

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



AKUTNÍ PRŮJEM

Hlavní autoři:

prof. MUDr. Jiří Beneš, CSc.

Společnost infekčního lékařství ČLS JEP

MUDr. Helena Ambrožová, Ph.D.

Společnost infekčního lékařství ČLS JEP

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

garant za Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

NOVELIZACE 2023



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Sokolská 31, Praha 2

Tisk podpořen firmou

sanofi

AKUTNÍ PRŮJEM

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2023

Autoři:

prof. MUDr. Jiří Beneš, CSc.

Společnost infekčního lékařství ČLS JEP

MUDr. Helena Ambrožová, Ph.D.

Společnost infekčního lékařství ČLS JEP

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

garant za Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Oponenti:

doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.

Společnost infekčního lékařství ČLS JEP

MUDr. Norbert Král

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Igor Karen

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

OBSAH

1. Charakteristika onemocnění	3
1.1. Charakteristika (definice) akutního průjmu	3
1.2. Hlavní epidemiologické charakteristiky	3
1.3. Etiologie akutních průjmových onemocnění	3
1.3.1. Přehled nejvýznamnějších střevních patogenů	3
1.3.2. Diferenciální diagnostika akutních průjmů	5
1.4. Patofyziologie průjmu	6
2. Zásady diagnostického a terapeutického postupu	6
2.1. Anamnéza	6
2.1.1. Anamnéza nynějšího onemocnění	6
2.1.2. Epidemiologická anamnéza	6
2.1.3. Otázky zaměřené na zjištění pravděpodobné etiologie	7
2.2. Fyzikální vyšetření	7
2.3. Zhodnocení stavu a ohlašovací povinnost	7
2.4. Laboratorní vyšetření	7
2.5. Zásady léčebného postupu	8
2.5.1. Poučení	8
2.5.2. Rehydratace	8
2.5.3. Dieta	9
2.5.4. Medikamentózní léčba	9
2.5.5. Indikace k hospitalizaci	11
3. Prognóza a prevence	11
4. Posudková hlediska	12

ÚVOD

Akutní průjem patří mezi klinické stavy, které mají nejčastěji samoupravný průběh a nepřivádějí pacienta k lékaři. Na druhou stranu, průjem nutí lékaře k diferenciálně diagnostickým úvahám a může mít závažný a komplikovaný průběh s dopadem na celkový zdravotní stav, zejména u osob s komorbiditami. Akutní průjem může mít také významné epidemiologické souvislosti.

Tyto a další klinické souvislosti akutního průjmu, který vyvolává potřebu konzultace s lékařem, jsou předmětem čtvrté verze doporučeného postupu, který tentokrát zahrnuje i charakteristiky a přístup k akutnímu průjmu v dětské populaci.

1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

1.1. CHARAKTERISTIKA (DEFINICE) AKUTNÍHO PRŮJMU

Průjem je obecně definován jako zvýšené množství a frekvence abnormálně řídké nebo tekuté stolice. U dosud zdravého člověka se průjem obvykle definuje jako výskyt tří a více řídkých nebo vodnatých stolic v průběhu 24 hodin. Průjem je definován jako akutní, jestliže trvá 14 dní nebo méně. Většina těchto průjmů v našich podmínkách je infekčního původu.

Akutní průjmové onemocnění se v latině vyjadřuje slovy *enteritis acuta*. Je-li průjem spojen se zvracením, užíváme název *gastroenteritis acuta*. Jestliže pacient jeví známky postižení tlustého střeva (tračníku), mluvíme o kolitidě nebo enterokolitidě.

1.2. HLAVNÍ EPIDEMIOLOGICKÉ CHARAKTERISTIKY

Incidenci akutních průjmových onemocnění je obtížné stanovit, z větší části se jedná o incidenci skrytou. Ve většině případů dochází ke spontánní úzdavě a jen menší část nemocných vyhledá lékaře. Dle databáze EPIDAT/ISIN je ročně v České republice hlášeno kolem 50 000 infekčních průjmů (dg. A00-A09). Z tohoto počtu tvoří nejvýznamnější podíl kamylobakteriázy (cca 15 000 případů ročně) a salmonelózy (cca 10 000 případů ročně). Pravděpodobně ještě častější jsou průjmová onemocnění vyvolaná různými viry (počet hlášených případů přesahuje 10 000 ročně, ale jejich diagnostika se v terénu obvykle neprovádí). Významným patogenem je také *Clostridioides difficile* (dříve *Clostridium difficile*), s incidencí cca 4 000-5 000 případů ročně.

U kojenců a batolat se jako významné střevní patogeny uplatňují zejména rotaviry, po celý dětský věk pak také salmonely a kamylobaktery. Z méně častých patogenů stojí za zmínku noroviry, střevní adenoviry, yersinie a také shiga-toxin produkující *Escherichia coli* (u nás zejména sérotypy O157:H7 a O26) – známí původci hemolyticko-uremického syndromu. Enteropatogenní kmeny *E. coli*, dříve obávaní vyvolavatelé těžkých kojeneckých průjmů, se v současné době vyskytují podstatně méně a průběh onemocnění bývá lehčí.

Nejčastějším původcem nozokomiálních průjmových onemocnění je *C. difficile*; v nemocničním prostředí se však mohou snadno šířit i virové střevní infekce.

Importovaná průjmová onemocnění se vyskytují vzácně. Kromě výše zmíněných patogenů je nutné počítat s možností infekcí, jejichž přirozený výskyt je v ČR velmi nízký (shigelóza, giardióza) nebo nulový (amébová dysenterie, břišní tyfus a paratyfy, cholera).

1.3. ETIOLOGIE AKUTNÍCH PRŮJMOVÝCH ONEMOCNĚNÍ

Příčinou akutních průjmových onemocnění jsou nejčastěji alimentární intoxikace a virové nebo bakteriální infekce. Naopak parazitární a mykotické infekce jako příčiny průjmů se v našich podmínkách uplatňují jen výjimečně.

1.3.1. PŘEHLED NEJVÝZNAMNĚJŠÍCH STŘEVNÍCH PATOGENŮ

Skupina enteropatogenních virů je tvořena rotaviry, noroviry, střevními adenoviry, astroviry a koronaviry (včetně covidu-19). Mezi těmito viry dominují rotaviry, nejčastější a nejzávažnější původci akutních gastroenteritid u dětí. Na druhém místě jsou noroviry, známé především častými epidemiemi. Obě tyto skupiny virů mají typickou sezónnost s výskytem hlavně v chladnějších měsících roku. Typickým klinickým projevem virových střevních infekcí je akutní gastroenteritida s různě vysokou horečkou, zvracením, bolestmi břicha, vodnatými průjmy bez příměsí a nechutenstvím. Obtíže zpravidla trvají jen několik dní a spontánně ustoupí, ale průběh zejména u dětských rotavirových infekcí může být závažný, s těžkou dehydratací, a jsou popisována i ojedinělá úmrtí.

