



Medexpress, 2018-08-16 06:00

Debata:

Jak minimalizować skutki nikotynizmu?



Fot. MedExpress TV

Jeśli osoba uzależniona od nikotyny nie jest w stanie rozstać się z nałogiem, lekarz powinien spróbować zredukować ryzyko wynikające z palenia - mówili specjaliści podczas debaty zorganizowanej przez redakcję Medexpressu.

W moderowanej przez red. Nacz. Medexpressu – Iwonę Schymallę – dyskusji udział wzięli:

- prof. Andrzej Fal, kierownik Kliniki Alergologii, Chorób Płuc i Chorób Wewnętrznych Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie,
- dr Zbigniew Król, wiceminister zdrowia,
- prof. Piotr Kuna, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
- dr hab. Jarosław Pinkas, krajowy konsultant ds. zdrowia publicznego,
- prof. Bolesław Samoliński, kierownik Zakładu Profilaktyki i Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
- dr hab. Filip Szymański, kierownik Pracowni Prewencji Chorób Sercowo-Naczyniowych Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Dzisiejsza rozmowa dotyczyć będzie palenia tytoniu - działań już podejmowanych i tych, które powinny zostać podjęte, aby poradzić sobie z tym problemem. Jak dużym wyzwaniem jest walka z nałogiem palenia tytoniu w Polsce? Obserwujemy pozytywne tendencje - z jednej strony coraz mniej Polaków pali, ale z drugiej strony coraz więcej młodych kobiet rozpoczyna palenie. Nadal mamy liczną grupę Polaków, którzy nie mogą się z tym nałogiem rozstać.

Zbigniew Król: Nastolatki oraz kobiety powyżej 50-60 roku życia to dwie grupy, na które trzeba popatrzeć z troską. Problem palenia tytoniu jest u nas ogromny, ponieważ wciąż około 25 proc. dorosłych Polaków pali - jest to dominujący nałóg. Co prawda wśród nastolatków jako inicjację zachowań ryzykownych identyfikuje się raczej alkohol, niemniej jednak palenie tytoniu jest w tej grupie również problemem. Kłopotem jest też pewnego rodzaju akceptacja społeczna, chociaż nastąpiła poprawa: nie zobaczymy już na ekranie głównego bohatera z papierosem, czy chociażby palącego lekarza w gabinecie lekarskim. Minął też zwyczaj, że przychodziło się do kogoś w odwiedzin i nie pytając o pozwolenie, zapalało papierosa.

Mniej palimy, ale trend spadkowy, jeśli chodzi o nałóg palenia, zatrzymał się.

Zbigniew Król: Według mnie jedną z głównych przyczyn jest to, że Polska jest drugim krajem w Europie pod względem produkcji wyrobów tytoniowych. To istotny rynek dostarczający do budżetu państwa z tytułu podatków ok. 24,5 mld zł rocznie. Jednak, jeśli spojrzymy na koszty jakie ponosimy na leczenie raka płuca, głowy, szyi, pęcherza, niewydolność serca, to przychód PKB jest zdecydowanie mniej korzystny. Jeżeli zsumujemy te kwoty, to dochodzimy do tego, co też WHO bada, że 1 zł przychodu to 4 zł kosztów.

Pacjenci klinik kardiologicznych to również osoby uzależnione od nikotyny. Jak istotny problem z punktu widzenia klinicysty stanowi uzależnienie od palenia tytoniu?

Filip Szymański: Dla nas to ogromne wyzwanie i problem. Mamy listę 20 najbardziej zjadliwych czynników ryzyka zwiększających najistotniej ryzyko chorób serca i naczyń oraz zgonu wśród naszych pacjentów. Numerem jeden jest nadciśnienie tętnicze. W ramach Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego robimy wiele, aby poprawić jakość leczenia. Numer dwa to nikotynizm. Zaraz numerem cztery i pięć jest zanieczyszczenie powietrza. To dla nas ogromny problem, ale jeszcze większym jest brak świadomości naszych pacjentów. Według oficjalnych danych ponad 20 proc. Polaków pali. Moim zdaniem znacznie więcej, bo nie mamy w statystykach szarej strefy. Patrząc na najbiedniejszych pacjentów (konsultujemy chirurgię naczyniową i chorych po zawale serca), znaczny ich odsetek pali papierosy, które sami sobie wytwarzają lub kupują na czarnym rynku. U pacjenta palącego występuje większe ryzyko dwóch przyczyn zgonu: zawału serca i udaru mózgu, czego pacjenci nie są świadomi.

