Akútna gastroenteritída z pohľadu farmaceuta vo verejnej lekárni

Zverejnené: 3. augusta 2026 | Autor: PharmDr. Jana Michaličková



Akútna gastroenteritída (AGE) je akútne zápalové ochorenie gastrointestinálneho traktu, najčastejšie infekčnej etiológie, ktoré sa klinicky prejavuje predovšetkým hnačkou, často sprevádzanou vracaním, nauzeou, bolesťami brucha alebo horúčkou. Definuje sa ako zníženie konzistencie stolice (kašovitá až vodnatá) a/alebo zvýšenie frekvencie vyprázdňovania (typicky ≥ 3 stolice za 24 hodín), so sprievodnou horúčkou alebo vracaním alebo bez nich. Výpovednejšia než samotný počet stolíc je pritom zmena ich konzistencie oproti bežnému stavu pacienta. Akútna hnačka trvá spravidla menej ako 7 dní a z definície nikdy nie viac ako 14 dní.

Počas leta narastá podiel alimentárnych bakteriálnych gastroenteritíd spôsobených najmä druhmi

Campylobacter, *Salmonella* a patogénnymi kmeňmi *E. coli*. Vírusy, predovšetkým norovírusy a u malých detí rotavírusy, však ostávajú významnými pôvodcami akútnej gastroenteritídy celoročne. Vo väčšine prípadov má akútna gastroenteritída nekomplikovaný a samolimitujúci priebeh. Práve preto je liečba vo veľkej väčšine prípadov **symptomatická a podporná**; jej ťažiskom je prevencia a korekcia dehydratácie, nie „zastavenie" hnačky za každú cenu. K letnému obdobiu neodmysliteľne patrí aj cestovanie, a teda cestovateľská hnačka.

Dôkazová báza a jej aktuálnosť
Európskym referenčným dokumentom ostáva ESPGHAN/ESPID guideline z roku 2014 — novšia verzia zatiaľ nevyšla, takže je stále platný, no má už vyše dekády. Tam, kde je to možné, sa preto opierame o novšie a metodicky silnejšie syntézy: metaanalýzu nízkoosmolárneho ORS na objednávku WHO (2024), sieťovú metaanalýzu 174 RCT u detí (Florez, 2018), aktualizované Cochrane prehľady a metaanalýzy (2015–2024), pozičné dokumenty ESPGHAN o probiotikách a synbiotikách, metaanalýzy racekadotrilu (2018, 2025).

Fyziológia — prečo funguje perorálna rehydratácia

Tenké črevo denne spracuje niekoľko litrov tekutiny (perorálny príjem plus tráviace sekréty) a väčšinu z nej resorbuje späť. Kľúčovým mechanizmom, na ktorom stojí celá perorálna rehydratačná terapia, je **sodíkovo-glukózový kotransportér SGLT1** na apikálnej membráne enterocytu: jedna molekula glukózy sa spolu s dvomi iónmi sodíka aktívne transportuje do bunky a voda ju nasleduje osmoticky. Tento mechanizmus zostáva funkčný aj počas infekčnej hnačky, kým je zachovaná črevná sliznica.

Práve preto perorálny rehydratačný roztok (ORS) obsahujúci glukózu *a* sodík v definovanom pomere zabezpečí vstrebávanie vody aj tam, kde je pasívna resorpcia narušená. Draslík v roztoku kryje káliové straty a citrát alebo bikarbonát korigujú metabolickú acidózu vznikajúcu zo strát stolicou. To je zároveň dôvod, prečo bežné nápoje (kola, džúsy, športové nápoje) s vysokou osmolaritou a nízkym obsahom sodíka rehydratáciu nezastanú a hnačku môžu skôr zhoršiť.

Patofyziológia

Podľa prevažujúceho mechanizmu rozlišujeme dva typy hnačky, ktoré sa v praxi často prelínajú. Pri **sekrečnej hnačke** enterotoxíny (napr. enterotoxigénna E. coli alebo cholera) aktivujú cAMP/cGMP a stimulujú sekréciu chloridov a vody do lúmenu; stolica je vodnatá, straty sú objemné a hnačka pretrváva aj pri hladovaní. Pri **osmotickej hnačke** poškodenie kefkového lemu (typicky vírusové) vedie k malabsorpcii, pričom neresorbované látky vrátane prechodne nestrávenej laktózy na seba osmoticky viažu vodu; táto forma ustupuje pri hladovaní a s regeneráciou sliznice.

