

Wareniklina jest częściowym agonistą nikotynowych receptorów cholinergicznym $\alpha 4\beta 2$ (w obecności nikotyny działa jako antagonist, a przy jej nieobecności jako słaby agonista). Wynikiem działania na powyższy receptor jest blokowanie pełnej aktywacji mezo limbicznego układu dopaminergicznego, który stanowi mechanizm neuronalny odpowiedzialny za zjawisko wzmocnienia i nagrody, pojawiające się pod wpływem palenia tytoniu. Rozpoczynając leczenie przez pierwsze trzy dni lek stosuje się w dawce 1 x 0,5 mg, przez kolejne cztery: 2 x 0,5 mg, a następnie 2 x 1 mg. Czas trwania podstawowej kuracji wynosi 12 tygodni. Podobnie jak przy stosowaniu bupropionu leczenie warenikliną należy rozpocząć 1–2 tygodnie przed planowanym terminem zaprzestania palenia. W przypadku nieskuteczności podstawowej terapii czas trwania leczenia można wydłużyć o kolejne 12 tygodni. Do najczęstszych objawów ubocznych warenikliny należą nudności. U pacjentów, którzy nie tolerują działań niepożądanych omawianego leku można czasowo lub na stałe zmniejszyć dawkę do 2 x 0,5 mg. Wareniklina jest skuteczniejsza niż bupropion (ryc. 2)⁶. W niedawno opublikowanej metaanalizie wykazano, że stosowanie warenikliny ponad 3-krotnie zwiększa szansę na trwałe rzucenie palenia w porównaniu z placebo. W tej samej analizie wykazano o 66% większą skuteczność warenikliny w porównaniu z bupropionem.

Wadą wymienionych metod farmakologicznych jest ich cena, gdyż preparaty te są w Polsce pełnopłatne. Warto jednak uświadamić palącym pacjentom, że przeciętny koszt palenia papierosów wynosi około 150–200 zł miesięcznie, a często nawet więcej. Kwota ta zazwyczaj pokrywa koszt farmakologicznego wspomaganie odzwyczajania od palenia.

Palenie bierne

Ze społecznego punktu widzenia równie szkodliwe w porównaniu z aktywnym paleniem jest palenie bierne. Chociaż dym wdychany przez biernych palaczy różni się pod względem składu od głównego strumienia dymu tytoniowego, skutki biernego palenia są podobne do powikłań spowodowanych paleniem czynnym. Na przykład względne ryzyko zgonu z powodu choroby wieńcowej biernego palacza wynosi 1,2–1,7 w porównaniu z osobami nienarażonymi na dym tytoniowy.

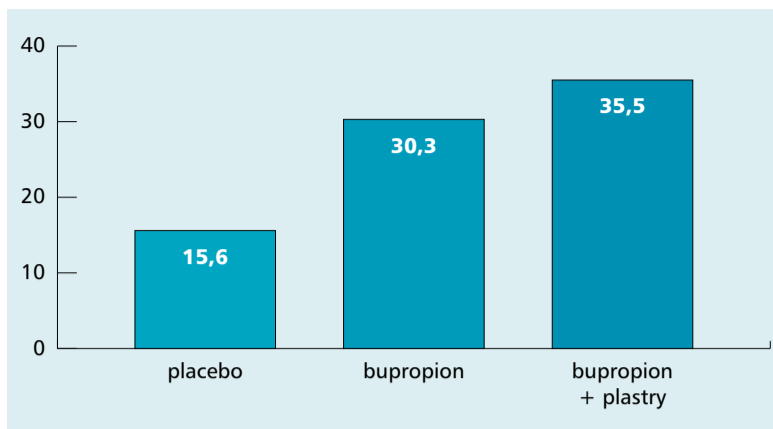
Skuteczną metodą zmniejszenia szkodliwych skutków palenia tytoniu okazał się zakaz palenia w barach i restauracjach, który w ostatnich latach wprowadzono w kilku krajach europejskich. We Włoszech już rok po wprowadzeniu takiego zakazu zaobserwowano znaczące zmniejszenie częstości hospitalizacji z powodu zawału serca⁷. Badania wykazały, że liczba zawałów serca zmniejszyła

się przede wszystkim u osób niepalących, a narażonych wcześniej na dym tytoniowy, m.in. wśród osób pracujących w barach i restauracjach oraz wśród ich niepalących klientów.

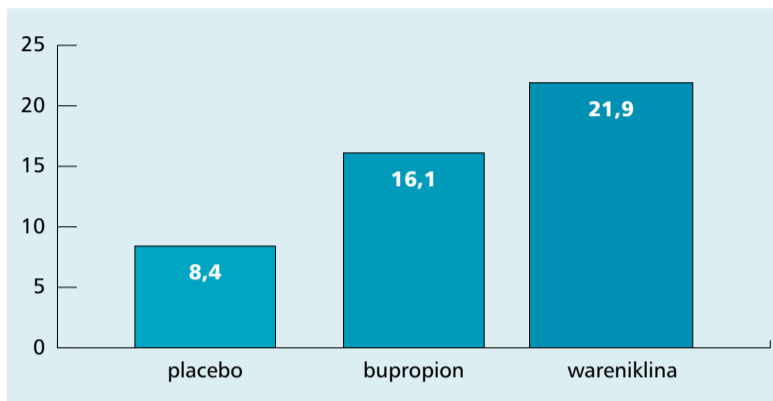
Tytoń jest jedyną używką o udowodnionym działaniu rakotwórczym i aterosogennym oraz uzależniającym, której powszechna dostępność na rynku jest prawnie usankcjonowana i wsparta potęgą finansową koncernów tytoniowych. Dzięki szeroko zakrojonej, nastawionej na zyski kampanii reklamowej i braku wiedzy dotyczącej zagrożeń związanych z nikotynizmem większość palaczy tytoniu nie ma poczucia uzależnienia. Za szczególnie szkodliwe należy uznać wystąpienia różnych „gwiazd” kultury popularnej protestujących przeciwko ograniczeniu palenia w miejscach publicznych. Poważnym problemem społecznym pozostaje promowanie palenia w popularnych filmach. Badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych oraz w Europie Zachodniej wykazały istotny wpływ palenia papierosów przez bohaterów filmowych na częstość palenia wśród młodzieży oraz młodych osób dorosłych⁸.

Podsumowując, podstawą skutecznego leczenia nikotynizmu w gabinetach lekarskich jest edukacja pacjenta oraz leczenie wspomagające, przede wszystkim farmakologiczne. Należy jednak pamiętać, że osiągnięcie sukcesu na poziomie populacyjnym wymaga szerokiej edukacji całego społeczeństwa, jak również jego przedstawicieli w organach ustawodawczych i środowiskach opiniotwórczych⁹.

Piśmiennictwo – www.pfp.edu.pl



Ryc. 1. Skuteczność bupropionu w monoterapii i w skojarzeniu z nikotynową terapią zastępczą (plastry) w leczeniu nikotynizmu. Na wykresie przedstawiono odsetek osób niepalących rok po rozpoczęciu leczenia. (Jorenby i wsp., NEJM 1999)



Ryc. 2. Porównanie skuteczności bupropionu i warenikliny w leczeniu nikotynizmu. Na wykresie przedstawiono odsetek osób niepalących rok po rozpoczęciu leczenia. (Gonzales i wsp., JAMA 2006)

Dane epidemiologiczne dotyczące nikotynizmu w Polsce



Dr n. med. Tomasz Zdrojewski
Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, AM w Gdańsku

Podczas ostatnich 15 lat w Polsce odnotowano istotne sukcesy w walce z paleniem tytoniu. Znacząco zmniejszyła się liczba osób palących. Nadal jednak odsetek osób palących jest dużo większy niż w krajach „starej” Unii Europejskiej. Wspólnie ze środowiskiem onkologicznym trzeba kontynuować przyjęte programy i podjęte działania.

Z oczywistych powodów walkę z uzależnieniem od tytoniu należy traktować jako priorytetowe zadanie prewencji chorób układu krążenia i promocji zdrowia w Polsce. Palenie papierosów stanowi bowiem, obok nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii, jeden z trzech najważniejszych czynników ryzyka chorób serca i naczyń.