Hladina CRP v krvi zůstává nízká, u většiny nemocných bývá zjišťována lehká parainfekční hepatopatie. Často jsou podobně postiženy i osoby v okolí nemocného. Léčba je symptomatická, vzhledem k vysoké nakažlivosti je vhodná domácí izolace po dobu obtíží.

Velmi podobné projevy může mít i infekce virem hepatitidy A; u nemocných s hepatitidou A je nařízena hospitalizace na infekčním oddělení.

Campylobacter jejuni je primárně patogenem ptáků, v menší míře i savců, hlavním zdrojem infekce bývá kuřecí maso. Nejčastěji onemocní osoby, které požíly nedostatečně tepelně upravené maso (nedokonalé grilování, kuřecí saláty) nebo se účastnily jeho kuchyňské přípravy. Typickým klinickým projevem jsou hemoragické průjmy s horečkami a bolestmi břicha, nemoc ale může probíhat i jako banální gastroenteritida či naopak jako pseudoappendicitida se zvětšením mezenterálních uzlin. Léčba je symptomatická, při závažném průběhu lze podat makrolidová antibiotika (klaritromycin). Izolace není nutná.

Gastroenteritické salmonelózy jsou různé sérovary jediného druhu: *Salmonella enterica*. Tyto sérovary mají různé historické názvy, které jsou stále používány: *Salmonella enteritidis*, *Salmonella typhimurium*, *Salmonella bareilly* atd. Salmonely se vyskytují volně v přírodě a jsou příležitostnými patogeny savců, ptáků, ale jiných živočichů. Nejčastějším zdrojem nákazy člověka jsou vejce, především z domácích chovů (někdy též importovaná). Mezi rizikové potraviny patří vaječné saláty, cukrářské výrobky, zmrzlina, majonézy, měkké salámy, domácí sekaná apod., vyskytují se i infekce po ochutnávání syrového těsta. Typickými klinickými projevy jsou horečky, zvracení a průjmy, často nazelenalé až zelené barvy, někdy s příměsí hlenu a krve. Salmonely mohou proniknout i do krevního řečiště a způsobit bakteriémii a sepsi, nebo vytvořit metastatická ložiska, např. osteomyelitidu, abscesy v játrech a slezině, septickou artritidu apod. Léčba je symptomatická, u lehčích a středně těžkých salmonelóz není podávání antibiotik vhodné, protože může prodloužit dobu vylučování salmonel. Při závažném průběhu průjmového onemocnění lze podat kotrimoxazol nebo ciprofloxacin, při sepsi se používají cefalosporinová antibiotika 3. generace. Přímý přenos infekce mezi lidmi je vzhledem k vysoké infekční dávce vzácný; vnímaví k nákaze jsou zejména jedinci s nedostatečnou žaludeční aciditou (pacienti s achlorhydrií, po gastrektomii, užívající antacida a PPI, a také kojenci).

Dodatek k salmonelózám: z hlediska humánní medicíny se z rozsáhlé rodiny salmonel odděluje několik sérovarů, které vyvolávají **břišní tyfus a paratyfy**. Hlavním představitelem této skupiny je *Salmonella typhi*, což je sérovar salmonely specializovaný na lidské hostitele. Břišní tyfus patří mezi allimentární infekce, ale nikoli mezi průjmová onemocnění, protože průjem se vyskytuje jen u části případů. *Salmonella typhi* se běžně nemnoží ve střevním lumen, nýbrž proniká střevní stěnou do lymfatických tkání a dále se šíří hematogenní a lymfatickou cestou. Bez antibiotické léčby trvá onemocnění 4 týdny. Typickými klinickými projevy jsou postupně stoupající horečky, bolesti hlavy, břišní diskomfort, u neléčených nemocných také kvalitativní poruchy vědomí (zmatenost až delirium). Břišní tyfus i paratyfy se v ČR vyskytují v posledních 50 letech jen jako občasné importované onemocnění, zejména z Indie a dalších zemí jižní a jihovýchodní Asie. Již při podezření na břišní tyfus nebo paratyfus je nařízena izolace a léčba na infekčním oddělení.

Shigely jsou výhradně lidské patogeny, příbuzné *E. coli*. Vyvolávají zánět, vředy a krvácení na sliznici tlustého střeva. Typickými klinickými projevy jsou horečky, bolestivé nucení na stolici a časté vyprazdňování malých porcí řídké stolice, často s příměsí hlenu a/nebo krve. Onemocnění je vysoce infekční a snadno se šíří v prostředí s nízkým hygienickým standardem. V současnosti tedy hlavně v sociálně slabších komunitách, případně se jedná o import z rozvojových zemí. Pacienti s průjmem, u nichž byla prokázána shigelová etiologie, musejí být izolováni a léčeni na infekčním oddělení.

Clostridioides difficile (dříve nazývaná *Clostridium difficile*) je anaerobně rostoucí bakterie, která v malém množství může být přítomna v tlustém střevě jako součást fyziologické mikrobioty. Je přirozeně odolná k řadě antibiotik, takže se snadno stane, že po antibiotické léčbě, která zahubí jiné, konkurenční mikroby, se právě tato bakterie přemnoží. Hlavní riziko z tohoto pohledu představují potencované aminopeniciliny, cefalosporiny, fluorochinolony a klindamycin. Přemnožené bakterie pak začnou tvořit toxiny, které poškodí stěnu tračníku. Sliznice se pokryje pablánami, pod nimiž se otvírají vředy. Typickými klinickými projevy jsou bolesti břicha, vzednutí břicha a páchnoucí průjmy. Tělesná teplota nemusí být zvýšena. Onemocnění častěji postihuje seniory a chronicky nemocné či málo pohyblivé osoby. Více než polovinu případů tvoří nozokomiální nákazy u disponovaných osob. Nemocní jsou ohroženi nejen dehydratací, ale zejména zástavou peristaltiky, distenzí střeva a rozvojem paralytického ileu. Dalším velkým nebezpečím je vícečetné opakování průjmových epizod, což může zejména starší pacienty zcela vyčerpat. Nemocné s mírným průběhem klostridiové kolitidy je možné ambulantně léčit orálně podávaným metronidazolem nebo vankomycinem. Závažnější formy nemoci – pokud je pacient schopen orální terapie – se léčí vankomycinem nebo fidaxomicinem. Rekurentní průběh kolitidy lze obvykle vyřešit transplantací stolice (fekální bakterioterapií); tento výkon provádějí infektologická nebo gastroenterologická pracoviště.

