

Niedoceniane wyzwanie kliniczne

Agnieszka Krupa

Medycyna Praktyczna mp.pl:

<https://diabetologia.mp.pl/ekspert/wywiady/449611,niedoceniane-wyzwanie-kliniczne>

Palenie zwiększa ryzyko zgonu u osób z cukrzycą typu 2 o 55%, a ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych o 49% – mówi dr hab. n. med. Magdalena Walicka, pierwsza autorka międzynarodowych zaleceń dotyczących pomocy osobom z cukrzycą typu 2 palącym papierosy.

- **Palenie tytoniu zwiększa ryzyko powikłań cukrzycy i istotnie pogarsza rokowanie pacjentów**
- **Nikotyna jest u tych chorych metabolizowana o około 40% szybciej, co może utrudniać rzucenie palenia**
- **Powstały pierwsze międzynarodowe zalecenia – 35 ekspertów z 13 krajów opracowało 34 rekomendacje**
- **W polskich warunkach część zaleceń jest niewykonalna z uwagi na brak dostępności odpowiednich leków**
- **Minimalny standard można wprowadzić od zaraz: zapytać o palenie, zaproponować leczenie, wskazać miejsce pomocy i zaplanować kontrolę**

Agnieszka Krupa: Jak dużym problemem jest palenie tytoniu wśród osób z cukrzycą typu 2?

Dr hab. n. med. Magdalena Walicka: Palenie tytoniu wśród osób z cukrzycą typu 2 (T2D) stanowi poważne i niedoceniane wyzwanie kliniczne, wynikające zarówno z liczby palących, jak i z faktu, że nałóg ten istotnie zwiększa ryzyko powikłań cukrzycy oraz zgonu. Średnia globalna częstość używania tytoniu wśród osób z cukrzycą typu 2 na świecie wynosi 21% (w porównaniu z 25% w populacji bez cukrzycy). Choć w populacji ogólnej odsetek osób palących wyraźnie zmniejszył się w ostatnich dekadach – z 23% do 17% – wśród osób z cukrzycą spadek ten był jedynie marginalny, z 17% do 15%. Mężczyźni z cukrzycą typu 2 palą zdecydowanie częściej niż kobiety (odpowiednio 37% i 7,5%). Jednocześnie w grupie kobiet z cukrzycą obserwuje się niepokojącą tendencję wzrostową odsetka palących, odzwierciedlającą podobny trend w populacji kobiet bez cukrzycy. Wzrost rozpowszechnienia palenia wśród kobiet może być jednym z czynników wyjaśniających, dlaczego w populacji osób z cukrzycą nie odnotowano równie wyraźnego zmniejszenia odsetka palaczy, jak w populacji ogólnej.

Trzeba też podkreślić, że osoby z cukrzycą wypalają większą liczbę papierosów na dobę w porównaniu z populacją ogólną, a badania wskazują, że metabolizm nikotyny u osób z T2D jest o ok. 40–42% szybszy niż u osób bez cukrzycy, co może nasilać uzależnienie biologiczne i utrudniać skuteczne zerwanie z nałogiem.

Na jakie powikłania narażone są osoby z cukrzycą uzależnione od nikotyny?

U osób z cukrzycą palenie tytoniu wiąże się z podobnymi konsekwencjami zdrowotnymi jak w populacji ogólnej. Należy jednak podkreślić, że palenie tytoniu i cukrzyca wzajemnie nasilają swoje niekorzystne działanie, zwiększając ryzyko powikłań cukrzycy i istotnie pogarszając rokowanie pacjentów. U osób z cukrzycą typu 2 palenie tytoniu zwiększa ogólne ryzyko zgonu o 55%, a ryzyko zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych o 49%. Choroba tętnic obwodowych (PAD) występuje w tej populacji ponad dwukrotnie częściej, a ryzyko amputacji kończyn dolnych zwiększa się o 15–43%.

