

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



AKUTNÍ PRŮJEM U DOSPĚLÝCH

SUPPLEMENTUM

Autoři:

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

MUDr. Jiří Beneš, CSc.

Klinika infekčních, parazitárních a tropických onemocnění
1., 2. a 3. LF UK, IPVZ a Nemocnice na Bulovce

MUDr. Igor Karen

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Jana Vojtíšková

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

prim. MUDr. Karel Lukáš, CSc.

4. interní klinika 1. LF UK v Praze

prof. MUDr. Aleš Hep

Interní gastroenterologická klinika FN Bohunice v Brně



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

AKUTNÍ PRŮJEM U DOSPĚLÝCH

Autoři:

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

MUDr. Jiří Beneš, CSc.

Klinika infekčních, parazitárních a tropických onemocnění 1., 2. a 3. LF UK, IPVZ
a Nemocnice na Bulovce

MUDr. Igor Karen

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Jana Vojtíšková

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

prim. MUDr. Karel Lukáš, CSc.

4. interní klinika 1. LF UK v Praze

prof. MUDr. Aleš Hep

Interní gastroenterologická klinika FN Bohunice v Brně

Oponenti:

MUDr. Hanna Ambrožová

Klinika infekčních, parazitárních a tropických onemocnění 1., 2. a 3. LF UK, IPVZ
a Nemocnice na Bulovce

MUDr. Norbert Král

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

OBSAH

1. Charakteristika onemocnění	3
1. 1. Charakteristika (definice) akutního průjmu.....	3
1. 2. Hlavní epidemiologické charakteristiky.....	3
1. 3. Patofyziologie a etiologie průjmu.....	3
2. Zásady diagnostického a terapeutického postupu	4
2. 1. Zásady diagnostického postupu v praxi.....	4
2. 1. 1. První kontakt pacienta s lékařem.....	4
2. 1. 2. Postup při konzultaci nebo návštěvě pacienta.....	4
2. 1. 3. Fyzikální vyšetření.....	4
2. 1. 4. Zhodnocení stavu.....	5
2. 1. 5. Pomocná vyšetření.....	5
2. 1. 6. Ohlašovací povinnost.....	5
2. 2. Zásady léčebného postupu.....	5
2. 2. 1. Poučení.....	5
2. 2. 2. Prevence a léčba dehydratace.....	6
2. 2. 3. Realimentace.....	6
2. 2. 4. Medikamentózní léčba.....	6
2. 2. 5. Indikace k hospitalizaci na infekčním oddělení.....	7
3. Prognóza a prevence	7
3. 1. Prognóza.....	7
3. 2. Prevence.....	7
3. 3. Cestovní průjmy.....	7
4. Posudková hlediska	7

ÚVOD

Aktuální verze Doporučeného postupu Akutní průjem u dospělých je již třetí aktualizací, která reaguje na novinky v této oblasti. V roce 2012 vyšel pod vedením M. Farthinga, současného presidenta Evropské gastroenterologické federace (www.ueg.eu) referenční materiál k průjmu pod hlavičkou Světové Gastroenterologické Organizace. V dubnu 2014 vydala Pracovní skupina dětské gastroenterologie a výživy ČPS doporučení pro výživu kojenců a batolat, která vychází z doporučení ESPGHAN (mezinárodní organizace se stejným zaměřením, www.espgan.med.up.pt). Některá témata, např. bacilonosičství tyfu, naopak ztratila v České republice svou aktuálnost.

1. CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

1.1. CHARAKTERISTIKA (DEFINICE) AKUTNÍHO PRŮJMU

Akutní průjem charakterizuje výskyt tří a více řídkých, neformovaných nebo vodnatých stolic v předcházejících 24 hodinách.

Jako perzistující označujeme průjem, který akutně vznikl a trvá více jak 14 dní.

Současně objem stolice převyšuje 250 ml, respektive 200 g denně.

1.2. HLAVNÍ EPIDEMIOLOGICKÉ CHARAKTERISTIKY

Je obtížné stanovit incidenci akutních průjmových onemocnění, z větší části se jedná o incidenci skrytou. Ve většině případů dochází ke spontánní úzdavě a jen asi 25 % nemocných konzultuje lékaře. Ročně je v České republice hlášeno kolem 45 000 infekčních průjmů (dg. A01-A09). Jako původce bývají nejčastěji identifikovány bakterie druhu *Salmonella* a *Campylobacter*. V posledních letech i na základě zlepšené diagnostiky postupně převažuje podíl kamylobakterií nad salmonelózami. Je třeba přiznat podhlášenost virových průjmů. Epidemiologická situace je stabilizovaná, kromě kolitid vyvolaných *Clostridium difficile*, jejichž počet výrazně narůstá. Importovaná průjmová onemocnění (tyfus či cholera) jsou raritní.

1.3. PATOFYZIOLOGIE A ETIOLOGIE PRŮJMU

Do jejuny se dostává 9–10 litrů tekutiny za 24 hodin. Toto množství tekutiny sestává ze sekretů a z požitých nápojů a potravin. Ve střevě tenkém je za normálního stavu absorbováno asi 90 % tekutiny a do střeva tlustého tak přichází asi 800–1000 ml. Z tohoto množství je absorbováno asi 90 % a ve stolici odchází asi 80–100 ml. Řídkou se stolice stává, je-li odpad vody ve stolici zvýšen o pouhých 50–60 ml. Zvýšení exkrece vody do střeva nad 100 ml zvýší hmotnost stolice nad 200 g/24 hodin. Snížení střevní absorpce vody o 1–2 % je též příčinou průjmu.

Ve většině případů se při akutním průjmovém onemocnění jedná o průjem **infekčního původu**. Etiologicky se uplatňují bakterie, především salmonely, kamylobakter, méně často *Clostridium difficile* (původce post-antibiotické kolitidy) a vzácněji i yersinie nebo shigely. Alimentární intoxikace způsobují také toxiny bakterií (*Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Clostridium perfringens* typu A, *E. Coli*). Z virů rotaviry, adenoviry a noroviry. Z parazitů vyvolávajících průjem je nejvýznamnější *Giardia intestinalis*.

V etiologii cestovních průjmů převažuje enterotoxigenní *Escherichia coli* (ETEC). Na průjem, způsobený prvokem *Entamoeba histolytica*, je třeba pamatovat při pobytu v (sub) tropech nebo na území kolem Středoziemního moře. Rizikové skupiny jsou starší osoby, cestovatelé, imunokompromitovaní jedinci a pacienti s omezenou tvorbou žaludečních šťáv. Zvýšené riziko komplikací je u starších osob, u osob s chronickými nemocemi gastrointestinálního traktu a u těhotných.

Kromě infekce může být průjem symptomem dalších stavů, jako např.: §1

- vedlejší účinek některých léků (např. antibiotik, antihypertenziv, předávkování substituce hypotyreózy), při některých otravách (např. houbami),
- požití osmoticky aktivních látek (např. projímadel, umělých sladidel),
- deficit enzymů (např. laktázy),
- redukce absorpčního povrchu (např. střevní resekcce),
- porucha transportních mechanismů enterocyty (např. Crohnova nemoc, malabsorpce žlučových kyselin, pankreatická steatorea),
- poškození střevní stěny (např. kolitidy, ischemie, divertikulitida),
- patologické procesy v malé pánvi (náhlé příhody břišní, perirektální absces, extrauterinní gravidita),
- zvýšená motilita (např. dráždívý tračník, diabetes mellitus, tyreotoxikóza).

Průjem může být také prvním projevem závažné infekce lokalizované mimo střevní trakt (sepsa, pneumonie, uroinfekce u seniorů, virové hepatitidy).

Nejzávažnější komplikací průjmu je dehydratace a minerálová dysbalance. Průjem u dospělých pacientů v našich podmínkách jen zřídka vede k těžké dehydrataci. Tou jsou ohroženi zejména staří a chronicky nemocní pacienti s omezenou sebeobsluhou.

2. ZÁSADY DIAGNOSTICKÉHO A TERAPEUTICKÉHO POSTUPU

2.1. ZÁSADY DIAGNOSTICKÉHO POSTUPU V PRAXI

2.1.1. PRVNÍ KONTAKT PACIENTA S LÉKAŘEM

Pro klinické zhodnocení akutního průjmu jsou rozhodující anamnestické údaje pacienta:

- epidemiologická anamnéza, kontakty? kontakty se zvířaty? strava? cestování? rizikové chování?
- konzistence stolice a její frekvence, délka trvání obtíží, příměs krve a hlenu?
- teplota, jak vysoká a kolik dní?
- zvracení, frekvence, délka trvání (hodiny?) s úlevou?
- příjem a výdej tekutin, malátnost, zmatenost, kolaps?
- bolesti břicha?
- chronická onemocnění, užívané léky, zejména antibiotika?
- zvýšené nebezpečí nákazy pro okolí (činnost epidemiologicky závažná).