Bierne palenie to też problem, kiedy osoby niepalące są pod wpływem dymu nikotynowego.

Andrzej Fal: Tak, to jest wielki problem u nas w Klinice Alergologii. W ostatnim czasie powstały dwa dokumenty międzynarodowe - nasze działania w Polsce nie mogą się oderwać od tego co się dzieje na świecie. Utworzono m.in. najbardziej dotąd restrykcyjny w walce z nikotynizmem dokument, który nazywa się „Deklaracja praw człowieka i prawa do życia w świecie wolnym od dymu”. Jest w tej chwili procedowany przez Narody Zjednoczone i zostanie przedstawiony na walnej sesji 27 września. Drugi z nich to „Rezolucja Narodów Zjednoczonych o ochronie przed chorobami przewlekłymi, w tym również następstwami palenia tytoniu”. Te dokumenty w pewien sposób dostrzegają pacjenta. Przede wszystkim wiedzą, że cele jakie sobie stawiamy są celami wielopokoleniowymi. Uwolnienie świata od dymu papierosowego nie jest zadaniem wykonalnym przez 5 lat ani prawdopodobnie za jedno pokolenie. To prawdopodobnie zadanie dwupokoleniowe przy bardzo restrykcyjnym postępowaniu. Z drugiej strony wiemy, że mamy szereg metod, które pomagają pacjentom pozbyć się nałogu. Mamy farmakoterapię, która działa u około 25-30 proc. pacjentów, natomiast ilość powrotów do palenia to ok. 10 do 15 proc. Psychoterapia to następna 1/5 w zależności od zakresu psychoterapii. Pozostaje nam grupa pacjentów odmawiających nam współpracy. Taki pacjent albo nie jest świadomy, albo uważa, że nie ma potrzeby rzucania palenia, bo ma już swoje

lata, swoje przeżył i nie interesuje go rzucenie palenia. Takich pacjentów jest ok. 30 procent.

I można się obrazić na takich pacjentów, pozostawić ich zdrowie we własnych rękach. Ale też można chcieć im pomóc. Zadaniem lekarza jest im pomóc, ograniczyć negatywne skutki zdrowotne palenia tytoniu. Prof. Fal już powiedział trochę o narzędziach walki z nikotynizmem. Czy ich skuteczność można ocenić? Może lekarze mają teraz bardziej nowoczesne narzędzia do walki z nałogiem u palaczy, którzy nie chcą rozstać się z nałogiem?

Jarosław Pinkas: Myślę, że lekarz ma świadomość, że mógłby zaproponować pacjentowi więcej niż do tej pory, ale wchodzimy na grząski grunt – mniejszego zła, ponieważ z reguły zastępujemy ten dramatyczny nałóg czymś, co jest równie niedoskonałe, co może spowodować, że mamy mniejszy uszczerbek zdrowotny, ale jednak uszczerbek. „Mniejsze zło” to kwestia filozoficzna. Niewątpliwie złem jest zabójstwo, ale złem jest również skaleczenie. Lekarz musi wyważyć sytuację, która budzi problemy etyczne, moralne, a także filozoficzne. Chciałbym wejść na globalny grunt. 80 proc. kosztów opieki zdrowotnej związanych jest ze stylem życia. Gdyby pacjenci żyli inaczej, nie mieli swoich nałogów, przyzwyczajęń, mieli dobre nawyki zdrowotne, to nie wydawalibyśmy tyle pieniędzy, niepotrzebnie. Bo taka jest to kategoria – pieniądze, które poszły w powietrze. Jadąc na to spotkanie usłyszałem w radio, że brakuje jeszcze 100 tys. euro dla pacjenta mającego być poddanym jakiejś specjalnej, specyficznej terapii związanej z leczeniem białaczki w Izraelu. Czy takie akcje miałyby miejsce? Nie. System opieki zdrowotnej w Polsce miałby pieniądze na tych chorych, którzy nie mieli szans, choć nie zapracowali na swoją chorobę. Jest wiele do zrobienia. Przede wszystkim musimy informować pacjentów o tym, że istnieją alternatywy, ale trzeba to zrobić w sposób niezwykle subtelny, aby pacjent był świadomy, że być może będzie bezpieczniejszy, ale pokaleczony. Za to pokaleczenie musimy płacić wszyscy.

Wróć do pacjentów, którzy chcą palić i nałóg jest dla nich elementem życia, z którym nie chcą się rozstawać. Czy dla osób notorycznie powracających do palenia są jakieś alternatywy?

