

[Akceptuje](#)

W ramach naszej witryny stosujemy pliki cookies w celu świadczenia państwu usług na najwyższym poziomie, w tym w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb. Korzystanie z witryny bez zmiany ustawień dotyczących cookies oznacza, że będą one zamieszczone w Państwa urządzeniu końcowym. Możecie Państwo dokonać w każdym czasie zmiany ustawień dotyczących cookies. Więcej szczegółów w naszej [Polityce Prywatności](#)

[Portal Informacje](#) [Katalog firm](#) [Praca](#) [Szkolenia](#) [Wydarzenia](#) [Porównania międzylaboratoryjne](#)
[Kontakt](#)



[Laboratoria](#)
[.net](#)
[Innowacje](#)
[Nauka](#)
[Technologie](#)

[Logowanie](#) [Rejestracja](#) [pl](#)

Newsletter

zapisz się



[Strona główna](#) > [Start](#)

Czy w starszym wieku warto zerwać z nałogiem palenia?

✘ **Indywidualna długość ludzkiego życia jest wypadkową czynników genetycznych i środowiskowych. Geny odpowiadają za około 25% zmienności ludzkiego życia. Uważa się, że pozostałe 75% zależy przede wszystkim od czynników, takich jak żywienie, styl życia i warunki socjoekonomiczne¹. Spośród elementów stylu życia palenie papierosów należy do wiodących przyczyn przedwczesnych zgonów i chorobowości również u osób w starszym wieku. Najczęstszą przyczynę zgonów osób w wieku podeszłym stanowią zależne od miażdżycy schorzenia sercowo- i mózgowo naczyniowe. Około 85% umierających z powodu choroby niedokrwiennej serca przekroczyło 65. rok życia, a 70% udarów mózgu występuje u osób w takim wieku².**

Częstość palenia wśród osób w starszym wieku

Częstość palenia wśród osób w starszym wieku jest mniejsza niż u młodszych, ale nadal znacząca. W badaniu NATPOL PLUS częstość tego nałogu u badanych między 18. a 39. rokiem życia wynosiła 35,5%, między 40. a 59. - 43,1%, a po 59. roku życia tylko 16,7%³. Wyniki tego badania wykazały

także, że do 50. roku życia ryzyko sercowo naczyniowe zależy głównie od palenia tytoniu, natomiast wśród osób w starszym wieku przesuwa się na 3. miejsce za nadciśnienie tętnicze i hipercholesterolemię. W ramach programu POLKARD SPOK oceniano częstość występowania czynników ryzyka CVD wśród reprezentatywnej dla Polski grupy pacjentów dużego ryzyka CVD leczonych w POZ4. Przebadano 19 593 chorych, w większości z udokumentowaną chorobą wieńcową (72%), w średnim wieku 63 ± 10 lat, wśród których u 59,3% występowało nadciśnienie, u 76,3% dyslipidemia, u 28,3% cukrzyca, u 76,6% nadwaga i otyłość, 15,9% paliło papierosy. W badaniach własnych w populacji 26 801 osób powyżej 60. roku życia zgłaszających się do POZ niezależnie od przyczyny, w średnim wieku $70,6 \pm 6,5$ roku, palenie tytoniu stwierdzono u 19,3% pacjentów5. Mężczyźni palili papierosy znacznie częściej niż kobiety: 30,9% vs 11,5%, a częstość palących w badanej populacji stopniowo zmniejszała się wraz z wiekiem. Podobne wyniki jak w Polsce stwierdzono w innych krajach europejskich w populacji osób w starszym wieku6.

Palenie a ryzyko incydentów naczyniowych u osób w starszym wieku

Badanie Framingham Heart Study jednoznacznie potwierdziło, że wszystkie główne czynniki ryzyka miażdżycy, w tym palenie tytoniu, są równie ważne w starszym wieku2. W grupie wiekowej 65–94 lata w porównaniu z badanymi w wieku 35–64 lata, pomimo że niektóre współczynniki regresji, takie jak stężenie cholesterolu w surowicy, czy palenie wydają się mniej znaczące w populacji osób w starszym wieku, to większe ogólne ryzyko choroby wieńcowej wśród osób starszych kompensuje ten spadek znaczenia. W badaniu Cardiovascular Health Study na grupie ponad 5000 osób po 65. roku życia wykazano, że 50 paczolat papierosów zwiększa śmiertelność sercowo naczyniową (CV) 1,6 raza7. Również w badaniu Systolic Hypertension in the Elderly Program wykazano, że palenie jest w starszym wieku czynnikiem predykcyjnym pierwszego incydentu CV oraz nagłego zgonu w przypadku świeżego zawału serca8. W prospektywnych obserwacjach Framingham i Honolulu Heart Program u osób po 65. roku życia palenie zwiększało ryzyko zgonu z powodu choroby wieńcowej prawie 2 krotnie2,9.