Escherichia coli je standardní součástí lidské střevní mikrobioty. Kromě běžných komenzálních žijících bakterií si však některé kmeny osvojily různé faktory virulence, díky nimž mohou vystupovat jako příležitostné, nebo dokonce obligatorní patogeny. V našich podmínkách se uplatňují zejména tzv. enteropatogenní kmeny *E. coli* (EPEC) a shiga-toxin produkuje *E. coli* (STEC); jejich stručné charakteristiky jsou obsaženy v kapitole 1. 2. Jednotlivé kmeny *E. coli* se navzájem odlišují svými povrchovými antigeny, proto je možné patogenní kmeny vyhledávat

a prokazovat na základě sérotypizace. Sérotypizaci provádějí mikrobiologické laboratoře běžně u průjmů kojenců a případně batolat. U starších pacientů se sérotypizace provádí jen výjimečně, na žádost ošetřujícího lékaře. Léčba průjmů způsobených patogenními kmeny *E. coli* je obvykle jen symptomatická.

Přehled střevních patogenů, které jsou nejčastějšími původci akutních průjmových onemocnění v našich podmínkách, udává Tabulka 1.

Tabulka 1: Přehled nejvýznamnějších původců akutních průjmových onemocnění v našich podmínkách

Původce onemocnění	Zdroj infekce	Inkubační doba	Zvracení a průjmy	Charakter stolice	Laboratorní průkaz	Nakažlivost	Potřeba izolace
enteropatogenní viry ^a	lidé v okolí; přenos kontaktem, potravinami, aerosolem	1–3 dny	zvracení může převažovat	hnědá, bez příměsí	virologické vyšetření ze vzorku stolice	vysoká	domácí izolace
<i>Campylobacter jejuni</i>	tepelně neupravené drůbeží maso; mláďata domácích zvířat	1–7 dnů	převažují průjmy	často s krví	kultivace stolice na transportní půdě ^e	minimální	není potřeba
enteropatogenní salmonely	vejce; tepelně neupravené mléčné a masné produkty	6–12 hod, vzácně až do 48 hodin	obojí významné	často zelené, někdy s krví	kultivace stolice na transportní půdě	nízká ^b	podle rozhodnutí hygienické služby
shigelly	lidé v okolí, přímý fekálně-orální přenos	1–5 dnů	jen průjmy	často s krví a hlenem	kultivace stolice na transportní půdě	vysoká	povinná izolace na infekčním odd.
<i>Clostridioides difficile</i>	obvykle jde o endogenní infekci	není relevantní ^c	jen průjmy	typický zápach	odběr řídké stolice na průkaz <i>C. difficile</i>	zvl. pro osoby s dysmikrobií	jen po dobu průjmů
bakteriální toxiny ^d	požití potravy obsahující toxiny nebo bakterie produkující toxin	1–16 hodin	zvracení může převažovat	hnědá, bez příměsí	běžně se neprovádí	ne	není potřeba

^a rotaviry, noroviry, střevní adenoviry, astroviry a koronaviry (včetně covidu-19)

^b přímý mezilidský přenos je vzácný s výjimkou kojeneckého věku a u osob s nedostatečnou žaludeční aciditou (např. užívání inhibitorů protonové pumpy). Osoby vylučující salmonely však mohou být zdrojem infekce, jestliže připravují potraviny, které se konzumují později, a salmonely se v těchto potravinách pomnoží.

^c onemocnění obvykle vzniká za několik dnů až týdnů po antibiotické léčbě, která způsobí střevní dysmikrobií

^d způsobující alimentární intoxikaci; hlavními původci těchto enterotoxinů jsou *Staphylococcus aureus* a *Bacillus cereus*

^e větší výtěžnost má použití speciální kultivační půdy

1.3.2. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA AKUTNÍCH PRŮJMŮ

Diferenciální diagnostika akutních průjmových onemocnění je velmi široká a kromě výše zmíněných infekcí zahrnuje:

- některé celkově probíhající infekce, které mají ložisko mimo střevní trakt a průjem je jen jedním z příznaků (syndrom toxického šoku, legionelóza, virová hepatitida typu A);
- prudce nastupující závažné bakteriální infekce, u nichž se průjem někdy objeví v úvodu onemocnění (urosepsy);
- zánětlivé choroby střeva, které nejsou spjaty s konkrétní infekční etiologií (apendicitida, divertikulitida, ataky Crohnovy choroby nebo ulcerózní kolitidy);
- jiné náhle vzniklé chorobné stavy, které bezprostředně ovlivňují funkci střeva (invaginace, trombóza arteria mesenterica, akutní pankreatitida);
- akutně probíhající patologické procesy v malé pánvi (pararektální absces, extrauterinní gravidita);
- střevní dysmikrobiie po podání širokospektrých antibiotik nebo po cytostatické léčbě, případně po ozáření;
- otravy houbami nebo bakteriálními endotoxiny, otravy těžkými kovy, alergie na složky potravy, reakce na léky, předávkování projímadel aj.

1.4. PATOFYZIOLOGIE PRŮJMU

Do jejunu se dostává 9–10 litrů tekutiny za 24 hodin. Toto množství tekutiny pochází z větší části z trávicích sekretů a z menší části z požitých nápojů a potravin. V jejunu je za normálního stavu absorbováno asi 90 % tekutiny a do tračníku tak přichází asi 800–1000 ml. Z tohoto množství je v tračníku vstřebáno asi 90 % vodní složky, takže objem stolice činí cca 80–100 ml/den. Stolica je tvořena nestravitelnými zbytky potravy, střevními bakteriemi a střevními epiteliálními buňkami (tyto buňky se rychle obměňují, jejich životnost činí 1–3 dny).

Průjem vzniká v důsledku zánětlivé sekrece do střevního lumen, ale může být způsoben i snížením střevní absorpce vody o pouhých 1–2 %. Společně s vodou ztrácí organismus při průjmu i ionty (Na^+ , K^+ , Cl^- a HCO_3^-). Je důležité si uvědomit, že koncentrace kalia ve střevním obsahu je 5–10x vyšší než v krvi; ztráty tekutin při průjmu proto mohou snadno způsobit nejen hyponatrémii, ale i hypokalémii.

