy majú dokumentovaný istý priaznivý efekt na klaudikačnú vzdialenosť. Lieky ako naftidrofuryl, cilostazol, buflomedil, L-karnitín sú najčastejšie študovanými vo vzťahu k PAO. V SR sa odporúča ako liek prvej voľby pre klaudikantov naftidrofuryl, pri jeho neúčinnosti alebo alergii či nežiaducich účinkoch sa má pacientovi ponúknuť cilostazol. Ten má pravdepodobne najsilnejšiu medicínu dôkazov spomedzi spomenutých liekov (*Norgren L, Hiatt WR, et al. J Vasc Surg. 2007; 45(suppl S):S5–S67.*). Tieto lieky spravidla indikuje ambulatný vaskulárny špecialista, ktorý dlhodobo ošetruje pacienta s PAO.

### **Protidoštičková liečba**

Každý pacient so symptomatickým PAO má užívať antiagregans v monoterapii (kyselinu acetylosalicilovú (ASA) 100 mg denne alebo clopidogrel 75 mg denne). Najvýznamnejší benefit možno očakávať u pacientov s PAO s verifikovaným ďalším aterosklerotickým postihnutím - po prekonanom IM, NCMP (*ATC. Br Med J 2002;324(7329):71-86.*). Menší, ale stále významný benefit bol však dokázaný aj u pacientov s PAO bez AS postihnutia v ostatných teritóriách (*ATC. Br Med J 1994;308(6921):81-106.*). Nebol jasne dokázaný benefit clopidogrelu voči ASA, ale vo viacerých zahraničných a medzinárodných odporúčaniach sa objavuje slabé odporúčanie v zmysle favorizovať clopidogrel. Duálnu protidoštičkovú liečbu ASA + clopidogrel indikuje vaskulárny špecialista takmer vždy len dočasne – po revaskularizačnom výkone spravidla 1 - 3 mesiace po výkone, ale vždy aj s ohľadom na rozsah výkonu (dlhé uzávery) a jeho lokalitu (najmä krurálny segment), použitú techniku (sPTA a debPTA) a riziká krvácania (*Norgren L, Hiatt WR, et al. J Vasc Surg. 2007; 45(suppl S):S5–S67.*). Dlhodobá duálna protidoštičková liečba je odôvodnená jedine u pacientov

po opakovanom revaskularizačnom výkone pri zároveň nízkom riziku krvácania, ktoré sa musí pri každej kontrole znovu prehodnotiť. Antikoagulačná liečba je indikovaná rovnako výnimočne, najmä pri rizikových pacientoch s dlhým autológym venóznym bypassom, prípadne po endovaskulárnom riešení akútneho uzáveru venózneho bypassu, vždy s citlivým zvážením rizika krvácania. Kombinačná antikoagulačná liečba a liečba ASA, či clopidogrelom musí byť indikovaná u pacientov výnimočne, na krátku dobu (1 - 3 mesiace), napríklad pri kombinácii fibrilácie predsiení a zároveň po revaskularizačnom výkone s dôrazom na tesnú kontrolu s cieľovým INR 2 - 2,5 a súčasnú liečbu inhibítormi protónovej pumpy (PPI). Triple terapia sa výnimočne zvažuje v individuálnych prípadoch, na krátku dobu, u pacientov po revaskularizačných výkonoch na koronárnom riečisku, pri súčasnej potrebe antikoagulačnej liečby.

V redukcii kardiovaskulárneho rizika sa v súčasnosti u pacientov s polyvaskulárnym postihnutím vrátane pacientov s klinicky manifestným PAO ukazuje ako perspektívna kombinácia nízkodávkovanej kyseliny acetylosalicylovej (100mg 1x denne) a rivaroxabanu v dávke 2,5 mg dvakrát denne. V porovnaní so štandardnou monoterapiou kyselinou acetylosalicylovou vedie k významnej redukcii výskytu KV udalostí (**Eikelboom JW et al. NEJM 2017;377:1319-1330**).


Indikácia, kontraindikácia, vysadenie antitrombotickej liečby, a teda jej komplexné riadenie je úlohou ambulatného vaskulárneho špecialistu - ošetrojúceho dlhodobu pacienta. Ten berie do úvahy odporúčanie intervenčného angiológa alebo rádiológa, či cievneho chirurga z revaskularizačného centra, ale aj hodnotí a pravidelne prehodnocuje riziko dlhodobej liečby.

### **Revaskularizácia u pacienta v kaudikačnom štádiu PAO**

Zanechanie fajčenia, dobrá kontrola TK, lipidov, glykémie a pravidelná kinezioterapia dokázateľne vedú ku zlepšeniu funkcie, predĺženiu KI a zvýšeniu celkovej kvality života. Každý intervenčný výkon nesie isté riziko komplikácií, preto je indikácia revaskularizácie v kaudikačnom štádiu PAO rezervovaná najmä pre pacientov, ktorým kaudikačné obtiaže výrazne zasahujú do bežného fungovania, prípadne obmedzujú ich pracovný výkon a zaradenie. Pacient musí byť dostatočne informovaný o rizikách výkonu. Vo všeobecnosti je výber revaskularizačnej techniky závislý od dostupnosti, lokalizácie a dĺžky stenózy / obliterácie (**Norgren L, Hiatt WR, et al. J Vasc Surg. 2007; 45(suppl S):S5–S67.**). V aortoiliackom úseku sa v súčasnosti preferuje sPTA (s výnimkou najmä silne kalcifikovaných dlhých uzáverov). Pri izolovanom postihnutí AFC má prednosť chirurgická endarterektómia. Pri postihnutí femoropopliteálneho úseku sa preferuje endovaskulárny výkon (PTA, sPTA, aterektómia atď.). Ak je postihnutý úsek nad 20 - 25cm dĺžky a charakter stenotizujúcich / obliterujúcich zmien umožňuje takéto riešenie, pri dlhších uzáveroch a prípadne u mladších pacientoch s dôrazom na dlhšiu perzistenciu výkonu je možné zvážiť chirurgický bypass (**TASC Steering Committee, Jaff MR, Vascular Medicine. Volume: 20 issue: 5, page(s): 465-478.**). Postihnutie v krurálnom segmente sa v kaudikačnom štádiu na revaskularizáciu indikuje len veľmi zriedka. Výber revaskularizačnej techniky však podlieha diskusii s pacientom a preferenciám jednotlivých špecializovaných zariadení, v podmienkach SR rozhodnutiu ošetrojúcich angiológov, cievnych chirurgov a intervenčných rádiológov na špecializovaných angiologických klinikách

a oddeleniach cievnej chirurgie. Štandardnou súčasťou akéhokoľvek intervenčného výkonu u pacienta s PAO má byť nasledujúca komplexná rehabilitačná liečba.

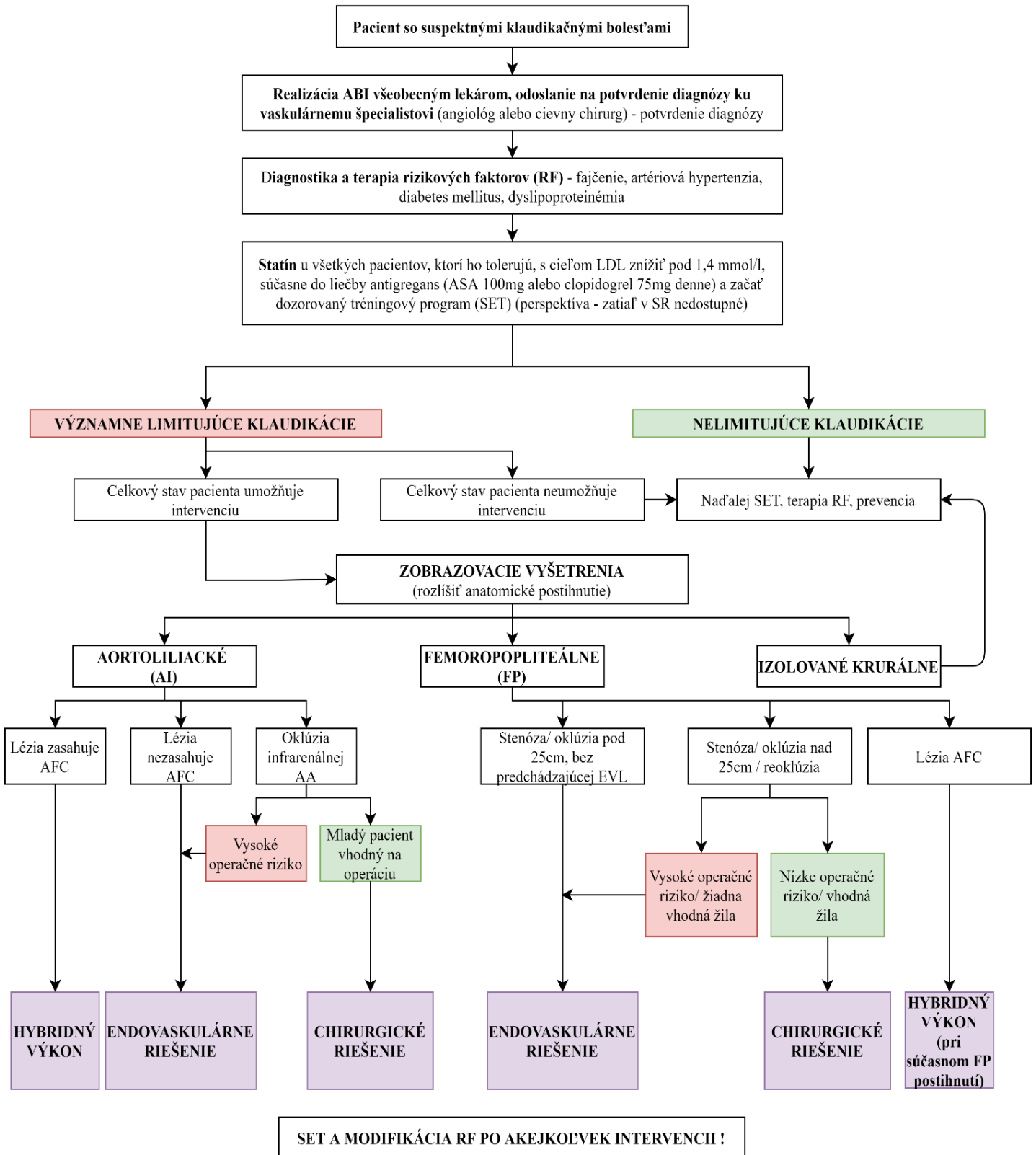
**Princípy terapie PAO – klaudikačné štádium (prevzaté a adaptované z ESC a ESVS odporúčaní pre PAO z roku 2017)**

 <b>Princípy terapie PAO – klaudikačné štádium</b>		
<b>Odporúčania</b>	<b>Trieda (sila) odporúčaní</b>	<b>Stupeň (sila) dôkazov</b>
U všetkých pacientov s PAO sú indikované statíny (predlžujú aj klaudikačnú vzdialenosť)	<b>I</b>	<b>A</b>
<b>U pacientov v štádiu intermitentných klaudikácií sa odporúča:</b>		
Dozorovaný tréningový program (SET)	<b>I</b>	<b>A</b>
Nedozorovaný tréningový program v prípade, že SET nie je možný/dostupný	<b>I</b>	<b>C</b>
Pri limitujúcich obtiažach, ktoré pretrvávajú napriek SET, zvážiť intervenciu	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Pri limitujúcich závažných obtiažach, ktoré obmedzujú pacienta v bežnom živote, zvážiť intervenciu a súčasne SET	<b>IIa</b>	<b>B</b>



**Diagnosticko-terapeutický algoritmus pre PAO - klaudikačné štádium (preložené a adaptované z ESC/ESVS odporúčanií 2017)**

**Diagnosticko - terapeutický algoritmus PAO - klaudikačné štádium**



### **Follow up – dosledovanie pacienta**

Pacienti po intervencii ostávajú v sledovaní na ambulancii angiologickej kliniky či oddelenia / oddelenia cievnej chirurgie spravidla niekoľko mesiacov, pri stabilizovanom ochorení sa dostávajú späť do ambulantnej starostlivosti v spáde bydliska (angiologická, angiouchirurgická alebo výnimočnejšie všeobecná chirurgická ambulancia). U pacientov po opakovaných revaskularizačných výkonoch, pri nutnosti hojiť chronické a amputačné rany, ostávajú v starostlivosti špecializovaných centier dlhšie.

### **Prognóza**

Prognosticky je závažný nielen osud nedokrvenej končatiny, ale aj samotného pacienta. Viacero klinických štúdií dokázalo zvýšenú celkovú mortalitu, kardiovaskulárnu mortalitu aj morbiditu u pacientov s asymptomatickým aj symptomatickým PAO (**Criqui MH, Aboyans V.** Epidemiology of peripheral artery disease. *Circ Res.* 2015; 116: 1509-1526.). V 5 ročnom horizonte sa 70 – 80 % klaudikujúcich pacientov pri štandardnej liečbe a zanechaní fajčenia stabilizuje, ale cca u 10 – 20 % pacientov sa klaudikačný interval skrúti a asi 5 - 10 % pacientov progreduje do štádia kritickej ischémie (CLI). Z klaudikujúcich pacientov do 5 rokov až 10 – 15 % zomrie a z toho 75 % z kardiovaskulárnych (KV) príčin. Približne 20 % prekoná nefatálnu KV príhodu ako infarkt myokardu (IM) alebo náhlu cievnu mozgovú príhodu (NCMP). Pacienti s CLI majú dramaticky horšiu už 1 ročnú prognózu: až štvrtina zomiera, ďalšia tretina žije, ale po amputácii. Iba 45 % týchto pacientov je po roku nažive s oboma dolnými končatinami (**Hirsch AT,** *J Am Coll Cardiol* 2006;47:1239-312).