Klinicky najzávažnejším dôsledkom oboch je **dehydratácia a dysbalancia elektrolytov**. Zraniteľnosť sa pritom výrazne líši podľa veku a stavu pacienta: malé deti majú vyšší pomer telesného povrchu k hmotnosti a väčší objem vody, kým seniori mávajú znížený pocit smädu, nižšiu koncentračnú schopnosť obličiek a súčasne diuretiká či ACE-inhibítory, ktoré riziko prehlbujú.

Farmakoterapia — čo hovorí evidencia

Perorálny rehydratačný roztok (ORS) — základ liečby

ORS je jedinou intervenciou s jednoznačným prínosom pre všetky vekové skupiny a predstavuje liečbu prvej voľby pri miernej až stredne ťažkej dehydratácii. Európske deti majú dostávať **hypoosmolárny (nízkoosmolárny) ORS**, ktorý ESPGHAN preferuje pred pôvodným roztokom WHO, WHO od roku 2004 odporúča zníženú osmolaritu (≤ 245 mmol/l, Na^+ 60 mmol/l) namiesto pôvodných ~ 311 mmol/l. Cochrane prehľad ukázal, že roztok so zníženou osmolaritou znižuje potrebu neplánovanej intravenóznej infúzie, objem stolice aj zvracanie oproti štandardnému roztoku WHO, a **najnovšia metaanalýza z roku 2024, vypracovaná na objednávku WHO pre revíziu odporúčaní pre detskú hnačku, tento záver potvrdzuje** a uzatvára, že nízkoosmolárny ORS má ostať odporúčaný pri akútnej aj perzistujúcej hnačke. Ako perspektívna alternatíva sa skúmajú **polymérové (ryžové alebo obilné) ORS** s postupným uvoľňovaním glukózy, ktoré podľa Cochrane prehľadu môžu objem a trvanie hnačky znížiť ešte o niečo viac než glukózové roztoky, hoci istota dôkazov je nižšia. V praxi sa odporúča podávať ORS po veľmi malých dávkach (napr. po lyžičkách alebo malých dúškoch) a často, a to aj pri vracaní. Menšie objemy bývajú lepšie tolerované než podanie väčšieho množstva tekutiny naraz. Ak vracanie znemožňuje udržať aj malé dávky ORS, pacient si vyžaduje lekárske vyšetrenie a zváženie intravenóznej rehydratácie.

Zinok

Cochrane prehľad (33 štúdií, 10 841 detí) ukazuje, že u detí starších ako 6 mesiacov zinok skracuje trvanie hnačky približne o pol dňa, kým u dojčiat mladších ako 6 mesiacov prínos preukázaný nebol a suplementácia zvyšuje riziko zvracania. Zásadné obmedzenie pre našu prax prináša novšia sieťová metaanalýza 174 RCT (Florez, 2018): v subanalýze bol efekt zinku prítomný **len v krajinách s nízkym a stredným príjmom, kým vo vyspelých krajinách sa nepreukázal**. Odporúčania WHO/UNICEF, podávať zinok, teda cielia najmä na oblasti s vysokou prevalenciou jeho deficitu; pre dobre živenú stredoeurópsku populáciu je rutinné podávanie zinku pri AGE okrajové.

Probiotiká

Probiotiká sú živé mikroorganizmy, ktoré po podaní v dostatočnom množstve prinášajú hostiteľovi zdravotný benefit. Predpokladané mechanizmy pri AGE zahŕňajú kompetitívne vytesnenie patogénov, posilnenie črevnej bariéry, produkciu mastných kyselín s krátkym reťazcom a imunomoduláciu. Zásadné je, že **účinok je striktne kmeňovo špecifický** — nedá sa prenášať z jedného kmeňa na druhý, ani zovšeobecňovať na „probiotiká“ ako triedu. Práve preto sa v čase menil aj pohľad na ne: staršie Cochrane prehľady prínos naznačovali, no po zaradení veľkých kvalitných štúdií a zohľadnení publikačného skreslenia aktualizovaný Cochrane prehľad z roku 2020 (82 štúdií, 12 127 účastníkov) **nepreukázal** jednoznačný účinok na trvanie hnačky ani na podiel osôb s hnačkou ≥ 48 hodín.

