

jsou vzácnější než u dospělých, nejčastějším původcem bývají salmonely (Obr. 1), zcela raritně jiné invazivní bakterie.

### Kdy odeslat dítě s průjmem k hospitalizaci?

- středně těžká až těžká dehydratace (ztráta hmotnosti)
- profuzní zvracení a průjmy spojené s malým perorálním příjmem
- oligurie, anurie
- hypertonická dehydratace
- extraintestinální formy invazivních patogenů (sepsy, septické artritidy, osteomyelitidy, abscesy parenchymových orgánů aj.)
- febrilní křeče při průjmovém onemocnění

### Diagnostika

Výběr diagnostických metod závisí na klinickém průběhu a tíži onemocnění. Jiný bude v terénu a jiný při hospitalizaci. V terénu bývá běžným standardem kultivační vyšetření stolice, podstatně méně často virologické či parazitologické vyšetření stolice, z biochemie nejčastěji provedení CRP. Pokud je průběh závažnější, je vhodné odeslat dítě k hospitalizaci, kdy se pak provádí i řada dalších vyšetření sloužících k posouzení vnitřního prostředí, funkce ledvin a záchytu původce i v rámci širší diferenciální diagnostiky.

Při **biochemickém vyšetření** je u průjmových onemocnění důležité zejména vyšetření:

- **minerálů v séru** (typ dehydratace dle hladiny Na, hladina K)
- **urey a kreatininu** (elevace při těžší dehydrataci)
- **CRP** (zvýšený u bakteriálních infekcí)
- **glykemie** (u průjmu obvykle hypoglykemie; vyloučení interních příčin, např. diabetu)
- **AST, ALT** (parainfekční hepatopatie při průjmu, ale i dif. dg. např. anikterická hepatitida)
- **moč + sed.** (sediment obvykle bez nálezu, leukocyturie při infekci močových cest)

Při **vyšetření KO + dif.**

- často **hemokoncentrace** z dehydratace
- **leukocytóza** (bakteriální infekce)
- **neutrofilie** (bakteriální infekce)

Vyšetření **acidobazické rovnováhy (Astrup)**

- **metabolická acidóza**

Vyšetření **vyvolávajícího agens:**

- **kultivace stolice** – výtěr z rekta (bakterie), někdy nutno opakovat
- **speciální kultivace** (kampylobakter, cholera)
- **hemokultura** (bakteriemie, sepse)
- **průkaz glutamátdehydrogenázy** (vzorek stolice *Clostridioides difficile*)
- **průkaz toxinu ze stolice** (*Clostridioides difficile*, STEC, stafylokoková enterotoxikóza)
- **virologické vyšetření stolice** (obvykle vzorek stolice, imunochromatografie, ELISA, PCR)
- **parazitologické vyšetření stolice** (cestovatelská anamnéza, vzorek stolice, ideálně 3x, mikroskopie, multiplex PCR na protozoa a helminty)

**Další diagnostické metody:** rtg, sonografie, CT, MR.

**Terapie** většiny průjmových onemocnění je jen symptomatická. Rozhodujícím krokem v léčbě všech průjmových onemocnění je **rehydratace**. Vhodná je i **dieta** s omezením tuků. Z farmakologické léčby je možné použít **nespecifickou protiprůjmovou léčbu**. **Antibiotika** v naprosté většině případů nutná nejsou a pokud ano, pak spíše u dětí hospitalizovaných s těžkým průběhem onemocnění či extraintestinálními formami.

**Rehydratace** je v léčbě průjmu vůbec nejdůležitější krok. Závisí na tíži onemocnění a stupni a typu dehydratace. U kojenců je důležitá informace o ztrátě hmotnosti. Při ambulantním postupu je rehydratace perorální, během hospitalizace často intravenózní. Při perorální rehydrataci se doporučují hlavně orální rehydratační roztoky s obsahem minerálů a glukózy (např. Kulíšek, Enhydrol, mrkvo-rýžový odvar HIPP ORS 200 aj.), možné je použít i nesyčené minerální vody bez příchutě. Množství tekutin závisí na věku – bazální potřeba pro kojence je kolem 150/ml/kg/den, pro batole 100–120 ml/kg/den, u starších dětí pak dále klesá. Vedle této bazální potřeby je však nutné hradit také ztráty vzniklé zvracením, průjmem, pocením a při horečce (na 1 °C horečky přidat 10–20% bazální potřeby).

**Dieta** spočívá v omezení tuků a liší se dle věku. U dětí živěných jen mateřským mlékem se kojení nepřerušuje, před kojením je možné podat malé množství rýžového odvaru (30–50 ml). U dětí na umělé výživě je dolo-

ručován rýžový odvar, u starších kojenců ev. i mrkvo-odvar, dle stavu pak přidávat původní mléko. U starších kojenců je možné přidat nemastné přísady (bramborová a rýžová kaše, dietní polévka, naškrábaný banán, banánové a jablečné přesnídávky, rohlík), podobně i u starších dětí. S odstupem je možné zařadit i bílé maso.

Z **nespecifické protiprůjmové léčby** je možné použít u dětí adsorbencia – diosmectit (Smecta, od dvou let věku), dále tanát želatiny (Tasectan Kids, Tasectan Duo Kids, Tasectan), podat je možné i probiotika (léčiva i doplňky stravy – např. Lacidofil, Hylak forte, Biopron, Bio Gaia, *Saccharomyces boulardii* – Enterol a řada dalších), na trhu jsou i antisekretorika (Hidrasec).

**Antibiotika** v naprosté většině případů nutná nejsou i vzhledem k tomu, že u dětí jsou velmi časté průjmy virové etiologie.

**Indikace** antibiotické léčby u průjmových onemocnění – kdy je vhodné antibiotika podat:

- klostridiová kolitida (ne jen kolonizace střeva *Clostridioides difficile*)
- břišní tyfus, paratyfy a cholera
- bacilární úplavice
- těžká průjmová onemocnění vyvolaná invazivními patogeny (salmonely, kampylobaktery, shigely aj.)
- extraintestinální formy invazivních patogenů (sepsy, artritidy, osteomyelitidy, abscesy parenchymových orgánů aj.)
- onemocnění u imunodeficitních pacientů

Antibiotika je někdy možné podávat p. o., ale některé případy vyžadují jejich podávání vždy i. v. za hospitalizace (např. u těžkých průběhů a extraintestinálních forem). Podávání metronidazolu či mebendazolu je pak nutné u některých parazitóz (giardiáza, améboza).

**Nejčastější střevní infekce, se kterými se u dětí v současnosti setkáváme:**

- **kampylobakteriáza**
- **salmonelóza**
- **rotaviráza**

### Kampylobakteriáza

Kampylobakteriáza je **zoonóza**, kampylobaktery se vyskytují jako komenzál v gastrointestinálním traktu řady zvířat (drůbež, psi, kočky aj.). Nejčastějším zástup-