

NOVÉ MOŽNOSTI V LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

MUDr. Eva Králíková, CSc.

Univerzita Karlova v Praze, 1. LF a VFN, Ústav hygieny a epidemiologie a III. interní klinika, Centrum léčby závislosti na tabáku

Kouření je u nás příčinou téměř pětiny úmrtí. Pacientů závislých na tabáku je u nás více než 2 miliony. Účinná léčba, která existuje, by měla být dostupná všem kuřákům. Kromě specializovaných center je to především krátká intervence ambulantních lékařů: vždy se zeptat na kuřácký návyk, kuřákovi jasně doporučit přestat, posoudit motivaci či připravenost přestat a motivovaným poradit, eventuálně předepsat léky a pozvat na kontrolu. I když účinnost krátké intervence je malá, právě její široká aplikace (každý lékař při každém klinickém kontaktu s pacientem) by hrála významnou roli ve snížení mortality a morbidit. V konečném hodnocení je nejefektivnějším způsobem léčby této závislosti vzhledem k vynaloženému času a nákladům. Ambulantní lékaři by neměli v tomto směru podceňovat svůj vliv na pacienty a tato intervence by měla být součástí jejich standardního přístupu k pacientům.

Klíčová slova: závislost na tabáku, krátká intervence, náhradní terapie nikotinem, bupropion, vareniklin.

NEW TOBACCO DEPENDENCE TREATMENT POSSIBILITIES

Smoking causes almost one fifth of all deaths in our country. We have more than 2 million of patients dependent on tobacco. Existing effective treatment should be available to each smoker. Except of specialized centers, it is mainly the short intervention delivered by first-line physicians: ask about the smoking habit, clearly recommend to stop to each smoker, assess the motivation or willingness to stop, advise how to stop to those willing to stop, recommend medication, plan controls. Although the effectivity of such intervention itself is low, its broad application (each physician during each clinical contact with the patient) would play important role in lowering the morbidity and mortality. Finally, it is the most cost-effective kind of treatment of this dependence. First-line physicians should not underestimate their possibility to influence their patients and this intervention should become standard in their daily practice.

Key words: tobacco dependence, short intervention, nicotine replacement therapy, bupropion, varenicline.

Interní Med. 2008; 10(10): 444–448

Úvod

Závislost na tabáku (diagnóza F17) je chronické recidivující onemocnění, jehož účinná léčba existuje (1, 15, 7). Nemocných je u nás více než 2 miliony osob (kouří kolem 26 % dospělých) (14) a toto onemocnění způsobuje téměř pětinu úmrtí v ČR (18 000 ročně) především na nádorová, kardiovaskulární a respirační onemocnění, ale podílí se na vzniku či přinejmenším zhoršeném průběhu prakticky všech klinických stavů (9, 12). Proto je velmi důležité, aby účinná léčba byla aplikována v co nejširší míře. Kromě specializovaných center léčby, kam však přijde jen zlomek kuřáků, jsou to především ambulantní lékaři. I přes vytíženost a nedostatek času mohou během cca 2-3 minut formou krátké strukturované intervence významně ovlivnit zdraví svých pacientů.

Definice kuřáctví

Kouření cigaret je u nás nejrozšířenější formou užívání tabáku, i když v poslední době se rozšiřuje kouření doutníků, méně dýmek. Tabák je možné konzumovat i bez spalování, jako bezdýmý (anglicky smokeless).

- *Nekuřák:* nikdy nevykouřil 100 a více cigaret.
- *Bývalý kuřák:* během života vykouřil 100 a více cigaret, ale v současné době nekouří.
- *Příležitostný kuřák:* v současné době kouří, ale ne denně.
- *Pravidelný (denní) kuřák:* v současné době kouří nejméně 1 cigaretu denně.

Úspěšnost léčby

V tisku můžeme vidět reklamy na různé „zázračné“ metody odvykání kouření, jako vymazání kouření z hlavy nebo vytažení nikotinu z prstů... Tito podnikatelé (jejich obchodní činnost nesouvisí se zdravotnictvím) využívají faktu, že je u nás cca 1 700 000 kuřáků, kteří by raději nekouřili, kdyby si mohli vybrat, a toho, že přestat kouřit není lehké. Často uvádějí i imponující čísla úspěšnosti své léčby, kolem 90 %. Kromě toho, že nebývají nijak podložena, můžete dostat i takovou odpověď, že devět z deseti kuřáků se k nim už nevrátí. V medicíně hodnotíme úspěšnost poněkud jinak – to je dobré vysvětlit našim pacientům.

Podstatná je především dlouhodobá abstinence. Ta je definována jako **nejméně 6, lépe však 12 měsíců bez kouření**. Toleruje se většinou maximálně 3-5 cigaret během této doby. Ve studiích je navíc třeba abstinenci biochemicky prokázat (7).

Biochemická validizace expozice tabákovému kouří je možná průkazem CO ve vydechovaném vzduchu nebo stanovením kotininu v tělních tekutinách.

Oxid uhelnatý (CO) je produktem spalování, není tedy zcela specifický pro kouření. Navíc je prokazatelný pouze po dobu cca 12 hodin. Měří se v ppm (parts per million, částice na milion) ve speciálním přístroji (například přístroj Smokerlyzer firmy Bedfont, viz www.bedfont.com nebo levnější přístroj naší výroby na www.kurka.cz). Právě pro možnost zkreslení se považují hodnoty do 6 ppm za nekuřácké, 7–9 ppm

může být po jedné či dvou cigaretách nebo i po dlouhodobém pobytu v zakouřené místnosti, hodnoty 10 ppm a více se považují za prokázané kouření v posledních 12 hodinách.

Kotinin je metabolit nikotinu, který je zcela specifický pro expozici nikotinu (falešně pozitivní výsledek tady dostaneme u těch pacientů, kteří užívají nikotin ve formě léků). Prokazatelný je po době nejméně dvou dnů od poslední cigarety – rychlost metabolismu je však individuální, může to být i déle. Vyšetření je možné ze slin, moči nebo krve a je dostupné většinou jen ve větších nemocnicích.

Diagnostika

Závislost na tabáku zahrnuje jednak *psychosociální a behaviorální* závislost (spojení kouření s určitými podněty) a jednak biologickou závislost na *nikotinu*. Není mezi nimi přesná hranice a nelze je zcela oddělit. Psychosociální závislost je v určité míře prakticky u všech kuřáků, závislost na nikotinu u cca 70 % z nich.

Poločas nikotinu je 2 hod., tedy kuřák závislý na nikotinu kouří nepochybně denně, většinou 10 a víc cigaret/den, cítí potřebu zapálit si většinou do hodiny po probuzení a při abstinenci pocituje **abstinenční příznaky: lačnění (touha kouřit, špatná nálada) deprese, poruchy spánku, úzkost, nesoustředěnost, neschopnost koncentrace, zvýšená chuť k jídlu**.

Ke stanovení diagnózy závislosti na nikotinu pro rychlou diagnostiku postačí v praxi otázka: Jak brzo po probuzení máte potřebu si zapálit? V případě, že do hodiny, je kuřák nepochybně na nikotinu závislý.

Současná doporučení léčby

Nejčastěji citovaná a nejobsáhlejší jsou doporučení amerického panelu, která v roce 2008 doznala třetí verze (7). První byla z roku 1996 (vycházela z 3000 publikovaných prací 1975–1994), druhá z roku 2000 (vycházela z 3000 dalších publikací 1995–1999), a třetí, recentní vydání z roku 2008, vychází z dalších 2700 publikací, celkem tedy shrnuje více než 8500 odborných článků (5, 6, 7). Jsou podkladem evropských (13) či českých doporučení (3, 4, 10).

Oproti vydání z roku 2000 vyzdvihují doporučení amerického panelu z roku 2008 (7) jasnější účinnost strukturované intervence i telefonních linek pro odvykání kouření. Účinnou farmakoterapii rozšířil nový lék vareniklin, hodnocený jako neúčinnější. Navíc je prokázána efektivita určitých kombinací farmakoterapie. Zejména pro Českou republiku je důležitý průkaz vysoké výhodnosti hrazení této léčby (jak intervence zdravotníkům, tak farmakoterapie pacientům) i to, že její dostupnost zdarma zvyšuje úspěšnost.

Závěry shrnují

Závislost na tabáku je chronické onemocnění, které vyžaduje opakované intervence. Účinná léčba však existuje a významně zvyšuje abstinenci.

Je nutné indentifikovat a dokumentovat konzistentné užívání tabáku při každé klinické návštěvě pacienta.

Léčba závislosti na tabáku je účinná napříč různými populacemi. Každému kuřákovi, který si přeje přestat kouřit, by měla být nabídnuta konzultace a farmakoterapie (hodnocená jako účinná).

Každému uživateli tabáku by se mělo dostat alespoň krátké intervence, která je také účinná.