### **Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)**

Z posudkového hľadiska periférne artériové ochorenie dolných končatín - klaudikačné štádium, (okrem štádia III a IV podľa Fontainea, ktoré sú riešené samostatnými ŠDTP), podmieňuje dočasnú pracovnú neschopnosť najmä v prípade potreby realizovania intervencie a následnej rehabilitácie. U pacientov s fyzicky náročným zamestnaním môže toto ochorenie obmedzovať aj dlhodobu špecifické pracovné zaradenie s potrebou chôdze, rýchlej chôdze, či nosenia bremien na dlhšie vzdialenosti. V prípade dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu, teda takého, ktorý trvá jeden kalendárny rok, je možné postihnutého uznať invalidným podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení, s mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť od 45 % do 70 %, s možnosťou zvýšenia percentuálnej miery maximálne o 10 % v prípade prítomnosti závažných rizikových faktorov - diabetes mellitus, hypertenzná choroba a pod.

### **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

Uvedené v časti „Kompetencie“ a „Ďalšie odporúčania“. Z pohľadu možnosti realizácie základného nefarmakologického terapeutického postupu, ktorým je dozorovaný tréning (SET), je nutné doplniť katalóg výkonov, materiálovo a personálne zabezpečiť SET na rehabilitačných pracoviskách a/alebo v cievnych stacionároch.

## **Ďalšie odporúčania**

Za najdôležitejšiu zmenu, ktorú je potrebné v podmienkach SR realizovať považujeme zaviesť možnosť hradeného rehabilitačného programu v podobe dozorovaného tréningu chôdze (Supervised exercise therapy - SET). Takýto program by mal byť súčasťou kardiovaskulárneho rehabilitačného programu v kúpeľnej starostlivosti po intervenčných výkonoch, ale najmä v podobe ambulantnej rehabilitácie pre všetkých symptomatických - klaudikujúcich pacientov s PAO.

Navrhujeme hradený tréningový program pre klaudikujúcich pacientov s potvrdeným PAO raz za rok v trvaní 8 - 12 týždňov s frekvenciou tréningov chôdze na treadmill (bežeckom páse), maximálne 3x týždenne v trvaní tréningu 30 - 60 min. Programu musí predchádzať realizácia záznamu 12 zvodového EKG a zmeranie maximálneho klaudikačného intervalu chôdze (na prvom tréningu). Vhodné je realizovať 6 minútový test chôdze. Pred a po každom tréningu je nutné zmerať tlak krvi a pulzovú frekvenciu a počas celej doby tréningu je potrebný neustály dohľad zdravotníckeho pracovníka. Navrhujeme možnosť realizovať tento program na všetkých ambulantných a ústavných rehabilitačných pracoviskách s príslušným personálnym obsadením a materiálnym vybavením a tiež v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti na ambulanciách angiológie a cievnej chirurgie, kde to priestorové podmienky a personálne obsadenie dovoľia. Optimálne a kľúčové by bolo vytvorenie cievnych stacionárov so spádovou oblasťou v okresných resp. krajských mestách pod vedením angiológa alebo cievneho chirurga. Stacionáre určené na takúto liečbu môžu a mali by slúžiť na liečbu ďalších ochorení, ktoré si vyžadujú obdobnú nefarmakologickú starostlivosť: pacienti s primárnym a sekundárnym lymfedémom, s ulcus cruris, s diabetickou nohou, pacienti s kritickou končatinovou ischémiou ako nadväzujúca starostlivosť po intervencii / revaskularizácii, endovenózne ablačné výkony pri chronickej žilovej nedostatočnosti.

Tento program je vhodné doplniť o možnosť hradeného časovo neobmedzeného ambulantného programu v podobe úhrady krokomera alebo aplikácie v mobilnom telefóne pacienta a ošetrojúceho lekára - vaskulárneho špecialistu. Kontrola plnenia stanovených cieľov – denný / týždenný počet krokov by sa mala realizovať ako súčasť bežného vyšetrenia pacienta v odporúčanom intervale 2krát ročne a mala by byť súčasťou bodovacieho výkazného systému.

Pacienti po endovaskulárnych výkonoch na arteriálnom systéme dolných končatín a tiež na torakoabdominálnej aorte by mali mať možnosť postintervenčne absolvovať hradenú kúpeľnú liečbu. Tú by mal mať možnosť indikovať cievny chirurg aj angiológ.

## **Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu**

Minimálna požiadavka na revíziu dokumentu je každé 2 roky. Dokument je však potrebné aktualizovať a dopĺňať pri každej významnej zmene medzinárodných odporúčaní, ktorá má dopad na zdravie a prognózu pacientov s PAO a je realizovateľná v podmienkach SR.

## Literatúra

1. Aboyans V, Criqui MH, Abraham P, Allison MA, Creager MA, Diehm C, Fowkes FG, Hiatt WR, Jönsson B, Lacroix P, Marin B, McDermott MM, Norgren L, Pande RL, Preux PM, Stoffers HE, Treat-Jacobson D American Heart Association Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Nursing; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, and Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia. Measurement and interpretation of the ankle-brachial index: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;126:2890–2909.
2. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MEL, et al. 2017 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS) [published online August 26, 2017]. *Eur Heart J*. doi:10.1093/eurheartj/ehx095.
3. Allison MA, Aboyans V, Granston T, McDermott MM, Kaminen A, Ni H, Criqui MH. The relevance of different methods of calculating the ankle-brachial index: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Am J Epidemiol*. 2010;171:368–376.
4. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 2005; 142(4):233-9.
5. ATC. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *Br Med J* 2002;324(7329):71-86.
6. ATC. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy—I: Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. Antiplatelet Trialists' Collaboration. *Br Med J* 1994;308(6921):81-106.
7. Criqui MH, Aboyans V. Epidemiology of peripheral artery disease. *Circ Res*. 2015; 116: 1509-1526.
8. Criqui MH, Fronek A, Barrett-Connor E, Klauber MR, Gabriel S, Goodman D. The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population. *Circulation* 1985;71(3):510-51.
9. Dachun X, Jue L, Liling Z, Yawei X, Dayi H, Pagoto SL, Yunsheng M. Sensitivity and specificity of the ankle-brachial index to diagnose peripheral artery disease: a structured review. *Vasc Med*. 2010;15: 361–369.
10. Eikelboom JW; Connolly SJ; Bosch J; Dagenais GR; Hart RG; Shestakovska O; Diaz R; Alings M; Lonn EM; Anand SS; Widimsky P; Hori M; Avezum A; Piegas LS; Branch KRH; Probstfield J; Bhatt DL; Zhu J; Liang Y; Maggioni AP; Lopez-Jaramillo P; O'Donnell M; Kakkar AK; Fox KAA; Parkhomenko AN; Ertl G; Störk S; Keltai M; Ryden L; Pogossova N; Dans AL; Lanus F; Commerford PJ; Torp-Pedersen C; Guzik TJ; Verhamme PB; Vinereanu D; Kim JH; Tonkin AM; Lewis BS; Felix C; Yusuf S; Steg PG; Metsarinne KP; Cook Bruns N; Misselwitz F; Chen E; Leong D; Yusuf S. Rivaroxaban with or without Aspirin in Stable Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 2017; 377(14):1319-1330 (ISSN: 1533-4406).
11. Fanaroff AC, Manandhar P, Holmes DR, Cohen DJ, Harrison JK, Hughes CG, Thourani VH, Mack MJ, Sherwood MW, Jones SW, Vemulapalli S. Peripheral Artery Disease and Transcatheter Aortic Valve Replacement Outcomes A Report From the Society of Thoracic Surgeons/American College of Cardiology Transcatheter Therapy Registry. *Circulation: Cardiovascular Interventions*. October 17, 2017;10.
12. Fontaine R, Kim M, Kiény R. Surgical treatment of peripheral circulation disorders [in German] *Helv Chir Acta*. 1954;21(5–6):499–533.
13. Fowkes FG, Housley E, Cawood EH, Macintyre CC, Ruckley CV, Prescott RJ. Edinburgh Artery Study: prevalence of asymptomatic and symptomatic peripheral arterial disease in the general population. *Int J Epidemiol* 1991;20(2):384-92.
14. Gargiulo G, Giugliano G, Brevetti L, Sannino A, Schiattarella GG, Serino F, et al. Use of statins in lower extremity artery disease: a review. *BMC Surg*. 2012; 12: S15.
15. Griffin WF, Salahuddin T, O'Neal TW, Soliman EZ. Peripheral arterial disease is associated with an increased risk of atrial fibrillation in the elderly, *EP Europace*, Volume 18, Issue 6, 1 June 2016, Pages 794–798, <https://doi.org/10.1093/europace/euv369>.
16. Hiatt W, Wolfel E, Meier R, Regensteiner J. Superiority of treadmill walking exercise vs. strength training for patients with peripheral arterial disease. Implications for the mechanism of the training response. *Circulation* 1994;90:1866-74.
17. Hiatt WR, Hoag S, Hamman RF. Effect of diagnostic criteria on the prevalence of peripheral arterial disease. *The San Luis Valley Diabetes Study*. *Circulation* 1995;91(5):1472-9.
18. Hirsch A, Criqui M, Treat-Jacobson D, Regensteiner J, Creager M, Olin J, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA* 2001;286(11):1317-24.
19. Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzner NR, Bakal CW, Creager MA, Halperin JL et al. ACC/AHA 2005 guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): executive summary a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease) endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:1239-312.
20. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340(9):685-91.
21. Koshy CG, Chacko BR, Keshava SN, Stephen E, Agarwal S. Decision making in the treatment of peripheral arterial disease - A single-institution comparative study using information from color doppler and digital subtraction angiogram studies. *Indian J Radiol Imaging*. 2011;21(4):294-7.
22. Lane R, Ellis B, Watson L, Leng G.C. Exercise for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014.
23. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, Chapman MJ, De Backer GG, Delgado V, Ferenc BA, Graham IM, Halliday A, Landmesser U, Mihaylova B, Pedersen TR, Riccardi G, Richter DJ, Sabatine MS, Taskinen M-R, Tokgozoglu L, Wiklund O, ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS), *European Heart Journal*, Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages 111–188, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>
24. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG; TASC II Working Group. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *J Vasc Surg*. 2007; 45(suppl S):S5–S67.

25. Radack K, Deck C. Beta-adrenergic blocker therapy does not worsen intermittent claudication in subjects with peripheral arterial disease. A meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Intern Med 1991;151(9):1769-76.
26. Rutherford R B, Baker J D, Ernst C. et al. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. J Vasc Surg. 1997;26(3):517-538.
27. Rutherford R B, Flanigan D P, Gupta S K. et al. Suggested standards for reports dealing with lower extremity ischemia. J Vasc Surg. 1986;4(1):80-94.
28. Selvin E, Erlinger TP. Prevalence of and risk factors for peripheral arterial disease in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2000. Circulation 2004; 110(6):738-43.
29. Stewart K, Hiatt W, Regensteiner J, Hirsch A. Exercise training for claudication. N Engl J Med 2002;347(24):1941-1.
30. TASC Steering Committee, Jaff MR, White CJ, Hiatt WR, Fowkes GR, Dormandy J, Razavi M, Reekers J, Norgren L. An Update on Methods for Revascularization and Expansion of the TASC Lesion Classification to Include Below-the-Knee Arteries: A Supplement to the Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). Vascular Medicine. Volume: 20 issue: 5, page(s): 465-478.).
31. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. Eur Heart J 2003; 24(10):946-55.
32. Weinberg I, Jaff MR. Nonatherosclerotic Arterial Disorders of the Lower Extremities. Circulation. 2012;126:213-222.
33. Willigendael EM, Teijink JA, Bartelink ML, Peters RJ, Buller HR, Prins MH. Smoking and the patency of lower extremity bypass grafts: a meta-analysis. J Vasc Surg 2005;42(1):67-74.
34. Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. N Engl J Med 2000;342(3):145-53.

