



FONDUL SOCIAL EUROPEAN

Proiect co-finantat din Programul Operațional Capital Uman 2014 – 2020

Axa prioritară 5: „Dezvoltare locală plasată sub responsabilitatea comunității”

Obiectivul tematic 9: Promovarea incluziunii sociale, combaterea sărăciei și a oricărei forme de discriminare

Prioritatea de investiții 9.ii: Strategii de dezvoltare locală plasate sub responsabilitatea comunității

Obiectivul specific 5.2: Reducerea numărului de persoane aflate în risc de sărăcie sau excluziune socială din comunitățile marginalizate din zona rurală și orașe cu o populație de până la 20.000 locuitori prin implementarea de măsuri/ operațiuni integrate în contextul mecanismului de DLRC – Regiuni mai puțin dezvoltate.

Titlul proiectului: „Măsuri integrate de combatere a marginalizării și excluziunii sociale în zona teritoriului GAL Parâng”

Contract nr.: POCU/827/5/2/140835

Beneficiar: Comuna Baia de Fier

Parteneri: P1- Liceul Tehnologic Baia de Fier; P2 – Asociația Grup de Acțiune Locală “ Parang”

Prefață.....	4
Capitolul I. Abordarea fumatului din perspectivă medicală - aspecte generale.....	5
1.1. Fumatul – o amenințare reală pentru sănătatea publică	5
1.2. Fumatul ca o condiție medicală	7
1.3. Situația privind răspândirea fumatului în Republica Moldova.....	9
1.4. Definiții, clasificări, termeni și explicații de specialitate	11
1.5. Consilierea	20
1.6. Istoricul fumatului.....	21
1.7. Patologia cauzată de tutun	23
1.7.1. Consecințele fumatului asupra aparatului cardiovascular	26
1.7.2. Consecințele fumatului asupra aparatului respirator.....	28
1.7.3. Consecințele fumatului asupra aparatului digestiv.....	31
1.7.4. Consecințele fumatului asupra aparatului genital și al reproducerii	32
1.7.5. Consecințele fumatului asupra sistemului nervos central	34
1.7.6. Consecințele fumatului asupra căilor urinare	34
1.7.7. Consecințele fumatului asupra pielii și cavității bucale	35
1.7.8. Consecințele fumatului asupra desfășurării sarcinii.....	35
1.7.9. Consecințele fumatului matern asupra fătului	37
1.7.10. Efectul fumatului asupra vindecării plăgilor.....	38
1.7.11. Alte afecțiuni cauzate de fumat	40
1.7.12. Efectele nocive ale fumatului pasiv	41
1.8. Biomarkeri ai expunerii organismului la tutun	39
1.9. Beneficiile renunțării la fumat sau „sindromul de avantaj”	42
Capitolul II. Intervenții, tehnici și metode utilizate în tratamentul fumatului.....	44
2.1. Identificarea fumătorilor și evaluarea lor în practica medicală.....	44
2.2. Asistența psihologică și medicală ca componente distincte ale programului specializat în renunțarea la fumat	47
2.3. Intervenția terapeutică de renunțare la fumat este obligatorie	48
2.4. Tipuri de intervenții terapeutice farmacologice de renunțare la fumat	53
2.4.1. Sfatul antifumat minimal	49
2.4.2. Terapia farmacologică a dependenței nicotinică.....	59
2.5. Terapia nonfarmacologică a dependenței nicotinică.....	69
2.5.1. Linii telefonice gratuite.....	69
2.5.2. Implicarea și colaborarea cu familia și prietenii.....	70
2.5.3. Programe organizate de abandonare a fumatului.....	70
2.5.4. Consilierea individuală de tip cognitiv-comportamentală	70

2.5.5. Hipnoza, acupunctura, aromoterapia și meditația.....	78
2.5.6. Acupunctura ca tehnică utilizată pentru a vindeca dependențele.....	80
Capitolul III. Recomandări privind tratamentul fumatului în situații speciale și la grupe de populație cu risc	81
3.1. Recomandări de tratament pentru gravide	81
3.2. Recomandări de tratament pentru tineri sub 18 ani	82
3.3. Recomandări pentru fumători cu diverse co-morbidități	84
3.4. Recomandări pentru fumători cu nivel socio-economic scăzut/ nivel de educație reduc.....	85
3.5. Recomandări pentru fumătorii moderați	85
3.6. Recomandări pentru prevenirea recidivelor	85
Capitolul IV. Recomandări privind formarea personalului.....	86
Capitolul V. Recomandări de ordin administrativ	87
5.1. Recomandări specifice	89
5.2. Recomandări pentru interzicerea fumatului în toate unitățile medicale	89
5.3. Recomandări pentru medicii de familie	89
Bibliografie selectivă	91
Anexe:	
Anexa 1. Fișa de determinare a statusului fumatului.....	92
Anexa 2. Testul de dependență nicotinică FAGERSTROM	93
Anexa 3. Strategiile de interviu motivațional	94
Anexa 4. Fișa de consultare inițială pentru renunțarea la fumat	95
Anexa 5. Fișa de consultație de control	98
Anexa 6. Fișa de consultație finală.....	99
Anexa 7. Algoritm de terapie de substituție nicotinică.....	101
Anexa 8. Informații despre utilizarea clinică a bupropionului.....	102
Anexa 9. Informații despre utilizarea clinică a vareniclinei.....	103

PREFAȚĂ

1.1. . Fumatul – o amenințare reală pentru sănătatea publică

Fiind unul din cele mai vechi obiceiuri de pe glob, fumatul a devenit în prezent o problemă majoră de sănătate publică în întreaga lume. Acesta este unul din factorii principali de risc major, care conduce la consecințe extrem de grave pentru sănătatea omului. Iar încercarea de a întrerupe fumatul, atunci când acesta devine deja o dependență, este foarte dificilă și necesită suport.

Prin dovezi științifice a fost stabilit că atât consumul de tutun (fumatul), cât și expunerea la fumul de tutun (fumatul pasiv) provoacă îmbolnăvirea, invaliditatea și moartea și că există un interval de timp între expunerea la fumat și alte utilizări ale produselor din tutun și declanșarea bolilor provocate de tutun. Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, fumatul este o cauză globală principală a mortalității populației prevenibile, ceea ce reprezintă una dintre principalele provocări pentru sănătatea publică și securitatea demografică. Fumatul este o problemă a societății moderne și anual produce mai multe victime decât SIDA, alcoolul, abuzul de droguri, accidentele de circulație, crimele, tentativele de sinucidere, fiind totodată una dintre primele cauze de deces care pot fi prevenite.

Fumul rezultă prin arderea incompletă a tutunului, iar arderea unei țigări produce 2 litri de fum, în care, drept urmare a proceselor fizico-chimice și termodinamice, se formează cca 4000 de compuși chimici. Mai bine de 300 dintre aceștia reprezintă substanțe toxice pentru om, iar 60 dintre ele, cum ar fi nicotina, gudroanele, monoxidul de carbon, benzenul, arsenicul, cadmiul, formaldehida, poloniul-210 și radonul - elemente radioactive, cianurile, fenolul, cromul, hidrocarburile aromatice policiclice, acroleina etc., ajungând și acumulându-se în cantități ridicate în organism, provoacă diferite stări patologice, inclusiv cele cancerigene. În fumul de tutun se conțin și diverși iritanți respiratorii, în concentrații mari patologice: acroleina, formaldehida, acidul cianhidric și acetaldehida.

Substanțele cuantificate arată că cel ce fumează 1 pachet de țigări pe zi este supus unei iradierii anuale, egale cu cea însumată de efectuarea a 300 radiografii toracice la aceeași persoană, rezultând un microbombardament al celulelor organismului, cu modificarea matriței genetice (ADN) și cu devierea înmulțirii normale spre cea haotică, tumorală.

Cei mai toxici compuși din fumul de tutun sînt: **NICOTINA, GUDRONUL și MONOXIDUL DE CARBON.**

NICOTINA este o substanță care se prezintă sub forma de lichid incolor în clipa extragerii, dar în contact cu aerul și cu lumina se colorează în brun. Pe lângă acțiunea ei toxică, ea provoacă apariția unei dependențe majore la persoanele fumătoare, deaceia acestea au nevoie de multă voință și timp, pentru a renunța definitiv la țigări. Nicotina stimulează producția de dopamină, substanță care te poate face să te simți relaxat pentru o perioadă

scurtă de timp. Pentru ca această stare să fie menținută cât mai mult, organismul are nevoie de o cantitate din ce în ce mai mare de nicotină, dar, cu trecerea timpului, se produc efecte opuse. Cu cât fumezi mai mult, cu atât mai puțin sânge și oxigen vor circula prin creier și prin întregul corp. Din cauza insuficienței de oxigen încetinește activitatea organismului și apare treptat starea de oboseală și deprimare.

Multe persoane dependente de fumat nu fac lucrul acesta din plăcere, ci pentru a evita durerea cauzată de sindromul de rezistență. Nicotina este un drog ce provoacă o dependență la fel de mare ca și cocaina, de 6-8 ori mai mare decât cea produsă de alcool, iar circa 95% dintre fumători sînt dependenți.

GUDRONUL este o substanță lipicioasă de culoare maro, care se formează și se condensează în momentul în care este aprinsă țigara, este la fel de cancerigen ca și gudroanele produse prin poluare industrială, gaze de eșapament etc. Conform statisticilor, gudroanele se află la baza tumorilor canceroase observate la fumători. Aceste gudroane se depun pe filtru după ce au fost extrase apa și nicotina.

MONOXIDUL DE CARBON este un gaz inodor, fatal în doze mari, pentru că ia locul oxigenului din sânge. Fiecare celulă de sânge conține o proteină complexă, numită hemoglobină, și moleculele de oxigen sînt transportate prin corp, lipite sau agățate de hemoglobină. Pătrunzînd în sânge, monoxidul de carbon se leagă cu hemoglobina, care este transportatorul oxigenului în organism către organe și țesuturi, formează un compus labil, numit carboxihemoglobina, ce provoacă deficitul de oxigen în organism. Se estimează că în sângele unui fumător, procentul de monoxid de carbon este cam de 15%. Aceasta înseamnă că inima unui fumător trebuie să muncească mai mult pentru oxigenarea creierului, inimii, mușchilor și a altor organe vitale. Semnele date de prezența acestuia în sânge sînt: oboseala, durerile de cap, hipoxia și tulburările cardiovasculare.

Fumatul ucide anual de la o treime pînă la jumătate din numărul total al fumătorilor. Datele statistice oferite de Organizația Mondială a Sănătății confirmă că, în ultimii 10 ani, tabagismul a fost cauza deceselor a cca 5 milioane de oameni anual, inclusiv a peste 1,2 milioane de europeni. Această cifră nu include alte 600 de mii de oameni care decedază din cauza fumatului pasiv, printre care sînt aproximativ 150 de mii de copii. În secolul al XX-lea epidemia de tabagism a condus la decesul a 100 milioane din populație.

Acest viciu periculos reprezintă cauza principală de îmbolnăvire și mortalitate pe glob. Este binecunoscut faptul că speranța de viață a unui fumător este cu 5 ani mai mică, dacă acesta nu dezvoltă o afecțiune cauzată de

fumat, și cu pînă la 15-20 de ani mai mică, dacă se îmbolnăvește din cauza fumatului.

Există de asemenea dovezi că expunerea la fumul de țigară (fumatul pasiv) reprezintă un factor cancerigen pentru om, sporește riscul bolilor cardiovasculare și respiratorii la adulți, precum și al cancerului pulmonar.

În același timp, cu cît este mai fragedă vîrsta la care cineva începe să fumeze, cu atît consecințele acestui viciu sînt mai devastatoare și mult mai mari decît la un om matur. Pentru asemenea persoane, probabilitatea că vor fuma permanent este mai mare, iar că vor putea renunța la fumat – este mai mică.

1.2. Fumatul ca o condiție medicală

Cercetările științifice au demonstrat că utilizarea tutunului este unul din factorii principali de risc major și un agent cauzal pentru declanșarea a cel puțin șase maladii cronice devastatoare: bolile cardiace, cancerul, bolile cerebrovasculare, diabetul zaharat, bolile pulmonare distructive cronice și ateroscleroza. Utilizarea tutunului este cauza apariției a peste 50% din tumorile maligne - 90% dintre acestea revenindu-i cancerului pulmonar, a 80% din bronșitele enfizemice cronice (care exacerbează simptomele astmatice), a mai mult de o jumătate din bolile cardiovasculare (de ex., atacul de cord, ateroscleroza) și bolile cerebrovasculare. La fumători apare de 22 ori mai frecvent cancerul pulmonar. Fumatul reduce cantitatea de vitamina C din organism cu aproximativ 25% - 30%, slăbește sistemul imunitar, crește riscul de pneumonie și tuberculoză, slăbește oasele prin demineralizare, scade toleranța la efort, crește riscul de diabet, dublează infertilitatea la femei și conduce la dereglarea potenței sexuale și sterilității la bărbați. La gravidele fumătoare crește riscul de naștere prematură și/sau invaliditate a nou-născutului. Nicotina din tutun este la fel de dăunătoare și crează o dependență la fel de mare ca heroina sau cocaina. Fumatul la vîrsta adolescenței poate conduce și la dezvoltarea anormală a creierului. Pe lîngă toate acestea, fumatul mai produce și pagube financiare.

O problemă alarmantă reprezintă și faptul că fumatul este răspîndit deasemenea în rîndul copiilor și persoanelor tinere, care încep să fumeze de la o vîrstă tot mai fragedă.

Este de la sine înțeles că, în fața unei asemenea amenințări pentru sănătate, orice profesionist din medicină are datoria să intervină cu recomandarea de întrerupere cît mai grabnică a fumatului.

Se impun, de la bun început, cîteva precizări referitoare la încadrarea corectă a condiției medicale de care ne ocupăm: fumatul. Un prim aspect îl reprezintă adoptarea unor noțiuni și a unui limbaj medical corect cu privire la

individul care consumă tutun (fumătorul).

Astfel, orice medic sau lucrător medical trebuie să înțeleagă că *fumatul reprezintă o condiție medicală* și nu un obicei, viciu, plăcere, stil de viață etc. Fumatul este o boală, care trebuie tratată de către medic. Factorul etiologic al acestei boli este nicotina, un drog conținut în tutun, care crează dependență la cei care consumă în mod permanent produse din tutun. Orice intenție de a fuma este dăunătoare sănătății. Chiar dacă, în funcție de intensitatea, durata consumului și de tipul de produs de tutun administrat, nu toți consumatorii de tutun vor urma aceeași traiectorie de risc, atitudinea lucrătorilor medicali față de fumat trebuie să fie una singură: recomandarea fermă pentru oprirea fumatului, în special a fumatului de țigarete, care sînt cele mai nocive produse din tutun.

Așadar, fumatul se consideră o boală, care se manifestă prin consumul produselor pe bază de tutun (țigări, pipă, trabuc, bidis, narghilea, tutun mestecat, etc.) timp îndelungat și într-un ritm zilnic, fără capacitatea de a putea opri fumatul atunci cînd se dorește acest lucru.

În termeni medicali, fumatul se definește ca „dependență tabagică” sau „dependență nicotinică”. Perceput corect ca și boală, fumatul impune acordarea obligatorie a unei asistențe medicale, în vederea opririi lui prin tratarea dependenței de nicotină. Această asistență medicală constă în diagnosticul consumului cronic de tutun și al dependenței de nicotină, urmată de tratament adecvat, exact la fel ca orice altă boală. Cu cît dependența de nicotină va fi tratată mai precoce, cu atît aceste riscuri vor fi evitate, în beneficiul cert al pacientului.

În timpul de față, o îngrijorare deosebită prezintă și tendințele negative de extindere a consumului de tutun în rîndurile tineretului, a femeilor și în grupurile de populație cu statut socio-economic vulnerabil, precum și lipsa de control în politica tutunului.

Studiile științifice remarcă faptul că tutunul crează o dependență destul de puternică, iar circa 94% dintre fumători își dezvoltă acest obicei înainte de a împlini vîrsta de 25 de ani. De aceea, politicile oricărui stat ar trebui să vizeze în primul rînd prevenirea fumatului în rîndul tinerilor, fără a exclude însă și alte categorii predispuse la acest obicei devastator, sprijinirea persoanelor care vor să renunțe la fumat, identificarea măsurilor de protecție contra fumatului pasiv. Toate aceste obiective politice pot fi transpuse în realitate prin măsuri legislative și campanii de informare, inițiate de toți actorii implicați în domeniu (cadrele medicale, instituțiile educaționale, familia, organele de drept, mass-media etc.).

O sarcină destul de dificilă le revine cadrelor medicale, funcția lor fiind de ” a-i molipsi” pe toți fumătorii de sănătate, de a-i ajuta să-și regăsească

drumul pierdut, să-și stabilească scopuri de viață, valori și sens. Tocmai în acest sens, ne-am propus, ca prin intermediul acestui ghid, să oferim material informativ privind problema fumatului, tratamentul acestuia și consilierea persoanelor care vor să renunțe la fumat.

1.3. Situația privind răspândirea fumatului în Republica Moldova

Fumatul și expunerea la fumul de tutun reprezintă una din principalele provocări pentru sănătatea publică și a securității demografice a Republicii Moldova, fiind unul din cele mai acceptate comportamente sociale dăunătoare sănătății, care în ultimii 10 ani se află în creștere și are consecințe grave asupra sănătății populației. Utilizatorii de tutun (fumătorii) decedază prematur, lipsesc familiile lor de venit, contribuie la majorarea costurilor pentru serviciile medicale și crează obstacole în dezvoltarea economică.

În conformitate cu datele OMS pentru ultimii ani, din cauza răspândirii fumatului, mortalitatea generală în Moldova este două ori mai mare decât în țările europene. Bolile netransmisibile, având ca unul dintre factorii de risc fumatul, reprezintă cauza a circa 87% din mortalitatea generală. Cancerul, de exemplu, reprezintă circa 11% din mortalitatea generală, iar bolile cardiovasculare - circa 60%. Ca urmare a deceselor premature, spitalizărilor și tratamentului ambulatoriu al bolilor legate de fumat, estimările costurilor economice ale tutunului au ajuns în anul 2010 la circa 430 milioane lei. Conform Studiului Demografic și de Sănătate din Republica Moldova, efectuat în 2005, extinderea fumătorilor în rândul bărbaților este de cca 51,1% (locul IV în Europa), și 7,1% în rândul femeilor. În comparație cu media europeană și a majorității statelor din Europa, aceste cifre sînt extrem de mari. Conform studiului "Global Youth Tobacco Survey" (GYTS), efectuat în Moldova în 2004-2008, cu suportul CDC Atlanta, SUA, privind fumatul la adolescenți, jumătate dintre elevii cu vîrsta cuprinsă între 13 și 15 ani din Republica Moldova au început să fumeze pînă la vîrsta de 10 ani, dintre care 54,1% reprezintă băieți și 40,5% - fete. Rata de expunere a populației la fumatul pasiv, atît în locurile publice, cît și la domiciliu, este de asemenea înaltă. În total, 11,3% dintre elevi și tineri sînt fumători, dintre care 18,5% le reprezintă băieții și 5,6% - fetele. Dintre adolescenții intervievați, 60% au fost expuși la fumul de tutun (fumatului pasiv) în locuri publice, iar 53,3% - la domiciliu.

Prin analiza indicatorilor privind mortalitatea și morbiditatea prin unele nozologii, prezentați de Centrul Național de Management în Sănătate, s-a constatat că în anul 2012 au fost înregistrate 39.560 cazuri de deces (sau 11,1 cazuri la 1000 locuitori) față de 39.249 cazuri (sau 11,0 cazuri la 1000

locuitori) în 2011, fapt care a contribuit la menținerea sporului natural nefavorabil.

Principalele cauze de deces, la care fumatul, în mare măsură, este unul din factorii predominanți, sînt bolile aparatului circulator, care au constituit 57,7 cazuri la 100 mii populație (în 2011 – 57,4), inclusiv infarctul miocardic acut – 46,3 cazuri (în 2011 – 43,1), bolile cerebrovasculare cu 172,1 cazuri (în 2011 – 168,1), cardiopatie hipertensivă – 29,4 cazuri (în 2011 – 25,0); bolile endocrine, de nutriție și metabolism 12,6 cazuri (în 2011 – 11,6), inclusiv diabet zaharat 9,8 cazuri (în 2011 – 8,7), tumorile 14,7 (în 2011–14,5), bolile aparatului digestiv – 103,3 cazuri (în 2011 –100,2), inclusiv hepatite cronice și ciroze hepatice 81,6 cazuri (în 2011 – 79,4) etc.

O îngrijorare sporită provoacă creșterea în 2012 a incidenței prin bolile aparatului circulator – 194,2 cazuri la 10 mii populație (în 2011 – 169,2), dintre acestea afecțiunea ischemică a inimii a constituit 31,0 cazuri la 10 mii populație (în 2011– 30,0), tumorile – 42,0 cazuri la 10 mii populație (în 2011– 41,2), astmul bronșic – 12,1 cazuri la 10 mii populație (în 2011 – 12,0). La nivel înalt se menține morbiditatea prin bolile aparatului digestiv, aceasta atingînd cifra de 224,1 cazuri la 10 mii populație și marcînd creșterea morbidității prin ulcer gastric și duodenal – 11,0 cazuri la 10 mii populație (în 2011 – 10,0). Malformațiile congenitale s-au majorat la 12,5 cazuri la 10 mii populație (în 2011 – 12,0). Este în creștere ponderea născuților prematuri – 5,0 cazuri la 1000 nașteri (în 2011– 4,7) etc.

La un nivel înalt se menține incidența prin hepatite cronice și ciroze hepatice, acestea constituind 258,0 cazuri la 100 mii populație, prevalența fiind de 2198,5 cazuri la 100 mii populație (în 2011 – 2137,3).

Fumatul contribuie la diminuarea statutului imun, mai ales la persoanele din familiile social vulnerabile. Ca rezultat se atestă o creștere continuă a morbidității prin tuberculoză, care depășește de 3 ori mai mult incidența în Regiunea Europeană. Astfel în anul 2012 au fost înregistrate 109,4 cazuri la 100 mii populație (în 2011-108,6).

Cheltuielile anuale pentru sănătate, legate de maladiile cauzate de consumul de țigări în Republica Moldova, au fost estimate la circa 360,4 mln. lei.

Cele menționate mai sus impun necesitatea măsurilor urgente pentru prevenirea și combaterea fumatului, inclusiv aplicarea Convențiilor internaționale existente.

1.4. Definiții, clasificări, termeni și explicații de specialitate

Conform Dicționarului Explicativ al Limbii Romîne, *fumatul* este

obiceiul „de a aspira, a introduce în căile respiratorii fumul de tutun din țigară, pipă, trabuc sau alte articole de tutun.”

În cele ce urmează vom face o trecere în revistă a termenilor care vizează domeniul nostru de interes, utilizați în practica națională și cea internațională:

fumat - stăpînirea unui produs din tutun aprins, indiferent dacă fumul este sau nu inhalat activ de către posesorul produsului;

fumul de tutun secundar - fumul de la arderea unei țigări sau al altui produs din tutun, emis în mod obișnuit în combinație cu fumul expirat de fumător;

produse din tutun – produse destinate pentru a fi fumate, prizate, supte sau mestecate sau altfel oral utilizate, integral sau parțial constituite din tutun, modificat sau nemodificat genetic;

gudron – condensat de fum de tutun, uscat, fără conținut de nicotină;

monoxid de carbon – component al fazei gazoase a fumului rezultat din arderea incompletă a tutunului și a altor componente organici ai articolelor din tutun;

nicotină - alcaloid prezent în frunzele și în fumul de tutun;

tip de articole din tutun – grupă de articole din tutun destinate satisfacerii anumitor necesități ale consumatorului concret: țigarete, țigări cu carton, țigări de foi, țigarele (cigarillos), tutun de fumat, tutun de pipă, tutun pentru calian, tutun de prizat, tutun de supt, tutun de mestecat;

tutun - plantă tehnică anuală al cărei produs utilizabil este frunza, din care se fabrică produse din tutun;

tutun de fumat – tip de articole din tutun care se fumează, produs dintr-un amestec de tutun, destinat preparării manuale a țigaretelor sau a țigărilor cu carton nemijlocit de către consumator;

tutun de mestecat - tip de articole din tutun care nu se fumează, reprezentînd frunze de tutun mărunțite, prelucrate sau nu cu sosuri și aromatizanți, destinat consumului prin mestecare;

tutun de pipă – tip de articole din tutun care se fumează, reprezentînd un amestec de tutun sosat și/sau aromatizat, destinat fumatului prin utilizarea pipei;

tutun de prizat – tip de articole din tutun care nu se fumează, preparat din praf de tutun sosat și/sau aromatizat și din alți componente, destinat consumului prin prizare;

tutun de supt – tip de articole din tutun care nu se fumează, preparat integral sau parțial din praf de tutun, adăugîndu-se sare sau adaosuri gustative, destinat consumului prin supt;

tutun pentru calian – tip de articole din tutun care se fumează, reprezentînd un amestec de tutun sau tutun mărunțit cu adaosuri alimentare

gustative-aromate, cu componenți ce conțin zahăr și umectanți, destinat fumatului prin utilizarea calianului;

țigară de foi – tip de articole din tutun care se fumează, constând din materie primă de tutun pentru țigări de foi sau altă materie primă de tutun, având următoarele straturi: umplutură din tutun întreg, mărunțit sau tăiat pentru țigări de foi ori amestec de tutun, învelit în una sau mai multe foi de tutun de țigară ori de tutun reconstituit;

țigareță (cigarillo) – tip de articole din tutun care se fumează, similare țigărilor de foi, dar de dimensiuni mai mici ca grosime și lungime. Țigarețele pot fi fără înveliș și pot avea muștiuc de filtrare;

țigaretă – tip de articole din tutun care se fumează, cu secțiune rotundă sau ovală, reprezentând un amestec de tutun preparat, învelit într-un sul longitudinal de hârtie de țigaretă, cu sau fără muștiuc de filtrare.

Sindromul dependenței - conform Clasificării statistice internaționale a bolilor (CIB- rev.10), este definit drept complexul fenomenelor fiziologice, comportamentale și cognitive, în care consumul substanței psihoactive începe să ocupe un loc din ce în ce mai important. *Starea de dependență* poate fi descrisă prin comportamente și reacții care exprimă dorința de a consuma permanent sau cu intermitență drogul, experimentând astfel efectele sale psihice, evitând totodată disconfortul resimțit din cauza absenței acestuia. Organizația Mondială a Sănătății definește *dependența* ca fiind o stare fizică și psihică ce rezultă din interacțiunea unui organism cu o substanță, caracterizată prin modificări de comportament și alte reacții, însoțite întotdeauna de nevoia de a lua substanța în mod continuu sau periodic, pentru a-i resimți efectele psihice și pentru a înlătura suferințele.

Dependență psihică - se manifestată prin dorință foarte acută și irezistibilă a persoanei de a continua consumul unei substanțe/drog pentru a evita disconfortul psihic.

Dependență fizică - este rezultatul administrării îndelungate a unei substanțe/ drog. Ea se resimte acut atunci când are loc reducerea dozelor de substanțe consumate sau întreruperea completă al administrării lor.

Dependența tabacică- este indusă de substanță *nicotina* conținută în tabac și este o stare cronică recidivantă, ce se caracterizează prin:

- toleranța organismului la tutun;
- dorința persistentă de a fuma;
- încercările repetate și eșuate de renunțare la fumat;
- nevoia de a trăi o stare percepută ca pozitivă și psihoactivă asociată fumatului.

După criteriile adoptate de OMS în clasificarea internațională a bolilor,

dependența de tutun se încadrează la: „Tulburări mentale și comportamentale datorate consumului de tutun”.

Sindroamele de dependență de tutun reunesc un grup de fenomene fizice, psihice, comportamentale și cognitive, în care consumul tutunului devine prioritar pentru individul în cauză, în defavoarea altor comportamente care aveau valoare mai mare pentru individul respectiv în trecut.

Diagnosticul definit de dependență nicotinică este valabil doar atunci când cel puțin 3 din următoarele condiții sunt întrunite simultan la un moment dat în decursul anului precedent examinării pacientului:

- dorință puternică, compulsivă de a consuma tutun, care este mai evidentă la tentativa de a opri sau controla consumul;
- dificultate în a controla comportamentul vis-a-vis de consumul de tutun în termeni de inițiere, stopare, nivel de consum;
- stare de sevraj simptomatic la reducerea sau oprirea consumului de tutun; pentru a ușura/ elimina aceste simptome, subiectul trebuie să reia fumatul;
- semne de toleranță: sunt necesare doze din ce în ce mai mari de tutun pentru a obține efectul original care era atins la doze mici la începuturile consumului;
- neglijarea progresivă a consumurilor/ plăcerilor/ intereselor alternative, ca urmare a abuzului de substanță psihoactivă;
- persistența consumului în ciuda efectului dăunător certificat.

Profesorul Nils Bejerot în cartea sa „Alcoolismul, narcomania și libertatea” (Ordfront, 1983) descrie schematic etapele de evoluție a dependenței tabagice (fig. 1):

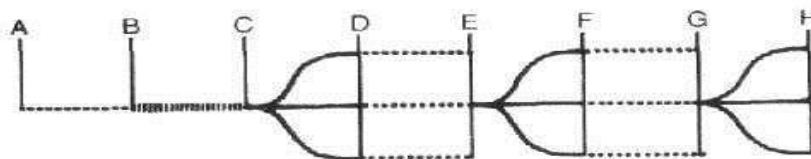


Figura 1. Etapele de evoluție a dependenței nicotinică

A-C: perioada dinaintea „întîlnirii” cu tutunul;

B-C: consumul controlat de tutun sau etapa voluntară a fumatului;

C-D: nevoia involuntară de fumat sau etapa de dependență activă (acea perioadă în care atitudinea față de nicotină, după o stimulare masivă a creierului, se schimbă calitativ, și are loc tranziția de la consumul controlat de tutun la dependența tabagică);

D-E: încercarea de a renunța la fumat, abstinerea nicotinică sau etapa

ascunsă a dependenței tagabice (în ciuda întreruperii consumului de tutun, dependența de nicotină se menține);

E-F: prima recidivă sau etapa activă de dependență nicotinică;

F-G: o nouă perioadă de abținere după o nouă încercare de a renunța la fumat;

G-H: o nouă recidivă și trecerea la tabagismul cronic.

Primul interval (A–B) reprezintă durata de viață a unui adolescent pînă a se „întîlni” cu tutunul. La etapa B are loc prima „întîlnire” cu o țigară – de obicei această perioadă coincide cu vârsta cuprinsă între 14–15 de ani.

Desigur, la acest moment la tînărul debutant nu se manifestă nevoia înnăscută de a utiliza nicotină. Principalul și practic singurul motiv pentru care adolescentul fumează prima țigară este curiozitatea și dorința de a părea mai matur.

Într-o țigară obișnuită se conțin aproximativ 1,5 mg de nicotină, dar aceasta este o doză mare pentru cineva al cărui organism nu este obișnuit cu fumatul. Deaceia prima încercare de a fuma poate fi însoțită de amețeli, greață și deseori vomă. În ciuda tusei dureroase și a disconfortului pe care-l resimte, adolescentul fumează cu încăpăținare pachet după pachet (etapa B–C). Scopul este de a se învăța să fumeze cu aceeași ușurință cu care o fac persoanele mai adulte.

Tînărul fumător este încă în măsură să-și controleze consumul de nicotină. Unii fumători rămîn la această etapă toată viața (etapa B–C) și pot fuma, uneori, o țigară sau două, fără a suferi de pofta de tutun în restul timpului.

Astfel, la etapa voluntară fumătorul ia o țigară în mînă nu din cauza dependenței de nicotină, deoarece aceasta încă nu s-a format, dar din alte motive.

Această etapă este caracterizată prin faptul că efectul de fumat se află sub control volitiv. Comportamentul uman rămîne a fi controlat de mintea omului.

Cu toate acestea, în cazul în care tînărul fumător este atît de irezonabil, încît continuă să fumeze, nicotina intră în sistemul nervos central, acționînd asupra structurii sale specifice, iar omul învață treptat să accepte efectul plăcut, provocator și în același timp, efectul calmant al nicotinei. Trecînd printr-o astfel de „învățătură”, fumătorul novice începe să simtă nevoia permanentă de nicotină, ceea ce duce la formarea dependenței.

La această etapă dependența nicotinică începe să domine asupra rațiunii fumătorului, iar voința începe să se adaptează dependenței nicotinică, ca unui instinct biologic înnăscut.

Cînd un fumător încearcă să renunțe la fumat, succesul acestei încercări este mereu incert. Desigur, trăsăturile individuale de personalitate sunt

cruciale atât în formarea dependenței de nicotină, cât și în lupta împotriva acesteia. Cu toate acestea, într-un final nu contează în al cărui creier este „înrădăcinată” dependența tabagică. Abstința nicotinică la toți fumătorii se manifestă aproximativ în același mod și, în practică, marea majoritate a fumătorilor descoperă că renunțarea la fumat este incredibil de dificilă.

După cum am relatat mai sus, atunci când un adolescent fumează prima țigară, acesta o face în primul rînd din curiozitate, iar cu timpul din necesitatea de a-i imita pe cei adulți. Cu toate acestea, atunci când același om fumează în fiecare zi pe parcursul a douăzeci de ani cîte un pachet de țigări, acest lucru nu este în nici un caz o expresie de curiozitate, ci capătă un nou statut, numit „dependență nicotinică.

Abstenență - caracteristici anormale fizice sau psihologice care urmează oprirea bruscă a consumului a unui medicament sau altă substanță care poate produce dependență fizică. Simptomele comune includ retragerea transpirației, tremor, vărsături, anxietate, insomnie, febră, iritabilitate, dureri musculare etc.

Abstința tabagică (renunțarea la fumat)- se apreciază o perioadă de minimum 6 luni de la data fixată pentru decizia de fumat și realizarea efectivă a opririi fumatului. Cu alte cuvinte, dacă fumătorul a fixat o zi de renunțare, când a reușit să oprească complet fumatul, din acea zi se calculează 6 luni, iar dacă la finele celor 6 luni el este tot nefumător și menține acest statut fără a mai reveni la fumat, doar în aceste cazuri se poate afirma abstința la fumat. Este incorect a aprecia ca renunțare la fumat afirmații ca: „nu mai fumez de 3 săptămîni/ 2 luni/ orice alt interval mai mic de 6 luni”, chiar dacă în aceste scurte perioade pacientul nu a consumat deloc tutun.

Toleranța - constă în dispariția treptată a efectelor unei substanțe ce este administrată repetat, pe o anumită perioadă de timp, încît pentru a obține același efect se impune creșterea progresivă a dozei. De menționat ca obișnuința nu creează însă o imunitate totală și nelimitată în timp la organismul care s-a obișnuit cu toxicul. Efectul pe termen relativ lung este instalarea unei intoxicații cronice, cu consecințe grave asupra stării de sănătate.

Sindromul de abstință la nicotină (sindromul de sevraj tabagic) – se manifestă printr-o serie de tulburări de ordin fiziologic și psihologic, atunci când consumul nicotinei este întrerupt.

Sevrajul - reprezintă răspunsul organismului la încetarea consumului de substanțe care i-au indus starea de dependență, manifestat printr-o puternică suferință fizică și psihică.

Sevrajul nicotinic - constă în totalitatea simptomelor care apar la oprirea bruscă a aportului de nicotină, respectiv oprirea consumului de

tutun. Cauza apariției sevrajului nicotinic este simplă: fiind un drog în adevăratul sens al cuvântului, tutunul perturbă funcționarea creierului, generând o dependență atât fizică, cât și psihică.

În general fumătorii au tendința de a exagera dezavantajele renunțării la fumat (efectele sevrajului) și de a minimaliza beneficiile (îmbunătățirea stării de sănătate, a performanțelor fizice, a aspectului exterior, a finanțelor personale etc.). Dar aceasta nu înseamnă că au dreptate.

Manifestările sevrajului nicotinic sînt multiple și diferă în funcție de persoană – există fumători care nu au avut niciunul din simptomele sevrajului nicotinic, după cum există și persoane care „încearcă” forme severe. Din fericire, ele sunt trecătoare– au un punct culminant la aproximativ 48–72 de ore, pentru ca apoi să scadă treptat în trei sau patru săptămîni.

Astfel, după ce s-a renunțat la fumat pot fi experimentate diverse senzații de natură psihologică sau fiziologică:

- *Nevoia acută de a fuma* („îmi cere organismul”, „aș da orice pentru o țigară!”). Este cel mai frecvent și mai tipic simptom de sevraj nicotinic. Se datorează scăderii concentrației de nicotină din sînge. Se manifestă prin episoade de scurtă durată (1–3 minute), aparent fără o motivație deosebită, ce pot surveni chiar la cîteva luni după renunțarea la fumat. Intensitatea depinde de gradul de dependență nicotinică, dar și de factori de ordin psihic, precum toleranța la stres și durere, motivație, contextul social, dependența de gest, etc. Senzația de nevoie provocată de nevoia de drog scade în intensitate și practic dispare după 2-3 săptămîni.
- *Nervozitate, iritabilitate, anxietate* („n-am astîmpăr”). Substanțele inhalate prin fumul de tutun afectează întregul sistem nervos central, iar nervozitatea provocată de lipsa acestor substanțe poate dura cîteva zile. În plus, absența ritualului, ticului, obiceiurilor induce o stare de nervozitate, anxietate, „stare de rău” care pot dura chiar luni, în funcție de capacitatea de adaptare a persoanei.
- *Frustrare sau furie, depresie*. De multe ori apar la cei care nu s-au pregătit suficient înainte de a face *Marele Pas* ori care nu au un motiv personal suficient de puternic. În plus, absența drogului poate determina diverse astfel de simptome. Durata depinde de perioada de acomodare și acceptare a fostului fumător la noile condiții.
- *Amețeli ocazionale, dureri de cap* („am capul greu”). Multe persoane menționează aceste efecte, iar cauza rezidă în faptul că, în urma renunțării la fumat, concentrația oxigenului din sînge crește ca urmare a dispariției monoxidului de carbon din sînge. În plus, ca urmare a

absenței nicotinei se produce o creștere a fluxului de sânge către creier, ceea ce poate provoca uneori migrene. Amețelile pot apărea o dată sau de două ori pe zi, în prima săptămână și durează în mod normal o secundă sau două.

- *Senzație de foame.* Acest simptom apare la mulți dintre foștii fumători care remarcă faptul că au tendința de a mânca mai mult decât înainte. Explicațiile sunt multiple: revenirea la normal a centrului foamei și satietății, revenirea la normal a metabolismului, înlocuirea gestului de a fuma cu cel de a mânca. În plus, absorbția hranei îmbunătățindu-se, o dată cu renunțarea la fumat poate apărea creșterea în greutate.
- *Constipație.* În lipsa nicotinei dar și, uneori, a disturbării ritualului matinal, mobilitatea intestinală poate scădea pentru o scurtă perioadă atunci când se reduce consumul de tutun. Acest simptom durează rareori mai mult de o săptămână.
- *Tremor.* Se poate observa faptul că mâinile și degetele capătă un tremur ușor care e probabil să se mențină pe durata mai multor săptămâni.
- *Transpirație.* Aceasta este o altă reacție similară tremurului, care va dispărea după o perioadă. Băile calde frecvente pot ajuta la dispariția acestor două efecte.
- *Bradycardia și scăderea tensiunii arteriale* Lipsa de nicotină produce tahicardie și creșterea tensiunii arteriale.
- *Tuse.* Pe măsură ce ciliile căilor aeriene își revin și încep să se refacă, ei încep să curețe arborele bronșic și să înlăture flegma, cauzând astfel o accentuare a tusei care va dura câteva săptămâni. În plus, printre aditivii adăugați în țigări, se regăsesc și unii care produc o ușoară bronhodilatație, mascând o eventuală boală subiacentă. În aceste cazuri, renunțarea la țigări „demască” o boală – bronșita cronică – ce necesită prezentarea de urgență la medicul specialist.
- *Tulburări ale somnului.* Unii fumători se plîng de faptul că le este foarte greu să adoarmă. Realitatea este că, în urma renunțării la fumat, crește cantitatea de energie acumulată în organism, de aceea faptul că se trezesc la 5 dimineața nu este neapărat un semn de insomnie, ci doar un semn că sunt suficient de odihniți.

În afară de *sevrăjul nicotinic*, fumătorii se mai pot confrunta și cu *sevrăjul gestual* (senzația că nu au ce face cu mâinile, că le lipsește ceva) și cu *sevrăjul social* (senzația că nu mai există ocazia de a interacționa cu alte persoane „care au ieșit la o țigară” etc). Uneori, aceste suferințe sunt mai mari decât cele fizice, iar în lipsa unui mecanism compensator, încercarea de a renunța se poate transforma într-un eșec.

Unii fumători experimentează o *senzație de pierdere* și suferință atunci

cînd renunță la fumat și mulți dintre ei vor mărturisi senzația că au pierdut cel mai bun prieten sau chiar o parte a identității lor. Reacția de suferință urmează de obicei un anumit model: negare, furie, depresie, nu neapărat în această ordine, și, ca și în cazul altor renunțări, gîndul la lucrurile bune pe care le va obține este cel mai important sprijin pentru fostul fumător chinuit de sevraj, iar sevrajul nicotinic este doar prețul plătit pentru a redeveni liber.

Statusul fumatului - este clasificarea indivizilor în funcție de atitudinea față de fumat. Mai jos sînt prezentate cîteva dintre întrebările standard cu ajutorul cărora se poate aprecia statusul fumatului:

1. Ați fumat vreodată?

2. Cam cîte țigări ați fumat în decursul vieții? Să fi fost mai mult/ 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 cîți ani fumați?

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

6. De cîți ani, cîte luni nu mai fumați?

Pentru nivelul 1 de asistență medicală primară (medici de familie, ambulatorii, dentiști, etc.) este recomandabilă următoarea clasificare a statusului fumatului:

1. Fumător - persoana care fumează de cel puțin 6 luni.

2. Nefumător - persoana care nu a fumat mai mult de 100 țigări în cursul vieții (100 de țigări sunt echivalentul a 100 g tutun, în cazul pipei și a unor produse de tutun, altele decît țigara).

3. Fost fumător - persoană care nu mai fumează de cel puțin 6 luni.

Pentru nivelul 2, al specialiștilor în consiliere pentru renunțarea la fumat din rețeaua de centre specializate, se impune o clasificare mai detaliată a statusului fumatului.

Astfel, conform definițiilor adoptate de OMS se descriu următoarele categorii:

1) Fumători: cei care sunt efectiv fumători, în momentul cînd sunt chestionați și care practică fumatul de cel puțin 6 luni. Ei pot fi:

a) fumător zilnic: fumează cel puțin o dată pe zi, în fiecare zi. Aici se includ și cei care au obiceiul de a nu fuma în zile de sărbătoare sau de duminică, din motive religioase.

b) fumător ocazional: la momentul chestionării fumează numai în unele zile, nu zi de zi, chiar dacă înainte a fumat zilnic sau nu.

2) Foști fumători: la momentul interviului nu fumează deloc de cel puțin 6 luni de la oprirea definitivă a fumatului. Și aici există două subcategorii:

a) fost fumător zilnic, în prezent nefumător; dar a fumat zi de zi și în prezent nu mai fumează de cel puțin 6 luni.

b) fost fumător ocazional: cel care a fumat numai ocazional, dar în prezent nu mai fumează de cel puțin 6 luni.

3) Nefumători– persoane care nu au fumat niciodată, cel mult au încercat să fumeze, dar nu au încercat zi de zi și în total nu au încercat mai mult de 100 de țigări vreodată.

Tratamentul dependenței de tutun (tratament antitabagic) - este un proces complex, care el include pe de o parte tratamentul medicamentos, iar pe de altă parte o serie de alte măsuri care contribuie la diminuarea cantității de tutun consumate sau la renunțarea definitivă la fumat, ameliorarea sau măcar oprirea din evoluție a bolii.

În literatura de specialitate prin conceptul de „*tratament*” se subînțelege:

1. Fel de a se purta cu cineva, atitudine, comportare față de cineva.
2. Îngrijire medicală, metodă sau mijloc terapeutic folosit în combaterea bolilor.
3. Ansamblul prescripțiilor medicamentoase și igieno-dietetice utilizate pentru vindecarea, ameliorarea simptomelor sau scurtarea duratei unei boli.

Strategia Europeană în Domeniul Politicii de Renunțare la Fumat al OMS (variantea revizuită în a. 2004) impune necesitatea tratamentului dependenței de tutun, care trebuie să includă (de sine stătător ori în complex) intervenții pentru schimbări comportamentale și medicamentoase, precum ar fi sfaturi, consultări, susținere intensivă și administrarea medicamentelor, care să contribuie la diminuarea sau renunțarea la fumat. Conform prevederilor articolului 14 „Măsuri de reducere a cererii, referitoare la dependența și renunțarea la tutun” al Convenției-cadru a Organizației Mondiale a Sănătății privind controlul tutunului, care a fost ratificată prin lege de către Republica Moldova în 2007, fiecare parte va dezvolta și va răspîndi repere adecvate, cuprinzătoare și integrate, bazate pe dovezi științifice și cele mai bune practici, ținînd cont de contextul și prioritățile naționale și va adopta măsuri eficiente de promovare a renunțării la fumat și a unui tratament adecvat pentru dependența de tutun. În acest scop, fiecare parte va face eforturi pentru:

a) a elabora și implementa programe eficiente în scopul promovării renunțării la fumat, în locații precum instituții educaționale, puncte medicale, locuri de muncă și medii sportive;

b) a include diagnostice și tratamente pentru dependența de tutun și

servicii de consultanță pentru renunțarea la consumul de tutun în programele, proiectele și strategiile naționale pentru sănătate și educație, cu participarea personalului sanitar, a muncitorilor în folosul comunității și a asistenților sociali, în funcție de caz;

c) a stabili, în cadrul centrelor medicale și al centrelor de reabilitare, anumite programe pentru diagnosticarea, consultanța, prevenirea și tratarea dependenței de tutun.

Însăși schema tratamentului de dependență a fumatului este foarte individuală. Aceasta depinde de tipul și natura constituției fumătorului, de perioada fumatului, de mediu și de mulți alți factori.

1.5. Consilierea

În literatura de specialitate există numeroase definiții și accepțiuni date conceptului de consiliere. În cele ce urmează vom prezenta câteva dintre acestea:

Consilierea reprezintă o activitate prin care se urmărește sugerarea modului de a proceda sau a modului de comportare ce trebuie adoptat de o persoană consiliată într-o situație dată sau, în general, în viață și activitatea sa cotidiană.

Consilierea reprezintă un proces care implică o relație interpersonală între consilier și unul sau mai mulți clienți cu care el folosește metode psihologice bazate pe cunoașterea sistematică a personalității umane, în încercarea de a îmbunătăți „sănătatea mintală” a clientului sau a clienților săi. Prin urmare, în procesul de consiliere se încearcă provocarea unei schimbări voluntare în atitudinile și comportamentul clientului. Strategiile folosite în acest scop depind însă atât de scopurile clientului cât și de orientarea teoretică a consilierului. Indiferent însă de natura celor două elemente, strategiile adoptate de consilier nu trebuie să se refere la sfaturi și recomandări, la admonestări, constrângeri sau amenințări. Prin strategiile utilizate, consilierul urmărește de fapt să ofere sprijin clientului său, pentru ca el să se adapteze mai eficient atât propriei sale personalități, cât și realității în care trăiește. Relația dintre consilier și persoana consiliată este o relație de alianță, de participare și colaborare reciprocă.

Consilierea este:

- formă de comunicare între consilier și un individ/ mai mulți indivizi
- o activitate care implică ascultarea empatică

- o formă confidențială de a oferi ajutor
- o activitate care presupune „împuternicirea” persoanelor care caută ajutor sau, mai bine-zis, a-i ajuta pe alții să-și identifice și să-și clarifice problemele.

Consilierea nu presupune:

- a avea grijă asemenea unui părinte
- a trata pe cineva ca un doctor
- a instrui sau a preda
- a judeca etc.

Consilierea antitabagică - este o activitate prin care se urmărește identificarea de către fumători a gândurilor, emoțiilor și comportamentelor asociate consumului de tutun, conștientizarea daunelor fumatului, ca în cele din urmă persoana să se simtă plină de resurse și să hotărască schimbarea (în cazul nostru renunțarea la fumat).

Consilierea antitabagică este indicată tuturor pacienților cu dependență nicotinică diagnosticată prin metode specifice. Acest tip de consiliere are mai multe componente, dintre care:

- evaluarea statusului de fumător
- sfat minimal antifumat
- interviu motivațional, explicarea beneficiilor renunțării la fumat
- tratamentul medicamentos
- terapie cognitiv – comportamentală
- metode complementare (acupunctura, hipnoza, etc.).

1.6. Istoricul fumatului

Începuturile fumatului se situează înainte de anul 600 e.n., când tutunul era folosit în practicile religioase ale triburilor Mayașe.

Cuvântul „**tutun**” provine de la insula Tobago din arhipelagul Antilelor, unde această plantă era cultivată, fiind numită de indigeni „petum”. Aztecii și incașii foloseau tutunul cu precădere în timpul ceremoniilor religioase. Tutunul le potolea foamea și îi ajuta să reziste mai bine la oboseală.

Termenul „**fumat**” nu a existat pînă la sfîrșitul secolului al XVII-lea. Pînă atunci i se spunea „beția uscată”.

Denumirea de „**nicotină**” este derivată de la numele lui Jean Nicot, ambasador francez în Portugalia, cel care, la mijlocul sec. al XVI-lea, a recomandat la curtea Franței fumatul drept medicament.

Istoria tutunului debutează odată cu descoperirea Americii de către Cristofor Columb, în 1492, în insula numită mai tîrziu Cuba. Primele

însemnări despre obiceiul de a fuma parvin de la Cristofor Columb, care la debarcarea sa în insula Guanahani (San Salvador) a observat că populația indigenă fumează din niște pipe de bambus „ceva” preparat din frunzele plantei de tutun, numită simplu de ei, tabac. Indienii din America practicaau fumatul și își otrăveau săgețile cu „suc de tutun”. Tutunul era fumat în ceremoniile religioase din America de Sud și era, probabil, doar un privilegiu al șamanilor, preoților și al vindecătorilor.

În anul 1519, când s-au întors în Europa, navigatorii spanioli ai lui Columb, conduși de capitanul Francesco Romano Pace, i-au oferit ambasadorului Franței în Portugalia, Jean Nicot, un mănunchi de frunze de tutun aprinse, povestind cu acest prilej ce au văzut ei că fac băștinașii sud-americieni cu ele. Unul din ofițerii căpitanului Romano Pace, pe numele său Diego Rodriguez, a îndrăgit fumatul și la întoarcerea în Europa aduce cu sine tutun și continuă să fumeze acasă, dar, în urma reclamației soției sale precum că acesta „înghite foc și scoate fum pe nas”, este judecat și condamnat la 10 ani de muncă silnică de către inchiziția spaniolă pentru „legătură cu diavolul”.

În 1585 Jean Nicot a introdus tutunul la Curtea Regală din Paris, spunând că este utilă în tratamentul rănilor, al astmului și al cancerului. Tutunul mai era folosit în acele timpuri ca remediu pentru migrene, ca pudră pentru distrugerea păduchilor, în clisma pentru tratamentul constipației, ca terapie a anginei pectorale în momente de asfixie, ca remediu pentru parazitoze intestinale, în tratarea mușcăturilor de șarpe, a rănilor provocate de sulita otrăvită sau chiar ca stimulent și energizant.

Cîteva ani mai tîrziu, în onoarea lui Jean Nicot, planta a fost denumită de către un botanist „Nicotiana”. Astfel a pătruns pe continentul european această plantă care s-a cultivat intens și care s-a extins apoi în toată lumea. A fuma în acele vremuri era un semn de mondenitate, la început un privilegiu al nobilimii, dar, cu timpul, și al celor mai largi și mai nevoiașe pături sociale.

În Evul Mediu se credea că fumatul ajuta la vindecarea bolilor și alungă duhurile rele, iar la mijlocul secolului al XVI-lea, se credea că fumatul vindeca sifilisul.

În Europa, *Nicotiana Tabacum* a început să fie cultivată în Anglia, mai întîi ca plantă decorativă, apoi a urmat cultivarea ei și pentru consumul propriu-zis al tutunului. Cu toate acestea, mai multe țări au interzis tutunul în anii 1600. În Turcia în acea perioadă, consumatorii de tutun puteau fi torturați sau uciși. În China, o persoană care era prinsă folosind tutun, risca decapitarea. În Rusia, consumatorii de tutun care erau prinși în flagrant, a doua oară la rînd, erau uciși.

Pe la mijlocul secolului XVI, fumatul pipei devenise o practică exotică

și radicală care stârnea suspiciuni.

În următorul secol, noua modă senzațională a prins rădăcini, iar fumatul pipei, trabucului și, în cele din urmă, al țigărilor a intrat în viața de toate zilele.

Pe la mijlocul anilor 1800, au început să se fabrice țigări pe scară largă, iar tutunul cucerea planeta.

După alte izvoare însă se pare că tutunul exista și înainte de era creștinismului la triburile din Asia și America. Este binecunoscută acea „pipă a păcii” pe care multe popoare aveau obiceiul s-o folosească când încheiau pace. La tătari, popor care a venit cu război și în Țările Române, șamanii (preoții tătari) foloseau fumatul, crezând că alungă spiritele rele. Ei se așezau în jurul unui foc unde fumau, băteau din tobe, gesticulau violent și săreau în jurul focului, răcnind pînă ce cădeau la pămînt, epuizați.

În 1843 odată cu începutul industrializării, are loc și fabricarea primei țigări. În 1881 în America apare prima mașină de fabricat țigări (200 per minut), iar la 1910 în Europa deja au fost înregistrate 20.000 de mărci de țigări (patentate).

În Moldova tutunul a pătruns în secolul al XVII-lea, fiind adus de turci și de cazaci.

Actualmente, concernele de țigări americane produc anual 1/5 (un trilion de țigări) din toată producția lumii. În anul 2030 este probabil ca 10 milioane de locuitori vor muri din cauza fumatului.

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, repertoriate, în zilele noastre, în număr de peste 4.000.

1.7. Patologia cauzată de tutun

Consumul de tutun este o deprindere negativă care afectează în mod subit sănătatea omului. Aproape că nu există aparat și sistem al organismului care să nu fie afectat de consumul de tutun.

Fumatul ucide șase persoane în fiecare minut în lume, iar un fumător din patru moare din cauza unei maladii legată de tutun. În 2005 fumatul a ucis patru milioane de oameni. Pînă în anul 2020, numărul deceselor se va ridica la 10 milioane de fumători pe an.

În cele ce urmează vom prezenta principalele consecințe nefaste ale

tutunului asupra corpului uman (tabelul 1).

Tabelul 1.

Consecințe nefaste ale tutunului asupra corpului uman (Trofor și Mihăescu - Ghid, 2007)

BOLI CARDIO-VASCULARE

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

BOLI LE APARATULUI RESPIRATOR

Bronhopneumopatia cronică obstructivă
Cancerul bronhopulmonar
Astmul bronșic
Infecții respiratorii frecvente

BOLI LE APARATULUI DIGESTIV

Iritarea și inflamarea stomacului și a intestinelor (gastrite, colon iritabil etc.)
Ucerul gastric
Ulcer gastroduodenal etc.
Influențarea și hepatita cronică cu virus hepatitic C, ce implică agravarea activității necro-inflamatorii și a fibrozei.

DIVERSE FORME DE CANCER

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

ALTE BOLI :

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)

Riscul de eșec al implantului dentar

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
Aspect masculin al taliei/ formeii corpului

Avorturi spontane
Mărirea riscului de accident vascular cerebral
Reducerea fertilității

MODIFICĂRI ASUPRA EEG

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

CONSECINȚE ALE FUMATULUI ÎN TIMPUL SARCINII:

Încetinirea creșterii intrauterine
Riscul de avort spontan
Riscul de metroragii
Moarte fetală în utero
Nașteri premature
Greutate mai mică la naștere
Sindromul morții subite la copil
Creșterea riscului de avorturi spontane și de sîngerare
Infecții intrauterine
Ruptură prematură de membrane

CONSECINȚE ALE FUMATULUI MATERN ASUPRA FĂTULUI:

Retardul de creștere intrauterină
Retardul mental și probleme de comportament ale 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

1.7.1. Consecințele fumatului asupra aparatului cardiovascular

Acestea sînt numeroase, grave și responsabile de un număr impunător de decese care apar ca urmare a acestor afecțiuni. Printre cele mai grave consecințe ale fumatului asupra sistemului circulator se enumeră:

- creșterea presiunii arteriale;
- comprimarea vaselor sanguine;
- reducerea cantității de oxigen transportată de sânge;
- predispunere pentru formarea cheagurilor de sânge;
- depunerea grăsimilor pe pereții arterelor;
- creșterea riscului de accident vascular cerebral și atac de inimă din cauza blocajului sanguin.

Deoarece nicotina determină mărirea presiunii sanguine, inima este nevoită să lucreze mai mult și mai greu; nicotina ajunge la creier în șapte secunde de la inhalare și astfel produce probleme de concentrare, dificultăți de învățare, modificări ale dispoziției afective, încetinirea activității intelectuale; ea are efectul unui drog, dezvoltând într-un final dependența nicotinică.

Fumatul de asemenea determină blocarea arterelor – fapt care conduce la producerea atacurilor de cord, a accidentelor vasculare cerebrale, a afecțiunilor vasculare periferice și a morții subite.

Relația dintre fumat, în special fumatul excesiv, pe de o parte, și *arteriopatiile periferice*, cum este cea aterosclerotică, pe de altă parte, este demult bine cunoscută. Nicotina, dar și substanțele din gudronul rezultat prin arderea tutunului, favorizează apariția plăcilor de aterom, practic ateroscleroza, vasele pierzându-și elasticitatea și opunând o mai mare rezistență la curgerea fluxului sanguin. Drept consecință, când sunt obstruate vasele sangvine, poate apărea hipertensiunea arterială și/sau deficiențe circulatorii la nivelul membrelor („arteriopatii”), care se pot solda cu amputarea acestora, sau aneurisme ale arterelor mari. Dacă obstrucția se localizează la nivelul arterelor coronare, există riscul major de a se produce infarcte miocardice, iar în cazul vascularizației creierului apariția accidentelor vasculare cerebrale. Arteriopatiile sînt de multe ori asimptomatice, motiv pentru care sînt descoperite atunci, când vasele sînt deja foarte îngustate și este necesară amputarea acestora. Durerea la nivelul picioarelor, care apare la mers și dispare în stare de repaus, senzația de picioare reci ori de furnicături reprezintă semne ale arteriopatiei, care se întîlnesc de aproape 3 ori mai fecvent la fumători. Fumatul este factorul predictiv cel mai important pentru evoluția bolii: la fumători, simptomele apar aproximativ cu 10 ani mai devreme, iar rata amputațiilor este dublă.

De la observațiile empirice, privind dificultățile 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. S-a constatat că tutunul intervine asupra țesuturilor în curs de vindecare printr-un efect toxic direct și prin alterarea calității vascularizației. 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, a fost evaluată durata acestei vasoconstricții în raport cu 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 de minute, în paralel cu o hipooxigenare a țesutului celular subcutanat timp de 30-50 de minute. Printr-un calcul simplu, s-a ajuns la concluzia că un fumător de 20 țigarete/zi se află în stare de hipoxie timp de 15-20 de ore.

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 sînt destul de divergente, marea majoritate a chirurgilor cad de acord că 2-3 săptămîni înaintea operației și 3-4 săptămîni după operație sînt absolut necesare. Firește, dificultățile sînt mai mari în cazul operațiilor făcute de urgență, unde perioada preoperatorie de abținere nu există, și faptul se reflectă în calitatea vindecării.

1.7.2. Consecințele fumatului asupra aparatului respirator

Printre *principalele afecțiuni ale sistemului respirator*, datorate consumului excesiv de tutun se remarcă:

- iritații ale traheei și ale laringelui;
- reducerea unei bune funcționări a plămînilor din cauza îngustării căilor respiratorii, provocată de cantitatea excesivă de mucus;
- împiedicarea curățării plămînilor;
- creșterea riscului de infecții pulmonare, manifestate prin simptome precum tuse și respirație greoaie – apariția „hîrîitului” în timpul procesului de inspirație-expirație;
- afecțiuni permanente ale sacilor alveolari ai plămînilor;
- apariția unor afecțiuni grave ca bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPCO), astmul bronșic, infecțiile respiratorii și cancerul

bronhopulmonar.

Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) este atribuită fumatului în peste 90% din cazuri. Mecanismele prin care tutunul acționează asupra componentelor aparatului respirator sînt 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 metaplazic, diminuarea cantitativă a arterelor de calibru mic și distrucții alveolare. Fumatul de țigară de foi (trabuc, havană) este un factor de risc cunoscut în apariția certă a BPOC. Un studiu realizat printre bărbați cu vîrsta cuprinsă între 30-85 de ani, fumători și nefumători de țigări de foi, în perioada 1971-1985 în SUA, evidențiază că, independent de alți factori de risc, fumatul activ de țigară de foi crește semnificativ riscul de îmbolnăvire prin BPOC (cu 45% mai mare).

În cazul femeilor fumătoare, se pare că riscul de a suferi de BPOC este mai mare și că există o vulnerabilitate mai mare la instalarea formelor severe de BPOC. În schimb răspunsul la medicația bronhodilatatoare este mai bun. Încetarea fumatului în BPOC are un pronunțat impact, scăzînd rata exacerbărilor severe și riscul complicațiilor cardiovasculare. Abandonul fumatului este benefic în orice moment al evoluției bolii, crescînd calitatea vieții pacienților și reducînd mortalitatea datorată BPOC.

Relația dintre fumat și *astmul bronșic*, care mult timp a fost o problemă controversată, este astăzi indubitabil demonstrată de studiile epidemiologice efectuate, constatîndu-se, de ex., o suferință astmatică sporită la fumători. Printre argumentele aduse în favoarea acestei relații, se numără și hipersensibilitatea bronșică, în cazul fumatului pasiv. Copiii născuți din mame fumătoare prezintă de asemenea un risc semnificativ crescut de apariție a astmului. Se consideră că expunerea pasivă a fătului la fumat de către o mamă care fumează pe parcursul sarcinii, crește cu mult riscul nou-născutului de a dezvolta astm în primii 3 ani de viață. Este cunoscut și faptul că femeile fumătoare, care suferă de astm bronșic, au, comparativ cu bărbații, un risc crescut al mortalității prin această boală. Coexistența bolilor ischemice cardiovasculare ar favoriza acest lucru. Tot mai des consemnate în literatura medicală sînt creșterea incidenței astmului bronșic în rîndul populației adulte și faptul că afecțiunea este mai des întîlnită printre fumătorii curenți și foștii

fumători, la care se constată susceptibilitate la infecțiile respiratorii, inflamația cronică și obstrucția bronșică, consecutiv compușilor iritanți din tutun.

Fumatul a fost corelat și cu creșterea frecvenței *infecțiilor respiratorii*. Susceptibilitatea crescută la infecțiile respiratorii este explicată atât 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 sînt incriminate în creșterea riscului și frecvenței infecțiilor respiratorii, fie că acestea sînt bacteriene sau virale. Argumente în acest sens au fost aduse chiar și în legătură cu formele extrem de cunoscute ale infecțiilor respiratorii, precum pneumonia pneumococică sau gripa.

În literatura de specialitate au fost consemnate procese pneumonice mai frecvente și bronșite cronice nespecifice, al cărui risc de apariție este 2 ori mai mare la indivizii care au fumat vreodată și de 3,15 ori mai mare la marii fumători. Un număr mare de studii demonstrează că stoparea fumatului duce la scăderea semnificativă a riscului de infecție.

Tuberculoza este considerată și ea astăzi o infecție corelată cu fumatul, atât în ceea ce privește riscul dezvoltării acesteia, cât și vindecarea lentă. După Doll R. (1999), raportul dintre rata deceselor la fumătorii cu tuberculoză și nefumătorii suferind de aceeași boală este de 2,8. Fumatul reprezintă un factor de risc de îmbolnăvire pentru tuberculoză prin scăderea capacității de apărare împotriva bacilului Koch și prin reactivarea unor leziuni latente ce datează uneori din copilărie. Marii fumători au un risc de 2-3 ori mai mare de a face această boală decît nefumătorii, prin faptul că fumatul determină frecvent tuse cu expectorație, ridicînd gradul de contagiozitate al bolnavilor baciliferi. Formele de tuberculoză activă gravă extinsă, precum și recidivele sînt mai frecvente la marii fumători. Astfel, ar exista o relație doză-răspuns între numărul de țigări fumate zilnic și riscul de a face o tuberculoză activă. Asocierea fumatului cu tuberculoza crește riscul apariției unui cancer bronhopulmonar.

Cancerul bronhopulmonar produce mai multe decese decît orice alt tip de cancer. S-a constatat că o persoană care fumează 40 de țigări/ zi inhalează pe an aproximativ 140 g de substanțe cancerigene. Efectul carcinogenetic este cu atât mai mare, cu cât numărul de țigări fumate este mai ridicat și durata consumului tabagic mai mare. Riscul este în raport nu numai cu numărul de țigarete fumate zilnic, ci și cu vîrsta la care s-a început fumatul, persoanele tinere care își însușesc acest obicei avînd cel mai mare risc de a dezvolta un cancer pulmonar. Deasemenea, în funcție de tipul de țigări și de maniera de

inhalare, rata de deces prin cancerul pulmonar poate prezenta variații semnificative. Fumătorii de țigarete „light” ori „low-tar”, simt nevoia creșterii numărului acestora și a inhalării mai profunde a fumului rezultat. Părțile periferice ale plămînelor ajung în felul acesta să fie expuse la cantități mai mari de substanțe carcinogene rezultate din consumul tutunului, aici fiind sediul în care se dezvoltă cu predilecție adenocarcinomul. În cazul consumului de țigarete light, pentru fiecare miligram de nicotină „în minus”, dependentul consumă cel puțin 2 țigări în plus. Datele epidemiologice și experimentele arată că riscul de cancer pulmonar este mai puțin ridicat la fumătorii de pipă și de țigări decît la fumătorii de țigarete, oferindu-se ca explicație faptul că primii nu inhalează fumul. În schimb, cancerul de gât și laringe este mai frecvent.

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.

1.7.3. Consecințele fumatului asupra aparatului digestiv

Fumatul induce și la nivelul aparatului digestiv o serie de afecțiuni precum:

- iritarea și inflamarea stomacului și a intestinelor (gastrite, colon iritabil etc.);
- cancerul esofagian, cancerul gastric, ulcer gastroduodenal, cancerul colic etc.

Fumatul poate favoriza apariția *ulcerului gastroduodenal* prin mai multe mecanisme:

a) favorizează agresiunea asupra mucoasei gastrice:

- creșterea secreției acide bazale nocturne;
- crește refluxul duodeno-gastric;
- favorizează infecția cu *H. Pylori*.

b) afectează mecanismele de apărare ale mucoasei:

- scade secreția de mucus și bicarbonat;
- reduce fluxul sanguin la nivelul mucoasei;

Consecințele clinice (ce resimte fumătorul):

- se prelungește durata de evoluție a ulcerului;
- crește recurența ulcerului;
- predispoziție la complicații (hemoragie, perforație);
- se induce rezistența la tratamentul medicamentos.

Datele diverselor cercetări arată că prevalența ulcerului este de 2,1 ori mai mare la bărbații fumători și de 1,6 ori mai mare la femeile fumătoare decât la persoanele nefumătoare. Fumatul a peste 15 țigarete/zi multiplică de 2 ori riscul de apariție a unui ulcer gastroduodenal. Intestinul fiind un organ cu vascularizație și inervație bogată, nicotina produce spasme vasculare și contracții ale musculaturii, ceea ce determină creșterea tranzitului – de aici și tabietul matinal cafea – țigări – toaletă sau „țigara de după masă” al unor fumători. Exisă însă și consecințe negative: scăderea absorbției alimentelor cu alterarea stării de nutriție a fumătorului. De aceea renunțarea la fumat poate conduce la instalarea constipației (care se remite spontan în 2 – 3 săptămâni) ori la creștere în greutate de pînă la 4 kg, în condițiile în care alimentația rămîne la fel.

Fumatul influențează și *hepatita cronică cu virus hepatitic C*, ce implică agravarea activității necro-inflamatorii și a fibrozei.

Fumătorii sunt mult mai predispuși a dezvolta *cancere ale gurii, gîtului și esofagului* decât nefumătorii. Fumatul este prezent la aproximativ 70% din cazurile de cancer oral, iar riscul unui fumător de a suferi de un cancer oro-faringian este de 6,85 ori mai mare decât al unui nefumător. Prognosticul este sumbru: rata de supraviețuire la 5 ani este sub 50%. Riscul de neoplasm esofagian de tip epidermoid este de 3 ori mai mare față de nefumători. Acest risc este considerat cu atît mai mare cu cît este vorba de fumători de pipă sau trabucuri.

1.7.4. Consecințele fumatului asupra aparatului genital și al reproducerii

Sănătatea femeilor este influențată negativ de fumat, datorită modificărilor metabolismului hormonilor sexuali, dar și datorită greutății mai mici decât normalul. Astfel, sunt înregistrate mai frecvent:

- *anomalii ale ciclului menstrual*: dismenoree, ritm neregulat, amenoree secundară. Fumătoarele au risc cu aproape 50% mai mare de a avea dureri menstruale, dar și perioada dureroasă a menstruației este mai mare (cu aproximativ jumătate de zi). Cu cît fumează mai mult, cu atît riscul de dureri menstruale este mai mare, comparativ cu nefumătoarele: cele care fumează zilnic mai mult de 10 țigări, au risc aproape dublu (de 1,9 ori mai mare), iar cele care au fumat cel puțin 9 ani au risc de 3,4 ori mai mare.

- *instalare precoce a menopauzei*. Fumătoarele au un risc de 2,1 ori mai mare decât nefumătoarele de a intra la menopauză mai devreme. Cu cît

fumează mai mult, cu atât riscul este mai mare: la mai mult de 1 pachet de țigări fumate zilnic, riscul de instalare precoce a menopauzei este de 2,7 ori mai mare.

- *aspect masculin al taliei/formei corpului*
- *avorturi spontane.* Riscul de avort spontan este crescut cu cel puțin 25% la femeile fumătoare, riscul fiind cu atât mai mare cu cât numărul de țigări este mai mare, dar și cele care fumează zilnic mai puțin de 9 țigări pot avea probleme.
- *mărirea riscului de accident vascular cerebral* dacă femeia are peste 35 de ani și folosește pilule anticoncepționale. Femeile care fumează și iau pilule anticoncepționale combinate au un risc crescut de 20 de ori de a suferi un atac cardiac!
- *reducerea fertilității.* Fertilitatea este afectată: femeile care fumează rămân însărcinate mai greu. Cu cât fumează mai mult, cu atât probabilitatea de a rămâne însărcinate este mai mică, însă și femeile care fumează puțin sînt afectate. De exemplu, riscul femeilor care fumează zilnic 4 - 9 țigări de a aștepta mai mult de 12 luni pînă să rămînă însărcinate este de 1,8 ori mai mare decît al nefumătoarelor.
- *creșterea riscului de cancer de col uterin.* Femeile care fumează sau cele care inhalează fumul de țigară prezintă un risc de 2-5 ori mai mare de a face cancer de col uterin.

Fumatul afectează în mod negativ și *funcția de reproducere a bărbatului*, printre cele mai importante consecințe fiind:

- *scăderea cantității de spermă*
- *scăderea libidoului și potenței sexuale*
- *infertilitate*

Există dovezi certe ale relației cauză-efect dintre fumat și disfuncția erectilă (imposibilitatea repetată de a obține sau de a susține erecția penisului), riscul fiind de cel puțin 2 ori mai mare comparativ cu nefumătorii și fiind dependent de numărul de țigări fumate și de durata fumatului. Mecanismul este preponderent vascular, nicotina producînd vasoconstricția arterelor peniene astfel încît vasele nu mai primesc sînge. Intervin însă și alte mecanisme: ateroscleroza vaselor peniene, care determină îngustarea acestora, deci și scăderea fluxului de sînge spre penis și alterarea venelor peniene cu afectarea valvelor din pereții venelor care rețin, în mod normal, sîngele la nivelul penisului, astfel, vasele se golesc mai repede iar erecția nu poate fi susținută.

Fumatul afectează și *fertilitatea masculină* prin reducerea calității

spermei. Astfel, bărbații fumători au un număr mai mic de spermatozoizi, aceștia au mobilitate redusă, dar și celelalte caracteristici ale spermei sunt afectate.

Sunt studii care au determinat existența în spermă a unor componente cancerigene din fumul de tutun - benzopyrene. Aceasta poate determina modificări genetice ale ADN spermatozoizilor, ceea ce explică mutațiile genetice observate în celulele spermei. Aceste mutații pot persista la nivelul embrionilor!

Studii recente arată efectul fumatului bărbatului asupra succesului tehnicilor de reproducere asistată. Astfel, atât fertilizarea in vitro (FIV) cât și injecția intracitoplasmatică cu spermă (ICSI) au rate de succes mai mici, dacă bărbatul este fumător. De exemplu, rata de succes a ICSI este, în medie, de 38%, dacă niciunul din parteneri nu fumează, și de 22%, dacă doar bărbatul fumează. Șansele de reușită ale FIV scad cu 46%, dacă bărbatul fumează.

1.7.5. Consecințele fumatului asupra sistemului nervos central

Fumatul este responsabil de 12% - 14% din decesele prin accident vascular cerebral (AVC). Riscul de a suferi un AVC este mai mare la femei și depinde de numărul de țigări fumate zilnic: pentru cele care fumează mai puțin de 15 țigări/ zi, riscul este de 2,5 ori mai mare decât la nefumătoare. În schimb, pentru mai mult de 25 țigări/ zi, riscul este de 3,8 ori mai mare.

Accidentele vascular-cerebrale pot fi tranzitorii, de scurtă durată, cu tulburări de vedere, sincope sau manifestări vegetative, dar pot fi și severe, însoțite de paralizii, dificultăți de vorbire, probleme de natură psihică.

Decesul subit, aparent „în plină sănătate”, este frecvent provocat de un AVC masiv. AVC apare ca urmare a unor hemoragii sau infarcte cerebrale întinse ori mai mici dar extinse.

1.7.6. Consecințele fumatului asupra căilor urinare

Miile de substanțe toxice conținute în gudronul obținut prin arderea țigării sînt distruse, inclusiv la nivelul rinichiului și apoi sînt eliminate prin urină. De aceea și sistemul urinar este afectat de fumat. În sfera urologică se citează frecvența mai crescută a cancerului de vezică urinară la marii fumători.

Riscul de carcinom renal este dependent de doza de tutun inhalată zilnic și de sex: bărbații care fumează zilnic mai puțin de 10 țigări, au un risc de 1,6 ori mai mare decât nefumătorii, iar cei care fumează peste un pachet, au risc crescut de 2 ori. Femeile sînt oarecum protejate, dar dacă fumează zilnic peste un pachet, au și ele un risc considerabil crescut (de 1,58 ori).

1.7.7. Consecințele fumatului asupra pielii și cavității bucale

Fumatul este un dușman redutabil al unui ten curat, luminos, frumos, și, în general, al pielii cu aspect sănătos. Pentru că fumează din adolescență și datorită reclamelor care asociază fumatul cu emanciparea, femeile nu-și dau seama cât de mult le este afectat aspectul pielii, decât după ce nu mai fumează.

Nicotina produce constricția vaselor de sânge, prin urmare tegumentul primește mai puțin oxigen și mai puține substanțe nutritive. În plus, regenerarea celulară este diminuată, ceea ce explică multe din caracteristicile „feței de fumător”.

În plus, prin piele se elimină și unele substanțe conținute în fumul de țigară, ceea ce crește expunerea tegumentului la substanțe toxice și, în consecință, îmbătrânirea prematură.

La nivelul cavității bucale principalele efecte negative ale tutunului sînt:

- *leucoplazia*, definită ca o placă albă, limitată la mici zone circumscrise sau mai extensivă și avînd potențial malign;

- *stomatita nicotinică* care se prezintă ca o keratoză palatină difuză cu inflamația cronică a glandelor salivare palatine.

- *boala periodontală* („parodontoza”) implică toate structurile de suport ale dinților. Fumatul este factor de risc major – risc de 4 ori mai mare la fumători.

- *cariile dentare* sînt de 3 ori mai frecvente la fumători, datorită plăcii dentare care favorizează dezvoltarea bacteriilor. Modificările salivare sînt frecvente: la marii fumători, se observă scăderea salivației, datorită inhibării receptorilor de tip nicotinic ai sistemului neurovegetativ.

- *tulburările de gust și miros* au fost consemnate la fumători într-o proporție mai mare. O consecință este lipsa de apetit alimentar, „indiferența” față de alimentație, dar și faptul că nu percep mirosul neplăcut al propriilor haine și al propriei persoane.

- *riscul de eșec al implantului dentar* este crescut la fumători, atît în prima etapă, de osteointegrare, cît și după punerea implantului; fumatul favorizează apariția bolii peri-implantare datorită riscului crescut de complicații infecțioase; cicatrizarea patului receptor, la nivelul interfaței os-implant, este diminuată, iar igiena deficitară are impact mai important asupra pierderii osoase marginale.

1.7.8. Consecințele fumatului asupra desfășurării sarcinii

Atîta timp cît trăiește în pîntecele mamei, bebelușul (întîi embrion apoi făt) primește din sîngele ei toate substanțele necesare supraviețuirii. Fumul de țigară conține aproximativ 2500 substanțe chimice, dintre care

nicotina și monoxidul de carbon, care sînt cele mai nocive asupra desfășurării sarcinii. Atunci cînd mama fumează sau este expusă la fum de țigară, o parte din oxigenul din sîngele ei este înlocuit cu un gaz toxic rezultat din ardere, monoxidul de carbon. De aceea, pentru a putea primi oxigenul necesar, inima fătului va trebui să bată mai repede.

Consecințele negative ale fumatului în timpul sarcinei sînt:

- *Creșterea riscurilor de sarcină extrauterină.* Tabagismul crește riscurile de sarcină ectopică, într-o relație doză – efect (tabelul 2. Nicotina are o acțiune toxică directă asupra mobilității tubare. Dacă fumatul este întrerupt cu o lună înainte de concepție, riscul redevine egal cu cel al populației generale).

Tabelul 2.

Riscurile relative de sarcină extrauterină în dependență de consumul de țigări

< 10 țigări / zi	Riscul relativ (RR) este de 1, 5 ori mai mare
> 20 țigări / zi	Riscul relativ (RR) este de 3 ori mai mare
> 30 țigări / zi	Riscul relativ (RR) este de 5 ori mai mare

- *Creșterea riscului de avort spontan .* Riscul relativ de avort spontan la femeia fumătoare este de 1, 5 pînă la 3, fiind dependent de doză. Astfel, la femeile care fumează peste 20 țigări /zi, riscul este de 20% comparativ cu 10% pentru nefumătoare și poate ajunge la 35% pentru un consum de 35 țigări /zi. Riscul de avort spontan crește și în cazul expunerii la fumatul pasiv (cel puțin o oră pe zi).
- *Creșterea riscului de metroragii.* Riscul de metroragii (sîngerări anormale) în al treilea trimestru de sarcină, legat de tabagism este de asemenea dependent de doză. Riscul de hematom retroplacentar se dublează, iar cel de placentă praevia este de 2- 3 ori mai mare la femeile care fumează în timpul sarcinii.
- *Creșterea riscului de naștere prematură.* Riscul de a nu duce sarcina la termen este de 2 ori mai mare la o femeie fumătoare. Acest risc este dependent de doză (consumul < 20 țigări pe zi crește riscul cu 20% de naștere prematură, iar consumul > 20 țigări pe zi crește riscul cu 50%). De altfel, riscul de prematuritate legat de tabagism crește odată cu vîrsta mamei. Trebuie menționat că această creștere a riscului dispare dacă femeia renunță la fumat înainte de concepție.
- *Creșterea riscului de moarte fetală în utero.* Riscul crescut de moarte fetală în utero se explică prin retardul de creștere intrauterină, survenirea unui hematom retroplacentar sau placentă praevia. 11% din

cazurile de moarte fetală în utero pot fi puse pe seama consumului de tutun.

- *Greutate mai mică la naștere.* Cu cât mama fumează mai mult, cu atât bebelușul riscă să cântărească mai puțin la naștere, riscul de a da naștere unui făt cu greutate mai mică fiind două ori mai mare la mamele care fumează decât la cele care nu fumează.

1.7.9. Consecințele fumatului matern asupra fătului

Printre principalele consecințe ale fumatului asupra dezvoltării și creșterii fetale se enumeră:

- *Retardul de creștere intrauterină.* Un studiu american arată că prevalența retardului de creștere intrauterină este de 17,7% dacă gravida fumează pe toată perioada sarcinii, de 15,4% dacă fumează în trimestrul 2 și 3 de sarcină și de 7,2% dacă fumează doar în primul trimestru de sarcină. La femeile nefumătoare, prevalența medie este de 8,5%. Relația dintre numărul de țigări zilnice și deficitul ponderal la naștere nu este liniară. Chiar și un consum mic de tutun afectează creșterea fătului (tabelul 3).

Tabelul 3.

Riscurile relative pentru creșterea fătului în dependență de consumul de țigări

Consumul de tutun în timpul sarcinii	Diminuare cu 150 – 300 g a greutateii la naștere
Fumatul pasiv	Diminuare cu 100 g
< 5 țigări /zi	Diminuare cu 100 g
> 20 țigări /zi	Diminuare cu 400 g

Retardul de creștere intrauterină asociat cu tabagismul privește greutatea, înălțimea, perimetrul toracic și perimetrul cranian. Efectele fumatului asupra diametrului biparietal sunt vizibile încă din a 22-a săptămână de amenoree la ecografie.

- *Retardul mental și probleme de comportament ale fătului.* Un studiu efectuat în Anglia a arătat faptul că femeile care au fumat peste 10 țigări pe zi în timpul sarcinii au dat naștere la copii mai „înceți” la învățătură. Copiii lor aveau probleme la citire și la matematică, față de copiii mamelor nefumătoare. Mai mult, se pare că atât fumatul activ, cât și cel pasiv, poate duce la apariția hiperactivității cu deficit de atenție, cea mai frecventă tulburare comportamentală la copii. S-a constatat că femeile care fumează pe perioada sarcinii au un risc mai crescut

cu 40% de a da naștere unui copil suferind de autism. Autismul este o boală care nu se poate trata și presupune un copil cu grave probleme în dezvoltarea comunicării și a socializării.

- *Creșterea riscului de malformații.* Unele malformații congenitale sunt mai frecvente (riscul mai mare de 1 - 2 ori) la copiii născuți din mame care au fumat în timpul sarcinii. Printre aceste malformații, a fost semnalată creșterea riscului de fanta labiopalatina, cardiopatie congenitală, hipoplazia nervului optic, malformații ale membrelor, etc. Acest risc este mai însemnat în cazul unui consum mai mare de 20 țigări pe zi. Buza de iepure sau probleme ale boltei palatine sunt câteva din efectele fumatului în timpul sarcinii.
- *Sindromul morții subite a sugarului.* Toate studiile epidemiologice arată că fumatul în timpul sarcinii și tabagismul pasiv în timpul copilăriei cresc riscul de moarte subită a sugarului (riscul crește de 3 ori). Conform unor autori, numărul de cazuri de moarte subită a sugarului ar putea fi diminuat cu două treimi dacă tabagismul parental nu ar exista.
- *Creșterea riscului de apariție a tulburărilor în funcționarea aparatului respirator.* În cazul fumatului fătul se poate naște sau poate dezvolta în primele luni de viață diverse dificultăți respiratorii. Copiii mamelor fumătoare sunt mai predispuși la pneumonii, bronșite sau la contactarea de viruși și bacterii în primele săptămâni de la naștere, organismul acestora nefiind suficient de puternic pentru a lupta împotriva bacteriilor. Internările din cauza afecțiunilor respiratorii în primul an de viață sunt cu aproximativ 40% mai frecvente în cazul mamelor fumătoare. Copiii mamelor fumătoare devin cel mai adesea și ei fumători. Copiii supuși fumatului pasiv sau activ încă înainte de a se naște pot avea și probleme ulterioare ca de genul astmului. Copiii mamelor fumătoare au un risc de două ori mai crescut să dezvolte astm, față de copiii mamelor nefumătoare.

1.7.10. Efectul fumatului 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 A₂, stimularea eliberării de catecolamine din

medulosuprarenală, ganglionii simpatici, terminațiile nervoase și țesutul cardiac cromafin. Interferența nicotinei cu prostaciclina aduce după sine un efect trombogenetic. Oxidul de carbon și hidrogenocianida 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 sîngelui, 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.

Avînd 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 pînă 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 întîrziate 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 sînt argumentele rezultate din observațiile făcute în chirurgia plastică. Acestea arată că lambourile cutanate largi, cum ar fi cele după lifting-uri, reconstrucții mamare și abdominoplastii, sînt 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 lîngă durata mai mare a vindecării și dezagrementul estetic, poate întîrzia și calendarul unor tratamente adjuvante, precum radio sau chimioterapia. În cele din urmă, s-a ajuns la concluzia ca pînă 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 săptămîni înainte operației și 3-4 săptămîni 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).

1.7.11. Alte afecțiuni cauzate de fumat

Sînt 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 atît la vîrstnic, dar și la adultul tînăr. 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.

1.7.12. Efectele nocive ale fumatului pasiv

Ratele de deces prin cancer pulmonar și 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 plămâinii 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 plămâinii 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).

1.8. 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 cotinina (un metabolit al nicotinei).

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.

Timpul 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. Este de preferat să se măsoare CO după-amiaza, când se va dovedi un marker mai fidel al dependenței de tutun.

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.

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 plasmatică < 15 ng/ml este considerată doveditoare a unui nivel de nefumător. Nivelul de cotinină la fumători este în jur de 200 ng/ml, dar poate să ajungă la valori de pînă la 1000 ng/ml.

Analiza a 13 trialuri în care s-a urmărit reducerea numărului de țigări fumate pe zi, utilizînd în majoritatea cazurilor terapia de substituție nicotinică, a observat că nivelul de monoxid de carbon și cotinină 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 cotinină, iar în cazul folosirii de substituate nicotinică, interpretarea valorilor cotininei în procesul de monitorizare a sevrajului fumatului este ambiguă, avînd în vedere aportul adițional de nicotină de uz medicinal via substituenții nicotinici.

1.9. Beneficiile renunțării la fumat sau „sindromul de avantaj”

Dacă este normal să începem de la efectele negative pe care le declanșează abandonarea fumatului, așa-numitul sindrom de sevraj, ni se pare extrem de potrivit să discutăm și un calendar al efectelor pozitive ale abandonării acestei adicții, efecte pe care le-am intitulat, nu doar pentru a rima: „*sindromul de avantaj*”. Aceste efecte ar fi următoarele:

➤ La 20 minute după ultima țigară: presiunea arterială și frecvența cardiacă scad.

➤ La 12 ore după abandon: nivelul de monoxid de carbon din sânge revine la normal.

➤ La un interval cuprins între 2 săptămâni și 3 luni după încetarea fumatului: circulația sangvină și funcția respiratorie se îmbunătățesc vizibil.

➤ La un interval cuprins între 1 și 9 luni după renunțarea la fumat: tusea și dispneea dispar, iar ciliii vibraționali care au funcția de „escalator mucociliar” datorită capacității lor de a deplasa antigravitațional mucusul din trahee și bronhii (în care se află atât particule de praf, cât și microbi) își redobândesc integritatea, curățând în mod eficient plămâni.

➤ La 1 an de la ziua victoriei asupra fumatului, inima sărbătorește și ea, oferind o scădere la jumătate a riscului de boală coronariană ischemică față de foștii „colegi de-o țigară”.

➤ După 2-3 ani de la renunțarea la fumat- riscul de a manifesta pneumonie severă sau gripă este același ca și în cazul unei persoane care nu fumează.

➤ La 5 ani după „ziua H”: riscul de accident vascular cerebral se reduce pînă la nivelul celui al unui nefumător.

➤ La 10 ani de la „renaștere”: riscul de cancer pulmonar scade la jumătate din riscul unei persoane care a continuat să fumeze. Scade semnificativ și riscul altor tipuri de cancer: la cavitate bucală, laringe, esofag, vezica urinară, col uterin, pancreas.

Pe lângă acestea, există și alte efecte vizibile, care pot fi o încurajare pentru a rămîne nefumător:

- retragerea ridurilor;
- dispariția halenei;
- albirea dinților și ameliorarea patologiei gingivale;
- dispariția culorii galbene de pe unghiile degetelor „executive”;
- menținerea sau recăpătarea intactă a simțurilor mirosului și gustului;
- capacitatea respiratorie normală la eforturi fizice susținute;
- economii în bugetul familial (merită să faceți un calcul simplu pe 10-20 ani și să lăsați gîndul să zboare spre destinații pe care vi le poate face posibile o excursie, din economiile pe care vi le aduce abandonarea fumatului);

➤ acceptarea socială: patronii preferă să angajeze nefumători nu doar din cauza faptului că un fumător face pauze mai dese, ci și din cauza absenteismului ridicat, provocat de îmbolnăvirile mai dese ale fumătorilor; cei care închiriază apartamente preferă nefumători din cauza riscului de incendii și a mirosului de tutun care pătrunde în lucruri; evenimentele și locurile publice sunt din ce în ce mai prohibitive în ceea ce privește fumatul;

asigurările de viață țin cont de speranța redusă de viață a fumătorilor și îi taxează pe măsură; căsătoria chiar poate deveni o problemă întrucât partenerul care acceptă un fumător, de regulă, trebuie să fie și el fumător, iar aceasta înseamnă a „pescui doar dintr-un sfert de lac”; exemplul negativ al unui părinte fumător, pe care, de fapt, nu dorește să-l dea copiilor, are un efect mai puternic decât sfaturile sau amenințările; șansele de a-și cunoaște nepoții și de a se bucura de succesele lor scad dramatic, ca să nu mai vorbim de strănepoți.

➤ apariția unei laturii noi a personalității – renunțarea la fumat poate contribui la descoperirea unor noi aspecte ale personalității; ca parte a conștientizării cauzelor care declanșează dorința de a fuma, mulți fumători înțeleg mult mai bine ceea ce îi face furioși, fericiți sau îi plictisește; învățarea de modalități pentru a gestiona noi situații și de a depăși obstacole ar putea contribui la dezvoltarea personală.

De reținut! Exista întotdeauna ceva mai important decât de a fuma. Secretul este să se găsească alternative sau strategii de adaptare, pînă cînd se va ajunge în punctul unde nu mai este implicată nevoia de a fuma.

Capitolul II. Intervenții, tehnici și metode utilizate în tratamentul fumatului

2.1. Identificarea fumătorilor și evaluarea lor în practica medicală

Cea mai bună și rentabilă ocazie în scopul identificării potențialilor consumatori de tutun sînt vizitele medicale, avînd în vedere că fiecare persoană își vizitează medicul de familie cel puțin o dată pe an, frecventează dentistul sau alt medic specialist cu diferite motive, care țin fie de problemele de sănătate, fie de atribute diverse de natură civilă.

Pare de la sine înțeles ca medicul, indiferent de calificare, să fructifice aceste prilejuri pentru a evalua fumătorii și a iniția algoritmul de asistență medicală în vederea opririi fumatului.

Evaluarea complexă a fumătorilor are în vedere un diagnostic clinic și biologic al dependenței nicotinică, precum și o evaluare a profilului psiho-comportamental al acestora. Diagnosticul clinic al dependenței tabagice se stabilește în funcție de :

- **Statusul fumatului** – se apreciază categoria din care face parte individul: fumător/ fost fumător/ nefumător și se completează de către specialistul în domeniu fișa de determinare a statusului fumatului (Anexa 1).

- **Tipul de produs din tutun consumat** – permite aprecierea orientativă a gradului de adicție, dat fiind că dependența de nicotină este mai severă la consumatorii de țigarete, comparativ cu cei de trabuc, respectiv pipă

și narghilea.

- **Consumul tabagic** definit prin numărul de pachete-ani (nr. de PA). El reprezintă produsul dintre numărul de pachete de țigări fumate/zi și numărul de ani de fumat. (ex.: dacă timp de 15 ani se fumează 15 țigări/zi, acest consum echivalează cu $15 \times 15 / 20 = 11,2$ PA). Indivizii care au un consum mai mare de 20 PA se numesc “mari fumători” (fumători înrăiți) și reprezintă un grup de pacienți dificil de tratat.

- **Dependența de nicotină** este justificată în prezența a cel puțin 3 din cele 7 criterii OMS care o definesc, dacă au fost prezente la un moment dat în ultimele 12 luni: dorință puternică de a fuma, dificultate în a controla cantitativ fumatul, simptome de sevraj la reducerea sau întreruperea consumului, continuarea consumului în ciuda instalării consecințelor nocive, prioritate asupra altor activități, toleranță crescută, simptome fizice de sevraj tabagic etc.

- **Scorul de dependență nicotinică** – se determină cu ajutorul testului de dependență Fagerstrom (vezi **Anexa 2**). Acesta permite aprecierea exactă a severității dependenței de nicotină, calculată printr-un scor de dependență, în baza căruia se va elabora o indicație terapeutică corectă (scor 0 – 3: dependență ușoară; scor 4 – 6: dependență medie; scor 7 –10: dependență severă). Informațiile relevante se obțin prin discuția cu pacientul sau prin completarea directă a chestionarului de către acesta. Întrebările cheie se referă la numărul de țigarete fumate zilnic, momentul primei țigări de dimineața, fumatul nocturn. Dependența de nicotină este cu atât mai mare, cu cât scorul obținut este mai mare.

- **Analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat** presupune o serie de întrebări despre: numărul tentativelor, cea mai lungă perioadă de abținere la fumat, dacă și ce tratament a primit pacientul, simptome de sevraj, de ce a reluat fumatul, ce a fost pozitiv cât a oprit fumatul. Acest aspect este un element important în evaluare, permite cunoașterea modului cum subiectul va traversa perioada de sevraj; se pot anticipa probleme de complianță la tratament și se pot lua măsuri adecvate din timp.

- **Motivația de a renunța la fumat** poate fi evaluată de către orice medic care asistă fumători, în cel mai simplu mod, prin întrebări directe, precum: „Doriți să renunțați la fumat (acum)?”, „Dacă v-ați hotărât să renunțați credeți că ați reuși?/ Ce șansă de a reuși vă acordați?”, „Care este motivul pentru care doriți să renunțați la fumat?”, „Cât de important este pentru dv. Să renunțați la fumat?”

Nu există un instrument de măsurare exactă a motivației, dar medicul poate apela la o scală de la 1 la 10, pe care pacientul să se autoaprecieze exact unde se află pe baza propriilor răspunsuri la întrebările despre motivația sa de a stopa fumatul. Nivelul 1 ar corespunde unui eșec sigur și nivelul

10 unei certitudini de reușită. Cei care se cotează cu valori de cel puțin 4-5 la aceste întrebări vor avea șanse de succes.

Motivația este un punct cheie în evaluarea fumătorului. Nu se poate vorbi despre terapie și vindecarea dependenței tabagice, în absența sau împotriva voinței pacientului. De aceea discuția medic-pacient pe această temă este crucială și poate influența bunul mers al tentativei de renunțare. Mulți pacienți nu sunt suficient de motivați inițial, în mare parte și datorită lipsei unui bagaj de cunoștințe minimal despre efectul dăunător al fumatului; în acest caz, medicul va suplini acest gol, oferind argumente pro sevraj.

De la caz la caz și în funcție de posibilități, evaluarea clinică a fumătorului poate fi completată cu o evaluare psihologică și un interviu motivațional, instrumente de lucru care vor aduce elemente în plus despre profilul psiho-comportamental al pacientului, crescând șansele de succes în direcția renunțării la fumat (vezi Anexa 3).

- **Istoricul medical al pacientului** este relevant pentru alegerea opțiunii terapeutice, cu respectarea eventualelor contraindicații și precauții impuse de unele comorbidități. Cele mai frecvente condiții patologice întâlnite la marii fumători sînt depresiile și sindroamele anxioase. Pentru o cât mai bună abordare terapeutică a fumătorilor cu depresie, medicul poate cuantifica gradul de depresie și disforie. Există mai multe modalități în acest sens, una dintre acestea este o etichetare simplificată pe baza a 2 întrebări:

- „V-ați simțit trist, deprimat, disperat în decursul ultimei luni de zile?”
și

- „Ați avut senzația că faceți lucrurile fără plăcere, fără nici un interes, în ultima lună?”

Răspunsul cert pozitiv la ambele întrebări se poate interpreta ca un semn puternic de depresie.

Statusul fumatului stabilit pe criteriile clinice enumerate mai sus se confirmă și prin teste biochimice de determinare a biomarkerilor expunerii organismului la fum de tutun. Aceștia sunt monoxidul de carbon (CO) din aerul expirat și cotinina (un metabolit al nicotinei). Concentrația de CO din organismul unui fumător poate fi determinată dacă pacientul expiră într-un analizor al monoxidului de carbon, iar concentrația de cotinina poate fi determinată din sînge, păr, salivă și urină.

Se recomandă ca identificarea și evaluarea fumătorilor să se realizeze la toate nivelele de asistență medicală din Republica Moldova, precum și înregistrarea în documentele medicale a statusului de fumător ca un semn vital.

2.2. Asistența psihologică și medicală ca componente distincte ale programului specializat în renunțarea la fumat

Este în sarcina tuturor cadrelor medicale să recomande, în mod regulat la consultațiile de rutină, fiecărui pacient fumător să renunțe la fumat, îndeosebi dacă acesta prezintă un factor de risc major în cazul unei boli de care suferă pacientul. Prin intermediul discuției, medicii trebuie să își motiveze pacienții să oprească fumatul, să consemneze răspunsul acestuia la sfatul antifumat în dosarul medical și ulterior, dacă este necesar, să-l programeze la specialistul în consiliere de nivelul 2. Tot în competența specialiștilor de nivelul 1 intră și asistarea pacienților pe parcursul tentativelor de renunțare prin diverse metode, cum ar fi: terapia farmacologică, consilierea și urmărirea periodică.

Programul specializat în renunțarea la fumat este diferit de tentativele individuale de renunțare la fumat, și aceasta se explică prin faptul că programul include în sine atât asistență psihologică, cât și asistență medicală în vederea dezicerii de consumul de tutun și articole din tutun.

Studiile de specialitate arată că rata de succes în renunțarea la fumat, atunci când o persoană încercă singură, este de 3%-5%. Și doar cu ajutorul psihologic și medical din partea specialiștilor în domeniu, rata de succes crește de 8 ori.

Din punct de vedere psihologic, fumatul este un comportament care, ca orice comportament, se învață. Prin urmare apariția dependenței tabagice este un proces de învățare (nu ne naștem fumători, ci învățăm ulterior să fumăm), iar comportamentul de a fuma este rezultatul interacțiunilor repetate cu nicotina și cu contextele relaționate cu aportul de nicotină.

Ori de câte ori apare comportamentul de a fuma, acesta este precedat de nevoia de a fuma percepută la nivel subiectiv. Oamenii descriu nevoia de a fuma în diferite moduri, care exemplifică atât mecanismul psihologic, cât și cel biologic. Cele mai frecvente modalități de a descrie nevoia de a fuma sînt: poftă, obișnuință, modalitate de a face față stresului, tic, automatism etc.

Din punct de vedere psihologic, nevoia de a fuma este declanșată de:

1. faptul că persoana se află în diferite contexte sau face diferite activități asociate în mod repetat cu fumatul: bea cafea, este la distracție cu prietenii, bea un pahar de țarie, se uită la TV, este la calculator, a terminat servirea mesei, este la volan etc.;

2. faptul că persoana percepe anumite nevoi la care a învățat ca modalitate de răspuns fumatul, deoarece ori de câte ori a fumat s-a simțit mai bine: așteaptă pe cineva sau ceva, se plictisește, este nervos, dorește o pauză, urmează să se apuce de o activitate, tocmai a finalizat un lucru, este nervos sau agitat, dorește să se destindă, să se relaxeze, să se calmeze etc.

Ca urmare **asistența psihologică** acționează pe principiul **învăț-**

dezvăț. În locul automatismelor care întrețin dependența de țigară, fostul fumător este învățat să-și formeze alte automatisme. De exemplu, schemele de gândire legate de fumat („Am pauză, fumez o țigară”, „După ce mănînc, fumez o țigară”, „Sunt nervos, mă detensionează fumînd”, „Am de lucru, e necesar să mă concentrez, îmi aprind o țigară”, „Mă simt bine, sunt relaxat, îmi aprind o țigară”) vor fi înlocuite cu alte activități plăcute („Decît să fumez o țigară mai bine fac ceva plăcut: mă uit la televizor, mănînc ceva bun, răsfoiesc o revistă sau o carte, mă machiez, îi dau telefon unei persoane dragi”). Cu alte cuvinte omul învață să gîndească altfel și să se comporte altfel pentru ca renunțarea la fumat să fie mai ușoară.

Din punct de vedere biologic, nevoia de a fuma este declanșată de scăderea nivelului de nicotină în sînge, resimțită la nivel subiectiv ca sevraj nicotinic. Cele mai tipice senzații de sevraj care apar imediat ce scade concentrația nicotiei sînt: iritabilitate, nervozitate, nerăbdare. La această etapă este binevenită **asistența medicală** în primul rînd, care are ca obiectiv identificarea nivelului dependenței de nicotină și evaluarea stării de sănătate a individului, astfel încît să se stabilească **medicația** adecvată pentru oprirea de fumat. Principalul efect terapeutic al medicației este scăderea stărilor de sevraj nicotinic ca urmare a renunțării la fumat.

2.3. Intervenția terapeutică de renunțare la fumat

Planul de intervenție pentru personalul medical implicat în asistarea fumătorilor include următoarele direcții de activitate:

- Evaluarea statutului de fumător, pentru fiecare pacient, la fiecare vizită medicală;
- Încurajarea tuturor fumătorilor să renunțe la fumat;
- Oferirea de consiliere celor interesați de renunțarea la fumat;
- Cînd este posibil, îndrumarea spre specialistul în consiliere antitabagică;
- Recomandarea fumătorilor care vor să renunțe la fumat să folosească substituenții de nicotină cu oferirea de informații precise și sfaturi despre utilizarea acestora.

Odată ce în urma consultației de rutină a fost identificat un fumător, medicul este obligat să-l introducă într-un algoritm standardizat de asistență specializată în scopul renunțării la fumat. În figura 2 este reprezentată simplificat conduita care trebuie adoptată de medic, în concordanță cu statusul fumătorului și motivația de a renunța.

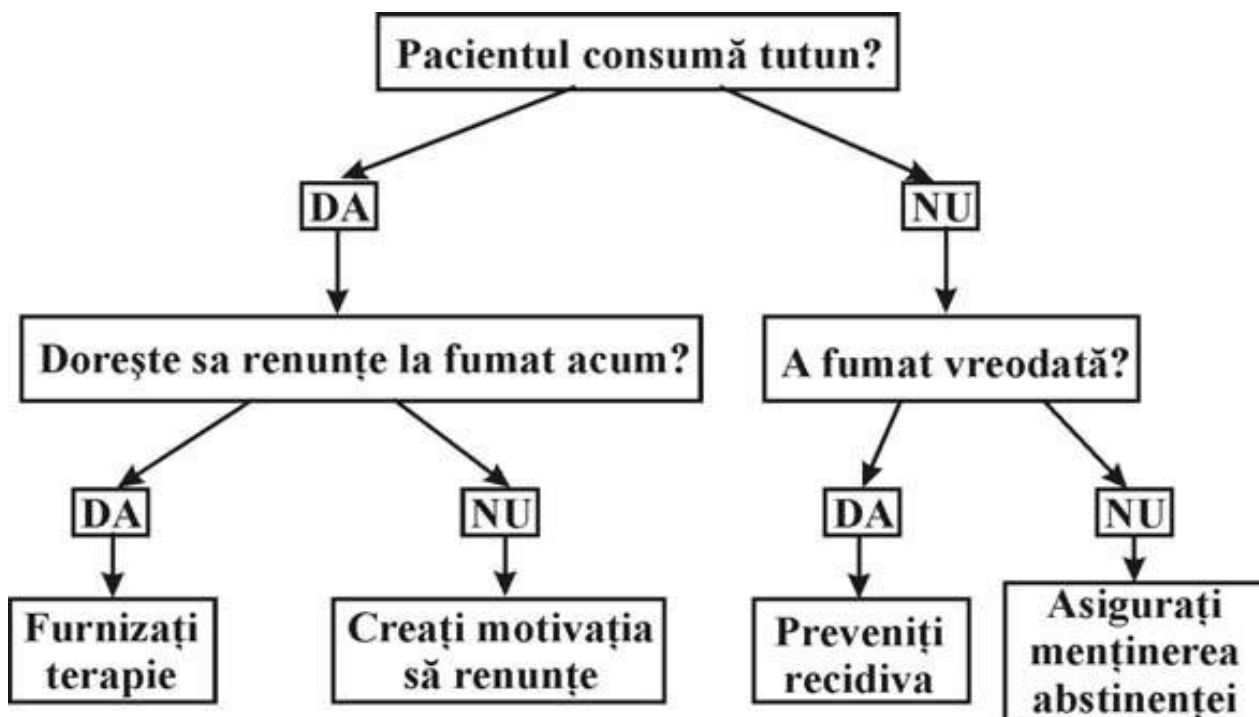


Figura 2. Conduita care trebuie adoptată de medic, în concordanță cu statusul fumatului și motivația de a renunța.

În funcție **de statusul fumatului** și de motivarea pro-sevrăj, **există 4 situații** mai frecvent întâlnite în practică.

Pacientul este fumător și dorește să renunțe la fumat – se recomandă furnizarea imediată a farmacoterapiei împreună cu câteva ședințe seriate de consiliere cognitiv-comportamentală. Este indicată și adresarea la un specialist în consilierea pentru renunțarea la fumat.

Pacientul este fumător și nu dorește să renunțe la fumat - se recomandă folosirea strategiilor de tip interviu motivațional/ sfat antifumat pentru a promova motivarea pro renunțare la fumat și a precipita decizia de renunțare cât mai curînd în viitorul apropiat.

Interviul motivațional este o tehnica care va permite pacientului să recunoască problema pe care o are (în cazul nostru – dependența tabagică) și să-l determine să intre într-o formă de tratament, să continue tratamentul și să fie compliant cu el.

La această categorie de pacienți sînt oportune intervenții special concepute pentru a dezvolta și a întări motivația de renunțare la fumat. Astfel de intervenții vor conține obligatoriu elemente de strategie, avînd la bază cei „5 R” (“Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition” - engl.).

- **Relevanța:** în discuția cu pacientul, medicul va căuta să găsească explicații la întrebarea: „de ce renunțarea la fumat este relevantă în plan

personal pentru individul respectiv. Poate fi vorba despre o anumită boală/ factor de risc pe care pacientul le are deja și asupra cărora continuarea fumatului va avea un impact negativ pe viitor, o anumită situație familială sau socială, o viitoare decizie de a avea copii, anumite temeri legate de sănătate, vîrstă, sex, etc.

- **Riscuri:** medicul va încerca să identifice potențialele riscuri de sănătate ale fumătorului, în plan general, să stratifice riscul acut (exacerbări ale unui astm/ bronșite, recurența episoadelor infecțioase respiratorii, riscul gestațional, etc.) și riscul pe termen lung (boli cardio-vasculare, impotența, infertilitatea, cancer, BPOC, osteoporoză, etc.), să sublinieze că nu există produs din tutun lipsit de risc (inclusiv țigările light, tutunul mestecat, pipa, etc.).

- **Recompensele:** medicul va invita pacientul să identifice beneficiile renunțării la fumat în plan personal. Dacă pacientul nu posedă suficiente cunoștințe, beneficii de genul unei sănătăți mai bune, al ameliorării acuității gustative și olfactive, al economisirii banilor, al înlăturării mirosului neplăcut al hainelor și părului, creșterii performanței la efort, etc. vor fi sugerate chiar de către medic, în scopul creării unei motivații realiste de a opri fumatul.

- **Obstacolele:** medicul va cere pacientului să identifice acele bariere sau impedimente care stau în calea succesului sevrajului tabagic. Împreună, vor identifica soluții la aceste probleme. În majoritatea cazurilor, astfel de obstacole sînt considerate: teama de eșec, simptomele de sevraj, creșterea în greutate după oprirea fumatului, depresia, plăcerea de a fuma, anturajul de fumători, insuficiente cunoștințe despre opțiunile terapeutice.

- **Repetarea:** intervenția terapeutică de renunțare la fumat trebuie repetată de fiecare dată cînd medicul consultă pacientul insuficient motivat de a renunța. Acestor pacienți medicul le va spune că de cele mai multe ori este nevoie de mai multe tentative pînă la atingerea abstenenței definitive, mai ales dacă este vorba despre pacienți cu tentative anterioare nereușite de renunțare. Ei vor fi asigurați de suportul intensiv al medicului dacă se hotărăsc din nou să renunțe.

Intervenția 5 „R” nu va conduce la obținerea sevrajului tabagic, dar va contribui la crearea unei motivații viitoare pentru renunțarea la fumat.

Pacientul a fost fumător și a renunțat la fumat dacă pacientul va semnala simptome de sevraj sau de revenire a apetitului de a fuma, este indicat să primească consiliere într-un cabinet de renunțare la fumat specializat- nivelul 2, iar pentru cei care au renunțat și mențin abstenența fără dificultăți, aceste intervenții sînt suficiente în cabinete de medicină primară – nivelul 1.

Această categorie de pacienți este încă vulnerabilă, mai ales în primele săptămîni/ luni de la finalizarea curei terapeutice. De aceea, este indicat ca

medicul să-i întrebe sistematic, la orice vizită, dacă mai fumează și să le evalueze potențialul de recidivă la fumat. Foarte importante în acest sens sunt întrebările: “Mai simțiți nevoia de a fuma?” „Cît de greu vă este să va abțineți de la fumat?”. Acei pacienți care au factori majori de risc de recidivă (anturaj de fumători, sindrom prelungit de sevraj, etc.) vor fi asistați pentru a nu relua fumatul, inclusiv prin recomandarea de a urma o nouă cură de terapie. Pentru acei abștinenți care reușesc să depășească cu bine aceste dificultăți se recomandă încurajarea menținerii abștinenței, felicitarea fiecărui mic succes în această direcție și o monitorizare atentă pentru a nu eșua.

În discuția cu acești pacienți sînt relevante întrebările de tip deschis, care permit aflarea opiniei acestora despre diferitele aspecte ale sevrajului precum: beneficiul pentru sănătate, prezența simptomelor de sevraj, durata abștinenței, problemele apărute (efecte adverse, depresia, asocierea cu consumul de alcool, diverși factori de stress), verificarea complianței și posologiei medicației.

Toți pacienții care au renunțat recent la fumat, fie că întîmpină sau nu dificultăți de menținere a abștinenței, trebuie să primească supraveghere periodică cu suport pentru a rămîne nefumători.

Există dovezi științifice despre eficacitatea renunțării la fumat, în funcție de metoda de tratament folosită. În principal, se poate vorbi despre două atitudini ale pacienților: cei care consideră că pot opri fumatul doar bazîndu-se pe propria lor voință și cei care apelează la ajutor medical calificat.

În ceea ce privește renunțarea bazată numai pe voință, rezultatele sînt foarte modeste: chiar dacă o majoritate de 80-90% a fumătorilor dorește să oprească fumatul, doar 30 % raportează o tentativă serioasă de a opri consumul de tutun în ultimele 12 luni, iar aceste tentative sînt reușite la numai 5 % din cazuri, dacă nu sînt asistate. Dacă ne referim la renunțarea la fumat asistată, cele două componente dovedite eficiente în tratarea dependenței tabagice sînt: consilierea și farmacoterapia. Atunci cînd consilierea este însoțită de tratament farmacologic, rata de succes a renunțării la fumat crește. Dacă pacientul nu a fumat niciodată, nu este nevoie decît de reconfirmarea la fiecare vizită a statusului inițial de nefumător însoțită de recomandarea scurtă, prin mesaje sanogene, de menținere a abștinenței tabagice.

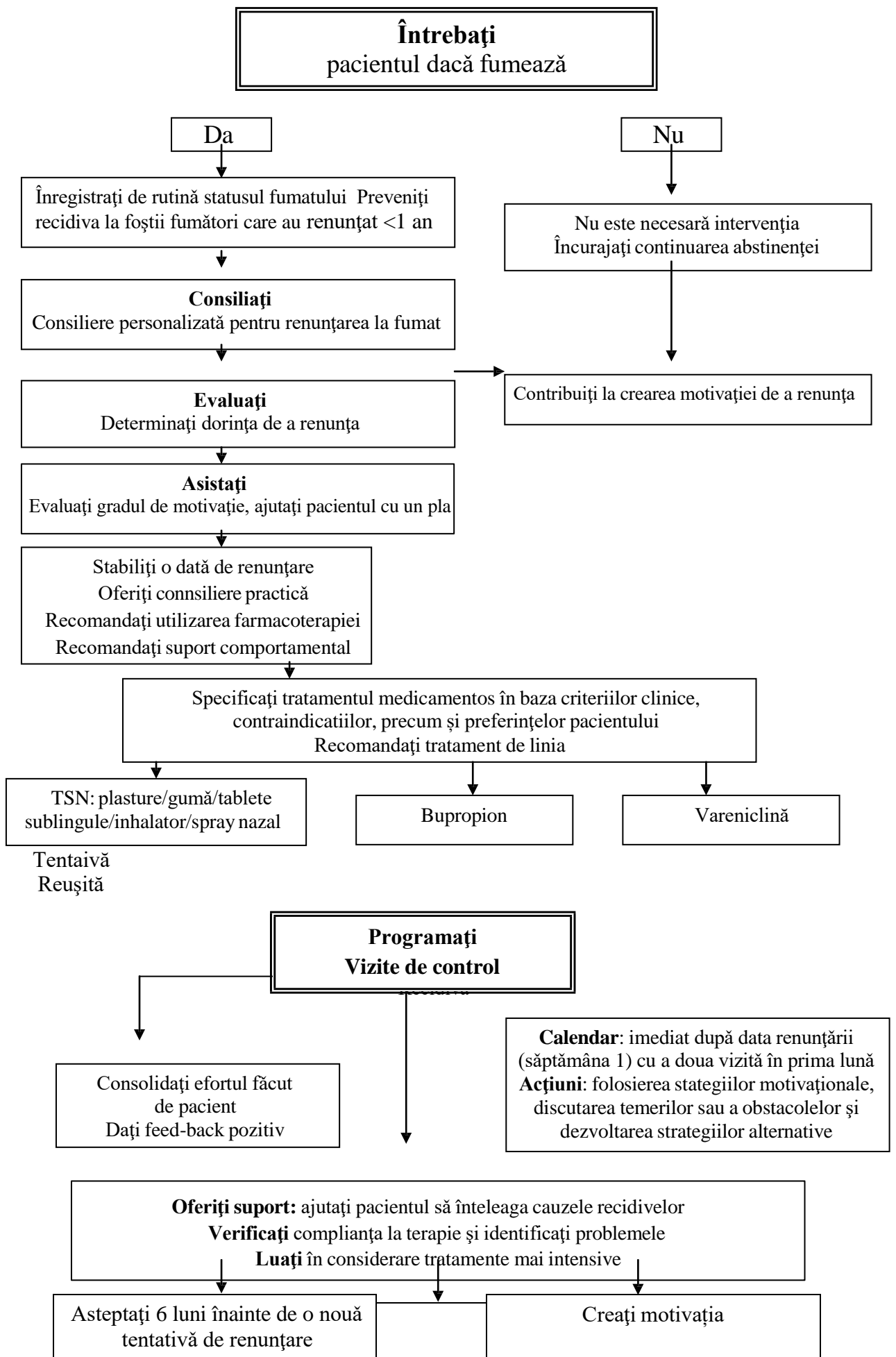


Figura 2. Pașii recomandați în consilierea privind renunțarea la fumat și intervențiile de primă linie, după C.Gratziou, Eur.Resp.Mon., 2008, 42, 35-43.

2.4. Tipuri de intervenții terapeutice de renunțare la fumat

Intervențiile terapeutice pentru renunțarea la fumat sînt fundamentate astăzi pe binomul consiliere cognitiv- comportamentală și terapie medicamentoasă.

În practică, există trei tipuri principale de intervenții medicale:

1. Sfatul antifumat minimal
2. Terapia farmacologică a dependenței nicotinică
3. Terapia nonfarmacologică a dependenței nicotinică

2.4.1. Sfatul antifumat minimal

Sfatul minimal antifumat reprezintă „o sumă de indicații verbale de a opri fumatul, la care se pot adăuga informații despre efectele dăunătoare ale tutunului asupra stării de sănătate a unei persoane”.

S-a constatat că anume recomandările acordate fumătorilor de către orice furnizor de servicii medicale a crescut semnificativ rata renunțării la fumat.

În discuția față în față medic-pacient este benefică personalizarea mesajului de renunțare la fumat în funcție de caracteristicile pacientului. Devine necesar de a fi identificate anumite conjuncturi favorabile sevrajului care apar în viața fumătorului, deoarece majoritatea persoanelor fumează nu pentru că nu ar dori să renunțe la fumat, ci pentru că nu pot să realizeze un sevraj suportabil.

Una dintre cele mai frecvente greșeli ale programelor de prevenție tradiționale ale fumatului este focalizarea unidirecțională pe evidențierea consecințelor de lungă durată ale fumatului, cum ar fi aspectele legate de sănătate și boală.

Studiile arată că mesajul "Fumatul dăunează grav sănătății" nu are eficacitatea pe care și-o doreau inițial cei care au dezvoltat acest mod de prevenție.

Unul dintre principiile formării unui comportament este cel legat de funcția imediată a întăririlor. Pentru ca un comportament să se formeze este important să fie întărit la intervale scurte de timp. Astfel că evidențierea consecințelor de lungă durată asupra sănătății a fumatului nu este suficient de relevantă pentru formarea unui comportament alternativ acestuia.

În consecință, este mai eficient prin intermediul sfatului antitabagic să focalizăm prevenția și formarea comportamentelor pozitive pentru sănătate prin analiza și conștientizarea oamenilor, în special al tinerilor consumatori de tutun, asupra consecințelor imediate ale fumatului.

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.

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, cum ar fi consecințele nefaste ale fumatului asupra organismului uman și asupra vieții sociale a individului.

Iata 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 stres 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 rînd, 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.;

➤ renunțînd, 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.

Unul din principalele efecte ale sfatului minimal este să le oferi celor care doresc să renunțe la fumat o motivație, ceea ce va crește rata renunțării la fumat. Mulți fumători nu pot renunța la fumat fără un ajutor susținut în acest sens, mai ales marii fumători care prezintă un risc crescut în a dezvolta boli legate de fumat, aceștia fiind fumătorii care au cea mai mare nevoie de ajutor calificat. În acest context medicul poate acorda următoarele întrebări și recomandări:

1. De ce vrei să renunți la fumat?

Stabilește-ți clar motivele pentru care vrei să renunți. Scrie-ți o listă cu aceste motive și lipește-o pe birou, pe frigider sau în orice alt loc unde crezi că o vei vedea des.

2. De ce fumezi?

Adresează-ți întrebarea: DE CE FUMEZ? și înțelege stupiditatea răspunsului la această întrebare și cursa în care ai nimerit.

„Este stilul meu” - Nu pot să cred că este stilat să miroși a fum, să ai dinții negri și tenul pielii "carbonizat". Pe banii care îi cheltui pentru a dăuna sănătății tale poți să iai niște accesorii sau haine stilate.

„Țigara mă calmează” - Nicotina ce patrunde în organism îngustează vasele sanguine și în același timp mărește bătăile inimii - sângele circulă mai greu, ce pare a fi un stres enorm pentru organismul tău, deci, nu poți spune că te calmezi în timp ce organismul tău este stresat și agitat.

„Mă ajută să comunic cu oamenii” - tot mai mult se dezvoltă tendința de a crede țigara un element antisocial. Țigara poate fi mai mult o barieră în comunicare decît un ajutor - din cauza mirosului neplăcut și aspectelor sale antisociale.

„Mă ajută să mă concentrez”- dacă vrei să te concentrezi la o idee sau la un lucru – concentrează-te, căci țigara doar te sustrage, nu te minți pe

tine însuși.

„Mă ajută să mă ocup cu ceva pînă trece timpul” - Îți distrugi sănătatea și în același timp aștepti pur și simplu să treacă ceea ce are fiecare om mai important - timpul. Nu ar fi mai logic să-ți găsești o ocupație care să-ți fie de folos?

3. Evită raționalizările care se opun renunțării la fumat.

Cu toții avem obiceiul prost de ne crea singuri raționalizări care să ne justifice faptele. Mai mult despre asta într-o postare de sine stătătoare, pe scurt însă atunci cînd nu ai chef să ieși azi la alergat și ai putea spune „Azi e mohorît și sigur o să plouă” sau „E rece și m-aș putea îmbolnăvi”, sau „Bate soarele și sigur o să fac insolație”. Nu are importanță conținutul raționalizării, e doar un argument menit să ne facă să ne simțim mai bine și să justifice lenea de a ieși din casă. Similar ai putea spune „Cunosc oameni care au trăit 90 de ani și au fumat toată viața. Ei cum au fost sănătoși?” sau „Mai fumez un pachet și mă las” sau “După nunta lui George mă las. Trebuie să fumez cu el la nuntă”. Cred că ai prins ideea. Argumentul în sine nu are nici o valoare, și-l creezi doar pentru a-ți susține faptele și a te face să te simți bine. Conștientizează astfel de raționalizări și respinge-le cînd apar.

4. Planifică data exactă.

Ia un calendar și marchează pe el data exactă cînd vei deveni nefumător. Ar fi mai bine ca această dată să nu coincidă cu careva evenimente stresante în viața ta (examene, lucru mai greu, stres, evenimente specifice, etc.), dar să fie spre exemplu în timpul concediului, vacanței, zilelor de odihnă. Fiecare zi ca nefumător, marchează-o în acest calendar pînă cînd vei simți că atracția spre nicotină te-a părăsit definitiv.

Deasemenea poți asocia data de renunțare la fumat cu un eveniment special din viața ta. De exemplu “renunț la fumat cel tîrziu de ziua copilului/ ziua mea / aniversarea căsătoriei, etc”. Asta îți poate deveni un impuls suplimentar să rămîi dedicat intențiilor tale. O altă metodă este să-ți fixezi o dată cînd te hotărăști să renunți și respect-o, aceasta reprezintă un pas foarte important spre a deveni o persoană nefumătoare; se consideră că pentru persoanele care nu au fumat deloc în ziua stabilită, este de zece ori mai probabil să nu fumeze în următoarele șase luni; alegerea unui moment potrivit vă poate crește foarte mult șansele; nu vă stabiliți această zi într-o perioadă foarte stresantă. Începe “cura de țigări” într-o perioadă în care ai mai puține responsabilități și griji, ca să te poți concentra să o respecti.

5. Comunică celorlalți decizia pe care ai luat-o.

Anunță prietenii, familia, rudele și pe cei apropiați de decizia pe care ai luat-o, pune pariuri cu ei (sume de bani, cadouri, etc.) ce te vor stimula să te

abții de fumat. Caută să obții încurajare de ei prin mai multe feluri: spune-le membrilor familiei tale, prietenilor și colegilor de muncă faptul că vrei să renunți la fumat și că ai nevoie de sprijinul lor. Poate ai prieteni/ colegi/ rude etc. care și ei au renunțat de curînd. Discută cu ei și vezi cum a fost. Dacă simți nevoia irezistibilă de a trage o țigară, sună un prieten/ coleg/ rudă etc. și cere-le ajutorul. Ei te vor susține și vei trece peste acest moment neplăcut.

6. Dacă ai familie/ soție/ copii, ține mereu la tine o poză cu ei.

În clipele în care îți vine să iei o țigară în mână, privește poza copiilor tăi și spune-ți “O fac pentru mine și pentru voi“. Orice persoană își dorește să asigure persoanelor dragi un mediu cât mai sănătos. Este bine cunoscut faptul că fumatul are numeroase efecte secundare asupra fumătorilor, dar și asupra celor care se află în jurul lor. Efectele fumatului pasiv sunt la fel de dăunătoare, în special pentru bebeluși și copii. Copiii sunt în mod special extrem de sensibili la efectele fumatului pasiv. Corpul copiilor este încă în creștere și respiră mult mai repede decît adulții. Astfel, copiii inhalează mai mult fum de țigară. Copiii care cresc într-un mediu în care unul sau ambii părinți fumează sunt mult mai expuși riscurilor afecțiunilor pulmonare și respiratorii. În cazuri grave, copiii pot fi spitalizați în urma expunerii la fumul de țigară. De asemenea, acești copii întâmpină și probleme școlare, se confruntă cu absenteismul, au probleme de comportament și nu se dezvoltă la fel de repede precum alți copii, de aceeași vîrstă. Expunerea la fumul de țigară duce la alterarea capacităților de învățare. Copiii care locuiesc în case în care se fumează obțin note mai mici la matematică, citire sau teste de logică. Uneori, acești copii au o atitudine conflictuală în raport cu profesorii și colegii de școală. Părinții trebuie să acorde o grijă specială copiilor care suferă de astm. Chiar și cea mai mică cantitate de fum poate duce la declanșarea unor crize respiratorii grave. Și tot pentru părinți: orice copil va avea tendința să își copieze părintele fumător și să devină fumător la rîndul său cîndva. Știi cum este: copii urmează exemplul părinților, nu sfatul lor. Atunci pune-ți întrebarea: Chiar vrei ca și copilul tău să devină fumător?

7. Planifică un sport.

Începe să faci exerciții fizice, spre exemplu să faci gimnastică sau să alergi în fiecare dimineață, să mergi la sală sau la înot, tenis, fotbal, basketball sau oricare alt sport care îți place. Asta te va ajuta să ieși din gînduri și sentimente și să te conectezi mai mult cu corpul, cu partea ta fizică. Plus că îți crește nivelul general de sănătate.

8. Planifică unele recompense.

Stimulează-te cu ajutorul unor recompense, cadouri, obiecte care le dorești (la sfîrșitul primei săptămîni, primei luni, trei/ șase luni, un an, etc.).

Aceste recompense le poți procura din banii economisiți de pe țigări (calculează cât cheltui săptămînal, lunar, anual, și vezi cât de valoroase vor fi cadourile pe care ți le vei procura). Dacă ai reușit să nu fumezi 2 zile, sau să fumezi cu jumătate mai puține țigări, oferă-ți o recompensă: mergi la un restaurant, la piscină, film, etc. Poți să-ți scrii într-un jurnal de succese aceste reușite.

9. Fii liniștit.

Limitează situațiile stresante și rezervează-ți mai mul timp pentru odihnă. Practică respirația profundă, timp de cîteva minute. Inspiră adînc, fără a te grăbi, reține aerul în plămîni timp de cîteva clipe, apoi expiră lent și rămîi fără aer în plămîni cîteva secunde. Repetă. La început e posibil să te simți inconfortabil, mai ales dacă nu ai făcut mișcare de multă vreme și ești un fumător înrăit.

10. Alimentația

Încearcă să ai o alimentație mai lichidă (bea multa apă), fixă (nu mînca între mese), exclude alcoolul, cafeaua sau alte stimulente. Consumul de lichide îți va face bine oricum, suplimentar înșă, apa ajută la eliminarea nicotinei din corp. Înveță să mănînci dimineața, să eviți pauzele de cafea și să incluzi în regimul alimentar multe crudități, care îți vor diminua pofta de fumat. Mesele este recomandabil să fie mici și dese, iar consumul de lichide trebuie să ajungă la 2 litri pe zi. Cu lichide, organismul tău va pierde din toxine, pofta de mîncare va scădea, iar tu îți vei menține greutatea constantă.

11. Încearcă să faci niște schimbări.

Scapă de toate scrumierele și brichetele după ce ai fumat ultima țigară; aruncă toate pipele și pachetele cu tutun; încearcă să înlături orice urmă de tutun din interiorul casei, aerisește bine camerele, curăță draperiile și husele canapelelor și nu mai lăsa să se fumeze la tine în casă; aruncă bricheta din mașină etc.

12. Gume și ascorbitori

Folosește gume de mestecat, bomboane, fructe, legume, apă, suc, de fiecare dată cînd simți necesitatea de a fuma, iar dacă îți este greu să te abții de fumat încearcă gume, plasture, pastile speciale ce înlocuiesc nicotina din țigară, etc.

13. Avantaje

Ține minte mereu avantajele pe care îl are un mod sănătos de viață și începe să observi schimbările care se produc în organismul tău (ai mai multă energie, se întăresc unghiile, părul, tonul feței se normalizează, te simți psihologic mai bine și mai încrezut în forțele proprii, întreg organismul tău se simte mai bine, etc.)

14. Folosește imagini desktop, melodii și clipuri motivaționale.

Dacă iubești sau ești nevoit la serviciu să petreci mult timp în fața calculatorului, folosește imagini desktop motivaționale. Unele imagini desktop sunt destul de sugestive. O melodie ascultată îți poate crea sentimente pozitive, te poate ajuta să-și regăsești concentrarea, te energizează și e un foarte bun instrument motivațional. Poți asculta obișnuita muzică de la radio sau poți alege tu ce să asculți. O melodie motivațională te inspiră, te face să (re)găsești în tine acel "pot reuși în orice". O astfel de muzică, îți readuce mereu starea de spirit potrivită și zâmbetul pe buze, indiferent de ceea ce ai în fața ta. Există o sumedenie de clipuri motivaționale care te vor ajuta să înțelegi efectele fumatului. Spre exemplu: *Quit smoking, Still want to smoke* etc.

Sfatul de renunțare la fumat trebuie recomandat cu claritate și fermitate la toți pacienții fumători. Prin intermediul sfatului antifumat trebuie să se urmărească:

1. informarea privind consecințe sociale și de sănătate, de scurtă durată și de lungă durată ale fumatului;
2. formarea unor valori și atitudini pozitive față de un stil de viață sănătos;
3. dezvoltarea deprinderilor de comunicare, asertivitate și de a face față presiunii grupului (deprinderea de a spune NU, "Nu, mulțumesc, nu fumez.");
4. dezvoltarea abilităților de luare a deciziilor, de gândire critică și de management al stresului;
5. dezvoltarea unor comportamente alternative.

2.4.2. Terapia farmacologică a dependenței nicotinică

Fiind o boală cronică, fumatul impune o intervenție terapeutică multicomponențială, în cadrul căreia tratamentul farmacologic reprezintă un element vital. Farmacoterapia dependenței nicotinică cuprinde o ofertă generoasă de medicamente, de la substituenți nicotinici în diferite forme de administrare la antidepressive, antagoniști ai receptorilor nicotinici, etc.

Se cunosc două categorii de medicamente indicate în renunțarea la fumat: medicamente de linia întâi și medicamente de linia a doua. Enumerăm mai jos principalele medicamente folosite în lume în practica renunțării la fumat:

Medicamente de linia întâi:

1. Terapia de substituție nicotinică (TSN) reprezintă o clasă de medicamente care eliberează nicotină în scopul substituirii parțiale a nicotinei

provenite din produsele din tutun precum și pentru reducerea intensității simptomelor de sevraj nicotinic. Se cunosc următoarele forme de administrare a TSN:

➤ **Guma cu nicotină**

Ea este comercializată în cele două concentrații de 2 mg și respectiv 4 mg nicotină, eliberând în organism nivele nicotinică de 0,3 - 0,8 și respectiv 0,6 - 1,2 ori mai mari față de nivelele plasmatice de nicotină realizate în decursul fumatului. Pe piața mondială se cunosc variante de gumă nicotinică ameliorate cu diverse arome: gumă cu gust de portocale, mentă, etc.

Mod de utilizare

Utilizarea corectă a gumei presupune mestecarea lentă de 10-15 ori urmată de "parcarea" și apoi schimbarea poziției gumei în cavitatea bucală și repetarea manevrei după un timp scurt, astfel ca gustul gumei să se resimtă între gingii și suprafața interioară jugală, asigurându-se absorbția eficace a nicotinei la nivelul mucoasei bucale și evitând înghițirea unei cantități prea mari de nicotină. Mestecarea gumei duce la eliberarea treptată a nicotinei în cavitatea bucală. Timpul optim de consumare nu trebuie să fie mai puțin de 30 de minute. Se mai impun precauții în cazul consumului de băuturi acide, dovedite a interfera absorbția nicotinei, motiv pentru care se indică evitarea ingestiei de sifon, apă minerală, sucuri acidulate, cola, cafea, bere, etc., timp de aproximativ 15 minute înainte și apoi în timpul cât se mestecă guma cu nicotină.

În general, acest preparat se indică persoanelor în vârstă de peste 18 ani, care fumează cel puțin 10 țigarete/zi, totalizând un scor ≥ 4 la testul de dependență nicotinică "Fagerstrom", și sunt motivate să oprească fumatul. De asemenea, aceste persoane trebuie să fie capabile să-și admistreze corect medicamentul și nu trebuie să aibă condiții medicale coexistente din categoria: diabet insulino-dependent, afecțiuni coronariene, ulcer peptic, hipertensiune arterială, boli ale articulației temporo-maxilare, sarcină, alăptare, afecțiuni dentare, care se pot agrava datorită mestecării gumei. În timpul terapiei, se interzice abuzul de alcool, apelarea la medicație psihotropă sau de altă natură, fără a consulta medicul.

Doza unanim recomandată este de 8-12 gume mestecate/ zi, dar de multe ori doza zilnică este mai mare la început – putând ajunge chiar la un număr egal cu numărul de țigarete pe care le consumă pacientul zilnic, pentru ca în câteva zile--săptămâni doza să se stabilizeze la o medie de 6-9 gume administrate/zi. Practic, se indică utilizarea unei gume odată la 1-2 ore, în primele 6 săptămâni, apoi reducerea dozei la 1 gumă la fiecare 2-4 ore în următoarele 3 săptămâni. Per total, durata recomandată a tratamentului cu

gumă cu nicotină este în medie de 14 săptămâni, între limita inferioară de 8-10 săptămâni, pentru indivizii cu dependență redusă, și limita superioară de 3 până la 6-12 luni, la cei sever și foarte sever dependenți.

Avantajele gumei cu nicotină

Guma este o opțiune simplă și comodă, preferată de cei care doresc să resimtă aceleași senzații ca și cum ar consuma nicotina din țigări, dar fără a mai fuma. Ea poate fi ușor procurată și autoadministrată, ținută la îndemână în buzunar sau în poșetă, servietă etc. la fel ca un pachet de țigări pregătită la nevoie.

Acest lucru și ritmul periodic de administrare (în medie o gumă pe oră) creează o rutină care se aseamănă cu fumatul. Totodată, fumătorul poate decide în voie când să consume nicotină, apelând la gumă în cazul senzației imperioase de a aprinde o țigară.

Astfel, el poate modula nivelele plasmaticice ale nicotinei prin ritmarea proprie a consumului gumelor, menținând nicotina plasmatică la un nivel mai mic decât cel realizat dacă ar inhala fum de tutun.

Este important să se explice pacientului modul de acțiune al gumei, care este diferit de al țigării. Pacientul trebuie să știe că nicotina din țigară ajunge la creier în 7-10 secunde, spre deosebire de gumă care va furniza creierului nicotină în aproximativ 2-3 minute, astfel el va ști cât are de așteptat ameliorarea simptomelor de sevraj. De asemeni, pentru a eficientiza tratamentul, medicul va educa pacientul cum să folosească corect guma.

Limitele terapiei cu gumă nicotinică

Aproximativ 50% din nicotina furnizată de gumă se absoarbe prin mucoasa bucală. Deci, la un consum de 10 gume/zi, fumătorul primește aproximativ 10-20 mg de nicotină în organism, în funcție de concentrația gumei folosite. Astfel, datele din literatură sugerează ca o posibilă cauză a ratelor mici de succes ale terapiei cu guma nicotinică, faptul că nu se atinge nivelul de nicotină anterior stabilit în organism în cursul fumatului de țigarete. Mai mult, absorbția relativ mai lentă a nicotinei provenită din gumă comparativ cu absorbția acesteia prin inhalare via fum de țigară determină nivele arteriale mai mici de nicotină.

Efecte adverse ale gumei nicotinică.

Mestecarea de gumă nicotinică poate cauza dureri maxilare. Aceste dureri se pot ameliora, chiar reduce, prin tehnica de mestecare “mestecă și parchează”, tehnică prin care fumătorul mestecă guma pentru a se elibera nicotină, apoi mută guma în cavitatea bucală între fața internă a obrazului și gingie, păstrând-o acolo pentru circa un minut. Utilizarea gumei mai poate cauza greață, flatulență, sughiț și senzații de arsură, durere în cavitatea orală și

la nivelul gâtului.

➤ **Plasturele cu nicotină**

Aplicați pe pielea curată, plasturii nicotinică eliberează transdermic nicotina, realizând un nivel constant al acesteia pe tot parcursul zilei. În prezent, pe piața farmaceutică mondială se găsesc plasturi de trei feluri. Ei diferă între ei prin concentrația de nicotină conținută și eliberată (5, 10, 15 mg sau 7, 14, 21 mg, etc.), durata de aplicare (16 sau 24 de ore) și nivelele de nicotină obținute în sânge. Dacă plasturii pentru 24 ore au avantajul că ușurează simptomele de sevraj matinal (nevoia accentuată de a fuma la trezire), ei au și neajunsuri - fiind incriminați în producerea tulburărilor de somn, fie prin aportul de nicotină pe timpul somnului de noapte, fie prin dozarea inadecvată noapte-zi a nicotinei. Este logic așadar să nu se recomande plasturi de 24 ore pacienților cu insomnii cronice sau alte tulburări de somn. La aceștia, se vor administra plasturi care se îndepărtează la culcare.

S-a constatat că rata de succes a terapiei cu plasturi este mai bună la pacienți tineri: 25-49 ani față de cei în vârstă de peste 50-65 ani, precum și la cei cu dependență nicotinică moderată față de cei sever dependenți, dar este modestă la fumători cu dependență joasă de nicotină. De asemenea, plasturii sînt mai eficienți asupra pacienților care fumează mult (aprox. 20-30 țigări/zi) comparativ cu pacienții care au un consum mic de țigări (< 5 -10 țigări/zi).

Sînt medicamente de linia întâi, indicate pentru terapia dependenței nicotinică tuturor fumătorilor care sînt motivați să oprească fumatul și care nu prezintă contraindicații la terapia de substituție nicotinică. Plasturii se adresează optim subiecților adulți de peste 18 ani, preferabil fumători de nu mai mult de 10-15 țigări/zi, cu dependență moderată de nicotină.

Terapia cu plasturi nicotinică se recomandă în majoritatea cazurilor pentru aproximativ 3 luni, se începe cu doza maximă timp de o lună, apoi se continuă cu doza medie următoarea lună și ultima lună se administrează plasturi cu concentrația minimă.

Totodată, pentru pacienții care fumează puțin în cursul dimineții se recomandă plasturi cu conținut mai mic de nicotină, iar pentru cei ce fumează mult dimineața se aleg plasturi mai concentrați.

Trebuie avut în vedere faptul că la aceste doze se obține un nivel de substituție nicotinică de numai 35-40%. De aceea, unii autori opiniază pentru stabilirea dozei inițiale de terapie cu plasturi în funcție de rata fumatului zilnic, la o proporție de aproximativ 1 mg nicotină pentru fiecare țigaretă fumată/zi. Astfel, la un consum < de 10 țigări/zi, se are în vedere doza de 7-14 mg/plasturi, între 10-20 țigări doza va fi de 14-21 mg/plasturi, iar pentru 21-40 țigări zilnice este nevoie de plasturi într-un dozaj zilnic ≥ 42 de mg.

Plasturii cu durată de 16 ore se aplică dimineața la trezire pe pielea curată, uscată și fără pilozitate, la nivelul membrelor superioare sau trunchiului și se îndepărtează seara la culcare. Plasturii de 24 de ore se aplică exact la fel, dar se îndepărtează a doua zi, imediat după trezire. Aceștia din urmă sînt recomandați cu precădere acelor fumători care se trezesc și noaptea pentru a fuma. Deseori, însă, pot apărea în decursul terapiei de 24 de ore coșmaruri sau insomnii, ceea ce impune dezlipirea plasturilor înainte de culcare sau trecerea la plasturi de 16 ore.

Avantajele terapiei cu plasturi nicotinici

Terapia cu PN are o complianță ridicată – cea mai ridicată dintre produsele de substituție nicotinică, mulți pacienți preferînd această modalitate terapeutică comodă, care nu necesită decît lipirea plasturelui dimineața și îndepărtarea la culcare/a doua zi, în timp ce tratamentul acționează, fără a mai presupune păstrarea, administrarea repetată, cu anumite precauții - ca în cazul gumei/altor preparate cu nicotină.

Limite ale utilizării TSN în formulă unică. Argumente pentru combinarea PN cu guma nicotinică.

Este important de înțeles mecanismul de acțiune al plasturilor pentru a putea explica pacienților cum să folosească în mod optim acest mijloc terapeutic: eliberarea nicotinei se face lent, dar nivelele plasmatice ale nicotinei pot crește pe parcursul zilei atîngînd valori mai mari decît cele obținute prin folosirea gumei cu nicotină. De aceea, se recomandă asocierea de gumă nicotinică, ca produs cu acțiune acută, numită și medicație de criză, pentru a întări efectul terapeutic al plasturilor și a împiedica revenirea la fumat.

Administrarea de gumă remite rapid apetitul pentru consumul de tutun în situații de incitare la fumat.

Un alt aspect care trebuie subliniat este faptul că nu întotdeauna plasturii cu nicotină realizează o bună protecție a fumătorului în fața simptomelor de sevraj.

Precauții. Efecte adverse ale plasturilor cu nicotină

Este de dorit ca gravidele să fie consiliate în sensul renunțării la fumat fără tratament medicamentos. Nu sînt dovezi clare la ora actuală asupra eficacității plasturilor la această categorie de pacienți și nici nu s-a studiat impactul terapiei cu plasturi la fumătoarele care alăptează.

Există evidențe care denotă absența asocierii efectelor acute cardiovasculare cu folosirea plasturilor cu nicotină, chiar și la pacienții care continuă fumatul în timp ce folosesc plasturii. Un studiu a ridicat semne de întrebare în privința oportunității folosirii de plasturi cu nicotină în cursul

spitalizării în unități de reanimare.

Plasturii trebuie administrați cu precauții persoanelor cu infarct miocardic recent, angină instabilă sau aritmii severe, deși acest fapt nu se consideră ca factor de risc independent în toate aceste condiții.

Majoritatea efectelor adverse ale plasturilor cu nicotină se referă la reacțiile cutanate locale (aproximativ 50%): iritații ale pielii/prurit la locul de aplicare al plasturelui. Reacțiile sînt adesea auto-limitante și nesemnificative clinic. Schimbarea periodică a locului de aplicare al plasturelui și folosirea de unguente de tip triamcinolon pot ameliora vizibil situația. Se mai descriu cefalee, vertij, vise anormale, grețuri, palpitații, care pot fi și în relație cu supradozarea sau sindromul de abținere nicotinică însuși. Chiar și cu toate acestea, plasturii rămîn una dintre cele mai lipsite de efecte adverse terapii de substituție nicotinică.

➤ **Inhalatorul cu nicotină**

Este un dispozitiv care permite pulverizarea de nicotină farmaceutică. Aceasta se absoarbe la nivelul mucoasei oro-faringiene ca o medicație eficace pentru dependența tabagică. Medicamentul este contraindicat la gravide și tineri sub 18 ani și trebuie utilizat cu precauții la pacienții cardiaci, cu deosebire cei care au avut infarct miocardic în ultimele 2-3 săptămîni, ca și la cei care au aritmii severe sau angină pectorală instabilă. La fiecare utilizare a inhalerului se aplică un puff sau o inhalație. Dozajul este de 6-16 cartușe/ zi, în condițiile în care un cartuș poate livra 4 mg de nicotină pe parcursul a 80 de inhalații. Durata recomandată a terapiei este de 6 luni, cu mențiunea că în ultimele 3 luni este bine să se modereze doza de medicație. Ca efecte adverse se citează iritația la locul administrării (gît și cavitate orală), tuse iritativă, rinită.

➤ **Tableta orală cu nicotină**

Este disponibilă în variante de 1, 2 și 4 mg, eliberînd nicotina la nivelul mucoasei bucale, odată cu dizolvarea tabletei. Se realizează concentrații plasmatice cu 8-10% mai mari decît în cazul gumei nicotinică. Tableta nu se mestecă și nici nu se înghite. Dozele terapeutice se stabilesc în funcție de severitatea dependenței nicotinică (tabletele de 2 mg la cei cu dependență redusă și de 4 mg la cei cu dependență ridicată) și de consumul zilnic de țigări. Dozajul acceptat este de minim 9 tablete/zi în primele 6 săptămîni, în total cura durează 12 săptămîni și nu se recomandă mai mult de 20 de tablete zilnic, administrîndu-se în general 1-2 tb la fiecare 1-2 ore, primele 9 zile, apoi doza se reduce progresiv, pe parcursul următoarelor 8-10 săptămîni. La fumătorii a peste 20 țigări zilnic, ca și la cei care aprind prima țigară înainte de 30 de minute de la trezire, este indicată din ziua 1 de tratament tableta de 4

mg. Dacă pacientul fumează între 11-20 țigări/zi și/sau prima țigară este aprinsă după 30 de minute de la trezire, se va opta inițial pentru tableta de 2 mg, iar la un consum sub 10 țigări/zi, se va administra de primă intenție tableta de 1 mg. Trebuie știut că nu este bine să se consume simultan alimente, lichide, sucuri sau alte băuturi acidulate. Acestea pot interfera absorbția nicotinei, de aceea cel mai bine este ca timp de 15 minute înainte și în timpul dizolvării tabletei să nu se ingere nimic în afară de apă. Cel mai frecvent efect advers întâlnit este greața, alături de care se mai descriu dureri bucale și de gât. Principala contraindicație sunt infecțiile oro-faringiene.

➤ **Tableta sublinguală cu nicotină**

Aceasta conține 2 mg nicotină. Această tabletă se introduce sublingual, unde se dizolvă în aproximativ 15-20 de minute. Dozele se stabilesc în raport de consumul zilnic de țigarete:

- la peste 16 țigări/zi, se recomandă 1-2 tb/oră, între 10-40 tb sublinguale/zi

- la 10-15 țigări/zi, se recomandă 1tb/oră, în limita a 6-30 tb sublinguale/zi

- la 6-9 țigări/zi, se va administra tot 1 tb/oră, nu mai mult de 3-10 tb sublinguale zilnic.

Durata totală a tratamentului trebuie să fie ≥ 12 săptămâni, cu reducerea progresivă ulterioară, după caz. Ca efecte adverse menționăm dureri buco-faringiene, iar contraindicația principală sunt infecțiile cu aceeași localizare.

➤ **Spray-ul nazal cu nicotină**

Este un tratament destul de eficient pentru oprirea fumatului, care ca și alte sustitute nicotinică nu este permis la gravide și tineri sub 18 ani, impunând aceleași precauții cardio-vasculare ca și tableta/inhalatorul cu nicotină. Ca efecte adverse se citează: iritație nazală, congestia nazală, modificările tranzitorii de gust și miros. Spray-ul nu se recomandă pacienților cu hiperreactivitate bronșică. Totodată, este bine ca pacientul să nu strănute, înghită sau inhaleze propriile secreții în timpul cât își administrează acest spray, pentru a evita efectul iritativ local crescut (cel mai bine este ca pacientul să-și aplice spray-ul cu capul ușor în hiperextensie).

2. Bupropion SR este o medicație non-nicotinică ce acționează prin blocarea receptorilor nicotinică acetilcolinergici, adică scade apetitul pentru fumat. Bupropionul acționează prin amendarea unora dintre simptomele sindromului de abținere nicotinică, între care depresia în mod special, reducând per ansamblu severitatea sindromului de sevraj, ceea ce îl recomandă ca pe un ajutor de necontestat în procesul de renunțare la fumat.

Bupropionul se recomandă numai pe bază de prescripție medicală

tuturor pacienților motivați să renunțe la fumat, care nu au contraindicații de administrare. Totodată el este o alternativă eficientă la pacienții care nu tolerează sau au încercat TSN fără succes sau la acei pacienți care optează pentru terapii nonnicotinică. Bupropion este recomandat ca medicație eficientă pentru renunțarea la fumat inclusiv în următoarele situații:

- evitarea surplusului ponderal post sevraj: bupropion poate fi utilizat la fumătorii preocupați de surplusul ponderal postrenunțare la fumat.
- prevenirea recidivelor fumatului
- prevenirea recidivelor fumatului la alcoolicii aflați în curs de recuperare terapeutică
- la pacienți cu afecțiuni respiratorii cronice obstructive.

Doze recomandate. Mod de administrare.

Bupropionul se comercializează în farmacii în cutii de 28 de comprimate de 150 mg. Primele 3 zile se administrează câte un comprimat de 150 mg bupropion per os, apoi 150 mg x 2/zi (la cel puțin 8 ore interval) pentru restul curei, în total cu o durată de 7-9 sau 12 săptămâni. Prelungirea duratei curei inițiale antrenează o abținere tabagică mai durabilă. Pacientul își va fixa o dată preconizată de renunțare la fumat în cursul săptămânii a 2-a de tratament și poate începe să-și administreze Bupropion deși încă fumează.

După 1-2 săptămâni de tratament, se consideră că nivelul seric de bupropion a atins o stare constantă și se tentează oprirea fumatului. Continuarea fumatului s-a dovedit că nu afectează semnificativ farmacoterapia bupropionului.

Contraindicații: vârsta sub 18 ani, sarcina, alăptarea, hipersensibilizare la bupropion sau excipienți, tulburări convulsive prezente sau anterioare, tumori cranio-cerebrale, istoric medical de accidente vasculare cerebrale sau condiții favorizante ale acestora, tulburări bipolare, anorexie sau bulimie nervoasă, sevraj alcoolic, insuficiență hepatică severă, ciroza hepatică, anterioare de consum de benzodiazepine sau de inhibitori de monoaminooxidaza (MAO).

Efecte adverse. Precauții. Interacțiuni medicamentoase

Cel mai adesea, efectele adverse întâlnite sunt: insomnia, cefaleea, gura uscată. Pentru contracararea uscăciunii gurii și a cefaleei, se recomandă ingestia fracționată a unei cantități de 2-3 litri de lichide/zi, iar pentru a evita insomnia recomandăm administrarea primei tablete de bupropion cât mai devreme dimineața, astfel cea de-a doua tabletă poate fi administrată devreme în cursul după amiezii, de preferat cu cel puțin 4 ore înainte de culcare. Insomnia poate fi redusă și prin ajustarea dozei de bupropion la 150 mg/zi. Se mai descriu vertij, creșteri tensionale, dureri toracice, sindrom anxios-

depresiv, tulburări de concentrare, tulburări vizuale și rareori crize convulsive, reacții alergice cutanate.

Cel mai de temut efect advers este atacul vascular cerebral; acesta se produce însă rar (1:1000) și de regulă este precipitat de factori de risc preexistenți ca tulburările circulatorii cerebrale, traume cranio-cerebrale, epilepsie, anorexie sau bulimie nervoasă, medicație concomitentă care scade pragul de atac, etc.

Întrucât s-au descris creșteri tensionale la pacienții aflați în tratament cu bupropion, monitorizarea atentă a tensiunii arteriale se impune, cu precădere atunci când se folosesc combinații terapeutice cum ar fi asocierea de bupropion cu plasturi nicotiniци.

Toți pacienții aflați sub tratament cu bupropion trebuie monitorizați în ceea ce privește posibilitatea apariției unor simptome neuropsihice din categoria: tulburărilor de comportament, ostilitate, agitație, proastă dispoziție, idei/tentative suicidare, ideatie comportamentală aberantă. La apariția unor astfel de manifestări, pacienții vor opri imediat administrarea medicamentului și vor contacta medicul.

Înainte de a prescrie Bupropion, este bine ca medicul să verifice la consultația inițială a pacientului și următoarele aspecte care impun precauții de administrare:

- consumul de substanțe care scad pragul convulsivant: antipsihotice, antidepresive;

- antipaludice, tramadolul, teofilină, steroizi sistemici, antihistaminice, sedative, chinolone, substanțe psiho-stimulante sau anorexigene;

- istoricul de alcoolism;

- antecedente de diabet zaharat sau de traumatism cranio-cerebral. i legate de vertij, de capacitatea de concentrare și de atenție.

Indicații de întrerupere a terapiei cu bupropion:

- apariția de convulsii;

- simptome de maladie a serului: artralгии, mialгии, febră;

- reacții anafilactice sau de hipersensibilizare: urticarie, prurit, erupții cutanate;

- dureri/constricții toracice, dispnee, edeme.

3. Vareniclina este un medicament din clasa produselor non-nicotinice, care acționează deopotrivă ca agonist parțial și antagonist al receptorilor nicotiniци din creier. Imitând efectele nicotinei, vareniclina produce o satisfacție mai redusă decât aceasta și diminuează dorința de a fuma la pacientul care este deja abstinent.

Doze. Mod de administrare

Vareniclina se administrează pe cale orală, indiferent de ingestia de alimente (poate fi administrată și înainte și după mesele principale) în două etape:

- doza inițială: cutii cu comprimate dozate pentru primele 2 săptămâni, care se prescriu astfel: 1 cp de 0,5 mg/zi, primele 3 zile de tratament, apoi câte 1 cp de 0,5 mg x 2/zi zilele 4-7 de tratament, iar în zilele 8-14 câte 1 cp de 1mg x 2/zi.

- doza de continuare: cutii cu 28 de comprimate de 1 mg, se indică 1 comprimat de 1mg x 2/zi, zilnic, între săptămânile 3-12.

Pacientul începe tratamentul cu vareniclină, apoi în cursul primelor 2 săptămâni de tratament, preferabil între zilele 8-14, se fixează o dată în care se tentează oprirea fumatului. Dacă tentativa de a opri fumatul nu reușește, cura continuă și pacientul decalează data fixată a renunțării la fumat pînă la reușită.

Contraindicațiile vareniclinei sînt puține la număr, și anume:

- hipersensibilitate la substanța activă sau excipienți;
- vîrsta sub 18 ani;
- sarcină și alăptare.

Precauții impuse de tratamentul cu vareniclină:

La pacienți cu insuficiență renală, doza se ajustează astfel: în formele ușoare (clearance creatinină 50-80 ml/min) doza este cea uzuală, în formele moderate (clearance creatinină 30-50 ml/min) - doza este cea uzuală sau redusă la 1mg/zi, iar în formele severe (clearance creatinină \leq 30 ml/min) se recomandă doza maximă de 1 mg/zi (30).

Efecte adverse ale vareniclinei:

- digestive: greață, dureri abdominale, constipație, balonări.
- neuro-psihiice: insomnii, cefalee, vise anormale.

Medicamente de linia a doua:

Sînt puține opțiunile incluse în această categorie de tratamente, și anume:

➤ **Clonidina**

Acest medicament este eficient în sevrul fumatului, recomandat în acest scop ca medicație de a doua linie, numai sub supravegherea unui specialist. Datele despre utilizarea clonidinei în renunțarea la fumat provin din analiza a 3 studii randomizate cu administrare de clonidină zilnic de 0,15 - 0,75 mg în forma orală și 0,10 - 0,20 mg în cea transdermică. În general medicamentul se acordă numai prin prescripția medicului și este indicată începerea terapiei cu aproximativ 3 zile înaintea datei fixate pentru oprirea fumatului. Se începe cu doza inițială de 0,10 mg b.i.d. în forma orală sau

cu cea de 0,10 mg/zi transdermic, crescîndu-se ulterior cu 0,10 mg/zi per săptămîină, în funcție de necesitate. Durata totală a curei terapeutice variază în literatură de la 3-10 săptămîni. Clonidina este folosită în principal ca medicație antihipertensivă. Ea este contraindicată la gravide și copii, iar administrarea ei impune precauții la pacienții care manipulează mașini/utilaje sau la conducătorii auto, datorită efectului sedativ. Printre efectele adverse ale medicamentului se numără uscăciunea gurii, amețelile, sedarea, constipația și somnolență. De reținut că la întreruperea tratamentului, există riscul creșterilor tensionale, al agitației însoțite de tremor sau confuzie.

➤ **Nortriptilina**

Administrarea acestui preparat este recomandat numai sub supravegherea unui specialist, contraindicată copiilor și gravidelor și eliberată numai pe bază de rețetă. Cele mai frecvente efecte secundare sînt sedarea, gura uscată, retenția urinară, tremurături ale mîinilor, pierderi ale echilibrului, vedere încețoșată. Sînt necesare precauții la pacienții cu afecțiuni cardiace, la cei care mînuiesc aparatură sau mașini de precizie, conduc autovehicule, consumă medicamente din categoria inhibitorilor MAO. Patru studii randomizate recomandă nortriptilina ca medicație eficace în sevrul tabagic, de administrat sub supraveghere medicală, la un dozaj inițial de 25 mg/zi, crescut progresiv pînă la doza țintă de 75 - 100 mg/zi, cu o durată medie a curei de 12 săptămîni, pînă la maxim 6 luni. Tratamentul se va începe cu 10-28 de zile înainte de data preconizată pentru oprirea fumatului, permițînd astfel atingerea unui status stabil de acțiune, la atingerea dozei țintă.

2.5. Terapia nonfarmacologică a dependenței nicotinic

În timp ce unii fumători au capacitatea de a învinge fără probleme acest obicei, datorită unei afecțiuni respiratorii intercurrente, unui sfat medical competent și „apăsat” sau pur și simplu se trezesc într-o dimineață la o altă realitate (o inspirație „de sus”), majoritatea au dificultăți în ruperea legăturilor sociale și emoționale asociate fumatului, dar și cu starea de „mizerabil” pe care ți-o induce sindromul de sevr psihic și fizic. Pentru aceste persoane există mai multe surse de sprijin, oficiale și neoficiale:

2.5.1. Linii telefonice gratuite

Linii telefonice gratuite de contact cu specialiștii în programe de renunțare la fumat sau cu alți fumători care au trecut examenul abandonării acestei dependențe (un fel de AA – Alcoolicii Anonimi). Asociațiile de luptă împotriva cancerului sau cele de prevenire a bolilor cardiovasculare, cluburi de sănătate sau diferite biserici cu programe sociale și de sănătate preventivă

pot sponsoriza aceste acțiuni.

2.5.2. Implicarea și colaborarea cu familia și prietenii

Familia este, de regulă, mai mult decât binevoitoare să încurajeze sau chiar să inițieze un plan logic de abordare a unei probleme atât de spinoase, iar „prietenul adevărat la nevoie se cunoaște”, lucru care se traduce fie prin încercarea de a abandona împreună fumatul, dacă este și el fumător (rata de succes este mult mai mare pentru amândoi), fie prin susținere entuziastă „din tribune”.

2.5.3. Programe organizate de abandonare a fumatului („Planul de 5 zile”, „Adio, țigări!”, „Expo Sănătate” etc.). Sînt de preferat programele ale căror ședințe durează cel puțin 20-30 minute, cuprind minim 5-7 ședințe și se întind pe parcursul a cel puțin 2 săptămîni.

Pe lângă aceste surse de sprijin, utilizate în terapia dependenței nicotice, mai există și alte tehnici de ordin psihologic, care dacă sînt aplicate în mod constant și organizat de către cadrele medicale, indiferent de specializarea acestora, vor crește rata abstinentei nicotice. Printre acestea se remarcă consilierea cognitiv-comportamentală individuală, consilierea de grup și metode complementare ca hipnoza, acupunctura, aromoterapia etc.

2.5.4. Consilierea individuală de tip cognitiv-comportamentală

Terapia cognitiv-comportamentală vizează modificarea comportamentelor inadapabile ale indivizilor, deconșionarea și trecerea la comportamente adaptate.

Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) este un proces de reeducare-reînvățare: comportamentul adaptativ este întărit, în timp ce comportamentul neadaptativ (în cazul nostru-fumatul) este eliminat.

Aplicarea acestei tehnici în cabinetele de consiliere antifumat ajută fumătorul să învețe să își observe comportamentul față de fumat și să se autoevalueze, dat fiind că fumatul este totuși un comportament dobîndit și menținut ulterior printr-o dependență întreținută constant de către stimulii din mediul înconjurător.

Oprirea fumatului va antrena modificarea deprinderilor asociate consumului de tutun, prin urmare, pacientul are nevoie de ajutor din partea specialistului, pentru a învăța cum să managerieze schimbarea. Acest ajutor acordat sub forma unei susțineri psihologice se bazează pe cîteva principii simple:

- stabilirea unei relații de colaborare și simpatie între medic și pacient;
- evitarea confruntărilor;
- ascultare activă, care se referă la reformularea celor spuse de pacient;
- punerea în valoare a realizărilor personale de progresie pentru sevraj

ale fumătorului;

– punctarea balansului între dorința de a fuma cu riscurile aferente și motivația de a renunța la fumat;

– crearea abilității de apreciere pozitivă a beneficiilor sevrajului.

Concret, prin TCC , fumătorul beneficiază de :

1) Însușirea unor tehnici practice de rezolvare a situațiilor incitante la fumat.

În urma discuției cu specialistul, pacientul capătă abilități de a identifica și învăța să rezolve problemele ivite pe parcursul tentativei de sevraj și ulterior în etapa de menținere a abstenenței tabagice. Asemenea situații se vor releva în cursul ședinței de consiliere, când specialistul va chestiona subiectul asupra modalității, conjuncturii, motivațiilor pro fumat și îl va antrena pentru a le face față.

2) Suport psihologic și comportamental cu încurajarea fumătorului de a opri definitiv fumatul.

Anticiparea situațiilor dificile și alegerea de comun acord a unor strategii viabile va oferi pacientului soluții pentru problemele legate de dificultatea de a rezista tentației de a fuma. Această componentă a tratamentului se bazează pe rolul activ, suportiv psihologic al specialistului, care va constitui un punct de sprijin, încurajând constant sevrajul tabagic și felicitând permanent fumătorul pentru progresele obținute. Experiența acumulată ne îndreptățește să afirmăm că nu există o rețetă miraculoasă pentru aceste probleme sau șabloane universal valabile – fiecare pacient poate ridica probleme variate, el se va sfătui cu și va învăța de la specialist ce are de făcut, după cum chiar și un specialist experimentat poate întâlni situații cu care nu s-a mai confruntat și va avea de înfruntat provocări noi.

Etapele în care consilierea cognitiv-comportamentală se dovedește utilă și contribuie la creșterea ratei de succes a abstenenței tabagice sînt:

1. Evaluarea motivației pentru renunțare la fumat. Se apreciază în urma unei discuții deschise care va trebui să releve medicului dacă pacientul este conștient de riscurile asumate prin fumat pentru sănătate, să permită încadrarea pacientului în stadiul corespunzător al schimbării și definirea exactă a motivului de renunțare la fumat.

2. Dialogul medic-pacient, care trebuie să se bazeze pe stimă și înțelegere din partea specialistului în domeniu. Acesta trebuie să știe să asculte pacientul și nu să îi facă morală, nici să-l culpabilizeze, aplicînd principiul enunțat că tabagismul cronic este o boală și nu un viciu și fumătorul este un om bolnav, iar boala lui se numește dependență nicotinică. Acest dialog trebuie condus de medic astfel, încît actorul principal să fie pacientul,

cea mai mare parte a timpului fiind alocată pentru ceea ce are el de spus despre fumat. Totodată, specialistul trebuie să intervină oportun punctînd elementele care pot ajuta pacientul: argumente pentru punerea în balanță a riscurilor și beneficiilor fumatului, stabilirea unor obiective clare în privința sevrajului și a unor termene de realizare a acestora, furnizarea de sfaturi practice și trucuri de jugulare a situațiilor critice anticipate. Desigur, discuția trebuie adaptată de la caz la caz și în consens cu gradul de motivare pro-sevraj: pacientul care se înscrie pe curba renunțării la fumat are o abordare altă față de cel nemotivat, care nu dorește încă să oprească fumatul. În final, dialogul poate fi considerat reușit, dacă la plecarea de la consultație, pacientul are certitudinea că este privit cu simpatie, dacă angajamentul său de renunțare la fumat este mutual cu medicul său și dacă a primit informații precise asupra datelor de contact ale medicului, pentru a putea dialoga cu el și în afara consultațiilor față în față, în caz că va avea nevoie de sprijin.

3. Evaluarea dependenței nicotinică (analiza apetitului pentru fumat, explicarea conceptului de dependență tabagică). Experiența în consiliere antifumat a relevat următorul aspect: cea mai mare parte a fumătorilor nu dețin cunoștințe exacte cu privire la ceea ce li se întîmplă la nivel cerebral atunci cînd fumează și motivul pentru care le este greu să renunțe la fumat, chiar dacă sunt profund motivați. De aceea o discuție cu un specialist despre efectele nicotinei la nivelul creierului și modul de instalare a dependenței nicotinică poate crește spectaculos inițiativa pacientului de a renunța la fumat. Trebuie revelat pacientului rolul de stimulent psiho-activ și intelectual al nicotinei, obișnuința creată, așa zisele țigarete rituale - cele mai greu de îndepărtat, rolul pro-fumat al anumitor contexte sociale și de mediu, adică toate conotațiile dependenței fizice, psihice și comportamentale de nicotină regăsite în tot atîtea motive de a fuma sau relua fumatul: antistres, antidepresiv, de plăcere, automatisme.

4. Analiza amănunțită a neliniștilor și temerilor legate de procesul de renunțare la fumat. Subiectul trebuie avizat și înarmat cu soluții despre posibilitatea eșecului renunțării la fumat, despre dificultățile fizice și psihice inerente sindromului de abstenență nicotinică. Unii fumători mai invocă: teama de a-și pierde prietenii, anturajul, tabieturile, ”micile plăceri“, teama că nu vor putea gestiona situațiile stresante, momentele deprimante, iar alții susțin că se tem să consume medicamente pentru tratamentul dependenței nicotinică sau, în fine, că pur și simplu fumînd se simt tineri, supli sau în diverse alte moduri. Arta cu care medicul specialist în consilierea antifumat va ști să contracareze toate aceste spaima ale fumătorilor și să îi convingă cu argumente obiective că singura opțiune sănătoasă este oprirea fumatului va

asigura succesul terapeutic. Iar pentru aceasta nu trebuie decât să se înarmeze cu informațiile despre fumat prezentate în suplimentul acestui ghid și să le transfere pacientului cât mai convingător.

5. Alegerea de comun acord cu pacientul a unei strategii terapeutice adecvate. După ce au discutat, au stabilit reperele și au anticipat dificultățile potențiale, medicul și pacientul, aflat acum în posesia tuturor informațiilor necesare, decid împreună ce metodă terapeutică aleg pentru oprirea fumatului, nu înainte ca medicul să prezinte fumătorului toate aspectele legate de contraindicațiile, precauțiile și efectele adverse ale acesteia. Această ultimă etapă va decurge firesc, o dată puntea de comunicare cu pacientul creată prin terapia cognitiv-comportamentală.

Terapia motivațională despre care s-a menționat că este extrem de importantă în tratamentul privind dependența tabagică poate implica 4 ședințe individualizate de tratament. Când este posibil, partenerul semnificativ al fumătorului poate participa la primele două ședințe. Înainte de fiecare ședință se scrinizează consumul de tutun prin determinarea nicotinei în aerul expirat. În caz de probă pozitivă ședința se reprogamează.

Prima ședință (săptămîna 1-a) este dedicată furnizării subiectului unei modalități de evaluare a statutului sau privitor la consumul de tutun și consecințele acestuia în diverse arii ale vieții subiectului și a severității adicției, evaluarea sindromului de dependență, aprecierea sănătății fizice, efectuarea probelor biochimice, evaluarea funcționării neuropsihologice, a factorilor de risc, apoi evaluarea motivației subiectului de a se schimba și, în final, construirea profilului fumătorului. Specialistul și pacientul participă în comun la completarea acestui formular care apoi se păstrează de către specialist despre deciziile subiectului de a participa la terapie, planurile de viitor și se începe clădirea motivației subiectului de a iniția și continua schimbarea.

A doua ședință (săptămîna 2-a) este dedicată continuării procesului de creștere a motivației fumătorului prin consolidarea angajamentului de schimbare.

În următoarele două ședințe, în săptămîna 6-a și a 12-a, specialiștii monitorizează și încurajează progresele subiectului în obținerea schimbării comportamentului său de consum de tutun și articole din tutun și în menținerea acesteia și toată terapia se încheie în 90 zile.

În afara interviului motivațional, terapia cognitiv-comportamentală utilizează și alte metode de evaluare, cum ar fi: autoobservarea (completarea de chestionare și rapoarte, scale de evaluare, obținerea de informații de la persoanele apropiate pacientului), observarea directă a comportamentului în

mediul clinic (jocuri de rol, teste comportamentale, înregistrări psiho-fiziologice), auto-monitorizarea (se referă la notarea frecvenței, duratei și intensității stărilor afective negative pe o scală gradată de la 0-100 sau de la 0-10).

Una din cele mai utilizate tehnici de către adepții terapiei cognitiv-comportamentale este **identificarea și modificarea gândurilor negative și a comportamentelor aferente.**

În literatura de specialitate sunt citate zece forme de gândire distorsionată:

1. stilul de gândire “tot sau nimic” reprezintă tendința persoanei de a aprecia lucrurile în culori extreme, iar dacă un lucru nu a fost realizat perfect, va fi considerat un eșec;

2. suprageneralizarea – subiecții care folosesc termeni ca “totdeauna”, “niciodată” consideră că un eveniment negativ singular reprezintă un model care se va repeta la nesfârșit;

3. filtrarea mentală cu concentrare asupra negativului – subiectul se concentrează puternic asupra unui eveniment negativ, încât întreaga realitate devine deformată;

4. desconsiderarea pozitivului – persoana respinge toate experiențele pozitive, afirmând că acestea nu contează;

5. desprinderea de concluzii pripite - constă în interpretarea negativă a unor situații atunci când nu există suficiente date care să stea la baza formulării concluziilor (subiectul conchide că o persoană îi este ostilă fără să verifice acest lucru sau prezice faptul că situația va lua o întorsătură negativă);

6. amplificarea – subiectul exagerează problemele sau defectele sale, minimalizându-și calitățile;

7. judecata afectivă – subiectul presupune că stările sale afective negative reflectă realitatea (“mi-e frică să mă las de fumat”, “e periculos să renunț dintr-odată la țigări”);

8. imperativele categorice – subiectul gândește că lucrurile trebuie să corespundă neapărat dorințelor sau expectațiilor sale, ei folosesc des afirmația “trebuie neapărat” care generează culpabilitate și frustrare;

9. etichetarea – reprezintă o formă extremă a tipului de gândire “tot sau nimic”, o modalitate irațională de a gândi pentru că oamenii nu pot fi identificați în totalitate cu faptele lor;

10. personalizarea și blamarea – apare ori în situațiile în care subiectul se simte responsabil pentru lucruri pe care nu le poate controla pe deplin, ori când îi blamează pe ceilalți pentru lucruri pe care aceștia nu le pot controla pe deplin.

Modificarea gândurilor negative și a comportamentelor aferente presupune următoarele etape:

- raționalizarea. Pacientului trebuie să i se explice rațiunile tratamentului prin demonstrarea relației dintre gândire, sentiment și comportament;

- furnizare unor informații cu privire la comportamentul dezadaptativ. Simptomele sevrajului nicotinic trebuie descrise în detaliu precizându-se evoluția lor probabilă;

- distragerea este folosită pentru a avea un control direct și imediat asupra simptomului de sevraj nicotinic, astfel pacientul concentrându-se asupra conținutului unei conversații și nu asupra stării proprii;

- programarea activităților. Se cere fumătorilor să noteze, oră de oră, activitățile pe care le desfășoară, evaluându-le după o scală de la 0-100 sub aspectul unor stări afective cum ar fi anxietatea, oboseala, plăcerea sau gradul de control asupra situației etc. – stări care sînt asociate abstenenței tabagice. Fumătorilor care sînt presați de timp le este recomandată o planificare riguroasă a activităților pentru a nu avea tentația să facă mai multe lucruri deodată, fapt ce le-ar spori tensiunea și supraîncordarea.

- verificarea veridicității gândurilor negative automate. Specialistul, colaborînd cu pacientul-fumător în scopul de a găsi soluții raționale pentru a înlocui gândurile negative automate, îi adresează acestuia o serie de întrebări pentru a-l ajuta să evalueze gândurile negative și să le înlocuiască cu unele mai realiste.

- experimentarea în sfera comportamentului. Medicul îi cere pacientului să verifice în viața reală dacă gândurile negative sînt adevărate.

- înlăturarea comportamentelor de evitare. Acest lucru este necesar deoarece modalitățile de evitare tind să mențină gândurile negative ale pacienților, iar specialistul trebuie să încurajeze pacientul să intre în situații sau să se angajeze în activitățile pe care au tendința să le evite, ca urmare a renunțării la fumat, pentru a verifica dacă lucrurile de care se tem se vor produce într-adevăr. Este important să se modifice și modelele de comportament pe care pacienții s-au obișnuit să le pună în acțiune atunci, cînd simptomele de sevraj nicotinic se declanșează.

- învățarea unor noi modele de comportament și a unor deprinderi de a face față situațiilor. Terapeutul trebuie să antreneze abilitățile pacientului pentru ca acesta să poată să se integreze social, odată ce aceasta este unul din motivele pentru care pacientului îi este greu să renunțe la fumat.

Terapia de deconșionare. A renunța la identitatea de fumător este un

proces complex de decondiționare, care necesită parcurgerea câtorva etape bine definite. Declicul, acest mult așteptat moment, poate apărea brusc. În realitate acest moment este rezultatul unui proces lent de maturizare psihologică. În cartea sa consacrată decondiționării tabacice, Yves Réquena, medic acupuncturist, descrie cele trei faze prin care trece un fumător.

Prima, „perioada albastră”, este faza de debut când persoana începe să fumeze și pe parcursul căreia aceasta apreciază în mod nediferențiat orice tip de țigară. Vine apoi momentul în care apar primele semne neplăcute ale tabagismului: pielea își schimbă aspectul devenind mai ternă și fără strălucire, corpul obosește mai repede, iar consumatorul se plînge de miros și de prețul țigărilor. Ideea de a se lăsa de fumat apare deja în mintea fumătorului, dar acesta trece la punerea ei în aplicare, din obișnuință și neglijență. Aceasta este a doua fază, „faza gri”. Și, în sfârșit, apare declicul: este așa-numita “perioadă curcubeu”, în care adicția tabacică ostenește, iar fumatul nu mai produce nici o plăcere. În acest moment, fumătorul este pregătit să se desprindă de dependența sa. Și chiar dacă pot trece luni, ani sau decenii pînă când acest declic să se producă, procesul rămîne același.

Înainte însă de a demara procesul de decondiționare tabacică, sînt necesare cîteva clarificări:

1. În primul rînd, fumătorul trebuie să facă o examinare onestă a relației sale cu țigara. De ce s-a apucat de fumat? În ce circumstanțe? El va constata, de exemplu că țigara este un element care îi întregește, în mod iluzoriu desigur, personalitatea, fiind în strînsă legătura cu imaginea de sine, ne spune psihanalistul francez Pascale Chapaux-Morelli. Să nu uităm că multe persoane s-au apucat de fumat la vremea când țigara făcea parte din recuzita starurilor de cinema de la Hollywood, distribuite în roluri pozitive. Viitorii fumători se identificau astfel, atît cu marii actori, cît și cu personajele pozitive pe care le închipuiau pe marile ecrane.

2. În al doilea rînd, țigara poate constitui o protecție față de cei din jur. Cum? Unele persoane pur și simplu nu știu ce să facă cu propriul corp (mai ales cu mîinile) atunci când se află într-o companie. Această reacție le este proprie în special persoanelor timide. În acest context țigara joacă un rol protector vis-a-vis de persoanele din jur, subliniază același psihanalist. În această situație, este necesar ca fumătorul să ia în considerare un alt raport gestual, respectiv să investească într-un alt obiect, de exemplu un stilou, cu același rol protectiv în relația lui cu mediul social înconjurător.

3. Tabagismul poate ascunde o teamă inconștientă de vid interior și de plictiseală, două componente ale unui debut depresiv. În consecință, este important ca fumătorul să-și construiască strategii pentru a se îmbogăți și a

reda culorile propriei existențe. Astfel, este necesar să descopere noi zone de interes, să-și lărgescă rețeaua relațională, modificându-și concomitent vechile obiceiuri, astfel încât să-și rupă din rutina care îi poate provoca necazuri.

4. Fumătorul trebuie să-și identifice rezistențele. Multe din temerile fumătorilor sînt comune tuturor. Ca spre exemplu, teama de obezitate. Este dovedit că, în afară de proprietățile sale anorectice, țigara constituie o cheltuială de energie suplimentară. De aici vine surplusul de kilograme de care beneficiază proaspeții nefumători. Aceasta este o realitate statistică care poate fi corectată printr-o dietă corespunzătoare și o intensificare a exercițiilor fizice.

Dar cum împăcăm imaginea de sine cu surplusul de kilograme? “Simplu, ne răspunde psihanalistul Pascale Chapaux-Morelli; trebuie să ne împăcăm cu ideea că aceste cîteva kilograme sînt inevitabile și ne-am putea împăca mai ușor cu ele dacă le putem transforma în masă musculară cu ajutorul exercițiilor fizice”.

5. Fumătorul trebuie să se informeze corect asupra stării de sevraj. Este preferabil să știe de la bun început cu ce se va confrunta, pentru a trece mai ușor peste momentele mai dificile. Renunțarea la fumat provoacă turbulențe atît fizice, cît și psihice legate de suprimarea nicotinei și de dezintoxicarea de aditivii chimici pe care țigara îi conține. Și dacă tentativa de suprimare a țigărilor nu este prima, se poate spune că organismul este deja informat asupra inconvenientelor care apar la absența nicotinei. Acesta este momentul în care, pentru a anticipa care vor fi simptomele cele mai neplăcute și greu de suportat, fumătorul trebuie să găsească soluții pentru a le remedia și a le face mai suportabile. De exemplu, în caz de nervozitate, ar putea apela la acupunctură sau exerciții yoga. Pentru a preveni tulburările digestive, poate apela din timp la medicina naturistă sau la un fitoterapeut, care vor ști să corijeze aceste tulburări fiziologice cu ajutorul plantelor. Aceste demersuri trebuie planificate din timp, pentru a scurta perioada de sevraj.

6. Fumătorul trebuie să-și verifice motivația pentru renunțarea la fumat și să înceapă prin a reduce consumul de țigări. Sînt multe ocaziile prin care și-ar putea testa voința și motivația. Spre exemplu: să amîne cît mai departe ora primei țigări; să reducă numărul de țigări în jumătate; să se abțină să aprindă țigara la ieșirea din metrou sau în stația de autobuz; să rărească consumul de cafea pentru a nu fi tentat să aprindă o țigară. Și exemplele pot continua.

Gîndirea la țigări ca la ceva dezagreabil reprezintă o etapă foarte importantă în procesul de decondiționare tabacică.

O altă tehnică des utilizată în terapia cognitiv-comportamentală este *relaxarea*, care reprezintă o modalitate de deconstrucție

musculară și nervoasă, menită să ducă la o destindere fizică și psihică a fumătorului. Mulți dintre pacienții care solicită ajutor în cazul renunțării la fumat prezintă o tensiune psihică mărită a corpului. Această tensiune se exprimă în diferite feluri: teamă și încordare excesivă în situații sociale, acuze directe de tensiune musculară, impotență și frigidity, dificultăți legate de somn, hipertensiune arterială. Antrenarea pacienților în obținerea stărilor de relaxare poate fi o cale importantă de a-i conduce spre o imagine nouă despre ei înșiși și despre ceea ce-i înconjoară. Relaxarea este un exercițiu foarte odihnitor, dar pentru ca ea să aibă eficiență terapeutică este bine să fie combinată cu sugestii specifice care trebuie să îndeplinească câteva condiții: să fie clare, să se refere la o singură problemă, să nu aibă caracter ambiguu, să nu cuprindă negații, să fie însoțite de imagini, să fie realiste și să aibă un caracter procesual.

O tehnică binecunoscută de relaxare este *relaxarea musculară progresivă* a lui E. Jacobson care conduce pacientul la obținerea și conștientizarea relaxării prin contrast cu starea de tensiune musculară. Ea presupune ca pacientul să închidă ochii, să inspire de câteva ori profund, expirând de fiecare dată treptat, profund, pentru ca mai apoi să-și încordeze-relaxeze următoarele grupe musculare: mîna dominantă și antebrațul, brațul dominant, cealaltă mîna și antebraț, celălalt braț, gambă și picior dominante, cealaltă gambă și celălalt picior, stomac, umeri și partea superioară a spatelui, ceafa și partea din spate a capului, gît, gură și obraji, ochi și pleoape, frunte, întregul corp. Con tracția musculară trebuie să dureze între cinci și douăsprezece secunde, iar decontractia se efectuează repede, în același timp cu o expirație lentă și cu enunțarea în gînd a unui cuvînt cheie ce evocă relaxarea (relaxare, calm, destindere). Ședința de relaxare se poate termina cu un exercițiu de imagerie mentală în care pacientul se lasă absorbit de imagini și experiențe mintale plăcute.

2.5.5. Hipnoza, acupunctura, aromoterapia și meditația ca tehnici de tratament

Hipnoza, acupunctura, aromoterapia și meditația reprezintă câteva din metodele complementare ce pot fi folosite de specialiști pentru a ajuta o persoană să se lase de fumat sau ele pot fi folosite în combinație cu plasturii, guma de mestecat cu nicotină sau consilierea psihologică pentru un rezultat eficient.

Tratamentul prin *hipnoză* presupune acționarea asupra dependenței de fumat la nivel subconștient. Nu este chiar o metodă la îndemînă, însă ea poate avea efecte surprinzătoare, într-un final persoana se poate trezi chiar cu o ură imensă față de țigări. În prezent există nenumarate alternative pentru

combaterea sau ameliorarea simptomatologiei sevrajului de tutun, însă așa cum au demonstrat studiile statistice eficiența hipnozei în acest caz este de 2 ori mai mare decât metodele convenționale.

Hipnoterapia este una din căile eficiente de a programa mintea subconștientă pentru a depăși adicția de nicotină. Este important în tratamentul oricărei tulburări adictive (inclusiv fumatul) utilizarea adicției ca pe o “cîrjă” psihologică și, în consecință, trebuie găsite cauzele și factorii declanșatori ai cîrjei. Dependența de fumat poate fi eliminată prin sugestie, o dată ce specialistul ajunge la cauza necesității cîrjei înainte ca aceasta să poată fi eliminată. Toată lumea are un motiv pentru care fumează și acesta nu este că “pur și simplu le place”. Fumatul, ca orice dependență, este o cîrjă care protejează fumătorul de emoții puternice și anxietate.

Prin urmare prin hipnoză se urmărește schimbarea de comportament, care este și primul pas pentru cei ce vor să se lase de fumat. În cazul acestei tehnici, specialistul adresează diferite întrebări legate de obiceiul pacientului de a fuma, după care îl ghidează către o stare de relaxare, prin meditație sau vizualizare. Când pacientul este într-o stare de relaxare completă, terapeutul face sugestii care ar putea să motiveze fumătorul să renunțe la acest viciu. De exemplu, dacă o persoană fumează când se uită la televizor, specialistul va încerca să rupă asocierea dintre cele două activități și să o înlocuiască cu un alt obicei sănătos. Hipnoterapia modernă include și terapia prin hipnoză realizată de însuși pacient: *Autohipnoza*, ca o continuare a tratamentului din cabinetul psihologului- în acest caz terapeutul îl învață pe pacient principiile și tehnicile necesare. Autohipnoza oferă o mai bună cunoaștere de sine; relaxare după o zi stresantă; depistarea problemelor și găsirea soluțiilor; eliberarea de gânduri negative, stări anxioase și depresive, insomnii și dureri; îmbunătățirea concentrării și memoriei și nu în ultimul rînd eliberarea de obiceiurile nedorite cum ar fi consum de tutun, alcool, etc. Prin autohipnoză se obține un nivel de profunzime mai scăzut decât în cazul hipnozei conduse de terapeut, în special în cazul începătorilor; de asemenea, rezultatele nu sunt întotdeauna la fel de bune. Dificultatea vine din faptul că subiectul trebuie să fie în același timp activ și pasiv, alert și relaxat. Secretul stăpînirii tehnicii este practica repetată a autohipnozei, utilizarea unor propoziții simple, afirmative și evitarea negațiilor. Autosugestiile reprezintă o tehnică de autoprogramare a inconștientului și sunt afirmații prin care pacientul își spune în gînd cum dorește să fie sau ce dorește să realizeze. Acestea se utilizează împreună cu tehnica vizualizării, care presupune formarea unei imagini mentale a modului în care dorim să fim sau a situației pe care ne-o dorim. Informațiile și mesajele se construiesc astfel încît să se adreseze problemei pe care o are persoana în cauză. Conținutul autosugestiilor trebuie să fie unul pozitiv: „Vreau să

trăiesc și să mă bucur de lucrurile frumoase din viața mea"; "Sînt fericit și am încredere în forțele mele că voi renunța definitiv la țigări" etc.

2.5.6. Acupunctura ca tehnică utilizată pentru a vindeca dependențele

Acupunctura este o altă tehnică utilizată pentru a vindeca dependențele. Aceasta este o nouă descoperire bazată pe cercetări științifice din anii 70 din China și aprofundate mai târziu în Statele Unite ale Americii.

Acupunctura este utilizată cu succes pentru înlăturarea obiceiurilor proaste, cum este fumatul sau alcoolul. Aici ar trebui să adăugăm că tratamentul cu acupunctura contra fumatului sau alt viciu are sens doar în cazul, în care persoana are cu adevărat intenția de a scăpa de adicția sa, în caz contrar nu va ajuta nici acupunctura, nici orice altă metodă de tratament - totul în timp se reîntoarce "la normal".

Cum poate acupunctura să ajute la renunțarea la fumat?

1. Acupunctura are un puternic efect asupra activității creierului (neurotransmițători) și reduce nevoia de acea continuă "recompensă" care este asociată cu nicotina.

2. Acupunctura stimulează glanda pituitară, care este responsabilă de sintetizarea multor hormoni importanți, dar și a unor endorfine. Se estimează că endorfinele sunt de 100 de ori mai puternice decât morfina și sunt considerate a fi hormonii naturali ai organismului, cu efect calmant.

3. Diminuează simptome precum furie, iritabilitate, neliniște, anxietate, depresie, care sunt asociate cu renunțarea la fumat.

4. Ajută la hrănirea, detoxifierea și curățarea plămînilor.

5. Ajută la hrănirea, detoxifierea și curățarea ficatului de peste 40 agenți cunoscuți care favorizează cancerul și de peste 400 de toxine ce se găsesc în țigări.

6. Acupunctura încurajează relaxarea și crește sentimentele plăcute din corp, substituind dorința de nicotină.

7. Alterează "experiența fumatului", prin crearea unui gust plăcut sau provocînd senzații de greață din cauza mirosului.

Este demonstrat științific că acupunctura poate reduce considerabil nevoia de a fuma, precum și simptomele de sevraj nicotinic. Punctele de inserție a acelor sînt urechile, picioarele sau creștetul capului. Studiile au demonstrat că acupunctura, combinată cu terapia cognitiv-comportamentală, reduce semnificativ nevoia de a fuma. Această combinație face ca acupunctura să fie de 4 ori mai eficientă decât atunci cînd este utilizată ca metodă singulară de tratare a dependenței de fumat.

Capitolul III. Recomandări privind tratamentul fumatului în situații speciale și la grupe de populație cu risc

3.1. Recomandări de tratament pentru gravide

Renunțarea la fumat trebuie să reprezinte o componentă obligatorie a asistenței medicale acordate femeilor însărcinate fumătoare.

Actualmente foarte multe femei devin motivate și doresc să renunțe la fumat, odată ce se confirmă că sînt însărcinate. Ca gravide, ele vor avea de îndeplinit un număr obligatoriu de vizite medicale pe parcursul sarcinii atît la medicul obstetrician, cît și la medicul de familie. Acest moment favorabil al vizitelor medicale trebuie fructificat înspre sevraj de către orice medic, fie el expert sau nu în renunțarea la fumat. Astfel, la fiecare vizită se recomandă evaluarea statusului fumatului, informarea pacientelor despre reducerea considerabilă a riscurilor gestaționale și postpartum prin renunțarea la fumat și acordarea de asistență în acest scop.

Pentru o mai bună complianță la consilierea antifumat, este binevenită evaluarea statusului fumatului în baza unui chestionar cu răspunsuri multiple. Asta deoarece este dovedit că în practică multe gravide neagă consumul de tutun; în acest sens, se pare că abordarea de tip răspunsuri la alegere este mai favorabilă dialogului cu scopul opririi fumatului.

Renunțarea la fumat trebuie să se producă dintr-odată. Reducerea treptată a numărului de țigări nu este o soluție potrivită la această categorie de paciente. Dacă gravida renunță încă de la începutul sarcinii este cel mai bine, dar beneficii pentru sănătate sunt observate chiar dacă renunțarea are loc mai tîrziu. Există date care arată că femeile care au renunțat la fumat după luna 6 de sarcină au avut o rată mai mare de recidivă a fumatului în perioada postpartum. De asemeni, se estimează că pînă la 20% din nașterile cu feți cu greutate mică pot fi evitate prin renunțarea la fumat în timpul sarcinii. De aceea, gravidele fumătoare trebuie să primescă suport pentru a reuși oprirea fumatului, pe toată perioada sarcinii.

Intervențiile pentru renunțarea la fumat sunt eficiente asupra gravidelor și ar trebui folosite în mod curent în timpul sarcinii. Consilierea femeilor însărcinate constă în principal în recomandarea fermă venită din partea personalului medical (medic, asistentă, moașă) de a opri fumatul, dar și informarea detaliată despre efectele nocive ale fumatului asupra sarcinii și produsului de concepție. Această recomandare se face sub forma sfatului medical, cu durata de cîteva minute. Intervenția va fi suplimentată prin punerea la dispoziție a unor materiale scrise (broșuri, manuale, pliante) sau audio-video care conțin informații despre beneficiile renunțării la fumat

pentru sarcină. S-a constatat că ședințele de consiliere cu durată peste 10 minute asociate materialor informative scrise au crescut rata de renunțare la fumat a gravidelor de la 8% la 15%.

Alteori, se recomandă includerea gravidelor în programe de sevraj prin susținere psiho-comportamentală (consiliere/ urmărire telefonică, scrisori medicale, oferirea de sfaturi practice de evitare a situațiilor incitante la fumat). Astfel de programe dau rezultate mai bune dacă au în vedere și implicarea soțului/ partenerului și a obstetricianului.

Marea majoritate a specialiștilor nu recomandă terapia farmacologică la gravide, mai ales datorită riscurilor implicate de absorbția continuă a nicotinei în sângele fetal. Unii substituenți nicotiniци sînt însă permiși la gravide, în anumite situații- este cazul gumei cu nicotină care se poate indica marilor fumătoare și în timpul sarcinii, ca alternativă la fumatul de țigarete, evident dacă legislația din țara respectivă este permisivă în acest sens.

Pornind de la faptul că un medicament este sigur dacă beneficiile depășesc riscurile și atîta timp cît există dovezi că nicotina are efecte adverse asupra fătului, apreciem că utilizarea substituenților de nicotină expune gravidele unui risc încă insuficient evaluat la ora actuală.

Important este ca orice vizită medicală efectuată de o femeie cu potențial de reproducere să fie privită de către cadrele medicale ca o oportunitate ideală de consiliere pentru oprirea fumatului și educare pentru un comportament sănătos, vis-a-vis de consumul de tutun.

3.2. Recomandări de tratament pentru tinerii sub 18 ani

Statisticile mondiale arată că, la nivel global, numărul tinerilor care fumează este în continuă creștere, această situație fiind caracteristică și pentru țara noastră. Aproximativ 15 la sută dintre elevii cu vîrsta cuprinsă între 13 și 15 ani fumează.

Deoarece dependența de nicotină se instalează rapid la tinerii sub 18 ani, medicii ar trebui să intervină prioritar la această grupă de vîrstă în direcția prevenirii fumatului.

Abordarea tinerilor fumători este însă o problemă delicată, care trebuie să țină cont de specificul transformărilor ce caracterizează această vîrstă, dar și de structura personalității fiecărui tînăr. Prin urmare nu se poate începe o discuție despre fumat cu tinerii, fără a le înțelege motivele pentru care au decis să apeleze la acest comportament.

La acest subiect, atît specialiștii, cît și tinerii răspund în consens: fumatul este inițiat în relație cu o serie de factori psihologici specifici vîrstei adolescenței. De cele mai multe ori tinerii doresc să pară mai maturi, sunt

animați de sentimente de revoltă față de adulți. Alteori, ei aleg să fumeze ca o reacție la tendințele din grupul lor de amici, în scopul de a-și câștiga un statut "onorabil" printre aceștia.

O altă explicație din punctul de vedere al adolescenților este curiozitatea, necesitatea de a experimenta ceva nou, de a fi la modă, de a face ceea ce fac și adulții, reducerea tensiunii psihice în anumite stări conflictuale, precum și modelul unui părinte, frate mai mare, profesor sau actor idolatrizat care este fumător sunt la fel de des invocate. Terapiile recomandate tinerilor sub 18 ani în vederea opririi fumatului sunt:

✓ *Consilierea față în față.* O metaanaliză efectuată asupra 7 studii referitoare la eficacitatea consilierii la tineri a arătat că această metodă dublează rata abstenenței la fumat pe termen lung comparativ cu abordările uzuale de asistare (sfat minimal, pliante informative, trimiterea la specialistul în renunțare la fumat) sau cu absența oricărei intervenții. În general, consilierea adolescenților poate fi abordată în format divers: fie prin sesiuni individuale (față în față), combinarea sesiunilor individuale cu consiliere telefonică/ mesaje pe telefon sau internet, sesiuni de grup. Conținutul consilierii cognitiv comportamentale poate cuprinde informații generale despre efectele fumatului, tehnici de creștere a gradului de motivație pro-sevraj, stabilirea unei date de renunțare la fumat, fixarea unor obiective și a etapelor de realizare a acestora, crearea abilităților de a preveni recidiva la fumat etc. În acest scop este recomandabil tuturor practicienilor care asistă tineri sub 18 ani să evalueze sistematic statusul fumatului și să furnizeze sfatul minimal antifumat în egală măsură cu accesul la consiliere pentru tinerii care consumă deja tutun. Consilierea adolescenților trebuie efectuată într-o manieră confidențială, care să le respecte acestora intimitatea. Adolescenții trebuie abordați cu respect, pe plan de egalitate cu adultul, preferabil nu în prezența părinților sau educatorilor. Sînt de folos abordările de tip "pereche/ cuplu", ne referim aici la consilierea împreună cu iubitul/ iubita sau cu cel mai bun prieten/ prietenă a tînărului fumător, chiar dacă partenerii nu sunt la rîndul lor fumători.

✓ *Consilierea telefonică.* Intervenții proactive de consiliere pentru renunțare la fumat la tinerii sub 18 ani pot fi livrate și prin consilierea telefonică oferită de consilieri antrenați în acest scop. Aceste terapii pot combina tehnici de interviu motivațional personalizate cu crearea de abilități cognitiv-comportamentale.

- ✓ *Terapia medicamentoasă.* Există puține dovezi asupra eficacității terapiei medicamentoase la tinerii sub 18 ani. Majoritatea țărilor de pe glob interzic prin lege prescrierea terapiei medicamentoase la persoane sub 18 ani. Și în Republica Moldova, medicamentele pentru terapia dependenței nicotinică nu sunt permise la această categorie de pacienți.

3.3. Recomandări pentru fumătorii cu diverse co-morbidități

Fumătorii cu diverse co-morbidități constituie ținte importante pentru intervențiile specifice privind renunțarea la fumat. Mai jos vom prezenta tehnici care s-au dovedit a fi eficiente în tratamentul acestor categorii de fumători.

- *Boala cardiovasculară* - sînt eficiente consilierea psiho-socială, exercițiul fizic, vareniclina, bupropion SR, nicotina sub formă de plasturi, gumă sau inhalator. Se recomandă precauție în utilizarea înlocuitorilor de nicotină la cei cu boli cardiovasculare acute.
- *BPOC* - sînt recomandate consilierea intensivă pentru renunțarea la tutun împreună cu psihoterapia comportamentală pentru prevenția recăderilor, combinate cu vareniclina, substituenți de nicotină, bupropion SR, nortriptilina, nicotina sub formă de plasturi sau inhalator.
- *Cancerul* - sînt eficiente consilierea motivațională și medicația.
- *Fumătorii vîrstnici* – este eficientă strategia în 4 etape: Evaluare – Sfătuire – Asistență – Supraveghere la cei cu vîrsta de peste 50 de ani, consilierea, sfatul minimal, materialele auto-didactice adaptate vîrstei, consilierea prin telefon și medicația.
- *Afecțiuni psihiatrice, consumatorii de droguri* – afecțiunile psihiatrice sînt mai frecvente la fumători. Fumatul este mai frecvent la consumatorii de alcool și droguri. Aceste grupuri apelează mai rar la tratamente pentru renunțarea la fumat. Tratarea lor este complexă în contextul multiplelor diagnostice și medicamente de uz psihiatric. Rezultatele meta-analizelor au arătat că antidepresivele, în mod specific bupropion SR și nortriptilina, sînt eficiente în creșterea pe termen lung a ratei de renunțare la țigări la fumătorii cu antecedente de depresie. Medicația poate fi însoțită de consiliere intensivă. Deși acești pacienți au un risc crescut de recădere, medicația pentru dependența tabagică este eficientă. Bupropion SR și nortriptilina sînt utile în schizofrenie, cu ameliorarea simptomelor bolii și ale depresiei asociate. Pacienții în tratament cu antipsihotice atipice ar putea răspunde mai

bine la terapia cu bupropion SR decât cei cu antipsihotice standard.

3.4. Recomandări pentru fumători cu nivel socio-economic scăzut/ nivel de educație redus

Indivizii cu nivel socio-economic scăzut, cu nivel de educație redus și oamenii străzii constituie categorii de populație neglijate. Aceștia au tendință mai mare să fumeze, au acces limitat la tratament eficient, sînt neinformați în legătură cu medicația pentru renunțarea la fumat, trăiesc într-un mediu înconjurător pro-fumat și muncesc în arii permissive din punct de vedere al politicilor fără fumat.

Astfel, ei constituie o țintă ușor de atins de către companiile producătoare de tutun, avînd o probabilitate mică să primească asistență pentru renunțarea la fumat și asigurări limitate de sănătate.

În țările vestice, numai 25 % dintre reprezentanții acestei categorii au declarat că au beneficiat de asistență practică pentru renunțare la fumat. Totuși, aceste categorii și-au exprimat un interes semnificativ crescut pentru abandonarea fumatului, înregistrînd beneficii importante de pe urma tratamentului.

3.5. Recomandări pentru fumătorii moderați

Un fumător moderat este o persoană care fumează mai puțin de 10 țigări/ zi, sau care nu fumează zilnic. Chiar dacă fumează mai puține țigări, fumătorii moderați prezintă risc important de a dezvolta boli datorate fumatului.

Un studiu longitudinal, desfășurat în Norvegia, ce a inclus un număr de 42722 de subiecți, a demonstrat o creștere a riscului de deces prin boală cardiacă ischemică, dar și prin alte afecțiuni date de fumat la bărbați și femei care au fumat 1-4 țigări/zi.

Există dovezi conform cărora mulți dintre fumătorii moderați prezintă dependență crescută, deși fumează relativ puțin. Aceștia au șanse mai mici să primească tratament adecvat decât cei care sînt mari fumătorii.

Totuși fumătorii moderați trebuie să beneficieze de tratament prin consiliere, pentru că acesta s-a demonstrat a fi eficient. Informarea sistematică pare a fi mai eficientă decât întîlnirile motivaționale la acești fumători.

3.6. Recomandări pentru prevenirea recidivelor

Potrivit studiilor de specialitate s-a constatat că intervențiile pentru prevenirea recidivelor nu au avut efect la gravide foste fumătoare, la femei postpartum, la pacienții care nu au fumat în spital și la militari. Intervențiile

comportamentale au fost ineficiente în prevenția recăderilor la cei care au renunțat cu ajutor de specialitate sau din proprie inițiativă.

Efect modest în favoarea reducerii recăderilor a existat la cei care au folosit guma cu nicotină, dar nu și la bupropion. Intervențiile specifice individuale sau în grup nu au prevenit recăderile, indiferent de durată și de timpul de contact, și nici după 8 săptămâni de consilieri telefonice.

Meta-analizele și studiile randomizate nu au identificat intervenții eficiente de prevenție a recidivelor la cei cu tentative reușite de renunțare la fumat, cu excepția unui efect modest al gumei cu nicotină. Intervențiile au fost de intensitate moderată: scurte discuții personale, materiale scrise, scrisori, contacte telefonice.

Un studiu publicat în 2009 de către P. Hayek și colaboratorii descrie eficiența crescută a administrării prelungite a vareniclinei în prevenirea recăderilor, cu deosebire la acei pacienți care ating târziu abstenența în decursul curei standard de 12 săptămâni cu vareniclină. Autorii raportează un risc mai mare de recidivă la pacienții care au oprit fumatul abia în săptămâna 11 de tratament comparativ cu cei care au sevrat din prima săptămână. Astfel rata abstenenței la săptămâna 52 a fost de 5.7% la abstenenții tardivi, respectiv 54.9% la cei precoce.

Din acest punct de vedere, se concluzionează asupra unui beneficiu al unei cure repetate de 12 săptămâni suplimentar cu vareniclină la fumătorii care nu reușesc oprirea fumatului la data fixată de renunțare din primele 2 săptămâni. Acest lucru s-a observat în acest studiu randomizat la cei 1208 pacienți abstenenți cel puțin la săptămâna a 12 de tratament cu vareniclină, randomizați în două grupuri: 3 luni suplimentarea terapiei cu vareniclină vs. 3 luni suplimentarea cu placebo.

Capitolul IV. Recomandări privind formarea personalului

Noțiunile despre renunțarea la fumat trebuie să reprezinte un capitol obligatoriu în curricula medicală.

Curricula universitară. Absolvenții facultăților de medicină trebuie să fie capabili de a recunoaște dependența nicotinică drept boală cronic recidivantă și de a acorda un sfat minimal antifumat, ca intervenție corespunzătoare nivelului elementar (nivelul 1) de asistență de profil (medic de familie, medic rezident, medic practician de diverse specialități, medic dentist). În baremul de licență al facultăților medicale determinarea statusului fumatului trebuie să ocupe un loc egal alături de determinarea altor semne ale statusului vital: tensiunea arterială, frecvența cardiacă, temperatura etc., iar acordarea sfatului minimal în vederea renunțării la

fumat trebuie însușită la fel ca orice alt gest medical elementar.

Curricula postuniversitară. Consilierea de specialitate în vederea renunțării la fumat (nivelul complex - nivelul 2) de asistență de profil trebuie asigurată de specialiști formați în acest domeniu, prin cursuri susținute cu experți recunoscuți, cursuri în urma cărora să dobândească cunoștințe teoretice și practice despre metodele de renunțare la fumat, modalitatea de abordare a pacientului cu dependență nicotinică și managementul cazurilor cu probleme. Cursurile trebuie urmate de practicarea noii subspecializări, iar specialiștii trebuie să beneficieze de instrumente de lucru precum *ghiduri de practică de specialitate*, să aibă acces la *schimburi de experiență* și *surse de informare*, eventual *traininguri periodice* pentru aducerea la zi a noutăților în domeniu.

Există dovezi despre eficacitatea superioară a renunțării la fumat la pacienții tratați de medici care au absolvit cursuri de formare în domeniul tratamentului dependenței nicotinică. Medicii trebuie pregătiți în mod special pentru a putea practica acest tip de intervenții medicale. Pregătirea crește motivația medicilor de a asista fumătorii și trebuie să fie gratuită, suportată din fonduri de stat sau prioritar bugetată.

Capitolul V. Recomandări de ordin administrativ

Aceste recomandări sînt referitoare la strategiile de dezvoltare a serviciilor medicale destinate renunțării la fumat. Orice politică de renunțare la fumat reprezintă o combinație eficientă de educație și promovare a sănătății cu măsuri legislative și de mediu, iar terapia indivizilor cu dependență tabagică aduce o scădere a morbidității și mortalității legate de fumat. Un studiu efectuat în SUA a arătat că aproximativ o treime dintre fumătorii care-și consultă medicul nu au fost întrebați despre obiceiul fumatului și nici nu au fost îndrumați în procesul de renunțare la fumat. În lupta antitabac trebuie realizată o cooperare între personalul medical, managerii Instituțiilor Medico-Sanitare Publice, Campania Națională de Asigurări în Medicină și angajatori.

Conform Centrului de Control al Bolilor (Center for Disease Control-CDC-engl.), factorii care cresc costurile la fumătorii angajați sînt: absentismul, asigurările de sănătate și viața mai scumpe, accidentele și incendiile, alterarea proprietății, expunerea nefumătorilor și costuri suplimentare de tratare a bolilor acestora, reangajări în condiții de deces sau pensionare premature, penalități determinate de nerespectarea ordonanțelor și legilor în vigoare. Pentru a preveni toate aceste neajunsuri, angajatorii ar trebui să aibă în vedere următoarele obiective pentru angajații lor (tabelul 4

Tabelul 4.

Obiectivele angajatorilor pentru angajații lor, privind renunțarea la fumat

Obiectiv	Metode
Promovarea sănătății	Asigurarea gratuității tratamentului Consiliere specializată (personal sanitar) Programe de promovare a sănătății la nivel de comunitate sau prin internet Plata consilierii pentru personalul sanitar implicat Credite mai flexibile pentru angajații incluși în programe de renunțare la fumat
Politici împotriva fumatului	Interzicerea fumatului Fumatul permis doar în anumite zone ventilate Alte restricții în zonele comune
Informații privind beneficiile renunțării la fumat	Note informative privind beneficiile renunțării la fumat (tipărite/internet) Riscurile induse de fumatul la locul de muncă Implicarea în evenimente cu această temă Consiliere via internet, linii telefonice

Rezultatele acestui tip de inițiative se vor măsura în efecte benefice pentru personal: reducerea numărului de zile de concediu medical și scăderea numărului de pensionări premature, ca și în beneficii materiale.

Managerii Instituțiilor Medico-Sanitare, în colaborare cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, trebuie să asigure personalului medical condițiile necesare realizării unei consilieri antitabac eficiente. Se impun următoarele recomandări:

- Implementarea unui sistem standardizat de identificare a statutului de fumător pentru toți pacienții adresați unităților sanitare;
- Desemnarea de personal medical care să prescrie tratament și să urmărească pacientul în sevrage;
- Informarea tuturor despre aceea că instituția medicală dată este susținătoarea unei politici fără fumat atât în cadrul acesteia, cât și în afara ei;
- Asigurarea gratuității tratamentului atât pe perioada spitalizării pacienților, cât și a tratamentului ambulator al acestora, prin compensări acordate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină;
- Asigurarea plății pentru serviciile acordate de personalul medical implicat.

5.1. Recomandări specifice

Foaia de observație/cartela medicală a pacientului din Instituția Medico-Sanitară trebuie să conțină o rubrică, în care să fie notat statutul de fumător al pacientului, iar personalul trebuie informat despre importanța completării acesteia, pe lângă alte informații legate de istoricul pacientului;

Trebuie să se organizeze *cursuri de training* pentru personalul medical implicat în consilierea antifumat;

Instituția Medico-Sanitară Publică trebuie să dispună de tot arsenalul terapeutic necesar sevrajului, pentru a putea oferi pacienților cea mai eficientă terapie, care să țină cont de specificul fiecăruia dintre aceștia, asigurându-le în continuare suportul solicitat și după externare.

Rezultatele pot fi mult mai bune dacă, pe lângă terapia efectuată și informațiile oferite de personalul medical, pacientului îi sînt *recomandate suplimentar alte materiale tematice*, iar, după externare, există un serviciu de consiliere și monitorizare telefonică a acestuia.

Personalul medical nefumător îndeplinește de asemenea și rolul de model pentru pacienții lor.

Oferirea terapiei antitabac (consiliere și tratament) ca serviciu compensat de Compania Națională de Asigurări în Medicină are efecte benefice, determinînd în modul acesta creșterea numărului de tentative de sevraj, efectuări necesare de tratament și reușite ale acestuia.

5.2. Recomandări pentru interzicerea fumatului în toate unitățile medicale

Fumatul trebuie interzis în toate Instituțiile Medico-Sanitare. Pacienții și personalul angajat trebuie informați în mod clar despre consecințele nerespectării acestei politici. Excepțiile pot fi doar pentru pacienții spitalelor de psihiatrie și în cazul pacienților în stadiu terminal.

Personalul medical care dorește să renunțe la fumat trebuie ajutat. Cadrele medicale nefumătoare sînt modele pozitive pentru pacienții unităților medicale în care aceștia se tratează.

5.3. Recomandări pentru medicii de familie

Activitatea medicului de familie include obligația funcțională de profilaxie și de acțiuni de renunțare la fumat, cu realizarea unui plan de intervenții de asistență a fumătorilor.

Planul de intervenție pentru personalul medical, implicat în asistarea fumătorilor, trebuie să includă:

- Evaluarea statutului de fumător pentru fiecare pacient, la fiecare vizită medicală;
- Încurajarea tuturor fumătorilor să renunțe la fumat;
- Oferirea de consiliere celor interesați de renunțarea la fumat;
- Recomandarea folosirii substituenților, cu oferirea de informații precise și sfaturi despre utilizarea acestora;
- Fixarea răspunsurilor pacientului, în urma discuției avute cu medicul, în dosarul lui medical și programarea acestuia la un specialist în consiliere de nivel 2.
- Pregătirea teoretică și practică a medicilor de familie și a asistentelor medicale în oferirea unui sfat minimal antifumat, în asistarea unei tentative de renunțare la fumat și în indicarea tratamentului adecvat.

Fumătorii care nu pot renunța la fumat doar prin acțiune inițială (voință proprie, sfat minimal medical) ar trebui să primească ulterior un tratament de specialitate. Această strategie nu este deocamdată răspândită în practica generală, dar un program de consiliere antitabagică ar trebui să fie inițiat în îngrijirea primară și susținut de intervenții într-o clinică specializată.

Sfatul minimal oferă fumătorilor o motivație, atunci când aceasta nu există încă, și contribuie totodată la creșterea ratei renunțărilor la fumat. Mulți fumători nu pot renunța la fumat fără un ajutor susținut în acest sens. Aceștia prezintă un risc crescut în a dezvolta boli cauzate de fumat, fiind persoanele care au cea mai mare nevoie de ajutor calificat.

Bibliografie selectivă:

1. Carstensen JM, Pershagen G, Ekland G: Mortality in relation to cigarette and pipe smoking: 16 years observation of 25000 Swedish men, *Journal of Epidemiology and Community Health* 41 : 166-172, 1987;Cuzick J, Babiker AG - Pancreatic cancer, alcohol, diabetes mellitus and gall-bladder disease, *International Journal of Cancer* 43(3), 415-421, 1989
2. Coteanu I, Seche L- Dicționarul Explicativ al Limbii Române-Ed. a II-a, Ed. Univers Enciclopedic, Bucuresti, 1998
3. 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
4. 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
5. Galan KM, Deligonul U, Kern MJ - Increased frequency of restenosis in patients continuing to smoke cigarettes after percutaneous transluminal coronary angioplasty, *American Journal of Cardiology*, 61:260-263, 1988

6. Gilmore A., McKee M. – „Tobacco control policies in the European Dimension”, Clinical Medicine, 2002, pg. 335-342
7. 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;
8. McNeill A., Bedi R., Islam S., M N Alkhatib, R West. Levels of toxins in oral tobacco products in the UK. Tobacco Control 2006; 15:64-67
10. Mihălțan Fl., Magdalena Ciobanu – Tabagismul. Consecințe și tratament - Ed.Medicală 2001, București.
11. Moimgeron M, Maurin M, Bondu B, Gatarg M, Lancina M.-Hachette- Le Dictionaire Essentiel- Hachette 1992
12. Nides M, Leischow S, Sarna L, Evans SE: Maximizing Smoking Cessation in Clinical Practice:Pharmacologic and Behavioral Interventions. Preventive Cardiology 2007; 10: 23–30.
13. Oprea M. și col. de autori: Ghidul de reabilitare psihosocialăa persoanelor afectate de Narcomanie. Chișinău, 2011, 32 pag.
14. Pop E.C., Fodor L., Crisan C., Stan-Iuga B.- Efectele fumatului asupra vindecarii plagilor. Conferinta Nationala “Sanatate sau tutun”, Cluj-Napoca, 10-12.05.2007.
15. Someșan A, Dancău Gh - Fumatul-implicații etiopatogenetice în bolile respiratorii cronice și ulcerul gastro-duodenal, Med Modernă, vol 14, nr. 8, aug 2006;
16. 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.
17. Trofor A., Mihaescu T.,Ghid practic de renunțare la fumat-pentru pacienți, EditDan, Iași, 2007, pg. 8-10.
18. Trofor A, Radu-Loghin C-*Fumatul de la obicei la boală - 101 întrebări despre fumat.* Ed.Tehnopress, Iași, 2004, pg.188-89
19. West R. „Ajutați-i pe pacienții spitalizați să renunțe la fumat”, BMJ, ediția în limba română, 2002, vol. 9, (2), pg. 47-48
20. Willemse BWM, Postma DS, Timens W, Hacken NH - The impact of smoking cessation on respiratory symptoms, lung function, airway hyperresponsiveness and inflammation, Eur Resp J, 23:464-476, 2004
21. A Clinical Practice Guideline for treating Tobacco Use and Dependence-JAMA, june 28, 2000-vol.283, nr. 24, 3244-3254.
22. Programul național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016 aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr.100 din 16 februarie 2012 „Cu privire la aprobarea Programului național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016”
- 23.. Societatea Română de Pneumologie: Ghid de renunțare la fumat și asistență de specialitate a fumatorului (GREFA): Editura Tehnopres, Iași, 2010, 88 pag.
24. . Societatea Română de Pneumologie: Noțiuni generale de tabacologie: Editura Tehnopres, Iași, 2010, pg. 54.
25. . 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, Maryland, 1990.
26. . WHO, Geneva. WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2003, 36 p.
27. . WHO-Euro. Strategia europeană de combaterea fumatului. Versiunea 2004, 43 pag.

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
familie.....

de

ANTECEDENTE MEDICALE:

.....

...

.....

...

STATUS FUMĂTOR:

FUMAȚI?: DA/NU

DA (de cel puțin 6 luni) = FUMĂTOR

- Număr pachete (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)

SÎNTEȚI EXPUS LA FUMAT PASIV?

- în familie ____
- la serviciu ____
- deloc ____

DORIȚI CONSILIERE PENTRU RENUNȚARE LA FUMAT?

- da ____
- nu ____

SCOR FAGERSTROM (vezi ANEXA 2):

SEMNĂTURA PACIENTULUI

DATA

Anexa 2

TESTUL DE DEPENDENȚĂ NICOTINICĂ FAGERSTROM*

(varianta simplificată)

Întrebare	Răspuns	Puncte
1. Cît de repede după ce vă treziți fumați prima țigară?	în primele 5 minute	3
	după 6-30 de minute	2
	după 31-60 de minute	1
	după 60 de minute	0
2. Este dificil să nu fumați în locuri interzise?	Da	1
	Nu	0
3. La care țigară v-ar fi cel mai greu să renunțați?	Prima	1
	La celelalte	0
4. Cîte țigări fumați pe zi?	≤10	0
	11-20	1
	21-30	2
	≥31	3
4. Fumați mai des în prima oră de la trezire decît în restul zilei?	Da	1
	Nu	0
6. Fumați chiar dacă sînteți atît de bolnav, încît trebuie să stați în pat în timpul zilei?	Da	1
	Nu	0
Interpretare: 7 - 10 puncte = dependență severă 4 - 6 = dependență moderată 0 - 3 puncte = dependență ușoară		

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: „Cît 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: „Pînă acum ați 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 sînteți pregătit să renunțați la fumat acum. Sînt aici pentru a vă ajuta, cînd 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 cînd 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, incluzînd 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 constrîns 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 cîteva 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 cînd ați încercat să renunțați la fumat.”

➤ **oferiți opțiuni pentru acești mici pași pînă 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 ÎNȚIALĂ 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.....
 Sarcina¹.....Test sarcină (opțional).....
 Alăptare.....
 ..

ANTECEDENTE PATOLOGICE²:

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

MEDICAȚIE CONCOMITENTĂ³:

.....

...

.....

...

CONSUM DE CAFEA

.....

...

.....

...

CONSUM DE ALCOOL

.....

...

.....

...

ALTE ADICȚII

.....

...

.....

...

¹ De verificat tratamente cu: Cyclophosphamida, Orphenadrina, Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoin, Inhibitori MAO, Antiaritmice (Propafenona), Teofilina, Corticoizi sistemici, Antidepresive.

² Este recomandată obținerea unei scrisori medicale de la medicul de familie, care să ateste că nu este însărcinată.

³ 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.

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 Fagerstrom.....

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
sevrăj..... Surplus ponderal
după sevrăj..... 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 CONCOMITENTĂ¹:

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

CONSUM DE CAFEA

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

CONSUM DE ALCOOL

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

ALTE ADICȚII

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

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.....

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

¹ De verificat tratamente cu: Cyclophosphamida, Orphenadrina, Carbamazepina, Fenobarbital, Fenitoin, Inhibitori MAO, Antiaritmice (Propafenona), Teofilina, Corticoizi

sistemici, Antidepresive.

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 CONCOMITENTĂ¹:

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

CONSUM DE CAFEA

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

CONSUM DE ALCOOL

.....
.....
.....
.....
ALTE ADICȚII
.....
.....
.....

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.....

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

Anexa 7**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 sînt blocați, ci prin doze reduse gradat, sînt 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 întîi numărul țigărilor fumate
2. Fumători care opresc complet fumatul.

1. Reducerea pînă la oprirea fumatului

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

Pasul 2. (durata se întinde între săptămîna 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 pînă la oprirea completă a fumatului.

Pasul 3. (cu o durată între luna 6-a – luna a 9-a) prevede reducerea treptată pînă 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 reducîndu-se treptat cantitatea de nicotină medicinală pînă 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, crescînd la o tabletă x 2/zi în următoarele 4 zile, doză menținută timp de 7-9 săptămîni, cît 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 săptămîni (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
- vîrsta < 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: Vîrstnicii - 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
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 începînd cu ziua 8, cînd 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 săptămînă 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 decît 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 suicidală, 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 ideea de 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.