

# NOȚIUNI GENERALE DE TABACOLOGIE

**SUPLIMENT INTRODUCATIV AL  
GHIDULUI DE RENUNȚARE LA FUMAT  
ȘI ASISTENȚĂ DE SPECIALITATE  
A FUMĂTORULUI  
2008**



**SRP**

**SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE**  
- Secțiunea Tabacologie -

 editura  
**Tehnopress**

# **NOȚIUNI GENERALE DE TABACOLOGIE**

**Supliment introductiv al Ghidului de Renunțare la Fumat  
și Asistență de Specialitate a Fumătorului**

**Colectivul de autori:**

Conferențiar doctor **Antigona Trofor** (*coordonator*)

Profesor doctor **Florin Mihălțan**

Șef lucrări doctor **Ștefan Mihăicuță**

Profesor doctor **Monica Pop**

Conferențiar doctor **Doina Todea**

# **NOȚIUNI GENERALE DE TABACOLOGIE**

**Supliment introductiv al  
Ghidului de Renunțare la Fumat  
și Asistență de Specialitate  
a Fumătorului**

**Material elaborat de grupul de lucru al Secțiunii Tabacologie  
din  
Societatea Română de Pneumologie**



 editura  
**Tehnopress**

**SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE**  
**Secțiunea Tabacologie**

**Editura TEHNOPRESS**

Str.Pinului nr. 1A, 700109 Iași,

Tel./fax: 0232 260092

E-mail: [tehnopress@yahoo.com](mailto:tehnopress@yahoo.com)

<http://www.tehnopress.ro>

**Editură acreditată CNCSIS**

**ISBN 978-973-702-600-2**

## CUPRINS

<b>Cuvânt introductiv</b> .....	7
<b><i>1. Aspecte generale despre consumul cronic de tutun</i></b> .....	9
1.1. Definiții. Istoricul fumatului. ....	9
1.2. Epidemiologie .....	11
1.3. Tipuri de produse din tutun .....	13
1.4. Compoziția tutunului. Rolul substanțelor constitutive ale tutunului în organism .....	14
<b><i>2. Patologia cauzată de tutun</i></b> .....	17
<b><i>3. Biomarkeri ai expunerii organismului la tutun</i></b> .....	25
<b><i>4. Beneficiile renunțării la fumat</i></b> .....	26
<b><i>5. Tipuri de intervenții și metode terapeutice de renunțare la fumat</i></b> .....	30
<b>Bibliografie</b> .....	37
<b>ANEXE</b> .....	41



## **Cuvânt introductiv**

*Prezentul material abordează noțiuni de bază despre epidemiologia, etiopatogenia, diagnosticul și principiile de tratament ale tabagismului cronic. El se constituie într-un supliment introductiv al Ghidului Specialistului în Renunțare la Fumat, ghid elaborat în 2008 de către grupul de lucru al secțiunii de Tabacologie din Societatea Româna de Pneumologie. Rațiunea atașării acestui fascicul elementar la ghidul propriu-zis pentru specialiști este dublă: pe de o parte necesitatea apreciată de comitetul științific al ghidului de a pune la dispoziția beneficiarilor a unui minicurs de tabacologie, dat fiind că aceste cunoștințe nu sunt unitar acoperite de curricula medicală universitară iar pe de altă parte ușurința de a consulta materialul amplu de studiu într-o formulă accesibilă în două volume.*

*Astfel, specialistul în renunțare la fumat are oportunitatea de a găsi concentrate în ghid toate posibilele situații cu care îl va confrunta practica sa curentă, iar pentru a-și îmborsăta sau completa noțiunile teoretice poate apela la fascicula introductivă. La finele acesteia sunt prevăzute de asemenea anexe utile despre testul de dependență nicotinică Fagerstrom, interviul motivațional, fișe de consultație sau informații de prescriere a medicamentelor.*

*Nu în ultimul rând subliniem importanța acestor pagini în contextul actual al stadiului de asistență a fumătorului în România, context în care un număr tot mai mare de medici de diferite specializări se implică în renunțarea la fumat, mulți dintre ei fără o pregătire de bază prealabilă în domeniu.*

**Autorii**





# 1. Aspecte generale despre consumul cronic de tutun

Consumul de tutun este un important factor de risc pentru o multitudine de boli, influențând aproape fiecare organ din corpul omenesc, având efecte negative asupra dezvoltării intrauterine a fătului și asupra sarcinii, mai mult, afectând și sănătatea nefumătorilor expuși pasiv la fumat.

Fumul de țigară conține peste 4000 de compuși chimici, nicotina fiind componenta psihoactivă care creează și dependența.

Fumatul de țigări constituie principala modalitate de dezvoltare a dependenței de nicotină, reprezentând aproximativ 98% dintre modalitățile de consum ale tutunului. Trebuie avute în vedere însă și alte forme de utilizare, precum țigarile de foi, pipa, tutunul pentru mestecat etc., care induc de asemenea dependență nicotinică.

Tutunul este singurul produs comercializat legal dovedit a dăuna fiecărei persoane expuse și a ucide aproximativ 50% dintre cei care și-l administrează. Cu toate acestea, fumatul este larg răspândit pe glob datorită prețului accesibil, politicilor comercial-publicitare agresive și unei educații deficitare a populației cu privire la riscurile acestuia pentru sănătate. Consecințele nocive ale consumului de tutun sunt atât de ordin imediat cât și pe termen lung – apar după o perioadă de ani sau decenii de la inițierea administrării produsului.

## 1.1. Definiții. Istoricul fumatului.

### *Definiții*

#### *Fumatul.*

Prin definiție, conform Dicționarului Explicativ al Limbii Române, ediția a II-a, 2000, *fumatul* este obiceiul “de a aspira, a trage fumul de tutun din țigară sau din pipă” având etimologia din francezul “fumer”, la rândul său inspirat din latinescul “fumare”, cu toate că, din izvoarele istorice, utilizarea tututnului la latini nu este consemnată. (1)

Semantic, *țigara* derivă de la “cigare” care, în spaniolă, înseamnă, “cioc de barză”.

#### *Sevrăjul fumatului*

Oprirea fumatului este definită în vocabularul de uz curent al specialistului *renunțare la fumat, sevrăj tabagic sau sevrăjul fumatului.*

#### *Tabagismul cronic*

Consumul zilnic și îndelungat de tutun, la care este expus organismul prin intermediul diverselor produse (pipă, trabuc, țigări, bidis, narghilea, tutun mestecat etc), se definește ca *tabagism cronic*. Noțiunea de *tabagism cronic* definește boala de a consuma timp îndelungat și într-un ritm zilnic produse pe bază de tutun și este sinonimă cu *dependența tabagică sau dependența*

*nicotinică*. Toți acești trei termeni se folosesc în documentele medicale referitor la diagnosticul și tratamentul pacienților care consumă produse din tutun.

*Noțiunea de fumător, nefumător, fost fumător*

Se apreciază prin *statusul fumatului*, care conform definițiilor aprobate de OMS (2), clasifică indivizii în raport cu consumul de tutun în:

- 1) **FUMĂTORI (zilnici sau ocazionali)** considerați cei care sunt efectiv fumători, în momentul când sunt chestionați și care practică fumatul de cel puțin 6 luni.
- 2) **FOȘTI FUMĂTORI (zilnici sau ocazionali)** : - considerați cei care, la momentul interviului, nu fumează deloc de cel puțin 6 luni de la oprirea definitivă a fumatului.
- 3) **NEFUMĂTORI** – persoane care nu au fumat niciodată sau doar au experimentat cel mult 100 țigări\* în decursul vieții.

Iată mai jos câteva dintre întrebările standard (1) care fac obiectul chestionarului cu ajutorul căruia se determină statusul amănunțit de fumător/nefumător/fost fumător în cabinetul specialistului în renunțare la fumat.

1. *Ați fumat vreodată?*

2. *Cam câte țigări ați fumat în decursul vieții? Să fi fost mai mult sau mai puțin de 100\*?*

(\*100 de țigări echivalează cu 100 de grame de tutun)

3. *Obișnuiți să fumați în fiecare zi / în anumite zile / la anumite ocazii? Care sunt acelea?*

4. *De câți ani fumați?*

5. *Câte țigări (alte produse din tutun: pipe, trabuce, etc.) fumați pe zi?*

6. *De câți ani, câte luni nu mai fumați?*

Importanța practică a statusului fumatului va fi explicată în capitolul de recomandări specifice al ghidului GREFA, la secțiunea despre diagnosticul de tabagism cronic.

## ***Istoric***

Introducerea folosirii tutunului în Europa este legată de persoana diplomatului francez Jean Nicot născut la Nimes în jurul anului 1530, decedat în 1600, căruia i se atribuie aducerea tutunului din Portugalia, în jurul anului 1561 (3). În istorie, utilizarea tutunului a fost asimilată consumului de nicotină, un alcaloid conținut în acesta și, care prin stimularea secreției de adrenalină, avea efecte nocive atunci când dozele erau mari. De la constatarea efectului inițial psiho-excitant al tutunului s-a ajuns, în zilele noastre, la înțelegerea faptului că tutunul dăunează nu doar prin conținutul esențial în nicotină, dar și prin alte substanțe alcătuitoare, repertoriare, în zilele noastre, în număr de 4.000.

Această plantă, care stă la originea fabricării produselor din tutun, face parte din specia solanaceelor și este originară din insula Tobago, parte a

Antilelor. Ea este cultivată în aproape toate regiunile planetei. Pe continentul american, cele mai cunoscute ținuturi sunt Cuba și statele Maryland și Virginia ale Federației Americane. Regiunea Euro-Asiatică cultivă și ea planta, cu deosebire în Turcia. În sfârșit, în regiunea Pacificului, cele mai cunoscute spații de cultură sunt Insulele Java și Sumatra. (4)

Foile de tutun, odată recoltate, sunt supuse unui proces de uscare, în hangare special amenajate, după care se trece la fermentarea lor. În final, ele sunt transformate în fragmente, extrem de mici, care fac obiectul prizării, fie în filamente, ce vor constitui compoziția țigaretelor, fie în foi care urmează a fi mestecate. (4)

Istoria consemnează faptul că primii cuceritori ai Americii au găsit indigeni care fumau tutun. Importul tutunului în Europa s-a validat inițial prin mestecarea plantei, dar, aerosolii lansați în urma acestei mestecări au fost considerați potențiale surse de contagiune a unor boli. Aceasta a făcut ca mestecatul plantei să fie progresiv înlocuit cu fumatul ei, și considerat ca semn al emancipării, cu deosebire pentru femei.

## 1.2. Epidemiologie

În zilele noastre, fumatul a devenit un fenomen răspândit și cu un larg accept social. Practic, toate marile regiuni geografice ale planetei sunt afectate de acest flagel. Astfel, în SUA sunt înregistrați 46.000.000 de fumători, cu preponderență bărbați. În Europa de Vest, 30% din populație este fumătoare. (5)

În 1999, conform Băncii Mondiale existau 1,3 miliarde de fumători în lume. Cifrele citate de OMS, publicate în 2000 sunt apropiate: 1,235 miliarde de fumători, din totalul de 5,926 miliarde, la cât a fost apreciată populația Terrei în 1998 (5).

Presupunând că tendințele în fumat vor rămâne constante în următorii ani, se așteaptă ca numărul fumătorilor din lume să se ridice la 1.671 miliarde pentru anul 2020 (5)

În privința distribuției pe sexe, ea este inegală, iar conform datelor din ultimii ani, atât la femei cât și la bărbați, cifrele au înregistrat doar discrete descreșteri ale ratei fumatului, rămânând constante în jurul valorilor de 47% pentru bărbați și 12% pentru femei, la scară mondială (5).

Analiza dinamicii consumului de tutun în rândul populației din România arată o evoluție ascendentă în ultimii 15 ani, inițial mai lentă, de la 25,9% în 1989 la 28% în 1994, ulterior accelerată, la 36 % în 2001. (6).

Ratele mari ale consumului de tutun din țara noastră sunt în mare măsură realizate pe seama frecvenței mari a fumatului în rândul femeilor și a tinerilor, în general. Creșterea a fost evidentă la femei: 11,3% dintre femeile în vârstă de peste 15 ani în 1989, 15,2% în 1994 și 25% în 2000 (5). Același

aspect urmărit la adolescenți a demonstrat că 21 % din populația adultă a României erau deja fumători zilnici la 15 ani (7).

Conform datelor oferite de OMS în anul 2000, 8,8 % din totalul deceselor pe glob erau atribuite fumatului, cu un indice de creștere semnificativ al mortalității în ultimele decenii. Studiile sociologice au arătat că fumatul este mai frecvent la populația cu nivel scăzut de educație, respectiv, la cei care practică munci necalificate (8)

Devine din ce în ce mai evident faptul că paralel cu creșterea nivelului de educație a populației scade rata fumatului.(7)

### 1.3. Tipuri de produse din tutun

Consumul de tutun poate proveni din produse variate, cu modalități diferite de administrare. (9). Le vom trece în revistă mai jos:

**Țigarile** reprezintă produsul din tutun cel mai utilizat în lume.

În România, prea puțini sunt cei care aleg pipa, trabucul, narghileaua sau alte produse mai puțin cunoscute, considerate excentrice, apreciate doar de grupuri restrânse de persoane, sau de comunități izolate cu caracteristici socio-culturale aparte. Marea majoritate a fumătorilor preferă țigările, aparținând diferitelor mărci de pe piață. Sunt mult mai comod de procurat, de manipulat și la îndemâna omului modern, veșnic în criză de timp.

Țigara modernă a apărut în 1832, când o echipă de tunari egipteni, care participau la un asediu, a primit drept răsplată pentru o improvizație care i-a ajutat să câștige bătălia, o livră de tutun. Nemaivând pipa, care le fusese distrusă, au avut ideea de a răsuci tutun în foițe de hârtie. Acesta a fost actul de naștere al țigării, apărută printre soldații egipteni și turci, la început. (2)

Țigara este alcătuită dintr-o porțiune principală, un înveliș și filtrul - în varianta cu filtru - cea mai uzitată în zilele noastre. Există țigări cu conținut mai mic de nicotină (light, ultralight), cu adaos de mentol, țigări fără filtru, țigări dulci – cu diverse arome. Porțiunea principală este cea care se consumă prin ardere și eliberează toate acele substanțele toxice (v. cap. 1.4) conținute în fumul de tutun. În alcătuirea unei țigări intră și alte componente: *aditivii* - adăugați pentru a îmbunătăți gustul tutunului, în număr de câteva sute – ei asigură 10% din porția de tutun/țigară (ex: zahăr, rom, suc fructe, etc), *hârtia de înveliș*, pe bază de fibre de in, pânzeturi și ameliorată cu adaosuri chimice\* - sare, citrat de sodiu și potasiu, *pigmentul de înălbire (carbonat de calciu)* și *adezivul*, care poate fi clei natural sau amidon prelucrat.

**Bidi** reprezintă o altă formă de utilizare a tutunului fiind alcătuite dintr-o cantitate mică de tutun uscat, împachetat manual în frunze de temburni sau tendu. Majoritatea nu sunt prevăzute cu filtru și pot avea diferite arome (cireșe, mentă, vanilie, căpșuni, scorțișoară, zmeură) (10). În ciuda dimensiunii mici, *bidi* au o cantitate mai mare de nicotină decât țigările cu filtru sau fără filtru

având capacitatea de a crea dependență la nicotină ca și țigările obișnuite.(10). De asemenea, cantitatea de tar și monoxid de carbon este mai mare decât în cazul țigărilor fabricate datorită faptului că fumătorul este nevoit să inhaleze mai adânc din bidi pentru că acestea să rămână aprinse. Fumatul de *bidi* este implicat în patogeniza cancerului oral, de plămâni, de stomac sau de esofag și în apariția de boli cardiovasculare.(11)

**Țigările de foi (cigars)** cunoscute și sub denumirea de *cheroots*, *chutta*, *dhumti*, și *keeyo*, sunt produse din tutun uscat și fermentat învelite în frunze de tutun cu diferite forme și mărimi. Țigările de foi au un nivel total al nicotinei mai mare decât al țigărilor și pot elibera nicotina atât prin fum cât și prin contact direct oral cu învelișul de tutun.(12)

**Kreteks** sunt țigări cu aromă de cuișoare. Conțin arome exotice și eugenol, care are efect anestezic, permițând astfel o inhalare a fumului mai adancă. Eugenolul este considerat a fi un posibil carcinogen uman.

**Pipele** pot fi făcute din ardezie, lut sau alte substanțe iar tutunul se așează într-o cupă fiind inhalat printr-o tijă sau chiar prin apă (narghileaua, denumită și pipa de apă). Se pare că nivelul nicotinei din tutunul pentru narghilea este același ca și în țigările normale, dar fumătorii de narghilea au o expunere mai mare la monoxid de carbon și sunt totodată expuși la efectele carcinogene ale hidrocarburilor și metalelor grele din filtrele folosite. De asemenea, s-a constatat că fumatul de narghilea determină leziuni cromozomiale și o incidență mai mare a bolilor gingiilor decât la fumătorii de țigări (13).

**Sticks-** provin din tutun uscat la soare și sunt învelite în hârtia de țigări.

**Alte forme de consum mestecat sau prizat al tutunului** sunt reprezentate de:

- *tutunul pentru mestecat* (chewing tobacco-*engl.*). care se găsește sub diferite forme cum sunt *gutkha* (tutun pentru mestecat dulce care conține frunze de betel, catechu și șofran), *zarda* (tutun umed sau uscat amestecat cu diferite arome, culori și parfum) *pan masala*, *pudra pentru curățirea dinților*. Tutunul pentru mestecat este o cauză majoră a cancerului oral și are consecințe negative asupra gravidelor și a produsul de concepție. (11)
- *tutunul umed* (moist snuff-*engl.*) este consumat pe cale orală, fiind reprezentat de o cantitate mică de tutun măcinat care se ține între obraz și gingii.
- *tutunul uscat* (dry snuff- *engl.*) se găsește sub formă de pudră de tutun care fie se inhalează pe cale nazală, fie este administrată oral.

#### 1.4. Compoziția tutunului. Rolul substanțelor constitutive ale tutunului în organism

Dintre toate variantele de tutun consumabil enumerate mai sus, cele mai nocive sunt produsele care se administrează prin aprinderea tutunului, generând *fum de tutun*. Dintre cei 4000 constituenți toxici care se formează prin arderea tutunului - 50 sunt dovediți cancerigeni.

Cele câteva mii de substanțe chimice conținute în fumul de țigară, printre care monoxidul de carbon, acidul cianhidric, fenolii, substanțele dovedite cancerigene precum: *hidrocarburile aromatice policiclice, nitrosaminele, formaldehida, etc* sunt principalii compuși. Aceștia se află la originea unor patologii diverse (v. cap. 1.4)

Toate produsele din tutun conțin în mod constant și *nicotina*, provenită din frunzele de tutun - un lichid incolor, solubil în apă, ușor absorbit în piele și mucoase.

Aceasta este un drog psihoactiv care prin utilizarea repetată determină o *dependență* puternică, la fel de puternică ca heroina sau cocaina! Proprietățile ei adictive implică în special sistemele cerebrale de recompensă: (satisfacția) și memoria. Nicotina este principalul vinovat de producerea dependenței, și implicit de greutățile pe care le întâmpină cei ce vor să renunțe la fumat, chiar dacă sunt decizi să o facă. Dependența nicotinică prin stimularea psihointelectuală și dezordinile psihice minore induse determină manifestări de dependență compulsivă fizică și psihologică.

##### *Dependența nicotinică*

Pe lângă efectele sale cardio-vasculare (favorizează apariția hipertensiunii arteriale și are rol constrictiv asupra vascularizației) *nicotina* determină *dependența nicotinică* deoarece, după ce se absoarbe rapid la nivel alveolar, trece în circulația pulmonară, apoi în cea sistemică, ajungând în acest fel la creier, căruia îi livrează doze mari de nicotină într-un mod rapid. În cazul fumatului activ, această deplasare se produce în 10-15 secunde din momentul inspirării fumului. În cazul fumatului pasiv, viteza de circulație a nicotinei este mai redusă.

Efectul de stimulare a sistemului nervos central, face ca țigara să fie atât de căutată, pentru îmbunătățirea activității intelectuale, creșterea atenției, a vigilenței, impresia generală de "energizare" asociată aportului de nicotină în organism.(8) Cei mai mulți dintre fumătorii de țigări obișnuite sau alte produse din tutun devin treptat dependenți fizic și psihic, continuă fumatul pe parcursul unei perioade îndelungate (ani, zeci de ani) și întâmpină dificultăți în renunțarea la fumat în ciuda faptului că sunt motivați pentru acest demers.

Nicotina acționează la nivelul creierului, mai exact la nivelul receptorilor nicotiniци, care sunt de tip colinergic.

Ea aderă stereoselectiv de acești receptori colinergici din creier (structurile cerebrale care au cel mai mare număr de astfel de receptori sunt cortexul, talamusul și nucleul interpeduncular). S-a constatat că astfel de receptori mai există și în ganglionii nervoși, medulosuprarenală și joncțiunile neuromusculare. Receptorii pentru nicotină sunt niște canale de ioni compuse din 5 subunități: 2 subunități  $\alpha$  și 3 subunități  $\beta$ . Receptorii  $\alpha$  sunt responsabili de fixarea propriu-zisă în timp ce receptorii  $\beta$  îndeplinesc alte funcții. (14)

Toți receptorii nicotiniци sunt permeabili pentru ionii de calciu. Activarea acestor receptori se produce mai probabil prin facilitarea eliberării unor mediatori precum acetilcolina, noradrenalina, dopamina, serotonina,  $\beta$  endorfina, acidul  $\gamma$  aminobutiric. Fiecare din acești mediatori este corelat cu anumite efecte farmacologice ale nicotinei, astfel dopamina este responsabilă de senzația de plăcere și de scăderea apetitului, noradrenalina deasemenea de scăderea apetitului, acetilcolina produce creșterea capacității cognitive, glutamatul - creșterea capacității mnestice și a celei de învățare, serotonina determină suprimarea apetitului iar  $\beta$  endorfina antrenează diminuarea anxietății, un efect similar având și acidul  $\gamma$  aminobutiric.

Nicotina induce și eliberarea unor hormoni precum hormonul de creștere, prolactină, vasopresină și ACTH. Prin efectul de generare a plăcerii, dopamina intervine în declanșarea dependenței, la rândul ei, secreția de dopamină este mărită prin efectul nicotinic direct sau indirect (eliberarea în exces de glutamat). În favoarea capacității dopaminei de a declanșa dependența tabagică, vin constatările privind alte dependențe cum sunt cele de droguri și alcool, care sunt la rândul lor puse pe seama eliberării crescute de dopamină.

Consumul îndelungat de tutun determină în timp un fenomen de neuroadaptare cu creștere a toleranței, ceea ce duce progresiv la eliberarea unor cantități subliminale de dopamină, iar această eliberare deficitară este considerată responsabilă de declanșarea manifestărilor de sevraj și explică starea de disconfort a pacientului denumită și disreglare hedonică.

Cronicizarea obiceiului fumatului aduce după sine o creștere a numărului receptorilor colinergici din creier. Aceasta face ca în momentul în care receptorii nu mai sunt stimulați de nicotină timp de câteva ore să se instaleze simptomele de sevraj, dintre care cel mai des menționate sunt anxietatea, irascibilitatea, incapacitatea de concentrare, agitația, foamea, nevoia imperioasă de tutun, tulburări de somn și chiar depresie.

Dependența tabagică este concepută astăzi ca având o determinare multifactorială în care rolul principal îl ocupă dorința de a trăi efectele farmacologice ale nicotinei, de a evita eventualele fenomene de sevraj și anumite asocieri condiționate, în cadrul unei stimulări pozitive (nicotina produce stimulare psihoactivă) sau negative (lipsa nicotinei produce disconfort).(14,15)



### *Sindromul de abstenență la nicotină (sd. de sevraj nicotinic/tabagic)*

Dacă introducerea nicotinei în organism dezvoltă dependența, absența ei provoacă o serie de tulburări cunoscute sub denumirea de sindrom de sevraj sau de abstenență la nicotină.

Sevrajul reprezintă procesul de renunțare progresivă la un drog sau la altă substanță consumată în cantități extreme. Sevrajul nicotinic constă în totalitatea simptomelor care apar la oprirea bruscă a aportului de nicotină, mai ales în cazul utilizării timp îndelungat a acesteia, datorită faptului că tutunul, acționând la nivelul creierului, ca și oricare alt drog, determină dependență atât fizică, cât și psihică, iar oprirea bruscă a administrării lui duce la manifestări multiple, diferite de la caz la caz.

Nicotina produce modificări la nivelul creierului, care dau o stare de bună dispoziție, chiar plăcere – temporar. Cu timpul însă, fumătorul se obișnuiește cu aceste stări, le asociază consumului și începe să caute țigara-sursa de nicotină-pentru a le obține, ceea ce duce la creșterea consumului de țigarete și la instalarea dependenței de nicotină.

#### *Cum putem recunoaște dependența de nicotină?*

##### *Iată câteva semnale:*

- Fumatul primei țigarete dimineța, în primele 30 de minute de la trezire.
- Consumul a cel puțin 10-15 țigarete pe zi.
- Nevoia permanentă de nicotină când fumatul este interzis sau individul nu are la îndemână un pachet de țigări.
- Imposibilitatea de a se abține de la o țigară mai mult de câteva ore.
- Fumatul chiar și atunci când subiectul este bolnav.

Fumătorii care au renunțat recent la fumat au un risc foarte mare de recidivă, la scurt timp după renunțare (16), deși reluarea fumatului poate apărea și la luni sau chiar ani de la oprirea lui. Date din literatură indică faptul că rata succesului la un an de zile de la renunțarea la fumat este de doar 15-35%, similară cu cea a altor boli care creează dependență cronică, de tipul etilismului cronic (17).

Pentru fumători, sevrajul nicotinic este perceput ca o vulnerabilitate fizică a organismului față de nicotina existentă în țigarete, trabucuri, pipe, tutun masticabil, care debutează în primele 4-12 ore de la renunțarea la fumat, ceea ce antrenează apariția unei serii de simptome, reprezentate de:

- nevoia acută de a fuma (*craving\*-engl.*),
- iritabilitate,
- senzații de neliniște, mânie, anxietate,
- oboseală,
- apetit crescut, mai ales pentru alimente dulci, creștere în greutate,

- probleme de concentrare,
- depresie,
- insomnii,
- cefalee,
- amețeli (17).

Această simptomatologie variază în funcție de persoană, unii fumători resimțind mai pregnant sevrajul decât alții. Oricum, toate aceste manifestări sunt trecătoare, atingând un maxim de intensitate în primele 24-72 ore, urmând a diminua în următoarele 3-4 săptămâni.

Pentru un fumător, simptomele de sevraj reprezintă totalitatea stărilor cauzate de renunțarea la tutun și trebuie avut în vedere că aceasta este o perioadă dificilă, care poate necesita ajutor medical calificat și suport psihologic.

Din acest motiv, în prezent, cea mai bună strategie de obținere de rezultate încurajatoare pe termen lung, recomandată de toate ghidurile de asistare a fumătorilor, constă în combinarea terapiei medicamentoase cu terapia psiho-comportamentală în toată această perioadă.(18)

## **2. Patologia cauzată de tutun**

Aproape că nu există aparat și sistem al organismului care să nu fie afectat de consumul de tutun. Cuantificarea efectelor nocive ale tutunului pornește de la analiza compoziției chimice a acestuia..

În timpul fumatului au loc procese chimice de piroliză, pirosinteză și de distilare a tutunului. Toxicitatea fumului de tutun rezultă din numeroasele sale componente, clasificate în 2 faze: o fază dispersantă și o alta, dispersată, reprezentată de particule aerosolizate. Compușii cei mai toxici se regăsesc în fazele volatile ale fumului de tutun.

Faza dispersantă e compusă din vapori necondensați, oxid de carbon, oxid de azot, chiar și acid cianhidric. Faza dispersată e reprezentată de substanțe volatile și de particule de dimensiune mică. Aceste particule, datorită dimensiunilor reduse, au o stabilitate prelungită în aerul respirat, fenomen care permite penetrarea și depozitarea lor la nivelul aparatului respirator, cu deosebire în rețeaua bronhoalveolară a acestuia.

În cele ce urmează ne propunem să dezvoltăm principalele consecințe nefaste ale tutunului în corpul uman, cu accent pe cele respiratorii, cardiovasculare și neoplazice și cu o succintă enumerare a celorlalte efecte nocive. Un tablou complet al acestora este redat în tabelul 1.

## **Aparatul respirator**

Bronhopneumopatia cronică obstructivă  
Cancerul bronhopulmonar  
Astmul bronșic  
Infecții respiratorii frecvente

## **Boli cardio-vasculare**

Hipertensiunea arterială sistemică  
Ateroscleroza  
Arteriopatiile obliterante ale membrelor  
Anevrismele- arteriale  
Cardiopatia ischemică cronică  
Accidente vasculare cerebrale  
Tulburări de ritm cardiac (îndeosebi fibrilația ventriculară)  
Moartea subită  
Stenoze de arteră carotidă  
Trombangeita obliterantă Buerger

## **Diverse forme de cancer:**

Cancerul pulmonar  
Cancerul laringian  
Cancerul de colon  
Cancerul de pancreas  
Cancerul de esofag  
Cancerul gastric  
Cancerul renal  
Cancerul cavității bucale  
Cancere din sfera genitală (prostată, penis, col uterin, sân)

## **Alte boli pentru care fumatul e considerat factor de risc:**

Boala Alzheimer  
Cataracta  
Leucemia  
Anxietatea  
Diverse simptome psihice:

- tulburări depresive
- modificări ale comportamentului și dispoziției
- tulburări de personalitate, de memorie
- tulburări ale funcțiilor executorii
- schizofrenie

Ulcerul peptic  
Fractura de mandibulă  
Afecțiuni periodontale

## **Efecte negative ale tutunului la nivelul cavității bucale:**

Leucoplazia  
Stomatită nicotinică  
Boala periodontală  
Leucoedemul  
Retracții focale gingivale cu pierderea atașamentului periodontal  
Gingivita acută necrotic-ulcerată  
Candidoza cronică hiperplastică  
Glosita mediană romboidă  
Limba păroasă

Lichen plan  
Cariile dentare

### **Rolul fumatului asupra aspectelor estetice la fumători:**

Melanoza gingivală (melanoza fumătorilor)  
Pierderea dinților  
Petele de tutun ale dinților  
Calculii dentari  
Hialitoza  
Modificări salivare (creșterea secreției glandelor salivare și leziuni degenerative)  
Tulburări ale acuității olfactive și gustative (reducerea capacității de a simți mirosul și gustul)  
Piele îmbătrânită cu riduri

### **Influențe ale fumatului asupra vieții sexuale:**

#### **Bărbații:**

Scăderea libidoului și potenței sexuale  
Infertilitate  
Reducerea numărului de spermatozoizi și motilității acestora

#### **Femei:**

Amenoree secundară  
Infertilitate  
Instalarea precoce a menopauzei  
Interacțiunea cu pilula contraceptivă

### **Modificări asupra EEG**

Amplificarea frecvenței EEG  
Scăderea amplitudinii undelor beta  
Scăderea frecvenței spectrale pe EEG

### **Fumatul în timpul sarcinii:**

Încetinirea creșterii intrauterine  
Nașteri premature  
Greutate mai mică la naștere  
Sindromul morții subite la copil  
Creșterea riscului de avorturi spontane și de sângerare  
Infecții intrauterine  
Ruptură prematură de membrane

### **Consecințe ale fumatului matern asupra fătului:**

Sindromul morții subite a sugarului  
Apneea obstructivă  
Malformații congenitale (cheiloschizis sau paloschizis)  
Creșteri de tensiune arterială la nou-născut  
Factor precursor pentru astmul bronșic la copil  
Risc de obezitate la copil  
Peumonii și bronșite  
Retard fizic și mental al fătului

**Tabel 1** (Trofor și Mihăescu - Ghid practic de renunțare la fumat - pentru pacienți - EditDan, Iași 2007)

### ***Consecințe asupra aparatului respirator***

Acestea sunt reprezentate de bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPCO), astmul bronșic, infecțiile respiratorii și cancerul bronhopulmonar.

*Bronhopneumopatia obstructivă cronică* este atribuită în peste 90% din cazuri fumatului. Mecanismele prin care tutunul acționează asupra componentelor aparatului respirator sunt multiple și complexe, trei procese fiind fundamentale: agresiunea oxidativă, inflamația și creșterea activității elastazice, aceasta din urmă responsabilă de degradarea țesutului conjunctiv în condițiile unei diminuări a activității antiproteazice. În termeni morfopatologici agresiunea tabagică se exprimă prin hiperplazia glandelor mucoase, inflamație și obstrucția căilor respiratorii cu dopuri de mucus, reducerea numărului cililor vibraționali, modificări celulare cantitative și de tip metaplastic, diminuarea cantitativă a arterelor de calibrul mic și distrucții alveolare. Pentru a închide cercul vicios intervine oxidul de carbon care poate agrava BPOC prin acțiunea sa iritantă, în condițiile în care pacienții continuă să fumeze.(19)

*Relația dintre fumat și astmul bronșic*, multă vreme controversată, este astăzi indubitabil dovedită de studii epidemiologice după cum a putut fi probată și o creștere a gravității suferinței astmatice la fumători. Printre argumentele aduse în favoarea acestei relații se numără și constatarea hipersensibilității bronșice în cazul fumatului pasiv. De asemenea copiii născuți din mame fumătoare prezintă un risc semnificativ crescut de apariție al astmului. Există actualmente explicații ale modului în care tutunul induce astmul și acestea se fundamentează pe modificări ale eliberării de citokine din macrofage, pe scăderea nivelului interleukinei 6 și pe o creștere a celularității. (14)

Fumatul a fost corelat și cu creșterea frecvenței infecțiilor respiratorii. Susceptibilitatea crescută la infecții respiratorii este explicată prin efectul componentelor fumului de țigară asupra epiteliului căilor respiratorii dar și prin modificări imunologice deopotrivă ale imunității mediate celular și umoral. Atât fumatul activ cât și cel pasiv sunt incriminate în creșterea riscului și frecvenței infecțiilor respiratorii deopotrivă bacteriene și virale. Argumente în acest sens au fost aduse chiar și în legătură cu forme extrem de cunoscute ale infecțiilor respiratorii precum pneumonia pneumococică sau gripa.

Tuberculoza este considerată astăzi și ea ca o infecție corelată cu fumatul atât în ceea ce privește riscul dezvoltării cât și vindecarea lentă. Un argument indubitabil al acestei relații nocive îl reprezintă rata mult mai mare a deceselor la tuberculoșii fumători.

Există și o altă lungă listă de afecțiuni respiratorii legate de fumat cum ar fi bronșiolitele din cadrul pneumopatiilor interstițiale, pneumonita interstițială descuamativă, histiocitoza cu celule Langerhans, alveolita fibrozantă și pneumonia cu eozinofile.

### *Cancerul brohopulmonar*

Creșterea frecvenței cancerului bronhopulmonar și implicit a mortalității prin acesta în paralel cu extensia fumatului a adus în discuție efectul carcinogen al fumului de tutun. Aceasta a atras și explicații asupra mecanismelor carcinogenezei.

S-a dovedit că numeroase componente ale fumului de tutun exercită un efect mutagen asupra ADN-ului și s-a putut chiar demonstra o asociere între cancerle cu celule scuamoase și modificări la nivelul genelor P53 și K-ras. Efectul nociv al tutunului poate fi potențat de anumite asocieri cum sunt substanțe minerale radioactive, nichelul, cromul sau de lipsa unor factori considerați protectori cum ar fi vitamina A, scăzută după cum se știe și în carențele alimentare. Efectul carcinogenetic este cu atât mai mare cu cât numărul de țigări fumate este mai ridicat și durata consumului tabagic mai mare. Un alt factor de care depinde probabilistic apariția cancerului pulmonar este cel al tipului de țigări fumate. Riscurile sunt mai mari în cazul consumării țigărilor fără filtru decât al celor cu filtru, ceea ce a și determinat impunerea fabricării aproape în exclusivitate a țigărilor cu filtru. Cele mai utilizate filtre sunt cele de acetat de celuloza sau cele charcoal. Crearea filtrelor cu orificii de ventilare părea să aducă o diluare a fumului prin amestecul acestuia cu o coloană de aer. Dacă ideea părea susținută de testările efectuate cu “mașinile de fumat”, în fapt s-a văzut că degetele fumătorului obliterează adesea aceste orificii, astfel că diluția estimată a fumului nu se mai produce. Un alt factor este reprezentat de cantitatea de gudron din fumul de țigară.

Socotim util să reamintim că prin gudron înțelegem rezidul condensabil al fumului de țigară, care se depozitează pe filtrul mașinilor de testat țigările. Cu cât conținutul în gudron este mai mare cu atât riscul carcinogenetic crește. Chiar și tipul foiței de țigară sau aditivii pot avea un anume rol. Toate constatările mai sus menționate trebuie privite cu o oarecare prudență, deoarece măsurătorile făcute cu “mașina de fumat” s-au dovedit a fi diferite de concentrațiile unor biomarkeri ai nicotinei și gudronului, care au fost găsite la valori mai ridicate. Totuși se poate afirma că testările făcute cu această mașină permit o anume predictibilitate a riscului de carcinogeneză pulmonară. (14,19,20)

Este admis astăzi că fumatul se constituie ca un mare flagel în țările industrializate, dacă avem în vedere rata îmbolnăvirilor și mortalității prin cancer bronhopulmonar la cetățenii fumători ai acestor țări precum și comparațiile de dinamică a bolii la bărbați și femei în corelație cu dinamica fenomenului tabagic (diminuarea cazurilor de cancer bronhopulmonar la bărbați în țările dezvoltate odată cu diminuarea fumatului în rândul acestora și creșterea acestui tip de cazuistică în rândul femeilor în paralel cu creșterea consumului de tutun la acestea).

### ***Consecințe asupra aparatului digestiv***

Fumatul induce și la nivelul aparatului digestiv o serie de afecțiuni precum refluxul gastroesofagian, cancerul esofagian, cancerul gastric, ulcer gastroduodenal, cancerul colic.

Asocierea etilo-tabagică prin solubilizarea de către alcool a unor carcinogeni din tutun potențează riscul de cancer esofagian dar și pe cel de cancer laringian.

### ***Consecințe asupra aparatului cardiovascular***

Acestea sunt numeroase, grave și responsabile de numeroase decese consecutive acestor afecțiuni.

Sunt de menționat suferințele consecutive bolii coronariene, cele cerebrovasculare, cele vasculare periferice și moartea subită.

S-a constatat, de pildă, că angina pectorală este mai frecventă și mai greu de tratat la fumători.

Un alt exemplu este cel al riscului crescut de infarct miocardic la femeile care fumează și recurg simultan la contraceptive orale.

Relația dintre fumat și cu deosebire fumatul excesiv pe de o parte și arteriopatiile periferice cu deosebire cea aterosclerotică este de mult și bine cunoscută. Riscul de tromboză, dar, mai ales, de eșec al tratamentelor trombolitice a fost probat la pacienții fumători la fel și eșecul angioplastiilor sau by-pass-urilor la coronarienii fumători. (2)

Având în vedere numărul și amploarea efectelor generate de fumat asupra aparatului cardiovascular s-a încercat elaborarea unor explicații în legătură cu mecanismele prin care se produc aceste suferințe. În ciuda unor controverse, anumite mecanisme au putut fi dovedite. Printre acestea enumerăm stresul hemodinamic, leziunile produse asupra endoteliului vascular, creșterea gradului aterosclerozei prin conversia profilului lipidic într-unul mult mai aterosclerotic, hipercoagulare, tulburări de ritm cardiac, hipoxemia.

Mai trebuie menționată și asocierea de tip sinergic a fumatului cu alți factori de risc cardiaci.

### ***Efecul asupra vindecării plăgilor***

De la observațiile empirice privind dificultăți în vindecarea plăgilor la fumători s-a ajuns astăzi la legături cauzale între fumat și această patologie care poate avea consecințe invalidante asupra pacienților chirurgicali.

În explicarea mecanismelor patogenetice este incriminată în primul rând nicotina prin efectul ei vasoconstrictor și consecutiv diminuarea perfuziei tisulare. Au fost identificate și verigi indirecte cum ar fi creșterea tromboxanului A<sub>2</sub>, stimularea eliberării de catecolamine din medulosuprarenală, ganglionii simpatici, terminațiile nervoase și țesutul cardiac cromafin. Interferența nicotinei cu prostacilinele aduce după sine un efect

trombogenetic. Oxidul de carbon și hidrogencianida din fracțiunea gazoasă a fumului de țigară determină în cele din urmă hipoxie tisulară.

Așa cum am arătat și pentru relația cu aparatul cardiovascular, se produce o detașare a celulelor endoteliale din vasele mici sinonimă practic cu o leziune endotelială. Această leziune endotelială are ca și consecință pierderea funcției de relaxare a țesutului endotelial, fiind stimulată vasoconstricția. Pe un endoteliu degradat al unui vas contractat trombocitele aderă cu mult mai multă ușurință și vor elibera substanțe care vor accentua vasoconstricția. Tromboza și leziunea endotelială sunt completate de o vasoplegie consecutivă degradării oxidului de azot pe calea superoxid anionilor din fumul de țigară.

În esență, toate aceste fenomene duc la scăderea cantității de oxigen ce ajunge în țesuturi, buna oxigenare fiind după cum se știe una din verigile de bază ale vindecării plăgilor. Tot prin hipoxie se produce stimularea eritropoiezei, creșterea agregării trombocitelor și producția de fibrinogen având ca și consecință creșterea vâscozității sângelui, stare la randul ei potențial determinantă de tromboză.

În sinteză, putem spune că tutunul intervine asupra țesuturilor în curs de vindecare printr-un efect toxic direct și prin alterarea calității vascularizației. Mai sunt și alți factori incriminați precum inhibarea dezvoltării familiilor de celule necesare inițierii răspunsului inflamator de care depinde vindecarea.

În anii din urmă s-a dovedit efectul nociv al fumului de țigară asupra colagenului și consecutiv degradării acestuia se produc alterări ale tramei conjunctive pe care ar trebui să se fixeze celulele implicate în procesul vindecării.

Având în vedere efectul nociv al vasoconstricției asupra vindecării plăgilor s-a căutat a se evalua durata acestei vasoconstricții în raport de numărul de țigarete fumate pentru a se putea stabili o perioadă optimă de sevraj tabagic la fumători înainte și după intervenția chirurgicală. S-a constatat astfel că o singură țigaretă fumată menține vasoconstricția cutanată până la 90 minute, în paralel cu o hipooxigenare a țesutului celular subcutanat timp de 30-50 minute. Printr-un calcul simplu, s-a ajuns la concluzia că un fumător de 20 țigarete/zi stă în hipoxie între 15-20 ore.

Numeroase observații clinice arată prezența unor vindecări întârziate ale plăgilor la fumători, o mai mare frecvență a dehiscentelor de plagă și a infecțiilor postoperatorii, precum și o calitate mai slabă a cicatricilor. Literatura care ne-a stat la dispoziție arată că aceste observații rămân deocamdată în perimetrul nivelului C de evidență. (21)

Mult mai pertinente sunt argumentele rezultate din observațiile făcute în chirurgia plastică. Acestea arată că lambourile cutanate largi cum sunt cele după lifting-uri, reconstrucții mamare și abdominoplastii sunt de o calitate mai precară la fumători. Un exemplu convingător este studiul retrospectiv de la Cleveland Clinic Foundation care probează o rată mai mare de necroză a



lambourilor TRAM de reconstrucție postmastectomie. Rezultate mai puțin favorabile au fost înregistrate și în cazul reconstrucțiilor protetice. Instalarea acestor complicații pe lângă durata mai mare a vindecării și dezagrementul estetic poate întârzia și calendarul unor tratamente adjuvante precum radio sau chimioterapia. În cele din urmă s-a ajuns la concluzia ca până și prepararea acestor lambouri este mult mai laborioasă la fumători pentru ca precaritatea pediculului vascular al acestor lambouri presupune evitarea oricărei traume vasculare asupra acestuia. (21)

Constatări privind efectul negativ al fumatului au fost făcute și în cazul transferului liber de țesuturi, a replantărilor de degete și a grefelor osoase.

În contextul celor prezentate se pune problema perioadei de sevraj tabagic pre și post operator care să permită prevenirea multora din efectele nocive prezentate. Deși punctele de vedere sunt destul de divergente, marea majoritate a chirurgilor sunt de acord că 2-3 săptămâni înaintea operației și 3-4 săptămâni după operație sunt absolut necesare. Firește dificultățile sunt mai mari în cazul operațiilor făcute de urgență unde perioada preoperatorie de abținere nu există, și faptul se reflectă în calitatea vindecării (21).

### ***Efectele asupra aparatului genital și a reproducerii***

Sunt de menționat reducerea fertilității, avortul spontan, dezlipirea de placentă, nașterea prematură, feți cu greutatea scăzută la naștere, ruptura prematură a membranelor. Copiii născuți din mame care au fumat în timpul sarcinii sunt mai predispuși la astm bronșic. În cadrul tulburărilor ciclului menstrual trebuie consemnată menopauza timpurie.

În fine, nu trebuie uitate riscurile hepatice și vasculare ale fumatului la femeile în vârstă de peste 35 de ani care consumă pilule contraceptive.(2)

### ***Alte afecțiuni datorate fumatului***

Sunt de menționat diabetul zaharat noninsulino-dependent, cataracta, apariția prematură a ridurilor, (15) modificarea metabolismului sau efectelor unor medicamente, tulburări olfactive, osteoporoza. În legătură cu aceasta din urmă trebuie arătat că poate să survină atât la vârstnic dar și la adultul tânăr. În primul caz este vorba de o pierdere de masă osoasă în timp ce în cel de al doilea nu se ating valorile optime ale acesteia. Terapia estrogenică utilizată pentru combaterea osteoporozei la menopauză este influențată negativ de fumat.

În sfera urologică se citează frecvența mai crescută a cancerului de vezică urinară la marii fumători.

### ***Efectele fumatului pasiv***

Ratele de deces prin cancer pulmonar, prin boli cardiovasculare la nefumătorii expuși fumatului pasiv ca și frecvența mai mare a infecțiilor

respiratorii și a formelor grave de boală la copii mici au demonstrat rolul nociv al fumatului pasiv.

În momentul inhalării din țigară sau alt produs de tutun ars, doar 15% din fumul aspirat rămâne în plămâni fumătorului (curentul primar), iar restul de 85% este eliminat la exterior (curentul secundar). Dacă acești 85% ajung într-un spațiu în care există și nefumători, ei vor inspira aerul dintr-o atmosferă plină de fum, în mod egal cu cei care fumează. Dacă expunerea este constantă și îndelungată, cu timpul riscurile pentru sănătate ale nefumătorilor tind să le egaleze pe cele ale fumătorilor.(2)

Pe lângă durata și timpul expunerii la fum de țigară, mai contează și volumul încăperii, modul în care este ventilată și timpul petrecut în încăperea atunci când se fumează. Pericolul se manifestă mai ales pentru posibilitatea de a dezvolta cancer pulmonar, deoarece, substanțele cancerigene persistă în fumul din spații închise și nefumătorii le pot inhala cu ușurință. Nu același lucru se poate spune și despre nicotină S-a constatat că aceasta ajunge în plămâni nefumătorilor în doar 1% din cantitatea destinată fumătorilor activi (15, 22).

Anumiți constituenți cum ar fi amoniacul, formaldehida și nitrozaminele se regăsesc în concentrații mai mari în curentul secundar și exercită în consecință un efect toxic mai puternic. (22)

### **3. Biomarkeri ai expunerii organismului la tutun**

Statusul de fumător poate fi confirmat prin declararea lui de către pacient, ceea ce comportă un grad de subiectivism sau poate fi obiectivat de către terapeut prin determinarea unor biomarkeri ai expunerii la fum de tutun. Aceștia sunt *monoxidul de carbon* din aerul expirat și *cotina* (un metabolit al nicotinei) (23).

Monoxidul de carbon (CO) poate fi monitorizat cel mai ușor și reprezintă un indicator cert al consumului de tutun. Concentrația de CO din organismul unui fumător poate fi determinată dacă pacientul expiră într-un analizor al monoxidului de carbon. Unitatea de măsură a CO este reprezentată de ppm (părți per milion), parametru ce poate fi ușor convertit în echivalent de carboxihemoglobină, cu aparatele aflate în uz în prezent.

În condiții normale de mediu, la un nefumător, valoarea CO nu trebuie să depășească 4 ppm. Demonstrarea „efectului monoxidului de carbon” la fumători în activitatea de asistare pentru renunțare la fumat poate contribui la succesul sevrajului. Astfel, dacă determinarea CO se va face în cabinet la un fumător – cu evidențierea unei valori de 10-20 ppm (2-5 % carboxihemoglobină) în prezența unui nefumător la care se obține o valoare normală de 1-3 ppm, fumătorul va avea un motiv în plus să abandoneze fumatul. Mai mult, dacă pacientul afirmă că nu a mai fumat, dar testul indică o

concentrație de CO care atestă expunerea recentă la fum de tutun, se poate stabili adevărul la vizitele de monitorizare a sevrajului.

Tempul de înjumătățire al monoxidului de carbon este de aproximativ 4 ore, iar la 1-2 zile de la ultima țigară fumată, CO va atinge valori normale în aerul expirat (24). Este de preferat să se măsoare CO după-amiaza, când se va dovedi un marker mai fidel al dependenței de tutun (25).

Nicotina are un timp de înjumătățire de aproximativ 2 ore, astfel încât concentrația de nicotină depinde de momentul din zi când a fost fumată ultima țigară. (23,26).

Cotina este principalul metabolit al nicotinei și are un timp de înjumătățire de 15-20 de ore. Ea poate fi determinată din sânge, păr, salivă și urină. O concentrație a cotininei plasmatice < 15 ng/ml este considerată doveditoare a unui nivel de nefumător. Nivelul de cotină la fumători este în jur de 200 ng/ml, dar poate să ajungă la valori de până la 1000 ng/ml (16).

Analiza a 13 trialuri în care s-a urmărit reducerea numărului de țigări fumate pe zi, utilizând în majoritatea cazurilor terapia de substituție nicotinică, a observat că nivelul de monoxid de carbon și cotină din organism nu se diminuează proporțional cu numărul de țigări reduse/zi. Această concluzie pretează la o dublă judecată: reducerea fumatului nu se poate monitoriza coerent prin CO și cotină, iar în cazul folosirii de substitute nicotinică, interpretarea valorilor cotininei în procesul de monitorizare a sevrajului fumatului este ambiguă, având în vedere aportul adițional de nicotină de uz medicinal via substituenții nicotinică.(27).

#### **4. Beneficiile renunțării la fumat**

Fumatul este cunoscut ca un fenomen cu impact negativ dovedit asupra sănătății, fiind identificat ca cea mai importantă cauză prevenibilă a mortalității în societatea noastră. Aceste aspecte au fost detaliate în capitolul 2. (28).

Patru dintre principalele cauze de deces din lume: bolile cardiovasculare, cancerul (în special cel pulmonar), afecțiunile cerebrovasculare și bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPOC) sunt strâns relaționate cu fumatul. Cu toate acestea, studiile din ultimele trei decenii arată clar o reducere a morbidității și mortalității în rândul celor care renunță la fumat (29).

Renunțarea la fumat trebuie să aibă drept fundament beneficiile sanogene imediate și pe termen lung generate de abandonarea consumului de tutun, cunoscut fiind faptul că problemele de sănătate ocupă capul de listă printre motivele renunțării și aproape jumătate dintre cei care continuă să fumeze decedează datorită unor afecțiuni cauzate de fumat.

Pe lângă beneficiile imediate ale opririi fumatului (pulsul, tensiunea arterială și temperatura extremităților se normalizează după 20 de minute,

ameliorarea gustului și a mirosului după 48 de ore, respectiv a respirației după 72 ore de la oprirea fumatului), există și beneficii de durată, pe care le enumerăm în cele ce urmează:

### ***Abandonarea fumatului și riscul de cancer pulmonar***

Numeroase studii documentează reducerea riscului relativ de a dezvolta cancer pulmonar la exfumători comparativ cu cei care continuă să fumeze. Riscul relativ estimat variază în funcție de perioada de abțință. Și numărul de ani de fumat are o influență puternică asupra posibilității de apariție a cancerului pulmonar. Riscul scade semnificativ abia după 5 ani de abțință, comparativ cu cei care continuă să fumeze, iar beneficiile cresc direct proporțional cu durata abținței. Există studii de cohortă în acest sens, desfășurate în Marea Britanie, SUA și Japonia, care demonstrează o reducere a riscului de mortalitate prin cancer pulmonar cu 80-90% la persoanele care au abandonat fumatul timp de cel puțin 15 ani (30). De asemenea a fost raportată și scăderea riscului pentru fiecare tip histologic de cancer pulmonar, cercetările dovedind că rata de declin a riscului scade mai rapid pentru carcinomul scuamos, carcinomul cu celule mici și carcinomul cu celule mari, în timp ce adenocarcinomul și carcinomul bronhoalveolar sunt mai puțin influențate de renunțarea la fumat (31).

### ***Abandonarea fumatului și riscul de cancer non pulmonar***

Relația dintre fumat și apariția de neoplasme cu diverse localizări, altele decât respiratorii, este deja cunoscută. Cancerul oral are ca factor de risc major fumatul, identificându-se o relație de tip expunere-efect între cantitatea de țigări consumată și apariția cancerului.(32). Riscul de cancer oral scade după câțiva ani de la abandonarea fumatului, astfel că după 3-5 ani de abțință, riscul se reduce cu 50%, iar după 10 ani, riscul este egal cu cel al persoanelor care nu au fumat niciodată (33).

Fumatul este de asemenea un factor de risc major și independent pentru cancerul esofagian, iar renunțarea la fumat reduce la jumătate riscul de apariție a cancerului esofagian după 5 ani de abțință (34).

Un studiu caz-control efectuat în Los Angeles notează o reducere substanțială a riscului de cancer pancreatic abia după 10 ani de abțință (35), în timp ce un studiu similar efectuat în Anglia sugerează că ar fi nevoie de peste 20 de ani de abțință pentru scăderea semnificativă a riscului (36).

Un studiu condus de Wynder și colaboratorii indică reducerea riscului de cancer de vezică urinară cu 50% după 6 ani de la renunțarea la fumat, riscul fiind similar cu al persoanelor nefumătoare abia după 15 ani de abțință (37).

În privința cancerului de col uterin, compuși ai fumului de țigară au fost identificați în mucusul cervical la femeile fumătoare, acești compuși având rol mutagen și scăzând imunitatea locală (38). După primul an de la abandonarea

fumatului, riscul de apariție a cancerului de col uterin scade comparativ cu femeile ce continuă să fumeze.

### ***Abandonarea fumatului și patologia cardio-vasculară***

După renunțarea la fumat, are loc o scădere rapidă a riscului de boli coronariene, urmată apoi de o reducere mai lentă, graduală a riscului, pe parcursul mai multor ani. (39). Fumatul influențează și restenoza după efectuarea angioplastiei coronariene, Galan și colaboratorii descriind o rată de restenoza de 55% la fumători, comparativ cu 38% la cei care au abandonat fumatul după efectuarea intervenției (40).

O altă entitate patologică influențată de fumat este *anevrismul aortei abdominale*, care recunoaște drept principală cauză ateroscleroza. Deoarece fumatul are un rol important în accelerarea procesului de ateroscleroză, prin analogie, numeroase studii au publicat o rată de deces prin ruptura de anevrism aortic abdominal mai ridicată la fumători comparativ cu nefumătorii. Beneficiile renunțării la fumat în acest caz constau în reducerea mortalității cu 50% față de cei care continuă să fumeze, riscul de deces prin ruptură de anevrism rămânând totuși mai crescut de două ori față de cei care nu au fumat niciodată (30).

Fumatul este principalul factor de risc implicat în apariția *arteriopatiei obliterante periferice*. Renunțarea la fumat reduce cu 58% riscul de apariție a claudicației intermitente, care este simptomul caracteristic al acestei afecțiuni, debutând în timpul mersului, iar odată cu progresia bolii durerea evidențiindu-se și în repaus.

### ***Accidentele vasculare cerebrale***

Abandonarea fumatului reduce substanțial riscul de apariție al accidentelor vasculare cerebrale, riscul fiind egal cu cel al nefumătorilor după 5 ani de abținere (41).

### ***Beneficiile abandonării fumatului pentru făt***

Femeile care abandonează fumatul înainte de apariția sarcinii sau în primele 3 luni de gestație nu prezintă riscuri obstetricale suplimentare, în schimb cele care renunță la fumat după 30 de săptămâni de gestație sau continuă să fumeze pe tot parcursul sarcinii se expun riscurilor menționate anterior (28). Estimările recente sugerează că eliminarea fumatului în timpul sarcinii poate preveni 5% dintre decesele perinatale, 20% dintre nașterile de feți cu greutate scăzută și 8% dintre nașterile premature din SUA (27).

### ***Beneficiile abandonării fumatului pentru copii***

Impactul renunțării la fumat a mamelor în timpul sarcinii sau după naștere asupra riscului de infecții respiratorii la copii nu a fost suficient studiat,

dar având în vedere relația doză-răspuns dintre fumatul pasiv și infecțiile respiratorii, este de așteptat că abandonarea fumatului de către mame să elimine excesul de risc asupra copiilor în aceste cazuri (28).

### ***Abandonarea fumatului și patologia pulmonară non neoplazică***

Fumul de tutun stimulează secreția bronșică de mucus prin hipertrofia și hiperplazia glandelor mucoase, inhibă mișcarea cililor și activitatea macrofagelor alveolare, cu scăderea consecutivă a rezistenței la infecții, favorizează acumularea macrofagelor și neutrofilelor în jurul căilor aeriene distale, determină eliberarea de enzime proteolitice din macrofagele alveolare, din neutrofilele din căile aeriene mici și din țesutul alveolar. Totodată inactivează antiproteazele prezente în mod normal în țesutul pulmonar, stimulează receptorii de iritație din submucoasa bronhiilor, determinând creșterea reactivității bronșice și induce transformarea metaplastică a mucoasei bronșice (42). Ansamblul acestor modificări se regăsește în clinică, sub aspectul bronhopneumopatiei cronice obstructive (BPOC), fiind cunoscut faptul că fumatul este cel mai important factor de risc pentru această afecțiune iar renunțarea la fumat reprezintă cea mai bună metodă de a ameliora funcția pulmonară.

Principalii parametri urmăriți în evaluarea efectelor benefice ale abandonării fumatului asupra plămânului sunt: simptomele respiratorii (tuse, emisie de spută, dispnee, wheezing), funcția ventilatorie (volumul expirator maxim per secundă - VEMS), hiperreactivitatea bronșică și inflamația locală și sistemică (43).

Un studiu efectuat de Kanner și colaboratorii pe 5887 de fumători urmăriți timp de 5 ani după renunțarea la fumat evidențiază scăderea prevalenței simptomelor respiratorii cu >80% după 5 ani de abinență (44). Abandonarea fumatului reduce sau normalizează rata de declin a VEMS (45). Hiperreactivitatea bronșică nu se ameliorează semnificativ, dar prin renunțarea la fumat se previne agravarea acesteia (46). Inflamația bronșică, evaluată prin aspectele endoscopice (edem, eritem, secreții mucoase) și analiza lichidului de lavaj bronșiolo-alveolar dispare după renunțarea la fumat în cazul persoanelor fără simptomatologie respiratorie, în timp ce la pacienții cu BPOC sau bronșită cronică, modificările inflamatorii sunt foarte puțin reversibile (47).

În concluzie, faptul că renunțarea la fumat reduce morbiditatea și mortalitatea prin boli datorate fumatului, trebuie să determine clinicianul să intervină asupra fumătorilor prin informarea corectă asupra riscurilor pe care le presupune fumatul, prin mesaje personalizate despre impactul negativ asupra stării de sănătate și beneficiile semnificative ale renunțării la fumat precum și prin sprijinirea celor care doresc să renunțe.

## 5. Tipuri de intervenții și metode terapeutice pentru renunțare la fumat

Programele de asistare a celor care vor să abandoneze fumatul sunt fundamentate astăzi pe binomul consiliere cognitiv- comportamentală / terapie medicamentoasă. Pe de altă parte, orice demers al personalului medical pentru a asista fumătorii în acest scop va trebui să țină cont de motivația pacientului pentru a opri fumatul. Algoritmul de abordare va fi diferit la fumătorii motivați să renunțe față de cei care nu doresc sau nu sunt hotărâți pentru sevraj.

Mai mult, abordarea fiecărui pacient este diferită, în funcție de profilul psihologic, de sex, vârstă, motivația de a fuma, numărul de tentative eșuate de renunțare la fumat și răspunsurile la chestionarele standard ale statusului fumatului. O atenție particulară trebuie acordată consilierii antifumat a pacienților internați, cu deosebire celor cu afecțiuni corelate cu practica fumatului.

În practică, există trei tipuri principale de intervenții medicale:

**a) Sfatul antifumat minimal: 3-5 minute (nivelul 1- recomandat în medicina primară);**

Acesta reprezintă „o sumă de indicații verbale de a opri fumatul, la care se pot adăuga informații despre efectele dăunătoare ale fumatului oferite de orice doctor sau reprezentant de personal medical căruia i se adresează un pacient fumător”. Sfatul antifumat este una din cele mai ieftine intervenții medicale. Aplicat izolat are un randament redus: doar 1 din 40 de fumători ajung să renunțe la fumat. (48)

Dacă sfatul este dat unor fumători care deja sunt motivați să renunțe, el poate fi eficient cu adevărat. În măsura timpului alocat, se poate vedea chiar și într-o astfel de intervenție scurtă dacă pacientul este motivat, iar dacă nu, el va trebui stimulat în acest sens și totodată se pot sugera mici trucuri care pot ajuta la oprirea fumatului.

Iată câteva motive serioase pentru a convinge pacienții să renunțe: necunoștința de cauză (subestimarea riscurilor), vor să economisească bani, nu vor ca și copiii lor să le urmeze exemplul sau să fie obligați să devină fumători pasivi, au un soț/soție, părinte, prieten, coleg care le cere să renunțe la fumat, au deja simptome de tuse, expectorație, dispnee sau riduri, dinți galbeni, iritația mucoaselor respiratorii sau conjunctivelor când stau în fum de tutun, au și alți factori de risc: obezitate, hipertensiune arterială etc., își doresc un copil în viitorul apropiat.

**Câteva principii de terapie comportamentală** - sunt utile în decuplarea situațiilor cu risc de reluare a fumatului.(49) Iată ce îl poate sfătui medicul pe pacient să facă, în funcție de situație:

- obișnuita șuetă cu prietenii din care țigara era nelipsită: încercați să vă imaginați situația în avans și să pregătiți un răspuns celor care vă vor îmbia să fumați cu ei;
- în caz de stress sau de situații conflictuale: încercați să conștientizați și să controlați tensiunea nervoasă, ieșiți afară, respirați profund, faceți o plimbare, ascultați muzică, apelați la tehnici de relaxare;
- asocierea fumatului cu consumul de alcool: este greu de combătut. De multe ori cere o voință foarte mare și în orice caz reducerea consumului de alcool pe perioada renunțării la fumat;
- evenimente neașteptate: deces, divorț, decepții, faliment: gândiți pozitiv, nu adăugați o nouă problemă nenorocirilor proaspăt încercate;
- după prânz, siesta, tabietul cafelei și al țigării de după-masă: este foarte simplu: vă ridicați imediat de la masă, spălați vasele, vă spălați pe dinți sau plecați pe terenul de sport; o altă atitudine ușor de adoptat - în loc de cafea beți o ciocolată, un suc de fructe, un ceai – alături de ele - țigara nu se va mai bucura de aceeași prețuire;
- factori deprimanți: sportul, călătoriile, schimbările de look, sau în locuință pot fi de un real folos. Dacă nu, este nevoie de ajutor psihiatric, uneori;
- pofta inevitabilă de a fuma o țigară: este nevoie de concentrare și autocontrol. În cele câteva minute cât durează senzația imperioasă de a aprinde o țigară și de a trage un fum, măcar încercați să rememorați motivele care v-au determinat să luați hotărârea de a renunța la fumat și distrageți-vă singuri atenția de la țigară prin alte activități mărunte: o alergare, un telefon, preparați-vă o băutură răcoritoare etc.

Medicul se poate adresa fumătorului și astfel:

- pe măsură ce câștigați teren și căpătați încredere în capacitatea dumneavoastră de a vă autocontrola, încercați să vedeți partea bună a noii situații prin câteva aprecieri pozitive;
- în primul rând, veți demonstra celor din jur și dumneavoastră că ați fost în stare să opriți fumatul. Apoi hainele, părul, locuința nu vă vor mai fi impregnate de mirosul de fum de tutun. Nu va trebui să mai ieșiți afară sau să creați tensiuni prin obiceiul dumneavoastră într-un cerc de prieteni, în care majoritatea erau nefumători;
- viața dumneavoastră se va schimba: tot ce era legat de țigări și fumat vă aducea și neajunsuri: grimase ale soțului/soției, dezacordul părinților, al prietenilor, cheltuieli etc.;
- renunțând, veți putea savura mai bine gustul unor alimente și poate chiar veți începe să faceți sport. În plus, s-ar putea să faceți și o economie substanțială pe plan financiar. Iar sănătatea dumneavoastră în viitor va fi sigur mai bună fără fumat.



În cursul unei astfel de întâlniri nu este timp pentru mai mult decât o discuție cu fumătorul despre necesitatea opririi fumatului. De cele mai multe ori, cei care vor renunța, revin la cabinetul de consultații dacă au nevoie de ajutor medical, sau pur și simplu, reușesc să renunțe prin propria voință (2).

**b) Consilierea de specialitate (nivelul 2);**

Ce presupune o astfel de consultație? Prin ce se deosebește de consultațiile medicale obișnuite? Ce dificultăți pot întâmpina, atât medicii cât și pacienții?

Curent se utilizează termenul de consiliere pentru această formă de îngrijire acordată pacienților cu tabagism cronic. Acordată în general de echipe mixte de medici, asistente și psihologi care au dobândit o prealabilă pregătire în domeniu, consultația specializată presupune asistarea unui pacient avizat care a primit sfatul minimal antifumat și se prezintă pentru a fi ajutat să oprească fumatul. Rolul central îi revine medicului, care are responsabilitatea indicației și supravegherii terapiei farmacologice, în vreme ce asistenta medicală poate contribui la aspectele informaționale (documentație, baze de date, teste de laborator) și sfătuire minimală, iar psihologul ajută prin asigurarea suportului psiho-comportamental.

Consultația va începe cu pregătirea pacientului. Acesta va primi din partea medicului informații simple, pe înțelesul lui, despre: modalitățile de sevraj, graficul consultațiilor de control pe toată durata tratamentului, perioada de 1-3 săptămâni (sd. abținere) imediat după oprirea fumatului și beneficiile pentru sănătate ale renunțării la fumat.

Se va stabili un scurt istoric al fumatului și al antecedentelor familiale și personale, se vor discuta tentativele anterioare de renunțare, apoi se va identifica o motivație clară de a opri fumatul, după care vor fi prezentate succint pacientului metodele de sevraj cu avantajele și efectele secundare corespunzătoare, alegându-se de comun acord soluția cea mai adecvată, potrivit stadiilor schimbării în care se găsește pacientul.

**Stadiile schimbării.** În momentul consultației fumătorul se poate afla într-una din etapele (50):

– *Precontemplare/Contemplare:* nu se gândește prea mult la obiceiul de a fuma, nu are nici o intenție de a schimba ceva în viitorul previzibil, iar argumentele în favoarea continuării fumatului le contrabalansează pe cele în favoarea renunțării;

*Consilierea antifumat va întări riscurile percepute și va crea îndoieli.*

– *Pregătire:* se gândește să se lase de fumat în următoarele 6 luni, este ambivalent, neîncrezător iar argumentele împotriva renunțării le contrabalansează pe cele în favoarea renunțării;

*Consilierea antifumat trebuie să încline balanța în favoarea renunțării și să ajute la gasirea unei strategii de sevraj.*

– *Pregătire-acțiune:* intenționează să renunțe luna următoare, dar nu are încă un plan precis iar argumentele în favoarea renunțării le contrabalansează pe cele împotriva renunțării;

*Consilierea antifumat trebuie să ajute la elaborarea unui plan practic și să stimuleze/precipite acțiunea de sevraj.*

– *Acțiune-Menținere:* a renunțat la fumat, dar încă mai experimentează dificultăți.

*Consilierea antifumat trebuie să gestioneze și să prevină recăderile*

În varianta optimă, strategia pentru oprirea fumatului combină sfatul (recomandarea de renunțare la fumat) cu tratamente medicamentoase (Vareniclină, Bupropion, gumă, plasturi cu nicotină etc.) și terapia comportamentală. De asemenea, se vor dovedi utile pliante, postere, punerea la dispoziție de materiale scrise, broșuri, accesul la liniile telefonice de tip help-line sau simpla păstrare a unui contact telefonic cu pacientul (este foarte important ca pacienții aflați în această stare de schimbare psihologică dificilă să poată vorbi cu medicul care îi urmărește).

Materialele ajutătoare scrise pentru renunțarea la fumat, liniile telefonice etc, îi pot permite unei persoane motivate să capete informații suficiente (51, 52) pentru a opri fumatul chiar și fără ajutorul unui specialist în consiliere antifumat. Ele sunt utile și pentru că ajută medicul să economisească timp. Totuși, acestea sunt o modalitate inferioară ca valoare sfatului antifumat obținut de la un medic.

Foarte importantă este și urmărirea în timp a pacientului cu monitorizarea procesului de sevraj și a efectelor secundare ale terapiei farmacologice. Statusul fumatului se urmărește la fiecare vizită de control și se obiectivează prin determinarea concentrației monoxidului de carbon în aerul expirat. Dozarea cotininei în urină, sânge, salivă sau păr aduce informații asupra expunerii organismului la tutun, mai puțin fidele însă în cazul fumătorilor care urmează cure cu substituenți nicotinicici.(v. cap.3) (27)

Dacă specialistul va abandona fumătorul după ce doar i-a spus să renunțe la fumat și i-a dat o rețetă și câteva pliante, riscul recidivei fumatului este major.

Cele mai multe recidive ale fumatului se petrec în primele 2-3 zile de abinență (circa 50%) și în primele 3 luni, prin urmare în acest interval critic pacienții trebuie să țină o legătură strânsă cu cabinetele de consiliere antifumat.

Cu experiența de care dispune, medicul va alege pentru fiecare pacient în parte, în urma unei ședințe de consiliere inițială care să cuprindă toate aceste informații, metoda cea mai potrivită de oprire a fumatului.

În lume, există o ofertă generoasă de astfel de metode: *medicamente* - substitute de nicotină, pilule care scad pofta de a fuma, antidepresive,

anxiolitice, *terapia comportamentală, psihoterapia, metode complementare - acupunctura, hipnoza, etc.* În ultimii ani s-au înregistrat progrese simțitoare în domeniu prin apariția de medicație îmbunătățită de tipul *vareniclină*, dar și printr-o mai bună utilizare a medicației existente: combinații de diferite produse din categoria substitutelor nicotinic, prelungirea utilizării acestora - dacă e necesar, sau folosirea lor ajutătoare în paralel cu reducerea numărului de țigări zilnice.

Redăm mai jos o scurtă trecere în revistă a medicamentelor de linia întâi (16)

1. Bupropion SR care se află în uz din 1997- acționează prin blocarea receptorilor colinergici pentru nicotină. Bupropionul este considerat pe criteriile medicinei bazate pe evidențe că un tratament eficece pentru abandonul fumatului, întrunind condițiile de încadrare în nivelul de evidență A (16)
2. Guma cu nicotină, face parte din categoria terapiilor de substituție nicotinică. Este un tratament de asemenea considerat eficece având nivelul de evidență A.(16)
3. Inhalatorul cu nicotină, este un dispozitiv care permite pulverizarea de nicotină în orofaringe și din această perspectivă nu este un inhalator pulmonar propriu-zis, absorbția făcându-se în mucoasa orafaringiană. Este considerată o medicație eficece, eficacitate susținută de un nivel de evidență A.(16)
4. Tableta sublinguală cu nicotină, este și ea încadrată ca o medicație eficece, dar nivelul de evidență este doar B. Posologia este diferită în funcție de gradul dependenței. Astfel, pentru cei cu dependență redusă se recomandă tabletele de 2 mg, în timp ce pentru cei cu dependență ridicată se recomandă tabletele de 4 mg.(16)
5. Spray-ul nazal cu nicotină este un tratament cu eficiență categorisit prin prisma nivelului de evidență A.
6. Plasturele (patch-ul) cu nicotină este clasat și el ca un tratament eficece cu nivel de evidență A. Eficacitatea sa este probată printre altele și de faptul că poate fi utilizat ca o terapie de lungă durată cât și ca o terapie cu doze crescute.
7. Vareniclina face parte din clasa produselor nonnicotinic și a fost promovată în 2006 ca un medicament care acționează deopotrivă ca agonist parțial și antagonist al receptorilor nicotinici. Acest efect regulator recomandă vareniclina ca medicamentul cu cea mai mare eficacitate, cotate cu nivelul de evidență A(16).

Toate aceste medicamente trebuie utilizate numai după o consiliere medicală cu respectarea tuturor contraindicațiilor și ținând seama de posibilele efecte secundare. Este superfluu dar socotim totuși corect să amintim nevoia respectării posologiilor pentru fiecare produs în parte.

Medicația de linia a doua care este acceptată de unele ghiduri de sevraj tabagic este reprezentată de clonidină și nortriptilină (52).

*Clonidina* este un medicament eficace în sevrajul fumatului, care poate fi folosit în acest scop sub supravegherea unui specialist. (Nivel de dovadă A). Datele provin din analiza a 3 studii randomizate cu administrare de 0,1-0,75 mg clonidină zilnic, transdermic sau oral și au arătat dublarea ratei de sevraj comparativ cu placebo.(16)

Patru studii randomizate recomandă *nortriptilina* ca medicație eficace în sevrajul tabagic, de administrat sub supraveghere medicală, la un dozaj de 75-100 mg/zi. (Nivel de dovadă A) (16).

### ***c) Consilierea de grup***

Numeroase programe de sevraj tabagic au în vedere strategii individuale sau de grup prin metode educaționale, un acces mai bun la terapie/sprijin psihologic. Au apărut linii telefonice de ajutor pro-active, precum și posibilitatea asigurării de sprijin psihologic pentru fumători în asistența primară și secundară de specialitate.

La metodele de consiliere în grup nu se va apela de la primele ședințe, când este greu de câștigat un auditoriu neavizat, nepregătit pentru o astfel de întâlnire, mai ales dacă nu a primit un minim de informații (broșuri, pliante, clipuri video, audio) în prealabil.

Concluzionând, putem afirma că se poate face consiliere pentru renunțarea la fumat în mai multe moduri: individual, în grupuri cu un consilier specializat, fiecare participant putând să-și exprime dificultățile de sevraj și să învețe câte ceva de la colegii de grup, sau în sesiuni săptămânale cu persoane antrenate pentru a ajuta fumătorii să renunțe (psihologi, asistente etc.) (53). Este bine ca pacienții să fie abordați cât mai mult individual, într-o ambianță caldă, discretă, în care aceștia să simtă apropierea și înțelegerea specialiștilor și să poată împărtăși toate temerile și preocupările relativ la starea de fumător. Odată acest cadru psihologic creat, „bătălia este pe jumătate câștigată” (54).

Nu există remedii miracol sau minuni înfaptuite peste noapte atunci când vorbim de oprirea fumatului. În rădăcinat de ani buni în comportamentul unui individ, cu atât de multe implicații fizice, sociale și psihologice, fumatul nu poate fi înlăturat dintr-o dată.

*Există însă câteva elemente care nu pot lipsi din „rețeta” reușitei sevrajului: cunoștințe despre efectul nociv al tutunului și bolile pe care le poate provoca, ajutorul medical calificat și dorința pacientului de a întrerupe fumatul.*



## Bibliografie

1. Coteanu I, Seche L- Dicționarul Explicativ al Limbii Romane-Ed. a II-a, Ed. Univers Enciclopedic, Bucuresti, 1998.
2. Trofor A., Mihaescu T., Ghid practic de renunțare la fumat-pentru pacienți, EditDan, Iași, 2007, pg. 8-10
3. Augé, Gillon, Hollier-Larousse, Moreau, Ed.&1959-1964.
4. Moimgeron M, Maurin M, Bondu B, Gatarg M, Lancina M.-Hachette- Le Dictionaire Essentiel- Hachette 1992.
5. Kaufman N., Yach D. – „Tobacco control – challenges and prospects “Bulletin of the World Health Organization, 2000, vol. 78, (7), pg. 867.
- 6: Gilmore A., McKee M. – „ Tobacco control policies in the European Dimension”, Clinical Medicine, 2002, pg. 335-342.
- 7: „Starea de Sănătate a Populației din România”, Institutul Național de Statistici, București, 2001.
8. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, et al: Actual causes of death in the United States, 2000. *Jama* 291:1238-245, 2004.
9. P. Tonnesen, L. Carrozzi, K.O. Fagerstrom, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390–417.
10. Jennifer L Malson, Kri Kristi Sims, Ram Murty, Wallace B Pickworth. Comparison of the nicotine content of tobacco used in bidis and conventional cigarettes. *Tob Control* 2001;10:181-183 (Summer)
11. A McNeill, R Bedi, S Islam, M N Alkhatib, R West. Levels of toxins in oral tobacco products in the UK. *Tobacco Control* 2006;15:64-67;
12. Cristine D. Delnevo, PhD, MPH, Eric S. Pevzner, MPH, Michael B. Steinberg, MD, MPH, Charles W. Warren, PhD and John Slade, MD. Cigar Use in New Jersey Among Adolescents and Adults. *American Journal of Public Health*. June 2002, Vol 92, No. 6 943-945
13. Rashid Gatrad, Adam Gatrad and Aziz Sheikh. Hookah smoking. *BMJ* 2007;335;20.1.2.
14. Neal L, Benowitz, Paul G, Brunetta-Smoking Hazard and Cessation- in Murray & Nadel's- *Textbook of Respiratory Medicine*-Mason Broaddus Murray, Nadel, 2005.
15. Fl.Mihălțan, Magdalena Ciobanu – Tabagismul. Consecințe și tratament - Ed.Medicală 2001, București
- 16) Fiore MC, Jaen 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.
- 17) Tonnesen P et al : Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390-417.
- 18) Nides M, Leischow S, Sarna L, Evans SE: Maximizing Smoking Cessation in Clinical Practice: Pharmacologic and Behavioral Interventions. *Preventive Cardiology* 2007; 10: 23–30.
19. Chretien J, Marsac J-Pneumologie, Ed. Masson, 1990, Paris.
20. James F. Holland, Robert C. Bast Jr., Donald L. Morton-Cancer Medicine 4th Edition, Vol. I, Williams & Wilkins.
21. Pop E.C., Fodor L., Crisan C., Stan-Iuga B.- Efectele fumatului asupra vindecării plagilor. Conferința Natională “Sanatate sau tutun”, Cluj-Napoca, 10-12.05.2007.
22. Dănciulescu D. - „Fumatul pasiv”, *Pneumologia*, 2002, vol. 51,(4), pg. 308-309.,
23. P. Tonnesen, L. Carrozzi, K.O. Fagerstrom, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390–417.
24. Javors MA, Hatch JP, Lamb R. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking. *Addiction* 2005; 100: 159–167.

25. Jimenez-Ruiz CA, Masa F, Miravittles M, et al. Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest* 2001; 119: 1365–1370.
26. Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers. *Am J Epidem* 2000; 151: 251–258.
27. Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD005231. DOI: 10.1002/14651858.CD005231.pub2.
28. \*\*\*The Surgeon Generals Report on the Health Benefits of Smoking Cessation, US Department of Health and Human Services, Public-Health Service, Center for Diseases Control, Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promovation, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland1990;
29. J. Taylor Hays, Lowell C. Dale, Richard D. Hurt, Ivana T. Croghan - Trends in smoking-related diseases, Why smoking cessation is still the best medicine, vol 104, nr 6, dec 1998, *Postgraduate Medicine*
30. Doll R, Peto R - Mortality in relation to smoking: 20 years observation on male British doctors, *British Medical Journal*, 2:1525-1536, Dec 25, 1976;
31. Higgins IT, Wynder EL - Reduction in risk of lung cancer among ex-smokers with particular reference to histologic type, *Cancer*, 62 (11): 2397-2401, Dec 1, 1988;
32. \*\*\*Reducing the Health Consequences of Smoking - 25 years of progression - A Surgeon Generals Report, US Department of Health and Human Services, Public-Health Service, Center for Diseases Control, Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promovation, Office on Smoking and Health, Rockville, Maryland1989;
33. Iscovich J, Castelletto R, Esteve J, Munoz N - Tobacco smoking, occupational exposure and bladder cancer in Argentina, *International Journal of Cancer*, 40 (6), 734-740, dec 15, 1987;
34. Carstensen JM, Pershagen G, ekland G: Mortality in relation to cigarette and pipe smoking: 16 years observation of 25000 Swedish men, *Juornal of Epidemiology and Community Health* 41 : 166-172, 1987;
35. Mack TM, Yu MC, Hanisch R - Pancreas cancer and smoking beverage consumption and past medical history, *Journal of the National Cancer Institute* 76(1), 49-60, 1986;
36. Cuzick J, Babiker AG - Pancreatic cancer, alcohol, diabetes mellitus and gall-bladder disease, *International Journal of Cancer* 43(3), 415-421, 1989;
37. Wynder EL, Goldsmith R - The epidemiology of bladder cancer. A second look, *Cancer* 40 (3), 1246-1268, 1977;
38. Sasson IM, Haley MJ, Hoffmann D, Wynder EL, Hellberg D - Cigarette smoking and neoplasia of the uterine cervix: smoke constituents in cervical mucus, *NEJM* 312 (5), 315-316, Jan 31, 1985;
39. Goldberg R, Szklo M, Chandra V - The effect of cigarette smoking on the long-term prognosis of myocardial infarction, *American Journal of Epidemiology*, 114(3):431, 1981;
40. Galan KM, Deligonul U, Kern MJ - Increased frequency of restenosis in patients continuing to smoke cigarettes after percutaneous transluminal coronary angioplasty, *American Lournal of Cardiology*, 61:260-263, 1988;
41. Shinton R, Beevers G - Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke, *BMJ* 29, 789-794, 1989;
42. Someșan A, Dancău Gh - Fumatul-implicații etiopatogenetice în bolile respiratorii cronice și ulcerul gastro-duodenal, *Med Modernă*, vol 14, nr. 8, aug 2006,
43. Willemse BWM, Postma DS, Timens W, Hacken NH - The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, lung function, aitway hyperresponsiveness and inflammation, *Eur Resp J*, 23:464-476, 2004;

44. Kanner RE, Connett JE, Williams DE, Buist AS - Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the Lung Health Study. *Am J Med* 1999;106:410–416;
45. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *BMJ* 1977;1:1645–1648;
46. Lim TK, Taylor RG, Watson A, Joyce H, Pride NB. Changes in bronchial responsiveness to inhaled histamine over four years in middle aged male smokers and ex-smokers. *Thorax* 1988;43:599–604
47. Skold CM, Hed J, Eklund A. Smoking cessation rapidly reduces cell recovery in bronchoalveolar lavage fluid, while alveolar macrophage fluorescence remains high. *Chest* 1992;101:989–995
48. Trofor A, Radu-Loghin C-*Fumatul de la obicei la boală - 101 întrebări despre fumat*, Ed.Tehnopress, Iași, 2004, p.188-89.
49. Trofor A., Mihaescu T., Ghid practic de renunțare la fumat-pentru pacienți, EditDan, Iași, 2007, p.35-37.
50. Zwar N.*Smoking cessation.What works?* Australian Family Physician Vol. 37, No. 1/2, January/February 2008,p.10-15.
51. West R. - „Ajutați-i pe pacienții spitalizați să renunțe la fumat”, *BMJ*, ediția în limba română, 2002, vol. 9, (2), pg.47-48.
52. \*\*\* A Clinical Practice Guideline for treating Tobacco Use and Dependence-JAMA, june 28, 2000-vol.283,nr.24, 3244-3254.
53. Dean R Hess – The 19th Annual AARC New Horizont Symposium: Integrating Evidence-Based Respiratory Care Into Clinical Practice-Respiratory Caew, July 2004, vol.49, nr.7.
54. Coleman T. – „Cessation interventions in routine health care”, *BMJ*, 13 March 2004, pg. 631-633.





## ANEXE

### ANEXA 1 FIȘA DE DETERMINARE A STATUSULUI FUMATULUI

#### DATE PERSONALE:

Nume și prenume.....Data nașterii.....  
Stare civilă.....Profesie.....Loc de muncă.....  
Adresa.....CNP.....  
Telefon.....Medic de familie.....

#### ANTECEDENTE MEDICALE:

.....  
.....

#### STATUS FUMĂTOR:

FUMAȚI?: DA/NU

DA (de cel puțin 6 luni) = FUMĂTOR

- Număr pachete ani (nr. de țigări/zi, nr. ani de fumat)-

- Consum actual (nr. țigări/zi)-

- Momentul primei țigări a zilei-

- Tentative de renunțare anterioară-

NU:

1. Niciodată (<100 țigări/100 g tutun în viață) = NEFUMĂTOR

2. A renunțat (de cel puțin 6 luni) = FOST FUMĂTOR (data renunțării, nr. pachete an)

#### SUNTEȚI EXPUS LA FUMAT PASIV?

în familie \_\_\_

la serviciu \_\_\_

deloc \_\_\_

#### DORIȚI CONSILIERE PENTRU RENUNȚARE LA FUMAT?

da \_\_\_

nu \_\_\_

#### SCOR FAGERSTROM (v. ANEXA 2):

SEMNĂTURA PACIENTULUI

DATA

## **ANEXA 2 TESTUL DE DEPENDENȚĂ NICOTINICĂ FAGERSTROM\* (varianta simplificată)**

- 1. Cât de repede după ce vă treziți fumați prima țigară?**
  - sub 5 minute **3**
  - 6-30 minute **2**
  - 31- 60 minute **1**
  - peste 60 de minute **0**
  
- 2. Vi se pare dificil să vă abțineți de la fumat în locuri unde acesta este interzis (de ex. biserică, cinematograful, tren, restaurant etc)?**
  - DA **1**
  - NU **0**
  
- 3. La care țigară v-ar fi cel mai greu să renunțați?**
  - La prima țigară de dimineață **1**
  - La celelalte **0**
  
- 4. Câte țigări/ zi fumați?**
  - mai puțin de 10 **0**
  - 11-20 **1**
  - 21-30 **2**
  - peste 30 **3**
  
- 5. Fumați mai frecvent în primele ore după trezire decât în restul zilei?**
  - DA **1**
  - NU **0**
  
- 6. Fumați și dacă sunteți atât de bolnav încât sunteți imobilizat la pat în mare parte a zilei?**
  - DA **1**
  - NU **0**

---

\* Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat J 1991; 69:763-765

\* Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000

## ANEXA 3 Strategiile de interviu motivațional

### Acestea recurg la tehnica de exprimare a empatiei

➤ **folosirea întrebărilor „deschis - închis” (“open-ended”) pentru a cerceta:**

- importanța de a recurge la fumat sau alte produse ce conțin tutun:

*“Cât credeți că este de important pentru dumneavoastră să renunțați la fumat?”*

- interesul și beneficiile în ceea ce privește renunțarea la fumat:

*“Ce se întâmplă dacă vă lăsați de fumat?”*

➤ **ascultați, reflectați și încercați să înțelegeți:**

- reflectați cuvintele și înțelesul lor

*“Considerați că fumatul vă ajută să vă mențineți greutatea?”*

- faceți un rezumat

*“Până acum am auzit că fumatul este ceva ce vă face plăcere, însă, pe de altă parte, prietenul dumneavoastră nu agreează faptul că fumați și este îngrijorat că ați putea dezvolta o boală serioasă”*

➤ **dați dovadă de înțelegere și compasiune**

*“Mulți oameni își fac griji în privința fumatului”*

➤ **sprijiniți autonomia pacientului și dreptul lui de a accepta sau de a respinge schimbarea**

*“Am înțeles că nu sunteți pregătit să renunțați la fumat acum. Sunt aici pentru a vă ajuta când veți fi pregătit”*

➤ **stimulați dezacordul**

- scoateți în lumină discordanța între conduita pacientului din prezent și prioritățile, valorile și obiectivele pe care și le-a exprimat

*“Am înțeles că sunteți foarte devotat familiei. Cum credeți că va afecta fumatul copiii?”*

➤ **întăriți și susțineți discuția despre această schimbare (renunțarea la fumat precum și vocabularul adecvat acestui tip de angajament):**

- *“Deci, realizați că fumatul vă afectează respirația și vă împiedică să țineți pasul cu copiii dumneavoastră?”*

*“Este grozav că veți renunța la fumat când veți depăși această perioadă aglomerată la serviciu”*

➤ **construiți și aprofundați acest angajament de renunțare la fumat**

- *“Există tratamente eficiente care vor ușura efortul de a renunța la fumat, incluzând consiliere și diverse opțiuni medicamentoase”*

*“Vă vom ajuta să preveniți un infarct de care a suferit tatăl dumneavoastră”*

➤ **retrageți-vă și reflectați dacă pacientul opune rezistență:**

*“Se pare că vă simțiți constrâns în legătură cu fumatul”*

- **exprimați-vă empatia**  
*“Sunteți îngrijorat de modul în care vă veți descurca cu simptomele de sevraj?”*
- **cereți permisiunea de a oferi informații**
  - *“Ați dori să vă spunem câteva lucruri despre strategiile care vă pot ajuta să treceți peste acest moment care vă îngrijorează?”*
- **susțineți pacientul să identifice și să realizeze această reușită:**
  - *“Deci, ați fost aproape de reușită ultima dată când ați încercat să renunțați la fumat”*
- **oferiți opțiuni pentru acești mici pași până la această realizare**
  - *“Sunați la TEL. VERDE pentru sfaturi și informații”*
  - citiți despre beneficiile și strategiile renunțării la fumat
  - schimbați-vă obiceiurile legate de fumat (ex. nu fumați în casă)

**Cereți pacientului să vă împărtășească ideile despre strategiile de renunțare la fumat.**

## ANEXA 4

### FIȘA DE CONSULTAȚIE INIȚIALĂ PENTRU RENUNȚAREA LA FUMAT

#### DATE PERSONALE:

Nume și prenume.....Data nașterii.....  
Stare civilă.....Profesie.....Loc de muncă.....  
Adresa.....CNP.....  
Telefon.....Medic de familie.....

#### ANTECEDENTE FIZIOLOGICE:

Data ultimei menstruații:.....  
Metoda contraceptivă.....  
Sarcina<sup>1</sup>.....Test sarcină (opțional).....  
Alăptare.....

#### ANTECEDENTE PATOLOGICE<sup>2</sup>:

BPOC	Alcoolism
Astm	Bulimie
Tuberculoză activă	Anorexie nervoasă
Tuberculoză în antecedente	Depresii
HTA	Ulcer
Boală ischemică coronariană	Diabet zaharat
Ischemie periferică	Hipercolesterolemie
Aritmii	Insuficiența hepatică severă
Accident vascular cerebral	Tumora SNC
Convulsii în copilărie	Traumatisme cranio-cerebrale

#### MEDICAȚIE CONCOMITENTĂ<sup>3</sup>:

.....  
.....  
.....

---

<sup>1</sup> Este recomandată obținerea unei scrisori medicale de la medicul de familie, care să ateste că nu este însărcinată.

<sup>2</sup> Este recomandată obținerea unei scrisori medicale de la medicul de familie în care să fie precizate antecedentele pacientului și eventualele tratamente cronice pe care acesta le urmează.

<sup>3</sup> De verificat tratamente cu: Cyclophosphamida, Orphenadrina, Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoin, Inhibitori MAO, Antiaritmice (Propafenona), Teofilina, Corticoizi sistemici, Antidepresive.

## CONSUM DE CAFEA

.....  
.....

## CONSUM DE ALCOOL

.....  
.....

## ALTE ADDICȚII

.....  
.....

## EVALUAREA STATUSULUI DE FUMĂTOR:

Vârsta primei țigări.....

Vârsta de la care fumează zilnic.....

Consumul tabagic actual.....nr. țigări/zi.....marca.....

Nr. pachete an.....Scorul testului Fagerstorm.....

Expunerea la fumat pasiv.....

## MOTIVAȚIA RENUNȚĂRII LA FUMAT:

Boli curente.....

Teama de îmbolnăvire.....

Presiune din partea anturajului/familiei.....

Financiare.....

Altele.....

## ANALIZA TENTATIVELOR ANTERIOARE DE RENUNȚARE:

De câte ori a renunțat.....Durata maximă a abstenenței.....

Metodele folosite pentru renunțare.....

Intensitatea sindromului de sevraj.....

Surplus ponderal după sevraj.....Alte manifestări.....

Motivele reluării fumatului.....

## EVALUAREA ȘANSELOR DE SUCCES

.....  
.....

## EVALUAREA PSIHOLOGICĂ

.....  
.....

**DETERMINĂRI PARAMETRI DE URMĂRIRE:**

TA.....Puls.....Greutate.....Înălțime.....  
CO în aer expirat.....Spirometrie (opțional).....  
Control cardiologic/EKG (opțional).....

**RECOMANDĂRI TERAPEUTICE:**

Terapie farmacologică.....  
Terapie psihologică.....  
Altele.....

**PROGRAMARE VIZITA URMĂTOARE:**

.....  
.....

**DATA**

**SEMNĂTURA**



## ANEXA 5

### FIȘA DE CONSULTAȚIE DE CONTROL

#### DATE PERSONALE:

Nume și prenume.....Data nașterii.....  
Stare civilă.....Profesie.....Loc de muncă.....  
Adresa.....CNP.....  
Telefon.....Medic de familie.....

#### ANTECEDENTE FIZIOLOGICE:

Data ultimei menstruații:.....

#### MEDICAȚIE CONCOMITENTĂ<sup>1</sup>:

.....  
.....  
.....

#### CONSUM DE CAFEA

.....  
.....

#### CONSUM DE ALCOOL

.....  
.....

#### ALTE ADICȚII

.....  
.....

---

<sup>1</sup> De verificat tratamente cu: Cyclospohsphamida, Orphenadrina, Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoin, Inhibitori MAO, Antiaritmice (Propafenona), Teofilina, Corticoizi sistemici, Antidepresive.

**STATUS FUMAT PREZENT:**

A urmat tratamentul corect?.....Doza.....  
Fumează la fel.....  
A redus.....  
A renunțat.....Data.....

**EVALUAREA SIMPTOMELOR DE SEVRAJ/EFECTELOR ADVERSE:**

Greață	Tulburări de comportament
Tulburări de somn	Erupții cutanate
Senzație de foame	Vertij
Nervozitate	Palpitații
Constipație	Tulburări de concentrare
Transpirații	Tulburări vizuale
Cefalee	Artralгии
Anxietate	Mialgii
Alte efecte adverse.....	
.....	
.....	
.....	

**DETERMINĂRI PARAMETRI:**

TA.....Puls.....Greutate.....  
CO în aer expirat.....

**RECOMANDĂRI TERAPEUTICE:**

Terapie farmacologică.....  
Terapie psihologică.....  
Altele.....

**PROGRAMARE VIZITA URMĂTOARE:**

.....

**DATA**

**SEMNĂTURA**

## ANEXA 6

### FIȘA DE CONSULTAȚIE FINALĂ

#### DATE PERSONALE:

Nume și prenume.....Data nașterii.....  
Stare civilă.....Profesie.....Loc de muncă.....  
Adresa.....CNP.....  
Telefon.....Medic de familie.....

#### ANTECEDENTE FIZIOLOGICE:

Data ultimei menstruații:.....

#### MEDICAȚIE CONCOMITENTĂ<sup>1</sup>:

.....  
.....  
.....

#### CONSUM DE CAFEA

.....  
.....

#### CONSUM DE ALCOOL

.....  
.....

#### ALTE ADDICȚII

.....  
.....

---

<sup>1</sup> De verificat tratamente cu: Cyclospofoshamida, Orphenadrina, Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoin, Inhibitori MAO, Antiaritmice (Propafenona), Teofilina, Corticoizi sistemici, Antidepresive.

**EVALUAREA SIMPTOMELOR DE SEVRAJ/EFECTELOR ADVERSE:**

Greață	Tulburări de comportament
Tulburări de somn	Erupții cutanate
Senzație de foame	Vertij
Nervozitate	Palpitații
Constipație	Tulburări de concentrare
Transpirații	Tulburări vizuale
Cefalee	Artralgi
Anxietate	Mialgii
Alte efecte adverse.....	
.....	
.....	
.....	

**DETERMINĂRI PARAMETRI:**

TA.....Puls.....Greutate.....  
 CO în aer expirat.....

**ANALIZA ACTUALEI TENTATIVE DE RENUNȚARE:**

A urmat tratamentul corect?.....Doza standard.....  
 Doza ajustată.....  
 A renunțat?.....  
 Data renunțării..... La câte zile de la începerea tratamentului.....  
 A continuat tratamentul după renunțare?.....Doza.....  
**Data încheierii tratamentului**.....  
**Durata totală a tratamentului**.....  
**Durata tratamentului în doza standard**.....  
 A redus?..... La câte țigări/zi?.....  
 Alte rezultate.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 Concluzii ale medicului curant.....  
 .....  
 .....

**DATA**

**SEMNĂTURA**

## ALGORITM DE TERAPIE DE SUBSTITUȚIE NICOTINICĂ

### PRINCIPU

Nicotina se administrează în doze controlate, pentru a satisface și a diminua în timp nevoia fizică. Receptorii nicotinici stimulați generează același nivel de dopamină ca și în timpul fumatului. Receptorii nicotinici nu sunt blocați, ci prin doze reduse gradat, sunt ajutați să revină la o activitate și la un număr caracteristice organismului în stare normală.

### CLASIFICAREA PACIENȚILOR:

TSN este o metodă în care componenta psihologică joacă un rol primordial, prin urmare pacienții cărora li se adresează pot fi împărțiți în două categorii:

1. Fumători care vor să reducă mai întâi numărul țigărilor fumate
2. Fumători care opresc complet fumatul.

#### ***1. Reducerea până la oprirea fumatului***

**Pasul 1.** (cu o durată de 0-6 săptămâni) - reducerea cu 50% a numărului de țigări fumate. În acest scop, se utilizează guma cu nicotină de 2 mg sau 4 mg ori de câte ori apare nevoia de a fuma. Se știe că fiecare fumător are un anumit obicei (stil) de a fuma. Pentru primul pas este bine să fie identificate țigările la care poate renunța mai ușor și să le înlocuiască cu guma urmărind ca până la sfârșitul acestei perioade să renunțe la cel puțin jumătate din țigările fumate.

**Pasul 2.** (durata se întinde între săptămâna a 6-a – luna 6-a) - se continuă reducerea numărului de țigări înlocuindu-le și pe cele reduse în această a doua etapă cu guma medicamentoasă până la oprirea completă a fumatului.

**Pasul 3.** (cu o durată între luna 6-a – luna a 9-a) prevede reducerea treptată până la oprirea administrării de gumă de mestecat cu nicotină.

#### ***2. Oprirea completă a fumatului***

Fumătorii care decid să înceteze complet fumatul trebuie să înlocuiască dintr-o dată cantitatea de nicotină administrată organismului prin țigări, cu nicotina provenită din guma medicamentoasă sau plasturele cu nicotină.

Terapia de substituție nicotinică se continuă reducându-se treptat cantitatea de nicotină medicinală până la dispariția completă a necesității de a fuma, pe o durată de 3-6 luni, sau chiar mai mult.

## ANEXA 8

### INFORMAȚII DESPRE UTILIZAREA CLINICĂ A BUPROPIONULUI\*

**Forma de prezentare Doze:** 1 tabletă cu eliberare prelungită = 150 mg

Se începe cu o tabletă o dată /zi, primele 3 zile, crescând la o tabletă x 2/zi în următoarele 4 zile, doză menținută timp de 7-9 săptămâni, cât durează cura.

Se recomandă un interval de cel puțin 8 ore între doze.

Se evită administrarea celei de a doua tablete înainte de culcare, pentru a minimiza insomnia.

**Durata tratamentului:** 7-9 săptămâni (120 tablete)

#### **Contraindicații:**

- hipersensibilitate la Bupropion
- istoric sau prezența de convulsii
- tumori ale sistemului nervos central
- diagnostic de bulimie/ anorexie nervoasă
- ciroză hepatică severă /insuficiență hepatică
- administrarea concomitentă de Bupropion și inhibitori de monoaminoxidază
- istoric de boli bipolare, AVC (accident vascular cerebral)
- sevraj la alcool sau benzodiazepine
- sarcină
- vârsta < 18 ani

**Factori de risc:** Evaluarea raportului risc/beneficiu va fi apreciat înainte de a recomanda Bupropion pacienților care prezintă și factori de risc pentru convulsii.

Factorii care cresc riscul convulsiv:

- medicamente care scad pragul convulsiv: antidepresive, antipsihotice, antimalarice, quinolone, sedative, antihistaminice, corticosteroizi sistemici, teofilină, tramadolum;
- abuz de alcool;
- istoric de traumatism cranio-cerebral;
- diabet zaharat;
- utilizarea de stimulente sau anorexigene.

**Grupe speciale: Vârstnicii** - administrarea poate deveni o problemă, datorită sensibilității crescute, secundare degradării funcției renale.

**Diabetul zaharat** Dacă diabetul zaharat este controlat doar prin dietă, atunci se prescrie doza întregă. Dacă diabetul zaharat este controlat cu Insulină sau antidiabetice orale se prescriu 150 mg/zi de bupropion.

---

\* Hayden McRobbie Current Insights and New Opportunities for Smoking Cessation [www.medscape.com/viewarticle/502414](http://www.medscape.com/viewarticle/502414), Br.J.Cardiol.,2005,Sherbourne.

## ANEXA 9

### INFORMAȚII DESPRE UTILIZAREA CLINICĂ A VARENICLINEI

**Doze:** Inițierea tratamentului are loc cu 7-10 zile înainte de data renunțării la fumat.

Se începe cu doza de 0,5 mg o dată/zi, timp de 3 zile, urmat de 0,5 mg x 2/zi, 4 zile, apoi 1 mg x 2/zi, timp de 3 luni.

Vareniclina este aprobat ca tratament de întreținere pe o perioadă de 6 luni.

**Notă:** pacientul trebuie instruit să renunțe la fumat începând cu ziua 8, când se ajunge la o doză de 1 mg x2/zi.

**Disponibilitate:** Se eliberează doar cu prescripție medicală.

**Este bine de știut:** Pacienții pot tenta oprirea fumatului și în prima săptămână de tratament.

Pentru a contracara greața se pot administra tabletele de vareniclină după mese.

Pentru a reduce insomnia se preferă administrarea celei de a doua tablete la cină decât înainte de culcare.

#### **Precauții:**

FDA a adăugat un avertisment în februarie 2008 cu privire la cei care utilizează Vareniclina pentru tratament. Mai exact s-au observat: stare de agitație, depresie, tulburări de comportament, ideeație suicidară, sinucidere. Manifestările au fost raportate la pacienți care încearcă să renunțe la fumat pe perioada administrării Vareniclinei.

De menționat că renunțarea la fumat, cu sau fără tratament farmacologic, a fost asociată cu exacerbarea unor boli psihice preexistente (de exemplu depresia). La pacienții cu antecedente de boli psihice trebuie luate măsuri de precauție și pacienții trebuie sfătuiți în consecință. Starea depresivă poate fi un simptom al sevrajului la nicotină. La pacienții care încearcă să renunțe la fumat a fost raportată depresie care poate include rar ideeație suicidară și încercări de suicid.” FDA recomandă ca pacienții să fie informați de către sistemele sanitare despre aceste manifestări, iar la rândul lor, pacienții să aducă precizări despre orice istoric sau antecedente de boală psihiatrică, înainte de administrarea Vareniclinei.

Clinicienii vor monitoriza pacienții aflați în tratament cu Vareniclină în privința manifestărilor de boală psihică și comportamentală.

**Precauții la pacienți cu insuficiență renală severă** – se recomandă ajustarea dozelor.

**Contraindicații:** sarcină, alăptare, hipersensibilizare la medicament.

**Efecte secundare:** greață, tulburări de somn, vise anormale.

Supliment publicat cu sprijinul companiilor farmaceutice  
(în ordine alfabetică)



GlaxoSmithKline

*Johnson & Johnson* d.o.o.



ISBN 973-702-600-4



9 789737 026002