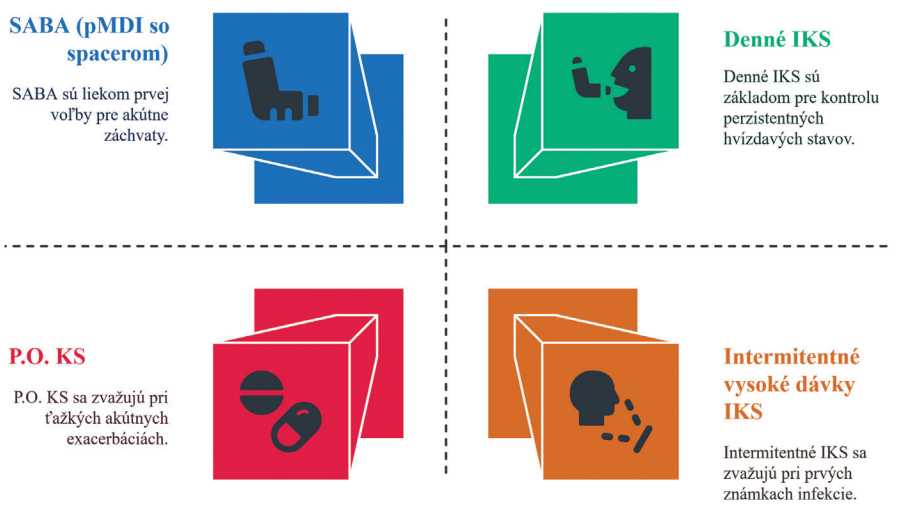
personalizovaný prístup umožňuje intenzívnejší lekársky dohľad a cielené terapeutické intervencie u vysokorizikových jedincov, čo potenciálne zlepšuje ich dlhodobé výsledky.

Vzhľadom na častý výskyt rekurentných bronchospazmov v predškolskej populácii a limitovanú dostupnosť špecialistov v niektorých regiónoch Slovenska a Česka, je kľúčové, aby primárni pediatri disponovali aktuálnymi a na dôkazoch založenými informáciami pre manažment týchto stavov (Obr. 1). Nedávne zrušenie preskripčných obmedzení pre niektoré inhalačné lieky na Slovensku od septembra 2024, ktoré umožňuje ich predpisovanie aj primárnymi pediatrami, prináša výzvu k racionalizácii ich používania. Kým v Českej republike majú pediatri túto možnosť už dlhšie, na Slovensku je kľúčové, aby sa najmä rýchlo účinkujúce bronchodilatanciá (SABA/SAMA) indikovali uvážlivo a na základe jasných klinických známok bronchoobštrukcie, a nie paušálne napríklad pri bežnom kašli. Tým sa zabezpečí nielen včasná dostupnosť liečby, ale aj jej správne a bezpečné použitie v súlade s princípmi medicíny založenej na dôkazoch.

Obr. 1. *Liečebné stratégie pre hvízdavé stavy u detí*



IKS – inhalačné kortikosteroidy, P. O. KS – perorálne kortikosteroidy, pMDI – dávkovací aerosól, SABA – krátkodobo pôsobiace β2-agonisty

Stojí za zapamätanie:

- Hvízdavé stavy u detí predškolského veku sú časté a heterogénne; rozlíšenie EVW a MTW je užitočné, ale fenotypy sa môžu meniť.
- SABA (pMDI so spacerom) sú liekom prvej voľby pre akútny záchvat; ich preskripcia musí byť vždy odôvodnená.
- P. o. KS nie sú rutinne indikované, zvažujú sa pri ťažkých exacerbáciách.
- Intermitentné vysoké dávky IKS možno zvážiť u EVW pri prvých známkach infekcie.
- Antibiotiká, ipratropium bromid a LTRA sa pri akútnej exacerbácii všeobecne neodporúčajú.
- Denné IKS sú základom kontrolnej liečby pri perzistentných/rekurentných hvízdavých stavoch; LTRA sú alternatívou, pričom je nutné zvážiť ich individuálnu účinnosť a monitorovať neuropsychické nežiaduce účinky.
- Kontrolná liečba by mala trvať aspoň 3 mesiace pred zhodnotením účinku a prípadným pokusom o vysadenie.
- Intermitentné aj denné IKS sú účinné stratégie na zníženie rizika exacerbácií u detí s rekurentnými/perzistentnými hvízdavými stavmi.