Pozičný dokument ESPGHAN 2023 podáva **slabé odporúčanie** (nízka až veľmi nízka istota dôkazov) pre zváženie konkrétnych kmeňov ako doplnok rehydratácie. Najviac dát podporuje *Lactobacillus rhamnosus GG* (v dávke ≥ 10^{10} CFU/deň) a *Saccharomyces boulardii* (250–750 mg/deň), z ďalších *Limosilactobacillus reuteri* DSM 17938, prípadne kombináciu *L. rhamnosus* 19070-2 + *L. reuteri* DSM 12246; podávajú sa spravidla 5 dní a čo najskôr od začiatku ochorenia, pričom očakávaný efekt je skrátenie hnačky rádovo o 1 deň.

Osobitnú pozornosť si zasluhujú synbiotiká (fixná kombinácia

probiotika a prebiotika), ktoré sú častou súčasťou OTC prípravkov. Podľa pozičného dokumentu ESPGHAN z roku 2023 nemožno na základe dostupných dôkazov odporučiť ani neodporučiť ich rutinné použitie pri akútnej gastroenteritíde u detí.

Adsorbenciá a mukoprotektíva (diosmektit, tanín-želatínový komplex, aktívne uhlie)

Do tejto skupiny patrí niekoľko na Slovensku bežne používaných OTC prípravkov. Spája ich to, že **nie sú náhradou rehydratácie**; keďže časť z nich sú adsorbenty, iné lieky treba podávať s časovým odstupom (spravidla aspoň 1–2 hodiny), aby sa neznížilo ich vstrebávanie. Ich dôkazová báza sa však výrazne líši.

Diosmektit (smektit) je prírodný vrstevnatý hlinitohorečnatý silikát (fylosilikátový íl), ktorý pôsobí ako **mukoprotektívne adsorbens**: viaže bakteriálne a vírusové toxíny aj žlčové soli, spevňuje hlienovú (mucínovú) vrstvu a znižuje priepustnosť poškodenej sliznice. Na rozdiel od antimotilík nemení črevnú motilitu ani nepredlžuje kontakt patogénov so sliznicou. Jeho najčastejším nežiaducim účinkom je prechodná zápcha.

Metaanalýza 13 RCT (2164 detí vo veku 1–60 mesiacov) preukázala, že diosmektit ako doplnok k rehydratácii skracuje trvanie akútnej hnačky približne o 23 hodín a zvyšuje podiel vyliečených na 5. deň, bez nárastu nežiaducich účinkov; účinný bol vo všetkých typoch hnačky **okrem dyzentérie**, istota dôkazov bola však hodnotená ako nízka (prevažne otvorené štúdie, riziko publikačného skreslenia). Na slovenskom trhu je diosmektit registrovaný **od 2 rokov**, pričom u detí od 2 rokov je dávka 6 g/deň (2 vrecká) a u dospelých 9 g/deň (3 vrecká), s možnosťou zdvojnásobenia na začiatku hnačky (ŠÚKL/adc.sk). Zo skupiny má diosmektit najviac dát a najkonkrétnejší efekt.

Tanín-želatínový komplex (želatín-tanát) je na Slovensku aj v ďalších krajinách strednej Európy často používaný pri akútnej hnačke. Ide o komplex kyseliny tanínovej s adstringentnými vlastnosťami a želatíny, ktorému sa pripisuje schopnosť vytvárať ochranný film na črevnej sliznici. Klinická evidencia jeho účinnosti je však nejednoznačná. Skorší systematický prehľad nenašiel presvedčivé dôkazy o prínose u detí a len obmedzené dôkazy u dospelých. Hoci niektoré menšie štúdie a metaanalýza naznačili zníženie frekvencie stolíc v prvých hodinách liečby, zahrnuté štúdie boli metodologicky heterogénne. Následná dvojito zaslepená placebom kontrolovaná randomizovaná štúdia u detí mladších ako 5 rokov nepreukázala pri pridaní želatín-tanátu k štandardnej rehydratácii skrátenie trvania hnačky (75,6 vs. 75,5 hodiny). ESPGHAN preto jeho rutinné používanie neodporúča. Hoci ide o bezpečný prípravok, dostupné dôkazy nepreukázali klinicky významný prínos, a preto by nemal byť prezentovaný ako liečba s preukázanou účinnosťou.