Palenie okazało się także czynnikiem ryzyka niedokrwiennej udaru mózgu. W badaniu Framingham w 26 letniej obserwacji stwierdzono, że u palących mężczyzn udar występował 1,6 raza częściej, a u kobiet 1,9 raza częściej i efekt ten nie malał z wiekiem10. Podobne ryzyko udaru występowało u osób powyżej 80. roku życia11.

Z obecnością nałogu palenia u osób starszych wiąże się też, co najmniej 4 krotne zwiększenie ryzyka istotnego zwężenia tętnicy szyjnej wewnętrznej bądź wspólnej12. Palenie powoduje także prawie 2,5 krotne zwiększenie ryzyka miażdżycy tętnic obwodowych u starszych mężczyzn i prawie 3 krotne u kobiet13.

Palenie a zagrożenie schorzeniami niezależnymi od miażdżycy

Palenie stanowi także podstawowy czynnik ryzyka wielu innych schorzeń, których częstość występowania wzrasta z wiekiem. Do typowych zaburzeń zależnych od palenia z wiekiem zwiększa się częstość chorób nowotworowych oraz obturacyjnej choroby płuc. Poza tym palenie przyczynia się też do pogorszenia funkcji poznawczych i rozwoju demencji, nawet, jeżeli uwzględnia się w analizach wpływ wieku, poziomu edukacji i przebyte epizody udarów mózgowych14. Niedawna metaanaliza badań prospektywnych wykazała, że u osób nigdy niepalących w porównaniu z osobami aktualnie palącymi ryzyko rozwoju demencji i pogorszenia funkcji poznawczych jest od 40 do 80% mniejsze, w zależności od badanego punktu końcowego15.

U starszych palących osób dochodzi do znacznego przyspieszenia utraty funkcji nerek i nie tylko w obecności innych czynników ryzyka miażdżycy, ale także przy ich braku16. Zarówno ostry efekt

palenia, jak i palenie przewlekłe powodują pogorszenie klirensu kreatyniny. Wywierają także negatywny wpływ na czynność nerek u chorych z nadciśnieniem tętniczym i pierwotnymi czy wtórnymi nefropatiami. Palenie stanowi również ważny czynnik ryzyka osteoporozy¹⁷. Przyczynia się do nasilenia utraty kości, zwiększa ryzyko upadków, a ponadto wykazano, że obok wieku, ciężaru ciała, płci i menopauzy, stanowi niezależny czynnik ryzyka złamań. Wykazano ponadto wyraźny niekorzystny wpływ palenia po 75. roku życia na zwiększenie zagrożenia niesprawnością.

Nałóg palenia przyczynia się także do zwyrodnienia plamki i pogorszenia widzenia w starszym wieku¹⁸. Wykazano, że poza wiekiem palenie jest niezależnym czynnikiem ryzyka degeneracji plamki, prawdopodobnie przez wpływ na powstawanie wolnych rodników tlenowych. Ponadto pogorszenie widzenia z wiekiem może także zależeć od przyspieszenia przez palenie rozwoju zaćmy.

Palenie a długość życia

Spodziewany czas trwania życia u osób niepalących ulega wyraźnemu wydłużeniu w porównaniu z palącymi, gdyż palenie nawet w starości, skraca czas przeżycia w związku z nasileniem indukowanego paleniem uszkodzenia tkanek¹⁹. Nawet u osób stuletnich, gdzie liczba palących jest bardzo niewielka (maksymalnie kilka%), u aktualnych palaczy stwierdzano znacząco większą liczbę chorób przewlekłych w porównaniu z osobami niepalącymi²⁰. Biologiczne efekty palenia wiążą się z nasileniem stresu oksydacyjnego, pogorszeniem funkcji śródbłonna naczyniowego i nasileniem stanu zapalnego w naczyniach, przyspieszeniem miażdżycy i zwiększeniem karcynogenezy, pogorszeniem czynności oddechowych, a w konsekwencji wzrostem chorobowości i śmiertelności¹⁹. Okazało się także, że proces skracania długości telomerów, który występuje w procesie starzenia w komórkach somatycznych, ulega nasileniu pod wpływem palenia.