Bolesław Samoliński: Mamy techniki i strategie, które w jakiś sposób wspierają takie osoby. To oczywiście e-papieros itd. Mamy coraz większy postęp technologiczny, który pozwala zamienić jeden sposób korzystania z tego nałogu na inny. Na początku chcę podkreślić, że z punktu widzenia strategii zdrowia publicznego, czyli polityki prozdrowotnej, ten nałóg jest fatalny i jest on wytworem naszego rozwoju cywilizacyjnego. W społeczeństwie pierwotnych tytoń pojawiał się jako element pewnych kulturowych zachowań w szczególnych sytuacjach. Nie było nałogu codziennego palenia. Szczyt tego nałogu to lata 70. ubiegłego wieku, kiedy $\frac{3}{4}$ polskiej populacji paliło. Najważniejszym elementem naszej strategii jest to, by nowe pokolenia nie zaczynały palić. Wówczas, w sposób naturalny dojdzie do pełnej eradykacji tego problemu w społeczeństwie. Czy zastąpienie tradycyjnego sposobu korzystania z tego nałogu innym sposobem da jakiś efekt? Dla populacji, która nie odejdzie od nałogu, jest to alternatywa, ale nie chciałbym, aby pojawiło się zjawisko, które obserwujemy w strategiach terapeutycznych, czyli np. pacjent z cukrzycą nie stosuje diety, bo myśli, że zamiast niej weźmie tabletkę albo większą dawkę insuliny. Uważa, że lekarz załatwi problem, a nie, że wszystko zależy od niego. Obawiam się tego samego w nikotynizmie, aby młoda populacja nie zastąpiła palenia papierosów nową modą - paleniem e-papierosa.

Nazywanie e-papierosa zdrowszym paleniem jest kuriozalne. Wiemy o pojawiających się nowych produktach tytoniowych. Czy możemy mówić dziś o ich mniejszej szkodliwości? Czy mamy jakieś badania na ten temat?

Piotr Kuna: Zgadzam się z przedmówcami we wszystkim - że palenie jest szkodliwe, kropka. Jestem lekarzem praktykiem, lecę POChP. Większość moich pacjentów pali papierosy, ponieważ palenie zwiększa o 30 proc. ryzyko powstania tej choroby. Leczę także chorych z nowotworami, gdzie również ten czynnik występuje. I chcę powiedzieć wyraźnie, że patrząc na pacjenta holistycznie, to nie jest tak, że dym tytoniowy jest jedynym czynnikiem ryzyka. Dziś w Polsce najgorsze jest skażenie środowiska. Jazda rowerem obok autostrady jest jeszcze gorsza. Jeśli państwo chce wpłynąć na zdrowie wszystkich, dzieci,

staruszków, kobiet w ciąży, to powinno walczyć ze smogiem. Jak? Zakazać stosowania byle jakiego węgla, zamienić ogrzewanie na gaz. Wtedy nie będzie smogu. Państwo ma narzędzia, by w skali kraju pozmienić wszystko. Czy my możemy równie wiele w odniesieniu do naszych pacjentów? 90 proc. moich pacjentów pali tytoń i każdemu z nich na każdej wizycie mówię, by tego nie robili. Może 10 proc. z nich ma silną wolę, by rzucić. Kiedy pytam co palą, okazuje się, że świństwo, czyli nielicencjonowane produkty, nie wiadomo skąd się w Polsce pojawiające. Domyślamy się, że z przemytu. Nie działają służby, które takiemu przemytowi powinny zapobiegać. Nie wiemy ile jest czynników szkodliwych w produktach nielicencjonowanych, których państwo nie sprawdza. Ja się opieram na zaleceniach Amerykańskiej Agencji Leków i Żywności oraz Narodowego Instytutu Zdrowia w Wielkiej Brytanii, które wydały jasne zalecenia, że jeżeli nie możemy zmusić pacjenta do odstawienia tytoniu, to mamy tzw. redukcję ryzyka. To termin wzięty z psychologii i psychiatrii, gdzie mamy do czynienia z pacjentami z problemami psychicznymi, którzy nie są w stanie odstawić papierosów. Papierosy możemy zamienić na produkty, które szkodzą mniej. Poziom badanych 53 substancji rakotwórczych jest w niektórych, przebadanych substytutach niższy o 99,99 proc. W 2013 r. NICE (red. National Institute for Health and Care Excellence) wyraźnie zaleciło brytyjskim lekarzom wdrożenie tzw. technologii redukcji ryzyka, czyli proponowanie licencjonowanego produktu, w którym jest mniej substancji szkodliwych, pacjentom, którzy nie potrafią odstawić papierosów.

Andrzej Fal: 30 proc. pacjentów nie oduczymy palenia. Ponadto generują oni ekspozycję bierną dla swojego otoczenia. Dziś przynajmniej w przestrzeni publicznej możemy ich ograniczać. Jak powiedział Profesor Kuna, minimalizacja ryzyka i szkodliwości została dostrzeżona przez wszystkie agencje na świecie (obecne NICE i WHO).

Czy opiera się to na doświadczeniach europejskich?

Filip Szymański: Powiedziałbym, że nie tylko europejskich, ale na światowych doświadczeniach.

Andrzej Fal: Nie będzie rzetelnych badań, jeśli nie będzie na nie przyzwolenia. Tu jest problem, bo jak etycznie przyzwolić na badanie, gdzie w jednej ręce jest papieros a w drugiej inny produkt tytoniowy? To bardzo trudna decyzja. Z drugiej strony nigdy nie dowiemy się o szkodliwości, jeśli tych badań nie będziemy prowadzić.

Filip Szymański: Dla mnie ważne jest wprowadzenie alternatywy, co nie jest łatwe w codziennej praktyce. Patrząc chociażby na Japonię - tam lekarze informowali każdego palącego pacjenta, że ma alternatywę. I pytanie: czy każda alternatywa jest taka sama? Nie. Mamy różnego rodzaju nikotynę, produkty różnego pochodzenia (legalnego lub nie), mamy e-papierosy. Wiemy, że są certyfikowane i wiemy co w nich jest, ale są też te sprzedawane w Internecie czy na bazarach z niewiadomymi substancjami. Mamy nowe wyroby, które nie spalają tylko podgrzewają tytoń. To nowoczesne wyroby, które są przebadane. Jest baza MEDLINE, PubMed, która ma *evidence based medicine* i nie można z nią polemizować, bo to są impaktowane pisma recenzowane. Dla osoby, która przestała palić tradycyjnego papierosa, a używa urządzenia, które podgrzewa i nie dopuszcza do wytwarzania dymu z zawartością aerozolu, to redukcja czynników zapalnych.

Tego nie wiemy.

Jarosław Pinkas: Należy skategoryzować te produkty. Każdy ma inne działanie i nie wszystkie są dokładnie przebadane. Nie do końca zgadzam się, że PubMed ma dane, z których powstaną jasne wytyczne. Dlaczego 50 lat temu Amerykanie reklamowali papierosy za pomocą lekarzy? Po 50 latach mamy zupełnie inne dane i wiemy dziś dokładnie co robią papierosy, natomiast w żadnej mierze nie wiemy co robi e-papieros, ponieważ jest to produkt nowy. Mamy w tej chwili różne analizy. Dwa tygodnie temu zostały pokazane dotyczące np. szkodliwości e-papierosów.

Filip Szymański: Pan Minister Pinkas ma oczywiście rację, ale musimy też zastanowić się jakiego punktu

końcowego oczekujemy. Jeżeli chcemy popatrzeć na śmiertelność, to po 12 czy 6 miesiącach nie będzie ona zredukowana przez zmianę nikotyny na produkt podgrzewany. Efekty tego możemy zobaczyć dopiero po 10 latach. Same wykładniki, które dla mnie są ważne z punktu praktyka kardiologa czyli np. markery stanu zapalnego, są zredukowane.

Bierne palenie jest istotnym czynnikiem ryzyka wielu chorób kardiologicznych, pulmonologicznych itd. Czy te produkty mogą być sposobem na ograniczenie zjawiska biernego palenia i jego negatywnych skutków?

Bolesław Samoliński: To pytanie pokazuje jak niezwykle skomplikowanym problemem jest w ogóle nałóg tytoniowy. Palenie ma bezpośredni wpływ na organizm palącego, ale też na otoczenie. Stąd zabroniliśmy palenia w przestrzeniach publicznych, ponieważ bierne palenie przez tradycyjny dym tytoniowy jest szkodliwe. Mamy to udokumentowane. Nie mamy natomiast badań porównujących palaczy i niepalaczy, bo z etycznego punktu widzenia nie jesteśmy w stanie zaprogramować takiego badania. To tak, jakbyśmy zrobili eksperyment na kobiecie w ciąży. Nikt sobie dziś na to nie pozwoli, bo to nieetyczne. W związku z tym, mamy problem z obiektywizacją wyników tych badań. Dziś porównujemy jak dużo substancji toksycznych jest w tradycyjnym papierosie, a ile w nowoczesnym. Drugi element, który możemy prześledzić, to czy pojawia się taki sam proces zapalny w wyniku palenia tradycyjnego papierosa w porównaniu do nowoczesnego. To jest informacja pośrednia, którą możemy ocenić dopiero w perspektywie 50 lat. Generalnie ten nałóg nie jest potrzebny. Ludzkość bez niego istniałaby tak, jak istnieje.

Piotr Kuna: Nie jestem tego pewien, bo jak spojrzeć na Biskupin to widać, że ludzie od zawsze byli eksponowani na dym.

Bolesław Samoliński: Ten dym, który wytwarzamy paląc tytoń, wytwarzamy sami na własne życzenie i z powodu tego, że jesteśmy od niego uzależnieni. Od dymu wytwarzanego w kominie nie jesteśmy uzależnieni. Dodam tylko, że dym tytoniowy zabija powoli, a smog zabija szybko. Mamy przykłady historyczne z Londynu, gdzie z powodu smogu w ciągu kilkunastu dni zginęło kilkanaście tysięcy osób.

MZ konstruuje politykę tytoniową, bo to ogromne wyzwanie - rzesza Polaków pali papierosy. Czy decydenci biorą pod uwagę to strategię redukcji ryzyka?

Zbigniew Król: Jest to brane pod uwagę w każdej strategii walki z problemem zdrowotnym. W zdrowiu publicznym wyprowadzenie z uzależnienia jak alkohol, tytoń czy dopalacze to aspekt chorób psychicznych. Psychiatrzy i psycholodzy mają swoje metody wyprowadzania z uzależnień. Czy skuteczne, to inna sprawa. Ostatnio byłem na debacie nt. narkomanii. Tam dowiedziałem się, że bardzo mała liczba osób uzależnionych od narkotyków jest z nałogu wyprowadzana. Podejrzewam, że przy nałogu palenia sytuacja jest taka sama. Tylko, że sami sobie fundujemy ten nałóg. W cywilizacji przyrost palących w pewnym momencie stał się zaawansowany. Kiedy dopuszczamy badania marketingowe producentów, nie stoimy sztywno na pozycji obrony przed uzależnieniami, wówczas zaczynamy relatywizować.

Andrzej Fal: Na stronie WHO możemy wyczytać, że obecnie powinniśmy inwestować przeciw wysoko słodzonym pokarmom oraz cukrom, w drugiej kolejności przeciw alkoholowi, w trzeciej przeciw papierosom. Tak, zgadzam się, że wchodzimy w pewien relatywizm, ale nie możemy zarzucić żadnego mechanizmu ograniczającego szkodliwy efekt każdego z nałogu.

Filip Szymański: Dla pacjenta po zawale serca, który do mnie przychodzi i mówi, że nie jest w stanie rzucić palenia, farmakoterapia jest słabym narzędziem, bo jest mało skuteczna. Poza tym pamiętajmy z punktu widzenia farmakoterapii o działaniach niepożądanych. Dla takiego pacjenta mam dwie rady: albo będzie on dalej palił i miał kolejny zawał lub POChP, lub rozwinie raka płuca, bądź zaproponuję mu alternatywę, która też jest zła, ale w mniejszym stopniu.

Jarosław Pinkas: Pełna zgoda. Chciałbym podkreślić to, że chociaż nie mamy medycyny paternalistycznej, to istnieją pacjenci, którzy zapytają się doktora: co Pan by zrobił na moim miejscu? Ja bym odpowiedział, że jeżeli pacjent nie jest w stanie rzucić palenia, zastosowałbym nowe techniki dostępne w tej chwili na rynku.

Czyli należy uczciwie informować pacjenta.

Jarosław Pinkas: Tak. Jest to dla mnie dość niezręczne, bo jestem obecnie krajowym konsultantem z zakresu zdrowia publicznego i nie powinienem takich słów powiedzieć, ale jestem też lekarzem, w związku z czym obowiązuje mnie uczciwość. Musimy więc znaleźć „złoty środek” – informować, ale nie stymulować. W świadomości musi być wykute, że nikotynizm to najgorszy z nałogów, jaki w tej chwili mamy, ale że możemy nad nim zapanować. Polska powinna być wolna od tytoniu do 2030 roku. Udało nam się już wiele. Proszę pamiętać o profesorze Zatońskim, naszej dyrektywie implementowanej w roku 2016. To są gigantyczne sukcesy.