Poznámka: *v inej indikácii — u dospelých s chronickou hnačkou a narušenou mikrobiotou (dysbiózou) — priniesla randomizovaná štúdia z roku 2025 s tanín-želatínovým komplexom v kombinácii s tyndalizovanými mliečnymi baktériami zlepšenie bolesti brucha aj konzistencie a frekvencie stolice oproti placebu [22]. Ide však o chronickú hnačku a kombinovaný produkt, preto tieto výsledky nemožno prenášať na akútnu (letnú) hnačku.*

Aktívne (čierne) uhlie je klasické adsorbens (Carbo medicinalis), ktoré na seba viaže plyny a rôzne látky v čreve. V praxi sa využíva najmä pri plynatosti a v toxikológii (jednorazovo do ~1 hodiny od požitia), no **pri akútnej infekčnej hnačke sú dôkazy o účinnosti chabé** a medzinárodné odporúčania ho v tomto kontexte (napr. pri cestovateľskej hnačke) neodporúčajú. Ako adsorbens navyše môže znížiť vstrebávanie súbežne užitých liekov, preto je na mieste časový odstup. Je bezpečné, ale nemá byť prezentované ako cielená liečba hnačky.

Antisekrečná liečba — racekadotril

Racekadotril je inhibítor enkefalinázy s **čisto antisekrečným** účinkom: znižuje sekréciu vody a elektrolytov do lúmenu bez ovplyvnenia motility a tranzitu, preto nespôsobuje reflexnú zápchu ani nezadržiava patogény v čreve. U detí metaanalýza RCT potvrdzuje skrátenie trvania hnačky a zníženie stolicovej záťaže pri dobrej znášanlivosti. U dospelých systematický prehľad ukázal znášanlivosť porovnateľnú s placebom a lepšiu než loperamid (menej reflexnej zápchy) [12] a novšia metaanalýza RCT z roku 2025 naznačuje **lepšiu klinickú odpoveď racekadotrilu oproti loperamidu** pri infekčnej hnačke dospelých, hoci časť dôkazov je sponzorovaná výrobcom a heterogenita štúdií je stredná. V randomizovanej štúdii u seniorov v opatrovateľských zariadeniach dosiahol racekadotril rýchlejšie vymiznutie hnačky než loperamid [1].

Pre slovenskú prax je však zásadné, že racekadotril je tu registrovaný len ako prípravok pre dospelých — **indikovaný od 18 rokov, u detí a dospievajúcich (0–17 r.) nie je dostupný** (bezpečnosť a účinnosť tejto liekovej formy pre nich nebola stanovená). U seniorov nie je potrebná úprava dávkovania, čo spolu s antisekrečným profilom robí z racekadotrilu rozumnú voľbu u starších dospelých; v gravidite a počas dojčenia sa podľa SPC nemá užívať. Pediatrická evidencia je teda relevantná skôr pre krajiny, kde je dostupná detská lieková forma.

Antimotiliká — loperamid

Loperamid je periférny agonista opioidových receptorov v črevnej stene, ktorý spomaľuje motilitu a predlžuje tranzit. Na slovenskom trhu je registrovaný **od 6 rokov** na symptomatickú liečbu akútnej hnačky (dávkovanie u detí podľa hmotnosti — úvodná 1 kapsula/2 mg, potom po každej riedkej stolici, najviac 3 kapsuly na 20 kg a najviac 8 kapsúl denne; u dospelých úvodne 4 mg). U inak zdravého pacienta bez varovných príznakov môže priniesť rýchlu symptomatickú úľavu, vždy spolu s rehydratáciou.

Napriek registrácii od 6 rokov **nie je loperamid u detí liečbou voľby**: ESPGHAN ho v manažmente detskej AGE neodporúča rutinne, pretože pomer prínos/riziko je nepriaznivý (riziko ilea, útlmu CNS, u malých detí závažných nežiaducich účinkov) a prednosť majú rehydratácia a prípadné adjuvanciá. U dospelých aj detí je **kontraindikovaný pri krvi v stolici a vysokej horúčke** (podozrenie na invazívnu/dyzentériformnú infekciu) a všade tam, kde je nežiaduce potlačenie peristaltiky (riziko ilea, megakolónu); u detí do 6 rokov sa nepoužíva vôbec.

