

Dym tytoniowy jest mieszaniną substancji, których toksyczne działanie prowadzi do rozwoju wielu chorób, przede wszystkim układu oddechowego i krążenia. Za powstanie zespołu uzależnienia od palenia tytoniu odpowiada nikotyna - podstawowy alkaloid dymu tytoniowego. Porzucenie nałogu palenia jest procesem trudnym i długotrwałym.

Toksyczne działanie dymu tytoniowego

Dym tytoniowy jest mieszaniną składającą się z fazy gazowej, parowej i cząsteczkowej. Faza gazowa jest aerozolem zawierającym 5×10^9 cząstek zdolnych do przenikania do pęcherzyków płucnych oraz 10^{10} niezwykle reaktywnych wolnych rodników działających toksycznie przez połączenie z lipidami, kwasami nukleinowymi i białkami. Substancje te powstają w czasie niecałkowitego spalania tytoniu. Niezapalony papieros zawiera ponad 1000 różnych składników chemicznych, a palący się - ponad 4000 substancji chemicznych. Podstawowy alkaloid tytoniu - nikotyna w większej części występuje w fazie cząsteczkowej. Faza cząsteczkowa dymu tytoniowego zawiera także inne alkaloidy pirynowe, terpeny, estry kwasów tłuszczowych i wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne. Faza gazowa dymu tytoniowego zawiera między innymi tlenek węgla, amoniak, cyjanowodór, formaldehyd, aldehyd octowy, pirydynę i lotne N-nitrozoaminy

Układ oddechowy jest pierwszym układem narażonym na toksyczne działanie składników dymu tytoniowego, które już w godzinę po rozpoczęciu ekspozycji powodują złuszczenie komórek nabłonka tchawicy, zaburzają budowę i czynność komórek rzęskowych. Zmiany histopatologiczne obserwowane u palaczy polegają przede wszystkim na utracie rzęsek, zwiększeniu liczby komórek kubkowych, przeroście gruczołów śluzowych i metaplastji płaskonabłonkowej. Prowadzi to do zalegania śluzu w świetle oskrzeli, stałego drażnienia nabłonka, ustania ruchu rzęsek i upośledzenia transportu rzęskowego. Ponadto składniki dymu tytoniowego i nikotyna działają chemotaktycznie i aktywują na neutrofile krwi obwodowej, które przechodząc z naczyń do tkanki śródmiąższowej płuc doprowadzają do jej niszczenia. Wykazano, że makrofagi palaczy wydzielają znacznie więcej elastazy niż makrofagi osób niepalących. Elastaza jest głównym enzymem niszczącym elementy sprężyste płuc. Cały ten proces prowadzi do powstania rozedmy płuc, przewlekłego stanu zapalnego oskrzeli, ich obturacji, a w konsekwencji do rozwoju przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - POChP. Toksyczne działanie składników dymu tytoniowego prowadzi także do rozwoju wielu innych chorób, przede wszystkim choroby niedokrwiennej serca. Następstwami miażdżycy naczyń są także zmiany niedokrwienne kończyn i udar mózgu. Wykazano silny związek między paleniem tytoniu a rozwojem raka płuca, krtani, jamy ustnej, gardła, przełyku, trzustki, miedniczek nerkowych, pęcherza moczowego i szyjki macicy. Staniej związane z paleniem są rak żołądka, nosa, wargi, wątroby, mięszu nerki oraz białaczki. Inne następstwa palenia tytoniu to osteoporoza, zaburzenia wzrodu, zaburzenia płodności, u dzieci matek palących papierosy częściej stwierdza się małą masę urodzeniową, zespół nagłego zgonu niemowląt, astmę, zapalenie ucha środkowego i zakażenia dróg oddechowych

