

NEOPHODNOST UVOĐENJA PROGRAMA ODVIKAVANJA OD PUŠENJA U AKUTNOJ KLINIČKOJ PRAKSI

Maja Latinčić, Jadranka Nuić, Rada Arnautović, Mirko Stanetić, Mirko Turić, Marinko Vučić

SAŽETAK

UVOD: Pušenje, prema saopštenjima mnogobrojnih savremenih epidemioloških i kliničkih istraživanja, koja se odnose na stanja sa povećanom incidencijom mortaliteta i ubrzanom prevalencijom morbiditeta, dokazano je kao vodeći faktor rizika njihovog nastanka. Pored kardiovaskularne ishemije, infarkta miokarda i cerebrovaskularnog inzulta, te sve više spominjanog metaboličkog sindroma (diabetes, hiperlipidemija), među njima se nalaze i HOBP i karcinom pluća. Istraživanja takođe saopštavaju povoljan učinak prestanka pušenja čak i u teškim stadijumima HOBP-a. Savremeni koncept komprehenzivne rehabilitacije sa holističkim pristupom definiše ulogu rehabilitacijskog tima i ističe potrebu uvođenja programa odvikavanja od pušenja u svakodnevnu kliničku praksu, tokom primjene individualno prilagođenog rehabilitacionog protokola u sklopu kliničkih puteva za navedene bolesti i poremećaje. CILJ: Evaluacija procesa prestanka pušenja sa aspekta medicinskog stanja zavisnosti i neophodnosti uvođenja programa odvikavanja od pušenja tokom akutnog kliničkog liječenja. ZAKLJUČAK: Zabranom pušenja ne može se postići prestanak pušenja. Zbog nikotinske zavisnosti pacijentu je neophodna stručna medicinska pomoć. Uvođenjem programa odvikavanja tokom akutnog kliničkog liječenja, na osnovu procijenjenog stepena zavisnosti, te praćenjem pacijenata u okvirima definisanim kliničkim putem, može se postići dugoročni prestanak pušenja, pa i značajno bolji ishod liječenja, kvalitet života i smanjenje zdravstvenih troškova.

Ključne riječi: prestanak pušenja, akutni rehabilitacioni protokol, HOBP

THE NECESSITY OF INTRODUCING SMOKING CESSATION PROGRAM IN ACUTE CLINICAL PRACTICE

Maja Latinčić, Jadranka Nuić, Rada Arnautović, Mirko Stanetić, Mirko Turić, Marinko Vučić

ABSTRACT

INTRODUCTION: Smoking, according to the statements of many contemporary epidemiological and clinical research related to the situation with an increased incidence of mortality and morbidity rapid prevalence has been proven as a leading risk factor for their occurrence. In addition to cardiovascular ischemia, myocardial infarction and stroke, and

more mentioned metabolic syndrome (diabetes, hyperlipidemia), among them are the COPD and lung cancer. Research also impart beneficial effects of quitting even in severe stages of COPD. The modern concept of comprehensive rehabilitation with a holistic approach to defining the role of the rehabilitation team and the need to introduce smoking cessation program in daily clinical practice in the application of individually customized rehabilitation protocol in the clinical pathways for these diseases and disorders. **OBJECTIVE:** The evaluation process of quitting in terms of medical dependency and the necessity of introducing the program of smoking cessation during acute clinical treatment. **CONCLUSION:** The smoking quitting can not be achieved by smoking prohibition. Because of the nicotine addiction patient requires medical assistance. By introducing the cessation during acute clinical treatment, based on the estimated level of addiction, and the monitoring of patients within the clinic pathway, it can be achieved long-term smoking cessation, as well as significantly better treatment outcome, quality of life and lower health care costs.

Keywords: smoking cessation,, acute rehabilitation protocol, COPD

UVOD

Prema podacima SZO trenutno ima oko 1,1 bilion pušača širom svijeta, što predstavlja oko 1/3 cijele populacije starije od 15 godina. U odnosu na ovaj trend, do 2030-e godine očekuje se da bi broj pušača mogao porasti na 1,64 biliona. Sa globalnog aspekta, dokazano je da pušenje uzrokuje godišnje oko 3 miliona smrti, od kojih se 1,9 miliona javlja u razvijenim zemljama (1).

U pulmološkim jedinicama oko polovina pacijenata su pušači, a kod HOBP 80-90% pacijenata su bili pušači ili još uvijek puše. Kod mnogih respiratornih poremećaja pušenje je dio etiopatogeneze, pa prema tome, potrebno je da bude i dio menadžmenta i tretmana bolesti. Mnogobrojnim epidemiološkim i kliničkim istraživanjima, koja se odnose na stanja sa povećanom incidencijom mortaliteta i ubrzanom prevalencijom morbiditeta, dokazano je da je pušenje vodeći faktor rizika njihovog nastanka. Pored kardiovaskularne ishemije, infarkta miokarda, cerebrovaskularnog inzulta, te sve više spominjanog metaboličkog sindroma (diabetes, hiperlipidemija), među njima se nalaze i HOBP i karcinom pluća. Pušači imaju 6 puta veći rizik obolijevanja od HOBP, i 10 puta veći rizik od karcinoma pluća u odnosu na nepušače (2,3).

Duvan sadrži štetne agense koji dijelom potiču direktno iz biljke duvana, a dijelom su to supstance koje se koriste za kultivaciju i preradu duvana. Pored nikotina, u duvanskom dimu

identifikovano je preko 40 kancerogena (4,5). Nikotinski receptori u CNS-u, kada su stimulisani, pobuđuju osjećaj zadovoljstva kao nagrade, slično kao amfetamin i druge supstance zavisnosti. Nikotin modifikuje mentalne procese, ublažava anksioznost i poboljšava manuelne aktivnosti. Po svojoj strukturi je alkaloid (tercijarni amin), sposoban da se veže za nikotinske acetilholinergične receptore. Nikotinske receptorske veze su veoma labave, tako da pušač brzo osjeća potrebu da ponovo povuče dim. Potrebna titracija nikotinom tokom vremena raste, kako u pogledu količine pri svakoj inspiraciji, tako i u pogledu dnevne količine popušanih cigareta. Nikotin izaziva kontrakciju terminalnih bronhiola u plućima, što povećava otpor protoku vazduha. Nadražujuće djelovanje duvanskog dima uzrokuje povećanu sekreciju tečnosti u bronhima i bubrenje epitelnih ćelija. Nikotin paralizuje cilije na površini epitelnih ćelija koje svojim pokretanjem odstranjuju višak sekreta i strane supstance iz disajnog sistema (6).

Nikotinska zavisnost usvojena je kao medicinski poremećaj od strane SZO (International Classification of Disease ICD-10). Smatra se da su svi pušači nikotinski zavisnici u određenom stepenu (7).

Prognoza dugoročnog prestanka pušenja se poboljšava ukoliko je odvikavanje od pušenja provedeno u okviru medicinskog tretmana, što je posebno značajno za pacijente sa već utvrđenim respiratornim poremećajem.

CILJ

Evaluacija procesa prestanka pušenja sa aspekta medicinskog stanja zavisnosti i neophodnosti uvođenja programa odvikavanja od pušenja tokom akutnog kliničkog liječenja.

DISKUSIJA

Pušenje kao bolest zavisnosti potrebno je evaluirati i u toku akutnog kliničkog liječenja, te pomoći pacijentu u procesu odvikavanja. Pušači mogu prestati pušiti i bez pomoći, ali su ti rezultati najčešće kratkotrajni. Prema saopštenju US Surgeon General (2000), savremeni standardi prevencije i prestanka pušenja uključuju 3 strategije: pomoć pušaču da se odvikne od pušenja, protekciju nepušača ekspoziciji „pasivnom pušenju“ i protekciju djece i omladine od započinjanja pušenja (8).

Prestanak pušenja je jedno od najznačajnijih "cost-effective" zdravstvenih intervencija. Čak iako je postignuti broj prekida pušenja skroman, 10-20% na godišnjem nivou, rezultati su izuzetno značajni u odnosu na prevalenciju pušenja.

Prestanak pušenja se odražava i na mortalitet i na morbiditet pušača, nezavisno od dobne starosti (9). Doll i Peto (2004), prema rezultatima dugogodišnje studije provedene na muškoj populaciji britanskih doktora, saopštili su da prestanak pušenja u 60-oj godini produžava „life-expectancy“ za 3 godine (10).

Prvi zvanični izvještaj o štetnosti duvanskog dima po zdravlje i povezanosti pušenja i nastanka karcinoma pluća saopštio je Ochsner (1938) (11).

Američki autori (Vynder i Graham 1950) i britanski autori (Doll i Hill 1950, 1952), značajno su doprinijeli suštinskom sagledavanju štetnosti uticaja duvana na zdravlje (12,13,14).

Britanski „The Royal College of Physicians“ 1962. godine, publikuje članak „Smoking and health“, a dvije godine kasnije na istu temu objavljen je članak i u US Surgeon General (15,16).

Muškarci su višebrojniji pušači u svim dijelovima svijeta, i više je pušača u manje obrazovanim populacijama. Dok se u visokorazvijenim zemljama bilježi opadajuća prevalencija pušača od 80-ih godina prošlog vijeka i danas iznosi 30%, u nerazvijenim zemljama prevalencija raste. U SAD pušenje se smanjuje, dok se u Evropi, nakon opadajućeg trenda, ponovo povećava (17,18,19).

Murray i sarad. (Health Study, 1998), dokazali su da su prestanak pušenja i dugoročna terapija kiseonikom faktori koji utiču na produženje života pacijenata sa HOBP. Neki trajni pušači uz dugoročnu terapiju kiseonikom, takođe su ispoljili nešto bolje preživljavanje, ali oni koji su trajno prestali pušiti ispoljili su najnižu prevalenciju hroničnog kašlja, hroničnog sputuma, dispneje i „wheezing“, dok su pušači imali najveću prevalenciju ovih simptoma (20).

Istraživanja su pokazala da su efekti prestanka pušenja udruženi sa povećanjem vremena preživljavanja kod pacijenata sa karcinomom. Pacijenti sa karcinomom grla ispoljili su bolji odgovor na radioterapiju nakon prestanka pušenja u odnosu na pušače. Pacijenti u toku primanja hemioterapije, za ograničeni mikrocelularni karcinom pluća, imali su smanjeno preživljavanje, ukoliko su nastavili sa pušenjem (21, 22).

Globalna prevalencija HOBP kreće se između 4 i 10%, a drži se da je njen vodeći uzrok pušenje (23). HOBP je četvrti po redu vodeći uzročnik smrti širom svijeta, poslije koronarnih i vaskularnih oboljenja, i akutnih respiratornih infekcija. Imajući u vidu porast prevalencije i ograničene terapijske opcije prestanka pušenja, smatra se da će do 2020. g. ova bolest zauzeti treće mjesto na listi vodećih uzročnika mortaliteta (24).

Pored kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih poremećaja, prevencija i prestanak pušenja takođe je i dio smjernica savremenog tretmana dijabetesa tip 2.

Uz teške zdravstvene konsekvence hroničnog bronhitisa i emfizema, HOBP često je udružena i sa dijabetesom tip 2. Rana i sarad. (2004), zaključili su na osnovu rezultata svojih istraživanja korelacije između HOBP, astme i razvoja dijabetesa tip 2, da HOBP može biti faktor rizika razvoja dijabetesa tip 2 (25).

Strategija liječenja HOBP uključuje: kontinuiranu anti-pušačku kampanju (primarna prevencija), ranu detekciju osoba sa rizikom nastanka kasnih konsekvenci HOBP (sekundarna prevencija), široku aplikaciju efikasnih terapijskih modaliteta i fizikalne terapije tj. odgovarajućih rehabilitacionih postupaka (tercijarna prevencija).

Istraživanja takođe saopštavaju povoljan učinak prestanka pušenja čak i u teškim stadijumima HOBP-a. Danski autori Godtfredsen i sarad., proveli su istraživanje medicinskih baza podataka (2006.god.- 2007.god.) u pogledu saopštenja koja se odnose na mortalitet i morbiditet pacijenata sa HOBP-a i prestanak pušenja. Većina istraživanja saopštila je pozitivne efekte nakon prestanka pušenja, dok nekoliko istraživanja nisu dokazala poboljšanje ishoda bolesti. Međutim, autori su ukazali da perzistiraju metodološki problemi (mali uzorak ispitanika, loš kvalitet podataka, posebno u pogledu uzroka smrtnosti), pa autori smatraju da se može zaključiti da prestanak pušenja usporava progresiju oštećenja plućne funkcije i produžava preživljavanje i kod teških stadijuma bolesti, u odnosu na ispitanike koji su nastavili sa pušenjem (26).

Prestanak pušenja je najznačajnija terapijska intervencija u prevenciji i liječenju HOBP, zato je pomoć pri odvikavanju od pušenja potrebno pružiti svakom pacijentu i u fazi akutnog liječenja, bez obzira da li je pacijent hospitalizovan zbog egzacerbacije HOBP, ili zbog drugih bolesnih stanja za koja je utvrđeno da je pušenje među vodećim faktorima rizika njihovog nastanka. Često kratka, abruptna informacija o prestanku pušenja, može izazvati suprotan efekat.

U pogledu supstitucione nikotinske medikacije (bupropion), podaci su različiti i nedovoljni. Obzirom na postojeća saopštenja ozbiljnih komplikacija (epileptički napadi), njihovo eventualno uvođenje u terapiju isključivo je u nadležnosti pulmologa, kao i uvođenje nekih drugih lijekova npr. tricikličnih antidepresiva.

Savremeni koncept komprehenzivne rehabilitacije sa holističkim pristupom, definiše ulogu rehabilitacijskog tima i ističe potrebu uvođenja programa odvikavanja od pušenja u okviru kliničkog puta uz vježbe kontrolisanog disanja.

Program odvikavanja od pušenja predviđa strukturalni pristup pacijentu, a podrazumijeva semi-strukturalni intervju i procjenu nikotinske zavisnosti.

Egzaktnu procjenu nikotinske zavisnosti danas je moguće provesti određivanjem nivoa ekshaliranog CO₂. Ovaj tzv. biološki način procjene, sa jedne strane je još uvijek dosta komplikovan, jer zahtijeva visok stepen saradnje pacijenta, a sa druge strane i još uvijek skupu i tehnološki neusavršenu medicinsku opremu.

Analiza skora Fagerström testa nikotinske zavisnosti omogućava jednostavnu i validnu procjenu nikotinske zavisnosti u svakodnevnoj kliničkoj praksi (27).

Algoritam za semi- strukturalni intervju koji se odnosi na pomoć pacijentu da percipira štetnost pušenja na njegovo zdravlje, kao i algoritam evaluacije ponovnog započinjanja pušenja, u praksu su uveli Fiori i sarad. (1996):

Pet „As“ prestanka pušenja- program odvikavanja

1. „Ask“ – ispitati pacijentov istorijat pušenja, životno doba početka pušenja, broj popušenih cigareta dnevno, vrstu cigareta, glavne karakteristike dnevne rutine pušenja, podatke o prethodnim pokušajima odvikavanja od pušenja.
2. „Advise“ – savjetovanje u pogledu štetnosti i neophodnosti prestanka pušenja, koristeći individualni pristup utemeljen na podacima iz njegove istorije pušenja.
3. „Assess“ - procjeniti svjesnost pacijenta o stepenu njegove zavisnosti, motivaciju i ličnu sposobnost za odvikavanje od pušenja (coping), što je od prediktivnog značaja vjerovatnoće uspjeha, i načina i intenziteta praćenja pacijenta. Dnevnik pušača može poboljšati motivaciju do tačke da pacijent prepolovi broj popušenih cigareta- „self-management“. Za ljekara, dnevnik omogućava sagledavanje profila pušača, te omogućava bolju kontrolu.
4. „Assist“ - pomoći pacijentu u postavljanju individualnog plana odvikavanja od pušenja, i zajedničke identifikacije izazova koji bi mogli dovesti do recidiva. Obezbijediti kontinuiranu podršku uključivanjem porodice još u toku akutnog liječenja- interaktivna edukacija pacijent-terapeut-porodica. Obučiti pacijenta za provođenje prilagođenog programa vježbi disanja.
5. „Arrange“- organizovati redovno praćenje pacijenta, evidenciju skora zavisnosti i omogućiti pomoć pacijentu pri odvikavanju od pušenja u toku akutnog liječenja i nakon otpusta - „follow-up“ što je od izuzetnog značaja u pogledu pružanja blagovremene podrške ukoliko pacijent počne ponovo pušiti, kada je neophodno ponovno inicirati adekvatnu strategiju rješavanja problema. O vrijednostima skora zavisnosti, i toku odvikavanja od pušenja neophodno je obavijestiti nadležnog pulmologa, kako bi se na vrijeme procijenila potreba uključivanja psihologa u rehabilitacioni tim.

Pet „Rs“ pacijenata koji ne žele da prestanu sa pušenjem i kod pacijenata koji su ponovo počeli pušiti

1. „Relevance“ - pitati pacijenta iz kojih razloga odvikavanje od pušenja može biti relevantno tj. korisno npr. zdravstveni razlozi, zaštita djece, ekonomski razlozi.
2. „Risks“ - procijeniti da li je pacijent svjestan rizika, mogućih kratkoročnih i dugoročnih posljedica po zdravlje ukoliko nastavi sa pušenjem.
3. „Rewards“ - ispitati da li je pacijent svjestan potencijalnih benefita prestanka pušenja.
4. „Roadblocks“ - pitati pacijenta o subjektivnim zaprekama prestanka pušenja i izazovima koji sprečavaju odvikavanje od pušenja.
5. „Repetition“ - ponoviti motivacijsku intervenciju svaki put kada nemotivisani pacijent uđe u ordinaciju.

ZAKLJUČAK

Zabranom pušenja ne može se postići prestanak pušenja. Zbog nikotinske zavisnosti pacijentu je neophodna stručna medicinska pomoć. Uvođenjem programa odvikavanja tokom akutne kliničke rehabilitacije, na osnovu procijenjenog stepena zavisnosti, te praćenjem pacijenata u okviru definisanog kliničkog puta i „follow-up“ kontrolnog vremena, može se postići dugoročni prestanak pušenja, pa i značajno bolji ishod liječenja, kvalitet života i smanjenje zdravstvenih troškova.

LITERATURA

1. World Health Organization Tobacco or Health; A Global Status Report. Geneva: World Health Organization 1997.
2. Halbert RJ, Isonaka S, George D, Iqbal A. Interpreting COPD prevalence estimates: what is the true burden of disease? Chest 2003; 123:1684–92.
3. Pauwels RA, Rabe KF. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Lancet 2004; 364:613–20.
4. Wynder El, Hoffmann D. Present status of laboratory studies on tobacco carcinogenesis. Acta Pth Microbiol Scand, 1961 52: 119-32.
5. International Agency for Research on Cancer. Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic risk of Chemicals to Humans. Tobacco Smoking No 38. Lyons: IARC, 1986.

6. Pickworth WB, Keenan RM, Henningfield JE. Nicotine: effects and mechanisms. In: Chang LW, Byer RS, eds. Handbook of Neurotoxicology New York: Marcel Dekker. 1995; 801-24.
7. WHO. World Health Organization International Classification of Disease - Tenth Revision Vol. 1. F17-Mental and Behavioral Disorders due to Use of Tobacco. Geneva: World Health Organization, 1992.
8. US Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use. A Report of the Surgeon General - Executive Summary. Atlanta: GEO, 2000.
9. US Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General, 1990. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 1990.
10. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. Br Med J 2004; 328: 1519.
11. Doll R. Tobacco: a medical history. J Urban Health 1999; 76: 289-313.
12. Wynder EL, Graham EA. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma. J Am Med Assoc 1950; 143: 329-36.
13. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung. Br Med J 1950; 221: 739-48.
14. Doll R, Hill AB. A study of aetiology of carcinoma of the lung. Br Med J 1952; 225: 1271-86.
15. Royal College of Physicians. Smoking and Health. London: Pitman Medical Publishing, 1962.
16. Centers for Disease Control. Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. PHS Publication No. 1103. Washington, DC, US: Department of Health, Education, and Welfare, Centers for Disease Control, 1964.
17. Boring CC, Squires TS, Tong T et al. Mortality trends for selected smoking-related cancers and breast cancer - United States, 1950-1990. MMWR 1993; 42: 8638-66.
18. Tager IB, Segal MR, Speizer FE et al. The natural history of forced expiratory volumes. Effect of cigarette smoking and respiratory symptoms. Am Rev Respir Dis 1988; 138: 837-49.
19. Peto R, Lopez AD, Boreham J et al. Morality from Smoking in Developed Countries: 1950-2000. Oxford: Oxford University Press. 1994.

20. Murray RP, Anthonisen NR, Connett JE et al. Effects of multiple attempts to quit smoking and relapses to smoking on pulmonary function. Lung health Study Research Group. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1317-26.
21. Browman GP, Wong G, Hodson I et al. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *N Engl J Med* 1993; 328: 159-63.
22. Videtic GM, Stitt LW, Dar AR et al. Continued cigarette smoking by patients receiving concurrent chemoradiotherapy for limited-stage small-cell lung cancer is associated with decreased survival. *J Clin Oncol* 2003;21: 1544-9.
23. Halbert RJ, Isonaka S, George D, Iqbal A. Interpreting COPD prevalence estimates: what is the true burden of disease? *Chest* 2003; 123:1684-92.
24. Pauwels RA, Rabe KF. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Lancet* 2004; 364:613-20.
25. Rana JS, Mittleman MA, Sheikh J et al. Chronic obstructive pulmonary disease, asthma, and risk of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care* 2004; 27(10): 2478-84.
26. Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT et al. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. *Eur Respir J*. 2008 Oct;32(4):844-53.
27. Heatherton TF, Kozlowsky LT, Frecker Re, Fagerstroem KO. The Fagerstrom Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-27.
28. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Smoking Cessation: Clinical Practice Guidelines No. 18. Public health service, Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Publication No. 96-0692. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 1996.

Dr Maja Latinčić, Služba za kliničku rehabilitaciju, Klinički Centar Banja Luka, majalatincic@yahoo.com

Mr sci. med. dr Jadranka Nuić, Služba za kliničku rehabilitaciju, Klinički Centar Banja Luka, jadranka.nuic@kc.bl-com