Palenie a pomyślnie starzenie

Z powyższych rozważań wynika, że palenie może nie tylko skrócić życie, ale w znacznym stopniu zmniejszyć prawdopodobieństwo starzenia pomyślnego. Potwierdziły to także cytowane już amerykańskie badania Cardiovascular Health Study²¹. Niezależnymi czynnikami pomyślnego starzenia, definiowanego w tym programie, jako starzenie wolne od chorób sercowo naczyniowych, nowotworów, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, z zachowaną sprawnością fizyczną i umysłową, okazały się niektóre elementy stylu życia oraz wybrane czynniki ryzyka chorób układu sercowo naczyniowego czy subkliniczne wykładniki choroby. Spośród elementów stylu życia najistotniejsze znaczenie miały: aktywność fizyczna, niepalenie, wyższy poziom wykształcenia, mniejszy obwód pasa. Promowanie zdrowego stylu życia oraz prewencja schorzeń ma więc znaczenie priorytetowe dla utrzymania zdrowia do późnych lat życia.

Korzyści i możliwości zaprzestania palenia w starszym wieku

Powszechnie uważa się, że zaprzestanie palenia w starszym wieku jest trudne i nie przynosi takich korzyści jak w młodszej populacji. Nic bardziej błędnego. Zaprzestanie palenia przyczynia się do zmniejszenia ryzyka chorobowości i śmiertelności w populacji osób w starszym wieku. W przeprowadzonych w USA badaniach prospektywnych w ciągu 5 lat obserwacji okazało się, że we wszystkich grupach wiekowych 60–69, 70–74 oraz powyżej 75. roku życia ryzyko zgonu z przyczyn sercowo naczyniowych było podobne u byłych palaczy jak u osób niepalących, natomiast osoby palące zarówno mężczyźni, jak i kobiety wykazywali około 2-krotnie większe ryzyko zgonu²². Wykazano też, że ryzyko udaru zmniejsza się po 2 latach od zaprzestania palenia, po 5 latach zrównując się z ryzykiem udaru u osób niepalących¹⁰. We wtórnej prewencji po zawale serca nawet otrzymanie tylko porady dotyczącej palenia wiązało się ze zmniejszeniem śmiertelności starszych chorych. Dlatego w prewencji zdarzeń sercowo naczyniowych znajduje miejsce także zaprzestanie

palenia tytoniu²⁴. Możliwości rzucania palenia w starszym wieku są podobne jak u młodszych, a 6 miesięczna skuteczność pozostania niepalącym u starszych chorych wynosi około 20%.

Podsumowanie

Palenie również w starszym wieku zwiększa ryzyko przedwczesnego zgonu. Zmniejsza także prawdopodobieństwo pomyślnego starzenia się. Zerwanie z nałogiem jest możliwe także u seniorów, a ponadto poprawia przebieg chorób i znacząco zmniejsza śmiertelność.

