

 GRADA®

PRAKTICKÉ DĚTSKÉ LÉKAŘSTVÍ

Alena Šebková
Zdeněk Zíma
a kolektiv

PRAKTICKÉ DĚTSKÉ LÉKAŘSTVÍ

Alena Šebková
Zdeněk Zíma
a kolektiv

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **restně stíháno**.

MUDr. Alena Šebková, MUDr. Zdeněk Zíma a kolektiv

PRAKTICKÉ DĚTSKÉ LÉKAŘSTVÍ

Editoři

MUDr. Alena Šebková, MUDr. Zdeněk Zíma
Kompletní seznam autorů je uveden na straně V–VI.

Recenzenti

prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
Fakulta zdravotnictva a sociální práce,
Trnavská univerzita v Trnavě

† **prof. MUDr. František Stožický, DrSc.**
Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Plzeň

Kapitola 14 vznikla ve spolupráci s CzechPharmNet a byla podpořena projekty: ESPNIC Children's intensive care textbook 2020, UNCE 204064 (the Innovative Medicines Initiative 2 reg. č. 777389), Progress Q25 a projektem Mezinárodní mobilita výzkumných pracovníků Univerzity Karlovy (reg. č. CZ.02.2.69/0.0/0.0/16_027/0008495) z Operačního programu Výzkum, vývoj a vzdělávání.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2020

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2020

Obrázky překreslil a upravil Jiří Hlaváček. Ostatní obrázky jsou z archivu autorů, není-li uvedeno jinak. Fotografie dětí byly pořízeny a jsou publikovány se souhlasem rodičů.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 7939. publikaci

Odpovědná redaktorka Jindřiška Bláhová

Sazba a zlom Artedit spol. s r. o.

Počet stran 616

Praha 2020

Vytiskla D.R.J. Tiskárna Resl, s.r.o.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-4161-6 (pdf)

ISBN 978-80-271-1200-5 (print)

Seznam autorů

Editoři

MUDr. Alena Šebková

praktický lékař pro děti a dorost, Plzeň

MUDr. Zdeněk Zíma

praktický lékař pro děti a dorost, Litoměřice

Autoři

MUDr. Hana Cabrnová, MBA

praktický lékař pro děti a dorost, Praha

MUDr. Mahulena Exnerová

dětské oddělení Nemocnice Hořovice

MUDr. Vendula Gutová

Ústav imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice Plzeň

MUDr. Lucie Honková

praktický lékař pro děti a dorost, Praha

MUDr. Pavla Hromádková

praktický lékař pro děti a dorost, Liberec

MUDr. Petr Jehlička

dětská kardiologická ordinace, Genetika Plzeň

MUDr. Veronika Jilichová Nová

praktický lékař pro děti a dorost, Plzeň

MUDr. Pavel Kabíček, CSc.

Pediatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha

MUDr. Marie Kmoníčková

praktický lékař pro děti a dorost, Hradec Králové

Jana Kněžová

oddělení léčebné rehabilitace Fakultní nemocnice Plzeň

MUDr. Ctirad Kozderka

praktický lékař pro děti a dorost, Kralovice

MUDr. Kateřina Lejhancová, Ph.D.

praktický lékař pro děti a dorost, Pardubice

doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.

praktický lékař pro děti a dorost, Kostelec u Křížků

MUDr. Pavla Pokorná, Ph.D.

Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
Ústav farmakologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Daniela Pousková

dětské oddělení Nemocnice u Sv. Jiří, Plzeň

MUDr. Bohuslav Procházka

praktický lékař pro děti a dorost, Kutná Hora

MUDr. Natália Szitanyi

praktický lékař pro děti a dorost, Praha

MUDr. Dana Šašková

Léčebné lázně Kynžvart

MUDr. Alena Šebková

praktický lékař pro děti a dorost, Plzeň

MUDr. Karla Šebková

rezidentka oboru praktický lékař pro děti a dorost, Fakultní nemocnice Plzeň

MUDr. Pavla Tvrdoňová

praktický lékař pro děti a dorost, Karviná

MUDr. Jana Týtlová

Dětské centrum Plzeň

MUDr. Daniela Verdánová, MBA

praktický lékař pro děti a dorost, Jindřichův Hradec

MUDr. Zdeněk Zíma

praktický lékař pro děti a dorost, Litoměřice

Bepanthen®



PEČOVAT, CHRÁNIT,

MILOVAT



Trojité péče o miminka i maminky



Chrání před
zarudnutím



Přirozeně
regeneruje



Hydratuje

S panthenolem (provitaminem B5) pro profesionální péči o zadeček a bradavky. Poskytuje účinnou dlouhodobou ochranu před zarudnutím a podrážděním, přirozeně regeneruje a hydratuje namáhanou pokožku.



Bepanthen Baby je kosmetický přípravek.

www.bepanthen.cz

I PNEUMOKOK MŮŽE ZABÍJET OČKUJTE VČAS

Počet onemocnění IPO u dětí do 5 let věku rok od roku narůstá.¹

V roce 2019 bylo zaznamenáno celkem 31 případů IPO u dětí do 5 let věku. 19 z těchto dětí nebylo proti pneumokokům očkováno.²

Proočkovanost proti pneumokokům v České republice dlouhodobě klesá.³



NABÍDNĚTE SVÝM PACIENTŮM VAKCÍNU SYNFLORIX,

která je na českém trhu již 10 let bez doplatku*

IPO - Invazivní pneumokokové onemocnění

Reference: 1. SZU, ZCEM: 1/2017, 2/2018, 7/2019, 6/2020. 2. SZU, ZCEM: 6/2020.

3. NRHZS 2010–2018; osoby narozené v letech 2012–2018 s alespoň jednou dávkou očkovací látky.



Synflorix

Zkrácený souhrn údajů o přípravku

Název přípravku: Synflorix injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Synflorix injekční suspenze. Synflorix injekční suspenze ve vícedávkovém balení (2 dávky). Synflorix injekční suspenze ve vícedávkovém balení (4 dávky). Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (adsorbovaná). **Složení:** 1 dávka (0,5 ml) obsahuje pneumococcale polysaccharidum serotypus 1 (1 µg), 4 (3 µg), 5 (1 µg), 6B (1 µg), 7F (1 µg), 9V (1 µg), 14 (1 µg) a 23 (1 µg) konjugované na protein D (odvozený z kmenů netytovatelného *Haemophilus influenzae*) jako proteinový nosič (9–16 µg), 18C (3 µg) konjugovaný tetanický toxoid jako proteinový nosič (5–10 µg) a 19F (3 µg) konjugovaný na difterický toxoid jako proteinový nosič (3–6 µg) – adsorbováno na fosforečnan hlinitý (0,5 mg Al₃₊). **Terapeutické indikace:** Aktivní imunizace proti invazivním onemocněním, pneumonii a akutní otitis media způsobeným sérotypy *Streptococcus pneumoniae* obsaženými ve vakcíně a zkřížené reaktivním sérotypem 19A u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů až do 5 let. **Dávkování** a způsob podání: Vakcína se podává intramuskulárně injekcí, a to přednostně do anterolaterální části stehna u kojenců nebo do deltového svalu ramene u malých dětí. Očkovací schéma musí být v souladu s oficiálními doporučeními. Doporučuje se, aby jedinci, kterým je podána první dávka Synflorixu, dokončili celé očkovací schéma Synflorixem. Synflorix nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně nebo intradermálně, údaje o subkutánním podání nejsou k dispozici. **Kojenci od 6 týdnů do 6 měsíců věku:** Doporučené schéma k zajištění optimální ochrany tvoří 4 dávky – 3 dávky s intervalem min. 1 měsíc mezi dávkami, posilovací dávka s min. 6měsíčním odstupem od 3. dávky. Je-li vakcína podávána jako část rutinního očkovacího kalendáře, může být podána ve schématu tvořeném třemi dávkami – 1. dávka může být podána od věku 2 měsíců, 2. dávka o 2 měsíce později, posilovací dávka s odstupem min. 6 měsíců od 2. dávky. **Dříve neočkovaní starší kojenci a děti ve věku 7 – 11 měsíců:** 2 dávky s intervalem min. 1 měsíc mezi dávkami, 3. dávka se doporučuje podat v 2. roce života s min. 2měsíčním odstupem mezi dávkami. **Děti ve věku 12 měsíců – 5 let:** dvě 0,5 ml dávky s intervalem nejméně 2 měsíce mezi dávkami. **Děti narozené mezi 27. – 36. týdnem těhotenství:** U nedonošených dětí narozených alespoň ve 27. týdnu těhotenství doporučené očkovací schéma tvoří čtyři dávky, každá po 0,5 ml. **Zvláštní populace:** U jedinců, kteří trpí nemocí, které je činí náchylnějšími k invazivnímu pneumokokovému onemocnění [jako např. infekce virem lidské imunodeficiency (HIV), srpkovitá anémie (SCD) nebo dysfunkce sliziny], může být vakcína Synflorix podána podle výše uvedených schémat s tím rozdílem, že 3dávkové schéma má být podáno jako základní očkování kojenců, u kterých bylo zahájeno očkování před dokončením 6. měsíce věku. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku a nebo na kterýkoli proteinový nosič tohoto přípravku. Aplikace vakcíny musí být odložena u osob trpících závažným akutním horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce, např. nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pro případ vzácně se vyskytující anafylaktické reakce po aplikaci musí být k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Možné riziko apnoe a nutnost monitorování dýchání po dobu 48 – 72 hodin by se měly zvážit při podávání vakcíny těžce nedonošeným dětem (narozené v ≤ 28. týdnu těhotenství). U dětí od 2 let věku se může objevit v průběhu očkování, nebo i před ním synkopa (mdloba) jako psychogenní reakce na injekční stříkačku s jehlou. Je důležité předem zajistit takové podmínky, aby při eventuelní mdlobě nemohlo dojít k úrazu. Vakcína se musí podávat opatrně osobám s trombotyoponií nebo s jakoukoli poruchou koagulace. Je třeba se též řídit oficiálními doporučeními k očkování proti difterii, tetanu a *Haemophilus influenzae* typu b. Ochrana proti pneumokokovým sérotypům, které nejsou ve vakcíně obsaženy, kromě zkřížené reaktivního sérotypu 19A, nebo proti netytovatelnému *Haemophilus influenzae* nebyla dostatečně prokázána. Synflorix neposkytuje ochranu proti jiným mikroorganismům. Synflorix nemusí chránit všechny očkované jedince proti invazivnímu pneumokokovému onemocnění, pneumonii nebo otitis media způsobeným sérotypy obsaženými v této vakcíně a zkřížené reaktivním sérotypem 19A. Navíc se předpokládá, že celková ochrana proti otitis media a pneumonii by mohla být omezena a podstatně nižší než ochrana proti invazivnímu onemocnění způsobenému sérotypy této vakcíny a zkřížené reaktivním sérotypem 19A tím, že mezi původce těchto onemocnění patří kromě sérotypů *Streptococcus pneumoniae* obsažených ve vakcíně i mnohé další mikroorganismy. Děti by měly dostat vakcínu Synflorix podle očkovacího schématu odpovídajícímu věku dítěte v době zahájení očkování. Data o bezpečnosti a imunogenicitě nejsou u dětí nad 5 let věku zatím k dispozici. U dětí se zvýšeným rizikem pneumokokových infekcí a u dětí s nedostatečnou imunitou odpověď může být odpověď na očkování snižena a očkování nemusí poskytnout optimální ochranu. Profylaktické podání antipyretik před aplikací nebo bezprostředně po aplikaci vakcíny může snížit incidenci a intenzitu horečnatých reakcí po očkování. Klinická data získaná s paracetamolem a ibuprofenem nasvědčují tomu, že by profylaktické použití paracetamolu mohlo snižovat četnost horečky, zatímco profylaktické použití ibuprofenu prokázalo omezený vliv na snížení četnosti horečky. Klinická data naznačují, že paracetamol může snížit imunitní odpověď na Synflorix. Nicméně, klinický význam tohoto pozorování není znám. Profylaktické podání antipyretik se doporučuje u dětí s křeččím nebo s anamnézou febrilních křeččů. Antipyretická léčba by měla být zahájena v souladu s místními terapeutickými doporučeními. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Synflorix může být podán současně s některou z následujících monovalentních nebo kombinovaných vakcín: vakcínou proti difterii-tetanu-pertusis s acalulární či celobuněčnou pertusovou složkou, hepatitidě B, dětské obrně *Haemophilus influenzae* typu b, spalničkám, příušnicím a zarděnkám, planým neštovicím, proti meningokokům sérotypu C (CRM197 a TT konjugáty) a rotavirům. Injekce jednotlivých vakcín musí být aplikovány do různých míst. U pacientů podstupujících imunosupresivní terapii nemusí být po očkování dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Těhotenství a kojení:** Synflorix není určen k očkování dospělých. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější nežádoucí účinky jsou bolest a zarudnutí v místě vpichu a podrážděnost. Většina těchto reakcí netrvá dlouho a je mírného až středního stupně. Incidence místních a celkových nežádoucích účinků hlášených do čtyř dnů byla ve srovnávacích klinických studiích po každé podané dávce ve stejném rozmezí jako po očkování 7valentním Prevanarem. Dále se v klinických studiích s různou četností vyskytovaly: somnolence, křeče (febrilní nebo nefebrilní), apnoe u těžce nedonošených dětí (narozených ve ≤ 28. týdnu těhotenství), horečka, neobvyklý pláč, průjem, zvracení, vyrážka, kopřivka, nechutenství, nauzea, bolest hlavy, otok, indurace, svědění, podlitina nebo krvácení v místě vpichu, postižení ušlí, alergické reakce (jako alergická dermatitida, atopická dermatitida, ekzém), difúzní otok končetiny v místě podání injekce, někdy zahrnující i přiléhající kloub a Kawasakiho nemoc. **Inkompatibility:** Synflorix nesmí být mísen s žádnými dalšími léčivými přípravky. **Doba použitelnosti:** 4 roky, 4dávkové balení 3 roky. Po prvním otevření 2dávkové injekční lahvičky je třeba vakcínu aplikovat ihned. Pokud není vakcína aplikována ihned, musí být uchovávána v chladničce (2 °C – 8 °C). Pokud není během 6 hodin vakcína aplikována, musí být znehodnocena. Po prvním otevření 4dávkové injekční lahvičky je třeba vakcínu uchovávat maximálně po dobu 28 dní v chladničce (2 °C – 8 °C). Pokud není během 28 dní vakcína aplikována, musí být znehodnocena. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 – 8 °C), chraňte před mrazem a světlem. Přítomnost jasně bílého sedimentu a čirého bezbarvého supernatantu není znakem znehodnocení vakcíny. Obsah stříkačky/injekční lahvičky musí být před aplikací dobře protřepán a vizuálně zkontrolován na přítomnost cizorodých částic a/nebo na změnu vzhledu. Jestliže svým vzhledem nevyhovuje, je třeba ji vyřadit. Vakcínu aplikujte po dosažení pokojové teploty. Při použití vícedávkové injekční lahvičky musí být k odebrání každé 0,5 ml dávky použita sterilní jehla a injekční stříkačka. Je třeba zamezit kontaminaci obsahu lahvičky. **Druh obalu a velikost balení:** Předplněná injekční stříkačka: 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo třídy I) pro 1 dávku s pístovou zátkou (butylová pryž) s jehlami nebo bez jehel. Balení obsahuje 1, 10 nebo 50 předplněných injekčních stříkaček. Injekční lahvička: 0,5 ml suspenze v injekční lahvičce (sklo třídy I) pro 1 dávku s pístovou zátkou (butylová pryž). Balení obsahuje 1, 10 nebo 100 injekčních lahviček. Vícedávkové balení: 1 ml suspenze v injekční lahvičce (sklo třídy I) pro 2 dávky s pístovou zátkou (butylová pryž). Balení obsahuje 100 injekčních lahviček. 2 ml suspenze v injekční lahvičce (sklo třídy I) pro 4 dávky s pístovou zátkou (butylová pryž). Balení obsahuje 10 nebo 100 injekčních lahviček. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Biologicals S.A., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgie. **Registrační čísla:** Předplněná injekční stříkačka: EU/1/09/508/001-005,010, injekční lahvička: EU/1/09/508/006-008, 2dávkové balení: EU/1/09/508/009, 4dávkové balení: EU/1/09/508/012,013. **Datum první registrace:** 30. 3. 2009. **Datum revize textu:** 22. 11. 2018. Lék je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud všechny dávky očkovací látky byly aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce; hrazenou službou je též přeočkování provedené do patnáctého měsíce věku pojištěnce; hrazenou službou je dále i očkování provedené po uplynutí těchto lhůt, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek očkovacích látek z důvodu zdravotního stavu pojištěnce. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskcompandium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 3. 11. 2020.

V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky dosažené v klinických studiích.

*Přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud všechny dávky byly aplikovány do sedmého měsíce věku pojištěnce; hrazené je též přeočkování provedené do patnáctého měsíce věku pojištěnce; hrazené je dále i očkování provedené po uplynutí těchto lhůt, pokud došlo k odložení aplikace jedné nebo více dávek z důvodu zdravotního stavu pojištěnce.



GlaxoSmithKline s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, Česká republika
tel.: 222 001 111; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz

PM-CZ-SYN-ADVT-200003

Datum schválení: listopad 2020

Obsah

Předmluva	XV
Úvod	XVII
Obecná část	1
1 Historie praktického dětského lékařství (Alena Šebková)	3
1.1 Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky (SPLDD ČR)	4
1.2 Odborná společnost praktických dětských lékařů České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (OSPDL ČLS JEP)	5
1.3 Katedra PLDD	6
1.4 Aktivity českých primárních pediatrů v zahraničí	6
2 Organizace zdravotní péče o děti a dorost (Zdeněk Zíma)	8
2.1 Primární péče	8
2.2 Neodkladná primární péče	9
2.3 Lékařská pohotovostní služba	9
2.4 Lůžková péče	10
2.5 Specializovaná lůžková péče	10
2.6 Specializovaná ambulantní péče	11
2.7 Lázeňská péče	11
3 Management ordinace PLDD (Ctirad Kozderka)	16
3.1 Co je to management?	16
3.2 Jak se stát podnikatelem – provozovatelem praxe PLDD	17
3.3 Další povinnosti PLDD jako nové OSVČ	18
3.4 Smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami	21
3.5 Vybavení ordinace PLDD	22
3.6 GDPR	22
3.7 Ordinace PLDD ve vztahu k pacientům	23
3.8 Zdravotnická dokumentace	24
3.9 Ordinace ve vztahu k zaměstnancům – personalistika	24
3.10 Účetnictví	24
3.11 Ekonomika praxe	25
3.12 Prodej a nákup lékařské praxe	26
3.13 Spolupráce PLDD s resortem Ministerstva práce a sociálních věcí	26
3.14 Bezpečnost a ochrana zdraví při práci	26
3.15 Spolupráce PLDD s resortem Ministerstva zdravotnictví	27
3.16 Provozní řád	28

3.17	Hlášení infekčních onemocnění	28
3.18	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR	29
3.19	Státní ústav pro kontrolu léčiv	29
3.20	Státní zdravotní ústav	30
3.21	Lázeňská léčebně rehabilitační péče	30
3.22	Spolupráce PLDD s resortem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy	31
3.23	Organizace sdružující PLDD	31
4	Vyšetřovací metody a propedeutika (Ctirad Kozderka)	33
4.1	Klinické vyšetření	33
4.2	Laboratorní a zobrazovací vyšetření	38
4.3	POCT metody	43
4.4	Předoperační vyšetření (Zdeněk Zíma)	46
5	Preventivní a posudková péče	52
5.1	Očkování (Hana Cabrnochová)	52
5.2	Preventivní prohlídky (Alena Šebková)	59
5.3	Screeningová vyšetření (Zdeněk Zíma)	62
5.4	Prevence úrazů v dětském věku (Alena Šebková)	66
5.5	Posudková problematika (Ctirad Kozderka)	72
6	Péče o novorozence a kojence (Veronika Jilichová Nová)	84
6.1	Péče o fyziologické novorozence	84
6.2	Péče o rizikové novorozence	88
6.3	Specifika péče o kojence	90
6.4	Kojení a strategie zavádění příkrmů (Alena Šebková)	95
6.5	Psychomotorický vývoj (Alena Šebková, Jana Knězová)	101
6.6	Vývojová rehabilitace u kojence (Alena Šebková, Jana Knězová)	108
7	Od batolete po školáka (Alena Šebková)	117
7.1	Výživa batolat a starších dětí (Natália Szitányi)	117
7.2	Psychomotorický vývoj batolete	121
7.3	Vývoj řeči a její poruchy	122
7.4	Posuzování školní zralosti	125
7.5	Specifické poruchy učení	128
7.6	Růstové bolesti	128
8	Dorostová problematika (Pavel Kabíček)	130
8.1	Vývoj v dospívání	130
8.2	Posuzování sekundárních pohlavních znaků	131
8.3	Časná adolescence	132
8.4	Střední adolescence	132
8.5	Pozdní adolescence	132
8.6	Rizikové chování v dospívání	133
8.7	Preventivní poradenství v oblasti návykových látek v ordinaci PLDD	136
8.8	Sexuálně přenosné infekce	138
8.9	Prevence úrazů a projevů agresivity a autoagresivity	142
8.10	Posudkové aspekty v oblasti výběru povolání	142

9 Cestování s dětmi (<i>Zdeněk Zíma</i>)	144
9.1 Příprava na cestu a očkování	145
9.2 Obecná doporučení pro cestovatele (s dětmi)	146
9.3 Lékárnička na cesty s dětmi	147
10 Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě (<i>Ctirad Kozderka</i>)	162
10.1 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte	162
10.2 Kdo může odhalit špatné zacházení s dítětem	164
10.3 Jak postupovat při podezření na špatné zacházení s dítětem	164
10.4 Jaký je možný další osud dětí se syndromem CAN?	167
11 Náhradní rodinná péče (<i>Jana Tytlová</i>)	168
11.1 Děti vyrůstající mimo vlastní rodinu	168
11.2 Náhradní rodinná péče	168
12 Dětská paliativní péče (<i>Mahulena Exnerová</i>)	172
12.1 Potřeby dětí žijících s život omezujícím nebo ohrožujícím onemocněním	173
12.2 Zajištění dětské paliativní péče v ČR	173
13 Lázeňská léčba jako součást komplexní péče o děti (<i>Dana Šašková</i>)	176
13.1 Co může PLDD očekávat od lázeňské léčby	176
13.2 Legislativa	176
13.3 Využití přírodních léčivých zdrojů	176
13.4 Návrh na lázeňskou léčbu	177
13.5 Jak probíhá lázeňská léčba dětí	178
14 Farmakologická léčba v dětské populaci (<i>Pavla Pokorná</i>)	179
14.1 Farmakologické zvláštnosti v dětské populaci	180
14.2 Specifika podávání léčiv v pediatrii	182
15 Komunikace	187
15.1 Komunikace v ordinaci, mezioborová a meziresortní spolupráce (<i>Alena Šebková</i>)	187
15.2 Právo na informace a GDPR (<i>Zdeněk Zíma</i>)	189
16 Předávání pacientů do péče všeobecného praktického lékaře (<i>Ctirad Kozderka</i>)	192
16.1 Protokol o předání pacienta	192
Speciální část A	195
17 Diferenciální diagnostika horečky (<i>Karla Šebková</i>)	197
17.1 Definice	197
17.2 Fyziologie	197
17.3 Patofyziologie	197
17.4 Způsoby měření tělesné teploty	197
17.5 Hodnocení	198
17.6 Terapie	198
17.7 Dávkování antipyretik	198
17.8 Fyzikální terapie	198

17.9	Diferenciální diagnostika	199
18	Diferenciální diagnostika únavy (<i>Lucie Honková</i>)	201
18.1	Pojem únava	201
18.2	Klinické projevy	201
18.3	Etiologie	201
18.4	Diagnostika	202
18.5	Chronický únavový syndrom	202
18.6	Terapie	202
19	Diferenciální diagnostika kašle (<i>Daniela Verdánová, Daniela Pousková</i>)	203
19.1	Akutní kašel	203
19.2	Chronický kašel	203
20	Diferenciální diagnostika exantému (<i>Pavla Hromádková, Zdeněk Zíma</i>)	206
20.1	Závažné stavy	206
20.2	Výšetřovací metody	207
20.3	Diferenciální diagnostika	207
21	Diferenciální diagnostika bolestí břicha (<i>Bohuslav Procházka</i>)	210
21.1	Definice bolestí břicha	210
21.2	Diagnostika	210
21.3	Nejčastější příčiny bolestí břicha podle věku pacienta	211
21.4	Nejčastější typy chronických obtíží	211
22	Diferenciální diagnostika průjmu (<i>Natália Szitányi</i>)	213
22.1	Definice	213
22.2	Etiologie	213
22.3	Klinický obraz a diagnostika	214
23	Diferenciální diagnostika bolestí hlavy (<i>Zdeněk Zíma</i>)	216
23.1	Diferenciální diagnostika	216
23.2	Výšetřovací metody	216
23.3	Migrenózní bolesti hlavy	218
23.4	Ostatní příčiny bolestí hlavy	219
24	Diferenciální diagnostika kolapsu a bezvědomí (<i>Zdeněk Zíma</i>)	221
24.1	Kolaps	221
24.2	Bezvědomí	222
24.3	Výšetřovací metody a management	223
Speciální část B		227
25	Neonatologie (<i>Veronika Jilichová Nová</i>)	229
25.1	Převzetí do péče	229
25.2	Porody ambulantní a mimo porodnici, předčasně propuštěný novorozenec (<i>Zdeněk Zíma</i>)	231
25.3	Fyziologický novorozenec	233
25.4	Prematurita a nízká porodní hmotnost (<i>Zdeněk Zíma</i>)	235

25.5	Hyperbilirubinemie	240
25.6	Exantémy a poruchy kůže u novorozence	240
25.7	Asfyxie	242
25.8	Poporodní sepse	244
25.9	Nejčastější vrozené vady (<i>Zdeněk Zíma</i>)	245
26	Genetika (<i>Pavla Hromádková</i>)	251
26.1	Genetické poruchy a jejich diagnostika	251
26.2	Indikace ke genetickému vyšetření	252
26.3	Nejčastější genetické syndromy	253
27	Hematologie (<i>Alena Šebková</i>)	255
27.1	Základní hematologické vyšetření v ordinaci PLDD	255
27.2	Anemie	258
27.3	Leukopenie, neutropenie	259
27.4	Leukemie	260
27.5	Trombocytopenie a trombocytóza	261
27.6	Poruchy srážlivosti	261
27.7	Trombofilní stavy	262
28	Endokrinologie (<i>Zdeněk Zíma</i>)	264
28.1	Poruchy růstu	264
28.2	Tyreopatie	268
28.3	Pohlavní vývoj	275
28.4	Poruchy sexuální diferenciacce	282
28.5	Kongenitální adrenální hyperplazie	284
28.6	Poruchy hypofýzy a nadledvin	287
28.7	Obezita	293
28.8	Křivice	295
28.9	Syndrom inadekvátní sekrece antidiuretického hormonu	299
28.10	Diabetes a poruchy glycidové rovnováhy	300
29	Revmatologie a autoimunitní onemocnění (<i>Pavla Hromádková</i>)	306
29.1	Juvenilní idiopatická artritida	306
29.2	Artralgie	308
29.3	Autoimunitní onemocnění	310
29.4	Kawasakiho syndrom	312
30	Infektologie (<i>Pavla Hromádková</i>)	314
30.1	Dětská infekční exantémová onemocnění	314
30.2	Infekční gastroenteritidy	319
30.3	Lymeská borelióza	321
30.4	Aseptické meningitidy a klíšťová meningoencefalitida	324
30.5	Importované nákazy	327
30.6	Onemocnění s povinnou izolací a léčbou	331
31	Dermatologie (<i>Pavla Hromádková</i>)	333
31.1	Hemangiomy, vaskulární a pigmentové névy	333

31.2 Dermatomykózy	336
31.3 Vrozená pohlavně přenosná onemocnění	338
31.4 Atopická dermatitida (<i>Zdeněk Zíma</i>)	341
31.5 Akné	344
31.6 Kožní projevy závažných onemocnění	346
32 Neurologie (<i>Pavla Tvrdoňová</i>)	349
32.1 Epilepsie v dětském a adolescentním věku	349
32.2 Febrilní křeče	359
32.3 Dětská mozková obrna	360
32.4 Afektivní záchvaty (<i>Alena Šebková</i>)	362
32.5 Onemocnění svalů (<i>Marie Kmoníčková</i>)	363
33 Oftalmologie (<i>Alena Šebková</i>)	366
33.1 Vrozené vývojové vady	366
33.2 Hordeolum a chalazion	366
33.3 Konjunktivitida	367
33.4 Neprůchodnost slzných cest u novorozenců	367
33.5 První pomoc u úrazu oka	368
33.6 Tumory oka	368
33.7 Poruchy okoohybného aparátu	368
33.8 Vyšetření a poruchy zrakové ostrosti	369
34 Otorinolaryngologie (<i>Alena Šebková</i>)	371
34.1 Rinitida, rinosinusitida	371
34.2 Laryngomalacie (stridor laryngis congenitus)	372
34.3 Faryngitida	372
34.4 Tonzilitida	373
34.5 Laryngitida a epiglottitida	375
34.6 Adenoidní vegetace	377
34.7 Epistaxe	377
34.8 Otitida	377
34.9 Screening sluchu	381
34.10 Poruchy sluchu	382
34.11 Dysfonie	384
35 Kardiologie (<i>Bohuslav Procházka</i>)	385
35.1 Srdeční vady	385
35.2 Arytmie v dětském věku	387
35.3 Myokarditida	391
35.4 Infekční endokarditida	392
35.5 Perikarditida	396
35.6 Revmatická horečka, akutní revmatismus	397
35.7 Prevence časného rozvoje aterosklerózy u dětí	398
35.8 Hypertenze u dětí	402
35.9 Funkční hodnocení dětí s vrozenými srdečními vadami (<i>Petr Jehlička</i>)	411

36 Pneumologie a alergologie (<i>Daniela Verdánová, Daniela Pousková</i>)	414
36.1 Bronchitida	414
36.2 Bronchiolitida	415
36.3 Pneumonie	416
36.4 Asthma bronchiale	417
36.5 Aspirace cizího tělesa	420
36.6 Cystická fibróza	421
36.7 Alergická onemocnění v ordinaci PLDD (<i>Daniela Verdánová, Vendula Gutová</i>)	422
37 Gastroenterologie (<i>Natália Szitányi</i>)	425
37.1 Vrozené vady gastrointestinálního traktu	425
37.2 Neprospívání	429
37.3 Gastroezofageální reflux	431
37.4 Alergie na bílkovinu kravského mléka (ABKM)	432
37.5 Idiopatické střevní záněty	437
37.6 Autoimunitní hepatitida	439
37.7 Obstipace	440
37.8 Celiakie	443
38 Nefrologie a urologie (<i>Marie Kmoníčková</i>)	445
38.1 Vrozené vývojové vady ledvin a močových cest	445
38.2 Enuréza a inkontinence	446
38.3 Hematurie a proteinurie	447
38.4 Infekce močových cest	449
38.5 Vezikoureterální reflux	452
38.6 Urolitiáza	452
38.7 Fimóza a konglutinace (<i>Zdeněk Zíma</i>)	453
38.8 Poruchy sestupu varlat (<i>Zdeněk Zíma</i>)	455
38.9 Onemocnění šourku (<i>Zdeněk Zíma</i>)	456
38.10 Synechie vulvy a vulvovaginitidy (<i>Zdeněk Zíma</i>)	458
39 Ortopedie a fyzioterapie (<i>Zdeněk Zíma</i>)	462
39.1 Vadné držení těla	462
39.2 Pedes plani	465
39.3 Vrozené deformity nohy	466
39.4 Skoliózy	466
39.5 Hrudní hyperkyfóza	469
39.6 Torticollis spastica	470
39.7 Akutní vertebrogenní algický syndrom	472
39.8 Aseptické kostní nekrózy	472
39.9 Coxa vara adolescentium	475
39.10 Vývojová dysplazie kyčelního kloubu	476
39.11 Vrozené vývojové vady pohybového aparátu	478
39.12 Kostní dysplazie	479
39.13 Entezopatie	479
39.14 Osteopatie	480

40 Traumatologie (<i>Zdeněk Zima</i>)	482
40.1 Úrazy u dětí	482
40.2 Prvotní ošetření akutních dětských úrazů	482
40.3 Úrazy hlavy	483
40.4 Tupá poranění břicha	484
40.5 Poranění hrudníku	486
40.6 Popáleniny	486
40.7 Cizí tělesa	488
40.8 Zlomeniny a poranění kloubů	489
40.9 Poranění páteře	495
40.10 Navazující péče po úrazu	496
41 Psychiatrie a psychosomatika (<i>Alena Šebková</i>)	498
41.1 Poruchy autistického spektra	498
41.2 ADHD	502
41.3 Úzkostné a depresivní poruchy	503
41.4 Poruchy příjmu potravy	504
41.5 Psychosomatické poruchy v ordinaci PLDD	505
42 Onkologie (<i>Kateřina Lejhancová</i>)	508
42.1 Příčiny malignit u dětí	508
42.2 Příznaky maligních onemocnění	508
42.3 Diagnostika malignit	510
42.4 Obecné principy léčby	510
42.5 Přehled nejčastějších malignit dětského věku	510
42.6 Komplexní a následná péče o onkologického pacienta	518
42.7 Pozdní následky onkologické léčby	519
42.8 Dispenzární péče o děti po onkologické léčbě	520
43 Akutní stavy v ordinaci PLDD (<i>Ivan Novák</i>)	521
43.1 Dusící se dítě	521
43.2 Bezvědomí a křeče u dětí	526
43.3 Anafylaktický šok	529
43.4 Šok, závažná dehydratace	530
43.5 Intoxikace u dětí a postoje k nim v primární péči	533
43.6 Kardiopulmonální resuscitace (KPR)	535
43.7 Život ohrožující infekční onemocnění	536
43.8 Vybavení ordinace praktického lékaře pro děti a dorost pro řešení akutních stavů	541
Souhrn	545
Summary	545
Seznam zkratk	547
Rejstřík	553
Editoři o sobě	563



BEXSERO

vakcína proti meningokokům skupiny B
(rDNA, komponentní, adsorbovaná)

**ROSTOU RYCHLE.
VY JE MŮŽETE OCHRÁNIT RYCHLEJI!**

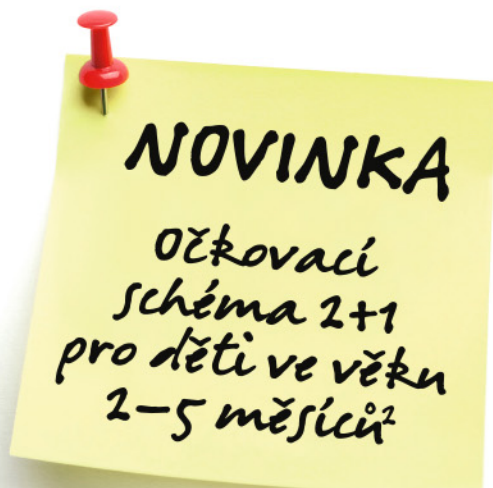
**Plně hrazené očkování proti meningokokům skupiny B
při zahájení očkování do konce 6. měsíce věku¹**

Vakcína BEXSERO
je indikována k imunizaci
proti MenB* již od 2 měsíců věku.²

V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky dosažené
v klinických studiích. Neočekává se, že přípravek Bexsero
zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým
kmenům skupiny B.

Reference:

1. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.
2. SPC Bexsero, červenec 2020. *Meningokokové onemocnění séroskupiny B.



ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU BEXSERO

Název přípravku: Bexsero injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti meningokokům skupiny B (rDNA, komponentní, adsorbovaná) **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje rekombinantní fúzní protein NHBA *N. meningitidis* B 50µg; rekombinantní protein NadA *N. meningitidis* B 50µg; rekombinantní fúzní protein fHbp *N. meningitidis* B 50µg; vnější membránové vesikuly (OMV) *N. meningitidis* B kmene NZ98/254 měřené jako množství celkové bílkoviny obsahující PorA P1.4 25µg. **Indikace:** Vakcína Bexsero je indikována k aktivní imunizaci jedinců od 2 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému kmeny *N. meningitidis* skupiny B. **Dávkování a způsob podání:** Věk v době první dávky: Kojenci (2–5 měsíců) tři dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami nebo dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster mezi 12 a 15 měsíci věku s prodlevou alespoň 6 měsíců od primární série.* Kojenci (6–11 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster v druhém roce života s prodlevou nejméně 2 měsíce od primární série. Děti (12 až 23 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster s prodlevou 12 až 23 měsíců od primární série. Děti (2 roky až 10 let) a dospívající (od 11 let) a dospělí dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; u jedinců, kteří jsou vystaveni setrvalému riziku expozice meningokokovému onemocnění má být zváženo podání boosteru dle oficiálních doporučení. Vakcína se podává hlubokou intramuskulární injekcí, ideálně v anterolaterálním směru do stehna u kojenců nebo do oblasti m. deltoideus horní části ramene u starších subjektů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podání vakcíny je vhodné odložit u subjektů s akutním závažným febrilním onemocněním. Je nutné mít vždy k dispozici odpovídající lékařskou péči pro případ anafylaktické reakce. Vakcínu se nemá podávat jedincům s trombocytopenií nebo s poruchami srážlivosti krve, pokud potenciální přínos jednoznačně nepřevyšuje riziko podání. Podobně jako jiné vakcíny nemusí přípravek Bexsero chránit všechny osoby, které byly vakcinovány. Neočekává se, že Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B. Jedinci s narušenou schopností imunitní odpovědi, ať už z důvodu imunosupresivní léčby, genetické poruchy nebo jiných příčin, mohou mít sníženou protilátkovou odpověď na aktivní imunizaci. Údaje o imunogenicitě jsou k dispozici u jedinců s deficitem komplementu, asplenii nebo s poruchou funkce sleziny. U jedinců s dědičnými deficiencemi komplementu (např. deficiencie C3 nebo C5) a u jedinců podstupujících léčbu inhibující aktivaci terminálního komplementu (např. ekulizumabem) přetrvává zvýšené riziko invazivního onemocnění způsobeného *N. meningitidis* skupiny B i v případech, že u nich dojde po očkování vakcínou Bexsero k tvorbě protilátek. Nejsou k dispozici žádné údaje o použití vakcíny u subjektů starších 50 let. Lékaři by měli před podáním této vakcíny pacientům s hypersenzitivitou na latex v anamnéze zvážit poměr prospěchu a rizika. **Interakce:** Bexsero lze podávat současně s následujícími vakcinačními antigeny ve formě monovalentních i kombinovaných vakcín: difterie, tetanus, acelulární pertuse, *H. influenzae* typu b, inaktivovaná poliomyelitida, hepatitida B, heptavalentní pneumokoková konjugovaná vakcína, spalničky, příušnice, zarděnky, varicela a konjugovaná vakcína proti meningokokům skupin A, C, W, Y. Profylaktické použití paracetamolu snižuje výskyt a závažnost horečky, neovlivňuje však imunogenitu přípravku Bexsero ani běžných vakcín. Při současném podání s jinými vakcínami musí být Bexsero podáno do jiného místa injekce. **Těhotenství a kojení:** Nejsou k dispozici dostatečné údaje o expozici v těhotenství i bezpečnosti v době kojení. Pokud jasně hrozí expozice meningokokové infekci, je nutné zvážit poměr prospěchu a rizika. **Nežádoucí účinky:** U dětí mladších 2 let byly nejčastější místní a systémové nežádoucí účinky citlivost a erytém v místě injekce, horečka a podrážděnost. Velmi časté: poruchy příjmu potravy, ospalost, neobvyklý pláč, bolest hlavy, průjem, zvracení, vyrážka, artralgie. U dospívajících (od 11 let) a dospělých byly nejčastěji pozorované místní a systémové nežádoucí účinky bolest, otok, erytém a indurace v místě injekce, malátnost. Velmi časté: bolest hlavy, myalgie, artralgie, *spontánní hlášení po uvedení na trh: vyrážka.* Zvláštní opatření pro uchování:* Uchovávejte v chladničce od 2 °C do 8 °C. Chraňte před mrazem a světlem. Před použitím předplněnou injekční stříkačku dobře protřepejte, aby vznikla homogenní suspenze **Držitel rozhodnutí o registraci:** GSK Vaccines S.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena I, Itálie. **Datum první registrace:** 14. ledna 2013. **Datum revize textu:** 02. 07. 2020. **Registrační čísla:** EU/1/12/812/001-004. Přípravek Bexsero je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, pokud je očkování zahájeno do dovršení šestého měsíce věku dítěte. Hrazen je též pro zákonem definované rizikové skupiny. Přípravek aplikuje lékař intramuskulární injekcí. Před předepsáním léku se prosím seznamte s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskkompodium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 10. 11. 2020. *Prosím, všimněte si změny SPC.



Předmluva

Vážení čtenáři!

Otvíráte Praktické dětské lékařství, první ucelenou učebnici, která se zabývá oborem primární péče o děti a dorost.

Tento obor prodělal ve své historii mnohé převratné změny, možná by se chtělo říct až „kotrmelce“. Od socialistického „obvod'áka“ po samostatně pracujícího lékaře, jehož odborný záběr nepředstavuje pouze pediatrie, ale mnohé další nauky, obory, oblasti... Praktické lékařství pro děti a dorost je a musí zůstat společně s dalšími základními obory primární péče (všeobecný praktický lékař, ambulantní gynekolog a zubní lékař) základem dobře fungujícího zdravotního systému.

Ten, kdo to ještě nepochopil, se může stát hrobařem systému, jež tu mnozí dětští praktici po léta vlastními silami budovali a který je velmi oceňován našimi pacienty, resp. jejich rodiči, ale je i vyzdvihován jako vzor v zahraničí. A který je v současné době velmi ohrožen.

Především tedy těm našim kolegům, kteří mnohdy přes osobní vypětí, oběti na svých rodinách i na svém zdraví ještě pořád systém drží, věnujeme tuto knihu jako poděkování za jejich práci. Včetně těch, kteří se vydání této první učebnice PLDD nedožili...

Alena Šebková
Plzeň, prosinec 2020

Obor praktické dětské lékařství má v Československu a později v České republice bohatou tradici. Ačkoliv primární lékařskou péči je možno bez nadsázky označit za fundament medicíny, skutečně systematická organizace primární péče o děti a dorost se nejen u nás objevuje až v druhé polovině 20. století. Velkoryse pojatá koncepce péče o děti a dorost pomohla naší medicíně mezi celosvětovou špičku, přesto byla primární pediatrická péče v odborné rovině dlouhou dobu přehlížena. Teprve ekonomicko-spoločenské změny konce 20. století přinesly osamostatnění a skutečný odborný rozvoj dětské medicíny prvního kontaktu. V rámci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vznikla Odborná společnost praktických dětských lékařů a následně vznikl i samostatný obor praktické lékařství pro děti a dorost. Rozvíjejí se preventivní a screeningové programy, zaměření oboru se stále rozšiřuje přesahy do specializovaných oborů. Institucionalizací posudkové péče významně vzrostly nároky na erudici a odpovědnost posuzujícího lékaře. Naproti tomu se díky osamostatnění oboru a cílenému zájmu o primární pediatrickou péči podařilo udržet model péče výhodný pro zdravotní systém, v němž má každé dítě k dispozici svého lékaře, jenž o něj komplexně pečuje ve zdraví i nemoci. Společenská situace umožnila přeměnu dřívějšího modelu organizace péče trpícího neduhy, centrálně direktivně řízeného systému, v osvědčený model medicíny jako svobodného povolání, v němž lékaři provozují samostatně svou praxi. Díky tomu se podařilo upevnit tento koncept a zajistit z pohledu pacientů stabilní prostředí primární pediatrické péče.

V průběhu času postupně utěšeně rostl počet lékařů, kteří se pro práci v ordinacích PLDD kvalifikovali atestační zkouškou z praktického dětského lékařství. Bohužel slibný vývoj byl přerován násilným sloučením oboru s pediatrií. Tento nepochopitelný krok zpět s sebou zatím přinesl jen chaos a nebezpečné prohloubení personální krize praktického dětského lékařství. Obor PLDD však znemožněním cíleně zaměřené

předatestační přípravy a atestační zkoušky nezanikl. V současné době se zdá být jediným výsledkem spojení nyní již relativně vzdálených oborů komplikovanější a delší příprava lékařek a lékařů, kteří si vybrali práci v dětské primární péči, a s tím spojený útlum přílivu nových sil do první linie dětského lékařství. Druhým efektem je obtížnější vznik nových preventivních programů a jejich zavádění do praxe. Koncepce zdravotní péče o obyvatelstvo, nastavení úrovně její kvality a její organizace jsou však především politickým rozhodnutím představitelů státní správy. Nezbyvá tedy v tuto chvíli než akceptovat rozhodnutí směřovat podporu státu jinam než na zdravotní péči o děti a dorost, jakkoliv můžeme o jeho skutečných důvodech jen spekulovat. Pediatr připravující se k práci v terénu v současné době prochází poměrně dlouhou praxí u lůžka, a získává tak velmi solidní základ pro péči o nemocné děti za hospitalizace. Jeho praxe v ambulantní sféře je však trestuhodně malá a nemá tak možnost dostatečně si osvojit práci se zdravými dětmi. Schází mu zkušenosti s ambulantním stylem práce, a především prováděním preventivní a posudkové péče. Přitom právě tato oblast je nejen u nás, ale i v celosvětovém měřítku základem a východiskem dalšího rozvoje primární pediatrické péče.

Jedním z důležitých pilířů vývoje oboru je také vydání této první učebnice praktického dětského lékařství. Práce praktického dětského lékaře je ve srovnání s ostatními obory dětského lékařství zatížena až několikanásobným počtem kontaktů s pacienty a jejich rodiči. Navíc musí dětský praktik analogicky s praktickým lékařem pro dospělé ovládat na dostatečné úrovni základy všech oborů dětského lékařství, a to včetně jejich přesahů do medicíny dospělého věku. Není tedy divu, že se čas od času každý z nás setká s pacientem nebo klinickou situací, v níž se necítí zcela jistý a potřebuje oporu přehledné odborné literatury. Také z těchto důvodů po dlouhou dobu zaznívaly hlasy volající po souhrnném zpracování důležitých témat praktického

dětského lékařství nejen od kolegů připravujících se k atestační zkoušce, ale také od praxí zkušených lékařů.

Učebnice je rozdělena na část obecnou, věnující se základním tématům praktického dětského lékařství, a část speciální. V úvodu speciální části je ještě zařazena stručná diferenciální diagnostika vybraných symptomů, s nimiž se dětský praktik setkává nejčastěji. Přestože je obor PLDD převážně preventivně zaměřen, je diferenciální diagnostika patologických stavů základní podmínkou pro další léčebnou péči v této oblasti medicíny. Na diferenciálnědiagnostickou část pak již navazuje speciální část praktického dětského lékařství podle orgánových systémů.

Naše učebnice si neklade za cíl být vyčerpávajícím zdrojem informací či kopírovat stávající učebnice pediatrie, ale spíše poskytnout ucelený přehled pro základní orientaci v popisované problematice, který je nezbytný pro práci praktického dětského lékaře. Z toho důvodu je autorský kolektiv tvořen právě zejména aktivně pracujícími praktickými dětskými lékaři. Každý z nich má zkušenost z provozování praxe PLDD s potřebným spektrem vědomostí z jednotlivých oblastí při práci dětského praktika. Většina z autorů je současně v pozici ambulantního dětského specialisty, a skloubení těchto rolí jim umožňuje podat problematiku s potřebným nadhledem, aniž by sklouzávali k příliš

teoretickému pojetí. Jsou však i styčné obory, v nichž jsme museli spojit síly s kolegou specialistou a využít jeho cenné rady z praxe.

Je pro mne velkou ctí moci pomáhat uvést tuto první učebnici praktického dětského lékařství do života. Její zrod byl nelehký, jak tomu bývá vždy, když vzniká něco nového. Ačkoliv se autoři učebnice vydali na pionýrskou cestu, zhostili se svého úkolu s obdivuhodnou energií a odvahou. Za tuto odvahu a obětavost, díky níž tato historicky první učebnice praktického dětského lékařství vznikla, patří jejím autorům můj obdiv a vděčnost. V neposlední řadě se patří poděkovat také rodinám autorů za jejich trpělivost a podporu, z níž bezpochyby čerpali další síly potřebné k zdolání tohoto nelehkého úkolu.

Čtenářům knihy přeji, aby se jim následující stránky četly příjemně a s lehkostí. Rád bych, aby se jim učebnice stala vlídným průvodcem na cestě za zvládnutím tak rozsáhlého oboru, jakým praktické dětské lékařství bezesporu je. Zkušeným praktikujícím kolegům pak přeji, aby jim učebnice byla spolehlivou oporou v nezvyklých situacích. A konečně, aby tato nádherná část medicíny byla nám všem více než povoláním spíše koníčkem.

Zdeněk Zíma

Obecná část

1 Historie praktického dětského lékařství

Úvod

V období po sametové revoluci v listopadu 1989 se řada společenských změn také dotkla stávajícího socialistického zdravotnického systému. Jeho nedílnou součástí byli obvodní dětské lékaři, poskytující léčebnou a preventivní péči dětem do šesti let ve státních ordinacích, dětských střediscích, spadajících pod jednotlivé okresní polikliniky, někde NsP (nemocnice s poliklinikou). Obsahem jejich činnosti byl také zdravotní dohled v jeslích, mateřských školách, včetně například kontroly stravování. Kromě obvodních lékařů, jejichž pacienti tvořily děti z určité lokality, tedy obvodu, doplňovali péči o děti školní lékaři a dorostoví lékaři. Svobodná volba lékaře byla prakticky nemožná. Ordinance spadaly pod centrálně řízené městské ústavy národního zdraví (MÚNZ) či okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ) a krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ), které metodicky a odborně řídily „řadové“ obvodní pediatri prostřednictvím okresních a krajských odborníků, povětšinou primářů příslušných dětských oddělení spádové nemocnice. Lékaři byli zaměstnanci se systémem odměňování podle tarifních tabulek. Vzdělávání budoucích pediatri, kteří pak vykonávali také činnost obvodních lékařů, zajišťovala ve velké míře Fakulta dětského lékařství Univerzity Karlovy. Její vznik v roce 1953 byl pro dětskou medicínu velkým přínosem, protože pomohl dosáhnout vysoké kvality vzdělávání pediatri. Její porevoluční zrušení v roce 1990 bylo bezpochyby velkou chybou.

V období porevolučních změn nebyl popsán systém péče o děti a dorost udržitelný, proto přišlo politické rozhodnutí o privatizaci zdravotnictví a původní dětské ordinace se změnilly na nestátní zdravotnická zařízení (období 1991–1995). Bohužel v první fázi mnohde povinně. Díky tomu ale v důsledku došlo i k odbornému a profesnímu růstu lékařů, k hospodářské nezávislosti ordinací. Vznikla odbornost praktického lékaře pro děti a dorost, jehož kompetencí se stala léčebná

a preventivní péče o tuto věkovou kategorii – od narození do 19 let věku (18 let + 364 dní). Změnila se i forma odměňování, byl zaveden systém zdravotních pojišťoven, s nimiž vstoupili lékaři do smluvního vztahu. Postupně se výrazně změnila a rozšířila náplň práce dětského praktika, rozšířily se diagnostické a léčebné metody. Snahy o „přiblížení se Evropě“ ale přinesly také myšlenky na zavedení oboru rodinného lékaře. Na obranu tradiční péče o děti v ČR, kde jako v jedné z mála zemí se již tehdy o děti staral lékař pediatri, se postavily profesní a odborná organizace dětských praktiku (viz dále). V roce 2004 se podařilo zakotvit obor praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD) v systému postgraduálního vzdělávání lékařů. Stal se součástí tzv. primární péče, společně s praktickými lékaři pro dospělá (dnes všeobecnými praktickými lékaři), stomatology a gynekology. Vznikla katedra praktického lékařství pro děti a dorost.

Nově vzniklý obor si vytyčil za cíl vychovat odborníky, kteří mají být schopni poskytnout dětem a mladistvým lékařskou péči odpovídající vědeckým poznatkům, poskytovanou kontinuálně, komplexně a dlouhodobě, a to vlastními silami na úrovni primární péče nebo prostřednictvím efektivního využívání specializovaných služeb. Praktický lékař pro děti a dorost se stal lékařským oborem, jenž zajišťuje diagnostickou, léčebnou a preventivní péči o dětskou a dorostovou populaci, který je otevřen všem kategoriím problémů souvisejících se zdravím, se zřetelem na sociálně-ekonomické faktory a prostředí, v němž dítě a mladistvý žijí, studují a pracují. Je také nejbližší rodičům dětí a mladistvým pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti.

Charakteristické rysy oboru:

- komunitní péče s možností ovlivňovat způsob života celé rodiny – péče zohledňující individuální rizika dětského a mladistvého pacienta,

- přístup k dětskému pacientovi zvažující hlediska biologická, psychologická i sociální,
- poskytování péče v prostředí pacientovi vlastním nebo blízkém.

Klíčová je funkce praktického lékaře pro děti a dorost jako ochránce práv dítěte, důvěrníka i rádce rodičů a mladistvých v problematice zdravotní, zdravotně-sociální, sociálně-zdravotní i osobní. Stejně významná je role výchovná, směřující k odpovědnosti jedince za své zdraví.

Přes výrazně rostoucí požadavky na práci dětských praktiků, přes trendy směřovat maximum péče do péče primární, která je efektivní a ekonomicky nejméně náročná, nedošlo ale ze strany státu, především tedy Ministerstva zdravotnictví, k pochopení toho, že ambulantní lékaři stárnou, že jejich vzdělávání a další podpora jsou nutné k zachování nastaveného systému primární péče o děti a dorost. Jedinou vlašťovkou bylo zavedení tzv. rezidenčních míst, tedy příspěvku na vzdělávání mladých lékařů. Jejich systém a organizace jsou ale pro lékaře OSVČ poměrně náročné. Tato situace vedla k tomu, že postupně začal klesat počet dětských praktických lékařů a vina za to byla dávana existenci samostatného oboru. Kvůli některým představitelům České pediatrické společnosti ČLS JEP a politickým hrátkám přes veškerou argumentaci a posilování primární péče v Evropě došlo k politicky motivovanému rozhodnutí o zrušení oboru PLDD (2017). A to i přesto, že od roku 2011 začal výrazně stoupat zájem mladých kolegů o tento obor a v posledních dvou letech před zrušením dokonce strmě. Následkem toho se dostává primární péče o děti a dorost do personální krize a vzdělávání pro primární péči se bohužel ocitlo na okraji zájmu.

1.1 Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky (SPLDD ČR)

Porevoluční vznik nových systémových struktur, systému zdravotního pojištění a poskytovatelů zdravotní péče, vznik původně desítek zdravotních pojišťoven, nových zákonných i podzákonných norem spojených s činností lékařů (tedy i obvodních dětských lékařů, resp. praktických dětských lékařů), jejich odměňování, následná privatizace činnosti lékařů si vynutily ustavení společné profesní platformy. Tato platforma měla

jednoznačný cíl: pomoci lékařům (tzv. soukromým) orientovat se v novém systému, odolávat tlaku ze strany zdravotních pojišťoven na „smluvní“ vztahy, od kterých se odvíjelo financování jejich práce. Implementace seznamu zdravotních výkonů na jednotlivé odbornosti, tvorba kalkulačního vzorce pro cenu jednotlivých výkonů, jejich následná agregace do kapitační platby – to byly základy finanční stabilizace praxí „nových“ poskytovatelů zdravotní péče o děti a dorost a jejich existence.

Základem profesní platformy obvodních dětských lékařů se stali členové pražského Občanského fóra (MUDr. Ševčíková, MUDr. Halašková a další), kteří svolali do Lékařského domu na počátku roku 1990 shromáždění dětských lékařů. Z tohoto shromáždění, jehož se účastnili také zástupci Československé pediatrické společnosti (prof. Janda, prof. Špičák), vzešel jednoznačný požadavek na ustavení samostatné profesní organizace dětských praktiků. Přípravný výbor připravil návrh stanov, představu o celorepublikové struktuře, systému řízení a vytyčil základní cíle. Na proběhlém ustavujícím shromáždění byl zvolen první celorepublikový výbor SPLDD (MUDr.: Ševčíková, Halašková, Karger, Kudyn, Skála). Jeho předsedou, tedy prvním předsedou SPLDD ČR, se stal MUDr. Kudyn. Na tomto výboru a několika dalších (MUDr. Roškotová, MUDr. Dvořáková) ležel obtížný úkol – postupně objíždět jednotlivé okresy, organizovat schůzky s lékaři ochotnými zapojit se do činnosti sdružení a pomoci při získávání členů. Na základě již celospolečensky platných demokratických principů proběhly volby okresních předsedů, z nichž vznikla tzv. výkonná rada, která byla koordinátorem společných aktivit a přenášela informace z centrální úrovně jednotlivým členům. Předsedkyní byla dlouho MUDr. Roškotová z Litoměřic. Od doby založení SPLDD se na postu členů výkonných výborů ve čtyřletých volebních cyklech vystřídala řada kolegů praktických pediatričů. Zejména nelze opomenout dlouholeté působení MUDr. Neugebauera, dalšího nezapomenutelného předsedy SPLDD, který s ohledem na stoupající rozsah činnosti SPLDD obětoval svoji lékařskou praxi a stal se profesionálním předsedou. Po reorganizaci státní správy a vzniku nových krajských celků se této situaci přizpůsobila i struktura SPLDD. Ze zvolených krajských předsedů bylo ustaveno předsednictvo, které se stalo spojovacím článkem pro předávání informací členům v regionech.

SPLDD ČR hájí zájmy PLDD na všech úrovních, zajišťuje kvalitu smluvních vztahů, účastní se připomínkování zákonů a bojuje o kvalitní ohodnocení práce.

1.2 Odborná společnost praktických dětských lékařů

České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (OSPDL ČLS JEP)

Dne 1. 9. 1997 byla oficiálně přijata do České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně nově založená Odborná společnost praktických dětských lékařů. Předchůdcem v její činnosti byla Vědecká rada Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, kterou v té době vedl MUDr. Karger.

Založení odborné společnosti si vyžádala potřeba, aby praktičtí dětské lékaři měli kromě zastřešující organizace spravující profesní zájmy dětských praktiků také odpovídající platformu zastupující PLDD při jednání na odborném poli nebo s jinými odbornými společnostmi. Tato potřeba byla prvním důvodem vzniku odborné společnosti.

Druhým motivem bylo udržení a posílení postavení a úrovně praktického dětského lékaře v primární péči. To si vyžádalo nutnost vzniku zrcadlového objektu k odborné společnosti praktických lékařů pro dospělé jako odborného, rovnocenného, samostatného partnera v rámci primární péče.

Třetím a zcela jistě nejdůležitějším důvodem založení odborné společnosti byla víra, že po zklidnění společenské situace se naším prvořadým úkolem opět stane celoživotní vzdělávání.

Šlo především o vzdělávání postgraduální a kontinuální zaměřené na potřeby dětského lékaře v primární péči. Ukázalo se, že takový typ vzdělávání musí organizovat lidé, kteří v primární péči pracují, její problematiku dokonale ovládají a jsou schopni navázat kontakt s klinickými odborníky, kteří budou ochotni s naší odbornou společností spolupracovat. Je velkou zásluhou tehdejších představitelů pediatrie obce, že tento základní axiom po konstruktivních diskusích vzali za svůj a pochopili, že nejde o štěpení pediatrie, ale naopak o kvalitativní posílení jedné z jejích základních větví. Proto vzniku naší odborné společnosti nebránili, ale naopak její vznik doporučili a velice obětavě s námi spolupracovali. Alespoň za Prahu zde musím zmínit několik jmen: prof. Špičák, prof. Dunovský, prof. Šamánek, prof. Šnajdauf a doc. Novák.

Prvními členy výboru OSPDL byli MUDr. Petr Endler, předseda, MUDr. Petr Karger, vědecký sekretář, MUDr. Jarmila Seifertová, tajemnice. Postupem času se stali významnými pomocníky MUDr. Jiří Marek, MUDr. Bohuslav Procházka, MUDr. Ivana Wurmová, MUDr. Helena Halašková, MUDr. Ivana Sobotková.

Těm všem patří dík za zrod a úspěšnou činnost OSPDL. V dalších letech se k těmto „zakladatelům“ přidalo mnoho dalších jmen, ať už na celorepublikové úrovni, či na úrovni regionální. Dlouhá léta byla předsedkyní MUDr. Hana Cabrnchová, od roku 2013 dosud stojí v čele MUDr. Alena Šebková.

Bylo již řečeno, že základním úkolem OSPDL bylo rozhybat a zintenzivnit vzdělávání praktických dětských lékařů. Podařilo se vybudovat fungující systém školicí, kteří se stali vyslanci odborné společnosti až na úroveň okresu. Posléze se z jejich ordinací stala akreditovaná pracoviště. Velice efektivně se zcela jistě stala i myšlenka tvoření vzdělávacích programů na bázi tzv. páteřních témat. Na vzniku tohoto systému má velkou zásluhu MUDr. Petr Karger a MUDr. Jarmila Seifertová, která přinášela i řadu výborných podnětů ze svých studijních pobytů v zahraničí. Dosud se jednou ročně školitelé setkávají na konferenci, kde si vyměňují odborné poznatky, pedagogické i osobní zkušenosti z výchovy mladých lékařů.

Kromě tzv. páteřních seminářů je v současné době OSPDL pořadatelem či odborným garantem dalších vzdělávacích akcí především v rámci kontinuálního vzdělávání – cyklu Pediatrických akademií, konferencí, jako je Zdravotnické fórum, řešící témata společensky závažná (týrané děti, návykové chování...), mezioborová konference (přináší poznatky z oborů, které musí PLDD v rámci své práce znát), v rámci Edice OSPDL vydává Doporučení pro praxi, vytváří doporučené postupy nebo se podílí na jejich tvorbě. OSPDL je zároveň prostřednictvím ČLS JEP účastníkem připomínkového řízení ke zdravotnickým zákonům, její zástupci se zúčastní mnohých jednání na nejružnějších úrovních (Ministerstvo zdravotnictví, hygienické stanice, Státní ústav pro kontrolu léčiv [SÚKL], Státní zdravotní ústav [SZÚ], krajské samosprávy atd.), včetně mezirezortních. Poměrně široká spolupráce se rozvinula v rámci ČLS JEP a několik let se také rozvíjí spolupráce OSPDL s patientskými organizacemi.

V roce 2017 a 2018 se podařilo vydat dva díly knihy Kazuistiky z (primární) pediatrické praxe, na níž pracovali PLDD napříč republikou.

Odborné informace šíří OSPDL prostřednictvím webu společnosti (www.ospdl.eu) a elektronického časopisu Newsletter OSPDL.

1.3 Katedra PLDD

V rámci Institutu postgraduálního vzdělávání (IPVZ) vznikla v první fázi pod katedrou pediatrie subkatedra PLDD, samostatný obor dal vznik katedře PLDD. Přestože obor PLDD byl administrativně zrušen, katedra zůstává a pevně věříme, že zůstane. Náplní práce katedry je především starost o předatestační vzdělávání dětských praktiků. Od jejího vzniku dosud stojí v čele MUDr. Hana Cabrnchová.

1.4 Aktivity českých primárních pediatriů v zahraničí

Významným úkolem po vzniku SPLDD ČR bylo začlenit PLDD do Evropy a i prostřednictvím mezinárodní spolupráce podporovat rozvoj odborných kompetencí praktických dětských lékařů. Zástupcem v Evropské unii (EU) se stal na počátku MUDr. Tomáš Soukup, který nyní již dlouhá léta pracuje jako dětský praktik v zahraničí (Německo, Švýcarsko), nicméně nadále spolupracuje s naší společností.

SPLDD se stalo členem Evropské odborné společnosti, SEPA/ESAP se sídlem v Lyonu, členem European Academy of Pediatrics (EAP), kde MUDr. Soukup zastupoval českou primární péči ve výboru jako primary care representative. V té době zažil vznik Sekce primární pediatrie na úrovni EU, k čemuž tehdy čeští ambulantní praktičtí pediatrii výrazně přispěli. Byly navázány odborné a profesní kontakty napříč Evropou, zejména tam, kde byla také silná primary pediatric care, tedy se Slovenskem, Německem, Itálií, Švýcarskem, Slovinskem a Španělskem.

Naše členství v evropských strukturách nás naučilo znát evropskou pediatrickou legislativu a požadavky EU, zejména na postgraduální vzdělávání pediatriů a PLDD.

V současné době jsme členy dvou evropských organizací:

European Academy of Paediatrics (EAP) – Evropská akademie pediatriů, součást The European Union of Medical Specialists (UEMS) – Evropská unie lékařských specialistů.

V této organizaci má Česká republika dva oficiální delegáty. Jeden reprezentuje nemocniční pediatriy (za ČPS ČLS JEP), jeden primární pediatrii (za OSPDL ČLS JEP). Od roku 2006 je zástupcem za primární

pediatrii MUDr. Gabriela Kubátová. Připravena převzít zastupování je nyní MUDr. Ing. Veronika Jilichová Nová.

Posláním této organizace je posilovat postavení pediatrií v Evropě, sjednocovat a certifikovat v rámci Evropy jejich vzdělávání. EAP pracuje systémem pracovních skupin pro jednotlivé oblasti a specializace v rámci pediatrie. Pracovní skupina pro primární pediatrii má za cíl doporučovat dostatečné vzdělávání a praxi pro lékaře všech specializací, kteří poskytují péči dětem v primární péči.

Pracovní zasedání této organizace probíhají dvakrát ročně. Jednou za dva roky se koná Kongres EAP s Mastercoursem.

Druhou organizací je European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP) – Evropská konfederace primárních pediatrií.

Konfederace sdružuje organizace primárních pediatrií ze států, kde primární pediatrie má svoji organizaci, společnost nebo syndikát.

V ČR je to SPLDD. Počet delegátů se odvíjí od počtu PLDD v dané zemi. ČR má v současnosti nárok na pět delegátů. Od roku 2008 je hlavním zástupcem v ECPCP MUDr. Gabriela Kubátová, od roku 2014 postupně přebírá funkci hlavního delegáta MUDr. Ing. Veronika Jilichová Nová, která se začala v roce 2020 již aktivně účastnit jednání.

Posláním a cílem této organizace je posilovat postavení primární pediatrie v systému péče o děti a dorost v Evropě, sjednocovat a koordinovat doporučení v oblasti preventivní pediatrie a v očkování, sjednocovat vzdělávání v oblasti primární pediatrie, stanovit minimální požadavky pro vzdělání a praxi pro pediatry, kteří mají zájem o práci v primární pediatrii.

Rovněž pracuje systémem pracovních skupin pro jednotlivé oblasti primární pediatrie.

Pracovní zasedání probíhají dvakrát ročně.

Zdroje

Velmi děkuji kolegům praktickým dětským lékařům, Petru Kargerovi, Milanu Kudynovi, Tomovi Soukupovi a Gábině Kubátové, kteří se výrazně zasloužili o rozvoj našeho oboru, stáli u jeho zrodu a zrodu našich organizací, za poskytnuté informace, které jsem použila v tomto sdělení.