

Akutní gastroenteritida u kojenců a batolat

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN Praha

Akutní gastroenteritida je častý problém v dětství, zvláště v prvních 3 letech života. Obvykle, nikoliv však vždy, probíhá mírně a úmrtí na ni je výjimečné. Je však spojena s častou hospitalizací.

Klíčová slova: akutní gastroenteritis, dehydratace, rehydratace.

Acute gastroenteritis

Acute gastroenteritis is common problem in childhood, particularly in the first 3 years of life. It is usually, although not always, a mild disease and death is an exceptional outcome. However is associated with a substantial number of hospitalisations.

Key words: acute gastroenteritis, dehydration, rehydration.

Pediatr. praxi 2013; 14(1): 13–14

Definice

Akutní gastroenteritis (AGE) je definována jako snížení konzistence stolice a/nebo zvýšení frekvence stolic, event. s horečkou a zvracením. Průjem obvykle trvá méně než týden, ne déle než 2 týdny.

Epidemiologie

V Evropě incidence AGE činí 0,5–1,9 epizod na dítě a rok u dětí mladších 3 let. Nejčastějším vyvolatelem je rotavirus. Nejčastější bakteriální příčinou je *Campylobacter* nebo *Salmonella*. Ve 45–60 % není vyvolávající agens zjištěno. Kojení snižuje výskyt AGE, pobyt v kolektivních zařízeních výskyt AGE zvyšuje. Přehled nejčastějších vyvolatelů AGE uvádí tabulka 1.

Klinika

Horečka nad 40 °C, krev ve stolici, bolesti břicha, příznaky iritace CNS (iritabilita, apatie, křeče, kóma) vedou k podezření na bakteriální původ AGE. Zvracení a respirační příznaky (rýma, kašel) bývají spojeny s virovou etiologií AGE. Není však objektivní průkaz, že z kombinace klinických projevů lze jednoznačně soudit na vyvolatele AGE. Nejpodstatnějším markerem pro další postup je stanovení míry dehydratace. Nejobjektivnějším parametrem je procento poklesu váhy dítěte a z toho vyplývající indikace míry dehydratace (podle WHO je hodnocena lehká až střední dehydratace jako 3–9 % ztráta hmotnosti, těžká nad 9 %). Nejvýznamnější klinické známky dehydratace jsou: prodloužený kapilární návrat, snížení kožního turgoru a abnormální respirační projevy (tachypnoe, prohloubení dechu), dále halonované oči, suché sliznice, chladná akra, slabý pulz, absence slz, tachykardie, vkleslá fontanela (tabulka 2).

Kapilární návrat je standardně hodnocen na prstu horní končetiny, který je ve výši srdce

v místnosti s normální teplotou. Tlak na distální článek na palmární straně prstu je postupně zvyšován a po jeho skončení má být návrat kapilárního prokrvení u nehydratovaného dítěte do 1,5–2 vteřin.

Telefonickou konzultací nelze bez klinického vyšetření řešit tyto situace: více než 8 průměrných stolic/den, perzistující zvracení, existence závažné choroby (diabetes, renální selhávání), dítě ve věku do 2 měsíců.

Indikací k hospitalizaci jsou: šok, těžká dehydratace nad 9 %, neurologické abnormality (křeče, letargie), neztížitelné zvracení či biliární zvracení, selhání perorální rehydratace, obava z nedostatečné péče v domácím prostředí, suspekce na chirurgickou příčinu obtíží.

Potřeba laboratorních vyšetření

Kultivační vyšetření stolice není u AGE rutinním vyšetřením. Je indikováno v případech

Tabulka 1. Nejčastější vyvolavatelé AGE

Kojenci	1–4 roky
rotavirus	rotavirus
norovirus	norovirus
adenovirus	adenovirus
<i>Salmonella</i>	<i>Salmonella</i>
	<i>Campylobacter</i>
	<i>Yersinia</i>

prodlouženého průjmu v situaci, kdy je předpokládáno užití antibiotik (imunokompromitované dítě, suspekce na dysenterii), a v situacích, kdy vylučujeme infekci v rámci diferenciálně diagnostického postupu (nespecifické střevní záněty).

Neexistují hematologické markery umožňující rozlišení mezi virovou a bakteriální etiologií AGE. Jediným laboratorním markerem použitelným k vyloučení dehydratace nad 5 % je normální hodnota bikarbonátu.

Tabulka 2. Stupně dehydratace

Příznak	Lehká dehydratace	Střední dehydratace	Těžká dehydratace
kapilární návrat	normální	zpomalený	zpomalený
turgor	normální	snížený	výrazně snížený
dýchání	normální	hluboké	tachypnoe, hluboké
oči/fontanela	normální	halonované/vkleslá	halonované/vkleslá
sliznice	normální	oschlé	suché
pulz	normální	tachykardie	tachykardie, nitkovitý
produkce slz	normální	snížená	chybějící
diuréza	normální	snížená	oligurie

Tabulka 3. Dávkování rehydratačního roztoku

Dávkování roztoku	Úvodní 4 hodiny	Udržení hydratace
mírná dehydratace	30–50 ml/kg	10 ml/kg na každou vodnatou stolicí
střední dehydratace	50–100 ml/kg	10 ml/kg na každou vodnatou stolicí
těžká dehydratace	100–150 ml/kg	10 ml/kg na každou vodnatou stolicí
pozn.	nutno zhodnotit efekt dehydratace	pokračuje kojení nebo výživa formulí, u batolat: pyré z mrkve, jablek, banánů, možno rýži, suchary

Terapie

Na prvním místě je použití perorální rehydratace roztoky ESPGHAN (60 mmol/l Na⁺). Děti přijímající tyto roztoky mají být dále krmeny po pauze netrvající déle než 4–6 hodin, kojení v průběhu AGE nemá být přerušováno. U lehčích typů dehydratace v případech, kdy kojení odmítají rehydratační roztok po lžičkách, lze podat roztok nazogastrickou sondou. U uměle živěných kojenců není ve většině případů nutné užívat formule se sníženým obsahem laktózy. Dávkování rehydratačního roztoku je uvedeno v tabulce 3.

Rehydratační roztoky s rýží jako zdrojem polysacharidů u necholerických průjmů nepřinášejí žádný benefit ve srovnání se standardním roztokem ESPGHAN, a proto nejsou doporučovány. U dětí, které nepřijímají rehydratační roztok per os, je možno zvážit výživu nazogastrickou sondou. Podání roztoku per os nebo sondou je stejně efektivní – ne však lepší – než intravenózní cesta.

Závěr

Vzhledem k tomu, že nejčastějším vyvolatelem AGE je rotavirus, je očkování nejlepší

prevencí. Kromě rehydratace jsou všechny další terapeutické postupy sporné.

Článek doručen redakci: 3. 8. 2012

Článek přijat k publikaci: 12. 11. 2012

MUDr. Pavel Frühauf, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN

Ke Karlovu 2, 121 09 Praha 2

pavel.fruhauf@vfn.cz