Zwiększa się również ryzyko udaru mózgu (o 54%), zawału serca (o 52%) oraz choroby niedokrwiennej serca (o 51%). Palenie tytoniu przyspiesza rozwój nefropatii cukrzycowej, zwiększa ryzyko zaburzeń erekcji oraz chorób przyzębia. Trzeba też zauważyć, że samo palenie papierosów zwiększa ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2 u osób zdrowych o 30–40%.

Dlaczego ryzyko przewlekłych powikłań u osób z cukrzycą typu 2 i nałogiem jest dużo większe niż u chorych bez nałogu?

Cukrzyca typu 2 i palenie tytoniu wzajemnie nasilają mechanizmy prowadzące do uszkodzenia naczyń i zaburzeń metabolicznych. Dym tytoniowy zawiera ponad 7000 toksycznych substancji, które nasilają procesy zapalne i stres oksydacyjny oraz przyczyniają się do uszkodzenia śródbłonna naczyń. Cukrzyca, poprzez przewlekłą hiperglikemię i związane z nią zaburzenia metaboliczne, również sprzyja dysfunkcji śródbłonna i przyspiesza rozwój miażdżycy. Współdziałanie tych mechanizmów zwiększa ryzyko poważnych powikłań sercowo-naczyniowych, takich jak zawał mięśnia sercowego, udar mózgu czy choroba tętnic obwodowych.

Palenie tytoniu może również negatywnie wpływać na gospodarkę węglowodanową. Zawarte w dymie tytoniowym toksyny mogą zaburzać funkcjonowanie komórek β trzustki oraz nasilać insulinooporność w tkankach obwodowych. U kobiet palenie tytoniu może dodatkowo wpływać na gospodarkę hormonalną i sprzyjać niekorzystnej dystrybucji tkanki tłuszczowej, w tym otyłości brzusznej, co może pogarszać wrażliwość tkanek na insulinę. W konsekwencji osoby z cukrzycą, które palą papierosy, mogą mieć większe trudności w osiągnięciu i utrzymaniu prawidłowej kontroli glikemii niż osoby niepalące.

Pacjenci często ukrywają przed lekarzem swój nałóg – czy są jakieś objawy w obrazie klinicznym, które mogą sugerować uzależnienie od tytoniu?

U pacjenta z cukrzycą typu 2 nie ma pojedynczego objawu ani wyniku badania, który jednoznacznie wskazywałby na aktywne palenie tytoniu. Niektóre elementy obrazu klinicznego mogą jednak stanowić sygnał dla lekarza, aby zwrócić szczególną uwagę na tę kwestię i ponownie zapytać pacjenta o palenie.

Sygnałem ostrzegawczym mogą być cięższy przebieg chorób przyzębia, trudno gojące się rany czy zaburzenia erekcji. Również wcześniejszy lub bardziej nasilony rozwój powikłań cukrzycy, takich jak choroba tętnic obwodowych czy przewlekła choroba nerek, powinien skłonić lekarza do ponownej oceny czynników ryzyka, w tym statusu palenia.

Na aktywne palenie mogą również pośrednio wskazywać trudności w osiągnięciu dobrej kontroli glikemii, w tym podwyższone wartości HbA1c. Niektóre badania wskazują także na zwiększone ryzyko hipoglikemii.

Warto zwrócić uwagę na nietypową odpowiedź na leczenie. Wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne zawarte w dymie tytoniowym mogą indukować enzymy wątrobowe, m.in. CYP1A2 i UGT1A9, uczestniczące w metabolizmie niektórych leków przeciwcukrzycowych, takich jak pioglitazon, dapagliflozyna i kanagliflozyna. Indukcja tych enzymów może przyspieszać metabolizm leków, zmniejszając ich stężenie w organizmie i potencjalnie wpływając na skuteczność leczenia. Należy jednak podkreślić, że wszystkie wymienione wyżej objawy i nieprawidłowości nie powinny być warunkiem podjęcia rozmowy na temat palenia. Podstawą rutynowego postępowania powinno być aktywne i regularne pytanie pacjenta o palenie tytoniu przy każdej możliwej okazji klinicznej.