W niektórych przedziałach wieku palenie papierosów w populacji polskiej stanowi najsilniejszy czynnik ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych. Dobrze ten fakt ilustrują obliczenia wykonane na podstawie ogólnopolskiego badania NATPOL PLUS¹, które przeprowadzono na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków w 2002 roku. Do obliczeń użyto algorytmu PRECARD, który umożliwia m.in. ocenę struktury ryzyka wystąpienia zawału serca w okresie 10 lat. Algorytm ten ma zastosowanie do populacji w wieku 30–70 lat. Jak widać na załączonej rycinie, palenie ma zdecydowanie największy udział w strukturze ryzyka dorosłych Polaków w wieku 30–40 lat, również dużą rolę jak zaburzenia lipidowe w przedziale wieku 40–50 lat.

Wyniki badania NATPOL PLUS potwierdziły, że w Polsce – podobnie

jak w innych krajach – rozpowszechnienie palenia tytoniu istotnie zależy od płci, wieku oraz innych czynników psychospołecznych. Stwierdzono, że papierosy pali co trzeci dorosły Polak. Jednak odsetek palących jest zdecydowanie większy u mężczyzn niż u kobiet (42% vs 26%). Polacy w wieku 18–39 lat palą w 36%, w wieku 40–59 lat – 43%, powyżej 60 lat pali 17%. Osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym palą częściej niż ze średnim i wyższym (37% vs 30%). Osoby z najniższego przedziału terytorialnego pod względem dochodu na członka rodziny palą papierosy dużo częściej niż osoby, których dochód mieści się w górnym przedziale terytorialnym (41% vs 29%). Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w odsetku palących między mieszkańcami wsi oraz małych i dużych miast.

Pozytywną informację z cytowanych badań stanowił fakt, że w Polsce chorzy z nadciśnieniem tętniczym, u których wcześniej rozpoznano tę chorobę, palą papierosy dużo rzadziej niż chorzy nieświadomi nadciśnienia tętniczego (22% vs 38%). Z przytoczonych danych jednoznacznie wynika, że uzależnienie od tytoniu jest w Polsce w dalszym ciągu bardzo rozpowszechnione, a odsetek palących zależy istotnie od płci, wieku i czynników psychospołecznych. Fakt ten powinien implikować planowanie odpowiednich interwencji prewencyjnych.

Podkreślić należy, iż ciągle niedostateczna jest w Polsce edukacja i prewencja palenia u dzieci i młodzieży. Co gorsza, podobnie jak w niektórych innych krajach europejskich „moda” na palenie staje się coraz bardziej popularna wśród dziewcząt. W przeprowadzonych niedawno badaniach młodzieży z najlepszymi liceów ogólnokształcących Trójmiasta wykazano, że odsetek dziewcząt palących papierosy jest większy niż u chłopców (25% vs 21%)².

Przedstawione wyniki wskazują na potrzebę wzmocnienia działań edukacyjnych i prawnych na rzecz ograniczenia uzależnienia od tytoniu w Polsce.

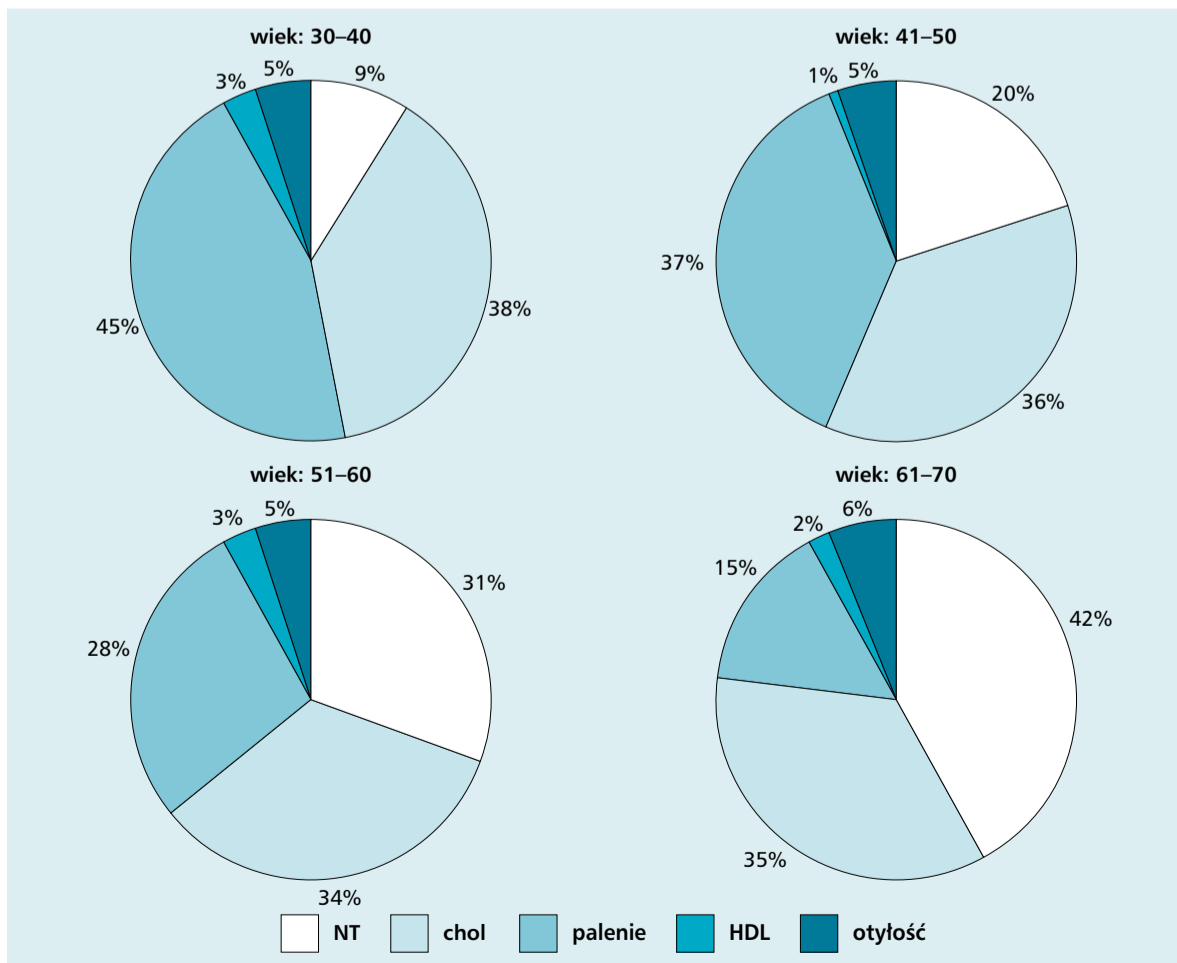
Do najważniejszych zadań w zakresie edukacji należy zaliczyć:

- interwencje u dzieci i młodzieży na wzór projektu Szansa dla Młodego Serca, realizowanego w ramach Narodowego Programu POLKARD 2003–2005 i 2006–2008,
- wprowadzenie nauczania zasad nowoczesnej diagnostyki i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu na wydziałach pielęgniarskich i lekarskich,
- organizację sieci referencyjnych poradni diagnostyki i leczenia uzależnienia od tytoniu w wyspecjalizowanych ośrodkach terapeutycznych zespołów wieńcowych i udarów mózgu w kraju (zadanie zaplanowane w ramach Narodowego Programu POLKARD 2006–2008).

Bardzo duże znaczenie mają również działania dotyczące zmian prawnych. **Pilnym zadaniem dla Polskiego Forum Profilaktyki i Rady Programu POLKARD 2006–2008 jest zwiększenie nacisku na parlamentarzystów, szczególnie z Sejmowej Komisji Zdrowia, w celu przyspieszenia prac legislacyjnych nad ustawą ograniczającą możliwość palenia w miejscach publicznych i w ten sposób istotnie ograniczającą tzw. palenie bierne.** Autorzy projektu nowelizacji ustawy „O ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych” słusznie podkreślają w jej uzasadnieniu, że osoby przebywające w otoczeniu czynnych palaczy są również narażone na szkodliwe działanie dymu tytoniowego i wszystkie tego negatywne konsekwencje. Badania, w których oceniono wpływ tzw. bier-

nego palenia wykazały, że jego skutki zdrowotne są dużo gorsze niż się spodziewano. Okazuje się bowiem, że ta forma ekspozycji na dym tytoniowy w krajach rozwiniętych należy do głównych przyczyn przedwczesnej umieralności, po czynnym paleniu i nadużywaniu alkoholu. Szacuje się, że u dorosłych, którzy nigdy nie palili, ale mają codzienny kontakt z palaczem, ryzyko przedwczesnego zgonu jest o 15% podwyższone, zaś ryzyko raka płuca o 20–30%. W jeszcze większym stopniu różnie u nich ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych. Według proponowanych modeli statystycznych w 2002 roku w 25 krajach Unii Europejskiej bierne palenie było przyczyną ponad 70 tys. zgonów (w Polsce ok. 9 tys.). Nie należy zapominać, że szczególnie narażone na wdychanie dymu tytoniowego są również dzieci.

Piśmiennictwo – www.pfp.edu.pl



Ryc. Udział nadciśnienia tętniczego (NT), zwiększonego stężenia cholesterolu całkowitego (chol), palenia, zmniejszonego stężenia cholesterolu HDL i otyłości w strukturze ryzyka wystąpienia zawału serca w ciągu 10 lat.

Zniekształcone myślenie w uzależnieniu od tytoniu



Mgr psychologii
Marta Irena Porębiak



Prof. dr hab. n. med.
Witold Zatoński

Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Uzależnienie od tytoniu jest chorobą i to nie podlega dyskusji. Często jednak łatwo zapomnieć, że jest chorobą nie tylko na poziomie neurobiologicznym, ale również na poziomie psychologicznym – manifestuje się w sposobie myślenia osoby chorej. W przypadku pacjentów głębiej uzależnionych i niedeklarujących chęci podjęcia próby zerwania z nałogiem właśnie w sposobie myślenia możemy upatrywać powodu ich niechęci do zaprzestania palenia. Ważne, aby osoby prowadzące leczenie rozumiały, że to uzależnienie wymusza

na chorym określony sposób myślenia. Przejawem uzależnienia jest myślenie będące wynikiem działania mechanizmów obronnych i pielęgnowania fałszywych przekonań i mitów dotyczących palenia tytoniu. Myślenie, którego jedynym celem jest utrzymanie chorego w uzależnieniu.

Często działającymi u palaczy mechanizmami obronnymi są wyparcie i zaprzeczanie. Pacjent zwyczajnie nie dostrzega problemu palenia tytoniu jako choroby. Nie można obarczać za to winą braku informacji o szkodliwości palenia, gdyż wiedza społeczna dotycząca szkodliwości używania tytoniu jest duża¹. Mimo to palacz często deklaruje przekonanie, że „palenie to styl życia”, „palę bo lubię”, „jeżeli będę chciał/a to zawsze mogę rzucić palenie”, „być może palenie szkodzi, ale w mojej rodzinie nikt od papierosów nie umarł”, „mam dobre geny”. Takie i podobne przekonania wspominają niepalący już uczestnicy programów terapeutycznych prowadzonych w Centrum Onkologii w Warszawie.

Częsty jest również tzw. mit słabej woli, czyli przekonanie o niemożliwości rzucenia palenia ze względu na zbyt słabą motywację i skuteczność działania. Jednocześnie palacz traktuje deficyt motywacji i samoskuteczności nie jako składową uzależnienia (co byłoby słuszne), ale jako cechę wrodzoną własnego charakteru, a zatem – niepodatną na zmiany. Szczególnie siły nabiera ten mit, jeśli dołączy się do niego mit kolejny, mówiący o tym, że nie każdy może rzucić palenie. Tego typu przekonania są typowe dla uzależ-

nionych od tytoniu i są stosowane nie tylko jako argument w dyskusji z otoczeniem, które nierzadko namawia do zaprzestania palenia. **Osoba paląca naprawdę nie dopuszcza do świadomości faktu, że może być uzależniona od tytoniu, czyli zwyczajnie chora.** Takie właśnie myślenie o paleniu i zdolności do jego kontroli jest już samo w sobie przejawem choroby.

Jaki jest mechanizm funkcjonowania takich przekonań wbrew dowodom na ich fałszywość? Według Anthony'ego Greenwalda (1980)² nasza przedświadomość analizuje napływające informacje i selekcjonuje je na podstawie kryterium zgodności lub niezgodności z posiadanyimi przekonaniami. Nie jesteśmy świadomi tego procesu. Jeśli osoba paląca przeczyta np. w gazecie informację o nowych wynikach badań wiążących palenie tytoniu z zachorowalnością na raka płuca, wynik przedświadomej analizy wykaże niezgodność tej informacji z przekonaniem zacytowanym wcześniej – „w mojej rodzinie nikt od papierosów nie umarł, mnie to nie spotka”. Według Greenwalda informacja o wpływie palenia na własne płuca nie zostanie zasymilowana, gdyż selekcja jest totalitarna – brak pełnej zgodności oznacza brak przyswojenia informacji. W efekcie, zamiast świadomego odbioru treści typu: „jeżeli palę, to zwiększam znacząco ryzyko wystąpienia raka płuc”, zarejestrowana zostanie treść zgodna z istniejącym przekonaniem: „palenie może zwiększać ryzyko raka płuc, ale mnie to nie grozi”. Takie myślenie jest niebezpieczne, bo prowadzi do bagatelizowania problemu palenia, a przede wszystkim do braku zainteresowania

specjalistyczną pomocą medyczną w leczeniu uzależnienia (czyli rzuceniu palenia). Myślenie takie jedynie podtrzymuje nałóg. Warunkiem wstępnym podjęcia próby zerwania z paleniem jest dostrzeżenie samego problemu, jakim jest używanie tytoniu.

Jeżeli pacjent jest głęboko uzależniony od tytoniu, należy spodziewać się występowania u niego silnej obrony, działającej według wyżej opisanego mechanizmu. Wówczas samo wskazanie kosztów zdrowotnych palenia, chociaż jest bardzo istotne i powinno być czynione za każdym razem przez lekarza, może okazać się niewystarczające aby zmotywować pacjenta do próby zerwania z nałogiem.

Aby określić głębokość uzależnienia oraz gotowość chorego do zaprzestania palenia można stosować odpowiednie testy diagnostyczne (Test Uzależnienia od Tytoniu Fageströma oraz Test Motywacji do Zaprzestania Palenia). W przypadku pacjentów znacząco uzależnionych (wynik powyżej 7 punktów w Teście Uzależnienia od Tytoniu) i słabo zmotywowanych (wynik z przewagą odpowiedzi przeczących w Teście Motywacji do Zaprzestania Palenia) wskazane jest prowadzenie leczenia we współpracy z psychologiem lub psychoterapeutą.

Ważne jest prowadzenie z pacjentem dialogu, w którym jest on równorzędnym partnerem. Nasi pacjenci często wymieniają „korzyści” z palenia tytoniu, które utrudniają im rzucenie palenia. Najczęściej wskazują na relaksujące działanie nikotyny, poprawę koncentracji oraz dostarczenie sobie przyjemności. Z zaskoczeniem dowiadują się, że nikotyna jest

substancją pobudzającą, a poprawa koncentracji po zapaleniu papierosa jest wynikiem dostarczenia kolejnej dawki nikotyny, której spadek u osoby uzależnionej powoduje właśnie problemy z koncentracją. Zawsze wówczas należy najpierw wysłuchać pacjenta, aby poznać, co w paleniu tytoniu jest dla niego najbardziej atrakcyjne. Papieros zazwyczaj okazuje się marnym substytutem i tanim zastępstwem sposobu na relaks, poprawę nastroju, obecność drugiej osoby, codzienną przyjemność. Potrzeby te nie znikną wraz z ostatnim wypalonym papierosem. Pacjent – jako były palacz – będzie uczył się na nowo je zaspokajając w inny sposób. Doświadczony terapeuta może mu w tym pomóc.

Niezbędnym elementem leczenia jest ułatwienie pacjentowi dostrzeżenia wyżej opisanych mechanizmów podtrzymujących uzależnienie. Jedynie świadome zauważenie ich funkcjonowania w połączeniu z farmakoterapią pozwoli nie tylko na skuteczne odstawienie tytoniu, ale również zabezpieczy pacjenta przed nawrotem choroby, co w przypadku leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu jest niezwykle istotne.