Postižení tlustého střeva lze diagnostikovat na základě zobrazovacích metod (RTG, sonografie) nebo endoskopického vyšetření, ale i klinicky: je-li ve stolici přítomen hlen, pochází z pohárkových buněk, které se nacházejí jen ve sliznici tračníku. Lze se orientovat i podle nálezu čerstvé krve v průjmovité stolici: je-li krev na povrchu stolice, pochází pravděpodobně z hemoroidů; naopak je-li krev se stolicí promíšena, bývá zdrojem krvácení sliznice tračníku.

2. ZÁSADY DIAGNOSTICKÉHO A TERAPEUTICKÉHO POSTUPU

2.1. ANAMNÉZA

Prvním úkolem anamnézy je zjistit, jestli není vážně ohrožen život nemocného nebo zda nedochází ke stavu veřejného ohrožení (epidemiologická anamnéza).

2.1.1. ANAMNÉZA NYNĚJŠÍHO ONEMOCNĚNÍ

Rozhodnutí o urgentním vyšetření v nemocnici a případné hospitalizaci lze provést na základě následujících otázek:

- **Převažuje zvracení, nebo průjem?** Zvracení je vždy nebezpečnější. Může být projevem nejen gastroenteritidy, ale také akutní otravy, onemocnění CNS (meningitidy) nebo dekompenzovaného diabetu (typicky při primozáchytu diabetu u dětí). Opakované zvracení znemožňuje příjem tekutin, a je tedy dispozicí pro rychlý rozvoj dehydratace.
- **Je zachována diuréza?** Dokud nemocný člověk normálně močí, není bezprostředně ohrožen dehydratací. Naopak, jestliže pacient přestává močit, je nutná rychlá rehydratace a zároveň platí, že parenterální rehydratace je podstatně spolehlivější a rychlejší než orální. Podrobnější vysvětlení je obsaženo v bodě 2. 5. 2.
- **Má nemocný bolesti břicha?** Kolikovitě a/nebo narůstající bolesti břicha jsou vždy důvodem pro podrobnější vyšetření, směřující především k vyloučení nebo naopak potvrzení náhlé břišní příhody. Při nejistotě je indikováno urgentní vyšetření krevního obrazu, aminotransferáz, amyláz v krvi a v moči, sonografie břicha, případně chirurgické vyšetření.
- **Jsou průjmy spojeny se zhoršením celkového zdravotního stavu?** Dušnost, slabost, hypotenze, závratě, porucha vědomí, nově vzniklé arytmie nebo kolaps jsou důvodem pro odeslání nemocného k vyšetření a případné hospitalizaci v nemocnici (podrobněji viz 2. 5. 5.).

Závažnost průjmového onemocnění se obecně zvyšuje u nemocných s omezenými funkčními rezervami, jako jsou senioři, malé děti (zejména kojenci), gravidní ženy, imunokompromitovaní pacienti, diabetici apod.

2.1.2. EPIDEMIOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Základní otázky jsou tyto:

- **Jsou podobně postiženi i lidé ve vašem okolí?** Jestliže ano, je nutné se dále dotazovat, jestli příčinou onemocnění byla společná konzumace konkrétního jídla, nebo zda jde o infekci, která se šíří od jednoho člověka k druhému. **Při hromadném výskytu infekce je vždy nutné kontaktovat orgány hygienické služby.**
- **Jde o importované onemocnění? Jde-li o onemocnění získané v oblasti tropů nebo subtropů, je vhodné odeslat nemocného k vyšetření infektologem.** Diferenciální diagnostika akutních průjmových onemocnění se v těchto případech rozšiřuje o amébiázu, cholera, břišní tyfus a paratyfy. Tyto nemoci patří do péče specialisty, protože mají zvláštní požadavky na diagnostiku, léčbu a izolaci.

2.1.3. OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA ZJIŠTĚNÍ PRAVDĚPODOBNÉ ETIOLOGIE

V této souvislosti lékař zjišťuje, co pacient v poslední době jedl a pil, včetně cílených dotazů směřujících ke konkrétní etiologii na základě klinických projevů onemocnění (viz tabulka 1). U salmonelóz bývá typická konzumace pokrmů obsahujících syrová či tepelně málo zpracovaná vejce nebo žloutky (tatarský biftek, žloutkové věnečky), případně ochutnávání syrového těsta nebo mletého masa na přípravu domácí sekané. U kampylobakterióz se často zjistí předchozí manipulace se syrovým drůbežím masem atd. U dětí je důležitá informace o kontaktu s jinými dětmi (kurzy plavání, plavání kojenců, dětské slavnosti apod.) – podobné činnosti mohou být zdrojem virových střevních infekcí. Údaje o nedávném přímém kontaktu s domácími zvířaty a jejich mláďaty vedou k podezření na kampylobakteriózu či yersiniózu. Informace o recentním užívání antibiotik vyvolává podezření na klostridiovou kolitidu.

2.2. FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

Minimalistický program fyzikálního vyšetření u nemocných s akutním průjmovým onemocněním zahrnuje:

- celkový stav (vědomí, tělesná teplota, krevní tlak, tepová frekvence, dechová frekvence);
- stav hydratace (vlhkost sliznic, turgor kůže, tělesná hmotnost; tyto údaje je však nutné interpretovat v kontextu: příčinou suché sliznice v dutině ústní může být i rýma a dýchání ústy; kožní turgor klesá nejen při dehydrataci, ale také s postupujícím věkem; rychlé snížení hmotnosti – v řádu dnů – je obvykle způsobeno snížením celkové tělesné vody).
- vyšetření břicha (k vyloučení náhlé příhody břišní);
- vyšetření *per rectum* (objektivizace průjmu, vyšetření orgánů v malé pánvi).

Pozn.: Hodnocení stavu hydratace je velmi důležité především u kojenců, kteří mají tendenci k rychlejší a závažnější dehydrataci. Kromě výše uvedených klinických projevů je nutné posoudit také velkou fontanelu (vpadlá či v normě), oči (zda nejsou vpadlé – halonované) a přítomnost či nepřítomnost slz. Velmi důležitý je i údaj o úbytku na váze, podle něhož se u malých dětí rozlišuje dehydratace lehká (ztráta hmotnosti 2–5 %), středně těžká (ztráta hmotnosti 5–10 %) a těžká (≥ 10 %).

2.3. ZHODNOCENÍ STAVU A OHLAŠOVACÍ POVINNOST

Na základě výše zmíněných údajů (zejména bod 2. 1. 1.) se lékař prvního kontaktu rozhoduje, jestli pacienta odešle do nemocnice nebo ho ponechá ve své péči.