LITERATÚRA

1. Bisgaard H, Szefler S. Prevalence of asthma-like symptoms in young children. Pediatr Pulmonol. 2007;42:723-728.
2. Pescatore AM, Dogaru CM, Duembgen L, et al. A simple asthma prediction tool for preschool children with wheeze or cough. J Allergy Clin Immunol. 2014;133:111-8.e1-13.
3. Kunc P, Fabry J, Istvankova K, et al. Clinical and Laboratory Profiles of Rhinovirus-Infected Preschool Children: Identifying Risk Factors for Subsequent Asthma. J Asthma Allergy. 2025;18:479-489.
4. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. The Group Health Medical Associates. N Engl J Med. 1995;332:133-138.
5. Brand PL, Baraldi E, Bisgaard H, et al. Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: An evidence-based approach. Eur Respir J. 2008;32:1096-1110.
6. Fainardi V, Caffarelli C, Deolmi M, et al. Management of Preschool Wheezing: Guideline from the Emilia-Romagna Asthma (ERA) Study Group. J Clin Med. 2022;11:4763.
7. Schultz A, Devadason SG, Savenije OE, et al. The transient value of classifying preschool wheeze into episodic viral wheeze and multiple trigger wheeze. Acta Paediatr. 2010;99:56-60.
8. Brodlie M, Gupta A, Rodriguez-Martinez CE, et al. Leukotriene receptor antagonists as maintenance and intermittent therapy for episodic viral wheeze in children. Cochrane Database Syst Rev. 2015;CD008202.
9. Ducharme FM, Lemire C, Noya FJ, et al. Preemptive use of high-dose fluticasone for virus-induced wheezing in young children. N Engl J Med. 2009;360:339-353.
10. Kaiser SV, Huynh T, Bacharier LB, et al. Preventing Exacerbations in Preschoolers With Recurrent Wheeze: A Meta-analysis. Pediatrics 2016; 137:e20154496.
11. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2024. Dostupné na: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf.
12. Castro-Rodriguez JA, Rodrigo GJ. beta-agonists through metered-dose inhaler with valved holding chamber versus nebulizer for acute exacerbation of wheezing or asthma in children under 5 years of age: A systematic review with meta-analysis. J Pediatr. 2004;145:172-177.
13. Castro-Rodriguez JA, Beckhaus AA, Forno E. Efficacy of oral corticosteroids in the treatment of acute wheezing episodes in asthmatic preschoolers: Systematic review with meta-analysis. Pediatr Pulmonol. 2016;51:868-876.
14. Beigelman A, Bacharier LB. Management of preschool recurrent wheezing and asthma: A phenotype-based approach. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2017;17:131-138.
15. Xu H, Tong L, Gao P, et al. Combination of ipratropium bromide and salbutamol in children and adolescents with asthma: A meta-analysis. PLoS ONE. 2021;16:e0237620.
16. Castro-Rodriguez JA, Rodrigo GJ. Efficacy of inhaled corticosteroids in infants and preschoolers with recurrent wheezing and asthma: A systematic review with meta-analysis. Pediatrics 2009;123:e519-e525.
17. Kunč P. Montelukast a neuropsychické nežiaduce účinky – máme sa čoho obávať? Lekárske listy. 2023;(14):5-7.
18. Kwong KY, Morphew T, Huynh P, et al. Loss of asthma control in inner city children with asthma after withdraw of asthma controller medication. J Asthma. 2009;46:1001-1005.
19. Chauhan BF, Chartrand C, Ducharme FM. Intermittent versus daily inhaled corticosteroids for persistent asthma in children and adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2:CD009611.
20. Di Cicco M, Kantar A, Masini B, et al. Structural and functional development in airways throughout childhood: Children are not small adults. Pediatric Pulmonology. 2021;56:240-251.