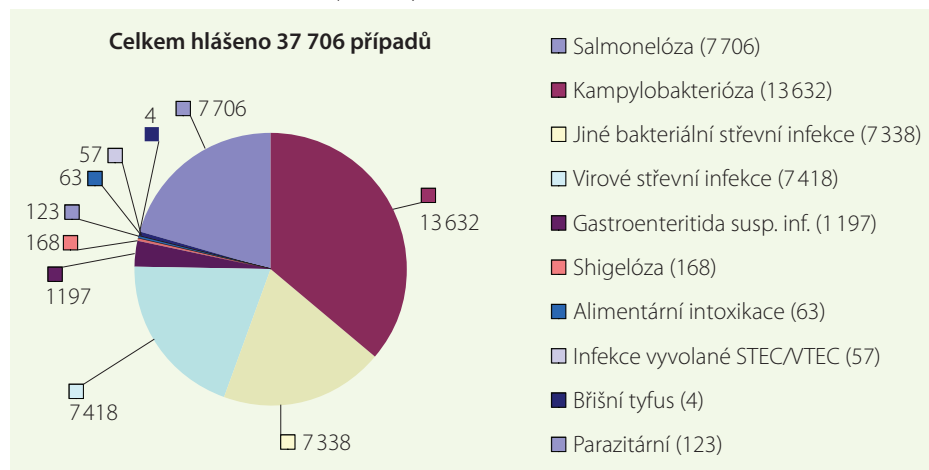


Graf 1. Střevní infekce v ČR v r. 2023 (ISIN SZÚ)



např. o produkci enterotoxinů, cytotoxinů, adhezenci či invazivitu. Výsledkem jsou různé typy průjmu – např. sekreční bez poškození střevní stěny vyvolaný toxiny (ETEC, alimentární intoxikace), osmotický při nedostatku disacharidáz a malabsorbci laktózy (rotaviry) či s poškozením střeva invazivními patogeny (kampylobakterií, salmonelou, shigelou, yersinií aj.).

Epidemiologie

K přenosu střevních infekcí dochází většinou fekálně orální cestou, jen vzácně aerosolem při zvracení (virové střevní infekce). Střevní patogeny se vyskytují často u zvířat – jedná se o zoonózy, zdrojem jsou hlavně kontaminované potraviny – vejce (salmonely), maso (drůbeží u kampylobakterů, vepřové u yersinií), nepasterizované mléko a mléčné výrobky (STEC, listerie, kampylobakter). Výlučně lidským onemocněním jsou např. bacilární dysenterie a břišní tyfus.

Dobře odebraná **epidemiologická anamnéza** může napomoci diagnóze. Pacienta s průjmem je třeba se zeptat na:

- kontakt s onemocněním v zaměstnání, ve škole, doma
- co a kdy jedl a pil
- kontakt se zvířaty
- cestovní anamnézu (průjem cestovatelů) – cílová destinace, způsob ubytování a stravování, led z neznámého zdroje v nápojích
- recentní podávání antibiotik v anamnéze

Inkubační doba se u střevních infekcí pohybuje od několika hodin (alimentární in-

toxikace) přes několik hodin až dnů (rotaviry, salmonely, kampylobaktery aj.) až po několik týdnů (břišní tyfus).

V **klinickém obraze** se může jednat o **akutní gastroenteritidu** se zvracením, bolestmi břicha a vodnatými stolicemi bez příměsí. Horečka není pravidlem, vždy bez horečky probíhají např. alimentární intoxikace. Podkladem bývá nezávažné poškození tenkého střeva vyvolané např. působením enterotoxinu. Typickými zástupci jsou alimentární intoxikace (např. stafylokoková enterotoxikóza), onemocnění vyvolané enterotoxickými kmeny *Escherichia coli* či cholera. Pod obrazem akutní gastroenteritidy probíhají také virové střevní infekce, které však většinou bývají provázeny horečkou či subfebriliemi.

Akutní (hemoragická) enterokolitida se projevuje stolicemi s příměsí hlenu, případně krve, bolestmi břicha až tenesmy a horečkou. Podkladem bývá závažné poškození tlustého, případně současně terminálního ilea i tlustého střeva a vyvolavateli jsou invazivní patogeny (shigely, kampylobaktery, salmonely, yersinie aj.).

Většina průjmových onemocnění je samoučivých, k vyléčení stačí jen rehydratace a případně symptomatická terapie. Někdy ale mohou mít v důsledku komplikací závažný až fatální průběh. Nejčastější **komplikací** průjmových onemocnění je **dehydratace**, která může být tím závažnější, čím je dítě mladší, což souvisí s vyšším obsahem vody v těle.

Podle ztráty tělesné hmotnosti se rozlišují tři **stupně dehydratace**:

- **lehká** (ztráta 2–5 %)

- **středně těžká** (ztráta 5–10 %) – snížený turgor, oschlé sliznice, halonované oči, oligurie

- **těžká** (ztráta ≥ 10 %) – k výše zmíněným příznakům se může přidat hypotenze, tachykardie, chladná akra, poruchy vědomí či dýchání, anurie

Podle hladiny natria v séru se určují **typy dehydratace**:

- **hypotonická** (Na < norma)
- **isotonická** (Na v normě)
- **hypertonická** (Na > norma)

V praxi se u hospitalizovaných dětí setkáváme nejvíce s izotonickou dehydratací, následuje dehydratace hypotonická a nejméně častá, ale také potenciálně nejzávažnější je dehydratace hypertonická, u které hrozí při příliš rychlé rehydrataci edém mozku. Jejím klinickým obrazem se od hypotonické a izotonické dehydratace liší – děti mívají těstovitě prosáklé podkoží, jsou neklidné a hltavě pijí. Pokud se tento typ vyskytne, bývá vyvolán rotaviry.

Další závažnou, byť relativně vzácnou komplikací některých průjmových onemocnění je **hemolyticko-uremický syndrom** spojovaný především se shiga-toxin produkcí kmeny *Escherichia coli* (STEC, sérotypy O157:H7, O26, O103 a řada dalších) a projevující se hemolytickou anémií, trombocytopenií a akutní renální insuficiencí.

Těžký průběh mohou mít i **extraintestinální formy** invazivních patogenů, vyskytující se někdy u imunokompromitovaných pacientů ve formě sepse či ložiskových infekcí. U dětí

Obr. 1. Salmonelová osteomyelitida talu u dítěte

