

СТАТЬИ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

КЛИНИЧЕСКИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ И ТЕРАПИЯ

Статья поступила в редакцию: 29.07.2026

Статья принята к публикации: 04.08.2026

Статья опубликована: 11.08.2026

УДК 616.24+616.233

DOI: 10.32743/UniMed.2026.137.8.23269

**Детализация кашля у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями,
состоящих под диспансерным наблюдением**

Леонгард Анжелика Александровна
ординатор

2 года, врач-терапевт участковый ЧУЗ КБ РЖД-Медицина
РФ, г. Омск

Усачева Елена Владимировна
канд. мед. наук

доц., доц.кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО, Федеральное
государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Омский
государственный медицинский университет Министерство здравоохранения Российской
Федерации
РФ, г. Омск

E-mail: ElenaV.Usacheva@yandex.ru

**Detailing of cold in patients with bronchial obstructive diseases under
dispensary monitoring**

Leongard Anzhelika Aleksandrovna

Second-year resident, District Physician, Clinical Hospital RZhD-Medicina
Russia, Omsk

Usacheva Elena Vladimirovna

candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor
of the Department of Internal Diseases of Additional Professional Education, Omsk State Medical
University
Russia, Omsk

Библиографическое описание: Леонгард А.А., Усачева Е.В. Детализация кашля у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями, состоящих под диспансерным наблюдением // Universum: медицина и фармакология : электрон. научн. журн. 2026. 8(137). URL: <https://7universum.com/ru/med/archive/item/23269>

Аннотация

Цель исследования: для совершенствования диагностики бронхообструктивных заболеваний в первичном звене здравоохранения провести сравнительную оценку характеристик кашля у пациентов с бронхиальной астмой (БА), хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и их сочетанием. Материал и методы. Проведено одноцентровое исследование, включавшее ретроспективный анализ 30 амбулаторных карт и проспективное наблюдение тех же 30 пациентов, разделенных на три группы по 10 человек (БА, ХОБЛ, БА+ХОБЛ). Кашель оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и шкале симптомов кашля (CSS). Статистическая обработка выполнена с использованием критериев Крускала-Уоллиса, Манна-Уитни и Фишера. Результаты. Ретроспективно установлена фрагментарность описания кашля в первичной документации: влажность (86 %), время появления (80 %) и провоцирующие факторы фиксировались чаще, тогда как частота приступов (40 %) и количество кашлевых толчков (0 %) – недостаточно. При БА преобладал непродуктивный ночной кашель, провоцируемый триггерами; при ХОБЛ – продуктивный дневной кашель, усиливающийся при физической нагрузке. Объективная оценка выявила более высокую интенсивность кашля при БА, особенно в ночные часы. Установлена обратная корреляция между интенсивностью кашля по ВАШ и возрастом пациента ($r = -0,51$; $p < 0,05$) и прямая – между возрастом и длительностью кашля ($r = 0,59$; $p < 0,05$), что указывает на возрастное снижение субъективного восприятия симптома. Выводы. Детализация кашля – обязательное условие дифференциальной диагностики и контроля бронхообструктивных заболеваний, однако дефицит регистрации его ключевых признаков в первичной документации диктует внедрение структурированного опросника для стандартизации расспроса. Выявленное возрастное занижение интенсивности кашля у лиц более старшего возраста обосновывает необходимость использования объективных шкал наряду с субъективной оценкой. Ограничением исследования является малый объем выборок, что требует проверки полученных результатов на более крупных когортах.

Abstract

Objective: to facilitate differential diagnosis of obstructive airway diseases in primary care by comparatively assessing cough characteristics in patients with bronchial asthma (BA), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and their combination. Materials and Methods. A single-center study was conducted, including a retrospective analysis of 30 outpatient medical records and prospective evaluation of the same 30 patients, divided into three groups of 10 (BA, COPD, BA+COPD). Cough was assessed using a visual analog scale (VAS) and the Cough Symptom Score (CSS). Statistical analysis employed Kruskal–Wallis, Mann–Whitney U, and Fisher's exact tests. Results. Retrospective data revealed fragmented cough documentation: wetness (86 %), time of onset (80 %), and triggering factors were recorded more frequently, while attack frequency (40 %) and the number of cough thrusts (0 %) were insufficiently reported. In BA, cough was predominantly non-productive, nocturnal, and triggered by allergens; in COPD, it was productive, daytime, and provoked by physical exertion. Objective assessment showed higher cough intensity in BA, especially at night. An inverse correlation was found between VAS-assessed cough intensity and patient age ($r = -0.51$; $p < 0.05$), and a positive correlation between age and

cough duration ($r = 0.59$; $p < 0.05$), indicating age-related down-perception of symptom severity. Conclusions. Detailed cough characterization is essential for differential diagnosis and disease control in obstructive airway diseases. However, the lack of key cough descriptors in primary records supports the need for a structured questionnaire to standardize history taking. The observed age-related underestimation of cough intensity argues for combining subjective scales with objective tools. The study is limited by its small sample size, and therefore the findings need to be confirmed in larger cohorts.

