

**Выражение обеспокоенности: статья "Экономическая оценка влияния коррекции
сопутствующего дефицита магния на эффективность базисной терапии неконтролируемой
бронхиальной астмы у детей"**

**Expression of concern: article "Economic Assessment of Magnesium Deficiency Correction for Basic
Therapy Efficacy of Uncontrolled Asthma in Children"**

Редакция журнала «ФАРМАКОЭКОНОМИКА, Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология» получила обращение Совета по этике научных публикаций Ассоциации научных редакторов и издателей (АНРИ). Совет указал на возможное нарушение этики научных публикаций в статье «"Экономическая оценка влияния коррекции сопутствующего дефицита магния на эффективность базисной терапии неконтролируемой бронхиальной астмы у детей" [1]. Суть возможного нарушения – множественная публикация с другим составом авторов. Совет рекомендовал получить разъяснения от авторов и ретрагировать (отозвать) данный текст.

Опубликованная в первом номере нашего журнала за 2014-й год статья схожа с опубликованной в первом номере за 2014-й год журнала «Вестник ВолгГМУ» статьей «Фармакоэкономическая эффективность базисной терапии неконтролируемой бронхиальной астмы у детей на фоне коррекции сопутствующего дефицита магния» [2]. Детальный анализ представлен в приложенном ниже документе, желтым фоном отмечен совпадающий текст.

Редакция журнала связалась с автором (соавтором) обеих публикаций, который также указан в качестве контактного лица для переписки. Он пояснил, что не усматривает нарушение норм научной этики, сопроводив ответ развернутым обоснованием. К сожалению, редакция не получила разрешения на доведение его позиции до всеобщего сведения, поскольку авторский коллектив посчитал нецелесообразной публичную полемику с АНРИ.

Принимая во внимание приведенные аргументы, мы на данном этапе не производим отзыв (ретракцию) данной публикации, однако считаем важным проинформировать читателей о сохраняющейся обеспокоенности редакции в отношении этого материала. Являясь членом АНРИ, мы намерены продолжать взаимодействие с Советом по этике научных публикаций в отношении данного кейса и будем информировать читателей по мере развития событий.

Редакция журнала
«ФАРМАКОЭКОНОМИКА.
Современная Фармакоэкономика и
Фармакоэпидемиология»

Литература

1. Петров В.И., Шишиморов И.Н., Магницкая О.В., Пономарева Ю.В. Экономическая оценка влияния коррекции сопутствующего дефицита магния на эффективность базисной терапии неконтролируемой бронхиальной астмы у детей // ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 7(1); 2014: 21-25 [Электронный ресурс: <https://www.pharmacoeconomics.ru/jour/article/view/56>]
2. Шишиморов И.Н. Фармакоэкономическая эффективность базисной терапии неконтролируемой бронхиальной астмы у детей на фоне коррекции сопутствующего дефицита магния // Вестник ВолгГМУ. 49(1); 2014: 101-104 [Электронный ресурс: <https://cyberleninka.ru/article/v/farmakoekonomicheskaya-effektivnost-bazisnoy-terapii-nekontroliruemoy-bronhialnoy-astmy-u-detey-na-fone-korreksii-soputstvuyushchego>]