### **Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.*

*Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

### **Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 20. marca 2024.

**Zuzana Dolinková**  
ministerka zdravotníctva

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

### **Purulentné meningitídy – 1. revízia**

<b>Číslo ŠP</b>	<b>Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP</b>	<b>Status</b>	<b>Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR</b>
0196	22. september 2021	schválené	1. október 2021
0196R1		schválené	20. marec 2024

### **Autori štandardného postupu**

#### **Autorský kolektív:**

MUDr. Ľubica Piesecká, PhD.; MUDr. Beata Vaneková; doc. MUDr. Ingrid Urbančíková, PhD., MPH; prof. MUDr. Mária Štefkovičová, PhD., MPH

**Odborné hodnotenie 1. revízie štandardného postupu:** Slovenská spoločnosť infektológov, SLS; hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre epidemiológiu; Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky

#### **Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu (prvá verzia)**

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

**Odborní koordinátori:** MUDr. Helena Glasová, PhD., doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

#### **Recenzenti (prvá verzia)**

**členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP:** PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Pavol Macho, PhD., MHA; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

#### **Technická a administratívna podpora (prvá verzia)**

**Podpora vývoja a administrácia:** Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

**Tvorba prvej verzie bola podporená grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom:** “Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

## **Kľúčové slová**

purulentná meningitída, diagnostika, ATB liečba, vakcinácia

## **Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov**

<b>ARO</b>	anesteziologicko resuscitačné oddelenie
<b>ATB</b>	antibiotikum
<b>CNS</b>	centrálny nervový systém
<b>CRP-C</b>	reaktívny proteín
<b>CSWS</b>	cerebral salt-wasting syndrom/centrálny syndróm straty soli
<b>CT</b>	počítačová tomografia
<b>ECDC</b>	European Centre for Disease Prevention and Control / Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb
<b>EEG</b>	elektroencefalografia
<b>ESCMID</b>	Európska spoločnosť klinickej mikrobiológie a infekčného lekárstva
<b>ESGIB</b>	pracovná skupina pre infekcie mozgu
<b>GCS</b>	Glasgow coma score
<b>IMO</b>	invazívne meningokokové ochorenie
<b>KAIM</b>	klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny
<b>LP</b>	lumbálna punkcia
<b>MR</b>	magnetická rezonancia
<b>PCR</b>	polymerázová reťazová reakcia
<b>PNC</b>	penicilín
<b>RÚVZ</b>	regionálny úrad verejného zdravotníctva
<b>SIADH</b>	syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion / syndróm neprimeranej sekrécie antidiuretického hormónu
<b>SR</b>	Slovenská republika
<b>UPV</b>	umelá pľúcna ventilácia

## **Kompetencie**

Liečba purulentných meningitíd a meningitíd spojených so sepsou patrí do kompetencie infektológa. Pacient je hospitalizovaný na infekčnej klinike/oddelení, podľa klinického stavu a nutnosti ventilácie na KAIM / ARO, pri operačnom zákroku na neurochirurgickej klinike.

Nemocničná starostlivosť o týchto pacientov je medziodborová a podľa potreby sa jej zúčastňujú všetky medicínske odbory, hlavne lekár kliniky/oddelenia anesteziologicko-resuscitačnej, neurológ, neurochirurg, psychológ, pediater, imunológ, sestra, fyzioterapeut, sociálny pracovník.

V diagnostickom procese má ústredné postavenie mikrobiológia, tiež je častokrát nutná spolupráca s rádioterapeutom.

Významnú úlohu zohráva v procese diagnostiky a liečby prednemocničná zdravotnícka starostlivosť – všeobecný lekár pre deti a dorast, všeobecný lekár pre dospelých a RLP, ktorí postupujú nasledovne.

V prípade podozrenia na neuroinfekciu je možné pacientov rozdeliť do dvoch veľkých skupín.

**1. Pacient s rýchlo sa rozvíjajúcou poruchou vedomia, keď sú prítomné známky infekcie (horúčka, laboratórne markery zápalu) a/alebo meningeálne príznaky:** diferenciálne diagnosticky prichádza do úvahy hlavne:

- purulentná meningitída,
- sepsa alebo infekčná endokarditída s embolizáciou do CNS,
- ťažká aseptická meningoencefalitída (včítane herpetickej nekrotizujúcej encefalitídy),
- úpal,
- subarachnoidálne krvácanie.

Medzi prvé opatrenia patrí zabezpečenie prevozu RLP na JIS nemocničného zariadenia, neinvazívne monitorovanie vitálnych funkcií, podľa potreby resuscitácia obehu, dýchania a zabezpečenie ďalších životných funkcií. O prežití pacienta často rozhodujú prvé hodiny od vzniku ochorenia.

Ak má pacient príznaky sepsy sprevádzanej purulentnou meningitídou (hypotenzia, schvätenosť, tras, hemoragie alebo embolizácie do kože), je mu potrebné poskytnúť:

- oxygenáciu pri prejave dušnosti,
- zaistiť venózne vstup,
- podať objemovú resuscitáciu (obvykle sa podáva dospelým fyziologický roztok 1000 ml v priebehu 30 – 60 minút, u detí 20 ml/kg). Ak nie je samostatné podanie tekutín dostatočne účinné, je indikovaná farmakologická podpora obehu. Základným liekom je noradrenalin za kontinuálneho monitorovania vitálnych funkcií (TK, tepová frekvencia, saturácia krvi kyslíkom, diuréza),
- kortikosteroidy. Dexamethazon je vhodné podať cca 15 – 20 minút pred podaním ATB, podáva sa v dávke 8 mg, u dieťaťa 0,5 mg/kg, alebo ekvivalentná dávka iného kortikosteroidu,
- antibiotiká: Ak ide o komunitnú infekciu u osoby bez zjavného defektu imunity, podá sa ako iniciálna terapia cefalosporin 3. generácie (cefotaxim 8 – 12 g/deň, u detí 200 mg/kg/deň v 3 – 4 dávkach, prípadne ceftriaxon 4 – 6 g/deň v dvoch dávkach, u detí 100 mg/kg/deň v 1 – 2 dávkach).

**2. Pacient s bolesťami hlavy a horúčkou a/alebo meningeálnymi príznakmi.**

Na rozdiel od predchádzajúcej skupiny je zachované vedomie a celkový stav chorého je stabilizovaný. Je potrebné si uvedomiť, že bolesti hlavy pri meningitíde sú lokalizované uprostred hlavy a sú symetrické. Pacienti môžu udávať bolesť za očami, v oblasti čela, temena, v spánkovej oblasti alebo v zátylku.

Diferenciálno-diagnostická úvaha:

- aseptická meningoencefalitída,
- meningizmus pri horúčnatom ochorení (pneumónia, pyelonefritída...),
- purulentná meningitída,
- subarachnoidálne krvácanie,
- úpal.



Základný postup spočíva v zabezpečení hospitalizácie, rehydratácii a podaní analgetík, eventuálne antiemetík.

## Úvod

Purulentná meningitída je závažné infekčné ochorenie mozgových obalov s vysokou úmrtnosťou, ktoré sa vyskytuje celosvetovo a vo všetkých vekových kategóriach. Napriek neustále sa zlepšujúcim diagnostickým metodikám a záplave nových antibakteriálnych preparátov, neuroinfekcie stále predstavujú celosvetový problém a nestrácajú nič na svojej aktuálnosti. Ich priaznivá prognóza závisí od mnohých faktorov ako preventívne opatrenia, vakcinácia, široká osвета, hygienický štandard, urgentná diagnostika, pričom najdôležitejšia je včasná a adekvátne terapia.

V posledných rokoch došlo k významnej zmene epidemiologického statusu meningitíd, spôsobenej predovšetkým vakcináciou. V dôsledku očkovania konjugovanými vakcínami sa výrazne znížila incidencia hemofilových meningitíd u detí, znížil sa výskyt meningokokových i pneumokokových meningitíd a vekový priemer sa posunul z detského veku do dospelého. Stúpa rezistencia pneumokokov a meningokokov na bežne podávané antibiotiká a v citlivosti patogénov sú veľké geografické rozdiely.

Do klinickej praxe boli zavedené nové diagnostické techniky, predovšetkým molekulárne genetické metódy.

Bolo realizovaných niekoľko štúdií zameraných na adjuvantnú liečbu meningitíd, ktoré priniesli rôznorodé klinické výsledky. Z týchto skutočností vyplynula potreba poskytnúť lekárom jasné praktické odporúčania založené na dostupných dôkazoch, ako postupovať v diagnostike a liečbe pacientov s purulentnou meningitídou. Na pôde Európskej spoločnosti klinickej mikrobiológie a infekčného lekárstva /ESCMID/ vytvorila v rámci Pracovnej skupiny pre infekcie mozgu /ESGIB/ multidisciplinárna skupina expertov nový európsky odporúčaný postup, ktorý bol publikovaný 8. 4. 2016 v časopise *Clinical Microbiology and Infection* pod názvom „ESCMID Guideline: Diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis“.

Štandardný postup vychádza z európskeho odporúčaného postupu a je upravený pre aktuálnu epidemiologickú situáciu v Slovenskej republike. Je zameraný predovšetkým na komunitnú purulentnú meningitídu s akútnym priebehom. V odporúčaní, prevzatých z európskeho odporúčaného postupu, je uvedená sila odporúčania podľa klasifikácie ESCMID:

- Grade A – ESCMID silne odporúča,
- Grade B – ESCMID stredne odporúča,
- Grade C – ESCMID slabo odporúča,
- Grade D – ESCMID neodporúča.

## Prevenia, Profylaxia

Purulentné meningitídy vzhľadom k možnému hyperakútnemu priebehu s rizikom úmrtia a s vysokým rizikom závažných následkov patria medzi významné ochorenia. Najúčinnjšou špecifickou prevenciou je očkovanie. Očkovanie je dostupné proti invazívnym ochoreniam,

vrátane purulentných meningitíd, spôsobeným *Haemophilus influenzae* typ b (Hib), *Streptococcus pneumoniae* a *Neisseria meningitidis*..

### **Prevenia pneumokokovej meningitídy**

Na prevenciu vzniku ochorenia sa odporúča aktívna imunizácia. Po prekonaní pneumokokovej meningitídy bolo v štúdiách zachytené asi 5 % riziko rekurencie infekcie, najčastejšie opäť pneumokokovej etiológie u rizikových skupín pacientov (likvorea, asplenia, hyposplenizmus). Očkovanie pneumokokovými vakcínami je odporúčané pacientom po prekonanej pneumokokovej meningitíde a u pacientov s likvoreou. (ESCMID B), u osôb s aspléniou, hyposplenizmom, so závažnými poruchami imunity, po transplantácii krvotvorných buniek (CDC).

V súčasnosti sú v SR registrované štyri konjugované pneumokokové vakcíny a jedna polysacharidová vakcína. V súčasnosti sa používajú v plošnom očkovaní dojčiat tri vakcíny, 10-, 13-, 15 valentné konjugované vakcíny. Pre dospelých je dostupná 20-valentná konjugovaná vakcína, u detí sa bude používať až po schválení vekovej indikácie. U osôb nad 2 roky veku je možné použiť aj 23- valentnú polysacharidovú vakcínu.

### **Kontraindikácie**

Závažná alergická reakcia (anafylaxia) na akúkoľvek zložku vakcíny alebo po aplikácii predchádzajúcej dávky vakcíny.

### **Prevenia meningokokovej meningitídy**

Na prevenciu ochorenia je najúčinnějšía aktívna imunizácia. Očkovanie proti IMO je odporúčané hlavne pre deti vo veku od 2 mesiacov do 4 rokov (uprednostňuje sa aplikácia v priebehu prvého polroka života), deti vo veku 5 – 6 rokov (nástup do školského kolektívu), deti vo veku 13 – 15 rokov, adolescentov a mladých dospelých a s ohľadom na zváženie individuálneho rizika (internáty, ubytovne, hromadné akcie).

Ďalšími skupinami osôb, ktorým sa odporúča očkovanie, sú cestovatelia do krajín s endemickým alebo epidemickým výskytom ochorenia, osoby v pracovnom riziku (zdravotníci, vojaci). Špecifickú kategóriu osôb s odporúčaným očkovaním predstavujú osoby so zdravotnými indikáciami.

Univerzálna vakcína proti všetkým meningokokom neexistuje. Vakcíny navodzujú protekciu proti tým skupinám meningokov, ktoré sú v nich obsiahnuté.

Konjugovaná tetravakcína **Menveo** je určená k aktívnej imunizácii detí od 2 rokov, dospievajúcich a dospelých osôb v riziku expozície *Neisseria meningitidis* skupín A, C, W a Y. V rámci základného očkovania sa aplikuje jedna dávka vakcíny. Vakcína nie je aktuálne dostupná.

Konjugovaná tetravakcína **Nimenrix** je indikovaná k aktívnej imunizácii osôb od 6 týždňov veku proti IMO spôsobenému *Neisseria meningitidis* skupiny A, C, W a Y. Základnú očkovaciu schému u detí vo veku 6 – 12 týždňov tvoria tri dávky. Primárnu sériu tvoria dve dávky, prvá

dávka sa podáva od 6 týždňov veku a druhá s intervalom 2 mesiacov medzi dávkami. Tretia (posilovacia) dávka sa odporúča v 12 mesiacoch veku.

U detí od 12 mesiacov veku, dospievajúcich a dospelých sa ako základné očkovanie podáva jedna dávka. Nimenrix možno podať ako preočkovanie predtým očkovaným deťom od 12 mesiaca veku, dospievajúcim a dospelým, ktorí predtým dostali základné očkovanie konjugovanou alebo polysacharidovou meningokokovou vakcínou.

Podávanie sa riadi v súlade s dostupnými oficiálnymi odporúčaniami. V súčasnej dobe sa odporúča pri zvážení individuálneho rizika preočkovanie po 5 rokoch.

