ta dle principů **ABCDE** (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) (Tab. 4). Terapie probíhá vždy souběžně s diagnostikou a je zaměřena na stabilizaci vitálních funkcí. Je nezbytné okamžitě vyloučit reverzibilní příčiny poruchy vědomí (Tab. 5).

Po stabilizaci pacienta se zajištěním základních životních funkcí je nutné zahájit cílený diagnostický proces se zjištěním příčiny poruchy vědomí a zahájit adekvátní léčbu s cílem minimalizovat neurologické následky.

Anamnéza je klíčová, používáme „pomůcku" zkratku **AMPLE** (**A**lergie, **M**edikace, **P**ředchozí onemocnění, **L**ast meal – poslední jídlo, **E**vents – události před nástupem poruchy vědomí – úraz, horečka, záchvat, intoxikace, pád, události u vody atd.). Vzhledem k tomu, že komunikace s dítětem v bezvědomí je velmi omezená, dotazy směřujeme na rodiče/opatrovníky: dotazujeme se na to, jak dlouho trvá porucha vědomí, na přidružené symptomy (horečka, zvracení, křeče, bolesti hlavy), zaměříme se i na celkový dojem a chování rodičů (důležité pro vyloučení syndromu týraného dítěte). Nesmírně důležitá je i anamnéza epidemiologická (včetně cestování), sociální a dotazujeme se na proběhlá očkování.

Fyzikální vyšetření – provádíme komplexní a po základní stabilizaci pacienta podrobné vyšetření, včetně tzv. top-to-toe (od hlavy k patě). Při neurologickém vyšetření provádíme podrobné hodnocení zornic (velikost, symetrie, reakce na světlo), okulomotorických reflexů (okulocefalický a vestibulookulární reflex), korneálního reflexu, kašlacího reflexu, hodnotíme motorické reakce na bolest, svalový tonus, provádíme hodnocení dýchacího vzorce (např. Cheyne-Stokesovo dýchání). Zaměříme se na známky traumatu (hematomy, lacerace), kožní léze, známky infekce (petechie), známky otravy.

Laboratorní a zobrazovací vyšetření. Samozřejmostí je vyšetření krevního obrazu, podrobnějšího biochemického vyšetření (včetně laktátu a ev. amoniaku) se zaměřením na vyloučení metabolických poruch, renálního či jaterního poškození, pátráme po laboratorních známkách infekce. Vyšetřujeme acidobazickou rovnováhu, včetně krevních plynů a koagulační vyšetření. Provedeme rovněž potřebná kultivační vyšetření při podezření na možnou infekční příčinu. Nezapomínáme odebrat krev, ale také žaludeční obsah a moč k toxikologickému vyšetření; či hladinu antiepileptik, pokud se jedná o léčeného pacienta s epilepsií.