Zespół uzależnienia od nikotyny

Za uzależnienie od palenia tytoniu odpowiada nikotyna. Działa ona przez system receptorów nikotynowych. Aktywacja receptora przez nikotynę zwiększa wydzielanie dopaminy. Wzrost jej stężenia powoduje uczucie przyjemności, zmniejszenie apetytu, zmiany nastroju, zmniejszenie lęku i napięcia, pobudzenie oraz poprawę pamięci. Uzależnienie od tytoniu jest uznawane za neurobiologiczne. Według Światowej Organizacji Zdrowia zespół uzależnienia od nikotyny składa się z objawów behawioralnych, fizjologicznych i zmian procesów poznawczych, które pojawiają się w toku wielokrotnego użycia tytoniu - nikotyny. Zespół ten charakteryzuje się silną potrzebą przyjmowania nikotyny, trudnościami w kontrolowaniu tego zachowania, uporczywym używaniem tytoniu wbrew szkodliwym następstwom, przedkładaniem używania nikotyny nad inne zajęcia i zobowiązania, zwiększoną tolerancją, występowaniem zespołu abstynencji.

U palaczy poza uzależnieniem biologicznym występuje także silne uzależnienie psychiczne. Biologiczne uzależnienie od nikotyny jest różne u poszczególnych osób. U niektórych osób palących regularnie nawet niewiele papierosów przez wiele lat może w ogóle nie dojść do uzależnienia biologicznego. Ich uzależnienie od tytoniu ma charakter uzależnienia behawioralnego. Ta grupa chorych ma najmniej problemów z porzuceniem palenia i może to zrobić samodzielnie, przy niewielkim wsparciu psychologicznym bez leczenia farmakologicznego.

Druga grupa chorych to palacze, u których dochodzi do farmakologicznego uzależnienia od nikotyny. Są to osoby, które szybko po rozpoczęciu palenia stają się regularnymi palaczami i palą coraz więcej papierosów. Dla tych chorych samodzielne porzucenie palenia jest praktycznie niemożliwe i wymagają oni nie tylko wsparcia psychologicznego, lecz przede wszystkim leczenia farmakologicznego. Dostarczanie do organizmu nikotyny zwiększa wydzielanie dopaminy i wywołuje odczuwanie przyjemności, nagły spadek stężenia nikotyny przy próbach odstawienia tytoniu powoduje zaś nasiloną syntezę i uwalnianie noradrenaliny, co prowadzi do wzmożonej aktywności neuronów i powstania objawów zespołu odstawienia tytoniu. Zespół abstynencji charakteryzuje się występowaniem objawów subiektywnych i obiektywnych. Pierwsze z nich to głód papierosa, niepokój, nadmierna nerwowość i wzmożenie napięcia, wzrost ciśnienia, bezsenność, nadmierna nerwowość często nawet agresja bądź senność, trudności w koncentracji i depresja. Objawy obiektywne to zmiany w zapisie EKG, zwolnienie czynności serca, spadek ciśnienia krwi, przyrost masy ciała, zaburzenia wybiórczej uwagi i pamięci.

Zarzucenie palenia tytoniu jest procesem trudnym i długotrwałym, a polega on głównie na stopniowej zmianie przyzwyczajeń i nauce nowych zachowań. Niewielkiej grupie palaczy udaje się całkowicie zerwać z nałogiem już po pierwszej próbie jego rzucenia. Dlatego lekarz opiekujący się powinien podać praktyczne wskazówki na temat zaprzestania palenia, a personel medyczny, środowisko i rodzina pacjenta powinny udzielić mu wsparcia

Program porzucenia nałogu palenia

W raporcie grupy ekspertów zawierającym wytyczne postępowania u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc uznano, że skuteczne zwalczanie nałogu palenia wymaga wielokierunkowego podejścia, które obejmuje politykę publiczną, programy rozpowszechniania informacji oraz edukację zdrowotną w środkach masowego przekazu i szkołach. Jednak najważniejszą rolę w zachęcaniu do zaprzestania palenia i pomocy w walce z nałogiem powinni odgrywać pracownicy służby zdrowia: lekarze, pielęgniarki, psycholodzy. Przed ustaleniem indywidualnego programu postępowania należy określić u każdego chorego stopień motywacji do zaprzestania palenia i stopień uzależnienia od nikotyny. Wielkość uzależnienia biologicznego najbardziej obiektywnie można ustalić oznaczając stężenie metabolitu nikotyny - kotyniny w surowicy krwi, moczu bądź w ślinie. Wartości. Ponieważ badania te nie są powszechnie dostępne, najczęściej stopień uzależnienia ustalamy na podstawie kwestionariusza opracowanego przez Fagerstróma (tabela 1), który składa się z sześciu pytań. Obliczając liczbę punktów ze wskazanych przez chorego odpowiedzi, oznaczamy stopień uzależnienia jako maty, gdy liczba punktów nie przekracza sześciu oraz duży przy liczbie punktów powyżej 7.

Tabela 1. Test uzależnienia od nikotyny według Fagerstróma

Pytanie	Odpowiedź	Punktacja
W jakim czasie po przebudzeniu zapala Pan/Pani papierosa?	Do 5 minut	3
	6-30 minut	2
	31-60 minut	1
	Po 60 minutach	0
Czy ma Pan/Pani trudność z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, w których jest to zabronione?	Tak	1
	Nie	0
Z którego papierosa jest Panu/Pani najtrudniej zrezygnować?	Z pierwszego rano	1
	Z każdego innego	0
Ile papierosów wypala Pan/Pani w ciągu dnia?	10 lub mniej	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 i więcej	3
Czy pali Pan/Pani papierosa częściej w pierwszych godzinach po przebudzeniu niż w pozostałej części dnia?	Tak	1
	Nie	0
Czy pali Pan/Pani papierosy nawet wtedy, gdy jest Pan/Pani tak chory/a, że musi leżeć w łóżku ?	Tak	1
	Nie	0
Suma punktów :		

Motywację do rzucenia palenia pomaga ocenić kwestionariusz Schneidera (tabela 2), udzielenie odpowiedzi twierdzącej na więcej niż połowę z 11 pytań świadczy o wysokiej motywacji do zaprzestania palenia .

Tabela 2. Ocenia stopnia motywacji do zaprzestania palenia wg Schneidera

1. Czy chcesz rzucić palenie?	tak/nie
2. Czy decydujesz się na to ze względu na siebie czy inne osoby (tak, dla siebie; nie, dla innych)?	tak/nie
3. Czy podejmowałeś wcześniej próby rzucenia palenia?	tak/nie
4. Czy orientujesz się w jakich sytuacjach palisz najczęściej i dlaczego tak robisz?	tak/nie
5. Czy możesz liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół, partnera, gdybyś chciał rzucić palenie?	tak/nie
6. Czy członkowie Twojej rodziny są osobami niepalącymi?	tak/nie
7. Czy w miejscu, w którym pracujesz nie pali się?	tak/nie
8. Czy jesteś zadowolony ze swojej pracy i trybu życia jaki prowadzisz?	tak/nie
9. Czy wiesz gdzie i w jaki sposób szukać pomocy w razie trudności z utrzymaniem abstynencji?	tak/nie
10. Czy wiesz na jakie trudności będziesz narażony w czasie abstynencji (pokusy, zachcianki, słabości) ?	tak/nie
11. Czy wiesz w jaki sposób radzić sobie w sytuacjach kryzysowych?	tak/nie
Wynik testu	liczba odpowiedzi tak..... nie

Opracowane przez grupę ekspertów zasady postępowania mające ułatwić choremu porzucenia palenia obejmują pięć podstawowych kroków :

- każdego pacjenta zgłaszającego się do lekarza opieki podstawowej należy zapytać o palenie tytoniu, należy dokładnie określić liczbę wypalanych papierosów, od ilu lat trwa nałóg i czy chory próbował z nim zerwać
- należy zdecydowanie zalecić porzucenie palenia, przedstawiając choremu następstwa palenia tytoniu dla niego samego, a także wpływu nałogu na osoby z nim mieszkające, a

szczególnie małe dzieci; nie bez znaczenia będzie także przedstawienie choremu wymiernych korzyści materialnych wynikających z ograniczenia wydatków na zakup papierosów należy określić, czy i w jakim stopniu chory jest zdecydowany porzucić nałóg, jeżeli chory nie chce porzucić palenia należy bardzo dokładnie przedstawić wszystkie niekorzystne skutki palenia tytoniu zarówno te szybko pojawiające się, czyli ostre, do których należą skrócenie oddechu, zaostrzenia astmy czy POChP, impotencja, zagrożenie dla ciąży, wzrost stężenia tlenu węgla we krwi, jak i rozwijające się powoli, takie jak: niedotlenienie mięśnia serca i związane z tym ryzyko zawału, nowotwory płuc i innych narządów (gardła, krtani, przełyku, trzustki, krwi), POChP

- gdy chory zdecyduje się porzucić palenie należy wspólnie z nim określić datę rzucenia nałogu, chory powinien poinformować rodzinę i swoje środowisko o podejmowanej przez niego próbie. Należy poradzić choremu, aby szczególnie unikać palenia w miejscach, w których spędza najwięcej czasu. Chory powinien zdawać sobie sprawę, że abstynencja musi być całkowita, to znaczy, że nie może sobie pozwolić nawet na pojedyncze zapalenie papierosa, powinien unikać picia alkoholu, który często powoduje powrót do nałogu palenia. Obecność w bezpośrednim otoczeniu innych palaczy znacznie utrudnia zerwanie z nałogiem. Lekarz powinien zaproponować choremu farmakologiczne leczenie wspomagające, na które składa się zastępcza terapia nikotynowa, bupropion = **Zyban** lub wareniklina = **Champix** w zależności od indywidualnych wskazań
- należy ustalić termin wizyty kontrolnej. Bardzo ważne jest, aby na zleceniu zaprzestania palenia i poleceniu stosowania określonego środka ułatwiającego porzucenie palenia nie zakończyć leczenia chorego, któremu powinno wyznaczyć się termin następnej wizyty u lekarza. Gdy przestanie palić, należy gratulować mu sukcesu i podtrzymywać w słuszności podjętej decyzji i wyznaczyć kolejne wizyty kontrolne.

Niefarmakologiczne metody leczenia uzależnienia od nikotyny

- Podstawową metodą pomocy choremu w walce z nałogiem palenia jest poradnictwo antynikotynowe. Stwierdzono, że krótka, nawet trzyminutowa porada, udzielona przez lekarza rodzinnego, wsparta wręczeniem broszury antynikotynowej skłania do zaprzestania palenia u około 510% badanych. Jednak dla większości palaczy taka porada może nie być wystarczająca, osoby oczekujące szerszej i bardziej szczegółowej pomocy powinny być kierowane do specjalistycznych poradni pomocy osobom palącym. Poradnie zapewniają diagnostykę i leczenie nałogu palenia.

Poradnictwo powinno obejmować:

- praktyczne wskazówki dla palacza: jak rozpoznawać sygnały zagrożenia związane z ryzykiem zapalenia papierosa (na przykład przybywanie wśród innych palaczy, stres, picie alkoholu, zły nastrój), jak radzić sobie w tych sytuacjach (nauka przewidywania i kontrolowania sytuacji stresowych)
- zapewniać wsparcie ze strony personelu medycznego biorącego udział w procesie leczenia przez wzmocnienie motywacji do porzucenia nałogu, naukę nowych zachowań, dostępność porad przez telefon
- pomoc w uzyskaniu wsparcia ze strony osób z otoczenia pacjenta

Leczenie niefarmakologiczne polega na indywidualnych i grupowych terapiach behawioralnych prowadzonych przez psychologów oraz wyszkolonych w zakresie działań antynikotynowych pracowników ochrony zdrowia. W trakcie terapii grupowych palacze uczą się jak radzić sobie z nałogiem, objawami abstynencji, jak zachowywać się w różnych sytuacjach życiowych bez konieczności zapalenia papierosa, jak utrzymać abstynencję. Podstawowe metody behawioralne to metoda awersyjna i metoda pozytywnego wzmocnienia. Metoda awersyjna polega na obrzydzeniu palenia na przykład przez wywołanie nudności i wymiotów spowodowanych szybkim wypaleniem dużej liczby papierosów w bardzo krótkim czasie, długie przebywanie w zadymionych pomieszczeniach, stosowanie preparatów azotanu srebra wywołujących nieprzyjemny smak podczas palenia. Metody pozytywnego wzmocnienia polegają na stosowaniu nagród za niepalenie papierosów. Ponadto poleca się pacjentom wprowadzenie dzienniczków, w których powinni notować czas, miejsce, sytuacje czy nastrój powodujące chęć zapalenia papierosa. To postępowanie powinno pomóc w samokontroli własnego nałogu i nauce nowych zachowań pozwalających utrzymać abstynencję.