Ohlašovací povinnost, nařízení izolace a předpoklady pro výkon činností epidemiologicky závažných upravuje zákon 258/2000 Sb., v platném znění. Nařízení k ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů a jeho prováděcí předpisy, zvláště vyhláška 306/2012 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče (Viz Příloha č. 1). V přípravě je novelizace, která by měla vstoupit v platnost 1. 1. 2024 a ve které se očekávají změny v Seznamu povinně izolovaných a léčených infekčních onemocněním, která je přílohou č. 2 současně vyhlášky.

2.4. LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Rozsah prováděných laboratorních vyšetření závisí na závažnosti onemocnění. Jiný bude u banálního lehkého průjmu, jiný u onemocnění s těžkým průběhem. Lehký průběh nevyžaduje na rozdíl od těžšího rozsáhlejší laboratorní vyšetření. U závažnějších průjmů je vhodné vyšetření žilní krve a stolice pro získání následujících údajů:

- leukocyty: leukocytóza svědčí o pravděpodobné bakteriální infekci;
- hemoglobin a hematokrit: zvýšené hodnoty ukazují rozsah dehydratace;
- ionty Na^+ , K^+ a Cl^- : odchylky od referenčních hodnot ukazují rozsah iontové dysbalance;
- urea a kreatinin: vzestup hladin svědčí o zhoršené funkci ledvin v důsledku dehydratace; případně u starších osob je vhodné doplnit eGFR (*estimated glomerular filtration rate*);
- CRP: vzestup hladiny svědčí pro pravděpodobnou bakteriální infekci;
- glykémie: vzestup hladin ukazuje na latentní a/nebo dekompenzovaný diabetes; u dětí naopak bývá při průjmu častá hypoglykémie;
- jaterní testy a amylázy mohou pomoci v diferenciální diagnostice, zejména při podezření na možnost hepatitidy A nebo pankreatitidy.

Vyšetřením stolice je možné získat další údaje:

- výtěr z rekta s použitím transportní půdy prokáže přítomnost salmonely, kampylobaktera, shigely i některých vzácnějších střevních patogenů; výsledek kultivace bývá do 3 dnů;
- 1–3 ml průjmovité stolice ve zkumavce se posílá na mikrobiologii k průkazu typického proteinu (GDH a toxinu *C difficile*); výsledek je k dispozici do 24 hodin;
- 1–3 ml stolice ve zkumavce se posílá na mikrobiologii k průkazu střevních virů; výsledek je obvykle k dispozici do 24 hodin;

Vyšetření moče chemicky (diagnostickým papírkem) může ukázat dekompenzovaný diabetes (glykosurie), hladovění (nález ketolátek v moči), případně infekci močových cest, která může průjmové onemocnění doprovázet, ale i imitovat.

Poznámka: Popsaný rozsah vyšetření je vhodný u běžně se vyskytujících akutních průjmových onemocnění. Jiný rozsah by byl namístě u nemocných s chronickým nebo recidivujícím průjmem, u imunosuprimovaných pacientů nebo u osob, které se s průjmem vrátily ze zahraničí, zejména z rozvojových zemí.

Při podezření na jiné/vzácnější patogeny než výše jmenované je vhodné domluvit se předem s mikrobiologickou laboratoří na optimálním způsobu odběru a transportu materiál (např. při podezření na cholera se používá odběr do speciálního alkalického média).

2.5. ZÁSADY LÉČEBNÉHO POSTUPU

Léčebný postup je komplexní a zahrnuje aspekty režimové, dietní i medikamentózní.

2.5.1. POUČENÍ

Pacient by především měl být upozorněn na příznaky, o kterých by měl informovat lékaře (viz 2. 1. 1.). Další pokyny se týkají pitného režimu, diety a hygienických zásad. Obecná pravidla lze formulovat následovně:

- Po dobu průjmů a zvracení by nemocný neměl užívat diuretika a obvykle ani antihypertenziva.
- Je nutné dbát na dostatečný přívod tekutin, tj. běžný bazální příjem + hrazení ztrát (průjmem, zvracením, pocením), tak aby pacient nebyl ohrožen ani hypotenzí a tendencí ke kolapsu ani postižením ledvin při oligurii či anurii.
- Doporučuje se pít často, po malých dávkách. Velký objem vypité tekutiny způsobí distenzi žaludku, podporuje zvracení a prohlubuje břišní diskomfort.
- Je důležité si uvědomit, že při průjmu nebo zvracení ztrácí nemocný nejen vodu, ale i ionty (hlavně Na⁺, K⁺ a Cl⁻). Tyto ionty musejí být také hrazeny. Proto není vhodné pít jen prostou vodu nebo čaj; žádoucí jsou minerálky a iontové rehydratační roztoky volně prodejné v lékárnách. Pozor, iontové roztoky pro léčbu gastroenteritid mají jiné složení než iontové roztoky pro sportovce! Nejlepší přirozený způsob, jak při orální rehydrataci hradit vodu současně s ionty, je konzumace polévek (podrobnosti viz níže).
- Příjem potravy je možné u zdravých dospělých osob po několik dní silně zredukovat, aby mohl střevní trakt snáze regenerovat. Tento postup ale není možné uplatnit u diabetiků a u jedinců s malými energetickými rezervami, včetně předškolních dětí.
- Podávaná jídla mají být snadno stravitelná a neobsahující tučné, projímavé, nadýmavé nebo dráždivé příměsi. Nežádoucí je i alkohol.
- Nemocný by měl být v klidu a co největší část dne strávit vleže, aby břicho mohlo zůstat uvolněné.
- Nemocný člověk i osoby v jeho okolí by měli dodržovat zásady osobní hygieny; klíčový význam má časté mytí rukou, nejen po návštěvě toalety. Nemocný člověk musí mít vyčleněn vlastní příbor a nádobí. Je vhodné rovněž omezení kontaktů s dalšími osobami.

2.5.2. REHYDRATACE

Dehydratovaný člověk se snadno ocitá v bludném kruhu: ztráta tekutin může být do jisté míry kompenzována redistribucí krve v organismu, konkrétně snížením krevního zásobení kůže, ledvin a střevního traktu. Problémem je, že tato relativní ischemizace střeva omezuje nejen přijímání potravy, ale i vody. Pokusy o vypití i poměrně malého množství tekutin (cca 100 ml u dospělého člověka) mohou navodit nauzeu a zvracení. Proto při pokročilejší dehydrataci lidé přestávají být schopni nahradit ztrátu tekutin pitím. Situaci lze do jisté míry řešit častým podáváním velmi malých porcí tekutin, které nevyvolají distenzi žaludku, mnohem efektivnější je však parenterální rehydratace. Často postačuje ambulantní podání jedné či dvou infuzí balancovaného solného roztoku (500–1000 ml). Tím se doplní cirkulující objem krve, čímž se obnoví funkce trávicího traktu a k další rehydrataci je již možné použít orálně podávané roztoky.