Nekomplikovaný případ akutního průjmu (na základě anamnestických údajů) může být řešen telefonicky poskytnutím informací a udělením pokynů. Pokud poskytuje základní informace sestra, musí být lékařem řádně poučena.

Vyšetření pacienta je nutné při těchto příznacích:

- vodnatý průjem trvající déle než 3 dny, u pacientů starších 70 let déle jak 1 den,
- každý průjem provázený horečkou, který trvá déle než 3 dny,
- příměs krve, sliznice nebo hlenu ve stolici,
- přetrvávající bolest břicha, zejména v období mezi křečemi,
- opakované zvracení, negativní bilance tekutin, oligurie, anurie,
- ztráta hmotnosti nad 5 %,
- základní závažné chronické onemocnění (např. nekompenzovaný diabetes mellitus, renální insuficience, nestabilní ICHS, stav po nedávné CMP, léčené onkologické onemocnění apod.).

Riziko komplikací roste s věkem pacienta.

2.1.2. POSTUP PŘI KONZULTACI NEBO NÁVŠTĚVĚ PACIENTA

Dle anamnestických údajů a závažnosti příznaků rozhodne lékař o nutnosti dalšího vyšetření.

2.1.3. FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ

- Stav hydratace (stav vědomí, stav sliznic, turgor kůže, teplota na periférii, krevní tlak, puls, vyšetření ve stoji, hmotnost).
- Vyšetření břicha (k vyloučení náhlé příhody břišní).
- Vyšetření per rectum vždy při údajích o příměsích hlenu a krve ve stolici a při podezření na náhlou příhodu břišní.

Ztráta hmotnosti do 5 % ukazuje na lehkou dehydrataci, do 10 % ukazuje na středně těžkou, vyšší než 10 % ukazuje na těžkou míru dehydratace.

Pokud má lékař podezření, že akutní průjem je symptomem jiného – neinfekčního onemocnění, provede potřebná vyšetření.

V případě, že akutní průjem probíhá u pacientů s chronickým onemocněním, které může stav výrazně komplikovat (např. diabetes mellitus, renální insuficience), lékař postupuje podle doporučení, příslušného pro dané onemocnění.

2.1.4. ZHODNOCENÍ STAVU

- Akutní průjem bez komplikací.
- Akutní průjem se zvýšeným rizikem nebo přítomností dehydratace.

2.1.5. POMOCNÁ VYŠETŘENÍ

Kultivační vyšetření stolice má omezenou výtěžnost a profit pro nemocného, ale má význam z epidemiologického hlediska.

Rutinní provádění kultivačního vyšetření stolice u všech pacientů s průjmem je v praxi těžko realizovatelné.

Vždy by mělo být provedeno u pacientů:

- kteří opakovaně vyhledají lékaře pro selhání symptomatické terapie,
- se závažným klinickým průběhem průjmu (pak raději opakovaně),
- s příměsí krve a hlenu ve stolici,
- oslabených (starší osoby, pacienti s imunosupresí),
- se zvýšeným rizikem šíření nákazy pro okolí (např. v kolektivních zařízeních, léčebnách nebo azylových domech),
- kteří vykonávají činnost epidemiologicky závažnou (zejména práce v potravinářství a ve zdravotnictví) a u jejich rodinných příslušníků.

Výtěr z konečníku tampónem, který se hned po odběru zanoří do transportního média. Poté se uchovává při teplotě cca 3–5 °C a do 24 hodin by měl být zpracován v mikrobiologické laboratoři.

Při podezření na parazity jako původce průjmu musí být vzorky stolice odebrány do speciálních odběrovek o objemu minimálně 10 ml. Protože vylučování oocyst nebo vajíček může být intermitentní, doporučuje se odebrat tři vzorky stolice v průběhu jednoho týdne.

Vyšetření na viry je standardní metodou; do laboratoře se odesílá vzorek stolice a vyšetřuje se nejčastěji latexovou aglutinací. V případě potřeby odběru obtížně kultivovatelné bakterie (kampylobakter, cholera) je třeba konzultovat odběr s mikrobiologickou laboratoří.

Sérologické vyšetření má význam u yersiniózy, u tyfu a paratyfu (Widalova reakce).

