

# Медико-социальные проблемы семей, воспитывающих детей с бронхиальной астмой и коморбидной патологией

Э.И. Аюшин<sup>1</sup>, О.Е. Коновалов<sup>1</sup>, Е.В. Деева<sup>2</sup>, Д.Ю. Овсянников<sup>1,2</sup>, А.В. Шулаев<sup>3</sup>, А.А. Шикалева<sup>3,4,5</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Минобрнауки РФ, Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

<sup>2</sup>ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», 119049, Москва, 4-й Добрынинский переулок, 1/9

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 49

<sup>4</sup>ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, дом 2/1, строение 1

<sup>5</sup>КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бутлерова, 36

**Реферат. Введение.** Бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, которым страдает в разных странах порядка 10–15% детского населения. **Цель.** Проанализировать медико-социальные проблемы семей детей с бронхиальной астмой и коморбидной патологией. **Материалы и методы.** Проводился социологический опрос матерей 412 детей с установленным диагнозом бронхиальная астма, госпитализированных в 2024–2025 гг. в многопрофильный стационар г. Москвы. **Результаты и их обсуждение.** Средний возраст диагностики бронхиальной астмы у детей был равен  $7,8 \pm 4,12$  года. У 70,8% детей заболевание было впервые выявлено в возрасте до 10 лет. Большинство детей (77,7%) были госпитализированы в стационар в плановом порядке и 22,3% по экстренным показаниям, при этом последнее обстоятельство было связано с низкой приверженностью к терапии. При исследовании установлено, что из сопутствующей патологии чаще встречались заболевания органов дыхательной и пищеварительной системы. Среди проблем в отношении здоровья и будущего ребенка для родителей ведущее значение имели опасение прогрессирования заболевания с угрозой для жизни, снижение качества его жизни, проблемы профориентации и будущих возможностей, ограничение в занятиях спортом и другой активности. В условиях роста заболеваемости бронхиальной астмой детского населения задача по решению медико-социальных проблем и помощи семьям с больным ребенком является одной из наиболее важных и требует проведения тщательного научного анализа и поиска новых подходов к решению. **Выводы.** Полученная информация может служить основой при разработке программ по профилактике неблагоприятных исходов и сопутствующих заболеваний при бронхиальной астме у детей.

**Ключевые слова:** дети, бронхиальная астма, коморбидная патология, семейные проблемы

**Для цитирования:** Аюшин Э.И., Коновалов О.Е., Деева Е.В., [и др.]. Медико-социальные проблемы семей, воспитывающих детей с бронхиальной астмой и коморбидной патологией // Вестник современной клинической медицины. – 2026. – Т. 19, вып. 1. – С.14–21. DOI: 10.20969/VSKM.2026.19(1).14-21.

## Medical and social problems of families raising children with bronchial asthma and comorbid pathologies

E.I. Ayushin<sup>1</sup>, O.E. Kononov<sup>1</sup>, E.V. Deeva<sup>2</sup>, D.Yu. Ovsyannikov<sup>1,2</sup>, A.V. Shulaev<sup>3</sup>, A.A. Shikaleva<sup>3,4,5</sup>

<sup>1</sup>Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia (RUDN), 6 Miklouho-Maclay str., 117198 Moscow, Russia

<sup>2</sup>Morozov Children's City Clinical Hospital, 1/9 4<sup>th</sup> Dobryninsky Lane, 119049 Moscow, Russia

<sup>3</sup>Kazan State Medical University, 49 Butlerov str., 420012 Kazan, Russia

<sup>4</sup>Russian Medical Academy of Postgraduate Education, 2/1 Barrikadnaya str., 125993 Moscow, Russia

<sup>5</sup>Kazan State Medical Academy – Branch of the Russian Medical Academy of Postgraduate Education, 36 Butlerov str., 420012 Kazan, Russia

**Abstract. Introduction.** Bronchial asthma is one of the most common chronic diseases, which affects about 10–15% of the child population in different countries. **Aim.** To analyze the medical and social problems of families raising children with bronchial asthma and a comorbid pathology. **Materials and Methods.** A sociological survey was conducted among the mothers of 412 children with proven bronchial asthma, hospitalized in a multidisciplinary hospital in Moscow in 2024–2025. **Results and Discussion.** Average age at which bronchial asthma was diagnosed in children was  $7.8 \pm 4.12$  years. In 70.8% of children, the disease was first diagnosed before the age of 10. Most children (77.7%) were hospitalized on a planned basis and 22.3% were hospitalized urgently, the latter circumstance being associated with poor adherence to therapy. The study found that diseases of the respiratory and digestive systems were the most common concomitant pathologies. Among the problems related to the health and future of the child, the most important for parents were fear of disease progression with a threat to life, decrease in the quality of life, problems with career guidance and future opportunities, and limitations regarding sports and other activities. In the context of the growing asthma incidence in the child population, solving medical and social problems and helping families with an asthmatic child represent one of the most important tasks and requires thorough scientific analysis and search for new approaches. **Conclusions.** The information obtained can provide a basis for developing programs aimed at preventing adverse outcomes and concomitant diseases in asthma in children.

**Keywords:** children, bronchial asthma, comorbid pathology, family problems

**For citation:** Ayushin, E.I.; Kononov, O.E.; Deeva, E.V.; et al. Medical and social problems of families raising children with bronchial asthma and comorbid pathologies. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2026, 19 (1), 14-21. DOI: 10.20969/VSKM.2026.19(1).14-21.

