



## РЕДКИЕ ВИДЫ КАШЛЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ У ДЕТЕЙ

Соболенкова В.С., Федоров С.Ю.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный медицинский университет»

Тула, Россия

**Введение.** Одной из частых причин обращаемости на прием к врачам общей практики является кашель. Кашель представляет собой рефлекторный акт, в результате которого формируется быстрый поток воздуха, направленный на очищение дыхательных путей и расценивается изначально как защитный механизм. Однако длительно существующий кашель существенно снижает качество жизни больного и может являться «красным» флагом патологических процессов в организме, требующих медицинского вмешательства. Причины возникновения кашля условно можно разделить на инфекционные и неинфекционные; среди инфекционных выделяют в первую очередь вирусы, а неинфекционных – аллергические процессы. К более редким причинам относят гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), кашель на фоне приема лекарственных препаратов, психогенный кашель, кашель на фоне глистной инвазии, при орфанных болезнях. При этом заболевание зачастую является трудно диагностируемым, и кашель носит затяжной или хронический характер.

**Цель.** Изучить редкие виды кашля на амбулаторном приеме у детей

**Материалы и методы.** На амбулаторный прием пульмонолога с хроническим или затяжным кашлем (от 6 недель до 2 лет) обратилось 42 ребенка за 2021-22 гг. Средний возраст составил  $7 \pm 3,1$  года. Все пациенты проходили следующее обследование: общий анализ крови; рентгенография грудной клетки; СРБ; ИФА (IgG, IgM) к *Bordetella pertussis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*; анализ кала на яйца глистов; ПЦР (мазок из зева) на герпес-вирусы (вирус Эпштейн-Барра, ЦМВ, герпес человека 6 типа). Пациенты с аллергическими заболеваниями и обострениями заболеваний ЛОР-органов не входили в группу наблюдения. У всех детей исключался туберкулез (постановка, учет реакции Манту и/или аллергена туберкулезного рекомбинантного «Диаскин-тест»).

**Результаты.** В ходе наблюдения в 43% (n-18) случаев выявлялись коклюш (n-3), *Chlamydia pneumoniae* (n-6), персистенция герпес-вирусов (n-11). У 2 детей диагностирован постковидный синдром. Однако у 53% (n-22) с кашлем с помощью выше перечисленных методов не удалось выявить причину. 12% (n-5) имели стойкую эозинофилию (до 10%) крови (от 3 месяцев до 1 года), неоднократно обследовались у аллерголога, лечение по рекомендациям которого не дало результатов. При исследовании методом ИФА обнаружен аскаридоз, лечение противогельминтными средствами – с хорошим эффектом. У 21 % (n-9) кашель был связан с приемом пищи. При проведении УЗИ брюшной полости с водно-сифонной пробой выявлялся ГЭР, при курсовом приеме ингибитора протонной помпы отмечалось исчезновение кашля, который являлся моносимптомом при этом. Наиболее сложной группой для диагностики были больные (n-7, 16%) с психогенным кашлем, что было диагнозом исключения. Они ранее проходили обследование у разных специалистов без обнаружения причины, получали длительное лечение ингаляционными кортикостероидами, антибиотиками, иммуномодуляторами и противокашлевыми средствами без эффекта. Совместная работа с психологом и назначения схемы терапии психиатром возымели хотя и не быстрый (от 3 недель) эффект. У одного ребенка, ранее наблюдающего в связи с бронхообструктивным синдромом у аллерголога в течении 8 месяцев, отмечалось усиление кашля при применении ингаляционных кортикостероидов и бронхолитиков курсами. Ранний анамнез не был известен (девочка взята под опеку из детского дома). Эпизоды длительно



существующего влажного кашля, резистентного к терапии, позволили заподозрить дефицит альфа-1-антитрипсина (генетическое типирование с подтверждением диагноза проведено в РДКБ г. Москвы).

**Заключение.** Хронический и затяжной кашель у детей при амбулаторном приеме требует пристального внимания врача и исключения ГЭР, гельминтозов, орфанной патологии, протекающей с поражением легких.