Podle zvážení lékaře jsou indikována další hematologická a/nebo biochemická vyšetření.

2.1.6. OHLAŠOVACÍ POVINNOST

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 440/2000 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)

2.2. ZÁSADY LÉČEBNÉHO POSTUPU

2.2.1. POUČENÍ

Při nekomplikovaném akutním průjmu je řádné poučení pacienta lékařem nebo sestrou dostačující. Poučení by mělo obsahovat uklidnění pacienta informací, že přirozený průběh průjmu je většinou bez komplikací a příznaky obvykle vymizí spontánně. Léky ovlivňují příznaky, ale nezkracují délku onemocnění. Pokud pacient (nejde-li o diabetika nebo osobu na diuretické léčbě) normálně močí, nemusí mít obavy z dehydratace. Pacient by měl být upozorněn na příznaky, o kterých by měl informovat lékaře (viz 2. 1. 1.).

Měly by být dodržovány následující pokyny:

- dostatečný příjem tekutin (4 litry denně, sladký čaj, minerálky, i při zvracení a průjmu je část přijatých tekutin vstřebána), případně komerčně vyráběné perorální rehydratační roztoky,
- dočasné přerušování diuretické léčby,
- vhodné je omezení tuků a projímavých, nadýmavých či dráždivých potravin,
- příjem potravy podle individuální snášenlivosti, v menších dávkách častěji, vhodná jsou probiotika,
- nutné dodržování hygienických zásad,
- riziko snížení resorpce léků včetně perorální antikoncepce, změna distribučního objemu extracelulární tekutiny pro léčivé přípravky (antihypertenziva),
- poučení pacienta o možných lécích proti průjmu,
- kontrolní návštěva pacienta s nekomplikovaným akutním průjmem není nutná.

2.2.2. PREVENCE A LÉČBA DEHYDRATACE

Pokud se jedná o zvýšené riziko dehydratace, nebo u pacienta jsou již přítomny známky dehydratace, je třeba zvážit, zda je stav zvládnutelný v domácím prostředí.

Indikován k hospitalizaci je:

1. pacient s dehydratací středně těžkou i těžkou. U lehké dehydratace přihlížíme k dalším komorbiditám a sebe-osluznosti pacienta, s příznaky zmatenosti, malátnosti, oligurií či anurií, hlubokého a pomalého Kussmaulova dýchání a s hypotenzí
2. pacient, který perorálně nepřijímá či zvrací, čili není schopen doplňovat ztráty tekutin přirozenou cestou a je u něho nutná parenterální rehydratace.

V domácím prostředí je možné ponechat pacienta se známkami mírné dehydratace, spolehlivě zajištěného rodinnými příslušníky, ale bez výše uvedených alarmujících příznaků.

Náhradu ztracených tekutin a minerálů lze zajistit požíváním velkého množství tekutin (sladký čaj, minerální vody nesyčené a bez příchuti, rehydratační roztoky, iontové nápoje). Vhodné jsou slané nekořeněné polévky (náhrada sodíku) a banány, nastrouhaná jablka, jablečné či banánové přesnídávky (náhrada hlavně draslíku).

Pro perorální rehydrataci je dle SZO roztok *ORS (Oral rehydration solution)*. Dle Rp.:

Natrii chlorati 3,5
 Natrii hydrogencarbonici 2,5 seu Natrii citrici 2,9
 Kalii chlorati 1,5
 Glucosi 20,0
 M. f. pulv. D. ad sacc. papyr.
 D. t. dos. No...
 D. S.: 1 sáček rozředit v 1 l převařené vody

V domácích podmínkách lze použít i roztok, který obsahuje: 8 lžiček cukru, 1 lžičku stolní soli, šťávu ze dvou pomerančů nebo ze dvou 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.

Ošetřující osoba zaznamenává příjem a výdej tekutin (močení), četnost a konzistenci stolice, zvracení.

Podmínkou ošetřování pacienta s dehydratací v domácím prostředí je sledování výše uvedených dat ošetřujícím lékařem.

2.2.3. REALIMENTACE

Realimentace je založena na příjmu běžné stravy, s preferencí potravin obsahujících škroby – rýže, brambory, těstoviny, pečivo, libové maso, mrkvové polévky, jablečné a banánové pyré. Přechodně by měly být omezeny nápoje a džusy s vysokým obsahem fruktózy, sacharózy nebo sorbitolu a velmi sladká jídla.