**Введение.** Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний, которым страдает в разных странах около 10-15% детского населения. При этом в последние годы наблюдается значительный рост заболеваемости с манифестацией в раннем детском возрасте [1-3]. Для детей БА представляет тяжелую патологию и может быть причиной жизнеугрожающих осложнений. Увеличение численности пациентов с тяжелой БА требует, в свою очередь, роста расходов на здравоохранение [4, 5].

Как свидетельствуют данные литературы, частота встречаемости коморбидных состояний у больных с БА, проживающих в развитых странах, ежегодно возрастает. По данным регистра RASCENR (Швеция) самыми распространенными коморбидными нозологиями при этом являются аллергический ринит, артериальная гипертензия, депрессия и тревожность [6, 7]. С экономической точки зрения наличие коморбидных состояний у больного БА приводит к повышенной нагрузке на медицинские организации в результате увеличения сроков пребывания на стационарной койке, снижения ее оборота, требует больших финансовых затрат на диагностику, лечение и реабилитацию [8, 9]. Кроме того, пациенты с коморбидностью чаще посещают медицинские организации [10].

Согласно ранее проведенным исследованиям, более 80% опрошенных матерей детей с БА высказали желание получить консультации специалистов различного профиля по поводу сопутствующих заболеваний в период стационарного лечения ребенка. При этом достаточно информированными по вопросам БА у детей считали себя 69,3% опрошенных, однако не все матери всегда выполняли врачебные рекомендации [11].

#### **Цель исследования.**

Проанализировать медико-социальные проблемы семей, воспитывающих детей с бронхиальной астмой и коморбидной патологией.

#### **Материалы и методы.**

Проводился социологический опрос матерей 412 детей с установленным диагнозом БА, госпитализированных в 2024-2025 гг. в отделение пульмонологии ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы». Диагноз БА устанавливался в соответствии с действующими отечественными и международными согласительными документами – диагноз БА у детей в возрасте до 6 лет устанавливался на основании международного консенсуса по БА у детей PRACTALL (Practical Allergology Pediatric Asthma Group) [12]; у детей в возрасте старше 6 лет диагноз БА верифицировался согласно критериям GINA (2024) [13].

В ходе анкетирования уточнялись возраст детей; сведения о настоящей госпитализации и направлении на нее; степень тяжести БА (по мнению

опрошенных матерей); диспансерного наблюдения ребенка у специалистов; отнесение ребенка к группе часто болеющих детей (ЧБД); анамнез предыдущих госпитализаций; проводимая терапия БА; степень информированности родителей по БА; проблемы здоровья и будущего ребенка. Критериями отнесения ребенка к группе ЧБД были: у ребенка в возрасте до 1 года – 4 и более заболеваний в год, 1-3 лет – 6 и более раз, 4-5 лет – 5 и более раз, старше 5 лет – 4 и более раз в год [14].

Дети больные БА на момент опроса матерей распределялись по возрасту следующим образом: 0-4 года – 8,6%, 5-9 лет – 25,0%, 10-14 лет – 24,3%, 15-17 лет – 42,1%. Средний возраст больных детей составлял  $11,8 \pm 4,5$  года. Средний возраст девочек и мальчиков статистически значимо не различался –  $10,0 \pm 4,28$  и  $12,8 \pm 4,40$  лет соответственно. Отмечалось численное преобладание мальчиков над девочками – 65,9% против 34,1% ( $p < 0,05$ ).

У 69,5% детей с БА имели место сопутствующие заболевания. По количеству таковых разделение было следующим: 13,9% детей имели одну разновидность сопутствующей патологии, 11,3% – две, оставшиеся 44,3% – три и более разновидности.

Сбор данных, их последующая коррекция, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись с использованием электронных таблиц Microsoft Office Excel (2016). Номинальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Для количественных данных были рассчитаны стандартизированная асимметрия и эксцесс, чтобы проверить выборки на нормальность распределения. Данные представлены  $M \pm CO$ , где  $M$  – среднее,  $CO$  – стандартное отклонение.

#### **Результаты.**

Средний возраст диагностирования БА у детей равен  $7,8 \pm 4,12$  года. По возрасту установления диагноза заболевания существенных гендерных различий не было выявлено (мальчики –  $8,1 \pm 4,27$  лет, девочки –  $7,3 \pm 3,56$  года,  $p > 0,05$ ). У 70,8% детей заболевание было впервые выявлено в возрасте до 10 лет.

Большинство детей (77,7%) были госпитализированы в стационар в плановом порядке и 22,3% по экстренным показаниям. При этом, в обоих случаях поступления были повторными: плановое повторное – в 51,8% и экстренное повторное – 11,5% случаев (рисунки 1).

Опрос показал, что большинство детей было направлено на стационарное лечение пульмонологом (35,7%) и аллергологом-иммунологом (22,4%). Следует отметить, что довольно большая доля из них была госпитализирована по направлению участкового педиатра или поступила самостоятельно – 15,4% и 14,0% соответственно.