Individuální, skupinové a telefonní proaktivní konzultace jsou účinné v závislosti na intenzitě léčby. Během nich by měl klinik poskytovat pacientovi zejména praktické rady a sociální podporu.

S výjimkou kontraindikací by měla být doporučena medikace všem pacientům, pro něž se prokázala jako účinná. Je to sedm léků první linie: bupropion SR, nikotinová žvýkačka, nikotinový inhalátor, nikotinová pastilka, nikotinový nosní sprej, nikotinová náplast a vareniklin. Klinik by také měl zvážit kombinace léků.

Kombinace intervence a farmakoterapie je účinnější než oba tyto postupy samostatně, měly by tedy být rutinně nabízeny společně.

Účinná je i telefonní linka pro odvykání kouření, zdravotní systém by měl zajistit přístup k takové lince všem a propagovat ji.

Pokud kuřák momentálně neplánuje přestat kouřit, klinik by měl použít účinné motivační postupy – zvýší tak pravděpodobnost pokusů přestat i pravděpodobnost abstinence i u kuřáků dosud nerozhodnutých přestat.

Léčba závislosti na tabáku je klinicky účinná a vysoce ekonomicky výhodná v porovnání s ostatními klinickými intervencemi. Její hrazení zvyšuje úspěšnost. Poskytovatelé zdravotní péče by proto měli zajistit, aby účinné typy intervencí a farmakoterapie byly hrazeny.

Dále uvedené postupy vycházejí z doporučení amerického panelu z roku 2008 (7).

Léčba – psychobehaviorální intervence

Léčba či intervence zaměřená na psychobehaviorální závislost spočívá ve snaze přimět kuřáka, aby si předem (přede dnem D) připravil pro jednotlivé situace náhradní řešení. Průměrná kritická doba a nejčastější doba relapsů bývá během prvních 3 měsíců. Proto by se měl kuřák cca 3 měsíce vyhnout těm situacím, kterým se vyhnout lze, např. nepít kávu, nechodit s kamarády do zakouřené restaurace. Na ty situace, kterým se vyhnout nemůže, by se měl připravit: např. nosit s sebou kartáček na zuby a pastu a po jídle si vyčistit zuby, vypít sklenici vody, naučit se relaxovat jinak než s cigaretou.

Důležité je také to, jak kuřák na kouření vzpomíná: jestliže převažuje seblitost a nostalgie, bude se pravděpodobně trápit dlouho a intenzivně a ke kouření se s vyšší pravděpodobností vrátí. Pokud ale dokáže mít radost z toho, že už nekouří, nebude se trápit dlouho ani příliš a spíše bude úspěšný. Právě v tomto smyslu bychom měli intervenovat.

Pacient by měl pochopit, že aktivní změna životního stylu či prožívání dne je to, co každý do léčby musí vložit sám. Žádná farmakoterapie dnes ani v budoucnu nemůže nikomu zabránit, aby sáhl po cigaretě – to bude vždy záležet na něm. Kuřák by neměl čekat zázrak – jeho aktivní snaha a pevné rozhodnutí jsou k úspěchu nutné. Farmakoterapie pak především zabrání abstinčním příznakům.

Farmakoterapie

Pacient by měl pochopit především princip působení nikotinu z tabákového kouře, a to zejména masivní a rychlé vyplavení dopaminu v oblasti mozku, kde vznikají libé pocity (nucleus accumbens). Tak si uvědomí, že s každým potažením z cigarety, kterých za život absolvoval řádově i několik milionů, svůj mozek masivně ovlivňoval, a proto pak lépe porozumí potřebě obecně kterékoli z účinných farmakoterapií.

V současnosti jsou u nás k dispozici výše uvedené tři druhy léků první linie – nikotin, bupropion a vareniklin.

Náhradní terapie nikotinem, NTN (Nicorette, Niquitin)

Od začátku 80. let 20. století se používá nikotinová žvýkačka. U nás je nyní NTN k dispozici ve 4 formách: žvýkačka (2 a 4 mg), inhalátor (10 mg), náplast (5, 10 a 15 mg/16 h nebo 7, 14 a 21 mg/24 hodin) a sublingvální tablety (2 mg). NTN je volně prodejná v lékárně (bez receptu). Zdvojnásobuje úspěšnost ve srovnání s placebem, účinnost jednotlivých forem se významně neliší, je tedy možná volba pacienta. Rozdíl je jen ve způsobu vstřebávání nikotinu: náplast uvolňuje nikotin kontinuálně, ale pomaleji než ostatní formy, které umožňují vnímat „peaky“ a moderování dávek podle okamžité potřeby. Proto se u silných kuřáků doporučuje kombinace náplastí s některou z ostatních forem. Léčba by měla trvat v plné dávce minimálně 8, raději 12 i více týdnů (kratší léčba než 8 týdnů už neznamena zdvojnásobení úspěšnosti).

Pokud jde o stanovení dávky, je třeba si uvědomit, že z náplastí se sice vstřebá množství nikotinu uvedené na obalu, z orálních forem však jen zhruba polovina, v případě inhalátoru dokonce jen pětina množství uvedeného nikotinu. Pacienti užívající NTN jsou tak často poddávkováni. Naopak z jedné cigarety se vstřebá kolem 1–3 mg nikotinu, bez ohledu na údaj na krabičce. Mnohem důležitější, než jakou cigaretu kuřák kouří, je způsob, jakým ji kouří: počet potažení, hloubka, obsah a trvání inhalace. NTN je možné indikovat i v případě redukce u těch pacientů, kteří nejsou připraveni přestat naráz – viz dále.

Čistý nikotin ve formě NTN je vždy lepší alternativou než nikotin z cigaret, kdy spolu s ním vdechuje kuřák několik tisíc chemikálií. Proto můžeme NTN doporučit všem kuřákům závislým na nikotinu, pro něž by byla alternativou cigareta (nejsou schopni přestat bez léčby), a to i v případě nedospělých, těhotných nebo pacientů s kardiovaskulárním onemocněním (2, 11).

Bupropion SR (Zyban, Wellbutrin)

Bupropion působí v mozku podobně jako kouření – je inhibitor reuptaku noradrenalinu a dopaminu, tedy zvyšuje jejich hladinu v synapsích. Efektivita (podobně jako u NTN cca dvojnásobná abstinence ve srovnání s placebem) se příliš neliší podle míry závislosti, historie deprese nebo alkoholizmu. Léčba trvá rovněž nejméně 8, raději 12 či více týdnů. Bupropion je u silných kuřáků vhodné kombinovat s některou z forem NTN. Kontraindikací jsou křečové stavy typu epilepsie, anorexie, bulimie či užívání některých léků z oblasti psychiatrie. Je vázán pouze na recept bez preskripčního omezení (Zyban) bez hrazení pojišťovnou nebo s omezením psychiatr, neurolog a sexuolog (Wellbutrin) s částečným hrazením pojišťovnou.

Vareniklin (Champix)

Vareniklin je parciální agonista acetylcholin – nikotinových receptorů, zejména subtypu $\alpha 4\beta 2$. Tento typ receptoru je typický pro silně závislé kuřáky. Vareniklin působí jednak agonisticky (naváže se na nikotinové receptory, a zabrání tak abstinčním příznakům), jednak antagonisticky (pokud by si pacient s vareniklinem zapálil, neposkytne mu cigareta obvyklý pocit slasti, protože receptory již byly obsazeny vareniklinem, a nedojde tak k vyplenění dopaminu jako dříve. Agonistický vliv vnímá pacient jako sníženou potřebu (nutkání) kouřit, antagonistický vliv jako ztrátu pocitu odměny po cigaretě. Nejčastějším nežádoucím účinkem je mírná nauzea po spolknutí tablety. Není nebezpečná, ale může být nepříjemná. Vyskytuje se u 20–30 % pacientů, většinou není závažná a po několika týdnech odezní. Doporučíme proto užívání po jídle s řádným zapitím. Právě kvůli nauze má vareniklin „startovní“ balení, kdy jsou pro první týden určeny slabší tablety (0,5 mg první tři dny jen ráno, další čtyři dny ráno a večer) a teprve v druhém týdnu se užívá plná dávka, tedy 1 mg 2x denně. Někteří naši pacienti říkají tomuto instruktivnímu balení „kuřácká antikoncepce“. Dalším, méně častým nežádoucím účinkem mohou být neobvyklé (nikoli děsivé) sny.

Vareniklin prakticky nemá lékové interakce – kolem 90 % se vylučuje v nezměněné podobě močí (kontraindikací by bylo těžké selhání ledvin) a nesouvisí s cytochromem P450.

Vareniklin zhruba ztrojnásobuje úspěšnost oproti placebo. Je vázán na recept bez preskripčního omezení.

Obavy z nežádoucích účinků léků

Pro všechny léky závislosti na tabáku platí poměrně časté obavy pacientů z nežádoucích účinků. Týká se to i náhradní terapie nikotinem – občas pacient přijde a řekne, že se bál vedlejších účinků nikotinu, a proto jej neužíval a raději kouřil (!). Neuvědomí si, že z cigarety se nikotin vstřebává také, většinou více než z NTN, kterou se bál užívat.

Zvláštní kapitolou jsou obavy z vareniklinu. Příbalový leták kromě výše uvedených nežádoucích účinků zahrnuje totiž také abstinční příznaky při odvykání kouření včetně deprese. Vareniklin se přitom v praxi osvědčuje i u mentálně nemocných.

Psychiatrická komorbidita je velmi častá u kuřáků – v USA si koupí téměř polovinu cigaret lidé s psychickými problémy. Mezi pacienty s depresí je kolem 60–70 % kuřáků, mezi pacienty se schizofrenií kouří kolem 80 %. Kromě toho je deprese abstinčním příznakem při odvykání kouření, tedy vyskytne se pravděpodobně vždy u části z těch, kdo přestávají kouřit, ať už přitom budou užívat jakýkoli lék (bez léků pravděpodobně ve vyšší míře). Ačkoli vareniklin působí prakticky antidepresivně (zvyšuje hladinu dopa-

minu v synapsích), vznikla po dvou letech od uvedení do praxe obava právě z depresí a sebevražedných sklónů, a to zejména v USA, kde je na webu FDA (Federal Drug Administration) volně přístupná stránka s hlášením nežádoucích účinků všech léků. Protože vareniklin tam užívalo v té době více než 5 milionů lidí, FDA dostala řadu hlášení. Na jejich základě se pak objevovaly poplašné zprávy, zejména o depresi a sebevraždách. Pokud však vztáhneme počet takto hlášených sebevražd (od května 2006 do konce roku 2007 celkem 28 u těch, kdo užívali vareniklin) vzhledem k celkovému počtu těch, kdo vareniklin užívali (cca 5 milionů, tedy 28 sebevražd/5 milionů), na počet sebevražd v české populaci (cca 1500/10 milionů), zjistíme, že mezi uživateli vareniklinu je jich více než 20x méně oproti naší populaci.

Samozřejmě platí, že nežádoucí účinky stejně jako abstinční příznaky je třeba stále sledovat a monitorovat. V případě léčby závislosti na tabáku bychom se na ně měli (bez ohledu na používané léky) pacientů vždy aktivně ptát, a to zejména na depresi či změnu nálad.

Při zvažování rizika a prospěchu léčby by lékař neměl zapomínat, že cigarety jsou příčinou úmrtí poloviny svých pravidelných konzumentů, a to v průměru o 15 let dříve, než kdyby nekouřili. Zároveň je zřejmé, že jednoznačně chybí informovanost kuřáků o tom, co v tabákovém kouři vdechují, často i informace lékařů například o lékových interakcích cigaret.

Lékové interakce

Pacienti se často obávají lékových interakcí léků závislosti na tabáku, nebo dokonce zdravotních problémů, které by mohly vzniknout v souvislosti se zanecháním kouření. Většinou netuší, že lékové interakce má především samo kouření. Obecně lze říci, že kouření snižuje účinnost řady léků. Například je to menší pokles krevního tlaku či tepové frekvence po betablokátořech, menší sedativní efekt benzodiazepinů, menší analgezie po opolidech. Také účinek warfarinu může být kouřením snížený, proto bychom měli pacienta zejména v době, kdy přestává kouřit, kontrolovat. Kouření snižuje i efektivitu řady psychofarmak, například klozapinu, olanzapinu, chlorpromazinu, haloperidolu, flufenazinu, fluvoxaminu. Jejich plazmatické koncentrace mohou vzrůst po zanechání kouření. Zkracuje poločas teofylinu z 8 na cca 5 hodin. Normalizace může trvat měsíce.

Kombinace léků

Pokud jde o NTN, kombinuje se u více závislých kuřáků většinou náplast (kontinuální hladina nikotinu) s některou z orálních forem (rychlé dodání nikotinu v případě chuti na cigaretu).

Bupropion je možné kombinovat s kteroukoli formou (i více formami) NTN.

Kombinace vareniklinu s větší dávkou nikotinu nemá smysl – obě látky by soutěžily o stejná vazebná místa, tedy nedoporučuje se. Ale v případě, že pacient popisuje přes sníženou potřebu kouřit některé přetrvávající abstinční příznaky, zejména zvýšenou chuť k jídlu, máme oproti příbalovému letáku dobrou zkušenost s kombinací vareniklinu s menší dávkou některé z orálních forem nikotinu (pastilka, žvýkačka, mikrotableta, inhalátor).

Délka léčby

Vzhledem k chronicitě závislosti na tabáku a snadné recidivě je žádoucí co nejdelší léčba. Vždy doporučujeme léčbu co nejdelší a v plné dávce. Minimální doba by měla být kolem 3 měsíců, raději však 6 i více měsíců (úspěšnost se tak zvyšuje).

Bariérou dostatečně dlouhé léčby bývá cena. Připomeňme, že se opakovaně prokazuje, že hrazení této léčby zdravotníkům a proplácení léků pacientům významně zvyšuje adherenci k léčbě a tím také úspěšnost a je vysoce výhodné pro stát i poskytovatele zdravotní péče.

Den D

Vždy doporučujeme přestat naráz. V případě užívání NTN to je v den, kdy ji pacient začal užívat. Objevují se i publikace ukazující zvýšení úspěšnosti v případě, že NTN začala být užívána již několik dnů přede dnem D.

V případě bupropionu přestává kuřák většinou po cca 10–14 dnech léčby. Pokud kombinuje bupropion s NTN, měl by NTN začít užívat právě v den D. Od druhého týdne léčby pacienti většinou popisují snížení potřeby kouřit.

V případě vareniklinu by měl pacient přestat kouřit v době, kdy dosáhl plné dávky, tedy ve druhém týdnu léčby. Většinou je to pro něj relativně snadné: popisuje, že v tomto období „přestalo nutkání kouřit“ (agonistický efekt vareniklinu) a „když jsem si zapálil, nic mi to neřikalo“ (antagonistický efekt vareniklinu).

Někdy se však stane, že pacient kouří ještě několik týdnů při užívání léků, i když omezeně. Bývá to většinou u silně závislých. Pokud jsou motivovaní přestat a popisují fungující účinek léků (snížení potřeby kouřit či ztrátu obvyklého pocitu odměny po cigaretě), v léčbě pokračujeme. V takových případech doporučujeme pak farmakoterapii ještě alespoň 6 měsíců od poslední cigarety.

Redukce kouření

Za redukci se považuje méně než 50 % obvykle kouřených cigaret denně. Redukce cigaret bohužel významně riziko nesnižuje, tedy sama o sobě není cílem našich doporučení. Nemůžeme však ignorovat skutečnost, že úspěšnost léčby závislosti na tabáku

je relativně malá: po roce abstinuje cca 5 % těch, kdo přestávali bez odborné pomoci či léků, při intenzivní psychobehaviorální podpoře na specializovaném pracovišti a dlouhodobém (6 měsíců) užívání léků (vareniklin) abstinuje cca 40 % kuřáků, úspěšnost léčby je ale v průměru celkově stále pod 20 %. Jinak řečeno, kolem 80 % kuřáků přestat naráz nedokáže. Právě pro ně může být řešením cesta k abstinenci přes období redukce, doposud především s pomocí NTN. Kuřák nahradí některé cigarety některou z orálních forem NTN nebo používá nikotinovou náplast – zjistí, že tak dokáže určitě své kuřácké situace prožít bez kouření, a snaže se tak odhodlá k úplné abstinenci. Redukovat kouření je možné i při dlouhodobějším užívání vareniklinu. Redukce má smysl řádově týdny až měsíce, pak je třeba skutečně přestat kouřit. Abstinence tedy vždy zůstává cílem, ale někteří se k ní mohou dostat přes redukci. Kuřák, který dokázal redukovat počet cigaret, má vyšší pravděpodobnost abstinence v budoucnosti.

Budoucí farmakoterapie

Léky budoucnosti budou pravděpodobně založeny na komplikovaném vlivu kouření na mozek. Příkladem může být rimonabant (Acomplia), který blokuje endokannabinoidní receptory CB1, závislost na tabáku však jako indikaci zatím nemá. Vzhledem k jeho působení na pocit hladu by mohl být úspěšný zejména u těch kuřáků, pro které je velkou překážkou zvyšování hmotnosti poté, co přestanou kouřit.

Několik firem rovněž připravuje vakcíny, jejichž detailní složení se liší, ale princip spočívá v nabalení malé molekuly nikotinu, která snadno projde hematoencefalickou bariérou, na větší (imunoglobulin). Fakt, že cca 60 % vstřebaného nikotinu se nedostane k mozku, stačí k rozvázání vztahu dávka – účinek. Nezdá se však, že by vakcíny mohly být účinnější než dosavadní léky.

Léčba v ambulantní praxi – krátká intervence

Nejefektivnější způsob léčby vzhledem k vynaloženému času a nákladům. Vzhledem k tomu, že většina kuřáků (cca 70 %) navštíví během roku nějakého lékaře, je důležité nabídnout účinnou léčbu těm, kdo chtějí přestat, a motivovat ty, kdo přestat nechťejí. To je možné v rámci cca 3–5 minut podle pěti bodů strukturované krátké intervence (podle začátečních písmen v angličtině „5 A method“, česky možno přeložit jako „metoda 5 P“).

- **Ask about tobacco use (Ptát se).** Identifikovat a dokumentovat u každého pacienta při každé návštěvě užívání tabáku.
- **Advise to quit (Poradit).** Jasně, pevně a personifikovaně doporučit přestat.

- **Assess willingness to make a quit attempt (Posoudit ochotu přestat).**
- **Assist in quit attempt (Pomoci přestat).** Těm, kdo chtějí přestat, nabídnout farmakoterapii a intervenci v rámci svých časových možností, eventuálně odeslat do centra závislosti na tabáku. Ty, kteří přestat nechťejí, personifikovaně motivovat.
- **Arrange follow-up (Plánovat kontroly).** S těmi, kdo chtějí přestat, domluvit kontrolní návštěvu optimálně týden ode dne D. S těmi, kdo nechťejí přestat, se k tématu kouření vrátit při příští návštěvě.

Zvyšování motivace – metoda „5 R“

- **Relevance (relevance).** Intervence je účinnější, když je osobně relevantní, cílená na konkrétní pacientův stav, onemocnění, nález, rizika, rodinnou či sociální situaci nebo jiné charakteristiky, např. předchozí zkušenosti s odvykáním.
- **Risks (rizika).** Klinik by se měl zeptat pacienta na možné zdravotní dopady kouření a identifikovat ty, které pacient podceňuje. Upozornit například, že kouření cigaret s nízkým obsahem dehtů/nikotinu neznamená snížení rizika nebo že bez rizika není ani kouření dýmek, doutníků nebo jiných forem tabáku. Měl by zmínit akutní, dlouhodobá rizika i rizika pasivního kouření.
- **Rewards (odměny).** Klinik by měl identifikovat potenciální prospěch z toho, že pacient přestane užívat tabák. Příklady: zlepšení zdraví, více peněz, zlepšení chuti a čichu, lepší pocit ze sebe, domov, auto ani šaty nebudou zapáchat, dobrý příklad pro děti, přestane poškozování druhých tabákovým kouřem, lepší pocit ze sebe, více fit, zpomalí se stárnutí pleti.
- **Roadblocks (bariéry).** Klinik by měl identifikovat, co pacientovi brání přestat nebo jakých problémů se obává, a na tato řešení pak orientovat svou intervenci. Typicky to bývají abstinenci příznaky, obava ze selhání, zvyšování hmotnosti, nedostatek podpory, deprese, postrádání tabáku, společnost kuřáků, nedostatečné znalosti o farmakoterapii.
- **Repetition (opakování).** Motivační intervenci by klinik měl opakovat při každé návštěvě nemotivovaného pacienta. Těm, kdo selhali, by měl říci, že většina kuřáků zkouší přestat opakovaně, než se jim to podaří.

Současná doporučení léčby a situace v ČR

Doporučení léčby lze shrnout takto:

- **Krátká intervence:** Každý lékař při každém kontaktu s pacientem, který kouří (cca 3 minuty).

- **Intenzivní léčba** na specializovaných pracovištích: Pro kuřáky, kteří si přejí přestat.
- **Hrazení** jak této léčby zdravotníkům, tak hrazení farmakoterapie kuřákům – i tak je to jedna z nelevnějších intervencí v medicíně.

Krátká intervence je doporučována na všech našich lékařských fakultách i v rámci postgraduálního vzdělávání, je součástí zejména doporučení léčby závislosti na tabáku praktických lékařů (3), ale i konsenzu řady odborných společností (4, 10).

V ČR vznikají od roku 2005 specializovaná centra pro závislé na tabáku, kam může lékař, který nemá více času, doporučit kuřáka, jemuž nemá čas se intenzivně věnovat. Jsou při větších nemocnicích, adresy je možné najít například na webu Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku www.slzt.cz nebo je sdělí na Lince pro odvykání kouření. V centru pracuje minimálně jeden lékař a jedna sestra. Nabízejí diagnostiku, základní klinické vyšetření, intenzivní psychosociální a behaviorální intervence (skupinové či individuální), indikují farmakoterapii a dlouhodobě dispenzarizují kuřáky, kteří chtějí přestat kouřit.

Telefonní linky (quitlines) by měly doplňovat nabídku možností léčby závislosti na tabáku. Představují možnost anonymní a snadno dostupné konzultace. U nás je v provozu Linka pro odvykání kouření 844 600 500 každý pracovní den 12–20 h, za místní hovorné z celé ČR.

Široká paleta léčby by měla být dostupná pro všechny kuřáky v rámci zdravotních systémů, jak doporučuje i Světová zdravotnická organizace ve své první právně závazné mezinárodní dohodě – Rámcové úmluvě o kontrole tabáku (8).

Příspěvky na léky v ČR

Prakticky všechny naše zdravotní pojišťovny na všechny tři léky první linie přispívají.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (111): po 3 měsících léčby všem 1000 Kč, těhotným a kojícím 2000 Kč.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (201): všem 1000 Kč, těhotným a kojícím 2000 Kč.

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201): všem 1000 Kč, těhotným a kojícím 2000 Kč.

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207): 500 Kč, ale jen v případě, že pacient v daném období nepřekročil daný limit čerpání zdravotní péče.

Příspěvek je vždy vázán na péči v centru pro závislé na tabáku (pojišťovny vyžadují potvrzení tohoto centra a účtenku z lékárny). Některé pojišťovny akceptují i potvrzení z ordinace vyškolených ambulantních lékařů.

KDE HLEDAT DALŠÍ INFORMACE

WWW.TREATOBACCO.NET

Stránka ve spolupráci Společnosti pro výzkum nikotinu a tabáku (Society for Research on Nicotine and Tobacco) obsahuje základní doporučení léčby včetně efektivitu a ekonomiky. Část textů je k dispozici v češtině.

WWW.SLZT.CZ

Stránka Společnosti pro léčbu závislosti na tabáku má i sesterskou sekci. Najdete tu seznam center pro závislé na tabáku i odborné aktuality.

WWW.SURGEONGENERAL.GOV/TOBACCO

Stránka hlavního lékaře USA, kde najdete kompletní text poslední verze doporučení léčby amerického pánělu.

MUDr. Eva Králíková, CSc.

UK, 1. LF a VFN, Ústav hygieny a epidemiologie, a Centrum léčby závislosti na tabáku III. interní kliniky Studničkova 7, 128 00 Praha 2
e-mail: eva.kralikova@lf1.cuni.cz

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) Washington, American Psychiatric Association, 1995.
2. Benowitz NL. Summary: Risks and Benefits, in: Benowitz NL (Ed): Nicotine Safety and Toxicity, pp 185–195, New York, Oxford University Press, 1998.
3. Čupka J, et al. Doporučení léčby závislosti na tabáku pro praktické lékaře, Sdružení praktických lékařů ČLS JEP, 2005.
4. Cífková R, Býma S, Češka R, Horký K, Karen I, Kunešová M, Králíková E, Rosolová H, Roztočil K, Soška V, Škrha J. Prevence kardiovaskulárních onemocnění v dospělém věku. Společné doporučení českých odborných společností, Cor Vasa 2005; 47(9 Suppl.): 3-14, Vnitřní lékařství 2005; 51(9): 1021–1036.
5. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking Cessation. Clinical Practice Guideline No. 18. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, April 1996.
6. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline, Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, 2000.
7. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
8. Framework Convention on Tobacco Control, WHO www.fctc.org.
9. Jha P. Curbing the Epidemic, World Bank, Washington, 1999, 122 s.
10. Králíková E, Býma S, Cífková R, Češka R, Dvořák V, Hamanová J, Horký K, Hradec J, Keller O, Konštický S, Kos S, Kostřica R, Kunešová M, Kvapil M, Langrová K, Mayer O, Petřů V, Popov P, Raboch J, Rosolová H, Roztočil K, Sucharda P, Vorlíček J, Wídimský J. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku, Časopis lékařů českých, 2005, 144(5): 327–333.
11. Nicotine Replacement Therapy, Guidance for health professionals on changes in the licensing arrangements for nicotine replacement therapy, ASH, London, December 2005, www.ash.org.uk/html/cessation/smoking%20REDUCTION/nrt051229.pdf.
12. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000, 2nd edition, Oxford University Press, http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/.
13. Raw M. First WHO European Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence, Evidence based core recommendations for health care systems in Europe, World Health Organization European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence, June 2001.
14. Sovinová H, Sadílek P, Csémy L. Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, názory a postoje občanů ČR k problematice kouření, SZÚ, 2008, výzkumná zpráva, www.szu.cz.
15. World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. Geneva, WHO, 1992.