2.2.4. MEDIKAMENTÓZNÍ LÉČBA

Kauzální, t.j. antibiotická léčba ve většině případů není nutná. Pro zmírnění subjektivních obtíží a v situacích, kdy průjmy jsou z praktických důvodů nežádoucí (neodkladná pracovní záležitost, cestování), lze pacientům doporučit antimotilika (loperamid, event. loperamid kombinovaný se simeticonem). Délka podávání by neměla překročit 48 hodin. Loperamid je kontraindikován u malých dětí a při příznacích invazivního zánětlivého průjmu; při teplotách, stolicích s příměsí krve a při silné bolesti břicha. Není doporučen kojícím a jen s opatrností je možné ho podat v těhotenství. Z dalších antimotilik lze předepsat difenoxylát.

K symptomatické léčbě akutního průjmu nebo jako doplněk léčby kauzální je možné doporučit lék snižující střevní sekreci u infekčních průjmů, racecadotril. Léčba by neměla přesáhnout 7 dní. Lék lze doporučit i dětem. U starších pacientů není potřeba úprava dávkování.

V případech předpokládané bakteriální etiologie průjmu (např. cestovatelský průjem, průjem po požití kontaminované vody, potravin) nebo u dysenterické formy průjmu (febrilní stav s krví a hleny, kousky sliznic ve stolici) je lékem volby střevní desinfiens (nifuroxazid). Krátkodobá kombinace antimotilik, antisekrecčních léků a střevních desinfiencí (nifuroxazid) je možná.

Z adsorbencí lze použít smectit. U carbo adsorbens je nevýhodou omezení možnosti objektivního hodnocení stolice.

Spasmolytika mohou být výjimečně použita u kolikovitých bolestí.

Přehled nespecifické farmakoterapie průjmu v tabulce č. 1 přílohy.

Antibiotika nejsou u akutních nekomplikovaných průjmů indikována.

Odůvodnění pro podání antibiotik existuje u cestovatelských průjmů v místech se špatnou dostupností lékařské péče, u pacientů imunokompromitovaných, polymorbidních a při těžkém průběhu onemocnění. Doporučenými antibiotiky jsou kotrimoxazol, fluorované chinoliny, makrolidy u kampylobakteria, event. další dle předpokládaného původce (viz příloha, tabulka 2).

Probiotika jsou vhodná jako doplněk rehydratační nebo realimentační terapie, zejména při průjmech vyvolaných dysmikrobií při ATB léčbě. Pro doporučení probiotik jako prevence průjmů nejsou dostatečné důkazy.

2.2.5. INDIKACE K HOSPITALIZACI NA INFEKČNÍM ODDĚLENÍ

- průjem trvající déle jak 3 dny, provázený příznaky, jako jsou příměs krve a/nebo hlenu ve stolici, meteorismus a bolesti břicha, tenezmy a opakované zvracení, horečnatý stav,
- závažná dehydratace a hypotenze, malátnost, zmatenost, hluboké a pomalé (Kussmaulovo) dýchání,
- průjem komplikující závažné chronické onemocnění,
- neschopnost zajištění dostatečné domácí péče,
- neúspěšná domácí rehydratace,
- pobyt v epidemiologicky závažných oblastech,
- povinně hospitalizovaná onemocnění uvedená v příloze 1.

Při podezření na náhlou příhodu břišní – chirurgické konzilium. V případě neobjasněné etiologie je příměs krve ve stolici vždy indikací k následnému endoskopickému vyšetření.

3. PROGNÓZA A PREVENCE

3.1. PROGNÓZA

Akutní průjem má obvykle příznivou prognózu, ve většině případů probíhá nekomplikovaně a nevyžaduje následná opatření. Opakování průjmu vyžaduje diferenciálně diagnostický postup k vyloučení závažných příčin. Každý rok zemře v ČR několik desítek lidí na nosokomiální klostridiovou kolitidu, hlášena jsou i úmrtí na onemocnění vyvolaná salmonelami a rotaviry.

3.2. PREVENCE

Prevence infekčních průjmů odpovídá dodržování obecných zásad komunální a osobní hygieny.

3.3. CESTOVNÍ PRŮJMY

Příčinou cestovních průjmů jsou bakterie, viry a protozoa. Nejčastějším původcem je *E. coli* (enterotoxigenní). Před cestou do zahraničí je vhodné poučení o rizikových oblastech a hygienických zásadách – viz Příloha č. 2.

Do oblastí se zvýšeným rizikem průjmů by měl být cestovatel vybaven antimotilikem, případně antisekrecčním lékem, střevním desinficiem (nifuroxazidem) a ORS práškem k přípravě rehydratačního roztoku. Pro cesty do oblastí s vysokým rizikem a nedostupností zdravotní péče je vhodné vybavit cestující osoby antibiotiky. Tato jsou indikována při febrilním stavu a dysenterické formě průjmu trvající déle než 3 dny. Základem zůstává rehydratační léčba.

4. POSUDKOVÁ HLEDISKA

V rozhodování o pracovní neschopnosti se lékař řídí klinickým stavem pacienta a charakterem jeho pracovní činnosti. V lehkých případech není pracovní neschopnost nezbytná.

U činností epidemiologicky závažných a současně při podezření na infekční etiologii je nutné společné rozhodnutí s orgánem veřejného zdraví.

PRÍLOHA 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 440/2000 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 nebo faxem 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 440/2000 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.).

PRÍLOHA Č. 2: CESTOVNÍ PRŮJEM

Klinicky je cestovní průjem definován odchodem více jak tří řídkých stolic za 24 hodin, někdy s pocitem na zvracení, zvracením, teplotou, bolestmi ve svalech, kloubech, bolestmi hlavy, únavou, nechutenstvím, zimnicí, bolestí břicha, křečemi, urgentním nucením na stolicí, pocitem nedostatečného vyprázdnění nebo vyprazdňováním stolice s příměsí krve a/nebo hlenu. Typicky se onemocnění projevuje 4–10 řídkými stolicemi za den po dobu tří až pěti dnů. Příměs krve ve stolici se vyskytuje v 1–20 % případů. Průjem trvá déle než týden u 10 % pacientů a déle než měsíc u 2 % pacientů. Průměrně 20 % nemocných je upoutáno na lůžko po dobu 1–2 dní.

Tabulka č. 1

Nespecifická protiprůjmová farmakoterapie	
Antimotilika	
Loperamid	4-6mg denně u dospělých Nedoporučen u dětí do 6 let a kojících. U těhotných jen, je-li to nutné. S opatrností u seniorů. Nepodávat při známkách invazivního infekčního průjmu. Nepodávat déle než 48 hodin
Antisekretorika	
Racecadotril	100 mg 3 x denně, před hlavními jídly Podával lze i u dětí. Kombinace s loperamidem a střevním desinficienciem možná. Léčba by neměla přesáhnout 7 dní.
Adsorbencia	
Diosmectitum	3 sáčky, rozpuštěné ve sklenici vody, během dne
Carbo adsorbens	2-4 tablety 3-4x denně, zapít sklenicí vody
Střevní desinficiencia	
Nifuroxazid	3-4x 200mg denně Kontraindikace: u dětí do 6 let, při těhotenství. Při kojení možno použít krátkodobě
Cloroxinum	3x denně 250mg, 2-3 dny Kontraindikace: těhotenství i kojení, děti s hmotností pod 40 kg

Při cestování je vhodné dodržování těchto zásad a osobní hygieny:

- pít pouze nápoje (včetně mléka) v originálním balení, nejlépe dovezené z vyspělých zemí,
- jinak jen nápoje z převařené vody (voda z vodovodu nemusí být nezávadná),
- nepoužívat led do nápojů,
- ovoce jíst pouze to, které lze oloupat, nebo je nutno je omýt nezávadnou vodou,
- nejíst syrovou zeleninu (může být hnojena výkaly),
- nejíst zmrzlinu a tepelně nezpracovaná jídla,
- nepožívat v syrovém stavu masa, ryby, mořské živočichy.
- nekupovat potraviny od pouličních prodavačů,
- vyhýbat se neznámým povrchovým vodám (mytí, koupání, čištění zubů),
- nekoupat se v moři poblíž vyústění kanalizace,
- vyvarovat se kontaktu s volně se pohybujícími zvířaty.

Zásady lze shrnout do „šesti O“ (obchod, originál, otevřít, oloupat, omýt, ovařit).