W jaki sposób zorganizowana jest Grupa Robocza DiaSmokeFree? Na czym polega współpraca z Instytutem Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN?

Grupa Robocza DiaSmokeFree ma charakter międzynarodowego i wielodyscyplinarnego zespołu ekspertów, powołanego w celu opracowania zaleceń dotyczących zaprzestania palenia przez osoby

z cukrzycą typu 2.

Pomysł utworzenia grupy powstał w październiku 2022 r. z inicjatywy interdyscyplinarnego centrum badawczego CoEHAR, działającego w strukturach Uniwersytetu w Katanii we Włoszech. Ośrodek ten prowadzi międzynarodowe badania nad zdrowotnymi skutkami palenia oraz strategiami redukcji szkód związanych z używaniem tytoniu. To właśnie w ramach CoEHAR dostrzeżono brak dedykowanych, międzynarodowych zaleceń dotyczących zaprzestania palenia u osób z cukrzycą i zaproponowano utworzenie międzynarodowego zespołu ekspertów. Grupa Robocza DiaSmokeFree została formalnie utworzona w marcu 2023 r. z inicjatywy prof. Riccardo Polosy.

Obecnie w skład zespołu wchodzi 35 ekspertów z 13 krajów: Arabii Saudyjskiej, Australii, Indii, Japonii, Malty, Pakistanu, Polski, Republiki Południowej Afryki, Sri Lanki, Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Wietnamu i Włoch. Jest to zespół wielodyscyplinarny, skupiający specjalistów z zakresu diabetologii i medycyny kardiometabolicznej, chorób wewnętrznych, leczenia uzależnienia od tytoniu, nauk behawioralnych oraz metodologii opracowywania wytycznych medycznych. Ekspertów wybrano przede wszystkim na podstawie ich doświadczenia w badaniach klinicznych dotyczących osób z cukrzycą palących tytoń oraz dorobku naukowego w obszarze powikłań cukrzycy i zaprzestania palenia.

Prace grupy prowadzone są zarówno podczas spotkań stacjonarnych, jak i w trybie online.

