

Zmniejszy ciężar przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (cz. III)

Reducing the burden of chronic obstructive pulmonary disease (part III)

Dorota Górecka

II Klinika Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Porzucanie nałogu palenia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc

Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease

Pneumonol. Alergol. Pol. 2009; 77: 294–297

Wstęp

Palenie tytoniu wiąże się z olbrzymią nadumieralnością z powodu chorób wywołanych narażeniem na dym tytoniowy. Roczna liczba zgonów na świecie związanych z paleniem tytoniu wynosi około 5 milionów, w tym 4 miliony wśród mężczyzn i milion wśród kobiet [1].

Zgony związane z paleniem tytoniu są wynikiem przede wszystkim chorób układu krążenia. Jednak na drugim miejscu plasują się zgony z powodu tytoniozależnych chorób układu oddechowego, takich jak rak płuca, raki górnych dróg oddechowych, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) i inne choroby płuc [2]. Przewaga zgonów z powodu chorób układu oddechowego jest szczególnie widoczna w krajach rozwijających się, w których występuje proporcjonalnie mniejsza śmiertelność z powodu chorób układu krążenia. Odsetek zgonów z powodu POChP wynosi 27% ogólnej liczby zgonów wywołanych paleniem tytoniu w krajach rozwijających się, a 13% w krajach rozwiniętych [2].

Odsetek zgonów z powodu POChP na świecie, według regionów określonych przez Światową Organizację Zdrowia, przekracza 3% w Ameryce Północnej (3,7%) oraz w Europie i Grenlandii (3,4%),

a najwyższy jest w Chinach, osiągając 4% ogólnej liczby zgonów [3]. Nieco odmiennie przedstawia się wskaźnik DALY (*disability adjusted life years*), określający obciążenie poszczególnych regionów niepełnosprawnością, który jest najwyższy w Chinach (12,5%), w obu Amerykach (5,2% w Północnej i 3,3% w Południowej) oraz w Europie (2,7%) [3]. W Białej Księdze *European Respiratory Society* (ERS) wskaźnik zgonów na 100 000 z powodu POChP w różnych krajach Europy został określony od poniżej 20 (np. w krajach skandynawskich) do ponad 40 (np. w Rumunii, na Ukrainie i Białorusi). Polska znalazła się wśród krajów o wskaźniku zgonów poniżej 20 na 100 000 [4]. Niepokojący jest znany fakt, że liczba zgonów z powodu POChP w ciągu 30 lat obserwacji w Stanach Zjednoczonych rośnie, mimo że jednocześnie obserwuje się spadek liczby zgonów z powodu innych podstawowych przyczyn zgonów, jak choroby układu krążenia [5].

Leczenie chorób układu oddechowego jest kosztowne. Dane z Kanady wykazują, że bezpośrednie koszty medyczne tych chorób pochłaniają rocznie ponad 5 miliardów dolarów kanadyjskich, umiejscawiając te schorzenia na 4. miejscu pod względem kosztów, po chorobach neuropsychiatrycznych, urazach i chorobach układu krążenia [6].

Adres do korespondencji: prof. dr hab. n. med. Dorota Górecka, II Klinika Chorób Płuc, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, ul. Płocka 26, 01–138 Warszawa, e-mail: d.gorecka@igichp.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.01.2009 r.
Copyright © 2009 Via Medica
ISSN 0867–7077

Strategie ograniczające zgony z powodu palenia tytoniu

Konsumpcja tytoniu na świecie wzrasta, co może doprowadzić, przy braku interwencji, do znacznego zwiększenia liczby skumulowanych zgonów (do 500 mln w 2050 r.). Niedawno oceniono skuteczność dwóch sposobów na ograniczanie nałogu palenia w społeczeństwie: niepodjęcie palenia przez młodzież oraz porzucanie nałogu przez osoby obecnie palące. Zakładając, że udało się ograniczyć do połowy rozpoczęcie palenia przez młodzież, można by zmniejszyć w 2050 roku liczbę zgonów o 20 milionów. Natomiast porzucenie nałogu przez obecnie palących ograniczyłoby liczbę zgonów o 180 milionów [7].

Korzyści z zaprzestania palenia

Wiadomo, że POChP jest zasadniczo wywołwana paleniem tytoniu. Jaką strategię należy zatem zaproponować, aby ograniczyć społeczne skutki choroby? Nie ulega wątpliwości, że szczególny nacisk należy położyć na odzwyczajanie od palenia osób aktualnie palących, zarówno z prawidłową czynnością płuc, jak i chorych na POChP, gdyż dzięki temu można zapobiegać chorobie i nie dopuścić do jej postępu i zgonu z jej powodu.