Rekombinantná vakcína **Bexsero** je určená k aktívnej imunizácii osôb od 2 mesiacov veku a starších proti IMO spôsobených *Neisseria meningitidis* skupiny B. Základné očkovanie dojčiat pozostáva z 2 – 3 dávok s minimálnym odstupom 2 mesiacov podľa začiatku očkovania a preočkovanie sa odporúča o 12 - 24 mesiacov. Od 2 rokov veku sa podávajú dve dávky s minimálnym intervalom 1 mesiac. Podávanie sa riadi v súlade s dostupnými oficiálnymi odporúčaniami.

Rekombinantná vakcína **Trumenba** je indikovaná k aktívnej imunizácii osôb vo veku od 10 rokov a starších proti IMO spôsobených *Neisseria meningitidis* skupiny B. Základné očkovanie môže byť dvojdávkové, tvorené dvomi dávkami podanými s odstupom 6 mesiacov alebo trojdávkové, 2 dávky sa podávajú v minimálnom 1-mesačnom odstupe, nasledované treťou dávkou podanou aspoň 4 mesiace po druhej dávke. Podávanie sa riadi v súlade s dostupnými oficiálnymi odporúčaniami.

Očkovanie proti IMO je odporúčané pre:

- mladých dospelých vo veku od 13 do 25 rokov,
- pacientov bez ohľadu na vek, s nasledujúcimi zdravotnými indikáciami očkovania:
  - porušená alebo zaniknutá funkcia sleziny (hyposplenizmus/asplenizmus),
  - autológne a alogénne transplantácie kmeňových hemopoetických buniek,
  - primárny alebo sekundárny imunodeficit alebo očakávaný imunodeficit,
  - deficit terminálneho komplementu,
  - prekonaná bakteriálna meningokoková meningitída a septikémia,
  - pred začatím biologickej liečby.
- osoby bez ohľadu na vek cestujúce alebo plánujúce trvalý pobyt v krajinách s hyperendemickým alebo epidemickým výskytom meningokokových ochorení,
- osoby v profesionálnom riziku IMO (zdravotnícky personál starajúci sa o pacientov s IMO, laboratórni pracovníci pracujúci s pôvodcami IMO),
- osoby v ohnisku nákazy IMO.

### **Kontraindikácie**

Závažná alergická reakcia (anafylaxia) na akúkoľvek zložku vakcíny alebo po aplikácii predchádzajúcej dávky vakcíny.

V prípade aplikácie vakcíny u imunosuprimovaných osôb môže byť obmedzená imunitná odpoveď na očkovanie. Vakcinácia je však u týchto osôb možná.

### **Prevenia hemofilovej meningitídy**

Očkovanie proti invazívnym hemofilovým ochoreniam, vrátane purulentnej meningitídy, je súčasťou povinného očkovania dojčiat v očkovaacom kalendári. Očkuje sa 3 dávkami prostredníctvom kombinovanej hexavakcíny.

### **Profylaxia meningokokovej meningitídy**

Cieľom profylaxie je redukovať riziko invazívneho ochorenia eradikáciou nosičstva v ohnisku nákazy. Vykonáva sa formou postexpozičnej chemoprofylaxie (Tabuľka č. 1). Podáva sa osobám, ktoré boli v blízkom kontakte s pacientom s invazívnym meningokokovým ochorením ako je sepsa alebo meningitída. Odporúčané je podať ju do 24 hodín od posledného kontaktu s osobou chorou na invazívne meningokokové ochorenie. Správne indikovaná chemoprofylaxia má 90 – 95 % účinnosť. Postexpozičná profylaxia sa podáva aj úzkym kontaktom, ktoré boli v minulosti očkované. Hladiny protilátok v ich krvi nemusia byť dostatočné, alebo môže ísť o odlišný sérotyp meningokoka.


Rozšírená chemoprofylaxia (hlavne v oblastiach s nízkym hygienickým štandardom) môže mať dobrý účinok v prevencii šírenia. Na druhej strane treba myslieť aj na riziko možného vývoja rezistencie. Dôležité je podávať profylaxiu v jednom čase, aby sa nestalo, že príjemcovia budú reinfikovaní inými nosičmi v rámci populácie. Druhy kontaktov pre zvýšený zdravotný dozor/lekársky dohľad a chemoprofylaxiu v ohnisku nákazy sú uvedené v Tabuľke č. 2.

Niektoré antibiotiká (napr. penicilín a/alebo chloramfenikol) používané na liečbu nemusia eradikovať nosičstvo meningokoka. Prepustení pacienti, ktorí ostanú nosičmi, môžu predstavovať riziko pre ich úzke kontakty, napr. pre členov spoločnej domácnosti. Preto sa pacientom, ktorí sú liečení antibiotikami neefektívnymi pre eradikáciu, podá pri prepustení eradikačná liečba (ciprofloxacím, azitromycín, ceftriaxon, cefixim, rifampicín). Rifampicín mení farbu moču na červeno-oranžovú farbu a vylučuje sa v slzách a iných telesných tekutinách.

V poslednom čase ECDC a tiež Americká pediatriká akadémia odporúča v postexpozičnej profylaxii používať aj očkovanie. Dôvodom je, že sekundárny prípad sa môže objaviť po vzniku sporadického prípadu za niekoľko dní, ale aj za niekoľko týždňov.

V prípade vakcinácie úzkeho rodinného kontaktu v domácnosti, ktorý nebol v minulosti očkovaný, sa použije vakcína obsahujúca identický sérotyp, aký má vyvolávateľ.

Tabuľka č. 1

 <b>Profylaktické podávanie antibiotík</b> <b>pri meningokokovom inváznom ochorení</b> (začať čím skôr – ideálne do 24 hodín od posledného kontaktu s chorým)				
	Druh ATB	Dávka	Interval	Aplikácia
<b>Deti &lt; 1 rok</b>	Rifampicin	10 mg/kg/deň	12 hodín (2 dni)	p.o.
	Cefixím	8 mg/kg/deň	jedna dávka	p.o.
<b>Deti &gt; 1 rok</b>	Rifampicin	10-20 mg/kg/deň	12 hodín (2dni)	p.o.
	Cefixím (deti < 12 r.)	8mg/kg/deň	jednoraz.dávka	p.o.
	Cefixím (deti > 12r.)	400 mg/deň	jednoraz. dávka	p.o.
	Ceftriaxón (deti < 12r.)	125 mg	jednoraz. dávka	i.m.
	Ceftriaxón (deti > 12r.)	250 mg	jednoraz. dávka	i.m.
	Ciprofloxacín*(deti < 5 r.)	20 mg/kg**	jednoraz. dávka	p.o.
	Ciprofloxacín (deti 5-12 r.)	250 mg	jednoraz. dávka	p.o.
	Ciprofloxacín (deti > 12r.)	500 mg	jednoraz. dávka	p.o.
Azitromycín***	10 mg/kg/deň **** maximum 500mg	jednoraz. dávka	p.o.	
<b>Dospelí</b>	Rifampicin	600 mg/deň	12 hodín (2 dni)	p.o.
	Cefixím	400 mg/deň	jednoraz. dávka	p.o.
	Ceftriaxón	250 mg	jednoraz. dávka	i.m.
	Ciprofloxacín	750 mg.	jednoraz. dávka	p.o.
	Azitromycín	10 mg/kg/deň maximum 500 mg.	jednoraz. dávka	p.o.
<b>Tehotné a dojčiace ženy</b>	Cefixím	400 mg/deň	Jednoraz. dávka	p.o.
	Ceftriaxón	250 mg	jednoraz. dávka	i.m.
	Azitromycín	10 mg/kg/deň maximum 500 mg.	Jednoraz. dávka	p.o.


\*Ciprofloxacín – výnimočné situácie, nie rutinne; v prípade výskytu *Neisseria meningitidis* rezistentnej na fluorochinolóny v komunite, sa odporúča Ceftriaxón, Rifampicin alebo Azitromycín

\*\* u detí < 5 r. – maximálna dávka 125 mg (Ciprofloxacín suspenzia obsahuje 250 mg/5 ml)

\*\*\* Azitromycín – výnimočné situácie, nie rutinne;

\*\*\*\* u detí < 45 kg (Azibiot neo 20 mg/ml suspenzia obsahuje 100 mg/5 ml)

Tabuľka č. 2

 <b>Druhy kontaktov pre odporúčanie chemoprofylaxie a zvýšeného zdravotného dozoru/lekárskeho dohľadu v ohnisku nákazy</b>		
<b>KONTAKT</b>	<b>ÚZKY:</b> vysoké riziko expozície respiračnému sekrétu a slinám	<b>BEŽNÝ:</b> nízke riziko expozície respiračnému sekrétu a slinám
<i>Profylaxia ATB, očkovaním</i>	<i>ÁNO</i>	<i>NIE</i>
<i>Lekársky dohľad</i>	<i>ÁNO</i>	<i>NIE</i>
<i>Nazofaryngeálny výter</i>	<i>NIE</i>	<i>NIE</i>
Rodinný kontakt	*Prolongovaný styk v domácnosti (spanie, jedenie..) v priebehu 7 dní pred objavením ochorenia	Krátkodobá návšteva domácnosti
Školský, profesionálny kontakt	**Študenti na spoločnej bunke, so spoločnou kuchynkou, deti v spoločnej spálni v škôlke/ jasliach v priebehu 7 dní pred objavením ochorenia	Ostatní študenti školy, internátu, iných tried škôlky /jaslí, sociálneho zariadenia
Priateľstvo/bozkávanie	Intímne	Bežné priateľstvo, oficiálny bozk na líce
Zdravotný kontakt	***Priama expozícia respiračnému sekrétu pacienta pred začatím ATB liečby ( napr. pri resuscitácii z úst do úst, intubácii, potriesnenie do oka a pod., parenterálne poranenie)	Bežné ošetrovanie, starostlivosť o pacienta 24 hodín po začatí ATB liečby
Cestovateľský kontakt	Priama expozícia respiračnému sekrétu (sedenie na susednom sedadle a kontakt trvá > 8 hodín)	Sedenie na susednom sedadle bez expozície respiračnému sekrétu, sedenie na ďalších sedadlách
Post mortem kontakt ****	parenterálne poranenie	Protiepidemické opatrenia sa nevykonávajú (vzdušný prenos nie je možný)

\*riziko IMO bez ATB profylaxie 1:300, odporúča sa vykonať chemoprofylaxiu a vakcináciu

\*\* riziko IMO bez ATB profylaxie 1:150 až 1:33 000

\*\*\* používať ochranné pomôcky: rukavice, štít, okuliare

\*\*\*\* neobmedzujú sa bežné pohrebné obrady, kontakt príbuzných so zomrelým

Náplň zvýšeného zdravotného dozoru/lekárskeho dohľadu pre kontakty, ktoré boli s chorým po dobu 7 dní pred ochorením.

Trvanie a náplň:

- 7 dní od posledného kontaktu s chorým,
- sleduje sa: telesná teplota, krvácanie do kože, bolesť hlavy, zvracanie, príznaky respiračného ochorenia, resp. iné príznaky infekcie,
- obmedzujú sa aktivity spojené s fyzickou alebo psychickou záťažou.

Pri epidemickom výskyte sa opatrenia rozširujú o: obmedzenie zhromažďovania osôb v uzatvorených priestoroch, mimoriadne očkovanie po rozhodnutí regionálneho, resp. hlavného hygienika.

Dekontaminácia prostredia: meningokok je veľmi citlivý, pravdepodobnosť nákazy je len pri priamom kontakte s orálnym a respiračným sekrétom. Dekontaminácia sa vykonáva bežnými dekontaminačnými postupmi.

### **Nosičstvo**

Prítomnosť meningokoka v nosohltane možno zistiť u viac ako 10 % zdravých osôb, meningokok sa vyskytuje ako komensál horných dýchacích ciest. Ide o neinvazívne nosičské kmene, ktoré neohrozujú svojho nositeľa ani okolie.

### **Epidemiológia**

V epidemiologickej situácii hnisavých meningitíd došlo k významnej zmene súvisiacej so zavedením celoplošnej vakcinácie konjugovanou vakcínou proti infekciám vyvolaným *Haemophilus influenzae* typ b a konjugovanými vakcínami proti pneumokokom a meningokokom. Výrazne sa znížil výskyt meningitíd u detí, vekový priemer postihnutých sa posunul z detského veku do dospeljej populácie.

Spektrum obvyklých pôvodcov sa líši podľa veku chorého, prípadne podľa niektorých rizikových faktorov (napr. imunosupresia) alebo špecifického kontextu (kranio cerebrálne poranenie). Etiológiu zodpovedajúcu danej vekovej skupine je potrebné zohľadniť pri voľbe neodkladnej úvodnej antibiotickej liečby. Typickými vyvolávateľmi purulentných meningitíd sú *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* a *Haemophilus influenzae* (invazívny typ b). Vzácnjšie sú ochorenia vyvolané *Streptococcus agalactiae*, *Listeria monocytogenes* alebo enterobaktériami (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*). Vzácné sú infekcie mykotické vznikajúce väčšinou u imunokompromitovaných jedincov (*Cryptococcus neoformans*, *Candida* spp.). Posttraumatické meningitídy môžu vyvolať pneumokoky, hemofily, *Staphylococcus aureus* alebo *Streptococcus pyogenes*. V diferenciálnej diagnostike bakteriálnej meningitídy je treba počítať i s neuroboreliózou alebo vzácné s komplikáciou lues. Vzácná je i infekcia vyvolaná *Mycobacterium tuberculosis* (bazilárna meningitída).