Antibiotiká

Väčšina akútnych hnačiek je vírusová alebo samolimitujúca a antibiotiká **nie sú indikované**; ich paušálne nasadzovanie patrí medzi hlavné chyby v manažmente AGE. Cielená antibiotická liečba prináleží lekárovi a je vyhradená pre vybrané situácie (dyzentéria, ťažký či invazívny priebeh, rizikoví pacienti, časť cestovateľských hnačiek podľa etiológie a regiónu). Úlohou lekárnika je tu najmä prevencia nadužívania a odoslanie správnych pacientov.

Manažment podľa populácie

Ťažisko rozhodovania sa medzi skupinami líši. Nasledujúce podkapitoly zhŕňajú praktický prístup u detí, tehotných a dojčiacich žien a seniorov.

Deti

Deti patria medzi pacientov s najvyšším rizikom dehydratácie pri akútnej gastroenteritíde. Zároveň práve v tejto vekovej skupine sú odporúčania založené na najrobustnejších dôkazoch. Základom liečby je rehydratácia hypoosmolárnym ORS pri miernej až stredne ťažkej dehydratácii, podávaná po malých dávkach a často. Po iniciálnej rehydratácii (do 4–6 hodín) sa odporúča **skorý návrat k bežnej strave**; dojčené deti treba dojčiť ďalej neprerušovane a rutinné vysadzovanie laktózy ani riedenie mlieka sa neodporúča.

Ako doplnok, nie náhradu perorálnej rehydratácie, možno zvážiť podanie kmeňovo špecifického probiotika (napr. *Lacticaseibacillus rhamnosus* GG, *Saccharomyces boulardii* alebo *Limosilactobacillus reuteri* DSM 17938) alebo diosmektitu. Ich prínos je skromný a spočíva najmä v skrátení trvania hnačky približne o jeden deň. Rutinné podávanie zinku sa v podmienkach Slovenska neodporúča, keďže jeho klinický prínos bol preukázaný predovšetkým u detí z populácií s vysokým výskytom deficitu zinku. Pri neutíšiteľnom vracaní znemožňujúcom perorálnu rehydratáciu alebo pri známkach stredne ťažkej až ťažkej dehydratácie je potrebné dieťa odoslať na lekárske vyšetrenie. Loperamid nie je u detí liečbou voľby a je kontraindikovaný u detí mladších ako 6 rokov. Antibiotiká nie sú rutinne indikované a podávajú sa len pri vybraných bakteriálnych infekciách podľa rozhodnutia lekára.

Prevenciou ťažkej detskej gastroenteritídy je pritom **očkovanie proti rotavírusom**, ktoré cieli na najčastejšiu závažnú príčinu u dojčiat. Na Slovensku sú dostupné perorálne živé vakcíny podávané od 6. týždňa veku s ukončením schémy do 24, resp. 32 týždňov. Lekárnik môže rodičov na túto možnosť aktívne upozorniť, keďže výrazne znižuje počet hospitalizácií pre rotavírusovú hnačku.

Tehotné a dojčiace ženy

U tehotných a dojčiacich žien je ťažiskom **rehydratácia a diétne opatrenia, pričom symptomatická farmakoterapia sa minimalizuje**. ORS je bezpečný a preferovaný v gravidite aj počas laktácie. Pri lieku voľby treba zohľadniť neistotu údajov: údaje o loperamide v gravidite sú obmedzené a nejednotné, preto viacero odborníkov v tehotenstve preferuje len rehydratáciu a diétu, navyše slovenské SPC užívanie v tehotenstve (najmä v 1. trimestri) a počas dojčenia neodporúča. Počas dojčenia prestupuje loperamid do materského mlieka len minimálne. Pri krátkodobom podávaní v odporúčaných dávkach sa neočakáva klinicky významný vplyv na dojčené dieťa. Racekadotril sa v gravidite a laktácii pre nedostatok údajov neodporúča.