Udowodniono, że ograniczenie liczby wypalanych papierosów prowadzi do zmniejszenia objawów ze strony układu oddechowego [8]. Powszechnie znane jest badanie Flechera i Peto [9], którego wynik udowodnił, na podstawie prospektywnej obserwacji około 8 tysięcy pracowników transportu londyńskiego, że zaprzestanie palenia prowadzi do ograniczenia szybkości obniżania wskaźnika FEV_1 (*forced expiratory volume in 1 second*), a więc hamuje postęp choroby.

Wyniki własnych badań przekrojowych około 40 000 osób w Narodowym Programie Wczesnego Rozpoznawania i Profilaktyki POChP wykazały, że w starszych grupach wiekowych wskaźnik FEV_1 jest niższy niż w młodszych oraz że wielkość ubytku FEV_1 z wiekiem jest największa u osób stale palących, nieco mniejsza u osób, którym udało się porzucić palenie, a najmniejsza u nigdy niepalących [10].

Analiza danych zebranych w badaniu *Lung Health Study* (LHS) u około 6000 chorych z łagodną obturacją oskrzeli wykazała prospektywnie, że zaprzestanie palenia poprawia czynność płuc, niezależnie od momentu zaprzestania palenia przez pierwsze 3 lata badania. Natomiast powrót do nałogu wiąże się z pogorszeniem rezerw wentylacyjnych. Największe korzyści w poprawie czynności płuc odnieśli ci pacjenci, którzy porzucili nałóg na początku

badania i nigdy do niego nie wrócili, natomiast osoby, którym nie udało się rzucić nałogu, doświadczyły największej utraty rezerw wentylacyjnych płuc [11]. W niedawnej ocenie danych LHS po prawie 15 latach wykazano, po raz pierwszy bezpośrednio, że zaprzestanie palenia u chorych na łagodną POChP wiąże się z poprawą przeżycia w porównaniu z palącymi nadal. Osoby, które porzuciły palenie i powracały do nałogu, przeżyły dłużej niż stale palący, ale krócej niż ci, którym udało się przestać palić we wczesnym okresie choroby [12].

Charakterystyka palących chorych na POChP

W badaniu prawie 90 000 chorych na POChP hospitalizowanych w szpitalach *Veterans Administration* stwierdzono, że osoby, którym udało się przestać palić, były starsze, ale mniej narażone na depresję, stres i schizofrenię oraz choroby układu krążenia w porównaniu z chorymi stale palącymi i porzucającymi nałóg tylko czasowo [13]. Wydaje się również, że chorym na POChP jest trudniej porzucić nałóg w porównaniu z osobami bez POChP, niezależnie od grupy wiekowej [14], oraz mają mniejszą motywację do porzucenia nałogu w porównaniu z chorymi z innymi chorobami płuc [15]. Być może za tę sytuację odpowiada częsta u chorych na POChP depresja. Udowodniono bowiem, że wiąże się ona z ponad dwukrotnie częstszym ryzykiem utrzymania się nałogu palenia [16].

Interwencje ograniczające nałóg palenia u chorych na POChP

Polskie doświadczenia w ograniczaniu nałogu palenia u chorych na POChP są bardzo cenne, mimo że nie mają one charakteru ściśle kontrolowanych badań klinicznych, a jedynie badań obserwacyjnych. Wykazały one u ponad 4000 badanych, że prosta porada lekarska, mająca charakter minimalnej interwencji, podczas przeprowadzania przesiewowych badań spirometrycznych u osób powyżej 40. roku życia, palących ponad 10 paczolat, zachęcająca do zaprzestania palenia powoduje, że około 16% badanych, u których wykryto obturację oskrzeli trwale (na co najmniej rok), porzuca nałóg, w porównaniu z 12% chorych, u których stwierdzono prawidłową czynność płuc [17]. Okazało się również, że odsetek chorych ze świeżo wykrytą chorobą, którzy porzucili palenie, zależy od jej zaawansowania. Najczęściej porzucali nałóg chorzy z ciężką obturacją oskrzeli (18,5%), rzadziej z umiarkowaną (16,3%), a najrzadziej z łagodną postacią choroby (12%). Wynik tego badania wykazał, jak istotne jest powiązanie wyniku

badania spirometrycznego z poradą lekarską w motywowaniu osób do zaprzestania palenia. Należy jednak pamiętać, że były to osoby dbające o swoje zdrowie, bo zgłaszające się spontanicznie do badań [17].

Doświadczenia Czajkowskiej-Malinowskiej [18] wskazują na rolę powtarzanej porady o konieczności zaprzestania palenia. Zastosowanie tej strategii u 400 pacjentów z wykrytą obturacją oskrzeli w badaniach przesiewowych podczas 4 dorocznych badań spirometrycznych spowodowało, że po 4 latach aż 50% biorących udział w badaniu zaprzestało palenia.

Porównanie metod behawioralnych stosowanych u chorych na POChP w odniesieniu do braku działań w celu określenia skuteczności w porzucaniu palenia przeprowadzili Wagena i wsp. [19]. Posługiwali się metodami stosowanymi w metaanalizach. Po przeszukaniu piśmiennictwa znaleźli jedynie 4 prace nadające się do analizy, ale należy podkreślić, że w żadnej z nich nie zbadano nawet 100 osób. Na podstawie metaanalizy nie udało się udowodnić, aby same metody behawioralne miały wpływ na porzucenie palenia przez chorych na POChP.

Interwencje farmakologiczne

Badacze duńscy badali efektywność leczenia chorych na POChP za pomocą tabletek zawierających nikotynę 370 [20]. Było to badanie kontrolowane placebo, połączone z interwencją behawioralną o różnej intensywności, prowadzoną przez pielęgniarki. Okazało się, że zarówno po 6, jak i po 12 miesiącach odsetek chorych otrzymujących nikotynową terapię zastępczą (NTZ), którym udało się porzucić nałóg, był wyższy (22% i 18%) niż chorych otrzymujących placebo (10% i 9%). Nie wykazano jednak, aby bardziej intensywna interwencja behawioralna wpływała po roku na lepsze wyniki leczenia.

W największym dotychczas przeprowadzonym badaniu LHS, stosowanie NTZ oraz bardzo intensywnej interwencji behawioralnej doprowadziło do porzucania palenia przez chorych z łagodną obturacją oskrzeli. Zarówno po roku, jak i po 5 latach badania interwencja ta okazała się w metaanalizie Wageny i wsp. bardziej skuteczna od zwykłej opieki u chorych na POChP [19].

Leczenie chorych na POChP za pomocą nienikotynowych leków ułatwiających porzucanie palenia zostało przedstawione w pojedynczych pracach. Tashkin i wsp. [21] ocenili wyniki leczenia bupropionem SR (*sustained release*) w porównaniu z placebo 404 chorych z POChP z dużą ekspozycją na dym tytoniowy (ponad 50 paczkolet).

Po 6 miesiącach zaobserwowano istotną różnicę w skuteczności leczenia bupropionem (16% porzucających nałóg z porównaniem z 9% otrzymujących placebo) [21]. Większa skuteczność leczenia bupropionem nie utrzymała się jednak po 12 miesiącach [19].

Własne doświadczenia leczenia bupropionem w porównaniu z plastrem nikotynowym u 70 chorych na POChP, którym nie udało się porzucić nałogu na skutek minimalnej interwencji podczas badań spirometrycznych, nie wykazały istotnej różnicy pomiędzy terapiami, a ostateczne wyniki leczenia to około 20% porzucających nałóg po roku [22].

Badacze holenderscy porównywali skuteczność leczenia chorych na POChP bupropionem SR i nortryptyliną oraz placebo po 3 i 6 miesiącach obserwacji. Grupy badanych nie były duże i wynosiły nieco ponad 80 osób każda. Oba leki antydepresyjne okazały się podobnie skuteczne (27% sukcesu po 6 miesiącach przy stosowaniu bupropionu SR i 25% przy stosowaniu nortryptyliny w porównaniu z 15% w przypadku placebo) [23].

Pomimo danych z piśmiennictwa świadczących o dużej skuteczności nowych leków, takich jak wardenklina [24] i rimonabant [25], w odzwyczajaniu od palenia brakuje na razie badań kontrolowanych oceniających te leki u chorych na POChP.

Wydaje się zaskakujące, że leczenie uzależnienia od nikotyny chorych na POChP jest tak zaniebane, mimo znanych powszechnie korzyści z zaprzestania palenia w zapobieganiu postępowi choroby i w zmniejszeniu śmiertelności. Być może te zaniebdania wynikają z przekonania, że chorzy na POChP są tak silnie uzależnieni od nikotyny, że porzucenie palenia przez nich jest niemożliwe. Należy jednak podkreślić, że polskie doświadczenia przeczą temu pogładowi i wskazują na nowe możliwości ograniczenia palenia w tej grupie chorych, co powinno przenieść się na zmniejszenie śmiertelności i chorobowości z powodu POChP na świecie.

Do lekarzy należy zwrócenie szczególnej uwagi na udzielanie prostej porady o zaprzestaniu palenia oraz przepisanie dostępnej terapii podczas każdego kontaktu z chorym na POChP. Omawianie wyników badania spirometrycznego z pacjentem jest szczególnym momentem, kiedy porada może wywrzeć decydujący wpływ na decyzję chorego o zaprzestaniu palenia. Należy również podkreślić, że powtarzanie zaleceń podczas kolejnych badań spirometrycznych potęguje zaprzestawanie palenia przez chorych na POChP.

Każde działanie, zarówno strategie ograniczające nałóg palenia w społeczeństwie, legislacja, jak i indywidualne porady lekarskie i innych pracowników ochrony zdrowia, są skuteczne i powinny być powszechnie stosowane w celu ograniczenia pandemii chorób wywoływanych paleniem tytoniu.

Piśmiennictwo

1. Ezzati M., Lopez A.D. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003; 362: 847–852.
2. Ezzati M., Lopez A.D. Regional, disease specific patterns of smoking-attributable mortality in 2000. *Tobacco Control* 2004; 13: 388–395.
3. Lopez A.D., Shibuya K., Rao C. i wsp. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur. Respir. J.* 2006; 27: 397–412.
4. Choroby płuc w Europie. Fakty i liczby. Skrócona wersja European Lung White Book. Przekład z angielskiego. *Eur. Respir. Soc., Eur. Lung Foundation, Lausanne* 2003. www.copdgold.com
5. Kaplan A. Systems for the management of respiratory disease in primary care — an international series: Canada. *Prim. Care Res. J.* 2008; 17: 73.
6. Shahab L. The epidemiology of smoking a growing concern. *Hot Topics in Cardiol.* 2008; 8: 7–14.
7. Stein M.D., Weinstock M.C., Herman D.S., Anderson B.J. Respiratory symptom relief related to reduction in cigarette use. *J. Gen. Intern. Med.* 2005; 20: 889–894.
8. Fletcher C., Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br. Med. J.* 1977; 25: 1645–1648.
9. Bednarek M., Zieliński J., Górecka D. (w imieniu grupy). Poznaj Wiek Swoich Płuc. Charakterystyka nałogu palenia wśród uczestników Narodowego Programu Wczesnego Rozpoznawania POChP w latach 2000–2002. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2005; 73: 122–127.
10. Scanlon P.D., Connett J.E., Waller L.A. i wsp. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2000; 161: 381–390.
11. Matthew M.C. The Effects of a Smoking Cessation Intervention on 14.5-Year Mortality. *Ann. Intern. Med.* 2005; 143: 614.
12. Adams S.G., Pugh J.A., Kazis L.E., Lee S., Anzueto A. Characteristics associated with sustained abstinence from smoking among patients with COPD. *Am. J. Med.* 2006; 119: 441–447.
13. Shahab L., Jarvis M.J., Britton J., West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. *Thorax* 2006; 61: 1043–1047.
14. Grabowska P., Targowski T., Jahnz-Różyk K. Ocena jakości życia i wiedzy na temat szkodliwości palenia u chorych hospitalizowanych w Klinice Pneumonologii. *Przegl. Lek.* 2006; 63: 1071–1074.
15. Ng T.P., Niti M., Tan W.C., Cao Z., Ong K.C., Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch. Intern. Med.* 2007; 167: 60–67.
16. Bednarek M., Górecka D., Wielgomas J. i wsp. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax* 2006; 61: 869–873.
17. Czajkowska-Malinowska M. Wpływ powtarzanych porad antynikotynowych oraz badania spirometrycznego na ograniczenie palenia tytoniu wśród palaczy z grup wysokiego ryzyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc — obserwacja 4-letnia. Rozprawa doktorska. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa 2005.
18. Wagena E.J., van der Meer, Ostelo R.J.W.G. i wsp. The efficacy of smoking cessation strategies in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from a systematic review. *Respir. Med.* 2004; 9: 805–815.
19. Tonnesen P., Mikkelsen K., Bremann L. Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD using nicotine sublingual tablets and behavioral support. *Chest* 2006; 130: 334–342.
20. Tashkin D., Kanner R., Bailey W. i wsp. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001; 357: 1571–1575.
21. Górecka D., Bednarek M., Nowiński A., Puścińska E., Goljan-Geremek A., Zieliński J. Wyniki leczenia uzależnienia od nikotyny chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2003; 71: 411–417.
22. Wagena E.J., Knipschild P.G., Huibers M.J. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch. Intern. Med.* 2005; 165: 2286–2292.
23. Wu P., Wilson K., Dimoulas P., Mills E.J. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006; 6: 300–315.
24. Cahill K., Usher M. Cannabinoid type 1 receptor antagonists (rimonabant) for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007, Jul 18; (4): CD005353.