Na koniec pozwolimy sobie zacytować słowa naszej pacjentki, która od ponad dwóch miesięcy nie pali tytoniu i uczestniczy w prowadzonym w Centrum Onkologii grupowym programie terapeutycznym. Zapytana, jak zmieniło się jej życie od czasu zerwania z nałogiem, odparła, że najlepiej oddają jej słowa „wolność bez ograniczeń”.

Piśmiennictwo – www.pfp.edu.pl

Bierne i aktywne palenie upośledza biologiczną aktywność śródbłonkowych komórek macierzystych w naprawie funkcji śródbłonka



Prof. dr hab. n. farm.
Marek Naruszewicz
Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Badań nad Miażdżycą

W świetle obecnej wiedzy progresja miażdżycy może być znacząco hamowana przez fizjologiczny proces reendotelizacji i neowaskularyzacji z udziałem śródbłonkowych komórek macierzystych (EPC) pochodzących ze szpiku. Wiadomo bowiem, że nawet 25% komórek śródbłonka jest odtwarzanych w wyniku mobiliza-

cji i migracji EPC. Bódcem, który powoduje rekrutację EPC z komórek zrębu jest dysfunkcja śródbłonka i jego stan zapalny, który powoduje zwiększone wydzielanie czynników wzrostu, chemokin i cytokin. Dla regeneracji uszkodzonego czynnikiem ryzyka śródbłonka istotny jest także proces tzw. zagnieżdżenia i różnicowania EPC w ścianie naczynia. Jest on zależny od zdolności EPC do adhezji oraz aktywności proliferacyjnej, która może podlegać zmianom pod wpływem różnych bodźców. Szczególną rolę odgrywają tu substancje nasilające stres oksydacyjny, któremu towarzyszy zwiększenie produkcji rodników tlenowych (ROS) upośledzających aktywność syntazy tlenu azotu i produkcję NO w EPC. Wprawdzie EPC posiadają silną ekspresję mitochondrialnej dysmutazy ponadtlenkowej, ale przy stanach przewlekłego stresu oksydacyjne-

go wywołanego paleniem tytoniu, naciśnięciem tętniczym i cukrzycą aktywność tego enzymu może być niewystarczająca. Dodatkowo w przypadkach występowania tych czynników ryzyka mamy do czynienia z generowaniem na poziomie ściany naczynia znaczących ilości utlenionych LDL (ox-LDL), które posiadają właściwości cytotoksyczne.

W związku z silnym powiązaniem pomiędzy biernym i aktywnym paleniem tytoniu a dysfunkcją śródbłonka naczyniowego i progresją miażdżycy powstaje pytanie, jak palenie tytoniu może wpływać na liczbę i funkcję EPC.

Badania na ten temat są ograniczone ze względu na ich trudną metodykę, jednak wyniki są jednoznaczne. Grupa kierowana przez Alaina Rivard z Montrealu stwierdziła, że liczba EPC u zdrowych osób palących (>20 papierosów dziennie przez co najmniej rok) jest średnio zmniejszona o 50% w porównaniu z grupą kontrolną w tym samym wieku¹. Jednocześnie potwierdzono, że EPC osób palących posiadają znamienne mniejszą zdolność do adhezji do ho-

dowanych *in vitro* komórek śródbłonka. Również aktywność proliferacyjna EPC oceniana przy ich udziale w tworzeniu nowych naczyń była zredukowana średnio o 38%. Autorzy pracy wykazali także, że funkcjonalnym zmianom w obrębie EPC u osób palących towarzyszy zwiększenie produkcji ROS i zmniejszenie wydzielania NO w tych komórkach.

Ta ostatnia obserwacja jest istotna ze względu na fakt, że NO jest niezbędnym elementem w aktywności migracyjnej EPC, a także koreluje ze zmniejszoną ekspresją receptora dla czynnika wzrostu w tych komórkach. Opisane tu badania kanadyjskie potwierdzają wcześniejsze obserwacje pochodzące z Japonii, w których Kondo i wsp. wykazali, że zaprzestanie palenia papierosów powoduje gwałtowny wzrost EPC w krążeniu². Jednocześnie stwierdzono, że u osób palących >1 paczki dziennie wzrost EPC był zdecydowanie niższy niż u tych, którzy palili w sposób ograniczony. Świadczy to, iż powrót do stanu fizjologicznego w aktywności EPC u osób przewlekłe palących wymaga dłuższego czasu.

Na liczbę i funkcję EPC w krążeniu może wpływać nie tylko 4000 związków, które powstają w wyniku spalania tytoniu, ale także podwyższony poziom homocysteiny we krwi, który występuje z reguły u osób palących.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że palenie tytoniu, które w Polsce nieustannie zajmuje czołowe miejsce wśród czynników ryzyka, ma znacznie szerszy wpływ na progresję miażdżycy niż dotąd przypuszczaliśmy, ponieważ upośledza także regenerację uszkodzonego śródbłonka. Istotnym elementem zmniejszenia negatywnego wpływu aktywnego i biernego palenia w środowiskach, które nie poddają się akcji edukacyjnej, jest wzbogacenie ich diety w naturalne antyoksydanty pochodzące z warzyw i owoców. Potwierdzają to nasze badania, w których wykazaliśmy pozytywny wpływ flawonoidów z aronii na aktywność biologiczną EPC poddanych działaniu ox-LDL.

Piśmiennictwo – www.pfp.edu.pl

Palenie tytoniu a zaburzenia hemostazy



Dr hab. n. med.
Anetta Undas
Instytut Kardiologii CM UJ w Krakowie

Palenie tytoniu uważa się od dawna za czynnik nie tylko sprzyjający rozwojowi miażdżycy, ale także czynnik prozakrzepowy oddziałujący

niekorzystnie na śródbłonek, płytki krwi, osoczkowy układ krzepnięcia i fibrynolizę¹. Skutkiem tych działań jest zwiększone ryzyko powikłań zakrzepowych w układzie tętniczym u osób palących tytoń. Najczęściej niekorzystne działanie dymu tytoniowego łączy się ze zwiększoną stymulacją adrenergiczną i wyrzutem katecholamin, a w mniejszym stopniu z nikotyną i innymi toksycznymi składnikami.

Podstawowe mechanizmy sprzyjające rozwojowi zakrzepów u osób palących tytoń obejmują:

1. zwiększone stężenie fibrynogenu w osoczu, przede wszystkim

kim wskutek nadmiernej produkcji interleukiny-6, stymulującej powstawanie fibrynogenu w wątrobie²,

2. zwiększoną aktywację i agregację płytek krwi³ (choć dane nie są jednoznaczne¹), co odzwierciedlają podwyższone stężenia białek uwalnianych z ziarnistości płytkowych, m.in. rozpuszczalny ligand CD40,

3. wzmożoną ekspresję czynnika tkankowego (czynnika zapoczątkowującego krzepnięcie *in vivo*) na komórkach śródbłonka i monocytach oraz w obrębie blaszek miażdżycowych,

4. osłabienie układów antykoagulacyjnych, głównie poprzez zmniejszone stężenie białka C i S^{1,4},

prowadzące do wzrostu produkcji trombiny,

5. upośledzenie fibrynolizy głównie poprzez zmniejszone uwalnianie tkankowego aktywatora plazminogenu (tPA) ze śródbłonka⁵ oraz zwiększone jego inhibitora (PAI-1)⁶,

6. nieprawidłową zbitą strukturę sieci fibrynowej powstającej ze zmodyfikowanego przez toksyczne substancje fibrynogenu, w tym wolne rodniki⁷.

Grupą szczególnie narażoną na wystąpienie niekorzystnych zmian w układzie hemostazy, predysponujących do zakrzepicy w tętnicach wieńcowych i mózgowych, są kobiety palące papierosy i stosujące doustne środki antykoncepcyjne.

Z punktu widzenia terapii antynikotynowej warto podkreślić, że stosowanie nikotyny w plastrach wiąże się z mniejszym nasileniem prozakrzepowych nieprawidłowości w układzie krzepnięcia⁸.

Ponieważ palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, warto pamiętać, że te same nieprawidłowości prozakrzepowe wiążą się również z upośledzeniem wentylacji płuc oraz zwiększonym ryzykiem incydentów sercowo-naczyniowych w tej chorobie, ściśle korelując z nasileniem stanu zapalnego w ustroju.

Piśmiennictwo – www.pfp.edu.pl

Palenie tytoniu a rozwój i postęp przewlekłych powikłań cukrzycy



Dr n. med. Elżbieta Kozek
Katedra i Klinika Chorób
Metabolicznych CM UJ w Krakowie

Cukrzyca powoduje zwielokrotnienie niekorzystnego wpływu palenia tytoniu na rozwój i progresję miażdżycy oraz chorób powstających na jej tle. Dotyczy

to zarówno choroby wieńcowej, choroby naczyniowej mózgu, jak i choroby tętnic obwodowych, a także ryzyka zgonu¹. U chorych na cukrzycę większy jest też wpływ palenia tytoniu na dobowy profil ciśnienia tętniczego. Przypuszcza się, że podwyższenie ciśnienia tętniczego podczas palenia może zwiększać ryzyko sercowo-naczyniowe².

W wielu badaniach udowodniono negatywny wpływ palenia tytoniu na powikłania mikroangiopatyczne^{3,4,5}. Taki związek jest konsekwencją zwiększenia niedotlenienia tkanek pod wpływem palenia, a także nasilenia zaburzeń reologicznych krwi i wzro-

stu agregacji płytek. Znaczenie może mieć także insulinooporność, która narasta pod wpływem palenia.

Palenie tytoniu jest niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju nefropatii cukrzycowej, a także jej progresji. Ryzyko to wzrasta w wyniku negatywnego wpływu palenia na hemodynamikę, budowę i czynność kłębka nerkowego. W badaniach prospektywnych, u osób palących wykazano częstsze występowanie albuminurii, a także szybszą progresję mikroalbuminurii do albuminurii. U palących chorych z białkomoczem wzrasta także ryzyko rozwoju schyłkowej niewydolności nerek.

Palenie tytoniu jest także wymieniane jako jeden z czynników ryzyka neuropatii cukrzycowej. Jest także ważnym czynnikiem ryzyka rozwoju stopy cukrzycowej,

powstania owrzodzenia i jego gorszego gojenia oraz amputacji.

Więcej kontrowersji budzi związek palenia i **retinopatii cukrzycowej**. Niektóre badania dowiodły związek rozwoju, ciężkości i progresji retinopatii z paleniem tytoniu u chorych na cukrzycę typu 1. W badaniu United Kingdom Prospective Diabetes Study dotyczącym cukrzycy typu 2 nieoczekiwanie nie stwierdzono takiego związku, co jest przedmiotem wielu dyskusji⁶.

Wykazano związek pomiędzy paleniem a występowaniem zespołu metabolicznego i cukrzycy typu 2, palenie tytoniu może więc sprzyjać ich rozwojowi^{7,8}. Wśród czynników sprawczych wymieniana jest insulinooporność.

Uwzględniając niekorzystny wpływ palenia tytoniu na roz-

wój i progresję angiopatii cukrzycowej, choremu na cukrzycę palącemu tytoń każdorazowo podczas wizyty lekarskiej należy uświadomić dodatkowe ryzyko wynikające z palenia. Chorego należy zachęcać do zerwania z nałogiem oraz zaproponować wsparcie psychologiczne i farmakologiczne. Bez takiego wsparcia jedynie niewielka grupa osób, która podejmuje próbę zaprzestania palenia, wytrwa w tym postanowieniu. Problem zwalczania palenia tytoniu jest uwzględniony w zaleceniach klinicznych dotyczących postępowania u chorych na cukrzycę⁹.

Piśmiennictwo – www.pfp.edu.pl

Otępienie – nikotylna zapobiega czy przyspiesza?

Prof. dr hab. n. med.
Grzegorz Opala,
dr Joanna Siuda
Katedra i Klinika Neurologii Wieku
Podeszłego ŚIAM

W ciągu ostatnich kilkunastu lat obserwowane postępujące zjawisko starzenia się społeczeństw, zwłaszcza w państwach rozwiniętych, w tym również w Polsce. Z tego względu stale rośnie liczba osób cierpiących na choroby wieku podeszłego. Wśród procesów, w których wiek stanowi czynnik ryzyka, znaczny procent stanowią procesy na podłożu neurodegeneracyjnym i naczyniowym, do których bezspornie należy otępienie (5–10% populacji >65. roku życia). Wciąż poszukuje się czynników genetycznych i środowiskowych, wpływających na ryzyko rozwoju otępień. Jednym z powszechnie uznanych środowiskowych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych jest palenie papierosów. Dawno już potwierdzono negatywny wpływ nikotynizmu na rozwój chorób układu sercowo-naczyniowego. Wiemy również, że palenie tytoniu wpływa niekorzystnie na długość życia, przyczyniając się do zwiększenia umieralności.

Zainteresowanie wpływem palenia papierosów na rozwój chorób otępiennych zaowocowało na początku

lat 90. ubiegłego wieku licznymi doniesieniami na ten temat. Badania, głównie z lat 90., wykazywały, że nikotylna poprawia uwagę¹, zdolność uczenia się² oraz redukuje zaburzenia zachowania³ u osób z otępieniem alzheimerowskim. Pozytywny wpływ nikotylny zawartej w papierosach na zahamowanie rozwoju otępienia tłumaczono efektem modulacji układu cholinergicznego przez nikotylną, która miała powodować kilkukrotny wzrost liczby receptorów nikotylnych w układzie cholinergicznym⁴. Późniejsze badania wykazały jednak, że przewlekłe narażenie na nikotylną powoduje spadek wrażliwości receptorów nikotylnych układu cholinergicznego, bądź nawet ich całkowite zablokowanie, w efekcie upośledzając funkcje poznawcze⁵. W innej pracy wykazywano, że przewlekłe narażenie na tytoń i nikotylną powoduje redukcję plak amyloidowych w mózgu osób w wieku podeszłym, nie potrafiono jednak wyjaśnić przyczyn tego zjawiska⁶. W poszukiwaniu powiązania czynników genetycznych i środowiskowych łączono również wpływ palenia na otępienie z polimorfizmem genu APOE, genetycznym czynnikiem ryzyka rozwoju choroby Alzheimera, wykazując zwiększenie ryzyka rozwoju otępienia alzheimerowskiego

u palaczy⁷ ale tylko niebędących nosicielami allelu APOE e4; natomiast u nosicieli APOE e4 palenie miało wpływać na zmniejszenie ryzyka rozwoju choroby Alzheimera⁸. **Podkreślono, że u osób palących otępienie ujawnia się wcześniej niż u osób niepalących**, dlatego też coraz więcej badaczy zaczęło się przeciwstawiać pojawiającej się, a groźnej w konsekwencji opinii, że palenie papierosów powinno stać się zalecaną prewencją rozwoju otępienia.

Jednak informacje o pozytywnym wpływie palenia na zmniejszenie ryzyka rozwoju choroby Alzheimera szybko podchwyciły media oraz, co oczywiste, producenci papierosów, propagując powszechnie pogląd, że palenie jest sposobem na zabezpieczenie przed „chorobą pamięci”. Wydawało się, że zapomniano, albo raczej świadomie pomijano inne dane wskazujące, że palenie przyspiesza rozwój innych chorób, jak choćby raka płuca czy chorób układu sercowo-naczyniowego, oraz że jest przyczyną większej umieralności. W konsekwencji sprytnie i nie do końca rzetelnej kampanii propagandowej, na początku lat 90. XX wieku panował, ku zadowoleniu osób palących, dość rozpowszechniony pogląd, że palenie papierosów jest czynnikiem ochronnym rozwoju otępienia, w tym choroby Alzheimera.

Społeczne znaczenie problemu i nierozwiązany problem z naukowym punktu widzenia skłaniały do podejmowania kolejnych badań. Coraz częściej wyniki prac podsumowywano jako niejednoznaczne, wskazując, że ewentualna zależność pomiędzy paleniem papierosów i otępieniem wymaga dalszych badań. Niektóre wyniki wykazywały brak jakiegokolwiek zależności między otępieniem i paleniem. Doll, analizując wieloletnie prospektywne badanie populacyjne obejmujące ponad 30 000 lekarzy brytyjskich, wykazał, że nie ma istotnej statystycznie zależności pomiędzy paleniem i rozwojem otępienia. Uzyskane wyniki częstości rozwoju otępienia były podobne w grupie wieloletnich palaczy, jak i w grupie osób, które nigdy nie paliły⁹. Inne doniesienia wskazywały natomiast, że nikotylna nie wpływa pozytywnie na funkcje poznawcze i zachowanie oraz że palenie zwiększa ryzyko rozwoju otępienia^{7,10,11}.

Badania prowadzone w latach 90. miały jednak jedną zasadniczą słabość: w większości były to retrospektywne badania, kliniczno-kontrolne; często wykluczały także osoby z otępieniem naczyniopochodnym.

Z powodów wspomnianych powyżej zainteresowanie tematem wpływu palenia na rozwój zaburzeń pamięci nie malało. Zaplanowano i przeprowadzono szereg badań prospektywnych i długoterminowych^{12,13}.

Uzyskane wyniki nie pozostawiają wątpliwości, że palenie wywiera negatywny wpływ na funkcje poznawcze zwłaszcza u osób w wieku podeszłym.

W opublikowanej w bieżącym roku w American Journal of Epidemiology metaanalizie 19 badań prospektywnych, obejmującej ponad 26 000 osób, potwierdzono negatywny wpływ palenia tytoniu na funkcje poznawcze, na przyspieszenie pogarszania się pamięci i rozwój zarówno otępienia alzheimerowskiego, jak i naczyniowego¹⁴.

Wykazano, że u palaczy zaburzenia funkcji poznawczych narastają do 5 razy szybciej niż u osób niepalących. Nawet osoby, które zaprzestały palenia i od wielu lat nie palą, uzyskują w testach pamięci gorsze wyniki niż osoby, które nigdy nie paliły. **Ryzyko rozwoju otępienia zależy nie tylko od czasu narażenia na nikotylną, ale również zwiększa się wraz z liczbą wypalonych w ciągu dnia papierosów.**^{15,16,17}

Podsumowując, należy jednoznacznie stwierdzić, że w świetle aktualnych wyników badań palenie jest czynnikiem ryzyka rozwoju otępienia, w tym choroby Alzheimera. Powinno się zalecać zaprzestanie palenia, jako jedną ze strategii pozwalających na zmniejszenie ryzyka rozwoju otępienia.

Piśmiennictwo – www.pfp.edu.pl

Wpływ palenia tytoniu na stan zdrowia dzieci i młodzieży



Prof. dr hab. n. med. Jerzy Stańczyk
Klinika Kardiologii Dziecięcej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Członek Zarządu Głównego Polskiego
Towarzystwa Pediatrycznego

Jak wskazują badania, większość ludzi zaczyna palić przed ukończeniem 18. roku życia, oznacza to, że około 250 mln obecnie palących młodych osób może umrzeć w przyszłości z powodu chorób odtytoniowych. Codziennie w Polsce zaczyna palić około 500 nieletnich chłopców i dziewcząt, w skali roku daje to liczbę 180 000 młodocianych do 18. roku życia, którzy wpadli w „szpony” nałogu. Szacuje się, że dzieci w Polsce wypalają rocznie około 4 mld sztuk

papierosów. **Do kontaktu z papierosami przynajmniej aż 70% uczniów w wieku 12 lat, ale jak wynika z przeprowadzonych badań, po papierosa często sięgają dzieci w wieku 8 lat, a bywa, że i w wieku 5 lat.** Im wcześniej dana osoba sięga po papierosa, tym dłużej pozostaje nałogowym palaczem. Przy tendencji do zmniejszania się w ostatnich latach częstości palenia wśród dorosłych, wzrasta odsetek palaczy wśród młodzieży.

Tytoń stał się najpopularniejszą używką stanowiącą zagrożenie dla zdrowia dzieci. W większości przypadków palenie tytoniu przez dzieci to próba naśladowania osób dorosłych, sposobu trzymania papierosa, mimiki twarzy, zaciągania się dymem. Często jest to dostosowanie się do panującego w szkole stylu oraz forma protestu przeciwko ograniczaniu przez rodziców prawa decydowania o sobie. Palenie w odczuciu młodych ludzi podnosi poczucie własnej wartości i traktowane jest jako sposób radzenia sobie z różnymi problemami i napięciami. Nie bez znaczenia na decyzję o roz-

poczęciu palenia przez młodocianych jest wpływ reklam, które firmy tytoniowe kierują do tej grupy wiekowej. **Mimo że żadna z firm tytoniowych nigdy nie przyznała otwarcie, że kieruje swoje bardzo skuteczne kampanie marketingowe do dzieci, to decyzja o rozpoczęciu palenia przez młodocianych jest często podejmowana pod ich wpływem.** Oprócz szkodliwości dla zdrowia dzieci palenia czynnego trzeba pamiętać o równie szkodliwym wpływie na organizm palenia biernego. **Szacunkowo w Polsce około 3 mln dzieci to bierni palacze.** Boczny strumień dymu tytoniowego zawiera 35 razy więcej dwutlenku węgla i 4 razy więcej nikotylny niż dym wdychany przez aktywnych palaczy. Zawiera on również wiele substancji alergizujących, powodujących łzawienie oczu, kaszel, nawracające infekcje dróg oddechowych. **Bierne palenie powoduje takie same skutki zdrowotne jak palenie aktywne, czyli skłonność do zapalenia płuc, nieżyty oskrzeli, anginy, zapalenia zatok, zapalenia ucha środkowego, czy wrzeszczenie obturacyjne zapalenie oskrzeli i astmę oskrzelową, a w późniejszym okresie życia: raka płuc, trzustki, jamy ustnej, przełyku**

i krtni, a także nadciśnienia tętniczego i choroby niedokrwiennej serca. Należy również pamiętać o problemie związanym z wpływem palenia czynnego i biernego na rozwijający się płód. Jak wynika z badań, około 30% dzieci jeszcze przed urodzeniem narażonych było na bezpośredni, szkodliwy wpływ papierosów wypalonych przez matkę, a jeszcze większy procent był narażony na skutki palenia biernego. Udowodniono, że kobiety palące rodzą częściej dzieci hipotroficzne, u których w życiu dorosłym występuje większe ryzyko chorób układu krążenia. W przypadku dzieci ważnym elementem jest wpływ nikotynizmu na wyniki w nauce. W literaturze są doniesienia, w których oceniano wyniki uzyskiwane przez dzieci palące papierosy w porównaniu z grupą niepalącą. Stwierdzono, że palący uczniowie mają gorsze wyniki niż uczniowie niepalący, są mniej pojeńni, bardziej roztrząsani, wybuchowi i często nieposłuszni. Zdarza się również, że temu nałogowi towarzyszy inny – zażywanie narkotyków.

Jak wynika z przedstawionych powyżej danych, problem palenia czynnego i biernego w populacji dzieci i młodzieży do 18. roku życia jest niezwykle istotny z punktu wi-

dzenia niekorzystnego wpływu tego nałogu na stan zdrowia dzieci oraz na konsekwencje zdrowotne w życiu dorosłym. W związku z tym należy postawić pytanie, jak uchronić dzieci i młodzież przed nałogiem nikotylnym i jak ich przekonać o szkodliwości palenia. Odpowiednim krokiem jest podejmowanie działań określanych jako profilaktyka nikotylna. Profilaktyka ta winna być zróżnicowana i dostosowana do grupy wiekowej. Nie powinna wzbudzać lęku u odbiorcy, a raczej być ukierunkowana na osobę, skoncentrowana na substancji powodującej uzależnienie oraz na promocji zdrowia. Młodzież powinna mieć dostęp do broszurek, ulotek, plakatów oraz możliwość spotkań ze specjalistami w tej dziedzinie. Skutecznej profilaktyki nie sposób realizować bez wsparcia rodziców, szkoły i pracowników ochrony zdrowia. Działania mające na celu ochronę dzieci przed zgubnymi skutkami nałogu nikotylnego są wyzwaniem dla rodziców, opiekunów, nauczycieli i pracowników ochrony zdrowia. Należy wykorzystywać każdą okazję do kształtowania prawidłowej postawy młodych ludzi ukierunkowanej na zdrowy styl życia.

Piśmiennictwo – www.pfp.edu.pl

Rola psychoterapii w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu



Dr n. hum. Barbara Bętkowska-Korpała



Prof. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski

Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ

Pacjenci, którzy trafiają do kardiologa często palą tytoń przez całe dorosłe życie i nałóg ten jest bardzo głęboko zakorzeniony w ich sposobie funkcjonowania. W uzależnieniu od tytoniu działają specyficzne mechanizmy, z jednej strony fizjologiczne – związane z działaniem nikotyny na centralny układ nerwowy, a z drugiej – psychologiczne mechanizmy re-

gulacyjne, szczególnie w obrębie procesów emocjonalno-motywacyjnych, poznawczych i behawioralnych. Jak pokazuje praktyka kliniczna, nie jest łatwe dla pacjenta zaprzestanie palenia i utrzymanie trwałej abstynencji nikotynowej, ani dla lekarza wspieranie go w tym zadaniu, gdyż jest to proces rozłożony w czasie i wiele trudności na różnym jego etapie wynika ze specyfiki zespołu uzależnienia od tytoniu, który jest chorobą chroniczną.

Diagnoza mechanizmów uzależnienia, jego stopnia, ogólnego stanu zdrowia oraz motywacji pacjenta do zaprzestania palenia pozwala wybrać adekwatną interwencję terapeutyczną.¹⁻³ Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące postępowania wobec osób uzależnionych od tytoniu rekomendują stosowanie krótkiej interwencji, wsparcia farmakologicznego oraz psychoterapii^{11,4} Inną ogólnie dostępną formą pomocy, także w Polsce, jest poradnictwo telefoniczne.

Za kryterium skuteczności leczenia przyjmuje się utrzymywanie abstynencji nikotynowej, której długość, w zależności od metodologii badań, ustala się na minimum 6 miesięcy do powyżej roku. Z piśmiennictwa wiadomo, że skuteczność psychoterapii, najczęściej behawioralno-poznawczej, waha się w granicach

od 32–41% osób, które utrzymują abstynencję po roku.^{5,6} Różnice te związane są przede wszystkim z intensywnością i zakresem oddziaływań. Stead i Lancaster (2005) w przeglądzie badań⁷ dotyczących analizy różnych form oddziaływania wobec osób uzależnionych od tytoniu potwierdzają, że najlepsze rezultaty przynoszą intensywne programy grupowej terapii poznawczo-behawioralnej uwzględniające prewencję nawrotów.

Badania jednoznacznie wskazują, że łączenie psychoterapii i farmakoterapii daje zdecydowanie lepsze wyniki niż każdy z tych rodzajów terapii oddzielnie⁸, gdyż każdy z nich realizuje swoje cele, oddziałując jednocześnie na mechanizmy fizjologiczne i psychologiczne. I tak, farmakoterapia redukuje siłę objawów zespołu abstynencyjnego, których nasilenie jest szczególnie uciążliwe w pierwszym okresie zaprzestawania palenia, a psychoterapia pozwala nabyć umiejętności radzenia sobie z głodem nikotynowym i zapobiegania nawrotom.

Przykładem psychofarmakologicznego intensywnego leczenia uzależnienia od tytoniu jest program terapii opracowany i realizowany w dwóch edycjach w I Klinice Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2001–2003 w ramach prewencji choroby niedokrwiennej serca. Łącznie wzięło w nim udział 380 pacjentów. Podstawowym jego założeniem było równoległe oddziaływanie

na mechanizmy psychologiczne i fizjologiczne uzależnienia od tytoniu. Leczenie trwało około 2 miesięcy i obejmowało 8 sesji. Dwie pierwsze sesje indywidualne (konsultacja psychologiczna i lekarska) obejmowały diagnozę uzależnienia (m.in. badanie smokolajzerem), motywowanie do leczenia oraz ustalenie wskazań do stosowania chlorowodoru bupropionu SR. Kolejne 6 sesji o charakterze indywidualnym lub grupowym koncentrowało się na: budowaniu i wzmacnianiu wewnętrznej motywacji do zaprzestania palenia, dostarczaniu informacji na temat uzależnienia, analizie zysków i strat spowodowanych paleniem papierosów, nabywaniu umiejętności identyfikowania mechanizmów uzależnienia, uczeniu radzenia sobie ze stresem związanym z zaprzestaniem palenia, poznawaniu sposobów zapobiegania nawrotom choroby i metod radzenia sobie z głodem nikotynowym oraz nabywaniu motywacji do stosowania zasad zdrowego stylu życia. Jednocześnie przez cały czas trwania psychoterapii monitorowano efekty zażywania leku.

Po 2 miesiącach od zakończenia pierwszej edycji programu abstynencję utrzymywało prawie 75% osób, a po roku odsetek ten spadł do 41% chorych.⁸ W drugiej edycji tego programu bezpośrednie efekty leczenia wśród 286 pacjentów były bardzo zadowalające: 80,4% osób zaprzestało palenia tytoniu, 14,3% osób zredukowało przynajmniej o 50% liczbę wypalanych papierosów, a u 5,2% osób leczenie nie przyniosło zakładanych

efektów.⁹ Różnica w bezpośrednich efektach związana jest z zastosowaniem w drugiej edycji programu psychoterapii grupowej, rozbudowania o umiejętności rozpoznawania i zapobiegania nawrotom oraz korzystania ze wsparcia społecznego, jakie daje grupa¹².

Podsumowując, obok krótkiej interwencji motywującej do niepalenia papierosów, szczególnie w przypadku pacjentów, którzy mają trudności z zaprzestaniem palenia lub utrzymaniem abstynencji, należy rozważyć bardziej intensywne oddziaływanie, z włączeniem psychoterapii. Kompleksową terapię uzależnienia od tytoniu można z powodzeniem realizować w interdyscyplinarnych zespołach na oddziałach kardiologicznych.

^[1] Psychoterapię nie można nazwać wszystkich interwencji psychologicznych, gdyż jako sposób leczenia ma wskazania i przeciwwskazania, a jej stosowanie wymaga odpowiednich kwalifikacji.

^[2] Cele, metodykę i przebieg psychofarmakologicznego programu leczenia uzależnienia od tytoniu prowadzonego w I Klinice Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie szczegółowo opisano w artykule „Program grupowej terapii psychologicznej w kompleksowym leczeniu osób uzależnionych od nikotyny w ramach prewencji chorób układu krążenia – doświadczenia własne” – patrz piśmiennictwo.

Piśmiennictwo – www.pfp.edu.pl

Nowelizacja ustaw o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych – założenia, aktualny stan prawny, realizacja



Prof. dr hab. med. Jacek Jassem
Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii Akademii Medycznej w Gdańsku

Na całym świecie palenie tytoniu jest obecnie największym zagrożeniem zdrowotnym. Co roku umiera z tego powodu wiele milionów osób. Na szkodliwe działanie dymu tytoniowego narażeni są nie tylko czynni palacze, ale także osoby przebywające w ich otoczeniu. Liczne międzynarodowe badania potwierdzają, że ta forma ekspozycji, określana jako „bierne palenie”, jest w krajach rozwiniętych – obok czynnego palenia i nadużywania alkoholu – jedną z głównych przyczyn przedwczesnej umieralności. U dorosłych, którzy nigdy nie palili tytoniu, ale codziennie przebywają z palaczem, przedwczesna umieralność jest większa o 15%. Bierne palenie zwiększa ryzyko raka płuca u osób niepalących o 20–30%. Jeszcze większe jest zagrożenie chorobami dróg oddechowych i chorobami serca. Dym tytoniowy zawiera także wiele substancji alergizujących, powodujących m.in.: kaszel, ból głowy, podrażnienie oczu, nudności, problemy z oddychaniem itp. Według ostrożnych szacunków w 2002 roku tylko w 25 krajach Unii Europejskiej bierne palenie zabiło 79 000 osób, w tym w Polsce około 9 000. To znacznie więcej niż łączna liczba śmiertelnych ofiar wypadków komunikacyjnych i związanych z pracą. Ponadto szacunki te są ograniczone do osób dorosłych, podczas gdy szcze-

gólnie narażone na wdychanie dymu tytoniowego są dzieci. Bierne palenie zwiększa u nich ryzyko zakażeń dróg oddechowych, nawracających chorób ucha, ataków astmy i śmierci łóeczkowej, a wdychanie dymu tytoniowego przez kobiety w ciąży zwiększa ryzyko poronienia i zmniejsza masę urodzeniową noworodka.

Ostatnie lata to okres wzmocnionej aktywności parlamentów zarówno Europy, jak i pozostałych kontynentów. Dnia 27 lutego 2005 roku weszła w życie Ramowa Konwencja o Ograniczeniu Używania Tytoniu – pierwszy międzynarodowy traktat dotyczący zdrowia publicznego. Traktat ten został podpisany przez wszystkie 192 państwa członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia. Prezydent Polski podpisał ten dokument 25 sierpnia 2006 roku. Konwencja nakazuje stronom podjęcie odpowiednich środków, aby chronić osoby niepalące przed dymem tytoniowym w miejscach pracy, miejscach publicznych i środkach publicznego transportu. Zapisy nowelizacji znajdują zatem swoje uzasadnienie w tym akcie prawnym, a dodatkowo w Zaleceniu Rady Unii Europejskiej z 2 grudnia 2002 roku w sprawie prewencyjnych działań służących zapobieganiu używania tytoniu.

W Europie całkowity zakaz palenia we wszystkich miejscach pracy, w tym w barach i restauracjach, wprowadzono dotychczas w Irlandii, Norwegii, we Włoszech, Szkocji, Szwecji i na Malcie, a ostatnio w Anglii i w Irlandii Północnej. Całkowity zakaz palenia w miejscach pracy jest obecnie rozważany w kolejnych krajach europejskich i w najbliższych kilkunastu latach obejmie on najprawdopodobniej większość obszaru Unii.

Całkowity zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych okazał się ogromnym sukcesem. Nowe prawo jest przestrzegane w ponad 90% i cieszy się poparciem 93% Irlandczyków (81% wśród palaczy), 90% Włochów i 80% Szwedów. We wszystkich tych krajach znacząco zmniejszyła się również liczba czynnych palaczy, np. we Włoszech w ciągu pierwszych 9 miesięcy o 8%, a u osób w wieku 15–24 lat – o 23%. Równocześnie wprowadzenie zakazu palenia nie spowodowało zmniejszenia frekwencji w lokalach gastronomicznych i rozrywkowych ani pogorszenia ich sytuacji finansowej. **Kolejne badania reprezentatywnych próbach dorosłych Polaków wskazują, że w naszym kraju wprowadzenie zakazu palenia w miejscach publicznych popiera około 3/4 mieszkańców.**

W polskim ustawodawstwie brak jest kompleksowych uregulowań chroniących osoby niepalące przed dymem tytoniowym. Dotychczasowy zakaz palenia w miejscach publicznych oraz miejscach pracy nie zapewniał pełnej realizacji praw osób niepalących. Klienci restauracji, barów, pubów czy dyskotek, czyli miejsc będących niewątpliwie obiektami użyteczności publicznej, są narażeni w dużym stopniu na działanie dymu tytoniowego. Wydzielenie miejsc dla palących w środkach transportu i związanych z nimi obiektach tylko częściowo ograniczało to narażenie.

27 września 2006 roku przekazalem grupie posłów na Sejm opracowany przeze mnie we współpracy z grupą ekspertów projekt nowelizacji obecnie obowiązującej ustawy „O ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych”. Projekt ten był następnie przedmiotem posiedzenia sejmowej Podkomisji Zdrowia Publicznego, która stała się formalnie jego inicjatorem. W toku późniejszych prac projekt uzyskał jednogłówną akceptację Komisji Ustawodawczej Sejmu i został przekazany Marszałkowi. Ten z kolei przekazał ją do dalszych prac Komisji Zdrowia, która jednak

w ciągu ostatnich kilku miesięcy nie znalazła możliwości jej rozpatrzenia. Według zapewnień przewodniczącej Komisji, posłanki Ewy Kopacz, nastąpi to po przerwie wakacyjnej Parlamentu.

Proponowana modyfikacja rozszerza zakaz palenia tytoniu na wszystkie obiekty użytku publicznego, miejsca pracy, środki transportu publicznego i związane z nimi obiekty oraz na obiekty sportowe i rekreacyjne. Projekt ten obejmuje także uregulowanie kwestii palenia w bezpośrednim sąsiedztwie wejść i wyjść z miejsc publicznych, gdzie nierzadko trzeba się przedzierać przez kłęby dymu. Zakaz palenia w zamkniętych lokalach gastronomiczno-rozrywkowych powoduje także, że ich palący klienci przenoszą się do sąsiadujących z tymi obiektami ogródków, stwarzając tam znaczne narażenie na dym tytoniowy pozostałych osób, w tym dzieci. Projekt obejmuje zatem określenie 10-metrowego pasa przy wejściu do tych budynków jako wolnego od dymu tytoniowego.

Projekt nowelizacji zawiera także wprowadzenie pewnych ograniczeń w paleniu papierosów w prywatnych środkach transportu w obecności dzieci do lat 13 oraz przez kierowcę w czasie jazdy. Pierwszy postulat uzasadniony jest koniecznością ochrony dzieci przed szczególnie dużym stężeniem dymu tytoniowego w samochodach, wielokrotnie przekraczającym stężenie w innych pomieszczeniach zamkniętych. Podobne rozważanie stosowane jest w kilku stanach USA i rozważane w innych państwach. Zakaz palenia przez kierowcę w czasie jazdy, oprócz względów zdrowotnych, ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa prowadzenia pojazdów mechanicznych.

W proponowanej nowelizacji spod zakazu palenia w miejscach publicznych wyjęte zostaną m.in. indywidualne pokoje w hotelach, schroniskach, domach studenckich i domach zakonnych oraz wyodrębnione wagony w pociągach dalekobieżnych. W lokalach gastronomiczno-rozrywkowych palenie wyrobów tytoniowych będzie możliwe jedynie w odrębnych po-

mieszczeniach, służących wyłącznie jako palarnie, spełniających ściśle określone wymogi sanitarne.

Doświadczenia Polski i innych krajów wskazują, że wszystkie regulacje, które opierały się na „pogodzeniu” palących i niepalących, np. przez wydzielone, wentylowane pomieszczenia, miały bardzo ograniczone efekty lub wręcz żadne, podczas gdy wprowadzenie całkowitego zakazu znacząco wpłynęło na poprawę jakości powietrza. Za całkowitym zakazem palenia w miejscach publicznych i miejscach pracy przemawiają badania wykonane w Polsce, wskazujące szczególnie wysoki stopień narażenia na bierne palenie osób przebywających w obiektach gastronomiczno-przemysłowych.

Zadaniem każdego państwa jest stworzenie wszystkim osobom zatrudnionym bezpiecznego miejsca pracy. Dotychczasowe ustawodawstwo nie chroniło przed następstwami dymu tytoniowego osób zatrudnionych w sektorze gastronomiczno-rozrywkowym, w tym szczególnie barmanów i kelnerów. Badania wskazują, że w tej grupie zawodowej ryzyko zachorowania na raka płuca jest dwukrotnie większe niż w ogólnej populacji. We Włoszech, Irlandii i USA już w ciągu zaledwie paru miesięcy po wprowadzeniu całkowitego zakazu palenia tytoniu poprawił się stan zdrowia pracowników sektora gastronomicznego i rozrywkowego, a także zmniejszyła umieralność z powodu zawałów.

Pracom nad projektem ustawy towarzyszy szeroko zakrojona akcja medialna mająca na celu wyjaśnienie zawartych w projekcie uregulowań i uzyskanie dla nich społecznego poparcia. Inicjatywę wspiera minister zdrowia, szereg stowarzyszeń społecznych oraz najważniejsze medyczne towarzystwa naukowe. Projekt wsparła swoją uchwałą z dnia 8 września 2006 roku Naczelna Rada Lekarska, apelując równocześnie do wszystkich lekarzy i lekarzy stomatologów w Polsce o osobiste poparcie tego stanowiska.

Piśmiennictwo – www.pfp.edu.pl