Roztoky pro orální rehydrataci jsou vždy připravovány tak, aby obsahovaly jako hlavní složky chlorid sodný, chlorid draselný a glukózu. Glukóza v tomto případě slouží jako zdroj energie nutný pro vstřebávání sodíkových a draslíkových iontů (ko-transportní mechanismus vstřebávání).

V lékárnách jsou běžně k dispozici sáčky pro přípravu rehydratačních roztoků s vysokým obsahem iontů, např. Lontia nebo Enhydrol Forte. Při léčbě průjmových onemocnění jsou naopak nevhodné rehydratační roztoky určené pro sportovce, protože ty neobsahují dostatečné množství draslíku.

V nouzových podmínkách lze použít rehydratační roztok z domácích surovin, který obsahuje 8 lžiček cukru, 1 lžičku stolní soli, šťávu ze dvou pomerančů nebo grapefruitů (pro obsah draslíku) a doplnění převařenou vodou do 1 litru, dát do lednice a vychladit. Dospělí by měli vypít 250–500 ml během hodiny.

Při sledování bilance tekutin se zaznamenává příjem tekutin, výdej tekutin (močení, zvracení, pocení), přítomnost horečky a častost a konzistence stolice.

Při dehydrataci u pacientů s diabetem 2. typu léčeným metforminem musí být metformin přechodně vysazen, jinak hrozí při dehydrataci laktátová acidóza.

Pro orální rehydrataci u dětských průjmů je možné použít volně prodejné přípravky Kulíšek, Enhydrol Forte, Hipp ORS 200 aj. Množství tekutin se liší dle věku, klinického stavu a stupně a typu dehydratace. Bazální potřeba tekutin u kojenců je 150 ml/kg/den, u batolat 100–120 ml/kg/den, u starších dětí a dospělých dále klesá. Vedle bazální potřeby je třeba hradit i ztráty tekutin (viz výše 2. 5. 1.).

U plně kojených dětí nejsou vhodné dříve doporučené čajové pauzy, pokračuje se v kojení. Před kojením lze podat malé množství (30–50 ml) rýžového odvaru. U kojenců na umělé výživě můžeme podat rýžový odvar a dle stavu dítěte přidáváme postupně dosavadní mléko. U dětí s rotavirovou infekcí je možné použít mléka s nízkým obsahem laktózy (např. Nutrilon low lactose) vzhledem k deficitu disacharidáz a s ním souvisejícím špatným vstřebáváním laktózy.

2.5.3. DIETA

Při akutním průjmu se dieta omezuje na netučné potraviny s vysokým obsahem škrobu – rýže a rýžová kaše, bramborová kaše, nenadýmavé pečivo. Z ovoce především banány, případně i oloupaná jablka a kompoty. Velmi cenné jsou polévky, zejména v podobě zeleninových vývarů. Polévka je jediná tekutina, v níž je sůl pocitována jako příjemná, a navíc vývar ze zeleniny nebo z masa obsahuje ionty kalia, které se uvolňují z rozpadlých rostlinných nebo živočišných buněk. Masové vývary je také možné podat, někteří lidé je však snášejí hůře a je také nutno dbát na to, aby neobsahovaly větší množství tuku.

Po zmírnění průjmů se přidává libové bílé maso, těstoviny, brambory, vařená zelenina, a teprve po normalizaci frekvencí a konzistence stolice se přechází na normální stravu.

U větších kojenců lze doporučit nemléčnou rýžovou kaši, bramborovou kaši, zeleninové příkrmy (nejlépe mrkev + brambory), naškrábané banány, nastrouhaná jablka a ovocné přesnídávky (jablko, banán). Obecně platí, že zejména menším dětem má být nabízena strava časně, jakmile ustoupí nauzea.

2.5.4. MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

V terapii akutních průjmových onemocnění obvykle vystačíme se symptomatickou léčbou. Protiprůjmové přípravky se podle mechanismu účinku dělí do několika skupin:

Adsorbencia působí v horních částech zažívacího traktu tím, že na sebe váží bakteriální toxiny i další škodlivé a dráždivé látky, které byly přijaty s potravou. Nejčastěji používanými léčivými přípravky jsou smectit (Smecta; u dětí od 2 let věku je doporučována jako přídatné léčivo k rehydratační terapii) a carbo adsorbens (Carbo medicinalis, Carbosorb, Carbo UltraSorb, Carbocit). Nevýhodou posledně jmenovaných přípravků je omezení možnosti prokázat případné krvácení do GIT.

Antisekretorika snižují střevní sekreci u vodnatých průjmů. Představitelem této skupiny léků je racecadotril (Hidrasec, Enditril). Léčba by měla být krátkodobá, maximální doporučená doba užívání je 7 dnů. U dětí se tyto přípravky mohou podávat jako doplněk rehydratační léčby. K dispozici je Hidrasec pro kojence a Hidrasec pro děti. **Kombinované přípravky:** Tasectan Duo obsahuje želatinu a tanin, které vytvářejí ochranný povlak na střevním epitelu, spolu s probiotickými bakteriemi. Pro děti jsou na trhu přípravky Tasectan Kids a Tasectan Duo Kids.

Antimotilika snižují průjmy tím, že zastavují peristaltiku. Je možné je použít ke krátkodobému zmírnění subjektivních obtíží, například při nutnosti splnit neodkladnou pracovní záležitost nebo při cestovatelských průjmech. Je však potřeba vědět, že snížení peristaltiky může zhoršit průběh střevní infekce, protože zabraňuje organismu zbavit se nežádoucích patogenů a u imunokompromitovaných pacientů může vést k bakteriemi či sepsi vyvolané invazivními střevními patogeny. Antimotilika jsou proto kontraindikována při příznacích invazivního zánětlivého průjmu, u průjmů provázených horečkou, u hemoragických průjmů a při silné bolesti břicha. Konkrétně lze použít loperamid (Loperamid, Imodium, Loperon, Lopacut) nebo difenoxylát (Reasec). U dětí s akutním průjmem není podávání antimotilik doporučeno a u dětí do 6 let je kontraindikováno.

Antiemetika, prokinetika se podávají při opakovaném zvracení, žaludeční dyspepsii a nadýmání. Ke krátkodobé léčbě lze použít metoklopramid (Cerucal, Degan, MCP Hexal 10, Migränerton). Lék je k dispozici nejen ve formě tablet, ale též v čípcích nebo parenterálně. Podobně působí itoprid (Xantis, Kinito, PMCS 50 mg). U dětí je doporučován ondansetron.