### **Patofyziológia**

Podľa patomechanizmu rozdeľujeme purulentné meningitídy na primárne a sekundárne.

U primárnych meningitíd je meningitída prvým klinicky významným prejavom ochorenia. Baktérie sa do likvoru dostávajú hematogénnou cestou, bránou vstupu infekcie do CNS sú drobné cievy chorioideálneho plexu a pia mater alebo cievy pretínajúce subarachnoideálny priestor. Typickými vyvolávateľmi sú meningokoky, ale i pneumokoky alebo *Haemophilus influenzae*.

U sekundárnych meningitíd je možné meningitídu považovať za komplikáciu prvotného hnisavého ochorenia. Primárne ložisko infekcie môže byť lokalizované v tesnom susedstve mozgových obalov, baktérie sa teda šíria per continuitatem. Klasickým príkladom je mesotitída sprevádzaná mastoiditídou, frontálna, či sfenoidálna sinusitída alebo osteomyelitída stavca,

či lebky. Typickými patogénmi, ktoré spôsobujú tento typ meningitídy sú pneumokoky a Staphylococcus aureus. Sekundárna meningitída však môže vzniknúť i zo vzdialeného ložiska a potom je infekcia do mozgu zanesená krvou, rovnako ako u primárnych meningitíd.

Zvláštnu skupinu tvoria meningitídy, ku ktorým dochádza v dôsledku vrodenej, či získanej extra-intradurálnej komunikácie (trauma hlavy, neurochirurgický výkon, durálna píšťala). Etiológia meningitídy v tomto prípade bude záležať na bakteriálnom osídlení v okolí tohto oslabeného miesta.

Príčinou hnisavej reakcie v likvore môže byť tiež absces alebo iný fokus lokalizovaný v tesnej blízkosti likvorových ciest (absces mozgu, spondylodiscitída). Vyvolávateľom je najčastejšie Staphylococcus aureus, ale môžu to byť aj iné baktérie, napr. anaeróbne baktérie alebo enterobaktérie.

## **Klasifikácia**

Podľa rýchlosti rozvoja príznakov možno hnisavé meningitídy rozdeliť do niekoľkých skupín:

- **Perakútne prebiehajúca meningitída** – klinické príznaky sa manifestujú behom niekoľkých hodín. U neliečených jedincov končí ochorenie do 24 hodín exitom, u liečených závisí prognóza na rýchlosti stanovenia diagnózy a zahájenia adekvátnej zdravotnej starostlivosti. Akútny priebeh meningitídy je najčastejší. K poruche vedomia dochádza obvykle behom 1 – 2 dní.
- **Subakútna meningitída** – porucha vedomia sa vyvíja v priebehu 1 – 2 týždňov. U uvedených troch foriem sa nedá podľa rýchlosti ochorenia usudzovať na etiológiu, do úvahy prichádzajú všetky patogény.
- **Chronické meningitídy** – sú vzácne. Ich rozvoj trvá týždne. Na rozdiel od predchádzajúcich foriem ide o inú skupinu ochorení s odlišnou etiológiou. Nález v likvore väčšinou nezodpovedá typickej purulentnej formule. Okrem polymorfonukleárov sú v likvore vo väčšom počte zastúpené i mononukleáry. Zápal môže mať granulomatózny charakter. Hlavným predstaviteľom je bazilárna meningitída vyvolaná Mycobacterium tuberculosis.
- **Recidivujúce meningitídy** – sú obvykle spôsobené pretrvávajúcou príčinou, napríklad nerozpoznanou a/alebo neliečenou píšťalou medzi extra a intradurálnym priestorom. Do tejto skupiny sa niekedy radia i viacpočetné relapsy ochorení, ktoré vznikajú z pretrvávajúceho ložiska (chronická osteomyelitída stavca, infikovaný stent v likvorových cestách a podobne) event. pacienti s imunodeficitom – pri poruche komplementu.

## **Klinický obraz**

Intrakraniálne procesy podmienené zápalovým procesom sa manifestujú horúčkou a príznakmi meningeálneho syndrómu, ktorý vzniká na základe zvýšeného intrakraniálneho tlaku (bolesť hlavy, porucha vedomia, kŕče, vracanie), iritáciou motorických mozgových miechových koreňov (horné, dolné a stredné meningeálne príznaky), iritáciou senzitívnych miechových koreňov (svetloplachosť), dráždením n.vagus (bradykardia, vracanie).



Typický je náhly začiatok ochorenia z plného zdravia, rýchla progresia príznakov celkovej infekcie, rozvoj sepsy a postihnutie CNS (meningizmus, bolesti hlavy, porucha vedomia).

V novorodeneckom veku sú zvyčajne prítomné nešpecifické klinické príznaky ako hypotónia, poruchy termoregulácie a dýchacieho systému, dráždivosť, letargia, lenivé sanie, bledá alebo mramorová koža, centrálny plač. Objektívne známky meningeálnej iritácie ako vyklenutie veľkej fontanely, kŕče, opistotonus sa vyskytujú menej často.

V detskom veku sú charakteristickými klinickými príznakmi bolesti hlavy, teplota, vracanie, pozitívne meningeálne príznaky a vo veku od 1 mesiaca do 18 mesiacov taktiež vyklenutie veľkej fontanely. Svetloplachosť, kŕče a porucha vedomia sú prítomné nekonštantne. Kombinácia pozitívnych meningeálnych príznakov, teplota a vyklenutie fontanely zvyšuje pravdepodobnosť meningitídy u detí na 84 %. [11]

Najčastejšie príznaky v dospelom veku sú horúčka, bolesť hlavy, pozitívne meningeálne príznaky a porucha vedomia. Senzitivita meningeálnych príznakov sa pohybuje okolo 10 – 30 %, u 50 % pacientov sa vyskytuje klasická triáda ako horúčka, bolesť hlavy, opozícia šije. Pri meningokokovej meningitíde môžu byť prítomné krvácavé prejavy na koži.

U niektorých chorých sa objavuje neklud až agresivita sprevádzaná poruchou rovnováhy, ktorá môže pripomínať opilosť, u iných prevažuje spavosť. Ochorenie ďalej pokračuje rozvojom soporu a pokiaľ nie je v tejto dobe zahájená adekvátna liečba, prechádza porucha vedomia do kómy a smrti. Prítomnosť kožných petéchií a sufúzií, ktoré je nutné od začiatku sledovať, vždy evokuje podozrenie na súbežnú sepsu (väčšinou meningokokovú) a je dôvodom k maximálnemu urýchleniu všetkých diagnostických a liečebných opatrení. Ložiskový neurologický nález je na začiatku meningitídy väčšinou normálny, v prípade, že je dokázaná fokálna, má skôr vzťah k ložisku, ktoré je zdrojom infekcie.

Vzácnejšie sa hnisavá meningitída rozvíja v priebehu dní. V tomto prípade je ochorenie charakterizované febrilným stavom, progredujúcou slabosťou a bolesťou hlavy, ale bez výraznejšej poruchy vedomia a pacient je obehovo stabilizovaný. Boli vytvorené rôzne skórovacie systémy pre diagnostiku meningitídy alebo diferenciálnu diagnostiku purulentnej a seróznej meningitídy. Avšak žiaden z nich nemá 100 % senzitivitu a pri používaní môže dôjsť k opozdeniu diagnostiky.

Pri purulentnej meningitíde u detí i dospelých môžu byť prítomné len nešpecifické klinické príznaky, charakteristické príznaky môžu chýbať. Pri podozrení na meningitídu je odporúčané vyšetriť likvor, pokiaľ nie je lumbálna punkcia kontraindikovaná. (ESCMID A). Diagnostické skórovacie systémy môžu byť pomôckou pre stanovenie diagnózy meningitídy, avšak zásadný význam v rozhodnutí o zahájení liečby purulentnej meningitídy má klinický úsudok lekára. (ESCMID C).

### **Komplikácie**

Komplikácie u pacientov s hnisavou meningitídou môžu vznikáť už na začiatku ochorenia a môžu viesť k trvalým následkom. Výskyt komplikácii závisí od infekčného agensu a veku

pacienta. Komplikácie je možné špecifikovať na systémové a neurologické komplikácie. V novorodeneckom veku je meningitída najčastejšie komplikovaná rozvojom sepsy a septického šoku, hydrocefalu a kŕčovej aktivity. U detí môže dôjsť k psychomotorickej retardácii, instabilite, poruchám učenia. Najčastejšie neurologické komplikácie sú kŕčová aktivita, ischemia, hemoragia, subdurálna efúzia, empyém, mozgový absces, trombóza splavu, hydrocefalus, porucha sluchu, porucha metabolizmu sodíka a vody (SIADH, CSWS).

U pacientov s progresiou neurologického statusu v zmysle zhoršenia stavu vedomia alebo nového ložiskového nálezu je odporúčané realizovať zobrazovacie vyšetrenie (ideálne MR, podľa dostupnosti CT vyšetrenie), prípadne kontrolné vyšetrenie likvoru a EEG (ESCMID A). K systémovým komplikáciám patria septický šok s následným rozvojom multiorgánovej dysfunkcie, diseminovaná intravaskulárna koagulopatia, kardiálne zlyhávanie, renálne zlyhanie, pľúcna embólia, nozokomiálne infekcie.

## **Diagnostika / Postup určenia diagnózy**

### **Diagnostika**

Vychádza z klinického obrazu a anamnézy. U akútne prebiehajúceho ochorenia by mala byť diagnóza stanovená do hodiny po prijatí do nemocnice, vrátane vykonania lumbálnej punkcie, ktorá je rozhodujúcim vyšetrením. Pri odklade LP musí byť zahájená empirická liečba na základe klinického podozrenia. (ESCMID A).

### **Laboratórna diagnostika**

Likvor pri purulentnej meningitíde je skalený a obvykle vyteká pod zvýšeným tlakom. Pre biochemické vyšetrenie likvoru sú charakteristické nálezy ako leukocytárna pleiocytóza s prevahou polymorfonukleárov (stovky až tisícky buniek v  $1 \text{ mm}^3$ ), zvýšená koncentrácia bielkoviny ( $> 1 \text{ g/l}$ ), znížená koncentrácia glukózy ( $< 2,2 \text{ mmol/l}$ ), znížený glukózový kvocient, t.j. pomer koncentrácie glukózy v likvore a v krvi ( $< 0,5$ ) a zvýšená koncentrácia laktátu ( $> 3 \text{ mmol/l}$ ).

V dospeljej populácii a u detí nachádzame horeuvedený patologický likvorový nález u väčšiny pacientov, normálny likvorový nález je zriedkavý. Naopak u novorodeneckej meningitídy je nález väčšinou normálny alebo len ľahko patologický (horný limit proteinorachie u novorodenov je  $1 \text{ g/l}$ ).

Koncentrácia laktátu je veľmi citlivý ukazovateľ pre diferenciálnu diagnostiku purulentnej a seróznej meningitídy, avšak citlivosť testu rýchlo klesá po zahájení antibiotickej terapie [16]. Zvýšená koncentrácia laktátu býva prítomná i pri iných postihnutiach CNS, napr. ako ischemia, herpetické encefalitídy alebo po kŕčoch. V štúdií Spanose et al. boli zistené nasledujúce limitné hodnoty ako individuálne prediktory purulentnej meningitídy: celkový počet leukocytov  $> 2000/\text{mm}^3$ , z toho neutrofilných segmentov  $> 1180/\text{mm}^3$ , koncentrácia bielkoviny  $> 2,2 \text{ g/l}$ , koncentrácia glukózy  $< 1,9 \text{ mmol/l}$  a glukózový kvocient  $< 0,23$ . U 82 – 94 % pacientov bol prítomný najmenej jeden prediktor [13]. Neprítomnosť ani jedného prediktoru nevylučuje diagnózu purulentnej meningitídy. Typické patologické likvorové zmeny sú charakteristické pre pneumokokové meningitídy, naopak pri listérieovej meningitíde bývajú zmeny menej

špecifické, zvyčajne je prítomný nižší počet polymorfonukleárov a u časti pacientov je prevaha lymfocytov [14,15].

Rozhodujúcim vyšetrením pre stanovenie etiológie meningitídy je kultivačné vyšetrenie likvoru. Senzitivita kultivácie je 60 – 90 % a závisí od etiologického agensu. Predchádzajúca antibiotická liečba znižuje citlivosť kultivácie o 10 – 20 % [17]. Senzitivita je asi 75 % u pneumokokovej meningitídy, 50 – 90 % u hemofilovej, 40 – 60 % u meningokokovej meningitídy. Po podaní antibiotickej liečby klesá o 20 % [2]. Hemokultúra má zásadný význam pokiaľ je likvor kultivačne negatívny alebo je lumbálna punkcia kontraindikovaná. Mikroskopické vyšetrenie likvoru má výbornú špecifickosť a kolísavú senzitivitu v závislosti od vyvolávajúceho agensu. U pneumokokov je asi 90 %, u meningokokov 70 – 90 %, u hemofilov cca 50 % a u listerií je senzitivita len okolo 30 %, býva len mierne znížená po podávaní antibiotickej liečby [2].

Latexová aglutinácia je rýchly a ľahko dostupný diagnostický test, ktorý má však malú prediktívnu hodnotu, keďže neovplyvňuje úvodnú empirickú liečbu. Jeho senzitivita je okolo 60 % a významne klesá po podaní antibiotickej liečby, u kultivačne negatívnych meningitíd je primárne veľmi nízka [2].

PCR metodika je prínosom predovšetkým u pacientov s negatívnym kultivačným a mikroskopickým nálezom. Nedokáže nahradiť kultiváciu, keďže neumožňuje stanoviť citlivosť na antibiotiká. Senzitivita PCR je 79 – 100 % u pneumokokov, 91 – 100 % u meningokokov a 67 – 100 % u hemofilov [12]. Imunochromatografické vyšetrenie likvoru na prítomnosť pneumokokového antigénu mal v dostupných štúdiách u detí vysokú senzitivitu 95 – 100 % i špecifickosť 99 % [18]. Falošne pozitívne výsledky boli zaznamenané u pacientov s meningitídou etiologicky vyvolanou inými streptokokmi.

Vyšetrenie sérových hladín CRP a prokalcitonínu sa ukázali ako vysoko prínosné v rámci diferenciálnej diagnostiky purulentnej a seróznej meningitídy, avšak nie pre odlíšenie purulentnej meningitídy od sepsy a iných ťažkých bakteriálnych infekcií [19]. V štúdiách boli zhodnotené ďalšie diagnostické metódy, ako stanovenie cytokínov, komplementu a rôznych metabolitov v likvore, kvantitatívne EEG, magnetická rezonancia alebo termografia. Výsledky štúdií neposkytli presvedčivé výsledky pre zavedenie príslušných metód do praxe.

U pacientov so suspekciou na hnisavú meningitídu je nutné vyšetriť v likvore počet a druh leukocytov, koncentráciu bielkovín, glukózy, kultiváciu a mikroskopiu. Ku zhodnoteniu skutočnej hypoglykémie je nutné súčasne vyšetriť glykémiu a stanoviť glukózový kvocient (pomer  $G_{\text{likvor}}/G_{\text{krv}}$ ). Pred zahájením ATB liečby je taktiež nutné odobrať krv na hemokultiváciu. Podľa dostupnosti je vhodné realizovať imunochromatografické vyšetrenie likvoru na prítomnosť pneumokokového antigénu. (ESCMID A). PCR vyšetrenie likvoru je odporúčané realizovať súčasne s kultiváciou alebo pri dodatočne negatívnej kultivácii likvoru za 24 hodín s použitím vzorky likvoru zo vstupnej lumbálnej punkcie uskladneného v chladničke.

V krvnom obraze pacienta je obvykle leukocytóza s posunom doľava. Hladina CRP v sére je mnohonásobne zvýšená, iba v prvých hodinách infekcie nemusí byť výraznejšie patologická. Rýchlejšie reaguje hladina prokalcitoninu.

### **Realizácia lumbálnej punkcie, riziká a kontraindikácie, indikácie CT**

Lumbálna punkcia je základom diagnostiky purulentnej meningitídy, avšak u pacientov s významnou intrakraniálnou hypertenziou môže mať fatálne následky pre možný vznik herniácie mozgu do foramen magnum. Príčinou vnútrolebečnej hypertenzie môže byť expanzívne sa chovajúce ložisko (absces, krvácanie, tumor a ďalšie) alebo ťažký opuch mozgu pri samotnej meningitíde. Zobrazovacím vyšetrením mozgu (najčastejšie CT vyšetrenie) môžeme predchádzať riziku herniácie mozgu, avšak znamená odklad zahájenia liečby meningitídy, čo ohrozuje prognózu pacienta. CT vyšetrenie by nemalo byť realizované paušálne, ale iba u pacientov s podozrením na expanzívny proces alebo ťažký edém, t.j. u tých, u ktorých je splnené aspoň jedno z nasledujúcich kritérií stanovených na základe výsledkov švédskej štúdie: ložiskový neurologický nález (okrem paréz hlavových nervov), novovzniknuté krče (doba  $\leq$  týždeň), ťažká porucha vedomia (GCS  $<$  10) a významný imunodeficit (napr. infekcia HIV, stav po transplantácii) [20,21]. Pokiaľ nie je splnené ani jedno kritérium, nemá význam realizovať CT vyšetrenie, lebo neposkytne ďalšiu informáciu o riziku herniácie a môže oddialiť antibiotickú liečbu. V ďalšom priebehu môže byť CT vyšetrenie robené z diagnostických dôvodov, napr. k dôkazu mastoiditídy a sinusitídy, komplikácií meningitídy. Popísaný postup bol overený v štúdiu dospelých s purulentnou meningitídou a je európskou expertnou skupinou odporúčaný i pre deti okrem novorodencov.

Kontraindikácie LP sú ťažké koagulačné poruchy, edém papíl, kožné infekcie v mieste LP, malformácie bedrovej chrbtice a nutnosť hemodynamickej a ventilačnej stabilizácie u nestabilného pacienta. V niekoľkých klinických štúdiách bolo dokázané, že odklad antibiotickej liečby zhoršuje výsledok liečby hnisavej meningitídy. Preto musí byť liečba zahájená čo najskôr, najneskôr do 1 hodiny od príchodu pacienta do nemocnice. Pri odklade LP z akéhokoľvek dôvodu musí byť zahájená terapia na základe klinického podozrenia, samozrejme po predchádzajúcom odbere hemokultúry.

CT vyšetrenie mozgu je odporúčané realizovať pred lumbálnou punkciou, v prípade prítomnosti niektorých kritérií: ložiskový neurologický nález (okrem paréz hlavových nervov), novovzniknutá krčová aktivita (doba  $\leq$  1 týždeň), ťažká porucha vedomia (GCS $\leq$ 10), významný imunodeficit (HIV, stav po transplantácii). U pacientov s absenciou horeuvedených kritérií nie je odporúčané realizovať CT vyšetrenie pred LP (ESCMID A).

Medzi ďalšie kritéria odporúčané v SR sú známe intrakraniálny proces a edém papíl na očnom pozadí (ak bolo vyšetrenie realizované, u pacientov bez ložiskového nálezu nie je nutné vyšetrenie očného pozadia realizovať). Antibiotickú terapiu purulentnej meningitídy je odporúčané zahájiť čo najskôr, najneskôr do 1 hodiny. Pri odklade LP musí byť zahájená empirická liečba na základe klinického podozrenia (ESCMID A).

## Liečba

### Antibiotická liečba

Výber antibiotika pre empirickú liečbu meningitídy sa riadi vekom pacienta a regionálnym výskytom rezistencie (ESCMID A). Liekom prvej voľby v empirickej liečbe purulentnej meningitídy je cefalosporín 3. generácie (ceftriaxon, cefotaxim). V niektorých európskych oblastiach (Francúzsko, Španielsko, Rumunsko) s významným výskytom rezistencie voči PNC a cefalosporínov je odporúčané už v empirickej liečbe pridať do kombinácie vankomycín alebo rifampicín.

V SR je výskyt rezistencie pneumokokov stabilne nízky, asi v 3 % kmeňov z invazívnych izolátov a pre empirickú liečbu je monoterapia cefalosporínom 3. generácie dostačujúca. U meningokokov je rezistencia na PNC v SR taktiež nízka, v súčasnosti sa vyskytuje cca 5 % kmeňov z invazívnych izolátov. Jednotlivé kmene so zníženou citlivosťou alebo rezistenciou majú zachovanú citlivosť na cefalosporíny 3. generácie. V prípade prítomnosti rizikových faktorov (imunodeficit, DM, renálna a hepatálna insuficiencia) pre listerióvu meningitídu je nutné už v empirickej liečbe skombinovať cefalosporín 3. generácie s ampicilínom.


V prípade, že pacient pochádza z oblastí s významným výskytom rezistencie pneumokokov alebo v danej oblasti prebýval, má byť empirická liečba doplnená podaním vankomycínu v bežnom dávkovaní, čiže úvodná dávka 2 g a pokračovacia dávka 10 – 20 mg/kg telesnej hmotnosti, á 8 – 12 hodín, za monitoringu hladín koncentrácie liečiva v krvi s cieľom dosiahnuť hladinu 15 – 20 µg/ml pred podaním liečiva. Pri záchyte vyvolávajúceho patogéna a zistení citlivosti na antibiotickú terapiu je možné pokračovať v empirickej liečbe alebo liečbu zmeniť na cielenú, ktorá sa riadi dokázanou citlivosťou i stanovaním MIC (ESCMID A). V tabuľke č. 4 sú uvedené odporúčania antibiotickej liečby pre rezistentné pneumokoky a meningokoky, keďže ich výskyt je v SR ojedinelý.

V prípade záchyty stafylokokovej etiológie meningitídy je nutné myslieť na ložiská infekcie ako endokarditída a/alebo hnisavá infekcia panvy a diagnostiku rozšíriť o echokardiografické vyšetrenie (optimálne transezofageálne) a zobrazovacie vyšetrenie panvy (optimálne MR). V terapii meningitídy bez záchyty etiologického agensu pokračujeme empiricky zvoleným antibiotikom po dobu minimálne 14 dní, event. musí byť upravená podľa klinickej odpovede. (ESCMID A).


Odporúčaná dĺžka antibiotickej liečby purulentnej meningitídy u pneumokokových, hemofilových a meningokokových meningitíd je 7 – 14 dní, v prípade listérii je dĺžka liečby minimálne 21 dní, u ostatných vid' tabuľka č. 4.

I napriek tomu, že v niektorých štúdiách u detí bol preukázaný rovnaký efekt liečby počas piatich i desiatich dní, dôkazy nie sú dostačujúce. Nie je odporúčaný skrátený režim antibiotickej liečby meningitídy (ESCMID D). Antibiotická liečba môže byť podávaná buď v bolusových infúziách alebo v kontinuálnej infúzii. Doteraz nie sú dôkazy o benefite jedného zo spôsobov podávania (ESCMID C).


Tabuľka č. 3

 <b>Empirická antibiotická terapia komunitnej purulentnej meningitídy v SR</b>		
Pacient	Antibiotikum	Dávka
vek < 1 mesiac	ampicilín/penicilín plus cefotaxim alebo ampicillin plus aminoglykosid	<b>ampicilín:</b> vek ≤ 7 dní – 50 mg/kg à 8 h, vek > 7 dní – 50 mg/kg à 6 h <b>penicilín G:</b> vek ≤ 7 dní: 50000 j/kg à 8 h, vek > 7 dní: 50000 j/kg à 6 h, pri PH < 2000 g: 50000 j/kg à 12 h; <b>cefotaxim:</b> 50 mg/kg à 6 h <b>gentamicin:</b> vek ≤ 7 dní: 2,5 mg/kg à 12 h, vek > 7 dní: 2,5 mg/kg à 8h <b>amikacin:</b> vek ≤ 7 dní: 7,5 – 10 mg/kg à 12 h, vek > 7 dní: 10 mg/kg à 8 h
1 mesiac – 18 rokov	cefotaxim alebo ceftriaxon	<b>cefotaxim:</b> 50 mg/kg à 6 h <b>ceftriaxon:</b> 50 mg/kg à 12 h, pri t.hm. > 60 kg 3 g à 12 h
18 rokov – 50 rokov	cefotaxim alebo ceftriaxon	<b>cefotaxim:</b> 3 g à 6h, pri t.hm. > 100 kg 4 g à 6 h <b>ceftriaxon:</b> 2 g à 12 h, pri t.hm. ≥ 60 kg à 12 h
vek > 50 rokov a/alebo iné rizikové faktory pre listériu	cefotaxim alebo ceftriaxon plus ampicilín alebo penicilín	<b>cefotaxim:</b> 3 g à 6 h, pri t.hm. > 100 kg 4 g à 6 h <b>ceftriaxon:</b> 2 g à 12 h, pri t.hm. ≥ 60 kg 3 g à 12 h <b>ampicilín:</b> 3 g à 6 h, pri t.hm. > 100 kg 4 g à 6 h; <b>penicilín G</b> 5 mil. IU à 4 – 6 h
alergia na PNC alebo cefalosporíny	meropenem alebo chloramfenikol	<b>meropenem:</b> < 18 rokov 100 mg/kg/24 h v 3-4 dávkach, max. 6 g/24 h; > 18 rokov 2 g à 8 h, pri t.hm. >100 kg 2 g à 6 h; <b>chloramfenikol:</b> až 200 mg/kg/24 h v 3 – 4 dávkach, max. 12 g/24 h

Tabuľka č. 4

 <b>Cielená antibiotická terapia a obvyklá dĺžka liečby komunitnej purulentnej meningitídy v SR</b>			
Pôvodca	Antibiotikum 1. voľby	Alternatíva	Dĺžka liečby
<b>Streptococcus pneumoniae</b> MIC PNC pod 0,12	penicilín G, cefalosporin 3. generácie	cefalosporin 3. generácie, chloramfenikol	10 – 14 dní
<b>Streptococcus pneumoniae</b> MIC PNC 0,12 – 1,0	cefalosporin 3. generácie	meropenem, chloramfenikol	10 – 14 dní
<b>Streptococcus pneumoniae</b> MIC PNC 2 a >	vankomycín plus cefalosporin 3. generácie	chloramfenikol	10 – 14 dní
<b>Haemophilus influenzae</b> beta-laktamáza negat.	ampicilín	cefalosporin 3. generácie, chloramfenikol	7 – 10 dní
<b>Haemophilus influenzae</b> beta-laktamáza pozit.	cefalosporin 3. generácie	chloramfenikol	7 – 10 dní
<b>Neisseria meningitidis</b>	cefalosporin 3. generácie, penicilín G	ceftazidim, cefepim meropenem, chloramfenikol	7 – 10 dní
<b>Listeria monocytogenes</b>	ampicilín	kotimoxazol, meropenem	21 dní
<b>Streptococcus agalactiae</b>	ampicilín	cefalosporin 3. generácie, vankomycín	14 – 21 dní
<b>Streptococcus pyogenes</b>	penicilín G	cefalosporin 3. generácie, vankomycín	10 dní
<b>Staphylococcus aureus</b> kmene citlivé k oxacilínu	oxacilín	vankomycín	14 dní
<b>Staphylococcus aureus</b> MRSA	vankomycin	linezolid	14 dní
<b>Eenterobakterie</b>	cefalosporin 3. generácie	meropenem	21 dní
<b>Pseudomonas aeruginosa</b>	ceftadizim	meropenem (ciprofloxacín)	21 dní
<b>Borrelia burgdorferi</b>	cefalosporin 3. generácie	penicillin, doxycyklin	14 – 28 dní

Tabuľka č. 5

 <b>Dávkovanie antibiotickej terapie pri liečbe purulentnej meningitídy</b>		
Antibiotikum	Dospelí	Deti
penicillin G	18 – 24 MIU denne, interval 4h	250000 IU/kg a deň, interval 4 – 6h
amplicilin	12 – 16 g denne, interval 4h	200 – 300 mg/kg a deň, interval 6h
oxacilin	12 – 18 g denne, interval 4h	200 mg/kg a deň, interval 6h
cefotaxim	6 g denne, interval 8h	200 mg/kg a deň, interval 6 – 8h
ceftriaxon	2 – 4 g denne, interval 12 – 24h	80 – 100 mg/kg a deň, interval 8h
ceftazidim	8 – 12g denne, interval 4 – 6h	125 – 150 mg/kg a deň, interval 8h
meropenem	6 g denne, interval 8h	120 mg/kg a deň, interval 8h
vankomycín	2 – 3 g denne, interval 8 – 12h	50 – 60 mg/kg a deň, interval 6h
chloramfenikol	4 – 8 g denne, interval 6h	75 – 100 mg/kg a deň, interval 6h
ciprofloxacín	800 – 1200 mg denne, interval 12 – 8h	-
kotrimoxazol	10 – 20 mg/kg a den, interval 8 – 12h	10 – 12 mg/kg a deň, interval 6 – 12h
rifampicin	600 – 1200 mg denne, interval 12h	10 – 20 mg/kg a deň, interval 12h
gentamicín	3 – 5 mg/kg a den, interval 8h	7,5 mg/kg a deň, interval 8h
linezolid	1200 mg denne, interval 12h	-

## Podporná liečba

### Dexametazón

V randomizovaných kontrolovaných štúdiách bola preštudovaná modulácia zápalu pomocou kortikosteroidov. Vo väčšine štúdiách bol podávaný dexametazón, ich metaanalýza potvrdila zníženú frekvenciu porúch sluchu a neurologických následkov po prekonaní meningitídy akejkoľvek etiológie, bez vplyvu na letalitu. Subanalýzy dokázali, že v prípade pneumokokovej meningitídy liečba kortikosteroidmi mala najvýznamnejšie priaznivé dopady na klinický stav i letalitu, u hemofilovej meningitídy mala liečba vplyv na zníženie porúch sluchu a v prípade meningokokovej meningitídy nemala liečba steroidmi žiadny vplyv na hodnotené výsledky. Len jedna štúdia s menším počtom pacientov dokázala priaznivý klinický efekt kortikosteroidov v novorodeneckom veku, čo však nie je dostatočný dôkaz na vznik odporúčania pre túto skupinu pacientov.

Kortikosteroidy tlmia Herxheimerovu-Jarishovu reakciu (vyplavenie zápalových mediátorov po rozpade baktérií vplyvom podaných antibiotík). Terapia dexametazónom je odporúčaná dospelým v dávke 8 – 10 mg po 6 hodinách, počas 4 dní, v detskom veku (výnimka je novorodenecký vek) v dávke 0,15 mg/kg á 6 hodín 4 dni. Prvá dávka kortikosteroidov má byť podaná pred alebo súčasne s prvou dávkou antibiotík. (ESCMID A).

V prípade, že bola antibiotická liečba zahájená bez dexametazónu, nie je presne jasné dokedy má zmysel liečbu zahájiť. Odporúčanie pre načasovanie dexametazónu nie je podložené dôkazmi. Konsenzom expertov ESCMID je odporúčané zahájiť liečbu dexametazónom najneskôr do 4 hodín od zahájenia antibiotickej liečby (ESCMID C).



Ak nie je dokázaný pôvodca meningitídy alebo je etiológia iná ako pneumokoková či hemofilová, je odporúčané ukončenie podávania dexametazónu. Niektorí experti ESCMID odporúčajú pokračovať v terapii kortikosteroidmi bez ohľadu na etiológiu meningitídy (ESCMID B).

### **Podporná liečba**

Cieľom liečby pri podávaní hyperosmolárnych roztokov je znížiť edém mozgu. Efekt manitolu a hypertonického NaCl nebol preštudovaný žiadnou randomizovanou štúdiou a preto nie je možné stanoviť štandardné odporúčania pre ich podávanie. Avšak v SR je podávanie manitolu súčasťou liečby hnisavej meningitídy v prvých dňoch liečby u pacientov s ťažkým edémom mozgu a empiricky je jeho efekt hodnotený ako priaznivý. Individuálne je možnosť zväziť podávanie 20 % manitolu u pacientov s ťažkým edémom mozgu, v dávke 100 – 150 ml po 6 hodinách a pre deti 5 – 10 ml/kg za 24 hod. rozdelené po 6 hodín (1 – 2 g/kg za 24 hod.) v rýchlej infúzii trvajúcej cca 10 – 15 minút. Niektorí autori opakované podávanie manitolu neodporúčajú pre možnosť prestupu manitolu do mozgového tkaniva a vznik „fixácie“ edému mozgu.

Monitoring intrakraniálneho tlaku a monitoring mozgovej perfúzie nie sú paušálne odporúčané pre nedostatok presvedčivých dôkazov a riziko komplikácií, avšak v niektorých indikovaných prípadoch môžu byť prospešné pre vedenie antiedematóznej a sedatívnej terapie (ESCMID C). Nasledujúce podporné liečebné prostriedky vzhľadom k ich nepreukázateľnej účinnosti event. dokázanej škodlivosti nie sú odporúčané: paušálne podávanie paracetamolu alebo acetaminofenu (len v indikácii ako antipyretiká), terapeutická hypotermia, paušálne podávanie antiepileptík (len v indikácii ako antikonvulzíva), aktivovaný proteín C, intravenózne alebo intratekálne imunoglobulíny, heparín (len ako antikoagulačná profylaxia) (ESCMID D).

### **Monitoring efektu liečby**

Efekt liečby sa hodnotí na základe klinického stavu pacienta (stav vedomia, neurologické príznaky, teplota), dynamiky zápalových markerov (CRP, leukocytov) a likvorového nálezu. Európsky odporúčaný postup neodporúča realizovať pravidelne kontrolu likvorového nálezu počas terapie, len pri zhoršení neurologického statusu. Kontrola likvorového nálezu nie je potrebná u meningokokových meningitíd vzhľadom k dobrej antibiotickej citlivosti a neprítomnosti ložiskového zdroja infekcie. Pri meningitíde inej etiológie je možné kontrolovať likvorový nález za 4 – 7 dní od zahájenia liečby alebo pred plánovaným ukončením terapie.

V prípade zhoršenia klinického stavu a laboratórnych parametrov je nutné realizovať LP ihneď, pri zhoršení likvorového nálezu je potrebné urgentné CT vyšetrenie mozgu za účelom vylúčenia intrakraniálnej komplikácie event. iných ložísk zápalového procesu (sinusitída, mastoiditída).

U sekundárnych meningitíd nie je vždy paušálna liečba dostačujúca (sinusitída, mastoiditída) a je nutná a odporúčaná chirurgická sanácia. Optimálne načasovanie chirurgickej intervencie je po vyliečení meningitídy, avšak v niektorých prípadoch je potrebné realizovať chirurgický výkon v akútnej fáze ochorenia (bez sanácie primárneho ložiska nie je možné dosiahnuť vyliečenie meningitídy). Odporúčané je načasovať výkon aspoň do odoznenia ťažkého mozgového edému.

## **Prognóza**

V predantibiotickej ére mala purulentná meningitída takmer stopercentnú úmrtnosť. V súčasnosti pri kompletnej zdravotnej starostlivosti sa mortalita udržiava 10 – 30 %.

### **Trvalé následky a dispenzarizácia**

Trvalé následky hnisavej meningitídy postihujú všetky vekové kategórie, avšak najčastejšie a najzávažnejšie sú v novorodeneckom veku. V rámci neurologických následkov sa stretávame u 5 – 35 % pacientov vo všetkých vekových kategóriách s poruchami sluchu, ďalej vznikajú ložiskové deficity a neuropsychologické následky, ktoré sú prítomné u 10 – 30 % pacientov po prekonanej pneumokokovej meningitíde (u detí – poruchy učenia, kognitívny deficit).

U pacientov, ktorí prekonali hnisavú meningitídu je odporúčané realizovať adekvátne vyšetrenie sluchu ešte počas priebehu hospitalizácie (u detí – otoakustické emisie event. sluchové evokované potenciály, dospelí – audiometriu). Pacienti s verifikovanou poruchou sluchu o viac ako 30 dB majú byť odoslaní na špecializované ORL pracovisko so zameraním na liečbu kochleárnymi implantátmi (ESCMID A). Neuropsychologické vyšetrenie je odporúčané všetkým pacientom s denovo zisteným kognitívnym deficitom, v prípade potvrdenia deficitu je odporúčaný neuropsychologický manažment (ESCMID B).

Dĺžka dispenzarizácie je prísne individuálna. Pacient by mal byť sledovaný do odoznenia trvalých následkov eventuálne ich stabilizácií.

### **Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)**

Z posudkového hľadiska posudkoví lekári Sociálnej poisťovne posudzujú dlhodobu nepriaznivý zdravotný stav dieťaťa, ktoré si vyžaduje osobitnú starostlivosť, a to na účely § 15 ods. 1 d. zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, t. j. na účely dôchodkového poistenia osoby, ktorá sa riadne stará o takéto dieťa od dovŕšenia šiestich rokov jeho veku, najdlhšie do 18 rokov veku. Sociálna poisťovňa vydá posudok o zdravotnom stave dieťaťa z vlastného podnetu, na základe dát poskytnutých Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny, alebo aj na základe žiadosti opatrovateľa dieťaťa. Závažnosť zdravotného postihnutia u detí, ktoré prekonali purulentnú meningitídu s následnými systémovými a neurologickými komplikáciami sa určí na základe neurologického vyšetrenia vrátane odborných konziliárnych vyšetrení. Dôležité je funkčné postihnutie s dopadom na ovplyvňovanie sebestačnosti, mobility, psychického vývoja a somatického vývoja dieťaťa. Osobitná starostlivosť o takéto deti spočíva v dennej pomoci pri obliekaní, pri hygiene, pri rehabilitácii, pri sprevádzaní do zdravotníckych zariadení, prípadne do školských zariadení.

Purulentné zápaly mozgových obalov a zápaly mozgu sú závažné infekčné ochorenia, ktoré v každom prípade vyžadujú ústavnú starostlivosť s následnou dlhodobou práceneschopnosťou, ktoré trvanie sa určí podľa kontrolných laboratórnych výsledkov, kontrolného infekčného a neurologického vyšetrenia a ložiskových neurologických zmien centrálnej nervovej sústavy, kognitívnych zmien mozgových funkcií so zohľadnením pracovného zaradenia posudzovaného.

## **Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**

### **Režimové opatrenia**

Pacient s verifikovanou neuroinfekciou má byť umiestnený a liečený minimálne prvých 24 hodín na JIS i v prípade, že nemá poruchu vitálnych funkcií a klinický stav je stabilizovaný. Napriek adekvátne zahájenej terapii sa môže klinický stav počas prvých hodín i dní vyvíjať a výrazne zhoršiť, podľa potreby je pacient umiestnený na KAIM, resp. ARO. Je potrebné monitorovať vitálne funkcie ako obeh, vedomie, ventiláciu, teplotu a bilanciu tekutín. K zabezpečeniu dostatočného perfúzneho tlaku v mozgu je potreba udržiavať stredný arteriálny tlak nad 70 mmHg, v prípade hypertonikov nad 80 mmHg. V prípade nedostatočného efektu volumoterapie, je nutné podávať katecholamíny – noradrenalín podľa aktuálnych hodnôt tlaku krvi. K zlepšeniu oxygenácie a normosaturácie u pacientov so spontánu dychovou aktivitou nutnosť podávania kyslíka tvárovou maskou, u pacientov s ťažkou poruchou vedomia a známami respiračného zlyhávania pristupujeme k intubácii a UPV.

Podstatnú úlohu zohráva i adekvátne sedácia, analgézia a antikonvulzívna liečba. Dočasné zníženie vnútrolebečnej hypertenzie môžeme dosiahnuť u pacientov na UPV hyperventiláciou, ktorá vedie k hypokapnii s cieľovou hodnotou  $p_a\text{CO}_2$  3,5 – 4,5 kPa a tým k vazokonstrikcii mozgových ciev (s výnimkou starších osôb pre riziko ischemie mozgu).

Zásadné režimové opatrenia pri liečbe pacienta s neuroinfekciou je absolútny kľud, zvýšená poloha hornej polovice tela o 30 st. nad horizontálou a obmedzená manipulácia s hlavou pacienta.

### **Fyzioterapeutická starostlivosť**

Po ukončení liečby a prepustení z nemocničného zariadenia pacient absolvuje spravidla fyzioterapeutickú starostlivosť zameranú na obnovu prípadne reedukáciu motorických funkcií ako dôležitý predpoklad prinavrátiť, prípadne udržať funkčnú nezávislosť. Podľa medzinárodných odporúčaní má lekár FBLR participovať aj na manažmente rehabilitácie pacienta s meningitídou.

Zapojenie lekára špecialistu do rehabilitačného procesu odporúčajú aj súčasné guidelines. Indikácie na rehabilitáciu sú komplikácie neuroinfekcií najmä neurologické, psychomotorická retardácia u detí, motorické príznaky, fatické poruchy, sopor, kóma, radikulitída, poruchy koordinácie, postihnutie hlavových nervov, poruchy svalového tonusu, redukovaná mobilita, nesebestačnosť, dekonďícia, bolesti pohybového aparátu, zo systémových najmä pľúcne komplikácie. Lekár špecialista FBLR okrem štandardného klinického a funkčného vyšetrenia pacienta stanovuje funkčnú diagnózu, ktorá priamo nadväzuje na etiologickú diagnózu stanovenú infektológom, pediatrom, prípadne neurológom. Na základe tejto schémy lekár FBLR zhodnotí štyri základné komponenty: telesné funkcie a štruktúry, aktivity, participácie a faktory prostredia. Určí podľa tejto schémy relevantné komponenty a domény. Aktivita je vykonanie úlohy (úkonu) alebo činu jedincom. Participácia je zapojenie sa do životnej situácie. Posúdi environmentálne faktory, facilitátory a bariéry (pozitívne a negatívne faktory prostredia). Vykoná analýzu aktuálnej funkčnosti z hľadiska obmedzení a potreby kompenzácie u konkrétneho jedinca. Na základe tejto analýzy indikuje cieľový rehabilitačný program, stanoví rehabilitačný potenciál, modalitu fyzioterapie, krátkodobú a dlhodobú stratégiu rehabilitácie,

definuje prognostické odhady, pravdepodobné charakteristiky stabilizácie, ústupu príznakov alebo ich progresiu.

Kritériá hodnotenia výkonu a kapacity – výkonnosti môžu byť použité na potrebu indikácie kompenzačných pomôcok, indikácie umiestnenie jedinca v zdravotníckom alebo sociálnom zariadení, posúdenia potreby osobnej asistencie alebo pre posudkové účely. Funkčná analýza môže byť podľa potreby vykonaná aj opakovane na posúdenie dynamiky stavu. Lekár FBLR má výsledky komplexnej analýzy funkčného stavu podľa potreby zosúladiť s medikamentóznou liečbou ako aj psychosociálnymi intervenciami po konzultácii s infektológom, neurológom, pediatrom prípadne inými odborníkmi.

## Ďalšie odporúčania

### Hlásenie infekčnej choroby

Purulentná meningitída podlieha povinnému hláseniu na príslušný regionálny úrad verejného zdravotníctva SR (RÚVZ), oddelenie epidemiológie.

### Doplnkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Pacient (prípadne jeho zákonný zástupca) podpisuje v súlade so zákonom č. 576/ 2004 Z. z., § 6 informovaný súhlas. Týmto pacient vyjadrí svoj súhlas s aktuálne aj v budúcnosti realizovanými diagnostickými aj liečebnými postupmi. V prípade špeciálnych postupov pacient (ev. zákonný zástupca) podpisuje nový informovaný súhlas.

### Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Ďalší plánovaný audit a prípadná revízia tohto štandardného postupu budú realizované každých 5 rokov, resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby so včasným zavedením tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

## Literatúra

1. van de Beek D, Cabellos C, Dzupova O, et al. ESCMID Guideline: Diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis. *Clin Microbiol Infect.* 2016;22:S37-62.
2. Jindrák V, Hedlová D, Urbášková a kol., Antibiotická politika a prevence infekci v nemocnici, 2014; str.260-262
3. Brouwer MC, Tunkel AR, van de Beek. Epidemiology, diagnosis and antimicrobial treatment of acute bacterial meningitis. *Clin Microbiol Rev.* 2010;23:467-92.
4. van de Beek D, Brouwer MC, Thwaites GE, Tunkel AR. Advances in treatment of bacterial meningitis. *Lancet.* 2012;380:1693-702.
5. McIntyre PB, O'Brien KL, Greenwood B, van de Beek D. Effect of vaccines on bacterial meningitis worldwide. *Lancet.* 2012;380:1703-11.
6. Gaschignard J, Levy C, Romain O, et al. Neonatal bacterial meningitis: 444 cases in 7 years. *Pediatr Infect Dis J.* 2011;30:212-7.
7. Bijlsma MW, Bekker V, Brouwer MC, van de Beek D, van der Ende A. Epidemiology of invasive meningococcal disease in the Netherlands, 1960-2012: an analysis of national surveillance data. *Lancet Infect Dis.* 2014;14:805-12.
8. Dzupova O., Rozsypal H, Prochazka B, Benes J. Acute bacterial meningitis in adults: predictors of outcome. *Scand J Infect Dis.* 2009;41:348-54.
9. Andersen J, Christensen R, Hertel J. Clinical features and epidemiology of septicaemia and meningitis in neonates due to *Streptococcus agalactiae* in Copenhagen County, Denmark: a 10 year survey from 1992 to 2001. *Acta Paediatr.* 2004;93:1334-9.
10. Kimberlin DW. Meningitis in the neonate. *Curr Treat Options Neurol.* 2002;4:239-248.
11. Oostenbrink R, Moons KG, Theunissen CC, et al. Signs of meningeal irritation at the emergency department: how often bacterial meningitis? *Pediatr Emerg Care.* 2001;17(3):161-4.
12. Curtis S, Stobart K, Vandermeer B, Simel DL, Klassen T. Clinical features suggestive of meningitis in children: a systematic review of prospective data. *Pediatrics.* 2010;126:952-60.
13. Brouwer MC, Thwaites GE, Tunkel AR, van de Beek D. Dilemmas in the diagnosis of acute community-acquired bacterial meningitis. *Lancet.* 2012;380:1684-92.

14. Spanos A, Harrell FE, Jr., Durack DT. Differential diagnosis of acute meningitis. An analysis of the predictive value of initial observations. *JAMA*. 1989;262:2700-7.
15. Ostergaard C, Konradsen HB, Samuelsson S. Clinical presentation and prognostic factors of *Streptococcus pneumoniae* meningitis according to the focus of infection. *BMC Infect Dis*. 2005;5:93.
16. Koopmans MM, Brouwer MC, Bijlsma MW, et al. *Listeria monocytogenes* sequence type 6 and increased rate of unfavourable outcome in meningitis: epidemiologic cohort study. *Clin Infect Dis*. 2013;57:247-53.
17. Sakushima K, Hayashino Y, Kawaguchi T, Jackson JL, Fukuhara S. Diagnostic accuracy of cerebrospinal fluid lactate for differentiating bacterial meningitis from aseptic meningitis: a meta-analysis. *J Infect*. 2011;62:255-62.
18. Bohr V, Rasmussen N, Hansen B, et al. 875 cases of bacterial meningitis: diagnostic procedures and the impact of preadmission antibiotic therapy. Part III of a three-part series. *J Infect*. 1983;7:193-202.
19. Saha SK, Darmstadt GL, Yamanaka N, et al. Rapid diagnosis of pneumococcal meningitis: implications for treatment and measuring disease burden. *Pediatr Infect Dis J*. 2005;24:1903-8.
20. Dubos F, Korczowski B, Aygun DA, et al. Serum procalcitonin level and other biological markers to distinguish between bacterial and aseptic meningitis in children: a European multicenter case cohort study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008;162:1157-63.
21. Hasbun R, Abrahams J, Jekel J, Quagliarello VJ. Computed tomography of the head before lumbar puncture in adults with suspected meningitis. *N Engl J Med*. 2001;345:1727-33.
22. van de Beek D, de Gans J, Tunkel AR, Wijdicks EF. Community-acquired bacterial meningitis in adults. *N Engl J Med*. 2006;354:44-53.
23. Karageorgopoulos DE, Valkimadi PE, Kapaskelis A, Rafailidis PI, Falagas ME. Short versus long duration of antibiotic therapy for bacterial meningitis: a meta-analysis of randomised controlled trials in children. *Arch Dis Child*. 2009;94:607-14.
24. Mook-Kanamori BB, Geldhoff M, van der Poll T, van de Beek D. Pathogenesis and pathophysiology of pneumococcal meningitis. *Clin Microbiol Rev*. 2011;24:557-91.
25. Brouwer MC, McIntyre P, Prasad K, van de Beek D. Corticosteroids for acute bacterial meningitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD004405.
26. van de Beek D, Farrar JJ, de Gans J, et al.: Adjunctive dexamethasone in bacterial meningitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet Neurol*. 2010;9:254-63.
27. Vyhláška č. 473/2008 Sb. o systéme epidemiologickej bdělosti pro vybrané infekcie. Částka 151, príloha č. 6, Systém epidemiologickej bdělosti invazívnych meningokokových ochorení (IMO), str. 8022-4.
28. Adriani KS, van de Beek D, Brouwer MC, Spanjaard L, de Gans J. Community-acquired recurrent bacterial meningitis in adults. *Clin Infect Dis*. 2007;45:e46-51.
29. Heckenberg SG, Brouwer MC, van der Ende, Hensen EF, van de Beek D. Hearing loss in adults surviving pneumococcal meningitis is associated with otitis and pneumococcal serotype. *Clin Microbiol Infect*. 2012;18:849-55.
30. Koomen I, Grobbee DE, Roord JJ, et al. Prediction of academic and behavioural limitations in school-age survivors of bacterial meningitis. *Acta Paediatr*. 2004;93:1378-85.
31. Hoogman M, van de Beek D, Weisfelt M, de Gans J, Schmand B. Cognitive outcome in adults after bacterial meningitis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78:1092-6.
32. Beneš J, et al., Infekční lékařství, 2009, str. 515-532.
33. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 7. The clinical field of competence: PRM in practice. *Eur J Phys Rehabil Med* 2018;54:230-60. DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05151-
34. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization, Geneva, 2001, 302 p., ISBN -13 9789241545426
35. Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia – MKF, slovenský preklad angl. verzie dokumentu SZO, Bratislava: EKOVYS, 2003,198 s., ISBN 80-968689-1-8
36. Van de Beek, D., et al. "ESCMID guideline: diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis." *Clinical microbiology and infection* 22 (2016): S37-S62.
37. Chlíbek R, et al., Očkování dospělých, 2018, str. 102-125.
38. Kružlíková A, Jančulová V, Gavačová D, Jakušová Reháková A, Goczeová J. Invazívne meningokokové ochorenia a stav nazofaryngeálneho nosičstva na Slovensku v r. 2015 a 2016. Aktuálne možnosti vakcinácie. *Pediatrica pre prax*, 2017, 18(3)
39. Orenstein W, Offit PA, Edwards KM, Plotkin S. Plotkin's vaccines, 8th Edition, Philadelphia, PA: Elsevier, 2021. pp.1781 ISBN: 978-0-32379058-1.
40. American Academy of Pediatrics; Meningococcal infections. In: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. Red Book: 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases (32nd Edition) Elk Grove Village (IL):American Academy of Pediatrics; pp. 521-532.
41. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health management of sporadic cases of invasive meningococcal disease and their contacts. Stockholm: ECDC;2010
42. Štefkovičová M.: Postexpozičná profylaxia u osôb v kontakte s meningokokovým invazívnym ochorením In: Kralinský K. at all: Invazívne meningokokové ochorenia. pp.16-19. Edufarm©2017. ISBN: 978-80-970983-4-6

**Poznámka:**

*Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília. Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.*

**Účinnosť**

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 20. marca 2024.

**Zuzana Dolinková**  
ministerka zdravotníctva



---

## **VESTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR**

Vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR vo V OBZOR, s.r.o., Bratislava.

Tlač: V OBZOR, s.r.o. Objednávky na predplatné, aj jednorazové vybavuje V OBZOR, s.r.o., Bratislava, tel.: 0905 361 251.

Adresa pre písomný styk: V OBZOR, s.r.o, P.O.Box 64, 820 12 Bratislava 212, E-mail: [obzor@obzor.sk](mailto:obzor@obzor.sk), [www.obzor.sk](http://www.obzor.sk)