



wydanie specjalne 7/2006

Konsensus dotyczący rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu

Aktualizacja 2005

Opracowała Grupa Robocza w składzie:

przewodniczący

prof. dr hab. med. Witold Zatoński, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

wiceprzewodniczący

prof. dr hab. med. Dorota Górecka, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski, konsultant krajowy ds. kardiologii

prof. dr hab. med. Stanisław Pużyński, konsultant krajowy ds. psychiatrii

lek. Konstanty Radziwiłł, Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej

prof. dr hab. med. Marek Ziętek, konsultant krajowy ds. periodontologii

członkowie

prof. dr hab. med. Wojciech Hanke, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi

prof. dr hab. med. Stanisław Radowski, konsultant krajowy ds. ginekologii i położnictwa

prof. dr hab. med. Marian Reinfuss, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Krakowie

prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko, Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

prof. dr hab. med. Jerzy Woy-Wojciechowski, Prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

sekretariat

dr med. Małgorzata Bała, II Katedra Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

mgr psych. Magdalena Cedzyńska, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

dr med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, Prezes Fundacji Oddech Nadziei

lek. Klaudiusz Komor, Naczelna Izba Lekarska

Krzysztof Przewoźniak, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

dr med. Alicja Siemińska, Klinika Alergologii Akademii Medycznej w Gdańsku

Medycyna Praktyczna – miesięcznik

REDAKCJA

dr med. Piotr Gajewski – *redaktor naczelny*
 prof. Roman Jaeschke MD MSc – *zastępca redaktora naczelnego*
 dr med. Grzegorz Goncerz – *zastępca redaktora naczelnego*
 dr med. Małgorzata Bała
 dr med. Marek Bodzioch
 dr med. Wojciech Bodoń
 dr med. Robert Drabczyk
 dr med. Piotr Grzanka
 dr med. Miłosz Jankowski
 dr med. Wiktoria Leśniak
 dr med. Jacek Mrukowicz
 dr med. Ewa Płaczekiewicz-Jankowska
 dr med. Tomasz Sacha
 dr med. Bogdan Solnica
 lek. Łukasz Strzeszyński
 dr med. Magdalena Twardowska
 dr hab. med. Anetta Undas

■ **dział „Przegląd aktualnych badań”**

prof. Roman Jaeschke MD MSc – *redaktor prowadzący*
 dr med. Jan Brożek – *zastępca redaktora prowadzącego*

■ **konsultant w dziedzinie medycyny molekularnej**

dr hab. med. Marek Sanak

■ **program edukacyjny**■ **„Postępy w chorobach wewnętrznych”**

prof. dr hab. med. Jacek Musiał – *redaktor prowadzący*
 dr med. Jacek Imiela – *redaktor prowadzący*

■ **dział „Etyka”**

prof. PAT dr hab. Tadeusz Biesaga SDB – *redaktor prowadzący*

■ **redakcja językowa i opracowanie edytorskie**

Krystyna Moćko – *redaktor prowadzący*
 Katarzyna Jagiela – *sekretarz redakcji*
 Lucyna Niespodziewany – *sekretarz redakcji*

■ **redakcja techniczna**

Maciej Dora – *skład*
 Łukasz Łukasiewicz – *projekt okładki i typografia*
 Mirosław Szymański – *redaktor techniczny*

■ **dział reklam**

Agnieszka Krzysztofik-Hołówka, Agata Wróblewska
 tel. +4812 2934100, e-mail: reklama@mp.pl

■ **biuro redakcji**

Iwona Duraj, Monika Filipek, Renata Zaręba

■ **adres redakcji**

ul. Skawińska 8, 31-066 Kraków
 tel. +4812 2934020, fax 2934030, e-mail: listy@mp.pl

© **Copyright by Medycyna Praktyczna**

Odpowiedzialność za treści zawarte w artykułach i komentarzach ponoszą wyłącznie ich autorzy. Redakcja i wydawca nie ponoszą też odpowiedzialności za treści zamieszczanych ogłoszeń reklamowych.

DRUK

Drukarnia „LCL” w Łodzi
 Nakład 5000 egz.



Wydawca

Medycyna Praktyczna

ul. Krakowska 41, 31-066 Kraków
 tel. +4812 2934000, fax 2934010
 e-mail: listy@mp.pl, http://www.mp.pl

■ **Dyrektor**

lek. Wiesław Latuszek-Łukasiewicz

■ **Zastępcy Dyrektora**

lek. Małgorzata Gajewska
 lek. Wojciech Strojny

■ **Medycyna Praktyczna Pediatria**

dr med. Jacek Mrukowicz – *redaktor naczelny*

■ **Medycyna Praktyczna Chirurgia**

dr med. Jarosław Kuźdzał – *redaktor naczelny*

■ **Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo**

dr med. Monika Mazanek-Mościcka – *redaktor naczelny*

■ **Medycyna Praktyczna Onkologia**

lek. Wojciech Wysocki – *redaktor naczelny*

■ **Kierownicy działów**

Dział Informacji o Lekach: Bartłomiej Rogoź
Dział Szkoleń: dr med. Beata Brzezińska-Kolarz
Dział Ratownictwa Medycznego: lek. Jarosław Gucwa
Dział Promocji: Aneta Wójcik
Dział Prenumeraty: Agnieszka Zemła
Redakcja MP OnLine: Grzegorz Krupiński
MPsystem: lek. Bernard Wirkijowski
Księgarnia wysyłkowa: Jerzy Niedźwiedzki

Instytucje współpracujące

Polski Instytut Evidence Based Medicine
 tel. +4812 2934060, fax 2934065
 e-mail: ebm@ebm.org.pl



Polska Misja Medyczna
 tel. +4812 2934050, fax 2934055
 e-mail: pmm@pmm.org.pl



Instytut Ratownictwa Medycznego
 tel. +4812 2934040, fax 2934045
 e-mail: ratownictwo@ratownictwo.pl

**Kontakt**

PRENUMERATA tel. 0800 888 000
 tel. +4812 2934080 (z telefonów komórkowych i z zagranicy)
 fax 2934010
 e-mail: księgarnia@mp.pl, http://www.mp.pl/księgarnia
 nr konta: 35 1600 1039 0002 0033 3552 6001

■ **konferencje i kursy szkoleniowe dla lekarzy**

tel. +4812 2934004, fax 2934010
 e-mail: szkolenia@mp.pl, http://szkolenia.mp.pl/

■ **kursy ratownictwa medycznego**

tel. +4812 2934040, fax 2934045
 e-mail: ratownictwo@mp.pl, http://www.ratownictwo.pl

Rada Naukowa

■ Przewodniczący

prof. dr hab. med. Andrzej Szczeklik *Kraków*

■ Wiceprzewodniczący

prof. dr hab. med. Franciszek Kokot *Katowice*

■ kardiologia

prof. dr hab. med. Andrzej Budaj *Warszawa*

prof. dr hab. med. Barbara Cybulska *Warszawa*

prof. dr hab. med. Barbara Dąbrowska *Warszawa*

prof. dr hab. med. Piotr Hoffman *Warszawa*

prof. dr hab. med. Włodzimierz Januszewicz *Warszawa*

prof. dr hab. med. Tomasz Pasiński *Warszawa*

prof. dr hab. med. Michał Tendera *Katowice*

prof. dr hab. med. Maria Trusz-Gluza *Katowice*

doc. dr hab. med. Janina Stępińska *Warszawa*

prof. dr hab. med. Grażyna Świątecka *Gdańsk*

prof. dr hab. med. Henryk Wysocki *Poznań*

■ pneumonologia

prof. dr hab. med. Dorota Górecka *Warszawa*

prof. dr hab. med. Iwona Grzelewska-Rzymowska *Łódź*

prof. dr hab. med. Jan Kuś *Warszawa*

prof. dr hab. med. Ewa Niżankowska-Mogilnicka *Kraków*

prof. dr hab. med. Władysław Pierzchała *Katowice*

prof. dr hab. med. Ewa Rowińska-Zakrzewska *Warszawa*

■ gastroenterologia

prof. dr hab. med. Witold Bartnik *Warszawa*

prof. dr hab. med. Andrzej Dąbrowski *Białystok*

prof. dr hab. med. Andrzej Habiór *Warszawa*

prof. dr hab. med. Krzysztof Marlicz *Szczecin*

prof. dr hab. med. Andrzej Nowak *Katowice*

■ endokrynologia

prof. dr hab. med. Barbara Jarzab *Katowice*

prof. dr hab. med. Anna Kasperlik-Zaluska *Warszawa*

prof. dr hab. med. Andrzej Lewiński *Łódź*

■ diabetologia

prof. dr hab. med. Władysław Grzeszczak *Katowice*

prof. dr hab. med. Ida Kinalska *Białystok*

prof. dr hab. med. Jacek Sieradzki *Kraków*

■ alergologia

prof. dr hab. med. Marek Kowalski *Łódź*

prof. dr hab. med. Jerzy Kruszewski *Warszawa*

prof. dr hab. med. Barbara Rogala *Katowice*

■ reumatologia

prof. dr hab. med. Anna Filipowicz-Sosnowska *Warszawa*

prof. dr hab. med. Eugeniusz Kucharz *Katowice*

prof. dr hab. med. Jacek Musiał *Kraków*

prof. dr hab. med. Jacek Szechiński *Wrocław*

prof. dr hab. med. Irena Zimmermann-Górska *Poznań*

■ hematologia

prof. dr hab. med. Andrzej Hellmann *Gdańsk*

prof. dr hab. med. Jerzy Hołowiecki *Katowice*

prof. dr hab. med. Aleksander Skotnicki *Kraków*

prof. dr hab. med. Krystyna Zawilska *Poznań*

■ nefrologia

prof. dr hab. med. Stanisław Czekalski *Poznań*

prof. dr hab. med. Jan Duława *Katowice*

prof. dr hab. med. Marian Klinger *Wrocław*

prof. dr hab. med. Andrzej Więcek *Katowice*

■ neurologia

prof. dr hab. med. Maria Barcikowska *Warszawa*

prof. dr hab. med. Anna Członkowska *Warszawa*

prof. dr hab. med. Hubert Kwieciński *Warszawa*

■ psychiatria

prof. dr hab. med. Stanisław Pużyński *Warszawa*

prof. dr hab. med. Małgorzata Rzewuska *Warszawa*

■ onkologia

prof. dr hab. med. Jacek Jassem *Gdańsk*

prof. dr hab. med. Stanisław Korzeniowski *Kraków*

prof. dr hab. med. Maciej Krzakowski *Warszawa*

■ medycyna paliatywna

prof. dr hab. med. Jacek Luczak *Poznań*

■ anestezjologia i intensywne terapie

prof. dr hab. med. Krzysztof Duda *Kraków*

prof. dr hab. med. Wojciech Gaszyński *Łódź*

prof. dr hab. med. Andrzej Kübler *Wrocław*

■ choroby zakaźne

prof. dr hab. med. Anna Boroń-Kaczmarek *Szczecin*

prof. dr hab. med. Waleria Hryniewicz *Warszawa*

prof. dr hab. med. Jacek Juszczyk *Poznań*

■ diagnostyka obrazowa

prof. dr hab. med. Bogdan Pruszyński *Warszawa*

dr hab. med. Andrzej Smereczyński *Szczecin*

prof. dr hab. med. Małgorzata Szczerbo-Trojanowska *Lublin*

Międzynarodowa Rada Naukowa

Deborah Cook MD PhD *Hamilton, Kanada*

Paul Glasziou MD PhD *Oksford, Wielka Brytania*

Gordon Guyatt MD PhD *Hamilton, Kanada*

Jack Hawiger MD PhD *Nashville, TN, USA*

Brian Haynes MD PhD *Hamilton, Kanada*

John Martin MD PhD *Londyn, Wielka Brytania*

Holger Schunemann MD PhD *Buffalo, NY, USA*

Paul O'Byrne MD PhD *Hamilton, Kanada*

Spis treści

Wstęp 5

Cel i przedmiot konsensusu 7

Rekomendacje 7

Diagnostyka i leczenie 7

Szkolenie personelu i organizacja opieki 8

I. Uzależnienie od tytoniu 8

II. Leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu
obowiązkiem lekarza 10

III. Diagnostyka 11

IV. Leczenie 12

1. Dostępne w Polsce metody leczenia
o potwierdzonej skuteczności
– niefarmakologiczne 12

A. Krótka porada lekarska (minimalna
interwencja) 12

B. Wsparcie behawioralne 13

2. Dostępne w Polsce metody leczenia
o potwierdzonej skuteczności
– farmakologiczne 14

A. Nikotynowa terapia zastępcza 14

B. Chlorowodorek bupropionu 16

3. Metody leczenia o potwierdzonej
skuteczności – farmakologiczne
niedostępne w Polsce 16

A. Klonidyna 16

B. Nortryptylina 17

4. Metody, co do których nie uzyskano
jednoznacznych dowodów na skuteczność
– niefarmakologiczne 17

A. Terapia awersyjna 17

B. Hipnoza 17

C. Akupunktura 17

D. Ćwiczenia 18

E. Tzw. biorezonans 18

5. Substancje w trakcie badań klinicznych
oraz substancje, co do których nie ma
jednoznacznych dowodów skuteczności
w piśmiennictwie – farmakologiczne 18

A. Leki przeciwdepresyjne inne niż bupropion
i nortryptylina 18

B. Leki przeciwłękowe 18

C. Antagoniści receptorów opioidowych 18

D. Mekamylamina 18

E. Leki o częściowym agonistycznym działaniu
na receptory nikotynowe 18

F. Antagoniści receptora kanabinoidowego
– rimonabant 19

G. Szczepionka nikotynowa 19

Piśmiennictwo 19

Aneks 20

I. Leczenie uzależnienia od tytoniu w Narodowym
Planie Zdrowotnym 20

II. Prewencja uzależnienia od tytoniu w Narodowym
Programie Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu
Sercowo-Naczyniowego – POLKARD 21

III. Program profilaktyki chorób odtytoniowych
„Palenie jest uleczalne” finansowany w ramach
NFZ 22

Załącznik 1. Test Fagerströma 24

Załącznik 2. Test motywacji 24

Wstęp

Palenie tytoniu (zwłaszcza papierosów) było największą zdrowotną plagą XX wieku, która spowodowała zmianę obrazu ludzkich chorób oraz przedwczesną śmierć stu milionów osób. Obecnie na całym świecie każdego roku umiera 4,2 miliona z około 1,3 miliarda osób palących lub używających tytoniu w innej postaci. Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia, jeśli skala palenia tytoniu nie ulegnie zmniejszeniu, to w 2030 roku coroczna liczba zgonów osób używających tytoniu wyniesie 10 milionów; tytoń zabije około 500 milionów spośród żyjących obecnie mieszkańców Ziemi.