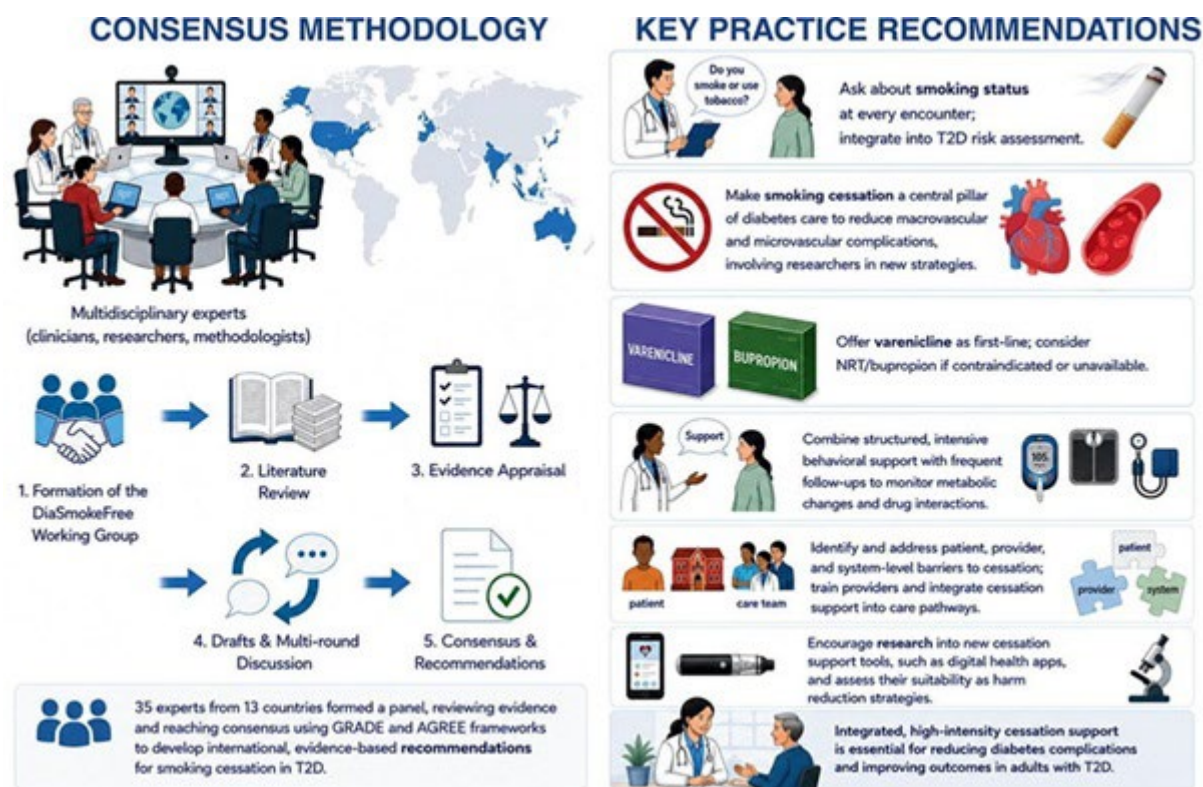
Poszczególni eksperci odpowiadają za przygotowanie określonych części dokumentu, które następnie są poddawane wzajemnej ocenie i dyskusji w ramach całego zespołu. Przy opracowywaniu zaleceń stosowane są ustrukturyzowane metody oceny dowodów, w tym ramy AGREE oraz system GRADE, tam, gdzie pozwala na to dostępność danych.

Istotnym elementem pracy grupy jest osiągnięcie konsensusu. W przypadku różnic zdań dotyczących treści lub siły rekomendacji eksperci prowadzą kolejne rundy dyskusji i modyfikacji zapisów, dążąc do osiągnięcia jednomyślnego stanowiska całego panelu.

Współpraca z Instytutem Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego Polskiej Akademii Nauk (IMDiK PAN) ma przede wszystkim wymiar naukowy i edukacyjny. Naukowcy z Instytutu są zaangażowani w działalność Grupy Roboczej DiaSmokeFree i uczestniczyli w opracowaniu międzynarodowych zaleceń dotyczących zaprzestania palenia u osób z cukrzycą.

Wspólnie prowadzone są również badania naukowe dotyczące wpływu palenia tytoniu na przebieg cukrzycy i jej powikłania oraz możliwości skutecznego wspierania pacjentów w zaprzestaniu palenia. Istotnym elementem współpracy jest upowszechnianie wiedzy i najnowszych rekomendacji w polskim środowisku medycznym.

(kliknij, aby powiększyć)



Fot. Grafika z zaleceń: diabetesresearchclinicalpractice.com

Na czym polega rekomendowane połączenie intensywnego oddziaływania behawioralnego z farmakoterapią – jak w praktyce ma wyglądać taka interwencja w warunkach polskiej poradni diabetologicznej i gabinetu POZ?

Rekomendowane połączenie farmakoterapii z intensywnym wsparciem behawioralnym oznacza, że pacjent otrzymuje nie tylko lek, ale także ustrukturyzowany program pomocy. Obejmuje on ocenę stopnia uzależnienia, ustalenie daty zaprzestania palenia, wizyty kontrolne po rozpoczęciu leczenia oraz opracowanie strategii radzenia sobie z głodem nikotynowym, stresem i sytuacjami zwiększającymi ryzyko nawrotu.

W praktyce lekarz POZ lub diabetolog może rozpocząć interwencję, a kolejne wizyty kontrolne mogą być prowadzone przez pielęgniarkę, edukatora diabetologicznego lub specjalistów pracujących w poradni antynikotynowej. Podczas tych spotkań ocenia się abstynencję, tolerancję leczenia i trudności pacjenta, a także glikemię, masę ciała i ciśnienie tętnicze. Szczególnie ważna jest szybka reakcja w razie nawrotu (ustalenie przyczyny, ocena dotychczasowego leczenia i ponowne wyznaczenie daty zaprzestania palenia). Właśnie ta ciągłość wsparcia – a nie jednorazowa rada – zwiększa szansę na trwałe zaprzestanie palenia.

Dlaczego rezygnacja z palenia przez osoby z cukrzycą typu 2 wymaga innego podejścia niż w populacji ogólnej – jakie zmiany metaboliczne należy monitorować i dlaczego akurat w oknie 2. i 4. tygodnia od rozpoczęcia interwencji?

Wsparcie osób z cukrzycą typu 2 w zaprzestaniu palenia wymaga wysoce zindywidualizowanego i kompleksowego podejścia. Wynika to ze specyfiki zaburzeń metabolicznych, współistniejących czynników ryzyka oraz konieczności uwzględnienia wpływu zaprzestania palenia na prowadzone leczenie. U osób z cukrzycą typu 2 wyzwaniem może być silniejsze uzależnienie biologiczne, szybszy metabolizm nikotyny, większe ryzyko nawrotu oraz trudności w utrzymaniu długotrwałej abstynencji. Dodatkowym problemem może być występujący po zaprzestaniu palenia przyrost masy ciała. Po zaprzestaniu palenia u osób z cukrzycą typu 2 należy zwrócić szczególną uwagę na kilka obszarów.

Przede wszystkim istotne są potencjalne zmiany w metabolizmie leków. Jak już wspomniano, substancje zawarte w dymie tytoniowym indukują enzymy wątrobowe uczestniczące w metabolizmie niektórych leków przeciwcukrzycowych. Po zaprzestaniu palenia indukcja tych enzymów stopniowo wygasa, co może zmieniać stężenie leków w organizmie i wymagać monitorowania ich skuteczności oraz tolerancji.

Drugim ważnym elementem jest masa ciała. Po zaprzestaniu palenia często zwiększa się apetyt i może dochodzić do przyrostu masy ciała, dlatego szczególnie w pierwszych tygodniach warto regularnie ją kontrolować i równolegle zapewnić pacjentowi odpowiednie poradnictwo żywieniowe. Ma to szczególne znaczenie u osób z cukrzycą typu 2, u których przyrost masy ciała może dodatkowo pogarszać kontrolę metaboliczną. Tym samym należy również monitorować glikemię i w razie potrzeby odpowiednio modyfikować leczenie hipoglikemizujące.

U pacjentów z nadciśnieniem tętniczym lub innymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego należy również monitorować ciśnienie, szczególnie w okresie zmian masy ciała i aktywności fizycznej po zaprzestaniu palenia.

Wizyty kontrolne w 2. i 4. tygodniu od rozpoczęcia interwencji pozwalają odpowiednio wcześniej wychwycić zmiany zachodzące po zaprzestaniu palenia i w razie potrzeby skorygować postępowanie. W pierwszych tygodniach stopniowo wygasa indukcja enzymów wątrobowych, co może wpływać na metabolizm i stężenie niektórych leków. Jest to również okres dynamicznych zmian apetytu, masy ciała i glikemii, wymagający uważniejszego monitorowania. Niemniej istotne jest monitorowanie tolerancji farmakoterapii wspomagającej zaprzestanie palenia oraz zapewnienie intensywnego wsparcia behawioralnego.

Jakie są kolejne, praktyczne kroki projektu DiaSmokeFree i kiedy mogą trafić do polskich lekarzy?

Kolejnym etapem projektu DiaSmokeFree jest przełożenie opracowanych zaleceń na praktyczne narzędzia, które mogą być wykorzystywane przez lekarzy w codziennej pracy. Chodzi przede wszystkim o opracowanie prostych algorytmów postępowania z pacjentem z cukrzycą typu 2, który pali lub podejmuje próbę zaprzestania palenia, a także o przygotowanie praktycznych szablonów wizyt i materiałów ułatwiających ocenę uzależnienia, planowanie interwencji oraz monitorowanie pacjenta po zaprzestaniu palenia.

Istotnym elementem będzie również zebranie w przystępnej formie informacji dotyczących najważniejszych interakcji między paleniem tytoniu, zaprzestaniem palenia a stosowanym leczeniem. Takie narzędzia mają przede wszystkim ułatwić lekarzowi przełożenie zaleceń na konkretne decyzje kliniczne.

Jeśli chodzi o wprowadzenie tych materiałów do praktyki klinicznej w Polsce, chcielibyśmy, aby po ich opracowaniu i walidacji były one szeroko wykorzystywane przez polskich lekarzy. Na tym etapie nie chciałabym jednak podawać konkretnego terminu, ponieważ harmonogram zależy od przebiegu prac nad poszczególnymi narzędziami.

Jak ocenia Pani możliwości polskich lekarzy rodzinnych i diabetologów oraz przygotowanie systemu do wdrożenia tych zaleceń – jakie mogą być największe wyzwania? Które działania można wdrożyć od zaraz, aby wyraźnie poprawić opiekę nad tymi pacjentami?

Niestety w obecnych warunkach systemowych w Polsce część rekomendacji jest niewykonalna. Międzynarodowy konsensus zakłada zorganizowane leczenie uzależnienia, dostęp do farmakoterapii i kontrolę po zaprzestaniu palenia, podczas gdy w Polsce lekarz często nie ma ani czasu, ani odpowiednich warunków, aby te zalecenia konsekwentnie wdrożyć.

Najpoważniejszą barierą praktyczną jest brak dostępności leków wskazywanych w rekomendacjach jako podstawowe opcje farmakoterapii. Konsensus DiaSmokeFree preferuje wareniklinę i bupropion jako alternatywę, ale w Polsce wareniklina od kilku lat nie jest dostępna, a preparat bupropionu

zarejestrowany do leczenia uzależnienia od nikotyny – Zyban – ma bardzo ograniczoną dostępność. W efekcie lekarz, który chce zastosować rekomendacje „co do litery”, często nie może tego zrobić. Pozostaje nikotynowa terapia zastępcza albo cytyzyna, która ma udokumentowaną skuteczność w populacji ogólnej osób palących i jest ważną opcją praktyczną, ale nie dysponujemy porównywalnymi badaniami przeprowadzonymi konkretnie u osób z cukrzycą typu 2. To nie znaczy, że lek ten jest nieskuteczny lub przeciwwskazany. To oznacza, że ekstrapolujemy dane z populacji ogólnej, a nie wdramy rekomendację opartą bezpośrednio na badaniach w tej grupie. Drugą barierą jest koszt leczenia. Cytyzyna, nikotynowa terapia zastępcza i bupropion nie są refundowane jako element kompleksowego leczenia uzależnienia od tytoniu. Dla pacjenta z cukrzycą typu 2, który często ponosi już koszty wielu leków, nawet kilkutygodniowa terapia może być istotnym obciążeniem.

Kolejny problem to fakt, że palenie nadal nie jest systematycznie traktowane jako jeden z parametrów monitorowanych w opiece diabetologicznej. W wielu gabinetach temat pojawia się przy okazji, gdy jest czas lub gdy pacjent sam o nim wspomni, zamiast być stałym elementem każdej wizyty. Brakuje elektronicznych przypomnień, automatycznych ścieżek skierowania, wspólnego planu między POZ, diabetologiem i poradnią leczenia uzależnienia. Bardzo dużym problemem jest brak dostępności poradni antynikotynowych. W rezultacie pacjent może otrzymać zalecenie rzucenia palenia jednak bez konkretnego planu leczenia ani pomocy w jego realizacji. Tymczasem zalecenia DiaSmokeFree zakładają właśnie odejście od jednorazowej porady na rzecz całego procesu obejmującego plan, farmakoterapię, wsparcie i zapobieganie nawrotom.