> Kľúčové posolstvo — gravidné a dojčiace pacientkyPrvá voľba = ORS + strava. Antidiaroiká len po zvážení lekárom.Dehydratácia matky ohrozuje aj plod — pri neschopnosti prijímať tekutiny, horúčke či krvi v stolici odoslať bez odkladu.

Starší pacienti

Seniori patria medzi rizikové skupiny: dehydratácií podliehajú rýchlejšie, majú znížený pocit smädu, komorbidity a polypragmáziu. Základom je opäť rehydratácia ORS, pri ktorej treba **aktívne sledovať príjem tekutín**, pretože na smäd sa nemožno spoľahnúť. Klinicky dôležité sú liekové interakcie a takzvaná „sick-day“ úprava chronickej liečby: pri hnačke a dehydratácii môžu diuretiká, ACE-inhibítory alebo sartany, metformín a NSAID zvýšiť riziko akútneho poškodenia obličiek, preto je vhodné ich dočasné prehodnotenie lekárom. Zo symptomatických liekov má u seniorov výhodný profil **racekadotril** (antisekrečný účinok, dobrá znášanlivosť), ktorý v randomizovanej štúdii u pacientov v opatrovateľských zariadeniach prekonal loperamid v rýchlosti

úpravy a podporuje ho aj novšia metaanalýza u dospelých. Loperamid možno u inak zdravého seniora bez varovných príznakov použiť opatrne, s vedomím rizika zápchy či ilea a maskovania závažnej infekcie. Prah pre odoslanie je u seniorov nižší — horúčka, krv v stolici, trvanie nad 48–72 hodín, nová porucha vedomia či pokles diurézy znamenajú lekárske vyšetrenie.

Zhrnutie odlišností (rýchly prehľad)

Intervencia	Deti	Gravidita / laktácia	Seniori
ORS (hypoosmolárny)	1. voľba	1. voľba	1. voľba
Zinok	> 6 mes.: áno*	neindikuje sa rutinne	neindikuje sa rutinne
Probiotiká (kmeňovo špec.)	možno zvážiť	možno zvážiť (obmedzená evidencia)	možno zvážiť
Diosmektit	od 2 r., doplnok	možno zvážiť	možno, doplnok
Tanín-želatínový komplex	slabá evidencia**	neodporúča sa rutinne	slabá evidencia**
Aktívne (čierne) uhlie	chabá evidencia pri hnačke	neodporúča sa rutinne	chabá evidencia pri hnačke
Racekadotril	v SK nedostupný pre deti (Enditril od 18 r.)	neodporúča sa (SPC)	možno (bez úpravy dávky)
Loperamid	od 6 r., nie 1. voľba, nie pri red flags	radšej sa vyhnúť	opatrne, bez red flags
Antibiotiká	len cielene (lekár)	len cielene (lekár)	len cielene (lekár)

** Efekt zinku sa v sieťovej metaanalýze prejavil len v krajinách s deficitom; vo vyspelých krajinách nebol preukázaný ** Najkvalitnejšia RCT u detí nepotvrdila prínos tanín-želatínového komplexu ako doplnku k rehydratácii. Vekové hranice podľa slovenských SPC (ŠÚKL/adc.sk)*

Využitie v praxi — rola lekárnika

Lekáreň býva prvým kontaktom pacienta. Odporúčaný postup je jednoduchý: najprv rozpoznať varovné príznaky, potom uprednostniť rehydratáciu, symptomatickú liečbu voliť podľa veku a rizika a napokon pacienta poučiť o hygiene a očakávanom priebehu. Prioritou je registrovaný hypoosmolárny ORS, podávaný po malých dávkach a často, aj pri zvracaní. Netreba hladovať — po iniciálnej rehydratácii sa odporúča skorý návrat k

bežnej strave a u dojčiat pokračovanie v dojčení.

Dôležité je nastaviť **realistické očakávania**: doplnková liečba (probiotiká, diosmektit, u vybraných pacientov zinok) skracuje priebeh nanajvýš rádovo o deň a nie je „liekom na zastavenie hnačky“. Pri poradenstve pomáha zdôrazniť hygienu (dôsledné umývanie rúk, izolácia pri práci s potravinami — norovírus je vysoko nákazlivý) a u seniorov upozorniť na dočasnú úpravu rizikovej chronickej medikácie po konzultácii s lekárom.

> Varovné príznaky — kedy odoslať k lekárovi (red flags)
> Známky ťažkej dehydratácie (apatia, suché sliznice, znížená diuréza, u detí vpadnutá fontanela, plač bez sĺz).Krv alebo hlien v stolici, vysoká horúčka, silná bolesť brucha (podozrenie na invazívnu infekciu či náhlu brušnú príhodu).Neschopnosť piť alebo opakované zvracanie brániace rehydratácii.Trvanie nad 48–72 hodín bez zlepšenia; hnačka po nedávnej antibiotickej liečbe (podozrenie na C. difficile).Rizikový pacient: dojča < 6 mesiacov, senior, gravidita, imunosupresia, závažná komorbidita.

Akútna gastroenteritída je vo väčšine prípadov samolimitujúce ochorenie, ktorého manažment stojí a padá na **perorálnej rehydratácii hypoosmolárnym ORS** a skorom návrate k strave. Novšie syntézy (sieťová metaanalýza Florez, Cochrane a metaanalýzy 2015–2020, pozičné dokumenty ESPGHAN 2023) potvrdzujú, že doplnková farmakoterapia má mierny a striktne kmeňovo či liekovo špecifický efekt: zinok u detí nad 6 mesiacov najmä v oblastiach s deficitom, vybrané probiotické kmene a diosmektit ako doplnok, racekadotril ako dobre znášaná antisekrečná voľba (na Slovensku dostupný len pre dospelých). Loperamid je na Slovensku registrovaný od 6 rokov, no u detí nie je liečbou voľby a v gravidite sa mu radšej vyhýbame. Na strane prevencie má u dojčiat najväčší význam očkovanie proti rotavírusom. Kľúčovou úlohou lekárnika ostáva rozpoznať varovné príznaky, brániť nadužívaniu antibiotík a poskytnúť odborné poradenstvo.

10. Literatúra

1. 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. doi:10.1097/MPG.0000000000000375
2. Hahn S, Kim Y, Garner P. Reduced osmolarity oral rehydration solution for treating dehydration caused by acute diarrhoea in children. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(1):CD002847. doi:10.1002/14651858.CD002847. PMID: 11869639
3. Lazzerini M, Wanzira H. Oral zinc for treating diarrhoea in children. Cochrane Database Syst Rev. 2016;12(12):CD005436. doi:10.1002/14651858.CD005436.pub5. PMID: 27996088
4. Florez ID, Veroniki AA, Al Khalifah R, Yepes-Nuñez JJ, Sierra JM, Vernooij RWM, et al. Comparative effectiveness and safety of interventions for acute diarrhea and gastroenteritis in children: A systematic review and network meta-analysis. PLoS One. 2018;13(12):e0207701. doi:10.1371/journal.pone.0207701. PMID: 30517196
5. Collinson S, Deans A, Padua-Zamora A, et al. Probiotics for treating acute infectious diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2020;12(12):CD003048. doi:10.1002/14651858.CD003048.pub4. PMID: 33295643
6. Szajewska H, Berni Canani R, Domellöf M, et al. Probiotics for the Management of Pediatric Gastrointestinal Disorders: Position Paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2023;76(2):232–247. doi:10.1097/MPG.0000000000003633
7. Li Z, Zhu G, Li C, Lai H, Liu X, Zhang L. Which Probiotic Is the Most Effective for Treating Acute Diarrhea in

Children? A Bayesian Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Nutrients. 2021;13(12):4319. doi:10.3390/nu13124319. PMID: 34959871
8. Hojsak I, Kolaček S, Mihatsch W, Mosca A, Shamir R, Szajewska H, et al. Synbiotics in the management of pediatric gastrointestinal disorders: position paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2023;76(1):102–108. doi:10.1097/MPG.0000000000003568
9. Pérez-Gaxiola G, Cuello-García CA, Florez ID, Pérez-Pico VM. Smectite for acute infectious diarrhoea in children. Cochrane Database Syst Rev. 2018;4(4):CD011526. doi:10.1002/14651858.CD011526.pub2
10. Das RR, Sankar J, Naik SS. Efficacy and safety of diosmectite in acute childhood diarrhoea: a meta-analysis. Arch Dis Child. 2015;100(7):704–712. doi:10.1136/archdischild-2014-307632. PMID: 25784748
11. Gallelli L, Colosimo M, Tolotta GA, et al. Prospective randomized double-blind trial of racecadotril compared with loperamide in elderly people with gastroenteritis living in nursing homes. Eur J Clin Pharmacol. 2010;66(2):137–144. doi:10.1007/s00228-009-0751-3. PMID: 19902197
12. Fischbach W, Andresen V, Eberlin M, Mueck T, Layer P. A Comprehensive Comparison of the Efficacy and Tolerability of Racecadotril with Other Treatments of Acute Diarrhea in Adults. Front Med (Lausanne). 2016;3:44. doi:10.3389/fmed.2016.00044. PMID: 27790616
13. Aziz M, Malik LU, Javed E, et al. Racecadotril Versus Loperamide for Acute Diarrhea of Infectious Origin in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Health Sci Rep. 2025;8(5):e70849. doi:10.1002/hsr2.70849. PMID: 40415979
14. Eberlin M, Chen M, Mueck T, Däbritz J. Racecadotril in the treatment of acute diarrhea in children: a systematic, comprehensive review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Pediatr. 2018;18(1):124. doi:10.1186/s12887-018-1095-x. PMID: 29614995
15. Riddle MS, DuPont HL, Connor BA. ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults. Am J Gastroenterol. 2016;111(5):602–622. doi:10.1038/ajg.2016.126. PMID: 27068718
16. Farthing M, Salam MA, Lindberg G, et al.; WGO. Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. J Clin Gastroenterol. 2013;47(1):12–20. doi:10.1097/MCG.0b013e31826df662. PMID: 23222211
17. Riddle MS, Connor BA, Beeching NJ, et al. Guidelines for the prevention and treatment of travelers‘ diarrhea: a graded expert panel report. J Travel Med. 2017;24(suppl_1):S57–S74. doi:10.1093/jtm/tax026. PMID: 28521004
18. Drugs and Lactation Database (LactMed). Loperamide. Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development; 2023.
19. Súhrny charakteristických vlastností liekov (SPC): IMODIUM; Smecta; ENDITRIL 100 mg. Štátny ústav pre kontrolu liečiv (ŠÚKL), adc.sk; 2023–2025.
20. Ruszczyński M, Urbańska M, Szajewska H. Gelatin tannate for treating acute gastroenteritis: a systematic review. Ann Gastroenterol. 2014;27(2):121–124. PMID: 24733622
21. Kołodziej M, Bebenek D, Konarska Z, Szajewska H. Gelatine tannate in the management of acute gastroenteritis in children: a randomised controlled trial. BMJ Open. 2018;8(5):e020205. doi:10.1136/bmjopen-2017-020205. PMID: 29794092
22. Santos J, Iordache A, Manolache M. Efficacy and Safety of Gelatin Tannate and Tyndallized Acid Lactic Bacteria in Adults With Chronic Diarrhea and Altered Gut Microbiota: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study (postmarketingová štúdia). Am J Gastroenterol. 2025 Nov 14 (online ahead of print). doi:10.14309/ajg.0000000000003834. PMID: 41235798
23. Očkovací kalendár na rok 2025. Úrad verejného zdravotníctva SR (ÚVZ SR), uvzsr.sk. (Rotarix, RotaTeq — odporúčané očkovanie proti rotavírusom.)

24. Zákon č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia; Vyhláška MZ SR č. 585/2008 Z. z. (hlásenie prenosných ochorení, epidemiologicky závažné činnosti).
25. Zubairi MBA, Naqvi SK, Ali AA, Sharif A, Salam RA, Hasnain Z, Soofi S, Ariff S, Nisar YB, Das JK. Low-osmolarity oral rehydration solution for childhood diarrhoea: A systematic review and meta-analysis. J Glob Health. 2024;14:04166. doi:10.7189/jogh.14.04166. PMID: 39641334
26. Gregorio GV, Gonzales ML, Dans LF, Martinez EG. Polymer-based oral rehydration solution for treating acute watery diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2016;12(12):CD006519. doi:10.1002/14651858.CD006519.pub3. PMID: 27959472