Spasmolytika a spasmolytika mohou být předepsána u kolikovitých bolestí břicha; podmínkou jejich použití je vyloučení náhlé břišní příhody. Běžně se používají přípravky kombinující několik účinných látek (Spasmovalgin, Algifen, NoSpa apod.), vhodné jsou především u dospělých pacientů.

Druhou skupinu léčivých látek představují ty, které primárně působí na střevní mikrobiotu.

Probiotika se mohou uplatnit jako doplněk léčby průjmů, zejména v případech, kde očekáváme střevní dysmikrobii (např. po antibiotické léčbě). Riziková nemocí je mohou užívat i preventivně. Na trhu existuje řada přípravků (léčiva i doplňky stravy), nejvhodnější jsou přípravky, které obsahují laktobacily a *Saccharomyces boulardii*. Probiotika jsou nabízena v různých indikacích (léčba střevní dysmikrobie, léčba poruch zažívání, podpora imunity atd.), kromě toho je možné využít probiotika obsažená v běžných potravinách (jogurty). Jednotliví lidé se však liší složením své střevní mikrobioty, nastavením svého imunitního systému i stravovacími zvyklostmi, a v praxi je proto těžké odhadnout, který přípravek může pomoci konkrétnímu pacientovi.

Střevní dezinficiencia je možné chápat jako nepříliš silná antibiotika, která se nevstřebávají z GIT. Působí proti některým střevním aerobně rostoucím bakteriím (*E. coli*, salmonely, shigely apod.), přičemž šetří většinu anaerobně žijících bakterií. Používají se zejména dva přípravky: kloroxin (Endiaron) a nifuroxazid (Ercefuril, Ercefuryl, Nifuroxazid Gedeon Richter). Kloroxin je vzdáleně příbuzný fluorochinolonovým antibiotikům, nifuroxazid je mechanismem účinku podobný nitrofurantoinu. U dětí nejsou tyto přípravky vhodné vzhledem k převažující virové etiologii dětských průjmů.

Antibiotika se u akutních průjmů běžně nepoužívají, protože neexistuje antibiotikum, které by pokrylo všechny významné původce nemoci. Naopak platí, že antibiotika bez ohledu na to, jestli zasáhnou vyvolavatele průjmu, mají schopnost způsobit střevní dysmikrobii, která může pacienta ohrozit více než původní onemocnění. Dalším problémem mohou být nežádoucí účinky daného antibiotika, nárůst rezistence, případně rozvoj klostridiové kolitidy. U salmonelózy navíc může podávání antibiotik vést k prodloužené rekonvalescentní pozitivitě s vylučováním salmonel po dobu týdnů až měsíců po prodělání onemocnění. Proto není vhodné předepsat antibiotikum u průjmového onemocnění necíleně, čili aniž by byla prokázána etiologie průjmu.

Indikace pro použití antibiotik u akutních průjmových onemocnění lze shrnout takto:

- závažná forma infekce s dominujícími celkovými projevy (horečka, třesavky, leukocytóza přes 15 000/ μ l, posun doleva v diferenciálu leukocytů, vysoké hodnoty CRP a/nebo prokalcitoninu v séru, případně nález etiologického agens v hemokultuře;
- těžce imunokompromitovaný pacient (např. neutropenie <1 000/ μ l, stav po cytostatické léčbě apod.);
- vytvoření sekundárních (extraintestinálních) ložisek infekce (absces ve vzdálené tkáni, hnisavá artritida, osteomyelitida apod.);
- infekce, u nichž chceme zabránit jejich zavlečení do populace (cholera, břišní tyfus a paratyfy, shigelóza, amébiáza);
- infekce s vysokým rizikem závažných komplikací (klostridiová kolitida, břišní tyfus a paratyfy, amébiáza, cholera).

Výjimečně mohou být předepsána antibiotika cestovatelům do oblastí, které jsou známé nízkou hygienickou úrovní a špatnou dostupností zdravotní péče, jako prostředek pro případ nouze. Není však doporučováno užívat antibiotika profylakticky.

Přehled doporučené antibiotické léčby v těchto případech udává Tabulka 2.

Tabulka 2: Antibiotická léčba akutních průjmových onemocnění podle etiologie

Původce onemocnění	Léčba dospělých pacientů		Léčba dětí		
	antibiotikum	dávkování	antibiotikum	dávkování < 12 let	dávkování ≥ 12 let
<i>Campylobacter jejuni</i>	klaritromycin	500 mg á 12 hod	klaritromycin	7,5 mg/kg á 12 hod	250–500 mg á 12 hod
<i>Salmonella</i> spp.	kotrimoxazol ciprofloxacín	960 mg á 12 hod 500 mg á 12 hod	kotrimoxazol	TMP 3 mg/kg + SMX 15 mg/kg á 12 hod	960 mg á 12 hod
<i>Shigella</i> spp.	kotrimoxazol ciprofloxacín	960 mg á 12 hod 500 mg á 12 hod	kotrimoxazol	TMP 3 mg/kg + SMX 15 mg/kg á 12 hod	960 mg á 12 hod
<i>Clostridioides difficile</i>	vankomycin	125 mg á 6 hod	vankomycin	10 mg/kg á 6 hod, do maximální dávky 500 mg/den	
	metronidazol	500 mg á 8 hod	metronidazol	7,5 mg/kg á 6-8 hod, do maximální dávky 1500 mg/den	
<i>E. coli</i> (cestovatelské průjmy)	rifaximin	200 mg á 8 hod	obvykle ne		

Pozn.: Obvyklá doba léčby je 3-7 dní; doba léčby závisí na rychlosti ústupu průjmů. S výjimkou cestovatelských průjmů se antibiotická léčba zahajuje až po průkazu etiologického agens; výběr antibiotika se musí přizpůsobit zjištěné citlivosti/rezistenci.

2.5.5. INDIKACE K HOSPITALIZACI

Důvodů k neodkladnému odeslání pacienta do nemocnice může být několik (viz též bod 2. 1. 1.):

- těžká dehydratace (pacient opakovaně zvrací a/nebo přestává močit; jsou přítomny klinické příznaky těžké dehydratace; u dětí se jako kritérium uplatňuje ztráta hmotnosti $\geq 10\%$);
- průjem je doprovázen hypotenzí a centralizací oběhu, poruchou srdečního rytmu, poruchou vědomí, dušností, křečemi;
- neschopnost dostatečného perorálního příjmu tekutin;
- podezření na extraintestinální formu onemocnění (sepsa, absces, artritida aj.);
- podezření na náhlou břišní příhodu;
- neschopnost zajištění dostatečné domácí péče;
- podezření na epidemiologicky významné infekční onemocnění (hromadný výskyt, pobyt v epidemiologicky závažných oblastech).