Ключевые слова: кашель, расспрос пациента, детализация жалоб, бронхообструктивные заболевания, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких.

Keywords: cough, history taking, symptom characterization, obstructive airway diseases, bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease.

Введение

Заболевания, сопровождающиеся синдромом бронхиальной обструкции, занимают одно из ведущих мест в структуре патологии органов дыхания [12, 7]. К ним относятся в том числе бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) [3]. При этом, несмотря на различия в этиологии и патогенезе этих заболеваний, их объединяет общий клинический признак – кашель. Важно подчеркнуть, что кашель – это защитный рефлекторный акт, играющий большую роль в удалении из дыхательных путей мокроты, инородных тел (частиц пыли, дыма и пр.) [11]. Именно поэтому детализация кашля – это не просто сбор анамнеза, а мощный диагностический инструмент.

Тщательная оценка свойств кашля необходима для дифференциальной диагностики заболеваний, ведь чаще всего кашель при каждой патологии имеет свою «классическую картину» [11]. Например, при бронхиальной астме кашель чаще всего сухой, приступообразный, усиливается ночью или под утро, при ХОБЛ – постоянный, продуктивный, наиболее выражен сразу после пробуждения. Также тщательная детализация кашля важна для оценки эффективности лечения, оценки контроля над заболеванием, своевременного выявления осложнений и оценки влияния кашля на качество жизни пациента [5, 8]. Ведь интенсивный длительный кашель изнуряет пациента и может приводить к нарушению режима сна и отдыха, повышению внутрибрюшного давления (риск грыж, недержания мочи), а также заставляет человека избегать общественных мест.

Несмотря на очевидную клиническую значимость детального анализа кашля, сравнительная характеристика этого симптома при разных бронхообструктивных заболеваниях изучена недостаточно.

Цель исследования: для совершенствования диагностики при бронхообструктивных заболеваниях на уровне первичного звена здравоохранения провести сравнительную оценку характеристик кашля у пациентов с бронхиальной астмой, ХОБЛ и их сочетанием.

Материал и методы исследования

Проведено клиническое исследование, в которое включено 30 пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением у врача-терапевта, содержащее ретроспективный и проспективный компоненты. Ретроспективный компонент исследования заключался в анализе содержания записей врача в первичной медицинской документации за предыдущую диспансерную явку этих 30 пациентов (предыдущий год диспансерного наблюдения). В проспективном компоненте исследования эти же 30 пациентов были осмотрены врачом-терапевтом в рамках настоящей диспансерной явки и соответственно имеющимся заболеваниями были распределены по трем нозологическим группам (по 10 пациентов в каждой). Первая группа – пациенты с БА, вторая группа – пациенты с ХОБЛ и третья группа – пациенты с сочетанием БА и ХОБЛ. Клиническая характеристика пациентов, включенных в исследование, представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Характеристика исследуемых пациентов с бронхообструктивными заболеваниями по возрасту, полу и индексу массы тела

Показатели	Все пациенты, n=30	1 группа (БА), n=10	2 группа (ХОБЛ), n=10	3 группа (ХОБЛ+БА), n=10	Уровень значимости различий между группами
Возраст, Ме (25%; 75%) лет	54,0 (46,0; 60,0)	48,0 (39,0; 55,0)	56,5 (51,0; 63,0)	55,5 (47,0; 59,0)	p=0,12* p=0,049&
Мужской пол, n (%)	17 (56,7)	4 (40,0)	8 (80,0)^	5 (50,0)	-
ИМТ, Ме (25%; 75%) кг/м ²	30,3 (26,1; 33,4)	27,5 (26,0; 33,0)	29,1 (27,4; 32,5)	33,5 (30,0; 40,0)	p=0,34* p=0,91&

Примечание: * – Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks для 1, 2 и 3 групп; & – Mann-Whitney U Test для 1 и 2 групп; ^ – Phi-square для 1 и 2 групп p=0,17.

Согласно данным таблицы 1, средний возраст участников исследования составил 54,0 года. Пациенты с ХОБЛ были в среднем статистически значимо на 8,5 лет старше пациентов с БА, что соответствует известным эпидемиологическим различиям в этиопатогенезе этих заболеваний. Средний индекс массы тела (ИМТ) в общей выборке составил 30,3 кг/м², что указывает на наличие избыточной массы тела у большинства пациентов с бронхообструктивной патологией [9, 10, 6]. Наибольшее значение ИМТ зафиксировано в 3-й группе – 33,5 кг/м², при этом статистически значимых межгрупповых различий по ИМТ не выявлено, что, вероятно, обусловлено малым объемом выборок. В общей когорте пациентов с бронхообструктивными заболеваниями, находящихся на диспансерном наблюдении, соотношение мужчин и женщин было примерно равным. Исключение составила 2-я группа, в которой доля мужчин достигала 80 %.

Бальная оценки кашля проводилась с использованием шестибального инструмента для субъективной оценки выраженности кашля с учетом количества кашлевых толчков в дневное и ночное время, а также их влияния на активность и сон (Cough Symptoms Score, CSS) [13, 14].

Статистический анализ осуществлен с помощью редактора электронных таблиц Excel. Количественные данные на предварительном этапе статистического анализа оценивали на нормальность распределения по критерию Shapiro-Wilk. Непрерывные переменные представлены в виде медианы (Me (25 %; 75 %)). Номинальные данные представлены в виде относительных частот объектов исследования (n (%)). Для оценки различий количественных данных использовали критерий Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks, для номинальных данных – Fisher test. Критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы (p) принимали равным 0,05.

Результаты исследования. Кашель как важный диагностический критерий, позволяющий диагностировать заболевание, отслеживать течение болезни, эффективность лечения, проводить дифференциальную диагностику, должен фиксироваться в первичной медицинской документации. Насколько качественно отражена детализация этого симптома у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями в условиях первичного звена здравоохранения посвящена первая часть нашей работы (ретроспективный компонент исследования).

Часть 1. Качество детализации кашля по данным первичной медицинской документации

Детализация кашля должна проводиться по ряду характеристик [1, 2, 4], наиболее важными из которых являются: влажность (продуктивный, непродуктивный), интенсивность (умеренный, приступообразный, мучительный), тембр (лающий, грубый, беззвучный), связь с положением тела, время появления кашля, частота приступов кашля, количество кашлевых толчков за один приступ кашля, обстоятельства, провоцирующие появление, усиление и купирующие кашель, длительность существования кашля в жизни пациента. Ретроспективные данные о качестве детализации кашля в первичной медицинской документации представлены на рисунке 1.

Как видно из рис. 1, у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями в первичной медицинской документации наиболее часто отражены такие характеристики кашля, как влажность и время появления кашля. Менее чем в половине случаев указаны такие характеристики, как характер кашля, частота приступов кашля, и обстоятельства, провоцирующие кашель



Рисунок 1. Качество детализации кашля по данным первичной медицинской документации в условиях первичного звена здравоохранения: представлено количество пациентов, в первичной медицинской документации которых содержится информация о кашле

Не представлено в первичной медицинской документации количество кашлевых толчков за один приступ кашля (кашлевой эпизод), в то время как количество кашлевых толчков (или, иначе, структура кашлевого акта) имеет важное диагностическое значение: одиночный кашлевой толчок, несколько кашлевых толчков, не нарушающих самочувствие или серия толчков в виде изнурительного приступа до потери сознания, что играет ключевую роль в поиске причины симптома:

1. например, при коклюше кашель имеет специфическую структуру: это серия из 5 – 10 и более коротких кашлевых толчков на выдохе, за которыми следует внезапный вдох со свистом (реприза);
2. при бронхите кашель чаще всего представлен одиночными толчками или короткими сериями, направленными на удаление мокроты, но без длинной серии и характерного вдоха;
3. для бронхообструктивных заболеваний характерна серия кашлевых толчков, возникновение которой обусловлено наличием препятствия в дыхательных путях (мокрота, отек, спазм) и слишком вязкая мокрота, при этом для ее удаления требуется много усилий, чтобы его преодолеть.

Часть 2. Сравнительная характеристика кашля в зависимости от вида бронхообструктивного заболевания

Кашель является одним из ключевых клинических проявлений бронхообструктивных заболеваний, однако его семиотика и диагностическая ценность существенно различаются в зависимости от нозологии. Детальный анализ характеристик кашля позволяет не только предположить наличие бронхиальной обструкции, но и провести дифференциальную диагностику заболеваний, где патофизиологические механизмы определяют принципиально разные особенности этого симптома. В данном разделе представлена сравнительная

характеристика кашля при основных видах бронхообструктивной патологии – БА, ХОБЛ и при сочетании ХОБЛ+БА, полученная при проведении проспективного клинического исследования.

Таблица 2.

Сравнительная характеристика кашля в зависимости от вида бронхообструктивного заболевания

Характеристики кашля	Все пациенты, n=30	1 группа (БА), n=10	2 группа (ХОБЛ), n=10	3 группа (ХОБЛ+БА), n=10
1. влажность, п (%): ◦ продуктивный ◦ непродуктивный	18 (60%) 12 (40%)	4 (40,0%) 6 (60,0%)	8 (80,0%) 2 (20,0%)	6 (60,0%) 4 (40,0%)
2. характер кашля, п (%): ◦ лающий, громкий ◦ нежный, тихий ◦ беззвучный	21 (70,0%) 4 (13,3%) 5 (16,7%)	9 (90,0%) 1 (10%) 0	7 (70,0%) 1 (10,0%) 2 (20,0%)	5 (50,0%) 2 (20,0%) 3 (30,0%)
3. время появления кашля, п (%) ◦ ночью ◦ утром ◦ в течение дня	4 (13%) 10 (33,3%) 16 (53,3%)	3 (30,0%) 4 (40,0%) 3 (30,0%)	0 4 (40,0) 6 (60,0)	1 (10,0%) 2 (20,0%) 7 (70,0%)
4. обстоятельства, провоцирующие кашель, п (%) ◦ физическая нагрузка ◦ триггеры	23 (76,7%) 23 (76,7%)	7 (70,0%) 10 (100,0%)	10 (100,0%) 4 (40,0%)	6 (60,0%) 9 (90,0%)
5. частота приступов кашля, п (%) ◦ 2-3 ◦ 4-5 ◦ 6-7	13 (43,3%) 12 (40,0%) 5 (16,7%)	5 (50%) 4 (40%) 7 (10%)	5 (50,0%) 3 (30,0%) 2 (20,0%)	3 (30,0%) 5 (50,0%) 2 (20,0%)
6. количество кашлевых толчков, п (%) ◦ 1-2 ◦ 3-5	22 (73,3%) 8 (26,7%)	7 (70,0%) 3 (30,0%)	7 (70,0%) 3 (30,0%)	8 (80,0%) 2 (20,0%)

Характеристики кашля	Все пациенты, n=30	1 группа (БА), n=10	2 группа (ХОБЛ), n=10	3 группа (ХОБЛ+БА), n=10
7. длительность существования кашля, Ме (25%; 75%) лет*	12,5 (6,0; 21,0)	8,0 (5,0; 15,0)	17,0 (10,0; 28,0)	15,0 (6,0; 22,0)

Примечание: * – *Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks* $p=0,16$; & – *Mann-Whitney U Test* для 1 и 2 групп $p=0,048$.

Как видно из табл. 2, для пациентов с ХОБЛ более характерен продуктивный кашель (80 % случаев), провоцирующийся физической нагрузкой (100 % случаев), громкий, лающий (70 % случаев), чаще всего проявляющийся в течении дня (60 % случаев). Для пациентов с БА более характерен непродуктивный кашель (60 % случаев), провоцирующийся триггерами (100 % случаев), громкий, лающий (90 %), чаще всего проявляющийся утром (40 % случаев). Для пациентов с сочетанием ХОБЛ+БА характерен продуктивный кашель (60 % случаев), провоцирующийся триггерами (90 % случаев), громкий, лающий (50 %), чаще всего проявляющийся в течении дня (70 % случаев).

По количеству кашлевых толчков пациенты с ХОБЛ не отличались от пациентов с БА и сочетанием ХОБЛ+БА. Большую длительность существования кашля имеют пациенты с ХОБЛ, так как ХОБЛ формируется медленно, обычно в течение не менее 10 лет, часто ХОБЛ предшествуют обострения хронического бронхита.

Часть 3. Количественная оценка выраженности кашля

Балльная (количественная) оценка кашля имеет важное клиническое значение, поскольку она переводит субъективное ощущение пациента (или наблюдение врача) в объективизированные, измеримые данные. Это позволяет стандартизировать наблюдение, оценивать эффективность лечения и прогнозировать течение болезни. Результаты балльной оценки кашля у исследуемых групп пациентов представлена на рисунке 2

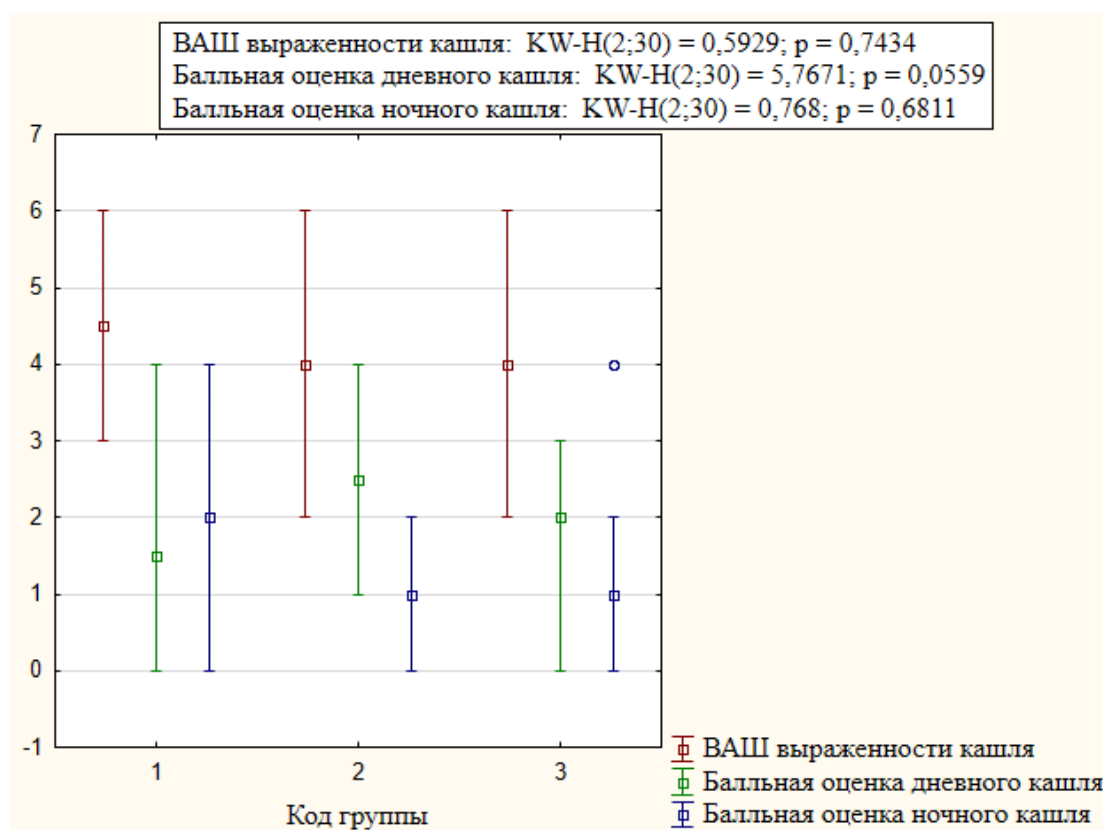


Рисунок 2. Объективная количественная оценка выраженности кашля с помощью Cough Symptom Score у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями (примечание: KW-H - Kruskal-Wallis ANOVA by Ranks)

Как видно из рисунка 2, у пациентов 1 группы выраженность дневного кашля и ночного кашля не различалась, в то время как для пациентов 2 и 3 групп дневной кашель был более выраженным, чем ночной. Субъективная оценка выраженности кашля (ВАШ) была одинаковой во всех трех группах, при этом статистически значимые различия получены между 1 и 2 группами только по интенсивности дневного кашля: дневной кашель при БА более выраженный, чем при ХОБЛ (Mann-Whitney U Test для 1 и 2 групп $p=0,027$). График демонстрирует ключевое различие в суточном ритме симптомов: для БА (группа 1) характерен акцент на ночной кашель и более высокая общая оценка тяжести симптома, чем для ХОБЛ (группа 2).

С учетом литературных данных о высокой распространенности избыточной массы тела среди пациентов с бронхообструктивными заболеваниями [8, 5] нами проведен анализ связи между ИМТ и выраженностью кашля. Однако, несмотря на высокую распространенность избыточной массы тела у пациентов с бронхообструктивными заболеваниями взаимосвязи между балльной оценкой кашля по ВАШ и ИМТ в нашем исследовании не установлено (таблица 3).

Таблица 3.

Связь возраста с выраженностью кашля по шкале ВАШ и длительностью существования кашля в жизни пациента (Spearman Rank Order Correlations, Marked correlations are significant at $p < 0,050$)

	ВАШ выраженности кашля	Длительность существования кашля
Возраст	-0,51 ($p<0,05$)	0,59 ($p<0,05$)

	ВАШ выраженности кашля	Длительность существования кашля
ИМТ	н/д	н/д

Связь возраста с выраженностью кашля по шкале ВАШ и длительностью существования кашля в жизни пациента (Spearman Rank Order Correlations, Marked correlations are significant at $p < 0,050$)

Примечание: н/д – отсутствует статистически значимая связь.

При этом было установлено, что чем старше пациент, тем меньше баллов по шкале ВАШ и тем дольше кашель в жизни пациента. То есть, чем дольше кашель, тем меньше его выраженность – пациент привыкает к этому симптому, и его субъективная значимость становится для него меньше.

Обсуждение

Проведенный анализ первичной медицинской документации и клинических данных пациентов с бронхообструктивными заболеваниями позволил выявить ряд закономерностей, имеющих значение для клинической практики. Так, полученные данные свидетельствуют о фрагментарности описания кашля в первичной медицинской документации. Наиболее часто врачи фиксируют влажность (86 %), время появления (80 %) и провоцирующие факторы, что соответствует базовым представлениям о семиотике. Однако такие важные дифференциально-диагностические критерии, как частота приступов и характер кашля, отражаются лишь в 40 % случаев. Критическим пробелом является полное отсутствие описания количества кашлевых толчков за приступ, хотя именно структура кашлевого акта (одиночные покашливания или серия толчков) имеет решающее значение в дифференциации необструктивного бронхита и бронхообструктивной патологии.

Анализ клинических данных подтвердил патофизиологические различия изучаемых нозологий. Для пациентов с ХОБЛ характерен преимущественно продуктивный кашель (80 %), возникающий в утренние часы (40 %) и закономерно провоцирующийся физической нагрузкой (100 %), что отражает нарушение мукоцилиарного клиренса и снижение толерантности к нагрузке. Для пациентов с БА типичен непродуктивный кашель (60 %), возникающий в ночное время или ранним утром (30 % + 40 %), с четкой связью с триггерами (100 %), что соответствует гиперреактивности бронхов. Пациенты с сочетанной патологией (ХОБЛ+БА) демонстрируют смешанную картину: у 60 % кашель продуктивный, но при этом он часто провоцируется триггерами (90 %), что отражает наличие обоих компонентов – и воспаления, и необратимой обструкции.

Длительность кашля в анамнезе была максимальной при ХОБЛ, что подтверждает концепцию о медленном, многолетнем накоплении симптомов при этом заболевании.

Объективизация кашля по шкале ВАШ выявила, что пациенты более старшего возраста субъективно оценивали интенсивность кашля ниже, несмотря на большую длительность заболевания. Это может быть связано как с адаптацией рецепторов, так и с возрастным снижением чувствительности. Высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения среди исследуемой когорты пациентов подтверждает известную коморбидность бронхообструктивной патологии с метаболическими нарушениями. Отсутствие прямой

корреляции между ИМТ и выраженностью кашля позволяет предположить, что ожирение влияет на течение заболевания опосредованно (через механику дыхания и системное воспаление), а не напрямую на кашлевой рефлекс.

Выводы

1. Детализация кашля – не просто формальный этап сбора анамнеза, а обязательное условие дифференциальной диагностики бронхообструктивных заболеваний. Учет таких параметров, как влажность, суточный ритм, провоцирующие факторы, частота приступов и количество кашлевых толчков, позволяет не только проводить диагностику, но и объективно оценить контроль над заболеванием и своевременно корректировать терапию.

2. Выявленный в ходе работы дефицит регистрации ключевых признаков кашля в первичной медицинской документации диктует необходимость внедрения в повседневную практику врача структурированного опросника, включающего все исследованные характеристики. Такой инструмент за счет стандартизации расспроса, минимизирует врачебные ошибки и служит основой для дифференциальной диагностики между БА и ХОБЛ.

3. Полученные данные позволяют предположить, что субъективное восприятие кашля изменяется с возрастом: пациенты более старшего возраста склонны занижать его интенсивность по ВАШ, несмотря на длительный анамнез, что требует от клинициста особой настороженности при интерпретации жалоб у лиц старших возрастных групп и использования объективных шкал наряду с субъективной оценкой.

4. Перспективы исследования связаны с расширением когорты за счет включения пациентов с необструктивной легочной патологией (например, хронический бронхит, бронхоэктазы) и больных с кашлем нереспираторного генеза, что позволит уточнить специфичность выявленных закономерностей и разработать универсальный алгоритм дифференциальной диагностики кашля любой этиологии.

Основное ограничение работы – малый размер выборок ($n=10$ в каждой группе), из-за которого статистическая мощность недостаточна для обнаружения возможных межгрупповых эффектов. Поэтому наши выводы следует считать предварительными и требующими проверки на когортах большего размера.

Список литературы

1. Бутов, М.А. Пропедевтика внутренних болезней: учебник / М.А. Бутов. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2024. – 584 с.
2. В.Н. Ослопов, Ю.С. Мишанина, Ю.В. Ослопова, Е.В. Хазова. Пропедевтика внутренних болезней: правила сбора анамнеза: учебное пособие. 2024. – 240 с.
3. Выхристенко Л.Р. Бронхообструктивный синдром при бронхиальной астме и хронической болезни легких: от нозологии к лечению // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2025. – № 3.

4. Жумамбаева, Р.М. Пропедевтика внутренних болезней. Дыхательная система: Учебное пособие / Р.М. Жумамбаева. – Алматы, Москва: EDP Hub (Идипи Хаб), Ай Пи Ар Медиа, 2024. – 115 с.
5. Касанаве Е.В., Шаталина С.И., Аксенова М.Б., Колосова Н.Г., Демина Т.А. Оптимизация терапии кашля с бронхообструктивным компонентом при острых респираторных инфекциях у детей // Медицинский совет. – 2026. – Т. 20, № 1.
6. Ладнов Д.В., Шапорова Н.Л., Халимов Ю.Ш. Ожирение и ХОБЛ: патофизиологические аспекты и перспективы терапии. Обзор литературы // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2024. – № 103. – DOI: 10.24884/1609-2201-2024-103-4-11-19.
7. Михайлова М.А., Бочурова Н.Е., Варламов А.Е., Григорьева М.Е., Ермолаев А.В., Жирков Н.Д., Лукина В.Е., Местников У.П., Никифорова А.В., Ноговицына М.Е., Тимофеева Д.П., Слепцов А.Ю., Чурустаев Д.В. Распространенность респираторной симптоматики среди населения г. Якутска // Universum: медицина и фармакология. – 2025. – № 5.
8. Овсянников Е.С., Белякова А.В. Оценка качества жизни и выраженности тревоги и депрессии у пациентов с хроническим бронхитом // Вестник хирургии. – 2025. – Т. 26, № 3.
9. Рабипур М. Сейед Мохтари С., Мамизадех Х. Оценка связи между ожирением и бронхиальной астмой // Ожирение и метаболизм. – 2018. – № 15.
10. Фалетрова С.В., Коршунова Л.В., Бельских Э.С. Клинико-функциональные особенности хронической обструктивной болезни легких у пациентов с ожирением // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2018. – Т. 6, № 3.
11. Ханалиев В.Ю., Салмаханов А.Р., Тайгибова А.Г., Салмаханов А.А. Кашель: варианты хронического непродуктивного кашля и их дифференциальные признаки // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2025. – № 3.
12. Шубина К.М., Мишланов В.Ю., Никитин И.Г., Беккер К.Н., Емелькина В.В., Шубин И.В. Роль субъективных и объективных критериев в оценке состояния больных бронхообструктивными заболеваниями в условиях удаленного мониторинга // Вестник современной клинической медицины. – 2023. – Т. 16, № 2.
13. Jakusova J., Brozmanova M. Jakusova J, Brozmanova M. Methods of Cough Assessment and Objectivization. *Physiol Res.* – 2023. – № 72(6). – P. 687–700 // *Physiol Res.* – 2023. – Т. 72, № 72. – DOI: 10.33549/physiolres.935062.
14. Zhan W, Zhang L, Jiang M, Chen M, Yuan X, Sun J, Xu P, Wu F, Zhang C, Luo W, Chen X, Li H, Lai K. A new simple score of chronic cough: cough evaluation test. *BMC Pulm Med.* 2020 Mar 20;20(1):68. doi: 10.1186/s12890-020-1106-1.

References

1. Butov M.A. Propaedeutics of Internal Diseases: Textbook. 2nd ed., revised and supplemented. Moscow: GEOTAR-Media Publishing Group, 2024. 584 P. (In Russ.)

2. Oslopov V.N., Mishanina Yu.S., Oslopova Yu.V., Khazova E.V. Propaedeutics of Internal Diseases: Rules for History Taking: Study Guide. Moscow: GEOTAR-Media Publishing Group, 2024. 240 P. (In Russ.)
3. Vykhristenko L.R. Bronchoobstructive syndrome in bronchial asthma and chronic lung disease: from nosology to treatment. Immunopatologiya, allergologiya, infektologiya [Immunopathology, Allergology, Infectology]. 2025. No. 3. P. 14–28. (In Russ.)
4. Zhumambaeva R.M. Propaedeutics of Internal Diseases. Respiratory System: Study Guide. Almaty, Moscow: EDP Hub, IPR Media, 2024. 115 P. (In Russ.)
5. Kasanave E.V., Shatalina S.I., Aksenova M.B., Kolosova N.G., Demina T.A. Optimization of cough therapy with bronchial obstruction component in acute respiratory infections in children. Medicinskij sovet [Medical Council]. 2026. Vol. 20, no. 1. P. 78–86. (In Russ.)
6. Ladnov D.V., Shaporova N.L., Khalimov Yu.Sh. Obesity and COPD: pathophysiological aspects and treatment perspectives. Literature review. Novye Sankt-Peterburgskie vrachebnye vedomosti [New Saint Petersburg Medical Records]. 2024. No. 103(4). P. 11–19. doi: 10.24884/1609-2201-2024-103-4-11-19. (In Russ.)
7. Mikhajlova M.A., Bochurova N.E., Varlamov A.E., Grigoreva M.E., Ermolaev A.V., Zhirkov N.D., Lukina V.E., Mestnikov U.P., Nikiforova A.V., Nogovitsyna M.E., Timofeeva D.P., Sleptsov A.Yu., ChurustaeV D.V. Prevalence of respiratory symptoms among the population of Yakutsk. Universum: medicina i farmakologiya [Universum: Medicine and Pharmacology]. 2025. No. 5–1 (122). P. 21–28. (In Russ.)
8. Ovsyannikov E.S., Belyakova A.V. Assessment of quality of life and the severity of anxiety and depression in patients with chronic bronchitis. Vestnik hirurgii [Bulletin of Surgery]. 2025. Vol. 26, no. 3. P. 22–30. (In Russ.)
9. Rabipur M., Seyyed Mohtari S., Mamizadeh H. Assessment of the association between obesity and bronchial asthma. Ozhirenie i metabolizm [Obesity and Metabolism]. 2018. No. 15(4). P. 44–47. (In Russ.)
10. Faletrova S.V., Korshunova L.V., Belskikh E.S. Clinical and functional features of chronic obstructive pulmonary disease in patients with obesity. Nauka molodyh (Eruditio Juvenium) [Science of the Young (Eruditio Juvenium)]. 2018. Vol. 6, no. 3. P. 439–447. (In Russ.)
11. Khanaliev V.Yu., Salmakhanov A.R., Tajgibova A.G., Salmakhanov A.A. Cough: variants of chronic non-productive cough and their differential features. Vestnik Dagestanskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii [Bulletin of the Dagestan State Medical Academy]. 2025. No. 3 (56). P. 72–82. (In Russ.)
12. Shubina K.M., Mishlanov V.Yu., Nikitin I.G., Bekker K.N., Emelkina V.V., Shubin I.V. The role of subjective and objective criteria in assessing the condition of patients with bronchial obstructive diseases in remote monitoring settings. Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny [Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]. 2023. Vol. 16, no. 2. P. 64–71. (In Russian.)
13. Jakusova J., Brozmanova M. Methods of Cough Assessment and Objectivization. Physiol Res. 2023. No. 72(6). P. 687–700. doi: 10.33549/physiolres.935062.

-
14. Zhan W., Zhang L., Jiang M., Chen M., Yuan X., Sun J., Xu P., Wu F., Zhang C., Luo W., Chen X., Li H., Lai K. A new simple score of chronic cough: cough evaluation test. BMC Pulm Med. 2020 Mar 20;20(1):68. doi: 10.1186/s12890-020-1106-1.