Farmakologiczne leczenie nałogu palenia papierosów

Zastępcza terapia nikotynowa

Sprowadza się ona do stosowania terapii nikotynowej w postaci gumy do żucia i plastrów. W Polsce inhalatory i aerozole donosowe zawierające nikotynę są niedostępne. Preparaty z nikotyną to guma do żucia zawierająca 2 mg i 4 mg. Nikotyna zawarta w gumie w czasie żucia wchłania się do organizmu przez błonę śluzową jamy ustnej. Z gumy zawierającej 4 mg nikotyny wchłania się ilość odpowiadająca 2/3 wypalonego papierosa. Działanie nikotyny odczuwane jest po 5-6 minutach, a czas całkowitego wchłaniania wynosi 30 minut. Gumę należy żuć bardzo dokładnie i powoli. Chorym palącym mniej niż 20 papierosów dziennie poleca się stosowanie 2 mg preparatu. Zaś tym, którzy wykazują bardzo duże uzależnienie od tytoniu, czyli muszą zapalić papierosa bezpośrednio po przebudzeniu, palą więcej niż 20 papierosów dziennie i mają bardzo nasilone objawy odstawienia nikotyny, zaleca się używanie 4 mg preparatu. Proponowana dawka to 6 do 8 gum dziennie w początkowym okresie rzucania palenia i utrzymywanie stałej dawki do 3 miesięcy, a następnie stopniowe jej zmniejszanie. Chorzy stosujący 2 mg gumy nie powinni używać ich więcej niż 30 dziennie, zaś w przypadku 4 mg - maksymalnie 20 gum. Inne preparaty zawierające nikotynę to plastry, forma TTS (przezskórny system terapeutyczny). Dostępne są dwa rodzaje plastrów o 16- i godzinnym działaniu. Nikotyna zawarta w plastrach jest wchłaniana przez skórę w sposób ciągły. Plastry o 16-godzinnym działaniu dostępne są w dawkach 5, 10 i 15 mg nikotyny wchłanianej przez 16 godzin, zaś plastry o 24-godzinnym działaniu zawierają nikotynę uwalnianą w ilości około 0,7 mg/cm² w czasie 24 godzin z plastrów o różnych powierzchniach: 10, 20 i 30 mg/cm². Leczenie rozpoczyna się od stosowania największych dawek nikotyny i stopniowo zmniejsza się dawkę. Ponieważ plastry dostarczają stałej dawki nikotyny, to u chorego mogą wystąpić stany silnego „głodu” i wtedy należy polecić wzmocnienie efektu działania przez stosowanie gum.

Skuteczność zastępczej terapii nikotynowej w procesie zaprzestania palenia została wykazana w wielu badaniach klinicznych. Stwierdzono, że po ośmiu tygodniach leczenia więcej chorych porzuciło nałóg palenia w grupie stosującej zastępczą terapię nikotynową, bo aż 46,7%, niż w grupie stosującej placebo, w której przestało palić jedynie 20% badanych. Podobnie po rocznej obserwacji odsetek osób nadal niepalących wynosił w grupie leczonych plastrami jeszcze 27,5%, zaś w grupie placebo - 14,2%. W badaniu tym wykazano także, że u badanych, którzy zaprzestali palenia przed drugim tygodniem leczenia, aż 74,4% (76,9% w grupie leczonych; 69,2% w grupie placebo) nie paliło do końca leczenia i 46,2% (51,9% w grupie leczonych; 34,6% w grupie placebo) pozostawało nadal abstynentami po rocznej obserwacji. Natomiast z badanych, którzy palili w drugim tygodniu leczenia palenie porzuciło do końca leczenia 46,2% otrzymujących terapię nikotynozastępczą i jedynie 6,4% w grupie placebo, a po roku nadal nie paliło tylko 8,6% wszystkich badanych. Autorzy sugerują, że chorym, którzy nie porzucili palenia w pierwszych dwóch tygodniach leczenia należy zaproponować inny rodzaj terapii, bądź położyć większy nacisk na ich edukację w celu zwiększenia motywacji do zaprzestania palenia, lub wreszcie należy rozważyć zwiększenie dawki nikotyny stosowanej w terapii zastępczej.

Podobne obserwacje co do istotnego znaczenia porzucenia palenia przed drugim tygodniem leczenia nikotyną w terapii zastępczej poczynili także inni badacze. Stosowali plastry zawierające nikotynę lub placebo w połączeniu z terapią wspomagającą. Stwierdzono, że znacząco więcej chorych porzuciło palenie w grupach leczonych nikotyną niż w grupie placebo. Autorzy podkreślają, że porzucenie palenia przed drugim tygodniem leczenia ma bardzo istotne znaczenie dla określenia szans na całkowite zerwanie z nałogiem.

Znacznie mniejszą wartość prognostyczną należy przywiązywać do liczby papierosów wypalanych w ciągu dnia lub stężenia nikotyny we krwi przed rozpoczęciem leczenia, a także ilości tlenu węgla w powietrzu wydechowym. Na podstawie swoich obserwacji stwierdzili, że około 77% badanych z pierwszego programu i 73% z drugiego, którzy przestali palić przed końcem drugiego tygodnia leczenia, nie paliło nadal do końca leczenia, a około 46% i 41% po sześciu miesiącach od zakończenia leczenia.

Bupropion = Zyban

Bupropion jest selektywnym inhibitorem neuronalnego wychwytu katecholamin, stosowanym do niedawna jedynie jako lek przeciwdepresyjny. Zauważono, że podczas leczenia powodował on rzucenie palenia u wielu chorych. Mechanizm jego działania prowadzący do

zaprzestania palenia nie jest dokładnie znany. Zaleca się rozpoczęcie stosowania leku jeszcze w okresie palenia. Odstawienie tytoniu powinno być zaplanowane na pierwsze dwa tygodnie leczenia. Początkowo przyjmuje się jedną, a następnie dwie tabletki po 150 mg dziennie przez 7 tygodni lub dłużej. W czasie stosowania leku palenie nie jest zabronione. U osób wymagających stałego leczenia możliwe jest dalsze stosowanie bupropionu do 6 lub nawet do 12 miesięcy. Przeciwwskazaniem do stosowania bupropionu jest bulimia lub jadłowstręt psychiczny, niewydolność nerek i wątroby, należy także zachować ostrożność, stosując lek u osób, u których stwierdza się ryzyko występowania drgawek. Najczęstsze objawy niepożądane to bezsenność i suchość w ustach. Ponadto mogą występować objawy ogólne, takie jak gorączka, osłabienie, szum w uszach, nudności, wymioty, wysypka, świąd skóry, pocenie się, a także objawy ze strony ośrodkowego układu nerwowego: napady padaczkowe, drżenia, zaburzenia koncentracji, splątanie, niepokój.

Bardzo ważna jest odpowiednia edukacja chorych i stworzenie silnej chęci porzucenia nałogu palenia papierosów. Chory powinien znać wszystkie następstwa palenia tytoniu, a po porzuceniu nałogu powinien być często utwierdzany w słuszności podjętej decyzji.

Wareniklina = Champix

Wareniklina jest częściowym agonistą nikotynowych receptorów cholinergicznym, który wykazuje większe niż nikotyna powinowactwo do tych receptorów. Powoduje to, że lek konkurując z nikotyną o wiązanie z receptorami może blokować zdolność nikotyny do pełnej aktywacji receptora. Związanie leku z receptorem wywołuje efekt wystarczający do osłabienia objawów głodu nikotynowego i objawów abstynencji. Lek dostępny jest w postaci tabletek powlekanych zawierających 0,5 i 1 mg winianu warenikliny. Pacjent powinien wyznaczyć sobie termin zaprzestania palenia tytoniu i 1-2 tygodnie przed tą datą rozpocząć przyjmowanie leku. Przez pierwsze trzy dni jeden raz dziennie 1 tabletkę po 0,5 mg, następnie przez 4 dni dwa razy dziennie 1 tabletkę po 0,5 mg, a po tygodniu leczenia chory powinien przyjmować lek dwa razy dziennie w dawce 1 miligrama. Leczenie powinno trwać 12 tygodni, po tym okresie u chorych, którym udało się porzucić palenie można rozważyć kontynuację leczenia przez kolejne 12 tygodni. Najczęstsze objawy niepożądane leczenia to wzmożone łaknienie i pragnienie, bezsenność bądź nadmierna senność, niezwykle marzenia sennie, bóle i zawroty głowy, szum w uszach, nudności, zaburzenia smaku, suchość w jamie ustnej, biegunka. Skuteczność terapii potwierdzają przeprowadzone badania kliniczne. Główne objawy niepożądane to przemijające nudności (liczba badanych, którzy zaprzestali leczenia z tego powodu to 1,6% w grupie leczonych dawką 0,3 mg, 0,8% leczonych 1 x 1 mg oraz 4% przyjmujących lek 2 x 1 mg. Inne objawy to bezsenność, bóle głowy, zaburzenia smaku i drażliwość.

W badaniach oceniano skuteczność warenikliny w porównaniu do bupropionu i placebo przez ocenę czasu trwania abstynencji po zakończeniu leczenia. Obserwację prowadzono przez 52 tygodnie, 12 tygodni leczenia farmakologicznego oraz 40 tygodni po jego zakończeniu. W obydwu badaniach w czasie pierwszych 12 tygodni od zakończenia leczenia odsetek osób nadal niepalących był znacząco większy w grupie leczonych warenikliną w porównaniu do grupy bupropionu i placebo.

Ponadto chorzy otrzymujący bupropion czy wareniklinę odczuwali znacząco mniejszy głód nikotynowy i mieli łagodniejsze objawy zespołu abstynencyjnego w porównaniu do chorych z grupy placebo.

Tabela 3. Leki wspomagające rzucenie palenia		
Preparat	Skład	Dawkowanie
Nicorette firmy Pharmacia	Guma do żucia zawierająca 2 i 4 mg nikotyny	W zależności od stopnia uzależnienia: 4 mg lub 2 mg. Początkowo 8-12 dziennie i stopniowo zmniejszać
	Tabletki podjęzykowe zawierające 2 mg nikotyny	Początkowo 1 tabl. co 1-2 godziny, zwykle 8-12 tabletek na dobę
	Plastry o 16-godzinym działaniu zawierające 5, 10 i 15 mg nikotyny	Początkowo 15 mg przez ok. 8 tygodni i stopniowo co 2-3 tygodnie zmniejszać dawkę

NiQuitin firmy GlaxoSmithKline Consumer Healthcare	Pastyłki do ssania po 2 i 4 mg nikotyny	Początkowo 1 pastylka co 1-2 godziny, następnie zmniejszać dawkę
	Guma do żucia zawierająca 2 i 4 mg nikotyny	Początkowo 8-12 dziennie i stopniowo zmniejszać dawkę Maksymalnie 15 gum
	Plastry zawierające 7, 14, 21 mg nikotyny uwalnianej w czasie 24 godzin	W zależności od stopnia uzależnienia, duże uzależnienie -początkowo plastry zawierające 21 mg nikotyny i zmniejszać dawkę co 2 tygodnie, małe uzależnienie – początkowo plastry zawierające 14 mg nikotyny i zmniejszać dawkę co 2 tygodnie
Nicotinell TTS firmy Ciba-Geigy	Piastry o powierzchni 10, 20, 30 cm ² zawierające nikotynę uwalnianą w ilości około 0,7 mg z cm ² w czasie 24 godzin	W zależności od stopnia uzależnienia, duże uzależnienie - początkowo plastry o pow. 30 cm ² i co 4 tygodnie zmniejszać dawkę. Przy mniejszym uzależnieniu stosować mniejsze plastry, co 4 tygodnie zmniejszając dawkę
Zyban firmy GlaxoSmithKline	Tabletki zawierające 150 mg cholowodorkubupropionu	2 x dziennie po 1 tabl. przez co najmniej 7 tygodni (przez pierwsze 3 dni 1 x 1 tabl.)
Champix firmy Pfizer	Tabletki zawierające 0,5 mg i 1 mg winianu wardenikliny	1.-3. dzień 1 x 0,5 mg 4.-7. dzień 2 x 0,5 mg