Krótkie wizyty w POZ i poradniach diabetologicznych utrudniają zarówno rozmowę motywującą, jak i ocenę uzależnienia, wcześniejszych prób zaprzestania palenia, sytuacji psychologicznej oraz ryzyka nawrotu. Lekarze i pielęgniarki często nie otrzymali podczas kształcenia systematycznego przygotowania do prowadzenia interwencji antynikotynowych. Wciąż pokutuje przekonanie, że zaprzestanie palenia jest „dodatkiem” do leczenia cukrzycy. Tymczasem u osoby z cukrzycą typu 2 jest to jedna z ważniejszych interwencji redukujących ryzyko sercowo-naczyniowe.

Dobra wiadomość jest jednak taka, że część działań można wprowadzić praktycznie od zaraz. Najwięcej można poprawić nie przez oczekiwanie na idealne warunki, lecz przez wprowadzenie minimalnego standardu: każdy pacjent z cukrzycą powinien być zapytany o palenie, otrzymać konkretną propozycję leczenia i realny kontakt do miejsca, gdzie otrzyma pomoc (można przekazać kontakt do Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym: 801 108 108 lub 22 211 80 15). Powinien także mieć zaplanowaną kontrolę po 2–4 tygodniach.

Które z zaleceń są najważniejsze do wprowadzenia w polskim systemie ochrony zdrowia?

Biorąc pod uwagę realia polskiego systemu ochrony zdrowia, w pierwszej kolejności należałoby wprowadzić rutynową ocenę statusu palenia podczas każdej wizyty lekarskiej oraz praktyczne szkolenia dla całego zespołu medycznego. Sama identyfikacja palących pacjentów i odpowiednie przeszkolenie personelu nie wystarczą jednak, jeśli nie będą prowadzić do konkretnej pomocy. Dlatego screening i szkolenie powinny stanowić punkt wyjścia do wdrożenia prostego, jednolitego standardu postępowania: rozpoznania uzależnienia od tytoniu, krótkiej interwencji, przedstawienia dostępnych opcji farmakoterapii, skierowania do odpowiedniej formy poradnictwa oraz zaplanowania kontroli po 2-4 tygodniach.

Rozmawiała Agnieszka Krupa

Dr hab. n. med. Magdalena Walicka – specjalista w zakresie chorób wewnętrznych, endokrynologii i diabetologii. Zawodowo związana z Kliniką Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie, gdzie pełni funkcję zastępcy kierownika Kliniki. Jest również adiunktem w Zespole Epigenetyki Człowieka Instytutu Medycyny Doświadczalnej

i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN. Prowadzi działalność kliniczną i naukową, łącząc wieloletnie doświadczenie lekarskie z nowoczesnym podejściem do terapii pacjentów z zaburzeniami metabolicznymi. Jej zainteresowania naukowe obejmują m.in. cukrzycę typu 2, zaburzenia metaboliczne związane z otyłością, problematykę palenia tytoniu u pacjentów z cukrzycą oraz niedobory witaminy D.

*Autorka i współautorka ponad 70 prac naukowych opublikowanych w recenzowanych czasopismach krajowych i zagranicznych. Współautorka licznych rozdziałów w podręcznikach, a także członkini zespołów opracowujących wytyczne kliniczne, najnowsze to pierwsze międzynarodowe wytyczne dotyczące pomocy osobom z cukrzycą typu 2 palącym papierosy ([*International consensus recommendations for smoking cessation in type 2 diabetes from the DiaSmokeFree Working group*](#)). Aktywnie zaangażowana w działalność dydaktyczną – prowadzi zajęcia dla studentów kierunków lekarskich oraz szkolenia podyplomowe dla lekarzy.*