

či od domácích mazlíčků, inkubační doba do 10 dnů. Klinicky se onemocnění velice podobá kampilobakterióze, probíhá pod obrazem **febrilní gastroenteritidy** či **hemoragické enterokolitidy**. Bývají bolesti břicha, počet stolic cca do 10/den, vyskytnout se mohou i imunopatologické projevy (erythema nodosum, aseptická artritida). Extraintestinální projevy jsou možné, ale zcela raritní. Průkaz kultivací stolice, možné je i sérologické vyšetření. Antibiotická léčba obvykle není nutná, u těžších případů se osvědčují antibiotika dle citlivosti, např. cotrimoxazol.

Průjmy vyvolané *Escherichia coli*

Z pěti známých skupin *Escherichia coli* liší se mechanismem účinku se u dětí setkáváme hlavně s **enteropatogenními E. coli (EPEC)** a **shiga-toxin produkujícími E. coli (STEC)**.

Onemocnění vyvolané **EPEC**, dříve obávaná kojenecká infekce s rychlou a těžkou dehydratací a s rozvratem vnitřního prostředí, se v posledních letech změnilo, případů je méně a podstatně lehčích. Z mnoha sérotypů jsou nejčastější sérotypy **E. coli O55 a O86**. Onemocnění probíhá pod obrazem **febrilní akutní gastroenteritidy** se zvracením a řídkými stolicemi, dehydratace nebývá tak výrazná. Diagnostika se provádí kultivací stolice a sérotypizací, léčba bývá jen symptomatická, antibiotika nejsou ve většině případů nutná.

Onemocnění vyvolaná **STEC** nejsou častá, ale díky možným komplikacím mohou být závažná. V České republice se nejčastěji vyskytují sérotypy **E. coli O157:H7 a O26**, méně O103 či O111. Ve většině případů se jedná o zoonózu, ale je možný i interpersonální přenos. Rezervoárem infekce jsou hlavně ovce, kozy a hovězí dobytek. K přenosu dochází kontaminovanými potravinami či mlékem, ale i kontaktem se zvířaty, infekční dávka je nízká. Bakterie působí shiga-toxinem 1 či 2 a způsobuje mikroangiopatii v cévách různých orgánů (ledviny, střevo, mozek). Průběh může být asymptomatický, ale vyskytnout se může i **akutní gastroenteritida** či **hemoragická kolitida**, obvykle bez horečky. Obávanou komplikací je hemolyticko-uremický syndrom (HUS) s hemolytickou anémií, trombocytopenií a akutní renální insuficiencí. Terapie je jen symptomatická, případně léčba komplikací.

Antibiotická terapie se nedoporučuje pro větší riziko vzniku HUS. Důležitá je prevence – dostatečná osobní hygiena, tepelná úprava stravy a pasterizace mléka.

Klostridiová kolitida (CDI)

Vzniká většinou po antibiotické terapii, a to nejčastěji po klindamycinu, cefalosporinech či chinolonech (postantibiotická kolitida), predisponováni jsou imunosuprimovaní. Spóry ***Clostridioides difficile*** se změni na vegetativní formu a produkují toxiny (cytotoxin a enterotoxin). V dětském věku představuje CDI podstatně menší problém, než u dospělých, počet onemocnění je výrazně nižší. Děti do 2 let jsou navíc často klostridii kolonizovány, aniž by měly nějaké příznaky, a při průjmovém onemocnění je u nich nalezeno obvykle jiné vyvolávající agens, ať už bakteriální či virové. Klinicky se CDI projevuje jako **akutní gastroenteritida** či spíše (**hemoragická kolitida**), bývají subfebrilie či febrilie a bolesti břicha. Diagnostika se provádí odběrem vzorku stolice a průkazem enzymu glutamátdehydrogenázy (GDH) a toxinu, možná je i PCR diagnostika. Terapie závisí na tom, zda se jedná o primoinfekci či relaps. Lékem volby u dětí je u primoinfekce vankomycin p. o. po dobu 10 dní, u lehčích případů i metronidazol p. o. po stejnou dobu, u relapsu pak fidaxomycin p. o. (Dificlir). Doporučený postup léčby CDI s pediatrickým dodatkem je dostupný na www.infektologie.cz.

Alimentární intoxikace

Skupina onemocnění vyvolaná termolabilním či termolabilním enterotoxinem. Původci mohou být ***Staphylococcus aureus***, ***Bacillus cereus*** či ***Clostridium perfringens*** typu A. Přenos je kontaminovanými potravinami, inkubační doba velmi krátká (řádově hodiny), průběh vždy afebrilní, mnohdy epidemický, vznik náhlý, ale s rychlou úzvavou. U termolabilních toxinů (zlatý stafylokok, *Bacillus cereus*) dominuje **nausea a zvracení**, u termolabilních toxinů (*Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens* A) **bolesti břicha a vodnatý průjem**. Diagnostika mnohdy jen z klinického obrazu, u epidemií je možný průkaz toxinu v Národní referenční laboratoři. V léčbě je rozhodující rehydratace a adsorbencia.

Listerióza

Zdrojem ***Listeria monocytogenes*** jsou kontaminované potraviny (mléčné výrobky jako zrající sýry, masné výrobky). Listerie mohou vyvolat u imunokompetentních dětí **febrilní gastroenteritidu**, která bývá lehká, obvykle se upraví sama a většinou se ani nediodagnostikuje.

Některé další virové střevní infekce

V zemích s plošným užitím rotavirových vakcín (mezi které ČR nepatří) jsou nyní virové gastroenteritidy nejčastěji norovirové etiologie, zatímco adenoviry, astroviry či enteroviry jsou méně časté.

Noroviróza

Noroviry mají podobnou sezónnost jako rotaviry, jsou také velice kontagiózní s nízkou infekční dávkou, ale na rozdíl od rotavirů se vyskytují spíše u starších dětí a dospělých. Ve světě i u nás jsou často popisovány epidemie. K přenosu dochází hlavně kontaminovanou vodou, ledem, potravinami, ale také aerosolem při zvracení. Po inkubační době 18–72 hodin se objevuje **akutní gastroenteritida** s dominujícím zvracením a bolestmi břicha, průjem je bez příměsí, teploty nebývají vysoké. Diagnostika se provádí různými metodami (imunochromatografie, ELISA, PCR) ze vzorku stolice, léčba je jen symptomatická.

Adenoviróza

Průjmy vyvolávají z celé řady sérotypů hlavně **sérotypy 40 a 41**, tzv. **střevní adenoviry**. Vyskytují se během celého roku, postihují hlavně malé děti do 2 let, podobají se lehčí rotavirové **gastroenteritidě**, ale mívají o něco delší trvání (9–12 dní). Diagnostika je shodná s dalšími virovými gastroenteritidami (viz výše), léčba je jen symptomatická.

Některé parazitární nákazy

Průjmy vyvolané parazity jsou u dětí podstatně vzácnější, než průjmy bakteriální a virové. Mohou být protražované, intermitentní, mohou mít pozitivní cestovatelskou anamnézu, u některých je typická eozinofilie. Mohou být vyvolány prvoky a červy. Z protozoárních nákaz se jedná hlavně o giardiózu, kryptosporidiózu, případně o u dětí velice raritní amébozu, z helmintů pak o oxuriázu či