Tab. 4. *Akutní management a stabilizace (ABCDE přístup)*

ABCDE přístup	Cíl
A – Airway (Dýchací cesty)	**zajistit průchodnost dýchacích cest**
▪ zprůchodnění dýchacích cest (záklon hlavy/předsunutí dolní čelisti u starších dětí, u kojenců a batolat neutrální poloha hlavy) ▪ zavádění orofaryngeálních nebo nazofaryngeálních vzduchovodů ▪ v těžkých případech endotracheální intubace (zejména PGCS ≤ 8)	
B – Breathing (Dýchání)	**zajistit adekvátní ventilaci a oxygenaci**
▪ hodnocení dechové frekvence, dechových objemů, poslech plic, pulzní oxymetrie ▪ kontinuální monitorace saturace (SpO_2), kapnografie ▪ podání 100% O_2 maskou (u všech dětí s poruchou vědomí) nebo BVM vakem ▪ v případě nedostatečné ventilace zahájit podpůrnou ventilaci (vak–maska) a zvážit intubaci	
C – Circulation (Oběh)	**zajistit dostatečný průtok okysličené krve mozkem**
▪ hodnocení srdeční frekvence, krevního tlaku, kapilárního návratu, periferní perfuze (zhodnoť kapilární návrat, barva kůže, diuréza) ▪ zajištění žilního přístupu (ideálně dva periferní nebo intraoseální přístup) ▪ podání bolusu izotonických krystaloidů (10–20 ml/kg) při známkách šoku nebo hypoperfuze ▪ zajištění dostatečné perfuze (MAP > 90 mmHg) a saturace (SpO_2) > 90%)	
D – Disability (Neurologický stav)	**zhodnocení stavu vědomí, pátrání a korekce reverzibilních příčin**
▪ hodnocení GCS/ pGCS, velikosti a reakce zornic – pupilární reflexy (anizokorie, nereagující – podezření na ICP!), reakce na bolest (centrální × periferní), symetrie pohybů ▪ fokální neurologické známky (např. hemiparéza, křeče, nystagmus) ▪ rychlé zhodnocení známek zvýšeného intrakraniálního tlaku (bradykardie, hypertenze, nepravidelné dýchání = **Cushingova triáda**; fontanela, diastáza švů u kojenců; edém papily, zvracení, bolest hlavy u starších dětí) ▪ včasná korekce hypoglykemie ▪ **křeče – antikonvulziva** ▪ zvážení naloxonu při podezření na otravu opioidy	
E – Exposure (Expozice/prostředí)	**kompletní fyzikální vyšetření**
▪ svlečení dítěte a prohlídka celého těla k odhalení skrytých známek traumatu (modřiny, fraktury, hematomy), infekce (petechie, purpura, meningeální příznaky), kožní změny (vyrážka, známky dehydratace), pátráme také po známkách zneužití či toxikologických expozic ▪ zajištění termoregulace – prevence hypotermie/hypertermie	

Tab. 5. *Reverzibilní příčiny poruch vědomí (tzv. hypo5)*

1. Hypoxie	podání O_2
2. Hypoglykemie	i. v. glukóza 0,5–1 g/kg (10% roztok 5–10 ml/kg)
3. Hypotenze/ hypoperfuze	tekutinová resuscitace
4. Hypotermie/hypertermie	úprava teploty, léčba febrilních křečí
5. Hypo-/hypernatremie, hypokalcemie	urgentní laboratorní screening a korekce

CT mozku je první volbou při podezření na trauma, intrakraniální krvácení, hydrocefalus, nádor nebo jiné strukturální léze. Mělo by být provedeno urgentně. Naproti tomu MRI vyšetření poskytuje detailnější zobrazení, je vhodné pro encefalitidy, demyelinizační onemocnění, ale často je odloženo a provádí se až po stabilizaci základního stavu pacienta. Při podezření na poranění páteře provádíme zobrazení pomocí RTG lépe CT (pokud je dostupné). Sonografické vyšetření mozku provádíme u novorozenců a kojenců, je limitováno dosud neuzavřenou velkou fontanelou.

Lumbální punkce (LP) je indikována při podezření na neuroinfekci vždy po vyloučení zvýšeného intrakraniálního tlaku a masivní léze na CT.

Léčba

Terapie probíhá vždy souběžně s diagnostikou a je zaměřena na stabilizaci základních životních funkcí podle výše uvedeného algoritmu ABCDE. Specifická léčba je řízena příčinou poruchy vědomí. Při hypoglykemii podáme i. v. bolus glukózy (10% glukóza 2–4 ml/kg, max. 25 ml), následovaný kontinuální infuzí. Při zvýšeném intrakraniálním tlaku (ICP): zahajujeme terapii elevací hlavy o 30 stupňů, udržujeme normotenzi a normoventilaci (cílené pCO_2), včas indikujeme sedaci, analgezii, zvažujeme osmotickou terapii (manitol, hypertonický fyziologický roztok). V některých případech je nezbytná akutní neurochirurgická intervence. U pacienta se status epilepticus podáváme antikonvulziva (benzodiazepiny, levetiracetam, fenytoin). Pokud v diferenciální diagnostice zvažujeme bakteriální meningitidu/encefalitidu okamžitě podáváme empiricky volená širokospektrá anti-