



Оригинальная статья

Спектр психической патологии у детей и подростков с психогенным кашлем

Д.Ю. Овсянников^{1,2}, О.А. Суетина³, Н.Е. Кравченко^{✉3}, Е.В. Деева²¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;² ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;³ ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», Москва, Россия

✉kravchenkone@mail.ru

Аннотация

Введение. Психогенный кашель (ПК), относящийся к функциональным психосоматическим расстройствам, – частая причина хронического кашля у детей в возрасте старше 6 лет.

Цель. Установить характер психической патологии у госпитализированных детей и подростков с ПК.

Материалы и методы. В одноцентровое проспективное когортное исследование были включены 19 пациентов в возрасте 7–16 лет (медиана – 11,4 года), госпитализированных в пульмонологическое отделение ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения г. Москвы и направленных на консультацию психиатра после исключения соматической патологии как ведущей причины хронического кашля с уточненным в дальнейшем диагнозом «психогенный кашель» клинико-психопатологическим методом.

Результаты. ПК был сухим демонстративным, провоцировался психоэмоциональным напряжением, полностью исчезал во сне. «Лающий» или «дребезжащий» характер кашля отмечен у 16 пациентов, у остальных больных он был «надрывным», «надсадным», грубым. Гипервентиляционный синдром клинически был верифицирован у 18 пациентов. У 4 детей отмечалось затруднение вдоха. В анамнезе 13 детей выявлялась вегетативная лабильность, у 9 – эпизоды субфебрилитета. В 2/3 случаев (13 больных) кашель наблюдался на протяжении 4–10 мес, расстройства психического здоровья были невыраженными, ограничивались негрубыми функциональными (соматизированными) симптомами, личностными акцентуациями и легкими нарушениями невротического круга (тревожными, фобическими, редуплированными паническими). У 1/3 больных (6 детей) длительность кашля составляла 13–20 мес, формирующиеся личностные девиации у этих больных были мозаичные или смешанные – истеро-сензитивно-шизоидные (2 девочки), шизоидно-тревожно-ананкастные (3 ребенка) либо шизотипические (1 мальчик).

Заключение. ПК может имитировать бронхолегочную патологию, не имея истинного соматического субстрата. ПК психопатологически гетерогенен.

Ключевые слова: кашель, психогенный кашель, дети, подростки, психические расстройства.

Для цитирования: Овсянников Д.Ю., Суетина О.А., Кравченко Н.Е., Деева Е.В. Спектр психической патологии у детей и подростков с психогенным кашлем. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (8): 97–101. DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00911

Original Article

The spectrum of mental pathology in children and adolescents with psychogenic cough

Dmitry Yu. Ovsyannikov^{1,2}, Oksana A. Suetina³, Nadezhda E. Kravchenko^{✉3}, Evgeniya V. Deeva²¹ Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;² Morozovskaya Children's City Clinical Hospital, Moscow, Russia;³ Russian Research Center for Mental Health, Moscow, Russia

✉kravchenkone@mail.ru

Abstract

Background. Psychogenic cough (PC) belonging to functional psychosomatic disorders is a common cause of chronic cough in children over the age of 6 years.

Aim. To determine the nature of mental disorders in hospitalized children and adolescents with PC.

Methods. A total of 19 patients aged 7–16 years (median age 11.4 years), admitted to the pulmonology department of the Morozov Children's City Clinical Hospital of the Moscow City Healthcare Department and referred to a psychiatrist for consultation after ruling out a somatic disorder as the leading cause of chronic cough, in whom later the diagnosis of psychogenic cough was clarified by the clinical psychopathology method, were included in the single-center prospective cohort study.

Results. PC was dry and demonstrative; it was provoked by psycho-emotional stress and completely disappeared during sleep. The "barking" or "rattling" cough nature was reported in 16 patients, other patients had the "heart-rending", "back-breaking", coarse cough. Hyperventilation syndrome was clinically verified in 18 patients. Difficulty in inspiration was reported in 4 children. A total of 13 children had autonomic lability and 9 had episodes of low-grade fever in their medical history. In 2/3 of cases (13 patients), cough was observed throughout 4–10 months, mental disorders were mild and limited to mild functional (somaticized) symptoms, personality accentuations and mild disorders of neurotic type (anxiety, phobic, reduced panic ones). In 1/3 of patients (6 children), the cough duration was 13–20 months, and personality deviations developed by these patients were mosaic or mixed: hysterical-sensitive-schizoid (2 girls), schizoid-anxiety-anankastic (3 children) or schizotypal (1 boy).

Conclusion. PC can mimic bronchopulmonary disorders without any real somatic substrate. PC is psychopathologically heterogeneous.

Keywords: cough, psychogenic cough, children, adolescents, mental disorders.

For citation: Ovsyannikov D.Yu., Suetina O.A., Kravchenko N.E., Deeva E.V. The spectrum of mental pathology in children and adolescents with psychogenic cough. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (8): 97–101 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.8.00911

Введение

Кашель не является изолированным расстройством, а выступает в структуре разных, в том числе не только бронхолегочных заболеваний. Кашель, относясь к категории защитных рефлекторных актов, который запускается раздражением периферических рецепторов с последующей передачей импульсов в кашлевой центр продолговатого мозга [1], может отмечаться и у здоровых детей, например физиологический кашель [2]. В одних случаях кашель, выполняя функцию очистки дыхательных путей, полезен, а в других – может приводить к утомлению дыхательной мускулатуры [3]. При патологических состояниях кашель становится частым и мучительным, сопровождаясь риском осложнений, к которым относятся петехии на коже и слизистых оболочках, разрыв мелких сосудов конъюнктивы, обмороки (за счет снижения сердечного выброса), пневмоторакс или медиастинальная эмфизема, выпадение прямой кишки [3, 4]. В зависимости от продолжительности кашля выделяют острый (до 3 нед), подострый (от 3 до 8 нед) и хронический кашель. Хроническим считается кашель продолжительностью более 8 нед для сухого кашля и более 4 нед для влажного/продуктивного [1, 3, 4]. Хронический влажный/продуктивный кашель почти всегда указывает на серьезные заболевания бронхолегочной системы: например, такие как затяжной бактериальный бронхит, бронхоэктазы, муковисцидоз и др. Тогда как сухой кашель нередко бывает рефлекторным – при раздражении рецепторов верхних дыхательных путей, плевры или даже наружного слухового прохода [3–5]. По комбинации ключевых признаков (длительность, продуктивность, время появления) обычно можно судить о генезе кашля. В большинстве случаев удастся установить его конкретную причину – от банальной до редкой. Несмотря на то что зачастую кашель обусловлен неопасными и относительно быстро преходящими воспалительными заболеваниями (острой респираторной вирусной инфекцией, постназальным затеком, постинфекционным кашлем), гастроэзофагеальным рефлюксом, бронхиальной астмой, для врачей в общепедиатрической практике чрезвычайно важно своевременно распознать пациентов, у которых кашлем может проявляться более тяжелая или редкая соматическая патология [4].

В некоторых случаях кашель может быть ассоциирован с нарушением психического здоровья. В подобной ситуации речь идет о той категории психических нарушений, которые либо возникают в синергизме с легочной патологией (нозогенные реакции, сомато- и ятрогении, соматогенно спровоцированные эндогенные заболевания), либо относятся к функциональным (не имеющим органического соматического основания) нарушениям, реализующимся в пределах системы органов дыхания [6]. Именно к функциональным расстройствам относится так называемый психогенный кашель (ПК). Впервые он был описан у детей и подростков в 1969 г., при этом авторы статьи приводили 9 случаев необъяснимого кашля, связанного не с соматической патологией, а с психологи-

ческими обстоятельствами [7]. ПК описывают как сухой, исчезающий во сне, провоцируемый стрессом и не связанный с каким-либо соматическим заболеванием [1, 3]. По данным некоторых исследователей ПК является второй по распространенности причиной хронического кашля у детей в возрасте старше 6 лет [8].

В пульмонологической практике функциональные психосоматические расстройства, к которым принято относить, кроме ПК, гипервентиляционный синдром, дисфункцию голосовых связок, являясь самостоятельными или сопутствующими соматической патологии, могут развиваться как в отсутствие патологического соматического субстрата, так и на фоне бронхиальной астмы или в ее ремиссии, а также после перенесенных воспалительных респираторных заболеваний. По мнению специалистов, изучающих психосоматические расстройства, именно термин «психогенный» подчеркивает психопатологическую природу нарушений и определенную независимость от соматической составляющей состояния. Считается, что как отдельное автономное расстройство ПК редко наблюдается у взрослых и характерен именно для детей и подростков. В генезе ПК ведущую роль играют психогенные и стрессовые ситуации, дополнительными провоцирующими факторами могут выступать перенесенные респираторные инфекции, а также врожденная или приобретенная гиперчувствительность кашлевых рецепторов. В таких случаях кашель, манифестируя как симптом респираторного заболевания, в дальнейшем трансформируется в привычный паттерн, возобновляясь в любое время суток, однако не возникает во сне, а также в период активности, требующей внимания ребенка, например, когда ребенок чем-то увлечен, играет [9–11]. ПК принято относить к категории соматизированных (соматоформных) расстройств, которые, имитируя респираторные заболевания и проявляясь соматическими симптомами, не имеют соматической природы. Рядом авторов отмечается высокая коморбидность соматизированных расстройств с расстройствами депрессивного и тревожного спектра, которая почти в 3,7 раза выше, чем в общей популяции [6, 9, 12, 13]. В последние годы для определения функциональных расстройств бронхолегочной системы предлагается упразднить название «психогенный», подчеркивающий психопатологический генезис этих состояний, и заменить на термин «соматический кашлевой синдром», «функциональный соматический синдром». До настоящего времени ПК причисляется к диагнозам исключения, оставаясь диагностической загадкой, он предполагается в тех случаях, когда все основания возможного соматического происхождения кашля не подтвердились [3, 9, 10, 13].

Целью работы являлось установление характера психической патологии у госпитализированных детей и подростков с ПК.

Материалы и методы

В одноцентровое проспективное когортное исследование были включены 19 (7 мальчиков, 12 девочек) па-

циентов в возрасте от 7 до 16 лет (медиана возраста – 11,4 года), госпитализированных в пульмонологическое отделение ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения г. Москвы в период с сентября 2024 г. по июнь 2026 г. и направленных на консультацию к психиатру после исключения соматической патологии как ведущей причины хронического кашля с уточненным в дальнейшем диагнозом «психогенный кашель». В работе использовался клинико-психопатологический метод, включавший анализ психического состояния, анамнестических сведений, медицинской документации, заключений специалистов о соматоневрологическом статусе (врачей-педиатров, пульмонологов, отоларингологов, неврологов). Верификация соматической патологии проводилась с применением современного диагностического оборудования, учитывались также параклинические показатели. Все больные были осмотрены после получения информированного согласия родителей и подростков на осмотр психиатра.

Результаты

Обследованные пациенты (19 детей) демонстрировали сходные черты кашля. Кашель был сухим, приступообразным, полностью исчезал во сне, а также во время прогулок на улице, увлеченной игры или других занятий, требующих активного внимания. Приступы кашля провоцировались психоэмоциональным напряжением, возникая перед контрольной работой, при разговоре о необходимости посещения школы, во время конфликта с родителями, а также демонстративно возникали во время бесед с врачами при уточнении симптомов. Громкий, навязчивый, «лающий» или «дребезжащий» характер кашля отмечен у 16 (84%) пациентов, у остальных 3 больных он был «надрывным» «надсадным», грубым, напоминающим продуктивный кашель, однако без мокроты. Длительность кашля до момента осмотра психиатра составляла от 4 до 20 мес, в среднем 8 мес. Прием противокашлевых, мукоактивных препаратов не приводил к отчетливому положительному эффекту.

Наряду с кашлем у большинства пациентов выявлялись другие функциональные расстройства бронхолегочной системы. Дети жаловались на «нехватку воздуха», ощущение неполного вдоха иногда сопровождалось чувством стеснения в области груди и желанием вдохнуть полной грудью, в некоторых случаях возникала приступообразная зевота. Вышеописанные симптомы принято объединять в понятие «гипервентиляционный синдром», который клинически был верифицирован у 18 (95%) пациентов. При произвольной гипервентиляции для пациентов типичным было возникновение или резкое усиление кашля на второй-третьей минуте форсированного дыхания, при этом могли возникать головокружение, парестезии. Признаки гипервентиляционного синдрома обычно усиливались в ситуации эмоционального напряжения, в душных помещениях, при появлении резких запахов. У 4 детей отмеча-

лись сопутствующие фониатрические симптомы, которые возникали в ситуации волнения – охриплость голоса, чувство сжатия в области горла с затруднением вдоха (в отличие от пациентов, страдающих бронхиальной астмой, которым присущ затрудненный выдох). Сопровождающие ПК неприятные ощущения пациенты локализовали именно в области горла (в отличие от больных бронхиальной астмой, отмечающих патологические ощущения в области грудной клетки).

В анамнезе большинства (13 детей, из них 9 девочек) больных выявлялась вегетативная лабильность (головные боли, головокружения, метеочувствительность), у 9 пациентов (из них 6 девочек) отмечались эпизоды немотивированного субфебрилитета, имела место крапивница, у части больных (4 ребенка, из них 3 мальчика) в младенчестве наблюдались «закатывания» во время плача.

У всех 19 пациентов с ПК обнаруживались признаки психического нездоровья разной степени выраженности. В большинстве случаев (13 больных, 69%, из них 9 девочек) кашель наблюдался на протяжении 4–10 мес, расстройства психического здоровья были невыраженными, ограничивались негрубыми функциональными (соматизированными) симптомами, личностными акцентуациями и легкими нарушениями невротического круга (тревожными, фобическими, редуцированными паническими). Функциональные симптомокомплексы и невротические проявления манифестировали всегда в ответ на психогенные ситуации либо без дополнительной соматической провокации (8 больных, из них 7 девочек) либо возникали после респираторных инфекций (5 больных, из них 3 мальчика). Психогенно-ситуационные факторы включали обыденные психологические ситуации (ревность и сиблинговое соперничество, отказ выполнить желание, конфликты в семье, школьная неуспешность, родительское наказание). Личностные особенности этих детей ограничивались акцентуацией и характеризовались демонстративными, истеро-ипохондрическими и истеро-тревожными чертами, у большинства (у 10 детей, из них 6 девочек) также можно было отметить признаки невропатической конституции (склонность к вегетативным и астеническим реакциям с низкой толерантностью к нагрузкам и воздействиям окружающей среды, ортостатические обмороки, гипергидроз). Следует подчеркнуть, что соматизированные истерические проявления всегда были связаны с психогенными факторами, у этих детей также выявлялась склонность к манипулятивному поведению, при этом соматическая патология, которая могла выступать в качестве триггера, была минимальна. После перенесенной нетяжелой респираторной инфекции кашель сохранялся, становился привычным, несмотря на редукцию инфекционного заболевания и отсутствие соматической патологии.

В меньшем числе случаев (6 больных, 32%) кашель также возникал после психогенной провокации (конфликты в семье и школе, учебная неуспешность), но психопатологическая симптоматика была более очер-

ченной и разнообразной, а длительность кашля составляла не менее года (13–20 мес). У 5 пациентов (из них 3 девочки) выявлялись обсессивно-компульсивные симптомы, навязчивые ипохондрические страхи, очерченные панические атаки и постоянный тревожно-депрессивный фон настроения. Особенности формирующихся личностных девиаций у этих больных можно было определить как мозаичные или смешанные – истеро-сензитивно-шизоидные (2 девочки), шизоидно-тревожно-ананкастные (2 мальчика, 1 девочка) либо шизотипические (1 мальчик). Выявлялась тесная связь болезненных невротических проявлений с особенностями склада личности. Ипохондрическая фиксация у этой группы больных становилась более очевидной. У детей наблюдались навязчивые страхи, боязнь заразиться, тревожность, вера в приметы, отмечалась склонность к формированию ритуалов (например, сходное с навязчивым поведением соблюдение строгой последовательности действий перед сном, при одевании, утреннем туалете), имели место подобные тикам навязчивые движения (шмыганье носом, хмыканье), фобии загрязнения с частым мытьем рук, а у подростков – навязчивые страхи болезни и смерти от удушья, страх подавиться при еде, неустойчивое настроение. Однако полиморфная психопатологическая симптоматика не выступала за рамки невротоподобного и аффективного регистров. Подростки жаловались на разлитое чувство беспокойства, которое они с трудом могли связать с чем-то конкретным, отмечались нерезко сниженный неустойчивый эмоциональный фон и повышенная обидчивость, наблюдались панические атаки, которые были тесно связаны с приступами кашля: при этом возникали внезапное чувство удушья, страх задохнуться, сердцебиение, потливость, дрожь.

Наконец, у одного больного из шести можно было констатировать вялотекущий эндогенный процесс с постепенным расширением и утяжелением круга невротоподобных и функциональных нарушений, усложнением явлений ипохондрии (озабоченность здоровьем со страхом утяжеления состояния и опасением заболеть тяжелым заболеванием). Признаками процессуальной психической патологии служили нарастание вычурности и карикатурности позитивных психопатологических симптомов (демонстративный надрывный кашель, возникающий при проявлениях внимания врачей), появление грубых конверсионных расстройств (астазия-абазия). В ряду негативных изменений можно было отметить снижение волевой активности, нарастание эмоциональной нивелировки и аутизации, астенический дефект (в ответ на любые, даже незначительные физические и интеллектуальные нагрузки отмечалось резкое усиление кашля, слабости, так что матери приходилось носить подростка на руках).

Не останавливаясь подробно в этой работе на вопросах терапии, подчеркнем, что и своевременная диагностика, и лечение во многом зависят от комплаентности родителей. В нашей практике мы заметили, что в зависимости от психологического настроения семьи часть па-

циентов попадают на консультацию к психиатру в самом начале возникновения непонятной для педиатров и родственников ребенка патологии, когда еще отсутствует длительная история неудачного лечения, а члены семьи расположены к открытому обсуждению возможной «психологической подоплеки» кашля; в других же случаях согласие на осмотр психиатра дается родителями с большим трудом только после периода многомесячной неэффективной терапии, а само вовлечение специалистов психолого-психиатрического профиля в диагностический и лечебный процесс воспринимается как вынужденное и нежелательное, при этом члены семьи негативно воспринимают информацию о возможной психической патологии, лежащей в основе хронического кашля, и не всегда сразу демонстрируют согласие на использование психотропных препаратов. Естественно, что с родительской готовностью к сотрудничеству с врачом-психиатром заметно связаны своевременность и эффективность лечения ПК.

Обсуждение

При оценке клинического статуса заболевшего ребенка в повседневной практике педиатрам нередко приходится сталкиваться с диагностическими дилеммами. Даже для опытных врачей-педиатров одной из весьма сложных проблем является своевременная верификация расстройств, относящихся к категории психиатрических или психосоматических. В повседневной врачебной деятельности зачастую нельзя исключить вероятность ошибочного диагноза соматического заболевания, когда речь идет о психическом расстройстве, возможность неверного распознавания психической патологии в случаях, когда заболевание обусловлено соматической болезнью, а также игнорирование признаков соматической болезни у пациентов, относящихся к категории психически больных. Появление соматически необъяснимых симптомов всегда диктует необходимость тщательного клинического, инструментального и лабораторного обследования, так как под их маской нередко выступают проявления и соматических, и психических заболеваний [6, 9]. Несмотря на ограниченное число наблюдений, включенных в настоящее исследование, можно отметить, что ПК психопатологически гетерогенен. ПК может выступать как относительно обособленное оформляющее клиническую картину соматизированное расстройство, возникающее у детей с особым конституциональным складом после психогенной/ситуационной провокации, или являться компонентом более сложного полиморфного соматизированного синдрома, в структуру которого могут быть включены другие соматоформные функциональные (гипервентиляционный синдром, дисфункция голосовых связок, функциональный субфебрилитет) расстройства и невротические (панические атаки, тревожно-фобические, ипохондрические) проявления, манифестирующие в связи с психогенными/ситуационными факторами и соматическим триггерным воздействием на фоне более отчетливых, чем акцентуация, премор-

бидных личностных девиаций. По степени тяжести сопутствующей ПК коморбидной психической патологии (формирующиеся личностные девиации, тревожные, фобические, ипохондрические, аффективные, обсессивно-компульсивные симптомокомплексы) можно говорить о континууме психопатологических проявлений, который включает и легкие преходящие исключительно психогенно обусловленные расстройства, и психопатологические нарушения более тяжелого регистра вплоть до процессуально обусловленных состояний.

Заключение

Обобщая наши наблюдения, можно прийти к выводу, что ПК, относящийся к соматизированной психической патологии, чаще наблюдается у детей с невропатическими особенностями (склонность к вегетативным кризам, метеочувствительность, немотивированный субфебрилитет, реактивная лабильность со склонностью к соматизированным реакциям) и акцентуацией демонстративных характерологических черт (истерического, истеро-тревожного, истеро-ипохондрического круга), манифестирует в ответ на ситуационные психогенные проблемы, в некоторых случаях сопутствующим тригге-

ром может являться перенесенная респираторная инфекция (повышающая чувствительность кашлевых рецепторов). Реже симптомокомплекс ПК является компонентом более сложного и полиморфного невротического/неврозоподобного психопатологического образования у пациентов с формирующимися личностными расстройствами смешанного типа, в том числе и при шизотипическом личностном расстройстве. Значимую роль в уточнении патогенетической сущности расстройства играют тщательно собранный анамнез, анализ личностно-конституциональных особенностей ребенка, данные объективных клинических и инструментально-лабораторных обследований, а также взаимодействие специалистов разного профиля. Врач общепедиатрической практики, несомненно, должен быть осведомлен о клинических проявлениях соматоформных психических расстройств, возможных не только у взрослых, но и у детей.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>
The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Овсянников Дмитрий Юрьевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. педиатрии Медицинского института, ФГАУ ВО РУДН; врач-пульмонолог, ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» ДЗМ. ORCID: 0000-0002-4961-384X

Сутина Оксана Анатольевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр., ФГБНУ РНЦПЗ. ORCID: 0000-0003-4800-4329

Кравченко Надежда Ефимовна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр., ФГБНУ РНЦПЗ. E-mail: kravchenkone@mail.ru; ORCID: 0000-0001-5627-8018

Деева Евгения Викторовна – канд. мед. наук, зав. пульмонологическим отделением, врач-пульмонолог, ГБУЗ «Морозовская ДГКБ». ORCID: 0000-0002-0352-2563

Поступила в редакцию: 10.08.2026
Поступила после рецензирования: 19.08.2026
Принята к публикации: 20.08.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Dmitry Yu. Ovsyannikov – Dr. Sci. (Med.), Prof., Head of the Department, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia; pulmonologist, Morozovskaya Children's City Clinical Hospital. ORCID: 0000-0002-4961-384X

Oksana A. Suetina – Cand. Sci. (Med.), Senior Res. Officer, Russian Research Center for Mental Health. ORCID: 0000-0003-4800-4329

Nadezhda E. Kravchenko – Cand. Sci. (Med.), Senior Res. Officer, Russian Research Center for Mental Health. E-mail: kravchenkone@mail.ru; ORCID: 0000-0001-5627-8018

Evgeniya V. Deeva – Cand. Sci. (Med.), Head of the Pulmonology Department, Pulmonologist, Morozovskaya Children's City Clinical Hospital. ORCID: 0000-0002-0352-2563

Received: 10.08.2026
Revised: 19.08.2026
Accepted: 20.08.2026