Choroby występujące wcześniej bardzo rzadko – rak płuca, zawał serca, przewlekła obturacyjna choroba płuc – stały się głównym zagrożeniem zdrowia i życia (zwłaszcza u osób w średnim wieku), a wymuszone bierne palenie – najważniejszym czynnikiem ryzyka zdrowotnego u małych dzieci (0–4 lat). Obecny stan wiedzy naukowej wskazuje, że choroby odytoniowe obejmują 15 nowotworów oraz kilkadziesiąt chorób układu krążenia, układu oddechowego i innych narządów, a także szereg chorób matki i dziecka (w okresie prenatalnym i po urodzeniu). Transformacja biologiczna zawartych w dymie tytoniowym 4000 substancji chemicznych, w tym co najmniej 40 rakotwórczych, docierających do najgłębszych części organizmu, prowadzi bowiem do uszkodzenia wszystkich narządów i zaburzenia procesów życiowych.

Po II wojnie światowej w Polsce nastąpiło nieotowane wcześniej zwiększenie konsumpcji papierosów. Od lat 70. ubiegłego wieku odsetek palaczy wśród Polaków należy do największych na świecie. Na początku lat 80. w niektórych grupach wiekowych i społecznych częstość palenia papierosów sięgała 70–80% wśród mężczyzn i 40–50% wśród kobiet. Palenie tytoniu stało się główną przyczyną przedwczesnej umieralności mężczyzn w Polsce i jedną z podstawowych przyczyn przedwczesnej umieralności kobiet. Szacuje się, że w 1990 roku do 42% zgonów mężczyzn i 11% zgonów kobiet w wieku 35–69 lat doszło w wyniku chorób odytoniowych. Wśród mężczyzn palenie papierosów było odpowiedzialne w tym czasie za 58% przedwczesnych zgonów na nowotwory złośliwe (w tym 91% zgonów na raka płuca), 42%

zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz 71% zgonów na nienowotworowe choroby układu oddechowego.

W wyniku organizowanych od początku lat 90. kampanii zdrowotnych, przyjętych rozwiązań legislacyjnych i wdrożenia rządowego programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu w latach 90. zaszły istotne zmiany w postawach wobec palenia tytoniu, zwłaszcza w populacji mężczyzn oraz wśród osób młodych i wykształconych. Odsetek codziennych palaczy zmniejszył się wśród mężczyzn z 62% w 1982 roku do 38% w roku 2004, odsetek nigdy niepalących mężczyzn zwiększył się z 18% w 1974 roku do 35% w roku 2004. W ślad za korzystnymi zmianami w postawach wobec palenia tytoniu w latach 90. odnotowano poprawę stanu zdrowia ludności Polski, zwłaszcza mężczyzn. Umieralność z powodu raka płuca wśród młodych mężczyzn (20–44 lat) zmniejszyła się o 33%, a wśród mężczyzn w średnim wieku (45–64 lat) z dłuższą ekspozycją na dym tytoniowy w wywiadzie o 19%.

Zmiany te w znacznie mniejszym zakresie dotyczyły ludzi mniej wykształconych i ubogich. Częstość palenia i uzależnienia od tytoniu, a także wydatki na papierosy są w tych grupach często 2–3-krotnie większe niż wśród młodych, wykształconych i zamożniejszych Polaków. Osoby gorzej wykształcone częściej chorują na raka płuca i inne choroby odytoniowe, wiele z nich wymaga specjalistycznego leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu, na które ich nie stać. Opracowanie skutecznej strategii leczenia uzależnienia od tytoniu jest więc w Polsce nie tylko problemem zdrowotnym, ale także społeczno-ekonomicznym. Do jej wdrożenia potrzebny jest konsensus zawodowych środowisk medycznych i instytucji państwowych odpowiedzialnych za politykę zdrowotną.

Palenie tytoniu jest jednym z najważniejszych niezależnych czynników ryzyka chorób nowotworowych, chorób układu oddechowego i układu krążenia. Szacuje się, że w Polsce w latach 90. ubiegłego wieku z powodu chorób odytoniowych umierało przedwcześnie prawie 100 tysięcy osób rocznie.

Szkody zdrowotne związane z paleniem dobrze opisano w trwającym 50 lat badaniu przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii, polegającym na obserwacji lekarzy. Stwierdzono w nim, że ryzyko zgonu w wieku średnim (35–69 lat) było wśród

palaczy 3 razy większe niż u osób niepalących (43 vs 15%). W tym samym badaniu średnia długość życia osób urodzonych w latach 1910–1930 była u palaczy o 10 lat mniejsza. Obserwowanego w tej grupie na przestrzeni ostatnich 50 lat znacznego wydłużenia życia nie stwierdzono u osób palących. Ryzyko zgonu skorelowane z liczbą wypalanych papierosów i u osób palących ≥ 25 papierosów dziennie było w porównaniu z palącymi < 15 papierosów 3 razy większe dla raka płuc, 2,5 razy dla przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, o 75% dla innych chorób płuc, 40% dla chorób krążenia mózgowego i 22% dla choroby niedokrwiennej serca. Zaprzestanie palenia wiązało się ze znaczącym wydłużeniem życia i było tym korzystniejsze, im wcześniej nastąpiło. W licznych badaniach dowiedziono, że palenie tytoniu jest jednym z najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu krążenia. Nikotyna zwiększa ciśnienie krwi, a tlenek węgla i inne toksyny zawarte w dymie tytoniowym kilkakrotnie przyspieszają postęp miażdżycy. Palenie tytoniu znacznie zwiększa ryzyko rozwoju choroby niedokrwiennej serca i nagłej śmierci sercowej. Szacuje się, że ryzyko zawału serca u palacza jest co najmniej dwukrotnie większe niż u osoby niepalącej tej samej płci i wieku. Po roku od zaprzestania palenia ryzyko to zmniejsza się niemal o połowę. Palacze są także obciążeni znacznie większym ryzykiem wystąpienia tętniaka aorty brzusznej i miażdżycy tętnic obwodowych. Palenie jest główną modyfikowalną przyczyną udaru mózgu. Obliczono, że ryzyko udaru mózgu u palaczy zrównuje się z ryzykiem u osób niepalących po upływie 5–15 lat od zaprzestania palenia.

Udowodniono, że palenie ma związek z powstawaniem wielu nowotworów. Najczęstszym nowotworem złośliwym w Polsce jest rak płuca, który stanowi również główną przyczynę zgonów z powodu chorób nowotworowych. Zachorowalność w Polsce wynosi około 90/100 000 osób rocznie (dla porównania w Norwegii 57/100 000 rocznie); szczególnie duża zachorowalność w porównaniu z innymi krajami dotyczy osób przed 65. rokiem życia. Wyniki analiz przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii wskazują, że 80–90% nowotworów złośliwych płuc występuje u osób palących. Prawdopodobieństwo wystąpienia raka płuca u palących mężczyzn jest 23 razy większe niż u niepalących, a u palących kobiet 13 razy więk-

sze. Ryzyko wystąpienia raka płuca zmniejsza się o połowę po 10 latach od całkowitego zaprzestania palenia.

Palenie jest jedną z głównych przyczyn raka jamy ustnej (w tym raka wargi), raka gardła, krtani i przełyku. Zaprzestanie palenia istotnie zmniejsza ryzyko wystąpienia tych nowotworów. Palacze narażeni są również na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego, nerek i trzustki. Ostatnio wykryto związek między paleniem a rakiem szyjki macicy i ostrą białaczką szpikową.

Palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka rozwoju przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Szacuje się, że w Polsce na POChP choruje co najmniej 10% osób po 30. roku życia. Częstość jej występowania u osób palących oceniono na 15–20%, ale prawdopodobnie odsetek ten jest jeszcze większy. Zmiany o charakterze rozedmy stwierdzano w badaniu sekcyjnym u ponad 90% palaczy. Zaprzestanie palenia tytoniu ma decydujące znaczenie w leczeniu POChP. Czynność płuc zaczyna się poprawiać już po upływie 2 tygodni do 3 miesięcy od momentu całkowitego zaprzestania palenia.

Palenie tytoniu w czasie ciąży niekorzystnie wpływa na jej przebieg i wynik oraz na stan zdrowia dzieci. Również palenie tytoniu w okresie karmienia wpływa niekorzystnie na rozwój dziecka. Wśród kobiet palących w ciąży stwierdzono zwiększone ryzyko wystąpienia takich powikłań jak: poronienie samoistne, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, przedwczesne oddzielenie łożyska oraz łożysko przodujące. Dzieci matek palących są zagrożone porodem przedwczesnym i hipotrofią. Osoby dorosłe, które urodziły się z hipotrofią, są w większym stopniu zagrożone chorobami układu krążenia, cukrzycą i hipercholesterolemią. U noworodków matek palących stwierdzano znaczne opóźnienie w rozwoju układu oddechowego. Liczne badania epidemiologiczne wskazują, że palenie papierosów w okresie ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia zespołu nagłej śmierci niemowląt. Ostatnie badania wskazują, że palenie przez kobiety ciężarne może mieć również odległe konsekwencje zdrowotne u ich dzieci (zwiększone ryzyko zachorowania na choroby alergiczne, infekcje dróg oddechowych i nowotwory) oraz negatywnie wpływać na ich rozwój neurobehawioralny. Dzieci kobiet, które pałały podczas ciąży, rodzą się z objawami zespołu uzależnienia od tytoniu (okre-

ślanego także mianem „zespołu ponikotynowego”); czasami po urodzeniu występują u nich objawy odstawienia tytoniu (głodu nikotynowego).

Kluczowe znaczenie ma zerwanie z nałogiem palenia papierosów jeszcze przed zajściem w ciążę, ale zaprzestanie palenia w trakcie ciąży również zmniejsza ryzyko wystąpienia omówionych wyżej stanów patologicznych.

Masa ciała noworodków kobiet palących jest przeciętnie o 200–300 g mniejsza niż dzieci matek niepalących. Dzieci te częściej zapadają na zakażenia układu oddechowego i są obciążone znacznie większym ryzykiem wystąpienia zespołu nagłej śmierci niemowląt. U noworodków matek palących stwierdzano znaczne opóźnienie w rozwoju układu oddechowego. Zaprzestanie palenia przez ciężarną nawet w czasie ciąży prowadzi do zwiększenia masy urodzeniowej noworodka w porównaniu z dziećmi kobiet palących do końca ciąży.

Badania przeprowadzone na początku lat 90. ubiegłego wieku wykazały, że w Polsce w okresie ciąży pali około 30% kobiet, przy czym częstość palenia zależy od wykształcenia. Częściej palą kobiety gorzej wykształcone niż kobiety z wyższym wykształceniem. Na początku lat 90. rodziło się około 100 tysięcy dzieci eksponowanych w okresie płodowym na toksyczne związki chemiczne zawarte w dymie tytoniowym. W związku ze zmniejszeniem się częstości palenia wśród młodych kobiet (20–35 lat) w ostatnich 15 latach szacuje się, że obecnie każdego roku rodzi się około 75 tysięcy dzieci eksponowanych na dym tytoniowy w okresie płodowym. Wyniki badań potwierdzają również szkodliwość biernego palenia. Zaobserwowano, że niepalące żony palaczy zapadają na nowotwory 2 razy częściej niż kobiety, których mężowie nie palą.

Bierne palenie przez kobiety ciężarne, związane z narażeniem na dym tytoniowy w miejscu pracy lub w domu, wiąże się z podobnymi zagrożeniami dla przebiegu i wyniku ciąży jak w przypadku palenia czynnego, czyli gdy kobieta ciężarna pali tytoń. Narażenie na dym papierosowy jest szczególnie niebezpieczne dla dzieci, których rodzice palą papierosy. W Polsce na bierne wdychanie dymu papierosowego narażonych jest około 60% dzieci. Ekspozycja taka może prowadzić do wystąpienia szeregu stanów patologicznych, m.in. zespołu nagłej śmierci niemowląt, infekcji dróg oddechowych, astmy, zapalenia ucha środkowego

oraz nowotworów. Przypuszcza się również, że bierne wdychanie dymu papierosowego może zaburzać rozwój neurobehawioralny dzieci. Palenie papierosów przez rodziców, a później rówieśników, znacznie zwiększa również prawdopodobieństwo regularnego używania wyrobów tytoniowych po osiągnięciu wieku dorosłego.

