

Piotr Kuna<sup>1</sup>, Anna E. Płatek<sup>2</sup>,  
Tomasz Tomasiak<sup>3, 4</sup>,  
Piotr Gatecki<sup>5</sup>, Tomasz Drewna<sup>6</sup>,  
Filip M. Szymański<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Klinika Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii,  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Patologii  
Ogólnej i Doświadczalnej,  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>3</sup>Kolegium Lekarzy Rodzinnych  
w Polsce, Warszawa

<sup>4</sup>Zakład Medycyny Rodzinnej,  
Uniwersytet Jagielloński,  
Collegium Medicum w Krakowie

<sup>5</sup>Klinika Psychiatrii Dorosłych,  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>6</sup>Katedra Urologii,  
Katedra Medycyny Regeneracyjnej,  
Collegium Medicum w Bydgoszczy,  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>7</sup>Katedra i Klinika Kardiologii,  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

# Postępowanie w uzależnieniu od nikotyny — interdyscyplinarne rekomendacje ekspertów

## Nicotine addiction management: interdisciplinary experts' opinion

### STRESZCZENIE

Nikotynizm jest jednym z najszerzej rozpowszechnionych czynników ryzyka w polskiej populacji. Jego występowanie łączy się ze zwiększonym ryzykiem wielu groźnych chorób, w tym nowotworów, schorzeń układu moczowego czy sercowo-naczyniowego. Pomimo wzrostu świadomości pacjentów i działań w kontekście poprawy zdrowia publicznego, odsetek osób palących pozostaje wysoki. Niektórzy pacjenci mimo wprowadzenia wielorakich interwencji nie są w stanie całkowicie rzucić palenia. Niniejsze stanowisko ma na celu podsumowanie dostępnych metod pomocy uzależnionym oraz redukcji ryzyka u pacjentów palących.

Forum Medycyny Rodzinnej 2020, tom 14, nr 2, 66–72

Słowa kluczowe: nikotynizm, redukcja ryzyka, farmakoterapia, cytyzyna

### ABSTRACT

Nicotinism is one of the most widespread risk factors in the Polish population. Its presence is associated with an increased risk of many serious diseases, including cancer, urinary and cardiovascular diseases. Despite the increase in patient awareness and actions in the context of improving public health, the proportion of smokers remains high. Some patients, despite the introduction of multiple interventions, are unable to completely stop smoking. This manuscript aims to summarize the available methods of helping addicts and reducing the risk in smoking patients.

Forum Medycyny Rodzinnej 2020, tom 14, nr 2, 66–72

Key words: nicotine addiction, risk reduction, pharmacotherapy, cytosine

#### Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Filip M. Szymański  
I Katedra i Klinika Kardiologii WUM  
ul. Banacha 1a, 02–097 Warszawa  
tel.: 22 599 26 55  
e-mail: filip.szymanski@wum.edu.pl

### WSTĘP

W Polsce odsetek osób dorosłych, które przy-  
znają się do nałogowego palenia papierosów,

wynosi 24% i zmniejszył się o 4 punkty pro-  
centowe w stosunku do 2009 roku. Do grupy  
osób codziennie palących papierosy zalicza się

29% mężczyzn i 20% kobiet. Jeden procent obywateli przyznaje się, że pali tytoń okazjonalnie, a 13% paliło w przeszłości. Dodatkowo 13% ankietowanych potwierdza, że w domu są narażeni na bierne wdychanie dymu tytoniowego [1]. Wynik badania LIPIDOGRAM 2015 przeprowadzonego w naszym kraju, w praktykach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), wykazał, że aktualni palacze stanowią 17%, a byli — 29% pacjentów zgłaszających się po poradę ambulatoryjną niezależnie od przyczyny [2]. Palenie tytoniu sprzyja chorobom układu krążenia i oddechowego oraz nowotworom wielu narządów.

Palenie papierosów wpływa na wszystkie fazy miażdżycy, od dysfunkcji śródbłonna po ostre incydenty sercowo-naczyniowe [3]. Zarówno czynne, jak i bierne narażenie na dym papierosowy predysponują do zawałów serca czy udarów mózgu. Wykazano, że najważniejsze aspekty, na które oddziałuje dym papierosowy to: upośledzenie funkcji wazomotorycznych, inicjacja reakcji zapalnej, niekorzystna modyfikacja profilu lipidowego, dysfunkcja płytek krwi, zmiany stężeń czynników krzepnięcia, zaburzenia fibrynolizy [4]. Najnowsze dane eksperymentalne i kliniczne potwierdzają hipotezę, że ekspozycja na dym papierosowy zwiększa także stres oksydacyjny, co jest jednym z ogniw łączących występowanie zarówno incydentów sercowo-naczyniowych, jak również wielu typów nowotworów. Nowotwory, dla których udowodniono istotny związek z paleniem papierosów, to między innymi raki takich narządów, jak: płuca, nosogardło, jama ustna, zatoki przynosowe, nosogardziel, żołądek, wątroba, nerki, szyjka macicy, przełyk, szpik kostny, krtań, trzustka, pęcherz moczowy i miedniczki nerkowe [5].

Szacuje się, że w ciągu jednego roku około 60 tysięcy Polaków umiera przedwcześnie z powodu tych chorób [6]. Z powodu uzależnienia od nikotyny w XX wieku zmarło 100 mln osób na świecie, a prognoza na XXI wiek to 1 mld zgonów. Z korzyściami zdrowotnymi wiąże się nie tylko pełna abstynencja,

ale każda redukcja liczby wypalonych papierosów, dlatego zarówno w aspekcie społecznym, jak i medycznym terapia nikotynizmu powinna nie tylko zakładać pełną abstynencję, ale także różne metody redukcji szkód. W celu właściwego bilansu tych szkód należy rozpatrywać je w odniesieniu nie jedynie do kwestii medycznych, ale także spraw prawnych, gospodarczych i kulturowych. W takim przypadku każda możliwa minimalizacja tych zagrożeń wydaje się godna rozważenia.

### POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM PALĄCYM TYTOŃ

Z uwagi na częstość występowania uzależnienia od nikotyny oraz poważne następstwa związane z tym nałogiem lekarze oraz personel medyczny powinni przywiązywać szczególną wagę do tego zagadnienia. Główne działania pozostające w ich kompetencji obejmują: 1) zachęcanie do trwania w abstynencji (prewencja nikotynizmu); 2) wczesne wykrywanie oraz leczenie osób uzależnionych; 3) rozpoznawanie i właściwe postępowanie w przypadku chorób odtytoniowych.

W praktyce POZ uzależnienie od nikotyny rozpoznaje się na podstawie wywiadu dotyczącego obecnych i wcześniejszych zachowań pacjenta. Istnieje możliwość jego uzupełnienia o informacje uzyskane od członków rodziny pacjenta, którzy często są podopiecznymi tego samego lekarza. Informacje dotyczące palenia papierosów powinny być odnotowane w dokumentacji pacjenta. Do dyspozycji lekarza rodzinnego dostępne są także specjalne kwestionariusze ułatwiające rozpoznanie. Są to: 1) Kwestionariusz stopnia uzależnienia od nikotyny według Fagerströma (6 pytań) oraz 2) Kwestionariusz motywacji do zaprzestania palenia według Schneider (12 pytań) [7, 8]. Oba testy w polskiej wersji językowej są dostępne w internecie [9, 10]. W POZ, w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, nie ma możliwości wykonania obiektywnych badań, na przykład określenia tlenku węgla w wydychanym powietrzu lub metabolitu nikotyny — kotyniny, w niektórych płynach ustrojowych.



**Do grupy osób codziennie palących papierosy zalicza się 29% mężczyzn i 20% kobiet**



**Palenie papierosów wpływa na wszystkie fazy miażdżycy, od dysfunkcji śródbłonna po ostre incydenty sercowo-naczyniowe. Zarówno czynne, jak i bierne narażenie na dym papierosowy predysponują do zawałów serca czy udarów mózgu**



**Każdy lekarz w celu ułatwienia pacjentowi zaprzestania palenia tytoniu może wykorzystywać metodę określaną jako krótka interwencja antynikotynowa**

Każdy lekarz w celu ułatwienia pacjentowi zaprzestania palenia tytoniu może wykorzystywać metodę określaną jako „krótka interwencja antynikotynowa”. Polega ona na zwięzłej, 4–15-minutowej ustrukturalizowanej rozmowie mogącej być częścią zwykłej wizyty. W jej trakcie wykorzystywane są elementy doradztwa psychologicznego.

Krótka interwencja wymaga uwzględnienia kilku komponentów określanych jako „pięć P”:

1. Pytaj pacjenta o palenie papierosów.
2. Poradź, aby pacjent zaprzestał palenia oraz poinformuj o zagrożeniach związanych z tytoniem i korzyściach wynikających z zaprzestania jego używania.
3. Przeprowadź ocenę gotowości do rzucenia nałogu.
4. Pomóż pacjentowi w zaprzestaniu palenia, udziel wsparcia, prowadź farmakoterapię, angażuj do pomocy pielęgniarce z praktyki oraz rodzinę pacjenta.
5. Planuj i realizuj wizyty kontrolne, konsultacje telefoniczne, monitoruj efekty terapii, w razie potrzeby skieruj do bardziej intensywnego leczenia specjalistycznego [11].

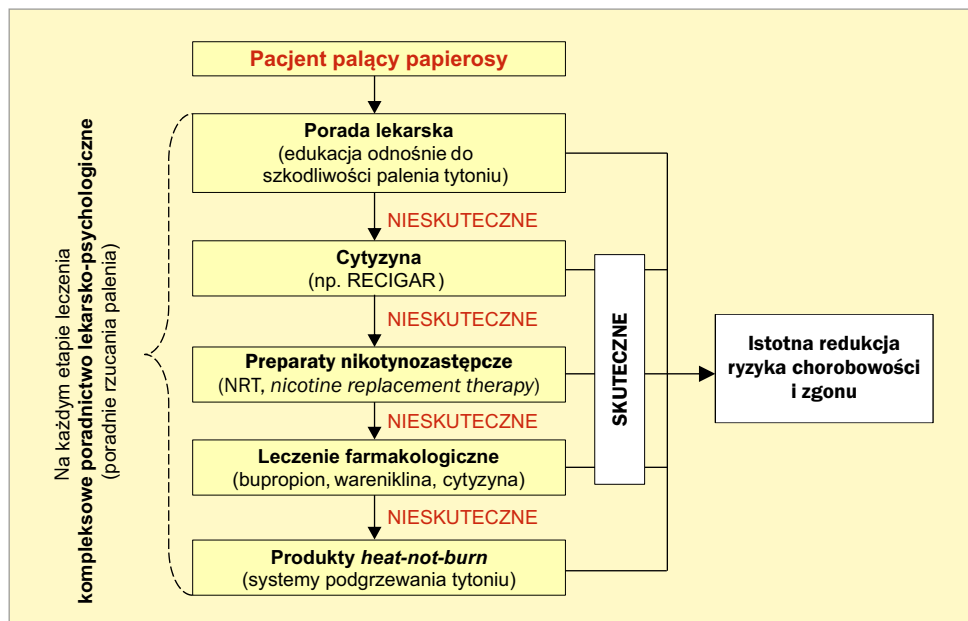
„Krótka interwencja” umożliwiła korygowanie przyzwyczajień pacjentów oraz pozwala lekarzowi lub pielęgniarce skutecznie wspierać osoby wprowadzające zmiany stylu życia. [12, 13]. Przegląd systematyczny 17 badań, obejmujący tę interwencję, wykazał w porównaniu z brakiem porady lub zwykłą opieką znaczną korzyść (RR [*relative risk*]: 1,66; 95% przedział ufności: 1,42 do 1,94) [14]. Istnieją wątpliwości dotyczące skuteczności stosowania omawianej metody na innych poziomach opieki zdrowotnej [15].

W ramach krótkiej interwencji lub jako samodzielne postępowanie wykorzystywane jest poradnictwo motywujące (*motivational interviewing*). Polega ono na przeprowadzeniu ukierunkowanej na pacjenta konsultacji, pomagającej w usuwaniu wątpliwości dotyczących nikotynizmu i odkrywaniu korzyści z zaprzestania palenia tytoniu. W ubiegłorocznych

przeglądach systematycznych wykazano, że poradnictwo może być przydatne i w porównaniu z brakiem leczenia przynosi korzyści. Autorzy przeglądów podkreślają jednak, że w przeprowadzonych badaniach występuje ryzyko wypaczenia, a dowody oceniające efektywność tej interwencji są niskiej jakości [16, 17].

Tego typu interwencja nie ogranicza się jedynie do lekarzy POZ. Poradnictwo w zakresie zaprzestania palenia papierosów powinno się odbywać w gabinetach lekarzy wszystkich specjalności. Na przykład działalność urologa obejmuje istotne zagadnienia dotyczące nałogu palenia papierosów. Nikotynizm jest przyczyną wielu poważnych nowotworów układu moczowego — raka urotelialnego pęcherza moczowego, raka moczowodu, raka urotelialnego miedniczki nerkowej oraz klasycznego raka jasnokomórkowego nerki i jego odmian histologicznych [18–20]. Mimo że zalecenie zaprzestania palenia w chorobie nowotworowej pęcherza i nerek posiada silną rekomendację towarzystw urologicznych, skuteczność wdrażania tych zaleceń wydaje się niewystarczająca [21, 22].

Podobne problemy stają się udziałem praktykujących kardiologów i pulmonologów. Wytyczne zarówno opracowywane przez towarzystwa naukowe pulmonologiczne, jak i kardiologiczne zalecają rzucenie palenia w przypadku występowania większości chorób układu oddechowego, jak również sercowo-naczyniowego, a także w prewencji pierwotnej tych chorób. U pacjentów z chorobą sercowo-naczyniową korzyści wynikające z rzucenia palenia przewyższają nawet korzyści wynikające z innych strategii stosowanych powszechnie w ramach działań prewencyjnych, takich jak redukcja wartości ciśnienia tętniczego czy stężenia cholesterolu. Natomiast w przypadku praktyki pulmonologicznej, związek pomiędzy nikotynizmem a schorzeniami, takimi jak przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), rak płuc i ciężkie infekcje wirusowe, zapalenie płuc



Rycina 1. Zalecenia dotyczące strategii rzucania palenia

wywołane koronawirusem, oraz redukcją ryzyka tych schorzeń w przypadku zaprzestania palenia, również został jasno udowodniony. Wyniki badań prowadzonych wśród lekarzy pokazują jednak, że ich zainteresowanie tą tematyką jest niewystarczające [23]. Ankiety oceniające wiedzę, zainteresowanie i postawy kardiologów dotyczące pomocy w rzucaniu palenia wskazują na słabe zaangażowanie w tę ważną praktykę profilaktyczną. Z uwagi na ogromny problem, jakim jest nikotynizm i jego znaczenie w zapobieganiu chorobom przewlekłym, leczenie uzależnienia od tytoniu stanowi wyzwanie nie tylko dla lekarzy rodzinnych, ale również dla większości specjalistów.

W leczeniu farmakologicznym lekarz ma możliwość stosowania leków ułatwiających odzwyczajenie od palenia tytoniu oraz zmniejszających objawy zespołu abstynencyjnego. Lekami tymi są: cytyzyna, substytucyjne preparaty nikotyny, bupropion i wareniklina. Leki te, zgodnie ze schematem zamieszczonym na rycinie 1, należy oferować wszystkim zmotywowanym do zaprzestania palenia pacjentom, pod warunkiem że nie występują u nich przeciwwskazania. Lekarz powinien

wyjaśnić pacjentowi możliwości i zasady terapii, zachęcić do skorzystania z niej, ujawnić preferencje i dotychczasowe doświadczenia podopiecznego, poinformować o możliwych objawach niepożądanych i bezpieczeństwie leczenia. W uzasadnionych przypadkach należy rozważyć zastosowanie terapii łączonej [24].

### LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

Farmakoterapia nikotynizmu jest uznawana za efektywną. Na każde 6–23 leczonych osób jedna z sukcesem zaprzestanie palenia (utrzyma abstynencję przez 6 miesięcy) [25]. Skuteczność jest dwukrotnie wyższa w porównaniu z interwencjami nieobejmującymi leczenia farmakologicznego [26, 27]. Wydaje się, że szczególną pozycję w leczeniu farmakologicznym mogą mieć preparaty zawierające cytyzynę — alkaloid, którego działanie polega na selektywnym wiązaniu się z receptorami nikotynowymi, przy 7-krotnie większym niż nikotyna powinowactwie do receptora  $\alpha 4\beta 2$ . Cytyzyna ma równocześnie zdolność do stymulacji wydzielania dopaminy, przy równoczesnym antagonizowaniu efektu przyjmowanej przez pacjenta nikotyny, co łączy się ze zniesieniem objawów występujących

”  
W leczeniu farmakologicznym lekarz ma możliwość stosowania leków ułatwiających odzwyczajenie od palenia tytoniu oraz zmniejszających objawy zespołu abstynencyjnego: cytyzyny, substytucyjnych preparatów nikotyny, bupropionu i warenikliny

**”  
Cytызyna z uwagi na fakt pobudzającego działania na autonomiczny układ nerwowy oraz ze względu na podobieństwo sposobu działania do nikotyny może być jedną z alternatyw dostępnych obecnie farmakoterapii i psychoterapii**

w okresie po odstawieniu nikotyny. Cytызyna z uwagi na fakt pobudzającego działania na autonomiczny układ nerwowy oraz ze względu na podobieństwo sposobu działania do nikotyny może być jedną z alternatyw dostępnych obecnie farmakoterapii i psychoterapii. Cytызynę można stosować w niewielkich ilościach jako substytut nikotyny, gdyż łagodzi objawy głodu nikotynowego [28]. Największe przeprowadzone dotychczas badanie, w którym porównano skuteczność cytызyny z nikotynową terapią zastępczą objęło 1310 nałogowych palaczy randomizowanych do jednej z tych dwóch strategii leczenia [29]. Wykazano, że po miesiącu ciągła abstynencja od palenia wystąpiła u 40% uczestników otrzymujących cytызynę i była o 9,3% wyższa od występującej u pacjentów otrzymujących nikotynową terapię zastępczą. Skuteczność cytызyny w przypadku ciągłej abstynencji przewyższała skuteczność nikotynowej terapii zastępczej po tygodniu, 2 i 6 miesiącach. Co więcej, w systematycznym przeglądzie i metaanalizie ośmiu kontrolowanych badań z udziałem 4020 dorosłych palaczy stwierdzono o 59% ( $p < 0,00001$ ) wyższy odsetek abstynencji od palenia podczas przyjmowania cytызyny w porównaniu z placebo [30]. Podobne obserwacje pochodzące z metaanalizy Cochrane wskazują, że cytызyna jest skuteczniejsza niż inne formy farmakoterapii w redukcji uzależnienia od tytoniu. Szczegóły dotyczące tych obserwacji przedstawiono w tabeli 1. Co więcej, cytызyna zajmuje szczególną pozycję w terapii nikotynizmu u pacjentów cierpiących na schizofrenię. Większość stosowanych neuroleptyków, które w schizofrenii powinny być stosowane

w sposób długotrwały, wchodzi w istotne kliniczne interakcje z nikotyną, dlatego w tej grupie pacjentów nagle odstawienie nikotyny może doprowadzić nawet do zatrucia neuroleptykami oraz nasilonych objawów pozapiramidowych. Cytызyna wydaje się optymalnym wyborem terapeutycznym u tej grupy pacjentów w leczeniu nikotynizmu. Kwestią otwartą pozostaje optymalny moment włączenia cytызyny do terapii u pacjentów po ostrych incydentach sercowo-naczyniowych. Wydaje się, że w przypadku niepowikłanego zawału serca jest to miesiąc, a u pacjenta po zawale serca powikłanym niewydolnością serca — moment wyrównania stanu ogólnego, jednak nie wcześniej niż 3 miesiące od incydentu.

W przypadku braku sukcesu do uzgodnienia z pacjentem pozostaje możliwość skierowania go do leczenia specjalistycznego. W Polsce funkcjonują nieliczne poradnie antynikotynowe, w ramach których oferowane są konsultacje lekarskie, wsparcie psychologiczne (indywidualne i grupowe) oraz zajęcia edukacyjne. Nie jest do nich wymagane pisemne skierowanie. W naszym kraju jest także realizowany program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP), którego cel stanowi zmniejszenie zachorowalności na schorzenia wywołane paleniem papierosów, poprawa świadomości w zakresie szkodliwości nałogu oraz popularyzacja metod zapobiegania i leczenia, w tym specjalistycznego [31]. Obejmuje poradnictwo antytytoniowe z diagnostyką POChP (spirometria). Warto jednak wspomnieć, że dostępność tego typu diagnostyki i leczenia pozostaje bardzo ograniczony ze względu na małą liczbę poradni realizujących omawiane świadczenia.

Tabela 1. Prawdopodobieństwo zaprzestania palenia papierosów (abstynencji) w zależności od stosowanej substancji

	Cytызyna	Wareniklina	Nikotynowa terapia zastępcza	Bupropion
Prawdopodobieństwo zaprzestania palenia papierosów w porównaniu z placebo	<b>3,98</b> (95%CI 2,01–7,87)	<b>2,48</b> (95%CI 1,92–3,21)	<b>1,53</b> (95%CI 1,35–1,73)	<b>1,39</b> (95%CI 1,19–1,61)

Ostatnie ogniwo terapii obejmuje tak zwaną strategię minimalizacji szkód (*harm reduction*) związanych z paleniem papierosów. Ostatnio umożliwiła to między innymi rejestracja przez *Food and Drug Administration* (FDA) w kwietniu 2019 roku pierwszego urządzenia podgrzewającego tytoń. Podgrzewanie tytoniu różni się od spalania tym, że wytwarza się znacznie mniej substancji rakotwórczych, toksycznych i teratogennych. Zespoły ekspertów obejmujące specjalistów z dziedziny psychiatrii, onkologii, rehabilitacji, terapii uzależnień i farmakologii, wskazują, że najkorzystniejsza koncepcja nowych terapii antynikotynowych (u pacjentów, u których nie udało się zaprzestać palenia papierosów), może stanowić połączenie dwóch czynników: użytkowanie nowych wyrobów tytoniowych — zapewniających redukcję ryzyka zdrowotnego w porównaniu z paleniem zwykłych papierosów, a równocześnie obniżanie stężenia nikotyny w produktach. Ponadto, powzięcie strategii minimalizacji szkód zakłada możliwość dojścia do pełnej abstynencji, ale nie ogranicza jego dostępu do systemu w chwili, kiedy nie jest w stanie osiągnąć pełnej abstynencji. Panel ekspertów sygnujących niniejsze opracowanie zaleca, aby rzucanie palenia papierosów przebiegało obecnie według strategii podsumowanej na rycinie 1.

## PODSUMOWANIE

Uzależnienie od palenia tytoniu jest chorobą i wymaga leczenia. Obowiązkiem każdego lekarza jest leczenie tej choroby. W chwili obecnej pacjenci mają łatwy dostęp do świadczeń medycznych. Lekarze wszystkich specjalności posiadają narzędzia i możliwości zapewnienia chorym ciągłej i wszechstronnej opieki medycznej nad pacjentem i jego rodziną, co przekłada się na podejmowanie działań zarówno w okresie choroby, jak i zdrowia. Zapobieganie i leczenie nałogu palenia papierosów powinno być zatem ujęte w strategii kompleksowej opieki nad

pacjentem, która będzie uwzględniać farmakoterapię i przedstawiony na rycinie 1 schemat postępowania.

## PIŚMIENNICTWO:

1. Państwowa Inspekcja Sanitarna. Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu. <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polak%C3%B3w-do-palenia-tytoniu-Raport-2017.pdf> (11.02.2020).
2. Józwiak J, Windak A, Tomasik T, Mastej M, Ślęzak A, Banach M. The prevalence of the classical cardiovascular risk factors in primary health care in Poland—the result of the LIPIDOGRAM2015 Study. 23rd WONCA Europe Conference, Krakow, 24-27 May 2018.
3. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *J Am Coll Cardiol.* 2004; 43(10): 1731–1737, doi: 10.1016/j.jacc.2003.12.047, indexed in Pubmed: 15145091.
4. Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer.* 2004; 45 Suppl 2: S3–S9, doi: 10.1016/j.lungcan.2004.07.998, indexed in Pubmed: 15552776.
5. Ministerstwo Zdrowia. Program profilaktyki chorób odytoniowych. <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-profilaktyki-chorob-odytoniowych> (11.02.2020).
6. Zatoński W, Jankowski P, Banasiak W, et al. Wspólne stanowisko dotyczące rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Uzupełnienie „Konsensusu dotyczącego rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu”. *Kardiologia Polska.* 2011; 69(1): 96–100.
7. Stokłosa A, Skoczylas A, Rudnicka A, et al. Evaluation of motivation to quit smoking in outpatients attending smoking cessation clinic. *Pneumonol Alergol Pol.* 2010; 78(3): 211–215, indexed in Pubmed: 20461689.
8. Medycyna Praktyczna. Kwestionariusz oceny uzależnienia od nikotyny. <https://www.mp.pl/interna/table/B16.3.23-2> (10.02.2020).
9. Medycyna Praktyczna. Ocena stopnia motywacji do zaprzestania palenia. <https://www.mp.pl/interna/table/B16.3.23-1> (10.02.2020).
10. Godycki-Ćwirko M., Mączyńska M., Mierzecki A., Wrzeciono B., Zasady interwencji antynikotynowej, Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce. [http://www.klrwp.pl/file/zasady\\_interwencji\\_antytytoniowej.pdf](http://www.klrwp.pl/file/zasady_interwencji_antytytoniowej.pdf) (11.02.2020).
11. Harris SK, Louis-Jacques J, Knight JR. Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolesc Med State Art Rev.* 2014; 25(1): 126–156, indexed in Pubmed: 25022191.
12. Haibach JP, Beehler GP, Dollar KM, et al. Moving toward integrated behavioral intervention for treating multimorbidity among chronic pain, depression, and substance-use disorders in primary care. *Med Care.* 2014; 52(4): 322–327, doi: 10.1097/

”  
Ostatnie ogniwo terapii  
obejmuje tak zwaną  
strategię minimalizacji  
szkód związanych  
z paleniem papierosów

- [MLR.0000000000000098](#), indexed in Pubmed: [24556895](#).
13. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(5): CD000165, doi: [10.1002/14651858.CD000165.pub4](#), indexed in Pubmed: [23728631](#).
  14. Nilsen P, Baird J, Mello MJ, et al. A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *J Subst Abuse Treat.* 2008; 35(2): 184–201, doi: [10.1016/j.jsat.2007.09.008](#), indexed in Pubmed: [18083321](#).
  15. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, et al. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 [Epub ahead of print]; 7: CD006936, doi: [10.1002/14651858.CD006936.pub4](#), indexed in Pubmed: [31425622](#).
  16. Odorico M, Le Goff D, Aerts N, et al. How to support smoking cessation in primary care and the community: a systematic review of interventions for the prevention of cardiovascular diseases. *Vasc Health Risk Manag.* 2019; 15: 485–502, doi: [10.2147/VHRM.S221744](#), indexed in Pubmed: [31802882](#).
  17. Nesi G, Galli IC, Amorosi A, et al. Environment and urinary bladder cancer. A historical perspective. *Pol J Pathol.* 2019; 70(1): 21–25, doi: [10.5114/pjp.2019.84458](#), indexed in Pubmed: [31556547](#).
  18. Michalek IM, Kinnunen TI, Kjaerheim K, et al. Smoking-adjusted risk of kidney cancer by occupation: a population-based cohort study of Nordic men. *Acta Oncol.* 2020; 59(5): 582–587, doi: [10.1080/0284186X.2020.1714722](#), indexed in Pubmed: [32009517](#).
  19. Wojtczyk-Miaskowska A, Schlichholz B. Tobacco carcinogens and the methionine metabolism in human bladder cancer. *Mutat Res.* 2019; 782: 108281, doi: [10.1016/j.mrrrev.2019.06.001](#), indexed in Pubmed: [31843138](#).
  20. Winters BR, Wen L, Holt SK, et al. Does the diagnosis of bladder cancer lead to higher rates of smoking cessation? Findings from the Medicare Health Outcomes Survey. *J Urol.* 2019; 202(2): 241–246, doi: [10.1097/JU.000000000000206](#), indexed in Pubmed: [30835630](#).
  21. Yuce TK, Khorfan R, Soper NJ, et al. Post-Operative Complications and Readmissions Associated with Smoking Following Bariatric Surgery. *J Gastrointest Surg.* 2020; 24(3): 525–530, doi: [10.1007/s11605-019-04488-3](#), indexed in Pubmed: [31848871](#).
  22. Aboyans V, Thomas D, Lacroix P. The cardiologist and smoking cessation. *Curr Opin Cardiol.* 2010; 25(5): 469–477, doi: [10.1097/HCO.0b013e32833cd4f7](#), indexed in Pubmed: [20671551](#).
  23. Zhong Z, Zhao S, Zhao Y, et al. Combination therapy of varenicline and bupropion in smoking cessation: A meta-analysis of the randomized controlled trials. *Compr Psychiatry.* 2019; 95: 152125, doi: [10.1016/j.comp-psych.2019.152125](#), indexed in Pubmed: [31669972](#).
  24. Watts SA, Noble SL, Smith PO, et al. First-line pharmacotherapy for tobacco use and dependence. *J Am Board Fam Pract.* 2002; 15(6): 489–497, indexed in Pubmed: [12463296](#).
  25. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006; 296(1): 47–55, doi: [10.1001/jama.296.1.47](#), indexed in Pubmed: [16820546](#).
  26. Robles GI, Singh-Franco D, Ghin HL. A review of the efficacy of smoking-cessation pharmacotherapies in nonwhite populations. *Clin Ther.* 2008; 30(5): 800–812, doi: [10.1016/j.clinthera.2008.05.010](#), indexed in Pubmed: [18555928](#).
  27. Lindson-Hawley N, Hartmann-Boyce J, Fanshawe TR, et al. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 10: CD005231, doi: [10.1002/14651858.CD005231.pub3](#), indexed in Pubmed: [27734465](#).
  28. Karnieg T, Wang X. Cytisine for smoking cessation. *CMAJ.* 2018; 190(19): E596, doi: [10.1503/cmaj.171371](#), indexed in Pubmed: [29759967](#).
  29. Walker N, Howe C, Glover M, et al. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *N Engl J Med.* 2014; 371(25): 2353–2362, doi: [10.1056/NEJMoa1407764](#), indexed in Pubmed: [25517706](#).
  30. Hajek P, McRobbie H, Myers K. Efficacy of cytosine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. *Thorax.* 2013; 68(11): 1037–1042, doi: [10.1136/thoraxjnl-2012-203035](#), indexed in Pubmed: [23404838](#).
  31. Zarządzenie Nr 78/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne — w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-782018dsoz,6804.html> (12.02.2020).