Piśmiennictwo

1. Vasto S., Candore G., Ballistreri C.R. i wsp.: Inflammatory net works in aging, age related diseases and longevity. *Mech. Ageing Dev.* 2007; 128: 83-91.
2. Kannel W.B., Higgins M.: Smoking and hypertension as predictors of cardiovascular risk in population studies. *J. Hypertens. Suppl.* 1990; 8 (5): S3-S8.
3. Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P. i wsp.: Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. *Kardiol. Pol.* 2004; 61 (supl. 4): 5-26.
4. Głowczyńska R., Pietrasik A., Starczewska M.E. i wsp.: Czynniki ryzyka zdarzeń sercowo naczyniowych w populacji pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Przew. Lek.* 2005; 6: 52-57.
5. Gryglewska B., Fornal M., Wizner B. i wsp.: Czynniki ryzyka sercowo naczyniowego wśród starszych pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Przegl. Lek.* 2007; 64 (12): 1006-1009.
6. Diez B.J.M., del Val Garcia J.L., Pelegrina T.J. i wsp.: Cardiovascular disease epidemiology and risk factors in primary care. *Rev. Esp. Cardiol.* 2005; 58: 367-373.
7. Fried L.P., Kronam R.A., Newman A.B. i wsp.: Risk factors for 5 year mortality in older adults: The Cardiovascular Health Study. *JAMA* 1998; 279: 585-592.
8. Siegel D., Kuller L., Lazarus N.B. i wsp.: Predictors of cardiovascular events and mortality in the Systolic Hypertension in the elderly Program pilot project. *Am. J. Epidemiol.* 1987; 126: 385-399.
9. Benfante R., Reed D., Frank J.: Does cigarette smoking have an independent effect on coronary heart disease incidence in the elderly? *Am. J. Public Health* 1991; 81: 897-899.
10. Wolf P.A., D'Agostino P.S., Kannel W.B. i wsp.: Cigarette smoking as a risk factor stroke: the Framingham study. *JAMA* 1998; 259: 1025-1029.
11. Aronow W.S., Ahn C., Gutstein H.: Risk factors for new atherothrombotic brain infarction in 644 older men and 1488 older women. *Am. J. Cardiol.* 1996; 77: 1381-1383.
12. Aronow W.S., Ahn C., Schoenfeld M.R.: Risk factors for extracranial internal or common carotid arterial disease in elderly patients. *Am. J. Cardiol.* 1993; 71: 1779-1481.
13. Aronow W.S.: Peripheral arterial disease in the elderly. *Clin. Interv. Ageing* 2007; 2: 645-654.
14. Fillit H.M., Butler R.N., O'Connell A.W. i wsp.: Achieving and maintaining cognitive vitality with aging. *Mayo Clin. Proc.* 2002; 77 (7): 681-696.
15. Anstey K.J., von Sanden C., Salim A., O'Kearney R.: Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: a meta analysis of prospective studies. *Am. J. Epidemiol.* 2007; 166: 367-378.
16. Baggio B., Budakovic A., Perissinotto E. i wsp.: ILSA Working Group: Atherosclerotic risk factors and renal function in the elderly: the role of hyperfibrinogenaemia and smoking. Results from the Italian Longitudinal Study on Ageing (ILSA). *Nephrol. Dial. Transplant.* 2005; 20 (1): 114-123.
17. Wong P.K., Christie J.J., Wark J.D.: The effects of smoking on bone health. *Clin. Sci. (Lond)* 2007; 113 (5): 233-241.
18. Coleman H.R., Chan C.C., Ferris F.L. 3rd, Chew E.Y.: Age related macular degeneration. *Lancet* 2008; 372 (9652): 1835-1845.
19. Bürkle A., Caselli G., Franceschi C. i wsp.: Pathophysiology of ageing, longevity and age related diseases. *Immun. Ageing* 2007; 4: 4-12.
20. Nicita Mauro V., Lo Balbo C., Mento A. i wsp.: Smoking, aging and the centenarians. *Exp. Gerontol.* 2008; 43 (2): 95-101.
21. Burke G.L., Arnold A.M., Bild D.E. i wsp.: Factors Associated with Healthy Aging: The Cardiovascular Health Study. *J. Am. Ger. Soc.* 2001; 49: 254-262.
22. LaCroix A.Z., Lang L., Scdherr P. i wsp.: Smoking and mortality among older men and women in three communities. *N. Engl. J. Med.* 1991; 324: 1619-1625.
23. Houston T.K., Allison J.J., Person S. i wsp.: Post myocardial infarction smoking cessation counseling: associations with immediate and late mortality in older

Medicare patients. Am. J. Med. 2005; 118 (3): 269-275. 24. Andrawes W.F., Bussy C., Beldim J.: Prevention of cardiovascular events in elderly people. Drug Aging 2005; 22: 859-876.

Źródło: dr n. med. Barbara Gryglewska/ <http://uzaleznienia.mp.pl>

<http://laboratoria.net/home/15029.html>

Informacje dnia: [Jak poradzić sobie z końcem wakacji? Zalecenia w sprawie mpox są racjonalne i adekwatne](#) [Przydatność organów do przeszczepu](#) [Naukowcy zbadali, jak powstają nowe słowa w mediach społecznościowych](#) [Telefony komórkowe nie powodują nowotworów mózgu](#) [Ryzyko zawału i udaru mózgu u kobiet](#) [Jak poradzić sobie z końcem wakacji? Zalecenia w sprawie mpox są racjonalne i adekwatne](#) [Przydatność organów do przeszczepu](#) [Naukowcy zbadali, jak powstają nowe słowa w mediach społecznościowych](#) [Telefony komórkowe nie powodują nowotworów mózgu](#) [Ryzyko zawału i udaru mózgu u kobiet](#) [Jak poradzić sobie z końcem wakacji? Zalecenia w sprawie mpox są racjonalne i adekwatne](#) [Przydatność organów do przeszczepu](#) [Naukowcy zbadali, jak powstają nowe słowa w mediach społecznościowych](#) [Telefony komórkowe nie powodują nowotworów mózgu](#) [Ryzyko zawału i udaru mózgu u kobiet](#)

Partnerzy