У половины (51,4%) детей была БА средней тяжести (таблица 1). Следует отметить, что значи-

**Наблюдение больных бронхиальной астмой детей у специалистов различного профиля (на 100 детей)**

Table 2

**Supervision of children with bronchial asthma by medical specialists of various profiles (per 100 children)**

Профиль специалиста	Показатель
Аллерголог-иммунолог	84,1
Оториноларинголог	81,8
Гастроэнтеролог	43,2
Пульмонолог	40,9
Невролог	38,6
Окулист	28,4
Нефролог	20,5
Хирург/ ортопед	14,7
Кардиолог	9,1
Эндокринолог	5,7
Ревматолог	3,4
Дерматолог	2,3

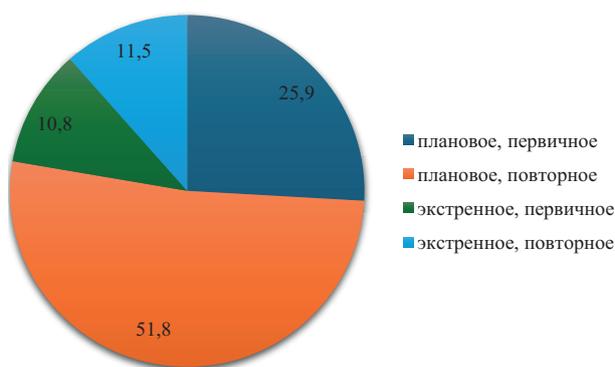


Рисунок 1. Распределение детей с бронхиальной астмой по характеру госпитализации (в %).

Figure 1. Distribution of children with bronchial asthma by hospitalization type (in %).

Таблица 1

**Распределение наблюдаемых детей по тяжести течения бронхиальной астмы (в %)**

Table 1

**Distribution of children observed by severity of bronchial asthma (in %)**

Тяжесть течения бронхиальной астмы	%
Легкая	15,2
Средняя	51,4
Тяжелая	13,8
Затруднились с ответом	19,6
Всего	100,0

тельная доля (19,6%) опрошенных матерей не знали о тяжести течения данного заболевания у ребенка.

В связи с имеющейся сопутствующей патологией больные БА дети находились на диспансерном учете у специалистов различного профиля. Как видно из *таблицы 2*, наиболее востребованными из них были оториноларинголог (81,8 на 100 детей), аллерголог-иммунолог (68,2), гастроэнтеролог (43,2), пульмонолог (40,9) и невролог (38,6 на 100 детей).

При опросе было установлено, что около половины (49,3%) родителей считали своих детей часто болеющими ОРЗ. Кроме того, 28,6% детей являлись пациентами отделения патологии новорожденных, в 45,7% случаев были госпитализированы на стационарное лечение в течение первого года жизни. Чуть менее четверти (23,6%) опрошенных имели в анамнезе факт госпитализации детей в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с пневмонией, обструктивным бронхитом, обострением БА.

Выявлено, что 65,1% родителей занимаются самолечением с разной частотой, в том числе редко – 39,1%, чаще да, чем нет – 21,5% и как правило – 4,5%. При этом полный контроль за приемом лекарств всегда выполняют только 70,2% опрошенных, 28,3% – чаще да, 1,5% – не всегда. На момент опроса 78% больных детей находились на базисной (контролирующей, противовоспалительной) терапии БА. Если назначалась базисная терапия БА, то ее проводили все назначенное время 46,5% родителей, частично – 36,1%, скорее нет – 17,4%. В течение последнего года в экстренной госпитализации по

поводу БА нуждались 26,8% детей и плановой госпитализации – 51,5% детей, что свидетельствует о тяжести течения заболевания. Кроме этого, 9,4% детей имели статус инвалида: 6,5% – в связи с БА и 2,9% – по сопутствующему заболеванию.

Согласно полученным данным опроса, большая часть (66,4%) родителей не имела конфликтов с детьми по соблюдению рекомендаций при лечении БА и сопутствующей патологии. При этом у 7,3% участников опроса данная ситуация возникала очень часто, в остальных случаях (26,3%) – иногда.

На вопрос «Считаете ли Вы себя достаточно информированным по вопросам БА?» родители ответили следующим образом: большинство респондентов положительно – 59,0% (да – 27,3%, скорее да, чем нет – 31,7%), считали себя недостаточно информированными – 41,0% (скорее нет, чем да – 23,7%, нет – 17,3%) (*рисунок 2*).

Ранговое распределение источников информирования родителей по вопросам БА у детей представлено на *рисунке 3*. Наиболее часто ведущим

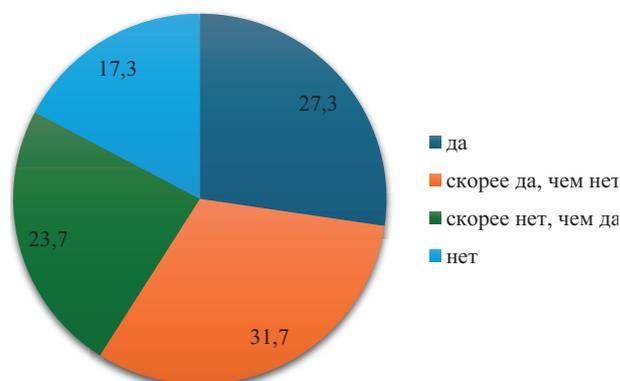


Рисунок 2. Распределение родителей по мнению о своей информированности по вопросам бронхиальной астмы у детей (в %).

Figure 2. Distribution of parents by their opinion about their awareness of bronchial asthma in children (in %).

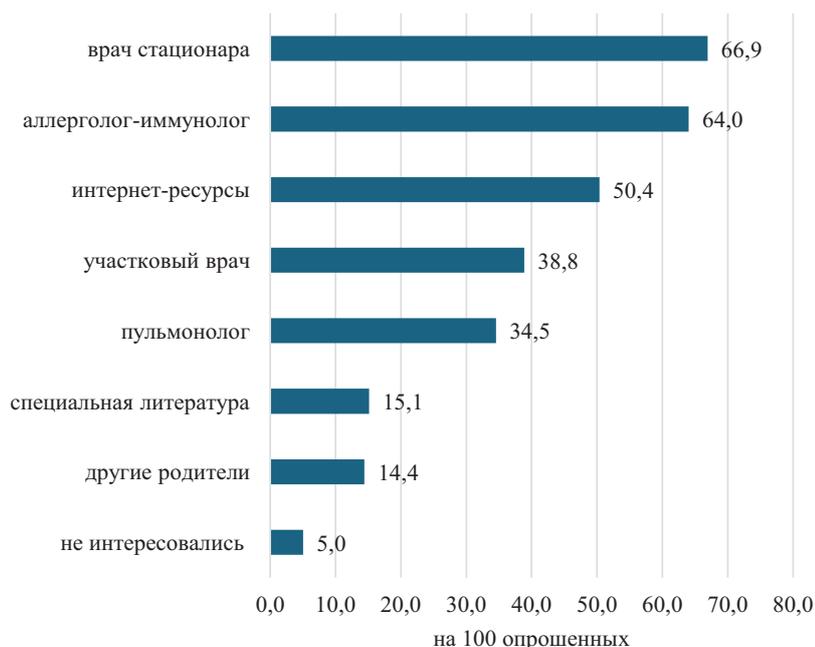


Рисунок 3. Ранговое распределение источников информирования родителей по вопросам бронхиальной астмы у детей (на 100 опрошенных).  
Figure 3. Ranking the sources of information for parents regarding bronchial asthma in children (per 100 respondents).

источником получения информации были врачи стационаров (66,9 на 100 опрошенных), аллергологи-иммунологи детских поликлиник (64,0), интернет-ресурсы (50,4). Со значительной частотой сведения по данному вопросу предоставляли участковый врач (38,8) и пульмонолог поликлиники (34,5). Незначительная доля родителей заявили об отсутствии интереса к вопросам БА у детей (5,0 на 100 респондентов).

Согласно результатам опроса, тревога по поводу течения БА у ребенка отмечена у 86,5% родителей, по поводу сопутствующей патологии – 13,5%. На вопрос «Испытываете ли Вы озабоченность по поводу необходимости использовать одновременно несколько лекарственных препаратов?» утвердительно ответили 27,2% респондентов.

Среди возможных проблем, касающихся здоровья и будущего ребенка, для родителей самое большое значение имели опасение прогрессирования заболевания с угрозой для жизни (83,6 на 100 опрошенных), снижение качества жизни детей (боль, дискомфорт, одышка и др.) (75,0), ограничение возможностей профориентации и будущего трудоустройства (60,7), ограничение возможностей спортивного развития (52,9) и отставание в освоении школьного материала в связи с пропусками занятий (52,1) (таблица 3). Кроме того, имели значение необходимость большой медикаментозной нагрузки на организм и трудности с приобретением лекарств, денежные затраты, затруднения при получении адекватной медицинской помощи, нарушение взаимоотношений ребенка со сверстниками, ухудшение семейных отношений.

#### Обсуждение.

Согласно результатам анкетирования матерей, 28,6% госпитализированных детей с БА являлись ранее пациентами отделения патологии новорожденных. Данное обстоятельство позволяют предпо-

лагать значительный вклад в развитие заболевания перинатальных факторов, к которым относятся недоношенность, в особенности поздняя (рождение на 34-36 неделях гестации), бронхолегочная дисплазия, роды с помощью операции кесарева сечения с последующим развитием транзиторного тахипноэ новорожденных, врожденная пневмония и перинатальная асфиксия [15, 16]. Данные факторы обязательно должны учитываться при сборе анамнеза у детей с БА.

Госпитализированные дети имели высокую частоту коморбидных заболеваний, в связи с чем требовали диспансерного наблюдения у большого

Таблица 3

#### Проблемы, беспокоящие родителей детей больных бронхиальной астмой (на 100 опрошенных)

Table 3

#### Concerns of parents raising children with bronchial asthma (per 100 respondents)

Проблемы	Показатели
Прогрессирования заболевания с угрозой для жизни	83,6
Снижение качества жизни ребенка	75,0
Ограничение профориентации и будущих возможностей ребенка	60,7
Ограничение в занятиях спортом и другой активности	52,9
Пропуски занятия в школе и отставание в учебе	52,1
Нарушение общения ребенка со сверстниками	40,7
Необходимость принимать много лекарств	39,3
Материальные затраты	30,0
Трудности с приобретением лекарств	28,4
Трудности с обращением за медицинской помощью	25,7
Нарушение семейных отношений	3,6

числа специалистов. Хорошо известна высокая частота различных коморбидных заболеваний у детей с БА, определяющая мультидисциплинарное ведение данных пациентов [17]. Представленные выше в таблице 2 сведения могут быть дополнительной иллюстрацией данного положения.

По оценке матерей, 49,3% детей с БА были отнесены к группе ЧБД, согласно классическим отечественным критериям Альбицкого В.Ю., Баранова А.А. [14]. Данные российских исследований показывают, что среди детей с БА частота ЧБД может достигать 80% [18], а среди ЧБД дети с БА могут составлять 8-31% [19, 20]. Таким образом, рецидивирующие респираторные инфекции могут быть «маской» БА, которая должна быть как можно раньше диагностирована у таких пациентов [21]. Задержка установления диагноза БА и соответственно назначения базисной противовоспалительной терапии может сопровождаться потребностью в госпитализациях, в том числе в ОРИТ, о чем свидетельствуют и результаты анкетирования (23,6% опрошенных родителей сообщили о госпитализации детей в ОРИТ с пневмонией, обструктивным бронхитом, а также с обострением БА).

К сожалению, потребность в госпитализациях имела место у детей, включенных в исследование и после установления диагноза астмы. Матери сообщили, что 22,3% детей были госпитализированы в отделение пульмонологии по экстренным показаниям, а в течение последнего года в экстренной госпитализации по поводу БА нуждались 26,8% детей. Высокая частота госпитализаций может быть связана с тяжестью течения заболевания. Госпитализированные дети в 13,8% случаев по оценке матерей имели тяжелую БА, в 6,5% случаев являлись инвалидами по БА. Вместе с тем, ведущей причиной неконтролируемого течения БА у включенных в исследование детей является неприверженность к проведению базисной (контролирующей, противовоспалительной) терапии БА, которая, согласно анкетированию, была назначена 78% пациентов, среди них ее проводили все назначенное время лишь 46,5%.

Под приверженностью (синоним: комплаенс) понимают степень, с которой пациент следует предписанному лечению. Приверженность включает три важнейших компонента: 1) принятие рекомендаций (пациент согласен принимать лекарственные средства/следовать рекомендациям); 2) соблюдение назначений (пациент применяет лечение, как предписано врачом); 3) постоянство (степень, с которой пациент следует назначенному лечению в течение определенного периода времени) [22]. Для ингаляционных глюкокортикостероидов – основных препаратов контролирующей терапии БА – данный период времени должен составлять не менее 3 мес. [15]. Большинство пациентов детского возраста с БА хорошо отвечают на базисную терапию, при условии соблюдения оптимальной приверженности лечению и правильной техники ингаляции достигают контроля заболевания и способны его поддерживать [13]. Низкая приверженность к лечению часто встречается у пациентов с БА и часто связана с увеличением

обращений в медицинские учреждения, заболеваемостью и смертностью [22].

Исследования, проведенные у детей, больных БА, свидетельствуют о том, что приверженность приему контролирующих симптомы препаратов колеблется от 33–41% среди подростков [23] до порядка 50% у детей [24]. В целом, подростки, страдающие БА, подвержены повышенному риску заболеваемости и смерти от астмы, что может быть связано с нарушениями режима лечения [25]. Важно отметить, что среди пациентов, включенных в настоящее исследование, родители которых были анкетированы, преобладали (66,4%) подростки 10-17 лет.

Выявлено много факторов, определяющих низкую приверженность к лечению БА, которые необходимо учитывать, однако четкий портрет пациента, не соблюдающего режим лечения, не ясен. Поэтому вмешательства, направленные на повышение приверженности, требуют индивидуального подхода, включая обучение пациентов/родителей пациентов-детей, устранение их страхов и заблуждений, мониторинг приверженности и разработку совместного процесса принятия решений [22]. По результатам анкетирования, были верифицированы такие факторы низкой приверженности к терапии БА как недостаточное информирование по вопросам БА (на это указали 41,0% респондентов), материальные затраты (30,0%) и трудности с приобретением лекарств (28,4%), озабоченность по поводу необходимости использовать одновременно несколько лекарственных препаратов (27,2%).

К доказательным стратегиям повышения приверженности в лечении БА относят пересмотр терапевтического режима в пользу его упрощения (уменьшение кратности приема лекарственного препарата), образование пациента (астма-школа, методические рекомендации для пациентов), совместное принятие решения (партнерские отношения врач-пациент, активное участие в процессе самого пациента), использование препаратов со встроенным счетчиком доз, доступность лекарственных препаратов [13, 26, 27]. Приобретенные знания о заболевании, навыки и умения, необходимые для самостоятельного контроля БА, помогают пациенту/его родителю с помощью врача преодолеть целый ряд барьеров, в том числе психологических, являющихся препятствиями приверженности к терапии [28].

Очевидно, широкое внедрение указанных выше стратегий может оказать действенный эффект в отношении повышения приверженности к терапии и, как следствие, уменьшить потребность в экстренных госпитализациях, а также опасения по поводу влияния БА на жизнь и будущее детей, регистрируемые, по данным анкетирования с высокой частотой. При этом наиболее часто было высказано не до конца обоснованное опасение прогрессирования заболевания с угрозой для жизни (83,6 на 100 опрошенных). В этой связи необходимо отметить, что детская астма представляет собой результат конкурирующих процесса – роста легких, продолжающегося в среднем до 21 года, и ремоделирования дыхательных путей, с чем связан высокий процент возможности наступления ремиссии в

подростковом возрасте у данных больных, отличая пациентов детского возраста с БА от взрослых [12, 29]. Задача помощи детям с БА состоит не только в своевременной диагностике заболевания и назначении адекватной терапии, но и в достижении приверженности к терапии.

#### **Выводы.**

Таким образом, в условиях роста заболеваемости БА детского населения задача по решению медико-социальных проблем семей с больным ребенком является одной из наиболее важных и требует детального научного анализа с поиском новых решений. Результаты социологического опроса матерей детей, больных БА, показали проблемы семей, в том числе связанные с оказанием им медицинской помощи. Обнаружена высокая частота коморбидности, преимущественно в виде присоединения патологии дыхательной системы (за исключением БА), пищеварительной, нервной и эндокринной систем. При этом у детей больных БА, как правило, имело место сочетание нескольких заболеваний аллергического генеза (атопический дерматит, аллергические ринит и риносинусит). Несмотря на то, что большинство родителей считали себя достаточно информированными по вопросам БА определена их недостаточная медицинская активность (обращались к врачу лишь при обострении заболевания, не всегда выполняли врачебные рекомендации), не всегда проводили контроль за приемом лекарств ребенком, занимались самолечением.

Полученная информация может служить основой при разработке программ по профилактике неблагоприятных исходов и сопутствующих заболеваний при БА у детей, повышению приверженности к высокоэффективной базисной терапии.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. От каждого участника было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

#### **ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES**

- Enilari O. The Global Impact of Asthma in Adult Populations. *Annals of Global Health*. 2019; 85(1): 1–7.
- Reddel HK, Bacharier LB, Bateman ED, et al. Global Initiative for Asthma Strategy 2021: Executive Summary and Rationale for Key Changes. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2022; 205(1): 17–35.
- Wolters AAB, Kersten ETG, Koppelman GH. Genetics of preschool wheeze and its progression to childhood asthma. *Pediatr Allergy Immunol*. 2024; 35(1): e14067.
- Бокова Т.А., Карташова Д.А., Троицкая Е.В. Заболеваемость бронхиальной астмой детей в Московской области: эпидемиологическая характеристика // РМЖ. – 2022. – № 2. – С. 2-5. Bokova TA, Kartashova DA, Troickaja EV. Zabolevaemost' bronhial'noj astmoj detej v Moskovskoj oblasti: jepidemiologicheskaja harakteristika [The incidence of bronchial asthma in children in the Moscow region: epidemiological characteristics]. *RMZh [RMJ]*. 2022; 2: 2-5. (In Russ.)
- Хубиева Д.Р., Хубиева Э.Р. Бронхиальная астма у детей // Актуальные научные исследования: сборник статей XV Международной научно-практической конференции. Пенза: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.), 2023. – С.215-216. Hubieva DR, Hubieva JR. Bronhial'naja astma u detej [Bronchial asthma in children]. *Aktual'nye nauchnye issledovanija: sbornik statej XV Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii*, Penza: Nauka i Prosveshhenie (IP Guljaev GJu) [Current scientific research: collection of articles from the XV International scientific and practical conference, Penza: Science and Education (IP Gulyaev GYu)]. 2023; 215-216. (In Russ.)
- Lisspersa K, Jansonb C, Larssonc C, et al. Comorbidity disease burden and mortality across age groups in a Swedish primary care asthma population: An epidemiological register study (PACENR). *Respiratory Medicine*. 2018; 136: 15-20.
- Ofori-Asenso R, Zomer E, Liew D, et al. Patterns of Medication Dispensation for Multiple Comorbidities among Older Adults in Australia. *Pharmacy*. 2018; 4 (6): 134.
- Ritchie C. Health care quality and multimorbidity: the jury is still out. *Med Care*. 2017; 45 (6): 477–479.
- Пырикова Н.В., Антропова О.Н., Осипова И.В., Фролова И.А. Некоторые аспекты коморбидности у госпитализированных больных терапевтического стационара // Курский научно-практический вестник. Человек и его здоровье. – 2020. – № 2. – С. 16-26. Pyrikova NV, Antropova ON, Osipova IV, Frolova IA. Nekotorye aspekty komorbidnosti u gosпитализированных bol'nyh terapevticheskogo stacionara [Some aspects of comorbidity in hospitalized patients of a therapeutic hospital]. *Kurskij nauchno-prakticheskij vestnik; Chelovek i ego zdorov'e [Kursk Scientific and Practical Bulletin; Man and his health]*. 2020; 2: 16-26. (In Russ.)
- Cassell A, Edward D, Harshfield, A, et al. The epidemiology of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *British Journal of General Practice*. 2018; 4: 245–251.
- Улиценко И.А., Шулаев А.В., Коновалов О.Е., [и др.] Оценка родителями медицинской помощи их детям с бронхиальной астмой, имеющим коморбидную патологию // Вестник современной клинической медицины. – 2022. – Т. 15, № 2. – С. 76-80. Ulishhenko IA, Shulaev AV, Kononov OE, et al. Ocenka roditeljami medicinskoj pomoshhi ih detjam s bronhial'noj astmoj, imejushhim komorbidnuju patologiju [Parents' assessment of medical care for their children with bronchial asthma and comorbid pathology]. *Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny [The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine]*. 2022; 15 (2): 76-80. (In Russ.)
- Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH, et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: A PRACTALL consensus report. *Allergy*. 2008; 63 (1): 5-34. DOI: 10.1111/j.1398-9995.2007.01620.x
- Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. 2024. Available from: [https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24\\_05\\_22\\_WMS.pdf](https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf)
- Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления // Саратов: Издательство Саратовского университета, 1986. – 184 с. Al'bickij VJ, Baranov AA. Chasto bolejuushhie deti: Kliniko-social'nye aspekty. Puti ozdorovlenija [Frequently ill children: Clinical and social aspects; Ways to recovery]. *Saratov: Izdatel'stvo Saratovskogo universiteta [Saratov: Saratov University Publishing House]*. 1986: 184 p. (In Russ.)
- Овсянников Д.Ю., Фурман Е.Г., Елисеєва Т.И. Бронхиальная астма у детей: монография. Под редакцией Д.Ю. Овсянникова. – М.: РУДН, 2019. – 211 с. Ovsjannikov DJ, Furman EG, Eliseeva TI. Bronhial'naja astma u detej: monografija; pod redakciej DJu Ovsjannikova [Bronchial asthma in children: monograph; Edited by DYu Ovsjannikov]. *Moskva: RUDN [Moscow: Peoples' Friendship University of Russia]*. 2019; 211 p. (In Russ.)
- Карпенко М.А., Столов А.А., Майгаджиева М.Т., [и др.]. Предикторы развития бронхиальной астмы у детей с бронхолегочной дисплазией // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. – 2023. – № 102 (5). – С. 18-26. Karpenko MA, Stolov AA, Maigadzhiya MT, et al. Prediktory razvitiya bronhial'noj astmy u detej s bronkholegochnoj displaziej [Predictors of bronchial asthma development in children with bronchopulmonary dysplasia]. *Pediatriya imeni GN Speranskogo [Pediatrics named after GN Speransky]*. 2023; 102 (5): 18-26. (In Russ.)

- DOI: 10.24110/0031-403X-2023-102-5-18-26
17. Овсянников Д.Ю., Елисеева Т.И., Халед М., [и др.]. Коморбидность бронхиальной астмы у детей: причинная, осложненная, неуточненная, обратная // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2021. – № 100 (2). – С. 127-136.  
Ovsyannikov DY, Eliseeva TI, Khaled M, et al. Komorbidnost' bronkhial'noy astmy u detey: prichinnaya, oslozhnennaya, neutochnennaya, obratnaya [Comorbidity of bronchial asthma in children: causal, complicated, unspecified, reverse]. *Pediatriya; Zhurnal imeni GN Speranskogo* [Pediatrics; Journal named after GN Speransky]. 2021; 100 (2): 127-136. (In Russ.)  
DOI: 10.24110/0031-403X-2021-100-2-127-137
  18. Соколова Т. С. Бронхиальная астма у детей. Частная аллергия // Под редакцией А. Д. Адо. М.: Медицина, 1976. – С. 261-290.  
Sokolova TS. Bronhial'naja astma u detej; Chastnaja allergologija; Pod redakciej AD Ado [Bronchial asthma in children; Special allergology; Edited by AD Ado]. Moskva: Medicina [Moscow: Medicine]. 1976: 261-290. (In Russ.)
  19. Заплатников А.Л., Коровина Н.А., Гирина А.А., [и др.]. Профилактика рекуррентных респираторных инфекций у часто болеющих детей // Вопросы практической педиатрии. – 2010. – № 5 (6). – С. 55-60.  
Zaplatnikov AL, Korovina NA, Girina AA, et al. Profilaktika rekurrentnyh respiratornyh infekcij u chasto bolejušhij detej [Prevention of recurrent respiratory infections in frequently ill children]. *Voprosy praktičeskoj pediatrii* [Issues of practical pediatrics]. 2010; 5 (6): 55-60. (In Russ.)
  20. Зиновьева Н.В., Давыдова Н.В., Щербина А.Ю., [и др.]. Часто болеющие дети: чем они больны на самом деле? // Трудный пациент. – 2007. – № 5 (2). – С. 25-27.  
Zinov'eva NV, Davydova NV, Shherbina AJ, et al. Chasto bolejušhie deti: chem oni bol'ny na samom dele? [Frequently ill children: what are they really sick with?]. *Trudnyj pacient* [Difficult patient]. 2007; 5 (2): 25-27. (In Russ.)
  21. Овсянников Д.Ю., Илларионова Т.Ю., Пушко Л.В., Кузьменко Л.Г. Часто болеющие дети: что еще кроме инфекций? // Вопросы современной педиатрии. 2013. – № 12(1). – С. 74-86.  
Ovsjannikov DJ, Illarionova TJ, Pushko LV, Kuz'menko LG. Chasto bolejušhie deti: chto eshhe krome infekcij? [Frequently ill children: what else besides infections?]. *Voprosy sovremennoj pediatrii* [Issues of modern pediatrics]. 2013; 12(1): 74-86. (In Russ.)  
DOI: 10.15690/vsp.v12i1.560
  22. Boulet LP, Vervloet D, Magar Y, Foster JM. Adherence: the goal to control asthma. *Clin Chest Med*. 2012; 33(3): 405-17.  
DOI: 10.1016/j.ccm.2012.06.002
  23. McNally KA, Rohan J, Schluchter M, et al. Adherence to combined montelukast and fluticasone treatment in economically disadvantaged African-American youth with asthma. *J Asthma*. 2009; 46 (9): 921–927.  
DOI: 10.3109/02770900903229651
  24. Morton RW, Everard ML, Elphick HE. Adherence in childhood asthma: the elephant in the room. *Arch. Dis. Child*. 2014; 99 (10): 449–953.  
DOI: 10.1136/archdischild-2014-306243
  25. Bitsko MJ, Everhart RS, Rubin BK. The adolescent with asthma. *Paediatr Respir Rev*. 2014; 15(2): 146-153.
  26. Ильенкова Н.А., Черепанова И.В., Вохмина Т.А. Проблемы приверженности терапии у детей с бронхиальной астмой // Педиатрическая фармакология. – 2016. – № 13 (6). – С. 565–570.  
Il'enkova NA, Cherepanova IV, Vohmina TA. Problemy priverzhennosti terapii u detej s bronhial'noj astmoj [Problems of adherence to therapy in children with bronchial asthma]. *Pediatricheskaja farmakologija* [Pediatric pharmacology]. 2016; 13 (6): 565–570. (In Russ.)  
DOI: 10.15690/pf.v13i6.1670
  27. Klok T, Kaptein AA, Brand PLP. Non-adherence in children with asthma reviewed: The need for improvement of asthma care and medical education. *Pediatr Allergy Immunol*. 2015; 26(3): 197-205.  
DOI: 10.1111/pai.12362
  28. Карпенко М.А. Достучаться до пациента: 87 приёмов эффективной коммуникации // Иваново: LIVREZON, 2023. – 260 с.  
Karpenko MA. Dostuchat'sja do pacienta: 87 priimov jeffektivnoj kommunikacii [Reaching Out to the Patient: 87 Effective Communication Techniques]. Ivanovo: LIVREZON [Ivanovo: LIVREZON]. 2023; 260 p. (In Russ.)
  29. Бойцова Е.В., Овсянников Д.Ю., Макаренко Е.В., Карпенко М.А. Современные представления о развитии и нарушениях развития легких у детей // Детская медицина Северо-Запада. – 2021. – № 9 (3). – С. 19-30.  
Bojцова EV, Ovsjannikov DJ, Makarenko EV, Karpenko MA. Sovremennye predstavlenija o razvitii i narushenijah razvitija legkih u detej [Modern concepts of development and developmental disorders of the lungs in children]. *Detskaja medicina Severo-Zapada* [Children's medicine of the North-West]. 2021; 9 (3): 19-30. (In Russ.)

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

**АЮШИН ЭРДЭН ИГОРЕВИЧ**, ORCID: 0009-0000-9871-7832, e-mail: den.ayushin@icloud.com; аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6.  
**КОНОВАЛОВ ОЛЕГ ЕВГЕНЬЕВИЧ**, ORCID: 0000-0003-1974-9882, SCOPUS Author ID: 57204471176, докт. мед. наук, профессор, e-mail: konovalov\_oe@pfur.ru; профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены, ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6.  
**ДЕЕВА ЕВГЕНИЯ ВИКТОРОВНА**, ORCID: 0000-0002-0352-2563, канд. мед. наук, e-mail: evgenia.v.deeva@gmail.com; заведующая пульмонологическим отделением ГБУЗ города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, 119049 г. Москва, 4-й Добрынинский переулок, дом 1/9.  
**ОВСЯННИКОВ ДМИТРИЙ ЮРЬЕВИЧ**, ORCID: 0000-0002-4961-384X, SCOPUS Author ID: 57193908902, докт. мед. наук, профессор, e-mail: mdovsyannikov@yahoo.com; заведующий кафедрой педиатрии медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6.

## ABOUT THE AUTHORS:

**ERDEN I. AYUSHIN**, ORCID: 0009-0000-9871-7832, e-mail: den.ayushin@icloud.com; Postgraduate Student, Department of Public Health, Healthcare and Hygiene, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia (RUDN), 6 Miklouho-Maclay str., 117198 Moscow, Russia.  
**OLEG E. KONOVALOV**, ORCID: 0000-0003-1974-9882, SCOPUS Author ID: 57204471176, Dr. sc. med., Professor, e-mail: konovalov\_oe@pfur.ru; Professor at the Department of Public Health, Healthcare and Hygiene, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia (RUDN), 6 Miklouho-Maclay str., 117198 Moscow, Russia.  
**EVGENIA V. DEEVA**, ORCID: 0000-0002-0352-2563, Cand. sc. med., e-mail: evgenia.v.deeva@gmail.com; Head of the Pulmonology Department, Morozov Children's City Clinical Hospital, 1/9 4th Dobryninsky Lane, 119049 Moscow, Russia.  
**DMITRY YU. OVSYANNIKOV**, ORCID: 0000-0002-4961-384X, SCOPUS Author ID: 57193908902, Dr. sc. med., professor, e-mail: mdovsyannikov@yahoo.com; Head of the Department of Pediatrics, Medical Institute, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia (RUDN), 6 Miklouho-Maclay str., 117198 Moscow, Russia.

**ШУЛАЕВ АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ**, ORCID: 0000-0002-2073-2538, SCOPUS Author ID: 57204471176, докт. мед. наук, профессор, e-mail: alexs\_shu@mail.ru ;  
заведующий кафедрой общей гигиены, ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Российская Федерация, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49. (Автор, ответственный за переписку.)

**ШИКАЛЕВА АНАСТАСИЯ АЛЕКСЕЕВНА**, ORCID: 0000-0003-1798-0490, SCOPUS Author ID: 57216540825, канд. мед. наук, e-mail: shikaleva@gmail.com ;  
доцент кафедры общей гигиены ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Российская Федерация, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49; доцент кафедры клинической фармакологии и фармакотерапии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Российская Федерация, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 36; доцент кафедры среднего профессионального образования ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 125993, Россия, г. Москва, ул. Баррикадная, дом 2/1, строение 1.

**ALEXEY V. SHULAEV**, ORCID: 0000-0002-2073-2538, SCOPUS Author ID: 57204471176, Dr. sc. med., Professor, e-mail: alexs\_shu@mail.ru ;  
Head of the Department of General Hygiene, Kazan State Medical University, 49 Butlerov str., Kazan, Russia. (Corresponding Author).

**ANASTASIA A. SHIKALEVA**, ORCID: 0000-0003-1798-0490, SCOPUS Author ID: 57216540825, Cand. sc. med., e-mail: shikaleva@gmail.com ;  
Associate Professor at the Department of General Hygiene, Kazan State Medical University, 49 Butlerov str., 420012 Kazan, Russia; Associate Professor at the Department of Clinical Pharmacology and Pharmacotherapy, Kazan State Medical Academy – Branch of the Russian Medical Academy of Postgraduate Education, 36 Butlerov str., 420012 Kazan, Russia; Associate Professor at the Department of Secondary Vocational Education, Russian Medical Academy of Postgraduate Education, 2/1 Barrikadnaya Street, 125993 Moscow, Russia.