Povinná hospitalizace na infekčním oddělení je u nemocných s podezřením na bacilární dyzentérii (shigelózu), parazitární dyzentérii (amébiázu), břišní tyfus, paratyfy a cholera.

Podrobnější vyšetření příčiny průjmů je nutné v následujících případech

- průjmy trvají déle než týden;
- příměs krve a/nebo hlenu ve stolici (nutno odlišit krvácení z hemoroidů, viz bod 1. 4.);
- trvajících meteorismus, bolesti břicha, nadýmání, horečnatý stav apod.

Diferenciální diagnostika těchto stavů je poměrně široká, v ideálním případě by nemocného s těmito projevy měl vyšetřit gastroenterolog i infektolog.

3. PROGNOZA A PREVENCE

Akutní průjem má obvykle příznivou prognózu, ve většině případů probíhá nekomplikovaně a nevyžaduje následná opatření. U nemocných s recidivujícím nebo chronickým průjmem je potřeba provést podrobnější gastroenterologické a/nebo infektologické vyšetření.

Každý rok zemře v ČR několik desítek lidí na akutní průjmové onemocnění infekční etiologie, nejčastější příčinou smrti je těžký průběh klostridiové kolitidy. Ojedinele jsou hlášena i úmrtí na onemocnění vyvolaná salmonelami a rotaviry.

Prevence infekčních průjmů je založena na dodržování obecných zásad hygieny potravin a osobní hygieny.

K prevenci kojeneckých průjmů vyvolaných rotaviry byly vyvinuty živé perorální vakcíny. Na našem trhu jsou

k dispozici vakcíny Rota Teq (schéma třídávkové) a Rotarix (schéma dvoudávkové). První dávka se podává již mezi 6.-12. týdnem života, očkování musí být ukončeno do 24. týdne (Rotarix), resp. 32. týdne života (Rota Teq). Před cestou do rozvojových zemí je vhodné navštívit pracoviště cestovní a tropické medicíny, jehož pracovníci mohou sdělit aktuální informace o výskytu infekčních onemocnění v cílové zemi a současně poradit o možnostech prevence, profylaxe a samoléčby.

4. POSUDKOVÁ HLEDISKA

V rozhodování o pracovní neschopnosti se lékař řídí klinickým stavem pacienta a charakterem jeho pracovní činnosti. Pracovní neschopnost je nezbytná při profuzních průjmech, bolestech břicha, zvracení, celkové slabosti apod. Nezbytná je rovněž u zaměstnání, které neumožňují okamžitou návštěvu toalety v případě akutní potřeby (pracovníci v dopravě, učitelé, herci apod.). U pracovníků v potravinářství, veřejném stravování a zdravotnictví jsou obecně přísnější požadavky na uplatňování hygienických pravidel. U epidemiologicky závažných infekcí mohou orgány hygienické služby vydat nařízení k domácí izolaci. Potřeba izolačních opatření je závislá na etiologii nemoci, viz Tabulka 1.

PŘÍLOHA Č. 1: OHLAŠOVACÍ POVINNOST

Ohlašovací povinnost, nařízení izolace a předpoklady pro výkon činností epidemiologicky závažných upravuje zákon 258/ 2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění, a jeho prováděcí předpisy, zvláště vyhláška 306/2012 Sb., v platném znění, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, v platném znění. U všech akutních průjmů infekční etiologie a/nebo vylučování původců infekčního onemocnění (choroboplodných zárodků u nosičů) je povinné hlášení na tiskopise „Hlášení infekční nemoci“. V případě nebezpečí dalšího šíření infekčního onemocnění se hlášení podává neprodleně telefonicky orgánu ochrany veřejného zdraví (na příslušnou hygienickou stanici) a následně se potvrzuje tiskopisem (§ 62, § 54 zákona 258/2000 Sb.). Při výskytu infekčního onemocnění, které je v příloze č. 2 k vyhlášce 306/2012 Sb., je vždy nařízená hospitalizace (§ 45 zákona 258/2000 Sb.) na infekčním oddělení. Jedná se o bacilární a amébovou úplavici, cholera, paratyfy, břišní tyfus, antrax a některé vyjmenované febrilní stavy. O druhu a způsobu provedení protiepidemických opatření v ohnisku nákazy rozhoduje orgán ochrany veřejného zdraví. Zdravotnické zařízení (praktický lékař) může fyzické osobě nařídit prozatímním rozhodnutím druh a způsob protiepidemických opatření. Proti prozatímnímu opatření může fyzická osoba podat námitku orgánu veřejného zdraví, ale podání námítky nemá odkladný účinek (§ 67 zákona 258/2000 Sb.).

Fyzická osoba vykonávající činnosti epidemiologicky závažné je povinna se podrobit lékařským prohlídkám a vyšetření, má-li akutní průjem nebo vyskytne-li se průjem na pracovišti, v domácnosti nebo v místě pobytu této osoby. Činnosti epidemiologicky závažné jsou především při výrobě a uvádění potravin do oběhu s výjimkou přepravy a skladování balených potravin, ve stravovacích službách, při výrobě kosmetických prostředků atd. (§ 19 a § 20 zákona 258/2000 Sb.).

Literatura:

1. Bělohlávková S, Bronský J, Burianová I, Fruhauf P, Fuchs M, Kotalová R, Malý J, Mydlilová A, Nevorál J, Pozler O, Sýkora J. Doporučení pracovní skupiny dětské gastroenterologie a výživy ČPS pro výživu kojenců a batolat, Čes-Slov Pediatr. 2014; 69(S):30-34.
2. Beneš J, Stebel R, Musil V, Krůtová M, Vejmelka J, Kohout P. Aktualizovaný doporučený postup pro léčbu nemocných s kolitidou vyvolanou *Clostridioides difficile*. Klin Mikrobiol Infekc Lek. 2022;28(3):77-94.
3. Beneš J, Polívková S. Antibiotika jako příčina i lék klostridiové kolitidy. Postgrad Gastroenterol Hepatol. 2019;5(1):11-15.
4. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;59(1):132-152.
5. Lo Vecchio A, Dias JA, Berkley JA, et al.: Comparison of Recommendations in Clinical Practice Guidelines of Acute Gastroenteritis in Children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2016;63(2):226-235.
6. Lukáš K, Hep A, Seifert B, Vojtíšková J, Marešová V, Ambrožová H, Galský J. Akutní průjem u dospělých. Doporučený postup – aktualizovaná verze. Čes Slov Gastroent Hepatol. 2009; 63(1):31-36.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-88280-54-5

ISBN 978-80-88280-54-5



© 2023, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP