

Tab. 2. Dôležité špecifické ukazovatele kašľa odobraté z anamnézy a fyzikálneho vyšetrenia (upravené podľa Cheng et al., Mukerji et al. (3, 23))

Kľúčové nešpecifické nálezy	Možné príčiny
Anamnéza	
Anamnéza chronického pľúcneho alebo pažerákového ochorenia	Zväžiť komplikácie (napr. H-typ tracheoezofageálnej fistuly, bronchiectázie, aspirácia)
Bolesti hlavy/chronický výtok z nosa	Chronická rinosinuitída, primárna ciliárna dyskinéza
Bolesti na hrudníku	Arytmia, astma, postihnutie pleury, tumorózne procesy
Dysfónia/inspiračný stridor	Kongenitálny laryngeálny stridor, vývojové chyby
Dyspnoe indukované fyzickou námahou	Rôzne ochorenia dýchacích ciest, pľúcneho parenchýmu a srdca
Každodenný produktívny kašeľ	Protrahovaná bakteriálna bronchitída, rekurentné aspirácie, atypické infekcie, tuberkulóza, primárna ciliárna dyskinéza, bronchiectázie
Neurovývojové abnormality	Aspiračné pneumónie
Opakované infekcie	Imunodeficiencie
Príznaky dusenia	Aspirácia cudzieho telesa
Problematické kŕmenie	Akékoľvek závažné systémové či pľúcne ochorenie, aspiračné pneumónie
Rekurentné pneumónie	Imunodeficiencie, vrodené vývojové chyby pľúc, tracheo-ezofageálna fistula
Fyzikálne nálezy	
Auskultačné nálezy	Piskoty: astma, bronchiolitída, obliterujúca bronchiolitída, aspirácia cudzieho telesa, malácia alebo stenóza dýchacích ciest, vaskulárny prstenec, lymfadenopatia, mediastinálne tumory, tuberkulóza Krepitácie: akékoľvek ochorenie dýchacích ciest, intersticiálne pľúcne postihnutie
Deformity hrudníka	Akékoľvek ochorenie dýchacích ciest, intersticiálne pľúcne postihnutie
Dyspnoe a tachydyspnoe	Akékoľvek ochorenie dýchacích ciest a pľúc, intersticiálne pľúcne postihnutie
Hemoptýza	Akutné infekcie dolných dýchacích ciest, vaskulárne anomálie, vrodené chyby srdca, tuberkulóza, cystická fibróza, endobronchiálne alebo parenchýmové tumory, idiopatická pľúcna hemosideróza, systémové ochorenia spojiva
Hypoxia/cyanóza	Ochorenia dýchacích ciest a pľúcneho parenchýmu, kardiovaskulárne ochorenia
Neprospievanie	Cystická fibróza, iné závažné pľúcne či systémové chronické ochorenia
Paličkovité prsty	Závažné pľúcne či kardiovaskulárne ochorenia

Ďalším z dôležitých diagnostických prostriedkov u detí s CK sú terapeutické testy. V prípade odhalenia potenciálnej príčiny CK pediatrom (napr. pereniálna alergická rinitída rezultujúca k retronazálnemu zatekaniu hlienov), pozitívna odpoveď na nasadenie cieľenej liečby s prislúchajúcimi režimovými opatreniami s veľkou pravdepodobnosťou stanovuje vyvolávaciu príčinu. Izolovaný symptóm CK u prospievajúceho dieťaťa v trvaní viac ako 4 týždňoch môže upriamiť pozornosť pediatra k protrahovanej bakteriálnej bronchitíde pri absencii iných vyvolávajúcich faktorov perzistujúceho produktívneho kašľa. V týchto prípadoch empirické nasadenie amoxicilínu-klavulanátu podľa predpokladaných etiologických agensoch (*Haemophilus influenzae*: 28–58%, *Streptococcus pneumoniae*: 13–58% a *Moraxella catarrhalis*: 17–59%) v trvaní najmenej 14 dní môže zapríčiniť odznenie CK (10). Pozitívny terapeutický test s nasadením inhalčných kortikosteroidov po dobu 3 mesiacov u detí s dlhodobým neproduktívnym kašľom a supponovanou bronchiálnou hyperreaktivitou v atopickom teréne môže poukazovať na predpokladanú pracovnú diagnózu bronchiálnej astmy (11). Uvedená diagnóza by mala

byť potvrdená a manažovaná špecialistami v príslušných odboroch.

Úloha pediatrického pneumológa a fizeológa v manažmente CK

Niektoré prípady najčastejších príčin CK u detských pacientov (PBB, nešpecifický kašeľ u často chorých detí) sa dajú odhaliť a liečiť v ambulanciách pediatrov. Pokiaľ však zlyhajú terapeutické intervencie v pediatrických ambulanciách a kašeľ perzistuje či sa stále navracia, je pri pozitívite určitých špecifických ukazovateľov kašľa potrebné pneumoftizeologické vyšetrenie. Doplnením palety špecializovaných invazívnych či neinvazívnych vyšetrení (spirometria vrátane bronchomotorických testov, FENO, RTG a/alebo HRCT hrudníka, vyšetrenie flexibilnou bronchoskopiou vrátane bronchoalveolárnej laváže, chloridy v pote, vyšetrenia zamerané na kinematiku cílíi a iných...) sa môže pneumoftizeológ dopracovať k stanoveniu definitívnej vyvolávajúcej diagnózy. Diagnostický postup by sa pri tejto problematike mal zamerať aj na vylúčenie početnej skupiny menej častých, ale z dlhodobého hľadiska o to závažnejších chronických ochorení alebo asociova-

ných syndrémov (cystická fibróza, primárna ciliárna dyskinéza, vrodené vývojové chyby, opakované aspirácie pri neurologických ochoreniach či poruchách prehltania, onkologické ochorenia postihujúce respiračný systém). Epidemiologická anamnéza svedčiaca o možnom vystavení dieťaťa tuberkulóze je dôvodom k realizácii potrebných vyšetrení k vylúčeniu/ potvrdeniu špecifického procesu.

Úloha imunoalergológa v manažmente CK

Z epidemiologického hľadiska má prevalencia alergicky podmienených ochorení neustále stúpajúci trend, pričom príčiny tohto stavu sú multifaktoriálne (12). Úlohou imunoalergológa je vylúčiť závažné primárne či sekundárne imunodeficiencie rezultujúce v nadmernej komplikovanej chorobnosti s participáciou k vzniku, rekurencii či pretrvávaniu CK. Alergický eozinofilný endotyp bronchiálnej astmy spolu s chronickou alergickou rinosinuitídou s *post nasal drip* sú častým dôvodom CK u detí (13). Adekvátnym manažmentom detského astmatika či alergika v súlade s princípmi medicíny založenej na dôkazoch môže imunoalergológ významne