<p>Экономическая оценка влияния коррекции сопутствующего дефицита магния на эффективность базисной терапии неконтролируемой бронхиальной астмы у детей Петров В.И., Шишиморов И.Н., Магницкая О.В., Пономарева Ю.В. // Фармакоэкономика Том 7, №1, 2014. С. 21-25</p>	<p>Фармакоэкономическая эффективность базисной терапии неконтролируемой бронхиальной астмы у детей на фоне коррекции сопутствующего дефицита магния <i>И. Н. Шишиморов</i> // Вестник ВолгГМУ. Выпуск 1 (49). 2014. С. 101-104</p>
<p>Резюме: коррекция сопутствующего дефицита магния у детей с неконтролируемой бронхиальной астмой позволяет повысить эффективность базисной терапии в отношении достижения контроля астмы и обладает фармакоэкономическими преимуществами, способствуя снижению затрат на достижение контроля и стоимость одного бессимптомного дня через 12 и 24 недели терапии.</p> <p>Ключевые слова: дети, дефицит магния, бронхиальная астма, фармакоэкономические исследования, анализ «затраты/эффективность».</p>	<p>Коррекция сопутствующего дефицита магния у детей с неконтролируемой бронхиальной астмой позволяет повысить эффективность базисной терапии в отношении достижения контроля астмы и обладает фармакоэкономическими преимуществами, снижая затраты на достижение контроля и стоимость одного бессимптомного дня через 12 недель терапии.</p> <p><i>Ключевые слова:</i> дети, дефицит магния, бронхиальная астма, фармакоэкономические исследования, анализ «затраты/эффективность».</p>
<p>Бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее часто встречаемых хронических заболеваний у детей, распространенность которого с каждым годом неуклонно растет [8]. Значительные финансовые потери и затраты для государства и пациента определяют значимость рациональной терапии бронхиальной астмы не только с медицинской, но и экономической точки зрения [1,3,4]. Современные рекомендации по лечению БА ставят целью фармакотерапии достижение контроля над заболеванием, под которым понимается длительное отсутствие симптомов астмы и ограничений повседневной активности. Реализация данной цели требует назначения пациентам с БА продолжительной, адекватной по объему, терапии, направленной на подавление и контроль над аллергическим воспалением. Однако даже регулярное длительное применение базисной противовоспалительной терапии современными препаратами обеспечивает достижение контроля только у половины пациентов [16]. Это может быть связано с патогенетической гетерогенностью БА, которая диктует необходимость разработки индивидуальных подходов к терапии БА у пациентов с различными клиническими фенотипами данного заболевания [8].</p>	<p>Бронхиальная астма (БА) относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний у детей, распространенность которого с каждым годом неуклонно растет [7]. Значительные финансовые потери и затраты для государства и пациента определяют значимость рациональной терапии БА не только с медицинской, но экономической точки зрения [1—3]. Современные рекомендации по лечению БА ставят целью фармакотерапии достижение контроля над заболеванием, под которым понимается длительное отсутствие симптомов астмы и ограничений в повседневной активности. Реализация данной цели требует назначения пациентам с БА продолжительной, адекватной по объему терапии, направленной на подавление и контроль над аллергическим воспалением. Однако даже регулярное длительное применение базисной противовоспалительной терапии современными препаратами обеспечивает достижение контроля только у половины пациентов [12]. Это может быть связано с патогенетической гетерогенностью БА, которая диктует необходимость разработки индивидуальных подходов к терапии БА у пациентов с различными клиническими фенотипами данного заболевания [7].</p>
<p><....></p> <p>Известно, что внутривенное введение препаратов магния у детей оказывает положительное влияние на показатели функции внешнего дыхания и приводит к снижению частоты госпитализаций [11]. Роль магния в патогенезе бронхиальной астмы подтверждается также результатами исследований, в которых было показано, что фармакологическая коррекция дефицита</p>	<p>Результаты исследований указывают на важную роль ионов магния в патогенезе аллергического воспаления [4, 5, 8, 9, 11].</p> <p>Известно, что внутривенное введение препаратов магния у детей оказывает положительное влияние на показатели функции внешнего дыхания и приводит к снижению частоты госпитализаций [10]. Роль магния в патогенезе БА подтверждается также результатами исследований, в которых было показано, что фармакологическая коррекция дефицита магния у детей с</p>

<p>та магния у детей с астмой приводит к снижению частоты использования бронхолитиков и к уменьшению гиперреактивности бронхов в пробе с метахолином [7,13].</p>	<p>астмой приводит к снижению частоты использования бронхолитиков и к уменьшению гиперреактивности бронхов в пробе с метахолином [6, 13].</p>
<p>Таким образом, коррекция дефицита магния может не только отражаться на эффективности проводимой базисной терапии бронхиальной астмы и способствовать достижению полного и длительного контроля над заболеванием, но и иметь весомые фармакоэкономические преимущества.</p>	<p>Таким образом, коррекция дефицита магния может не только отражаться на эффективности проводимой базисной терапии БА и способствовать достижению полного и длительного контроля над заболеванием, но и иметь весомые фармакоэкономические преимущества.</p>
<p>Цель исследования – на основании анализа «затраты/эффективность» оценить эффективность базисной терапии неконтролируемой бронхиальной астмы у детей на фоне коррекции сопутствующего дефицита магния.</p>	<p>ЦЕЛЬ РАБОТЫ На основании анализа «затраты/эффективность» оценить эффективность базисной терапии неконтролируемой БА у детей на фоне коррекции сопутствующего дефицита магния.</p>
<p>Методика Исследование было одобрено региональным независимым этическим комитетом и выполнено на базе кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ, клинической аллергологии ФУВ ВолгГМУ и Волгоградского областного центра аллергологии и иммунологии.</p>	<p>МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ Исследование было одобрено региональным независимым этическим комитетом и выполнено на базе кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии с курсами клинической фармакологии ФУВ, клинической аллергологии ФУВ ВолгГМУ и Волгоградского областного центра аллергологии и иммунологии.</p>
<p>После подписания родителями информированного согласия в открытое рандомизированное сравнительное 24-недельное исследование в параллельных группах включили 50 детей, с 6 до 18 лет включительно, с верифицированным диагнозом «неконтролируемая и частично контролируемая бронхиальная астма» в соответствии с критериями GINA (2011). Все пациенты соответствовали дополнительным критериям включения в исследование:</p> <ul style="list-style-type: none"> – подтвержденный атопический фенотип БА (повышенный уровень общего IgE (>100 МЕ/ml), наличие положительных кожных проб с аллергенами и связь клинических симптомов БА с контактом с этими аллергенами); – уровень эритроцитарного магния – менее 1,65 ммоль/л; – базисная терапия в постоянной дозе – не менее 12 нед. до рандомизации или отсутствие базисной терапии в течении четырех недель до рандомизации. <p>Пациенты были стратифицированы по двум группам в зависимости от уровня контроля и исходной базисной терапии БА (см. табл. 1). По результатам рандомизации пациентам на три месяца был назначен один из следующих терапевтических режимов: 1-я группа – базисная терапия БА в соответствии с GINA+коррекция дефицита магния;</p>	<p>После подписания родителями информированного согласия, в открытое рандомизированное сравнительное 12-недельное исследование в параллельных группах включили 50 детей с 6 до 18 лет включительно с верифицированным диагнозом неконтролируемая и частично контролируемая бронхиальная астма в соответствии с критериями GINA (2011). Все пациенты соответствовали дополнительным критериям включения в исследование:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подтвержденный атопический фенотип БА (повышенный уровень общего IgE (>100 МЕ/ml), наличие положительных кожных проб с аллергенами и связь клинических симптомов БА с контактом с этими аллергенами). 2. Уровень эритроцитарного магния менее 1,65 ммоль/л. 3. Базисная терапия в постоянной дозе не менее 12 недель до рандомизации или отсутствие базисной терапии в течении 4 недель до рандомизации. <p>Пациенты были стратифицированы по 2 группам в зависимости от уровня контроля и исходной базисной терапии БА (табл. 1). По результатам рандомизации пациентам на 3 месяца был назначен один из следующих терапевтических режимов:</p> <p>1-я группа – базисная терапия БА в соответствии с GINA + коррекция де-</p>

<p>2-я группа – базисная терапия БА в соответствии с GINA.</p>	<p>фицита магния; 2-я группа – базисная терапия БА в соответствии с GINA.</p>
<p>Таблица 1. Исходная характеристика групп.</p>	<p>Таблица 1 Исходная характеристика групп</p>
<p>Детям, получавшим до включения в исследование базисную терапию и не достигшим клинического контроля, базисная терапия была увеличена на одну ступень в соответствии с рекомендациями GINA. В случае отсутствия базисной терапии до момента рандомизации лечение начиналось со второй ступени – с назначения низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов. С целью коррекции сопутствующего дефицита магния в 1-й группе назначался Магний В6 форте (Sanofi-Aventis, Франция) в дозе 20 мг/кг/сут. (максимальная доза 2000 мг/сут.) в 1-3 приема. Продолжительность терапии составляла один месяц.</p>	<p>Детям, получавшим до включения в исследование базисную терапию и не достигшим клинического контроля, базисная терапия была увеличена на одну ступень в соответствии с рекомендациями GINA. В случае отсутствия базисной терапии до момента рандомизации, лечение начиналось со второй ступени с назначения низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов. С целью коррекции сопутствующего дефицита магния в 1-й группе назначался Магний В6 форте (Sanofi-Aventis, Франция) в дозе 20 мг/кг/сут. (максимальная доза 2000 мг/сут.) в 1—3 приема. Продолжительность терапии составляла один месяц.</p>
<p>Родители всех участников исследования, подписавшие информированное согласие, регистрировали симптомы заболевания и потребность в бронхолитиках короткого действия в дневниках наблюдения ежедневно на протяжении 24 недель. Результаты анализировали во время плановых визитов каждые четыре недели терапии. При развитии обострения у пациента любой группы лечения его госпитализировали в областной аллергологический центр и назначали стандартную терапию обострения в соответствии с рекомендациями GINA (2011).</p>	<p>Родители всех участников исследования, подписавшие информированное согласие, регистрировали симптомы заболевания и потребность в бронхолитиках короткого действия в дневниках наблюдения ежедневно на протяжении 12 недель. Результаты анализировали во время плановых визитов каждые 4 недели терапии. При развитии обострения у пациента любой группы лечения его госпитализировали в областной аллергологический центр и назначали стандартную терапию обострения в соответствии с рекомендациями GINA (2011).</p>
<p>Эффективность проводимой терапии оценивалась через 3 и 6 мес. по уровню контроля БА, потребности в симптоматической терапии, выраженности основных симптомов бронхиальной астмы, количеству обострений и бессимптомных дней. Уровень контроля оценивался ежемесячно, с помощью опросника ACQ-5, и еженедельно, в соответствии с рекомендациями GINA. Определение уровня магния в плазме и эритроцитах проводилось фотоколориметрическим методом по цветной реакции с титановым желтым (по В.В. Меньшикову с соавт., 1987) исходно, через 3 и 6 мес. после начала терапии.</p>	<p>Эффективность проводимой терапии оценивалась через 3 месяца по уровню контроля БА, потребности в симптоматической терапии, выраженности основных симптомов БА, количеству обострений и бессимптомных дней. Уровень контроля оценивался ежемесячно с помощью опросника ACQ-5 и еженедельно в соответствии с рекомендациями GINA. Определение уровня магния в плазме и эритроцитах проводилось фотоколориметрическим методом по цветной реакции с титановым желтым (по Меньшикову В. В. с соавт., 1987) исходно и через 3 месяца после начала терапии.</p>
<p>В качестве основных критериев эффективности использовали: достижение контроля БА (критерии GINA) через 4, 12 и 24 нед. терапии; долю пациентов, не имевших обострений в течение 12 и 24 нед.; общее количество бессимптомных дней в течение 12 и 24 нед.; долю пациентов, достигших постоянного клинического контроля в течение 12 нед. – через 24 нед. терапии; долю пациентов, достигших контроля над аллергическим воспалением через 12 и 24 нед. терапии. Рассчитывали коэффициент «затраты/эффективность» (CER) по каждому критерию эффективности для каж-</p>	<p>В качестве основных критериев эффективности использовали: достижение контроля БА (критерии GINA) через 4 и 12 недель терапии; долю пациентов, не имевших обострений в течение 12 недель; общее количество бессимптомных дней. Рассчитывали коэффициент «затраты/эффективность» (CER) по каждому критерию эффективности для каждого из режимов фармакотерапии.</p>

дого из режимов фармакотерапии. <...>	
Оценивали только прямые затраты, которые включали в себя стоимость базисной терапии, средств симптоматической терапии, затраты на госпитализацию в связи с обострениями. Показатели эффективности и затраты были пересчитаны на 100 пациентов.	Оценивали только прямые затраты, которые включали в себя стоимость базисной терапии, средств симптоматической терапии, затраты на госпитализацию в связи с обострениями. Показатели эффективности и затраты были пересчитаны на 100 пациентов.
Информацию о затратах на лекарственную терапию получили из Государственного реестра предельных отпускных цен (http://grls.rosminzdrav.ru/pricelims.aspx); стоимость суток госпитализации в связи с обострением бронхиальной астмы – из Генерального тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской обл. от 29.03.2013 г.	Информацию о затратах на лекарственную терапию получили из Государственного реестра предельных отпускных цен (http://grls.rosminzdrav.ru/pricelims.aspx); стоимость 1 суток госпитализации в связи с обострением бронхиальной астмы — из Генерального тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области от 29.03.2013 г.
Статистическую обработку всех результатов исследования проводили с помощью пакета программы Biostat. Для межгрупповых сравнений использовали критерий Манна-Уитни, критерий χ^2 , критерий Фишера. Статистически значимыми считались значения $p < 0,05$.	Статистическую обработку всех результатов исследования проводили с помощью пакета программы BIOSTAT. Для межгрупповых сравнений использовали критерий Манна-Уитни, критерий χ^2 , критерий Фишера. Статистически значимыми считались значения $p < 0,05$.
Результаты и их обсуждение Через 12 нед. наблюдения терапия Магне В6 форте в 1-й группе привела к статистически значимому ($p < 0,001$) увеличению уровня эритроцитарного магния на 15,7% по сравнению с исходными показателями, в отличие от 2-й группы, где дефицит магния сохранился на исходном уровне. Через 24 нед. достоверные различия между группами сохранялись. При этом в группе коррекции дефицита магния отмечалось достоверное снижение ($p < 0,05$) уровня эритроцитарного магния по сравнению с данным показателем через 12 нед. терапии. Уровень магния в плазме крови через 12 и 24 нед. не отличался как между группами, так и внутри групп относительно исходных показателей.	РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ На фоне 4-недельного курса терапии Магне В6 форте уровень эритроцитарного магния через 12 недель наблюдения статистически значимо ($p < 0,001$) увеличился на 15,7 % по сравнению с исходными показателями и стал выше 1,65 ммоль/л у 80 % пациентов 1-й группы. Во 2-й группе уровень дефицита магния сохранился на исходном уровне. Концентрация магния в плазме крови через 12 недель не отличалась как между группами, так и внутри групп относительно исходных показателей.
Общее количество бессимптомных дней за 12- и 24-недельный периоды наблюдения было достоверно ($p < 0,05$) большим в 1-й группе (1412/2100 и 2947/4200 соответственно), по сравнению со 2-й группой (1294/2100 и 2691/4200 соответственно).	Общее количество бессимптомных дней в 1-й группе на фоне коррекции сопутствующего дефицита магния (1412/2100) через 12 недель терапии было достоверно ($p < 0,05$) большим, чем в 2-й группе (1294/2100).
Доля пациентов, которые достигли контроля через 12 нед. терапии, в 1-й группе была статистически значимо ($p = 0,038$) больше (20/25), чем в 2-й группе (12/25). При этом к 24-й нед. достоверных различий между группами не наблюдалось (15/25 и 12/25 соответственно) (см. рис. 1).	Доля пациентов, которые достигли контроля через 12 недель терапии, в 1-й группе была статистически значимо ($p = 0,038$) больше (20/25), чем в 2-й группе (12/25) (рис.).
Рисунок 1. Динамика достижения контроля над бронхиальной астмой при использовании различных фармакотерапевтических режимов.	Рис. Динамика достижения контроля над БА при использовании различных фармакотерапевтических режимов
Количество пациентов, у которых за 12 и 24 нед. наблюдения не развилось	Доля пациентов, у которых за 12 недель наблюдения не развилось обост-

<p>обострение БА, в 1-й группе было выше (21/25 и 18/25), чем во 2-й группе (17/25 и 11/25). Доля пациентов, достигших непрерывного 12-недельного контроля к моменту окончания исследования, была больше в группе 1 (12/25) по сравнению с группой 2 (7/25).</p>	<p>рений БА в 1-й группе была выше (21/25), чем во 2-й группе (17/25).</p>
<p>Анализ затрат на лечение пациентов различными режимами терапии представлен в таблице 2.</p>	<p>Анализ затрат на лечение пациентов различными режимами терапии представлен в табл. 2.</p>
<p>Таблица 2. Затраты на лечение 100 детей с неконтролируемой бронхиальной астмой через 4, 12 и 24 нед. при использовании различных фармакотерапевтических режимов, руб.</p>	<p>Таблица 2. Затраты на лечение 100 детей с неконтролируемой БА в течение 12 недель при использовании различных фармакотерапевтических режимов, р.</p>
<p>Суммарные затраты на фармакотерапию за 4 нед. в 1-й группе были на 41,7% выше, чем во 2-й группе (197412,72 руб. против 115074,32 руб.), что связано с высокой стоимостью коррекции дефицита магния (110880 руб). При этом во 2-й группе за этот период затраты на госпитализацию и симптоматическую терапию были выше на 41,2% и 12,9% соответственно, чем у пациентов 1-й группы. Затраты на базисную терапию между 1-й и 2-й группами через 4 нед. были сопоставимы.</p>	<p>Суммарные затраты на фармакотерапию за 4 недели в 1-й группе были на 41,7 % выше, чем во 2-й группе (197412,72 р. против 115074,32 р.), что было связано с высокой стоимостью коррекции дефицита магния (110880 р.). При этом во 2-й группе за этот период затраты на госпитализации и симптоматическую терапию были выше на 41,2 и 12,9 % соответственно, чем у пациентов 1-й группы. Затраты на базисную терапию между 1-й и 2-й группами через 4 недели были сопоставимы.</p>
<p>Через 12 нед. наблюдения суммарные затраты были на 7,6% ниже в 1-й группе и составили 398205,48 и 428445,2 руб. в 1-й и 2-й группах соответственно. Затраты на базисную терапию в группах в абсолютных значениях были сопоставимы.</p>	<p>Через 12 недель наблюдения суммарные затраты были на 32,9 % ниже в 1-й группе и составили 287325,48 р. и 428445,2 р. в 1-й и 2-й группах соответственно. В 1-й группе в структуре затрат преобладали расходы на базисную терапию – на их долю пришлось 48,1 % (138226,12 р.) в 1-й группе. Во 2-й группе затраты на базисную терапию в абсолютных значениях были сопоставимы с 1-й группой, но их доля составила всего 32,4 % (138972,96 р.).</p>
<p>Максимальные различия между группами за 12 нед. наблюдения были установлены по затратам на госпитализацию для лечения обострений. За 12 нед. терапии данные затраты во 2-й группе оказались в 2 раза выше, чем у пациентов 1-й группы (287136 против 147556 руб.). Затраты на симптоматическую терапию в 1-й группе на фоне коррекции сопутствующего дефицита магния также были через 12 нед. терапии на 34% ниже, чем во 2-й группе. <...></p>	<p>Максимальные различия между группами за 12 недель наблюдения были установлены по затратам на госпитализации для лечения обострений. За 12 недель терапии данные затраты во 2-й группе оказались в 2 раза выше, чем у пациентов 1-й группы (287136 р. против 147556 р.). Затраты на симптоматическую терапию в 1-й группе на фоне коррекции сопутствующего дефицита магния также были через 12 недель терапии на 34 % ниже, чем во 2-й группе.</p>
<p>При расчете коэффициента CER (см. табл. 3) было установлено, что через 12 нед. терапии в группе 1 для достижения одного случая контролируемого течения потребовалось на 44,2,7% меньше затрат денежных средств, чем во 2-й группе. Затраты на достижение одного случая без обострений в течение 12 нед. наблюдения в группе 1 также были меньше, чем в группе 2 (на 22,65%). Стоимость одного бессимптомного дня за 12 недель терапии была ниже в 1-й группе на 14,83%.</p>	<p>При расчете коэффициента CER (табл. 3) было установлено, что в группе 1 для достижения одного случая контролируемого течения через 12 недель терапии потребовалось на 59,7 % меньше затрат денежных средств, чем во 2-й группе. Затраты на достижение 1 случая без обострений в течение 12 недель наблюдения в группе 1 также были меньше, чем в группе 2 (на 45,7 %). Стоимость одного бессимптомного дня за 12 недель терапии была ниже в 1-й группе на 69,9 %.</p>

<p>Таблица 3. Коэффициент CER (руб./ед. эффективности) для различных режимов фармакотерапии.</p>	<p>Таблица 3 Коэффициент CER (р./ед. эффективности) для различных режимов фармакотерапии</p>
<p>Заключение Таким образом, коррекция сопутствующего дефицита магния повышает эффективность базисной терапии бронхиальной астмы у детей и позволяет снизить расходы на достижение единицы эффективности лечения (достижение одного случая контроля БА; стоимость одного случая без обострений; стоимость одного бессимптомного дня), достижение одного случая целевого уровня выдыхаемого оксида азота и является экономически целесообразным.</p>	<p>ЗАКЛЮЧЕНИЕ Таким образом, коррекция сопутствующего дефицита магния повышает эффективность базисной терапии БА у детей и позволяет снизить расходы на достижение единицы эффективности лечения (достижение 1 случая контроля БА; стоимость 1 случая без обострений; стоимость одного бессимптомного дня) и является экономически целесообразным.</p>