

Эффективность цитизина при отказе от курения

Цитизин (частичный агонист, с высокой афинностью связывающийся с $\alpha_4\beta_2$ -никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами) – лекарственный препарат с относительно низкой стоимостью, который может быть рекомендован всем желающим бросить курить. Группа ученых из Лондонского университета (Великобритания) провела рандомизированное контролируемое исследование, целью которого было изучение эффективности и безопасности приема цитизина по сравнению с плацебо.

Участников исследования рандомизировали для приема цитизина или плацебо на протяжении 25 дней; пациенты каждой группы получали минимальную консультативную помощь в течение всего испытания. Первичной конечной точкой исследования являлось достижение устойчивого, биохимически подтвержденного воздержания от курения в течение 12 мес с момента завершения исследования.

Английские ученые провели скрининг 1542 взрослых курильщиков, из которых для участия в испытании отобрали 740 человек и разделили их на две группы по 370 человек в каждой. Как показали результаты исследования, частота достижения устойчивого 12-месячного отказа от курения была значительно выше в группе приема цитизина 8,4% (n=31), чем в группе плацебо 2,4% (n=9) (межгрупповые различия 6%; 95% ДИ 2,7-9,2; p=0,001). Распространенность абстиненции от курения к 7-му дню 12-месячного периода наблюдения у пациентов, получавших цитизин, значительно превосходила таковую у лиц, принимавших плацебо (13,2 vs 7,3% соответственно; p=0,01). В группе приема цитизина чаще регистрировались возникновение различных нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, чем в группе плацебо (межгрупповые различия 5,7%; 95% ДИ 1,2-10,2).

Проведенное исследование убедительно продемонстрировало преимущество цитизина перед плацебо в достижении отказа от курения. «Низкая стоимость цитизина по сравнению с другими фармакотерапевтическими средствами, использующимися для лечения никотиновой зависимости, делает его доступным препаратом для многих людей, желающих бросить курить», – отметили в заключение R. West и коллеги.

West R. et al. N Engl J Med 2011; 365: 1193-1200

Влияние курения родителей, родных братьев и сестер на вероятность начала курения в детском и подростковом возрасте: систематический обзор и метаанализ

В настоящее время имеются данные, что тесный контакт детей с курильщиками, особенно в кругу семьи, является одним из основных факторов риска, предрасполагающих ребенка к курению. Группа ученых из Ноттингемского университета (Великобритания) опубликовала результаты систематического обзора и метаанализа, посвященного изучению влияния курения родителей на вероятность начала курения их детей.

Ученые провели поиск эпидемиологических исследований в четырех электронных базах данных (EMBASE, MEDLINE, PsycINFO и CAB Abstracts). В метаанализ были включены результаты 58 испытаний, оценивавших связь между курением детей (в возрасте 2-12 лет), подростков (в возрасте 13-19 лет) и табакокурением родителей (одного/обоих родителей) или родных братьев и сестер. Как свидетельствуют результаты метаанализа, вероятность пристраститься к курению очень высока у детей, имеющих хотя бы одного курящего родителя (отношение шансов – ОШ – 1,72; 95% ДИ 1,59-1,86). Курение матери в большей мере предрасполагает ребенка к этой вредной привычке, чем курение отца (ОШ 2,19; 95% ДИ 1,73-2,79). В семьях, где курят оба родителя, отмечена наибольшая вероятность приобщения детей к курению (ОШ 2,73; 95% ДИ 2,28-3,28). Курение родных братьев и сестер увеличивает вероятность начала курения остальных детей в 2,30 раза (95% ДИ 1,85-2,86); в случае, если эту пагубную привычку имеет любой другой член семьи, риск ребенка пристраститься к курению возрастает в 1,92 раза (95% ДИ 1,70-2,16). Приняв во внимание влияние различных факторов, ученые пришли к выводу, что в Великобритании и Уэльсе около 17 тыс. молодых людей начинают курить в возрасте 15 лет вследствие влияния курения членов их семей.

Результаты метаанализа убедительно показывают, что курение родителей, родных братьев и сестер является независимым фактором риска формирования подобной вредной привычки у детей и подростков, создавая серьезную, но полностью устранимую угрозу для состояния их здоровья. «Дети должны быть защищены от негативного влияния курения, особенно от курения членов их семей», – считают авторы метаанализа.

Leonardi-Bee J. et al. Thorax 2011; 66: 847-e855

Ротоглоточная и «немая» аспирация у детей

В настоящее время имеются ограниченные сведения о механизмах развития ротоглоточной и «немой» аспирации у детей. Учитывая этот факт, группа ученых из Королевского педиатрического госпиталя (г. Брисбен, Австралия) провела проспективное исследование, целью которого было определение факторов, провоцирующих появление флюороскопически подтвержденных признаков ротоглоточной и «немой» аспирации.

В испытании приняли участие 300 детей, испытывавшие затруднения во время кормления. Всем участникам было проведено видеофлюороскопическое исследование акта глотания; при изучении особенностей глотания любого вида пищи и жидкости использовали шкалу аспирации. Пациентов разделили на четыре группы в зависимости от вида диагностированной патологии акта глотания: ротоглоточная, «немая», манифестная аспирация, отсутствие признаков аспирации.

Ротоглоточную аспирацию диагностировали у 34% обследованных детей, из них 81% имели признаки «немой» аспирации. «Немая» аспирация часто развивалась на фоне неврологического дефицита (ОР 4,65; 95% ДИ 2,26-9,54), задержки физического развития (ОР 4,62; 95% ДИ 2,28-9,35), возникновения патологии легких, вызванной аспирацией (ОР 3,22; 95% ДИ 1,29-8,05), проведения энтерального питания (ОР 2,03; 95% ДИ 1,04-3,62). Подобные результаты были получены при обследовании детей с ротоглоточной аспирацией. Исследователи отметили, что

неврологическую патологию чаще выявляли у пациентов с «немой» аспирацией, чем у детей с явными клиническими признаками поступления остатков пищи в дыхательные пути (ОР 4,1; 95% ДИ 1,1-15,8). Австралийские ученые установили, что распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, рецидивирующих инфекций дыхательных путей и БА не отличалась у детей с ротоглоточной, «немой» и манифестной аспирацией.

Таким образом, «немая» аспирация характерна для младенцев, испытывающих затруднения во время кормления и имеющих какую-либо неврологическую патологию. Австралийские ученые считают, что всем детям с неврологическим дефицитом, церебральным параличом, аспирационной патологией легких, находящимся на энтеральном питании, показано проведение видеофлюороскопического исследования акта глотания для диагностики «немой» аспирации.

Weir K. et al. Chest 2011; 140 (3): 589-597

Влияние ингаляционного мометазона фуurato на скорость роста и функцию надпочечников детей, страдающих персистирующей бронхиальной астмой

Группа американских ученых под руководством D. Skoner опубликовала результаты исследования, посвященного изучению воздействия мометазона фуurato (сильнодействующего синтетического глюкокортикоида) на темп роста и функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси у детей, страдающих БА. В испытании приняли участие 187 детей в возрасте 4-9 лет, больных БА. Всех участников исследования рандомизировали для приема различных доз мометазона фуurato (100 мкг 1 р/сут утром; 100 мкг 2 р/сут; 200 мкг 1 р/сут утром) или плацебо на протяжении 52 нед с последующим 3-месячным периодом наблюдения. Первичной конечной точкой исследования была скорость роста пациента; вторичными конечными точками являлись концентрации кортизола и остеокальцина в сыворотке крови, содержание N-телопептида в моче, уровень 12-часовой экскреции кортизола с мочой.

Утренние ингаляции мометазона фуurato в дозе 100 мкг по сравнению с плацебо не оказывали статистически значимого влияния на скорость роста (-0,10±0,31 см/год; p=0,76). Скорость роста детей, получавших мометазона фуurato в суточной дозе 200 мкг, разделенной на два приема, не отличалась от таковой у пациентов, принимавших плацебо (-0,64±0,39 см/год; p=0,10); в то же время однократные утренние ингаляции мометазона фуurato в дозе 200 мкг сопровождалась достоверными изменениями средних значений роста (-0,70±0,29 см/год; p=0,02). Ученые не зафиксировали значимых межгрупповых различий в показателях 12-часовой экскреции кортизола с мочой, в содержании N-телопептида в моче, уровне остеокальцина в сыворотке крови.

Таким образом, ингаляции мометазона фуurato в дозе 100 мкг 1 р/сут утром в течение одного года не оказывают значимого влияния на исследуемые показатели, тогда как использование суточной дозы мометазона фуurato в дозе 200 мкг сопровождается некоторым замедлением скорости роста по сравнению с плацебо. Американские ученые пришли к выводу, что детям в возрасте 4-9 лет, страдающим персистирующей БА средней степени тяжести, целесообразно назначать мометазона фуurato в дозе 100 мкг/сут.

Skoner D. et al. J Asthma 2011; 48 (8): 848-859

Подготовила Лада Матвеева

Сила одной дозы
Зетамакс™
азитромицин пролонгированного высвобождения

Одна Доза

Весь курс антибактериальной терапии за 1 день, за 1 раз

ВСЕ ТЕПМЯЛЬНОЕ – ПРОСТО

Зетамакс™ (азитромицин) – гранулы с модифицированным высвобождением для приготовления суспензии для перорального применения. 1 флакон содержит 1 гранулу азитромицина дозировки эквивалентной 0,2 г азитромицина основы.

Краткая инструкция для медицинского применения препарата
Характеристики: активное вещество – азитромицин; форма выпуска – гранулы; форма выпуска – флакон; срок годности – 3 года; условия хранения – в сухом, защищенном от света месте; температура хранения – от +5 до +25 °С.

Показания: Лечение инфекций респираторного тракта легкой и средней степени тяжести, вызванных чувствительными штаммами бактерий: обострение хронического бактериального бронхита; острая бактериальная синусит; неосложненная пневмония; фарингит/тонзиллит.

Способ применения и дозы: Пациентам рекомендуется принимать Зетамакс – гранулы с модифицированным высвобождением натощак (минимум за час до или через 2 часа после приема пищи). Рекомендуемая доза Зетамакса для взрослых и подростков составляет 2 г однократно.

Противопоказания: Повышенная чувствительность к азитромицину, эритромицину или к какому-либо другим макролидным или кетолидным антибиотикам, другим компонентам препарата.

Побочное действие: В большинстве случаев это были нарушения функции пищеварительного тракта, такие как диарея, тошнота, боль в животе или рвота. Большинство этих побочных эффектов были слабо-умеренно выраженными и исчезали в течение 2 дней.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Следует проявлять осторожность при назначении Зетамакса пациентам, принимающим другие лекарственные средства, которые могут удлинить интервал QT (например, хинидин, циклофосфамид, кетоконазол, терфенадин, галопреридол, дилтиазем).

Особенности применения: Как и в случае эритромицина и других макролидов, Зетамакс не следует применять одновременно с эритромицином и другими макролидами, поскольку это может вызвать конкурентное ингибирование синтеза полипептидов. Препарат азитромицин Зетамакс представляет собой пролонгированную форму с модифицированным высвобождением, что обеспечивает полную терапию в однократной пероральной дозе. Указания отпустить по рецепту. Перед применением препарата необходимо ознакомиться с инструкцией по применению. Информация для врачей и фармацевтов. Регистрационное свидетельство в Украине: UA/5367/01/01 від 10.04.2008.

Литература: 1. http://www.contractpharma.com/articles/2009/07/2009_07_20_rusmatseleskiy_contractpharma-report

За дополнительной информацией обращайтесь в Представительство «Фазис» в г. Киев, ул. Березняковская, 29. Тел: (044) 239-00-00. E-mail: info@pharm.fazis.com.ua. ZMAX-10-003

Pfizer **ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ №1 В МИРЕ!**