Cel i przedmiot konsensusu

Celem konsensusu jest ustalenie wspólnego stanowiska wobec rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu.

Rekomendacje

Diagnostyka i leczenie

1. Zespół uzależnienia od tytoniu (ZUT) to postępująca, przewlekła i nawracająca choroba, stan medyczny wymagający rozpoznania, rzetelnej diagnozy i leczenia (p. rozdz. I).

2. Zaprzestanie palenia (stosowania) tytoniu to złożony, wieloetapowy, często cykliczny proces, do którego należy ściśle dostosować sposób leczenia (p. rozdz. II).

3. Zespół uzależnienia od tytoniu (F17.2) oraz zespół odstawienia tytoniu (F17.3) opisano w X rewizji międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych oraz w „Diagnostycznym i statystycznym podręczniku zaburzeń psychicznych” Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV 292.0).

4. W leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu należy stosować metody diagnostyczne i terapeutyczne o naukowo potwierdzonej skuteczności (p. rozdz. IV).

5. Rzetelne metody diagnostyczne i efektywne metody leczenia prowadzące do długotrwałej lub stałej abstynencji są powszechnie dostępne i powinny być stosowane w codziennej praktyce lekarskiej (p. rozdz. II).

6. Podstawowe metody diagnostyki zespołu uzależnienia od tytoniu powinny obejmować (p. rozdz. III):

- 1) ocenę ekspozycji (aktywnej i biernej) pacjenta na dym tytoniowy oraz jego postawy wobec palenia tytoniu,
- 2) ocenę charakteru i siły uzależnienia od tytoniu,
- 3) ocenę fazy gotowości palacza do zaprzestania palenia (stosowania) tytoniu,
- 4) ocenę motywacji pacjenta do zaprzestania palenia.

7. Każdego pacjenta aktywnie eksponowanego na dym tytoniowy należy objąć krótką poradą lekarską (p. rozdz. IV.A). Powinna ona być stałym, prowadzonym systematycznie elementem praktyki lekarskiej.

8. W celu zwiększenia efektywności krótkiej porady u niektórych pacjentów zaleca się wsparcie intensywniejszą formą terapii, również behawioralnej (p. rozdz. IV.B).

9. Uzależnienie od tytoniu może być również wskazaniem do zastosowania jednej z zarejestrowanych w Polsce metod leczenia farmakologicznego o potwierdzonej w badaniach naukowych skuteczności:

- 1) preparatów nikotynowej terapii zastępczej (guma do żucia, plaster, inhalator, tabletki) (p. rozdz. VI.2.A),
- 2) chlorowodoru bupropionu (p. rozdz. VI.2.B).

10. Zaleca się stosowanie leczenia skojarzonego środkami farmakologicznymi ze wsparciem behawioralnym, takie postępowanie zwiększa bowiem skuteczność leczenia uzależnienia od tytoniu.

11. U osób, które nie potrafią (jak wskazują wcześniejsze doświadczenia terapeutyczne) zaprzestać palenia tytoniu bez przyjmowania nikotyny, dopuszcza się stosowanie preparatów nikotynowej terapii zastępczej przez całe życie.

12. W terapii odwykowej można stosować preparat roślinny cytyzyny, zarejestrowany w Polsce od 40 lat do leczenia ZUT. Wyniki badań klinicznych publikowanych w latach 60. i na początku lat 70. ubiegłego wieku sugerują skuteczność cytyzyny, ale wymaga to potwierdzenia w badaniach klinicznych zgodnych z obowiązującymi obecnie kryteriami.

13. Jako środki wspomagające można stosować okresowo również inne zarejestrowane w Polsce leki, na przykład psychotropowe, nasenne, przeciwbólowe itd.

Szkolenie personelu i organizacja opieki

14. Osoby leczące uzależnienie od tytoniu powinny być (odpowiednio do swoich kwalifikacji) uprawnione do stosowania zalecanych powyżej metod terapii odwykowej i systematycznie doskonalić swoje umiejętności w ramach akredytowanych szkoleń w tym zakresie.

15. Leczenie uzależnienia od tytoniu powinno być włączone do *curriculum* studiów medycznych oraz podyplomowego szkolenia kadr medycznych i psychologicznych.

16. Leczenie uzależnienia od tytoniu powinno się stać również elementem polityki ubezpieczeń zdrowotnych i ubezpieczeń na życie; przedmiotem dyskusji z instytucjami rządowymi powinna się stać propozycja refundacji leczenia uzależnienia od tytoniu na przykład dla najbiedniejszych pacjentów silnie uzależnionych od tytoniu.

I. Uzależnienie od tytoniu

Palenie papierosów i używanie tytoniu w innej formie może prowadzić do uzależnienia.¹ Uzależnienie od tytoniu ma postać farmakogenną (biologiczną) i psychogenną; oba rodzaje często występują łącznie, choć w różnym nasileniu. Substancją prowadzącą do uzależnienia biologicznego jest nikotyna. Uzależnienie psychiczne (behawioralne) od tytoniu polega na kompulsywnym przyjmowaniu tytoniu (nikotyny) i powtarzaniu związanych z tym nawykowych czynności w celu osiągnięcia przyjemności lub uniknięcia złego samopoczucia z powodu jej braku. Uzależnienie jest skutkiem działania wielu czynników psychologicznych, środowiskowych i społecznych. Uzależnienie fizyczne (farmakologiczne) polega na wytworzeniu tolerancji nikotyny i występowaniu objawów jej odstawienia. Tolerancja polega na konieczności podawania coraz większych dawek nikotyny w celu uzyskania efektu zaspokojenia. Zjawisko to jest wynikiem zwiększenia aktywności enzymów metabolizujących nikotynę (tolerancja farmakokinetyczna) oraz zmiany liczby receptorów nikotynowych w celu utrzymania prawidłowej czynności układu nerwowego (tolerancja farmakodynamiczna). Wiele mechanizmów farmakologicznych i behawioralnych prowadzących do uzależnienia

od tytoniu (np. nawrotów) jest analogicznych do mechanizmów występujących w przebiegu uzależnienia od narkotyków (np. marihuany, heroiny, kokainy) lub alkoholu.

Uzależnienie od tytoniu to przewlekła, nawracająca choroba, wymieniona w międzynarodowej klasyfikacji chorób jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem (F17).² Zespół uzależnienia od tytoniu (F17.2) obejmuje objawy behawioralne, fizjologiczne i zmiany procesów poznawczych, które pojawiają się w wyniku wielokrotnego stosowania tytoniu, i charakteryzuje się:

- 1) silną potrzebą używania tytoniu
- 2) trudnościami w kontrolowaniu tego zachowania
- 3) uporczywym używaniem tytoniu wbrew szkodliwym następstwom
- 4) przedkładaniem używania tytoniu ponad inne zajęcia i zobowiązania, a także stany aktywności biologicznej (np. sen)
- 5) zwiększającą się tolerancją na nikotynę
- 6) występowaniem zespołu objawów odstawienia tytoniu.

U niektórych palaczy (np. narażonych na bierne wdychanie dymu tytoniowego w okresie prenatalnym i rozwój receptorów nikotynowych w tym okresie) uzależnienie od tytoniu może się rozwinąć już po paru tygodniach przyswajania nikotyny.

Według stosowanych powszechnie w diagnostyce uzależnień zaleceń DSM-IV³ objawy odstawienia tytoniu (F17.3) mogą wystąpić u osoby:

- A) używającej tytoniu (nikotyny) codziennie co najmniej przez kilka tygodni;
- B) u której nagle odstawienie lub zmniejszenie ilości nikotyny dostarczanej do organizmu spowoduje wystąpienie w ciągu doby przynajmniej 4 z następujących objawów:
 - 1) stanów depresji
 - 2) drażliwości, frustracji lub gniewu
 - 3) stanów lękowych
 - 4) trudności w koncentracji
 - 5) niepokoju
 - 6) bezsenności
 - 7) zmniejszenia częstotliwości tętna
 - 8) wzmożonego apetytu i zwiększenia masy ciała;
- C) u której objawy wymienione w kryterium B są przyczyną klinicznie istotnych zaburzeń w życiu społecznym, zawodowym lub w innych

dziedzinach funkcjonowania, nie są związane z innymi uwarunkowaniami medycznymi i nie można ich lepiej wyjaśnić występowaniem innych zaburzeń o charakterze psychicznym.

Objawy zespołu odstawienia tytoniu mogą się pojawić już po kilku godzinach od zaprzestania palenia; najbardziej natężone są zazwyczaj po upływie 1–4 dni i zmniejszają się do normalnego poziomu po upływie 3–4 tygodni. U większości palaczy najdłużej występują: wzmożony apetyt i zwiększenie masy ciała (często dłużej niż 6 miesięcy) oraz kojarzona z głodem nikotynowym silna chęć zapalenia.

Uzależnienie od tytoniu, zwłaszcza farmakogenne, sprawia, że zaprzestanie palenia nie jest jednorazowym aktem, lecz procesem wieloetapowym, długotrwałym, a często cyklicznym.⁴ Podczas tego procesu u osoby zaprzestającej palenia zachodzą zmiany o charakterze poznawczym, motywacyjnym, emocjonalno-uczuciowym, wolicjonalnym, decyzyjnym, a na koniec także behawioralnym.

Na drodze do całkowitej abstynencji palacz przechodzi przez następujące fazy, stany gotowości do zaprzestania palenia (wg Prochaski i DiClemente):

faza 1 – brak myślenia o zmianie postawy (zaprzestaniu lub ograniczeniu palenia) lub niechęć do jej zmiany

faza 2 – rozważanie zmiany postawy

faza 3 – działanie w celu zmiany postawy poprzez podjęcie decyzji, przygotowanie się i próbę zmiany postawy

faza 4 – utrzymanie abstynencji przez możliwie najdłuższy czas (abstynencja krótkoterminowa trwa do 6 miesięcy, długoterminowa dłużej niż pół roku, niepalenie przez ponad rok daje dużą szansę na całkowity sukces)

faza 5 – nawrót do palenia (możliwy, ale niekonieczny po fazie 3).

Wielu palaczy zanim całkowicie zaprzestanie palenia, przechodzi co najmniej kilka razy przez poszczególne fazy; w Polsce palacze podejmują średnio 7–8 prób. Podczas pierwszych prób zaprzestania palenia większość palaczy przechodzi kolejno przez wszystkie wymienione powyżej fazy. Nawrót do palenia nie musi oznaczać regresji do fazy 1.

Uwzględnienie charakterystyki procesu zaprzestania palenia tytoniu w diagnostyce i lecze-

niu uzależnienia zwiększa skuteczność terapii odwykowej. Należy zwrócić uwagę zwłaszcza na specyficzne potrzeby pacjenta w określonej fazie walki z nałogiem i dostosować do nich zarówno sposób motywowania pacjenta, jak i proponowane metody terapeutyczne:

faza 1 – najważniejsza jest edukacja zdrowotna oraz zwrócenie uwagi na inne potencjalnie ważne następstwa palenia i korzyści wynikające z zaprzestania palenia;

faza 2 – najważniejsze jest zmotywowanie pacjenta do jak najszybszego podjęcia próby zaprzestania palenia;

faza 3 – poza wzmocnieniem motywacji należy się skupić na opracowaniu szczegółowego planu postępowania, uwzględniającego zarówno przygotowanie pacjenta do podjęcia decyzji o zaprzestaniu palenia, jak i problemy, które napotka on w dniu próby; w tym okresie ważne jest zapewnienie pacjentowi wsparcia ze strony najbliższych osób oraz byłych palaczy, którzy będą przykładem sukcesu w terapii odwykowej i udzielą mu wielu cennych rad;

faza 4 – u niektórych pacjentów wsparcie behawioralne należy uzupełnić środkami farmakologicznymi pozwalającymi choremu zminimalizować natężenie objawów odstawienia;

faza 5 – po nieudanej próbie zaprzestania palenia ponownie największe znaczenie ma motywacja pacjenta do zaprzestania palenia; należy zwrócić uwagę zwłaszcza na to, aby pacjent nadal rozważał możliwość zerwania z nałogiem (faza 2), jak najszybciej zaczął przygotowywać się do podjęcia kolejnej próby (faza 3) i wykorzystał zdobytą uprzednio wiedzę oraz doświadczenie w przewidywaniu okoliczności, które doprowadziły do nawrotu do palenia (zwiększenie masy ciała, depresja i inne).

II. Leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu obowiązkiem lekarza

Skuteczne ograniczenie zdrowotnych następstw palenia tytoniu wymaga czynnego udziału wszystkich lekarzy. Leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu powinno się stać elementem rutynowego postępowania lekarskiego, podlegającym wszystkim zasadom sztuki lekarskiej. Sukces terapeutyczny

nie jest możliwy bez rozpoznania zespołu uzależnienia od tytoniu (p. rozdz. III). Lekarz musi umieć przygotować pacjenta do zaprzestania palenia i skutecznie go wspierać. Powinien również właściwie stosować leki o skuteczności potwierdzonej w badaniach klinicznych (p. rozdz. IV). W zaprzestawaniu palenia pacjenta powinni wspierać wszyscy pracownicy medyczni.

Badania naukowe jednoznacznie wskazują, że zaprzestanie wdychania dymu tytoniowego ma bardzo korzystne konsekwencje zdrowotne w każdym okresie życia palacza i na każdym etapie rozwoju procesu chorobowego. Leczenie uzależnienia od tytoniu, przerywające inhalację dymu tytoniowego, jest bezwzględnie konieczne w procesie leczenia wielu chorób. Na przykład leczenie chorego na POChP wywołaną paleniem papierosów bez zaprzestania przez niego palenia nie może być skuteczne.

Podawanie leków działających objawowo (leki rozkurczające oskrzela, wykrztuśne) bez próby eliminacji uzależnienia, którego konsekwencją jest ekspozycja na dym tytoniowy wywołujący tę chorobę, nie może być postępowaniem z wyboru (również z powodów ekonomicznych).

Także u chorych, u których rozpoznano na przykład chorobę niedokrwienną serca, leczenie uzależnienia od palenia tytoniu stanowi podstawowy element terapii. Równie istotną rolę zaprzestanie palenia odgrywa w procesie rehabilitacji po zawale serca, gdyż ryzyko powtórnego zawału zwiększa się gwałtownie u pacjentów, którzy nadal palą. Coraz więcej kardiologów w rutynowym postępowaniu uwzględnia konieczność leczenia uzależnienia od tytoniu. Także wśród chorych przygotowywanych do operacji kardiologicznej leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu powinno być stałym etapem postępowania. Zaprzestanie palenia jest również wskazane u osób obciążonych dodatkowymi czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca, takimi jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, obciążenie rodzinne itd.

Wytyczne zalecają wdrożenie działań na rzecz zaprzestania palenia u wszystkich chorych po zawale serca, a także po rozpoznaniu choroby niedokrwiennej serca i POChP.

U osób kontynuujących palenie znacznie mniejsza jest także skuteczność leczenia choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.



Zalecanie niepalenia tytoniu powinno być również częścią rutynowego postępowania ginekologa, położnika czy pediatry. Obserwacje epidemiologiczne wskazują, że jedną z najważniejszych przyczyn niewłaściwego rozwoju dziecka w okresie płodowym (wewnątrzmaciczne ograniczenie wzrostu płodu), zespołu nagłego zgonu niemowląt (śmierć łóżeczkowa) czy występowania wielu chorób w okresie noworodkowym i rozwojowym jest palenie przez matkę w okresie ciąży oraz wymuszone bierne palenie niemowlęcia (paląca matka lub ojciec). Zarówno ginekolog, jak i pediatra powinni więc nie tylko o tym pamiętać, ale także zalecać i podejmować diagnostykę oraz leczenie uzależnienia od tytoniu.

III. Diagnostyka

Rozpoznanie zespołu uzależnienia od tytoniu i charakterystyka towarzyszących mu uwarunkowań powinna obejmować kilka elementów.

1. Określenie postawy wobec palenia

Informacja, czy pacjent pali tytoń, powinna się znaleźć w jego dokumentacji lekarskiej.

Zgodnie z propozycją WHO wyróżnia się 4 najważniejsze postawy wobec palenia: codzienny palacz,^a palacz okazjonalny,^b były codzienny palacz,^c osoba nigdy niepaląca^d. Informacja, do jakiej kategorii pacjent należy, powinna być zamieszczona w jego dokumentacji.

2. Ocena wielkości ekspozycji na dym tytoniowy

Dokonywane jest na podstawie kwestionariusza wypełnianego przez pacjenta, obejmującego pytania umożliwiające scharakteryzowanie zarówno obecnych, jak i dawniejszych zachowań pacjenta związanych z paleniem tytoniu. Zaletą metod

^a Tj. osoba paląca co najmniej 1 papierosa (fajkę itp.) dziennie od co najmniej 6 miesięcy.

^b Tj. osoba paląca mniej niż 1 papierosa (fajkę itp.) dziennie lub krócej niż 6 miesięcy.

^c Tj. osoba, która paliła tytoń codziennie w przeszłości (wg ww. definicji codziennego palenia), ale obecnie tytoniu nie pali.

^d Do tej kategorii należą zarówno osoby, które nigdy nie paliły tytoniu, jak i osoby, które wypaliły w swoim życiu mniej niż 100 papierosów lub paliły w przeszłości okazjonalnie (zob. wyżej definicję okazjonalnego palenia).

diagnostycznych opartych na wypełnianiu kwestionariusza lub wywiadzie z pacjentem jest ich mały koszt, wadą natomiast subiektywny charakter oceny. Bardziej obiektywnymi metodami określającymi zarówno postawę pacjenta wobec palenia, jak i ekspozycję na dym tytoniowy, są pomiary markerów biologicznych dymu tytoniowego, a wśród nich tlenu węgla w wydychanym powietrzu, karboksyhemoglobiny we krwi, kotyniny, nikotyny lub tiocyjanianów w wybranych płynach ustrojowych.

3. Ocena siły uzależnienia od tytoniu

Można w tym celu wykonać test Fagerströma (Załącznik 1) – prosty kwestionariusz składający się z 6 pytań. Ma dużą wartość różnicującą palaczy, u których uzależnienie biologiczne ma mniejsze znaczenie, wymagających głównie wsparcia behawioralnego, oraz uzależnionych przede wszystkim biologicznie, to znaczy tych, którzy do skutecznego zaprzestania palenia tytoniu potrzebują również intensywnego leczenia farmakologicznego.

4. Ocena fazy, stopnia gotowości do zaprzestania palenia

Narzędziem diagnostycznym jest m.in. model opracowany przez Prochaskę i DiClemente. Ocena fazy zaprzestania palenia jest szczególnie istotna, gdyż stopień gotowości do zaprzestania palenia i indywidualne potrzeby pacjenta w określonym momencie tego procesu decydują o wyborze właściwego sposobu postępowania.

5. Ocena motywacji do zaprzestania palenia

Określenia stopnia determinacji pacjenta do podjęcia wysiłku związanego z trudnym i zmuszonym procesem zmiany zachowań (głównie w przypadku uzależnienia behawioralnego) oraz przestrojenia ustroju do funkcjonowania w warunkach mniejszego stężenia lub braku nikotyny we krwi (w przypadku znaczącego komponentu uzależnienia farmakogenne) można dokonać za pomocą testu motywacji do zaprzestania palenia (Załącznik 2).

Żadnego palacza tytoniu rozważającego zmianę postawy wobec palenia tytoniu i wykazującego dostateczną motywację do zerwania z nałogiem palenia nie można pozostawić samemu sobie.

Lekarz powinien traktować taką osobę jak pacjenta wymagającego pilnego leczenia. Natomiast

osoby niewykazujące odpowiednio silnej motywacji do zaprzestania palenia należy zachęcić do rozważenia swojej postawy wobec palenia i podjęcia prób zerwania z nałogiem w przyszłości. Rozmowa z pacjentem, który nie jest w danej chwili gotowy do zaprzestania palenia, może ujawnić powody tej słabej motywacji. Najczęstsze z nich to niewiara w skuteczność leczenia, brak wiedzy o metodach leczenia, niechęć do zmiany nawyków oraz brak pomocy i wsparcia ze strony najbliższych. Poradzenie pacjentowi, aby zaprzestał palenia, przedstawienie możliwości skutecznego leczenia oraz zaoferowanie pomocy stanowi pierwszy krok w ramach tzw. minimalnej interwencji antytytoniowej (p. rozdz. IVA).

IV. Leczenie

W ocenie skuteczności poszczególnych metod leczenia uzależnienia od tytoniu uwzględniono opublikowane przeglądy systematyczne lub metaanalizy, w których skuteczność poszczególnych metod leczenia uzależnienia oceniano na podstawie badania z randomizacją w przypadku metod farmakologicznych lub badania z randomizacją i pseudorandomizacją w przypadku metod nefarmakologicznych. Systematyczne przeszukiwanie baz danych pozwoliło odnaleźć wiele przeglądów systematycznych lub metaanaliz oceniających skuteczność farmakologicznych metod leczenia uzależnienia, jednakże przeglądy opracowane przez Cochrane Collaboration były najbardziej wiarygodne oraz zawierały najpełniejsze i najbardziej aktualne dane.⁵ W przypadku większości metod nefarmakologicznych przeglądy Cochrane były jedynymi odnalezionymi dla danej metody leczenia (oprócz akupunktury i porady). Metodę leczenia uważano za skuteczną, jeśli jej stosowanie wiązało się ze znamienym zwiększeniem odsetka abstynencji w co najmniej 6-miesięcznej obserwacji. Jeśli było to możliwe, wyniki badań wyrażono jako iloraz szans (OR^a) lub ryzy-

^a OR (*odds ratio*) – iloraz szansy wystąpienia określonego punktu końcowego w grupie eksponowanej na dany czynnik lub interwencję i szansy wystąpienia tego punktu w grupie nieeksponowanej (kontrolnej).

ko względne (RR^b) z 95% przedziałem ufności (95% CI^c).

1. Dostępne w Polsce metody leczenia o potwierdzonej skuteczności – nefarmakologiczne

A. Krótka porada lekarska (minimalna interwencja)

Poradę taką należy kierować głównie do tych palących pacjentów, którzy jeszcze nie biorą pod uwagę zaprzestania palenia. Obserwacje brytyjskich lekarzy rodzinnych wskazują, że prosta porada lekarska prowadzi do podjęcia próby zaprzestania palenia tytoniu przez 1–3% pacjentów objętych taką poradą.

Pozornie nie jest to duża skuteczność, jednak poradnictwo zastosowane na masową skalę, zwłaszcza w ramach skoordynowanego programu, może objąć setki tysięcy osób.

Skuteczność krótkiej porady lekarskiej (minimalnej interwencji) w nakłanianiu palaczy do zaprzestania palenia oceniano w przeglądzie systematycznym opracowanym przez Cochrane Collaboration.⁶ Na podstawie metaanalizy 17 badań z randomizacją z co najmniej 6-miesięcznym okresem obserwacji stwierdzono znamienne większe odsetki abstynencji w grupie otrzymującej poradę w porównaniu z grupą jej nieotrzymującą lub otrzymującą zwykłą opiekę albo materiały samopomocowe (OR: 1,74, 95% CI: 1,48–2,05).

Krótką poradę lekarską (minimalną interwencję) można zastosować w ciągu kilku minut. Powinni ją stosować w codziennej praktyce lekarze oraz pielęgniarki. Krótka porada lekarska (minimalna interwencja) polega na przeprowadzeniu ustrukturyzowanej rozmowy z pacjentem w ramach rutynowej praktyki lekarskiej.

^b RR (*relative risk*) – jest to iloraz prawdopodobieństwa wystąpienia określonego punktu końcowego w grupie poddanej interwencji (eksperymentalnej) i tego prawdopodobieństwa w grupie kontrolnej. RR określa, jaka część ryzyka podstawowego pozostała po interwencji.

^c 95% CI (*confidence interval*) – określa stopień precyzji danego oszacowania; 95% CI – przedział, w którym z 95% pewnością znajduje się prawdziwa wartość badanego parametru (OR) w badanej populacji. Jeśli w przedziale zawarta jest wartość 1 dla OR, jest to równoznaczne z brakiem istotności statystycznej danego wyniku ($p > 0,05$).

Podane niżej działania odnoszą się przede wszystkim do pacjentów dorosłych i mogą być wdrażane we wszystkich placówkach służby zdrowia w Polsce.

Zasada 5 „P”

Pytaj pacjenta przy każdym kontakcie, czy pali tytoń.

Poradź mu, aby przestał palić.

Przeprowadź pełny proces diagnostyczny.

Pomóż mu w wyborze właściwego sposobu leczenia.

Pamiętaj, aby przy kolejnych wizytach wracać do sprawy palenia.

B. Wsparcie behawioralne

Ważnym elementem leczenia pacjenta uzależnionego od tytoniu jest wsparcie behawioralne. Ze względu na zmiany dotyczące sfery zachowania pacjenta i zmiany procesów poznawczych uzależnienie to ma zawsze aspekt psychologiczny. Kolejnym istotnym argumentem świadczącym o potrzebie wsparcia psychologicznego jest występowanie zespołu odstawienia, obejmującego rozmaite objawy psychiczne, łagodniej znoszone przez pacjenta otrzymującego pomoc psychologiczną.

W leczeniu uzależnienia od tytoniu pacjentów, u których nieskuteczne są minimalne interwencje, zaleca się wsparcie intensywnymi formami terapii behawioralnej w postaci poradnictwa indywidualnego i grupowego.

Skuteczność różnych form intensywnego poradnictwa indywidualnego prowadzonego przez terapeutę w leczeniu uzależnienia od tytoniu oceniano w 1 przeglądzie systematycznym,⁷ prowadzonego przez lekarza – w 1 przeglądzie,⁶ a przez pielęgniarkę – również w 1 przeglądzie systematycznym Cochrane.⁸ Na podstawie metaanalizy 13 badań z randomizacją lub pseudorandomizacją i co najmniej z 6-miesięcznym okresem obserwacji stwierdzono, że prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w grupie otrzymującej intensywne poradnictwo indywidualne od pracowników ochrony zdrowia innych niż lekarz i pielęgniarka było znacznie większe (OR: 1,62, 95% CI: 1,35–1,94) niż w grupie kontrolnej nieotrzymującej tej formy leczenia. Na podstawie metaanalizy 14 badań z randomizacją i co najmniej z 6-miesięcznym okresem obserwacji zaobserwowano znacznie większe prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w grupie otrzymującej intensywne poradni-

ctwo indywidualne od pielęgniarek w porównaniu z grupą kontrolną nieotrzymującą tej formy terapii (OR: 1,43, 95% CI: 1,24–1,64). Na podstawie metaanalizy 8 badań z randomizacją stwierdzono, że prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w trakcie 6-miesięcznej obserwacji było znacznie większe w grupie otrzymującej intensywne poradnictwo indywidualne od lekarza niż w grupie kontrolnej nieotrzymującej tej formy terapii (OR: 2,04, 95% CI: 1,71–2,43).

Na podstawie przeglądu systematycznego Cochrane obejmującego metaanalizę 16 badań z randomizacją stwierdzono, że prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w ciągu 6 miesięcy obserwacji było znacznie większe w grupie otrzymującej terapię grupową niż w grupie otrzymującej materiały samopomocowe lub poradę (OR: 1,97, 95% CI: 1,57–2,48) i w grupie nieotrzymującej żadnego leczenia (OR: 2,19, 95% CI: 1,42–3,37).⁹

W przeglądzie systematycznym Cochrane¹⁰ obejmującym 64 badania z randomizacją i pseudorandomizacją dotyczące programów antynikotynowych dla kobiet w ciąży zaobserwowano zmniejszenie ryzyka kontynuowania palenia papierosów w późnej ciąży w grupie otrzymującej interwencję w porównaniu z grupą kontrolną (RR: 0,94, 95% CI: 0,93–0,95). Podobne wyniki uzyskano w 25 badaniach oceniających interwencje nikotynowe o dużej intensywności (RR: 0,92, 95% CI: 0,91–0,94).

W leczeniu uzależnienia od tytoniu niezwykle istotna jest motywacja, którą należy odpowiednio wzmacniać. Motywacja zmienia się w zależności od etapu na drodze do całkowitego zaprzestania palenia. W pierwszych dniach abstynencji motywację pacjenta należy kierować raczej na walkę z objawami zespołu abstynencyjnego, nie zaś na przekonywanie go, że palenie tytoniu jest szkodliwe. Niezwykle ważne jest wówczas systematyczne kontrolowanie postawy pacjenta wobec palenia tytoniu oraz stałe motywowanie go do utrzymania abstynencji (utrzymywanie motywacji). Jeżeli pacjent zachowuje abstynencję, należy mu pogratulować i przedyskutować momenty, w których odczuwał szczególną chęć zapalenia lub objawy odstawienia, oraz odpowiednio wzmocnić motywację do dalszego wytrwania w niepaleniu (np. przedstawić korzyści finansowe wynikające z zaprzestania kupowania papierosów oraz zachęcić pacjenta, aby w ramach nagrody za osiągnięcie sukcesu przeznaczył zaoszczędzone pieniądze na kupno czegoś miłego). Po zakończeniu leczenia

należy ponownie pogratulować osiągniętego sukcesu, zachęcić do dalszego niepalenia oraz wspomnieć o możliwych problemach związanych z okresem abstynencji, m.in. o zwiększeniu masy ciała, radząc, jak temu zapobiec.

Niezwykle ważną rolą lekarza w procesie zaprzestania palenia jest poinformowanie pacjenta, że ewentualny nawrót do palenia nie jest porażką i zdarza się wielu ludziom. Jeżeli pacjent ponownie zacznie palić, nie należy się nad nim użalać ani krytykować, wywołując w nim poczucie winy. Lekarz musi przekazać komunikat, że wielu byłych palaczy podejmowało kilka lub kilkanaście prób, zanim im się udało skutecznie zaprzestać palenia. Należy ponawiać zachęty do dalszych prób. Trzeba również poinformować pacjenta, że nawrót do palenia nie jest porażką, jeśli tylko podejmie się kolejną próbę. Im więcej takich prób, tym większa szansa na sukces. Należy także zapewnić pacjenta o swojej woli ponownej pomocy w tym zadaniu.

Ogólne zasady pracy z palącym pacjentem obejmują wyrażanie troski o jego zdrowie, zrozumienie dla jego problemów, personalizowanie ich oraz dostosowywanie się do indywidualnej charakterystyki pacjenta, unikanie krytyki, powoływanie się na swój autorytet lekarski.

2. Dostępne w Polsce metody leczenia o potwierdzonej skuteczności – farmakologiczne

A. Nikotynowa terapia zastępcza

Nikotynowa terapia zastępcza (NTZ) to najbardziej rozpowszechniona, najlepiej znana i najdokładniej zbadana metoda leczenia farmakologicznego zespołu uzależnienia od tytoniu. Stosowana jest na świecie od ponad 25 lat. Stosowanie terapii substytucyjnej u osób uzależnionych może budzić pewne kontrowersje, NTZ jest tu jednak wyjątkiem. Wynika to zapewne ze specyficznej strategii leczenia nikotyną, a mianowicie:

- 1) jest to najczęściej leczenie ograniczone w czasie;
- 2) za cenę zaspokajania głodu nikotynowego osobę uzależnioną izoluje się od wielu innych, bardziej toksycznych substancji zawartych w dymie tytoniowym;
- 3) leczenie nikotyną jest rozłożone w czasie; na początku zapobiega się powstawaniu zespołu

abstynencji, potem wpływa się na komponenty behawioralne, a na końcu stopniowo zmniejsza się dawki nikotyny.

Ogólnym wskazaniem do stosowania NTZ jest zespół uzależnienia od tytoniu. NTZ polega na zastąpieniu nikotyny zawartej w szkodliwym dymie tytoniowym „czystą” nikotyną w celu wytlumienia objawów głodu nikotynowego w momencie zaprzestania palenia. Ma to służyć utrwaleniu abstynencji tytoniowej.

Obecnie stosowane są następujące postaci NTZ: gumy, plastry, tabletki do ssania, inhalator i rozpylacz do nosa. Preparaty do NTZ dostępne są w Polsce bez recepty.

Na podstawie przeglądu systematycznego Cochrane¹¹ obejmującego metaanalizę 103 badań z randomizacją i co najmniej z 6-miesięcznym okresem obserwacji stwierdzono znamienne większe prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w grupie otrzymującej NTZ w porównaniu z grupą jej nieotrzymującą (OR: 1,75, 95% CI: 1,64–1,87). Efekt był znamienne dla wszystkich postaci NTZ – dla gum (OR: 1,66, 95% CI: 1,52–1,81), plastrów (OR: 1,81, 95% CI: 1,63–2,02), inhalatora (OR: 2,14, 95% CI: 1,44–3,18), rozpylacza do nosa (OR: 2,35, 95% CI: 1,63–3,38) oraz tabletek do ssania lub tabletek podjęzykowych (OR: 2,05, 95% CI: 1,62–2,59).

Schematy stosowania poszczególnych postaci NTZ

Gumy^a

Gumy zawierające nikotynę są dostępne w postaci listków o tradycyjnym smaku mięętowym, a także o smaku „naturalnym” w dawce 2 lub 4 mg. Gumy o mniejszej zawartości nikotyny zaleca się u pacjentów palących <25 papierosów dziennie, a dla palących więcej – gumy zawierające 4 mg nikotyny.

Gumy stosuje się zazwyczaj do 12 tygodni, nie więcej niż 24 gumy dziennie, i odstawia się stopniowo. Nie zaleca się stosowania dłużej niż 12 miesięcy.

Pacjent powinien żuć gumę powoli, aż do pojawienia się smaku, a następnie w celu lepszego wchłaniania nikotyny umieścić ją między policzkiem i dziąsłami. Czynności te należy powtarzać

^a Nicorette (Pfizer), Nicotinel (Novartis)



przez 30 minut lub do zaniknięcia smaku. W czasie żucia gumy nie należy jeść ani pić niczego poza wodą.

Gumę z nikotyną można przyjmować dwojako: w sposób stały, zapewniający niezmiennie przez cały czas stężenie nikotyny we krwi, oraz „na żądanie” – gdy pacjent poczuje chęć zapalenia. Ten drugi sposób nie jest polecany zwłaszcza na początku procesu leczenia, ponieważ maksymalne stężenie nikotyny we krwi osiąga się dopiero po około 30 minutach, podczas gdy efekt działania papierosa odczuwalny jest już po kilku sekundach.

Objawy uboczne: czkawka, zgaga, nudności.

Plastry^a

Dostępne są plastry uwalniające nikotynę w dawkach: 7, 14, 21 mg/24 h oraz 5, 10, 15 mg/16 h.

U osób palących do 10 papierosów dziennie można rozpocząć leczenie od plastrów z mniejszą zawartością nikotyny. Plastry stosuje się zazwyczaj do 10 tygodni.

Plaster stosuje się począwszy od dnia zaprzestania palenia 1 raz dziennie rano, zakładając go na nieowłosioną skórę i zdejmując wieczorem (plaster 16-godzinny) lub rano (plaster 24-godzinny). Przez pierwsze 8 tygodni stosuje się plastry o maksymalnym stężeniu nikotyny (15 mg/16 h lub 21 mg/24 h), następnie przez 2 tygodnie – o średnim stężeniu nikotyny (10 mg lub 14 mg), a w ciągu ostatnich 2–3 tygodni terapii – o najmniejszym stężeniu nikotyny (5 lub 7 mg).

Objawy uboczne: miejscowe odczyny skórne, zaburzenia snu.

Tabletki do ssania^b i tabletki podjęzykowe^c

Dostępne są tabletki o smaku miętowym, zawierające 2 lub 4 mg nikotyny, i 2 mg tabletki podjęzykowe. Tabletki zawierające większą dawkę nikotyny zaleca się u osób zapalających pierwszego papierosa w ciągu 30 minut po przebudzeniu, a u pozostałych osób – tabletki o mniejszej zawartości nikotyny.

^a Nicorette (Pfizer), Nicotnelle (Novartis), Niquitin (GlaxoSmithKline)

^b Niquitin (GlaxoSmithKline)

^c Nicorette (Pfizer)

Zazwyczaj stosuje się je do 12 tygodni, nie więcej niż 15 tabletek do ssania dziennie i nie więcej niż 30 tabletek podjęzykowych, po czym stopniowo odstawia. Nie zaleca się stosowania dłużej niż 6 miesięcy.

Pacjent powinien umieścić tabletkę w ustach (tabletkę podjęzykową pod językiem) i pozwolić jej się rozpuścić (nie połykać i nie żuć); trwa to 20–30 minut. Do momentu rozpuszczenia tabletki nie należy jeść ani pić.

Objawy uboczne: czkawka, wrażenie palenia i pieczenia w ustach, ból gardła, suchość w ustach.

Inhalator nikotynowy^d

Dostępny w Polsce inhalator składa się z plastikowego ustnika z wymiennalnym wkładem nasączonym 10 mg nikotyny (opakowanie zawiera 18 wkładów).

Inhalator stosuje się, gdy pojawia się chęć zapalenia. Każda inhalacja powinna trwać 20–30 minut, inhalatorem pacjent zwykle zaciąga się dwa razy częściej niż papierosem. Jeden wkład wystarcza zwykle na 4 sesje. Dziennie zużywa się 6–12 wkładów. Należy stopniowo zmniejszać dawkę dobową. Inhalator należy stosować do 6 miesięcy.

Objawy uboczne: miejscowe podrażnienie błony śluzowej jamy ustnej lub gardła, kaszel, nieżyt nosa.

Filozofia zmniejszania szkód zdrowotnych

Stosowanie nikotyny – substancji uzależniającej – budzi czasami wątpliwości i opór zarówno wśród palaczy, jak i lekarzy. Jednak szkodliwość biologiczna małych dawek czystej nikotyny jest niewielka, w żaden sposób nieporównywalna z efektami wywieranymi przez tysiące związków chemicznych zawartych w dymie tytoniowym. Można więc przyjąć, że sytuacje, w których nie powinno się przyjmować nikotyny (np. w ciąży lub po niedawno przeżytym zawale serca), nie powinny być traktowane jak bezwzględne przeciwwskazanie do stosowania NTZ. Jeżeli kobieta w ciąży lub osoba po zawale serca ma do wyboru kontynuowanie palenia lub przyjmowanie czystej nikotyny w postaci leku, nie powinno budzić wąt-

^d Nicorette (Pfizer)

pliwości, która z dróg dostarczania stanowi mniejsze zagrożenie dla zdrowia.

W przypadku kobiet w ciąży lub karmiących piersią konieczne jest wprowadzenie programu postępowania (obejmującego metody nefarmakologiczne), zmierzającego do nakłonienia kobiety do zaprzestania palenia i pozostawania w abstinencji nikotynowej.

Konieczne jest także określenie kryterium niepowodzenia takiego postępowania. Dopiero spełnienie tego kryterium może być podstawą rozważenia zastosowania NTZ. Ze względu na niewystarczające dane z badań naukowych dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa NTZ u kobiet w ciąży lub karmiących autorzy publikowanych na świecie wytycznych zalecają rozważenie w każdym przypadku potencjalnych korzyści i ryzyka związanych ze stosowaniem farmakoterapii. Uważa się, że bezpieczniejsze może być stosowanie postaci NTZ dostarczających nikotyny w sposób przerywany (np. gumy) zamiast ciąglego (plastry).

W okresie badań wstępnych nad bezpieczeństwem NTZ u kobiet w ciąży cennych informacji może dostarczyć realizowane w ramach wspomnianego programu monitorowanie stężenia kotyniny w moczu ciężarnej.

Stężenia wyjściowe u kobiety palącej powinny być porównywane ze stężeniami uzyskanymi w czasie stosowania NTZ. Te ostatnie nie powinny przekraczać tych pierwszych i tylko taka sytuacja świadczy o postępowaniu zgodnym z filozofią redukcji szkód zdrowotnych.

B. Chlorowodorek bupropionu

Lek wywiera bezpośredni wpływ na ośrodkowy układ nerwowy (OUN): z jednej strony zmniejsza chęć zapalenia papierosa, a z drugiej strony łagodzi objawy zespołu abstynencyjnego. Mechanizm działania bupropionu w terapii uzależnienia od tytoniu nie został jeszcze w pełni poznany.

Na podstawie metaanalizy 19 badań z randomizacją włączonych do przeglądu Cochrane¹² stwierdzono znamienne większe prawdopodobieństwo zaprzestania palenia w grupie otrzymującej bupropion dodany do poradnictwa indywidualnego lub terapii grupowej, w porównaniu z placebo dodanym do poradnictwa indywidualnego lub terapii grupowej (OR: 2,06, 95% CI: 1,77–2,4).

Lek jest dostępny w postaci tabletek zawierających 150 mg chlorowodoru bupropionu o dowolnym uwalnianiu substancji czynnej^a.

Schemat stosowania: Leczenie rozpoczyna się w czasie uzależnienia, 1–2 tygodni przed datą zaprzestania. Przez pierwsze 3 dni stosuje się 150 mg/d, a następnie 300 mg/d w 2 dawkach podzielonych po 150 mg. Przerwa między dawkami powinna wynosić co najmniej 8 godzin. Podstawowy okres leczenia bupropionem wynosi 7 tygodni. Lek wydawany jest z przepisu lekarza.

Przeciwwskazaniami bezwzględными są: padaczka aktualna lub w wywiadzie, uczulenie na składniki leku, jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczna oraz leczenie inhibitorami MAO. Należy zachować ostrożność u osób z obniżonym progiem drgawkowym (nagle odstawienie alkoholu, świeży uraz głowy, cukrzyca z wahaniami glikemii, leki obniżające próg drgawkowy).

Lek nie wchodzi w interakcje z nikotyną, dlatego można go stosować w sposób skojarzony z NTZ. Najczęściej zgłaszane objawy uboczne to bezsenność, suchość w ustach i nudności.

3. Metody leczenia o potwierdzonej skuteczności – farmakologiczne niedostępne w Polsce

A. Klonidyna

Stosowana jako lek hipotensyjny była pierwszym środkiem niezawierającym nikotyny zastosowanym w leczeniu uzależnienia od tytoniu. Mechanizm jej działania w tym rodzaju uzależnienia pozostaje niejasny; wydaje się, że może łagodzić zarówno chęć palenia, jak i objawy abstynencji, hamuje bowiem uwalnianie noradrenaliny oraz zmniejsza liczbę wyładowań nerwowych w miejscu sinawym, czego wynikiem jest działanie uspokajające i przeciwłękowe.

Skuteczność klonidyny w postaci doustnej lub plastrów skórnych w porównaniu z placebo oceniano w metaanalizie 6 badań włączonych do przeglądu Cochrane.¹³ Odsetek abstynencji był znamienne większy w grupach otrzymujących ten lek w porównaniu z grupami otrzymującymi placebo (OR: 1,89, 95% CI: 1,3–2,74).

^a Zyban (GlaxoSmithKline)

Poważne problemy stwarza silne hipotensyjne działanie klonidyny i jej działania ośrodkowe prowadzące do takich objawów niepożądanych, jak nadmierna senność, uczucie znużenia i zmęczenia. Charakterystycznym objawem niepożądanym jest też suchość jamy ustnej. Klonidyna została zarejestrowana w Polsce tylko do leczenia nadciśnienia tętniczego.

B. Nortryptylina

Należy do grupy trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych. Działa podobnie do bupropionu, ponieważ zwiększa stężenie noradrenaliny, blokując jej wychwyt zwrotny. W przeciwieństwie do bupropionu blokuje również wychwyt zwrotny serotoniny, ale nie dopaminy. Działa przeciwcholinergicznie i czasami sedatywnie.

Skuteczność nortryptyliny jako monoterapii oceniano w metaanalizie 4 badań z randomizacją włączonych do przeglądu Cochrane;¹² zaobserwowano znamienne większy odsetek abstynencji w grupach stosujących lek w porównaniu z grupami otrzymującymi placebo (OR: 2,79, 95% CI: 1,7–4,59). W 2 badaniach z randomizacją, w których efekt nortryptyliny dodanej do plastrów uwalniających nikotynę porównano z placebo dodanym do plastrów uwalniających nikotynę, nie wykazano jej znamiennej przewagi (OR: 1,53, 95% CI: 0,90–2,61).

Najczęściej występujące objawy uboczne to: suchość w ustach, zaburzenia ostrości widzenia, zatrzymanie moczu, zawroty głowy oraz drżenie rąk.

Z powodu małej liczby badań, niewielkiej liczby prób i większego prawdopodobieństwa wystąpienia objawów ubocznych w porównaniu z NTZ lub bupropionem nortryptylinę zaleca się jako lek drugiego wyboru w leczeniu uzależnienia od tytoniu. Lek nie jest dostępny w Polsce.

4. Metody, co do których nie uzyskano jednoznacznych dowodów skuteczności – niefarmakologiczne

W przeprowadzonych przez Cochrane Collaboration przeglądach systematycznych nie odnaleziono jednoznacznych dowodów przemawiających za skutecznością opisywanych poniżej metod leczenia lub nie przeprowadzono przeglądów systematycznych albo nie odnaleziono wiarygodnych badań z randomizacją.

A. Terapia awersyjna

Polega na jednoczesnym podawaniu wzmocnienia pozytywnego (palenie) i negatywnego (np. azotan [octan] srebra^a) w celu wytworzenia nowego odruchu warunkowego i dzięki temu modyfikacji zachowania. Najczęściej opisuje się szybkie palenie dużej liczby papierosów i jednoczesne skupianie się na nieprzyjemnych wrażeniach. Autorzy przeglądu Cochrane stwierdzili na podstawie odnalezionych badań, że dowody na skuteczność zarówno niefarmakologicznych metod terapii awersyjnej, jak i octanu srebra w utrzymaniu długotrwałej abstynencji są niewystarczające.^{14,15}

B. Hipnoza

W niektórych krajach hipnoza jest popularną metodą odzwyczajania od palenia. Podczas hipnozy stosuje się kilka metod: bezpośrednią sugestię zmiany zachowań, zmianę postrzegania uzależnienia przez palacza i wykorzystanie hipnozy do wyrobienia awersji do palenia tytoniu. Leczenie prowadzi się na sesjach indywidualnych i w grupach. W przeglądzie systematycznym Cochrane stwierdzono, że nie ma wystarczających danych na temat skuteczności leczenia uzależnienia od tytoniu hipnozą.¹⁶

C. Akupunktura

Nakłuwają się miejsca na małżowinie usznej i nosie. W tych samych miejscach można stosować również elektroakupresurę lub stymulację laserową. Na podstawie przeprowadzonego przeglądu systematycznego stwierdzono, że nie ma jednoznacznych dowodów na skuteczność akupunktury w leczeniu uzależnienia od tytoniu w porównaniu z akupunkturą pozorowaną.¹⁷

D. Ćwiczenia

Aktywność fizyczna może wspomagać zaprzestanie palenia poprzez łagodzenie objawów związanych z zaprzestaniem palenia, zmniejszenie głodu nikotynowego, zaburzeń nastroju, snu, napięcia, zwiększenia masy ciała. Na podstawie odnalezionych badań nie można jednak jednoznacznie potwierdzić długotrwałego korzystnego efektu ćwiczeń jako metody leczenia uzależnienia.¹⁸

^a obecny na polskim rynku Antynikotyn

E. Tzw. biorezonans

Reklamowany jest jako metoda wspomagająca zaprzestanie palenia tytoniu, nie ma jednak zweryfikowanych podstaw naukowych do stosowania tej metody. Nie odnaleziono również wiarygodnych badań na temat jej skuteczności w leczeniu uzależnienia od tytoniu.

5. Substancje w trakcie badań klinicznych oraz substancje, co do których nie ma jednoznacznych dowodów skuteczności w piśmiennictwie – farmakologiczne

W przeprowadzonych przez Cochrane Collaboration przeglądach systematycznych nie odnaleziono jednoznacznych dowodów na skuteczność opisywanych poniżej metod leczenia lub nie przeprowadzono przeglądów systematycznych albo nie odnaleziono wiarygodnych badań z randomizacją bądź trwają badania kliniczne dotyczące tych metod.

A. Leki przeciwdepresyjne inne niż bupropion i nortryptylina

Według niektórych doniesień palenie tytoniu można nazwać „samoleczeniem” i kompensowaniem zaburzeń nastroju przez pobieranie środka uwalniającego dopaminę i stymulującego neurony związane z systemem nagrody. Na podstawie badań włączonych do przeglądu systematycznego nie stwierdzono jednak większej skuteczności w leczeniu uzależnienia od tytoniu takich leków, jak moklobemid, wenlafaksyna, fluoksetyna i sertralina, w porównaniu z placebo lub NTZ.¹²

B. Leki przeciwłękowe

Lęk może być jednym z objawów odstawienia nikotyny, a palenie tytoniu zmniejsza lęk i napięcie. W związku z tym zastosowanie leków przeciwłękowych mogłoby ułatwiać zaprzestanie palenia poprzez zmniejszenie objawów odstawienia. W odnalezionym przeglądzie systematycznym badań nie potwierdzono jednak większej skuteczności, w porównaniu z placebo, w leczeniu uzależnienia od tytoniu takich leków przeciwłękowych, jak buspiron, diazepam, meprobramat, ondansetron, oraz β -blokerów (metoprololu i oksprenololu).¹⁹

C. Antagoniści receptorów opioidowych

Palenie wiąże się z odczuwaniem przyjemności, odprężenia, zmniejszeniem napięcia i lęku. Eks-

pozycja na nikotynę wiąże się z aktywacją cholinergicznym receptorów nikotynowych, co powoduje uwalnianie wielu neuroprzekaźników, w tym β -endorfin. Uwalnianie β -endorfin może być związane ze zmniejszeniem napięcia i lęku. Stosowanie antagonistów receptorów opioidowych mogłoby się wiązać z osłabieniem nagradzającego działania nikotyny. W odnalezionym przeglądzie systematycznym nie potwierdzono skuteczności antagonistów receptorów opioidowych w leczeniu uzależnienia od tytoniu.²⁰

D. Mekamylamina

Jest antagonistą receptorów nikotynowych. Teoretycznie jej zastosowanie może się wiązać ze znoszeniem nagradzającego działania nikotyny i zmniejszeniem chęci zapalenia papierosa. Według autorów przeglądu Cochrane dane z 2 małych badań przeprowadzonych wśród ochotników sugerują, że zastosowanie kombinacji nikotyny i mekamylaminy może być skuteczniejsze niż sama nikotyna, konieczne jest jednak potwierdzenie tego w dużych badaniach klinicznych.²¹

E. Leki o częściowym agonistycznym działaniu na receptory nikotynowe

W przeprowadzonych badaniach farmakologicznych zaobserwowano, że substancje o działaniu częściowych agonistów receptora nikotynowego hamują aktywację dopaminergiczną wywołaną paleniem tytoniu, zmniejszając jednocześnie objawy głodu nikotynowego i zespołu abstynencyjnego, związanych z odstawieniem nikotyny.

Lobelina – alkaloid uzyskiwany z liści lobelli rozdętej (*Lobelia inflata*), zwanej też stroiczką. Lobelinę zsyntetyzowano na początku XX wieku i sklasyfikowano jako częściowego agonistę receptorów nikotynowych. Pierwsze doniesienia na temat zastosowania w zaprzestaniu palenia opublikowano w latach 30. ubiegłego wieku. Od tego czasu dość szeroko stosowano w lobelinę postaci różnych preparatów w USA. W przeprowadzonym przeglądzie systematycznym Cochrane²² nie odnaleziono badań spełniających kryteria włączenia (badania z randomizacją oceniające skuteczność leku w ciągu co najmniej 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia), a wyniki odnalezionych badań z krótszym okresem obserwacji (6 tygodni) są niejednoznaczne.



Cytyzyna – alkaloid ekstrahowany z nasion złotokapu zwyczajnego (*Laburnum anagyroides*), zwanego również złotym deszczem lub koniczyną drzewną. Cytyzyna od dziesięcioleci stanowi przedmiot zainteresowania farmakologów. Pionierskie badania nad zastosowaniem tego alkaloidu prowadzono w byłym Związku Radzieckim już w połowie lat 50. ubiegłego wieku. Ponieważ z farmakologicznego punktu widzenia cytyzyna wykazuje duże podobieństwo do nikotyny, zaproponowano, by wykorzystać ją do zmniejszenia „głodu nikotynowego” po zaprzestaniu palenia tytoniu. Doprowadziło to do opracowania w latach 60. leku, który przez 40 lat stosowano w krajach RWPG; preparat cytyzyny^a jest dostępny również w Polsce w tabletkach zawierających 1,5 mg cytyzyny. Nie przeprowadzono przeglądu systematycznego Cochrane, w przeszukanych bazach danych nie odnaleziono również badań z randomizacją oceniających skuteczność cytyzyny w leczeniu uzależnienia od tytoniu. W badaniach obserwacyjnych odsetki abstynencji po 3 miesiącach leczenia wyniosły 27–38%, a po 12 miesiącach 14%.²³⁻²⁷ Wyniki badań klinicznych publikowanych w latach 60. i na początku lat 70. ubiegłego wieku w języku niemieckim wskazują na skuteczność cytyzyny, wymaga to jednak potwierdzenia w badaniach klinicznych zgodnych z obowiązującymi obecnie kryteriami ich prowadzenia.²⁸⁻³¹

Wareniklina – syntetyczny preparat o właściwościach wybiórczego, częściowego agonisty receptorów nikotynowych. Punktem wyjścia do opracowania tego leku była struktura i właściwości cytyzyny. Wyniki wielośrodkowych badań klinicznych wskazują, że stosowanie warenikliny może się wiązać ze znamienym (OR: 2,0–3,0) zwiększeniem odsetków potwierdzonej w obiektywnym badaniu abstynencji we wszystkich reżimach czasowych w porównaniu z placebo.

Lek został dopuszczony do sprzedaży w USA (nazwa handlowa Chantix).³²⁻³⁵

F. Antagoniści receptora kanabinoidowego – rimonabant

Uważa się, że receptory kanabinoidowe typu 1 (ośrodkowe) odgrywają rolę w mózgowym ukła-

dzie nagrody, w kontroli ilości spożywanego pokarmu oraz uzależnieniu i zachowaniach nawykowych. Nadmierna aktywacja endogennego układu kanabinoidowego związana jest z nadmiernym spożywaniem pokarmu i gromadzeniem tłuszczu. Długotrwałe palenie tytoniu może zaburzać aktywność tego układu; zablokowanie receptorów kanabinoidowych typu 1 może normalizować jego aktywność. Selektywny antagonist receptoru kanabinoidowego typu 1 – rimonabant – jest w trakcie badań klinicznych III fazy, oceniających jego skuteczność w leczeniu uzależnienia od tytoniu, a jednocześnie zapobieganiu zwiększeniu masy ciała po zaprzestaniu palenia.³⁶

G. Szczepionka nikotynowa

Badania nad opracowaniem szczepionki nikotynowej znajdują się w trakcie I i II fazy badań klinicznych.^{37,38} Zasada działania takiej szczepionki opiera się na pobudzeniu układu odpornościowego przez nikotyne³⁷ połączoną z odpowiednim antygenem do wytwarzania swoistych przeciwciał przeciwnikotynowych. Wykazują one duże powinowactwo do nikotyny i nie reagują krzyżowo z jej głównym metabolitem – kotyniną, oraz z neuroprzebieżnikiem – acetylocholiną. Znaczne wymiary powstałego kompleksu nikotyne–przeciwciała uniemożliwiają przenikanie przez barierę krew–mózg. W ten sposób zostaje zablokowane działanie nikotyny na receptory nikotynowe w OUN.

Piśmiennictwo

1. US Department of Health and Human Services: Health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the Surgeon General 1988. DHHS Publ. No (CDC) 88-8406, US DHHS, Rockville, MA
2. Światowa Organizacja Zdrowia: Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych: rewizja dziesiąta ICD-10. Tom I. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków, 1994
3. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition – DSM IV. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1989
4. Prochaska J.O., DiClemente C.C.: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1983; 51: 390–395
5. Bała M.: Określenie możliwości zastosowania wiarygodnej informacji w podejmowaniu decyzji w opiece zdrowotnej na przykładzie analizy efektywności kosztów metod stosowanych w zwalczaniu nałogu palenia tytoniu. Rozprawa doktorska. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, WOZ, Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Instytutu Zdrowia Publicznego, Kraków, 2005
6. Lancaster T., Stead L.F.: Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004; 4: Art. No.: CD000165. DOI:10.1002/14651858.CD000165.
7. Lancaster T., Stead L.F.: Individual behavioural counselling for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002; 3: Art. No.: CD001292. DOI:10.1002/14651858.CD001292.
8. Rice V.H., Stead L.F.: Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004; 1: Art. No.: CD001188. DOI:10.1002/14651858.CD001188.

^a Tabex (Pharmachim-Holding)

9. Stead L.F., Lancaster T.: Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002; 2: Art. No.: CD001007. DOI:10.1002/14651858.CD001007.
10. Lumley J., Oliver S., Waters E.: Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004; 4: 1–71
11. Silagy C., Lancaster T., Stead L.F. i wsp.: Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004; 3: Art. No.: CD000146. DOI:10.1002/14651858.CD000146
12. Hughes J.R., Stead L.F., Lancaster T.: Antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004; 4: Art. No.: CD000031. DOI:10.1002/14651858.CD000031.
13. Gourlay S.G., Stead L.F., Benowitz N.L.: Clonidine for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004; 3: Art. No.: CD000058. DOI:10.1002/14651858.CD000058.
14. Hajek P., Stead L.F.: Aversive smoking for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004; 3: Art. No.: CD000546. DOI:10.1002/14651858.CD000546
15. Lancaster T., Stead L.F.: Silver acetate for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1997; 3: Art. No.: CD000191. DOI:10.1002/14651858.CD000191
16. Abbot N.C., Stead L.F., White A.R. i wsp.: Hypnotherapy for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1998; 2: Art. No.: CD001008
17. White A.R., Ramesh H.: Acupuncture and related interventions for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006; 1: Art. No.: CD000009. DOI:10.1002/14651858.CD000009
18. Ussher M., West R., Taylor A. i wsp.: Exercise interventions for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005; 1: Art. No.: CD002295. DOI:10.1002/14651858.CD002295.
19. Hughes J.R., Stead L.F., Lancaster T.: Anxiolytics for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000; 4: Art. No.: CD002849. DOI:10.1002/14651858.CD002849
20. David S., Lancaster T., Stead L.F.: Opioid antagonists for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001; 3: Art. No.: CD003086. DOI:10.1002/14651858.CD003086
21. Lancaster T., Stead L.F.: Mecamylamine – a nicotine antagonist for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1998; 2: Art. No.: CD001009. DOI:10.1002/14651858.CD001009
22. Stead L.F., Hughes J.R.: Lobeline for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1997; 3: Art. No.: CD000124. DOI:10.1002/14651858.CD000124.
23. Schmidt F.: Medikamentöse Unterstützung der Raucherentwöhnung. Munch. Med. Wschr., 1974; 116: 557–564
24. Zatoński W., Cedzyńska M., Przewoźniak K. i wsp.: An open label observational study of herbal cytosine (Tabex) as an aid to smoking cessation. Conference Proceedings of Society for Research on Nicotine and Tobacco Annual Meeting, Praga, 2005
25. Zatoński W., Cedzyńska M., Tutka P., West R.: An uncontrolled trial of cytosine (Tabex) for smoking cessation. Tob. Control (w druku)
26. Tutka P., Mróz K., Zatoński W.: Cytosyna – renesans znanego alkaloidu: aspekty farmakologiczne zastosowania w leczeniu uzależnienia od nikotyny. Farmakoter. Psychiatr. Neurol., 2006; 1: 33–39
27. Tutka P., Zatoński W.: Cytosyna: właściwości farmakologiczne leku stosowanego w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu (F 17 – X rewizja MKCh). Kraków, Med. Prakt., 2006
28. Benndorf S., Scharfenberg G., Kempe G. i wsp.: Medikamentöse Raucherentwöhnung mit Cytisin (Tabex). Dtsch. Gesundheitsw. 1970; 24: 774–776
29. Bendorf S.: Tabex as a drug against smoking: first communication about a double-blind experiment: outpatient Ward at the Medical Clinic of the Academy in Magdeburg (in Russian). Med. Biol. Inform., 1968; 1: 28–35
30. Scharfenberg G., Benndorf S., Kempe G.: Cytisin (Tabex®) als medikamentöse Raucherentwöhnungshilfe. Dtsch. Gesundheitsw., 1971; 26: 463–465
31. Paun D., Franze J.: Registering and treatment of smokers with chronic bronchitis in the consultations against tobacco-smoking – Berlin. Medico-biologic information No. 3/70:16-19
32. Coe J.W., Brooks P.R., Vetelino M.G.: Varenicline: an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. J. Med. Chem., 2005; 48: 3474–3477
33. Gonzales D., Rennard S.I., Nides M. i wsp.: Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA, 2006; 296: 47–55
34. Jorenby D.E., Rigotti N.A., Azoulay S. i wsp.: Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA, 2006; 296: 56–62
35. Tonstad S., Tonnesen P., Hajek P. i wsp.: Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA, 2006; 296: 64–70
36. Niaura R.: Long-term treatment with rimonabant for smoking cessation and the maintenance of abstinence: results from STRATUS-WORLDWIDE trial. Conference Proceedings of Society for Research on Nicotine and Tobacco Annual Meeting, Praga, 2005
37. Bunce C., Ackrel S., Fryer S.: Interim data from phase I study to identify the optimal dose of the nicotine vaccine, TA-NIC to use for efficacy trials to establish impact of vaccine on quit rates. Conference Proceedings of Society for Research on Nicotine and Tobacco Annual Meeting, Praga, 2005
38. Hatsukami D., Rennard S., Jorenby D.: Results from a phase 2, multi-center, randomized, double blinded, placebo-controlled, parallel-arm, dose comparison study to assess the immunogenicity and safety of 3'-aminomethylnicotine-P aeruginosa R-exoprotein a conjugate vaccine (Nic VAX) administered to smokers. Conference Proceedings of Society for Research on Nicotine and Tobacco Annual Meeting, Praga 2005

Aneks

I. Leczenie uzależnienia od tytoniu w Narodowym Planie Zdrowotnym

W „Diagnozie stanu zdrowia społeczeństwa polskiego”, stanowiącej punkt wyjścia do opracowania priorytetowych i szczegółowych celów Narodowego Planu Zdrowotnego (NPZ) na lata 2004–2013 (www.mz.gov.pl; www.um-zachodniopomorskie.pl), choroby odtytoniowe (rak płuca, choroba niedokrwienna serca, POChP) stanowią jedną z najważniejszych przyczyn zagrożenia zdrowia i przedwczesnej umieralności Polaków, a leczenie uzależnienia od tytoniu – element działań profilaktycznych i leczniczych w chorobach układu krążenia, nowotworach złośliwych, chorobach układu oddechowego, zaburzeniach psychicznych, a także w programach ochrony zdrowia matek i dzieci. Zespół uzależnienia od tytoniu uznano za jeden z 6 najważniejszych problemów zdrowotnych, które należy uwzględnić w NPZ, ze względu na obecne i przyszłe poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego oraz ochrony zdrowia w Polsce. Celem priorytetowym jest zmniejszenie liczby Polaków uzależnionych od tytoniu oraz zwiększenie liczby ekspalaczy, co pozwoli na szybkie zmniejszenie ryzyka zachorowalności i umieralności na choroby odtytoniowe u osób intensywnie i długotrwale palących tytoń.

NPZ proponuje opracowanie szczegółowej diagnozy zjawiska uzależnienia od tytoniu w Polsce oraz prace planistyczne w zakresie jego leczenia. Diagnoza istniejącego stanu obejmowałaby określenie aktualnego społeczno-demograficznego obrazu zjawiska, dynamiki jego rozwoju w porównaniu z trendami międzynarodowymi, w tym zwłaszcza w krajach Unii Europejskiej, głównych

determinant i mechanizmów uzależnienia od tytoniu, a także aktualnego stanu leczenia w tej dziedzinie i potrzeb z nim związanych. Wskazuje się przede wszystkim na potrzebę opracowania dużych programów badawczych, zarówno populacyjnych, jak i kliniczno-kontrolnych, obejmujących różne grupy ryzyka oraz różne sposoby leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu, również w formie skojarzonej oraz nawiązania stałej współpracy i koordynacji działań diagnostycznych i terapeutycznych z czołowymi ośrodkami na świecie oraz z organizacjami międzynarodowymi. Proponowane prace mają obejmować powołanie grupy roboczej określającej priorytetowe i szczegółowe cele w dziedzinie leczenia uzależnienia od tytoniu, zalecaną strategię działań oraz procedury diagnostyczne i terapeutyczne. Konsensus środowiska lekarskiego w tym zakresie jest warunkiem koniecznym do realizacji tego zadania.

II. Prewencja uzależnienia od tytoniu w Narodowym Programie Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – POLKARD

Istotnym składnikiem projektów epidemiologicznych i prewencyjnych w Narodowym Programie Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – POLKARD są problemy dotyczące palenia papierosów jako ważnego czynnika ryzyka miażdżycy tętnic wieńcowych i mózgowych. Głównym celem Programu POLKARD jest zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego u osób do 65. roku życia o 30% do 2012 roku. Ma to nastąpić m.in. poprzez zmniejszenie częstości występowania i poprawę kontroli modyfikowalnych czynników ryzyka, w tym ograniczenie odsetka osób palących papierosy w Polsce o 1% każdego roku.

Sytuację wyjściową przed wdrożeniem Programu POLKARD oceniono w ogólnopolskim badaniu NATPOL PLUS, przeprowadzonym w roku 2002 na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków w wieku 18–94 lat. Aż 1/3 badanych przyznała, że regularnie pali papierosy. Nigdy nie paliło 51% badanych, natomiast 15% deklaroowało zaprzestanie palenia. Częstość palenia papierosów była istotnie większa wśród mężczyzn niż u kobiet (43% vs 25,5%). Odsetek osób palących był różny w poszczególnych grupach wiekowych, najwięk-

szy w grupie 40–59-latków (43%). W grupie osób w wieku 18–39 lat rozpowszechnienie palenia tytoniu wynosiło 35,5%. Wśród osób po 59. roku życia palenie deklarowało 17% badanych. Palenie w przeszłości deklarowało odpowiednio 11%, 19,5% i 18% osób w powyższych grupach wiekowych. Analiza wpływu poszczególnych czynników ryzyka na ryzyko zawału serca w ciągu 10 lat przeprowadzona za pomocą algorytmu PRECARD wykazała, że palenie papierosów stanowi – obok zaburzeń lipidowych i nadciśnienia tętniczego – jeden z trzech najważniejszych czynników ryzyka w populacji dorosłych Polaków. Ocena ilościowa wykazała, że ryzyko spowodowane paleniem jest niemal identyczne jak w przypadku zaburzeń lipidowych i nadciśnienia. Trwa nowe wieloośrodkowe badanie epidemiologiczne zdrowia Polaków WOBASZ prowadzone w ramach Programu POLKARD w latach 2003–2005. Wielkość zbadaanej próby Polaków w wieku 20–74 lat (ponad 15 000) umożliwi przeprowadzenie szczegółowych analiz w zakresie palenia papierosów na poziomie poszczególnych województw.

Ważnych danych dostarczyły wyniki badania epidemiologicznego przeprowadzonego metodą reprezentacyjną w latach 2004–2005 w ramach Polskiego Projektu 400 Miast (PP400M) wśród mieszkańców małych miast i wsi w kraju. Badania potwierdziły, że odsetek palących papierosy różni się w zależności od wykształcenia. Dotyczy to zwłaszcza kobiet: w małych miastach pali 27% kobiet z wykształceniem podstawowym, 25% ze średnim oraz 17% z wyższym. Fakt palenia papierosów w przeszłości podawało 10% kobiet z wykształceniem podstawowym oraz 17% z wykształceniem wyższym.

Najbardziej alarmujące dane w PP400M dotyczyły dziewcząt i chłopców w wieku 6–18 lat. Na pytanie „Czy ktoś namówił Cię do palenia lub sam kiedyś zapaliłeś papierosa?” twierdząco odpowiedziało 7% dziewczynek w wieku 6–9 lat, tyle samo w wieku 10–13 lat oraz aż 40% dziewcząt 14–18-letnich. Wśród chłopców twierdząco odpowiedziało odpowiednio 4%, 17% i 54% badanych.

Równie niezadowolające wyniki aktualnej sytuacji epidemiologicznej w kraju wykazano w roku 2004 w badaniu Standardu Podstawowej Opieki Kardiologicznej (SPOK) w Polsce. W reprezentatywnej dla kraju próbie pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego i wśród pacjentów

z dużym ryzykiem zgonu sercowo-naczyniowego według algorytmu SCORE (>5%) papierosy pali 16%, w przeszłości zaś paliło 23%.

Zmiana tej sytuacji wymaga przeprowadzenia intensywnej edukacji zarówno w grupach o dużym ryzyku, jak i w populacji generalnej. W ramach Narodowego Programu POLKARD we współpracy z Instytutem Onkologii oraz Instytutem Żywności i Żywienia podjęto takie działania na przykład w odniesieniu do dzieci w szkołach (pilotaż w 100 szkołach objął V i VI klasy szkoły podstawowej oraz I i II klasy gimnazjum), wszystkich lekarzy i pielęgniarek oraz wybranych nauczycieli i przedstawicieli samorządów z miast objętych PP400M. Od dwóch lat trwa również adresowana do populacji generalnej Polaków edukacja antytytoniowa (palenie papierosów i palenie bierne) z wykorzystaniem spotów i audycji w telewizji i radiu publicznym. Poniżej podano główne projekty prewencyjne Narodowego Programu POLKARD 2003–2005, obejmujące elementy edukacji o szkodliwości palenia:

- 1) Ogólnopolski program poprawy wykrywalności i skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych i cukrzycy u dorosłych i dzieci, zwłaszcza w środowiskach małomiejskich i wiejskich „Polski Projekt 400 Miast”
- 2) Projekt edukacji zdrowotnej społeczeństwa we współpracy z telewizją i innymi środkami masowego przekazu „Pamiętaj o Sercu”
- 3) Projekt edukacji dzieci i młodzieży w szkołach „Szansa dla Młodego Serca” (SMS)
- 4) Określenie standardów podstawowej opieki kardiologicznej w Polsce oraz analiza ich stosowania w opiece ambulatoryjnej „Standardy Podstawowej Opieki Kardiologicznej” (SPOK).

Narodowy Plan Zdrowotny przewiduje również skoordynowanie dotychczas prowadzonych działań w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu poprzez zorganizowanie specjalistycznych szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek oraz stworzenie ogólnopolskiej sieci specjalistycznych poradni leczenia uzależnienia od tytoniu. Proponuje się również uwzględnienie leczenia uzależnienia od tytoniu w katalogu procedur medycznych lub interwencyjnych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

III. Program profilaktyki chorób odtytoniowych „Palenie jest uleczalne” finansowany w ramach NFZ

W ramach programów profilaktycznych i promocji zdrowia NFZ rozpoczął finansowanie pilotowego (woj. mazowieckie) „Programu profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne”. Głównym celem programu jest zmniejszenie zachorowalności na choroby odtytoniowe wśród osób ubezpieczonych w NFZ. Program obejmuje wszystkich pacjentów w wieku szkolnym (>7 lat) i starszych, zwłaszcza osoby palące, w tym palące kobiety w ciąży. Program przebiega w 3 etapach:

- 1) podstawowym (prowadzonym przez lekarza POZ lub ginekologa [kobiety w ciąży]),
- 2) specjalistycznym (prowadzonym przez lekarzy z dowolną specjalizacją lub pielęgniarki przeszkolonych w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu)
- 3) wysokospecjalistycznym (prowadzonym przez specjalistę chorób wewnętrznych, chorób płuc, onkologa lub kardiologa albo pielęgniarkę przeszkoloną w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu).

Lekarze prowadzący leczenie muszą posiadać certyfikat leczenia zespołu uzależnienia wydany przez ośrodki referencyjne lub towarzystwa naukowe. NFZ nie będzie pokrywał kosztów leczenia farmakologicznego, koszty zakupu leków wspomagających leczenie odwykowe poniesie pacjent.

Postępowanie na etapie podstawowym obejmie zebranie wywiadu na temat palenia tytoniu, ocenę siły uzależnienia od tytoniu (skrótowym testem), badanie przedmiotowe, edukację antytytoniową dla palących papierosy i rozmowę podtrzymującą motywację do zaprzestania palenia, edukację każdego pacjenta dotyczącą skutków zdrowotnych palenia tytoniu (również biernego) oraz wręczenie materiałów edukacyjnych stosownych do jego stosunku do palenia tytoniu. W ramach tego etapu zostanie zaplanowana i przeprowadzona terapia odwykowa dla każdego pacjenta wykazującego gotowość do zaprzestania palenia w ciągu najbliższych 30 dni.

Pacjent otrzyma również informacje o możliwości skorzystania z porady telefonicznej lub wsparcia w leczeniu uzależnienia od tytoniu w specjalistycznej (także wysokospecjalistycznej)



Poradni Pomocy Palącym. Etap podstawowy obejmuje również zwiększanie motywacji pacjenta niegotowego do zaprzestania palenia.

Pacjenci zmotywowani do zaprzestania palenia, u których nie powiodło się leczenie na etapie podstawowym, oraz palące kobiety w ciąży zostaną skierowani do etapu specjalistycznego.

Etap specjalistyczny – oprócz bardziej szczegółowej diagnostyki i edukacji pacjentów wraz z praktycznymi poradami dla osób palących tytoń obejmuje ustalenie wskazań i przeciwwskazań do terapii grupowej i farmakoterapii oraz ustalenie schematu i przeprowadzenie leczenia uzależnienia od tytoniu. Pacjenci będą kierowani na psychoterapię prowadzoną przez psychologa, specjalistę psychoterapii uzależnień (lub w trakcie specjalizacji) lub instruktora terapii uzależnień. Oprócz wstępnej kwalifikującej wizyty cykl leczenia będzie obejmował co najmniej 2 obowiązkowe wizyty kontrolne. Monitorowanie skuteczności leczenia obejmuje także 3 wizyty kontrolne po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, obejmujące edukację pacjenta i zapewnienie mu wsparcia psychicznego podtrzymującego niepalenie. Pacjent otrzyma również informacje o możliwości skorzystania z porady telefonicznej lub wsparcia w leczeniu uzależnienia od tytoniu w wysokospecjalistycznej Poradni Pomocy Palącym. W przypadku niepowodzenia leczenia pacjent może zostać skierowany do następnego etapu.

Etap wysokospecjalistyczny oprócz aktualizacji danych zebranych na poprzednich etapach i dalszej edukacji pacjenta obejmuje ocenę depresji według skali Becka, ocenę objawów abstynencji, badanie spirometryczne i konsultacje telefoniczne dla pacjentów mających problemy podczas leczenia, a także kwalifikację, zaplanowanie postępowania i leczenie uzależnienia od tytoniu (terapia grupowa i farmakoterapia). Psychoterapię będzie prowadził uprawniony specjalista leczenia uzależnień, psycholog kliniczny lub inny terapeuta z certyfikatem leczenia uzależnienia od tytoniu. Na tym etapie badania kontrolne odbywają się po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia.

Piśmiennictwo do Aneksu

1. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003–2005 – POLKARD 2003–2005
2. Opolski G., Starczewska M., Tymieńska K.: Palenie tytoniu – wpływ na układ sercowo-naczyniowy. *Medipress Med. Update*, 2004; supl. 3: 12–16

3. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P. i wsp.: Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce: wyniki badania NATPOL PLUS. *Kardiol. Pol.*, 2004; 61 (supl. IV): IV1–IV26
4. Rywik S., Broda G., Piotrowski W. i wsp.: Wielośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – program WOBASZ. *Pol. Przegl. Kardiol.*, 2004; 6: 77–83

Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ ogłosił 17 maja 2006 roku konkurs na realizację świadczeń w zakresie podstawowego etapu Programu profilaktyki chorób odytoniowych. Programem objęto obszar całego województwa, a łączna wartość przedmiotu postępowania wyniosła 2 600 000 PLN. Oferenci musieli spełniać wymagania określone w Programie, a w szczególności posiadać certyfikat leczenia ZUT. W wyniku postępowania konkursowego zawarto umowy z 249 świadczeniodawcami POZ na okres od 15 czerwca 2006 roku do 31 grudnia 2006 roku. Każdy z nich jest zobowiązany do przedstawienia co miesiąc informacji o liczbie świadczeń udzielonych w ramach Programu. Realizatorzy sporządzą również końcowe sprawozdanie z realizacji Programu, zawierające dane na temat liczby osób palących i niepalących, liczby osób uzależnionych od tytoniu, liczby osób umotywowanych do zaprzestania palenia, liczby osób, które podjęły próbę zaprzestania palenia, liczby osób objętych leczeniem odwykowym na etapie podstawowym oraz liczby osób wymagających skierowania do leczenia odwykowego na etapie specjalistycznym Programu. Rozszerzenie Programu o etap specjalistyczny i wysokospecjalistyczny będzie uzależnione od wyników realizacji podstawowego etapu Programu w bieżącym roku i jest planowane najwcześniej w 2007 roku. Niezależnie od tego realizatorom Programu przekazano adresy 5 ośrodków leczenia uzależnień, które zgodziły się służyć konsultacjami dla pacjentów wymagających pomocy psychologicznej.

Załącznik 1. Test Fagerströma

Pytanie	Odpowiedź	Punkty
Jak szybko po przebudzeniu zapala Pani/Pan pierwszego papierosa?	do 5 min 6–30 min 31–60 min po 60 min	3 2 1 0
Czy ma Pani/Pan trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, gdzie to jest zakazane?	tak nie	1 0
Z którego papierosa jest Pani/Panu najtrudniej zrezygnować?	z pierwszego rano z każdego innego	1 0
Ile papierosów wypala Pani/Pan w ciągu dnia?	10 lub mniej 11–20 21–30 31 i więcej	0 1 2 3
Czy częściej pali Pani/Pan papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu niż w pozostałej części dnia?	tak nie	1 0
Czy pali Pani /Pan papierosy nawet wtedy, gdy jest Pani/Pan tak chora/chory, że musi leżeć w łóżku?	tak nie	1 0
wynik:	

Załącznik 2. Test motywacji

Pytanie	Odpowiedź	
1. Czy chcesz rzucić palenie tytoniu?	tak	nie
2. Czy decydujesz się na to dla siebie samej/samego (podkreśl „tak”), czy dla kogoś innego, np. dla rodziny itp. (podkreśl „nie“)?	tak	nie
3. Czy podejmowałaś/podejmowałeś już próby rzucenia palenia?	tak	nie
4. Czy orientujesz się, w jakich sytuacjach palisz najczęściej?	tak	nie
5. Czy wiesz, dlaczego palisz tytoń?	tak	nie
6. Czy mogłabyś/mógłbyś liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół itp., gdybyś chciała/chciał rzucić palenie	tak	nie
7. Czy członkowie Twojej rodziny są osobami niepalącymi?	tak	nie
8. Czy w miejscu, w którym pracujesz, nie pali się tytoniu?	tak	nie
9. Czy jesteś zadowolony ze swojej pracy i trybu życia?	tak	nie
10. Czy orientujesz się, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy, gdybyś miała/miał problemy z utrzymaniem abstynencji	tak	nie
11. Czy wiesz, na jakie pokusy i trudności będziesz narażona/narażony w okresie abstynencji?	tak	nie
12. Czy wiesz, w jaki sposób samej/samemu sobie poradzić w sytuacjach kryzysowych	tak	nie
wynik:	tak	nie