Tabulka č. 2

Antimikrobiální terapie u infekčních průjmů (v dávkách pro dospělé)	
Cholera*	Doxycyclin jednorázově 300 mg, Azithromycin 1g jednorázově Ciprofloxacin 2 x 500 mg 3 dny
Salmonelóza (jen je-li průjem provázen vysokou horečkou)	Cotrimoxazol 2x 960 mg 3 dny Ciprofloxacin 2x 500 mg 3 dny
Shigellóza**	Ciprofloxacin 2x 500 mg 3 dny Ceftriaxon 2-4 g jednorázově
Amebiáza**	Metronidazol, 3x 750 mg 5 dní
Giardiáza	Metronidazol, 3x 250 mg 5 dní
Kampylobakteriáza***	Azithromycin 500 mg denně 3 dny Clarithromycin 2x 500 mg 3-5 dní

Poznámka:

* Pokud by se objevil v České republice pacient s cholerou, musel by být ze zákona hospitalizován na infekčním oddělení.

** V případě shigelózy a amebiázy je povinná izolace pacienta na infekčním oddělení

*** Více než 50 % kmenů kampylobakterů v ČR je rezistentních k fluorochinolonom

LITERATURA:

1. De Las Casas, C., Adachi, J., Dupont, H.: Review article: travellers' diarrhoea. Aliment. Pharmacol. Ther. 13, 1999, s. 1373–1378.
2. Galský, J., Kumpel, P.: Akutní infekční průjmy. Triton Praha, Trendy v medicíně 3, 2001/2, s. 40-43.
3. Graman, P. S., and Betts, R. F.: Gastrointestinal and Intraabdominal Infections. In: Reese and Betts' a Practical Approach to Infectious Diseases. Betts, R. F., Chapman, S.W., Penn, R. L. eds. 5th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2003.
4. Havlík, J. a spol.: Infekční nemoci. Příručka pro praktické lékaře. Galén, Praha, 1998.
5. Malamud, A.: Treatment of gastrointestinal infection. Current Opinion Gastroenterol. 16, 2000, s. 51–55.
6. Lukáš, K.: Průjem. Diagnostika a léčba. Maxdof Jesenius, Praha, 2002.
7. Powell, D. W.: Approach to the Patient with Diarrhea. In: Textbook of Gastroenterology. Yamada, T., ed. J. B. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Baltimore, 2003, s. 844–893
8. Reid, G.: Probiotics in the Treatment of Diarrheal Diseases. Current Infectious Disease Reports, 2, 2000, (1): s. 78–83.
9. Shaw, R. D.: Viral infection of the gastrointestinal tract. Current Opinion Gastroenterol. 16, 2000, s. 12–17.
10. Schiller, L.R., Sellin, J.H.: Diarrhea. In: Schleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Feldman, M., Friedman, L.S., Schleisinger, M. H., eds. Saunders, Philadelphia, 2002, s. 131-154
11. Tauxe, R. V., Swerdlow, D. L., Hughes, J. M.: Foodborne Disease. In: Principles and practice of infectious diseases. Mandell, G. L., Bennett, J. E., Dolin, R. eds. Fifth Edition, Churchill Livingstone, Inc., 2000, s. 1150–1165
12. EPIDAT Vybrané infekční nemoci v ČR v letech 1998 – 2007 – absolutně. www.szu.cz/data/vybrane-infekcni-nemoci-v-cr-v-letech-1998-2007-absolutne
13. Camilleri, M., Murray, J.A.: Diarrhea and Constipation. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. Fauci, A.S. ed., McGraw Hill Medical, New York, 2008, s. 245-255
14. Lukáš K, Hep A, Seifert B, Vojtišková J, Marešová V, Ambrožová H, Galský J. Akutní průjem u dospělých. Doporučený postup – aktualizovaná verze. Čes a Slov Gastroent a Hepatol 2009; 63(1): 31-36
15. Bělohávková, 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, Česko-slovenská pediatrie, 2014; 69,5, 30-34
16. Farthing, M., Salam, M., et al, World Gastroenterology Organization Global Guidelines: Acute Diarrhea in adults and children: global perspective, World Gastroenterology Organization, 2012
17. Beneš J, Husa P, Nyč O, Polívková S. Doporučený postup diagnostiky a léčby kolitidy vyvolané Clostridium difficile. Klin mikrobiol inf lék 2014;20(2):56-66.
18. Beneš J: Antibiotická léčba akutních průjmových infekcí. Postgrad Med 2013;8:36-39

Doporučený postup byl vytvořen s podporou Nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND
PRAKTIK

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-86998-76-3

ISBN 978-80-86998-76-3



© 2015, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP