

SPECIÁLNÍ SDĚLENÍ

Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku

Králíková E., ¹Býma S., ²Cífková R., ³Češka R., ⁴Dvořák V., ⁵Hamanová J.,
⁶Horký K., ⁷Hradec J., ⁸Keller O., ⁹Konštacký S., ¹⁰Kos S., ¹¹Kostřica R.,
¹²Kunešová M., ¹³Kvapil M., ¹⁴Langrová K., ⁷Mayer O., ¹⁵Petrů V.,
¹⁶Popov P., ¹⁷Raboch J., ²Rosolová H., ¹⁸Roztočil K., ¹²Sucharda P.,
¹⁹Vorlíček J., ²Widimský J.

Pracovní skupina pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku ČLS JEP, Praha

¹*Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Praha*

²*Česká společnost pro hypertenzi, Praha*

³*Česká společnost pro aterosklerózu, Praha*

⁴*Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP, Praha*

⁵*Česká společnost dorostového lékařství ČLS JEP, Praha*

⁶*Česká internistická společnost ČLS JEP, Praha*

⁷*Česká kardiologická společnost ČLS JEP, Praha*

⁸*Česká neurologická společnost ČLS JEP, Praha*

⁹*Sdružení praktických lékařů, Praha*

¹⁰*Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP, Praha*

¹¹*Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP, Praha*

¹²*Česká obezitologická společnost ČLS JEP, Praha*

¹³*Diabetologická společnost ČLS JEP, Praha*

¹⁴*Česká koalice proti tabáku, Praha*

¹⁵*Česká společnost pro alergologii a klinickou imunologii ČLS JEP, Praha*

¹⁶*Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, Praha*

¹⁷*Psychiatrická společnost ČLS JEP, Praha*

¹⁸*Česká angiologická společnost ČLS JEP, Praha*

¹⁹*Česká onkologická společnost ČLS JEP, Praha*

SOUHRN

Společná doporučení pracovní skupiny uvedených odborných společností jsou první českou verzí založenou na recentní literatuře a zahraničních doporučeních. Jsou zaměřena především na klinické obory a začlenění této léčby do léčebně preventivní péče podle doporučení WHO. Měla by být vodítkem pro léčbu závislosti na tabáku na různých úrovních: při běžném styku jakéhokoli lékaře s kuřákem (krátká intervence), na specializovaných pracovištích nebo pro poskytovatele zdravotní péče či systém zdravotnictví.

Klíčová slova: léčba závislosti na tabáku.

SUMMARY

Králíková E., Býma S., Cífková R. et al.: Recommendations for the Treatment of Tobacco Dependence

This first Czech version of guidelines formulated by the working group of mentioned medical associations is based on current literature and international guidelines. They are aimed mainly on clinical medicine and on incorporation of this treatment into the health care system according to WHO recommendations. They should serve to the treatment of tobacco dependence at any level: during any contact with the smoking patient (short intervention), in specialised centres or for the health care providers or health system itself.

Key words: treatment of tobacco dependence.

Kr.

Čas. Lék. čes., 2005, 144, pp. 327–333.

Závislost na tabáku je chronické, recidivující a letální onemocnění, které zkracuje život polovině kuřáků v ČR v průměru o 15 let. V Evropě i v ČR je příčinou každého pátého úmrtí, a to především na kardiovaskulární nemoci, dále způsobuje asi třetinu onkologických onemocnění, přes 80 % chronických plicních onemocnění a další nemoci ve všech klinických oborech. V ČR je každoročně 18 000 úmrtí, tedy 50 denně, způsobeno kouřením (1).

Diagnóza F 17 je samostatným stavem v Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO (MKN-10) a v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické společnosti (DSM-IV) (2, 3). I když naprostá většina kuřáků zkouší přestat bez cizí pomoci, úspěšnost těchto pokusů bez asistence je nízká. Kouření je relabujícím onemocněním a i mezi kuřáky, kteří zkoušejí přestat, je počet relapsů vysoký. Přirozené populační procento těch, kdo úspěšně přestanou

Tab. 1. Definice

Léčba závislosti na tabáku (15) zahrnuje (jednotlivě nebo v kombinaci) behaviorální a farmakologické intervence jako krátké doporučení a poradenství, intenzivní podpora, aplikace léků, které pomáhají snížit nebo překonat závislost na tabáku.

Specialista v odvykání kouření (15) je osoba vyškolená a placená za poskytování kvalifikované podpory a pomoci kuřákům, kteří si přejí přestat kouřit, nad rámec krátké intervence. Nemusí to být lékař nebo sestra, ale neměli by tuto službu poskytovat bezplatně v rámci své běžné práce, protože pak není dostatečně efektivní.

Definice kuřáctví (26):

Pravidelný (denní) kuřák: Kouří v době šetření nejméně jednu cigaretu denně.

Příležitostný kuřák: V době šetření kouří, ale méně než jednu cigaretu denně.

Bývalý kuřák: Kouřil (vykouřil během života více než 100 cigaret), ale v době šetření nekouří.

Nekuřák: Nikdy nevykouřil 100 a více cigaret.

Abstinence (9) – dlouhodobá abstinence: doba nejméně 6, raději 12 měsíců od poslední cigarety, biochemicky validizovaná.

Validizace expozice tabákovému kouři: CO ve vydechaném vzduchu (nespecifický test, zachycuje předchozích 12 hodin) nebo kotin v séru nebo plazmě (zachycuje poslední 2–3 dny a lze odlišit i pasivní kouření).

Centra léčby závislosti na tabáku jsou specializovaná pracoviště v rámci léčebně preventivní péče, většinou v rámci pneumologických nebo interních klinik, nejméně s jedním speciálně vyškoleným lékařem a jednou sestrou.

Poradny pro odvykání kouření nabízejí možnost především psychosociální podpory a podrobnější konzultace, nebývají součástí léčebně-preventivní péče, s různým zázemím. Vznikaly především v 90. letech 20. století. Aktualizovaný seznam na www.dokurte.cz (cca 40 v ČR).

kouřit, bývá ročně kolem 2 %, hodnoceno dlouhodobě v populaci s dobrou kontrolou tabáku (4). V ČR kouří cca 30 % dospělé populace, tedy přes 2 miliony osob. Asi 60–70 % z nich, tedy přes 1,5 milionu, si přejí přestat (5).

Dostupnost podpory a léčby pro ty kuřáky, kteří chtějí přestat, je jedním z bodů kontroly tabáku nejen pro jednotlivé zdravotníky, ale pro celý zdravotní systém. Doplnuje jiné přístupy (vývoj daní z tabákových výrobků, restrikce jejich užívání a reklamy, regulace jejich obsahu a zdravotní varování, nekuřácké veřejné prostory, informování veřejnosti a vzdělávání), ale má specifickou cílovou skupinu: kuřáky, kteří si přejí přestat kouřit a potřebují pomoc (6). Preventivní přístupy k mladým lidem by (v případě úspěšnosti!) snížily výskyt nemocí za 30–50 let, zatímco odvykání kouření dospělých kuřáků zlepšilo zdraví populace rychleji, za 20 až 30 let (7). Začlenit léčbu závislosti na tabáku do zdravotních systémů doporučuje ve svém článku 14 i Rámcová úmluva o kontrole tabáku WHO, www.ftc.org, nebo česky na www.dokurte.cz, platná od 28. 2. 2005.

Presto podpora a léčba pro kuřáky, kteří chtějí přestat kouřit, není ještě samozřejmou součástí všech evropských zdravotnických systémů, ani v ČR. Paradoxně v protikladu s omezenou dostupností léčby závislosti na tabáku jsou extrémně široce dostupné tabákové výrobky (8). Změnu přináší projekt s podporou MZ ČR a české kanceláře WHO, který realizuje Česká koalice proti tabáku spolu s dalšími subjekty a v jehož rámci budou během roku 2005 vznikat specializovaná Centra léčby závislosti na tabáku, zatím při fakultních nemocnicích (www.clzt.cz).

Tato doporučení zahrnují jak roli jednotlivých zdravotníků, kteří v rámci své práce pomáhají kuřákům přestat kouřit a léčí jejich závislost na tabáku (tab. 1), tak roli širšího systému zdravotní péče – je třeba komplexní systematický přístup na místní, národní i mezinárodní úrovni.

Existují tři účinné typy intervencí: **krátké intervence zdravotníků** v rámci jejich rutinní práce, **intenzivnější podpora specialisty** (ve specializovaných centrech) a **farmaceutická pomoc**, která přibližně zdvojnásobuje úspěšnost, ať během kratších, či delších sezení. Základní farmakoterapie představuje především náhradní terapie nikotinem (náhradní terapie nikotinem – NTN, anglicky nicotine replacement therapy – NRT) a bupropion. NTN můžeme

v Evropě najít jak na lékařský předpis, tak volně prodejnou v lékárnách i mimo ně. Bupropion jako jediné antidepresivum s indikací léčby závislosti na tabáku u pacientů bez deprese je v Evropě široce dostupný, pouze vázaný na lékařský předpis.

Ačkoli některých oborů se tato doporučení týkají více a jiných méně, angažovanost zdravotníků v nabízení pomoci kuřákům by měla vycházet z jejich přístupu ke kuřákům a jejich vzdělání a schopností více než z vlastní profese. Proto jsou tato doporučení relevantní pro všechny lékařské obory.

Následující doporučení čerpají především z těchto pramenů: US DHHS Public Health Service Clinical Practice Guideline *Treating tobacco use and dependence*, 2000 (9); *Conclusions: Smoking Cessation Methods*, National Institute of Public Health and Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, Sweden (1998) (10); *Conclusions and Recommendations of the Consensus Conference*, France (1999) (11); *Smoking cessation guidelines for health professionals: an update*, England, 2000 (12); the Cochrane Library Systematic Reviews (13); *Institute for Clinical System Improvement Health Care Guideline* (14); *First WHO European Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence, Evidence based core recommendations for health care systems in Europe* (15). Tyto přehledy a doporučení vycházejí ze stovek kvalitních studií a zdůrazňují nejen to, že léčba závislosti na tabáku je účinná, ale i to, že je velice výhodná: *Guidance for Commissioners on the Cost Effectiveness of Smoking Cessation Interventions*, England, 1998 (16); *Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control*, 1999 (17).

KRÁTKÁ INTERVENCE

Zdravotníci by měli jako samozřejmou součást své klinické práce aplikovat krátkou intervenci (3–5 minut, „5 A“, což vychází z angličtiny, česky „5 P“) s následujícími základními body: Ask (Ptát se na kouření při každé příležitosti); Advise (Poradit/doporučit všem kuřákům přestat); Assess (Posoudit ochotu přestat); Assist (Pomoci kuřákům přestat); Arrange follow-up (Plánovat kontroly) (9) (obr. 1, tab 2).

Kuřákovi lze pomoci následujícím krátkým postupem:

- stanovení dne D a naprostá abstinence od tohoto dne,
- zhodnocení předešlých zkušeností a poučení z nich (Co pomohlo? Co selhalo?),

Tab. 2. Krátká intervence („5A“ nebo česky „5 P“) (9)

Ask: Ptát se na kuřáctví a zaznamenat do dokumentace, záznam aktualizovat (1. od kolika, případně do kolika let věku kouřil/il; 2. co kouří, případně jiná forma tabáku; 3. kolik denně, případně týdně).

Advise: Poradit, jasně doporučit kuřákům přestat.

Assess: Posoudit ochotu přestat. Nechce-li, je možná jen motivace: Vysvětlit adekvátním způsobem výhody nekuřáctví v jejich konkrétním případě (např. vzhledem k jejich klinickému nálezu, diagnóze, obtížím, prognóze). Pokud nechce přestat, intervence končí, při další návštěvě opakujeme (empaticky!).

Assist: Pomoci těm kuřákům, kteří chtějí přestat, v rámci svých časových možností, což může znamenat nabídku podpory (předem si připravit náhradní činnost pro kuřácké situace), doporučení NRT nebo bupropionu a správnou informaci o jejich použití a účinku, eventuálně doporučení do specializovaného centra léčby závislosti na tabáku.

Arrange follow up: Plánovat kontrolní návštěvy.

- osobní individuální plán,
- identifikace pravděpodobných problémů a řešení, jak je překonat bez cigarety,
- podpora přátel a rodiny,
- farmakoterapie (adekvátní druh, dávka).

Kouření a odvykání kouření by mělo být součástí základního vzdělání všech zdravotnických profesí – přinejmenším lékařů a sester.

INTENZIVNÍ INTERVENCE SPECIALISTY V ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ

V ČR vznikají od roku 2004 specializovaná centra léčby závislosti na tabáku zatím při fakultních nemocnicích (v rámci projektu Center léčby závislosti na tabáku s podporou MZ ČR a České kanceláře WHO), většinou na pneumologických nebo interních klinikách.

V centru pracuje minimálně jeden lékař a jedna sestra. Nabízejí diagnostiku, základní klinické vyšetření, intenzivní psycho-sociální a behaviorální intervence (skupinové či individuální), indikují farmakoterapii a dlouhodobě dispenzarizují kuřáky, kteří chtějí přestat kouřit. Poskytují rovněž informace, které se týkají užívání tabáku.

Tato centra budou postupně spolupracovat či doplňovat se se stávajícími poradnami pro odvykání kouření, které vznikaly většinou v 90. letech minulého století a nebývají součástí léčebně-preventivní lékařské péče.

Diagnostika

Závislost na tabáku má dvě složky: psycho-sociální/behaviorální a fyzickou/drogovou závislost na nikotinu.

Psycho-sociální a behaviorální závislosti kouření začíná (u nás bohužel nejčastěji kolem 14 let) a toto naučené chování se pak během let kouření pevně fixuje. Znamená to prožívání určitých situací s cigaretou, tzv. kuřácké stereotypy.

Drogová závislost na nikotinu je klasickou drogovou závislostí, která snadno vzniká podle typu nikotin-acetylcholinových receptorů v mozku, jejichž stavba je z cca 50 % geneticky podmíněna. Splňuje definici závislosti, např. podle DSM-IV. (tab. 3). Abstinenci tabákový syndrom je uveden v tabulce 4.

Obecně lze říci, že na nikotinu je závislý ten kuřák, který kouří nejméně 10–15 cigaret denně a první si zapaluje do hodiny po probuzení. Pro upřesnění je možné použít Fagerströmův test nikotinové závislosti (Fagerström Test of Nicotine Dependence – FTND) (18), uvedený v tabulce 5 nebo modifikovaný Fagerströmův test nikotinové závislosti pro adolescenty (19), uvedený v tabulce 6.

Současná léčba

Intenzivní intervence zahrnuje psycho-sociální a behaviorální intervenci a farmakologickou léčbu, přičemž lékem první volby je náhradní terapie nikotinem a bupropion. Jako úspěch můžeme hodnotit jen dlouhodobou abstinenci, tj. nejméně 6, raději 12 měsíců, navíc biochemicky verifikovanou: buď stanovením *CO ve vydechaném vzduchu* nebo stanovením *kotininu* (metabolit nikotinu) v plasmě nebo séru (kotinin v moči nebo slinách je méně přesný). Placebo má takto hodnocenou úspěšnost kolem 3–5 %, intenzivní psycho-behaviorální intervence (tj. nejméně 1 hodina) cca 10 %. Farmakoterapie (NTN a/nebo bupropion) vždy zdvojnásobuje úspěšnost, tedy farmakoterapie společně s intenzivní intervencí může dosáhnout abstinence u cca 20 % kuřáků (4).

Behaviorální a psychosociální intervence

Krátká intervence: Každý lékař by měl v dokumentaci každého pacienta identifikovat kuřáka a každému kuřákovi jasně doporučit přestat. Měl by posoudit motivaci přestat: Jestliže pacient přestat nechce, pokusit se jej motivovat (vysvětlit souvislost kouření s nálezem, diagnózou, prognózou, obtížemi apod.) a při další návštěvě opakovat dotaz na kuřáctví a doporučení přestat, ovšem

Tab. 3. Definice závislosti Americké psychiatrické společnosti (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) (3)

Tolerance: potřeba výrazně vyšší dávky k dosažení žádoucího efektu NEBO výrazně nižší efekt při kontinuálním užívání.

Abstinenci příznaky: charakteristický abstinenci syndrom NEBO stejná nebo velmi podobná látka je užívána ke zmírnění abstinenci syndromu.

Látka je užívána ve větších dávkách nebo déle než bylo předpokládáno.

Dlouhodobá snaha nebo neúspěšné pokusy snížit nebo kontrolovat užívání látky.

Mnoho času je věnováno aktivitám potřebným k získání/užívání látky nebo regeneraci z jejích účinků.

Významné sociální, pracovní nebo relaxační aktivity jsou omezeny kvůli užívání látky.

Užívání látky trvá přes uvědomění si trvalého/vratného fyzického či psychického problému, který je způsoben/vyvolán látkou.

Tab. 4. Abstinční tabákový syndrom podle DSM-IV (3)

craving* – lačnění, bažení, touha po cigaretě
špatná nálada/deprese
podrážděnost/zlost
úzkost
poruchy spánku
neschopnost soustředění
neschopnost odpočívat
zvýšená chuť k jídlu

*Craving byl uveden pouze v předchozí verzi DSM-III.

Tab. 5. Fagerstömův test závislosti na nikotinu – FTND (Fagerström Test of Nicotine Dependence) (18)

1. Jak brzo po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?	
do 5 minut	3 body
za 6–30 minut	2 body
za 31–60 minut	1 bod
po 60 minutách	0 bodů
2. Je pro vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
3. Kterou cigaretu byste se nerad postrádal?	
první ráno	1 bod
kteroukoli jinou	0 bodů
4. Kolik cigaret denně kouříte?	
0–10	0 bodů
11–20	1 bod
21–30	2 body
31 a více	3 body
6. Kouříte častěji během dopoledne?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
Kouříte, i když jste nemocen a upoután na lůžko?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
Orientační hodnocení:	
0–1 bodů – žádná nebo velmi malá závislost na nikotinu	
2–4 body – střední závislost na nikotinu	
5–10 bodů – silná závislost na nikotinu	

empaticky. Pokud pacient přestat chce, zeptat se na nejčastější kuřácké situace a pokusit se jej přimět k tomu, aby si dopředu připravil náhradní řešení, jak je prožít bez cigarety, popřípadě jak se jim vyhnout. Součástí doporučení by mělo být poučení o vzestupu tělesné hmotnosti po zanechání kouření, které je úměrné předchozí intenzitě kouření a kterému lze mu předejít mírným omezením energetického příjmu. V případě závislosti na nikotinu (kouří nejmeně 10 cigaret denně a první si zapaluje do hodiny po probuzení) doporučit některou z možností farmakoterapie. Pozvat pacienta na kontroly, zejména v prvních týdnech a měsících. I když tato intervence trvá 3–5 minut a má účinnost 3–5 %, má obrovský význam.

Individuální nebo skupinová behaviorální terapie: Měl by ji poskytovat specialista na léčbu závislosti na tabáku. Je to dlouhodobý program, čím delší a intenzivnější, tím účinnější (po více než 3 hodinách se ale účinnost nezvyšuje), při současné aplikaci farmakoterapie lze dosáhnout abstinence u 10–30 % kuřáků (14).

Tab. 6. Modifikovaný Fagerstömův test závislosti pro adolescenty – (Modified Fagerström Tolerance Questionnaire) (19)

1. Kolik cigaret denně kouříš?	
víc než 25	3 body
6–25	2 body
1–15	1 bod
méně než 1	0 bodů
2. Kouříš víc během prvních dvou hodin po probuzení než pak ve zbytku dne?	
ano	1 bod
ne	0 bodů
3. Jak brzo po probuzení si zapaluješ první cigaretu?	
do 30 minut	2 body
za déle než 30 minut, ale před polednem	1 bod
odpoledne nebo večer	0 bodů
4. Které cigarety by ses nejméně rád vzdal/a (která je nejdůležitější, nejvíc si ji vychutnáš)?	
první ráno	2 body
kterákoli před polednem	1 bod
kterákoli odpoledne nebo večer	0 bodů
5. Je pro tebe těžké nekouřit tam, kde to nejde	
ano	1 bod
ne	0 bodů
6. Kouříš, i když jsi nemocný/a a většinu dne v posteli?	
ano	1 bod
ne	0 bodů

Orientační hodnocení:

0– 1 bod – žádná nebo slabá závislost
 2– 4 body – střední závislost
 5–10 bodů – silná závislost

Tab. 7. Přehled farmakoterapie pro léčbu závislosti na tabáku na našem trhu (náhradní terapie nikotinem a bupropion)

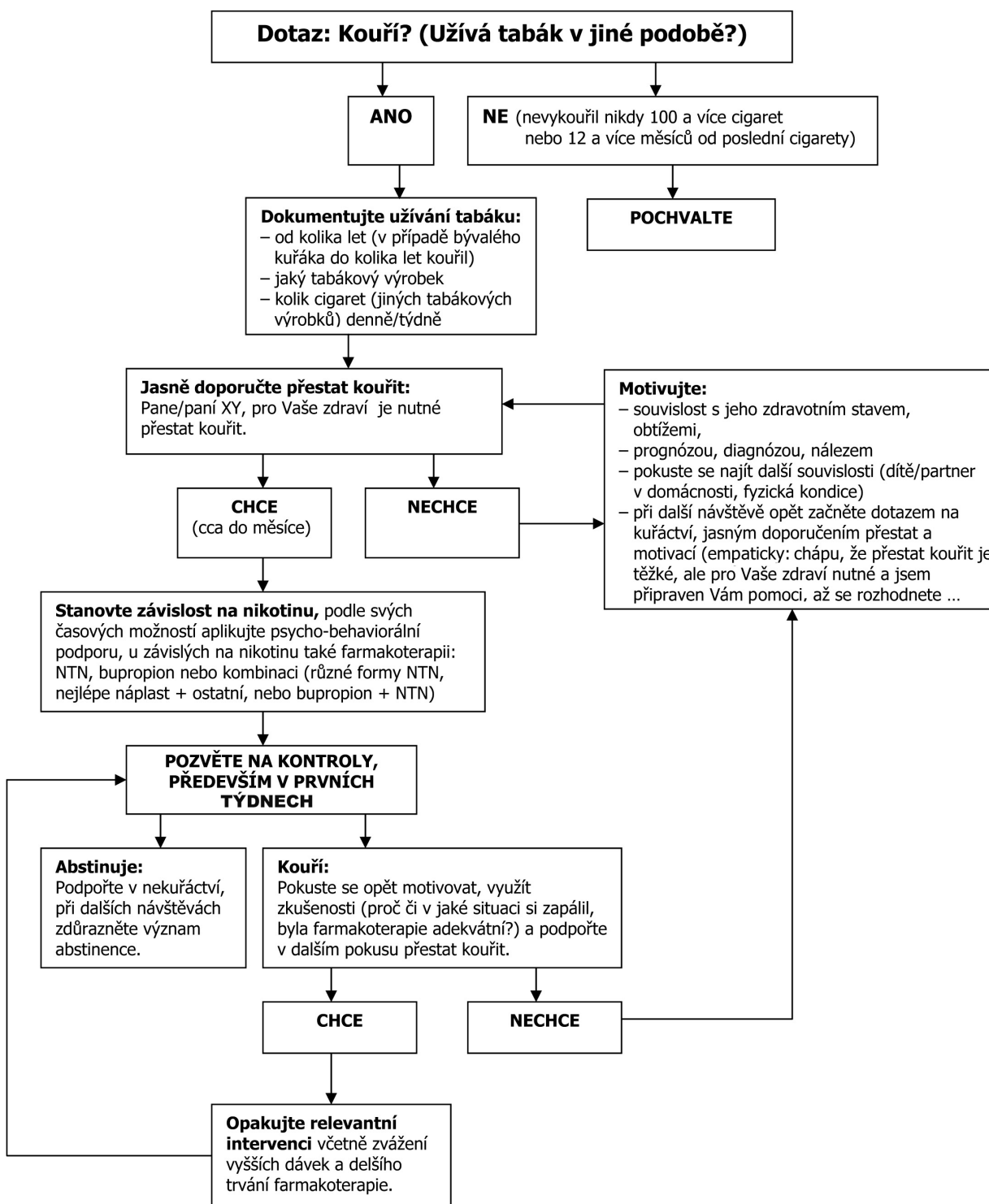
Náhradní terapie nikotinem a přibližné množství nikotinu, (nicotinum) které se vstřebá (1 ks) za uvedenou dobu (orientačně)	
žvýkačka 2 mg	0,9 mg za 30 minut
žvýkačka 4 mg	1,8 mg za 30 minut
náplast 15 mg/16 h	15 mg za 16 hodin
náplast 10 mg/16 h	10 mg za 16 hodin
náplast 5 mg/16 h	5 mg za 16 hodin
náplast 21 mg/24 h	21 mg za 24 hodin
náplast 14 mg/24 h	14 mg za 24 hodin
náplast 7 mg/24 h	7 mg za 24 hodin
mikrotableta 2 mg	1 mg za 20 minut
inhalátor 10 mg	5 mg za cca 1-2 hodiny
Další:	
bupropion 150 mg SR tablety	

FARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Farmakologická léčba je vhodná pro kuřáky závislé na nikotinu, tedy ty, kdo kouří 10 a více cigaret denně a po probuzení si do hodiny zapalují první cigaretu (tab. 5 – dospělí) a (tab. 6 – adolescenti). Farmakologická léčba však zabraňuje především abstinčním příznakům – pacient by neměl očekávat, že mu zabrání kouřit. K tomu je nutné jeho rozhodnutí a aktivní změna životního stylu.

Náhradní terapie nikotinem (NTN)

Od začátku 80. let minulého století se používá nikotinová žvýkačka, nyní existuje šest forem NTN: žvýkačka, náplast, nosní



Obr. 1. Algoritmus postupu

spray, inhalátor, tablety a pastilky. U nás je k dispozici žvýkačka (2 a 4 mg), inhalátor (10 mg), náplast (5; 10 a 15 mg/16 hodin a 7; 14 a 21 mg/24 hodin) a sublingvální tablety (2 mg) (tab. 7).

NTN je volně prodejná v lékárně (bez receptu). Zdvojnásobuje úspěšnost ve srovnání s placebem, účinnost jednotlivých forem se prakticky neliší, proto si kuřák může sám zvolit typ NTN. Náplast uvolňuje nikotin kontinuálně, ale pomaleji než ostatní formy, které umožňují vnímat „peaky“ a moderovat dávkování podle okamžité

potřeby. Proto se u silných kuřáků doporučuje kombinace náplasti s některou z ostatních (orálních) forem. Léčba by měla trvat v plné dávce minimálně 8, raději 12 i více týdnů (kratší léčba než 8 týdnů ztrácí uvedenou účinnost) (4).

Stanovení dávky – orientačně: z náplasti se vstřebá za danou dobu (16 nebo 24 hodin) množství uvedené na obalu. U ostatních tří orálních forem je ale vstřebatelná většinou maximálně polovina uvedeného množství, navíc vstřebávání závisí na pH. Nikotin se

vstřebává při lehce zásaditém pH, kolem 8,5, proto současně s orální formou NTN doporučujeme nejíst ani nepít, zejména ne kyselé. U žvýkaček je důležité dodržet způsob žvýkání: několikrát jen nakousnout, odložit na cca 30 vteřin pod jazyk nebo za dáseň, pak opakovat. Při příliš rychlém žvýkání pacient nikotin spolyká – tvoří se více slin, pálí v krku, může mít nauzeu a škytavku, navíc ze žaludku se prakticky žádný nikotin nevyužije. Pro orientaci je dobré si uvědomit, že kuřák vstřebá z jedné cigarety 1–3 mg nikotinu, podle intenzity kouření a bez souvislosti s druhem cigarety.

Jako kontraindikace jsou nejčastěji uvedeny akutní KVO, těhotenství nebo dětský věk – NTN je však vždy méně nebezpečná než kouření, a proto i podle doporučení WHO (20–22) je NTN indikována pro všechny kuřáky závislé na nikotinu, kteří nemohou přestat bez léčby včetně kardiovaskulárních pacientů, adolescentů nebo těhotných žen, doporučen je dohled lékaře. Také pro ty, kteří nedokáží přestat, znamená NTN v kombinaci s omezeným počtem cigaret nižší riziko než kouření v plné míře. Rovněž dlouhodobá léčba (měsíce i roky) je vždy lepší než kouření. NTN je vhodná i k potlačení abstinčních příznaků během krátkodobé abstinence – např. v letadle, během hospitalizace (21).

Bupropion SR (150 mg)

Bupropion se původně používal jen jako antidepresivum, inhibice reuptaku noradrenalinu a dopaminu však nevysvětluje zcela jeho účinnost při odvykání kouření – přesný mechanismus není znám. Je ale jako jediné antidepresivum indikován pro léčbu závislosti na tabáku u pacientů bez deprese. Jeho účinnost (cca zdvojnásobení abstinence podobně jako NTN) se příliš neliší podle míry závislosti, historie deprese nebo alkoholizmu.

Bupropion SR 150 mg se začíná užívat 1–2 týdny před dnem D, v dávce 1 tableta (150 mg) ráno. Po třech dnech se vytitruje u většiny pacientů na 2x150 mg, což je doporučená dávka. Léčba trvá rovněž nejméně 8, raději 12 či více týdnů. Bupropion je u silných kuřáků vhodné kombinovat s některou z forem NTN (NTN ovšem ale až počínaje dnem D). Bupropion v této indikaci je výhradně vázán na recept, ale bez omezení odborností. Kontraindikacemi jsou především křečové stavy typu epilepsie, historie bulimie či anorexie a současné užívání inhibitorů MAO – v případě současné psychiatrické farmakoterapie je vhodné vždy konzultovat ošetřujícího lékaře. Není doporučeno podávat bupropion v těhotenství, ale nejsou žádné zprávy o negativních účincích na plod, ačkoli výrobce (GlaxoSmithKline) vede evidenci užití bupropionu v těhotenství, zatím ve více než 400 případech (indikace jak deprese, tak závislost na tabáku). Je tedy možné, aby specialista v indikovaném případě, kdy ostatní možnosti léčby selhaly, těhotné ženě bupropion podal, sledoval ji a ohlásil k evidenci výrobci (23).

DOPORUČENÍ PRO SPECIFICKÉ SKUPINY

Výzkum léčby se zaměřuje na **zdravotníky**, jako jsou lékaři (zejména v primární péči), sestry, porodní asistentky, lékárníci a specialisté v odvykání kouření. Doporučovat kuřákům přestat kouřit a související podpora je však aktivitou celého zdravotnického systému a měla by být součástí co nejvíce jeho oblastí. To platí jak pro nemocniční či ambulantní, tak pro komunitní péči. Protože však v mnoha zemích je stále vysoká prevalence kouření mezi zdravotníky, kromě vzdělávání v možnostech léčby závislosti na tabáku by měli zdravotníci být sami skupinou těch, kterým je třeba pomoci přestat kouřit (22). V ČR je sice klesající trend, ale stále kouří kolem 20 % lékařů v rozmezí 16 % (24) – 23 % (25) a 39 % sester (25).

Nemocniční personál by se měl pacientů ptát na jejich kouření před nebo během přijetí, nabídnout krátkou intervenci a pomoc těm, kdo si přejí přestat kouřit. Pacienti by měli být informováni o nekuřáckém prostředí v nemocnici. V indikovaných případech by měla být pro pacienty k dispozici NTN.

Zdravotnické areály a jejich bezprostřední okolí by měly být nekuřácké.

Těhotné kuřáčky by měly dostat jasné informace o riziku kouření pro jejich plod a jasné doporučení přestat kouřit. Měly by být doporučeny do specializovaného centra.

Intervence k odvykání kouření, které se ukázaly účinné u dospělých, by měly být s příslušnou modifikací aplikovány i na **mládež**. Nikotinismus u adolescentů patří k syndromu rizikového chování v dospívání a bývá propojen s ostatními součástmi tohoto komplexu. Prevenci a léčbu závislosti na tabáku je v tomto věku třeba zaměřit na celý komplex rizikového chování a jeho příčiny.

DOPORUČENÍ PRO POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍ PÉČE

Léčba závislosti na tabáku je ekonomicky velmi výhodná. Cca 10 % nákladů zdravotních pojišťoven připadá na nemoci způsobené kouřením (13, 16, 17). Dostupnost behaviorální a psycho-sociální i farmakologické léčby by měla být co nejširší, u nás s výhledem alespoň jednoho centra léčby závislosti na tabáku v každém okrese. Zdravotníci by měli být vzděláváni v tomto poradenství a měl by být zajištěn finanční zisk za adekvátní vyškolení a programy. Vzdělávání a nácvik různých typů intervencí by neměl být jen v rámci postgraduálního vzdělávání, ale měl by začínat na pregraduální úrovni, na lékařských fakultách, zdravotnických školách a dalších relevantních školách.

Telefonické linky pomoci mohou být účinné a jsou oblíbené u kuřáků. Ačkoli je v tomto směru třeba dalšího výzkumu k posouzení efektivity, představují jistě cennou pomoc kuřákům a měly by být k dispozici všude, kde je to možné. V ČR funguje linka pro odvykání kouření na telefonním čísle 844 600 500, za místní hovorné z celé ČR, v pracovní dny 12–20 hodin (zatím jen jako součást projektu MZ ČR, České kanceláře WHO a dalších subjektů) (obr. 2).



Obr. 2. Telefonní linka pro odvykání kouření za místní hovorné z celé České republiky v pracovních dnech od 12 do 20 hodin

Zkratky

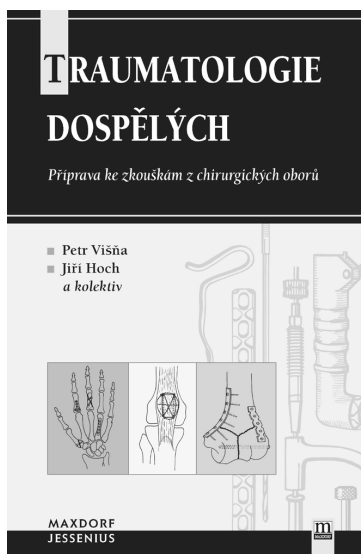
DM	– diabetes mellitus
DSM-IV	– diagnostický a statistický manuál
EU	– Evropská unie
FCTC	– Framework Convention on Tobacco Control, Rámcová úmluva o kontrole tabáku
FTND	– Fagerströmův test nikotinové závislosti (Fagerström Test of Nicotine Dependence)
IM	– infarkt myokardu
KVO	– kardiovaskulární onemocnění
MAO	– monoaminoxidáza
MCP	– mozková cévní příhoda
MKN-10	– Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. verze
MZ ČR	– Ministerstvo zdravotnictví ČR
NTN (NRT)	– náhradní terapie nikotinem (nicotine replacement therapy)
SR	– pomalé uvolňování (slow release)
WHO	– Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

LITERATURA

1. **Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M.:** Mortality from smoking in developed countries 1950-2000, 2nd edition, Oxford University Press, <http://www.otsu.ox.ac.uk/~tobacco/>
2. World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. Geneva, WHO, 1992.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) Washington, American Psychiatric Association, 1995.
4. Royal College of Physicians of London: Nicotine Addiction in Britain, Report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London, Royal College of Physicians, 2000.
5. Ústav zdravotnických informací, www.uzis.cz
6. **Glynn, T. J., Manley, M. W.:** How to help your patients stop smoking. A National Cancer Institute Manual for Physicians. Washington, US Department of Health and Human Services, 1998.
7. **Peto, R., Lopez, A.:** Future worldwide health effects of current smoking patterns. In Koop, C. E., Pearson, C. E., Schwarz, M. R. (Eds.): Critical Issues in Global Health. San Francisco, Jossey-Bass, 2000.
8. World Health Organization: Conclusions of Conference on the Regulation of Tobacco Dependence Treatment Products, Copenhagen, WHO, 1999.
9. **Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J. et al.:** Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville. US Department of Health and Human Services, 2000.
10. SBU Board of Directors and Scientific Advisory Committee. Conclusions: Smoking Cessation Methods. Stockholm, National Institute of Public Health and Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 1998.
11. Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante. Consensus Conference on Smoking Cessation; English summary by Jacques Le Houezec. Paris, ANAES, 1999.
12. **West, R., McNeill, A., Raw, M.:** Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax, 2000, 55, s. 987-999.
13. **Lancaster, T., Stead, L., Silany, C., Sowden, A.:** Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ, 2000, 321, s. 355-358.
14. ICSI Health Care Guideline - Institute for Clinical System Improvement: Tobacco Use Prevention and Cessation for Adults and Mature Adolescents, tenth edition, June, 2004.
15. **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.
16. **Parrott, S., Godfrey, C., Raw, M. et al.:** Guidance for commissioners on the cost-effectiveness of smoking cessation interventions, Thorax, 1998, 53 (Suppl. 5) s. 2.
17. World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington, World Bank, 1999.
18. **Heatheron, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O.:** The Fagerström test of nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Brit. J. Addiction, 1991, 86, s. 1119-1127.
19. **Prokhorov, A. V., De Moor, C., Pallonen, U. E. et al.:** Validation of the modified Fagerström Tolerance Questionnaire with salivary cotinine among adolescents, Addictive Behaviors, 2000, 25, s. 429-433.
20. World Health Organization Europe: Partnership to Reduce Tobacco Dependence. Copenhagen, WHO, 2000.
21. World Health Organization Europe: Regulation of Nicotine Replacement Therapies: An Expert Consensus. Copenhagen, WHO, 2001.
22. World Health Organization: Encouraging Stopping Smoking. Geneva, WHO, 2001.
23. **Benowitz, N. L., Dempsey, D. A.:** Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. Nicotine and Tobacco Research, 2004, 6, (Suppl. 2), s. S189-S202.
24. **Widimský, J., Škodová, Z., Pecka, T.:** Kuřácké návyky lékařů a lékařek v porovnání s kouřením v populaci České republiky. Porovnání se stavem v roce 1991, Vnitř. Lék., 2005, 51 (v tisku).
25. **Králíková, E., Rameš, J., Nesnídal, P.:** Doctors, medical faculties, smoking cessation and epidemiology, 11th Annual Meeting and 7th Annual SRTN European Conference, March 20.-23., 2005, Prague. Proceedings, s. 101.
26. World Health Organization Europe: Evaluating Tobacco Control Activities: Experience and Guiding Principles. Geneva, WHO, 1996.

WEBOVÉ STRÁNKY

v češtině: www.dokurte.cz, www.treatobacco.net, www.clzt.cz
 ve slovenštině: www.stopfajceni.sk
 v angličtině: www.doctorsandtobacco.org, www.srnt.org, www.tobaccofreekids.org, www.quit.org.uk, www.cancer.org, www.americanlegacy.org, www.lungusa.org, www.cdc.gov, www.etr.org



TRAUMATOLOGIE DOSPĚLÝCH

Petr Višňa, Jiří Hoch a kolektiv

Traumatologie jako lékařský obor prochází v posledních letech dynamickým rozvojem. Narůstající počet dopravních a sportovních úrazů vede k rozvoji nových postupů a léčebných metod. Cílem publikace je shrnout současné moderní trendy v traumatologii dospělých. Kniha obsahuje kapitoly z chirurgie-traumatologie, z neurochirurgie a kapitoly o pouřazových stavech. Celkem je problematika členěna do 24 kapitol, které odpovídají anatomickému uspořádání těla. Jednotlivé kapitoly dodržují didaktické členění na anatomii, etiologii, klasifikaci, symptomy, diagnostiku, terapii, rehabilitaci a prognózu.

Vydal Maxdorf v roce 2004, formát 154 x 230, váz.
 ISBN 80-7345-034-8, 157 str., cena 295 Kč

Objednávku můžete poslat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz